

ケアプロセスの標準化とモニタリングに関する研究動向

小林 健一（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 上席主任研究官）
大冢賀政昭（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 研究員）
森川 美絵（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 特命上席主任研究官）
玉置 洋（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 上席主任研究官）
福田 敬（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 部長）

研究要旨 長期ケアを安全かつ効果的に提供する方法の 1 つは、医学や看護の知識を反映したベストプラクティスに基づいて「すべきことをする」ための基準を設定することであり、その意図は、施設のケアサービス提供者や職員が従う必要のある最低限の要件という設定から様々な状況において「理想的な」ケアの明確化へ移行することにある。実践内容の標準化は、ケアプロセスを望ましいレベルのケアの質に高めるより効果的な（願わくはより効果的な）解決方法を見出す 1 つの方法とされている。

本分担研究課題では、OECD 諸国における長期ケアニーズアセスメントについて、特にケアニーズを評価、アセスメントするプロセスがどの程度標準化されているかに注目しながら概説した上で、ケアの質のモニタリングの方針について検討した。

研究の結果、アセスメントツールの標準化は一定程度進んでいるが、アセスメント結果をどのように個人のニーズや状況に合わせてケア提供を行うかといったことへの応用は発展途上にあることが明らかになった。標準化アセスメントを使用している OECD 諸国の多くでは、標準化されているアセスメントのプロセスと個人に合わせたケアプランの立案プロセスをはっきりと区別しているが、後者の方法論についての国際的な知見は示されていない状況にある。カナダにおいて *integrated care pathways (ICPs)* というニーズアセスメントから個人のケアプラン立案までの統一的方法論が参考になり、この中でコンピュータによる標準化がすすめられており、こうした取り組みを参考にしつつ、我が国においても全国レベルでのデータを活用したニーズアセスメントから個人のケアプラン立案までの統一的方法論の開発が求められるものと考えられた。

A. 研究目的

長期ケアを安全かつ効果的に提供する方法の1つは、医学や看護の知識を反映したベストプラクティスに基づいて「すべきことをする」ための基準を設定することであり、その意図は、施設のケアサービス提供者や職員が従う必要のある最低限の要件という設定から様々な状況において「理想的な」ケアの明確化へ移行することにある。実践内容の標準化は、ケアプロセスを望ましいレベルのケアの質に高めるより効果的な（願わくはより効率的な）解決方法を見出す1つの方法とされている³。

このアプローチでは、規則の持つ欠点の一部、たとえば厳格な基準は画期的なイニシアチブや管理上の創造性を抑圧するという事実を克服できる。ニーズのアセスメントやケアの実践の基準が設定されると、この基準を用いたモニタリングや外部監視の方針によって方針作成者やケアサービス提供者が、是正措置を講じる前に所定の基準点からの逸脱を評価できるようになる。

ニーズのアセスメントやケアプロセスの標準化とケアプロセスや転帰のモニタリン

グは、個々人のニーズを体系的に明らかにし、特定の状況におけるケアのばらつきを最小限に抑え、ケアサービス提供者によるケアの質の向上を促す効果的な手段となり得る。OECD 諸国の多くでは、この方針の導入が、長期ケア利用者のニーズに関する情報を記録するアセスメントツールの使用とともに行われている。

これらの改善は、ケアプロセスや転帰を監視するモニタリング枠組み（利用者の機能的転帰のモニタリング、監査、質の指標、満足度調査の実施など）の改善と合わさると最大化され得る。このようなモニタリング手段によって、ケアプロセスが長期ケア利用者のニーズを満たしている程度に関して方針作成者、ケアサービス提供者、市民に対してフィードバックが行われる。

本分担研究課題では、まず OECD 諸国における長期ケアニーズアセスメントについて、特にケアニーズを評価、アセスメントするプロセスがどの程度標準化されているかに注目しながら概説した上で、ケアの質のモニタリングの方針について検討する。

プロセスの標準化とモニタリングに関する EU 報告書などを概括した。

B. 研究方法

OECD のポリシーペーパー「A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care」を中心に、ケ

1) OECD 諸国におけるニーズアセスメントの標準化の状況

全ての OECD 諸国では、長期ケアサービ

C. 研究結果

ス受給者の障害レベルの評価やサービス受給資格の判定に包括的（ケア）ニーズアセスメントを使用している（表 2-1）。

ニーズのアセスメントは、ケアの異なる

³ OECD(2013). A Good Life in Old Age? - Monitoring and Improving. Monitoring

and Improving Quality in Long-term Care.

