訪問看護の評価指標の標準化に関する 調査研究事業 【_{報告書}】

令和 4 (2022) 年 3 月 公益財団法人 日本訪問看護財団

はじめに

超高齢社会における多死社会の到来、在院日数の短縮と在宅医療の推進、医療的ケア児の在宅移行などの背景に伴い、訪問看護サービスの供給量の増加の必要性が叫ばれ、実際に訪問看護の事業所数は令和元年の介護サービス施設・事業所調査によれば11000か所以上にまで伸びています。その一方で、訪問看護事業所の設置主体の多様化や機能の多角化、利用者ニーズの多様化などに伴い、訪問看護サービスの質の向上、利用者やステイクホルダーへのサービス内容の見える化、事業所の業務改善などを目指した、訪問看護サービスの質評価の重要性が増しています。

これまでに様々な訪問看護の質評価のガイドラインが開発され、評価の方法論についても検討が行われてきました。また、厚生労働省では、科学的介護の実践のための評価として LIFE の導入を打ち出しました。しかし、それらを包括的にレビューし、訪問看護の評価における課題を検討することは行われていませんでした。一方、現場においては、業務を効果的・効率的に実施するために評価が必要と認識していても、日々の業務に追われて十分に実施できない、評価を質向上や業務改善に活かせていない等という状況があると考えられましたが、充分な把握には至っていませんでした。

そこで、本事業ではまず、既存の様々な評価方法について、開発者や関係者の方々から情報提供をいただき、その特徴や利点を洗い出し、整理しました。併せて、現場では評価がどのように行われ、どのように活用されているかについても、全国調査とヒアリングにより把握しました。これらを通して、訪問看護の質評価の現状と課題を把握することができ、今後の評価のあるべき姿について検討する基盤が築けたのではないかと考えます。

併せて、この検討会においては、看護小規模多機能型居宅介護と療養通所介護への調査も行いました。看護小規模多機能型居宅介護においては、LIFE の活用が進められているものの課題が大きい現状が把握されました。療養通所介護においては包括報酬導入の影響がみられるものの個々の状況について精査して行く必要があることが分かり、現場を支援するために「療養通所介護および児童発達支援の開設・運営ガイド」も作成いたしました。

新型コロナウイルス感染症の影響などでご多忙な中、アンケート調査にご回答くださった事業所の皆様、質評価のレビューにおいて情報提供してくださった皆様、およびヒアリングに応じてくださった各種事業所の方々には、ご協力に心より感謝申し上げます。

令和4年3月吉日

訪問看護の評価指標の標準化に関する調査研究事業 検討委員会 委員長 永田 智子 慶応義塾大学看護医療学部 教授

_	1
\vdash	'//
	ロバ

第1章	事業概要	1
1.	事業の目的	1
2.	3 3/32 3/2-17 3/4	1
訪問看記	隻事業所	7
第2章	訪問看護事業所アンケート調査	9
第11	節 調査概要······	9
1.	調査の目的	9
2.	調査の内容・方法	9
第21		10
1.	回収率	10
2.	アンケート調査の結果	11
第3章	訪問看護事業所ヒアリング調査	69
第1節	前 調査概要	69
第2節	節 ヒアリング調査の結果	70
第4章	アンケート・ヒアリング調査の考察	79
第5章	質評価レビュー	81
1.	全国訪問看護事業協会版「訪問看護ステーションにおける	
	事業所自己評価ガイドライン」福井 小紀子氏	82
2.	日本訪問看護財団「新版 訪問看護質評価のためのガイド」を含め	
	3 つの評価の取組 佐藤 美穂子	85
3.	介護サービス評価 地域密着型サービス外部評価 勝島 健氏	88
4.	財団方式の開発について 内田 恵美子氏	92
5.	OASIS-OBQI について 島内 節氏	94
6.	ケアの効果の可視化プロジェクト~ VENUS プロジェクト~	
	山本 則子氏	97
7.	科学的介護情報システム (LIFE) 坂本 享史氏	100
8.	サービスの質管理 訪問看護実践の成果を可視化する	
	Omaha System 長江 弘子氏·····	104
9.	ケアの質評価における Omaha System データ利活用の事例について	
	岩本 大希氏	107
10.	精神科訪問看護の現状と課題 萱間 真美氏	108
11.	Long-term care(LTC)における質の評価について 筒井 孝子氏	111
12.	訪問看護の評価を考える〜安全(医療・在宅環境)と質と顧客価値〜	
	水流 聡子氏	115
13.	レセプトを用いた分析 吉江 悟氏	121
第6章	質評価レビューからの考察	123

第7章 訪問看護事業所における考察・展望	129
看護小規模多機能型居宅介護事業所	135
第8章 看護小規模多機能型居宅介護アンケート調査	137
第1節 調査概要	137
第2節 調査結果	138
第9章 看護小規模多機能型居宅介護ヒアリング調査	192
第1節 調査概要	192
第2節 ヒアリング調査の結果	193
第 10 章 アンケート・ヒアリング調査の考察	200
療養通所介護事業所	201
第 11 章 療養通所介護アンケート調査	203
第1節 調査概要	203
第2節 調査結果	204
第 12 章 療養通所介護ヒアリング調査	248
第1節 調査概要	248
第2節 ヒアリング調査の結果	249
第 13 章 アンケート・ヒアリング調査の考察	255
第 14 章 おわりに	257
参考資料······	259
調査票・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	261

≪別刷≫

地域共生社会の実現に向けて

療養通所介護及び児童発達支援等の開設・運営ガイド

第1章 事業概要

1. 事業の目的

地域包括ケアシステムにおいて、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ要介護高齢者 が最期まで住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、看護を主体とした在宅 ケアサービス(以下「看護系在宅サービス」という。)は欠かせない。

介護保険サービスで代表的な看護系在宅サービスは訪問看護であるが、さらに訪問 看護サービスを発展させたサービスの形態として看護小規模多機能型居宅介護(看多 機)および療養通所介護がある。

今後、介護サービスの需要が一層増大し、ニーズも多様化する中で、看護系在宅サービスがその専門性と機能を十分に発揮し、介護保険サービスの中での役割を果たしていくことが望まれる。そして、これらの期待に応えていくためには、看護系在宅サービスにおけるデータ収集・蓄積および分析と評価を通して、PDCAサイクルを推進し、業務改善、サービスの質向上を図りながら、発展していくことが重要となる。

そこで本事業では、次の3つの事業に取り組む。

- 1) 訪問看護事業所における業務改善、サービスの質向上のための標準的な評価指標に関する検討と、PDCA サイクルの推進につながる評価のための基盤整備に関する調査及び検討
- 2) 看護小規模多機能型居宅介護における LIFE 活用の実態把握
- 3) 療養通所介護事業所における介護報酬改定による影響の調査、分析及び課題に 対する対応案の提案、調査結果のフィードバック及びサービスの周知をするた めに「(仮)療養通所介護ガイド」を作成する

2. 事業実施体制

1)検討委員会等の設置

学識経験者、訪問看護事業所、看多機および療養通所介護の管理者等より構成された検討委員会及びワーキング委員会を設置し、研究計画の作成、調査内容・方法について検討を行った。

(1)検討委員会委員構成 (◎:委員長、五十音順・敬称略)

岩間 慶子 一般社団法人横浜市青葉区医師会療養通所介護事業所 管理者

浦邊 雄作 株式会社フクシアス 代表取締役

高砂 裕子 一般社団法人 全国訪問看護事業協会 副会長

田母神 裕美 公益社団法人日本看護協会 常任理事

◎ 永田 智子 慶応義塾大学 看護医療学部 教授

野崎 加世子 岐阜県看護協会立訪問看護ステーション高山 管理者

星芝 由美子 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社 経済社会ユニット 共生・社会政策部 主任研究員

佐藤 美穂子 公益財団法人 日本訪問看護財団 常務理事

【検討委員会オブザーバー】

佐々木 彩 厚生労働省老健局老人保健課 看護係長

初村 恵 厚生労働省老健局老人保健課 介護予防対策専門官・看護専門官

(2) 質評価ワーキング委員会委員構成(◎:委員長、五十音順・敬称略)

岩本 大希 WyL 株式会社 代表取締役

福井 小紀子 東京医科歯科大学 大学院保健衛生学研究科 看護先進科学専攻 臨床看護開発学講座 在宅がんエンドオブライフケア看護学 在宅ケア看護学 教授

◎星芝 由美子 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社 経済社会ユニット 共生・社会政策部 主任研究員

山本 則子 東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 高齢者在宅長期ケア看護学 教授

吉江 悟 一般社団法人 Neighborhood Care 代表理事

吉原 由美子 一般社団法人 全国訪問看護事業協会 業務主任

佐藤 美穂子 公益財団法人 日本訪問看護財団 常務理事

平原 優美 日本訪問看護財団 事務局次長あすか山訪問看護ステーション 統括所長

【質評価ワーキング委員会オブザーバー】

清崎 由美子 一般社団法人 全国訪問看護事業協会 技術参与

高砂 裕子 一般社団法人 全国訪問看護事業協会 副会長

永田 智子 慶応義塾大学 看護医療学部 教授

佐々木 彩 厚生労働省老健局老人保健課 看護係長

初村 恵 厚生労働省老健局老人保健課 介護予防対策専門官・看護専門官

(3) 実態調査ワーキング委員会委員構成(◎:委員長、五十音順・敬称略)

岩間 慶子 一般社団法人 横浜市青葉区医師会療養通所介護事業所 管理者

平澤 利恵子 一般社団法人 恵幸会 代表理事 くくる花巻訪問看護ステーション 花心看護小規模多機能型居宅介護 管理者

◎星芝 由美子 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社 共生・社会政策部 主任研究員

佐藤 美穂子 公益財団法人 日本訪問看護財団 常務理事

【実態調査ワーキング委員会オブザーバー】

塩崎 由利 療養通所介護事業所ひなたぼっこ1 所長

永田 智子 慶応義塾大学 看護医療学部 教授

佐々木 彩 厚生労働省老健局老人保健課 看護係長

坂本 享史 厚生労働省老健局老人保健課課長補佐

新田 惇一 厚生労働省老健局老人保健課 介護保険データ分析室長

初村 恵 厚生労働省老健局老人保健課 介護予防対策専門官・看護専門官

渡邊 多永子 厚生労働省老健局老人保健課課長補佐

(4) その他(五十音順・敬称略)

【ゲストスピーカー】

内田 恵美子 株式会社日本在宅ケア教育研究所 取締役会長

萱間 真美 聖路加国際大学大学院 看護研究科精神看護学 教授

坂本 享史 厚生労働省老健局老人保健課 課長補佐

島内 節 株式会社日本在宅ケア教育研究所 取締役

筒井 孝子 兵庫県立大学大学院 社会科学研究科 教授

水流 聡子 東京大学大学院工学系研究科化学システム工学専攻

医療社会システム 工学寄付講座 特任教授

長江 弘子 東京女子医科大学看護学部 教授

勝島 健 公益社団法人かながわ福祉サービス振興会 経営支援課 課長

【業務の一部委託先】

株式会社サーベイリサーチセンター

【事務局】

佐藤 美穂子 公益財団法人 日本訪問看護財団 常務理事

菊地 よしこ 公益財団法人 日本訪問看護財団 事業部課長

小林 弘美 公益財団法人 日本訪問看護財団 事業部

山辺 智子 公益財団法人 日本訪問看護財団 事業部/研究員

2)検討委員会の開催

(1)目的

訪問看護事業所における質評価実施、看多機における LIFE の活用状況、療養通所介護における包括報酬の影響の実態を把握し、本事業の目的を達成するため、訪問看護における質評価レビュー、アンケート調査とヒアリング調査を実施した。検討委員会の開催は、質評価レビュー、アンケート調査とヒアリング調査の結果、質評価ワーキング委員会、実態調査委員会での検討、議論の内容を取りまとめ、具体的な提案をすることを目的とした。

(2) 方法・内容

① 開催方法

ZOOM による開催

本事業で実施した質評価レビュー、アンケート及びヒアリング調査を通して 浮き彫りとなった課題について、学識経験者、訪問看護事業所、看多機、療養 通所介護の管理者等から本事業の方針、対応策及び結果について検討した。

② 主な内容

- 第1回検討委員会 2021年9月21日 本事業の概要及び年間計画(案) 各ワーキング委員会の役割分担、各ワーキングの着地点の確認 質評価のレビュー、方向性の検討 調査設計、調査の方向性の検討
- 第 2 回検討委員会 2021 年 12 月 27 日 アンケート調査・ヒアリング調査結果からの検討
- 第3回検討委員会 2022年2月17日 事業成果の考察、報告書案の検討・承認

3) 質評価ワーキング委員会の開催

(1)目的

主に訪問看護事業に関連する質評価指標のレビューを行うことで今後の訪問看護事業における質評価指標の標準化について検討することを目的とした。

(2) 方法・内容

① 開催方法

ZOOM による開催

訪問看護等に関連する質評価指標について、質評価ワーキング委員をはじめ、 広く訪問看護事業所、大学・研究機関、行政からゲストスピーカーとして招聘し、 6 回に分けて質評価指標の開発経緯や評価内容、課題、展望等についてのプレゼ ンテーションを受けて、訪問看護の質評価指標について議論した。

② 主な内容

- 第1回質評価ワーキング委員会 2021年8月23日
 - ・ 全国訪問看護事業協会「訪問看護ステーションにおける事業所自己評価のガ イドライン」について 東京医科歯科大学大学院福井委員プレゼンテーション
 - ・ 日本訪問看護財団の訪問看護の質評価について 日本訪問看護財団佐藤委員プレゼンテーション
- 第2回質評価ワーキング委員会 2021年9月28日
 - ・ 外部評価機関の活動等について かながわ福祉サービス振興会勝島氏プレゼン テーション
 - ・ オアシスによるケアのアウトカムについて 株式会社日本在宅ケア教育研究所 島内氏プレゼンテーション
 - ・ 財団方式「日本版成人・高齢者用アセスメントとケアプラン」の開発について 株式会社日本在宅ケア教育研究所内田氏プレゼンテーション
- 第3回質評価ワーキング委員会 2021年10月19日
- ・ ケアのアウトカム評価について 東京大学大学院山本委員プレゼンテーション
- ・ 科学的介護情報システム (LIFE) について 厚生労働省坂本氏プレゼンテーション

- 第4回質評価ワーキング委員会 2021年10月26日
 - ・ オマハシステムについて 東京女子医科大学長江氏プレゼンテーション
 - ・ ケアの質評価における Omaha System データ利活用の事例について WyL 株式会社岩本委員プレゼンテーション
- 第5回質評価ワーキング委員会 2021年11月25日
- ・ 在宅ケアの質・看護必要度等について 兵庫県立大学大学院筒井氏プレゼンテ ーション
- ・ 精神科訪問看護における質評価の研究について 聖路加看護大学大学院萱間氏 プレゼンテーション
- 第6回質評価ワーキング委員会 2021年12月15日工学的な視点における評価について 東京大学大学院水流氏プレゼンテーション
 - ・ レセプトデータにおける質評価について 一般社団法人 Neighborhood Care 吉江委員プレゼンテーション
- 第7回質評価ワーキング委員会 2022年1月21日
 - · 調查結果分析·考察
- ・ 質評価指標について課題の整理
- 第8回質評価ワーキング委員会 2022年2月9日
- ・ 評価指標のとりまとめ案の検討
- 質評価指標の検討結果報告

③ プレゼンテーション者名簿

【ゲストスピーカー】

内田 恵美子 株式会社日本在宅ケア教育研究所 取締役会長

勝島 健 公益社団法人かながわ福祉サービス振興会 経営支援課 課長

萱間 真美 聖路加国際大学大学院 看護研究科精神看護学 教授

坂本 享史 厚生労働省老健局老人保健課 課長補佐

島内 節 株式会社日本在宅ケア教育研究所 取締役

筒井 孝子 兵庫県立大学大学院 社会科学研究科 教授

水流 聡子 東京大学大学院工学系研究科化学システム工学専攻

医療社会システム工学寄付講座 特任教授

長江 弘子 東京女子医科大学看護学部 教授

【ワーキング委員】

岩本 大希 WyL 株式会社 代表取締役

ウィル訪問看護ステーション江戸川 所長

福井 小紀子 東京医科歯科大学 大学院保健衛生学研究科

看護先進科学専攻 臨床看護開発学講座

在宅がんエンドオブライフケア看護学 在宅ケア看護学 教授

山本 則子 東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻

高齢者在宅長期ケア看護学 教授

吉江 悟 一般社団法人 Neighborhood Care 代表理事

佐藤 美穂子 公益財団法人 日本訪問看護財団 常務理事

4) 実態調査ワーキング委員会の開催

(1)目的

訪問看護事業所における質評価実施、看多機におけるLIFEの活用状況、療養通所介護における包括報酬の影響の実態を把握し、本事業の目的を達成するためアンケート調査とヒアリング調査を実施した。実態調査ワーキング委員会では、現場の意見を取り入れた調査設計や調査結果の分析を行い、現場の実態に即した具体的な提案をすることを目的とした。

(2) 方法・内容

① 開催方法

ZOOM による開催

本事業で実施した訪問看護・看多機・療養通所介護のアンケート及びヒアリン グ調査を通して浮き彫りとなった課題について、議論をした。

② 主な内容

- 第1回実態調査ワーキング委員会 2021年9月14日
 - ・ 本事業の概要及び年間計画(案)、及び実態調査ワーキング委員会の役割(案) の説明
- ・ アンケート調査票(案)について
- ・ ヒアリング調査票(案)について
- 第2回実態調査ワーキング委員会 2021年10月4日
- ・ アンケート調査票(案)について
- ・ ヒアリング調査票(案)について
- 第3回実態調査ワーキング委員会 2021年12月23日
- ・ 調査結果の報告と考察の検討

訪問看護事業所

第2章 訪問看護事業所アンケート調査

第1節 調査概要

1. 調査の目的

訪問看護事業所の管理者を対象とし訪問看護における質評価実施の実態を把握することを目的にアンケート調査を実施した。

2. 調査の内容・方法

1) 対象

各都道府県厚生局が公表しているコード内容別訪問看護事業所一覧表を基に、健康保険の規定により指定された全国 13,003 か所の訪問看護事業所を把握した。都道府県別に割合を出したのち、無作為に抽出した 1,500 カ所の事業所を対象とした。

2) 方法

自記式、郵送法にてアンケート調査を実施した。訪問看護事業所管理者に記入を 依頼した。

3)調査実施期間

2021年11月5日~2021年11月30日

4) 主な調査内容

- 事業所基本情報:所在地、事業開始年、開設主体、併設施設・事業所の種類・数、収支状況、営業日、管理者経験年数、教育担当者の有無、利用者人数、職員体制等
- 評価指標の実施状況:評価の内容や種類、課題、工夫点、スタッフの質を測り、 高める為に実施していること、基準等に対する取り組みについて、科学的介護 情報システムについて等

5)倫理的配慮

調査の実施にあたり、日本訪問看護財団研究倫理委員会の審査を受け承認を得た。 書面にて研究の目的、プライバシーは厳守されること、調査への協力は任意である こと、調査に協力しないことで一切不利益を被る事はないことなどを説明し、調査 票への記入及び返信をもって調査への同意を得られたものとした。

第2節 調査結果

1. 回収率

	訪問看護事業所
発送数	1, 500
実施数	1, 470
回収数	570
回収率	38.8%

※訪問看護事業所:30 事業所は閉鎖・中止

2. アンケート調査の結果

1)基本情報

(1) 所在地

所在地は、「大阪府」が 10.7%で最も多く、次いで、「東京都」は 10.2%、「神 奈川県」は 6.8%、「愛知県」は 5.4%であった。

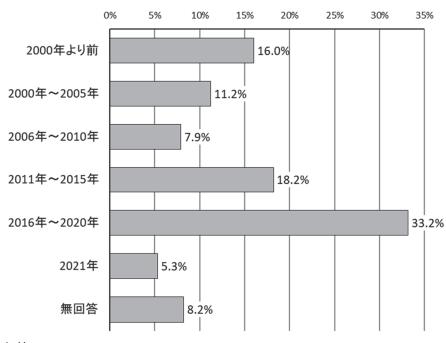
図表 1-1-1 所在地 (n=570)

都道府県	回答数	構成比
北海道	24	4.2%
青森県	7	1.2%
岩手県	6	1.1%
宮城県	3	0.5%
秋田県	1	0.2%
山形県	3	0.5%
福島県	9	1.6%
茨城県	7	1.2%
栃木県	6	1.1%
群馬県	7	1.2%
埼玉県	21	3.7%
千葉県	15	2.6%
東京都	58	10.2%
神奈川県	39	6.8%
新潟県	9	1.6%
富山県	4	0.7%
石川県	6	1.1%
福井県	2	0.4%
山梨県	4	0.7%
長野県	7	1.2%
岐阜県	8	1.4%
静岡県	17	3.0%
愛知県	31	5.4%
三重県	9	1.6%

4= \\\ \		144 15 1 1
都道府県	回答数	構成比
滋賀県	5	0.9%
京都府	23	4.0%
大阪府	61	10.7%
兵庫県	25	4.4%
奈良県	11	1.9%
和歌山県	5	0.9%
鳥取県	2	0.4%
島根県	5	0.9%
岡山県	5	0.9%
広島県	16	2.8%
山口県	6	1.1%
徳島県	1	0.2%
香川県	5	0.9%
愛媛県	9	1.6%
高知県	2	0.4%
福岡県	27	4.7%
佐賀県	4	0.7%
長崎県	7	1.2%
熊本県	10	1.8%
大分県	11	1.9%
宮崎県	7	1.2%
鹿児島県	10	1.8%
沖縄県	7	1.2%
無回答	3	0.5%
全体	570	100.0%

(2) 事業開始年

事業開始年は、「2016 年~2020 年」が 33.2%で最も多く、次いで、「2011 年~2015 年」は 18.2%、「2000 年より前」は 16.0%、「2000 年~2005 年」は 11.2%であった。



図表 1-1-2 事業開始年 (n=570)

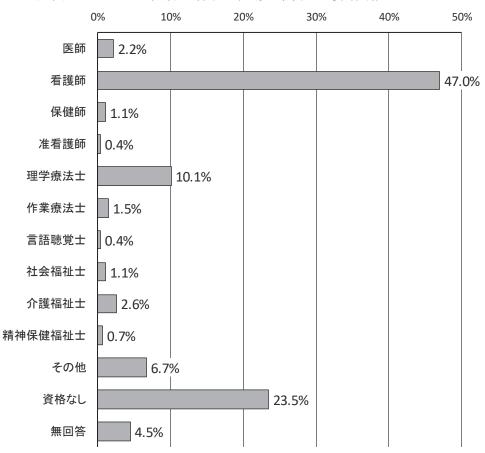
(3) 開設主体

開設主体は、「営利法人」が 47.0%で最も多く、次いで、「医療法人」は 26.7%、「社会福祉法人」は 6.8%、「その他の社団・財団法人」は 5.3%であった。「その他」の具体的な内容は、「独立行政法人」などであった。

都道府県	回答数	構成比
営利法人	268	47.0%
医療法人	152	26.7%
社会福祉法人	39	6.8%
医師会	13	2.3%
看護協会	6	1.1%
その他の社団・財団法人	30	5.3%
日赤・済生会	3	0.5%
協同組合	13	2.3%
社会保険団体	1	0.2%
地方公共団体	10	1.8%
特定非営利活動法人(NPO)	7	1.2%
その他	26	4.6%
無回答	2	0.4%
全体	570	100.0%

図表 1-1-3 開設主体 (n=570)

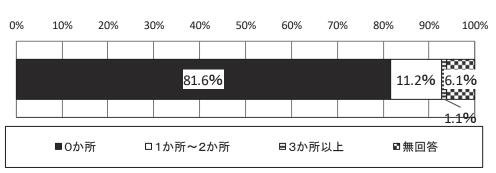
「営利法人」に該当する場合、代表者が有する医療に関する専門資格は、「看護師」が 47.0%で最も多く、次いで、「資格なし」は 23.5%、「理学療法士」は 10.1%であった。



図表 1-1-3-1 代表者が有する医療に関する専門資格 (n=268)

(4) 事業所のサテライト事業所数

事業所のサテライト事業所数は、 $\lceil 0$ か所」が 81.6%で最も多く、次いで、 $\lceil 1$ か所 \rceil が \rceil は 11.2%、 $\lceil 3$ か所以上」は 1.1%であった。



図表 1-1-4 事業所のサテライト事業所数 (n=570)

(5) 開設主体が当該事業所以外に有する訪問看護事業所数

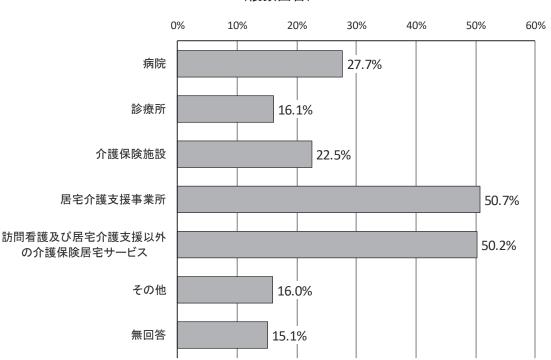
開設主体が当該事業所以外に有する訪問看護事業所数は、「0 か所」が 67.0%で 最も多く、次いで、「3 か所以上」は 12.5%、「1 か所~2 か所」は 11.6%であっ た。

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% 67.0% 11.6% **■**12.5**%■**8.9**%** ■Oか所 口1か所~2か所 ■3か所以上 □無回答

図表 1-1-5 開設主体が事業所以外に有する訪問看護事業所数 (n=570)

(6) 開設主体が他に運営している施設・事業所数

開設主体が他に運営している施設・事業所は、「居宅介護支援事業所」が 50.7% で最も多く、次いで、「訪問看護及び居宅介護支援以外の介護保険居宅サービス」は 50.2%、「病院」は 27.7%、「介護保険施設」は 22.5%であった。

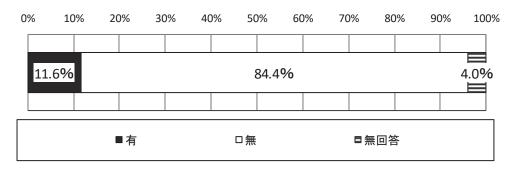


図表 1-1-6 開設主体が他に運営している施設・事業所 (n=570) (複数回答)

(7) 介護・医療・福祉分野以外の事業の有無

介護・医療・福祉分野以外の事業の有無は、「有り」は 11.6%、「無し」は 84.4%であった。

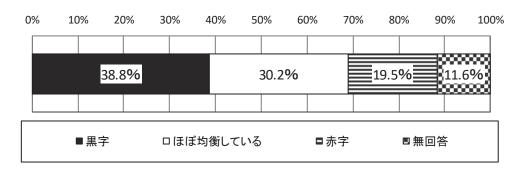
図表 1-1-7 介護・医療・福祉分野以外の事業の有無 (n=570) (複数回答)



(8) 事業所の収支状況

事業所の収支状況は、「黒字」が 38.8%で最も多く、次いで、「ほぼ均衡している」は 30.2%、「赤字」は 19.5%であった。

図表 1-1-8 事業所の収支状況 (n=570)



(9) 営業日

営業日は、「月~金」が 99.3%であり、「土曜日」に営業している事業所は 53.2%、「日曜日」に営業している事業所は 16.5%であった。

 0%
 20%
 40%
 60%
 80%
 100%

 月~金
 53.2%

 日曜日
 16.5%

 無回答
 0.4%

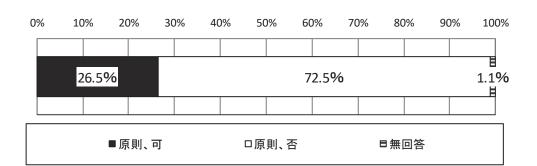
図表 1-1-9 営業日 (n=570)

(10) 営業時間

営業時間は、24時間営業している事業所が4事業所であった。

(11) 早朝や夜間の時間帯の計画的な訪問の可否

早朝や夜間の時間帯の計画的な訪問の可否は、「原則、可」は 26.5%、「原則、否」は 72.5%であった。



図表 1-1-11 早朝や夜間の時間帯の計画的な訪問の可否 (n=570)

(12) 地域の他のステーション等の職員の研修等の実施

地域の他のステーション等の職員の研修等の実施は、「有り」は 28.1%、「無し」は 69.6%であった。

図表 1-1-12 地域の他のステーション等の職員の研修等の実施 (n=570)



(13) 住民に対する相談会、講習会の実施

住民に対する相談会、講習会の実施は、「有り」は 11.6%、「無し」は 87.4%であった。

図表 1-1-13 住民に対する相談会、講習会の実施(n=570)



(14) インターネット接続できる環境か否か

事業所がインターネット接続できる環境か否かは、「はい」と回答した事業所が 567事業所であり、99.5%を占めた。

(15) 訪問看護事業での管理者経験年数

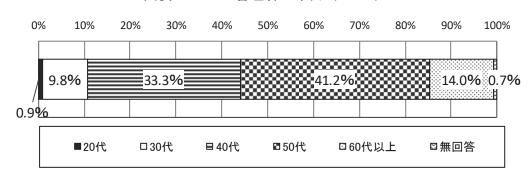
訪問看護事業での管理者経験年数は、「1 年以上 3 年未満」が 30.7%で最も多く、 次いで、「5 年以上 10 年未満」は 24.0%、「3 年以上 5 年未満」は 21.1%、「10 年 以上」は 20.7%であった。

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% 0.5% 20.7% 30.7% 21.1% 3.0% 口1年以上3年未満 ■3年以上5年未満 ■1年未満 ■5年以上10年未満 □10年以上 □無回答

図表 1-1-15 訪問看護事業での管理者経験年数 (n=570)

(16) 管理者の年代

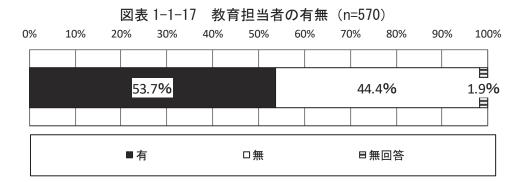
管理者の年代は、「50 代」が 41.2%で最も多く、次いで、「40 代」は 33.3%、「60 代以上」は 14.0%、「30 代」は 9.8%であった。



図表 1-1-16 管理者の年代 (n=570)

(17)教育担当者の有無

教育担当者の有無は、「有り」は53.7%、「無し」は44.4%であった。



18

(18) 事業所の職員体制

職員の常勤換算数は、「保健師・看護師」は平均 5.3 人、「准看護師」は平均 0.3 人、「理学療法士・作業療法士・言語聴覚士」は平均 1.9 人、「その他の職員」は平均 0.6 人であった。

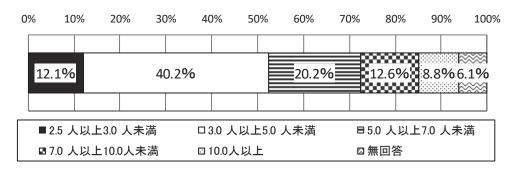
「看護職員」は平均5.6人、「事業所全体」は平均8.1人であった。

図表 1-1-18 事業所の職員体制 常勤換算数(人)

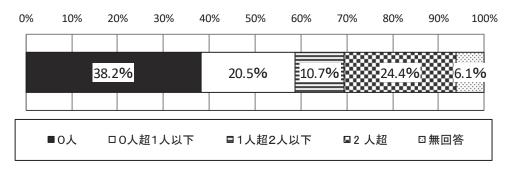
	n(件数)	合計値	平均值	標準偏差	中央値
保健師・看護師	535	2, 845. 5	5. 3	3. 2	4. 5
准看護師	535	140.6	0.3	0. 7	0.0
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	535	1, 019. 7	1. 9	4. 1	0.6
その他の職員	535	339.8	0.6	0.8	0.5
看護職員小計	535	2, 986. 1	5. 6	3. 3	4. 7
全職員合計	535	4, 345. 5	8. 1	6. 7	6.4

図表 1-1-18-1 事業所の職員体制の分布 常勤換算数 (n=570)

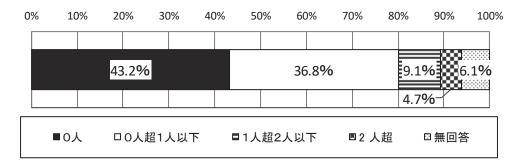
① 看護職員小計



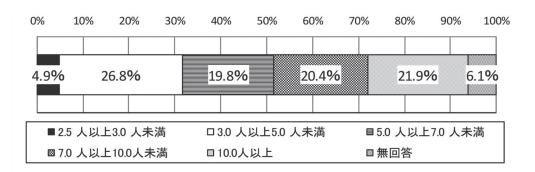
② 理学療法士·作業療法士·言語聴覚士



③ その他の職員



④ 全職員数合計



(19) 訪問看護事業所の利用者数(2021年10月分)

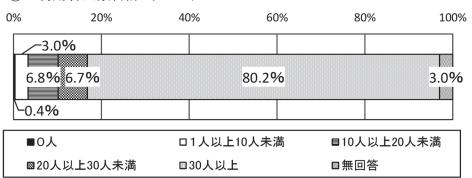
訪問看護事業所の利用者数 (2021年10月分) は、「介護予防訪問看護利用者数 (要支援1・2の利用者)」は平均8.2人、「介護保険による訪問看護利用者数 (要介護1~5の利用者)」は平均47.7人であった。「医療保険による利用者数」は平均28.9人であった。そのうち、「精神科訪問看護療養費算定者数」は平均12.0人、「6歳以上18歳以下の利用者数」は平均1.1人、「6歳未満の利用者」は平均0.8人であった。

図表 1-1-19 訪問看護事業所の利用者数(人)(2021 年 10 月分)

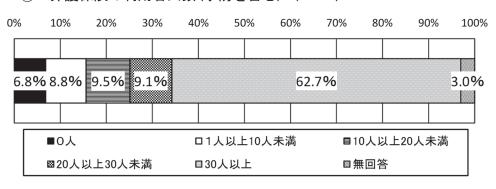
	n(件数)	平均值	標準偏差	中央値
介護保険による利用者数(要支援1,2の利用者)	553	8. 2	14. 1	5. 0
介護保険による利用者数(要介護1~5の利用者)	553	47.7	48. 6	37. 0
医療保険による利用者数	553	28. 9	37. 4	17. 0
精神科訪問看護基本療養費算定者数	553	12.0	33. 4	0.0
6歳以上18歳以下の利用者数	553	1.1	4. 6	0.0
6歳未満の利用者数	553	0.8	2. 9	0.0

図表 1-1-19-1 訪問看護事業所の利用者数(人)(2021 年 10 月分)

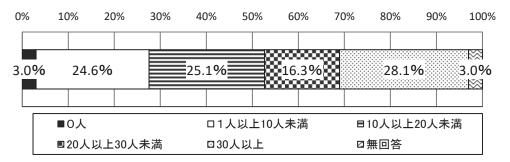
① 利用者人数合計 (n=570)



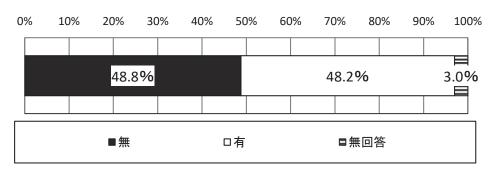
② 介護保険の利用者人数(予防を含む) (n=570)



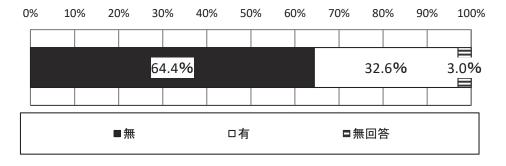
③ 医療保険の利用者人数 (n=570)



④ 精神科訪問看護利用者の有無 (n=570)



⑤ 小児利用者の有無 (n=570)



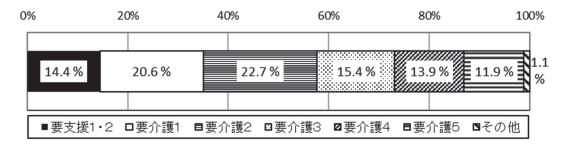
(20)介護保険による利用者の要介護度別人数

介護保険による利用者の要介護度別人数は、「要支援 1・2」の平均は 8.4 人、「要介護 1」の平均は 12.0 人、「要介護 2」の平均は 13.2 人、「要介護 3」の平均は 9.0 人、「要介護 4」の平均は 8.1 人、「要介護 5」の平均は 6.9 人、「その他(申請中・区分変更中・要介護認定なし)」の平均は 0.6 人であった。

図表 1-1-20 介護保険による利用者の要介護度別人数

	n(件数)	合計値	平均値	標準偏差	中央値
要支援1・2	531	4,456	8.4	14.3	5.0
要介護1	531	6,359	12.0	12.9	9.0
要介護2	531	7,013	13.2	14.6	10.0
要介護3	531	4,752	9.0	10.2	7.0
要介護4	531	4,285	8.1	8.7	6.0
要介護5	531	3,681	6.9	7.3	5.0
その他(申請中・区分変更中・要介護認定なし)	531	337	0.6	2.2	0.0

図表 1-1-20-1 介護保険による利用者の要介護度別人数の分布 (n=531 事業所、 30,883 人)



(21) 訪問看護事業所の特別管理加算算定者数(2021年10月分)

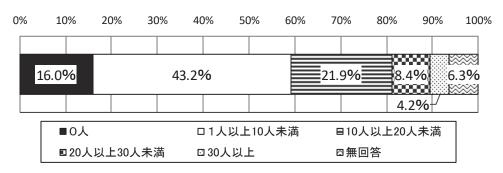
「介護保険の特別管理加算の算定対象となる利用者数」は平均 9.2 人、「医療保険の特別管理加算の算定対象となる利用者数」は平均 7.0 人であった。

図表 1-1-21 訪問看護事業所の特別管理加算算定者数(人)(2021年10月分)

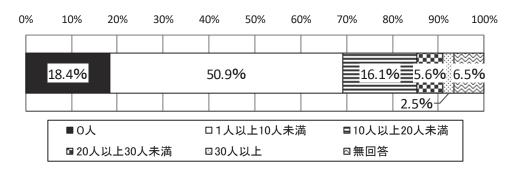
	n(件数)	平均值	標準偏差	中央値
介護保険の特別管理加算の算定対象となる利用者数	534	9.2	9.8	6.0
介護保険の特別管理加算算定者数	529	8.9	9.7	6.0
医療保険による特別管理加算の算定対象となる利用者	533	7.0	8.5	4.0
医療保険による特別管理加算算定者数	527	6.7	8.3	4.0

図表 1-1-21-1 訪問看護事業所の特別管理加算算定者数の分布(2021年10月分)

① 介護保険の訪問看護利用者数 (予防を含む) のうち、特別管理加算の算 定対象となる利用者数



② 医療保険による訪問看護利用者数のうち、特別管理加算の算定対象となる利用者数



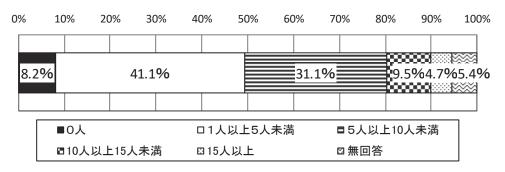
(22) 新規依頼数(2021年10月分)

新規依頼数 (2021 年 10 月分) は、平均 5.4 人であった。人数の分布は、「1 人以上 5 人未満」が 41.1%で最も多く、次いで、「5 人以上 10 人未満」は 31.1%、「10 人以上 15 人未満」は 9.5%、「0 人」は 8.2%であった。

図表 1-1-22 新規依頼数(2021 年 10 月分)(n=539)

	n(件数)	平均值	標準偏差	中央値
新規依頼数	539	5.4	4.7	4.0

図表 1-1-22-1 新規依頼数(2021 年 10 月分) (n=570)



(23) 新規依頼の依頼経路別人数

新規依頼の依頼経路別人数は、「病院」は平均 1.6 人、「診療所」は平均 0.4 人、「介護老人保健施設」は平均 0.1 人、「居宅介護支援事業所」が平均 2.6 人、「地域包括支援センター」は平均 0.3 人、「保健所」は平均 0.1 人、「本人・家族」は平均 0.2 人、「その他」は平均 0.2 人であった。

図表 1-1-23 新規依頼の依頼経路別人数 (人) (2021 年 10 月分)

	n(件数)	合計値	平均值	標準偏差	中央値
病院	535	870	1.6	2.3	1.0
診療所	535	238	0.4	1.1	0.0
介護老人保健施設	535	25	0.1	0.3	0.0
居宅介護支援事業所	535	1,379	2.6	3.2	2.0
地域包括支援センター	535	162	0.3	0.7	0.0
保健所	535	26	0.1	0.4	0.0
本人•家族	535	82	0.2	0.6	0.0
その他	535	87	0.2	0.7	0.0

0% 20% 40% 60% 80% 100% 5.6% 48.1 % 30.3 % 8.3 % 3.0 % 0.9 % 0.9% = 2.9%■病院 □診療所 ■介護老人保健施設 □居宅介護支援事業所 ☑地域包括支援センター ■保健所 ■本人•家族 ■その他

図表 1-1-23-1 新規依頼の依頼経路別人数の分布

(24) 新規利用開始者数(2021年10月分)

新規利用依頼者のうち、実際に新規利用を開始した人数(2021年10月分)は、 平均4.3人であった。

図表 1-1-24 新規利用開始者数(2021 年 10 月分)(人)

	n(件数)	平均值	標準偏差	中央値
新規利用開始者数	504	4.3	4.2	3.0

(25) 死亡者の状況(2020年11月1日~2021年10月31日)

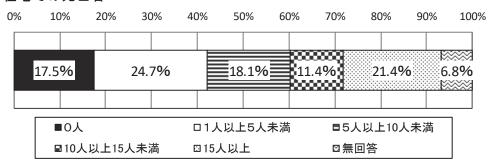
全利用者のうち、2020年11月1日~2021年10月31日までの死亡者の状況は、「在宅での死亡者」が平均10.2人、「在宅以外での死亡者数」が平均5.7人であった。「在宅での死亡者」のうち、「ターミナルケア療養費」を算定した人数は、平均6.2人、「ターミナルケア加算」を算定した人数は、平均2.2人であった。「在宅以外での死亡者」のうち、「ターミナルケア療養費」を算定した人数は、平均0.5人、「ターミナルケア加算」を算定した人数は、平均0.2人であった。

図表 1-1-25 死亡者の状況(人)(2020年11月1日~2021年10月31日)

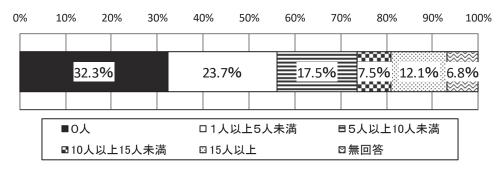
	n(件数)	合計値	平均值	標準偏差	中央値
在宅での死亡者	531	5,426	10.2	14.0	5.0
うち、ターミナルケア療養費算定者数(医療保険)	531	3,312	6.2	9.7	3.0
うち、ターミナルケア加算算定者数(介護保険)	531	1,162	2.2	4.1	1.0
在宅以外での死亡者数	531	3,016	5.7	7.8	2.0
うち、ターミナルケア療養費算定者数(医療保険)	531	280	0.5	1.7	0.0
うち、ターミナルケア加算算定者数(介護保険)	531	129	0.2	1.0	0.0

図表 1-1-25-1 死亡者の状況(人) (2020 年 11 月 1 日~2021 年 10 月 31 日) (n=531)

① 在宅での死亡者



② 在宅以外での死亡者数

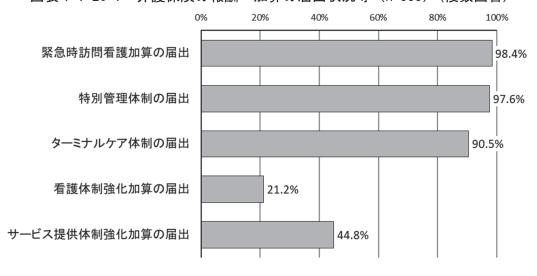


(26) 報酬・加算の届出の状況等

<介護保険>

介護保険の報酬・加算の届出状況等は、「緊急時訪問看護加算の届出」をしている事業所が 98.4%であり、「特別管理体制の届出」をしている事業所が 97.6%、「ターミナルケア体制の届出」をしている事業所が 90.5%、「看護体制強化加算の届出」をしている事業所が 21.2%、「サービス提供体制強化加算の届出」をしている事業所が 44.8%であった。

図表 1-1-26-1 介護保険の報酬・加算の届出状況等(n=533)(複数回答)



①看護体制強化加算の種類

看護体制強化加算の種類は、「I」が 43.8%、「I」が 47.6%、「介護予防」は 2.9%であった。

図表 1-1-26-2 看護体制強化加算の種類

看護体制強化加算の種類	n(件数)	構成比
I	46	43.8%
П	50	47. 6%
介護予防	3	2.9%
無回答	6	5. 7%
全体	105	100%

②サービス提供体制強化加算の種類

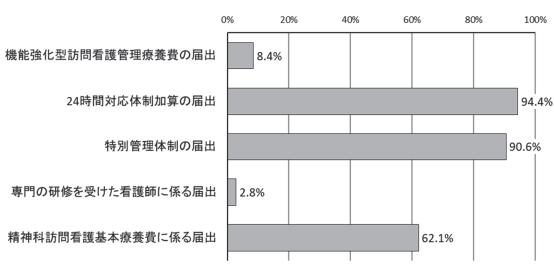
サービス提供体制強化加算の種類は、「I」が 66.2%、「II」が 24.3%であった。

図表 1-1-26-3 サービス提供体制強化加算の種類

サービス提供体制強化加算の種類	n(件数)	構成比
I	147	66. 2%
П	54	24. 3%
無回答	21	9.5%
全体	222	100%

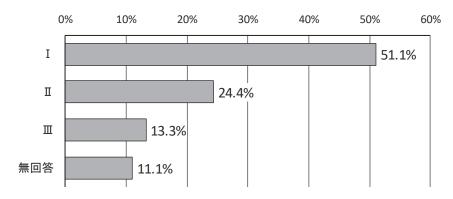
<医療保険>

医療保険の報酬・加算の届出状況等は、「機能強化型訪問看護管理療養費の届出」が8.4%、「24時間対応体制加算の届出」が94.4%、「特別管理体制の届出」は90.6%、「専門の研修を受けた看護師に係る届出」が2.8%、「精神科訪問看護基本療養費に係る届出」は62.1%であった。



図表 1-1-26-4 医療保険の報酬・加算の届出状況等(n=533)(複数回答)

機能強化型訪問看護管理療養費の届出の種類は、「I」が 51.1%であり、「II」が 24.4%、「III」が 13.3%であった。

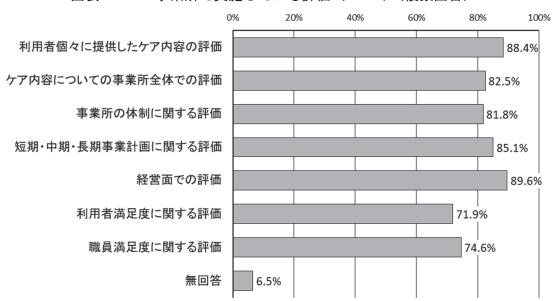


図表 1-1-26-5 機能強化型訪問看護管理療養費の種類 (n=45)

2) 事業所における評価

(1) 事業所で実施している評価

事業所で実施している評価は、「経営面での評価」が89.6%で最も多く、次いで、「利用者個々に提供したケア内容の評価」は88.4%、「短期・中期・長期事業計画に関する評価」は85.1%、「ケア内容についての事業所全体での評価」は82.5%であった。



図表 1-2-1 事業所で実施している評価 (n=570) (複数回答)

図表 1-2-1-1 看護職員数(常勤換算数)別 事業所で実施している評価の内容 (複数回答)

		利用者	ケア内容	事業所の	短期・中	経営面で	利用者満	職員満足	無回答
		個々に提	について	体制に関	期・長期	の評価	足度に関	度に関す	
	合計	供したケ	の事業所	する評価	事業計画		する評価	る	
		ア内容の	全体での		に関する			評価	
		評価	評価		評価				
全体	570	504	470	466	485	511	410	425	37
	100.0%	88. 4%	82. 5%	81.8%	85. 1%	89.6%	71. 9%	74. 6%	6. 5%
2.5人以上3.0人未満	69	56	50	53	55	58	47	48	8
	100.0%	81. 2%	72.5%	76.8%	79. 7%	84. 1%	68. 1%	69.6%	11. 6%
3.0人以上5.0人未満	229		182	174	184	201	152	159	19
	100.0%	86.0%	79.5%	76.0%	80. 3%	87. 8%	66.4%	69.4%	8. 3%
5.0人以上7.0人未満	115	107	100	103	106	110	89	97	2
	100.0%	93.0%	87. 0%	89.6%	92. 2%	95. 7%	77. 4%	84. 3%	1. 7%
7.0人以上10.0人未満	72	65	62	62	65	67	59	59	4
	100.0%	90. 3%	86. 1%	86. 1%	90. 3%	93. 1%	81.9%	81.9%	5. 6%
10.0人以上	50	45	43	42	44	44	35	34	3
	100.0%	90.0%	86.0%	84. 0%	88.0%	88.0%	70.0%	68.0%	6.0%

図表 1-2-1-2 管理者経験年数別 事業所で実施している評価(複数回答)

		利用者		事業所の	短期・中	経営面で	利用者満		無回答
		個々に提		体制に関	期・長期	の評価	足度に関	に関する評	
	合計	供したケ	の事業所	する評価	事業計画		する評価	価	
		ア内容の	全体での		に関する				
		評価	評価		評価				
全体	570	504	470	466	485	511	410	425	37
	100.0%	88. 4%	82. 5%	81.8%	85. 1%	89.6%	71. 9%	74.6%	6. 5%
1年未満	3	3	3	3	3	3	3	3	-
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	_
1年以上3年未満	175	158	150	143	151	155	125	127	11
	100.0%	90. 3%	85. 7%	81. 7%	86.3%	88. 6%	71. 4%	72. 6%	6. 3%
3年以上5年未満	120	110	96	101	104	111	87	97	6
	100.0%	91. 7%	80.0%	84. 2%	86. 7%	92. 5%	72. 5%	80.8%	5.0%
5年以上10年未満	137	114	107	107	110	120	99	101	12
	100.0%	83. 2%	78. 1%	78. 1%	80. 3%	87. 6%	72. 3%	73. 7%	8. 8%
10年以上	118	104	99	98	103	106	83	86	7
	100.0%	88. 1%	83. 9%	83. 1%	87. 3%	89.8%	70. 3%	72. 9%	5. 9%

図表 1-2-1-3 教育担当者の有無別 事業所で実施している評価(複数回答)

									~ -1
		利用者	ケア内容	事業所の	短期・中	経営面で	利用者満	職員満足	無回答
		個々に提	について	体制に関		の評価	足度に関	度に関す	
	合計	供したケ	の事業所	する評価	事業計画		する評価	る評価	
		ア内容の	全体での		に関する				
		評価	評価		評価				
全体	570	504	470	466	485	511	410	425	37
土件	100.0%	88.4%	82.5%	81.8%	85. 1%	89.6%	71.9%	74.6%	6.5%
有	306	281	264	266	278	288	241	252	10
Ħ	100.0%	91.8%	86.3%	86.9%	90.8%	94.1%	78.8%	82.4%	3.3%
無	253	215	198	192	200	216	163	168	24
**	100.0%	85.0%	78.3%	75.9%	79.1%	85.4%	64.4%	66.4%	9.5%
無回答	11	8	8	8	8	7	6	5	3
ボロゴ	100.0%	72. 7%	72. 7%	72. 7%	72. 7%	63.6%	54.5%	45.5%	27. 3%

図表 1-2-1-4 機能強化型訪問看護管理療養費の届出別 事業所で実施している評価 (複数回答)

	合計	利用者 個々に提 供したケ ア内容の	ケア内容 について の事業所 全体での	事業所の 体制に関 する評価	短期・中 期・長期 事業計画 に関する	経営面で の評価	利用者満 足度に関 する評価	職員満足 度に関す る評価	無回答
		評価	評価		評価				
全体	570	504	470	466	485	511	410	425	37
土件	100.0%	88.4%	82.5%	81.8%	85. 1%	89.6%	71.9%	74.6%	6.5%
あり	45	43	42	41	43	44	38	36	_
05 9	100.0%	95.6%	93.3%	91.1%	95.6%	97.8%	84.4%	80.0%	_
なし	494	434	403	402	417	440	350	367	35
なし	100.0%	87. 9%	81.6%	81.4%	84. 4%	89.1%	70.9%	74. 3%	7. 2%
無同次	37	27	25	23	25	27	22	22	2
無回答	100.0%	87.1%	80.6%	74. 2%	80.6%	87.1%	71.0%	71.0%	6.5%

① 利用者個々に提供したケア内容の評価者・評価実施主体

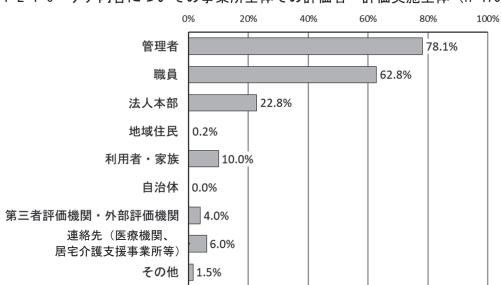
利用者個々に提供したケア内容の評価者・評価実施主体は、「職員」が 83.7% で最も多く、次いで、「管理者」は 76.2%、「連携先 (医療機関、居宅介護支援事業所等)」は 15.3%、「利用者・家族」は 14.9%であった。

0% 20% 40% 60% 80% 100% 76.2% 管理者 職員 83.7% 法人本部 5.6% 地域住民 0.0% 利用者・家族 14.9% 自治体 0.2% 第三者評価機関 · 外部評価機関 1.2% 連携先(医療機関、 15.3% 居宅介護支援事業所等) その他 1.2%

図表 1-2-1-5 利用者個々に提供したケア内容の評価者・評価実施主体(n=504)(複数回答)

② ケア内容についての事業所全体での評価者・評価実施主体

ケア内容についての事業所全体での評価者・評価実施主体は、「管理者」が78.1%で最も多く、次いで、「職員」は62.8%、「法人本部」は22.8%、「利用者・家族」は10.0%であった。



図表 1-2-1-6 ケア内容についての事業所全体での評価者・評価実施主体(n=470)(複数回答)

③ 事業所の体制に関する評価者・評価実施主体

事業所の体制に関する評価者・評価実施主体は、「管理者」が 74.0%で最も多く、次いで、「法人本部」は 51.3%、「職員」は 26.2%、「第三者評価機関・外部評価機関」は 6.9%であった。

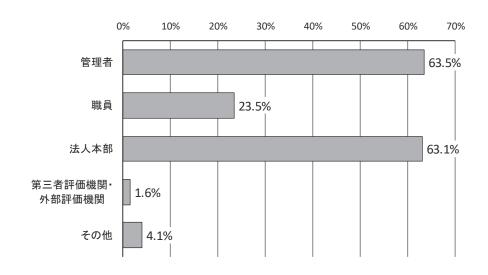
70% 0% 10% 30% 50% 60% 80% 20% 40% 管理者 74.0% 職員 26.2% 法人本部 51.3% 地域住民 0.2% 利用者・家族 3.6% 自治体 0.0% 第三者評価機関 · 外部評価機関 6.9% 連携先(医療機関、 1.3% 居宅介護支援事業所等) その他 3.2%

図表 1-2-1-7 事業所の体制に関する評価者・評価実施主体(n=466)(複数回答)

④ 短期・中期・長期事業計画に関する評価者・評価実施主体

短期・中期・長期事業計画に関する評価者・評価実施主体は、「管理者」が63.5%で最も多く、次いで、「法人本部」は63.1%、「職員」は23.5%であった。

図表 1-2-1-8 短期・中期・長期事業計画に関する評価者・評価・実施主体 (n=485) (複数回答)



⑤ 経営面での評価者・評価実施主体

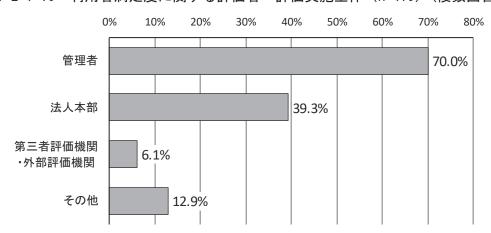
経営面での評価者・評価実施主体は、「法人本部」が 80.6%で最も多く、次いで、「管理者」は 54.6%、「職員」は 5.5%であった。

10% 20% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 30% 管理者 54.6% 職員 5.5% 法人本部 80.6% 第三者評価機関 4.5% •外部評価機関 その他 6.5%

図表 1-2-1-9 経営面での評価者・評価実施主体(n=511)(複数回答)

⑥ 利用者満足度に関する評価者・評価実施主体

利用者満足度に関する評価者・評価実施主体は、「管理者」が 70.0%で最も多く、次いで、「法人本部」は 39.3%、「第三者評価機関・外部評価機関」は 6.1% であった。

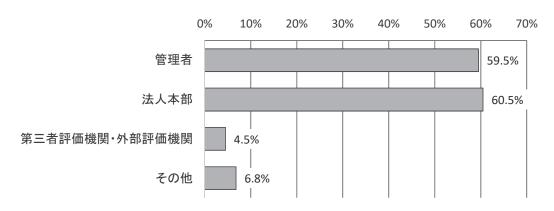


図表 1-2-1-10 利用者満足度に関する評価者・評価実施主体(n=410)(複数回答)

⑦ 職員満足度に関する評価者・評価実施主体

職員満足度に関する評価者・評価実施主体は、「法人本部」が 60.5%で最も多く、次いで、「管理者」は 59.5%、「第三者評価機関・外部評価機関」は 4.5%であった。

図表 1-2-1-11 職員満足度に関する評価者・評価実施主体(n=425)(複数回答)



<管理者が事業所の体制に関する評価をしている場合の質評価の実態>

(2)評価の内容

評価の内容は、「記録・情報管理」が 84.1%で最も多く、次いで、「事故・緊急 対応」は82.0%、「感染管理」は78.3%、「教育・研修・研究」は72.5%であった。

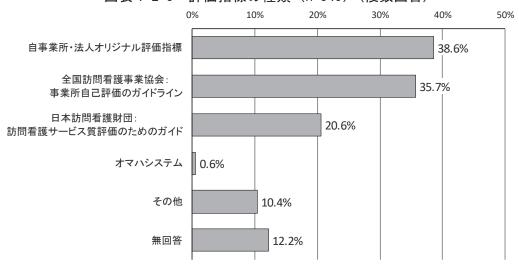
0% 20% 40% 60% 80% 100% 運営理念・組織 62.6% 人事•労務管理 62.0% 看護サービスの運営基準 70.7% 感染管理 78.3% 事故•緊急対応 82.0% 記録•情報管理 84.1% 教育•研修•研究 72.5% 連携 69.0% 経営体制 45.5% その他 1.2% 無回答 2.6%

図表 1-2-2 評価の内容 (n=345) (複数回答)

(3) 評価指標の種類

評価指標の種類は、「自事業所・法人オリジナル評価指標」が38.6%で最も多く、次いで、「全国訪問看護事業協会:事業所自己評価のガイドライン」は35.7%、「日本訪問看護財団:訪問看護サービス質評価のためのガイド」は20.6%であった。

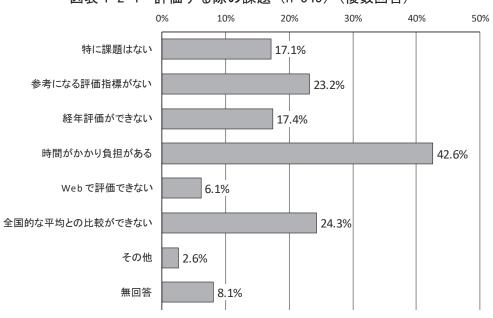
その他の回答では、「県で作成した福祉サービス評価」や「自己チェックリスト」など、自治体が作成したものを使用していると回答した事業所があった。



図表 1-2-3 評価指標の種類 (n=345) (複数回答)

(4)評価する際の課題

評価する際の課題は、「時間がかかり負担がある」が42.6%で最も多く、次いで、「全国的な平均との比較ができない」は24.3%、「参考になる評価指標がない」は23.2%、「経年評価ができない」は17.4%であった。



図表 1-2-4 評価する際の課題 (n=345) (複数回答)

図表 1-2-4-1 評価指標の種類別 評価する際の課題(複数回答)

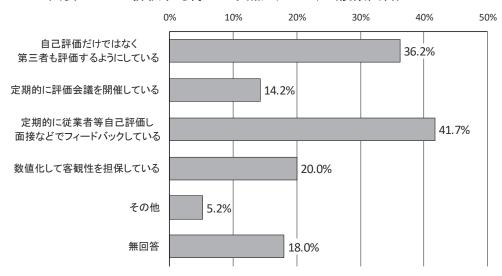
	슴탉	特に課題はない	参考になる	できない が	負担がある時間がかかり	評価できない	比較ができない	その他	無回答
全体	345	59	80	60	147	21	84	9	28
	100. 0%	17. 1%	23. 2%	17. 4%	42. 6%	6. 1%	24. 3%	2. 6%	8. 1%
自事業所・法人オ	133	32	30	26	51	13	40	-	3
リジナル評価指標	100. 0%	24. 1%	22. 6%	19. 5%	38. 3%	9. 8%	30. 1%		2. 3%
それ以外	212	27	50	34	96	8	44	9	25
	100. 0%	12. 7%	23. 6%	16. 0%	45. 3%	3. 8%	20. 8%	4. 2%	11. 8%

(5) 評価する際の工夫点

評価する際の工夫点は、「定期的に従業者等自己評価し面接などでフィードバックしている」が41.7%で最も多く、次いで、「自己評価だけではなく第三者も評価するようにしている」は36.2%、「数値化して客観性を担保している」は20.0%、「定期的に評価会議を開催している」は14.2%であった。

その他の回答では、「今後、他事業所の訪問看護師に評価を依頼する予定」という意見があった。

図表 1-2-5 評価する際の工夫点 (n=345) (複数回答)



(6)評価の頻度

評価の頻度は、「1年に1度」が36.5%で最も多く、次いで、「半年に1度」は26.4%、「毎月実施」は12.5%、「2~3か月に1度」は10.7%であった。

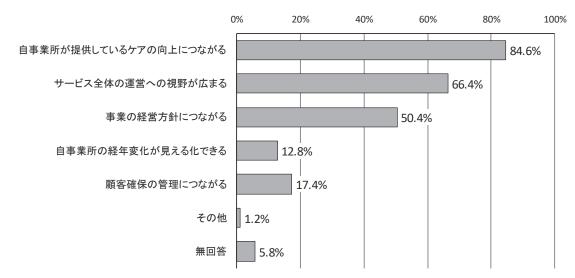
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% 12.5% 10.7% 26.4% 36.5% 7.0%7.0% ■毎月実施 口2~3か月に1度 ■半年に1度 ■1 年に1 度 □その他 □無回答

図表 1-2-6 評価の頻度 (n=345)

(7) 評価をする意義について

評価をする意義については、「自事業所が提供しているケアの向上につながる」が 84.6%で最も多く、次いで、「サービス全体の運営への視野が広まる」は 66.4%、「事業の経営方針につながる」は 50.4%、「顧客確保の管理につながる」は 17.4%であった。

その他の回答では、「スタッフのモチベーションにつながる」、「他事業所との比較ができる」、「地域からの評価・事業所経営の安定につなげる」という意見があった。



図表 1-2-7 評価をする意義について (n=345) (複数回答)

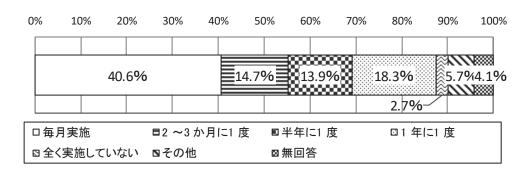
< 管理者がケア内容についての事業所全体での評価をしている場合>

(8) 評価の内容ごとの実施頻度

① 事業所全体のアセスメント・計画・評価の管理

事業所全体のアセスメント・計画・評価の管理は、「毎月実施」が 40.6%で最も多く、次いで、「1年に1度」は18.3%、「 $2\sim3$ か月に1度」は14.7%、「半年に1度」は13.9%であった。

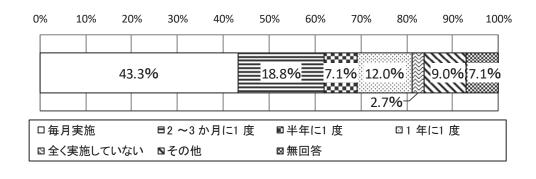
図表 1-2-8-1 事業所全体のアセスメント・計画・評価の管理 (n=367)



② 事業所全体の日常生活・療養生活のケアの管理

事業所全体の日常生活・療養生活のケアの管理は、「毎月実施」が 43.3%で最も多く、次いで、「 $2\sim3$ か月に1度」は 18.8%、「1年に1度」は 12.0%、「半年に1度」は 7.1%であった。

図表 1-2-8-2 事業所全体の日常生活・療養生活のケアの管理 (n=367)



③ 事業所全体の医療処置の管理

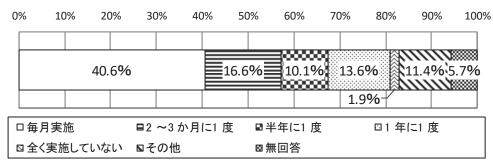
事業所全体の医療処置の管理は、「毎月実施」が 45.5%で最も多く、次いで、「2~3か月に1度」は14.7%、「1年に1度」は10.6%、「半年に1度」は4.6%であった。

