

介護 QI によるケアサービスの質の評価研究
Quality Indicators

2025 年版 評価レポート

本 編（居宅版）

2025 年 10 月

公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団



はじめに

アセスメントデータを質の管理に活用する！

インターライ方式のアセスメントデータは、高齢者のケアプラン作成への活用だけでなく、利用者の機能状態を定量的に把握する尺度(スケール)や事業所の質を評価する指標(Quality Indicators: QI)が算出できるしくみを持っています。

尺度による特徴の可視化：スケール

インターライ方式では、利用者の ADL や認知機能の状態を段階的に表す尺度(スケール)が複数用意されています。アセスメントデータから算出した尺度を利用者の「モニタリング」に利用すれば、利用者の状態変化を早期に把握したり、他の専門職との共通言語に活用したり出来ます。また、事業所単位で集計すれば、要介護度では得られない事業所の特徴が浮かび上がります。こうした情報は、例えば「うつ」利用者の増加に合わせた職員研修の開催など、エビデンスに基づく質の向上に役立ててすることができます。

サービスの質の客観的な評価：QI

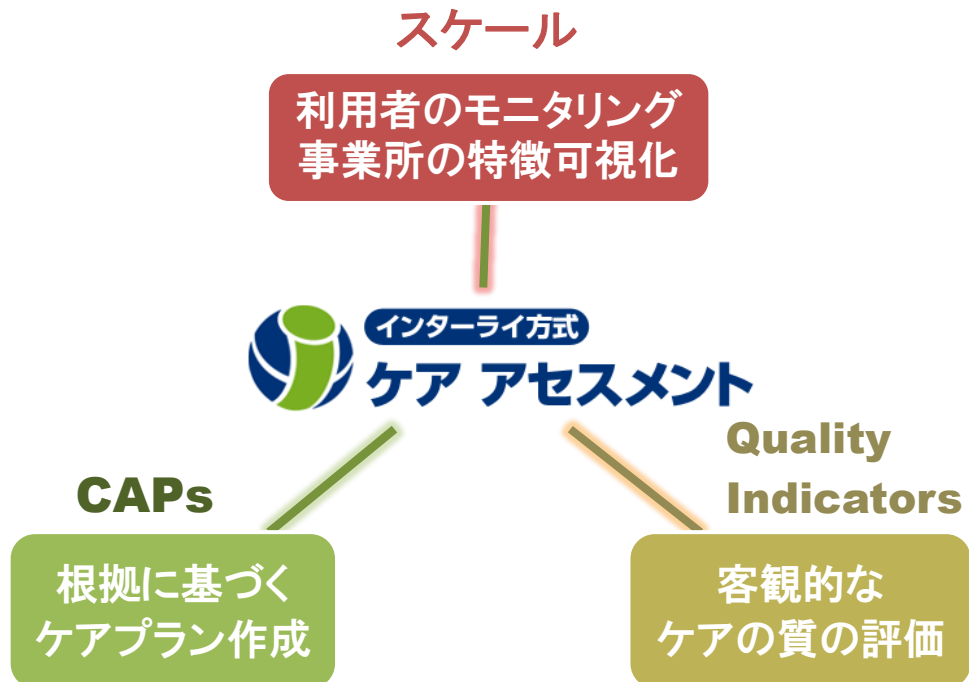
ケアマネジャー等がケアプラン作成のために評価したアセスメントデータを二次利用して、施設や事業所の質の評価を行う仕組みも用意されています。「質の指標(Quality Indicators)」は、ADL や気分(うつ)の悪化と改善、転倒、介護者のストレス等、ケアの方法によって結果に差がつくもの、適切にケアしないと後で重篤な結果を及ぼす領域から 20～30 項目が設定されています。インターライ方式の評価は、他事業所との成績比較だけでなく、どの利用者のケアプランを再検討すべきかの情報も得られるため、具体的な質の改善へつなげる仕組みが備わっています。なお、QI の詳細に関しては、インターライ方式ガイドブック 第 5 章「ケアサービスの質の評価と改善」(池上直己・石橋智昭・高野龍昭編集、医学書院、2017)をご参照ください。

PDCA サイクルの実現

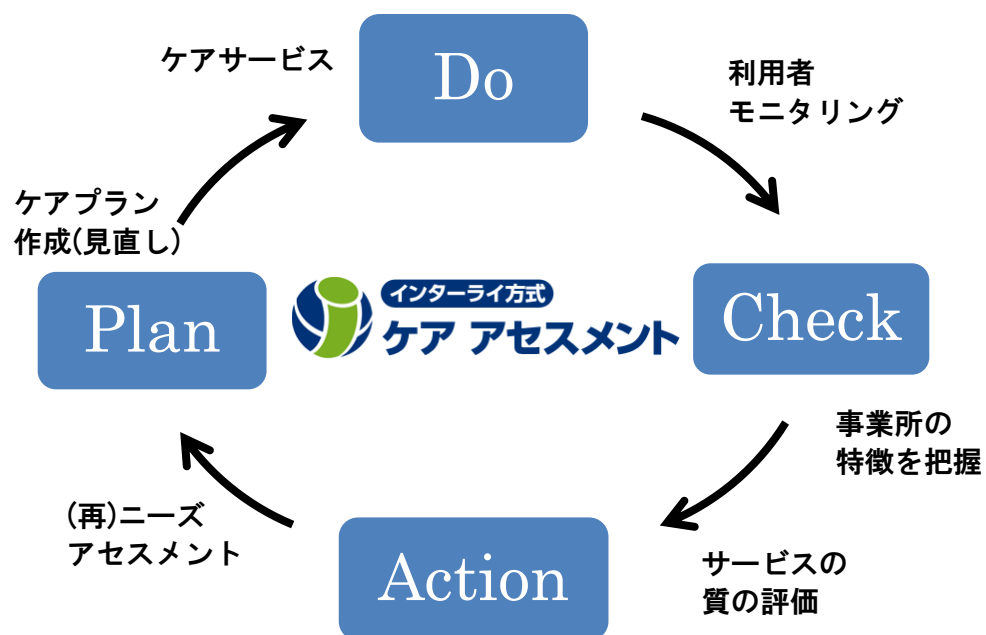
このように、ケアプラン作成から客観的な質の評価、改善までを一貫したアセスメントで実現するインターライの手法は、PDCA (Plan-Do-Check-Act) サイクルそのものです。アセスメントツールの統一化は、特に複数の施設や事業所を抱える大規模法人における質の管理やサービスの標準化に大きな効果を発揮することが期待できます。

この評価レポート(本編)では、「介護 QI によるケアサービスの質の評価研究」に参加する法人の評価結果を示しながら、アセスメントデータ利活用の実際を紹介します。

アセスメントデータの多角的な活用方法



PDCA サイクルを1つのツールで実現するインターライ方式



目 次

本 編

1. Data Base：データの蓄積状況	4
(1) 現在の参加法人および取得データ数	
(2) スケールの計算に利用したデータ	
(3) 介護 QI に利用したデータ	
2. スケール：尺度の活用	8
(1) ADL-H 【日常生活自立段階】	
(2) CPS 【認知機能尺度】	
(3) DRS 【うつ評価尺度】	
(4) Pain Score 【痛み尺度】	
(5) 事業所の特徴を可視化する	
(6) ニーズの変化に気づく	
3. 介護 QI：質の評価への活用	22
(1) サービスの質の評価の現状	
(2) 現場目線で考える「質の評価」	
(3) インターライ QI の実際	
4. PDCA：サービスの質の向上	55
(1) 強みと弱みを知る	
(2) QI を質の改善に生かす	
(3) PDCA サイクルを回す	

資料編（別冊※このレポートには収録していません）

1. アセスメントデータの蓄積状況と対象
2. スケール(利用者の構成)の推移
3. QI 実測値の経時的変化
4. QI 該当利用者の担当者別予測値一覧表

Data Base

アセスメントデータの蓄積状況

(1) 現在の参加法人および取得データ数

◆参加法人

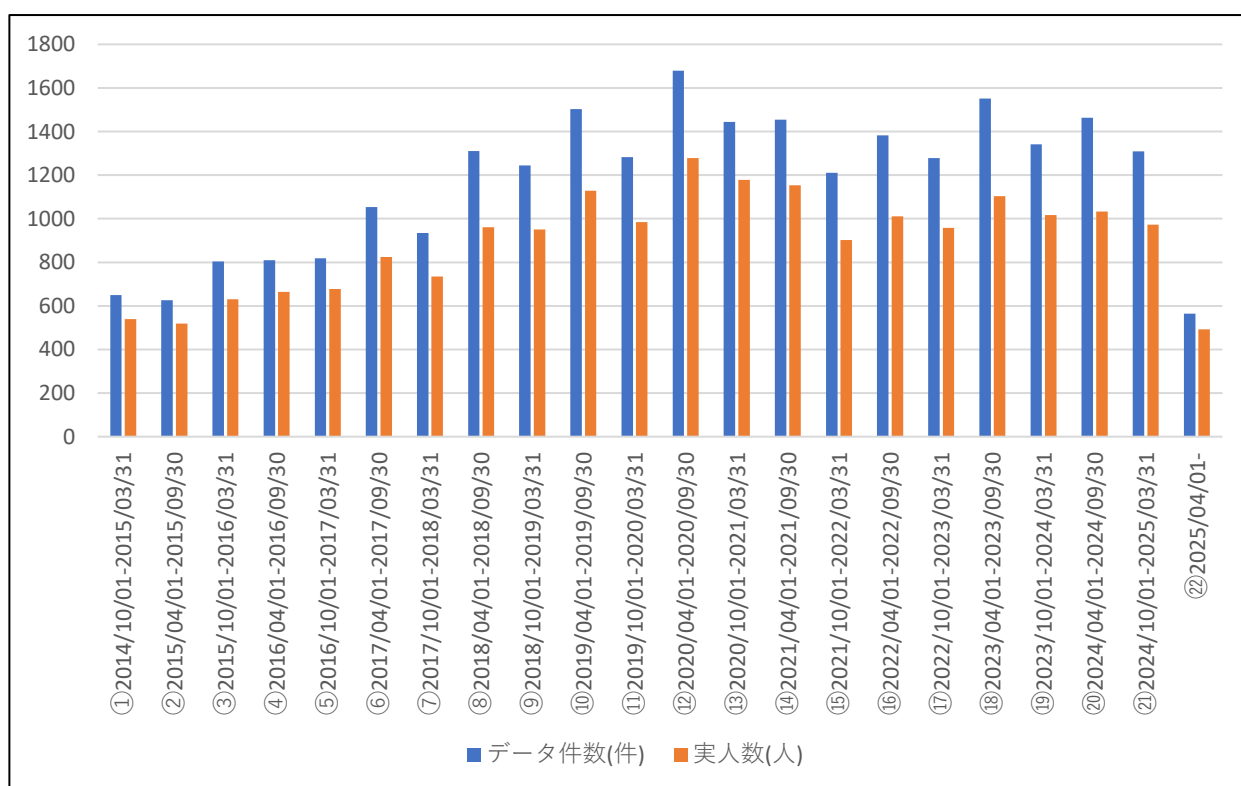
法人名 ^{*1}	本部 所在地	QI 登録事業所 ^{*2}				
		居宅	施設			
			老健	特養	その他 ^{*3}	グループホーム
株式会社 ラックコーポレーション	東京都墨田区	10	—	—	—	1
社会福祉法人 永寿福祉会	大阪府大阪市	4	1	4	—	—
社会福祉法人 こうほうえん	鳥取県米子市	0	0	7	1	7
医療法人永和会	広島県福山市	1	1	—	—	1
計		15	2	11	1	9

※1「介護 QI によるケアサービスの質の評価研究」に参加している法人

※2 アセスメントデータが 1 件以上蓄積されている事業所の数

※3 特定施設入居者生活介護

◆蓄積されているアセスメントデータ数^{*1}（全体：25844 件、19840 人）



※1 定期アセスメントだけでなく、急変時等の随時アセスメントも含まれるため、同一利用者に複数のアセスメントデータが存在する

※2 他の期間よりも月数が少ないためデータ数は少ない

(2) スケールの計算に利用したデータ数

スケールは、各対象者のアセスメントデータ 1 回分を用いて事業所ごとに算出した。

本編における対象事業所/施設の選定

- ・ 第 20 期 (2024/04/01-2024/09/30)、第 21 期 (2024/10/01-2025/03/31) の 1 年間のデータのうち、分析対象者数が 10 名以上である事業所/施設をスケール算出の対象とした。
- ・ 同一人物に複数回のデータがある場合には、アセスメント基準日が最も新しいデータを採用した。

◆ 対象となった居宅介護支援事業所（15 か所）

No.	事業所名	対象者数		合計	
		㉔2024/04/01- 2024/09/30	㉔2024/10/01- 2025/03/31	人数	%
1	居宅 A	92	216	308	21.0
2	居宅 B	32	68	100	6.8
3	居宅 C	59	21	80	5.5
4	居宅 D	73	111	184	12.6
5	居宅 E	26	102	128	8.7
6	居宅 F	24	36	60	4.1
7	居宅 G	11	81	92	6.3
8	居宅 H	18	11	29	2.0
9	居宅 I	11	19	30	2.0
10	居宅 J	3	22	25	1.7
11	居宅 K	78	118	196	13.4
12	居宅 L	4	23	27	1.8
13	居宅 M	8	17	25	1.7
14	居宅 N	6	24	30	2.0
15	居宅 O	46	104	150	10.2
計		491	973	1464	100.0

※分母に算入する条件やアセスメントデータの欠損によりスケールごとに対象数は変動する

(3) 介護 QI に利用したデータ数

介護 QI は、各対象者のアセスメントデータ 2 回分を用いた。評価レポート(本編)では、事業所ごとの結果を示す。

本編における対象事業所の選定

・第 20 期 (2024/04/01-2024/09/30)、第 21 期 (2024/10/01-2025/03/31)、第 22 期 (2025/04/01-2025/06/30) のデータを対象とし、以下の条件を満たす利用者数が 10 名以上である事業所の介護 QI を算出した。

【対象者条件】

- ・ 2 回以上のアセスメントデータ(フォローアップデータ)がある利用者
- ・ 最新(フォローアップ)のアセスメント基準日が 1 年以内(2024 年 7 月以降)
- ・ 前回からのアセスメント間隔が 1 年(12 か月)以内であること

2025 年度版評価レポート(本編)では、居宅支援事業所 13 か所を対象とした。(なお、法人別の「資料編」には、算出可能な対象者すべての結果を収録した。)

◆ 対象となった居宅介護支援事業所 (14 か所)

No.	事業所名	対象者数	%
1	居宅 A	224	22%
2	居宅 B	74	7%
3	居宅 C	25	2%
4	居宅 D	125	12%
5	居宅 E	111	11%
6	居宅 F	47	5%
7	居宅 G	77	8%
8	居宅 H	17	2%
9	居宅 I	19	2%
10	居宅 J	23	2%
11	居宅 K	121	12%
12	居宅 M	15	1%
13	居宅 N	26	3%
14	居宅 O	104	10%
計		1008	100%

※ただし、分母に算入する条件やアセスメントデータの欠損により QI ごとに対象数は変動する

スケール

アセスメントデータから
算出する尺度の活用

(1) ADL-H 【日常生活自立段階】

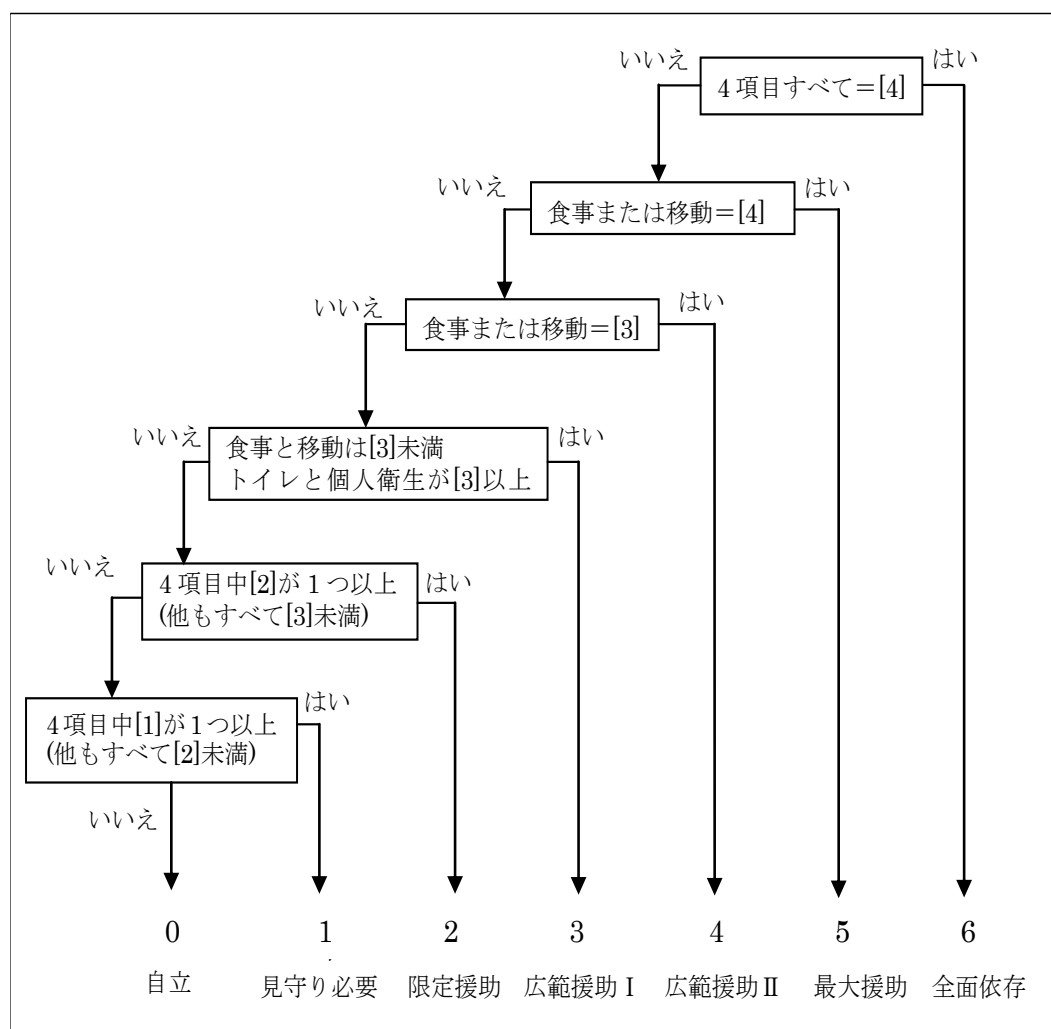
(Activities of Daily Living Self-Performance Hierarchy Scale: エーディーエルエイチ)

◇使用するアセスメント項目

アセスメント表のADL機能の中から、個人衛生(G2b)・移動(G2f)・トイレの使用(G2h)・食事(G2j)の評価結果※を用いて算出する7段階の尺度。

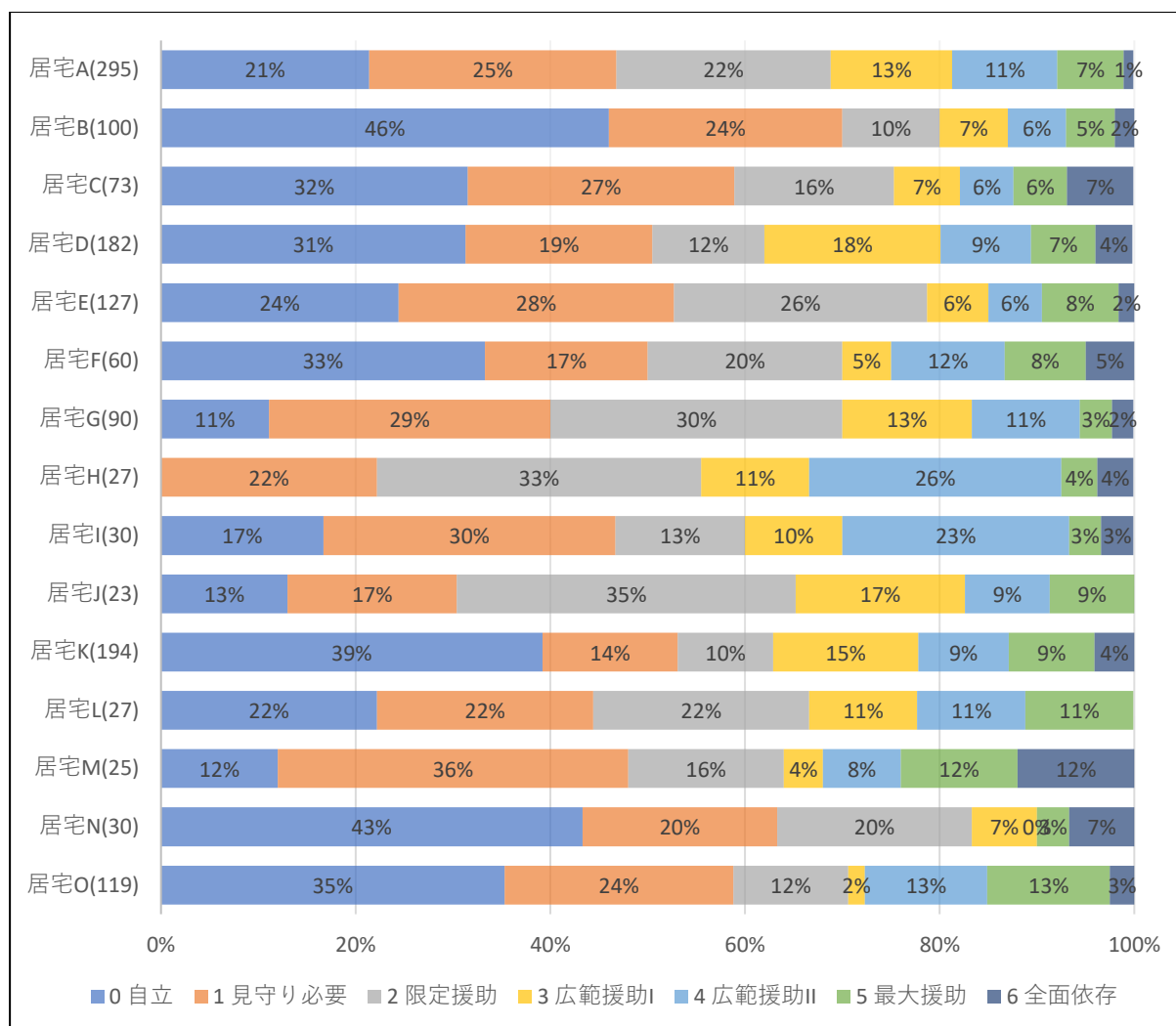
各段階は、機能低下のプロセスに基づき設定されており、段階が変化した場合、利用者に有意な機能状態の変化が起こったと解釈することができるⁱ。

◇算出方法



※アセスメント表の選択肢を次のように読み替える。0～1→[0] 2→[1] 3→[2] 4～5→[3] 6・8→[4]

図表 1 ADL-H の事業所間の比較 (居宅 15 カ所)



(2) CPS 【認知機能尺度】

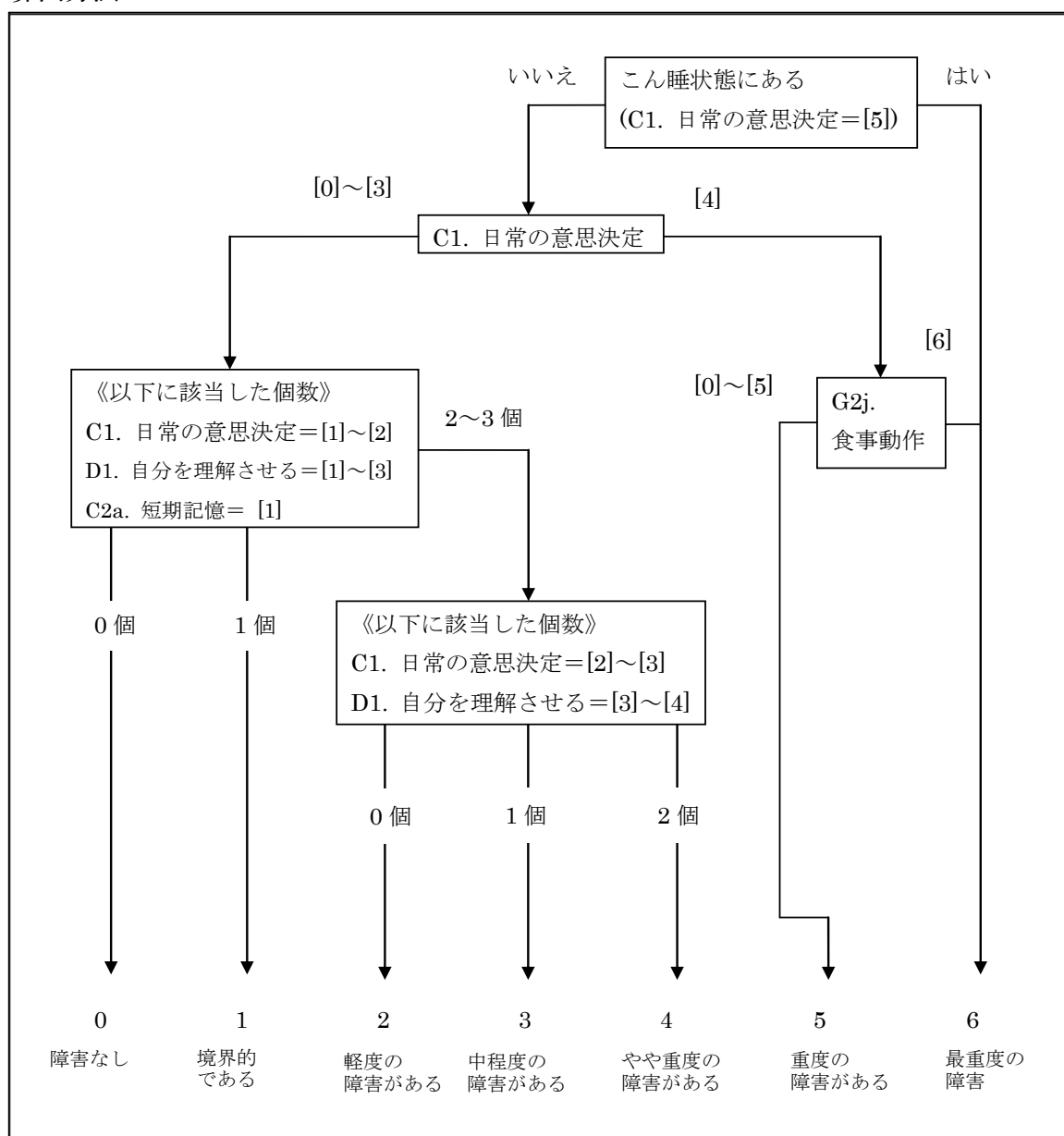
(Cognitive Performance Scale: シーピーエス)

