

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)
「訪問系サービスにおける LIFE の活用に向けた評価指標の開発に資する研究」
分 担 研 究 報 告 書 (令和 7 年度)

**訪問系サービスを受ける高齢者の適切なモニタリング指標の検討
～インタビュー調査から～**

研究分担者 柴山 志穂美 (神奈川県立保健福祉大学実践教育センター)

研究分担者 保田 江美 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)

研究分担者 山口 佳小里 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)

研究要旨

本研究では、訪問系サービスを利用する在宅療養高齢者の状態をモニタリングする指標について、サービス従事者を対象とした質問紙調査結果をもとに、インタビュー調査を実施した。訪問系サービス(訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問介護)の従事者を対象に実施したインタビュー調査では、要介護高齢者の訪問サービスにおいて、高齢者の状態評価指標をどのように活用しているか、評価を行う際の適切な職種について役割分担や判断の基準等について、検討した。その結果、医療情報は看護職、身体機能や動作はリハビリテーション職、日常生活場面の観察は介護職が中心となるなど、状態評価には職種ごとの役割の特性がみられた。これらの結果は、今後、訪問系サービスにおける状態モニタリング指標の整理および LIFE 指標の検討に資する基礎資料となるものである。

A. 研究目的

本研究の目的は、訪問系サービス(訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問介護)を利用し、在宅療養をしている高齢者の状態のモニタリング評価に活用される適切な指標について、アンケート結果をもとに、推奨される評価者ごとに整理することである。訪問系サービス従事者への質問紙調査に基づき、インタビュー調査にて妥当性について検討する。

B. 研究方法

1. 対象者

訪問系サービスに従事する看護職、リハビリテーション職、介護職とし、研究班のネットワークを通じて協力の得られた者を対象とした。インタビュー対象者は、看護職および介護職が各 3 名、リハビリテーション職が 4 名の計 10 名であった。

2. 調査方法

本研究では、訪問系サービスにおける在宅療養高齢者の状態を評価する指標の職種ごとの活用状況を把握するため、職種ごとにフォーカスグループインタビューを実施した。インタビューはオンラインで、Zoom Video Communications 社が提供しているオンライン会議システム (Zoom) を使用した。1 回あたり 60 分程度とした。インタビューに先立ち、先行して実施した質問紙調査の分析結果および職種ごとの特徴を提示、説明した。質問紙調査の結果を踏まえて、要介護高齢者の訪問サービスにおいて、高齢者の状態評価指標をどのように活用しているか、評価を行う際の適切な職種について役割分担や判断の基準等について、意見交換を行った。インタビュー内容は参加者の同意を得て録音し、逐語録を作成した。逐語録をもとに意味内容を損なわないように留意しながら整理

し、職種ごとの状態評価指標の活用状況の観点から分類・整理した。

3. 倫理的配慮

本研究は、国立保健医療科学院倫理審査委員会にて多機関共同研究による一括審査・承認を受けて実施した(承認番号 NIPH-IBRA #24036)。フォーカスグループインタビューにあたり、研究の目的および方法について口頭および文書で説明し、参加者の自由意思による同意を得たうえで実施した。インタビュー内容は参加者の同意を得て録音し、逐語録作成の際には個人が特定されないよう匿名化を行った。なお、調査協力に対する負担への配慮として、インタビュー参加者には謝金を支払った。収集したデータは研究目的以外には使用せず、厳重に管理した。

C. 研究結果

1. インタビュー調査対象者の属性

本調査の対象は訪問系サービスに従事する専門職 10 名である。職種と所属は、看護職 3 名は訪問看護ステーション、介護職 3 名は訪問介護事業所の所属である。リハビリテーション職 4 名の内訳は、理学療法士 1 名、作業療法士 1 名、言語聴覚士 2 名で、医療機関の訪問リハビリテーション 2 名、訪問看護ステーションから訪問看護の一環としてのリハビリテーション 2 名であった。性別は男性 3 名、女性 7 名であった。年齢は 30～59 歳であり、40 歳代が最も多かった。なお、介護職 1 名については、属性に関する回答がなかった。

実務経験年数の平均は、看護職 18.3 年、リハビリテーション職 18.8 年、介護職 21.0 年であった。また訪問系サービス経験年数の平均は、看護職が 9.5 年、リハビリテーション職が 7.7 年、介護職が 21.0 年であった。

