

「ケアの適切性に基づいた訪問介護サービスを支援する研究事業」

序 章

1. 背景.....

介護保険の制度改革では、予防重視型システムへの転換を柱とした新予防給付が創案されている。この背景には、受給者全体の5割程度を占める要支援・要介護1の軽度者に対する従来型サービスが利用者の状態改善につながっていないとの批判がある。なかでも、要支援・要介護1の約半数が利用している訪問介護サービスには、過剰な介護によってむしろ自立を阻害していると厳しい評価が向けられている。訪問介護サービスは介護保険制度内での生き残りをかけて「自立支援」への効果をより鮮明にする方策を懸命に模索にしている。

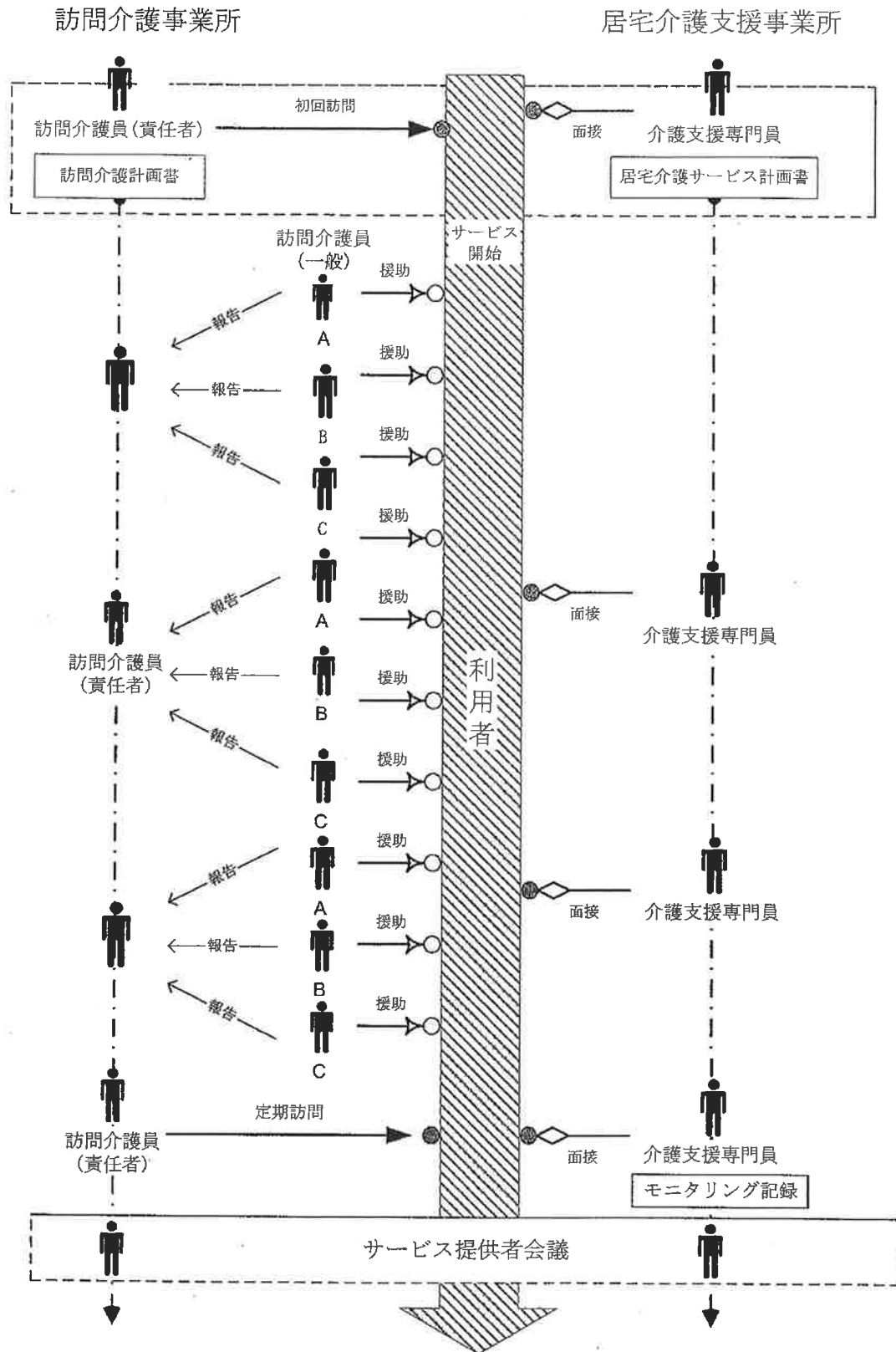
しかしながら介護保険制度の評価を総括した「2015年の高齢者介護」報告が指摘しているように自立支援の効果に対する評価手法の確立は未解決の課題である。軽度利用者のプランの表現方法や援助手順の見直しといった表面的な対策に追われるだけでなく、生活機能の維持・向上の観点から全利用者を捉え直す「視点」を持つ人材の育成こそが求められている。

