

介護QIによるケアサービスの質の評価： インターライ日本との共同研究

ダイヤ高齢社会研究財団 研究部長(主席研究員) 石橋 智昭

1. はじめに

我が国では、介護保険制度の導入により介護サービスの量的充足が飛躍的に進んだが、今後の急激な高齢化率の上昇や経済成長の鈍化に備えて、保健、医療、介護のサービスを包括的かつ効率的に提供する仕組みが不可欠である。効率化の推進にはエビデンスとなるアウトカム指標が必要だが、日本では対象者の機能状態の変化(悪化・改善)を定期的に把握する体制が整備されていない。客観的な評価のためのデータ収集体制を新たに構築するためには10年スパンの年月が必要とされている(日本公衆衛生協会2010)。

一方、諸外国では利用者のケアプラン策定やモニタリング業務で蓄積された“アセスメントデータ”を二次的に活用して、効率的にサービスの質の評価や政策評価のエビデンスを得る取り組みが始まっている。なかでも、ICF(国際生活機能分類)の理論的枠組みに準拠した臨床評価ツール(Berg, Ikegami et al., 2009)であるインターライ(interRAI)のアセスメント方式は、欧米を中心に国や自治体単位での一括採用が進んでおり、そのアセスメントデータから算出される「ケアの適切性を表す指標(Quality Indicators:以下QI)」(Morris et al., 2013)に基づいたベンチマーキングによって、サービスの質の向上に活用されている。欧州6ヶ国ではQIに基づいたサービスの質の比較も行われている(Andrea et al., 2015)。

本研究は、わが国においてアセスメントデータに基づくサービスの質の評価体制の実現可能性を探るため、介護保険制度で主要なアセスメント方式として定着しているインターライ方式(MDS方式の刷新版)による客観的な質の評価モデルの構築を目指すものである。本稿では、2013～2015年厚生労働科学研究(研究代表者:池上直己[慶應義塾大学名誉教授],研究分担者:高野龍昭[東洋大学准教授]・石橋智昭[ダイヤ財団])の研究成果の一部を報告する。

2. 方法

(1) 質の指標(QI)

質の指標は、欧州6ヶ国で用いられた23項目の居宅版QI(HCQIs)を用いた。前回アセスメントからの変化(悪化及び改善)を評価するADL・IADL・尿失禁・認知障害・気分・コミュニケーション障害・痛みの項目に加え、1回のアセスメントで評価する体重減少・転倒・孤独・外出日数の減少・不十分な疼痛管理・介護者のストレスの継続・外傷の発生・入院・インフルエンザワクチン未接種からなる(図表1)。

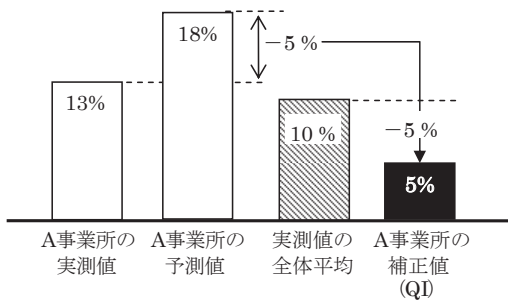
図表1 QIの評価指標(居宅サービス版)

(1) 尿失禁の悪化	(13) 重度の痛み
(2) 尿失禁の改善	(14) 痛みの改善
(3) ADLの悪化	(15) 疼痛管理の不十分
(4) ADLの改善	(16) 体重減少
(5) IADLの悪化	(17) 転倒
(6) IADLの改善	(18) 孤独
(7) 認知障害の悪化	(19) 外出日数の減少
(8) 認知障害の改善	(20) 介護者のストレスの継続
(9) 気分の落ち込み	(21) 外傷の発生
(10) 気分の改善	(22) インフルエンザワクチン未接種
(11) コミュニケーション障害の悪化	(23) 入院
(12) コミュニケーション障害の改善	

QIの算出は、ケアの質が低い状態(※改善なら高い状態)に該当した利用者を[分子]に、事業所の利用者総数を[分母]に算入して、割合(%)を算出する。%の値は、悪化では100に近いほど悪く、改善では良い評価となる。

例えば、《転倒》のQIでは、分母には全利用者のうち、寝たきりの人を除外(→転倒の危険性がないため)した人数を算入する。次に、分子にアセスメント表で「(過去60日間に)転倒した」にチェックがついた人数を算入する。他のQIもすべてアセスメントデータから数値を得る。ただし最終的なQI値は、後述する利用者の特性(サービス開始時の利用者の状態)や事業所の特性(重症者の受入れ状況)から実測値を補正(リスク調整)して評価に用いる(図表2)。

