

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

平成 26 年 3 月

 株式会社三菱総合研究所

目 次

I.	調査研究の背景と目的	1
II.	調査研究の実施体制	3
1.	検討委員会の設置・運営	3
2.	検討委員会における検討内容	3
III.	調査研究の対象と方法	4
1.	本調査研究の対象	4
2.	本調査研究の方法	4
IV.	国内におけるプロセス・アウトカム評価に向けた先行的な取り組みの精査	6
1.	評価項目の整理方針	6
2.	介護老人保健施設におけるデータ収集	31
3.	通所介護事業所におけるデータ収集	37
4.	居宅介護支援におけるアセスメント様式のデータ収集	44
V.	持続的にデータ収集が可能な仕組みの検討	52
1.	介護サービス施設・事業所から国がデータ収集を行う仕組みの現状	52
2.	持続的にデータ収集が可能な仕組みと評価指標活用のスキームについて	53
VI.	海外の介護サービスの質の評価の取り組みの整理	54
1.	調査対象と方法	54
2.	海外の介護サービスの質の評価の取り組み	57
VII.	調査研究結果のまとめと課題	96
1.	ケアの質を評価するための項目（評価指標）の考え方について	96
2.	評価指標活用のためのスキームについて	99
3.	海外の介護サービスの質の評価の取り組みについて	100

I. 調査研究の背景と目的

介護保険サービスの質の評価については、平成 18 年度から、社会保障審議会介護給付費分科会における今後の課題とされており、平成 21 年度には検討委員会を設置し、検討が行われたところである。また、日本経済再生本部の産業競争力会議においても同様に「最終的には事業者毎のサービスの質の評価を利用者に提供すると同時に、サービスの質の評価を活用した介護報酬制度の改革を行い、質の改善に対するインセンティブを付与することを目指すべき」との指摘されている。

我が国における介護サービスの質の評価の取組としては、以下のような取組がなされているが、アウトカム評価については、体系的な実施はなされていない状況である。

図表 1 我が国における介護保険サービスの質の評価の取組

質の評価の取組	ストラクチャー評価	プロセス評価	アウトカム評価
介護サービス施設・事業所の指定基準等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 人員に関する基準 ・ 設備に関する基準等 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 運営に関する基準 (重要事項説明、個別計画の作成 等) 	—
介護サービス施設・事業所の指導監査	<ul style="list-style-type: none"> ・ 人員、設備及び運営基準等の指定基準違反の監査、行政指導 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 運営指導 (一連のケアマネジメントプロセスに関する指導等) 	—
介護サービスの情報公表	<ul style="list-style-type: none"> ・ 設備の状況 ・ 人員の状況 ・ 利用者の状況 	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービスの質の確保への取組状況 (記録の状況等) ・ 外部機関との連携の状況 等 	—
介護報酬による評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各種体制加算 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリテーションマネジメント加算 (通所リハ)、個別機能訓練 (通所介護) 等 ・ 各種連携加算 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (老健) 等

また、プロセス・アウトカム情報の一部を収集する仕組みとしては、介護保険総合 DB（要介護認定情報及び介護給付費請求情報）が存在している。

なお、我が国におけるアウトカム評価については第 81 回介護給付費分科会において以下の整理がなされている。

- －利用者の状態像の改善に取り組む質の高い事業所にインセンティブを付与することは重要な取り組み。
- －直接的にアウトカム評価を行うことは問題点が多いが間接的に評価する方策は考えられる（アウトカム指標と関連のあるストラクチャー指標、プロセス指標等を評価する方法、**pay for reporting** の考え方を取り入れる方法）
- －評価方法の検討に向けては事業所・施設にとって負担とならない仕組みによって、さらなるデータ収集が必要。

これらの経緯を踏まえ、本調査研究は、介護保険サービスの質の評価手法の検討に向けて、今後、持続的・現実的に収集可能なデータ及び収集の仕組みについて検討を行うことを目的として実施した。

II. 調査研究の実施体制

1. 検討委員会の設置・運営

本調査研究を実施するにあたり、データの集計方策・分析方針の検討、データの分析結果の検討、過去に実施された国内外の質の評価に関する取組を参考にし、我が国に資する要素等の検討及び将来的な取組への提言等を行うため、以下の通り検討委員会を設置した。

図表 2 検討委員会の構成（敬称略）

	委員名	所属
委員長	松田 晋哉	産業医科大学公衆衛生学教室 教授
委員	大河内 二郎	全国老人保健施設協会 研修委員長
委員	川越 雅弘	国立社会保障・人口問題研究所 第一室長
委員	柴口 里則	日本介護支援専門員協会 副会長
委員	田宮 菜奈子	筑波大学医学医療系 ヘルスサービスリサーチ分野教授
委員	藤井 賢一郎	上智大学総合人間科学部 准教授
委員	藤原 茂	夢のみずうみ村 代表

2. 検討委員会における検討内容

検討委員会は2回開催した。検討内容は以下の通り。

回	時期	議題
第1回	平成26年2月12日（水）	○介護サービスの質の評価に関するこれまでの取組 ○調査研究計画案について ○データ収集の方法・評価手法等の検討について ・介護老人保健施設・通所介護のデータ収集の方法・評価手法について ・居宅介護支援のデータ収集の方法・評価手法について ・国内外の介護サービスの質評価の取組の整理について
第2回	平成26年3月20日（木）	○調査結果の取りまとめについて ・国内におけるプロセス・アウトカム評価に向けた先行的な取り組みの精査 ・持続的にデータ収集が可能な仕組みの検討 ・海外の介護サービスの質の評価の取り組みの整理 ・調査結果のまとめ ○報告書のとりまとめの方向性について

III. 調査研究の対象と方法

1. 本調査研究の対象

これまでの介護保険サービスの質の評価に関する検討は、基本的に利用者に対するサービスが単一の施設から提供されている施設サービスを対象として実施されてきたところであるが、今後は居宅サービスについての質の評価に関する検討も重要であることから、本調査研究は施設サービス及び居宅サービスを対象として実施した。

介護保険サービスの質の評価に関する検討はサービス類型に応じて実施されるべきものであるが、以下の理由から本調査研究においては介護老人保健施設及び通所介護、居宅介護支援を対象として実施することとした。

- 介護老人保健施設は在宅復帰・在宅療養支援機能加算等によって一部アウトカム評価が導入されており、サービスの質の評価に関する取り組みも全国的に始まっていること。
- 通所介護は一般に、提供されているサービス内容が多岐に渡っているといわれている一方で、居宅サービスの中で最も給付額の多いサービスであることからサービスの質の評価手法の検討が急がれること。
- 居宅介護支援は居宅サービスをマネジメントするための要のサービスであること。

2. 本調査研究の方法

(1) 国内におけるプロセス・アウトカム評価に向けた先行的な取り組みの精査

① 介護老人保健施設におけるデータ収集

介護老人保健施設におけるプロセス・アウトカム評価のための先行的な取り組みであるR4システム¹導入施設から、R4システムの記録データを収集し、R4システムにおける評価項目、記録の状況及び内容について評価を行った。

② 通所介護事業所におけるデータ収集

通所介護事業所におけるプロセス・アウトカム評価のための先行的な取り組みであるMILKシステム²導入事業所からMILKシステムの記録データを収集し、MILKシステムにおける評価項目、記録の状況及び内容について評価を行った。

③ 居宅介護支援におけるアセスメント項目の整理とデータ収集

居宅介護支援において一般的に利用されているアセスメント方式9方式を対象としてアセスメント項目の共通性及び差異について整理を行うとともに、MDS-HC2.0、居宅介護サービス計画ガイドライン、包括的自立支援プログラムの3方式について、居宅介護支援事業所が記録したデータを収集し、記録の状況及び内容について評価を行った。

¹ R4システムについてはIV.2.(1)R4システムの概要を参照。

² MILKシステムについてはIV.3.(1)MILKシステムの概要を参照。

(2) 持続的にデータ収集が可能な仕組みの検討

介護保険サービスにおける質の評価手法の検討に向けては長期的にデータ収集を行う必要があることから、現在の介護保険制度において事業所からのデータ収集を行う仕組みを整理し、長期的にデータ収集を行う現実的な仕組み及びその実現に向けた課題について検討した。

(3) 海外の介護サービスの質の評価の取り組みの整理

国内および海外 9 か国（アメリカ、イギリス、カナダ、オーストラリア、ドイツ、フランス、スウェーデン、オランダ、韓国）について、評価機関等の公的なウェブサイトからの資料収集を行い、各国において介護サービスの質の評価に関して、実際に運用されているデータセットや、データ収集方法、評価機関等の整理を行った。

IV. 国内におけるプロセス・アウトカム評価に向けた先行的な取り組みの精査

1. 評価項目の整理方針

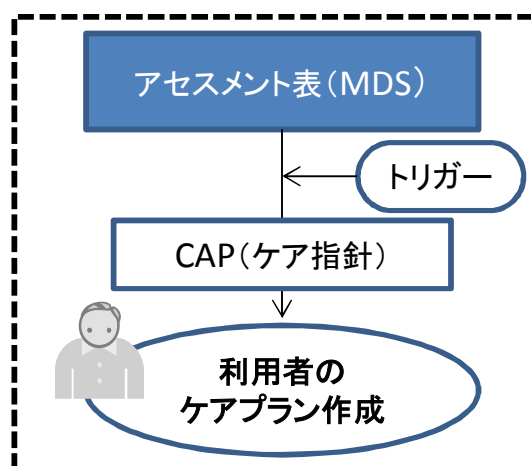
(1) 評価項目比較のための基準

サービスの質の評価に関する先行的取組事例（R4 システム、MILK システム）の評価項目及び居宅介護支援におけるアセスメント項目を統一的に整理・評価するため、本調査研究においては、国際的に多くの国がアセスメントツールとして採用しているインターライ方式（interRAI）における項目を基準として整理・評価を行った。

【参考 インターライ方式（interRAI）の概要】

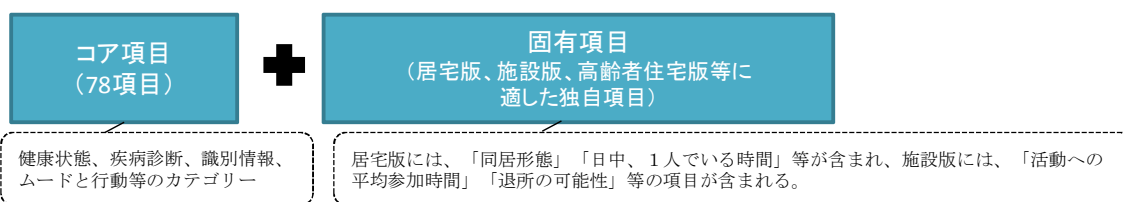
インターライ方式（interRAI）は、介護サービス利用者個人のアセスメント表に基づくトリガーと、CAP と呼ばれるケア指針に基づいて、ケアプランを作成するアセスメントツール。アメリカを中心に各国で研究がなされ、1992年に設立された非営利の共同研究組織は、30カ国以上から70人の研究者から構成されている。

<インターライ方式のイメージ>



インターライ方式は、利用者の居住場所等に関わらず共通にアセスメントをすべき「コア項目」に、各サービスについて必要となる「固有項目」を追加する形式をとっている。これにより特定の領域に偏らず、サービスの種類による切れ目のないアセスメントが可能となっているが、海外のナースィングホームでの利用が想定された比較的重度者向けのツールである点には留意が必要である。

<インターライ方式におけるアセスメント項目の構成イメージ>



<インターライ方式を採用している国および地域>

インターライの種類 (版)	アセスメントツールとしての利用が、行政によって標準と定められている国および地域
interRAI-LTCF(Long Term Care Facilities)	カナダ、英国、アイスランド、フィンランド、ノルウェー、スペイン、フランス、スイス、イタリア、ドイツ、オーストリア、デンマーク、エストニア、シンガポール、韓国、台湾、
interRAI-HC(Home Care)	アメリカ、カナダ、英国、アイスランド、フィンランド、ポルトガル、スイス、イタリア、ドイツ、オーストリア、エストニア、韓国、台湾、ニュージーランド

出典： <http://www.interrai.org/worldwide.html> より作成

(2) 本調査研究の対象様式

本調査研究では、R4 システム・MILK システムの記録データ及び居宅介護支援において一般的に利用されているアセスメント方式を含む計 13 様式の項目整理を行った。

NO	対象様式	作成主体	対象サービス	
			居宅	施設
1	インターライ方式	interRAI アセスメントシステム開発委員会	○	○
2	MDS・HC2.0 方式	慶応義塾大学医学部教授／池上直己教授	○	
3	居宅サービス計画ガイドライン方式Ⅷ	全国社会福祉協議会	○	
4	包括的自立支援プログラム方式	三団体ケアプラン策定研究会		○
5	日本訪問看護振興財団方式	日本訪問看護振興財団	○	○
6	日本介護福祉士会方式	日本介護福祉士会		○
7	ケアマネジメント実践記録様式 ver.4.0	日本社会福祉士会	○	
8	TAI 方式	国際医療福祉大学／高橋泰教授		○
9	TAI-HC 方式	国際医療福祉大学／高橋泰教授	○	
10	R4 (通所)	全国老人保健施設協会	△	○
11	R4 (入所)	全国老人保健施設協会		○
12	センター方式	認知症介護研究・研修東京センターケアマネジメント推進室	○	○
13	MILK	夢のみずうみ村	○	

※R4 (通所) は居宅サービスの 1 つである通所リハビリテーション利用者のための様式を指すが、居宅介護支援において一般的に利用されているアセスメント方式とは異なるので「△」とした。

(3) 各様式における項目比較の方法

各様式の項目の内容については、インターライ方式の中項目レベルと同様の内容の中項目が対象様式にある場合に○を付け、横並びでの比較表を作成した。なお、今回はアセスメント様式に含まれる項目を整理の対象としたが、アセスメント様式以外の様式において評価をしているためにアセスメント様式で項目が設定されていない場合もあり、今回の比較によってアセスメント方式全体の比較となっていない点には留意が必要である（例えば、R4では栄養ケアマネジメントの要約を実施計画書で評価しているため、アセスメント様式では栄養状態に関する項目が設定されていないなど）。比較表を作成する際に使用した様式は図表4を参照。インターライ方式の大項目・中項目・小項目については図表3の通り。

[○の基準]

インターライ方式の中項目と内容が完全一致している様式・項目はごく少数であるため、インターライの方式の中項目・小項目を読み込み、内容としてほぼ一致している項目に○を付けた。

		共通項目	居宅版のみ	施設版のみ	課題分析標準項目該当箇所 【基】基本情報に関する項目 【ア】課題分析(アセスメント)に関する項目	MDS-HC2.0方式	サービス計画ガイドライン方式	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	日本介護福祉士会方式	ケアマネジメント実践記録様式	TAI方式	TAI-HC方式	R4(通所)	R4(入所)	認知症センター方式	MILK
A.基本情報	A1.氏名	○			【基】基本情報(受付、利用者等基本情報)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	A2.性別	○			【基】基本情報(受付、利用者等基本情報)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	A3.生年月日	○			【基】基本情報(受付、利用者等基本情報)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	A4.婚姻状況	○			【基】基本情報(受付、利用者等基本情報)	○	○		○	○	○			○	○	○	
	A5.介護保険証番号	○			【基】利用者の被保険者情報			○	○		○			○	○	○	○
	A6.事業所番号	○															
	A7.要介護度	○			【基】認定情報			○	○	○	○		○	○	○	○	○
	A8.アセスメントの理由	○			【基】課題分析(アセスメント)理由	○			○		○						
	A9.アセスメント基準日	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	A10.本人のケアの目標	○													○		
	A11.アセスメント時の居住場所		○		【基】現在利用しているサービスの状況	○	○	○	○	○	○		○	○	○		○
	A12.同居形態		○		【基】生活状況	○	○		○	○	○				○	○	○
	A13.退院後の経過期間	○			【基】課題分析(アセスメント)理由	○									○	○	

図表 4 比較表を作成する際に使用した様式（詳細）

NO	対象様式	使用した様式（詳細）
1	インターライ方式	インターライ アセスメント表（居宅版・施設版）
2	MDS-HC2.0 方式	在宅ケアアセスメント表（MDS-HC2.0）
3	居宅サービス計画ガイドライン方式Ⅷ	1 フェースシート、2 家族状況とインフォーマルな支援の状況、3 サービス利用状況、4 住居等の状況、5 本人の健康状態・受診等の状況、6 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細、介護に関する医師の意見（「主治医意見書」を転記）
4	包括的自立支援プログラム方式	認定調査票（概況調査・基本調査・特記事項）、主治医意見書、在宅復帰および在宅支援の検討、ケアチェック表
5	日本訪問看護振興財団方式	I 基本情報、II 生活療養情報、III ターミナルケア情報、IV 家族介護・家事の情報、V 社会資源導入情報
6	日本介護福祉士会方式	アセスメント 1-1/2-2、課題分析表 A/B、生活 7 領域 A、生活 7 領域チェック式 B
7	ケアマネジメント実践記録様式 ver.4.0	フェイスシート、アセスメント票
8	TAI 方式	個人データ記録用紙、アセスメントカード 1（TAI 精神レベル 1）、アセスメントカード 1（TAI 精神レベル 2,0）、アセスメントカード 1（TAI 精神レベル 3）、アセスメントカード 1（TAI 精神レベル 5,4）、アセスメントカード 2（共通）
9	TAI-HC 方式	TAI 判定記録、詳細アセスメントシート
10	R4（通所）	A-1 ニーズアセスメント、A-2 適性アセスメントシート、A-3 生活機能（ICF）アセスメント
11	R4（入所）	
12	センター方式	A-1・2・3・4 基本情報、B-1・2・3・4 暮らしの情報、C-1-1 心身の情報、D-1・2・3・4・5 焦点情報、E24 時間アセスメントまとめシート
13	MILK	自己チェック票、モニタリング票、体力テスト、ICF と評価項目

(4) 各様式における項目整理結果の概要

A 基本情報

		インターライ方式			課題分析標準項目該当箇所 【基】基本情報に関する項目 【ア】課題分析(アセスメント)に関する項目	MDS- HC2.0 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	日本介 護福祉 士会方 式	ケアマ ネジメ ント実 践記録 様式	TAI方 式	TAI- HC方 式	R4(通 所)	R4(入 所)	認知症 セン ター方 式	MILK
		共通 項目	居 宅 版の み	施 設 版の み													
A.基本情 報	A1.氏名	○			【基】基本情報(受付、利用者等基本情報)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	A2.性別	○			【基】基本情報(受付、利用者等基本情報)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	A3.生年月日	○			【基】基本情報(受付、利用者等基本情報)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	A4.婚姻状況	○			【基】基本情報(受付、利用者等基本情報)	○	○		○	○	○			○	○	○	
	A5.介護保険証番号	○			【基】利用者の被保険者情報			○	○		○			○	○	○	○
	A6.事業所番号	○															
	A7.要介護度	○			【基】認定情報		○	○	○	○	○		○	○	○	○	○
	A8.アセスメントの理由	○			【基】課題分析(アセスメント)理由	○			○		○						
	A9.アセスメント基準日	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	A10.本人のケアの目標	○												○			
	A11.アセスメント時の居住場所		○		【基】現在利用しているサービスの状況	○	○	○	○	○	○		○	○	○		○
	A12.同居形態		○		【基】生活状況	○	○		○	○	○			○	○	○	○
	A13.退院後の経過期間	○			【基】課題分析(アセスメント)理由	○								○	○		

- ・ インターライ方式の「A 基本情報」には計 13 の中項目があり、利用者の氏名、性別、生年月日といった利用者のアセスメントをする上での基礎情報を整理している。課題分析標準項目では「基本情報に関する項目」のうち、「1 基本情報(受付、利用者等基本情報)」「2 生活状況」「3 利用者の被保険者情報」「4 現在利用しているサービスの状況」「8 認定情報」「9 課題分析(アセスメント)理由」に該当する。
- ・ 「A1 氏名」～「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」はほとんどの様式で項目を設定しているが、その他は項目を設定していない様式が多い。このうち、「A6 事業所番号」や「A10 本人のケアの目標」はアセスメント様式では項目を設定していないが、他記録様式で把握している可能性が高い。

- ・ 「A8 アセスメント理由」では、サービス開始時のアセスメントか（初回アセスメント）、定期的なフォローアップのアセスメントか（定期アセスメント）等、どのタイミングでのアセスメントかを設問として整理しており、該当する項目を設定している様式はほとんどなかった。
- ・ 「A13 退院後の経過期間」では、具体的な退院後の経過期間（数値）を設問として整理しており、該当する項目を設定している様式はほとんどなかった。

B 相談受付表

	インターライ方式			課題分析標準項目該当箇所 【基】基本情報に関する項目 【ア】課題分析(アセスメント)に関する項目	MDS- HC2.0 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	日本介 護福祉 士会方 式	ケアマ ネジメ ント実 践記録 様式	TAI方 式	TAI- HC方 式	R4(通 所)	R4(入 所)	認知症 セン ター方 式	MILK
	共通 項目	居 宅 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			○			○							○	○		
B2.受付日	○			【基】基本情報(受付、利用者等基本 情報)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
B3.相談受付時までの経過	○			【基】基本情報(受付、利用者等基本 情報)	○	○			○	○			○	○	○	
B4.相談受付内容	○			【基】主訴		○	○	○	○	○	○		○	○	○	
B5.過去5年間の利用歴(短期は含まず)	○			【基】現在利用しているサービスの状 況	○	○	○	○	○	○			○	○		
B6.入所直前と通常の居住場所			○	【基】生活状況		○	○		○	○				○		
B7.入所前の同居形態			○	【基】生活状況						○				○		
B8.精神疾患歴			○	【ア】健康状態		○				○	○	○				○
B9.教育歴	○			【基】生活状況	○											
B10.医療機関受診時の送迎	○			【基】現在利用しているサービスの状 況												
B11.受診中の付き添いが必要	○			【基】現在利用しているサービスの状 況			○									

- ・ インターライ方式の「B 相談受付表」には計 11 の中項目があり、相談受付時までの経過、相談受付内容といった利用者のこれまでの生活歴・医療・介護に関わる経過に関する情報を整理している。課題分析標準項目では「基本情報に関する項目」のうち、「1 基本情報（受付、利用者等基本情報）」「2 生活状況」「4 現在利用しているサービスの状況」「7 主訴」、「課題分析（アセスメント）に関する項目」のうち、「10 健康状態」に該当する。
- ・ 「B2 受付日」、「B4 相談受付内容」、「B5 過去 5 年間の利用歴（短期は含まず）」はほとんどの様式で項目を設定しているが、その他は項目を設定していない様式が多い。このうち、「B1 入所に対して本人の意思が関与した度合」、「B6 入所直前と通常の居住場所」～「B8 精神疾患歴」はインターライ方式（施設版）の設問で整理しており、居宅サービス向けのアセスメント様式では該当する項目を設定していない場合が多い。

- ・ 「B9 教育歴」では、未就学か、高等学校卒か、大学卒か等、最終学歴を設問として整理しており、該当する項目を設定している様式はほとんどなかった。
- ・ 「B10 医療機関受診時の送迎」「B11 受診中の付き添いが必要」については、「G 機能状態」「Q 支援状況」に該当する項目で把握している様式が多い。

C 認知

		インターライ方式			課題分析標準項目該当箇所 【基】基本情報に関する項目 【ア】課題分析(アセスメント)に関する項目	MDS- HC2.0 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	日本介 護福祉 士会方 式	ケアマ ネジメ ント実 践記録 様式	TAI方 式	TAI- HC方 式	R4(通 所)	R4(入 所)	認知症 セン ター方 式	MILK
		共通 項目	居 宅 版 の み	施 設 版 の み													
C.認知	C1.日常の意思決定を行うための認知能力	○			【ア】認知 【基】認知症である老人の日常生活 自立度	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	
	C2.記憶を想起する能力	○				○	○	○		○	○			○	○	○	○
	C3.せん妄の兆候	○				○	○	○	○	○	○	○			○	○	
	C4.精神状態の急な変化	○										○					
	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	○					○			○							

- ・ インターライ方式の「C 認知」には計 5 の中項目があり、利用者の記憶力や意思決定の実際に関する情報を整理している。課題分析標準項目では「基本情報に関する項目」のうち、「6 認知症である高齢者の日常生活自立度」、「課題分析 (アセスメント) に関する項目」のうち、「13 認知」に該当する。
- ・ 「C1 日常の意思決定を行うための認知能力」～「C3 せん妄の兆候」はほとんどの様式で項目を設定している。「C3 せん妄の兆候」では「注意がそらされやすい」「支離滅裂な会話がある」「精神機能が 1 日の中で変化する」を「せん妄」の定義としており、該当する項目がある様式に○を付けた。
- ・ 「C4 精神状態の急な変化」では、利用者の普段の精神機能が突然もしくは最近になって変化したかどうか等を設問として整理しているが、これらの内容はアセスメント様式ではなく、主治医意見書の「傷病に関する意見」等で把握している様式が多い。「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」についても同様に主治医意見書で把握している様式が多い。

D コミュニケーションと視覚

		インターライ方式			課題分析標準項目該当箇所 【基】基本情報に関する項目 【ア】課題分析(アセスメント)に関する項目	MDS- HC2.0 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	日本介 護福祉 士会方 式	ケアマ ネジメ ント実 践記録 様式	TAI方 式	TAI- HC方 式	R4(通 所)	R4(入 所)	認知症 セン ター方 式	MILK	
		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	○			【ア】コミュニケーション能力	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	D2.他者を理解できる能力(理解力)	○				○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○
	D3.聴覚	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	D4.視覚	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

- ・ インターライ方式の「D コミュニケーションと視覚」には計4の中項目があり、伝達能力、理解力、聴力、視力といった利用者が他者とコミュニケーションする上での情報を整理している。課題分析標準項目では「課題分析(アセスメント)に関する項目」のうち、「14 コミュニケーション能力」に該当する。「D1 自分を理解させることができる」～「D4 視覚」はいずれもほとんどの様式で項目を設定している。

E 気分と行動

		インターライ方式			課題分析標準項目該当箇所 【基】基本情報に関する項目 【ア】課題分析(アセスメント)に関する項目	MDS- HC2.0 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	日本介 護福祉 士会方 式	ケアマ ネジメ ント実 践記録 様式	TAI方 式	TAI- HC方 式	R4(通 所)	R4(入 所)	認知症 セン ター方 式	MILK
		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	○			【ア】社会との関わり	○	○	○	○	○	○			○	○	○	○
	E2.利用者自身が応えた気分	○								○							○
	E3.行動の問題	○			【ア】問題行動	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	E4.最近3日間における生活満足度(心身の健康度、日常生活充実度や趣味活動への参加など)	○															

- ・ インターライ方式の「E 気分と行動」には計4の中項目があり、うつや徘徊など利用者の精神状態や問題行動に関する情報を整理している。課題分析標準項目では「課題分析(アセスメント)に関する項目」のうち、「15 社会との関わり」「20 問題行動」に該当する。
- ・ 「E1 うつ、不安、悲しみの気分の兆候」、「E3 行動の問題」はほとんどの様式で項目を設定している。

- 「E2 利用者自身が応えた気分」では、過去 3 日間において「普段楽しんできたことに興味や喜びが沸かなかったこと」「不安だったり、落ち着かない感じ」等があったかを設問として整理しており、該当する項目を設定している様式はほとんどなかった。また、「E4 最近 3 日間における生活の満足度（心身の健康度、日常生活の充実度や趣味活動への参加など）」では、利用者の過去 3 日間の幸福感を設問として整理しているが、該当する項目を設定している様式はまったくなかった。

F 心理社会面

		インターライ方式			課題分析標準項目該当箇所 【基】基本情報に関する項目 【ア】課題分析(アセスメント)に関する項目	MDS-HC2.0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	日本介護福祉士会方式	ケアマネジメント実践記録様式	TAI方式	TAI-HC方式	R4(通所)	R4(入所)	認知症センター方式	MILK	
		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)		【ア】社会との関わり	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
	F2.孤独	○				○			○		○							
	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		○			○	○		○									
	F4.日中、1人きりでの時間		○			○												
	F5.自発性・参加意識	○		○						○	○	○	○	○	○		○	
	F6.対人関係の不安定	○		○	【ア】問題行動				○		○	○		○	○		○	
	F7.過去90日間の大きなストレス	○			【ア】社会との関わり				○									
	F8.強み(ストレンクス)			○(一部)						○								

