

# (7) 介護保険制度におけるサービスの 質の評価に関する調査研究事業 (結果概要)

# (7). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

## 1. 調査の目的

- 持続可能な介護保険制度の実現に向け、より効果的・効率的な介護保険サービスの提供を推進する観点から、平成27年度介護給付費分科会審議報告、産業競争力会議、成長戦略等においても、介護保険サービスの質の評価の在り方について検討を進めることが求められている。
- 平成25年度事業においては、国内外における質の評価に向けた先行的な取り組みの収集・精査を行い、質の評価に向けた仕組みづくりを構築していく上での現状把握と課題、今後の方向性の整理・検討を行った。
- 平成26年度事業においては、介護保険制度におけるサービスの質の評価に向けた仕組みの検討を進めるため、介護保険制度におけるサービスの質の評価手法の検討に向けて、継続的に蓄積が必要なデータの検討を行い、心身機能に関するデータ項目案(以下、データ項目ver.1)を作成した。

## 2. 調査方法

- 平成27年度においては、平成25年度、平成26年度の事業結果を受け、介護保険制度におけるサービスの質の評価手法の確立に向けて以下を実施した。
  - ①質の評価のあり方の検討  
平成26年度事業において作成したデータ項目ver.1を、介護老人保健施設・居宅介護支援事業所から収集し、データ収集可能性及びハザードの発生を予測する際のデータの妥当性(ハザードの発生を予測するアセスメント項目としてふさわしいか否か)の検証を行い、質の評価に必要なデータ項目案(データ項目ver.2)の作成を行った。
  - ②自治体等の先駆的な取組の検証  
先駆的に介護保険制度におけるサービスの質の評価に取り組む自治体に対して、事業の取組経緯や事業の内容・課題等に関するヒアリング調査を行い、実現可能な評価の在り方やその課題等に関して検討を行った。
  - ③質の評価に資するアセスメントのあり方の検討  
将来的に介護保険制度におけるサービスの質の評価に必要なデータ項目案を収集することを見据え、現状のサービス提供の現場で収集している心身機能に関するデータ(アセスメント様式)とデータ項目ver.1との関係性の整理・検討を行った。

# (7). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

## 3. データ項目ver.1作成プロセス(平成26年度事業での検討経緯)

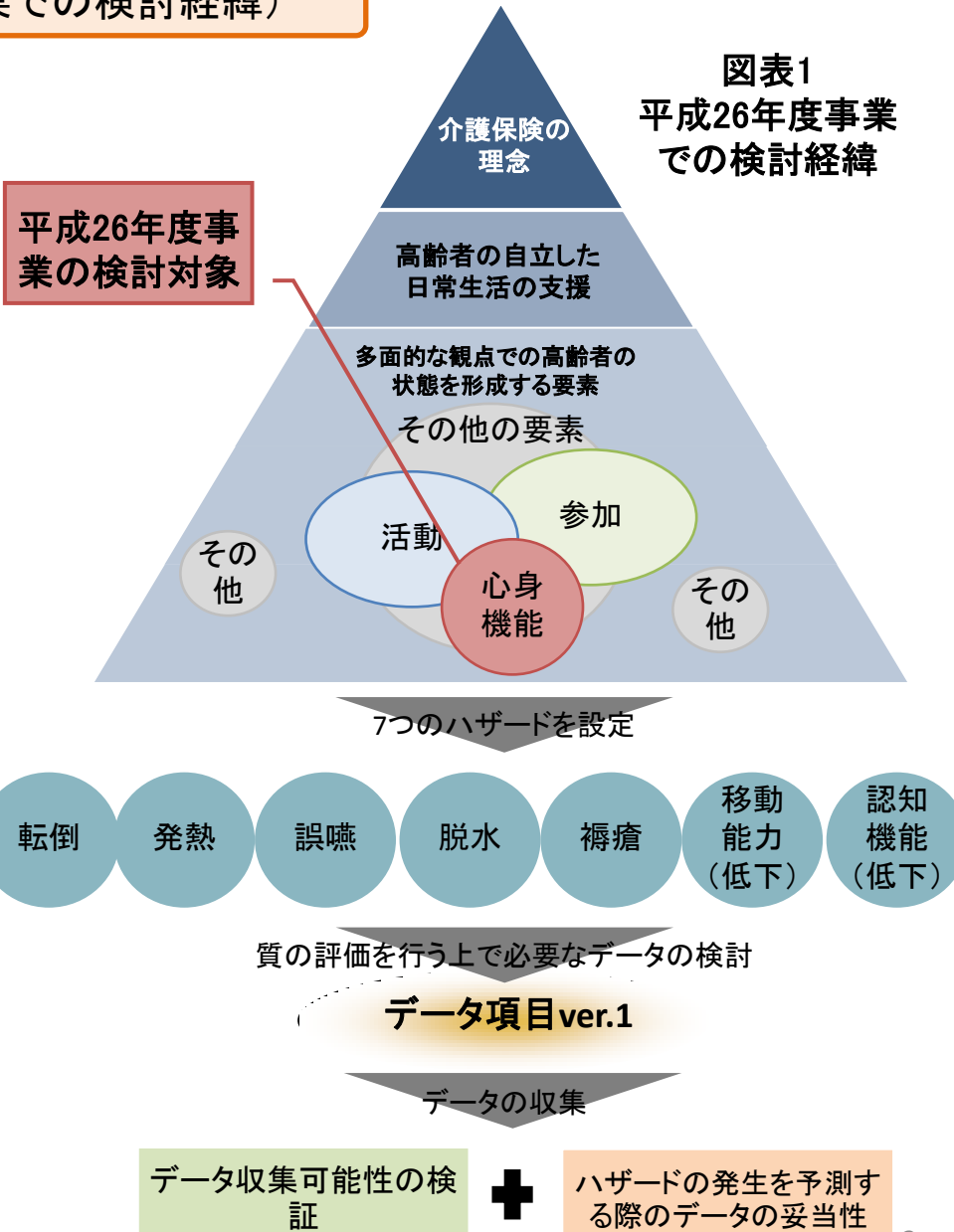
○介護保険サービスの目的は、「介護保険の理念の実現(高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすること)」である。そのため、介護保険サービスの質の評価を行うにあたっては、サービスの介入により、多面的な観点で、高齢者の自立した日常生活がどのように支援されたかを捉え、評価することが必要である。

