年齢調整欠						

表 13　認知症度維持改善率、認知症度群間移動率の記述統計

	度数	最小値	最大値	最大値と最小値の差	平均値	標準偏差
認知症度維持改善率	91	51.852%	94.34%	42.488point	75.53189%	8.501604
認知症度維持改善率年齢調整	91	52.126%	94.422%	42.296point	75.54695%	8.46582
認知症度群間移動率	91	20.833%	77.358%	56.525point	49.2014%	11.08045
認知症度群間移動率年齢調整	91	20.923%	77.05%	56.127point	49.20558%	11.14125

表 14　拘縮の維持改善率

	度数	最小値	最大値	最大値と最小値の差	平均値	標準偏差
拘縮_肩維持改善率	91	56.098%	100%	43.902point	91.437%	6.416628
拘縮_肘維持改善率	91	60.976%	100%	39.024 point	93.66596%	5.731403
拘縮_股維持改善率	91	48.78%	100%	51.22 point	92.13703%	6.892911
拘縮_膝維持改善率	91	70.213%	100%	29.787 point	90.17737%	5.975639
拘縮_足維持改善率	91	48.78%	100%	51.22 point	94.62387%	7.184012
拘縮_その他維持改善率	91	84.091%	100%	15.909 point	95.47033%	3.453394

表 15　拘縮部位の維持減少率の記述統計

	度数	最小値	最大値	最大値と最小値の差	平均値	標準偏差
拘縮部位の維持減少率	91	24.39%	97.959%	73.569point	79.56653%	11.12107
拘縮部位の維持減少率年齢調整	91	24.363%	97.959%	73.596poinnt	79.56624%	11.1245

表 16　歩行から排尿排便までの維持改善率、年齢調整後の維持改善率の記述統計

	度数	最小値	最大値	最大値と最小値の差	平均値	標準偏差
歩行維持改善率	91	76.19%	97.674%	21.484point	88.05746%	4.845789
移乗維持改善率	91	56.522%	93.878%	37.356 point	80.20123%	7.940565
移動維持改善率	91	57.143%	95.918%	38.775 point	80.57292%	7.462126
食事摂取維持改善率	91	48.148%	97.959%	49.811 point	78.25052%	8.957014
排尿排便維持改善率	91	61.538%	95.588%	34.05 point	84.29641%	7.546222

歩行維持改善率年齢調整	91	76.348	97.675	21.327 point	88.11724%	4.799446
移乗維持改善率年齢調整	91	57.142	94.073	36.931 point	80.34589%	7.94116
移動維持改善率年齢調整	91	57.34	96.008	38.668 point	80.64488%	7.47792
食事摂取維持改善率 年齢調整	91	48.783	98.003	49.22 point	78.32089%	8.967201
排尿排便維持改善率 年齢調整	91	62.137	95.61	33.473 point	84.32181%	7.56069

表 17　認知症問題行動の維持改善率の記述統計

	度数	最小値	最　大値	最大値と最小値の差	平均値	標準偏差
被害的維持改善率	91	82%	100%	18point	94.88129%	4.325689
作話維持改善率	91	79.07%	100%	20.93point	97.00147%	3.391563
幻視幻聴維持改善率	91	87.5%	100%	12.5point	96.38599%	3.179085
感情が不安定維持改善率	91	70.732%	100%	29.268point	90.49614%	6.868378
昼夜逆転維持改善率	91	69.767%	100%	30.233point	91.30248%	5.602687
暴言暴行維持改善率	91	80%	100%	20point	92.94389%	4.627825
同じ話をする維持改善率	91	72.464%	100%	27.536point	93.0204%	5.148158
大声をだす維持改善率	91	69.767%	100%	30.233point	91.68727%	5.651655
介護に抵抗維持改善率	91	65%	100%	35point	89.03103%	6.871346
常時の徘徊維持改善率	91	78.049%	100%	21.951point	95.96452%	3.497099
落ち着きなし維持改善率	91	80.488%	100%	19.512point	95.72407%	3.591539
外出して戻れない維持改善率	91	89.744%	100%	10.256point	97.31247%	2.483359
一人で出たがる維持改善率	91	87.5%	100%	12.5point	98.04759%	2.608979
収集癖維持改善率	91	87.805%	100%	12.195point	96.49787%	2.953641
火の不始末維持改善率	91	97.674%	100%	2.326point	99.86291%	0.487193
物や衣類を壊す維持改善率	91	92.5%	100%	7.5point	98.53477%	1.742884
不潔行為維持改善率	91	80.488%	100%	19.512point	96.15799%	3.767712
異食行動維持改善率	91	88.372%	100%	11.628point	97.44462%	2.611402
ひどい物忘れ維持改善率	91	71.795%	100%	28.205point	92.16493%	5.582571

表 18　認知症問題行動　2 時点でなしの割合の記述統計

	度数	最小値	最大値	最大値と最小値の差	平均値	標準偏差
被害的 2 時点でなし率	91	50%	97.778%	47.778point	80.15826%	9.316056
作話 2 時点でなし率	91	66%	100%	34 point	87.4552%	7.281185
幻視幻聴 2 時点でなし率	91	55%	97.778%	42.778 point	85.59979%	7.092203
感情が不安定 2 時点でなし率	91	27.5%	92.857%	65.357 point	63.66976%	15.2532
昼夜逆転 2 時点でなし率	91	9.302%	92.754%	83.452 point	68.31191%	12.99196
暴言暴行 2 時点でなし率	91	47.5%	95.122%	47.622 point	71.01158%	9.760894
同じ話をする 2 時点でなし率	91	40%	91.304%	51.304 point	69.89949%	10.77004
大声をだす 2 時点でなし率	91	37.5%	93.182%	55.682 point	69.27281%	10.73997
介護に抵抗 2 時点でなし率	91	25%	86.047%	61.047 point	59.87205%	11.27373
常時の徘徊 2 時点でなし率	91	56.923%	97.674%	40.751 point	80.75371%	7.463042

落ち着きなし2時点でなし率	91	55.385%	97.674%	42.289 point	82.14816%	8.551501
外出して戻れない2時点でなし率	91	44.615%	100%	55.385 point	87.11831%	9.38308
一人で出たがる 2時点でなし率	91	70.213%	100%	29.787 point	91.35955%	5.227511
収集癖2時点でなし率	91	64.912%	100%	35.088 point	86.40818%	6.688479
火の不始末2時点でなし率	91	87.5%	100%	12.5 point	98.44159%	2.383854
物や衣類を壊す2時点でなし率	91	82.5%	100%	17.5 point	95.60364%	3.355895
不潔行為2時点でなし率	91	72.308%	100%	27.692 point	88.53214%	6.579881
異食行動2時点でなし率	91	77.5%	100%	22.5 point	92.97829%	4.798677
ひどい物忘れ2時点でなし率	91	0%	0%	0 point	0%	0

