

在宅サービスのアウトカム評価と質改善

柏 木 聖 代

I 序論

日本は高齢化の進展が急速であり、1989年12月に「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」が制定され、在宅サービス¹⁾を提供する事業所の創設・整備が積極的に進められてきた。2000年の介護保険法の施行では民間事業者の公的介護サービスへの参入が可能となり、在宅サービス提供事業所は2000年から2008年までの間に約1.9倍に増加した(厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」)。特に、営利法人が半数前後を占める訪問介護サービスや通所介護サービス提供事業所数の伸びはそれぞれ2.1倍、2.7倍と顕著である。介護保険制度導入によって行政による措置から家族や所得状況に関係なく利用者がサービスを選択できるシステムへの変換が図られたことにより、在宅サービスの受給者は倍増した。2009年度は1か月あたり平均2,860,000人で、65歳以上の高齢者の約10%が介護保険による在宅サービスを利用していることが明らかになっている(厚生労働省「介護保険事業状況報告(年報)」)。

このように、日本では地域偏在やサービスの種類ごとの課題はあるものの、介護保険制度導入に伴い、サービスの供給量の拡充が進んでいる。しかし、こうした急速な在宅サービス供給量の確保は、サービスの質に影響を与えうるインセンティブをつくりだしている。昨今の社会問題になっている介護職員の離職率の高さ、人員確保の困難さや経営の不安定さといった問題は在宅サービスの質をさらに悪化させているのではないかという懸

念の声も聞かれる。不正により指定取り消しを受けた事業者は2003年度まで増加し、その後も80から100件前後で推移しているという結果も示されている(図1)。

介護保険制度の導入により、従来の措置制度にはなかった利用者自らがサービスを選択する時代となった今、提供する在宅サービスの質をいかに担保するか、質をいかに改善していくのかが大きな課題となっている。こうした背景から、本稿では、在宅サービスの質、特にアウトカム評価に着目し、国内外における取り組みと課題について報告する。

II サービスの質評価とは

米国の医師で公衆衛生学者でもあるDonabedianは、サービスの質の評価には「ストラクチャー(Structure)」「プロセス(Process)」「アウトカム(Outcome)」の3要素によるアプローチが存在すると述べている[Donabedian A. (1969)]。医療サービスの質評価には、このDonabedianによる3要素によるアプローチが一般的に多く用いられている。3つの要素のうち「ストラクチャー」とは、サービスを提供する側の人的・物理的・財政的資源を評価したものであり、人員配置や資格、施設数、各保険制度などが該当する。「プロセス」は、提供するサービスの方法や内容(サービスへのアクセシビリティを含む)を評価したものである。そして、「アウトカム」は、在宅サービスの提供された結果もたらされた健

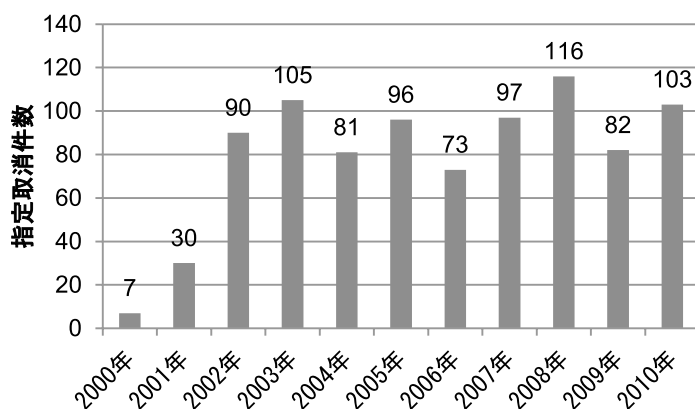


図1 在宅サービス事業者の指定取消件数の推移（2000年度から2010年度）

出典：介護サービス事業所に対する監査結果の状況及び介護サービス事業者の業務管理体制の整備に対する届出・確認検査の状況

康等の変化を評価したものであり、満足度や生活の質（Quality of life: QOL）等も「アウトカム」に含まれる。

サービスの「ストラクチャー」は、提供されるサービスの方法や内容（プロセス）を良くしたり、悪くしたりするのに影響する。しかし、サービス提供者が「ストラクチャー」や「プロセス」をよいと考えていても、それが利用者に効果があるかどうかは別の問題である。サービスの質が高いということを証明するためには、最終的によりよい「アウトカム」を生むというエビデンスを示す必要がある。そのため、Donabedianはサービスの質の評価にあたっては、「プロセス」と「アウトカム」の両方を同時に評価することが重要であると述べている。

1 在宅サービスのアウトカム評価の難しさ

日本でも在宅サービスのアウトカム評価が重視されているが、医療機関や施設における評価に比べ、実施が困難であるといわれる。これはなぜだろうか。

まず、アウトカム評価に用いる指標（以下、アウトカム指標）に対するコンセンサスを得るのが難しいことがあげられる。病院における医療サービスの質では、「死亡率」や「合併症率」などの

項目が評価指標として用いられることがあるが、在宅サービスではこうした指標をアウトカム指標として用いることに対し、コンセンサスを得るのが困難であるといわれる。なぜなら、在宅療養者のなかには積極的な治療を行っていない人も多い。加えてこれらの指標は、社会的・文化的価値観や個人の人生観、思想信条の相違に左右されるため、アウトカムの良しあしを判断することが難しいためである。

2つ目として、評価を行う時点の設定が難しいことがあげられる。在宅サービス利用者の多くを占めている高齢者は、身体的・精神的機能の悪化・改善を繰り返す。そのため、いつの時点で評価を行うかによって全く異なった判定になってしまうことがある。

