

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業 の調査検討組織 設置要綱 (案)

1. 設置目的

(株)三菱総合研究所は介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業の調査を実施するにあたり、データ項目 ver.2 に基づく質の評価の検討、プロセス評価の検討といった本業務で実施する内容の方向性の検討や実施結果を踏まえた、介護保険制度におけるサービスの質の評価手法方等の検討を行うため、以下のとおり介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業の調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置する。

2. 実施体制

- (1) 本調査検討組織は、藤野善久（産業医科大学 公衆衛生学教室 准教授）を委員長とし、その他の委員は以下のとおりとする。
- (2) 委員長が必要があると認めるときは、本調査検討組織において、関係者から意見を聴くことができる。

3. 調査検討組織の運営

- (1) 調査検討組織の運営は、(株)三菱総合研究所が行う。
- (2) 前号に定めるもののほか、本調査検討組織の運営に関する事項その他必要な事項については、本調査検討組織が定める。

介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業の調査検討組織 委員等

委員長	藤野 善久（産業医科大学 公衆衛生学教室 准教授）
委員	折茂 賢一郎（全国老人保健施設協会 副会長）
委員	川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部長）
委員	梶木 繁之（産業医科大学 産業保健経営学教室 講師）
委員	小泉 立志（公益社団法人全国老人福祉施設協議会）
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 教授）
委員	藤井 賢一郎（上智大学 総合人間科学部 准教授）

（敬称略、50音順）

【オブザーバー】

- 厚生労働省 老健局老人保健課 介護保険データ分析室長 西嶋康浩
- 厚生労働省 老健局老人保健課 課長補佐 石井 洋介
- 厚生労働省 老健局老人保健課 看護係長 長谷川 洋子
- 厚生労働省 老健局老人保健課 介護予防係 兼本 千絵
- 厚生労働省 老健局振興課 課長補佐 佐藤 美雄
- 厚生労働省 老健局振興課 介護支援専門官 石山 麗子
- 厚生労働省 老健局振興課 人材研修係長 田代 善行
- 厚生労働省 老健局振興課 基準第二係長 中村 光輝

（7）介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業（素案）

1. 調査の目的

持続可能な介護保険制度の実現に向け、より効果的・効率的な介護保険サービスの提供について検討を進める必要がある。また、平成27年度介護給付費分科会審議報告、産業競争力会議、成長戦略等においても、介護保険制度におけるサービスの質の評価のあり方について検討を進めることが求められている。これらの状況も踏まえ、平成27年度に調査対象としなかった他のサービスも対象として検討した上で、同年度に作成したデータ項目に基づき、介護保険制度におけるサービスの質の評価のあり方及び周辺課題に関する検討を行うことを当事業の目的とする。

2. 調査客体

- ①居宅介護支援事業所
- ②介護老人保健施設
- ③介護老人福祉施設

3. 主な調査項目

①データ項目 ver. 2に基づく質の評価の検討

- ・平成27年度「介護保険制度におけるサービスの質の評価のあり方に関する調査研究事業」（以下、平成27年度事業）において作成したデータ項目 ver. 2に基づいたデータの収集を行う。データの収集対象は、平成27年度に収集を行った居宅介護支援事業所、介護老人保健施設の2サービスと、新規で介護老人福祉施設を対象とする。
- ・居宅介護支援事業所、介護老人保健施設については、データ項目 ver. 2で設定したハザードの発生率に基づいた「ベンチマークの可能性」を検証することを主目的とするため、原則として協力事業所・施設の全利用者のデータを収集する必要がある。そのため入力者1人あたりのデータ入力負荷を下げられるよう、データ項目 ver. 2（簡易版）を収集項目とする。
- ・介護老人福祉施設は、平成27年度の居宅介護支援事業所、介護老人保健施設と同様、平成27年度事業で作成したデータ項目 ver. 2の全項目（フルセット版）を収集する。

図表 各事業所・施設から収集するデータとデータ収集の目的

サービス	収集データ	分析の視点		
		データ収集可能性	ハザードの発生を予測する際のデータの妥当性	事業所・施設間比較（ベンチマークの可能性）
居宅介護支援事業所 介護老人保健施設	データ項目 ver. 2(簡易版)			○
介護老人福祉施設	データ項目 ver. 2(フルセット版)	○	○	

