

第3節 評価対象の規定

基本的に、goods であれ、無形のサービスであれ、品質を評価し、品質を維持そして保証するための活動である品質管理は、事実（データ）に基づいて行われなければならない。だが、現行の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えない。

なぜなら、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、示されたものごと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、あらわされた事実は、誰がや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。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。

例えば、「このコンピュータは素晴らしい」という言語情報は、事実か否かは、判断できないが、「このコンピュータの重さは、5kgです」という言語情報は、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。だからこそ、「このコンピュータの重さは、5kgです」という言語情報は客観的であるといえるのである。一方、「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、人が違えば「素晴らしい」かどうかは判断できず、再現性が担保しにくい。

一般に、介護や看護や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。これは、介護保険サービスにおける顧客満足度においても、同様の点である。したがって、介護サービスの質の評価をしたいという場合には、評価が数値で表されるように設計品質を設定できるように工夫をすることが重要と考えられる。そして、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、きわめて重要となる。

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わが国で花ひらいた KAIZEN 運動のような手法には馴染まない。介護保険サービスのような services 不良をチェックするシステムをいかに創るかは、非常に難しい問題であるといえる。

物とサービスの評価について比較してみると、第1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。第2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3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4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、評価が変わることがあり、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。

これに加えて問題なのは、現段階で消費者に介護保険サービスの内容を理解させ、選択させる能力をつけるという施策がほとんど行われていないことである。消費者のサービスに対する知識を増やし、より公正な判断ができる消費者を育てることが結局は、介護保険サービスの質を高めることになる。しかしながら、この重要性は理解されていないし、それを実現しようとする動きもほとんど見られないのである。

第4節 アメリカ合衆国における介護保険サービスの評価方法

本研究では、平成12年度研究において、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の評価方法やその考え方を応用できるかどうかについて、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。

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、認定調査票を英訳し、その評価基準について詳細な説明をした。

また、実際の評価に際しては、訪問宅に同行し、調査を行なった。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は、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、実行される。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。

このことから明らかになったのは、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1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2に、成果が明確でないため経過の評価ができないこと、第3に、成果や経過を評価する市民の価値観が一定でないことがあげられる。

介護保険制度実施前、「何故、介護保険制度が必要か」という質問に対し、たとえば、これまで、介護の提供は、主に社会福祉が担当しており、そのサービスの提供にあたっては、社会福祉制度における措置制度によっていたため、利用者が自由にサービスを選べなかった。あるいは、サービスを選べないだけでなく、資産などの調査があり、その条件に適合しないとサービスを受けることもできなかった。これが介護保険制度においては、利用者は被保険者として、介護サービスを必要に応じて自分で自由にサービスを選べる権利を有することになる。と説明されてきた。これは換言すれば、介護の世界に市場主義的アプローチと導入したことといえよう。これまで競争原理が働かないために、サービスの内容が画一的で限定的であった介護の世界に市場原理を組み込む仕掛けを導入したのである。

この方法の問題点は、選択されないサービスは成立しないという原則が働くには、他の選択肢があるという条件が満たされることが必須である。また、何よりも重要なのは、利用者がこの選択ができる知識と能力を持っていることである。さらに、その選択を支持する科学的な根拠が明確なことである。この根拠にあたるもの、すなわち「なぜ、この介護サービスが必要か」あるいは、モニタリングに際して「なぜ、この介護サービスは、だめに変更を必要とするか」を判断するのが介護支援専門員である。そして彼らは「なぜ、この介護サービスを変更しなければならないか」を専門家として判断後に、その理由、根拠を示した書類として利用者に渡さなければならない。そして、この結果を示す一連の書類が「介護サービス計画書一式」となる。このように、介護サービスの質の評価と密接な関係を持っているのが、「介護サービス計画書」といえる。

第3章 介護保険サービス評価の基本的な考え方

第1節 介護に関わるサービスの質の評価に関するこれまでの試み

本研究は、3年間の研究を予定していたが、これまで介護サービスの質についての研究は、わが国ではほとんど行なわれておらず、諸外国でも看護領域で行なわれている研究が主であることがわかった。すなわち、「介護サービス」を独立させて、評価を行なった研究はほとんどなかったことを報告した。この理由は、先に示したように介護サービスという概念設定が難しく、わが国においてはそもそも介護サービスという用語が通用するようになったのも最近のことであるためであろう。