表 19　認知症問題行動の維持減少率　記述統計

	度数	最小値	最大値	最大値と最小値の差	平均値	標準偏差
認知症問題行動の減少率	91	51.22%	95.556%	44.336%	78.29973%	9.439565
認知症問題行動の減少率年齢調整	91	51.157%	95.552%	44.395%	78.30049%	9.44087

表 20　認知症問題行動の維持改善率の記述統計

	度数	最小値	最大値	最大値と最小値の差	平均値	標準偏差
対象者度数	91	18%	64%	46 point	36.33%	10.418
被害的維持改善率	91	82.759%	100%	17.241point	96.57169%	4.124636
作話維持改善率	91	86.207%	100%	13.793point	98.0948%	2.440387
幻視幻聴維持改善率	91	88.095%	100%	11.905point	97.50096%	3.079025
感情が不安定維持改善率	91	77.273%	100%	22.727point	93.56398%	5.300497
昼夜逆転維持改善率	91	79.167%	100%	20.833point	93.91935%	5.430767
暴言暴行維持改善率	91	86.364%	100%	13.636point	95.09632%	3.832198
同じ話をする維持改善率	91	77.778%	100%	22.222point	94.99414%	4.700526
大声をだす維持改善率	91	79.167%	100%	20.833point	94.33226%	4.8496
介護に抵抗維持改善率	91	69.444%	100%	30.556point	91.32091%	6.514392
常時の徘徊維持改善率	91	85%	100%	15point	96.78992%	3.396406
落ち着きなし維持改善率	91	80%	100%	20point	96.36747%	3.781827
外出して戻れない 維持改善率	91	86.957%	100%	13.043point	97.8086%	2.785007
一人で出たがる維持改善率	91	89.286%	100%	10.714point	98.36491%	2.563805
収集癖維持改善率	91	87.5%	100%	12.5point	97.38976%	2.9711
火の不始末維持改善率	91	96.667%	100%	3.333point	99.90605%	0.46563
物や衣類を壊す維持改善率	91	92.857%	100%	7.143point	98.8887%	1.600003
不潔行為維持改善率	91	80.556%	100%	19.444point	96.82492%	3.737835
異食行動維持改善率	91	82.927%	100%	17.073point	97.53301%	3.537542
ひどい物忘れ維持改善率	91	73.913%	100%	26.087point	94.52588%	4.717007

表 21　認知症問題行動　2 時点でなしの割合

	度数	最小値	最大値	最大値と最小値の差	平均値	標準偏差
被害的 2 時点でなし率	91	45.161%	100%	54.839point	81.45485%	10.3368
作話 2 時点でなし率	91	69.565%	100%	30.435 point	88.25775%	7.681434
幻視幻聴 2 時点でなし率	91	61.29%	100%	38.71 point	85.48196%	8.107189
感情が不安定 2 時点でなし率	91	22.581%	96.429%	73.848 point	64.46951%	15.88623
昼夜逆転 2 時点でなし率	91	4.167%	92.857%	88.69 point	68.27608%	13.50553
暴言暴行 2 時点でなし率	91	47.619%	100%	52.381 point	70.48668%	10.54134
同じ話をする 2 時点でなし率	91	32.258%	93.548%	61.29 point	69.47019%	12.05705
大声をだす 2 時点でなし率	91	38.71%	95.652%	56.942 point	68.65784%	11.01723
介護に抵抗 2 時点でなし率	91	29.032%	85.714%	56.682 point	57.27844%	12.2712
常時の徘徊 2 時点でなし率	91	54.386%	96.429%	42.043 point	78.84336%	8.266161
落ち着きなし 2 時点でなし率	91	47.826%	100%	52.174 point	80.92193%	9.917437
外出して戻れない 2 時点でなし率	91	45.614%	100%	54.386 point	86.49615%	11.02802
一人で出たがる 2 時点でなし率	91	65.517%	100%	34.483 point	90.71674%	6.085915
収集癖 2 時点でなし率	91	62.5%	100%	37.5 point	86.04881%	7.316875
火の不始末 2 時点でなし率	91	83.871%	100%	16.129 point	98.45271%	2.857879
物や衣類を壊す 2 時点でなし率	91	83.333%	100%	16.667 point	95.12391%	4.133598
不潔行為 2 時点でなし率	91	65.217%	100%	34.783 point	87.41678%	7.339455
異食行動 2 時点でなし率	91	74.194%	100%	25.806 point	91.97949%	6.386365
ひどい物忘れ 2 時点でなし率	91	0%	0%	0 point	0%	0

表 22　認知症問題行動の維持減少率の記述統計

	度数	最小値	最大値	最大値と最小値の差	平均値	標準偏差
認知症問題行動の減少率	91%	50%	100%	50point	84.57724%	9.337099

表 23　褥瘡　2 時点でなしの割合　記述統計（初回調査時の寝たきり度 C 1 以上）

	度数	最小値	最大値	最大値と 最小値の差	平均値	標準偏差
対象者度数	91	1	26	25	10.8	6.327
褥瘡 2 時点でなしの割合	91	0%	100%	100point	80.67563%	18.36416

表 24　褥瘡　2 時点でなしの割合の記述統計（要介護度 4 を対象）

	度数	最小値	最大値	最大値と 最小値の差	平均値	標準偏差
対象者度数	91	5	43	38	16.2	6.649
褥瘡 2 時点でなしの割合	91	66.667%	100%	33.333point	90.82363%	8.595546

表 25　褥瘡　2 時点でなしの人の割合

	度数	最小値	最大値	最大値と 最小値の差	平均値	標準偏差
対象者度数	91	39	114	75	54.1	13.496
褥瘡 2 時点でなしの割合	91	75%	100%	25point	92.16621%	5.067084

