

り難しく、そのための知識や方法についての研修に関する体系化はできていないというのが現状ではないかとの思いもある。物とサービスの評価について比較してみると、第一に、サービスは一過性であり、再現性がないためその評価の正しさが本当かどうかの判断ができにくいこと。第二に、サービスを受ける人によって、同じサービスといっても、その人自身の感情によって評価の度合いが異なること。第三に、同じ人が同じサービスを受けても、その人の置かれている時間や場所やタイミングによっても評価が異なること。第四に、そのサービス自体ではなく、その付帯サービスによって、評価対象となっているサービス本体の評価が変わる。たとえば、同じ食事であっても、味も栄養価も食べる場所も時間も場所も同じでも食器が異なることによって、評価がかわることがあり、食事という本体のサービスの評価が変化する場合がある。このように一般にサービスの内容の評価は、さまざまな要素が考えられるために物の評価より、かなり難しいといわざるをえない。

また、アメリカ合衆国において長年にわたって、検討がなされてきた看護の質に関する評価方法やその考え方を応用できるかどうかについて、2000年の8月にカリフォルニア州でホームケアサービスを主に提供している機関である InCare Service（インケアサービス）において調査を行なった結果を基に述べたいと思う。

この調査では、第一に、わが国の介護保険制度で用いられている認定調査票を使用して、高齢者の状況を把握し、要介護度（コンピュータによる一次判定）を算出すること。第二に、その高齢者の要介護度に応じた在宅サービスの種類と金額を比較するという2つのことを目的とした。この調査のために、認定調査票は、英訳を行なった（表1-7参照）。

認定調査項目の理解とその判断基準については、看護婦への説明を行ない、実際の評価の際には、訪問宅に同行した。調査対象は、6名で年齢は、59歳から83歳までである。女性が4名で、男性が2名。要介護度は1あるいは、要介護度2であった。行われているケアの内容は、酸素療法、モニター測定、点滴の管理、家事、食事摂取、入浴時の介助など身体的な介助である。

調査対象となった高齢者らの身体的、精神的な状態は、脳卒中の後遺症、交通事故などの原因により、現在の障害は固定的で回復は見込めないことが、彼らへの在宅サービスを提供する期間は、サービス提供前に決定されている。具体的に示すと、サービス提供時間、提供内容は、彼らの身体的、精神的な状況の指標を基にした何らかの目標値、たとえば「居室からトイレまで自力で移動する」が達成される期間を決定するということである。

訪問看護婦は、この目標が達成されるように高齢者の在宅生活の上での日課表やケア上の留意点、課題達成までの計画を作成する。そして、設定された期間よりも早く目標に達成されれば、その時点で在宅サービスは中止される。多くの場合は、あらかじめ決められた期間で終了するが、早く終了できる場合もあるのだと聞いた。調査対象となった6名の訪問期間は、最大で4週間の予定とされていた。

このように、アメリカ合衆国の在宅サービスの提供には期間がある。わが国の介護保険

サービスには、あらかじめ設定された期間はない。その高齢者が在宅生活を継続する限り、サービスは提供され続ける。これは、今回の調査機関で働く職員やその所長にも理解しがたい事実と受けとめられた。InCareの所長であるリーンは、「いったい、どうして日本は、そんなにお金があるの?」と私に驚いて、聞き返したのである。

すべての計画は、目標を達成するために作成され、実行する。目標が達成されるということがその成果(outcome)として表される。このごく単純なプロセスの通りに、病院でも在宅で生活する高齢者に対する介護サービスにおいても行われているのがアメリカ合衆国の姿である。構造、経過、成果という看護サービスの質を評価し、その向上を考えると、品質管理活動を支えているのは、このような日常であり、医療も看護も介護も、いずれのサービスもとても高いという現実とそういう感覚なのである。

さて、わが国において介護保険サービスを受けている各高齢者毎に何らかの目標をたて、それが達成されたらサービスは、打ち切りといった方針が徹底し、成果を基に介護保険サービスの質を維持するという考え方が受け入れられるだろうか。

わが国における介護保険サービスの質を評価し、その質の維持や向上を考える方法として、アメリカ合衆国で用いられている評価指標を用いることが困難な理由は、第一に、「成果」が明確でない、あるいは、成果を明確にできないこと。第二に、成果が明確でないため経過の評価ができないこと、第三に、成果や経過を評価する市民の価値観が一定でない、あるいは、考えられていないことがあげられるのである。

介護保険サービスが生まれた背景には、時代のコンテクストにおいて、現代の日本社会が一定の介護水準を要求したからと考えられる。すなわち社会における介護保険サービスの機能とそれらをささえる市民のモラルのあり方、個人と集団のあり方、個人と地域社会とのあり方を、そして国家との関係、一定の社会にある支配的な価値観との関係で再定義することが求められていたのだと考える。つまり、介護保険サービスについては、図1・2に示したように、国、個人、集団のもつモラルに関して、一定の価値観があることを前提として、その機能が規定される。

