

資料 2-4. 米国のナーシングホームにおけるケアの質マネジメント システムの形成過程

日本福祉大学社会福祉学研究科

澤田 如 (研究協力者)

近藤 克則

はじめに

わが国では、2005 年改正の介護保険制度が 2006 年 4 月に施行された。その制度改革の中で、高齢者介護研究会は、報告書「2015 年の高齢者介護・高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて」を発行した。その中で高齢者介護研究会は、わが国が早急に取り組むべき高齢者介護の最重要課題の 1 つとして、「サービスの質の確保と向上」を指摘した(高齢者介護研究会 2003)。

高齢化が進む他の先進諸国でも同様に、ケアの質が論議の焦点の 1 つとなっている (OECD 2005)。その中でも、米国におけるナーシングホームは一時期、そのケアの質の低さが社会問題化した反動もあり、ケアの質向上に向けた様々な取り組みをおこなっている。それらは、メディケア (老人・障害者医療保険制度)、メディケイド (低所得者医療扶助制度) 指定を受ける約 16,500 ヶ所のナーシングホームを対象にした、①Minimum Data Set (ケアアセスメント表: 以下、MDS) を用いた入所者の定期的アセスメント (Morris, et al. 1995)、②MDS から算出される 24 項目の客観的評価指標の Quality Indicators (以下、QI) (Zimmerman, et al. 1995)、③一般公表するために開発され、MDS から算出される 19 項目の客観的なケアの質評価指標である Quality Measures (以下、QM) (NHQI 2006)、④QM や行政監査結果などが多施設間比較できるウェブサイトである Nursing Home Compare (以下、NHC) (CMS 2008a) などである。これらの取り組みは個々に機能するだけではなく、互いが有機的に関連している。そして、国、施設、利用者・消費者の多元的な視点から施設レベルだけではなく、利用者・事例の両方のレベルそれぞれにおいて、ケアの質を評価し、課題の特定、目標・計画設定に繋げる。その後、計画実行後に再評価するという Plan-Do-Check-Action (以下、PDCA) サイクルを回している。それにより、ケアの質の向上を図るという 1 つの継続的・相互補完的なマネジメントシステムになっている。

このマネジメントシステムにより、米国のナーシングホームでは、身体的・薬物的拘束やネグレクトなどを含む虐待の発生割合、死亡やけがなど利用者には危害がおよんだ割合、褥瘡や痛みがある利用者の割合が減少している (OECD 2005 ; Castle, et al. 2007 ; Harrington, et al. 2008)。OECD (2005) は、この米国の体系的なマネジメントシステムは、他国の取り組みと比べて、ケアの質の向上に大きく貢献していると評価している。

このような多様な取り組みが関連する包括的なマネジメントシステムを、米国はどのくらいの年月をかけて形成してきたのであろうか。そのプロセス・歩みを紐解いていくと米国は、MDS (初版) に約 2 年、そこから QI に約 8 年、その後 NHC において公表する QM に約 2 年と、合計で 12 年以上の歳月をかけ開発し、1 つのマネジメントシステムとしては 20 年以上をかけて徐々に形成してきたことがわかる。では、今後、わが国が継続的・相互補完的なマ

マネジメントシステムを形成する方向へ向いた時、どのような条件・課題があるのでしょうか。また、その形成過程は一体どのような順序で形成され、その順序に必然性はあったのでしょうか。それについて、米国におけるマネジメントシステムの形成過程から得られる手ごかりは有用であると思われる。

そこでⅠ（第一節）では、まず、上記 4 つの取組みをおこなう切っ掛けになったナーシングホーム改革法（Nursing Home Reform Act）を含む Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987（1987 年総括的予算調停法：以下、OBRA'87）が制定された背景および 1987 年以降のマネジメントシステムの形成過程について時系列で検討する。

Ⅱ（第二節）では、4 つの取組みの開発過程について、要素別に分けて整理する。その理由は、米国のマネジメントシステムは、MDS が開発されたからこそ QI・QM が開発できた。また、NHC ができたことで行政監査結果や QM 結果が一般に公表できるようになったからである。つまり、マネジメントシステムの形成過程を時系列から読み解くだけでなく、要素間における関連性を検討することも必要ではないかと考えたからである。

その後、Ⅲ（第三節）で、わが国における取組みの到達点を踏まえて、米国におけるマネジメントシステムの形成過程について考察をおこないたい。

研究方法は、4 つの要素を開発した研究者と開発依頼側である連邦政府による報告書・関連文献、学術論文などを中心にした文献レビューである。

米国におけるケアの質マネジメントシステムに関わるこれまでの歩み

わが国におけるケアの質の向上に向けた取組みが今後どのように進むのか、その手ごかりを得るために、表 1 に、米国におけるこれまでのケアの質マネジメントシステムの形成過程をまとめた。

Ⅰ．時系列でみるケアの質マネジメントシステムの形成過程

以下では、米国のケアの質マネジメントシステムがどのような過程を経て形成されたのか、また、そのマネジメントシステムを構成する 4 つの要素（MDS、QI、QM、NHC）の開発過程はどのようなものだったのかについて検討する。

本節ではまず、米国における OBRA'87 が制定された背景を簡単に述べた後、各要素の開発過程を時系列で整理する。その後、構成要素の開発過程について要素別に述べる。

表 1. 米国のナーシングホームにおけるケアの質マネジメントシステムの形成過程

年号	マネジメントシステムの形成過程
1987	Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987 (1987 年総括的予算調停法)成立
1988	Minimum Data Set の開発開始
1990	Minimum Data Set の使用義務化 Quality Indicators の開発開始
1996	Minimum Data Set 2.0 版使用開始
1998	Nursing Home Compare 制度開始 Minimum Data Set 2.0 コンピューター化 行政監査開始日程の予測困難化
1999	行政監査における Quality Indicators の使用開始 ナーシングホームへ Quality Indicators レポート配信開始
2001	Quality Measures の開発開始
2002	Nursing Home Compare 制度へ Quality Measures の追加
2010	Minimum Data Set 3.0 版へ移行予定 Minimum Data Set 3.0 版への移行に伴う新たな Quality Indicators 導入予定
2011	Minimum Data Set 3.0 版への移行に伴う新たな Quality Measures 公表開始予定

1. Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987 (1987 年総括的予算調停法) に至る背景

1970 年代～1980 年代にかけて、米国のナーシングホームではケアの質の低さが社会問題化した。そのため、連邦議会は 1983 年に米国科学アカデミーによって設立された医療研究機関である Institute of Medicine (以下、IOM) にナーシングホームの実態調査と改善方法の提示を依頼した (Emerzian and Stamp 1993; Hughes, et al. 1999; Vaca, et al. 1998)。

1986 年、IOM (1986) は、多くのナーシングホームにおけるケアの質は低く、利用者は虐待やネグレクトを受けている。また、1965 年にメディケア (老人・障害者医療保険制度)、メディケイド (低所得者医療扶助制度) が施行されて以来、ナーシングホームの利用者数が増加し、報酬支払指定を受けるナーシングホーム数も全体の 6 割以上を占めていることから、ナーシングホームのケアの質の改善は連邦の責任であると示した。そして改善に向けて、ナーシングホームに対して連邦が監視力を強化する 50 以上の改善方法を提案した。

この IOM の報告を受け、1987 年に連邦議会はナーシングホーム改革法 (Nursing Home Reform Act) を含む OBRA '87 を可決した。

2. 1988 年～1990 年 : Minimum Data Set (MDS) の開発・導入

米国のマネジメントシステムの形成は、この OBRA '87 によって義務づけられた利用者アセスメントツールである MDS の開発・導入がはじめの第一歩であった。MDS は、1988 年から開発され、1990 年の 10 月からナーシングホームにおける使用が始まった (Morris, et al. 1990)。それにより、ナーシングホーム側および行政側の両方が利用者の身体的・医学的状態、認知

能力、心理的・社会的状況などが把握できるようになった。また、その MDS のアセスメント結果をもとに、利用者 1 人ひとりが抱える課題を把握し、改善に向けた目標設定が可能になった。つまり、Plan-Do-Check-Action (PDCA) サイクルを回しながら利用者のケアプランの作成・実行ができるようになったのである。

3. 1990 年代 : Quality Indicators と Nursing Home Compare の開発・導入

1990 年代に入った頃より、OBRA'87 によって行政監査プロセスが全米で統一化されることになった米国では、行政監査の結果が州ごとにバラつきが生じる可能性が考えられるようになった。なぜなら、行政監査をおこなうのは州政府だからである。また、同州内でも、行政監査区や監査官によってもバラつきが生じうることも考えられた。そのため、なるべく的確に課題点・領域を探り、調査するための方法として、どのナーシングホームが、どの領域で、どの利用者が、どのような課題を抱えている可能性があるかについて示す客観的・量的評価指標である QI を開発・導入し、その情報を州政府へ提供することになった (Zimmerman, et al. 1995)。この QI の開発は、1990 年から 1998 年の 8 年間にわたりおこなわれ、1999 年 7 月から行政監査において QI を使用することになった (HCFA to Use Quality Indicators as Survey Tool Under New Protocol 1999)。

1990 年代後半頃になると、ナーシングホームに対する世間の不安は根強く残り、要介護となってもナーシングホームへの入所を躊躇する者が多くいることが明らかになってきた (Harrington and Carrillo 1999; U.S. General Accountability Office 1999)。そして、このような状態を招く原因として、ナーシングホームに関する情報が一般に周知されていないことが挙げられた (Mukamel and Spector 2003; Zinn, et al. 2005)。そこで、1998 年、その当時政権を握っていたクリントン政権が、ナーシングホームの情報を提供する施策としてインターネット上で NHC 制度を立ち上げ、ナーシングホームの基本情報（所在地や定員数など）と行政監査結果を公表することを決定したのである。

4. 2000 年代 : Quality Measures の開発・導入

2001 年に政権が共和党のブッシュ政権に変わった後もナーシングホーム情報の提供に向けた取組みは、Nursing Home Quality Initiative (ナーシングホームの質イニシアチブ) の一環として受け継がれた。そして、基本情報や行政監査結果の公表に加え、一般市民にとってわかりやすく、客観的にケアの質を多施設間で比較がおこなえるようにするために新たな評価指標となる QM を開発し、NHC で公表することにしたのである (Fermazin, et al. 2003)。QM の開発は 2001 年から 2002 年にかけておこなわれ、2002 年の 11 月から、NHC においてすべてのナーシングホームに関する QM の公表が始まった (Simon, et al. 2003)。

このように、米国のマネジメントシステムは、MDS の開発・導入をかわきりに QI を開発することで、もともと実施されていたナーシングホームの行政監査をマネジメントシステムの一部として取り込んだ。そして、NHC で行政監査結果などを公表する傍ら、QM を開発・導入し、客観的な視点からの情報提供をおこなうというマネジメントシステムを形成していったのである。