表 26　主要な指標間の相関行列　その 1

	要介護度維持改善率年齢調整	寝たきり度維持改善率年齢調整	認知症度維持改善率年齢調整	拘縮部位の維持減少率年齢調整	歩行維持改善率年齢調整	移乗維持改善率年齢調整	移動維持改善率年齢調整	食事摂取維持改善率年齢調整	排尿排便維持改善率年齢調整	認知症問題行動の減少率年齢調整	褥瘡 2 時点でなしの割合
要介護度維持改善率年齢調整	1	.720**	.494**	.434**	.559**	.724**	.702**	.669**	.564**	.518**	-0.037
寝たきり度維持改善率年齢調整	.720**	1	.419**	.348**	.592**	.648**	.589**	.484**	.456**	.339**	-0.014
認知症度維持改善率年齢調整	.494**	.419**	1	.458**	.341**	.501**	.384**	.420**	.342**	.515**	-0.044
拘縮部位の維持減少率年齢調整	.434**	.348**	.458**	1	0.199	.255*	.206*	.485**	.268*	.468**	-0.046
歩行維持改善率年齢調整	.559**	.592**	.341**	0.199	1	.670**	.661**	.310**	.496**	.258*	-0.07
移乗維持改善率年齢調整	.724**	.648**	.501**	.255*	.670**	1	.748**	.581**	.465**	.288**	-0.101
移動維持改善率年齢調整	.702**	.589**	.384**	.206*	.661**	.748**	1	.487**	.480**	.297**	-0.021
食事摂取維持改善率年齢調整	.669**	.484**	.420**	.485**	.310**	.581**	.487**	1	.282**	.347**	0.059
排尿排便維持改善率年齢調整	.564**	.456**	.342**	.268*	.496**	.465**	.480**	.282**	1	.441**	-0.095
認知症問題行動の減少率年齢調整	.518**	.339**	.515**	.468**	.258*	.288**	.297**	.347**	.441**	1	-0.021
褥瘡 2 時点でなしの割合	-0.037	-0.014	-0.044	-0.046	-0.07	-0.101	-0.021	0.059	-0.095	-0.021	1

表27　主要な指標間の相関行列　その2

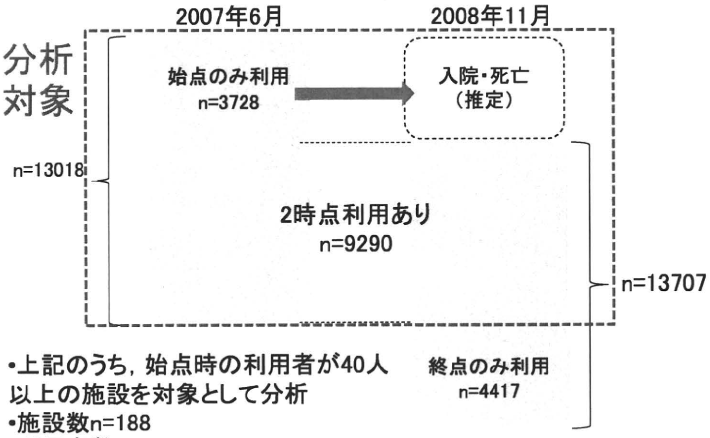
	要介護度群間移動維持改善率年齢調整	寝たきり度群間移動率年齢調整	認知症度群間移動率年齢調整	拘縮部位の維持減少率年齢調整	歩行維持改善率年齢調整	移乗維持改善率年齢調整	移動維持改善率年齢調整	食事摂取維持改善率年齢調整	排尿排便維持改善率年齢調整	認知症問題行動の減少率年齢調整	褥瘡2時点でなしの割合
要介護度群間移動維持改善率年齢調整	1	.244*	0.204	.266*	0.121	0.186	0.192	.334**	0.123	.320**	0.17
寝たきり度群間移動率年齢調整	.244*	1	-0.15	0.022	0.189	0.096	.230*	0.077	0.059	0.036	-0.105
認知症度群間移動率年齢調整	0.204	-0.15	1	.267*	-0.062	0.059	-0.049	.239*	-0.059	0.184	0.135
拘縮部位の維持減少率年齢調整	.266*	0.022	.267*	1	0.199	.255*	.206*	.485**	.268*	.468**	-0.046
歩行維持改善率年齢調整	0.121	0.189	-0.062	0.199	1	.670**	.661**	.310**	.496**	.258*	-0.07
移乗維持改善率年齢調整	0.186	0.096	0.059	.255*	.670**	1	.748**	.581**	.465**	.288**	-0.101
移動維持改善率年齢調整	0.192	.230*	-0.049	.206*	.661**	.748**	1	.487**	.480**	.297**	-0.021
食事摂取維持改善率年齢調整	.334**	0.077	.239*	.485**	.310**	.581**	.487**	1	.282**	.347**	0.059
排尿排便維持改善率年齢調整	0.123	0.059	-0.059	.268*	.496**	.465**	.480**	.282**	1	.441**	-0.095
認知症問題行動の減少率年齢調整	.320**	0.036	0.184	.468**	.258*	.288**	.297**	.347**	.441**	1	-0.021
褥瘡2時点でなしの割合	0.17	-0.105	0.135	-0.046	-0.07	-0.101	-0.021	0.059	-0.095	-0.021	1

特別養護老人ホームにおけるケアの質評価

要介護認定データを用いた指標開発の試み

指定研究班

対象



- 上記のうち，始点時の利用者が40人以上の施設を対象として分析
- 施設数n=188
- 利用者数n=11482

方法

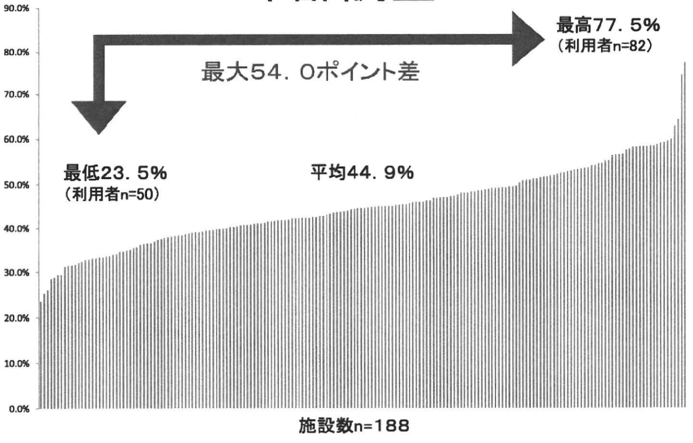
- 以下3つの割合を施設ごとに算出
  - ① 要介護度維持・改善率(年齢調整)
  - ② 要介護度維持・改善率(要介護4に限定＋年齢調整)
  - ③ 「褥瘡なし」維持率

「褥瘡なし」維持率の考え方

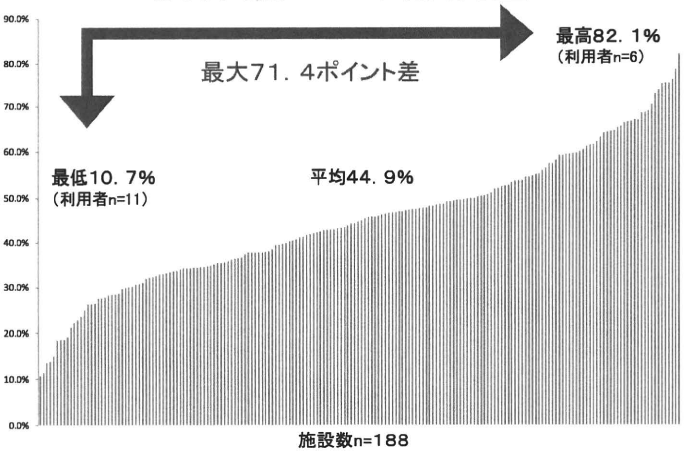
		2008年11月		
		なし	あり	入院・死亡(推定)
2007年6月	なし	対象	×	×
	あり	×	×	×

「褥瘡なし」維持率の算出方法＝2時点とも「褥瘡なし」／当該施設の全利用者

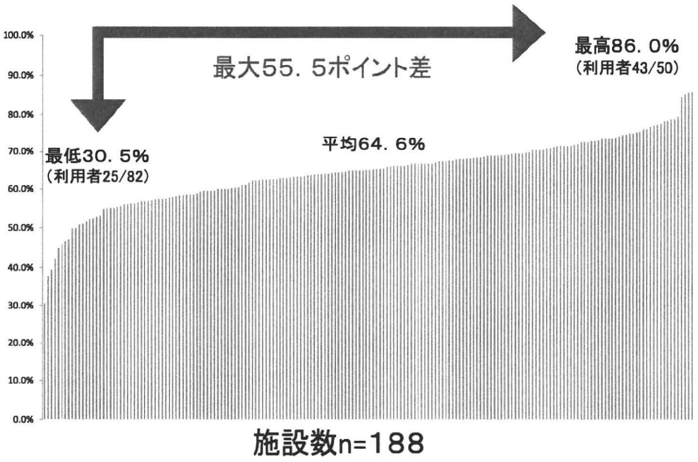
①要介護度維持・改善率 年齢調整



②要介護度維持・改善率 要介護4＋年齢調整



③「褥瘡なし」維持率



まとめと今後の課題

- 要介護認定データを用いて、特別養護老人ホームのケアの質評価指標を2つ試作した
- ある県の188施設において、50%ポイント程度の差があることが確認された
- 今後、協力を得られる都道府県・業界団体・保険者などから最新データの提供を受け追加分析を計画
- 3年程度分のデータを用いて信頼性を検証したい
- 他の指標との併存的妥当性の検討、上位と下位施設を訪問しての総合評価などによってケアの質評価指標としての妥当性を検証したい

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

「ケアの質」評価に対する施設経営者・事業者へのヒヤリング調査

研究代表者　　近藤　克則（日本福祉大学　社会福祉学部　教授）

研究協力者　　伊藤美智予　（日本福祉大学　主任研究員）

研究要旨

日本の福祉の現状を踏まえた「ケアの質」を評価するシステムを構築するため、アメリカでの取り組みを紹介した上で，福祉施設経営者と事業者を対象にヒヤリング調査を行った。その結果、以下の意見が得られた。

① 意義に一定の理解を示した意見

「ケアの質」を評価するベンチマークシステムを構築することに賛同する意見が多かった。ただしシステム構築に必要なデータを提供する施設側の負荷への配慮を望む意見があった。

② フィードバックの必要性を示した意見

各施設から提供されたデータをどのように分析し，どのようにフィードバックしていくのか，より具体的なイメージが必要であるという意見があった。

③ 要介護認定データの限界を指摘した意見

要介護認定データに、ケアの質を評価できる信頼性・妥当性があるのか、各施設の個別状況を反映した上での評価はできないのではないかという意見もあった。

④ アメリカとの違いを指摘した意見

アメリカの施設を見学した印象では，日本のケアの質の方が高い面がある．アメリカの指標は最低限の質を捉えるものであり、日本のケアの評価にそのまま使用できないのではないかという意見も多かった。また評価指標が日本におけるあるべきケアを否定しないようなものであることが必要という意見もあった。

⑤ データ提供は容易でない

事業者が，全入所者の経年的な要介護認定データを提供するだけでも作業量が発生するので躊躇する．保険者から一括して提供してもらえれば簡便だが，保険者からは，個人情報保護や行政データの目的外使用にあたりうることから，ご本人の承諾が必要かもしれない．既存の要介護認定データといえども，提供は容易でないとの意見があった．

A. 研究目的

アメリカのナーシングホーム（nursing home）における総合的な「ケアの質」評価システムを参考にしながらも、日本の福祉現場に受け入れられる「ケアの質」評価システムを構築するため、日本の福祉現場の経営者・事業者の声を把握することが本研究の目的である。

B. 研究方法

ヒヤリング対象は，①社会福祉施設経営者協議会介護委員会と②名古屋市介護サービス事業者連絡研究会幹事会である．

ヒヤリングは、①は2011年2月17日に全国社会福祉協議会の会議室，②は2011年4月5日に，

同事務局で行った。

アメリカ合衆国（以下，アメリカ）におけるケアの質評価システムについて紹介した後，それを一つのモデルに日本でも同様なシステムを開発すること，当面，データ収集コストの小さな要介護認定データを用いた評価をすることなどについて説明して意見を求めた.（別添資料１参照）。

C.　研究結果

重なる意見が多かったため，2回のヒヤリング調査から得られた意見をまとめて示す.

①意義に一定の理解を示した意見

・ケアの質の評価を客観的に行う本取り組みは大変面白い。

・　実際にデータを分析して、どのような結果が出てくるのかを見てみたい。導入までのある程度の助走期間を設け、問題点を出し実効性のあるものかどうかを判断したい。そのようにすれば多くの施設が本取り組みに参加しやすくなるのではないか。

・　ただしシステム構築に必要なデータを提供する施設側の負荷への配慮を望む。

②フィードバックの必要性を示した意見

・要介護認定データ等を使用して介護の質を客観的に検討していくことは面白い取り組みであるが、実際にこの取り組みを行って施設側や利用者にどのようなメリットがあるのかが今一つイメージできない。

・　要介護データを各施設から集めることになるが、データを提供後どのように分析しどのようなフィードバックを返していくのか，より具体的なイメージが必要であるという意見があった。

③要介護認定データの限界を指摘した意見

・ケアの質向上として、要介護認定データを使用して、本当にケアの質のレベルを上げるツールを作ることができるのか。

・一部の施設の要介護認定の信頼性には疑問がある

・要介護認定データのみだけでは、一律の評価となり，各施設の個別状況を反映した上での評価はできないのではないか。

・要介護認定データ等で分析された結果が、現場の感覚とあっていない場合、無用な混乱を生ずる可能性がある。結果だけが一人歩きして、本来適切なケアをしている施設の評価を落としかねない。

④アメリカとの違いを指摘した意見

・現在の日本のケアにおいて、褥瘡等が発生している施設は皆無である。一方で、アメリカの指標を見ると褥瘡があるかどうかを評価している。世界的に見たら日本のケアの質は非常に高いレベルにある。ケアの質のレベルが低い国の指標を使っても日本のケアの質を評価することができないと思う。

・アメリカの制度は、質が非常に悪い施設のケアの質の改善を目的としている。行政による監視システム的な要素が強い。日本にそのような質の悪い施設は皆無である。本取り組みを行ってもかえって混乱を招くのではないか。

・褥瘡など目で見て明らかな質の低いケアは、日本においてはもはやないと思われる。日本において目指すところは、もっと高いレベルのケアの質である。日本は、生活の質を上げるステージに来ている。アメリカの指標をそのまま用いても評価はできない。

・健康の定義は個人因子が大きく定義が非常に難しい。生活の質向上に重点を置いている介護現場も様々あり、取り組みも様々である。これらを評価することが日本に現状にあっていると考えられるが、生活の質向上という定義などそもそも論の設定に時間がかかると思う。

・生活の質の定義は施設の長でもしっかりと定義できていないのではないか。これに挑戦することは今後の福祉を考えると非常に意欲的な取り組みである。最初から完璧な定義を設定することは難しいが、ケアの一部を切り取って、概ね大事なところは押え、定義設定や生活の質向上を進めていくことが必要なのではないか。ケアの質向上を図る指標があるべきケアを否定しないようにしていきたい。

⑥ データ提供は容易でない

・事業者が，全入所者の経年的な要介護認定データを提供するだけでも作業量が発生するので躊躇する．

・要介護データを各施設から集めることになるが、施設間での合意形成に調整に時間がかかるのではないか。

・保険者から一括して提供してもらえれば簡便である

・保険者の担当者から，個人情報保護や行政データの目的外使用にあたりうることから，ご本人の承諾が必要かもしれない．既存の要介護認定データといえども，提供は容易でないとの意見があった．

D. 考察

「ケアの質」の評価指標構築に関して興味のある会員の方が多かった。一方で、アメリカと日本のケアの質には差があり、アメリカの指標を、日本のケアの評価にそのまま使用した際に出る悪い影響について言及する方も多かった。ただし，「日本には褥瘡のある施設は皆無」と言う主旨の発言があったが，資料１にあるように「2時点とも「褥瘡なし」／当該施設の全利用者」の平均は91.3％である．今回のヒヤリング対象はケアの質向上に熱心な施設が多いことによるバイアスを考慮する必要がある．

評価指標が日本におけるあるべきケアを否定しないような指標を作ることが必要であるという意見もあった。本取り組み実施にあたって参加施設の不安材料を取り払い、参加しやすいような体制，丁寧なフィードバックなどによる共同研究体制を構築しなければ、施設が保持しているデータを円滑に収集することはできないと考えられる。

また事業者におけるデータ収集コストの大きさを指摘する声も多かった．それを回避するための要介護認定データを活用した分析についても，保険者の理解と協力が得られなければ，指標づくり自体が進められないことが明らかとなった．

E. 結論

今後、①データ入手，②参加保険者や施設に対して、背景や目的などを十分に理解していただくこと、③日本のケアの実情や質に根差した指標を開発するには，多くの現場の意見を反映するプロセス，④作成した指標やその使い方についてのフィードバックと共同研究によって現場が納得いく指標やシステムを構築していくことが必要と思われる．そのためには，相当の努力が必要で時間もかかると考えられる。

「ケアの質」評価研究への
ご協力のお願い

日本福祉大学
近藤 克則

Nihon Fukushi University

背景(1)

- 介護サービスの「量」から「質」が問われる時代へ
- 社会資源は有限
  – 限られた資源で最大の効果を
- 利用者への情報の公開とそれに対する事業所の説明責任

Nihon Fukushi University

背景(2)

- 保険者である市町村にとっても看過できない行政課題のひとつ
- 国も介護報酬改定を意識

↓

- ケアの質向上を目的としたマネジメントシステムの開発

平成22年度厚生労働科学研究費補助金（指定研究）の研究課題

本日の内容

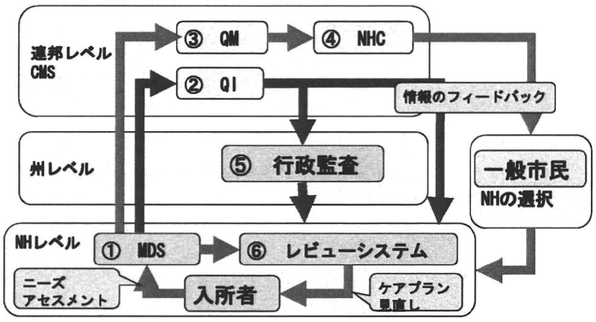
1. アメリカのナーシングホーム(nursing home)における総合的なケアの質評価システム(以下, TQM)の概要
2. ナーシングホーム側から見たTQMシステムに対する評価
3. 日本におけるケアの質評価の試み
4. システム開発上の課題
5. 調査研究協力のお願い＆ご相談

Nihon Fukushi University

1. TQMシステムの概要

Nihon Fukushi University

アメリカのNHにおけるケアの質マネジメントシステムの流れ



(澤田・近藤2007)

Nihon Fukushi University

①MDSを用いたアセスメント

1. メディケア/メディケイドの指定を受けている全米のNH約17,000ヶ所が対象
2. 1991年以降、利用者が公的な援助を受けている場合、MDS (Minimum Data Set)の定期的(入所時・3ヶ月ごとなど) なアセスメントが義務づけられる
3. 全米約300万人の利用者アセスメントデータはCMSへ提出

CMS: Centers for Medicare & Medicaid Services

②QIs・QMsによる評価

QIs・QMsとは何か？

- MDSデータを活用して作成されるケアの質をとらえるための指標群
- ケアのプロセス／アウトカムに焦点
- CMSが算出
- 他施設との比較性を高めるためのリスク調整
  ー除外、層別化、ロジスティック回帰分析

Quality Indicators：24項目 (抜粋)

- 新たに骨折した利用者の割合
- 転倒事故の発生の割合
- うつ症状がある利用者の割合
- 9種類以上の服薬している利用者の割合
- 尿路感染症の利用者の割合
- 尿・便失禁がある利用者の割合
- 脱水がある利用者の割合
- 関節可動域(ROM)が低下している利用者の割合

Quality Measures：15項目 (抜粋)

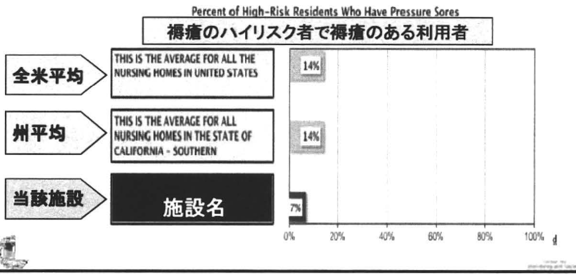
- 褥瘡のハイリスク者で褥瘡がある利用者の割合
- 日常生活上の援助が増加した利用者の割合
- 身体的拘束を受けた利用者の割合
- うつまたは不安状態が悪化した利用者の割合
- 多くの時間をベッドやイスで過ごす利用者の割合
- 移動能力が低下した利用者の割合
- 体重減少の著しい利用者の割合

Quality Measuresの公開(1)

Percent of High-Risk Residents Who Have Pressure Sores

What does this graph tell you?

This graph shows the percent of residents with a high risk for getting pressure sores, or who get a pressure sore in the nursing home (lower percentages are better). You have a "high risk" for getting a pressure sore if you are in a coma, if you don't get the nutrients you need (like water, vitamins and minerals), or you can't move or change position on your own.



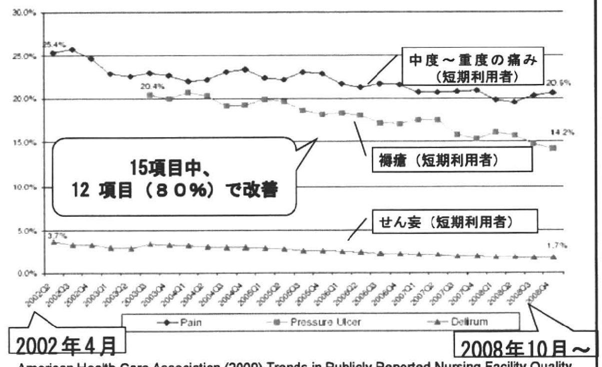
Quality Measuresの公開(2)

当該施設　州平均　全米平均

QMs

Quality Measures	施設名	Average in California - Southern	National Average
Percent of Residents Whose Need for Help With Daily Activities Has Increased	13%	13%	17%
Percent of Residents Who Have Moderate to Severe Pain	7%	6%	6%
Percent of High-Risk Residents Who Have Pressure Sores	7%	14%	14%
Percent of Low-Risk Residents Who Have Pressure Sores	2%	2%	3%
Percent of Residents Who Were Physically Restrained	36%	16%	7%
Percent of Residents Who are More Depressed or Anxious	17%	10%	15%
Percent of Low-Risk Residents Who Lose Control of Their Bowels or Bladder	60%	56%	47%
Percent of Residents Who Have/Had a Catheter Inserted and Left in Their Bladder	4%	5%	6%
Percent of Residents Who Spend Most of Their Time in Bed or in a Chair	3%	5%	4%
Percent of Residents Whose Ability to Move About in and Around Their Room Got Worse	10%	12%	14%
Percent of Residents With a Urinary Tract Infection	13%	7%	9%
Percent of Residents Who Lose Too Much Weight	9%	8%	10%

QMの割合の変化



American Health Care Association (2009) Trends in Publicly Reported Nursing Facility Quality Measures, April 2009 (http://www.ahcancal.org/research_data/trendsstatistics/Documents/trends_nursing_facilities_quality_measures.pdf, 2009. 6.25)より抜粋・作成.

③情報のフィードバック（1）

- QIsを施設へフィードバック
- カンファレンスなど必要時には、いつでもQIsをインターネットより入手可
- 施設内には様々な委員会
- ケアの質に問題がありそうな個々の利用者 （例：著しい体重減少、身体的拘束）のケアプランを見直すことにより、よりよいケアを追求

③情報のフィードバック（2）

- 個別事例のケアの「どこ」から「何」に着手すればよいか、手がかりが明示されるため、ケアの質改善につなげやすい
- 他施設と大きく異なるQIs・QMsに基づく見直し。多施設との比較可能
- 施設にとっても有用

④評価結果の公表

どんな情報が公表されているか？

－NHCの枠組み－

(1)ナーシングホームの概要

ex)住所、ベッド数、所有形態、病院の併設状況など

(2)Quality Measures（ケアの質の量的評価）

長期ケア12項目、短期ケア3項目

(3)監査結果

ex)監査での指摘事項（数と内容）、損害の度合い、影響を受ける利用者の範囲など

(4)スタッフ情報

ex)看護師・介護スタッフの勤務時間など

2. 現地ヒアリング調査

背景・目的

- 開発者であるCMSにすると、一見素晴らしいTQMシステム
- しかし、現場から見て、TQMの導入は、負担を上回る「効果」があるか？
- 施設側の不満や疑問は何か？
- わが国へ導入する際の課題は何か？

対象・方法

＜対象＞

- アメリカ西海岸（CA）に位置する3施設
- MDSなどを活用している現場スタッフ計13名

＜方法＞

- 事前に計画書と質問リストを送付
- 2005年3月7－9日に実施
- 見学とヒアリングで3－5時間
- 5つの所見について、後日メールで確認

結果（1）－5つの所見

①TQMシステムに対して、質の向上につながると積極的な評価。ただし、さらなる改良が必要

→特に、マネジャーレベルで

②アセスメントの負担は大きいが、有用

→報酬の支払いとリンクし、提出が義務づけられていることの意味は大きい

（No choice！）

③QMsはケアの質改善に役立つが、ケアの質の全体像を示すものではない

Nihon Fukushi University

結果（2）－5つの所見

④QMsには、施設レベルでのリスク調整も必要

→病院併設の施設、褥瘡処置に力を入れている施設などでは、見かけ上質が低くみえてしまう

⑤NHCのQMsの読み方には、十分で適切な説明が必要

→数値で示すことは一見わかりやすく、比較も容易であるが、数字が一人歩きする危険性あり

3.日本における施設ケアの量的評価の試み

－特別養護老人ホームを対象として－

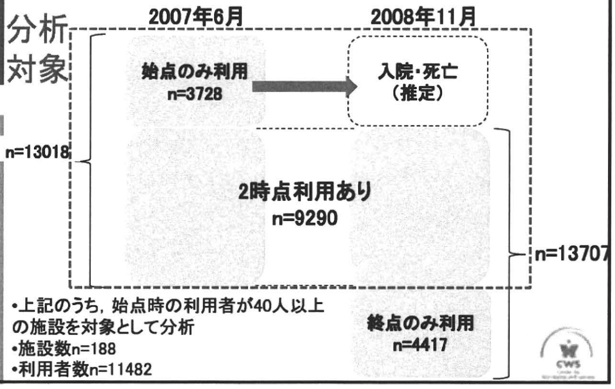
Nihon Fukushi University

目的

- わが国における施設ケアのアウトカムについて、量的指標による評価の試み
  - 要介護認定データなどの既存データを使用
  - 介護サービスのアウトカム指標として「1年間の要介護度維持・改善率」などを作成
    （作成可能な指標一覧は別紙参照）
  - 施設間の比較（ベンチマーク）を実施

