

3 VISIT データ分析の基本的視点と分析結果の活用の目的

1) データ分析の基本的視点

VISIT を通じて収集したデータは、通所・訪問リハの質の向上に繋げるとともに、制度見直しに向けた基礎データとしても活用していくものである。表 3-1 にデータ分析の目的を示す。

表 3-1 データ分析の基本的視点

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">リハ及びリハマネジメントの実態とその効果に関するエビデンスを構築すること
(より効果的なリハ／リハマネジメント方法の検証と標準化を通じた質の向上)リハマネジメントの質の向上に貢献すること |
|--|

2) 分析結果の活用の目的

分析結果に関しては、全国／事業所／利用者ベースでの分析に応じて、以下の目的での活用が考えられる（表 3-2）。

表 3-2 分析結果の活用の目的

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">制度改正に向けたエビデンスとして活用すること（<u>全国ベース</u>のデータ分析を通じて）リハ事業所の質の向上に活用すること（リハ<u>事業所ベース</u>のデータ分析を通じて）利用者の適切なサービス選択、意識改革（主体的な関与など）に貢献すること
(<u>利用者ベース</u>のデータ分析を通じて)計画策定に係る思考プロセスの見える化を通じて、リハ職のマネジメント力強化に貢献すること（<u>利用者ベース</u>のデータ分析を通じて）ケアプランの質の向上に貢献すること（ケアマネジャーへの情報提供を通じて） |
|---|

4 VISIT データの分析、活用方法について

1) 利用者ベース分析

(1) リハマネジメントプロセスと利用者との協働の重要性

リハマネジメントの手順は、

- ・手順 1：本人・家族の意向の確認（〇〇がしたい／〇〇ができるようになりたい）
- ・手順 2：情報収集・アセスメント
（生活歴、心身機能、活動、参加、個人因子、環境因子、健康状態等）
- ・手順 3：課題設定・要因分析
- ・手順 4：合意形成・目標の共有（※利用者と目標を共有するプロセスが重要）
- ・手順 5：計画作成
- ・手順 6：モニタリング（介入効果の確認と利用者との共有）
- ・手順 7：計画の修正・振り返り

となる（表 4-1）。

ここでの目標とは、専門職が設定する機能目標（例：下肢筋力を〇〇までにする）ではなく、利用者の生活目標であり、達成するのも利用者自身となる。したがって、目標を利用者とリハ職が共有する作業（目指したいこと、目指す地点を明確にすること）は非常に重要となる。また、現在の自分の状態はどの程度なのかを知ること（同じ状態像の対象者の中での相対的な位置づけ）、一定期間ごとに到達点を相互に確認しながら今までの取り組みを振り返るとともに今後の取り組みと一緒に考えることも、利用者が主体的にリハに取り組む上で重要となる。

表 4-1 生活期リハマネジメントのあるべきプロセスとその評価

段階	プロセス評価項目
第一段階 本人・家族の意向確認	本人のしたい生活行為をとらえているか
	本人が（本当は）どのレベルまで達成したいのかを把握ないし推測しているか
	家族の意向を確認しているか
第二段階 アセスメント	本人の意向を達成するために何をアセスメントすべきかが認識できているか
	領域別にアセスメントが適切におこなわれているか
	健康状態（病名・症状・合併症・薬の内容）
	心身機能（身体機能・精神機能・健康状態（水分・血圧・栄養状態））
	活動（ADLとIADL、実行状況と能力）
	参加（仕事・社会交流・地域活動など）
	環境因子
	個人因子（生活歴・職歴・性格）
	上記の各領域をすべて網羅しているか
	24時間365日（関わっている時間以外）の生活行為に焦点をあてているか
	生活行為の予後予測は適切か
第三段階 専門職としての課題の設定	本人の意向と現状を比較して、課題が適切に設定されているか
	複数ある課題の優先順位づけは妥当か
	課題の根本原因の分析が妥当か
第四段階 合意形成	本人・家族との合意形成が適切におこなわれているか
	他の職種との合意形成や役割分担が適切におこなわれているか
	マネジメント担当者との合意形成が適切におこなわれているか
第五段階 個別援助計画の作成	居宅生活を意識した援助計画となっているか
	長期目標を見据えた上で、短期目標が適切に設定されているか
	作業工程分析が適切におこなわれているか
	短期目標の解決に向けた実施内容になっているか
	課題解決に向けた担当者間の役割分担が適切におこなわれているか
	地域の社会資源の活用も検討されているか
第六段階 モニタリング	計画した各プログラム（基本的・応用的・社会適応）が適切におこなわれたか
	短期目標が達成できているか
	介入が対象者及び家族の生活に好影響を与えているか
第七段階 計画の修正・振り返り	マネジメント担当者が策定する全体計画の修正に関わったか
	退院後の関係職種に適切な情報提供をおこなったか
	未達成部分に関し原因の分析が適切におこなわれているか
	原因分析に応じたかたちで個別援助計画の見直しが適切におこなわれたか

(2) 利用者ベースのデータ分析の目的

利用者との協働を通じた利用者ベースのデータ分析の目的を表 4-2 に示す。

表 4-2 利用者ベースのデータ分析の目的

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• 利用者の主体的なサービスへの関与を促進すること
(目標・課題・介入目的・方法・結果の共有を通じて)• 協働プロセスを通じて、利用者を中心としたサービス提供の強化を図ること• 利用者との共有プロセスを通じて、リハ職の思考力やプレゼン力の強化を図ること
(二次的な効果として) |
|--|