このことは、わが国に適した新たな評価方法を検討しなければならないこと。そして、その評価の対象を明らかにする必要があることを意味している。

図1-2

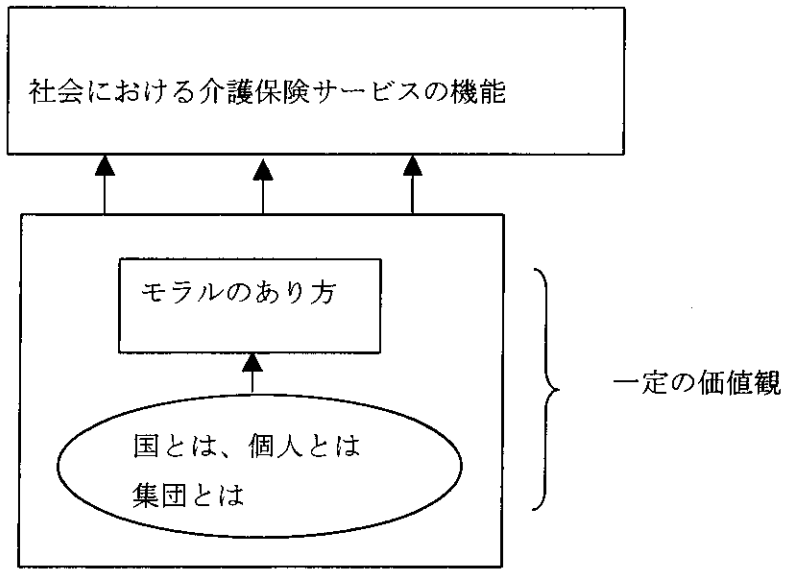


表 1 - 7 認定調査票 (英語版)

Insurer number: _____ The insured

A certification survey should be conducted when a client is well enough to be examined. If the applicant is unwell (including having a high fever because of flu), a re-survey

Certification Survey Form (Face sheet)

I. Person who administered the survey (recorder)

Date		Place	Home Institution	Other ()
Name of Surveyor		Name of Surveyor's Institution		

II. Applicant

Previous Certification	Initial Second or More (Previous certified date:)	Results of Previous Certification		Not Certified /Support Needs /Care Needs Grade ()	
Name of Applicant		Gender	Male · Female	Date of Birth	M · T · S / / / (Age:)
Address	〒 -			Tel	- -
Address Contact to (e.g., family)	〒 - Name () Relationship to the Applicant ()			Tel	- -

Check types of services and indicate frequency of services the applicant currently receives.

Home Care (Describe the average number of visits in the past three months; the number of items of renting devices (on the date of the survey) and the purchasing devices (in the last six months).	
Visiting care (home help service) _____/Month _____/Number of Visit(s)	Renting device(s) _____ Item(s)
Visiting bathing care	Short stay living care (Special Nursing Home for the Elderly) _____ Date
Visiting nursing	Short stay medical care (Geriatric Health Care Facility, Clinics) _____ Date
Visiting rehabilitation	Senile Elderly Group Home living care _____ Date
Instructions of home medical care management	Specific institutional living care _____ Date
Day service	Purchasing device(s) _____ Item(s)
Day care	House adaptation: Yes No
Municipal Special benefit: (_____)	
Home care services other than the long-term care insurance system: (_____)	

Institutions	
<input type="checkbox"/> Special Nursing	Address Name (_____)
<input type="checkbox"/> Health Services Facility for the elderly	〒 - _____
<input type="checkbox"/> Long-term Care Hospital Unit	Tel - - _____
<input type="checkbox"/> Other institutions under the long-term care insurance	
Name of Institution	

IV. Describe specific facts such as chief complaint, family situations, residential conditions, and presence of abuse.

Insurer number: _____ The insured number: _____

Certification Survey Form (Basic Questionnaire)

1-1 Presence of paralysis. Circle all that apply. (Multiple answers are acceptable.)

1. No	2. Left upper extremity	3. Right upper extremity	4. Left lower extremity	5. Right lower extremity	6. Other(s)
-------	-------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------

1-2. Limitation of joint movement. Circle all that apply.

2. Shoulder joint	3. Elbow joint	4. Hip joint	5. Knee joint	6. Ankle	7. Other(s)
-------------------	----------------	--------------	---------------	----------	-------------

2-1 Turning over in bed. Circle only one that applies.

1. Able to do without holding	2. Able to do only with holding something	3. Unable to do
-------------------------------	---	-----------------

2-2. Sitting up in bed. Circle only one that applies.

1. Able to do without holding	2. Able to do only with holding something	3. Unable to do
-------------------------------	---	-----------------

2-3. Maintaining a sitting position with feet on floor. Circle only one that applies.

Able to do
Able to do only with holding on to something
Able to do only with holding by somebody
Unable to do

2-4. Maintaining a sitting position without touching feet on floor. Circle only one that applies.

1. Able to do
2. Able to do only with holding on to something
3. Able to do only with holding by somebody
4. Unable to do

2-5. Maintaining a standing position on both feet.

1. Able to do without support	2. Able to do only with some support	3. Unable to do
-------------------------------	--------------------------------------	-----------------

2-6. Ambulation/Locomotion. Circle only one that applies.

1. Able to do	2. Able to do only with holding	3. Unable to do
---------------	---------------------------------	-----------------

2-7. Transferring. Circle only one that applies.

1. Independent	2. With supervision (including instructions by caregiver)	3. Partial assistance	4. Full assistance
----------------	---	-----------------------	--------------------

3-1. Standing up from sitting position. Circle only one that applies.

