

【項目2】

プロフィール

- ・ 看護を利用中のBさんは88歳の女性
- ・ 認知機能に中程度の障害があるが、つい最近まで良事は見守りがあれば可能であった
- ・ 2か月前に肺炎と脱水を起こして入院し、1週間寝たきりで過ごした
- ・ 看護に戻ってからは、摂取量を確保するため、食事、おやつ、水分の採取をスタッフが全面介助した
- ・ 現在、肺炎と脱水の急性期状態から脱したが、食事動作の大部分はスタッフが援助している

18

【項目3】

アセスメント表(ADL)

<p>0. 自立：すべての動作に身体援助、準備、見守りはなかった。</p> <p>1. 自立、準備の援助のみ：物品や用具の用意や手の届く範囲に置くのみで、すべての動作において身体援助も見守りもなかった。</p> <p>2. 見守り：見守り/合図</p> <p>3. 限定的な援助：四肢の動きを助ける、体重を支えずに身体的な誘導をする。</p> <p>4. 広範な援助：利用者が必要な動作の50%以上実施し、1人の援助者による体重を支える（四肢を持ち上げることも含まれる）援助</p> <p>5. 最大限の援助：2人以上の援助者による体重を支える四肢を持ち上げることも含まれる）援助、または50%以上に及ぶ体重を支える援助</p> <p>6. 全面依存：すべての動作において他者がすべて行った。</p>	<p>01. 入浴（身体洗、洗剤はぬい）</p> <p>02. 着替え（入浴とシャワーはぬい）</p> <p>03. 上着の着脱</p> <p>04. 下着の着脱</p> <p>05. 歩行</p> <p>06. 排便</p> <p>07. トイレの清掃</p> <p>08. トイレの洗浄（排泄はぬい）</p> <p>09. ベッド上げ可能</p> <p>10. 静</p>
--	--

19

【項目4】

《ADLのアセスメント項目の選択肢》

- 0. 自立：すべての動作に身体援助、準備、見守りはなかった。
- 1. 自立、準備の援助のみ：物品や用具の用意や手の届く範囲に置くのみで、すべての動作において身体援助も見守りもなかった。
- 2. 見守り：見守り/合図
- 3. 限定的な援助：四肢の動きを助ける、体重を支えずに身体的な誘導をする。
- 4. 広範な援助：利用者が必要な動作の50%以上実施し、1人の援助者による体重を支える（四肢を持ち上げることも含まれる）援助
- 5. 最大限の援助：2人以上の援助者による体重を支える四肢を持ち上げることも含まれる）援助、または50%以上に及ぶ体重を支える援助
- 6. 全面依存：すべての動作において他者がすべて行った。

20

【項目5】

なぜADLの動作を細かくみる必要があるのか

- ・ 動作を分割して細かく見ることで、ADLの自立度が変化することが本人や介護者、ケアスタッフにも明確に理解できる
- ・ 例えば、訓練によって蓄積の動作が、「4」から「3」になった場合、ADL自立度が1段階向上したことを意味する

※もし、選択肢が（自立・一部介助・全介助）の場合、「4」と「3」は一部介助に括られ変化を把握できない

21

【項目6】

なぜ「過去3日間」で観察するのか

- ・ ADLは、朝でできることも夕方にはできなかったり、ある日はできてまた次の日はできなかったり、ということが起こる
- ・ そこで、3日間72時間の間に起こったすべてのADL動作に基づいて、その間の回数と程度で評価する方法で、より正確な状態把握を目指している

