

**平成 24 年度 老人保健事業推進費等補助金**

**老人保健健康増進等事業**

**ケアプランの質的向上を支援する  
客観的評価指標の開発に関する調査研究事業**

**公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団**

**平成 25 (2013) 年 3 月**



## はじめに

本報告書は、平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）の補助金を受けて実施した「ケアプランの質的向上を支援する客観的評価指標の開発に関する調査研究事業」の成果をまとめたものです。

本研究事業は、高齢者の包括的なアセスメントツールとして評価の高い MDS-HC（現インターライ方式ケアアセスメント）を、居宅介護支援事業所のサービスの質評価・改善に生かす取り組みです。Quality Indicator (QI) は、インターライ方式を推進する国際機関である interRAI によって開発され、欧米を中心に広く活用されてきています。わが国でも、慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室の池上直己教授を中心とする研究グループによって、介護保険施設や訪問看護ステーション等で研究が行われてきました。高齢化が進むわが国において、在宅の要介護高齢者へのケアマネジメントを行う居宅介護支援事業所の質の向上は急務です。私たちは、居宅介護支援事業所のケアの質評価・改善には、MDS 方式による HC-QI (Home Care – Quality Indicator) が有効なツールであると考え、今回、本研究事業に取り組むことにいたしました。

本研究は、居宅介護支援事業者（医療法人鉄蕉会 亀田総合病院、株式会社 ラックコーポレーション、日本パムコ株式会社、株式会社 川口福祉サービス、社会福祉法人 聖隷福祉事業団）、ソフトベンダー（株式会社 カナミックネットワーク、株式会社 ワイズマン）、ダイヤ高齢社会研究財団、特定非営利活動法人インターライ日本でコンソーシアム（共同研究体）を構成して実施しています。

研究推進にあたっては、本分野に精通する 5 名の方々に委員としてご協力いただきました。とりわけ、研究委員長をお引き受けくださった池上直己教授（慶應義塾大学医学部・特定非営利活動法人インターライ日本理事長）には、数々のご指導をいただきました。また、本研究事業の趣旨に賛同し、多忙の業務の中にありながら惜しみないご協力をいただきました、医療法人鉄蕉会 亀田総合病院、株式会社 ラックコーポレーション、日本パムコ株式会社、株式会社 川口福祉サービス、社会福祉法人 聖隷福祉事業団の関係者の皆様に心より御礼申し上げます。

平成 25 年 3 月

公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団

# 目次

## 要旨

## 本編

第1章 事業の概要	4
1. 背景と目的	
2. 参加事業者の条件	
3. 実施体制	
第2章 データベースの構築	13
1. アセスメントデータのダウンロードシステム	
2. データベースの内容	
3. 収集されたデータの内容	
第3章 HC-QI レポートの作成	20
1. HC-QI 値におけるリスク調整	
2. HC-QI 実測値の全体平均	
3. 事業所別レーダーチャートの作成	
4. 個人別予測値表の作成	
第4章 HC-QI によるケアプランの見直し	32
1. 見直しの方法	
2. ケアマネアンケートの集計	
第5章 まとめと今後の計画	37
1. 本事業の成果	
2. 今後の計画	

第6章 参考資料 ..... 39

1. MDS-HC 2.0 アセスメント表の例
2. ダウンロード機能におけるデータの CSV 方式
3. インターライ方式アセスメントデータダウンロードシステムの機能

**参考文献**

# 要 旨

## 1. 目的

近年、介護サービスの質が問われるようになり、介護事業者の質を評価するさまざまな取り組みが行政主導で進められているが、評価に伴う作業の負担や、評価結果をケアの改善に活用することが困難といった問題点が指摘されている。一方、利用者の要介護度の維持・改善に基づく特定事業所加算の導入など、アウトカム評価への関心が高まっているが、日本にはこれまで標準値となるエビデンスを蓄積しておらず、アウトカム評価を質の改善につなげる具体的な方策も示されていない。

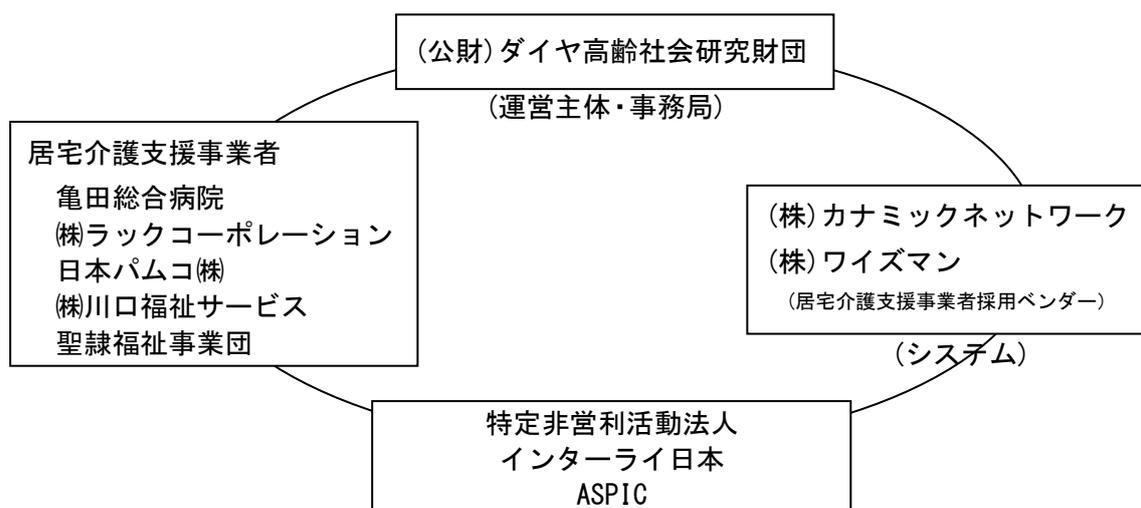
本研究事業では、以下の点を目的とする。

- ① MDS方式の”HC-QI (Home Care Quality Indicators)”を居宅介護支援事業者に適用し、介護支援専門員がケアプラン作成時に記録した利用者のアセスメントデータに基づいてケアのプロセスやアウトカムを表わす指標を算出する
- ② 算出された指標が我が国においても活用可能であることを検証する

## 2. 実施体制

居宅介護支援事業者（5法人）、ソフトベンダー（2社）、ダイヤ高齢社会研究財団の3者間で研究事業協定書を締結した。この3者に、MDS方式（インターライ方式）の調査・開発を行う学術機関である特定非営利活動法人インターライ日本、およびインターライ方式クラウドサービスの提供を行っている特定非営利活動法人ASP・SaaSクラウドコンソーシアム(ASPIC)を加えた研究コンソーシアム（共同体）を組織した（図1）。

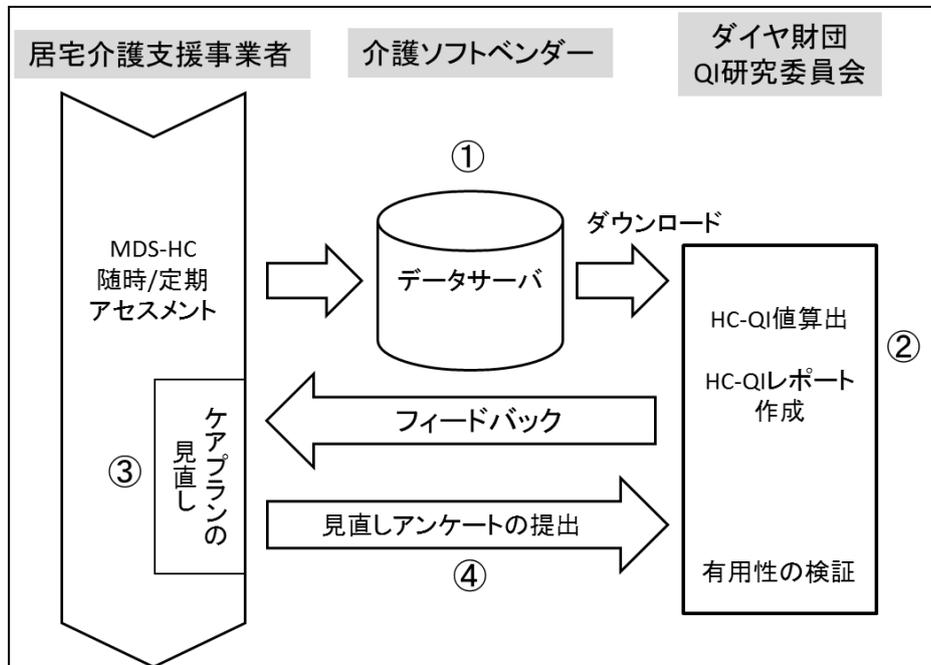
図1 研究コンソーシアム



### 3. 事業計画

本研究事業におけるケアの質評価・改善のプロセスは、図2の通りである。

図2 ケアの質評価・改善プロセス



- ① 居宅介護支援事業所で入力されたアセスメントデータを、ソフトベンダーのシステムを介してダウンロードし、データベースを構築する
- ② 構築されたデータベースをもとに HC-QI 値を算出する
- ③ HC-QI 値を居宅介護支援事業所にフィードバックし、介護支援専門員がケアプランの見直しを行う
- ④ ケアプランの見直しに関するアンケートを提出する

## 4. 本事業の成果

居宅介護支援事業者 5 法人 15 事業所より、5994 件（利用者 2619 人分）のアセスメントデータをダウンロードし、データベースを構築した。HC-QI の 22 の指標の算出には、このうち 1975 名分のデータを用いた。まず、算出された HC-QI 実測値をもとに、事業所全体の平均をアメリカ・カナダのデータと比較した。また、全事業所のレーダーチャートを作成してケアの質を可視化した。さらに、HC-QI の結果を事業者にフィードバックし、介護支援専門員にケアプランの見直しを行ってもらったところ、具体的なケアプランの改善策が示された。HC-QI の有用性に関するアンケートには 76 名(70.3%)の介護支援専門員が回答し、そのうち 7 割以上から肯定的な意見を得た。

以上の結果から、わが国における居宅支援事業所の質の評価指標への、HC-QI の活用可能性が示唆された。なお、本事業の成果を広く公表するために、専用ウェブサイト(<http://www.dia.or.jp>)を開設した。

## 5. 今後の計画

今後は、参加事業者を拡大し、より多くの事業所からアセスメントデータを得て HC-QI 値を算出することにより、HC-QI 値の精度を高めることを計画している。

また、事業者の HC-QI の成績を時系列的に記録して、改善の効果を確認し、HC-QI によるケアの質の改善モデルの有用性を検証することを計画している。

## 第 1 章 事業の概要

---

第 1 章では、研究事業の目的や方法、事業計画について解説する。また、参加事業者の選定条件や事業開始後のコンソーシアムにおける役割分担を記載する。

# 1. 背景と目的

## 1) 背景

近年、介護サービスの質が問われるようになり、利用者の要介護度の維持・改善に基づく特定事業所加算の導入など、アウトカム評価への関心が高まっている。しかし、これまで日本には標準値となるエビデンスが蓄積されておらず、アウトカム評価を質の改善につなげる具体的な方策も示されていないのが現状である。標準値となる客観的な指標の開発が求められているが、体系的な評価モデルを短期間で構築するのは困難とされている(公衆衛生協会「介護サービスの質の評価の在り方にかかる検討に向けた報告書」2010)。

このような背景のもと、介護サービスの質を評価する様々な取り組みが行政主導で進められているが、以下のような問題点が指摘されている。

1. 評価で求められる資料と業務の運用帳簿とがリンクしていないため、評価に伴う事業者側の作業負担が大きい(例:評価のためだけの評価が横行)。
2. 評価内容は人員配置や組織理念、マニュアルの整備状況などに限定され、実際のケア内容や利用者の状態変化等のアウトカムが全く扱われていない。
3. 利用者構成の影響を排除する仕組みが含まれていない(リスク調整の必要性)
4. 評価結果を事業者がケアの質の向上に活用することが困難である。

一方、HC-QIによるケアの質評価・改善のモデルを用いると、上記のような問題点を解決することができると期待される。HC-QIとは、MDS-HC(現インターライ方式ケアアセスメント)のアセスメントデータから算出されるケアの質を表す指標である。MDS-HCとはケアマネジメントにおいて適切な支援計画(ケアプラン)を作成するために、高齢者の状態を身体的・心理社会的側面から包括的にアセスメントするためのツールである。したがって、HC-QIによるケアの質評価・改善モデルでは、アセスメントの結果を質の評価にも活用するため、ケアの質の評価・改善のプロセスをひとつのツールで実施できるのである。

さらに、HC-QIは、ケアの方法によって差がつくもの、ケアしないと後に重篤な結果を起こすものとして50を超える候補から選ばれた22の項目(表1-1)から構成されている。したがって、HC-QIによる評価モデルではケアのアウトカムを用いた評価が可能である。

表 1-1. HC-QI の 22 項目

変化の QI(6 項目)	割合の QI(16 項目)	
5. 尿失禁の悪化	1. 不適切な食事	14. せん妄
6. 皮膚潰瘍の悪化	2. 体重減少	15. 気分低下
9. ADL の悪化	3. 脱水	17. 重度の痛み
10. 屋内移動の悪化	4. 薬剤の非管理	18. 疼痛管理の不十分
13. 認知機能低下	7. 補助具の不使用	19. 虐待（身体抑制）
16. コミュニケーション低下	8. リハビリなし	20. 事故
	11. 転倒	21. インフルエンザワクチンの未接種
	12. 社会的孤立	22. 入院

## 2) 事業目的

本事業では、HC-QI による質の評価・改善モデルを我が国の居宅介護支援事業者に適用し、その客観的指標としての有用性を検証することを目的とし、具体的には以下の 4 点を行う。