しかし、同様に法的な定義のない看護については、看護の質の評価についての検討がアメリカ合衆国を中心にすすめられていることがわかった。すでに、このテーマに関する研究は、1950年代後半から着手されている。1960年に入り、Donabedianが看護の質の評価方法について体系化を試みている (Donabedian, 1969¹⁾)。そして、こ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つの構成要素を基礎とする評価構造が現状でも、質の評価の基本的な考え方とされている。

Donabedianは、この枠組みを提示後、ケアの質の評価研究のほとんどは、ケア構造評価であり、したがってケアの構造の基準を設定しそれを満たすことによって、質を予測することができるものであると述べている (Donabedian, 1969¹⁾)。

看護の質に関する研究は、1950年代、60年代にかなり多くの研究が行われ、そこから看護監査という方式が生まれ、広く用いられるようになった (Lang & Clinton, 1984, pp. 69-88²⁾)。多くの看護監査は retrospective なものであり、基準とすべきもののほとんどは、病棟組織、看護職員配分、看護職員の教育レベル、看護職員の勤務割り当てなどの、構造指標であったといわれ、1980年代に入ると、医療に対する価値観の変化や対費用効果の高い医療への時代の要請から、第三者評価機関である Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization: JCAHOにより、看護基準と質保証プロセスを連携させた『10段階モデル』が作成された。このモデルはそれまでのケア構造を中心とした指標から、ケア成果指標をより指向したものであったといわれている (Gallagher, 1991³⁾; Tonges, Bradley & Brett, 1990⁴⁾)。

このJCAHOの『10段階モデル』とは、ケア結果に結びつけてケア過程を評価するために開発されたもので、次のような10のステップを踏んで評価を行う方法である。それらはすなわち、であり、この各段階を踏むことによって、質の改善を図ろうとするモデルであり、品質管理という発想を取り入れた考え方である。

表 3.1.1 JCAHO の『10 段階モデル』

段階	ステップの内容
1	評価活動の責任者の明確化
2	そのユニットにおけるケアの範囲の明確化
3	ケアの重要な側面の判断
4	各側面について評価指標と評価閾値の設定
5	評価指標をもとにしたデータの収集
6	閾値を比較することによる評価
7	改善の余地やシステムの不備な点についての検討と原因の解明
8	対応策の立案と実施
9	活動の成果の評価
10	経過に関する報告と組織 QA プログラムへの反映

1990 年代に入り、アメリカ合衆国における医療は、自由市場経済の原理の影響を強く受けるようになり、ヘルスケア関連の政策策定において看護の働きかけに密接する質についての尺度を取り入れるように働きかけることがケア受給者を擁護する道となると考え、看護の質についての一連のプロジェクトが展開された。

まず、看護職員配置と入院日数、患者成果についての研究がなされた (American Nurses Association, 1997⁵⁾)。これらに基づき、アメリカ看護婦協会は、急性期ケア場面における看護の質指標 (nursing quality indicators) を明確にすることで看護ケア (nursing care) と患者成果 (patient outcome) との関連性について探るプロジェクトを行なった (American Nurses Association, 1995⁶⁾)。この調査研究で得られた 21 の指標は Donabedian の 3 構成要素に対応して、7 つの構造指標、8 つの過程指標、6 つの成果指標と分類され、さらに、これらの指標から、さらに、いくつかの指標が選択されることになるのである。

以上のように、アメリカ合衆国においては、「看護の質」を評価するための研究、現場の努力が続けられている。この理由は、医療・看護サービスを利用者が選択するという原理を市場主義的アプローチを用いて、強くすすめてきたことによる。

表 3.1.2 構造指標は、

1	全看護職員に占める正看護職の比率
2	正看護職の質
3	患者あたりの総看護職数
4	患者あたりに提供される看護ケア総時間数
5	看護職員の継続度
6	正看護職の超過勤務時間数
7	看護職員の受傷率

表 3.1.3 過程指標は、

1	看護職員の仕事への満足度
2	患者ケアに必要なアセスメントと介入
3	疼痛管理
4	皮膚統合性維持
5	患者教育
6	退院計画
7	患者の身体安全保証
8	予定外の患者ニーズへの対応