(3) 利用者へのフィードバックのための帳票（案）について

利用者ベースのデータ分析結果を利用者にフィードバックするための帳票（案）として、以下に 2 種類の帳票（案）を提案する。

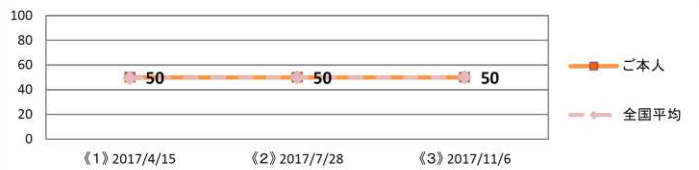
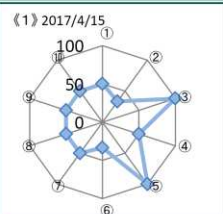
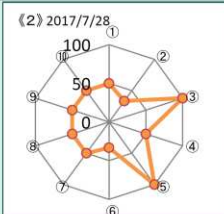
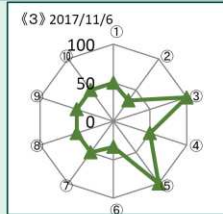
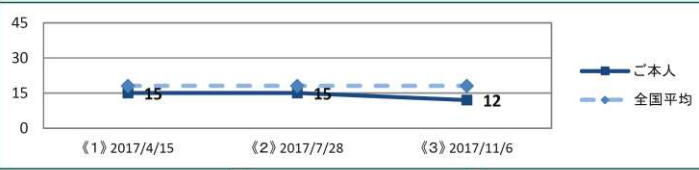
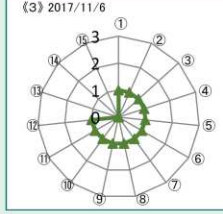
- ① リハビリテーションサービス状況
- ② リハビリテーションマネジメントサマリー

リハビリテーションサービス状況はフィードバックする内容を利用者本人にどのように見せるかという観点を中心に作成されている。ADL や IADL の変化について、VISIT を通じて収集したデータから算出した全国平均値を参考値として提示しており、利用者の変化と全国平均値を比較することでリハ職のケアの質の向上に繋がることも期待される。

リハビリテーションマネジメントサマリーは、リハ職のマネジメントの思考の強化も意図しつつ、マネジメントの思考過程に沿って、利用者にフィードバックする内容を整理している。

これらの帳票（案）について、今後、VISIT に実装し、利用者ベースのデータ分析結果を利用者にフィードバックすることを検討してはどうか。

表 4-3 リハビリテーションサービス状況

リハビリテーションサービス状況			
利用者ID	: 001	作成日	: 2018年3月22日
事業所名称 : 厚生労働省			
利用者氏名 :	年齢 :	歳	性別 : 男
■ 利用者の希望 公民館まで一人で歩いて行くことができる。 ■ 活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析 ・歩行持久性が300mの為、今まで通っていた公民館での絵画教室に参加できず、公民館までの移動手段の獲得が必要となる。歩行に関しては、体幹運動失調、四肢体幹の筋力低下(MMT4)が認められ、歩行時のふらつきがみられている。筋力向上により歩行の安定、歩行持久性の向上、立位バランス能力、応用歩行能力の向上が図られると考えられる。1km以上の歩行持久性を獲得し、屋外での歩行の安定を図ることで、公民館で行っていた絵画教室を維持することが可能になると考える。 ■ 目標 ※複数ある場合は最も優先されるものを掲げる。 公民館まで歩けるようになりたい ■ 上記目標に係る具体的支援内容 <通所> ・公民館まで行けることを目的に、歩行の安定と歩行持久性の向上を図る。 ・屋外歩行の自立を目指し、屋外歩行を実施する。 <訪問> 外出できるように自宅の玄関の環境調整と靴を履く練習			
【日常生活動作 (ADL※1) の評価】 ① 食事 ② イスとベッド間の移乗 ③ 整容 ④ トイレ動作 ⑤ 入浴 ⑥ 平地歩行 ⑦ 階段昇降 ⑧ 更衣 ⑨ 排便コントロール ⑩ 排尿コントロール ※ レーダーチャートは各項目の満点を100%として、ご本人の点数を%で表示しています。		 《1》 2017/4/15  《2》 2017/7/28  《3》 2017/11/6 	
【手段的日常生活動作 (IADL※2) の評価】 ① 食事の用意 ② 食事の片付け ③ 洗濯 ④ 掃除や整頓 ⑤ 力仕事 ⑥ 買物 ⑦ 外出 ⑧ 屋外歩行 ⑨ 趣味 ⑩ 交通手段の利用 ⑪ 旅行 ⑫ 庭仕事 ⑬ 家や車の手入れ ⑭ 読書 ⑮ 仕事		 《1》 2017/4/15  《2》 2017/7/28  《3》 2017/11/6 	