22

【項目7】

アセスメント結果

<p>0. 自立：すべての動作に身体援助、準備、見守りはなかった。</p> <p>1. 自立、準備の援助のみ：物品や用具の用意や手の届く範囲に置くのみで、すべての動作において身体援助も見守りもなかった。</p> <p>2. 見守り：見守り/合図</p> <p>3. 限定的な援助：四肢の動きを助ける、体重を支えずに身体的な誘導をする。</p> <p>4. 広範な援助：利用者が必要な動作の50%以上実施し、1人の援助者による体重を支える（四肢を持ち上げることも含まれる）援助</p> <p>5. 最大限の援助：2人以上の援助者による体重を支える四肢を持ち上げることも含まれる）援助、または50%以上に及ぶ体重を支える援助</p> <p>6. 全面依存：すべての動作において他者がすべて行った。</p>	<p>01. 入浴（身体洗、洗剤はぬい）</p> <p>02. 着替え（入浴とシャワーはぬい）</p> <p>03. 上着の着脱</p> <p>04. 下着の着脱</p> <p>05. 歩行</p> <p>06. 排便</p> <p>07. トイレの清掃</p> <p>08. トイレの洗浄（排泄はぬい）</p> <p>09. ベッド上げ可能</p> <p>10. 静</p>
--	--

23

【項目8】

CAPの選定(トリガー)

BさんのADLをアセスメントした結果、下記に当てはまった

- ADLに何らかの援助を受けている

24

【項目9】

CAPの選定(トリガー)

その他のアセスメントの結果、下記にも当てはまった

CPS（認知機能尺度）スコア 3（中程度の障害がある）	—	□ いくらかなりとも認知機能はある
J7 状態の不安定性 J7a 末期疾患であり、余命が6ヶ月以内である □ 該当する	—	□ 最終末期ではない
G6 過去90日間（または前回アセスメント以降）のADLの変化 2（悪化した）	—	□ 最近の状態で援助水準の急変 -ADLの変動(改善でも悪化でも)
O5 受診・入院（過去90日間） O5a 入院 1回	—	□ 最近の入院

「CAP3 ADL」が選定（トリガー）された

25

[資料 3]

開催日時	26年11月18日(火) 10:00 ~ 16:00
場 所	社会福祉法人溪仁会 本部 会議室
受講者数	21名
1. 受講者の状況	

- ・ MDS ユーザーと初めてが、半々程度。
- ・ ケアマネジャー14名、本部関係者7名。
- ・ ケアマネジャーは全員施設。

2. 研修会の進め方(特徴的な点)

- ・ インターライ方式を含め、いくつかのアセスメントツールについて検討段階。
- ・ インターライ方式の特徴とMDSの違い、アセスメント入力からケアプラン作成までの流れ、クラウドの操作方法など。

3. 今後の進め方

- ・ 各施設のケアマネジャーに体験で使用してもらう。
- ・ 他のツールも含めて検討中で、導入は各施設のケアマネの判断になる。

[資料 4]

開催日時	27年2月12日(木) 13:00 ~ 16:00
場 所	特別養護老人ホーム芽室けいせい苑 会議室
受講者数	5名
1. 受講者の状況	

- ・ 過去に MDS ユーザーが1名、インターライ施設研修受講者2名(過去の MDS ユーザーと重複)。
- ・ 初めての受講は3名。
- ・ インターライ施設研修への参加をきっかけにソフトを導入したため、未経験の現場職員と相談員、施設長も受講。

2. 研修会の進め方(特徴的な点)

- ・ 初めてインターライ(MDSも)の仕組みについて説明をうけるとのことなので、基本テキストを用いて、アセスメント・記入要綱・CAPS・領域検討用紙・プランの流れを説明。
- ・ 研修用テキストを用いて、アセスメントからのトリガーや CAP の特徴について説明。
- ・ 研修用テキストの転倒の CAP を使い、CAP の内容と自分たちの CAP への印象の違いを一度整理する。
- ・ その上で先方施設入所者の事例から、トリガーされた中でも一番気になる CAP の領域検討用紙とプランを用いて、行動の CAP についてテキストを用いて読み合わせを

しながらディスカッション形式で分析をし直した。

- ・その上でプランを見直し、特に目標の視点が違うことを確認できた。
- ・しかし、本来は認知機能と転倒の CAP も検討しなければ行動の CAP の理解は深まりにくい事例であったが、時間制約があり、今後自己学習で進めてもらうという対応しか取れず。