1. Able to do	2. Able to do only with holding	3. Unable to do
---------------	---------------------------------	-----------------

3-2. Maintaining a standing position on one foot. Circle only one that applies.

1. Able to do without support	2. Able to do only with some support	3. Unable to do
-------------------------------	--------------------------------------	-----------------

3-3. Striding over the rim of bath tub at home.. Circle only one that applies.

1.Independent	2.Partial assistance	3.Full assistance	4.No bathing
---------------	----------------------	-------------------	--------------

3-4. Washing body. Circle only one that applies.

1.Independent	2.Partial assistance	3.Full assistance	4. No washing body
---------------	----------------------	-------------------	--------------------

4-1. Bedsore (decubitus). Circle all that apply.

a. Is there any bedsore(decubitus)	1) No	2) Yes
b. Is there any skin disease which requires treatment or care other than bedsore (decubitus)?	1) No	2) Yes

4-2 Lifting one arm to his/her breast. Circle only one that applies.

1. Able to do without support	2. Able to do only with some support	3. Unable to do
-------------------------------	--------------------------------------	-----------------

4-3 Swallowing(deglutition). Circle only one that applies.

1.Able to do	2.With supervision (including instructions by caregiver)	3. Unable to do
--------------	--	-----------------

4-4 Feeling for voiding/bowel movement. Circle only one that applies.

a. Voiding(urination)	1. Yes	2. Sometimes	3. No
b. Bowel movement(defecation)	1. Yes	2. Sometimes	3. No

4-5 Management after voiding(urination). Circle only one that applies.

1.Independent	2.Only indirect assistance	3. Direct assistance	4. Full assistance
---------------	----------------------------	----------------------	--------------------

4-6 Management after bowel movement(defecation). Circle only one that applies.

1.Independent	2.Only indirect assistance	3. Direct assistance	4. Full assistance
---------------	----------------------------	----------------------	--------------------

4-7. Taking Meals(dietary intake). Circle only one that applies.

1.Independent	2.With supervision (including instructions by caregiver)	3. Partial assistance	4. Full assistance
---------------	--	-----------------------	--------------------

5-1. Personal hygiene. Circle only one that applies.

	1. Independent	2. Partial Assistance	3. Full Assistance
a. Oral hygiene (tooth brushing)	1	2	3
b. Washing face	1	2	3
c. Hair dressing	1	2	3
d. Nail cut	1	2	3

5-2. Dressing and undressing. Circle only one that applies.

	1. Independent	2. With supervision (including instructions from caregiver)	3. Partial Assistance	4. Full Assistance
a. put on and take off buttons	1	2	3	4
b. put on and take off a jacket.	1	2	3	4
c. put on and take off a pair of trousers/underwear.	1	2	3	4
d. put and take off socks.	1	2	3	4

5-3. Cleaning rooms. Circle only one that applies.

1. Independent.	2. Partial assistance	3. Full assistance
-----------------	-----------------------	--------------------

5-4. Taking medicines. Circle only one that applies.

1. Independent.	2. Partial assistance	3. Full assistance
-----------------	-----------------------	--------------------

5-5. Financial management. Circle only one that applies.

1. Independent.	2. Partial assistance	3. Full assistance
-----------------	-----------------------	--------------------

5-6. Serious failing memory. Circle only one that applies.

1. No	2. Sometimes	3. Yes
-------	--------------	--------

5-7. Indifference to circumstances. Circle only one that applies.

1. No	2. Sometimes	3. Yes
-------	--------------	--------

6-1. Vision(Acuity). Circle only one that applies.

<ol style="list-style-type: none">1. Normal (without problem in daily living)2. Able to see an eye chart at about 1m distance3. Able to see a eye chart before the client's eye4. Rarely able to see5. Impossible to judge whether the client can see or not
--

6-2. Hearing(audibility). Circle only one that applies.

<ol style="list-style-type: none">1. Normal2. Barely able to hear normal voice but bad hearing sometimes causes mistakes3. Able to hear only loud voice4. Rarely able to hear5. Impossible to judge whether the client can hear or not
--

6-3. Communication. Circle only one that applies.

<ol style="list-style-type: none">1. Able to do.2. Sometimes able to do.3. Rarely able to do.4. Unable to do.
--

6-4. Response to instructions by caregiver. Circle only one that applies.

1. Able to understand	2. Sometimes able to understand	3. Unable to understand
-----------------------	---------------------------------	-------------------------

6-5. Understanding. Circle only one that applies.

a. Understands a daily schedul	1. Able to understand	2. Unable to understand
b. Answers date of birth and age	1. Able to understand	2. Unable to understand
c. Remembers what the client did before interview	1. Able to understand	2. Unable to understand
d. Remembers own name	1. Able to understand	2. Unable to understand
e. Understands what season it is now	1. Able to understand	2. Unable to understand
f. Answers the place where the client is	1. Able to understand	2. Unable to understand

