

平成21年度厚生労働省老人保健事業推進費等
補助金（老人保健健康増進等事業分）

介護保険制度の適正な運営・周知に寄与する調査研究事業

介護サービスの質の評価のあり方に係る 検討に向けた事業報告書

平成22年3月

財団法人 日本公衆衛生協会

はじめに

これから本格的な高齢化社会を迎えるわが国では、更なる要介護高齢者の増大が予測され、介護サービスの供給について一層の量的拡充を図ると共に、介護サービスの質的充実が大きな課題となっている。

質の高い介護サービスとは、「利用者が尊厳を保持し、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」という介護保険の理念の実現に資するものであるべきだという点においては多くの関係者の意見が一致するところである。しかし、多面的・多義的な側面を有する介護サービスの質について、どの側面を重視して評価を行うべきか、またどのような方法により評価を実施すべきであるかといった具体的な点については専門家の間でも意見が分かれるところである。

平成 21 年度介護報酬改定を審議した社会保障審議会介護給付費分科会においても、介護サービスの質の評価の在り方について議論が重ねられ、現状では質の高いサービスを測る確立した客観的な指標がないなか、介護従事者の専門性の適切な評価や、キャリアアップの促進を図るため、「介護福祉士の割合」、「常勤職員の割合」、「一定以上の勤続年数の職員の割合」の 3 つの指標を暫定的に用いたサービス提供体制強化加算が導入された。一方で同分科会の審議報告においては、介護サービスの質の評価が可能と考えられる指標について早急に検討を進めるとの結論がまとめられた。

上記の状況を踏まえた上で、本事業では検討委員会を設置し、介護サービスの質の評価の在り方についての調査研究を行い、今後の制度改正や介護報酬改定等に反映させるための基礎資料とすることを目的に議論を行った。本報告書は、本検討委員会での検討結果を取りまとめたものである。また、参考資料として、報告書の取りまとめにあたって参考とした、市町村を対象としたアンケート調査の結果と、検討委員により執筆された報告を掲載している。

本調査研究の実施にあたり、ご協力をいただいた検討委員各位、アンケート調査にご協力をいただいた関係者の皆様にこの場を借りて深く感謝を申し上げる。

目 次

I. 平成21年度検討委員会 報告書 1

第1章 背景と経緯 1

第2章 介護サービスの質の評価に関連する既存の取り組みについて 3

第3章 介護サービスの質の評価の目的、方法等 10

第4章 質の評価の3要素によるアプローチについて 21

第5章 介護報酬において活用可能な評価項目について 27

第6章 結語 29

II. 参考資料 31

資料1. 介護サービスの質の評価に対する意向調査結果報告 31

資料2-1. 介護サービスにおける質の評価と課題 87 小坂健

資料2-2. 要介護高齢者の状態の経年的変化による「角度指標」 95 を用いた介護サービスの質の評価 筒井孝子

資料2-3. イギリスにおけるケアの質向上策—評価を中心に 109 近藤克則

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 141 澤田如（研究協力者）、近藤克則

資料2-5. 介護サービスの質確保に向けた事業者の取り組み事例から 163 堀田聡子

I. 平成21年度検討委員会 報告書

第1章 背景と経緯

わが国の65歳以上の人口は、平成17年には総人口の20%を超え、本格的な高齢化社会を迎えている。戦後一貫して増加傾向が続いていた総人口も、少子化などにより減少に転じている。

このような急速な高齢化・少子化の進展に伴い、高齢者を中心とした医療費の急激な増加、介護や年金に対する将来不安など、高齢者の保健福祉を巡って、我が国は大きな課題を抱えている。

とりわけ、高齢化に伴って重度介護者、認知症の高齢者が増える中で、高齢者の単独・夫婦のみの世帯が増加するなど、介護問題は、高齢者の生活に係る大きな不安要因となっている。

平成12年度に、介護が必要な高齢者の尊厳を保持し、能力に応じて自立した日常生活を営むことが出来るよう支援することを基本理念として掲げた介護保険制度が高齢者福祉の柱として導入されてから、丸10年が経過したところであるが、この間、民間事業者を中心に介護サービス事業所数は着実に増加しており、介護サービスの供給量は、地域的な課題やサービスの種類ごとの課題はあるものの、概ね順調に増加してきたと言えよう。

今後も、高齢化が進行し、要介護高齢者の増大が予想される中、介護サービスの供給について一層の量的拡充を図ることが求められているが、同時に、介護サービスの質的充実が大きな課題となっている。