◇使用するアセスメント項目

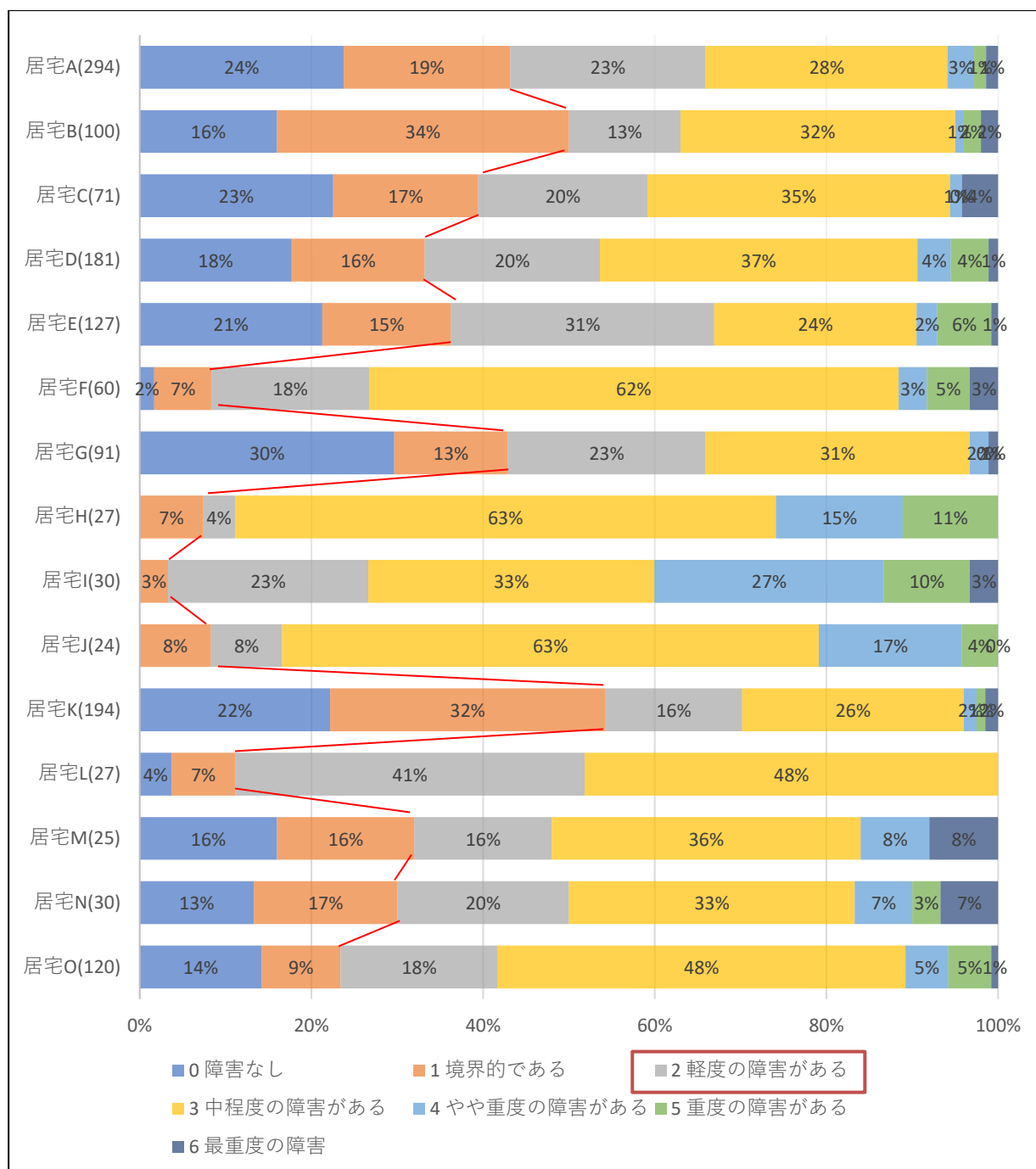
アセスメント表の認知に関する項目の中から、日常の意思決定を行うための認知能力 (C1)・自分を理解させる能力(D1)・短期記憶(C2a)・食事(G2j)の評価結果を用いて算出認知機能を評価する 7 段階の尺度。

この段階は代表的な認知機能尺度の MMSE(Mini-Mental State Examination) の平均得点と高い相関があるⁱⁱ。

◇算出方法



図表2 CPSの事業所間の比較 (居宅15カ所)



(3) DRS 【うつ評価尺度】

(Depression Rating Scale: ディーアールエス)

気分に関する 7 つのアセスメント項目から算出する、うつの評価尺度(0～14 点)。3 点以上の場合、うつに関する問題を抱えている可能性があるⁱⁱⁱ

◇使用するアセスメント項目

E1a	否定的なことを言う
E1b	自分や他者に対する継続した怒り
E1c	非現実な恐れがあることを思わせる非言語を含む表現
E1d	繰り返し体の不調を訴える
E1e	たびたび不安、心配ごとを訴える
E1f	悲しみ、苦悩、心配した表情
E1g	泣く、涙もろい

選択肢をスコア算定用に換算：0 → [0]・1～2 → [1]・3 → [2]

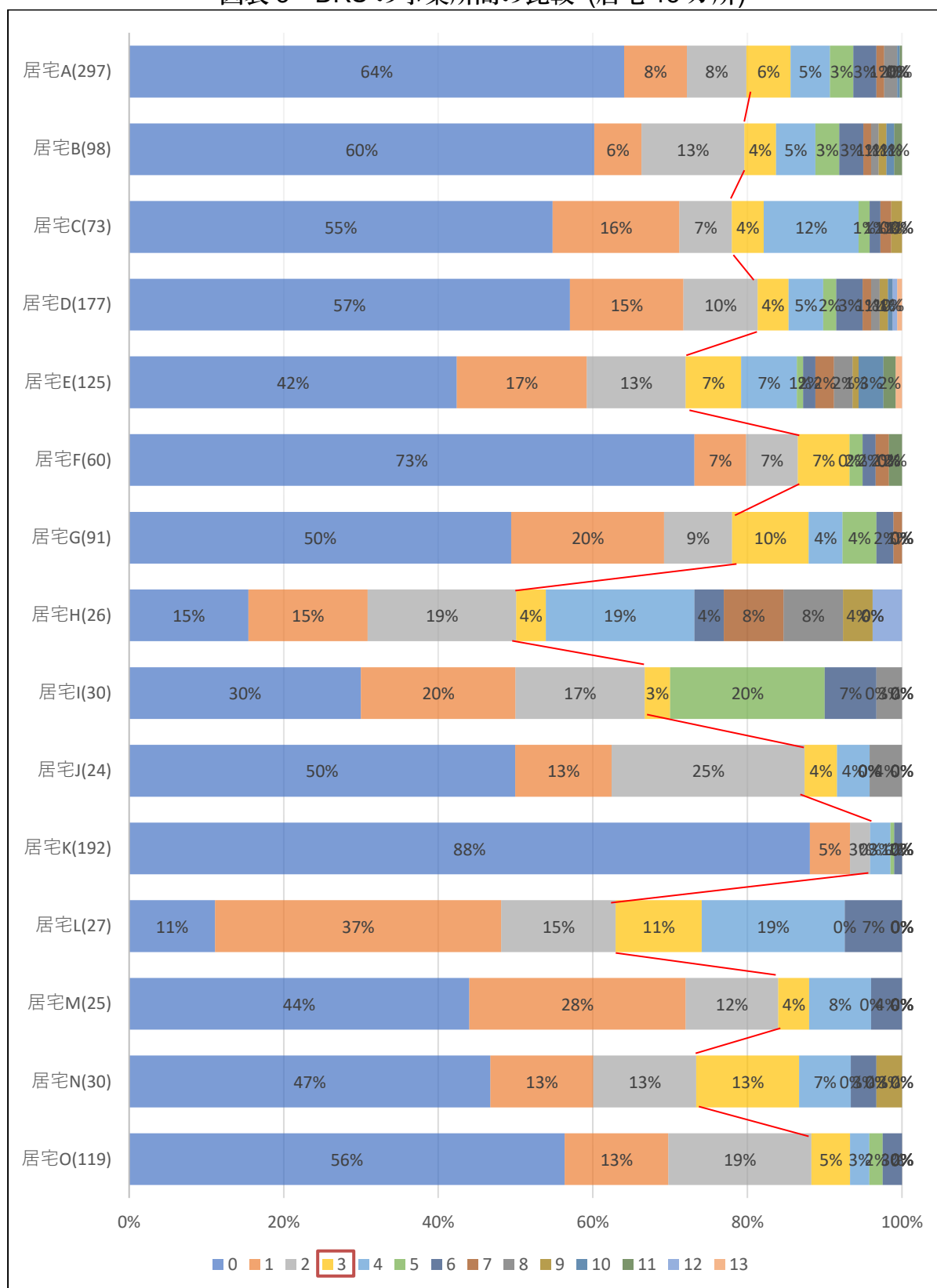
◇算出方法

$$\text{DRS} = \text{E1a} + \text{E1b} + \text{E1c} + \text{E1d} + \text{E1e} + \text{E1f} + \text{E1g}$$

範囲 **0～14 点**

(3 点以上の場合、うつに関する問題を抱えている可能性がある)

図表3 DRS の事業所間の比較 (居宅 15 カ所)



※ 数字が大きいほどつうの状態が悪い

(4) Pain Score 【痛み尺度】

(Pain Score : ペインスコア)

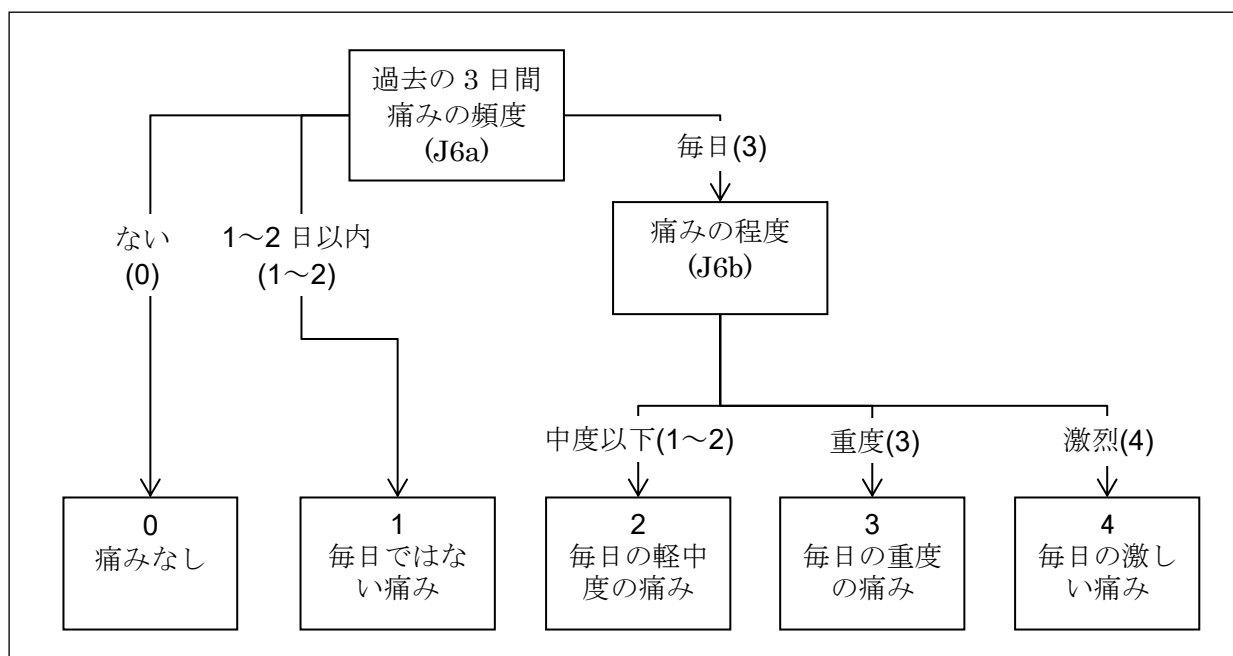
痛みの程度をその頻度と強さの組み合わせから算出する 4 段階の尺度(0~3)^{iv}。

◇使用するアセスメント項目

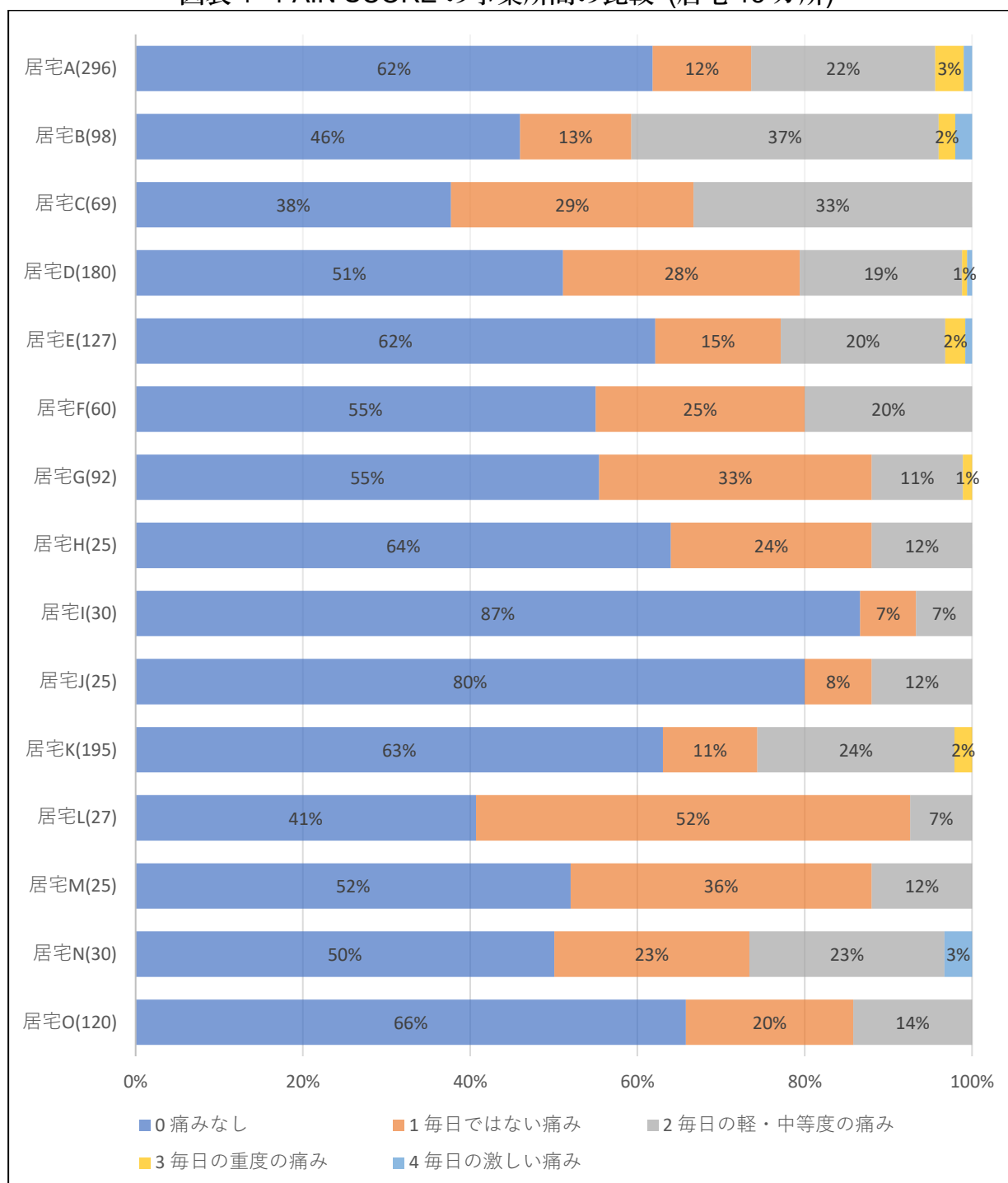
J6a 痛みの頻度(0:ない~3: 3 日間毎日)

J6b 痛みの程度(0:ない~4:激しく、耐え難いことがある)

◇算出方法



図表 4 PAIN SCORE の事業所間の比較 (居宅 15 カ所)



(5) 事業所の特徴を可視化する

要介護度だけでは不十分

他の事業所との利用者構成の比較をする際に平均要介護がよく用いられます。例えば「うちは、平均要介護が 3.98 で重度者が多い施設だ」という具合です。

しかし、インターライ方式の尺度(スケール)を活用すれば、より多面的な情報を管理者に提供して、事業所の特徴を「見える化」することができます。

尺度を活用した「見える化」

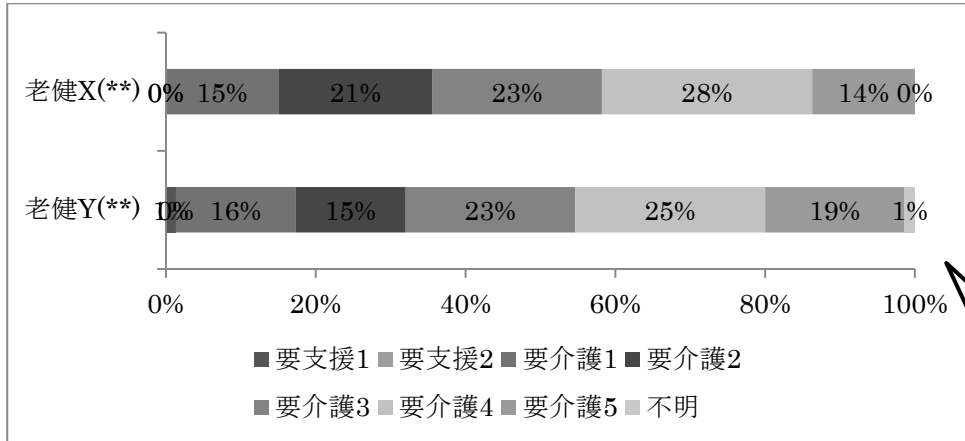
事例として、2 つの介護老人保健施設の結果を紹介しましょう（注：参考データであり、今年度の結果ではありません）。図表 5 に示すように、それぞれの施設の要介護度の分布はほぼ同じになっています。次に、日常生活の自立度を示す ADL-H スコアを比較した場合、0.自立と 1.見守りに差があるものの、ほぼ同様の結果となっています(図表 6)。これは、要介護認定基準が ADL 中心で設計されていることを考えると、当然とも言えます。

ところが、図表 7 の認知機能障害の程度を表す CPS で比較すると、両施設の様相は異なり、B 施設の方が認知機能重度者が多くなっています。

これとは逆に、図表 8 のうつ尺度(DRS)での比較では、A 施設にうつの問題を抱える人が多くなっていました。

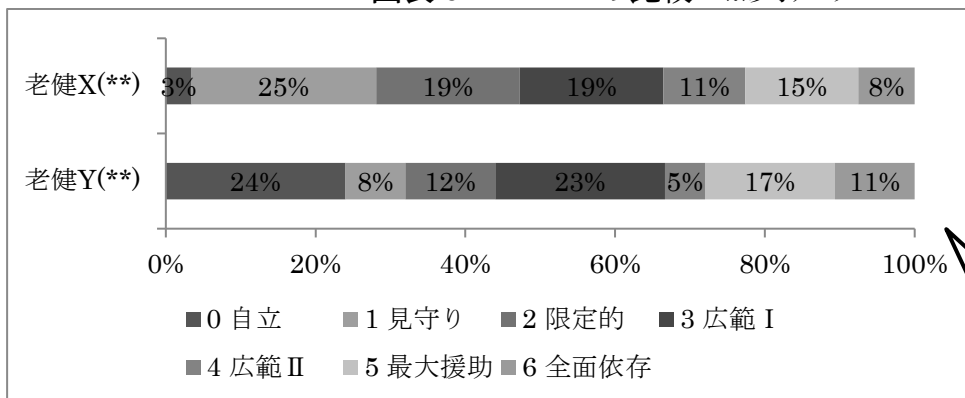
このように、尺度に注目すると要介護度では得られない自分の事業所の特徴が浮かび上がってきます。

図表5 「要介護度」の比較 ※参考データ



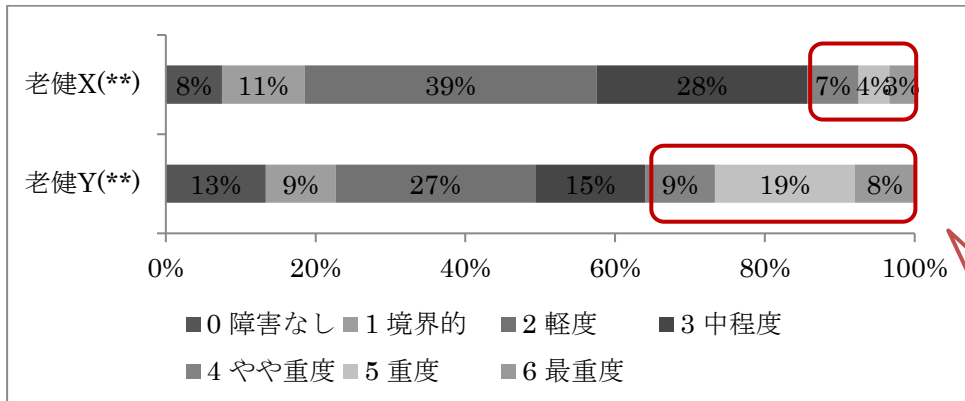
2施設の
要介護度は
似通っている

図表6 ADL-Hの比較 ※参考データ



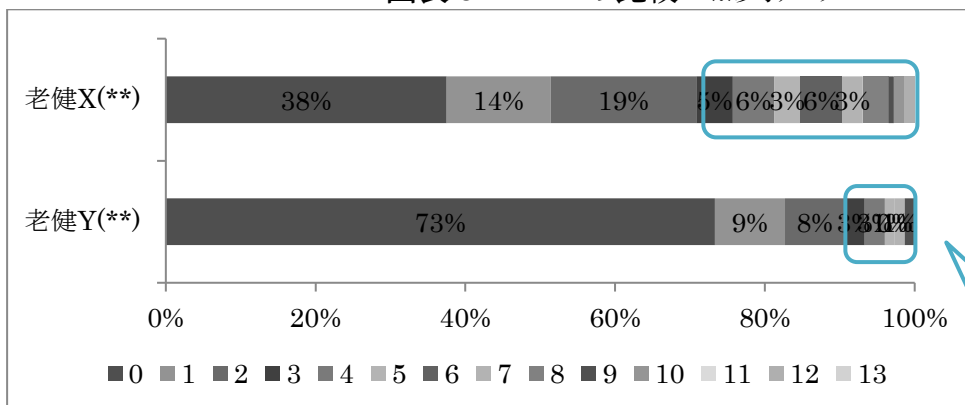
2施設の
ADL-Hは
似通っている

図表7 CPSの比較 ※参考データ



B施設の方が
認知機能重度者が
多い様子

図表8 DRSの比較 ※参考データ



A施設の方が
うつの問題を抱える
人が多い様子

スケールに注目することで、要介護度では得られない事業所の特徴が浮かび上がってくる

(6) ニーズの変化に気づく

「資料編（法人別）」に、各事業所の結果を掲載

尺度のもう 1 つの活用方法

前のページでは、尺度に基づく利用者の構成を他の施設や事業所と比較することで、その特徴を可視化する方法を紹介しました。

ここでは、尺度の結果を継続的に把握して「事業所のニーズの変化」に気づくための資料として活用する方法を考えましょう。アセスメントデータから算出される尺度得点の分布は、利用者の入れ替わりや個々の利用者の状態変化(悪化や改善)を反映して、変動していきます。現在の利用者の構成を事業所のニーズと捉え、それに対応した研修等の取り組みを図ることで、エビデンスに基づく質の向上に役立てることができます。

ニーズの変化を職員研修に活かす

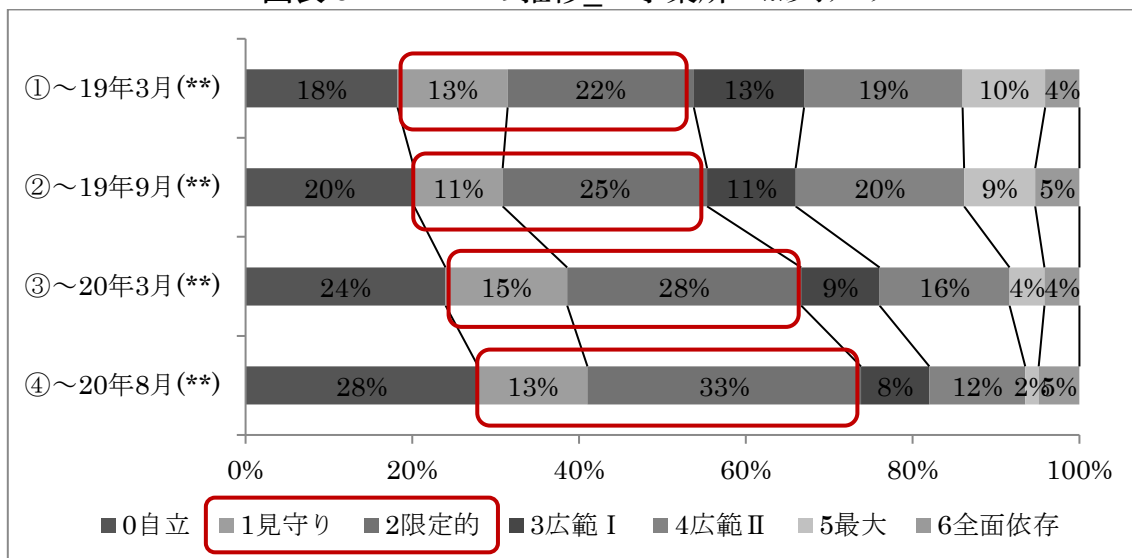
右ページには、6 か月単位で利用者の尺度を計算した結果を掲載しました（注：参考データであり、今年度の結果ではありません）。それぞれの変化を踏まえた取り組みを考えてみましょう。

図表 9 の X 事業所は、利用者の ADL-H のスコアから、全体的に軽度障害者が増える傾向にあることがわかります。「見守り」や「限定的な介助」が必要な利用者は、悪化防止だけでなく改善の見込みも高く、機能回復のためのケアプランが求められてきます。「CAP3. ADL」を参照して、ADL の維持・改善に向けたアプローチの方法を事例検討や研修の機会において確認しておくとい良いでしょう。

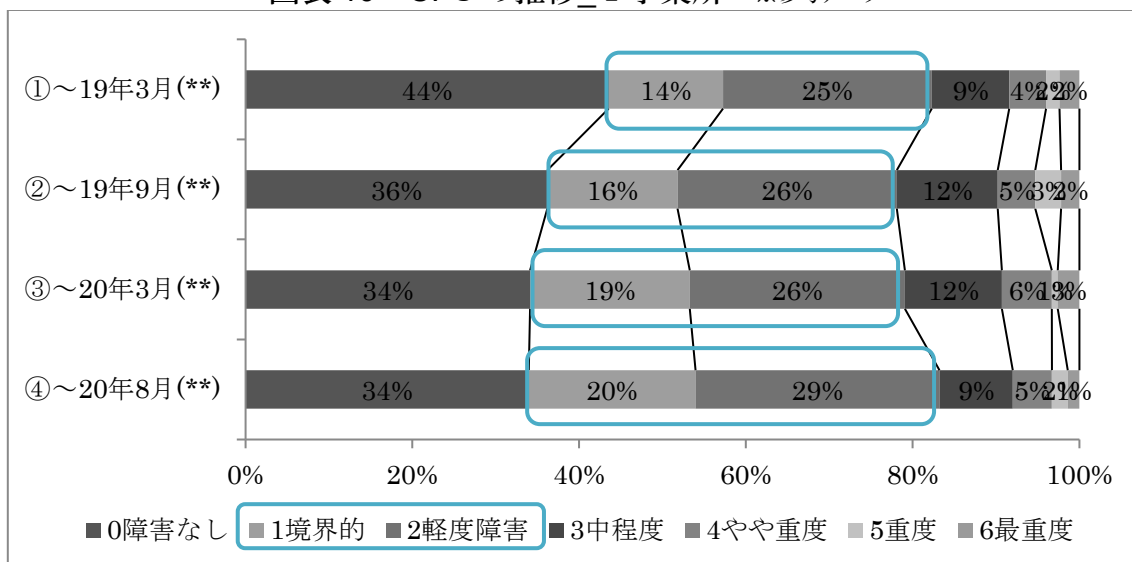
図表 10 の Y 事業所は、利用者の CPS スコアから「境界的」～「軽度」の認知障害を持つ利用者の存在が目立ってきました。これらの層は、MMSE(Mini Mental State Examination：ミニメンタルステート検査)の 19 点以上に相当し、インターライでは「CAP.7 認知低下」で悪化予防の対象者としてトリガーされます。トリガーされた人の 4 分の 1 程度はその後 90 日間で認知機能が低下するとされており、適切な対応策を図るためのリスク要因の把握方法を職員研修で取り上げると効果的でしょう。

図表 11 の Z 事業所の DRS スコアの変化を見ると、うつに関する問題を抱えている可能性があるとして 3 点以上の利用者の割合が徐々に高まっています。一方で、3 点以上となった人であっても適切な対応により、90 日後には 4 割が改善するとされており(CAP.10「気分」、気分障害に対する初期アセスメントの重要性や全体像を把握するための方法を学ぶ機会を用意することが必要です。