- インターライ方式の「F 心理社会面」には計 8 の中項目があり、利用者の社会環境とのかかわり方と適応性に関する情報を整理している。課題分析標準項目では「課題分析（アセスメント）に関する項目」のうち、「15 社会との関わり」「20 問題行動」に該当する。
- 「F1 社会関係」はほとんどの様式で項目を設定しているが、その他は項目を設定していない様式が多い。
- 「F2 孤独」では、「利用者が寂しいと思っているか、それを表す」を設問としており、該当する項目を設定している様式はほとんどなかった。
- 「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」では「社会的、宗教的、あるいは仕事や趣味の活動への参加が減っている。もし減っているならそれで悩んでいる。」を設問としており、該当する項目を設定している様式はほとんどなかった。
- 「F4 日中、1 人きりでいる時間」では、日中、1 人きりでいる時間（数値）を設問として整理しており、該当する項目を設定している様式はほとんどなかった。

- ・ 「F5 自発性・参加意識」、「F6 対人関係の不安定」はインターライ方式（施設版）の設問で整理しており、居宅サービス向けのアセスメント様式では該当する項目を設定している様式はあまりなかった。
- ・ 「F7 過去 90 日間の大きなストレス」では過去 90 日間に自分の生活に大きな影響を及ぼしたと利用者が考えるストレスを設問としており、該当する項目を設定している様式はほとんどなかった。
- ・ 「F8 強み（ストレンクス）」では、利用者が「一貫して前向きである」「日々の生活に意味を見出す」等を設問としており、該当する項目を設定している様式はほとんどなかった。

G 機能状態

		インターライ方式			課題分析標準項目該当箇所 【基】基本情報に関する項目 【ア】課題分析(アセスメント)に関する項目	MDS-HC2.0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	日本介護福祉士会方式	ケアマネジメント実践記録様式	TAI方式	TAI-HC方式	R4(通所)	R4(入所)	認知症センター方式	MILK
		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		○		【ア】IADL	○	○	○	○	○	○	○	○			○	○
	G2.ADL	○			【ア】ADL	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	G3.移動／歩行	○				○	○				○			○	○	○	
	G4.活動状況	○				○											
	G5.身体機能潜在能力	○				○	○	○									
	G6.過去90日間(または前回アセスメント以降)のADLの変化	○				○											
	G7.自転車の運転		○														

- ・ インターライ方式の「G 機能状態」には計 7 の中項目があり、自立生活と最も関連する機能分野に関する情報を整理している。課題分析標準項目では「課題分析（アセスメント）に関する項目」のうち、「11ADL」「12IADL」に該当する。
- ・ 「G1 IADL の実施状況と能力」、「G2 ADL」はほとんどの様式で項目を設定しているが、その他は項目を設定していない様式が多い。
- ・ 「G3 移動／歩行」では、居宅内、施設、高齢者住宅内で主な移動手段と過去 3 日間に使用した器具を設問として整理しており、該当する項目を設定している様式はあまりなかった。
- ・ 「G4 活動状況」では、「過去 3 日間において体を動かした時間の合計」「過去 3 日間に家の外に出た日数」（数値）を設問として整理しており、該当する項目を設定している様式はほとんどなかった。

- ・ 「G5 身体機能潜在能力」では、利用者がより自立し、自分のことを自分でできるようになる可能性を設問として整理しているが、これらの内容はアセスメント様式ではなく、主治医意見書の「介護の必要の程度に関する予後の見通し」等で把握している様式が多い。
- ・ 「G6 過去 90 日間（または前回アセスメント以降）の ADL の変化」では、現在の ADL が 90 日前と比べて変化しているかを設問として整理しているが、これらの内容はアセスメント様式ではなく、モニタリング様式（居宅サービス計画・第 5 表）等で把握しているケースが多い。
- ・ 「G7 自転車の運転」はインターライ方式（施設版）の設問で整理しており、該当する項目を設定している様式はまったくなかった。

H 失禁

		インターライ方式			課題分析標準項目該当箇所 【基】基本情報に関する項目 【ア】課題分析（アセスメント）に関する項目	MDS- HC2.0 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	日本介 護福祉 士会方 式	ケアマ ネジメン ト実践 記録様 式	TAI方 式	TAI-HC 方式	R4(通 所)	R4(入 所)	認知症 セン ター方 式	MILK	
		共通 項目	居 宅 版 の み	施 設 版 の み														
H失禁	H1.尿失禁	○			【ア】排尿・排便	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
	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			○			○	○			○			○	○			

- ・ インターライ方式の「H 失禁」には計 5 の中項目があり、利用者の尿失禁の状況に関する情報を整理している。課題分析標準項目では「課題分析（アセスメント）に関する項目」のうち、「16 排尿・排便」に該当する。
- ・ 「H1 尿失禁」～「H5 ストーマ」はほとんどの様式で項目を設定している。
- ・

I 疾患

		インターライ方式			課題分析標準項目該当箇所 【基】基本情報に関する項目 【ア】課題分析(アセスメント)に関する項目	MDS- HC2.0 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	日本介 護福祉 士会方 式	ケアマ ネジメ ント実 践記録 様式	TAI方 式	TAI- HC方 式	R4(通 所)	R4(入 所)	認知症 セン ター方 式	MILK
		共通 項目	居 宅 版の み	施 設 版の み													
I.疾患	I1.疾患	○			【ア】健康状態	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	I2.その他の診断	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

- ・ インターライ方式の「I 疾患」には計 2 の中項目があり、現在の認知状態、気分・行動の状況、医学的治療、看護の観察、死の危険性に関する疾患や感染症の有無等を整理している。課題分析標準項目では「課題分析(アセスメント)に関する項目」のうち、「10 健康状態」に該当する。
- ・ 「I1 疾患」～「I2 その他の診断」はほとんどの様式で項目を設定している。

J 健康状態

		インターライ方式			課題分析標準項目該当箇所 【基】基本情報に関する項目 【ア】課題分析(アセスメント)に関する項目	MDS- HC2.0 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	日本介 護福祉 士会方 式	ケアマ ネジメ ント実 践記録 様式	TAI方 式	TAI- HC方 式	R4(通 所)	R4(入 所)	認知症 セン ター方 式	MILK		
		共通 項目	居 宅 版の み	施 設 版の み															
J.健康状態	J1.転倒	○			【ア】健康状態	○	○	○	○			○	○	○	○				
	J2.最近の転倒	○							○						○	○			
	J3.問題の頻度	○					○											○	
	J4.呼吸困難(息切れ)	○					○			○	○	○						○	
	J5.疲労感	○									○	○						○	
	J6.痛み	○					○		○	○	○	○					○	○	
	J7.状態の不安定	○					○		○	○		○							
	J8.主観的健康感	○																	
	J9.喫煙と飲酒	○					○			○								○	

- ・ インターライ方式の「J 健康状態」には計 9 の中項目があり、「I 疾患」と同様、現在の認知状態、気分・行動の状況、医学的治療、看護の観察、死の危険性に関する疾患や感染症の有無等を整理している。課題分析標準項目では「課題分析（アセスメント）に関する項目」のうち、「10 健康状態」に該当する。
- ・ 「J1 転倒」はほとんどの様式で項目を設定しているか、あるいは、主治医意見書の「4 介護に関する意見（現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針）」等で把握している様式が多い。その他は項目を設定していない様式が多い。
- ・ 「J2 最近の転倒」では、最近（過去 90 日間／過去 30 日間）転倒したかを設問としており、該当する項目を設定している様式はあまりなかった。
- ・ 「J3 問題の頻度」では、利用者の健康状態や機能状態に影響する可能性のある問題、疾患・事故・機能低下の危険性を設問としており、該当する項目を設定している様式はほとんどなかった。これらの内容はアセスメント様式ではなく、主治医意見書の「3 心身の状態に関する意見」「4 介護に関する意見（現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針）」等で把握している様式が多い。
- ・ 「J4 呼吸困難（息切れ）」では、呼吸困難の程度を設問としており、該当する項目を設定している様式はほとんどなかった。
- ・ 「J5 疲労感」では、体のだるさや疲れやすさの程度を設問としており、該当する項目を設定している様式はほとんどなかった。
- ・ 「J6 痛み」では、痛みの頻度と程度を設問としており、該当する項目を設定している様式はほとんどなかった。これらの内容はアセスメント様式ではなく、主治医意見書の「4 介護に関する意見（現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針）」等で把握している様式が多い。
- ・ 「J7 状態の不安定」では、過去 3 日間の疾患や健康状態が急性で、不安定であったり、悪化しているかを設問としており、該当する項目を設定している様式はほとんどなかった。これらの内容はアセスメント様式ではなく、主治医意見書の「1 疾病に関する意見—症状としての安定性」等で把握している様式が多い。
- ・ 「J8 主観的健康観」では、「一般적으로ご自分の健康状態をどう思いますか」を設問としており、該当する項目を設定している様式はなかった。
- ・ 「J9 喫煙と飲酒」では、喫煙しているかやアルコール摂取量等を設問としており、該当する項目を設定している様式はほとんどなかった。

K 口腔および栄養状態

		インターライ方式			課題分析標準項目該当箇所 【基】基本情報に関する項目 【ア】課題分析(アセスメント)に関する項目	MDS- HC2.0 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 護振興 財団 方式	日本介 護福祉 士会 方式	ケアマ ネジメ ント実 践記録 様式	TAI方 式	TAI- HC方 式	R4(通 所)	R4(入 所)	認知症 セン ター方 式	MILK
		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	○				○	○	○	○	○			○	○	○	○	
	K2.栄養上の問題	○			【ア】食事摂取	○	○		○		○				○		
	K3.栄養摂取の方法	○				○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○
	K4.経静脈/経管栄養摂取量			○		○	○	○		○							
	K5.歯科口腔			○(一部)	【ア】口腔衛生	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	
	K6.栄養管理(ダイエットタイプ)の必要	○						○		○							

- ・ インターライ方式の「K 口腔および栄養状態」には計 6 の中項目があり、利用者の身長や体重、栄養上の問題等に関する情報を整理している。課題分析標準項目では「課題分析(アセスメント)に関する項目」のうち、「18 口腔衛生」「19 食事摂取」に該当する。
- ・ 「K1 身長と体重」「K3 栄養摂取の方法」「K5 歯科口腔」はほとんどの様式で項目を設定しているが、その他は項目を設定していない様式が多い。
- ・ 「K2 栄養上の問題」では、体重の減少、脱水の状況、水分摂取の状況等を設問としており、該当する項目を設定している様式はあまりなかった。
- ・ 「K4 経静脈/経管栄養摂取量」は過去 3 日間の経静脈または経管によって摂取したカロリー割合と水分量を設問としており、該当する項目を設定している様式はほとんどなかった。
- ・ 「K6 栄養管理(ダイエットタイプ)の必要」は食物形態の加工、カロリー制限等を設問としており、該当する項目を設定している様式はほとんどなかった。

L 皮膚の状態

		インターライ方式			課題分析標準項目該当箇所 【基】基本情報に関する項目 【ア】課題分析(アセスメント)に関する項目	MDS- HC2.0 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	日本介 護福祉 士会方 式	ケアマ ネジメ ント実 践記録 様式	TAI方 式	TAI- HC方 式	R4(通 所)	R4(入 所)	認知症 セン ター方 式	MILK	
		共通 項目	居 宅 版 の	施 設 版 の														
L.皮膚の 状態	L1.最重度の褥瘡	○			【ア】じょく瘡・皮膚の問題	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
	L2.褥瘡の既往	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
	L3.褥瘡以外の皮膚潰瘍	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
	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	○				○	○				○	○						

- ・ インターライ方式の「L 皮膚の状態」には計 7 の中項目があり、利用者の皮膚の状態（潰瘍の有無やステージ等）を整理している。課題分析標準項目では「課題分析（アセスメント）に関する項目」のうち、「17 じょく瘡・皮膚の問題」に該当する。
- ・ 「L1 最重度の褥瘡」～「L6 その他の皮膚の状態や変化」はほとんどの様式で項目を設定している。「居宅サービスガイドライン方式」「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」「TAI 方式」「TAI-HC 方式」「R4」及び主治医意見書など多くの様式は、身体のイラストをベースに褥瘡等の箇所を記入し、併せて特記事項として程度や処置等について記入する形式をとっている。
- ・ 「L7 足の問題」は外反母趾、槌状趾等を設問としており、該当する項目を設定している様式はほとんどなかった。

M アクティビティ

		インターライ方式			課題分析標準項目該当箇所 【基】基本情報に関する項目 【ア】課題分析(アセスメント)に関する項目	MDS- HC2.0 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	日本介 護福祉 士会方 式	ケアマ ネジメ ント実 践記録 様式	TAI方 式	TAI- HC方 式	R4(通 所)	R4(入 所)	認知症 セン ター方 式	MILK
		共通 項目	居 宅 版 の	施 設 版 の													
M.アク ティビ ティ	M1.活動への平均参加時間			○	【ア】社会との関わり				○	○		○	○	○			
	M2.好む活動と関与(現在の能力に適応)	○								○	○			○	○	○	○
	M3.日中寝ている時間			○	【基】障害老人の日常生活自立度			○	○	○				○	○	○	
	M4.興味・関心	○			【ア】社会との関わり			○	○	○				○	○		○

- ・ インターライ方式の「M アクティビティ」には計4の中項目があり、興味のあることや現在楽しんでいる活動とともに、現在の病院・施設ではできないがやってみたいと思っている活動に関する情報を整理している。課題分析標準項目では「基本情報に関する項目」のうち、「5 障害高齢者の日常生活自立度」、「課題分析(アセスメント)に関する項目」のうち、「15 社会との関わり」に該当する。
- ・ 「M1 活動への平均参加時間」では、典型的な1日において、ほぼ覚醒している状態で入浴・食事やリハビリテーション、処置等をしていない時間を設問としており、該当する項目を設定している様式はあまりなかった。また、設定している様式の多くは「1日の過ごし方」という自由形式で記入する項目を設定していた。「M3 日中寝ている時間」も同様に、設定している場合、多くは「1日の過ごし方」という自由形式で記入する項目を設定していた。
- ・ 「M2 好む活動と関与(現在の能力に適応)」では、過去3日間において利用者がやりたいと思っている、あるいは実際行っている活動への関与の度合いを設問としており、該当する項目を設定している様式はあまりなかった。
- ・ 「M4 興味・関心」では、レクリエーション・転倒予防プログラム等への興味・関心の度合いを設問としており、該当する項目を設定している様式はあまりなかった。

N 薬剤

		インターライ方式			課題分析標準項目該当箇所 【基】基本情報に関する項目 【ア】課題分析(アセスメント)に関する項目	MDS- HC2.0 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	日本介 護福祉 士会方 式	ケアマ ネジメ ント実 践記録 様式	TAI方 式	TAI- HC方 式	R4(通 所)	R4(入 所)	認知症 セン ター方 式	MILK
		共通 項目	居 宅 版 の	施 設 版 の													
N.薬剤	N1.全使用薬剤のリスト	○				○		○	○	○	○					○	
	N2.薬のアレルギー	○									○					○	○
	N3.処方薬の順守		○						○		○					○	

- ・ インターライ方式の「N 薬剤」には計3の中項目があり、薬剤リスト、アレルギー、処方薬の順守の状況に関する情報を整理している。課題分析標準項目では「標準項目」としては設定していない。
- ・ 「N1 全使用薬剤のリスト」では、利用者が使用している処方薬と市販薬の全てを一覧化しており、該当する項目を設定している様式はあまりなかった。これらの内容はアセスメント様式ではなく、お薬手帳や事業所独自の一覧表等で把握しているケースが多い。
- ・ 「N2 薬のアレルギー」では、利用者が使用している処方薬と市販薬へのアレルギーの有無を設問としており、該当する項目を設定している様式はほとんどなかった。
- ・ 「N3 処方薬の順守」では、医師が処方した薬を服用しているかを設問としており、該当する項目を設定している様式はほとんどなかった。

〇 治療とケアプログラム

		インターライ方式			課題分析標準項目該当箇所 【基】基本情報に関する項目 【ア】課題分析(アセスメント)に関する項目	MDS-HC2.0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	日本介護福祉士会方式	ケアマネジメント実践記録様式	TAI方式	TAI-HC方式	R4(通所)	R4(入所)	認知症センター方式	MILK	
		共通項目	居宅版のみ	施設版のみ														
〇. 治療とケアプログラム	01.健診・予防接種	○				○												
	02.特別な治療・ケア(過去3日間)	○			【ア】特別な状況	○	○	○	○	○	○							
	03.過去7日間のサービス		○		【基】現在利用しているサービスの状況	○	○	○	○	○	○			○	○			
	04.リハビリテーション			○(一部)	【基】現在利用しているサービスの状況	○	○	○		○	○			○	○			
	05.受診・入院(過去90日間の回数を右詰めで記入)		○(一部)		【基】現在利用しているサービスの状況	○	○		○	○	○						○	
	06.受診(過去14日間の回数)	○			【基】現在利用しているサービスの状況	○			○	○	○							○
	07.医師の指示変更(過去14日間の回数)	○																
	08.身体抑制		○(一部)			○							○					

- ・ インターライ方式の「〇 治療とケアプログラム」には計8の中項目があり、健診・予防接種、特別な治療・ケア、現在利用しているサービスに関する情報を整理している。課題分析標準項目では「基本情報に関する項目」のうち、「4 現在利用しているサービスの状況」、「課題分析(アセスメント)に関する項目」のうち、「11 特別な状況」に該当する。
- ・ 「03 過去7日間のサービス」はほとんどの様式で項目を設定しているが、その他は項目を設定していない様式が多い。しかし「02 特別な治療・ケア(過去3日間)」「04 リハビリテーション」「05 受診・入院(過去90日間の回数を右詰めで記入)」「06 受診(過去14日間の回数)」などの内容はアセスメント様式ではなく、主治医意見書で把握している様式が多い。

P 意思決定権と事前指示

		インターライ方式			課題分析標準項目該当箇所 【基】基本情報に関する項目 【ア】課題分析(アセスメント)に関する項目	MDS- HC2.0 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	日本介 護福祉 士会方 式	ケアマ ネジメ ント実 践記録 様式	TAI方 式	TAI- HC方 式	R4(通 所)	R4(入 所)	認知症 セン ター方 式	MILK
		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			○(一部)		○					○					○	
	P2.事前指示			○													

- ・ インターライ方式の「P 意思決定権と事前指示」には計 2 の中項目があり、利用者自身の財産や医療サービスの決定に関する責任の有無、代理人の状況、延命治療に関する事前指示に関する情報を整理している。課題分析標準項目では「標準項目」としては設定していない。
- ・ これらの内容はアセスメント様式ではなく、施設の場合は「看取り介護に関する同意書」等、施設独自の様式で把握しているケースが多い。

Q 支援状況

		インターライ方式			課題分析標準項目該当箇所 【基】基本情報に関する項目 【ア】課題分析(アセスメント)に関する項目	MDS- HC2.0 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	日本介 護福祉 士会方 式	ケアマ ネジメ ント実 践記録 様式	TAI方 式	TAI- HC方 式	R4(通 所)	R4(入 所)	認知症 セン ター方 式	MILK	
		共通 項目	居 宅 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		○		【ア】介護力	○	○	○	○	○	○			○	○	○		
	Q2インフォーマルな援助者の状況		○			○	○	○	○	○	○		○	○	○			
	Q3過去3日間のインフォーマルな援助量		○									○						

- ・ インターライ方式の「Q 支援状況」には計 3 の中項目があり、利用者がかつインフォーマルな支援体制等に関する情報を整理している。課題分析標準項目では「課題分析(アセスメント)に関する項目」のうち、「21 介護力」に該当する。
- ・ 「Q1 インフォーマルな援助者」「Q2 インフォーマルな援助者の状況」はほとんどの様式で項目を設定している。
- ・ 「Q3 過去 3 日間のインフォーマルな援助量」では、「過去 3 日間に家族、友人、近所の人などが IADL や ADL の援助に費やした時間」(数値)を設問として整理しており、該当する項目を設定している様式はほとんどなかった。

R 退所の可能性

		インターライ方式			課題分析標準項目該当箇所 【基】基本情報に関する項目 【ア】課題分析(アセスメント)に関する項目	MDS- HC2.0 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	日本介 護福祉 士会方 式	ケアマ ネジメ ント実 践記録 様式	TAI方 式	TAI- HC方 式	R4(通 所)	R4(入 所)	認知症 セン ター方 式	MILK
		共通 項目	居 宅 版の み	施 設 版の み													
R.退所の 可能性	R1.退所の可能性			○													
	R2.地域に退所するまでの予測期間			○													

- ・ インターライ方式の「R 退所の可能性」には計 2 の中項目があり、退所の可能性に関する情報を整理している。課題分析標準項目では「標準項目」としては設定していない。
- ・ インターライ方式（施設版）の設問で整理しており、該当する項目を設定している様式はなかった。

S 環境評価

		インターライ方式			課題分析標準項目該当箇所 【基】基本情報に関する項目 【ア】課題分析(アセスメント)に関する項目	MDS- HC2.0 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	日本介 護福祉 士会方 式	ケアマ ネジメ ント実 践記録 様式	TAI方 式	TAI- HC方 式	R4(通 所)	R4(入 所)	認知症 セン ター方 式	MILK
		共通 項目	居 宅 版の み	施 設 版の み													
S.環境評 価	S1.屋内の環境		○		○	○	○	○	○	○	○					○	
	S2.バリアフリー仕様の住宅に居住		○		【ア】住居環境		○	○	○		○					○	
	S3.周辺環境		○				○				○					○	
	S4.経済状況		○		【基】生活状況	○		○	○		○						

- ・ インターライ方式の「S 環境評価」には計 4 の中項目があり、室内の環境、バリアフリーの状況、周辺環境等に関する情報を整理している。課題分析標準項目では「基本情報に関する項目」のうち、「2 生活状況」、「課題分析（アセスメント）に関する項目」のうち、「22 居住環境」に該当する。
- ・ 「S2 屋内の環境」では、居住している場所に危険がないかどうかを設問としており、該当する項目を設定している様式はあまりなかった。
- ・ 「S3 バリアフリー仕様の住宅に居住」では、居住している場所がバリアフリーかどうかを設問としており、該当する項目を設定している様式はあまりなかった。
- ・ 「S4 周辺環境」では、緊急通報の手段や日用品の買い物手段等を設問としており、該当する項目を設定している様式はあまりなかった。
- ・ 「S5 経済状況」では、経済的な困窮状態があるかを設問としており、該当する項目を設定している様式はあまりなかった。

T 今後の見通しと全体状況

		インターライ方式			課題分析標準項目該当箇所 【基】基本情報に関する項目 【ア】課題分析(アセスメント)に関する項目	MDS- HC2.0 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	日本介 護福祉 士会方 式	ケアマ ネジメ ント実 践記録 様式	TAI方 式	TAI- HC方 式	R4(通 所)	R4(入 所)	認知症 セン ター方 式	MILK
		共通 項目	居 宅 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		○			○											
	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		○			○											
	T3.悪化する前に自立していたADLの数		○														
	T4.悪化する前に自立していたIADLの数		○														
	T5.増悪原因の起こった時期		○														

- ・ インターライ方式の「T 今後の見通しと全体状況」には計 5 の中項目があり、利用者の今後の見通しに関する情報を整理している。課題分析標準項目では「標準項目」としては設定していない。
- ・ 「T1 過去 90 日間 (または前回のアセスメント以降) におけるケア目標の達成」「T2 過去 90 日間 (または前回のアセスメント時) と比較した全体の自立度の変化」は、MDS-HC2.0 方式のみが該当する項目を設定していた。これらの内容はアセスメント様式ではなく、モニタリング様式 (居宅サービス計画・第 5 表) 等で把握しているケースが多い。
- ・ 「T3 悪化する前に自立していた ADL の数」「T4 悪化する前に自立していた IADL の数」「T6 増悪原因の起こった時期」は、該当する項目を設定している様式はなかった。

U 利用の終了

		インターライ方式			課題分析標準項目該当箇所 【基】基本情報に関する項目 【ア】課題分析(アセスメント)に関する項目	MDS- HC2.0 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	日本介 護福祉 士会方 式	ケアマ ネジメ ント実 践記録 様式	TAI方 式	TAI- HC方 式	R4(通 所)	R4(入 所)	認知症 セン ター方 式	MILK
		共通 項目	居 宅 版の み	施 設 版の み													
U.利用の 終了	U1.終了日	○							○		○						
	U2.今後の居住場所	○									○						
	U3.退所後に居宅サービスを受ける予定	○		○							○						

- ・ インターライ方式の「U 利用の終了」には計 3 の中項目があり、サービスの利用終了後の状況を整理している。課題分析標準項目では「標準項目」としては設定していない。

V アセスメント情報

		インターライ方式			課題分析標準項目該当箇所 【基】基本情報に関する項目 【ア】課題分析(アセスメント)に関する項目	MDS- HC2.0 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	日本介 護福祉 士会方 式	ケアマ ネジメ ント実 践記録 様式	TAI方 式	TAI- HC方 式	R4(通 所)	R4(入 所)	認知症 セン ター方 式	MILK
		共通 項目	居 宅 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	○				○	○		○	○	○	○		○	○		
	V2.アセスメント完成日	○				○			○		○	○					

- ・ インターライ方式の「V アセスメント情報」には計 2 の中項目があり、アセスメント担当者のサインやアセスメント完成日を整理している。課題分析標準項目では「標準項目」としては設定していない。
- ・ 「V1 アセスメント担当者のサイン」はほとんどの様式で項目を設定している。

(5) 各様式における記入率一覧

本調査研究では、R4 システム・MILK システムの記録データ及びデータが収集できた「MDS-HC2.0 方式」「居宅介護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」について以下のような記入率一覧表を作成し、各様式の小項目を掲載した。一覧表内の項目の見方は以下の通り。

図表 5 記入率一覧表 (イメージ)

3. 居宅サービス計画ガイドライン方式★							
項目	DBから取得可能な項目	項目設定			記入率		
		カテゴリーデータ	量的データ	自由記述			
6. 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細							
6-③認知機能	3-1	意思の伝達	○	○		87.6%	
	3-2	毎日の日課を理解する	○	○		87.5%	
	3-3	生年月日や年齢を答える	○	○		87.0%	
	3-4	面接調査の直前記憶	○	○		87.4%	
	3-5	自分の名前を答える	○	○		87.0%	
	3-6	今の季節を理解する	○	○		87.3%	
	3-7	自分のいる場所を答える	○	○		87.1%	
	3-8	徘徊	○	○		86.8%	
	3-9	外出すると戻れない(迷子)	○	○		85.9%	
	3-10	介護者の発言への反応		○		66.6%	
			家族等からの情報と観察			○	67.0%
			援助の現状(家族)			○	45.7%
			援助の現状(サービス)			○	39.8%
			援助の希望(本人)			○	46.1%
			援助の希望(家族)			○	45.3%
		援助の計画			○	47.9%	
		特記、解決すべき課題など			○	41.4%	

「DB から取得可能」・・・介護保険総合 DB から代替又は拡充可能なデータ項目

例) 主治医意見書、要介護認定項目→「○」日常生活圏域ニーズ調査→「●」

「カテゴリーデータ」・・・様式内で「1.男性 2.女性」のように選択肢として設定されているデータを指す。 例) 性別、要介護度等

「量的データ」・・・様式内で数値を入力する回答欄が設定されているデータを指す。

例) 身長、体重、年齢、生年月日等

「自由記述」・・・ 「その他」や特記事項記入欄のあるデータを指す。「カテゴリーデータ」及び「自由記述」の両方に「○」が付いている項目例は以下の通り。

例) 住居等の状況-トイレ □和式 □洋式 □その他 ()