介護サービスの質の確保のための取組としては、これまでも都道府県による指導・監査、情報公表制度、都道府県や民間団体等が実施する第三者評価、事業者の自主的活動（自己評価や利用者満足度調査の実施、ISO9001の取得、TQM活動等）など様々な取組が実施され、一定の効果をあげてきたところであるが、これらの取組が必ずしも相互調整がなされず有機的連携を欠いた状況で実施されていることなどが課題として指摘されている。

また、審議会等においては、以下のように、サービスの質に着目した介護報酬の在り方を検討することが求められている。

（1）社会保障審議会介護給付費分科会における指摘

近年、介護サービスをめぐっては、介護従事者の離職率が高く、事業者の人材確保が困難であるといった実態が明らかになり、平成20年5月に「介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇改善に関する法律」が成立している。

このような状況を踏まえ、社会保障審議会介護給付費分科会において、平成21年度介護報酬改定について、特に介護従事者の処遇改善に資するものとなるよう、ひいては利用者が質の高いサービスを安心して安定的に利用できるようにするという観点から議論が行われた。

介護給付費分科会での審議を踏まえ、平成21年度介護報酬改定においては、介護従事者の人材確保・処遇改善を基本的な視点の一つとして、介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価（「特定事業所加算」「サービス提供体制強化加算」）等が行われたが、同分科会の審議報告においては、本来は、質の高いサービスを提供する事業所への適切な評価を行う

ことにより、処遇改善を推進するべきとの指摘がなされ、今後の方向性について、「介護サービスの質の評価が可能と考えられる指標について、検討を行うこと」とされた。

（２）地域包括ケア研究会の指摘

平成 20 年度に開催された地域包括ケア研究会（座長：田中滋慶應義塾大学大学院教授）においては、団塊の世代が 75 歳以上となり高齢化がピークとなる 2025 年を目標として、あるべき地域包括ケアの方向性と、その姿を実現するために解決すべき課題の検討が行われた。

本研究会の報告書では、「地域包括ケアシステム」について、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義した上で、「地域包括ケアシステムの構築」という観点から、今後の検討のための論点整理が行われている。

報告書の中では、介護報酬の在り方についても触れられており、「介護報酬とは、本来、利用者に対して良質なサービスが提供されるよう、サービス提供の対価として事業者に支給されるものである」が、現行の報酬体系では、必ずしも良質なサービスの提供につながらない可能性があるとの指摘した上で、「個々人のニーズに応じて医療・介護等の様々なサービスとを適切に提供することを目的とした地域包括ケアシステムを構築するためには、サービスの質に着目して介護報酬を支給する体系とすべきではないか」と提言された。

本検討委員会においては、上記の状況を踏まえた上で、介護サービスの質の評価の在り方についての調査研究を行い、今後の制度改正や介護報酬改定等に向けた検討に資する基礎資料とすることを目的に議論を行ってきた。

以下、その検討結果を報告する。

第2章 介護サービスの質の評価に関連する既存の取り組みについて

介護サービスの質の評価に関連する取組としては、既に、

- ①介護保険法第115条の35の規定に基づき、全ての介護サービス事業者を対象に実施されている「介護サービスの情報公表」
- ②「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」第72条第2項等の規定に基づき、小規模多機能型居宅介護事業者及び認知症対応型共同生活介護事業者に義務付けられている自己評価・外部評価
- ③「福祉サービス第3者評価事業に関する指針について」に基づき、都道府県が実施する「福祉サービスの第3者評価」

などが実施されているところである（図表1参照）。

これらは、根拠規定、主目的、評価（報告）項目、評価（報告）方法等はそれぞれ異なっているものの、いずれの制度も各事業所等が提供するサービスについて利用者等への情報提供、質の改善に資する取組として運用され、一定の効果をあげてきた。

また、介護報酬上は、質の評価に関連する加算として、

- 1) サービス提供体制強化加算
- 2) 特定事業所加算
- 3) 在宅復帰支援機能加算

等の評価が行われている（図表2参照）。

なお、診療報酬においても、診療の質を確保する試みとして、

- 1) 在宅復帰率等を評価する「回復期リハビリテーション病棟入院基本料1」
- 2) 療養病棟入院基本料を算定する病棟におけるQ I（Quality Indicator）の測定・評価等が導入されている（図表3参照）。