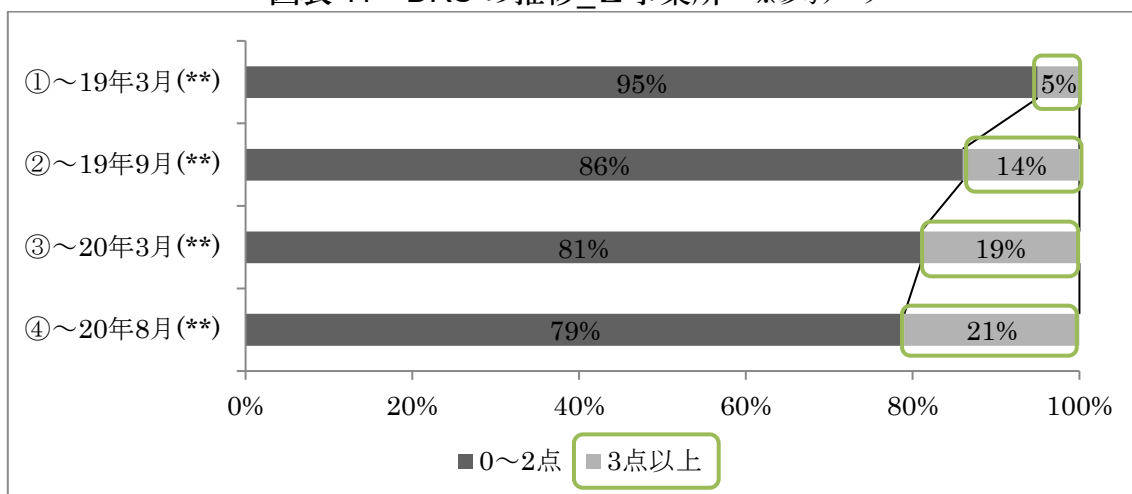
図表 9 ADL-H の推移_X事業所 ※参考データ



図表 10 CPS の推移_Y事業所 ※参考データ



図表 11 DRS の推移_Z事業所 ※参考データ



注) 法人別の「資料編」に、各事業所の結果を掲載しています。

介護 QI

Quality Indicators

アセスメントデータから
算定する質の指標の活用

(1)サービスの質の評価の現状

大きく出遅れた日本の状況

介護保険制度の施行から 20 年が過ぎ、量的な整備が進むとともに、介護サービスの質が問われています。特に、利用者の要介護度の維持・改善に基づくアウトカム評価への関心が高まっていますが、日本では対象者の状態変化を定期的に把握する体制が整備されていません(図表 12)。厚生労働省は、客観的な評価体制のデータ収集モデル事業をスタートしていますが、その実現には 10 年スパンの年月が必要とされています^v。

こうした状況に業を煮やして、介護保険の保険者である市区町村が独自で「要介護度」の改善に応じた報奨制度をスタートさせ始めています。しかし、こうした取り組みには、要介護度が改善しにくい高齢者の受け入れ拒否が起こる危険性が指摘されるなど、課題が多く残されています。

米国ではすでに結果を公開

一方、米国では 1990 年代に全米のナーシングホームに MDS 方式(現在のインターライ方式)アセスメントの導入が義務付けられ、その過程でケアの質を評価するために QI(Quality Indicators)が開発されました。

6 か月毎に提出される全入所者のアセスメントデータに基づいて QI が計算され、その結果が各施設にフィードバックされ、同時に州当局による監査にも活用されています。さらに、QI 選抜された一部の項目については、統計的な補正を行ったうえで、施設間比較ができるよう Quality Measure としてウェブ上で公開されています。

Nursing Home Compare Web Site https://www.medicare.gov/nursinghomecompare/search.html
--

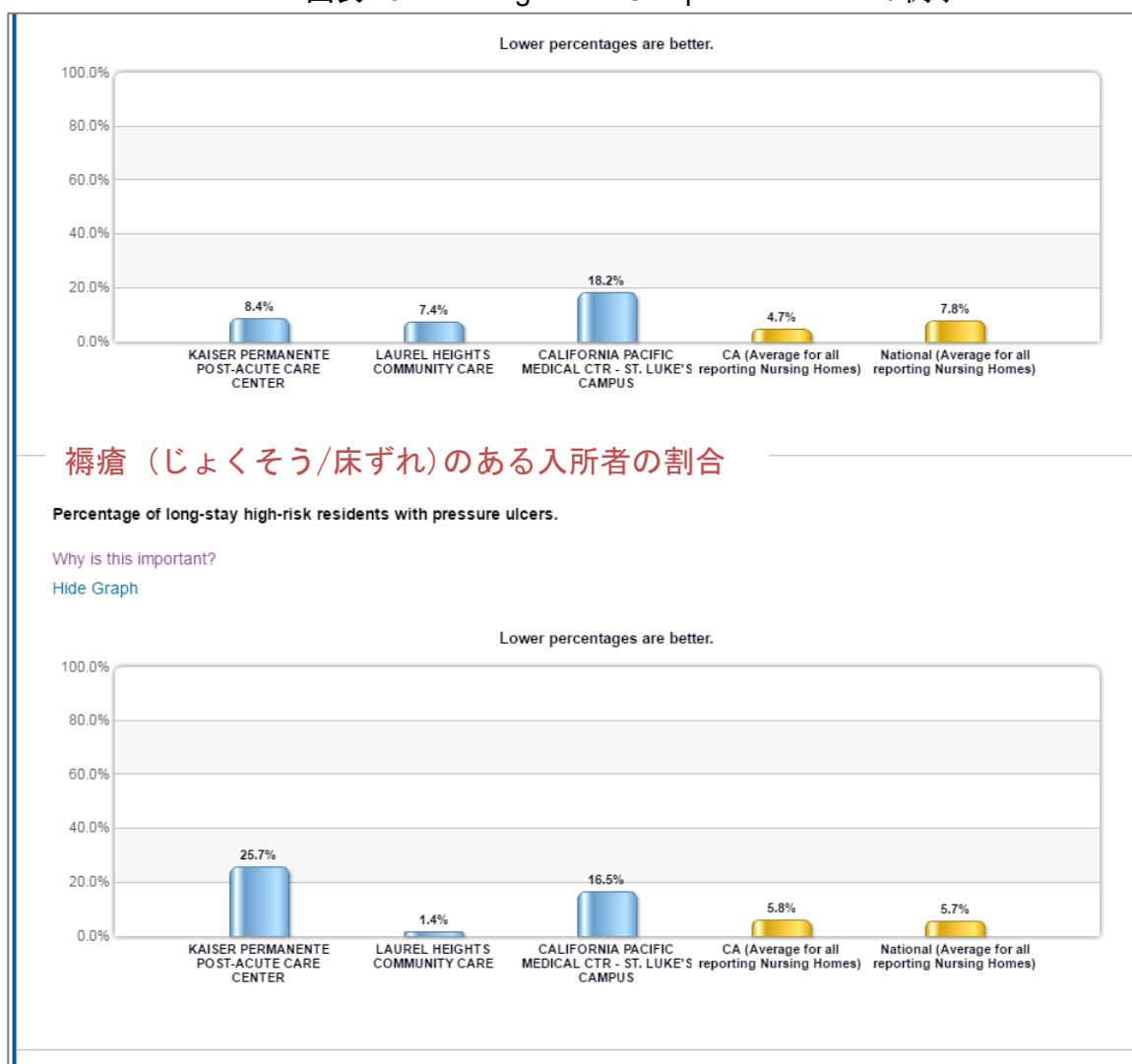
そのウェブサイトでは、まず州を選択するとそこに所在するすべての施設名が表示され、そこから施設を 3 つまで並べて比較することが出来るようになっています。表示されるグラフには、その州の平均値と国全体の平均値も一緒に表示されるように工夫されています(図表 13)。

図表 12 わが国の介護サービスの質に関する取り組み
 <参考 我が国における介護保険サービスの質の評価の取組>

質の評価の取組	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトカム評価
介護サービス施設・事業所の指定基準等	・人員に関する基準 ・設備に関する基準 …等	・運営に関する基準 (重要事項説明、個別計画の作成 等)	—
介護サービス施設・事業所の指導監査	・人員、設備及び運営基準等の指定基準違反の監査、行政指導 等	・運営指導(一連のケアマネジメントプロセスに関する指導 等)	—
介護サービスの情報公表	・設備の状況 ・人員の状況 ・利用者の状況	・サービスの質の確保への取組状況(記録の状況等) ・外部機関との連携の状況 等	—
介護報酬による評価	・各種体制加算 等	・リハビリテーションマネジメント加算(通所リハ)、個別機能訓練(通所介護) 等 ・各種連携加算 等	・在宅復帰・在宅療養支援機能加算(老健)等

出展:厚労省「介護保険サービスにおける質の評価に関する調査研究事業」^{vi}

図表 13 Nursing Home Compare Web Site の例示



<https://www.medicare.gov/nursinghomecompare/search.html>

(2)現場目線で考える「質の評価」

誰のための質の評価か

サービスの質を考えると、評価する立場によって重視するポイントは異なります。例えば、「行政」は、法令の順守(コンプライアンス)や苦情のないことに力点が置かれ、「利用者」にとっては親切な対応や快適な施設環境が顧客の満足度に大きく影響します。

では、介護サービスを提供する専門職の立場ではどうでしょうか。提供したケアの適切性、つまり「ケアの専門技術的側面」に重点が置かれるのではないのでしょうか。インターライ方式の評価は、ADL や気分の落ち込みと改善、転倒、介護者のストレスなどケアの方法によって結果に差がつくもの、適切にケアしないと後で重篤な結果を及ぼす領域から 20～30 項目が設定されています。こうした指標のため、専門職の納得感が得られやすく、内発的な動機づけに結びつきやすいという利点があります。さらに、この手法はケアプラン作成やモニタリング時のアセスメントデータを 2 次利用するため、質評価のために新たに現場負担も発生しません。

地域包括ケア時代の質の評価

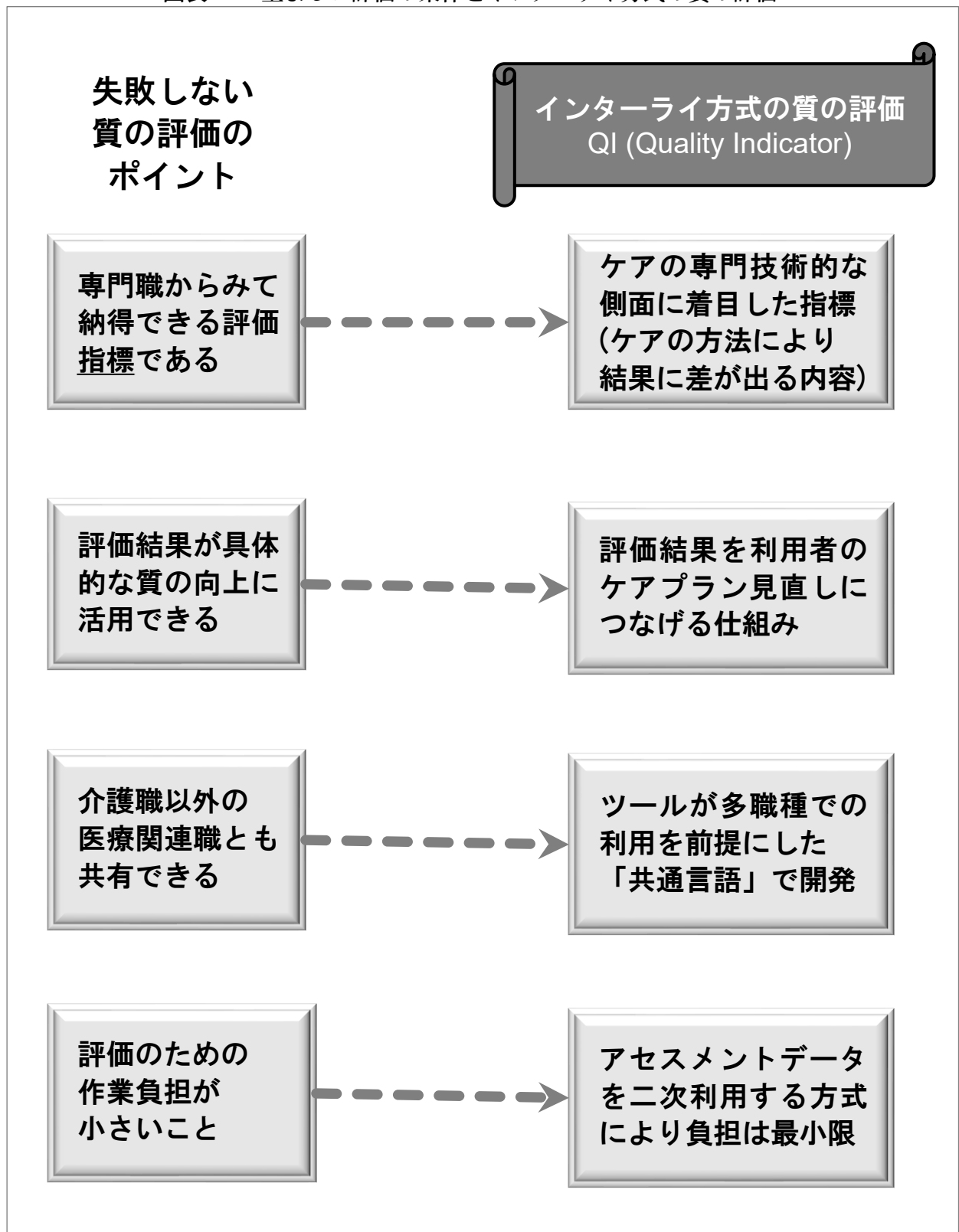
同時に、評価の指標が介護職だけに理解できる内容では、「地域包括ケア」が求められる環境では通用しません。QI の算出のベースとなるアセスメント表とケアの指針(CAP)は、ある特定の専門職視点に偏らない包括的なものとして開発されています。アセスメント担当者が福祉職の場合は医療的知識を補うように、アセスメント担当者が福祉職の場合は医療的知識を補ってアセスメントを行うことが可能になっているのです。

こうした”共通言語”に基づく質の評価なら、その結果の職種間での共有が容易になります。また、「記入要綱」でアセスメントの定義と評価基準が明確化されていることは、評価の信頼性の面からも有用です。適切な評価には、データを恣意的に操作するアップコーディング(up coding:不正コーディング詐欺)が課題となりますが、他の専門職と情報共有するアセスメントデータを利用する手法は、不正防止の面からも優れています。

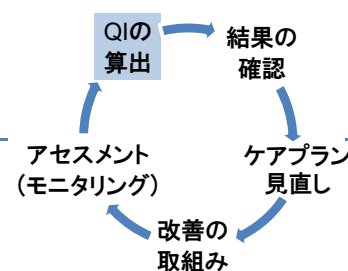
サービスの質の改善に役立てるか

質の評価で最も重要な点は評価結果が、具体的な質の改善に活用することが出来るかどうかです。インターライ方式の QI は、他事業者との相対評価だけでなく、優先的に見直すべき利用者の ID も通知され、ケアプランの見直しにつなげる仕組みを持っています。

図表 14 望ましい評価の条件とインターライ方式の質の評価



(3) インターライ QI の実際



QI (QUALITY INDICATOR: キューアイ)

インターライのアセスメントデータを用いた質の指標は、その頭文字から QI (Quality Indicator: キューアイ)と呼ばれています。QI は、ADL や気分(うつ)の悪化と改善、転倒、介護者のストレスみなどケアの方法によって結果に差がつくもの、適切にケアしないと後で重篤な結果を及ぼす領域から 20～30 項目が設定されています(図表 15)。

QI を算出する基本的な考え方はシンプルです。施設や事業所の利用者のうち、ケアの質が低い状態にある利用者の割合 (%) を数値で表します。例えば「転倒」の QI は、アセスメント表の「J1.過去 90 日間の転倒」にチェックされた利用者の数が A 施設 5 人、B 施設 12 人のように自動集計されます。そして、両施設の入所者数がともに 100 人なら、QI の値は A 施設 5%、B 施設 12%となります。このように、QI の数値は 100 に近づくほど、「改善」の指標なら良い評価に、「悪化」の指標なら逆に悪い評価となります。

利用者構成の違いを調整

ただし、単純にこの値をそのままサービスの質と見るのは問題です。例えば、A 施設は軽症の利用者が多く、逆に B 施設は、認知障害や歩行が不安定な利用者が多かった場合、5%と 12%の差は、ケアサービスの内容ではなく「単に利用者の違いを反映した」可能性があるからです。インターライの QI には、これらの偏りを補正する“リスク調整”の仕組みが備わっています。前例の「転倒」では、アセスメント表のなかから、65 歳以上・不安定な歩行・最近 ADL が悪化・歩行補助具の使用・認知障害の項目のチェックの有無で補正します。こうした計算ルールは、これまでの膨大なアセスメントデータから導かれており、利用者の状態が異なる施設や事業所同士での比較を可能にしています。

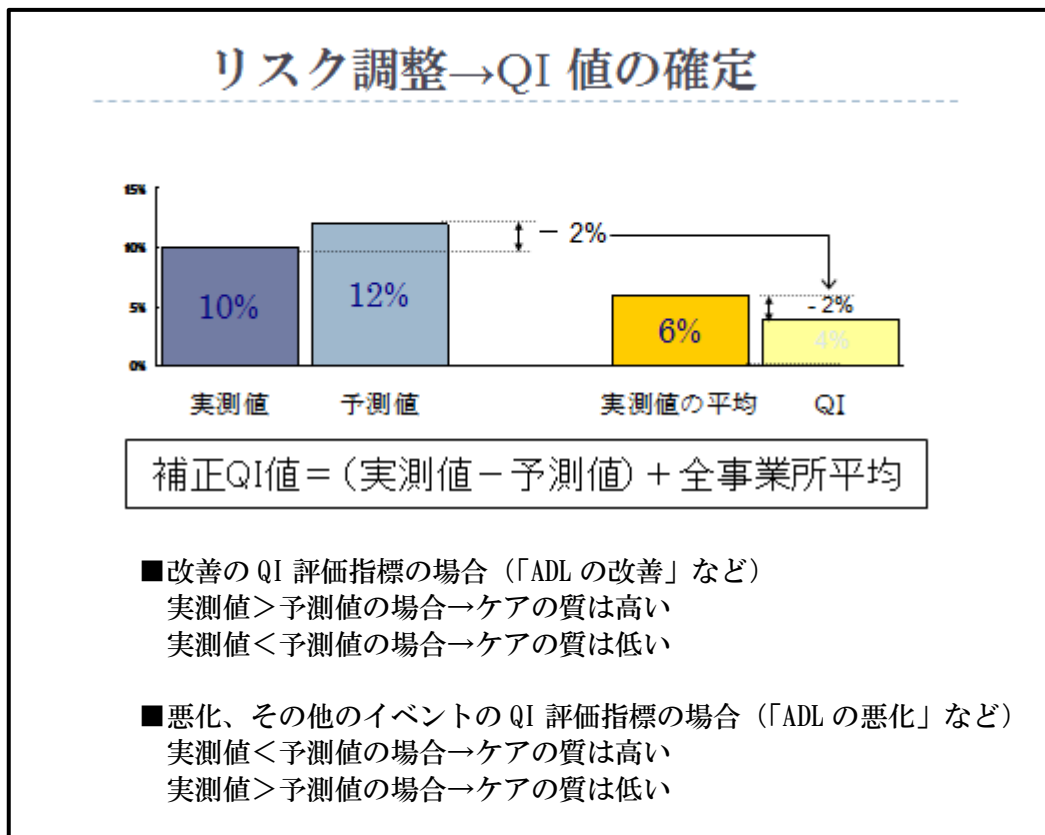
具体的には、まず① 各利用者の当該 QI の発生する確率を、規定されたアルゴリズム(予測式)によって個人別予測値を算出します。次に、② 個人別予測値から事業所単位の平均値を算出してこれを事業所の「予測値」とします。最後に、③「実測値」と「予測値」の差分を「全体平均」に加えて、最終的な「補正值=QI」を算定します(図表 16)。

逆に、こうした仕組みがないと、よい評価結果を得るために、軽症者やリハビリ意欲の高い人などを意図的に集めた施設や事業所が優れた評価を受けてしまう危険性が高まります。最近、自治体が独自に要介護度の改善した事業者に成功報酬を支給する事例が見られていますが、ここにも全く同じ落とし穴あると言えます。

図表 15 QI の評価指標

	居宅版	施設版
改善	① ADL の改善	①ADL の改善(初期喪失)
	② IADL の改善	②ADL の改善(中期喪失)
	③ 認知障害の改善	③ADL の改善(後期喪失)
	④ コミュニケーション障害の改善	④認知障害の改善
	⑤ 気分の改善	⑤コミュニケーション障害の改善
	⑥ 尿失禁の改善	⑥尿失禁の改善
	⑦ 痛みの改善	⑦便失禁の改善
		⑧行動の問題の改善
		⑨移動能力の改善
		⑩せん妄症状の改善
悪化	⑧ ADL の悪化	⑪ADL の悪化(初期喪失)
	⑨ IADL の悪化	⑫ADL の悪化(中期喪失)
	⑩ 認知障害の悪化	⑬ADL の悪化(後期喪失)
	⑪ コミュニケーション障害の悪化	⑭認知障害の悪化
	⑫ 気分の落ち込み	⑮コミュニケーション障害の悪化
	⑬ 尿失禁の悪化	⑯気分の落ち込み
		⑰尿失禁の悪化
		⑱便失禁の悪化
		⑲行動問題の悪化
		⑳移動能力の悪化
		㉑痛みの悪化
その他イベント	⑭ 疼痛管理が不十分	㉒新たな痛みの出現
	⑮ 重度の痛み	㉓痛みの持続
	⑯ 体重減少	㉔重度の痛み
	⑰ 転倒	㉕体重減少
	⑱ 孤独	㉖新たな転倒
	⑲ 外出日数の減少	㉗30 日以内の転倒
	㉑ 介護者のストレスの継続	㉘暴言・暴行
	㉒ 外傷の発生	㉙留置カテーテル管理
	㉓ インフルエンザワクチン未接種	㉚尿路感染の罹患
	㉔ 入院	㉛連日の尿失禁
		㉜1 つ以上の感染症の罹患
		㉝うつ病の兆候
		㉞経管栄養の使用
		㉟褥瘡
		㊱褥瘡の継続

図表 16 インターライ QI のリスク調整の手順



居宅版介護 QI

① ADL の改善

$$\text{定義 (計算式)} = \frac{\text{Early-Loss ADL スケール}^{\ast 1} \text{が前回アセスメントより減少した利用者(人数)}^{\ast 2}}{\text{2 時点のアセスメントを持つ全利用者(人数)}} \times 100$$

※1 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。

※2 前回の Early-Loss ADL スケール得点が 1 以上(0 以外)の利用者のみが分子の対象。

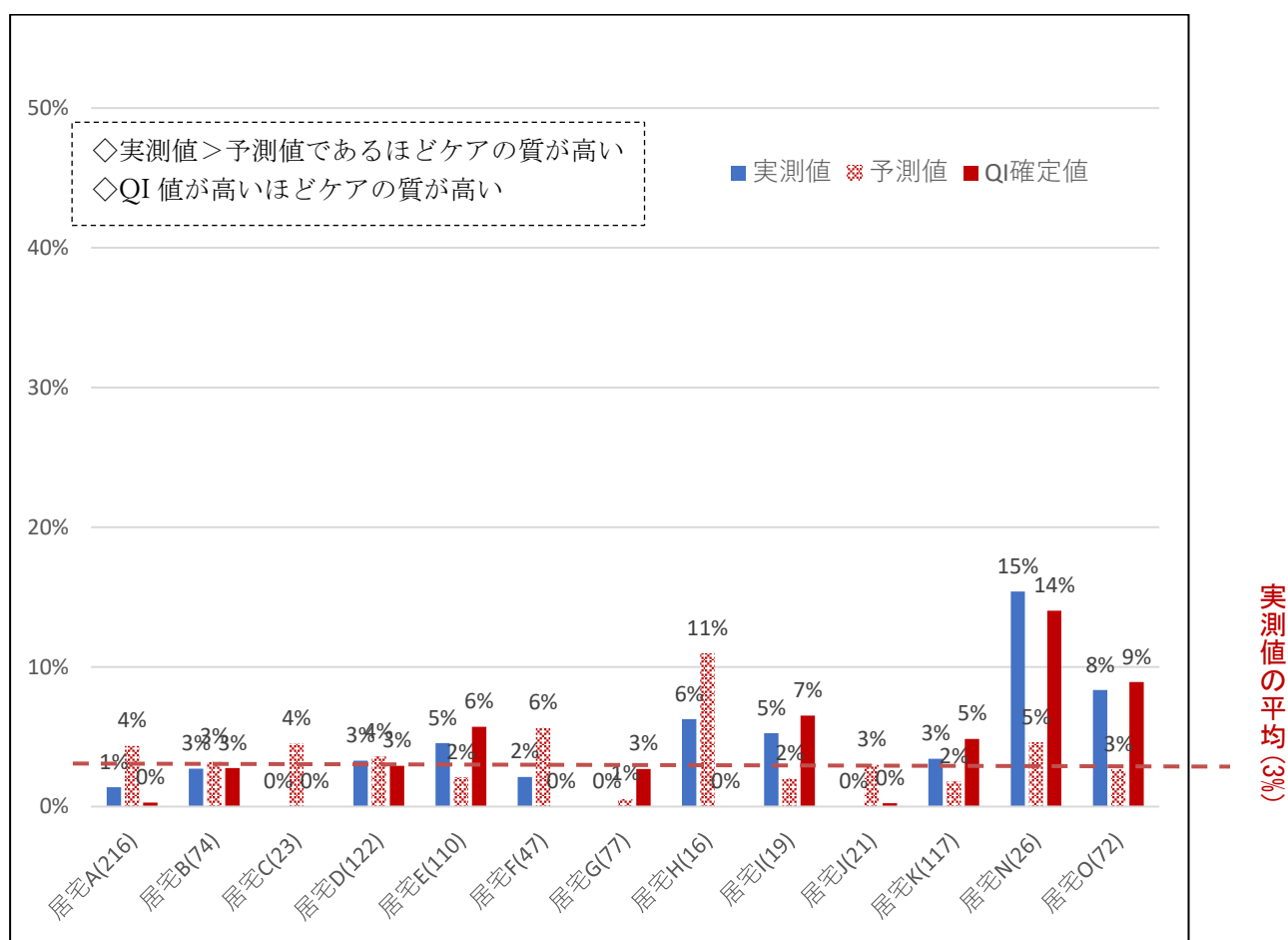
リスク調整変数

- ①65 歳以上 ②CPS ③ADL の変化 (G6) ④臨床リスク尺度^{*1} ⑤うっ血性心不全 CHF (I1m)
⑥痛みの頻度 (J6a) ⑦転倒 (J1) ⑧入院回数 (O5a) ⑨前回アセスメントからの月数
⑩ADL-H ⑪CPS

*1 臨床リスク尺度：J4,K2a が 1、I1b が 1,2,3、J3e,J3n が 1,2,3,4、J7b が 1、H1 が 1、K2b が 1、C5 が 2、G6 が 2 である項目数

QI 確定値

図表 17「ADL の改善」の QI 確定値



② IADL の改善

$$\text{定義 (計算式)} = \frac{\text{IADL5 項目※1 の合計スコアが前回 アセスメントより減少した利用者(人数) ※2}}{\text{2 時点のアセスメントを 持つ全利用者(人数)}} \times 100$$

※1 IADL(実施状況)のアセスメント項目のうち「食事の用意 (G1aa)」「家事一般 (G1ba)」「薬の管理 (G1da)」「買い物 (G1ga)」「外出 (G1ha)」の合計値。

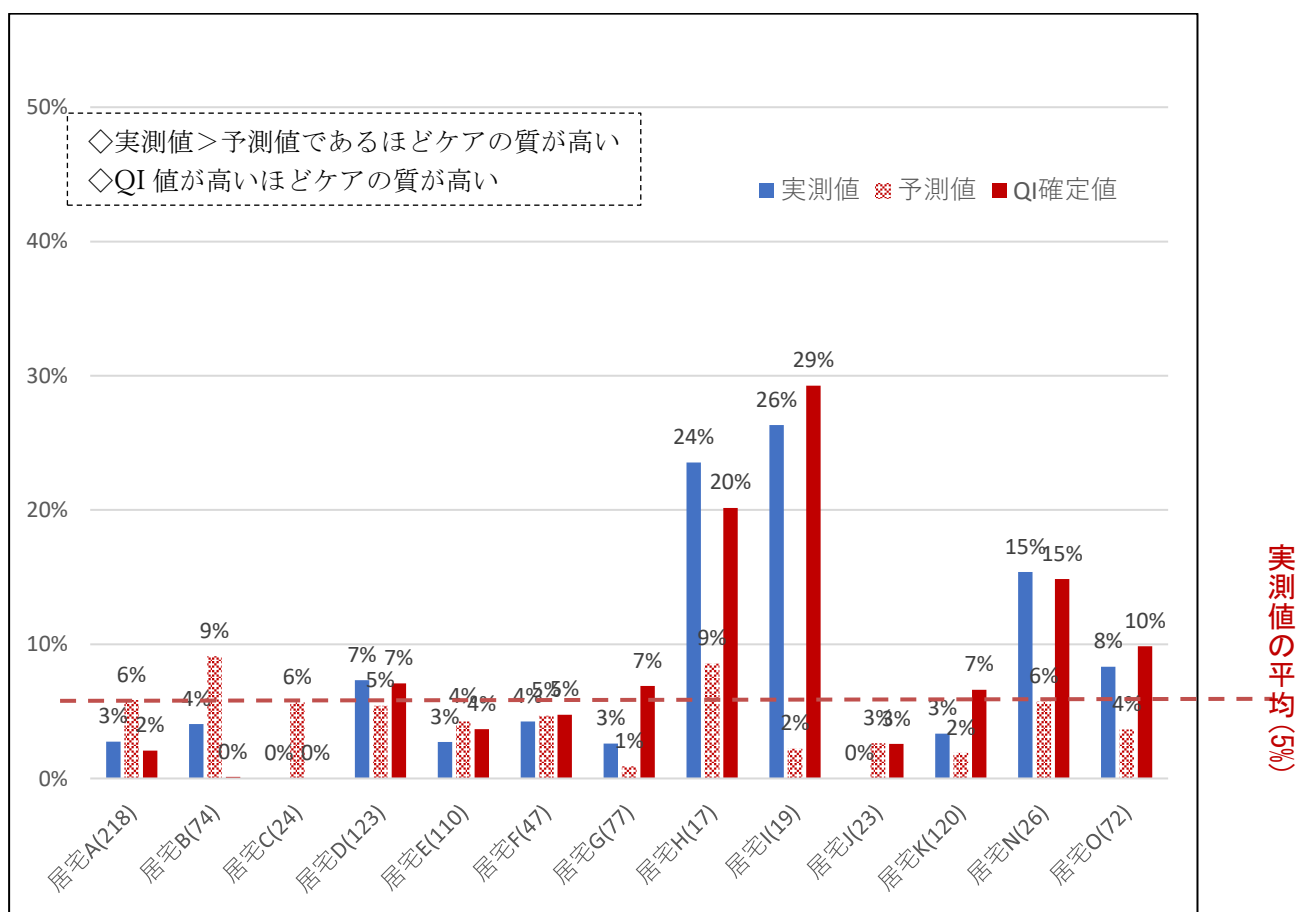
※2 前回の IADL スケール 1 以上(0 以外)の利用者のみが分子の対象となる。