7. Behavior. Circle only one that applies.

a. Feels persecuted such as believes things are stolen	1. No	2. Sometimes	3. Yes
b. Makes up stories(fabulation) and tells other people	1. No	2. Sometimes	3. Yes
c. Sees and hears things that other people do not	1. No	2. Sometimes	3. Yes
d. Becomes emotionally unstable such as cries and laughs a lot	1. No	2. Sometimes	3. Yes
e. Insomnia during night or reversal of day and night	1. No	2. Sometimes	3. Yes
f. Uses offensive language or becomes violent	1. No	2. Sometimes	3. Yes
g. Repeats the same story or makes an uncomfortable noise	1. No	2. Sometimes	3. Yes
h. Shouts	1. No	2. Sometimes	3. Yes
i. Resists advice or care	1. No	2. Sometimes	3. Yes
j. Wanders	1. No	2. Sometimes	3. Yes
k. Becomes nervous such as saying "I am going home"(Restlessness)	1. No	2. Sometimes	3. Yes
l. Once the client goes out, he/she cannot find their way back to hospital, institution or home	1. No	2. Sometimes	3. Yes
m. The client should be watched because he/she insists on going out alone	1. No	2. Sometimes	3. Yes
n. Collects various things or brings them without permission	1. No	2. Sometimes	3. Yes
o. The client cannot manage the fire	1. No	2. Sometimes	3. Yes
p. Destroys or tears things or clothes	1. No	2. Sometimes	3. Yes
q. Dirty behavior (e.g., playing with feces)	1. No	2. Sometimes	3. Yes
r. Put inedible things into mouth	1. No	2. Sometimes	3. Yes
s. Sexual behavior that annoys other people	1. No	2. Sometimes	3. Yes

8. Medical care which the client received within late 14 days. Circle all that apply.

Treatment	1. Infusion management	2. Central venous hyperalimentation.	3. Dialysis	4. Stoma (artificial anus) care
	5. Oxygen therapy	6. Respirator (artificial ventilator)	7. Tracheostomy care	
	8. Pain care	9. Tube feeding		
Special intervention	10. Monitor measurement (blood pressure, palms, oxygen saturation)	11. Bedsore care		
Incontinence care	12. Catheter (condom catheter, indwelling catheter)			

9. Activities of Daily Living. Circle only one that applies.

Grades of activities of Daily Living for the disabled elderly (Bedridden level)	Normal • J1 • J2 • A1 • A2 • B1 • B2 • C1 • C2
Grades of activities of Daily Living for the demented elderly	Normal • I • II a • II b • III a • III b • IV • M

Certification survey form(Special remarks)

Insurer No. _____ Insured

No _____

1. Remarks on paralysis and limitation of Joint Movement

1-1 Presence of paralysis 1-2 Limitation of joint range of motion

()

()

()

2. Remarks on mobility

2-1 Turning 2-2 Getting up 2-3 Sitting position with both feet on the floor 2-4 Sitting position with both feet off the floor 2-5 Standing on feet 2-6 Walking 2-7 Transfer

()

()

()

3. Remarks on advanced mobility

3-1 Standing up 3-2 Standing on one foot 3-3 Going in and out of bath tub 3-4 Body washing()

()

()

4. Remarks on special care

4-1 Pressure sore 4-2 Raising one hand to chest 4-3 Swallowing 4-4 Sensation for excretion 4-5 Care after urination 4-6 Care after defecation 4-7 Eating

()

()

()

5. Remarks on personal care

5-1 Cleanliness 5-2 Dressing 5-3 Response to care giver's instruction 5-4 Medication 5-5 Cleaning of rooms 5-6 Money management 5-7 Severe forgetfulness 5-8 Disinterest in surrounding environment

()

()

()

6. Remarks on communication and understanding

6-1 Vision 6-2 Hearing 6-3 Communication of intention 6-4 Response to instructions 6-5 Comprehension

()

()

()

7. Remarks on behavioral problems

7. Behavior

()

()

()

8. Remarks on special medical care

8. Special medical care

()

()

()

※ When more comment is to be made, use additional paper

Date Y/M/D

Physician's Statement

Applicant	Name Date of birth Y/M/D (Age)	M F	Address Telephone
The following is the statement for the applicant. I agree to use this statement for care service planing <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Physician's Name		Phone	
Hospital/Clinic Name		Fax	
Hospital/Clinic Address			
(1) Last time I saw the applicant	Year	Month	Day
(2) Number of statements made	<input type="checkbox"/> One <input type="checkbox"/> More than one		
(3) Visit of other department	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (When yes) <input type="checkbox"/> Internal medicine <input type="checkbox"/> Psychiatry <input type="checkbox"/> Surgery <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Orthopedic surgery <input type="checkbox"/> Neurosurgery <input type="checkbox"/> Dermatology <input type="checkbox"/> Urology <input type="checkbox"/> Gynecology <input type="checkbox"/> Ophthalmology <input type="checkbox"/> ENT <input type="checkbox"/> Rehabilitation <input type="checkbox"/> Dentistry <input type="checkbox"/> Others ()		

1. Opinion on disease

(1) Diagnosis (Designated diseases or diseases of direct cause of disability is listed in 1.) and onset
1. Onset (around Y/M/D)
2. Onset (around Y/M/D)
3. Onset (around Y/M/D)
(2) Stability of disease <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Unstable <input type="checkbox"/> Unknown
(3) Prognosis on care needs <input type="checkbox"/> Improve <input type="checkbox"/> Unchanged <input type="checkbox"/> Worsen
(4) History of disease causing disability and treatment including medication (Change during the last 6 months and the reasons of diagnosis for designated diseases)

2. Special Medical Treatment (Check all treatments within the last 14 days)

Treatment management	<input type="checkbox"/> Infusion management <input type="checkbox"/> Central venous feeding <input type="checkbox"/> Dialysis <input type="checkbox"/> Stoma care <input type="checkbox"/> Oxygen therapy <input type="checkbox"/> Respirator <input type="checkbox"/> Tracheotomy management <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Tube feeding
Special management	<input type="checkbox"/> Monitoring (BP, heart rate, O2 saturation etc.) <input type="checkbox"/> Treatment of pressure sore
Incontinence care	<input type="checkbox"/> Catheterization (condom catheter, dwelling catheter etc.)