### 3. 今後の進め方

・インターライのソフトは導入されており、アセスメントの打ち込みと CAP のトリガーまではできる環境なので、記入要綱の読み合わせ・CAP の読み合わせを 1 日に 10 分くらいずつしていき、アセスメントの内容や CAP の意図する分析の視点について、計画作成担当者がまずは理解して現場に指導していけるようにしたい。

・そのためにイメージする事例を決めてテキストの読み込みをする。その上で疑問点（言葉の意味等）があれば、学会事務局に問い合わせるなどし、疑問点をそのままにしないようにしながら進めていくことを先方が決めた。

#### [資料 5]

開催日時	27 年 2 月 16 日（月）、18 日（水） 13：30 ～ 16：30
場 所	株式会社ヒューマンアカデミー1204 室（大阪心斎橋）、自社会議室（西新宿）
受講者数	54 名（16 日近畿 12 名、九州 7 名、北海道 3 名、中部 3 名、幹部（本部系）8 名、18 日関東 7 名、九州 9 名、幹部（本部系）5 名、計 21 名）

[資料 1-2]と同内容を実施した。実務研修もかねており、ベンダーによる給付管理システム上のアセスメント方法の説明あり。

I T の T V 電話回線により、全国支部に同時中継した。

[資料 6]

社会福祉法人凌雲堂 特別養護老人ホームしらふじ様

インターライ方式研修会 プログラム

日時：平成 27 年 2 月 21 日（土）10：00～16：00

会場：特別養護老人ホームしらふじ 会議室

時間	内容
10：00－11：00 (60分)	●インターライ方式と構造 ＜講師＞医療法人永和会 在宅介護センターかなえ 施設長 小山 峰志 ・アセスメントとCAPの関係について
11：00－11：10 (10分)	●質疑応答
11：10－12：00 (50分)	●アセスメント方法について 第1部 ＜講師＞医療法人永和会 在宅介護センターかなえ 施設長 小山 峰志
12：00－13：00 (60分)	休憩（昼食）
13：00－14：40 (100分)	●アセスメント方法について 第2部 ＜講師＞医療法人永和会 在宅介護センターかなえ 施設長 小山 峰志
14：40－14：55 (15分)	●質疑応答
14：55－15：05 (10分)	休憩
15：05－15：25 (20分)	●ケアサービスの質の評価研究『介護 QI』について ＜担当＞公益財団法人 ダイヤ高齢社会研究財団 研究員 阿部 詠子
15：25－15：55 (30分)	●インターライ方式アセスメント・ケアプラン作成支援ソフトの使い方 ＜講師＞公益財団法人 ダイヤ高齢社会研究財団 研究員 阿部 詠子
15：55－16：00 (5分)	●質疑応答

[資料 7]

亀田総合病院 介護支援専門員 記録検討会 検討結果

2014/12/02

公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団

阿部詠子

interRAI

2014年12月2日 10:21

ログイン 個人情報

### CAP検討グループ一覧

利用者: 逸見 花子 様

作成日時: 2014/12/02 10:21

#### CAP検討グループ

CAP名	内容
CAP1	...
CAP2	...
CAP3	...
CAP4	...
CAP5	...
CAP6	...
CAP7	...
CAP8	...
CAP9	...
CAP10	...
CAP11	...
CAP12	...
CAP13	...
CAP14	...
CAP15	...
CAP16	...
CAP17	...
CAP18	...
CAP19	...
CAP20	...
CAP21	...
CAP22	...
CAP23	...
CAP24	...
CAP25	...
CAP26	...
CAP27	...
CAP28	...
CAP29	...
CAP30	...
CAP31	...
CAP32	...
CAP33	...
CAP34	...
CAP35	...
CAP36	...
CAP37	...
CAP38	...
CAP39	...
CAP40	...
CAP41	...
CAP42	...
CAP43	...
CAP44	...
CAP45	...
CAP46	...
CAP47	...
CAP48	...
CAP49	...
CAP50	...

