



QUEST

Quality Evaluation Strategy Tool:

An essential guide for using quality indicators in
occupational therapy

作業療法の質を捉えた評価指標 (QI)
の活用ガイド



WFOT

世界作業療法士連盟

著作権について



世界作業療法士連盟による「Quality Evaluation Strategy Tool : 作業療法の質を捉えた評価指標 (QI) の活用ガイド」は、クリエイティブ・コモンズの表示-非営利-改変禁止 国際ライセンス4.0によって保護されている。

以下の条件に従う限り、この活用ガイドを自由に共有したり、様々なメディアやフォーマットで複製したり、再配布することを許可する：

表示：引用や著作権について適切に記載し、変更点があればその内容を表示しなければならない。合理的であれば方法は問わないが、**WFOT** があなたやあなたの利用行為を支持していると示唆するような方法は除く。

非営利：営利目的でこのガイドを利用してはならない。

改変禁止：このガイドを再編、変換、再構成した場合、その改変された活用ガイドは第三者に配布することはできない。

ガイドの引用：World Federation of Occupational Therapists. (2020). Quality Evaluation Strategy Tool: An essential guide for using quality indicators in occupational therapy. Geneva, Switzerland: Author.

WFOT質の指標ワーキンググループ

Claudia von Zweck、プロジェクト共同代表 カナダ

Sandra Bressler、プロジェクト共同代表 カナダ

Carolina Alchouron アルゼンチン

Susan Brandis オーストラリア

Helen Buchanan 南アメリカ

Teena Clouston イギリス

Camilla Cox イギリス

Lucila Moreno アルゼンチン

Tim Reistetter アメリカ合衆国

Ariela Zur イスラエル

WFOT質の指標ワーキンググループアドバイザー

Sharon Brintnell カナダ

Marilyn Pattison オーストラリア

目次

概要	1
QIの概念的枠組み (QIF)	1
評価の過程 (QEP)	3
第1章：評価指標と作業療法：QIF	5
評価指標の変遷	6
QUESTの開発	7
QIの概念的枠組み (QIF)	7
WFOTの指針	8
継続的な質の改善	8
作業療法における質の評価	9
演習問題	10
第2章：QIの概念的枠組み：QIF	11
質の要素（縦軸）	12
質の評価の視点（横軸）	13
構造指標	14
過程指標	14
結果指標	15
作業療法の質を測定するためのQIの概念的枠組み (QIF) の活用	15
演習問題	16
第3章：評価の過程：QEP	17
ステップ1：サービスの質に対する期待値の設定	18
ステップ2：SMART指標の作成	19
演習問題	26
第4章：SMART指標の活用	27
演習問題	28
第5章：QUESTの継続的改善	29
演習問題	30
第6章：まとめ	31
参考文献	32
付録1：QUESTワークシート	34
付録2：ケーススタディー	39

表

表1：WFOTが定める評価指標 (QI) の概念的枠組み (QIF)	2
表2：新規に取り組もうとする作業療法介入の効果を評価するためのSMART指標	4
表3：WFOTによるQIの概念的枠組みにおける評価指標	7
表4：QIの概念的枠組み (QIF) の構造	11
表5：構造指標	14
表6：過程指標	14
表7：結果指標	15
表8：サービスの質に対する期待値を設定する際に考慮すべき点の例	18
表9：指標のSMART基準	19
表10：SMART指標とデータ収集／報告内容の例	20
表11：地域の作業療法士による転倒予防プログラムの質の課題の例	23
表12：地域の作業療法士による転倒予防プログラムの質を評価するSMART指標の作成例	24

図

図1：医療の質の要素	5
図2：医療の質の評価モデル	6
図3：継続的な質の改善に対する理念	8
図4：計画・実行・評価・改善の連続サイクル	9
図5：作業療法の質を評価するためのQIの概念的枠組み (QIF) の要素と視点	15
図6：評価の過程	17
図7：SWOT分析	25
図8：計画・実行・評価・改善 (PDSA) サイクル	27

概要

作業療法の質評価ツール (Quality Evaluation Strategy Tool : QUEST) は、作業療法の価値をデータに基づいて体系的に示すために、世界作業療法士連盟 (World Federation of Occupational Therapists : WFOT) が開発したツールである。QUESTには、以下の事項が含まれる。

QI の概念的枠組み (Quality Indicator Framework : QIF) : 作業療法の質を評価するための概念的枠組みと主要な評価指標 (Core set of Quality Indicators : QI)

評価の過程 (Quality Evaluation Process : QEP) : 作業療法実践についてその質を SMART (具体性・Specific、測定可能・Measurable、合意性・Agreed upon、妥当性・Relevant、時宜的・Timely) の5つの点から評価する。

QI の概念的枠組み (QIF)

QI の概念的枠組み (QIF) は、地域や臨床・実践の環境、対象者を問わず、作業療法士が提供するすべてのサービスにおいて、その質を測定するための評価指標 (QI) を示すものである。つまり、提供されるサービスの質や種類に関して、一般市民や組織、チーム、個人といったさまざまな視点から捉えた指標である。

QIF は、表 1 に示されるようにマトリックス (行列) の構造をもち、縦軸には作業療法の質の評価における7つの**要素 (Dimension)** が、横軸には評価の**視点 (Perspectives)** が提示されている。このように、QIF では作業療法の質をどの要素において測定すべきか、そして質をどのような視点から評価・測定すべきかが示されている (Arah, Klazinga, Delnoij, Ten Asbroek & Custers, 2003; Arah, Westert, Hurst & Klazinga, 2006)。

質の**要素 (Dimension)** は、作業療法関連の学術的文献によって作業療法サービスに最も関連

が深いとみなされた7つの要素が含まれる；適切性、持続可能性、アクセシビリティ、効率性、有効性、満足度、安全性。また、質の評価の**視点 (Perspectives)** は、Donabedian の医療の質の評価モデル (1966) を参考としており、構造・過程・結果 (下記参照) が含まれる。

- ・ **構造**の視点からは、質の高い作業療法サービスを提供するために必要な環境要因と資源を評価する。
- ・ **過程**の視点からは、質の高いサービスを保証するために作業療法がどのように提供されているかを評価する。
- ・ **結果**の視点からは、作業療法アプローチの結果として生じた変化を評価する。

QIF において、**構造**という視点から評価される質の要素は、適切性と持続可能性である。これらは、適切な対象者に・適切な場所で・適切な時期に・適切なサービスを提供するための有能な作業療法士の存在を評価するものである。また、質の高い作業療法サービスを提供するために必要な物理的・財政的・技術的・社会的資源が継続的に提供できるか (持続可能性) についても評価される。

過程という視点から評価される質の要素は、アクセシビリティと効率性である。これらは、利用者が必要とする作業療法を利用できているか否か (アクセシビリティ) を評価するものである。また、資金提供者や政策立案者などのステークホルダー (利害関係者) が抱く生産性への期待に応える形で作業療法が効率的に提供されているか否かも評価される。

結果という視点から評価される質の要素は、有効性、満足度、安全性である。これらは、どの作業療法目標がどの程度達成されたか、サービスが利用者にとって満足のいくものであったか、安全性が確保されていたかについて評価される。

表 1 : WFOT が定める評価指標 (QI) の概念的枠組み (QIF)



		評価指標 (Quality Indicators : QI)		
		質の視点		
		 構造	 過程	 結果
質の要素	適切性 : サービス、人材、場所、 時期の適切性	有能な作業療法士の存在の有無		
	持続可能性 : 資源利用の将来的確実性	長期的に利用可能な資源の有無		
	アクセシビリティ : サービスの得やすさ		サービスへのアクセスのしやすさ	
	効率性 : 最大限の結果を導くための資源の活用		資源活用の最適さ	
	有効性: エビデンスに基づいたサービスの対象者への提供			作業療法目標の達成度
	満足度 : サービス受給者の満足度			サービスに対する対象者満足度
	安全性 : リスクの低減と危険の回避			怪我などに至る有害事象の発生

評価の過程 (QEP)

作業療法実践の評価の過程 (QEP) は、以下の2つのステップからなる。

ステップ 1：作業療法実践の現場で提供されているサービスに関して、**QI**の概念的枠組み (QIF)の「質の要素」それぞれについて**期待される効果を明確にする**。

ステップ 2：その期待される効果を評価・測定するための**評価指標 (QI) を明確に定義**する。その際、評価指標 (QI) が **SMART** (具体性・Specific、測定可能・Measurable、合意性・Agreed upon、妥当性・Relevant、時宜的・Timely) であることや、データの収集方法と報告内容も設定すること。

このステップに基づいて **QUEST** を活用することで、作業療法サービスにとって最も重要かつ適切な質の評価指標 (**SMART** 指標) が明確となり、さらにその評価指標を用いることで、作業療法サービスの質を包括的に評価することが可能となる。

例えば、(表2)

- 構造の視点からの評価指標 (QI) では、介入内容を修得した作業療法士の存在 (適切性)、介入に必要な機器を安定的に提供する地元の業者の有無 (持続可能性) などが挙げられる。
- 過程の視点からの評価指標 (QI) では、その介入の適用基準を満たす毎月の対象者数 (アクセシビリティ) や、プロトコルに沿って介入する場合の対象者一人当たりの平均実施回数 (効率性) を評価する。
- 結果の視点からの評価指標 (QI) では、対象者の機能の回復度 (有効性) や、プロトコルに沿ったアプローチに満足している対象者数 (満足度)、アプローチ実施時の対象者やスタッフへの有害事象の発生率 (安全性) を評価する。

