

平成 27 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

# I C T を活用した地域包括ケアシステム 構築の推進に関する調査研究

## 報告書

平成 28 年 3 月

国立大学法人 東京大学



## はじめに

我が国の 65 歳以上人口の割合は、2012 年に 24.1%に達しています（国立社会保障・人口問題研究所 2014 年版）。世界の 65 歳以上人口の割合は 7.7%（2010 年）であり、アジアの 65 歳以上人口の割合は 6.8%（2010 年）です。現在、日本は世界で最も 65 歳以上人口の割合の高い国ですが、さらに、団塊ジュニアの世代が後期高齢期となる 2050 年には、日本の 65 歳以上人口の割合は 38.8%に達すると推計されています。我が国は、高齢者人口の増加を見据えた新たな社会システムづくりに取り組む必要があります。

高齢者が安心して在宅療養できるように、医療や介護サービス等の環境を整備し、高齢者の尊厳の保持と自立生活を支援する地域包括ケアシステムの充実が喫緊の課題となっていますが、そのためには、ICT を活用して市区町村や医療従事者、介護従事者が必要な情報や判断を共有するコミュニケーション機能やアセスメント機能等を充実させて効果的かつ適正な連携できる仕組みを構築する必要があります。

現在、我が国においては、「世界最先端 IT 国家創造宣言」のもとに個人番号カードを利用した公的個人認証やマイナポータル、電子私書箱、クラウドシステム等の活用による情報連携基盤の整備が着々と進展していますが、「効果的・効率的で高品質な医療・介護サービスの展開」においても、その一つとして、地域包括ケアに関わる多様な主体が情報共有・連携を行うとともに、適切な介護サービスの提供が利用者の要介護状態の改善につながることを考慮し、これらサービスの客観的な評価とサービス内容の向上に資する取り組みを推進し、効果の検証等を進展させることの必要性が求められています。

今後、地域包括ケアシステムの更なる普及展開を図るためには、各地域で実現されていく地域包括ケアシステムにおけるケアの質評価に関する仕組みづくりが必要不可欠です。

本委員会では、我が国における医療及び介護分野の進展のために、日頃から多大なご尽力をされておられる諸先生方や地方自治体、医療・介護事業者の関係者の皆さまに多忙な中、大変ご協力をいただき感謝申し上げます。本委員会においてケアの質評価に関する現状の調査やケアの質評価を支援する情報システムのあり方について検討したことが、我が国の保健医療の進展に役立つことを願っております。

平成 28 年 3 月

I C T を活用した地域包括ケアシステム推進委員会 委員長 須藤 修  
(東京大学大学院 情報学環・学際情報学府 教授)



# 《目次》

<b>1 調査概要</b> .....	- 1 -
1-1 背景 .....	- 1 -
1-2 目的と経過 .....	- 2 -
1-2-1 目的 .....	- 2 -
1-2-2 今年度の調査研究事業の位置づけ .....	- 4 -
1-3 評価に関する基本的な考え方 .....	- 4 -
1-4 今年度事業の実施プロセス .....	- 5 -
1-4-1 ICT 活用による在宅医療・介護のケアの質評価の検討 .....	- 5 -
1-4-2 評価支援システムの効果的な活用方策や普及策の検討 .....	- 5 -
<b>2 ICT活用による在宅医療・介護のケアの質評価の検討</b> .....	- 6 -
2-1 概要 .....	- 6 -
2-1-1 目的 .....	- 6 -
2-1-2 検討概要 .....	- 6 -
2-2 既存評価の項目整理 .....	- 7 -
2-2-1 整理するにあたっての考え方 .....	- 7 -
2-2-2 施設の評価項目の整理 .....	- 8 -
(1) 病院機能評価 .....	- 8 -
(2) 業務改善の自己評価 .....	- 9 -
2-2-3 患者・利用者の評価項目の整理 .....	- 10 -
(1) インターライ方式 ケアアセスメント .....	- 10 -
(2) 包括的自立支援プログラム方式 .....	- 11 -
(3) 日本介護福祉士会各種方式 .....	- 12 -
(4) ケアマネジメント実践記録様式 .....	- 13 -
(5) 日本版成人・高齢者用アセスメントとケアプラン .....	- 14 -
(6) 居宅サービス計画ガイドラインアセスメント様式 .....	- 15 -
(7) 新全老健版ケアマネジメント方式<R4 システム版 ICF ステージング> .....	- 15 -
(8) 高齢者総合的機能評価 (CGA) .....	- 16 -
(9) プライマリ・ケア国際分類 (ICPC) .....	- 17 -
(10) NANDA 看護診断 .....	- 18 -
(11) オマハシステム .....	- 18 -
(12) QOL 尺度 .....	- 19 -
(13) Support Support Team Assessment Schedule (STAS) .....	- 19 -

(14)	エドモントン症状評価システム (ESAS)	- 20 -
(15)	ADL 評価	- 21 -
(16)	要介護認定調査票	- 22 -
2-3	医療・介護事業所に対する評価の実態調査	- 23 -
2-3-1	調査目的	- 23 -
2-3-2	調査対象	- 23 -
2-3-3	調査結果	- 25 -
(1)	定量的結果	- 25 -
(2)	自由意見	- 31 -
2-4	自治体に対する評価の実態調査	- 33 -
2-4-1	調査目的	- 33 -
2-4-2	調査対象	- 33 -
2-4-3	調査結果	- 34 -
(1)	定量的結果	- 34 -
(2)	先進自治体の事例	- 39 -
2-5	専門職と自治体の意識の違い	- 43 -
2-5-1	ケアの質評価の実施状況	- 43 -
2-5-2	ケアの質評価の充実の必要性	- 43 -
2-5-3	ケアの質評価に関する課題	- 44 -
2-5-4	ケアの質評価を支援する情報システムの機能	- 44 -
2-5-5	ケアの質評価を支援する情報システムの効果	- 45 -
2-5-6	ケアの質評価を支援する情報システムの共同利用へのニーズ	- 45 -
2-5-7	ケアの質評価を支援する情報システムの費用負担	- 46 -
2-6	評価項目の整理	- 47 -
2-6-1	施設評価の項目整理	- 47 -
2-6-2	アセスメントデータの項目整理	- 49 -
2-6-3	業務書類の項目整理	- 55 -
<b>3</b>	<b>評価支援システムの効果的な活用方策や普及策の検討</b>	<b>- 57 -</b>
3-1	在宅医療・介護のケアの質評価項目の設定	- 57 -
3-1-1	目的	- 57 -
3-1-2	考え方	- 57 -
3-1-3	評価項目案	- 58 -
(1)	施設評価の項目から抽出された在宅医療・介護のケアの質評価項目	- 58 -
(2)	アセスメントデータの項目から抽出された在宅医療・介護のケアの質評価項目	- 59 -
(3)	業務書類の項目から抽出された在宅医療・介護のケアの質評価項目	- 60 -

(4)	評価項目の範囲	- 61 -
3-2	3-2 評価支援システムの要件	- 62 -
3-2-1	3-2-1 考え方	- 62 -
(1)	(1) 評価支援システムとは	- 62 -
(2)	(2) 利用目的	- 63 -
(3)	(3) 対象範囲	- 63 -
(4)	(4) システム使用者	- 63 -
(5)	(5) 業務処理との連続性のある連携を確保	- 63 -
(6)	(6) 標準化を推進する情報連携基盤の活用	- 64 -
(7)	(7) 評価支援システムの利用拡大	- 64 -
(8)	(8) 個人及び事業者（従事者）を特定できる情報の取扱い	- 64 -
(9)	(9) ビックデータを活用したベンチマーキング	- 65 -
(10)	(10) 信頼性の高いシステム環境の整備	- 65 -
3-3	3-3 評価支援システムの概要	- 66 -
3-3-1	3-3-1 評価支援システム使用者の認証機能について	- 66 -
3-3-2	3-3-2 業務処理と連携する機能について	- 69 -
(1)	(1) 業務システムとの連携	- 69 -
(2)	(2) 外部システムとの連携	- 70 -
3-3-3	3-3-3 ネットワーク環境について	- 71 -
3-3-4	3-3-4 データの範囲及び管理について	- 72 -
3-4	3-4 評価支援システムの利用者と活用メリット	- 73 -
3-4-1	3-4-1 先進事例	- 74 -
(1)	(1) インターライ方式居宅版 QI	- 74 -
(2)	(2) アメリカのナーシングホームにおける質の評価	- 76 -
<b>4</b>	<b>4 まとめ</b>	<b>- 77 -</b>
4-1	4-1 今後の課題と方向性	- 77 -
4-1-1	4-1-1 今後のケアの質評価の検討にあたって	- 77 -
4-1-2	4-1-2 評価項目の継続的な見直し	- 78 -
4-1-3	4-1-3 評価支援システムの段階的な成熟	- 78 -
4-1-4	4-1-4 評価支援システムの負担者の考え方の整理	- 78 -
4-2	4-2 検討スケジュール	- 79 -
<b>資料編</b>	<b>資料編</b>	<b>- 80 -</b>
資料1	資料1 委員名簿	- 80 -
資料2	資料2 推進委員会委員の意見	- 85 -

資料3 調査票 .....	- 91 -
1. 医療・介護事業所向けアンケート調査票.....	- 92 -
2. 自治体向けヒアリング調査票.....	- 94 -
資料4 医療・介護事業所向けアンケートの自由回答.....	- 96 -



# 1 調査概要

## 1-1 背景

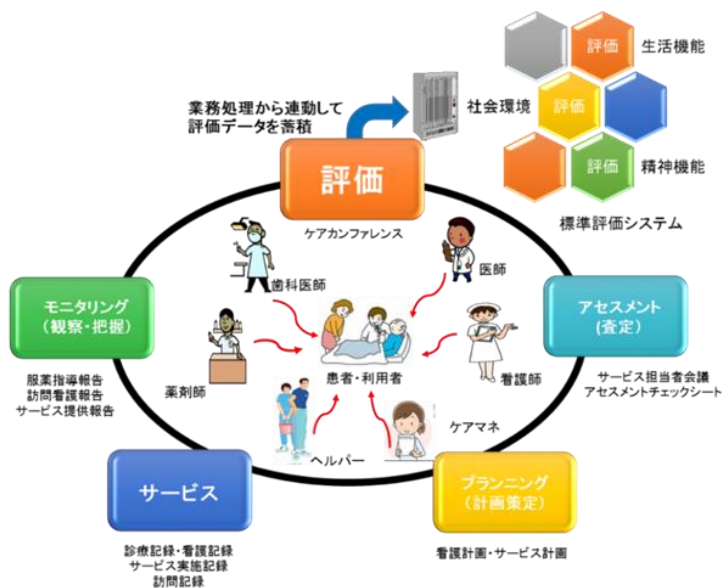
我が国の人口は平成 17 年を境に減少過程に入ったと言われ、今後も長期にわたって減少を続けるものと推計されている。その一方で、諸外国に例を見ない速度で高齢化が進行しており、人口構造に変化をもたらす超高齢社会が到来して久しい。

超高齢社会が進展し医療及び介護サービスを必要とする後期高齢者の増加により施設に依存した医療・介護サービスから、住み慣れた我が家で医療と介護、予防、生活支援、住まいに関する取組みを包括的かつ継続的に対応できる地域包括ケアシステムが整備された社会環境に変化しつつ、その取組みが加速化している。

地域包括ケアシステムの実現に向けた取組みとして、特に在宅医療・介護の情報連携が重要視されている。在宅医療と介護の関係者間で本当に必要な情報を適切に共有できるようにするため、共有する情報の内容や方法について、平成 24 年度から 26 年度にかけて厚生労働省老人保健健康増進等事業老人保健事業において「在宅医療と介護の連携における情報システムの適切な利用を促進するためのガイドライン（草案）」を策定する等、3 かにわたって在宅医療と介護の情報連携に係る活動を行ってきた。

更なる地域包括ケアシステムの普及展開を図るためには、今後、各地域で実現されていく地域包括ケアシステムの評価に関する仕組みづくりが必要不可欠である。各職種によるアセスメント情報を多職種で共有することで、在宅療養者の包括的評価が容易になり、また、アセスメント情報を地域ごとに一元管理することで、地域包括ケアシステムの質評価が可能となる。本事業では、医療および介護の質評価に関する現状調査を行った上で、ICT を用いた地域包括ケアの質評価を支援する情報システムの要件等を検討していく。

図表 1-1 業務と連動した評価支援システムの普及



## 1-2 目的と経過

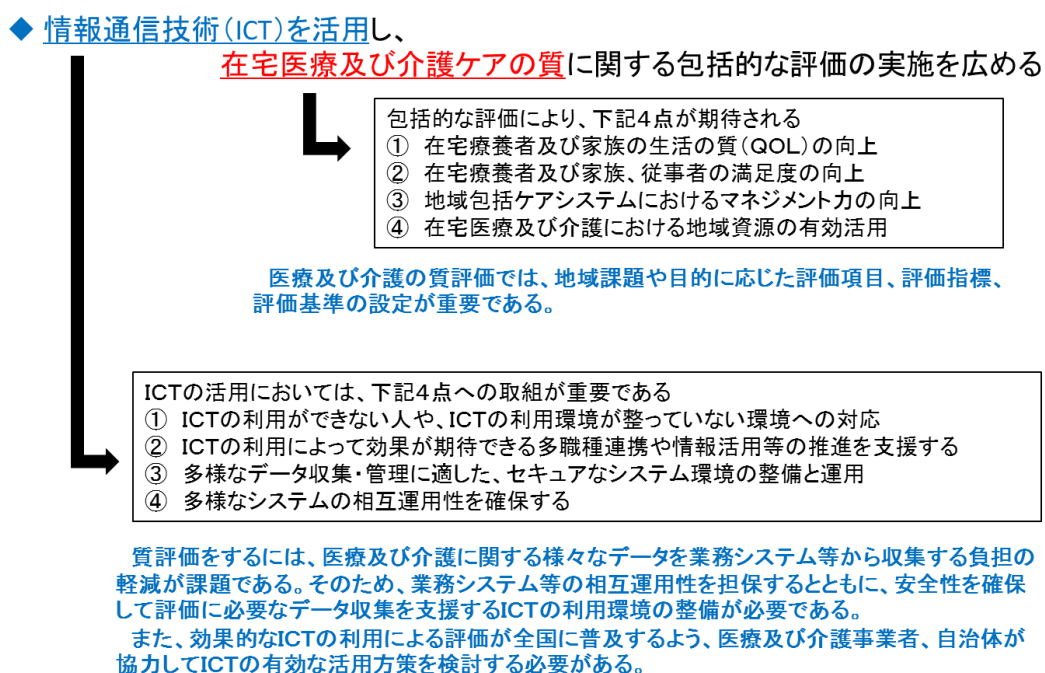
### 1-2-1 目的

情報通信技術（ICT）を活用した在宅医療及び介護ケアの質に関する包括的な評価の実施を広めるためには、地域課題や目的に応じた評価項目、評価指標、評価基準の設定が重要である。包括的な評価により、在宅療養者及び家族の生活の質（QOL）の向上、在宅療養者及び家族、従事者の満足度の向上、地域包括ケアシステムにおけるマネジメント力の向上、在宅医療及び介護における地域資源の有効活用等が期待される。

そのためには、医療及び介護に関する様々なデータを業務システム等から収集する負担の軽減が課題である。そのため、業務システム等の相互運用性を担保するとともに、安全性を確保して評価に必要なデータ収集を支援する ICT の利用環境の整備が必要である。また、効果的な ICT の利用による評価が全国に普及するよう、医療及び介護事業者、自治体が協力して ICT の有効な活用方策を検討する必要がある。

なお、ICT の活用においては、ICT の利用ができない人や、ICT の利用環境が整っていない環境への対応、ICT の利用によって効果が期待できる多職種連携や情報活用等の推進を支援する、多様なデータ収集・管理に適した、セキュアなシステム環境の整備と運用、多様なシステムの相互運用性を確保する等の活動が重要となる。

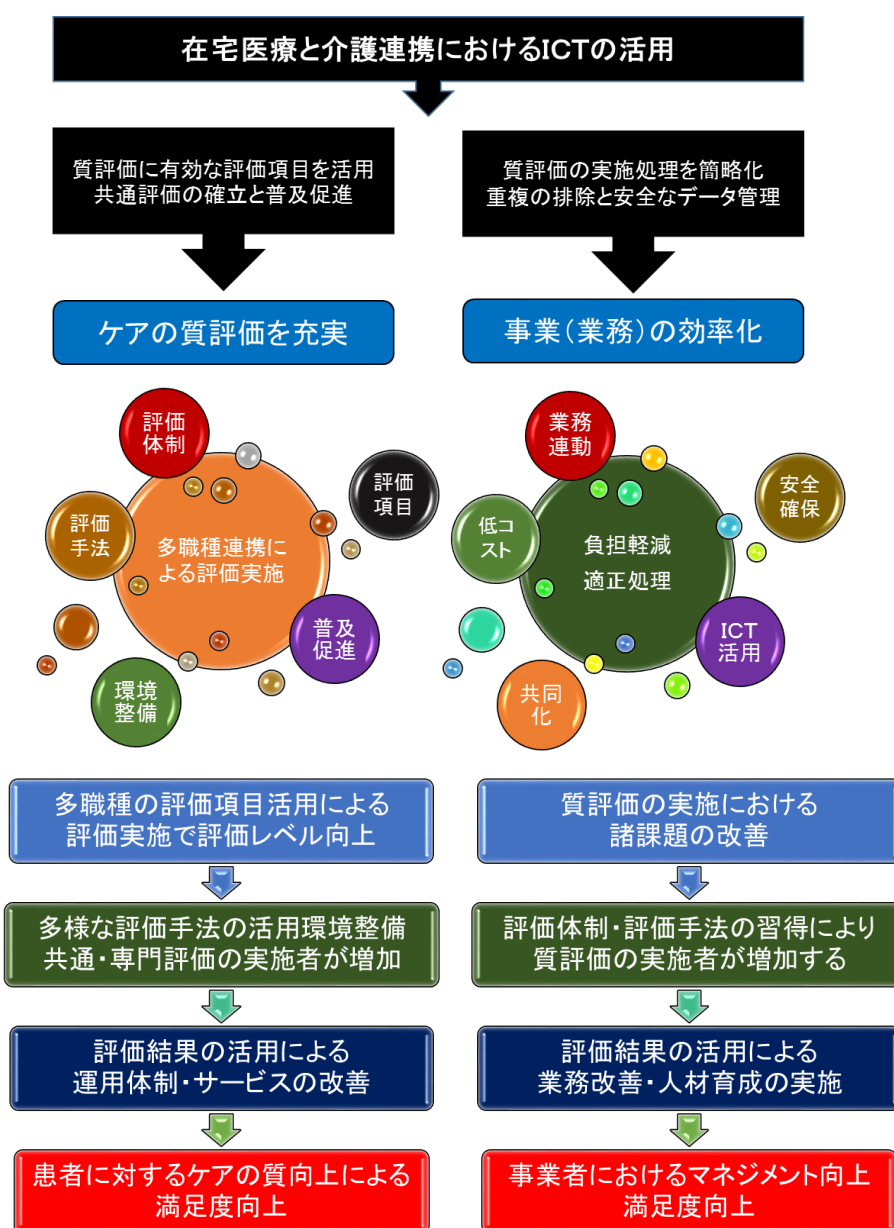
図表 1-2 調査研究の目的



在宅医療においては、多様な関係者が効果的に連携することが大切であり患者に対するケアの充実に役立つ多職種連携のしくみを整備する必要がある。そのためICTを活用して質評価に有効な患者の評価項目（アセスメントデータ）については、多職種から容易に収集できる機能や関係者の利便性を考慮した標準的なデータ形式を定めて安全にストックする機能等が必要である。また、在宅医療と介護の質評価を普及させるには、日常業務に評価の実施が一体化され、大きな負担がなく安全かつ適正に行われることが大切である。

そこで本調査研究事業では、医療及び介護において使われている多様な業務システムと連動して、評価に必要な評価項目（アセスメントデータ）をリアルタイムに収集・保管することで業務の効率化を実現させ共通の質評価の確立と普及をめざす。

図表 1-3 調査研究事業がめざしていること

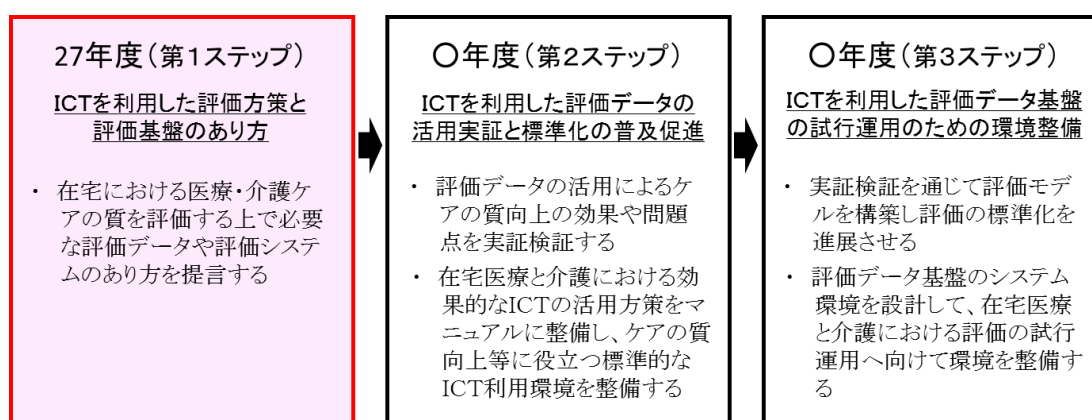


## 1-2-2 今年度の調査研究事業の位置づけ

本調査研究事業は3段階での事業展開を想定しており、今年度は第1ステップとして「ICTを利用した評価方策と評価基盤のあり方」を検討し、今後、第2ステップとして「ICTを利用した評価データの活用実証と標準化の普及促進」、第3ステップとして「ICTを利用した評価データ基盤の試行運用のための環境整備」を予定している。

なお、今年度の目標としては、在宅における医療・介護ケアの質を評価する上で必要な評価データや評価システムのあり方の提言を行うことが位置づけられている。

図表 1-4 調査研究事業展開



## 1-3 評価に関する基本的な考え方

前述したとおり、地域包括ケアシステムにおける在宅医療と介護の充実に向けて、ケアの質評価に関する仕組みづくりが必要不可欠である。その評価にあたっては、「行政・保険者の視点」「患者・家族の視点」「事業者・従事者の視点」が必要であり、それらの網羅的な視点により、患者に対する診療・ケアサービスの機能及び結果、地域における在宅医療の推進環境及び運営について評価していくことになる。

具体的には、在宅医療や居宅介護アセスメント、プランニング、サービス、モニタリング、評価等のライフサイクルにおいて発生するデータ等を収集し、構造評価（ストラクチャー）、過程評価（プロセス）、成果評価（アウトカム）を行う。

図表 1-5 評価に関する基本的な考え方

◆ 地域包括ケアシステムにおける在宅医療と介護の充実に向けて ◆



## 1-4 今年度事業の実施プロセス

今年度事業においては、ICT 活用による在宅医療・介護のケアの質評価実態を調査した上で評価支援システムの効果的な活用方策や普及策の検討を行うこととしており、具体的には以下の2点を調査した。

### 1-4-1 ICT 活用による在宅医療・介護のケアの質評価の検討

既存の医療や介護現場において活用されている評価指標等を調査するとともに、医療や介護事業者に対してケアの質評価に関するアンケート調査を実施した、更には自治体に対してヒアリング調査を実施した。

### 1-4-2 評価支援システムの効果的な活用方策や普及策の検討

上述のアンケート調査、ヒアリング調査の調査項目に評価支援システムについての設問項目も設定し、有識者等から評価手法やICT活用方策の意見を拝聴しながら評価支援システムの効果的な方策や普及策の検討を行う。

## 2 ICT活用による在宅医療・介護のケアの質評価の検討

### 2-1 概要

#### 2-1-1 目的

医療分野、介護分野においては、それぞれケアの質評価について既に多くの評価項目が存在している。そして、各法人や各事業所で活用しやすい評価項目や独自の評価項目を使用している。

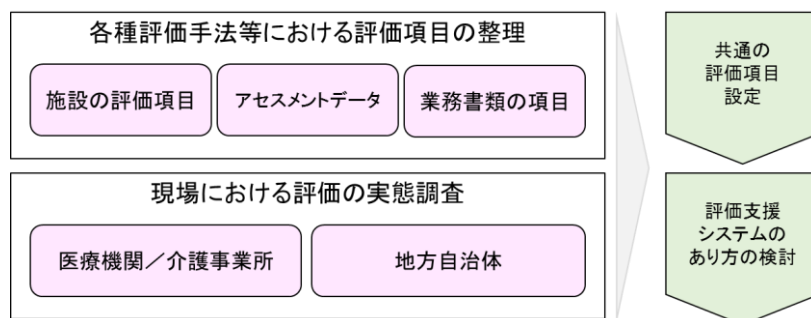
在宅医療・介護の現場においては、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員、社会福祉士、介護士等、「医療」「福祉」「介護」分野の専門職が連携しながらケアを進めることから、それら多職種連携チームでのケアの質を評価することが難しい。しかし、今後さらに在宅医療・介護を推進していく中で、ケアの質を評価しPDCAサイクルを回すことは重要であり、そのためにも多職種連携チームによるケアの質評価を設定することが必要である。

在宅医療・介護の領域に関連すると考えられる既存の評価項目の整理や評価の実態把握を行い、在宅医療・介護のケアの質評価を検討するための基礎材料とする。

#### 2-1-2 検討概要

在宅医療・介護のケアの質評価を検討するにあたり、現場でどのような情報項目が活用されているかを整理することが必要である。そのため、既存評価の整理として、医療・介護の現場で活用されている情報項目について①病院や施設で活用されている評価の項目②医療・介護現場で活用されているアセスメントデータ③各職種が活用している業務書類の項目に分けて整理する。また、現場でどの程度評価が行われているかについて把握するため、①医療機関・介護事業所等②自治体に分けて評価の実態を把握する。それら結果を基に、在宅医療・介護のケアの質評価項目の仮設定および、評価を支援するシステムのあり方の検討を行う。

図表 2-1 ケアの質評価の検討概要



## 2-2 既存評価の項目整理

### 2-2-1 整理するにあたっての考え方

各領域により、ケアの質の評価手法は異なる。まず、病院や介護施設等、“施設の評価”を行う評価手法と、“患者・利用者個人の評価”を行う評価手法に大きく分けられる。“施設の評価”については、病院に対して行われる「病院機能評価」と、介護施設に対して行われる「業務改善の自己評価」について整理した。“患者・利用者個人の評価”については、各々の評価指標のうち、アセスメントにあたる項目について整理した。患者・利用者個人の評価”の項目を整理するにあたっては、平成25年度に株式会社三菱総合研究所が執筆した「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」の調査報告書で整理されている評価手法を基本としている。また、本事業で開催した「評価手法部会」の委員の意見等を踏まえ、各領域で代表的に活用されている評価手法を抽出し、そのアセスメントデータを整理した。

図表 2-2 本事業で整理する評価手法

領域	評価ツール	臨床活動のプロセス(PDCA)				
		アセスメント	プランニング	実施	評価	
施設	病院	病院全体の機能を評価				
	介護施設	介護施設の業務改善のための評価				
患者・利用者	居宅介護支援	インターライ方式 ケアアセスメント	○	○	○	○
		包括的自立支援プログラム方式	○	○	○	○
		日本介護福祉士会各種方式	○	○	○	○
		ケアマネジメント実践記録様式	○	○	○	○
		日本版成人・高齢者用アセスメントとケアプラン	○	○	○	○
		「居宅サービス計画ガイドライン」アセスメント様式	○	○	○	○
	老人保健施設	新全老健版ケアマネジメント方式 <R4システム版ICFステージング>	○	○	○	○
	老年医学	高齢者機能評価(CGA)	○			
	プライマリケア	プライマリ・ケア国際分類(ICPC)	○			
	看護	NANDA看護診断	○	○	○	○
		オマハシステム	○	○	○	○
	緩和ケア	Support Team Assessment Schedule (STAS)	○			
		エドモントン症状評価システム(ESAS)	○	○	○	○
	その他	QOL尺度: SF-36, SF-8, EORTC-QLQ, EQ-5D等	○			
ADL評価(BI, FIM等)		○				
要介護認定調査票		○				

## 2-2-2 施設の評価項目の整理

### (1) 病院機能評価

病院機能評価を行っている公益財団法人 日本医療機能評価機構によると、「病院機能評価は、病院が組織的に医療を提供するための基本的な活動（機能）が、適切に実施されているかどうかを評価する仕組み」とされている。評価調査者（サーベイヤー）が所定の評価項目に沿って病院の活動状況を評価し、評価の結果明らかになった課題に対し、病院が改善に取り組むことで、医療の質向上を図ることを目的としている。

病院機能評価は、病院の機能種別により評価項目が異なる。

図表 2-3 病院機能種別

機能種別名	種別の説明
一般病院 1	主として、日常生活圏域等の比較的狭い地域において地域医療を支える中小規模病院
一般病院 2	主として、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院
精神科病院	主として、精神科医療を担う病院
リハビリテーション病院	主として、リハビリテーション医療を担う病院
慢性期病院	主として、療養病床等により慢性期医療を担う病院
緩和ケア病院	主として、緩和ケア病棟もしくはホスピスを有する病院

図表 2-4 評価項目の概要

<b>1 患者中心の医療の推進</b>
1.1 患者の意思を尊重した医療
1.2 地域への情報発信と連携
1.3 患者の安全確保に向けた取り組み
1.4 医療関連感染制御に向けた取り組み
1.5 継続的質改善のための取り組み
1.6 療養環境の整備と利便性
<b>2 良質な医療の実践1</b>
2.1 診療・ケアにおける質と安全の確保
2.2 チーム医療による診療・ケアの実践
<b>3 良質な医療の実践2</b>
3.1 良質な医療を構成する機能1
3.2 良質な医療を構成する機能2
4.2 人事・労務管理
4.3 教育・研修
4.4 経営管理
4.5 施設・設備管理
4.6 病院の危機管理



## (2) 業務改善の自己評価

社団法人かながわ福祉サービス振興会では、介護サービスの質向上に取り組むために「自己評価（事業所調査）」「利用者評価（顧客満足度調査）」「従業者評価（従業者満足度調査）」「外部（第三者）評価（書類、訪問調査）」が必要であるとしており、介護施設における業務改善の自己評価項目 99 項目を作成している。

図表 2-5 施設の自己評価項目

NO	評価項目	NO	評価項目	NO	評価項目
評価領域1 組織体制		評価領域3 サービスの内容		評価領域4 利用者本位の姿勢	
1	基本理念	(3-1)	住環境および設備について	64	サービスの説明
2	事業計画	24	施設等のバリアフリー	65	見学・体験入居の実施
3	業務の見直し	25	快適な環境づくり	66	重要事項説明書と契約
4	満足度の把握	26	食堂の設備状況	67	入居前の契約解除
5	雇用契約書等の管理	27	浴室の設備状況	68	退去時の取決め
6	就業規則の整備	28	トイレの設備状況	69	個人情報使用の同意
7	設備・備品の台帳管理	29	来訪者への対応	70	個人情報保護の徹底
8	設備等の保守点検	(3-2)	ケアマネジメントについて	71	入居者の権利擁護
9	組織運営の工夫	30	アセスメントの実施	72	利用料の改定
10	適切な経理	31	施設サービス計画書の作成	73	運営状況の報告
11	適切な経営	32	サービス担当者会議の開催	74	実績報告
評価領域2 人材育成・就業環境整備		33	モニタリングのための記録	75	サービス提供情報の開示
12	適切な勤務表の作成	34	モニタリングの実施	76	一時金等の保全措置（有料老人ホーム等）
13	勤務実績管理	35	チームケアの実施	77	苦情の申し立て先
14	健康管理	(3-3)	食事サービスについて	評価領域5 リスクマネジメント	
15	法令順守	36	入居者の状態に配慮した食事	78	ナースコールへの対応
16	倫理の徹底	37	好みに合った食事	79	容態急変時の対応
17	研修計画の作成と実施	38	適温での提供	80	感染症対策マニュアルの整備
18	研修への参加	39	食事介助	81	感染症入居者への対応
19	資格取得への支援	(3-4)	入浴サービスについて	82	食品衛生対策
20	職員の適材適所	40	個別の入浴	83	事故対策マニュアルの整備
21	個人の尊厳への配慮	41	入浴介助	84	事故処理の記録と報告
22	サービス改善への職員参加	42	入浴時のプライバシー配慮	85	事故の再発防止
23	職員の意欲向上	(3-5)	排泄介助について	86	賠償責任保険の説明と加入
		43	排泄介護用品の選定	87	苦情対応マニュアルの整備
		44	排泄介助	88	苦情への対応
		(3-6)	入居者の健康管理について	89	第三者委員会の開催
		45	入居者の健康管理	90	改善への取組み
		46	口腔ケアへの対応	91	災害対策マニュアルの整備
		47	服薬管理の実施	92	災害時の対応
		(3-7)	重度者への介護について	93	廃棄物の処理
		48	寝たきり防止への取組み	評価領域6 情報提供・地域連携	
		49	褥瘡予防	94	施設の情報提供
		50	拘束のない介護	95	保健、医療、福祉との連携
		51	虐待防止	96	ボランティアとの連携
		52	ターミナルケアへの対応	97	地域との交流
		(3-8)	認知症への介護について	98	施設機能の開放
		53	見当識維持への取組み	99	他施設との連携
		54	認知症理解への取組み		
		55	認知高齢者へのプログラム		
		(3-9)	生活支援サービスについて		
		56	生活相談業務		
		57	小口現金の管理		
		58	外部サービスの活用		
		59	コミュニケーション		
		(3-10)	生きがいのある生活について		
		60	生活活動の向上		
		61	アクティビティの実施		
		62	サークル活動の支援		
		63	外出支援		

## 2-2-3 患者・利用者の評価項目の整理

### (1) インターライ方式 ケアアセスメント

インターライ方式は、国際的な研究組織である interRAI が開発したアセスメント方式である。それまでの MDS 方式のすべての版を再構築している。「アセスメント」と、アセスメントで捉えた問題を検討するための指針が書かれた「CAP(Clinical Assessment Protocol, ケア指針)」から構成されている。

図表 2-6 インターライ方式の概要

【アセスメント】					【CAP(ケア方針)】				
		居宅版	施設版	高齢者住宅版			居宅版	施設版	高齢者住宅版
アセスメント領域	A 基本情報	○	○	○	機能面	1. 身体活動の推進	○	○	○
	B 相談受付表	○	○	○		2. IADL	○	—	○
	C 認知	○	○	○		3. ADL	○	○	○
	D コミュニケーションと視覚	○	○	○		4. 住環境の改善	○	—	—
	E 気分と行動	○	○	○		5. 施設入所のリスク	○	—	○
	F 心理社会面	○	○	○		6. 身体抑制	○	○	—
	G 機能状態	○	○	○	精神面	7. 認知低下	○	○	○
	H 失禁	○	○	○		8. せん妄	○	○	—
	I 疾患	○	○	○		9. コミュニケーション	○	○	○
	J 健康状態	○	○	○		10. 気分	○	○	○
	K 口腔および栄養状態	○	○	○		11. 行動	○	○	○
	L 皮膚の状態	○	○	○		12. 虐待	○	—	—
	M アクティビティ	○	○	○	社会面	13. アクティビティ	○	○	○
	N 薬剤	○	○	○		14. インフォーマルな支援	○	—	—
	O 治療とケアプログラム	○	○	○		15. 社会関係	○	○	○
	P 意思決定権と事前指示	○	○	○	臨床面	16. 転倒	○	○	○
	Q 支援状況	○	—	—		17. 痛み	○	○	○
	R 退院・退所の可能性	—	○	—		18. 褥瘡	○	○	—
	S 環境評価	○	—	—		19. 心肺機能	○	○	○
	T 今後の見通しと全体状況	○	—	—		20. 低栄養	○	○	○
	U 利用の終了	○	○	○		21. 脱水	○	○	—
	V アセスメント情報	○	○	○		22. 胃ろう	○	○	—
						23. 検診・予防接種	○	○	○
						24. 適切な薬剤使用	○	○	—
						25. 喫煙と飲酒	○	○	—
						26. 尿失禁	○	○	—
						27. 便秘	○	○	—