II. 要素列でみるケアの質マネジメントシステムの形成過程

以下では、米国におけるケアの質マネジメントシステムにおける 1) MDS、2) QI、3) QM、4) NHC、の開発過程を個別に検討する。なお、表 1 (「米国のナーシングホームにおけるケアの質マネジメントシステムの形成過程」)からもわかるように、米国のナーシングホームは 2009 年現在、MDS「2.0 版」を使用し、2010 年秋頃から MDS「3.0 版」に移行することが決まっているが、ここでは MDS 2.0 版や MDS3.0 版の基礎となった初版の MDS について検討する。

1. Minimum Data Set (MDS) の開発過程 (1988 年～1990)

MDS の開発は、OBRA'87 が成立した翌年の 1988 年からはじまった。その当時ナーシングホーム利用者の身体機能レベルを高めるための研究をしていた Hebrew Rehabilitation Center for Aged の Morris 氏をはじめ、Research and Training Institute、ブラウン大学、ミシガン大学の研究者らが the Health Care Financing Administration (ナーシングホームを監視することを目的に連邦政府内に設置された組織; HCFA: 現 Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)) からの依頼を受け、MDS の開発を執りおこなうことになった(Morris, et al. 1990; Morris, et al. 1995)。

(1) Minimum Data Set 草案の作成

MDS は、①草案の作成、②信頼性・有用性の検証、の 2 段階のプロセスを経て開発されている(Morris, et al. 1990)。

まず、MDS でアセスメントをおこなう項目を定めるために Morris 氏らは、OBRA' 87 が評価すべきケアの領域として規定している 13 の領域を割り出した。それらは、①健康状態、②既往歴、③認知能力、④身体的状態、⑤感覚器官・身体機能障害、⑥特別な治療、⑦栄養状態、⑧退院の可能性、⑨リハビリテーションの可能性、⑩心理・社会的状態、⑪口腔・歯の状態、⑫アクティビティの可能性、⑬薬物治療、である。

次に、ナーシングホームやケースミックス、研究分野において用いられている 60 以上の既存アセスメントツールから OBRA' 87 が規定する 13 領域と一致するケア領域とそれらアセスメントする項目、定義、採点方法を分析し、草案を作成した。その後、18 ヶ月をかけ、Morris 氏を中心とする Hebrew Rehabilitation Center for Aged, Research and Training Institute, ブラウン大学、ミシガン大学の研究者で構成される MDS 開発プロジェクトチームのメンバーに加え、ナーシングホームや高齢者ケアに関わる医師・看護師・ソーシャルワーカー・薬剤師・理学・作業療法士・栄養士などで構成される専門家グループと利用者・利用者擁護者・政治家などで構成される諮問委員会、HCFA 職員など、総勢 100 名以上が改訂を 20 回以上繰り返し、284 項目を含む最終的な草案を作り上げた。

(2) 信頼性・有用性の検証

その草案の有用性と信頼性の検証を Morris 氏らは、北カロライナ州に位置する 5 ヶ所のナーシングホームとマサチューセッツ州の 5 ヶ所のナーシングホーム、計 10 ヶ所 (6 ヶ所は営利目的、残りの 4 ヶ所は非営利) に入所する利用者、計 400 名 (①入所して 1 ヶ月に満たな

い新利用者 80 名、②化学療法、点滴治療など特別な治療や精神疾患、褥瘡がある利用者 120 名、③その他の利用者 200 名) に対しておこなったのである。

草案 MDS を用いて、同一利用者に対して 2 名の看護師 (各ナーシングホームから 1 名、MDS 開発プロジェクトチームが雇用した看護師 1 名) がアセスメントを別々におこなった。これらの看護師は事前に MDS に関するトレーニングを受けている。アセスメント終了後、各看護師には、アセスメントに費やした時間、用いた資料 (ケア記録など) の種類、理解やアセスメント結果の記入が難しかった項目などに関するアンケートが実施され、有用性が検討された。

信頼性を分析するにあたっては、以下の 4 つの統計的手法が用いられた。①2 人の評価者の評価が一致する割合 (一致率)、評価の方法が 2 値をとる項目では、②the Phi associative statistic、3 段階以上の項目 (たとえば利用者が服用する薬剤の数など) では、③Rho statistics、④the Spearman Brown ICC (Intraclass correlation coefficient: 信頼度係数 0.4 以上を「信頼性あり」とみなした)。なお、信頼性の分析には、383 利用者分のアセスメント結果が用いられた。

これらの検証結果から、有用性・信頼性が高いと判明した項目 (284 項目中 141 項目、50%) はそのまま採用された。そうでない項目は草案から削除または変更された。

改訂された新たな MDS は信頼性のみであったが、ノースカロライナ州、マサチューセッツ州、オハイオ州、ミネソタ州、コネチカット州の 5 つの州における 13 のナーシングホームで再び検証された (Hawes, et al. 1995)。前回の検証と同様、同一利用者に対して 2 名の看護師が互いに相談することなくアセスメントをおこなった。アセスメントが実施された利用者は 123 名であった。分析には、the Spearman Brown ICC が用いられ、信頼度係数 0.4 以上を「信頼性あり」とみなされた。

その結果、89%の項目が信頼度係数 0.4 以上、63%が 0.6 以上という結果になった。信頼度係数が 0.4 に満たなかった 22 項目が削除され、正式な MDS として 1990 年からナーシングホームで使用されることになった。

それ以後、MDS は、1996 年からは MDS に誤記や記入漏れがないかなどを確認する MDS コーディネーター (責任者) や他の職員が署名する欄 (項目) を設けた MDS2.0 版に移行した (CMS 2008c)。1998 年からは、MDS のコンピューター化が進められ、ナーシングホームは電子ファイルで MDS 結果を CMS (各州に設置されている MDS のデータベース) へ提出することになった (CMS 2008d)。

そして現在、CMS は MDS の改訂、妥当性・有用性の検証を繰り返した末、利用者 1 人ひとりに対してアセスメント時にインタビューをおこない、その結果を記さなければならない項目などを多数追加した MDS を、2010 年の秋頃から新たに MDS3.0 版としてナーシングホームにおける使用を開始することを予定している。つまり、MDS は 1988 年から 20 年以上に渡り、研究・調査を繰り返しながらつくり上げられていることになる。

また、MDS は、次に述べる 2 つのケアの質を客観的に評価する指標を開発するためのデータとして用いられることになった。

2. Quality Indicators (QI) の開発過程 (1990 年～1998)

その 1 つが QI である。この QI の開発は、ウイスコンシン大学のヘルスシステム研究分析セン

ター (The Center for Health System Research and Analysis : 以下、CHSRA) がおこなった (Harris and Clauser 2002; Zimmerman 2003; Zimmerman, et al. 1995)。

(1) Quality Indicators (QI) 草案の作成

CHSRA はまず、評価する必要があると考えられるケア領域を抽出するために、MDS や膨大な先行研究などの文献をレビューした。その結果 12 の領域が抽出された。それらは、①事故、②行動・気分、③クリニカルマネジメント、④認知能力、⑤排泄・排便、⑥感染症予防、⑦栄養・食事、⑧身体機能、⑨向精神薬使用、⑩生活の質、⑪感覚機能・コミュニケーション、⑫スキンケア、であった。

1991 年、CHSRA は看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など、医学・看護の専門家や、ナーシングホーム利用者を擁護する者、施設長などを集め、具体的な評価指標について検討・抽出をおこなった。その結果、先に抽出されていた 12 の領域に関する具体的な評価指標候補を 175 項目選択した。

それらの評価指標候補はその後、上記の医学・看護の専門家などにより幾度もレビュー検証され、175 項目から約 100 項目へ、さらに 31 項目へと絞りこまれていった。その 31 項目の QI は、表 2 に示した通りである。

(2) Quality Indicators (QI) Pilot Study

次に、31 項目の評価指標は、行政監査をおこなう監査官が実際に行政監査で用いて、その妥当性や有用性を検証する pilot study が 1993 年から 1994 年にかけて、メイン州 (8 pilot study)、ミシシッピ州 (10 pilot study)、サウスダコタ州 (14 pilot study) の 3 州における 9 施設において計 32 回にわたり実施された。

Pilot study を実施するにあたり、CHSRA は実際に pilot study がおこなわれるナーシングホームで実施された MDS のデータをもとに、①「利用者レベル QI レポート」と②「施設レベル QI レポート」の 2 種類のレポートを作成した。①「利用者レベル QI レポート」とは、縦の行に利用者名、横の列に QI を明記し、利用者ごとにトリガーされた領域をチェックマークで表示するものである。②「施設レベル QI レポート」とは、各ナーシングホームの QI 結果を州の平均値とともに示し、パーセンタイル値を用いて当該ナーシングホームが全ナーシングホーム中、どの位置にランクするかを表示するものである。

Pilot study に参加する監査官には、これら 2 種類のレポート (378 利用者分) を実際の行政監査で用いてもらうために、事前に、QI、利用者レベル QI レポート、および施設レベル QI レポートに関するトレーニングがおこなわれた。その後、メイン州、ミシシッピ州、サウスダコタ州における 32 回の pilot Study が実施された。

行政監査終了後、それぞれの監査官から行政監査で実際に用いた QI レポートのうち、監査官自身が書き残したメモ書が残っているものが回収された。また、アンケート調査、電話調査もおこなわれた。

回収された QI レポートからは、QI から得られた情報が実際に行政監査中に観察した利用者の状態と整合していたかが検討された。アンケート調査では、QI を用いて課題のある可能性が高い領域の特定に関する監査官の意見が引き出された。電話調査では、QI の妥当性、有

用性について意見を引き出すことを目的にしていたのと同時に、監査官がアンケート表には書ききれなかった、または表現できなかった意見や監査官側からの質問などに答える場として設けられた。

表 2. Quality Indicators (QI) 候補項目

	Quality Indicators 候補項目		Quality Indicators 候補項目
1	損傷のある利用者の割合	17	ADL の低下がみられる利用者の割合
2	転倒事故の発生の割合	18	ADL の向上がみられる利用者の割合
3	問題行動がある利用者の割合	19	骨折した利用者の割合
4	うつ症状がある利用者の割合	20	ADL の低下はあるが、認知能力が十分である利用者の割合
5	9 剤以上の薬を服用している利用者の割合	21	向精神薬を服用する利用者の割合
6	認知障害がある利用者の割合	22	向精神薬を入所後服用する利用者の割合
7	認知能力が低下した利用者の割合	23	向精神薬を規定より多く服用する利用者の割合
8	尿・便失禁がある利用者の割合	24	抗不安剤・睡眠薬を服用している利用者の割合
9	尿・便失禁するが、排泄計画を受けていない利用者の割合	25	睡眠薬を週 2 回以上服用している利用者の割合
10	便塞栓 (fecal impaction) がある利用者の割合	26	ベンゾジアゼピン系薬物を服用する利用者の割合
11	留置カテーテルをしている利用者の割合	27	日常的に身体拘束を受けている利用者の割合
12	尿路感染がある利用者の割合	28	アクティビティに少し、または、まったく参加しない利用者の割合
13	抗生剤を使用する利用者の割合	29	褥瘡がある利用者の割合
14	体重減少がある利用者の割合	30	褥瘡ができつつある利用者の割合
15	経管栄養チューブをしている利用者の割合	31	糖尿病があるが、足部ケアを受けていない利用者の割合
16	就床している利用者の割合		