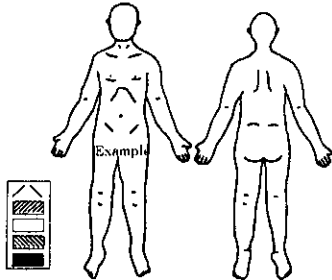
3. Opinion on psychological and physical conditions

(1) Independence of ADL
ADL independence of disabled elderly (bed boundedness) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
ADL independence of demented elderly <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) Comprehension and Memory
Short term memory <input type="checkbox"/> No problem <input type="checkbox"/> Problem
Cognition to make decisions <input type="checkbox"/> Independence <input type="checkbox"/> Slightly difficult <input type="checkbox"/> Monitoring needed <input type="checkbox"/> Difficult
Communication <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Slightly difficult <input type="checkbox"/> Limited to concrete request <input type="checkbox"/> No
Meals <input type="checkbox"/> Independence or can manage to eat <input type="checkbox"/> Complete assistance
(3) Behavior problems (Check all items applicable)
<input type="checkbox"/> Pseudopsia/Acouasm <input type="checkbox"/> Phantasm <input type="checkbox"/> Reversal of day and night <input type="checkbox"/> Violent language <input type="checkbox"/> Violent behavior
<input type="checkbox"/> Resistant to care <input type="checkbox"/> Wandering <input type="checkbox"/> No care of fire/gas <input type="checkbox"/> Unclean behavior <input type="checkbox"/> parorexia <input type="checkbox"/> sexual behavior problem <input type="checkbox"/> Others ()

(4) Psychiatric and neurological symptoms
 Yes (Symptoms) No
 (when Yes) → Seen by specialist Yes No

(5) Physical conditions
 Dominant hand (Right Left) Weight = kg Height = cm

Limb deficiencies (site: degree: Mild Moderate Severe)
 Paralysis (site: degree: Mild Moderate Severe)
 Muscle weakness (site: degree: Mild Moderate Severe)
 Pressure sore (site: degree: Mild Moderate Severe)
 Other skin problems (site: degree: Mild Moderate Severe)
 Joint constriction Shoulder Right Left Hip Right Left
 Elbow Right Left Knee Right Left
 Ataxia/Involuntary movement Upper limb Right Left Body Left Right
 Lower limb Right Left



4. Opinion on care

(1) Possible incidence of pathological status and its treatment
 Urinary incontinence Fall/Fracture Wandering Pressure sore Aspiration
 Pneumonia Bowel obstruction Compromised host Lowering of cardiopulmonary
 functions Pain Dehydration Others ()
 → How to treat ()

(2) Needs for medical management (Items of importance should be underlined)
 Doctor's visit Home nursing Home rehabilitation Outpatient rehabilitation
 Short term admission for care and management Home dentistry Dental hygiene instruction at
 home Pharmacy instruction at home Nutritional instruction at home Others

(3) Remarks on care (bathing, home care etc.) from medical point of view
 Blood pressure No Yes ()
 Swallowing No Yes ()
 Eating No Yes ()
 Transfer No Yes ()
 Others ()

(4) Infections (If yes, describe the conditions)
 Yes () No Unknown

5. Other remarks

Write medical opinions on care need certification below. Describe the comments you received from specialist consultants, if any. (You can attach their statement or attestation for disability application.)

第2章 介護保険サービスの水準を評価する指標の基本的な考え方

第1節 「当たり前品質」という質の評価

看護サービスの質の評価方法については、前述したようにアメリカ合衆国の評価指標を参考とした試みが、わが国でも数多くなされている。たとえば、平成9年度に発表された「厚生省看護対策総合研究事業：看護ケアの質の評価基準に関する研究（主任研究者 片山範子）」においては、3年間の継続研究により Donabedian の論文で示された評価の基本的枠組みである「ケア構造・ケア過程・ケア成果」という3つの構成要素によって評価を行なうという試みがなされている。この研究結果から示されたアウトカム評価の指標の一部である患者やその家族の満足度に関わる評価は、品質の考え方の中でも顧客の満足度や購買意欲に与える影響度で分類する方法から解釈される内容である。この研究に示されている患者に対して行われた入院中の看護に関するアンケートの項目は、