タイトル：いくつかのCAPをまとめ、内容を代替するもの  
 <優先順位>  
 →方針を立てる  
 (例)  
 ①リスクの軽減、予防  
 ②すぐに着手できるもの、着手した方がよいもの、困っていること  
 ③家族の意向、今後の方向性、など。

54

#### CAP検討グループ

名前	利用者の名前	担当CAP	ID
...	...	...	...

#### ガイドライン

ガイドライン	ガイドラインに沿って課題の整理や優先性・重要度を検討し(優先順位を決定する)	ケアの方向性やケアの内容を検討する(課題整理を決定する)
①現在までのエビデンスを整理し書く	②トリガーされた内容がある。CAPから予測される見込み(認知、嚥下、維持)、リスク、アプローチの基本となるケア目標を整理する。なぜそれが必要と考えるのか理由を述べる。	③課題に対するケアの方向性を検討し、短期目標を設定する。
④【短期目標】	⑤短期目標の達成で得られる成果	⑥【短期目標】
⑦【短期目標】	⑧短期・長期目標を達成するための手段・方法	⑨【短期目標】

55

CAP検討用紙

利用書：事例①

CAPグループ名：ADLの拡大

CAP - トリガーとその身体的状況	ガイドライン	ケアの方向性およびケアの内容に対する（短期目標を設定する）
【CAP1】 B1A = 3 G2F = 2 G4a = 1 G5a = 1 G5D = 1 【CAP3】 C3a = 0 C3c = 0 C4 = 0 C5 = 1 G6 = 2 H1a = 0 H1c = 0 J1 = 0 J7b = 0 J7c = 0 G44B = 0 G5a = 1 T2 = 0 ADLH = 1 LFS = 0 【CAP7】 C3a = 0 C3b = 0 C3c = 0 C4 = 0 C5 = 1 D1 = 0 E1 = 0	Nさん 75歳 男性 要介護度：1（高齢者の日常生活自立） 妻と1人暮らし、主介護者 妻 生活歴：運転代行業を営んでいた、どちらかというところではボランティアで、妻が食事や洗濯（洗濯前は60本×40分）を任意しても関わらなかった。現在も140リットルを毎日飲んでいる。 現病歴：5年前に多発性脳梗塞、脳卒中発症後発症、1ヶ月入院。 生活状況：入浴と更衣に介助を要するが、食事・排泄は自立、短時間なら杖なし歩行も可能、病気になる前は自分でできたことができない、できるだけ自力で単独での入浴、着替え、洗濯を持って食事したいと希望あり。妻：本人の希望通り自分のことは自分でできるようにしてほしい。安全にお風呂に入ってほしい。退院後は、妻が妻の関わりを担っているため	ケアの方向性およびケアの内容に対する（短期目標を設定する） 1. 歩調を維持し、身体機能低下を予防したい CAP1身体活動の推進、のケア目標「身体的な目標と現在の生活に対応する計画を立てる」から、再検査は身体機能低下の可能性が高いので、生活全般の自己管理が必要。また、認知機能低下についてモニタリングが必要。また、退院後は、高血圧を悪化させる可能性があることから食事療法や薬物療法について主治医や訪問看護師に相談しモニタリングしている。 2. できる日常生活動作を増やしたい CAP3 ADLのケア目標「実践が能力を下げている場合、実践レベルを上げる」から、Nさんの現在の生活での課題と改善策、現在の機能を維持しながら用意の活用などで一人でできることを増やす。退院または訪問サービスの導入を検討する。 3. 施設の入浴で安全に入浴したい

②トリガーされた内容から、CAPから予測される見込み（改善、悪化、維持）、リスク、アプローチの基本全体のケア目標を選択する。なぜそれが必要と考えたの理由を入れる。