②プロセス評価の検討

- ・質の評価の実現に向けては、ストラクチャー（構造）、プロセス（経緯）、アウトカム（結果）のそれぞれについて、相互の関連性を念頭に置いて評価指標を構築していく必要がある。
- ・サービス提供主体（事業者）とサービス提供者における2つのPDCAサイクルのうち、より汎用性が高く多様な施策・制度に繋げやすいという点から、サービス提供主体（事業者）におけるPDCAサイクル（＝サービス提供主体内のマネジメントに関するPDCAサイクル）に着目し、これらのマネジメントシステムを把握・評価するために必要な視点の整理を行い、試行的なヒアリング調査等を検討する。

**（7）介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業
調査項目（案）**

平成27年度「介護保険制度におけるサービスの質の評価のあり方に関する調査研究事業」において作成したデータ項目 ver.2 に基づいたデータの収集を以下の要領で行う。

図表1 各事業所・施設から収集するデータとデータ収集の目的

サービス	収集データ	分析の視点		
		データ収集可能性	ハザードの発生を予測する際のデータの妥当性	事業所・施設間比較（ベンチマークの可能性）
居宅介護支援事業所 介護老人保健施設	データ項目 ver.2（簡易版）			○
介護老人福祉施設	データ項目 ver.2（フルセット版）	○	○	

図表2 データ項目 ver.2（フルセット版）の構成

NO	分類	位置づけ
① A	登録情報	事業所情報（事業所番号、提供サービス等）
① B		主担当者情報（基礎資格等）
① C		担当者情報（基礎資格等）
① D		初回登録情報（利用（入所）開始年月日等）
① E		モニタリング時登録情報 （実施年月日、実施者、モニタリング（中止）理由等）
② A	モニタリング情報	（1） ADL・基本動作・排泄・食事の状況等
② B		（2） 対象とする7つのハザードが、自立支援の障害リスクとなり得る場合の利用者の状態に関する情報

図表3 データ項目 ver.2（簡易版）の構成

NO	分類	位置づけ
① A	登録情報	事業所情報（事業所番号、提供サービス等）
① B		主担当者情報（基礎資格等）
① C		担当者情報（基礎資格等）
① D		初回登録情報（利用（入所）開始年月日等）
① E		モニタリング時登録情報 （実施年月日、実施者、モニタリング（中止）理由等）
②	モニタリング情報	対象とする7つのハザードが、自立支援の障害リスクとなり得る場合の利用者の状態に関する情報

E. モニタリング時登録情報

設問	回答
(1) モニタリング実施年月日	()年()月()日
(2) 要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5
(3) 要介護認定日	()年()月()日
(4) 要介護度有効期間	()年()月()日～()年()月()日
(5) モニタリング担当者	
(6) モニタリング理由	1. 初回 2. 定期(3か月毎) 3. 臨時(著変時) 4. その他()
(7) モニタリング中止理由	1. 死亡 2. 入院 3. 退所 4. その他()
(8) モニタリング中止年月日	()年()月()日

② モニタリング情報

A. モニタリング情報(1)

設問		回答	
(1) ADL の状況	入浴	1. 自分で行っている 2. 自分で行っていない	
	排泄	排尿	1. 自分で行っている 2. 自分で行っていない
		排便	1. 自分で行っている 2. 自分で行っていない
	食事摂取	1. 自分で行っている 2. 自分で行っていない	
	更衣	上衣	1. 自分で行っている 2. 自分で行っていない
		下衣	1. 自分で行っている 2. 自分で行っていない
個人衛生(洗顔・整髪・爪切り)		1. 自分で行っている 2. 自分で行っていない	
(2) 基本動作 ※介助せずに行っているかをご記入ください。	寝返り	1. 自分で行っている 2. 自分で行っていない	
	座位の保持	1. 自分で行っている 2. 自分で行っていない	
	座位での乗り移り	1. 自分で行っている 2. 自分で行っていない	
	立位の保持	1. 自分で行っている 2. 自分で行っていない	