段階で実施することができ、長期ケア利用者の身体や認知機能の状態の変化を追跡する非常に有用な手段である。

OECD 諸国では、個々のケアプランの立案を改善するために標準化アセスメントツールを採用する国が増加している。このツールは、臨床医、看護師、訓練を受けた長期ケアワーカー、ケースマネジャーのいずれかが、長期ケア利用者の身体的、認知的、機能的ニーズを見極め、尺度や指標で障害レベルを判定する目的で使用される。このツールには、ケアプロセスを正常化し易くなったり、実践ガイドラインやグッドプラクティスのプロトコルを適用したりするなどの効率的な方法によってケアプロセスが望ましい基準点や望ましいレベルの質に進むのに役立つ等の利点がある。

現在、世界共通のニーズアセスメントツールはないものの、異なる国で使用されているツールに類似性がある。多くの特定領域における一連の調査票に対して、個人の機能的能力やニーズを調べるものである。国や地域によっては、標準化ツールを介護施設入所者のアセスメントに使用しており、各長期ケア利用者に関する身体的、機能的、心理社会的な基本情報を収集することができる。

例えば、Resident Assessment Instrument (以下「RAI」) は、カナダ 1、フィンランド、アイスランド、イタリア、米国 (メディケア及びメディケイド)、スペイ

ンにおいて長期ケアニーズ (特に介護施設) のアセスメントに使用されている。

フランスの AGGIR (Autonomie, Gerontologie, Groupe Iso-Ressourcaes) スケールでは、個人を 6 レベルの依存度に分類する^{4,5}。

ベルギーでは、2 つのアセスメントツール (KATZ 及び RAI) が使用されている。このような調査は、ケアサービス提供者のケアプラン立案に役立つ指標やスケールを提示し、様々な状況においてケアの連携を支援できる。

RAI が採用されている国では、ケアの様々な状況で用いられる標準化アセスメント基準を定めており、在宅ケアなどの特定の設定に合わせることもできる。

個人の臨床的ニーズや認知機能的ニーズのアセスメントに加えて、数多くの国々では、社会的側面や生活の質に関する側面に関連した質問をニーズアセスメントに盛り込んでいる。例えば、スウェーデンでは、ケアマネジャーとソーシャルワーカーが個人に特有の状況を考慮し、家族、友人、長期ケアサービス利用申請者本人と話し合う。

通常、アセスメントは、ケアサービス利用申請時及び定期的に行われる。カナダでは、ほとんどの自治体がアセスメントを介護施設入所後 14 日以内に行い、以後の入所期間は 3 ヶ月ごとに行うよう義務付けている。

フィンランドでは、各入所者のデータを介護施設入所時、6 ヶ月に 1 回、又は状態

⁴ Service-Public.fr (2012), <http://vosdroits.service-public.fr/F1229.xhtml>, Paris, accessed on 8 September 2012.

⁵ Da Roit, B. and B. Le Bihan (2010),

“Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six Different European Countries’ Long-Term Care Policies”, *Milbank Quarterly*, Vol. 88, No. 3, pp. 286309.

が変化した時に収集している。

米国の場合は、包括的アセスメントの中核としてケア開始時、60日後、退所時にデータを収集し、これらのデータは、サービス利用者の臨床記録の中核を成す。

ニーズアセスメントに関わる専門職は、研修を受けた臨床医（カナダなど）、集学的チーム（ベルギー、フランス、ドイツ、ポルトガルなど）、研修を受けたソーシャルワーカー又はケアマネジャー（スウェーデン、フィンランドなど）である。

ニーズアセスメント調査の結果は、個人に合わせたケアプランの作成に利用される。例えば、米国では、メディケア又はメディケイドから報酬を受け取っている介護施設は、入所者ごとに包括的ケアプランを立案しなければならないが、このケアプランには、入所者の医学的、看護的、精神的、心理社会的ニーズを満たす評価可能な目標と日程が記

載される⁶。

RAI の用紙は、このケアプランを監視し、長期ケア利用者の情報を収集しやすくする目的で使用される。

アセスメント情報は、資源配置計画と関係していることがある。例えば、RAI アセスメントツールは、Resource Utilisation Group (RUG-III) の計算に用いられるが、このグループは介護施設や在宅ケアサービス提供者の報酬の基盤として使用される。フィンランドでは、RAI データを用いてサービスの料金を算出しているが、報酬を得るためにデータを提出する義務はない。米国では、Outcome and Assessment Information Set (以下「OASIS」)において、在宅ケア資源グループを設定し、ケアニーズレベルの異なるサービス利用者に対する報酬を決定する目的でデータが使用されている^{7,8}。

表 2-1 適格性の標準的アセスメントと臨床ガイドライン⁹

	適格性と依存度の標準的アセスメント	臨床ガイドライン/プロトコール
ベルギー	KATZによる評価（簡易評価）	
デンマーク	地域の優先順位付けの一環として地域での支援レベルを判定し、事例ごとに具体的な個人アセスメントに基づいて個人に対する支援について決定を行うが、このアセスメントは地域レベルの社会サービスより前に行う（EU peer review-	

⁶ CMS – Centers for Medicare and Medicaid Services (2011), “Ch 4: CAA Process and Care Planning of CMS’s RAI Version 3.0 Manual”, Centers for Medicare and Medicaid Services, October, Washington, DC.