表 3.1.4 成果指標は、

1	死亡率
2	入院日数
3	事故
4	合併症
5	看護ケアに対する患者や家族の満足度
6	退院計画の適正度

この研究は、さらに統計的な分析がすすめられ、これによって、

表 3.1.5 構造指標

1	看護職員の構成比（正看護職、准看護職、無資格職員の構成比）
2	患者あたりの総看護職員数
3	正看護職の教育背景
4	看護職員の離職率
5	派遣看護職員の利用率

表 3.1.6 成果指標

1	院内感染
2	褥瘡
3	与薬過誤
4	患者受傷率
5	患者満足度

が抽出された（American Nurses Association, 1995⁶⁾）。

アメリカ合衆国では、看護サービスは、このように指標化や標準化がかなり早い時機に行われている。そして、この情報はわが国の看護関係者にとっては、周知の事実であった

ようである。しかし、この指標が看護サービスの質の向上に利用されてきたという事実はほとんどない。この理由には、さまざまなことが考えられようが、医療の場合、看護サービスと他の医療関係者らが提供するサービスを明確に分離することができないからではないかと思う。とくに成果指標である、死亡率、入院日数、事故、合併症といった指標は、具体的な数値として示されている。

わが国で、このような成果指標を利用しようとしたある病院の看護部長の話では、「この内容は看護ではなく、医療の成果ではないか」という意見がでて、結局そういう指標を導入することを諦めたと聞いたことがある。わが国の医療の現場における患者の治癒やその入院期間などの決定に看護婦が直接に関わる機会は、一般的には少なく、多職種が働いており、しかも、これらの職種間の連携はかなり困難であることから、こういった指標を実際に用いようとする試みを病院が自主的に取り組むのは、稀な例のようである。

アメリカ合衆国においてはじまった医療関連サービスの質の向上は、基本的に市場アプローチをとっている。医療サービスに満足できなかつたらそのサービスのあるいはその提供者を切るという選択肢を選ぶ力を利用者につけるという方法である。この方法によるサービス提供は、消費者の選択肢によると考えられ、選択されないサービスは成立しないということになる。言い換えれば、通っている病院の医療サービスに満足できなければ、他の病院に行く。消費者が選ばない病院は、廃業するしかないということになる。したがって、公正な判断をするための資料を病院は用意しなければならなくなる。このように市場アプローチは「施設の選択」を問題にしており、このアプローチは他の選択肢があるという情報の有無に大きく影響する。また、実際に選択肢があるかどうかこの選択に影響を及ぼすことになる。

この方法を徹底するためには、消費者のサービスに対する知識を増やし、より公正な判断ができる消費者を育てることが極めて重要になる。また公正な判断を可能とする簡易な評価指標が作成され、評価結果の情報が、常に消費者に公開されるということになるのである。

こういった市場アプローチを導入しようという試みは、価格が大きな要因となる。わが国の医療業界では保険診療が行われており、医療サービスの価格は基本的に国の決める診療報酬によることになっている。この結果、アメリカ合衆国で利用されている看護サービスの質の評価指標を利用する試みを積極的に行なおうという病院は、ごく稀であるといえよう。このような状況により、わが国においては、看護領域においても看護サービスの質の評価方法は確立していなし、また「質とは何か」という議論もすすんでいないようである。では、これらの看護サービスの質の評価指標は、今回テーマとする介護保険サービスの質の評価に用いることができるかが次節のテーマである。

引用文献

- (1) Donabedian, A. (1969). Part II-Some issues in evaluating the quality of nursing care. *American Journal of Public Health*. 59(10), 1833-1886.
- (2) Lang, N. M. & Clinton, J. F. (1984). Quality assurance - the idea and its development in the United States., In L. D. Willis and M. E. Linwood(Eds.). *Measuring the Quality of Care..* Endiburge: Churchill Livingstone.
- (3) Gallagher, K. 講演 岩崎榮、吉中穰訳 (1991). アメリカにおける医療評価の歴史と現状。病院。50(8), 681-685.
- (4) Tonges M. C., Bradley M. J. & Brett J. (1990). Implementing the ten-step monitoring and evaluation process in nursing practice. *Quality Review Bulletin*. 16(7), 264-269.
- (5) American Nurses Association (1997). *Implementing Nursing's Report Card: A Study of RN Staffing, Length of Stay and Patient Outcomes.* Washington, D.C.: American Nurses Publishing.
- (6) American Nurses Association (1995). *Nursing Care Report Card for Acute Care.* Washington, D.C.: American Nurses Publishing.