○そこで平成26年度事業においては、まず定量的な評価が比較的容易な高齢者の状態の一面を把握するため、高齢者が自分らしく生きていくための「生活機能(心身機能・活動・参加)」の要素のうち、「心身機能」に着目し、質の評価を行う上で必要なデータ項目について検討を行った。

○高齢者の自立した日常生活支援を目的としたサービスの評価にあたっては、サービス介入前後の高齢者の心身機能に関する状態を継続的に把握し、モニタリングすることが必要である。

○そこで、高齢者に発生しうる自立支援の障害となるリスクを適切に把握するため、施設・居宅の双方で高齢者に高頻度で起こりうる7つのハザード※(「転倒」「発熱」「誤嚥」「脱水」「褥瘡」「移動能力の低下」「認知機能の低下」)を先行研究等を参考に特定し、その発生を予測するための高齢者の状態把握を行うために必要なデータの検討を行った。(データ項目ver.1の作成)

※ハザード…危険性又は有害性(高齢者の自立支援に及ぼす障害の大きさ)



## (7). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

### 4. データ項目ver.1の収集・分析結果①

○データ項目ver.1を、介護老人保健施設・居宅介護支援事業所から入力ツールを通じて収集し、データ収集可能性及びハザードの発生を予測する際のデータの妥当性の検証を行った。

○収集にあたっては、全国老人保健施設協会・日本介護支援専門員協会の協力の下、以下のスキームで収集を行った。(図表2)

図表2 データ項目ver.1の収集施設・事業所一覧

		介護老人保健施設	居宅介護支援事業所
協力予定事業所		<ul style="list-style-type: none"><li>478施設</li><li>利用者4,480名</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>302事業所</li><li>利用者1,167名</li></ul>
入力実施者 ※入力代行可		支援相談員及び介護支援専門員 374名	介護支援専門員 229名
入力対象	第1回目	<ul style="list-style-type: none"><li>260施設</li><li>利用者1,768名</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>180事業所</li><li>利用者1,050名</li></ul>
	第2回目	<ul style="list-style-type: none"><li>191施設</li><li>利用者1,181名</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>73事業所</li><li>利用者322名</li></ul>
入力方法		入力ツールを通じてデータ項目ver. 1の収集を実施。	
入力時期		第1回目： (介護老人保健施設)平成27年9月30日～11月30日の間 (居宅介護支援事業所)平成27年9月24日～11月30日の間  第2回目：平成27年12月1日～平成28年2月29日の間	

(平成28年2月25日時点)

# (7). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

## 4. データ項目 ver.1 の収集・分析結果②

○データ収集可能性の検証にあたっては、データ項目 ver.1 の各項目の「把握できない場合の理由」の記入状況や「(2)基本動作」「(9)見当識」「(10)コミュニケーション」「(11)認知機能」「(13)歩行・移動」の下位動作と上位動作の逆転現象の発生※を把握し、データ項目 ver.1 の各項目が日常業務の中で継続的に収集・蓄積できるデータか否かの検証を実施した。

説明内の項目番号はデータ項目 ver.1 内の連番を示す。アセスメント情報(1)では基本動作・排泄・食事等の項目を設定。アセスメント情報(2)では各ハザードの過去の既往等の項目を設定。

○「把握できない場合の理由」の記入状況(記入率)はいずれも2%以下であったが、下位動作と上位動作の逆転現象の発生(発生率)は0.6%～60.5%であった。これらの発生理由は、各項目の定義の捉え方の誤解によるものもあったが、「下位動作と上位動作の逆転」ではなく、サービス提供の現場で実際に起こり得る事象であることも確認された。(図表3「主な発生理由」)

図表3 データ収集可能性の検証結果概要

データ項目 ver.1 (抜粋)			「把握できない場合の理由」の記入状況(%)		下位動作と上位動作の逆転現象の発生率(%)				主な発生理由			
					介護老人福祉施設		介護老人福祉施設		居宅介護支援事業所		項目間	時点間
					項目間 (n=2,723)	時点間 (n=1,105)	項目間 (n=1,342)	時点間 (n=309)				
(1) アセスメント情報	(2) 基本動作	寝返り	0.0	0.0	12.2	2.7	6.4	1.6	(座位の保持×→座位での乗り移り○)→ずっと座っていると斜めになり不安定だが、座位での乗り移りは見守りで可能。			
		座位の保持	0.0	0.0								
		座位での乗り移り	0.0	0.0								
		立位の保持	0.1	0.0								
アセスメント情報(2)	(9) 見当識	自分の名前	0.2	0.0	6.8	2.3	10.8	1.3	(その場にいる人×→どこにいるか○)⇒職員の名前はわからないが場所はわかる			
		その場にいる人	0.4	0.1								
		どこにいるか	0.3	0.0								
		年月日	0.2	0.0								
	(10) コミュニケーション	話言葉の理解	0.4	0.1	8.0	1.4	8.2	0.6	(書き言葉×→複雑な人間関係○)⇒失語症害がある。			
		日常会話	0.2	0.0								
		書き言葉の受容	0.2	0.3								
		複雑な人間関係	0.5	0.0								
	(11) 認知機能	意識障害	0.0	0.0	18.5	2.8	24.8	1.9	(長期記憶×→簡単な計算○)⇒昔のことは忘れていますが、簡単な計算はできる。			
		長期記憶	0.3	0.1								
		簡単な計算	0.2	0.1								
		時間管理	0.1	0.0								
(13) 歩行・移動	居室から別の部屋へと移動	0.0	0.0	17.0	5.4	60.5	8.1	(安定した歩行×→階段昇降○)⇒普段は車椅子だが、歩行練習は行っている。				
	安定した歩行	0.1	0.0									
	階段昇降	0.1	0.0									
	施設や自宅から外出	0.0	0.0									
	公共交通機関を利用して外出	0.04	0.0									
	移動用具の使用状況	0.0	0.0									