さらに、3つ目として、介護保険からサービスの給付を受けるときの要件でもある「要介護度」の解釈の難しさである。「要介護度」は介護保険から支給されるサービスのアウトカム指標としていくつかの研究で用いられている〔Kato (2009)〕。「要介護度」の改善や悪化は、認定の基準となる身体・精神的機能だけでなく、例えば、家族や本人の努力などが複合的に関連しあう。つまり、要介護度の改善がみられたとしても、そのことがそのまま事業所のサービスの質を反映しているとは

限らない。加えて「要介護度」は、調査期間中に新たな要介護認定を受けていなければ利用者の状態が変化していたとしても「要介護度の変化」として示されない。そのため、アウトカム指標として評価に用いることには課題が多い。

最後に、介護保険の在宅サービスの利用者は、1つのサービスだけでなく、様々なサービスを組み合わせて利用している場合が多い。そのため、要介護度や自立度などの指標が改善したとしても、提供されたサービスの中のどのサービスが効果的であったかの判断が難しいことがあげられる。

2 Risk adjustmentやCase mix adjustmentの必要性

このように、在宅サービスによるアウトカムの変化の要因には、在宅サービス以外の要因が影響を及ぼしている可能性がある。どのような要因がアウトカムに影響する可能性があるのか、「ストラクチャー」と「プロセス」にわけて考えてみたい。

まず、ストラクチャーに関する要因としては、地域によりサービス提供事業所の整備状況（数、分布、人員体制、資金等）が異なることがあげられる。サービス提供事業所が多く開設されている地域はより多くのサービスを受けられる可能性があるが、サービス提供事業所が不足している地域ではサービスを受けられない人もいられるかもしれない。地域の資源だけでなく、人員体制や法人等も各事業所によって異なっている。

プロセスの要因としては以下の4つが考えられた。まず、サービス提供事業所が複数にまたがることである。在宅サービスの多くは、サービス提供に携わる職種がそれぞれ異なる事業所に所属し、そこから療養者の自宅等へ赴いてケアを行うといったサービス提供形態をとっている。そのため、サービスの提供方法や内容を考慮する必要がある。2つ目に、家族によって提供される介護が考えられる。家族介護者の状況などの家族要因がサービスの利用に影響することも既存の研究で明らかになっている〔Tamiya (2002)〕。加えて、サービスの利用にあたっては、原則、介護保険では

10%、医療保険では10～30%の自己負担が課せられることから、利用者本人や世帯の所得状況が影響を及ぼす可能性もある。したがって、在宅サービスのアウトカム評価にあたっては、家族や世帯、介護者の状況について考慮する必要がある。3つ目にサービスの「居宅サービス計画（以下、ケアプランとする）を作成する介護支援専門員（以下、ケアマネジャーとする）や居宅介護支援事業所の特性があげられる。介護保険から給付される在宅サービスは、一部を除きケアマネジャーによるケアプランの作成が行われたのち提供される。居宅介護支援事業所の法人によって、作成されたケアプランのサービス数やサービスの総単位数が異なるという結果も示されている〔Yoshioka (2010)〕。つまり、居宅介護支援事業所の特性がアウトカムに影響を及ぼす可能性がある。さらに、介護保険制度スタートの際に人材を確保するため、ケアマネジャーになるためのハードルが低く設定されたことから、職種の違いがアウトカムに影響を及ぼす可能性がある〔島内節 (2005)〕ことも指摘されている。4つ目は、先にも述べた要介護度による影響である。日本の介護保険制度は、要介護度によって介護保険から支給される限度額が決まっている。そのため、高い要介護状態にある人にはより多くのサービスが介護保険から支給されるが、要介護状態が低い場合は保険から支給可能な量（総単位数）が少なくなる。

以上のようにアウトカムの実測値は、地域（在宅サービス提供事業所の数など）や事業所（人員体制や法人等、どの程度重症者を受け入れているかなど）、利用者の特性（利用者の健康状態など）、さらに家族の影響を受けている可能性が考えられる。そのため、複数の事業所間での比較を行う際には、事前にこうした影響の調整（Case mix adjustment²⁾）やRisk adjustment³⁾）を行う必要がある。なぜなら、軽症者や改善可能性の高い者等を選択的に受け入れている事業所は、よい評価を受けてしまう危険性があるからである。

このような調整を行うためには、在宅サービスやアウトカムに関するデータだけでなく、アウトカムに影響を与える可能性のある要因に関する

データを同時に収集する必要がある。しかし、それは多大なマンパワーを要する。日本の在宅サービスを提供する事業所は、小規模事業所が大半を占めることから、データ収集が負担とならない仕組みを考えることが必要となる。在宅サービスのアウトカム評価については課題が多く、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難しい。アウトカムの改善を後押ししつつも、ケア提供のあり方を歪めることのないよう、慎重な検討を行うことが望ましいと考える。

Ⅲ 日本における在宅サービスの質の評価に関する取り組み

在宅サービスの特徴やアウトカム評価の難しさについて述べたが、2000年に介護保険制度を導入した日本では、在宅サービスの質を保障するためにどのような取り組みが行われているのだろうか。

日本で取り組まれている在宅サービスの質評価は、大きく3つある。1つ目は介護保険法の規定に基づく「介護サービスの情報公表」制度、2つ目は都道府県が実施する「福祉サービスの第三者評価」、3つ目は都道府県による指導・監査である。各取り組みの概要について、以下に述べる。この他にも利用者満足度の調査などの事業所独自の取り組みがある。

1 「介護サービスの情報公表」制度

「介護サービスの情報公表」制度は、介護保険法第115条の規定に基づき、介護サービス事業所に対し、当該サービスに関する情報を定期的に都道府県知事に報告するよう義務づけた制度である〔介護サービス情報公表支援センター（2012）〕。

介護サービス事業所は1年に1回、事業所情報を都道府県又は指定情報公表センターにサービスに関する情報を記載した書類を提出する。その後、都道府県又は指定された事業所から調査情報に関する実地調査が行われる。最終的に得られた調査結果はウェブ上で公表されている。

