

Assessment of Chronic Illness Care(慢性疾患ケア評価シート)

Version 3.5

下記にあなたのお名前と所属組織に関する記載をお願いいたします。電話番号や e-mail アドレスは今後私たちに必要時ご連絡を差し上げる際にのみ使用させていただくものであり、公開されることはありません。共同記載者のお名前の記載もお願いいたします。後日、どのような過程で記載されたのかということをご質問させていただくことがあります。

| | |
|-----------------------------|----------------------------|
| お名前: | 記載日: _____年_____月_____日 |
| 所属組織名/住所: | 共同記載者名: 1. |
| | 2. |
| | 3. |
| 電話番号: (_____) _____ - _____ | e-mail アドレス: |

本調査紙の使用法

本調査は、システムや医療機関(組織)が慢性疾患のマネジメントにおいて理想的な形に改善できるよう手助けすることを目的に作成されたものです。この結果はご自身の診療チームが改善すべき領域を明らかにするのに有用な情報を与えてくれるでしょう。この調査紙の使用法は下記の通りになります。

1. 慢性疾患のケアに携わっている一つの医療機関や組織(例: 診療所、病院、医療法人)の視点から、**それぞれの質問へ回答して下さい。**

その名称と種別 (例: 北足立生協診療所/診療所) _____

2. ご自身の組織が、ある疾患もしくは状態に対してどのように取り組んでいるかについて**それぞれの質問へ回答して下さい。**

その疾患もしくは状態(疾患例: 糖尿病、状態例: 虚弱高齢者) _____

3. 各項目ごとに、現状のケアのレベルに最もふさわしいと考えられる**点数を○(まる)で囲んでください。**この評価表の各項目ごとの内容は、それぞれ慢性疾患ケアの質を左右する重要な側面を示しています。各項目は慢性疾患ケアの改善の程度によって、様々な段階を示すレベルに分類されます。この段階は 0 点から 11 点の範囲で表されます。より高い点数は、表に記載されている行動内容がより完全に近い形で実施されていることを示していることになります。

4. **それぞれの領域ごとの点数を合計し**(例: パート 1 の合計点数)、平均点数を計算し(パート 1 の合計点数/質問数)、それぞれの領域の最後の空欄に点数を記載して下さい。その後、全ての領域の点数を合計し、そのプログラムとしての合計点数を 7 で割って、プログラムとしての平均点数を記載して下さい。

この調査紙の利用に関しご不明な点があれば、下記にお問い合わせください。

渡邊隆将, 松島雅人
東京慈恵会医科大学 臨床疫学研究室
〒105-8461 東京都港区西新橋 3-25-8

Tel. 03-3433-1111 内線 2398
e-mail; watanabetakamasa@gmail.com
masato@jikei.ac.jp

Assessment of Chronic Illness Care(慢性疾患ケア評価シート), Version 3.5

パート 1:組織化された慢性疾患ケアの提供 ケアを提供する組織全体を慢性疾患ケアに焦点をあてる様方向づければ、慢性疾患のマネジメントプログラムはより効果的なものになるだろう。

(各項目の点数は「0」が最も低く、「11」が最も高い点数です。レベルA~Dの文章をよくお読みのうえ、点数を○で囲んで下さい)