※下位動作と上位動作の逆転現象の発生…例えばデータ項目 ver.1 のアセスメント情報(2)の「(2)基本動作」においては「寝返り」「座位保持」「座位での乗り移り」「立位の保持」の4項目について「自分でやっている/自分で行っていない」を設定しており、「寝返り」を最下位動作、「立位の保持」を最上位動作としている。下位動作と上位動作の逆転現象とは、例えば「寝返り」を「自分で行っていない」人が「立位の保持」を「自分でやっている」という状況指しており、本検証においては、この視点で「項目間(例えば「寝返り」「座位保持」「座位での乗り移り」「立位の保持」といった項目間)」「時点間(第1回目と第2回目の時点間での発生状況(項目の組み合わせに応じて6パターン))」の下位動作と上位動作の逆転現象の発生(発生率)を確認している。S

# (7). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

## 4. データ項目ver.1の収集・分析結果③

○ハザードの発生を予測する際のデータの妥当性の検証にあたっては、データ項目ver.1作成にあたって対象とした7つのハザードに対する、データ項目ver.1の各項目の、発生率、相対危険度※を算出した。その結果、「転倒」「発熱」「誤嚥性肺炎」「脱水」「褥瘡」の各ハザードの既往のある群とない群で、3か月後のハザードの発生状況を確認したところ、比較的高い差が見られた(相対危険度:3.72～26.64)。(図表4)

図表4 ハザードの発生を予測する際のデータの妥当性の検証結果概要

データ項目ver.1(抜粋) 発生率=「下記( )内の該当者/全利用者数」で算出		n数	発生率 (%)	転倒	発熱	誤嚥性 肺炎	脱水	褥瘡	認知機能		移動・歩行	
									改善	悪化	改善	悪化
アセスメント 情報(1)	(2)基本動作・寝返り(自分で行っていない)	1,298	25.3					4.57				
	(2)基本動作・座位での乗り移り (自分で行っていない)	1,298	41.1					5.64				
	(3)排泄の状況・尿失禁(あり)	1,298	66.6			20.02						
	(3)排泄の状況・便失禁(あり)	1,298	47.5					6.17				
	(4)食事の状況・食事量の問題(問題あり)	1,298	16.6		1.86		9.79		2.33		2.19	
	(8)入院の有無(あり)	1,298	21.3					2.51		4.06		
	(9)在宅復帰の有無(あり)	992	10.9							1.80		
	(10)骨折の有無(あり)	1,298	4.5	1.75				5.03		4.84		
アセスメント 情報(2)	(1)転倒の有無(はい)	1,297	24.1	5.24				2.60		2.34	2.19	
	(2)発熱の有無(はい)	1,294	22.2		3.72	7.59	6.12					
	(3)誤嚥性肺炎の既往(はい)	1,295	3.6		2.50	20.78	6.18				2.09	
	(3)食事中のむせ(はい)	1,289	18.7				4.21					
	(3)食べこぼし(はい)	1,286	21.2						2.22			
	(4)脱水の有無(はい)	1,294	5.4		2.15	6.41	26.64		2.39	2.31	2.59	
	(5)褥瘡の有無(はい)	1,296	7.6					23.79				
	(7)認知機能・時間管理(できない)	1,296	61.5						2.56			
	(8)周辺症状・昼夜逆転(はい)	1,298	11.2	1.58					2.35			
(8)周辺症状・不適切な場所での排尿(はい)	1,297	5.2	1.66							1.94		
(9)歩行・移動・安定した歩行(いいえ)	1,297	73.9	1.64		6.90		6.62					
(9)歩行・移動・移動用具の使用状況(はい)	1,297	88.4		1.87								

※相対危険度…例えば「転倒」の場合、「(第1回目の入力で転倒の既往ありの人で、第2回目の入力で転倒が発生した割合) / (第1回目の入力で転倒の既往なしの人で第2回目の入力で転倒が発生した割合)」

P<0.05で有意なものうち、各ハザードの相対危険度の高いものから順に5つ表示。(セル内の数値は相対危険度)



# (7). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

## 5. 自治体等の先駆的な取組

○先駆的に介護保険制度におけるサービスの質の評価に取り組む自治体に対してヒアリング調査を行った。(図表5)

図表5 自治体等の先駆的な取組ヒアリング調査結果概要

	東京都品川区	神奈川県川崎市	岡山県岡山市
事業名	要介護度改善ケア推奨事業	「かわさき健康福寿プロジェクト」 モデル事業	デイサービス改善インセンティブ事業
理念・目的	<p>入所・入居施設における良質な介護サービスの提供により、入所・入居者の要介護度が軽減された場合に、その軽減に至るサービスの質を評価し、奨励金を支給することにより、当該施設職員の意欲向上を図るとともにさらに質の高いサービスの提供が継続的に行われることを推進する。</p> <p>※入所・入居者の要介護度が軽減した場合、介護報酬が減額となる部分を補填する側面もある。</p>	<p>介護サービス事業所による要介護度、ADL、IADL又はQOLの維持・改善の取組結果に応じた報奨、表彰、公表等の仕組みを構築し、もって、事業所の評価を高め、介護サービスの質が評価される新たな仕組みの導入を目指す。</p>	<p>介護サービスの質の評価を実施し、積極的に利用者の状態像の維持改善に努める事業所にインセンティブを付与することで、質の高い事業所を増やし、市内事業所のサービスの質のボトムアップを図る。</p>
開始時期	平成25年度	平成26年度（モデル事業開始時期）	平成26年度
対象サービス	品川区施設サービス向上研究会(H26:13施設)に参加する社会福祉法人等が運営する高齢者施設が対象(特養、老健、特定施設)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成26年度は介護老人福祉施設、居宅介護支援</li> <li>・平成27年度は評価対象者の利用するサービス全般(対象サービスの種別に特に制限なし。)</li> </ul>	通所介護
評価項目	要介護度	<p>【アウトカム指標】 要介護度、ADL、IADL (QOLも検討中)</p>	<p>【ストラクチャー指標】 ①外部研修への参加状況 ②岡山市主催の研修会の参加回数 ③認知症高齢者の受け入れ人数 ④機能訓練指導員の常勤換算人数 ⑤介護職員のうち介護福祉士の常勤換算人数 【アウトカム指標】日常生活機能評価</p>

# (7). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

## 6. 質の評価に資するアセスメントのあり方の検討結果①

○現状サービス提供の現場で使用しているアセスメント様式とデータ項目ver.1との情報の整理を行い、データ項目ver.1の収集上の課題を整理した。対象とした様式は以下のとおり。また、整理にあたってはワーキングを設置し、検討を行った。

### 【対象様式】

インターライ方式(居宅版・施設版)／MDS-HC2.0方式／居宅サービス計画ガイドライン方式Ⅷ／日本訪問看護振興財団方式／日本介護福祉士会方式／ケアマネジメント実践記録様式ver.4.0／TAI方式／TAI-HC方式／R4(通所・入所)

### 【WG体制】

◎は委員長

工藤英明(青森県立保健大学健康科学部社会福祉学科 講師)	◎藤井賢一郎(上智大学総合人間科学部 准教授)
柴口里則(日本介護支援専門員協会 副会長)	水上直彦(社会福祉法人清祥会特別養護老人ホームこすもす理事)

表内の記号について

- ◎ 完全一致
- アセスメント様式には無いが、事業所が持つ情報
- △ 部分一致(紐づけ可)
- × 部分一致(紐づけ不可)
- 該当項目なし
- ／ 該当しない

図表6 質の評価に資するアセスメントのあり方の検討結果

データ項目ver.1(抜粋)			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
			インターライ方式(居宅版)	インターライ方式(施設版)	MDS-HC2.0方式	居宅サービス計画ガイドライン方式	日本訪問看護振興財団方式	日本介護福祉士会方式	ケアマネジメント実践記録様式	TAI方式	TAI-HC方式	R4(通所)	R4(入所)
アセスメント情報(1)	(2)基本動作	寝返り	×	×	×	△	△	△	△	×	×	◎	◎
	(2)基本動作	座位の保持	—	—	—	△	△	△	△	×	×	◎	◎
	(2)基本動作	座位での乗り移り	×	×	△	△	×	△	△	×	×	◎	◎
	(2)基本動作	立位の保持	×	×	—	×	×	△	△	×	×	◎	◎
	(3)排泄の状況	尿失禁	△	△	△	△	△	△	△	×	×	—	—
	(3)排泄の状況	便秘禁	△	△	△	—	△	△	△	×	×	—	—
	(3)排泄の状況	バルーンカテーテルの使用	△	△	△	△	△	△	△	×	×	△	△



# (7). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

## 6. 質の評価に資するアセスメントのあり方の検討結果②

図表6 質の評価に資するアセスメントのあり方の検討結果(つづき)

データ項目 ver.1 (抜粋)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
		インターライ方式(居宅版)	インターライ方式(施設版)	MDS-HC2.0方式	居宅サービス計画ガイドライン方式	日本訪問看護振興財団方式	日本介護福祉士会方式	ケアマネジメント実践記録様式	TAI方式	TAI-HC方式	R4(通所)	R4(入所)	
アセスメント情報(1)	(4) 食事の状況	食事の回数	—	—	—	—	—	◎	◎	—	—	—	—
	(4) 食事の状況	食事量の問題	—	—	△	—	—	—	△	—	×	—	—
	(5) 視力の状況		△	△	△	△	△	△	△	△	△	×	×
	(6) 薬の状況	服薬状況	△	△	△	◎	△	◎	◎	—	—	—	—
	(6) 薬の状況	「1. 薬を飲んでいる場合」薬の種類	△	△	△	—	△	△	—	—	—	—	—
	(7) 歯の状態	義歯の有無	◎	◎	—	△	—	△	◎	×	—	—	—
	(7) 歯の状態	歯磨きの実施状況	×	×	×	×	△	×	×	—	—	◎	◎
	(8) 過去3か月間の入院の有無		△	△	△	—	—	—	×	—	—	—	—
	(9) 過去3か月間の在宅復帰の有無		△	○	○	△	○	○	○	○	○	△	○
	(10) 過去3か月間の骨折の有無		×	×	△	×	△	—	—	—	—	—	—
アセスメント情報(2)	■転倒	(1) 過去3か月以内に転倒をしましたか	△	△	△	×	×	×	×	×	△	×	×
	■発熱	(2) 過去3か月以内に37.5度以上の発熱がありましたか	△	△	△	×	△	×	△	×	×	×	×
	■誤嚥	(3) 過去3か月以内に誤嚥性肺炎の既往がありますか	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	■誤嚥	(4) 食事中にむせることがありますか	—	—	—	—	×	—	—	—	—	—	—
	■誤嚥	(5) お茶を飲む時にむせることがありますか	—	—	—	—	×	—	—	—	—	—	—
	■誤嚥	(6) 口から食べ物がこぼれることがありますか	—	—	—	—	—	×	—	—	—	△	△
	■脱水	(7) 過去3か月以内に脱水状態になったことはありますか	△	△	△	×	△	×	△	×	×	×	×
	■褥瘡	(8) 過去3か月以内に褥瘡の既往がありますか	△	△	△	×	△	×	△	×	△	×	×
	■認知機能	(9) 見当識	自分の名前がわかりますか	—	—	—	◎	—	—	◎	×	×	◎
(9) 見当識		その場にいる人がだれかわかりますか	×	×	—	—	—	—	—	×	—	◎	◎
(9) 見当識		どこにいるかわかりますか	×	×	—	◎	—	—	◎	×	×	◎	◎
(9) 見当識		年月日がわかりますか	—	—	—	×	—	—	×	×	×	◎	◎

# (7). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

## 6. 質の評価に資するアセスメントのあり方の検討結果③

図表6 質の評価に資するアセスメントのあり方の検討結果(つづき)

データ項目 ver.1(抜粋)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
		インターライ方式(居宅版)	インターライ方式(施設版)	MDS-HC2.0方式	居宅サービス計画ガイドライン方式	日本訪問看護振興財団方式	日本介護福祉士会方式	ケアマネジメント実践記録様式	TAI方式	TAI-HC方式	R4(通所)	R4(入所)	
アセスメント情報(2)	■ 認知機能	(10)コミュニケーション 話言葉の理解はできますか	△	△	△	×	△	—	×	×	×	◎	◎
		(10)コミュニケーション 日常会話はできますか	×	×	△	×	△	×	×	—	×	◎	◎
		(10)コミュニケーション 書き言葉の受容はできますか	—	—	—	×	△	—	—	—	×	◎	◎
		(10)コミュニケーション 複雑な人間関係は保てますか	—	—	—	×	—	—	×	×	×	◎	◎
		(11)認知機能 意識障害がありますか	×	×	×	×	×	×	△	×	—	◎	◎
		(11)認知機能 長期記憶は保たれていますか	—	△	—	—	—	—	—	—	—	◎	◎
		(11)認知機能 簡単な計算はできますか	△	—	×	×	—	—	×	—	—	◎	◎
		(11)認知機能 時間管理はできますか	—	—	—	×	—	—	—	—	—	◎	◎
	■ 認知機能	(12)周辺症状 暴言・暴行はありますか	△	△	△	△	△	×	△	△	△	△	△
		(12)周辺症状 昼夜逆転はありますか	—	—	—	△	△	—	△	—	△	△	△
		(12)周辺症状 ケアに対する抵抗はありますか	△	△	△	△	△	—	△	—	×	△	△
		(12)周辺症状 不適切な場所での排泄はありますか	△	△	×	×	×	×	×	×	×	△	△
	■ 移動	(13)歩行・移動 施設や自宅内で居室から別の部屋へと移動していますか	—	—	△	—	—	△	—	△	—	◎	◎
(13)歩行・移動 安定した歩行をおこなっていますか		△	△	—	△	△	△	△	—	△	◎	◎	
(13)歩行・移動 階段昇降をおこなっていますか		△	—	×	—	△	—	—	—	—	◎	◎	
(13)歩行・移動 施設や自宅から外出していますか		△	—	△	△	—	△	△	—	△	△	△	
(13)歩行・移動 公共交通機関を利用して外出をおこなっていますか		×	—	×	—	×	—	△	—	—	◎	◎	
(13)歩行・移動 移動用具の使用状況		△	△	△	△	△	◎	△	△	△	△	△	

○ワーキングでの整理・検討結果、現行のアセスメント様式は、それぞれの様式で設問内容や定義が異なり、データ項目 ver.1と完全に一致する項目は非常に限定的であることが把握された。

○このため、例えば将来的に介護保険制度におけるサービスの質の評価に必要なデータ項目案を収集することを見据えた場合、データ項目 ver.1を現行のアセスメント様式と紐づけて収集するのではなく、モニタリング時に利用者の心身機能に関する情報であるデータ項目 ver.1を収集する、という施策案がワーキングにおいて示唆された。

## (7). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

### 7. 質の評価のあり方の検討結果①

○平成26年度事業で作成したデータ項目ver.1を、介護老人保健施設・居宅介護支援事業所から収集し、データ収集可能性及びハザードの発生を予測する際のデータの妥当性の検証(発生率、相対危険度の算出)、軽度者の状態像を把握するための新規項目の検討、データ収集のタイミングの検討を踏まえた表現の見直し(アセスメント→モニタリング)を行った上で見直したデータ項目(データ項目ver.2)は以下のとおり。(図表7)

図表7 データ項目ver.2 (下表下線部は、新規項目あるいは表現を見直した項目を指す。)

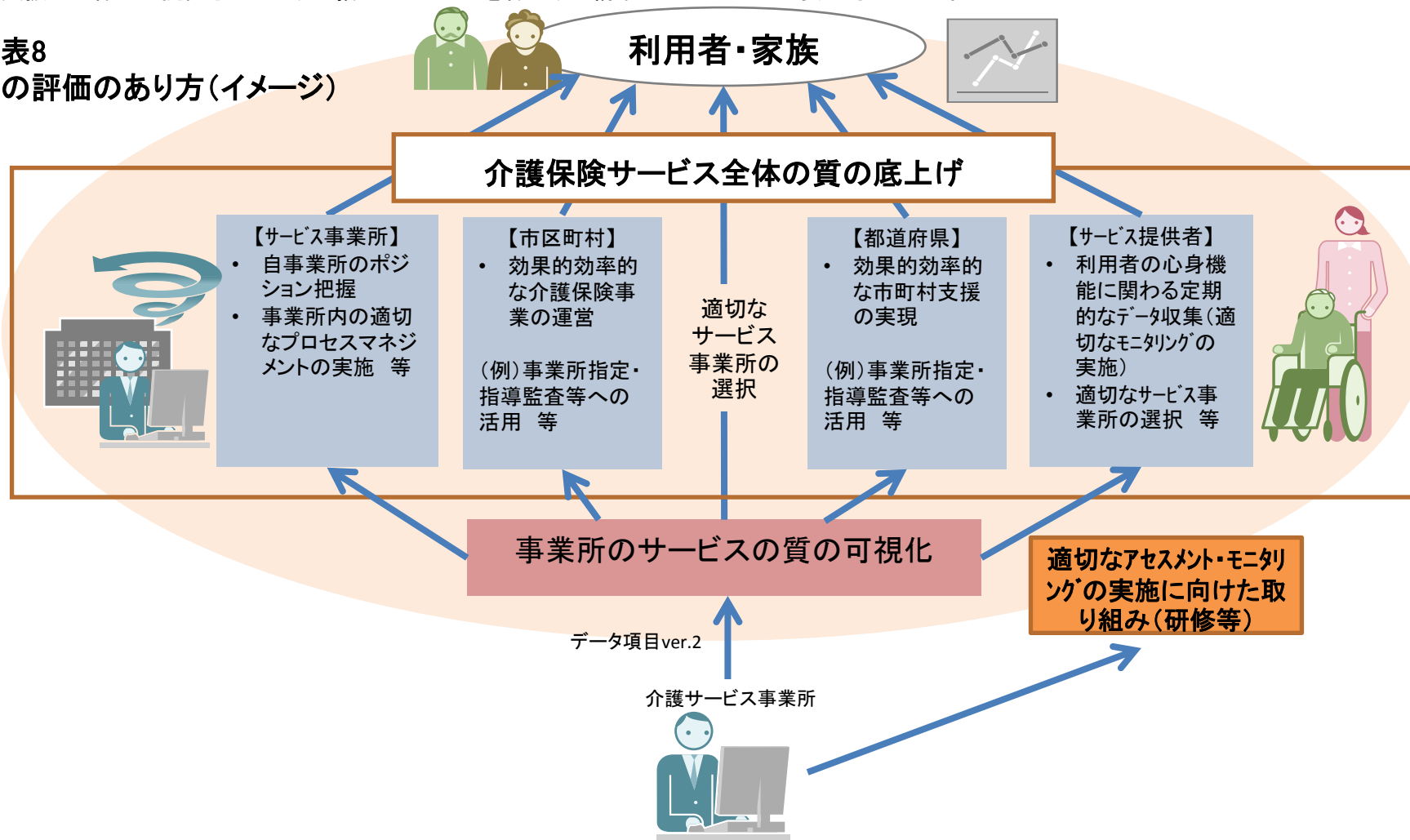
NO	分類	主な項目
①	登録情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 初回登録情報(サービス利用開始時期)</li> <li>● <u>モニタリング</u>実施者情報(基礎資格)</li> <li>● <u>モニタリング</u>時登録情報(<u>モニタリング</u>実施年月日、要介護認定日、要介護度有効期間、<u>モニタリング</u>理由、<u>モニタリング</u>中止理由、<u>モニタリング</u>中止年月日)</li> </ul>
②	<u>モニタリング</u> 情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>モニタリング</u>情報(1) ADLの状況、基本動作(寝返り・座位の保持・座位の乗り移り・立位の保持)、排泄の状況(尿失禁・便失禁・バルーンカテーテルの使用)、食事の状況(食事の回数・食事量の問題)、視力の状況、薬の状況(服薬状況・薬の種類・薬の種類数)、歯の状態(義歯の有無・歯磨きの実施状況)</li> <li>● <u>モニタリング</u>情報(2) <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 過去3カ月間の入院・在宅復帰・骨折の有無</li> <li>・ 過去3カ月間の各ハザードの既往(転倒、発熱、誤嚥性肺炎(嚥下機能の低下・摂食困難な状況も把握)、脱水、褥瘡)</li> <li>・ 認知機能(見当識・<u>コミュニケーション</u>・認知機能・周辺症状について4段階項目を設定)</li> <li>・ 歩行・移動(歩行・移動に関して4段階項目を設定)</li> </ul> </li> </ul>

# (7). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

## 7. 質の評価のあり方の検討結果②

○介護保険制度におけるサービスの質の評価を制度化にするにあたっては、報酬上の評価だけを念頭に置くのではなく、質の高い事業所と低い事業所を可視化することにより、行政だけでなく、利用者、サービス提供者、施設・事業所といった介護保険サービスに関わる関係者それぞれが納得感を持つ制度構築が望ましく、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを各地域で構築していく上では必要な対応となる。

図表8  
質の評価のあり方(イメージ)