図表2 QI 算定におけるリスク調整



(2) データベースの構築

本研究では、介護支援専門員(ケアマネジャー)や相談員(アセスメント担当者)が、受け持ちの利用者のケアプラン作成のために行ったアセスメントデータを二次利用して、データベースを構築する。日本では、インターライ方式のコンピューターソフトは特定非営利活動法人 ASP・SaaS クラウドコンソーシアム(略称:ASPIC)が提供する『インターライ方式ケアアセスメントクラウドサービス』に統一化されており、すべてのアセスメントデータが同一のサーバーに蓄積されている。

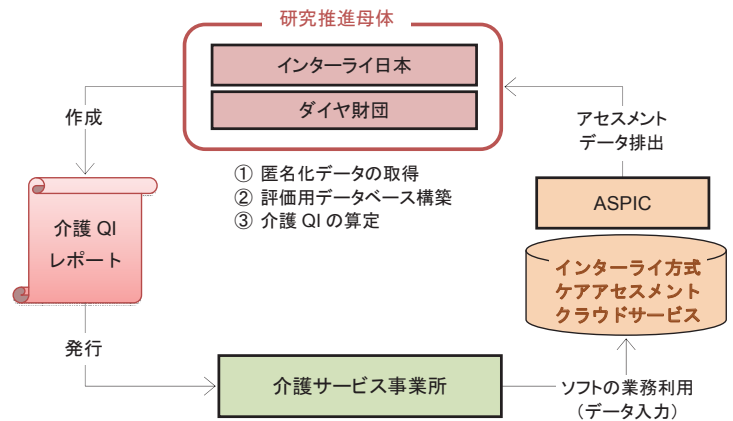
アセスメントデータの取得は、システム上に個人情報を除外した状態でダウンロードできる機能が備わっており、研究参加法人によるダウンロード承認手続きを経て、ダイヤ財団が定期的に直接システムから取得し、個人単位で接合したデータベースを作成した(図表3)。

(3) 評価事業への参加法人

対象の介護事業所は、人口規模や交通等の社会基盤が異なる地区から募り、2013年からの3年間で居宅8法人47事業所、施設8法人10事業所が参加した。このうち、データベースに2回以上の連続したアセスメントデータを持つ利用者数が10人以下の事業所を除外した結果、居宅5法人11事業所、施設3法人5事業所(利用者総数:1,076人[居宅659人、施設417人])がQIの対象事業所となった。