「記入率」・・・80%以上の記入率の場合、色付きで表示した。また、「-」はデータが取得できなかった項目を指す。

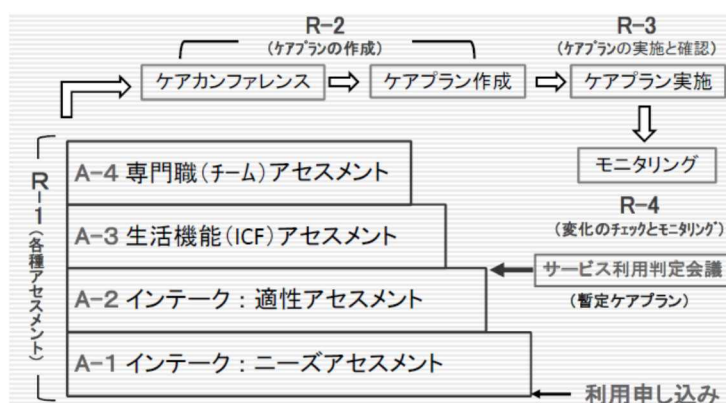
2. 介護老人保健施設におけるデータ収集

(1) R4 システムの概要

R4 システムは、(社) 全国老人保健施設協会が開発した、老人保健施設のケアマネジメントの流れをシステム化したスキームである。アセスメント (R1)、ケアプランの作成 (R2)、ケアプランの実施と確認 (R3)、変化のチェックとモニタリング (R4) の 4 段階から構成され、さらにその中のアセスメント (R1) については、A-1～A-4 の 4 段階に分類される (図表 6 参照)。

R4 システムは、既に全国 100 施設程度の介護老人保健施設において運用実績があり、各施設共通のデータが得られるため、本調査研究において質の評価の検討のためのデータとして、取り上げることにした。

図表 6 R4 システムの概要



出典：「介護老人保健施設における適切なケアマネジメント方式 (R4 システム) の導入の効果と専門職 (看護・リハビリテーション) アセスメントに関する調査研究事業」 H23 老人保健健康増進等事業 全国老人保健施設協会より

(2) R4 システムにおける項目の整理と評価

R4 システムに含まれる項目についてインターライ方式と比較すると、R4 システムでは老人保健施設におけるケアマネジメントを想定しているため、施設内における生活機能 (主に ICF 活動項目) の状況についてのアセスメント項目は網羅されている。ただし、例えば A-3 シートにおいては ICF に基づく区分等は定量化されているが、実行状況の評価やプランの見直し状況等についてはテキストデータとして定性的に入力されているなど、具体的なケアの内容や実施状況等については、定量的に得ることができないという課題がある (図表 7 参照)。また、R4 システムに含まれない項目 (例えば IADL 等) についても、現在運用されている入所版 R4 システムにおいて特記事項としてテキストデータで記録されてい

る場合もあるため、これらを定量化して整理することでデータセットとしての有用性を高められる可能性も考えられた。

図表 7 A-3 シート (生活機能) 帳票イメージ

A-3: 生活機能 (ICF) アセスメント		利用者氏名		種		要介護度		障害自立度	
ID:		ID:		ID:		ID:		ID:	
入所時		ヶ月後の状態		入所日		評価日			
レベル	区分	特記事項	レベル	区分	特記事項	レベル	区分	特記事項	特記事項
基本動作									
歩行移動									
移動手段		1. 手杖の有無 2. 杖具 (別下杖杖具等) 3. 歩行器 (ウォーカー、シニアカー等) の利用 4. しつこく歩行装置の利用 (ケトル歩行) 5. 車椅子の利用 6. リフト (エレベーター) 車椅子の利用 7. 介助車や杖など要する必要な 8. 9. 10.							
認知機能									
広域状況									
居住機能									
A群		B群		C群		D群		E群	
拒否 感作 異常 大声 破壊 激げる		過食 ランズ 嘔吐 頻回 異常な場所での排泄		その他 合計数		合計数		合計数	
【補】									
入所後早期訪問の情報 (在宅環境の状態) 末・訪問日				その他特記事項					

特記事項 (職員・補助員の状況及びリスク等)	
医療	
実行状況の評価及び見直し判定	
実行状況の評価 (利用満足度も含む)	見直し判定
介護	
リハビリ	
常駐からのコメント	
医師	
看護	
栄養	
支援相談員	
本人・家族の意向	
判定結果	退所後に利用が想定されるサービスの検討: 居宅介護支援専門員等への引継事項
判定理由	
出席者	医師 看護師 介護職 リハ職
	栄養士 支援相談員 介護支援 専門員

また、データセットとしての有用性を高めるために、R4 システムにおける記録データ以外のデータとして、介護保険総合 DB から介護老人保健施設入所中の介護報酬の算定状況を補完することが考えられた。また、介護保険総合 DB から利用者が退所時に利用することとなった居宅サービスの情報など保険請求とリンクしたデータセットとすることで、複数回の入所・退所が生じる利用者であっても施設と在宅における利用者の状態像・サービス利用の動向が切れ目なく把握可能となるため、データセットとしての有用性を高められる可能性が考えられた。さらに、介護保険総合 DB では主治医意見書の内容として、身体の状態や医学的管理の必要性が定量的なデータとして把握できるため、利用者の状態像を含めてサービスの質を評価するためのデータとして活用が可能と考えられた。

<介護保険総合 DB から代替又は拡充可能なデータ項目 (例) >

- 介護報酬の算定要件に関する項目 (拡充)
 - ・退所時等指導加算の状況
 - ・老人訪問看護指示加算
 - ・特定治療の実施
 - ・所定疾患施設療養費対象疾患への罹患
- 利用者が退所時 (在宅復帰時) に利用していたサービス内容等 (拡充)
- 主治医意見書の内容 (代替・拡充)
 - ・身体の状態
 - ・生活機能とサービス
 - ・医学的管理の必要性

(3) データ収集の方法と収集結果の概況

① データ収集の方法

ア) 調査対象施設の選定

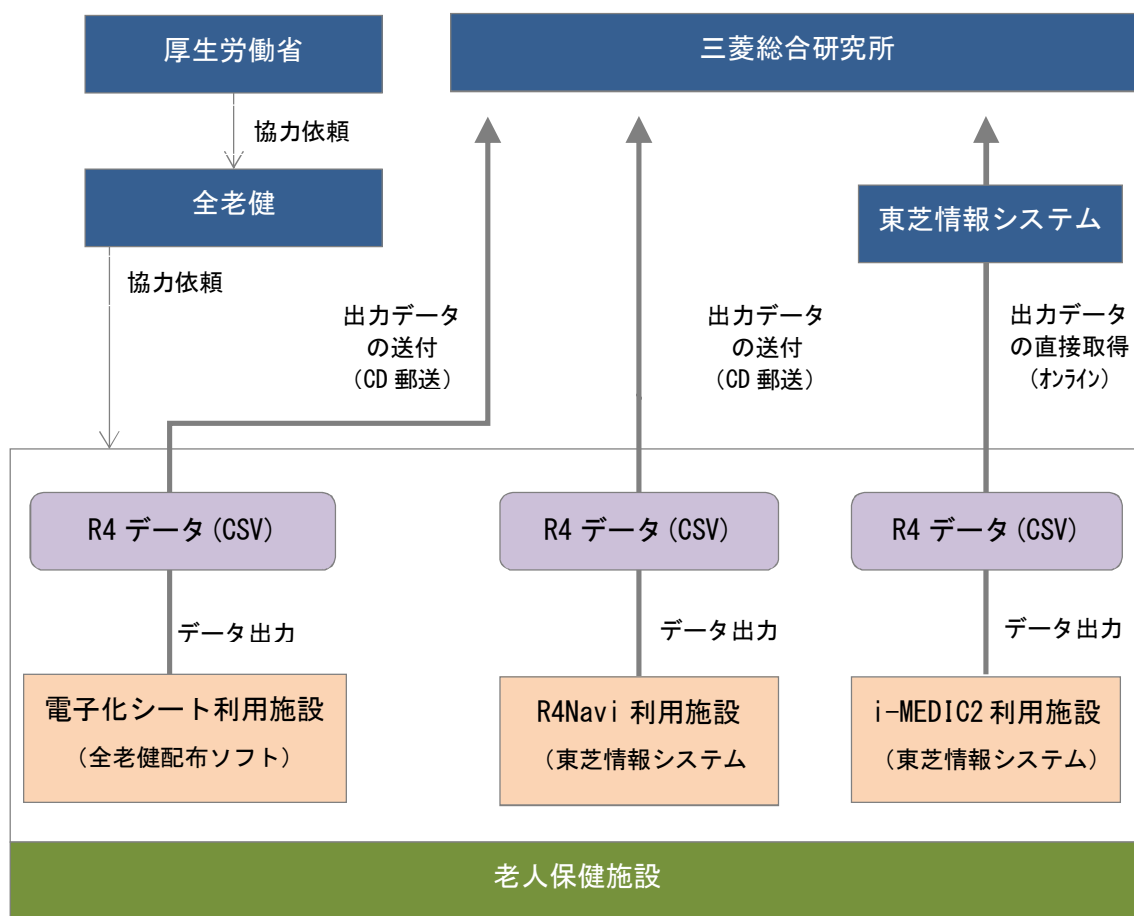
(社) 全国老人保健施設協会から協力を得て、R4 導入施設の名簿についてご提供頂き、(社) 全国老人保健施設協会が提供している「電子化シート」及び東芝情報システムが提供している「iMedic2」「R4Navi」のいずれかの R4 システム対応ツールを導入している介護老人保健施設を対象としてデータを収集した。

名簿に記載された施設に対しては、(社) 全国老人保健施設協会を通じて調査協力依頼を行っていただいたうえで、当社より調査協力の依頼を行った。

イ) データ収集のプロセス

「電子化シート（(社) 全国老人保健施設協会が提供）」「R4Navi（東芝情報システムが提供）」活用施設については、各施設において CSV 形式で出力し、CSV ファイルを書き込んだ CD-R を収集した。

「i-MEDIC2（東芝情報システムが提供）」活用施設については、リモートメンテナンスで東芝情報システムが収集した。



② データ収集結果の概況

(社) 全国老人保健施設協会の協力を得て提供いただいた R4 システムを導入している 165 施設のうち、データ提供の意向があった 124 施設に対して調査協力の依頼を行い、その回収状況は以下であった。未回収施設は、本調査研究で対象とした (社) 全国老人保健施設協会が提供している「電子化シート」及び東芝情報システムが提供している「iMedic2」「R4Navi」以外のツールを活用している施設が多かった。

状況	施設数
依頼数	124
回収数	31
未回収数	93

回収されたデータの概況は以下の通りである。

<回収データの概況>

集計対象期間	2010年 1月～2014年 3月
施設数	31 施設
利用者数	7,728 人
様式に記入のある延べ利用者数	24,341 人

(4) 介護老人保健施設 (R4 システム) における記録データの実態と評価

① 記入率の計算対象

「A-1」に記録がある利用者を集計の対象とした。また、利用者氏名、介護者氏名などの個人情報についてはデータを取得しなかったため、集計の対象からはずした。

② 記入率の計算方法

記入率の計算方法は以下の通り。

記入率=

当該項目にデータ入力がある利用者数／様式の延べ利用者数) ×100

※複数回答の項目は、選択肢のいずれか1つに記入があれば「記入有」とみなした。

③ 記入率の結果概要

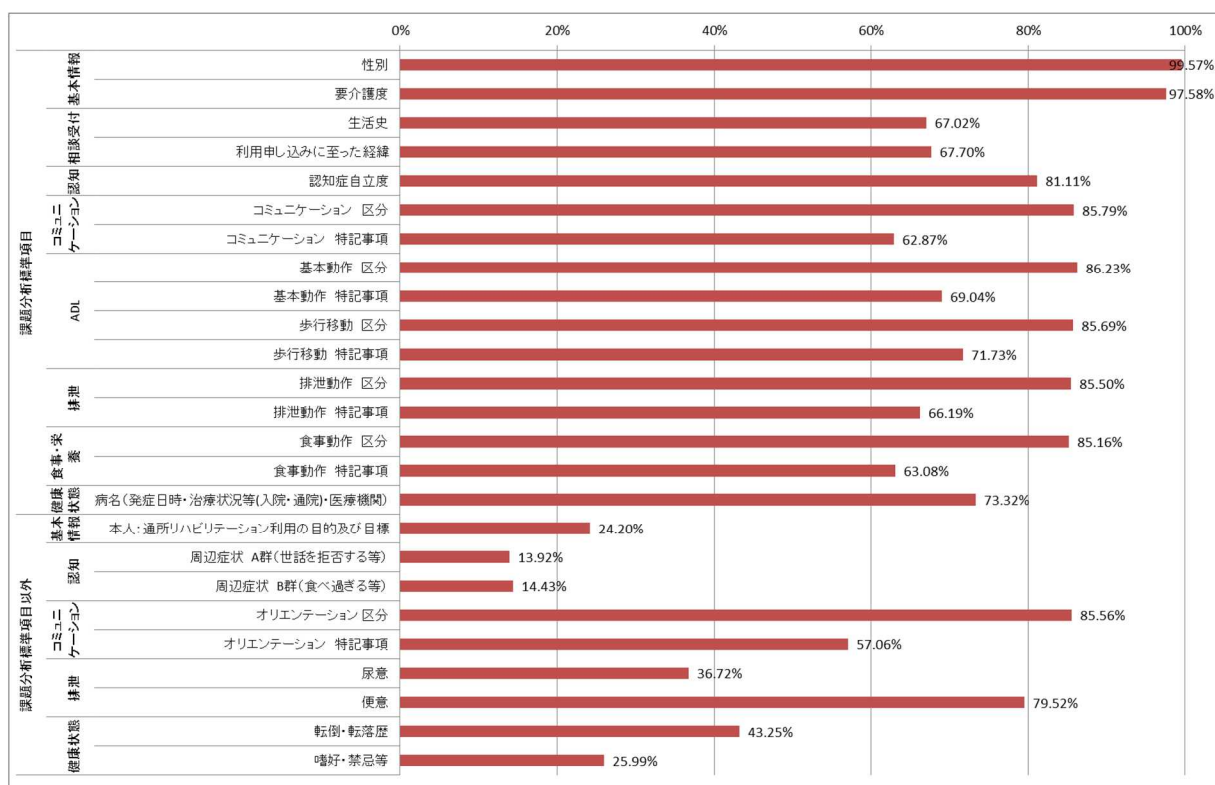
①で取得したデータを基に②の計算方法により、R4 システムの各記入率を算出した。(詳細は参考資料参照) 結果の概要は以下の通り。

- 記入率の状況について、生活機能評価面から A-3 に着目すると、ICF 関連の項目は概ね 8 割程度の記入率が認められ、これらを経時的に比較して利用者の ICF の変化を分析し、生活機能の維持・改善または悪化をアウトカムとして算出することは可能と考えられた。
- ただし、サービス内容や評価等については特記事項としてテキストデータで入力されているため、定量データのみで評価可能なプロセス・アウトカムには限界がある

ことが分かった。そのため、テキストデータで記録されている項目のうち、評価指標として活用できる項目については今後カテゴリ化を実施し、定量化していくことが課題として挙げられた。

- また、プロセス評価に活用可能と考えられる A-4 のアセスメント、実施計画、短期目標、ケア内容についても、テキストデータで記録されている目標の内容をカテゴリ化（例：「機能の確保」「機能の維持」「向上」「予防」等）し、ケアの内容面（入所中の事故や疾病発症の情報等を含む）も併せてカテゴリ化することで、当該目標への適切なケアの実施と、アウトカムの維持・改善の関係を分析できると考えられた。
- ただし、②で算出する記入率では「利用者の状態像から考えて記入が必要な項目（又は不要な項目）」等の観点で考慮できず、介護老人保健施設における記録の実態については、さらに分析が必要と考えられる。

図表 8 R4 システムの記入率（例）



3. 通所介護事業所におけるデータ収集

(1) MILK システムの概要

MILK システムは（株）夢のみずうみ村が開発した、通所介護を対象としたサービスの記録及び質の評価を行うためのシステムである。ここで MILK とは、「人が生きていくために必要な要素」であり以下の 4 つの成分の頭文字を取ったものである。

- Movement : 動きの素（動き）
- Intention : 心の動きの素（意気）
- Life : 生命・活力の素（生气）
- Keeping : 持続・継続の素（根気）

MILK システムでは、これらの各要素を詳細化した上で ICF（国際生活機能分類）と対応させ、さらに評価方法を独自に工夫することで、プログラム評価や個別評価に活用している。

なお、平成 26 年 2 月からは一部の施設において評価機能を拡張した新バージョンの MILK システムの運用を開始したところであり、本調査研究事業においては、この新バージョンの MILK システムで収集されたデータを用いて分析を行った。

図表 9 プログラム評価のイメージ（例）

プログラム	関節の可動域と動きやすさの機能	筋力の機能	筋緊張の機能	筋の持久性の機能	随意運動の制御と強調に関する機能	..
	b710	b730	b735	b740	b760	..
囲碁	20	5	0	5	100	..
絵手紙	10	20	0	15	100	..
園芸ガーデニング	65	80	0	50	40	..
折り紙	5	20	0	10	5	..
:	:	:	:	:	:	..

図表 10 個別評価のイメージ (例)

カ	ICF		「力」の細かい説明文	チェック項目	評価方式			
	ICF	ICF						
動きを支える能力	心身機能	b710	関節の可動性の機能	関節の可動域と動きやすさの機能	手足身体の曲げ伸ばし 目指す位置まで届く力	—	ファンクショナルリーチ	トライ1
		b730	筋力の機能	1つの筋や筋群の収縮によって生み出される力に関する機能	握力測定	—	男性	トライ2
		b735	筋緊張の機能	安静時他動運動時の抵抗機能	こわばり、麻痺があっても 生活に支障をきたさない リハビリ力	—	女性	
		b740	筋の持久性機能	筋が、必要とされる間、収縮を維持することに関する機能	手足の運動を支える身体全体の持久力	d430に同じ	バイキングトレイを運ぶ(台車使用と区分)	観察2
		b760	随意運動の制御機能	随意運動の制御と強調に関する機能	思った位置に手足をスムーズに移動する力	d440に同じ	予定ボードのマグネットをつまみ貼り付ける プログラム1回平均実施プログラム教	観察3 IT評価1
	b330	発話の流暢性とリズムの機能	聞き取れるなめらかなしゃべり	聞き取れる言葉を発する力	—	面接時の 応答 会話の評価	観察4	
	b235	前庭機能	位置、バランス、運動に関する内耳の感覚機能	バランスを保つ力	—	3ヶ月間での転倒の有無 転倒不安で困っているか	設問1	
	:	:	:	:	:	:	:	:



モニタリングや体力測定結果などから情報を集約し、MILK 項目ごとに評価を行う。

(2) データ収集の方法と収集結果の概況

① データ収集の方法

(株) 夢のみずうみ村が実施する通所介護サービスの利用者について、MILK システム (新バージョン) のデータから個人情報削除した形に加工したデータをご提供いただいた。

② データ収集結果の概況

新バージョンのシステムの運用を開始した 1 事業所における、平成 26 年 2 月時点の通所介護サービス利用者の MILK システムのデータ 329 人分を受領し、分析対象とした。提供を受けたデータの項目は、要介護度、記入日、ICF (232 項目) であった。

③ 記入率の計算方法

持続的なデータ蓄積の実現性を検討するため、MILK システムで把握されている各項目について、記入されている各項目の記入率の確認を行った。

記入率の計算方法は以下の通り。

記入率＝

当該項目にデータ入力がある利用者数／全利用者数×100

※複数回答の項目は、選択肢のいずれか1つに記入があれば「記入有」とみなした。

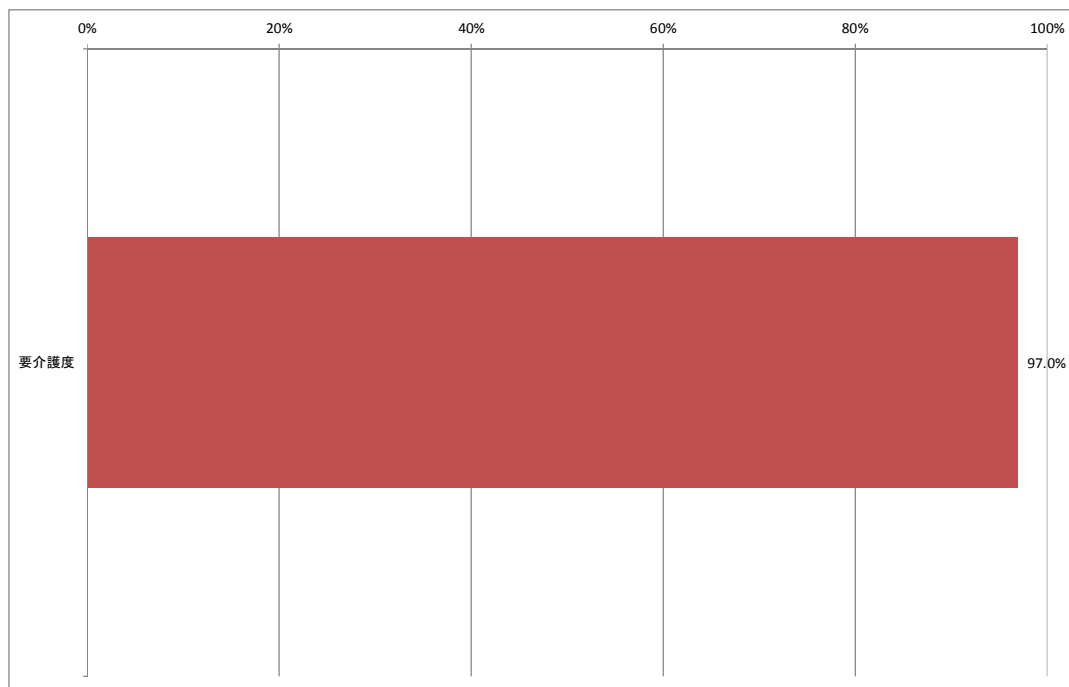
(3) 通所介護（MILK システム）における記録データの実態と評価

以下では、要介護度、記入日と、ICF232 項目のうち主な項目について記入率を集計した。また要介護度については区分ごとの分布を、記入日については一人1ヶ月当たりの記入数（＝評価実施回数）の分布を集計した。結果の概要は以下の通り。

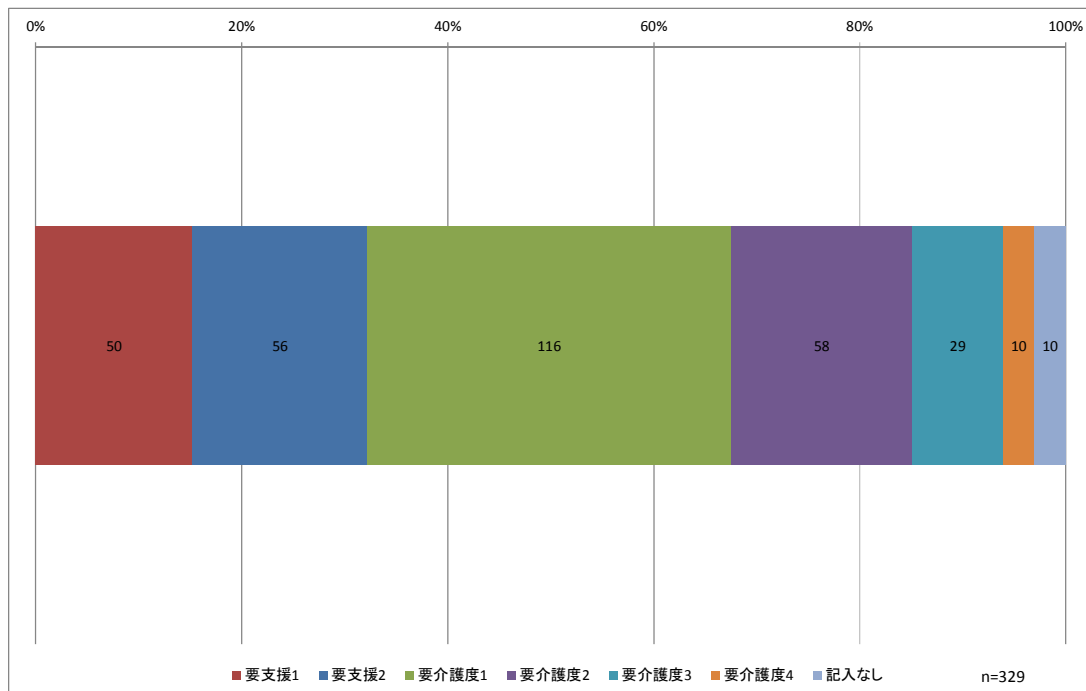
- 新バージョンの MILK システムでは多くの項目が定量的に評価把握されているため、評価指標として活用しやすいことが分かった。ただし、ICF 項目については、初期値として「0」が設定されているために、単に記入率として評価すると 100%であるが、定量的な評価において初期値をどのように評価するかは課題と考えられた。また、新バージョンの MLK システムでは、現時点では評価の対象に含まれていない ICF 項目もある（記入率 0%の項目）など、評価の仕組みは、まだ運用が始まったばかりの試行的な段階であり、今後の運用状況等を踏まえつつさらに改善・発展させていくべき部分があることが把握された。
- 特に、(株) 夢のみずうみ村において、自らのサービスを評価するために独自に開発が行われた評価基準の設定方法や評価の方法については、実態として多様なサービス内容が想定される通所介護における他の事業者の運用可能性・適用可能性といった観点から、今後さらに検討していくことが必要であると考えられた。
- また、関係団体へのヒアリング調査の結果も踏まえて、プロセス・アウトカム評価につながる可能性のある項目を検討したところ、「IADL の実施状況と能力」「ADL」「日常の意思決定を行うための認知能力」「自分を理解させることができる」「他者を理解できる能力（理解力）」「行動の問題」などについて定量的評価を行うことで、インターライ方式との整合を保ちつつ他のサービスとの比較が可能となると考えられた。