第2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つく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?』を重要視すべきである。この考え方は、製造業と同様であり、従来型の工程で品質を管理するという方法から設計で品質を管理する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からである。

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、適切さを検討する資料としては、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、厚生労働省が推奨している内容と様式は、表 3.2.1 に示した通り 10 種類ある。

表 3.2.1 居宅介護サービス計画として、厚生労働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 課題分析 (項目のみ指定)
⑧ サービス利用票(兼居宅サービス計画)
⑨ サービス利用票別表
⑩ 給付管理票

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。

⑦課題分析の項目は以下の通りに示している。

表 3.2.2 基本情報に関する項目

No	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、住所、電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	痴呆性老人の日常生活自立度	痴呆性老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等）について記載する項目
9	課題分析（アセスメント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、定期、退院退所時等）について記載する項目

表 3.2.3 課題分析（アセスメント）に関する項目

No	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	褥瘡・皮膚の問題	褥瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目
20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

⑧サービス利用票(兼居宅サービス計画)

認定済・申請中の区分、対象年月、保険者番号、保険者名、被保険者番号、被保険者氏名、生年月日、性別、要介護状態区分、居宅介護支援事業者名および担当者名、作成年月日、被保険者確認、区分支給限度基準額、限度額適用期間、前月までの短期入所利用日数、サービス提供時間帯、サービスを提供する事業者、サービス内容、月間サービス計画および実績の記録

⑨サービス利用票別表

サービス利用票の月間サービス計画の各行から転記する。転記する項目は、事業所名、サービス内容・種類、回数。その他記載項目は、事業所番号、サービスコード、単位数、割引率、割引適用後の単位数、サービス単位・金額、種類支給限度基準を超える単位数、種類支給限度基準内単位数、区分支給限度基準を超える単位数、区分支給限度基準内単位数、単位数単価、費用総額(保険対象分)、給付率、保険給付額、利用者負担(保険対象分)、利用者負担(全額負担分)、区分支給限度額(単位)、種類別支給限度管理に関する事項(種類支給限度基準額(単位)、合計単位数、種類支給限度基準を超える単位数)基準額、要介護認定期間中の短期入所利用日数

⑩給付管理票

保険者番号、保険者名、被保険者番号、被保険者氏名、生年月日、性別、要介護状態区分、居宅サービス支給限度基準額、限度額適用期間、作成区分、居宅介護支援事業所番号、居宅介護支援事業者事業所名、居宅介護支援事業者の事業所所在地と連絡先、居宅サービス事業者事業所名・事業所番号、指定/基準該当サービス識別、サービス種類名、サービス種類コード、給付計画単位数

一般に、居宅サービス計画といった場合には、この10種類すべてを示すことになり、その内容を一度に把握することは、かなり難しい。また、居宅サービス計画は、先に示された10種類の書式に示された内容と申請者および家族の要望、かれらを取りまく環境、申請者の心身状況が勘案されることによって、適切なサービスが提供されることを保障する内容であるという前提からは、これらの関係に何らかの法則性が見出されなければならない。

例えば、申請者の心身状況にあった計画であるかを検討した場合に、何らかの関連性がみられることが設計品質を評価する一つの指標となるのではないだろうか。そして、これらの中で客観性が高いデータとして表すことが可能なのは、申請者の心身状況であると考えられる。こういった理由から課題分析(アセスメント)に関する項目が他の内容に比較して、最も多く、そして詳細な記載があると考えられるのである。

実は、課題分析そのものには、プラグマティックな方法論が存在するが、最終的に課題を抽出する段階での方法論が確立していないため、従来の経験値や臨床的な感覚に基づく課題となってしまうこと、さらには課題の表現方法の訓練がほとんどなされていないことといった要因が組み合わさることによって、この課題分析という方法論に基づいて導かれた課題と居宅サービスの関係性を分析することは不可能である。そして、このことが、介

介護保険サービスの設計品質を作りこむという段階をクリアできない現状の最大の問題点といえる。

第3節 介護保険サービスの計画における設計品質

1. 設計品質の明確化のための計画書

計画書を作成するためには、第1に、作成する高齢者の特徴にあったケアを考えなければならない。第2に、第1段階で考えられたケアを含んでいる介護保険サービスの種類を選択しなければならない。そして第3に、それを支払う能力とその意思があるかを確認し、最終的な調整を行うという少なくとも3段階がある。しかし、今日では、まず高齢者やその家族には、第3段階の利用料の支払い能力と意思の確認がなされ、次に、第2段階の介護保険サービスの種類の選択がなされ、第一段階のケアを考えるということは、ほとんど行われていないようである。したがって、ケアについての記録は、介護保険サービスの計画書一式のどこを探しても記されていないことが多い。

高齢者やその家族にとって重要なのは、「いつ」、「誰が」、「どのようなケアをするのか」という内容である。しかし、その内容は記述しなくてもよいことになっており、多くの介護支援専門員は、これを記述する訓練も、それを考える訓練も受けていない。介護支援専門員が計画を作成し、サービスのマネジメントをするためには、まずは、当該高齢者の能力に適合したケアとは何かを考える能力が必須であると介護保険制度の実施前から発言してきたが、それは理解されることなく今日を迎えている。高齢者の能力に適合したケアとは何かということを理解することは難しいようである。本報告書では、この内容を標準的なケアの提供内容とその量と定義する。

したがって、計画というのは、この標準的なケアと実際の在宅での介護の状況を把握することからはじまることになる。図3.3.1で示した枠線部分がこのプロセスを示している。また、このプロセスで作成する様式を表3.3.1に示す。

図 3.3.1 計画のプロセス

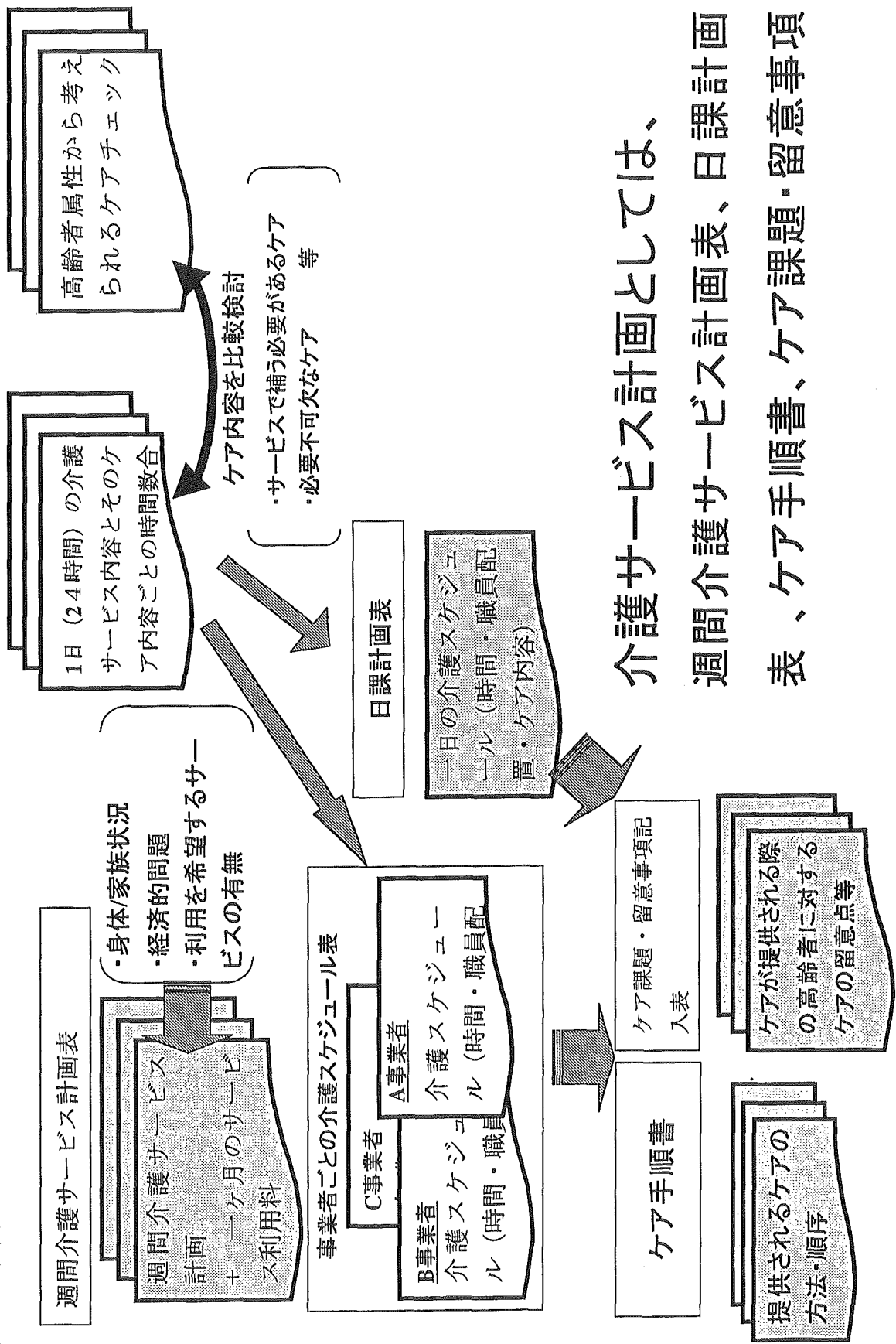


表 3.3.1 課題分析とサービスとの関連性を明らかにするために作成する様式

様式名	内容・活用方法
介護内容チェック表	<p>内容 介護者が行っている 24 時間のケア内容とケア内容ごとの時間数合計</p> <p>活用方法 介護者が行っているケアの総量が把握できる。 さらに、B「介護内容推定表」と比較することで、介護サービスにおいて補うべきケア内容を導き出すことが可能である。</p>
介護内容推定表	<p>内容 高齢者属性から考えられるケア内容</p> <p>活用方法 高齢者の属性から考えられる「標準的なケア内容」を導き出すことが可能である。実際に提供されているケア内容に過不足がないかのチェックが出来る。</p>
週間サービス計画・利用料算定表	<p>内容 1 週間の介護サービスの利用スケジュールを作成し、その計画で 1 ヶ月間サービスを利用した場合の利用料を計算して記入する。</p> <p>活用方法 高齢者が利用している介護サービスの総量分かる。 サービス単位での変更、調整の際に検討材料として活用することが可能。</p>
介護サービス事業者用介護スケジュール表	<p>内容 事業所が提供する介護サービスの時間内のケア内容とケア手順を示したもの</p> <p>活用方法 各サービス単位で行われているケア内容が把握できる。</p>
ケア手順書	<p>内容 事業所が提供する介護サービスの時間内のケア毎のケア手順を示したもの できるだけ具体的に書く。</p> <p>活用方法 事業所内では実際のケアの提供を行う職員がこの手順を把握することで、ケアの提供方法が統一される。また、状態の変化を見る際には、基準として活用することが可能。</p>
ケア課題・留意事項記入表	<p>内容 介護サービスに関係する事業所や介護者が、共通して認識しておくべき高齢者の生活全般における課題、留意事項を記載する。 ここに書かれている情報は、それぞれの計画書（「週間サービス計画・利用料算定表」、「介護サービス事業者用介護スケジュール表」、「日課計画表」、「ケア手順書」）に書かれている具体的なサービス、ケアの理由、根拠に該当する内容になっている。</p> <p>活用方法 高齢者本人の希望、介護者の希望、将来的な方針などを確認することが可能。また、生活全般において共通の留意点を把握することで、変化を見る際の基準として活用することが可能。</p>

さて、図 3.3.1 の内容は、設計品質として用いることができるような計画を作成するために必要な資料とその様式、考え方について記したものである。ここでいう工程管理の基本的な考え方をケアの場合にあてはめると、第 1 に、誰がどのようなケアをいつまでに行わねばならないか、そのケアを行う予定を定め記録するということである。第 2 に、この予定されたケアが実際に行われたかを定期的にチェックを行うしくみをつくるということである。そして、必要な場合は終了予定日または終了日としての最終ラインを決定し、その時点でチェックをすることをあらかじめ決めるのである。第 3 に、計画と比較して進捗状況を評価し、問題があれば対策を講じる。第四に、見通しを立て、対策した通りに進んでいるかどうかの見直しのサイクル、モニタリングシステムをつくり、それが機能するように組織をマネジメントすることができるような計画作成をしなければならない。

また、計画を作成する事例に関する情報について簡潔にまとめることが重要である。ここで書かれるべき内容は、第 1 に、本人に関すること、第 2 に、在宅介護の今後の予想に関する情報、第三に家族の状況という 3 種類にわけ、それぞれ 1. 家族の様子、2. 疾病の種類、3. 障害の状況、4. 介護保険制度施行前に受けていたサービス、5. 要介護度、6. 現在受けているサービス、7. 日常生活の自立度、8. 近況における日常生活の変化、9. コミュニケーション、10. 本人の意欲の有無といった内容について、表 3.3.2～表 3.3. のように情報をまとめる。