出典： Zimmerman, D. R., Karon, S. L., Arling, G, et al. (1995) Development and Testing of Nursing Home Quality Indicators, *Health Care Financing Review*, 16(4), 107-27 より引用・作成。

Pilot study の結果、QI の数値などの解釈や QI 情報を行政監査プロセスに融和させるのは容易であり、監査対象となる利用者の抽出やケアの質に関する情報収集に役立つ。行政監査で用いても何の支障もないという肯定的な意見が 80%以上の監査官から寄せられた。

QI の妥当性については、QI 情報が、監査官が行政監査中に観察した利用者の状態が整合しているかが検討された。その結果、31 項目のうち 24 項目において 85%以上が整合していることが明らかになった。

こうして、妥当性、有用性が実証された 24 項目を最終評価指標として抽出されることになった。1995 年のことであった。しかし、これら 24 項目の評価指標をすぐにナーシングホームにおける行政監査で使用することはできなかった。なぜなら、この時点では、QI のパーセンタイル値において、どこからどこまでがケアの質が高いパーセンタイルで、どこからど

こまでがケアの質が低いパーセンタイルかを判断する線引き (threshold : 閾値の設定) がおこなわれていなかったからである。

そこで、1996年、ナーシングホームにおけるケアに関わる医師・看護師などの専門家を集め、threshold をどこにするかを検討したのである。しかし、同年には MDS の改訂版である MDS2.0 版の使用開始が決まっていたこともあり、専門家による検討は MDS2.0 版の使用開始後に引き続きおこなわれることになった。

1998年、改めて QI の線引き(threshold)をおこなうため、新たに専門家が召集され、検討が進められた。その結果、最終的にそれぞれの QI (たとえば、「アクティビティに参加しない利用者」の QI なら 25 パーセンタイルより低ければ質の高いケア、90 パーセンタイルより高ければ質の低いケア) に対し threshold が決定され、1999 年から行政監査における使用が開始された。

現在、QI は行政監査のみならず、ナーシングホームへもフィードバックされている。その情報をもとに、ナーシングホームにおけるケアの質の向上にナーシングホーム内外から改善へ取組めるようにしている。

3. Quality Measures (QM) の開発過程 (2001 年～2002 年)

MDS のデータをもとに開発されたもう 1 つの評価指標が QM である。CMS は次に述べる NHC において一般市民へケアの質を多施設間で比較がおこなえる情報を公表するために、QM の開発を、政府・企業向けの営利研究機関である Abt Associates Inc. に依頼した(Berg, et al. 2001a; Morris, et al. 2003)。

(1) Quality Measures (QM) 草案の作成

Abt Associates Inc. は、QM の草案をつくるため 4 つの方法を用いて評価指標候補を割り出した。まず、Abt Associates Inc. は、MEDLINE, PsychLit, Sociofile, ERIC (Educational Resource Information Center) などのデータベースを用いて検索可能な 1966 年から 1999 年にかけて発行された学術論文を検索した。「QIs」、「quality measures」、「outcome QIs」、「outcome measures」というキーワードが「nursing facilities」、「post-acute」、「sub-acute」、「long-term care」、「rehabilitation」のフィールドで用いられていることを検索条件とした。その結果得られた 37 編の学術論文を 1993-1998 年に発行されたものに限定し、再検索した。その結果、最終的に 16 編の学術論文に絞り込み、それらの論文からケアの質に関わる 57 項目の評価指標を割り出した。

次に、Abt Associates Inc. は、JCAHO (病院評価機構、the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) が提供する「ORYX」というソフトに記載されていた 198 の医療機関、ナーシングホーム、在宅ケア事業者などに対して、各事業者が用いているケアの質評価指標に関する情報提供を呼びかけた。その結果、回答があった 59 事業者のうち、28 事業者から評価指標に関する情報提供があり、延べ 112 項目の評価指標が集まった。

また、Abt Associates Inc. は、「1998 年 看護におけるロングタームケア問題フォーラム」(1998 forum on long-term care issue in nursing) に参加した看護師に対しても、同様の情報提供を呼びかけた。その結果、6 人の看護師から 6 項目の評価指標について回答があった。

これら 3 つの方法の他に、Abt Associates Inc. は、Yahoo, American on Line, Lycos, Excite といった 10 個のインターネット検索エンジン上において、「quality measures」、「QIs」、「quality

outcomes」というキーワードと「nursing facilities」、「sub-acute」、「rehabilitation」というフィールドと組み合わせながら、これらに関連する医療団体や機関を検索した。その結果、9ヶ所の団体が明らかになったが、うち5ヶ所はすでに「ORYX」と「1998年 看護におけるロングタームケア問題フォーラム」を通じて評価指標に関する情報提供を依頼していた団体であった。残りの4ヶ所に対しては情報提供を依頼し、1箇所より回答を得た。しかし、その評価指標の割合を求めるために必要なデータ（分子・分母情報）が曖昧だったため、QMの草案には加えられなかった。

これら4つの方法で得られた計175項目のうち、医療機関（小児科、救急など）や在宅ケア向けの評価指標、重複しているものを除く143の項目について、Abt Associates Inc.は各評価指標の割合を求めるために必要な分子・分母が明確であり、MDSから算出できる項目の抽出をおこなった。その結果抽出された45項目を、次のpilot studyで検証することにした。表3に、この45項目のQIを示した。

（2）Quality Measures（QM）Pilot Study

抽出された45項目のQMの妥当性、信頼性は、6州における5,000人以上のMDSデータを用いて検証された。

このpilot studyは、2002年、カリフォルニア州、テネシー州、イリノイ州、オハイオ州、ペンシルベニア州、ミズーリ州の6州における209ヶ所のナーシングホーム、5,758人の利用者の2001年11月から2002年6月の間に実施されたMDSデータを用いたpilot studyである（Berg, et al. 2001b; Mor, et al. 2003; Morris, et al. 2002）。

本pilot studyのために、急性期医療施設に併設されているナーシングホームが多くあるカリフォルニア州、テネシー州、イリノイ州、オハイオ州、ペンシルベニア州、ミズーリ州の6州が選択された。各州における急性期医療施設併設ナーシングホームは無作為に抽出され、カリフォルニア州からは37ヶ所、テネシー州からは33ヶ所、イリノイ州41ヶ所、オハイオ州からは35ヶ所、ペンシルベニア州45ヶ所、ミズーリ州28ヶ所、計219ヶ所のナーシングホームが抽出された。そのうち、本pilot studyに必要なデータが揃っていない施設、小規模施設、調査への参加を拒否した10ヶ所を除く209ヶ所のナーシングホームが調査対象となった。

このpilot studyの目的は、QM結果が実際に提供されているケアのプロセスに反映されているかを検討することであった。そこで、調査対象のナーシングホームでMDSを用いてアセスメントを実施したことがある看護師が、利用者のMDSデータ・介護記録調査、利用者・職員の観察などを実施した。その後、その結果をMedquest Clinical Data Systemと呼ばれるソフトに入力した。

表 3. Quality Measures (QM) 評価指標候補とその妥当性の分析結果

妥当性の結果	Quality Measures 評価指標候補	
<p>妥当性が 「とても高い」 (係数 0.45 以上)</p>	1	留置カテーテルをしている利用者の割合
	2	尿または便失禁がある利用者の割合(ハイリスク・ローリスク)
	3	尿または便失禁がある利用者の割合(ハイリスク)
	4	尿または便失禁がある利用者の割合(ローリスク)
	5	尿路感染がある利用者の割合
	6	感染症がある利用者の割合
	7	痛みがある利用者の割合
	8	褥瘡がある利用者の割合(ハイリスク・ローリスク)
	9	褥瘡がある利用者の割合(ハイリスク)
	10	予測していなかった身体能力の低下がある利用者の割合
	11	日常生活をおくるのに必要な身体能力が低下した利用者の割合
	12	移動能力が低下した利用者の割合
	13	前回のアセスメント時より歩行機能が向上した利用者の割合
	14	尿失禁が悪化した利用者の割合
	15	せん妄がある短期利用者の割合
	16	痛みが増した短期利用者の割合
	17	入所時から向上が見受けられない短期利用者の割合
	18	入所 14 日目における歩行機能が入所 5 日目より向上している短期利用者の割合
<p>「妥当」 (係数 0.3 以上)</p>	19	不適切な行動がある利用者の割合(ハイリスク)
	20	不適切な行動がある利用者の割合(ローリスク)
	21	アクティビティに少しまたはまったく参加しない利用者の割合
	22	原因不明の体重減少がある利用者の割合
	23	精神疾患はないが向精神薬を服用する利用者の割合(ハイリスク)
	24	精神疾患はないが向精神薬を服用する利用者の割合(ローリスク)
	25	行動が悪化した利用者の割合
	26	褥瘡がよくなっていない短期利用者の割合
	27	褥瘡が悪化した利用者の割合

「無効」 (係数 0.3 以下)	28	不適切な行動がある利用者の割合(ハイリスク・ローリスク)
	29	転倒した利用者の割合
	30	経管栄養チューブをしている利用者の割合
	31	低 BMI (Body Mass Index) である利用者の割合
	32	褥瘡がある利用者の割合(ローリスク)
	33	火傷、擦り傷、打撲痕がある利用者の割合
	34	身体拘束を受けている利用者の割合
	35	精神疾患はないが向精神薬を服用する利用者の割合(ハイリスク・ローリスク)
	36	身体能力が向上した利用者の割合
	37	認知能力が低下した利用者の割合
	38	コミュニケーション能力が低下した利用者の割合
	39	せん妄がある利用者の割合
	40	うつ、または、不安状態が悪化した利用者の割合
	41	新たに留置カテーテルをした利用者の割合
	42	便失禁が悪化した利用者の割合
	43	痛みが増した利用者の割合
	44	尿・便コントロール能力が向上していない短期利用者の割合
45	呼吸器系に感染症が発症した、または、よくなっていない短期利用者の割合	

出典 : Morris, John N., Moore, Terry, Jones, Rich, et al. (2003) Validation of Long-Term and Post-Acute Care Quality Indicators - CMS Contract No: 500-95-0062/T.O.#4 Final Report (http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityInits/35_NHQIArchives.asp, 2008.9.14)より引用・作成。