2. 調査結果

フォーカスグループインタビューでの発言内容の概要を表 1～表 2 に示す。

2.1 高齢者の状態評価指標の活用

2.1.1. 情報収集

疾患に関する情報、薬剤に関する情報の評価については、看護師は、在宅生活ができなくなるリスクに関連する疾患・既往歴や薬の情報、介護の見通しの変化に影響する疾患や予後の情報など十分に評価していると述べていた。リハビリテーション職は、リスク管理としての主病名や合併症の評価の必要性は述べているものの、薬については十分に評価できていないと述べていた。言語聴覚士は、嚥下機能評価での依頼が多いため誤嚥性肺炎の既往を重視し、作業療法士は、誤嚥性肺炎の診断名は把握するが、意図的な確認までは行っていない。理学療法士は、要支援や元気な高齢者には誤嚥性肺炎のことはほぼ聞かない、と述べていた。介護職は、薬の効果の理解や詳細についての把握は難しい、との発話がある一方、糖尿病、リウマチ、パーキンソン病など、重要な薬に関しては確認していた。

2.1.2. 身体面

看護師は、体重とその変化の評価については、程度や原因まで把握し、視力・聴力はコミュニケーションの課題と捉え、痛みと睡眠は日中の活動量への影響要因として把握し、それぞれ全身状態をアセスメントするための情報として評価していた。

リハビリテーション職のうち、理学療法士は、主に運動への影響をアセスメントするための情報として評価していたが、視覚・聴覚は計測できないため評価しづらいと述べていた。作業療法士は、栄養状態が運動に影響することを踏まえ BMI に関心を持っており、身長と体重が重要な情報ととらえていた。また、視覚は生活動作や作業活動への影響の視点から評価していた。言語聴覚士は、言葉を発することができるかの項目に着目し、生活への影響やコミュニケーションの課題として評価していた。血圧、血圧の変動、筋力については、作業療法士は生活動作や作業活動の場面にお

いて評価しているものの、理学療法士は評価が明確に位置づけられておらず、頻度にばらつきがあるのではないかと、といった発話があった。

介護職は、体重変化や血圧、疲労のしやすさとそれによる転倒のリスクに関連して捉え、筋力は日常の生活動作から観察するなど、日常生活への影響を考えるための情報として評価しているといった発話が見られた。

2.1.3. 褥瘡リスク・褥瘡

看護師は、褥瘡のハイリスク状態改善のため、疾患と栄養状態、生活環境、家族の状況、経済的な問題など褥瘡の個人因子・環境因子も含めて、全ての項目について常時評価を実施していた。

リハビリテーション職は、褥瘡（およびリスク）を評価する機会が少なく、褥瘡評価全般について、「褥瘡に関する知識やスキルの習得を基礎教育課程や施設、病院等で学ぶ機会がない」といった発話があった。

介護職は、褥瘡リスクは排泄介助の際に常に意識しており、日常生活動作の観察から褥瘡リスクの兆候を把握していた。

2.1.4. 移動・動作

移動・動作の評価全体として、看護師は定期的に評価するというよりも、利用者の状態や必要性に応じて適宜評価を実施していた。リハビリテーション職は、利用者の状態が重度の介護状態の場合は立ち上がりや階段昇降など評価対象とならないといった発話があった。

介護職は立位時の姿勢保持をとくに重視しており、家事支援など利用者と共同で活動する場面において、姿勢の安定性を重点的に確認していることの発話があった。

2.1.5. 食事・栄養

看護職は、利用者の活動量に関する情報から必要な摂取エネルギー量を推定し、飲み込みを直接確認するなど、食事・栄養に関しては網羅的に評価していた。

リハビリテーション職のうち、言語聴覚士は食事・栄養に関して幅広く評価しているが、理学療法士は、介護予防・要支援レベルの対象者にかか

わる頻度が多いこともあり、義歯の使用状況や食事の内容は評価の優先順位が低く十分に把握していないこともあるとの発話があった。

介護職は、体重当たりの摂取エネルギー量を把握するのは難しいが、食事量と回数、水分摂取量や排泄状況と関連づけて評価していた。

2.1.6. 入浴・排泄

看護職は、下着の汚れの有無や交換頻度といった情報を認知機能と関連づけて評価していた。

リハビリテーション職のうち、作業療法士は、排便状況から適切な排泄方法の選択に向けた支援として評価しており、理学療法士は、排便の状況は評価頻度が少ないが、排泄方法はセルフケア能力の一環として必ず評価していた。