次いで、在宅介護の今後の予測に関する情報として、1. 在宅生活継続の意思、2. 在宅生活を継続していく上でのリスクを記述し、1. 介護期間、2. 介護の内容、3. 介護の負担、4. 介護者の生活上の不満、5. 介護を継続上でのリスク、6. 介護サービスの利用意向といった在宅での介護状況についての情報をまとめる。

さらに、これらの情報だけでは表現できないケアの留意事項として考えられる内容や介護サービス利用時の状況を記述することによって、作成される計画の内容の適切さを判断できる資料とすることになる。

表 3.3.2 ケースの概要 A氏 (70 歳男性) -

1. 家族の様子	夫婦世帯
2. 疾病の種類	糖尿病、高血圧
3. 障害の状況	右麻痺
4. 介護保険制度施行前に受けていたサービス	通所介護
5. 要介護度	要介護 5
6. 現在受けているサービス	通所介護(週 3 回) 訪問介護(月 1 回 病院受診時)
7. 日常生活の自立度	全てにおいて介助が必要
8. 近況における日常生活の変化	機能低下が進行する可能性が高い
9. コミュニケーション	意思の疎通はあまり出来ない
10. 本人の意欲の有無	意欲は低い

表 3.3.3 在宅介護の今後について

1. 在宅生活継続の意思	身体的・精神的負担があるが、出来る限り在宅介護を続けていきたい
2. 在宅生活を継続していく上でのリスク	介護者の体調に心配がある

表 3.3.4 介護者の状況

1. 介護期間	9 年
2. 介護の内容	排泄 オムツ交換全介助 尿器使用全介助
	食事 調理 食事摂取一部介助 おやつ準備 おやつ摂取介助
	清潔 清拭(朝) 全身軟膏塗布
	整容 整髪、髭剃り全介助
	更衣 全介助
	移乗 全介助
	移動 車椅子使用全介助
	服薬 全介助
	起き上がり 全介助
	立ち上がり 一部介助 (つかまり立ち可能なため)
	3. 介護の負担
4. 介護者の生活上の不満	特になし
5. 介護を継続上でのリスク	介護者の体調に心配がある
6. 介護サービスの利用意向	サービスを利用しながら出来る限り在宅介護を続けていきたい。

表 3.3.5 ケアの留意事項として考えられる内容

<p>自分でやろうという意欲がなく、機能的にも改善は難しい。</p> <p>症状の進行により理解力・認知力の低下及び問題行動の悪化が予測されるため、現状維持に努めること。</p> <p>起立・立位・移乗動作がさらに困難になることが予想されるが、現状維持に努めること。</p> <p>寝たきりになる危険性があるので、予防に努めること。</p> <p>体調を崩さないよう、予防と血圧、糖尿病の管理を行うこと。</p>
--

表 3.3.6 介護サービス利用時の状況

通所介護	移動	車椅子使用で介助が必要（腰を支える）
	移乗	全介助
	食事	食べやすい大きさに切る。食事摂取時は見守り 湯呑みを手に持たせる介助。
	服薬	全介助
	更衣	介助が必要だが、一部自力で可能。
	入浴	洗身、洗髪は全介助。リフト浴使用。
	排泄	トイレを使用。紙オムツを着用している。
	リハビリ	平行棒で歩行訓練。一緒に横で歩く。
訪問介護	受診時の付き添い、介助	

(引用文献)

- 1) Donabedian A, Part II-Some issues in evaluating the quality of nursing care, American Journal of Public Health. 1969;59(10):1833-1886.
- 2) アメリカ看護婦協会編 (1978), 日本看護協会国際部訳 (1983), 看護業務の基準: 日本看護協会出版会
- 3) Gallagher K 講演, 岩崎榮、吉中穰訳., アメリカにおける医療評価の歴史と現状. 病院 1991;50(8) : 681-685.
- 4) Tonges M C, Bradley M J & Brett J, Implementing the ten-step monitoring and evaluation process in nursing practice. Quality Review Bulletin 1990;16(7) :264-269.
- 5) American Nurses Association, Implementing Nursing's Report Card: A Study of RN Staffing, Length of Stay and Patient Outcomes. Washington, D.C.: American Nurses Publishing. 1997
- 6) American Nurses Association. Nursing Care Report Card for Acute Care. Washington, D.C.: American Nurses Publishing. 1995