公表の対象サービスは59種類におよび、このな

かには在宅サービスも含まれている。公表されている情報は、大きく「基本情報」と「調査情報」の2種に分けられる。「基本情報」には、1) 事業所を運営する法人等に関する事項、2) 介護サービスを提供し又は提供しようとする事業所に関する事項、3) 事業所において介護サービスに従事する従業者に関する事項、4) 介護サービスの内容に関する事項、5) 介護サービスを利用するに当たっての利用料等に関する事項の情報が掲載されている。一方、「調査情報」には、1) 介護サービスの内容に関する事項と2) 介護サービスを提供する事業所又は施設の運営状況に関する事項の情報（そのために講じている措置が主）に関する情報が掲載されている（表1）。これらの情報項目は全国共通であり、全国47都道府県ほとんどの介護サービス事業所の情報が登録されている。

これらの情報は事業所を選択する際に用いるだけでなく、データベース化し、在宅サービスの（「ストラクチャー」および「プロセス」の）質を示す客観的な指標としての活用も期待できる。著者はある研究プロジェクトでこの情報公表システムで公表されている情報をデータベース化し、訪問看護サービスの質の評価を試みたことがある。その結果、データベース構築に多大な時間と労力が必要であり、質を示す客観的な指標として活用するにはいくつかの改善が必要であることが判明した。その主な理由は3つある。

まず、本情報公表システムでは1県を除き、ほぼ同じインターフェイスで事業所ごとに情報が公表されているが、数値のみ、文字列を含む等、都道府県・事業所によって情報項目の入力形式が若干異なる場合があることである。2つ目は調査様式が統一されていないことである。2012年4月現在公表されている情報は、2006年度から2011年度までの各調査様式が使用されている。情報の更新申請をしなかった事業所については前年度公表された情報がそのまま使用されるためと考えられるが、調査年度が異なるデータを分析上同じに扱うことは難しい。そのため、どの時点のデータを評価に用いるのか等の検討が必要になる。さらに、都道府県によってデータの更新時期が異なるた

め、いつの時点でデータを収集するかの検討も必要となるだろう。3つ目は数値データの信頼性である。実際にデータを確認したところ、看護職員数等の数値の内訳の数と合計数が一致しない事業所が複数存在していることが明らかになった。都道府県によってデータの確認体制が異なっている可能性が考えられた。また、空欄の扱いが都道府県や事業所によって異なっており、該当者なしな

のか未記入であるのかの判断が困難なデータも存在していた。

このように、介護サービス情報公表システムが在宅サービスの質を示す客観的な指標として活用されるまでには、上記のように改善しなければならない点がいくつかある。しかしながら、全国規模で事業所ごとにこれほど詳細に在宅サービスの「ストラクチャー」「プロセス」に関する情報を

表1 「介護サービス情報公表システム」で公表されている情報項目の構成と質評価の要素：訪問看護サービスを例に

	大項目	主な情報項目	質評価の要素		
			ストラクチャー	プロセス	アウトカム
基本情報	事業所を運営する法人等に関する事項	・法人等の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 ・法人等が当該都道府県内で実施する介護サービス（種類ごとの有無、箇所数、主な事業所の名称、所在地）	○		
	介護サービスを提供し又は提供しようとする事業所に関する事項	・事業所の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先 ・事業の開始年月日若しくは開始予定年月日及び指定若しくは許可を受けた年月日 ・生活保護法第54条の2に規定する介護機関の指定の有無 ・事業所までの主な利用交通手段	○	○	
	事業所において介護サービスに従事する従業者に関する事項	・職種別の従業者の数、勤務形態、労働時間、従業者1人当たりの利用者数等（指定訪問看護ステーションの従事者の数及びその勤務形態、1週間のうち常勤の従事者が勤務すべき時間数、管理者の他の職務との兼務の有無、保健師、看護師及び准看護師1人あたりの1カ月のサービス提供時間数、従業者の業務に従事した経験年数等、従業者の健康診断の実施状況等）	○	○	
	介護サービスの内容に関する事項	・事業所の運営に関する方針 ・介護サービスを提供している日時（事業所の営業時間等） ・事業所が通常時にサービスを提供する地域 ・介護サービスの内容等（緊急時訪問看護の実施の有無、特別な医療処置等を必要とする利用者の受け入れ状況、在宅での看取りの対応の有無、サービス提供体制強化加算の有無） ・介護サービスの利用者への提供実績（訪問看護の1カ月の提供実績、利用者の人数等） ・利用者数、性別・年齢別訪問看護提供実績 ・指示書を受けている医療機関及び医師の数 ・利用者等からの苦情対応窓口等の状況 ・利用者の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等		○	
	介護サービスを利用するに当たっての利用料等に関する事項	・介護給付以外のサービスに要する費用 ・利用者の都合により介護サービスを提供できなかった場合に係る費用（キャンセル料）の徴収		○	
調査情報	介護サービスの内容に関する事項	・介護サービスの提供開始時における利用等に対する説明及び契約等に当たり、利用者等の権利擁護等のために講じている措置 ・利用者本位の介護サービスの質の確保のために講じている措置 ・相談、苦情等の対応のために講じている措置 ・介護サービスの内容の評価、改善等のために講じている措置 ・介護サービスの質の確保、透明性の確保等のために実施している外部の者等との連携		○	
	介護サービスを提供する事業所又は施設の運営状況に関する事項	・適切な事業運営の確保のために講じている措置 ・事業運営を行う運営管理、業務分担、情報共有等のために講じている措置 ・安全管理及び衛生管理のために講じている措置 ・情報の管理、個人情報保護等のために講じている措置 ・介護サービス質の評価のために総合的に講じている措置	○	○	

2011年度様式をもとに著者が作成。質評価の3要素は著者による分類。

公表しているシステムは他にはなく、在宅サービスの質の評価を行うための重要な情報源であるといえよう。

2 福祉サービスの第三者評価

2つ目に福祉サービスの第三者評価がある。福祉サービスはもともと行政による措置であったが、利用者の選択による制度に移行することになり、サービスの質の向上が求められるようになった。そのため、2001年5月に厚生労働省から各都道府県に対し「福祉サービスの第三者評価事業の実施要領について（指針）」が通知されたことからこの第三者評価事業から始まった。

2001年3月にだされた最終報告書「福祉サービスにおける第三者評価事業に関する報告書」に「第三者評価」は次のように定義されている。「福祉サービスにおける第三者評価」とは、第三者評価とは事業所が提供するサービスの質を当事者（事業者及び利用者）以外の公立・中立な第三者機関が、専門的かつ客観的な立場から評価するものである。その目的は個々の事業者が具体的な問題を把握し、サービスの質向上に結び付けること、利用者の適切なサービス選択に資する情報となることとされている。そのため、行政の監査とは異なり、各事業所がよりよいサービスを提供できるよう、評価をうけた全事業者におけるすべての評価結果の公表を基本としている。

福祉サービス第三者評価の評価基準として、国がすべての福祉サービスに共通する評価基準と各種別サービスの内容評価基準を作成している。この構成は表2に示すとおりである。これらを都道府県に対しガイドラインとして通知し、各都道府県の推進組織が評価基準を策定する仕組みとなっている。評価基準は国の評価基準を参考に独自の評価項目を作成することは差し支えないとされており、どのような評価基準を用いるのか、どのサービスを評価対象にするのかは各都道府県にゆだねられている。そして、これらを評価機関にゆだねている県もある。このため、結果としてばらつきが生じ、定着していなかった。

そのため、第三者評価事業の普及と定着を図るため、2004年に、現在、運用されている「福祉サービスの第三者評価事業の実施要領について（指針）」が厚生労働省より通知され、一定の実績が認められるようになってきた。なお、2010年3月にも一部改正が行われている。

2012年度からは、社会的養護施設（児童養護施設・乳児院・母子生活支援施設・情緒障害児短期治療施設・児童自立支援施設）は3年に1度の受審が義務化されている。

実際にどのような方法で評価が行われているのか。東京都における福祉サービスの第三者評価制度を例に説明する。東京都では、「利用者調査」と「事業評価」の2つの評価手法が用いられている。

表2 福祉サービス第三者評価の評価基準ガイドラインにおける各評価項目の構成

対象（3項目）	評価分類	評価項目	評価細目*
Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織	Ⅰ-1理念、基本方針が確立されている。	2	4
	Ⅰ-2事業計画の策定	2	5
	Ⅰ-3管理者の責任とリーダーシップ	2	4
Ⅱ 組織の管理運営	Ⅱ-1経営状況の把握	1	3
	Ⅱ-2人材の確保・養成	4	8
	Ⅱ-3安全管理	1	3
	Ⅱ-4地域との交流と連携	3	7
Ⅲ 適切な福祉サービスの実施	Ⅲ-1利用者本位の福祉サービス	3	6
	Ⅲ-2サービスの質の確保	3	7
	Ⅲ-3サービスの開始・継続	2	3
	Ⅲ-4サービス実施計画の策定	2	3

*abcの三段階で評価

「福祉サービス第三者評価基準ガイドラインにおける「各評価項目の判断基準に関するガイドライン」について」2010年3月30日付け厚生労働省通知をもとに著者が作成

「利用者調査」では、アンケート方式、聞き取り方式、場面観察方式の3つの方法により利用者のサービスに対する意向や満足度が調査される。「事業評価」は、事業者の自己評価や訪問調査等により、当該事業所の組織経営、マネジメント力、現在提供されているサービスの質が評価される。これらの過程を経て得られた評価結果は評価機関から事業者へフィードバックされる。その際、事業者は疑問点などについて質問を行い、十分な説明を受けて、自らの事業所の良い点や改善点を客観的に認識したり、内容を確認（修正なども含め）していく。こうして事業者が納得した上で、評価結果の公表に同意がえられたものについては、「とうきょう福祉ナビゲーション」を通じて公表されている。東京都福祉サービス第三者評価では、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、通所介護などの在宅サービスについても第三者評価の評価対象としている。

福祉サービスの第三者評価に対する事業所や施設での認知度は比較的高いといわれているが、第三者評価の年間受審状況は都道府県により差が生じている。福祉サービス第三者評価事業の全国推進組織である社会福祉法人全国社会福祉協議会・福祉サービス第三者評価事業に関する評価基準等委員会が2012年3月に出した報告書によると、第三者評価の年間受審件数に都道府県格差が生じている理由として、以下の5つをあげている。①各都道府県推進組織の具体的な推進方策の違い、②各評価機関（評価調査者）の質の格差、③受審にあたっての現場の負担（費用、労力の両面）、④介護サービス情報公表制度との違いが不明確、⑤公表される評価結果が利用者の選択に活用されないである。こうしたネガティブな指摘がある一方で、第三者評価の実施に対して前向きな意見もみられる。第三者評価を受けた事業所からは個々の事業運営における問題点を把握し、具体的な改善点を明確にすることができたなどといった意見がきかれている。

福祉サービスの第三者評価を在宅サービスの質の評価に適用するためには、在宅サービス種別の内容評価基準の統一化を図り、定期的に更新する

仕組みを導入する必要がある。加えて、在宅サービスを提供するすべての開設法人に対応できる基準の作成と第三者評価の受審結果を利用者や広く住民に周知する必要があると考える。

3 都道府県による指導・監査

2000年4月に導入された介護保険制度のもとで在宅サービスを行うためには、都道府県知事の指定を受ける必要がある。この指定をうけるためには、サービス別に規定されている厚生労働大臣が定める基準を満たす必要がある。基準には、人員に関する基準、施設・運営に関する基準がある。都道府県知事は、こうした基準が満たされているか、必要に応じ、施設の開設者等に対し、報告・帳簿書類その他の検査等を行うことができる（介護保険法第90条）。指導・監査の具体的な方法は、通知によって次のように定められている。