名称	ADLの拡大	介護CAP	6.3.7
----	--------	-------	-------

ガイドライン

トリガーとその身体的状況	ガイドライン	ケアの方向性およびケアの内容に対する（短期目標を設定する）
【CAP1】 B1A = 3 G2F = 2 G4a = 1 G5a = 1 G5D = 1 【CAP3】 C3a = 0 C3c = 0 C4 = 0 C5 = 1 G6 = 2 H1a = 0 H1c = 0 J1 = 0 J7b = 0 J7c = 0 G44B = 0 G5a = 1 T2 = 0 ADLH = 1 LFS = 0 【CAP7】 C3a = 0 C3b = 0 C3c = 0 C4 = 0 C5 = 1 D1 = 0 E1 = 0	Nさん 75歳 男性 要介護度：1（高齢者の日常生活自立） 妻と1人暮らし、主介護者 妻 生活歴：運転代行業を営んでいた、どちらかというところではボランティアで、妻が食事や洗濯（洗濯前は60本×40分）を任意しても関わらなかった。現在も140リットルを毎日飲んでいる。 現病歴：5年前に多発性脳梗塞、脳卒中発症後発症、1ヶ月入院。 生活状況：入浴と更衣に介助を要するが、食事・排泄は自立、短時間なら杖なし歩行も可能、病気になる前は自分でできたことができない、できるだけ自力で単独での入浴、着替え、洗濯を持って食事したいと希望あり。妻：本人の希望通り自分のことは自分でできるようにしてほしい。安全にお風呂に入ってほしい。退院後は、妻が妻の関わりを担っているため	ケアの方向性およびケアの内容に対する（短期目標を設定する） 1. 歩調を維持し、身体機能低下を予防したい CAP1身体活動の推進、のケア目標「身体的な目標と現在の生活に対応する計画を立てる」から、再検査は身体機能低下の可能性が高いので、生活全般の自己管理が必要。また、認知機能低下についてモニタリングが必要。また、退院後は、高血圧を悪化させる可能性があることから食事療法や薬物療法について主治医や訪問看護師に相談しモニタリングしている。 2. できる日常生活動作を増やしたい CAP3 ADLのケア目標「実践が能力を下げている場合、実践レベルを上げる」から、Nさんの現在の生活での課題と改善策、現在の機能を維持しながら用意の活用などで一人でできることを増やす。退院または訪問サービスの導入を検討する。 3. 施設の入浴で安全に入浴したい
介護全般の課題すべき課題 （解決127文字） T2 = 0 ADLH = 1 LFS = 0	1. 歩調を維持し、身体機能低下を予防したい 2. できる日常生活動作を増やしたい 3. 施設で安全に入浴したい	短期目標の達成を得られる望ましい状態
短期目標（解決127文字） C3c = 0 C4 = 0 C5 = 1 D1 = 0 E1 = 0 F1a = 0 F1b = 0 F1c = 0	1. 歩調を維持できる。 2. 一人でできる日常生活動作が増える。 3. 退院の準備段階で安全に入浴ができる	長期目標の達成
課題/長期課題		長期ケア計画

[資料 8]

- ・[資料 2]と同じ資料を使用し実施した。
- ・自社利用者の事例展開と内容の検討を行った。(個人情報保護上の配慮により掲載不可)

[資料 9]

2014/04/10

介護Q I 研究コンソーシアム

(株) ビジュアルビジョン 新任研修 「インターライ方式ケアアセスメント」

公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団 阿部 詠子

1. インターライ方式とは
2. MDS からの変更点
3. 課題の把握からケアプランまで一事例を使ってー
4. 自己学習機能のご紹介
3. まとめ、質疑

配布資料：

- ・インターライ方式ケアアセスメント (パワーポイント)
- ・インターライ方式ケアアセスメントQ & A
- ・参考資料 誌上 CAP を読む会 CAP1 身体活動の推進

## 6. インターライ方式居宅 QI の定義

### ADL の改善

分子:

ベースライン時の Early-Loss ADL スケール\*<sup>1</sup> 得点が 1 以上で、フォローアップ時には減少していた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満、アセスメント間隔が 6 ヶ月以内、認知機能障害がある、ADL が悪化した Clinical Risk スケール\*<sup>2</sup>、うっ血性心不全あり、痛み、転倒、入院、アセスメント間隔（月数）

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

### ADL の悪化

分子:

ベースライン時の Early-Loss ADL スケール得点が 17 以下で、フォローアップ時には増加していた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満、アセスメント間隔が 6 ヶ月以内、Clinical Risk スケール、食事の準備に困難あり、家事に困難あり、入浴に困難あり、痛み、転倒、不安定な歩行、入院、認知機能尺度(CPS)、アセスメント間隔（月数）

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない



## 尿失禁の悪化

分子:

ベースライン時に尿失禁の状態が「失禁状態（膀胱のコントロールがない）」より良く、フォローアップ時には悪化していた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満、アセスメント間隔が 6 ヶ月以内、食事の準備に困難あり、痛み、転倒  
Clinical Risk スケール、アセスメント間隔（月数）

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

## 尿失禁の改善

分子:

ベースライン時に何らかの失禁があるか、カテーテルや瘻があり、フォローアップ時には改善していた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満、アセスメント間隔が 6 ヶ月以内、認知機能障害がある、悲しみ、入浴に困難あり、ADL 悪化、入院、Clinical Risk スケール、アセスメント間隔（月数）

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

## 認知障害の改善

分子:

ベースラインの認知機能尺度(CPS)得点が 1 以上で、フォローアップでは低下 (改善) していた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満、アセスメント間隔が 6 ヶ月以内、電話の使用が困難、日常の意思決定に困難あり、アルツハイマー病またはその他の認知症あり、Clinical Risk スケール、痛み不安定な行動、入院、認知機能障害がある、活動時間が 2 時間未満、他者を理解するアセスメント間隔 (月数)

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

## 認知障害の悪化

分子:

ベースラインの認知機能尺度(CPS)得点が 6 以下で、フォローアップでは増加 (悪化) していた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満、アセスメント間隔が 6 ヶ月以内、電話の使用が困難、アルツハイマー病またはその他の認知症あり、金銭管理が困難、食事の準備に困難あり、入浴に困難あり、痛み、転倒、不安定な行動、Clinical Risk スケール、アセスメント間隔 (月数)

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

### コミュニケーション障害の改善

分子:

ベースラインのコミュニケーションスケールの得点が 1 以上で、フォローアップでは低下（改善）していた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満、アセスメント間隔が 6 ヶ月以内、電話の使用が困難、アルツハイマー病あり、アルツハイマー病以外の認知症あり、Clinical Risk スケール、悲しみ、ADL 悪化、入院、アセスメント間隔（月数）

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

### コミュニケーション障害の悪化

分子:

ベースラインのコミュニケーションスケールの得点が 7 以下で、フォローアップでは増加（悪化）していた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満、アセスメント間隔が 6 ヶ月以内、金銭管理が困難、服薬管理が困難、電話の使用が困難、アルツハイマー病あり、アルツハイマー病以外の認知症あり、入浴に困難あり、うっ血性心不全あり、糖尿病、ADL Long スケール\*<sup>3</sup>、Clinical Risk スケール、アセスメント間隔（月数）

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

## 転倒

分子:

フォローアップ時から過去 90 日以内に 1 度以上転倒していた

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満、アセスメント間隔が 6 ヶ月以内、認知機能障害がある、ADL が悪化した歩行補助具の仕様あり、不安定な歩行、移動の問題、アセスメント間隔（月数）

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

## IADL の改善

分子:

ベースラインの IADL スケールが 1 以上で、フォローアップ時に低下（改善）していた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満、アセスメント間隔が 6 ヶ月以内、悲しみ、ADL 悪化、うっ血性心不全あり痛み、入院、ADL Long スケール、アルツハイマー病またはその他の認知症あり