出典：インターライ日本公式ホームページ <http://interrai.jp/tokubetsuki>

## (2) 包括的自立支援プログラム方式

包括的自立支援プログラム方式は、三団体（全国老人保険施設協会、介護療養型医療施設連絡協議会、全国老人福祉施設協議会）のアセスメントに対応しているアセスメントシステムである。在宅復帰および在宅支援の検討、ケアチェック表に対応しており、サービス計画書（1）（2）、週間サービス計画書といった必要書類の作成を補助するものである。

図表 2-7 主な出力帳票

<ul style="list-style-type: none"> <li>・個人台帳</li> <li>・介護保険証情報</li> <li>・在宅復帰および在宅支援の検討</li> <li>・ケアチェック表</li> <li>・ケアチェック要約表</li> <li>・施設サービス計画書(1)(2)</li> <li>・居宅サービス計画書(1)(2)</li> <li>・日課計画表</li> <li>・週間サービス計画書</li> <li>・月間サービス計画書</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス担当者会議の要点</li> <li>・利用者基本情報</li> <li>・「介護予防の為に生活機能評価」判定報告書</li> <li>・基本チェックリスト</li> <li>・介護予防サービス・支援経過表(1)(2)</li> <li>・居宅介護支援経過</li> <li>・介護予防支援経過</li> <li>・介護予防支援・サービス評価表</li> </ul>
--	--

図表 2-8 ケアチェック表の概要

カテゴリ	項目例
1. 食事・水分摂取等に関するケア	ケアの内容(調理、準備・後始末、経管栄養)、ケア提供の場所
2. 排泄に関するケア	ケアの内容(移乗・移動、排尿、排便、おむつ交換)、ケア提供の場所
3. 入浴・清拭等に関するケア	ケアの内容(準備・後始末、洗髪、洗身、清拭・部分浴)、ケア提供の場所
4. 洗面、口腔清潔・整容・更衣に関するケア	ケアの内容(洗面、口腔清潔、整容、更衣)、ケア提供の場所

### (3) 日本介護福祉士会各種方式

日本介護福祉士会各種方式といわれる指標には、アセスメント、課題分析表、生活7領域からみたアセスメント等がある。例えば、生活7領域からみたアセスメントでは、「衣」「食」「住」「体の健康」「心の健康」「家族関係」「社会関係」の7領域でアセスメントを行っている。

図表 2-9 生活7領域から捉えた援助の必要性

「現状・状態・本人の対処」項目		「本人の望み・意欲・関心」項目に関する質問事項（例）
衣	汚れ・清潔	先程、洗濯はご自身でおっしゃっていました。きちんとした身なりをされていますが、着るものはご自分で選ばれるのですか
	洗濯	
	整理	
	着替えの用意	
	購入	
	着脱衣	
食	食事の回数	お食事は楽しみですか／食べたいものをちゃんと注文されますか
	内容	
	調理	
	配膳・片付け	
	購入・調達	
	摂食・こぼし	
	制限食	
	保存	
住	日照等の環境	お掃除が行き届き、きちんと片付いておられるのですが、どなたが掃除されるのですか
	本人の場	
	寝具	
	汚れ	
	整理	
	段差等の障害物	
	移動・移乗	
快適さ		
体の健康	疾病・病名	通院が一番大変な様子とのことですが、ご家族が会社を休んで付き添われているのですか
	障害・痛み	
	受診・治療	
	服薬等	
	口腔・整容	
	皮膚	
	排泄	
	保清	
起居動作		
心の健康	疾病・障害・受診	将来的に一番気になることはどんなことですか
	不満・落ち込み	
	楽しみ・趣味	
	将来への不安	
	性格・長所	
家族関係	本人と家族との関係	ご家族に対し、介護が負担ではないかと感じておられるのですか
	主な介護者の態度	
	本人の役割	
	別居家族との関係	
	介護者の健康と負担度	
社会関係	外出の機会	外出の機会が少ないようですが、外に行くのは嫌ですか
	人の出入り	
	友人	
	近隣との関係	
	介護者の社会関係	

#### (4) ケアマネジメント実践記録様式

ケアマネジメント実践記録方式は、社団法人 日本社会福祉士会が開発したアセスメント・ツールである。保健・医療・福祉など様々な分野の専門職が使用することを前提に、しているため、どの職種の介護支援専門員でも使用することが可能となっている。また、居宅サービス計画と施設サービス計画の両方に対応しており、居宅か介護保険施設かに関わらず、一貫して使用できるという特徴がある。

図表 2-10 ケアマネジメント実践記録様式の項目概要

フェイスシート	アセスメント票
<ul style="list-style-type: none"> <li>I. 利用者</li> <li>II. 相談者</li> <li>III. 主訴</li> <li>IV. 利用者の心身の障害と生活歴</li> <li>V. 家族・介護に関わる別居家族等および住宅</li> <li>VI. 介護保険</li> <li>VII. 現在利用しているサービスおよび関係機関等</li> <li>VIII. 医療保険・各種手帳・制度等の利用</li> <li>IX. 権利擁護制度・事業の利用</li> <li>X. エコマップ</li> <li>XI. 主な日課とサービス等のスケジュール</li> <li>XII. 今後の対応</li> <li>VIII. 介護支援サービスの終了</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I. 健康状態               <ul style="list-style-type: none"> <li>A. 健康状態全般</li> <li>B. 薬および医療器具とその対応</li> <li>C. 拘縮・麻痺・褥瘡および皮膚の状態</li> <li>D. 口腔内の状態および食事内容の状況</li> <li>E. 排泄の状態</li> <li>F. 資格・聴覚およびコミュニケーション</li> </ul> </li> <li>II. 認知機能及び精神・行動障害</li> <li>III. ADL               <ul style="list-style-type: none"> <li>A. 寝返り・起き上がり・座位保持</li> <li>B. 立ち上がり・立位保持</li> <li>C. 移動</li> <li>D. 食事</li> <li>E. 排泄</li> <li>F. 入浴・衛生の保持</li> <li>G. 着替え</li> </ul> </li> <li>IV. 家族・IADL</li> <li>V. 生活の質(社会参加)と生活支援(権利擁護)               <ul style="list-style-type: none"> <li>A. 生活の質(社会参加)</li> <li>B. 生活支援(権利擁護)</li> </ul> </li> <li>VI. 介護状況               <ul style="list-style-type: none"> <li>A. 主介護者の状況</li> <li>B. 介護をめぐる家族・親族の支援態勢</li> <li>C. 近隣・知人による援助の実態と可能性</li> <li>D. サービス利用</li> <li>E. 経済状況</li> <li>F. 日課および週間予定から生じる介護上の問題</li> </ul> </li> <li>VII. 居住環境               <ul style="list-style-type: none"> <li>A. 寝室(利用者本人が寝ている部屋)</li> <li>B. 居間(利用者本人が日中に主に過ごす部屋)</li> <li>C. トイレ</li> <li>D. 浴室・脱衣室</li> <li>E. アプローチ・玄関・廊下・階段</li> <li>F. 台所</li> </ul> </li> <li>VIII. アセスメント要約表</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>利用者家族の状況</b></li> <li>I. アセスメント担当者</li> <li>II. アセスメント実施日</li> <li>III. アセスメント実施場所</li> <li>IV. アセスメント理由</li> <li>V. アセスメントの情報源(情報提供者)</li> <li>VI. 情報利用の同意</li> </ul>	

(5) 日本版成人・高齢者用アセスメントとケアプラン

日本版成人・高齢者用アセスメントとケアプランは、日本訪問看護振興財団が開発した方式で、アセスメントからケアプラン作成、ケアサービスの実施、モニタリングまで一元的に活用できるツールである。

図表 2-11 アセスメント票の枠組み

介護保険情報	ケアプランの理由	アセスメント項目数
I. 基本情報	本人の状況、介護保険・医療保険・公費制度、ケアプラン立案の理由、家族構成、健康状態など	36
	1. 現在利用しているサービスの提供機関	12
	2. 利用者の生活歴・生活情報・訴え	
II. 生活療養情報	3. 公費制度利用・経済	26
	A. コミュニケーション・視聴覚・認知の状態	
	1. コミュニケーション・聴覚	
	2. 視覚・視野	
	3. 認知の状態	41
	B. 身体機能・リハビリテーション	
	1. 日常生活動作の状態	
	2. 社会生活動作の状態・精神的意欲	
	C. 身体のコントロール	30
	1. 身体のコントロール	
	D. 皮膚の状態と清潔	
	1. 皮膚・清潔	14
	2. 褥瘡	
	E. 排泄のコントロール	
	1. 排泄のコントロール	19
	F. 痛みの状態	
	1. 痛みの状態	
	G. 栄養状態と食べ方の状況	28
	1. 食事	
	2. 栄養状態・食べ方	
	3. 飲水	13
	H. 歯と口腔の状況	
	1. 歯・口腔	
	I. 社会生活への参加意欲	17
	1. 社会生活への参加状態	
	J. 気分と行動・特異行動	39
1. 気分と行動		
2. 特異行動		
K. 対人関係・ケア上の課題	6	
1. 対人関係		
2. ケア上の課題		
L. 認知症の状態	19	
1. 認知症の状態		
M. 生活習慣・問題の兆候		
1. 生活習慣	25	
2. 問題の兆候や症状		
3. 状態の安定性	39	
N. 治療の状況		
1. 既往歴・主副傷病名		
2. 特別な治療・ケア		
O. 薬・使用薬の状況	6	
1. 使用薬の状況		
III. ターミナルケア情報	1. ターミナル期	終末期のみ使用
IV. 家族介護・家事の情報	1. 家族介護の状況	19
	2. 家事負担の状況	退所時使用 施設内不要
V. 社会資源導入情報	1. 住宅の改修	25
	2. 生活用具の導入	退所時使用
	3. 社会サービスの導入	施設内不要

## (6) 居宅サービス計画ガイドラインアセスメント様式

居宅サービス計画ガイドラインアセスメント様式は、介護保険制度の創設にあたり、社会福祉法人 全国社会福祉協議会がケアプラン作成方式として開発したのものである。全国社会福祉協議会によると、本ガイドラインは要介護者の「強さ」を理解し、それをケアプランに活かすことにより、自らの問題を自らの力で解決することを支援するエンパワメント支援の考え方を盛り込んでいるとされている。

図表 2-12 居宅サービス計画ガイドラインアセスメント様式の項目概要

カテゴリ	項目例
1. フェースシート	氏名、住所、相談者、相談内容、要介護認定、日常生活自立度
2. 家族状況とインフォーマルな支援の状況	家族構成と介護状況、インフォーマルな支援活用状況
3. サービス利用状況	介護サービス等の利用状況、直近の入所・入院、制度利用状況
4. 住居等の状況	居室等の状況、トイレ、浴室、移動手段、家屋見取図
5. 本人の健康状態・受診等の状況	既往歴・現症、障害等の部位、受信状況、薬の有無
6. 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細	基本動作、生活機能(食事、排泄等)、認知機能、精神・行動障害
7. 全体のまとめ	自由記述、安全確保への対応の必要性、権利擁護に関する対応の必要性

## (7) 新全老健版ケアマネジメント方式<R4 システム版 ICF ステージング>

全国老人保健施設協会が R4 システムを開発しており、老人保健施設における評価指標である。ケアマネジメントのステージを4つの段階に分類しており、「R-1」は4つのアセスメント（ニーズアセスメント、適性アセスメント、生活機能アセスメント、専門職アセスメント）、「R-2」はケアプランの作成、「R-3」はケアプランの実施と確認、「R-4」は変化のチェックと Do の評価である。

図表 2-13 ICF ステージング評価項目の概要

スケール	項目数
1. 医療のアセスメント	診断名、疾患等を記入
2. 基本動作	ステージ1～5
3-a. 歩行・移動	
4-a. 認知機能～オリエンテーション(見当識)	
4-b. 認知機能～コミュニケーション	
4-c. 認知機能～精神活動	
5-a. 食事～嚥下機能	
5-b. 食事～食事動作および食事介助	
6-a. 排泄の動作	
7-a. 入浴動作	
8-a. 整容～口腔ケア	
8-b. 整容～整容	
8-c. 整容～衣服の着脱	
9-a. 社会参加～余暇	
9-b. 社会参加～社会交流	

## (8) 高齢者総合的機能評価 (CGA)

高齢者総合的機能評価は、医学的評価のみならずADL、認知機能、情緒・気分等も合わせて評価することで、より患者・利用者の介入効果を狙うものである。標準版の評価方法は項目が多いが、簡易版 (CGA7) は7項目のみの項目となっており、短時間で実施可能である。

図表 2-14 標準版の評価方法



注) <sup>\*1</sup>情緒障害はうつ、不安、幸福度の喪失など多様であるが、本邦ではうつが代表的に測定される。なお主観的幸福度の測定はモラールスケールが有名である。  
<sup>\*2</sup>うつ傾向とうつ状態を判別するためには高齢者抑うつ尺度に15項目短縮版 (GDS15) を用いる。  
<sup>\*3</sup>Barthel IndexとIADL尺度 (Lawton&Brody) の代わりに、ADL-20 (江藤) を用いることができる。

資料 : 「高齢者総合的機能評価ガイドライン ; 厚生科学研究所」を基に作成

図表 2-15 簡易版 (CGA 7) の評価方法

項目番号	調査内容	出典	内容
(1)	意欲	Vitality Index	外来または診察時や訪問時に、被験者の挨拶を待つ
(2)	認知機能	改訂長谷川式簡易知能評価スケール	「これから言う言葉を繰り返して下さい。(桜、猫、電車)」 「あとでまた聞きますから覚えておいて下さいね」
(3)	手段的ADL	IADL尺度 (Lawton&Brody)	外来の場合 : 「ここへどうやって来ましたか？」 それ以外の場合 : 「普段、ひと駅離れた町へどうやって行きますか？」
(4)	認知機能	改訂長谷川式簡易知能評価スケール	「先程覚えていただいた言葉を教えてください」
(5)	基本的ADL	Barthel Index	「お風呂は自分1人で入って、洗うのも手助けは要りませんか？」
(6)	基本的ADL	Barthel Index	「漏らすことはありませんか？」 「トイレに行けないときは、尿瓶を自分で使えますか？」
(7)	情緒・気分	GDS	「自分が無力だと思いますか？」



(9) プライマリ・ケア国際分類 (ICPC)

プライマリ・ケア国際分類は、愁訴や病名、診療行為についての世界共通のコード分類である。分類体系は、プライマリ・ケアに合わせて簡素化されており、国際疾病分類第10版 (ICD-10) からの変換も可能となっている。

図表 2-16 ICPC コードの基本構造

章 要素	A 全身および部位不特定	B 血液、造血器、リンパ組織	D 消化器	F 眼	H 耳	K 循環器	L 筋骨格	N 神経	P 心理、精神	R 呼吸器	S 皮膚	T 内分泌、代謝、栄養	U 泌尿器	W 妊娠、育児、家族計画	X 女性性器 (乳房を含む)	Y 男性性器	Z 社会問題
1. 愁訴と症状	01 02 03 04 . . . 27 28 29																
2. 診断行為と予防行為	30 . . . . . 49																
3. 治療行為と投薬	50 . 59																
4. 結果	60 61																
5. 各種書類作成	62																
6. その他	63 . 69																
7. 診断と疾患	70 71 72 . . . . . . 97 98 99																

出典：日本プライマリ・ケア連合学会 ICPC プロジェクトチームホームページ  
<http://icpc.nosmokeworld.com/>

(10) NANDA 看護診断

NANDA 看護診断は、北米看護診断協会(North American Nursing Diagnosis Association)が提唱する看護診断のことである。

看護診断は看護過程の 5 段階（アセスメント、看護診断、看護計画、看護介入、看護評価）の 1 つで、アセスメントから導き出された問題を診断する。

図表 2-17 NANA 看護診断の領域

領域	観点例
1. ヘルスプロモーション	栄養促進準備状態、自己健康管理促進準備状態
2. 栄養	栄養摂取消費バランス異常、嚥下障害、体液量
3. 排泄と交換	尿失禁、下痢、便秘、自発換気障害
4. 活動／休息	睡眠促進準備状態、歩行障害、活動体制低下
5. 知覚／認知	徘徊、感覚知覚混乱、記憶障害
6. 自己知覚	孤独感リスク障害、絶望、無力
7. 役割関係	家族介護者役割緊張、家族機能障害、非効果的役割遂行
8. セクシュアリティ	性的機能障害、非効果的セクシュアリティパターン
9. コーピング／ストレス耐性	心的外傷後シンドローム、ストレス過剰負荷、死の不安
10. 生活原理	希望促進準備状態、意思決定、葛藤
11. 安全／防御	感染リスク状態、自己障害、免疫能促進準備状態
12. 安楽	安楽障害、急性疼痛、社会的孤立
13. 成長／発達	成人気力体力減退、成長発達遅延

(11) オマハシステム

オマハシステムは、ネブラスカ州オマハの訪問看護協会が看護システムである。対象の患者・利用者と家族を一単位とし、身体的・精神的・社会的・霊的な健康課題を 42 個に整理している。日本においては、以下の問題に整理され、第一版日本語版となっている。

図表 2-18 オマハシステムの領域と問題

領域	問題	領域	問題
環境的	収入	生理的	聴力
	衛生		視力
	住居		会話と言語
	近隣／職場の安全		歯
心理社会的	地域の社会資源との連絡		認識
	社会的接触		疼痛
	役割の転換		意識
	対人関係		皮膚
	宗教的苦悩		神経－筋－骨格系の機能
	悲嘆		呼吸
	情緒の安定		循環
	人間のセクシュアリティ		消化－水分調節
	見捨てられた子供／おとな		腸の機能
	虐待されている子供／おとな		生殖機能
成長と発達	産前・産後		
		健康に関連した行動	栄養
			睡眠と休息のパターン
			身体的活動
			清潔
			薬物などの使用
			家族計画
			ヘルスケアの管理
		処方された薬剤の管理	

## (12) QOL 尺度

QOL 尺度は、大きく包括的尺度と疾患特異的尺度に分類されており、包括的尺度には SF-36、SF-8、SIP (Sickness Impact Profile)等がある。疾患特異的尺度には、がん疾患向けの QOL-ACD、EORTC QLQ、糖尿病性腎症には KDQOL 等がある。

例として、SF-36 の尺度について下図に掲載する。

図表 2-19 SF-36 の尺度と解釈

下位尺度名	略号	得点の解釈	
		低い	高い
身体機能 Physical functioning	PF	入浴または着替えなどの活動を自力で行うことが、とてもむずかしい	激しい活動を含むあらゆるタイプの活動を行うことが可能である
日常役割機能(身体) Role physical	RP	過去1か月間に仕事やふだんの活動をした時に身体的な理由で問題があった	過去1か月間に仕事やふだんの活動をした時に、身体的な理由で問題がなかった
体の痛み Bodily pain	BP	過去1か月間に非常に激しい体の痛みのためにいつもの仕事が非常にさまたげられた	過去1か月間に体の痛みはぜんぜんなく、体の痛みのためにいつもの仕事がさまたげられることはぜんぜんなかった
全体的健康感 General health	GH	健康状態が良くなく、徐々に悪くなっていく	健康状態は非常に良い
活力 Vitality	VT	過去1か月間、いつでも疲れを感じ、疲れはてていた	過去1か月間、いつでも活力にあふれていた
社会生活機能 Social functioning	SF	過去1か月間に家族、友人、近所の人、その他の仲間とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で非常にさまたげられた	過去1か月間に家族、友人、近所の人、その他の仲間とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由でさまたげられることはぜんぜんなかった
日常役割機能(精神) Role emotional	RE	過去1か月間、仕事やふだんの活動をした時に心理的な理由で問題があった	過去1か月間、仕事やふだんの活動をした時に心理的な理由で問題がなかった
心の健康 Mental health	MH	過去1か月間、いつも神経質でゆううつな気分であった	過去1か月間、おちついていて、楽しく、おだやかな気分であった

出典： SF-36v2<sup>TM</sup>日本語版マニュアル：特定非営利活動法人健康医療評価研究機構、2004

## (13) Support Support Team Assessment Schedule (STAS)

STAS はホスピス・緩和ケアにおける評価尺度の1つであり、英国で開発された。コアとなる9項目と付加的な6項目から成るが、日本語版においてはコアとなる9項目(身体的症状について2項目、不安・病状認識について2項目、家族の不安・病状認識について2項目、コミュニケーションについて3項目)のみ翻訳されている。

図表 2-20 STAS 日本語版の項目

項目	影響
1. 痛みのコントロール	痛みが患者に及ぼす影響
2. 痛み以外の症状コントロール	痛み以外の症状が患者に及ぼす影響
3. 患者の不安	不安が患者に及ぼす影響
4. 家族の不安	不安が家族に及ぼす影響
5. 患者の病状認識	患者自身の予後に対する理解
6. 家族の病状認識	家族の予後に対する理解
7. 患者と家族とのコミュニケーション	患者と家族とのコミュニケーションの深さと率直さ
8. 職種間のコミュニケーション	患者と家族の困難な問題についての、スタッフ間での情報交換の早さ、正確さ、充実度
9. 患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション	患者や家族が求めた時に医療スタッフが提供する情報の充実度

(14) エドモントン症状評価システム (ESAS)

エドモントン症状評価システムは、緩和医療の対象となる患者が頻繁に経験する 9 つの症状（痛み、だるさ、眠気、吐き気、食欲不振、息苦しさ、気分の落ち込み、不安、全体的な調子）のアセスメントに役立つように開発された評価である。日本語版においても、9 つの症状を 0～10 の 11 段階で患者や家族に質問する。患者や家族は回答できない場合は、医療従事者が評価する場合もある。

図表 2-21 エドモントン症状評価システム調査票

エドモントン症状評価システム改訂版 日本語版 (ESAS-r-J)													
Edmonton Symptom Assessment System revised, (Japanese version) (ESAS-r-J)													
あなたは、 <u>今</u> 、どのように感じていますか。最もよくあてはまる数字に○を付けて下さい。													
痛み	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(なし)	(最もひどい)
だるさ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(元気が出ないこと)	(最もひどい)
眠気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(うとうとする感じ)	(最もひどい)
吐き気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(なし)	(最もひどい)
食欲不振	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(なし)	(最もひどい)
息苦しさ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(なし)	(最もひどい)
気分の落ち込み	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(悲しい気持ち)	(最もひどい)
不安	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(心配で落ち着かない)	(最もひどい)
[      ]	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	他の症状(例:便秘など)	(最もひどい)
全体的な調子	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	(全体的にどう感じるか)	(最もよい) (最も悪い)
患者名 _____						記入した人(チェックを一つ入れて下さい)							
日付 _____ 時間 _____						<input type="checkbox"/> 患者さんご自身が記入 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> ご家族・医療従事者が手伝い、患者さんが記入							

出典：エドモントン症状評価システム改訂版の使用法に関するガイドライン

[http://pod.ncc.go.jp/esas/ESAS-r-J%E5%85%AC%E9%96%8B%E7%89%88\\_20150929.pdf](http://pod.ncc.go.jp/esas/ESAS-r-J%E5%85%AC%E9%96%8B%E7%89%88_20150929.pdf)

## (15) ADL 評価

ADL (日常生活動作) を評価する指標は世の中に多くあるが、臨床現場で多く用いられているバーセルインデックス (BI) および機能的自立度評価法 (FIM) の評価指標についてのみ記述する。

BI は 10 項目で構成されており、自立度に応じて 0、5、10、15 の点数をつける。総得点は最高 100 点、最低 0 点であり、総合点が 40 点以下ならほぼすべての項目に介助が必要、60 点以下では起居移動動作を中心に介助が必要と推測する。

FIM は運動項目 13 項目と認知項目 5 項目で構成されており、それぞれの項目に 1～7 点をつける。総合点は最高 126 点、最低 18 点であり、1 点で介護時間 1.6 分と見なされる。

図表 2-22 バーセルインデックス (Barthel Index, BI) の評価指標

カテゴリ	点数	質問内容
1 食事	10	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える
	5	部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう)
	0	全介助
2 車いすから ベッドへの移動	15	自立、プレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む)
	10	軽度の部分介助または監視を要する
	5	座ることは可能であるがほぼ全介助
3 整容	0	全介助または不可能
	5	自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り)
	0	部分介助または不可能
4 トイレ動作	10	自立(衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む)
	5	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する
	0	全介助または不可能
5 入浴	5	自立
	0	部分介助または不可能
6 歩行	15	45M以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わず
	10	45M以上の介助歩行、歩行器の使用を含む
	5	歩行不能の場合、車椅子にて45M以上の操作可能
	0	上記以外
7 階段昇降	10	自立、手すりなどの使用の有無は問わない
	5	介助または監視を要する
	0	不能
8 着替え	10	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む
	5	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える
	0	上記以外
9 排便コントロール	10	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能
	5	ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む
	0	上記以外
10 排尿コントロール	10	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能
	5	ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む
	0	上記以外

図表 2-23 機能的自立度評価法（Functional Independence Measure, FIM）の評価指標

大項目	中項目	小項目
運動項目	セルフケア	食事
		整容
		清拭
		更衣(上半身)
		更衣(下半身)
		トイレ
	排泄	排尿コントロール
		排便コントロール
	移乗	ベッド、椅子、車椅子
		トイレ
浴槽・シャワー		
移動	歩行・車椅子	
	階段	
認知項目	コミュニケーション	理解(聴覚・視覚)
		表出(音声・非音声)
	社会認識	社会的交流
		問題解決
		記憶

(16) 要介護認定調査票

本人や家族から要介護認定の申請を受けた市町村は、認定調査員を派遣し、訪問調査を行う。認定調査員は、本人や家族から、心身に関する状況を聞き取ったり、実際に行ったりして調査書を作成する。その調査書を基に、一次判定が行われる。

調査対象者や現在のサービス利用状況等を記載する「概況調査」と、能力や介助の方法等について記載する「基本調査」に分かれている。

図表 2-24 基本調査の概要

評価軸	評価項目
能力	「寝返り」「起き上がり」「座位保持」「両足での立位」「歩行」「立ち上がり」「片足での立位」「視力」「聴力」「えん下」「意思の伝達」「毎日の日課の理解」「生年月日をいう」「短期記憶」「自分の名前をいう」「今の季節を理解」「場所の理解」「日常の意思決定」の <b>18項目</b>
介助の方法	「洗身」「つめ切り」「移乗」「移動」「食事摂取」「排尿」「排便」「口腔清潔」「洗顔」「整髪」「上衣の着脱」「ズボン等の着脱」「薬の内服」「金銭の管理」「買い物」「簡単な調理」の <b>16項目</b>
障害や現象(行動)の有無	「麻痺(5項目)」「拘縮(4項目)」「外出頻度」「徘徊」「外出して戻れない」「被害的」「作話」「感情が不安定」「昼夜逆転」「同じ話をする」「大声を出す」「介護に抵抗」「落ち着きなし」「一人で出たがる」「収集癖」「物や衣類を壊す」「ひどい物忘れ」「独り言・独り笑い」「自分勝手に行動する」「話がまとまらない」「集団への不適応」「特別な医療について(12項目)」の <b>40項目</b>

## 2-3 医療・介護事業所に対する評価の実態調査

### 2-3-1 調査目的

在宅医療と介護のケアの質評価に関する現状の調査・分析を行い、効果的で標準的な情報項目やその効果・課題について取りまとめるにあたって、以降の事項を目的として医療・介護事業所向けのアンケート調査を実施する。

- 1) 評価実施の現状について把握する
- 2) 評価に関するニーズ及び課題について把握する
- 3) 評価支援システム（案）に関するニーズ及び課題を把握する

### 2-3-2 調査対象

医療・介護事業所に治する評価実態調査の対象選定では、J-LIS（地方公共団体情報システム機構）においてICTを利用した地域包括ケアシステムのあり方研究会に参加している自治体を中心に、多段無作為抽出法を用いた。選定した地方公共団体は下記の通りである。各地方公共団体の6事業所（診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター）から、無作為に対象事業所を抽出した。対象者選定の具体的な方法は、下記A-Cの通りである。

本調査における回収率については、「図表 2-27」に示すとおり低い結果であった。そのため、全体的に少ない件数（217件）による集計値であり、事業所種別による回答数も差（17件～63件）があることから、集計値に偏りがあることを念頭に参考値として見る必要がある。

図表 2-25 選定した対象地域

対象10地域
北海道札幌市
宮城県仙台市
長野県松本市
埼玉県川口市
千葉県柏市
東京都西東京市
福井県坂井市
大阪府豊中市
佐賀県多久市
鹿児島県薩摩川内市

図表 2-26 調査対象（抽出総数）

対象事業所	対象職種	各地方公共団体から抽出数	抽出総数 2,109 件
診療所 <sup>1)</sup>	医師	40 <sup>4)</sup>	404
歯科診療所 <sup>2)</sup>	歯科医師	40 <sup>4)</sup>	230
薬局 <sup>3)</sup>	薬剤師	40 <sup>4)</sup>	492
訪問看護事業所	看護師	40 <sup>4)</sup>	321
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	40 <sup>4)</sup>	489
地域包括支援センター	保健師等	40 <sup>4)</sup>	173

- 1) 診療所とは、在宅療養支援診療所の届出をした診療所を指す。  
 2) 歯科診療所とは、在宅療養支援歯科診療所の届出をした歯科診療所を指す。  
 3) 薬局とは、在宅患者訪問薬剤管理指導の届出をした薬局を指す。（北海道は在宅患者調剤加算の届出により抽出）  
 4) 市内の事業所数が 40 に満たない場合は、全ての事業所を対象とした。

#### A 診療所・歯科診療所・薬局

地方厚生局・厚生支局が公開している情報をもとに対象者を選定した。下記の厚生局・厚生支局のホームページに公開されている、施設基準の届出受理状況を示した「届出受理医療機関名簿」より、在宅療養支援診療所の届出をした診療所、在宅療養支援歯科診療所の届出をした歯科診療所、在宅患者訪問薬剤管理指導料を申請した薬局の情報を得た。

- (1)北海道厚生局、(2)東北厚生局、(3)関東信越厚生局、(4)東海北陸厚生局、(5)近畿厚生局、  
 (6)中国四国厚生局、(7)四国厚生支局、(8)九州厚生局

#### B 訪問看護事業所、居宅介護支援事業所

厚生労働省の介護サービス情報公開システム\*より、各都道府県の訪問看護事業所、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所の情報を取得した。

\*介護サービス情報公開システム (<http://www.kaigokensaku.jp> 平成 28 年 1 月時点)

#### C 地域包括支援センター

厚生労働省が示す「全国の地域包括支援センターの一覧」より、各都道府県の地域包括支援センターの情報を取得した。

([http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/) 平成 28 年 1 月時点)



図表 2-27 回収率

対象事業所	対象職種	抽出総数 2,109 件	回収数	回収率
診療所	医師	404	37	9.2%
歯科診療所	歯科医師	230	35	15.2%
薬局	薬剤師	492	43	8.7%
訪問看護事業所	看護師	321	17	5.3%
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	489	63	12.9%
地域包括支援センター	保健師等	173	22	12.7%
合計		2,109	217	10.3%

### 2-3-3 調査結果

#### (1) 定量的結果

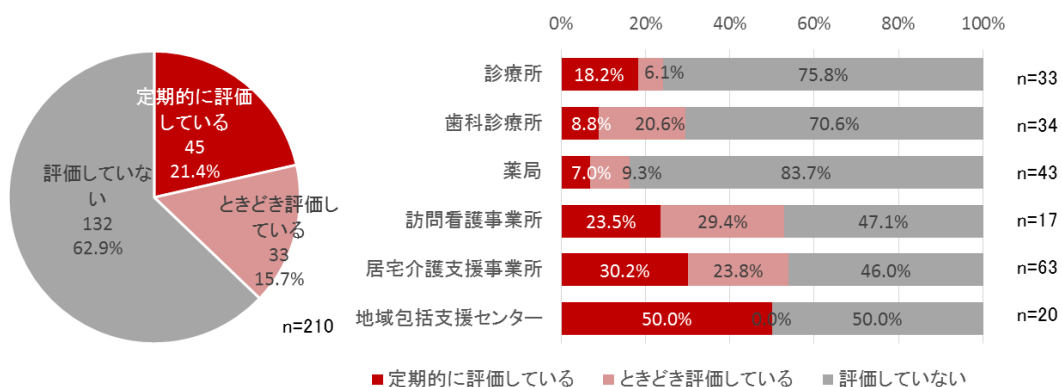
問1：あなたの事業所では、ケアの質評価を実施していますか（1つ選択）。また、実施されているケアの質評価のうち、あなたが特に、有効だと思う主な評価内容は何ですか（自由記述）。

各事業所に対してケアの質評価の実施状況を聞いたところ、21.4%の事業所が「定期的に評価している」、15.7%の事業所が「ときどき評価している」と回答しており、あわせて37.1%の事業所がケアの質評価を実施していることが分かった。事業所別に見ると、居宅介護支援事業所の「定期的に評価している」が30.2%、「ときどき評価している」が23.8%とあわせて54.0%と最も高く次いで訪問看護事業所の「定期的に評価している」が23.5%、「ときどき評価している」が29.4%とあわせて52.9%という結果になった。

自由記述部分については、「(2) 自由意見」で別途整理する。

なお、「ケア」という語句の定義・範囲の捉え方等について、「治療とケア」等の捉え方について事業所によっては異なって、解釈して回答していることも考えられるため集計値の取り扱いについては留意する必要がある（以降の設問も同様）。

図表 2-28 ケアの質評価の実施状況



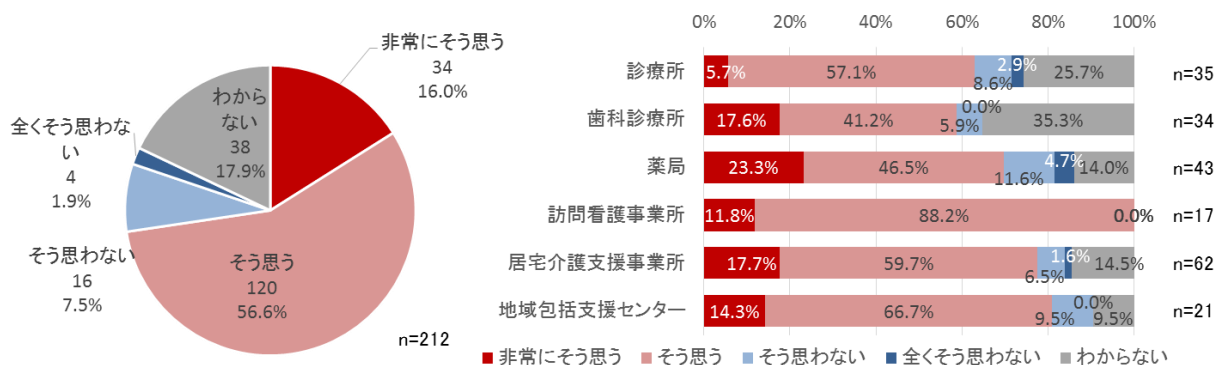
問2：あなたの事業所におけるケアの質評価の実施について、もっと充実させる必要があると思いますか（1つ選択）。また、その理由をご記入ください（自由記述）。

各事業所に対してケアの質評価の充実の必要性について聞いたところ、16.0%の事業所が「非常にそう思う」、56.6%の事業所が「そう思う」と回答しており、あわせて72.6%の事業所がケアの質評価の充実の必要性を感じていることが分かった。

事業所別に見ると、訪問看護事業所の「非常にそう思う」が11.8%、「そう思う」が88.2%とあわせて100.0%と最も高く、次いで地域包括支援センターの「非常にそう思う」が14.3%、「そう思う」が66.7%とあわせて81.0%という結果になった。