① 要介護度

図表 11 要介護度の記入率

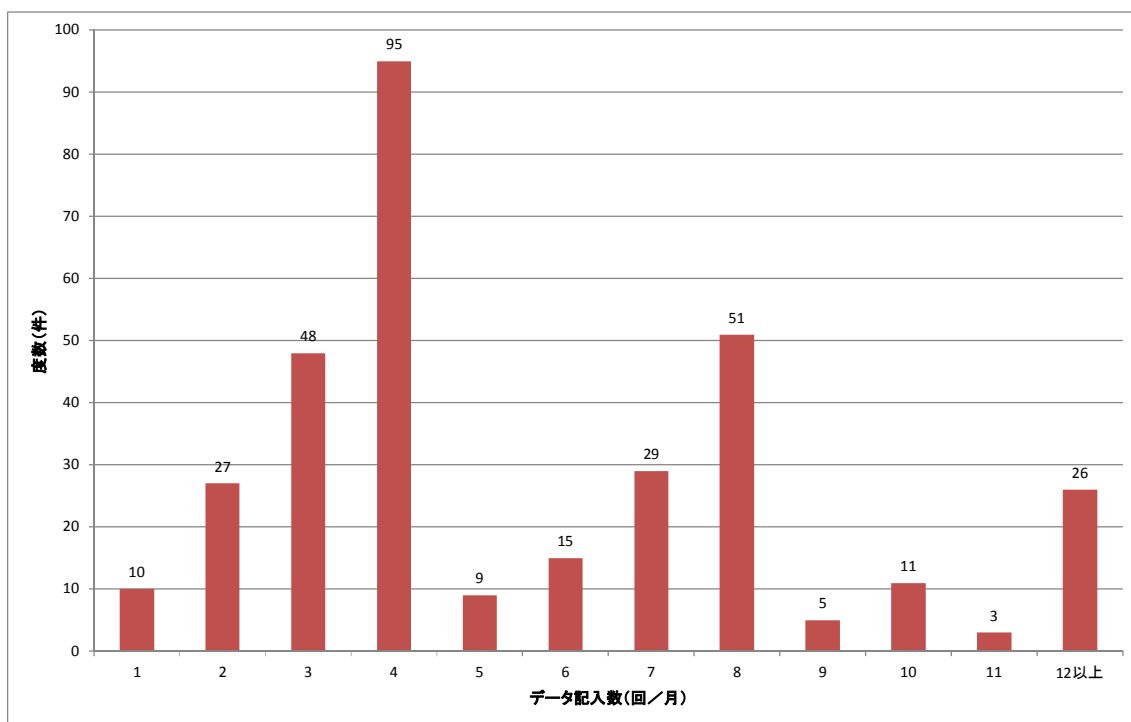


図表 12 要介護度の分布



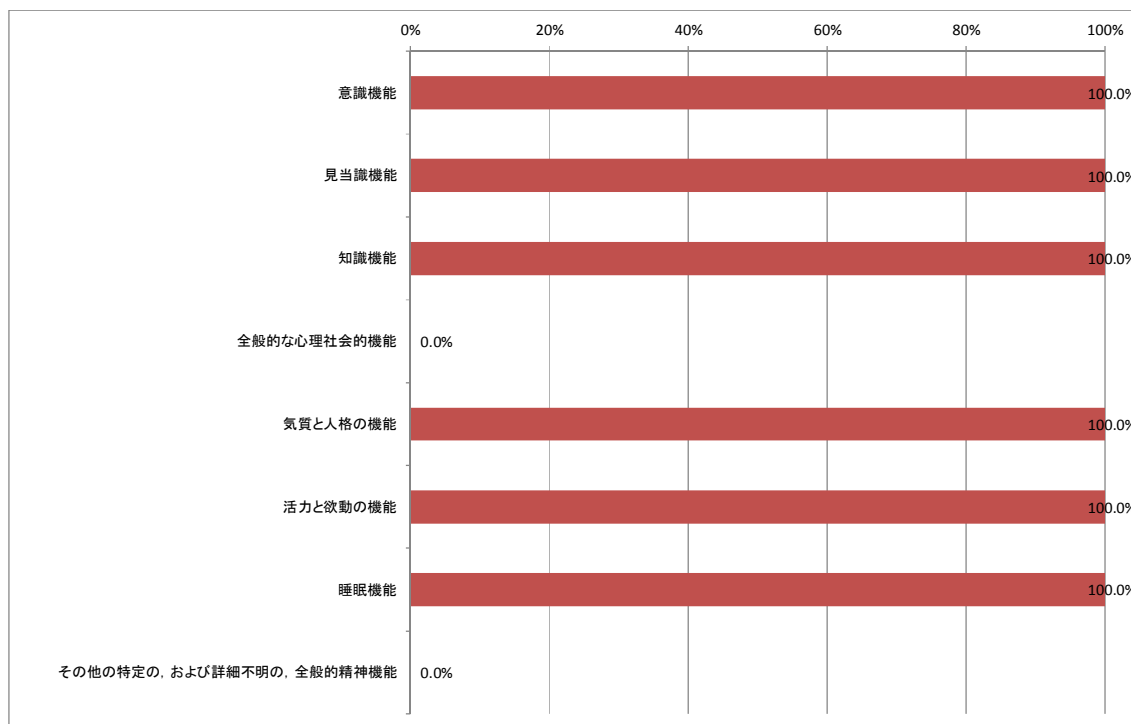
② 記入日

図表 13 記入日の度数分布



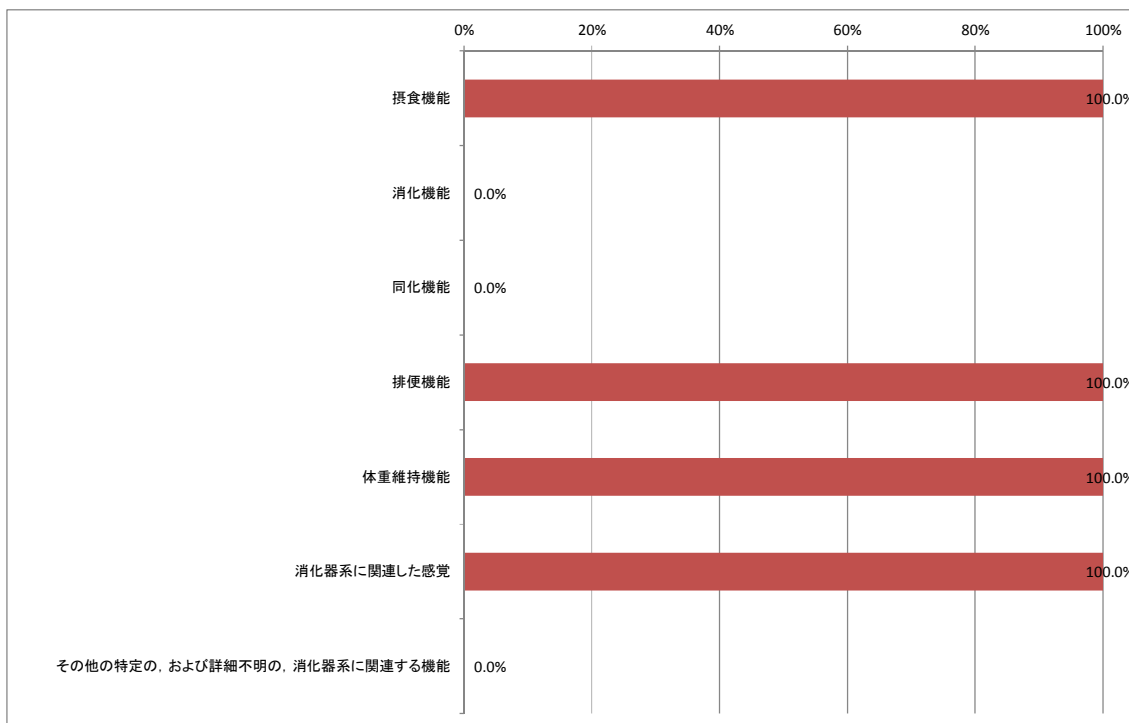
③ 全般的精神機能

図表 14 全般的精神機能の記入率



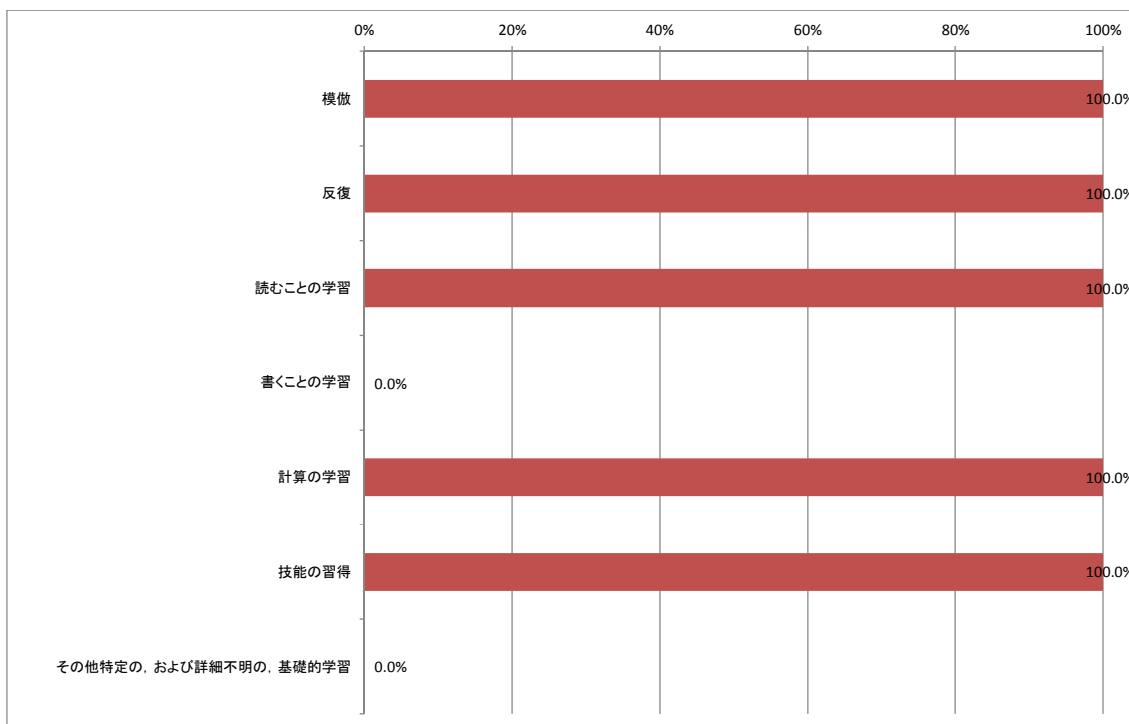
④ 消化器系に関連する機能

図表 15 消化器系に関連する機能の記入率



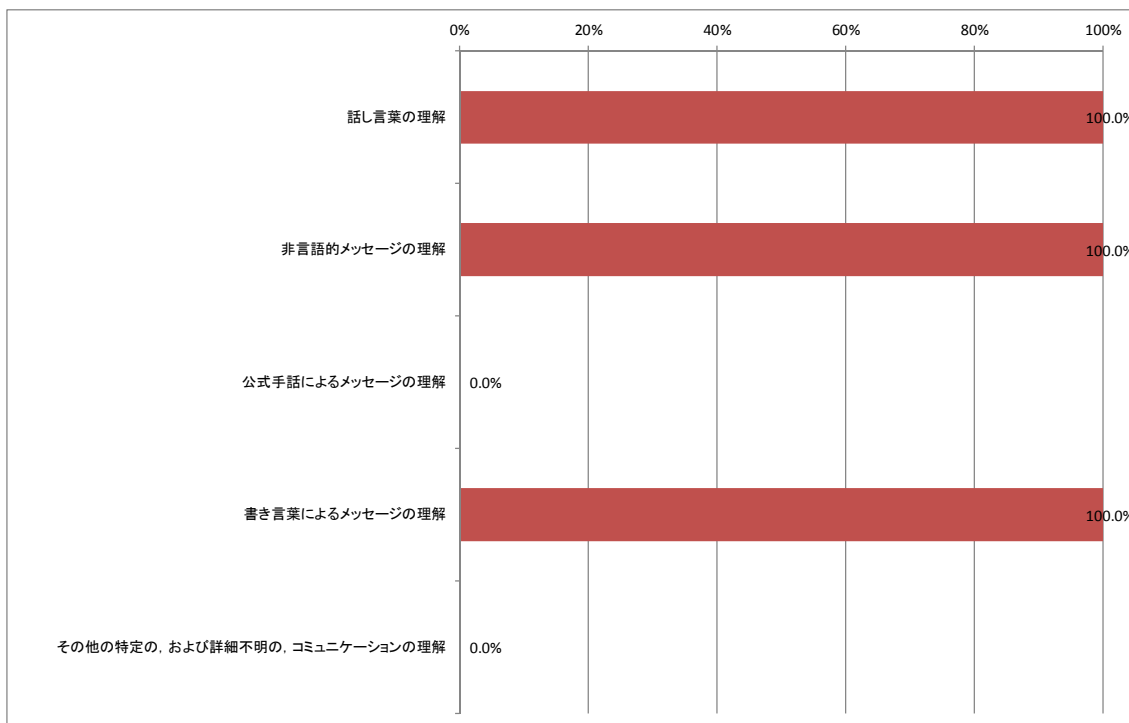
⑤ 基礎的学習

図表 16 基礎的学習の記入率



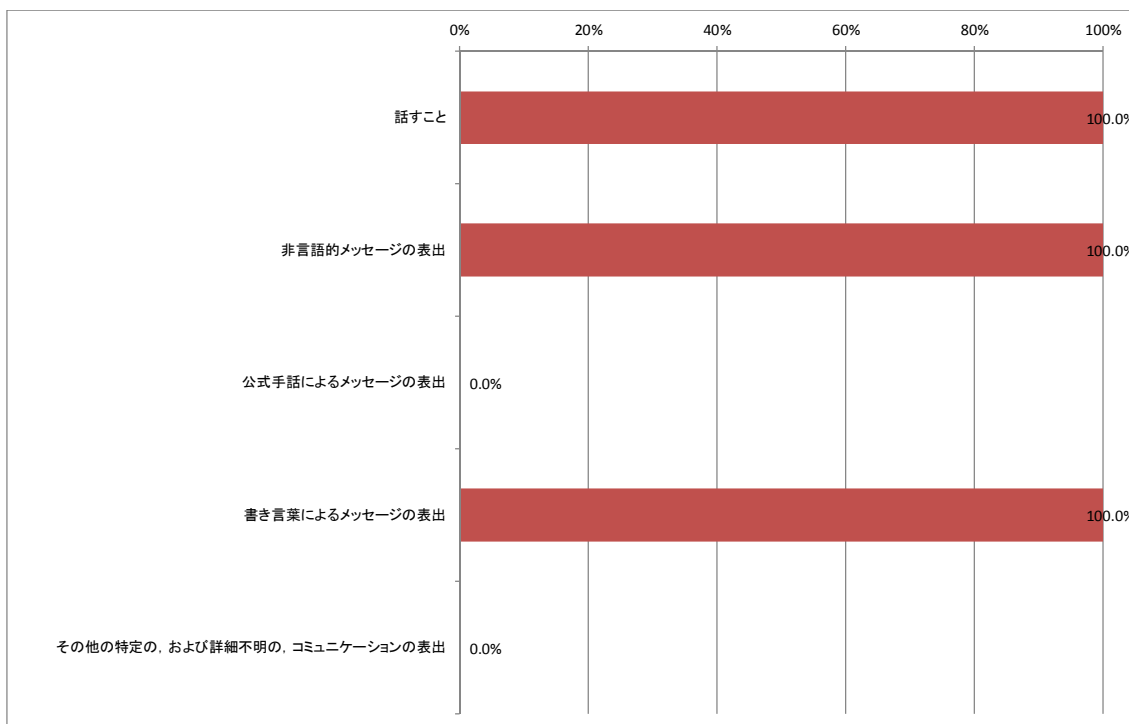
⑥ コミュニケーションの理解

図表 17 コミュニケーションの理解の記入率



⑦ コミュニケーションの表出

図表 18 コミュニケーションの表出の記入率

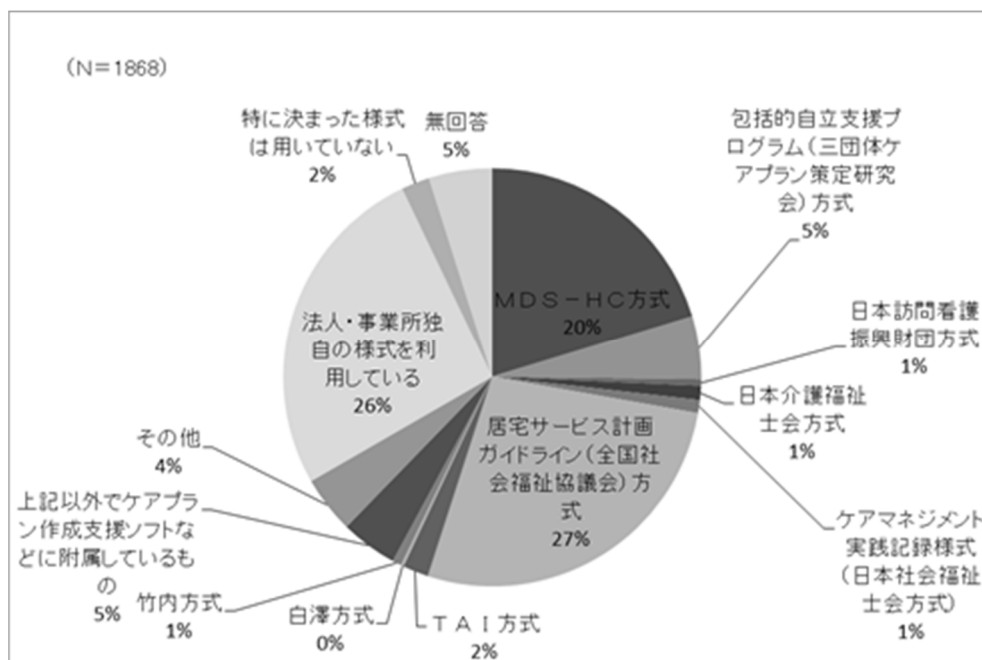


4. 居宅介護支援におけるアセスメント様式のデータ収集

(1) 分析対象のアセスメント様式

① 主要アセスメント様式

「居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査」(平成23年度 老人保健健康増進等事業)によると、ケアマネジャーが使用しているアセスメント様式は「MDS-HC方式」「居宅サービス計画ガイドライン方式」が20%程度で他の様式に比べやや高くなっている。また、「法人・事業所独自の様式を利用している」割合も26%と高いが、これは国が示している「課題分析標準項目」(平成11年11月12日老企第29号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知)の標準項目名、項目の主な内容(例)をベースに独自に様式を作成・使用しているケースが多い。³



出典) 平成23年度 老人保健健康増進等事業

「居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査」

³ 一般社団法人日本介護支援専門員協会への聞き取り調査により把握。

(2) アセスメント項目の整理と評価

居宅介護支援で一般的に利用されているアセスメント 9 様式の項目についてインターライ方式を基準として整理を行った。(p13 参照)

現状は課題分析標準項目をベースにアセスメントを実施しているケースが多いため、いずれの様式も課題分析標準項目に該当する項目のほとんどは、アセスメント項目として設定している。そのため中項目レベルで比較すると大きな違いは見られないものの、小項目レベルで比較すると、項目数、項目内容、判定基準等に差が見られる。(詳細は参考資料参照)

<小項目レベルで比較したアセスメント項目の違い(例: G1.IADL の実行状況と能力) >

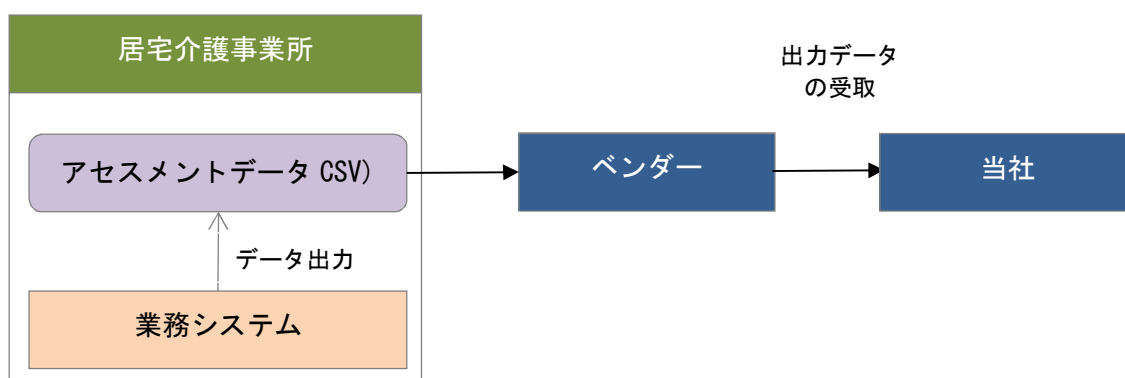
	項目数	項目内容	判定基準
インターライ方式	小項目: 8	食事の用意、家事一般、金銭管理、薬の管理、電話の利用、階段、買い物、外出	実行状況と能力の差を見るため、各項目について (A) 実施 (B) 能力の両方を把握。(A) は過去 3 日間の状況を、(B) は 8 段階で評価。
居宅サービス計画ガイドライン方式	小項目: 9 副問: 19	【要介護認定項目に準拠】 薬の内服、金銭の管理、 <u>日常の意思決定、集団への不応、</u> 買い物、簡単な調理、電話の利用、 <u>日中の活動(生活)状況等、家族・居住環境、社会参加の状況などの変化</u>	9 の小項目に紐づく副問において「援助の現状(家族実施/サービス実施)」「希望」「要援助計画」等を把握。

(3) データ収集の方法と収集結果の概況

① データ収集の方法

居宅介護支援事業所が利用している業務システムのベンダー2社(NDソフトウェア(株)、(株)日本ケアコミュニケーションズ)の協力を得て、居宅介護支援事業所が実際に利用・記録したアセスメント様式データを収集した。

調査対象施設へは業務システムのベンダー2社(NDソフトウェア(株)、(株)日本ケアコミュニケーションズ)を通じて調査協力依頼を行った。その際、厚生労働省及び三菱総合研究所の依頼状及び事業の趣旨説明資料を添付した。



② データ収集結果の概況

データを収集するアセスメント様式は、業務システムベンダー2社(ND ソフトウェア(株)、(株)日本ケアコミュニケーションズ)の業務システムで把握できる「MDS-HC2.0方式」「包括的自立支援プログラム方式」「居宅介護サービス計画ガイドライン方式」の3様式とした。(ただし、「包括的自立支援プログラム方式」についてはケアチェック表のみ取得。)

ア) MDS-HC2.0方式

MDS-HC2.0方式については、ND ソフトウェア株式会社の協力を得て、データを収集した。回収状況は以下の通り。

集計対象期間	2000年 7月～2014年 3月
事業所数	9事業所
利用者数	2,364人
アセスメント様式の延べ利用者数	10,310人

イ) 居宅介護サービス計画ガイドライン方式

居宅介護サービス計画ガイドライン方式については、株式会社日本ケアコミュニケーションズの協力を得て、データを収集した。回収状況は以下の通り。

集計対象期間	2011年 5月～2014年 2月
事業所数	141事業所
利用者数	4,890人
アセスメント様式の延べ利用者数	7,260人

ウ) 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については、株式会社日本ケアコミュニケーションズの協力を得て、データを収集した。本方式においては、課題分析標準項目に該当する要介護

認定調査結果データは未取得で、ケアチェック表のみデータが取得できた。回収状況は以下の通り。

集計対象期間	2005年 4月～2014年 3月
事業所数	245 事業所
利用者数	2,588 人
アセスメント様式の延べ利用者数	4,300 人

(4) 居宅介護支援における記録データの実態と評価

持続的なデータ蓄積の実現性を検討するため、「MDS・HC2.0 方式」「包括的自立支援プログラム方式」「居宅介護サービス計画ガイドライン方式」について、記入されている各項目の記入率の確認を行った。

① 記入率の計算対象

各様式のフェースシート以外の項目に記入がない利用者は集計の対象からはずした。また、利用者氏名、介護者氏名などの個人情報についてはデータを取得しなかったため、集計の対象からはずした。

② 記入率の計算方法

記入率の計算方法は以下の通り。

記入率= 当該項目にデータ入力がある利用者数／アセスメント様式の延べ利用者数) ×100

※複数回答の項目は、選択肢のいずれか1つに記入があれば「記入有」とみなした。

③ 記入率の結果概要

①で取得したデータを基に②の計算方法により、「MDS-HC2.0方式」「居宅介護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」の各記入率を算出した。（詳細は参考資料参照）結果の概要は以下の通り。

ア) MDS-HC2.0方式

- MDS-HC2.0方式は、アセスメント様式（MDS-HC2.0方式）によって利用者に関する問題状況等を収集した後、その問題状況や背景・要因などの可能性を検討するためCAP（ケア指針）を選定し、その結果に基づきケアプランを作成する。CAP選定のためには、MDS-HC2.0方式の各小項目を全て記入する必要があるため、そのため、いずれの項目も90～100%の記入率になっていた。

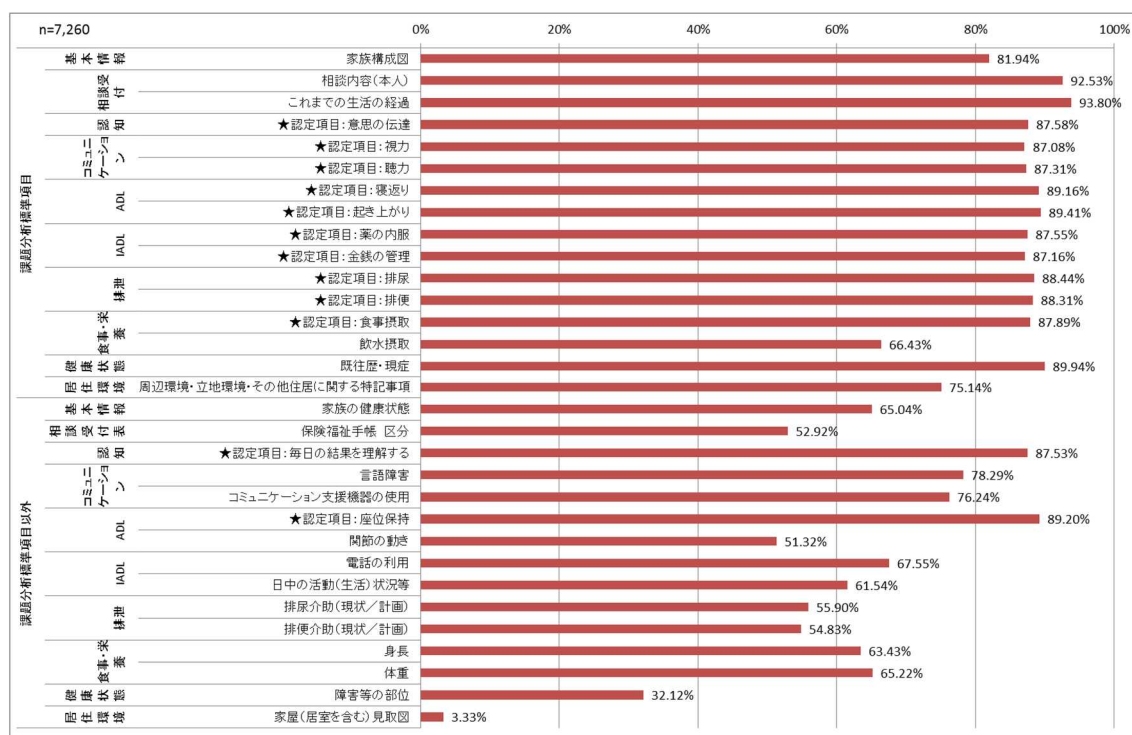
図表 19 MDS-HC2.0方式の記入率（例）



イ) 居宅サービス計画ガイドライン方式

- 居宅サービス計画ガイドライン方式では、認定調査の項目は80%以上の記入率があったが、認定調査の項目以外の項目は記入率が若干下がった。
- 課題分析標準項目でもなく、認定調査の項目でもない項目は40~50%の記入率の項目が多かった。
- また、「援助の現状」「援助の計画」「特記、解決すべき事項」などの自由記入項目の記入率は40~50%の記入率の項目が多かった。
- 「言語障害(あり・なし)」「コミュニケーション支援機器の使用(あり・なし)」など、該当する利用者のみ記入する項目については、認定調査の項目と比較して記入率は低い傾向にあった。

図表 20 居宅介護サービス計画ガイドライン方式の記入率(例)

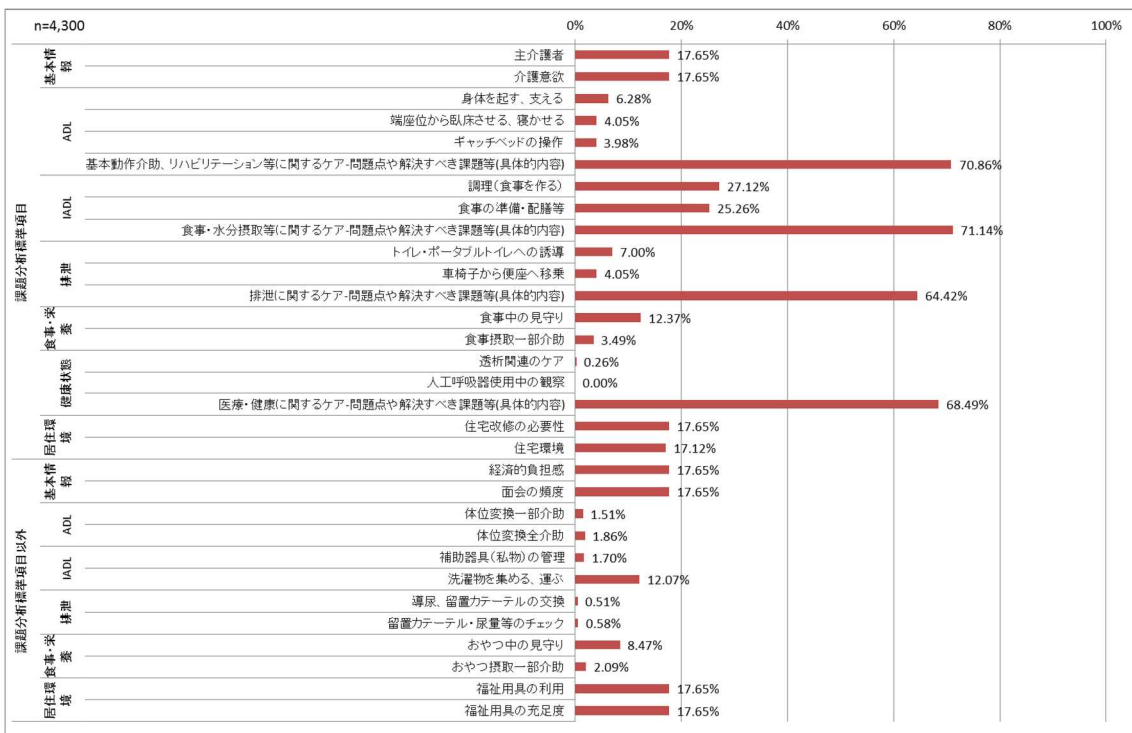


(★は認定調査の項目)