(3) 排泄の状況	尿失禁 ※バルーンカテーテル使用者は「3. 対象外」として ください。	1. あり 2. なし 3. 対象外
	便失禁	1. あり 2. なし 3. 対象外
	バルーンカテーテルの使用 ※定義については実施要領をご覧ください。	1. あり 2. なし
(4) 食事の状況	食事の回数	() 回
	食事量の問題 ※「問題あり」「問題なし」の基準は実施要領 をご覧ください。	1. 問題あり →過食・小食・その他() 2. 問題なし
(5) 視力の状況 ※「問題あり」「問題なし」の基準は実施要領をご覧ください。		1. 問題あり 2. 問題なし
(6) 薬の状況	服薬状況	1. 薬を飲んでいる 2. 薬を飲んでいない 3. 不明
	a. 「1. 薬を飲んでいる場合」薬の種類	1. 抗生物質 2. ステロイド剤 3. 抗がん剤 4. 向精神剤 5. 降圧剤 6. 鎮痛剤 7. 睡眠薬 8. その他() 9. 不明
	b. 「1. 薬を飲んでいる場合」薬の種類数 ※a. で○をつけた薬の種類数についてご記 入ください。	1. () 種類 2. 不明
(7) 歯の状態	義歯の有無	1. あり 2. なし
	歯磨きの実施状況 ※義歯の場合は、手入れを自分でやっているか 否かをご記入ください。	1. 自分でやっている 2. 自分でやっていない
(8) 過去3か月間の入院の有無		1. あり 2. なし
(9) 過去3か月間の在宅復帰の有無		1. あり 2. なし
(10) 過去3か月間の骨折の有無		1. あり 2. なし

B. モニタリング情報 (2)

■ 転倒		
(1) 過去3か月以内に転倒をしましたか。	1. はい	2. いいえ 3. 不明

■ 発熱				
(2) 過去3か月以内に37.5度以上の発熱がありましたか。	1. はい	2. いいえ	3. 不明	
■ 誤嚥				
(3) 過去3か月以内に誤嚥性肺炎の既往がありますか ※誤嚥性肺炎の判断基準については、実施要領をご覧ください。	1. はい	2. いいえ	3. 不明	
(4) (介護に注意が必要な) 嚥下機能の低下がありますか	1. はい	2. いいえ	3. 不明	
(5) (介護に注意が必要な) 摂食困難な状況がありますか	1. はい	2. いいえ	3. 不明	
■ 脱水				
(6) 過去3か月以内に脱水状態になったことはありますか。	1. はい	2. いいえ	3. 不明	
■ 褥瘡				
(7) 過去3か月以内に褥瘡の既往がありますか。 ※褥瘡の既往は「NPUAP/EPUAP」による褥瘡の分類のうち、ステージI (消退しない発赤) 以上のものを「褥瘡の既往」としてごください。詳細は実施要領をご覧ください。	1. はい	2. いいえ	3. 不明	
■ 認知機能				
(9) 見当識 ※それぞれのレベルの判断基準については実施要領を必ずご確認ください。上記でご記入ください。	自分の名前がわかりますか。	1. わかる	2. わからない	3. 不明
	その場にいる人がだれかわかりますか。	1. わかる	2. わからない	3. 不明
	どこにいるかわかりますか。	1. わかる	2. わからない	3. 不明
	年月日がわかりますか。	1. わかる	2. わからない	3. 不明
(10) コミュニケーション ※それぞれのレベルの判断基準については実施要領を必ずご確認ください。上記でご記入ください。	相手が話していることを理解していますか。	1. できる	2. できない	3. 不明
	周囲の人(友人・知人やスタッフ等)と簡単なあいさつや会話はできますか。	1. できる	2. できない	3. 不明
	簡単な文章を読んで理解していますか。	1. できる	2. できない	3. 不明
	周囲の人(友人・知人やスタッフ等)と継続的にコミュニケーションが取れていますか。	1. 保てる	2. 保てない	3. 不明

図表5 データ項目 ver.2 (簡易版)

★…居宅介護支援版のみの項目

☆…老人保健施設版のみの項目

① 登録情報

A. 事業所情報

設問	回答
(1) 事業所番号	<input type="text"/>
(2) 事業所名 (カタカナ)	
(3) 提供サービス	1. 居宅介護支援 2. 介護老人保健施設
(4) メールアドレス	(@)