またサービスの効果や質の評価を適正に行うためには利用者の状態を定期的にアセスメントするモニタリングが不可欠であるが、現状ではほとんど機能していないという本質的な課題も残されたままである。介護支援専門員には、毎月の訪問・面談と3ヶ月に1度のモニタリング記録が義務付けられたが、介護支援専門員が単独で把握できる情報には限界があり、利用者の的確な状態把握には他のサービス担当者との随時情報交換が不可欠である。

なかでも訪問介護サービスは他サービスに比べて利用回数が多く、利用者との接触頻度が高いことから、訪問介護員の持つ情報量は相対的に多いことが期待できる。また介護度の低い利用者に単独サービスとして利用されることも多く、モニタリング機会としても訪問介護員は、欠かすことの出来ない貴重な情報源であると思われる。しかしながら現状においては、介護支援専門員とサービス提供責任者*の情報は分断され、有機的な連携以前の段階にある。また実際の援助業務を担当し、最も情報量が多い訪問介護員*からの情報も、業務報告の域を出ておらず、その機会を十分に活用出来ていない状況である。

*訪問介護員は、サービス管理を主に担当する「サービス提供責任者」と利用者宅での訪問援助を担当する介護スタッフとに大別される。本研究では便宜的に前者を「訪問介護員(責任者)」、後者を「訪問介護員(一般)」と呼称することとした。

訪問頻度のイメージ図



訪問介護員(責任者)に集積する利用者の情報をどう活用するか

2. 研究の目的

左図に示したように訪問介護員(責任者)には、日々の援助を通して訪問介護員(一般)より相当量の情報が報告されている。しかし生活に密着した情報とはいえ、これらがすべて介護支援専門員に逐一伝達されることは、受け手の処理能力から現実的ではない。これらの情報が訪問介護員(責任者)によってモニタリングの観点から体系的に処理、蓄積されることで、情報の価値は飛躍的に高まると考えられる。その上で、「サービス担当者会議」等の機会を通じて介護支援専門員に共有されれば、訪問介護員に対して持っている役割期待の低さも変容していき、両者のコミュニケーションの改善にも寄与することが期待出来る。

そこで本研究では訪問介護員(責任者・一般)による体系的なモニタリングの実施とその活用方法について3年間の研究事業に取り組むこととした(表 1)。

初年度にあたる今年度は、定期的なアセスメントの有用性を訪問介護員に実感してもらうための「モニタリング表」の作成を行い、その運用方法に関する課題を整理した。

表 1 事業計画

年 度	計 画
1 年 目	<ul style="list-style-type: none">• 課題整理• モニタリング表(ver.1)の作成
2 年 目	<ul style="list-style-type: none">• モニタリング表(ver.1)の試行・検証• モニタリング表(ver.2)の作成
3 年 目	<ul style="list-style-type: none">• モニタリング表(ver.2)の運用• 介護支援専門員との情報共有の手法検討• アセスメントデータに基づく質の評価の実施

3. 実施手順と使用ツール

(1) 実施手順

今年度は、訪問介護員が利用するモニタリング表を検討する目的で以下の作業を行った。

- ① 事前調査
- ② 利用者へのアセスメント(MDS-HC)試行
- ③ 居宅介護支援事業者からのデータ収集
- ④ 収集アセスメントデータの解析
- ⑤ モニタリング表(Vre.1)の作成
- ⑥ モニタリング表のパソコンソフト化
- ⑦ 報告書作成

(2) 使用ツール

定期的な利用者の状態を把握するためのアセスメントには、inter-RAIによって開発され、国内でもケアプラン作成で多く利用されている「MDS-HC 2.0」の在宅ケアアセスメント表(資料編参照)を選択した。その主な理由は以下の点である。

- ① 多職種での使用を前提に開発されているため、定義や用語など他専門職との有機的な情報交換に適している。
- ② アセスメント基準が精緻化されていて、評価者間のブレが少ない(信頼性が高い)。
- ③ アセスメント結果から導かれる問題領域ごとに指針(CAPs)が用意されており、介護職が苦手とする領域の知識を補完するのに役立つ。
- ④ MDS-HC 2.0のアセスメント結果から算出する「質の指標 QI(Quality Indicator)」が開発されており、「ケアの適切性」の視点から事業所間の比較が可能となる。
- ⑤ QIの評価結果は、利用者個々人のプランに戻れるよう設計されており、事業者自身によるTQM(Total Quality Management)サイクルを容易にする側面を持つ。

なお MDS-HC についての詳細は本編巻末(P27)の参考図書を参照のこと。

4. 推進体制.....