ウ) 包括的自立支援プログラム方式

- ケアチェック表は、大きくは「食事・水分摂取等に関するケア」「排泄に関するケア」など計7の大項目を設定している。各大項目には「ケアの内容」が設定され、その中の小項目では「参考（認定調査結果入力箇所）」「現状（提供）」「現状（家族）」「予定」について該当する利用者のみに入力（チェック）する様式となっている。そのため利用者によっては受けていないケアについては記入する必要がないため、他の様式と比較して記入率は低い傾向にあった。ただし「問題点や解決すべき課題等」などの自由記入項目の記入率は60～70%の記入率の項目が多かった。

図表 21 包括的自立支援プログラム方式の記入率（例）



- 包括的自立支援プログラム（ケアチェック表）の記入率は以下のように計算した。

1. 食事・水分摂取等に関するケア } **大項目**

ケアの内容		参考	現状		予定
			提供	家族	
調理	調理		○		○
準備・後 始末	食事の準備・後始末			○	○
	おやつ準備・後始末				
	飲み物の準備・後始末				

「提供」「家族」のどちらかが○かつ、「予定」も○の場合「記入有」とみなす。

中項目 小項目

エ) 記入率による記録データの実態と評価について

- 3 様式全体を通じて、課題分析標準項目に該当する中項目については 80～90%の記入率があり、持続的にデータを蓄積することが可能と考えられた。また、他の情報から取得が困難であった家族の状況、健康状態等の記入率についても 80%～90%の記入率があり、持続的にデータを蓄積することが可能と考えられた。但し、中項目で一致する項目でも、小項目では項目数、項目内容、判定基準等に差が見られた。
- 一方で、自由記述による記述が中心の居宅サービス計画ガイドラインでは、課題分析標準項目に含まれていない項目については記入率が低く、現時点では持続的にデータを蓄積することは困難と考えられた。
- ただし、②で算出する記入率では「利用者の状態像から考えて記入が必要な項目（又は不要な項目）」等の観点で考慮できておらず、介護老人保健施設における記録の実態については、さらに分析が必要と考えられる。
- なお、一般社団法人日本介護支援専門員協会へのヒアリング調査の結果、課題分析標準項目に含まれていないが、利用者の状態像の変化をとらえるために介護支援専門員が重要と認識している項目としては、主治医意見書で把握している項目が挙げられた。

<一般社団法人日本介護支援専門員協会へのヒアリング調査の結果概要>

ヒアリング日時	3月13日（木）14時～16時
対応者	柴口里則副会長、中林弘明常任理事 居宅介護支援事業所部会員 坪根雅子氏
ヒアリング結果概要	<ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメント様式は課題分析標準項目をベースに独自で項目を設定しているケースが多い。 ・ また、今使われているアセスメント様式は ICF（国際生活機能分類）ではなく ICIDH（国際障害分類）に準拠しているため、書き換え、読み換えが必要である。 ・ 利用者に該当しない項目にはわざわざ記入しない。その結果記入率が低い項目もある。 ・ 利用者の状態像の変化をとらえる上で重要な項目としては、主訴、疾患や健康状態などがある。認知症の診断などは主治医意見書をベースにしている。 ・ ただし、主治医意見書の記入方法は医師によって異なり、認定調査結果と異なる結果が出ることもある。 ・ そのような事態を回避するため、神戸市では予診票を作成している。生活状況や認知機能に関する質問をアンケート形式で記入し、この結果を基に医師は主治医意見書を作成するので大きくはずれない。

V. 持続的にデータ収集が可能な仕組みの検討

1. 介護サービス施設・事業所から国がデータ収集を行う仕組みの現状

現在の介護保険制度において介護サービス施設・事業所からデータを収集する仕組みとしては、以下の2つの方法がある。介護保険サービスの質の評価手法の検討に向けて、今後、持続的に収集すべきデータが利用者個人単位に提供されているプロセス・アウトカムに関する情報であることを考慮すれば、利用者個人単位でのデータ収集の仕組みである介護保険総合DBにデータを蓄積・活用する仕組みが望ましいと考えられた。

収集の仕組み	概要	特徴
介護サービスの情報公表	<ul style="list-style-type: none"> 介護サービス施設・事業所が利用者が介護サービスや事業所・施設を比較・検討して適切に選ぶための情報を都道府県に年に1回報告する。 都道府県は事業所から報告された内容についてインターネットで公表を行う。また、都道府県は報告内容に対する調査が必要と認める場合、事業所に対して訪問調査を行うことができる。 	<ul style="list-style-type: none"> 施設・事業所単位の情報を扱うことを前提とした仕組みであり、利用者に関する情報を扱うことは想定されていない。 報告された情報は都道府県が審査・受理を行う必要があり、情報量が増えると都道府県の負担が増大する恐れがある。 データ収集可能なのは年に1回であるため、収集可能なデータ量に限りがある。 施設・事業所の報告時点は都道府県の計画に基づくため、各施設・事業所の報告時点が統一されない。
介護保険総合DB	<ul style="list-style-type: none"> 保険者が国に送信する要介護認定情報及び日常生活圏域ニーズ調査情報、国保中央会から提供される介護給付費請求情報を蓄積したデータベース 個人情報秘匿したうえで利用者個人単位の分析が可能な形式で蓄積されている。 	<ul style="list-style-type: none"> 個人情報秘匿したうえで個人単位の分析が可能な形式で蓄積している。 施設・事業所が毎月実施する介護報酬請求事務の手続きを利用しており、施設・事業所に報告の負担が少ない。 更新頻度が高い（毎月データの登録が行われる）ため、蓄積可能なデータ量が比較的多い。 収集データを変更するには施設・事業所が利用する介護報酬請求システム及び国保中央会の審査・支払いシステムの改修が必要である。

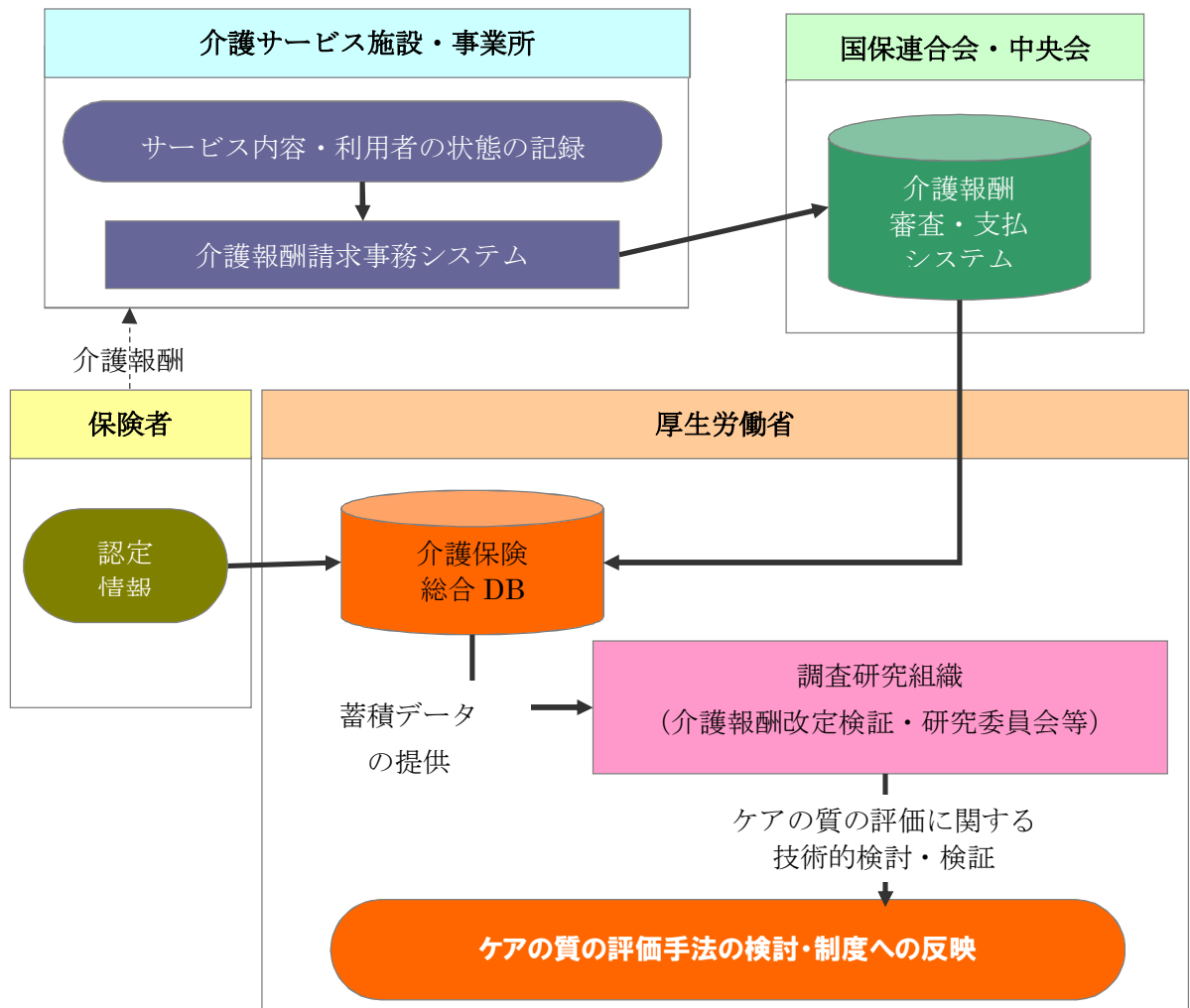
2. 持続的にデータ収集が可能な仕組みと評価指標活用のスキームについて

データ項目を長期的に蓄積し、具体的なケアの質の評価手法を検討可能とするためには、提供元である施設・事業所から継続的に情報収集を行える現実的な仕組みが必要である。サービス利用者個人別のデータを蓄積する同様の仕組みとしては介護保険総合DBがあり、同様に介護報酬請求の仕組みを活用して、要支援・要介護認定情報、介護給付費請求情報と照合可能な形式で以下のように蓄積することが考えられた。ただし、仮に介護報酬請求の仕組みを活用する場合には検討すべき事項が多く、サービスの質の評価手法とあわせて検討を進める必要がある。

＜検討が必要な事項の例＞

- 法令等の整備について
- データ収集の基盤整備について
- 外部へのデータ提供の仕組みについて
- 収集するデータの記入者のトレーニングについて

図表 22 介護報酬請求の仕組みを活用したデータ収集スキーム（案）



VI. 海外の介護サービスの質の評価の取り組みの整理

1. 調査対象と方法

調査対象国は、アメリカ、英国、オランダ、カナダ、オーストラリア、ドイツ、スウェーデン、フランス、韓国の9ヶ国とした。調査対象国の介護サービスの質の評価に関連する機関は、図表 23 のとおりである。

調査方法としては、各国の介護サービスの質の評価に関連する機関のウェブサイト等による情報収集、および既存のレポート(OECD, ENEPRI 等の国際研究機関発行のレポート)による情報収集を行った。なお、調査対象国の介護サービスに係る制度の概要について、OECD⁴より示したものが図表 24 である。

図表 23 調査対象国の介護サービスの質の評価に関連する機関

調査対象国	介護サービスの質の評価に関連する機関 (URL)
アメリカ	CMS (Center of Medicare and Medicaid Services) (http://www.cms.gov/)
英国	ケアの質委員会 (Care Quality Commission: CQC) (http://www.cqc.org.uk/public/about-us/our-inspections)
オランダ	ケア品質研究機関 (http://www.kiesbeter.nl/) ヘルスケア監査機関(IGZ) (http://www.igz.nl/)
カナダ (オンタリオ州)	オンタリオ州 保健長期介護省 (MOHLTC) (http://www.health.gov.on.ca/en/)
オーストラリア	Australian Aged Care Quality Agency (https://secure.pretagov.com.au/www.aacqa.gov.au)
ドイツ	MDK (http://www.mdk.de/)
スウェーデン	全国医療福祉委員会 (http://www.socialstyrelsen.se) SALAR (the Swedish Association of Local Authorities and Regions) (http://english.skl.se/)
フランス	ANESM (http://www.anesm.sante.gouv.fr)
韓国	国民健康保険公団 (http://www.nhis.or.kr/portal/site/main)

⁴ OECD, 2011, “Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care”, pp.216-219.

図表 24 調査対象国の介護サービスに係る制度の概要

	保障の適用資格	保障プログラム	プログラム名	長期介護の資金源	対象障害者人口	保険給付金	GDPに占める公的長期介護医療費の割合(%)
アメリカ ^{※1}	家庭収入に応じた制度	家庭収入に応じたセーフティネット	メディケイド	連邦・州資金	低所得	現物給付、主に強制施設給付、任意の州地域社会給付	0.6
	高齢者向け社会保険	高齢者向け普遍的給付	メディケア	パートA:給与、所得税 パートB:メディケア保険料と連邦議会資金	高齢者	介護施設での救急後治療	
	任意保険	加入する場合、普遍的給付(非加入も選択可能)	コミュニティ生活補助サービス支援プログラム(CLASS)(今後)	任意保険	全員	在宅・施設内介護の現金給付	
英国	混合・家庭収入に応じた社会医療制度と障害者向け普遍的給付	家庭収入に応じたセーフティネット	成人社会医療	中央税(包括的補助金として)、地方税	18歳以上全員	現金、現物給付、在宅・施設内介護	0.96 (2002年)
		普遍的給付	障害生活手当(DLA)	税ベース	64歳以下、障害者		
オランダ	単一制度下の国民皆保障	公的長期介護保険モデル:社会保険	特別医療費補償法(AWBZ)	保険料、追加税	全員	現金、現物給付、在宅・施設内介護	3.5
カナダ	州別に設定	普遍的給付(在宅介護向け)と家庭収入に応じた給付(大抵、施設内介護向け)	州により異なる	一般税からの州収入 カナダ連邦医療から州への移管金	全員	現物給付、在宅・施設内介護	1.2
オーストラリア	万人向け(全国民)	複数のプログラム:所得関連給付	地域在宅介護プログラム(HACC)	国税:60%、地方税:40%、地域在宅介護プログラムについては州・地方政府	高齢者	現物給付、在宅・施設内介護	0.8
			高齢者介護評価チーム(ACAT)による居住介護	税ベース			
ドイツ	単一制度下の国民皆保障	公的長期介護保険:社会保険	長期介護保険	税、保険料、州予算からの資金	全員	現金、現物給付、在宅・施設内介護	0.9
スウェーデン	単一制度下の国民皆保障	普遍的、税ベース		84%:地方自治体税 11~12%:中央政府助成金	全員	現金、現物給付、介護券、在宅・施設内介護は市町村によって異なる	3.6
フランス	混合制度	所得関連給付	社会保障:在宅・施設内介護を保障(Ssaid)	地方税・中央税、社会保険料	全員	現金、現物給付、在宅・施設内介護	1.7
			個別自立手当(APA)	APA:70%地方財源			
			障害補償給付(PHC)				
韓国	単一制度下の国民皆保障	公的長期介護保険モデル:社会保険	高齢者向け国民健康保険	長期介護保険料、中央・地方政府予算、自己負担費	65歳以上または老年病を患った64歳以下の患者	現金、現物給付、在宅・施設内介護	0.3

※1: メディケアは65歳以上の高齢者または特定の障害をもつ64歳以下の障害者が対象だが、長期介護や養護ケアは含まない。長期介護は、メディケイド、高齢者包括ケアプログラム(PACE)の資格、今後はコミュニティ生活補助サービス支援プログラム(CLASS)の資格により、支援を求める可能性がある。

www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10050.pdf; www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11396.pdf; www.pssru.ac.uk/pdf/rs040.pdf.

出所: 2009~2010年経済協力開発機構実施の長期介護従事者と資金提供に関するアンケートへの国別回答のまとめ

※2: 表内の「Universal」については「普遍的給付」と訳した。

出所: OECD, 2011, "Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care," OECD (www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted), pp. 216 - 219.

「ユニバーサル」の定義について

出所: OECD, 2011, “Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care,” OECD (www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted), pp. 215 – 222.

パーソナルケア(施設内、在宅に関わらず、自らを世話できない人の身の回りの世話、日常生活の介護)に関する公的長期介護保障は3つの主要グループ(単一プログラム下の国民皆保障、混合制度、家庭収入に応じたセーフティネット(安全網)計画)に分けられる。

まず、以下の2つの主要基準からタイプを分類。

(1) 長期介護給付金: 公的資金の普遍的給付または家庭収入に応じた給付

(2) 長期介護保障が単一制度下で保障されているかまたは複数の給付やサービス、プログラムで保障されているか

(注4: universal(普遍的)とは、費用の一部負担が義務付けられる場合もあるが、介護への依存状況から長期介護を必要とする全ての人(高所得グループを含む)が、長期介護を受けること)

この2つの主要基準をもとに次の3つのグループを特定。

- 1) 単一プログラム下の国民皆保障
- 2) 混合制度
- 3) 家庭収入に応じたセーフティネット(安全網)計画

また、例えば以下などによってさらにグループ分け可能。

- ① 資金源は、税金・保険料か一般歳入か
- ② プログラムは、医療制度の一部か否か

単一プログラム下の国民皆保障

このグループにおいては、医療制度とは別(例: 北欧諸国、長期社会的介護保険)または健康保険の一部(例: ベルギー)に関わらず、長期介護保障は単一制度下で保障されている。長期介護の国民皆保障制度では、介護への依存状況により適格と判断された人全員に公的資金による看護とパーソナルケアが提供される。主に高齢者に適用される(例: 日本、韓国)かもしくは年齢に関係なく介護が必要と判断された全ての人に適用される(例: オランダ、ドイツ)。自己負担金、利用者負担金、前払いの控除免責金は、国民皆保障制度下でも要求され、通常、一部または全額の支払免除または社会扶助方式による所得の閾値に左右されるが、貧困者については事実上、長期介護費の総合集団保障となる。

この単一プログラム下の国民皆保障には、次の3つのモデルがある。

- 1) 税ベースモデル(例: 北欧諸国)、2) 公的長期介護保険モデル(例: ドイツ、日本、韓国、オランダ、ルクセンブルク)、3) 医療制度のパーソナルケアと看護(例: ベルギー)

モデル1)の最も典型的な例は北欧諸国で、各国の全人口を対象に、福祉・医療サービスの不可欠な一要素として税金による長期介護の国民皆保障サービスを提供している。

モデル2)は、長期介護サービスの単独型の社会保険からなり、多くの国が通常、社会医療保険を通じて医療介護を賄っているが、このグループに属す。1)のモデル同様、通常、総合保障サービスであり、介護を要する全人口を対象とするだけでなく、保険のサービス範囲も対象となる。北欧諸国では、費用分担は国によって異なるが介護費は利用者が寄与することが義務付けられているが、日本などでは老人ホームでの食事と部屋の費用は一部賄われることがある。

モデル3)では、長期介護費保障は全て医療制度下で保障されており、熟練技能を要する看護だけでなく毎日の世話(衣食、洗濯など)も国民皆保険制度下で賄われている。

2. 海外の介護サービスの質の評価の取り組み

各国についての調査結果を記載するにあたり、本文で使用される略語等の一覧を図表 25 に記す。

図表 25 略語等の一覧

国名	略語	正式名称
アメリカ	CMS	Center of Medicare and Medicaid Services
	IOM	Institute of Medicine
	MDS	Minimum Data Set
	RAI	Resident Assessment Instrument
	QI	Quality Indicators
	QM	Quality Measures
	OASIS	Outcome and Assessment Information Set
英国	CQC	ケアの質委員会(Care Quality Commission)
	NHS	国民保健サービス (National Health Service)
オランダ	IGZ	ヘルスケア監査機関 (De Inspectie voor de Gezondheidszorg)
	CQ index	Consumer Quality index
カナダ	MOHLTC	オンタリオ州 保健・長期介護省 (The Ministry of Health and Long-Term Care)
	LQIP	長期介護施設の質監査プログラム(Long-Term Care Homes Quality Inspection Program)
	RQI	Resident Quality Inspections
	QCLIs	ケアの質と生活の質指標(the quality of care and quality of life indicators)
オーストラリア	Quality Agency	Australian Aged Care Quality Agency
	ACAT	高齢者ケア評価チーム(Aged Care Assessment Team)
ドイツ	MDK	メディカルサービス
フランス	ANESM	社会および医療社会の確立とサービスの質の評価のための国家機関
	ESSMS	高齢者用社会および医療社会施設

【01_アメリカ】

(1) 実施機関

- アメリカには公的介護保険制度は存在しない。ナーシングホームを始めとする介護サービス事業の監督は州が担当し、規則やサービス範囲等を定めている。

Center of Medicare and Medicaid Services; CMS⁵: 保健・福祉省 (Health and Human Services; HHS) の部局で、医療保障を担う部門である。州政府が実施する行政監査 (ナーシングホーム改革法に基づく監査) を規制・監督する機関で、公的医療保障制度のうちメディケア (老人・障害者医療保険制度) を保険者として直接管理し、メディケイド (低所得者医療扶助制度) についても州政府と共管している。ナーシングホームからの費用請求の審査に関しては、2010 年から民間事業者である メディケア支払監査請負業者 (Medicare Recovery Audit Contractor; RAC) に恒久的に審査委託した。

- 医学研究所 (Institute of Medicine; IOM)⁶ : 1983 年に米国科学アカデミーによって設立された医学研究機関である。IOM のナーシングホームの実態調査と改善方法について調査報告を受けた連邦政府は、1987 年にナーシングホーム改革法 (Nursing Home Reform Act) を含む「1987 年包括的予算調停法」(Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987; OBRA'87) を可決した。これにより、MDS (Minimum Data Set) の導入が始まり、行政監査プロセスが全米で統一された。⁷客観的なケアの質評価指標 **QI** の開発については、ウイスコンシン大学のヘルスシステム研究分析センター (The Center for Health System Research and Analysis; CHSRA) がおこなった。

(2) 開始年度

1999 年に MDS をベースにした質の指標として **Quality Indicators; QI** を導入した。主に連邦政府及び州政府による行政監査に利用される他、当該事業者にもフィードバックされる。さらに、2002 年からは質の評価である **Quality Measures; QM** も加わった。⁸

⁵ CMS の HP : <http://www.cms.gov/> (最終アクセス : 2014.3.17)

⁶ IOM の HP : <http://www.iom.edu/> (最終アクセス : 2014.3.5)

⁷ 財団法人日本公衆衛生協会「介護サービスの質の評価のあり方に係る検討に向けた事業報告書」(2010 年 3 月) (p.146) :

http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_5_05_all.pdf (最終アクセス : 2014.3.17)

⁸ CMS の HP : <http://www.cms.gov/> (最終アクセス : 2014.3.17) (再掲)

(3) 対象となる介護サービス

- 施設サービス：メディケア、メディケイド指定を受ける全米のナーシングホーム
- 在宅サービス：メディケア・メディケイド利用者が利用する在宅サービス提供事業所

(4) 評価指標

① 施設サービスに関する指標

- **MDS (Minimum Data Set)**：入居者全員のケアアセスメント表である。OBRA'87 法によって政府への報告が義務づけられ、RAI プロジェクト開発協会によって 1990 年に包括的アセスメントとして開発されたツールである。全部で数百項目あり、ナーシングホームの評価担当者は入居者全員にアセスメントを少なくとも年 1 回は実施し、個人データを記録することを義務づけられている。2010 年からは MDS 3.0 にバージョン・アップした。
- **RAI (Resident Assessment Instrument)**⁹：高齢者のアセスメント手法の一つである。MDS と RAP (Resident Assessment Protocol) に基づいて、ケアプラン作成へと結びつけるこの手法を **inter RAI 評価システム**という。1994 年には国際的共同研究組織、**inter RAI** が設立された。現在、**inter RAI** はアメリカ、カナダ、デンマークなど多くの国で導入されている。¹⁰
- **Quality Indicators; QI**：MDS から算出される 24 項目の客観的なケアの質評価指標である。MDS から算出される 24 項目の客観的なケアの質評価指標である。¹¹具体的には、新たな骨折の発生、著しい体重減少、転倒事故の発生等の項目が含まれる。算出の際は分母を「その問題が発生し得る利用者全体（例えば転倒事故の発生であれば、寝たきり状態の利用者を除外した利用者数）」とし、分子は「その問題が実際に発生した利用者」として、発生率を計算する。さらに利用者のリスクを考慮した統計的補正を施したうえで、施設間の介護サービスの質を比較する指標として利用される。¹²個別の結果は行政監査とナーシングホームにフィードバックされ、それをもとにナーシングホームでは事例レベルでケアプランなどの見直しが行われる。
- **Quality Measures; QM**¹³：MDS から算出される統計学的・客観的なケアの質評価指標で、公表用に開発された。19 項目からなり、結果はウェブ上で公開される。¹⁴

⁹ inter RAI の HP：<http://www.interrai.org/section/view/>（最終アクセス：2014.3.6）

¹⁰ OECD (2013) “A Good Life in Old Age?” pp.93-124. :

<http://www.oecd.org/els/health-systems/good-life-in-old-age.htm>（最終アクセス：2014.3.6）

¹¹ 池崎澄江「アメリカのナーシングホームにおけるケアの質の管理」, 季刊社会保障研究, 第 48 巻第 2 号, 2012 年：<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/19723905.pdf>（最終アクセス：2014.3.6）

¹² QI 研究会：http://interrai.jp/qi/about_qi/calculation（最終アクセス：2014.4.23）

¹³ Trends nursing facilities quality measures (QM19 項目)：

在宅サービスに関する指標

- OASIS (Outcome and Assessment Information Set)¹⁵ : 1999年に導入された、CMSが実施する在宅ケア向けのアセスメント手法である。1987年にそれ以前のストラクチャー、プロセス重視の質評価から、アウトカム評価へ焦点を移したことを機に開発された。メディケア・メディケイド利用者を対象に60日に1度の頻度で実施されるデータはCMSに送られ、利用者のアウトカム項目ごとに全国平均値と事業所とを比較し、QMを計測している。それによって課題が選定・分析され、質改善のための行動計画が作成される。2003年以降の各事業所の評価結果はウェブ上で公開されている。現在のOASIS-Cデータセットは、プロセス、アウトカム、避けることができる事象といった質の測定リストを打ち出している。

(5) 評価プロセス

① 施設サービスの評価プロセス

- 評価入力者
 - ・ MDS : ナーシングホームの評価担当者
 - ・ 行政監査 : CMS が委託する州政府機関の監査官 (複数)
- 評価の頻度
 - ・ MDS : 年 1 回
 - ・ 行政監査 : 9 から 15 ヶ月に 1 度 (前回評価によって異なる)。少なくとも年 1 回。
- 個票データの収集方法
 - ・ MDS の提出 : 全てのナーシングホームが MDS によるアセスメントとその情報を CMS に提出する。CMS により、QI・QM の 2 つの客観的指標に変換される。QI はナーシングホーム側にフィードバックされ、QM の評価と監査結果は CMS が一般公開している。
 - ・ 行政監査 (州政府機関) : MDS と QI で得られた情報提供を基に、CMS がナーシングホームの質を管理するために委託している州政府機関が監査を実施する。抜き打ちで実施、期間は 3~10 日間、監査結果によってはナーシングホームにペナルティーも科す。¹⁶

http://www.ahcancal.org/research_data/trends_statistics/Documents/trends_nursingfacilities_quality_measures.pdf (最終アクセス : 2014.3.6)