表2-1 患者に対する入院中の看護に関するアンケート調査項目

1) 看護婦がいることで、安心して検査や治療が受けられた
2) 安心して、看護婦の世話が受けられた
3) 自分で身体が拭けない時に、看護婦に気持ちよく身体を拭いてもらっていた
4) 痛みがあった時には、気兼ねなく看護婦に言えた
5) 看護婦の対応によって、痛みは落ち着いた
6) 痛みがあった時の看護婦の対応に満足できた
7) 看護婦は、私の身体の状態をよく知ってくれていると思う
8) 看護婦から大切にされていたと思う
9) 納得して、治療・看護が受けられた
10) 何人もの看護婦に同じことをいちいち伝えなければならなかった
11) 医師と看護婦のそれぞれに同じことを伝えなければならなかった
12) 御家族への看護婦の対応に満足できた

であり、これに加えて、患者の家族に対するアンケートの項目が、

表2-2 患者の家族に対する入院中の看護に関するアンケート調査項目

1) 面会のとき、気兼ねなく入院中のご家族（患者さん）と一緒にいられた
2) 看護婦が入院中のご家族（患者さん）に行っている世話に満足であった
3) 入院中のご家族（患者さん）の役に立ちたいと思ってしたことを看護婦は認めてくれていた
4) あなた自身、患者さんの家族として看護婦から大切にされていたと思う

である。以上の項目に対して、1. まったくそう思わない 2. あまりそう思わない 3. ややそう思う 4. 大いにそう思うのいずれかに回答をするという調査によって、看護ケアの成果としての患者の満足、家族の満足を評価するという内容である。これらの項目で評価しようとしている内容は、患者の家族が受けた看護の結果に対する満足度で①尊重②痛み
のケア③安心④医療チームの連携⑤患者の満足⑥家族へのケア⑦（家族の）気がね⑧家
族の満足という8側面だという。

前述のこれらの成果に関する8つの内容は、品質の概念からいうと、当たり前品質

(must-be quality) と呼ばれるものではないかと考えられる。これは、あって当たり前と受け止められている特性である。したがって、ない場合に患者や家族は不満に感じるのであって、満たされている場合には、それは、当たり前であるので全く何も感じないということになる。

ただし、患者や家族にとって病院での看護ケアは、尊重されず、痛みも多く、安心もできない、医療チームの連携もなされていない、不満足な内容が当たり前であるとすれば、尊重され、痛みもなく、安心できる看護が提供されれば、魅力的品質 (attractive quality) が高いということになる。

魅力的品質とは、私たちがやってもらえるとは思っていなかったニーズ、誰もが期待していなかったニーズを満たす品質のことをいう。期待されていなかったもので、なくても意識せず負の効果はないが、あれば正の効果を持つ。魅力的品質は強化すればするほど、その効果は比例的以上に大きくなると考えられる。しかし、魅力的品質は日々陳腐化するものである。商品の場合だと、前年までは『魅力的品質』だった特性が、翌年にはもはや『当たり前品質』になることもある。更には、流行遅れということで欠点になることすらある。このことから看護ケアの魅力的品質は、患者が人間として尊重されることや、安心や痛みのケアを行なうということであるとすれば、大きな問題であるともいえる。したがって、看護ケアの成果の評価は、当たり前品質が問われることになるだろうし、これは、すなわち設計品質として示されるべき内容と考えられる。

それでは、看護ケアの設計品質 (quality of design) として、先に示された①尊重②痛みのケア③安心④医療チームの連携⑤患者の満足⑥家族へのケア⑦(家族の) 気がね⑧家族の満足という8側面や前章で述べた介護保険サービス選択のための評価の在り方に関する検討会で紹介された介護サービス評価の各種取り組みに示された評価項目は、設計品質として用いることが可能だろうか。

品質を評価し、品質を保証するための品質管理は、事実(データ)に基づいて行われなければならない。看護ケアの質の評価、介護サービス評価の評価項目の内容を見ていくと、これらを事実として示すことが難しいという結論にならざるを得ない。データは大別すると定量的なデータと定性的なデータに分類される。定量的なデータとは、数値データ・量的データともいわれ、数値で表されるものである。定性データとは、言語データ・質的データともいわれ言語で表されるものである。「データを示せ」という場合には、多くの場合、数値データを示すことがほとんどである。なぜなら、示されたものが事実であることを示すためには、個人の主観が入っていないことが条件だからである。言葉を変えれば客観的であることを示す際には、数値データが求められているといえる。

これに加えて、あらわされた事実が誰が行なっても同じ結果が示されるという実証可能性を示すことが条件となる。事実とは、客観的であり、誰でも実証可能で、再現性がある事実を示していることである。したがって、言語データであっても、この条件が満たされ

れば事実を表すことができる。「このコンピュータは素晴らしい」という言語情報は、事実かどうか分からないが、「このコンピュータの重さは、5 kg です」という言語情報については、重さを再度測定することによって事実かどうかを実証することができるので客観的に考えるのである。「素晴らしい」というような表現は主観的な表現であるため、人が異なれば「素晴らしい」というかどうかは分からない。したがって、実証が不可能である。

一般に、対人援助サービスにおける顧客満足度の測定は難しいといわれるのは、顧客満足度に関わる調査に対する顧客の回答は、客観的でなく再現性も低いと考えられるためである。介護保険サービスもこの点は、同様であり、その評価が数値で表されるような設計品質を設定できるように工夫を行なうことが重要と考えられる。