| 項目 | レベル D | レベル C | レベル B | レベル A |
|-------------------------------|------------------------------|---|---|--|
| 慢性疾患ケアに関する組織のリーダーシップ | …は存在しない、もしくはほとんど関心をもたれていない。 | …は(組織の)ビジョンを示す文章中や経営上の計画の中には反映されている。しかし特定の資源(人員や資金)はその実行のために割り当てられていない。 | …は実際にリーダーにより統率され、特定の資源(人や金銭)がその実行のために割り当てられている。 | …は組織の長期計画的方策に組み込まれており、必要な資源(人や金銭)が供給され、特定の人々が責任をとる状況にある。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| 慢性疾患ケアについての組織の到達目標 | …は存在しない、もしくは限定的である。 | …は存在するが、それは頻繁に(達成度を)評価されていない。 | …は測定され、評価されている。 | …は測定され、日常的に評価されている。さらに改善計画に組み込まれている。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| 慢性疾患ケア改善の方策 | …はその場しのぎであり、組織化や継続的な支援体制はない。 | …は問題が浮上した際に、その問題に対して行った臨時的対処法を活用している。 | …は対象となる問題にすでに実績のある改善方策を活用している。 | …はすでに実績のある改善方策を含み、積極的に組織としての到達目標に達するよう使用されている。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| 慢性疾患ケアを提供することへの報奨(インセンティブ)と規制 | …は、使われていない。 | …はケアを提供するかどうか、コストをかけるかどうかという <u>ことに影響を及ぼしている。</u> | …は患者ケアの目標を達成しやすくするように利用されている。 | …は医療者が動機づけられ、自信を持って患者ケアの目標を達成しやすくするように利用されている。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| 組織内の指導的役割にある人 | …は慢性疾患の診療に消極的である。 | …は慢性疾患ケアの改善を優先的課題としていない。 | …は慢性疾患ケアの改善の努力を推奨している。 | …は慢性疾患ケアの改善努力について目に見える形で参加している。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |

| 項目 | レベル D | レベル C | レベル B | レベル A |
|--------------|---|--|--------------------------------------|--|
| 診療報酬制度 点数 | …は患者の自己管理やケアシステムの変化に対する <u>やる気を失わせている</u> 。 | …は患者の自己管理やケアシステムの変化に対して <u>影響していない</u> 。 | …は患者の自己管理やケアシステムの変化を <u>推奨している</u> 。 | …はより良い慢性疾患ケアシステム構築を <u>促進するように特に設計されている</u> 。 (例：「出来高払い」のように行った検査や診察に対する診療報酬だけではなく、優れたケアシステムを構築することに対して診療報酬が発生するなど) |
| | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |

組織化された慢性疾患ケアの提供の総点数 _____

平均点数 (組織化された慢性疾患ケアの提供の総点数 / 6) _____

パート 2: 地域との連携 医療保健福祉サービスを提供する組織のシステム(あるいは医療機関)と地域社会資源の連携は、慢性疾患のマネジメントにおいて重要な役割を果たしている。

(各項目の点数は「0」が最も低く、「11」が最も高い点数です。レベル A~D の文章をよくお読みのうえ、点数を○で囲んで下さい)

| 項目 | レベル D | レベル C | レベル B | レベル A |
|---------------------------------------|---|--|---|--|
| 患者と外部の地域社会資源(患者会やサークル活動など)のつながり 点数 | …はシステムとして <u>形成されていない</u> 。 0 1 2 | …は利用しやすい形での地域社会資源の <u>リストくらいしかない</u> 。 3 4 5 | …は地域社会資源を最大限利用できるよう、責任をもった <u>特定のスタッフや資金を通じて達成されている</u> 。 6 7 8 | …は医療システム、地域サービス機関と、患者の <u>積極的な協調</u> によって達成されている。 9 10 11 |
| 地域組織(自治体など)との協力体制 点数 | …は <u>存在していない</u> 。 0 1 2 | …は考慮されているが、 <u>まだ実施されていない</u> 。 3 4 5 | …は(患者の)支援プログラムや政策を開発するために <u>組織されている</u> 。 6 7 8 | …はシステム全体にまたがる公式の支援プログラムや政策が開発されるよう <u>積極的に模索されている</u> 。 9 10 11 |
| 地域や国の健康計画 点数 | …では慢性疾患ケアのガイドライン、健康指標の測定、ケアのための地域社会資源の三者は現場レベルで <u>連携していない</u> 。 0 1 2 | …がガイドライン、健康指標の測定、ケアのための地域社会資源の三者を現場レベルである程度連携させることについて検討されているが、 <u>まだ実行に移されていない</u> 。 3 4 5 | …によって、現在のところ <u>一つか二つの慢性疾患の領域において、慢性疾患ケアのガイドライン、健康指標の測定、ケアのための地域社会資源の三者が連携している</u> 。 6 7 8 | …によって、現在のところ <u>ほとんどの慢性疾患において慢性疾患ケアのガイドライン、健康指標の測定、ケアのための地域社会資源の三者が現場レベルで連携している</u> 。 9 10 11 |