自由記述部分については、「(2) 自由意見」で別途整理する。

図表 2-29 ケアの質評価の充実の必要性

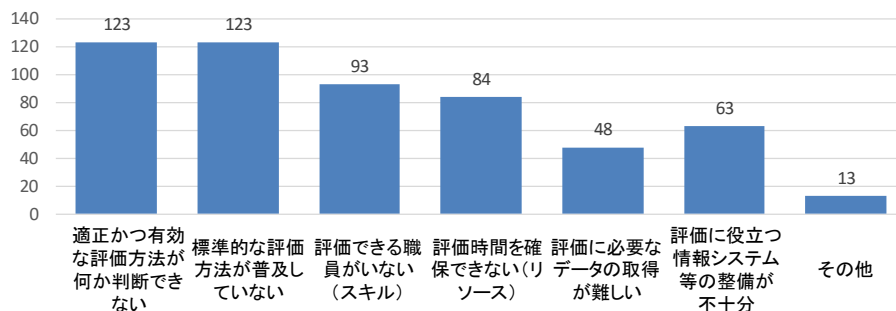


問3：あなたはケアの質評価の実施に関して、どのような課題があると思いますか。該当するものに○印をご記入ください（複数選択可）。また、課題への対応策があればご記入ください（自由記述）。

各事業所に対してケアの質評価の課題について聞いたところ、123の事業所が「適正かつ有効な評価方法が何か判断できない」「標準的な評価方法が普及していない」を選択しており、最も高い値となった。次いで、「評価できる職員がいない（スキル）」が93事業所という結果になった。

自由記述部分については、「(2) 自由意見」で別途整理する。

図表 2-30 ケアの質評価に関する課題



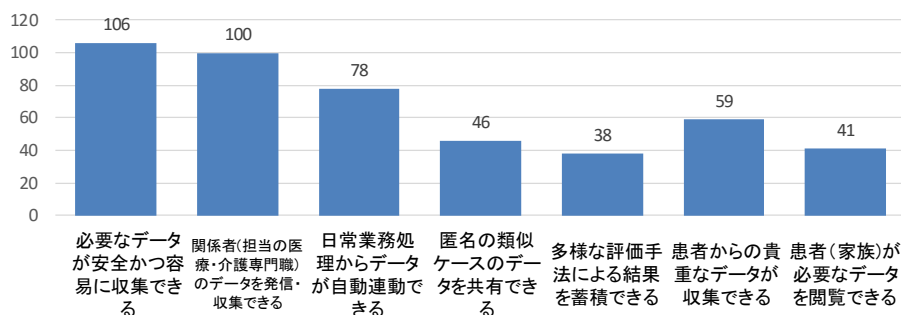
	適切な有効な評価方法が何か判断できない	標準的な評価方法が普及していない	評価できる職員がいない(スキル)	評価時間を確保できない(リソース)	評価に必要なデータの取得が難しい	評価に役立つ情報システム等の整備が不十分	その他	n=217
診療所	17	16	18	14	6	8	3	(n=37)
歯科診療所	20	23	17	10	6	10	3	(n=35)
薬局	27	25	21	19	13	13	1	(n=43)
訪問看護事業所	11	11	7	8	5	5	1	(n=17)
居宅介護支援事業所	33	35	22	20	10	18	5	(n=63)
地域包括支援センター	15	13	8	13	8	9	0	(n=22)

問4：あなたは「ケアの質評価を支援する情報システム」における機能・効果について期待しますか（複数選択）。その他、必要な機能や問題点、ご意見をご記入ください（自由記述）。

各事業所に対してケアの質評価を支援する情報システムに期待する機能について聞いたところ、106の事業所が「必要なデータが安全かつ容易に収集できる」を選択しており、最も高い値となった。次いで、「関係者(担当の医療・介護専門職)のデータを発信・収集できる」が100事業所、「日常業務処理からデータが自動連動できる」が78事業所、という結果になった。

自由記述部分については、「(2) 自由意見」で別途整理する。

図表 2-31 ケアの質評価を支援する情報システムに期待する機能

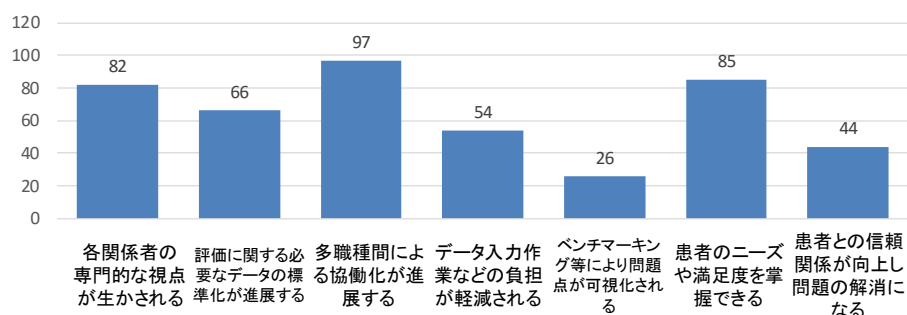


	必要なデータが安全かつ容易に収集できる	関係者(担当の医療・介護専門職)のデータを発信・収集できる	日常業務処理からデータが自動連動できる	匿名の類似ケースのデータを共有できる	多様な評価手法による結果を蓄積できる	患者からの貴重なデータが収集できる	患者(家族)が必要なデータを閲覧できる	n=217
診療所	12	11	11	7	9	9	6	(n=37)
歯科診療所	18	16	8	5	6	12	8	(n=35)
薬局	25	29	16	12	5	12	9	(n=43)
訪問看護事業所	11	9	12	5	5	9	5	(n=17)
居宅介護支援事業所	29	26	21	11	6	14	10	(n=63)
地域包括支援センター	11	9	10	6	7	3	3	(n=22)

各事業所に対してケアの質評価を支援する情報システムに期待する効果について聞いたところ、97の事業所が「多職種間による協働化が進展する」を選択しており、最も高い値となった。次いで、「患者のニーズや満足度を掌握できる」が85事業所、「各関係者の専門的な視点が活かされる」が82事業所、という結果になった。

自由記述部分については、「(2) 自由意見」で別途整理する。

図表 2-32 ケアの質評価を支援する情報システムに期待する効果



	各関係者の専門的な視点が活かされる	評価に関する必要なデータの標準化が進展する	多職種間による協働化が進展する	データ入力作業などの負担が軽減される	ベンチマーキング等により問題点が可視化される	患者のニーズや満足度を掌握できる	患者との信頼関係が向上し問題の解消になる	n=217 (n=37)
診療所	11	7	14	7	4	14	9	(n=37)
歯科診療所	11	11	16	3	2	12	8	(n=35)
薬局	22	12	21	8	4	18	5	(n=43)
訪問看護ST	7	6	8	11	7	12	9	(n=17)
居宅介護支援事業所	22	18	28	16	6	23	10	(n=63)
地域包括支援センター	9	12	10	9	3	6	3	(n=22)

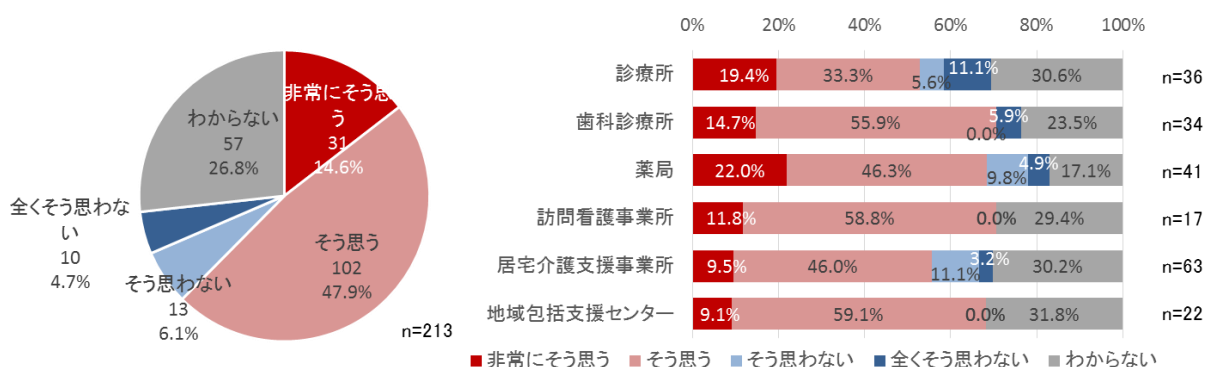
問5：あなたはケアの質評価に必要なデータを容易に収集・提供ができる「ケアの質評価を支援する情報システム」が、将来、全国で共同利用する前提で情報システムが構築・運営されるようになれば利用したいと思いますか（一つ選択）。また、その理由をご記入ください（自由記述）。

各事業所に対してケアの質評価を支援する情報システムの共同利用へのニーズについて聞いたところ、14.6%の事業所が「非常にそう思う」、47.9%の事業所が「そう思う」と回答しており、あわせて62.5%の事業所がケアの質評価を支援する情報システムの共同利用へのニーズがあることが分かった。

事業所別に見ると、歯科診療所の「非常にそう思う」が14.7%、「そう思う」が55.9%とあわせて70.6%、訪問看護事業所の「非常にそう思う」が11.8%、「そう思う」が58.8%とあわせて70.6%と両者ともに最も高いという結果になった。

自由記述部分については、「(2) 自由意見」で別途整理する。

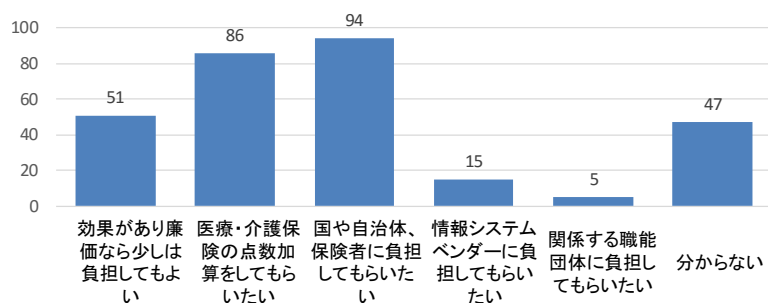
図表 2-33 ケアの質評価を支援する情報システムの共同利用へのニーズ



問6：あなたは情報システムに関する費用負担について、どのように思いますか（複数選択）。

各事業所に対してケアの質評価を支援する情報システムの費用負担について聞いたところ、94の事業所が「国や自治体、保険者に負担してもらいたい」を選択しており、最も高い値となった。次いで、「医療・介護保険の点数加算をってもらいたい」が86事業所、「効果があり廉価なら少しは負担してもよい」が51事業所、という結果になった。自由記述部分については、「(2) 自由意見」で別途整理する。

図表 2-34 ケアの質評価を支援する情報システムの費用負担



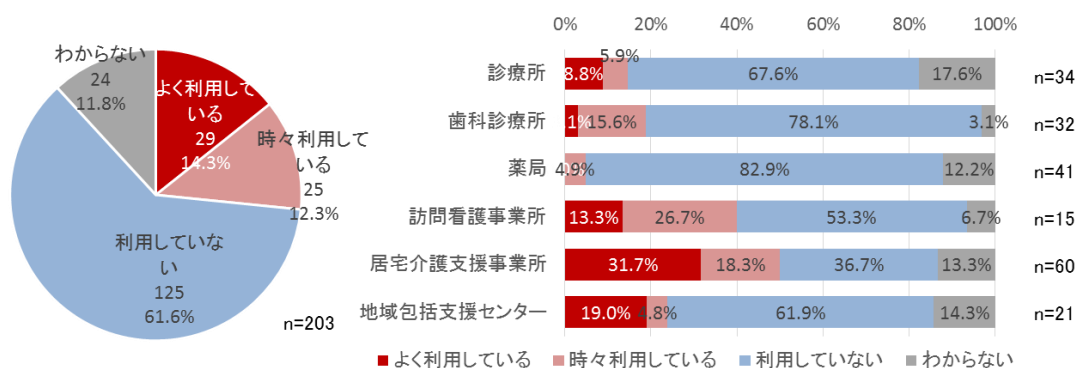
施設	効果あり廉価なら少しは負担してもよい	医療・介護保険の点数加算をもらいたい	国や自治体、保険者に負担してもらいたい	情報システムベンダーに負担してもらいたい	関係する職能団体に負担してもらいたい	分からない	総数
診療所	12	15	17	3	0	5	n=37
歯科診療所	7	17	14	3	0	7	n=35
薬局	11	23	19	5	2	4	n=43
訪問看護ST	7	9	5	1	0	5	n=17
居宅介護支援事業所	11	19	26	2	2	22	n=63
地域包括支援センター	3	3	13	1	1	4	n=22

問7：あなたの事業所では、「ケアの質評価手法等一覧」の中で利用している評価はありますか（一つ選択）。また、利用されているがあればその評価手法をご記入ください（複数選択）。

各事業所に対してケアの質評価手法の利用状況について聞いたところ、14.3%の事業所が「よく利用している」、12.3%の事業所が「時々利用している」と回答しており、あわせて26.6%の事業所がケアの質評価手法を利用していることが分かった。

具体的には、居宅介護支援事業所において18事業所が「居宅サービス計画ガイドライン」アセスメント様式、17事業所が「要介護認定調査票」を活用していることが分かる。なお、本調査においては、「日本介護福祉士会各種方式」「オマハシステム」「エドモントン症状評価システム」を用いている事業所はいなかった。

図表 2-35 ケアの質評価手法の利用状況



図表 2-36 活用しているケアの質評価手法

	n=217						合計
	診療所	歯科診療所	薬局	訪問看護事業所	居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	
インターライ方式 ケア アセスメント	1	0	1	0	7	0	9
包括的自立支援プログラム方式	1	1	0	0	3	1	6
日本介護福祉士会各種方式	0	0	0	0	0	0	0
ケアマネジメント実践記録様式	0	1	1	0	3	0	5
日本版成人・高齢者用アセスメントとケアプラン	0	0	0	1	0	0	1
「居宅サービス計画ガイドライン」アセスメント様式	0	0	0	0	18	0	18
新全老健版ケアマネジメント方式<R4システム版ICFステージング>	0	0	0	1	2	0	3
高齢者総合的機能評価 (CGA)	1	0	0	0	1	0	2
プライマリ・ケア国際分類	0	1	0	0	1	0	2
NANDA看護診断	1	0	0	1	0	0	2
オマハシステム	0	0	0	0	0	0	0
QOL尺度	0	0	0	2	0	0	2
Support Team Assessment Schedule	1	0	0	2	0	0	3
エドモントン症状評価システム	0	0	0	0	0	0	0
ADL評価 (FIM, BIなど)	3	3	1	5	7	0	19
要介護認定調査票	1	3	3	2	17	5	29

## (2) 自由意見

以下に各設問における自由意見を示す。本項で示すものは、各自由意見の趣旨を汲み取り取り纏めたものであり、各人の詳細意見については、資料編「資料4 医療・介護事業所向けアンケートの自由回答」を参照のこと。

### ① ケアの質評価の実施状況

#### 【構造評価（ストラクチャー）】

構造評価（ストラクチャー）の観点から、人材育成・多職種協働によるチーム体制、それらに対する ICT の利活用による情報共有への期待についての意見が多く挙がっていた。

#### 【過程評価（プロセス）】

過程評価（プロセス）の観点から、患者・利用者の継続的な状態変化を捉えるモニタリングを行い、患者・利用者の状態に適した良質なサービスを利用継続確保できることが必要であるという意見が多かった。

#### 【成果評価（アウトカム）】

成果評価（アウトカム）の観点から、医療従事者、介護従事者ともに患者・利用者及びその家族の満足度等を有効な評価内容と捉えている傾向にあった。患者・利用者へアンケート調査を実施し、満足度等を把握しているという意見もあった。

### ② ケアの質評価の充実の必要性

概ねどの職種においても、ケアの質評価の充実の必要は感じているものの、日々のサービスの提供に手いっぱい、質の評価に対して時間を割けないという実態がある。さらには、評価方法の確立や、客観的基準等を求める意見もあった。個々のサービスに対する評価のみならず、多職種チーム等の全体を見たケアの質の評価が必要であるという意見もあった。

### ③ ケアの質評価に関する課題とその対策

ケアの質評価の重要性・必要性について認識していない専門職もいる。そのため、研修会等への参加等の人材育成も必要であるという意見があった。その一方で、業務多忙のため評価に時間を確保できなかつたり、コストの問題もあるのも実態であり、国もしくは相当の機関に対して、評価指標の提示を期待している意見もあった。

#### ④ ケアの質評価を支援する情報システムの機能と効果について

##### 【機能】

全体的に、ケアの質評価を支援する情報システム構築に対して前向きであるものの、本システムに対する深い理解に及んでいないこともあり否定的な意見もあった。また、個人情報の保護への配慮を求める意見が多かった。

##### 【効果】

定型文や様式等が統一されることにより、評価の負担軽減への期待や、患者・利用者の意向や満足度等が把握による経営改善に繋がるという意見があった。その一方で、データ化できない内容が軽視されたり、データが膨大となり必要な情報を的確に把握できなくなってしまうことが懸念されるという意見もあった。

#### ⑤ ケアの質評価を支援する情報システムの共同利用へのニーズ

個々の事業者でシステム構築をするゆとりはなく、全国統一した評価システムの整備が求められると思う。そのことにより、事業所間のケアの質が統一されることが期待されるという前向きな意見があった。

しかし、具体的なメリット・デメリット、利活用シーンがイメージできなかつたり、ICT活用が煩雑になり、結果使われないシステムになってしまうことを懸念する意見も多かった。さらには、データの入力方法、運営、セキュリティの担保方法が不明確であるとの意見もあった。



## 2-4 自治体に対する評価の実態調査

### 2-4-1 調査目的

各自治体における在宅医療・介護連携によるケアの質評価に関する実施状況や課題、ニーズ等を把握するために、以降の事項を目的として自治体向けにヒアリング調査を実施する。

- 1) 評価実施の現状について把握する
- 2) 評価に関するニーズ及び課題について把握する
- 3) 評価支援システム（案）に関するニーズ及び課題を把握する

### 2-4-2 調査対象

報道機関等において紹介のあった全国各地域で在宅医療に関する地域連携を積極的に推進している地域を選定し、その地域内における地方公共団体を抽出し、対象者に事前に調査内容を伝え対面で聞き取りを行った。

抽出した11の自治体は以下のとおり。に対してヒアリング調査を実施した。

図表 2-37 ヒアリング調査対象自治体

日時	自治体名	訪問先
平成28年2月10日	多久市	福祉課
平成28年2月12日	大分市	長寿福祉課 大分市保健所保健総務課
平成28年2月12日	福岡市	高齢社会政策課
平成28年2月15日	豊中市	高齢支援課 高齢施策課
平成28年2月16日	姫路市	地域包括支援課
平成28年2月16日	大津市	長寿政策課 地域包括ケア推進室
平成28年2月17日	坂井地区広域連合	事務局 介護保険課
平成28年2月18日	弘前市	健康福祉部介護福祉課
平成28年2月18日	松本市	高齢福祉課
平成28年2月24日	薩摩川内市	高齢・介護福祉課
平成28年2月25日	鹿児島市	長寿支援課
※FAXにてご回答	市川市	福祉政策課

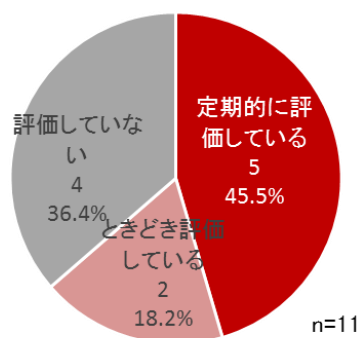
### 2-4-3 調査結果

#### (1) 定量的結果

問1：貴団体は、地域におけるケアの質評価に関するデータを把握していますか（1つ選択）。また、地方自治体及び医療・介護保険者として、貴団体では、どのような評価データを把握することが重要だと思いますか（自由記述）。

ヒアリング先の自治体に対してケアの質評価の実施状況を聞いたところ、5自治体（45.5%）が「定期的に評価している」、2自治体（18.2%）が「ときどき評価している」と回答しており、あわせて7自治体（63.7%）がケアの質評価を実施していることが分かった。

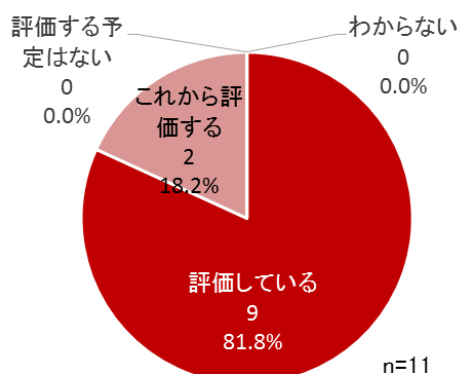
図表 2-38 ケアの質評価の実施状況



問2：貴団体では、介護保険事業計画等における「在宅医療・介護」の計画策定及び推進体制、進捗状況、成果等について評価されていますか（1つ選択）。

ヒアリング先の自治体に対して介護保険事業計画等における「在宅医療・介護」の計画策定及び推進体制、進捗状況、成果等の評価について聞いたところ、9自治体（81.8%）が「評価している」、2自治体（18.2%）が「これから評価する」と回答しており、あわせて11自治体（100.0%）が今後も含め、介護保険事業計画等における「在宅医療・介護」についての評価する意向があることが分かった。

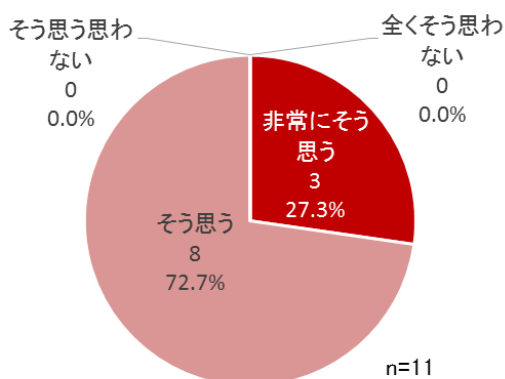
図表 2-39 介護保険事業計画等における「在宅医療・介護」についての評価



問3：貴団体は、地域におけるケアの質評価の実施について、もっと充実させる必要があると思いますか（1つ選択）。また、その理由をご記入ください（自由記述）。

ヒアリング先の自治体に対してケアの質評価の充実の必要性について聞いたところ、の3自治体（27.3%）が「非常にそう思う」、8自治体（72.7%）のが「そう思う」と回答しており、あわせて、11自治体（100.0%）がケアの質評価の充実の必要性を感じていることが分かった。

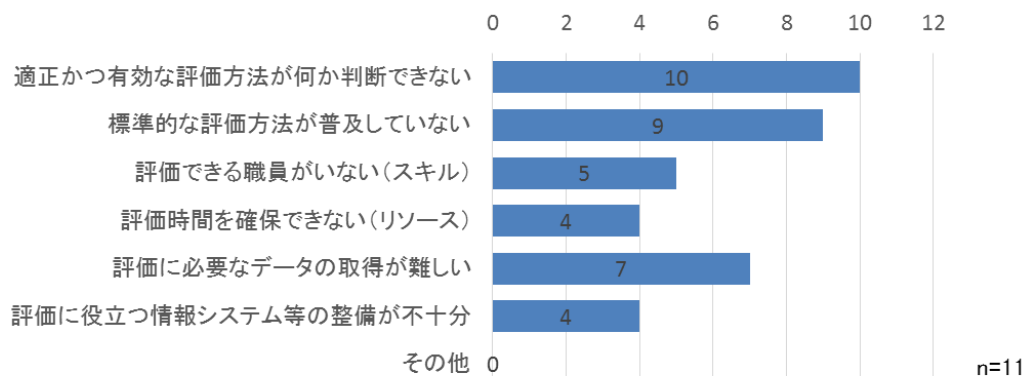
図表 2-40 ケアの質評価の充実の必要性



問4：ケアの質評価の実施に関して、どのような課題があると思いますか。該当するものに○印をご記入ください（複数選択可）。また、課題への対応策があればご記入ください（自由記述）。

ヒアリング先の自治体に対してケアの質評価の課題について聞いたところ、10自治体が「適正かつ有効な評価方法が何か判断できない」を選択しており、最も高い値となった。次いで、「標準的な評価方法が普及していない」が9自治体、「評価に必要なデータの取得が難しい」が7自治体という結果になった。

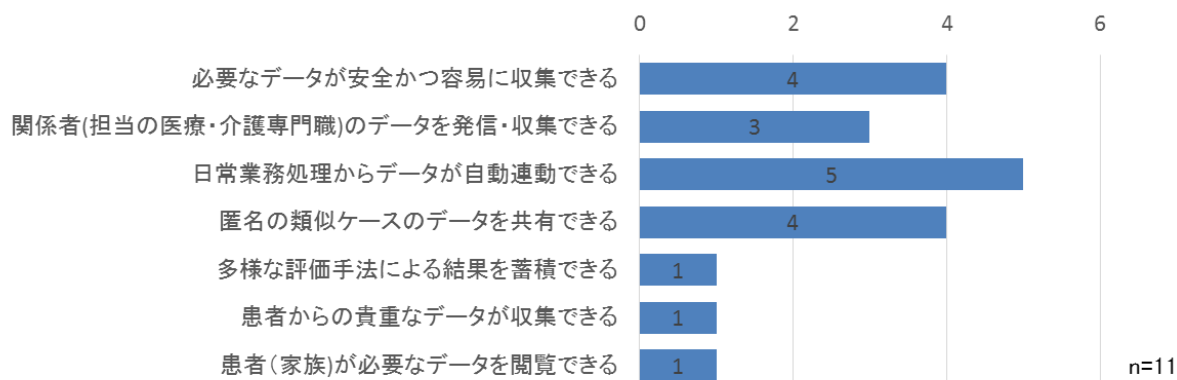
図表 2-41 ケアの質評価に関する課題



問5：貴団体は「ケアの質評価を支援する情報システム」における下記の機能・効果について期待しますか（複数選択）。その他、必要な機能や問題点、ご意見をご記入ください（自由記述）。

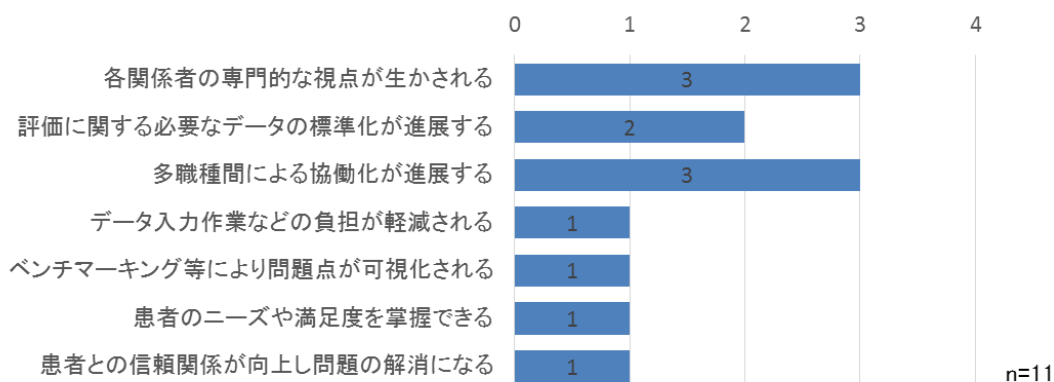
ヒアリング先の自治体に対してケアの質評価を支援する情報システムに期待する機能について聞いたところ、5自治体が「日常業務処理からデータが自動連動できる」を選択しており、最も高い値となった。次いで、「必要なデータが安全かつ容易に収集できる」「匿名の類似ケースのデータを共有できる」が4自治体という結果になった。

図表 2-42 ケアの質評価を支援する情報システムに期待する機能



ヒアリング先の自治体に対してケアの質評価を支援する情報システムに期待する効果について聞いたところ、3自治体が「各関係者の専門的な視点が生かされる」「多職種間による協働化が進展する」を選択しており、最も高い値となった。次いで、「評価に関する必要なデータの標準化が進展するが2自治体という結果になった。

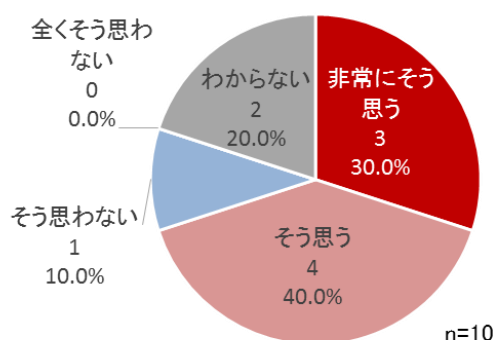
図表 2-43 ケアの質評価を支援する情報システムに期待する効果



問6：貴団体は、ケアの質評価に必要なデータを容易に収集・提供ができる「ケアの質評価を支援する情報システム」を全国で共同利用するシステムとして構築・運営されるようになれば利用したいと思いますか（一つ選択）。また、その理由をご記入ください（自由記述）。

ヒアリング先の自治体に対してケアの質評価を支援する情報システムの共同利用へのニーズについて聞いたところ、3自治体（30.0%）が「非常にそう思う」、4自治体（40.0%）が「そう思う」と回答しており、あわせて7自治体（70.0%）の自治体がケアの質評価を支援する情報システムの共同利用へのニーズがあることが分かった。

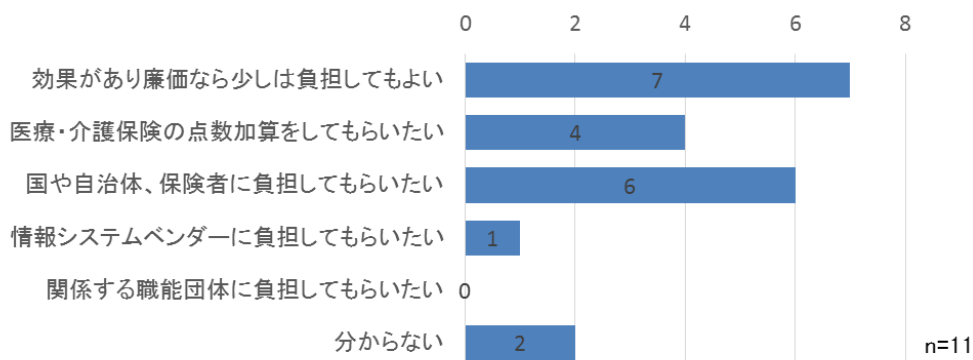
図表 2-44 ケアの質評価を支援する情報システムの共同利用へのニーズ



問7：貴団体は、情報システムに関する費用負担について、どのように思いますか（複数選択）。

ヒアリング先の自治体に対してケアの質評価を支援する情報システムの費用負担について聞いたところ、7自治体が「効果があり低廉なら少しは負担してもよい」を選択しており、最も高い値となった。次いで、「国や自治体、保険者に負担してもらいたい」が6自治体、「医療・介護保険の点数加算をしてもらいたい」が4事業所という結果になった。

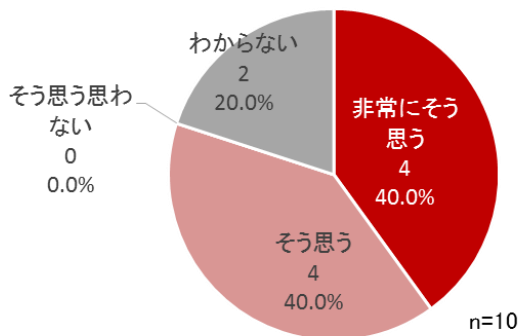
図表 2-45 ケアの質評価を支援する情報システムの費用負担



問8：貴団体は、地域の医療・介護事業者がケアの質評価を実施することについて、支援したいと思いますか（一つ選択）。また、その理由をご記入ください（自由記述）。

ヒアリング先の自治体に対して医療・介護事業者向けのケアの質評価に対する支援について聞いたところ、4自治体（40.0%）が「非常にそう思う」、4自治体（40.0%）が「そう思う」と回答しており、あわせて8自治体（80.0%）が医療・介護事業者向けのケアの質評価に対する支援について積極的であることが分かった。

図表 2-46 医療・介護事業者に対するケアの質評価に対する支援



## (2) 先進自治体の事例

### ① 豊中市

豊中市では、サービス別に介護サービス事業者と利用者に満足度等のアンケート調査を実施している。介護サービス事業者向けのアンケート調査は主に、構造評価（ストラクチャー）、過程評価（プロセス）を目的としており、利用者向けのアンケート調査は主にケアの質評価（アウトカム評価）を目的としている。

なお、豊中市では「業務改善ハンドブック（公益社団法人かながわ福祉サービス振興会）」を用いて事業者の評価を行っている。

図表 2-47 アンケート調査項目（例：訪問看護）

事業所調査（訪問看護を例示）		利用者調査（訪問看護を例示）	
	プロフィール		
カテゴリー I：組織体制（安定的・計画的に実施する基盤）		I：本人及び家族の状況	
1	基本理念	1	主たる意見者
2	サービスの質の向上を意図した事業計画の策定について	2	瀬別
3	事業計画の達成度	3	年齢
4	サービスの質の向上への取り組み	4	世帯状況
5	管理者の役割・責務	5	介護を行っている家族の性別
6	運営基準の遵守	6	介護を行っている家族の年齢
カテゴリー II：人材育成・就業環境整備		7	介護を行っている家族との関係
7	健康管理	8	要介護度
8	研修計画の作成と実施	9	訪問看護サービス以外の利用サービス
9	事務所内研修の実施	II：訪問看護サービスについて	
10	外部研修等への参加	< I 利用手続きについて >	
11	職員の発言機会の確保	10	重要事項説明書について
カテゴリー III：サービスの内容		11	訪問看護計画時の自身の希望の反映
12	業務マニュアルの整備	12	訪問看護計画の内容の説明
13	疾病の把握	13	事故が起きた場合の対応方法や損害補償
14	訪問看護計画の作成	14	個人情報に係る説明
15	挨拶・連絡事項の手順	15	サービスの種類や内容、利用料に係る説明
16	自立支援	< II サービスの内容 >	
17	主治医との関係	16	病状や手当等についての説明
18	検査データの把握	17	自身の希望を聞いた上での訪問看護サービス
19	服薬状況の管理	18	訪問看護師が行うサービスの適正さ
20	コンプライアンスの把握	19	訪問看護師の時間厳守
21	予防介護	< III サービス提供職員の態度 >	
22	介護者の健康への配慮	20	訪問看護師の言葉づかいや態度
23	実施内容の確認	21	相談しやすい雰囲気
24	情報の共有化	22	家族の希望や意見への配慮（気遣い）
25	実績報告	23	サービス提供時のプライバシーの配慮
カテゴリー IV：利用者本位の姿勢		< IV 安心できるサービス体制 >	
26	要介護認定前の対応	24	通常の営業時間帯での担当訪問看護師との連絡と取りやすさ
27	サービス提供の継続が困難な場合の対応	25	病状の急な悪化、事故時の対応方法
28	個人情報使用の同意	26	苦情や相談への迅速・丁寧な対応
29	個人情報保護の徹底	27	緊急的なサービス変更時のケアマネジャー等への連絡・確認
30	プライバシーの保護	28	必要時にかかりつけ医への連絡等の対応
31	重要事項説明書と契約	< V サービスの効果 >	
32	サービス変更への同意	29	サービス提供による病状の安定・改善等の効果の有無
33	担当者交代時の対応	30	サービス提供による精神的な効果の有無
34	サービス内容の開示	31	家族介護の負担軽減
35	個人の尊厳への配慮	32	サービスの継続利用
36	苦情・相談の対応	III：自由意見	
37	成年後見制度への対応		
カテゴリー V：リスクマネジメント			
38	設備等の衛生管理		
39	感染症対策		
40	医療廃棄物の管理		
41	事故対応		
42	マニュアル等の見直し		
43	保険内容の説明		
44	損害保険への加入		
45	災害対策マニュアルの整備		
カテゴリー VI：地域連携・情報提供			
46	自事業所の情報提供		
47	誇大広告の禁止		
48	他の事業所の情報提供		
49	介護保険外サービス（インフォーマルサービス）の活用		
50	居宅介護支援事業所との連携		
51	保健、医療、福祉の連携		
52	地域の社会資源との連携		
53	居宅介護支援事業所への利益供与の禁止		

## ② 薩摩川内市

薩摩川内市では介護給付費の上昇が急務の課題となっており、今後もその傾向は継続すると想定されたため、平成 26 年度より介護予防のケアプランについて適正性を行政でチェックし始めた。当初は介護予防のプランのみだったが、現在は要介護者のプランもチェックしている。

チェック体制として、行政職員のみならず、地域包括支援センターの主任ケアマネジャーと居宅介護支援事業所の担当ケアマネジャーが集まって議論する。毎週（火曜日と木曜日）、チェックしており、居宅系介護サービスのケアプランは全件を対象としている。1 件のケアプランにつき 15 分程度でチェックする。火曜日は 3 グループ×25 件のチェック、木曜日は甕島（離島）とテレビ会議を行う。

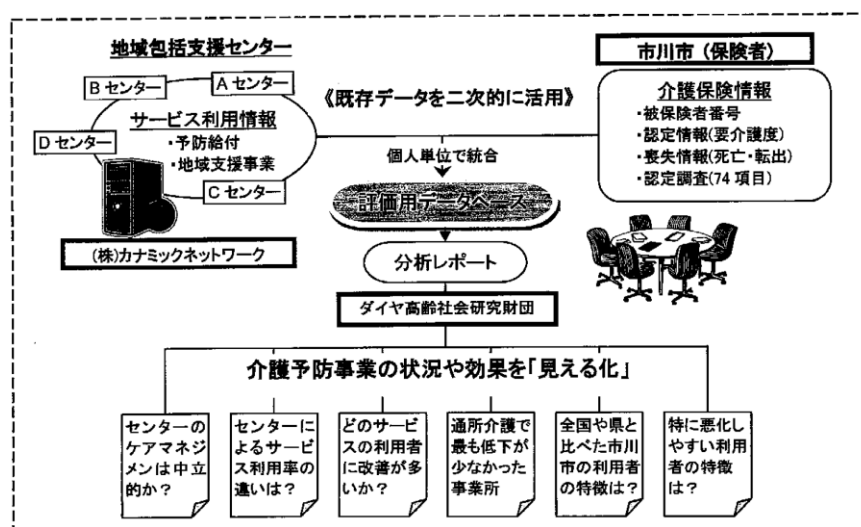
チェック観点としては、自立支援に基づいたケアプランになっているか、サービスありきではなく、高齢者のためのサービスになっているかどうかといった観点でチェックする。

平成 26 年度の訪問介護（予防・介護含む）の給付費が平成 25 年度と比較して下がっているという定量的なアウトカムが出てきている。また、事業所やケアマネジャーによってケアプランの質が異なるという事実も把握できてきている。

## ③ 市川市

市川市は、地域包括支援センターが保有しているサービス利用情報（「予防給付」「地域支援事業」と市川市（保険者）が保有している介護保険情報（「被保険者番号」「認定情報（要介護度）」「喪失情報（死亡・転出）」「認定調査（74 項目）」）を個人単位で突合し、評価データベースを構築している（「図表 2-48」参照）。

図表 2-48 アンケート調査項目（例：訪問看護）



個人情報保護に関する対応:共同研究事業の開始にあたっては、市川市個人情報保護審議会の答申を経て、必要な情報セキュリティを定めた「研究協定書」を3者間で締結し実施

出典：介護予防事業のエビデンスを蓄積する共同研究（平成 28 年 3 月報告）



また、市川市はダイヤ高齢社会研究財団に「図表 2-49」に示すデータを用いた分析レポート作成を委託し、「図表 2-48」に示す内容について検証を行っている。具体的な報告内容は、「図表 2-50」のとおり。分析を行うことにより、市川市が他市と比較した場合の状況把握と、予防給付による要介護度の変化に与える影響の見える化、地域包括支援センターの違いによるサービス利用割合・要介護度の変化の違いを明らかにし、今後の介護予防施策の検討に資する情報を整理している。

図表 2-49 分析にあたり供与されたデータ一覧

(平成28年3月1日現在)

対象	データ内容	期間
全認定者	要介護認定者データ	平成20年～平成26年の各4月1日付と10月1日付 平成27年4月1日付
	認定非該当者データ	平成20年4月1日～平成27年3月31日
	介護保険資格喪失者リスト	平成20年4月1日～平成27年3月31日
要支援認定者のみ	介護保険料リスト	平成20年～平成26年の各4月1日付と10月1日付 平成27年4月1日付
	償還払いサービス利用者リスト	平成20年4月1日～平成27年3月31日
	認定調査データ	平成20年3月1日～平成27年3月31日の新規認定者分
予防給付サービス利用者のみ	予防給付実績データ (カナミック社システムよりダウンロード*)	平成20年4月から平成27年3月分
二次予防対象者	二次予防事業(利用実績)	平成19年～平成22年度分(現在停止)

出典：介護予防事業のエビデンスを蓄積する共同研究（平成 28 年 3 月 報告）

図表 2-50 分析レポートの報告内容

<p><b>I 予防給付の現況</b></p> <p>1. 市川市の予防給付の利用状況—全国・東京都・千葉県・松戸市との比較—</p> <p>1.1 要支援度別の予防給付の利用状況</p> <p>1.2 予防給付のサービス種別の利用割合</p> <p><b>II 予防給付の効果分析</b></p> <p>1. 新規要支援認定者の要介護度別の維持率の時間的变化</p> <p>2. 効果検証</p> <p>2.1 予防給付の利用有無と要介護度別の変化</p> <p>2.2 利用サービス種類と要介護度の変化</p> <p>2.3 通所介護の運動加算・通所リハ利用と要介護度の変化</p> <p><b>III 地域支援事業に移行するサービスの利用と効果について</b></p> <p>1. 訪問介護と通所介護の利用とその他のサービスとの併用状況について</p> <p>2. 訪問介護・通所介護・他のサービスの併用状況と要介護度の変化</p> <p><b>IV 地域包括支援センターによる差異について</b></p> <p>1. 地域包括支援センターによる予防給付のサービス利用割合の状況</p> <p>2. 地域包括支援センターによる要介護度の変化</p>
---

出典：介護予防事業のエビデンスを蓄積する共同研究（平成 28 年 3 月 報告）

#### ④ 松戸市

松戸市は、市川市と同様に「介護予防事業のエビデンスを蓄積する共同研究」を公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団と行っている。松戸市は、市川市と隣接しており予防給付の現況を比較することで、今後の松戸市における介護予防施策の検討に資する情報を整理している。

#### ⑤ 鹿児島市

鹿児島市は、介護サービスの成果評価（アウトカム）の重要性を認識していることから、介護支援専門員協会鹿児島に依頼し、居宅サービス計画書の一部を抽出し内容の評価を定期的実施している。

## 2-5 専門職と自治体の意識の違い

本項では、医療機関、介護事業所、行政によって、ケアの質評価に対する意識の違いを比較分析する。なお、訪問看護 ST については、本項においては介護事業所に含めて集計をしている。

医療機関：診療所、歯科診療所、薬局

介護事業所：訪問看護事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター

行政：自治体

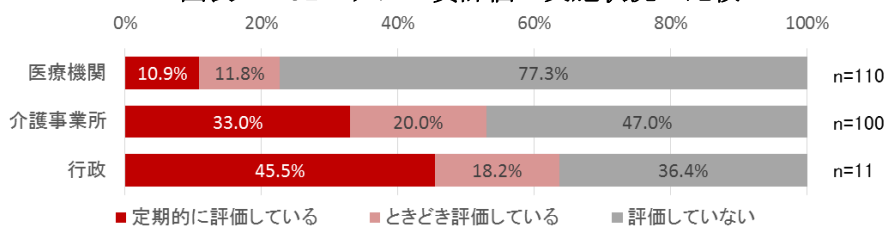
医療機関や介護事業所等においては多段無作為抽出法により調査先を選定し郵送で回答結果を得ているが、行政については先進的に取り組んでいる自治体を選定し、訪問調査による得られた結果であるため、全般的に行政について意識が高い傾向にあるが、各設問の回答状況のみならず、調査方法の違いをふくめあらゆる状況を鑑みて考察を行うことが望ましい。

### 2-5-1 ケアの質評価の実施状況

ケアの質評価の実施状況について比較分析したところ、行政の「定期的に評価している」が 45.5%、「ときどき評価している」が 18.2%とあわせて 63.7%が最も高い結果となった。次いで、介護事業所、医療機関という順番となった。

なお、各専門職や行政職員が「ケア」という語句の定義・範囲の捉え方等が異なって、解釈して回答していることも考えられることから、集計値の取り扱いについては留意する必要がある（以降の設問も同様）。

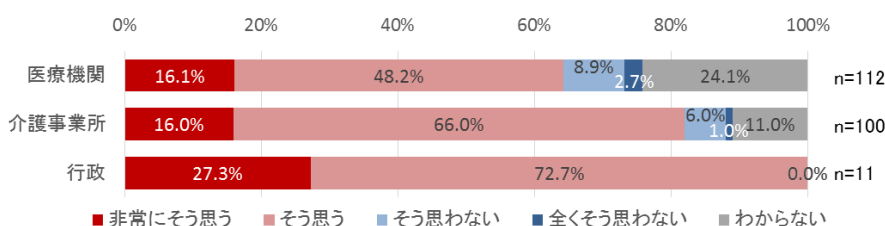
図表 2-51 ケアの質評価の実施状況の比較



### 2-5-2 ケアの質評価の充実の必要性

ケアの質評価の充実の必要性について比較分析したところ、行政の「非常にそう思う」が 27.3%、「そう思う」が 72.7%とあわせて 100.0%が最も高い結果となった。次いで、介護事業所、医療機関であり、ケアの質評価の実施状況と同じ順番となった。

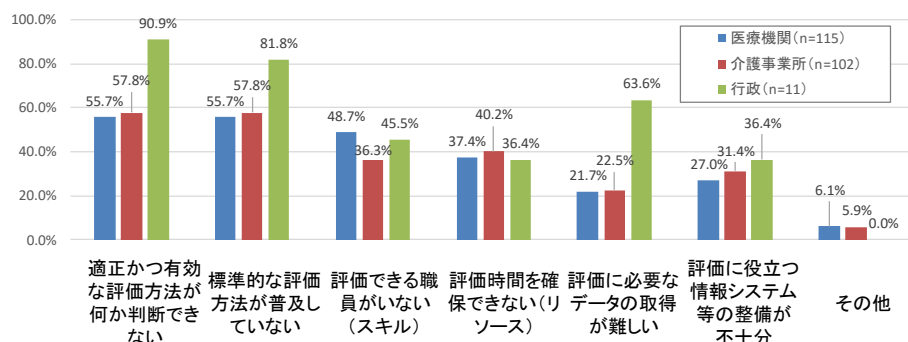
図表 2-52 ケアの質評価の充実の必要性の比較



### 2-5-3 ケアの質評価に関する課題

ケアの質評価に関する課題について比較分析したところ、行政においては「評価に必要なデータの取得が難しい」が3番目に高い値となったが、医療機関や介護事業所においてはいずれも6番目となり、低い値となっていることから、業種により課題認識に違いがあることが分かった。

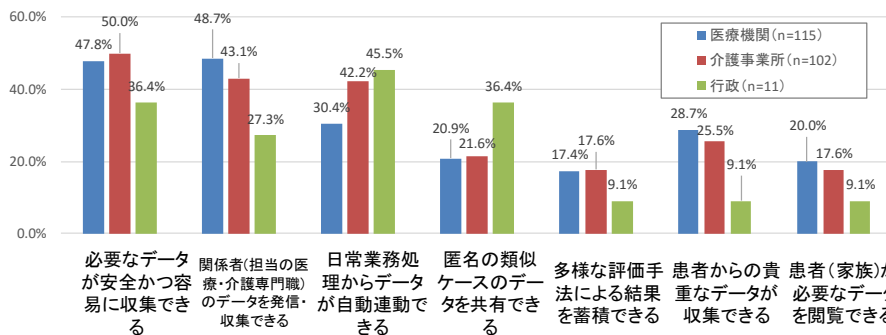
図表 2-53 ケアの質評価に関する課題の比較



### 2-5-4 ケアの質評価を支援する情報システムの機能

ケアの質評価を支援する情報システムの機能について比較分析したところ、行政は、「日常業務処理からデータが自動連動できる」「匿名の類似ケースのデータを共有できる」が高い値となったが、医療機関や介護事業所においては「必要なデータが安全かつ容易に取得できる」「関係者(担当の医療・介護専門職)のデータを発信・収集できる」が高い値となっており、業種により課題認識に違いがあることが分かった。

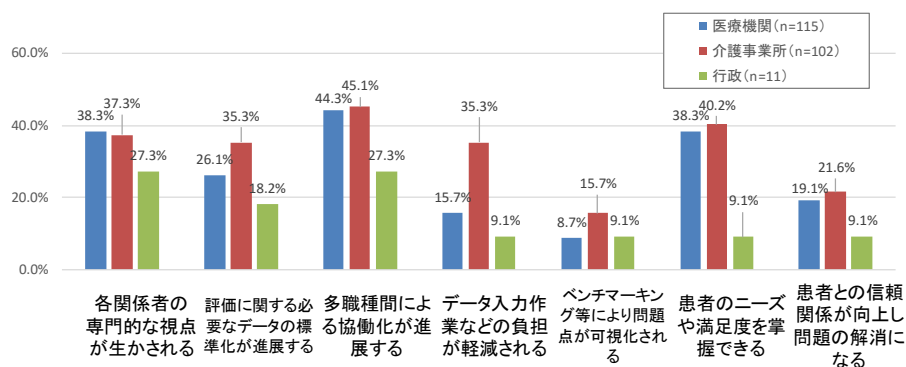
図表 2-54 ケアの質評価を支援する情報システムの機能の比較



### 2-5-5 ケアの質評価を支援する情報システムの効果

ケアの質評価を支援する情報システムの効果について比較分析したところ、医療機関や介護事業所の方がいずれの項目も高い値となっている。また、「患者のニーズや満足度を掌握できる」については、回答状況が医療機関・介護事業所と行政を比較すると大きな違いがあり、医療機関・介護事業所は日々患者・利用者に対して医療・介護サービスを提供していることから、患者・利用者のニーズや満足度に対して敏感に意識していることからこのような結果が表れたと考えられる。

図表 2-55 ケアの質評価を支援する情報システムの効果の比較

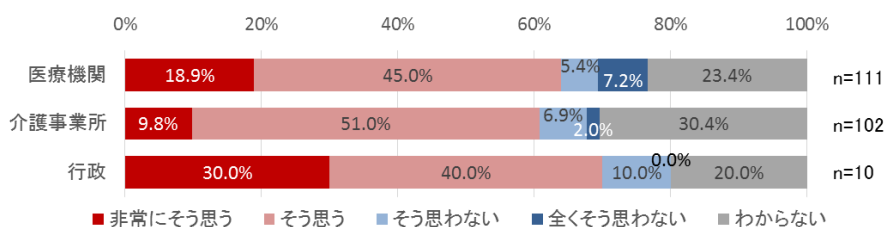


### 2-5-6 ケアの質評価を支援する情報システムの共同利用へのニーズ

ケアの質評価を支援する情報システムの共同利用へのニーズについて比較分析したところ、行政の「非常にそう思う」が30.0%、「そう思う」が40.0%とあわせて70.0%が最も高い結果となった。次いで、医療機関、介護事業所の順番となった。

医療機関、介護事業所、行政ともに「非常にそう思う」「そう思う」をあわせて50%以上となり、半数以上が共同利用へのニーズがあることが分かる。

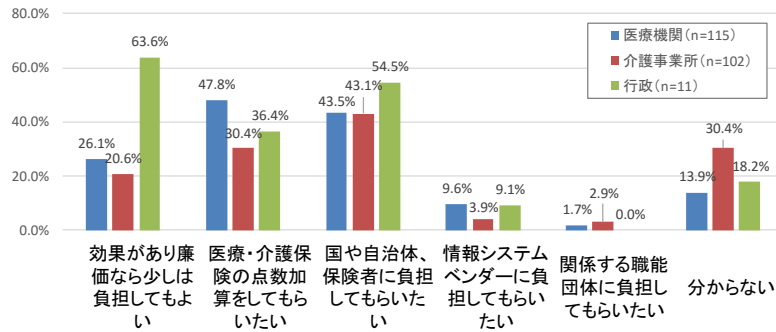
図表 2-56 ケアの質評価を支援する情報システムの共同利用へのニーズの比較



### 2-5-7 ケアの質評価を支援する情報システムの費用負担

ケアの質評価を支援する情報システムの費用負担について比較分析したところ、「効果があり廉価なら少しは費用負担してもよい」については、医療機関・介護事業所と比較して行政が高い値となった。

図表 2-57 ケアの質評価を支援する情報システムの費用負担



## 2-6 評価項目の整理

既存評価指標の項目を整理するにあたり、医療機関や介護施設等の「施設評価の項目整理」と、患者・利用者の状態を評価する「アセスメントデータの項目整理」に分けて整理した。さらには、在宅医療・介護連携において用いられる主たる業務書類に含まれる「業務書類の項目整理」を行った。

### 2-6-1 施設評価の項目整理

施設評価については、病院機能評価の項目を基本とし、その項目に業務改善の自己評価項目を当てはめた。業務改善の自己評価にのみ設定されている項目については、追加で記載している。病院機能評価は「一般病院1」「一般病院2」「精神科病院」「リハビリテーション病院」「慢性期病院」「緩和ケア病院」毎に整理を行っているが、例えば「電気けいれん両方（ECT 治療）を適切に行っている」等、ある特定分野に特化した評価と考えられる項目は整理対象から除外した。なお、病院機能評価で活用されている表現は“患者”等の医療に特化した文言であるが、項目を当てはめるにあたっては“利用者”と置き換えて整理した。

赤枠で囲んでいる所は、病院機能評価及び業務改善の自己評価で共通して評価されている項目である。

図表 2-58 施設評価の項目整理（患者中心の医療の推進）

評価項目	病院機能評価						業務改善の自己評価
	一般病院1	一般病院2	精神科病院	リハビリテーション病院	慢性期病院	緩和ケア病院	
1 患者中心の医療の推進							
1.1 患者の意見を尊重した医療							
1.1.1 患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	○	○	○	○	○	○	○
1.1.2 患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている	○	○	○	○	○	○	○
1.1.3 患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	○	○	○	○	○	○	○
1.1.4 患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している	○	○	○	○	○	○	○
1.1.5 患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している	○	○	○	○	○	○	○
1.1.6 臨床における倫理的課題について病院の方針を決定している	○	○	○	○	○	○	×
1.1.7 見学・体験入居を実施している	×	×	×	×	×	×	○
1.1.8 退去時の取決めについて入居者や家族等に説明している	×	×	×	×	×	×	○
1.1.9 利用料改定のルールを入居者等に説明している	×	×	×	×	×	×	○
1.1.10 入居者等に対して、施設の運営状況の報告を行っている	×	×	×	×	×	×	○
1.1.11 提供サービスの内容や利用料金等の実績を報告し、領収書を交付している	×	×	×	×	×	×	○
1.1.12 入居一時金等の保全措置を行っている	×	×	×	×	×	×	○
1.1.13 苦情の申立がしやすい工夫している	×	×	×	×	×	×	○
1.2 地域への情報発信と連携							
1.2.1 必要な情報を地域等へわかりやすく発信している	○	○	○	○	○	○	○
1.2.2 地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	○	○	○	○	○	○	○
1.2.3 地域活動に積極的に参加している	○	×	×	×	×	×	○
1.2.4 地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている	×	○	○	○	○	○	○
1.3 患者の安全確保に向けた取り組み							
1.3.1 安全確保に向けた体制が確立している	○	○	○	○	○	○	○
1.3.2 安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	○	○	○	○	○	○	×
1.4 医療関連感染制御に向けた取り組み							
1.4.1 医療関連感染制御に向けた体制が確立している	○	○	○	○	○	○	○
1.4.2 医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている	○	○	○	○	○	○	×
1.5 継続的質改善のための取り組み							
1.5.1 患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	○	○	○	○	○	○	○
1.5.2 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	○	○	○	○	○	○	○
1.5.3 医療サービスの質改善に継続的に取り組んでいる	○	○	○	○	○	○	○
1.5.4 倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している	×	○	○	○	○	○	×
1.6 療養環境の整備と利便性							
1.6.1 患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	○	○	○	○	○	○	○
1.6.2 高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	○	○	○	○	○	○	○
1.6.3 療養環境を整備している	○	○	○	○	○	○	○
1.6.4 受動喫煙を防止している	○	○	○	○	○	○	×

図表 2-59 施設評価の項目整理（良質な医療の実践）

評価項目	病院機能評価						業務改善の自己評価
	一般病院1	一般病院2	精神科病院	リハビリテーション病院	慢性期病院	緩和ケア病院	
<b>2 良質な医療の実践1</b>							
<b>2.1 診療・ケアにおける質と安全の確保</b>							
2.1.1 診療・ケアの管理・責任体制が明確である	○	○	○	○	○	○	○
2.1.2 診療記録を適切に記録している	○	○	○	○	○	○	○
2.1.3 患者・部位・検体などの誤認防止対策を実施している	○	○	○	○	○	○	×
2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実施している	○	○	○	○	○	○	×
2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実施している	○	○	○	○	○	○	○
2.1.6 転倒・転落防止対策を実施している	○	○	○	○	○	○	×
2.1.7 医療機器を安全に使用している	○	○	○	○	○	○	×
2.1.8 患者等の急変時に適切に対応している	○	○	○	○	○	○	○
2.1.9 医療関連感染を制御するための活動を実施している	○	○	○	○	○	○	○
2.1.10 抗菌薬を適正に使用している	○	○	○	○	○	○	×
2.1.11 患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	○	○	○	○	○	○	×
2.1.12 多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	○	○	○	○	○	○	○
<b>2.2 チーム医療による診療・ケアの実践</b>							
2.2.1 来院した患者が円滑に診察を受けることができる	○	○	○	○	○	○	×
2.2.2 かかりつけ医機能としての外来診療を適切に行っている	○	○	○	○	○	○	×
2.2.3 地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	○	×	×	×	×	○	×
2.2.4 診断的検査を確保・安全に実施している	○	○	○	○	○	○	×
2.2.5 適切な連携先と患者を紹介している	○	×	×	×	×	×	×
2.2.6 入院の決定を適切に行っている	○	○	×	○	○	○	×
2.2.7 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	○	○	○	○	○	○	○
2.2.8 患者・家族からの医療相談に適切に対応している	○	○	○	○	○	○	×
2.2.9 患者が円滑に入院できる	○	○	○	○	○	○	×
2.2.10 医師は病棟業務を適切に行っている	○	○	○	○	○	○	×
2.2.11 看護師は病棟業務を適切に行っている	○	○	○	○	○	○	×
2.2.12 投薬・注射と確実・安全に実施している	○	○	○	○	○	○	×
2.2.13 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	○	○	○	○	○	○	×
2.2.14 周術期の対応を適切に行っている	○	○	×	○	×	×	×
2.2.15 重症患者の管理を適切に行っている	○	○	×	×	×	×	×
2.2.16 褥瘡の予防・治療を適切に行っている	○	○	○	○	○	○	○
2.2.17 栄養管理と食事指導を適切に行っている	○	○	○	○	○	○	○
2.2.18 症状などの緩和を適切に行っている	○	○	○	○	○	○	×
2.2.19 リハビリテーションを確保・安全に実施している	○	○	○	×	×	×	×
2.2.20 安全確保のための身体抑制を適切に行っている	○	○	×	○	×	×	×
2.2.21 患者・家族への退院支援を適切に行っている	○	○	○	○	○	○	×
2.2.22 必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	○	○	○	○	○	○	×
2.2.23 ターンオフェスへの対応を適切に行っている	○	○	○	×	○	×	○
2.2.24 診療計画と連携したケア計画を作成している	×	×	×	×	○	○	×
2.2.25 患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	×	×	×	×	○	×	×
2.2.26 慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	×	×	×	×	○	○	×
2.2.27 療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	×	×	×	×	○	○	○
2.2.28 身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	×	×	×	×	○	○	×
2.2.29 臨死期への対応を適切に行っている	×	×	×	×	×	×	×
<b>3 良質な医療の実践2</b>							
<b>3.1 良質な医療を構成する機能1</b>							
3.1.1 薬剤管理機能を適切に発揮している	○	○	○	○	○	○	×
3.1.2 臨床検査機能を適切に発揮している	○	○	○	○	○	○	×
3.1.3 画像診断機能を適切に発揮している	○	○	○	○	○	○	×
3.1.4 栄養管理機能を適切に発揮している	○	○	○	○	○	○	×
3.1.5 リハビリテーション機能を適切に発揮している	○	○	○	○	○	○	×
3.1.6 診療情報管理機能を適切に発揮している	○	○	○	○	○	○	×
3.1.7 医療機器管理機能を適切に発揮している	○	○	○	○	○	○	×
3.1.8 洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	○	○	○	○	○	○	×
<b>3.2 良質な医療を構成する機能2</b>							
3.2.1 病理診断機能を適切に発揮している	○	○	○	○	○	○	×
3.2.2 放射線治療機能を適切に発揮している	○	○	○	○	○	○	×
3.2.3 輸血・血液管理機能を適切に発揮している	○	○	○	○	○	○	×
3.2.4 手術・麻酔機能を適切に発揮している	○	○	○	○	○	○	×
3.2.5 集中治療機能を適切に発揮している	○	○	○	○	○	○	×
3.2.6 救急医療機能を適切に発揮している	○	○	○	○	○	○	×
<b>3.3 サービスの質向上に向けた取組</b>							
3.3.1 サービス担当者会議を定期的開催し、入居者の状態把握に努めている	×	×	×	×	×	×	○
3.3.2 計画書に記載された目標の達成度を定期的に確認し、サービス内容に反映させている	×	×	×	×	×	×	○
3.3.3 自立して食事ができるよう食事の介助を行っている	×	×	×	×	×	×	○
3.3.4 入居者の希望や状態に応じた入浴を行っている	×	×	×	×	×	×	○
3.3.5 一人ひとりの心身の状態に合わせた入浴の介助を行っている	×	×	×	×	×	×	○
3.3.6 入浴の際、プライバシーなどに配慮する取組を行っている	×	×	×	×	×	×	○
3.3.7 入居者に合った排泄介護用品を選択している	×	×	×	×	×	×	○
3.3.8 入居者の心身の状態に合わせ、プライバシーを配慮した排泄介助を行っている	×	×	×	×	×	×	○
3.3.9 入居者に変化や異常が認められた場合は外部の医療機関と連携する体制がある	×	×	×	×	×	×	○
3.3.10 口腔ケアが必要な入居者に対し、適切に対応している	×	×	×	×	×	×	○
3.3.11 入居者を驚かさないための取組を行っている	×	×	×	×	×	×	○
3.3.12 虐待防止の取組を職員に徹底している	×	×	×	×	×	×	○
3.3.13 認知症の入居者が不穏にならないような取組を行っている	×	×	×	×	×	×	○
3.3.14 認知症理解に対する職員の専門性を高めている	×	×	×	×	×	×	○
3.3.15 認知症の状況に合わせたケアサービスを実施している	×	×	×	×	×	×	○
3.3.16 入居者からの生活上の相談について適切に対応している	×	×	×	×	×	×	○
3.3.17 入居者の小口現金を管理する場合、方法や収支記録を作成し、家族に報告している	×	×	×	×	×	×	○
3.3.18 入居者が選択できる多様な外部のサービスを取り入れている	×	×	×	×	×	×	○
3.3.19 入居者や家族等とのコミュニケーションに配慮している	×	×	×	×	×	×	○



図表 2-60 施設評価の項目整理（理念達成に向けた組織運営）

評価項目	病院機能評価						業務改善の 自己評価
	一般病院1	一般病院2	精神科病院	リハビリ テーション 病院	慢性期病院	緩和ケア 病院	
4 理念達成に向けた組織運営							
4.1 病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ							
4.1.1 理念・基本方針を明確にしている	○	○	○	○	○	○	○
4.1.2 病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	○	○	○	○	○	○	○
4.1.3 効果的・計画的な組織運営を行っている	○	○	○	○	○	○	○
4.1.4 情報管理に関する方針を明確にし、有効に活用している	○	○	○	○	○	○	×
4.1.5 文書を一元的に管理する仕組みがある	○	○	○	○	○	○	×
4.2 人事・労務管理							
4.2.1 役割・機能に見合った人材を確保している	○	○	○	○	○	○	×
4.2.2 人事・労務管理を適切に行っている	○	○	○	○	○	○	○
4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている	○	○	○	○	○	○	×
4.2.4 職員にとって魅力的な職場となるよう努めている	○	○	○	○	○	○	○
4.3 教育・研修							
4.3.1 職員への教育・研修を適切に行っている	○	○	○	○	○	○	○
4.3.2 職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	○	○	○	○	○	○	○
4.3.3 学生実習等を適切に行っている	○	○	○	○	○	○	×
4.3.4 医師・歯科医師の臨床研修を適切に行っている	×	○	×	×	×	×	×
4.3.5 個人の尊厳への配慮を行っている	×	×	×	×	×	×	○
4.4 経営管理							
4.4.1 財務・経営管理を適切に行っている	○	○	○	○	○	○	○
4.4.2 医療業務を適切に行っている	○	○	○	○	○	○	×
4.4.3 効果的な業務委託を行っている	○	○	○	○	○	○	×
4.5 施設・設備管理							
4.5.1 施設・設備を適切に管理している	○	○	○	○	○	○	○
4.5.2 物品管理を適切に行っている	○	○	○	○	○	○	○
4.5.3 産業廃棄物関連法規に定められた取扱いにより適切に廃棄している	×	×	×	×	×	×	○
4.6 病院の危機管理							
4.6.1 災害時の対応を適切に行っている	○	○	○	○	○	○	○
4.6.2 保安業務を適切に行っている	○	○	○	○	○	○	○
4.6.3 医療事故等に適切に対処している	○	○	○	○	○	○	○
4.6.4 苦情対応マニュアルを整備し、職員に周知徹底している	×	×	×	×	×	×	○
4.6.5 苦情や要望を記録し、必要に応じて市町村へ連絡する	×	×	×	×	×	×	○
4.6.6 第三者委員会を設置し、苦情解決に向けた話し合いを行っている	×	×	×	×	×	×	○
4.6.7 苦情や要望に対し、施設内で共有し、改善できる仕組みがある	×	×	×	×	×	×	○

## 2-6-2 アセスメントデータの項目整理

患者・利用者個人のアセスメントデータについては、国際的に多く活用されているインターライ方式の項目を基本とし整理した。なお、アセスメントデータを洗い出すにあたっては、「2-2-2 施設の評価項目の整理」で記載した指標のうち、医療・介護事業所向けアンケート調査により実際に活用されていた評価指標についてのみ項目を洗い出した（「図表 2-36 参照」）。

インターライ方式の項目および居宅サービスガイドライン方式包括的自立支援プログラム方式 Ver.2、日本訪問看護財団方式、ケアマネジメント実践記録様式、R4 システム版の項目の洗い出しについては、平成 25 年度に株式会社三菱総合研究所が作成した「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報告書」を活用している。高齢者総合的機能評価（CGA）については、「図表 2-14」の共通項目を踏まえ、状況によって評価する指標が異なる。そのため、共通項目に該当する項目についてのみ整理した。QOL 尺度については代表的な指標である SF-36v2 を、ADL 評価については代表的に活用されている FIM および BI について整理した。

なお、各表に右側には、評価項目の検討に参考となるように、全アセスメント方式に対する該当する項目数の割合を「重複数」として整理した。

図表 2-61 基本情報の項目

	共通項目	インターライ方式			居宅サービス計画ガイドライン方式	包括的自立支援プログラム方式 Ver.2	日本訪問看護振興財団方式	ケアマネジメント実践記録様式	R4システム版	高齢者総合的機能評価 (共通のみ)	プライマリ・ケア国際分類	NANDA看護診断	Support Team Assessment Schedule	QOL尺度 (SF-36v2)	ADL評価 (FIM)	ADL評価 (BI)	要介護認定調査票	重複率
		居宅版のみ	施設版のみ	施設版のみ														
A1.氏名	○			○	○	○	○	○									○	43.8%
A2.性別	○			○	○	○	○	○									○	43.8%
A3.生年月日	○			○	○	○	○	○									○	43.8%
A4.婚姻状況	○			○		○	○	○										31.3%
A5.介護保険証番号	○				○	○	○	○									○	37.5%
A6.事業所番号	○																	6.3%
A7.要介護度	○			○	○	○	○	○									○	43.8%
A8.アセスメントの理由	○					○	○											18.8%
A9.アセスメント基準日	○			○	○	○	○	○										37.5%
A10.本人のケアの目標	○																	6.3%
A11.アセスメント時の居住場所		○		○	○	○	○	○										37.5%
A12.同居形態		○		○		○	○	○										31.3%
A13.退院後の経過期間	○							○										12.5%

図表 2-62 相談受付表の項目

	共通項目	インターライ方式			居宅サービス計画ガイドライン方式	包括的自立支援プログラム方式 Ver.2	日本訪問看護振興財団方式	ケアマネジメント実践記録様式	R4システム版	高齢者総合的機能評価 (共通のみ)	プライマリ・ケア国際分類	NANDA看護診断	Support Team Assessment Schedule	QOL尺度 (SF-36v2)	ADL評価 (FIM)	ADL評価 (BI)	要介護認定調査票	重複率
		居宅版のみ	施設版のみ	施設版のみ														
B1.入所に対して本人の意思が関与した度合				○	○			○										18.8%
B2.受付日	○			○	○	○	○	○										37.5%
B3.相談受付時までの経過	○			○			○	○										25.0%
B4.相談受付内容	○			○			○	○										25.0%
B5.過去5年間の利用歴(短所は含まず)	○			○			○	○										25.0%
B6.入所直前と通常の居住場所			○	○			○	○										25.0%
B7.入所前の同居形態			○				○	○										18.8%
B8.精神疾患歴			○	○			○			○								25.0%
B9.教育歴	○																	6.3%
B10.医療機関受診時の送迎	○																	6.3%
B11.受診中の付き添いが必要	○				○													12.5%

図表 2-63 認知の項目

	共通項目	インターライ方式			居宅サービス計画ガイドライン方式	包括的自立支援プログラム方式 Ver.2	日本訪問看護振興財団方式	ケアマネジメント実践記録様式	R4システム版	高齢者総合的機能評価 (共通のみ)	プライマリ・ケア国際分類	NANDA看護診断	Support Team Assessment Schedule	QOL尺度 (SF-36v2)	ADL評価 (FIM)	ADL評価 (BI)	要介護認定調査票	重複率
		居宅版のみ	施設版のみ	施設版のみ														
C1.日常の意思決定を行うための認知能力	○			○	○	○	○	○						○				43.8%
C2.記憶を想起する能力	○			○	○	○	○	○						○		○		43.8%
C3.せん妄の兆候	○			○	○	○	○	○										37.5%
C4.精神状態の急な変化	○																	6.3%
C5.過去90日間(または前回アセスメント以降)の意思決定能力の変化	○					○												12.5%

図表 2-64 コミュニケーションと視覚の項目

		インターライ方式			居宅サービス計画ガイドライン方式	包括的自立支援プログラム方式 Ver.2	日本訪問看護療養院方式	ケアマネジメント実践記録様式	R4システム版	高齢者総合的機能評価 (共通のみ)	プライマリ・ケア国際分類	NANDA看護診断	Support Team Assessment Schedule	QOL尺度 (SF-36v2)	ADL評価 (FIM)	ADL評価 (BI)	要介護認定調査票	重複率
		共通項目	居宅版のみ	施設版のみ														
D.コミュニケーションと視覚	D1.自分を理解させることができる	○			○	○	○	○				○			○			50.0%
	D2.他者を理解できる能力(理解力)	○			○	○	○	○							○			43.8%
	D3.聴覚	○			○	○	○	○			○	○			○		○	62.5%
	D4.視覚	○			○	○	○	○			○	○			○		○	62.5%

図表 2-65 既存評価指標の項目

		インターライ方式			居宅サービス計画ガイドライン方式	包括的自立支援プログラム方式 Ver.2	日本訪問看護療養院方式	ケアマネジメント実践記録様式	R4システム版	高齢者総合的機能評価 (共通のみ)	プライマリ・ケア国際分類	NANDA看護診断	Support Team Assessment Schedule	QOL尺度 (SF-36v2)	ADL評価 (FIM)	ADL評価 (BI)	要介護認定調査票	重複率
		共通項目	居宅版のみ	施設版のみ														
E.気分と行動	E1.うつ、不安、悲しみの気分の兆候	○			○	○	○	○		○	○			○			○	62.5%
	E2.利用者自身が応えた気分	○								○	○			○				25.0%
	E3.行動の問題	○			○	○	○	○			○			○			○	56.3%
	E4.最近3日間における生活満足度	○								○								12.5%

図表 2-66 心理社会面の項目

		インターライ方式			居宅サービス計画ガイドライン方式	包括的自立支援プログラム方式 Ver.2	日本訪問看護療養院方式	ケアマネジメント実践記録様式	R4システム版	高齢者総合的機能評価 (共通のみ)	プライマリ・ケア国際分類	NANDA看護診断	Support Team Assessment Schedule	QOL尺度 (SF-36v2)	ADL評価 (FIM)	ADL評価 (BI)	要介護認定調査票	重複率
		共通項目	居宅版のみ	施設版のみ														
F.心理社会面	F1.社会関係		○ (一部)		○	○	○	○				○		○				43.8%
	F2.孤独	○					○	○				○						25.0%
	F3.過去90日間(または前回アセスメント以降)の社会的活動の変化		○		○		○											18.8%
	F4.日中、1人きりである時間		○															6.3%
	F5.自発性・参加意識	○		○				○	○									25.0%
	F6.対人関係の不安定	○		○				○	○			○	○					43.8%
	F7.過去90日間の大きなストレス	○						○				○						18.8%
	F8.強み(ストレングス)			○ (一部)														

図表 2-67 機能状態の項目

		インターライ方式			居宅サービス計画ガイドライン方式	包括的自立支援プログラム方式 Ver.2	日本訪問看護療養院方式	ケアマネジメント実践記録様式	R4システム版	高齢者総合的機能評価 (共通のみ)	プライマリ・ケア国際分類	NANDA看護診断	Support Team Assessment Schedule	QOL尺度 (SF-36v2)	ADL評価 (FIM)	ADL評価 (BI)	要介護認定調査票	重複率
		共通項目	居宅版のみ	施設版のみ														
G.機能状態	G1.IADLの実施状況と能力		○		○	○	○	○				○		○			○	50.0%
	G2.ADL	○			○	○	○	○	○			○		○	○	○	○	75.0%
	G3.移動/歩行	○			○			○	○			○		○	○	○	○	62.5%
	G4.活動状況	○									○				○	○	○	37.5%
	G5.身体機能潜在能力	○			○	○												18.8%
	G6.過去90日間(または前回アセスメント以降)のADLの変化	○																6.3%
	G7.自転車の運転		○															6.3%

図表 2-68 失禁の項目

		インターライ方式			居宅サービス計画ガイドライン方式	包括的自立支援プログラム方式 Ver.2	日本訪問看護振興財団方式	ケアマネジメント実践記録様式	R4システム版	高齢者総合的機能評価 (共通のみ)	プライマリ・ケア国際分類	NANDA看護診断	Support Team Assessment Schedule	QOL尺度 (SF-36v2)	ADL評価 (FIM)	ADL評価 (BI)	要介護認定調査票	重複率
		共通項目	居宅版のみ	施設版のみ														
H失禁	H1.尿失禁	○			○	○	○	○	○	○	○	○			○			62.5%
	H2.尿失禁器材(オムツやパッドは除く)	○			○	○	○	○	○	○	○							43.8%
	H3.便失禁	○			○	○	○	○	○	○	○	○			○			62.5%
	H4.オムツやパッドの使用		○		○	○		○	○									31.3%
	H5.ストーマ			○	○	○		○	○		○							37.5%

図表 2-69 疾患の項目

		インターライ方式			居宅サービス計画ガイドライン方式	包括的自立支援プログラム方式 Ver.2	日本訪問看護振興財団方式	ケアマネジメント実践記録様式	R4システム版	高齢者総合的機能評価 (共通のみ)	プライマリ・ケア国際分類	NANDA看護診断	Support Team Assessment Schedule	QOL尺度 (SF-36v2)	ADL評価 (FIM)	ADL評価 (BI)	要介護認定調査票	重複率
		共通項目	居宅版のみ	施設版のみ														
I疾患	I1.疾患	○	○	○	○	○	○	○	○		○							56.3%
	I2.その他の診断	○	○	○	○	○	○	○	○		○							56.3%

図表 2-70 健康状態の項目

		インターライ方式			居宅サービス計画ガイドライン方式	包括的自立支援プログラム方式 Ver.2	日本訪問看護振興財団方式	ケアマネジメント実践記録様式	R4システム版	高齢者総合的機能評価 (共通のみ)	プライマリ・ケア国際分類	NANDA看護診断	Support Team Assessment Schedule	QOL尺度 (SF-36v2)	ADL評価 (FIM)	ADL評価 (BI)	要介護認定調査票	重複率
		共通項目	居宅版のみ	施設版のみ														
J健康状態	J1.転倒	○			○	○	○	○										31.3%
	J2.最近の転倒	○					○	○										18.8%
	J3.問題の頻度	○			○													12.5%
	J4.呼吸困難(息切れ)	○					○	○			○							25.0%
	J5.疲労感	○						○			○			○				25.0%
	J6.痛み	○				○	○	○	○		○		○	○	○			43.8%
	J7.状態の不安定	○				○	○	○			○	○		○				43.8%
	J8.主観的健康感	○												○				12.5%
	J9.喫煙と飲酒	○																6.3%

図表 2-71 口腔および栄養状態の項目

		インターライ方式			居宅サービス計画ガイドライン方式	包括的自立支援プログラム方式 Ver.2	日本訪問看護振興財団方式	ケアマネジメント実践記録様式	R4システム版	高齢者総合的機能評価 (共通のみ)	プライマリ・ケア国際分類	NANDA看護診断	Support Team Assessment Schedule	QOL尺度 (SF-36v2)	ADL評価 (FIM)	ADL評価 (BI)	要介護認定調査票	重複率
		共通項目	居宅版のみ	施設版のみ														
K口腔および栄養状態	K1.身長と体重	○			○	○	○	○			○							43.8%
	K2.栄養上の問題	○			○		○	○			○	○						37.5%
	K3.栄養摂取の方法	○			○	○	○	○	○									37.5%
	K4.経静脈/経管栄養摂取量			○	○	○												18.8%
	K5.歯科口腔			○	○	○	○	○	○									31.3%
	K6.栄養管理(ダイエツタイプ)の必要	○				○												12.5%

図表 2-72 皮膚の状態の項目

		インターライ方式			居宅サービス計画ガイドライン方式	包括的自立支援プログラム方式 Ver.2	日本訪問看護療養院方式	ケアマネジメント実践記録様式	R4システム版	高齢者総合的機能評価(共通のみ)	プライマリ・ケア国際分類	NANDA看護診断	Support Team Assessment Schedule	QOL尺度(SF-36v2)	ADL評価(FIM)	ADL評価(BI)	要介護認定調査票	重複率
		共通項目	居宅版のみ	施設版のみ														
L.皮膚の状態	L1.最重度の褥瘡	○			○	○	○	○										37.5%
	L2.褥瘡の既往	○			○	○	○	○			○							43.8%
	L3.褥瘡以外の皮膚の問題	○			○						○							18.8%
	L4.重要な皮膚の問題	○			○	○	○	○	○		○							43.8%
	L5.皮膚の裂傷や切り傷(手術創以外)	○			○	○	○	○	○		○							43.8%
	L6.その他の皮膚の状態や変化	○			○	○	○	○	○		○							43.8%
	L7.足の問題	○			○			○			○							25.0%

図表 2-73 アクティビティの項目

		インターライ方式			居宅サービス計画ガイドライン方式	包括的自立支援プログラム方式 Ver.2	日本訪問看護療養院方式	ケアマネジメント実践記録様式	R4システム版	高齢者総合的機能評価(共通のみ)	プライマリ・ケア国際分類	NANDA看護診断	Support Team Assessment Schedule	QOL尺度(SF-36v2)	ADL評価(FIM)	ADL評価(BI)	要介護認定調査票	重複率
		共通項目	居宅版のみ	施設版のみ														
M.アクティビティ	M1.活動への平均参加時間			○			○	○										18.8%
	M2.好む活動と関与(現在の能力に適切)	○					○	○										18.8%
	M3.日中ねている時間			○		○	○	○				○						31.3%
	M4.興味・関心	○				○	○	○	○									25.0%

図表 2-74 薬剤の項目

		インターライ方式			居宅サービス計画ガイドライン方式	包括的自立支援プログラム方式 Ver.2	日本訪問看護療養院方式	ケアマネジメント実践記録様式	R4システム版	高齢者総合的機能評価(共通のみ)	プライマリ・ケア国際分類	NANDA看護診断	Support Team Assessment Schedule	QOL尺度(SF-36v2)	ADL評価(FIM)	ADL評価(BI)	要介護認定調査票	重複率
		共通項目	居宅版のみ	施設版のみ														
N.薬剤	N1.全使用薬剤のリスト	○				○	○	○										25.0%
	N2.薬のアレルギー	○					○	○			○							18.8%
	N3.処方薬の順守		○				○	○										18.8%

図表 2-75 治療とケアプログラムの項目

		インターライ方式			居宅サービス計画ガイドライン方式	包括的自立支援プログラム方式 Ver.2	日本訪問看護療養院方式	ケアマネジメント実践記録様式	R4システム版	高齢者総合的機能評価(共通のみ)	プライマリ・ケア国際分類	NANDA看護診断	Support Team Assessment Schedule	QOL尺度(SF-36v2)	ADL評価(FIM)	ADL評価(BI)	要介護認定調査票	重複率
		共通項目	居宅版のみ	施設版のみ														
O.治療とケアプログラム	O1.健診・予防接種	○									○							12.5%
	O2.特別な治療・ケア(過去3日間)	○			○	○	○	○										31.3%
	O3.過去7日間のサービス		○		○	○	○	○	○									37.5%
	O4.リハビリテーション			○	○	○	○	○	○									25.0%
	O5.受診・入院(過去90日間の回数を右詰めで記入)		○		○	○	○	○	○									18.8%
	O6.受診(過去14日間の回数)	○					○	○										18.8%
	O7.医師の指示変更(過去14日間の回数)	○																6.3%
	O8.身体抑制		○															0.0%

図表 2-76 意思決定権と事前指示の項目

		インターライ方式			居宅サービス計画ガイドライン方式	包括的自立支援プログラム方式 Ver.2	日本訪問看護療養院方式	ケアマネジメント実践記録様式	R4システム版	高齢者総合的機能評価(共通のみ)	プライマリ・ケア国際分類	NANDA看護診断	Support Team Assessment Schedule	QOL尺度(SF-36v2)	ADL評価(FIM)	ADL評価(BI)	要介護認定調査票	重複率
		共通項目	居宅版のみ	施設版のみ														
P.意思決定権と事前指示	P1.意思決定権			○				○										6.3%
	P2.事前指示			○														6.3%

図表 2-77 支援状況の項目

	共通項目	インターライ方式			居宅サービス計画ガイドライン方式	包括的自立支援プログラム方式 Ver.2	日本訪問看護療養院方式	ケアマネジメント実践記録様式	R4システム版	高齢者総合的機能評価 (共通のみ)	プライマリ・ケア国際分類	NANDA看護診断	Support Team Assessment Schedule	QOL尺度 (SF-36v2)	ADL評価 (FIM)	ADL評価 (BI)	要介護認定調査票	重複率
		居宅版のみ	施設版のみ	施設版のみ														
Q支援状況	Q1.インフォーマルな援助者		○		○	○	○	○				○						43.8%
	Q2.インフォーマルな援助者の状況		○		○	○	○	○				○	○					50.0%
	Q3.過去3日間のインフォーマルな援助量		○					○										12.5%

図表 2-78 退所の可能性の項目

	共通項目	インターライ方式			居宅サービス計画ガイドライン方式	包括的自立支援プログラム方式 Ver.2	日本訪問看護療養院方式	ケアマネジメント実践記録様式	R4システム版	高齢者総合的機能評価 (共通のみ)	プライマリ・ケア国際分類	NANDA看護診断	Support Team Assessment Schedule	QOL尺度 (SF-36v2)	ADL評価 (FIM)	ADL評価 (BI)	要介護認定調査票	重複率
		居宅版のみ	施設版のみ	施設版のみ														
R退所の可能性	R1.退所の可能性			○														6.3%
	R2.地域に退所するまでの予測期間			○														6.3%

図表 2-79 環境評価の項目

	共通項目	インターライ方式			居宅サービス計画ガイドライン方式	包括的自立支援プログラム方式 Ver.2	日本訪問看護療養院方式	ケアマネジメント実践記録様式	R4システム版	高齢者総合的機能評価 (共通のみ)	プライマリ・ケア国際分類	NANDA看護診断	Support Team Assessment Schedule	QOL尺度 (SF-36v2)	ADL評価 (FIM)	ADL評価 (BI)	要介護認定調査票	重複率
		居宅版のみ	施設版のみ	施設版のみ														
S環境評価	S1.屋内の環境		○		○	○	○	○										31.3%
	S2.バリアフリー使用の住宅に居住		○		○	○	○	○										31.3%
	S3.周辺環境		○		○			○										18.8%
	S4.経済状況		○			○	○	○										25.0%

図表 2-80 今後の見通しと全体状況の項目

	共通項目	インターライ方式			居宅サービス計画ガイドライン方式	包括的自立支援プログラム方式 Ver.2	日本訪問看護療養院方式	ケアマネジメント実践記録様式	R4システム版	高齢者総合的機能評価 (共通のみ)	プライマリ・ケア国際分類	NANDA看護診断	Support Team Assessment Schedule	QOL尺度 (SF-36v2)	ADL評価 (FIM)	ADL評価 (BI)	要介護認定調査票	重複率
		居宅版のみ	施設版のみ	施設版のみ														
T今後の見通しと全体状況	T1.過去90日間(または前回アセスメント以降)におけるケア目標の達成		○															6.3%
	T2.過去90日間(または前回アセスメント時)と比較した全体の自立度の変化		○															6.3%
	T3.悪化する前に自立していたADLの数		○															6.3%
	T4.悪化する前に自立していたIADLの数		○															6.3%
	T5.増悪原因の起こった時期		○															6.3%

図表 2-81 利用の終了の項目

	共通項目	インターライ方式			居宅サービス計画ガイドライン方式	包括的自立支援プログラム方式 Ver.2	日本訪問看護療養院方式	ケアマネジメント実践記録様式	R4システム版	高齢者総合的機能評価 (共通のみ)	プライマリ・ケア国際分類	NANDA看護診断	Support Team Assessment Schedule	QOL尺度 (SF-36v2)	ADL評価 (FIM)	ADL評価 (BI)	要介護認定調査票	重複率
		居宅版のみ	施設版のみ	施設版のみ														
U利用の終了	U1.終了日	○					○	○										18.8%
	U2.今後の居住場所	○						○										12.5%
	U3.退所後に居住サービスを受ける予定	○		○				○										18.8%

図表 2-82 アセスメント情報の項目

	共通項目	インターライ方式			居宅サービス計画ガイドライン方式	包括的自立支援プログラム方式 Ver.2	日本訪問看護療養院方式	ケアマネジメント実践記録様式	R4システム版	高齢者総合的機能評価 (共通のみ)	プライマリ・ケア国際分類	NANDA看護診断	Support Team Assessment Schedule	QOL尺度 (SF-36v2)	ADL評価 (FIM)	ADL評価 (BI)	要介護認定調査票	重複率
		居宅版のみ	施設版のみ	施設版のみ														
V.アセスメント情報	V1.アセスメント担当者のサイン	○			○		○	○					○				○	43.8%
	V2.アセスメント完成日	○					○	○					○				○	31.3%

### 2-6-3 業務書類の項目整理

在宅医療・介護を行う多職種は、自事業所で保管しておくための記録等の書類や、他職種に提出したり連携したりするための書類を記載している。患者・利用者の氏名、性別、生年月日等の基本情報の他、共通した項目を多職種がそれぞれの視点で記載していると考えられる。これらの項目は記載する時期や頻度によって内容は異なるが、必要な項目を時系列で一元的に確認したり、記載している項目を他職種に連携をしたりすることにより、網羅的に情報を捉えることができ、また記載・入力のための負荷を抑えることが期待できる。

「在宅医療と介護の連携のための情報システムの共通基盤のあり方に関する調査研究報告書 在宅医療と介護の連携における情報システムの適切な利用を促進させるためのガイドライン（草案）」（以下、「ガイドライン（草案）」という。）を策定した際に検討対象とした18種類の業務書類を本調査研究の対象とした。

以下の18種類の業務書類について項目を整理し、共通項目を把握した。なお、各共通項目に対して、ガイドライン（草案）に掲載されているか否かを確認したところ、概ね掲載されていることが確認できた。

図表 2-83 在宅医療・介護現場で記載される代表的な業務書類

① 退院時共同指導記録（退院時情報提供書）	⑪ サービス担当者会議の要点表
② 退院・退所情報提供書	⑫ 訪問看護指示書／特別訪問看護指示書
③ 看護連携サマリ	⑬ 訪問看護計画書
④ 主治医意見書	⑭ 訪問看護報告書
⑤ 居宅療養管理指導情報提供書（居宅療養管理指導書）	⑮ 訪問看護記録
⑥ 訪問薬剤管理指導依頼書（診療情報提供書・訪問依頼書）	⑯ サービス提供票
⑦ 訪問薬剤管理指導報告書（訪問服薬指導報告書）	⑰ 訪問介護計画書
⑧ 薬学的管理指導計画書	⑱ サービス利用確認書
⑨ 居宅療養管理指導報告書	
⑩ サービス担当者に対する照会内容	

図表 2-84 業務書類に共通した項目

項目	重複数	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	ガイドライン(草案) 該当項目
氏名	18	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
性別	8	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
生年月日	12	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
年齢	9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
住所	9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
電話番号	6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
介護保険(保険者名・保険者番号・被保険者番号)	5			○		○										○	○			○
医療保険(保険者名・保険の種類・被保険者番号)	2			○												○				○
生活保護	2			○	○															○
身長	1				○															○
体重	1															○				○
趣味・嗜好	1									○										○
経済状況	1			○																○
家族住所	1																			○
家族電話番号／携帯番号	1																			○
家族(健康状態)	1								○											○
介護者氏名	1																		○	○
介護者続柄	1																		○	○
介護者住所	1																		○	○
介護者電話番号／携帯番号	1																		○	○
役割(キーパーソン／主介護者／副介護者／緊急連絡者)	3			○											○				○	○
同居家族	1			○																○
居室状況(専用居室の有無／階数／エレベーター／日当たり／暖房／冷房)	1								○											○
かかりつけ医(主病名、医療機関名、診療科目、医師名)	6	○		○	○		○	○		○			○							○
かかりつけ医(診療状況(受診方法、頻度など)、電話番号、情報源)	3				○					○				○						○
医療機関(かかりつけ医以外)	2	○	○			○														○
既往歴	4		○	○			○		○											○
現在の疾患、特定疾患、感染症	7	○	○	○	○	○	○		○				○							○
薬物アレルギー／禁忌薬	1	○											○							○
病状説明(病態変化、対処、留意すべきこと、指示したこと、予後・余命)	7	○	○	○	○	○			○				○		○					○
今後の方針(看取りの意向／家族の意向)	2									○									○	○
装着機器(機器名)	4		○	○	○								○							○
医療処置(皮膚・カテーテル・人工呼吸器・酸素療法・血液浄化・その他)	7		○	○	○	○	○						○			○				○
薬(薬品名、副作用、調剤日、処方者名、医療機関名、剤形・色、服用内容(回数、時期))	7	○	○	○			○	○	○				○							○
障害認定(療育・身障・種別・等級)／自立度	2			○															○	○
要介護認定(区分・認定有効期間)／自立度	11	○	○	○		○	○		○			○	○	○		○	○	○	○	○
サービス内容(種別・事業所名・担当者・電話番号)	13	○		○		○	○		○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○
サービス期間(頻度・期間・利用する曜日・所要時間など)	4																○	○	○	○
処置方法(排泄、吸引・吸入、点滴、注射、麻薬)	7		○	○	○									○	○			○	○	○
リハビリ等	4	○	○										○		○	○				○
身体機能評価	3	○		○	○															○
生活機能評価	2			○	○															○
認知機能評価	4		○	○	○															○
精神・行動障害機能評価	3		○	○	○															○
社会生活適応機能評価	1																			○
日常生活自立度(障害高齢者日常生活自立度、認知症高齢者日常生活自立度)	6		○	○	○	○							○			○				○
治療、痛み、症状	4				○				○				○			○				○
バイタルサイン(血圧・脈拍・呼吸・体温・SpO2)	1			○																○
残薬状況・服薬指示	3		○						○	○										○
皮膚の処置内容	4		○	○	○								○							○
食事・水分(主食量・副食量・水分点滴・状態)	4								○		○					○				○
排泄状況(排尿量、排便量、便の硬さ、緩下剤の使用状況、失禁)	4								○	○						○				○
睡眠状況	3								○	○										○
口腔(嚥下、飲込、食形態、食補助、口腔ケア、特記事項)	3	○	○													○				○
その他(患者・家族のこと等)	10	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
記録日	16	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
次回への申し送り事項	3								○	○	○									○
その他重複しない項目が121項目																				



## 3 評価支援システムの効果的な活用方策や普及策の検討

### 3-1 在宅医療・介護のケアの質評価項目の設定

#### 3-1-1 目的

今後、評価支援システムの効果的な活用方策や普及策の検討を進めるにあたって、まずは検討を開始することを目的に、限りある情報や検討条件等を踏まえた上で、在宅医療・介護のケアの質評価のための項目を仮設定することを目的とする。

当然のことながら、本調査研究で仮設定した質評価項目は、今後、客観データ・主観データのバランスをとる等、継続的な精査見直しを行っていく必要がある。そのためにも、見直しの余地が十分であることを理解し、それを前提に議論を開始することを目的に情報項目の設定を行う。

#### 3-1-2 考え方

前述「2-6-1 施設評価の項目整理」「2-6-2 アセスメントデータの項目整理」「2-6-3 業務書類の項目整理」の情報項目を参考に在宅医療・介護のケアの質評価項目を設定する。

具体的には、「2-6-1 施設評価の項目整理」で整理した情報項目のうち、病院機能評価及び業務改善の自己評価で共通して持ちいられている項目（赤い矩形で囲まれている項目）を在宅医療・介護のケアの質評価項目に設定する。

また、「2-6-2 アセスメントデータの項目整理」で整理した情報項目のうち、重複率が20%以上のものを在宅医療・介護のケアの質評価項目に設定する。

以上の考えの下、在宅医療・介護のケアの質評価項目を一時的に設定した後、「2-6-3 業務書類の項目整理」で整理した情報項目のうち、ガイドライン（草案）該当項目が含まれていない場合に限り、当該情報項目の追加設定を行う。

以上の作業を踏まえ、在宅医療・介護のケアの質評価項目を仮設定する。

### 3-1-3 評価項目案

#### (1) 施設評価の項目から抽出された在宅医療・介護のケアの質評価項目

以下に、「2-6-1 施設評価の項目整理」から抽出された在宅医療・介護のケアの質評価項目を示す。各項目に対して、「構造評価」「過程評価」「成果評価」を設定している。当該項目の利活用にあたっては、病院を地域・多職種チーム、病室を居宅と読み替えて活用する。

図表 3-1 施設評価の項目から抽出された在宅医療・介護のケアの質評価項目

評価項目	構造評価	過程評価	成果評価
1 患者中心の医療の推進			
1.1 患者の意思を尊重した医療			
1.1.1 患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	○		
1.1.2 患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている	○		
1.1.3 患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	○		
1.1.4 患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している	○		
1.1.5 患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している	○		
1.2 地域への情報発信と連携			
1.2.1 必要な情報を地域等へわかりやすく発信している	○		
1.2.2 地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	○		
1.3 患者の安全確保に向けた取り組み			
1.3.1 安全確保に向けた体制が確立している	○		
1.4 医療関連感染制御に向けた取り組み			
1.4.1 医療関連感染制御に向けた体制が確立している	○		
1.5 継続的質改善のための取り組み			
1.5.1 患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	○		
1.5.2 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	○		
1.5.3 医療サービスの質改善に継続的に取り組んでいる	○		
1.6 療養環境の整備と利便性			
1.6.1 患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	○		
1.6.2 高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	○		
1.6.3 療養環境を整備している	○		
2 良質な医療の実践1			
2.1 診療・ケアにおける質と安全の確保			
2.1.1 診療・ケアの管理・責任体制が明確である	○		
2.1.2 診療記録を適切に記載している		○	
2.1.5 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している		○	
2.1.8 患者等の急変時に適切に対応している		○	
2.1.9 医療関連感染を制御するための活動を実施している		○	
2.1.12 多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている		○	
2.2 チーム医療による診療・ケアの実践			
2.2.7 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している		○	
2.2.16 褥瘡の予防・治療を適切に行っている		○	
2.2.17 栄養管理と食事指導を適切に行っている		○	
4 理念達成に向けた組織運営			
4.1 病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ			
4.1.1 理念・基本方針を明確にしている	○		
4.1.2 病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している		○	
4.1.3 効果的・計画的な組織運営を行っている		○	
4.2 人事・労務管理			
4.2.2 人事・労務管理を適切に行っている		○	
4.2.4 職員にとって魅力ある職場となるよう努めている		○	
4.3 教育・研修			
4.3.1 職員への教育・研修を適切に行っている		○	
4.3.2 職員の能力評価・能力開発を適切に行っている		○	
4.4 経営管理			
4.4.1 財務・経営管理を適切に行っている		○	
4.5 施設・設備管理			
4.5.1 施設・設備を適切に管理している		○	
4.5.2 物品管理を適切に行っている		○	
4.6 病院の危機管理			
4.6.1 災害時の対応を適切に行っている		○	
4.6.2 保安業務を適切に行っている		○	
4.6.3 医療事故等に適切に対応している		○	

(2) アセスメントデータの項目から抽出された在宅医療・介護のケアの質評価項目

「2-6-2アセスメントデータの項目整理」から抽出された在宅医療・介護のケアの質評価項目を示す。各項目に対して、「構造評価」「過程評価」「成果評価」を設定している。なお、患者・利用者等の個人を特定する情報(アセスメントデータでいう「基本情報」を指す)は、評価支援システムで管理していくことを想定していないため、以下に示していない。

図表 3-2 アセスメントデータの項目から抽出された在宅医療・介護のケアの質評価項目

評価項目		構造評価	過程評価	成果評価
A.基本情報	A2.性別			
	A3.生年月日			
	A4.婚姻状況			
	A7.要介護度			
	A9.アセスメント基準日			
	A11.アセスメント時の居住場所			
	A12.同居形態			
B.相談受付表	B2.受付日		○	
	B3.相談受付時までの経過		○	
	B4.相談受付内容		○	
	B5.過去5年間の利用歴(短所は含まず)		○	
	B6.入所直前と通常の居住場所		○	
	B8.精神疾患歴		○	
C.認知	C1.日常の意思決定を行うための認知能力			○
	C2.記憶を想起する能力			○
	C3.せん妄の兆候			○
D.コミュニケーションと視覚	D1.自分を理解させることができる			○
	D2.他者を理解できる能力(理解力)			○
	D3.聴覚			○
	D4.視覚			○
E.気分と行動	E1.うつ、不安、悲しみの気分の兆候			○
	E2.利用者自身が応えた気分			○
	E3.行動の問題			○
F.心理 社会面	F1.社会関係			○
	F2.孤独			○
	F5.自発性・参加意識			○
	F6.対人関係の不安定			○
	G1.IADLの実施状況と能力			○
G.機能状態	G2.ADL			○
	G3.移動/歩行			○
	G4.活動状況			○
	H1.尿失禁			○
H.失禁	H2.尿失禁器材(オムツやパッドは除く)			○
	H3.便失禁			○
	H4.オムツやパッドの使用			○
	H5.ストーマ			○
I.疾患	I1.疾患			○
	I2.その他の診断			○
J.健康状態	J1.転倒			○
	J4.呼吸困難(息切れ)			○
	J5.疲労感			○
	J6.痛み			○
	J7.状態の不安定			○
	K1.身長と体重			○
	K2.栄養上の問題			○
K.口腔および栄養状態	K3.栄養摂取の方法			○
	K5.歯科口腔			○
	L1.最重度の褥瘡			○
	L2.褥瘡の既往			○
L.皮膚の 状態	L4.重要な皮膚の問題			○
	L5.皮膚の裂傷や切り傷(手術創以外)			○
	L6.その他の皮膚の状態や変化			○
	L7.足の問題			○
	M.アクティビティ	M3.日中ねている時間		
N.薬剤	M4.興味・関心			○
	N1.全使用薬剤のリスト			○
O.治療とケアプログラム	O2.特別な治療・ケア(過去3日間)			○
	O3.過去7日間のサービス			○
	O4.リハビリテーション			○
	Q.支援状況	Q1.インフォーマルな援助者		
S.環境評価	Q2.インフォーマルな援助者の状況			○
	S1.屋内の環境			○
	S2.バリアフリー使用の住宅に居住			○
	S4.経済状況			○
V.アセスメント情報	V1.アセスメント担当者のサイン			○
	V2.アセスメント完成日			○

(3) 業務書類の項目から抽出された在宅医療・介護のケアの質評価項目

前述、「(1) 施設評価の項目から抽出された在宅医療・介護のケアの質評価項目」「(2) アセスメントデータの項目から抽出された在宅医療・介護のケアの質評価項目」の検討結果の上設定した質の評価項目以外で、ガイドライン（草案）に定義されている情報項目を以下に示す。各項目に対して、「構造評価」「過程評価」「成果評価」を設定している。

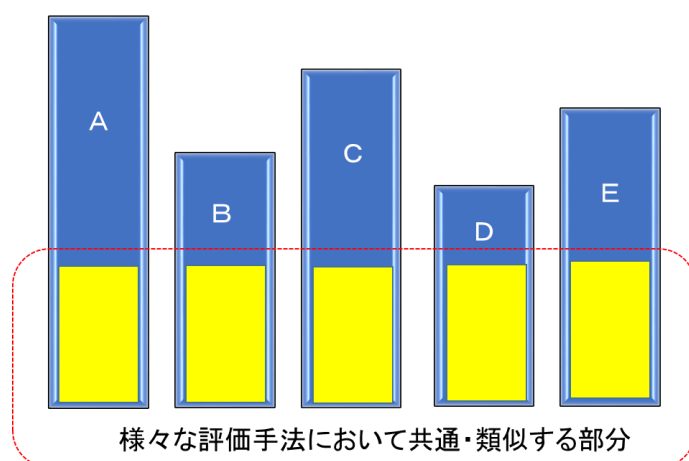
図表 3-3 業務書類の項目から抽出された在宅医療・介護のケアの質評価項目

項目	構造評価	過程評価	成果評価
住所			
電話番号			
介護保険(保険者名・保険者番号・被保険者番号)			
医療保険(保険者名・保険の種類・被保険者番号)			
生活保護			
趣味・嗜好			
経済状況			
家族住所			
家族電話番号／携帯番号			
家族(健康状態)			
介護者氏名			
介護者続柄			
介護者住所			
介護者電話番号／携帯番号			
役割(キーパーソン／主介護者／副介護者／緊急連絡者)			
居室状況(専用居室の有無／階数／エレベーター／日当たり／暖房／冷房)			
かかりつけ医(主病名、医療機関名、診療科目、医師名)			
かかりつけ医(診療状況(受診方法、頻度など)、電話番号、情報源)			
既往歴			
現在の疾患、特定疾患、感染症			○
薬物アレルギー／禁忌薬			○
病状説明(病態変化、対処、留意すべきこと、指示したこと、予後・余命)		○	
今後の方針(看取りの意向／家族の意向)		○	
装着機器(機器名)		○	
医療処置(皮膚・カテーテル・人工呼吸器・酸素療法・血液浄化・その他)		○	
薬(薬品名、副作用、調剤日、処方者名、医療機関名、剤形、色、服用内容(回数、時期))		○	
障害認定(療育・身障・種別・等級)／自立度			
サービス内容(種別・事業所名・担当者・電話番号)		○	
サービス期間(頻度・期間・利用する曜日・所要時間など)		○	
処置方法(排泄、吸引・吸入、点滴、注射、麻薬)		○	
リハビリ等		○	
身体機能評価			○
生活機能評価			○
認知機能評価			○
精神・行動障害機能評価			○
社会生活適応機能評価			○
日常生活自立度(障害高齢者日常生活自立度、認知症高齢者日常生活自立度)			○
バイタルサイン(血圧・脈拍・呼吸・体温・SpO2)			○
残薬状況・服薬指示			○
食事・水分(主食量・副食量・水分点滴・状態)			○
排泄状況(排尿量、排便量、便の硬さ、緩下剤の使用状況、失禁)			○
口腔(嚥む、飲込む、食形態、食補助、口腔ケア、特記事項)			○
その他(患者・家族のこと等)			○

#### (4) 評価項目の範囲

前述、「(1) 施設評価の項目から抽出された在宅医療・介護のケアの質評価項目」「(2) アセスメントデータの項目から抽出された在宅医療・介護のケアの質評価項目」「(3) 業務書類の項目から抽出された在宅医療・介護のケアの質評価項目」については、多くの評価手法に利用されている評価項目を共通・類似する評価項目として実施する。

図表 3-4 抽出した評価項目 (案) の範囲

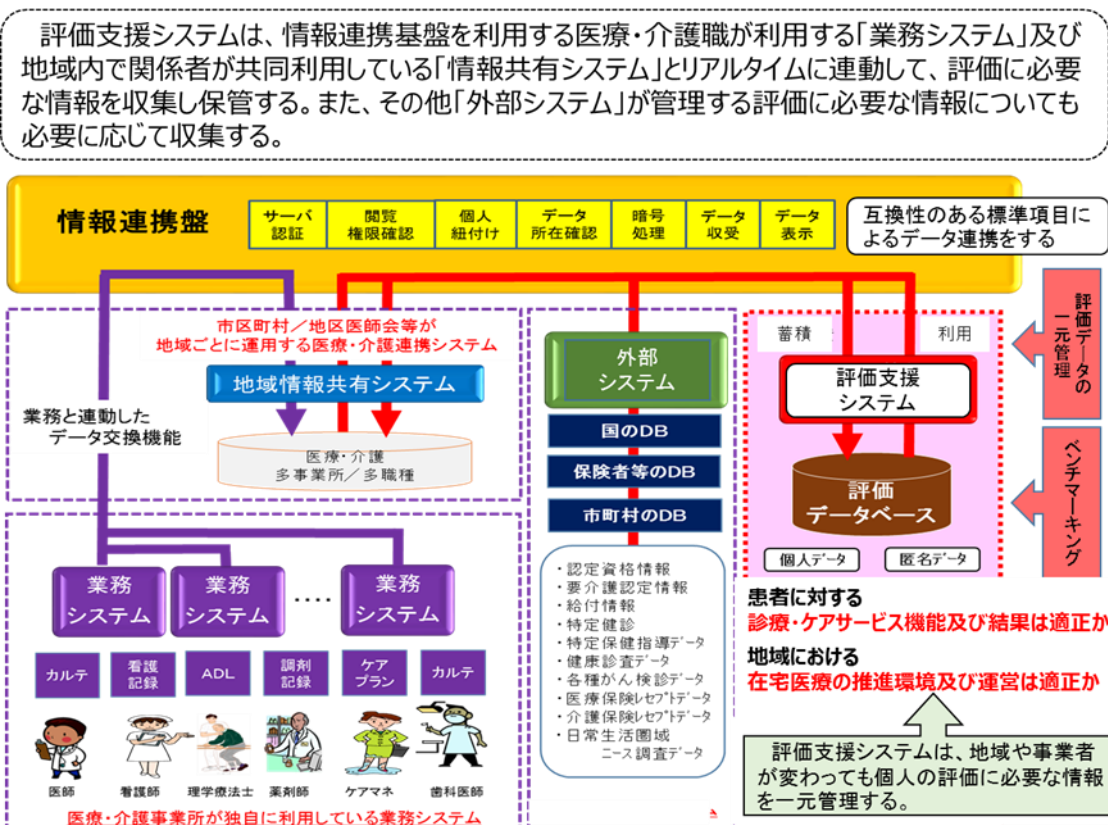


## 3-2 評価支援システムの要件

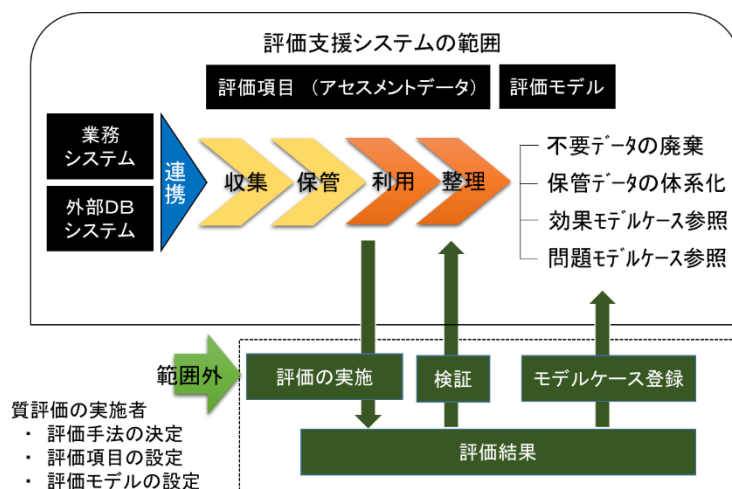
### 3-2-1 考え方

#### (1) 評価支援システムとは

図表 3-5 関連システム全体像



図表 3-6 評価支援システムの範囲と管理機能



## (2) 利用目的

評価支援システムは、多くの関係機関や専門職種が参加する地域包括ケアシステムにおいて、在宅医療と介護のケアの質評価をするときに必要な評価項目（アセスメントデータ）を評価者に提供することにより適正なケアの質評価を容易に行えるようにする。

## (3) 対象範囲

地域包括ケアシステムにおけるケアの質評価は、ストラクチャー(構造)、プロセス(過程)、アウトカム(成果)の評価に着目して、患者(利用者)の個人レベルを評価する場合だけでなく地域や事業所(従事者)の組織レベルでの取り組みの達成状況についても、その対象範囲として評価する必要がある。そのため評価支援システムは、複数の評価基準や評価方法による多面的かつ多面的な評価に対応できるように評価項目を閲覧・登録するとともに、その他の評価に関する情報を利用するポータルとして機能する。

しかし、地域包括ケアシステムにおけるケアの質評価に必要な評価項目は多職種チームによる介入で評価すべき対象が多次元で複雑である。そのため、必要な評価項目を網羅的に設定して評価支援システムのデータベースに登録することについては、大規模データベースとなりコストや利便性、データ管理、システム運用などの観点から問題がある。

そこで、評価支援システムで管理する評価項目については、汎用性があり有効な基本的な評価項目に限定する。そして、そのほか評価項目を保有する評価に関する情報システムとクラウドシステム間の連携により対応できるようにする。

## (4) システム使用者

評価支援システムの使用者は、在宅で療養する患者や家族、地域住民の生活を支援する市民団体、医療・介護事業者、保険者、地方公共団体、国、研究機関等である。これらシステム使用者の多様なニーズに応じて地域包括ケアシステムの充実を進展させる。

そのため、多様なシステム使用者の目的や方法に対する対応が求められ不適切な問題が生じないように留意する必要がある。制度設計、組織体制、運用方法、技術対策、環境整備に必要な措置を講じる。

## (5) 業務処理との連続性のある連携を確保

地域包括ケアシステムにおける在宅医療は、異なる組織や専門領域の連携を必要とするために医療と介護のケアにおいて分断が生じないように関係者が協力して地域を基盤とする包括的なケア体制を構築する必要がある。

そのため、関係者が相互に協力するにはケアに対する考え方や状況把握、必要な対応内容等について情報共有や業務処理に重複や漏れがあってはならない。しかし、その連携のため

の情報共有や業務処理が、関係者にとって大きな負担が生じたのでは連続性のある連携を確保することは到底できない。

従って、評価支援システムは、評価項目の閲覧や登録において、関係者に重複等の負担が生じないようにするための対策として現在行われている業務処理と連動した方式を採用するなど全体の統合を視野に入れた連続性を確保することを重視する。

#### **(6) 標準化を推進する情報連携基盤の活用**

評価支援システムが情報収集するケアの質評価に必要な評価項目については、情報連携基盤を経由してデータベースに保管する。その情報連携基盤は、標準インターフェースを用いてベンダーや業務の異なる様々な情報システムとのデータ交換が可能であり、既に実証システムが構築されている。

(評価支援システムが情報連携基盤を活用する理由)

- ・ 情報セキュリティレベルの要求レベルを満たすことができる
- ・ 医療と介護の様々な情報システム間のデータ交換の標準化を推進できる
- ・ 評価項目の標準化及び統合管理を進展させることができる
- ・ 特定の地域や情報システム環境での利用に限定されない互換性が確保できる
- ・ 公平公正な立場で対応できる信頼性の高い公的機関による管理が容易である
- ・ 在宅医療と介護の多職種が地域で情報共有する情報システムと連動している
- ・ 全国どの地域でも共同利用できる情報システムである

#### **(7) 評価支援システムの利用拡大**

評価支援システムは、ケアの質評価をするときに不可欠となる評価項目の標準化を進展させる必要がある。また、関係者が利用しやすいように評価項目を確実に収集し、データベースに統合管理する重要な役割を担う。このようなシステムとして成立させるためには、信頼性のある有効な評価項目が正確で漏れなく、必要な時に負担なく、関係者であれば誰でも公平に利用できることが求められる。

そのためには、現場に負担が生じない業務改善の方策を見出し、評価支援システムの利用を医療及び介護制度において位置づけされることが好ましい。

#### **(8) 個人及び事業者（従事者）を特定できる情報の取扱い**

評価支援システムが保有する情報については、その情報だけでは個人及び事業者（従事者）を特定できないように保有する情報を制限する。但し、評価項目を利用する評価者が該当する個人及び事業所（従事者）の関係者であり、評価項目の利用目的及び利用方法、利用手続きが妥当であると判断された場合においては、その関係者のみが保有する名寄せキーにより個人及び事業者（従事者）情報として利用することができるようにする。



### **(9) ビックデータを活用したベンチマーキング**

匿名化された全国的大量な質評価に関する評価項目（アセスメントデータ）を活用することで、担当する患者（利用者）ケアの質評価をするときに類似モデルケースと比較し、根拠のある効果的なケアプランやサービス介入等への改善に役立てることができる。

また、地域や事業所におけるマネジメントについても、他の地域や事業種別と比較し、課題や対応策を見出し、問題の解決に役立てることができる。

### **(10) 信頼性の高いシステム環境の整備**

評価支援システムについては、その利用目的や利用方法、情報のアクセス権限や正確性、機密性等について、適切に管理された高度な信頼性が求められる。

そこで評価支援システムの利用にあたっては、政府が推進する行政機関と民間企業、個人等が共通のネットワークで利用する公的個人認証や個人番号カードのマイキー、電子私書箱、マイナポータル等の活用方策を採用し信頼性の高いシステム環境を構築する。

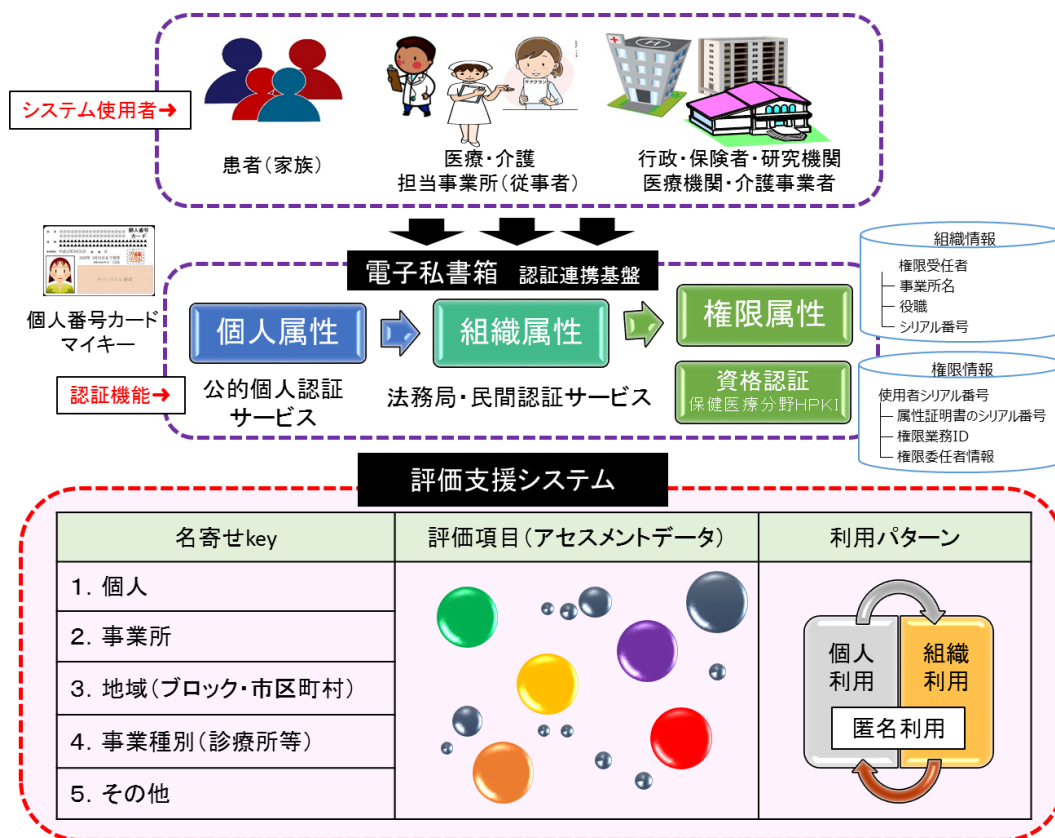
### 3-3 評価支援システムの概要

#### 3-3-1 評価支援システム使用者の認証機能について

評価支援システムは、主観的なデータ利用として、指定する患者（利用者）やその患者（利用者）のケアを担当する事業所（ケア担当者）からの要求により、個人レベルの質評価の情報を提供する。或は、指定する事業所からの要求により、組織レベルの質評価に関する情報を提供することもある。また、客観的なデータ利用として、個人や事業所を特定できない匿名化された質評価に関する情報を第三者に提供することもある。

このように評価支援システムは、異なる要求レベルに適切に対応するためシステム使用者のアクセス権限を適切に認証する機能が求められる。認証方法の一例として、図表3-2の電子私書箱を利用した公的個人認証等の利用が考えられるが、他の方法についても検証する必要がある。

図表 3-7 評価支援システム利用者の認証機能



※1 利用パターンと名寄せ key により収集する評価項目を区分けする

※2 組織認証：使用者が事業所組織に属していることを証明する

※3 権限認証：使用者が事業所より業務権限を与えられている者であるか、また、使用者が必要な国家資格を有しているか者を証明する

#### (個人レベル利用における認証の方法)

- 1) 評価支援システムは、システム使用者からの要求により提供する評価項目（アセスメントデータ）が、患者本人から本人のデータを正式な閲覧申請により要求されているのかを確認する必要がある。
  - 個人番号カード（公的個人認証サービス）の「利用者証明用電子証明書」によりシステム使用者が本人であるのかを確認する。また、「署名用電子証明書」を利用して、申請内容はシステム使用者が作成した真性なものであり、システム使用者が送付したものであるのかを確認する。その上で、評価支援システムは、システム使用者と一致する患者（利用者）の質評価データを提供する。
  
- 2) 評価支援システムは、システム使用者からの要求により提供する評価項目（アセスメントデータ）が、患者から個人データの第三者提供に関する同意を得ているケアを担当する事業所（責任者）等から許可を得た担当者から当該患者のデータを正式な閲覧申請により要求されているのかを確認する必要がある。
  - 個人番号カード（公的個人認証サービス）の「利用者証明用電子証明書」によりシステム使用者が本人であるのかを確認する。また、「署名用電子証明書」を利用して、申請内容はシステム使用者が作成した真性なものであり、システム使用者が送付したものであるのかを確認する。次に、組織属性及び権限属性が登録され認証するサービスを利用して、当該患者のデータを正式な閲覧申請により要求する権限を有しているシステム使用者であるのかを確認し、評価支援システムは、システム使用者に患者（利用者）の質評価データを提供する。

#### (組織レベル利用における認証の方法)

- 3) 評価支援システムは、システム使用者からの要求により提供指定する事業所の評価項目（アセスメントデータ）が、当該事業所の責任者から許可を得た担当者からの正式な閲覧申請により要求されているのかを確認する必要がある。
  - 個人番号カード（公的個人認証サービス）の「利用者証明用電子証明書」によりシステム使用者が本人であるのかを確認する。また、「署名用電子証明書」を利用して、申請内容はシステム使用者が作成した真性なものであり、システム使用者が送付したものであるのかを確認する。次に、組織属性及び権限属性が登録され認証するサービスを利用して、当該患者のデータを正式な閲覧申請により要求する権限を有しているシステム使用者であるのかを確認し、評価支援システムは、システム使用者に当該事業所の質評価データを提供する。

(匿名データ利用における認証の方法)

- 4) 評価支援システムは、個人や事業所を特定することのできないビッグデータをシステム使用者からの要求により提供する地域及び事業種別、匿名患者(利用者)に関する評価項目(アセスメントデータ)をケアの質評価の向上のために有効に活用されるよう適切に管理する必要がある。

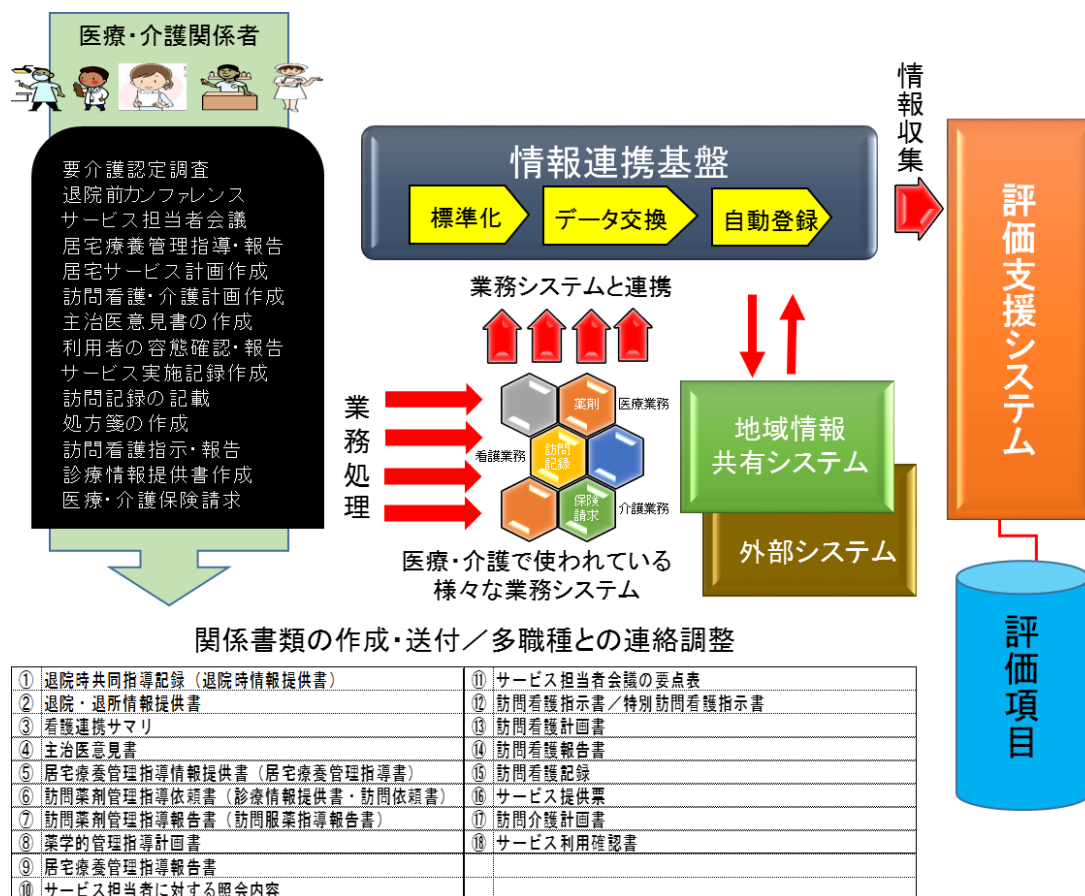
そのため、システム使用者における個人属性及び組織属性について確認するとともに、データの利用制限及び取扱い上の留意事項等について、正式な誓約手続きにより要求されていることを確認する必要がある。

- 個人番号カード(公的個人認証サービス)の「利用者証明用電子証明書」によりシステム使用者が本人であるのかを確認する。また、「署名用電子証明書」を利用して、申請内容はシステム使用者が作成した真性なものであり、システム使用者が送付したものであるのかを確認する。次に、組織属性及び権限属性が登録され認証するサービスを利用して、当該患者のデータを正式な閲覧申請により要求する権限を有しているシステム使用者であるのかを確認し、評価支援システムは、システム使用者に当該事業所の質評価データを提供する。

### 3-3-2 業務処理と連携する機能について

評価支援システムは、医療や介護で使用されている様々な業務システムの処理と連動して、あらかじめ指定された評価項目（アセスメントデータ）を情報連携基盤から収集する連携機能を持つ。また、地域単位で利用されている情報共有システムや評価に関連する外部システムとも情報連携基盤を通じて必要なデータを収集する連携機能を持つ。

図表 3-8 業務処理との連携機能



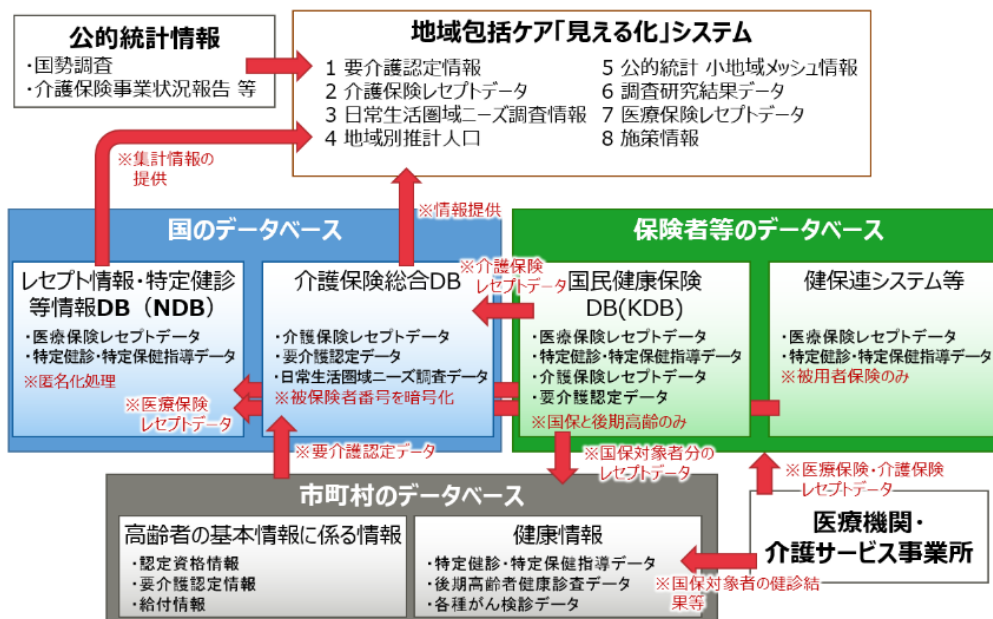
#### (1) 業務システムとの連携

医療と介護業務で利用される情報システムには、診療記録や検査、薬剤管理、介護記録、看護記録など様々な業務システムが市場で流通されているが、平成28年3月末現在、21社27システムが情報連携基盤と接続してデータ交換試験を済ませている。特に介護の業務システムにおいては市場のシェアの約5割を占めていることから情報連携基盤の実運用の開始が待たれる。

## (2) 外部システムとの連携

評価に関連するシステムとして、国や保険者、市町村が管理運営している情報システムが多くある。これらのシステムと評価支援システムが連携することも必要であることから、その連携方法や連携内容について業務システムと同様に実証をする必要がある。

図表 3-9 評価に関連するシステム




### 3-3-3 ネットワーク環境について

評価支援システムのネットワーク環境の一例として、一人の患者(利用者)の評価項目について、情報の閲覧や登録をする個人レベルで利用する場合には、総合行政ネットワーク（L GWAN）を経由して情報連携基盤と接続する方法がある。その場合、情報連携基盤は患者(利用者)が電子私書箱と連携する場合には総合行政ネットワーク（L GWAN）を経由する。また、事業所のクラウド型業務システムが情報連携基盤と連携する場合には、インターネット（V PN）を経由することとし、この場合には、業務システムサーバーと情報連携基盤サーバーは相互認証をする。

なお、事業所の業務システムがクライアント・サーバーシステム（C S）やスタンドアロンシステムの場合は、ネットワーク接続をすることができないので評価支援システムは利用できない。また、組織レベルや匿名データの利用は、処理件数が多くなることが想定されるため総合行政ネットワーク（L GWAN）の利用は困難であることから、実証を通じて他のネットワーク網の利用を検討する必要がある。

また、総合行政ネットワーク（L GWAN）は、地方公共団体のネットワークであることから評価支援システムが地方公共団体による管理運営であることが前提となる。ネットワーク環境については、安全性や経済性、利便性、通信速度、通信量、運用主体などを考慮して決定しなければならない。

図表 3-10 ネットワーク環境（個人レベルの利用）

患者(利用者)	事業所A		事業所B
インターネット (公的個人認証)	インターネット (公的個人認証)	インターネット (ID/PSW)	構内LAN
電子私書箱	業務システム (クラウド型)		業務システムB (CS/スタンドアロン型)
総合行政ネットワーク (L GWAN)	インターネット(VPN) サーバー認証/端末認証		x
情報連携基盤			
総合行政ネットワーク(L GWAN)			 業務システムBは ネットワーク対応型で ないため評価支援システムとデータ連携できない
評価支援システム			

### 3-3-4 データの範囲及び管理について

評価支援システムが取り扱う評価項目（アセスメントデータ）の基本的なデータ管理方針としては次のように考える。

- 1) 個人単位のデータの保管年数は10年を限度とする
- 2) 履歴データについてはデータの種類に応じて保管件数を定める
- 3) 死亡等により今後個人単位のデータを利用が無いと認められる場合は削除する
- 4) データは削除する前に匿名化や統計（集計・加工）処理をするなど二次利用に必要な措置を講じる
- 5) 保管するデータは暗号化する
- 6) 保管する個人データの第三者提供については、本人の同意を得た者にのみ提供する
- 7) 個人データについて本人から閲覧および訂正、削除を求められた場合には速やかに対応する
- 8) 保管するデータについては、在宅医療と介護連携に必要なデータに限定する
- 9) 保管するデータは、他に重複していないデータに限定する
- 10) 保管するデータのコード化や表示形式、桁数等について標準化を図る
- 11) データの毀損等による問題が生じないようバックアップや冗長化を講じる



### 3-4 評価支援システムの利用者と活用メリット

評価支援システムの検討を進めるにあたって、地域住民も含めその利用者と活用メリットを明確にする必要がある。地域包括ケアシステムの推進を視野に入れると、在宅医療と居宅介護だけではなく、病院、介護保険施設、生活支援等、多岐に及ぶため、今後は利害関係者を網羅的に洗い出すとともに、それぞれの貢献 (contribution)、誘因 (motive) の観点で整理していき、情報システムの検討と並行して精査していく必要がある。

図表 3-11 地域包括ケアシステムの主なステークホルダ (利害関係者) と組織均衡

	貢献 (contribution)	誘因 (motive)
患者・家族	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 自己健康管理 (予防とセルフケア)</li> <li>● ヘルスリテラシーの習得</li> <li>● 医療・介護費の支払い</li> <li>● 施設入所の回避 (在宅医療・介護の理解)</li> <li>● 家族介護の理解・覚悟</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 効果的治療・介護</li> <li>● 安心した生活・自分らしい最期</li> <li>● 身体機能の回復</li> <li>● QOL (QODを含む) の改善</li> <li>● 地域社会との交流</li> </ul>
地域包括支援センター 居宅療養支援事業所	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者の相談窓口、及び医療・介護・住まい・生活等支援 (病院、介護施設、通所・居宅介護、生活支援を含む)</li> <li>● 多職種による協働・連携による包括的なチームケアの実施</li> <li>● モチベーションとリーダーシップ、人材育成</li> <li>● 専門知識・技能・技術の効率的提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 適切なケアプランの実施</li> <li>● 関与職員の自己実現</li> <li>● 報酬 (法人・個人) の受理</li> <li>● 地域社会との交流</li> <li>● 高い評価</li> </ul>
病院・診療所	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 効果的治療</li> <li>● 在宅医療に関する研修・啓発</li> <li>● QOL (QODを含む) の改善</li> <li>● モチベーションとリーダーシップ、人材育成 (総合医、かかりつけ医)</li> <li>● 専門知識・技能・技術の効率的提供</li> <li>● 医療コーディネータの育成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 患者・家族満足度の向上</li> <li>● 低リスクの在宅医療の提供</li> <li>● 自己実現</li> <li>● 報酬 (法人・個人) の受理</li> <li>● 地域社会との交流</li> <li>● 高い評価</li> </ul>
介護事業所	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 効果的な介護のための計画・活動・評価</li> <li>● 生活支援の積極的な活用</li> <li>● 医療・介護・住まい・生活等支援の提供</li> <li>● QOL (QODを含む) の改善</li> <li>● モチベーションとリーダーシップ、人材育成</li> <li>● 専門知識・技能・技術の効率的提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 患者・家族満足度の向上</li> <li>● 適切なケアプランの作成</li> <li>● 関与職員の自己実現</li> <li>● 報酬 (法人・個人) の受理</li> <li>● 地域社会との交流</li> <li>● 高い評価</li> </ul>
地方自治体	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 複数組織間・多職種連携のための調整、協力</li> <li>● 医療・介護費の負担と無駄排除 (保険者として)</li> <li>● 施設整備計画による施設介護のコントロール</li> <li>● 地域ケア会議の充実</li> <li>● 生活支援コーディネータの設置</li> <li>● 地域住民への普及・啓発</li> <li>● モチベーションとリーダーシップ、人材育成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ミッション (公平性・信頼性等)</li> <li>● QOL (QODを含む) の改善</li> <li>● 資源の効率的利用 (医療・介護費、自治体の関連施設等)</li> <li>● 社会保障費の抑制</li> <li>● 地域社会との交流</li> <li>● 自治体の魅力の向上</li> </ul>

※介護事業所とは、介護保険施設・居宅介護事業所・訪問看護事業所・居宅サービス事業所等を含む

注：ステークホルダとして、他に住民、薬局等があるが本表では省略している。

出典：島田構成員作成資料より

### 3-4-1 先進事例

#### (1) インターライ方式居宅版 QI

インターライ方式の QI (Quality Indicator) は、インターライ方式のアセスメントデータから算出する質の指標である。事業所全体の質の評価のみならず、個々の患者・利用者のアウトカムを計測することにより個別ケアプランの評価も実施できることが特徴である。この QI による評価は、ケアプラン作成のためにシステムに入力したアセスメントデータを収集するため、新たな負荷は発生しない。

図表 3-12 インターライ方式居宅版 QI

尿失禁の悪化	尿失禁の改善
ADLの悪化	ADLの改善
IADLの悪化	IADLの改善
認知障害の悪化	認知障害の改善
気分の落ち込み	気分の改善
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の改善
重度の痛み	痛みの改善
痛みのコントロールが不十分	体重減少
転倒	孤独
外出日数の減少	介護者のストレスの継続
外傷の発生	インフルエンザワクチン未接種
入院	

事業所によっては、重症者を多く受け入れたり、十分なアセスメントを行っているがゆえに適切に問題を把握していたりしており、その場合は実際の数値が高く（悪く）出ることがある。そのため、事業所の特性や患者・利用者の構成を以下の方法で補正している。

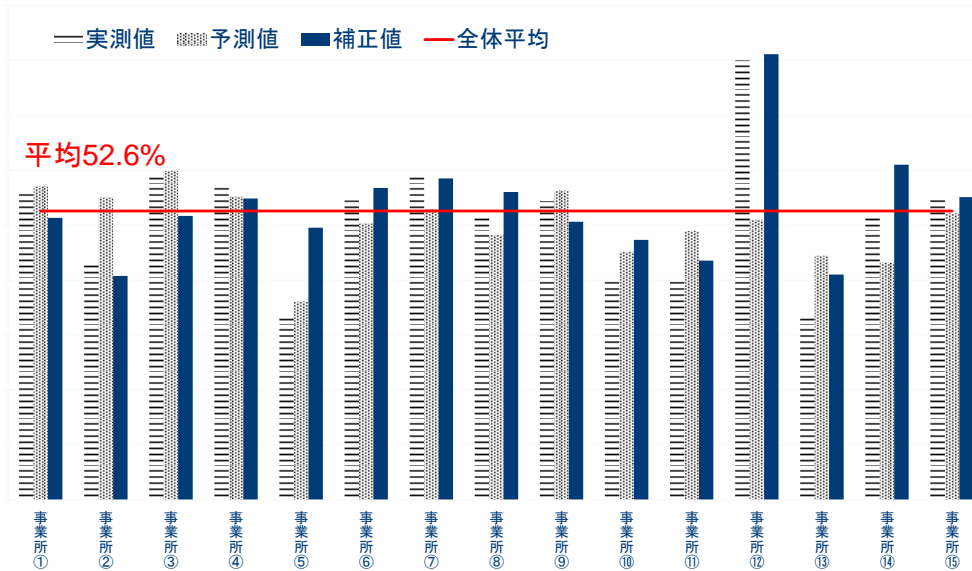
実測値が予測値を下回る場合、ケアの質は高いと判断する。実測値が予測値を下回る場合、ケアの質は低いと判断する。

- 1) 終末期等、特殊状況の利用者と新規利用者は分母から除外する。
- 2) 利用者特性や施設特性から、事業所の予測値を算出

$$\text{補正 QI 値} = (\text{実測値} - \text{予測値}) + \text{全事業所平均}$$

例えば、ADL の悪化の実測値 (ADL が悪化した利用者がどの程度事業所に存在しているかを示す値)、予測値 (ADL が悪化すると予測される利用者の数を統計的に算出した値)、補正值 (「実測値」と「予測値」の差に実測値の全体平均を加えた値) を見比べ、補正值を比較することによって事業所のケアの質を判断する。

図表 3-13 ADLの悪化



出典：ケアプランの改善につながる質の評価；インターライ QI, 石橋智昭

また、個々の患者・利用者毎に ADL 悪化等の予測値も算出可能である。ADL が悪化した患者・利用者が、どの程度悪化するリスクがあったかを一覧で確認することができる。この一覧により、ケアマネジャーは自身のケアプランを見直し、より適切なプラン策定を検討することが可能となる。

図表 3-14 個別に見た ALD の悪化

利用者ID番号	QI項目													
	尿失禁 悪化	尿失禁 改善	ADL 悪化	ADL 改善	IADL 悪化	IADL 改善	認知 悪化	認知 改善	気分 低下	気分 改善	コミュ 悪化	コミュ 改善	重度 痛み	その他
00001								75.2%				29.3%		
00002		8.3%						75.2%				12.9%		
00003														
00004		3.6%												
00005								75.2%				36.3%		
00006								75.2%				38.7%		
00007														
00008			50.3%					75.2%	61.3%	34.3%				57.3%
00009												32.6%		
00010			50.3%					75.2%		34.3%				95.2%
00011														
00012			50.3%						61.3%			38.7%		78.3%
00013												36.3%		
00014														
00015														
00016		3.6%	26.5%					75.2%				34.8%		57.3%
00017														
00018														
00019								75.2%	44.9%	25.0%				

出典：第3回評価手法部会にて石橋構成員よりご提供いただいた資料より

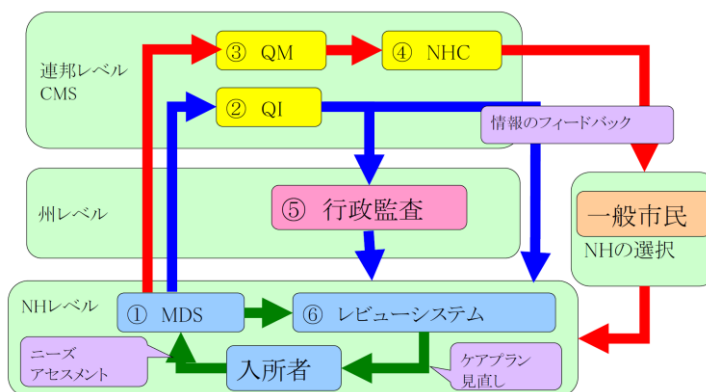
## (2) アメリカのナーシングホームにおける質の評価

アメリカのナーシングホームの設置主体の多くは民間事業者であり、入所者への支払いをメディケア、メディケイドによって、連邦政府（及び州）が行っている。施設は政府からの支払いを受けるための認証が必要であり、各州によるメディケア・メディケイドによる費用償還の認証を受けるための施設の監査が行われるようになった。当時は、監査官による直接の訪問はなされず紙面調査にとどまっておリ、監査結果は非公開であった。こうした状況の中、マスコミ等を通じてナーシングホームの問題（不正監査，入所者への虐待，質の低いケア）がたびたび取り上げられる中、改善の必要性が議会で議論されるようになった。

現在のナーシングホームに対する規制・監査体制の骨格となった法律が、1987年に成立したOBRA（Omnibus Budget Reconciliation Act（包括予算調停法，以下OBRA'87と略）の中に構成されるNursing Home Reform Act（ナーシングホーム改革法）である。その中で、OBRA'87によって義務づけられた包括的アセスメントとして開発されたツールがMDSである。MDSは、全部で数百項目に達し、入居者全員にアセスメントを少なくとも年に1回は実施し、個人データを記録することが義務づけられている。

ケアの質の評価にあたっては、MDSデータを用いて算出するケアの質の指標であるQuality Indicators（以後はQIと表示）の開発が1990年代から行われた。QIは施設ごとの数値であり、入居者のMDS結果を用いて算出され、ケアの質が低いと判断される事象を生じている入居者の割合を数値化するものである。上記のQIは施設評価で用いてはいたものの、各施設の結果は施設にのみフィードバックされていた。しかし、2002年からはCMS（Centers for Medicare & Medicaid）がインターネット上で質の指標を公開するようになった。この公開用の指標をQuality Measures（以下、QMという）と呼ぶ。QMはQIの項目の一部にさらに統計的補正を行い、またQIとは異なる新たな項目が採用され構成されている（以上、「アメリカのナーシングホームにおけるケアの質の管理（池崎澄江）」を参考に記載）。

図表 3-15 アメリカのナーシングホームにおけるケアの質マネジメントシステムの流れ



出典：第3回評価手法部会にて認知症介護研究・研修大府センター伊藤講師よりご提供いただいた資料より

## 4 まとめ

### 4-1 今後の課題と方向性

#### 4-1-1 今後のケアの質評価の検討にあたって

今後、評価支援システムの効果的な活用方策や普及策の検討を進めるにあたって、まずは検討を開始することを目的に、限りある情報や検討条件等を踏まえた上で、在宅医療・介護のケアの質評価のための項目を仮設定した。

しかし、今年度仮設定したケアの質評価項目は見直しの余地が十分であることを理解し、継続的な精査見直しを行っていく必要がある。今後、主観的・客観的な観点も盛り込みながら、質の評価項目を精査していくにあたって、以下に示すケアの質評価における重要な視点に基づき検討を進めることが必要である。

図表 4-1 ケアの質評価における重要な視点

#### ① 格付けではなくマネジメントサイクルを回すための評価

評価は次の改善に向けた行動のための課題と課題克服の手がかりを引き出す「見える化」を目的とすべき。

#### ② マネジメント主体によるボトムアップ型評価の支援

上からトップダウンで目標を押し付けたり、外部の者が評価するのではなく、マネジメント主体が自ら取り組み、問題解決や質向上につなげる思想や姿勢が必要である。

#### ③ マクロ・メゾ・ミクロの多重レベルや多要素で相互補完しあう評価の枠組み

総合的なレベルで多くの構成要素の関連を捉える枠組みが必要である。

#### ④ 複数の評価基準・方法による多元・多面的評価

評価対象となる要素や基準は、「インプット(投入・資源)」、「プロセス(過程)」、「環境」、「個人・行動」、「アウトカム(効果・成果)」など多面的である必要がある。また、評価は立場が違えば重視される価値・基準も異なるため、異なる立場の評価主体による多元的な評価も必要である。

#### ⑤ データベースを活用したベンチマークによる多数の自治体・事業者間比較

多くの自治体や事業者が参加するデータベースを構築すると多面的な評価が可能となる。

出典：近藤克則 「保健・医療・介護における効果・質・格差の評価」 ファイナンシャル・レビュー 平成 27 年 3 月号

#### 4-1-2 評価項目の継続的な見直し

今年度、評価支援システム等の検討を進め、客観的、主観的データの両側面を現場に還元し活用される方向性を取りまとめ、ケアの質評価のための評価項目を仮設定した。本年度仮設定した評価項目については、客観化されたデータと主観的データのバランスをとる等、継続的に精査見直しをしていく必要がある。患者・利用者を担当する多職種連携チームの成熟度が非常に重要になることから、チーム内の過程評価（プロセス）を見る評価項目も精査していき、患者（家族）の満足度を高められるようにしていく必要がある。

#### 4-1-3 評価支援システムの段階的な成熟

前述のとおり、評価支援システムの成果評価として、患者・利用者の不安・苦痛の解消や患者・利用者及び従事者の負担軽減（身体、精神、経済）を目指し、最終的には患者（家族）の満足度を高められるようにしていく必要がある。

そのため、評価項目は「本人・家族の視点」をもって、満足度を見極めることが大切であり、患者（家族）が自身の健康、医療情報の閲覧や情報発信できるようにすることは、本人からの求めに応じて情報開示を適切に行う点においても重要である。今後、段階的に発展させためざす姿に、「患者・家族の視点」を位置づけ、行政情報を個人が閲覧できる「マイナポータル」等の動向を参考にしながら、患者（家族）が閲覧するデータの内容やアクセス権限等のあり方について検討していく必要がある。

#### 4-1-4 評価支援システムの負担者の考え方の整理

評価支援システムの導入に向けて、今年度、検討してきた評価支援システムの要件等について、引き続き次年度以降も検討を重ね、仕様をより具体化していくことが必要である。そのことで、利用者数や費用負担額が推定できるようになることで、受益者の効果について検証し、運用経費の負担者のあり方を整理していく必要がある。現時点で運用経費を負担する受益者は特定していないが、地方自治体や保険者が受益者として考えられる。なお、医療分野における費用対効果については、特に多職種が複雑に介入する在宅医療における費用便益、費用効果については、難しい点があるので実用性を考慮して慎重に検討していく必要がある。

## 4-2 検討スケジュール

2025年を目途に地域包括ケアシステムに転換していくにあたって、ICTを活用した在宅医療を基本に据えた新しい多職種連携システムが重要である。これまでの調査研究により、その土台となる情報連携基盤について、産業界、総務省、厚生労働省等により、方向性の検討や概念設計、標準化作業、共通基盤の実証等について進めてきた。

その上で、地域包括ケアの評価に関する基本的なコンセプトを定めるということは、非常に重要で関係者が議論するということが画期的なことではあるが非常に難易度も高い。今後、多職種連携の本質を踏まえて、構造を解明してプロセスを客観視し、より良いものを求める土台の議論について明確にし、運用体制等も含め議論して本事業を深めていく必要がある。

医療や介護の現場からもICTを活用したケアの質評価に対する期待も大きく、標準的なものをいち早く普及させていく必要があるものの、前述したとおり、本事業の内容は非常に難易度が高い。そのため、まずは簡易的な模擬データ等を用いて機能検証を行いつつ情報システムの設計に着手していく必要がある。それを踏まえ、一部エリアを設定した上で実証実験を行いつつ、情報システムの利用環境の整備を行っていく必要がある。

それらを経た上で、全国的な試行運用に踏み切り、一日も早く現場で利用できるようにしていく必要がある。

図表 4-2 検討スケジュール

	平成27年度	平成〇年度	平成〇年度	以降
評価項目	<p>評価に必要な情報項目調査検討</p> <p>評価手法の種類と内容について</p>	<p>実証による評価項目の有効性を検証</p> <p>評価項目の利用モデルケースについて</p>	<p>ケアの質評価に利用する評価項目の標準化を推進</p> <p>標準評価項目の利用手引きについて</p>	
評価支援システム	<p>システム要件の整理 範囲・機能・管理策</p> <p>システム環境について 範囲・データ管理・運用</p>	<p>模擬データ実証によるシステム有効性を検証</p> <p>模擬システムの設計・仮構築 セキュリティ管理要件の検証</p>	<p>実データ実証によるシステム有効性を検証</p> <p>実証システムの設計・構築</p>	<p>試行運用 モデル地域</p>
普及活用	<p>ケア質評価の実施 現状・ニーズ調査</p> <p>ICT活用のニーズ・課題について</p>	<p>実証による質評価の有効性を検証</p> <p>機能・質評価の検証 効果と問題点の洗い出し</p>	<p>実証による質評価の有効性・実用性 運用検証</p> <p>制度・法令・運用の検証 効果と問題点の洗い出し</p>	

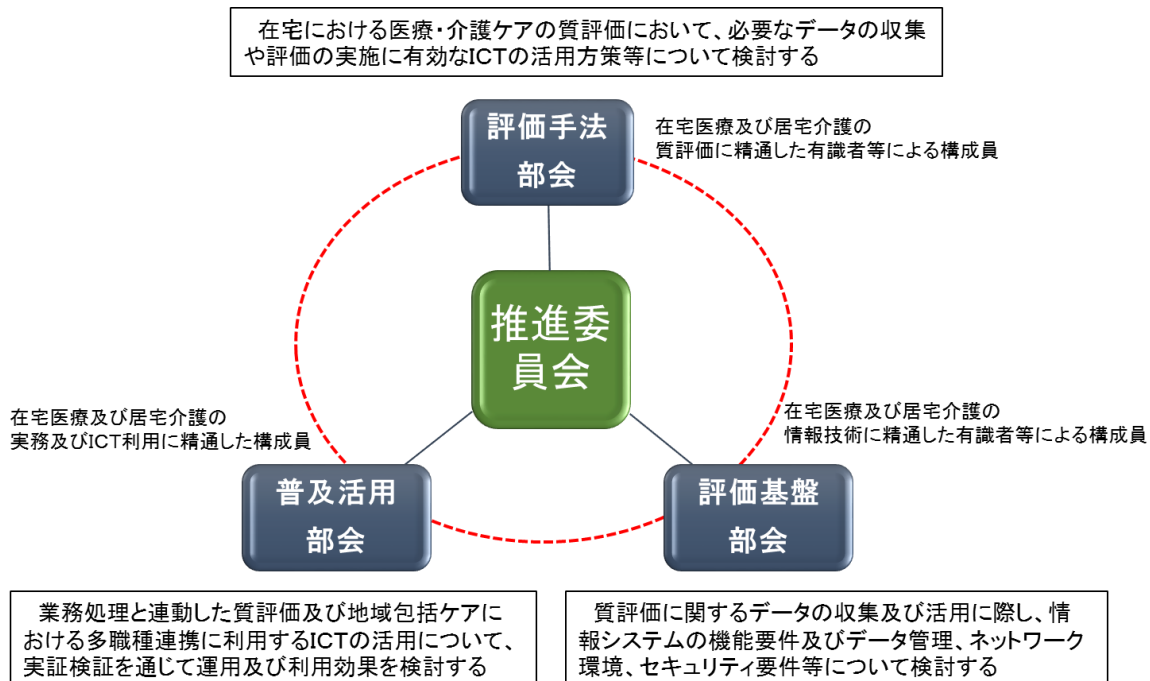
## 資料編

### 資料 1 委員名簿



## 推進体制

推進体制図



## ICTを活用した地域包括ケアシステム推進委員会

### <委員>

(敬称略、五十音)

氏名	所属
秋下 雅弘	国立大学法人 東京大学 大学院医学系研究科加齢医学 教授
石川 広己	公益社団法人 日本医師会 常任理事
小泉 政幸 杉山 茂夫	公益社団法人 日本歯科医師会 常務理事
近藤 克則	国立大学法人 千葉大学予防医学センター社会予防医学研究部門 教授
齋藤 訓子	公益社団法人 日本看護協会 常任理事
島田 達巳	公立大学法人 首都大学東京 名誉教授
(座長) 須藤 修	国立大学法人 東京大学大学院情報学環・学際情報学府 教授
鷺見 よしみ	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 会長
田尻 泰典	公益社団法人 日本薬剤師会 常務理事
辻 哲夫	国立大学法人 東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授
武藤 真祐	医療法人社団 鉄祐会 理事長

## 評価手法部会

### <委員>

(敬称略、五十音)

氏名	所属
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
大河内 二郎	社会医療法人 若弘会介護老人保健施設竜間之郷 施設長
近藤 克則	国立大学法人 千葉大学予防医学センター社会予防医学研究部門 教授
宮田 裕章	学校法人慶応義塾 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学 教授
森田 達也	社会福祉法人 聖隷福祉事業団総合病院三方原病院 副院長

## 評価基盤部会

### <委員>

(敬称略、五十音)

氏名	所属
石崎 雅人	国立大学法人 東京大学大学院情報学環・学際情報学府 教授
川島 宏一	国立大学法人 筑波大学大学院システム情報工学研究科 教授
工藤 憲一	国立大学法人 弘前大学研究戦略アドバイザー
島田 達巳	公立大学法人 首都大学東京 名誉教授

### <オブザーバー>

(敬称略、順不同)

氏名	所属
西川 好信	日本医師会総合政策研究機構 主任研究員
沼上 功一	公益社団法人 日本歯科医師会 課長
古山 純	公益社団法人 日本歯科医師会 課長補佐
佐野 けさ美	公益社団法人 日本看護協会 在宅看護担当専門職
園田 愛	医療法人社団 鉄祐会 事務局長
福井 小紀子	学校法人日本赤十字学園 日本赤十字看護大学地域看護学分野 教授
堀田 聡子	学校法人国際医療福祉大学大学院 教授
松下 有宇	厚生労働省 老健局 振興課
山口 健太	厚生労働省 老健局 振興課 企画調整専門官
佐藤 勉	厚生労働省 政策統括官付情報政策担当参事官室 室長補佐
吉村 健佑	厚生労働省 保険局医療介護連携政策課保険システム高度化推進室 ／医政局研究開発振興課医療技術情報推進室
飯島 勝矢	国立大学法人 東京大学高齢社会総合研究機構 准教授
山中 崇	国立大学法人 東京大学医学部在宅医療学拠点 特任准教授

**<事務局>**

氏名	所属
吉江 悟	国立大学法人東京大学医学部附属病院在宅医療学拠点 特任研究員
井堀 幹夫	国立大学法人 東京大学 高齢社会総合研究機構 特任研究員
太田 沙紀子	国立大学法人 東京大学 高齢社会総合研究機構 特任研究員
山本 拓真	国立大学法人 東京大学 高齢社会総合研究機構 共同研究研究員

**<運営支援>**

氏名	所属
湯川 喬介	株式会社 富士通総研
小林 美貴	株式会社 富士通総研
吉田 善幸	株式会社 ジーウエイブ
井川 恵	株式会社 ジーウエイブ

## 資料 2 推進委員会委員の意見

1. 患者（家族）による情報の閲覧及び発信に関する対応方針は妥当か

No.	意見・質問・提案	対応方針
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 評価支援システムは、胎児の段階から終末期を迎えるまでの健康、医療情報を取り扱って、医療や介護の関係機関の方が利用するだけでなく、患者も閲覧できるようにして、地域で活用できるようにすべき。</li> <li>■ 患者が閲覧する情報について、今の段階で自由に閲覧できるというふうにすると、知りたくなかったものを知ってしまうというようなことが起きるなど、いろいろと問題がある。しかし、スキームとしては、完全オープンということではなくて、患者からの求めに応じて医療情報を提供する情報開示の制度が現状であり、患者が中心にあり阻害されていないことを展望に入れておくべき。</li> <li>■ 患者（家族）を中心とした姿が本来あるべき姿であり、そのためには、患者（家族）から情報発信できるようなしくみを持つべき。マイナポータルも含めて患者側サイドからどこまでの情報を見せるのかというのは、また線引きが必要であるが考えるべき。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 評価は「本人・家族の視点」をもって、満足度を見極めることが大切であり、患者（家族）が自身の健康、医療情報の閲覧や情報発信できるようにすることは、本人からの求めに応じて情報開示を適切に行う点においても重要だと考える。今後、段階的に発展させためざす姿として位置づけ、患者（家族）が閲覧するデータの内容やアクセス権限等のあり方について検討する。</li> <li>→行政情報を個人が閲覧できる「マイナポータル」については、1年後に利用開始が予定されているが、そのしくみを参考にして、医療・介護情報の情報開示のあり方を検討する。</li> </ul>

2. 個人データの取扱いに関する対応方針は妥当か患者（家族）による情報の閲覧及び発信に関する対応方針は妥当か

No.	意見・質問・提案	対応方針
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 評価支援システムは、個人の評価に必要な情報を一元管理するとあるが、民間事業者が商用目的で利用されては問題だと思うが、個人データを匿名化するなどどのようにマスキングするのかについてよく検討すべき。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 評価システムに登録された個人データの利用については、本人から利用の承諾を得た関係者のみがアクセス権限を持って評価のために利用する。部外者については、統計処理や匿名化された非個人データを利用とする。</li> </ul>

### 3. 評価支援システムの運用経費に関する対応方針は妥当か

No.	意見・質問・提案	対応方針
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 評価支援システムの運用経費を負担するのは受益者とあるが、この受益者とは地方自治体や保険者を想定しているのか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 現時点で運用経費を負担する受益者は特定していないが、地方自治体や保険者が受益者としての構成員である。今後、評価支援システムの仕様が明らかになって、利用者数や負担額が推定できるようになれば、受益者の効果について検証し、運用経費の負担者のあり方を整理する。</li> </ul>

### 4. 評価支援システムのデータ利用に関する対応方針は妥当か

No.	意見・質問・提案	対応方針
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 多職種の連携に関する調査結果の記録時間を見ると、ICT を活用している場合と活用していない場合との比較では、ICT を活用している場合の方が記録時間が多くなっているが何故なのか。ICT を使うのに慣れてないからということも原因として考えられるが、準備や記録時間については短縮できるようにすべき。その結果、訪問時間を患者のために使うことができるという格好に持っていくべき。トータル時間を短縮して診療報酬や介護報酬の評価の適性化というのでは問題があるので、ICT 利用によって訪問の質が上がるという方向で検討すべき。</li> <li>■ 客観的及び主観的なデータが混在し、現場に活用されるということは、非常に素晴らしい取り組みである。ただ、客観化されたデータと主観的データのバランスをとることが重要である。患者を担当する多職種連携チームの成熟度がとても重要であるが、チーム内のプロセスマネジメントを見る指標をきちんと定めて患者(家族)の満足度を高められるようにすべき。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 事業所の 1 カ月専門職一人あたりの訪問回数について、ICT を使うことで訪問回数が増えている。そうして訪問回数だけでなく訪問の質が向上しているのかを見極めることは重要である。評価支援システムは、こうした変化が把握できるデータの収集を負担なく自動的に業務処理との連動により実現させる。</li> <li>■ 多職種チームの成熟度をプロセスマネジメントの観点から見極めることのできる適切なデータを指標として収集することは重要だと考えます。患者(満足度)の向上に結び付く指標データの収集を検討する。</li> </ul>

2	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 在宅医療の推進のために ICT 活用の意義を明確にすべき。例えば、ICT を使うことで訪問や人に何か助けをもらうことがなくなったということによって、ICT を使ったことの意義として評価されることもある。ICT を活用して、体重や水分、発汗の量、バイタルサインなどを管理して、その状況から訪問する、訪問しないを判断しているところもある。ICT を使ったことによって事業者にとっては訪問を必要とする患者への対応が多くなったということが訪問回数が増えたことで、一人の患者に多く行ったということではないと思う。そもそも ICT を使うことによって、1 回いくらであるという今の介護保険制度や医療保険制度の制度自体も、ICT 活用によって少し考え方が変わってくるので、非常に微妙な使い方をしていかなければ患者そのものの自立性や事業者の負担感の反映にならないと思う。</li> <li>■ 評価データの Kategorii の抽出がまだ不足しているということであるが、モニタリングの視点の標準化ということをきっちりやっておく必要がある。ICT を使うのであれば、アウトカムを出すときにはモニタリングの何をモニタリングしているかということが、専門職同士がそれぞれ見方は違っていても観点は同じというところはないと評価の出し方というのが非常にバラツキが多くなると思う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ICT を利用した自動・遠隔モニタリングなどについては、今後、さらに進展していくのではないかと考える。評価支援システムについては、人的及び機械的なモニタリングの普及状況を見据えて将来のあり方を検討する。</li> <li>■ 訪問の回数が増えたことが、必ずしも、ケアの質や満足度の向上といったアウトカムに結びつくとは限らないので、アウトプットである訪問の回数を増やすことだけを考えることはない。様々な評価手法に活用できる評価データを収集した有効な評価支援システムのあり方を考えていく。</li> <li>■ 評価データの Kategorii の抽出については、今後、さらに検討して洗い出していく。</li> </ul>
---	---	--

5. 費用対効果及び費用便益の評価指標についての対応方針は妥当か

No.	意見・質問・提案	対応方針
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 費用効果及び費用便益は、重要ではあるが医療経済学者の間でも費用は把握できるが効果は把握できない難しいと言われている。あまり実用に際しては難しく考えない方がよい。IT 投資においても、費用対効果を算出するというのはなかなか難しい。費用を明らかにすると、それも費用を原単位で把握する、1 件あ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 医療分野における費用対効果については、特に多職種が複雑に介入する在宅医療における費用便益、費用効果については、難しい点があるので実用性を考慮して慎重に検討する。</li> </ul>



	<p>たりこれはいくらぐらい付いているという ような費用を把握して、それを利害関係 者が共通の認識にすると、効果につい て、これは費用と勘案してどうだろうとい う判断の目安で十分役立つものが多い。 費用対効果を厳密に把握するのは エネルギーもかかるので、医療の分野 については抽出化して見える化すると いった対応が大事ではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 行政システムの費用対効果及び費用便 益については、申請手続きが煩雑であ ることからコストが高くなっている傾向が ある。欧米の行政システムについて、費 用対効果は公務員をどれだけ減らせる かについて着目しているが、それでは いろいろな問題にも波及するので指標 のつくり方については慎重にした方がよ い。同じようにケアの質向上において も、人員削減を指標にすると問題にな る。今、人工知能の検討が進んでいる が、欧米の報告で人口知能が普及する と現在ある職種の 40 パーセントが消滅 する可能性があるとされている。そのよ うな事態に備えたインフラの整備や高度 なインテリジェンスに対応できる体制や インフラ整備、研修等による妥当なソリ ューションによって生産性と質が高めら れるようにすべき。それを実現するに は、結構ハードな関門があることを念頭 に置いて取り組むべき。</li> </ul>	
--	--	--

## 6. 到達目標とロードマップ

No.	意見・質問・提案	対応方針
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 医療現場にいる者としては、一日も早く ICT が現場に導入されることを切望している。ICT をうまく導入されている地域もあるが、やはり標準的なものを早く普及させるべき。本事業は、まさにそのために存在していると思う。今作ろうとしているものは、かなりハイレベルなものだと思うが、もっと簡単なレベルのものからでも一日も早く現場で利用できるようにすべき。例えば、薬の情報一つとっても医師は持っていない。検査値や腎機能、病名などについても多職種で情報提供されていない実情である。これから、今年度や次年度以降の具体的な到達目標を決めたロードマップを作成して本事業の作業を進めていくので協力をお願いしたい。</li> <li>■ 本事業の位置付けとしては、2025 年を目途に地域包括ケアシステムに転換しなければ、</li> </ul>	

日本の次のステップが描けないという状況のなかで、ICT を活用した在宅医療を基本に据えた新しい多職種連携システムが決定的に重要であり、恐らく世界モデルになっていくと確信している。これまでの作業により、その土台となる共通インフラについて、産業界、総務省、厚生労働省等に参加をいただき、方向性の検討や概念設計、標準化作業、共通基盤の実証等について進めてきた。今後、この共通インフラの整備を本当に実現させなければ後世に禍根を残すと思う。そして、この共通インフラをどう活用されるかということについて、よく抑えて十分な効果が果たせるようにすることが、本事業を進めていく上で重要なことである。そこで評価に関する基本的なコンセプトを定めるということは、非常に重要で関係者が議論するという事は画期的なこと。これからの多職種連携の本質を踏まえて、構造を解明してプロセスを客観視して、より良いものを求める土台の議論について明確になりつつあるので素晴らしいことだと思う。これからどう運用するかということを議論して本事業を深めていただき、わが国における今後の ICT を通した多職種連携の展望を示した標準的な考え方として、各界で軸足として認識され普及していただきたい。

## 資料3 調査票

1. 医療・介護事業所向けアンケート調査票
2. 自治体向けヒアリング調査票

## 1. 医療・介護事業所向けアンケート調査票

### 地域包括ケアシステムにおける医療・介護のケアの質評価

#### <事業所調査票>

表記の医療・介護ケアの質評価（別紙1）に従事されている方（従事する予定の方）にお尋ねします。

問1： あなたの事業所では、ケアの質評価を実施していますか（1つ選択）。また、実施されているケアの質評価のうち、あなたが特に有効だと思う主な評価内容は何ですか（自由記述）。

1. 定期的に評価している	2. ときどき評価している	3. 評価していない
---------------	---------------	------------

構造評価（ストラクチャー）	：	_____
過程評価（プロセス）	：	_____
成果評価（アウトカム）	：	_____

問2： あなたの事業所におけるケアの質評価の実施について、もっと充実させる必要があると思いますか（1つ選択）。また、その理由をご記入ください（自由記述）。

1. 非常にそう思う	2. そう思う	3. そう思わない	4. 全くそう思わない	5. わからない
------------	---------	-----------	-------------	----------

理由	：	_____
		_____
		_____
		_____

問3： あなたはケアの質評価の実施に関して、どのような課題があると思いますか。該当するものに○印をご記入ください（複数選択可）。また、課題への対応策があればご記入ください（自由記述）。

1. 適正かつ有効な評価方法が何か判断できない	6. 評価に役立つ情報システム等の整備が不十分
2. 標準的な評価方法が普及していない	7. その他
3. 評価できる職員がいない。（スキル）	_____
4. 評価時間を確保できない。（リソース）	_____
5. 評価に必要なデータの取得が難しい。	_____

課題への対応策（意見）	：	_____
		_____
		_____
		_____

問 4： あなたは「ケアの質評価を支援する情報システム（別紙2）」における下記の機能・効果について期待しますか（複数選択）。その他、必要な機能や問題点、ご意見をご記入ください（自由記述）。

機能	効果
1. 必要なデータが安全かつ容易に収集できる	11. 各関係者の専門的な視点が活かされる
2. 関係者(担当の医療・介護専門職)のデータを発信・収集できる	12. 評価に関する必要なデータの標準化が進展する
3. 日常業務処理からデータが自動連動できる	13. 多職種間による協働化が進展する
4. 匿名の類似ケースのデータを共有できる	14. データ入力作業などの負担が軽減される
5. 多様な評価手法による結果を蓄積できる	15. ベンチマーキング等により問題点が可視化される
6. 患者からの貴重なデータが収集できる	16. 患者のニーズや満足度を掌握できる
7. 患者（家族）が必要なデータを閲覧できる	17. 患者との信頼関係が向上し問題の解消になる
意見：	意見：
_____	_____
_____	_____

問 5： あなたはケアの質評価に必要なデータを容易に収集・提供ができる「ケアの質評価を支援する情報システム（別紙2）」が、将来、全国で共同利用するシステムとして構築・運営されるようになれば利用したいと思いませんか（一つ選択）。また、その理由をご記入ください（自由記述）。

1. 非常にそう思う	2. そう思う	3. そう思わない	4. 全くそう思わない	5. わからない
理由： _____				
_____				
_____				

問 6： あなたは情報システム利用に関する費用負担について、どのように思いますか（複数選択）。

1. 効果があり廉価なら少しは負担してもよい	2. 医療・介護保険の点数加算をしてもらいたい
3. 国や自治体、保険者に負担してもらいたい	4. 情報システムベンダーに負担してもらいたい
5. 関係する職能団体に負担してもらいたい	6. 分からない

問 7： あなたの事業所では、「ケアの質評価手法等一覧（別紙3）」の中で利用している評価はありますか（一つ選択）。また、利用されているがあればその評価手法をご記入ください（複数選択）。

1. よく利用している	2. 時々利用している	3. 利用していない	4. わからない
評価手法（別紙3の評価手法等一覧から該当する評価手法の記号をご記入ください）			
（        ）（        ）（        ）（        ）その他（        ）			

問 8： 最後に、ご回答者についてお伺いします。該当するものに○印をご記入ください。

事業所種別	診療所・歯科診療所・薬局・訪問看護事業所・居宅介護支援事業所、その他
職種	医師・歯科医師・薬剤師・看護師・介護支援専門員・その他（        ）

有難うございました。2月29日までに投函いただきますようお願いいたします。

## 2. 自治体向けヒアリング調査票

### 地域包括ケアシステムにおける医療・介護のケアの質評価

#### <市区町村調査票>

貴団体の地域における医療・介護ケアの質評価（別紙1）についてお尋ねします。

問1： 貴団体は、地域におけるケアの質評価に関するデータを把握していますか（1つ選択）。

また、地方自治体及び医療・介護保険者として、貴団体では、どのような評価データを把握することが重要だと思いますか（自由記述）。

1. 定期的に把握している	2. ときどき把握している	3. 把握していない
---------------	---------------	------------

構造評価（ストラクチャー）	:	_____
過程評価（プロセス）	:	_____
成果評価（アウトカム）	:	_____

問2： 貴団体では、介護保険事業計画等における「在宅医療・介護」の計画策定及び推進体制、進捗状況、成果等について評価されていますか（1つ選択）

1. 評価している	2. これから評価する	3. 評価する予定はない	4. わからない
-----------	-------------	--------------	----------

問3： 貴団体は、地域におけるケアの質評価の実施について、もっと充実する必要があると思いますか（1つ選択）。また、その理由をご記入ください（自由記述）。

1. 非常にそう思う	2. そう思う	3. そう思わない	4. 全くそう思わない
------------	---------	-----------	-------------

理由	:	_____
		_____
		_____

問4： ケアの質評価の実施に関して、どのような課題があると思いますか。該当するものに○印をご記入ください（複数選択可）。また、課題への対応策があればご記入ください（自由記述）。

1. 適正かつ有効な評価方法が何か判断できない	5. 評価に必要なデータの取得が難しい。	
2. 標準的な評価方法が普及していない	6. 評価に役立つ公的なインフラ整備が不十分	
3. 評価できる職員がいない。（スキル）	8. その他	
4. 評価時間を確保できない。（リソース）	_____	
課題への対応策（意見）	:	_____
		_____
		_____

問 5： 貴団体は「ケアの質評価を支援する情報システム（別紙2）」における下記の機能・効果について期待しますか（複数選択）。その他、必要な機能や問題点、ご意見をご記入ください（自由記述）。

機能	効果
1. 必要なデータが安全かつ容易に収集できる	11.関係者の専門的な視点が生かされる
2. 関係者(担当の医療・介護専門職)のデータを発信・収集できる	12. 評価に関する必要なデータの標準化が進展する
3. 日常業務処理からデータが自動連動できる	13. 多職種間による協働化が進展する
4. 匿名の類似ケースのデータを共有できる	14. データ入力作業などの負担が軽減される
5. 多様な評価方法による結果を蓄積できる	15. ベンチマーキング等により問題点が可視化される
6. 患者から必要なデータを収集できる	16. 患者のニーズや満足度を掌握できる
7. 患者(家族)が必要なデータを閲覧できる	17. 患者との信頼関係が向上し問題の解消になる
意見：	意見：
_____	_____
_____	_____

問 6： 貴団体は、ケアの質評価に必要なデータを容易に収集・提供ができる「ケアの質評価を支援する情報システム（別紙2）」を全国で共同利用するシステムとして構築・運営されるようになれば利用したいと思いますか（一つ選択）。また、その理由をご記入ください（自由記述）。

1. 非常にそう思う	2. そう思う	3. そう思わない	4. 全くそう思わない	5. わからない
------------	---------	-----------	-------------	----------

理由： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

問 7： 貴団体は、情報システム利用に関する費用負担について、どのように思いますか（複数選択）。

1. 効果があり廉価なら少しは負担してもよい	2. 医療・介護保険の点数加算をしてもらいたい
3. 国に負担してもらいたい	4. 情報システムベンダーに負担してもらいたい
5. 関係する職能団体に負担してもらいたい	6. 分からない

問 8： 貴団体は、地域の医療・介護事業者がケアの質評価を実施することについて、支援したいと思いますか（一つ選択）。また、その理由をご記入ください（自由記述）。

1. 非常にそう思う	2. そう思う	3. そう思わない	4. わからない
------------	---------	-----------	----------

理由 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

問 9： 最後に、ご回答者についてお伺いします。

所属部署	_____
職名	_____

有難うございました。2月29日までに投函いただきますようお願いいたします。

## 資料4 医療・介護事業所向けアンケートの 自由回答



問1: ケアの質評価の実施状況

【構造評価(ストラクチャー)】	
診療所	<p>他職種との情報交換、研修の受講、ケアの質を高めるための研鑽</p> <p>多職種協働、ICT活用のためのハード整備</p> <p>これから実施したいこと: 患者さん家族が気軽に相談して頂けるようにすることで情報を受け止め、対応するコミュニケーション</p> <p>多職種協働によるチーム体制の充実</p> <p>多職種協働によるチーム体制の充実に関するや医療介護人材等の資源の確保、育成及び活用の仕方について</p> <p>全て必要</p> <p>人材確保</p> <p>の利用</p>
歯科診療所	<p>チームの組み替え</p> <p>多職種連携による</p> <p>多職種協働によるチーム体制</p> <p>DHの育成が大切だと思うが、そもそも質的問題</p> <p>ケアの質を向上させるためには、多職種の連携を密にし、患者さんの情報交換を行っていくことが重要だと感じているから</p>
薬局	<p>多職種連携の方法にインターネットが使われているか</p> <p>多職種協働によるチーム体制の充実。また、その確認</p> <p>薬局なのでDrの処方＝人から話を聞いている。必要＝＝＝ケアマネさんと話す</p> <p>人材確保と勤務ローテーション</p> <p>人材確保・他職種との情報共有</p> <p>少人数ですので、特に会議という形ではないですが、おりをみて経過報告、患者さんの状態など話し、情報共有しています</p> <p>個人情報必ず漏れる いろいろな人が使用するPCがあるということ</p> <p>5年後、10年後の予測すらできていない。現状で、10年前には作られていないと介護現場は手遅れだった</p> <p>多職種参加の検討会への参加</p>
訪問看護ST	<p>職員の育成とWLBの強化</p> <p>連携</p> <p>幹部職員による方向性の確認と、実行方法の確認</p> <p>各職員の業務内容及び量の把握</p>
居宅介護支援事業所	<p>地域包括支援センターを中心とした、地域ケア会議および研修会</p> <p>ケアプラン作成時</p> <p>多職種協働によるチーム体制の充実に関すること</p> <p>勉強会への参加、報告を行っている</p> <p>人材等の資源、セキュリティ対策について、チーム体制の充実について等土台になってくる部分だと思うので、有効ではないかと考えた</p> <p>地域包括支援センター主催の事例検討会、県主催の集団指導、実地指導</p> <p>多職種協働によるチーム体制の充実</p> <p>客観的、かつ統一的な評価方法がない</p> <p>多職種協働によるチーム体制</p> <p>情報システム、ツールの見直し。SS3000導入等制度に合わせた対応</p> <p>年1回KT法を用いて事業所体制を見直している</p> <p>外部研修 改定等システムや制度の正しい知識(学び)に努めることで記録を残し加算も算定している</p> <p>定期的に勉強会を開催したり、研修会に参加している</p> <p>育成について、個別の教育計画を立て、3ヵ月ごと目標達成度を評価する</p> <p>多職種が連携をとり、色々な方向からアプローチし、関わっていくことが有効ではないかと考える</p> <p>多職種連携による情報交換での効果、研修効果</p> <p>人材の質向上、育成が必要</p>
地域包括支援センター	<p>人材育成を活用</p> <p>多職種協働によるチーム体制の充実に関すること。地域の人材や資源確保に関すること</p>

【過程評価(プロセス)】	
診療所	<p>ケア内容の再考、モニタリング            全て必要だが、患者さんの病状のプロセスをつかむことが重要            問題点の抽出            患者の状態等に適合した良質なサービス利用継続確保            患者に対する継続した状態変化の把握をして、今後の上質なサービスの利用はいかにあるべきか            全て必要            〇</p>
歯科診療所	<p>〇を用いた多職種での意見交換と訪問記録の閲覧            (その都度確認)安全確保、継続した状態変化の把握            安全確保</p>
薬局	<p>定期的にケアマネと相談しているか、連絡しているか            患者に対する継続した状態変化の把握。多職種間の情報の共有化            患者に対する継続した状態変化の把握に関すること            本人との話で変化をみている            勉強会への出席などのスキルアップ。知りえた情報の共有            副作用のモニタリング            状況により、方法を選択            少人数ですので、特に会議という形ではないですが、おりをみて経過報告、患者さんの状態など話し、情報共有しています            どの期間で、結果はどうで評価            各自治体、各施設に作られたマニュアルがあるイメージで評価の仕様が存在しない。</p>
訪問看護ST	<p>利用者の身体・周囲環境の定期評価            質向上・安全確保            個々スタッフとの面接            〇            計画書・報告書の定期的(1ヶ月1回)チェック及びカンファレンスの開催、同行訪問の実施</p>
居宅介護支援事業所	<p>ケアの質向上に適した評価体制            モニタリング            〇            患者の状態などに適合した良質なサービス利用継続の確保に関すること            状態の変化に対してのプランの変更等は表に出して、他の人の意見を求めるようにしている            モニタリング(モニタリング実践記録票による)            地域包括支援センター主催の事例検討会、県主催の集団指導、実地指導            利用者で継続的に訪問にて面談して状況の把握を行っている。状態にあった適切なサービスを利用して安心して生活できる            継続した状態変化の把握            事業所での評価のうち一番近いもので言えば過程評価と成果評価だと思います。インテーク、アセスメント、プランという流れにそってケアマネジメントを行っているので過程評価と成果評価が一番流れ的には近いと思います。構造評価はしていません。            多職によるケース会議、アセッサーによるOJT            計画的に(半年～1年)ごとにアセスメント計画立案を行っている(個々の利用者について)            ケアプランに対する評価            アセスメントを定期や随時に行うことで状態把握し、各サービスの評価も確認すること            定期的に事例検討会を開催したり、ケア会議に参加している            1. 事例発表会、地域会議、研修会への参加            安全・安定のための基本技術の習得ができてきているか            継続した評価により、その方に則した医療や介護の提供ができる。ニーズの把握ができる。            介護認定更新時の結果。ADL状況の低下、改善。IADLの低下、改善            患者に対する継続した状態変化の把握に関すること</p>
地域包括支援センター	<p>成果も大切だが、何がその成果をもたらしたのかプロセスを振り返ることで、今後の支援に活かせると思う            目標(ケアプラン等)に対するモニタリング            自分の担当している利用者様について、継続的に状態の変化を把握し、適切なサービス利用に努めている            継続した状態把握。地域のニーズに応じたサービスの確保</p>