表2：新規に取り組もうとする作業療法介入の効果を評価するためのSMART指標例

質の要素	評価指標	SMART指標	質の視点
適切性	有能な作業療法士の存在の有無	新規の作業療法介入の方法を修得した作業療法士の割合	 構造
持続可能性	長期的に利用可能な資源の有無	新規の作業療法介入に必要な機器や物品を提供する地元の業者の数	 構造
アクセシビリティ	サービスへのアクセスのしやすさ	新規の作業療法介入の適用基準を満たす毎月の対象者の数	 過程
効率性	資源活用の最適さ	プロトコールに沿って介入する場合の対象者一人当たりの作業療法の平均回数	 過程
有効性	作業療法目標の達成度	新規の作業療法介入による対象者の機能回復の平均値（標準化された検査で測定）	 結果
満足度	サービスに対する対象者満足度	新規の作業療法介入がプロトコール通りに実施でき、満足している対象者の割合	 結果
安全性	怪我などに至る有害事象の発生	新規の作業療法介入の実施時に対象者やスタッフに生じたインシデント・有害事象の有無	 結果

第1章:

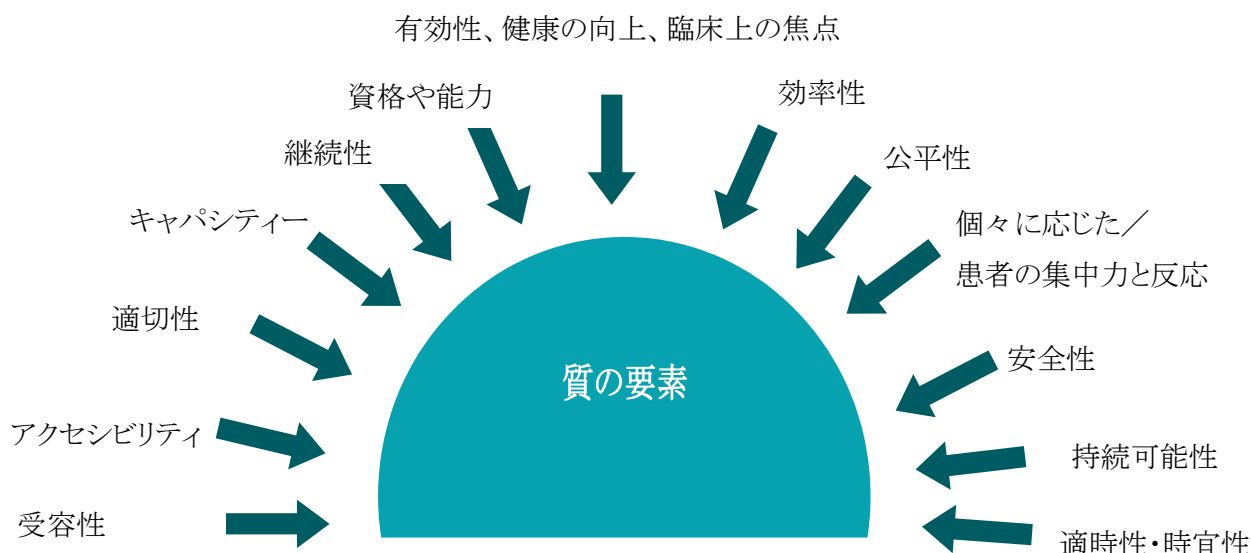
評価指標と作業療法：QIF

評価指標とは、作業療法の質を文書化、検証、評価、改善するための評価ツールおよび指針である (Mainz, 2003)。作業療法士は専門職として質の高い作業療法を提供するためにも、これらの評価指標を使った効果の検証が今後さらに求められる (Leland, Crum, Phipps, Roberts, & Gage, 2015; Roberts & Robinson, 2014; Sandhu, Furniss, & Metzler, 2018; Swedish Association of Occupational Therapists, 2011)。作業療法の質の指標を使用する目的としては、一般市民の健康維持増進、作業療法に対する満足度の向上、資源の効率的活用などが挙げられる (Berwick, Nolan & Whittington, 2008)。

評価指標の実用化と検証によって、作業療法がどのように一般市民の健康維持増進に貢献しているかといった説明責任に対してエビデンスを伴って応えることができ、また医療システムにおける作業療法の重要性も推進することが可能になるといえる (Leland et al., 2015)。作業療法において効果的なエビデンスに基づいた意思決定は、臨床推論、問題解決能力、対象者のニーズと優先順位の理解、客観的に測定されたデータの解釈に基づいて行われる (Kröger, Tourigny, Morin, Côté, Kergoat, Lebel, Robichaud, Imbeault, Proulx, & Benounissa, 2007)。

これらの質の評価を通して、作業療法が治療を必要とする対象者の健康維持増進にどのように貢献しているかを示すことは、常に変化する社会環境のなかで作業療法のさらなる発展を目指すことにつながる。逆に、作業療法の価値を示すための努力がなされなければ、作業療法は過小評価されることにもなりうる (Leland et al., 2015; Olin, Kutash, Pollock, Burns, Kuppinger, Craig, Purdy, Armusewicz, Wisdom, & Hoagwood, 2014; Sandhu, Furniss, & Metzler, 2018)。

図1：医療の質の要素



評価指標の変遷

評価指標の活用については、健康状態・健康要因・医療制度の効果や体制などを含む、健康と医療システムの多くの要素を評価するため、過去 50 年以上にわたり学術文献において議論されてきた (Arah et al., 2006)。

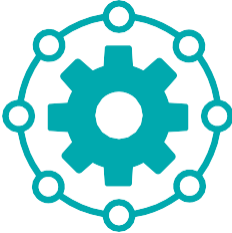
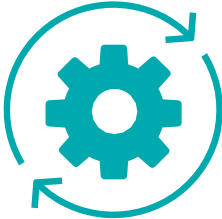

最も多く使われている指標としては、実施状況 (performance) が挙げられ、そのためには質の指標が重要であると考えられている (Arah et al., 2006)。また同様に、医療システムの効果についても、従来のように量的情報として経済効果を測るものから、エビデンスに基づいた介入や、個々の対象者に応じた介入効果を満足度として捉える評価へと変化している (Leland et al., 2015)。

図 1 は、医療サービスで明示および評価が可能な要素であり、指標によって評価可能であることが文献によっても示されている (Kelley and Hurst, 2006; Donabedian, 2003)。

Donabedian (2003) の医療の質の評価モデルは (図 2)、一般的に構造、過程、結果の視点から質の評価を分類する方法として活用されている (Campbell, Braspenning, Hutchinson, Marshall, 2003; Kelley and Hurst, 2006; Moore et al., 2015)。

一方、作業療法士の幅広い実践領域・分野と質を効果的に実証するための研究は極めて複雑であり、作業療法において、これらの指標を活用する際の課題となっている。作業療法の価値と必要性を質的に示すことは重要であるにもかかわらず、この分野における知識の体系化はいまだに限定的である。

図2：医療の質の評価モデル (Donabedian, 2003)

医療における質の評価		
構造	過程	結果
		
スタッフ 機器 物品	評価 治療 相談	罹患率 死亡率 満足度

QUEST の開発

QUEST は WFOT によって開発されたツールである。QUEST の目的は、実践環境のなかで作業療法の質を評価するための方法を提供し、作業療法の質を向上させ、社会や対象者への説明責任を果たすことである。QUEST は構造的な過程によって有用で関連性のある質の尺度を定義するもので、作業療法の継続的な質の改善に寄与するものである。

QUEST は、世界各地域の作業療法士によって構成されるワーキンググループによって4年の歳月をかけて開発された。世界各国で開催された対面式のワークショップですでに試行されており、さらにオンラインポータルを活用しての試験運用と使用状況の調査も実施されている。これらの試用によって得られた意見を反映し、QIの概念的枠組み(QIF)と評価の過程(QEP)が最終的に完成した。

QIの概念的枠組み(QIF)

QIの概念的枠組みでは、地域、領域、対象者の属性に関係なく、作業療法士が提供するサービスの質を評価するための7つの評価指標(QI)について説明されている。これらの指標は、低所得国から富裕国まで、経済発展の度合いが異なる地域での作業療法実践においても適用できるものである。また、作業の価値と作業療法サービスの提供の基盤となる作業遂行と参加の必要性に対する価値観など、作業療法の基本的な考え方と合致しているものである(WFOT 2010a)。つまり、この評価指標(QI)は、提供されるサービスの質に関して、一般市民や組織、チーム、個人といったさまざまな対象に対しても広く活用できるものであるといえる。

表3: WFOTによるQIの概念的枠組みにおける評価指標

評価指標 (QI)
有能な作業療法士の存在の有無
長期的に利用可能な資源の有無
サービスへのアクセスのしやすさ
資源活用の最適さ
作業療法目標の達成度
サービスに対する対象者満足度
怪我などに至る有害事象の発生

WFOT の指針

評価指標 (QI) が WFOT の提言する作業療法の基本的な考え方に忠実であることを保証するためにも、QI の概念的枠組み (QIF) は以下の WFOT の指針に基づいて運用される：









- ・ 作業療法は、作業を通じて健康と安寧を促進する (WFOT, 2010a)
- ・ 作業療法士は、個人、家族、集団、地域社会、組織、国民など、サービス提供の対象となる人々の視点（満足度）や関係性を重視する (WFOT, 2010a)
- ・ 作業療法は、すべての人が平等な参加機会を通して恩恵を受けられるインクルーシブな社会を推進する (WFOT, 2010b)
- ・ 作業療法は、作業への参加を促進するために、人・環境・作業の相互作用に対して体系的に提供される (systematic approach) (WFOT, 2010a)

継続的な質の改善

QUEST の運用目的は、専門職としての責務である作業療法の質の継続的な向上である。図 3 は、継続的な質の向上に対する基本的な考え方（理念）をまとめたものである (Johnson & Sollecito, 2018)。

継続的に質を向上するためには、向上を検討する機会が常にあるといった環境や、作業療法の対象者のニーズに応えるために改善を推進することが求められる。また、介入のプロセスを評価し、改善の必要性を見極めるためには、体系的な評価が重要となる。さらに、客観的データを用いて改善すべき点を特定・検証することにより、期待される効果を得るために適切な手段が取られているかを確認することも重要である。

図3：継続的な質の改善に対する理念

	介入プロセスの立案と優先順位を付けるため、戦略的アプローチを取る
	最終的な評価としての、対象者の満足度を明らかにする
	個に対して原因を求めるのではなく「体系的」思考を採用する
	データを用いた分析を重要視する
	課題には根本的な原因が複数存在する可能性があることを認識する
	体制全体を強化するための解決策を模索する
	継続的な改善を可能とする (PDSA) サイクルを構築する
	質の向上を達成するために、組織的な学習を優先する

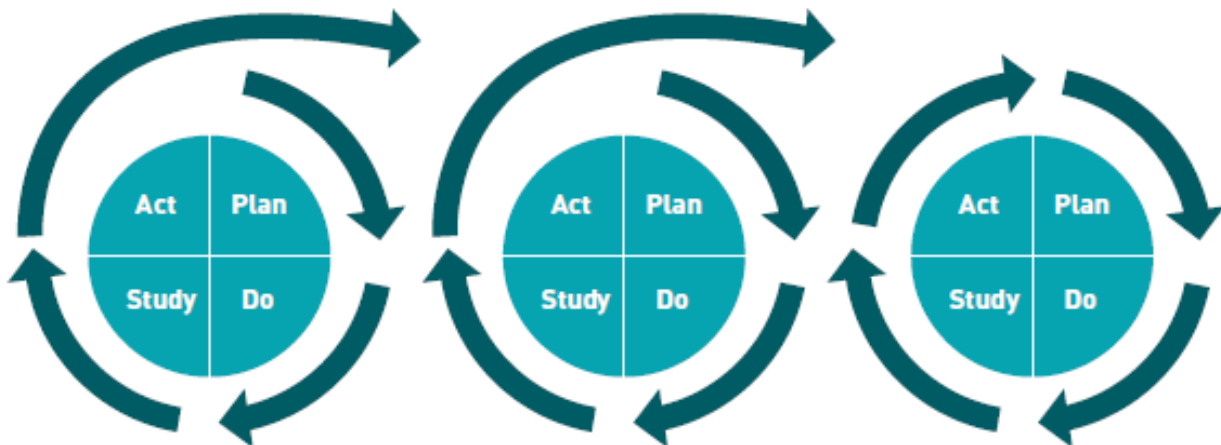
Deming (1993) は、継続的な質の向上の方法について、計画 (plan)、実行 (do)、評価 (study)、改善 (act) のサイクルを用いて説明している。この4段階のサイクルは、次の問いでも表される：

- ・何を達成しようとしているのか？
- ・望む結果を達成するためには、何を変更すればよいか？
- ・変更点が望む結果をもたらしているか、どのように確認するか？
- ・変更点を継続しても良いか、あるいはさらに改善すべきか？

これらの問いを解決するために、計画・実行・評価・改善の各段階を連続的に循環させることが、望ましい結果を確実に達成・維持することにつながるとされている (図4)。

ここで評価指標 (QI) は、計画・実行・評価・改善のプロセスにおいて、改善の必要性を検討するための客観的データを収集するといった点において重要な役割を果たす。また、評価指標 (QI) は改善サイクルの効果を測定し、さらなる改善が必要かを判断し、質の高い状態を維持できているかを検証するためにも重要である。

図4：計画・実行・評価・改善の連続サイクル (Deming, 1993)



作業療法における質の評価

質の高い作業療法とは、期待される結果への到達度を高め、また専門的な知識とエビデンスに基づいた実践を提供することである (Hanefeld, Powell- Jackson & Balabanova, 2017; Mainz, 2003)。つまり、作業療法サービスの質の多次元的な性質を考えると、評価指標 (QI) を用いることでこそ、より多くの質の要素を評価対象とすることができると考える。

また、概念的枠組みを用いることは、評価指標 (QI) を構造的かつ有意味に選択・整理・報告するうえで重要であることが、学術的文献でも強調されている (Arah, Klazinga, Delnoij, Ten Asbroek & Custers, 2003; Arah, Westert, Hurst & Klazinga, 2006; Brown, 2009; Grimmer et al., 2014)。一方、概念的枠組みなくしては、指標は一貫性に乏しいものとなり、複数の指標を不適切に組み合わせて使用することにも繋がりうる (Brown, 2009)。したがって、作業療法において重要な評価指標 (QI) を体系的に定義するために、QIの概念的枠組み (QIF) が作られたのである。

第1章:

演習問題

1. 作業療法における7つの評価指標 (QI) とは何か、そしてなぜこれらが作業療法にとって重要であるといえるのか？
2. 評価指標 (QI) は WFOT の作業療法に対する指針とどのように関連しているのか？
3. 継続的に質を改善するための環境とは何か、そしてなぜ重要なのか？
4. 計画・実行・評価・改善サイクルと評価指標 (QI) の関係は？
5. QUEST は各自の実践領域でどのように役立つか？
6. 継続的な質の改善の一環として、自身の職場ではどのように QUEST を導入できるか？ どのような手順を踏む必要があるか？

第2章:

QIの概念的枠組み : QIF

QIの概念的枠組み (QIF) とは、作業療法における評価指標 (QI) を設定するための概念モデルを指す。QIFはマトリクス (行列) の概念モデルをもち、質の要素を縦軸に、質の視点を横軸に示している (表4)。QIの概念的枠組み (QIF) では、この概念モデルの構造を用いることで、どの作業療法の質の要素について評価すべきかを示すと共に、どのような視点で評価がなされるべきかについてもわかりやすく示している (Arah et al., 2003; Arah et al., 2006)。

表4: QIの概念的枠組み (QIF)の構造



質の視点		
 構造 環境要因と資源	 過程 サービスの提供方法	 結果 介入による変化

質の要素	適切性: サービス、人材、場所、 時期の適切性			
	持続可能性: 資源利用の将来的確実性			
	アクセシビリティ: サービスの得やすさ			
	効率性: 最大限の結果を導くための資源 の活用			
	有効性: エビデンスに基づいたサービス の対象者への提供			
	満足度: サービス受給者の満足度			
	安全性: リスクの低減と危険の回避			

質の要素（縦軸）

質の要素とは、医療サービスの明確かつ測定可能な効果の側面を示しており、健康の回復、改善、維持に関連するものである (Arah et al., 2006)。QIFに含まれる質の要素は、作業療法に最も関連するものとして学術文献によってその重要性が裏付けられているものである (Arah et al., 2003; Kelley & Hurst, 2006; World Health Organisation, 2007)。

適切性 Appropriateness 適切な作業療法サービスは、適切な人材（作業療法士）によって、適切な時期に、適切な場所で、適切な対象者に提供される必要がある。

持続可能性 Sustainability 将来的に質の高い作業療法を提供し続けることの重要性は高まっている。そのためには、現在だけでなく未来の人々の健康も損なわないよう、今ある資源を有効活用し医療を提供することが必要である。持続可能な実践とは、つまり経済的・社会的・環境的課題に対応するもので、クライアント中心の考え方・エンパワーメント・予防的介入といった作業療法が持つ価値と信念を反映するものである (WFOT, 2012)。

アクセシビリティ Accessibility 物理的、経済的、社会的な観点からの作業療法サービスへのアクセスのしやすさを意味する。

効率性 Efficiency 作業療法の効果を最大限に得るためには、資源の最適な活用が求められる。

有効性 Effectiveness 作業療法が必要な対象者に対してエビデンスに基づいた作業療法を提供した結果期待される、目標の達成度である。

満足度 Person-centredness 作業療法の対象者の期待に込められているか否かを指す。作業療法の実践では、作業療法を受ける人々を表現するためにさまざまな言葉が使われている。この *person-centered*（満足度）という要素において、*person*（人）は患者、治療を受ける人、消費者、クライアント、サービス利用者、または各々の作業療法サービスに適したほかの言葉で表現される。

安全性 Safety 作業療法サービスの提供において、リスクの低減と事故の回避について、どの程度の配慮がなされているかである。また、人々の健康と安寧を向上させるために作業療法が対象者にどのような利益をもたらすかを検討する。