Clinical Risk スケール、アセスメント間隔（月数）

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

## IADL 悪化

分子:

ベースラインの IADL スケールが 14 以下で、フォローアップ時に増加（悪化）していた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満、アセスメント間隔が 6 ヶ月以内、買い物が困難、Clinical Risk スケール 悲しみ、食事の準備に困難あり、家事に困難あり、アセスメント間隔（月数）

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

## 外傷の発生

分子:

フォローアップ時に新たにけがや火傷が発生した

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満、アセスメント間隔が 6 ヶ月以内、ADL 悪化、糖尿病、痛み、不安定な歩行 入院、Clinical Risk スケール、アセスメント間隔（月数）

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

## 気分の改善

分子:

ベースライン時にうつ評価尺度(DRS)が 1 以上で、フォローアップ時に減少 (改善) していた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満、アセスメント間隔が 6 ヶ月以内、ADL 悪化、入院、ADL Long スケール Clinical Risk スケール、アセスメント間隔 (月数)

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

## 気分の落ち込み

分子:

ベースライン時にうつ評価尺度(DRS)が 13 以下で、フォローアップ時に増加 (悪化) していた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満、アセスメント間隔が 6 ヶ月以内、Clinical Risk スケール、入浴に困難あり  
アセスメント間隔 (月数)

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

### 痛みのコントロールが不十分

分子:

ベースライン時に痛みがあり、フォローアップ時にもある利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満、アセスメント間隔が 6 ヶ月以内、認知機能障害がある、金銭管理が困難、服薬管理が困難、Clinical Risk スケール、意思決定が困難、悲しみ、不安定な歩行、入院、認知機能尺度(CPS)、アセスメント間隔 (月数)

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

### 痛みの改善

分子:

ベースラインとフォローアップの間に痛みが軽減した利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満、認知機能障害がある、金銭管理が困難、服薬管理が困難、悲しみ、不安定な歩行、入院、Clinical Risk スケール、アセスメント間隔が 6 ヶ月以内、アセスメント間隔 (月数)

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

## 重度の痛み

分子:

フォローアップ時に重度の痛みがあった利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満、アセスメント間隔が 6 ヶ月以内、息切れ、不安定な歩行、ADL Long スケール、Clinical Risk スケール、ADL Short スケール\*<sup>4</sup>、アセスメント間隔（月数）

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

## 介護者のストレスの継続

分子:

ベースライン時とフォローアップ時に介護者のストレス、怒り、うつがある利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満、アセスメント間隔が 6 ヶ月以内、認知機能障害がある、IADL Difficulty スケール\*<sup>5</sup>、意思決定が困難、悲しみ、家事に困難あり、ADL 悪化、不安定な行動、入院 Clinical Risk スケール、認知機能尺度(CPS)、アセスメント間隔（月数）

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない



## 孤独

分子:

フォローアップ時に孤独を感じていた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

ADL 悪化、アセスメント間隔が 6 ヶ月以内、認知機能障害がある、買い物が困難、入院移動の問題、痛み、不安定な歩行、アセスメント間隔 (月数)

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

## 外出日数の減少

分子:

フォローアップ時に外出日数が減少していた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

ADL 悪化、アセスメント間隔が 6 ヶ月以内、IADL Difficulty スケール、移動の問題、痛み、不安定な歩行、アセスメント間隔 (月数)

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

## インフルエンザワクチン未接種

分子:

ベースライン時にもフォローアップ時にもインフルエンザワクチンを接種していなかった利用者

分母:

ベースラインと6か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65歳未満、アセスメント間隔が6ヶ月以内、移動が自立ではない、活動時間が2時間未満、家事に困難あり、糖尿病、痛み、入院、ADL Long スケール、アセスメント間隔（月数）

除外:

指定された期間内にアセスメントが2回以上行われていない

## 入院

分子:

フォローアップ時に入院、救急外来、救急ケアを受けた利用者

分母:

ベースラインと6か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65歳未満、アセスメント間隔が6ヶ月以内、救急外来を受診、Clinical Risk スケール入浴に困難あり、糖尿病、アセスメント間隔（月数）

除外:

指定された期間内にアセスメントが2回以上行われていない

## 体重減少

分子:

フォローアップ時に体重減少が見られた利用者

分母:

ベースラインと 6 か月のフォローアップの両方のアセスメントデータが有効である利用者

リスク調整変数:

65 歳未満、アセスメント間隔が 6 ヶ月以内、入浴に困難あり、糖尿病、入院、アセスメント間隔（月数）

除外:

指定された期間内にアセスメントが 2 回以上行われていない

\*<sup>1</sup> Early-Loss ADL スケール：入浴、トイレの使用、移動という早期喪失（Early Loss）の ADL の自立度を示す尺度。上記 3 つの ADL の自立度の平均値から算出される。得点が高いほど自立度が低い。

\*<sup>2</sup> Clinical Risk スケール：息切れ、体重減少、骨折、胸痛、嘔吐、急性症状の発生、尿失禁、不十分な水分摂取、意思決定能力の低下、ADL の低下、という臨床的リスクがどの程度あるかを示す尺度。得点が高いほどリスクがある。

\*<sup>3</sup> ADL Long スケール：ADL 7 項目（個人衛生、下半身の更衣、歩行、移動、トイレへの移乗、トイレの使用、ベッド上の可動性）を用いて算出する尺度。ADL の自立度を示す。得点が高いほど自立度が低い。

\*<sup>4</sup> ADL Short スケール：ADL 4 項目（個人衛生、トイレへの移乗、歩行、ベッド上の可動性）を用いて算出する尺度。ADL の自立度を示す。得点が高いほど自立度が低い。

\*<sup>5</sup> IADL Difficulty スケール：IADL 5 項目食事の用意、家事一般、薬の管理、階段、買い物の能力の自立度を用いて算出する尺度。得点が高いほど IADL 能力の自立度が低い。

## 7. 次年度の研究

### 次年度

#### (1) 参加事業所の拡大と研修の実施実績

参加事業所は昨年度の 10 法人、より 15 法人に大幅に増加した。なお、新たに加わった 5 法人のうち、4 法人は施設（特養・老健）であった。

研修は、6 法人に合計 8 回 26 時間実施し、延べ 131 名の参加があった。このうちの 5 法人が新たに研究に参加した。

#### (2) 構築したデータベースの概要

初年度開発のダウンロードシステムを用いて 8 法人 39 事業所より 1,480 件のアセスメントデータをダウンロードした。対象期間は、平成 25 年 4 月 1 日から平成 26 年 10 月 31 日までの入力データで、平成 26 年 11 月にダウンロードした。

上記のデータベースの中から、QI の算出のために使用可能なアセスメントデータを図 1 に示したフロー図に従って抽出した。

- ① データベースに蓄積された施設系事業所（特養・老健・高齢者住宅）の数が少なかった（5 事業所）ため、QI の算定は居宅介護事業所のみを対象とした。
- ② アセスメントデータが 1 時点のみの 718 件（61.4%）を除外した。  
なお、2 時点のアセスメントデータのある 451 件のデータからケアマネジャー単位の入力利用者数を算出した結果、75 名のケアマネジャーの中で、10 人以上の利用者を入力したのは、およそ 4 人に 1 人の 18 名に過ぎず、平均入力数は 6.1 であった（表 1）。
- ③ アセスメント情報の入力利用者数が 10 人未満の 7 事業所を除外した。
- ④ 事業所のうち、QI を計算するのに必要なアセスメント情報が入力されている割合が平均 15% 未満であった 4 事業所を除外した。なお、除外した事業所の入力率は最高でも 10% に留まり、逆に 4 割以上の事業所に限れば、表 2 に示すように、その数は 4 つに留まる。
- ⑤ 最終的に 8 事業所、347 名のデータに基づいて、各事業所の QI を計算した。