(1) 研究委員会

モニタリングに関する学術的アドバイスおよび導入・普及に対する戦略立案を目的として研究委員会を設置、延べ3回開催した。

委員長 池上直己(慶應義塾大学医学部医療政策管理学教室・教授)※
委員 新津ふみ子(日本社会事業大学大学院福祉マネジメント研究科・教授)
五十嵐智嘉子(社団法人北海道開発問題研究調査会・理事、調査部長)
山田ゆかり(慶應義塾大学医学部医療政策管理学教室・助手)
石橋智昭(ダイヤ高齢社会研究財団・主任研究員)

開催

第1回(9/4)…研究計画に対する検討
第2回(11/21)…アセスメント結果の検討
第3回(3/23)…報告内容の検討

(2) 協力事業所

事業所名：亀田ホームケアサービス（千葉県鴨川市）

運営主体：亀田産業株式会社。亀田総合病院グループの一翼として、福祉用具を含むサービス部門を支えている。訪問介護事業所は南房総地区を中心に5ヶ所を運営している。

利用者の状況：(5事業所の合計<平成17年1月末>)

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
利用者数	48 (10.3)	169 (36.1%)	63 (13.5%)	54 (11.5%)	67 (14.3%)	67 (14.3%)	468 (100%)

「ケアの適切性に基づいた訪問介護サービスを支援する研究事業Ⅱ」

序 章

1. 研究の目的と計画

訪問介護サービスは、介護度の低い利用者が相対的に多く、介護予防の観点からも「自立支援への効果」を重視したサービス提供が求められている。ところが、訪問介護サービスの現状に対しては、「利用者の希望（して欲しいこと）や困っていることが、そのままサービスとして提供されており、過剰な介護によってむしろ自立を阻害している」として、厳しい評価が向けられている。しかし、利用者の悪化や改善などの変化に基づいてサービスの効果を論じるためには、利用者の定期的なアセスメント（モニタリング）が不可欠であり、その体制整備こそが、ケアの適切性に基づいた介護サービスを実現するための第一歩である。

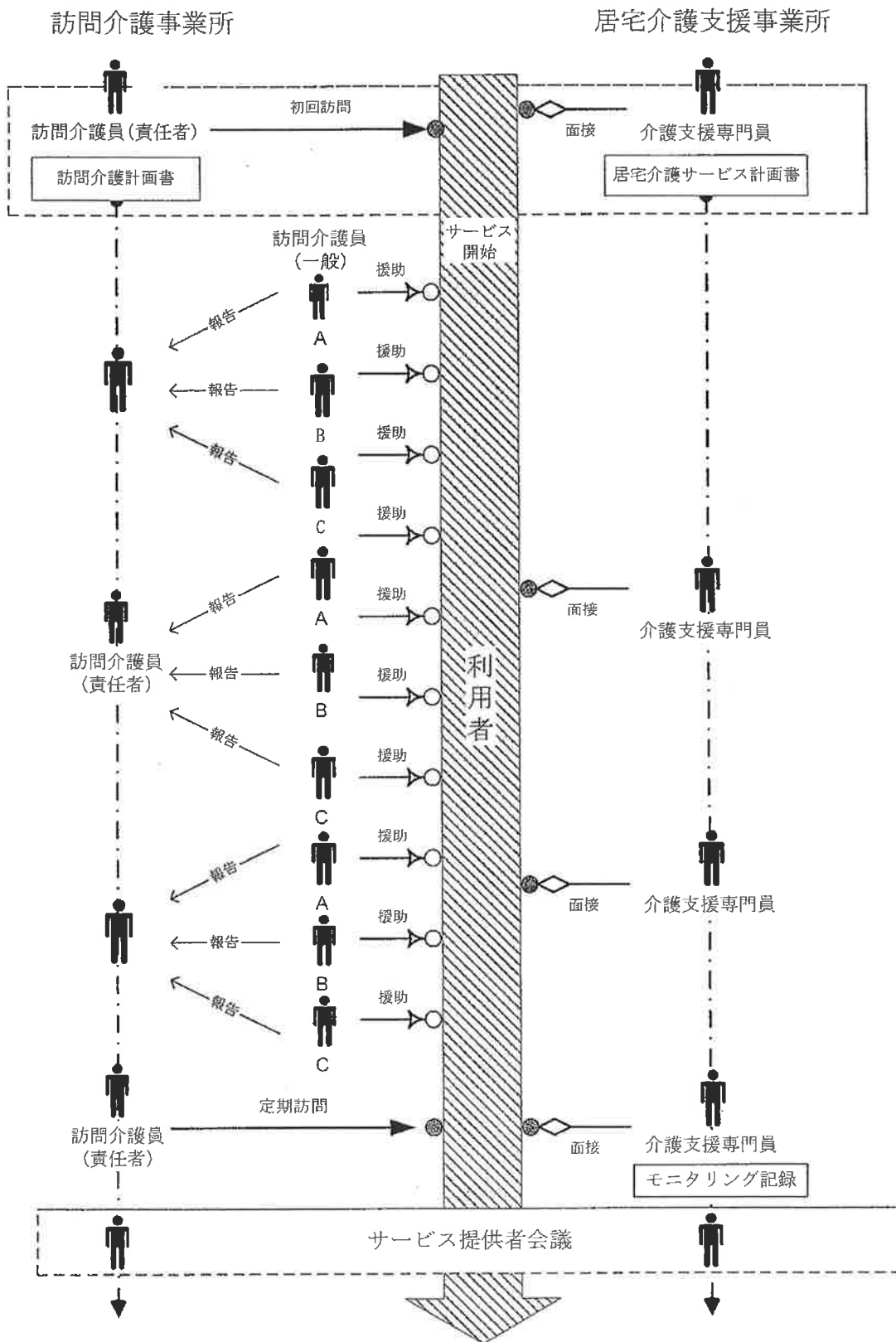
この観点から訪問介護サービスを捉えなおすと、他サービスに比べて利用回数が多いことから利用者との接触頻度が高く、したがって、モニタリングの貴重な情報源となる可能性を持っている（図1）。ただし、訪問介護員が入手する情報は、生活に密着した内容とはいえ、これらすべてがサービスの見直しや他職種との情報共有に有用とは考えられない。担当の訪問介護員から報告された情報を訪問介護員（責任者）がモニタリングの観点から体系的に処理、蓄積することで、情報の価値は飛躍的に高まると考えられる。

そこで本研究では、訪問介護での体系的なモニタリングを支援するために、3年間の研究事業において、訪問介護で使用するモニタリング用のアセスメント項目と運用方法を検討し、蓄積データを用いたレポート機能と業者者の質の評価を行なう手法を開発し、これらを簡便なソフトとして提供する計画を立案した（表1）。

本年度は、昨年開発した「訪問介護モニタリング表」をより多くの対象で試行し、昨年度の課題を検証した上で、モニタリング項目を確定し、Ver.2としてソフトの改良に反映させる。

表 1 事業計画

年 度	計 画
1 年目	<ul style="list-style-type: none">• 課題整理• 訪問介護モニタリング(ver.1)の作成
2 年目	<ul style="list-style-type: none">• 訪問介護モニタリング(ver.1)の試行・検証• 訪問介護モニタリング(ver.2)の作成
3 年目	<ul style="list-style-type: none">• 訪問介護モニタリング表(ver.2)の運用• アセスメントデータに基づく質の評価の実施• 訪問介護モニタリングシステムの公開



訪問介護員(責任者)に集積する利用者の情報をどう活用するか

図 1 訪問頻度のイメージ図

2. 昨年度の成果

(1) (モニタリング用)アセスメント項目の検討

MDS・HC 2.0 のアセスメント表を訪問介護員(責任者)が試行した結果、情報収集の面では一部の領域が収集困難であることが示された。具体的には「J.疾患」および、「P. 治療方針の遵守」、「Q.薬剤」の3領域であり、これらの項目については訪問介護員(責任者)による把握は困難であった。訪問介護の援助領域とも直接関連しないため、今後もアセスメントにおいては割愛可能な項目として位置づけて差し支えないと考えられる。

また記入率がやや低かった項目や居宅支援事業所とのアセスメント結果が一致しなかった項目については、17年度に対象を拡大して、再検証を行なうことになった。

(2) モニタリング表(Ver.1)の作成

定期的なアセスメントの情報を蓄積し、利用者の状態の推移を直感的に理解できるよう帳票を自動作成する「訪問介護用モニタリング表」をPC用ソフトとして作成した。

この表はMDS・HCのアセスメント表と連動し、アセスメント表に入力することで、変動を表す折れ線グラフや選定領域(CAPs)がすべて自動的に表示される仕組みとなっている。健康状態の指標は、下記のとおり、軽度から重度まで網羅できるような項目を選択した。

-
1. ADL(更衣・食事)：身体的な自立能力を表すADL項目では、早期に障害が見られやすい(early loss)「更衣」と遅くに見られやすい(late loss)「食事」とを採用した。
 2. IADL(家事一般)：在宅での手段的な自立能力を表すIADL項目には、訪問介護員の業務内容との関連の高さから家事一般を行なう能力を採用した。
 3. 外出頻度：訪問介護員の外出介助による閉じこもりの改善や外出機会の確保など、主に軽度者を想定して採用した項目。
 4. 認知状態：利用者の認知障害の程度を示すCPS (Cognitive Performance Scale : 認知能力尺度) のスコアをMDS・HCアセスメント項目から算出し、表示している。
-