¹⁴ QM 監査結果データ :

<https://data.medicare.gov/Nursing-Home-Compare/Quality-Measures/djen-97ju>

(最終アクセス : 2014.3.6)

¹⁵ OASIS の HP : <https://www.cms.gov/oasis/> (最終アクセス : 2014.3.6)

¹⁶ OECD (2013) “A Good Life in Old Age?” pp.93-124. :

<http://www.oecd.org/els/health-systems/good-life-in-old-age.htm> (最終アクセス : 2014.3.6)

(再掲)

② 在宅サービスの評価プロセス

- 評価入力者：在宅サービス提供事業所の担当者
- 評価の頻度：ケア開始日もしくはケア再開日等、少なくとも 60 日に 1 度実施
- 個票データの収集方法：利用者個人のアウトカム評価の実施とアウトカムデータの蓄積¹⁷

(6) 評価結果とその活用方法

① 施設サービス

- 評価結果、公開方法

MDS の QI は州政府機関と施設に報告され、QM は監査結果と共にナーシングホームコンペア (Nursing Home Compare) ¹⁸と呼ばれるウェブサイトで公開、電話サービスによる公表、ナーシングホーム内での結果掲示義務がなされる。¹⁹

- オンライン調査結果データベース(On-line Survey and Certification and Reporting System; OSCAR)²⁰：州政府の行政監査結果を記録するデータベースで、メディケア・メディケイドプログラムの認定時や、質の評価ツールとしても使われている。その一部がナーシングホーム比較サイトで一般公開される。
- 介護報酬への反映の有無：強制的に執行される措置もあるが、ほとんどは罰金の支払いを選択することが可能である。報酬への反映 (Pay For Performance; P4P) は、ある指標の評価結果をもとに、基準を満たした一部の施設に対して、支払い額を傾斜的に配分し、報酬を与えるシステムである。2006 年に導入されたが、今の段階では P4P の導入が質向上に有効であるといえるエビデンスはない。²¹

② 在宅サービス

- 評価結果と介護報酬への反映の有無：

¹⁷ OASIS の HP：<https://www.cms.gov/oasis/> (最終アクセス：2014.3.6) (再掲)

¹⁸ ナーシングホームコンペアの HP：<http://www.medicare.gov/NursingHomeCompare/> (最終アクセス：2014.3.6)

¹⁹ ナーシングホームコンペア監査結果データサイト：
<https://data.medicare.gov/data/nursing-home-compare> (最終アクセス：2014.3.6)

²⁰ OSCAR の HP：
http://www.ahcancal.org/research_data/oscar_data/Pages/WhatisOSCARData.aspx (最終アクセス：2014.3.6)

²¹ 池崎澄江(2012 年) アメリカのナーシングホームにおけるケアの質の管理：
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/19723905.pdf> (p.172) (最終アクセス：2014.3.27)

利用者調査で蓄積されたアウトカムデータにより、全米データとの比較が行われる。2003年より各事業所の評価はウェブ上で公開されている。OASISのデータを利用し、Pay For Performance モデルが採用されている。

【02_英国】

(1) 実施機関

- ケアの質委員会(Care Quality Commission; CQC)²²:2009年4月に設置された組織で、保健・社会的ケア法(Health& Social Care Act 2008)により、医療、社会福祉、精神保健サービスの評価監視機関が統合された。保健省(Department of Health)からは独立した公的機関で、保健および社会的ケアサービスを提供するすべての組織に対して、サービスの質向上や利用者の安全確保のために調査や改善指導を行うなど、一元的に規制を行う。²³
- 国民保健サービス(National Health Service; NHS)²⁴:保健省(Department of Health)が管轄する英国の医療保障制度で1948年に創設された。英国では、投薬や歯科治療など一部を除く全ての医療サービスを国民に無料で提供している。2013年に保健省が発表したNHS憲法(NHS Constitution)では、全ての人に普遍的にサービスを提供する、利用者の経済状況ではなく医療ニーズに対応するなど7原則を掲げている(2009年に初版発行、その後改訂)。²⁵英国の介護サービスは、①中央政府(保健省)がNHSの一部として提供、②国・地方自治体が福祉サービスとして提供、③自己負担という3つの枠組みで成り立っている。NHSは国が運営する制度であるが、介護制度は地方自治体が運営している。1990年に制定された「NHSコミュニティケア法」によるコミュニティケア改革に伴う、民間営利部門の事業者の急増が質の低下の問題を招いたことから、質の監視システムの検討が積極的になされるようになった。

²² CQCのHP: <http://www.cqc.org.uk/public/about-us/our-inspections> (最終アクセス: 2014.3.3)

²³ Health Watch (CQCの外部委員会): <http://www.healthwatch.co.uk/our-partners> (最終アクセス: 2014.3.18)

²⁴ NHSのHP: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx> (最終アクセス: 2014.3.28)

²⁵ NHS憲法ハンドブック: <http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Documents/2013/handbook-to-the-nhs-constitution.pdf> (最終アクセス: 2014.3.28)

(2) 開始年度

- ケア基準法 (Care Standards Act) : 社会的ケアの最低基準の枠組みを定めるものとして、2000年に制定された。在宅サービスも含めた事業者の監査や規制を行う取組みが始まった。その後、2009年に発足したCQCにより、医療と成人社会的ケアに関わる全ての事業者に通じた登録・監査・評価システムの枠組みが形成された。²⁶

(3) 対象となる介護サービス

- CQCへの登録および監査は英国すべての医療機関・社会的ケアサービス提供事業者が対象となり、28項目に分類されている。

分野	主なサービス項目
施設サービス	介護付きケアホーム、介護なしケアホーム、障害者ケアホーム
在宅サービス	在宅サービス、共同生活介護、社会的自立支援
医療	急性期医療、ホスピス、長期療養、障害者医療
地域・統合医療	地域医療、医師による診察／治療、在宅医療、救急医療

(4) 評価指標

- 「質と安全に関する基本的基準」 (Essential Standards of Quality and Safety)²⁷ : 2010年10月から導入されたNHSと社会的ケア事業者に通じた評価指標である。質・安全を重視し、アウトカム指標に焦点を当てている。全事業者がこの評価に基づく再登録が義務付けられた。国の最低基準では次の6つの主要領域で介護の許容レベルを設定している。

①関与と情報 (順守、利用サービスとの関与、同意、手数料)
②個別の介護・扱い・支援 (利用者の介護と福祉、栄養、他の提供者との連携)
③人と環境の保護 (虐待防止、清潔管理・感染対策、医薬管理、施設・装置の安全性)
④職員の配置 (継続性、雇用、作業支援)
⑤質と管理 (不満、死亡や事故の通知、記録)
⑥管理の持続性 (マネジャーの登録)

2012年の医療及び社会的ケア法 (Health and Social Care Act) で、国立医療技術評価機構 (National Institute for Health and Clinical Experience; NICE) は、2013年

²⁶ 白瀬由美香 (2012年) : 「イギリスの社会的ケア事業者の登録・監査・評価制度—「ケアの質委員会」による質の保証の意義と課題」『季刊・社会保障研究』Vol48, No.2. P.175.

²⁷ 「質と安全に関する基本的基準」 (Essential Standards of Quality and Safety) :

<http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/media/documents/gac - dec 2011 update.pdf>

(最終アクセス : 2014.3.3)

4月以降に英国の社会的介護の質基準とその他の指針を策定する責任を新たに課せられた。

- 事業者コンプライアンス評価ツール(Provider compliance assessment tool; PCA)²⁸ : 各施設が品質基準を満たしているか自己評価するために CQC が開発したツールで、記入義務はないが、CQC より記入依頼されることがある。質と安全に関する基準 (16 基準) の評価を行う。
- 高齢者社会的ケア成果ツール(Adult Social Care Outcomes Toolkit; ASCOT)²⁹: 社会的ケアのアウトカム指標の一式で、長期介護のアウトカムに関する情報を入手することを目的に作られたツールであり、清潔度、快適度、栄養状態、安全性、日常生活の管理、社会的交流、職業、居住場所、尊厳などに焦点を当てている。長期介護の生活の質(Social Care-related Quality of Life; SCRQoL)の尺度としてケアの効果を科学的に測定する手法である。
- 社会的ケア関係の生活の質 (Social care-related QOL; SCRQoL) : 社会的ケアの介入に関係する利用者の長期介護の生活の質を指す。介護生活の質を ASCOT で得点化し、質の高い状態を達成するための条件・環境・機会が提供されているかを判断する。
- 社会的ケア成果枠組み(Adult Social Care Outcomes Framework; ASCOF)³⁰ : 英国の NHS、公衆衛生、社会的ケアの三つのアウトカム指標の一つであり、2011 年に開始された。国家と地域の両方で利用されており、国家レベルでは、社会的ケア制度の成果を示す指標として、地域レベルでは、サービスの品質向上のために活用されている。³¹

²⁸ PCA の HP :

<http://www.cqc.org.uk/organisations-we-regulate/registered-services/how-we-monitor-compliance/gathering-information/provid> (最終アクセス : 2014.3.3)

²⁹ ASCOT 指標 : <http://www.pssru.ac.uk/ascot/domains.php> (最終アクセス : 2014.2.28)

³⁰ ASCOF 指標 :

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/141642/ASCOF_2013_Handbook.pdf (最終アクセス : 2014.2.28)

ASCOF (The Adult Social Care Outcomes Framework 2013/14)

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/141627/The-Adult-Social-Care-Outcomes-Framework-2013-14.pdf (最終アクセス : 2014.2.28)

³¹ OECD (2013), 'United Kingdom', "A Good Life in Old Age?" :

<http://www.oecd.org/els/health-systems/UnitedKingdom-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf> (最終アクセス : 2014.3.3)

(5) 評価プロセス

- 評価入力者：自己評価報告書はサービス提供者自身、監査は専門の調査員が行う。
- 評価の頻度：
 - ・自己評価報告は概ね年1回行い、CQCや自治体から監査の連絡があった場合に提出する。CQC監査の場合、5日後に16基準について書類を提出し、訪問調査は電話連絡から6週間後となる。³²
 - ・CQC監査の頻度は評価結果に応じて変わり、最高評価（Excellent）に認定されれば2～3年に1回になる。
- 個票データの収集方法：
 - ・自己評価報告：自治体に事業所から報告されるパフォーマンス指標（Performance Indicators；PIs）や利用者調査から作成する。
 - ・CQCによる監査：施設介護サービスへは抜き打ち、在宅介護サービス機関へは直前通知で検査を実施する。CQC調査員のためのガイドラインとして判断枠組み（Judgement Framework）があり、施設が基準を満たしているか判断する。³³

(6) 評価結果とその活用方法

- 評価結果：調査員が監査結果を分析し、基準を満たしているかを判断する。問題がある場合には、その範囲や度合に従い、改善要求や行政措置を行う。自治体評価は、施設との契約に基づき、ケアプランが適切に策定され見直しされたか、職員の配置等について判断し、最終的に点数化される。
- 公開方法・範囲：
 - ・CQCは、施設サービスや在宅サービスに関する情報を事業者レベルでウェブ公開している。³⁴
 - ・保健社会ケア情報センター（Health and Social Care Information Centre; HSCIC）³⁵：2013年4月に設立された非政府公共機関（Executive Non Departmental Public Body）であり、保健・社会的ケア法（The Health and Social Care Act 2012）により、ASCOFに基づく各自治体における介護サービスのデータ掲載等を行っている。
- 介護報酬への反映の有無：最低要件に満たない場合は、罰則が規定されている。

³² CQC 監査について：<http://www.cqc.org.uk/public/about-us/our-inspections>（最終アクセス：2014.3.3）

³³ CQC 調査員について：<http://www.cqc.org.uk/organisations-we-regulate/registered-services/information-our-staff>（最終アクセス：2014.3.3）

³⁴ CQC の情報公開について：<http://www.cqc.org.uk/public/news/our-latest-reports>（最終アクセス：2014.3.18）

³⁵ HSCIC の HP：<http://ascof.hscic.gov.uk/>（最終アクセス：2014.2.27）

【03_オランダ】

(1) 実施機関

- ケア品質研究機関（Het Kwaliteitsinstituut）：医療・介護の透明性を高め、その質の継続的な改善を目的として、2014年1月に設立された。評価指標の整理や公表を中心となって行うプラットフォームである。介護事業者、要介護者等が国営のポータルサイト「kiesBeter」³⁶で各ケア提供者の評価結果を取得することができる。kiesBeterには介護業者の団体、利用者の団体そして保険会社からなる団体も協力している。
- ヘルスケア監査機関（De Inspectie voor de Gezondheidszorg; IGZ）³⁷：オランダにおいては1990年代から主に専門職の質をはじめとする、ヘルスケアの質の確保への意識が高まった。その結果として1995年に、これまでセクター別に行われていたヘルスケア事業者の監査を統一して行うIGZが、保健福祉スポーツ（VMO）省傘下の機関として設立された。直属の職員は500人前後と少数である。現在ヘルスケアサービス提供者について、安全性、有効性、患者中心、アクセシビリティ、公平性、効率性の観点から監査を行い、評価と指導結果を公表している。³⁸1996年にはヘルスケア事業者の質に関する法律（Kwaliteitswet zorginstellingen; KZi）が制定され、事業者は基準や質のモニタリングといった何らかのクオリティシステムを事業所内部で構築し、IGZ等に報告することが義務づけられた。
- ケアオフィス：オランダの介護保険にあたる特別医療費保険（AWBZ）においては、国内に32ある各圏域内最大のケアオフィスが、保険者事務の代行等を行っている。サービスの報酬単価は一定の上限額が決まっているものの、ケアオフィスは各介護サービス提供者とサービスの報酬単価について交渉することが可能である。その交渉の際に価格決定の基準となるのがサービスの「購買ガイドライン」である。このガイドライン内に、サービスの質の担保を実現させるための条件等が組み込まれている。各介護サービス提供者は、ガイドラインの条件を満たすことで高い報酬単価を得ようとするため、サービスの質の向上が見込まれる。

³⁶ Kies Beter : <http://www.kiesbeter.nl/>（最終アクセス：2014.3.14）

³⁷ IGZ の HP : <http://www.igz.nl/>（最終アクセス：2014.3.14）

³⁸ 高齢者介護施設に関する評価方法の情報：

<http://www.igz.nl/onderwerpen/verpleging-en-langdurige-zorg/ouderenzorg/>（最終アクセス：2014.3.14）

在宅介護に関する評価方法の情報：

http://www.igz.nl/onderwerpen/verpleging-en-langdurige-zorg/zorg_thuis/（最終アクセス：2014.3.14）

³⁹各年の年次報告書：<http://www.igz.nl/organisatie/jaarverslagen/>（最終アクセス：2014.3.14）

(2) 開始年度

- 介護保険についての改革を経て、2006年より CQ-index の導入、2007年より責任あるケア提供に向けた質の評価枠組み (KVZ) が IGZ、事業者団体、利用者評議会連盟、専門職団体、保険会社協会等の共同開発体制で設けられている。⁴⁰2012年の IGZ の改変をはじめ、頻りにシステム変更が行われており、2014年1月から新システムへ移行した。⁴¹

(3) 対象となる介護サービス

- 特別医療費保険の支給対象となる全施設・事業所が評価対象である。(約 800 施設、約 1400 事業者)
 - ・施設サービス：長期、短期 (デイケアなど)、看護、療養サービスを含む。
 - ・在宅サービス：同伴 (メンタル面のケアなど)、監督 (安全面のケアなど)、看護、パーソナルケア (入浴、家事など) を含む。
- 対象となるのは事業者によるサービスであり、世帯構成員によるサービス (インフォーマルケア) は特別医療費保険⁴²の支給対象外のため、質の評価の対象とならない。また、要介護者の輸送や転居・新居斡旋に関するサービスも含まれない。⁴³

⁴⁰堀田聡子「オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策 —我が国における地域包括ケア提供体制の充実に向けて」(労働政策研究・研修機構 ディスカッションペーパー 12-07,2012)

⁴¹ 介護評価センター(CIZ)に関する沿革：<http://www.ciz.nl/over-het-ciz> (最終アクセス：2014.3.14)

⁴² 特別医療費保険についての概説：<http://www.ciz.nl/awbz-zorg>

<http://www.ciz.nl/awbz-zorg/awbz-wegwijzer> (最終アクセス：ともに 2014.3.14)

⁴³ 特別医療費保険の支給の申し込みについて：

<http://www.ciz.nl/awbz-zorg/zelf-awbz-zorg-aanvragen> (最終アクセス：2014.3.14)

(4) 評価指標⁴⁴

- **CQ index (Consumer Quality index)** : 利用者に対する質問形式のアンケートで、施設の快適性やサービス、利用者の自由度等がはかられる。IGZ への提出はサービス提供者自身が行う。ケアオフィスに購買ガイドラインにも含まれているほか、監査基準にも組み込まれているため、全てのヘルスケア提供者がこの指標を用いた評価を実施している。オランダにおいては、1990年代以降患者消費者団体(NPCF)が、ヘルスケア提供者に対しても大きな影響を持っている。
- 介護内容についての2指標：**CQ index**に含まれない部分の指標で、組織レベル指標、クライアントレベル指標に分けられている。いずれもサービス提供者が自主記入する。サービス内容のほか、利用者の安全などについての指標も多くみられる。
- その他：アウトカム指標による介護サービスの質の評価が可能なオマハシステム等、徐々に多くのヘルスケア提供者に使われるようになってきたシステムについては、今後購買ガイドラインへの反映も含め、公的なケアの質の評価方法として認定される可能性はある。

(5) 評価プロセス

- 評価入力者：基本的には介護サービス提供者自身が入力する形式である。**CQ index**等の利用者の評価も用いるが、その集計は介護サービス提供者が行っている。ただし、IGZは利用者および従業員からの内部告発等を広く受け付けおり、それをもとに監査が行われることもある。
- 評価の頻度：毎年一回。ただしIGZの査察が抜き打ち・無通知で行われる場合がある。

45

⁴⁴ 「看護、介護および在宅介護についてのクオリティドキュメント 2012」

(“Kwaliteitsdocument 2012 Verpleging, Verzorging en Zorg thuis”) :

http://igz.nl/Images/Kwaliteitsdocument%20VVT%202012_tcm294-329148.pdf (最終アクセス：2014.3.14)

IGZにおける指標の一覧：

<http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavinginstrumenten/risicoindicatoretoezicht/basissets/index.aspx> (最終アクセス：2014.3.14)

⁴⁵ IGZによる執行方法について：

<http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavinginstrumenten/maatregelen/> (最終アクセス：2014.3.14)

- 個票データの収集方法：介護サービス提供者自身で調査を行い、そのレポートを IGZ に提出する。基準及びフォーマットは IGZ が指定する。(IGZ ホームページにて取得可能)
- (6) 評価結果とその活用方法
- 評価結果：ケアに関する情報が、CQ index を中心に各項目について等級化され公開されている。等級化は下記のような 5 つ星の表示である。
 - ★☆☆☆☆：平均よりかなり悪い
 - ★★☆☆☆：平均より悪い
 - ★★★☆☆：平均
 - ★★★★☆：平均より良い
 - ★★★★★：平均よりかなり良い
 - 公開方法・範囲：評価の公開は義務とされ、2014 年 1 月から国営の介護医療ポータルサイト [kiesBeter](http://www.kiesbeter.nl)⁴⁶でデータの閲覧が可能である。
 - 介護報酬への反映の有無：介護報酬にリンクされる制度はとられていない。

保健福祉スポーツ省による行政的な処罰について：

[http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/maatregelen/bestuurlijke boete/](http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/maatregelen/bestuurlijke_boete/) (最終アクセス：2014.3.14)

⁴⁶ kiesBeter：<http://www.kiesbeter.nl/> (最終アクセス：2014.3.14) (再掲)

【04_カナダ】

(1) 実施機関

- カナダでは、州政府が介護サービスの制度設計と運営を行っている。そのため各州政府が提供する介護サービスの給付と内容は、州毎に異なる。本項では、カナダで最も人口が多く、首都オタワを擁するオンタリオ州を取り上げる。
- オンタリオ州 保健・長期介護省 (The Ministry of Health and Long-Term Care; MOHLTC) ⁴⁷ : 介護サービスの評価・公表をしている。施設サービスの質査定については、長期介護施設の質監査プログラム(Long-Term Care Homes Quality Inspection Program; LQIP)の一環で、Resident Quality Inspections; RQI の実施をしている。入居者の査定は、地域ケアセンター (Community Care Access Centre; CCAC)が中心となって展開されている。

(2) 開始年度

- 長期介護施設法(Long-Term Care Homes Act, 2007; LTCHA) の下、MOHLTC が LQIP を 2010 年 6 月 1 日より開始し、2010-2012 年に実施された。 ⁴⁸
- LQIP において RQI は 2011 年 2 月に開始された。 ⁴⁹
- 2007 年よりオンタリオ州の施設にて利用者のケアプラン作成のため RAI-MDS (Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set) を利用している。 ⁵⁰

⁴⁷ カナダ・オンタリオ州 保健・長期介護省(MOHLTC) : <http://www.health.gov.on.ca/en/> (最終アクセス : 2014.3.4)

⁴⁸ MOHLTC : http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ltc/31_pr_inspections.aspx (最終アクセス : 2014.3.5)

⁴⁹ MOHLTC による LQIP (24 ページ) : [http://www.hnhblhin.on.ca/uploadedFiles/Public_Community/Board_of_Directors/Board_Meeting/NO_LQIP%20-%20HNHB%20LHIN%20OCT2012%20\[Compatibility%20Model\].pdf](http://www.hnhblhin.on.ca/uploadedFiles/Public_Community/Board_of_Directors/Board_Meeting/NO_LQIP%20-%20HNHB%20LHIN%20OCT2012%20[Compatibility%20Model].pdf) (最終アクセス : 2014.3.4)

⁵⁰ MOHLTC による LQIP (36 ページ) : http://www.oanhss.org/oanhssdocs/MembersOnly/Full%20Members%20Only%20Pages/GovernmentAndMediaRelations/LTC%20Homes%20Act/Quality_Monitoring_Under_New_LTCHA.pdf (最終アクセス : 2014.3.4)

(3) 対象となる介護サービス

- 全介護施設の全施設（オンタリオ州に 630 以上の施設があり、政府が出資）と全入居者（76,000 人以上が入居）が対象となる。⁵¹

(4) 評価指標

① 施設サービスの評価

- LQIP の検査項目(Inspection Protocols; IP)⁵²

①施設設関連の義務 8 項目、②施設関連 13 項目、③入居者関連 10 項目、より構成される。

義務監査指針（施設関連）	追加的な監査指針（施設関連）	追加的な監査指針（利用者関連）
1. 入所プロセス	1. 居住サービス：家事	1. 便尿失禁ケア
2. 食事摂取の観察	2. 居住サービス：洗濯	2. 威厳、選択、プライバシー
3. 家族会のインタビュー	3. 居住サービス：清掃	3. 転倒回避
4. 感染回避とコントロール	4. 緊急事態の反応	4. 拘束の最小化
5. 投薬	5. 食べ物の質	5. 栄養と水分補給
6. 質の改善	6. 入院と死	6. 痛み
7. 入居料	7. 虐待、放置、報復の回避	7. 個人サポートサービス
8. 居宅者会のインタビュー	8. 報告と苦情	8. レクリエーションと社会的活動
	9. 安全性の高いホーム	9. 応答的行動
	10. スナックの観察	10. 皮膚と怪我のケア
	11. 十分な人員配置	
	12. 訓練とオリエンテーション	
	13. 信託勘定	

- LQIP における RQI の検査項目：

ステージ 1...RQI の対象：全 LTC(Long-term Care)施設である。監査役による観察・聞き取り・健康記録によるケアの質と生活の質指標(the quality of care and quality of life indicators; QCLIs)を測る質問項目：①入居手続、②

⁵¹ MOHLTC による LQIP :

http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ltc/31_pr_inspections.aspx (最終アクセス：2014.3.5) (再掲)

http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ltc/28_pr_glossary.aspx (最終アクセス：2014.3.4)

⁵² Long-Term Care Homes Quality Inspection Program (LQIP) :

[http://www.hnhblhin.on.ca/uploadedFiles/Public Community/Board of Directors/Board Meeting/NO LQIP%20-%20HNHB%20LHIN%20OCT2012%20\[Compatibility%20Model\].pdf](http://www.hnhblhin.on.ca/uploadedFiles/Public%20Community/Board%20of%20Directors/Board%20Meeting/NO%20LQIP%20-%20HNHB%20LHIN%20OCT2012%20[Compatibility%20Model].pdf) (最終アクセス：2014.3.4)

食事、③感染対策と管理、④品質向上対策、⑤料金制度、⑥利用者委員会ヒアリング、⑦家族委員会ヒアリング 等。

ステージ 2...ステージ 1 を基に法律違反等がないか項目を深掘りして調査する。質問項目：①排尿・排便管理、②威厳やプライバシー保護、③落下防止、④拘束の最小化、⑤栄養と水分、⑥疼痛管理、⑦個人支援サービス、⑧余暇・社会的活動、⑨応答姿勢、⑩安全と防犯、⑪皮膚と傷の管理 等。

② 利用者の査定

- RAI-MDS 2.0 (Resident Assessment Instrument- Minimum Data Set 2.0)には、ケアプラン作成のため、利用者の健康状態や嗜好等に関する 16 の鍵となる項目がある。(入居者の健康査定、ケアプラン、臨床ケア計画、職員配置、リスク管理等)⁵³

(5) 評価プロセス

① 施設の評価

- 評価入力者：保健・長期介護省の調査員（有資格者のチーム）
- 評価の頻度：年 1 回以上、抜き打ちで行われる。
- 個票データの収集方法：

ステージ 1：施設にて無作為抽出した 40 名の利用者に対し、QCLIs を質問票に沿って聞き取り。入居者・家族・職員への聞き取り、ケア現場の視察、カルテの記録確認も行う。タブレット等電子機器を活用したデータ収集を行う。

ステージ 2：ステージ 1 を深掘りするような特定の質問項目を選択して行う。

② 利用者の査定

- 評価入力者：地域ケアセンター(Community Care Access Centre; CCAC)のケースマネージャーまたはコーディネーター（オンタリオ州には 14 の CCAC がある）
- 評価の頻度：入居時および、3 か月毎（もしくは状況変化時）
- 個票データの収集方法：LTC 入居希望者は必ず CCAC の査定を受ける。⁵⁴

⁵³ MOHLTC Reports on Long-Term Care Homes :

http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ltc/28_pr_glossary.aspx “Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set”の項（最終アクセス：2014.3.4）（再掲）

⁵⁴ MOHLTC Reports on Long-Term Care Homes :

http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ltc/28_pr_glossary.aspx “Community Care Access Centre (CCAC)”の項（最終アクセス：2014.3.4）（再掲）

(6) 評価結果とその活用方法

- 評価結果の収集：①州データベース、②入居者・家族の生活の質の満足度調査、③3か月毎の入居者個別アセスメント等の結果が収集・集計され、サイトで公表される。⁵⁵
- 評価結果：保健・長期介護省の職員が報告書を作成する（問題点は全て公開される）。
- 公開方法・範囲：各施設での配布（義務化）、および、保険・長期介護省のホームページで公開される。⁵⁶聞き取り調査と現地調査の結果は施設側に開示され、問題点の改善に活用できる。問題点の範囲・重大性・履歴を調査員が判断し、措置が必要と認められる場合には、不適合通知書が発行されるなどの行政措置が取られる。

⁵⁵ カナダ健康審議会(Health Council of Canada)による健康指標に関するガイド：

http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt_det_gen.php?id=130（最終アクセス：2014.3.4）