■補足

・日常生活動作（ADL）の評価のグラフの見方

折れ線グラフは、ご本人のADLの評価の合計点数の推移と全国平均の推移を示しています。

（グラフ中の数字が、ご本人のADLの評価の合計点数であり、疾病・障害・環境等のさまざまな要因が影響するものであることにご留意ください。）

レーダーチャートは、折れ線グラフの各時点におけるご本人のADLの評価の各項目の点数を示しています。

全国平均は、折れ線グラフの《1》時点におけるご本人と年齢、性別、合計点数を同じくするグループ（詳細は下記）の平均値です。

※ グラフの解釈の詳細については、担当の医師・リハビリテーションスタッフにご確認ください。

・手段的日常生活動作（IADL）の評価のグラフの見方

折れ線グラフは、ご本人のIADLの評価の合計点数の推移と全国平均の推移を示しています。

（グラフ中の数字が、ご本人のIADLの評価の合計点数であり、疾病・障害・環境等のさまざまな要因が影響するものであることにご留意ください。）

レーダーチャートは、折れ線グラフの各時点におけるご本人のIADLの評価の各項目の点数を示しています。

全国平均は、折れ線グラフの《1》時点におけるご本人と年齢、性別、合計点数を同じくするグループ（詳細は下記）の平均値です。

※ グラフの解釈の詳細については、担当の医師・リハビリテーションスタッフにご確認ください。

・上記グループの分け方

【年齢】

65歳未満、65～69歳、70～74歳、75～79歳、80～84歳、85～89歳、90歳以上

※ 通所・訪問リハビリテーションデータ収集システムとは別に厚生労働省が集計。

【ADLの評価の合計点数】

0～44、45～59、60～69、70～79、80～84、85～89、90～94、95～100

【IADLの評価の合計点数】

0、1～2、3～4、5～6、7～9、10～12、13～18、19～45

（参考）ADL（activities of daily living）について

ニューヨーク大学のリハビリテーション科医George Deaver が理学療法士Mary Eleanor Brown とともに提起した概念で、日本リハビリテーション医学会の1976年の定義では「ひとりの人間が独立し生活するために行う基本的な、しかも各人ともに共通に毎日繰り返される一連の身体動作群をいう」となっている。つまりADLは身辺動作（セルフケア）を指し、家事動作、交通機関利用などの応用的動作を生活関連動作（activities parallel to daily living ; APDL）として区別して用いることもある。また排泄、食事、移動、整容、更衣など生命生活維持に関連した活動を「基本的ADL」、買い物や食事の支度などを「手段的ADL（instrumental ADL ; IADL）」、両者を合わせ「拡大ADL」と呼ぶ考えかたもある。禁制やコミュニケーションなど動きを伴う「動作」以外を含めることから、「日常生活活動」と訳されるが、日常生活動作という日本語も用いられる。

（出典：リハビリテーション医学・医療便覧，1，用語解説，公益社団法人日本リハビリテーション医学会監修：リハビリテーション医学・医療コアテキスト，医学書院，2018年より）

表 4-4 リハビリテーションマネジメントサマリー

リハビリテーションマネジメントサマリー			
利用者氏名			
		作成年月日	
		作成者	
【基本情報】			評価日
項目	内容		
・年齢／性別／要介護度			
・家族構成／主介護者			
・居住環境			
・生活歴			
・入院／病歴			
・趣味・関心領域（チェックシートから）			
【本人・家族の意向と援助方針】			
項目	内容		
・利用者の希望			
・家族の希望			
・居宅サービス援助方針			
・居宅サービス計画上の課題			
・医師の指示			
【生活目標】			評価日
項目	内容		
最終到達点			
当面の生活目標（短期目標）			
【生活障害が生じている要因分析＆目標達成に向けたリハ計画】			
項目			評価日
1	リハ課題	課題内容	
		要因分析	
		短期目標	
		期間	
	支援内容	リハビリテーション内容	
2	リハ課題	課題内容	
		要因分析	
		短期目標	
		期間	
	支援内容	リハビリテーション内容	
3	リハ課題	課題内容	
		要因分析	
		短期目標	
		期間	
	支援内容	リハビリテーション内容	

【経過】

アセスメント項目		開始時	2回目	3回目	4回目	5回目
		2016/1/26	2016/1/26	2016/1/26	2016/1/26	2016/1/26
基本的動作	起き上がり	把握していない	把握していない	把握していない	把握していない	把握していない
	立位保持	把握していない	把握していない	把握していない	把握していない	把握していない
	床からの立ち上がり	把握していない	把握していない	把握していない	把握していない	把握していない
	移動能力（10m歩行）	60秒	60秒	60秒	60秒	60秒
他	服薬管理	自立	自立	自立	自立	自立
	HDS-R	30	30	30	30	30
ADL	食事	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	イスとベッド間の移乗	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	整容	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	トイレ動作	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	入浴	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	平地歩行	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	階段昇降	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	更衣	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	排便コントロール	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	排尿コントロール	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
ADL合計		100	100	100	100	100
IADL	食事の用意	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	食事の片付け	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	洗濯	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	掃除や整頓	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	力仕事	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	買物	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	外出	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	屋外歩行	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	趣味	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	交通手段の利用	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	旅行	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	庭仕事	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	家や車の手入れ	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	読書	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	仕事	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
IADL合計		45	45	45	45	45

【評価（本人）】

目標の達成状況	
満足度	

【今後の目標／取り組み】

生活目標	
今後の取り組み（本人）	
今後の取り組み（リハ職）	

2) 全国ベース分析

(1) 目的

全国ベースの分析では、生活課題に応じた効果的なリハ及びリハマネジメントの標準化に繋げるため、以下の点が分析の目的となる。

表 4-5 全国ベースのデータ分析の目的

- ・ リハ／リハマネジメントの実態を明らかにすること（特性、解決すべき課題、介入内容、…）
- ・ リハ／リハマネジメントの効果を検証すること
- ・ 効果の高い介入方法を検証すること（バリエーションを含め）