⁷ Mor, V. (2007), “Defining and Measuring Quality Outcomes in Long-term Care”, Journal of the American Medical Association, Vol. 8(3), Suppl. No.

2, pp. e129-137.

⁸ Mot, E. (2010), “The Dutch System of Long-term Care”, CPB Document, No. 204, March.

⁹ Colombo, F. et al. (2011), “Help Wanted: Proving and Paying for Long-Term Care”, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.

	Closing the gap, 2011-5662)。	
フィンランド	国が義務付けている標準的アセスメントはない。地方自治体がニーズのアセスメントや適格性基準に責任を負う。RAI（施設及び在宅）は多くの地方自治体が使用しており、長期ケア利用者の約30%に適用されている。	新しい高齢者介護法（Elderly Care Act）により、保健（及び医療）のアセスメント、臨床治療ガイドライン、総合的な作業方法が統合される。
アイスランド	RAI MDS 2.0	ケアプラン立案のための臨床及びケアガイドラインが盛り込まれた RAI MDS 2.0 に基づく。
日本	ある。74 項目のアセスメント基準で構成される国が標準化した制度により、1~8 のケアの必要性に分類される。	在宅での痰吸引や経管栄養などの日々の「医療」のためのカリキュラムが、認定ケアワーカーのプログラムやその他のケアワーカー向け研修コースに新たに追加されている。 「医療」を行うための追加研修を終えた認定ケアワーカーとその他のケアワーカーは、その処置を実施できる（社会福祉士及び介護福祉士法の改訂）。
リトアニア	患者の介護認定アセスメントは、外来医療期間や在宅で看護サービスが担当する（Order of the Minister of Health No.V-1026, 2007）。	
マルタ	ケア基準案が作成された。その他の臨床的側面や社会的ケアは定期的に公表されている（異常気温からの脆弱高齢者保護に関するガイドラインなど）。	
ポルトガル	利用者の生物心理社会的評価を行う総合的アセスメント法	
スウェーデン	全国的基準はない。単一のエントリーシステムを通じて、地方自治体のソーシャルワーカー、ケアマネジャーがアセスメントを行う。地方自治体がサービス利用資格（レベル、適格性、基準、資格）を判定する。ケアプランの立案が義務付けられている。	認知症患者のケアに関する全国ガイドライン（個人中心的アプローチ及び多職種チームに基づく仕事、脳卒中ケア、糖尿病ケア、成人歯科ケアに重点を置く）

2) OECD 諸国におけるデータ収集の状況

カナダ Canadian Institute for Health Information

(以下「CIHI」)は、カナダの病院や長期介護施設で継続的にケアサービスを受けている人の人口統計、臨床、機能、資源活用に関する情報を収集するために、Continuing Care Reporting System (以下「CCRS」)を構築し、管理している。また、参加機関は、施設の特徴に関する情報を提供して、比較報告や基準に基づく評価を支援している。CCRSの臨床データ基準は、国際的調査ネットワークのinterRAIが策定し、カナダでの使用に対する許可を得て修正された。interRAI Resident Assessment Instrument Minimum Data Set (RAI-MDS 2.0)は、介護療養型病院の入院患者や長期介護施設入所者の嗜好、ニーズ、長所の把握に用いられている。また、提供されるサービスの寸評も提供する。ケア実施時に電子的に収集される情報は、現場のケアプラン作成やモニタリングにおけるリアルタイムでの決定を支援する。CCRSは参加機関に電子報告書を提供するが、これには集団のプロフィール、サービス、及び質を示す指標を含む転帰が記載されている。この報告書は、臨床的な品質の向上を推進する人々、マネジャー、方針策定者が計画立案、質の向上、説明責任を目的に使用する。また、CIHIのウェブサイトから、州/準州によっては各品質担当機関からも情報を入手できる。州/準州の大半はCCRSに報告を行っているが、一様に実施されているわけではないため、地理的地域間で常に指標を比較出来るとは限らない。うつ病(行動上の症状を伴う)、疼痛、転倒、褥瘡の品質指