# (7). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

## 7. 質の評価のあり方の検討結果③

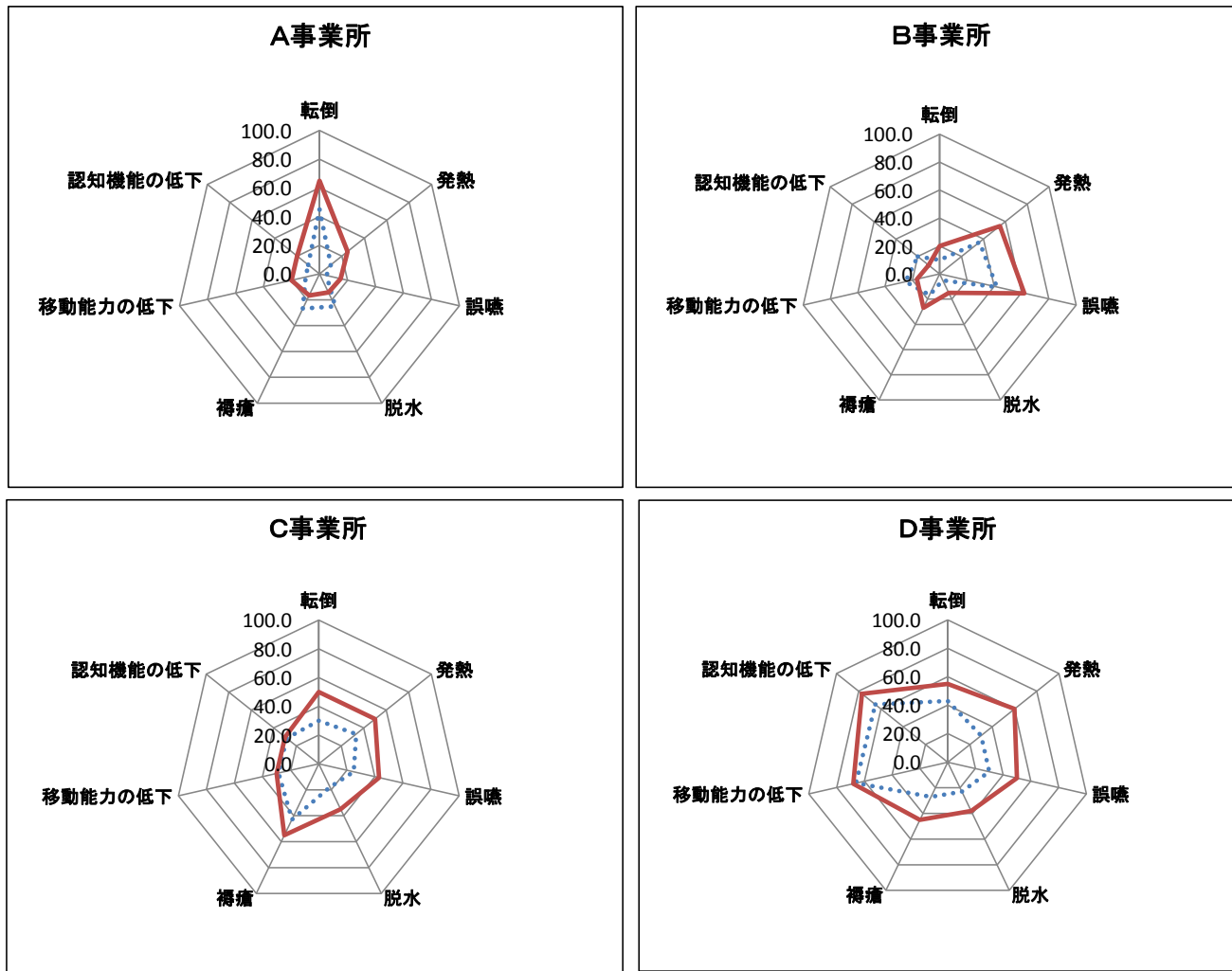
○データ項目ver.2を用いて事業所のサービスの質を可視化する場合、対象とした7つのハザードに関して、リスク調整を行った上で発生率を施設・事業所別に可視化する方法が考えられる。

図表9 データ項目ver.2を用いて事業所のサービスの質を可視化するイメージ

既往あり群 : —  
既往なし群 : ·····

右図は施設・事業所別に、各ハザードの発生率を算出し、可視化した。  
(例えば「転倒」の場合、「転倒が発生した利用者数 / 転倒歴なしの利用者数」を算出。)

事業所のサービスの質の可視化については、既往の有無以外のリスク調整のあり方や、全国値との比較、地域間(都道府県・市町村等)での比較など、可視化の具体的な方法についても検討を進める必要がある。



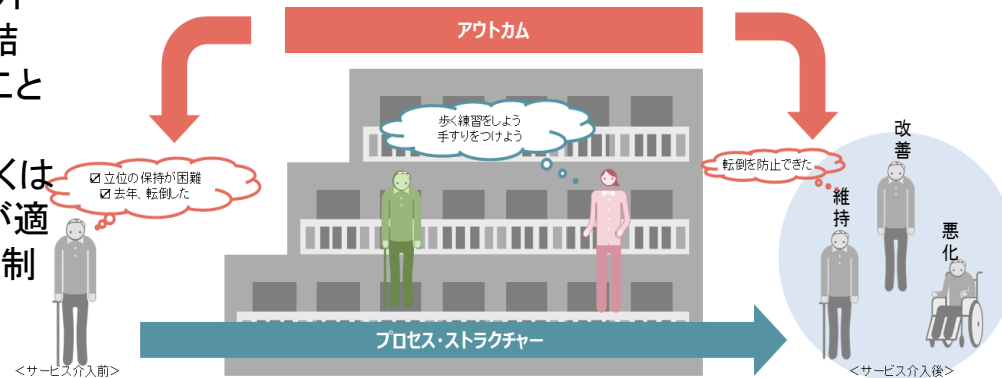
# (7). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

## 7. 質の評価のあり方の検討結果④

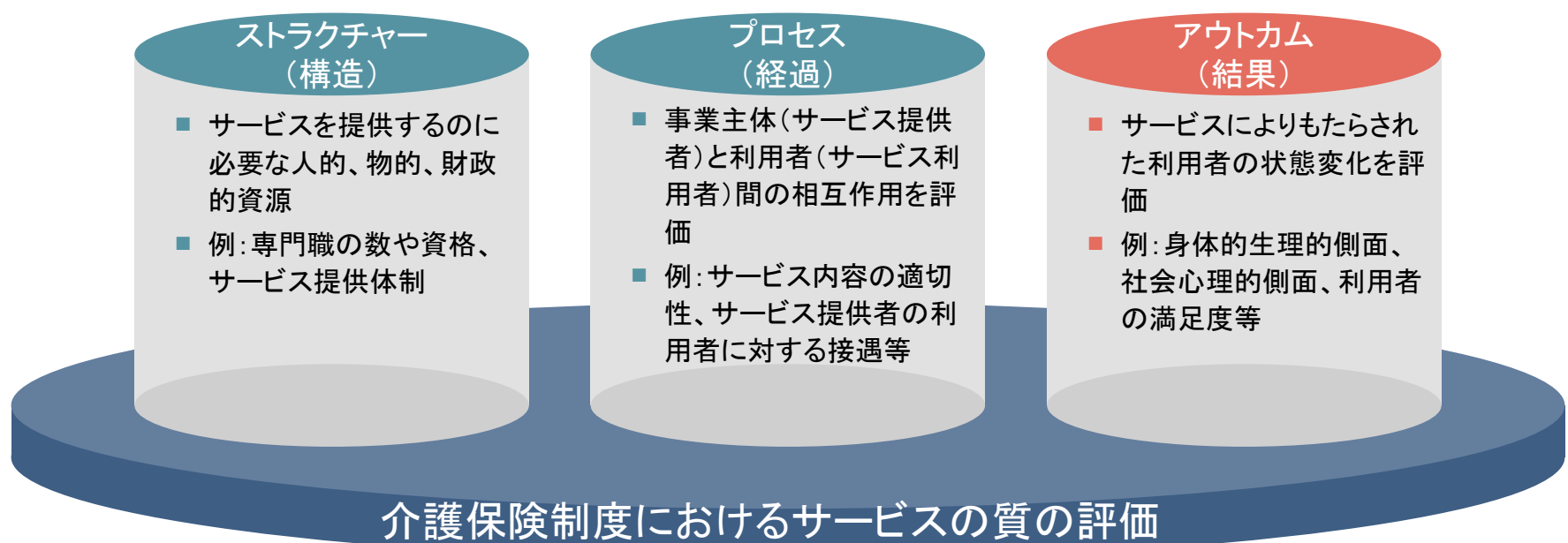
○介護保険制度におけるサービスの質の評価を制度化するにあたっては、データ項目ver.2を用いたアウトカム評価だけではなく、アウトカム(結果)といった結果を導きだすまでのプロセス(経過)にも配慮することが重要である。

○プロセスに関しては「サービス提供主体(法人もしくは事業所)」と「サービス」それぞれのPDCAサイクルが適切に機能しているかを把握することが必要であり、制度化に向けては今後さらなる検討が必要となる。

図表10-1 ストラクチャー、プロセス、アウトカムの関係(イメージ)



図表10-2 ストラクチャー、プロセス、アウトカムの評価の考え方(例)





## (7). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

### まとめ

#### ①質の評価のあり方の検討

- 平成26年度事業において作成した心身機能に関するデータ項目ver.1を、介護老人保健施設・居宅介護支援事業所から収集し、データ収集可能性及びハザードの発生を予測する際のデータの妥当性の検証を行った。
- データ収集可能性の観点からは、データ項目ver.1の各項目の「把握できない場合の理由」の記入状況や「(2)基本動作」等の下位動作と上位動作の逆転現象の発生を把握し、データ項目ver.1が日常業務の中で継続的に収集・蓄積できるデータか否かを検証した。この結果、より正確な情報を得るための対応として、各項目の表現・定義の見直しを行った。
- ハザードの発生を予測する際のデータの妥当性の観点からは、対象とした7つのハザードのうち、「転倒」「発熱」「誤嚥性肺炎」「脱水」「褥瘡」について、発生率・相対危険度を算出し、各ハザードの既往のある群とない群で、3か月後のハザードの発生状況を確認したところ、比較的高い差が見られた。この結果、データ項目ver.1は7つのハザードの発生を予測する項目として妥当性を確保していることが確認された。

#### ②自治体等の先駆的な取組の検証

- 先駆的に介護保険サービスの質の評価に取り組む自治体に対して、事業の取組経緯や事業の内容・課題等に関するヒアリング調査を行い、実現可能な評価の在り方やその課題等に関して検討を行った。
- 先駆的な自治体においては要介護度をアウトカム指標として使用している実態が把握できたものの、要介護度は変化の敏感度が低いとの指摘もあり、要介護度に替わる、より適切な評価項目・指標の策定が質の評価の制度化のために必要であると考えられた。

#### ③質の評価に資するアセスメントのあり方の検討

- 将来的に介護保険制度におけるサービスの質の評価に必要なデータ項目案を収集することを見据え、現状サービス提供の現場で収集している心身機能に関するデータ(アセスメント様式)とデータ項目ver.1との情報の整理を行った結果、現行のアセスメント様式は、それぞれの様式で設問内容や定義が異なり、データ項目ver.1と完全に一致する項目は非常に限定的であることが把握された。
- このため、将来的に介護保険制度におけるサービスの質の評価に必要なデータ項目案を収集することを見据えた場合、データ項目ver.1を現行のアセスメント様式と紐づけて収集するのではなく、モニタリング時に利用者の心身機能に関する情報であるデータ項目ver.1を収集する、という施策案が示唆された。

①～③の結果を踏まえ、質の評価に必要なデータ項目案(データ項目ver.2)の作成を行った。

## (7). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

### 介護保険制度におけるサービスの質の評価に向けた今後の方向性

#### 【質の評価制度の構築に向けた基本的考え方】

介護保険制度におけるサービスの質の評価を制度化にするにあたっては、報酬上の評価だけを念頭に置くのではなく、諸外国の質の評価制度で行われているように質の高い事業所と低い事業所を可視化することにより、行政だけでなく、利用者、サービス提供者、施設・事業所といった介護保険サービスに関わる関係者それぞれが納得感を持つ制度構築が望ましい。

#### 【プロセスの検討の必要性】

介護保険制度におけるサービスの質の評価の実現に向けては、ストラクチャー(構造)、プロセス(経緯)、アウトカム(結果)のそれぞれについて、相互の関連性を念頭において評価指標を構築していく必要がある。

#### 【対象とするサービスの検討・データ項目の見直し】

平成26～27年度事業で対象としたサービスは、主に介護老人保健施設、居宅介護支援事業所を対象に行ったが、他の施設サービスや居宅サービスにおける評価手法の開発について検討が必要である。

#### 【データ収集の仕組みの検討】

諸外国のこれまでのサービスの質の評価の経験から明らかなように、評価のためのデータ収集の負荷が大きいと情報の質や制度の継続性に支障が生じうる。したがって、サービス事業所・施設が行っている日常業務と連動したデータ収集体制、及び結果の可視化について配慮する必要がある。

#### 【質の評価に資するアセスメントのあり方】

現在、様々なアセスメント手法が採用されているが、現行のアセスメント方法では定期的に統一的な視点で高齢者の状態把握ができていないことが課題であるとの指摘がある。このため、質の評価に資すると考えられる項目について、その収集上の課題も十分に踏まえ、今後、共通の項目とすることについての検討が必要である。

#### 【関連して対応すべき課題の整理】

質の評価については医療側での検討が進んでいる。介護保険制度におけるサービスについては慢性期の医療との重なりが大きいため、その医療～介護の連動についても検討が必要である。