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% 14.4% 14.7% 4.6%10.6% 45.5% 6.5% 3.5%-□毎月実施 ■2~3か月に1度 ■半年に1度 □1年に1度 ☑全く実施していない ☑その他 ■無回答

図表 1-2-8-3 事業所全体の医療処置の管理 (n=367)

④ 事業所全体の感染管理

事業所全体の感染管理は、「毎月実施」が 40.6%で最も多く、次いで、「 $2\sim$ 3 か月に1度」は 16.6%、「1年に1度」は 13.6%、「半年に1度」は 10.1%であった。



図表 1-2-8-4 事業所全体の感染管理 (n=367)

⑤ 事業所全体のエンドオブライフケアの管理

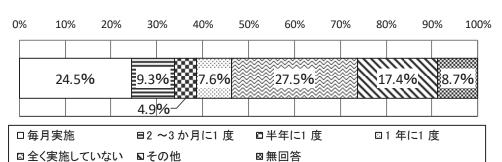
事業所全体のエンドオブライフケアの管理は、「全く実施していない」が 16.6% で最も多く、次いで、「毎月実施」は 16.1%、「1年に 1度」は 15.8%、「 $2\sim3$ か月に 1度」は 14.7%であった。

0% 10% 20% 40% 50% 60% 80% 30% 70% 90% 100% 16.1% **■**14.7%**■** 9.5% 15.8% 16.6% 口毎月実施 ■2~3か月に1度 ■半年に1 度 □1年に1度 △全く実施していない △その他 ■無回答

図表 1-2-8-5 事業所全体のエンドオブライフケアの管理 (n=367)

⑥ 事業所全体の精神障がい者のケアの管理

事業所全体の精神障がい者のケアの管理は、「全く実施していない」が 27.5% で最も多く、次いで、「毎月実施」は 24.5%、「2~3 か月に1度」は 9.3%、「1年 に1度」は 7.6% であった。



図表 1-2-8-6 事業所全体の精神障がい者のケアの管理 (n=367)

⑦ 事業所全体の認知症者のケアの管理

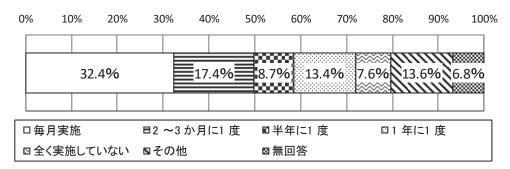
事業所全体の認知症者のケアの管理は、「毎月実施」が 28.9%で最も多く、次いで、「 $2\sim3$ か月に 1 度」は 15.8%、「1 年に 1 度」は 14.2%、「半年に 1 度」は 10.4%であった。

0% 10% 50% 20% 30% 40% 60% 70% 80% 90% 100% 28.9% 15.8% 10.4% 14.2% 9.8% 13.9% ■2~3か月に1度 ■半年に1度 □1年に1度 □毎月実施 ☑全く実施していない 図その他 ❷無回答

図表 1-2-8-7 事業所全体の認知症者のケアの管理 (n=367)

⑧ 事業所全体の家族支援の管理

事業所全体の家族支援の管理は、「毎月実施」が 32.4%で最も多く、次いで、 $52\sim3$ か月に1度」は 17.4%、「1年に1度」は 13.4%、「半年に1度」は 8.7% であった。

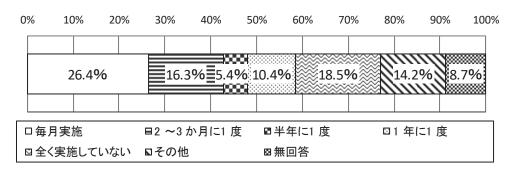


図表 1-2-8-8 事業所全体の家族支援の管理 (n=367)

⑨ 事業所全体の専門的リハビリテーション支援の管理

事業所全体の専門的リハビリテーション支援の管理は、「毎月実施」が 26.4% で最も多く、次いで、「全く実施していない」は 18.5%、「 $2\sim3$ か月に 1 度」は 16.3%、「1年に 1 度」は 10.4%であった。

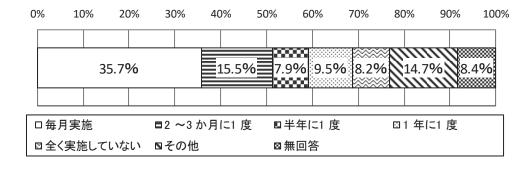
図表 1-2-8-9 事業所全体の専門的リハビリテーション支援の管理 (n=367)



① 事業所全体の多職種連携の管理

事業所全体の多職種連携の管理は、「毎月実施」が 35.7%で最も多く、次いで、「2~3 か月に1度」は 15.5%、「1 年に1度」は 9.5%、「全く実施していない」は 8.2%であった。

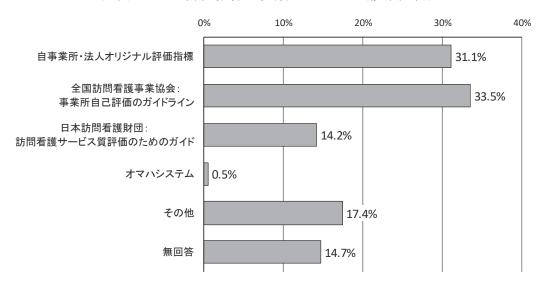
図表 1-2-8-10 事業所全体の多職種連携の管理 (n=367)



(9) 評価指標の種類

評価指標の種類は、「全国訪問看護事業協会:事業所自己評価のガイドライン」が 33.5%で最も多く、次いで、「自事業所・法人オリジナル評価指標」は 31.1%、「日本訪問看護財団:訪問看護サービス質評価のためのガイド」は 14.2%であった。

その他の回答では、「自治体のキャリアラダー」、「事業所自己チェックリスト」 等を使用していると回答した事業所があった。

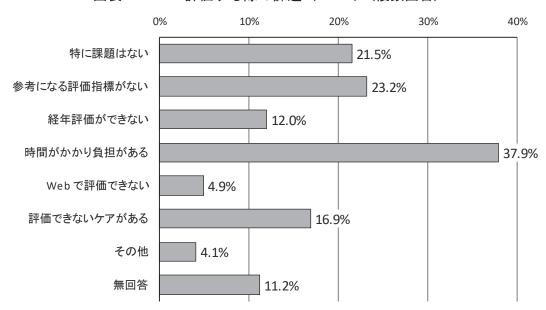


図表 1-2-9 評価指標の種類 (n=367) (複数回答)

(10)評価する際の課題

評価する際の課題は、「時間がかかり負担がある」が37.9%で最も多く、次いで、「参考になる評価指標がない」は23.2%、「特に課題はない」は21.5%、「評価できないケアがある」は16.9%であった。

その他の回答では、「他事業所と比較できない」、「日々の業務におわれ、後まわしになりやすい」という意見があった。



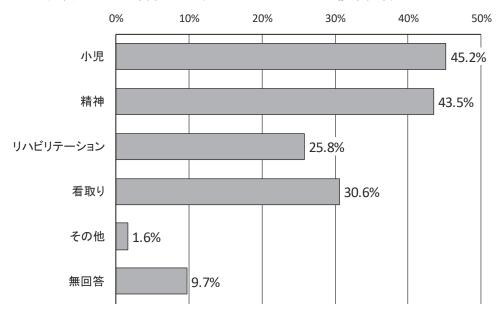
図表 1-2-10 評価する際の課題 (n=367) (複数回答)

図表 1-2-10-1 評価指標の種類別 評価する際の課題(複数回答)

	合計	特に課題はない	評価指標がない	できない が	負担がある時間がかかり	評価できない	ケアがあるい	その他	無回答
全体	367	79	85	44	139	18	62	15	41
	100.0%	21. 5%	23. 2%	12. 0%	37. 9%	4. 9%	16. 9%	4. 1%	11. 2%
自事業所・法人オ	114	37	30	16	37	8	14	2	7
リジナル評価指標	100.0%	32. 5%	26.3%	14.0%	32. 5%	7.0%	12. 3%	1.8%	6. 1%
それ以外	253	42	55	28	102	10	48	13	34
	100.0%	16.6%	21. 7%	11. 1%	40.3%	4.0%	19.0%	5. 1%	13.4%

(11)評価ができないケア

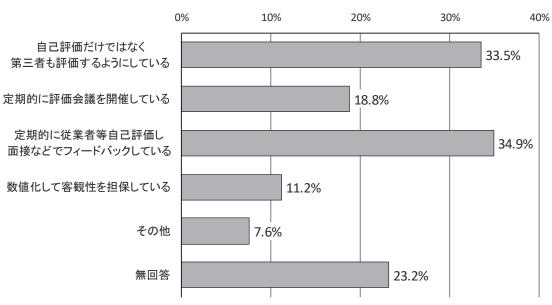
評価が出来ないケアは、「小児」が 45.2%で最も多く、次いで、「精神」は 43.5%、「看取り」は 30.6%、「リハビリテーション」は 25.8%であった。



図表 1-2-11 評価が出来ないケア (n=62) (複数回答)

(12)評価する際の工夫点

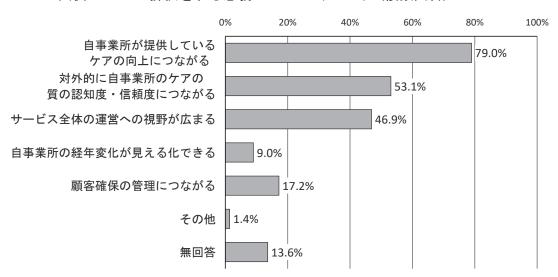
評価する際の工夫点は、「定期的に従業者等自己評価し面接などでフィードバックしている」が34.9%で最も多く、次いで、「自己評価だけではなく第三者も評価するようにしている」は33.5%、「定期的に評価会議を開催している」は18.8%、「数値化して客観性を担保している」は11.2%であった。



図表 1-2-12 評価する際の工夫点 (n=367) (複数回答)

(13) 評価をする意義

評価をする意義については、「自事業所が提供しているケアの向上につながる」が 79.0%で最も多く、次いで、「対外的に自事業所のケアの質の認知度・信頼度につながる」は 53.1%、「サービス全体の運営への視野が広まる」は 46.9%、「顧客確保の管理につながる」は 17.2%であった。



図表 1-2-13 評価をする意義について (n=367) (複数回答)

図表 1-2-13-1 看護職員(常勤換算数)別 評価をする意義について(複数回答)

	合計	ケアの向上につながる自事業所が提供している	つながる認知度・信頼度にケアの質の対外的に自事業所の	野が広まるービス全体の	見える化できる自事業所の経年変化が	つながる顧客確保の管理に	その他	無回答
全体	367	290	195	172	33	63	5	50
	100.0%	79.0%	53. 1%	46.9%	9.0%	17. 2%	1. 4%	13.6%
2.5人以上3.0人未満	44	34		20	2	7	-	8
	100.0%	77. 3%	52. 3%	45. 5%	4. 5%	15. 9%	-	18. 2%
3.0人以上5.0人未満	140	114	77	68	14	32	2	16
	100.0%	81.4%	55.0%	48.6%	10.0%	22. 9%	1.4%	11. 4%
5.0人以上7.0人未満	79	62	44	35	9	9	1	10
	100.0%	78.5%		44. 3%	11. 4%	11. 4%	1. 3%	12. 7%
7.0人以上10.0人未	47	39	23	23	2	8	-	6
満	100.0%	83.0%	48.9%	48.9%	4. 3%	17.0%	_	12. 8%
10.0人以上	33	25	16	17	2	4	-	6
	100.0%	75. 8%	48. 5%	51.5%	6. 1%	12. 1%	_	18. 2%

〈第三者評価機関・外部機関が事業所の体制に関する評価をしている場合〉

(14)評価の頻度

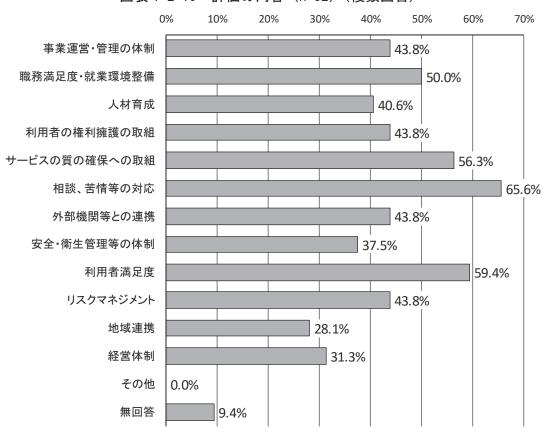
評価の頻度は、「1年に1度」が17事業所であり、「毎月実施」が4事業所、「2~3か月に1度」は2事業所であった。

n(件数) 構成比 <u>毎月実施</u> 12.5% 2 2~3 か月に1 度 6.3% 半年に1度 1 3. 1% 53. 1% 1年に1度 17 その他 18.8% 6 無回答 2 6.3% 100% 合計

図表 1-2-14 評価の頻度 (n=32)

(15)評価の内容

評価の内容は、「相談、苦情等の対応」と回答した事業所数は 21 事業所 (65.6%) であり、「利用者満足度」と回答した事業所数は 19 事業所 (59.4%)、「サービスの質の確保への取組」と回答した事業所数は 18 事業所 (56.3%)、「職務満足度・就業環境整備」と回答した事業所数は 16 事業所(50.0%)であった。



図表 1-2-15 評価の内容 (n=32) (複数回答)

(16) 評価をする意義

評価をする意義については、「事業所の運営・経営の客観的な評価により、事業所の強み・弱みを明確にしたいため」と回答した事業所は19事業所(59.4%)であり、「利用者の意向を把握したいため」と回答した事業所は17事業所(53.1%)であり、「サービスの改善のヒント(気づき)を得たいため」と回答した事業所は14事業所(43.8%)、「事業所が提供しているケアの振り返りになる」と回答した事業所は11事業所(34.4%)であった。

20% 30% 40% 50% 60% 70% 事業所の運営・経営の客観的な評価により、事業所の強み・ 59.4% 弱みを明確にしたいため サービスの改善のヒント(気づき)を得たいため 43.8% 職員の意向を把握したいため 15.6% 53.1% 利用者の意向を把握したいため 職員の確保に役立てたいため 3.1% 職員の育成に役立てたいため 12.5% 事業所が提供しているケアの振り返りになる 34.4% サービス全体の運営への視野が広まる 18.8% 事業所の訪問看護サービスの経年変化が見える化できる 6.3% その他 0.0% 無回答 9.4%

図表 1-2-16 評価をする意義 (n=32) (複数回答)

<第三者評価機関・外部機関が、ケア内容についての事業所全体での評価をしている場合の質評価の実態>

(17)評価の頻度

評価の頻度は、「1年に1度」と回答した事業所は9事業所であり、「毎月実施」と「2~3か月に1度」と回答した事業所はともに2事業所であった。

図表 1-2-17 評価の頻度 (n=19)

	n(件数)	構成比
毎月実施	2	10.5%
2 ~3 か月に1 度	2	10.5%
半年に1 度	0	0.0%
1 年に1 度	9	47.4%
その他	3	15.8%
無回答	3	15.8%
合計	19	100%

(18)評価の内容

評価の内容は、「事業所全体のアセスメント・計画・評価の管理」と回答した事業所は 10 事業所であり、「事業所全体の日常生活・療養生活のケアの管理」、「事業所全体の感染管理」、「事業所全体の多職種連携の管理」と回答した事業所はいずれも 9 事業所、「事業所全体の家族支援の管理」と回答した事業所は 7 事業所、「事業所全体の医療処置の管理」と回答した事業所は 6 事業所であった。

図表 1-2-18 評価の内容 (n=19) (複数回答)

	n(件数)	構成比
事業所全体のアセスメント・計画・評価の管理	10	52. 6%
事業所全体の日常生活・療養生活のケアの管理	9	47. 4%
事業所全体の医療処置の管理	6	31.6%
事業所全体の感染管理	9	47. 4%
事業所全体のエンドオブライフケアの管理	5	26. 3%
事業所全体の精神障がい者のケアの管理	5	26. 3%
事業所全体の認知症者のケアの管理	5	26. 3%
事業所全体の家族支援の管理	7	36.8%
事業所全体の専門的リハビリテーション支援の管理	4	21. 1%
事業所全体の多職種連携の管理	9	47. 4%
その他	0	0.0%
無回答	4	21. 1%
合計	19	100%

(19)評価の意義について

評価の意義については、「サービスの改善のヒント(気づき)を得たいため」と回答した事業所は 12 事業所であり、「事業所の取り組み全体を総チェックして、事業所の強み・弱みを明確にしたいため」と回答した事業所は 10 事業所、「職員の意向を把握したいため」と回答した事業所は 6 事業所、「サービス全体の運営への視野が広まる」と回答した事業所は 3 事業所であった。

図表 1-2-19 評価の意義について (n=19) (複数回答)

	n(件数)	構成比
事業所の取り組み全体を総チェックして、	10	52.6%
事業所の強み・弱みを明確にしたいため		
サービスの改善のヒント(気づき)を得たいため	12	63. 2%
職員の意向を把握したいため	6	31.6%
利用者の意向を把握したいため	2	10.5%
職員の確保に役立てたいため	0	0.0%
職員の育成に役立てたいため	2	10.5%
事業所が提供しているケアの振り返りになる	2	10.5%
サービス全体の運営への視野が広まる	3	15.8%
事業所の訪問看護サービスの経年変化が見える化できる	0	0.0%
その他	0	0.0%
無回答	5	26.3%
슴計	19	100%

3) スタッフの質の測定や質向上のために実施していること

(1) スタッフの質の測定のために実施していることについて

スタッフの質の測定のために実施していることについて自由記載にて、以下の 回答を得た。

※()内の数字は同意見の回答数

- 同行訪問(51件)
- カンファレンス、ミーティング (45 件)
 - カンファレンスでケアの統一について話し合っている
 - ・ケアカンファレンスで情報共有しながら個人差の解消を企っている
 - ・ケアしてきたことをダメ出しせず、同じ方向性を統一できるようケア案を提案 し共有してみる
 - ・ケースカンファレンスや、日々のミーティング時に、スタッフの意見を出し合い情報の共有をするとともに、ケアについて自己研鑽している
 - ・スタッフミーティング等で、質の差が出ない様話し合いや研修を行なう
 - ・スタッフ会議での話し合い ケアカンファレンスの実施
 - ・スタッフ間の意見交換の場面等で、誰が、どんな意見、考え方なのか、耳を傾け、聴く姿勢を心がける。
 - ・ステーション会議での研修。苦手とする手技の練習、意見交換の場を作る。話 しやすい雰囲気作り
 - ・ステーション会議やリハビリとの合同スタッフ会議などで利用者への看護やリ ハビリについて話し合っている
 - チームカンファレンスで確認する
 - ・看護計画の見直しを毎週定期的に順番に担当し全員で検討する
- 研修(16件)
 - ・外部講師をお招きしての研修
 - ・研修(内・外)を積極的に受ける
 - ・研修の共有
 - ・研修の実施と発表
 - ・研修参加を促し、自己研鑽に努めている等
- クリニカルラダーの活用(13件)
 - ・ラダーを活用し、自施設バージョンのラダーを作成している。それに基づく目標管理面接を実施等
- 面談(12件)
 - ・課題があれば面接をし、必要なら研修を促したり、リーダーミーティングで課 題共有する
 - ・個別の定期面談とコーチングをしている
 - ・適宜スタッフと面談し、コミュニケーションを図ることで、ケアの内容や質を 把握している
 - ・年1回自己評価表にてチェックし、半年毎に面談をしている
 - ・面談をし、自己評価、今後の目標など話してもらう等

- ○勉強会(6件)
 - ・勉強会をしてケアにどう生かせるかを考えている
 - ・多職種で相互学習会を開催している。例えばリハスタッフが看護師へ移乗動作 やポジショニングの指導
 - ・定期的に部署内で勉強会をしている シミュレーションを事務所で行い質の向上を計れるよう勉強会を実施している 等
- ○目標管理(3件)
- ○新人教育(3件)
- ○記録の確認(3件)
- ○職場環境の整備

(2) スタッフのケアの質向上のために実施していることについて

スタッフのケアの質向上のために実施していることについて自由記載にて、以下の回答を得た。

※() 内の数字は同意見の回答数

○研修(66件)

- ・ ラダーに沿った看護協会の研修に参加する (その後、自部署で勉強会)
- ・外部研修の参加の促し、研修参加状況を確認している
- ・外部研修への自主的な参加と、内部研修のスタッフによる開催
- ・認知症ケア、感染管理、リスクマネジメント等、毎年役割を決めて、所内で研修を企画、実践している
- ・法人の病院と連携した教育・院外研修への参加
- ○カンファレンス、ミーティング(51件)
 - ・毎日朝夕のミーティングやカンファレンスで利用者様の状態の共有、看護ケア 内容の確認や調整を行なっている
 - ・月1のミーティングでの症例検討や、看護ミーティングでデスカンファや事例 のふり返り実施
 - ・毎日のミーティングと定例カンファレンスを行っている
 - ・スタッフ全員で話し合う機会をもっている
 - ・利用者への処置の統一化・わからない事、迷っていること等を出し合う
 - ・困難事例のカンファレンスを行う等
- 勉強会(25件)
 - ・スタッフの興味あるケアを聞き、1年間の計画書を立て、自身で学習したことを他のスタッフへ、レクチャーする
 - ・医療機器などは関わるたびに勉強会をしている

- ・新しい技術などは動画等を視聴しみんなで共有している
- ・新人にはプリセプターをつけ、月1回勉強会を開催している
- ・利用者に必要なケア・処置等があれば勉強会を開催しデモンストレーションを 行う等
- ○面接(8件)
- ○目標管理(3件)
- ○クリニカルラダーの活用(1件)

4) 基準等に対する取り組み

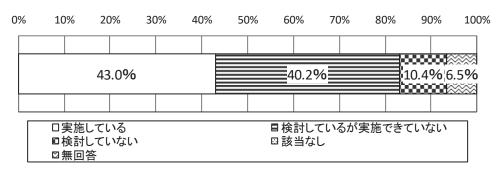
(1) 感染症対策

① 感染症対策を検討する委員会の開催

感染症対策を検討する委員会の開催は、「実施している」が 43.0%で最も 多く、次いで、「検討しているが実施できていない」は 40.2%、「検討していない」は 10.4%であった。

検討していない理由は、「小規模の事業所なので人を当てられない」、「法 人に委任している」、「時間がとれない」等であった。

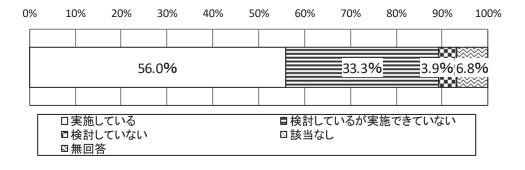
図表 1-4-1-1 感染症対策を検討する委員会の開催 (n=570)



② 感染症予防及びまん延の防止のための指針の整備

感染症予防及びまん延の防止のための指針の整備は、「実施している」が 56.0%で最も多く、次いで、「検討しているが実施できていない」は 33.3%、 「検討していない」は 3.9%であった。

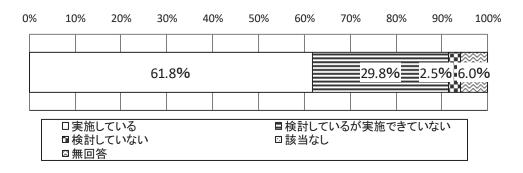
図表 1-4-1-2 感染症予防及びまん延の防止のための指針の整備 (n=570)



③ 感染症に関する研修または訓練

感染症に関する研修または訓練は、「実施している」が 61.8%で最も多く、 次いで、「検討しているが実施できていない」は 29.8%、「検討していない」 は 2.5%であった。

図表 1-4-1-3 感染症に関する研修または訓練 (n=570)

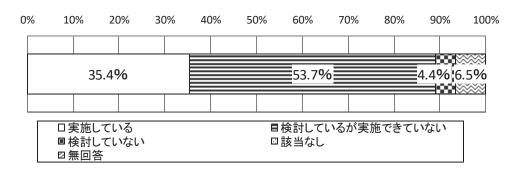


(2)業務継続計画 (BCP)

① 感染症発生時(自然災害時)対応主体の選定、役割分担

感染症発生時(自然災害時)対応主体の選定、役割分担は、「検討しているが実施できていない」が53.7%で最も多く、次いで、「実施している」は35.4%、「検討していない」は4.4%であった。検討していない理由は、「業務に追われて検討するゆとりがない」、「体制が整っていない」、「必要性を感じない」等であった。

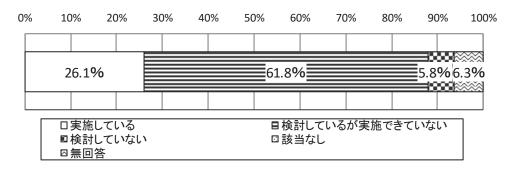
図表 1-4-2-1 感染症発生時(自然災害時)対応主体の選定、役割分担(n=570)



② サービス提供継続、非常時の体制で早期の業務再開に関する指針の整備

サービス提供継続、非常時の体制で早期の業務再開に関する指針の整備は、「検討しているが実施できていない」が 61.8%で最も多く、次いで、「実施している」は 26.1%、「検討していない」は 5.8%であった。

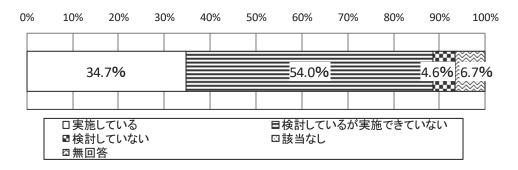
図表 1-4-2-2 サービス提供継続、非常時の体制で 早期の業務再開に関する指針の整備 (n=570)



③ 利用者と職員の安全確保に関する指針の整備

利用者と職員の安全確保に関する指針の整備は、「検討しているが実施できていない」が 54.0%で最も多く、次いで、「実施している」は 34.7%、「検討していない」は 4.6%であった。

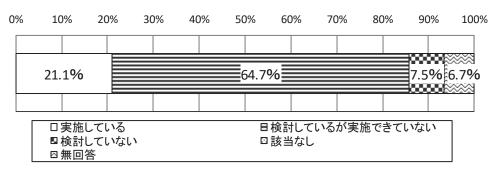
図表 1-4-2-3 利用者と職員の安全確保に関する指針の整備 (n=570)



④ 業務継続計画に関する研修または訓練

業務継続計画に関する研修または訓練は、「検討しているが実施できていない」が 64.7%で最も多く、次いで、「実施している」は 21.1%、「検討していない」は 7.5%であった。

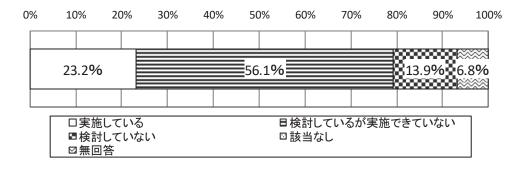
図表 1-4-2-4 業務継続計画に関する研修または訓練(n=570)



⑤ 地域での他事業所との合同開催、法人内の事業所との合同開催、テレビ電話装置などを利用しての開催

地域での他事業所との合同開催、法人内の事業所との合同開催、テレビ電話装置などを利用しての開催は、「検討しているが実施できていない」が56.1%で最も多く、次いで、「実施している」は23.2%、「検討していない」は13.9%であった。

図表 1-4-2-5 地域での他事業所との合同開催、法人内の事業所との合同開催、 テレビ電話装置などを利用しての開催 (n=570)



(3) 虐待防止の推進

① 虐待防止検討委員会の設置および開催

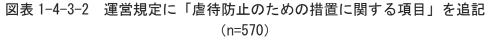
虐待防止検討委員会の設置および開催は、「検討しているが実施できていない」が 53.9%で最も多く、次いで、「実施している」は 27.0%、「検討していない」は 12.8%であった。検討していない理由は、「事例がないので必要時対応する予定」、「業務多忙にて検討できていない」等であった。

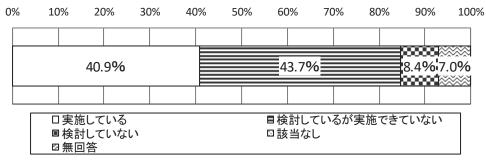
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% 042.004 12.8% 6.3% 27.0% 53.9% ■検討しているが実施できていない 口実施している ■検討していない □該当なし □無回答

図表 1-4-3-1 虐待防止検討委員会の設置および開催 (n=570)

② 運営規定に「虐待防止のための措置に関する項目」を追記

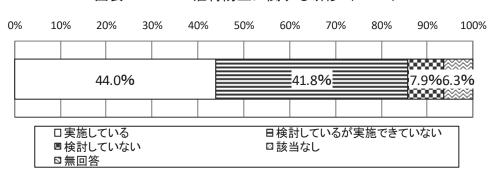
運営規定に「虐待防止のための措置に関する項目」を追記は、「検討しているが実施できていない」が 43.7%で最も多く、次いで、「実施している」は 40.9%、「検討していない」は 8.4%であった。





③ 虐待防止に関する研修

虐待防止に関する研修は、「実施している」が 44.0%で最も多く、次いで、「検討しているが実施できていない」は 41.8%、「検討していない」は 7.9%であった。



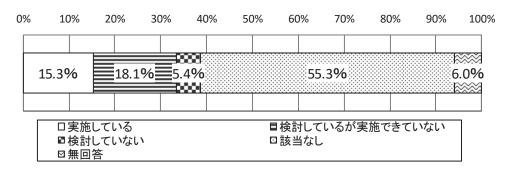
図表 1-4-3-3 虐待防止に関する研修 (n=570)

(4) 認知症介護基礎研修の受講

① 介護に直接携わる職員のうち医療・福祉関係の資格を有さない者に研修を受講させる

介護に直接携わる職員のうち医療・福祉関係の資格を有さない者に研修を 受講させるかは、「検討しているが実施できていない」が 18.1%で最も多く、 次いで、「実施している」(15.3%)、「検討していない」(5.4%)であった。 検討していない理由は、「時間がとれない」、「今はコロナ禍でできていない」 等であった。

図表 1-4-4-1 介護に直接携わる職員のうち医療・福祉関係の資格を有さない者に 研修を受講させる (n=570)



(5) ハラスメント対策の強化

① ハラスメント対策の強化適切なハラスメント対策の明確化

適切なハラスメント対策の明確化は、「検討しているが実施できていない」が 49.6%で最も多く、次いで、「実施している」は 36.7%、「検討していない」は4.6%であった。実施していない理由は、「必要性を感じない」、「具体的にどのようにやるかわからない」、「人員不足」等であった。

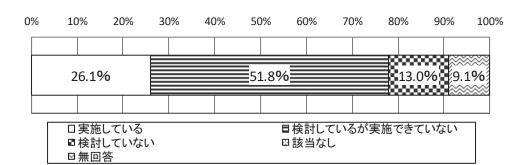
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% **** 36.7% 49.6% 4.6% 9.1% 日検討しているが実施できていない 口実施している ■検討していない □該当なし △無回答

図表 1-4-5-1 適切なハラスメント対策の明確化 (n=570)

(6)機能訓練・口腔・栄養の取組の一体的な推進

① 管理栄、歯科衛生士等との連携

管理栄養、歯科衛生士等との連携は、「検討しているが実施できていない」が 51.8%で最も多く、次いで、「実施している」は 26.1%、「検討していない」は 13.0%であった。検討していない理由は、「必要性を感じない」、「連携先がない」等であった。



図表 1-4-6-1 管理栄養、歯科衛生士等との連携 (n=570)

5) 「科学的介護情報システム (LIFE)」の活用

(1) 科学的介護情報システム (LIFE) の認知度

科学的介護情報システム (LIFE) の認知度は、「名前はきいたことがあるが、内容はよくわからない」が 38.9%で最も多く、次いで、「知っている」は 38.8%、「知らない」は 18.4%であった。

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

38.8%

38.9%

18.4%

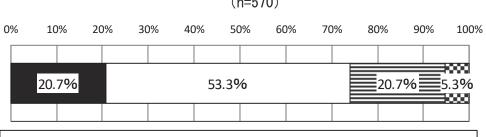
3.9%

図表 1-5-1 科学的介護情報システム (LIFE) の認知度 (n=570)

■知っている □名前はきいたことがあるが、内容はよくわからない □知らない □無回答

(2) 同じ法人が経営する別のサービスにおいての LIFE の活用状況

同じ法人が経営する別のサービスにおいての LIFE の活用状況は、「活用していない」が 53.3%で最も多く、次いで、「活用している」は 20.7%、「わからない」は 20.7%であった。



図表 1-5-2 同じ法人が経営する別のサービスにおいての LIFE の活用状況 (n=570)

■活用している □活用していない ■わからない □無回答

(3) 事業所で作成する文書のうち、利用者ごとの記録等の文書の作成・保存方法

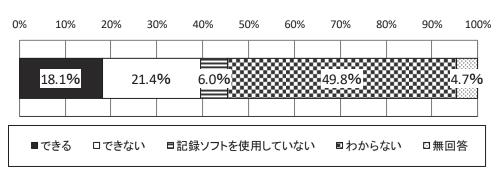
事業所で作成する文書のうち、利用者ごとの記録等の文書の作成・保存方法は、「記録ソフト(電子カルテ等)にてパソコン等で作成し、電子でのみ保存」が39.1%で最も多く、次いで、「記録ソフト(電子カルテ等)にてパソコン等で作成し、出力して紙で保存」は30.4%、「文書ソフト、表計算ソフト等にてパソコン等で作成し、出力して紙で保存」は18.1%、「手書きで作成し、紙で保存」は17.4%であった。

0% 10% 20% 30% 40% 50% 文書ソフト、表計算ソフト等にて 10.4% パソコン等で作成し、電子でのみ保存 記録ソフト(電子カルテ等)にて 39.1% パソコン等で作成し、電子でのみ保存 文書ソフト、表計算ソフト等にて 18.1% パソコン等で作成し、出力して紙で保存 記録ソフト(電子カルテ等)にて 30.4% パソコン等で作成し、出力して紙で保存 手書きで作成し、紙で保存 17.4% 手書きで作成した後、パソコン等に入力 7.0% その他 4.4% 無回答 7.0%

図表 1-5-3 事業所で作成する文書のうち、 利用者ごとの記録等の文書の作成・保存方法(n=570)(複数回答)

(4) 現在導入している記録ソフトの LIFE との連携

現在導入している記録ソフトの LIFE との連携は、「わからない」が 49.8%で最も多く、次いで、「できない」は 21.4%、「できる」は 18.1%、「記録ソフトを使用していない」は 6.0%であった。

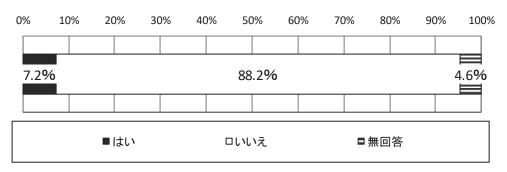


図表 1-5-4 現在導入している記録ソフトの LIFE との連携 (n=570)

(5) LIFE の利用登録

LIFE の利用登録は、「はい」が 7.2%、「いいえ」が 88.2%であった。

図表 1-5-5 LIFE の利用登録 (n=570)



(6) LIFE へのデータ提供

LIFE へのデータ提供は、「いいえ」が9割を占めた。

図表 1-5-6 LIFE へのデータ提供 (n=570)



(7) 評価を受けている様式

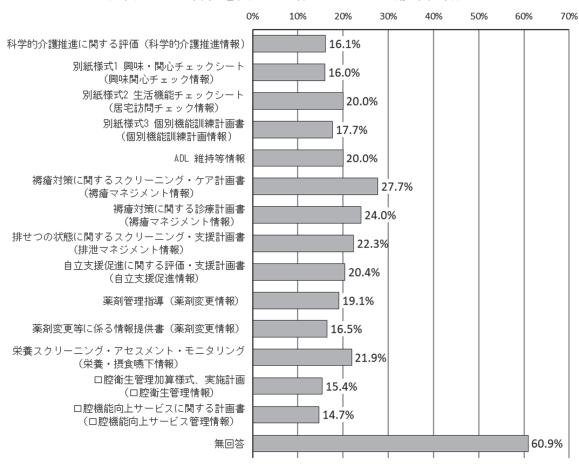
LIFE にデータ提供をしている事業所で有効な回答があった 19 事業所のうち、評価を受けている様式は、「褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書(褥瘡マネジメント情報)」と回答した事業所が 13 事業所、「ADL 維持等情報」と回答した事業所は 10 事業所、「科学的介護推進に関する評価(科学的介護推進情報)」と「別紙様式 3 個別機能訓練計画書(個別機能訓練計画情報)」と回答した事業所はともに 7 事業所であった。

図表 1-5-7 評価を受けている様式 (n=19) (複数回答)

	n(件数)	構成比
科学的介護推進に関する評価(科学的介護推進情報	7	36.8%
別紙様式1 興味・関心チェックシート(興味関心チェック情報)	4	21. 1%
別紙様式2 生活機能チェックシート(居宅訪問チェック情報)	4	21.1%
別紙様式3 個別機能訓練計画書(個別機能訓練計画情報)	7	36.8%
ADL 維持等情報	10	52.6%
褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書(褥瘡マネジメント情報)	13	68.4%
褥瘡対策に関する診療計画書(褥瘡マネジメント情報)	6	31.6%
排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書(排泄マネジメント情報)	6	31.6%
自立支援促進に関する評価・支援計画書(自立支援促進情報)	4	21.1%
薬剤管理指導(薬剤変更情報)	4	21.1%
薬剤変更等に係る情報提供書(薬剤変更情報)	4	21.1%
栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(栄養・摂食嚥下情報)	4	21.1%
口腔衛生管理加算様式、実施計画(口腔衛生管理情報)	4	21.1%
口腔機能向上サービスに関する計画書(口腔機能向上サービス管理情報)	4	21.1%
全体	19	100%

(8) 評価を受けたい様式

評価を受けたい様式は、「褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書(褥瘡マネジメント情報)」が 27.7%で最も多く、次いで、「褥瘡対策に関する診療計画書(褥瘡マネジメント情報)」は 24.0%、「排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書(排泄マネジメント情報)」は 22.3%、「栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(栄養・摂食嚥下情報)」は 21.9%であった。無回答は 60.9%であった。



図表 1-5-8 評価を受けたい様式 (n=570) (複数回答)

(9) 訪問看護はその他にどのような評価項目があると良いか

訪問看護はその他にどのような評価項目があると良いかは、「ターミナルケア」 が 37.0%で最も多く、次いで、「疼痛管理」は 36.3%、「家族介護力・家族機能」 は 32.1%、「服薬管理 (点眼含む)」は 31.6%であった。無回答は 41.2%であった。

0% 10% 20% 40% 50% 30% 疼痛管理 36.3% 服薬管理(点眼含む) 31.6% 呼吸機能 20.2% 循環機能 16.5% 感染•発熱 23.2% 医療処置や機材 27.2% (留置カテーテルなど) 家族介護力:家族機能 32.1% ターミナルケア 37.0% 多職種連携 29.6% その他 2.1% 無回答 41.2%

図表 1-5-9 訪問看護はその他にどのような評価項目があると良いか (n=570) (複数回答)

(10) LIFE の活用場面(複数回答)

LIFE の活用場面は、「利用者状態の管理・課題把握」と回答した事業所が 7 事業所であり、「ケアの質の向上に関する方針の策定・実施」と「利用者状態の多職種での情報連携」と回答した事業所はともに 4 事業所、「フィードバック票を用いた提供サービス・ケアの見直し」と回答した事業所は 3 事業所であった。

第3章 訪問看護事業所ヒアリング調査

第1節 調査概要

1. 調査の目的

訪問看護事業所の管理者を対象とし、質評価の実施状況や課題を把握することを目的にヒアリング調査を実施した。

2. 調査対象

訪問看護事業所の対象は、具体的な質指標項目を使用した質改善について取り組んでいる事業所の管理者をネットワークサンプリングにて3カ所抽出した。

3. 調査方法

対象者が希望する日時に、オンラインで半構造的(一部構造的)面接を行った。調査時間は1時間から1時間30分程度とした。ヒアリング内容は、対象者の同意を得て録音し、パソコン上に保存した。対象者のすべてが録画・録音機能を使用することに同意した。録音された内容は、プライバシーマークの付与認定を受けている会社に依頼し逐語録を作成した。

1)調査実施期間

2021年10月22~11月26日

2) 主な調査内容

事業所で実施している評価・調査について、評価主体、管理者が実施する「事業所の体制に関する評価」と「ケア内容に関する事業所全体の取り組みの評価」について、第三者評価機関・外部機関が実施する「事業所の体制に関する評価」と「事業所の体制に関する評価」について、評価を受けたい項目について具体的なエピソード等。

3) 倫理的配慮

調査の実施にあたり、日本訪問看護財団研究倫理委員会の審査を受け承認を得た。研究の目的、プライバシーは厳守されること、調査への協力は任意であること、調査に協力しないことで一切不利益を被る事はないことなどを文書および口頭で説明し、署名にて同意を得た。なお、新型コロナウイルス(以下「コロナ」と略す。)の感染防止対策として、調査対象者の希望に応じ、Web での研究説明及びヒアリング調査とした。ヒアリング場所は日本訪問看護財団と対象者の所在地とし、インタビュアーである日本訪問看護財団は、個室を確保し対象者の声が他者に聞こえない環境を確保して実施した。

第2節 ヒアリング調査の結果

1. 対象事業所の属性等

訪問看護事業所の事業所・管理者属性について、開設主体は全て営利法人であった。開設主体が他に運営している施設・事業所については、B事業所は居宅介護支援、C事業所は居宅支援事業所・児童発達支援・放課後等デイサービスを併設していた。介護・医療・福祉分野以外の事業としては、C事業所が系列法人で研究や研修事業を行っていた。収支状況について 2020 年又は 2020 年度の状況は 3 事業所とも黒字であった。

職員体制について看護師の常勤換算は 7.2~12.3 人であり、理学療法士は 2 事業所については 0 人であった。3 事業所とも准看護師は 0 人であった。

2021年9月の利用者の実態について、介護保険による訪問看護利用者数は53人~160人であった。医療保険による利用者数は37人~70人であった。

全利用者のうち、2020 年 11 月 1 日~2021 年 10 月 31 日までの死亡者の状況については、在宅での死亡者数は 35 人~82 人であり、うちターミナルケア療養費(医療保険)を算定したのは 16~78 人、ターミナルケア加算(介護保険)を算定したのは 3~10 人であった。

報酬・加算状況については、機能強化型訪問看護療養費は、機能強化1と機能強化2の届出はそれぞれ1事業所であった。教育体制については3事業所とも整備されていた。

図表 事業所・管理者属性

	A	В	С
所在地	大阪府	東京都	東京都
事業開始年	2007年	2019年	2006年
開設主体	営利法人	営利法人	営利法人
事業所以外に有する訪問看護事業所数	1か所	0 か所	8 か所
開設主体が他に運営している施設・事業所	なし	有り	有り
介護・医療・福祉分野以外の事業の有無	なし	なし	有り
収支状況	黒字	黒字	黒字
営業日・時間	月曜~土曜日	月曜~日曜日	月曜~金曜日
	9 時~18 時	9 時~17 時	9 時~18 時
訪問看護事業での管理者経験年数	4年目	10 年目	22 年目
管理者の年代	50 歳代	40 歳代	50 歳代

2. ヒアリング調査結果

1) 質評価

今回ヒアリング調査を行った 3 つの事業所はそれぞれ、全国訪問看護事業協会の「事業所自己評価のガイドライン」、日本訪問看護財団の「訪問看護サービス質評価のためのガイド」、日本訪問看護財団の「アセスメントとケアプラン(財団方式)」と、異なる評価指標を使用していた。

以下(1)~(3)はそれぞれの評価指標に関する意見をまとめ、(4)以降は、(3)0の事業所の意見を総括して整理した。

(1)全国訪問看護事業協会「事業所自己評価のガイドライン」と日本訪問看護財団 「訪問看護サービス質評価のためのガイド」について

- ・評価指標は5年前から、年1回の頻度で「事業所自己評価のガイドライン」を使っていたが、「訪問看護サービス質評価のためのガイド」を使ったところ、こちらの方がレベル的にも評価しやすいと思った。このチェックリストならばスタッフが半年に1回でも負担なくできると思った
- ・評価するきっかけとしては、自分(統括所長)が経営に関する評価を受けて、管理者の次はスタッフの評価もしなければと思ったタイミングと「事業所自己評価のガイドライン」が改定する頃と重なったことから、「事業所自己評価のガイドラインを用いた評価」を始めた
- ・「事業所自己評価のガイドライン」は細かくて的確ではある。着眼点も書かれているので管理者レベルに達している者には良いと思うが、スタッフが全員管理者レベルに達しているかと言ったら、そこまで達してない者もいる。また、責任感も個々異なる。そこに、「事業所自己評価のガイドライン」を使うことでいきなり管理者意識が芽生えるかといっても無理なので、まずは大ざっぱでもいいので、自分の事業所はどのレベルにいるのか、何が足りないのかをスタッフと共有することの方が大事だと思う。そういう意味で言うと、細かく掘り下げるよりも、分かりやすく簡単に、スタッフが嫌がらずにスムーズにチェックできる「訪問看護サービス質評価のためのガイド」のほうが良いと思う
- ・「事業所自己評価のガイドライン」は項目数も多く、言葉の表現もどう受け取ったら良いのかと悩んでしまう項目がある
- ・スタッフたちの士気を上げないことには事業所全体がボトムアップできないので、 スタッフにとって分かりやすい指標でないと意味がないと思う
- ・何のための評価なのかと言ったら、対外的なことより自分たちの事業所を大事にしたいので、スタッフが分かりやすい方が良いと思う

(2) 全国訪問看護事業協会「事業所自己評価のガイドライン」について

- ・「事業所自己評価のガイドライン」を平成27年から使用している
- ・中・長期的な事業計画をしっかり作ること、そこを作るための指針が示されている。ガイドラインを読んでいくうちに、足りない部分に気がつくことができる
- ・年1回の頻度で評価をしている。一番やりやすい時期に実施している
- ·Web で簡単に評価ができるのが強みだと思う

- ・評価の考え方と留意点を見ながらチェックをしていくが、その中で自分の事業所で足りないところが見えてくる。管理者としてスタッフに伝えられてないことに気が付き、事業計画自体を丁寧に考えられるようになった。事業所をスタッフと一緒に作りあげていくという意識変革ができるようになったと思う
- ・指標を使うことは、主観よりも客観的にできることが利点だと思う
- ・ターミナルケアの時にチェック項目として必ず確認しなくてはならないことがある。例えば、死が近づいてきた時の呼吸状態や意識状態を都度しっかりと説明をし、それを記録として残す。家族がどう理解していたのかも書く等であるが、このことはガイドラインに書かれているので、モレがなくできるようになる。その結果、ターミナルケア加算やターミナルケア療養費を加算として算定できている

(3) 日本訪問看護財団の「アセスメントとケアプラン(財団方式)」について

- ・平成 14 年の開設当時から、「アセスメントとケアプラン(財団方式)」を看護師、ケアマネジャー、リハビリスタッフが使っている。3~4 カ月ごとに評価するようにしている
- ・環境や家族のことなども評価ができるので、在宅での基本的な視点は抜けないの が強みだと思う
- ・評価の媒体は紙ベースなので、なかなか追いつかないのが現状。初回は付けられたとしてもその後は難しい。入院等のきっかけがあれば評価するが、継続的に取り組むことが難しい
- ・疾患や病状が評価指標には抜けているので、そこを表記するのが大変。あくまでもケアプランを立てるところの指標なので、ケアマネジャーが使う部分(在宅の環境や IADL、外部とのつながり、認知症について)はかなりしっかり入っていると思うが、ターミナル以外の慢性疾患については、病気そのものを評価する部分は少し足りないと思う
- ・紙媒体であるため手間がかかっているが、これがWeb化になれば簡単にできると思う
- ・トリガーも出てくるので実質チェックするのは 16 ページくらいあるので、もっと シンプルになると良いと思う
- ・大きく変化がない環境などの項目は別にして、変化のある項目だけチェックする など工夫があると良いと思う

(4)評価することの意義

- ・事業の運営は管理者だけの考えで進めるのではなく、スタッフみんなで考えていくことが大事なので、意見のすり合わせをする必要がある。話し合いだけではなくスタッフみんなで同じ指標を使うことは、看理者の意思を伝えられるだけではなく、スタッフの意思も見え、互いの誤差を縮めることができるので、組織の質を上げるためには意義があると思う
- ・客観視できることが大事だと思う。自分たちが行ったケアの影響がどのように出て いるのか指標により客観視する。指標を使わないと自分たちの感覚だけになる

- ・変化の有無に限らず、どこの部分がどうなっているのかを知ることは大事だと思う。行ったケアに対してのアウトカムをどのように出せるのか、方法を振り返る 意味で基本的な軸になるっているので意義はあると思う
- ・サービスの向上はもちろんだが、評価をすることで自事業所の位置付けや自分は こういう事ができてないという見直しにもなる
- ・事業所として訪問看護事業所はこういう事が求められている、これができて当た り前という事をスタッフ達が気づくためにも評価は必要だと思う。訪問看護は慈 善事業ではないことをもっと知るべき

(5) 質を高めるために実施していること

① カンファレンス・勉強会

- ・毎日、朝礼とお昼休憩時にカンファレンスを行っている。朝礼は 9 時から 15 分間で申し送りをし、お昼は 13 時半から 15 分間で利用者についてのカンファレンスをしている。今後はこのカンファレンスの時間を利用して評価をつけようと思う
- ・月1度行っている全体会議は18時半から1時間の開催であり、時間外となる ので会議費2000円を出している
- ・お昼休憩にカンファレンスをすると決めているので、午後の訪問は 14 時から としている
- ・評価する際の工夫は、業務外ならば手当を付ける。そしてスタッフが集まり やすい朝やランチの時間に行っている
- ・技術面は看護協会で出している技術の評価、自己評価表を使ってチェックしてもらい、ポートの管理ができない時は急性期病院からポートの練習キットを借りてきて、事業所で指導している
- ・週に 1 回(水曜日の午後) は、ミーティングの時間を確保するために訪問を入れないようにしている。利用者のケアについて検討したり、褥瘡の状態を皆で DESIGN-R°で見て確認したり画像で撮ってきたものを一緒に見て検討している
- ・チームケアの体制にしているため、毎週 30 分から 1 時間程度ミーティングを している

② フォロー体制の構築

- ・ 1 人の利用者に対して訪問可能なスタッフは少なくとも 3 人いるようにしている。管理者も含めれば 4 人とし、チームでフォローできる体制にしている
- ・ 定期の訪問はメインになるメンバーが訪問するが、祝日や緊急の訪問は他の メンバーがサポートをするのでチームケアにしている

③ 同行訪問で実践指導

- ・技術面は日本看護協会で出している技術の評価、自己評価表を使ってチェックし、できない項目があった場合、同行訪問をしてフォローしている
- ・困っているスタッフがいた場合、同行訪問をして互いの手技の確認をしたり、 利用者からクレームなど言われた場合は管理者と同行訪問するなどして、言 葉の使い方や対応方法など実践の場で指導する時もある

④ 新人教育・スタッフの育成

- ・人によっては、ターミナルケアやリハビリの未経験者もいるので、質評価指標を使うことで教育や育成のきっかけにもなる
- ・事業所独自のキャリアラダーを作成し、そこでチェックしていくこともスタッフの育成につながっていると思う
- ・事業所でミーティングする時間を設けており、若いスタッフは何に困っているかをしっかりと把握し、今のケアが利用者さんに合っているかどうかを一緒に考えている。ベテランの看護師から助言をしたり、一つ一つ事例を挙げながら、スタッフ間で話し合いをしている
- ・若いスタッフは、他事業所で働いてきたことや、病棟で働いてきた人は不安 になると思うので、じっくりと話をし、倫理的にどう関わっていくかも含め て、一緒に考えるようにしている
- ・若いスタッフとは、0JT のチェックリストを使って毎月確認し、その評価を元 にスタッフ面談を行っている
- ・新人スタッフには、集合研修と少人数の場合は各営業所研修を行っている。 日本訪問看護財団が作成した OJT ガイドブックは基本的な項目が全部網羅しているので活用している
- ・新年度に同一法人内の訪問看護事業所で複数名入社する場合は集合研修を行い、各訪問看護事業所の管理者が講師となっている。
- ・東京都看護協会が行っている事業に則って、スタート1カ月、2カ月、3カ月 毎に評価し面接を行っている
- ・訪問看護の質を上げるためには新人教育も重要だと思うので、自事業所が所 在する区では自事業所だけが新人教育に長けているのではなく、同区にある どこの訪問看護事業所も新人教育はしっかりとできているというような区に したいと思い取り組み始めたところ

⑤ 認定看護師との連携

- ・ 手技の確認をしてもらいたい時は感染管理認定看護師に同行してもらった
- ・ エンゼルケアについて緩和ケア認定看護師に講師を依頼し、地域の訪問看護 師も招いて、最近のケア方法について勉強会を行った

⑥ 質を高めるために認定看護師としての意識

- ・ 認定看護師は看護の関わり方で「諦めない」気持ちが強いと思う。どんな人でもその人の意思決定、望んでいるものを叶えるために、どういう看護ができるだろうと、とことん考えている。諦めてしまいそうな事例にも諦めない姿勢があることでスタッフに信用される一つのきっかけになっていると思う
- ・ 自事業所だけではなく、地域にある訪問看護事業所ステーションの質についてよく考える。同区ではどのような教育や質の向上の為に何をしているのか等と視点を広げて考えている

⑦ 日頃から話しやすい環境つくり

- ・ スタッフ個々の価値観と擦り合わせながらチームとしてやっていくには時間 がかかるが、日々の声掛けは大事だと思っている
- ・ 管理者 1 人では管理は行き届かないので、スタッフが私に「誰々さん少し大変そうですよ」等、声を掛けてもらえるような仕組み作り、雰囲気づくりをしている。中堅スタッフが後輩に声掛けや関係づくりをしている

⑧ 事業所独自の工夫

- ・ 年間の目標と自分の役割を提出してもらっている。それに加えて事業所に貢献できたか、利用者に対しての接遇はどうであったか等の事業所オリジナルの自己評価をつけている。自己評価表は企業からある程度教えてもらいながら作成した。夏冬のボーナスはこの自己評価表を参考に査定している
- ・ 年間で前年度よりも売り上げが上がっていたら、その売り上げが出た分をスタッフに還元している。訪問件数と緊急対応した件数で上から順番に出している。決算賞与は訪問で生まれた黒字なので、労働の楽しみとしてスタッフにも伝えている。訪問件数が少ない人、緊急対応が少ない人が一律の給与というのは不平等と思っている
- ・ 報告書作成は月給とは別手当で報告書代ということで支給している。新規の 報告書は1人1枚700円にしている

9 その他の評価

- ・ 経営の評価については、毎月会議で売り上げや各営業所の支援体制、人員等 を共有している
- ・ 利用者満足度調査は3~4年ごとに行っている
- ・ 利用者アンケートは1年に1回実施している
- ・ 連携先の病院やケアマネジャー等から評価を受けたいが、医師達も忙しいの でそこをお願いするのが、なかなかできない
- ・ 職員満足度調査は意向調査という形で年1回、本社の事務局が主体で行っている。モバイルでアンケート調査の形式で実施している。内容はキャリアのことや会社への要望など10項目程度

(6) 第三者評価機関・外部機関が実施する評価について

① 効果

- ○意識の変化
- ・開設5年頃、外部評価を受けた。経営状態を見てもらったが、一般企業からの アドバイスは医療者には合わない内容だったので途中で止めた。しかし経営 に関する意識ができたので受けて良かったと思っている
- ・組織として甘い所がたくさんあると指摘された。管理者としての心得やトップとしての在り方を教えてもらった
- ○新たな気付きが得られた
 - ・運営面での振り返りになり、色々な提案もいただき参考になった。対応策を 具体的に得られたことは良かったと思う
 - ・利用者からの評価もあり、なかなかダイレクトでは言いにくい、聞きにくい ことも率直に言っていただいたのは良かったと思う

2 課題

- ○高額な価格設定
 - ・第三者評価は高額過ぎて、規模が大きいと100万円単位になると思う。そこまでやるのかというと当然義務でもないからやらない。お金をかけてした効果はそんなに大きいのかと思う
- ○情報公表の在り方
 - ・第三者評価を受けても利用者側はどこまでその評価をみて事業所を選択して いるのかと思う
 - ・毎年情報公表を出しているが、どこまで利用者側が見ているのかと疑問に思う。それならば実績を保険者が出してくれた方が良いと思う。この事業所は何件訪問していて、利用者は何人で、看取りやリハビリテーションも行っているという情報を公表した方が良いと思う

2) 基準等に対する取り組みの具体

(1) 感染症対策

- ・コロナ禍で、保健所からの健康観察の登録ステーションとなっているので感染の 勉強会は頻繁に開催した
- ・感染について(予防・対策・実践)独自で動画配信をしたので感染に対する意識が高まった
- ・行政、市民安全室と消防、感染管理認定看護師が集まり「災害と感染を考える」 という研修会を開いた

(2)業務継続計画 (BCP)

- ・深く広く考え過ぎていたので、まず事業所内のことから始めた。既存で簡単に作っていた防災マニュアルや緊急時連絡マニュアルなどがあるので、それをベースにして作成する予定。今後は避難所に関するマニュアルも必要だと思っている
- ・災害時にまず自事業所職員の安否確認マニュアルと利用者の安否確認マニュアル を作成している。その中には市の連絡先と自治体の連絡先、消防隊の動きもマニュアルの中に入れ、一本化するように検討しているところ
- ·BCP は本社で全部取り仕切りながらやっている
- ・BCP は感染症と災害と両方を現在作成中。全国訪問看護事業協会でひな形ができているのでそれを参考に自事業所版として作成している

(3) 虐待防止の推進

- ・研修会やネグレクト会議に参加している
- ・今年度から毎月の管理会議で議題として入れている

(4) 認知症介護基礎研修の受講

・教育ステーションの認知症の研修等があるのでスタッフに受けてもらっている

(5) ハラスメント対策の強化

- ・実際に利用者から被害があったので、ハラスメントに関するマニュアルを作って スタッフにも周知している
- ・最近契約書を見直して具体的で丁寧に加筆した

3) 科学的介護情報システム (LIFE)

(1) LIFE に関する意見

① 項目が細かい

・本当に必要な情報にもっと絞った方が良いと思う。項目は細かいし誰が何をする ために何が必要なのか分かりにくい

② 入力の負担

- ・かなり細かい内容だと思った。患者情報を医師、ケアマネジャー、訪問看護で共有する電子カルテを検討しているので、これに LIFE も加わるとなると看護師は入力作業が増えると思った
- ・自事業所ではタブレット化をしたが、今までタイムリーに速やかに書いていたものが一つ一つ入力となると、入力するものばかりで紙ベースのほうが良かったのではと思うぐらい。時短どころか逆に残業になっている。ICT 化したことで自宅での仕事が増えている
- ・LIFE の様式は莫大であり無理だと思う。これを全利用者について入力していたら 負担になる。継続的にやるものをチョイスしたとしてもこれは大変だと思う

③ 評価基準について

- ・「維持している」ことへの評価
- ・アウトカムは「維持」という評価も非常に大事だと思う
- ・症状が「維持」することも看護はとても大事にしているので「症状が揺れない」 ことは大事だと思う

・入退院をしてない、入院しても短く済んでいる等、「症状が安定している」という 視点があると良いと思う

4 その他

・病院でも施設でも、管理者でもそうでない人も分かりやすい様式や内容にしない と意味がないと思う

(2) 訪問看護として評価を受けたい項目について

① 看護介入の効果が図れる評価

- ・高齢者が加齢に伴う変化がある中で、例えば在宅で過ごす長さや、入院をしないで済んでいること、入院をしたとしても頻度が減るというのが評価の 1 つとして出てくると、看護が介入していたことが良かったという評価になると思う
- ・内服について飲み方が上手になった、飲み忘れがなくなった、症状コントロール がついて通所サービスに行けた、以前より IADL が上がってきた等という評価も看 護の介入を可視化できると思う
- ・引きこもっていたけれども、例えば外出の頻度が増えた、通所に行く気になってくれた、ヘルパーも要らないし、通所にも行かない、だからとりあえず、医師から頼まれたから看護師が来ることで、看護師が突破口になることは全ての疾患であると思う。認知症、癌、小児、精神も抱え込んでいる中で看護が突破口で介入できることがあるので、そういう意味で何か評価があると良いと思う
- ・行動変容が項目としてあるが、例えばリハビリテーションの効果で、外出の頻度、 家族と外出できるようになった、酸素をしながらでも動けるようになった等があ ると良いと思う
- ・認知症の利用者に早期に介入し、家族間調整することで BPSD が軽減したり、在宅療養期間が延びるようなこともあるので評価しても良いと思う

② その他

- ・訪問看護では予防は大事だと思っている。予防から介入していると病状悪化を防 げる、そして救急搬送も減るのでこの視点は大事だと思う
- ・他職種連携で地域の要となっているのは訪問看護だと思うので、そういった指標 も加わると良いと思う
- ・病院の退院支援において「困ったときはこの訪問看護事業所に」というような依頼先の事業所に偏りがあると思う。質の視点としてその辺も評価してもらえると、現場側からは有難く、スタッフのモチベーションにつながると思う
- ・看護の特徴として、末期の人や難病や精神、小児など、多様性がある人たちに対しての介入をしている訪問看護事業所の質も、今後何かの指標として出てくると 良いと思う

第4章 アンケート・ヒアリング調査の考察

アンケート及びヒアリング調査結果からの考察は次の通りである。

1. 現場の負担感に配慮

訪問看護事業所においては、経営面での評価、利用者個々に提供したケア内容の評価、短期・中期・長期事業計画に関する評価など 8 割以上の事業所で何らかの評価に取り組んでいることが分かった。また、評価する際の課題としては、時間がかかり負担があることが最も多かった。

特に、ヒアリング調査では、評価は Web で簡単に評価ができ、スタッフにとって分かりやすい指標であること、変化のある項目だけチェックするなど効率的かつ省力化に関する意見があった。

訪問看護の質の向上に寄与するために質評価を行うが、その実施内容や方法が現場にとって負担があっては継続的に取り組めないことから、洗練された評価指標項目および評価方法の開発が望まれる。

現場に負担をかけず、利用者に情報公表するために、既存データである実績を保険者が示すことも一案であると考える。

2. 顧客確保のための既存データの活用

質評価の意義の1つに「顧客確保」と考える事業所は、小規模事業の方が高い傾向にあった。一方で、ヒアリング調査では、顧客確保の一助として第三者評価を受けても、利用者側はどこまでその評価をみて事業所を選択しているのか、さらに、第三者評価は高額であるが、その費用対効果はどれくらいなのか疑問に思うという発言も見られた。顧客確保の観点からも評価指標の在り方を検討するとともに、利用者の視点に立ったサービス提供のあり方についても検討する必要があるのではないかと考える。

3. 質向上のための専門性の高い看護師等との連携の評価

今回、ヒアリング調査を実施した管理者は、認定看護師の資格を取得し、訪問看護師の経験年数に関係なく技術や対応方法に自信がない場合は、同行訪問し、実践を通して指導をしていた。また、管理者が認定看護師ではない場合でも近隣の認定看護師に相談して勉強会等を行い、質の向上に努めていた。またその際は、自事業所だけではなく、地域の訪問看護事業所に声掛けをして共に学んでおり、自事業者の質向上だけではなく地域の事業所にまで視野を広げた取組を共通して行っていた。以上のことから、訪問看護事業所の質の向上には認定看護師の存在が寄与しているといえる。今後は、訪問看護の質向上の観点からも認定看護師や専門看護師等の専門性の高い看護師の評価について検討する必要がある。さらに、医療と介護の連携、介護保険サービスの質向上の観点からも地域の多職種が専門性の高い看護師にアクセスしやすくする仕組みについても重ねて検討したいと考える。

4. LIFE 評価項目の検討

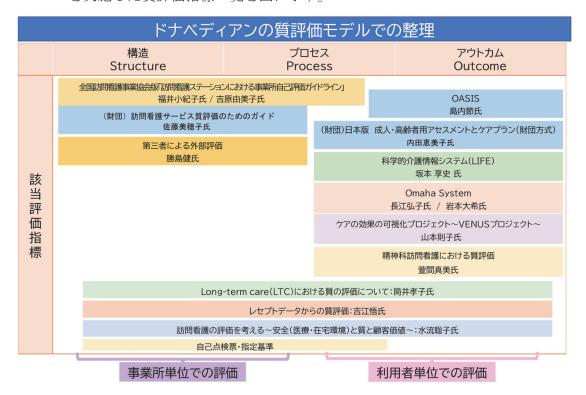
訪問看護事業所においては、LIFE へのデータ提出は 9 割が行っていなかった。訪問看護の特徴として、利用者は重症度や医療依存度が高いことから、既存の LIFE の評価項目では、利用者の状態の管理・課題把握やケアの質の向上に関する方針の策定等に活用することは十分ではないと考えられた。LIFE の項目以外で訪問看護に必要と思う評価項目としては、ターミナルケアが最も多く、次いで疼痛管理、家族介護力、家族機能の順であげられた。

LIFE が訪問看護分野でも活用される際は、医療的側面を加え、かつ現場の負担軽減のために、項目を精査する等の方策が望まれる。

さらに、訪問系サービスへの LIFE を導入する際は、検討段階からシステムベンダーと共に勉強会等を行い、訪問看護サービスの特徴を踏まえたシステム開発を行うことで、業務負担を軽減し、適確で適正な評価が可能になるのではないかと考える。

第5章 質評価レビュー

レビューを実施した質評価指標一覧を図に示す。



1. 全国訪問看護事業協会版

「訪問看護ステーションにおける事業所自己評価ガイドライン」 福井 小紀子氏 (ワーキング委員)

東京医科歯科大学 大学院保健衛生学研究科 看護先進科学専攻 臨床看護開発学講座 在宅がんエンドオブライフケア看護学 在宅ケア看護学 教授

1. 目次

- 1) 平成 25 年度老人保健健康増進等健事業「実態調査訪問看護ステーションの特徴に応じた制度設計に関する調査
- 2) 平成 26-27 年度老人保健健康増進等事業「訪問看護ステーションにおける事業所 自己評価ガイドライン作成事業」~看取りや医療ニーズの高い療養者を支える標 準的指針~
- 3) 自己評価ガイドライン(第2版)及び自己評価 Web システム
- 4) 令和 2 年度老人保健健康増進等事業 「訪問看護事業所の質の確保に向けた自己 評価を支援するための研究事業」

2. 主な内容

1) 平成 25 年度老人保健健康增進等事業

訪問看護ステーションの特徴に応じた制度設計に関する調査を実施し検討した。また、訪問看護の質の確保と安全なサービス提供に関する調査研究事業を実施した。

- ・Donabedian サービスの質評価(ストラクチャー、プロセス、アウトカム)を使用して 4 つのデータセット(介護サービス情報公表システム、都道府県・市区町村別主要統計表、介護サービス施設・事業所調査、ファックス調査)から事業所の属性(ストラクチャー)をクラスター分析にて分類し、訪問看護を5類型とした
 - ①人口分散所在型 ②人口集積所在型 ③看護職多数型
 - ④精神利用者多数型 ⑤リハ職多数型
- ・8 割以上を占める一般型(人口分散所在型、人口集積所在型)の事業所が、看取 りと重度の在宅療養者を質高くケア提供できる看護職多数型になる機能強化を 目指した

2) 平成 26-27 年度老人保健健康增進等事業

- ・訪問看護事業所における事業所自己評価ガイドラインを作成した
- ・訪問看護は、地域でより多くの看取りや医療ニーズの高い療養者を支えていく ことが必要不可欠になる。看取りや医療ニーズの高い療養者を支えていくこと を主眼に置き、全国の訪問看護事業所の質の向上に繋がる「訪問看護ステーションにおける事業所自己評価のガイドライン(第 1 版)」を作成することを目的 とした
- ・「療養者を支える質の高い訪問看護ステーションの標準的指針」を基に訪問看 護事業所7か所に対するヒアリング調査を実施して、ガイドライン(第1版)を完成した

<自己評価の手順>

- (1)「評価の考え方と留意点」をみる
- (2) 着眼点にチェックをする
- (3) 各項目3段階評価をする
- (4) 事業所の現状分析を明記する
- (5) 改善策の立案、方針を職員に周知する

<ガイドラインを搭載した「Web システム」の構築>

- (1) 回答内容のフィードバックによる自事業所の客観的評価が可能
- (2) 事業所の経年的な継続評価が可能
- (3) ガイドライン調査の実施により自事業所の改善点の具体化が可能
- (4) 自己評価結果が情報公表として活用可能 インターネット上で評価することができ、レーダーチャートで示される ため自己評価の結果を情報公表にも使用可能になる。
- (5) 自己評価ガイドライン(第2版)及び自己評価 Web システム化(表)

表:自己評価ガイドライン(第2版)での改訂項目

評価項目	第1版	第2版
1. 事業所運営の基盤整備	19 項目	18 項目
2. 利用者等の状況に応じた 専門的なサービスの提供	7項目	10 項目
3. 多職種・多機関との連携	9 項目	10 項目
4. 誰でも安心して暮らせる まちづくりへの参画	4項目	4項目
5. 指標	33 項目	49 項目

<結果の活用>

- ・事業所の平均と比較ができる
- ・レーダーチャートは大項目(4項目)と小項目(11項目)の比較ができる
- · Web システムにて評価票の記入ができる
- ・「評価の着眼点」と「評価の考え方と留意点」に沿って事業所の現状と気がついたことや現状分析した内容を明記する
- ・「評価の考え方(趣旨・解説)」「評価の着眼点」から考えられる具体的で実行 可能な改善策を立案する

3) 令和2年度老人保健健康增進等事業

「訪問看護事業所の質の確保に向けた自己評価を支援するための研究事業」

<最新の改訂>

目的 1:自己評価ガイドラインの改良と更なる周知方策の検討の結果

目的 2: これまでに集積された自己評価ガイドラインに関するデータの分析と 将来的なフィードバックのための仕組みの構築の検討

3. 展望

本ガイドラインおよび「訪問看護ステーションの自己評価 Web システム」をより多くの事業所に能動的に活用いただくために、改良を加え、さらなる利用事業所を増やしていく

2. 日本訪問看護財団

「新版 訪問看護質評価のためのガイド」を含め3つの評価の取組 佐藤 美穂子(ワーキング委員)

公益財団法人日本訪問看護財団 常務理事

1. 目次

- 1) 新版「訪問看護サービス質評価のためのガイド」について
- 2) 「日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン (財団方式)」について
- 3) 訪問看護事業所が行う利用者満足度調査について

2. 主な内容

日本訪問看護財団が取り組んでいる3事業について紹介する。

1) 新版「訪問看護サービス質評価のためのガイド」

(1)目的・概要

自己評価項目が、訪問看護師の実践や管理経験から暗黙のうちに評価されるのではなく、できるだけ数値等で客観的に表示し、訪問看護事業所の管理者、職員が評価項目の意味と 5 段階レベルを共通認識した上で評価できるように示したもの

(2) 開発の経緯

平成4年に日本看護協会の訪問看護開発室にて検討委員会を設置し、188評価項目(機能評価:105項目、サービス評価:83項目)の評価指標を作成した。 日本訪問看護財団が引き継ぎ、平成13年度版では100項目に絞り自己評価票を作成した。

平成 15 年には、訪問看護サービスの質向上に係わるガイドラインを作成した。 その後、8 回の改訂を経て、平成 31 年に、新版「訪問看護サービス質評価のためのガイド」を作成した。自己分析・評価ガイドラインと改善ガイドラインの 構成である。

<指標の項目>

・機能評価8領域60項目

運営理念・組織、経営・人事・労務管理、看護サービスの運営基準、感染管理、事故・緊急対応、記録・情報管理、教育・研修・研究、連携

・ サービス評価 8 領域 40 項目

アセスメント・計画・評価、日常生活・療養生活のケア、医療処置、リハビリテーション、感染管理、エンドオブライフケア、精神障がい者・認知症者のケア、権利擁護、家族支援

<特徴>

- ・各項目に具体的行動を入れて構成し、客観的に評価できるようにしている
- ・ レーダーチャートで表示し (満点中に占める割合) 見える化
- ・管理者と職員がそれぞれに評価し、改善計画を立案できる
- ・改善計画の立案、実施、再評価のサイクルを実行できる

<評価者の感想・意見>

- ・次の目標が立てやすい、事業所の成長の指標としてよい
- ・自分自身が提供する看護サービスの評価か、事業所が提供する看護サービスの 評価か、目的を明確にしてほしい
- ・レーダーチャートの軸ごとの点数が一律ではないため項目間の比較が難しいの ではないか
- ・自己評価ガイドは簡潔で良い
- ・管理者ではないので、経営面などは職員として機能評価の項目の判断がしにくい

2) 「日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン (財団方式)」

(1) 理念

利用者の自立を助け、日常生活レベルに応じた自己充実が図れる質の高いケアプランを常に提供するとともに、その評価をする。

(2) 開発の経緯

- 1992年 「訪問看護用高齢者アセスメントツール」の開発を開始
- 1993 年 「訪問看護用高齢者アセスメント用紙」と「米国の施設内高齢者用アセスメント (MDS)とケアプラン表」を統合・一本化
- 1994年 財団方式の開発
- 1998年 改訂版財団方式
- 1999 年 米国 OASIS による質評価との比較研究の実施
- その後も改訂を行い、2019年財団方式新版第1版第1刷発行

(3)評価の項目

アセスメント票:5 大項目 (I基本情報、Ⅲ生活療養情報、Ⅲターミナル期、 Ⅳ家族介護・家事の情報、Ⅴ社会資源導入情報)、325 項目

問題・ニーズ領域:30 領域×140 トリガー

<特徴>

- ① 高齢者の長期ケアで問題となりやすい、そして生活を継続するうえで欠かせない領域や要因を総合的にアセスメントすることで、ケアに必要な問題やニーズ領域を明らかにし、解決・支援すべきケアプランの作成に適した情報の整理が行える
- ② わが国の特性である家族の自立した生活支援が可能となるよう、介護者の介護知識、介護能力、生活状況、家事能力などの総合力をアセスメントし、適切な社会サービスの導入などで家族生活の変更を極力少なくするための現状把握を可能にしている

- ③ 施設から在宅へ、在宅から施設へと継続性のあるケアプランづくりを可能と するために、施設内アセスメント項目と在宅アセスメント項目を共有してい る
- ④ アセスメント票は、米国版施設内アセスメント (MDS)と関連項目を共有し、 長期ケアの特性を受けたプラン化が図れるよう、施設 27 領域、在宅 30 領域と いうコンパクトな問題・ニーズ領域でプラン化が可能である
- ⑤ ケアマネジメント機関や訪問看護サービス機関で質の評価研究を繰り返し、 質の管理やその手法論の研究開発に優れている

3) 訪問看護事業所が行う利用者満足度調査

(1)目的

利用者の満足する要因と質の高い訪問看護の項目を符合させて、めざすべき訪問看護の見える化をする。

(2) 経緯

コンサルテーション事業の一環として外部委託による評価を実施している。 利用者満足度の高い事業所で働く職員の職務満足度との相関がある 評価の項目は、実態調査、コンサルテーション事業等の結果から 22 項目選定

3. 展望

今後は効率よく評価ができるように、特に「訪問看護サービス質評価のためのガイド」については Web システム化が必要

「日本版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン (財団方式)」については、アセスメント項目を活用して訪問看護向けに Web 化している満足度調査と職務満足度調査については今後検討が必要である

3. 介護サービス評価 地域密着型サービス外部評価

勝島 健氏(ゲストスピーカー)

公益社団法人かながわ福祉サービス振興会 事業推進部 経営支援課 課長

(公社) かながわ福祉サービス振興会事業概要

主に、「高齢分野」、「障害分野」、「保育分野」について、自主事業または県・市町村の委託事業として介護サービス評価、外部評価、研修事業の実施、認定調査、実地指導、先進事例の紹介、介護ロボット、ICT の推進、LIFE 推進委員会の開催、神奈川県の優秀な事業所の認証事業等を行っている

1. 目次

- 1)介護サービス評価
- 2)地域密着型サービスの外部評価

2. 主な内容

1)介護サービス評価

介護サービス評価とは、事業所のサービス提供などについて、ご利用者やご家族にアンケート調査を実施する「利用者評価」と約 200 問のチェック項目からなる「事業所自己評価」を組み合わせた評価のこと

(1) 開発の目的・経緯

運営基準に、「事業者は自ら提供サービスの質の評価を行う」旨の記述があるが、具体的な仕組み・項目がなかった。そこで評価の結果を事業者が比較・検討する仕組みを整備した。事業開始にあたっては、利用者代表と事業者と学識、行政等の有識者からなる「介護サービス評価委員会」を立ち上げ、評価の在り方や実施方法を検討した。項目はサービスごとの作業部会で検討・作成した

(2) 介護サービス評価の概要

対象サービス	訪問介護、通所介護、居宅介護支援等 17 サービス
費用	約3万円
項目数	自己評価:選択式約200間(サービスにより異なる) 利用者評価:選択式20間(5領域×4問)、記述式2問
評価者	自己評価:事業者 利用者評価:サービス利用者又は家族
受審事業者数	年間 200~300 サービス程度
評価期間・ 回数	申込締め切りから 2~3 か月で報告書が完成 年間 5 期にわけて募集・実施されている

(3) 評価領域

1 100 21	
事業所自己評価	利用者評価
組織体制	利用者への説明
人材育成·就業環境整備	サービスの内容
サービスの内容	職員の対応
利用者本位	事業所の体制
リスクマネジメント	サービス利用の効果
地域連携	

(4)評価実施の流れ

- ・事業所登録をし、自己評価入力をする。次に、利用者評価申し込みをし、利用 者アンケートが実施される。最後に評価結果が確定され、評価結果が公開される
- ・訪問調査は実施しない

(5)介護サービス評価の特徴

- ・サービスごとの特徴・法令等を踏まえた共通項目で評価を実施できる事業者の 事務負担が軽減できる
- ・結果に対する集計・分析により課題が把握できる
- ・自己評価に取り組むことで、管理者や従業員にとっては介護保険法や個人情報 保護法などの法令遵守につながる
- ・第三者機関である当振興会が関わることで、ご利用者(ご家族)の本音が聞き やすい
- ・自己評価と利用者評価の一致・不一致を把握できる
- ・過去の評価結果や他事業所平均との比較が可能になる
- ・事業所の「強み」も明確になる
- ・ 利用者(ご家族)からの評価は職員の意欲向上にもつながる
- ・ 県内の事業所は、評価結果を「介護情報公表サービスかながわ」の事業所ページに掲載することができる(神奈川県独自の取り組み)
- ・事業所検索時には評価受審事業所が優先的に表示される(神奈川県独自の取り 組み)

(6) 評価結果のアウトプット

- グラフとコメントにてわかりやすく改善点を示してくれる
- ・評価の活用に向けた取り組み、介護サービス評価の今後の課題
 - ○自己評価と利用者評価の結果を受審した事業所間で比較検討できるようにする
 - ○今後は従業員満足度を連動させて評価できるようにモデルとして実施している
 - ○今年度の法改正で運営推進会議でも外部評価可能になった

2) 地域密着型サービス外部評価(年1回受審義務あり)

(1)目的·経緯

- ・外部評価は、事業所のサービスの質の向上を目的とし、事業所が提供している サービスを点検し、サービスの質の向上や管理者・職員育成、事業所全体の業 務改善につなげるための仕組み。認知症対応型共同生活介護が対象になる。全 国すべての事業所に原則1回の受審が義務付けられている。2021年度から、運 営推進会議を活用した評価実施も可能となった
- ・ (看護) 小規模多機能型居宅介護は介護医療連携推進会議、運営推進会議にて 評価実施
- ・外部評価は、「事業所自己評価」、「訪問調査」、「利用者家族等アンケート」の3 種類の評価から構成される

(2) サービス評価の沿革

- ・ 1999 年から、全国痴呆性高齢者グループホーム連絡協議会が 自主的に評価を 開始
- ・ 2001 年に自己評価が義務付けられ、2002 年に外部評価が義務付けられ、2005 年 から年 1 回受審が義務付けられた
- · 2006年から、小規模多機能型居宅介護における評価が義務付けられた (現在は運営推進会議にて評価実施)
- ・ 2021年から、運営推進会議を活用した評価実施も可能となった

(3)地域密着型サービス外部評価の概要

対象サービス	認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)
費用	約6万円から10万円
項目数	自己評価 55 項目、外部評価 20 項目(都道府県により異なる)
評価者	評価機関(評価調査員) ※運営推進会議の場合は会議メンバー
受審事業者数	原則年1回受審義務 ※一定の要件を満たすと2年に1回の受審で可
評価期間・回数	調査実施から1か月程度で報告書完成、公開

(4) 評価の仕組み

サービスを提供する事業所ではなく、直接の利害関係がない第3者の視点で事業所の評価を実施する。運営基準より上に外部評価の目標水準はある。

(5) 地域密着型サービス外部評価の特徴

訪問調査では、実際のサービス提供場面を見て調査を行う。指導ではなく事業者の気づきを促す、対話重視型の方法を取っている。評価を通じて、事業者の今後取り組むべき目標(目標達成計画)を調査員と事業所管理者、職員が一緒に考える。

(6)評価領域

分類	自己 評価	外部 評価	家族アン ケート	備考
①ストラクチャー項目 サービスの基盤に関する項目: 職員概況、勤務体制、建物、設備等	_	Δ	_	実地指導、 情報公表等 がある
②プロセス項目 サービスの実施状況に関する項目 ・運営理念、運営体制 ・ケアサービスの具体的実践状況等	0	0	0	外部評価の 中心的項目
③アウトカム項目サービスの実施結果に関する項目・利用者の状態像、利用者、家族の 満足度等	0	_	0	現在の外部 評価の方法 論では限定 的

(7) 評価項目の構成

		自己評価 の項目数	外部項目の 項目数
	I 理念に基づく運営	14	7
プロ	Ⅱ 安心と信頼にむけた関係づくりと支援	8	1
ロセス領域		13	5
域	IV その人らしい暮らしを続けるための 日々の支援	20	7
アウトカム領域 (項目)		13	
項目計		68	20

(8) 外部評価結果の閲覧(神奈川県の場合)

介護情報サービスかながわ http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/

3. 外部評価の今後の課題

- ・ 法改正や環境の変化に対応した評価項目の見直しが必要(ハラスメント、感染症対策、BCP、LIFE 対応、ICT 活用等、保険外サービス等への対応)
- ・調査員の高齢化等に伴う質の確保や新規養成の必要性
- ・ 運営推進会議での外部評価も可能となったが、会議の開催メンバーや内容には 事業所によって大きな差があり、評価の質のばらつきが懸念されるため、評価 機関としてのサポートを検討している

4. 財団方式の開発について 内田 恵美子氏(ゲストスピーカー)

株式会社日本在宅ケア教育研究所 取締役会長

1. 目次

- 1) 開発の目的
- 2) 概要・概念枠組み
- 3)特徵

2. 主な内容

1) 開発の目的

- (1) エンドオブライフ・障がい・疾病・経済的困窮・生活行動・生活環境・人間関係・社会交流等の実体があり、自立を目指す。在宅ケア等における総合的なニーズとして把握し判断を可能とする
- (2) 判断した情報を関係職種のケアマネジメントやケアプラン、多職種の第一時アセスメントにも利用
- (3) 利用者や家族の要望と客観的ニーズとが自立と QOL 目指したケアプランとして 調整・利用される
- (4) 各専門職種が専門分野のプランを深める共通情報として利用する
- (5) 利用者や家族の目標にそったケアの達成とアウトカム評価による質の改善
- (6) 社会資源の現状把握と不足する資源開発への利用

2) 概要・概念枠組み

- (1) 「あるべき社会生活を描くことが求められる」社会生活分野の予測フレーム (小田康夫、1993 年) より、①生存機能(セルフヘルプ能力)の自立・向上、 ②日常生活機能の自立・向上、③自己充実や生活の質の豊かさの向上を枠組み とする
- (2) 自立を支える在宅ケアの分野は次のとおり
 - 生存機能の危機回避
- ・生存機能コントロール
- ・健康・障害機能の自立向上
- ・生活環境の改善・生活手段の向上
- ・生活行動の拡大や教育参加
- ・趣味や人間関係、社会交流・参加

3)特徵

- ・MDS-RAPs 方式の展開方法論を採用した
- ・アセスメント領域は、「日常生活ニーズの諸段階に応じた自立支援の枠組み」、「オアシス」、「MDS-RAPs」、「東京都老人総合研究所の高齢者調査」、「現場の声」等により検討し作成されている。日本版を開発した際に在宅の項目を追加されている
- ・RAPs (問題領域) に導くアセスメント項目は問題とすべきコード (レベル) からトリガーを抽出でき、問題領域を自動的に選定できるようにした
- ・アセスメントの記入方式は 3 回記入方式にし、一定期間でリアセスメントをすることで数値(状態)の変動を確認することで、改善や悪化のアウトカムが簡単に判断できるように作成している

3. 展望(新アセスメントの可能性)

財団版アセスメントからニーズ領域出現率の高い(使用頻度が高い)項目と低い項目の実態調査を実施した(2020年笹川保健財団研究)。

現在、全ての職種が用いるケアプラン及び、訪問看護のアセスメント票と質評価が可能となる新版を作成中である。

5. OASIS-OBQI について

島内 節氏 (ゲストスピーカー)

株式会社日本在宅ケア教育研究所 取締役

1. 目次

- 1) 自宅ケアにおける OASIS (オアシス) の目的
- 2) 各アセスメント項目について全国値と各機関の比較
- 3) オアシス開発の経緯、使用の義務化
- 4) 在宅ケアのアウトカム測定と質改善のプロセス
- 5) アウトカム評価表のあらまし

2. 主な内容

1) 自宅ケアにおけるオアシスの目的

利用者のアウトカムからみた在宅ケア機関の評価と改善計画・実施によるアウトカムの改善・向上を目的とする。

- ・オアシスは利用者のケアのアウトカムから在宅ケア機関の評価になる
- ・利用者条件(高齢者の利用者数が多い等)を調整してアウトカム標準値(全国平均値)と各機関のアウトカム値の比較から、各機関のターゲットアウトカムを明確化する
- ・ターゲットアウトカムを焦点化し、アクションプランを立案して、アウトカムの 改善、全国値よりさらにアウトカムの向上をめざす

2) 各アセスメント項目について全国値と各機関の比較

- ・維持も含めて、「改善」としている。評価時点ごとの数値化した利用者の状態を比較し、数値が増加または変化をしなかった場合は「改善」、数値が減少した場合には「悪化」と評価する
- ・評価指標は全て数値化し、毎回グラフ化し推移を可視化する
- ・各アセスメント指標についてアウトカムを「改善」と「維持」の割合の合算で示す (図 1: オアシスにおけるアウトカムのグラフでの可視化の例)

3) オアシス開発の経緯、使用の義務化

- (1) Shaughnessy PW. Crister KS により米国の事例調査分析の結果オアシスを開発された
- (2) 1987 年米国の保険財政管理局は環境条件、人員配置、労働条件、物理環境等のストラクチャーを焦点化した評価指標は利用者の健康改善につながらないとし、注目した
- (3) 利用者の大多数を占める公的保険メディケア及びメディケイドの成人・高齢者について、1999 年から連邦政府はオアシスのアセスメントシートの 60 日ごとの利用者データの州政府への送信を義務化した
- (4) 評価結果が報酬に結びつく制度を制定した。その全国データは連邦政府で集 約され分析される。国際的に通用する項目になる

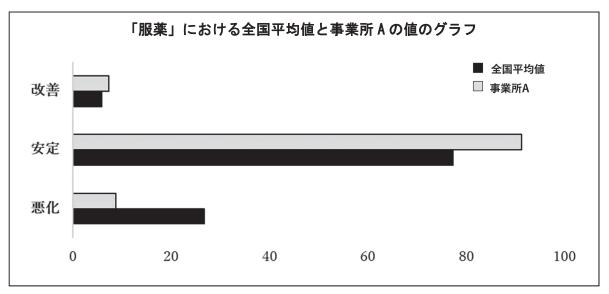


図1: オアシスにおけるアウトカムのグラフでの可視化の例

4) オアシス開発の経緯、使用の義務化

- (1) Shaughnessy PW. Crister KS により米国の事例調査分析の結果オアシスを開発 された
- (2) 1987 年米国の保険財政管理局は環境条件、人員配置、労働条件、物理環境等のストラクチャーを焦点化した評価指標は利用者の健康改善につながらないとし、注目した
- (3) 利用者の大多数を占める公的保険メディケア及びメディケイドの成人・高齢者について、1999 年から連邦政府はオアシスのアセスメントシートの 60 日ごとの利用者データの州政府への送信を義務化した
- (4) 評価結果が報酬に結びつく制度を制定した。その全国データは連邦政府で集約 され分析される。国際的に通用する項目になる

5) 在宅ケアのアウトカム測定と質改善のプロセス

- ・ターゲットアウトカム (褥瘡など)を決めて、アクションプランを立案し、組織 的に取り組む構成となっている
- ・オアシスは高齢者の枠として評価をする。エンドオブライフケア、妊産婦は別の 評価指標がある

6) アウトカム評価表のあらまし

① アウトカム評価項目

No.	項目名
1	基本情報(在宅ケア利用状況・背景(認知症日常生活自立度・医療処置等))
2	ADL に関する項目(寝たきり度、清潔、更衣、排泄、移乗、移動、食事等)
3	IADL に関する項目(電話、家事、洗濯、外出、金銭管理、冷暖房管理、服薬等)
4	精神能力に関する項目(意思疎通、判断力、鬱、意欲、徘徊行動等)
5	症状と健康状態に関する項目(尿失禁、転倒、痛み、嚥下、呼吸、褥瘡等)
6	介護力に関する項目(身体疲労、精神疲労、介護知識・技術、時間的余裕等)

② OASIS のアセスメント追加項目 (義務化されている)

No.	項目名
1	利用者基本情報(人種、保険、費用支払い、家計状況、余命、ハイリスク要因等)
2	呼吸機能・排泄
3	神経・感情・行動
4	感覚器の状態(視力・聴力・会話と言語)
5	皮膚の状態(病変・褥瘡など)
6	薬物療法(服薬・吸入剤・噴霧財・、注射薬の自己管理力のレベル)
7	器具の管理(酸素・点滴注入、非経口的栄養器具の扱い、薬剤・薬液の補給)
8	救急時
9	環境(安全性、清潔等)

アセスメントからアウトカムを判定する方法の例

	IADL	月日 4/1	月日 6/1	1回目の回答番号から、
食事の 支度	0:人数にあった支度をして 必要十分な用意ができる 1:材料が用意してあれば食 事の支度ができる 2:食事をつくることはでき るが、人数にあった支度が できない 3:他人に支度をしてもらう 99:不明	2	1	2回目の回答番号を差し 引いて数を算出し、 アウトカム判定とする ~ 2-1=1 「改善」と判定

島内節ら、在宅ケアアウトカム評価と質の改善の方法、医学書院(2002)の表を参考に 作成

6. ケアの効果の可視化プロジェクト~VENUS プロジェクト~ 山本則子氏(ワーキング委員)

東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 高齢者在宅長期ケア看護学 教授

1. 目次

- 1) Long-term care の可視化の必要性(LTC 質指標開発の経緯)
- 2) LTC 質指標の概要
- 3) LTC 質指標の調査結果
- 4) ステーション・事業所へのフィードバック

2. 主な内容

- 1) Long-term care の可視化の必要性(LTC 質指標開発の経緯)
 - ・VENUS プロジェクトの目的は Long-term care を受けている高齢者へのケアのアウトカム・プロセス評価指標を開発すること
 - ・米国にて nursing home でのプロセス評価指標を活用した調査に参加。この調査では MDS の結果とプロセス指標を合わせて質評価を実施していした
 - ・今回のプロジェクト以前に療養病床のケアの質を把握するために、病棟単位で データ収集したが、病棟単位の分析の限界がわかり個別データの収集をすべき と考えた
 - ・Long-term care の効果を可視化するため、看護理論(ゴードンの機能的健康パターン)をベースとしたアウトカム指標にした
 - ・プロセス指標は、既存のガイドライン等をレビューして開発した
 - ・地域包括ケアシステムにおいて、高齢者は身体状況に応じて居住場所 (療養病 床、在宅、施設等)を移動しているため、療養場所を横断して使用できる質指 標の開発を目指している

2) LTC 質指標の概要

(1) 基本的な構造

- ・LTC 質指標はドメイン、アウトカム項目、プロセス指標にて構成される
- ・プロセス指標はアウトカム指標に対応しており、両方を評価できるようにして いる

(2) アウトカム指標

・ドメインはゴードンの 11 の機能的健康パターンを元に開発した。ドメイン作成 においては研究者内での会議を行い、エキスパートパネルを実施した

(3) プロセス指標

- ・プロセス指標はアセスメントとケアの2軸にて構成。回答は、「はい」、「いいえ」、「わからない」の3段階とした。在宅ケアでは多様なケア提供者(家族含む)がいるため、質問は、ケアの受け手である高齢者を主語とし「(該当する高齢者が)そのケアを受けている(か否か)」という表現とした
- ・プロセス指標はガイドライン、システマティックレビューから抽出し、項目の 数がなるべく少なくなるよう検討した。一方、ガイドラインの内容だけでは全 回答が「はい」となり回答がばらつかないと懸念されたため、難度の高い実施 内容を評価指標に含むよう、文献およびエキスパートパネルにて検討した
- ・指標には、利用者自身と家族への設問も含まれ、質問紙調査も行った。
- ・利用者・家族への質問内容
- 認知症があっても回答できるシンプルな QOL 設問を作成
- 岡山大学の認知症高齢者の QOL 尺度(観察式)を採用
- がん患者の家族の地域で安心に過ごせる尺度を改変して採用

表:ゴードンの機能的健康パターンと LTC 質指標ドメインの関係

ゴードンの機能的健康パターン	LTC 質指標ドメイン
1. 健康知覚/健康管理	苦痛の最小化
2. 栄養/代謝	食生活の維持
3. 排泄	排泄行動の維持
4. 活動/運動	身体活動の維持
5. 睡眠/休息	睡眠の確保
6. 認知/知覚	認知機能低下による生活障がいの最小化
7. 自己知覚/自己概念	人としての尊厳の追求
8. 役割/関係	
9. 性(セクシュアリティ)/生殖	
10. コーピング/ストレス耐性	
11. 価値/信念	
	家族のウェルビーイングの追求

3) LTC 質指標の調査結果

要介護高齢者等に対する看護介入による効果検証事業報告(中間報告)

- ・アウトカム指標から、問題事象の発生の有無を算出し、訪問看護利用の有無と の関連を検討
- ・二変量解析で問題事象発生に有意に関連した変数を調整し分析
- ・問題事象発生合計数は当初訪問看護利用者のほうが多い傾向があるが、12 か月 後では違いがなくなる
- ・12 か月時点での尿路感染症発生、外傷を伴う転倒転落、家族のウェルビーイン グ不良の項目は、訪問看護非利用群に比べて、訪問看護利用群の方が発生は少 なかった

・12 か月時点での呼吸器感染症、栄養状態の悪化、寝床以外での活動低下の項目 は、プロセス指標が高いほど発生が少なかった

4) ステーション・事業所へのフィードバック

調査後、調査参加事業所へ、全対象事業所と自事業所の比較ができるようフィードバックを行った(アウトカム指標・プロセス指標)

3. 今後の展望(LTC 質指標の今後の課題)

- ○アウトカム指標の信頼性、妥当性の検討:内容妥当性はエキスパートパネルにて 確認済。評価者間・再テスト信頼性を今年度検討中
- ○アウトカム指標に対して良いケア (プロセス指標) を十分提供したら問題事象 (アウトカム指標) が発生しないという仮説を持っているが、分析が難しい。アウトカム指標が悪い利用者ほどアセスメント、ケアを多く提供する傾向があるため、あたかもケアを提供すると問題事象が発生するようにみえる結果となってしまう。さらに分析中だが、問題事象が発生している群だけで分析すると分析数が限られる悩みがある
 - ・今後、訪問看護利用群と非利用群のアウトカム指標ごとの比較を詳細に最終検討
 - ・経時的な変化についても分析中:在宅療養継続、入院、施設入所、死亡等の転帰 ごとの分析
 - (例) 施設入所:家族のウェルビーイング不良と関連 入院:疼痛、呼吸困難の変化と関連
- ○事業所間でのリスク調整式の検討、確立
- ○看護記録システムへの導入を開発中:指標を入力すると計画書、報告書の作成
- ○調査票の自由記載欄情報を質指標評価との関連を検討中
- ○LIFE との関連も検討中

7. 科学的介護情報システム(LIFE) 坂本 享史氏 (ゲストスピーカー)

厚生労働省 老健局老人保健課 課長補佐

1. 目次

- 1)総人口の推移、今後の介護保険をとりまく状況
- 2) 科学的裏付けに基づく介護(科学的介護)とは
- 3) 科学的介護にかかる検討の取りまとめ経過等
- 4) 科学的介護情報システム(LIFE) を活用した科学的介護推進のイメージ
- 5) 科学的介護情報システム(LIFE)の概要
- 6) LIFE へのデータ提出・フィードバック機能の利用が求められる項目について
- 7) LIFE 活用の利点
- 8) LIFE 通じた科学的介護推進への取組に対する支援について

2. 主な内容

- 1)総人口の推移、今後の介護保険をとりまく状況
 - ・今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者(特に 75 歳以上の高齢者) の占める割合は増加していくことが想定される
 - ・要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇
 - ・一人当たり介護給付費は85歳以上の年齢階級で急増

2) 科学的裏付けに基づく介護(科学的介護)とは

- ・医療分野における「根拠(エビデンス)に基づく医療」(Evidence Based Medicine:EBM) とは、「診ている患者の臨床上の疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者への適用の妥当性を評価し、さらに患者の価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下し、専門技能を活用して医療を行うこと」と定義できる実践的な手法
- ・介護分野においても科学的手法に基づく分析を進め、エビデンスを蓄積し活用 していくことが必要であるが、現状では、科学的に効果が裏付けられた介護が、 十分に実践されているとは言えない
- ・介護関連データベースによる情報の収集・分析、現場へのフィードバックを通 じて、科学的裏付けに基づく介護の普及・実践をはかる

3) 科学的介護にかかる検討の取りまとめ経過等

(1) VISITの運用開始(2017年度)

- ・ 通所・訪問リハビリテーション事業所から、リハビリテーションの情報収集を 開始
- ・リハビリテーションに係るデータの収集・分析を開始
- ・全ての介護サービスを対象として、高齢者の状態やケアの内容等の情報を収集 開始

(2) CHASE の運用開始 (2020 年度)

- ・全ての介護サービスを対象として、高齢者の状態やケアの内容等の情報を収集 開始
- ・モデル事業で、提出データとフィードバックを試行的に実施し、アンケート・ ヒアリングを通じて、内容のブラッシュアップを実施

(3) LIFE の運用開始 (2021 年度)

- ・ 令和3年度介護報酬改定において新たな評価を創設。VISIT・CHASE を一体的に 運用開始
- ・データの入力の負担を低減する仕組みを設けた
- ・事業所単位に加えて、個人単位の分析結果をフィードバックしていく

4) 科学的介護情報システム (LIFE) を活用した科学的介護推進のイメージ

- ・エビデンスに基づいた自立支援・重度化防止等を進めるために、科学的に妥当 性のある指標等を収集・蓄積及び分析し、また分析の結果を現場にフィードバックをする仕組みが必要
- ・LIFE では、計画書の作成等が要件となっている加算において実施されている PDCA (Plan→Do→Check→Action) サイクルについて、データに基づくさらなる PDCA サイクルを推進し、ケアの質の向上につなげることを目指す
- ・LIFE により収集・蓄積したデータは、フィードバック情報としての活用に加えて、施策の効果や課題等の把握、見直しのための分析にも活用される

5) 科学的介護情報システム(LIFE)の概要

<LIFE とは>

- ・介護サービス利用者の状態や、介護施設・事業所で行っているケアの計画・内容などを一定の様式で入力すると、インターネットを通じて厚生労働省へ送信され、その結果が分析されてフィードバックされる情報システム
- (LIFE (科学的介護情報システム): Long-term care Information system For Evidence)
- ・全国の介護施設・事業所が対象であり、希望があれば利用申請の後に利用可能 となる
- ・科学的裏付けに基づく介護(科学的介護)の循環を推進する仕組みの創出のため、VISIT、CHASEを順次運用開始し、2021年よりLIFEとしてこれらを一体的に運用開始した
- ・データ収集項目は、信頼性・妥当性があり、科学的測定が可能、データの収集 に新たな負荷がかからないもの、国際的に比較が可能なものを採用した
- ・介護ソフトから CSV 連携機能を用いたデータ連携により、LIFE へのデータ提出 が可能である

6) LIFE へのデータ提出・フィードバック機能の利用が求められる項目について

O/LITE 1077 / JACKS	1 17・プラー機能の対抗の対応の対抗の対抗の対抗について	
加算名称	対応する様式(案)	LIFE への
		データ登
		録
		(加算算
		定に要)
科学的介護推進体制加算	科学的介護推進に関する評価	0
(I) (II)	※ 施設・事業所が加算において様式の作成を求めるもので	
科学的介護推進体制加算	はなく、LIFE への登録項目を示すためのイメージとしての 様式	
個別機能訓練加算 (Ⅱ)	別紙様式 1:興味・関心チェックシート	任意
	別紙様式 2:生活機能チェックシート	0
	別紙様式 3:個別機能訓練計画書	0
ADL 維持等加算	特定の様式はなし	0
	※ 施設・事業所は、利用者の ADL データを LIFE へ登録	
リハビリテーションマネジ	別紙様式 1:興味・関心チェックシート	任意
メント加算 (A)ロ (B)ロ	別紙様式 2: リハビリテーション計画書	\circ
リハビリテーションマネジ	別紙様式 3: リハビリテーション会議録	任意
メント計画書情報加算	別紙様式 4: リハビリテーションマネジメントに	任意
理学療法、作業療法及び言	おけるプロセス管理票	
語聴覚療法に係る加算	別紙様式 5:生活行為向上リハビリテーション実	任意
	施計画書	
褥瘡マネジメント加算	褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書	\bigcirc
(I) (II)		
褥瘡対策管理指導(Ⅱ)		
排せつ支援加算 (I) (Ⅱ)	排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画	\bigcirc
(Ⅲ)	書	
自立支援促進加算	自立支援促進に関する評価・支援計画書	\bigcirc
かかりつけ医連携薬剤調整	薬剤変更等に係る情報提供書	0
加算		
薬剤管理指導		
栄養アセスメント加算	栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリン	\bigcirc
	グ (通所・居宅)	
口腔衛生管理加算	口腔衛生管理加算 様式 (実施計画)	\circ
口腔機能向上加算	口腔機能向上サービスに関する計画書(様式例)	\bigcirc

<LIFE における介護情報の流れ>

- (1) 介護施設・事業所において利用者の状態や行ったケアの内容を一定の基準で記録
- (2) 記録した情報を、端末の LIFE 画面に入力または、LIFE との連携に対応している 介護記録ソフトから、CSV 連携機能を利用して LIFE に入力
- (3) 入力した情報を厚生労働省へ送信
- (4) 厚生労働省にて解析された結果が、各施設・事業所の LIFE アカウントへフィー ドバックされる

7) LIFE 活用の利点

- ・LIFE の活用による信頼性のあるデータの収集、フィードバック。これらの適切な活用による PDCA サイクルへの取組を通じた科学的介護の推進
- ・同一基準による評価を通じた、施設間の知見の共有が可能となる
- ・ビッグデータ構築による介護の質の向上への寄与
- ・帳票の使い勝手は今後検討していく

8) LIFE を通じた科学的介護への取組に対する支援について

- ・データ入力の省力化(介護ソフトとのCSVファイル連携機能、帳票出力機能)
- ・ PDCA サイクルへの取組に対する支援(科学的介護に向けた質の向上支援等事業)
- ・ ICT 導入に対する支援 (ICT 導入支援事業)

3. 今後の展望

- ・一定の基準での利用者の状態、ケアの内容を記録するため、他施設・事業所と の比較が可能になる
- ビッグデータの構築
- ・ LIFE 活用によるデータの収集・蓄積により、介護の質の向上へ寄与する

8. サービスの質管理 訪問看護実践の成果を可視化する Omaha System 長江 弘子氏 (ゲストスピーカー)

東京女子医科大学看護学部 教授

一般社団法人オマハシステムジャパン代表理事

1. 目次

- 1) 訪問看護の質ってどう考える
- 2) なぜ今ケアの質の見える化なのか
- 3) Omaha System (オマハシステム) を日本に導入した経緯
- 4) 日本語版オマハシステムの概要 (概念枠組み・特徴・カテゴリ数・評価指標と評価の仕方)
- 5) オマハシステムの特徴
- 6) オマハシステムの結果の活用
 - ①データベース化に向けての基礎的研究 (オマハシステムによる訪問看護実践の見える化にむけて)
 - ②岩本氏より事業所評価、利用者成果への活用

2. 主な内容

- 1) 看護の質ってどう考える
 - ○訪問看護を使う人がその価値を見出すことがサービスの品質が高いことと判断できる。訪問看護利用者が価値を見出すことで、利用満足と利用継続が高まる。結果として、推薦意向が高まる。サービスプロセス、サービスアウトカムとしての評価が重要
 - ・サービスプロセス:効率性と効果では、すぐ来てくれて、使い勝手がいいこと
 - ・サービスアウカム:効果では人を介して品質が維持できること

2) なぜ今ケアの質の見える化なのか

- ○世界的に高齢化社会に向けた効率的な資源運用に向けて従来の出来高払いから、 より確かな最善の実践による効果に対価を払う仕組みへの転換が起こっている
- ○在宅医療・ケアの領域においても、専門職が実践プロセスやアウトカムを記述し、 自らの臨床活動の意義を可視化していくことが求められ
- ○見える化のためのツール
 - ・プライマリ・ケア国際分類(International Classification of Primary Care: ICPC)
 - ・米国発祥の地域看護の分類ツールであるオマハシステム

3) オマハシステムを日本に導入した経緯

(一般社団法人オマハシステムジャパンのこれまでの活動)

- ・国際的な動向としては、オランダにてビュートゾルフがオマハシステムを使用 し、制度化たことで注目された
- ・2016 年 オマハシステムの普及、教育、研究、実践を推進するため、社団法人「オマハシステムジャパン」を設立。年会費 3000 円、会員は無料でソフトを使用できる
- ・オマハシステムガイドブック第2版の翻訳、米国オマハシステムの Karen 氏を招聘、第1回オマハシステム体験セミナーを開催
- ・2017年 「日本版オマハシステム・ユーザーズガイドブック」発行
- ・2018 年 ガイドブックを用いた Basic セミナー、簡易ソフトを用いた ITBasic セミナーの開催
- ・2020年 岩本委員含め2社がコードを買い取り、自社のシステム開発 資金は社団法人の活動資金にあてる
- ・2021年 「看護教育に生かすオマハシステムの活用」ウェビナー開催予定

4) 日本語版オマハシステムの概要

問題(Problem)、介入(Intervention)、成果(Outcome)で構成される

分類	項目	特徴
問題(Problem)	·領域(4 分類)	・公衆衛生的特徴があ
	環境的領域	る
	心理的社会的領域	・症状、兆候から問題
	生理的領域	を特定する
	健康関連行動領域	
	・症状と兆候(42項目)	
介入	・カテゴリー(4 項目)	
(Intervention)	教育・情報提供・相談	
	直接的ケアと治療処置	
	ケアマネジメント	
	観察・モニタリング	
	·焦点 (75 項目)	
成果(Outcome)	·知識、行動、状態(KBS)	・変化を数字で可視化
	各 5 段階評価	できる

〇問題

- ・領域 は4分類にて構成される 環境的領域、心理的社会的領域、生理的領域、健康関連行動領域
- ・症状と兆候は42項目がある
- ・公衆衛生的特徴がある
- ・症状、兆候から問題を特定する

○介入

- ・カテゴリーは4項目にて構成される
- ○教育・情報提供・相談
- ○直接的ケアと治療処置
- ○ケアマネジメント
- ○観察・モニタリング
 - 焦点は75項目がある
- ○成果
 - ・知識 (K)、行動(B)、状態 (S) で構成され、各5段階評価になる
 - ・変化を数字で可視化できる

5) オマハシステムの特徴

- ○看護実践とオマハシステムとの関連
 - ・類似分類ツールには、NANDA NICNOC、インターライ、ICPC などがあり、そう いったツールと同様に看護実践を言語化できるという特徴がある
 - ・オマハシステムの一連の活用ステップ (PDCA) は看護過程の展開やケアマネジメントプロセス、臨床推論と思考過程が類似しており、他の類似ツールと比較し、オマハシステムの方がより看護実践に沿って活用できる
- ○オマハシステムの問題、介入、成果は、看護実践の計画や評価に相当する。そのため、厚生労働省が提示する訪問看護計画書、訪問看護報告書様式にオマハシステムの問題、目標、計画、介入、評価をそのまま入れ込むことができる
- ○直接的ケアだけではなく、連携等のケアマネジメントすなわち間接的ケアが介 入分類にあることが訪問看護の特色にあっている
- ○看護師が何を実施するかではなく、患者にとって何が実施されるかということ を表現できることが特徴
- ○国際比較が可能であり、24か国語で翻訳されている

6) オマハシステムの結果の活用、分析

- ○オマハシステムにおけるデータを疾患群別(がん疾患群、臓器不全、難病・認知症、小児、精神疾患)に分類し、分析した結果、オマハシステムにおける問題、介入、成果の傾向について以下のことがわかった
 - ・直接ケアよりも教育相談、ケアマネジメント、観察の介入が多い傾向であったため。多職種連携のようなマネジメントにおける目的共有や成果の把握に活用できる
 - ・状態が維持や低下をしているとしても知識や行動面での変化、QOLの向上を示すことができるため、評価を受ける利用者が、重症度が高い状態や終末期の 状態でも活用できる
- ○オマハシステムを使用し、看護師の思考過程を整理することで、看護師が実施する看護実践の構造化、看護実践過程を表現することができる

9. ケアの質評価における Omaha System データ利活用の事例について 岩本 大希氏 (ワーキング委員)

WyL 株式会社 代表取締役 ウィル訪問看護ステーション江戸川 所長

1. 目次

- 1) ケアの質評価における Omaha System (オハマシステム) のデータ利活用の事例
- 2) 国内の訪問看護など、現場においての活用事例
- 3) 看護プロセスや実践したケアを、構造的・後ろ向きにデータ出力し活用

2. 主な内容

1) 実践の概要

- ・オマハシステムにおける問題立案、介入立案、評価について、看護計画書や看 護記録に結果を反映ができ、オマハシステムの活用を日常的な実務に落とし込 むことができる
- ・看護計画書や看護記録にオマハシステムを用いて立案したプランが反映される

2) オマハシステム活用のメリット

- ・ 日常的な実務の中にオマハシステムのプラン立案と評価を落とし込むことがで きる
- ・ 直感的にシステムが使いやすい
- ・訪問看護として実施していることがそのまま表現できる
- ・評価を受ける利用者の状態に変化があるかを可視化することができる
- ・評価を定量的に行うことができ、経過を追うことができる。それによって、介 入の前後比較ができる。その結果を事業所全体の数値として集計することもで きる
- ・ 定量的なデータが蓄積され、経過を振り返り分析することができる。独居、終 末期といった分類でデータを分析することもできる
- ・事業所単位でのデータの分析ができる
- ・実践における訪問看護師にとって重要は評価指標である地域資源を有効に活用できるかどうかについて、介入として記述でき、定量的に評価することができる
- 教育や指導に使用する際にコミュニケーションの共通言語になる
- ・看護実践のチーム、個人での振り返りにおいて活用ができる
- ・実践能力のある看護師のデータ(具体的にはラダー4~5 程度)だけを取り出して分析をすることができる。実践能力のある看護師の実践内容が可視化されるため、看護実践モデルとして活用することもできる

3) オマハシステム活用のデメリット

効果(KBS)はリッカート尺度であり、看護師の主観で評点をしている。そのため、看護師間で評点がぶれ、一致しない場合がある

10. 精神科訪問看護の現状と課題

萱間 真美氏 (ゲストスピーカー)

聖路加国際大学大学院 看護研究科精神看護学 教授

1. 目次

- 1) 精神科訪問看護制度の変遷、精神科訪問看護等の概要
- 2) 浸透性: Penetration(サービスへの reach)
- 3) 適応性、適切性、受容性: Adaption/Appropriateness/Acceptability
- 4) 忠実性(持続可能性): Fidelity/Sustainability

2. 主な内容

- 1) 精神科訪問看護制度の変遷、精神科訪問看護等の概要
- (1) 精神科訪問看護制度の変遷の紹介

1986 年 (昭和 61 年) から、精神科の訪問看護が診療報酬の対象となる。 2012 年 (平成 24 年) から、精神科訪問看護が指定訪問看護から独立し、算定要 件研修開始になる。

2020年(令和2年)から、月最初の訪問看護時のGAFスコア記載が求められるようになった。

(2)精神科訪問看護基本療養費

精神科訪問看護基本療養費は「精神障害を有する者またはその家族等」という広い対象を定義としてケアが提供されている。その他の訪問看護基本療養費が、「疾病または負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者」としているものに比較し、精神科訪問看護基本療養費では就労している方や家族に訪問できるという特徴がある

- (3) Implementation research の枠組みでデータを紹介
 - ・ 精神科訪問看護基本療養費という制度が社会に実装された際の評価の枠組み
 - ・Implementation Outcome、Service Outcome、Client Outcome で構成される
- 2) 浸透性:Penetration(サービスへの reach)
- (1) 利用者数の推移、精神科訪問看護実施施設数の推移
 - ・精神科訪問看護利用者数、精神科訪問看護実施施設数とも増加している
 - ・平成 28 年までは全国訪問看護事業協会に所属している事業所のデータで悉皆調査を実施し、平成 29 年からは 630 調査にて調査を実施した

(2) ReMHRAD (地域精神保健福祉資源分析データベース) の紹介

URL: https://remhrad.jp

- ① 精神科医療の資源の可視化
- ② 精神科訪問看護基本療養費を算定している訪問看護事業所も検索できる
- ③ 資源のマッピングが可能
- ④ 地域保健利用福祉計画で活用されている
- ⑤ 630 調査とナショナルデータベースの組み合わせで色々なことが把握できるようになった



3) 適応性、適切性、受容性: Adaption/Appropriateness/Acceptability

(1) 精神科訪問看護のケア内容

- ① 2008年の調査にて8種類から10種類に整理した
- ② 2006年、2016年に実施されている訪問看護ケアの10種類の内容を比較検討した結果、メディケーションから症状のモニタリングの実施率が増加した。その理由としては(1)薬物療法の中身が変わった、(2)鎮静が弱くなり活動のニーズが上がった、(3)患者の高齢化により体のニーズが増加した、の3点が挙げられた
- ③ アウトカムとして在院日数の変化があった

○訪問看護開始前後2年での在院日数の変化では在院日数の合計が約1/4に減少した

○在地域滞在日数(在院日数)は診療報酬改定の追跡研究などでも指標とされている

4) 忠実性(持続可能性) Fidelity/Sustainability

(1) GAF 尺度の導入

訪問回数の適切性や継続の必要、不正請求などの指摘があり、GAF 尺度(Global Assessment of Functioning Scale)を導入した

今までは精神科訪問看護はリーチが注目されていたが、リーチについてはある程度達成されたこともあり、次の段階に移行することが求められた。それにより、GAF 尺度を導入した経緯がある。GAF 尺度導入により重症度をアセスメントし、重症度に合わせたケアプランを作成することができるようになる。NBD と組み合わせ、データが蓄積されることにより、どの程度の重症度の人にどの程度の頻度で、訪問看護を提供しているのかということが見えていく評価につながることが期待される

(2) 施設外の専門性の高い看護師によるコンサルテーションの評価

- ① 精神科訪問看護における困難においては、「家族の葛藤、負担が大きい」、「ア セスメントが非常に難しい」、「本人の訴えが多い」、「重複診断」があげられた
- ② 専門性の高い看護師によるコンサルテーションを受けるうえでの意見では、「とても有用」、「関係性構築が難しい精神の患者さんに直接的ケアは難しい」、「間接的コンサルテーションにとどまる」ことがあげられ、今後さらなる調査が必要になる

1 1. Long-term care(LTC)における質の評価について 筒井 孝子氏(ゲストスピーカー)

兵庫県立大学大学院 社会科学研究科 教授

- 1. 目次
- 1) はじめに
- 2) LTC における質の定義
- 3) 質の評価のアプローチ
- 4) 質評価研究の最新動向

2. 主な内容

- 1) はじめに
- (1) ヘルスケアシステムの方向性

2001 年に示されたヘルスケアシステムの方向性より、これからのヘルスケアにおける質指標について、「利用者の自由と自立性の重視」、「利用者主体のケア」、「EBM に基づく意思決定」の3点が特に重要になることがわかった

- (2) Long-term Care (LTC) における質の評価の難しさ
 - ① LTC における質の評価の難しさについては、1人対多人数が関わるサービスの ため、同じ利用者が同じサービスを受けたとしても、その人がおかれている 状況によって評価が変わるなど、比較がしにくいサービスであることがある
 - ② 本質的なサービスの評価を利用者が行うのは難しいこと、利用者は健康問題を複数抱えていることが多く、どの問題に対応するかで評価の考え方が変わり、評価が難しいことがあげられる。
 - ③ 評価表の基本は、システム、組織、専門職、利用者の4つの階層を構造化することにある
 - ④ 市町村の保険者機能評価の評価尺度作成の際に、地域包括センター、市町村、 都道府県という階層化された評価表を作るのは難しい

(3)システム・オブ・システムズ

- ① システム・オブ・システムズとは、それぞれ独自の機能、独自の要素を連携して高次のシステムがつくられることを指す。システム・オブ・システムズの概念が評価をするうえで重要になる
- ② 「車」のように、部品の品質が良くても車が動かない場合には、車としての 品質は低い。つまり、車の場合には、移動システムとして機能していること が評価される。その車の例に代表されるように、LTC のサービス評価もサービ ス全体が良いシステムになっていることを評価しないと質の評価には至らない

2) LTC における質の定義

(1) ヘルスケアの質の評価の定義 (ストラクチャー・プロセス・アウトカムによる 評価)

今までのドナベディアンモデルについての調査研究のレビューでは以下のことが 示されている

- ① ストラクチャーとアウトカムの因果関係が非常に弱いこと
- ② プロセスはストラクチャーに比べ、アウトカムとの密接な関係があること
- ③ アウトカムはケアの経験に対する満足度を測定することになるので、信頼性 と妥当性という点については様々な欠点があること

(2) ドナベディアンモデルにおける質評価の議論

- ① 質の高いサービスを規定する際に、望ましい成果を前提とすると、望ましい 成果の中にストラクチャー、プロセス、アウトカムが階層化していく(平成 21 年度 介護サービスの質の評価委員会)
- ② ヨーロピアンコミッションにおける、ストラクチャー・プロセス・アウトカム指標の例(2008 年)では、それぞれの項目を1個1個の指標として考えた時に、構造化していくのは難しい
- ③ 国ごとにストラクチャー、プロセス、アウトカムを整理すると利用者の評価 指標がない国は多い(平成25年 三菱総研)
- ④ LIFE のような介護の指標は、プロセスなのか、アウトカムなのか、何に分類 されるのかを含め、階層化が難しい

(3) アウトカム評価について

- ① 一般的に高齢者は基礎疾患、慢性疾患があるため、変化量を逐次図っていく 再アセスメントの仕組みを持っていることがサービス提供の前提にあるよっ て、介入の時期や介入の内容によってリスクの評価が変わってくる。それを 考慮すると、ストラクチャー、プロセス、アウトカムが無限に階層化される ため、ドナベディアンモデルで質を評価することが難しい
- ② 2010 年以降の論文においてドナベディアンモデルの質評価では質評価に限界 があることが明らかになった

(4) 4つのレベルの質の評価

- ① 評価にはケアの質に関する「システム」、「組織(事業所)」、「専門職」、「利用者」の4つの異なるレベルを定義する。(表:4つのレベルの評価)
- ② 各レベルの評価について、国ごとの「システムレベル」の評価では、フィンランド、オランダは網羅的に実施されている
- ③ 質管理のシステムと監査を実施しているのが 2010 年以降の各国の傾向になる
- ④ 現在、日本における「システムレベル」の評価をするものはない
- ⑤ 「専門職レベル」、「利用者レベル」は「システムレベル」の評価からは遠く、「組織(事業所)レベル」の評価の方がシステムレベルの評価に近いという 関係性がある
- ⑥ 「利用者レベル」の評価は実施されていることが多いが、細かい評価指標が 沢山ある

表:4つのレベルの評価

レベル	評価内容
システムレベルの評価	法規制、査定、認定、認証 など
組織(事業所)レベルの評価	管理システムと監査、ベンチマーキン
	グ、モニタリング、パフォーマンス指
	標 など
専門職レベルの評価	介護キャリア段位のような認定、技術
	評価 など
利用者レベルの評価	インフォームド・コンセントと意思決
	定の共有、インフォーマルケアとノン
	フォーマルケアの質、顧客満足度 な
	ど

3) 質の評価のアプローチ

(1) ケアの調整からの質評価-integrated care の評価-

- ① LTC の評価では、本質的に異なる提供者間の調整や調整を実現するための組織的な対応が必要とされ、専門職のスキルだけではなく組織の評価判断・能力が必要とされる。それにより、LTC の質はヘルスとソーシャルサービスの効果的な統合に基づくものだという認識が広がっている
- ② 近年、評価と Integrated care の測定を統合していく過程で成果があることを 評価する動きがある。評価方法の一例には医療記録の監査、再入院率の分析が ある
- ③ 臨床的統合、運営的統合、組織的統合、規範的統合など統合の在り方は色々ある
- ④ Integrated Care を実現するためには個人と提供者の関係ではなく、個人と家族、介護、看護のネットワークの支援者、多職種、多人数のケアの調整を実施することが必要である。その多職種、多人数のケアの調整を評価するのは従来のモデルでは評価しにくい

(2) 現実的評価 (realistic evaluation)

- ① 現実的評価とはシステム全体を向上させて患者の利益に資するかということを 評価することであり、単に1人の利用者が改善したということを対象にしない ことを言う。システムとして、どう現実的に利用者集団にアウトカムとしてい い結果をもたらしているかということを考える現実的評価が必要になる
- ② Integrated care の評価のフレームワークが非常に複雑、膨大な内容になっている現状があり、膨大な評価の側面を内的に統合していうにはどうしたらいいかが課題になっている
- ③ 訪問看護の例では、ハウジング、住環境、社会的な環境、健康問題などがあげられる

(3) ケアの継続性を評価する指標としての看護必要度

① 看護必要度とは、「入院患者へ提供されるべき看護の必要量」を測定するツー ルである

- ② 1996年から開発され、2002年ICUに、2004年HCUに、2008年には一般病棟に おける入院基本料・特定入院料の算定要件とされた
- ③ 看護必要度は、処置を示すA項目、患者の状況等(介助)を示すB項目、手術等の医学的状況を示すC項目によって構成される
- ④ 看護必要度は、診療報酬の入院基本料の算定要件になっており、信頼性の高いデータが蓄積されている。データの蓄積により、入院時の得点で予後予測ができるようになってきている。例えば、疾患が同じ患者においても退院日が違う場合がある。その場合、入院時の看護必要度の得点により、どれくらいで退院できるか予後予測が可能になった
- ⑤ 必要度の保有機能としては、ベッドコントロールなどに使用できる量の評価、 質の評価、プラットフォーム、クリニカルガバナンスとの連動がある
- ⑥ 患者の状況を共通の視点で、限られた情報として把握するのに優れており、 他の機関、他の専門職と共有することができるという特徴がある

4) 質評価研究の最新動向

- ① 質研究の最近の動向では、米国を中心に、ケアホームでの質改善の論文が増 えてきている
- ② ケアホームでの研究では、質評価のチェンジマネジメントという経営学的な 手法が使われている
- ③ ケアホームでの研究では、主に組織レベルでの質改善の介入に焦点を当てているが、入居者レベルのプロセスや健康アウトカムの指標を報告している文献は少なく、組織レベルと入居者レベルの両方のアウトカムを報告している論文はさらに少数である
- ④ 評価基準のシステマティックレビューにおける結果では、ドナベディアンの モデルが使われていることが多い
- ⑤ 評価基準のシステマティックレビューでは関連性ある指標を除外した結果、 内的妥当性が低下すること、指標の数が多いからといって領域が全てカバー されていないこと、ケアの継続性、調整された社会的な側面を評価する指標 は少ないこと、質指標はプロセス指標が圧倒的に多く、大半がプロセスに偏 っていることなどが示されている
- ⑥ システマティックレビューの結果より「A SET OF 'VALID INDICATORS' と 'VALID SET' OF INDICATORS」は違うことが示されている。つまり、それぞれの細かい有効な指標がセットになっているものと、指標の有効なセットは違うものとされている。結果として、質評価の目的によって指標の有効なセットはそれぞれ変わってくる
- ⑦ 車の部品にあたる要素の質が良くてもそれを動かすためのシステム技術の質が低いと、ドナベディアンのモデルでいうアウトカムが良くない状態になる。近年、システム技術と要素技術の比重に大きな変化が起こっている。今まででは、要素、例えば、利用者の ADL が向上した、ということを評価していたが、それがどういうシステムで起きたのかという、システムをどう評価するかということにケアの質の評価のドメインが変化してきている

3. 展望

- ・現在、保険機能評価のようなシステムを評価する流れがでてきている
- ・質評価では、4 つのドメインの評価(利用者評価、専門職評価、事業所評価、 システム評価)を valid indicator セットとして考える

12. 訪問看護の評価を考える~安全(医療・在宅環境)と質と顧客価値~水流 聡子氏(ゲストスピーカー)

東京大学大学院工学系研究科 化学システム工学専攻 医療社会システム工学寄付講座 特任教授

1. 目次

- 1) 質改善に向けて共有する用語とその意味
- 2) 対人支援サービスの質の評価
- 3) 看護サービスの標準化とシステム設計、アプリケーション開発

2. 主な内容

- 1) 質改善に向けて共有する用語とその意味
 - (1) 品質管理工学の知見
 - ① 質保証のためには標準化が必要になる
 - ・「標準化」とは、知識(すでにやっていて良いとわかっているもの)の再利用であり、個人的な知識である個人知の段階から組織の知識である組織知にしていく過程のことである
 - ・決めなければならない標準とは、道路交通法のように統一による混乱の回避を 目的とするものである
 - ・決めた方が良い標準とは、医療などのサービスや無形のものに対して、経験の 活用による最終的な質の向上やプロセス・工程のコストを削減できるものを採 用することになる
 - ② 標準化は、思考するエネルギーを小さくすること、つまり、セーブシンキングと疲労軽減にもつながることから、標準化は医療安全にも関係する
 - ③ 標準化には計画や技術基盤が必要である

(2) 何を標準化するか

- ① 標準には、決めなければならない標準:統一による混乱の回避と、決めた方がよい標準:経験の活用、Planの簡略化の2通りがある
- ② 標準とはすでに経験して良いということが分かっているモノや方法であり、 標準化は、知識の再利用・経験の有効活用・省思考を進める活動といえる
- ③ 「方法・手順の標準化」は、実施計画における"省思考"と、実証されている正しい方法の採用を実現するための活動といえる
- ④ 「技術・普遍化技術としての標準化」とは、どうすれば良いかわかっている ことを普通の人が整然と実施できるようにするための方法論といえる

(3) PDCA マネジメントサイクルと SDCA

標準のルールを決める時には、PDCA マネジメントサイクルを SDCA と言うこと もある。S は Standard を表しており、PDCA と概念的には同じものを指す。(表: PDCA サイクル)。

PDCA サイクルの各フェーズはそれぞれ 2 つの活動からなる。たとえば Plan では P2 だけと考えられがちであるが、より重要なのは P1 である。P1 が明確になれば、それを実現するための実施はよりコストパフォーマンスの高いものを選択することになり合意形成が早い。しかしよくある現象は P1 をあきらかにせずに P2 を議論しているというもので、合意形成が困難となる場合が多い。

表: PDCA サイクル

Plan	P1:目的・目標・狙いの明確化
	P2:目的達成のための手段・方法の決定
Do	D1: 実施準備・整備
	D2:(計画, 指定, 標準通りの) 実施
Check	C1:目標達成に関わる進捗確認,処置
	C2:副作用の確認,対応
Act	A1: 応急処置、影響拡大防止
	A2:再発防止・未然防止

デジタル化・DX化によってデータ化が自動にでき、PDCAサイクルの高速化ができる。PDCAサイクルは継続改善をするためのマネジメントサイクルであり、Improvement とは、改善・維持を繰り返し少しずつ階段を上っていく形をとる改善方法である。

(4) 継続的改善とイノベーション(変革)

- ① 継続的改善でそれ以上効果が上がらない場合には、イノベーション(変革) が必要になってくる
- ② イノベーションには発展的破壊を実施するため、職員、組織に大きな負担を 与える
- ③ イノベーションでは多面的にシステム改修を行うことで現状からの脱却を図って圧倒的な効率化や効果を提供することができる
- ④ 知識化、可視化、構造化、標準化、デジタル化/DX 化することで、圧倒的な効率化と改善速度の向上が見込まれる

(5) 医療提供における標準・標準化について考える

能別組織によって行われる、といったことがある。

病院業務の特徴を踏まえた標準化・プロセス管理をする必要がある。 病院業務の特徴とは、①患者個別性がある、②患者状態が変化する、③侵襲・ 苦情を伴う、④やり直しが利かない、⑤緊急性がある、⑥専門性を要する、⑦職 質評価を行うためには、インプットの層別化(軽症、重症など)、プロセスの類型化(高侵襲、低侵襲など)、プロセス履歴をとること、アウトプットは数量化、類型化すること、診療プロセス質安全保証システムの確立が必要になる。「質」は、臨床プロセスと業務プロセス、両者から影響を受けるため、両観点からの質評価モデルが必要になる。

(6) 「カスタマーデライト」を表すサービスエクセレンス

- ① カスタマーデライト
 - ・顧客満足度だけでは、顧客ロイヤルティにつながらないことがわかってきた。 企業では顧客満足だけでなく、顧客ロイヤルティを表す指標を用いた経営が 多くなっている。その指標例としてはネットプロモータスコア (Net Promoter Score: NPS®) がある。満足を感じた顧客とカスタマーデライトを感 じた顧客では、後者の方がリピーターになる割合や他者に推奨する割合が高 くなっていることから、カスタマーでライドは顧客ロイヤルティを促進する 上で重要な視点といえる
 - ・カスタマーデライトとは大切にされているというポジティブな感情であり、 驚きがあるとよりポジティブな感情が強まる
 - ・カスタマーデライトと類似する考え方として、JCSI(日本版顧客満足度指数)でも、顧客満足度と別に扱われている指標として、感動指標・失望指数)がある
 - ・カスタマーデライトは品質管理領域で知られる狩野モデルの魅力的品質 (attractive quality) に近いものであり、狩野モデルは魅力的品質、一元 的品質、当たり前品質で構成される
 - ・車としては高く評価されているが、顧客体験が最高ではなかったメルセデス ベンツは、従業員全員が、よりよい顧客体験となるようにを先導し、顧客視 点を理解することを推進するための各種取り組みが例としてある
- ② 「サービスエクセレンス」と「エクセレントサービス」
 - ・卓越した顧客体験をしてカスタマーデライトを実現するには、「サービスエクセレンスという組織能力」を有しているかと「エクセレントサービスの設計ができているか」の2つの評価の観点がありえる
 - ・「サービスエクセレンス」とは、カスタマーデライトを生み出す優れたサービスを持続的に提供することができる組織能力である
 - ・「エクセレントサービス」とは、カスタマーデライトに至る卓越した顧客体験を達成するために組織と顧客との間で実行される高レベルのサービス提供を伴う組織のアウトプットのことを表す

- ・「エクセレントサービス」は、サービスエクセレンスピラミッドのレベル 3、4の組織能力から生み出される。サービスエクセレンスピラミッドとは、4つのレベルから構成された組織の能力のことである。また、エクセレントサービスはレベル3とレベル4のサービスの実現ではなく、下部の基本サービスを内包し実現することができる。つまり、エクセレントサービスは、単独の質の高いサービスではなく、基本サービスがきちんと実施された上でのさらに質が高いサービスの提供となっているものを言う
- ・基本的サービスには 2 つのレベルがあり、それぞれ ISO9000/ISO10002 に該当 すると欧州規格の CEN16880 では図示されている

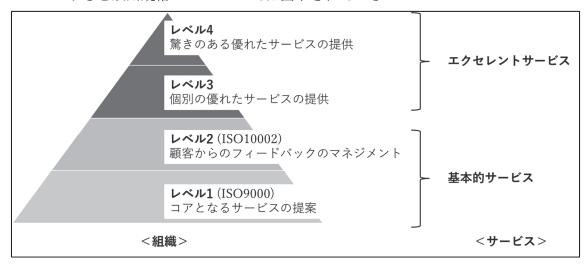


図:サービスエクセレンスピラミッド(東京大学サービスエクセレンス総括寄付講座の図を参考に作成)

- ③ エクセレントサービスを生み出すには、共創(コクリエーション)が重要に なる
 - ・共創とは、提供側のエンゲージメントである、より良いサービスを提供しよ うとする姿勢だけではなく、顧客側のエンゲージメントである顧客側もサー ビスに積極的に関与していくということが必要になる
- ④ サービスエクセレンスという組織能力には、4つの側面・9つの要素がある
- ⑤ エクセレントサービスの設計活動には、5 つの活動がある。医療においても 「顧客接点とデータ取得点の特定と設定、データ取得点でのデジタルデータ 化が重要になる

2) 対人支援サービスの質の評価

- ① 対人支援サービスの質の評価の既存モデルとして、がん診療連携拠点病院に対するがん診療体制の質評価調査で用いている質評価モデルがある
- ② がん診療体制の質評価モデルは、5 つの観点、6 つのがん診療フェーズで構成され、それぞれの体制の「有無」と「運用」の2つの側面で適合率を見て評価ができる仕組みになっている。(表:がん診療体制の質評価の観点)

診療体制の 質評価の観点	構成要素
患者状態を認識する体制	患者の希望・理解度・社会的状態を確認する 体制
ぶ 自 1人形で か 成 り る や 即	患者の医学的状態、治療方針を確認する体制
患者状態に適応した介入を 展開する体制	最適な治療方針を実行するために必要な医療 リソース
(1951) A. (5) (14) 201	標準的な診療方針を確認する指針
患者状態・介入内容を職種 間・診療科間で意見交換し 共通認識を持つ体制	治療前の患者の状態、治療方針等を治療に関わる医療従事者間(職種間・診療科間)で意見交換、共有、検討、確認する組織体制

	診療フェーズ
	がん診断
	治療前診断
•	治療計画立案
	治療介入
	腫瘍評価
	経過観察

表:がん診療体制の質評価の観点(東京大学サービスエクセレンス総括寄付講座の図を参考に作成)

3) 看護サービスの標準化とシステム設計、アプリケーション開発

(1) 看護サービスの質の評価

- ① 看護サービスの質の評価の前に臨床プロセスの質・安全の確立にむけた基盤 づくりが重要になる
- ② 設計のためには、標準化とプロセスアプローチ、状態適応型のプロセス設計が必要になる
- ③ 実装のためには生産性の向上と良質化、重点思考、対人支援サービスの計画 & 記録のイノベーションが必要になる
- ④ 共通用語を用いた標準的な整備を実施した

(2) 臨床看護実践用語標準マスター(俗称:看護 MEDIS マスター) 看護実践の用語を体系的に分類し、電子カルテで使用するためにマスター化したものを指す

① 医療情報システム開発センター (MEDIS-DS) より無償で提供しており、2016 年保健医療情報分野の厚生労働省標準規格として認定された。(表:臨床看護 実践用語標準マスター)

表:臨床看護実践用語標準マスター

	内容
看護行為編	構造化された看護ケアの用語集。4階層の階層別で構成される。
(2,909 用語)	・ 日常生活ケア、機器などの装着に伴うケア、指導・教育、家族支
	援、組織間調整、死者および遺族に対するケア(2,236 用語)
	· 在宅領域(214 用語)
	・ 助産・母性領域(459 用語)
看護観察編	観察名称とその結果の用語集。8つの大分類とさらに詳細に分けた中
ver. 3. 1	分類で構成される。
(4,406 用語)	

(3) 看護ナビコンテンツ(Nursing NAVI®)

看護思考プロセスナビゲーターのフレームワークを用いて、臨床看護実践用標準マスターの用語を疾患別に論理的にセット化したコンテンツのことであり、構造化され、標準化された症状別・疾患別の看護計画のことを指す

- ① 看護ナビコンテンツが作成された経緯として、臨床看護実践用語標準マスターにおいて、用語だけでは利用がされにくいため、標準計画群を作成した
- ② 疾患別のフェーズごとに必要とされる観察とケア、行為のセットを作成する
- ③ 観察、行為のセットは看護実践標準用語マスター(観察編)と看護実践標準用語マスター(行為編)を用いてセット化される
- ④ 疾患別のフェーズは外科系3フェーズ、内科系の4フェーズで構成される
- ⑤ 疾患治療別のフェーズを作成したのは、術前における急性期と回復期では看 護の観察、行為のもつ意味が違うからである
- ⑥ 観察とケア、行為のセットはMEDISのマスター用語をそのまま使用し、各フェーズ毎に、MEDISの用語がセット化されるという構造になっている

(4) PCAPS(ピーキャップス): 患者状態対応型パス

患者状態を基軸として、複数の目標状態がリンクされ分岐・結合を形成しながら最終目標状態に至る臨床経路を示す俯瞰的なモデルのことを指す

- ① PCAPS では、個々の患者状態に適応したユニットを安全に効果的に順次移行していくプロセスを示す
- ② 臨床プロセスチャートと患者状態ごとの臨床データであるユニット、有害事 象等のイベントにて構成されている
- ③ ユニットには検査、治療、観察、ケア、管理業務、判断判定が含まれる

(5) PCAPS&看護ナビ Builder (PCAPS 電子コンテンツ作成支援システム)

- ① ヒトが紙上に設計したプロセス・臨床業務を、デジタルコンテンツ化し、 PCAPS-Builder である PCAPS コンテンツ搭載アプリケーションを開発した
- ② これにより、乳がんの乳房切除術後急性期など、疾患フェーズにあわせた観察項目や実施するケアのもれがない標準計画の立案ができる
- ③ 開発されたデジタルコンテンツは、奈良県立医科大学病院・東京臨海病院等で活用されている

3. 展望

- ・現在、PCAPS&看護ナビ Builder で、新システムに対応する訪問看護のコンテンツを作成している
- ・訪問看護の場合にはクラウドシステムでの利用を前提として、訪問看護事業所で システム導入できるような価格メカニズムの検討を行っている

13. レセプトを用いた分析 吉江 悟氏(ワーキング委員)

一般社団法人 Neighborhood Care 代表理事 東京大学高齢社会総合研究機構/未来ビジョン研究センター 客員研究員

1. 目次

- 1) レセプトの特徴
- 2) レセプト関連データベースの種類
- 3) レセプト分析で用いられるアウトカムの例
- 4) レセプトデータを用いた研究例

2. 主な内容

1) レセプトの特徴

- (1) 訪問看護の取り組みの内容すべてがレセプトに表れるわけではない(地域支援 事業などはレセプトには含まれない)
- (2) 臨床現場にデータ収集におけるアンケート回答等の追加の負荷がかからない
- (3) アンケート調査より悉皆性が高い(ほぼ悉皆調査が可能)
- (4) 利用者・事業所・地域単位の分析が可能
- (5) ケアマネジャーは介護支援専門員番号があるため、ケアマネジャー単位での分析が可能だが、看護師はそのような個人番号がないため、看護師単位の分析は難しい
- (6) レセプトに連結できるデータ形式になっているなど、条件が揃えばアンケート 等との紐付けも可能になる

2) レセプト関連データベースの種類

(1) 「レセプト情報・特定健診等情報データベース」(医療保険)

(NDB; National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan) 公表データは以下の 4 つになる

- ① 医科診療報酬点数表項目
- ② 歯科傷病
- ③ 特定健診集計結果
- (4) 薬剤データ

(2) 介護データベース (介護 DB)

介護保険のデータベース

- ① 現在 NDB と介護 DB を連結したデータベースも厚労省が提供している
- ② 匿名化した上で提供しているため、人口動態統計等の紐づけはできない
- ③ 使用用途を厚生労働省に申請をすると認められた範囲内での使用が可能になる
- ④ 現時点では訪問看護療養費は含まれない

(3) 国保データベース (KDB)

- ① 国保連合会が管理し市町村等に配布しているデータベース
- ② 国保連合会が中心で管理しているデータベースであるため、後期高齢者医療・国民健康保険・介護保険のみ
- ③ KDB は独自フォーマットのため、レセプトのデータに比べてデータの粒が粗い (特に介護レセプト)
- ④ 市町村等の保険者が了解すれば他データと紐づけて個人単位での分析も可能
- ⑤ KDB には訪問看護療養費は含まれない

(4) レセコン・電子カルテベンダーが保持するデータ

訪問看護療養費を含む

3) レセプト分析で用いられるアウトカムの例

レセプト分析では、以下のようなアウトカムが用いられることが多い

- (1) 入院、再入院
- (2) 病院への時間外受診、病院への時間外入院
- (3) 急性エピソードの発生(肺炎や尿路感染など)
- (4) 死亡、死亡場所(最期の月を過ごした場所)、5年生存率
- (5) サービス付き高齢者向け住宅、住宅型有料老人ホーム、いわゆる無届け有料 老人ホームなどは介護レセプト上のコードがなく補足が限られる

4) レセプトデータを用いた研究例の紹介

訪問看護・訪問リハビリの利用実態、疾患による要介護リスク、長期尿道カテーテル留置における尿路感染症の発生、認知症への抗精神病薬の利用実態と関連要因等がある

3. 展望

(1) レセプト DB を現場側でも持てるようにする

- ① 他事業所と比較ができるようなインタラクティブな電子カルテやレセコンが 目指されると良い
- ② 電子カルテ、レセコンの仕様をベンダー任せにせず、現場の担当者も開発に 参加する
- ③ 事務負担の軽減に最大限の配慮をする。そのための方法としては「看護記録等とレセプトの連結」や、「標準化」、「質的分析手法も必要」、「1拠点のデータ分析拠点」といったことが考えられる

(2) 看護記録等とレセプトの連結

NDB や介護 DB、KDB にはできないことであり、看護師単位の分析も可能にしたい。また、経営指標との連結も可能にしたいと考える

① コード化できる記録はコード化(標準化)

全てをコード化することを目指すのではなく重要指標からコード化する。自然言語処理技術のさらなる発展により、開発の推進も期待される

(3) 実践知(フロネーシス)の解明については質的分析も必須と考える

(4) データ分析拠点

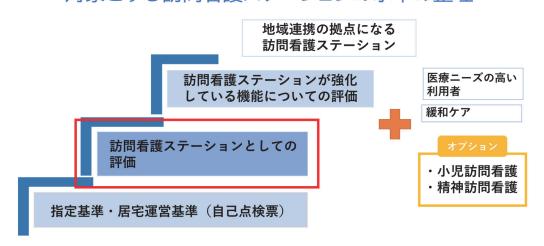
データ分析拠点は看護で1拠点集約(かつ他拠点と連携)が現実的と考える

第6章 質評価レビューからの考察

質評価ワーキング委員会では、訪問看護の評価指標について 13 名のプレゼンテーターからの発表を受けて、質疑応答を重ね評価指標に関する議論を行った。

1. 対象とする訪問看護事業所の評価

対象とする訪問看護ステーションの水準の整理



すべての指定訪問看護事業所は、指定居宅サービス等の事業の人員、設備および運営に関する基準等を遵守するため、指定権者が事業者に毎年求める自己点検票に基づく評価を行っている。

本調査研究事業においては、基準に則り最低守るべき訪問看護事業所の評価を対象とするのではなく、PDCAサイクルを回して質の向上を図るための訪問看護事業所の評価に水準を当てることとした。

さらに、機能強化を図り緩和ケアや医療ニーズの高い利用者への訪問看護を行う事業所、さらに地域ケア・地域連携の拠点となる訪問看護事業所としての質評価が考えられる。また、小児と精神の訪問看護を実施する事業所もあるが、それぞれの専門的な内容を踏まえた質指標を検討する必要があるとされた。

2. 事業所の評価は個々の利用者ケアの評価の集合体

事業所評価については、ドナベディアンモデルによるストラクチャー(体制)、プロセス(ケアの実施・経過)、アウトカム(利用者の状態・成果)に基づいて考察する。

事業所評価について、ストラクチャーとプロセスとしての評価、プロセスとアウトカムとしての評価の2軸が考えられる。

質評価には事業所単位と利用者単位の両方の視点が必要になる。利用者単位の評価において、一人ひとりの利用者の個別ケアのデータを積みあげて統合することで、ケアの評価の集合体が、組織単位、事業所単位の評価につながる。LIFE においても、個々の利用者の状態の改善を集合することで、当該施設・サービス事業所全体の質向上となる。

米国のオアシスは利用者ごとの個別ケアのアウトカムを集積した評価が在宅ケア機関の報酬上の評価につながっていた。日本のLIFEにおいても同様に、個別のケアデータ(アウトカム)の提出が介護保険施設・サービス機関の報酬につながっている。

評価の整理

ドナベディアンモデル

事業所評価

事業所評価

事業所機能評価)

事業所のケアの評価
(サービス評価)

→利用者ごとの個別ケアの評価の
集合体

Structure
(ステーションの体制)

のするでは、クアの実施)

のutcome
(利用者の状態)

3. 訪問看護の質向上に向かって必要と思われる評価指標

① 地域連携の評価

訪問看護では、直接ケアだけではなく、多職種との連携を評価する項目が必要である。例えば、オマハシステムでは、他機関との連携に係るケアマネジメントの介入が多いという傾向があり、訪問看護のケアについて直接的ケアだけではなく、地域連携の指標が設定されている。在宅領域では、地域に存在する関係機関や制度等の社会資源を把握・活用し、関係機関の調整や連携を実施することが質の高い看護実践につながる。訪問看護師の社会資源の把握状況、活用状況や関係機関の調整・連携等を評価することが重要と考える。

② 医療的視点のアセスメント

訪問看護の特徴として、医療ニーズの高い利用者や看取りの対応がある。 既存の評価指標は医療的視点が抜け落ちていることが多いため、訪問看護の 評価では医療面を含めた評価指標の開発が必要と言える。

③ 職務満足度の評価

訪問看護師の職務満足度が高いと利用者のアウトカムが良い傾向がある。 看護師自身がやりがいを感じながら活動していることは、利用者のwellbeing や QOL につながることが考えられることから、看護師自身の職務満足度 を評価する指標も必要と考える。

④ 顧客にとっての価値の評価

企業ではカスタマーデライト(大切にされているというポジティブな感情)を感じた顧客はリピーターになる割合や他者にサービスを推奨する割合が高くなっていると報告されている。訪問看護分野においても、利用者がどう感じたかという感情的側面の評価は重要だと考える。また、利用者満足度は種々データを取得しているが、比較ができないため、訪問看護業界で統一することが望まれる。

⑤ 看護必要度から見た評価

看護必要度とは、「入院患者へ提供されるべき看護の必要量」を測定するツールである。患者の状況を共通の視点で、簡潔に把握するのに優れており、他の機関、他の専門職と共有することができるという特徴がある。現在、日本では医療機関で使われている評価指標であり、在宅における看護必要度については開発されていない。加えて、在宅療養者の看護必要度から訪問看護の実施内容や時間数・回数が導き出されると、それぞれの地域で、訪問看護サービスの必要量と訪問看護事業所数などが推計できることから、事業所数の最適化にもつながるのではないかとの示唆が得られた。今後、在宅看護必要度の開発について検討する余地がある。

4. 4つのドメインから考える質評価

訪問看護で用いられる質評価指標を検討する際には、従来用いられていたドナベディアンモデルによる整理だけではなく、4つのドメインの切り口から質評価指標を検討する方法がある。4つのドメインとはNiesらが提唱した①システム評価、②組織評価、③専門職評価(提供者の評価)、④利用者評価のことであり、その具体例を以下に示す。

No.	ドメイン	評価内容、特徴
1.	システム評価	提供システムの評価のことを指す
		経営の継続性の評価をする
		患者の転帰をターゲットにした評価指標を含む
2.	組織評価	専門職の集団が、集団として利用者の集団にサービス
		を提供することの評価
3.	専門職評価	介護キャリア段位などが例として挙げられる
	(提供者の評価)	訪問看護師のスキルの評価については看護職が主体的
		に作成することが望まれる
4.	利用者評価	利用者の改善を支える仕組みについて評価する

5. ケアサイクルにおける評価指標

質評価ワーキングでは、ケアサイクルにおける評価指標についても提起された。ケアサイクルにおけるモデル設定とは、ある期間にかかったサービス提供の費用(米国のマネジメント領域では100ドル)で、円滑にサービスが提供できたか、円滑にサービス計画が遂行されたかを評価する。つまり、サービス提供にかかった費用分の価値を評価している。ケアサイクルの考え方としては、入院したこと自体を評価するのではなく、円滑に入院できたということを評価する。つまり、その入院の計画が予測通りに実行されたかどうかを評価する。

6. 質評価における転帰の検討

質評価には転帰について考えることも必要であると議論された。転帰とは、緊急入院において円滑に入院できたことなどが挙げられるが、転帰にはバリアンスに基づき幅広に条件を含めて考えることが重要であると示された。また、転帰には、死亡も含めると考えられたが、死亡を転帰に含む場合には、quality of death (QOD) の価値観を一致させることと示された。さらに、転帰は年齢、障害の程度、患者の特性によって決まるため、リスク調整が必要であるとされた。

7. 訪問看護における最適ケアパッケージの検討

訪問看護の最適ケアパッケージ(疾患や苦痛などの状態での分類)と介護 サービス全体での最適ケアパッケージの2つの視点があるとされた。

質評価レビューを行った質評価指標のひとつのオマハシステムには、最適ケアパッケージについて、Pathway という標準計画がある。Pathway の例としては、一人暮らしの場合の標準計画などがあった。

予測モデルや最適ケアパッケージにおける、ある特定の疾患のケアプランについては、データが集積されれば、ケアプランの推奨がある程度できると考えられた。

過疎地域と人口密集地における医療や福祉の地域資源などの地域特性も最適ケアパッケージには影響すると考えられるため、地域特性により最適ケアパッケージも異なる可能性があることも議論された。

8. 第三者評価の価値

訪問調査には、調査員の訪問と対話による教育効果や情緒面での効果が期待できる。自己評価ではおのおの職員の評価基準に左右され、評価結果にぶれが生じるが、外部評価が入ると、評価のぶれを修正することができる。その結果、職員の認識のずれの修正になり、教育効果につながる強みがある。また、ビッグデータを用いて客観的に評価を行うLIFEや情報公表システムにはない特徴である「直接利用者の声が聞ける」ことから情緒的効果が期待できる。しかしながら、訪問調査は調査員の主観が混ざることがあり、第三者評価はコスト面の配慮が必要となる。

9. 訪問看護の評価指標で考慮すべきこと

① 重症度の高い人が多い利用者像

訪問看護では医療ニーズを併う高齢者を看ていることが多く、重症度の高い傾向があるため、急性憎悪等の発生が多い。一方で、訪問看護の利用者の評価の解釈として、利用者が単に長期間の療養生活を続けたため、状態が安定したとも解釈できる。また、サービスの効果検証をする場合には、質評価測定の開始地点を全ての事業所でそろえるべきだが、利用者の様々な経過のなかでどこを開始地点と考えるか検討が必要となる。

②複数のサービス・事業所の介入

訪問サービスにおける効果の検証は、訪問看護サービス以外のサービスや環境の影響もあるため、単に訪問看護サービス利用の有無で比較ができない。複数事業所が介入する場合の評価方法については、LTC の評価指標では、利用者本位に複数事業所からサービスを受けた結果による、利用者の状態を表すアウトカム指標となっている。この指標は訪問看護、ケアマネジャー、介護職員など介入したサービス提供者が誰でも評価を実施できる方法として検討されている。

LTC の評価では、本質的に異なる提供者間の調整や調整を実現するための組織的な対応が必要とされる。それにより、専門職のスキルだけではなく組織の評価判断・能力が必要とされ、ヘルスとソーシャルサービスの効果的な統合に基づくものだという認識が広がっている。

在宅領域ではアウトカム評価は関わっているサービスすべての結果を表す。訪問看護の評価をしたい場合には、アウトカム評価では限界があり、看護師として何をしたかというプロセス評価が必要になる。

③看取りの対応に関する評価指標の必要性

健康の知覚・健康管理、苦痛の軽減については、看取りや重症度の高い利用者に対しても指標として有用であると言える。日本の訪問看護における特色であるターミナル期にある看取り、疼痛緩和、悲嘆、スピリチュアルな項目や家族の介護、家族の疲労、意思決定支援などは評価が難しいと考えられるが、オマハシステムでは該当項目があり、評価は可能である。看取りや重症度の高い利用者など、日本の訪問看護の特徴を踏まえた評価項目について今後も検討が必要である。また、オアシスでは妊産婦、エンドオブライフケアは別立ての評価指標があることから今後の参考としたい。

④事業所の負担軽減

事業所で利活用可能とするためには、評価に用いる尺度や評価項目はなるべく 簡素化・単純化することが重要である。また、入力の負担を軽減するために、 質評価のためのデータ収集の自動化、すなわち、レセプト・基礎データや電子 カルテ (訪問看護計画書・経過記録・報告書) などと連動して自動的にデータ 収集につながる仕組みが求められる。

10. 訪問看護の PDCA サイクルを推進する評価指標の検討

① 訪問看護における LIFE 項目に関する考察

LIFE には身体的な指標が多いため、ICF の参加に相当する社会的な活動についての項目や、LIFE において数値化できない QOL や満足度も評価できる仕組みの導入が期待された。LIFE では ADL 低下や栄養状態悪化などのネガティブイベントが減ることが評価される一方で、訪問看護サービスに求められる利用者像とは、基本的には要介護度が高く、ADL などは加齢に伴い維持はできるが改善は見込まれない場合が多い。そのため、LIFE における評価でもリスク調整が必要と考えられる。

LIFE では ADL を年次経過で自動加算(ADL 維持等加算)することになる、要介護認定をされてからの期間でのリスク調整がある。しかし、機能低下、重症度の高い人に対しての評価項目は今後も検討が必要である。また、看取りについてのLIFE の該当指標については、直接関連する項目は今後の検討になるが、個人の尊厳の点で自立支援促進加算が該当すると考えられる。LIFE は状態改善を評価する項目が多いが、個人の尊厳への配慮や看取りについても介護保険の理念の根底にあるものであり、外して考えることはできないとされている。

訪問サービスでは、職種間の視点の違いや事業所間での視点の違いによって、同じ利用者を複数事業所、複数職種で支えていくものなのになる。LIFE における訪問系サービスの質評価を検討する際にも、複数事業所、複数職種での視点や報酬の重複を考慮する必要がある。

② 入力の負担軽減、医療・介護の情報連携

LIFE の入力負担が多く、入力負担をより軽減していくためのシステム改修が必要である。評価については、入力する指標が同じものは、複数回の入力を避ける仕組みが求められる。すでに、LIFE の一部は改修が予定されているが、引き続き改修が必要である。

また、LIFE 情報を含めた介護情報について、共有や標準化に向けた調査や、全国的に介護情報を閲覧可能とするための仕組みについての検討が今後の予定とされている。

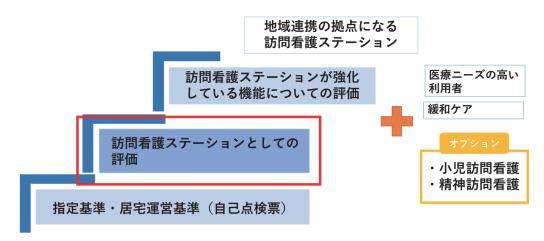
③ 評価指標の開発と標準化

政府より発表されたデータヘルス改革工程表にて、医療保険と介護保険の情報はマイナポータルを通じてみられるようにするなど、医療・介護間での情報共有のシステムも今後検討されている。医療と介護の双方に関わり、医療も介護も必要な利用者像(特に長期ケアを要する高齢者)を主としてケアする訪問看護のデータが有効に利活用できる評価指標の開発と標準化はLIFEの発展と共に重要と考える。

第7章 訪問看護事業所における考察・展望

質評価ワーキング委員会にて、議論した結果およびアンケート・ヒアリング調査 の結果から以下のとおり考察し、展望する。

対象とする訪問看護ステーションの水準の整理



1. 評価指標の活用

訪問看護の評価指標では、日本訪問看護財団や全国訪問看護事業協会の評価指標があるが、訪問看護分野に限らず、参考にできるもの、使用可能となるものを整理する必要がある。

評価の単位は、個別ケアの評価、看護師の評価、事業所の評価、事業所を含む システム (利用者を取り巻くサービス群の評価)、地域全体の評価と視点を広げて 検討することが必要である。

本調査研究事業においては、指定基準や居宅運営基準など最低限守るべき基準を対象とするのではなく、PDCAサイクルを回して事業所のさらなる質の向上を図るための評価に水準を当てることとした。

評価指標のどの項目を用いたら、ケアのどの部分の質を強化できるか検討し、整理をする必要性がある。その際には、近年、不動産業や教育事業など看護分野とは異なる事業主体が参入している状況があることから、看護や医療分野を元々の事業主体としていない事業所、開設して間もない事業所や若手の管理者、リハビリテーションを主とする事業所などが参考となる評価指標という観点からも、質の評価指標を考えていく必要がある。

小児と精神の訪問看護を実施する事業所については、それぞれの専門的な内容を踏まえた質指標を別に検討する必要がある。

2. 訪問看護の評価指標の標準化の一案

訪問看護に対するニーズは利用者個々に異なるため、利用者個々のニーズを踏まえた適切な評価指標の標準化が必要となる。

訪問看護事業所では、現在、事業所の評価と利用者の評価は分けて実施されているが、個別ケアの評価の総体が事業所の評価にもつながることが示された。そのため、訪問看護の評価指標の標準化の際には、事業所評価と利用者評価を別々に考えるのではなく、利用者の個別ケアの評価の総体が事業所評価につながることも考慮して評価を考える必要がある。また、その質評価方法をシステム化し効率化することが望まれ、これは、LIFEのめざすべき方向性と一致する。

訪問看護ステーションのアンケート調査結果から、今後 LIFE の評価項目に盛り込みたい項目として、ターミナルケアや疼痛管理、家族介護力・家族機能などが挙げられている。ターミナルケアや家族支援においては特に、看護のケアに用いられる用語として共通に用いられる、統一された用語は少なく、評価指標の標準化には看護の用語の統一も必要である。

訪問看護の評価指標の標準化のためには、訪問看護の本質を追求する一方で、 評価レビューの内容を今後さらに階層化・構造化し、現場の視点で優先順位を考 える必要がある。

評価の整理(再掲)

ドナベディアンモデル



3. 訪問看護の特性を活かし質の見える化を実施すること

訪問看護の利用者は重症度が高く、急性増悪等の発生が多いという実情がある。また、訪問看護利用者の療養生活は長期間にわたることも多いため、療養生活における様々な経過を加味し、評価の開始地点や評価期間を検討する必要がある。

訪問看護は医療サービスや介護サービス全体から見て、複数のサービスの中の 一つのサービスとして、どのような役割を果たしているかを可視化することが重要であり、そのためには、看護師によるケアのプロセス評価が必要である。

4. 現場の負担軽減を配慮すること

データを収集することは重要であるが、そのために質評価指標等の入力や質評価実施に時間がかかると、看護が実際にケアにあたる時間が減ることになり、結果として訪問看護の質を下げる行為になる。高齢者の生活の質を維持向上するということが在宅ケアの主要なゴールだとすれば、療養者の個別の評価は必要不可欠なものである。その上で、個別の評価実施の負担を少なくし、実現可能なものにする必要がある。

日々の利用者の状況の変化については看護記録に記録をしている。記録自体が、評価とうまく結び付くようなシステムになれば、不要な入力が減り、省力化・省人化につながるため、そのようなシステムが期待される。電子化された記録により、入力した内容の一部はそのまま評価として活用できるシステムであると、質評価を実施する度に、重複するデータを何度も入力しなければならないことや紙に書き起こさなければならないという現状の質評価の方法からは、負担が軽減できると考えられる。

質評価の実施により、看護師の思考過程が必要とされ、教育的な効果も期待される評価指標もあるが、看護の教育的効果と質評価とはわけて検討する必要がある。また、事業所自己点検票などの最低限遵守しなければならない基準は、さらなる質向上を目的とした質評価指標とは別に考えて効率化を検討する。

5. 経営的観点を盛り込む必要性

訪問看護事業所は人件費を下げるほど利益は増えるという特性から、人件費の 割合や看護師の平均年収等を評価指標とあわせてデータ収集することも一案であ る。経営指標に関連して、オマハシステムを活用しているオランダのビュートゾ ルフでは生産性を指標としていることがあった。事業の継続には経営的な評価は 欠くことはできないため、他分野で使用されている評価、または諸外国で使われ ている評価を参考にしながら、経営評価を検討する必要がある。

訪問看護の質の向上につながる専門看護師や認定看護師、特定行為研修修了者等の専門性の高い看護師に対して適切な対価が支払われているかの妥当性を検討するためにも、経営的指標を整理する必要がある。結果として、質の高いケアが提供できる訪問看護事業所が増えることを期待したい。

6. 療養場所が変わっても共通して使える評価指標

訪問看護の利用者は入退院を繰り返す高齢者も多く、在宅だけではなく、施設や病院でも共通して使える評価指標であることが大事である。生活の場所の移動に施設・在宅どこでも、一貫性をもって評価できる尺度として、LCTによる本人の状態像を中心とした評価尺度や、在宅看護必要度の開発を検討する余地がある。

7. 関わる看護師や職種が変わっても共通して使える評価指標に発展

多職種で利用できる指標とするために利用者のアウトカムは、客観的データにより誰でも同様に、評価できるものであることが重要である。主観的な指標では、評価結果にばらつきが出てしまうため、信頼性や妥当性のある指標が必要である。

8. 利用者に評価結果が還元されること

質評価をしたことで、QOL 又は QOD の向上、well-being など、評価の結果が利用者に還元されるということが、訪問看護の現場でも実感されれば、評価実施に負担を感じたとしても、評価は実施可能だと思われる。

9. 看護のやりがい・訪問看護師の成長につながること

看護実践の意味が評価の中に含まれていることが重要であった。看護実践を通して学ぶ意欲につながる、精神的なサポートがある、ロールモデルとなる看護師がいる等、看護師が成長しキャリアアップにつながる事業所を評価していくことが、人材確保や看護師の質向上につながり、事業所の経営にも影響し、ひいては地域の評価にもつながる。

看護師がやりがいを感じながら働いていることは、利用者のwell-beingやQOLにつながると考えられる。そのため、看護師の職務満足度を評価することも必要である。

職務満足度の向上は、利用者のアウトカムや利用者満足度(生活の質)の向上にもつながり好循環が期待できる。

ドナベディアンの質評価モデルでの評価指標の整理

	トノヘノイアンの負許価モノルでの評価指標の定理				
	構造 Structure	プロセス Process		アウトカム Outcome	
	全国訪問看護事業協会版 訪問看護ステーションにおける事業所自己評価ガイドライン OASIS			OASIS	
	日本訪問看護財団 訪問看護サービス質	質評価のためのガイド	日本版 成人·高i	命者用アセスメントとケアプラン(財団方式)	
該	第三者による外部評価		科等	科学的介護情報システム(LIFE)	
当評				Omaha System	
価指	ケマの効用の可視ルギロジェクト。VENUSギログシェクト			見化プロジェクト〜VENUSプロジェクト〜	
標	精神科訪問看護における質評価 ReMHRAD (地域精神保健福祉資源分析データベース)		精神科訓	問看護における質評価 GAF尺度	
	Long-term care(LTC)における質の評価(4つのレベルの評価:システムレベル、組織レベル、専門職レベル、利用者レベル)			目織レベル、専門職レベル、利用者レベル)	
	レセプトデータからの質評価				
		利用者満	足度		
	事業所単位での評	硒	利用	用者単位での評価	

10. 訪問看護業界でのデータ拠点が必要

訪問看護でデータを扱う場合は、データ利用に機動性もあり、大規模なデータを処理できる体制を構築することが必要である。このため、データの分析拠点として、大学と協働しながら分析できる拠点を設けることも一案である。データ拠点を1拠点とし、クラウドベースでデータを使用すると、報酬改定等があったとしても、提供するシステムの設計図の方を変えるという変更が可能になり柔軟にデータを扱うことが可能になる。

PDCA サイクルを回すためにはデータのデジタル化、構造化が必要である。業務支援を行うデジタル化は進んでいるが、専門職が提供するサービスは複雑なため、ベンダーは対応困難であり、またマーケットが小さいと思われているため参入するベンダーは非常に少ないという課題が浮き彫りとなった。現段階では、アプリケーション、システムと切り離して運用できる仕掛けを作成すれば、専門職自身がコンテンツの設計をすることは可能であり、それらの課題を解決できる可能性があった。

訪問看護は労働集約型の事業である。生産年齢人口が減少し、これからの縮小社会において、看護師の働き方のフレームあるいは処遇のフレームも加味した生産性の向上と質の向上を図る必要がある。

訪問看護のプロセスなどのビッグデータの収集・分析はもとより、地域の訪問看護事業所必要数などの計画数を算出するうえでも、訪問看護のデータ収集の拠点を将来備えることが望ましいと考える。

11. 看護師が働く環境等の質の改善

今年度は、質の評価についてレビューし、訪問看護ステーションにおける質評価の取り組みを調査したため、「良い看護とは何か」という看護の本質の議論が十分ではなかった。看護の本質そのものについて改めて議論も必要と考える。

訪問看護の専門職としての機能を社会に認知させていくために、看護師の生涯 教育体系や現任教育としての評価指標(キャリア段位)を創設し、キャリアを評価指標の一つとして周知させていくことも必要と考える。

看護師自身が働きたい職場としては、良い看護を提供できる、ワーク・ライフ・バランスが取りやすい等があり、看護師の働きやすさの側面での質評価の検討も必要である。

看護小規模多機能型居宅介護事業所

第8章 看護小規模多機能型居宅介護アンケート調査

第1節 調査概要

1. 調査の目的

看護小規模多機能型居宅介護を対象としたアンケート調査を実施し、LIFE の活用状況を把握することを目的に実施した。

2. 調査の内容・方法

1) 対象

介護サービス情報公表システムを基に、介護保険法の規定により看多機のサービスを実施している 782 カ所を把握し、その全数を対象とした。

2) 方法

自記式、郵送法にてアンケート調査を実施した。看多機の管理者に記入を依頼した。

3)調査実施期間

2021年11月5日~2021年11月30日

4) 主な調査内容

- 事業所基本情報:所在地、事業開始年、看多機の前身となる事業、併設施設・ 事業所の種類、収支状況、職員体制等
- ・科学的介護情報システム (LIFE) の活用: LIFE の認知度、LIFE 登録の有無、 LIFE ヘデータを提出している場合、それぞれの加算におけるデータ提出者数、 提供間隔、計画立案担当職種、評価担当職種、入力にかかる時間、困難さ、課 題、活用画面等、加算算定状況、PDCA サイクルの推進につながる評価のための 基盤整備について等

5) 倫理的配慮

調査の実施にあたり、日本訪問看護財団研究倫理委員会の審査を受け承認を得た。書面にて研究の目的、プライバシーは厳守されること、調査への協力は任意であること、調査に協力しないことで一切不利益を被る事はないことなどを説明し、調査票への記入及び返信をもって調査への同意を得られたものとした。

第2節 調査結果

1. 回収率

. –	
	看護小規模多機能 型居宅介護事業所
発送数	782
実施数	770
回収数	304
回収率	39.5%

※看護小規模多機能型居宅介護事業所:12事業所は閉鎖・中止

2. アンケート調査の結果

1)基本情報

(1) 所在地

所在地は、「北海道」が8.6%で最も多く、次いで、「東京都」と「神奈川県」は、 ともに6.9%、「大阪府」は5.9%であった。

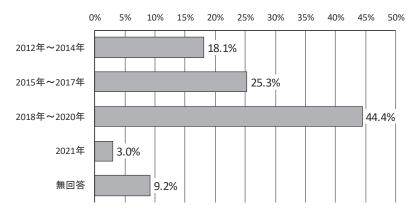
図表 2-1-1 所在地 (n=304)

都道府県	回答数	構成比
北海道	26	8.6%
青森県	5	1.6%
岩手県	2	0.7%
宮城県	6	2.0%
秋田県	4	1.3%
山形県	1	0.3%
福島県	6	2.0%
茨城県	6	2.0%
栃木県	1	0.3%
群馬県	7	2.3%
埼玉県	6	2.0%
千葉県	9	3.0%
東京都	21	6.9%
神奈川県	21	6.9%
新潟県	7	2.3%
富山県	2	0.7%
石川県	4	1.3%
福井県	6	2.0%
山梨県	1	0.3%
長野県	4	1.3%
岐阜県	5	1.6%
静岡県	12	3.9%
愛知県	6	2.0%
三重県	3	1.0%

₩, \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	口体业	井井よい
都道府県	回答数	構成比
滋賀県	4	1.3%
京都府	4	1.3%
大阪府	18	5.9%
兵庫県	17	5.6%
奈良県	3	1.0%
和歌山県	3	1.0%
鳥取県	1	0.3%
島根県	1	0.3%
岡山県	4	1.3%
広島県	14	4.6%
山口県	3	1.0%
徳島県	3 2 2	1.0%
香川県	2	0.7%
愛媛県	2	0.7%
高知県	3	1.0%
福岡県	15	4.9%
佐賀県	6	2.0%
長崎県	4	1.3%
熊本県	4	1.3%
大分県	5	1.6%
宮崎県	3	1.0%
鹿児島県	9	3.0%
沖縄県	5	1.6%
無回答	0	0.0%
全体	304	100.0%

(2) 事業開始年

事業開始年は、「2018 年~2020 年」が 44.4%で最も多く、次いで、「2015 年~2017年」は25.3%、「2012年~2014年」は18.1%、「2021年」は3.0%であった。



図表 2-1-2 事業開始年 (n=304)

(3) 開設主体

開設主体は、「営利法人」が 35.9%で最も多く、次いで、「医療法人」は 24.7%、「社会福祉法人」は 20.7%、「特定非営利活動法人 (NPO)」は 3.6%であった。

	回答数	構成比
営利法人	109	35.9%
医療法人	75	24.7%
社会福祉法人	63	20.7%
一般社団法人	9	3.0%
特定非営利活動法人(NPO)	11	3.6%
その他	29	9.5%
無回答	8	2.6%
全体	304	100.0%

図表 2-1-3 開設主体 (n=304)

(4) サテライト型事業所か否か

自事業所がサテライト型事業所か否かは、「はい」が 11 事業所(0.7%)、「いいえ」が 284 事業所(98.7%)であった。

(5) サテライト型事業所の有無

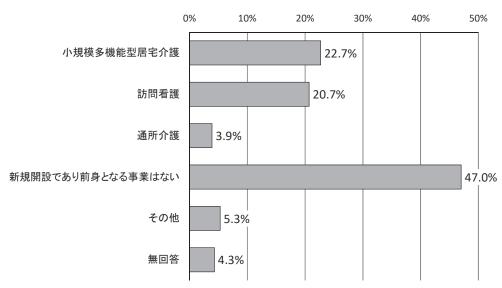
サテライト型事業所は、11 カ所 (3.6%) の事業所で「有り」と回答があり、 サテライト型事業所数は、回答があった事業所すべてが 1 か所であった。

	n(件数)	構成比
有り	11	3.6%
無し	293	96.4%
合計	304	100%

図表 2-1-5 サテライト型事業所の有無 (n=304)

(6) 事業所の前身となる事業

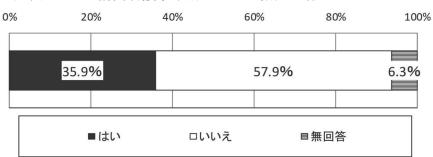
事業所の前身となる事業は、「新規開設であり前身となる事業はない」が47.0%で最も多く、次いで、「小規模多機能型居宅介護」は22.7%、「訪問看護」は20.7%、「通所介護」は3.9%であった。



図表 2-1-6 事業所の前身となる事業 (n=304) (複数回答)

(7) 訪問看護事業所のみなし指定の有無

訪問看護事業所のみなし指定の有無は、「はい」が 35.9%、「いいえ」が 57.9% であった。



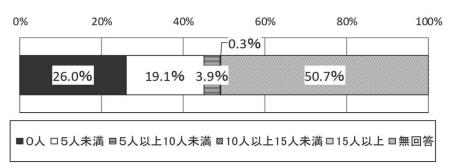
図表 2-1-7 訪問看護事業所のみなし指定の有無 (n=304)

① 看多機登録者で、医療保険による訪問看護の利用者数

看多機登録者で、医療保険による訪問看護の利用者数は、「0 人」が 26.0%で 最も多く、次いで、「5 人未満」は 19.1%、「5 人以上 10 人未満」は 3.9%、「10 人以上 15 人未満」は 0.3%であった。

図表 2-1-7-1 看多機登録者で、医療保険による訪問看護の利用者数 (n=150)

	n(件数)	平均値	標準偏差	中央値
看多機登録者で、 医療保険による訪問看護の利用者数(人)	150	1. 3	2. 1	0.0

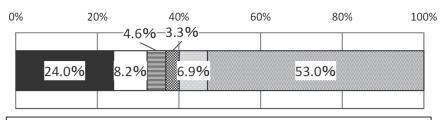


② 看多機登録者以外で、医療保険による訪問看護の利用者数

看多機登録者以外で、医療保険による訪問看護の利用者数は、「0 人」が24.0%で最も多く、次いで、「5 人未満」は8.2%、「15 人以上」は6.9%、「5 人以上 10 人未満」は4.6%であった。

図表 2-1-7-2 看多機登録者以外で、医療保険による訪問看護の利用者数 (n=143)

	n(件数)	平均値	標準偏差	中央値
看多機登録者以外で、 医療保険による訪問看護の利用者数(人)	143	6. 6	13. 4	0. 0



■0人 ロ5人未満 ■5人以上10人未満 図10人以上15人未満 ロ15人以上 図無回答

(8) 共生型サービスの指定の有無

共生型サービスの指定の有無は、「はい」が 4.6%、「いいえ」が 87.8%であった。

図表 2-1-8 共生型サービスの指定の有無 (n=304)

(9) 開設主体が他に運営している施設・事業所

開設主体が他に運営している施設・事業所は、「訪問看護」が 72.0%で最も多く、 次いで、「居宅介護支援・介護予防支援事業所」は 62.5%、「通所介護」は 44.7%、 「訪問介護」は 43.8%であった。

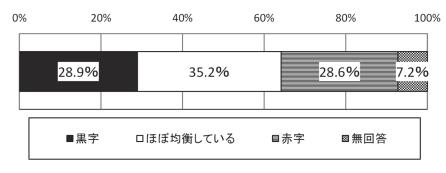
図表 2-1-9 開設主体が他に運営している施設・事業所 (n=304) (複数回答)

	回答数	構成比
訪問看護	219	72.0%
訪問介護	133	43.8%
訪問リハビリテーション	65	21.4%
居宅介護支援・介護予防支援事業所	190	62.5%
通所介護	136	44.7%
通所リハビリテーション	61	20.1%
短期入所生活介護・短期入所療養介護	69	22.7%
病院•診療所	81	26.6%
介護老人保健施設	50	16.4%
介護老人福祉施設	23	7.6%
特別養護老人ホーム	42	13.8%
認知症対応型共同生活介護	87	28.6%
サービス付き高齢者向け住宅	75	24.7%
有料老人ホーム	67	22.0%
福祉用具貸与	36	11.8%
地域包括支援センター	44	14.5%
在宅介護支援センター	9	3.0%
児童発達支援事業所	13	4.3%
放課後等デイサービス事業所	13	4.3%
生活介護事業所	7	2.3%
その他	37	12.2%
なし	6	2.0%
無回答	9	3.0%
全体	304	100.0%

(10) 事業所の収支状況 (2020年、または 2020年度)

事業所の収支状況(2020年、または2020年度)は、「ほぼ均衡している」が35.2%で最も多く、次いで、「黒字」は28.9%、「赤字」は28.6%であった。

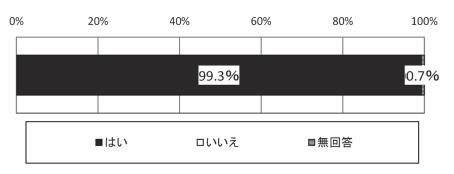
図表 2-1-10 事業所の収支状況 (2020 年、または 2020 年度) (n=304)



(11) 事業所はインターネット接続できる環境か否か

事業所はインターネット接続できる環境か否かは、「はい」が9割を占めた。

図表 2-1-11 事業所はインターネット接続できる環境か否か (n=304)



2) 事業所の職員体制等について

(1) 管理者の職種

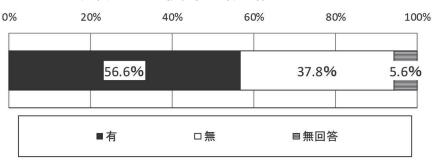
管理者の職種は、「保健師・看護師」が 54.3%で最も多く、次いで、「介護福祉士」は 35.5%であった。

0% 20% 40% 60% 80% 100% 0.3% 54.3% 35.5% 9.9% 9.9% ■保健師·看護師 □介護福祉士 ■その他 図無回答

図表 2-2-1 管理者の職種 (n=304)

(2)教育担当者の有無

教育担当者の有無は、「有り」が56.6%、「無し」が37.8%であった。



図表 2-2-2 教育担当者の有無 (n=304)

(3) 事業所の職員体制

職員の常勤換算数は、「保健師・看護師」は平均4.2人、「准看護師」は平均0.9人、「理学療法士・作業療法士・言語聴覚士」は平均0.5人、「介護福祉士」は平均5.6人、「介護福祉士以外の介護職員」は平均3.4人、「その他の職員」は平均0.9人であった。

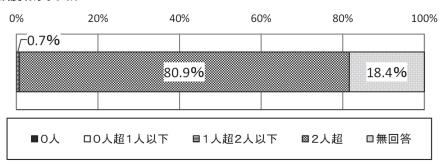
「看護職員」は平均 5.1 人、「介護職員」は平均 9.1 人、「全職員数合計」は平均 15.5 人であった。

n(件数) 合計值 平均值 標準偏差 中央値 保健師·看護師 <u>2.</u> 9 248 1, 048. 4 4. 2 3.3 248 215. 9 0.9 0.5 1.1 准看護師 理学療法士・作業療法士・言語聴覚 248 131.3 0.5 1.1 0.0 248 1.390.8 5.6 3. 1 5.5 介護福祉士 3. 4 852.4 2.8 介護福祉士以外の介護職員 248 2. 9 248 215.9 0.9 1.1 0.5 その他の職員 看護職員小計 248 5. 1 2. 8 1, 264. 3 4. 2 介護職員小計 248 2, 243. 2 9.1 3.7 9.0 全職員数合計 248 3, 854. 6 15.5 5.6 14.8

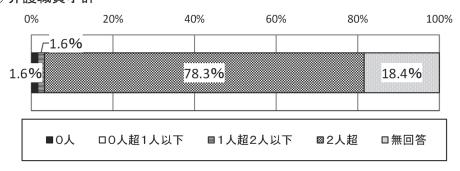
図表 2-2-3 事業所の職員体制 常勤換算数(人)

図表 2-2-3-1 事業所の職員体制 常勤換算数の分布 (n=248)

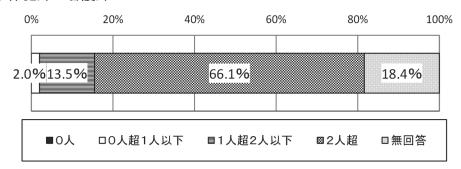
① 看護職員小計



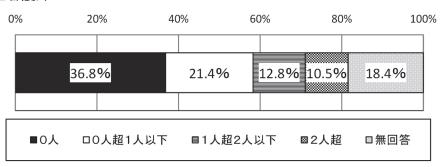
②介護職員小計



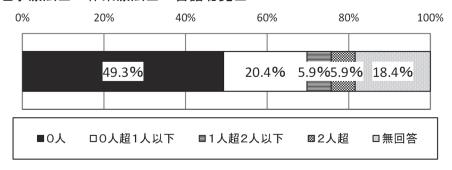
③ 保健師・看護師



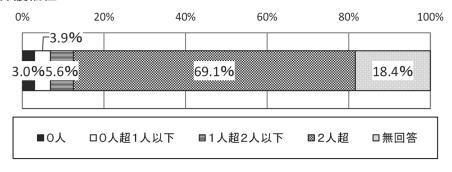
④ 准看護師



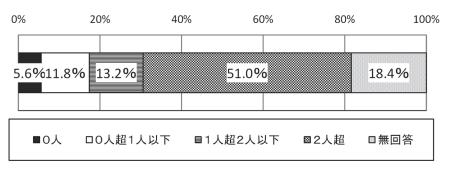
⑤ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士



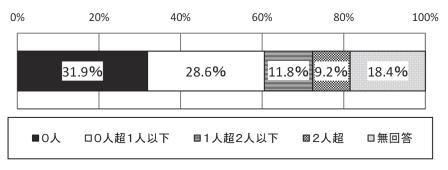
⑥ 介護福祉士



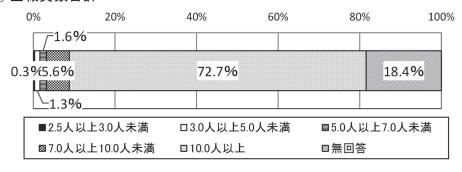
⑦ 介護福祉士以外の介護職員



⑧ その他の職員



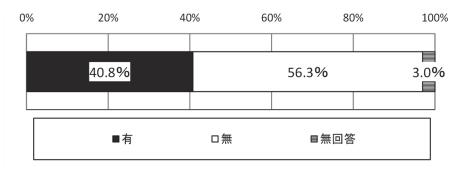
9 全職員数合計



(4) 登録特定行為事業者または登録喀痰吸引等事業者としての登録の有無

登録特定行為事業者または登録喀痰吸引等事業者としての登録の有無は、「有り」が 40.8%、「無し」が 56.3%であった。

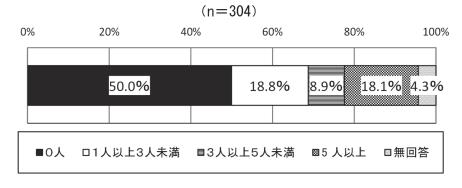
図表 2-2-4 登録特定行為事業者または登録喀痰吸引等事業者としての登録の有無 (n=304)



(5) 喀痰吸引等の業務の認定特定行為業務従事者数 (実人数)

喀痰吸引等の業務の認定特定行為業務従事者数(実人数)は、「0人」が50.0%で最も多く、次いで、「1人以上3人未満」は18.8%、「5人以上」は18.1%、「3人以上5人未満」は8.9%であった。

図表 2-2-5 喀痰吸引等の業務の認定特定行為業務従事者数 (実人数)

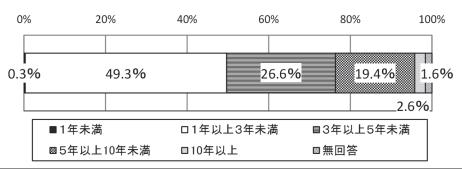


	n(件数)	合計値	平均値	標準偏差	中央値
喀痰吸引等の業務の 認定特定行為業務従事者数(実人数)(人)	291	563	1.9	2.9	0.0

(6) 管理者の看護小規模多機能型居宅介護事業における管理者経験年数

管理者の看護小規模多機能型居宅介護事業における管理者経験年数(事業所以外での看護小規模多機能型居宅介護事業管理者経験も含む)は、「1年以上3年未満」が49.3%で最も多く、次いで、「3年以上5年未満」は26.6%、「5年以上10年未満」は19.4%、「10年以上」は2.6%であった。

図表 2-2-6 管理者の看護小規模多機能型居宅介護事業における 管理者経験年数 (n=304)



	n(件数)	合計値	平均值	標準偏差	中央値
管理者の看護小規模多機能型居宅介護事業における 管理者経験年数(年目)	299	950	3.2	2.2	2.0

(7) 管理者の年代

管理者の年代は、「40 代」が 40.8%で最も多く、次いで、「50 代」は 27.0%、「60 代以上」は 18.1%、「30 代」は 12.2%であった。

0% 20% 40% 60% 80% 100% 12.2% 40.8% 27.0% 18.1% 1.6% _0.3%_ ■20代 口30代 □60代以上 ■40代 図50代 ■無回答

図表 2-2-7 管理者の年代 (n=304)

3) 2021 年 10 月の利用者の実態等

(1) 定員等

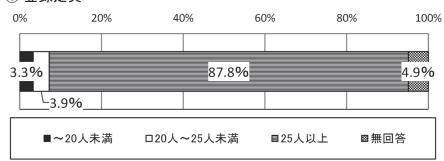
定員は、登録定員が平均 27.7 人、通いの定員が平均 16.4 人、泊りの定員が平均 7.6 人であった。

図表 2-3-1 定員(人)

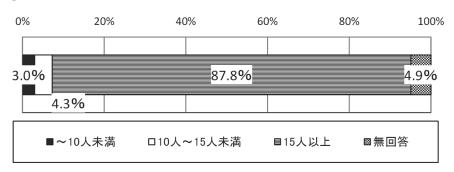
	n(件数)	合計値	平均值	標準偏差	中央値
登録定員(人)	289	7, 998	27. 7	2. 9	29.0
通いの定員(人)	289	4, 732	16. 4	2. 3	18. 0
泊まりの定員(人)	289	2, 204	7. 6	1. 7	9. 0

図表 2-3-1-1 定員の分布 (n=304)

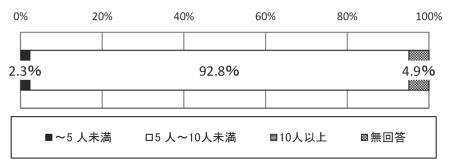
① 登録定員



② 通いの定員



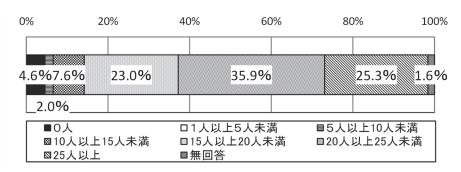
③ 泊まりの定員



(2) 看護小規模多機能型居宅介護事業所の登録者数 (2021年 10月末日時点)

看護小規模多機能型居宅介護事業所の登録者数 (2021 年 10 月末日時点) は、「20 人以上 25 人未満」が 35.9%で最も多く、次いで、「25 人以上」は 25.3%、「15 人以上 20 人未満」は 23.0%、「10 人以上 15 人未満」は 7.6%であった。

図表 2-3-2 看護小規模多機能型居宅介護事業所の登録者数 (2021 年 10 月末日時点) (人) (n=304)



	n(件数)	平均值	標準偏差	中央値
登録者数(2021年10月末日時点)(人)	299	20.2	6.8	22.0

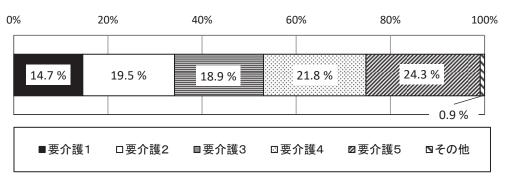
(3)要介護別登録人数

要介護別登録人数は、「要介護 1」は平均 3.1 人、「要介護 2」は平均 4.1 人、「要介護 3」は平均 4.0 人、「要介護 4」は平均 4.6 人、「要介護 5」は平均 5.2 人、「その他(申請中・区分変更中)」は平均 0.2 人であった。

図表 2-3-3 要介護別登録人数(人)

	n(件数)	合計値	平均値	標準偏差	中央値
要介護1	275	857	3.1	2.7	3.0
要介護2	275	1,139	4.1	2.5	4.0
要介護3	275	1,103	4.0	2.1	4.0
要介護4	275	1,272	4.6	2.6	4.0
要介護5	275	1,419	5.2	3.6	4.0
その他(申請中・区分変更中・要介護認定なし)	275	53	0.2	0.6	0.0

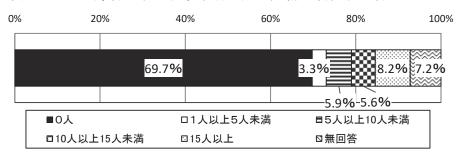
図表 2-3-3-1 要介護別登録人数の分布(n=257 事業所、5,843 人)



(4) 登録者のうち、事業所と同一建物に居住する者

登録者のうち、事業所と同一建物に居住する者は、「0 人」が 69.7%であり、「15 人以上」が 8.2%であり、次いで、「5 人以上 10 人未満」は 5.9%、「10 人以上 15 人未満」は 5.6%であった。

図表 2-3-4 登録者のうち、事業所と同一建物に居住する者 (n=304)



	n(件数)	平均値	標準偏差	中央値
登録者のうち、 事業所と同一建物に居住する者 (人)	282	3.1	6.5	0.0

(5) 事業所の登録待機の有無

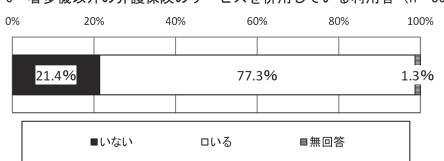
事業所の登録待機の有無は、「有り」が22.7%、「無し」が69.7%であった。

0% 20% 40% 60% 80% 100%
22.7% 69.7% 7.6%
■有 □無 ■無回答

図表 2-3-5 事業所の登録待機の有無 (n=304)

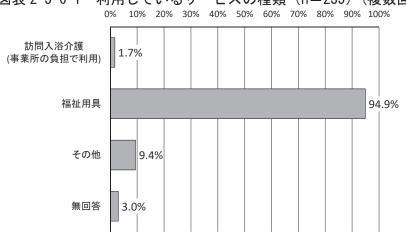
(6) 看多機以外の介護保険のサービスを併用している利用者

看多機以外の介護保険のサービスを併用している利用者は、「いる」が 77.3%、「いない」が 21.4%であった。



図表 2-3-6 看多機以外の介護保険のサービスを併用している利用者 (n=304)

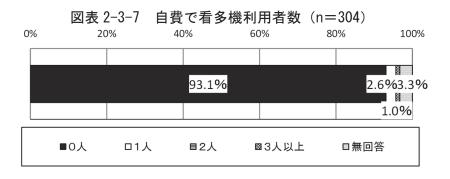
看多機以外の介護保険のサービスを併用している利用者のうち、利用しているサービスの種類は、「福祉用具」が 94.9%で最も多く、次いで、「訪問入浴介護 (事業所の負担で利用)」は 1.7%であった。



図表 2-3-6-1 利用しているサービスの種類 (n=235) (複数回答)

(7) 自費で看多機利用者数

自費で看多機を利用している利用者数は、「0人」が93.1%であり、「1人」は2.6%、「3人以上」は1.0%であった。



(8) 新規依頼者数 (2021年10月分)

新規依頼者数(2021年10月分)は、平均3.1人であった。

図表 2-3-8 新規依頼者数 (2021 年 10 月分) (n=304)

	n(件数)	平均值	標準偏差	中央値
新規依頼者数(2021年10月分)(人)	296	3. 1	3. 9	2. 0

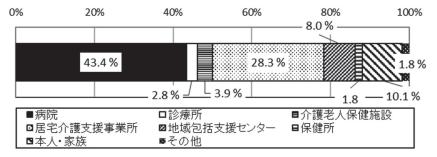
(9) 新規依頼の依頼経路別人数

新規依頼の依頼経路別平均人数は、「病院」は平均 1.4 人、「診療所」は平均 0.1 人、「介護老人保健施設」は平均 0.1 人、「居宅介護支援事業所」は平均 0.9 人、「地域包括支援センター」は平均 0.3 人、「保健所」は平均 0.1 人、「本人・家族」は平均 0.3 人、「その他」は平均 0.1 人であった。

図表 2-3-9 新規依頼の依頼経路別人数

	n(件数)	合計値	平均値	標準偏差	中央値
病院	290	408	1.4	2.5	1.0
診療所	290	26	0.1	0.5	0.0
介護老人保健施設	290	37	0.1	0.4	0.0
居宅介護支援事業所	290	266	0.9	1.7	0.0
地域包括支援センター	290	75	0.3	0.7	0.0
保健所	290	17	0.1	0.4	0.0
本人•家族	290	95	0.3	0.8	0.0
その他	290	17	0.1	0.3	0.0

図表 2-3-9-1 新規依頼の依頼経路別人数の分布 (n=290 事業所、941 人)



(10) 新規利用開始者数(2021年10月分)

新規利用依頼者のうち、実際に新規利用が開始になった人数(2021 年 10 月分)は、平均 1.3 人であった。

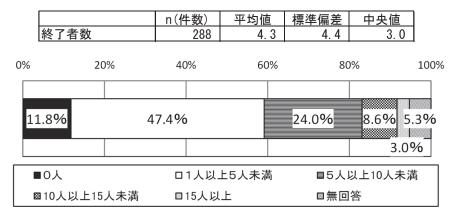
図表 2-3-10 新規利用開始者数(2021 年 10 月分)(n=304)

	n(件数)	平均值	標準偏差	中央値
新規利用開始者数	290	1. 3	1. 2	1. 0

(11)終了者数(2021年4月~9月末までの6か月間)

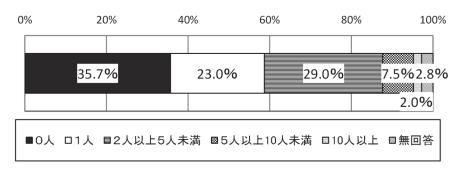
2021 年 4 月~9 月末までの 6 か月間の看多機の終了者数は平均 4.3 人であった。

図表 2-3-11 終了者数 (2021 年 4 月~9 月末までの 6 か月間) (n=304)



終了者のうち、看取りを行った終了者数は、「2 人以上 5 人未満」は 29.0%、「1 人」は 23.0%、「5 人以上 10 人未満」は 7.5%で、35.7%は「0 人」であった。

図表 2-3-11-1 終了者のうち、看取りを行った終了者数 (n=252)



	n(件数)	平均値	標準偏差	中央値
うち、看取りを行った終了者数(人)	245	1.8	2.5	1.0

4) 基準等に対する取り組み

(1) 感染症対策

① 感染症対策を検討する委員会の開催

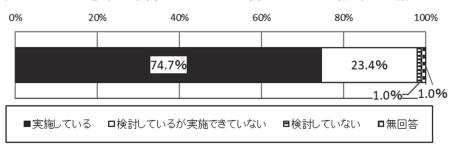
感染症対策を検討する委員会の開催は、「実施している」が 66.1%で最も多く、 次いで、「検討しているが実施できていない」は29.6%、「検討していない」は 3.3%であった。

0% 20% 40% 60% 80% 100% 1.0% 3.3% 66.1% 29.6% ■実施している □検討しているが実施できていない ■検討していない ◎無回答

図表 2-4-1-1 感染症対策を検討する委員会の開催 (n=304)

② 感染症予防及びまん延の防止のための指針の整備

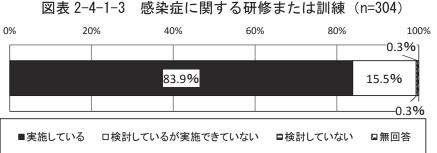
感染症予防及びまん延の防止のための指針の整備は、「実施している」が 74.7%で最も多く、次いで、「検討しているが実施できていない」は 23.4%、 「検討していない」は1.0%であった。



図表 2-4-1-2 感染症予防及びまん延の防止のための指針の整備 (n=304)

③ 感染症に関する研修または訓練

感染症に関する研修または訓練は、「実施している」が 83.9%で最も多く、次 いで、「検討しているが実施できていない」は 15.5%、「検討していない」は 0.3%であった。



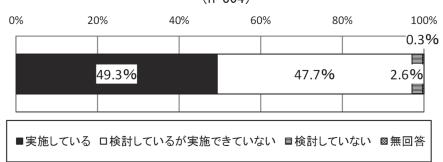
(2)業務継続計画 (BCP)

① 感染症発生時(自然災害時)対応主体の選定、役割分担

感染症発生時(自然災害時)対応主体の選定、役割分担は、「実施している」が 49.3%で最も多く、次いで、「検討しているが実施できていない」は 47.7%、「検討していない」は 2.6%であった。

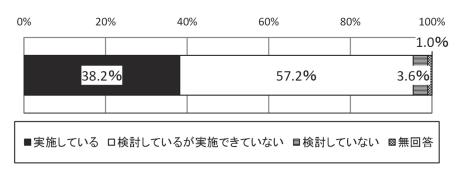
検討していない理由は、「何をどうしたらよいか具体的な所が分らない」、「コロナ禍で計画のみで実施に至らない」等であった。

図表 2-4-2-1 感染症発生時(自然災害時)対応主体の選定、役割分担 (n=304)



② サービス提供継続、非常時の体制で早期の業務再開に関する指針の整備 サービス提供継続、非常時の体制で早期の業務再開に関する指針の整備は、 「検討しているが実施できていない」が 57.2%で最も多く、次いで、「実施して いる」は 38.2%、「検討していない」は 3.6%であった。

図表 2-4-2-2 サービス提供継続、非常時の体制で早期の業務再開に 関する指針の整備 (n=304)



③ 利用者と職員の安全確保に関する指針の整備

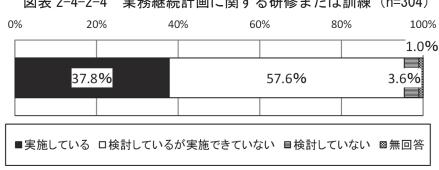
利用者と職員の安全確保に関する指針の整備は、「検討しているが実施できて いない」が 49.0%で最も多く、次いで、「実施している」は 47.0%、「検討して いない」は3.0%であった。

0% 20% 40% 60% 80% 100% 1.0% 47.0% 49.0% 3.0% ■実施している □検討しているが実施できていない ■検討していない ◎無回答

図表 2-4-2-3 利用者と職員の安全確保に関する指針の整備 (n=304)

④ 業務継続計画に関する研修または訓練

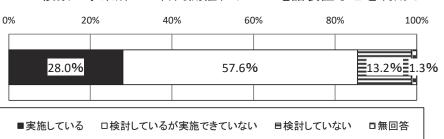
業務継続計画に関する研修または訓練は、「検討しているが実施できていない」 が 57.6%で最も多く、次いで、「実施している」は 37.8%、「検討していない」 は3.6%であった。



図表 2-4-2-4 業務継続計画に関する研修または訓練 (n=304)

⑤ 複数の事業所での合同開催、テレビ電話装置などを利用しての開催

地域での他事業所との合同開催、法人内の事業所との合同開催、テレビ電話装 置などを利用しての開催は、「検討しているが実施できていない」が 57.6%で最 も多く、次いで、「実施している」は 28.0%、「検討していない」は 13.2%であ った。



図表 2-4-2-5 複数の事業所での合同開催、テレビ電話装置などを利用しての開催

(3) 虐待防止の推進

① 虐待防止検討委員会の設置および開催

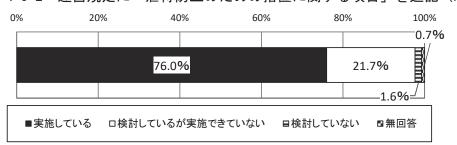
虐待防止検討委員会の設置および開催は、「実施している」が 64.5%で最も多く、次いで、「検討しているが実施できていない」は29.3%、「検討していない」は5.9%であった。検討していない理由は、「委員会の設置については本社が行っている」、「虐待対応の事例がないため」等の理由であった。

0% 20% 40% 60% 80% 100% 0.3% 64.5% 29.3% 5.9% 5.9% ■実施している □検討しているが実施できていない ■検討していない ◎無回答

図表 2-4-3-1 虐待防止検討委員会の設置および開催 (n=304)

② 運営規定に「虐待防止のための措置に関する項目」を追記

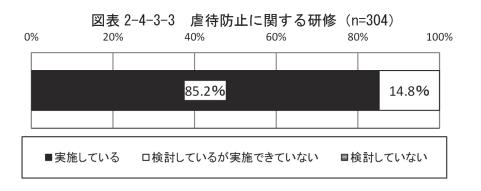
運営規定に「虐待防止のための措置に関する項目」を追記は、「実施している」が 76.0%で最も多く、次いで、「検討しているが実施できていない」は 21.7%、「検討していない」は 1.6%であった。



図表 2-4-3-2 運営規定に「虐待防止のための措置に関する項目」を追記 (n=304)

③ 虐待防止に関する研修

虐待防止に関する研修は、「実施している」が85.2%、「検討しているが実施できていない」が14.8%であった。



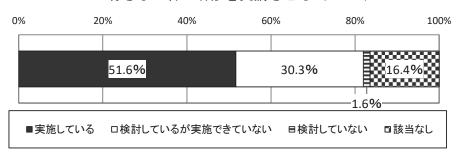
(4) 認知症介護基礎研修の受講

① 介護に直接携わる職員のうち医療・福祉関係の資格を有さない者に研修を受 講させる

介護に直接携わる職員のうち医療・福祉関係の資格を有さない者に研修を受講 させるかは、「実施している」が51.6%で最も多く、次いで、「検討しているが実 施できていない」は30.3%、「検討していない」は1.6%であった。

検討していない理由は、「全員有資格者のため、社内で独自研修をしているた め」等であった。

図表 2-4-4-1 介護に直接携わる職員のうち医療・福祉関係の資格を 有さない者に研修を受講させる(n=304)

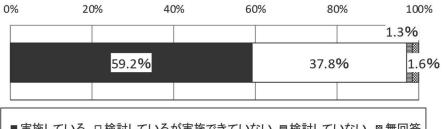


(5) ハラスメント対策の明確化

① 適切なハラスメント対策の明確化

適切なハラスメント対策の明確化は、「実施している」が 59.2%で最も多く、 次いで、「検討しているが実施できていない」は37.8%、「検討していない」は 1.3%であった。

図表 2-4-5-1 適切なハラスメント対策の明確化 (n=304)



■実施している □検討しているが実施できていない ■検討していない ∞無回答

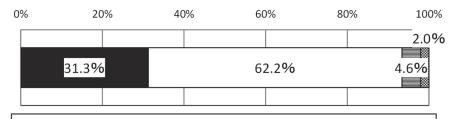
(6)機能訓練・口腔・栄養の取組の一体的な推進

①機能訓練・口腔・栄養の取組を一体的にするための検討

機能訓練・口腔・栄養の取組を一体的にするための検討は、「検討しているが 実施できていない」が 62.2%で最も多く、次いで、「実施している」は 31.3%、 「検討していない」は 4.6%であった。

検討していない理由は、「該当する利用者が少なく、他との連携も負担が強い」 等の理由であった。

図表 2-4-6-1 機能訓練・口腔・栄養の取組を一体的にするための検討 (n=304)



■実施している □検討しているが実施できていない ■検討していない ◎無回答

5) 「科学的介護情報システム (LIFE)」の活用

(1)科学的介護情報システム(LIFE)の認知度

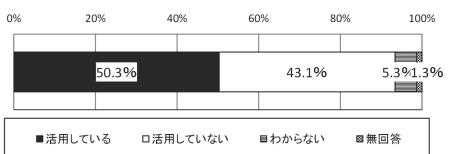
科学的介護情報システム(LIFE)の認知度は、「知っている」が85.5%で最も多く、次いで、「名前はきいたことがあるが、内容はよくわからない」は13.2%、「知らない」は1.3%であった。

図表 2-3-1 科子的介護情報 クス ケム (ETTL) の認知度 (II-304)
0% 20% 40% 60% 80% 100%
85.5% 13.2%1.3%
■知っている 口名前はきいたことがあるが、内容はよくわからない ■知らない

図表 2-5-1 科学的介護情報システム (LIFE) の認知度 (n=304)

(2) 同じ法人が経営する別のサービスにおいての LIFE の活用状況

同じ法人が経営する別のサービスにおいての LIFE の活用状況は、「活用している」が 50.3%で最も多く、次いで、「活用していない」は 43.1%、「わからない」は 5.3%であった。



図表 2-5-2 同じ法人が経営する別のサービスにおいての LIFE の活用状況 (n=304)

(3) 事業所で作成する文書のうち、利用者ごとの記録等の文書の作成・保存方法

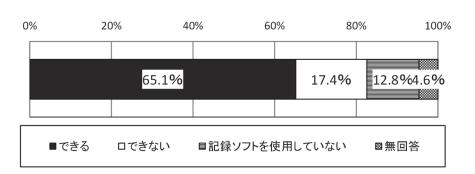
事業所で作成する文書のうち、利用者ごとの記録等の文書の作成・保存方法は、「記録ソフト(電子カルテ等)にてパソコン等で作成し、電子でのみ保存」が43.8%で最も多く、次いで、「手書きで作成し、紙で保存」は26.0%、「記録ソフト(電子カルテ等)にてパソコン等で作成し、出力して紙で保存」は22.0%、「文書ソフト、表計算ソフト等にてパソコン等で作成し、電子でのみ保存」は20.7%であった。

0% 10% 20% 40% 50% 文書ソフト、表計算ソフト等にてパソコン等で作成し、 20.7% 電子でのみ保存 記録ソフト(電子カルテ等)にてパソコン等で作成し、 43.8% 電子でのみ保存 文書ソフト、表計算ソフト等にてパソコン等で作成し、 13.5% 出力して紙で保存 記録ソフト(電子カルテ等)にてパソコン等で作成し、 22.0% 出力して紙で保存 手書きで作成し、紙で保存 26.0% 手書きで作成した後、パソコン等に入力 9.9% その他 2.3% 無回答 2.6%

図表 2-5-3 事業所で作成する文書のうち、利用者ごとの記録等の 文書の作成・保存方法 (n=304) (複数回答)

(4) 現在導入している記録ソフトの LIFE との連携

現在導入している記録ソフトの LIFE との連携は、「できる」が 65.1%、「できない」は 17.4% であった。



図表 2-5-4 現在導入している記録ソフトの LIFE との連携 (n=304)

(5) LIFE の利用登録

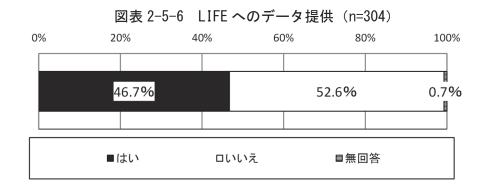
LIFE の利用登録は、「はい」が 55.9%、「いいえ」が 41.4%であった。

0% 20% 40% 60% 80% 100% 55.9% 41.4% 2.6% ■ 無回答

図表 2-5-5 LIFE の利用登録 (n=304)

(6) LIFE へのデータ提供

LIFE へのデータ提供は、「はい」が 46.7%、「いいえ」が 52.6%であった。

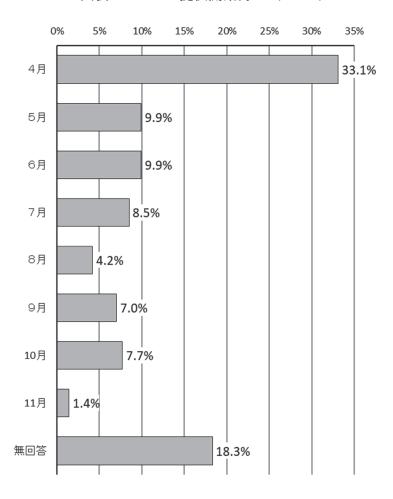


図表 2-5-6-1 管理者の年代別 LIFE へのデータ提供

		LIFEへのデータ提供			
	合計	はい	いいえ	無回答	
全体	304	142	160	2	
	100.0%	46.7%	52.6%	0.7%	
20代	1	-	1	-	
	100.0%	-	100.0%	_	
30代	37	23	14	-	
	100.0%	62.2%	37.8%	_	
40代	124	56	67	1	
	100.0%	45.2%	54.0%	0.8%	
50代	82	41	41	-	
	100.0%	50.0%	50.0%	_	
60代以上	55	19	35	1	
	100.0%	34.5%	63.6%	1.8%	

① LIFE ヘデータ提供をしている事業所のデータ提供開始月

LIFE ヘデータ提供をしている事業所のデータ提供開始月は、「4月」が 33.1% であり、「5月」と「6月」はともに 9.9%、「7月」は 8.5%であった。

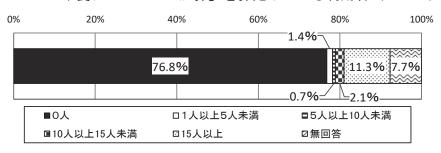


図表 2-5-6-2 提供開始月 (n=142)

(7) 栄養アセスメント加算

LIFE へのデータ提供をしている 142 事業所のうち、栄養アセスメント加算を算定している利用者数は、 $\lceil 0 \land \rfloor$ が 109 事業所(76.8%)であり、 $\lceil 15 \land \rfloor$ 以上」は 16 事業所(11.3%)、 $\lceil 10 \land \rfloor$ 人以上 15 \land 未満」は 3 事業所(2.1%)、 $\lceil 1 \land \rfloor$ 人以上 5 \land 未満」は 2 事業所(1.4%)であった。

図表 2-5-7 「栄養アセスメント加算」を算定している利用者 (n=142) (人)

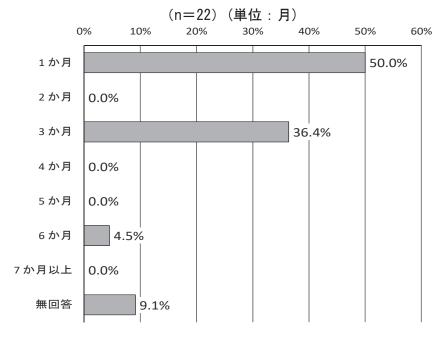


	n(件数)	平均值	標準偏差	中央値
栄養アセスメント加算(人)	131	3. 2	7. 8	0.0

① 「栄養アセスメント加算」における LIFE へのデータ提供間隔

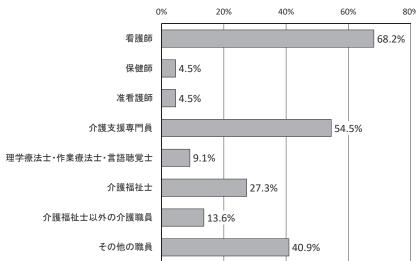
「栄養アセスメント加算」における LIFE へのデータ提供間隔は、有効な回答があった 22 事業所のうち、「1 か月」と回答した事業所が 11 事業所(50.0%)であり、「3 か月」と回答した事業所は 8 事業所(36.4%)、「6 か月」と回答した事業所は 1 事業所(4.5%)であった。

図表 2-5-7-1 「栄養アセスメント加算」における LIFE へのデータ提供間隔



② 「栄養アセスメント加算」における LIFE の計画立案担当職種

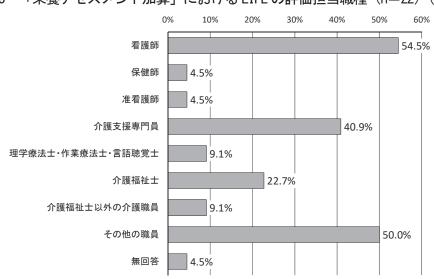
「栄養アセスメント加算」における LIFE の計画立案担当職種は、有効な回答があった 22 事業所のうち、「看護師」と回答した事業所が 15 事業所(68.2%)であり、「介護支援専門員」と回答した事業所は 12 事業所(54.5%)、「介護福祉士」と回答した事業所は 6 事業所(27.3%)、「介護福祉士以外の介護職員」と回答した事業所は 3 事業所(13.6%)であった。



図表 2-5-7-2 「栄養アセスメント加算」における LIFE の計画立案担当職種 (n=22) (複数回答)

③ 「栄養アセスメント加算」における LIFE の評価担当職種

「栄養アセスメント加算」における LIFE の評価担当職種は、有効な回答があった22事業所のうち、「看護師」と回答した事業所が12事業所(54.5%)であり、「介護支援専門員」と回答した事業所は9 事業所(40.9%)、「介護福祉士」は5事業所(22.7%)、「理学療法士・作業療法士・言語聴覚士」と「介護福祉士以外の介護職員」と回答した事業所がともに2事業所(9.1%)であった。

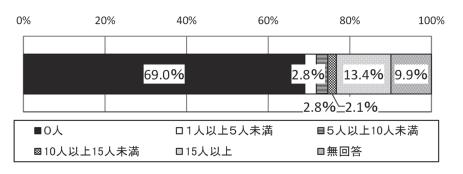


図表 2-5-7-3 「栄養アセスメント加算」における LIFE の評価担当職種(n=22)(複数回答)

(8)口腔機能向上加算(Ⅱ)

LIFE へのデータ提供をしている 142 事業所のうち、口腔機能向上加算(II)を 算定している利用者数は、[0]人」が 98 事業所 [69.0%] であり、[15] 人以上」は 19 事業所 [13.4%]、[1] 人以上 [5] 人未満」と [5] 人以上 [5]

図表 2-5-8 口腔機能向上加算 (Ⅱ) を算定している利用者数 (人) (n=142)

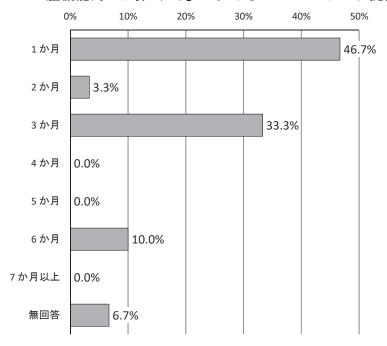


	n(件数)	平均值	標準偏差	中央値
口腔機能向上加算(Ⅱ)(人)	128	3. 8	8. 0	0.0

①「口腔機能向上加算(II)」における LIFE へのデータ提供間隔

「口腔機能向上加算(II)」における LIFE へのデータ提供間隔は、有効な回答があった 30 事業所のうち、「1 か月」と回答した事業所が 14 事業所 (46.7%) であり、「3 か月」と回答した事業所は 10 事業所 (33.3%)、「6 か月」と回答した事業所は 3 事業所 (10.0%)、「2 か月」と回答した事業所は 1 事業所 (3.3%) であった。

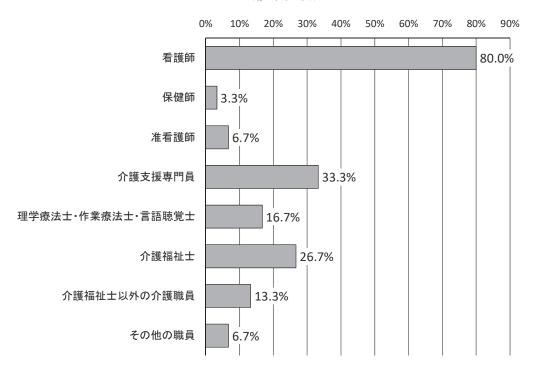
図表 2-5-8-1 「口腔機能向上加算 (Ⅱ)」における LIFE へのデータ提供間隔 (n=30)



②「口腔機能向上加算 (II)」における LIFE の計画立案担当職種

口腔機能向上加算(II)」における LIFE の計画立案担当職種は、有効な回答があった 30 事業所のうち、「看護師」と回答した事業所が 24 事業所(80.0%)であり、「介護支援専門員」と回答した事業所は 20 事業所(33.3%)、「介護福祉士」と回答した事業所は 8 事業所(26.7%)、「理学療法士・作業療法士・言語聴覚士」と回答した事業所は 5 事業所(16.7%)であった。

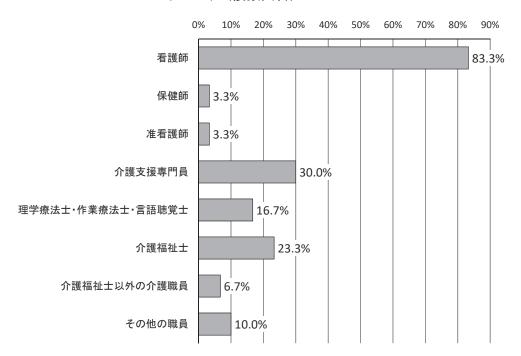
図表 2-5-8-2 「口腔機能向上加算 (Ⅱ)」における LIFE の計画立案担当職種 (n=30) (複数回答)



③「口腔機能向上加算 (II)」における LIFE の評価担当職種

「口腔機能向上加算(II)」における LIFE の評価担当職種は、有効な回答があった30事業所のうち、「看護師」と回答した事業所が25事業所(83.3%)であり、「介護支援専門員」と回答した事業所は9事業所(30.0%)、「介護福祉士」は7事業所(23.3%)、「理学療法士・作業療法士・言語聴覚士」と回答した事業所は5事業所(16.7%)であった。

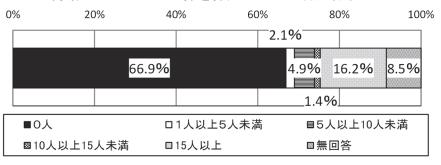
図表 2-5-8-3 「口腔機能向上加算 (Ⅱ)」における LIFE の評価担当職種 (n=30) (複数回答)



(9) 褥瘡マネジメント加算

LIFE へのデータ提供をしている 142 事業所のうち、褥瘡マネジメント加算を算定している利用者数は、 $\lceil 0 \land 1 \rceil$ が 95 事業所(66.9%)であり、 $\lceil 15 \land 1 \rceil$ 以上」は 23 事業所(16.2%)、 $\lceil 5 \land 1 \rceil$ 人以上 10 人未満」は 7 事業所(4.9%)、 $\lceil 1 \land 1 \rceil$ 人以上 5 人未満」は 3 事業所(2.1%)であった。

図表 2-5-9 褥瘡マネジメント加算を算定している利用者数 (人) (n=142)

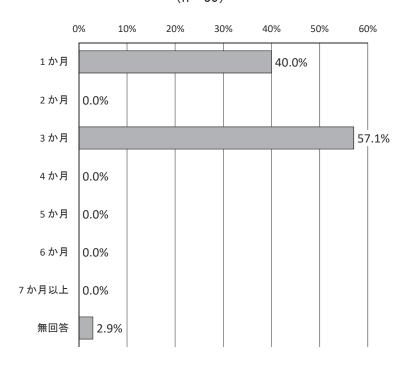


	n(件数)	平均值	標準偏差	中央値
褥瘡マネジメント加算(人)	130	4. 4	8. 4	0.0

① 「褥瘡マネジメント加算」における LIFE へのデータ提供間隔

「褥瘡マネジメント加算」における LIFE へのデータ提供間隔は、有効な回答 があった 35 事業所のうち、「3 か月」と回答した事業所が 20 事業所 (57.1%) であり、「1 か月」と回答した事業所は 14 事業所 (40.0%) であった。

図表 2-5-9-1 「褥瘡マネジメント加算」における LIFE へのデータ提供間隔 (n=35)



② 「褥瘡マネジメント加算」における LIFE の計画立案担当職種

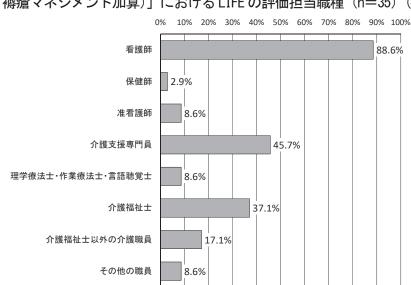
「褥瘡マネジメント加算」における LIFE の計画立案担当職種は、有効な回答があった 35 事業所のうち、「看護師」と回答した事業所が 30 事業所(85.7%)であり、「介護支援専門員」と回答した事業所は 17 事業所(48.6%)、「介護福祉士」と回答した事業所は 11 事業所(31.4%)、「介護福祉士以外の介護職員」と回答した事業所は 6 事業所(17.1%)であった。

20% 30% 40% 50% 60% 70% 看護師 85.7% 保健師 2.9% 准看護師 8.6% 介護支援専門員 48.6% 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 8.6% 介護福祉士 31.4% 介護福祉士以外の介護職員 17.1% 2.9% その他の職員

図表 2-5-9-2 「褥瘡マネジメント加算」における LIFE の計画立案担当職種 (n=35) (複数回答)

③ 「褥瘡マネジメント加算」における LIFE の評価担当職種

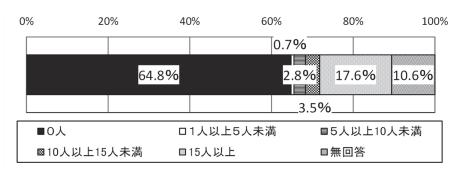
「褥瘡マネジメント加算」における LIFE の評価担当職種は、有効な回答があった35事業所のうち、「看護師」と回答した事業所が31事業所(88.6%)であり、「介護支援専門員」と回答した事業所は16事業所(45.7%、)「介護福祉士」と回答した事業所は13事業所(37.1%、)「介護福祉士以外の介護職員」と回答した事業所は6事業所(17.1%)であった。



図表 2-5-9-3 「褥瘡マネジメント加算)」における LIFE の評価担当職種 (n=35) (複数回答)

(10) 排泄支援加算

図表 2-5-10 排泄支援加算を算定している利用者数 (人) (n=142)

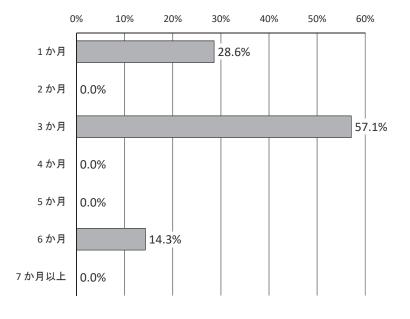


	n(件数)	平均值	標準偏差	中央値
排泄支援加算(人)	127	4. 9	8. 7	0.0

① 「排泄支援加算」における LIFE へのデータ提供間隔

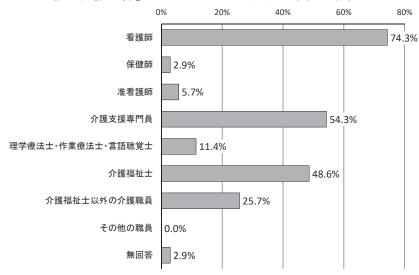
「排泄支援加算」における LIFE へのデータ提供間隔は、有効な回答があった 35 事業所のうち、「3 か月」と回答した事業所が 20 事業所 (57.1%) であり、次いで、「1 か月」と回答した事業所は (28.6%)、「6 か月」と回答した事業所は (14.3%)であった。

図表 2-5-10-1 「排泄支援加算」における LIFE へのデータ提供間隔 (n=35)



② 「排泄支援加算」における LIFE の計画立案担当職種

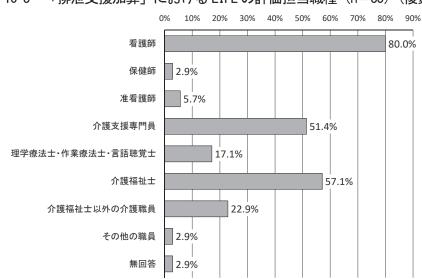
「排泄支援加算」における LIFE の計画立案担当職種は、有効な回答があった 35 事業所のうち、「看護師」と回答した事業所が 26 事業所(74.3%)であり、「介護支援専門員」と回答した事業所は 19 事業所(54.3%)、「介護福祉士」と回答した事業所は 17 事業所(48.6%)、「介護福祉士以外の介護職員」と回答した事業所は 9 事業所(25.7%)であった。



図表 2-5-10-2 「排泄支援加算」における LIFE の計画立案担当職種 (n=35) (複数回答)

③ 「排泄支援加算」における LIFE の評価担当職種

「排泄支援加算」における LIFE の評価担当職種は、有効な回答があった 35 事業所のうち、「看護師」と回答した事業所が 28 事業所(80.0%)であり、「介護福祉士」と回答した事業所は 20 事業所(57.1%)、「介護支援専門員」と回答した事業所は 18 事業所(51.4%)、「介護福祉士以外の介護職員」と回答した事業所は 8 事業所(22.9%)であった。

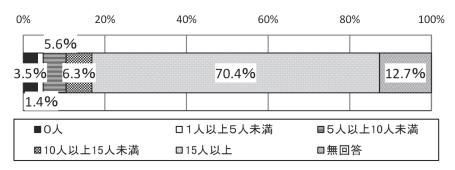


図表 2-5-10-3 「排泄支援加算」における LIFE の評価担当職種 (n=35) (複数回答)

(11)科学的介護推進体制加算

LIFE へのデータ提供をしている 142 事業所のうち、科学的介護推進体制加算を 算定している利用者数は、「15 人以上」が 100 事業所(70.4%)であり、「10 人以上 15 人未満」は 9 事業所(6.3%)、「5 人以上 10 人未満」は 8 事業所(5.6%)、「0 人」 は 5 事業所(3.5%)であった。

図表 2-5-11 科学的介護推進体制加算を算定している利用者数 (人) (n=142)

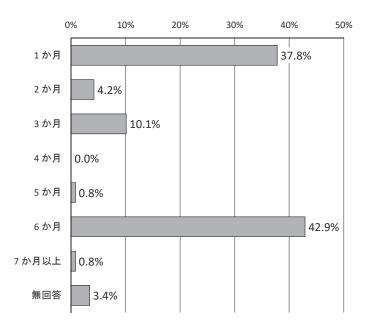


	n(件数)	平均值	標準偏差	中央値
科学的介護推進体制加算(人)	124	20. 1	7. 6	22. 0

① 「科学的介護推進体制加算」における LIFE へのデータ提供間隔

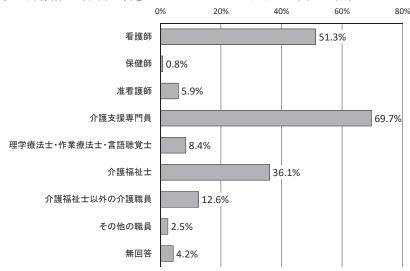
「科学的介護推進体制加算」における LIFE へのデータ提供間隔は、有効な回答があった 119 事業所のうち、「6 か月」と回答した事業所が 51 事業所(42.9%)であり、「1 か月」と回答した事業所は 45 事業所(37.8%)、「3 か月」と回答した事業所は 12 事業所(10.1%)、「2 か月」と回答した事業所は 5 事業所(4.2%)であった。

図表 2-5-11-1 「科学的介護推進体制加算」における LIFE へのデータ提供間隔 (n=119)



② 「科学的介護推進体制加算」における LIFE の計画立案担当職種

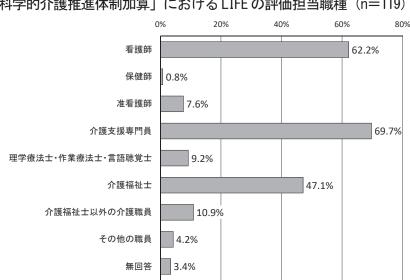
「科学的介護推進体制加算」における LIFE の計画立案担当職種は、有効な回答があった 119 事業所のうち、「介護支援専門員」と回答した事業所が 83 事業所 (69.7%)であり、「看護師」と回答した事業所は 61 事業所(51.3%)、「介護福祉士」と回答した事業所は 43 事業所(36.1%)、「介護福祉士以外の介護職員」と回答した事業所は 15 事業所(12.6%)であった。



図表 2-5-11-2 「科学的介護推進体制加算」における LIFE の計画立案担当職種 (n=119) (複数回答)

③ 「科学的介護推進体制加算」における LIFE の評価担当職種

「科学的介護推進体制加算」における LIFE の評価担当職種は、有効な回答があった 119 事業所のうち、「介護支援専門員」と回答した事業所が 83 事業所 (69.7%)であり、「看護師」と回答した事業所は 74 事業所(62.2%)、「介護福祉士」と回答した事業所は 56 事業所(47.1%)、「介護福祉士以外の介護職員」と回答した事業所は 13 事業所(10.9%)であった。



図表 2-5-11-3 「科学的介護推進体制加算」における LIFE の評価担当職種(n=119)(複数回答)

(12) その他看護小規模多機能型居宅介護にあると良い評価項目

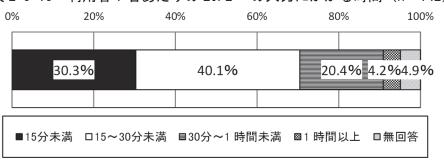
看護小規模多機能型居宅介護はその他にどのような評価項目があると良いかは、「ターミナルケア」が 57.6%で最も多く、次いで、「服薬管理 (点眼含む)」は 54.6%、「医療処置や機材 (留置カテーテルなど)」は 41.4%、「多職種連携」は 38.5%であった。

10% 20% 30% 40% 50% 70% 疼痛管理 30.6% 服薬管理(点眼含む) 54.6% 呼吸機能 15.5% 循環機能 10.2% 28.3% 感染管理 医療処置や機材 41.4% (留置カテーテルなど) 家族介護力 · 家族機能 29.9% ターミナルケア 57.6% 多職種連携 38.5% 5.3% その他 無回答 9.2%

図表 2-5-12 看護小規模多機能型居宅介護はその他にどのような 評価項目があると良いか(n=304)(複数回答)

(13) 利用者 1 名あたりの LIFE への入力にかかる時間

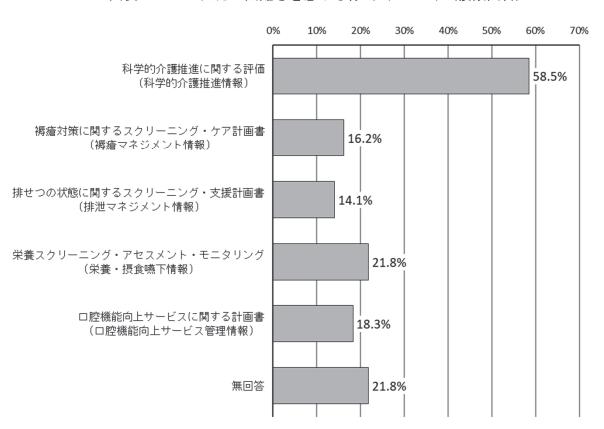
LIFE ヘデータを提出している 142 事業所のうち、利用者 1 名あたりの LIFE への入力にかかる時間は、「15~30 分未満」が 40.1%で最も多く、次いで、「15 分未満」は 30.3%、「30 分~1 時間未満」は 20.4%、「1 時間以上」は 4.2%であった。



図表 2-5-13 利用者 1 名あたりの LIFE への入力にかかる時間 (n=142)

(14) 入力に困難さを感じる様式

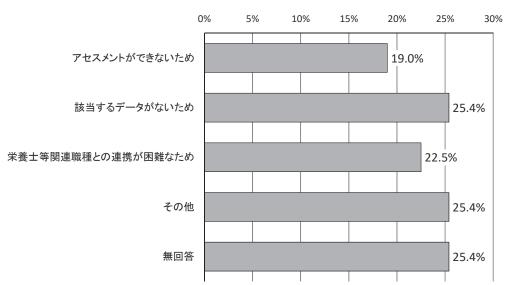
LIFE ヘデータを提出している 142 事業所のうち、入力に困難さを感じる様式は、「科学的介護推進に関する評価(科学的介護推進情報」が 58.5%で最も多く、次いで、「栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(栄養・摂食嚥下情報)」は 21.8%、「口腔機能向上サービスに関する計画書(口腔機能向上サービス管理情報)」は 18.3%、「褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書(褥瘡マネジメント情報)」は 16.2%であった。



図表 2-5-14 入力に困難さを感じる様式 (n=142) (複数回答)

(15) 入力に困難さを感じる理由

LIFE ヘデータを提出している 142 事業所のうち、困難さを感じる理由は、「該当するデータがないため」が 25.4%で最も多く、次いで、「栄養士等関連職種との連携が困難なため」は 22.5%、「アセスメントができないため」は 19.0%であった。



図表 2-5-15 入力に困難さを感じる理由 (n=142) (複数回答)

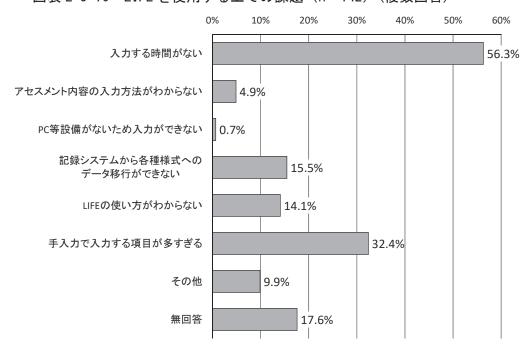
① その他自由記載にて、以下の回答が得られた。

※() 内の数字は同意見の回答数

- ・時間がかかりすぎて効率的でない(9件)
- 入力項目が多い(5件)
- ・内服薬病名等入力が負担(4件)
- ・入力方法に慣れてないため(3件)
- ・選択肢の文言がわかりにくい(2件)
- ・どこが必須項目なのか、解かりにくい
- ・該当データが紙媒体で情報が点在しているため
- ・医師との連携
- ・ 状態の変化が頻回な為その都度の更新が困難
- ・歯科医、歯科衛生士の評価が具体的ではない
- ・認知症診断日 (家族も分からない事があるが入力必須項目となっている)
- ・ICD-10 コードが入力しにくい
- ソフトが使いにくい
- ・栄養に関して、はっきりしたデータが出ない
- ・評価項目が自立、一部介助、全介助のみなので入力しにくい

(16) LIFE を使用する上での課題

LIFE ヘデータを提出している 142 事業所のうち、LIFE を使用する上での課題は、「入力する時間がない」が 56.3%で最も多く、次いで、「手入力で入力する項目が多すぎる」は 32.4%、「記録システムから各種様式へのデータ移行ができない」は 15.5%、「LIFE の使い方がわからない」は 14.1%であった。



図表 2-5-16 LIFE を使用する上での課題 (n=142) (複数回答)

① その他自由記載にて、以下のとおりの回答を得た。

- ・選択肢を工夫してほしい
- ・必須項目が解かりにくい
- ・LIFE を使用する方法など解りやすくする事が必要
- ・記録システムからのデータ移行の方法が複雑
- ・加算単価と労力があわない
- ・LIFE のソフトの使用が複雑
- ・提出頻度にばらつきあり(新規利用者も毎月ある為)
- ・3、6ヵ月の間隔を忘れてしまうことがある
- ・質問と利用者の状態が合わない
- ・パソコンの台数が決まっていて使用時間が限られている

(17)入力の負担

LIFE ヘデータを提出している 142 事業所のうち、入力の負担は、「まあまあ負担である」が 50.7%で最も多く、次いで、「大きい」は 35.9%、「あまり負担ではない」は 5.6%、「全くない」は 0.7%であった。

0% 20% 40% 60% 80% 100% 35.9% 50.7% 5.6%7.0% 0.7% 0.7% □無回答

図表 2-5-17 入力の負担 (n=142)

図表 2-5-17-1 事業所で作成する文書のうち、 利用者ごとの記録等の文書の作成・保存方法別 入力の負担

		入力の負担				
	合計	大きい	まあまあ負 担である	あまり負担 ではない	全くない	無回答
全体	142 100. 0%	51 35. 9%	72 50. 7%	8 5. 6%	0. 7%	10 7. 0%
文書ソフト、表計算ソフト等にて パソコン等で作成し、電子でのみ保存	33 100. 0%		15 45. 5%	_	-	4 12. 1%
記録ソフト(電子カルテ等)にて パソコン等で作成し、電子でのみ保存	79 100. 0%	29 36. 7%	41 51. 9%	4 5. 1%	1 1. 3%	5. 1%
文書ソフト、表計算ソフト等にて パソコン等で作成し、出力して紙で保存	14 100. 0%	2 14. 3%	9 64. 3%	2 14. 3%	-	7. 1%
記録ソフト(電子カルテ等)にてパソコン 等で作成し、出力して紙で保存	26 100. 0%	10 38. 5%	11 42. 3%	2 7. 7%	-	3 11. 5%
手書きで作成し、紙で保存	16 100. 0%	5 31. 3%	9 56. 3%	2 12. 5%	-	-
手書きで作成した後、パソコン等に入力	7 100. 0%	3 42. 9%	2 28. 6%	1 14. 3%	-	1 14. 3%
その他	100.0%	1 100. 0%			-	-

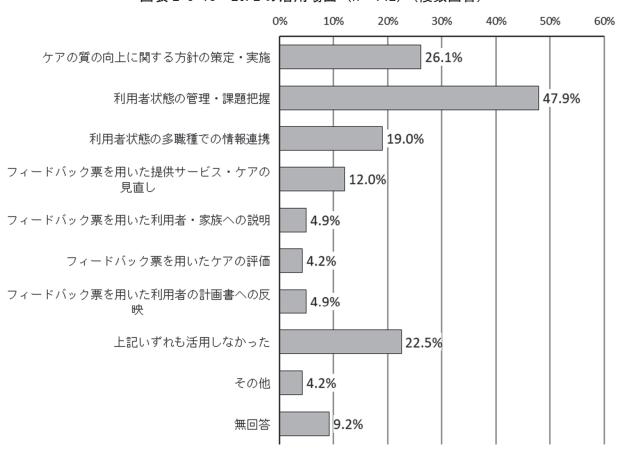
図表 2-5-17-2 現在導入している記録ソフトの LIFE との連携別 入力の負担

		入力の負担				
	合計	大きい	まあまあ負 担である	あまり負担 ではない	全くない	無回答
全体	142	51	72	8	1	10
工作	100.0%	35. 9%	50. 7%	5. 6%	0. 7%	7. 0%
LIFEと連携できる	120	42	62		1	8
これとと達捞できる	100.0%	35. 0%	51. 7%	5. 8%	0.8%	6. 7%
LIFEと連携できない	17	7	7	1	_	2
LIFEと連携できない	100.0%	41. 2%	41. 2%	5. 9%	_	11. 8%
記録ソフトを使用してい	5	2	3	_	_	_
ない	100.0%	40. 0%	60.0%	_	_	_

(18) LIFE の活用場面

LIFE ヘデータを提出している 142 事業所のうち、LIFE の活用場面は、「利用者状態の管理・課題把握」が 47.9%で最も多く、次いで、「ケアの質の向上に関する方針の策定・実施」は 26.1%、「利用者状態の多職種での情報連携」は 19.0%であった。

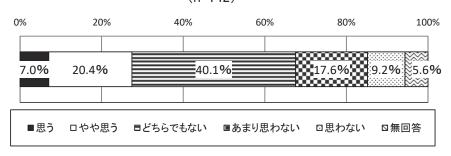
図表 2-5-18 LIFE の活用場面 (n=142) (複数回答)



(19) LIFE の活用が看護小規模多機能型居宅介護の質の向上に寄与するか

LIFE ヘデータを提出している 142 事業所のうち、LIFE の活用が看護小規模多機能型居宅介護の質の向上に寄与するかは、「どちらでもない」が 40.1%で最も多く、次いで、「やや思う」は 20.4%、「あまり思わない」は 17.6%、「思わない」は 9.2%であった。

図表 2-5-19 LIFE の活用が看護小規模多機能型居宅介護の質の向上に寄与するか (n=142)



① LIFE の活用が看護小規模多機能型居宅介護の質の向上に寄与するかの問いに対するそれぞれの回答の理由について、自由記載にて以下のとおりの回答を得た。

※()内の数字は同意見の回答数

○「思う」と回答した理由

- ・ 主観的なものが客観的に見られることは良いこと
- ・ 利用者の詳細な把握になる
- ・ 総合的に個々の状態を把握でき、評価再アセスメントができる
- ・ 利用者の変化(健康面、認知、身体機能)が可視化でき、職員間で共有できる
- 課題を把握しやすくケアの見直しがしやすい
- ○「やや思う」と回答した理由
 - ・ 改めて一人一人アセスメントし可視化することができる(2件)
 - ・情報として共有がしやすい
 - ・ 前回評価目からの状態が把握しやすい
 - ・ 家族と情報共有することで連携がとれる
 - ・ 現状のフィードバックデータは個別的なものではないが、個別的になれば細 やかなサービスが提供できるため
 - 根拠が明確になるため
 - ・ 情報を入力するだけでも質の向上になると感じたから

○「どちらでもない」と回答した理由

- ・ まだ始まったばかりなので現状では「どちらでもない」と思う(23件)
- ・ LIFE 以外の評価も行っているため手間がかかる
- ・ LIFE を業務の中にどう入れて行くか検討中
- ・ LIFE 導入前から PDCA サイクルは確定している
- データの集収が目的だと思っているがその後の具体的な展開がイメージできていない
- 既存の介護保険サービスだけでも莫大な書類があるにも関わらずさらに増や す意味がわからない
- ・ 記入やデータの移行が容易になれば活用できると思う
- ・ 現状では向上にはつながりにくいかと思う
- ・ 質の向上に寄与できると思われるが現在はそこまでに至っていない
- ・ 入力が負担となり業務がひっ迫している
- ・ 入力に時間を要しており、担当者の負担ばかりが増えた
- 入力のしやすさを工夫して欲しい

○「あまり思わない」理由

- ・ 現状では入力することに時間を使い負担が大きい(4件)
- ・ まだ数ヵ月しかたっていないため(2件)
- ・ LIFE のフィードバックデータは統計的なデータのみでありアセスメント等が なかったため質の向上までにはつながらない
- 毎月報告書を作成しているので、それを見る方が利用者の現状はわかる
- ・ 普段からアセスメントを行い、職員間で情報共有ができているので改めて LIFE の必要性を感じない
- 入力するのに精一杯で活用方法が良く理解できていない
- ・ 利用者個々の日常生活は LIFE の項目でかわるものでもなく、質の向上となる と方向的にも異なると思う
- ・ 対象とする利用者の状態(末期・難病・老衰が自施設は多い)が異なるので 目標値としては使い難いところがある
- 具体的なフィートバッグがない
- · PDCA サイクルにうまく当てはめられない
- ペーパーレスが事業所としてできていない
- ・ スタッフに使い方を周知できていない
- ・ 介護システムと LIFE の互換性が悪い
- 負担が多く40単位で行う仕事量ではない。
- ・ フィードバック内容で分かる (明確になる) ことが少ない
- ・ 返事が4ヶ月以上たってもまだ来ない。タイムリーでない為、対応が難しい
- 現時点では加算算定できず、基礎データのみの入力となっている。

○「思わない」理由

- ・ 数字だけのフィードバックをもらっても役に立たない
- ・ 具体的な対応の仕方のフィードバックがなければ意味がない
- ・ 業務の手間が増えるだけで、ケアにかける人手が不足する
- ・ 報酬を高額に設定すれば人も雇えるので質の向上につなげられると思う
- ・ 入力する時間に比べて単位数が低い
- ・ LIFE 入力後は入力するだけで見返す時間がない。これを何につなげればよい か理解できない
- ・ 実用価値がわからない

6) 加算の算定状況について

認知症行動・心理症状緊急対応加算は、「有り」が 8.9%、「無し」が 77.3%であった。栄養アセスメント加算は、「有り」が 7.2%、「無し」が 78.6%であった。栄養改善加算は、「有り」が 2.3%、「無し」が 83.2%であった。科学的介護推進体制加算は、「有り」が 44.7%、「無し」が 43.4%であった。

口腔・栄養スクリーニング加算は、「有り(I)」が 9.2%、「有り(II)」が 4.3%、「無し」が 72.0%であった。褥瘡マネジメント加算は、「有り(I)」が 11.2%、「有り(II)」が 1.3%、「無し」が 73.7%であった。

排せつ支援加算は、「有り(I)」が 13.2%、「有り(II)」が 0.3%、「有り(III)」が 6.9%、「無し」が 64.8%であった。サービス提供体制強化加算は、「有り(I)」が 33.6%、「有り(II)」が 21.4%、「有り(III)」が 10.2%、「無し」が 24.0%であった。

図表 2-6 加算の算定状況について (n=304)

	有り		無し		無回答		合計	
	n(件数)	構成比	n(件数)	構成比	n(件数)	構成比	n(件数)	構成比
認知症行動・心理症状緊急対応加算	27	8.9%	235	77.3%	42	13.8%	304	100.0%
栄養アセスメント加算	22	7.2%	239	78.6%	43	14.1%	304	100.0%
栄養改善加算	7	2.3%	253	83.2%	44	14.5%	304	100.0%
科学的介護推進体制加算	136	44.7%	132	43.4%	36	11.8%	304	100.0%

	有(I)				無		無回答		合計	
	n(件数)	構成比	n(件数)	構成比	n(件数)	構成比	n(件数)	構成比	n(件数)	構成比
口腔・栄養スクリーニング加算	28	9.2%	13	4.3%	219	72.0%	44	14.5%	304	100.0%
褥瘡マネジメント加算	34	11.2%	4	1.3%	224	73.7%	42	13.8%	304	100.0%

	有	(I)	有(Π)	有(Ш)	無	Ħ.	無回	回答	合	計
	n(件数)	構成比	n(件数)	構成比	n(件数)	構成比	n(件数)	構成比	n(件数)	構成比	n(件数)	構成比
排せつ支援加算	40	13.2	1	0.3	21	6.9	197	64.8	45	14.8	304	100.0%
サービス提供体制強化加算	102	33.6	65	214	31	10.2	73	24.0	33	10.9	304	100.0%

7) PDCA サイクルの推進につながる評価のための基盤整備について

(1) 定期的に定量で現状把握をしている

定期的に定量で現状把握をしているかは、「はい」が 29.6%、「いいえ」が 57.6%であった。

定期的に定量で現状把握をしている時、評価実施者、タイミング、方法に対す るそれぞれの回答について、自由記載にて以下のとおりの回答を得た。

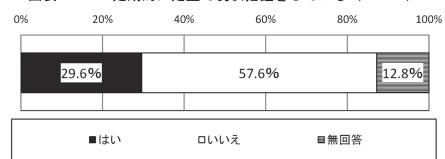
※数字は同意見の回答数

現状把握をする時は、「毎月」が40件で最も多く、次いで「毎週」が9件、「半年」 ごとが6件の順であった。

誰と評価するかという設問は、「ケアマネジャー」が30件で最も多く、次いで「管 理者 | 21 件、「担当看護師」19 件の順であった。

タイミングは、「状態変化時に行う」のが最も多く7件、次いで「新規利用者の登録 時」4件、「定期ミーティング」3件の順であった。

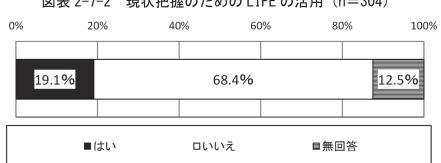
方法は、「カンファレンスが13件」で最も多く、次いでモニタリング時3件、面談2 件等の順であった。



図表 2-7-1 定期的に定量で現状把握をしている(n=304)

(2) 現状把握のための LIFE の活用

現状把握のための LIFE の活用は、「はい」が 19.1%、「いいえ」が 68.4%であ った。



図表 2-7-2 現状把握のための LIFE の活用 (n=304)

(3) 定期的に定性で現状把握している

定期的に定性で現状把握をしているかは、「はい」が 37.5%、「いいえ」が 43.1%であった。

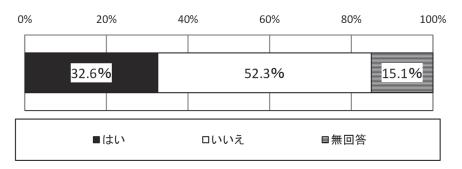
0% 20% 40% 60% 80% 100%
37.5% 43.1% 19.4%
■はい □いいえ ■無回答

図表 2-7-3 定期的に定性で現状把握している (n=304)

(4) 得られたデータをもとに経時的な変化を整理し、得られた情報を事業所内で共 有・課題の抽出を行っている

得られたデータをもとに経時的な変化を整理し、得られた情報を事業所内で共有・課題の抽出を行っているかは、「はい」が 32.6%、「いいえ」が 52.3%であった。

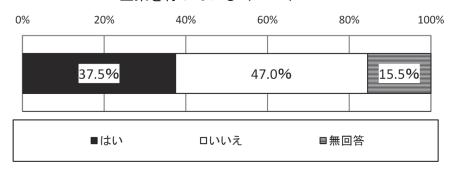
図表 2-7-4 得られたデータをもとに経時的な変化を整理し、得られた情報を 事業所内で共有・課題の抽出を行っている(n=304)



(5) 課題の抽出で出された課題をもとに目標と課題に即した対応策の立案を行っている

課題の抽出で出された課題をもとに目標と課題に即した対応策の立案を行っているかは、「はい」が37.5%、「いいえ」が47.0%であった。

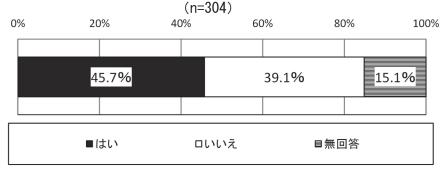
図表 2-7-5 課題の抽出で出された課題をもとに目標と課題に即した対応策の 立案を行っている(n=304)



(6) 目標と課題の認識について、事業所内で共通認識を持っている

目標と課題の認識について、事業所内で共通認識を持っているかは、「はい」が45.7%、「いいえ」が39.1%であった。

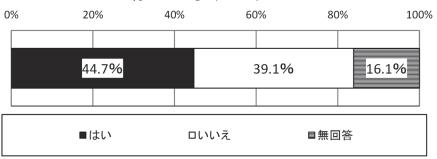
図表 2-7-6 目標と課題の認識について、事業所内で共通認識を持っている



(7) 目標と課題に即した対応策の立案をもとに取り組み内容の検討を行っている

目標と課題に即した対応策の立案をもとに取り組み内容の検討を行っているかは、「はい」が44.7%、「いいえ」が39.1%であった。

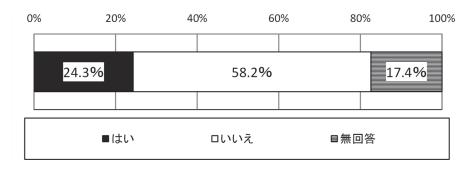
図表 2-7-7 目標と課題に即した対応策の立案をもとに取り組み内容の検討を 行っている(n=304)



(8) 取り組みに対する評価指標の設定を行っている

取り組みに対する評価指標の設定を行っているかは、「はい」が 24.3%、「いい え」が 58.2%であった。

図表 2-7-8 取り組みに対する評価指標の設定を行っている (n=304)



(9) 評価指標の設定にLIFE を活用している

評価指標の設定に LIFE を活用しているかは、「はい」が 10.5%、「いいえ」が 73.7%であった。

図表 2-7-9 評価指標の設定に LIFE を活用している (n=304)



第9章 看護小規模多機能型居宅介護ヒアリング調査

第1節 調査概要

1. 調査の目的

看多機の管理者を対象としたヒアリング調査を実施し、LIFE の活用状況や課題等を 把握することを目的に実施した。

2. 調査対象

看多機の対象は、LIFE を活用し事業所運営の改善に生かしている事業所、フィードバック情報を利用して PDCA サイクルを回し、事業・業務の改善のための活動を実施している事業所、LIFE を活用し先進的な取り組みをしている事業所をネットワークサンプリングにて 3 カ所抽出した。

3. 調査方法

対象者が希望する日時に、オンラインで半構造的(一部構造的)面接を行った。調査時間は1時間から1時間30分程度とした。ヒアリング内容は、対象者の同意を得て録音し、パソコン上に保存した。対象者のすべてが録画・録音機能を使用することに同意した。録音された内容は、プライバシーマークの付与認定を受けている会社に依頼し逐語録を作成した。

1)調査実施期間

10月28日、11月10日、11月12日

2) 主な調査内容

LIFE 活用の意義、課題、PDCA サイクルの推進につながる評価のための基盤整備について、評価を受けたい項目について具体的なエピソード等。

3) 倫理的配慮

調査の実施にあたり、日本訪問看護財団研究倫理委員会の審査を受け承認を得た。研究の目的、プライバシーは厳守されること、調査への協力は任意であること、調査に協力しないことで一切不利益を被る事はないことなどを文書および口頭で説明し、署名にて同意を得た。なお、新型コロナウイルス(以下「コロナ」と略す。)の感染防止対策として、調査対象者の希望に応じ、Webでの研究説明及びヒアリング調査とする。ヒアリング場所は日本訪問看護財団と対象者の所在地とし、インタビュアーである日本訪問看護財団は、個室を確保し対象者の声が他者に聞こえない環境を確保して実施した。

第2節 ヒアリング調査の結果

1. 対象事業所の属性等

事業所・管理者属性については、開設主体は2事業所が営利法人であり、1事業所は 医師会であった。開設主体が他に運営している施設・事業所については、A事業所は訪問看護・訪問介護・定期巡回随時対応型居宅介護看護・夜間対応型居宅介護・居宅介護支援・福祉用具であり、B事業所は小規模多機能、訪問看護、住宅型有料老人ホーム、C事業所は訪問看護、住宅型有料老人ホームを併設していた。

収支状況について 2020 年又は 2020 年度の状況は 2 事業所が黒字、1 事業所が赤字であった。

職員体制は、看護師の常勤換算は 6.1~11.1 人、介護福祉士の常勤換算は 5.6~6.9 人であった。管理者の看多機事業における管理者経験年数(貴事業所以外での看多機事業管理者経験も含む)は 3 年~5 年であり、教育担当者は 3 事業所とも有りであった。2021 年 9 月の利用者の実態について、登録定員は 3 事業所とも 29 人であった。通い定員は 3 事業所とも 18 人、登録者数は 18 人~24 人であった。看多機以外の介護保険のサービスを併用している利用者は 3 事業所とも有り、内容は福祉用具であった。

2021 年 9 月の終了者は 8 人 \sim 10 人でありそのうち看取りを行った終了者は 3 人 \sim 5 人であった。

加算・減算は、科学的介護推進体制加算は3事業所とも算定していた。認知症行動・心理症状緊急対応加算、栄養改善加算、口腔・栄養スクリーニング加算については3事業所とも算定していなかった。

図表 事業所・管理者属性

	A	В	C
所在地・事業開始年	神奈川県·2016 年	福岡県・2019 年	茨城県・2019 年
開設主体	医師会	営利法人	営利法人
サテライト型事業所	無し	無し	無し
前身事業	訪問看護	無し	訪問看護
訪問看護のみなし指定	無し	無し	無し
共生型サービスの指定	無し	無し	無し
収支状況	赤字	黒字	黒字
管理者の職種	保健師·看護師	介護福祉士	保健師·看護師

2. ヒアリング調査結果

- 1) 科学的介護情報システム(LIFE) の意見
- (1) フィードバックデータについて
 - ① フィードバックデータが返ってこない
 - ・LIFE に登録し 4 月からデータを提出しているが、活用したことで良かったことは今のところない

 - ・非常に取り掛かりにくい。どんなものが返ってくるかが分からないのに PDCA を回せと言われても、まるで今ができてないみたいに言われているようで良い印象はもてない
 - ・ビックデータと介護に親和性がないのではないかという話もあるので、フィードバックデータがどのようなものか分からないのに、そのリソースを割けないし割けられない
 - ・フィードバックが来ていないのでどのような内容がもらえるか分からないが、フィードバックデータを用いて何らかの改善ができそうだなという感触も何もない。PDCA を回しなさいっていう割には、Plan さえさせてくれない感じになる
 - ・今は、最低限の科学的介護加算だけ算定して、あとはフィードバックデータ を見てから決めようと思っている
 - ② フィードバックデータが参考にならない
 - ・フィードバックデータは返って来たが内容がお粗末過ぎる
 - ・個々の利用者へのフィードバックではない
 - ・フィードバックデータは4月分が暫定版として返ってきた。集計結果のみで個別のコメントはなかった。このようなデータが戻ってきてどう生かすのかイメージが湧かない

(2)入力の負担

- ・今はデータを集約している段階だと捉え、その協力をしている段階と認識するようにしているが、それにしても、相当手間がかかる
- ・LIFE を使って良かったことは今のところない
- ・システム自体が分かりづらい
- ・一番手間がかかるのは、製薬会社名の入力と疾患名をWHOに準じた病名にしなければならないこと。入力してもそれが正しいのか心配になる
- ・介護ソフトで LIFE に対応した帳票に一度入力し、最終的にそのデータを CSV で出して提出している。病名は WHO に準じた病名を手入力しているが CSV で出力するとその部分が空白になるので再度入力しているので二度手間になっている。かなり不便さを感じている
- ・全ての様式について前月と比較しながら入力しているので、毎月かなり大変 な作業になっている

- ・薬の内容を基礎データとして入れても、追加した薬が出た場合、該当する様 式に追加入力するのが手間
- ・登録されていない薬が多すぎる
- ・製薬会社について入力する目的を知りたい。これで目的とは違うデータを取るのではないかと勘ぐってしまう
- ・病名も、WHO の規定に該当しないと入力できない。医師の指示書の病名と一致 しないので探すのが手間になっている。脳梗塞1つにしても細分化されている ので入力しにくい
- ・ビックデータにするためには、共通した名称が必要だと理解はできるが現場は入れにくい
- ・LIFEで栄養の部分であれば、1週間で食事の内容が変わるので、それを入れる項目も増えてくる。食事量は利用者によっては大きく変化するのでそこの手間と加算の点数からすると全く見合わないと思う

(3)人員的な負担

- ・看護師でありケアマネジャーでもある職員が入力をしている。その確認を管 理者が行っている
- ・栄養士が 1 人いるが栄養の業務よりも介護の業務に追われている、LIFE で栄養士としての業務を新たに求めると負担が大きいので担当してもらっていない。コロナ禍により人手の問題は本当にきつくなった

(4)入力にかかる時間

- ・利用者24人を約5時間かけて入力している
- ・2時間で5件入力するのが精いっぱい
- ・LIFE の目的は理解できるが、現場にとって一番の課題は、現状にいる限られた人数でどうケアをするかということ。その中で、入力担当者が現場に出るのを抑えて入力する日を作ると、他の職員に対する申し訳なさ「今日は入力するから、ごめんね」という感じになり、時間を取られることは、心理的負担がある
- ・4月の段階で入力したときは、1人1様式について15分~30分位かかる
- ・入力する時間がなかなか確保できない。入力時間に時間がかかっている

(5) 利用者像と選択項目が乖離

- ・看多機の利用者は歩行できない方が多いので、歩行状態のような項目は、該 当する選択肢がない。近い選択肢にチェックしているがこれで正しいのか、 歩けないのにそれを評価して良いのかが分からない
- ・「引き出しのものを管理できない」「季節外れのもの着る」という項目があるが、そもそもの段階で、管理して選べるレベルではないため、この項目自体が必要なのかと思う。認知症の項目は看多機の場合はほとんど該当しない。 質問と実情とが乖離している部分は回答しにくい
- ・看多機を利用している利用者の状態像に合う項目がない

- ・利用者の状態はどれにも当てはまらないことが多い。細かい情報を入力する ことはできないので、利用者の状態と入力情報がかなり乖離している
- ・加算を取るために、あまり適さない人たちも入力しているが、そうすると内 容と乖離してしまう

(6) 重複している項目が多い

- ・設問内容が重複している項目が多い。もう少しきちんとした作り方ができないものかと思ってしまう
- ・重複している項目としては誤嚥性肺炎のこと。いつ起こして、何回繰り返したかという内容が度々出てくる。1回入力した同じ情報のものは連動して欲しい

(7) データ移行の負担

- ・登録し、4月からデータを提出している。事業所で使用しているシステムから データを CSV で取り出し LIFE に送っているが、4月の入力でエラー表示が多 かった。8月にシステムの様式変更があったことから全然読み込まれなかった
- ・現在使用しているシステムからのデータ移行がスムーズにいけばもう少し活 用できるかもしれないが現段階ではそこまでには至らない
- ・病名や薬剤はシステムに入れる部分があっても、うまく登録できないと LIFE に全く移行せず、また改めて手入力するしかなく、手間がかかった
- ・CSV に取り出したときに 20 人分ぐらいを LIFE に送っても、ファイル名が出ないため、何のファイルか分からないので余計に時間がかかる。エラー表示もでるがその意味が分からない。現段階では、LIFE 自体に問題があるのか、システムからデータを取り出した所が問題なのか分からない

(8) 動機付けが必要

- ・LIFE を前向きに取り組むようになるやり方があっても良いと思う。入力に時間をかけてもその加算が安ければ、その時間は入力ではなくあえてケアに使うことになり兼ねない
- ・ビックデータを集める段階であれば、最初の動機づけはとても大事になると 思うが今はそれが弱い
- ・コロナ禍の時に出た新型コロナウイルス接触確認アプリ (COCOA) のように「なんかそういうのがあったよね」というシステムになるのではないかと懸念している。今は暫定版だがデータが充実したらこのような情報が返されるので提出して良かったという案内が欲しい。「痒いところに手が届くようなフィードバックデータが提供できるようになりますよ」と期待できないと実施できない気持ち。せめてイメージだけでも示して欲しい

(9) 利点

- ・アセスメントの一助として役立つこともあると思う
- ・入力に手間はかかるが加算が付くので入力している感じではあるが、1件当たりの単価が上がるのはありがたい
- ・介護職員が多い事業所では、アセスメント力を高める意味でこのツールは良 いと思う

(10) 看多機に必要な項目

- ・介護的なアセスメントだけではなく、医療的ケアの項目は必要だと思う。レスピレーターを使っている利用者など、これは医療保険での話にもなるかもしれないが、そのような人たちを介護保険の施設で看ているので、その辺りの連動は必要だと思う
- ・看取りの部分の支援や多職種連携の部分は評価して欲しいと思う
- ・他の施設よりは医療依存度の高い人を対象としているので病院との連携を評価して欲しい

(11) その他

- ・データを提出する頻度が分からない。毎月提出、3カ月や6カ月等いろいろと 言われており正式な頻度が分からない
- ・ケアプランの見直しを 3 カ月ごとに見直しているのでそのタイミングで LIFE も見直す予定にしている。利用者の平均利用期間が大体半年なので、一度に 入力してしまえば、急激に薬の変更はほとんどないので何とかなるかもしれない
- ・看多機は、看護師ではなく介護職の人に支えられていると思う。中心は介護職であり、そのフォローをするのが看護師。事例を多く集めて、参考にできたらと思うので、フィードバックデータよりも、色々な事例を他の事業所と共有したい
- ・ビックデータによるフィードバックデータよりも個別の事例を紹介もらった 方が現場は役に立つ。利用者もさまざまであり日々手探りでケアをしている 部分もあるので事例を共有することの方が有用だと思う
- ・項目は、看護師からすると、当たり前のことをしている感じに捉えているので、今後、LIFE が訪問看護にも導入されると違和感を感じる
- ・わざわざ項目立てしなくても看護師のアセスメントで十分という事もあるが、 今後、さまざまな職種が入っていく中では、この指標は適しているのかもし れないが、今は手間だけになっている

2) PDCA サイクルの推進につながるための評価についての基盤整備について

(1) 定期的に現状把握をする方法

・社内用の内部ネットワークで利用者の状況を把握している。基本的に申し送りノートは廃止し、ネットワーク内の掲示板を見れば把握できるようにしている。現状把握のためのミーティングは行っていない。方針などを変更する際もそのネットワークを使って周知している

(2) 事業所評価について

- ・利用者個々の評価は、毎月担当者間で評価をしている。ほとんど書面上で行っている。今回の LIFE の様式等を皆で確認している
- ・事業所評価は年1回、厚生労働省の様式を用いた事業所評価を行っている。様式を紙面で出して、スタッフに答えてもらったあと、それを管理者がみんなの意見としてまとめて、運営推進会議に出して、参加メンバーにもう一度それを見てもらい意見をいただいている
- ・LIFE が信頼できるような指標であれば、評価指標として活用することができるかもしれない
- ・現場が使っているものと連動して、評価指標に吸い上げられるのがベストだと思う

3) 基準等に対する取り組み

(1) 感染症対策

- ・研修への参加や外部の感染症看護専門看護師に依頼して指導を受けている
- ・6 カ月に1回以上会議を開催し、研修や訓練も行っている。研修に参加できない人たちは自事業所で作成した DVD を見て学習している
- ・3 カ月に1度の割合で会議を開催している

(2)業務継続計画 (BCP)

- ・暴雨が想定される地域なので特に豪雨災害が起こったときに、運営できるように検討して BCP を作成した
- ・通常のBCPと何が違うのか理解できない。検討する内容が幅広なので指標がないと難しい
- ・一般企業の BCP を参考にして作成する予定。BCP 委員会も立ち上げて検討する 予定

(3) 虐待防止の推進

- ・研修会に参加している。虐待を疑われる事例があったためミーティングを通 じて職員と共通認識を持つようにした
- ・毎月会議等に参加して、情報を共有している
- ・法人全体でかなり力を入れて実施している。気になる人がいた場合、すぐに 対応を計画し評価も随時行うようにしている

(4) 認知症介護基礎研修の受講

- ・80%以上が介護福祉士なので、資格を持ってない職員に対して受講するよう に促している
- ・研修は年に1人ずつ研修するようにしている
- ・研修は予約が全く取れないので、行きたくても行けない職員がたくさんいる

(5) ハラスメント対策の強化

- ・ハラスメントがあった際の連絡先を周知している程度
- 研修をしている
- ・昨年度から毎年ハラスメントに関するアンケート調査が行政から来るため、 調査項目を見ることによってハラスメントの認識をしている

第10章 アンケート・ヒアリング調査の考察

アンケート及びヒアリング調査結果からの考察は次の通りである。

1. 現場の負担感への配慮と LIFE 項目の精査

アンケート調査の結果から、LIFE の認知度は 8 割以上であり、利用登録は過半数以上が登録している、導入している記録ソフトの LIFE との連携は 6 割以上で可能という状況であった。

しかしながら、データ連携やカルテの電子化がされていても負担感があることが示された。ヒアリング調査でも加算が付くため提出しているが、現場では PDCA サイクル に役に立っているという実感はなく、負担感が強いという発言が多く聞かれた。

よって、今後は、調査項目に優先順位を設けスリム化することや、重複している項目を精査することによって、現場の負担を軽減する方策が望まれる。

2. PDCA サイクルに寄与するフィードバックデータ

LIFE を活用する上での課題では、入力時間がない、手入力で入力する項目が多すぎるという結果であった。次いで多かったのは記録システムから各種様式へのデータ移行ができない、LIFE の使い方がわからないであった。ヒアリング調査でも、「LIFE 自体に問題があるのか、システムからデータを取り出した所が問題なのかわからない」、「入力が間違っているのかと心配」という声があり、LIFE の入力やデータ移行の方法が分かりづらいことから、より負担感を強く感じているのではないかと考える。

また、毎月の評価・提出が求められている訳ではないが「前月と比較しながら入力している」、「データを提出する頻度がわからない」という声から、LIFE の実施頻度など、LIFE に関する基本的な留意事項が現場に十分に届いていない可能性も考えられる。以上のことから、現場にとって分かりやすいシンプルな手引き等の作成や、提出期間についてさらに周知を徹底する等、LIFE を正しく理解するための支援や周知活動が望まれる。

療養通所介護事業所

第11章 療養通所介護アンケート調査

第1節 調査概要

1. 調査の目的

療養通所介護の管理者を対象としたヒアリング調査を実施し、介護報酬改定による 影響を把握することを目的に実施した。

2. 調査の内容・方法

1) 対象

介護サービス情報公表システムを基に、介護保険法の規定により療養通所介護のサービスを実施している事業所に加え、当財団への電話及びメール相談等で把握した 102 カ所を把握し、その全数を対象とした。

2) 方法

自記式、郵送法にてアンケート調査を実施した。療養通所介護管理者に記入を依頼した。

3)調査実施期間

2021年11月5日~2021年11月26日

4) 主な調査内容

- ・事業所基本情報:所在地、事業開始年、開設主体、併設施設・事業所の種類・数、 営業日、宿泊サービスの有無、入浴設備の有無、利用者人数、職員体制等
- ・介護報酬改定における影響:利用者数・利用回数の変化、収支の変化等
- ・個票によるそれぞれの利用者の利用回数、時間、キャンセルの回数、利用者への ケア、療養通所介護以外でのサービスの種類と回数等

5) 倫理的配慮

調査の実施にあたり、日本訪問看護財団研究倫理委員会の審査を受け承認を得た。 書面にて研究の目的、プライバシーは厳守されること、調査への協力は任意である こと、調査に協力しないことで一切不利益を被る事はないことなどを説明し、調査 票への記入及び返信をもって調査への同意を得られたものとした。

第2節 調査結果

1. 回収率

· n k +	
	療養通所介護事業所
	102
実施数	94
回収数	44
回収率	46.8%

※療養通所介護事業所:8事業所は閉鎖・中止

2. アンケート調査の結果

1)基本情報

(1) 所在地

所在地は、「東京都」と「神奈川県」がともに 11.4%で最も多く、次いで、「兵庫県」は 9.1%、「北海道」と「埼玉県」と「千葉県」と「滋賀県」と「鹿児島県」はいずれも 6.8%であった。

図表 3-1-1 所在地 (n=44)

都道府県	回答数	構成比
北海道	3	6.8%
山形県	1	2.3%
群馬県	1	2.3%
埼玉県	3	6.8%
千葉県	3	6.8%
東京都	5	11.4%
神奈川県	5	11.4%
富山県	1	2.3%
長野県	1	2.3%
愛知県	1	2.3%
三重県	1	2.3%

都道府県	回答数	構成比
滋賀県	3	6.8%
兵庫県	4	9.1%
奈良県	1	2.3%
和歌山県	1	2.3%
鳥取県	1	2.3%
岡山県	1	2.3%
香川県	1	2.3%
愛媛県	2	4.5%
高知県	1	2.3%
福岡県	1	2.3%
鹿児島県	3	6.8%
全体	44	100.0%

(2) 事業開始年

事業開始年は、「2006 年~2010 年」が 34.1%で最も多く、次いで、「2016 年~ 2020年」は31.8%、「2011年~2015年」は25.0%、「2021年」は2.3%であった。

図表 3-1-2 事業開始年 (n=44)

	回答数	構成比
2006年~2010年	15	34.1%
2011年~2015年	11	25.0%
2016年~2020年	14	31.8%
2021年	1	2.3%
無回答	3	6.8%
全体	44	100.0%

(3) 開設主体

開設主体は、「営利法人」が 45.5%で最も多く、次いで、「医療法人」は 18.2%、「社会福祉法人」と「一般社団法人」はともに 4.5%、「特定非営利活動法人 (N PO)」は 2.3%であった。

図表 3-1-3 開設主体 (n=44)

	回答数	構成比
営利法人	20	45.5%
医療法人	8	18.2%
社会福祉法人	2	4.5%
一般社団法人	2	4.5%
特定非営利活動法人(NPO)	1	2.3%
その他	10	22.7%
無回答	1	2.3%
全体	44	100.0%

(4) 開設主体が他に運営している施設・事業所数

開設主体が他に運営している施設・事業は、「訪問看護事業所」が81.8%で最も 多く、次いで、「居宅介護支援事業所」は52.3%、「児童発達支援」は43.2%、 「放課後等デイサービス」と「生活介護(障害)」はともに40.9%であった。

図表 3-1-4 開設主体が他に運営している施設・事業所(n=44)(複数回答)

	回答数	構成比
訪問看護事業所	36	81.8%
地域密着型通所介護	15	34. 1%
居宅介護支援事業所	23	52. 3%
児童発達支援	19	43. 2%
放課後等デイサービス	18	40.9%
生活介護 (障害)	18	40. 9%
その他	14	31.8%
なし	0	0.0%
無回答	1	2. 3%
全体	44	100.0%

(5) 営業日

営業日は、「平日のみ」が 59.1%であり、次いで、「土日営業あり」は 31.8%、「不定期」は 9.1%であった。

図表 3-1-5 営業日 (n=44)

	回答数	構成比
平日のみ	26	59.1%
土日営業あり	14	31.8%
不定期	4	9.1%
全体	44	100.0%

(6) 祝日の営業

祝日の営業は、「営業している」が 47.7%、「営業していない」が 50.0%であった。

図表 3-1-6 祝日の営業 (n=44)

	回答数	構成比
営業している	21	47.7%
営業していない	22	50.0%
無回答	1	2.3%
全体	44	100.0%

(7) 2021年10月の療養通所の営業日数

2021年10月の療養通所の営業日数は、「21日以上」が32事業所(72.7%)で最も多く、次いで、「16日~20日」は5事業所(11.4%)、「5日以下」は2事業所(4.5%)、「10月の営業なし(0日)」と「6日~10日」と「11日~15日」はいずれも1事業所(2.3%)であった。

図表 3-1-7 2021 年 10 月の療養通所の営業日数 (n=44)

	回答数	構成比
10月の営業なし(0日)	1	2. 3%
5日以下	2	4. 5%
6日~10日	1	2. 3%
11日~15日	1	2.3%
16日~20日	5	11. 4%
21日以上	32	72. 7%
無回答	2	4. 5%
全体	44	100.0%

(8) 宿泊サービスの届出の有無

宿泊サービスの届出の有無は、「有り」が5事業所(11.4%)、「無し」が38事業所(86.4%)であった。

図表 3-1-8 宿泊サービスの届出の有無 (n=44)

	回答数	構成比
有	5	11.4%
無	38	86.4%
無回答	1	2.3%
全体	44	100.0%

(9) 宿泊サービス実施の有無

宿泊サービスの届出が有る 5 事業所のうち、実際の宿泊サービス実施の有無は、「有り」が 3 事業所、「無し」が 2 事業所であった。

(10)入浴設備の有無

入浴設備の有無は、「有り」が 40 事業所(90.9%)、「無し」が 3 事業所(6.8%)であった。

図表 3-1-10 入浴設備の有無 (n=44)

	回答数	構成比
有	40	90.9%
無	3	6.8%
無回答	1	2.3%
全体	44	100.0%

(11)登録特定行為事業者または登録喀痰吸引等事業者としての登録の有無

登録特定行為事業者または登録喀痰吸引等事業者としての登録の有無は、「有り」が 27.3%、「無し」が 61.4%であった。

図表 3-1-11 登録特定行為事業者または登録喀痰吸引等事業者としての登録の 有無 (n=44)

	回答数	構成比
有	12	27.3%
無	27	61.4%
無回答	5	11.4%
全体	44	100.0%

(12) 登録特定行為または登録喀痰吸引等事業の実施の有無

登録特定行為または登録喀痰吸引等事業の実施の有無は、「有り」が 25.0%、「無し」が 63.6%であった。

図表 3-1-12 登録特定行為または登録喀痰吸引等事業の実施の有無(n=44)

	回答数	構成比
有	11	25.0%
無	28	63.6%
無回答	5	11.4%
全体	44	100.0%

(13) インターネットに接続できる環境か否か

事業所がインターネットに接続できる環境か否かは、「はい」が9割を占めた。

図表 3-1-13 事業所がインターネットに接続できる環境か否か (n=44)

	回答数	構成比
はい	43	97.7%
いいえ	0	0.0%
無回答	1	2.3%
全体	44	100.0%

(14) 事業所の職員体制

職員の常勤換算数は、有効な回答があった36事業所にて、「看護師」は平均2.5人、「准看護師」は平均0.3人、「理学療法士・作業療法士・言語聴覚士」は平均0.2人、「介護福祉士」は平均1.5人、「介護福祉士以外の介護職員」は平均0.8人、「その他の職員」は平均0.6人であった。

「看護職員」は平均 2.8 人、「介護職員」は平均 2.3 人、「全職員数合計」は平均 6.0 人であった。

図表 3-1-14 事業所の職員体制 常勤換算数

	n(件数)	合計値	平均值	標準偏差	中央値
看護師	36	90.5	2.5	1.2	2.3
准看護師	36	10.8	0.3	0.6	0.0
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	36	7.4	0.2	0.4	0.0
介護福祉士	36	55.1	1.5	1.2	1.3
介護福祉士以外の介護職員	36	29.3	0.8	1.0	0.6
その他の職員	36	21.1	0.6	1.5	0.0
看護職員小計	36	101.3	2.8	1.3	2.6
介護職員小計	36	84.4	2.3	1.5	2.0
全職員数合計	36	214.2	6.0	2.7	5.6

図表 3-1-14-1 事業所の職員体制の分布 常勤換算数

① 看護職員小計

	回答数	構成比
0人		0.0%
0人超1人以下		4 9.1%
1人超2人以下		8 18.2%
2 人超	2	4 54.5%
無回答		8 18.2%
全体	4	4 100.0%

②介護職員小計

	回答数	構成比
0人	2	4.5%
0人超1人以下	7	15.9%
1人超2人以下	10	22.7%
2 人超	17	38.6%
無回答	8	18.2%
全体	44	100.0%

③ 看護師

	回答数	構成比
0人	0	0.0%
0人超1人以下	6	13.6%
1人超2人以下	8	18.2%
2 人超	22	50.0%
無回答	8	18.2%
全体	44	100.0%

④ 准看護師

	回答数	構成比
0人	26	59.1%
0人超1人以下	5	11.4%
1人超2人以下	5	11.4%
2 人超	0	0.0%
無回答	8	18.2%
全体	44	100.0%

⑤ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

	回答数	構成比
0人	27	61.4%
0人超1人以下	7	15.9%
1人超2人以下	2	4.5%
2 人超	0	0.0%
無回答	8	18.2%
全体	44	100.0%

⑥ 介護福祉士

	回答数	構成比
0人	4	9.1%
0人超1人以下	13	29.5%
1人超2人以下	11	25.0%
2 人超	8	18.2%
無回答	8	18.2%
全体	44	100.0%

⑦ 介護福祉士以外の介護職員

	回答数	構成比
0人	15	34.1%
0人超1人以下	12	27.3%
1人超2人以下	5	11.4%
2 人超	4	9.1%
無回答	8	18.2%
全体	44	100.0%

⑧合計

	回答数	構成比
2.5 人未満	3	6.8%
2.5 人以上3.0 人未満	0	0.0%
3.0 人以上5.0 人未満	12	27.3%
5.0 人以上7.0 人未満	8	18.2%
7.0 人以上10.0人未満	10	22.7%
10.0人以上	3	6.8%
無回答	8	18.2%
全体	44	100.0%

(15) 他事業と兼務している職員の有無

事業と兼務している職員の有無は、「有り」が 37 事業所(84.1%)、「無し」が 5 事業所(11.4%)であった。

図表 3-1-15 他事業と兼務している職員の有無 (n=44)

	回答数	構成比
有	37	84.1%
無	5	11.4%
無回答	2	4.5%
全体	44	100.0%

(16) 管理者の就業形態

管理者の就業形態は、「常勤兼務」が63.6%、「常勤専従」が31.8%であった。

図表 3-1-16 管理者の就業形態 (n=44)

	回答数	構成比
常勤専従	14	31.8%
常勤兼務	28	63.6%
無回答	2	4.5%
全体	44	100.0%

(17) 管理者の療養通所介護事業での管理者経験年数

管理者の療養通所介護事業での管理者経験年数(自事業所以外での療養通所介護事業の管理者経験も含む)は、「3年以上5年未満」が14事業所(31.8%)であり、「5年以上10年未満」は12事業所(27.3%)、「1年以上3年未満」は9事業所(20.5%)、「10年以上」は5事業所(11.4%)であった。

図表 3-1-17 管理者の療養通所介護事業での管理者経験年数 (n=44)

	回答数	構成比
1年未満	1	2.3%
1年以上3年未満	9	20.5%
3年以上5年未満	14	31.8%
5年以上10年未満	12	27.3%
10年以上	5	11.4%
無回答	3	6.8%
全体	44	100.0%

(18) 管理者の年代

管理者の年代は、「50 代」が 36.4%で最も多く、次いで、「40 代」は 34.1%、「60 代以上」は 22.7%、「30 代」は 4.5%であった。

図表 3-1-18 管理者の年代 (n=44)

	回答数	構成比
20代	0	0.0%
30代	2	4.5%
40代	15	34.1%
50代	16	36.4%
60代以上	10	22.7%
無回答	1	2.3%
全体	44	100.0%

(19)教育担当者の有無

教育担当者の有無は、「有り」が54.5%、「無し」が36.4%であった。

図表 3-1-19 教育担当者の有無 (n=44)

	回答数	構成比
有	24	54.5%
無	16	36.4%
無回答	4	9.1%
全体	44	100.0%

2) 2021 年 10 月の利用者の実態等

(1)療養通所介護(介護保険)の利用者

療養通所介護の利用者について、利用定員は平均 7.0 人、月 1 回以上利用した療養 通所介護の利用者数は平均 9.2 人、月 5 回以上利用した療養数は平均 7.0 人であった。

図表 3-2-1 療養通所介護(介護保険)の利用定員

	n(件数)	平均值	標準偏差	中央値
療養通所介護の利用定員	41	7.0	2. 6	7. 0
月1回以上利用した療養通所介護の利用者数	41	9. 2	8. 2	7. 0
月5回以上利用した療養通所介護の利用者数	41	7. 0	6. 7	6. 0

①利用定員

療養通所介護(介護保険)の利用定員は、 $\lceil 6 \land 4 \rceil$ 人」が 54.5%であり、 $\lceil 5 \land 5 \rceil$ 人以下」は 31.8%、 $\lceil 11 \land 5 \rceil$ 人以上」は 6.8%であった。

図表 3-2-1-1 療養通所介護(介護保険)の利用定員(n=44)

	回答数	構成比
5人以下	14	31.8%
6人~10人	24	54.5%
11人以上	3	6.8%
無回答	3	6.8%
全体	44	100.0%

②2021年10月に1回以上利用した利用者数(実人数)

2021年10月に1回以上利用した療養通所介護(介護保険)の利用者数(実人数)は、「1 人~5 人」が36.4%であり、「11 人以上」は31.8%、「6 人~10 人」は20.5%、「0 人」は4.5%であった。

図表 3-2-1-2 2021 年 10 月に 1 回以上利用した利用者数(実人数)(n=44)

	回答数	構成比
0人	2	4.5%
1人~5人	16	36.4%
6人~10人	9	20.5%
11人以上	14	31.8%
無回答	3	6.8%
全体	44	100.0%

③うち、5回以上利用した人数

うち、5 回以上療養通所介護(介護保険)を利用した人数は、「1 人 \sim 5 人」が 29.5%であり、「6 人 \sim 10 人」は 25.0%、「11 人以上」は 22.7%、「0 人」は 15.9%であった。

図表 3-2-1-3 うち、5 回以上利用した人数 (n=44)

	回答数	構成比
0人	7	15.9%
1人~5人	13	29.5%
6人~10人	11	25.0%
11人以上	10	22.7%
無回答	3	6.8%
全体	44	100.0%

(2) 18 歳未満の利用者(児童発達支援事業所、放課後等デイサービス等)

18 歳未満の利用者(児童発達支援事業所、放課後等デイサービス等) について、18 歳未満の利用定員は平均3.1人、月1回以上利用した18 歳未満の利用者数は平均10.3人、月5回以上利用した18 歳未満の利用者数は平均5.1人であった。

図表 3-2-2 18 歳未満の利用定員

	n(件数)	平均值	標準偏差	中央値
18歳未満の利用定員	28	3. 1	3.0	5.0
月1回以上利用した18歳未満の利用者数	16	10.3	5. 2	11.0
月5回以上利用した18歳未満の利用者数	16	5. 1	3. 7	6.0

① 利用定員

18 歳未満の利用定員は、「 $1\sim5$ 人」が 34.1%であり、「0 人」は 27.3%、「決めていない」と「6 人以上」はともに 2.3%であった。

図表 3-2-2-1 18 歳未満の利用定員の分布 (n=44)

	回答数	構成比
決めていない	1	2.3%
0人	12	27.3%
1~5人	15	34.1%
6人以上	1	2.3%
無回答	15	34.1%
全体	44	100.0%

② 2021 年 10 月に1回以上利用した利用者数

18 歳未満の利用者定員が 1 人以上の事業所のうち、2021 年 10 月に 1 回以上利用した 18 歳未満の利用者数は、「11 人以上」と回答した事業所は 10 事業所 (62.5%)であり、「1 人~5 人」と「6 人~10 人」と回答した事業所はともに 3 事業所 (18.8%) であった。

図表 3-2-2-2 2021 年 10 月に 1 回以上利用した利用者数 (n=16)

	回答数	構成比
1人~5人	3	18.8%
6人~10人	3	18.8%
11人以上	10	62.5%
無回答	_	ı
全体	16	100.0%

③ うち、5回以上利用した人数

うち、5 回以上 18 歳未満の利用した人数は、「6~10 人」と回答した事業所は 7 事業所(43.8%)であり、「0 人」と「1 人~5 人」と回答した事業所はともに 4 事業所(25.0%)、「11 人以上」と回答した事業所は 1 事業所(6.3%)であった。

図表 3-2-2-3 うち、5 回以上利用した人数 (n=16)

	回答数	構成比
0人	4	25.0%
1人~5人	4	25.0%
6人~10人	7	43.8%
11人以上	1	6.3%
無回答	_	_
全体	16	100.0%

(3) 18歳以上の利用者(介護保険利用者を除く)

18 歳以上の利用者(介護保険利用者を除く) について、18 歳以上の利用定員は平均2.4人、月1回以上利用した18歳以上の利用者数は平均4.4人、月5回以上利用した18歳以上の利用者数は平均2.8人であった。

図表 3-2-3 18 歳以上の利用定員

	n(件数)	平均值	標準偏差	中央値
18歳以上の利用定員	26	2. 4	3. 4	0.0
月1回以上利用した18歳以上の利用者数	12	4. 4	3. 1	4. 0
月5回以上利用した18歳以上の利用者数	12	2. 8	2. 3	2. 5

① 利用定員

介護保険利用者を除く 18 歳以上の利用定員は、 $\lceil 0$ 人」が 31.8%であり、 $\lceil 5$ 人以上」は 18.2%、 $\lceil 3$ 人~4 人」は 6.8%、「決めていない」と $\lceil 1$ 人~2 人」は 18.2% もに 18.2% であった。

図表 3-2-3-1 18 歳以上の利用定員の分布 (n=44)

	回答数	構成比
決めていない	1	2.3%
0人	14	31.8%
1人~2人	1	2.3%
3人~4人	3	6.8%
5人以上	8	18.2%
無回答	17	38.6%
全体	44	100.0%

② 2021 年 10 月に1回以上利用した利用者数

介護保険利用者を除く、18 歳以上の利用者定員が 1 人以上の事業所のうち、2021 年 10 月に 1 回以上利用した、介護保険利用者を除く 18 歳以上の利用者数は、「1 人~5 人」と回答した事業所は 8 事業所(66.7%)、「6 人以上」と回答した事業所は 4 事業所(33.3%)であった。

図表 3-2-3-2 2021 年 10 月に 1 回以上利用した利用者数 (実人数) (n=12)

	回答数	構成比
1人~5人	8	66.7%
6人以上	4	33.3%
無回答	_	ı
全体	12	100.0%

③ うち、5回以上利用した人数

うち、5 回以上介護保険利用者を除く 18 歳以上の利用した人数は、「1 人~5 人」と回答した事業所は 8 事業所(66.7%)であり、「0 人」と回答した事業所は 3 事業所(25.0%)であり、「6 人以上」は 1 事業所(8.3%)であった。

図表 3-2-3-3 うち、5 回以上利用した人数 (n=12)

	回答数	構成比
0人	3	25.0%
1人~5人	8	66.7%
6人以上	1	8.3%
無回答	_	-
全体	12	100.0%

(4) 新規依頼者数 (2021 年 4~10 月)

新規依頼者数 (2021 年 4 月~10 月) は、「5 人以上」が 34.1%であり、「3 人以上 5 人未満」は 25.0%、「1 人以上 3 人未満」は 20.5%、「0 人」は 13.6%であった。

図表 3-2-4 新規依頼者数 (2021 年 4 月~10 月)

	回答数	構成比
0人	6	13.6%
1人以上3人未満	9	20.5%
3人以上5人未満	11	25.0%
5人以上	15	34.1%
無回答	3	6.8%
全体	44	100.0%

	n(件数)	平均值	標準偏差	中央値
新規依頼者数(人)	41	6.0	8.5	3.0

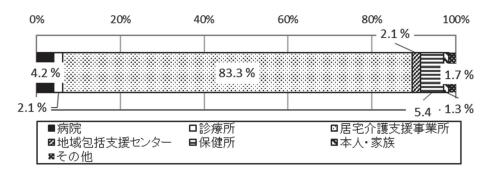
(5) 新規依頼の依頼経路別人数(人)

新規依頼の依頼経路別人数(人)は、有効な回答があった 41 事業所にて、「病院」は平均 0.2 人、「診療所」は平均 0.1 人、「居宅介護支援事業所」は平均 4.9 人、「地域包括支援センター」は平均 0.1 人、「保健所」は平均 0.3 人、「本人・家族」は平均 0.1 人であった。

n(件数) 合計値 平均值 標準偏差 中央値 病院 41 10 0.0 41 0.5 0.0 診療所 5 0.1 介護老人保健施設 41 0 0.0 0.0 0.0 居宅介護支援事業所 41 200 4.9 7.8 2.0 地域包括支援センター 41 5 0.1 8.0 0.0 41 13 0.3 0.0 保健所 0.7 本人 家族 41 3 0.1 0.3 0.0 その他 41 4 0.0 0.1 0.6

図表 3-2-5 新規依頼の依頼経路別人数(人)(n=41)

図表 3-2-5-1 新規依頼の依頼経路別人数の分布 (n=41 事業所、240 人)



(6) 新規利用開始者数 (2021年4月~10月)

新規利用開始者数 (2021 年 4 月~10 月) は、(3 人以上) が (36.4%) であり、(0 人) は (36.4%) であり、(49) 事業所 (20.5%)、(49) 事業所 (20.5%)、(49) ままず (48.2%) であった。

図表 3-2-6 新規利用開始者数 (2021 年 4 月~10 月) (n=44)

	回答数	構成比
0人	9	20.5%
1人	5	11.4%
2人	8	18.2%
3人以上	16	36.4%
無回答	6	13.6%
全体	44	100.0%

	n(件数)	平均值	標準偏差	中央値
新規利用開始者数(人)	38	3.6	4.6	2.0

(7) 2021年4月~10月末までに利用を中止(又は終了)した場合の転帰別利用者数

2021年4月~10月末までに利用を中止(又は終了)した場合の転帰別の利用者数は、有効な回答があった37事業所にて、「医療機関入院(その後、死亡した人を含む)」は平均1.4人、「介護保険施設入所」は平均0.7人、「在宅での死亡」は平均1.7人、「状態悪化し、在宅療養のまま終了(その後、結果的に入院、入所した人を含む)」は平均0.4人、「状態改善し終了」は平均0.1人、「利用者・家族の希望により終了」は平均0.5人であった。

図表 3-2-7 2021 年 4 月~10 月末までに利用を中止(又は終了)した場合の 転帰別利用者数

	n(件数)	合計値	平均値	標準偏差	中央値
医療機関入院(その後、死亡した人を含む)	37	52	1.4	2. 0	1.0
介護保険施設入所	37	24	0. 7	1. 7	0.0
在宅での死亡	37	61	1. 7	2. 4	1. 0
状態悪化し、在宅療養のまま終了(その後、結果 的に入院、入所した人を含む)	37	13	0. 4	0. 6	0. 0
状態改善し終了	37	3	0. 1	0.3	0.0
利用者・家族の希望により終了	37	17	0.5	1.1	0.0
上記の利用者のうち療養通所介護の利用の継続 が適切であると判断される利用者	37	9	0. 2	0. 7	0.0
うち、中止した理由が「包括報酬により利用料が高くなったため」である者	37	10	0. 3	0. 8	0.0
療養通所介護の利用終了後の状況					
介護保険サービスは利用していない	37	1	0.0	0. 2	0.0
通所介護を利用	37	5	0. 1	0.3	0.0
通所リハビリテーションを利用	37	1	0.0	0. 2	0.0
看護小規模多機能型居宅介護を利用	37	0	0.0	0.0	0.0
その他の介護保険サービスを利用	37	5	0. 1	0. 4	0.0
転居	37	0	0.0	0.0	0.0
その他	37	4	0. 1	0.4	0.0

3) 令和3年度介護報酬改定による影響

(1) 2021年4月の介護報酬改定による療養通所介護事業の収支状況の変化

2020 年 10 月の療養通所介護事業の収支状況は、「赤字」が 26 事業所 (59.1%) であり、「ほぼ均衡している」は 14 事業所 (31.8%)、「黒字」は 1 事業所 (2.3%) であった。

2021 年 10 月の療養通所介護事業の収支状況は、「赤字」が 26 事業所 (59.1%) であり、「ほぼ均衡している」は 11 事業所 (25.0%)、「黒字」は 2 事業所 (4.5%) であった。

図表 3-3-1 2020 年 10 月と 2021 年 10 月の収支状況の変化 (n=44)

	2020年10月		2021호	F10月
	回答数	構成比	回答数	構成比
黒字	1	2.3%	2	4.5%
ほぼ均衡している	14	31.8%	11	25.0%
赤字	26	59.1%	26	59.1%
無回答	3	6.8%	5	11.4%
全体	44	100.0%	44	100.0%

① 改定前後での比較

改定前後による比較は、「改定により収入が減った」が 43.2%で最も多く、次いで、「変わらない」は 36.4%、「改定により収入が増えた」は 13.6%であった。

図表 3-3-1-1 改定前後による比較 (n=44)

	回答数	構成比
改定により収入が増えた	6	13.6%
変わらない	16	36.4%
改定により収入が減った	19	43.2%
無回答	3	6.8%
全体	44	100.0%

(2) 加算・減算の状況 (2021年10月分)

加算の状況 (2021 年 10 月分) は、「サービス提供体制強化加算IIIイ」を算定している事業所が 6 事業所(13.6%)、「サービス提供体制強化加算IIIロ」を算定している事業所が 9 事業所(20.5%)であった。

「介護職員処遇改善加算 I」を算定している事業所が 28 事業所(63.6%)、「介護職員処遇改善加算 II」を算定している事業所が 3 事業所(6.8%%)であり、「介護職員処遇改善加算 II」を算定している事業所が 2 事業所(4.5%)、「介護職員等特定処遇改善加算 I」を算定している事業所が 5 事業所(11.4%)、「介護職員等特定処遇改善加算 II」を算定している事業所が 11 事業所(25.0%)であった。

口腔栄養スクリーニング加算を算定している事業所が 6 事業所 (13.6%) であった。

減算の状況 (2021 年 10 月分) は、「入浴介助を行っていないための減算」が 6 事業所 (13.6%)、「利用者 1 人当たり平均回数が月 5 回に満たないための減算」が 12 事業所 (27.3%) であった。

図表 3-3-2 加算・減算の状況 (2021 年 10 月分) (n=44) (複数回答)

	回答数	構成比
サービス提供体制強化加算皿イ	6	13.6%
サービス提供体制強化加算皿ロ	9	20.5%
介護職員処遇改善加算 I	28	63.6%
介護職員処遇改善加算Ⅱ	3	6.8%
介護職員処遇改善加算皿	2	4.5%
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	5	11.4%
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	11	25.0%
口腔栄養スクリーニング加算	6	13.6%
入浴介助を行っていないための減算	6	13.6%
利用者定員を超えたための減算	0	0.0%
看護職員等従業者の員数が別に厚生労働大臣 が定める基準に該当するための減算	0	0.0%
利用者1人当たり平均回数が月5回に満たないための減算	12	27.3%
無回答	3	6.8%
全体	44	100.0%

(3) 療養通所介護が包括報酬になったことの影響

療養通所介護が包括報酬になったことの影響では、「包括報酬になり、1人当たり月平均利用回数が増えた」と回答した事業所が16事業所(36.4%)で最も多く、次いで、「包括報酬になり、利用者1名あたりの単価が上がった」と回答した事業所は14事業所(31.8%)、「包括報酬になり、利用者1名あたりの単価が下がった」と回答した事業所は13事業所(29.5%)、「包括報酬になり、短時間利用者が増えた」と「包括報酬になり、収入減になり、他の事業への変更、療養通所介護事業の中止を予定している」と回答した事業所はともに8事業所(18.2%)であった。

その他の回答では、「新規利用者の受け入れが非常に困難」「収益の低下・利用者が減ってしまった」「料金説明への労力、レセプト業務の複雑化」という意見があった。

図表 3-3-3 療養通所介護が包括報酬になったことの影響(n=44)(複数回答)

	回答数	構成比
包括報酬になり、1人当たり月平均利用回数が増えた	16	36.4%
包括報酬になり、短時間利用者が増えた	8	18.2%
包括報酬になり、利用者1 名あたりの単価が上がった	14	31.8%
包括報酬になり、利用者1 名あたりの単価が下がった	13	29.5%
包括報酬になり、職員体制を拡充できた	2	4.5%
包括報酬になり、営業日を増やした	1	2.3%
包括報酬になり、介護保険報酬での受け入れ 人数を増やした	5	11.4%
包括報酬になり、収入減になり、他の事業への 変更、療養通所介護事業の中止を予定してい る	8	18.2%
その他	12	27.3%
無回答	2	4.5%
全体	44	100.0%

① 包括報酬になり、1 人当たり月平均利用回数が増えた場合、1 人当たり平均利用回数

令和3年3月の1人当たり平均利用回数は、「6回超」と回答した事業所は9 事業所、「3回超~6回以下」と回答した事業所は3事業所、「1回以下」と「1回超~3回以下」と回答した事業所はともに1事業所であった。

令和3年10月の1人当たり平均利用回数は、「6回超」と回答した事業所は 9事業所であり、「1回超~3回以下」と回答した事業所は、3事業所であり、 「3回超~6回以下」と回答した事業所は2事業所であった。

図表 3-3-3-1 令和 3 年 3 月と 10 月の 1 人当たり平均利用回数 (n=16)

	令和3年3月の 1人当たり 平均利用回数		令和3年 1人 ^当 平均利	áたり
	回答数	構成比	回答数	構成比
1回以下	1	6.3%	0	0.0%
1回超~3回以下	1	6.3%	3	18.8%
3回超~6回以下	3	18.8%	2	12.5%
6回超	9	56.3%	9	56.3%
無回答	2	12.5%	2	12.5%
全体	16	100.0%	16	100.0%

	n(件数)	平均值	標準偏差	中央値
令和3年3月の1人当たり平均利用回数(回)	14	6. 0	2. 3	6. 7
令和3年10月の1人当たり平均利用回数(回)	14	6. 3	2. 4	6. 5

② 包括報酬になり、短時間利用者が増えた場合、利用時間別の利用人数の人数 令和3年3月の利用時間が1時間以上4時間未満の人数は、8事業所すべて が0人と回答した。

令和3年3月の利用時間が4時間以上8時間未満の人数の平均は7.3人であった。

令和3年10月の利用時間が1時間以上4時間未満の人数の平均は4.3人であった。令和3年10月の利用時間が4時間以上8時間未満の人数の平均は9.6人であった。

図表 3-3-3-2 包括報酬になり、短時間利用者が増えた場合の利用時間別の利用人数(n=16)

		n(件数)	合計値	平均值	標準偏差	中央値
令和3年	利用時間が1時間以上4時間未満の人数	8	0	0.0	0.0	0.0
3月	利用時間が4時間以上8時間未満の人数	8	58	7. 3	8. 7	4. 5
令和3年	利用時間が1時間以上4時間未満の人数	8	34	4. 3	9. 4	0.0
10月	利用時間が4時間以上8時間未満の人数	8	77	9. 6	8. 9	7. 0

③ 包括報酬になり、利用者 1 名あたりの単価が上がった場合、利用者 1 名あたりの増収単位

利用者1名あたりの増収単位は、「1001単位以上」と回答した事業所が5事業所であり、「500単位以下」と回答した事業所は4事業所、「501単位~1000単位」と回答した事業所は3事業所であった。

図表 3-3-3-3 利用者 1 名あたりの増収単位 (n=14)

	回答数	構成比
500単位以下	4	28.6%
501単位~1000単位	3	21.4%
1001単位以上	5	35.7%
無回答	2	14.3%
全体	14	100.0%

④ 包括報酬になり、利用者1名あたりの単価が下がった場合、利用者1名あたりの減収単位

利用者1名あたりの減収単位は、「1001単位以上」と回答した事業所が6事業所であった。

図表 3-3-3-4 利用者 1 名あたりの減収単位 (n=13)

	回答数	構成比
500 単位以下	0	0.0%
501 単位~1000単位	0	0.0%
1001単位以上	6	46.2%
無回答	7	53.8%
全体	13	100.0%

⑤ 包括報酬になり、職員体制を拡充できた場合、拡充内容

包括報酬になり職員体制を拡充できた場合、職員体制を「増員した」が2事業所であり、増員した人数は、「1人」と「2人」がともに2事業所であった。 増員した職種は、「看護」が2事業所、「介護」が1事業所であった。

「常勤兼務から常勤専従へ変更した」が1事業所であった。

変更した人数は、「1人」であり、常勤兼務から常勤専従へ変更した職種は、「その他」と回答した事業所が1事業所であった。

図表 3-3-3-5 職員体制の拡充内容 (n=44)

	回答数	構成比
増員した	2	4.5%
非常勤から常勤へ変更した	0	0.0%
常勤兼務から常勤専従へ変更した	1	2.3%
無回答	42	95.5%
全体	44	100.0%

4) 基準等に対する取り組み

(1) 感染症対策

①感染症対策を検討する委員会の開催

感染症対策を検討する委員会の開催は、「実施している」が 54.5%で最も多く、 次いで、「検討しているが実施できていない」は 34.1%、「検討していない」は 4.5%であった。

図表 3-4-1-1 感染症対策を検討する委員会の開催 (n=44)

	回答数	構成比
実施している	24	54.5%
検討しているが実施できていない	15	34.1%
検討していない	2	4.5%
無回答	3	6.8%
全体	44	100.0%

② 感染症予防及びまん延の防止のための指針の整備

感染症予防及びまん延の防止のための指針の整備は、「実施している」が61.4%で最も多く、次いで、「検討しているが実施できていない」は29.5%、「検討していない」は2.3%であった。

図表 3-4-1-2 感染症予防及びまん延の防止のための指針の整備(n=44)

	回答数	構成比
実施している	27	61.4%
検討しているが実施できていない	13	29.5%
検討していない	1	2.3%
無回答	3	6.8%
全体	44	100.0%

③ 感染症に関する研修または訓練

感染症に関する研修または訓練は、「実施している」が 79.5%で最も多く、次いで、「検討しているが実施できていない」は 11.4%、「検討していない」は 2.3%であった。

図表 3-4-1-3 感染症に関する研修または訓練 (n=44)

	回答数	構成比
実施している	35	79.5%
検討しているが実施できていない	5	11.4%
検討していない	1	2.3%
無回答	3	6.8%
全体	44	100.0%

(2)業務継続計画 (BCP)

① 感染症発生時(自然災害時)対応主体の選定、役割分担

感染症発生時(自然災害時)対応主体の選定、役割分担は、「検討しているが実施できていない」が54.5%で最も多く、次いで、「実施している」は34.1%、「検討していない」は2.3%であった。

検討していない理由は、「コロナ禍の職員の出勤欠員(濃厚接触者の疑いで) や、人手不足により日々の実務を回すだけで余裕がない」という意見があった。

図表 3-4-2-1 感染症発生時(自然災害時)対応主体の選定、役割分担(n=44)

	回答数	構成比
実施している	15	34.1%
検討しているが実施できていない	24	54.5%
検討していない	1	2.3%
無回答	4	9.1%
全体	44	100.0%

② サービス提供継続、非常時の体制で早期の業務再開に関する指針の整備 サービス提供継続、非常時の体制で早期の業務再開に関する指針の整備は、 「検討しているが実施できていない」が 61.4%で最も多く、次いで、「実施し ている」は 22.7%、「検討していない」は 4.5%であった。

図表 3-4-2-2 サービス提供継続、非常時の体制で早期の業務再開に関する 指針の整備 (n=44)

	回答数	構成比
実施している	10	22.7%
検討しているが実施できていない	27	61.4%
検討していない	2	4.5%
無回答	5	11.4%
全体	44	100.0%

③ 利用者と職員の安全確保に関する指針の整備

「検討しているが実施できていない」が 52.3%で最も多く、次いで、「実施している」は 31.8%、「検討していない」は 4.5%であった。

図表 3-4-2-3 利用者と職員の安全確保に関する指針の整備(n=44)

	回答数	構成比
実施している	14	31.8%
検討しているが実施できていない	23	52.3%
検討していない	2	4.5%
無回答	5	11.4%
全体	44	100.0%

④ 業務継続計画に関する研修または訓練

業務継続計画に関する研修または訓練は、「検討しているが実施できていない」が 65.9%で最も多く、次いで、「実施している」は 20.5%、「検討していない」は 4.5%であった。

図表 3-4-2-4 業務継続計画に関する研修または訓練 (n=44)

	回答数	構成比
実施している	9	20.5%
検討しているが実施できていない	29	65.9%
検討していない	2	4.5%
無回答	4	9.1%
全体	44	100.0%

⑤ 地域での他事業所との合同開催、法人内の事業所との合同開催、テレビ電話 装置などを利用しての開催

地域での他事業所との合同開催、法人内の事業所との合同開催、テレビ電話装置などを利用しての開催は、「検討しているが実施できていない」が54.5%で最も多く、次いで、「実施している」は27.3%、「検討していない」は6.8%であった。

図表 3-4-2-5 地域での他事業所との合同開催、法人内の事業所との合同開催、テレビ電話装置などを利用しての開催 (n=44)

	回答数	構成比
実施している	12	27.3%
検討しているが実施できていない	24	54.5%
検討していない	3	6.8%
無回答	5	11.4%
全体	44	100.0%

(3) 虐待防止の推進

① 虐待防止検討委員会の設置および開催

虐待防止検討委員会の設置および開催は、「実施している」が 50.0%で最も多く、次いで、「検討しているが実施できていない」は 38.6%、「検討していない」は 2.3%であった。検討していない理由は、「応募者多数で受付してもらえない」「研修開催日が少ない」等であった。

図表 3-4-3-1 虐待防止検討委員会の設置および開催 (n=44)

	回答数	構成比
実施している	22	50.0%
検討しているが実施できていない	17	38.6%
検討していない	1	2.3%
無回答	4	9.1%
全体	44	100.0%

② 運営規定に「虐待防止のための措置に関する項目」を追記

運営規定に「虐待防止のための措置に関する項目」を追記は、「実施している」が 52.3%、「検討しているが実施できていない」が 40.9%であった。

図表 3-4-3-2 運営規定に「虐待防止のための措置に関する項目」を追記 (n=44)

	回答数	構成比
実施している	23	52.3%
検討しているが実施できていない	18	40.9%
検討していない	0	0.0%
無回答	3	6.8%
全体	44	100.0%

③ 虐待防止に関する研修

虐待防止に関する研修は、「実施している」が 68.2%、「検討しているが実施できていない」が 25.0%であった。

図表 3-4-3-3 虐待防止に関する研修 (n=44)

	回答数	構成比
実施している	30	68.2%
検討しているが実施できていない	11	25.0%
検討していない	0	0.0%
無回答	3	6.8%
全体	44	100.0%

(4) 認知症介護基礎研修の受講

介護に直接携わる職員のうち医療・福祉関係の資格を有さない者に研修を受講させるかは、「該当なし」が 38.6%であり、「検討しているが実施できていない」は 36.4%、「実施している」は 15.9%、「検討していない」は 2.3%であった。

図表 3-4-4-1 介護に直接携わる職員のうち 医療・福祉関係の資格を有さない者の研修受講 (n=44) (複数回答)

	回答数	構成比
実施している	7	15.9%
検討しているが実施できていない	16	36.4%
検討していない	1	2.3%
該当なし	17	38.6%
無回答	3	6.8%
全体	44	100.0%

(5) ハラスメント対策の強化

適切なハラスメント対策の明確化は、「検討しているが実施できていない」が61.4%、「実施している」が29.5%であった。

図表 3-4-5-1 適切なハラスメント対策の明確化 (n=44)

	回答数	構成比
実施している	13	29.5%
検討しているが実施できていない	27	61.4%
検討していない	0	0.0%
無回答	4	9.1%
全体	44	100.0%

(6)機能訓練・口腔・栄養の取組の一体的な推進

管理栄養、歯科衛生士等との連携は、「検討しているが実施できていない」が 47.7%で最も多く、次いで、「実施している」は 31.8%、「検討していない」は 13.6%であった。

図表 3-4-6-1 管理栄養、歯科衛生士等との連携 (n=44)

	回答数	構成比
実施している	14	31.8%
検討しているが実施できていない	21	47.7%
検討していない	6	13.6%
無回答	3	6.8%
全体	44	100.0%

5) 「科学的介護情報システム (LIFE)」の活用

(1) 科学的介護情報システム (LIFE) の認知度

科学的介護情報システム (LIFE) の認知度は、「知っている」が 45.5%で最も多く、次いで、「名前はきいたことがあるが、内容はよくわからない」は 34.1%、「知らない」は 13.6%であった。

図表 3-5-1 科学的介護情報システム(LIFE)の認知度(n=44)

	回答数	構成比
知っている	20	45.5%
名前はきいたことがあるが、内 容はよくわからない	15	34.1%
知らない	6	13.6%
無回答	3	6.8%
全体	44	100.0%

(2) 同じ法人が経営する別のサービスにおいての LIFE の活用状況

同じ法人が経営する別のサービスにおいての LIFE の活用状況は、「活用していない」が 70.5%で最も多く、次いで、「活用している」は 15.9%、「わからない」は 9.1%であった。

図表 3-5-2 同じ法人が経営する別のサービスにおいての LIFE の活用状況 (n=44)

	回答数	構成比
活用している	7	15.9%
活用していない	31	70.5%
わからない	4	9.1%
無回答	2	4.5%
全体	44	100.0%

(3) 事業所で作成する文書のうち、利用者ごとの記録等の文書の作成・保存方法

事業所で作成する文書のうち、利用者ごとの記録等の文書の作成・保存方法は、「手書きで作成し、紙で保存」が 47.7%で最も多く、次いで、「記録ソフト(電子カルテ等)にてパソコン等で作成し、電子でのみ保存」は 27.3%、「記録ソフト(電子カルテ等)にてパソコン等で作成し、出力して紙で保存」は 25.0%、「文書ソフト、表計算ソフト等にてパソコン等で作成し、出力して紙で保存」は 15.9%であった。

図表 3-5-3 事業所で作成する文書のうち、利用者ごとの記録等 の文書の作成・保存方法(n=44)(複数回答)

	回答数	構成比
文書ソフト、表計算ソフト等にてパソ コン等で作成し、電子でのみ保存	3	6.8%
記録ソフト(電子カルテ等)にてパソコン等で作成し、電子でのみ保存	12	27.3%
文書ソフト、表計算ソフト等にてパソコン等で作成し、出力して紙で保存	7	15.9%
記録ソフト(電子カルテ等)にてパソコン等で作成し、出力して紙で保存	11	25.0%
手書きで作成し、紙で保存	21	47.7%
手書きで作成した後、パソコン等に入力	2	4.5%
その他	2	4.5%
無回答	2	4.5%
全体	44	100.0%

(4) 現在導入している記録ソフトの LIFE との連携

現在導入している記録ソフトの LIFE との連携は、「できない」と「記録ソフトを使用していない」がともに 29.5%で最も多く、次いで、「できる」は 27.3%であった。

図表 3-5-4 現在導入している記録ソフトの LIFE との連携 (n=44)

	回答数	構成比
できる	12	27.3%
できない	13	29.5%
記録ソフトを使用していない	13	29.5%
無回答	6	13.6%
全体	44	100.0%

(5) LIFE の利用登録

LIFE の利用登録は、「はい」が 20.5%、「いいえ」が 75.0%であった。

図表 3-5-5 LIFE の利用登録 (n=44)

	回答数	構成比
はい	9	20.5%
いいえ	33	75.0%
無回答	2	4.5%
全体	44	100.0%

(6) LIFE へのデータ提供

LIFE へのデータ提供は、「はい」と回答した事業所が 1 事業所、「いいえ」と回答した事業所が 41 事業所であった。

LIFE の活用場面では「利用者状態の管理・課題把握」に回答があった。

図表 3-5-6 LIFE へのデータ提供 (n=44)

	回答数	構成比
はい	1	2.3%
いいえ	41	93.2%
無回答	2	4.5%
全体	44	100.0%

(7) 評価を受けている様式

評価を受けている様式は、「科学的介護推進に関する評価(科学的介護推進情報)」と「栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(栄養・摂食嚥下情報)」の回答がともに 2 事業所であり、「別紙様式 1 興味・関心チェックシート(興味関心チェック情報)」と「別紙様式 2 生活機能チェックシート(居宅訪問チェック情報)」と「別紙様式 3 個別機能訓練計画書(個別機能訓練計画情報)」と「褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書(褥瘡マネジメント情報)」と「褥瘡対策に関する診療計画書(褥瘡マネジメント情報)」と「口腔衛生管理加算様式、実施計画(口腔衛生管理情報)」と「口腔機能向上サービスに関する計画書(口腔機能向上サービス管理情報)」の回答は、いずれも 1 事業所であった。

図表 3-5-7 評価を受けている様式 (n=44) (複数回答)

	回答数	構成比
科学的介護推進に関する評価(科学的介護推 進情報	2	4.5%
別紙様式1 興味・関心チェックシート(興味関心チェック情報)	1	2.3%
別紙様式2 生活機能チェックシート(居宅訪問 チェック情報)	1	2.3%
別紙様式3 個別機能訓練計画書(個別機能訓練計画情報	1	2.3%
ADL 維持等情報	0	0.0%
褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書 (褥瘡マネジメント情報)	1	2.3%
褥瘡対策に関する診療計画書(褥瘡マネジメント情報)	1	2.3%
排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書(排泄マネジメント情報)	0	0.0%
自立支援促進に関する評価・支援計画書(自立 支援促進情報)	0	0.0%
薬剤管理指導(薬剤変更情報)	0	0.0%
薬剤変更等に係る情報提供書(薬剤変更情報)	0	0.0%
栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング (栄養・摂食嚥下情報)	2	4.5%
口腔衛生管理加算様式、実施計画(口腔衛生 管理情報)	1	2.3%
口腔機能向上サービスに関する計画書(口腔機能向上サービス管理情報)	1	2.3%
無回答	40	90.9%
全体	44	100.0%

(8) 評価を受けたい様式

評価を受けたい様式は、「褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書(褥瘡マネジメント情報)」の回答が 14 事業所であり、「褥瘡対策に関する診療計画書(褥瘡マネジメント情報)」と「栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(栄養・摂食嚥下情報)」の回答はともに 11 事業所、「ADL 維持等情報」と「排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書(排泄マネジメント情報)」の回答はともに 10 事業所、「科学的介護推進に関する評価(科学的介護推進情報)」と「別紙様式1 興味・関心チェックシート(興味関心チェック情報)」と「別紙様式2 生活機能チェックシート(居宅訪問チェック情報)」と「薬剤管理指導(薬剤変更情報)」の回答はいずれも9事業所であった。

図表 3-5-8 評価を受けたい様式 (n=44) (複数回答)

	回答数	構成比
科学的介護推進に関する評価(科学的介護推 進情報	9	20.5%
別紙様式1 興味・関心チェックシート(興味関心チェック情報)	9	20.5%
別紙様式2 生活機能チェックシート(居宅訪問チェック情報)	9	20.5%
別紙様式3 個別機能訓練計画書(個別機能訓練計画情報	8	18.2%
ADL 維持等情報	10	22.7%
褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書 (褥瘡マネジメント情報)	14	31.8%
褥瘡対策に関する診療計画書(褥瘡マネジメント情報)	11	25.0%
排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書(排泄マネジメント情報)	10	22.7%
自立支援促進に関する評価・支援計画書(自立 支援促進情報)	7	15.9%
薬剤管理指導(薬剤変更情報)	9	20.5%
薬剤変更等に係る情報提供書(薬剤変更情報)	8	18.2%
栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング (栄養・摂食嚥下情報)	11	25.0%
口腔衛生管理加算様式、実施計画(口腔衛生 管理情報)	6	13.6%
口腔機能向上サービスに関する計画書(口腔機能向上サービス管理情報)	7	15.9%
無回答	25	56.8%
全体	44	100.0%

(9) 療養通所介護ではその他にどのような評価項目があると良いか

療養通所介護ではその他にどのような評価項目があると良いかは、「医療処置や機材 (留置カテーテルなど)」が 50.0%で最も多く、次いで、「感染・発熱」と「家族介護力・家族機能」はともに 43.2%、「多職種連携」は 40.9%、「服薬管理(点眼含む)」は 38.6%であった。

図表 3-5-9 療養通所介護ではその他にどのような評価項目があると良いか (n=44) (複数回答)

	回答数	構成比
疼痛管理	9	20.5%
服薬管理(点眼含む)	17	38.6%
呼吸機能	15	34.1%
循環機能	13	29.5%
感染•発熱	19	43.2%
医療処置や機材(留置カテーテルなど)	22	50.0%
家族介護力・家族機能	19	43.2%
ターミナルケア	12	27.3%
多職種連携	18	40.9%
その他	0	0.0%
無回答	13	29.5%
全体	44	100.0%

6) 送迎における ICT (タブレット端末等) の活用

(1)送迎の有無

送迎の有無は、「はい」が37事業所(84.1%)、「いいえ」が3事業所(6.8%)であった。

図表 3-6-1 送迎の有無 (n=44)

	回答数	構成比
はい	37	84.1%
いいえ	3	6.8%
無回答	4	9.1%
全体	44	100.0%

(2) 送迎時の ICT の活用

送迎時の ICT の活用は、「はい」が 12 事業所(32.4%)、「いいえ」が 24 事業所(64.9%)であった。

図表 3-6-2 送迎時の ICT の活用 (n=37)

	回答数	構成比
はい	12	32.4%
いいえ	24	64.9%
無回答	1	2.7%
全体	37	100.0%

(3) 送迎時に ICT を活用することでの利点

送迎時に ICT を活用することでの利点は、「看護師以外の人材を有効活用することができている」が 37.8%で最も多く、次いで、「人件費を抑えることができている」は 16.2%であった。

その他の回答では、「看護師が拘束されないので送迎時間の効率が良くなる」「状態変化時管理者に連絡相談できる」等があった。

図表 3-6-3 送迎時に ICT を活用することでの利点 (n=37) (複数回答)

	回答数	構成比
看護師以外の人材を有効活用する ことができている	14	37.8%
人件費を抑えることができている	6	16.2%
その他	7	18.9%
無回答	16	43.2%
全体	37	100.0%

(4) 看護師以外の送迎が可能な対象者数と看護師による送迎が必要な対象者数

看護師以外の送迎が可能な対象者数は、平均6.2人であった。看護師による送迎が必要な対象者数は、平均7.8人であった。

図表 3-6-4 看護師以外の送迎が可能な対象者数と 看護師による送迎が必要な対象者数

	n(件数)	平均值	標準偏差	中央値
看護師以外の送迎が可能な対象者数(人)	26	6.2	6.3	5.0
看護師による送迎が必要な対象者数(人)	28	7.8	7.1	5.5

(5) 送迎時に ICT を活用することの課題

送迎時に ICT を活用することの課題について自由回答にて以下の回答を得た。

【急変時の対応】

- ・送迎中の車内でおこる何か問題に対する対応
- ・車内での急変時の対応に困難急変時の対応
- ・急変時の対応

【共通理解】

- ・症状や体調が安定しているということを利用者と家族、スタッフ両方が共通に理解 すること
- ・情報共有

【経費】

- ・経費
- ・端末を準備するためのコスト
- ・タブレット端末等にかかる経費及び維持費
- ・通信費の負担

【その他】

- ・使用方法を習得する手間
- ・看護師以外の職員の介護力が求められる。
- ・通信環境の確保・入力時間の確保
- ・タブレット端末の破損や故障の対応

(6) 看護師の送迎が必要な理由

看護師の送迎が必要な理由について自由回答にて以下の回答を得た。

※()内の数字は同意見の回答数

【送迎時医療的処置が必要】

- ・送迎中に吸引の必要があるため(11件)
- ・車酔いによる嘔吐リスク者、痰吸引のある者、起立性低血圧症状リスク、酸素吸入 中など(2件)
- ・医療的ケアの方が多い
- ・呼吸器管理の必要があるため

【介護者の心理的サポートと情報交換】

- ・送りは介護職だけでも OK だが、朝の迎えの時の判断は介護者の心理的なサポートも含めて看護師が必要なことが多い
- ・家族との信頼関係。細かな状態変化、申し送り、家族との会話を通して情報交換を 行う
- ・ご本人の状態に応じて in/out の変更を判断したり、食事や排泄(浣腸、摘便含む)保清等のケアや処置の内容変更の判断が必要であるため。(家族と相談し、承諾を得るため)
- ・家族の希望

【変化の対応・予防的な配慮】

- ・移動中の症状出現やバイタル変化への対応をすみやかに行う。また、症状や変化が おきないような配慮を適切に行う
- ・座位にて血圧低下によるレベル低下がある方がいるため
- ・ 重症度が高く看護判断が必要 (3件)
- ・人工呼吸器装着している 病状が不安定
- ・移乗後の体調変化がある方等

【その他】

・ターミナルケアの場合麻薬の管理が必要なため

7) 療養通所介護の全利用者について

(1) 年齢

年齢は、回答があった利用者 178 人のうち、「75 歳~84 歳」が 28.7%で最も多く、次いで、「85歳~94歳」は25.3%、「65歳~74歳」は18.0%、「40歳~64歳」は11.2%であった。

図表 3-7-1 年齢 (n=178)

	回答数	構成比
40歳~64歳	20	11.2%
65歳~74歳	32	18.0%
75歳~84歳	51	28.7%
85歳~94歳	45	25.3%
95歳以上	11	6.2%
無回答	19	10.7%
全体	178	100.0%

(2) 要介護度

要介護度は、回答があった利用者 178 人のうち、「要介護 5」が 69.1%で最も多く、次いで、「要介護 4」は 10.7%、「要介護 3」は 6.2%、「要介護 2」は 1.7%であった。

図表 3-7-2 要介護度 (n=178)

	回答数	構成比
要介護1	0	0.0%
要介護2	3	1.7%
要介護3	11	6.2%
要介護4	19	10.7%
要介護5	123	69.1%
その他	2	1.1%
無回答	20	11.2%
全体	178	100.0%

(3)傷病名

傷病名は、回答があった利用者 178 人のうち、「脳卒中(脳出血・脳梗塞等)」が 34.3%で最も多く、次いで、「高血圧」は 17.4%、「神経難病」と「認知症(アルツハイマー病等)」はともに 16.3%、「骨折」は 13.5%であった。その他は「白内障」、「仙骨部の褥瘡」等であった。

図表 3-7-3 傷病名 (n=178) (複数回答)

	回答数	構成比
高血圧	31	17.4%
脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	61	34.3%
心臓病	20	11.2%
糖尿病	21	11.8%
高脂血症(脂質異常)	7	3.9%
呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等)	18	10.1%
胃腸・肝臓・胆のうの病気	11	6.2%
腎臓・前立腺の病気	14	7.9%
筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)	13	7.3%
骨折	24	13.5%
頚髄損傷	10	5.6%
末期がん	5	2.8%
末期がん以外のがん	10	5.6%
非がんの末期	1	0.6%
血液・免疫の病気	4	2.2%
精神疾患(うつ病、統合失調症、依存症等)	6	3.4%
神経難病	29	16.3%
認知症(アルツハイマー病等)	29	16.3%
パーキンソン病	16	9.0%
その他	38	21.3%
無回答	19	10.7%
全体	178	100.0%

傷病名のうち、主傷病名は、「脳卒中(脳出血・脳梗塞等)」が 20.8%で最も多く、 次いで、「神経難病」は 12.9%、「パーキンソン病」は 7.9%、「認知症 (アルツハイマ 一病等)」は 6.2%であった。

図表 3-7-3-1 主傷病名 (n=178)

	回答数	構成比
高血圧	1	0.6%
脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	37	20.8%
心臓病	2	1.1%
糖尿病	3	1.7%
高脂血症(脂質異常)	0	0.0%
呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等)	2	1.1%
胃腸・肝臓・胆のうの病気	1	0.6%
腎臓・前立腺の病気	5	2.8%
筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)	1	0.6%
骨折	2	1.1%
頚髄損傷	9	5.1%
末期がん	4	2.2%
末期がん以外のがん	5	2.8%
非がんの末期	0	0.0%
血液・免疫の病気	1	0.6%
精神疾患(うつ病、統合失調症、依存症等)	1	0.6%
神経難病	23	12.9%
認知症(アルツハイマー病等)	11	6.2%
パーキンソン病	14	7.9%
その他	13	7.3%
無回答	43	24.2%
全体	178	100.0%

(4) 利用回数と利用時間(2021年10月)

2021 年 10 月 1 か月間の利用回数は、回答があった利用者 178 人のうち、「7回以上」が 50.0%で最も多く、次いで、「4 回 \sim 6 回」は 28.1%、「1 回 \sim 3 回」は 7.3%、「10 月の利用はなし (0 回)」は 3.9%であった。

2021 年 10 月の利用時間数は、回答があった利用者 178 人のうち、「40 時間超」が 32.6%で最も多く、次いで、「10 時間以下」は 25.8%、「20 時間超~40 時間」は 20.8%、「0 時間」は 3.9%であった。

図表 3-7-4 1 か月間の利用回数と利用時間(2021 年 10 月)

	n(件数)	平均值	標準偏差	中央値
1か月間の利用回数(回)	159	6.6	3.1	4.0
1か月間の利用時間(時間)	154	30.6	24.0	4.0

① 利用回数(2021年10月)

図表 3-7-4-1 1 か月間の利用回数 (2021 年 10 月) (n=178)

	回答数	構成比
10月の利用はなし(O回)	7	3.9%
10~30	13	7.3%
4回~6回	50	28.1%
7回以上	89	50.0%
無回答	19	10.7%
全体	178	100.0%

② 利用時間数(2021 年 10 月)

図表 3-7-4-2 1 か月間の利用時間(2021 年 10 月) (n=178)

	回答数	構成比
O時間	7	3.9%
~10時間	46	25.8%
10時間超~20時間	6	3.4%
20時間超~40時間	37	20.8%
40時間超	58	32.6%
無回答	24	13.5%
全体	178	100.0%

(5) 改定前に比べての利用回数と利用時間

改定前に比べての利用回数は、回答があった利用者 178 人のうち、「特に変わらない」が 60.1%で最も多く、次いで、「減った」は 16.9%、「増えた」は 8.4%であった。

改定前に比べての利用時間数は、回答があった利用者 178 人のうち、「特に変わらない」が 65.2%で最も多く、次いで、「減った」は 13.5%、「増えた」は 6.7% であった。

図表 3-7-5 改定前に比べての利用回数と利用時間(n=178)

	改定前に比べての 利用回数		改定前に 利用 ^師	
	回答数	構成比	回答数	構成比
増えた	15	8.4%	12	6.7%
特に変わらない	107	60.1%	116	65.2%
減った	30	16.9%	24	13.5%
無回答	26	14.6%	26	14.6%
全体	178	100.0%	178	100.0%

(6) 10月1か月間のキャンセルの回数

2021年10月1か月間の当日のキャンセル回数は、回答があった利用者178人のうち、「なし(0回)」が79.8%であり、「1回」は5.1%、「2回」は1.1%、「3回以上」は0.6%であった。

2021 年 10 月 1 か月間の前日までのキャンセル回数は、回答があった利用者 178 人のうち、「なし (0 回)」が 70.2%で最も多く、次いで、「1 回」は 8.4%、「3 回 以上」は 4.5%、「2 回」は 3.4%であった。

図表 3-7-6 キャンセル回数 (n=178) (2021 年 10 月)

		当日の キャンセル回数				までの アル回数
	回答数	構成比	回答数	構成比		
なし(0回)	142	79.8%	125	70.2%		
1回	9	5.1%	15	8.4%		
2回	2	1.1%	6	3.4%		
3回以上	1	0.6%	8	4.5%		
無回答	24	13.5%	24	13.5%		
全体	178	100.0%	178	100.0%		

(7) キャンセルの主な理由

キャンセルの主な理由は、回答があった利用者 62 人のうち、「下痢・発熱などの体調不良で在宅療養のほうがよい」と「入院」がともに 10 人(16.1%)で最も多く、次いで、「本人の希望(行きたくないと言う等)」は 7 人(11.3%)、「緊急受診」と「短期入所」と「家族が通所に行くのが難しいと判断した」はいずれも 5 人(8.1%)であった。

図表 3-7-7 キャンセルの主な理由 (n=62) (複数回答)

	回答数	構成比
下痢・発熱などの体調不良で在宅療養のほうがよい	10	16.1%
緊急受診	5	8.1%
入院	10	16.1%
短期入所	5	8.1%
本人の希望(行きたくないと言う等)	7	11.3%
家族が通所に行くのが難しいと判断した	5	8.1%
家族の都合	4	6.5%
新型コロナウイルス感染症の不安	0	0.0%
その他	9	14.5%
無回答	23	37.1%
全体	62	100.0%

(8) 利用者へのケア

利用者へのケアは、回答があった利用者 178 人のうち、「移動・移乗の援助」が 88.2%で最も多く、次いで、「排泄援助」は 84.3%、「入浴・シャワー浴介助」は 79.8%、「口腔内ケア」は 78.1%であった。

図表 3-7-8 利用者へのケア (n=178)

	回答数	構成比
移動・移乗の援助	157	88.2%
体位交換	131	73.6%
口腔内ケア	139	78.1%
服薬援助・管理	108	60.7%
入浴・シャワー浴介助	142	79.8%
排泄援助	150	84.3%
経口摂取援助(食事・水分含む)	63	35.4%
見守り	75	42.1%
呼吸管理	36	20.2%
吸引	74	41.6%
経管栄養	75	42.1%
留置カテーテル	44	24.7%
中心静脈栄養	4	2.2%
気管カニューレ	24	13.5%
麻薬管理	1	0.6%
疼痛管理	10	5.6%
在宅酸素	10	5.6%
人工肛門・人工膀胱の管理	3	1.7%
人工呼吸器の管理	8	4.5%
リハビリテーション	81	45.5%
その他	22	12.4%
無回答	20	11.2%
全体	178	100.0%

(9) 利用者が療養通所介護以外で利用しているサービス

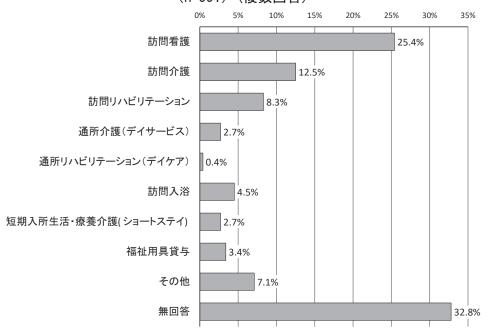
利用者が療養通所介護以外で利用しているサービスは、回答があった利用者 178 人のうち、「訪問看護」が 25.4%で最も多く、次いで、「訪問介護」は 12.5%、 「訪問リハビリテーション」は 8.3%、「訪問入浴」は 4.5%であった。無回答は 32.8%であった。

利用者が療養通所介護以外で利用しているサービスの平均利用回数は、訪問看護が 2.5 回、訪問介護が 6.1 回、訪問リハビリテーションが 2.0 回、通所介護が 3.6 回、通所リハビリテーションが 2.5 回、訪問入浴が 1.1 回、短期入所生活・療養介護が 1.3 回、福祉用具貸与が 1.0 回、その他が 1.8 回であった。

図表 3-7-9 利用者が療養通所介護以外で利用しているサービス (n=551) (複数回答)

	回答数	構成比
訪問看護	140	25.4%
訪問介護	69	12.5%
訪問リハビリテーション	46	8.3%
通所介護(デイサービス)	15	2.7%
通所リハビリテーション(デイケア)	2	0.4%
訪問入浴	25	4.5%
短期入所生活・療養介護(ショートステイ)	15	2.7%
福祉用具貸与	19	3.4%
その他	39	7.1%
無回答	181	32.8%
全体	551	100.0%

図表 3-7-9-1 利用者が療養通所介護以外で利用しているサービスの分布 (n=551) (複数回答)



図表 3-7-9-2 利用者が療養通所介護以外で利用しているサービスの利用回数(週)

	n(件数)	合計値	平均值	標準偏差	中央値
訪問看護	129	325	2.5	2.6	2.0
訪問介護	65	395	6.1	5.6	5.0
訪問リハビリテーション	44	89	2.0	2.8	1.5
通所介護(デイサービス)	14	50	3.6	7.4	1.0
通所リハビリテーション(デイケア)	2	5	2.5	0.5	2.5
訪問入浴	22	25	1.1	0.3	1.0
短期入所生活・療養介護(ショートステイ)	4	5	1.3	0.4	1.0
福祉用具貸与	2	2	1.0	0.0	1.0
その他	13	23	1.8	1.6	1.0

第12章 療養通所介護ヒアリング調査

第1節 調査概要

1. 調査の目的

療養通所介護の管理者を対象としたヒアリング調査を実施し、介護報酬改定による 影響等を把握することを目的に実施した。

2. 調査対象

療養通所介護の対象は、令和3年4月に開催した当財団主催「療養通所介護事業所 交流会」に参加した事業所のうち、調査の同意が得られた事業所、令和3年度の介護 報酬改定(包括報酬)により具体的に事業所の経営・運営状況に変化があった3カ所 を抽出した。

3. 調査方法

対象者が希望する日時に、オンラインで半構造的(一部構造的)面接を行った。調査時間は1時間から1時間30分程度とした。ヒアリング内容は、対象者の同意を得て録音し、パソコン上に保存した。対象者のすべてが録画・録音機能を使用することに同意した。録音された内容は、プライバシーマークの付与認定を受けている会社に依頼し逐語録を作成した。

1)調査実施期間

2021年10月22~11月26日

2) 主な調査内容

療養通所介護が包括報酬になったことの影響(利用回数、時間、職員体制の変化、収支状況等)。

3)倫理的配慮

調査の実施にあたり、日本訪問看護財団研究倫理委員会の審査を受け承認を得た。研究の目的、プライバシーは厳守されること、調査への協力は任意であること、調査に協力しないことで一切不利益を被る事はないことなどを文書および口頭で説明し、署名にて同意を得た。なお、新型コロナウイルス(以下「コロナ」と略す。)の感染防止対策として、調査対象者の希望に応じ、Webでの研究説明及びヒアリング調査とする。ヒアリング場所は日本訪問看護財団と対象者の所在地とし、インタビュアーである日本訪問看護財団は、個室を確保し対象者の声が他者に聞こえない環境を確保して実施した。

第2節 ヒアリング調査の結果

1. 対象事業所の属性等

療養通所介護事業所の属性については、開設主体は2事業所が営利法人であり、1事業所は医療法人であった。開設主体が他に運営している施設・事業については、2事業所で児童発達支援、放課後等デイサービス等の障害福祉サービスを併設していた。

職員体制は、看護師の常勤換算は2.0~2.5人、介護福祉士の常勤換算は1.2~2.1人であった。管理者の療養通所介護における管理者経験年数は4年~10年であり、教育体制は3事業所とも整備されていた。

2021年9月の利用者の実態について、療養通所介護の利用定員は4人~9人であり、5回以上利用した実人数は2~5人であった。18歳未満の利用者(児童発達支援事業所、放課後等デイサービス等)の利用定員は3事業所とも5人であり、5回以上利用した実人数は3~9人であった。

加算については、サービス提供体制強化加算IIIイが 1 事業所で、介護職員処遇改善加算Iが 2 事業所で算定していた。減算については「入浴介助を行っていないため減算されている事業所がIか所事業所であった。

図表 事業所属性

	Α	В	C
所在地・事業開始 年	愛知県・2011 年	神奈川県・2017 年	兵庫県・2008 年
設主体	営利法人	営利法人	医療法人
開設主体が他に運 営している施設・ 事業	・訪問看護事業所 ・児童発達支援	・訪問看護事業所 ・居宅介護支援事業所 ・児童発達支援 ・放課後等デイサービス	・訪問看護事業所 ・居宅介護支援事業所 ・児童発達支援・放課後等デ イサービス ・看多機
営業日・祝日の営 業	月曜~金曜日 (祝日営業無し)	月曜~金曜日 (祝日営業有り)	月曜~金曜日 (祝日営業有り)
2021 年 9 月営業日	8 日	22 日	22 日
宿泊サービス届出	届出無し	届出無し	届出有り
入浴施設の有無	入浴施設無し	入浴設備有り	入浴設備有り
特定行為事業者・登 録喀痰吸引等事業者 の登録	無し	無し	有り

2. ヒアリング調査結果

1)包括報酬になったことの影響

(1) 2020年9月と2021年9月の収入の比較

- ・ 昨年9月と今年の9月を比較すると赤字(3事業所)
- ・提供時間を 6 時間半としているが送迎を含めると 8 時間勤務になる。看護師の人 件費を概算すると均衡だが、運転手は各 2 時間ずつ必要になるのでその分は赤字 になる
- ・ 従業員の配置で経費がかかる。事業所のスペース的に 6 人が最大、そこに重症心 身障害児もいるので採算性は難しいのが現状
- ・もともと月 4 回の利用者が 6 回にした場合、同法人での訪問看護回数が減るため 赤字になる。療養通所介護の総額だけで言うと、昨年よりは上がっているが、そ こにかかる人件費や訪問回数が減ることを考えると、1 月当たり 2 万 2,000 円ぐら い赤字となっている
- ・収入は増えたが、支出の設定が昨年度のままなのでマイナスになりやすい

(2) 利用回数の変化

- ・療養通所介護を 2 か所併用していた利用者が、自事業所 1 か所に絞ったため回数 が増えたが、それ以外は変化なし
- ・ 定期巡回サービスもしているが、そのような利用者は重度なので療養通所介護を 使用したくても単位数が足らないので利用できない。それがなくなればもっと利 用者が増えたり点数的にも安定すれば、期待に添えると思う
- ・包括報酬になり、1人は利用回数が増え、1人は減った。元々月8回利用していた利用者に制度的な説明をして回数を減らした。もう1人は月4回利用していたが「料金が上がるならもう少し利用したい」と希望があり、以前より回数を増やした
- ・療養通所介護を月に 4 回利用されていた方が 6 回に増えると、訪問で入っていた 職員が 1 日療養通所介護に 8 時間丸々付くようになるため、訪問できる職員が減った
- ・月に約2日~3日分、訪問できる日が減った。看護職員が多くいるためカバーできたが、本来なら例えば8時間で5件程度、訪問できたのが3件分位は減った状況
- ・ついつい他の通所を断られてお困りなんでしょうから。と声を掛けてしまう。そうすると月に6~7回は普通に入ってしまう。収益面で見れば本当は受け入れにくいのだが、困っている方に声を掛けてしまう

(3) スタッフのモチベーションの低下

- ・ 包括報酬になると、利用者は来れば来るほど良いと思ってしまうので、それをどこまで抑えられるかという事になる。気持ちだけで引き受けるとスタッフが疲弊 しモチベーションに響く
- ・ 利用者の状態に合わせて回数を調整するのではなく、制度に合わせて回数を調整 していてはモチベーションが下がる

(4) 他事業所やケアマネジャーへの影響

- ・ 調整を担うケアマネジャーにお願いするのも大変心苦しかった
- ・ 支給限度額基準内の範囲で、12,691 単位を確保するための工夫や努力というより、 ケアマネジャーが調整をしないといけないことから大変という声は出ていた。こ ちらがした工夫としては、利用された時はその他のサービスを使わないで良いよ うに、療養通所介護でいらしている時間は目いっぱいケアをすること
- ・ 利用者の希望で療養通所介護を優先したいという場合、他のサービスを減らしたことで、他事業所に対し申し訳ない感じがする

(5) その他の影響

・ 以前より新規の相談が来なくなった。相談があったとしても利用につながらない のは、恐らく費用が高いことが要因だと思う

(6)対応

- ・ 現在は利用上限を6~7回としている
- ・ 利用回数は7回~8回以内に来て欲しいという旨を経緯も踏まえて家族に伝えた。 納得されて回数を減らした利用者は3人
- ・ 週3回以上利用したいという方は、同一法人の看多機に移っていただいた。
- ・ 週3回の利用者がいると、他の利用者が入れる枠がなくなってしまうので、できれば週2回で抑えてもらいたいと説明している

(7) 運営の工夫

- 療養通所介護の回数が減った利用者には訪問看護で補っている
- ・ 相談はあるが利用者を増やさないようにしている。あらかじめ職員体制や、送迎 の調整、利用者の住まいが遠い人か近い人か、送迎は可能かということを勘案し てから受けている。希望があったとしても、この曜日不可であるとか、吸引が必 要な利用者が多い日はフロアーに看護師が一人必要となるので難しい、送迎も介 護職だけで可能ではないと受け入れ不可として対応している
- ・ 児童福祉サービスも行っているため、重症心身障害児を合わせると職員体制やベッドの関係であまり受け入れられない。一人増やすと月に5回以上は利用していただかないと減算になるのでPRなども控えるようにしている

(8)包括報酬の利点

- ・ 経営的には人数や回数の条件を整理すれば報酬改正後のほうが経営的には安定すると考えている
- ・ 今回の改定によりキャンセルが少なくなった。このため、計画的に安定した状況 で使っていただいているので、キャンセルのリスクが減った気がする
- ・ 計画的にショートステイや他のサービスもきちんと入るようになり、計画的にサービスが受けられるようになったと思う
- ・ 1 日の利用者数が少ない方が事業所は良いと思う。空いているならこの利用者を受け入れようということが可能になる。療養通所介護に来てもらえれば、レスパイトが可能となるので家族側のメリットになると思う。事業所的には特にメリットは感じなくても、そういうことが柔軟にできることは良いことだと思う
- ・ 安定した収入が月々入ってくるという意味では大きなメリットだと思う

(9) 児童も受け入れる利点

・ 重症心身障害児の子ども等との共生ができる。高齢者にとって子どもの刺激はと ても良いと思ったので一緒の場で過ごして欲しいという考えで児童も始めたが、 経営的には、障害のほうは手当てが付くので、助かっている

2) 基準等に対する取り組み

(1) 感染症対策

・ 具体的にはスタンダードなこと以外に今回のコロナの事は法人に準じて行っている。 事業所内のことについてはマニュアルを作成している。 研修は市の研修等に 参加している

(2)業務継続計画 (BCP)

- ・ 検討しているがまだ作成していない
- ・ 通所サービスと合わせて訪問看護、児童発達支援も合わせて作成中

(3) 虐待防止の推進

- ・ 区が主催する研修会に参加し情報を得て、事業所に戻ってから伝達講習をしている
- ・ 虐待防止の研修を、市内にある自立支援協議会で行っている。県の虐待防止研修 の講師をされている人がメンバーなので前向きに実施している
- ・ 訪問看護、通所サービスそれぞれの職員に向けて研修をしてもらえるので職員は 受講している

(4) 認知症介護基礎研修の受講

研修に申し込んでいるが抽選で外れたのでまだ行っていない。事業所内に研修終 了者がいるので不定期に学習会をしている

(5) ハラスメント対策の強化

- 実施できていない(2事業所)
- ・ 研修に参加している(1事業所)

3) 科学的介護情報システム (LIFE) の意見

(1) 利用者像と選択項目が乖離

- ・ 改善というより現状を維持できていることの指標が必要だと思う
- ・ 療養通所介護の利用者は、話ができず、体も動かないので、利用者の状態にあう 設問がなく、評価は難しいと思う
- ・ 様式を見て心配になるのが、療養通所介護を利用される利用者は、全介助やほと んど変化のないところを追及してケアを行っているので、変化や何かの差を評価 とすると、使えないのではないかと思う

(2) 負担が大きくなることへの懸念

- ・ LIFE について認知はしているが、負担が大きそうで実際にこれを運用していくことは難しい
- ・ 療養通所介護は重症度の高い利用者なので、やる意味を見出せない
- ・ 様式を見てボリュームが多く「ちょっとこれは大変そうだな」と思い、避けてし まう

(3) その他

- ・ 特にデータを提出して評価を受けたい様式はないが、「興味・関心チェックシート」 は普段行っている評価には近いので取り組めるかもしれない
- ・ 様式としてはどの様式もできると思っている。ただ、療養通所介護は加算がない ため実施していない
- ・ フィードバックデータがかなりたくさんあるのならメリットはあるかもしれない が、療養通所介護として役に立つかは疑問

(4) 療養通所介護として評価を受けたい項目

- ・ 家庭では見られない表情や手足の動き、座位保持など、事業所にいることで引き 出すことができること
- ・ ほぼ意識がなく、コミュニケーションは指先を少し動かす程度できない利用者であっても、花見に行きたいという意思表示をキャッチし、家族と共に花見をしてその後2週間程度で亡くなった。このようなターミナルの人でも出掛けられたということは、療養通所介護の成果だと思うので、QOL 指標のような評価があってもいいと思う

- ・ 退院直後の活用について評価を受けたい。看護の専門性でアセスメントし、残存機能に働き掛けて徐々に回復するプロセスは看護の効果だと思う
- ・ 看取りのケースが多いので評価して欲しい。例えば療養通所介護開始から看取り までの日数は他の事業所よりも短く、差が出ると思う
- ・ 通常のデイサービスでは通えない人が利用されていることをもっと評価して欲しい。看取りの直前でも入浴介助を行った。訪問入浴も間に合わない状況で療養通 所なら可能になる

4) ICT 活用による送迎について

- ・ 携帯電話で連絡をしている。現地でバイタルサインの報告をしてもらい、体調の 連絡をもらって送迎している。必要時は画像添付による連絡を実施している
- ・ 痰の吸引や車酔いして嘔吐してしまう等のリスクがある利用者は看護師が同行しているが、状態が安定している利用者には介護職だけで送迎している
- ・ 急変する可能性があるので看護師が運転手と一緒に行っている。人工呼吸器の方は、いざという時に吸引等の対応が必要になるので、全て必ず看護師が付いている
- ・ ICT の活用により送迎はかなり楽になった。これまで2人の看護師が送迎をしていたがICT を活用することで送迎に出なくて済むようになったのは助かっている。
- ・ 今は携帯に無線のアプリを入れている。タイムリーに看護職の言葉が聞こえるので安心。利用者の状態が良くないときは、看護師に今からすぐ来てくださいと依頼するパターンもある
- ・ 今までは看護師が絶対ついて行っていたが介護士が1人で送迎できる人が増えた
- ・ 重症な方の送迎は難しい。重度の方で階段を降りる際は、シートを使って2人係で 担いでいる。自事業所の男性が行っているが、土日で人が確保できないときは外 部の事業所に依頼している

第13章 アンケート・ヒアリング調査の考察

アンケート及びヒアリング調査結果からの考察は次の通りである。

1. 医療と看護の必要度に応じた評価が必要

アンケート調査の包括報酬前後による比較は、「改定により収入が減った」事業所が4割以上であり、包括報酬の影響としては、「包括報酬になり、1人当たり月平均利用回数が増えた」が最も多かった。ヒアリング調査では、訪問看護事業所が併設されている事業所で療養通所介護の利用者の回数が増えた場合に、訪問看護と兼務していた職員が、訪問看護として訪問をせずに、終日療養通所介護に従事することになると訪問看護として訪問できる職員が減るという実状があった。その結果、訪問看護分の収益と療養通所介護分の収益、看護師の人件費を勘案すると収入が減るといった状況が見られた。

また、個票の調査結果から、要介護 4 と 5 の要介護度が高い利用者が約 8 割を占めることや、要介護度が低くても、ターミナル期や認知症、パーキンソン病のように、医療や看護の必要性が高い疾患の方が回数を多く利用しており、療養通所介護の利用者像の特徴が改めて示された。

現場では、経営面で厳しくなることが予測できても、利用者の状況を考えると受け 入れざるを得ない事例や、利用者の状況に合わせて回数を調整するのではなく、制度 に合わせて調整している現状は看護師としてのモチベーションが下がるという発言も あった。以上のことから、今後は医療と看護の必要度等、個々の利用者のニーズに対 応できる、評価の見直しが望まれる。

2. 療養通所介護の周知と経営への支援

アンケート調査の結果から、児童発達支援事業を併設している事業所は半数近くあり、療養通所介護で黒字経営の事業所は、併設規模が大きい事業所、障害福祉サービスなど他事業を併設している傾向が見られた。ヒアリング調査でも赤字補填の工夫として児童発達支援事業等の障害福祉サービスを行っているという意見があった。

療養通所介護の定員を増やすには療養通所介護の窓口となる行政等に認知される必要がある。また、療養通所介護は地域密着型サービスであり、地域包括ケアにおいて重度者を支える通所サービスとして、隣接している市同士における協定は可能であるが、自治体に周知されていないことが考えられる。本事業において療養通所介護の通所サービスがより身近になることを目指して、行政や、開設を考えている看護師、療養通所介護に加えて児童発達支援事業を検討している人等に向けて「療養通所介護および児童発達支援等の開設・運営ガイド」を作成したので参照されたい。

3. LIFE のデータを提出し療養通所介護にも加算を設定

「通い」のサービスも提供する看多機は、令和 3 年介護報酬改定において、科学的介護推進体制加算が創設された。療養通所介護においても同様のデータを提出することは可能であり、広くデータ収集を行う観点からも同加算の創設が望まれる。

また、アンケート調査結果から、LIFE 以外の項目で評価を受けたい内容として、医療処置や機材(留置カテーテル)が最も多く、次いで感染・発熱、家族介護力・家族機能の順であげられた。

以上のことから、今後、療養通所介護で LIFE を導入する際は、療養通所介護を利用する利用者像に合った項目を検討する必要があると考える。

第 14 章 おわりに

今年度の事業では、訪問看護、看護小規模多機能型居宅介護、療養通所介護の3つの看護系在宅サービスがその専門性を十分に発揮し、地域包括ケアにおいて、その役割を果たしていくための調査、検討を行った。

まず、訪問看護については、訪問看護事業所の業務改善、ケアの質向上のための評価指標のありかたについて検討した。アンケート調査とヒアリング調査から、多くの訪問看護事業所がなんらか質評価に取り組んでいるものの、さらに効果的に取り組めるよう改善の余地があることがわかり、また、評価実施の負担が重く、さらに効率的に実施する方法や評価の省力化が望まれていることがわかった。

また、有識者等からなるワーキング委員会を設置して、ゲストスピーカーを招き、既存の評価指標のレビューを行うとともに、専門家から今後の評価指標の方向性やあり方についての提言を受け、ワーキング委員会メンバーでの議論も行った。これらの評価指標の目指すところは「訪問看護の質向上」という共通の目標を有しており、「標準化」「互換」の可能性についても視野に入れながらの基礎的な整理、検討を行ったところである。既存の評価手法にはそれぞれに特徴があり、その特徴に応じて、また、訪問看護事業所が目標とすることともあわせて、活用することができると考えられた。

さらに、既存のオーソドックスな評価の枠組(ストラクチャー、プロセス、アウトカムの評価)をこえる評価の視点や発展的な方向性として、システム評価や経済的評価、QOLの重視、職員のスキル評価や職員満足度からのアプローチについての意見も得ることができた。

評価指標のレビューおよびヒアリング調査において、認定看護師や専門看護師等の 評価の必要性も示唆された。引き続き、これらの役割について検討が望まれる。

なお、昨今の ICT の発展の成果を活用することにより、より現場の負担を軽減し、 円滑に評価を行えるようにする技術の進歩にも期待がある。

訪問看護事業所では、電子化された看護記録からレセプト請求までのオンラインシステムがない。医療保険ではレセプトのオンライン請求も令和6年4月にようやく開始となる。質評価のインフラ整備が全国的に行われることが質の評価指標の標準化を促進すると考える。

ただし、ケアプランの作成の場面において、ICT化が進む場合、効率的になる一方で画一的なケアプランになることの懸念の指摘もあった。看護の醍醐味である利用者の個別性に沿ったアセスメントは、個々、あるいはチームや事業所でのアセスメント能力であると言えるため、ICT化が進んでもなおアセスメント能力を高める継続教育等の在り方についても今後検討したいところである。

今年度の成果としては、以上のように、既存の評価指標のレビューとそれらをふまえての発展的方向感についての議論を行うことができた。訪問看護事業所において既存の評価指標の選択、活用にあたっての参考とされたい。

また、今後、「よい訪問看護とは何か」という本質の議論を深めることにより、さらに洗練された評価指標および評価手法が開発されたり、発展することに寄与することを期待するものである。あわせて、評価により、どのようなことが明らかになるのか、また、どのように質を高めるのに活用することができるのか、さらに、その結果を職員や利用者にどのように還元できるかを明確にすることも求められるところである。

なお、「在宅」環境において、利用者にケアを提供しているというサービスの特徴を ふまえ、将来的には、在宅系サービスにおける質評価を一本化(一元化)するような 検討への発展も期待される。

看護小規模多機能型居宅介護については、令和3年度介護報酬改定により、LIFE (科学的介護情報システム)が導入された。現状、入力負担も大きく、フィードバック内容も事業所にとって十分に活用されるものとはいいがたい。本事業の調査時期から勘案すると、LIFE のフィードバックデータに関する調査結果は、暫定版であったことが本事業の限界と考える。今後、さらに LIFE が看護小規模多機能型居宅介護の特性も踏まえ、より効果的なツールとなることを期待しつつ、フィードバックデータの改良にあわせて、調査を行いたいところである。

さらに訪問看護や療養通所介護に LIFE が広がるとした場合、1人の利用者に複数のサービスが入っている中で加算がどのように算定されるのか、その効果はどのように評価されていくべきか、といった議論も質評価ワーキングでは指摘されたところである。

療養通所介護については、令和3年度介護報酬改定により、報酬の包括化が導入された。この影響について調査を行ったところであったが、利用回数が多かった利用者の回数が少なくなる等、包括化に伴う影響が把握できた。一方で、利用者の状態により、包括化で想定される平均的な利用水準を超えての利用回数が必要な利用者の対応等、小規模の事業所において、その影響を吸収できるか、といった問題点の指摘も得ることができたところである。

調査結果から、経営の安定化の為に、児童発達支援事業を併設している事業所が半数近くみられた。本事業では「地域共生社会の実現に向けて 療養通所介護および児童発達支援事業等の開設・運営ガイド」を作成した。ガイドは、開設を検討している方や運営上の課題に取り組まれている方にきっと役にたつものであると思い、活用されたい。

以上のように、本事業では、3つの看護系在宅サービスに関して、幅広く調査、検討を行ったところであり、これらの成果が今後の介護保険制度の発展に寄与することを期待して本事業を締めくくりたい。

参考資料

1. 調査票

- ○訪問看護ステーション調査票
- ○看護小規模多機能型居宅介護事業所調査票
- ○療養通所介護事業所調査票

≪別刷≫

2. 地域共生社会の実現に向けて 療養通所介護及び児童発達支援等の開設・運営ガイド

令和3年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業 訪問看護ステーション調査票

※本調査票は、訪問看護ステーションの管理者の方がご記入ください。 ※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んで下さい。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に記載しています。 以ていただく場合は、質問文に記載しています。 ※具体的な数値等をご記入いただく箇所もあります。該当がない場合には「0」とご記入下さい。 ※調査時点は、2021年11月1日または、質問に記載している期間とします。

1. 貴事業所の基本情報をお伺いします。

7	所在地))都•道	道・府・	眉					
(7)	事業開始年	#) 暑回	¥ (年開始						
		1. 営利法人	ار	2. 医療	医療法人	ю.	社会福祉法人	L法人			
~	開設主体	4. 医節会		5. 看護	看護協会	9	その他の社団		財団法人	,	
9		7. 日赤・済生会		8. 協同	協同組合	6	社会保険団体	內田体	10.	地方公共団体	田谷
		11. 特定非営	特定非営利活動法人((NPO)	12. 20	その他 ()	
(-)	3)で「1.営利	営利法人」に該当	1. 医師	2.	看護師			保健師	4	准看護師	
	する場合:			片 6.	作業療法士	法十	7.	言語聴覚士	#		
	代表者がす	代表者が有する医療関	8. 社会福祉士		介護福祉士	4年十	10. *	青神保領	精神保健福祉士		
	連の専門資格	資格	11. かの街	_				<u> </u>	12.	資格なし)
4		貴事業所のサテライト事業所数	[業所数			$\overline{}$	^	か所			
2		開設主体が貴事業所以外に有する訪問看護事業所数	に有する訪問	看護事業	5所数	_		か所	※サテラ	イトは含まない	ない
9	_	開設主体が他に運営して	ている施設・事	事業所(当	てはま	るもの全。	全てに0)	<u> </u>			
-	病院										
2	診療所										
ω.	介護保険]	介護 保険 施設(介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院)	福祉施設、介護表	8人保健施	(設、介護)	療養型	医療施設、	介護医療	療院)		
4	居宅介護	居宅介護支援事業所									
5.	訪問看護	訪問看護及び居宅介護支援以外の介護保険居宅サービス	支援以外の介護	藝保險居 5	おサービ		(訪問介護、)	通所介護	、認知症が	通所介護、認知症対応型共同生活	生活
	介護等)										
9	その他										
$\widehat{}$	介護·医療		福祉分野以外の事業の有無	#	1. 有		事主な事業	$\overline{}$) 2.	祟
8		貴事業所の収支状況(2020年、	0年、または2020年度)	0 年度)	1. 黒	黒字 2	2. ほぼち	ほぼ均衡している		3. 赤字	
6	三 日業国	当てはまるもの全	(0コン手(1. 月	2. 火	3.	水 4.	± 5.	金 6.	土 7.	ш
10)) 営業時間) 由 (~) ~ 侭	世(()	尔	
1		早朝や夜間の時間帯の計画的な訪問の可否	計画的な訪問の	り可否		-	原則、可	2	原則、	₩	
12)		地域の他のステーシ≡	ョン等の職員の研修等の実施	り研修等	の実施	<u>+</u>	有 2.	巣			
	2020年11]	(2020年11月1日~2021年	年10月31日)								
13)		住民に対する相談会、訁	講習会の実施				有 2.	祟			
	2020年11]	(2020年11月1日~2021年	年10月31日)								
14)		貴事業所はインターネットに接続で	ットに接続でき	きる環境-	ですか	1.	はい	2. \	いいえ		
15)	訪問看護	訪問看護事業での管理者経験年数 (************************************	者経験年数	1		_			年目 (
,	1	(貞争楽別以外での別尚看護事業官埋有辞録も含む)	り訪問看護事業官	5. 生石柱財	も宮む)	:					
16))管理者の年代	年代		1. 20 代	5	30 ₩	3.40 代	4.50 代	2	60 代以上	
1)教育担当者の有無	者の有無		1. 有	2. 無	1416					

常勤人数(実人数) 非常勤人数(実人数) 常勤換算数 9) 訪問看護事業所の ※医療保険利用者の欄には	T-7447 0/								
数) (数) 業所の 海間には	保健師・看護師 (助産師含む)	保健師・看護師 (助産師含む)	准看	准看護師	理学療	理学療法士·作業療法士 言語聴覚士	i療法士· 士	140	その他の職員
巻)業別の調整には									
業所の調整には									
業所の機能には	•								-
	19) 訪問看護事業所の利用者数 (2021 年 10 月分) ※医療保険利用者の欄には、介護保険の訪問看護を1回も利用せず医療保険のみによる訪問看護利用者数を計上し ください	2021 年 10 の訪問看護	月分) を1回も	利用セず	医療保険(かみによる	5訪問看該	夏利用者	数を計上して
る介護	①介護保険による介護予防訪問看護利用者数	遊利用者		(要支援1・	2の利用者	用者)			· · ·
る訪問	②介護保険による訪問看護利用者数(要介護1~5の利用者)	-数(要介	護1~	5の利用	者))	丫(
る利用	者数)	丫(
科訪問	看護療養費	算定者数)	〈 (
以上 18	歳以下の利	用者数)	丫 (
ト満の 利	引用者数)	丫(
問看護物	利用者数(-	予防を含む	こ)のう		管理加	章※の算5	衣	_	≺
算定者数								_	~ (
る訪問	看護利用者	数のうち		管理加算	*の算定	対象と7	40		
									<
算定者数									∀ (
要支援	要介護1	要介護		小護3	要介護		介護5	中中	その他 申請中・区分変更 中・要介護認定なし
~	~		~	~		~	~		~
規依頼		年10月分	ί	ί _	~	\	なかった	~ かか	
新元	参	小 勝 大 所 設			を 対 対 が 一 が 上 か	保健所	本家人恭	• 1112	その他 (
~	~	~			~	_ <		~	\
新規利用開始者数	(2021	月	(۲)	Υ(,	
55.	2020年11	月1日~2	サ	10 月 31	日までの	り死亡者	の状況		
うナ や が 弾 医	、ターミ ケア療養 「定者数 療保険)	つち、ター ルケアカ 定者数 (介護保		在 死 死 亡	外害 で数 の	うナ も が が 関	ターニア予藤藤 に者数 兵者数 兵保険)		うち、ターミナルケア加算算定者数(小護保険)
	~		~		~		_ <	,	\
	3)医療保険による利用 (ラち、精神科計問 (ラち、6歳以上18 (多となる利用者数 (多となる利用者数 (9) 所 (9) 所 (9) が (9) が (1・2) が (9) が (1・2) が (9) が	3)医療保険による利用者数 うち、精神科訪問看護療養費 うち、6歳以上18歳以下の利 うち、6歳以上18歳以下の利 多となる利用者数 銀となる利用者数 (3) 医療保険による訪問看護利用者数((3) 医療保険による訪問看護利用者数((3) の すべての新規依頼数 (2021) (20) すべての新規依頼数 (2021) (21) 新規 病院 診療所 積経路別 人 人 人 人 人 人 人 人 人 人 人 人 人 人 人 人 人 人 人	30医療保険による利用者数 55、6歳以上18歳以下の利用者数 55、6歳以上18歳以下の利用者数 55、6歳以上18歳以下の利用者数 55、6歳以上18歳以下の利用者数 55、算定者数 55、算定者数 55、算定者数 55、算定者数 55、第年数 55、第年数 55、第年数 55、9年数 55、9年数 55、9年数 55、9年数 55、9年数 55、9年数 55、9年数 55、9年11月1日 55、9年20 55、9年11月1日 55、9年20 55、9年11月1日 55、9年20 55、9年11月1日 55、9年3数 55、9年20 55、9年11月1日 55、9年20 5		A	# 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	# 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	# 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	作別管理加算**の算定対 (

24)報酬・加算の届出の状況等(あてはまるもの全てに〇)

評価者または、評価実施主体はどなたですか。

評価を実施している場合:

2. 貴事業所における評価についてお伺いします。

(以下の1.~7. であてはまるもの全てに〇)

25) 貴事業所で実施している評価

(あてはまるもの全てに〇)

4. 地域住民 5. 利用者・家族 6. 自治体

第三者評価機関・外部評価機関

(例) 排泄、皮膚創傷、脱水におけるケア内容

1. 利用者個々に提供したケア内容の評価

3. 法人本部

2. 職員

1. 管理者

8. 連携先 (医療機関、居宅介護支援事業所等) 9. その他 (1. 管理者 (B) 2. 職員 3. 法人本部 4. 地域住民 5. 利用者・家族 6. 自治体 8. 連携先(医療機関、居宅介護支援事業所等)9. その他(

7. 第三者評価機関・外部評価機関(D)

(例) 事業所全体の感染管理、看取りの件数等

ケア内容についての事業所全体での評価

4. 地域住民 5. 利用者・家族 6. 自治体

1. 管理者 (A) 2. 職員

8. 連携先(医療機関、居宅介護支援事業所等) 7. 第三者評価機関・外部評価機関 (C)

(例) 人員体制、24 時間の訪問体制、教育体制

3. 事業所の体制に関する評価

9. その他(

管理者 2. 職員 3. 法人本部
 第三者評価機関・外部評価機関

短期・中期・長期事業計画に関する評価

第三者評価機関·外部評価機関

3. 法人本部

管理者 2. 職員 から街 (

第三者評価機関・外部評価機関

利用者満足度に関する評価

9

経営面での評価

5.

職員満足度に関する評価

7

管理者 2. 法人本部

その街(

第三者評価機関・外部評価機関

管理者 2. 法人本部

から街(

- 1. 緊急時訪問看護加算の届出
 - 特別管理体制の届出
- ターミナルケア体制の届出

რ.

- 看護体制強化加算の届出●該当に○:(I. I. 介護予防)
- サービス提供体制強化加算の届出書該当に○:(Ⅰ.Ⅱ)

(医療保険)

Ħ. 機能強化型訪問看護管理療養費の届出➡該当に○:(I. 9.

 $\widehat{\exists}$

- 24 時間対応体制加算の届出 特別管理体制の届出

ω.

- 専門の研修を受けた看護師に係る届出 6
- 精神科訪問看護基本療養費に係る届出

※「特別管理加算」とは

<介護保険>

株別管理加算(I) 550 単位/月 在宅態性腫瘍等患者指導管理を受け 在宅態 在宅間の関係流指導管理、在宅由心静脈栄養法指導管理、ている状態 在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、な宅自己導尿指導管理、いる状態 在宅間のよいる状態 在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態 名を肺高血圧症患者指導管理を受けている状態 全部時間している状態 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態 点滴注射を過3月以上行う必要があると認められる状態 点滴注射を週3月以上行う必要があると認められる状態 点滴注射を週3月以上行う必要があると認められる状態				
在宅原柱腫瘍等患者指導管理を受け T ている状態 ている状態 T 在会質切開患者指導管理を受けている状態 ダ管カニューレを使用している状態 日曜カテーテルを使用している状態 日曜カテーテルを使用している状態 1		特別管理加算(I)500単位/月		特別管理加算 (I) 250 単位/月
ている状態 在空気管切開患者指導管理を受けて いる状態 気管カニューレを使用している状態 回體カテーテルを使用している状態		存宅悪性腫瘍等患者指導管理を受け	п	在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、
在宅気管切開患者指導管理を受けている状態 気管カニューレを使用している状態 質能カテューレを使用している状態 日曜カテーテルを使用している状態 1		ている状態		在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、
いる状態 気情カニューレを使用している状態 回贈カケーナルを使用している状態 (1)(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(7)(8)(8)(9)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)(10)<th></th><td>在宅気管切開患者指導管理を受けて</td><th></th><td>在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理</td>		在宅気管切開患者指導管理を受けて		在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理
気管カニューレを使用している状態留置カテーテルを使用している状態「下」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「ト」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」「・」<!--</th--><th>*</th><td>✓ いる状態</td><th></th><td>在宅特続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、</td>	*	✓ いる状態		在宅特続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、
(II #	1	気管カニューレを使用している状態		在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態
		留置カテーテルを使用している状態	۲	人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
			11	真皮を越える褥瘡の状態
			₩	点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態

<医療保険>

2,000 円/月 (病院・診療所は 500 点/月) 特別な管理のうち重症度等の高い場合

(ア) 在宅悪性腫瘍等患者等指導管理若しくは、在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者、又は、気管カニューレ 若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者

特別な管理を要する場合

2,500 円/月 (病院・診療所は 250 点/月)

(イ)在宅自己腹級灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管等養養性指導管理、在宅人工序吸指導管理、在宅人工序吸指導管理、在宅持線陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛 管理指導管理、又は、在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者

- (ウ) 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
 - (エ) 真皮を越える褥瘡の状態にある者
 - (オ) 在宅患者訪問点適注射管理指導料を算定している者

<u>次頁からの(1)~(4)</u>は、上記表中、<u>(A)~(D)を**選んだ場合**にご回答ください。</u> いずれも該当しない場合は(5)の設間に進んで<ださい。

n

(1) <u>25)で(A)を選んだ場合:管理者が「3事業所の体制</u>に関する評価」をしている方に伺います。

	<u> </u>	里 四 年 沙 ・ 和 概
	,	人事・労務管理
	_.	看護サービスの運営基準
①言価の内容	4.	感染管理
(サンド・カー・カー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー・アー	2.	事故・緊急対応
(Ø CI&\$ @ ₺ Ø ± CIC ()	9	記錄·情報管理
ò	7.	教育・研修・研究
	ω.	連携
	6	経営体制
	10.	その街(
	-	自事業所・法人オリジナル評価指標
	2	全国訪問看護事業協会:事業所自己評価のガイドライン
の背折お神の非常	_.	日本訪問看護財団:訪問看護サービス質評価のためのガイド
②計画指标の建類 、 生ケは まって + ○ 今ケ に	4.	オマハシステム
(め こはおるものまこに ()	2.	その色(
	1	7.4 中国発売・光ージー・ジャージの研究を
	平 #	1 '、
	-	特に課題はない
	^	参考になる評価指標がない
③評価する際の課題		を なんしょう こうしょ ない 経年評価ができない
(あてはまるもの全てに	4	時間がかかり負担がある
Ĉ	-	Web 心料価 らまない
ì		10 7日 国 7 10 18 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
	9.	全国的な半均との比較ができない
	7.	その他(
	1	自己評価だけではなく第三者も評価するようにしている
		(メンバー:同事業所の同僚看護師・他事業所の訪問看護師・医師・
4)評価する際の工夫点		ケアマネジャー・利用者や家族等)
(あてはまるもの全てに	2	定期的に評価会議を開催している
0)	ω.	定期的に従業者等自己評価し面接などでフィードバックしている
	4.	数値化して客観性を担保している
	2.	その街(
⑤評価の頻度	-	毎月実施 2.2~3か月に1度 3. 半年に1度
(最も近いもの)	4.	1年に1度 5. その他
	-	自事業所が提供しているケアの向上につながる
⑥評価をする意義について	2	サービス全体の運営への視野が広まる
(優先順位の高いもの3つ	ω.	事業の経営方針につながる
(20)	4.	自事業所の経年変化が見える化できる
	2	顧客確保の管理につながる
	9	その街(

(2) <u>25)で(B)を選んだ場合</u>:管理者が「2. ケア内容についての事業所全体での評価」をしている方に伺います。 ①評価の内容ごとの実施頻度

事業所全体のアセスメン	-	毎月実施	5.	2~3か月に1度	ю.	半年に1度
ト・計画・評価の管理	4	1年に1度	2.	全く実施していない	9.	その他
事業所全体の日常生活・療	-	毎月実施	2.	2~3 か月に1度	<i>د</i> ن	半年に1度
養生活のケアの管理	4.	1年に1度	5.	全く実施していない	9	その他
事業所全体の医療処置の管	-	毎月実施	2.	2~3 か月に1度	ь.	半年に1度
亜	4	1年に1度	2.	全く実施していない	9	かの街
事業所全体の感染管理	-	毎月実施	2.	2~3か月に1度	က	半年に1度
	4	1年に1度	5.	全く実施していない	9.	その他
事業所全体のエンドオブラ	-	毎月実施	2	2~3 か月に1度	6	半年に1度
イフケアの管理	4	1年に1度	2.	全く実施していない	9.	その他
事業所全体の精神障がい者	-	毎月実施	5.	2~3 か月に1度	ω.	半年に1度
のケアの管理	4	1年に1度	2.	全く実施していない	9.	その他
事業所全体の認知症者のケ	-	毎月実施	2.	2~3か月に1度	3.	半年に1度
アの管理	4.	1年に1度	2	全く実施していない	9	その色
事業所全体の家族支援の管	-	毎月実施	2.	2~3 か月に1度	ю.	半年に1度
理	4	1年に1度	2.	全く実施していない	9.	その他
事業所全体の専門的リハビ	-	毎月実施	2.	2~3か月に1度	3.	半年に1度
リテーション支援の管理	4.	1年に1度	2.	全く実施していない	9	かの街
事業所全体の多職種連携の	-	毎月実施	2.	2~3 か月に1度	ю.	半年に1度
管理	4.	1年に1度	2.	全く実施していない	9	その街
その他	声(具体的な内容(
	-	自事業所・法人オリジナルの評価指標	ナリジー	ナルの評価指標		
	7	全国訪問看護事業協会	終 額会		ジブイ	,
(2) 草の木 指を	က်	日本訪問看護財団:訪問看護サ	五:訪	問看護サービス質評価のためのガイ	1800 1800	ガイド
(おてはまるもの全てに	4.	オマハシステム				
H 60 0 66 0 0 0 0	5.	その街($\widehat{}$	
	1	[1.自事業所・法人オリジナル評価指標]	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	ゾナル評価指標」と回答した方へ	た方	ζ.
	兼	支えなければ、評価	表を本	評価表を本調査票に同封してご提供	を お り	ご提供をお願い致します。
	-	特に課題はない				
	2	参考になる評価指標がない	旨標が	、 12,		
	ω.	経年評価ができない	171			
指 期) 然 个 十 其 型 ①	4	時間がかかり負担があ	日があ	10		
<	5	Web で評価できない	(17)			
(あてはおるもの当でに)))	9	評価ができないケアがある	トアがら	52		
ô		■評価ができないケア全てに○	147:	全てに〇		
		(1. 小児 2. 精神	7神 3.	リハビリテーション 4.	. 看取	χŊ
		5. その他)				
	١	7644				,

	.	自己評価だけではなく第三者も評価するようにしている
		(メンバー:同事業所の同僚看護師・他事業所の訪問看護師・医師・
(1) 計画 子 2 数 4 十 中 5		ケアマネジャー・利用者や家族等)
もには、のでのエスは、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、	2	定期的に評価会議を開催している
(0) I I I I I I I I I I I I I I I I I I I	ა.	定期的に従業者等自己評価し面接などでフィードバックしている
	4.	数値化して客観性を担保している
	2.	その他(
	.	自事業所が提供しているケアの向上につながる
⑤評価をする意義について 2.	5.	対外的に自事業所のケアの質の認知度・信頼度につながる
(優先順位の高いもの3つ 3.	რ.	サービス全体の運営への視野が広まる
(0)	4.	自事業所の経年変化が見える化できる
	5.	顧客確保の管理につながる
	9	かの街(

(3) <u>25)で**(C)を選んだ場合**:</u> 第三者**評価機関・外部機関**が「3. **事業所の体制**に関する評価」をしている方に伺います。

	5		7 G E I III-7			
①評価の頻度		毎月実施	2. $2\sim 3$	2~3 か月に1度	3. #	半年に1度
(最も近いもの)	4.	1年に1度 (5. その他			
	-	事業運営・管理の体制	制			
	2	職務満足度・就業環境整備	境整備			
	რ	人材育成				
	4	利用者の権利擁護の取組	取組			
	5.	サービスの質の確保への取組	一の取組			
②評価の内容	9	相談、苦情等の対応				
(あてはまるもの全てに〇)	7.	外部機関等との連携	шь			
	ω.	安全・衛生管理等の体制	体制			
	6	利用者満足度				
	10.	リスクマネジメント				
		地域連携				
	12.	経営体制				
	13.	その街(<u> </u>
	-	事業所の運営・経営	の客観的な	事業所の運営・経営の客観的な評価により、事業所の強み・弱みを	の強み	4・弱みを
		明確にしたいため				
	2	サービスの改善のヒント(気づき)を得たいため	ント (気)	づき)を得たいため		
の習価を古る音楽にしいて	<u>ښ</u>	職員の意向を把握したいため	たいため			
の中国のものはなった。(「個生間ならしこもの」	4	利用者の意向を把握したいため	したいため	2		
(後)にははら回さらなって	2.	職員の確保に役立てたいため	たいため			
0	9	職員の育成に役立てたいため	たいため			
	7.	事業所が提供しているケアの振り返りになる	るケアの指	長り返りになる		
	œί	サービス全体の運営への視野が広まる	·への視野か	が広まる		
	6	事業所の訪問看護サ	ードスの総	事業所の訪問看護サービスの経年変化が見える化できる	るき	
	10.					$\overline{}$

(4) 25)で(D)を選んだ場合:第三者評価機関・外部機関が「2.ケア内容についての事業所全体での評価」をしている方に 伺います。

①評価の頻度	-	毎月実施 2. 2~3か月数か月に1度 3. 半年に1度
(最も近いもの)	4.	1年に1度 5. その他()
	-	事業所全体のアセスメント・計画・評価の管理
	2	事業所全体の日常生活・療養生活のケアの管理
	ω.	事業所全体の医療処置の管理
	4.	事業所全体の感染管理
②評価の内容	5.	事業所全体のエンドオブライフケアの管理
(あてはまるもの全てに〇)	9	事業所全体の精神障がい者のケアの管理
	7.	事業所全体の認知症者のケアの管理
	ω.	事業所全体の家族支援の管理
	6	事業所全体の専門的リハビリテーション支援の管理
	10.	事業所全体の多職種連携の管理
	11.	その他(
	-	事業所の取り組み全体を総チェックして、事業所の強み・弱みを明
		確にしたいため
	2	サービスの改善のヒント(気づき)を得たいため
②証価を 古く音楽	ω.	職員の意向を把握したいため
(高年間なの声) 中のの	4.	利用者の意向を把握したいため
	2.	職員の確保に役立てたいため
0)1	9	職員の育成に役立てたいため
	7.	事業所が提供しているケアの振り返りになる
	ω.	サービス全体の運営への視野が広まる
	6	事業所の訪問看護サービスの経年変化が見える化できる
	10.	その他(

(5)スタッフの質を測ったり、高めるために実施していることがあれば、自由にご記入ください。

(自由記載)	(自由記載)
26)スタッフのケアの質を 測るために実施しているこ と	27)スタッフのケアの質を 高めるために実施している こと
26) ス 測るた。 と	27) ス 画

 ∞

3. 基準等に対する取り組みについて、お伺いします。

· σ		-	感染症に関する研修または訓練
3	2	1	29) 感染症予防及びまん延の防止のための指針の整備
3	2	1	28) 感染症対策を検討する委員会の開催
			【感染症対策】
検討していない	実施できていない検討しているが	実施している	
ო	N	1	

)			ı)	
	「3. 検討していない」を選んだ場合、検討していない理由を	□□田田(□□)	(自由にご記入下さい。		
	数えてください。				
無	【業務継続計画(BCP)】				
31)	感染症発生時(自然災害時)対応主体の選定、役割分担	1	2	8	
32)	サービス提供継続、非常時の体制で早期の業務再開に関す	+	c	c	
	る指針の整備	-	٧	9	
33)	利用者と職員の安全確保に関する指針の整備	1	2	8	
34)	業務継続計画に関する研修または訓練	1	2	3	
32)	地域での他事業所との合同開催、法人内の事業所との合同	+	c	c	
	開催、テレビ電話装置などを利用しての開催		7	0	-
	「3. 検討していない」を選んだ場合、検討していない理由を	買り 日田日)	(自由にご記入下さい。		
	教えてください。				
					-

					T
刪	【虐待防止の推進】				
36)	虐待防止検討委員会の設置および開催	1	2	ဗ	
37)	運営規定に「虐待防止のための措置関する項目」を追記	1	2	က	
38)	虐待防止に関する研修	1	2	ო	
	「3. 検討していない」を選んだ場合、検討していない理由を	シュ 日田口)	(自由にご記入下さい。		
	教えてください。				
「図	【認知症介護基礎研修の受講】				
ć	介護に直接携わる職員のうち医療・福祉関係の資格を有さ	1	2	3	
(85	たいサー団体を母離させる				Г

4 該当なし (自由にご記入下さい。)

「3. 検討していない」を選んだ場合、検討していない理由を教えてください。

ない者に研修を受講させる

5	【ハラスメント対策の強化】			
40)	40) 適切なハラスメント対策の明確化	1	2	ဗ
	「3. 検討していない」を選んだ場合、検討していない理由を	行い田田)	(自由にご記入下さい。)	
	教えてください。			
【機	【機能訓練・口腔・栄養の取組の一体的な推進】			
41)	管理栄養、歯科衛生士等との連携	1	2	ဗ
	「3 検討していない」を選んだ場合、検討していない理由を	行と田田)	(自由にご記入下さい。)	
	教えてください。			

4. 令和3年4月1日より、「科学的介護情報システム(LIFE)」の運用が開始されましたが、そのLIFEの活用についてお伺いします。

	`	<u>.</u>	1.
がポーツ という イーン (1150) (11) (11) (11) (11) (11) (11) (11) (1		2	名前はきいたことがあるが、内容はよく
	, 7		わからない
		ю. Э	知らない
	+	-	活用している
43) 同し法人が整国9の別のサーヒスにおいてLIFEを活用して、ナナホ		2	活用していない
活用していますが		ю. Э	わからない
	`	-	文書ソフト、表計算ソフト等にてパソ
			コン等で作成し、電子でのみ保存
		2	記録ソフト(電子カルテ等)にてパソ
			コン等で作成し、電子でのみ保存
		6.	文書ソフト、表計算ソフト等にてペソ
44) 国事来庁で作及9 の大事のしの、利用伯しての記録新したのに対する大事的について、 こんこうさい おんすま ロヤート	対記 ニード		コン等で作成し、出力して紙で保存
等の人書等について、とのような方法で作成、保存して、 ナナボ (光アは十2+647)		4.	記録ソフト(電子カルテ等)にてパソ
いまタ スン(ヨこはまるもの宝 ここし)			コン等で作成し、出力して紙で保存
	47	5.	手書きで作成し、紙で保存
		9.	手書きで作成した後、パソコン等に
			入力
	7	7.	その他 (
	`	.	2 まり
45) 現在導入している記録ソフト(電子カルテ等)は	手 (手	ر ا	できない
LIFE と連携ができますか	.,	ن	記録ソフトを使用していない
	7	4	わからない
46) LIFE に利用登録をしていますか	`	-	はい 2. いいえ
47) LIFE にデータを提供していますか		Ψ.	はい 2. いいえ

※LIFE にデータ提供している方もしていない方も以下、48)49)ともにご回答ください。

ナータ	データを提供し入力をして評価を受けている様式の回答欄に〇印をしてください。また、入力を
ト評価:	アデート 大手式があれば回答欄に〇日を「アください

LIFE (科学的介護情報システム)の ポートページ

参札)

様式一覧(日本訪問看護財団の ポートページ)

https://www.jvnf.or.jp/blog/21 0310kaigo-tsuchi.html

https://life.mhlw.go.jp/login

※ホームページ内の「科学的介護情報システム (LIFE)』様式(令和3年10月1日時点最新版) をご覧ください

評受い価は様なたままれ 評受い式価けるをて様

①科学的介護推進に関する評価 (科学的介護推進情報)

②別紙様式1 : 興味・関心チェックシート (興味関心チェック情報) ③別紙様式2 : 生活機能チェックシート (居宅訪問チェック情報)

(個別機能訓練計画情報) ④別紙様式3 : 個別機能訓練計画書 ⑤ADL 維持等情報 ⑥褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書(褥瘡マネジメント情報) ⑦梅瘡対策に関する診療計画書(梅瘡マネジメント情報) ⑧排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書(排泄マネジメント情報) ③自立支援促進に関する評価・支援計画書(自立支援促進情報)

①薬剤管理指導 (薬剤変更情報)

⑩栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(栄養・摂食嚥下情報) ①薬剤変更等に係る情報提供書 (薬剤変更情報)

③口腔衛生管理加算 様式、実施計画(口腔衛生管理情報)

49) 質改善のために LIFE への 48) のようなデータ提出が推奨されていますが、訪問看護ではその他 ⑭口腔機能向上サービスに関する計画書(口腔機能向上サービス管理情報)

 感染・発熱 3. 呼吸機能 4. 循環機能 にどのような評価項目があると良いと思いますか(当てはまるもの全てにO) 2. 服薬管理(点限含む) 疼痛管理

8.ターミナルケア

7. 家族介護力·家族機能

10. その他 (自由記載

多職種連携

医療処置や機材 (留置カテーテルなど)

50)~51)については、10頁の47)で「1.はい」と回答された方にお伺いいたします。

	1. ケアの質の向上に関する方針の策定・実施	
	2. 利用者状態の管理・課題把握	
	3. 利用者状態の多職種での情報連携	
+ 5 4 5 7 米野田太多 331 - 83	4. フィードバック票を用いた提供サービス・ケアの見直し	
20) LIFE 07.6円物画(当こはま2+64/1-0)	5. フィードバック票を用いた利用者・家族への説明	
るもの手 (こう)	6. フィードバック票を用いたケアの評価	
	7. フィードバック票を用いた利用者の計画書への反映	
	8. 上記いずれも活用しなかった	
	9. その他 (
	(LIFE 活用の上での意義と課題についてご自由にご記入ください)	3
51) LIFE を活用している上での		
課題と意義を教えてください		

令和6年度介護報酬改定に向けての要望がありましたら、自由にご記入ください。 . کا

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、返送用封筒(切手は不要です)に入れ、11月22日までに投函してください。ご協力いただきまして、まことにありがとうございました。

看護小規模多機能型居宅介護事業所調査票 令和3年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業

※本調査票は、看護小規模多機能型居宅介護事業所(以下「看多機」とする)の管理者の方がご記 入ください。

※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んで下さい。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に記載しています。
※具体的な数値等をご記入いただく箇所もあります。該当がない場合には「0」とご記入下さい。
※調査時点は、2021年11月1日または、質問に記載している期間とします。

1. 貴事業所の基本情報をおうかがいします。

=	所在地	<u> </u>)都・道	ਭ・府・県				
5	事業開始年度) 暑屋) 年	年度開始				
6	周記主体 1. 営	営利法人	2. 医療法人	λ 3.		社会福祉法人	4. 一遍	一般社団法人
ે	2.	特定非営利活動法人 (NPO)	法人 (NF	.0) 6.	. その他	<u>1</u>		
4	貴事業所は、サラ	サテライト型事業所ですか	き所ですか		1. は	いわ	2.いいえ	
2)	貴事業所は、サラ	サテライト型事業所を有していますか	き所を有し	ていますか	1. は) いれ) か所	2. いいえ
9	貴事業 (看多機)	の前身となる事業はいずれかに当	事業はい	ずれかに当	7. 小海 2. 訪問 3. 訪問 3.	小規模多機 訪問看護 译託企業	小規模多機能型居宅介護 訪問看護 ^{诵配企業}	細火
٢	てはまりますか(あてはまるもの全てに〇)	てはまるもの3	全てに0)		. ,	月1日数 岩開設 (2) (4) (4) (4) (4)	あり前身とな	MATALISE 新規開設であり前身となる事業はない その他(
2	貴事業所は、	訪問看護事業所のみなし指定を受けていま)みなし指	定を受けてし		!	1. はい 2. い	いいえ
	「1 はい」の場合	はい」の場合:看多機の訪問看護以外で、	5周看護以		経験によ	る利用	医療保険による利用者数 (2021年10月分)	F10月分) ※医
	療保険のみによる訪問看護利用者数を計上してください	問看護利用者数多	を計上してく	ださい				
	看多機登録者で、特別訪問看護指示書等による医療保険の訪問看	特別訪問看護	雙指示書等	による医療的	呆険の 計	調看	<u> </u>	· · · ·
	護の利用者							
	看多機登録者以外で、		剣による訪	医療保険による訪問看護の利用者	目者)) 人
8	貴事業所は、共生	共生型サービスの指定を受けていますか)指定を受(けていますか	_		1. はい 2.	いいえ
6	開設主体が他に運営し	恒営している施設・	5設・事業所	所 (当てはまる	るもの全	全てに0)	<u>(</u>	
-	1.訪問看護		2	2.訪問介護		က	3.訪問リハビリ	ソモゾーナリ
4	4.居宅介護支援·介護予防支援事業所	獲予防支援事為		5.通所介護		9	6.通所リハビリテーショ	リテーション
7	7.短期入所生活介護·短期入所療養介護	矩期入所療動		8.病院·診療所	拒	0	9.介護老人保健施設	建施設
1	10.介護老人福祉施設	72	_	11.特別養護老人ホーム	シスホー		2.認知症対応	12.認知症対応型共同生活介護
5	13.サービス付き高齢者向け住宅	渚向け住宅	-	14.有料老人ホーム	7	_	15.福祉用具貸与	持
16	16.地域包括支援センタ	14-	_	17.在宅介護支援センタ	で接セン	J	18.児童発達支援事業所	接事業所
3	19.放課後等デイサービス事業所	- ビス事業所	2	20.生活介護事業所	1業所			
2	21.その他(22.なし	
10))貴事業所の収支状況(2020年、	状況(2020年、		または2020年度)	1.	黒字 2.	ほぼ均衡して	ている 3. 赤字
=)貴事業所はインターネットに接続でき	ターネットに	接続できる	る環境ですか	+	はい	2. いいえ	メ

2. 貴事業所の職員体制等についておうかがいします。

12) 管理者の職種	職種	1. 保健師・看護師	看護師 2. 介護福祉士	4社 3.その他) 卯	_
13) 教育担当者の有無	者の有無	1. 有 2.	無			
14) 貴事業所	の職員 体制に 事業所の指定も	ういて、 <u>実人</u> 併せて受けてし	14) 貴事業所の職員体制について、 <u>実人数(常勤人数・非常勤人数)・常勤煥算数</u> をお伺いします。 ※指定訪問署羅事業所の指定非併せて受けている場合は、指定訪問署羅事業所の職員教と合寛した人教でご記入くだ	常勤人数)・常 看護事業所の職員	<u>h換算数</u> をお伺 数と合算した人	いします。 数でご記入くだ
会し。 ※常勤換算数は 間の時間数(該当の職種の目数	さい。 常勤検算数は「従事者の1週間間の時間数(所定労働時間)」・ 該当の職種の職員がいるのに、	間の勤務延時間 で計算し、小 、得られた結果	さし。 実践を表現では、 関の時間数(所定労働時間)で計算し、小数点以下第2位を四格五入して小数点以下第1位まで計上して下さい。 該当の時間数(所定労働時間)で計算し、小数点以下第2位を四格五入して小数点以下第1位まで計上して下さい。 該当の職種の職員がいるのに、得られた結果が0.1に満たない場合は、10.11と計上して下さい。	- 当事業所において き五入して小数点! 合は、[0.1] と計	常勤の従事者が 人下第1位まで計 上して下さい。	勤務すべき 1 週上して下さい。
	保健師· 看護師	准看護師	理学療法士· 作業療法士· 言語聴覚士	介護福祉士	介護職員 (介護福祉士 以外)	その他の職員
常勤人数 (実人数)						
非常勤人数 (実人数)						
常勤換算数	•	•		٠	•	•
15) 登録特定	行為事業者ま	たは登録喀痰	登録特定行為事業者または登録喀痰吸引等事業者としての登録の有無	、ての登録の有無	E 1. 有	2. 無
16) 喀痰吸引	等の業務の認	定特定行為業	喀痰吸引等の業務の認定特定行為業務従事者数(実人数)	(数))	丫 (
17) 管理者のラ (貴事業所以外-	7)管理者の看多機における管理者経 (貴事業所以外での看多機管理者経験も含む	管理者の看多機における管理者経験年数 事業所以外での看多機管理者経験も含む)	6年数		J)年目
18) 管理者の年代	年代		1.20代 2.30代	代 3.40代 4.50代	50代 5.60代以上	以上

3 2021年10月の利用者の実態等についてご記入ください

3. 20	十 17	10 月の利	田角のき	美悲寺	こうい	2021年 10 月の利用者の美態等についてこ記人くたらい	につい					
			┙	登録定員	_,		通いの定員			泊まりの定員)定員	
19 到	定員等				Y			~			Y	
20) 聲	登録者数		(2021年10月末日時点)	日時点	E)				\cup		~	I .
21)	要介護度	要介護1		要介護2		要介護3	要介護4	要介護5	護5	4 申請中	その他 申請中・区分変更中	
_	別登録人数											
			~		~	\prec	≺		\prec		\prec	
22) 登	登録者のうち、		貴事業所と同一	二同一3	建物に居住する者	住する者)	(\prec	
23) 貴	事業所	貴事業所の登録待機の有無	機の有無	ш:					1. 有	2. 無	串	
24)書	事業所	書事業所では看多機以外	. 機以外	7.	1. いない							
の介護	保険の	の介護保険のサービスを併用	を併用	ر ک	る事サー	いる事サービス種類:						
-	7 11 11	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	+	a.		学介護(事業	訪問入浴介護(事業所の負担で利用)	(H				
ر د د	E ?	世 よい も に み	,77 6	Ъ.	福祉用具		その他(_	
25) 自	費での	自費での看多機利用者数	用者数)	丫 (
26) 新	新規依頼数		(2021年10月分)	0 月分	`)	丫 (しなか	(開始しなかった人を含みます)	きみます)	
27)		Ą	1		介護老人	居宅介護	地域包括	訪問看	護	·	その他	
新規依頼	大 頼	为死	影様灯		保健施設	支援事業所	対影ンター	ステーション		家族	$\hat{}$	
の依頼経	資格											
路別人数	数	\wedge		\prec	\vee	\forall	\wedge		Y	\prec	Y	
28) 新	規利用	新規利用開始者数		21年1	(2021年10月分))	Y (,				
29) 終	終了者数	2				<u></u>	≺ ○	,				
(2	2021年	(2021年4月から9月末までの6か月間)	9月末ま	での (か月間)		➡そのうち看取りを行った終了者数	対を行っ	った終了	了者数()人	

4. 基準等に対する取り組みについておうかがいします。

	М	検討していない		က	က	ო
	8	実施できていない検討しているが		2	2	2
	-	実施している		1	1	-
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・			【感染症対策】	30) 感染症対策を検討する委員会の開催	31) 感染症予防及びまん延の防止のための指針の整備	32) 感染症に関する研修または訓練

45		ဗ	ဗ	ဗ				ဗ	c	າ	ဗ	ဗ	c	າ			
いないるが		2	2	2	(自由にご記入下さい。			2	c	Ŋ	2	2	c	Ŋ	自由にご記入下さい。		
(e		1	-	-	ジュー (日本)			-	۲	_	-	-	٠	_	(1) 1) 田田(1)		
	【感染症対策】	30) 感染症対策を検討する委員会の開催	31) 感染症予防及びまん延の防止のための指針の整備	32) 感染症に関する研修または訓練	「3. 検討していない」を選んだ場合、検討していない理由を	教えてください。	【業務継続計画(BCP)】	33) 感染症発生時(自然災害時)対応主体の選定、役割分担	34) サービス提供継続、非常時の体制で早期の業務再開に関す	る指針の整備	35) 利用者と職員の安全確保に関する指針の整備	36) 業務継続計画に関する研修または訓練	37) 地域での他事業所との合同開催、法人内の事業所との合同	開催、テレビ電話装置などを利用しての開催	「3. 検討していない」を選んだ場合、検討していない理由を	教えてください。	

	教えていたない。			
『學』	『特防止の推進】			
38)	虐待防止検討委員会の設置および開催	1	2	3
39)	運営規定に「虐待防止のための措置関する項目」を追記	1	2	e

	3	,	^
	7	4 該当なし	(自由にご記入下さい。
	1		(回) 日田 リ
【認知症介護基礎研修の受講】	41) 介護に直接携わる職員のうち医療・福祉関係の資格を有さない者に研修を受講させる		「3. 検討していない」を選んだ場合、検討していない理由を教えてください。

١	【ハラスメント対策の強化】			
42)	42) 適切なハラスメント対策の明確化	1	2	8
	「3. 検討していない」を選んだ場合、検討していない理由を	一川田田((自由にご記入下さい。)	_
	教えてください。			
【楼	【機能訓練・口腔・栄養の取組の一体的な推進】			
43)	機能訓練・口腔・栄養の取組を一体的にするための検討	-	2	က
	「3 検討していない」を選んだ場合、検討していない理由を	『ココ甲目)	(自由にご記入下さい。	(
	教えてください。			

5.科学的介護情報システム(LIFE)の活用等についておうかがいします。

47、圣迹给人探禁指令,4月157年上	1. 哲ったいる	
++/ 4+5311度1148/ペーク (ここと) 1801を作りませ	. 名前はきいたことか	2. 名前はきいたことがあるが、内容はよくわからない
1+x1 c 9 %	3. 知らない	
- 1 で 一日 3 T 十年 50×7 - 大三回 / 3 V	. 活用している	
45) 同し済くが韓国9の別のサーロくに **:・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2. 活用していない	
おいく LIFE を活用していますが	3. わからない	
	、文書ソフト、表計	文書ソフト、表計算ソフト等にてパソコン等で
	作成し、電子でのみ保存	み保存
	2. 記録ソフト (電子	記録ソフト(電子カルテ等)にてパソコン等で
	作成し、電子でのみ保存	み保存
7	3. 文書ソフト、表計	文書ソフト、表計算ソフト等にてパソコン等で
46)記跡媒体は何を使用していますが、デーボー・サイクード()	作成し、出力して紙で保存	紙で保存
(ヨこはまるもの宝 ここの)	4. 記録ソフト (電子	記録ソフト(電子カルテ等)にてパソコン等で
	作成し、出力して紙で保存	紙で保存
	5. 手書きで作成、紙で保存	で保存
	 手書きで作成した 	手書きで作成した後、パソコン等に入力
	. から街 (^
47) 現在導入している記録ソフト(電子カ	1. できる 2. できない	ない
ルテ等)はLIFE と連携ができますか	3. 記録ソフトを使用していない	していない
48) LIFEに利用者登録をしていますか	1. はい 2. いいえ	ĸ
49) 2021年4月以降、科学的介護情報シ	# N#	いつかで掲出していますか。()目かぶ
ステム (LIFE) ヘデータを提出していま	1 A!	
すか	Z. 1,1,2	

50) は49) で<u>「1.はい」</u>を選んだ場合にご回答ください。 49) で<u>「2.いいえ」</u>を選んだ場合は6頁の51)に進んでください。

ILR へのデータ提出機(2011年10月分)及び提出者数が1人以上の場合、LIFC へのデータ提供間隔(前回評価からの間隔) 5.5か月 6.6か月 7.7か月以上 (当下は来るもの全てにつ)	- 3	, i
(()) () () () () () () () (へのデータ提出者数 計画立案担当職種、	是出者数が1人以上の場合、LIFE へのデータ提供 「回答ください。
1.1か月 2.2次 1.1が月 2.2次 1	①栄養アセスメント加算	~ ()
1.		2.2 か月 3.3 か月
1. 看護師 2. 個	LIFE へのデータ 提供間隔(前回評価からの間隔)	5 か.月 6.6 か.月 7.7 か.月以
#職種		看護師 2. 保健師
 ・ 介護療法士・ (・ 介護権社士 (・ 介護権社士 (・ 介護者 (・ ク (
(TICO) 6. 介護福祉士	LIFE の計画立案担当職種	理学療法士・作業療法士・
8. その他の職員 1. 看護師 2. 信 4. 介護支援専門 2. 信 4. 介護支援専門 2. 信 5. 理学療法士・ 6. 介護福祉士・ 7. 11 次月 2. 2. 2 2 2 2 2 2 2 2 2 3 2 2 3 2 3 2 3	(当てはまるもの全てにの)	介護福祉士
(I) 看護師 2.6 (4. 介護支援専門 (7.10) における (7.10) における (7.10) における (7.10) (1.10) 日 2.2 (4.11) (1.10) 日 2.2 (4.11) (1.10) 日 2.2 (4.11) (1.10) 日 2.2 (4.11) (1.10) 日 2.3 (4.11) (1.10) 日 2.3 (4.11) (1.10) 日 3.3 (4.11) (1.10		
(エ) における		看護師 2. 保健師
(I) における (T) (A) (A) (A) (A) (A) (A) (A) (A) (A) (A	■「栄養アセスメント加算」における	
(TI) における () 小護福祉士 () () () () () () () () () (LIFE の評価担当職種	
(II) における (TI)	(当てはまるもの全てに〇)	介護福祉士 7. その他の職員
(II) における		Υ ()
(II) における 1. 看護師 2. 位 (II) における 1. 看護師 2. 位 (II) における 2. 種類様法・でにつ) 2. 母学療法・でにつ) 3. その他の職員 1. 有護師 2. 位 (II) における 3. 母学療法・ (II) における 4. 介護を援専門 4. 介護を援専門 1. 有護師 2. 位 (II) 1. 本 (II) 1. 和 (II) 1. 和 (II) 1. 和 (2.2 办3月 3.3 办3月
(II) における 4. 介護支援専門 2. 係 (II) における 5. 理学療法士・ 6. 介護 福祉士 7. 信護 2. 係 (II) における 7. 清護師 2. 係 (II) における 7. 清護師 2. 核 (II) における 7. 清護師 2. 核 (II) における 1. 1か月 2. 2 ½ (III) (II) 月 2. 2 ½ (III) (III) 月 2. 2 ½ (III) (III) 月 2. 2 ½ (III) (III) 月 2. 2 ½ (IIII) (III) (III) 月 2. 2 ½ (IIIII) (IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII	LIFE へのデータ提供間隔(前回評価からの間隔)	6.6 25月 7.7 次月以
 (II) における 5. 理学療法士・6. 介護福祉士・6. 介護を援専門 8. その他の職員 1. 看護師 2. 名 (II) における (II) における (II) における (II) における (II) が関連 (前回評価からの間隔) (II) が月 2. 2 次 (II) が関連 (II) が月 2. 2 次 (III) が月 2. 3 次 (III) がまる接専門 3. 4 か護を接専門 4. か護を接専門 5. 理学療法士・6. 介護を指令 (III) がまを接専門 5. 理学療法士・6. 介護を指令 (III) がまを接専門 5. 4 か護を接専門 5. 6 か護福祉士 6. か護福祉士 		2. 保健師
 ・ 力護権法士・ ・ 小護福祉士・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・		
 (TI) における (TI) は (TI) は (TI)	LIFE の計画立案担当職種	
(I) における 1. 看護師 2. 係 (II) における 4. 介護支援専門 (II) における 6. 介護福祉士・ の他の職員 (II) かり 2.2 次 2. 機構 1. 1か月 2. 2次 2. 機構 1. 1か月 2. 2次 3. 等的 6. 6 次 1. 有護師 2. 係 3. 電学療法士・ の他の職員 6. 介護在独士 (この他の職員 1. 看護師 2. 係 4. 介護支援専門 6. 介護福祉士 (ここと) 6. 介護権社 (ここと) 6. 介護権社 (ここと) 6. 介護権社 (ここと) 6. 介護体部土 (ここと) 6. 介護人働の職員	(当てはまるもの全てに〇)	介護福祉士 7.
(エ) における 1. 看護師 2. 修 (正) における 4. 介護支援専門 5. 理学療法士・ 6. 介護福祉士・ 6. 介護福祉士 8. その他の職員 1.1 か月 2.2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2		
(エ) における		2. 保健師 3.
種 5. 理学療法士・6. 介護福祉士 の他の職員 ()) 加算」における 1. 1か月 2. 2½ 2. 2½ 1. 1か月 2. 2½ 2. 2½ 1. 1か月 2. 2½ 2. 2½ 1. 7 2. 2½ 1. 7 3. 3次 1. 4 3. 3 2. 4 4. 7 2. 4 5. 理学療法士・ 2. 6 4. 7 2. 4 加算」における 4. 7 6. 7 3 6. 7 3 7 3 6. 7 3 6. 7 3 6. 7 3 7 4 6 7 8 2 6 7 8 2 9 2 10 3 10 4 10 4 10 4 10 4 10 4 10 4 10 4 10 4 10 4 10	「口腔機能向上加算	
CIEO) 6. 介護福祉士 加算」における 1.1か月 2.2% E供間隔(前回評価からの間隔) 5.5か月 6.6% 加算」における 4. 介護支援専門 当職種 5. 理学療法士・ でにつ) 8. その他の職員 加算」における 4. 介護支援専門 加算」における 6. 介護福祉士 電 5. 理学療法士・ 電 6. 介護福祉士 でにこ) 6. 介護福祉士 での他の職員 6. 介護福祉士 でにこ) 8. その他の職員 8. その他の職員 6. 介護佐祉士 でにこ) 8. その他の職員	LIFE の評価担当職種	
8. その他の職員 () 人 () 人 () 人 () 人 () 人 () 1.1か月 2.2か月 () 2.5か月 () 5.5か月 () 5.5	(当てはまるもの全てに〇)	介護福祉士
加算」における 1.1か月 2.2か月 1.1か月 2.2か月 1.1か月 2.2か月 1.1か月 2.2か月 1.2か月 1.2か月 1.2 保護加算」における 地種 5.5か月 6.6か月 1.2 保護出籍 4. 介護支援専門員 5. 理学療法士・作 6. 介護福祉士 7. (6. 介護福祉士 7. (7.15つ) 8. その他の職員 1. 看護師 2. 保健加算」における 加算」における 6. 介護技援専門員 6. 介護在総立士・作 6. 介護を指針上 7. (7.15つ) 6. 介護を指土 7. (7.15つ) 6. 介護福祉士 7. (7.15つ) 6. 介護西北 7. (7.15つ) 6. 介護福祉士 7. (7.15つ) 6. 介護福祉工 7. (7.15つ) 6.		
「梅瘡マネジメント加算」における 1.1か月 2.2か月 LIFEへのデータ提供間隔(前回評価からの間隔) 5.5か月 6.6か月 1. 看護師 2.保ේ 1. 看護師 2.保ේ 1. 看護師 2.保ේ 4.介護支援専門員 LIFEの計画立案担当職種 (当てはまるもの全てにの) 6.介護福祉土 7.8 (当てはまるもの全てにの) 8.その他の職員 LIFEの評価担当職種 (当てはまるもの全てにの) 6.介護長専門員 LIFEの評価担当職種 (当てはまるもの全てにの) (当てはまるもの全てにの) 6.介護福祉土 7.8 (当てはまるもの全てにの) 6.介護福祉土 7.8	③褥瘡マネジメント加算	
LIFE へのデータ提供間隔 (前回評価からの間隔) 5.5 か月 6.6 か月 (種稿マネジメント加算」における 4. 介護支援専門員 LIFE の計画立案担当職種 5. 理学療法士・作 (当てはまるもの全てにつ) 8. その他の職員 (当てはまるもの全てにつ) 4. 介護本援専門員 (当てはまるもの全てにつ) 5. 理学療法士・作 (当てはまるもの全てにつ) 6. 介護福祉士 7. (当ではまるもの全てにつ) (当てはまるもの全てにつ) 6. 介護福祉士 7. (当てはまるもの全てにつ) 6. 介護福祉士 7. (当ではまるもの金でにつ) 6. 介護福祉士 7. (当ではまるもののの 能員	「褥瘡	2.2 为4月 3.3 为4月
「梅瘡マネジメント加算」における 4. 介護支援専門員 LIFE の計画立案担当職種 5. 理学療法士・作 (当てはまるもの全てにつ) 6. 介護福祉士 7. (当てはまるもの全てにつ) 8. その他の職員 「海瘡マネジメント加算」における 4. 介護支援専門員 LIFE の評価担当職種 5. 理学療法士・作 (当てはまるもの全てにつ) 6. 介護福祉士 7. (当てはまるもの全てにつ) 8. その他の職員		5 か月 6.6 か月 7.7 か月以.
「構造マネジメント加算」における 4. 介護支援専門員 LIFE の計画立案担当職種 5. 理学療法士・作 (当てはまるもの全てに〇) 8. その他の職員 「構造マネジメント加算」における 4. 介護支援専門員 LIFE の評価担当職種 5. 理学療法士・作 (当てはまるもの全てに〇) 6. 介護福祉士 7. (当てはまるもの全てに〇) 6. 介護福祉士 7. 8. その他の職員 6. 介護福祉士 7. 8. その他の職員		看護師 2. 保健師
LIFE の計画立案担当職種 5. 理学療法士・作 (当てはまるもの全てに〇) 6. 介護福祉士 7. 8. その他の職員 1. 看護師 2. 保健 1. 有護師 2. 保健 4. 介護支援専門員 LIFE の評価担当職種 5. 理学療法士・作 (当てはまるもの全てに〇) 6. 介護福祉士 7. 8. その他の職員 7.		4. 介護支援専門員
(当てはまるもの全てにO) 6. 介護福祉士 7. 8. その他の職員 1. 看護師 2. 保健 1. 有護師 2. 保健 4. 介護支援専門員 LIFE の評価担当職種 5. 理学療法士・作 (当てはまるもの全てにO) 6. 介護福祉士 7. 8. その他の職員	LIFE の計画立案担当職種	
(当てはまるもの全てにO) 8. その他の職員 1. 看護師 2. 保健 4. 介護支援専門員 5. 理学療法士・作 (当てはまるもの全てにO) 6. 介護福祉士 7. 8. その他の職員	(当てはまるもの全てに〇)	介護福祉士
「梅瘡マネジメント加算」における 4. 介護支援専門員 LIFE の評価担当職種 5. 理学療法士・作 (当てはまるもの全てに〇) 6. 介護福祉士 7. 8. その他の職員		
「梅瘡マネジメント加算」における 4. 介護支援専門員 LIFE の評価担当職種 5. 理学療法士・作 (当てはまるもの全てにO) 6. 介護福祉士 7. 8. その他の職員		看護師 2. 保健師
5. 理学療法士・作 6. 介護福祉士 7. 8. その他の職員		
6. 介護福祉士 7. 8. その他の職員	LIFE の評価担当職種	理学療法士・作
	(当てはまるもの全てに〇)	介護福祉士 7.

4排泄支援加算	イ ()
●「排泄支援加算」における	1.1 か月 2.2 か月 3.3 か月 4.4 か月
LIFE へのデータ提供間隔(前回評価からの間隔)	5.5 か.月 6.6 か.月 7.7 か.月以上
	1. 看護師 2. 保健師 3. 准看護師
●「排泄支援加算」における	4. 介護支援專門員
LIFEの計画立案担当職種	5. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
(当てはまるもの全てに〇)	6. 介護福祉士 7. 介護福祉士以外の介護職員
	8. その他の職員
	1. 看護師 2. 保健師 3. 准看護師
●「排泄支援加算」における	4. 介護支援専門員
LIFEの評価担当職種	5. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
(当てはまるもの全てに〇)	6. 介護福祉士 7. 介護福祉士以外の介護職員
	8. その他の職員
⑤科学的介護推進体制加算	Υ()
■「科学的介護推進体制加算」における	1.1 か月 2.2 かり月 3.3 かり月 4.4 か月
LIFE へのデータ提供間隔(前回評価からの間隔)	5.5 か.月 6.6 か.月 7.7 か.月以上
	1. 看護師 2. 保健師 3. 准看護師
■「科学的介護推進体制加算」における	4. 介護支援専門員
LIFEの計画立案担当職種	5. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
(当てはまるもの全てに〇)	6. 介護福祉士 7. 介護福祉士以外の介護職員
	8. その他の職員
	1. 看護師 2. 保健師 3. 准看護師
■「科学的介護推進体制加算」における	4. 介護支援専門員
LIFEの評価担当職種	5. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
(当てはまるもの全てに〇)	6. 介護福祉士 7. 介護福祉士以外の介護職員
	8. その他の職員

51) は全員の方にお伺いします。

	c	
	,	
	რ	呼吸機能管理
ゴラ・コニ・イン・ラン・コン・カーによって	4.	循環機能管理
31) 貝及町の/28/1~30/00~7~ 「ITC へのナーケモコニックをお答えたコナナギ、手を装が子は下	5.	感染管理
タ佐日C てのJuly July ののよう Ju、 自多飯 CIA 同にていた トンヤ 背頂 店日 式 キットロント 田、十十六	9.	医療処置や機材の管理 (留置カテーテルなど)
このような評価項目がある人気いてあいますが、第七十十2+6411)	7.	家族介護力・家族機能
はおるもの手 (こし)	ω.	ターミナルケア
	6	多職種連携
	10.	10. その他
	甲貝)	(自由記載)

52) ~59)は、49) で<u>「1.**はい」**</u>を選んだ場合にご回答ください。

	.	15 分未満	
52) 1 名の利用者あたりの LIFE への入力にかか 2. 15~30 分末満	2	15~30 分未満	
る時間を教えてください	წ	3. 30 分~1 時間未満	
	4.	1時間以上	
ヒュン ユ ナ オ ス ー ト ー			

る時間を教えてください	5		S.	3. 30 分~1 時間未満
			4.	4. 1時間以上
53) 入力することに	-	1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1	17	() () () () () () () () () () () () () (
田難さた感じる様		1. や子む// 漫井垣(1渕/9 の計1面 (や子む// 漫井垣/ 報/	計量	1 (科子的)/ 漫推進情報)
対のと 近いまり からずい かいしょう イン・イン・イン・イン・イン・イン・イン・イン・イン・イン・イン・イン・イン・イ		. 褥瘡対策に関するスクリー]	2. 褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書(褥瘡マネジメント情報)
<i>{</i> ∪	က <u>်</u>	. 排せつの状態に関するス	7 J	3. 排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書(排泄マネジメント情報)
コトイルのい	4.	. 栄養スクリーニング・ア	X 4	4. 栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング (栄養・摂食嚥下情報)
(当てはおのものま	5.	. 口腔機能向上サービスに	圏よ	5. 口腔機能向上サービスに関する計画書 (口腔機能向上サービス管理情報)
()				
	7	されていて ここれれ	4	

3. 栄養士等関連職種との連携が困難なため 54) 困難さを感じる 1. アセスメントができないため 2. 該当するデータがないため 4. その他 (具体的に: 理由(当てはまる もの全てに〇)

4. 記録システムから各種様式へのデータ移行ができない 2. アセスメント内容の入力方法がわからない 3. PC 等設備がないため入力ができない 1. 入力する時間がない 55) LIFE を使用する 上での課題

6. 手入力で入力する項目が多すぎる 5. LIFE の使い方がわからない 7. その他 (当てはまるもの全 てに0)

1. 大きい 2. まあまあ負担である 3. あまり負担ではない 4. 全くない (具体的に: 56) 入力の負担

1. ケアの質の向上に関する方針の策定・実施 利用者状態の多職種での情報連携 利用者状態の管理・課題把握 7 რ.

フィードバック票を用いた提供サービス・ケアの見直し フィードバック票を用いた利用者・家族への説明 フィードバック票を用いたケアの評価した 2 9 57) LIFE の活用場面 (当てはまるもの全 くに()

フィードバック票を用いた利用者の計画書への反映 上記いずれも活用しなかった その他(7 œ.

て、LIFE の活用が | 2. やや思う 58) LIFE 全体とし 1. 思う

に寄与すると感じ 4. あまり思わない 看多機の質の向上 3. どちらでもない 5. 思わない ますか

59) 58) でそのように 回答した理由を教 えてください

6. 加算の算定の状況 (2021年10月分) についておうかがいします。

(09	認知症行動・心理症状緊急対応加算	1. 有	2. 兼	
(19	栄養アセスメント加算	1. 有	2. 無	
(29	栄養改善加算	1. 有	2. 無	
(83)	口腔・栄養スクリーニング加算	1. 有(I) 2. 有(II)	2. 有 (Ⅱ)	3. 熊
(49)	褥瘡マネジメント加算	1. 有(I) 2. 有	2. 有 (Ⅱ)	3. 熊
(29	排せつ支援加算	1. 有 (1)	1. 有(1) 2. 有(11)	3. 有(皿) 4. 無
(99	科学的介護推進体制加算	1. 有	2. 無	
(29	サービス提供体制強化加算	1. 有(I)	1. 有(I) 2. 有(II) 3. 有(III)	3. 有(皿) 4. 無

7. PDCAサイクルの推進につながる評価のための基盤整備についておうかがいします。

68) 定期的に定量(人数や回数等の数量)で現状把	1. はい	2. いいえ
握をしている	● [1. はい」の場合	▼ [1. ぱレン」 の場合、いつ、誰と、どんなタイミ
	ングで、どのよう	ングで、どのような方法で行っているか、具体
	的にご記入ください	1
	① いつ (具体的に:	.:
	② 誰と (具体的に:	
	③ どんなタイミングで	グで
	(具体的に:	
	④ どのような方法で行っているか	で行っているか
	(具体的に:	
69) 現状把握のためにLIFE を活用している	1. はい	2. いいえ
70) 定期的に定性(性質)で現状把握をしている	1. はい	2. いいえ
71) 得られたデータをもとに経時的な変化を整理		
し、得られた情報を事業所内で共有・課題の抽出	1. はい	2. いいえ
を行っている		
72) 課題の抽出で出された課題をもとに目標と課	Ź	4
題に即した対応策の立案を行っている	١, ١٩٠٠	۲, ۰, ۰ · ۷
73) 目標と課題の認識について、事業所内で共通認	Ź	4
識を持っている	٠, ١٠٠	۲,۰,۰
74) 目標と課題に即した対応策の立案をもとに取	Ź	47
り組み内容の検討を行っている	٠, ١٠٠	۲,۰,۰
75) 取り組みに対する評価指標の設定を行っている	1. はい	2. いいえ
76) 評価指標の設定にLIFE を活用している	1. はい	2. いいえ

8. 令和6年度介護報酬改定に向けての要望がありましたら、自由にご記入ください。

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、返送用封筒 (切手は不要です) に入れ、 11月22日までに投函してください。ご協力いただきまして、まことにありがとうございました。

令和 3 年度 厚生労働省 老人保健健康增進等事業 療養通所介護事業所調査票

※本調査票は、<u>療養通所介護事業所の管理者の方</u>がご記入ください。 ※回答の際は、あてはまる番号や記号を○で囲んで下さい。○を付ける数は原則1つです。○を複

数に付けていただく場合は、質問文に記載しています。

※具体的な数値等をご記入いただく箇所もあります。該当がない場合には「0」とご記入下さい。 ※調査時点は、2021年11月1日または、質問に記載している期間とします。

1. 貴事業所の基本情報をおうかがいします。

1) 所在地		$\overline{}$		争	都・道・府	压.	当							
2)事	事業開始年	西暦	·) 年									
		+	営利法人	∀ ;		2.	医療法人			3.	社会社	社会福祉法人	\prec	
3) 課	開設主体	4.	一般社	一般社団法人		5.	特定非営利活動法人 (NPO)	利活動法	4	NPC	$\overline{\circ}$			
		9	その他($\widehat{}$						
4)開	開設主体が他に運営している施設・事業(当てはまるものすべてにO)	関連コ	当してい	る施設	·事業(デ	はまるもの	すべてに	(0)					
	訪問看護ステーション (事業所)	1) 	事業所)	2.		地域密着型通所介護	 所介護		_.	居宅/	居宅介護支援事業所	爰事業	所
4.	児童発達支援	ETIX			5.		放課後等デイサービス	イサービ	K	9	生活介護	小瀬	(障害)	
7.	その他(ω.		なし							
ji ji	u W	1. 月		2 . ⊁	e.	¥	4 . ★	5.	邻	9.	4	7.	ш	
	ı K	%	7定期の	不定期の場合は具体的に	t具体I	おに	\cup							$\overline{}$
6) 柘	祝日の営業		-	営業している	2112		2. 営業し	営業していない	1					
7) 20	2021年10月の療養通所の営業日数	の瘠養	通所0	5階業日	数)	H (_					
8) 坦	宿泊サービスの届出の有無	の届出	Hの有	単			1. 有	2.	祟					
9) 個	宿泊サービス実施の有無	実施の	り有無				1. 有	2.	兼					
10)	入浴設備の有無	自無					1. 有	2.	兼					
11)	登録特定行為事業者または登録喀痰吸引等事業者としての登録の有無	為事業	者また	け登録	喀痰叭	장引等	事業者と	しての資	録の1	有無	<u>+</u>	神	2	無
12) ½	登録特定行為または登録喀痰吸引等事業の実施の有無	為また	け登録	路痰吸	引等事	事業の	実施の有	無			-	神	2	無
13) j	貴事業所はインターネットに接続できる環境ですか	インタ	- ナッ	トに接	続でき	きる環	誤境ですか				-	いない	2.	いいえ
14) 月	職員体制(多	美人数	(実人数・常勤換算	1換算)										
派 ※	※党勤機算数は「従事者の1週間の勤務延時間数(残業は除く) - 当事業所において党勤の従事者が勤務すべき1週	1事者の) 1 週間	の勤務辺	5時間数	7 (珠	業は除く)・	一当事業月	下におし	高い	動の従	事者が襲	計略する	門 セルン

※吊勤房具数15.1な争者の1週間の勤務些時間数(残棄に除く)・当事業所において吊動の従事者が勤務すべき1週間の時間数(所定労働時間)」で計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上して下さい。該当の職種の職員がいるが、得られた結果が0.1に満たない場合は、[0.1]と計上して下さい。 その他の 職員 5.60 代以上 常勤兼務 巣 ۲, κį 介護福祉士 以外の介護 職員 4.50 代)年目 常勤専従 3.40 代 乍 介護福祉士 ÷ 1.20代 2.30代 (貴事業所以外での療養通所介護事業の管理者経験も含む) 理学療法士· 作業療法士· 言語聴覚士 17) 管理者の療養通所介護事業での管理者経験年数 15) 他の事業と兼務している職員はいますか 准看護師 看護師 16) 管理者の就業形態 18) 管理者の年代 非常勤人数 常勤換算数 常勤人数

2. 2021年10月の利用者の実態等についておうかがいします。

	利用定員	2021年10月に 1回以上利用した 到田老粉(宇 1巻)	うち、5回以上
20) 療養通所介護	~	↑ (本)	利用した人数
(7) 政(所) ひでがお (7) 18 歳未満の利用者 (1) 18 歳まま (1) 18 数	~		4
びこまたは大阪中来が、M 課後等デイサービス等)	決めていない	~	×
22) 18 歳以上の利用者	~	~	≺
(介護保険利用者を除く)	決めていない		

注)「利用定員」を特に決めていなければ「決めていない」を〇で囲んでください。

以下は、療養通所介護(介護保険のサービス)の利用者についてご回答ください。

	^	\prec	
含みます)	その色(
なかった人を	本家 人族	\forall	
(利用開始しなかった人を含み)	訪問看 護ステー ション	Y	丫 (
_ ≺ ^	地域包 括支援 センター	Υ	
_	居 選 本 大 業 形 形 形	Y)
月)	小 勝 光 解 施 設	\ \	年4~10月)
1年4~10	診療所	Y	(2021
賴数 (2021	病院	Y	用開始者数
23) 新規依賴数	24)新規 依頼の依頼	経路別人数	25) 新規利
N	~在	₩ E	2

26) 2021	26) 2021 年 4 月~10 月末までに利用を中止(又は終了)した場合の転帰別の利用者数	者数	
①医療機	①医療機関入院(その後、死亡した人を含む)	J	〈
②介護係	②介護保険施設入所	\cup	〈
③在宅での死亡	の死亡)	~ (
4状態悪	④状態悪化し、在宅療養のまま終了	,	~
(20	(その後、結果的に入院、入所した人を含む)	,	\ \ \
5米態改	⑤状態改善し終了)	~ (
⑥利用者	⑥利用者・家族の希望により終了)	~ (
上記⑥のる利用者	上記⑥の利用者のうち療養通所介護の利用の継続が適切であると判断され る利用者)) 人
.,,	うち、中止した理由が「包括報酬により利用料が高くなったため」である者	\cup	\prec
	●療養通所介護の利用終了後の状況(移行したサービス別人数)		
	介護保険サービスは利用していない	\cup	~
	通所介護を利用)) 人
	通所リハビリテーションを利用)	~ (
	看護小規模多機能型居宅介護を利用)	~ (
	その他の介護保険サービスを利用)	~ (
⑦転居)) 人
8その他(()7)) 人

2

2.

1. 有

19) 教育担当者の有無

3. 令和3年度介護報酬改定による影響についておうかがいします。

27) 2021年4月の介護報酬改定による	聖改	定による		<u>画所介護事業</u>の 収支	状況の)変化
				\odot	※衙の	(※他のサービスの収支を含まない)
①2020年10月	- :	半	2	 はば均衡している 3. 赤字 	ω.	赤字
②2021年10月	-	当字	2	2. ほぼ均衡している 3. 赤字	ω.	赤字
は	-	改定に	1 0 A	改定により収入が増えた	2	2. 変わらない
②以上 間後 この 比数	ю.	改定に	101	改定により収入が減った		

28) 加算・減算の状況 (2021年10月分) (あてはまるものすべてに〇)

介護職員処遇改善加算皿 5. サービス提供体制強化加算皿イ 2. サービス提供体制強化加算皿ロ 介護職員処遇改善加算Ⅱ 介護職員処遇改善加算 I

7. 介護職員等特定処遇改善加算 II 介護職員等特定処遇改善加算 I 口腔栄養スクリーニング加算

9

ω.

რ.

入浴介助を行っていないための減算

看護職員等従業者の員数が別に厚生労働大臣が定める基準に該当するための減算 利用者定員を超えたための減算

利用者1人当たり平均回数が月5回に満たないための減算 12

療養通所介護が包括報酬になったことの影響(あてはまるものすべてにO) 29)

1人当たり月平均利用回数が増えた

短時間利用者が増えた

利用者1名あたりの単価が上がった

利用者1名あたりの単価が下がった

職員体制を拡充できた 営業日を増やした

介護保険報酬での受け入れ人数を増やした

収入減になり、他の事業への変更、療養通所介護事業の中止を予定している 9. から街(

) 回※小数点以下第 1 位まで \prec п (自由記載) 利用回数が増えた際に、どのように職員体制の拡 充や利用時間の調整等の工夫を行いましたか 令和3年10月の1人当たり平均利用回数 令和3年3月の1人当たり平均利用回数 29)で1.を選んだ場合、回答してください 29)で2.を選んだ場合、回答してください

単位増収 **小** (自由記載) 令和3年10月の利用時間が1時間以上4時間未満の人数 令和3年10月の利用時間が4時間以上8時間未満の人数 令和3年3月の利用時間が1時間以上4時間未満の人数 令和3年3月の利用時間が4時間以上8時間未満の人数 利用者 1名あたりの増収単位※小数点以下第1位まで 短時間利用者が増えた際に、どのように職員体制 の拡充や利用時間の調整等の工夫を行いましたか 29)で3.を選んだ場合、回答してください

)人、常勤兼務(職種: a 看護 b 介護 c その他 職種:a 看護 b 介護 c その他(そのうち、常勤専従(29)で5.を選んだ場合、その内容についておうかがいします b介護 cその他(常勤兼務から常勤専従へ変更した ■人数:(非常勤から常勤へ変更した ■人数:(職種:a看護 1. 増員した ■人数:(რ

4. 基準等に対する取り組みについておうかがいします。

		- 実施している	実施できていない2 検討しているが	a 検討していない
【顾	【感染症対策】			
30)	感染症対策を検討する委員会の開催	-	7	ო
31)	感染症予防及びまん延の防止のための指針の整備	1	2	3
32)	感染症に関する研修または訓練	-	2	က
	「3. 検討していない」を選んだ場合、検討していない理由を	ジュー 田田 (ご記入下さい。	_
	数えてくだない。			
無】	【業務継続計画(BCP)】			
33)	感染症発生時(自然災害時)対応主体の選定、役割分担	-	2	ო
34)	サービス提供継続、非常時の体制で早期の業務再開に関す る指針の整備	-	2	ო
32)	利用者と職員の安全確保に関する指針の整備	1	2	က
36)	業務継続計画に関する研修または訓練	-	2	က
37)	地域での他事業所との合同開催、法人内の事業所との合同 開催、テレビ電話装置などを利用しての開催	1	2	က
	「3. 検討していない」を選んだ場合、検討していない理由を 教えてください。	(1) 日田日()	(自由にご記入下さい。	
型]	【虐待防止の推進】			
38)	虐待防止検討委員会の設置および開催	٦	2	ო
39)	運営規定に「虐待防止のための措置関する項目」を追記	1	2	ო
40)	虐待防止に関する研修	-	2	က
	「3. 検討していない」を選んだ場合、検討していない理由を 数えてください。	(自用に	ご記入下さい。	

単位減収

吊扬

利用者 1 名あたりの減収単位※小数点以下第 1 位まで

29)で4を選んだ場合、回答してください

図	【認知症介護基礎研修の受講】			
41)	介護に直接携わる職員のうち医療・福祉関係の資格を有さ	1	2	ဗ
	ない者に研修を受講させる		4 該当なし	
	「3. 検討していない」を選んだ場合、検討していない理由を教	行い田田)	(自由にご記入下さい。	
	えてください。			
5	【ハラスメント対策の強化】			
42)	適切なハラスメント対策の明確化	٢	2	ო
	「3. 検討していない」を選んだ場合、検討していない理由を	ジュ田田)	(自由にご記入下さい。	
	教えてください。			
【機	【機能訓練・口腔・栄養の取組の一体的な推進】			
43)	管理栄養、歯科衛生士等との連携	-	2	ო
	「3 検討していない」を選んだ場合、検討していない理由を教えてください。	行と田甸)	(自由にご記入下さい。	

5. 令和3年4月1日より、「科学的介護情報システム (LIFE)」の運用が開始され、すべての介護 サービスにおいての利活用が推奨されていますが、そのLIFEの活用についてお伺いします。

	-	知っている	
44) 科字的介護情報ンステム (LIFE) ほこ存 ニャナか	5	名前はきいたことがあるが、内容はよくわからない	ない
XI C 9 17	رى ن	知らない	
キュービード 分言 2 十年800年 一共 三回 (37	- :	活用している	
43) 同し法人が格国9の別のサーロスにおいました。 デー・ディイギョー・ディー・ディー・ディー・ディー・ディー・ディー・ディー・ディー・ディー・ディ	2	活用していない	
いく LIFE を活用していますが	_.	わからない	
	- :	文書ソフト、表計算ソフト等にてパソコンなどで作	で作
		成し、電子でのみ保存	
	5	記録ソフト(電子カルテ等)にてパソコン等で作成	作成
46) 貴事業所で作成する文書のうち、利用		し、電子でのみ保存	
者ごとの記録等の文書等について、どのよ	წ	文書ソフト、表計算ソフト等にてパソコン等で作成	作成
うな方法で作成、保存していますか		し、出力して紙で保存	
(当てはまるものすべてに〇)	4.	記録ソフト(電子カルテ等)にてパソコン等で作成	作成
		し、出力して紙で保存	
	2	手書きで作成し、紙で保存	
	9	手書きで作成した後、パソコン等に入力	
	7	その街 ()	
47) 現在導入している記録ソフト(電子力	<u>,</u>	1. できる 2. できない	
ルテ等)はLIFE と連携ができますか	رى ا	記録ソフトを使用していない	
48) LIFEに利用登録をしていますか	.	はい 2. いいえ	
49) LIFE にデータを提供していますか	1.	1. はい 2. いいえ	

※LIFE にデータ提供している方もしていない方も以下、50)51)ともにご回答ください。

50) データを提供し入力をして評価を受けている様式の回答欄に○印をしてください。また、入力を して評価を受けたい様式があれば回答欄に〇印をしてください

様式例一覧(日本訪問看護財団の 参考) LIFE(科学的介護情報システム)の

ポーケページ)

ポースページ

https://life.mhlw.go.jp/login

https://www.jvnf.or.jp/blog/21 0310kaigo-tsuchi.html

※ホームページ内の「科学的介護情報システム

(LIFE) 様式(令和3年10月1日時点最新版) をご覧ください 部 (本 会) 部 (正

興味・関心チェックシート(興味関心チェック情報) ②別紙様式1

①科学的介護推進に関する評価 (科学的介護推進情報)

③別紙様式2 : 生活機能チェックシート (居宅訪問チェック情報) ④別紙様式3 : 個別機能訓練計画書 (個別機能訓練計画情報)

⑥褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書(褥瘡マネジメント情報) ⑦褥瘡対策に関する診療計画書(褥瘡マネジメント情報) ⑤ADL 維持等情報

⑧排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書(排泄マネジメント情報) ③自立支援促進に関する評価・支援計画書(自立支援促進情報)

⑪薬剤変更等に係る情報提供書(薬剤変更情報) ⑩薬剤管理指導(薬剤変更情報)

⑩栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(栄養・摂食嚥下情報)

⑭口腔機能向上サービスに関する計画書(口腔機能向上サービス管理情報) ③口腔衛生管理加算 様式、実施計画(口腔衛生管理情報)

服薬管理(点服含む) 疼痛管理 呼吸機能 51) 質改善のためにLIFE へのデ

療養通所介護ではどのような評 価項目があると良いと思います 一タ提出が推奨されていますが、

医療処置や機材(留置カテーテルなど)

感染・発熱

循環機能

家族介護力・家族機能

か(当てはまるもの全てに〇)

5.

ターミナルケア œ.

その他(自由記載 多職種連携 10

9

52) ~53) については、49) で「1.はい」と回答された方にお伺いいたします。

	-	ケアの質の向上に関する方針の策定・実施	
	2	利用者状態の管理・課題把握	
	_.	利用者状態の多職種での情報連携	
52) LIFE の活用場面(当てはま	4.	フィードバック票を用いた提供サービス・ケアの見直し	
るものすべてに0)	5.	フィードバック票を用いた利用者・家族への説明	
	9.	フィードバック票を用いたケアの評価	
	7.	フィードバック票を用いた利用者の計画書への反映	
	ω.	上記いずれも活用しなかった	
	6	その他(
53) LIFE を活用している上での 課題と意義を教えてください			

6.送迎における ICT(タブレット端末等)の活用についておうかがいします。

54) 送迎を行っていますか 1. はい 2. い 55)-59)は54)で「1. はい」と回答された方にお伺いします	
55)-59)は54)で「1. はい」と回答された方にお信	Z. 1,1,2
	11、します
55) 送迎時に ICT を活用していますか 1. /はい	2. <i>い</i> いえ
← (看護師以外の人材を有効活用することができている一件曲をおいり、ジェル・ディー・
このような利点かあると思いますか 2. 人件資を (当てはまるもの全てにO) 3. その他	人件質を抑えることができている その他(
57) 送迎時に ICT を活用することの課題 はどのようなことだと思いますか	
58) 看護師以外の送迎が可能な対象者数) \
59) 看護師による送迎が必要な対象者数) Y
■看護師の送迎が必要な理由は 何でしょうか	

7. 令和6年度介護報酬改定に向けての要望がありましたら、自由にご記入ください。

8. 療養通所介護の全利用者について個別にお伺いします。 ※利用者<u>全員について</u>(ただし、利用者が5名以上いる場合には五十音順で最大5名の方を選 択)ご記入ください。

 $\frac{※利用者ごとに下記の各質問についてご回答ください。}{1.人引}$

/	\
\mathbb{H}	X
_	<
ū	בו בי
	,

	# V9~# UV - 1	部19		29 6	罪 V2~罪 59	常 7.	2 75	靠 18~靠 51	衛	
①年齢		94歳			95 歳以	: ! 4				
②要介護度	 要介護 要介護 	1 2	6.5	要介護2その他	က်	要介護3	.4	要介護4	養 4	
③傷病名	1. 高血圧		2. ∄	脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	出血小	脳梗塞等)	3.	心臟病		
(あてはま	4. 糖尿病		5.	高脂血症	(脂質異常)	(年)	6. 平	吸器の	呼吸器の病気 (肺炎や気管支炎等)	2気管支炎等)
るものすべ	7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気	臓・胆	103	の病気			8.	職・哨	腎臓・前立腺の病気	
てに0)	9. 筋骨格の病気)病気(栗	(骨粗しょう症、	関節症等)	等)	10. 骨折	事折		
	11.頚髄損傷	lmlR	12.	末期がん			13. ∄	杉期が ,	 末期がん以外のがん 	. ک
	14.非がんの末期)末期	15.	血液・免疫の病気	痰の浄		精神疾患	(55)	16. 精神疾患(うつ病、統合失調症、	症、依存症等)
	17. 神経難病	派	9.	認知症(アルツ	認知症 (アルツハイマー病等) 19. パーキンソン病	等) 19. /	4-1%	ソンン流	
	20. その他($\overline{}$								_
4 305t,	、「主傷病」を選択肢の番号	を選択	版の	番号で1	つ記入し	、してくだ	1740			_
⑤10月1か月間の利用回数	間の利用回数	**	$\overline{}$		_	□				
⑥10月の利用時間	時間)		_	時間				
⑦改定前に比べての利用回数	べての利用回]数	-	増えた	2	特に変わらない	っらない	<i>ب</i>	減った	
⑧改定前に比べての利用時間数	ベイの利用時	F間数	-	増えた	2	特に変わらない	っちない	က်	減った	
③10 月1か月間のキャンセルの回数(当日のキャンセル)	間のキャンセ	この回縁	数(账	4十0日	ンセル	•)		
110月1か月	月1か月間のキャンセルの回数(前日までのキャンセル)	この回縁	数(前	日までの	ナヤン	(1/4		_	回(
		1 . ⊢	薬	発熱など	の体制	下痢・発熱などの体調不良で在宅療養のほうがよい	:宅療養の)ほう;	がよい 2.	. 緊急受診
(1)キャンセルの	0	3.	入泥	4.	短期入所	5.	本人の希望		(行きたくないと言う等)	と言う等)
主な理由(あてはまるもの	こはまるもの	%	族が	通所に行	1 () Y	家族が通所に行くのが難しいと判断した	判断した	1	7. 家族	家族の都合
すべてに〇)		%	型型	ロナウイ	ルス原	新型コロナウイルス感染症の不安	汝			
		9.	9年	その他(具体的に記入	(に記)	·: /				
		1. 移重	· 也	移動・移乗の援助		2. 体位交换			3. 口腔内ケア	77
		4. 服	乾援	服薬援助・管理	5.	5. 入浴・シャワー浴介助	ヤワー浴	介別	6. 排泄援助	助
H H	1	7. 経	一種	対援助 (1	· +	経口摂取援助 (食事・水分含む)	8. 見守り	中の	9. 呼吸管理	畑
の利用者へのイングルイングルイングラング	17.	10. 吸引	15		7	11. 経管栄養	樂		12. 留置カテ	カテーテル
	2000	13.	请(小)	13. 中心静脈栄養	14	14. 気管カニ	1 4 7		15. 麻薬管理	計
ô		16. 疼痛管理	清管	畑	17.	7. 在宅酸素		18. \wedge	エ肛門・人工	人工肛門・人工膀胱の管理
		19.人	平平	19.人工呼吸器の管理	₹ 20.). リハビリテ	1	ш У		
		21.	その他	<u> </u>					^	
③利用者は療養通所介護	養通所介護	1-a.	4	サービス名			_	1-b.	回数(
以外でどのようなサービス	うなサービス	2-a.	4	ービス名			^	2-b.	回数(() / 河
を利用していますか。その	きすか。その	З-а.	4	ービス名			^	3-b.	回数(/
サービスの種類と回数を	類と回数を	4-a.	†	ービス名			^	4-b.	回数(順/ (
教えてください。	0	5-a.	4	ービス名			^	5-b.	回数(

 ∞

	/
삣	#
\sim	Ş
	١

				l			l			
①年齡	 40 歳~64 歳 85 歳~94 歳 	·64 歳 ·94 歳		 65 95 	65 歳~74 歳 95 歳以上	数	3. 75	75 號~8	~84	
2要介護度	1. 要介護 5. 要介護	1 2. 5 6.		要介護 2 その他	က်	要介護 3	4.	要介護	護4	
3傷病名	1. 高血圧		2. 脳적		出血・服	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	3. √	心臓病		
(あてはま	4. 糖尿病		5. 高朋	高脂血症 (脂質異常)	脂質異	·新	9.	乎吸器0)病気 (肺炎	呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等)
るものすべ	7. 胃腸・肝	胃腸・肝臓・胆のうの病気	000	游気			∞.	腎臓・肩	腎臓・前立腺の病気	بكالإ
てに0)	9. 筋骨格の	筋骨格の病気(骨粗しょう症、関節症等)	青稚し」	トう歴、一	関節症急	(幸	10.	10. 骨折		
	11.頚髄損傷		12. 米	末期がん			13.	末期が	 末期がん以外のがん 	3
	14.非がんの末期		15. 血	血液・免疫の病気	らの 病		情神疾!	患 (うん	16. 精神疾患(うつ病、統合失調症、	周症、依存症等)
	17. 神経難病		18. 謬	知症 (;	r Nun	認知症 (アルツハイマー病等) 19. パーキンソン病	爭)19.	ナーペ	ソンソ病	
	20. その他	$\overline{}$								
4 3055.	「主傷病」	を選択肢の番号	技の番	ر ا	つ記入	してくだ	いせ)		(
⑤10月1か月間の利用回数	間の利用回	数	_			回				
⑥10月の利用時間	時間		$\overline{}$)	時間				
⑦改定前に比べての利用回数	べての利用回	到数	←	増えた	5.	特に変わらない	らない	.3	減った	
⑧改定前に比べての利用時間数	べての利用時	持間数	←	増えた	5.	特に変わらない	らない	.3	減った	
③10月1か月間のキャンセルの回数(当日のキャンセル)	間のキャンセ	ルの回数	女(当日	74+0	ノヤル			$\overline{}$	() E	п
⑩10月1か月間のキャンセルの回数(前日までのキャンセル)	間のキャンセ	ルの回数	女(前日	までの:	ナイナナ	(1/2		$\overline{}$	(□
		1. F	痢・発	熱など	の体調	下痢・発熱などの体調不良で在宅療養のほうがよい	宅療養	のほう		2. 緊急受診
(1)キャンセルの		3. ⊠	入院	4. 類	短期入所	5.	本人の希望		(行きたくないと	ハと言う等)
主な理由(あてはまるもの	はまるもの	· 例	族が通	所に行	< 00 \$	家族が通所に行くのが難しいと判断した	当野し	*	7. 领	家族の都合
すべてに0)		8. 新	型コロ	ナウイ	ルス感	新型コロナウイルス感染症の不安	採			
		9. %	その他((具体的に記入	に記入					
		1. 移動]・移乗	移動・移乗の援助	2	体位交換			3. 口腔	口腔内ケア
		4. 服薬	服薬援助·管理	・ 領理	5.	入浴・ツャ		ワー浴介助	6. 排泄援助	援助
H H H	1	7. 経口	1摂取	7. 経口摂取援助 (食事	- ・ ・	・水分含む)		8.見守り	9. 呼吸管理	最温
じ利用有へのケアイディディ	7 7 4 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	10. 吸引	4		=	11. 経管栄養	1144/		12. 留體	留置カテーテル
(あてはまるものすべてにる)	のすべてに	13.	中心静脈栄養	栄養	14	. 気管カニ	1 1	\	15. 麻瀬	麻薬管理
o o		16. 核	疼痛管理		17.	. 在宅酸素	11/4/	18.	工肛門・人	人工肛門・人工膀胱の管理
		19.人工	二呼吸	人工呼吸器の管理	≣ 20.	リハビリ	デージ	m 		
		21. 8	その他(^	
③利用者は療養通所介護	養通所介護	1-a.	4-1-12	ービス名 (_	1-b	回数() / 頒
以外でどのようなサービス	なサービス	2-a.	1 4 4	ビス名($\widehat{}$	2-b	回数(()
を利用していますか。その	すか。その	3-а.	4	ビス名(^	3-b	回数(() ()
サービスの種類と回数を	類と回数を	4-a.	# 	ビス名($\widehat{}$	4-b	回数(厕/ (
教えてください。		5-a.	正 十 十	`ス名 (^	2-p	回数(()

3人目<

4	1. 40歳~64歳	·64歳		2		65 歳~74 歳	※	33	75歳~	歳~84歳	崧	
量	4. 85 歳~94 歳	·94 歳		5.		95 歳以上	. 1					
②要介護度		1		要介護	2	က်	要介護	3	4. 要	要介護	4	
	5. 要개護	9	· 0.	んらあ	-1							
③傷病名	1. 高血圧		2	窗本中	1 (照出	単・	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	က်	心臟汚	ישוו		
(あてはま	4. 糖尿病		5.	高脂血症	1莊 (帰	(脂質異常)	派)	9	呼吸器	号の搾	呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等)	気管支炎等)
るものすべ	7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気	F臓・服	30	の病	鬞			œ		前立	腎臓・前立腺の病気	
くに0)	9. 筋骨格の病気		無 無	しょう	(骨粗しょう症、関節症等)	節症	(美	9	10. 骨折			
	11.頚髄損傷	JmlR	12.	末期がん	がん			13	. 末期	がん	13. 末期がん以外のがん	
	14.非がんの末期	0末期	15.	血液	血液・免疫の病気	の海		精神兆	英惠 (%	り満	16. 精神疾患(うつ病、統合失調症、依存症等)	:、依存症等)
	17. 神経難病	派	<u>%</u>		旅(ア)	1/2/	認知症 (アルツハイマー病等) 19. パーキンソン病	等) 18	, , ,	+	ンン病	
	20. その他	\cup										^
(4) ③のうち、	、「主傷病」	を選択肢の番号	版の		410	つ記入し	してくだ	いせば	\smile			
⑤10月1か月間の利用回数	間の利用回数	数	$\overline{}$			<u> </u>	回					
⑥10月の利用時間	時間		$\overline{}$			(時間					
⑦改定前に比べての利用回数	べての利用回	J数	-	増えた	14	2	特に変わらない	わらな	۲.	3.	減った	
⑧改定前に比べての利用時間数	ベイの利用時	宇間数	-	増えた	14	2.	特に変わらない	わらな	1	ش	減った	
③10月1か月	1か月間のキャンセルの回数(当	ルの回	数(半	日日の	日のキャンセル)	(1/4			$\overline{}$			
⑩10月1か月	1か月間のキャンセルの回数(前日までのキャンセル)	ルの回	数(前	1日末	たのよ	ナイヤ	2ル)		\smile		回 (
		1.		発熱	などの	体調	下痢・発熱などの体調不良で在宅療養のほうがよい	主宅療	養のほ	5 15	よい 2.	緊急受診
(1)キャンセルの	_	3.	入院	4		短期入所	2.	★ \0	本人の希望	(行き	(行きたくないと言う等)	と言う等)
主な理由(あてはまるもの	にまるもの		だがが	浦所	に行く	00	家族が通所に行くのが難しいと判断した	が出産	した		7. 家族	家族の都合
すべてに0)		· ※	型	101	ウイル	ス感	新型コロナウイルス感染症の不安	万茶				
		9.	その他		(具体的に記入	記入						
		1. 移動	前・毛	移動・移乗の援助	援助	2.	2. 体位交换	ard/			3. 口腔内ケア	r7
		4.服	槧援]	服薬援助・管理	計	5.	入浴・シャ		ワー浴介助	别	6. 排泄援助	功
# # #	1	7. 経	四海	取援助	り (食	± 7	経口摂取援助(食事・水分含む)	8	見守り		9. 呼吸管理	#
(心利用者へのケア) オアナギ・デュ		10. 吸引	163				経管栄養	兼			12. 留置カテ	デーデル
(@ CIA # @ t 00 9 ^ CI -	77 66	13. #	当心語	中心静脈栄養	楽	4	気管カニュ	11 4	7		15. 麻薬管理	型:
ô		16. 慈	疼痛管理	西		17.	在宅酸素	米	6.		肛門・人工	人工肛門・人工膀胱の管理
		19.人	H F	吸器の	19.人工呼吸器の管理	20.	リハビリテ	リデー	Ϋ́ Ш	\		
		21. ₹	- の他								_	
③利用者は療養通所介護	養通所介護	1-a.	\$ 	L K	7名 (-	1-b.	回数() / 通
以外でどのようなサービス	なサービス	2-a.	4	一ビス名	~				-2	2-b.	回教(順/ (
を利用していますか。その	きずか。その	3-а.	4	ービス名	~ 多				ج ج	3-b.	回数() / 澶
サービスの種類と回数を	類と回数を	4-a.	4	- ビス名	~				4	4-b.	回数(() / 河
教えてください。	0	5-а.		サービス名	~				-5	5-b.	回数(厕/ (

4.人目 <記入表>

1	1. 40歳~64歳	-64歳	2. 65	65歳~74歳	1歲 3.	. 75 歳~84 歳	~84 点	松	
量十	4. 85 歳~94 歳	-94歳	5. 95	95 歳以上	. 1				
②要介護度	1. 要介護1 5. 要介護5	1 5	 要介護2 その他 	3.	要介護 3	4.	要介護	4	
③傷病名	1. 高血圧		2. 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)	祖中·服	4梗塞等)	3. 心臟病	怄		
(あてはま	4. 糖尿病		5. 高脂血症 (脂質異常)	(脂質異	(無	6. 呼吸	器の海	6. 呼吸器の病気 (肺炎や気管支炎等)	(管支炎等)
るものすべ	7. 胃腸・脂	干臓・児	胃腸・肝臓・胆のうの病気			8. 腎臓	・部立	腎臓・前立腺の病気	
(01)	9. 筋骨格の	り病気	筋骨格の病気(骨粗しょう症、	関節症等)	章)	10. 骨折	11-		
	11.頚髄損傷	輝	12. 末期がん			13. 末期	形がん	13. 末期がん以外のがん	
	14.非がんの末期	の末期	15. 血液・免疫の病気	疫の病		神疾患(うし海	16. 精神疾患(うつ病、統合失調症、	依存症等)
	17. 神経難病	潔	18. 認知症(アルツノ	認知症 (アルツハイマー病等) 19. パーキンソン病	19. /	ナキン	ンン満	
	20. その他								_
4 3055,	「主傷病」		を選択肢の番号で1	つ記入して	してください	ر د			^
⑤10月1か月間の利用回数	間の利用回	数			□				
⑥10月の利用時間	時間		<u> </u>	H (時間				
⑦改定前に比べての利用回数	べての利用回	回数	1. 増えた	2	特に変わらない	ない	ω.	減った	
⑧改定前に比べての利用時間数	べての利用語	寺間数	1. 増えた	2.	特に変わらない	ない	ε.	減った	
③10月1か月間のキャンセルの回数(当日のキャンセル)	目のキャンセ	ルの回	数(当日のキャ	ンセル)		<u> </u>		回 (
110月1か月	目のキャンセ	ルの回	月1か月間のキャンセルの回数(前日までのキャンセル)	+74+	277)	<u> </u>		回(
		1. T	下痢・発熱などの体調不良で在宅療養のほうがよい	の体調	不良で在宅	療養のほ	E 5 18	よい 2.	緊急受診
①キャンセルの		3.	入院 4. 短	短期入所	5.	本人の希望		(行きたくないと言う等)	言う等)
主な理由(あてはまるもの	はまるもの	.9	家族が通所に行くのが難しいと判断した	<00 >	難しいと判	断した		7. 家族の都合	都合
すべてに0)		∞.	新型コロナウイルス感染症の不安	ルス感	染症の不安				
		9.	その他 (具体的に記入	に記入	• • •				
		1. 移	移動・移乗の援助	2	体位交換			3. 口腔内ケア	7
		4. 服	服薬援助·管理	5.	5. 入浴・シャ	ワー浴介助	.明	6. 排泄援助	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	1	7. 緻	経口摂取援助 (食事・水分含む)	9事・7	水分含む)	8.見守り	0	9. 呼吸管理	
の名話面へのどれては、サイナン	! ! !	10. 则	吸引	<u>+</u>	. 経管栄養			12. 留置カテ	テーデル
(@ CIA#@も09 ^ CI~	77 60	13. п	中心静脈栄養	4.	気管カニ	7		15. 麻薬管理	⊞H
ô		16.	疼痛管理	17.	. 在宅酸素	18.		人工肛門・人工膀胱の管理	脱の管理
		19. 人	19.人工呼吸器の管理	型 20.	リハビリテ	Ι Ύ	7		
		21. ¾	その他(_	
③利用者は療養通所介護	奏通所介護	1-a.	サービス名() 1.	1-b. I	回数(解/ (
以外でどのようなサービス	なサービス	2-a.	サービス名()	2-b.	回数(剄 (
を利用していますか。その	すか。その	3-а.	サービス名(ج	3-b.	回数(順 人(
サービスの種類と回数を	頃と回数を	4-a.	サービス名(4	4-b.	回数(
教えてください。		5-a.	サービス名(. 5	5-b.	回数 () / 遍

5人目 <記入表>

· 大中	1. 40歳~64歳	64 歳	2	65 歳~74 歳	\sim 74		3. 75	75 歳~84 歳	談	
1	4. 85歳~94歳	94 歳	5.	95 歳以上	以上					
②要介護度	 要介護1 要介護5 	1 5	 要介護 その他 	2	3.	要介護3	4	要介護,	箧 4	
③傷病名	1. 南血圧		2. 脳卒中	脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	fi · 服物	更塞等)		心臟病		
(あてはま	4. 糖尿病		5. 高脂血症		(脂質異常)		6.	- 吸器の	呼吸器の病気(肺炎や気管支炎等)	気管支炎等)
るものすべ	7. 胃腸・用	臓・胆	胃腸・肝臓・胆のうの病気	JIK.			∞.	職・前	腎臓・前立腺の病気	
てに0)	9. 筋骨格の病気 (骨粗しょう症、)病気 (骨粗しょう		関節症等)		10.	神計		
	11.頚髄損傷		12. 末期がん	53.2			13	末期が,	末期がん以外のがん	
	14.非がんの末期		15. 血液	血液・免疫の病気	り病気		神疾息	点 (うう)	16. 精神疾患(うつ病、統合失調症、	、依存症等)
	17. 神経難病		18. 認知	荒 (アル	7	認知症 (アルツハイマー病等) 19. パーキンソン病	19.	ナーペ	ソンン病	
	20. その他	\smile								^
4 3055°	「主傷病」	を選択	選択肢の番号で	で1つ	つ記入し	てくだ	いた)		(
⑤10月1か月間の利用回数	間の利用回数	**	J		回					
⑥10月の利用時間	時間		$\overline{}$		盐(時間				
⑦改定前に比べての利用回数	べての利用回]数	1. 増えた	た	2.	特に変わらない	うない	ю.	減った	
⑧改定前に比べての利用時間数	べての利用時	F間数	1. 増えた	た	2.	特に変わらない	うない	ю.	減った	
③10月1か月間のキャンセルの回数(当日のキャンセル)	明のキャンセノ	この回数	女(当日の=	キャンセ	(7/2			$\overline{}$	()	
110月1か月	1か月間のキャンセルの回数(前日までのキャンセル)	この回数	女(前日ま7	F07+	シセ	(7)		<u> </u>	()	
		- E	下痢・発熱7	などの	本調习	発熱などの体調不良で在宅療養のほうがよい	:療養(かほうだ	がよい 2.	緊急受診
曲キャンセルの		3. ∠	入院 4.	短期入所	与	5. ₩	本人の希望		(行きたくないと言う等)	(言う等)
主な理由(あてはまるもの	はまるもの	· ₩	家族が通所に行くのが難しいと判断した	こ行く	わが菓	催しいと判	一番し	£)	7. 家族0	家族の都合
すべてに0)		%	新型コロナウイルス感染症の不安	ナイル	ス感効	陸距の不安	řL/			
		9.	その他 (具	(具体的に記入	記入					
		1. 移動	移動・移乗の接助	援助	2.	2. 体位交换			3. 口腔内ケア	7.
		4. 服導	服薬援助・管理	開	5.	5. 入浴・シャワー浴介助	10	谷介助	6. 排泄援助	7
4	1	7. 経口	経口摂取援助 (食事・水分含む)	1 (食事	¥ · :	分含む)	8. 国	8.見守り	9. 呼吸管理	⊞ 1
心が用名へのイン・イン・イン・イン・イン・イン・イン・イン・イン・イン・イン・イン・イン・イ	11 1 1 1 1	10. 吸引	<u> </u>		ξ.	経管栄養			12. 留置カテ	テーテル
(めてはまるものすべてに	いっくこ	13. ⊕	13. 中心静脈栄養	渔	4	気管カニュ	и 7		15. 麻薬管理	世
ô		16. 疼	16. 疼痛管理		17.	在宅酸素		18.	18. 人工肛門・人工膀胱の管理	傍胱の管理
		19.人	19.人工呼吸器の管理	6年理	20.	リハビリテ	ドード	ш У		
		21. 8	その他(_	
③利用者は療養通所介護	奏通所介護	1-a.	サービス名) 埕			^	1-b.	回数()/週
以外でどのようなサービス	なサービス	2-a.	サービス名	。 足			$\widehat{}$	2-b.	回数(剄 (
を利用していますか。その	すか。その	З-а.	サービス名) 4			$\widehat{}$	3-b.	回数(剽/ (
サービスの種類と回数を	類と回数を	4-a.	サービス名) 足			$\widehat{}$	4- b.	回数(順/ (
教えてください。		5-a.	サービス名) 埕			(5-b.	回数(剄/ (

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、返送用封筒(切手は不要です)に入れ、 11月22日末でに投函してください。ご協力いただきまして、まことにありがとうございました。

12

令和3年度 老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分) 訪問看護の評価指標の標準化に関する調査研究事業【報告書】

2022年3月発行

発行 公益財団法人 日本訪問看護財団

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前5丁目8番2号 日本看護協会ビル 5F

TEL:03-5778-7001 FAX:03-5778-7009

URL: https://www.jvnf.or.jp

●本書の一部または全部を許可なく複写・複製することは著作権・出版権の侵害になりますのでご注意ください。