⁵⁶ MOHLTC の情報公開：<http://publicreporting.ltchomes.net/en-ca/default.aspx>（最終アクセス：2014.3.4）

【05_オーストラリア】

(1) 実施機関

- Australian Aged Care Quality Agency⁵⁷ : オーストラリア高齢者ケア質機関法 (Australian Aged Care Quality Agency Act 2013)により 2014年1月1日に設立された行政機関で、以前の国有企業 (Aged Care Standards and Accreditation Agency Ltd) に代わって、2014年1月から入居施設(Residential Care)の認定(2014.1～)と在宅ケアサービス(Home Care)の品質評価(2014.6～)を行う。(略称が Quality Agency とされているため、以下 Quality Agency と示す。)
- 社会サービス省 (Department of Social Services)⁵⁸ : 介護関連事業は、保健省 (Department of Health)から、2013年9月に設立された社会サービス省(Department of Social Services)に移管された。社会サービス省が高齢者ケアサイト (My Aged Care)⁵⁹を運営し、利用者に介護サービスに関する情報を発信している。

(2) 開始年度

- Quality Agency は、高齢者ケア法 (Aged Care Act 1997) の下、「質機関レポート指針 2013」 (The Quality Agency Reporting Principles 2013) に沿って、施設サービスの認定(2014.1～)と在宅ケアサービスの品質評価(2014.6～)を社会サービス省に報告しなければならなくなった。⁶⁰

⁵⁷ The Australian Aged Care Quality Agency :

<https://secure.pretagov.com.au/www.aacqa.gov.au/about-us> (最終アクセス : 2014.2.26)

⁵⁸社会サービス省 : <http://www.dss.gov.au/> (最終アクセス : 2014.2.26)

⁵⁹ My Aged Care : <http://www.myagedcare.gov.au/> (最終アクセス : 2014.2.26)

⁶⁰ Department of Social Services of Australian Government (2013) "Guide to the Quality Agency Reporting Principles 2013 made under the Aged Care Act 1997" : [http://www.livinglongerlivingbetter.gov.au/internet/living/publishing.nsf/Content/194A9E2898A5F719CA257C0D00830F51/\\$File/Guide%20to%20the%20Quality%20Agency%20Reporting%20Principles%202013.doc](http://www.livinglongerlivingbetter.gov.au/internet/living/publishing.nsf/Content/194A9E2898A5F719CA257C0D00830F51/$File/Guide%20to%20the%20Quality%20Agency%20Reporting%20Principles%202013.doc) (最終アクセス : 2014.2.26)

(3) 対象となる介護サービス

- 施設サービスと在宅サービス：オーストラリアの施設サービス事業者は国からの出資を受けており、出資条件として、**Quality Agency** の認定を受けなくてはならない。⁶¹

(4) 評価指標

- 施設・在宅サービス共通の利用者評価

利用者が介護サービスを受けるにあたり、高齢者ケア評価チーム(Aged Care Assessment Team; ACAT)による評価が全国的に行われる(例えばヴィクトリア州では、同様の機関として(Aged Care Assessment Service in Victoria; ACAS)がある)。利用者が ACAT に相談することで、ACAT による利用者の査定が行われ、利用者のニーズに沿った介護施設が紹介される。ACAT メンバーは、医師、看護師、ソーシャルワーカー、またはヘルスケアの専門家である。⁶²

⁶¹ Leading Age Services Australia, Queensland :

<http://www.qld.lasa.asn.au/naca-wednesday-21-november-2012> (最終アクセス:2014.2.26)

⁶² アセスメントについて :

<http://www.myagedcare.gov.au/eligibility-and-assessment/how-assessment-works> (最終アクセス : 2014.2.26)

- 施設サービスの評価：施設サービスの質は、公認基準（Accreditation Standards）の44項目（44 expected outcomes）を用いて、2人以上の監査役によって評価する。⁶³

基準 1	基準 2	基準 3	基準 4
管理体制：人員配置、組織開発	医療介護・日常生活の介護	入居者のライフスタイル	物理的環境と安全体制
1.1 継続的改善 1.2 法規制の順守 1.3 教育・人材育成 1.4 コメント・苦情 1.5 計画・リーダーシップ 1.6 人材管理 1.7 在庫・設備 1.8 情報システム・外部サービス	2.1 継続的改善 2.2 法規制の順守 2.3 教育・人材育成 2.4 臨床介護 2.5 特殊介護ニーズ 2.6 その他の医療サービスと関連サービス 2.7 薬剤管理 2.8 疼痛管理 2.9 緩和ケア 2.10 栄養・水分摂取 2.11 スキンケア 2.12 失禁管理 2.13 行動管理 2.14 可動性・機敏さ・リハビリ 2.15 口・歯のケア 2.16 感覚消失 2.17 睡眠	3.1 継続的改善 3.2 法規制の順守 3.3 教育・人材育成 3.4 精神的支援 3.5 自立 3.6 プライバシー・尊厳 3.7 余暇の趣味・活動 3.8 文化的・精神的生生活 3.9 選択・意思決定 3.10 入居者の入居中の安全と責任	4.1 継続的改善 4.2 法規制の順守 4.3 教育・人材育成 4.4 生活環境 4.5 職業安全衛生 4.6 火災・セキュリティ・その他の緊急事態 4.7 感染予防 4.8 食事・掃除・洗濯サービス

⁶³ Accreditation Standards について：

<https://secure.pretagov.com.au/www.aacqa.gov.au/accreditation-standards-fact-sheet>（最終アクセス：2014.3.28）

- 在宅サービスの評価：在宅サービスの質は、連邦政府と各州が共同開発した 18 項目の Home Care Standards⁶⁴（管理アウトカム 8 項目、サービス提供アウトカム 5 項目、利用者権利アウトカム 5 項目）で評価されている。在宅サービスの監査は 2014 年 6 月から Quality Agency で行われるが、現在は保健省が Quality Review⁶⁵という名称で実施している。

(5) 評価プロセス

- 施設サービスの評価：介護施設は、Quality Agency に認定登録後、その認定期限を迎える際には再認定監査（Re-accreditation site audit）を受ける。また、認定期間中にも Quality Agency の監査員による Assessment Contact という年一回以上の抜き打ち監査があり、問題がある施設は再監査（Review Audit）がある。⁶⁶
- 在宅サービスの評価：在宅サービスの評価は 3 年に 1 回行われ、調査の通知があった在宅施設の自己評価と現地監査の結果から報告書が作成され、改善計画の策定や再訪問の調整が行われる。
- 利用者評価：ACAT が利用者の介護サービスの受給資格を判定する。⁶⁷利用者が、①Home Care Package、②Transition Care Program、③レスパイトサービス、④aged care home、のいずれかを利用希望する場合に ACAT による利用者評価が必要となり、かかりつけの医師との議論を経て、利用者の健康状態やニーズを分析し、最適な施設やサービスを紹介する。

⁶⁴ Home Care Standards ガイド（20 ページ）：

http://www.commcarelink.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-publicat-commcare-standards.htm?File/CCCS%20Guide_FINAL_200111.pdf（最終アクセス：2014.3.12）

⁶⁵ 保健省 Quality Review：

<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-commcare-qualrep-about.htm>（最終アクセス：2014.3.27）

⁶⁶ Assessor handbook：

http://www.accreditation.org.au/site/uploads/9210_AGEDCARE_Assessor%20Handbook_FINAL_V5_LO.pdf（最終アクセス：2014.3.19）

⁶⁷ ACAT での判定：<http://www.myagedcare.gov.au/acat-assessments>（最終アクセス：2014.2.26）

(6) 評価結果とその活用方法

- オーストラリアの自己評価ツールは、高齢者介護プロバイダにより、自己の施設や地域介護基準に対するパフォーマンスを評価するために使われる。その情報は評価機関により、さらなる評価プロセスを指導するために使われることもある。
- 公開方法・範囲：施設の質に関する監査結果は、ウェブサイトで公開される。⁶⁸⁶⁹
- 介護報酬への反映の有無：オーストラリアの介護システムは、日本同様に、在宅介護を含む全ての介護施設に正式認可が要求される。これは公的資金を受け取るための条件でもあり、認可を受けるための基準に準拠していない場合は水準を向上させる期間が与えられる。⁷⁰

⁶⁸ Home Reports Search Results : <http://www.accreditation.org.au/report-results/> (最終アクセス : 2014.3.19)

⁶⁹ レポート例 :

http://www.accreditation.org.au/site/pdfs/reports/local_MtViewHomes6_1303252032.pdf

(最終アクセス : 2014.2.26)

⁷⁰ OECD (2013) 'Australia', "A Good Life in Old Age?" (再掲)

<http://www.oecd.org/els/health-systems/Australia-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf>

(最終アクセス : 2014.2.26)

【06_ドイツ】

(1) 実施機関

- MDK⁷¹（メディカルサービス）：介護の質についての調査を行い、3年ごとに調査結果を報告している。MDKはドイツ各州において、州内すべての疾病金庫（ドイツの社会医療保険）の共同負担で設置された医学的審査機関で、医療保険が適切に給付されるために有識者（主に常勤医師）が鑑定を行う。現在では介護金庫（疾病金庫が兼ねている）の審査機関としての役割も兼ねており、介護の質についての調査のほかに、要介護認定を行っている。全国で（常勤、非常勤合わせて）7,500名のスタッフを擁し、うち医師は2,100名、看護師は2,100名である。
- MDS⁷²（メディカルサービス全国連合会）：MDKによる調査結果報告の総括を行い、3年に一度分析レポートを作成、公開するメディカルサービス全国連合会。介護保険全国連合会、連邦健康省（BMGS）および管轄大臣に対する調査結果の報告も行っている。

(2) 開始年度

- MDKは、1996年末より介護の質についての調査を行っている。2008年に「介護発展法（Pflege-Weiterentwicklungsgesetz）」が成立したことによって、2009年秋より施設サービスの質についての調査が義務化された。2009年1月には、在宅サービス提供事業所に適用される、同様の規定について合意されている。これに伴ってMDKは2010年末までに、提携するすべての介護施設および通所介護事業所にたいして調査を実施し、2011年以降は年に1回調査が行われている。⁷³⁷⁴

(3) 対象となる介護サービス

- 介護金庫の給付対象となるすべての介護施設および事業所。⁷⁵

⁷¹ MDKのHP：<http://www.mdk.de/>（最終アクセス：2014.3.14）

⁷² MDSのHP：<http://www.mds-ev.org/index.asp>（最終アクセス：2014.3.14）

⁷³ 調査開始年度について（3ページ、序文 *Vorwort*）：

http://www.mds-ev.org/media/pdf/Erster_Bericht-118-XI_QS-Pflege.pdf（最終アクセス：2014.3.14）

⁷⁴ 調査の義務化の経緯について：<http://www.mdk.de/1328.htm>（最終アクセス：2014.3.14）

⁷⁵ 調査対象介護サービスについて：<http://www.mdk.de/1328.htm>（最終アクセス：2014.3.14）

http://www.mds-ev.org/Wie_wird_geprueft.htm（最終アクセス：2014.3.14）

(4) 評価指標

- 調査項目：Transparency Criteria と呼ばれるもので、下記の 5 つの分類から構成される。⁷⁶
 - ① 介護および医療サポート
 - ② 認知症利用者のケア
 - ③ 生活サポートと日常生活：介護施設におけるアクティビティや年間行事開催の有無、入所後のサポート体制やクレーム対応などについて尋ねている
 - ④ 居住環境、食事、ハウスキーピング、衛生管理
 - ⑤ 利用者への質問：スタッフの対応や食事、イベントの満足度などについて尋ねている

- 評価方法：各設問によって異なっているものの、上記の①～⑤の大項目に含まれる設問の平均値が評価結果として表示されている。各介護サービス提供者の評価の最初のページには、総合評価、各項目の評価、調査期間、利用者数、調査参加者数、再調査の可否などが記載されている。⁷⁷

⁷⁶ 調査指標およびガイドライン（介護施設向け 6 ページ以降）*2014.1 改訂：

http://www.mds-ev.org/media/pdf/PTVS_ab_2014_Anlage_3.pdf (最終アクセス:2014.3.14)

調査指標およびガイドライン（通所介護サービス向け 4 ページ以降）：

http://www.mds-ev.org/media/pdf/Vereinbarung_ambulant_Anlage_3_30_03_2009.pdf

（最終アクセス：2014.3.14）

施設サービス用帳票原本（介護施設向け 2-46 ページ、利用者向け 47 ページ以降）：

<http://www.mds-ev.org/media/pdf/QR Anlage 2 2009 06 30.pdf>（最終アクセス：

2014.3.14）

通所介護用帳票原本（介護サービス向け 2-39 ページ、利用者向け 40 ページ以降）：

<http://www.mds-ev.org/media/pdf/QR Anlage 1 2009 06 30.pdf>（最終アクセス：

2014.3.14）

⁷⁷ 施設サービス用評価方法について（3 ページ以降）：

http://www.mds-ev.org/media/pdf/PTVS_ab_2014_Anlage_2.pdf (最終アクセス:2014.3.14)

通所介護用評価方法について（3 ページ以降）：

http://www.mds-ev.org/media/pdf/Vereinbarung_ambulant_Anlage_2_30_03_2009.pdf

（最終アクセス：2014.3.14）

(5) 評価プロセス

- 評価形式：「定期調査」「臨時調査」「再調査」の3種類があり、定期調査で質が基準に満たないという結果が出た場合、対象施設または対象サービスには期日までの改善が求められ、後日再調査が行われる。定期調査においては、通常2名の有識者が調査員として抜き打ちで訪問し、期間は施設の規模によって1日から数日かけて行われる。帳票は調査員が記入する。⁷⁸
- 調査対象：調査官は10名に1名の割合で任意に抽出した利用者に対し、聞き取り調査を行う。また介護サービス職員への質疑応答も行われる。介護プランや利用者にかんする資料全般、聞き取り調査時の利用者の様子等のすべてが調査対象となる。

(6) 評価結果とその活用方法

- 調査結果：結果は調査対象サービスおよび介護金庫全国連合会に通知される。調査結果がウェブ上で一般公開される前に調査対象サービスには28日の猶予が与えられ、補足（提出資料等）がある場合はMDKに申し立てが可能である。⁷⁹

⁷⁸ 評価形式について：<http://www.mdk.de/1328.htm>（最終アクセス：2014.3.14）（再掲）
http://www.mds-ev.org/Wie_wird_geprueft.htm（最終アクセス：2014.3.14）（再掲）

⁷⁹ 調査レポート（調査期間：2008年7月1日～2010年12月31日）：
http://www.mds-ev.org/media/pdf/MDS_Dritter_Pflege_Qualitaetsbericht_Endfassung.pdf（最終アクセス：2014.3.14）

※介護施設の調査結果：43－74 ページ

通所介護事業所の調査結果：75 ページ

前回調査以降にみられた介護サービスの質の向上：103－112 ページ

今後の課題－医療サービスの専門性と質の向上：113－121 ページ、

褥瘡や転倒のリスク軽減を目指す、ペインクリニック・介護施設における認知症利用者のケア：121－127 ページ

適切な調査が行われているか等、質の調査自体の「品質保証」のための取り組み：127 ページ以降

- 調査結果の公開：ドイツ最大の健康組合「AOK」のホームページ⁸⁰等で閲覧することができる。全国の介護施設（原名=Pflegeheim）および訪問看護事業所（原名=Pflegedienst）を検索することができ、個々の施設および事業所の情報として、MDKによる介護の質についての調査の結果が公開されている。⁸¹

⁸⁰ AOK（介護）のトップページ：<http://www.aok-gesundheitsnavi.de/pflege.69.de.html>
（最終アクセス：2014.3.14）

⁸¹ 調査結果の公開例（例として検索した介護施設名：Pro Seniore Residenz "Vis à vis der Hackeschen Höfe"）：

- ① 上記トップページから「介護施設検索（Pflegeheimsuche）」→「郵便番号および／もしくは地名で検索（Suche nach PLZ und/oder Ort）」欄に「Berlin（ベルリン）」と入力し検索（suchen）
- ② 検索結果の「総合評価：透明性レポートへ（Gesamtnote: zum Transparenzbericht）」から調査結果を閲覧することができる
http://www.aok-pflegeheimnavigator.de/index.php?module=nursinghome&id=24711&city=&multi=berlin&hiddenCoords=&zip=&ambit=10&order=asc&extSearchAktualisierung=unbegrenzt&flagMapDragSearch=0&extSearchEntgelt=0+-+200%2B+Euro&type=1&focus=4&FLAG_JOIN=AND&extSearchSortierung=distance&extSearchSortierungSort=&extSearchSortierungSelect=&&start=0#pflegekarte（最終アクセス：2014.3.14）

【07_スウェーデン】

(1) 実施機関

- 全国医療福祉委員会 (Socialstyrelsen)⁸² : 社会保健省傘下の政府機関で、スウェーデン国民の健康、社会福祉、高品質のケアを確保するために、社会サービスや保健医療サービスなどの情報収集、基準の開発、統計情報の収集を行っている。⁸³
- SALAR (the Swedish Association of Local Authorities and Regions)⁸⁴ : 国内 290 の自治体と 20 のコミューンの行政、専門家、および雇用者のための組織で、地方政府へ支援を行う公的機関である。Open Comparisons (Öppna jämförelser)⁸⁵ と呼ばれる、ヘルスケア、教育、安全等の社会的サービスを自治体間で地域比較できる仕組みを運営しており、高齢者の介護サービスの質の評価についても取り扱っている。そしてそのようなヘルスケアサービスに関する地域比較を可能にしているのが、スウェーデンが現在 73 もの種類を設けている各種の登録制度 (Quality Registries)⁸⁶ である。これらは特定の疾病を持つ患者等の情報を登録し、自治体間の比較や分析・研究に活かすことを目的とした仕組みである。高齢者のケアに関しては、まだ不十分とされているが、認知症患者登録制度や、高齢者の栄養状態、転倒予防等の評価を行うシニアアラート⁸⁷ といった登録制度が存在している。
- ランスティング行政委員会 : 各ランスティング (日本でいう都道府県にあたる自治体区分) におかれている委員会で、全部で 21 存在する。全国医療福祉委員会とともに、コミューン (日本でいう市町村にあたるが、ランスティングと対等な関係性にある自

⁸² 全国医療福祉委員会の HP : <http://www.socialstyrelsen.se> (最終アクセス : 2014.3.14)

⁸³ Care of older people in Sweden 2008 (スウェーデンの高齢者介護に関する概説) : <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17857/2009-12-6.pdf> (最終アクセス : 2014.3.14)

⁸⁴ SALAR : <http://english.skl.se/> (最終アクセス : 2014.3.14)

⁸⁵ Öppna jämförelser 2013 – Vård och omsorg om äldre – Jämförelser mellan kommuner och län (高齢者施設ケアに関するレポート) : <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-1-3/Sidor/default.aspx> (最終アクセス : 2014.3.14)

⁸⁶ 登録制度 (Quality Registries) : http://www.kvalitetsregister.se/om_kvalitetsregister/quality_registries (最終アクセス : 2014.3.14)

National Healthcare Quality Registries in Sweden 2007 : http://www.kvalitetsregister.se/om_kvalitetsregister/quality_registries (最終アクセス : 2014.3.14)

⁸⁷ シニアアラート : <http://www.lj.se/senioralert> (最終アクセス : 2014.3.14)

治体区分) とランスタイングの介護サービスについて、監督、監視、評価する役割を担う。

(2) 開始年度

- 2007年に保健福祉庁(The National Board of Health and Welfare)が高齢者介護の公開比較のためのシステムの開発を開始し、2008年にThe Elderly Guide (Äldreguiden)での情報の公表も始まった。情報は毎年更新されている。⁸⁸
 - Care of older people in Sweden 2008 (再掲) p.14

(3) 介護対象サービス

- 介護保険の支給対象となる全施設・事業所(特別住宅、在宅介護サービス、デイケアサービス)が対象である。

(4) 評価指標⁸⁹

- ストラクチャー指標(主要な分類)
 - ・ スタッフ
 - ・ 医師の関与と介護サービス
 - ・ 介護サービスのマネジメント
 - ・ 介護職員のトレーニング
 - ・ 介護職員の継続勤務期間
- プロセス指標(主要な分類)
 - ・ アクセス
 - ・ 利用者の参加度
 - ・ 利用者の自立度
 - ・ 家族介護者のためのサポート
 - ・ フォローアップやサービスと介護についての情報
 - ・ 食事
- アウトカム指標(主要な分類)
 - ・ 居住者の満足度

⁸⁸ Care of older people in Sweden 2008 (スウェーデンの高齢者介護に関する概説): <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17857/2009-12-6.pdf> (最終アクセス: 2014.3.14) (再掲)

⁸⁹ Du Moulin MF et al. Monitoring quality of care in nursing homes and making information available for the general public: state of the art.2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20171037> (最終アクセス: 2014.3.14)

(5) 評価プロセス

- 特別調査と登録データにより評価を行う。地方自治体は、国からの補助金を受け取るかわりに、情報を提供しなければならない。

(6) 評価結果とその活用方法

- 評価結果：高齢者が介護サービス提供者を選択する際の基礎情報、介護サービスの改善のサポート、モニタリング、フォローアップ、評価に活用される。
- 公開方法・範囲：The Elderly Guide は、全国医療福祉委員会が運営するウェブサイトで、高齢者およびその家族を中心としたすべての国民に対して、介護サービス提供者の介護の質の評価について、情報提供をしている。ケアの種類、自治体、施設を複数選択するとそれぞれのケア提供者に関する質の評価結果が表示される。⁹⁰⁹¹
- 介護報酬への反映：現時点ではなされていない。

⁹⁰ (The Elderly Guide 内) 各自治体および施設の検索：

<http://www.socialstyrelsen.se/jamfor/aldreguiden/jamfor> (最終アクセス：2014.3.14)

⁹¹ (The Elderly Guide 内) 各自治体および施設のケアの質の評価結果公開例：

<http://www.socialstyrelsen.se/jamfor/aldreguiden/jamfor?step=4&service=0&municipal=300&cities=300&performers=834,838,837> (最終アクセス：2014.3.14)

【08_フランス】

(1) 実施機関

- ANESM (社会および医療社会の確立とサービスの質の評価のための国家機関)⁹²: 2007年の設立以降、各介護施設が順守すべき水準、枠組み、主要評価基準、ガイドライン等を作成している。しかしながら、ANESM 自体が評価を行っているわけではなく、具体的なチェックリスト等は存在しない。評価作業は地方分権化されており、具体的な評価項目は各施設自身の責任で設定されている。背景としては、「社会および医療社会ケアに関する法律 (Renovant L' Action Sociale Et Medico-Sociale)」が、2002年に施行され、現行の施設制度の枠組みや利用者の権利を確立した。翌2003年、夏の異常気象により独居の高齢者に多くの死者が出たことで、2007年のANESMの設立へと繋がっている。
- ANAP (医療—社会施設のパフォーマンスに関する国立援助機構)⁹³: 2009年に設立された組織で、特定の部門における勧告や、施設パフォーマンスを改善する援助ツールを提供、平行的役割を担っている。

(2) 開始年度

- 評価自体は15年間で1サイクルとしており、スタート時点である最初の認可が2010年に行われた。以降は以下のスケジュールをもとに、15年単位で認定更新を行う。⁹⁴

行動	期間	日付例
最初の認可		2010
最初の内部評価	認可から5年後	2015
最初の外部評価	認可から7年後	2017
第二の内部評価	認可から10年後	2020
第二の外部評価	認可から13年後	2023
第三の内部評価	認可から15年後	2025
認可更新	認可から15年後	2025

⁹² ANESM の HP : <http://www.anesm.sante.gouv.fr/> (最終アクセス : 2014.3.14)

⁹³ ANAP の HP : <http://www.anap.fr/domaines-de-competences/medico-social/> (最終アクセス : 2014.3.14)

⁹⁴ 評価のスケジュール :

http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/OCTOBRE_sems.pdf (最終アクセス : 2014.3.14)

(3) 介護対象サービス

- ESSMS（高齢者用社会および医療社会施設）の定義にあてはまる全施設が評価対象となる。法令では ESSMS を“高齢者に提供する施設とサービス、または高齢者の自宅で日常的な活動の援助を提供し、高齢者介護を提供、または社会的融合を援助する”と定義している。
- 利用者の要介護度（全 6 段階）が軽い順に、下記のサービスの種類が挙げられる。⁹⁵
 - (1) 施設サービス
 - ・レジデンシャルホームあるいは介護用住宅(EHPA/logement-foyer)
 - ・ナーシングホーム(EHPAD)
 - ・長期ケアユニットの病院 (USLD)
 - (2) 居宅サービス
 - ・ホームケアサービス(SAAD)
 - ・ホームナーシングケアサービス(SSIAD)
- この制度がまだ比較的新しいため、評価は義務とされながらも、相当数の ESSMS で内部評価あるいは外部評価を行っていない。内部評価に関しては、2012 年時点で高齢者ケア部門の 22%の施設がいかなる内部評価プロセスにも携わっていないとされる。携わっていない割合が特に高いのはホームナーシングケアサービス (SSIAD) の場合だが、時間がないというのがその理由である。外部評価に関しては、2012 年末時点で、全体の 9%のナーシングホーム (EHPAD) しか外部評価を受けていないという報告がなされている。2002 年以前に登録された全 ESSMS は、2015 年までに評価サイクルを完了しなくてはならないため、今後 2 年間で評価を受ける ESSMS の数は増加すると見込まれている。⁹⁶⁹⁷

⁹⁵ 介護サービスの種類：

<http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20 ANCIEN %20RR%20No%2077%20France.pdf>（最終アクセス：2014.3.14）

⁹⁶ 評価実施の状況：[http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/ANESM-RA-2012\(1\).pdf](http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/ANESM-RA-2012(1).pdf)（最終アクセス：2014.3.14）

⁹⁷ ナーシングホーム (EHPAD) の内部評価の状況：

<http://www.soignantenehpad.fr/pages/evaluation-interne-ehpad/>（最終アクセス：2014.3.14）

(4) 評価指標

- 前述したように、特定の評価に関するチェックリストは存在していない。その代わりに、法令において評価でカバーすべき主要領域を設定しており、ANESM も施設で評価すべきと勧告された質問やトピックのガイドラインを提供している。⁹⁸

① 内部評価の主要領域（全 5 つ）

内部評価の 5 つの領域	
領域 1	権利の保証とユーザーの参加： <ul style="list-style-type: none">- 日常ベースの権利の実現に関する有効性- 大勢の願いを考慮するプロセス- 親戚、友人、法定代理人を統合する組織固め
領域 2	ユーザーが無防備な状況に起因する保護とリスク回避 <ul style="list-style-type: none">- 個人とグループの身元確認- リスク回避のプロセス- 事件や苦情に対する処置と分析の情報収集プロセス- リスク回避の専門家の訓練
領域 3	生活の質、自立、健康と社会参加の促進： <ul style="list-style-type: none">- これらの目標を実現する異なる専門家の統合- 健康促進とケアへのアクセス- 入手可能なリソースの利用- 内部および外部スキルの継続的適応
領域 4	サービスの個別化： <ul style="list-style-type: none">- 需要と期待の継続的評価- 個別化されたケアプランの作成とその実践- 個別化された需要に関する情報の普及
領域 5	人生の終焉サポート

⁹⁸ 評価すべき主要領域について：

http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_evaluation_interne.pdf (最終アクセス：2014.3.14)

http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/file/textes_de_reference/decret_150507.pdf (最終アクセス：2014.3.14)

http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/OCTOBRE_sems.pdf (最終アクセス：2014.3.14)

また、内部評価に関して下記のような数値を計算することも推奨されている。

解析領域による指標	
解析領域	測定可能なポイント
領域 1	必要とされるサポートの割合 社会生活の要請に対する反応の割合
領域 2	痛みの評価の割合 転倒したことがある入居者の割合 入居者の褥瘡の割合 月に一回体重測定を受けた入居者の割合 感情／行動のトラブルの割合 目標が合致した割合 緊急入院の割合
領域 3	二度の評価の間に可動性が衰えた入居者の割合 二度の評価の間に自分で洗う能力が衰えた入居者の割合
領域 4	自身のケアについて意見を出した入居者の割合 提供されたグループアクティビティに満足している入居者の割合 孤立している入居者の割合
領域 5	人生の終末に関する願いを集めている割合