2.1.7. 精神・認知

看護職は、評価項目として明確に位置づけているというよりも、部屋の鍵をかける、電話をかける、エアコンをつけるなど、日常生活動作が普段通りに行えているかどうかという視点で把握し、全体的に、かつ感覚的に評価しているといった発話があった。

リハビリテーション職は精神・認知の評価の重要性を認識しており、とくに高次脳機能障害のある利用者に対しては必須の評価指標であると捉えていた。

介護職は、「物を取られた」「これが無くなった」等の会話から記憶の機能低下を把握し、注意力は、転倒、転落の発生リスクにつながるため意識的に観察しているとの発話があった。

2.1.8. 生活のこと

看護職は、項目毎に細かくは見えていないが他者との交流や運動については、デイサービスの連絡ノートから把握していた。

リハビリテーション職からは、利用者は、介護度の高い高齢者が多いため、仕事等の状況は評価の割合は低いといった発話があった。

介護職は、飲酒の影響による失禁や転倒、怪我のリスクとの関連から評価を重視し、屋内に置かれている酒の量や匂いなどを手掛かりにしていた。利用者の生活場面に介入するため、着替えや

身だしなみなど、日常生活に関することへの興味に関する項目は、支援の必要性やサービス調整と関連して把握していた。

2.1.9. ツール・バッテリー

看護職は、看護職は、介護保険制度上の必須評価項目に位置づけられていることから、DESIGN-R、MMSE、長谷川式認知症スケール（HDS-R）、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度は、評価を実施していた。認知症のスケールは予後予測や、介護予測への必要性から評価していた。

リハビリテーション職のうち、訪問看護ステーション所属では、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、Barthel Index（バーセルインデックス）は、毎月の訪問看護報告書にある項目のため評価が高い可能性があるとの発話があった。

介護職は、障害高齢者の日常生活自立度は、アセスメントシートに基づき評価しているが、難しい。といった発話があり、適切に行えているかについては、不確実性がある。

2.1.10. その他、意見

看護職より、家族の有無や、本人と家族の療養に対する意向は、生活への影響が大きく、それによって評価に必要な情報が変わる。施設とは異なる家族の存在が影響するため、在宅の特徴を踏まえた指標があるとよい。との意見があった。

2.2. 評価を行う際の適切な職種や役割など

2.2.1. 情報収集

医療的な知識や情報収集の部分は介護職の少し弱く、リハビリテーション職は悪化しないよう考慮されているが、処置に入らないため、疾患に関する判断が難しい部分がある。誤嚥性肺炎の既往は、作業療法士は意図的な確認はしていないが、言語聴覚士は常に評価していると考え。薬や病状全体は看護師が網羅されており、リハ職より看護師の強みである。といった意見から、疾患や薬の管理といった医療的側面の情報は、看護師の役割との意見があった。

2.2.2. 身体面

訪問看護で体重測定が必要な場合は通所サービスから情報収集し、介護職が直接的に評価できない筋力はサービス担当者会議で確認するなど、ケアチームから必要な情報収集を行うことで評価を行っていた。

2.2.3. 褥瘡リスク・褥瘡

介護職は、排泄介助や清潔ケアに伴い臀部の状態を観察しているが、身体介護のサービス提供時に限定され、生活援助では観察・評価の機会がない。リハビリテーション職は褥瘡処置を行わないため、褥瘡の判断ではなく、リスクの発生時に悪化予防に考慮してリハビリしていると思われる。「リハ職は、訪問サービスで看護師から評価を学ぶ」介護職からも「褥瘡は、看護職が最も評価している」といった意見があり、看護職が中心的に評価する役割と捉えられていた。

2.2.4. 移動・動作

移動・動作に関しては、訪問看護師は、常時全ての項目を評価するのではなく利用者の状況により必要に応じて評価している。訪問介護では、介助量の見極めに伴いできていない部分の評価が中心になる。といった意見からも、リハビリテーション職が中心的な役割を担っていることがわかる。

2.2.5. 食事・栄養

看護職は、介護職から情報を得ることが多く、介護職が意図的に観察できるように、「食べ方はどうでしたか」と漠然と聞くのではなく、「口の中に残っていなかったですか」など具体的に尋ねることで、評価に繋げている。介護職側も、むせがある利用者の食事形態の評価は看護師に相談する、との意見があった。リハビリテーション職からも、「介護職は食事介助の機会が多く、食事方法やむせの有無の観察について、看護師からの助言もあると思われる」といった発言があり、食事形態やむせに関する評価は、看護職が中心的であった。

また、言語聴覚士は、食事場面への介入があるが、理学療法士はその機会が少ないと思われ、リ

ハビリテーションの中でも、専門性によって役割が異なる発言があった。

2.2.6. 入浴・排泄

入浴・排泄については、リハビリテーション職は、排便状況の評価は看護師が担う領域であると認識しており、介護職は、排泄の方法は、カンファレンスでも確認すると発言している。看護師は、介護職による日々の変化への気づきから、具体的な情報が得られる、と発言している。それぞれの専門職が多職種から情報を得ることで評価している。

2.2.7. 精神・認知

精神・認知について、リハビリテーション職は、高次脳機能障害の評価は、作業療法士が優先的に評価すべき項目と捉えていた。

2.2.8. 生活のこと

看護職は、他者との交流や、趣味・余暇活動の内容をデイサービスの連絡ノートから把握していた。介護職は、生活の中に入る家事の実施状況は介護職自身が最も評価できると役割認識していた。服薬に関しては、介護職は一包化している薬の確認に限定されるため、看護師や薬剤師と連携して確認している。リハ職は、ICF や報酬に関連して、活動・参加の側面は重視している。

多岐にわたる生活のことは、それぞれの専門職が関わる場面や専門性によって役割を担っていた。

2.2.9. ツール・バッテリー

ツール・バッテリーについては、リハビリの実施計画書に掲載のない評価項目は評価不足が多い。在宅医の訪問看護指示書には、認知症高齢者の評価結果の記載が少なく、十分な情報が得られないため、外来や専門病院での評価や検査データが有効。といった意見から、訪問系サービスでの評価の限界が示された。

D. 考察

本研究では、訪問系サービスを利用する在宅療養高齢者の状態をモニタリングする指標につい

て、質問紙調査の結果を基にフォーカスグループインタビューとして意見交換した。その結果、高齢者の状態評価に関する実施状況や役割認識には職種による特徴があることが示された。

まず、疾患や薬の管理といった医療的側面全体の情報の評価においては、看護職は利用者の全身状態のアセスメントに必要な情報として指標を評価しており、他職種からも看護師の中心的な役割と認識されていることから、訪問系サービスにおいて医療的情報の把握は主として看護職が担っている可能性が示唆された。尚、誤嚥性肺炎の評価に関しては、リハビリテーション職の中でも、嚥下障害の評価に伴い、言語聴覚士が担っていると考えられる。

身体的側面については、看護職や介護職は活動量や生活への影響の視点から評価しており、身体機能や移動や動作といった生活動作に関する評価はリハビリテーション職が中心に行っている傾向がみられた。

褥瘡や褥瘡リスクについては、看護師は、褥瘡リスクを早期に把握し、予防や改善につなげるという解決志向の視点から系統的に評価していた。一方、食事・栄養、入浴・排泄、精神・認知などの日常生活に関連する項目では、介護職が日常生活場面での観察を通じて利用者の状態を把握していることが示された。これらの結果は、訪問系サービスにおける状態評価が、看護職による医療的側面の評価、リハビリテーション職による身体機能や動作の評価、介護職による日常生活場面での観察といった、職種ごとの専門性に基づく視点によって構成されていることを示している。リハビリテーション職は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の専門性によって評価項目の捉え方の特徴もみられた。対象となる高齢者の疾患や状態像によって評価の視点や適した評価者が想定され、それぞれのサービス特性や専門性に応じた適切な評価者を検討する必要がある。

また、介護職は薬剤管理、褥瘡処置など医療的な側面への介入ができないことによる評価の困難さ、リハビリテーション職や介護職は褥瘡処置を

行えないため、観察・評価の限界があることなど、職種のサービス提供範囲を考慮した評価指標の検討が必要であると考える。

施設系サービスでは、共通の利用者情報を基に、比較的統一されたアセスメントツールに基づき体系的な評価が実施されることが想定されている。一方、在宅の要介護高齢者は、地域に点在する異なるサービス事業所の多様なサービスを利用しながら生活している。訪問系サービスに従事する専門職は、施設とは異なり、限られたサービス提供時間の中で、指示やケアプランに基づくサービス提供となり、利用者のニーズに応じた状態観察・評価を行っている。そのため、サービス担当者である各専門職が、サービス種別に応じた情報や評価をケアチームとして統合することにより、利用者の全体像を共有することになる。

本研究の結果は、職種ごとの評価の特徴を踏まえて指標を整理するとともに、サービス事業所の位置づけを考慮して、評価指標や実現可能性の高い評価のしくみを検討する際の基礎資料となると考える。

今後、訪問系サービスの専門性を活かし、特性に適した評価指標の整備を進めることにより、科学的介護の推進のみならず、LIFE のデータを活用した在宅療養生活のサービスの質向上と研究のさらなる発展にも寄与することが期待される。

E. 結論

本研究では、訪問系サービスを利用する在宅療養高齢者の状態をモニタリングする指標について、質問紙調査の結果に対し、インタビュー調査にて専門職の実態を把握した。その結果、評価の実施状況の特徴や専門性に適した評価者があることが明らかとなった。

具体的には、疾患や薬剤に関する情報は主として看護職が、移動や動作などの身体機能に関する評価はリハビリテーション専門職が、日常生活に関する観察は介護職が担う傾向がみられた。これらの結果は、訪問系サービスにおける状態評価が、各職種の専門性に基づく役割分担のもとで実施

されていることを示している。

また在宅療養においては、利用者が複数の訪問系サービス事業所を利用している場合が多く、状態評価は複数の事業所や職種にまたがって実施される可能性がある。これらを踏まえた有効なしくみを構築する基礎情報として報告する。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

論文発表、学会発表ともになし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特許取得、実用新案登録等なし

表 1：高齢者の状態評価の活用

評価項目（※発話に関連する項目を記載）	看護職	介護職	リハビリテーション専門職
情報収集 ・利用者の主たる疾患（主病名） ・利用者の主たる疾患以外の疾患（合併症）の有無 ・誤嚥性肺炎にかかったことがあるか ・服用している薬の名前 ・服用している薬が何に効くか（薬効） など	・訪問看護指示書に記載のある病名、病状が不安定な場合は検査結果を把握する。 ・疾患や既往から在宅生活ができなくなるリスクを考え、薬の管理、薬は重要 ・疾患や予後による介護の見通しの変化が療養の意向に影響するため、支援の必要性を踏まえて把握している。	・服用している薬の詳細が把握できていない。薬の効果の理解が難しい。 ・利用者の変化を見ているが、薬の効果かどうかは判断できない ・自己管理の場合は、場面の観察ができない ・糖尿病、リウマチ、パーキンソン病など、重要な薬に関しては確認している	・リスク管理のため主病名や合併症の評価は必要 ・薬についてはあまり評価できていない ・STは嚥下機能の低下で訪問依頼を受けることが多いため、誤嚥性肺炎の既往は重視し、評価頻度が高い。機能低下のなさそうな場合でも確認する可能性がある。 ・OTは、診断名に誤嚥性肺炎の記載があれば把握できるが、意図的な確認は行っていない ・PTは、介護予防や元気な方には、誤嚥性肺炎はほとんど聞かない
身体面 ・身長、体重・体重の変化 ・血圧、血圧の変動・呼吸の状態 ・痛み、睡眠 ・視覚（視力など）・聴覚（聴力など） ・言葉を発することができるか など	・体重は定期測定やデイサービスの情報から把握している ・体重変化がある場合は、減少の程度や原因も評価、アセスメントしている ・視力聴力はコミュニケーションの課題と捉え評価している ・痛みと睡眠は日中の活動量にも影響があるため重要な観察項目	・体重は、おむつ交換や入浴介助時の体形で評価している ・体重変化や血圧、疲労のしやすさとそれによる転倒のリスクなど、生活場面に即した視点で評価を行っている ・血圧の変動、呼吸状態は連動して観察している ・筋力は、日常の生活動作（食具の持ち方や素材等）からADL評価として確認している	・PTは、筋力、麻痺で感覚、痛み、可動域は、最も評価している ・OTは、栄養状態が運動に影響することを踏まえBMIに関心を持っており、身長と体重が重要な情報だと感じている ・視覚、聴覚について、PTは、計測できないため感覚的に捉えており、評価しづらいとの発話があった。一方、OTは生活動作や作業活動への影響の視点から視覚を評価している ・（ST）言葉を発することができないことは、生活への影響やコミュニケーションの課題が生じるため、詳細に評価している
褥瘡リスク・褥瘡 ・褥瘡（床ずれ）リスクとしての、皮膚が汗や尿で湿っている程度（皮膚の湿潤） ・褥瘡（床ずれ）リスクとしての、活動性 ・褥瘡（床ずれ）リスクとしての、栄養状態（普段の食事摂取状況等）など	・褥瘡リスクは、常にすべて評価している ・褥瘡リスクを早期に把握し、予防や改善につなげるという解決志向の視点から系統的に評価している ・褥瘡のハイリスク状態改善のため、疾患と栄養状態、生活環境、家族の状況、経済的な問題など褥瘡の個人因子・環境因子も含めてアセスメントしている	・排泄介助の際に、褥瘡リスクは常に意識している ・利用者の動き方、歩き方を含む日常生活動作を観察し、普段と異なる変化として褥瘡リスクの兆候に気づく	・（ST）リハは皮膚を見る（評価）機会が少ない ・（PT）リハ職は、教育や施設・病院で学ぶ機会が少なかった
移動・動作 ・手指の動作 ・寝返りの動作 ・起き上がりの動作 ・座った姿勢の保持 ・立った姿勢の保持 など	・指先の動きを意識したことはなく、食事や口腔ケア、書類のサインなどの場面で自立しているかを観察していた ・看護師は、定期的に評価するというよりも、利用者の状態や必要性に応じて適宜評価している。	・寝返り動作、起き上がり動作、座ったときの姿勢保持、立ったときの姿勢保持はを高頻度で評価する ・家事支援など利用者と共同で活動する場面において、立位時の姿勢の安定性を重点的に確認している ・ベッドや布団からの起床動作（何かにつかまるのか、自立で立ち上がれるのか）や立ち上がった時の姿勢保持などを介護場面で確認している	・利用者に重度者が多い場合には、立ち上がり動作や階段昇降は現実的な評価対象とならない
食事・栄養 ・体重あたりに摂取しているエネルギー（カロリー）やたんぱく質の量 ・口腔内の状況（歯の汚れ、歯茎の腫れや出血、虫歯の有無など） ・食べ物・水分を摂取する際にむせることがあるかなど	・食事・栄養に関しては網羅的に評価している ・利用者の活動量に関する情報から必要な摂取エネルギー量を推定する ・血液データが得られる場合は、アルブミン値を把握し栄養状態を評価している ・介護職から情報を得ることが多い。介護職が意図的に観察できるように具体的に質問する	・体重当たりの摂取エネルギー量を把握するのは難しい ・食事量と回数、水分摂取量でエネルギー量を考えたり、排泄の状況との結びつきを考えたりする ・食事時に口腔内の溜め込み、む背の有無、舌苔の有無、舌や頬の動きは高頻度で評価している ・食事介助時以外に口腔内を確認できる機会が少ないため、ヘルパーが評価するのは難しい	・（ST）STが多くかわる場面であるため、全ての項目について比較的幅広く評価している。 ・（PT）PTは介護予防・要支援レベルの利用者に関わることが多い場合には、義歯の使用状況や食事の内容は優先順位が低く把握しないことがある ・（OT）PTやOTは、限定的に支援が必要な利用者の場合に食事・栄養の評価をする
入浴・排泄 ・排便の状況（下痢や便秘の有無など） ・排せつの方法（おむつ・パッドの使用やポータブルトイレでの排せつ、尿道カテーテルや人口肛門による排せつなど）	・下着の汚れの有無や交換頻度といった情報を認知機能と関連づけて評価している ・介護職からの情報による変化も含め詳細に評価している	・生活支援の一環であるトイレ掃除の場面や衣類の汚染状況などを通して評価している ・排泄方法は、失敗の有無とあわせて変化を気にかけている	- OTは、排便状況を把握したうえで、適切な排泄方法の選択に向けた支援として評価している - PTは、排便状況の評価は看護師が担う領域であると認識している - PTは、排泄方法をセルフケア能力の一環として評価している

別添 4

評価項目（※発話に関連する項目を記載）	看護職	介護職	リハビリテーション専門職
生活のことについて ・喫煙の習慣（有無、量など） ・飲酒の習慣（有無、量など） ・日常生活に関すること（食事、入浴、トイレ、着替え、身だしなみ、睡眠など）への興味 ・家事（食事の準備・調理・片付け、洗濯、掃除・整理整頓、買い物、庭仕事など）への興味 など	・項目毎に細かくは見えていないが他者との交流や運動については、デイサービスの連絡ノートから把握している	・屋内に置かれている酒の量や匂いなどを手掛かりに評価している ・飲酒の影響による失禁や転倒、怪我のリスクとの関連から評価を重視している ・生活の中に入り、身近な部分で本人ができることを確認しているため、家事の実施状況は評価が高いと考える ・着替えや身だしなみなど、日常生活に関することへの興味に関する項目は、支援の必要性やサービス調整と関連して把握している	・日常的に活用している評価シートに飲酒に関する項目が含まれていないことから、結果として評価の頻度が低くなっている可能性がある。 ・訪問利用者は、介護度の高い高齢者が多いため、仕事等の状況は評価の割合は低い
精神面や認知面	・評価項目として明確に位置づけているというよりも、日常生活動作が普段通りに行えているかどうかという視点で把握しており、全体的に、かつ感覚的に評価している	・記憶の機能低下は「物を取られた」「記憶が無い」「これが無くなった」等の会話から把握し、ハイリスクだと捉え注意深く観察している ・転倒、転落の発生リスクにつながるため、注意力は意識的に観察している ・サービス時間内で集中力や注意までの評価は十分にはできない。	・PT,OT,STともに、必要な評価領域であり、とくに高次脳機能障害のある利用者や認知症の方の評価は必須である ・OTは、様々な評価尺度を使って評価している ・STは、訪問場面で実際にかかわることで生活への影響は評価できる
ツール・バッテリーについて	・DESIGN-R、MMSE、長谷川式認知症スケール（HDS-R）、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度は、介護保険制度上の必須評価項目に位置づけられていることから、評価を実施している。 ・認知症のスケールは予後予測や、介護予測に必要	・障害高齢者の日常生活自立度は、アセスメントシートに基づき評価しているが、適切に行えているかについては、不確実性がある。	・（PT）障害高齢者・認知症高齢者の日常生活自立度、Barthel Index はリハの中でも特に高いが、訪問看護サービスとしてのリハ提供では毎月提出が求められる報告書に本項目が含まれていることが影響している可能性がある
その他、意見	・すべての情報収集が疾患の予後予測のためであり、これにより本人、家族と療養意向を決定するように関わっていく ・家族の有無や、本人と家族の療養に対する意向は、生活への影響が大きく、それによって評価に必要な情報が変わる ・施設とは異なる在宅の特徴として家族の存在が影響するため指標があるとよい		