リスク調整変数

- ①65 歳以上 ②否定的なことを言う (E1a) ③ADL の変化 (G6) ④痛みの頻度 (J6a)
 ⑤入院回数 (O5a) ⑥ADL の 7 項目合計 (G2b, G2g, G2e, G2i, G2d, G2f, G2h)
 ⑦アルツハイマー病 (I1c) とアルツハイマー以外の認知症 (I1d) ⑧臨床リスク尺度
 ⑨前回アセスメントからの月数 ⑩ADL-H ⑪80 歳以上

QI 確定値

図表 18「IADL の改善」の QI 確定値



③ 認知障害の改善

$$\text{定義 (計算式)} = \frac{\text{CPS スケール}^{*1} \text{ が前回アセスメントより 減少した利用者(人数)}^{*2}}{\text{2 時点のアセスメントを 持つ全利用者(人数)}} \times 100$$

※1 CPS(Cognitive Performance Scale:シーピーエス)：11 ページを参照。

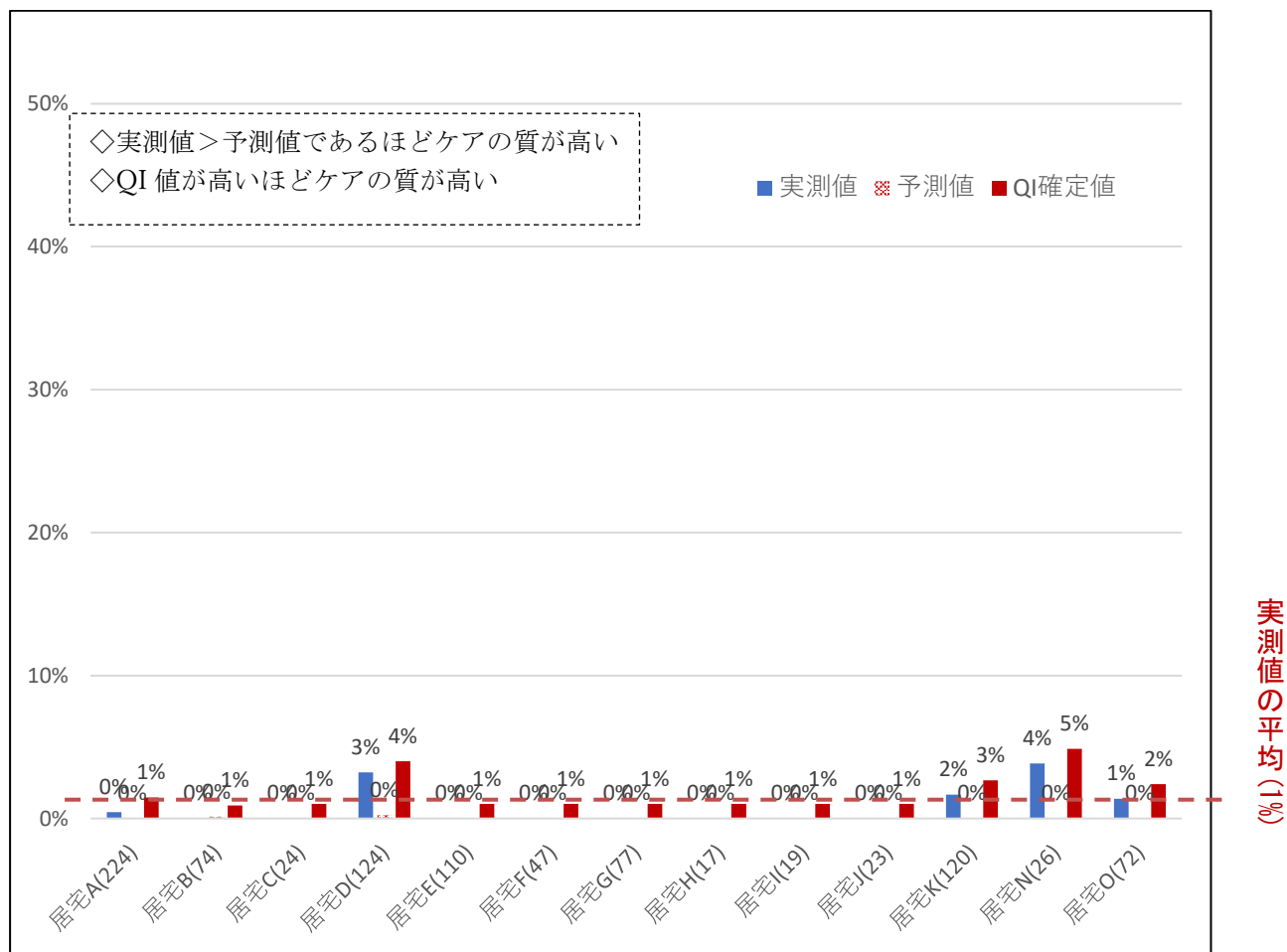
※2 前回の CPS スケールが 1 以上(0 以外)の利用者のみが分子の対象となる。

リスク調整変数

- ①65 歳以上 ②IADL：電話の利用の能力(G1eb) ③日常の意思決定を行うための認知能力(C1)
 ④アルツハイマー病(I1c)とアルツハイマー病以外の認知症(I1d) ⑤臨床リスク尺度
 ⑥痛みの頻度(J6a) ⑦入院回数(05a) ⑧CPS ⑨活動状況(G4a) ⑩他者を理解できる能力(D2)
 ⑪前回アセスメントからの月数 ⑫80 歳以上

QI 確定値

図表 19「認知障害の改善」の QI 確定値



④ コミュニケーション障害の改善

$$\text{定義 (計算式)} = \frac{\text{伝達能力と理解力の値※1 が前回アセスメントより減少した利用者(人数) ※2}}{\text{2 時点のアセスメントを持つ全利用者(人数)}} \times 100$$

※1 自分を理解させることが出来る(伝達能力:D1=0~4) と他者を理解できる能力(理解力:D2=0~4) の合計値。

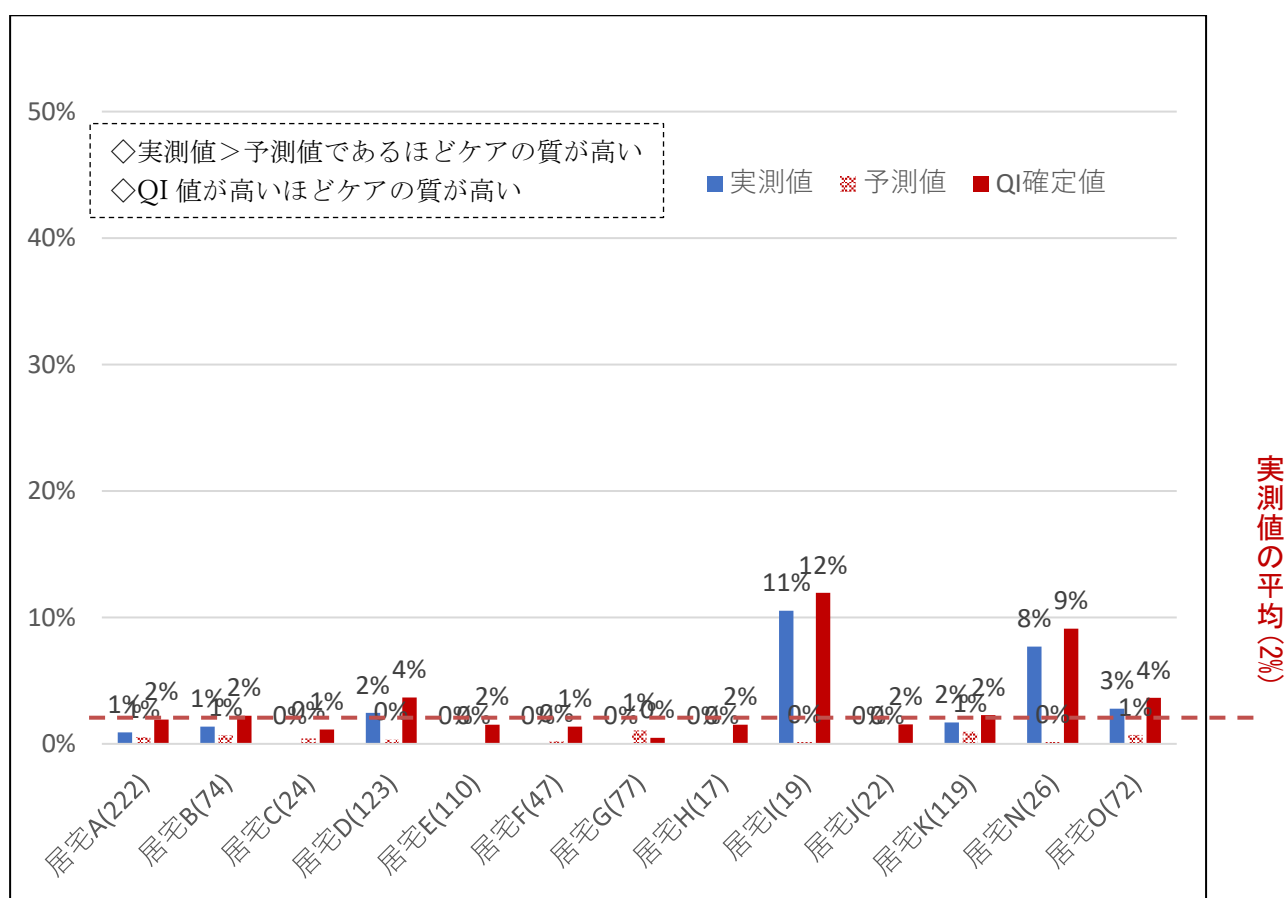
※2 前回の合計値が 1 以上の利用種のみが分子に該当する。

リスク調整変数

- ①アルツハイマー病 (I1c) ②アルツハイマー病以外の認知症 (I1d) ③臨床リスク尺度
④否定的なことを言う (E1a) ⑤入院回数 (O5a) ⑥前回アセスメントからの月数 ⑦CPS
⑧ADL-H ⑨80 歳以上

QI 確定値

図表 20「コミュニケーション障害の改善」の QI 確定値



⑤ 気分の改善

$$\text{定義 (計算式)} = \frac{\text{気分(うつ評価等)の値}^{\ast 1} \text{が前回アセスメントより減少した利用者(人数)}^{\ast 2}}{\text{2 時点のアセスメントを持つ全利用者(人数)}} \times 100$$

※1 DRS(17 頁参照)と利用者自身が応えた気分 (E2a,E2b,E2c:選択肢は 0→0、1,2→1、3→2 に換算)) の合計得点。

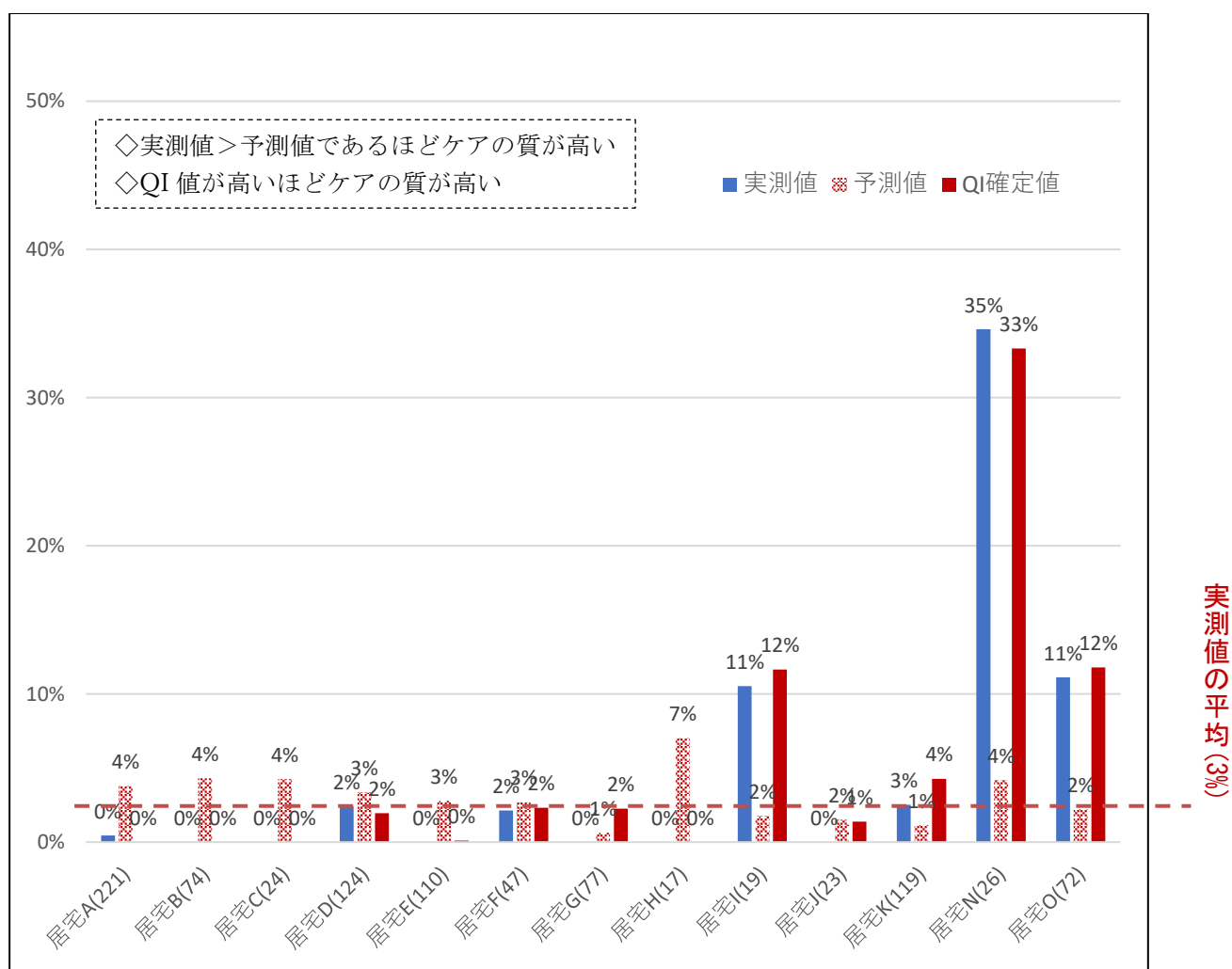
※2 前回の DRS が 1 以上の利用者のみが分子に該当。

リスク調整変数

- ①65 歳以上 ②ADL の変化 (G6) ③入院回数 (05a) ④前回アセスメントからの月数
⑤80 歳以上 ⑥DRS

QI 確定値

図表 21 「気分の改善」の QI 確定値



⑥ 尿失禁の改善

$$\text{定義 (計算式)} = \frac{\text{尿失禁の状態}^{\ast 1} \text{が前回 アセスメントより改善した利用者(人数)}^{\ast 2}}{\text{2 時点のアセスメントを 持つ全利用者(人数)}} \times 100$$

※1 尿失禁(H1)のアセスメント評価(0～8)が改善した(より低い値になった)者。

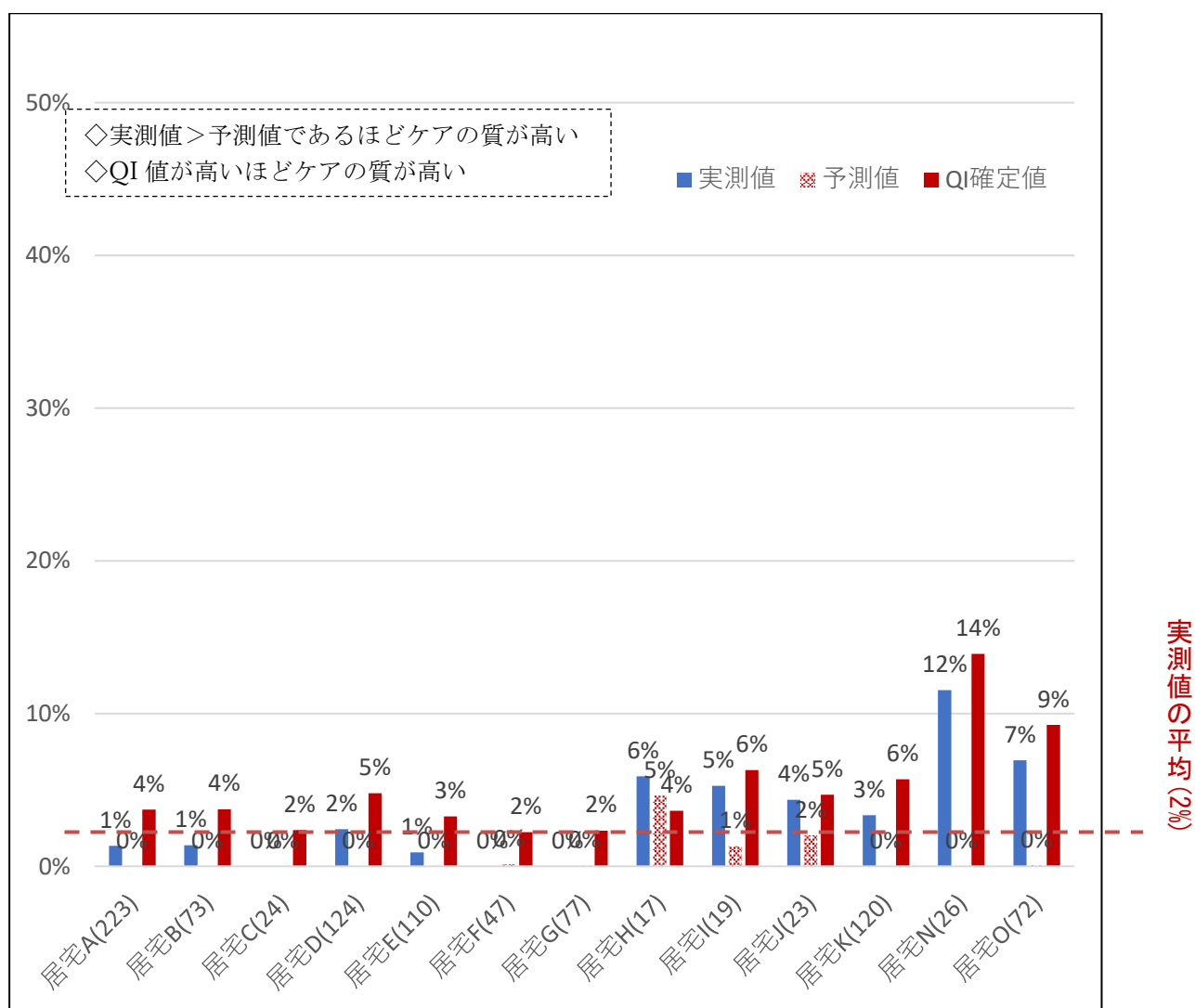
※2 前回到尿失禁の症状があった利用者(H1≥1)が対象。

リスク調整変数

- ①アセスメント間隔 ②CPS ③否定的なことを言う (E1a) ④ADL 入浴 (G2a)
 ⑤ADL の変化 (G6) ⑥入院回数 (O5a) ⑦前回アセスメントからの月数
 ⑧施設ケアのリスク (E3a, E3b, E3c, E3d, E3e, E3f) ⑨80 歳以上

QI 確定値

図表 22 「尿失禁の改善」の QI 確定値



⑦ 痛みの改善

$$\text{定義 (計算式)} = \frac{\text{痛み評価尺度※が前回アセスメントより低下した利用者(人数)}}{\text{2時点のアセスメントを持つ全利用者(人数)}} \times 100$$

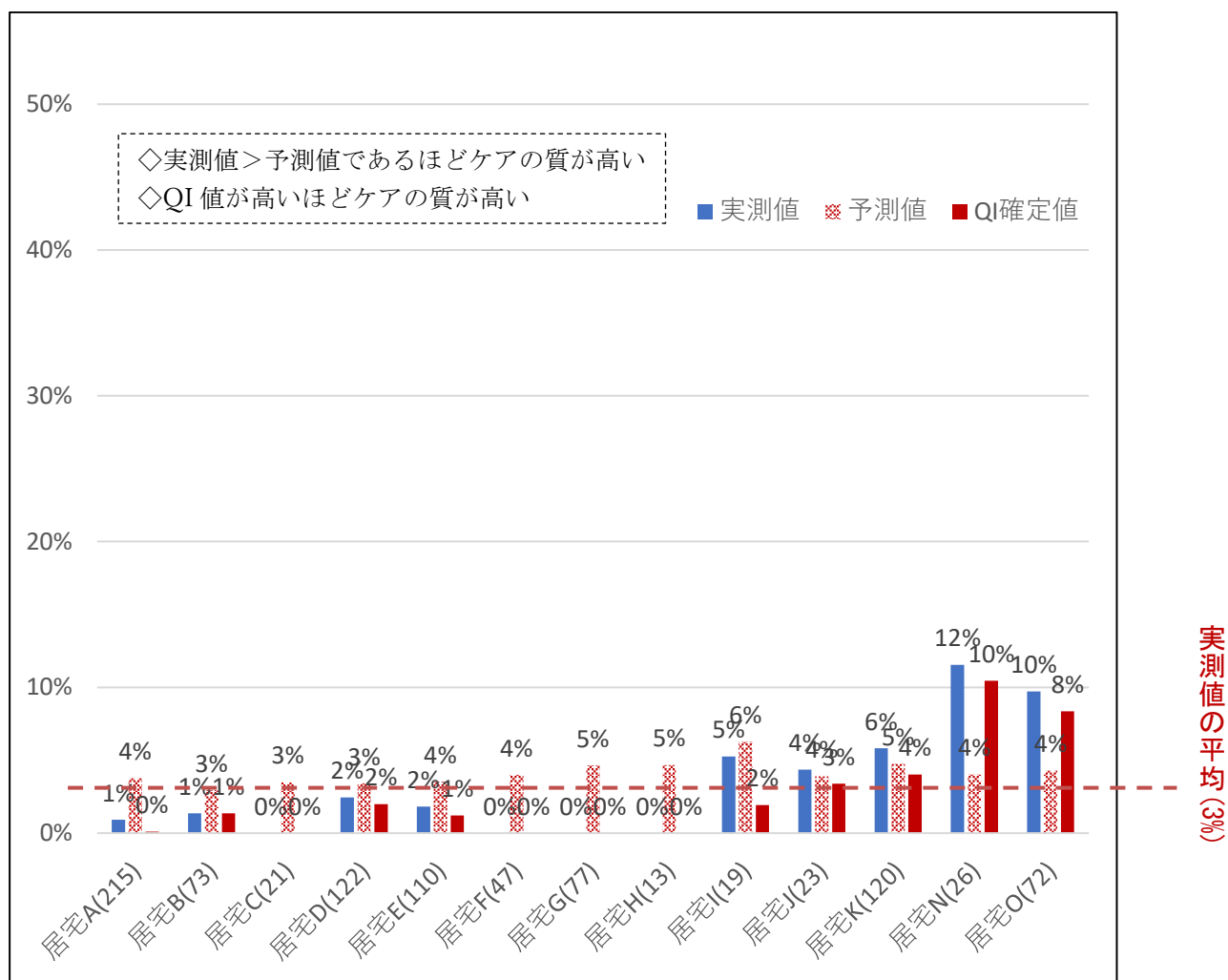
※ PS(Pain Score : ペインスコア)15 ページ参照。

リスク調整変数

①65 歳以上 ②CPS ③IADL : 薬の管理の能力 (G1db) ④バランス (J3d) ⑤入院回数 (05a)
⑥臨床リスク尺度 ⑦アセスメント間隔 ⑧前回アセスメントからの月数 ⑨CPS
⑩80 歳以上

QI 確定値

図表 23 「痛みの改善」の QI 確定値



⑧ ADL の悪化

$$\text{定義 (計算式)} = \frac{\text{Early-Loss ADL スケール}^{\ast 1} \text{ が前回 アセスメントより増加した利用者(人数)}^{\ast 2}}{\text{2 時点のアセスメントを 持つ全利用者(人数)}} \times 100$$

※1 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。

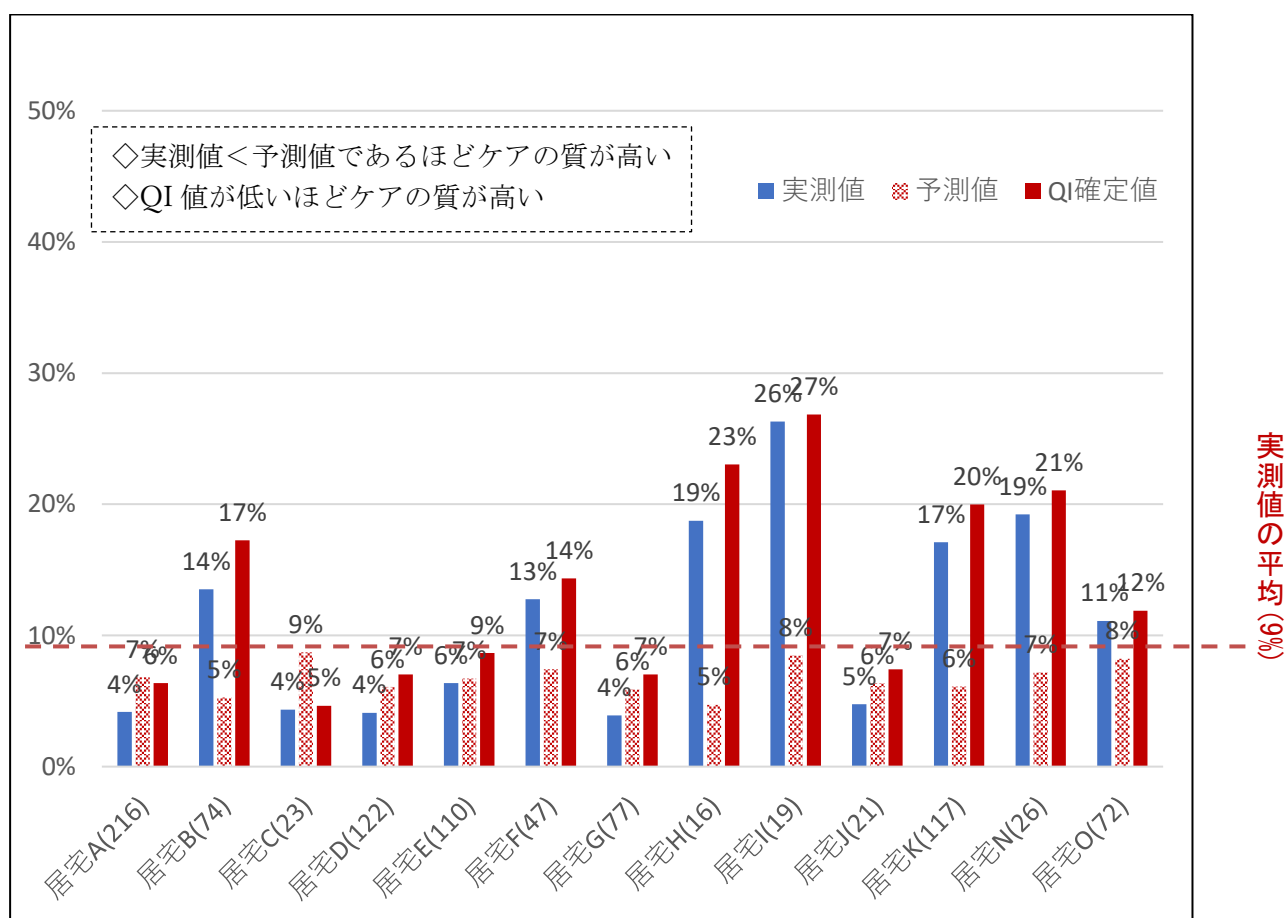
※2 ベースライン時の Early-Loss ADL スケール得点が 17 以下の利用者のみが分子の対象となる。