② 外部評価の主要領域（全 4 つ）

外部評価の 4 つの領域	
1	全体的な状況の評価
2	内部評価の結果のフォローアップ審査
3	特定の領域と観点の審査
4	提案および／或いは勧告の創出

(5) 評価プロセス

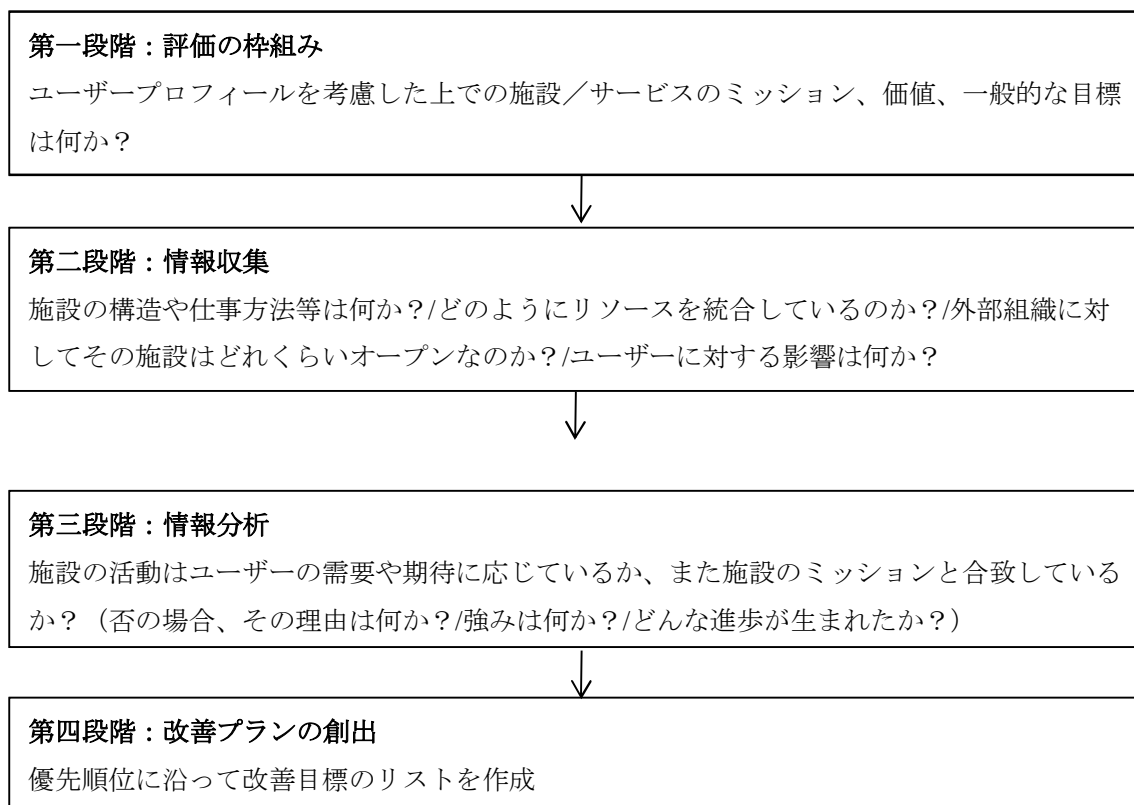
● 評価入力者：

- (1) 内部評価は施設内部の従業者あるいは関係者によって行われる。ANESM の勧告には、あらゆる職種の参加の重要性が強調されており、異なる役割を持つ委員会を設置することも推奨されている。
- (2) 外部評価は ANESM の認定した組織によって行われる。ANESM の 2012 年次報告書によると、高齢者介護の領域で 696 の組織が認定されており、各 ESSMS は外部評価を行う組織を認定組織リストから選ぶことができる。ESSMS は評価団体に評価の代金を支払う必要があり、2012 年の平均は 1 つの ESSMS につき、€7,809

だった。選択された認定組織から派遣されるチームがデータを収集し、分析する。2012年の平均で、ナーシングホーム（EHPAD）の評価には2.8人のチームが7.8日かけていて、ホームナーシングケアサービス（SSIAD）の場合は、平均1.8人が4.5日かけて評価をしている。⁹⁹

● 評価形式：

（1）内部評価については、ANESMから下記に示す手順に習うことが推奨されている。¹⁰⁰



（2）外部評価は、幾つかの段階を踏んで行われる。まず評価を受ける ESSMS から、評価を行う外部評価者へ関連文書の提出がなされる。それらに目を通した上で、評価者は現場の実務を観察しインタビュー等を行ってから、分析を行う。提供サービスの質の観点から、分析結果がどの程度 ESSMS の意図と合致しているかを測定し、実際の業務の目的との間に隔たりが存在する場合は、調査した様々な分

⁹⁹ 外部評価の仕組みについて：

[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/ANESM-RA-2012\(1\).pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/ANESM-RA-2012(1).pdf) (最終アクセス：2014.3.14)

¹⁰⁰ 内部評価の実行について：

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_conduite_evaluation_interne_anesm.pdf
(最終アクセス：2014.3.14)

野の改善に対する勧告を行う。収集情報を含む詳細な報告書、実施した分析、勧告の内容は地方自治体に提出される。¹⁰¹

(6) 評価結果とその活用方法

● 公開方法・範囲：

(1) 内部評価

内部評価の公表を定めた法律はない。2012年のANESM年次報告書によれば、88%のESSMSがスタッフに対し報告書の内容を入手可能にし、64%が利用者に、そして27%が利用者とその家族に公開しているとされる。

(2) 内部評価

ANESMは、インターネットサイト上での評価の公開をすべきだと法令には記載されているが、現在まだ行われていない。またANESMはこれらの結果に基づき、ベスト・プロフェッショナル・プラクティス（優良事業者）の推薦を行う義務も負う。

● 介護報酬への反映：現時点ではなされていない。外部評価で大きな問題が暴露されれば、法的にESSMSの認可更新不履行が言い渡される。

¹⁰¹ 外部評価の実行について：

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/file/textes_de_reference/decret_150507.pdf

(最終アクセス：2014.3.14)

【09_韓国】

(1) 実施機関

- 国民健康保険公団¹⁰²¹⁰³：医療保険サービスはもとより、日常生活を一人で行うことに苦しさをもち老人に身体活動又は家事活動支援などの療養給付を行っている国内唯一の保険者。老後の健康増進と生活安定を図る目的から、国民健康保険法に基づき2000年に国民医療保険管理公団と職場組合（139箇所）が統合して作られた、大韓民国保健福祉部傘下の委託執行型準政府機関である。

(2) 開始年度

- 施設サービスは2009年に、在宅サービスは2010年に評価を開始した。なお、2009年、2010年は評価導入段階であったため、評価を希望する施設にのみ実施した。2011年から全施設を対象に評価を実施している。

(3) 対象となる介護サービス

- 介護保険の支給対象となる全施設・事業所が評価対象。
 - ①施設サービス：施設利用者数10人未満、10人以上30人未満、30人以上という区分がなされ、施設規模別に評価基準が異なっている。
 - ②在宅サービス：訪問介護、訪問入浴、訪問看護、通所介護、短期入所、福祉用具貸与という区分がなされ、提供するサービス別に評価基準が異なっている。
- 世帯構成員による介護（インフォーマルケア）は、現金給付の対象となるが、評価については対象外である。¹⁰⁴

¹⁰²国民健康保険公団のHP：<http://www.nhis.or.kr/portal/site/main>（最終アクセス：2014.3.14）

¹⁰³ 人長期療養保健のポータルサイト（国民健康保険公団が運営する介護保険関連情報の特設サイト）：<http://www.longtermcare.or.kr/portal/site/nydev/>（最終アクセス：2014.2.21）

¹⁰⁴ 人長期療養保険制度の概要（英語）：

http://english.mw.go.kr/front_eng/jc/sjc0105mn.jsp?PAR_MENU_ID=100305&MENU_ID=10030502（最終アクセス：2014.3.14）

(4) 評価指標

評価制度の根拠は法律で定めているが、評価指標の細部内容については保健福祉部の長期療養機関評価方法等に関する告示に示している。

● 評価指標の項目

①施設介護サービスの指標の項目 (2011 年度基準)

(単位：個)

サービス利用者数		
10 人未満	10 人以上 30 人未満	30 人以上
94	98	98

②在宅介護サービスの指標項目 (2012 年度基準)

(単位：個)

	訪問介護		訪問入浴		訪問看護		通所介護		短期入所		福祉用具貸与	
	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010
計	60	53	59	50	58	52	76	58	65	56	35	-
機関	38	26	38	27	39	28	61	44	51	40	30	-
従業員	5	5	5	7	5	7	5	5	5	6	1	-
受給者	17	22	16	16	14	17	10	9	9	10	4	-

(5) 評価プロセス

- 評価入力者：2 人 1 組の評価者が訪問。施設サービスと在宅サービスの時は被評価施設の数異なるため、評価団の人数と構成に若干変動がある。2012 年度の場合、国民健康保険公団の 6 カ所の地域本部（京仁、ソウル、大田、大邱、光州、釜山）の長期療養部長をチームヘッド、長期療養次長をパートヘッドとし、6 チーム、16 パート、111 人で評価団を構成。釜山、大邱（テグ）、光州、大田地域本部は 2 つ、ソウル、今仁地域本部は 3 つのパートに構成。(実際 2011 年は対象施設が 3195 カ所、評価人員 80 人、2012 年は 6527 カ所、評価人員 111 人に変動している。) ¹⁰⁵
- 評価の頻度：2 年に 1 回。定期評価については、偶数年（2010、2012、2014 年）は在宅サービス、奇数年（2009、2011、2013 年）は施設サービスを評価する。ただし、定期評価の結果、サービスの水準が顕著に低い施設に対して随時評価を実施する。
- 個票データの収集方法：監査の際に、評価者が記入を行う。

¹⁰⁵ 2012 年度在宅サービス評価結果公表案内：

http://www.longtermcare.or.kr/portal/ny/jsp/p/d/03/nypd_publicDataIst_R.jsp?searchType=ALL&searchWord=&pageSize=&branch_id=&communityKey=B0009&bltBdCd=1101&act=VIEW&pageNum=1&boardId=50364 （最終アクセス：2014.2.21）

- 評価マニュアルの提供：被評価施設と評価者に評価に必要な情報を提供し、評価者による偏差を最小にするため、なお、具体的な評価要領を提示するために事前に評価マニュアルを提供している。¹⁰⁶

(6) 評価結果とその活用方法

- 評価結果：国民健康保険公団は長期療養施設が療養サービスを適切に提供しているかどうかをサービス利用者が分かるように各サービス別に評価点数上位から A から E の 5 つの等級に分ける。2012 年度の評価では A 級 10%、B 級 20%、C 級 40%、D 級 20%、E 10%に分けている。なお、各施設ごとの大分類（①施設運営、②環境及び安全、③権利及び責任、④サービス提供過程、⑤サービス提供結果）別のレベルを★数で示して発表している。（具体的な点数については当該施設にだけ知らせている。）¹⁰⁷

★★★★★：領域別点数 80%以上の施設

★★★★：領域別点数 60～80%未満の施設

★★★：領域別点数 40～60%未満の施設

★★：領域別点数 20～40%未満の施設

★：領域別点数 20%未満の施設

また、評価当日にサービス利用者が 3 人未満の施設、休業、営業停止などの行政処分中の施設については評価が出来なかった施設として、評価を拒否した機関と同様に名簿を発表している。評価委員会は国民健康保険公団の老人長期療養保険担当の常任理事を委員長とし、委員長を含む 13 人の委員で構成される。

- 公開方法・範囲：公団は評価結果を当該長期療養施設及び自治体の長に書面、電子媒体又は電子文書等で通報する。また、評価委員会の審議を経て、老人長期療養保険のウェブサイトに公表する。
- 介護報酬への反映の有無：評価結果が上から 10%の施設は前年度公団負担金の 3%、上から 11～20%の施設は 2%、評価結果が顕著に向上した施設には 1%を加算して、一時

¹⁰⁶ 2013 年度施設サービス評価マニュアル：

http://www.longtermcare.or.kr/portal/ny/jsp/p/d/03/nypd_publicDataIst_R.jsp?searchType=ALL&searchWord=&pageSize=10&branch_id=&communityKey=B0009&bltBdCd=1101&act=VIEW&pageNum=5&boardId=50367（最終アクセス：2014.2.21）

¹⁰⁷ 長期療養介護保険のメインサイト（ここから各施設、事業所の評価閲覧が可能）：

<http://www.longtermcare.or.kr/>

2012 年度長期療養施設評価委員会審議結果：

http://www.longtermcare.or.kr/portal/ny/jsp/p/d/03/nypd_publicDataIst_R.jsp?bltBdCd=1101&act=VIEW&boardId=50303（最終アクセス：2014.2.21）

金で支給する。但し、前期の加算金支給以後から当該年の加算金支給日の間に行政処分等不適切と評価委員会が審議議決した場合は、支給対象外とする。一時金支給日は評価結果の公表日から 60 日以内に支給する。

VII. 調査研究結果のまとめと課題

1. ケアの質を評価するための項目（評価指標）の考え方について

本研究では、現在の仕組みで収集することが困難なプロセス・アウトカム情報として提供されているサービス内容及び身体・精神状況の情報を収集し、持続的に蓄積・分析が可能かどうかの検討を行った。その結果として、今後、現実的に収集が可能な情報及び、それを活用したサービスの質の評価手法の検討に向けた可能性を明らかにした。ただし、先行的に取り組まれている事例によるデータでは記録の定量化等の面で課題があり、今後、介護保険制度に導入する項目については、留意が必要と考えられた。

(1)介護老人保健施設におけるサービスの質の評価手法検討に向けた可能性と課題

介護老人保健施設におけるサービスの質の評価手法検討に向けて、本調査研究で明らかとした可能性と課題の概要は以下の通りである。

- R4 システムに含まれる項目についてインターライ方式と比較すると、R4 システムでは老人保健施設におけるケアマネジメントを想定しているため、施設内における生活機能（主に ICF 活動項目）の状況についてのアセスメントは詳細になされていた。
- ICF 活動項目は概ね 8 割程度の記入率があり、これらのデータを持続的に蓄積し、利用者の ICF の変化を分析し、生活機能の維持・改善または悪化をアウトカムとして算出することは可能と考えられた。
- ただし、ICF に基づく区分等は定量化されているが、ケアの実施状況やプランの見直し状況等についてはテキストデータとして定性的に入力されているなど、具体的なケアの内容や実施状況等については、定量的に得ることができないという課題があった。
- プロセス評価に活用可能と考えられる A-4 のアセスメント、実施計画、短期目標、ケア内容について、目標の内容をカテゴリ化（例：「機能の確保」「機能の維持」「向上」「予防」等）し、ケアの内容面（入所中の事故や疾病発症の情報等を含む）もカテゴリ化することで、当該目標への適切なケアの実施と、アウトカムの維持・改善の関係を分析できると考えられたが、具体的な定量化の方法については、引き続き検討が必要である。
- データセットとしての有用性を高めるために、R4 システムにおける記録データ以外のデータとして、介護保険総合 DB から介護老人保健施設入所中の介護報酬の算定状況を補完することが考えられた。また、介護保険総合 DB から利用者が退所時に利用することとなった居宅サービスの情報など保険請求とリンクしたデータセットとすることで、複数回の入所・退所が生じる利用者であっても施設と在宅における利用者の状態像・サービス利用の動向が切れ目なく把握可能となるため、データセットとしての有用性を高められる可能性が考えられた。なお、介護保険総合 DB によってデータセットを拡充等する場合の具体的な方法については引き続き検討が必要である。

- さらに、主治医意見書の内容として、身体の状態や医学的管理の必要性が定量的なデータとして把握できるため、利用者の状態像を含めて質を評価するためのデータとして活用が可能と考えられた。

(2)通所介護におけるサービスの質の評価手法検討に向けた可能性と課題】

通所介護におけるサービスの質の評価手法検討に向けて、本調査研究で明らかとした可能性と課題の概要は以下の通りである。

- MILK システムでは多くの項目が定量的に評価把握されているため、評価指標として活用しやすいことが分かった。
- ただし、通所介護については多様なサービス及び運営が展開されている点を踏まえ、評価の仕組みに関してはさらに改善・発展させていくべき部分があることが把握された。
- 特に、夢のみずうみ村において、自らのサービスを評価するために独自に開発が行われた評価基準の設定方法や評価の方法については、実態として多様なサービス内容が想定される通所介護における、他の事業者の運用可能性・適用可能性といった観点から、今後さらに検討していくことが必要であると考えられた。

(3)居宅介護支援におけるサービスの質の評価手法検討に向けた可能性と課題

居宅介護支援におけるサービスの質の評価手法検討に向けて、本調査研究で明らかとした可能性と課題の概要は以下の通りである。

- 課題分析標準項目に該当する中項目については 80～90%の記入率があり、持続的にデータを蓄積することが可能と考えられた。また、これまで他の情報から取得が困難であった家族の状況、健康状態等の記入率についても 80%～90%の記入率があり、持続的にデータを蓄積することが可能と考えられた。
- なお、課題分析標準項目に含まれていないが、利用者の状態像の変化をとらえるために介護支援専門員が重要と認識している項目としては、主治医意見書で把握している項目が挙げられた。

(4)共通の課題

本調査研究で明らかとした(1)～(3)に挙げた課題の他に、検討委員会においては以下の点も課題として挙げられた。

- 海外における介護サービスは主に重度者を対象としたサービスであり、サービスの質の評価についても重度者を中心とした評価の仕組みとなっている。そのため、軽度者向けのサービスが含まれる我が国においては、少なくとも軽度者向けのサービスの質の評価に向けては、「予防」「改善」の観点をどのように評価するか等、諸外国とは異なる検討をしていく必要がある。

- 我が国において運用されている各アセスメント方式における記録の信頼性の観点からは、各アセスメント方式における研修体系についても把握・整理を行う必要がある。
- 海外におけるアウトカム評価には医療的な指標が多く存在する。我が国において現在アセスメントに用いられている指標にとどまらず、海外における QI (Quality Indicators) に類する指標の導入についても検討が必要である。
- 長期的なデータの収集に際しては、介護保険サービス施設・事業所における現在の業務フローの中で記録されている情報であることを重視すべきである。論理的に意義の高い情報であっても、現場における業務フローに組み込まれていない情報を記録させることは無理があり、結果的に実現が困難である。

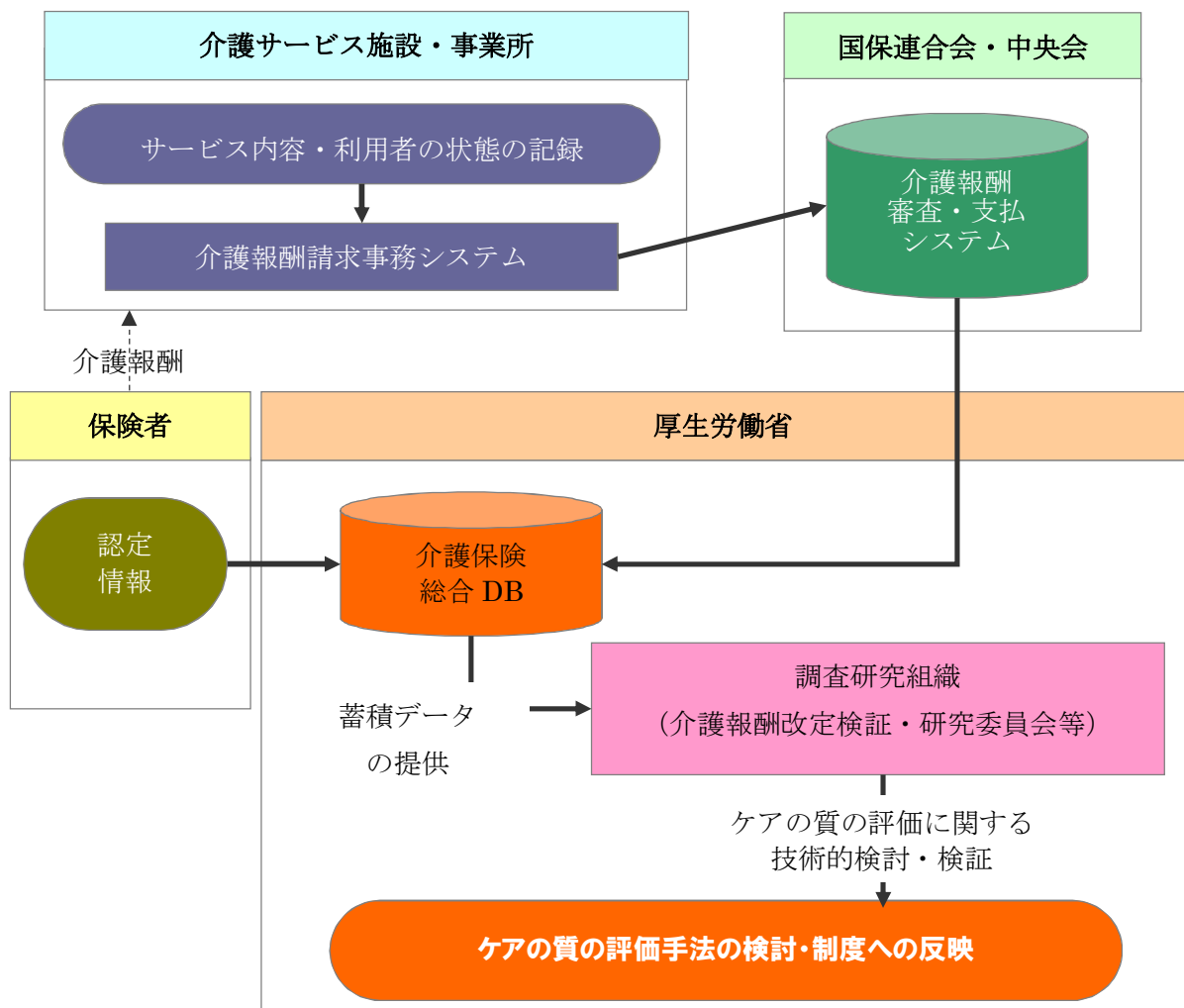
2. 評価指標活用のためのスキームについて

データ項目を長期的に蓄積し、具体的なケアの質の評価手法を検討可能とするためには、提供元である施設・事業所から継続的に情報収集を行える現実的な枠組みが必要である。サービス利用者個人別のデータを蓄積する同様の仕組みとしては介護保険総合DBがあり、同様に介護報酬請求の仕組みを活用して、要支援・要介護認定情報、介護給付費請求情報と照合可能な形式で蓄積することが考えられた。ただし、仮に介護報酬請求の仕組みを活用する場合には検討すべき事項が多く、サービスの質の評価手法とあわせて検討を進める必要があると考えられた。

＜検討が必要な事項の例＞

- 法令等の整備について
- データ収集の基盤整備について
- 外部へのデータ提供の仕組みについて
- 収集するデータの記入者のトレーニングについて

図表：介護報酬請求の仕組みを活用したデータ収集スキーム（案）



3. 海外の介護サービスの質の評価の取り組みについて

介護サービスの質の評価の重要性が認識されてきており、諸外国においても2000年代後半以降、質の評価に関する取り組みが進められてきている。質の評価の関連機関は、行政機関が中心であるものの、その位置付け及び地方自治体や州の権限については、各国で異なっている。

■調査対象国：アメリカ、英国、オランダ、カナダ、オーストラリア、ドイツ、スウェーデン、フランス、韓国の9ヶ国

■調査方法：既存文献および、諸外国の関連機関等のウェブサイトの検索による情報収集

国名	関連機関	関連機関の位置づけ	関連実施機関の役割	開始年度
アメリカ	CMS(Center of Medicare and Medicaid Services)	公的機関（連邦政府保健・福祉省 HHS の部局）	メディケアの運営主体、州の行政監査の規制・監督を実施。	1995年
英国	CQC(Care Quality Commission)	公的機関（但し政府から独立している）	ヘルスケアに関する規制を一元的に実施。	2009年
オランダ	Het Kwaliteitsinstituut (CVZ)	公的機関	国民・保険者・監査機関に対する医療・介護の見える化の推進。	2006年
カナダ	MOHLTC（オンタリオ州）	公的機関（保健長期介護省）	長期介護施設（LTC）の質評価を実施。	2010年
オーストラリア	Australian Aged Care Quality Agency	公的機関	入居施設の認定や在宅ケアサービスの質の評価を実施。	2014年
ドイツ	MDK （メディカルサービス）	公的機関（疾病金庫が共同設置した医学的審査機関）	要介護認定や質に関する調査を実施。	2009年

スウェーデン	全国医療福祉委員会	公的機関（社会保健省の傘下）	ヘルスケアの情報収集、基準開発、統計情報の収集を実施。	2008年
フランス	ANESM	公的機関	各介護施設が順守すべき水準、枠組み、主要評価基準、ガイドライン等を作成し、推奨を行う。	—
韓国	国民健康保険公団	公的機関（医療・介護保険者）	保険者業務とともに、質の評価を実施。	2009年

- 介護サービスの質の評価は、利用者の選択に資するための公表や報酬への反映を目的として実施されているが、報酬への反映は一部の国に止まっている。
- 質の評価のための指標は、Donabedian(1985)のストラクチャー、プロセス、アウトカムの3要素のうち、諸外国ではストラクチャー（インプット）、プロセス、アウトカムの指標の組み合わせで構成されている国が多い。

<主要国における質の評価指標（一部）とその利用方法について>

国名	利用方法		主な指標			利用者による評価
			ストラクチャー指標	プロセス指標	アウトカム指標	
アメリカ	公表	○	・登録正看護師による看護時間（利用者1人あたり/日）	なし	・身体拘束された長期滞在入居者の割合 ・一度あるいはそれ以上の回数、転倒による大外傷を経験した長期滞在入居者の割合	×
	報酬への反映	○				
英国	公表	○	・ケア従事者は適切にトレーニングを受け監督されていて、その技能を改善および開発する機会を持つべきである	・食事や飲み物は、利用者個人の食生活に合わせたものが提供されるべきである	・社会的ケアの介入効果によるQOLの改善を評価（日常生活を通じた自己管理、食事と飲料等の領域）	○
	報酬への反映	○				
オランダ	公表	○	・住環境および生活環境（職員配置、プライバシーの保護等）	・飲食（利用者に対する、食事の印象）	・精神衛生（自由な生活、取り扱い、生活におけるケアの影響）	○
	報酬への反映	△				
カナダ	公表	○	（監査項目） ・職員教育と説明 ・職員配置	（監査項目） ・食事の品質	・転倒頻度 ・身体拘束	×
	報酬への反映	○				
オーストラリア	公表	○	・管理者及び職員が、その役割を効率的に遂行するための適切な知識と技能を持つ	・利用者が十分な栄養と水分補給を受けている	・最大限の移動性と鋭敏性がすべての居住者に対して達成されている。	×
	報酬への反映	×				
ドイツ	公表	○	・介護老人福祉施設の職員は、救急処置、および、緊急時の対処手順について定期的に教育訓練を受けているか？	・食物を摂取する能力とリスクは、入所者個別に把握されているか？	なし	○
	報酬への反映	×				
スウェーデン	公表	○	・特殊自体発生時の対応手順の有無 ・全利用者に連絡担当者が決められる	・すべての食事が推奨時間内に提供される	なし (ただし高齢者の登録制度があり、地域ごとの転倒、身体拘束等の発生率を把握している)	×
	報酬への反映	×				
フランス	公表	×	全国的な介護の質の評価に関する指標はない			×
	報酬への反映	×				
韓国	公表	○	・年間計画に沿って職員に対し給付提供のための教育を年1回以上実施する	・食事摂取量が顕著に減ったり食事を中断する受給者を把握し、原因調査などを行い管理する	・入所後、受給者の等級が改善した	△
	報酬への反映	○				

※主にスタッフおよび人材に関する指標を収集した

※主に食事に関する指標を収集した

※主に身体拘束および転倒に関する指標を収集した