第2節 評価対象の規定

評価が数値で表されるような設計品質をつくるためには、評価対象を何に規定するかという問題が、きわめて重要であろう。また品質を評価する手法の基本は、主に goods (物) の評価が主であり、service の評価ではなかったということを認識しておく必要がある。しかし、ここでは今日まで、ある程度、体系化がなされている「goods」の品質を評価を管理し、その品質の向上を行なうという活動を行なうにあたって考えられてきた概念やその考え方について説明を行なう。

Goods の品質について最初に紹介されたのは、設計品質 (quality of design) と適合品質 (quality of conformance)、あるいはできばえの品質としての製造品質 (quality objectives) という概念である。設計品質とは、「製造の目標としてねらった品質 (JIS Z 8101)」であり、適合品質とは「設計品質をねらって製造した製品の実際の品質 (JIS Z 8101)」である。したがって、設計品質とは、設計図面や仕様書などに記載されている内容をいい、適合品質は製造品質とも言われ、出来上がった製品を測定することによって、設計品質にどれだけ適合しているかで評価される。このため、設計品質はばらつくことはないが適合品質は必ずばらつきを持つことになると考えられている。

例えば、コンピュータのモニターを製造して販売する場合、モニターの大きさや重さや画面の大きさなど、様々な寸法が図面に示され、これらの寸法はばらつくことはない。そして、実際にモニターが製造され出来上がったモニターの各部の寸法を測ると、図面通りの寸法になるものもあるが、やはり、ばらつきは生じる。

このばらつきの程度を評価しようとするのが適合品質 (製造品質) である。あらかじめ設定されている設計品質にどれだけ適合しているか、設計品質に合致していれば合格である。しかし、規格の幅が広く設計されていた場合には、たとえ規格通りに作っても「品質が良い」とは言われない。

例えば、モニターの大きさが 15 インチと設計図面に書かれ、この通りに製造したとすると、その大きさが 15.001 インチになるものから 14.995 インチのものまでばらついたものができる。適合品質が設計品質通りであることは当然であるが、適合品質とは、設計品質に示された、ばらつきを小さくすることが何より大切なこととなる。つまり、製造品質のばらつきが小さいことが品質が良いということになる。さらに、設計品質自体が良いのかも問題になる。設計品質はばらつくことはなく、このねらいの品質自体が悪いと製造品質のばらつきがなくても品質が良いとはいわないのである。

ここでいう品質によって管理されるのは、「工程」である。提供財を生産するプロセスとしての工程を管理するためには、これらの工程からサンプルを収集し、このサンプルからデータを得て、工程に対して処置行動 (アクション) をとるという方法を連続的に行なっていく必要がある。たとえば、現工程を維持するのか、変更すべきかについて工程から得られる情報を基に判断し、工程に対してアクションをとる。つまり、品質は工程を評価し、

管理することによって、その向上が可能となるのである。

工程へのアクションは、結局のところ未来の製品に対してのアクションをとることである。現段階の工程が産出した製品は結果で、過去の物である。この過去の物を検査して、不良品を取り除くという作業は過去に対するアクションのようであるが、不良品が産出されないように工程にアクションをとることは、未来に対してアクションになると考えられている。このような活動は、品質を保証する目的で行なわれているといえる。こういう活動が品質管理と呼ばれている。日本工業規格（JIS）の定義によれば、品質管理とは「買手の要求に合った品質の品物又はサービスを経済的に作り出すための手段の体系（JIS Z 8101）」と定義されている。

ただし、このような設計品質と適合品質という考え方だけでは、品質の管理には寄与するが、もともと目的とすべき品質の向上には寄与しない。つまり、適合不良を減らすために厳重な検査が行われても不良は減らないのである。工程検査や最終検査（出荷検査）を厳しくすれば、不良を見つける精度は向上する。しかし、不良そのものは減らない。

そこでわが国では、1950年代にこの設計品質と適合品質に分けて品質を向上させようという考え方が紹介された後、品質を管理する過程において、新たに企画品質という考え方が生まれた。このことによって、日本の製品の品質は向上したといわれている。

この企画品質とは、商品企画段階で決まる品質で、顧客の要求している品質を定義し、製品コンセプトに盛り込む品質のことである。さらに、使用品質（fitness for use、usage quality）と呼ばれる概念もある。使用品質とは、顧客（消費者）が実際に、その商品を使用したときの品質である。

例えば、モニターの大きさは、「見やすい」あるいは「軽い」、「場所をとらない」厚さや重さであることが必要である。したがって、「軽い」ということ、あるいは「場所をとらない」ということを前提にして、設計品質は決められるべきということになる。いずれにしても、顧客の要求に合致した設計が必要となる。顧客の要求を無視した設計をすれば、製造品質は良くても出来上がった製品を市場が受け入れないという結果になる。そのためには、設計品質自体を良くすることが第一の条件となる。

このように品質の評価には、様々な側面があるが、わが国の製品が諸外国でも品質が高いと呼ばれる理由は、徹底的な「品質を通じた管理」、「品質による管理」が行われているからといわれている。以上のように、わが国の製造業を世界の一流企業としたは、徹底した工程管理の技法であり、基本的には製造工程を評価し、管理することにプラスした、消費者からのフィードバックという企画品質、要求品質によって品質を向上させてきたといえる。