なお、本研究はダイヤ高齢社会研究財団の研究倫理審査の承認を得た上で、各研究参加法人と個人情報保護を定めた研究協定書を締結した後に実施した。

図表3 研究の体制



3. 結果

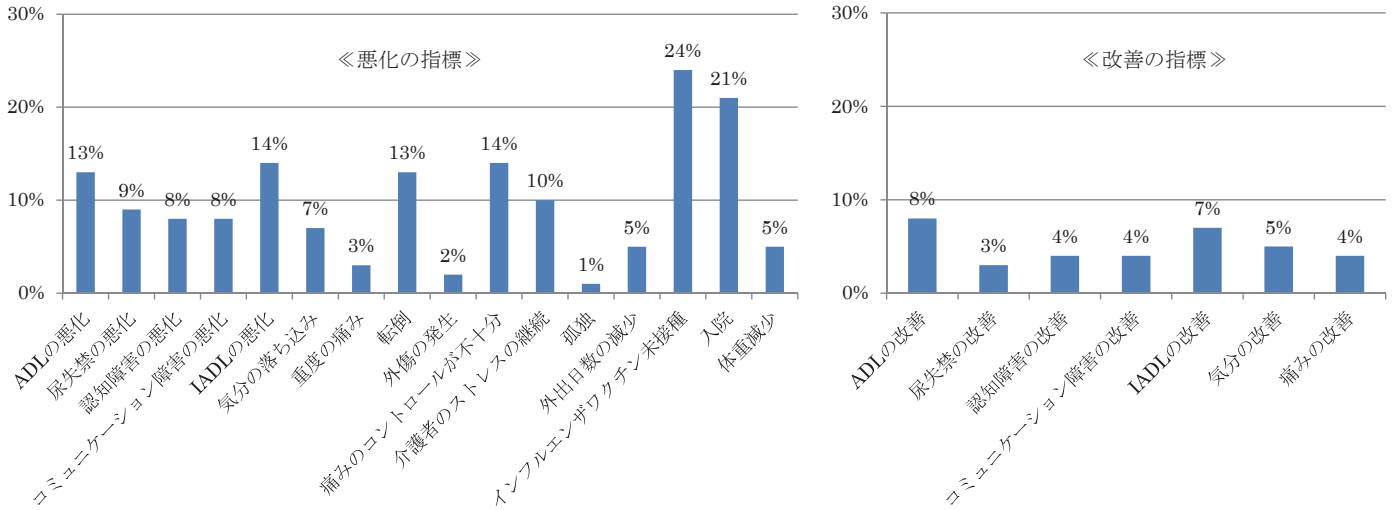
(1) QIによる事業所の質の評価

QIの23事象(イベント)の発生率は、《重度の痛み》や《外傷の発生》、《孤独》、《尿失禁の改善》など3%以下の項目がある一方、《インフルエンザワクチンの未接種》、《入院》などは20%を超えていた(図表4)。

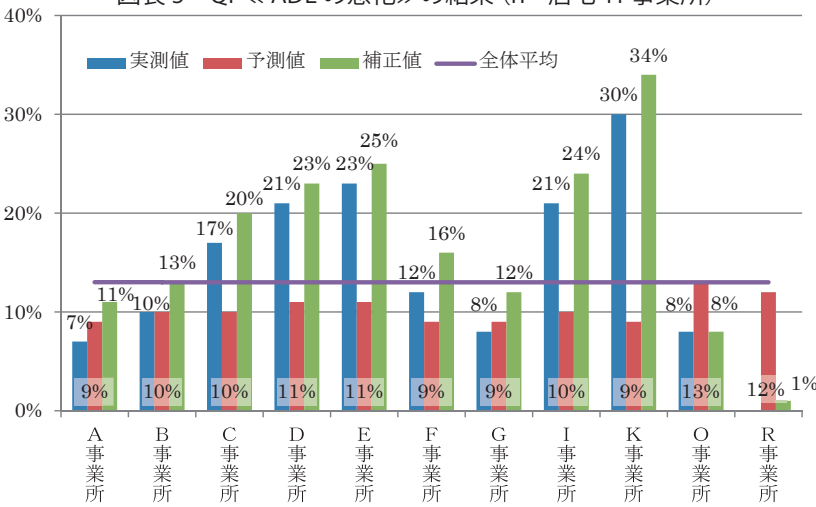
各QIの事業所ごとの発生率(実測値)には差はみられ、居宅事業所では、《ADLの悪化》7%~30%、《転倒》6%~33%、施設では《ADLの改善》8%~26%、《コミュニケーション障害の改善》7%~40%など広く分布した。しかし、この実測値は各事業所の利用者構成の違いが考慮されていないので、それを補正(リスク調整)して比較すると、優劣が逆転する事業所も見られ、リスク調整の必要性が確認された。例えば、図表5の《ADLの悪化》におけるG事業所とO事業所の実測値は同値だが(8%)、O事業所の方がハイリスクの利用者が多かったため予測値が高くなり、補正值はG事業所(12%)よりもO事業所(8%)がより低い値、つまり優れた評価となった。ちなみに、《ADLの悪化》では、年齢、認知機能の水準、ADLの水準、うっ血性心不全の有無、痛みの頻度、転倒の有無、入院回数などの情報がリスク調整に用いられている。

次に、QI 23項目の算定値を標準化してレーダーチャートで比較した結果、“悪化防止”に優れている事業所や“改善”に優れている事業所など、その特徴が可視化できた。たとえば、図表6のE事業所は“悪化防止”のQIの成績は悪いが“改善”のQIは優れており、逆にO事業所は“改善”は平均的だが“悪化防止”に優れている。こうした相対的な位置を把握できれば、事業所の強み(得意分野)を明確にしてセールスポイントとしたり、弱点となった領域を重点的な研修内容に設定したりするなど、根拠に基づくサービス管理が可能となる。

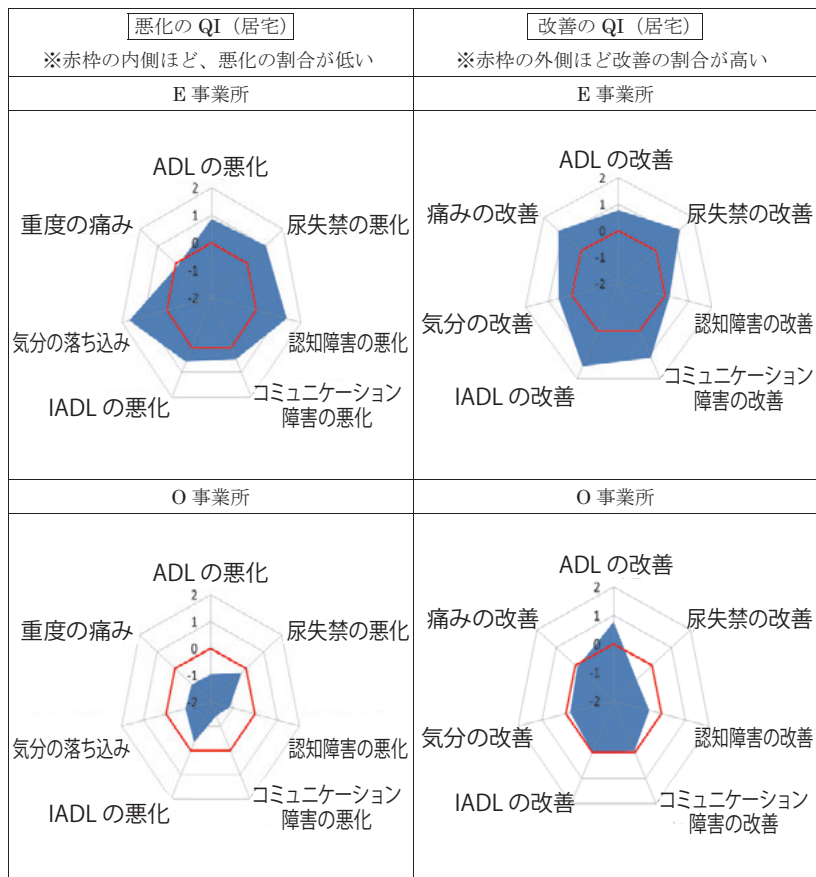
図表4 各 QI 全体平均 (n= 居宅事業所 11 か所)



図表5 QI《ADLの悪化》の結果 (n= 居宅 11 事業所)



図表6 レーダーチャートによるQIの分布



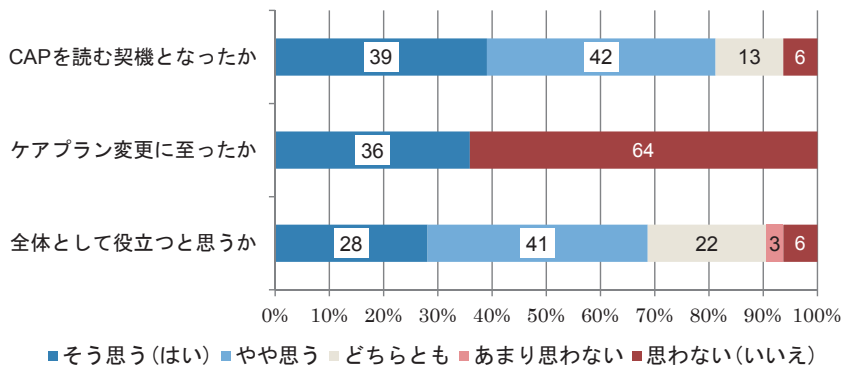
(2) ケアプラン見直しへの活用

インターライの QI には、イベントの発生した(分子に該当した)利用者のケアプランを再検討することで、サービスの質を改善する仕組みも用意されている。そこで、QI 算定においてイベント発生に該当した利用者の情報を担当者にフィードバックして、実際にケアプランの見直しを試行してもらい、その有用性を検証した。

対象は、QI を算出した全事業所であり、居宅介護事業所では介護支援専門員36名のうち28名(回収率77.8%)から、施設ではアセスメント担当者15名のうち11名(回収率76.5%)からレポート提出を受けた。今回の検証では、《転倒》、《ADL の悪化》、《痛みのコントロール不十分》の3つの QI を取り上げ、検討されたケアプラン数は、《転倒》33例、《ADL の悪化》18例、《痛みのコントロール不十分》13例の計64例となった。

試行の結果から、主なものを以下に示す。まず、見直し作業の過程で、インターライ方式のマニュアルに収録されているケアプラン作成の指針となる「[CAP (Client Assessment Protocols) : キャップ]を読む契機となったか」との設問に、約8割が肯定的(そう思う・やや思う)な回答をした(図表7)。インターライ方式は、当該利用者において[問題の解消]、[悪化リスクの低減]、[改善の可能性の向上]が期待できる27領域のCAPが設定されており、アセスメント表への記入(入力)結果から該当するCAPが自動的に選定される。また、それ

図表7 ケアプラン見直しに対するケアマネジャーの評価



図表8 ケアプラン見直しの検討内容(抜粋)

種別	検討領域	検討の内容
施設	転倒	見直しの結果、筋持久力等の低下を認めため、椅子への移乗やトイレ動作に伴う立位保持時など日常生活の場面を利用した身体機能を維持向上させるエクササイズを取り入れる。
居宅	ADLの悪化	再アセスメントにより下肢筋力の低下を再認識した。このままでは、トイレの自立が危ぶまれる為、筋力向上を目的に中断していたデイサービスの再開を本人に再提案したい。
居宅	痛み	咽頭癌による喉の痛みが増しているが、緩和ケアの疼痛管理も行っており痛み軽減への介入は困難。検討の過程で、痛みで食事が不十分のため低栄養リスクが把握されたので、栄養剤等の補助食を提案したい。
居宅	ADLの悪化	同時に選定されている[気分]のCAPも参照した結果、身体機能低下の要因として抗精神薬の影響が考えられた。主治医にADL低下の状況を伝え、服用する薬の内容について相談したい。

図表9 今後のQI評価事業への参加予定法人

No.	法人名	主要施設名	所在地
1	医療法人鉄蕉会	亀田総合病院 総合相談室	千葉県鴨川市
2	(株)ラックコーポレーション	ラックすみだ	東京都墨田区
3	社会福祉法人こうほうえん	介護老人福祉施設よなご幸朋苑	鳥取県米子市
4	社会福祉法人永寿福祉会	永寿特別養護老人ホーム	大阪府大阪市
5	医療法人永広会	介護老人保健施設悠々亭	大阪府羽曳野市
6	医療法人永和会	介護老人保健施設かなえ	広島県福山市

ぞれのCAPには、最新の知見に基づく有効なケアの方法を示した《ガイドライン》が掲載されているが、現場では課題領域となるCAPの選定のみで満足してしまい、《ガイドライン》が活用されていなかった。今回、イベント該当者を特定して見直しを求めたことが《ガイドライン》を読む意欲を引き出したと考えられ、こうしたフィードバックの手法が実務者の内発的な動機づけを高める可能性が示唆された。

次に、ケアプラン見直し作業によって、「現在のケアプランを変更する(利用者に提案する)」に結び付いたケースは23例(35.9%)であった。その具体的な検討内容は事例として図表8に示した。一方、ケアプラン変更に関わりなかったケースには、進行性の疾患により介入が困難なケースや経済的理由から本人・家族がサービス導入を拒否するケースなどのほか、今回の見直し以前にすでにケアプランが変更されていたケースも36例(56.3%)あった。今回のQI算定は、平均

で約6ヶ月前のアセスメント情報に基づいて行われていることから、それ以降の利用者の状態変化は反映されない。

このように、情報のタイムラグによって十分に活用できない場合もあるが、見直し作業を経験した担当者39人による「ケアプラン見直しは全体として役に立ったか」への回答は、「おおいに役に立った(28.1%)」と「やや役に立った(40.6%)」を合わせて約7割が有用であると評価した(図表7)。

4. まとめ

本研究により、アセスメントデータに基づく質の評価指標がわが国でも算出可能であり、リスク調整を行うことにより広範な事業者に適用できることが明らかとなった。また、評価結果により“悪化防止”や“改善”など事業所の特徴が可視化され、セールスポイントや職員研修のテーマ設定にも活用できることも示された。

さらに、QIのイベントが発生した利用者特定し、担当者にケアプラン見直しを促す手法がTQM(Total Quality Management)サイクルとして機能する可能性も示唆された。すなわち、QIは各事業所の質を客観的に評価するだけでなく、各利用者レベルにおける質の改善に結び

つけることができる仕組みといえる。

介護の質の評価体制の構築には、介護事業者の積極的な協力が不可欠である。したがって、アセスメントデータの二次利用によって事業者の負担を最小化するだけでなく、事業者のサービスの質の改善に活用できる仕組みが成否のカギとなる。その意味で、ケアプラン見直しを試行した担当者の評価が高かった点は、本研究事業の大きな成果である。研究プロジェクトは、今後もエビデンスに基づく質の向上を目指す介護事業法人(図表9)とともに拡大・発展させる計画である。本趣旨に賛同し、研究コンソーシアムに加入していただける法人の参加をお待ちしています。



◇ PROFILE 石橋 智昭(いしばし・ともあき)

1990年千葉大学大学院修了。博士(医学)。亀田総合病院(専任研究員)、慶應義塾大学医学部(助教)を経て2011年より現職。専門は、高齢者のヘルスサービスリサーチ。財団では、「ケアの質のアウトカム評価」「介護予防政策の自治体共同研究」「生きがい就業の予防効果」を担当。