指導には、各事業者に対する、講習形式による集団指導、面談による（個別）書面指導、立ち入りによる実地指導の3つの形態がある。実施指導は事前に事業者連絡の上、実施される。この実施指導により問題が明らかになった場合には、監査が実施される。監査は、書面調査や実地指導が行われた上で、事前に連絡をし、実施される。監査の結果によっては、指定の取り消し、介護報酬の不正請求分の控除・変換等の措置が講じられる。

序論にも触れたが、介護保険事業者、事業所・施設の指定取消件数は2003年度までは年々増加し、その後は80から100件前後で推移している（図1）。厚生労働省によると、2000年から2010年までの在宅サービス事業者の指定取消件数は499件であり、サービス別では指定訪問介護事業所が298件（59.7%）と最も多く、次いで指定通所介護事業所が75件（15.0%）、指定福祉用具貸与事業所29件（5.8%）となっている。法人別の内訳では営利法人が最も多く、75.6%を占めていた（全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料、2012年2月24日）。指定の取消事由については、2008年度、2009年度は「介護給付費の請求に関して不正」が最多であったが、2010年度は「不正の手段により指定を受けた」が最多であった。

日本では施設への立ち入り検査は事前に連絡する方式になっているが、2000年にケア全般に関わる監督・監査に関する法律である「ケア基準法（Care Standards Act 2000）」を導入したイギリスでは、いつでも立ち入り検査が実施できる。イギリス同様、日本もサービスの質に関する監査をいつでも実施できるようにすることにより、実態の把握がより容易に行えるようになるかもしれない。しかし、日本の訪問サービス事業所は小規模が大半を占めており、事務員が配置されていない事業所も多く存在することから、訪問サービス従事者が訪問にでかけてしまうと事業所内に従事者が皆無になってしまうことも少なくない。こうした状況から日本の立ち入り検査は事前に連絡する方式をとっているのかもしれない。

以上のように、日本では在宅サービス提供事業者の質を評価する様々な取り組みが行政主導で進められている。しかし、その多くは人員配置や組織理念、マニュアルの整備状況等の取り組みなど、「ストラクチャー」や「プロセス」の質の評価に限定され、サービス利用者の状態の変化といったアウトカムはほとんど扱われていない。また、評価のために収集されているデータや資料は、業務上作成される記録とは一致していない。そのため評価にあたって事業者側の資料作成の負担が大きいこともアウトカム評価が進まない原因になっているのかもしれない。在宅サービスの質評価を推進するためには、評価基準の統一化、効率よくアウトカムを測定するためのツールの開発が必要となるだろう。

Ⅲ 在宅サービスのアウトカムを評価するためのツールの開発

在宅サービスの質を評価するためには、在宅サービスの質を示す適切かつ客観的なアウトカム指標及び評価のためのツールの開発が必要であることを述べてきた。

米国では、日本に先駆け1999年より Shaughnessyらによって開発されたアセスメントツールOASIS（The Outcome Assessment

Information Set）を用いたアウトカム評価が、サービスを利用した全てのMedicare⁴⁾やMedicaid⁵⁾の患者を対象に義務付けられている。それ以前は米国も日本同様、「ストラクチャー」や「プロセス」に着目した質の評価が行われていた。しかし、1987年、米国保健財政管理局HCFA（Health Care Financing Administration）が「ストラクチャー」から「アウトカム」へと評価の焦点を移したことを機に在宅サービスにおいても「アウトカム評価」が着目されるようになった。こうした中で在宅サービス提供事業所のアウトカムを評価するツールとして注目されたのが、OASISである。1995年の初期版をOASIS-A、1997年にOASIS-B、さらに1998年にはOASIS-B1がリリースされている。このOASIS-Bは2002年と2008年に改定がなされ、新たなバージョンとして2009年にOASIS-Cがリリースされ、現在に至っている〔Rosati（2009）, 121-134〕。

1 OASISによるアウトカム評価と質改善

OASIS-Cの構成は表3のとおりである。アセスメント票には、ケア開始日、ケア再開日、住所、生年月日、性別、かかりつけ医のID、アセスメントを完了する人の専門分野・職種、人種、現在の在宅ケア費用の支払い源（保険など）、所得状況、過去14日以内の医学的あるいは治療的管理の変更、居住環境整備、介護状況、感覚器の状態、皮膚の状態、呼吸の状態、排泄の状態、日常生活動作（Activities of Daily Living: ADL）や手段的日常生活動作（Instrumental Activities of Daily Living: IADL）、薬物療法、器具の管理、緊急時のケアなどが含まれる。これらのOASISのデータセットの各項目には1つのアルファベットと4桁の数字からなる識別IDが付与されている。

OASISにおけるアウトカムは、「2時点あるいはそれ以上の時点の間に生じる利用者の健康状態の変化」とであると定義されており、2時点でデータ収集が行われる。さらに在宅ケア領域では、急に患者の状態が悪化した場合、入院あるいは施設入所、在宅医療の提供などサービス自体が追加や変更となる場合がある。こうした在宅ケア領域の特

表3 OASIS-Cの構成と識別ID

Patient Tracking Items	M0010-M0069; M0140-M0150
Clinical Record Items	M0080-M0110
Patient History and Diagnoses	M1000s
Living Arrangements	M1100
Sensory Status	M1200s
Integumentary Status	M1300s
Respiratory Status	M1400s
Cardiac Status	M1500s
Elimination Status	M1600s
Neuro/Emotional/Behavioral Status	M1700s
ADLs/IADLs	M1800s + M1900s
Medications	M2000s
Care Management	M2100s
Therapy Need and Plan of Care	M2200s
Emergent Care	M2300s
Data Collected at Transfer/Discharge	M2400s, M0903+M0906