B. 主担当者情報

設問	回答																								
(1) 主担当者名 (カタカナ)																									
(2) パスワード																									
(3) 基礎資格	<table border="0"> <tr> <td>1. 医師</td> <td>7. 准看護師</td> <td>13. 義肢装具士</td> <td>19. 柔道整復師</td> </tr> <tr> <td>2. 歯科医師</td> <td>8. 理学療法士</td> <td>14. 歯科衛生士</td> <td>20. 栄養士</td> </tr> <tr> <td>3. 薬剤師</td> <td>9. 作業療法士</td> <td>15. 言語聴覚士</td> <td>21. 精神保健福祉士</td> </tr> <tr> <td>4. 保健師</td> <td>10. 社会福祉士</td> <td>16. あん摩マッサージ指圧師</td> <td>22. その他</td> </tr> <tr> <td>5. 助産師</td> <td>11. 介護福祉士</td> <td>17. はり師</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. 看護師</td> <td>12. 機能訓練士</td> <td>18. きゅう師</td> <td></td> </tr> </table>	1. 医師	7. 准看護師	13. 義肢装具士	19. 柔道整復師	2. 歯科医師	8. 理学療法士	14. 歯科衛生士	20. 栄養士	3. 薬剤師	9. 作業療法士	15. 言語聴覚士	21. 精神保健福祉士	4. 保健師	10. 社会福祉士	16. あん摩マッサージ指圧師	22. その他	5. 助産師	11. 介護福祉士	17. はり師		6. 看護師	12. 機能訓練士	18. きゅう師	
1. 医師	7. 准看護師	13. 義肢装具士	19. 柔道整復師																						
2. 歯科医師	8. 理学療法士	14. 歯科衛生士	20. 栄養士																						
3. 薬剤師	9. 作業療法士	15. 言語聴覚士	21. 精神保健福祉士																						
4. 保健師	10. 社会福祉士	16. あん摩マッサージ指圧師	22. その他																						
5. 助産師	11. 介護福祉士	17. はり師																							
6. 看護師	12. 機能訓練士	18. きゅう師																							
(4) メールアドレス	(@)																								

E. モニタリング時登録情報

設問	回答
(1) モニタリング実施年月日	()年()月()日
(2) 要介護度	1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5
(3) 要介護認定日	()年()月()日
(4) 要介護度有効期間	()年()月()日～()年()月()日
(5) モニタリング担当者	
(6) モニタリング理由	1. 初回 2. 定期(3か月毎) 3. 臨時(著変時) 4. その他()
(7) モニタリング中止理由	1. 死亡 2. 入院 3. 退所 4. その他()
(8) モニタリング中止年月日	()年()月()日

② モニタリング情報

■ 転倒	
(1) 過去3か月以内に転倒をしましたか。	1. はい 2. いいえ 3. 不明
■ 発熱	
(2) 過去3か月以内に37.5度以上の発熱がありましたか。	1. はい 2. いいえ 3. 不明
■ 誤嚥	
(3) 過去3か月以内に誤嚥性肺炎の既往がありますか ※誤嚥性肺炎の判断基準については、実施要領をご覧ください。	1. はい 2. いいえ 3. 不明
(4) (介護に注意が必要な) 嚥下機能の低下がありますか	1. はい 2. いいえ 3. 不明
(5) (介護に注意が必要な) 摂食困難な状況がありますか	1. はい 2. いいえ 3. 不明
■ 脱水	
(6) 過去3か月以内に脱水状態になったことはありますか。	1. はい 2. いいえ 3. 不明

■ 褥瘡		
(7) 過去3か月以内に褥瘡の既往がありますか。 ※褥瘡の既往は「NPUAP/EPUAP」による褥瘡の分類のうち、ステージI（消退しない発赤）以上のものを「褥瘡の既往」としてごください。詳細は実施要領をご覧ください。		1. はい 2. いいえ 3. 不明
■ 認知機能		
(8) 見当識 ※それぞれのレベルの判断基準については実施要領を必ずご確認ください。記入ください。	自分の名前がわかりますか。	1. わかる 2. わからない 3. 不明
	その場にいる人がだれかわかりますか。	1. わかる 2. わからない 3. 不明
	どこにいるかわかりますか。	1. わかる 2. わからない 3. 不明
	年月日がわかりますか。	1. わかる 2. わからない 3. 不明
(9) 認知機能 ※それぞれのレベルの判断基準については実施要領を必ずご確認ください。記入ください。	意識障害がありますか。	1. はい 2. いいえ 3. 不明
	長期記憶は保たれていますか。	1. 保てる 2. 保てない 3. 不明
	簡単な計算はできますか。	1. できる 2. できない 3. 不明
	時間管理はできますか。	1. できる 2. できない 3. 不明
■ 移動		
(10) 歩行・移動 ※介助せずに行っているかをご記入ください。	屋内(施設や自宅内で居室から別の部屋へと)の移動をしていますか。	1. はい 2. いいえ 3. 不明
	安定した歩行をおこなっていますか。	1. はい 2. いいえ 3. 不明
	階段昇降をおこなっていますか。	1. はい 2. いいえ 3. 不明
	施設や自宅から外出していますか。	1. はい 2. いいえ 3. 不明
	公共交通機関を利用して外出をおこなっていますか。 ※自家用車での移動含む。	1. はい 2. いいえ 3. 不明