地域との連携の総点数 _____

平均点数 (地域との連携の総点数 / 3) _____

パート 3: 診療レベル 個々の診療現場(例: 診療所)でみられるいくつかの項目の改善は、慢性疾患のケアをより良くするということがこれまでに示されてきた。これらの特徴は概略すると「自己管理支援(3a)」、「診療における意思決定支援(3b)」、臨床に直結する「医療提供システムの設計(3c)」、「臨床情報システム(3d)」の領域に分類される。

パート 3a: 自己管理支援 効果的な自己管理支援は、患者と家族に対し、慢性疾患を抱えながら生活し治療していく中での課題に上手に対処することや、合併症や症状を軽減することへの手助けとなる。

(各項目の点数は「0」が最も低く、「11」が最も高い点数です。レベル A~D の文章をよくお読みのうえ、点数を○で囲んで下さい)

| 項目 | レベル D | レベル C | レベル B | レベル A |
|-----------------------------|--------------------------------------|---|--|---|
| 自己管理の必要項目と行動計画の文書化と評価 点数 | …はなされていない。 0 1 2 | …は計画されている。 3 4 5 | …は標準化された方法で行われている。 6 7 8 | …は医療機関(組織)と患者がともに利用でき、治療計画に基づいた標準書式で定期的に評価され、記録されている。 9 10 11 |
| 自己管理の支援 点数 | …は情報源(パンフレットなど)の配布に限定されている。 0 1 2 | …は自己管理のための学習会への参加、あるいは指導者(例: 糖尿病であれば療養指導士など)への紹介により行われている。 3 4 5 | …は自己管理支援をするために任命された「訓練を受けた指導者」が、それぞれの医療機関(組織)と提携し、紹介によって患者と面談することによって提供されている。 6 7 8 | …は医療機関(組織)と提携し、患者のエンパワーメント※1と問題解決法に関して訓練されている医療者が、ほとんどの慢性疾患患者と面接することによって提供されている。 9 10 11 |
| 患者と家族の不安への対処 点数 | …は一貫してなされていない。 0 1 2 | …は特定の患者と家族には、紹介を通じて提供されている。 3 4 5 | …は奨励されており、患者同士でのサポートや患者会、医療者による支援プログラムが利用できる。 6 7 8 | …はケアの不可欠な部分であり、体系化された評価や患者同士のサポート、患者会、医療者による支援プログラムの日常的な関与が含まれている。 9 10 11 |
| 効果的な行動変容への介入や患者同士の支援 点数 | …を行えない。 0 1 2 | …をパンフレット、小冊子や他の情報書類の配布でしか行えない。 3 4 5 | …を訓練された人を配備した特別なセンターへの紹介によってのみ行うことができる。 6 7 8 | …を直ちに行うことができ、日常のケアの不可欠な部分となっている。 9 10 11 |

自己管理支援の総点数 _____

平均点数 (自己管理支援の総点数 / 4) _____

注 ※1 エンパワーメント：個人や集団が、より力を持ち、自分たちに影響を及ぼす事柄を自分自身でコントロールできるようになること。

パート 3b: 診療における意思決定支援 医療者が患者をケアするために必要なエビデンスに基づいた情報にアクセスすること、つまり診療における意思決定支援を保証することが、効果的な慢性疾患のマネージメントプログラムであるといえる。これには、効果的な治療法を診療チームに気付かせるためのエビデンスに基づいた診療ガイドラインやプロトコル(クリティカルパスなど)、専門医へのコンサルテーション、医療者の教育、患者への働きかけが含まれている。