出典：Centers for Medicare & Medicaid Services. (2011) "OASIS-C Guidance Manual"

徴を踏まえ、OASISにはtime pointが設定され、移動あるいは退院となった場合においてもデータが収集できるようデザインされている。具体的には、ケアの開始時、施設ケアの再開時、更新期間60日間の最後の5日間に更新時、その他のフォローアップ時、転院・施設ケアへの移行時、在宅ケアの中止、在宅での死亡時がtime pointとして用意されている。

OASISでは、利用者個人のアウトカム評価だけでなく、第二段階として、それを用いた在宅サービス提供機関のアウトカムレポートの作成、アクションプランの作成・実施などの質改善（The Outcome Based Quality Improvement: OBQI）が行われる。こうした在宅サービスの評価と質改善の一連の流れは「OASIS-QBQI」とよばれている。

OASIS-QBQIの流れを図2に示す。まず、第一段階では、OASISのアセスメント表にある項目について、利用者1人ずつのケアの開始から退院までの2時点のスコアを測定し、その変化をアウトカムデータとして蓄積していく。そして、リスク調整が行われ、事業所単位のアウトカムレポートが作成される。その結果をもとに以前のアウトカムデータとの比較、全米データとの比較が行われ

る。2003年以降の各事業所の評価結果はウェブ上で公開されている。こうして得られたアウトカムデータは、他の事業所のアウトカムと比較するためのベンチマークとして利用が可能であり、同業者間で自らのサービス水準を把握するのに役立っている。

第二段階では、第一段階で作成されたアウトカムレポートを用いた質改善が行われる。まず多職種で構成された質改善チームが作られ、アウトカムレポートをもとに自分たちの機関にはどのような問題があるのか、どのアウトカム項目を改善の対象にするのかを検討する。ここで選定されたアウトカム項目をOASISでは「ターゲットアウトカム」とよんでいる。図2の⑤の現状のケアプロセス分析では、このターゲットアウトカムに影響を与えている自らの機関のケア提供プロセスについてチームで論議し、繰り返し確認を行った上で最良のケア行動を策定する。つまり、ネガティブアウトカムの要因を探索したり、逆に、高い改善率を示した優れたアウトカムの要因を探索していく。

改善チームでターゲットアウトカムを良くするために修正すべきケア行動や良いアウトカムをも

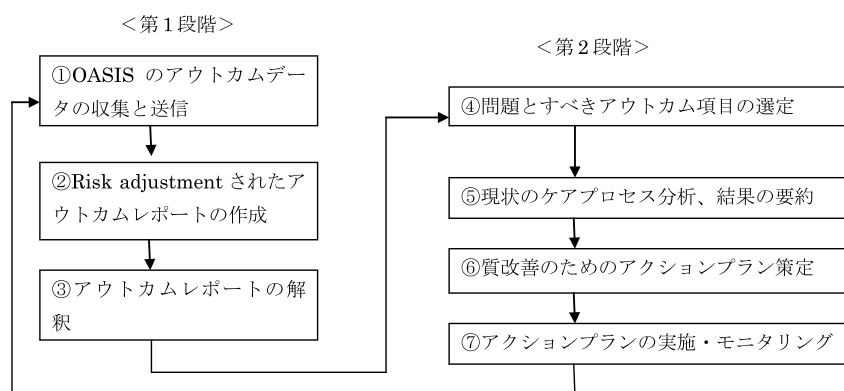


図2 OASIS-OBQIの流れ

出典：Centers for Medicare & Medicaid Services. (2010) "Outcome-Based Quality Improvement (OBQI) Manual"をもとに作成（日本語訳は著者による。一部改変）

たらずケア行動をさらに強化するこうした最善の実践のための具体的な記述は「ベストプラクティス (Best Practice)」とよばれている〔島内節ら (2002) ,pp.14-20〕。

2 日本における在宅サービスのアウトカム評価を用いた質改善の試み

1 OASIS日本語版

島内らの研究チームは1999-2000年にかけ、米国で開発されたOASISを翻訳し、日本で使用しやすいように改良した日本版のアセスメントツールを開発した〔島内ら (2002) pp.125-139〕。この日本語版には、アウトカムを測定するための2種類の調査票「A票:利用者アウトカム評価票」「B票:利用者満足度票」が準備されている。A票は「Ⅰ基本情報」「Ⅱアウトカム評価票」で構成され、「Ⅲアウトカム評価票」には「ADL」「IADL」「精神能力」「症状と健康状態」「介護力」に関する項目が収載されている。2時点で評価を行い、「最高値維持」「改善」「維持」「悪化」「最低値維持」でアウトカムの判定を行う。

アウトカム評価票の各項目は、OASISからそのまま抜粋し日本語訳した項目に加え、日本の現状に合わせて修正した項目、日本訪問看護振興財団アセスメント用紙から抜粋した項目、LowtonらによるIADL⁶⁾、当該研究チームが独自に作成した

項目が含まれている。各項目にはOASIS同様、2つから3つのアルファベットと数値（日本語版は2～4桁）による識別IDが付与されており、元のデータベースとの対応も可能になっている。

2 HC-QI日本語版

HC-QI日本語版とは、2002年にInterRAI（インターライ）が開発したHome care-Quality Indicatorsの日本語版のことである。Home care-Quality Indicatorsは、ケアプラン作成に利用されているMinimum Data Set-Home Care (MDS-HC)⁷⁾のアセスメントデータを用いた在宅ケアの質の評価指標である（表4）。22の評価指標があり、横断的な1回のアセスメントデータから算出する「割合」16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変化をみる「変化」の2つで構成されている。割合は「プロセス」の評価指標、変化は「アウトカム」の評価指標として位置づけられている。

HC-QIの項目ごとに事業者単位で全利用者数（実際にはリスクのある人）を分母、問題が起きた利用者数を分子とし、割合を算出する。この数値が高いほど（100%に近づくほど）ケアの質が低いことを示している。しかし、ここで算出された数値（実測値）は、利用者や家族、事業者の特性による影響を受けるため、そのまま比較に用い

表4 HC-QI日本語版の構成

割合（16項目）		変化（6項目）
1. 不適切な食事	10. 気分低下	1. 尿失禁の悪化
2. 体重減少	11. 重度の痛み	2. 皮膚潰瘍の悪化
3. 脱水	12. 疼痛管理不十分	3. ADLの悪化
4. 薬剤の非管理	13. 虐待（身体抑制）	4. 屋内移動の悪化
5. 補助具の不使用	14. 事故	5. 認知機能の低下
6. リハビリなし	15. インフルエンザの未接種	6. コミュニケーション低下
7. 転倒	16. 入院	
8. 社会的孤立		
9. せん妄		

ることは適切といえない。そのため、HC-QIでは、分子の状態に該当する予測値を求め、この値をもとに実測値の補正（Risk adjustment）を行った上で、最終的な評価の値を算出している。

HC-QI日本語版は、ダイヤ高齢社会研究財団による「利用者モニタリングの有効活用に関する研究事業」として2009年度から2011年度にかけて研究開発されたものである〔インターライ日本（2012）〕。この研究事業には6法人が参加しており、HC-QI評価の結果に基づき、ケアプランの作成等、質を改善するための試みも行われている。

Ⅳ 日本における在宅サービスのアウトカム評価および質改善の推進にむけた課題

日本における在宅サービスの質の評価および質改善に関する取り組みを概観すると、日本では「ストラクチャー」と「プロセス」の評価が中心であり、「アウトカム」評価はまだ少ない。これまで日本においても在宅サービスのアウトカム指標の開発やアウトカム評価に基づく質改善がいくつか試みられているが、いずれの成果も実際の業務の質向上に適用できる段階には至っていない。日本がさらなる在宅サービスの質の向上を図るためには、国レベルの戦略が不可欠であろう。米国などの諸外国での取り組みを参考しつつも、日本レベルでのアウトカム指標およびデータベースの開発、評価のためのガイドラインの整備し、評価に基づく在宅ケアの質改善を積極的に推進する必要がある。

一方、日本の在宅サービス提供事業所の大半は小規模事業所であり、経営・運営状態は厳しい。

そのため、何の支援のないままに上記のようなアウトカム評価や質改善の取り組みを導入した場合、データの収集や評価のために要する労力によって訪問業務にも影響を及ぼす可能性がある。さらに、データの公表や第三者評価など外部に委託をする場合にはそのための費用も発生し、事業所の経営ひいては地域の在宅サービスの供給量にも影響を与えかねない。したがって導入にあたっては支援も含め、慎重な検討が必要となる。

米国などではP4P（Pay for Performance：医療の質に基づく支払い方式）が試みられている。これは、質パフォーマンス指標を用いて医療機関をベンチマークし、高質で効率的な医療サービスを提供した場合に高い診療報酬を支払うという仕組みである。米国のほか、英国やオーストラリアなどでも導入されつつある。しかし、成績を上げるために重症患者を扱わない医療機関が発生しているとの声も聞かれている。また、繰り返しになるが、適切なアウトカム評価を行うためには、適切な指標の開発や信頼性の高いリスク調整の手法の開発、データベースの構築が不可欠であり、日本の在宅サービスに適用するには解決すべき課題が多いと考える。

昨今、日本では、さらなる高齢化に対応すべく、地域包括ケアシステムの構築を積極的に進めている。24時間対応の在宅サービスが強化され、医療と介護の連携を強化する仕組みも導入されている。また2009年度から実施されている訪問看護支援事業では、「広域対応訪問看護ネットワークセンター」を設置し、訪問看護ステーションが行っている様々な周辺業務を集約して行う体制づくりが全国で進められてきた。このように地域全体で

のネットワーク化が進められている現状を考えると、事業所単位だけでなく、新たな取り組みとして地域単位で行う在宅サービスのアウトカム評価や質改善方法を検討することも必要かもしれない。

謝辞

本稿は、科学研究費補助金（基盤研究（A））「医療・介護・福祉の融合—現場発ヘルスサービスリサーチによる地域包括ケアの実現」（課題番号：24249031，研究代表者：田宮菜奈子）の一部によるものである。本稿を作成するにあたって、田宮菜奈子教授（筑波大学）から大変貴重なご助言を頂戴した。また、川越雅弘氏（国立社会保障・人口問題研究所）から本稿の改訂に有益なご意見を多数頂戴した。ここに記して、謝意を表したい。残るすべての誤りは筆者のみの責に帰するものである。

注

- 1) 健康保険法，介護保険法，高齢者の医療の確保に関する法律では、「居宅サービス」という言葉が使用されているが，本稿ではこれらの法律で規定されている居宅サービスを含め，自宅等で生活している人を対象とした訪問や通所サービスを「在宅サービス」と操作的に定義し，使用する。ただし，居宅介護支援事業所などの固有名詞については，そのまま使用する。
- 2) 重症度など，利用者構成（ケースミックス）の影響を排除する調整のこと。特殊な利用者を除外する方法やアウトカムに該当するリスクの高い群とそうでない群に分け，それぞれ別にアウトカムを算出する方法（層別化）などがある。
- 3) 統計的補正によるリスク調整のこと。利用者特性（利用者個々がもつリスク）や事業所特性（どのような利用者を受け入れているかなど）から質に問題があると考えられる状態（ネガティブアウトカム）に該当する統計的な確率を求め，値を補正する方法などがある。
- 4) 高齢者を対象とした連邦政府が管轄する公的医療保険制度。1965年施行当初は65歳以上の高齢者が対象であったが，1973年には障害者と腎臓移植や人工透析が必要な末期腎臓病にも適用が拡大されている。
- 5) 民間保険に加入できない低所得者を対象とした公的医療保険制度。連邦政府の支援を受け，州政府が管轄している。1965年施行当初は母子家庭の