またMDS・HCアセスメント表から導出される「問題領域」に○が自動表記される。ここで選定される領域は、より詳細なアセスメントやケアプラン検討の必要性を示唆している。○の数や位置に注目し、ケアニーズの変化に気づききっかけとして活用が期待される。介護支援専門員との情報共有や居宅支援計画の理解において重要な視点が含まれている。

訪問介護モニタリング表

出力日：平成17年 2月15日

利用者ID：00000138 利用名：日立 花子 様

(初回訪問：平成16年5月29日)

回数	1回目	2回目	3回目
訪問日	平成16年5月29日	平成16年7月1日	平成17年1月17日
訪問者	日立 小次郎	日立 太郎	日立 次郎
実施内容	<input checked="" type="checkbox"/> アセスメント <input checked="" type="checkbox"/> サービス評価 <input checked="" type="checkbox"/> 計画書の変更	<input checked="" type="checkbox"/> アセスメント <input checked="" type="checkbox"/> サービス評価 <input checked="" type="checkbox"/> 計画書の変更	<input checked="" type="checkbox"/> アセスメント <input checked="" type="checkbox"/> サービス評価 <input checked="" type="checkbox"/> 計画書の変更
【健康状態】			
ADL：更衣 (H2e)	↑ 良 部分的な援助 ● ↓ 悪	部分的な援助 ●	広範な援助 ●
ADL：食事 (H2g)	↑ 良 自立 ● ↓ 悪	自立 ●	自立 ●
IADL：家事一般 (H1b7)	↑ 良 いつも援助 ● ↓ 悪	いつも援助 ●	行われない ●
外出頻度 (1週間) (H6a)	↑ 良 週に2～6日 ● ↓ 悪	週に2～6日 ●	週に2～6日 ●
認知状態 (CPS) (C2, B1a, B2a, H2g)	↑ 良 障害なし ● ↓ 悪	障害なし ●	障害なし ●
【選定領域】			
1. ADL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. IADL	<input type="checkbox"/> A、B	<input type="checkbox"/> A、B	<input type="checkbox"/> A、B
3. 健康増進	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 施設入所リスク			
5. コミュニケーション	<input type="checkbox"/>		
6. 視覚			
7. アルコール			
8. 認知			
9. 行動			
10. うつと不安			
11. 高齢者の虐待			
12. 社会的機能			
13. 心肺の管理			
14. 脱水			
15. 転倒			
16. 栄養			
17. 口腔衛生			
18. 痛みの管理			
19. 褥創	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 皮膚と足の状態			
21. 順守			
22. もろい支援			
23. 薬剤			
24. 緩和ケア			
25. 保健予防サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 向精神薬			
27. 在宅サービス削減			
28. 環境評価			
29. 排便の管理			
30. 尿失禁と留置カテーテル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. 方法

(1) 実施手順

今年度は、「訪問介護用モニタリング表」を改良する目的で以下の作業を行った。

- ① 対象を拡大して、「訪問介護モニタリング表」を試行
- ② 収集アセスメントデータの解析
- ③ モニタリング用のアセスメント「コア項目」の選択
- ④ モニタリング表の改良版(Vre.2)作成
- ⑤ 報告書作成

(2) アセスメントの指標

定期的な利用者の状態を把握するためのアセスメントには、interRAIによって開発され、国内でもケアプラン作成で多く利用されている「MDS-HC 2.0」の在宅ケアアセスメント表(資料編参照)を選択した。その主な理由は以下の点である。

- ① 多職種での使用を前提に開発されているため、定義や用語など他専門職との有機的な情報交換に適している。
- ② アセスメント基準が精緻化されていて、評価者間のブレが少ない(信頼性が高い)。
- ③ アセスメント結果から導かれる問題領域ごとに指針(CAPs)が用意されており、介護職が苦手とする領域の知識を補完するのに役立つ。
- ④ MDS-HC 2.0のアセスメント結果から算出する「質の指標 QI(Quality Indicator)」が開発されており、「ケアの適切性」の視点から事業所間の比較が可能となる。
- ⑤ QIの評価結果は、利用者個々人のプランに戻れるよう設計されており、事業者自身によるTQC(Total Quality Control)活動を容易にする側面を持つ。