(各項目の点数は「0」が最も低く、「11」が最も高い点数です。レベルA~Dの文章をよくお読みのうえ、点数を○で囲んで下さい)

| 項目 | レベル D | レベル C | レベル B | レベル A |
|------------------------------|--|--|---|---|
| エビデンスに基づいたガイドライン | …は利用できない。 | …は利用できるが、 <u>実際には使われていない</u> 。 | …は利用できる。かつ医療スタッフへの教育が行われることでその活用が支援されている。 | …は利用できる。かつ医療者チームにも教育され、リマインダー※2や他の医療者の行動を変容させる方法を通してケアに組み込まれている。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| プライマリケアを改善させる際の専門医の関与 | …は主として伝統的に行われてきた専門医への <u>患者紹介</u> という形で存在する。 | …として、臨床ガイドラインに沿った日常診療を実践するため、 <u>専門医のリーダーシップのもと、システムの向上</u> が図られている。 | …として、専門医のリーダーシップだけではなく、さらに専門医による直接的な医療チームの <u>トレーニング</u> までも行われている。 | …として、さらに専門医が <u>実際の患者のケアの向上</u> にも関与している。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| 慢性疾患のケアについての医療者への教育 | …は <u>散発的</u> に行われている。 | …は古典的な手法(製薬会社による情報提供など)で行われている。 | …は理想的な手法を用いて行われる(学会のような非営利のアカデミックな情報提供など)。 | …はすべての医療スタッフに対して行われており、地域を基盤としたマネージメントや自己管理の支援のような慢性疾患のケアの手法の訓練が含まれている。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| ガイドラインについての患者への情報提供 | …は、 <u>なされていない</u> 。 | …は患者の要望に対して行われる。もしくは組織の刊行物(機関紙など)を通じて行われている。 | …はガイドラインに沿った特定の患者教育用資料を通じて行われている。 | …はガイドラインに沿うために患者自身が果たす役割を明記した、患者用資料(例:糖尿病手帳など)が用いられている。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |

診療における意思決定支援の総点数 _____

平均点数 (診療における意思決定支援の総点数 / 4) _____

注 ※2 リマインダー: 必要な検査や介入を医療者に気付かせてくれるもの。紙のチェックリストや電子カルテ上のポップアップなどが含まれる。

パート 3c: 医療提供システムの設計 効果的な慢性疾患のマネージメントには、急性疾患に焦点を当てている現状のシステムにさらに追加の介入を加えるだけでなく、抜本的な改革が必要であるというエビデンスがある。それを達成するためには医療機関(組織)の構造を変える必要があるだろう。

(各項目の点数は「0」が最も低く、「11」が最も高い点数です。レベルA~Dの文章をよくお読みのうえ、点数を○で囲んで下さい)

| 項目 | レベル D | レベル C | レベル B | レベル A |
|-----------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| 診療チームが機能すること | …は取り組まれていない。 | …のために、慢性疾患ケアの重要な要素に関する適切な訓練を受けた人材(専門看護師など)の安定した配置はされている。 | …は慢性疾患ケアにおけるガイドライン、役割、責任、問題に取り組む定期的なチームミーティングによって保証されている。 | …は定期的に会合をもち、患者の自己管理教育、積極的なフォローアップ、資源の調整や慢性疾患ケアの他のスキルを含む、明確に定義された役割をもつチームによって保証されている。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| 診療チームとしての指導的役割 | …は局所的にも組織全体としても認識されていない。 | …は明文化されていないが、組織の認識としてその役割の中に内在すると考えられている。 | …はチームリーダーが任命されることによって確かなものになっている。しかし慢性疾患における役割は明確にされていない。 | …はチームリーダーが任命されることによって確かなものになっている。慢性疾患ケアにおける役割と責任はそのチームリーダーにより明確にされている。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| 診療予約システム | …は急性疾患の受診、経過観察と予防的受診のスケジュール設定に使われている。 | …は慢性疾患の患者への計画的なフォローアップが確保されている。 | …は柔軟であり、革新的なものに適應できる(例: 診療時間を患者によって変えられる、患者を数名のグループにして診察するなど)。 | …には患者が一回の受診で複数の医療者(医師や看護師、栄養師)と会うことを促すようなシステムが含まれている。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| フォローアップ | …は患者と医療者の希望によりその場でスケジュールが組まれている。 | …はガイドラインに沿ったスケジュールが医療機関(組織)によって組まれている。 | …は診療チームがその患者の受診状況をチェックすることによって確実なものとなっている。 | …は患者の希望に応じて、方法や対応の程度を変えることにより(電話、対面式、電子メール)、個別に対応している。さらにガイドラインに基づいたフォローアップが確実なものとなっている。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |

| 項目 | レベル D | レベル C | レベル B | レベル A |
|-----------------------|--------------|---|--|--|
| 慢性疾患ケアのための計画された予約外来※3 | …は行っていない。 | …は複雑な事例に対して時に使用されている。 | …は興味のある患者へのオプションとして存在している。 | …は全ての患者に使用されており、定期的な評価、予防的介入、自己管理の支援への配慮が含まれている。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| ケアの継続性(他医療者との連携) | …は重要視されていない。 | …はプライマリケア医と専門医との間の書面上のコミュニケーションに依存している。 | …はプライマリケア医と専門医と他の関連する医療者の間で重要視されているが形式としては定まっていない。 | …は非常に重要視されており、全ての慢性疾患への介入において、プライマリケア医と専門医と他の関連する医療者との間の積極的な協調が形式となっている。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |

医療提供システムの設計の総点数 _____

平均点数 (医療提供システムの設計の総点数 / 6) _____

注 ※3 計画された予約外来：患者及び医療チームがそれぞれあらかじめ十分に準備された状態にある中で慢性疾患の診療を行うシステム。患者に対し事前連絡をとり予定されている診察の目的説明や自己評価シート記載などの指示をすること、医療機関において診察前に患者の検査データなど資料を準備すること、医師の診察前後に訓練された医療スタッフ(看護師や栄養士など)が行う自己管理支援などの面接時間の設定や準備をすること、診察の後日電話でフォローアップすることなどが含まれる。

パート 3d: 臨床情報システム 慢性疾患を持った患者の個人及び集団についての適時の有用な情報は、効果的なプログラム、特に集団を対象としたアプローチを行うプログラムのきわめて重要な特徴である。

(各項目の点数は「0」が最も低く、「11」が最も高い点数です。レベル A~D の文章をよくお読みのうえ、点数を○で囲んで下さい)

| 項目 | レベル D | レベル C | レベル B | レベル A |
|----------------------------------|------------------------------------|---|---|---|
| 患者登録(特定の疾患の患者のリストアップ) | …は利用できない。 | …は紙もしくはコンピューターのデータベースであり、名前、診断、連絡先、最後の連絡をした日付が含まれている。 | …は臨床的な優先事項によってソート(並べ替え)ができる。 | …はガイドラインに従って必要な医療サービス(検査、治療、指導など)について注意とリマインダー※2を提供している。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| 医療者へのリマインダー※2 | …は利用できない。 | …は慢性疾患の存在を示す一般的な通知を含むが、その時の受診時に必要な医療サービスの記載はない。 | …には定期的な通知により、患者集団に対して必要な医療サービスを表示することが含まれている。 | …には患者受診時に、その患者がガイドラインを順守しているかの情報を診療チームに知らせる通知が含まれている。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| 医療者へのフィードバック | …は、されない。もしくはされたとしてもチームにとって具体的ではない。 | …は不定期に行われ、それは個人的ではない。 | …は十分な頻度で実績評価をした上で行われている。具体的ではあるが個人的ではなく、集団としてのチームに対してフィードバックが与えられている。 | …はチームのパフォーマンスを改善する役割の、周囲の尊敬を集めるオピニオンリーダーから、適時、チームに特異的に、日常業務として、個人的なフィードバックが与えられている。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| ある特定の医療サービス(検査、治療など)を必要とする患者のリスト | …は利用できない。 | …は特別な努力や、電子カルテシステムに追加のプログラミングを用いることなどのみによって入手されうる。 | …は要求に応じて入手されうるが、日常的には利用できない。 | …は医療者が計画された予約外来※3を行えるように、医療者に対し日常的に提供されている。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| 患者の治療計画 | …は、立てられていない。 | …は画一化された方法で立てられている。 | …は患者と医療者の協力のもとで立てられ、臨床的な目標だけでなく自己管理についても含まれている。 | …は患者と医療者の協力のもとで立てられ、臨床的な管理だけでなく自己管理についても含まれている。また、計画に沿ったケアを行うために医療サービスの各時点でフォローアップがされている。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |

臨床情報システムの総点数 _____

平均点数 (臨床情報システムの総点数 / 5) _____

Chronic Care Model※4の要素の統合 効果的なケアのシステムは Chronic Care Model※4の全ての要素を統合し組み合わせている。例: 患者の自己管理の目標と臨床情報システム・患者登録との連携。

(各項目の点数は「0」が最も低く、「11」が最も高い点数です。各支援レベルの文章をよくお読みのうえ、点数を○で囲んで下さい)

| 項目 | 限定的な支援 | 基本的な支援 | 良好な支援 | 最適な支援 |
|---------------------|---|--|--|--|
| ガイドラインについての患者への情報提供 | …は、 <u>なされていない</u> 。 | …は患者の要望に対して行われる。もしくは組織の刊行物(機関紙など)を通じて行われている。 | …はガイドラインに沿った特定の患者教育用資料を通じて行われている。 | …はガイドラインに沿うために患者自身が果たす役割を明記した、患者用特定資料が用いられている。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| 情報システム/患者登録 | …には患者の自己管理支援の目標が含まれていない。 | …には患者評価の結果が含まれている(例: 虚弱高齢者の介護度など機能的な状態の評価、自己管理をするための準備があるかなど)が、 <u>目標設定はされていない</u> 。 | …には患者評価の結果だけでなく、診療チームや医療者、患者からの情報により設定された自己管理目標が含まれている。 | …には患者評価の結果だけでなく、診療チームや医療者、患者からの情報により設定された自己管理目標が含まれている。また、 <u>患者や医療者に対するフォローアップや定期的な目標の再検討についての即時的なリマインダー※2</u> も含まれている。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| 地域のプログラム | …は患者のプログラム進行状況について、医療機関(組織)に <u>フィードバックを提供していない</u> 。 | …は患者のプログラム進行状況について、地域と医療機関(組織)間で行われる合同会議の時に <u>散発的なフィードバックを提供している</u> 。 | …は患者の進行状況について、医療機関(組織)の公式なシステムに対して <u>定期的なフィードバックを提供している</u> 。 | …は患者の進行状況について、医療機関(組織)に <u>定期的なフィードバックを提供している</u> 。そして、その進行状況には患者ニーズによりよく応えられるようプログラムを改良していくことに使われる患者からの情報が含まれている。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |

注 ※4 Chronic Care Model : 1990年代に E.Wagner らによって提唱された質の高い慢性疾患ケアを行うためのモデル。6つの要素から構成され、本調査のパート1からパート6がそれぞれの要素に該当する項目になっている。

| 項目 | 限定的な支援 | 基本的な支援 | 良好な支援 | 最適な支援 |
|-----------------------------|-------------------------|---|---|--|
| 組織としての慢性疾患ケアに対する計画 | …には患者集団へのアプローチが含まれていない。 | …はケアの計画をたてるために電子カルテの様な情報システムからの情報を利用している。 | …は患者集団を対象としたケアの計画を積極的にたてるために電子カルテの様な情報システムからの情報を利用している。そして、そのケアの計画には自己管理プログラムや地域社会資源との連携の発展が含まれている。 | …は患者集団を対象としたケアの計画を積極的にたてるために電子カルテなどの情報システムからの情報と診療チームからの情報を利用している。そして、そのケアの計画には経時的に良好な結果が得られているか再評価する計画を含んだ自己管理プログラムや地域との連携の発展が含まれている。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| 予約、患者評価と目標設定に対する日常的なフォローアップ | …は、 <u>されていない</u> 。 | …は散発的だが、診療の予約のみは通常行われている。 | …は特定のスタッフ(看護師など)に責任が割り当てられることで、 <u>確実に実施されている</u> 。 | …は特定のスタッフ(看護師など)に責任が割り当てられることで、 <u>確実に実施されている</u> 。そして、そのスタッフは患者登録などを用いて患者と全ての診療チームとの間の調整を図っている。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |
| 慢性疾患ケアに関するガイドライン | …は患者と共有されていない。 | …は自身の体調の自己管理に <u>特に関心がある患者に与えられている</u> 。 | …は患者自身が効果的な自己管理や行動変容プログラムをたてられるように、かつ、いつ受診すべきか判断できるように、 <u>全ての患者に提供されている</u> 。 | …には患者の目標や行動変容への準備状態が含まれ、ガイドラインに沿った自己管理や行動変容プログラムを工夫するために、 <u>患者とともに診療チームにより再検討されている</u> 。 |
| 点数 | 0 1 2 | 3 4 5 | 6 7 8 | 9 10 11 |