リスク調整変数

①65 歳以上 ②アセスメント間隔 ③IADL:食事の用意能力 (G1ab) ④IADL:家事一般の用意能力 (G1bb) ⑤ADL:入浴 (G2a) ⑥転倒 (J1) ⑦バランス (J3d) ⑧入院回数 (O5a) ⑨CPS ⑩前回アセスメントからの月数 ⑪ADL-H ⑫80 歳以上 ⑬施設ケアのリスクと介護施設の利用 (B5a)、日常の意思決定 (C1)、短期記憶 (G2a)、伝達能力 (D1)、理解力 (D2)、個人衛生 (G2b)、移動 (G2f)、トイレ移乗 (G2g)、室内移動の手段 (G3a)、過去 3 日間の外出回数 (G4b)、ADL 変化 (G6)、尿失禁 (H1)、アルツハイマー病 (I1c)、転倒 (J1) の該当数 ⑭ADL-H

QI 確定値

図表 24 「ADL の悪化」の QI 確定値



⑨ IADL の悪化

$$\text{定義 (計算式)} = \frac{\text{IADL5 項目※1 の合計スコアが前回アセスメントより増加した利用者(人数) ※2}}{\text{2 時点のアセスメントを持つ全利用者(人数)}} \times 100$$

※1 IADL(実施状況)のアセスメント項目のうち「食事の用意 (G1aa)」「家事一般 (G1ba)」「薬の管理 (G1da)」「買い物 (G1ga)」「外出 (G1ha)」の合計値。

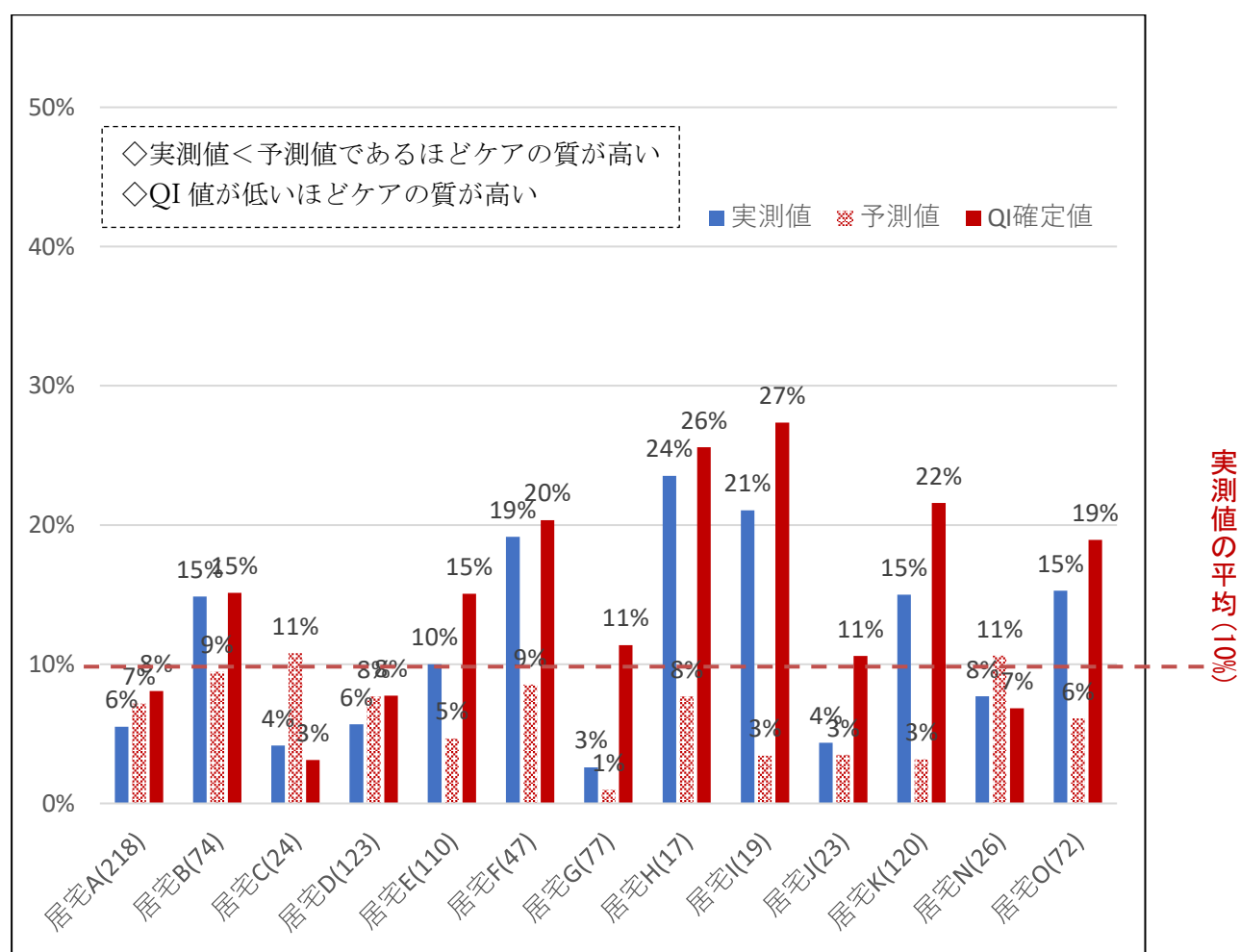
※2 前回の合計値が 14 以下の利用者のみが分子の対象となる。

リスク調整変数

- ①65 歳以上 ②アセスメント間隔 ③IADL：買い物の能力 (G1gb) ④臨床リスク尺度
⑤IADL：食事の用意能力 (G1ab) ⑥IADL：家事一般の用意能力 (G1bb) ⑦施設ケアのリスク
⑧ADL-H

QI 確定値

図表 25 「IADL の悪化」の QI 確定値



⑩ 認知障害の悪化

$$\text{定義 (計算式)} = \frac{\text{CPS スケール※1 が前回 アセスメントより増加した利用者(人数) ※2}}{\text{2 時点のアセスメントを 持つ全利用者(人数)}} \times 100$$

※1 CPS(Cognitive Performance Scale:シーピーエス) : 8 ページを参照。

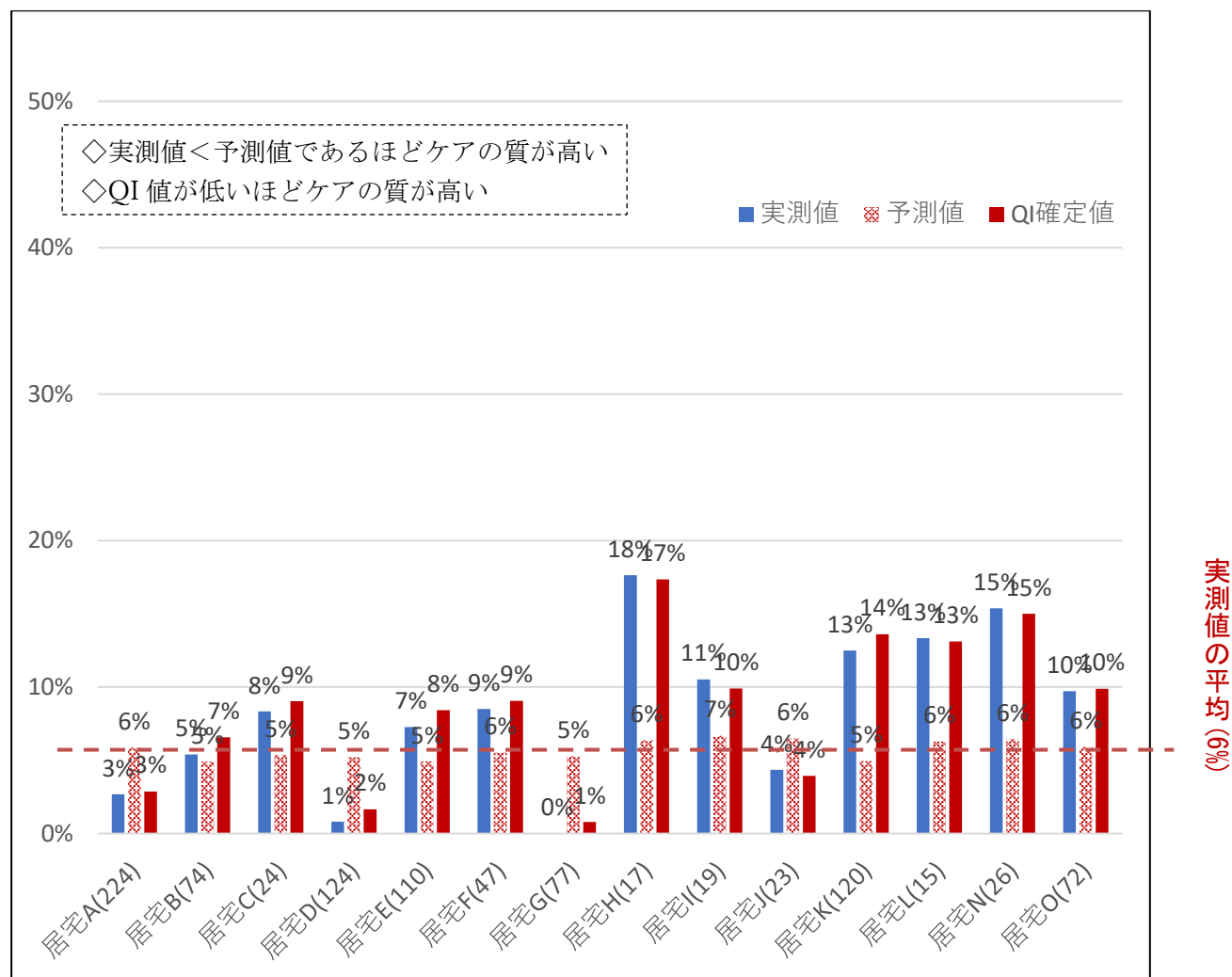
※2 前回の CPS スケールが 6 以下の利用者のみが分子の対象となる。

リスク調整変数

- ①65 歳以上 ②アセスメント間隔 ③IADL : 電話の利用の能力 (G1eb) ④アルツハイマー病 (I1c) とアルツハイマー病以外の認知症 (I1d) ⑤臨床リスク尺度 ⑥食事の用意 (G1ab) ⑦金銭管理 (G1cb) ⑧転倒 (J1) ⑨痛みの頻度 (J6a) ⑩施設ケアのリスク ⑪前回アセスメントからの月数 ⑫80 歳以上 ⑬ADL : 入浴 (G2a)

QI 確定値

図表 26 「認知障害の悪化」の QI 確定値



⑪ コミュニケーション障害の悪化

$$\text{定義 (計算式)} = \frac{\text{伝達能力と理解力の値※1 が前回アセスメントより増加した利用者(人数) ※2}}{\text{2 時点のアセスメントを持つ全利用者(人数)}} \times 100$$

※1 自分を理解させることが出来る(伝達能力:D1=0~4) と他者を理解できる能力(理解力:D2=0~4) の合計値。

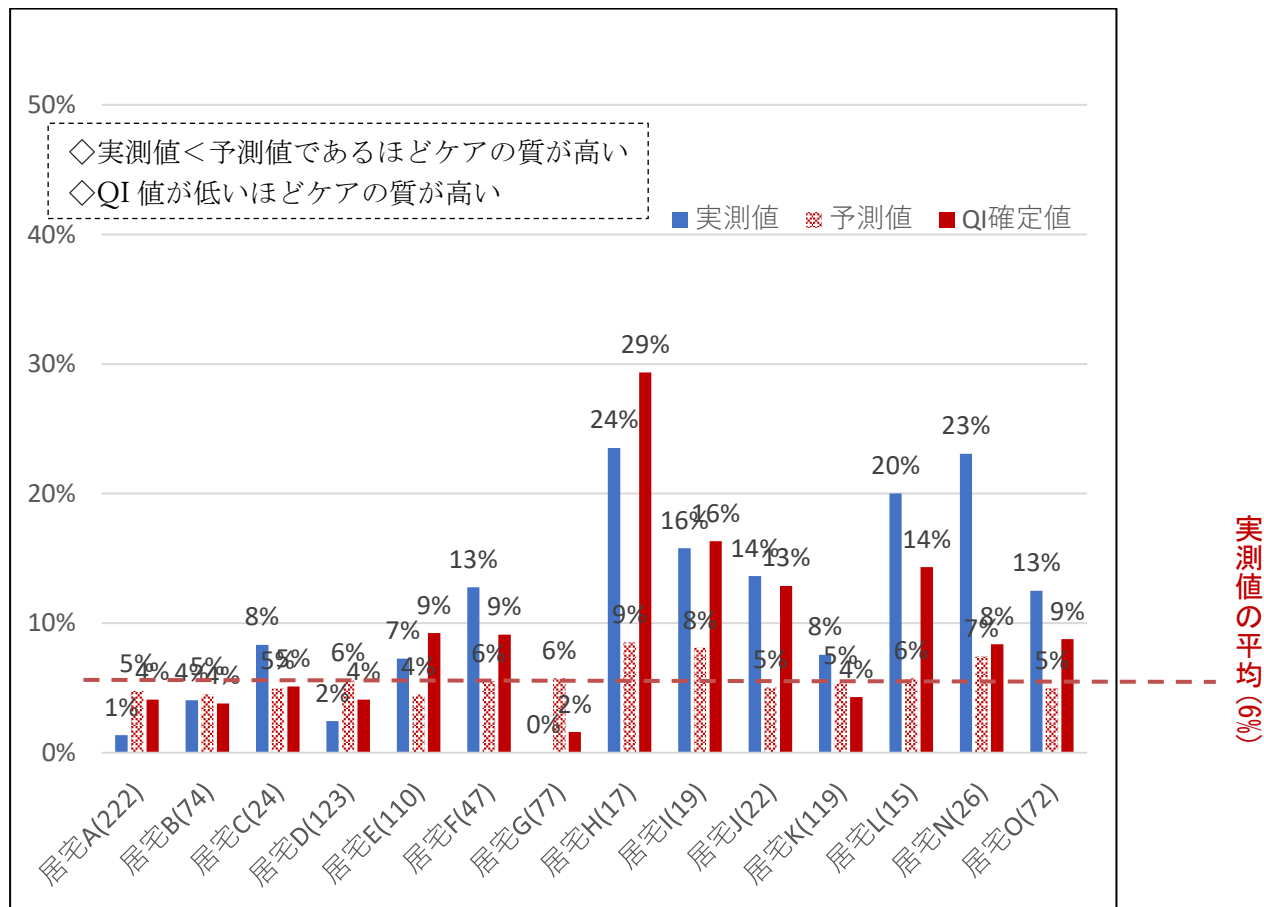
※2 前回の合計値が 7 以下の利用者のみが分子の対象となる。

リスク調整変数

①アルツハイマー病 (I1c) ②アルツハイマー病以外の認知症 (I1d) ③臨床リスク尺度のうち、息切れ (J4)、5%以上の体重減少 (K2a)、大腿部以外の骨折 (I1b)、胸痛 (J3e)、嘔吐 (J3n)、急性症状や慢性症状の再燃 (J7b)、尿カテーテル使用 (H1)、脱水 (K2b)、意思決定能力の変化 (C5)、ADL の変化 (G6) の該当個数 ④否定的なことを言う (E1a) ⑤入院回数 (O5a) ⑥前回アセスメントからの月数 ⑦CPS ⑧ADL-H ⑨80 歳以上

QI 確定値

図表 27「コミュニケーション障害の悪化」の QI 確定値



⑫ 気分の落ち込み

$$\text{定義 (計算式)} = \frac{\text{気分(うつ評価等)の値}^{※1} \times \text{前回アセスメントより増加した利用者(人数)}^{※2}}{\text{2 時点のアセスメントを 持つ全利用者(人数)}} \times 100$$

※1 DRS(13 頁参照)と利用者自身が応えた気分 (E2a,E2b,E2c:選択肢は 0→0、1,2→1、3→2 に換算) の合計得点。

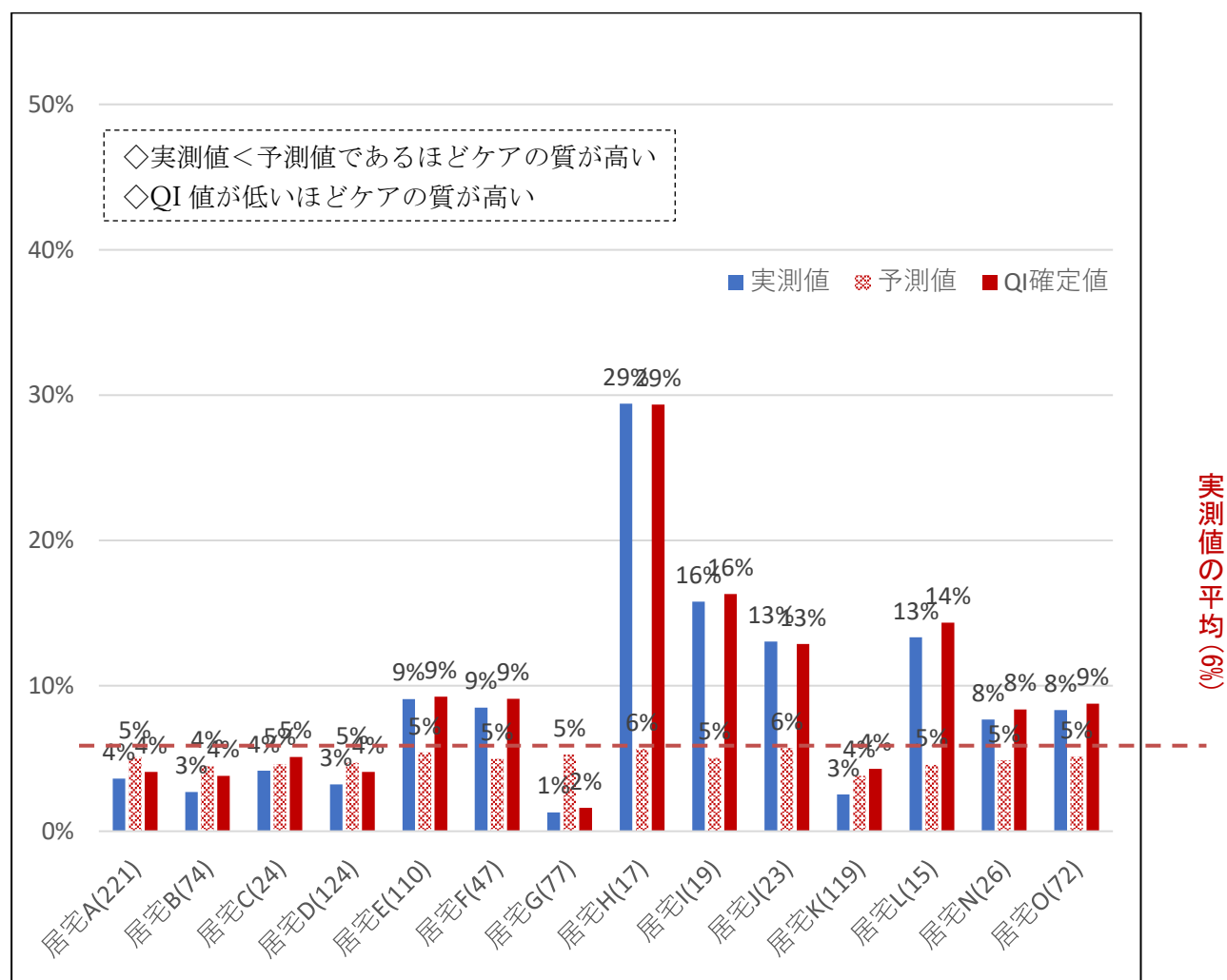
※2 前回の DRS が 13 以下の利用者のみが分子に該当。

リスク調整変数

- ①アセスメント間隔 ②臨床リスク尺度 ③A D L : 入浴 (G2a) ④施設ケアのリスク
⑤80 歳以上 ⑥DRS

QI 確定値

図表 28「気分の落ち込み」の QI 確定値



⑬ 尿失禁の悪化

$$\text{定義 (計算式)} = \frac{\text{尿失禁の状態}^{\ast 1} \text{が 前回アセスメントより悪化した利用者(人数)}^{\ast 2}}{\text{2 時点のアセスメントを 持つ全利用者(人数)}} \times 100$$

※1 尿失禁(H1)のアセスメント評価(0～8)が悪化した(より高い値になった)者。

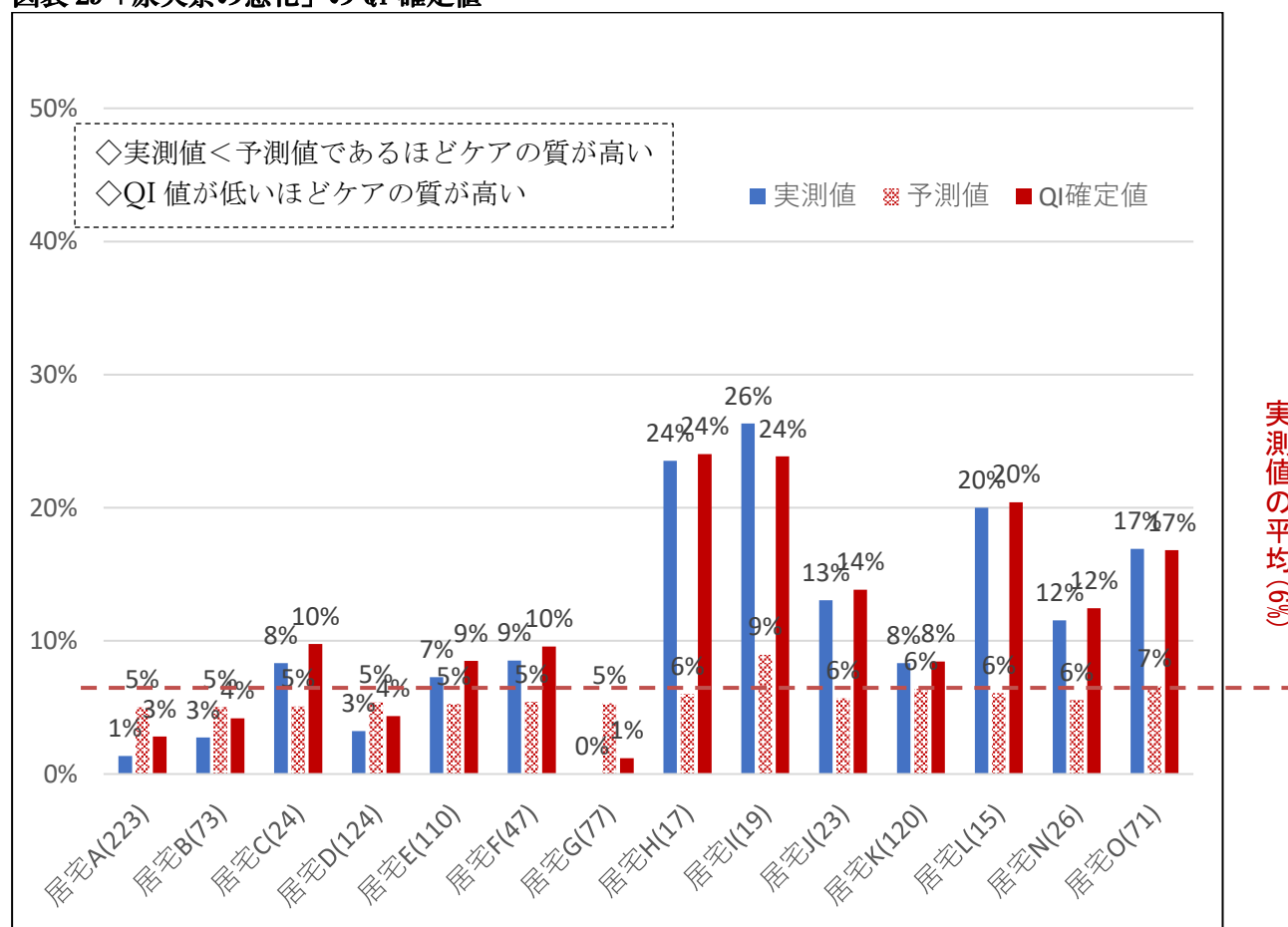
※2 前回に失禁状態(H1=5)以外の利用者のみが分子に該当。

リスク調整変数

- ①アセスメント間隔 ②CPS ③否定的なことを言う (E1a) ④ADL：入浴 (G2a)
 ⑤ADL の変化 (G6) ⑥入院回数 (05a) ⑦前回アセスメントからの月数
 ⑧施設ケアのリスク⑨80 歳以上

QI 確定値

図表 29「尿失禁の悪化」の QI 確定値



⑭ 疼痛管理の不十分

$$\text{定義 (計算式)} = \frac{\text{今回のアセスメントで痛み※の訴えがあるがコントロールが不十分である利用者(人数)}}{\text{2時点のアセスメントを持つ全利用者(人数)}} \times 100$$

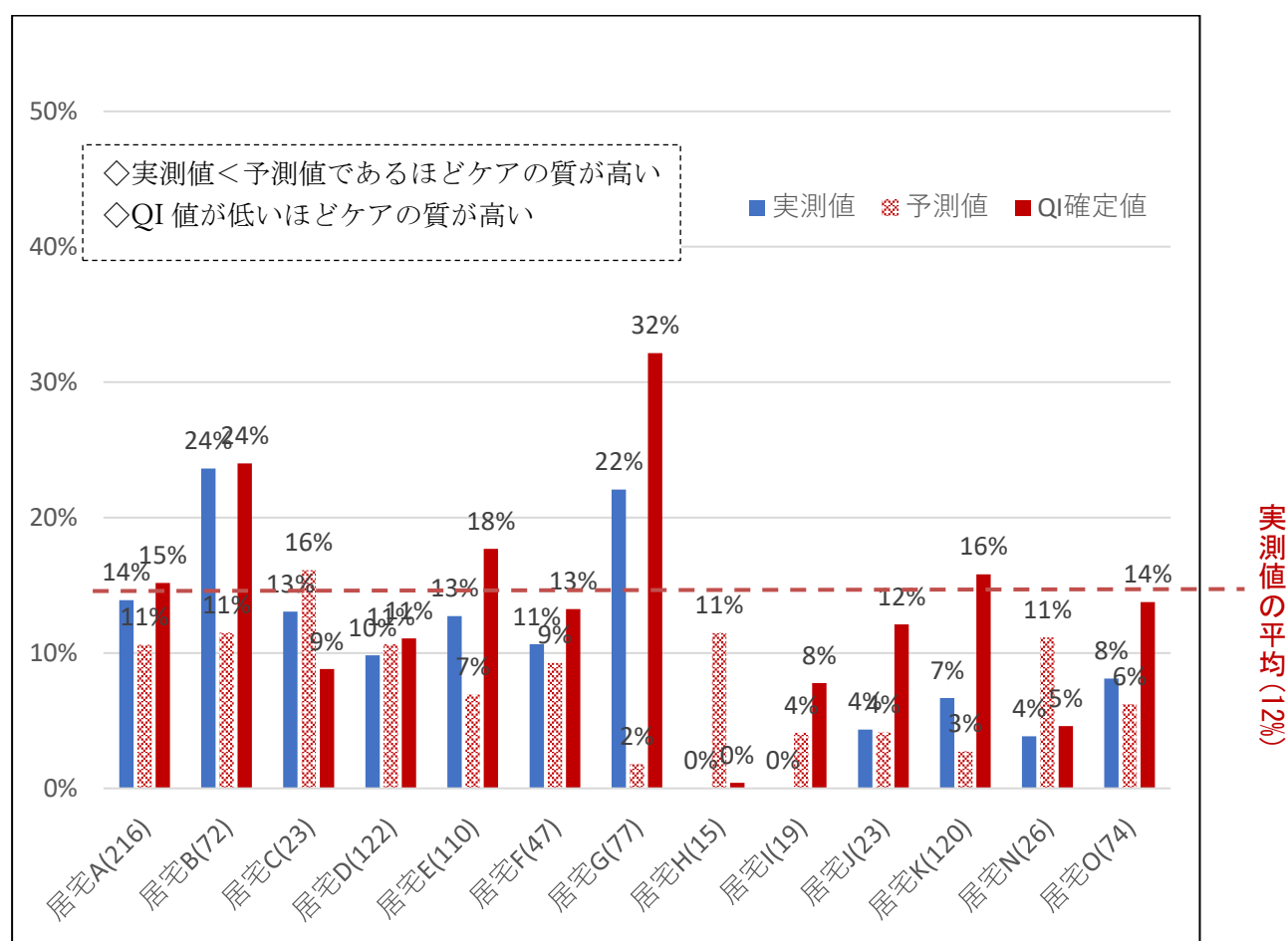
※ アセスメントで痛みの頻度(J6a \geq 1)が確認され、痛みのコントロールが適切に効いていない (J6e \geq 3) 利用者。