※なおMDS-HCについての詳細は巻末の参考図書等を参照のこと。

4. 推進体制

(1) 研究委員会

モニタリングに関する学術的アドバイスおよび導入・普及に対する戦略立案を目的として研究委員会を設置、延べ2回開催した。

委員長 池上直己（慶應義塾大学医学部医療政策管理学教室・教授）

委員 新津ふみ子（日本社会事業大学大学院福祉マネジメント研究科・教授）

五十嵐智嘉子（社団法人北海道開発問題研究調査会・理事、調査部長）

山田ゆかり（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科・助教授）

鈴木眞弓（札幌市在宅福祉サービス協会白石調査センター・所長）

石橋智昭（ダイヤ高齢社会研究財団・主任研究員）

開催

第1回（11/19）…データ解析方法およびソフト改良内容の検討

第2回（3/14）…報告内容の検討と次年度の課題整理

(2) 協力事業所

訪問介護：亀田ホームケアサービス（千葉県鴨川市）

運営主体：亀田産業株式会社。亀田総合病院グループの一翼として、福祉用具を含むサービス部門を支える。本研究事業では、鴨川・館山・勝浦・茂原・木更津の5ヶ所の訪問介護事業所が事業に参加。

居宅支援：亀田総合病院総合相談室（千葉県鴨川市）

運営主体：医療法人鉄蕉会。千葉県南部の基幹病院として亀田総合病院(860床)、亜急性期のリハビリテーション病院(56症)、独立型の外来専用施設などを運営。グループの社会福祉法人が老健・特養等を同地区で運営。

（詳細は <http://www.kameda.com/jp>）

序 章

1. 研究の目的

介護保険制度が予防重視型システムへ移行するなか、サービス利用者の自立状態の改善度に基づいた報酬加算制度や事業評価方式が注目されている。しかし、サービス利用による「効果」を適切に評価するためには、標準化された指標を用いた利用者の定期的なアセスメント（モニタリング）が不可欠であり、わが国ではその体制整備こそを優先させる必要がある。

介護支援専門員には、毎月の訪問・面談と3ヶ月に1度のモニタリング記録が義務づけられているが、単独で把握できる情報には限界があり、利用者の的確な状態把握には他のサービス事業者との情報交換が不可欠である。特に、訪問介護員は利用者や家族との接触頻度が高く、重要な情報源になると考えられる。また、18年度改正で「利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握すること」が訪問介護事業者にも義務づけられることとなり、その必要性が一層高まっている。ただし、訪問介護員が日々の援助を通じて入手する情報には過不足が多く、サービス提供責任者※がモニタリングの観点から体系的に処理、蓄積することで、情報の価値は飛躍的に高まると考えられる。

そこで、本研究事業では、訪問介護事業者が定期実施するモニタリングを「日々訪問している訪問介護員からの情報をサービス提供責任者が定期的に集約したもの」と位置づけ、その情報がサービス改善や他職種との情報共有に活用できるように、体系的に処理、蓄積するシステムを3年間で検討、開発することとした。具体的には、標準化された指標をベースに訪問介護員（サービス提供責任者）が使用できるアセスメント項目を選定し、その定期的な記録と利用者サマリーの表示等が簡易に行えるパソコン用ソフトを開発し、事業者に無償で提供することとした（表1）。

表 1 事業計画

年度	計 画
1 年目	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護員のモニタリングに対する意識調査 ・MDS - HC を用いたフルアセスメントの試行
2 年目	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護用アセスメント項目の選定 ・モニタリング支援システムの基本設計
3 年目	<ul style="list-style-type: none"> ・モニタリング支援システムの開発と試験運用 ・「利用者モニタリング支援システム」の公開

※サービス提供責任者：サービス管理の目的で、訪問介護事業所に配置(ヘルパー10人に対して1人)が義務づけられている人員。主に経験の高い常勤ヘルパーが任命される。

2. ベースとした指標

モニタリングにおいて利用者の状態を把握するためのアセスメントには、inter-RAIによって開発され、国内でもケアプラン作成で多く利用されている「MDS-HC 2.0」の在宅ケアアセスメント表（表 2）を選択した。その主な理由は以下の通りである。

- (1)多職種での使用を前提に開発されているため、定義や用語など他専門職との有機的な情報交換に適している。
- (2)アセスメント基準が精緻化されていて、評価者間のブレが少なく、結果の信頼性が高い（表 3）。
- (3)アセスメント結果から導かれる問題領域ごとに指針(CAPs)が用意されており、個別援助計画を予防的な視点で見直すために活用することができる（表 4）。
- (4)アセスメントデータから算出する「質の指標 QI(Quality Indicator)」が開発されており（→第 4 章）、「ケアの適切性」の視点から事業所間評価や事業者自身によるTQM(Total Quality Management)サイクルを容易にする可能性を持っている。

表 2 MDS-HC / CAPs の意味

MDS-HC (Minimum Data Set-Home Care) 訳；在宅ケアアセスメント表	CAPs (Client Assessment Protocols) 訳；在宅ケアプラン指針
<ul style="list-style-type: none"> ○在宅の高齢者（サービス利用者）の居宅サービス計画（ケアプラン）を作成するために最低限必要なアセスメントデータセット ○MDS-HC は在宅高齢者の状態像（病状や生活状況など）を事実としてとらえ、まとめたものである ○高齢者の包括的なアセスメントであると同時に、特定の問題や機能低下の危険性を示唆する「トリガー」（ひきがね、誘導項目）を含んでいる 	<ul style="list-style-type: none"> ○現場の経験から、在宅の高齢者に起こりやすい問題であって、かつケアによって対応が可能なものとして設定されている「領域」 ○各領域の専門家が集まって、問題の所在や原因、危険性、可能性を探るための一般的な指針、さらにはケアの方向に関するヒントをまとめたもの ○MDS-HC で捉えられた問題や機能低下の危険性や改善の可能性を、さらに詳細に検討するように設計されている

※MDS-HC についての詳細は資料編の参考図書を参照のこと。

表 3 MDS-HC のアセスメント基準例 -IADL-

H. IADL (過去7日間) と ADL (過去3日間)

H1. IADL実施状況：家や地域における日常の活動レベルについて	
ア. IADLの実施状況 (過去7日間)	イ. IADLの困難度
0. 自立、自分で行った 1. 時に援助をしてもらって行われた 2. いつも援助をもらって行われた 3. 他者が全部を行った 8. 本活動は1度も行われなかった	<自分で行う、あるいは行おうとした場合の難しさ> 0. 問題ない 1. いくらか困難 (援助が必要、非常にゆっくりしている、疲れる) 2. 非常に困難 (ほとんど、あるいはまったく活動に参加できない)
a. 食事の用意	食事の用意 (献立を考える、材料を用意する、料理する、配膳する) a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. 家事一般	食事の後片付け、掃除、ベッドの整理、家の中の整頓、洗濯 b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. 金銭管理	支払い、家計の収支勘定 c <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d. 薬の管理	服用の時間、袋から取り出し、処方どおり服用 (内服薬、外用薬、インシュリンなどの注射薬を含む) d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e. 電話の利用	自分で電話をかけたり、受ける (必要に応じて数字を大きくしたり、音の拡大装置を使ってもよい) e <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f. 買物	食べ物や衣類など必要な物を自分で選び、支払う f <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g. 交通手段の利用	乗り物による移動 (歩行できる範囲外における移動) g <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

【例】

Qさんの娘は、毎週日曜日に来て、母親から買物リストをもらい、代わりに買物をする。Qさんは娘に感謝しているが、自分でもできると思っている。「f.買物」について、ア「3」、イ「0」を記入する

(『日本版 MDS-HC2.0 在宅ケアアセスメントマニュアル』より抜粋)

表 4 CAPs の例 -IADL-

CAP2 手段的日常生活能力(IADL)	
.....	
Ⅲ.問題の背景	
機能の中で最初に低下するのは、IADL(Instrumental Activities of Daily Living:手段的日常生活能力)であることが多い。在宅高齢者の 17～30%に IADL 障害があると推定され、その割合は年齢とともに高くなる。…(中略)…有効なケアが存在する可能性は高い。障害の原因は可逆的である場合もあるし、比較的簡単なプログラムで対応できる場合もある。	
Ⅳ.ガイドライン	
分析の視点	
トリガーされたすべての高齢者に以下のことを検討する。…(中略)…障害の原因には以下の 3 つが考えられるが、まずは原因が一時的である可能性を考え、①を検討する。	
①医療的な問題:状態が不安定であったり、急性期の場合	
②機能障害:最近 IADL の実施が困難になり、かつ ADL が自立していないか四肢に問題がある(拘縮や痛みなどの)場合	
③ ①と②以外:動機づけや意欲、インフォーマルな支援体制、能力、環境に問題のある場合	
医療的な問題への対応	
1.疾病	
<ul style="list-style-type: none"> • 在宅高齢者にとって、大腿骨骨折や関節炎、パーキンソン症候群、…… • 過去の大量な飲酒や肥満など…… 	
2.薬剤	
<ul style="list-style-type: none"> • 薬の副作用で IADL 障害が…… 	
上記以外で、IADL がより自立する可能性を探る	
1.動機づけ	
①家族が世話をしすぎている場合	
<ul style="list-style-type: none"> • 家族は、本人がまだできるにもかかわらず、…… 	
②本人が人に頼りたくない場合	
<ul style="list-style-type: none"> • 利用者は、個人的なことを人に頼る心理的な負担を…… 	
③人に頼りすぎている場合	
<ul style="list-style-type: none"> • 一方で人に頼る利用者もいる。しかし、一方では昔はできていたが今は出来ないの で援助を求めている場合もある。したがって、実際の援助の状況と「本来はどの程 度出るのか」をアセスメントすることが重要である。 • 高齢者の 1/4 から 1/3 は、今受けている援助では不足だと感じている。これらの中 には、本当にサービスや訓練を必要とする人もいるが、話し合うことで安心を得られ る人もいる。高齢者が自分で行っていることに早まって手を出すのは避ける。やっ てあげることが最善のケアではない。 	

(『日本版 MDS-HC2.0 在宅ケアアセスメントマニュアル』より抜粋)

3. 推進体制

(1) 研究委員会

モニタリングに関するアドバイスおよび導入・普及に対する戦略立案を目的として研究委員会を設置した。

委員長 池上直己（慶應義塾大学医学部医療政策管理学教室・教授）

委員 新津ふみ子（日本社会事業大学大学院福祉マネジメント研究科・教授）

五十嵐智嘉子（社団法人北海道総合研究調査会・常務理事）

山田ゆかり（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科・助教授）

鈴木眞弓（札幌市保健福祉局保健福祉部介護保険課介護予防担当係長）

石橋智昭（ダイヤ高齢社会研究財団・主任研究員）

(2) 協力事業者

訪問介護：亀田ホームケアサービス（千葉県鴨川市）

運営主体：亀田産業株式会社。亀田総合病院グループの一翼として、福祉用具を含むサービス部門を支える。本研究事業では、鴨川・館山・勝浦・茂原・木更津の5ヶ所の訪問介護事業所が事業に参加。

■職員数（5事業所計 平成18年12月30日）

常勤ヘルパー (S提供責任者)	非常勤 ヘルパー	管理職 事務職ほか	計
37(16)	112	16	165

■利用者の概況（5事業所計 平成18年3月）

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
利用者数	37	143	78	52	65	72	447
(%)	8.3%	32.0%	17.4%	11.6%	14.5%	16.1%	100%

居宅支援：亀田総合病院総合相談室（千葉県鴨川市）

運営主体：医療法人鉄蕉会。千葉県南部の基幹病院として亀田総合病院(862床)、亜急性期のリハビリテーション病院(56床)、独立型の外来専用施設など併設。グループの社会福祉法人が老健・特養・ケアハウス等を同地区で運営。（詳細は <http://www.kameda.com/jp>）

4. 実施した調査

(1) モニタリングに対する現況と意識調査(平成 16 年度)

研究開発に先立って、協力事業所における利用者モニタリングの実態と訪問介護員(109名)とサービス提供責任者(22名)双方の意識を把握するための調査を実施した。→ 資料 1.

(2) 検証用アセスメントデータの収集(平成 16-17 年度)

① サービス提供責任者のアセスメントデータ

サービス提供責任者がアセスメント可能な項目を検討する目的で、在宅ケアアセスメント表(MDS-HC 2.0)を用いたアセスメントを担当利用者に試行した。

アセスメント試行前に、協力事業所のサービス提供責任者(一部管理者)に対して、MDS-HC のアセスメントの講習を実施した。内容は、専門講師による演習(4時間)を主体としたもので、受講者は事前にテキストを用いた自習課題を行ってから参加した。

アセスメントの実施頻度は、利用者の状態に応じて3ヶ月または6ヶ月の間隔(担当者が選択)とした。また新規利用者には、サービス開始前の面接で「初回アセスメント」を行った上で、「利用開始1ヶ月後アセスメント」を実施するよう求めた。アセスメント結果は、パソコンソフトに入力し、個人情報情報を削除した状態でアセスメントデータのみをダウンロードした。

	(16 年度)	(17 年度)
対象事業所	鴨川事業所	鴨川・館山・勝浦・茂原・木更津の5事業所
アセスメント項目	すべての項目	「J.疾患」、「P.治療方針の遵守」、「Q.薬剤」以外の全項目
対象利用者数	84名	315名
検証内容	把握が困難なアセスメント項目	必須とすべき(コア)アセスメント項目の選定

② 介護支援専門員のアセスメントデータ

併設の居宅介護支援事業所の協力を得て、アセスメント情報部分のみがダウンロードできるプログラムを用いて、介護支援専門員が行った利用者509名分のアセスメントデータを取得した。その後、当該法人が共通付与している利用者IDを基に、訪問介護事業所のデータと結合したデータセットを作成した。同一IDのデータは113名分で、そのうち、本研究ではアセスメント日(アセスメント基準日)が前後1ヶ月以内の52名分のデータを信頼性検証の分析に利用した。