要素の統合の総点数: _____



平均点数 (要素の統合の総点数/6) = _____

注

※1 エンパワーメント：個人や集団が、より力を持ち、自分たちに影響を及ぼす事柄を自分自身でコントロールできるようになること。

※2 リマインダー：必要な検査や介入を医療者に気付かせてくれるもの。紙のチェックリストや電子カルテ上のポップアップなどが含まれる。

※3 計画された予約外来：患者及び医療チームがそれぞれあらかじめ十分に準備された状態にある中で慢性疾患の診療を行うシステム。患者に対し事前連絡をとり予定されている診察の目的説明や自己評価シート記載などの指示をすること、医療機関において診察前に患者の検査データなど資料を準備すること、医師の診察前後に訓練された医療スタッフ(看護師や栄養士など)が行う自己管理支援などの面接時間の設定や準備をすること、診察の後日電話でフォローアップすることなどが含まれる。

※4 Chronic Care Model：1990年代に E.Wagner らによって提唱された質の高い慢性疾患ケアを行うためのモデル。6つの領域から構成され、本調査のパート1からパート6がそれぞれの領域に該当する項目になっている。

この表を埋めるのに使った方法を簡単に記載して下さい（例：会議で意見の一致を得た、チームリーダーによって記入された（必要時には他のチームメンバーと相談）、それぞれのチームメンバーが別々に記入し回答の平均をとった）。

記入欄: _____

点数の概要

(各領域の最後に記載した点数を下記に書き写してください)

組織化された慢性疾患ケアの提供の平均点数 _____

地域との連携の平均点数 _____

自己管理支援の平均点数 _____

診療における意思決定支援の平均点数 _____

医療提供システムの設計の平均点数 _____

臨床情報システムの平均点数 _____

要素の統合の平均点数 _____

各領域の平均点数の合計（上記の点数の合計） _____

ACIC スコア (各領域の平均点数の合計 /7)

点

これらのスコアが意味するもの

Assessment of Chronic Illness Care(ACIC)は、個々の項目、領域、または全体の点数(ACICの7つの領域の平均点数)において最も高い点数である「11点」が、慢性疾患の最適な支援を指し示すように作られています。その項目、領域において最も低い点数は「0点」であり、慢性疾患ケアの実施が限定的であるということを意味しています。解釈の方法は下記のようになっています。

0点～2点 = 慢性疾患ケアが限定的なレベルで実施されている状態

3点～5点 = 慢性疾患ケアが基本的なレベルで実施されている状態

6点～8点 = 慢性疾患ケアが適度に良好なレベルで実施されている状態

9点～11点 = 慢性疾患ケアが最適なレベルで実施されている状態

チームがACICのいくつかの(もしくは全ての)領域において「5点」を下回る平均点数で共同作業を開始することはきわめてよくあることです。結局のところ、全ての人々が慢性疾患に対する最適なケアを受けられているならば、慢性疾患ケアのチームや他の質改善プログラムは必要がないと言えるでしょう。チームは、当初の段階で自分たちが実際よりも良い慢性疾患のケアを提供していると信じていることもまた一般的です。慢性疾患ケア改善の共同作業の進行につれ、効果的なケアのシステムには何が含まれるのかについてより精通することができるでしょう。慢性疾患の改善をしているにもかかわらず、ご自身のACICスコアが低下することに気づくことがあるかもしれません。これは、ほとんどの場合良好なケアのシステムとはどのようなものかということをもっと深く理解したことの結果である可能性が高いです。いずれ、良好なケアの理解が深まり、効果的な診療の変化を導入し続けるにつれ、ご自身のACICスコアは全面的な改善をみることになるでしょう。