(2) 明らかにしたいこと

上記の分析の目的に基づいて、全国ベースの分析では、VISIT を通じて収集したデータ（興味・関心チェックシート、アセスメント、通所・訪問リハビリテーション計画書）から、サービスの全体像として以下の内容を把握、分析することが考えられる。

1) 利用者の興味・関心領域

興味・関心チェックシートデータの分析から、興味・関心領域の特徴（性別、要介護度別、訪問／通所別等）を明らかにする。

2) 利用者特性

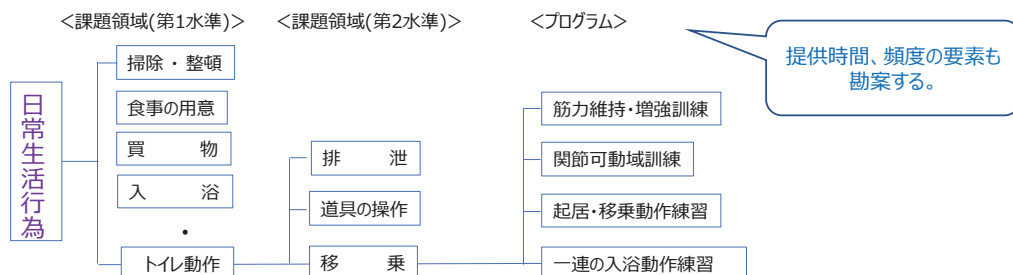
アセスメントデータの分析から、利用者特性の特徴（性、年齢、要介護度、ADL、IADL、傷病等）を明らかにする。

3) リハ提供方法

通所・訪問リハビリテーション計画書データの分析から、課題領域（例：屋内移動等）に応じたプログラムの選定方法、リハ内容、提供時間等を明らかにする。

図 4-1 リハ提供方法（課題領域とプログラムの関係性）の把握

○ICFに基づく課題領域（目標）とプログラムの分類⇒課題領域とプログラムの関係性の実態把握



4) リハマネジメント方法

興味・関心チェックシートデータ及び通所・訪問リハビリテーション計画書データの関係性の分析から、興味・関心領域（例：旅行等）と課題設定や各課題に対する目標設定の関係性を明らかにする。

5) リハ／リハマネジメントの効果

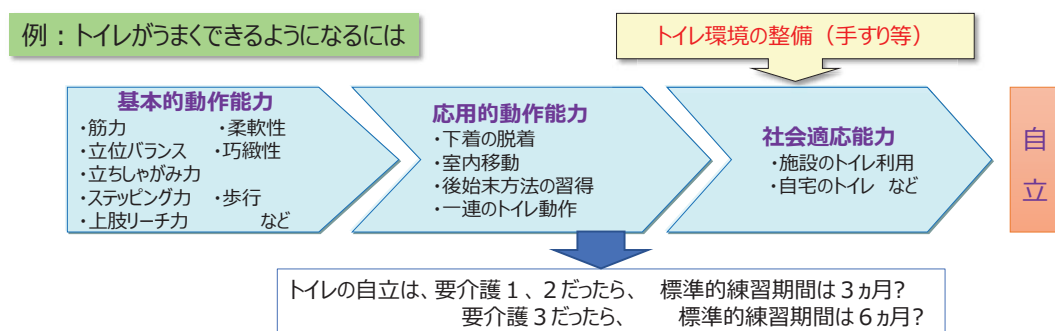
アセスメントデータ、通所・訪問リハビリテーション計画書データ、さらに利用者ベースの分析内容の検討において作成したリハビリテーションマネジメントサマリーデータ等の関係性の分析から、課題設定領域（例：歩行・移動等）と関連する ADL（平地歩行／階段昇降／外出頻度等）の変化、改善可能性ありと判断した ADL の変化、利用者の目標達成度／満足度等の関係性を明らかにする。

(3) 分析の例

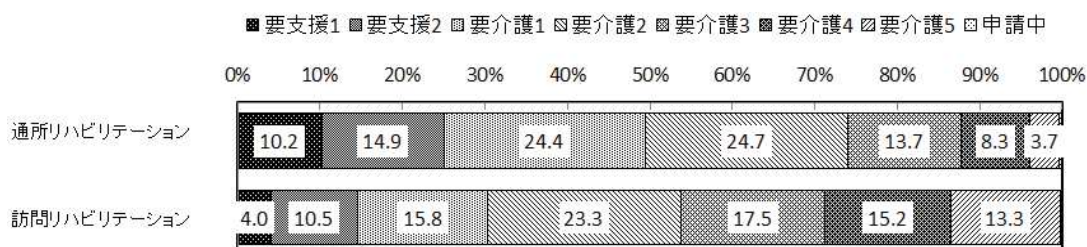
分析の例として、全国ベースの利用者属性の実態把握・各種比較が可能となる。

（例：利用者の要介護度等の訪問リハ・通所リハ間比較等（分析例 1～3））

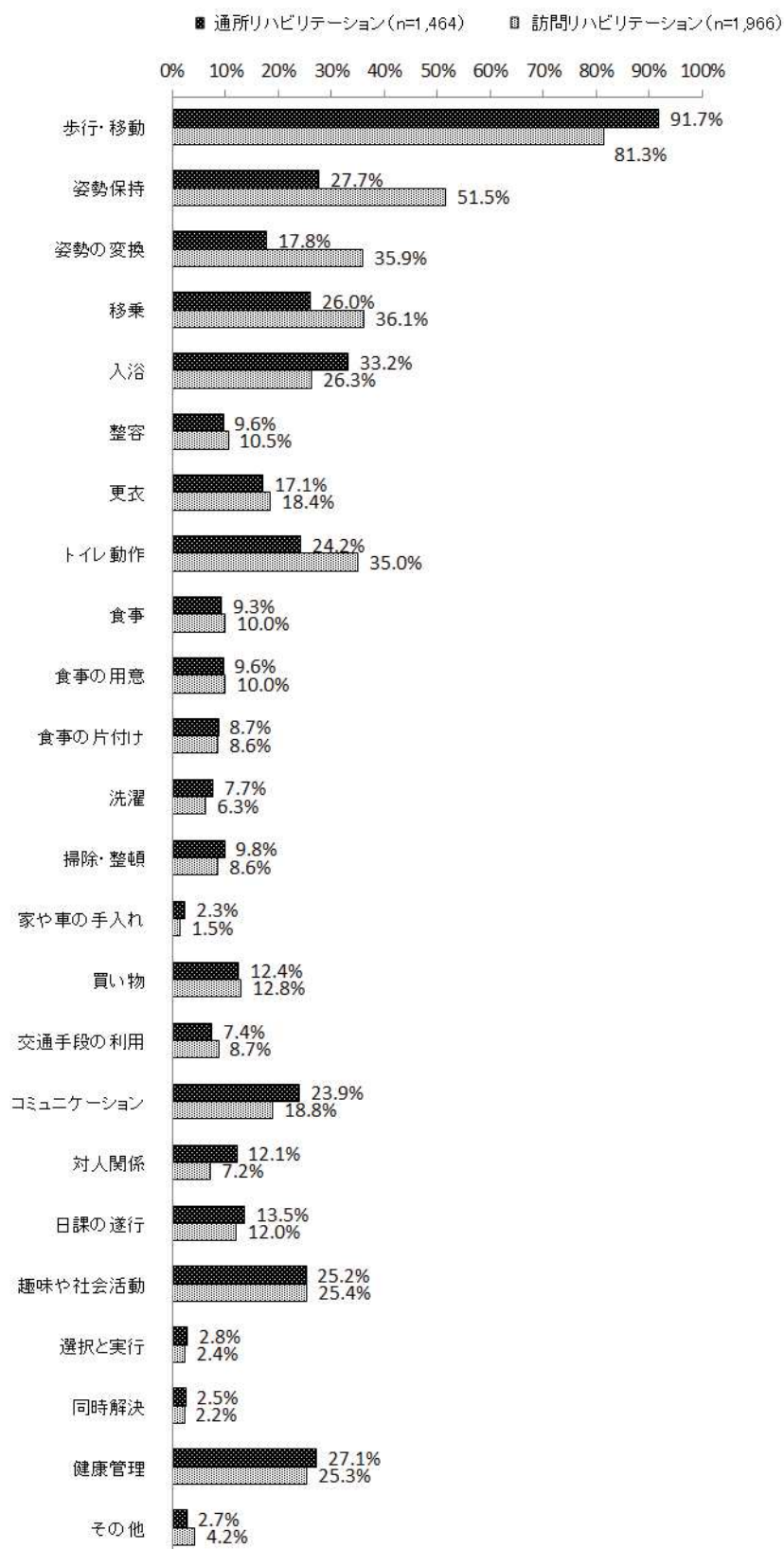
○生活行為が自立するためのリハビリテーションの標準化⇒自立に要する期間の分布の把握



分析例 1) 訪問／通所別・要介護度別利用者数の構成比

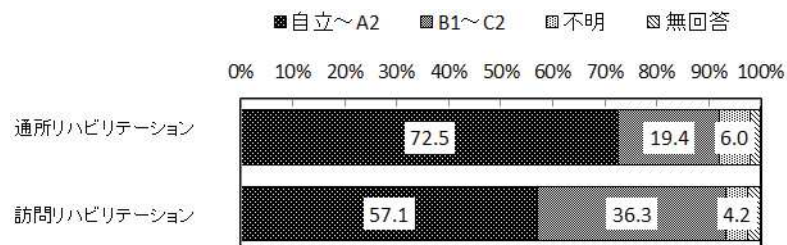


分析例 2) 訪問／通所別・設定した日常生活上の課題の領域

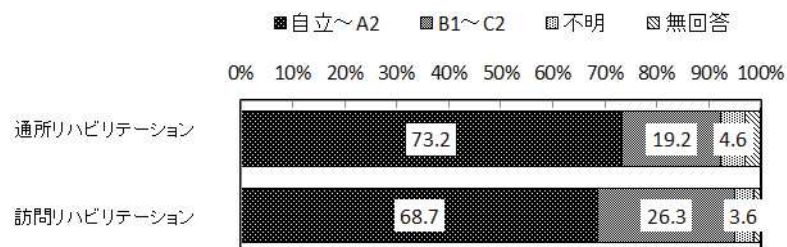


分析例 3) 訪問／通所別・利用開始時の障害高齢者の日常生活自立度別障害高齢者の日常生活自立度の変化

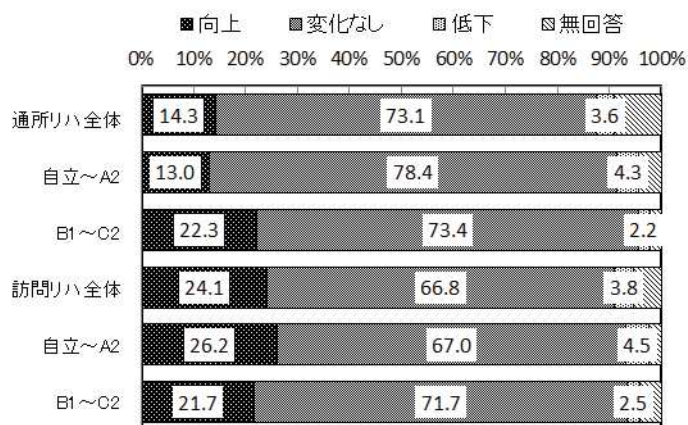
(利用開始時)



(現在)



(変化)



3) 事業所ベース分析

(1) 目的

事業所ベースでの分析では、全国の同一事業の平均値との比較を通じて、事業所／サービス提供の相対的なポジション、パフォーマンスを知ることが目的であり、事業所ベースの分析結果を事業所にフィードバックすることで事業所のサービス改善策の検討、検証を支援する。

表 4-6 事業所ベースの分析の目的

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• 自事業所の利用者特性、サービス提供内容等の特徴を認識すること（現状認識）• 自事業所のサービス効果の相対的なレベルを認識すること（課題認識）• これらを通じて、自事業所のサービス改善策の検討、検証を支援すること |
|---|

(2) 明らかにしたいこと

事業所ベースの分析では、以下の全国ベースの分析内容について、事業所単位で把握、分析することが考えられる。

表 4-7 事業所ベースの分析内容（全国ベースの分析内容と同一の内容）

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• 利用者特性（性、年齢、要介護度、ADL、IADL、傷病等）• 利用者の興味・関心領域の把握• リハ提供方法の把握（課題領域に応じたプログラムの選択、リハ内容、提供時間）• リハマネジメント方法（したい生活行為と生活目標の関係性等）• リハ／リハマネジメントの効果（目標達成状況、ADL 等の変化、利用者の自己評価等） |
|--|

(3) 分析の例

事業所ベースの分析では、全国ベースの分析結果（例：利用者の要介護度・ADLの訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション間比較）を事業所単位で把握、分析する。ただし、訪問／通所事業所別での分析では事業所特性も様々であることから、さらに、事業所特性のうち、以下の項目等によって事業所を区分し、それぞれ比較することが必要であると考えられる。

分析軸とする事業所特性の例)

- 利用者の平均要介護度別
- 利用者の平均利用期間別
- サービス提供時間区分別
- 加算（リハビリテーションマネジメント加算等）の算定状況別
- 事業所所在地の地域特性（人口規模、人口密度等）別（※特に訪問事業所の場合）
- リハ職の配置・規模別（リハ3職種が配置されているか）（※特に通所事業所の場合）

5 今後の課題

1) 質の評価に向けた更なる分析の視点及び内容について

リハ及びリハマネジメントの効果を評価する上では、さらに効果の測定指標（どのような指標で効果を測定するのか）及びリスク調整項目（効果を比較する際に調整すべき属性は何か）について検討する必要があると考えられる。

(1) 効果の測定指標について

既存の帳票類から収集可能な ADL や IADL、Barthel Index（BI）等の身体機能、生活機能に関する指標のほか、設定した目標に対する達成度、達成度に対する利用者の満足度、あるいはプロセスに対する満足度等によって効果を評価することも考えられる。

(2) リスク調整項目について

効果を評価するためには利用者の状態に関するリスク調整も必要である。ADL や IADL、Barthel Index（BI）等の身体機能、生活機能に関する指標によるリスク調整のほか、例えば、既存の帳票類から把握できない属性として、栄養状態や疾患の状況、また住居や家族等の生活環境・居住環境、経済状況、さらに他の介護サービスの利用状況等についてもデータ化して活用すべきと考える。

2) 追加収集すべき項目について

利用者ベース・事業所ベースの分析や上記の分析の視点において必要と考えられた項目のうち、VISIT に実装されている既存の帳票類から収集できない項目等については、追加的に収集することを検討する必要がある。

例えば、栄養状態や設定した目標に対する達成度、利用者の満足度等は既存のリハビリテーション計画書やプロセス管理表から把握できないため、将来的な様式の見直し等により計画書等から収集することや、あるいは他の様式として収集し、データを連携することも考えられる。

データの連携について、既存の介護保険総合データベースとVISITの連携は既に想定されており、上記の他の介護サービスの利用状況等は介護保険総合データベースに格納されている介護レセプトから把握可能になることが期待される。このように、既存のデータベース、システム等との連携によって収集できる可能性がある項目等については次節で述べる。

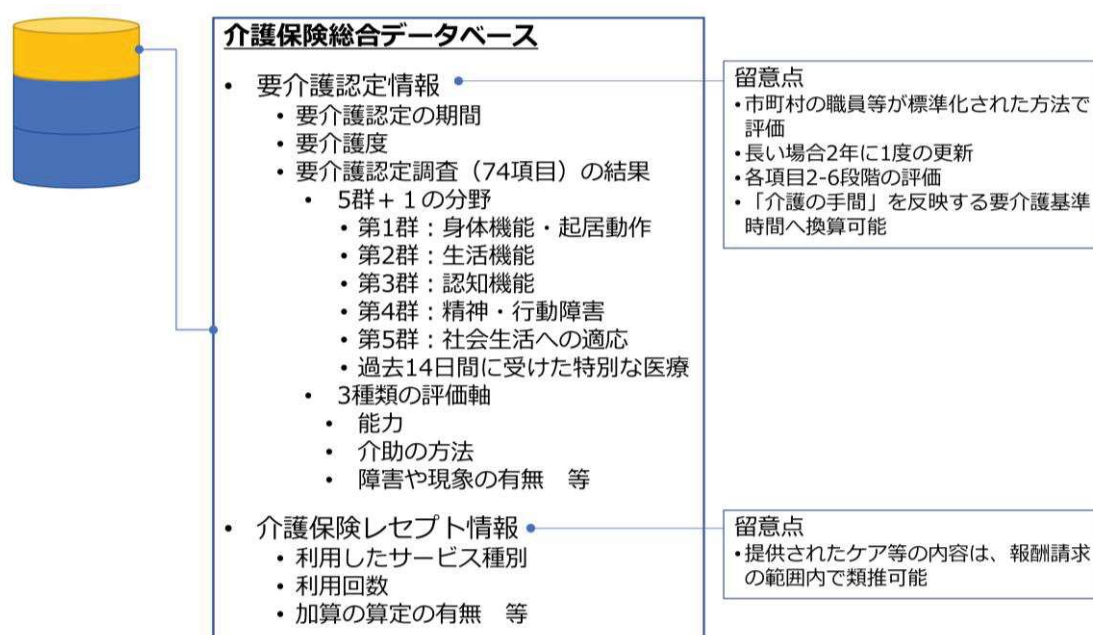
表 5-1 追加収集すべき項目（案）

視点	追加収集すべき項目（案）
効果の測定指標	➤ 設定した目標の達成度 ➤ 目標の達成度に対する満足度 ➤ サービス提供内容に対する満足度 等
リスク調整項目	➤ 栄養状態 ➤ 疾患の状況 ➤ 生活環境・居住環境（住居の状況、家族の状況等） ➤ 経済状況 ➤ 他の介護サービスの利用状況（サービス種類、サービス量） 等
事業所特性	➤ 事業所の所在地（地域特性（人口、人口密度等）） ➤ 加算の算定状況 ➤ リハ職の配置 ➤ 定員数 等

3) 上記分析を可能とするデータベースの構造についての提案

介護保険総合データベース（DB）は、厚生労働省が直接収集した要介護認定データを中核としつつ、介護保険給付費明細書（介護レセプト）データの統合を行った介護保険に係る総合データベースである。本データベースを用いた集計・分析により、介護サービスの利用実態、要介護認定者の健康状態による必要な介護サービスの実態等を把握することが可能である。

図 5-1 介護保険総合データベースの内容

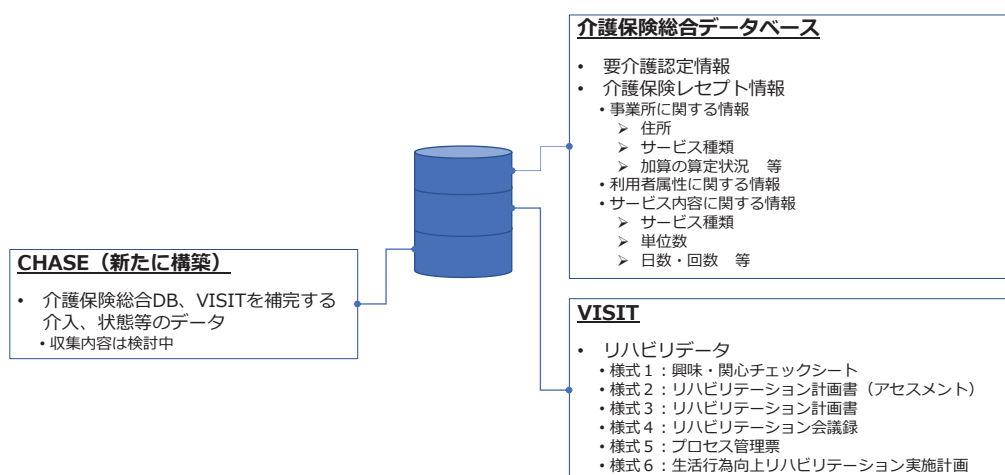


（出典）介護領域のデータベースの内容（平成 29 年 10 月 26 日 第 2 回科学的裏付けに基づく介護に係る検討会）

VISIT や介護保険総合 DB 等の介護領域のデータベースを連携させることで、将来的には、各データベースが保有するデータを活用し、更なる分析が可能になると期待される。

特に、介護保険総合 DB は介護保険レセプト情報として事業所に関する情報（住所、加算の算定状況等）や利用者のサービス利用に関する情報（利用しているサービス、単位数、日数・回数等）、VISIT は利用者（訪問／通所リハの利用者）の状態（ADL・IADL 等）やリハビリテーションに関する情報（目標、具体的支援内容等）が格納されていることが特徴であり、これらを連携させることで、先に述べた事業所特性を分析軸とした事業所ベースの分析や追加収集すべき項目を連結した分析等が可能であると考えられる。

図 5-2 介護領域のデータベースの連携



（出典）介護領域のデータベースの内容（平成 29 年 10 月 26 日 第 2 回科学的裏付けに基づく介護に係る検討会）を一部改変

表 5-2 データベースの連携によって期待される VISIT データの分析例

分析例	介護保険総合 DB から連携するデータ
訪問／通所リハ事業所の加算の算定状況別の事業所ベースの分析 （リハビリテーションマネジメント加算の算定有無別等）	事業所の加算の算定状況
訪問／通所リハ事業所の地域特性（事業所所在地）別の事業所ベースの分析 （利用者特性、利用者の興味・関心領域、リハ提供方法、リハマネジメント方法等）	事業所の住所情報
利用者へのリハ提供内容と他のサービスの利用状況の関係 （利用しているサービスの種類、単位数、及びそれらの変化等）	利用者のサービス受給状況（種類・量）
利用者のリハ／リハマネジメントの効果と他のサービスの利用状況の関係	利用者のサービス受給状況（種類・量）

ただし、事業所ベースの分析において、分析軸として提案された事業所特性のうち、リハ職配置や定員数については、現時点で介護保険総合 DB から把握することができないため、既存の帳票類への項目の追加も検討することが必要と考えられる。あるいは、全ての事業所が報告対象でないこと、報告の時点が事業所によって様々であること等の一定のデータ制約があるものの、これらのデータは厚生労働省の介護サービス情報公表システムから収集可能であり、これを活用することも考えられる。

一方で、先に提案された追加収集すべき項目のうち、利用者の満足度や栄養状態、疾患の状況、生活環境・居住環境、経済状況等については、既存のデータベースやシステムにデータがなく、分析での活用を考えた場合、データの収集方法についての検討が必要である。例えば、VISIT において帳票類に項目を追加することや、主治医意見書やアセスメント様式等を電子化して活用すること等も考えられる。また、今後新たに構築されるデータベース CHASE（図 5-2）において、栄養に関する項目やアセスメント等に関する項目を収集することが想定されており、将来的には VISIT と CHASE のデータ連携により、以上の項目も分析に活用できることが期待される。

表 5-3 CHASE の初期仕様案

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ 栄養マネジメントに関する情報 ➤ 口腔移行・維持に関する情報 ➤ 口腔機能向上に関する情報 ➤ 個別機能訓練に関する情報 ➤ アセスメント等に関する情報 ➤ 各アセスメント様式に関する情報 ➤ 認知症に関する情報 ➤ 訪問介護におけるサービス内容に関する情報 ➤ ADL に関する情報 |
|--|

（出典）介護分野における今後のエビデンスの蓄積に向けて収集すべき情報について（議論のとりまとめ）（案）（平成 30 年 3 月 9 日 第 5 回科学的裏付けに基づく介護に係る検討会）より抜粋

6 まとめ

本事業では、通所・訪問リハビリテーションのデータ収集システム（VISIT）の本格的運用に向け、収集したデータの分析手法及び事業所への分析結果のフィードバック方法の検討を行った。

検討の結果、

- 1) 利用者ベースのデータ分析として、ADL や IADL の変化について VISIT を通して収集したデータから算出した全国平均値を参考にリハ職のケアの振り返り等を実施可能な帳票（案）（リハビリテーションサービス状況）やマネジメントの思考過程に沿って項目を整理した帳票（案）（リハビリテーションマネジメントサマリー）を開発し、データ分析結果を利用者にフィードバックするための提案を行った。
- 2) 全国ベースのデータ分析として、生活課題に応じた効果的なリハ及びリハマネジメントの標準化に繋げるため、利用者の興味・関心領域、利用者特性、リハ提供方法、リハマネジメント方法、リハ／リハマネジメントの効果等について分析することを提案した。
- 3) 事業所ベースの分析として、全国ベースの分析結果を事業所別に比較する際に考慮すべき分析軸について、利用者の平均要介護度、平均利用期間等のほか、加算（リハビリテーションマネジメント加算等）の算定状況、事業所所在地の地域特性（人口規模、人口密度等）、リハ職の配置・規模等を提案した。

さらに、上記の分析において必要と考えられた項目のうち、VISIT を通して収集できない項目の整理と介護保険総合データベース等のデータベースとの連携による収集・分析可能性について検討した。その結果、所在地、職員数、加算等の事業所情報や利用者のサービス利用状況（種類・量）については既存のデータベースやシステムから収集可能であり、分析に活用できると考えられた。一方、利用者の満足度、栄養状態や疾患の状況、生活環境・居住環境等については、新たに収集する方法の検討が必要であることが明らかとなった。

平成 30 年度の介護報酬改定では、VISIT へのデータ提出に係る評価が新設されたところである。本事業における検討、提案を踏まえ、今後、VISIT を通して収集されたデータを用いて試行的分析を実施し、更なる分析方法の検討やフィードバック内容の実装が進展することが期待される。

平成 29 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・通所リハビリテーションのデータ収集システムの活用に関する
調査研究事業
報告書

平成 30（2018）年 3 月発行

発行 公立大学法人 埼玉県立大学

〒343-8540 埼玉県越谷市三野宮 820 番地

TEL 048-971-0500（代） FAX 048-973-4807

不許複製