妥当性の分析には、Multiple R (統計的手法) が用いられた。係数 0.45 以上を妥当性が「とても高い」、0.3 以上を「妥当」、0.3 以下を「無効」とみなした。その結果、18 項目の評価指標の妥当性が「とても妥当」(係数 0.45 以上)、9 項目が「妥当」(係数 0.3 以上)、18 項目が「無効」(係数 0.3 以下) となった (表 3)。

また、本調査の調査員である看護師が 2 人 1 組で対象施設において MDS アセスメントを互いに相談することなく実施した。その結果を、調査対象のナーシングホームの看護師がおこなった MDS アセスメント結果と比較してアセスメント結果の一致率を調査した。信頼性を分析するにあたっては、weighted kappa coefficient (重みつきカッパ係数 0.4 以上を「信頼性あり」とみなした) の統計的手法が用いられた。その結果「アクティビティに少し、またはまったく参加しない利用者の割合」以外の評価指標が「信頼性あり」とみなされた。

Abt Associates Inc. は、係数 0.3 以上であった評価指標の中から NHC で公表する評価指標として選択することを推奨した。その結果、CMS は、①感染症がある利用者の割合、②痛みがある利用者の割合、③褥瘡がある利用者の割合 (ハイリスク・ローリスク)、④褥瘡がある利用者の割合 (ハイリスク)、⑤身体拘束を受けている利用者の割合、⑥痛みがある利用者の割

合、⑦日常生活をおくるのに必要な身体能力が低下した利用者の割合、⑧前回のアセスメント時より歩行が向上した利用者の割合、⑨せん妄がある短期利用者の割合、⑩痛みが増した短期利用者の割合、の 10 項目（後に 19 項目に増加）を最終的な（開発当初）評価指標として選択した(Fermazin, et al. 2003)。

これら 10 項目の QM は、他州に先駆けて、コロラド州、フロリダ州、メリーランド州、オハイオ州、ロードアイランド州、ワシントン州の 6 州において、2002 年 4 月から公表され始めた。同年 11 月からは、全米すべての州のナーシングホームにおける QM が NHC で公表されるようになった(Mor 2004)。その後、the National Quality Forum（消費・事業・研究者などが参加する NPO 団体）がより多くの情報提供を求めたこともあり、同様の開発過程が繰り返され、2006 年 10 月には現在の 19 項目までに増加された(NHQA 2006)。

現在では、QM 情報は NHC のウェブサイトだけでなく、CMS のテレフォンサービスからも入手できるようになっている。つまり、インターネットにアクセスがない者などにも幅広く情報提供が出来るようにしているのである。

4. ナーシングホームに関する情報の配信：

Nursing Home Compare (NHC) の開発（1998 年～2008 年）

（1）基本情報、職員情報と行政監査結果の公表：1998 年

MDS や QI、行政監査などの取組みを連邦・州政府、ナーシングホームがおこないケアの質の改善に取り組んでいた 1990 年代、ナーシングホームに関する情報が一般に公表されていないことから世間が不安を抱いていたことは先にも述べた。その状態を打開すべく、1998 年、クリントン政権はインターネット上のウェブサイトにおいて、メディケア・メディケイドの指定を受けるすべてのナーシングホームに関する情報を提供することを決定した。それが、NHC であった。NHC で公表することになった情報は、1998 年当時、連邦政府が行政監査から入手可能であった各ナーシングホームの所在地や定員数などの基本情報や利用者 1 人に対し、看護師（registered nurse および licensed vocational nurse、または、licensed practical nurse）・看護助手（nurse's aid）が費やす 1 日の時間数、行政監査によって判明した違反項目であった(Fermazin, et al. 2003; Zinn, et al. 2005)。

（2）苦情調査結果の公表と Quality Measures (QM) の公表：2002 年

この公表内容に対して、米国下院政府改革委員会 (U.S. House of Representatives 2002) は、ナーシングホームに関する苦情調査結果が公表されていないことに強く反発した。なぜならその当時、利用者などから州政府や CMS にナーシングホームに関する苦情が多く寄せられ、それに対するナーシングホーム調査を年間 52,000 件もおこなっていた。それにも関わらず、その結果を NHC は公表していなかったからである。この批判を受け、CMS は 2002 年 6 月から苦情調査結果をも NHC で公表することにしたのである。

また、同年 11 月から、もともと NHC で公表することを目的に開発された QM を NHC で公表するようになった。NHC で公表するにあたって CMS は、インターネットや新聞などのメディアを利用し、QM の利用を呼びかけるキャンペーンを全米で繰り返した。

(3) スプリンクラー設置・状況防火検査結果の公表：2006年

2003年、コネチカット州の州都であるハートフォードとテネシー州の州都であるナッシュビルにあるナーシングホームで火災による利用者の死亡事故が発生、死亡者数は、31名に達した。両ナーシングホームは、不燃性の素材を使って建てられていたため、スプリンクラーの設置は義務付けられていなかった。そのため、被害が拡大したのである。この火災事故を受け、すべてのナーシングホームにスプリンクラーの設置を義務付けるとともに、2006年10月から、その設置状況と防火検査結果を NHC で公表することになった (U.S. General Accountability Office 2004)。

(4) Special Focus Facility (SFF：特別監視施設) の公表：2008年

2008年4月から、全米で特別監視施設 (Special Focus Facility：以下、SFF) に指定されている134ヶ所(全体の0.8%)のナーシングホームを NHC において実名で公表されている (CMS 2008b)。SFF 制度自体は1998年に開始されたものだが、その当時は、SFF に指定されているナーシングホームは一般には公表されていなかった (CMS 2008e)。CMS は、ナーシングホームの中には前回の行政監査で指摘された違反を、次の行政監査でも繰り返すナーシングホームが多くあることを、それまでの行政監査結果や経験から明らかにした。そして、そのような現象を減らすことを目的に、他のナーシングホームと比較して、行政監査で指摘された違反数が多いナーシングホーム、繰り返し違反を犯すナーシングホーム、長期(過去3年間)にわたり問題を抱えるナーシングホームに、通常より2倍の数の行政監査(年2度)や行政措置科す制度として開始したものである。そして、その情報を一般に公表することで質を高めようとしたのである。

(5) Star Rating (星マークを用いた評価結果) の公表：2008年

NHC で QM が公表されるようになった後、QM の結果を示す数値の解釈が難しいという利用者やその擁護団体、消費団体から不満の声が出始めた。そのため、CMS は QM をはじめ、NHC で公表される行政監査結果、職員情報などを市民によりわかりやすく、比較しやすいものにするため星マークの数でケアの質が高いか低いかを表示 (star rating) することにした。Star rating を導入するにあたって、MDS、QI、QM の開発に関わった研究者らからの意見が参考にされた。また、ナーシングホームなどに関わる看護師や施設長、オンブツマン、利用者・利用者擁護者などを含む一般からの意見も2008年6月から7月にかけて受け付けた。その結果、star rating はわかりやすく、公表するには概ね妥当な方法であるとの意見を得た (CMS 2008a)。そうして、2008年12月から star rating の公表が始まったのである。

こうして、NHC は公表する項目を徐々に増やしていき、今では、1年間で約120万件のアクセス数がある (Harrington, et al. 2003)。CMS が立ち上げているウェブサイトの中でも人気のウェブサイトになっている。

以上のように、米国のケアの質マネジメントシステムは、MDS があつたからこそ QI・QM が開発され、ナーシングホームに導入することができたのである。また、また QI のように量的・客観的に多施設間比較がおこなえる評価指標があつたことから、その手法を応用して一

般市民にもなるべく理解しやすいような QM がつくられ、NHC で公表するようになったのである。

つまり、MDS、QI、QM、NHC は、ケアの質の向上に向けて個別に開発されたが、マネジメントシステムの形成過程において、それぞれが関連しながら開発され、現在のマネジメントシステムを形成してきているのである。

Ⅲ. 考察

本章では、米国のナーシングホームにおいてケアの質の向上を目指して形成されているマネジメントシステムを材料に、その形成プロセスおよびその構成要素の開発過程などについて時期別・要素別の 2 つの軸を用いて検討した。

冒頭でも述べたように、米国は OBRA'87 施行以降、約 20 年もの歳月をかけて今日のマネジメントシステムを徐々に形成してきた。この取組みは、OECD 加盟国の中でも最も古くからおこなわれている (OECD 2005)。米国の長いとも言える経験から、ケアの質を高めるためのマネジメントシステムの形成は、短期間で成し遂げられるものではないということが伺える。そして、このようにケアの質の向上について多くの経験・情報が蓄積されている米国から学ぶことがあると思われる。

ただし、米国におけるマネジメントシステムの形成過程を捉えても、その形成過程をわが国でまったく同じようにコピーできるとは限らない。しかし、もしも今後わが国が米国のようなマネジメントシステムの形成に向かうとなった時、どのような課題や条件などをクリアするとマネジメントシステムを形成できる可能性が見えてくるのか、など、その手がかりを形成過程の描き出しから得られれば、わが国が進む方向が見えてくるのではないかと思われる。

以下では、米国におけるマネジメントシステムの形成過程からみえてきた点について考察する。それらは、1. トップダウン型とボトムアップ型アプローチの両方が重要、2. 利用者アセスメントをアセスメントのまま終わらせることなく、ケアの質の向上に繋がる評価指標や PDCA サイクルなどに結びつける発想が重要、3. 専門職が納得できるケアの質評価指標が重要、であることの 3 点である。以下では、これらの点を順に考察する。

1. トップダウン型とボトムアップアプローチの両方が重要

第 1 は、米国のようなマネジメントシステムの形成には、トップダウン型 (行政主導) とボトムアップ型 (現場主導) アプローチの両方が重要である。

米国のナーシングホームにおけるマネジメントシステムは、連邦政府の強力な意思、つまりトップダウン型アプローチによって形成された。米国は、自由競争主義の国だとよく耳にすることがある。確かに、米国にはヨーロッパ系、アフリカ系、中国系、日系、東南アジア系、ユダヤ系と様々な人種が移住し、共通する言語や風習、宗教などが無い土地で 1 つの国を作り上げ生活していくには、自由競争主義が一番受け入れやすかったために広まった (石川 2007) とされている。しかし、米国のナーシングホームにおけるケアの質の向上に向けたマネジメントシステムにおいては、必ずしもナーシングホームでケアを提供する provider (提供者) 間の競争から発展したわけではなかった。ナーシングホームにおけるケアの質の低さが社会問題化したことを受け、連邦政府の強い意志のもとイニシアチブをとり、規定や法整備を推し進めた。そして MDS や QI、QM などの開発・導入までも進めたのである。

また、コンシューマーによる自己責任・自己負担と、ナーシングホームにおける競争的環

境などの内的な圧力が既にあった米国においても、連邦政府は MDS をナーシングホームにおけるケアの質の評価のためだけでなく、報酬額決定のために義務づけた。QI は、利用者の疾患や重症度、属性等を考慮しながら分類し、その分類に応じた報酬支払方法としてのケースミックスの導入をも目的に開発された。それにより、ナーシングホーム側も行政によるケアの質の向上に向けた取組みを、「No choice」で受け入れるしかない環境をつくりあげた。