救済が目的であったが，現在では障害者や高齢者を中心に基準を満たした個人に支給される。メディケアと異なり，州ごとに若干規定が異なる。

- 6) Lawtonらが開発した手段の日常生活活動（IADL）尺度。Lawton,M（1969），pp179-186を参照。
- 7) 在宅サービス機関の利用者を包括的にアセスメントし，それを体系的にケアプランに反映させることを目的にJ.N.Morrisや池上直己らによって開発された在宅版のケアプラン方式のこと。10カ国以上で翻訳・検証がなされている。1996年に初めて日本語の翻訳版が書籍として出版。1997年にはアセスメントからプランを作成するツールCAPs（Client Assessment Protocol）を加えた「MDS-HC2.0/CAPs」が日本語に翻訳され，「日本版MDS-HC2.0在宅ケアアセスメントマニュアル」として出版され，現場でも利用されている。このマニュアルは2011年の改訂で，「MDS-HC2.0（在宅版）」と「MDS2.1（施設版）」を統合，さらに「高齢者住宅版」を加えた，新CAP（Clinical Assessment Protocols）に再構築された。現在は「インターライクケアアセスメント」として出版されている。

参考文献

- 岩間大和子（2005）「イギリスにおける介護・福祉サービスの質保障のための政策の展開—2000年，2003年の監査システムの改革の意義」『レファレンス』No.657, pp.6-37.
- 内田陽子（2006）「在宅ケアの質・経済的評価とケア法の開発」『The KITAKANTO medical journal』Vol.56, pp.155-157.
- 財団法人日本公衆衛生協会（2010）『介護サービスの質の評価のあり方に係る検討にむけた事業報告書』財団法人日本公衆衛生協会。
- 島内節，友安直子，内田陽子（2002）『在宅ケアアウトカム評価と質改善の方法』医学書院。
- 島内節，森田久美子，友安直子（2005）「在宅ケア利用者のアウトカムに影響するケアマネジメント要因：ケアマネジャーの職種別比較を通じて」『日本地域看護学会誌』Vol.7, No.2, pp.21-26.
- 社団法人シルバーサービス振興会，介護サービス情報公表支援センター，<http://www.espa-shiencenter.org/>（2012年7月1日最終確認）
- 社会福祉法人全国社会福祉協議会・福祉サービス第三者評価事業に関する評価基準等委員会（2012）「福祉サービスの質の向上に向けて」『福祉サービス第三者評価事業に関する評価基準等委員会報告書』社会福祉法人全国社会福祉協議会。
- 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料，2012年2月24日
- 北素子，伊藤景一（2007）「わが国における要介護高齢者の在宅療養支援のアウトカム評価に関する研

- 究の動向と課題」『日本在宅ケア学会誌』Vol.11, No.1, pp.72-77.
- 田宮菜奈子, 七田恵子, 高崎絹子, 門石晴美, 高橋美保, 山原雅子 (2000) 「わが国の訪問看護サービスにおけるアウトカム指標を用いた継続的質向上のための対策: 実施結果報告および実施可能性の検討」『日本公衆衛生雑誌』Vol.47, No.4, pp.350-363.
- 田宮菜奈子 (1998) 「評価について考える 保健事業評価の実際 outcome(結果)及びprocess(過程)の評価例」『保健婦雑誌』Vol.54, No.2, pp.114-119.
- 特定非営利活動法人インターライ日本 http://interrai.jp/qi/wp-content/uploads/2012/02/h21_qi_hokokusyo.pdf (2012年7月1日最終確認)
- Donabedian A. 東尚弘訳 (2007) 『医療の質の定義と評価方法』NPO法人健康医療評価研究機構 (iHOPE)。
- J.N.Morrisほか編. 池上直己監訳 (2011) 『インターライ方式 ケア アセスメント-居宅・施設・高齢者住宅』医学書院。
- J.N.Morris, 池上直己ほか編. (1999) 池上直己訳『日本版MDS-HC2.0在宅アセスメントマニュアル』医学書院。
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2011) OASIS-C Guidance Manual, <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HomeHealthQualityInits/HHQIOASISUserManual.html> (2012年7月1日最終確認)
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2010) Outcome-Based Quality Improvement (OBQI) Manual, [https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/](https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HomeHealthQualityInits/HHQIOASISUserManual.html) HomeHealthQualityInits/HHQIOASISUserManual.html (2012年7月1日最終確認)
- Donabedian A. (1969) "Some issue in evaluating the quality of nursing care", *American Journal of Public Health*, Vol.59, pp.1833-1836.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (1993) *Quality Improvement in Home Care*, USA, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
- Kato G, Tamiya N, Kashiwagi M, Sato M, Takahashi H. (2009) "Relationship between home care service use and changes in the care needs level of Japanese elderly", *BMC Geriatrics*, Vol.9, 58.
- Lawton, M.P. & Brody, E.M. (1969) "Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living" *Gerontologist*. Vol.9, No.3, pp.179-186.
- Robert J. Rosati. (2009) "The history of quality measurement in home health care", *Clinical Geriatrics Medicine*, Vol.25, pp.121-134.
- Tamiya N, Yamaoka K, Yano E. (2002) "Use of home health services covered by new public long-term care insurance in Japan: impact of the presence and kinship of family caregivers", *International Journal of Quality Health Care*, Vol.14, No.4, pp.295-303.
- Yoshioka Y, Tamiya N, Kashiwagi M, Sato M, Okubo I. (2010) "Comparison of public and private care management agencies under public long-term care insurance in Japan: a cross-sectional study", *Geriatrics & Gerontology International*, Vol.7, No.2, pp.48-55.
- (かしわぎ・まさよ 筑波大学医学医療系講師)