Nihon Fukushi University

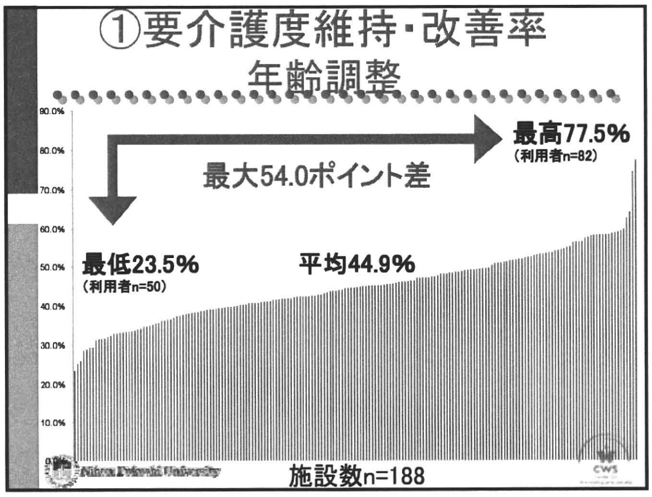
対象

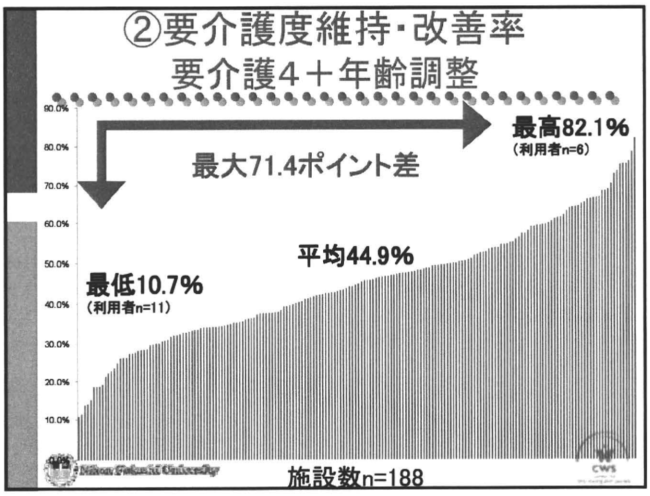


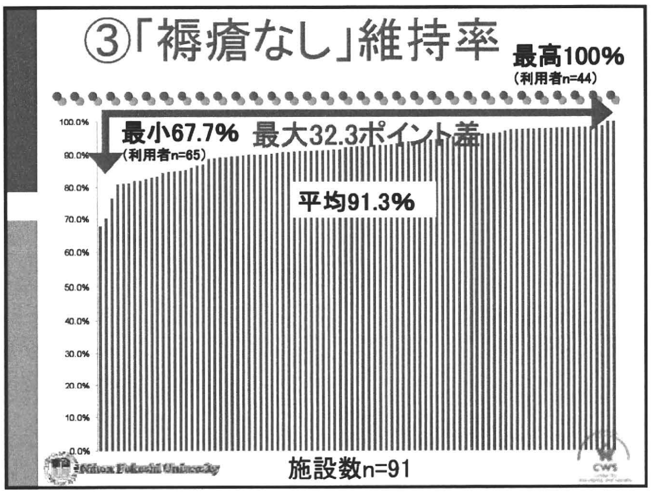
•上記のうち，始点時の利用者が40人以上の施設を対象として分析
•施設数n=188
•利用者数n=11482

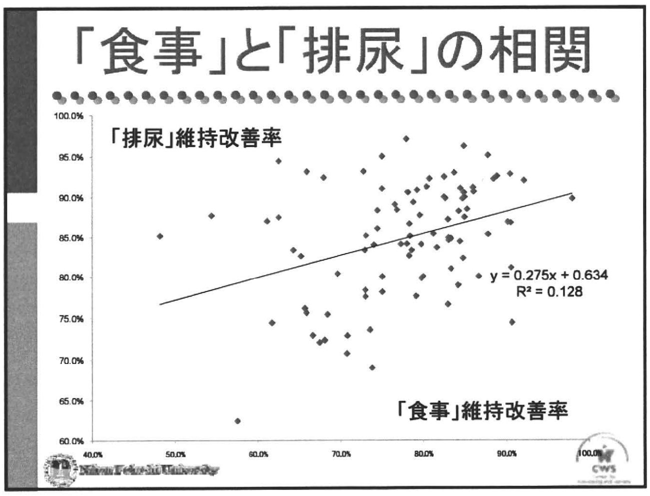
方法

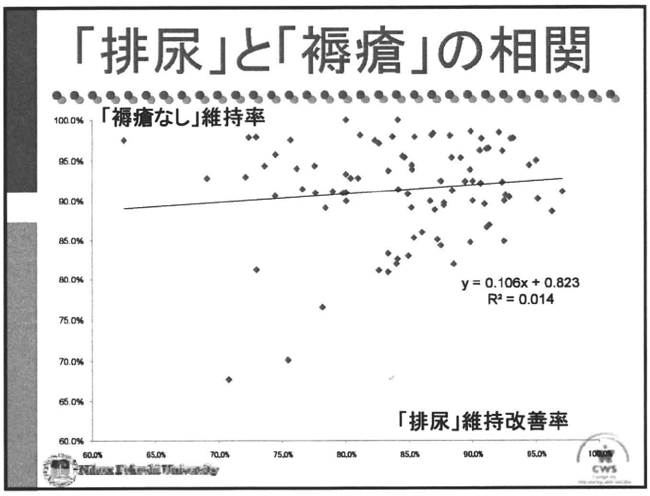
- 作成可能な指標による施設間比較
  - ① 要介護度維持・改善率（年齢調整）
  - ② 要介護度維持・改善率（要介護4に限定＋年齢調整）
  - ③ 「褥瘡なし」維持率
- 指標間の相関











事業所にとってのメリット

- 多面的な指標群によるベンチマーク
  - 継続的・全体的なケアの質のモニタリングが可能
  - ①事業所間,②経時的変化の相対比較で
    - 長所や重点課題を抽出
    - 成績の良いところの特徴・原因を探って改善のヒントを得る
    - そのエビデンスに基づき，やり方を変えてみる

➡ ケアの質の向上

Nihon Fukushi University　CWS

4. システム開発上の課題

Nihon Fukushi University　CWS

「評価」の評価が必要

- 評価と名がつけば，どんな評価でも役に立つわけではない
  - 評価される側が納得できない
  - 利用者にとってわかりづらい

⬇

- 評価に伴う負担だけが増えて有害無益

Nihon Fukushi University　CWS

良い「評価」の条件

- 「ケアの質向上」につながる
- 多面的に捉えられる
- 情報収集のコストが保障される
- 課題・到達点が見える
- 評価される側（ケアの質改善主体）にとっても有用

Nihon Fukushi University　CWS

これからの「評価」

- 今までの経験を活かして，現場（保険者・施設）に受け入れられるものを
- 学術研究で科学的妥当性も確保
- 比較対照を経時的にモニタリングし，効果や改善の検証が可能なシステム開発
- まずは保険者・施設のケアの質評価から
- 英米でも10年以上かけてシステムとして改良を加え育てて来た．日本でも一歩ずつ

Nihon Fukushi University　CWS

日本への導入の課題（1）

1．基本構想と10カ年戦略が欲しい

①要介護認定や介護報酬や鑑査、情報の公表など関連する要素の組み合わせた国～事業所～チームレベルに及ぶTQMシステムの構想が欲しい

②10カ年戦略と当面2年間の計画が欲しい

Nihon Fukushi University　CWS

日本への導入の課題（2）

①現場が納得する「評価すべき要素」の抽出から→ケアの質の改善主体である現場が納得する評価指標

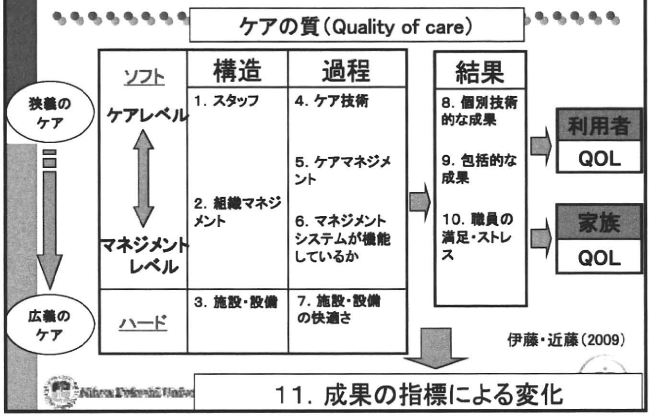
②データの入手方法

A. 要介護認定データ

B. 独自調査データ

まずはAから着手したい

評価の枠組みと構成要素



5. お願い＆ご相談

- データのご提供
  - 要介護認定データ
  - 既存データでは不十分な場合，独自データの収集？
- グループインタビューを2～3回？
  - どのような要素を評価すべきか？
  - どのような指標ならOKか？
  - 指標がケアの質を反映しているか？

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

事業所内における「ケアの質マネジメント」の仕組みに関する事例調査研究

研究分担者　平野　隆之　（日本福祉大学社会福祉学部教授）
研究協力者　伊藤　美智予（日本福祉大学健康社会研究センター主任研究員）

研究要旨

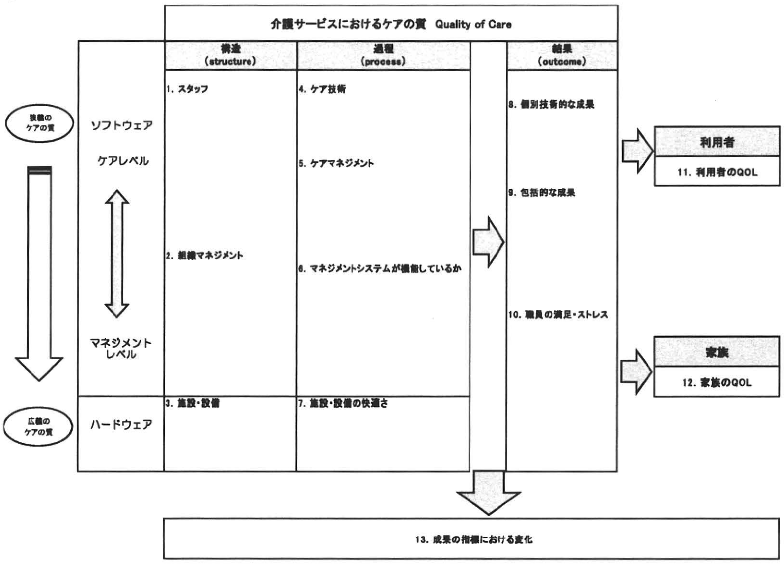
本研究では，特に組織運営に着目し，先進的な取り組みを行っている特養ホームのケアの質向上のマネジメントに関する事例調査を行う．同施設ケアの質向上のためのマネジメントから，新たに「クオリティマネジメント」の機能を抽出した結果，ケアの質向上における「リスクマネジメント」の制約を克服する機能をもち，ケアの場・技術の要素とマネジメントの要素を融合させる役割を果たし、それを実現するためには，クオリティマネジャーの存在が必要となる．クオリティマネジャーは，単にケアの質の向上を目指すというものではなく，究極的には，質改善のための組織風土を作りあげることを目的とする．

A. 研究目的

本厚生労働科学研究班の「ケアの質評価」ワーキンググループにおける研究テーマは，「ケアの質向上のためのマネジメントシステム」のあり方について検討することである．その実現のために，2つの研究テーマを設定した．１つは，アメリカやイギリスの諸外国で先行した実績をもつ「ベンチマークシステムの開発」の分析であり，もう１つは、実態が不明な「事業所内のケアの質マネジメント」がどのように機能しているかについての事例分析である．両者は，システムとその運用課題といった相互補完的な関係をもち，ケアの質向上の両輪として役割をもっている．

「ベンチマークシステムの開発」では，ケアの質の量的指標群を用いた評価により施設間の相対的位置づけや経年的変化を把握できるため，ケアの質向上に寄与することが期待される．一方，他稿で論じたように現状で作成可能な評価指標にはケアの要素に着目したものが多い．

特別養護老人ホーム（以下，特養）におけるケアの質を直接ケア技術や「ケアの要素」に限定する立場もあり得る．しかし，全体的なケアの質向上を目指すためには，チームによるケアマネジメントレベル，さらには組織運営のマネジメントレベルまでを含む包括的概念として捉える必要がある（**図表1**）[1]．組織上の仕組みとして維持されない限り，ケアの質は、ケアワーカーの課題や責任にきされてしまう．



図表1. 特養におけるケアの質の構成要素