標に関する情報は、2012年に州間比較とともに公表され、CIHIから最新報告書が2013年に初めて発表された¹⁰。

フィンランドの公認サービス提供統計は、病院ケアと居住型ケア(施設ケアや24時間介護付き居住施設を含む)に関する通知義務や定期的な在宅ケア利用者の年次横断的データ収集に基づいている。これらのデータは、全国で収集、報告される。データには、拘束、抗生物質、向精神薬の使用、疼痛、褥瘡、栄養、移動性に関する指標が含まれている。最も情報量の多い品質指標は、2000年に設置されたRAIアセスメントツールを使用する自発的な品質向上ネットワークで得られたものである。地方自治体によっては、居住型ケアのサービス調達契約の一部として、RAIに基づく品質情報が必要になる¹¹。

スウェーデンでは、地方自治体が調査を行って年1回情報を収集する。地方自治体は、高齢者向けケアサービスの展開に対する国からの報酬を受け取るために情報提供を義務付けられている。保健福祉庁が作成したウェブサイト「Elderly Guide」は、全地方自治体におけるケアの質に関する情報を高齢者とその家族に提供している。全地方自治体や特別仕様住宅、家事支援サービス、デイケアサービス部門に関する質の高いデータが含まれている。利用しやすさ、利用者の関わり、人員の配置、ケアサービス提供者の研修や定着性、利用者の自立性、食事、介護を担う家族への支援、医師の関わり、予防的看護及びサービス、管理、フォローアップ、情報の入手しやすさなどの

¹⁰ Center for Health Systems Research and Analysis (2013), www.chsra.wisc.edu/, accessed on 21 May, 2013.

¹¹ JPHA (2011),

www.kantei.go.jp/jp/singi/kinkyukoyou/suisinteam/TF/kaigo_dai4/sankou3.pdf, Tokyo, accessed on 30 August 2012.)

36の指標が報告されている¹²。Elderly Guideに記載されている情報は、主に特別な調査で得られ、それより割合は少ないが登録データから処理されたものもある¹³。

D. 考察

OECD諸国におけるアセスメントツールの標準化は一定程度進んでいるが、標準化されたアセスメントをどのように個人のニーズや状況に合わせてケア提供を行うかといったことへの応用は発展途上にある。標準化アセスメントを使用しているOECD諸国の多くでは、標準化されているアセスメントのプロセスと個人に合わせたケアプランの立案プロセスをはっきりと区別しているが、後者の方法論についての国際的な知見は示されていない。ただし、この報告書で例を挙げたカナダにおいては、標準的アセスメントツールを活用したコンピュータによるケアプランの標準化の研究が進められている^{14,15}。

日本では、要介護認定における標準化されたニーズアセスメントのプロセスが国際的な観点からは、制度の長所の1つとして捉えられている。

標準化された調査票を用いてアセスメントを行ってから、コンピュータアルゴリズム

ムで必要なケアの時間(分)や受け取る給付の量を決定するという科学的なアセスメントを行うため、恣意性や政治的圧力が入り込む余地はほとんどないことに特徴があるが、ケアプランの内容は、利用者がケアマネジャーと一緒に「自由に」決定するが、その標準化が課題となっている。

そのような点において、前述のカナダの取り組みは注目に値するであろう。

E. 結論

本研究課題では、OECD諸国におけるアセスメントツールの標準化やケアのモニタリングへの活用状況について概括した。

その結果、アセスメントツールの標準化は一定程度進んでいるが、アセスメント結果をどのように個人のニーズや状況に合わせてケア提供を行うかといったことへの応用は発展途上にあることが明らかになった。

標準化アセスメントを使用しているOECD諸国の多くでは、標準化されているアセスメントのプロセスと個人に合わせたケアプランの立案プロセスをはっきりと区別しているが、後者の方法論についての国際的な知見は示されていない状況にある。

カナダにおいて integrated care pathways (ICPs) というニーズアセスメントから個人

¹² Leichsenring, K. (2010), "Achieving Quality Long-term Care in Residential Facilities", Discussion Paper for the Peer Review 2010, Germany, www.peer-review-social-inclusion.eu

¹³ Socialstyrelsen (2009), "Care of Older People in Sweden 2008", December, www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17857/2009-12-6.pdf.

¹⁴ Dubuc, N., Bonin, L., Tourigny, A., Mathieu, L., Couturier, Y., Tousignant, M., Raïche, M. (2013). Development of integrated care pathways: toward a care

management system to meet the needs of frail and disabled community-dwelling older people. *International journal of integrated care*, 13(2).

¹⁵ Colli, N. D., Dubuc, N., Bonin, L., Dubuc, S., Laramée, P., & Rossel, C. (2016). Perspectives of Technology Users on the Eve of Innovation Deployment: the Case of Integrated Care Pathways (ICPs). *International Journal of Integrated Care*, 16(6).

のケアプラン立案までの統一的方法論が参考になり、この中でコンピュータによる標準化がすすめられており、こうした取り組みを参考にしつつ、我が国においても全国レベルでのデータを活用したニーズアセスメントから個人のケアプラン立案までの統一的方法論の開発が求められるものと考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし