

在宅ケアの適切性を評価する 研究コンソーシアムがいよいよ始動

(平成 21・22 年度 福祉医療機構 長寿社会福祉基金事業)
「利用者モニタリングの有効活用に関する研究」

日本ではケアの専門技術的な側面の 評価が遅れている

介護ケアの質への関心が高まり、行政による人員配置基準や運営基準の充足だけではなく、組織理念や接遇態度などについても外部評価を受ける機会が充実してきました。しかし、提供されたケア内容や利用者の機能状態の変化など「**ケアの専門技術的な側面**」に着目したプロセスやアウトカムの評価は、わが国ではほとんど手つかずの状態です。その最大の理由は、評価に不可欠な各利用者のケア内容や状態を定期的にアセスメントしたデータを蓄積する体制が整備されてこなかった点にあります。

また、アウトカム評価に際しては、各事業者における利用者構成（ケースミックス）の影響を排除するために、何らかのリスク調整を行うことが不可欠です。なぜならば、軽症者、参加意欲の高い者、および改善度の可能性の高い者を、それぞれ選択的に受け入れた事業者が優れた評価を受けてしまう危険性があるからです。

HC-QI への注目

国際的な研究組織である inter RAI（インターライ）が 2002 年に開発した Home Care - Quality Indicators¹⁾（以下、HC-QI エイチシー・キューアイ）は、ケアプラン作成に利用されている Minimum Data Set - Home Care (MDS - HC)²⁾ のアセスメントデータを活用した在宅ケアの質の指標です。

HC-QI は、標準化されたデータ収集とリスク調整によって算出され、評価結果から各個人のケアプランに戻って質の向上に寄与できるという特徴を持っています。その指標開発は、ケアの分野ごとに抽出された 73 の候補項目から、15 万人の利用者データによって指標の適切性が検証され、最終的に 22 項目の指標が確定されています（図 1）。HC-QI の 22 項目は、横断的な 1 回のアセスメントデータから算出する「割合」の項目と、連続する 2 回のアセスメントデータを用いて状態の変化に着目する「変化」の項目から構成され、前者をプロセス、後者をアウトカムの指標と位置づけることができます。

HC-QI の算出は、ケアのプロセスやアウトカムが低いと考えられる条件に該当する利用者を「分子」としてあらかじめ規定してあり、事業者単位で各 HC-QI の項目ごとに、それぞれの割合 (%) を数値で示します。したがって、値が高いほど (100% に近づくほど) ケアの質が低いことを表します。

$$QI = \frac{\text{問題の起きた利用者数}}{\text{全利用者数}^*}$$

*実際はリスクのある人に限定

しかし、ここで得られる値 (= 実測値) は、利用者の特性 (質が低い状態に関連する当該利用者の機能や健康状態) や事業者の特性 (どの程度重症者を受け入れているか) の影響を受けているため、その値を比較に用いることは不適切です。そこで HC-QI は、これらの特性を考慮する方法として、統計的な手法から「分子の状態に該当する確率 (= 予測値)」を求め、この値を用いて実測値を補正 (リスク調整)

図1 在宅版 QI の評価指標

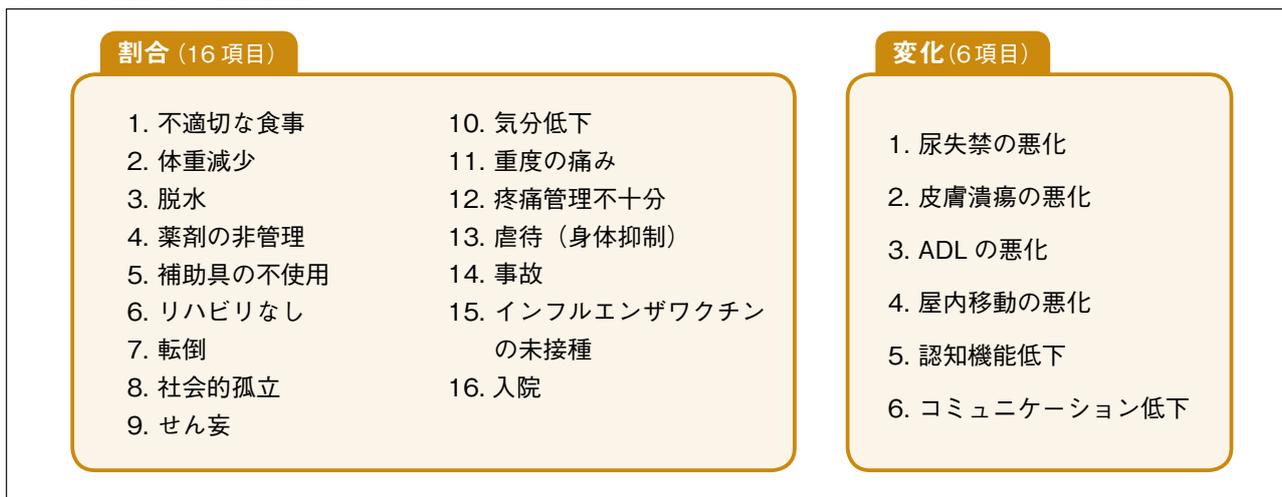


図2 QI 値の比較グラフ

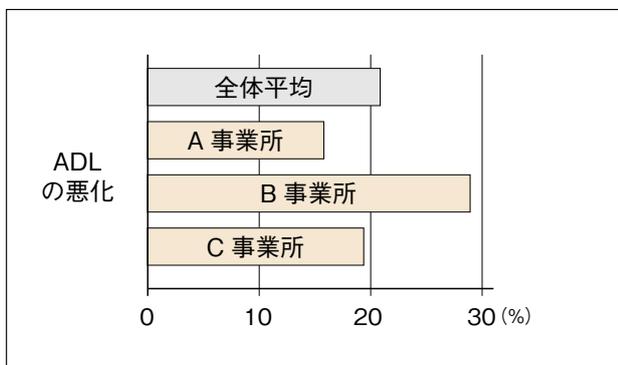
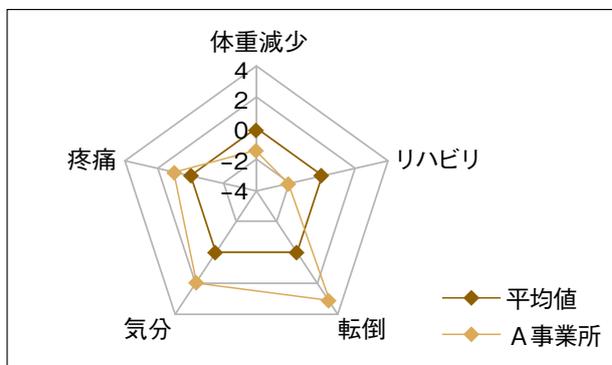


図3 事業所のプロフィール



した上で、最終的な評価値を算定します (※ HC-QI のリスク調整等の詳細は、QI 研究会ホームページを参照 <http://mds-j-qi.com/>)。

当該事業所の QI 成績を時系列的に記録した変化グラフ (図5) から、改善の効果を確認する。

HC-QI を活用した質の向上

HC-QI の評価結果は、以下のような手順で事業者の質の向上に役立てられます。

(1) 事業所のプロフィール (得意・不得意) を確認

22項目それぞれの成績 (図2) を確認するとともに、当該事業者の全体像を表したレーダーチャート (図3) から、どの領域を特に改善すべきかを把握する (平均値の外側は評価が低い領域)。

(2) 見直すべき利用者を選定

別添される個人別 QI (図4: 以下次頁) を参照して、問題の起きた (=分子に該当) 利用者から優先的に見直すべき人 (予測値のより低い人) を選定。その人のケアプランを再点検して、改善策を検討する。

(3) 次回の QI で、改善状況を確認

研究コンソーシアムを設置

日本では、ケアマネジャーがケアプラン作成に利用するアセスメント方式は統一化されていないため、アウトカム評価を国や自治体ベースで一斉に進めることができません。そこで、(独) 福祉医療機構 (長寿社会福祉基金) の助成を受け、複数事業所を擁する法人に呼び掛けて、平成21年から HC-QI を活用した質の向上研究をスタートしました。

研究の推進にあたっては、アセスメントデータの蓄積を効率的に進めるため、参加事業者にケアプランソフトを提供しているベンダー企業にも参加を呼び掛けました。また、学術機関として inter RAI 日本委員会 (委員長: 池上直己 慶應義塾大学医学部教授) の支援を受け、4者による研究コンソーシアム (共同体) を組織しました (図6)。現在、居宅介護

図4 個人別 QI 算出表 (数値は分子に該当した人の予測値)

施設内 ID	ADLの悪化	認知低下	移動低下	コミュニケーション低下	留置カテーター割合	留置カテーター挿入	失禁割合	便失禁悪化	尿失禁悪化	褥瘡割合	褥瘡悪化
XX0001							49.6%	9.1%	34.8%		
XX0002	10.5%	11.1%	22.9%								
XX0003											
XX0004											
XX0005		9.7%	9.7%							4.4%	0.6%
XX0006											
XX0007					1.0%	1.0%				4.4%	
XX0008											
XX0009	10.5%			12.4%							
XX0010				6.7%			49.6%	6.6%	24.8%		
XX0011			9.7%				49.6%		10.1%		
XX0012											

図5 QI 値の変化グラフ

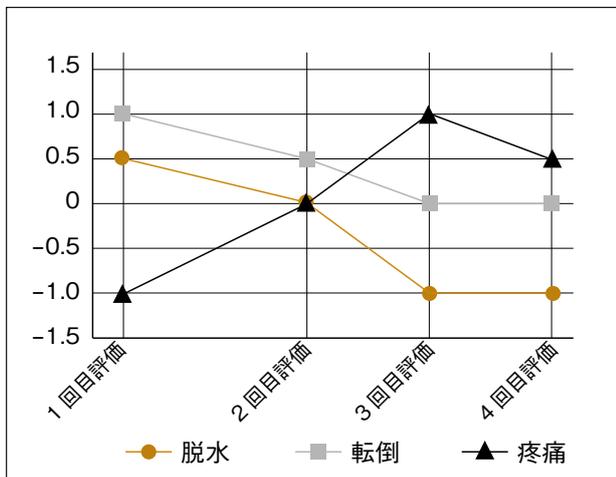
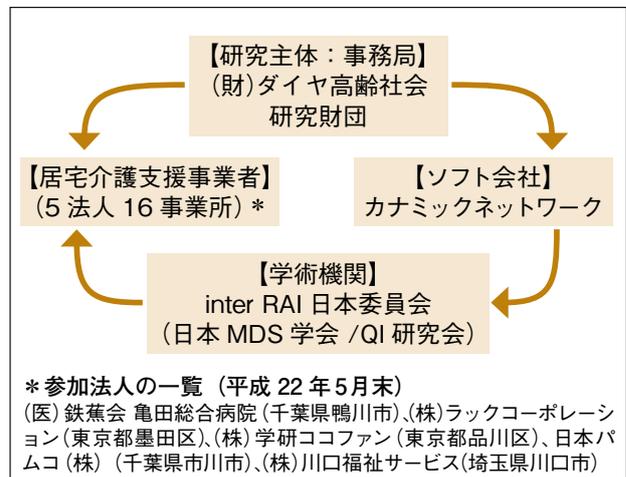


図6 コンソーシアムの体制



事業所を持つ5法人の参加 (利用者総数1,000人) が決定し、今後さらに、事業者とソフト会社の参加が見込まれています。

3年間の事業計画が進行中

研究事業は、平成21 - 23年の3年間の事業計画で進められています。1年目は、全利用者へのMDS-HCアセスメントの導入を支援するため、MDS学会からの専門講師による介護支援専門員へのアセスメント導入研修が実施され、フォローアップが継続されています (写真)。現在は、アセスメントデータを蓄積するデータベースの設計を終え、今年の下半期には第1回目のHC-QIが算定される予定です。3年目には、事業者にフィードバックしたQIの評価レポートに基づくケアプラン見直しを



研修会の様子。講師は高野龍昭氏 (東洋大学)、新津ふみ子氏 (日本社会事業大学)。

試行してもらい、HC-QIの有効性検証が行われる計画です。 (石橋智昭)

文献

- 1) Hirdes JP, Fries BE, Morris JN, Ikegami N, et al. Home care quality indicators (HCQIs) based on the MDS-HC. Gerontologist. 2004;44 (5) : 665-79.
- 2) John N. Morris, 池上直己ほか：日本版MDS-HC2.0；在宅ケアアセスメントマニュアル。医学書院 (東京) 2004年。