QIの概念的枠組み(QIF)で提示する7つの質の要素は、それぞれが質の高い作業療法に寄与するものである。それらは必ずしも互いに相いれないわけではなく、作業療法における1つの質の課題に対して、複数の要素が影響を与えている可能性もありうる。また、各要素は相互に影響しあっており、1つの要素に関わる課題を解決するための手段は、そのほかの要素にも影響を与える可能性がある。例えば、アクセシビリティを改善するための取り組みは、人々がサービスを利用できる機会を向上させるといった点では効果的であるが、同時に効果的な作業療法を実践するための資源の有効活用に関して課題が生じてしまう恐れもある。

質の評価の視点（横軸）

QIの概念的枠組み(QIF)における作業療法の評価指標は、Donabedianの医療の質のモデル(1966)に則り、構造・過程・結果の視点から評価することで作業療法の質を測るものである。構造の視点は、質の高い作業療法サービスを提供するために必要な環境要因と資源を評価する。過程の視点は、質の高いサービスを提供するために作業療法が現在どのように実施されているかを評価する。結果の視点は、作業療法の介入の結果として生じる変化を評価する。

各視点の評価指標には、効果的な質の測定における利点と欠点がある(Ayanian & Markel, 2016; Donabedian, 1966; Kelley & Hurst, 2006; Schiff & Rucker, 2001)。

例えば、質の高いサービスに必要な資源の有無などの**構造の視点からの指標（構造指標）**は、状況によっては測定しやすいかもしれないが、その資源が適切に活用されて望ましい効果をもたらすことを保証するものではない。

過程の視点からの指標（過程指標）では、作業療法サービスの過程が期待される結果に対し、必要かつ適切であることが明らかな場合にのみ有用である。


結果の視点からの指標（結果指標）は、明らかにしたい効果をそのほかの交絡因子から分離することが困難である場合も多く、評価が複雑になる可能性がある。

3つの視点すべてが持つ利点や欠点を鑑みると、作業療法の質を評価するには、構造・過程・結果の評価指標(QI)を組み合わせることが推奨される。

構造指標

作業療法の質の構造的側面を測定するための評価指標 (QI)として、適切性と持続可能性が含まれる (表 5)。これらの評価指標 (QI) は、適切なサービスを、適切な対象者に、適切な場所で、適切な時期に提供できる有能な作業療法士の存在の有無などを評価する。また、構造指標は質の高い作業療法サービスを提供するために必要な物理的、財政的、技術的、社会的資源が、経済面、社会面、環境面から継続して提供されているかどうかを評価する。


表5：構造指標

 優先事項を達成するために必要なことは何か？	
適切性	有能な作業療法士の存在の有無
持続可能性	長期的に利用可能な資源の有無

過程指標

作業療法の質の過程的側面を評価するための評価指標 (QI) は、アクセシビリティと効率性である (表 6)。これらの評価指標 (QI) は、対象者が必要な作業療法を受けることができるか否かを評価するとともに、エビデンスに基づいた作業療法が、資金提供者や政策立案者などの利害関係者の期待に応える形で提供されているかを評価するものである。


表6：過程指標

 質の高い作業療法をどのように提供するか？	
アクセシビリティ	サービスへのアクセスのしやすさ
効率性	資源活用の最適さ

結果指標

ここでは、有効性、満足度、安全性に関して、作業療法の効果を結果的側面の指標として評価する（表 7）。これらの評価指標（QI）は、作業療法の目標がどの程度達成されているか、また、サービスが対象者にとって満足のものであるか、安全性に準拠したものであるか、などを評価する。なお、結果指標には、肯定的な側面（基準の遵守など）と否定的な側面（有害事象など）がある。

表 7：結果指標

	質の優先順位を達成できたかどのように確認するのか?
有効性	作業療法目標の達成度
満足度	サービスに対する対象者満足度
安全性	怪我などに至る有害事象の発生

作業療法の質を測定するための QI の概念的枠組み (QIF) の活用

図 5 は、QI の概念的枠組み (QIF) で定義された質の要素と視点を用いて、どのように作業療法の質が測定されるかをまとめたものである。質の評価指標 (QI) は、例として以下のような流れで評価される；有能な作業療法士や持続可能な資源などが（構造的視点）、サービスへのアクセスや資源の有効活用を可能にするためのエビデンスに基づいた作業療法において活用され（過程的視点）、利用者の満足度と安全基準を維持しながら、期待される治療目標を達成しているか（結果的視点）を評価する。

図 5：作業療法の質を評価するための QI の概念的枠組み (QIF) の要素と視点



構造

有能な作業療法士の存在
や長期的に利用可能な資源の有無



過程

資源を最大限に活用しエビデンスに基づいた作業療法へのアクセスのしやすさ



結果

利用者の満足度と安全性を保証しながらの目標達成

第2章

演習問題

1. 7つの質の要素と自身が提供する作業療法サービスとの関連性は何か？
2. QIFを用いた作業療法の評価において、なぜ構造・過程・結果の評価指標の組み合わせが推奨されるのか？
3. 構造的視点からの評価指標として、なぜ適切性と持続可能性が挙げられるのかを説明しなさい。
4. 過程的視点からの評価指標として、なぜアクセシビリティと効率性が挙げられるのかを説明しなさい。
5. 結果的視点からの評価指標として、なぜ有効性、満足度、安全性が挙げられるのかを説明しなさい。
6. 自身の作業療法実践の環境において、評価すべき質の要素はどれか？その理由も説明しなさい。
7. 自身の作業療法実践の環境において、異なる質の評価の視点（構造・過程・結果）の主な利点と欠点は何か？

第3章:

評価の過程：QEP

QUEST では、特定の作業療法実践やサービスの質を評価する SMART 指標を定義するために、2段階の評価の過程（プロセス）を採用している。このプロセスの手順は図6の通りである。このプロセスでは、作業療法において優先順位の高い課題について厳選し、質の高いサービスを提供するにあたって最も適切な評価指標（SMART 指標）を作成し、検証する。

評価の過程（QEP）を始める前に、まずは評価・検証される作業療法の実践について共通理解を得ておく必要がある。実践内容を理解するためには、作業療法の対象者・提供されるサービスの種類・実施場所・環境・サービスを提供する作業療法士などの要因を把握しておくことが重要である。

図6：評価の過程（QEP）



ステップ1: サービスの質に対する期待値の設定

QEPのステップ1では、QIの概念的枠組み (QIF) における質の要素それぞれを検証し、作業療法実践で提供されるサービスに対して期待されることを明確にする。その際に、サービスを受ける人、紹介元、資金提供機関など、作業療法の提供に関わる複数の団体・組織や利害関係者の観点から考察する。さらに、作業療法実践の質を評価するうえで最も関連性が高く実現可能な「期待されること（期待値）」を明文化する。表8に、サービスの質に対する期待値を設定するにあたって考慮すべき点の例を示す。

表8: サービスの質に対する期待値を設定する際に考慮すべき点の例

		検討事項
質の要素	適切性: サービス、人材、場所、時期の適切性	適切な時期・場所・人に、適切なサービスを提供するためには、どのような知識や技能が必要か？
	持続可能性: 資源利用の将来的確実性	経済的、社会的、環境的に許容される方法で、どのように資源を継続的に利用できるか？
	アクセシビリティ: サービスの得やすさ	サービスを受けられるまでの流れやその期間、費用の範囲は？
	効率性: 最大限の結果を導くための資源の活用	資源の有効な活用において期待することは（スタッフや設備など）？
	有効性: エビデンスに基づいたサービスの対象者への提供	サービス提供の指針となるエビデンスは何か？
	満足度: サービス受給者の満足度	サービスの対象者は何を求めているのか？
	安全性: リスクの低減と危険の回避	安全性に関連して期待されることは何か？ 安全を脅かす重大なリスクとは何か？

ステップ2: SMART指標の作成

QEPのステップ2では、設定した期待値に対する結果を測るための評価指標 (SMART 指標) を選定する。この際、評価指標にはどのように情報を収集し、報告するかも明示しなければならない。7つの評価指標 (QI) すべてについて情報を収集し報告することも可能であるが、優先順位の高い評価指標のみについて検証することも可能である。また、作業療法の質に関する課題が複数発生している場合は、特定の質の要素に関して複数の指標を用いて検証してもよい。

より効果的な作業療法の質の向上を目指すためには、指標は SMART (具体性・Specific、測定可能・Measurable、合意性・Agreed upon、妥当性・Relevant、時宜的・Timely) でなければならない (表 9)。例えば、作業療法サービスの質を左右する重要な要因について有用な情報を提供する評価指標でなければならない。また、評価指標は異なる評価者や状況で繰り返し活用された場合でも信頼性を確保できるように、具体的かつ明確に記載されていなければならない (Mainz, 2003, Macleod, 2012)。

SMART 基準 (表 9) に基づいて作成された具体的な評価指標 (QI) を「SMART 指標」とし、表 10 に記入している。表 10 には、情報収集と報告内容の例を示し、設定した期待に対する結果を測るための情報源や計算方法も検討し、記載する必要がある。

例えば、請求情報や業務量などの既存のデータが既にほかの目的のために職場内で使用されているならば、SMART 指標としても活用できるだろう。また、何を測定しているのかを正確に把握して共通理解を図るためには、使用している言葉を定義する必要もある。

評価指標として数値を使用する場合、結果を測定するための計算方法を明記する必要がある。通常、数値は割合・比率・平均値などで表され、分子だけでなく分母として母集団や期間も測定する必要がある。一方で、有害事象に対する指標については、計算を必要としない。これは予期せぬイベントの発生の有無を示す指標で、さらなる検討と分析を必要とする事項の発生またはインシデントを把握するためのもので、例えば、有害事象などが含まれる (Mainz, 2003)。

表9: 指標のSMART基準

Specific: 具体性	指標は「何を」、「なぜ」、「誰が」、「どこで」、「いつ」で明確に示されている。
Measurable: 測定可能	選択された測定法は、有効で信頼性が高く、高い特異度と感度で明確にほかと区別できる。測定にかかる費用や負担は許容範囲である。
Agreed upon: 合意性	測定されたものには重要な結果をもたらす根拠がある。科学的証拠が不足している場合、基準は専門家の意見を反映したものである。
Relevant: 妥当性	指標は有用な情報を提供している。指標の結果には変動性がある。
Timely: 時宜的	指標は今だけでなく将来起こりうる課題についても言及している。現行の基準の変更や継続を検討する機会があるかが重要である。

表10：SMART指標とデータ収集/報告内容の例

指標:	有能な作業療法士の存在の有無
質の要素:	適切性
SMART指標:	例：求められる教育基準を満たす新規作業療法士の年間採用数
計算方法:	例： $\frac{\text{教育基準を満たす年間の新規採用作業療法士の数}}{\text{毎年の新規採用者数}}$
定義:	例：作業療法士に求められる教育基準はどのように定義されるのか？
情報源:	例：人事記録

指標:	長期的に利用可能な資源の有無
質の要素:	持続可能性
SMART指標:	例：貸出可能な福祉用具の有無
計算方法:	例： $\frac{\text{貸与可能な福祉用具の数（月間）}}{\text{貸出に必要な福祉用具の総数（月間）}}$
定義:	例：どのような貸出可能な福祉用具を記録・管理しているか？
情報源:	例：貸与請求書

指標:	サービスへのアクセスのしやすさ
質の要素:	アクセシビリティ
SMART指標:	例：紹介後2日以内にサービスを受診した人の割合（月間）
計算方法:	例： $\frac{\text{紹介後2日以内に受診した人数（月間）}}{\text{作業療法サービスへ紹介された人数（月間）}}$
定義:	例：作業療法サービスへの紹介はどのように見分けているのか？
情報源:	例：受診記録

指標:	資源活用の最適さ
質の要素:	効率性
SMART指標:	例：作業療法記録・報告文書作成にかかる平均所要時間
計算方法:	例： $\frac{\text{記録・報告文書作成にかかった時間（週間）}}{\text{作成された記録・報告書の数（週間）}}$
定義:	例：どのような種類の報告書を記録しているか？
情報源:	例：業務量の管理データ

指標:	作業療法目標の達成度
質の要素:	有効性
SMART指標:	例：復職プログラム修了後に職場に復帰できる対象者の数（年間）
計算方法:	例： $\frac{\text{復職プログラムの修了後に職場復帰した対象者の数（年間）}}{\text{復職プログラムを修了した対象者の数（年間）}}$
定義:	例：復職はどのように定義されるのか？
情報源:	例：作業療法の診療記録

指標:	サービスに対する対象者満足度
質の要素:	満足度
SMART指標:	例：作業療法サービスに満足していると回答した人の割合（年間）
計算方法:	例： $\frac{\text{サービスに満足している人数（年間）}}{\text{サービスを受けている人数（年間）}}$
定義:	例：サービスの満足度はどのように定義されるのか？
情報源:	例：退院後の満足度調査

指標:	怪我などに至る有害事象の発生
質の要素:	安全性
SMART指標:	例：職場での有害事象の発生件数
計算方法:	例：計算不要 (有害事象に対する指標については、特定の計算を必要としない)
定義:	例：どの程度・種類の有害事象を記録しているのか？
情報源:	例：事故報告書

SMART基準における関連性 (R) と時宜性 (T) を満たすためにも、SMART指標は質の高い作業療法実践に必要な要因を網羅したものでなければならない。つまり、SMART指標を作成する前段階として、QEPのステップ1で設定した「サービスの質に対する期待値」に応えるために不可欠な要因や課題を明らかにすることが重要である。

表11には、地域の作業療法士による転倒予防プログラムにおける質の課題 (quality issues) が示されている。さらに表12では、明らかとなった課題を解決するために評価が必要な評価指標 (QI) をSMART基準に準じて作成し、SMART指標として記載している。これらの評価指標を用いて、転倒予防プログラムの質の向上のための検証が行われる。

表11: 地域の作業療法士による転倒予防プログラムの質の課題の例

		質の課題
質の要素	適切性: サービス、人材、場所、時期の適切性	転倒予防プログラムを実施するために必要な知識と技術を有する作業療法士の存在
	持続可能性: 資源利用の将来的確実性	転倒予防プログラム参加者の移動に影響を与える公共交通機関
	アクセシビリティ: サービスの得やすさ	転倒予防プログラムを紹介された人々の参加料の支払い能力
	効率性: 最大限の結果を導くための資源の活用	プログラム参加者数の変動
	有効性: エビデンスに基づいたサービスの対象者への提供	エビデンスに基づいた転倒予防に関する指導法と教材の使用
	満足度: サービス受給者の満足度	転倒予防プログラムを受けている参加者の満足度
	安全性: リスクの低減と危険の回避	リスク行為の結果発生しうる転倒の危険性

表 12：地域の作業療法士による転倒予防プログラムの質を評価する SMART 指標の作成例

質の要素	評価指標	SMART指標	質の視点
適切性	有能な作業療法士の存在の有無	プログラムの実施に関与した作業療法士のうち、転倒予防訓練の認定を受けた作業療法士の割合	 構造
持続可能性	長期的に利用可能な資源の有無	交通手段に係るトラブルによる毎月の参加者のキャンセルの頻度	 構造
アクセシビリティ	サービスへのアクセスのしやすさ	プログラムを紹介された人で経済的な理由で参加を辞退した人の月毎の数	 過程
効率性	資源活用の最適さ	ガイドラインに従って提供された参加者一人当たりの介入の回数	 過程
有効性	作業療法目標の達成度	プログラム終了後の参加者の転倒予防に関する知識量の増加	 結果
満足度	サービスに対する対象者満足度	プログラム終了後、転倒防止対策を実施する予定であると報告した参加者の割合 使用した機器に関する毎月の苦情の件数	 結果
安全性	怪我などに至る有害事象の発生	プログラム終了後6ヵ月以内のプログラム参加者における転倒発生件数	 結果

プログラムの質の課題を明確にするために、SWOT 分析を活用することも有効である。SWOT 分析とは、プログラムの質に対する期待がどの程度満たされているかを、内部要因と外部要因から分析するもので、作業療法の実践状況を理解するために用いられる（図 7）。

SWOT 分析では、以下の点について分析する：

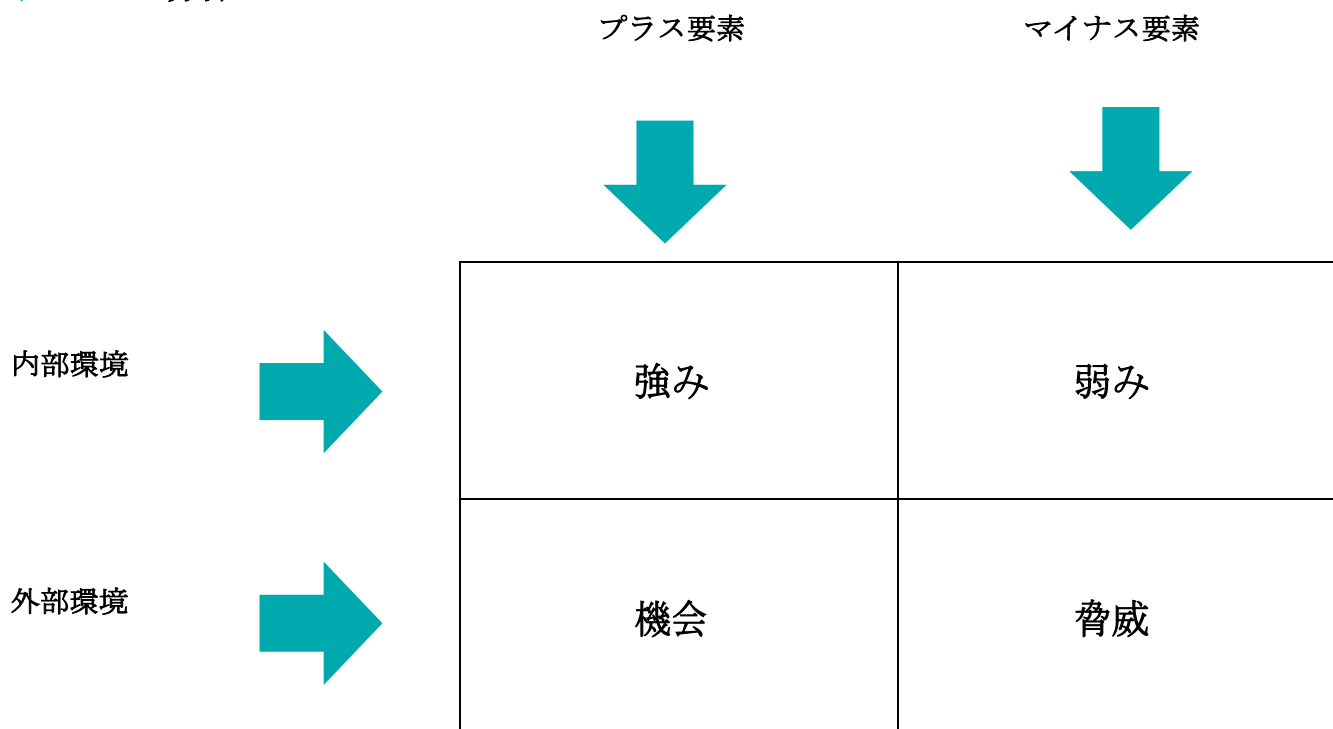
- ・ 強み（サービス提供における好ましい特性）
- ・ 弱み（質やサービスを阻害する内部要因）
- ・ 機会（有益な外部要因や傾向）
- ・ 脅威（害を与えたり、成功を阻害する可能性のある外的条件）

SWOT 分析でプログラムの質の課題を明らかにすることによって、サービスの質の弱みや脅威に取り組むことができ、さらなる実践の質の向上のために強みや機会を強化していくことができる。

付録 1 はプログラムの質の評価における SMART 指標を作成するためのワークシートである。

付録 2 は評価の過程 (QEP) とワークシートの使用方法を説明するケーススタディーである。

図7：SWOT分析



第3章

演習問題

1. 評価の過程 (QEP) の 2 つのステップとは何か？それぞれのステップにおいて重要な点を挙げなさい。
2. 自身の作業療法実践の環境について、SWOT 分析を実施しなさい。
3. 質の高い作業療法を推進するという点で、自身の職場の優先課題は何か？表 8 を参考に自身の職場で期待されていることを挙げなさい。
4. 自身が提供する作業療法サービスが抱える課題に対処するための評価指標 (QI) を、SMART 指標に置き換えなさい。

第4章:

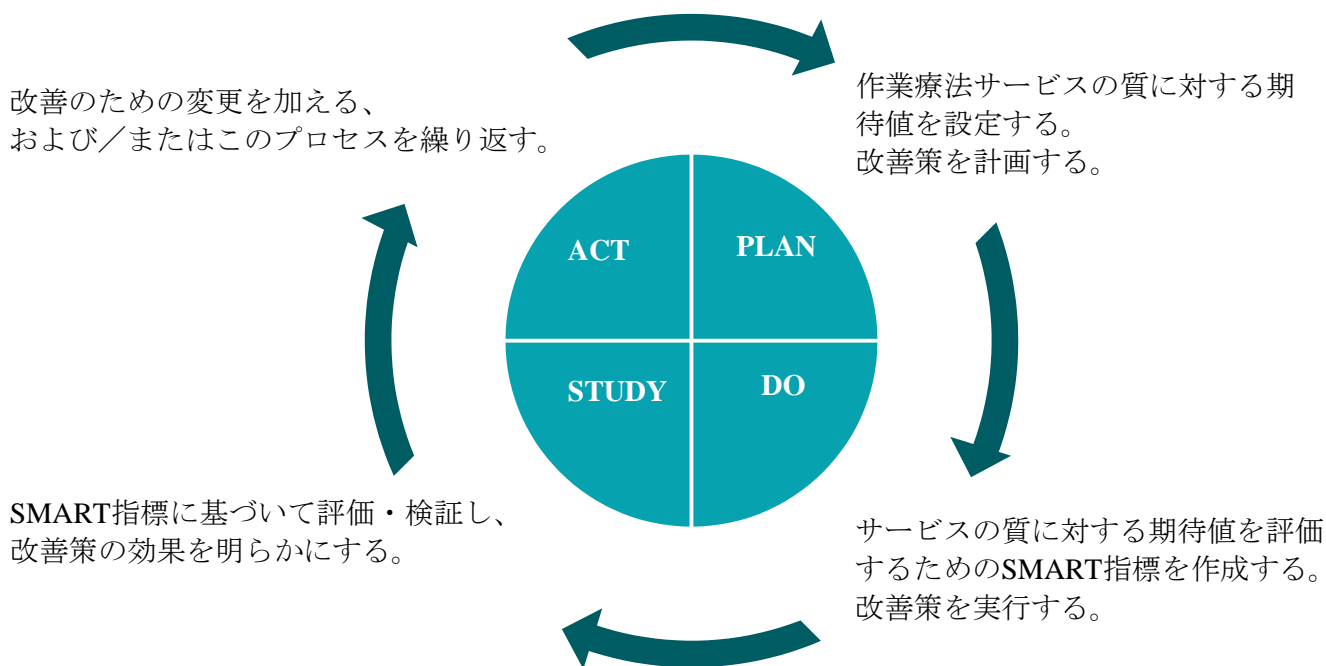
SMART指標の活用

まずは、SMART指標によって得られるデータが有効で信頼性の高いものであるか事前に確認・検証する必要がある。また、SMART指標が確定し評価に使用された後には、結果を定期的にモニタリングすることでサービスの質の変化や傾向を確認することができる。

SWOT分析は内的・外的ベンチマーキングとして活用されるもので、将来あるべきサービスの基準を示すことができる。また、SMART指標は、特定の時点でのサービスの質を定量的に計測できるため、継続的に測定することによって、質の改善に向けた対策の効果を評価することもできる。

図8は、Deming (1993) の「計画・実行・評価・改善 (PDSA) サイクル」でどのように指標が使用されるかの概説を示したものである。評価プロセス (QEP) がこのサイクルに沿って行われることにより、内的要因や外的影響により作業療法の質そのものや優先順位が大きく変化した場合でも、作業療法サービスに対する評価指標 (QI) の妥当性が維持できるのである。

図8 : 計画・実行・評価・改善 (PDSA) サイクル (Demingの図を引用, 1993)



第4章

演習問題

1. 計画・実行・評価・改善(PDSA)のサイクルは、作業療法サービスに対する評価指標 (QI) の妥当性をどのように保証するのか？
2. 自身の作業療法実践の環境ではどのような種類の情報を日常的に検証しているか？また、その情報からどのような傾向が見られているのか？
3. 自身の作業療法実践環境において、サービスの質をより深く理解するために、さらにどのような情報が必要か？

第5章:

QUESTの継続的改善

QUEST は、世界各地の作業療法士の意見を取り入れて、複数段階のパイロットテストを経て開発された。QUEST は、作業療法サービスの質を評価するための概念的枠組み (QIF) と評価の過程 (QEP) で構成されたツールである。パイロットテストの結果、以下のように様々な分野の作業療法士や人々が QUEST に関心を持っていることが示された:

- 自身の作業療法サービスを評価し、継続的に質の向上を試みる作業療法士
- 質の高いサービスに必要な要素について、評価を行う作業療法サービスの事業者・管理者
- 作業療法の効果測定について研究する研究者
- 作業療法学生に向けて、作業療法サービスの質の測定方法を指導する作業療法の教育者
- 提供される作業療法サービスの質の向上に関与する専門機関・職能団体
- 質の高い作業療法の提供に対して責任を有する政府、省庁、資金提供者など

今後さらに多岐にわたる作業療法分野で QUEST が活用され、研究されることにより、QUEST がさらに良いものなるよう継続的に改善されることを期待する。WFOT ではユーザーからの意見を求めており、QUEST の継続的な改善にその意見を役立てたい。

QUEST については、下記の URL より意見やコメントを投稿することができる:

<https://wfot.link/questfeedback>

第5章

演習問題

1. 付録1のワークシートを使用して、自身の作業療法実践の環境で評価の過程(QEP)を体験すること。
2. 自身の作業療法実践の環境または領域で SMART 指標を作成する際に、QUEST はどのように役立つと思うか？
3. QUEST を活用して自身の作業療法実践を評価するために、どのような資料・情報が QUEST にさらに追加されるとよいか？

第6章:

まとめ

「質」は広義かつ主観的な意味で使われる用語であり、作業療法サービスの評価において検討されるべき要素が多く含まれている。QUESTでは、概念的枠組み (QIF) を用いて、構造・過程・結果の視点からサービスの質の要素を評価する評価指標 (QI) を説明している。評価の過程 (QEP) は2つのステップからなり、評価項目が作業療法サービスにおいて妥当であるように、SMART基準 (具体性・Specific、測定可能・Measurable、合意性・Agreed upon、妥当性・Relevant、時宜的・Timely) に従って評価指標 (QI) を設定し、評価・検討に用いる。このように、QUESTは作業療法士が提供するサービスの継続的な改善を促進するために、最も優先度の高い課題において作業療法の質を可視化するための、さまざまな要素と視点を含む包括的な評価方法であるといえる。

参考文献

- Arah, O., Klazinga, N., Delnoij, D., Ten Asbroek, A. & Custers, T. (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(5), 377-398.
- Arah, O., Westert, G., Hurst, J. & Klazinga, N. (2006). A conceptual framework for the OECD healthcare quality indicators project. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(1), 5-13.
- Ayanian, J.Z. & Markel, H. (2016). Donabedian's lasting framework for health care quality. *New England Journal of Medicine*, 375(3), 205-207.
- Berwick, D., Nolan, T., Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759.
- Brown, D. (2009). Good practice guidelines for indicator development and reporting. Retrieved from <https://www.oecd.org/site/progresskorea/43586563.pdf>
- Campbell S., Braspenning J., Hutchinson A., Marshall M. (2003). Improving the quality of health care. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *British Medical Journal*, 326: 816-819.
- Deming, W.E. (1993). The new economics. *Massachusetts Institute of Technology Press*, p. 35.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 44, Suppl: 166-206.
- Donabedian A. (2003). *An Introduction to quality assurance in healthcare*. Oxford: Oxford University Press.
- Grimmer, K., Lizarondo, L., Kumar, S., Bell, E., Buist, M. & Weinstein, P. (2014). An evidence-based framework to measure quality of allied health care. *Health Research Policy and Systems*, 12:10 <https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-10>
- Hanefeld, J., Powell-Jackson, T. & Balabanova, D. (2017). Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bulletin of the World Health Organisation*, 95, 368–374.
- Johnson, J. K., & Sollecito, W. A. (2018). Mclaughlin and Kaluzny's continuous quality improvement in health care. Retrieved from <http://ebookcentral.proquest.com>
- Kröger, E., Tourigny, A., Morin, D., Côté, L., Kergoat, M.J., Lebel, P., Robichaud, L., Imbeault, S., Proulx, S., & Benounissa Z. (2007). Selecting process quality indicators for the integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia. *BMCH Health Services Research*, 7:195 doi:10.1186/1472-6963-7-195
- Leland, N., Crum, K., Phipps, S., Roberts, P. & Gage, B. (2015). Advancing the value and quality of occupational therapy in health service delivery. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 1–7.
- Mainz, J. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (6), 523-530.
- Macleod L. (2012). Making SMART goals smarter. *Physician executive*, 38(2), 68.
- Olin, S., Kutash, K., Pollock, M., Burns, B., Kuppinger, A., Craig, N., Purdy, F., Armusewicz, F., Wisdom, J. & Hoagwood, K. (2014). Developing quality indicators for family support services in community team-based mental health care. *Administration and Policy in Mental Health*, 41:7–20.
- Roberts, P. & Robinson, M. (2014). Occupational therapy's role in preventing acute readmissions. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, 254-259.

Sandhu, S., Furniss, J., & Metzler, C. (2018). Health policy perspectives; Using the new postacute care quality measures to demonstrate the value of occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 72, 7202090010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.722002>

Schiff, G.D. & Rucker, T.D. (2001). Beyond structure-process-outcome: Donabedian's seven pillars and eleven buttresses of quality. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27(3):169-74.

Swedish Association of Occupational Therapy. (2011). Quality policy. Nacka, Sweden: Author.

World Federation of Occupational Therapists. (2010a). Position statement: Client centeredness in occupational therapy. Retrieved from <http://www.wfot.org>

World Federation of Occupational Therapists. (2010b). Position statement: Diversity and culture. Retrieved from <http://www.wfot.org>

World Federation of Occupational Therapists. (2012). Position statement: Environment sustainability, sustainable practice with occupational therapy. Retrieved from <http://www.wfot.org>

World Health Organisation. (2007). *People at the centre of health care: Harmonizing mind and body, people and systems*. Western Pacific Region, Geneva: WHO.

付録1

Quality Evaluation Strategy Tool (QUEST)

ワークシート

ステップ1: サービスの質に対する期待値の設定

提供するサービスに対して期待されることを、サービス利用者・紹介元・資金提供機関などの視点から挙げる。期待値を設定する際の検討事項の例を質の要素ごとに示すこと。

適切性： 適切な時期・場所・人に適切なサービスを提供するためには、どのような知識や技能が必要か？	
持続可能性： サービスを提供するためには、どのような資源が必要か？	
アクセシビリティ： サービスを得るまでの流れやその期間、費用の範囲は？	
効率性： 資源の活用に対して期待することは（スタッフや設備など）？	
有効性： サービス提供の指針となるエビデンスは何か？	
満足度： サービスの利用者は何を求めているのか？	
安全性： 安全性に関連して期待されることは何か？ 安全を脅かす重大なリスクとは何か？	

ステップ 2: SMART 指標の作成

設定した期待値に対する結果を評価するための SMART 指標を明確にする。

質の要素	評価指標	SMART指標	質の視点
適切性	有能な作業療法士の存在の有無		 構造
持続可能性	長期的に利用可能な資源の有無		 構造
アクセシビリティ	サービスへのアクセスのしやすさ		 過程
効率性	資源活用の最適さ		 過程
有効性	作業療法目標の達成度		 結果
満足度	サービスに対する対象者満足度		 結果
安全性	怪我などに至る有害事象の発生		 結果

それぞれの評価指標 (QI) について、SMART指標・計算方法・定義・情報源を明確に設定する。SMART指標は、具体性・Specific、測定可能・Measurable、合意性・Agreed upon、妥当性・Relevant、時宜的・Timelyの基準を念頭において設定すること。

指標:	有能な作業療法士の存在の有無
質の要素:	適切性
SMART指標:	
計算方法:	
定義:	
情報源:	

指標:	長期的に利用可能な資源の有無
質の要素:	持続可能性
SMART指標:	
計算方法:	
定義:	
情報源:	

指標:	サービスへのアクセスのしやすさ
質の要素:	アクセシビリティ
SMART指標:	
計算方法:	
定義:	
情報源:	

指標:	資源活用の最適さ
質の要素:	効率性
SMART指標:	
計算方法:	
定義:	
情報源:	

指標:	作業療法目標の達成度
質の要素:	有効性
SMART指標:	
計算方法:	
定義:	
情報源:	

指標:	サービスに対する対象者満足度
質の要素:	満足度
SMART指標:	
計算方法:	
定義:	
情報源:	

指標:	怪我等に至る有害事象の発生
質の要素:	安全性
SMART指標:	
計算方法:	
定義:	
情報源:	

付録2

ケーススタディー

QUEST ワークシートの使用方法をよりよく理解するために、以下にケーススタディーを紹介する。ケーススタディーでは、精神疾患を有する人々のためのクリニックで提供されている作業療法サービスについて述べられている。入院患者が受ける作業療法は、集団セッションもしくは個別セッションで行われ、患者が健康的に日常生活を送り、不安やストレスの対処方法を実践できるようなることを目的としている。サービスは入院病棟に加え地域でも提供され、作業療法士が1名常勤している。

QUEST ワークシートを記入する前に、まずは患者に提供する作業療法サービスの強み・機会・弱み・脅威を明らかにするための SWOT 分析が行われた。SWOT 分析は、全体的なポジティブ要素と作業療法サービスが直面しているネガティブ要素を理解するために実施された。SWOT 分析の結果は以下の通りである：

強み	弱み
<ul style="list-style-type: none">・ 病棟内外で患者を診る機会がある・ 患者は作業療法への参加意欲がある・ 精神疾患において作業療法が果たす役割が明確である・ 作業療法は他職種と強固な関係を築いており、サービス提供において重視される存在である	<ul style="list-style-type: none">・ 20 人の患者に対して作業療法士の数が一名のみである・ 作業療法士は複数のプロジェクトや仕事を引き受けなければならず、複数の役割を一人で果たさなくてはならない・ 介入のための物理的なスペースが限られている・ 一人での介入はリスク管理上問題がある・ 作業療法としての介入が終了する前に患者が退院してしまうことが多い・ 外来患者に対する作業療法は行っていないため、入院時に開始した作業療法介入を退院した後に継続できない
機会	脅威
<ul style="list-style-type: none">・ 研修プログラムに参加しやすい・ 学会発表や研究に携わることができる・ メディア・広報への参画・ 紹介患者の増加・ 資源の持続可能性のための病院全体での取り組みが開始された	<ul style="list-style-type: none">・ 患者のニーズが複雑化してきている・ 入院期間が短縮され、包括的な評価と介入のための時間が減少している・ 地域社会からの社会的支援や、退院後の居住も限られている

SWOT分析によって、SMART指標が着目すべき重要な課題や、作業療法サービスの提供に影響を与える課題として、以下の項目が特定された。

質の要素	質の課題
適切性	研修・研究・学会発表などの卒後研修プログラム (continuing professional development) の機会が活用されていない
持続可能性	継続的・安定的な治療のための資源調達に関し (sustainability of required resources) 病院全体での取り組みが始まっているが、そこに作業療法サービスはまだ含まれていない
アクセシビリティ	スタッフの業務過多によって、作業療法を必要とする患者がサービスを受けられていない
効率性	作業療法の業務量と求められる業績が、時宜的なサービスを提供するための能力を超えており、その結果セッションのキャンセルにつながっている。事務作業と研究業務によって、患者への介入時間が減少している
有効性	介入時間の減少が原因で、患者と共に設定した作業療法の目標が必ずしも達成できていない
満足度	作業療法サービスに対する患者の満足度が不明である
安全性	スタッフが一人で業務を行う場合、特に地域においてはリスク管理上問題がある

ステップ1：サービスの質に対する期待値の設定

提供するサービスに対して期待されることを、サービス利用者・紹介元・資金提供機関などの視点から挙げる。期待値を設定する際の検討事項例をそれぞれの質の要素ごとに示すこと。

<p>適切性： 適切な時期・場所・人に適切なサービスを提供するためには、どのような知識や技能が必要か？</p>	<p>作業療法士は、認定された作業療法教育プログラムを卒業し、卒後研修プログラム (continuing professional development) に取り組む必要がある。</p>
<p>持続可能性： サービスを提供するためには、どのような資源が必要か？</p>	<p>資源としては、適切な作業スペースや事務室、作業療法に必要な器具やキッチン用品が必要である。</p>
<p>アクセシビリティ： サービスを得るまでの流れやその期間、費用の範囲は？</p>	<p>患者は、入院後1週間以内に作業療法士による初期評価（包括的アセスメント）を受けることが望ましい。</p>
<p>効率性： 資源の活用に対して期待することは（スタッフや設備など）？</p>	<p>作業療法士は、個別または集団で作業療法において、科や部門が定める1日の平均患者数（単位数）の基準を満たすことが期待される。</p>
<p>有効性： サービス提供の指針となるエビデンスは何か？</p>	<p>下記の順守が求められる：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 倫理規定 ・ エビデンスに基づいた作業療法の実践
<p>満足度： サービスの利用者は何を求めているのか？</p>	<p>患者は、丁寧で、安全、タイムリー(時宜的)なサービスを求めている。</p>
<p>安全性： 安全性に関連して期待されることは何か？安全を脅かす重大なリスクとは何か？</p>	<p>安全性として、下記の順守が求められる：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 作業療法介入にあたり、患者が安心して取り組んでいる ・ 安全な環境下で、患者は治療上のリスクに配慮されている ・ 患者の対応を行う際に、スタッフの安全性が確保されている

ステップ 2: SMART 指標の作成

設定した期待値に対する結果を評価するための SMART 指標を明確にする。

質の要素	評価指標	SMART指標	質の視点
適切性	有能な作業療法士の存在の有無	作業療法士が、生涯学習のために自身で定めた年間の専門職としてコンピテンスを保つための目標 (professional development goal) を達成したか否か	 構造
持続可能性	長期的に利用可能な資源の有無	作業療法介入の際に使用される資源のうち、地元から調達された資源の割合	 構造
アクセシビリティ	サービスへのアクセスのしやすさ	作業療法サービスを必要とする患者が、実際に作業療法の初期評価を受けるまでの平均日数	 過程
効率性	資源活用の最適さ	1日平均の作業療法実施件数 (患者数) 作業療法士の人員不足が原因でキャンセルされた予約セッションの数	 過程
有効性	作業療法目標の達成度	入院期間中に作業療法目標を達成した患者の数	 結果
満足度	サービスに対する対象者満足度	入院期間中の作業療法サービスに満足していると報告した退院患者の数	 結果
安全性	怪我などに至る有害事象の発生	作業療法介入中の患者の怪我などの有害事象の発生件数	 結果

それぞれの評価指標 (QI) について、SMART指標・計算方法・定義・情報源を明確に設定する。SMART指標は、具体性・Specific、測定可能・Measurable、合意性・Agreed upon、妥当性・Relevant、時宜的・Timelyの基準を念頭において設定すること。

指標:	有能な作業療法士の存在の有無
質の要素:	適切性
SMART指標:	作業療法士が、生涯学習のために、自身で定めた年間の専門職としてコンピテンスを保つための目標(professional development goal)を達成したか否か
計算方法:	$\frac{\text{専門職としての目標を達成した作業療法士数 (年間)}}{\text{作業療法士数 (年間)}}$
定義:	専門職としての目標：毎年の業績評価の際に作業療法士自身が設定した専門職としてのコンピテンスを保つための目標
情報源:	人事考課文書

指標:	長期的に利用可能な資源の有無
質の要素:	持続可能性
SMART指標:	作業療法介入の際に使用される資源のうち、地元から調達された資源の割合
計算方法:	$\frac{\text{作業療法介入の際に使用された地元から調達された資源の数}}{\text{作業療法介入の際に使用された資源の数}}$
定義:	地元から調達：病院から100キロ以内の業者から入手
情報源:	調達/購入記録

指標:	サービスへのアクセスのしやすさ
質の要素:	アクセシビリティ
SMART指標:	作業療法サービスを必要とする患者が、実際に作業療法の初期評価を受けるまでの平均待機日数
計算方法:	$\frac{\text{作業療法の初期評価を受けるまでの待機期間 (各週)}}{\text{サービスを受けるために作業療法評価を必要とする患者数 (各週)}}$
定義:	待機日数：作業療法サービスを必要とする患者が、作業療法の初期評価を受けるまでに待たなければならない日数 作業療法サービスを必要とする患者：病棟チーム会議で、作業療法の効果を得られる可能性があるとして認められた患者
情報源:	患者カルテに記録されている入院日と作業療法初期評価の日付

指標:	資源活用の最適さ
質の要素:	効率性
SMART指標:	1日の作業療法実施件数（患者数）の平均
計算方法:	$\frac{\text{作業療法を受けた患者の数 (各週)}}{\text{作業療法が実施された日数 (各週)}}$
定義:	作業療法の実施：作業療法士と対面にて、個別または集団で実施された介入を指す
情報源:	業務記録・管理帳

指標:	資源活用の最適さ
質の要素:	効率性
SMART指標:	作業療法士の人員不足が原因でキャンセルされた予約セッションの数
計算方法:	患者のセッション参加記録の確認
情報源:	業務記録・管理帳

指標:	作業療法目標の達成度
質の要素:	有効性
SMART指標:	入院期間中に作業療法目標を達成した患者の数
計算方法:	$\frac{\text{作業療法目標を達成した患者の数 (各月)}}{\text{入院中に作業療法を受けた患者の数 (各月)}}$
定義:	作業療法目標：作業療法士が患者と一緒に設定した入院中の作業療法目標
情報源:	患者カルテ

指標:	サービスに対する対象者満足度
質の要素:	満足度
SMART指標:	入院期間中の作業療法サービスに満足していると報告した退院患者の数
計算方法:	$\frac{\text{満足していると報告した退院患者数}}{\text{満足度の調査を行った退院患者数}}$
定義:	満足：退院後1ヵ月以内に作業療法サービスに対する評価を5点満点で調査したもので、評価が4点以上の場合を満足とする
情報源:	作業療法を受け退院した患者に実施する満足度調査

指標:	怪我などに至る有害事象の発生
質の要素:	安全性
SMART指標:	作業療法介入中の患者の怪我などの有害事象の発生件数
計算方法:	なし
定義:	患者の怪我：医療的介入を必要とする身体的または精神的苦痛
情報源:	事故報告書



WFOT

世界作業療法士連盟

QUEST 語彙対照表

Ability to access service	サービスへのアクセスのしやすさ
Access to resources without compromising future availability	資源利用の将来的確実性
Accessibility	アクセシビリティ
Appropriateness	適切性
Availability of competent occupational therapists	有能な作業療法士の存在の有無
Continuing professional development	卒後研修プログラム
Ease in obtaining services	サービスの得やすさ
Effectiveness	有効性
Efficiency	効率性
Evidence-informed services for those who benefit	エビデンスに基づいたサービスの対象者への提供
Experiences of receiving service	サービス受給者の満足度
Health and well-being	健康と安寧
Improvement initiatives	改善策
Incidents resulting in harm	損傷などに至る事故発生度
Long term supply of resources	長期的に利用可能な資源の有無
Morbidity	罹患率
Mortality	死亡率
Occupational therapy intervention	介入
Occupational therapy service	作業療法サービス全般（大枠）
Occupational therapy practice	作業療法実践
Optimal use of resources	資源活用の最適さ
Outcome	結果
PDSA(Plan, Do, Study, Act) Cycle	PDSA（計画、実行、評価、改善）サイクル
Person-Centredness	満足度
Process	過程
Professional development goal	専門職としてのコンピテンス
Quality Dimention	質の要素
Quality Evaluation Process（QEP）	評価の過程
Quality Evaluation Strategy Tool（QUEST）	作業療法の質評価ツール
quality expectations	質に対する期待値
Quality Indicator Framework（QIF）	QIの概念的枠組み
Quality Indicators（QI）	指標
Quality issues	質の課題
Quality Perspectives	質の視点
Reduction of risk and avoidance of harm	リスクの低減と危険の回避
Right service, person, place, time	サービス、人材、場所、時期の適切性
Safety	安全性
Satisfaction throughout service deliver	サービスに対する対象者満足度
SMART Indicators（Specific, Measurable, Agreed upon, Relevant, Timely）	SMART指標（具体性、測定可能、合意性、妥当性、時宜的）
Strategic approach	戦略的アプローチ
Structure	構造
Success in attaining occupational therapy goals	作業療法目標の達成度
Sustainability	持続可能性
Sustainability of required resources	継続的・安定的な資源調達
Use of resources for maximum results	最大限の結果を導くための資源の活用
World Federation of Occupational Therapists(WFOT)	世界作業療法士連盟