本研究では、現在、わが国の製造業で行われている品質を通じた管理、品質による管理の手法が介護保険サービスに応用できるかを試みたいと考えている。ただし、介護保険サービスは、goodsではなく、servicesである。このため、servicesの内容を細かく分解し、

その各工程をチェックしていくような KAIZEN 運動とは、馴染まないだろう。このことを、どのように考えるべきか、また、services 不良をチェックするシステムは、資料は、検討すべき内容は、膨大である。

第3節 介護保険サービスにおける設計品質とは

介護保険サービスの適切な提供は、サービス提供に際しての問題点を早い時点で発見し、なくすような設計品質を造りこむことが必要であろう。『いかに提供するか?』よりも『何を提供するか?』を重要視すべきだと思う。この考え方は、製造業でも同様であり、従来の工程で品質を管理するから設計で品質を管理するという方向へと変化したといわれている。設計で造り込む製造品質が評価されているという。

さて、介護保険サービスは、介護保険における要介護認定がの給付が決定すると介護支援専門員によって、当該申請者の日常生活の自立を促進できるように、適切な介護サービス計画を作成し、その計画に際して、申請者の同意を得、それが速やかに実行されなければならない。これは、介護保険法第7条『この法律において「居宅介護支援」とは、居宅要介護者等が第四十一条第一項に規定する指定居宅サービス又は特例居宅介護サービス費若しくは特例居宅支援サービス費に係る居宅サービス若しくはこれに相当するサービス及びその他の居宅において日常生活を営むために必要な保健医療サービス又は福祉サービス（以下この項において「指定居宅サービス等」という。）の適切な利用等を行うことができるよう、当該居宅要介護者等の依頼を受けて、その心身の状況、その置かれている環境、当該居宅要介護者等及びその家族の希望等を勘案し、利用する指定居宅サービス等の種類及び内容、これを担当する者その他厚生省令で定める事項を定めた計画（以下この項において「居宅サービス計画」という。）を作成するとともに、当該居宅サービス計画に基づく指定居宅サービス等の提供が確保されるよう、同条第一項に規定する指定居宅サービス事業者その他の者との連絡調整その他の便宜の提供を行い、及び当該居宅要介護者等が介護保険施設への入所を要する場合にあっては、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うことをいい、「居宅介護支援事業」とは、居宅介護支援を行う事業をいう。』と示され、適切な利用をできるようにその心身の状況、その置かれている環境、当該居宅要介護者等及びその家族の希望等を勘案し、厚生省令で定める事項を定めた計画として、居宅サービス計画を作成しなければならないと定義されている点である。

これは、国は、介護保険サービスの提供に際しては、適切な利用のために、まず、心身の状況、環境、申請者ならびに家族の希望を聞いた上で計画をつくる必要があると示している。すなわち、適切さを検討資料としては、少なくとも、申請者の心身の状況、置かれている環境、申請者と家族の希望が、その要素であると考えられる。また、介護保険サービスの品質管理における設計品質のつくりこみは、この居宅サービス計画の要素を検討することにあると考えられる。なお、施設サービスを利用する際にも施設サービス計画が作成されなければならないとされ、この作成の条件も居宅サービス計画と同様である。

居宅介護サービス計画として、厚生省が推奨している内容と様式は、表2-3に示した通り15種類ある。

表 2-3 居宅介護サービス計画として、厚生省が推奨している内容と様式

① 居宅サービス計画書(1)
② 居宅サービス計画書(2)
③ 週間サービス計画表
④ サービス担当者会議の要点
⑤ サービス担当者に対する照会(依頼)内容
⑥ 居宅介護支援経過表
⑦ 居宅サービス履歴
⑧ 課題検討用紙
⑨ フェイスシート(プロフィール)
⑩ 利用者別居宅サービス一覧表
⑪ サービス提供依頼書及び確認書
⑫ サービス利用票(兼居宅サービス計画)
⑬ サービス利用票別表
⑭ 給付管理表(短期入所サービス用)
⑮ 給付管理表(訪問通所サービス用)

以上の居宅サービス計画を構成するそれぞれの様式を見ていくと、計画に必要な情報として行政が示しているものは、

① 居宅サービス計画書(1)

利用者名、生年月日、住所、居宅サービス計画書作成者氏名・事業所所名及び所在地、計画作成日、初回計画作成日、初回・紹介・継続、認定済・申請中、認定日、認定の有効期間、要介護状態区分、利用者及び家族の介護に対する意向、認定審査会の意見及びサービスの種類の指定、総合的な援助の方針

② 居宅サービス計画書(2)

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)、援助目標(長期目標・短期目標)、期間、サービス内容、給付の対象か否かの区分、サービス種別、頻度・期間、

③ 週間サービス計画表

主な日常生活上の活動

④ サービス担当者会議の要点

利用者名、生年月日、住所、居宅サービス計画書作成者氏名、開催日、開催場所、開催回数、会議出席者、検討した項目、検討内容、結論、残された課題

⑤ サービス担当者に対する照会(依頼)内容

サービス担当者会議を開催しない場合ないし会議に出席できない場合などに、サービス担当者に対する照会やサービス担当者からの依頼について記載する。

⑥ 居宅介護支援経過表

いわゆるモニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度等、援助目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等について記載する。漫然と記載するのではなく、項目事に整理して記載するように努める。