【構造評価(アウトカム)】	
診療所	<p>ケアプランの見直しを行い、目標設定を再度検討</p> <p>自ら問題点が解決できているかのチェックと、患者・家族に問題点はないか直接チェックしてもらうダブルチェック</p> <p>患者の不安や苦痛の解消に関すること</p> <p>患者及び従事者の負担の軽減に関する総合評価や今後の対応について</p> <p>全て必要</p> <p>トータルペインの視点での評価</p>
歯科診療所	<p>患者の不安や苦痛の解消、患者及び家族(介護者など)の満足度(不安・負担の軽減)</p> <p>(その都度確認)患者の不安、苦痛の解消。患者や従事者の負担軽減。満足度の充足</p> <p>患者及び従事者の負担の軽減特に身体的に関すること</p>
薬局	<p>問題点、解決策について担当社内でも共有できているか</p> <p>患者の不安、苦痛の解消とその客観的評価</p> <p>患者及び従事者の負担の軽減(身体・精神)に関すること</p> <p>Drに話をして処方を変えてもらう等する</p> <p>個別患者の情報の共有。患者個々の悩みへの相談</p> <p>他職種の方からの意見</p> <p>・処方変更(薬剤の変更、服用法等) ・コンプライアンス向上・不安の解消</p> <p>サービスによる、効果の確認</p> <p>少人数ですので、特に会議という形ではないですが、おりをみて経過報告、患者さんの状態など話し、情報共有しています</p> <p>差益で評価</p> <p>患者と施設間だけで評価している以外の評価はなし</p> <p>患者様アンケートの実施</p>
訪問看護ST	<p>どうなりたいかどうしたいかのアウトカムを決めて評価することは有効と考える</p> <p>主観的調査</p> <p>満足度</p> <p>報告。今後は数値化。(数値化だけでは心の=かが不十分)</p> <p>客観的な評価が充分にできているとは言えない</p>
居宅介護支援事業所	<p>利用者及び家族の満足度</p> <p>毎月と短期目標終了時</p> <p>患者及び従事者の負担軽減(身体・精神・経済)に関すること</p> <p>違った角度から考える。部署以外の意見も求めるように心がけているが、成果が出ているか自信はない</p> <p>モニタリング(モニタリング実践記録票による)</p> <p>負担軽減、満足度の充足</p> <p>事業所での評価のうち一番近いもので言えば過程評価と成果評価だと思います。インテーク、アセスメント、プランという流れにそってケアマネジメントを行っているので過程評価と成果評価が一番流れ的には近いと思います。構造評価はしていません。</p> <p>年1回利用者に対しアンケート配布分析を行っている</p> <p>苦情があれば残し、改善点を話し合うこと。毎月またはそれ以上の訪問でモニタリングし必要時改善努力をしていること</p> <p>事業所内で3年に1回満足度調査のアンケートを行い、要望や意見を聞いている</p> <p>1.年に1回利用者にアンケート用紙の配布を実施。その結果をまとめたものを閲覧する</p> <p>月2回行う職員会議にアウトカム項目を評価する。特に課題の大きなものについて時間をかけている</p> <p>利用者の満足度、生活の質の向上、低下。利用者の意欲向上、低下。</p> <p>患者の不安(身体、経済等)に関する情報の共有が必要</p>
地域包括支援センター	<p>介護度の変化、調査項目の変化、本人の主観的評価</p> <p>介護保険利用者や高齢者とその介護者の不安の軽減。高齢者とその介護者の負担の軽減や満足度の充足に関すること</p>

## 問2: ケアの質評価の充実の必要性

診療所	<p>問題点が再浮上して、再確認できると思う</p> <p>サービスを紹介するときの参考になる</p> <p>個人の能力に差があるが、教育法など何が有効かわからない</p> <p>人員の関係で研修に参加することが困難な状況</p> <p>ケアの提供に手いっぱいであることに意識が及ばなかった</p> <p>もう少し評価法を確立し、短時間で評価できるようになると良い</p> <p>十分に満足できる対応ができていないか、患者さんが将来に不安感を抱いていないかチェックできていない</p> <p>人材等の資源確保、育成が困難—その時間がとれない</p> <p>患者間の情報確保・交換が容易になってきているため、====、ルー====について充実していかねばならないから</p> <p>高齢者多いので</p> <p>客観的評価が必要。次回以降のケアの充実のために有効となる可能性あり</p> <p>当院では、自分の診療所に通院されていた方が、訪問診療、住診が必要となった場合のみ住診等を行っているが、去年4名がなくなられ、現在住診している方は1名のみとなった</p> <p>別紙1の表の内容について、常に念頭に入れて診療しているので、別にわざわざ評価をする必要はないと思っている。</p> <p>データベース化は？論文のため？</p> <p>現場での、日常業務に追われているため</p> <p>今のままで良い</p> <p>結果が、対応可能な最善であったか不明にて。</p>
歯科診療所	<p>ケアに忙しくなかなか時間(ミーティング)が取れない。質評価の時間無給で行うので無理をスタッフに言えない。</p> <p>ケアの質評価の方法のシステム化と評価できる職員のスキルアップ</p> <p>ケアの質評価の実施を誰が行うのか？ケア担当者がさらに負担(負荷)を抱えることは望ましくないと思う</p> <p>手法がたくさん有り、どれが良いのかわからない</p> <p>月に一度の訪問で評価は困難</p> <p>DHが嚥下障害=に対しての=の治療ケアの自覚がない。人の命を扱うという自覚がもっと大切なのだが、現状歯科医療現場ではそのような自覚が欠如している</p> <p>問題点を見つけるため</p> <p>患者のメリット向上のため</p> <p>客観的に画一的な(人的要因の少ない)評価ができれば治療・ケアの指標となると思われる</p> <p>口腔ケアに関しては必要と考えます</p> <p>ケアの質などの基準があると事業所内で適切に=対応=できているか評価することが可能となり医療サービスの向上につながる</p> <p>今後、重要な視点だとは思いますが、絶対的貧困な状況において、相対的貧困のスケールを論じてあまり意味を持たないのではないかと思います。又、リソースの偏差をどのように調整していくのか不透明と考えます</p> <p>実際は多職種との連携があまり取れておらず、患者さんの口腔清掃指導を介護施設の職員に行っても、一時的にはきれいになるが、時間が経つとまた元に戻ってしまうことがあるため、多職種間でのチーム体制の評価を行い、患者さんによりよいケアを提供する必要があると思うから。</p> <p>質を評価する基準がないので</p> <p>複数の人が患者情報を共有するため</p> <p>評価の実施を充実させないと、こちらからの一方通行で、本当に患者の満足度に合ったものになっているか、わからないため</p>
薬局	<p>実施したことがない為</p> <p>評価の結果が協働している他職種と共有できるのであれば必要。行うサービスが担当者個人に任ざられており、担当医師(or病院)、ケアマネからも基本的な連絡がない状態で訪問薬剤を行っている為、一丸となって患者をフォローしている感がない。評価し、患者もしくは他機関から意見を目に見える形でもらえれば、他機関との話し合いのきっかけになるのでは。</p> <p>ケアの質の評価について話し合う場がなく、=====をつたまま報告書を提出したままの状況のため</p> <p>患者にとって必要な介護ケアを地域で支えるためには客観的な評価が必要</p> <p>事業所や働く人の負担を増すことには同調できません</p> <p>Dr.ケアマネさん等、他職種がどうしようとしているのかわからないため、ケアのことを多職種と話した方がよい</p> <p>個々の患者のベネフィットに対するスタッフの考え方がまとまっていない</p> <p>基本的なケアに対する意識が低い。スキルアップが必要</p> <p>他職種と密接なコミュニケーションをするために必要な言葉、単語、略称などについて知識が足りない(特に薬剤師と介護関係者)ため</p> <p>他職種の方々との連携の為にスキルとしてレベルアップが必要と常々感じています</p> <p>安全確保・リスク回避についての評価は多職種にその意義を理解してもらうことが難しい為</p> <p>ケア質はこのままでいいと思うが、評価がばらつきがあるとと思う</p> <p>個人のあいまいな評価では、均一に同等のサービスが提供できているか判断しにくい。</p> <p>なかなかゆっくり話し合う時間をとれないのが現状です</p> <p>現在行っていないから</p> <p>業務の評価は常に行うべきだが、現在はまったくできていないため</p> <p>地域包括ケアシステムとは？包括されているのですか？誰を対象にしているか？が不明</p> <p>評価に時間を使うなら次の患者に時間をかける</p> <p>今は何もしていないので社会の流れで、考えていかなないとならない課題だと思う</p> <p>客観的な評価を得られる場がないため。チェーンとしてはどういう意見かわかりませんが…</p> <p>評価について、決まった形がない</p> <p>かかりつけ薬局として、ハード、そしてソフトの面を充実させる必要がある</p> <p>自分では行っているつもりでも、十分に行えていないのではと思うことがある</p> <p>小さな薬局なので、どうしても、自己判断で患者様の状態を判断しがちになるため、多職種の職種とのカンファレンス等で定期的に、患者様にとって最適なケアに近づけるようにしなければいけないと思うので</p> <p>地域のネットワークに参加し、多職種と連携して地域包括ケアシステムを行っていく必要があると思います</p>
訪問看護ST	<p>個々では良かれと思ってやっていることも、チームとして認識を共有できていなかったり、相談がうまくいかなかったりしている。</p> <p>現実的には評価が必要と思うが、時間がとれないことも多いが、ケアの質を高めるために必要と考える。</p> <p>質評価は行っているが、結果を有効活用できていない。</p> <p>利用者に安全性、適切に看護を提供するため。ただ、手間がかかる、二度手間なシステムは形がいい化してしまうのでそれは避けたい。</p> <p>教育的背景の異なる人員が集まり、face to faceのコミュニケーションだけでは相互を理解するのに、常に困難だと感じる。言葉一つとってもそれぞれの解釈が異なり看護を実践する際にばらつきを感じる。その時々、ケース毎に、自分達の看護を振りかえり評価する事そのfeedbackが質の向上につながると考える</p> <p>評価データベースによる職員の個別データがしにくい。満足度評価も高齢者や障害者自身適正な評価ができていない</p> <p>開設してまもない。今後は必要だと思う</p> <p>当事業所は開設1年未満であり、質の評価までは至っていないのが現状です。しかし、今後の在宅医療の充実や介護との連携のために、質の評価は非常に重要であると考えます</p> <p>思い込みだけで、自分達の行っているケアに満足してしまっていると思う</p> <p>当事業所の人員配置、ケア内容、他職種との連携などが一定の基準をみたしているのか客観的に知る必要があると思います。又、一人一人の職員のケアやマナー、教育状況の変化を知り、必要な教育・指導を行う必要があると思います。</p> <p>質の評価を行うことで、スタンダードレベルの向上につながると思う。利用者の立場から見ても、選ぶ際の重要な情報になると思う</p>

居宅介護支援事業所	<p>「ケアの質評価」とは何か、そもそもわからない。日々の仕事に役立ち、利用者の利益になるものであるなら、一部で研究的に行っているもだめだと思う。まだまだ理解されていないのは、</p> <p>ケア内容及びアプローチ方法を含む質の評価が充分に行われておらず、質の向上が期待できない。</p> <p>週に1回ミーティングでケアプランチェックや困難事例など共有しているが、訪問診療がなくてもケアシステムが使用できれば、セキュリティや情報共有でき、サポートしやすいと思われる</p> <p>個人のみでの判断では適正かどうか不明であると考えます。全体を見てのケアができていくか判断する必要がある。</p> <p>事業所単位でなく会社単位でのケアの質評価が必要と思う。新人だと基本がわからずに働いてしまっているため。</p> <p>構造評価について、評価を出したとしても居宅だけでは解決できず、ケアにつなげられない</p> <p>一人ケアマネで運用しておりますので、他の情報には常にアンテナを張っていたいと思っています。井の中の蛙になりやすいので、自分自身を評価できるものがあれば、活用充実させたいと考えております</p> <p>ケアの質の評価について充実させる必要があると思いますが、ケア側が充分と思っても、受ける側が充分と思っていれば、充分ではない。受け止め方が各々異なるので難しい。</p> <p>現在、主任ケアマネージャー、保険者、地域包括支援センターのスタッフと、定期的に、密に各ケースについて事例検討かつケアの質の評価(多面的に)を実施している市の為</p> <p>客観的評価が必要であるから</p> <p>個々のスキルに差がある部分があるので評価することによってスキルの向上などを図ることができる</p> <p>自立支援につながるケアマネジメントになっているか心配。また、両者満足について評価する必要があると考えます</p> <p>評価方法に何を評価するのが客観的基準がない</p> <p>良質なサービスを継続していく為には、かかせない</p> <p>開設して4年半、当初より一人ケアマネでスタートして去年の9月より2人が入社したばかりで、人員増員と共に常に質の向上には取り組んでいきたいと思う</p> <p>ケアの質の評価はしていますが、それが実際にケアの質の向上につながっているとは思いません。ケアの質の評価の研修や勉強会等が必要だと思えます。県の運営状況確認のためにしている感が否めません。</p> <p>利用者の満足度の充足、ケアの質向上のためには、ケアの質評価は大変だと考える。</p> <p>介護職間の意識差改善、技術向上につなげたい</p> <p>個人によって差があるのを感じる。質の高いケア、サービスを提供させる為に必要だと思うため</p> <p>皆が必要と感じて行わないと意味が無い</p> <p>このアンケートの意味がよくわからない</p> <p>人対人で直接言えない部分を吸い上げることができていると思っはいいないので</p> <p>個人の力量によりケアに差が出てしまうため</p> <p>当居宅事業所は、H27.3月開設したが、システム取得できていない。当法人が、「定期巡回・臨時対応型訪問介護看護事業所をH25.11月からやっており、開設時は「地域情報共有システム」を利用していたが、ヘルパーが医療機関に直接連絡したことで混乱が起き、システムの取得をはずされてしまった経過あり。打診してみたがなかなか様子です</p> <p>それぞれ、経験年数が異なり、事業所全体のスキルアップが必要と考えている</p> <p>一人CMのため評価ができていない。評価するシステムにない</p> <p>実施方法をどのようにしていき、どの視点で評価していくか？その結果どのようにして利用者様が改善したか？を、わかることで、スタッフの意欲、働きがいにつながると考えられるから</p> <p>事業所が存続していくために、中重度者を今後受け入れていくために必要</p> <p>第三者外部評価項目をスタッフ各自実施し、自己評価をしているが、課題を拾い上げ高めてはいない。</p> <p>今おこなっている評価でよいのかわからない。質の向上につなげていない</p> <p>ケアマネだけがモニタリングをしても、訪問介護の職員がきちんとした評価をしていない</p> <p>現在、スーパービジョンなど、利用する機会がなく、知識に限界を感じる。自己評価、関わる者からの評価を行うことで、質の良いケアにつながっていくのではないかと考えています</p> <p>ケアの質を評価することによりサービスが向上すると考えられる</p> <p>成果評価を重視している(個人的に)が自分以外の担当するケースの成果が把握できていないことから質の評価は充実させる必要があると思っている</p> <p>ケアの質の向上が、利用者の満足度につながっていくので必要だと思う。</p> <p>インターネットが使えない</p> <p>現状体系的にできていない</p> <p>担当件数が少なくスタッフも少ないため、大規模事業所のように定期的に評価する仕組みがない。</p> <p>通常の業務をまわしているだけで、精一杯で、なかなか足りかえる時間もなく、現状が質の良いケアになっているかどうか、わからない状況がある</p>
地域包括支援センター	<p>今以上の様式やデータ処理時間が必要となれば業務が成り立たない。職員に対する評価の重要性についての研修を行い、現在あるものを適正運用した方がよいと思う</p> <p>基準の明確化が業務の明確化につながる</p> <p>現場の業務に追われるばかりで、評価がきちんとできていない。</p> <p>モニタリングやサービス担当者会議において評価しているが、個人の経験などにより基準にバラつきがある</p> <p>担当ケースについては個々に評価しているが、事業所全体で一つのケースを評価する、ということは、全てのケースについて行っているわけではない。時間の制約などがあるが、事業所全体で一つのケースを振り返り、評価する機会を持たれば、支援の質の向上につながると思う</p> <p>個別のケースについて、データを個別に分析することはあるが、じょうしよとして分析する作業はできていない</p> <p>適切な評価をしていかなければ、よいものにはつながらないと思います</p> <p>集められる情報に限りがあるので適切に評価ができていくのが客観的に評価するのが難しい</p> <p>当包括センターにおいては、客観的尺度に照らしてケアマネジメントの質を評価することは必要であると考えますが、日々の包括業務に忙殺され、そこに至っていないというのが現状である。一般の介護サービス事業については、情報公表システムなどで、一般に公開していくことも重要であり、質の評価は必要と考える。</p> <p>自分達が行っている仕事の内容が適切かどうか、適切であったならその質はどうかは評価できる具体的な指標があればあった方がいいと思います</p>

### 問3: ケアの質評価に関する課題とその対策

【その他課題】	
診療所	職員への教育・意識の定着 誰が評価をするのがよいのか 評価に充分なコスト
歯科診療所	画一的な評価が困難である 評価基準がわかりにくい。誰が評価しても同じ結果になるとは限らず、あいまいな気がする
訪問看護ST	二度手間
居宅介護支援事業所	各事業所の報告をリアルタイムで伝えられることが望ましい。 "地域"包括ケアシステムという理論上、"地域"の多様性とそこに住む様々な価値、生活スタイルを持った個々のケースの人権が尊重されたケアになっているか？ 利用者の状況が一律ではないため、難しい課題です 厳しく分析し、評価、対策までが困難 よくわからない
【対策】	
診療所	家族に当事者を見守る能力がない場合、(careよりも)social assistによる方が重要になる 質の考え方に職種によって相違がある カタカナが多い評価法に違和感を感じる。世界一の高齢化率といえるわが国のケアを考える上で、日本独自の評価法を導入しないのはもったいない 標準的は評価方法が確立され、評価できる職員も増やし、評価時間も確保したい いつでも・何でも相談してもらえる日常の対応をすることで情報チェックできる。その対応の意識の定着が大切 職員体制の充実 ADLや認知面、IADLなど全般的な現状の正確な把握をすること、及び個別性の高い適切な目標を設定することで、利用者のニーズにも反映＝評価手段について検討を重ねていく必要があると考える 患者さん＝家族が満足されているかどうかをもっと大事に思います 人と時間をつぎ込んで充分なコストが必要 アセスメントで終了している 人材確保が難しい(職種にかかわらず)
歯科診療所	各種学会や講習会に参加しているが、評価方法が判断できない 現在、居宅支援介護事業所に口腔ケア、義歯の取り扱いについて指導を行っている。(ホームヘルパー)知識・技術の向上もケアの質向上に重要であると考え 上記全てとなります 病院施設内で口腔内に手の回る人材が少ない。大分県は訪問診療に後ろ向きです。昨年の指導で訪問に出る時は自院に担当医を置いて出るように。 評価する以前の問題で、人材の育成には時間がかかるし、3年生のDH学校のカリキュラムでは難しい 効果に対する標準的指標があればよい 質の評価は全く考えていませんでした。多職種連携をする上ではお互いを評価できればメリットが多くなると思うので将来取り組みたい 評価時間を確保するための人材配置と育成、それに伴う費用負担 わかりません。申し訳ありません 有効で客観的な評価方法を探しているがなかなかみつからない 何か具体的な提案方法を頂きたい 本社や病院、ケアマネに評価が必要という認識がまずない。枠組みをつくり、ケアマネ主導でケアプラン見直し時などにおこなう事とどこかの事業所で始めれば、よそとの差別化としてそのうち普及していくのでは。 研修会、＝で行ってほしい 研究会、勉強会等に参加すること 書き物をしている人と、実際に現場で人とかがかわっている人では評価が異なると思います 評価方法がわからない 簡易にできる評価シート(時間がさけないため)の作成、個々のスキルアップのための研修が必要 yes.no選択事項になればよい。また、それしか選択基準にできない 現場にどうこうより、スイスのような安楽死法案について話をしたり、尊厳死の法案整備も視野に入れた国会中継でも流してもらいたい 様々な施設があり、画一的な評価法もない
薬局	多職種で共通する評価手法の提示。早く、システムを考えていることを言っておかないと、各自治体で医療介護の連携にあたってのシステムを導入している。作業的、経済的な重複の負担とならないようにしてほしい。一評価システムのみでの運用ではない方がよいと思う。 国が(もしくは相当の機関)が評価の指標となるものを出してくれるといいのでは。 在宅現場にはマンパワー・時間が不足している。自己犠牲の労働に対して報酬の確保が難しい。 ケアを高めるという客観的な評価は、数値や報告書等結局時間がかかり、実際の臨床業務に支障をきたすことがある。二度手間のものが多く、スタッフへの不満も多くなる。入力の簡素化、音声入力等、今後のITに期待したい。 現時点では利用者の獲得が困難な状況のため、看護実践の場がないことがもっとも大きな問題である 個人的な思い(スタッフに対する、仕事ぶり、きんむ態度＝)の反映が大きいたいと思ひ、中立で評価できるようになること訓練が必要 評価にあたり、行政との連携も必要と思う。どのような方法で評価を行うかの判断材料が少ない。あまり、普及されていないように感じる 各事業所で使用している業務システムがあるため、看護記録や情報用紙の共有は難しい。よって、他連携チームと情報交換等行おうと思う「手間」がかかり、とても時間がない 病院で働いている時は、評価基準があり、10年、自己・他者評価を行っていましたが、在宅医療を担う訪問看護事業所に就業し、どのような評価があるか知る機会がありませんでした。また、評価したほうが良いと感じていましたが、当事業所は訪問看護単独の事業所であり、比較的新しくできた事業所で評価を早くから取り入れようという動きがありませんでした。そのため、このような評価が必要であるといったツールを標準的に取り入れる仕組みが最初からあれば良いと思います 利用者(ケアを受ける側)の主観や価値観に左右される面もあり、個性性を重視したサービスとケアの質を同じものさしてどう評価できるのか
訪問看護ST	事業所として、また個人として評価時間が確保できず。 現在使用しているソフトと互換性ができて、すぐ対応できるようになり、多職種を利用している利用者は全て利用できるようなると良い スキルのある職員がいない。募集してもなかなか集まらない。評価をするシステム作りができていない。 同行研修のシステムがあると勉強になります あくまでも"ケアの質の評価"の主語・主体が患者(地域では、利用者様)となっているか？の視点が重要と思われます。 統一的、客観的な評価システムを作るべき 外部評価も有効 適正化事業でケアプラン会議が始まっている。状態と根拠と利用サービスについては評価されたりするが自助努力では判断もできない。 プロセスの評価について、どのようにしてよいのか正直迷う。 テレビで見たことがあります。メガネのようなものを使って、スタッフの視点時間を測定し、評価して取り組みが良いと考えます 求められているものが多様多様になってきているため、地域住民のニーズや課題を収集すること 評価に慣れていないこともある 職員のスキルの低さが、ホームの指導不足により上がらないが、雇われている身としてはどうしようもない。何度も研修に出してくれるよう進言しているができていない。ケアマネとしては研修に出してもらっている 研修や他事業者との情報交換を行う 評価方法の学習機会の確保やトレーニング機会の確保。業務耐性の効率化や見直し。 対人援助なので自分達の仕事を評価するものが目に見えない。利用者の満足が、認知症等で理解できないこともある。形として評価されると、職員のモチベーションも上がるのではないかと 時間のかかるもの、手間のかかるものは、継続的に行えない。やっても一回限りであれば、意味がないと思う ポイントを押さえ、時間をあまりかけずに評価できる書式等が必要 日常の業務を行いつつできるものであればよいが、このために別に作業することは、継続的に行うことはむずかしい 日々業務に追われていることもあり、なかなかスキルを身につけるところまでいっていない。まずは、スキルからだと思っています。 事業所によって使用しているソフトが違うため互換性がなく利用者を引き継ぐにしても紙ベースで情報をやり取りしなくてはならないため煩雑な作業となっている。記録が多すぎて本来の業務に支障をきたしている。それが改善できれば業務改善にもなると思う。
居宅介護支援事業所	事業所として、また個人として評価時間が確保できず。 現在使用しているソフトと互換性ができて、すぐ対応できるようになり、多職種を利用している利用者は全て利用できるようなると良い スキルのある職員がいない。募集してもなかなか集まらない。評価をするシステム作りができていない。 同行研修のシステムがあると勉強になります あくまでも"ケアの質の評価"の主語・主体が患者(地域では、利用者様)となっているか？の視点が重要と思われます。 統一的、客観的な評価システムを作るべき 外部評価も有効 適正化事業でケアプラン会議が始まっている。状態と根拠と利用サービスについては評価されたりするが自助努力では判断もできない。 プロセスの評価について、どのようにしてよいのか正直迷う。 テレビで見たことがあります。メガネのようなものを使って、スタッフの視点時間を測定し、評価して取り組みが良いと考えます 求められているものが多様多様になってきているため、地域住民のニーズや課題を収集すること 評価に慣れていないこともある 職員のスキルの低さが、ホームの指導不足により上がらないが、雇われている身としてはどうしようもない。何度も研修に出してくれるよう進言しているができていない。ケアマネとしては研修に出してもらっている 研修や他事業者との情報交換を行う 評価方法の学習機会の確保やトレーニング機会の確保。業務耐性の効率化や見直し。 対人援助なので自分達の仕事を評価するものが目に見えない。利用者の満足が、認知症等で理解できないこともある。形として評価されると、職員のモチベーションも上がるのではないかと 時間のかかるもの、手間のかかるものは、継続的に行えない。やっても一回限りであれば、意味がないと思う ポイントを押さえ、時間をあまりかけずに評価できる書式等が必要 日常の業務を行いつつできるものであればよいが、このために別に作業することは、継続的に行うことはむずかしい 日々業務に追われていることもあり、なかなかスキルを身につけるところまでいっていない。まずは、スキルからだと思っています。 事業所によって使用しているソフトが違うため互換性がなく利用者を引き継ぐにしても紙ベースで情報をやり取りしなくてはならないため煩雑な作業となっている。記録が多すぎて本来の業務に支障をきたしている。それが改善できれば業務改善にもなると思う。
地域包括支援センター	事業所として、また個人として評価時間が確保できず。 現在使用しているソフトと互換性ができて、すぐ対応できるようになり、多職種を利用している利用者は全て利用できるようなると良い スキルのある職員がいない。募集してもなかなか集まらない。評価をするシステム作りができていない。 同行研修のシステムがあると勉強になります あくまでも"ケアの質の評価"の主語・主体が患者(地域では、利用者様)となっているか？の視点が重要と思われます。 統一的、客観的な評価システムを作るべき 外部評価も有効 適正化事業でケアプラン会議が始まっている。状態と根拠と利用サービスについては評価されたりするが自助努力では判断もできない。 プロセスの評価について、どのようにしてよいのか正直迷う。 テレビで見たことがあります。メガネのようなものを使って、スタッフの視点時間を測定し、評価して取り組みが良いと考えます 求められているものが多様多様になってきているため、地域住民のニーズや課題を収集すること 評価に慣れていないこともある 職員のスキルの低さが、ホームの指導不足により上がらないが、雇われている身としてはどうしようもない。何度も研修に出してくれるよう進言しているができていない。ケアマネとしては研修に出してもらっている 研修や他事業者との情報交換を行う 評価方法の学習機会の確保やトレーニング機会の確保。業務耐性の効率化や見直し。 対人援助なので自分達の仕事を評価するものが目に見えない。利用者の満足が、認知症等で理解できないこともある。形として評価されると、職員のモチベーションも上がるのではないかと 時間のかかるもの、手間のかかるものは、継続的に行えない。やっても一回限りであれば、意味がないと思う ポイントを押さえ、時間をあまりかけずに評価できる書式等が必要 日常の業務を行いつつできるものであればよいが、このために別に作業することは、継続的に行うことはむずかしい 日々業務に追われていることもあり、なかなかスキルを身につけるところまでいっていない。まずは、スキルからだと思っています。 事業所によって使用しているソフトが違うため互換性がなく利用者を引き継ぐにしても紙ベースで情報をやり取りしなくてはならないため煩雑な作業となっている。記録が多すぎて本来の業務に支障をきたしている。それが改善できれば業務改善にもなると思う。

問4: ケアの質評価を支援する情報システムの機能と効果について

【機能】	
診療所	②多職種連携で各職種の意見を聞いて対応 6、7は働きかけ努力とします ケアの質評価を支援する情報システムの構築等ができれば、データの収集・蓄積が容易になる 本当に正しいデータか？
歯科診療所	月に1回の家庭への見回りではない。 よく分からない 業務が煩雑になると使用なくなり、結局患者の不利益となる 期待しない 誰にでもわかりやすいような機能にしてほしい。
薬局	患者・関係者にとって有益と思われるため、非常によい 治療上の目的で本人が希望しないケアもあるかもしれないので、本人がデータ閲覧は難しいと感じた 関係者のみ、閉鎖的を望む 今になってヤフー知恵袋レベルのデータベースはやめて欲しい 容易にデータ収集できる反面セキュリティーが不安
訪問看護ST 居宅介護支援事業所	患者中心ではあるが、正直お話しできない部分もある よく理解できない 評価支援システムで"評価"のみを扱うことが、全体のケアマネジメントから見て生かせる情報になるのか疑問です 利用者や当事者が必要な情報を閲覧できることはいいと思います。それ以外はわかりません。 個人情報の拡大が懸念される。また、守秘義務はどこまで適用するのか システム内容についてまだ理解できていない
地域包括支援センター	情報を収集できても、その情報の意味を理解できなければ意味がない(検査データ等) 活用の仕方がわからない 各情報を一元的に見ることができれば転記による誤りを防ぐことができる 7一般への周知方法が課題であると思う。(特に、インターネットに通じていない患者や家族に対して)
【効果】	
診療所	データ化できないものが軽視されるリスクがある 多職種連携で評価(患者への専門家からの意見を話し納得してもらう。患者への教育・理解も大切であると思う) 各関係者の専門的視点、協働等を可視化すれば、患者との信頼関係が向上する 一人一人異なるものを標準化するの無理
歯科診療所	訪問の効果はあります。月に1回でも口腔内を清掃することは喜ばれます。 よく分からない 期待しない
薬局	患者のニーズがわからなければケアの意味がないと思われる データが膨大になり、必要なデータを的確にチェックするのが難しくなりそう
居宅介護支援事業所	定形式・様式が統一されると、評価の負担は軽減される 利用者の意向や満足度を把握することが困難なため、それがわかれば経営改善につながると思います

問5: ケアの質評価を支援する情報システムの共同利用へのニーズ

診療所	<p>privacyの尊重からみて、安全性に欠ける 事業の発展を考える上で、質が問われてくると思うから 現在は開かれた情報収集のシステムがない データとして活用できることは活用したい 具体的なメリット・デメリットがわからない。情報システムを使わず、アナログ的に動くほうが患者とコミュニケーションがとれ、また他職種ともより連携がはかれる。情報システムを使わなければケアができないのはオーバーワークである ケアの質評価が容易になり、従事者共に負担軽減が可能。そして信頼ある評価につながり、向上させる 患者さんの症状に応じて、訪問看護ステーションや＝＝病院と適切に連携することが大事だと思いますが、それが患者さん、家族に満足していただけるよう実施できるか否かが大事で、それ以外のことは私にはどうでもよいことです 検索しやすくして下さるなら参考にします 本当の評価が充分できるのか？評価のための評価になると思 全体水準にのったレベルのケアをめざしたい ケアの質が統一されると思う ICT活用が煩雑に感じるため</p>
歯科診療所	<p>医科・歯科の連携が(地域情報共有システムにより)容易になると思うから データ入力を誰かが行うのか？どこが運営するのか？セキュリティの問題もある。また、医療行為や検査データとの関係はどうなのか？ 全国統一なら安心 私達の口腔ケアは＝＝です。評価されると家族との信頼に自信がない。10年以上月に1回訪問しているが＝＝になられたので細かい評価は必要無 ケアの質向上へつながる 利用するイメージがわかりません。教育の中に組み込まない限り部分的職種の活用にとどまる気がします 全国で利用できるようになればデータも統一されるから 引越など(施設の移動)で情報の共有が容易。(担当者が変わった場合などでも)</p>
薬局	<p>使うことがないと思う 各社で評価するシステムを構築するゆとりはなく、統一したシステムで評価したほうが他と比較しやすい 患者サービスが向上するため利用したいと思 評価することばかりでなく、現場のたいへんさをわかってもらいたい。実際に行動することを大事にして、記述ばかりをさせないでほしい 町の小さな薬局の日々の業務の中では、正直利用しているひまがないというのが実情です。 セキュリティの問題は常につきまとうが、情報を整理分析して、より、ケアの質が上がって患者利用者の生活の質が向上すると思う いままです以上正確な情報が手に入るにより、より専門的なケアがすすむ 日常の業務に追われながら、自問自答で「これで良いのだろうか？」という不安が、一人で行っているとあります。薬剤師会や地域の研修会にはなるべく参加していますが、「ケアの質評価」についてはほとんど触れられてきていないと思います。 高齢者の情報収集(特に主訴)は莫大な人的リソースを要する。効率的なシステムが必要不可欠 どういったものかまだ理解できていないので、判断できない 評価することは必要と思うが、現在はまったくできていないので、容易に客観的な評価ができるのであれば、利用して、業務の改善に役立てたい 基準を明確にしてあればよい コスト次第、診る者と看る者より倒れる者の数が多くなる今後でも利用できるシステムかどうかによる 医療関係者同士の連携が重要なため 利用したい思いはあるが、ついていけない気はする システムに互換性がないと、有効に活用できないと思</p>
訪問看護ST	<p>便利。記録の転記や連携(tel.fax)に関わる時間の短縮。ON TIMEの情報交換、FAXの誤送信による情報漏えいの解消。システムのセキュリティにも課題はあると思うが… 情報管理に不安がある 手間がかからなければよい 実際困難だと思う。様々なステーションで経験があるが、システムそのものの導入に難渋した。 事業所間の力量の標準化につながる。自分の事業所の課題を見つけるのに役立つと思う 多事業所が標準を満たしているか知りたい。又、そうなるように努力したいと思うので。 多職種で一人の利用者にかかわって提供されるサービスなので、とても必要な情報システムだと思う</p>
居宅介護支援事業所	<p>顔の見える関係機関と連携していくので精いっぱいです。 共同利用できるシステムの構築、運営が、個人情報、セキュリティ面より困難と思われる。 自分の住所地でも利用したい。親の介護時 人によって患者や利用者は訴えが変わることが多いのと、正しい情報が聞き取れているか疑問な時もあるため スキルアップになると思 将来、個々人の価値が変わりコンパクトシティが全国で実現したら利用したい 統一かつ迅速なシステムができれば運用できるから 情報管理リスクが不安 別紙2を見るだけでは何とも言えない 利用はわかりません。上でも言いましたが必要なデータの収集は苦勞します。統計を取るのも時間がかかります。それが簡単に把握できればケアの質の向上・改善につながると思 未知数であるため 業務と連動したシステムであれば、業務が増えることなく、利用しやすく、情報共有しやすくなると思うので利用してみたい 書式もバラバラでバラつき(スキル)がある情報の共有と過去分を保存できるとスムーズに連携できると思うから。 個人情報の管理が大変になるため 担当者が集まってニーズを把握していくが、利用者側から満足できる見えていない直結するニーズの提案があるかと 別紙3のケアの質評価手法は、アセスメントツールに過ぎないので、利用者様の生活上の課題は把握できるが、「ケアの質評価」とまではならないと考えるから。別問題だと思います。 ケアの質が今後、地域格差として現れてくる。地域ならではのものもあり、一律というわけにはいかないと感じる 情報共有できるから 施設内の評価ではなく、全国水準の評価になれば、ケアの質について、ある程度統一した見解が発現できるのではないかと 内容と方法が確認していない段階ではわからない 問4の回答にある通りの機能、効果が期待できるから 質の基準がわかり、質の向上につなげられると思 時間にゆとりはないが。 ある一定のラインで評価されることには、メリットも大きいと思うが、また余計な雑務が増えるのかと思うと正直負担。今だって様々な情報公表の何だのと、ただ手数料ばかりとられる仕組みに強制参加させられている システムについて、料金は会社の意向もあるので、あればいいと思うが決定権はない</p>
地域包括支援センター	<p>ケアマネジメントを支援するシステムなら理解できるが、質評価を支援するというイメージがわからない。そもそも別紙1の文章が変。結局「ケアの質評価」とは何だったのか？ 現在のシステムでは情報共有が非常に困難である 全国レベルで統一しても、使いづらいものが過去に多かった(いろいろな面) 評価基準が統一されるため システムの内容や目的などがわからない 活用し、質の向上に役立てたいと思 標準化されれば事業所によってシステムが変わる事なくスムーズに利用できると思う 事業所のサービス向上につながるのなら良いと思 それぞれの立場や状況によって同じ項目でも評価は変わるのではと思います。また、なかなか数値だけでは判断できない仕事内容だと思いますので、どうやって評価するのかあまリイメージできませんでした。</p>