表 2：評価を行う際の適切な職種や役割など

評価項目（※発言に関連する項目を記載）	看護職	介護職	リハビリテーション専門職
情報収集 ・利用者の主たる疾患（主病名） ・利用者の主たる疾患以外の疾患（合併症）の有無 ・誤嚥性肺炎にかかったことがあるか ・服用している薬の名前・服用している薬が何に効くか（薬効）	・介護職の医療的な知識や情報収集能力は低値 ・リハビリでは処置に入らないため、疾患に関する判断が難しい部分があり、悪化しないよう考慮されている	・自己管理している利用者は服薬情報は得られない	・誤嚥性肺炎の既往は、OTは意図的な確認はしていないが、STは常に評価していると考える ・薬や病状全体は看護師が網羅されており、リハ職より看護師の強み
身体面 ・身長、体重・体重の変化 ・血圧、血圧の変動・呼吸の状態 ・筋力の障害（筋力低下など）による生活への影響	・体重測定が必要な利用者は、デイサービスでの測定結果を把握する	・筋力は、サービス担当者会議で情報を得るが、実際の評価は難しい ・利用者宅に（自動）血圧計があれば、入浴前に計測結果を確認する	・看護師は停止状態で評価するが、リハ職は動いてもらいながら評価する
褥瘡リスク・褥瘡 ・褥瘡（床ずれ）リスクとしての、皮膚が汗や尿で湿っている程度（皮膚の湿潤）・活動性・栄養状態（普段の食事摂取状況等）など ・褥瘡（床ずれ）があるかどうか・深さ・大きさ など	・リハビリテーション職は処置は行わないため、判断ではなく、リスクの発生時に悪化予防に考慮してリハビリしていると思われる	・褥瘡は、看護師が一番見ている ・介護職は、排泄介助や清潔ケアに伴い臀部の状態を観察している ・身体介護のサービス提供時に限定され、生活援助では観察・評価の機会がない	・介護職は、おむつ交換を通して積極的に観察する機会が多いと思われるが、リハではその機会が少ない ・リハ職は、病院や施設では褥瘡に関する教育機会がなく、訪問サービスで看護師から評価を学ぶ
移動・動作 ・手指の動作・寝返りの動作・起き上がりの動作 ・座った姿勢の保持・立った姿勢の保持 など	・訪問看護師は、常時全ての項目を評価するのではなく、利用者の状況により必要に応じて評価している	・訪問介護では、介助量の見極めに伴い、できていない部分の評価が中心になる	
食事・栄養 ・食事形態（食事の固さや形状）食べ物を口腔内に溜め込んでいないか・食べ物・水分を摂取する際にむせることがあるか ・口腔内の状況（歯の汚れ、歯茎の腫れや出血、虫歯の有無など） など	・看護師は、嚥下状態を正しく評価するために、利用者実際に飲んでもらい判断している ・介護職から情報を得る場合は、「食べ方はどうでしたか」と漠然と聞くのではなく、「口の中に残っていなかったですか」など具体的に尋ねる	・むせがある利用者の食事形態の評価は看護師に相談する ・食事介助以外に口腔内の状況を観察する機会が少ないため、介護職が評価するのは難しい	・STは食事場面への介入があるが、PTはその機会が少ないと思われる ・介護職は食事介助の機会が多く、食事方法やむせの有無の観察について、看護師からの助言もあると思われる
入浴・排泄 ・入浴時の洗体動作がどのくらい自立しているか ・排尿で失敗がないか・排便の状況・排泄の方法など ・飲み忘れをしないなどの服薬管理がどのくらい自立しているか	・入浴・排泄は、介護職による日々の変化への気づきから、具体的な情報が得られる	・排泄の方法は、カンファレンスでも確認する	・PTは、排泄方法は必ず評価するが、排便の状況の評価は頻度が少ない
生活のことについて ・日常生活に関すること（食事、入浴、トイレ、着替え、身だしなみ、睡眠など）への興味 ・家事（食事の準備・調理・片付け、洗濯、掃除・整理整頓、買い物、庭仕事など）への興味 ・趣味・余暇活動の取り組み状況・他者との交流の状況（デイサービス等での交流を含む） など	・デイサービスの連絡ノートから、他者との交流や、趣味・余暇活動の内容を把握する	・家事の実施状況は、生活の中に入ることが多いことから、介護職が最も評価できる。 ・服薬に関しては、介護職が確認できるのは一包化している薬に限定されるため、看護師や薬剤師と連携して確認している	・リハ職は、ICFや報酬に関連して、活動・参加の側面は重視している
精神面や認知面			・OT:高次脳機能障害の評価は、OTが優先的に評価すべき項目
ツール・バッテリーについて	・在宅医の訪問看護指示書には、認知症高齢者の評価結果の記載が少ないため、十分な情報が得られない。外来や専門病院での評価や検査データが有効。		・リハビリの実施計画書に掲載のない評価項目は評価不足が多い