リスク調整変数

- ①65 歳以上 ②アセスメント間隔 ③日常の意思決定能力 (C1) ④金銭管理の能力 (G1c)
⑤薬の管理の能力 (G1db) ⑥臨床リスク尺度 ⑦否定的なことを言う (E1a)
⑧バランス (J3d) ⑨入院回数 (O5a) ⑩前回アセスメントからの月数 ⑪GPS

QI 確定値

図表 30 「疼痛管理の不十分」の QI 確定値



⑮ 重度の痛み

$$\text{定義 (計算式)} = \frac{\text{今回のアセスメントで 重度の痛み※が見られた利用者(人数)}}{\text{2 時点のアセスメントを 持つ全利用者(人数)}} \times 100$$

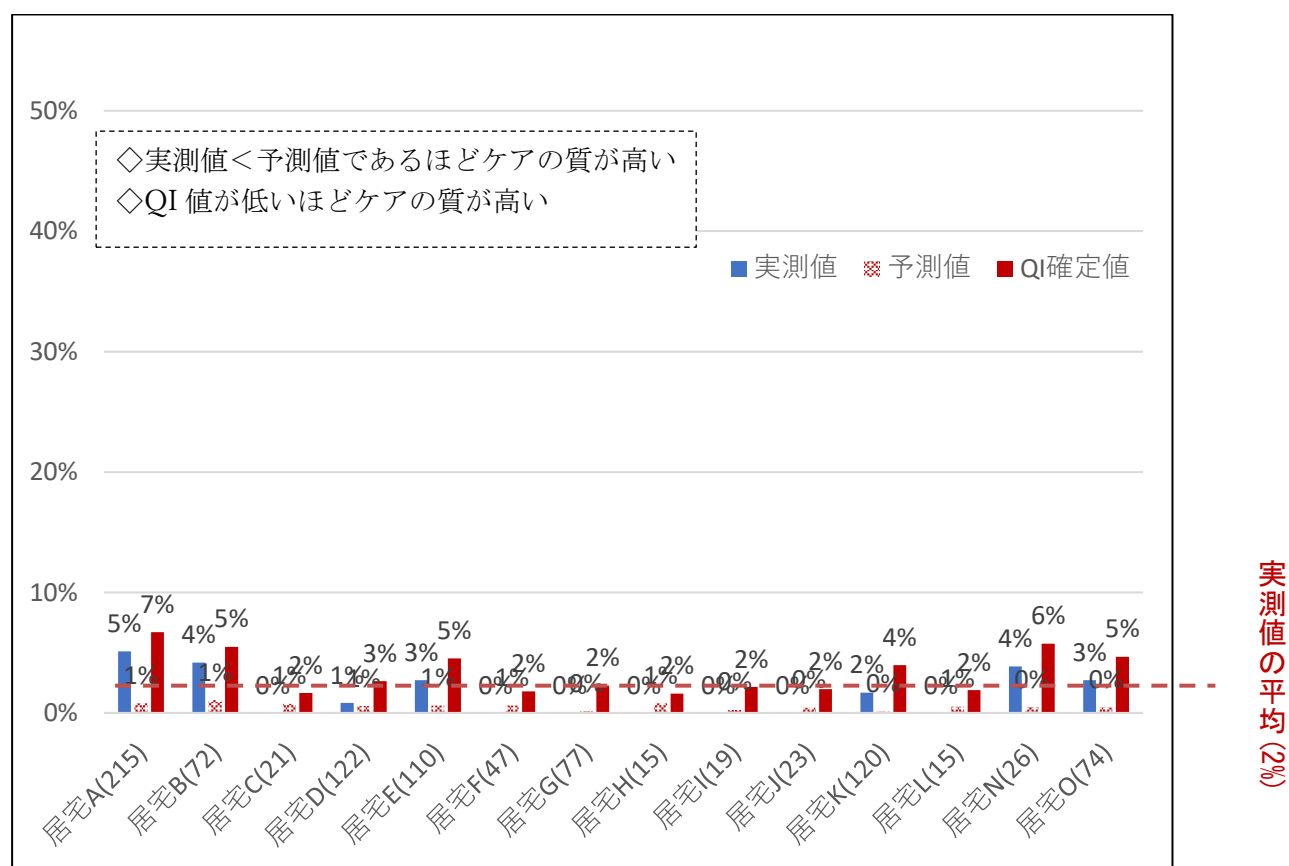
※痛みの程度が重度(J6b>2)かつ一定の頻度(J6a>1)確認された利用者。

リスク調整変数

- ①65 歳以上 ②前回アセスメントから 6 か月以内 ③呼吸困難 (J4) ④バランス (J3d)
 ⑤ A D L の 7 項目合計 (G2b, G2g, G2e, G2i, G2d, G2f, G2h) ⑥臨床リスク尺度
 ⑦ADL の 4 項目合計 (G2b, G2g, G2e, G2i) ⑧前回アセスメントからの月数

QI 確定値

図表 31 「重度の痛み」の QI 確定値



⑩ 体重減少

$$\text{定義 (計算式)} = \frac{\text{過去 30 日間に 5\%以上か 180 日間に 10\%以上の体重減少した利用者(人数)*}}{\text{2 時点のアセスメントを 持つ全利用者(人数)}} \times 100$$

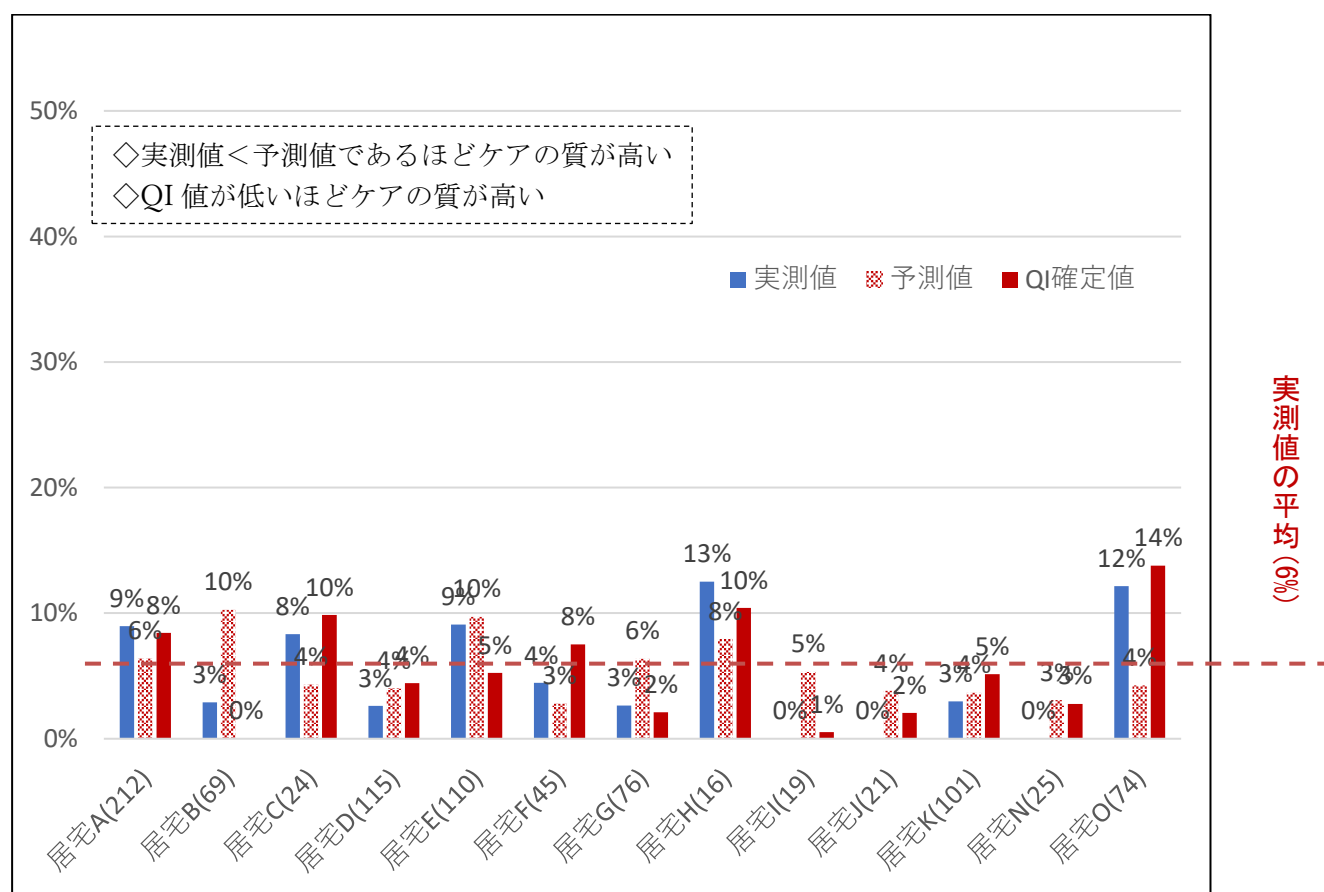
※今回のアセスメントで K2a=1 と評価された利用者。

リスク調整変数

- ①65 歳以上 ②前回アセスメントから 6 か月以内 ③ADL：入浴（G2a） ④糖尿病（I1v）
⑤入院回数（05a） ⑥前回アセスメントからの月数

QI 確定値

図表 32「体重減少」の QI 確定値



⑪ 転倒

$$\text{定義 (計算式)} = \frac{\text{過去 30 日間に 1 回以上 転倒した利用者(人数)*}}{\text{2 時点のアセスメントを 持つ全利用者(人数)}} \times 100$$

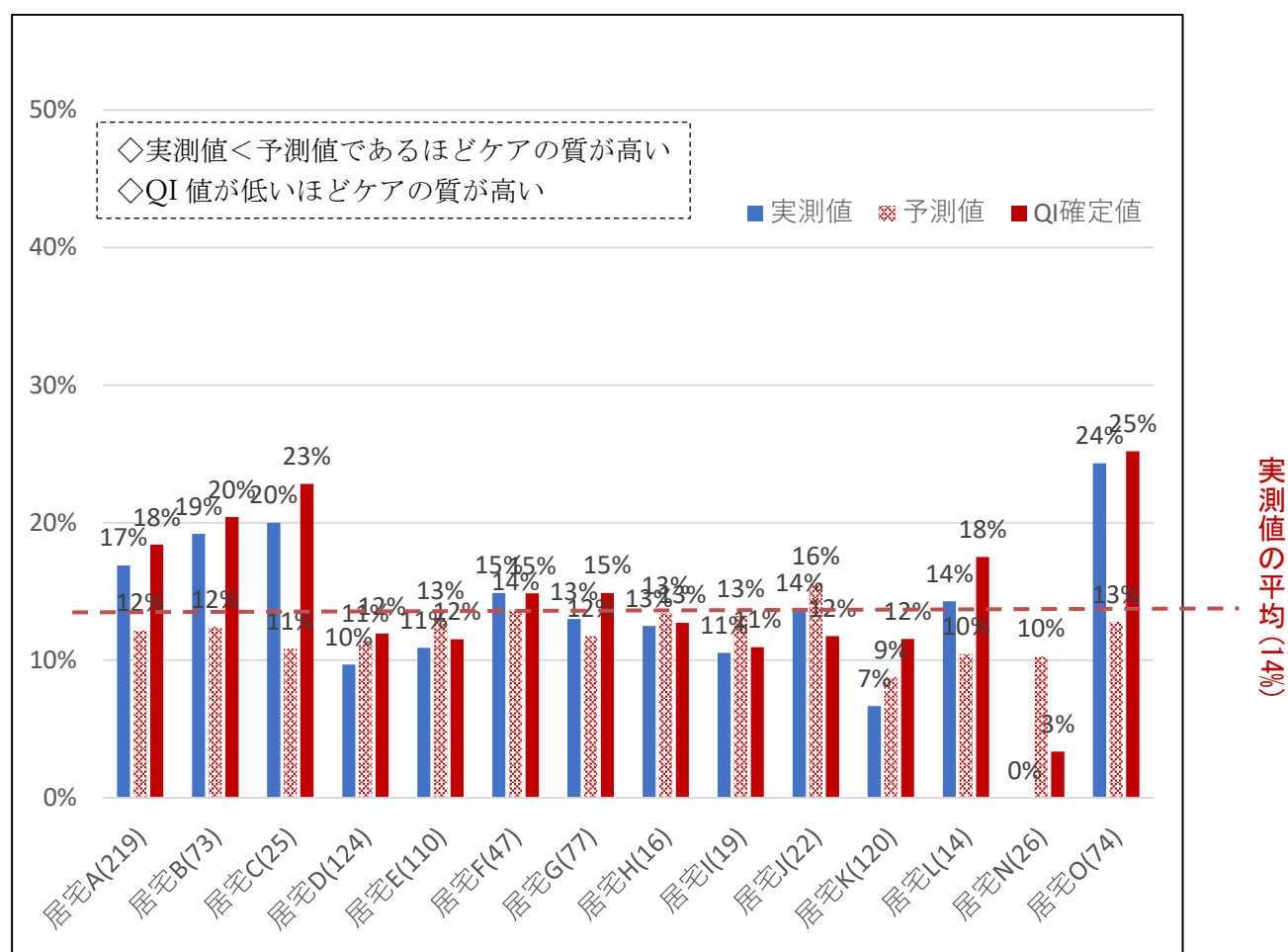
※今回のアセスメントで転倒「J1」が 2 以上と評価された利用者。

リスク調整変数

- ①65 歳以上 ②前回アセスメントから 6 か月以内 ③CPS ④ADL の変化 (G6)
 ⑤補助具の使用 (G3a) ⑥バランス (J3d) ⑦歩行の問題 (G2e)
 ⑧前回アセスメントからの月数

QI 確定値

図表 33「転倒」の QI 確定値



⑮ 孤独

$$\text{定義 (計算式)} = \frac{\text{孤独でストレスを感じている利用者(人数)*}}{\text{2時点のアセスメントを持つ全利用者(人数)}} \times 100$$

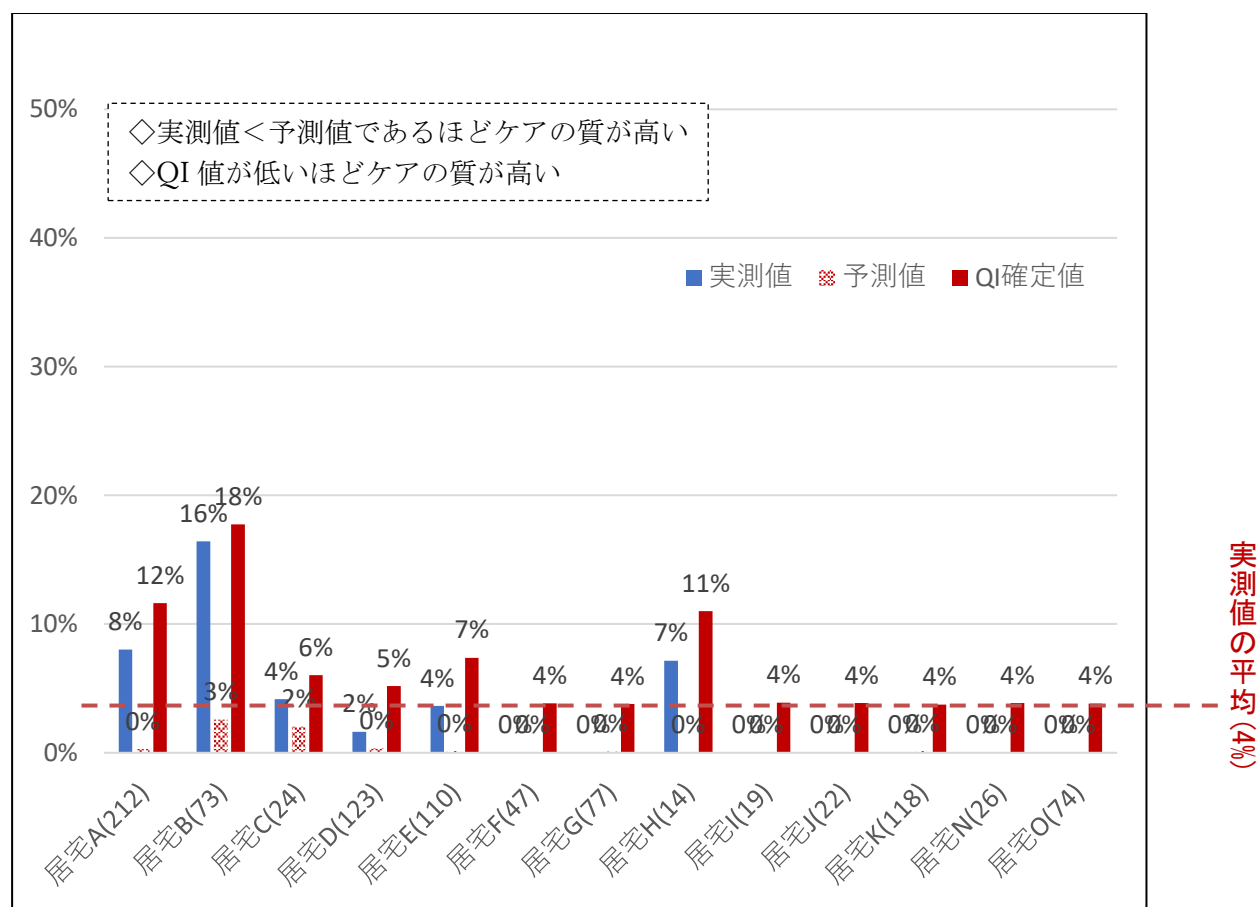
※今回のアセスメントで日中 1 人きりでいる時間が 2 時間以上であり (F4≥2) かつ過去 90 日間 (または前回アセスメント以降) の社会活動が減っており、悩んでいる (F3=2) と評価された利用者。

リスク調整変数

- ①65 歳以上 ②前回アセスメントから 6 か月以内 ③CPS ④ADL の変化 (G6)
 ⑤補助具の使用 (G3a) ⑥バランス (J3d) ⑦歩行の問題 (G2e)
 ⑧前回アセスメントからの月数

QI 確定値

図表 34 「孤独」の QI 確定値



⑬ 外出日数の減少

$$\text{定義 (計算式)} = \frac{\text{前回外出していたが今回は 1 日も外出していない利用者(人数)*}}{\text{2 時点のアセスメントを 持つ全利用者(人数)}} \times 100$$

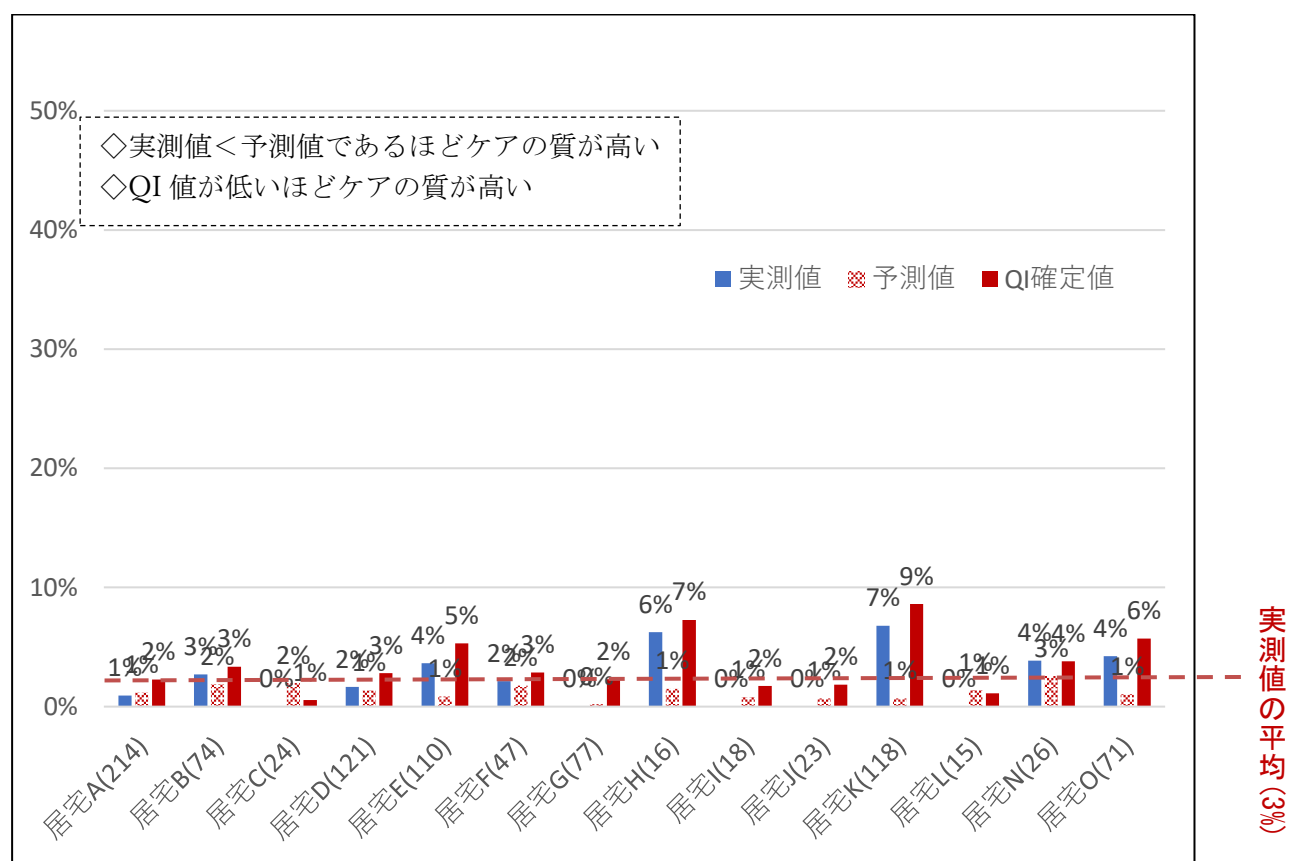
※「過去 3 日間の家（建物）からの外出日数(G4b)」が前回よりも減少した利用者。

リスク調整変数

- ①ADL の変化 (G6) ②アセスメント間隔 6 か月以下 ③IADL の項目 (G1ab, G1bb, G1db, G1fb, G1gb) ④歩行の問題 (G2e) ⑤痛みの頻度 (J6a) ⑥バランス (J3d) ⑦前回アセスメントからの月数

QI 確定値

図表 35「外出日数の減少」の QI 確定値



②⑩ 介護者のストレスの継続

$$\text{定義 (計算式)} = \frac{\text{前回と今回の両方に介護者に
ストレス状態が見られた利用者(人数)*}}{\text{2 時点のアセスメントを
持つ全利用者(人数)}} \times 100$$

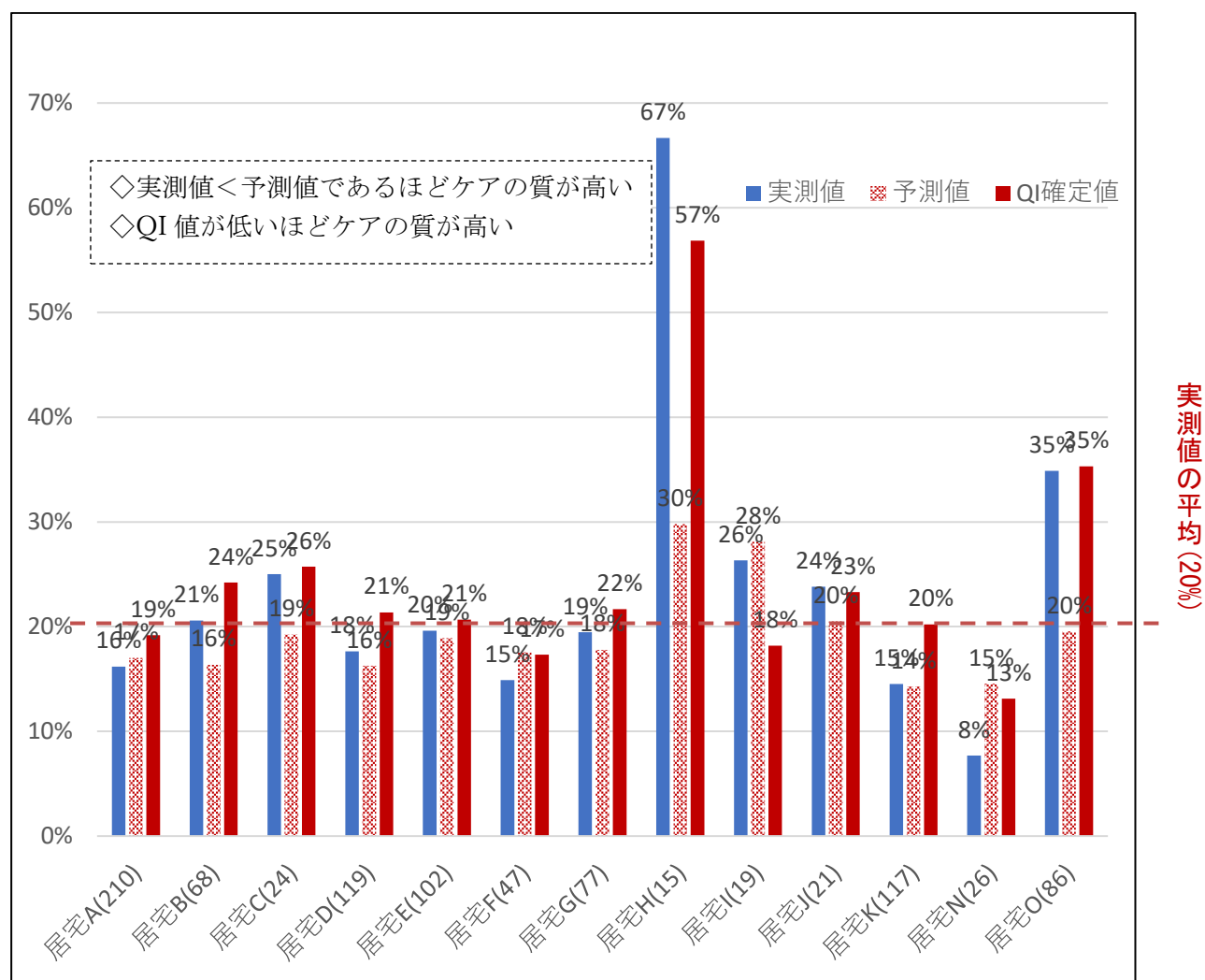
※「インフォーマルな援助者の状況(Q2)」で、介護者の怒り・うつやストレス（Q2a, Q2b, Q2c）が前回と今回の両方にある利用者。

リスク調整変数

- ①65 歳以上 ②アセスメント間隔 ③日常の意思決定能力（C1） ④金銭管理の能力（G1c）
⑤薬の管理の能力（G1db） ⑥臨床リスク尺度 ⑦否定的なことを言う（E1a）
⑧バランス（J3d） ⑨入院回数（O5a） ⑩前回アセスメントからの月数 ⑪CPS

QI 確定値

図表 36「介護者のストレスの継続」の QI 確定値



②1 外傷の発生

$$\text{定義 (計算式)} = \frac{\text{今回のアセスメントで新たに骨折が見られた利用者(人数)*}}{\text{2 時点のアセスメントを持つ全利用者(人数)}} \times 100$$

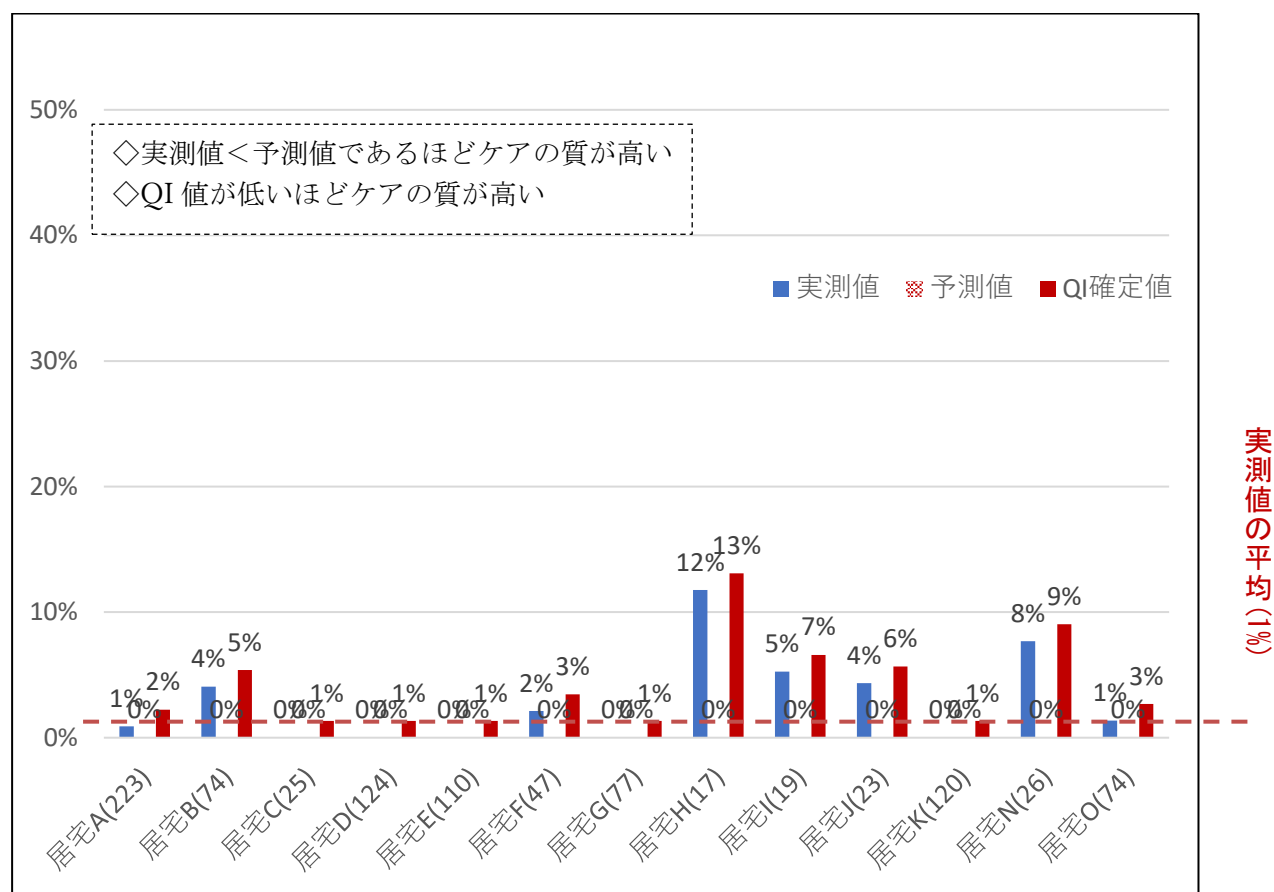
※前回は該当せず今回のみ「骨折(I1a・I1b)」に該当した利用者。

リスク調整変数

①65 歳以上 ②アセスメント間隔 ③ADL の変化 (G6) ④糖尿病 (I1v) ⑤痛みの頻度 (J6a)
⑥バランス (J3d) ⑦入院回数 (O5a) ⑧臨床リスク尺度 ⑨前回アセスメントからの月数

QI 確定値

図表 37「外傷の発生」の QI 確定値



②② インフルエンザワクチン未接種

$$\text{定義 (計算式)} = \frac{\text{前回・今回ともにインフルエンザの予防接種を受けていない利用者(人数)*}}{\text{2時点のアセスメントを持つ全利用者(人数)}} \times 100$$

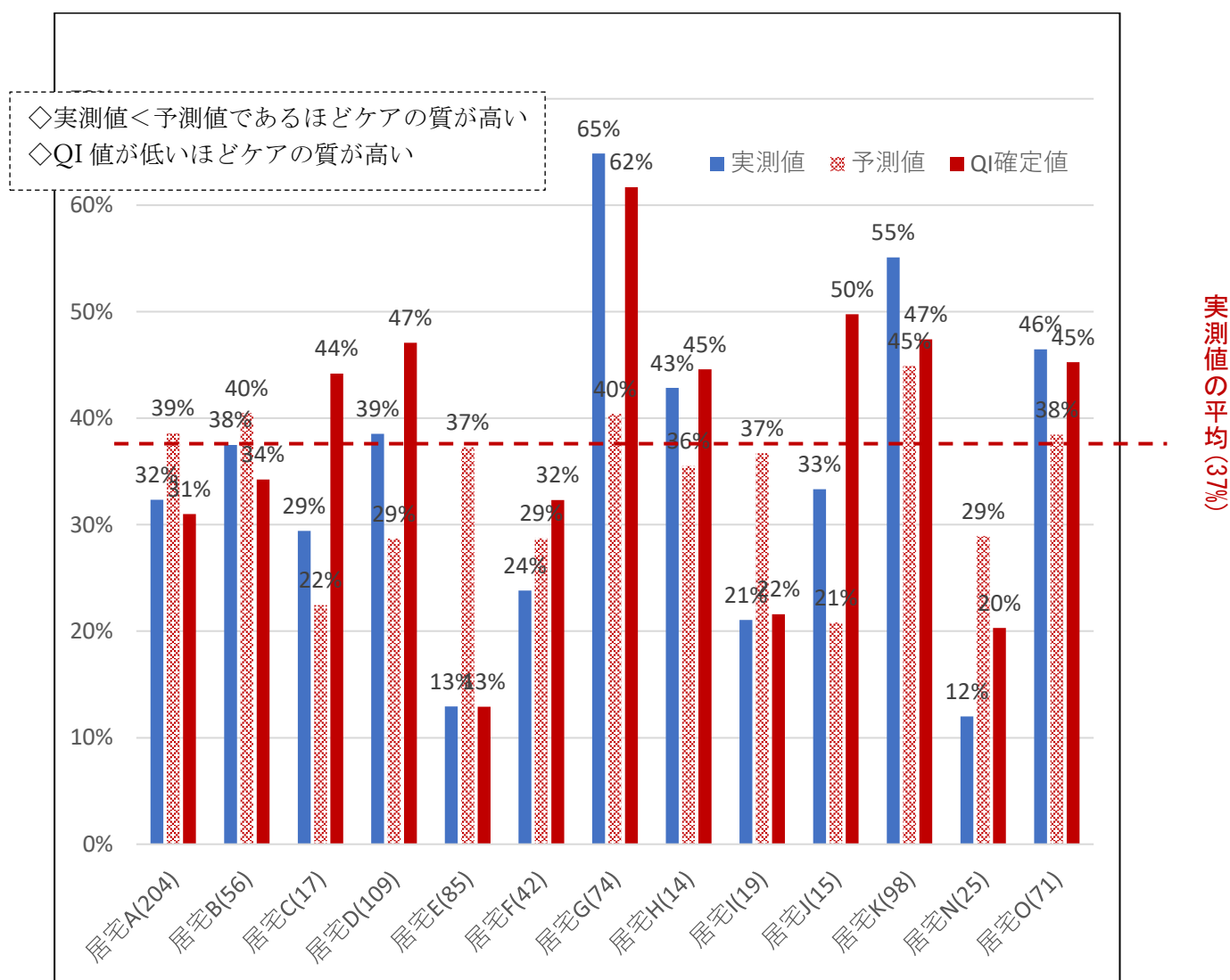
※「過去1年間のインフルエンザワクチン(O1f)」で未接種に該当した利用者。

リスク調整変数

- ①65歳以上 ②アセスメント間隔 ③移動 (G2f) ④過去3日間の活動時間 (G4a)
 ⑤家事に困難あり (G1b) ⑥糖尿病 (I1v) ⑦痛みの頻度 (J6a) ⑧入院回数 (O5a)
 ⑨ADL Long スケール ⑩前回アセスメントからの月数

QI 確定値

図表 38「インフルエンザワクチン未接種」の QI 確定値



②③ 入院

$$\text{定義 (計算式)} = \frac{\text{今回のアセスメントで入院、救急外来 救急ケアを受けていた利用者(人数)*}}{\text{2 時点のアセスメントを 持つ全利用者(人数)}} \times 100$$

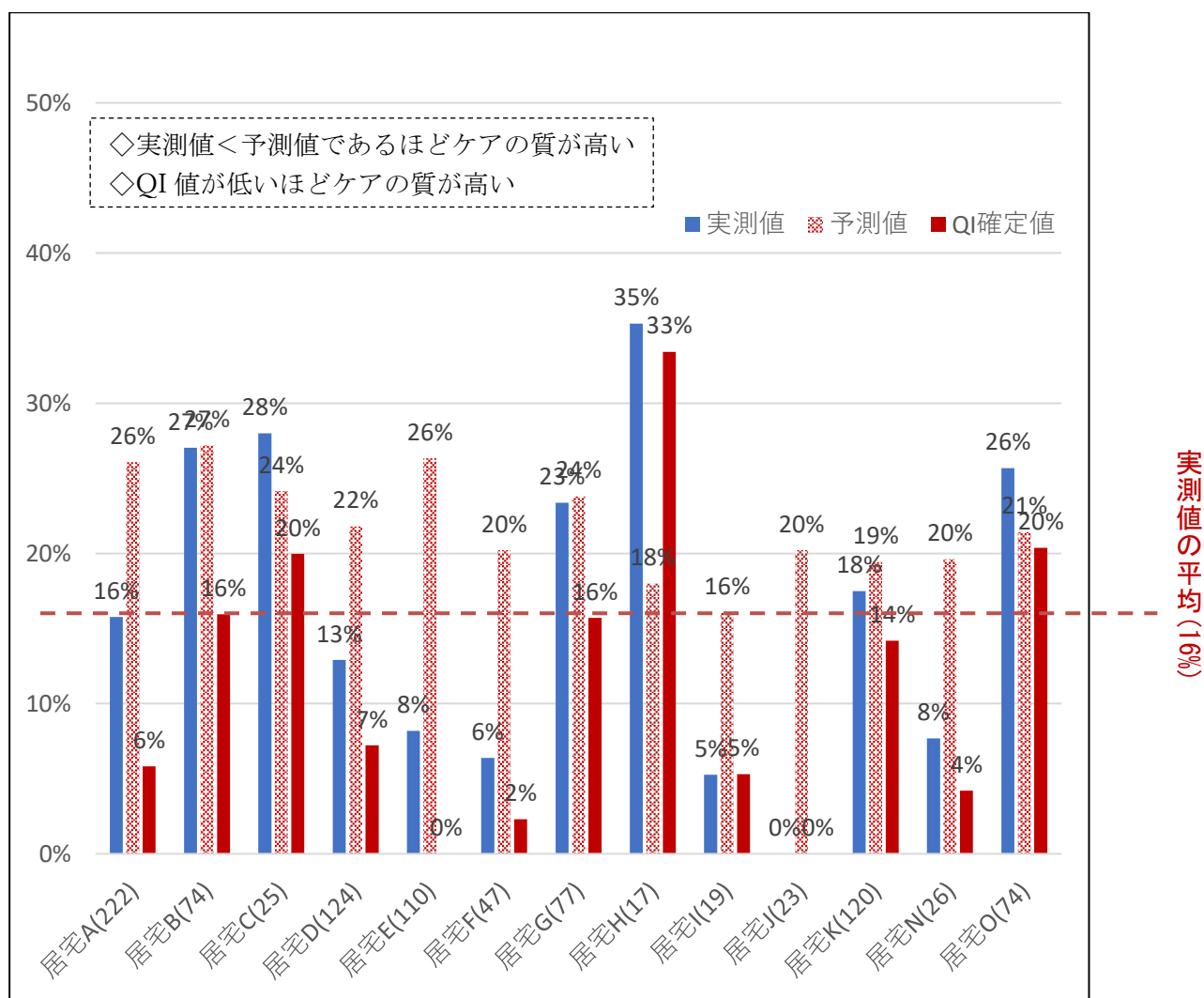
※「過去 90 日間の入院(O5a)、救急外来(O5b)」に該当した利用者。

リスク調整変数

- ①65 歳以上 ②アセスメント間隔 ③救急外来移動 (05b) ④臨床リスク尺度
⑤ADL：入浴 (G2a) ⑥糖尿病 (I1v) ⑦前回アセスメントからの月数

QI 確定値

図表 39「入院」の QI 確定値



P D C A

サービスの質の
改善への活用

(1)強みと弱みを知る

レーダーチャートで長所と短所を可視化

23 項目の指標で表される Q I 値は、これまでに掲載した棒グラフだけでなく、右頁のように複数の項目を比較しやすいレーダーチャート¹によって「見える化」されます。

次ページに「レーダーチャートの読み方（例）」を掲載しました。例えば、改善の QI の「1. ADL の改善」において、B 事業所は平均よりやや劣っているのに対して、A 事業所はかなり優れた位置にあります。

このように、その領域によって「強み」や「弱み」が異なっており、こうした相対的な位置を「見える化」することで質の改善に向けた一歩を踏み出すことが出来ます。

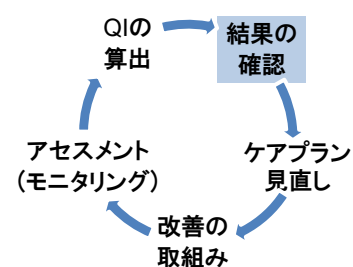
改善と悪化で成績が異なる

また、インターライの QI は“改善”と“悪化防止”の指標が分かれています。その理由は、同じ領域(例：ADL)を対象にした評価でも、“改善”に「強い」事業所が“悪化防止”でも優れているとは限らないという事実があるからです。

例えば、「4.コミュニケーションの改善」が優良な事業所も、「11. コミュニケーションの悪化」では平均程度に位置しています。

こうした相対的な位置を把握できれば、事業所の強み（得意分野）を明確にしてセールスポイントとしたり、弱点となった領域を重点的な研修内容に設定したりするなど、根拠に基づくサービス管理が可能となります。

もちろん、すべての項目でケアの質を高めていくのが理想ですが、限られた時間の中では、弱点を優先的に克服するほうが、効率的といえます。



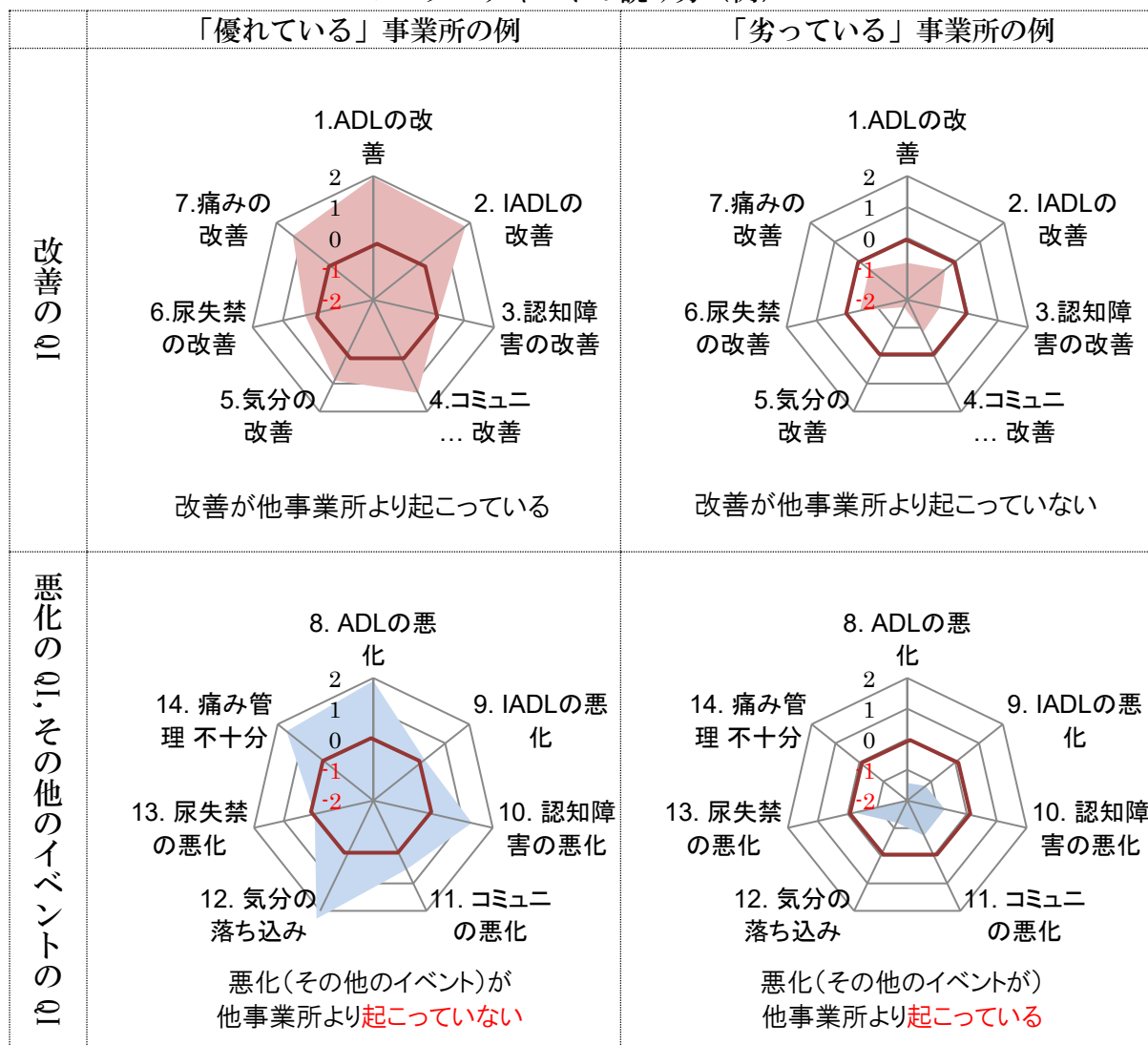
¹ レーダーチャートは、QI 値を平均値 0、標準偏差 1 の標準正規分布に置き換える Z スコアに変換した。Z スコア算出式=(事業所の QI 値-QI 値の全体平均)÷QI 値の標準偏差。QI の値が平均値と等しければ Z スコアは 0 となり、平均より高ければプラスの値、低ければマイナスの値となる。

レーダーチャートの読み方

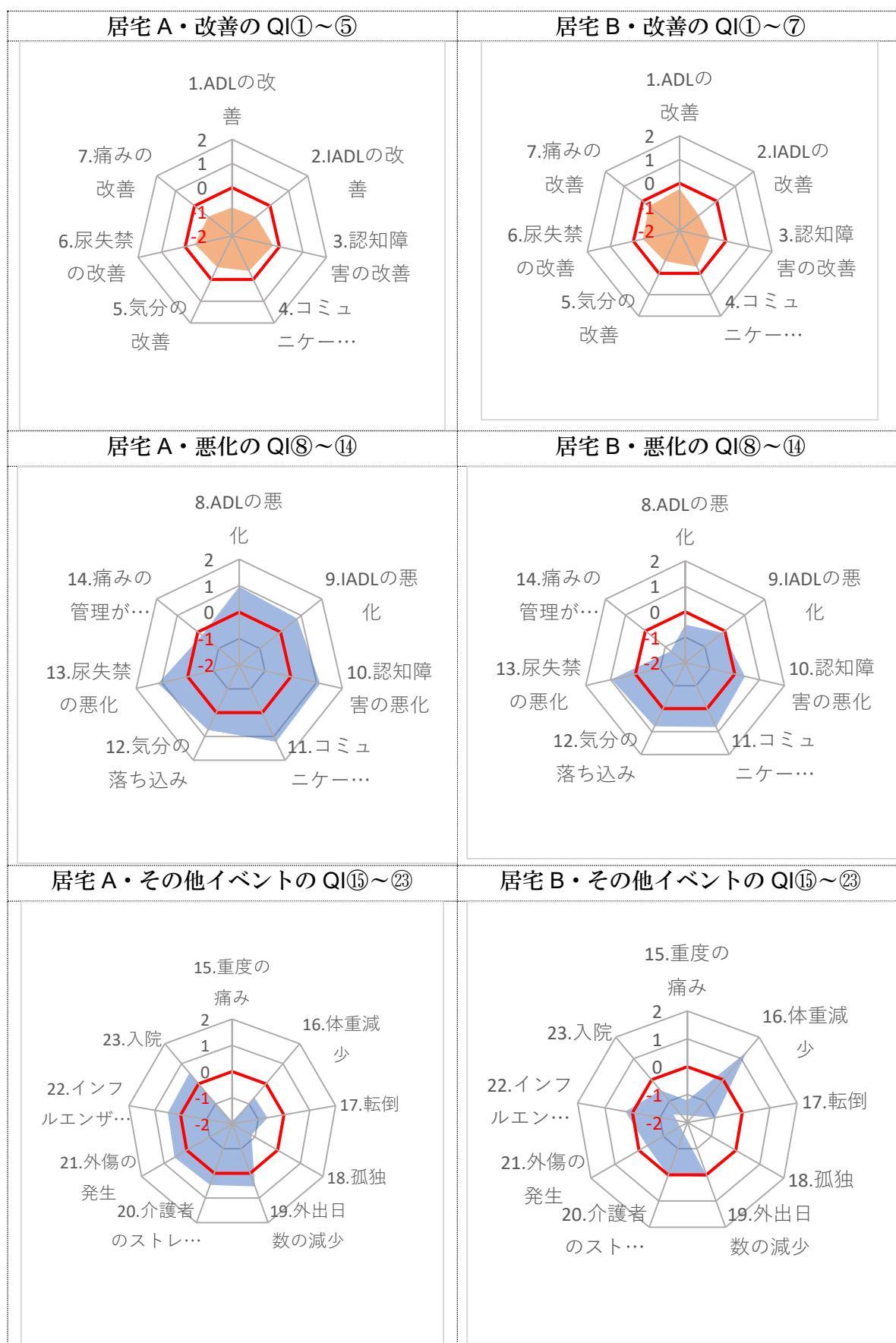
「改善の QI」と「悪化の QI」・「その他のイベントの QI」とでは読み方が異なっていますが、2024 年度の今回の報告書から、読み方をそろえました。

太線(赤線、0)は、平均値を表しており、それよりも外側(高い値)なら「優れている」、内側(低い値)なら「劣っている」ことを示しています。

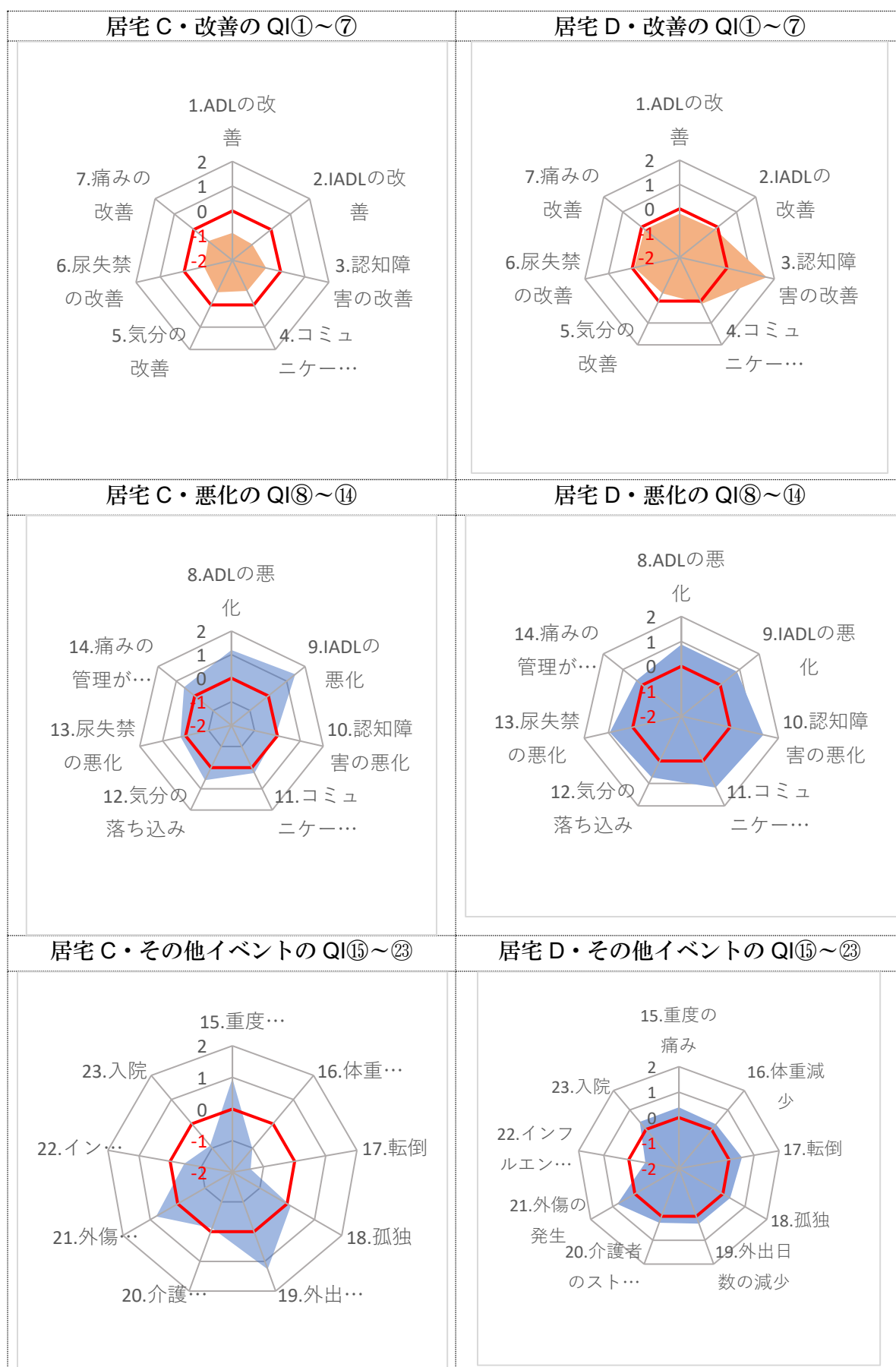
レーダーチャートの読み方（例）



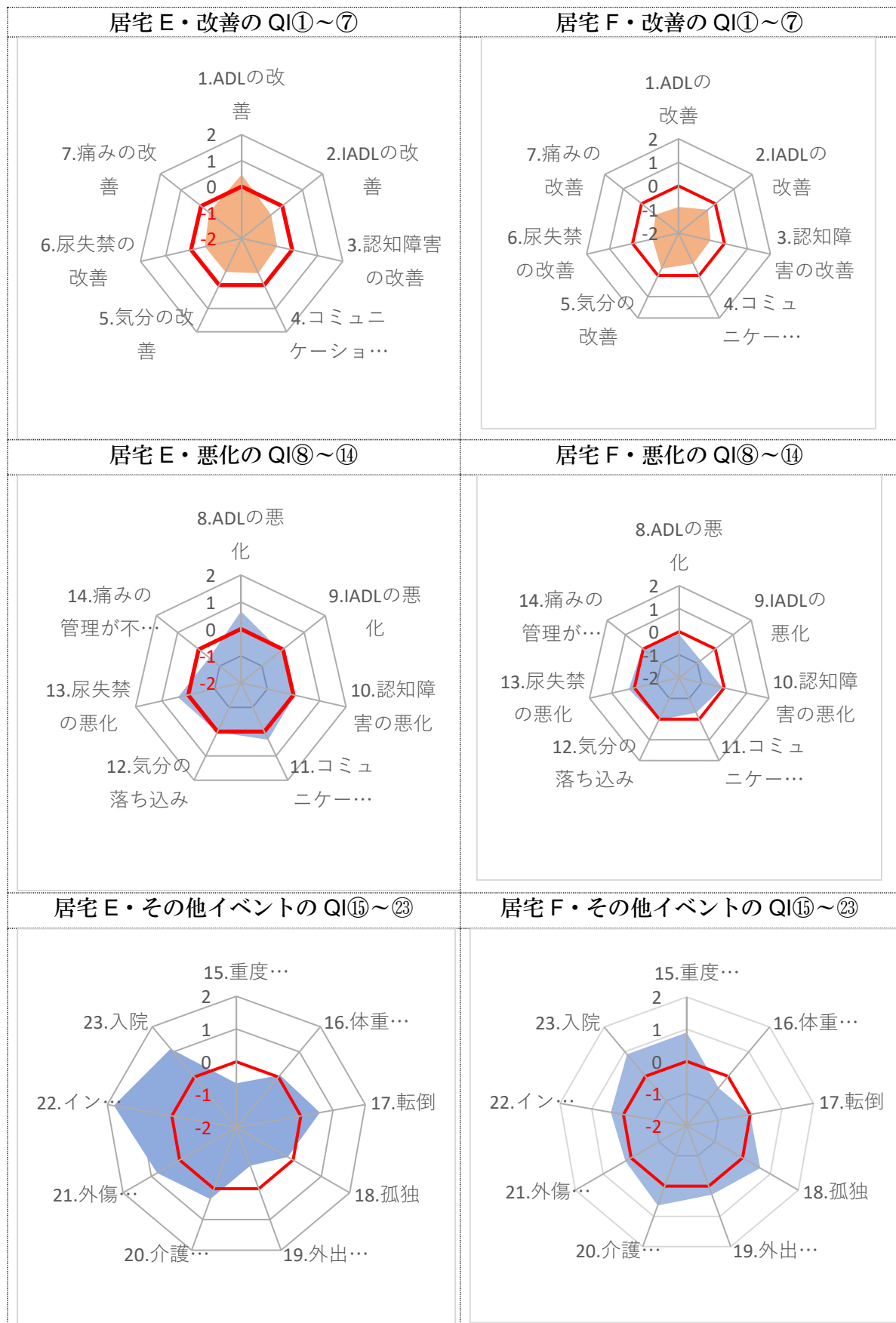
図表 40 居宅介護支援事業所のレーダーチャート



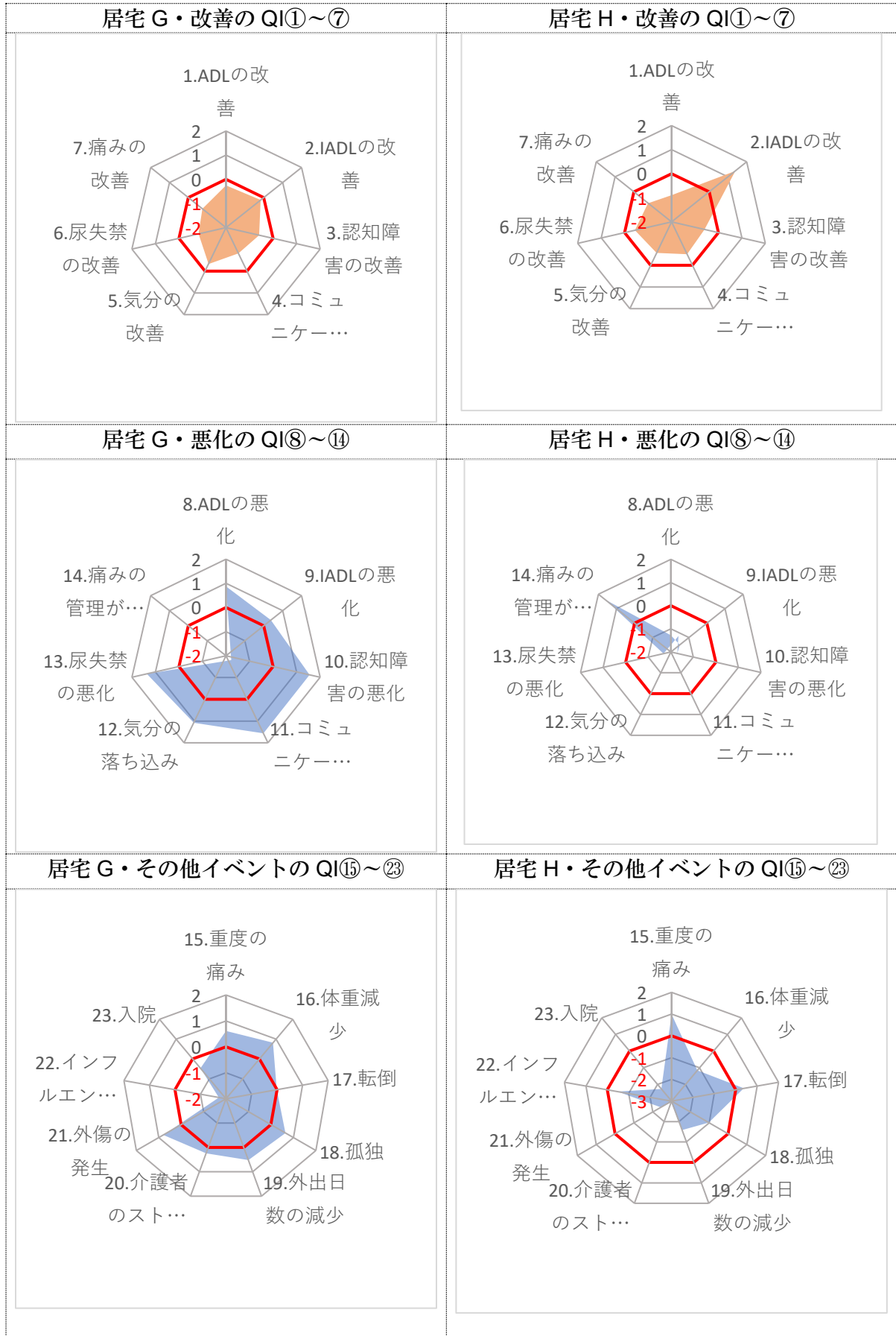
図表 41 居宅介護支援事業所のレーダーチャート



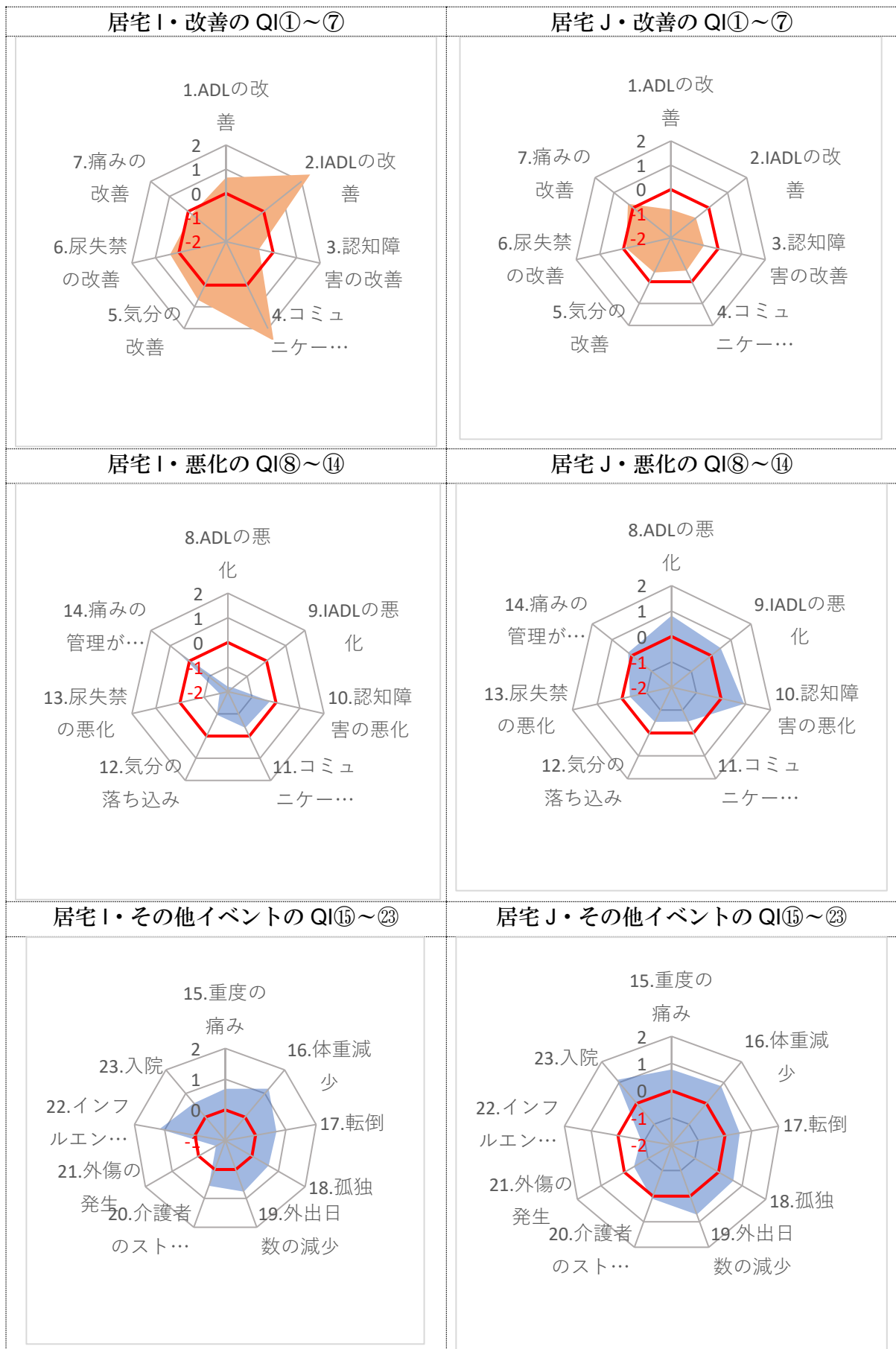
図表 42 居宅介護支援事業所のレーダーチャート



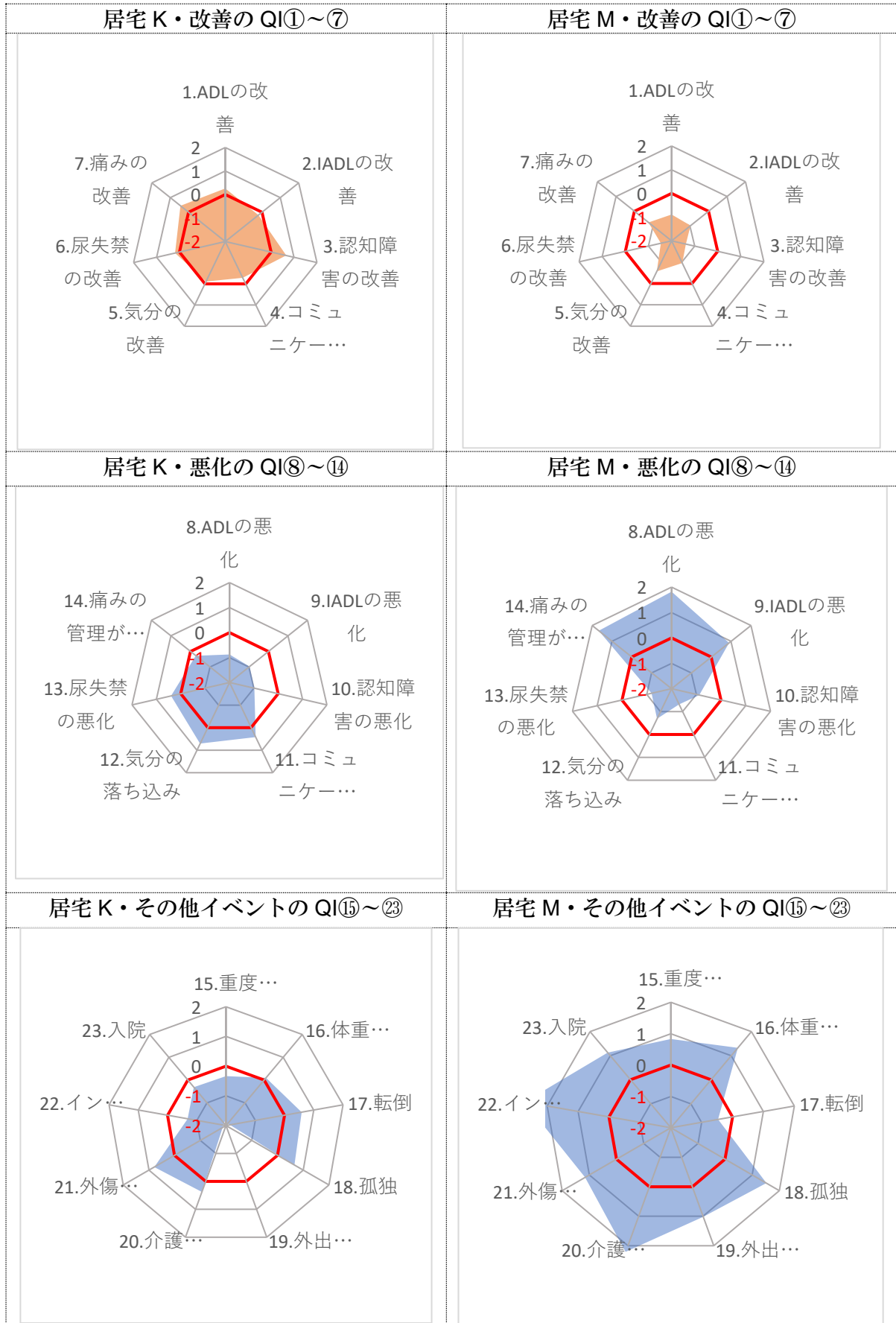
図表 43 居宅介護支援事業所のレーダーチャート



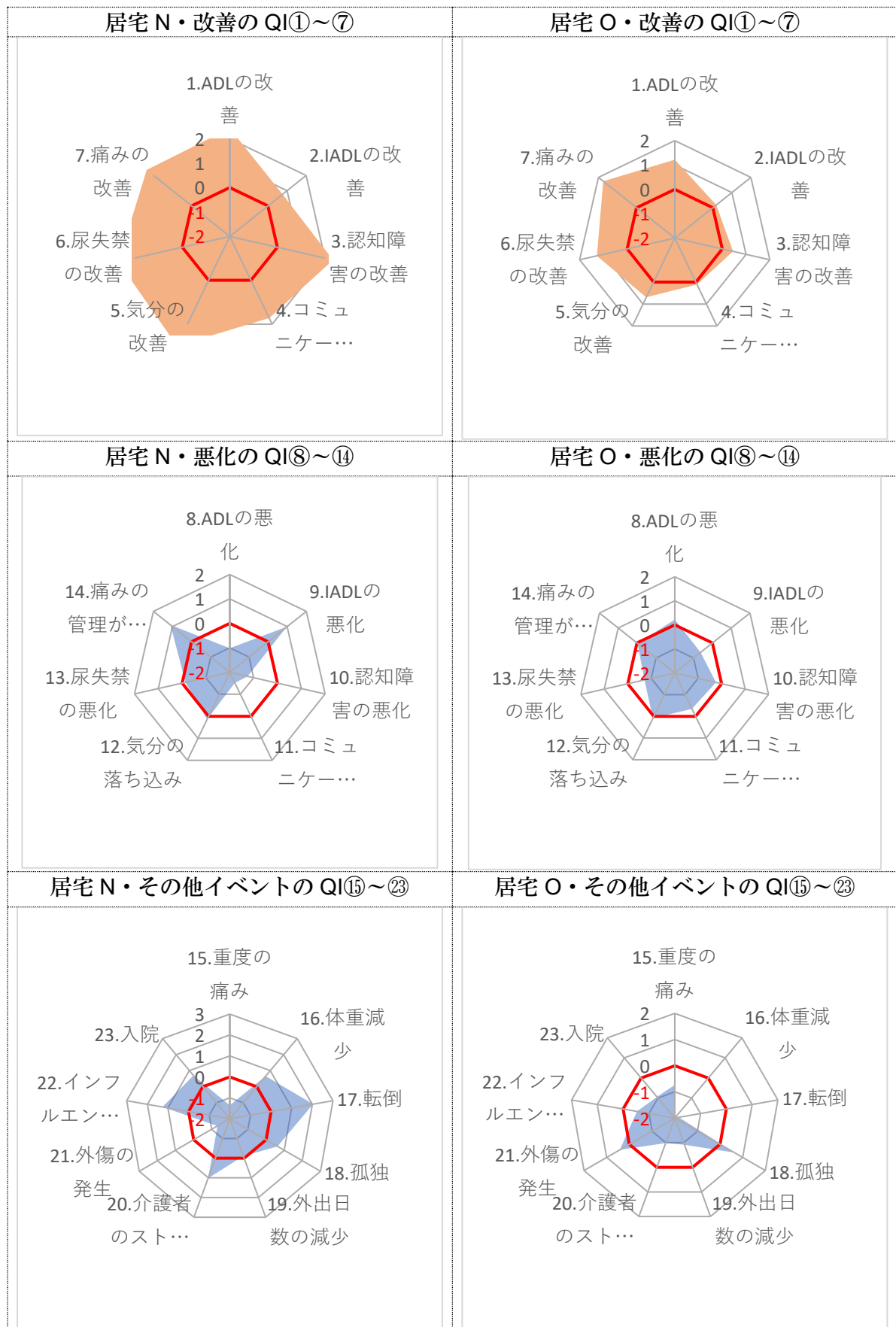
図表 44 居宅介護支援事業所のレーダーチャート



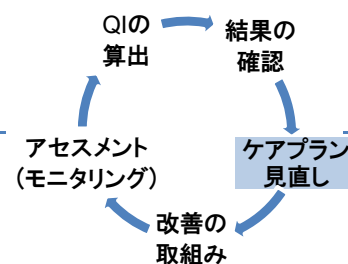
図表 45 居宅介護支援事業所のレーダーチャート



図表 46 居宅介護支援事業所のレーダーチャート



(2) QI を質の改善に生かす



利用者のケアプランに戻る

事業所の長所や短所の「見える化」は事業所の客観的な位置を知ることができ、エビデンスに基づく質の改善に向けたスタートラインに立つことを大きく後押しします。

しかし、インターライ方式の QI の最大の魅力は、担当者が各利用者のケアプランに戻って再検証できる仕組みです。具体的な手順に従ってその方法を紹介します。

STEP. 1：領域の選択

先ほどのレーダーチャートを参照して、成績が劣っていた QI を中心に事業所として、優先的に見直す領域を決定します。1 つだけでなく複数選んでも構いません。

STEP. 2：対象者の選定

QI の評価レポート（資料編）には個人別「予測値」一覧表が添付されています。これは、Q I 値の算出過程（リスク調整）で計算された、当該イベント(例：認知機能が低下)の発生確率(%) [これを予測値といいます] を利用者ごとに記したものです。実際にイベントが発生(経験)した人の予測値だけ表示され、問題が起きなかった項目は空欄となっています。

ケアプランを見直す対象者を「イベント発生者」の中から選定するわけですが、予測値(リスク)が低い、つまり「危険性が少なかったのに悪化してしまった利用者」を優先して、ケアプランを検討していくことが推奨されます。

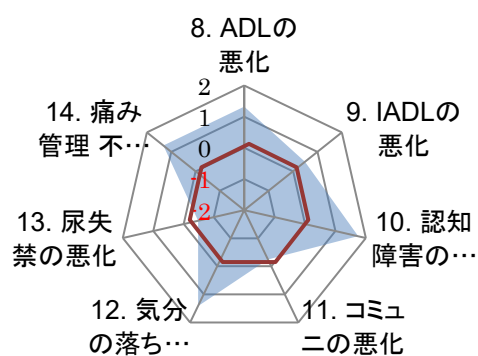
STEP. 3：見直し作業

対象とする利用者が選定されたら、実際にケアプランを見直します。この時、関連する CAP を参照しながら検討を行うと、具体的な手かがりが得られます。

例えば「転倒」した利用者の原因を振り返ってみると、「ADL の評価が甘かった」、「パーキンソンの症状を軽く見ていた」など、アセスメント不足によってリスクを見逃していたことに気づく場合があります。あるいは、予測不能なアクシデントや「(ケアマネジャーが) 言ったとおりに、利用者が動いてくれなかった」という場合もあるでしょう。しかし、こういった場合でも、利用者や家族が守ることができないようなケアプランを作り続けたとすれば、ADL の改善は見込めませんので、やはり何らかの見直しが必要になります。

<STEP. 1>

当該事業所者の全体像を表したレーダーチャートから、どの領域を特に改善すべきかを決定します。



図表47
レーダーチャート(サンプル)

<STEP. 2>

「資料編(法人別)」に掲載されている個人別予測値一覧表から、イベントの発生した(分子に該当した)利用者の中から優先的に見直すべき人(〈予測値〉の低い人)を選定します。

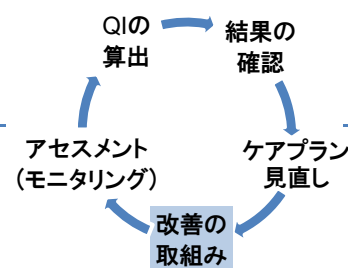
利用者ID		***	***
性別		男性	女性
最終評価日		2016/*/**	2017/*/**
改善	1 ADL改善	-	
	2 IADL改善	-	
	3 認知障害改善	13.3%	
	4 コミュ改善		
	5 気分改善		
	6 尿失禁改善	-	
	7 痛みの改善	-	
悪化	8 ADLの悪化		
	9 IADL悪化		
	10 認知障害悪化		
	11 コミュ悪化		
	12 気分落ち込み	32.9%	
	13 尿失禁悪化		
	14 痛み管理		
	15 重度の痛み		
	16 体重減少	9.7% 27.0%	
	17 転倒		
	18 孤独	-	
	19 外出の減少		
	20 介護者ストレス	22.8%	-
	21 外傷の発生		
	22 インフルワクチン		
	23 入院	-	

図表 48 個人別予測値一覧表(サンプル)

<STEP. 3>

当該利用者のケアプランについて、CAP を参照しながら再点検し、改善策を検討します。改善点が確認できたら、必要に応じてケアプランの修正やケアサービスの内容を変更します(→次頁参照)。

(3) PDCA サイクルを回す



研究事業での試行

QI の評価結果からケアプランの見直しを試行した施設・事業所の研究事業の結果を紹介します。QI を算出した居宅介護事業所の介護支援専門員 28 名と介護保険施設のアセスメント担当者 11 名が実際にケアプランの見直しに参加しました。今回の見直し対象領域の QI は、《転倒》《ADL の悪化》《疼痛管理の不十分》の 3 つで、計 64 例のレポートが寄せられました。

担当者の心が動く「ケアプラン見直し」

まず、ケアプラン見直しの作業過程において、インターライ方式の「CAP（Client Assessment Protocols）を読む契機となったか」について約 8 割が肯定的（そう思う・やや思う）に回答しました（図表 49）。CAP は、最新の知見に基づく有効なケアの方法を示した《ガイドライン》が掲載されていますが、現場ではこれらが活用されていない実態がありました。今回、対象者を特定して見直しを求めたことが《ガイドライン》を読む意欲を引き出したと考えられ、こうしたフィードバックの手法が担当者の内発的な動機づけを高めることに有効的なことが明らかとなりました。

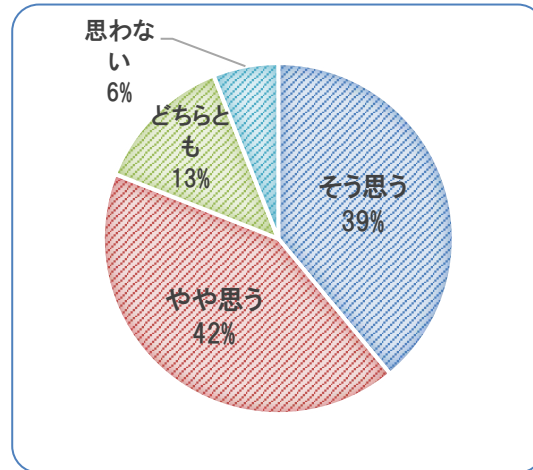
現場の受け入れは全体的に良好

ケアプラン見直し作業により「現在のケアプランを変更する」となったケースは 23 例（35.9%）でした。図表 50 に具体的な検討内容の事例を抜粋して示しています。なお、ケアプラン変更に結び付かなかったのは、進行性の疾患により介入が困難なケースや経済的理由から本人・家族がサービスを拒否するケースのほか、今回の見直し作業以前にケアプランが変更されていたケースも 36 例（56.3%）ありました。QI 算定は、平均で約 6 か月前のアセスメント情報に基づいて行われることから、情報のタイムラグによって十分に活用できないケースも一定の割合で存在します。

しかし、見直し作業を経験した担当者 39 人は「ケアプラン見直しは全体として役に立ったか」への回答は、「おおいに役立った（28.1%）」と「やや役立った（40.6%）」を合わせて約 7 割が有用であると評価しています（図表 52）。

また、こうした振り返りの PDCA サイクルを積み重ねることで、アセスメントの重要性にも気づくことができます。アセスメントの精度が上がれば、モニタリングが充実して早期に利用者の状態変化にも対応できるようになります。

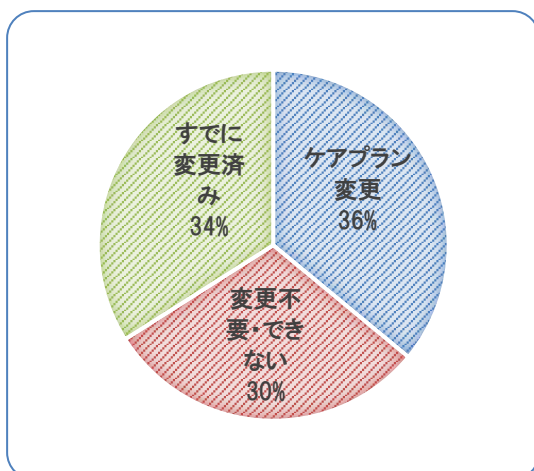
図表 49 CAP を読む契機となったか？



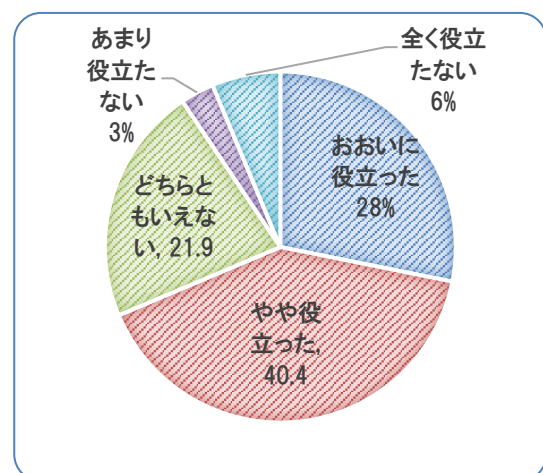
図表 50 ケアプラン見直しにつながった事例(抜粋)

種別	検討領域	検討の内容
施設	転倒	見直しの結果、筋持久力等の低下を認めたため、椅子への移乗やトイレ動作に伴う立位保持時など日常生活の場面を利用した身体機能を維持向上させるエクササイズを取り入れる。
居宅	ADL の悪化	再アセスメントにより下肢筋力の低下を再認識した。このままでは、トイレの自立が危ぶまれる為、筋力向上を目的に中断していたディサービスの再開を本人に再提案したい。
居宅	痛み	咽頭癌による喉の痛みが増しているが、緩和ケアの疼痛管理も行っており痛み軽減への介入は困難。検討の過程で、痛みで食事が不十分なため低栄養リスクが把握されたので、栄養剤等の補助食を提案したい。
居宅	ADL の悪化	同時に選定されている【気分】の CAP も参照した結果、身体機能低下の要因として抗精神薬の影響が考えられた。主治医に ADL 低下の状況を伝え、服用する薬の内容について相談したい。

図表 51 ケアプラン見直しの結果



図表 52 今回の見直しは役に立ったか？



出典：「高齢者介護サービスの質の包括的評価に関する研究」報告書^{vii}

図表 53 参考資料「介護 QI に基づくケアプラン見直しレポート」様式

担当ケアマネ	
利用者 ID	
対象 QI 項目名	
<p>事象の発生は未然に防げたか</p>	<p><input type="checkbox"/>防げた <input type="checkbox"/>どちらとも言えない <input type="checkbox"/>防げなかった (その理由)</p>
<p>関係する CAP を読んでみて気が付いた点 (改善の方針)</p>	<p>【参照 CAP : 】</p>
<p>ケアプラン変更の提案</p>	<p><input type="checkbox"/>する <input type="checkbox"/>しない (具体的な変更内容／提案しない理由)</p>

引用文献

- ⁱ Morris JN, Fries BE, Morris SA. Scaling ADLs within the MDS. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 1999; 54(11): M546-53.
- ⁱⁱ Morris JN, Fries BE, Mehr DR et al. MDS Cognitive Performance Scale. Journal of Gerontology 1994; 49(3): M174-182.
- ⁱⁱⁱ Burrows AB, Morris JN, Simon SE, Hirdes JP, Phillips C. Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes. Age Ageing 2000 Mar; 29(2): 165-72.
- ^{iv} Fries BE, Simon SE, Morris JN, Flodstrom C, Bookstein FL. 2001. Pain in U.S. Nursing Homes: Validating a Pain Scale for the Minimum Data Set. Gerontologist 41(2): 173-79.
- ^v 日本公衆衛生協会 2010
- ^{vi} 厚労省「介護保険サービスにおける質の評価に関する調査研究事業」（第 99 回社会保障審議会介護給付費分科会・資料 4-2（H26. 3. 27）
- ^{vii} 平成 25～27 年度厚生労働科学研究費補助金・政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）「高齢者介護サービスの質の包括的評価に関する研究」報告書，2016 年 3 月発行

介護 QI によるケアサービスの質の評価研究

「2025 年版 評価レポート 本編 (居宅版)」

発行・照会先

公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団 研究部

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-34-5 VERDE VISTA 新宿御苑 3F

電話：03-5919-3174 Fax：03-5919-1641 メール：qi@dia.or.jp