さらに、NHC は一般市民、つまり消費者に対して情報を提供する制度である。そのため、この制度は一見、消費者主義が強いと言われる米国において、ナーシングホーム業界が内発的にウェブサイトを立ち上げ、開始したかのように映ってしまうかもしれない。しかし、この制度もまた、政府によって生み出された制度であった。つまり、行政側からのトップダウン型のアプローチによって築かれたのである。

他面、米国では、行政側からのトップダウン型のみならず、現場からのボトムアップ型のアプローチも取り入れながら形成された。つまり、ボトムアップ型のアプローチもマネジメントシステムの形成には重要であるということが伺える。米国における MDS、QI、QM の開発は、ナーシングホーム関係者の声を反映しながら年々にも渡って幾度も改訂を繰り返しながら進められた。そのため、これらの要素の導入をナーシングホーム側も納得したうえで受け入れ、活用されやすい環境を連邦政府がつくっていたと言える。ケアを実際に提供しているのは現場の人間である。いくら行政や研究者が良い制度やケアの質の向上に資する手法を開発したとしても、現場の者がそれらと自分達の業務がどのように関係しているのか、どのようにケアの質の向上をもたらすのかなどを理解し、納得したうえで導入されなければ、その制度も手法も活用されない。米国では、その点を考慮しながら様々な制度・手法の開発・導入に取り組んだことが今日のマネジメントシステムが形成される推進力になったと思われる。

現場が受け入れやすくできる方法の 1 つとして、ボトムアップ型アプローチの中に、ケアの質の向上に向けて開発・導入しようとしている取組みが、実際に質の向上をもたらすのか、その効果を科学的に検証するというプロセスを加える方法がある。そして、その開発過程や進行具合、検証結果などを広く公表するのである。米国では、MDS、QI、QM の開発には、統計学的にその信頼性や妥当性、有用性が検証されている。その結果、信頼性や妥当性などが認められたものが採用され、全米に普及している。また、各要素の目的や活用方法、開発過程、進行具合、検証結果などは、インターネットや学術雑誌などを通して、随時ナーシングホーム側にもアップデートされている。そのことが、MDS、QI、QM といった要素の導入をナーシングホーム側が理解・納得しやすくしたと考えられる。

わが国で、今後ケアの質の向上を目指し、米国のナーシングホームで見られるようなマネジメントシステムを形成するとなった場合、トップダウン型に加え、ボトムアップ型アプローチも取り入れ、質の向上に取り組むマネジメント主体（事業者・施設）である現場が納得しやすくすることが肝要であると思われる。

2. 要介護者のニーズアセスメントをケアの質の向上に繋がる評価指標や PDCA サイクルなどに結びつける発想の重要性

第 2 は、米国の MDS のように、要介護者のニーズアセスメントをアセスメントのままで終わらせず、ケアの質を高めることに寄与する QI のような評価指標や利用者・課題領域別レビュー、PDCA サイクルなどに繋げるという発想が重要である。

米国のナーシングホームでは、MDS という利用者の身体的・医学的状态や認知能力、心理的・社会的状況などを包括的に評価するアセスメントツールが開発・導入されたからこそ、

利用者 1 人ひとりの状態を把握できるようになった。それが、利用者それぞれの状態に叶ったケアプランを作成・実行することも、ナーシングホームが提供するケアの質を客観的・量的に評価する指標である QI と QM を開発し、アウトカム評価をおこなうことに繋がった。監査においては、課題がある利用者やナーシングホーム全体における課題領域を特定し、適切な評価や処分をおこなうことで、監査官によるケアの質の改善に向けた指摘やアドバイスもおこなうことができるようになったと言える。さらに言えば、ナーシングホームにおける監査結果や苦情調査結果などの他に、ケアの質に関わる情報 (QM) を一般市民に提供することも叶った。つまり、MDS の結果から、何をどうすれば質が改善できるのか、次の行動に向けた課題とその改善の手がかりを導き出す評価に繋がっている。それが、米国のナーシングホーム内に設置されている利用者・課題領域別レビュー委員会 (澤田・近藤 2008) においてケアプランを計画 (Plan) し、実行 (Do) に移す。その後、評価 (Check) し、行動 (Action) するという PDCA サイクルにも繋がっている。

米国の MDS は、わが国で介護報酬額を決定するために要介護認定アセスメントで要介護度が判定される仕組みに似ている (近藤 2007)。なぜなら、米国のナーシングホームは、MDS の結果を政府に提出することで報酬を受け取る仕組みにもなっているからである。しかし、米国では MDS は、報酬額を決めるためだけではなく、QI と QM の開発過程・算出にも使われている。また、PDCA サイクルを回すことにも役立っている。

一方、わが国の要介護認定アセスメントは、300 以上の項目から構成される米国の MDS に比べ、74 項目と項目数が (厚生労働省老健局老人保健課 2009) と少なく、年単位で実施されるなどの制約がある。しかし、これをうまく改善・活用すれば、少なくとも要介護認定という 1 つのアセスメントだけでなく、客観的なケアの質評価指標の情報源として、また、PDCA サイクルを回すことなどにも使えると考えられる。しかし、要介護認定は要介護認定のままに留まっており、評価指標の算出や PDCA サイクルを回すことなどには活用されていない。

もし仮に、要介護認定アセスメントの調査項目から米国の QI と QM の算出を試みたとする。すると、「留置カテーテル」をしている利用者の割合や「経管栄養チューブ」をしている利用者の割合といったごく少ない項目しか算出できない。つまり、米国の QI と QM を算出するには、要介護認定アセスメントの項目をゼロから開発、または、既存の要介護認定調査項目に QI と QM の評価がおこなえる項目を追加するという、少なくとも 2 通りが考えられる。米国の経験から、前者のアセスメントツールをゼロから開発方法では、約 2 年はかかると思われる。その点、後者の要介護認定アセスメント項目を追加する方法の場合、QI・QM が算出できる MDS 項目は明らかになっていることから、ゼロから開発するより現実的ではないかと考えられる。

逆に、わが国の要介護認定アセスメントから米国の QI や QM とはまったく違った独自の評価指標を開発する方法も考えられる。しかし、要介護認定調査の 74 項目の中には、「買い物」や「簡単な調理」など、高齢者介護施設を利用する利用者本人が自ら単独でおこなうことは少ないであろうと思われる項目が含まれる。また、「生年月日」や「自分の名前」を言う、「今の季節」、「場所」、「毎日の日課」を理解するといったような少なくとも 5 項目から、「認知障害の有無」のような、1 つの機能だけを評価する指標が算出できる項目が複数ある。ちなみに米国の QI では、これらの項目を総合して「認知障害がある利用者の割合」という 1 つの評価指標を算出している。つまり、わが国の要介護認定調査の 74 項目からでは評価指標は限られた数しかつくれないかもしれない。また、評価指標の信頼性や妥当性、有用性の統計学的

検証が必要になると思われることから、米国の経験からみれば、その開発には約 2 年～8 年かかるかもしれない。

いずれにせよ、わが国には要介護認定という利用者レベルのアセスメントツールがあるにも関わらず、単に要介護度を判定するためのだけのツールに留まっている。これは、日米における環境の違いによってわが国ではアセスメントがアセスメントのままに留まり、米国では質の向上に結びついているという説明は難しい。今後、わが国においてもケアの質の向上に繋がるアセスメントや・PDCA サイクルなどに結びつけるという発想が重要であると思われる。

3. 専門職が納得できるケアの質評価指標の重要性

第3は、現場でケアを提供する専門職が納得できる QI のようなケアの質評価指標が重要である。

米国のマネジメントシステム形成過程からすると、MDS から QI というケアの質評価指標が開発された。その後、QM というもう 1 つのケアの質評価指標が開発された。これら 2 つの評価指標は、両方ともケアの質を客観的に、なおかつ、量的に評価する指標である。この 2 つのどちらがケアの質をより一層高める可能性を秘め、そのことを現場が実感できるであろうか。それは QI の方だと思われる。なぜなら、QI はナーシングホームレベルで、パーセント値を用いて全ナーシングホーム中、どの位置にランクするか確認できることに加えて、利用者レベルにおいても 2 時点間や利用者間比較ができるからである。そのことが、ケアの質を高めるために、どの利用者が、どのような課題を抱えている可能性があるのかを示し、ケアの「どこ」から「何」を改善すればよいのか、その手がかりを明示する。そのことが、ケアの質の改善に繋げやすくし、ケアの質を高められるという実感を現場にもたらす。

一方、QM はナーシングホームレベルにおいてパーセント値を用いて、どれぐらいの利用者が課題を抱えているか、については示すものの、どの利用者が、どのような課題を抱えている可能性があるのか、までは示すことができない。つまり、QI の方が QM より、ケアの質の向上に向けてケアプランなど、利用者レベルにおける個別・事例別ケアのプロセスの見直し・振り返りができ、ケアの質の向上にも、現場に理解・納得してもらいやすくすることにも役立ったと思われる。

米国は、この QI に 8 年という歳月をかけて開発した。その QI の開発過程でおこなわれたのは、その妥当性・有用性などの科学的検証や threshold の設定だけではなく、現場の意見を取り入れ、現場が納得できる項目を 175 項目にもおよぶ QI 候補の中から 24 項目に絞り込むことでもあった。そのような年月と作業が、ケアの質すべてを捉えてはいないものの、その一面は捉え、ケアの質の向上に結びつく現場が QI を理解・納得し受け入れるまでに必要であったと考えられる。また、MDS が開発・導入された 1990 年まで、利用者アセスメントなどの評価を実施してこなかったナーシングホーム側にとって、行政側にケアの質を評価されることに対して違和感や抵抗感があった。そのため、8 年もの月日とその違和感・抵抗感を和らげるのに要したと思われる。

一方、QM の開発・導入には 2 年ほどしか要していない。これは、すでに QI が開発されていたことで、その開発過程においてどのような手順で開発を進めるのか、その知識や情報が蓄積されていたから QI より短時間で開発できたとも考えられる。しかし、すでにナーシングホームに QI が導入されていたことで、QM をパーセント値というパーセント値より幾分か分かりやすい数値を用いて新たにケアの質を評価し、その結果を一般に公表するということに対してナーシングホーム側が思ったほど抵抗せず開発・導入できた。つまり、QM の開発・導入時点ではケアの質を評価されることに対してナーシングホーム側に免疫ができ、受け入れるまでにさほど時間は必要ではなかったのではないかと思われる。

QI・QM は両方ともケアの質を客観的に評価する指標群である。そのため一見すると、両方とも同じようなものに見える。しかし、QI は、QM とは異なり、ナーシングホームレベルと利用者レベルの両レベルでケアの質の向上に結びつく情報を提供する。そのことが、現場にとって理解・納得したうえで活用するといった環境をつくる。また、QI・QM の開発過程を見ると、その開発手順などの情報がある程度手に入る。そのため、QI と QM のような評価指標の両方を同時に開発・導入することが、施設がケアの質の向上を目指すうえでも、一般市民にケアの質に関する情報を提供するうえでも、より良いのではないかと思えるかもしれない。しかし、まず、QI のような多施設間比較に留まらず個別・事例別比較が可能な評価指標の開発・導入し、ケアプランの見直しなどに繋がれることでケアの質を高められるということを現場が実感できるようにすることを優先しなければ、現場に受け入れてはもらえない。受け入れてもらえなければ活用もされず、ケアの質の向上には繋がらない。ましてや、看護・介護などの専門職側と利用者側とでは重要視する評価内容が合致するとは限らない(Donabedian 1980)。つまり、一般市民が求める評価をおこなったとしても、それを現場が受け入れるとは限らない。現場が受け入れ、なおかつケアの質の向上をもたらすためには、利用者レベルで個別・事例別比較が可能で、ケアプランなど、ケアのプロセスを振り返ることができるケアの質評価指標が重要である。

まとめ

本稿では、米国のナーシングホームにおけるケアの質を高めることを目指したマネジメントシステムのようなものは、どのような条件・課題などを少なくもとクリアしたら形成できる可能性が見えてくるのか、米国のマネジメントシステムは、どのような順序で形成されたのか、その順序の必然性などについて手がかりを得ることを目的に、米国のナーシングホームにおけるマネジメントシステムの形成、開発・導入過程を文献レビューから描き出した。

その結果、米国のナーシングホームにおけるマネジメントシステムは、そのケアの質の低さが社会問題化した 1980 年代後半から長年にわたりケアの質の確保と向上に努めていることが明らかになった。その間、連邦政府主導のもと OBRA'87 を施行し、MDS を約 2 年という歳月をかけ開発・導入した。その後、MDS をもとにして、QI に約 8 年をかけ開発し、NHC において QM を開発・導入するまでに約 2 年と、12 年以上の歳月をかけている。ケアの質の向上を目指した 1 つのマネジメントシステムとしては、2010 年に使用義務化が予定されている MDS3.0 版を含めると 20 年以上をかけ形成していることが明らかになった。

また、現場がケアの質の向上に資すると感じ受け入れやすい QI のような評価指標を、一般に公表するための QM のような評価指標より優先して開発・導入したことが現在のマネジメントシステムの形成に役立ったと思われる。つまり、形成過程における順序には必然性があったと考えられる。

米国におけるケアの質のマネジメントシステムの形成課程から、マネジメントシステムとその構成要素の開発・導入には、①トップダウン型アプローチとボトムアップ型アプローチの両方が重要であると示唆された。また、②要介護者のニーズアセスメントをニーズアセスメントのまま終わらせず、ケアの質の向上に繋がる QI のような評価指標や PDCA サイクルなどに結びつけるという発想、ならびに、③一般市民向けに公表するための指標 (QM) の開発・導入よりも、現場でケアを提供する専門職が納得できるケアの質評価指標 (QI) の方を先行して開発・導入することの重要性、の 3 点が示唆された。

文献

- Berg, Katherine, Fries, Brant E., Jones, Richard, et al. (2001a) Identification and Evaluation of Existing Quality Indicators That Are Appropriate for Use in Long-Term Care Settings, Abt Associate Inc.
- Berg, Katherine, Mor, Vincent, Moore, Terry, et al. (2001b) Preliminary Report: Pilot Field Data Collection Efforts to Validate Nursing Home Quality Indicators (Performance Measures) - CMS Contract No: 500-95-0062
(http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityInits/35_NHQAarchives.asp, 2008. 9. 14).
- Castle, N. G., Engberg, J. and Liu, D. (2007) Have Nursing Home Compare Quality Measure Scores Changed over Time in Response to Competition?, Qual Saf Health Care, 16(3), 185-91.
- CMS (2008a) Nursing Home Compare (<http://www.medicare.gov/NHCompare/home.asp>, 2008. 7. 11).
- CMS (2008b) Details for: Critical New Information Added to Nursing Home Compare Web Site
(<http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=3060>, 2008. 5. 21).
- CMS (2008c) Historical Files-Disposition of MDS Records
(http://www.cms.hhs.gov/MinimumDataSets20/09_HistoricalFiles.asp, 2008.9.9).
- CMS (2008d) NHQA Archives
http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityInits/35_NHQAarchives.asp, 2008.9.14).
- CMS (2008e) 2008 Action Plan for Nursing Home Quality
(<http://www.cms.hhs.gov/CertificationandCompliance/Downloads/2008NHActionPlan.pdf>, 2008.10.9).
- Donabedian, A (1980) The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment, Health Administration Press.
- Fermazin, M., Canady, M., Bauer, K., et al. (2003) Nursing Home Compare: Web Site Offers Critical Information to Consumers, Professionals, Lippincott's Case Management, 8(4), 175-83.
- Harrington, C., Carrillo, H. and Blank, B. (2008) Nursing, Facilities, Staffing, Residents, and Facility Deficiencies, 2001 through 2007, University of California, San Francisco.
- Harrington, C. and Carrillo, H. (1999) The Regulation and Enforcement of Federal Nursing Home Standards, 1991-1997, Medical Care Research and Review, 56(4), 471-94.
- Harrington, C., Collier, E., O'Meara, J., et al. (2003) Federal and State Nursing Facility Websites: Just What the Consumer Needs?, American Journal of Medical Quality, 18(1), 21-37.
- Harris, Y. and Clauser, S. B. (2002) Achieving Improvement through Nursing Home Quality Measurement, Health Care Financ Rev, 23(4), 5-18.
- Hawes, C., Morris, J. N., Phillips, C. D., et al. (1995) Reliability Estimates for the Minimum Data Set for Nursing Home Resident Assessment and Care Screening (MDS), Gerontologist, 35(2), 172-8.
- HCFA to Use Quality Indicators as Survey Tool Under New Protocol (1999) Natl Rep Subacute Care, 7(10), 5-6.
- Mor, V. (2004) A Comprehensive Clinical Assessment Tool to Inform Policy and Practice: Applications of the Minimum Data Set, Med Care, 42(4 Suppl), III50-9.
- Morris, J. N., Hawes, C., Fries, B. E., et al. (1990) Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing Homes, Gerontologist, 30(3), 293-307.
- Morris, John N., Murphy, K and Nonemaker, S (1995) Minimum Data Set 2.0 Long-Term Care Facility Resident Assessment Instrument User's Manual, Health Care Financing Administration. (=2005, 池上直己訳 『MDS2.1－施設ケアアセスメントマニュアル改訂版』 医学書院.)
- Morris, John N., Moore, Terry, Jones, Rich, et al. (2002) Validation of Long-Term and Post-Acute Care Quality Indicators - CMS Contract No: 500-95-0062/T.O.#4 Executive Summary
(http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityInits/35_NHQAarchives.asp, 2008. 9. 14).
- Morris, John N., Moore, Terry, Jones, Rich, et al. (2003) Validation of Long-Term and Post-Acute Care Quality Indicators - CMS Contract No: 500-95-0062/T.O.#4 Final Report
(http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityInits/35_NHQAarchives.asp, 2008. 9.14).
- Mukamel, D. B. and Spector, W. D. (2003) Quality Report Cards and Nursing Home Quality, Gerontologist, 43 Spec No 2(58-66).
- NHQA (2006) Quality Measures Resource Manual, Version 5.0

- (<http://www.medqic.org/dcs/ContentServer?pagename=Medqic/MQPage/Homepage>, 2006. 6.22).
- OECD (2005) Long-Term Care for Older People - the OECD Health Project
(http://www.oecd.org/document/50/0,2340,en_2649_201185_35195570_1_1_1_1,00.html, 2008.1.25).
- Simon, S., LaBelle, S. and Littlehale, S. (2003) Measuring Quality with QMS, Provider, 29(2), 37-40, 43.
- U.S. General Accountability Office (1999) Nursing Homes: Additional Steps Needed to Strengthen Enforcement of Federal Quality Standards (Report to the Special Committee on Aging, U.S. Senate, Publication No. GAO/HEHS-99- 46), Washington DC: Author.
- U.S. General Accountability Office (2004) Nursing Home Fire Safety - Recent Fires Highlight Weaknesses in Federal Standards and Oversight GAO- 04-660, Washington DC: Author.
- U.S. House of Representatives, Committee on Government Reform (2002) HHS "Nursing Home Compare" Website Has Major Flaws (www.nccnhr.org/uploads/complaint_reportdft.pdf, 2008.8.20).
- Zimmerman, D. R. (2003) Improving Nursing Home Quality of Care through Outcomes Data: The MDS Quality Indicators, Int J Geriatr Psychiatry, 18(3), 250-7.
- Zimmerman, D. R., Karon, S. L., Arling, G., et al. (1995) Development and Testing of Nursing Home Quality Indicators, Health Care Financing Review, 16(4), 107-27.
- Zinn, J., Spector, W., Hsieh, L., et al. (2005) Do Trends in the Reporting of Quality Measures on the Nursing Home Compare Web Site Differ by Nursing Home Characteristics?, Gerontologist, 45(6), 720-30.
- 石川義弘 (2007) 市場原理とアメリカ医療—日本の医療改革の未来形 自由競争・医療格差社会を生き抜くアメリカ式医療経営入門, 医学通信社.
- 高齢者介護研究会 (2003) 「2015 年の高齢者介護—高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて」 (http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/vAdmPBig_category20/217B_568F6C4A32_F149256D55002AF896?OpenDocument, 2007.8.1).
- 近藤克則 (2007) アメリカのナーシング・ホームのケアの質マネジメント・システム, 社会福祉学, 48(1), 194-198.
- 澤田如・近藤克則 (2008) 「米国のナーシングホームにおけるケアの質マネジメントシステム—行政監査と施設レベルの取組みに焦点をあてて—」『日本医療・病院管理学会誌』 45(1), 49-57.

資料 2-5. 介護サービスの質確保に向けた事業者の取組み事例から

東京大学社会科学研究所特任准教授

堀田聡子

1. はじめに

本検討委員会では、サービス提供事業者において介護保険の理念実現に向けたサービスが展開されることを質の高いサービスと位置づけ、質の評価の階層図や評価主体、評価方法等を議論したうえで、ドナベディアン¹の 3 要素アプローチを前提として評価項目を検討してきた。さらに、このなかで整理された評価項目のうち、介護報酬における評価対象として活用しうる項目について考察を加えた。

質の評価の階層図としては、「高齢者が尊厳を保持し、有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように必要な保健・医療・福祉サービスにかかる給付を行う」という介護保険の理念実現を究極的な目標とし、これに向けて事業者が達成すべき具体的な目標として、「利用者の QOL の確保」及び「地域包括ケアの確立」の 2 項目を設定、これを下支えする項目として「適切な事業運営の確保」が設定された。しかし、多面的な側面を有する介護サービスの質について、なにを重視してどのように評価するかについては意見の一致がみられていない。

とりわけ、①安全かつ専門的技術の提供、②利用者の生活の継続に向けた工夫という 2 分野からなる「利用者の QOL の確保」にかかわる評価項目については、諸外国で用いられている定量的な臨床指標を活用することの妥当性、臨床指標による量的アウトカム評価では捉えきれない質の評価システム構築の必要性等の観点からさまざまな意見が出されたところである。

そこで、本稿は、とくに「利用者の QOL の確保」にかかわる評価の考え方を検討するうえでの参考資料として、介護サービスの質の確保に向けた事業者の取組み事例を紹介するものである。

2. 事例 1：老健機能のよりよい発揮につながるケアマネジメントのプロセス

本節では、多様な形態により在宅復帰及び在宅生活支援という老人保健施設（以下、老健）の 2 大役割を果たし続けている事業者をとりあげ、これを支える要素のひとつとして同事業者で行われているケアマネジメントに着目し、そのプロセスの概要と特徴を整理する。

（1）施設概要と最近の実績等

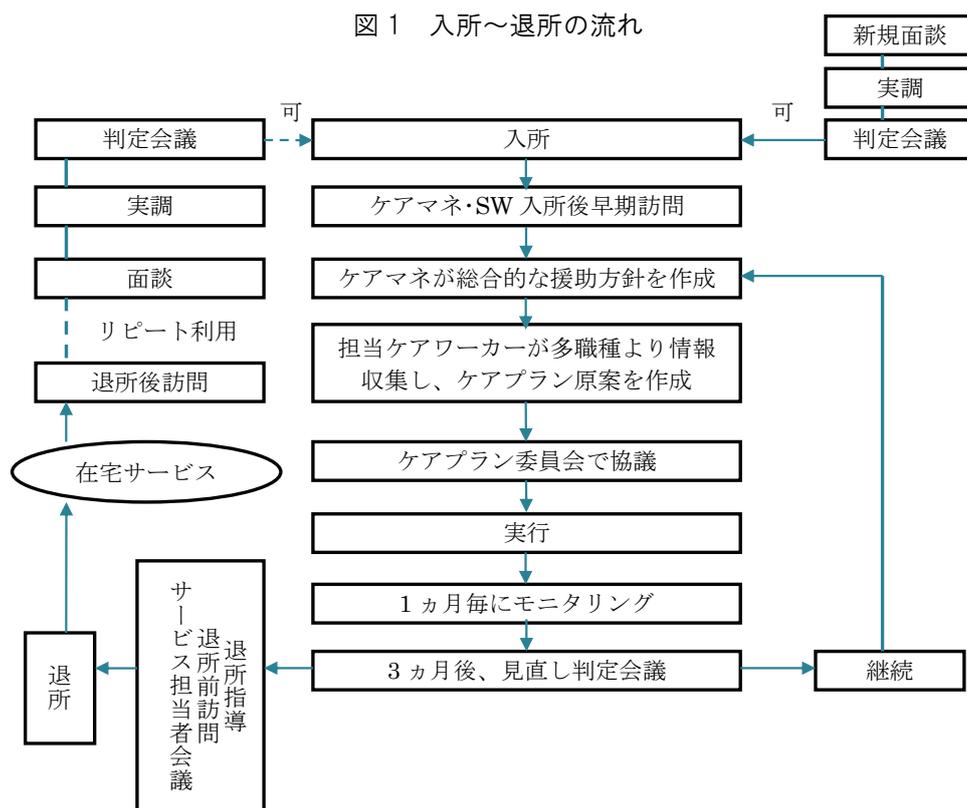
三重県津市にある医療法人緑の風・介護老人保健施設いこいの森（平成 9 年開設）は定床数 100、通所定員 50 であり、有床診療所、グループホーム、居宅介護支援事業所、訪問

看護ステーションを併設する。

最近 4～6 年間の利用状況等にかかわるデータをみると、在宅復帰率は年々上昇傾向にあり、平成 21 年度に 74.3%（月平均）、月間入退所者総人数は 183 人にのぼる。短期入所の月間延べ人数も 92 人と多く、短期入所を含む 100 ベッドあたりの月間利用者延べ人数は 183 人となる。この他の在宅生活支援への対応を示す指標として月間訪問リハビリテーション提供件数（延べ回数）をみると、平成 18 年度に 36 回であったものが平成 21 年度には 341 回に急増、看取り症例は年間 20 例近くである。また、デイケア利用者における要介護度の変化については(母数は2年間リハビリを実施できた93人)改善群9.7%、維持群66.6%、低下群23.7%となっている。いずれも在宅復帰・在宅支援型の運営を示すものといえよう。

(2) ケアマネジメントの流れ

いこいの森におけるケアマネジメントの流れは図 1 のとおりである。新規入所の場合を例にとり、簡単に解説を加える。



(出所) いこいの森提供資料

新規の利用は利用相談から始まり、これによりインテークの開始となる。いこいの森における利用相談の対応者は主に支援相談員であり、利用者調査票に基づき、基本情報に加え生活歴、一日の生活リズムや在宅サービスの利用状況、さらに退所後の方向を確認する。

実態調査には支援相談員が施設ケアマネジャーや専門職（介護、看護、リハ等）を伴って向かい、ADL 自立度、身体・精神状況を把握する。利用相談及び実態調査を通じて、本人の目標（何をどのようにしたいのか）や希望、家族の意向を明確化し、両者のニーズをアセスメントすると同時に、それに対していこいの森はどのように応えうるのか、あるいは応えられないのかを十分に説明する。以上を判定記録にまとめ、暫定ケアプランを整理したうえで、判定会議にかける。判定会議において入所が決定した場合には、それまでのアセスメント情報をもとにその場で暫定ケアプランを整理作成する。

入所になると、入所日から約 2 週間後にケアプラン委員会が開かれる。支援相談員・施設ケアマネジャーはこの間に早期訪問し、援助方針を作成し、現場に情報提供を行う。他方、専門職は介護職（日常生活・精神面での問題点）、リハビリ職（リハビリの問題点・今後の可能性とリハビリ内容）、看護師（医療・健康に関する問題点と投薬）、医師それぞれの視点から、より詳細なアセスメントを実施する。担当者（常勤の介護職）は入所前の判定記録と同様のアセスメントバッテリー及び改訂・長谷川式簡易知能評価スケールに基づき初回評価を行い、ここまで得られた情報をもとにケアプラン原案を作成する。ケアプラン策定委員会では以上を持ち寄ってケアプランが練り上げられ、本人・家族に説明し同意を得る。

立案されたケアプランが周知・実行されて、初めてケアマネジメントの機能が果たされることになる。いこいの森では、例えば各入居者のベッドサイドに 1 週間の朝昼晩のタイムスケジュールや生活リハビリの内容、臥床時のポジショニング等を掲示、食事席に必要な道具やお茶の種類、注意点等を掲示することをつうじてケアプランを周知し、曜日別のフロアリハビリチェック表、レクリエーションチェック表、自主トレーニングチェック表等を用いてケアプランの実行を確認している。

日々の実行の積み重ねのうえに、1 ヶ月ごとに担当者がモニタリング（評価）を行う。さらに 3 ヶ月に 1 度、初回評価と同様のバッテリーにより再アセスメント（見直し判定）が実施され、見直し判定会議によって、入所継続あるいは退所の方向性が見極められることとなる。

（3）特徴

いこいの森のケアマネジメントのプロセスの特徴は、次の 3 点にまとめられよう。

①アセスメントの確実さ：インテーク重視と多職種によるアセスメント等

アセスメントの確実さについては、以下の 3 つの視点から整理することができる。

第一に、入所前のインテークといわれる段階で、支援相談員が中心となり、専門職の参加も得ながら過不足ない情報収集と説明が行われている。ここで、本人や家族の意向を把握するだけでなく、その意向を踏まえていこいの森ができることを明確に伝達することによって、老健利用の適性の確認、利用者の目標意識と支援の目標意識のすりあわせが行わ

れる。このことは入所段階で暫定ケアプランができあがることを可能にするだけでなく、効果的なサービス提供の前提ともなっている。なお、インテーク段階でとりわけ大きな役割を果たす支援相談員は、全員介護職を経験したうえで相談業務に就いている。

第二に、入所後の多職種によるアセスメントが機能している。支援相談員やケアマネジャーがまとめたアセスメントに、各専門職の立場からのアセスメントが重ねられたうえで、担当者がケアプラン原案を作成し、ケアプラン策定委員会にかける流れができあがっている。

第三に、入所前、初回、見直し（再アセスメント）を通じて共通のアセスメントバッテリーを用いることで、利用者の状態の微妙な変化の把握が行われている。

②ケアプランの具体性：具体性・個別性の高いケアプランとそれを支えるケアプラン委員充実したアセスメントを経たうえで立案されるケアプランは、「いつ」「誰が」「何を」「どのように」行うかきわめて具体的に書きこまれたものとなる。一日を通して特別必要な対応及び注意点についても同様である。ケアプランの具体性が高いことは、適切なモニタリング（プランに基づく実践評価、利用者の目標達成評価）の前提にもなっている。

表 1 ケアプランの記入事例（抜粋）

課題/ニーズ	ケア目標（短期3か月）	ケア項目	ケア内容	担当	評価
1.在宅復帰に向けてリハビリを行い、移乗動作が軽介助で出来るようになるようにしたい ・・・ (以下略)	1-1)移乗が軽介助で出来るようになる。	1)-(1)短期集中リハビリ 1)-(2)生活リハビリ 1)-(3)フロアリハビリ	(1)-①月曜日の午前中に4階にてリハビリを行わせて頂く (2)-①午前の離床時間にベッド上で端座位訓練を5分間行わせて頂く (3)-①火・金・土曜日の午前、離床前にベッド⇄車椅子の移乗動作を2回行わせて頂く	OT CW CW	

(出所) いこいの森提供資料

平成14年に導入されたフロア制により、担当者が個々の利用者に深く関わり、より具体的な個別性あるケアプラン策定と実行が可能となった。各フロアには「ケアプラン委員」が1人ずつ配置され、判定会議への出席、担当者の決定、相談員・ケアマネジャーと担当者の橋渡しに加え、担当者が作成したケアプラン原案のチェック（ニーズが本人目線になっているか、援助方針に沿っているか、ケア内容とタイムスケジュールが連動しているか等の観点から）、ケアプラン委員会の司会、モニタリングのチェック等を担う。

③ケアプランの実行担保：入居者本人及びケアスタッフへの周知を前提に

施設においてケアプランに沿ったケアが提供されていないことが少なくないという指摘は多く、ケアプランの個別性が高ければ高いほど、その周知と実施は難しくなるといえる。いこいの森はこの難しさをどのように乗り越えているのか。まず、表1にみられるように

ケア内容の具体性を高めることは、ケアスタッフの実行意識を高める。さらに、ケアを提供する場所にケア内容ごとに方法や頻度を表記したチェック表を掲示する、写真を取り入れながらケア方法を説明するシートを作成する等の取組みによって、実践漏れが防がれているだけでなく、統一したケアの実行につながっている。

ケアスタッフのみならず入居者本人にもケアプランを周知していることも、ケアプランの実行の担保に加え、ケアの効果をより高めることに貢献しているといえよう。プラン策定時に作成した 1 週間のスケジュール表やリハビリの内容をベッドサイドに提示する、在宅復帰後も継続する自主トレーニングについては写真を取り入れるなどして入居者自身の理解と利用者によるチェックを促すといった工夫もここに含まれる。

3. 事例 2：尊厳ある暮らしの継続に向けて保障する生活イメージの提示

本節では、住みなれた地域、我が家で最期まで自立した人としての支援を 24 時間 365 日にわたって提供する在宅介護事業者をとりあげ、(本検討委員会で議論された) 利用者の生活の継続に向けた工夫の前提と位置づけられる「新生メディカルケアミニマム」に着目し、その考え方と内容、関連法人の施設における取組みを整理する。

(1) 事業者概要

株式会社新生メディカル(昭和 52 年創業、平成 2 年株式会社へ改組)は、岐阜県で居宅介護支援、訪問介護、訪問入浴、訪問看護、通所介護、グループホーム、福祉用具貸与・販売等の在宅介護事業を展開している。

社会福祉法人新生会の総合ケアセンター・サンビレッジ(特別養護老人ホーム、グループホーム、ケアマネジメントセンター、訪問看護ステーション等からなる)を母体的存在とし、訪問介護がまだ一般的ではなかった頃からサービス提供を開始、平成 7 年から厚生省(当時)モデル事業を受託して 24 時間巡回型ホームヘルプを実施、介護保険開始後も短時間訪問介護サービスの開発・提供、地域の支え合いを活性化するライフサポーターの育成など、オーストラリア等に学びながら専門性の向上をつうじて介護の質を高めるとともに、安心して暮らせる地域社会の創造に向けた取組みを重ねてきている。

(2) 新生メディカルケアミニマムの内容と特徴

株式会社新生メディカルでは、「最後までこういう生活がしたい」という具体的なイメージがわくような生活を「新生メディカルケアミニマム」として場面ごとにまとめて示している(表 2)。

新生メディカルケアミニマムは、24 時間巡回型ホームヘルプの開始を見据え、平成 7 年につくられた。チームにより多くのサービスを提供するにあたって、目指すべき生活の姿、及びそれを実現するためのサービス手順を標準化する必要性が高まり、前者に対応するものとして「新生メディカルケアミニマム」が、後者に対応するものとして「基本介護技術

(マニュアル)」が整えられたのである。

新生メディカルケアミニマムの内容は、「わが国の高齢者が自立心をもち、豊かに生き続ける社会とするために、その生活を支援する最低必要なケアミニマムの確立が重要である。」として食事提供、随時の排泄介助、適正な入浴介助又は全身清拭の3点、いわゆる3大介護の保障への合意をうたった株式会社コムスン（当時）の考え方を踏まえたうえで、株式会社新生メディカルの介護観を反映し、更衣・睡眠・移動を加え、生活場面を網羅したものとなっている。

表2 新生メディカルケアミニマム—尊厳ある暮らしの継続のために—

食事：自分で食べる 1日3食の確保 寝食分離 経口摂取
排泄：オムツは汚れたらその都度交換 オムツは最後の手段 トイレに行きたい時に行ける
入浴：シャワー・清拭なら毎日 浴槽入浴は2/W以上
更衣：昼夜の更衣 つなぎ寝間着を着用しない
睡眠：安心・快適な睡眠の確保
移動：毎日外気に触れる 2/W以上屋外に出る 自分で歩く機会を多くもつ 苦痛のない体位姿勢 1日1回は離床

(出所) 株式会社新生メディカル提供資料

とりわけ特徴的なのは、更衣への着目である。30年以上前にオーストラリアで医師・看護師等が中心に行っていた「誰も寝間着を着ていない、誰もベッドの中にいない」という介護風景がこの背景にあるという。更衣が離床につながる精神的健康を促し、着替え、離床すれば移動する意欲がわいてくるという更衣の効用を利用した専門性の発揮と質の高いサービスの実現が目指されている。

新生メディカルケアミニマムは同社の基本マニュアルの最初に「私たちがどんなに弱い立場になっても、守りたい生活であり、どの人にもこのレベルの生活を保証したいと願うものです。障害を持ったり、高齢になって介助が必要になった時に、このレベル以下の生活になりそうな時に思い出して、夢のあるプランを立てて利用者のQOLを高めましょう」というメッセージとともに示されており、新人職員研修やレベルアップ研修等各種研修のなかでも周知される。

ケアプランを立てる際にも、新生メディカルケアミニマムをもとにしたチェックシートが用いられ、尊厳のある生活はあたり前の暮らしの具体的な行為にあることをケアマネジャーが認識しつづけるとともに、利用者や家族に対してもこれに基づいた説明が行われている。すなわち新生メディカルケアミニマムはケアスタッフの意識統一のみならず、利用者や家族との共通理解の基盤にもなっていることになる。

(3) サンビレッジ・ベーシックニーズ

ここで関連法人の施設における取組みを簡単に紹介しておく。新生メディカルケアミニマムは在宅での暮らしを想定したものだが、社会福祉法人新生会においては、その施設版として、「サンビレッジ・ベーシックニーズ」が整理されている(表3)。こうした生活の保障を前提として専門職によるアセスメントに基づきケアプランが策定される(表4)。

表3 サンビレッジ・ベーシックニーズ—最後までこうした生活がしたい—

意思疎通：守秘義務 目線を合わせる 依頼形の言葉遣い ナースコールは命綱 食事：自分で食べる 1日3食の確保 寝食分離 経口摂取 排泄：排尿、排便に関する的確なアセスメントの実施 トイレに行きたい時に行ける 座位が取れたら、トイレに座る オムツは最後の手段 保清：モーニングケア(洗顔・整髪・口腔ケア)は毎日 下着交換は毎日 陰部清拭・陰部洗浄は毎日 浴槽入浴は2/W以上 更衣：昼夜の更衣 清潔な衣類の着用 睡眠：安心・快適な睡眠の確保 安楽な臥位姿勢 離床：毎日外気に触れる 1/M以上屋外に出る 安楽な座位姿勢 1日1回は離床 移動：自分で歩く機会を多くもつ 自分に合った補助具の活用

(出所) 社会福祉法人新生会提供資料

表4 ケアプランの記入事例(抜粋)

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標		援助内容		
	長期目標	短期目標	サービス内容	担当者	頻度
夜間排泄が気になり、ゆっくり睡眠を取ることができない …… (以下略)	排泄リズムを整えて、ゆっくりと夜間眠ることが出来る (期間略)	排泄状況を探る (期間略)	排泄状況を観察し、排泄サインをつかみ、本人の出来る事出来ない事をアセスメントする 排泄状況を観察し、スムーズな排便を促すよう原因をさぐり対応。不安原因を軽減し精神安定を図る 日中の楽しみを見つけ、生活リズムを整える	医師・作業療法士・看護師・ヘルパー 看護師・作業療法士・管理栄養士・ヘルパー アクト・ヘルパー 家族	随時 随時 随時

(出所) 社会福祉法人新生会提供資料

なお、ベーシックニーズに応えるだけでなく「その人らしさ」を活かしたケアを行うため、学歴、職歴等に加え、宗教、趣味、歌やテレビの好み、友達づきあい、食べ物の嗜好、思い出のものや場所、大切なもの、自慢等を確認し、強みモデル調査表にまとめている。

4. むすび

本稿では、とくに検討委員会で多様な意見が出され、また介護報酬における評価対象と

して活用するためにさらなる検討が必要とされた「利用者の QOL の確保」の観点から、介護サービスの質の維持向上に向けた 2 つの事業者の取組み事例を紹介した。

事例 1 では、在宅復帰・在宅支援型の運営をおこなう老健におけるケアマネジメントのプロセスを示した。検討委員会では質の評価の階層図に基づく評価項目として「利用者の QOL の確保」―「生活の継続に向けた工夫」のなかに「PDCA サイクルに基づく継続的なケアの提供」が例示され、自治体調査においても「アセスメント～評価を通じた継続的ケアの実施」が利用者の QOL の確保という観点から質の高い介護サービスの提供について最も重要な要素と指摘されているところであり、着実なケアマネジメントの実施は利用者の QOL の確保の根幹のひとつであるといえよう。

ケアプランは利用者特性に応じた個別性が高いものであり、プランだけをとりだして比較・評価することは難しいと考えられる。こうしたなかケアマネジメントの「プロセス」に着目し、ベストプラクティスを収集することにより、プロセスの標準化をはかることは、事業者における取組みの評価の第一歩として検討されてよいのではないだろうか。

事例 2 は、住みなれた地域で最期まで自立した人としての支援を 24 時間 365 日にわたって提供する在宅介護事業者が、尊厳ある暮らしの継続に向けて保障する生活イメージ（ケアミニマム）を提示する取組みである。目指すべき生活の姿をケアマネジャーを含めたケアスタッフのみならず本人・家族が共有することは、各者の力を引き出し利用者の QOL を高める効果的なケアが行われる前提となる。

ケアミニマムは、施設版においても共通して「尊厳ある生活」「生活の継続」はあたり前の暮らしの具体的な行為、普通の生活の担保から、との考えから「最後までこういう生活がしたい」というイメージを生活場面ごとに整理するものとなっている。ここで、どういった生活場面に着目するのか、また各場面においてどの水準を保障することとするのかという点は、事業者の提供する介護サービスの質の一側面を示すものといえないだろうか。まず介護保険によって保障する生活の姿についての合意形成をはかることを前提に、これを最低限の基準として、各事業者がそれぞれの特徴（や専門性）を活かしてそれぞれの「ケアミニマム」として示す取組みが進めば、量的アウトカム評価とあわせてこれを評価の対象とすることも検討の余地があろう。

介護サービスの質の評価の在り方に係る検討に向けた事業
委員会委員

委員長	武藤 正樹	国際医療福祉総合研究所 所長
委員	小坂 健	東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健学分野 教授
	河口 洋行	国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科 准教授
	近藤 克則	日本福祉大学大学院 医療・福祉マネジメント研究科 科長
	田中 滋	慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授
	筒井 孝子	国立保健医療科学院福祉サービス部 福祉マネジメント室 室長
	栃本一三郎	上智大学総合人間科学部社会福祉学科 教授
	藤井賢一郎	日本社会事業大学専門職大学院 ビジネスマネジメントコース 准教授
	堀田 聡子	東京大学社会科学研究所 特任准教授

(五十音順)