- ① アセスメントデータを二次利用して指標を算出する仕組みを構築する
- ② 指標を算出して参加事業者におけるケアの質の平均値を明らかにする
- ③ ケアの質の評価においてリスク調整が有効であるかを検証する
- ④ HC-QI に基づいたケアプランの見直しが現場の介護支援専門員にとって有用であるかを検討する

## 2. 参加事業者の条件

本研究事業の遂行においては、1) HC-QI 算出のための MDS-HC (現インターライ方式) アセスメントを定期的かつ正確に実施すること、2) アセスメントに関するデータを安全にかつ効率的に取得できること、が必須であった。したがって、以下の 2 点を、居宅介護支援事業者の参加条件とした。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>1) 全利用者へのMDS-HCによる随時/定期アセスメントの実施</li><li>2) ASP (Application Service Provider) 方式によるソフトの採用</li></ul> |
|--|

### 1) 全利用者へのMDS-HCによる随時/定期アセスメント

- HC-QI は、居宅介護支援事業所の全利用者における、問題となる状態への該当割合として算出されることから、利用者全員への MDS-HC アセスメントの実施が必須である。
- ただし、複数の居宅介護支援事業所を有する事業者に関しては、事業所単位で研究事業への不参加があることは問題ない。
- HC-QI の正確な算出のためには、(1) 随時アセスメント、(2) 定期アセスメントにより利用者の状態変化を適切に把握する必要がある (表 1-2)。

表 1-2 随時アセスメントと定期アセスメント

#### (1) 随時アセスメント

- 機能の低下や疾患の進行、リハビリテーションや治療による問題の解決、介護者の状況変化等、利用者の状態が変化した場合に必要なアセスメント。
- 利用者が入院・施設入所し、退院・退所した場合に行われるアセスメントも含まれる。

#### (2) 定期アセスメント

- ケアプランの評価と調整のために、フォローアップとして行われるアセスメント。
- 本研究事業では、利用者に状態の変化がなく経過した場合 (随時アセスメントが行われなかった場合)、6 ヶ月の間隔で定期アセスメントを実施することとした。

## 2) ASP方式によるソフトの採用

HC-QI 算出に必要なデータを、

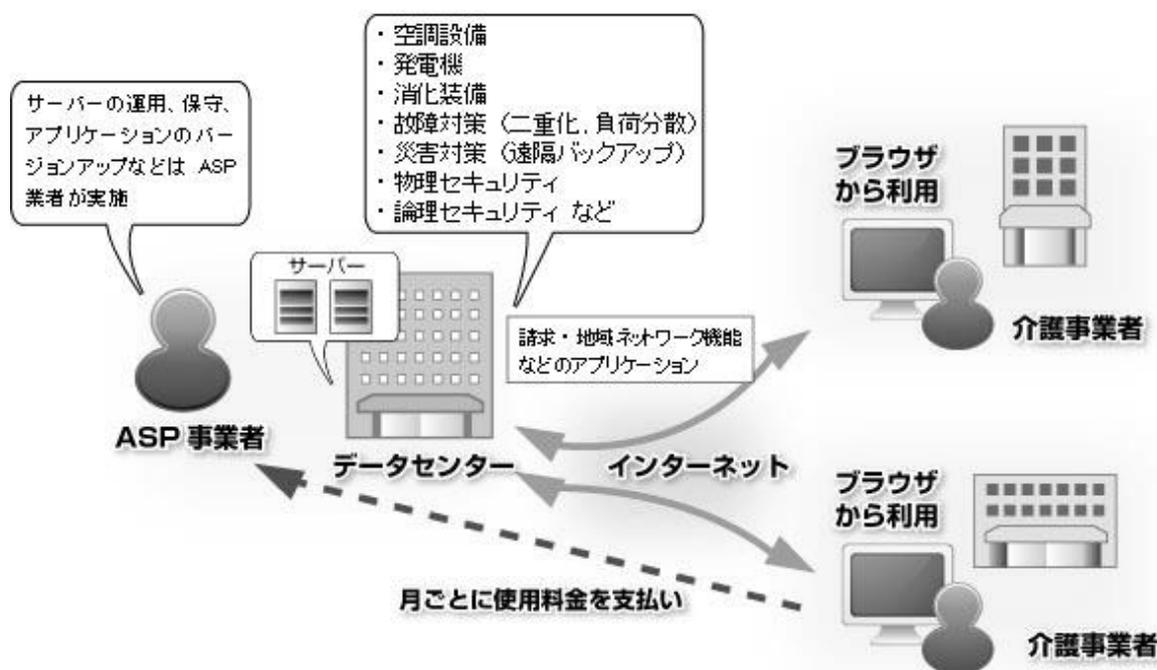
- (1) 標準化された形式で
- (2) 利用者の個人情報除外された状態で
- (3) 居宅介護支援事業者の負担なく

取得するため、利用者の基本情報および MDS-HC アセスメント情報の入力に、ASP (Application Service Provider) 方式のソフトが採用されていることを条件とした。

### 《ASP 方式》

インターネット経由で、Web ブラウザなどを通じてサーバーにインストールされたアプリケーション・ソフトを利用する形態。入力データ自体も各パソコンではなく、ASP 業者のデータセンターに蓄積される。

図 1-1 ASP 方式による業務ソフトの例



(株式会社カナミックネットワークサイトより転載: <http://www.kanamic.net/system/asp.html>)

### 3) 研究事業参加事業者

5事業者が研究に参加した（表1-3）。また、この他の3事業者と研究協定を結んだ（表1-4）。この3事業者は、本事業ではデータのダウンロードは行わなかったが、オブザーバーとして研究委員会に出席し、HC-QIに関する会議に参加した。

表 1-3 研究事業参加事業者

事業者名（所在地）	エリア	事業所数	介護支援 専門員数	契約 ベンダー
亀田総合病院（千葉県鴨川市）	千葉県南部	2	14名	(株)カナミック ネットワーク
株式会社 ラックコーポレーション （東京都墨田区）	墨田区・江戸川区等	6	43名	(株)カナミック ネットワーク
日本パムコ株式会社 （千葉県市川市）	市川市	2	12名	(株)カナミック ネットワーク
株式会社 川口福祉サービス （埼玉県川口市）	川口市	2	11名	(株)カナミック ネットワーク
聖隷福祉事業団 （静岡県浜松市）	浜松市	4	28名	(株)ワイズマン

表 1-4 オブザーバー参加した事業者

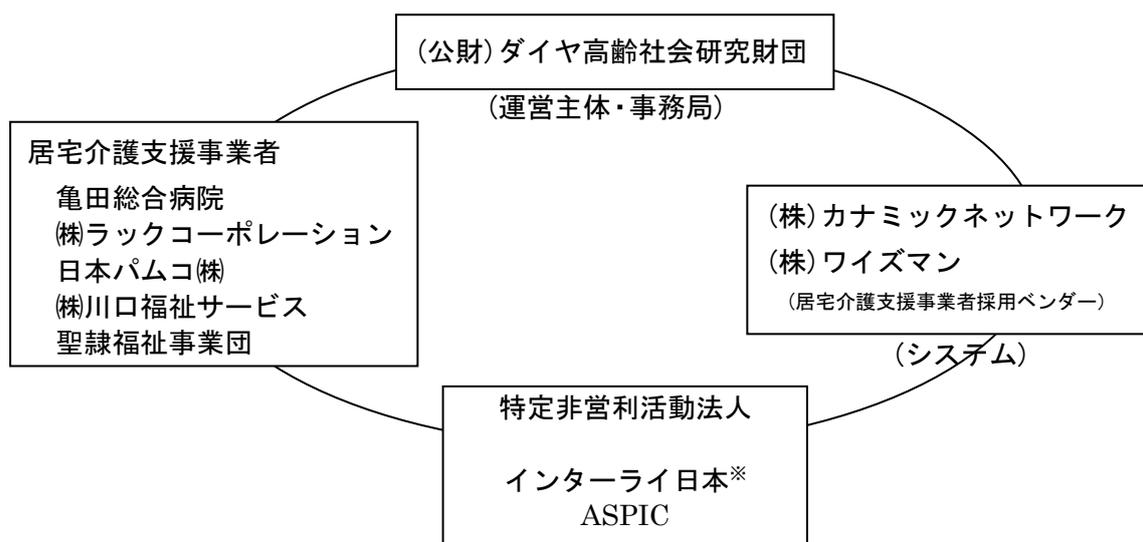
事業者名（所在地）	エリア
株式会社ビジュアルビジョン （千葉県さいたま市）	さいたま市
永寿福祉会 （大阪府大阪市）	大阪市
こうほうえん （鳥取県米子市）	米子市

### 3. 実施体制

#### 1) コンソーシアムによる役割分担

研究事業の展開においては、居宅介護支援事業者、ソフトベンダー、ダイヤ高齢社会研究財団の3者に加えて、MDS方式（インターライ方式）に関する開発・研究調査を行う学術機関である特定非営利活動法人インターライ日本に学術支援の要請を行い、研究コンソーシアム（共同体）を組織して実施した（図1-2）。また、新版であるインターライ方式でのアセスメントデータのダウンロードシステムを開発するために、特定非営利活動法人ASP・SaaSクラウドコンソーシアム（ASPIC）の協力を得た。

図 1-2 研究コンソーシアム



※ 特定非営利活動法人インターライ日本 事務局  
慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室  
〒160-8582 東京都新宿区信濃町 35  
TEL : 080-8748-0009 Email : [info@interrai.jp](mailto:info@interrai.jp)

コンソーシアムによる各機関の役割分担を表 1-5 にまとめた。

表 1-5 各機関の役割

機 関	役 割
居宅介護支援事業者 亀田総合病院 (株)ラックコーポレーション 日本パムコ(株) (株)川口福祉サービス 聖隷福祉事業団	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 研究参加事業所の全利用者への MDS-HC(またはインターライ方式)の随時※1/定期※2 アセスメント※3</li> <li>● アセスメント結果の「居宅介護支援システム」への入力</li> <li>● 事業担当者の選任(1名以上)</li> <li>● 研究委員会への出席</li> </ul>
ソフトベンダー (株)カナミックネットワーク (株)ワイズマン	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 「居宅介護支援システム」の運用に関する技術的な支援</li> </ul>
(公財)ダイヤ高齢社会研究財団	<ul style="list-style-type: none"> <li>● MDS-HC アセスメント研修会の運営</li> <li>● ダウンロード機能を使用したデータの取得</li> <li>● QI 評価レポートの作成と事業者への提出</li> <li>● 研究委員会の事務業務</li> </ul>
(特非)インターライ日本	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 研究プロジェクトの学術的側面のサポート</li> </ul>
(特非)ASPIC	<ul style="list-style-type: none"> <li>● インターライ方式でのアセスメントデータのダウンロードプログラムの開発</li> </ul>

※1 機能の低下や疾患の進行、リハビリテーションや治療による問題の解決、介護者の状況変化等、利用者の状態が変化した場合に必要なアセスメント。利用者が入院・施設入所し、退院・退所した場合も含まれる。なお新規利用者については、受付後 30 日以内にアセスメントを実施する。

※2 ケアプランの評価と調整のために、フォローアップとして行われるアセスメント。本研究では、定期アセスメントの間隔を 6 ヶ月おきとした。

※3 同一事業者の中で複数の事業所を有する場合には、事業所単位での不参加があることは可能

## 2) 協定書の締結

研究事業の開始に際しては、事業者より供与されるデータの情報セキュリティ対策について各居宅介護支援事業者、ソフトベンダーとの事前協議を慎重に行った。これら情報の取り扱いを含め、事業内容、費用、期間を明記した協定書を作成し、居宅介護支援事業者、ソフトベンダー、ダイヤ高齢社会研究財団の 3 者による「ケアプランの質的向上を支援する客観的評価指標の開発に関する調査研究事業」の協定書を締結した。

### 3) 研究委員会

研究事業の運営および成果に対する検討は、研究委員会の場で実施した（表 1-6、1-7）。

表 1-6 委員名簿

委員長	池上 直己	(慶應義塾大学医学部 教授)
委員	新津 ふみ子	(日本社会事業大学専門職大学院 教授)
	高野 龍昭	(東洋大学ライフデザイン学部 准教授)
	五十嵐 歩	(東京医科歯科大学 助教)
	川添 チエミ	(財団法人仁風会 嵯峨野病院在宅事業部長)
	石橋 智昭	(公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団 研究部長)
事務局	天野 貴史	(公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団)
	阿部 詠子	(公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団)
	小野 恵子	(公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団)
	関口 知子	(公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団)

表 1-7 研究委員会の開催

開催日時	2013年1月30日(水)	14:00~16:30
場所	ダイヤ財団・会議室	
内容	14:00~14:05	ご挨拶
	14:05~14:35	研究事業の概要説明
	14:35~15:15	QIの結果報告
	15:15~15:30	休憩
	15:30~15:40	アセスメント用紙の配布
	15:40~16:20	クラウドサービスについて
	16:20~16:30	その他(今後の予定など)

## 第2章 データベースの構築

---

居宅介護支援事業所にて、介護支援専門員にて入力されたアセスメントデータを、介護ソフトベンダーのシステムを通じてダウンロードし、HC-QI 算出のためのデータベースを構築した。

## 1. アセスメントデータのダウンロードシステム

### 1) MDS-HC アセスメントデータダウンロードシステムの概要

居宅介護支援事業所において実施された MDS-HC アセスメントのデータは、ソフトベンダーの居宅介護支援システムのデータセンターに保存される（アセスメント表の例は「第 6 章参考資料 1」に示した）。このデータから個人情報除外しダウンロードできる機能は本事業開始時にすでに開発済みであり、これを利用した。

#### (1) カナミックネットワーク

居宅介護支援事業者およびダイヤ高齢社会研究財団は、それぞれ専用の ID・パスワードを用いて利用者のアセスメントデータをダウンロードすることができる。

#### (2) ワイズマン

居宅支援事業所の利用者のアセスメントデータは、㈱ワイズマンによりダウンロードされ、データを保存した CD が居宅介護支援事業者およびダイヤ高齢社会研究財団にそれぞれ送付される。初回のデータ供与においては、まず事業者データ CD が送付され、事業者がダウンロードデータの個人情報の除外を確認した上で、ダイヤ高齢社会研究財団にデータ CD のコピーが送付された。

### 2) インターライ方式アセスメントデータダウンロードシステムの概要

MDS-HC の新しい版であるインターライ方式ケアアセスメントにより入力されたデータは、インターライ方式ケアアセスメントクラウドサービスの唯一の提供主体である特定非営利活動法人 ASP・SaaS クラウドコンソーシアム (ASPIC) の協力により開発されたダウンロードシステムを用いてダウンロードされた。システムの詳細は「第 6 章参考資料 2」に示した。

### 3) 個人情報の保護

本研究事業の実施においては利用者の個人識別番号が不可欠であるが、介護保険の被保険者番号などの既存番号では個人が特定される危険性がある。本研究事業では、居宅介護支援事業所の業務システムとして一元化されたシステム上に、「データのダウンロード時に被保険者番号を除外し、個人を識別し結合させている被保険者番号に変わり、個人情報を連結不能な記号・番号をシステムが自動的に付与する」自動変換機能を採用した。

そのほか利用者の基本情報などの個人情報に関しても、ダウンロードシステムの設計段階で、居宅介護支援事業者、ソフトベンダー、ダイヤ高齢社会研究財団の3者で協議を重ね、個人情報に該当する項目が含まれないよう供与項目の選定を行った。

## 2. データベースの内容

### 1) 出力ファイルの種類

各事業者のデータは、3 ファイル（表 2-1）に分割され、ダウンロードされる。各ファイルに含まれる変数等の詳細は、「第 6 章 参考資料 3」に掲載した。

表 2-1 出力ファイル※

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 利用者基本情報</li><li>• MDS-HCアセスメント①</li><li>• MDS-HCアセスメント②</li></ul> |
|---|

### 2) ダウンロードの対象

#### ① 利用者の範囲

- 居宅介護支援事業所の利用者のうち、システムの対象画面（それぞれ、利用者基本情報：「利用者基本情報」画面、MDS-HC アセスメント：「アセスメント情報」画面）に入力のあった場合に、データダウンロードの対象となる。
- 「MDS-HC アセスメント①」ファイルと「MDS-HC アセスメント②」ファイルのダウンロード対象は同一であり、データ解析時は両ファイルを結合する。

#### ② 期間

- 期間の範囲指定は「年月」（単月）で行う（例：2010 年 12 月）。
- 指定月までに入力更新された情報のうち、直近のデータがダウンロードされる。
- MDS-HC アセスメントのデータに関しては、「アセスメント基準日」<sup>1</sup>が指定月までのデータの中から、直近のものがダウンロードされる。

<sup>1</sup> アセスメントは通常 1 回目の訪問で得られた情報をもとに行われるため、その訪問日を記入する。2 回以上の訪問を必要とする場合でも、初回の訪問日を記入する。

### 3. 収集されたデータの内容

#### 1) 収集されたデータの概要

ダウンロードシステムを通じてダウンロードしたアセスメントデータから、データベースを構築した。収集されたデータの概要は以下の通りであった（表 2-2）。なお、第 1 章 2 項の参加法人の内、オブザーバーの 3 法人を除いた 5 法人のアセスメントデータをダウンロードした。

表 2-2 データの概要

データ取得日	2012 年 11 月 1 日
取得対象期間	2010 年 11 月 1 日以降 2012 年 10 月 31 日以前のデータ
アセスメント件数	5994 件 (2619 人分)
HC-QI 算出用利用者数	1975 人
事業所数	15
介護支援専門員数	108 人

## 2) 各事業所の利用者

HC-QI 算出に利用可能であった利用者の状態を事業所別に示した (表 2-3)

表 2-3 各事業所の利用者の状態

事業所	利用者数	性別 (女性%)	平均年齢	要介護度 4, 5 の割合(%)	ADL 最大援助 の割合(%) ※1	うつの疑い の割合(%) ※2	認知機能 重度障害 の割合(%)※3
事業所①	336	61.5	80.6	37.1	15.8	6.3	7.3
事業所②	121	62.3	79.1	26.4	15.8	8.4	12.6
事業所③	247	52.9	78.6	31.6	15.1	18.8	9.0
事業所④	219	50.5	77.9	35.2	23.1	5.2	10.7
事業所⑤	203	66.0	80.6	13.3	8.5	15.1	6.5
事業所⑥	152	62.5	80.8	26.3	16.7	16.4	11.3
事業所⑦	150	64.0	82.3	29.3	13.8	6.8	7.6
事業所⑧	132	72.1	83.2	24.4	11.8	15.0	7.0
事業所⑨	77	70.1	82.8	25.3	18.2	10.7	14.3
事業所⑩	64	59.4	80.8	25.4	11.1	12.5	7.8
事業所⑪	62	58.1	79.9	23.3	13.8	20.0	3.3
事業所⑫	49	71.4	81.2	25.0	8.2	19.1	6.1
事業所⑬	49	73.3	81.6	32.7	14.6	2.1	4.2
事業所⑭	53	67.9	78.8	15.1	10.2	7.8	8.0
事業所⑮	61	60.7	79.6	30.0	21.3	10.0	14.8
合計	1975	61.5	80.3	28.3	15.1	11.3	8.8

※1 MDS-HC の項目から算出される ADL の自立度を示すスケール ADL-H (Activities of Daily Living Self-Performance Hierarchy Scale [日常生活自立段階] 「0 自立～6 全面依存」の 7 段階) で 5 (最大援助) 以上の割合

※2 うつの評価を算出するスケール DRS ( Depression Rating Scale [うつ評価尺度]) で 3 以上(うつに関する問題を抱えている可能性がある)

※3 認知機能の評価を行うスケール CPS (Cognitive Performance Scale [認知機能尺度] 「0 障害なし～6 最重度の障害がある」の 7 段階) で 5 (重度の障害がある) 以上の割合

### 3) 定期アセスメントの入力状況

データ取得期間中に2回以上アセスメントがあった利用者1720名のうち、データ取得日からの直近アセスメントと、その1回前のアセスメントの間隔が6か月以内であった利用者は968名(56.3%)、7~12か月以内では600名(34.9%)であった。事業所ごとのアセスメント間隔を図2-1に示した。HC-QIの正式な算出には、居宅介護支援事業者の全利用者に対しフルアセスメントを実施する必要があるが、すべての事業者で12か月以内のアセスメント入力割合は8割を超えており、6か月以内のアセスメント割合も、1事業所を除いてすべて5割を超えていた。

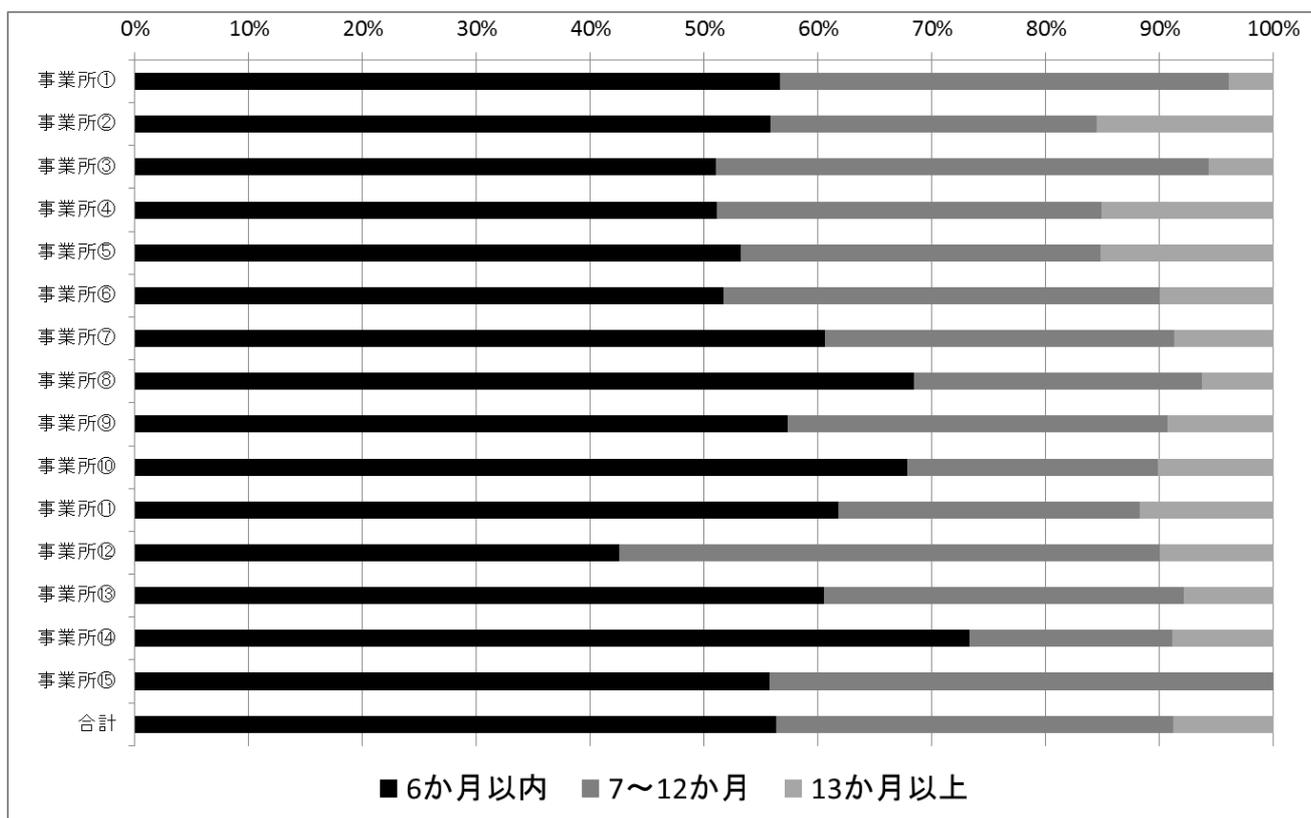


図 2-1 事業所ごとのアセスメント入力状況

## 第3章 HC-QIレポートの作成

---

データベースのアセスメントデータを用いて、HC-QIの22の指標を算出した。また、算出した値を用いて事業所ごとにHC-QIレポートを作成し、全事業所に配布した。HC-QIレポートには、「HC-QIの全体平均」、「実測値、予測値、補正值の事業所間比較」、「事業所ごとのレーダーチャート」、「個人別予測値表」が含まれ、HC-QIによるケアの質の評価のための資料として用いられた。

## 1. HC-QIにおけるリスク調整

### 1) HC-QIにおけるリスク調整

HC-QI (Quality Indicators) は、ケアを提供する上で課題となる ADL や尿失禁、栄養といったケアの分野ごとの状況を、質の数値として示す指標である。「ケアの質として問題があると考えられる状態」を規定し、その状態に該当する利用者が当該施設にどの程度存在するか、その割合を示したものである。したがって、HC-QI は値が高い（100%に近い）ほど、ケアの質としては低いことを示す。

しかし、例えば重症者を多く受け入れている、十分なアセスメントにより適切に問題を把握しているなど、事業所の特性により HC-QI の値が高く（悪く）出してしまうということが考えられる。その場合、他の事業所との比較においてその事業所は「質の低いケアを行っている」と判断されることになってしまう。そのため、複数事業所の比較においては、各事業所におけるリスクを考慮した HC-QI の算出を行う必要がある。

### 2) リスク調整による HC-QI の算出手順

#### (1) Step 1 実測値の算出

まず、分子に該当する利用者がどの程度事業所に存在しているかを示す「実測値」を算出する。HC-QI の「転倒」の項目では、分母には「寝たきり状態の人」を除く全利用者数を、分子には「過去 90 日間で実際に転倒した人数」を投入して、実測値を計算する。

#### (2) Step 2 予測値の算出

次に、リスクの補正を行うために事業所単位の「予測値」を算出する。予測値を算出するために、各 QI 項目に関して、リスクとして補正を行うアセスメント項目が決められている。例えば「転倒」の HC-QI では、利用者特性として「55 歳以上」「活動時間が少ない」「不安定な歩行」「関節炎」について、事業所特性として「過去 1 年間の新規利用者に占める転倒既往者の割合」について補正を行う（その他の HC-QI 項目に関しては表 3-1 を参照）。ロジスティック回帰分析により利用者一人ひとりについてその問題が起こり得る確率を計算し、この利用者一人ひとりの値から、事業所単位での平均値を算出する。これがその事業所の「予測値」となる。

#### (3) Step 3 補正值 (HC-QI 値) の算出

事業所ごとに「実測値」と「予測値」を比較し、「実測値」の方が「予測値」よりも小さければ、その事業所の利用者が有するリスクから予測される

よりも問題への該当が少ないため、当該 HC-QI の分野におけるケアの質が良いと解釈できる。またその逆ならば、ケアの質が悪い可能性がある。しかしこのままでは、利用者の特性や事業所としての特性が異なる複数の事業所間の比較が難しいため、「実測値」と「予測値」の差に実測値の全体平均を加えることで、HC-QI の「補正值」を算出する。この値が最終的な HC-QI（リスク調整済み HC-QI）の値となり、施設間の比較に用いられる。

「実測値」と「予測値」の比較と同様に、「補正值」が「全体平均」よりも小さければ、利用者特性や事業所特性から予測されるよりもその HC-QI で問題となる状態への該当が少なく、質の良いケアが提供されていると解釈することができる。「ADL の悪化」に関して各事業所の実測値、予測値、補正值を示したグラフ(図 3-1)を見ると、予測値を用いたリスク調整により補正值が変動していることが分かる。たとえば、この例においては、実測値で最も低い(良い)値であった事業所⑤が補正值では5番目に後退し、逆に実測値が2番目に高い値だった事業所③は下位から8番目まで上昇した。

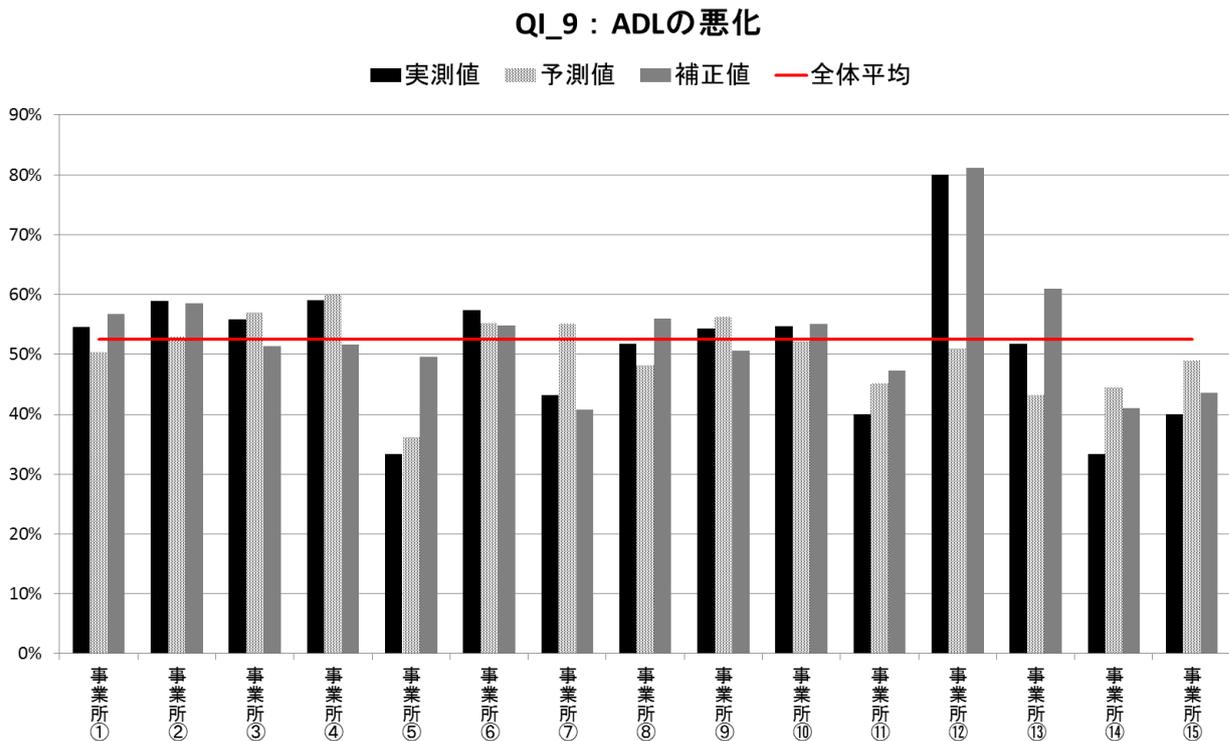


図 3-1. 「ADL の悪化」の実測値、予測値、補正值

表 3-1. HC-QI の計算方法

分野	HC-QI	分子	分母 (対象から除外)	リスク調整		分類
				利用者特性 <sup>※1</sup>	事業者特性 <sup>※2</sup>	
栄養	1. 不適切な食事	1日1回以下の食事(過去3日間で2日以上)	なし	(1)65歳以上(+) (2)末期疾患(+)	新規者の分子割合	割合
	2. 体重減少	目標でない体重減少があった	末期疾患あり	(1)ADL 障害 <sup>※3</sup> (+) (2)がん罹患(+)	新規者の分子割合	割合
	3. 脱水	水分摂取の不足	なし	(1)ADL 障害 <sup>※3</sup> (+) (2)末期疾患(+)	新規者の分子割合	割合
薬剤	4. 薬剤のレビュー	医師が薬剤を確認していない	薬剤1種類以下	なし	新規者の分子割合	割合
失禁	5. 尿失禁の悪化	尿失禁状態が不変、悪化、新規発生	なし	(1)更衣障害(+) (2)認知障害 <sup>※3</sup> (+) (3)75歳以上(+) (4) <sup>※4</sup>	新規者の尿失禁レベル平均値	変化
潰瘍	6. 皮膚潰瘍の悪化	褥瘡・うっ血性潰瘍が不変、悪化、新規発生	なし	ADL 障害 <sup>※3</sup>	新規者の潰瘍レベル平均値	変化
身	7. 補助具の不使用	(屋内外の移動に要援助で)補助具を不使用する	移動の自立者	(1)更衣障害(+) (2)認知障害 <sup>※3</sup> (+) (3)ADL 障害 <sup>※3</sup> (+) (4)不安定な病状(+) (5)不安定な歩行(+)	新規者の分子割合	割合
	8. リハビリなし	OT あるいは PT、運動療法を受けていない	リハの可能性 <sup>※5</sup> に非該当の人	なし	新規者の分子割合	割合
機	9. ADL の悪化	ADL <sup>※3</sup> が不変、悪化、新規に障害	末期疾患あり	(1)移乗障害(+) (2)認知障害 <sup>※3</sup> (+)	新規者の ADL <sup>※4</sup> の平均値	変化
	10. 屋内移動の悪化	屋内の移動が不変、悪化、新規に障害	末期疾患あり	(1)少ない活動時間(+) (2)認知障害 <sup>※3</sup> (+) (3)更衣障害(+)	新規者の移動能力の平均値	変化
能	11. 転倒	(過去 90 日間に)転倒した	寝たきり状態	(1)55歳以上(+) (2)少ない活動時間(+) (3)不安定な歩行(+) (4)関節炎(+) (5)認知障害 <sup>※3</sup> (+)	新規者の分子割合	割合
認	12. 社会的孤立	一人であり、寂しいと感じているか、社会的活動の低下を悩む	なし	(1)不安定な健康 <sup>※3</sup> (+) (2)主観的健康観悪い(+) (3)伝達能力の障害(+) (4)認知障害 <sup>※3</sup> (+)	新規者の分子割合	割合
	13. 認知障害の悪化	認知障害 <sup>※3</sup> が不変、悪化、新規に障害	なし	(1)認知症と診断(+) (2)便失禁あり(+) (3)75歳以上(+)	新規者の認知障害 <sup>※3</sup> の平均値	変化
	14. せん妄	意識状態の変動や興奮があった	なし	(1)視覚の低下(+) (2)末期疾患(+) (3)認知障害 <sup>※3</sup> (+) (4)抑うつ <sup>※3</sup> 状態(+)	新規者の分子割合	割合
機	15. 気分の落ち込み	抑うつ症状があって、他のうつ、不安の症状が2つ以上該当	なし	(1)短期記憶障害(+) (2)主観的健康観悪い(+) (3)慢性問題の再燃(+) (4)介護者ストレス(+) (5)75歳以上(+)	新規者の分子割合	割合
	16. コミュニケーション障害の悪化	コミュニケーション障害不変、悪化、新規障害	なし	(1)ADL 障害 <sup>※3</sup> (+) (2)認知障害 <sup>※3</sup> (+)	新規者の伝達能力の平均値	変化

分野	QI	分子	分母 (対象から除外)	リスク調整		分類
				利用者特性 <sup>※1</sup>	事業者特性 <sup>※2</sup>	
痛み	17. 重度の痛み	重度または生活に支障のある痛み(1日1回以上)	なし	(1)不安定な健康 <sup>※3(+)</sup> (2)慢性問題の再燃(+)	新規者の分子割合	割合
	18. 疼痛管理の不十分	痛みがあるが、鎮痛剤が適切に効いていない	痛みがない	認知障害 <sup>※3(+)</sup>	新規者の分子割合	割合
安全環境	19. 虐待	虐待の兆候があった	なし	認知障害 <sup>※3(+)</sup>	新規者の分子割合	割合
	20. 事故	骨折、火傷、説明のつかないけががある	なし	(1)転倒を恐れ外出せず(+) (2)骨粗鬆症あり	新規者の分子割合	割合
その他	21. インフルエンザワクチン未接種	インフルエンザワクチンを受けていない	化学療法療養中 放射線療養中		新規者の分子割合	割合
	22. 入院	入院、救急外来受診、緊急の訪問を受けた	なし	(1)糖尿病(+) (2)浮腫(+) (3) <sup>※4</sup>	新規者の分子割合	割合

※1 あり・なしの2値変数。(+)：当該の障害・疾患がある、または条件に該当。

※2 新規者：相談受付から30日以内の新規利用者。

※3 各々の評価尺度<sup>12)</sup>から算出された値に基づく。

※4 補正要因に「亜急性期」が含まれるが、日本版MDS-HC2.0には項目がないため、条件から除外。

※5 MDS-HC2.0の：CAP(Client Assessment Protocols)<sup>9)</sup>のCAP 1.「ADL/リハビリテーションの可能性」。

## 2. HC-QI 実測値の全体平均

### 1) HC-QI 実測値の全体平均

上記の算出方法に基づいて事業所ごとに 22 の HC-QI 値を算出し、各 HC-QI の実測値について全事業所の平均を算出した（図 3-2）。

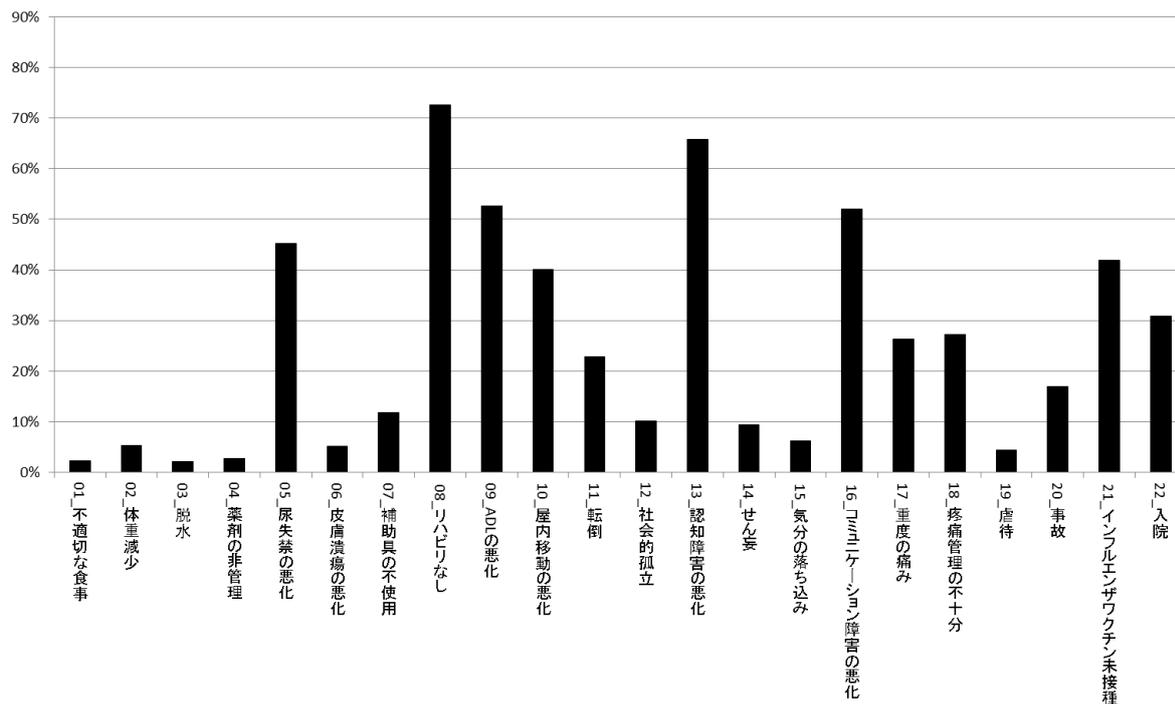


図 3-2. HC-QI 実測値の全体平均

## 2) HC-QI 実測値の全体平均の海外との比較

全事業所の平均実測値をアメリカミシガン州およびカナダオンタリオ州のデータと比較した（図 3-3）。これら平均値のうち、他国の平均値と差が顕著だったのは、「12.社会的孤立(アメリカ 40.7%, カナダ 24.9%)」「13.認知機能低下(アメリカ 41.5%, カナダ 36.9%)」「16.コミュニケーション低下(アメリカ 30.7%, カナダ 15.3%)」であった。

次に、事業所ごとの HC-QI の値は、その範囲(最大-最小) が項目によって 3 ポイント(3.脱水)から 65 ポイント(5.尿失禁の悪化)まで幅は異なるものの、大半の項目で各事業所の値は広く分布していた。

HC-QI 項目の一部は他国の値とかい離しており、これらの日本での使用は慎重な検討が必要である。

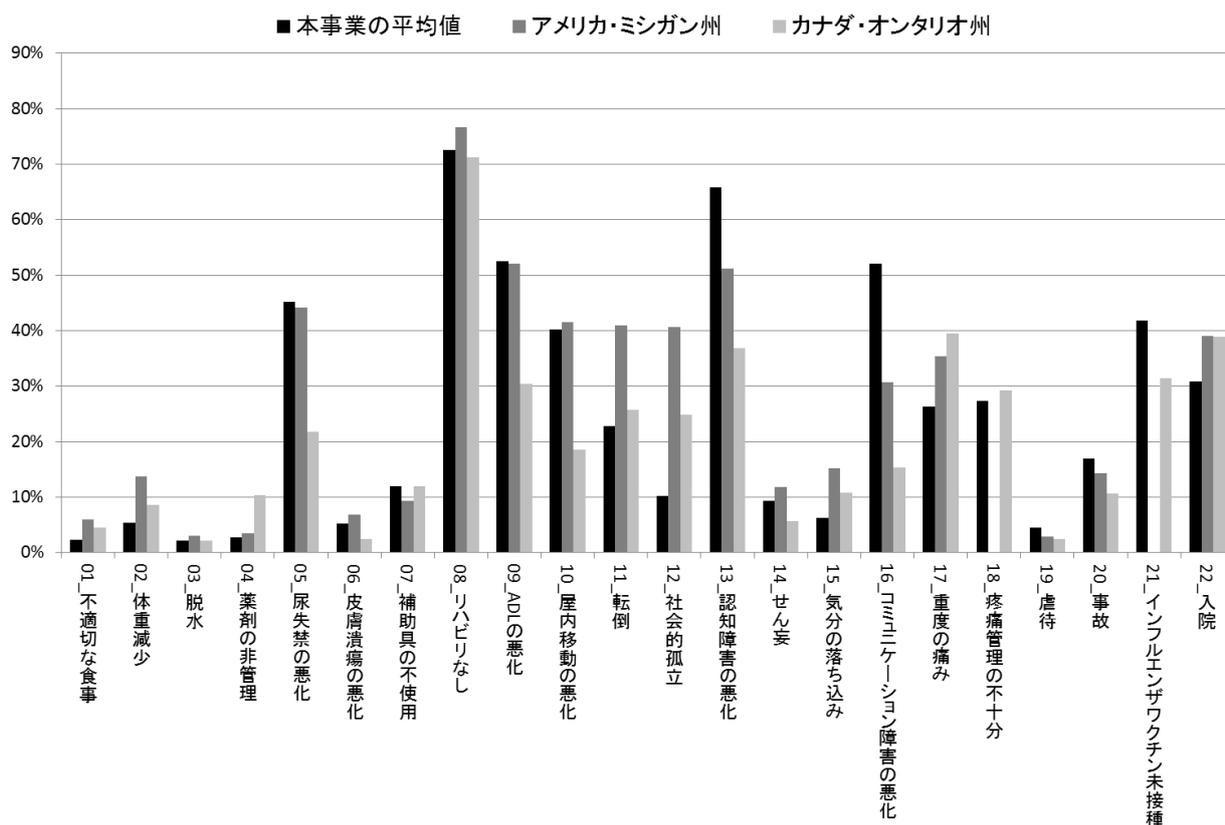


図 3-3. 全体平均の海外との比較

※アメリカ、カナダのデータは“Hirdes, J. P., et al. (2004). Home Care Quality Indicators (HCQIs) Based on the MDS-HC. *The Gerontologist*, 44(5), 665–679”より抜粋

### 3. 事業所別レーダーチャートの作成

前項で示した通り、HC-QI は、その項目により値が大きく異なる。したがって、比較のためには標準化を行う必要がある。本事業ではこの結果を事業所単位でレーダーチャートのグラフに示し、自事業所の相対的なケアの質を可視化することを可能とした（例：図 4-1）。

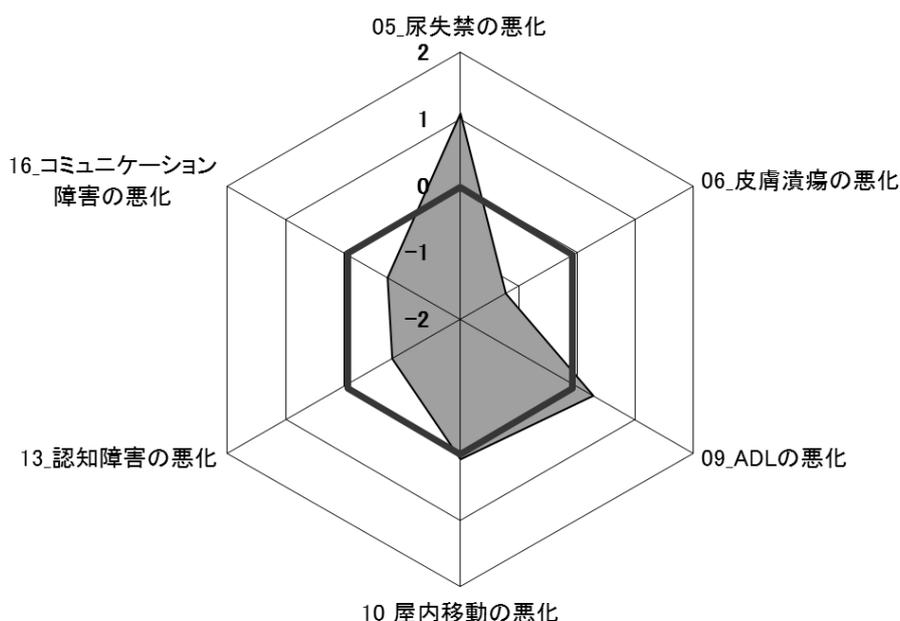


図 4-1. 変化の HC-QI(6 項目)事業所別レーダーチャート

レーダーチャートにおいて「0」の太線は、全体平均であり、0 よりもグラフの値が低い方がケアの質が高い、0 よりもグラフの値が高い方がケアの質が低いことが示唆される。つまり上の図では、「尿失禁の悪化」と「ADL の悪化」で全体平均よりも値が高く、ケアの質が低い可能性があるということを示している。したがってこの事業所では、現在実施されている尿失禁と ADL のケアに問題がないかを、重点的に検討すべきであると言える。

本事業では、全事業所のレーダーチャートを作成した（図 4-2、4-3）。レーダーチャートを見ると事業所ごとにパターンが異なっていることがわかり、HC-QI によって事業所ごとの得意分野不得意分野が可視化できることが明らかになった。

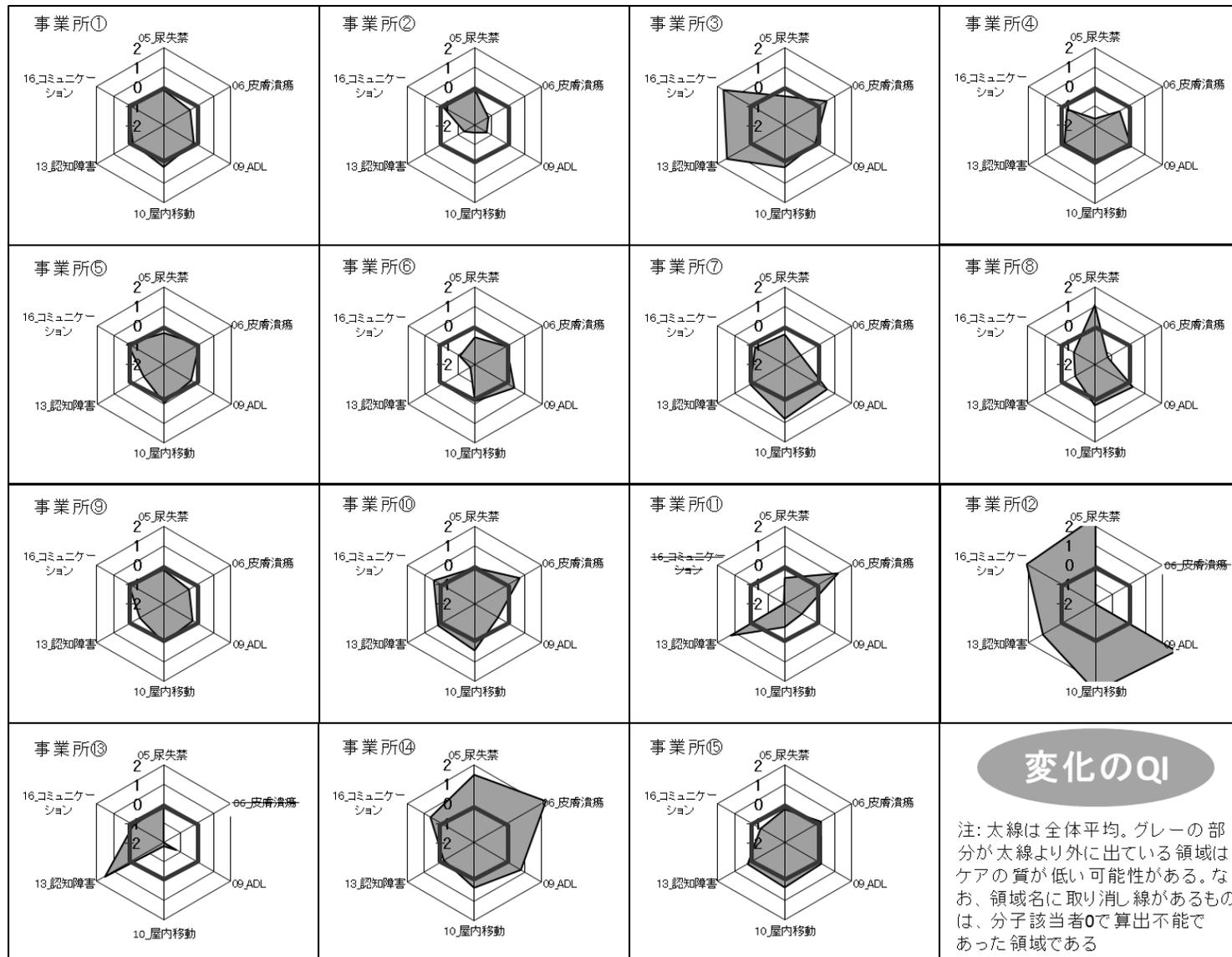


図 4-2. 全事業所のレーダーチャート(変化の QI)

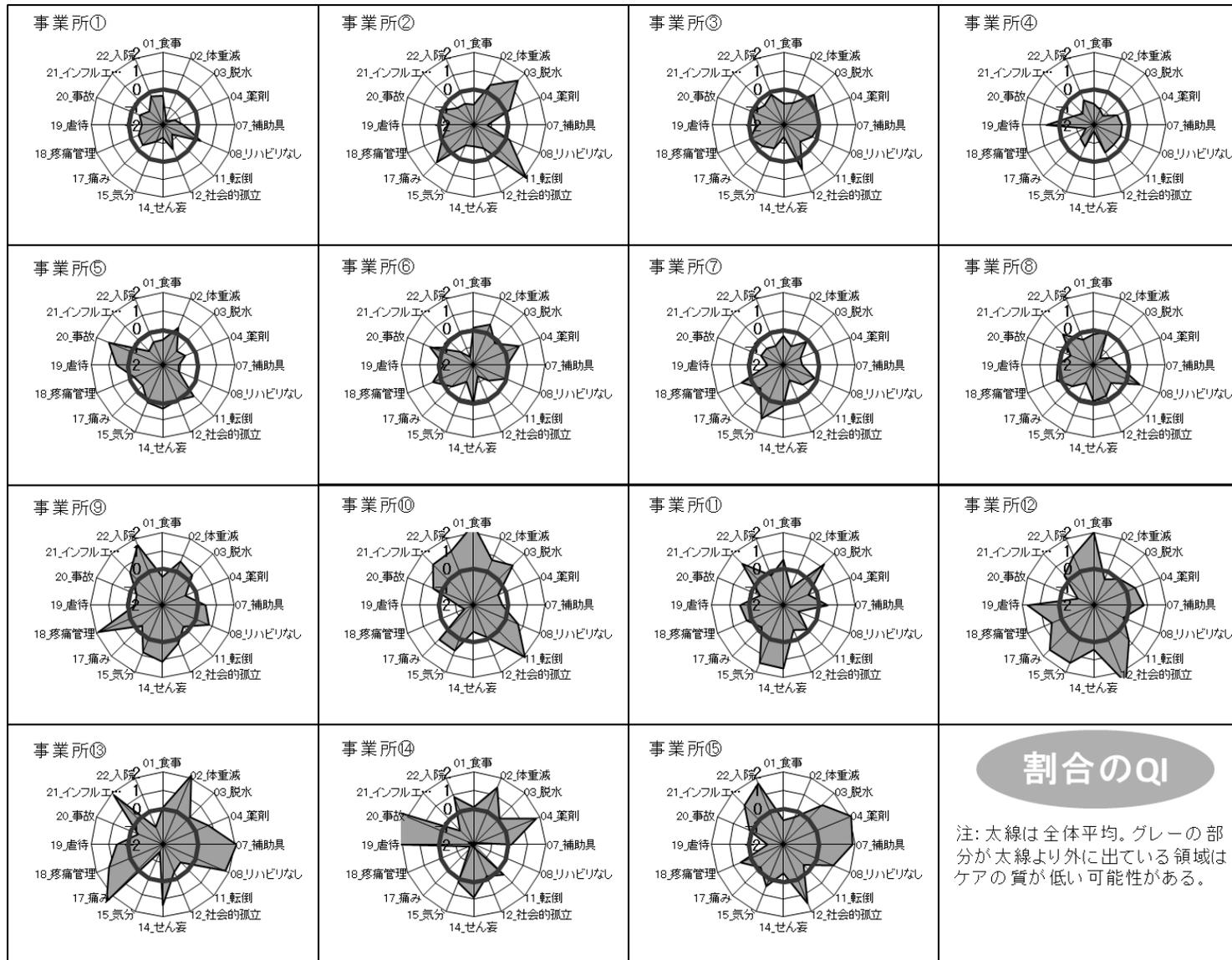


図 4-2. 全事業所のレーダーチャート(割合の QI)

## 4. 個人別予測値表の作成

HC-QI によるケアプランの見直しでは、前項のレーダーチャートで自事業所のケアの質に問題があると考えられる QI 領域を特定し、次に分子にどの利用者が該当したのかを把握する。

「個人別予測値表」を作成し、全介護支援専門員に配布した（例：表 4-2）。この表には、各介護支援専門員的全担当利用者に関し、分子に該当した（＝問題が発生した）HC-QI の領域に、予測値が示されている。たとえば、表 4-2 の利用者 ID100000010 は、「尿失禁の悪化」の HC-QI の分子に該当し、その予測値は 25.1%であった。

「せん妄」の予測値を見てみると、ID「100000003」は 38.3%、「100000007」は 16.7%と比較的せん妄のリスクが高い利用者である一方で、ID「100000008」は 4.0%と、せん妄リスクが低いにもかかわらずせん妄が発生した利用者である。つまり、「統計的には分子に該当する確率が低かったにもかかわらず分子に該当した」利用者であるため、優先的にケアを再検討する必要があると考えられる。

表 4-2. 個人別予測値表

ケアマネ番号 111111	QI項目																					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
ID	食事	体重	脱水	薬剤	尿失禁	潰瘍	補助具	リハ	ADL	移動	転倒	孤立	認知	せん妄	気分	コミュ	痛み	疼痛	虐待	事故	インフル	入院
100000001					33.7%			71.7%	44.1%	25.4%			77.5%				35.7%	32.5%	3.1%	22.1%	48.4%	
100000002								71.7%												22.1%	48.4%	
100000003														38.3%			35.7%				48.4%	30.9%
100000004					33.7%			71.7%	44.1%	25.4%			60.2%				35.7%	32.5%		22.1%	48.4%	
100000005																	35.7%				48.4%	
100000006																	35.7%			22.1%	48.4%	29.7%
100000007								71.7%						16.7%							48.4%	
100000008								71.7%						4.0%							48.4%	
100000009		4.5%						71.7%				27.1%		10.5%			53.1%	32.5%			48.4%	
100000010					25.1%	3.3%		71.7%			29.4%						35.7%	32.5%			48.4%	
100000011											24.2%			10.5%							48.4%	

## 第4章 HC-QIによるケアプランの見直し

---

前章の通り作成した HC-QI レポートを全参加事業所に配布し、HC-QI に基づくケアプランの見直しを行った。

## 1. 見直しの方法

### 1) HC-QIレポートの配布

各事業所の担当者1名に、研究委員会への参加を求めた。研究委員会では、各担当者に対して、所属法人の全事業所分のHC-QIレポートを配布した。

### 2) 見直す領域の選定

各事業所の責任者が、事業所別レーダーチャートを用いて見直すべきと考えられるHC-QIの分野を一つ選定した。さらに、各事業所の介護支援専門員が、前章4項の手順で、該当HC-QI分野において優先的に見直すべき利用者1人を特定し、その利用者についてケアプランの見直しを行った。

### 3) ケアマネアンケートの配布

全介護支援専門員に、ケアマネアンケート(例:図5-1、5-2)を配布し、「利用者の状況の確認」と「考えられるケアプランの改善策」に関し、自由記述にて回答を求めた。また、HC-QIによるケアプランの見直しの有用性に関するアンケートへの回答を求めた。4法人13事業所の97人にケアマネアンケートを配布した。そのうち76人の介護支援専門員から提出があった(回収率78.4%)。なお、1法人(2事業所)については、研究委員会欠席の為、HC-QIレポートを郵送にて配布した。

事業所名：	事業所①	担当ケアマネ番号：	11111
-------	------	-----------	-------

ダイヤ高齢社会研究財団  
 「ケアプランの質的向上を支援する客観的評価指標の開発に関する調査研究事業」  
 HC-QI レポート  
 2013年1月30日配布分  
 担当ケアマネジャーの皆様へ

QI(質の指標)の有用性を検証するため、利用者のプラン検討にご協力をお願いします。

**【手順】**

1. 事業所責任者より、今回検討する QI の領域 (01. ~22.) が 1 ~2 項目選定されます。  
(補足：レーダーチャートグラフで赤線の外側に飛び出した QI から選ぶ方針です)
2. ケアマネ別『個人別実測表』で、選定された QI の列を参照し、なるべく低い数値(%)の利用者を 1 名選びます。  
(補足：表内の赤字は、直近の給付実績がなく、すでに利用していない可能性があります)
3. この 1 名の状況とケアプランを確認していただきます。事業所にお渡しした[ID 番号照合表]から利用者の氏名を確認して検討を進めてください。
4. 下記の記入見本を参考に、利用者 1 名の検討結果を記入(手書き/ワープロ可)下さい。
5. 今回の検討についてのアンケートにご回答ください

(レポート記入見本)

事業所名：居宅介護支援・新宿御苑センター		担当ケアマネ番号：332
利用者	研究用 ID 番号	下 4 ケタのみ記入 [ 6 7 0 4 ]
	QI 項目番号	9 (ADL の悪化)
	【確認の結果】	確かに ADL 向上の可能性のある利用者であるが、本人、家族ともに今の生活に満足しており、ADL 拡大やりハビリの実施が難しいと感じていた利用者であった。
	【考えられる改善策】	機能改善の可能性についての具体的な情報提供をもう少しすべきかもしれない。そのためにも ADL のアセスメントを丁寧にし直す必要を感じた。また補助具の活用もあらためて検討する必要もある。

図 5-1 ケアマネアンケート(表)



## 2. ケアマネアンケートの集計

### 1) ケアプランの見直し

ケアプランの見直しに関し、具体的な確認事項や改善策が挙げられた。回答の一部を表 5-2 に示した。

表 5-2 ケアプランの見直しの具体

QI項目	確認の結果	考えられる改善策	活用
事故	疾病の増加によりADLの低下あり、本人家族援助者らの共通理解あり。	援助者の介助で事故のリスク軽減を提案、検討中だった。数字を本人・家族に提示し、より理解を深め、自覚してもらうことで事故のリスクの軽減に努める。	リスク対応・説明のエビデンス
重度の痛み	昨年、変形性腰椎症の腰痛のため通所サービスが、利用出来ない期間あり。独居で認知症状の悪化もあるため、家族の対応の負担も大きくなっている。	痛みは、現在落ち着いているが医療との連携を密にし、家族の介護負担を軽減するサービス導入の提案を行っていく。	在宅・連携
コミュニケーション障害の悪化	認知機能の低下により短時間に同じ事を繰り返し話し、以前に比べて内容が短くなっている。長期間ショートステイを利用している為、コミュニケーションを行なう機会が減っている可能性がある。	施設内で、コミュニケーションする機会を増やすことができるか施設相談員と話し合う。	施設・連携
認知障害の悪化	寝たきりで意識障害があり、認知症とは違うため、特に詳細な検討は行っていなかった。	CAPの「認知」を改めて確認した所、家族支援の必要性を感じた。ADL全介助で、家族の介護負担をとらえていたが、認知領域からもその必要性を認識できた。	再検討
尿失禁の悪化	現在、尿失禁はないが万一のためにパットを使用しているので項目にあがったのではないかと。	将来を予測して出た項目なので、再アセスメントを行い、丁寧なモニタリングや声かけをして予防に努めていきたい。	モニタリング
補助具の不使用	自宅内は安定した歩行で、補助具の使用は必要無いと思っていた。認知症で、外出時は必ず家族が付き添っているため補助具の必要性も感じてはなかった。	本人はリハビリにとっても意欲的で、リハビリ目的のデイサービスと訪問看護を利用している。両者にもアセスメントしてもらい、外出時の補助具が必要か改めて検討していきたい。	見直し

### 2) HC-QI の有用性

介護支援専門員の 71.1%が HC-QI によるケアプラン検討が役立つと回答し、どちらでもない 19.7%、役立たない 9.2%だった。役立つ内容（複数回答）は「現在の課題や問題状況を把握すること」（32 人）「利用者の状態変化を知るきっかけとなる」（28 人）「ケアプランの具体的な見直しや変更につながる」（24 人）「アセスメントのミスに気づく」（20 人）などだった（図 5-3）。

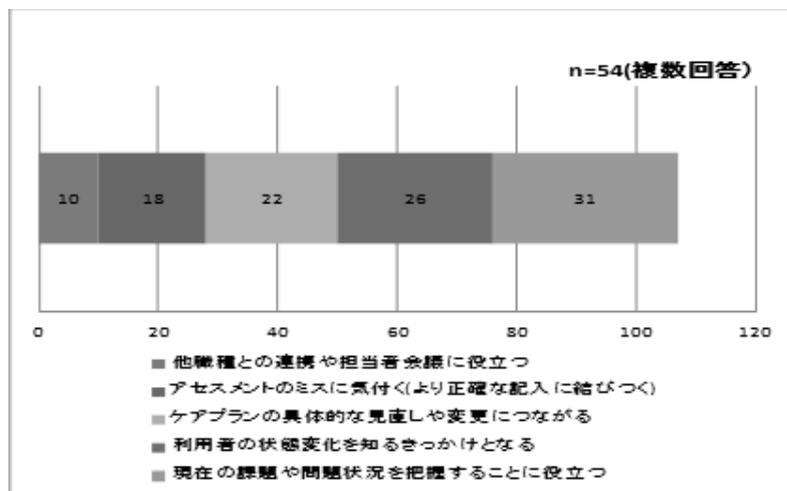


図 5-3 ケアプランの見直しが役立つ内容

## 第5章 まとめと今後の計画

---

## 1. 本事業の成果

居宅介護支援事業者5法人15事業所より、5994件（利用者2619人分）のアセスメントデータをダウンロードし、データベースを構築した。HC-QIの22の指標の算出には、このうち1975名分のデータを用いた。まず、算出されたHC-QI実測値をもとに、事業所全体の平均をアメリカ・カナダのデータと比較した。また、全事業所のレーダーチャートを作成してケアの質を可視化した。さらに、HC-QIの結果を事業者にフィードバックし、介護支援専門員にケアプランの見直しを行ってもらったところ、具体的なケアプランの改善策が示された。HC-QIの有用性に関するアンケートには76名(70.3%)の介護支援専門員が回答し、そのうち7割以上から肯定的な意見を得た。

以上の結果から、わが国における居宅支援事業所の質の評価指標への、HC-QIの活用可能性が示唆された。なお、本事業の成果を広く公表するために、専用ウェブサイト(<http://www.dia.or.jp>)を開設した。

## 2. 今後の計画

本事業では、HC-QI値の正確な算出のために利用者に対する定期アセスメントの実施を呼びかけ、ほぼ全ての事業所で半数以上の利用者に対して6か月以内にアセスメントが行われていた(図2-1)。しかしながら、より正確な値の算出のためには、定期アセスメントの実施割合をさらに高めること、およびより多くのアセスメントデータを用いることで、より正確な平均値を得ることが重要であると考えられる。今後は、参加事業者を拡大し、本事業をさらに発展させていく計画である。

また、HC-QIを用いた質の評価・改善モデルの有用性の検証のためには、HC-QIの成績を時系列的に記録して、改善の効果を確認する必要があると考えられる。今後は、2時点、3時点のHC-QIを算出し、有用性の検証を行う計画である。

## 第6章 参考資料

---

# 1. MDS-HC アセスメント表の例

H2. ADL自立度								
<p>過去3日間にみられたa.～h.の食事や着衣等の日常動作について、それぞれにおけるすべての状況を考慮して評価する。自立して活動している場合も他者の励ましや観察・誘導の有無にとくに留意            [注：入浴は過去7日間における最も依存的な援助について記入]</p> <p>0. 自立：手助け、準備、観察は不要。1～2回のみ</p> <p>1. 準備のみ：物や用具を利用者の手の届く範囲に置くことが3回以上</p> <p>2. 観察：見守り、励まし、誘導が3回以上、あるいは、1回以上の観察と身体援助1～2回との組み合わせ（観察と身体援助合わせて3回以上）</p> <p>3. 部分的な援助：動作の大部分（50%以上）は自分でできる            ・四肢の動きを助けるなどの体重（身体）を支えない援助を3回以上            ・それ以上の援助1～2回との組み合わせ（身体援助が3回以上）</p> <p>4. 広範な援助：動作の大部分（50%以上）は自分でできるが、以下の援助を3回以上            ・体重を支える援助（たとえば、四肢や体幹の重みを支える）            ・ある動作要素、あるいはすべての動作について全面援助</p> <p>5. 最大の援助：動作の一部（50%未満）しか自分でできず、以下の援助を3回以上            ・体重を支える援助（たとえば、四肢や体幹の重みを支える）            ・ある動作要素、あるいはすべての動作について全面援助</p> <p>6. 全面依存：まる3日間すべての面で他者が全面援助した</p> <p>8. 本動作は3日間の間に1回もなかった（能力にかかわらない）</p>								
a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったり、ベッド上の身体の位置を調整する	a <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
b. 移乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ちあがるか（浴槽や便座への移乗は除く）	b <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
c. 家の中の移動	どのように家の中（階段を除く）を移動するか（車いすなら車いすに移乗したあと）	c <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
d. 屋外の移動	どのように屋外を移動するか（車いすなら車いすに移乗したあと）	d <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
e. 上半身の更衣	どのように上半身の衣類（普段着や下着）を着たり、脱いだりするか。装具・矯正具やファスナー、セーターなどを含む	e <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
f. 下半身の更衣	どのように下半身の衣類（普段着や下着）を履いたり、脱いだりするか、装具・矯正具やベルト、ズボン、スカート、靴、ファスナーなどを含む	f <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
g. 食事	食べたり、飲んだりする（経管栄養を含む）	g <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
h. トイレの使用	トイレ（ポータブルトイレ、便器や採尿器を含む）を使用する：便器への移乗、排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服の整理を含む	h <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
i. 個人衛生	髪をとかず、歯をみがく、ひげを剃る、化粧する、顔や手を洗う（入浴、シャワーをのぞく）	i <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
j. 入浴 (過去7日間)	どのように入浴やシャワーや清拭をするか（背中を洗うこと、洗髪、移乗は含まない）身体のそれぞれの部分（腕、太腿、膝下、胸部、腹部、陰部）をどう洗うかは含まれる過去7日間における最も依存的な状態を記入する	j <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						

## 2. インターライ方式アセスメントデータダウンロードシステムの機能

ダイヤ財団用機能

【ダイヤ財団用機能の役割】

各事業者が作成した QI 用アセスメントを取得します。

【使い方】

ログインID

パスワード

---

Copyright © 2013 ASPIC all rights reserved

アクセス用 URL を開くとログイン画面が表示されますので、管理者から提示されたログイン ID、パスワードでログインして下さい。

## ダイヤ財団メニュー

- [アセスメントダウンロード](#)
- [ログアウト](#)

Copyright © 2013 ASPIC all rights reserved

ログインするとメニューが表示されます。  
アセスメントダウンロードを選択して下さい。

## アセスメント情報取得

[前の画面に戻る](#)

介護事業者	期間	作成日	承認日	取得日	
カナミック事業所	2012/04/01～ 2013/03/31	2013/03/14 14:40:24			

Copyright © 2013 ASPIC all rights reserved

介護事業者がアセスメントを作成していると、一覧に表示されます。  
但し、介護事業者が承認していない場合、ダウンロードすることはできません。

## アセスメント情報取得

[前の画面に戻る](#)

介護事業者	期間	作成日	承認日	取得日	
カナミック事業所	2012/04/01～ 2013/03/31	2013/03/14 14:40:24	2013/03/14 14:41:43		<input type="button" value="ALL"/> <input type="button" value="1"/> <input type="button" value="2"/> <input type="button" value="3"/>

Copyright © 2013 ASPIC all rights reserved

介護事業者が承認するとダウンロード用のボタンが表示されます。

ALL : Excel2007 以降用。横の分割はありません。

1,2,3 : Excel2003 以前用。横 256 項目に収まるように分割したのになります。

## 介護事業者用機能

### 【介護事業者用機能の役割】

QI 事業の協定に従い、提示するアセスメント一覧を作成する機能です。

### 【アセスメント作成の流れ】

- (1) 協定の期間を指定してアセスメント一覧を作成
- (2) アセスメントの内容をダウンロードし内容を確認
- (3) 問題が無ければ承認し、ダイヤ財団側でダウンロード可能にする

### 【使い方】

ログインID

パスワード

---

Copyright © 2013 ASPIC all rights reserved

管理者から提示されたログイン ID とパスワードでログインして下さい。

## 介護事業者メニュー

- [アセスメントファイル作成・承認](#)
- [ログアウト](#)

Copyright © 2013 ASPIC all rights reserved

ログインするとメニューが表示されます。  
アセスメントファイル作成・承認を選択して下さい。

## アセスメントファイル作成・承認

[前の画面に戻る](#)

1. 期間を指定して下さい。

協定で定められた期間

~

2. アセスメントファイルを作成して下さい。

[指定期間でQI用アセスメントファイルを作成する](#)

作成日:

Copyright © 2013 ASPIC all rights reserved

提示するアセスメント一覧を作成します。

## アセスメントファイル作成・承認

前の画面に戻る

1. 期間を指定して下さい。

協定で定められた期間

~

2. アセス

2013 年  
3 月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

協定で定められた期間を入力して下さい。

テキストボックスを選択するとカレンダーが表示されますので、該当日付を選択して下さい。

カレンダーが表示されない場合、ブラウザの設定で JavaScript が有効になっているかご確認下さい。

## アセスメントファイル作成・承認

前の画面に戻る

1. 期間を指定して下さい。

協定で定められた期間

2012/04/01 ~ 2013/03/31

2. アセスメントファイルを作成して下さい。

指定期間でQI用アセスメントファイルを作成する

作成日:

期間を入力後、「指定期間で QI 用アセスメントファイルを作成する」を押下して下さい。

Copyright © 2013 ASPI

# アセスメントファイル作成・承認

前の画面に戻る

## 1. 期間を指定して下さい。

協定で定められた期間

2012/04/01 ~ 2013/03/31

## 2. アセスメントファイルを作成して下さい。

作成日: 2013/03/14 14:40:24

## 3. アセスメントファイルを確認して下さい。

※Microsoft Office 2007以降の方は以下のボタンを押して下さい。

QI用アセスメントファイルをダウンロードする

※横の項目数が多すぎるため、Microsoft Office 2003以前の方は以下のボタンを押して下さい。

QI用アセスメントファイル(1)をダウンロードする

QI用アセスメントファイル(2)をダウンロードする

QI用アセスメントファイル(3)をダウンロードする

QI利用を承認する

※QI利用を承認しないとダイヤ財団側でファイルの取得ができません。

承認日:

ダイヤ財団取得日:

### • IDのマッピングファイルを取得する場合は以下のボタンを押

IDマッピングファイルを取得する

### • QI用アセスメントファイルを破棄する場合は以下のボタンを押

QI用アセスメントファイルを削除する

※既にダイヤ財団側でダウンロードが行われている場合、システム内のファイル  
があればならない場合、ダイヤ財団に連絡下さい。

アセスメント一覧が作成されると画面が切り替わります。

ファイルをダウンロードして内容に問題がないか確認して下さい。

Excel2003 以前で確認する場合は、ファイルが3つに分割された版を利用して下さい。

ダウンロードして確認した内容に問題がなければ、「QI 利用を承認する」を押して、ダイヤ財団がダウンロードできるようにしてください。

QI用アセスメントファイル(1)をダウンロードする

QI用アセスメントファイル(2)をダウンロードする

QI用アセスメントファイル(3)をダウンロードする

#### 4. 内容に問題がなければ承認し、QI利用可能にして下さい。

※QI利用を承認しないとダイヤ財団側でファイルの取得ができません。

承認日:2013/03/14 14:41:43

ダイヤ財団取得日:

- IDのマッピングファイルを取得する場合は以下のボタンを押して下さい。

IDマッピングファイルを取得する

- 承認を取り消す場合は以下のボタンを押して下さい。

QI利用の承認を取り消す

※既にダイヤ財団側でダウンロードが行われている場合、承認を取り消してもファイルはダイヤ財団に連絡下さい。

- QI用アセスメントファイルを破棄する場合は以下のボタンを押して下さい。

QI用アセスメントファイルを削除する

※既にダイヤ財団側でダウンロードが行われている場合、システム内のファイルを削除してもファイルはダイヤ財団に存在します。破棄しなければならぬ場合、ダイヤ財団に連絡下さい。

ダイヤ財団に提示しているアセスメントファイルにはご利用様の情報とケアマネージャ様の情報はありません。アセスメント毎に利用者、ケアマネージャを確認するには、「ID マッピングファイルを取得する」を押下してその一覧を取得して下さい。期間等を間違えた場合、一度破棄した後再作成して下さい。

### 3. ダウンロード機能におけるデータのCSV形式

#### 1) 利用者基本情報

- 「No」は、ダウンロードされる変数の連番である。
- 「変数名」は、CSVファイルにおける各変数の名称を示す。
- 「説明」は、各変数の入力コードの内容を示す。

利用者基本情報				
No	項目和名	変数名	長さ	説明
1	整理番号	no		
2	ID番号	id		
3	性別	xr18	1	1:男 2:女
4	生年月日	xr19		
5	障害高齢者自立度区分	xx347	2	01:自立、02:J1、03:J2、04:A1、05:A2、06:B107:B2、08:C1、09:C2
6	認知症自立度区分	xx348	2	01:自立、02:I、03:IIa、04:IIb、05:IIIa、06:IIIb、07:IV、08:M
7	要介護認定区分	xx346	2	01:非該当、11:要支援(経過的要介護)、12:要支援1、13:要支援2、21:要介護1～25:要介護5
8	認定有効期間開始	xr24		
9	認定有効期間終了	xr25		
10	前回の介護度	xr26	2	01:非該当、11:要支援(経過的要介護)、12:要支援1、13:要支援2、21:要介護1～25:要介護5
11	障害認定:身障	xr27	20	
12	障害認定:療育	xr28	20	
13	障害認定:精神	xr29	20	
14	障害認定:難病	xr30	20	
15	障害認定:その他	xr31	20	
16	住宅環境区分	xr32	2	01:自宅、02:借家、03:一戸建て、04:集合住宅、05:自室有、06:自室無、07:住宅改修有、08:住宅改修無

17	住宅環境区分2	xr33	2	01:自室有、02:自室無
18	住宅環境区分3	xr34	2	01:住宅改修有、02:住宅改修無
19	居住階	xr35	10	
20	経済状況区分	xr36	2	01:国民年金、02:厚生年金、03:障害年金 04:生活保護
21	相談者の続柄	xr40	10	
現病歴と既往歴と経過(4つ)				
22	年月日	xr104		
23	病名	xr105	255	
24	経過区分	xr106	2	01:治療中、02:経観中、03:その他
25	年月日	xr108		
26	病名	xr109	255	
27	経過区分	xr110	2	01:治療中、02:経観中、03:その他
28	年月日	xr112		
29	病名	xr113	255	
30	経過区分	xr114	2	01:治療中、02:経観中、03:その他
31	年月日	xr116		
32	病名	xr117	255	
33	経過区分	xr118	2	01:治療中、02:経観中、03:その他

## 2) MDS-HCアセスメント

- 「No」は、ダウンロードされる変数の連番である。
- 「変数名」は、CSVファイルにおける各変数の名称を示す。
- MDS-HC アセスメント項目と変数名のアルファベットは対応している。
- 各変数のコードは、MDS-HC 2.0 在宅ケアアセスメント表（参考資料 2）の各項目の選択肢番号に準じる。

MDS-HCアセスメント(1)				
		NO	変数名	
整理番号		1	no	
ID番号		2	id	
担当介護支援専門員		3	CIC1	
事業所番号		4	CIC2	
AA. 基本情報	2. 性別	5	AA2	
	3. 生年月日	6	AA3_1	
	年齢(歳)	7	AA3_2	
	4. 最初の相談受付日	8	AA4	
	5. 配偶者の有無	9	AA5	
	6. 教育歴	10	AA6	
	8. 相談・受付時の住居	11	AA8	
	9. 相談・受付時の同居者	12	AA9	
	10. 過去の入院・入所歴	13	AA10	
	11. 退院後の経過期間	14	AA11	
	12. 転居歴	15	AA12	
	13. 意思決定権・終末期の希望	a. 法定代理人・後見人がいる	16	AA13a
		b. 終末期に対する希望がある	17	AA13b
	14. アセスメント基準日の要介護度	18	AA14	
	15. 要介護認定日	19	AA15	
	16. 認定有効期間 FROM	20	AA16	
	17. 認定有効期間 TO	21	AA18	
A. アセスメント情報	A1. アセスメント基準日	22	A1	
	A2. アセスメントの理由	23	A2	
	A3. 保険の種類	a. 医療保険	24	A3a
		b. 介護保険	25	A3b
		c. 生活保護	26	A3c

B. 記憶	B1. 記憶を想起する能力	a. 短期記憶	27	B1a
		b. 手続き記憶	28	B1b
	B2. 日常の意思決定を行なうための認知能力	a. 活動するための判断力	29	B2a
		b. 意思決定能力の悪化	30	B2b
	B3. せん妄の兆候	a. 過去7日間、見当識の急変	31	B3a
		b. 過去90日間、見当識を失う	32	B3b
C. コミュニケーション、聴覚	C1. 聴覚		33	C1
	C2. 伝達能力		34	C2
	C3. 理解力		35	C3
	C4. コミュニケーション能力低下		36	C4
D. 視力	D1. 視力		37	D1
	D2. 視覚の制限・障害		38	D2
	D3. 視力低下		39	D3
E. 気分と行動	E1. うつ状態、不安、 悲しみの気分の兆候	a. 悲しみやうつ状態	40	E1a
		b. 怒りや悲しみ	41	E1b
		c. 現実に起らないことへの恐れ	42	E1c
		d. 健康上の不満	43	E1d
		e. 不安や心配ごとの訴え	44	E1e
		f. 悲しみ、苦悩、心配した表情	45	E1f
		g. 何回も泣いたり涙もろい	46	E1g
		h. 興味のある活動をやめる	47	E1h
		i. 社会的交流の減少	48	E1i
	E2. 気分の低下		49	E2
	E3. 問題行動	a. 徘徊	50	E3a
		b. 暴言	51	E3b
		c. 暴行	52	E3c
		d. 社会的に不適当な行動	53	E3d
		e. ケアに対する抵抗	54	E3e
E4. 問題行動の悪化		55	E4	
F. 社会的機能	F1. 関与	a. 人と気軽に関わる	56	F1a
		b. 家族・友人に対する葛藤や怒り	57	F1b
	F2. 社会的活動の低下		58	F2
	F3. 孤立	a. 日中、一人でいる時間	59	F3a
		b. しばしば寂しい思いをしている	60	F3b

G. インフォーマルな支援の状況	G1. 介護者について	a. (主)介護者)	61	G1a
		b. (副)介護者)	62	G1b
		c. (主)同居の有無	63	G1ca
		d. (主)利用者との関係	64	G1da
		e. (主)援助している分野(助言等)	65	G1ea
		f. (主)援助している分野(IADL)	66	G1fa
		g. (主)援助している分野(ADL)	67	G1ga
		h. (主)必要があれば(精神的)	68	G1ha
		i. (主)必要があれば(IADL)	69	G1ia
		j. (主)必要があれば(ADL)	70	G1ja
		c. (副)同居の有無	71	G1cb
		d. (副)利用者との関係	72	G1db
	e. (副)援助している分野(助言等)	73	G1eb	
	f. (副)援助している分野(IADL)	74	G1fb	
	g. (副)援助している分野(ADL)	75	G1gb	
	h. (副)必要があれば(精神的)	76	G1hb	
	i. (副)必要があれば(IADL)	77	G1ib	
	j. (副)必要があれば(ADL)	78	G1jb	
	G2. 介護者の状況	a. 介護を続けられない	79	G2a
		b. 家族等の支援に満足していない	80	G2b
c. 介護にストレスや怒りを表す		81	G2c	
d. 上記のいずれでもない		82	G2d	
H. IADLとADL	H1. (ア)IADLの実施状況	a. 食事の用意	83	H1aa
		b. 家事一般	84	H1ba
		c. 金銭管理	85	H1ca
		d. 薬の管理	86	H1da
		e. 電話の利用	87	H1ea
		f. 買い物	88	H1fa
		g. 交通手段の利用	89	H1ga
	H1. (イ)IADLの困難度	a. 食事の用意	90	H1ab
		b. 家事一般	91	H1bb
		c. 金銭管理	92	H1cb
		d. 薬の管理	93	H1db
		e. 電話の利用	94	H1eb
		f. 買い物	95	H1fb
		g. 交通手段の利用	96	H1gb

H. IADLとADL	H2. ADL自立度	a. ベッド上の可動性	97	H2a
		b. 移乗	98	H2b
		c. 家の中の移動	99	H2c
		d. 屋外の移動	100	H2d
		e. 上半身の更衣	101	H2e
		f. 下半身の更衣	102	H2f
		g. 食事の用意	103	H2g
		h. トイレの使用	104	H2h
		i. 個人衛生	105	H2i
		j. 入浴	106	H2j
	H3. ADLの低下	107	H3	
	H4. 主な移動手段	a. 屋内	108	H4a
		b. 屋外の移動	109	H4b
	H5. 階段昇降	110	H5	
	H6. 健康活動	a. 過去30日間の外出頻度	111	H6a
		b. 過去3日間の活動時間合計	112	H6b
H7. 身体機能の潜在能力	a. 身体機能の自立度向上(本人)	113	H7a	
	b. 身体機能の自立度向上(介護者)	114	H7b	
	c. 回復の見込み、健康状態の向上	115	H7c	
	d. 上記のいずれでもない	116	H7d	
I. 排泄	I1. 尿失禁	a. 過去7日間の尿失禁	117	I1a
		b. 過去90日間の尿失禁の悪化	118	I1b
	I2. 尿失禁用器材	a. おむつ	119	I2a
		b. 留置カテーテル	120	I2b
		c. 上記のいずれでもない	121	I2c
	I3. 便失禁	122	I3	
J. 疾患	J1. 疾患	a. 脳血管障害	123	J1a
		b. うっ血性心不全	124	J1b
		c. 冠状動脈疾患	125	J1c
		d. 高血圧症	126	J1d
		e. 不整脈	127	J1e
		f. 末梢循環障害	128	J1f
		g. アルツハイマー型痴呆	129	J1g
		h. アルツハイマー型以外の痴呆症	130	J1h
		i. 頭部外傷	131	J1i
		j. 片側不全麻痺/片麻痺	132	J1j

J. 疾患		k.	多発性硬化症	133	J1k
		l.	パーキンソン症候群	134	J1l
		m.	関節炎	135	J1m
		n.	大腿骨骨折	136	J1n
		o.	その他の骨折	137	J1o
		p.	骨粗鬆症	138	J1p
		q.	白内障	139	J1q
		r.	緑内障	140	J1r
		s.	精神科診断	141	J1s
		t.	HIV感染	142	J1t
		u.	肺炎	143	J1u
		v.	結核	144	J1v
		w.	尿路感染症	145	J1w
		x.	がん	146	J1x
		y.	糖尿病	147	J1y
		z.	肺気腫／慢性閉塞性肺疾患／ 喘息	148	J1z
		aa.	腎不全	149	j1aa
		ab.	甲状腺疾患	150	J1ab
		ac.	上記のいずれでもない	151	J1ac
	J2.	その他の疾患	a.		152
b.			153	J2b	
c.			154	J2c	
d.			155	J2d	

MDS-HCアセスメント(2)

			NO	変数名
整理番号			1	no
ID番号			2	id
K. 健康状態および予防	K1. 予防	a. 血圧測定	156	K1a
		b. インフルエンザワクチン	157	K1b
		c. 便潜血、または大腸内視鏡検査	158	K1c
		d. (女性のみ)乳房の触診・マンモグラフィー	159	K1d
		e. 上記のいずれでもない	160	K1e
	K2. 現症(2日以上存在)	a. 下痢	161	K2a
		b. 排尿困難・夜間3回以上排尿	162	K2b
		c. 発熱	163	K2c
		d. 食欲不振	164	K2d
		e. 嘔吐	165	K2e
		f. 上記のいずれでもない	166	K2f
	K3. 現症	a. 胸痛／胸部圧迫感	167	K3a
		b. 便秘	168	K3b
		c. めまい、めまい感	169	K3c
		d. 浮腫	170	K3d
		e. 息切れ	171	K3e
		f. 妄想	172	K3f
		g. 幻覚	173	K3g
		h. 上記のいずれでもない	174	K3h
	K4. 痛み	a. 痛みの訴えや様子	175	K4a
		b. 痛みの強さ	176	K4b
		c. 痛みが活動に支障をきたしている	177	K4c
		d. 痛みの箇所	178	K4d
		e. 鎮痛剤が適切に効いている	179	K4e
	K5. 転倒頻度		180	K5
	K6. 転倒の危険性	a. 不安定な歩行	181	K6a
		b. 転倒を恐れて外出を制限	182	K6b
K7. 生活習慣	a. 飲酒量の心配	183	K7a	
	b. 朝の飲酒、飲酒による問題	184	K7b	
	c. 毎日喫煙	185	K7c	

K. 健康状態および予防	K8. 健康状態	a. 健康状態がよくない	186	K8a
		b. 思考、ADL等を不安定にする病態	187	K8b
		c. 急性症状が発生、再発、慢性問題	188	K8c
		d. 過去30日間に新たな急性症状	189	K8d
		e. 末期疾患で余命6ヵ月以下	190	K8e
		f. 上記のいずれでもない	191	K8f
	K9. その他の状況	a. 家族や介護者に対する恐れ	192	K9a
		b. 衛生状態が以上に悪い	193	K9b
		c. 説明がつかないけが、骨折、火傷	194	K9c
		d. 放置、暴力、虐待を受けている	195	K9d
		e. 身体抑制を受けている	196	K9e
		f. 上記のいずれでもない	197	K9f
	L. 栄養状態	L1. 体重	a. 体重の減少	198
b. 極度の栄養不良			199	L1b
c. 病的な肥満			200	L1c
L2. 食事摂取		a. 1日に1回以下の食事	201	L2a
		b. 食事や水分量の減少	202	L2b
		c. 水分摂取の不足	203	L2c
		d. 経管栄養	204	L2d
L3. 嚥下問題			205	L3
M. 歯および口腔状態	M1. 口腔状態	a. 咀嚼の問題	206	M1a
		b. 食事中に口の中がかわいている	207	M1b
		c. 歯磨きや入れ歯に問題	208	M1c
		d. 上記のいずれでもない	209	M1d
N. 皮膚の状態	N1. 皮膚の問題		210	N1
	N2. 褥瘡・潰瘍	a. 褥瘡	211	N2a
		b. うっ血性潰瘍	212	N2b
	N3. 皮膚のその他の問題	a. II度以上の火傷	213	N3a
		b. 潰瘍、発疹、切り傷以外の開放創	214	N3b
		c. 裂傷または切り傷	215	N3c
		d. 手術創	216	N3d
		e. うおのめ、たこ、感染症、水虫、変形	217	N3e
		f. 上記のいずれでもない	218	N3f
	N4. 褥瘡既往		219	N4

N. 皮膚の状態	N5. 創傷や潰瘍のケア	a. 抗生剤(全身あるいは局所投与)	220	N5a	
		b. ガーゼ、包帯剤の使用	221	N5b	
		c. 手術創のケア	222	N5c	
		d. その他のケア	223	N5d	
		e. 上記のいずれでもない	224	N5e	
O. 居住環境	O1. 居住環境	a. 照明	225	O1a	
		b. 床の状態	226	O1b	
		c. 浴室およびトイレの環境	227	O1c	
		d. 台所環境	228	O1d	
		e. 暖房や空調	229	O1e	
		f. 身の安全	230	O1f	
		g. 玄関や玄関先	231	O1g	
		h. 家の中の部屋のアクセス	232	O1h	
		i. 上記のいずれでもない	233	O1i	
	O2. 同居の状況	a. 他者と同居	234	O2a	
		b. 利用者が他へ移った方がよい	235	O2b	
	P. 治療方針の順守	P1. 特別な治療ケア	a. 酸素療法	236	P1a
			b. 補助呼吸のためのレスピレーター	237	P1b
c. その他の呼吸療法			238	P1c	
d. アルコール/薬物依存の治療			239	P1d	
e. 輸血			240	P1e	
f. 抗がん剤療法			241	P1f	
g. 透析			242	P1g	
h. 点滴—中心静脈			243	P1h	
i. 点滴—末梢静脈			244	P1i	
j. 注射による与薬			245	P1j	
k. 瘻のケア			246	P1k	
l. 放射線治療			247	P1l	
m. 気管切開口のケア			248	P1m	
n. 運動療法			249	P1n	
o. 作業療法			250	P1o	
p. 理学療法			251	P1p	
q. 通所介護			252	P1q	
r. 通所リハビリテーション			253	P1r	
s. 緩和ケア			254	P1s	
t. 外来通院	255	P1t			

P. 治療方針の順守		u. ショートステイ	256	P1u
		v. 毎日の観察・測定	257	P1v
		w. 観察・測定	258	P1w
		x. 緊急通報用の器材	259	P1x
		y. 皮膚の治療	260	P1y
		z. 特別治療食	261	P1z
		aa. 上記のいずれでもない	262	P1aa
	P2. 医療機器の取り扱い	a. 酸素	263	P2a
		b. 末梢あるいは中心静脈の確保	264	P2b
		c. カテーテル	265	P2c
		d. 瘻(胃瘻、膀胱瘻など)	266	P2d
	P3. 入院・緊急外来	a. 入院回数	267	P3a
		b. 救急外来を受信した回数	268	P3b
		c. 予定外の訪問・受信	269	P3c
	P4. 達成されたケア目標の有無		270	P4
	P5. ケアニーズの変化		271	P5
P6. 家計の切りつめ		272	P6	
Q. 薬剤	Q1. 薬剤の種類		273	Q1
	Q2. 向精神薬の服用	a. 抗精神病薬	274	Q2a
		b. 抗不安薬	275	Q2b
		c. 抗うつ薬	276	Q2c
		d. 催眠薬	277	Q2d
Q3. 医学的管理		278	Q3	
Q4. 薬剤のコンプライアンス		279	Q4	
R. 評価者の情報 ＜ケアプラン作成にあたって＞	R3. アセスメント完了日		280	R3
	R5. 対象者がサービスを受ける目的の明確化	a. 医療処置	281	R5a
		b. 経過観察	282	R5b
		c. リハビリテーション	283	R5c
		d. 本人・家族への指導	284	R5d
		e. 介護者の一時休養	285	R5e
		f. 緩和ケア	286	R5f
		g. 身体介護	287	R5g
		j. 家事援助	288	R5h
		i. その他	289	R5i
＜必要項目＞	事業所コード(10桁)		290	xx344
	事業種コード		291	xx345

アセスメント情報	アセスメント回数	292	xx349
	前回アセスメント基準日	293	xx350
領域	CAP_1	294	xx351
	CAP_2	295	xx352
	CAP_2_2	296	xx353
	CAP_3	297	xx354
	CAP_4	298	xx355
	CAP_5	299	xx356
	CAP_6	300	xx357
	CAP_7	301	xx358
	CAP_8	302	xx359
	CAP_9	303	xx360
	CAP_10	304	xx361
	CAP_11	305	xx362
	CAP_12	306	xx363
	CAP_13	307	xx364
	CAP_14	308	xx365
	CAP_15	309	xx366
	CAP_16	310	xx367
	CAP_17	311	xx368
	CAP_18	312	xx369
	CAP_19	313	xx370
	CAP_20	314	xx371
	CAP_21	315	xx372
	CAP_22	316	xx373
	CAP_22_2	317	xx374
	CAP_23	318	xx375
	CAP_23_2	319	xx376
	CAP_24	320	xx377
	CAP_25	321	xx378
	CAP_26	322	xx379
	CAP_27	323	xx380
CAP_28	324	xx381	
CAP_29	325	xx382	
CAP_30	326	xx383	

## **参考文献**

- 1) (財) 日本公衆衛生協会：介護サービスの質の評価の在り方にかかる検討に向けた報告書。平成 21 年度厚生労働省老人保健事業推進費等事業 (2010)。
- 2) 医療経済研究機構：第 1 章 アメリカの施設ケアの質評価システム 第 3 節 Quality Indicators. 介護保険施設におけるケアの質評価指標に関する調査報告書, 平成 16 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業, 41-49 (2005)。
- 3) (財) 日本公衆衛生協会：心身の状況に応じたケア提供の実態等に関する資料収集報告書。平成 14 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 (2003)。
- 4) 山田ゆかり, 池上直己：MDS-QI (Minimum Data Set-Quality Indicators) による質の評価—介護保険施設による試行—。病院管理, 41(4)：277-287 (2004)。
- 5) Hirdes, J. P., et al. (2004). Home Care Quality Indicators (HCQIs) Based on the MDS-HC. *The Gerontologist*, 44(5), 665-679

## 研究委員会委員

委員長	池上 直己	(慶應義塾大学医学部 教授)
委員	新津 ふみ子	(日本社会事業大学専門職大学院 教授)
	高野 龍昭	(東洋大学ライフデザイン学部 准教授)
	五十嵐 歩	(東京医科歯科大学 助教)
	川添 チェミ	(財団法人仁風会 嵯峨野病院在宅事業部長)
	石橋 智昭	(公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団 研究部長)
事務局	天野 貴史	(公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団)
	阿部 詠子	(公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団)
	小野 恵子	(公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団)
	関口 知子	(公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団)

「ケアプランの質的向上を支援する客観的評価指標の開発に関する調査研究事業」

報告書（2012年）

---

2013年3月 発行

公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団

〒160-0022 東京都新宿区新宿一丁目 35 番 5 号 直田ビル

電話 03 (5919) 1631 Fax 03 (5919) 1641

財団ホームページ <http://www.dia.or.jp>

問い合わせメール [e-mail: info@dia.or.jp](mailto:info@dia.or.jp)

---