	「介護サービスの情報公表」制度	指定地域密着型サービスの自己評価・外部評価	福祉サービスの第三者評価事業
期待される効果	・利用者が主体的に適切な介護サービス事業所を選択することができる。 ・サービスの質による競争が機能することによって、介護サービス全体の質の向上が期待される。	・外部評価の結果と自己評価の結果を対比し、外部評価の結果をふまえて総括的な評価を行い、サービスの質の評価の客観性を高め、サービスの質の改善を図る	・個々の事業者が事業運営における問題点を把握し、サービスの質の向上に結びつける ・評価を受けた結果が公表されることにより、結果として利用者の適切なサービス選択に資するための情報となる ・都道府県が認証した第三者機関（評価機関）の評価者が評価を実施。 ・「書面調査」及び「訪問調査」により実施。 ・「書面調査」は各事業者が自らサービスの評価・点検する。 ・「訪問調査」は都道府県推進組織が認定した評価機関の評価調査者が第三者の観点からサービスの評価を実施。 ・第三者評価とあわせ利用者の意向を把握する為「利用者調査」の実施が望ましいとされている。
調査・評価等を行う主体	「基本情報」と「調査情報」の2本立て 「基本情報」は、事業者が提供するサービスや経営状況等に関する客観的な事実について、事業者自らが報告。 「調査情報」は、都道府県知事（指定調査機関に委託可能）が事実かどうかの客観的な調査を実施。	「自己評価」と「外部評価」の2本立て 「自己評価」は、各事業者が自らサービス評価・点検する 「外部評価」は、都道府県が選定した評価機関の評価調査員が第三者の観点からサービスの評価を実施	各都道府県推進組織、WAM及び評価機関のホームページ上で公表 （事業者の同意を得ていない第三者評価結果は公表しない）
情報公表の方法等	各都道府県の「介護サービス情報公表システム」のサイトで公表	（独）福祉医療機構が運営する「福祉保健医療情報ネットワークシステム（WAM NET）」を利用して公表	各都道府県を示し、都道府県はそれを参考に評価項目や評価方法をそれぞれで定めている。
公表・評価等の項目と特徴	「基本情報」と「調査情報」の項目は、介護保険法施行規則で規定（全国一律） 事業所の評価、格付け、画一化を目的とするものではなく、公表の対象は、誰でも比較可能な客観的情報に限る。 「調査情報」は、チェックリスト形式。	評価項目は、各都道府県で策定 （評価項目の例を課長通知で提示） 各評価項目に対する回答は主として記述式。	評価結果については、リーダーチャートによる評点表示、到達の度合の多段階評価（ABC）、記述式評価の表示など、様々な表示がなされる

図表2 介護報酬上の質の評価の取り組み

在宅復帰支援機能加算(介護老人保健施設) 15単位/日、5単位/日

【平成21年度改定での対応】

在宅への退所者の割合に応じた段階的な評価に見直しを行った。

在宅復帰支援機能加算 10単位/日 ⇒
※在宅復帰率が50%以上

- ・ 在宅復帰支援機能加算(Ⅰ) 15単位/日
※在宅復帰率が50%以上
- ・ 在宅復帰支援機能加算(Ⅱ) 5単位/日
※在宅復帰率が30%以上

事業所評価加算(介護予防通所リハ・介護予防通所介護) 100単位/月

【平成21年度改定での対応】

事業者の目標達成に向けたインセンティブを高め、利用者により適切なサービスを提供する観点から、要支援状態の維持をより高く評価する方向で算定要件の見直しを行った。

要支援度の維持者数
+1ランク改善者数×5
+2ランク改善者数×10

要支援度の維持者数
+改善者数×2

>2

⇒

>0.7

運動機能向上サービス、栄養改善サービスまたは口腔機能向上サービスを利用後に更新・変更認定を受けた者の数

運動機能向上サービス、栄養改善サービスまたは口腔機能向上サービスを利用後に更新・変更認定を受けた者の数

1

介護報酬上の質の評価の取り組み

特定事業所加算(訪問介護) 所定単位数の10%、20%

【平成21年度改定での対応】

○ 訪問介護員等及びサービス提供責任者について、介護職員基礎研修の受講、介護福祉士の資格取得など段階的なキャリアアップを推進する観点から、特定事業所加算について、要件を見直した。

- ・ 特定事業所加算(Ⅰ)(体制、人材(①及び②)、重度要介護者等対応要件のいずれにも適合) : 所定単位数の20%
- ・ 特定事業所加算(Ⅱ)(体制、人材(①又は②)要件のいずれにも適合) : 所定単位数の10%
- ・ 特定事業所加算(Ⅲ)(体制、重度要介護者等対応要件のいずれにも適合) : 所定単位数の10%

【要件見直しの内容】

○ 「体制要件」については、現行の要件に、「緊急時における対応方法の明示」を追加した。

○ 「人材要件」については、

① 「介護福祉士30%以上」を、「介護福祉士30%以上又は介護福祉士、介護職員基礎研修修了者又は1級課程の訪問介護員の総数が50%以上」と規定。

② 「すべてのサービス提供責任者が5年以上の実務経験を有する介護福祉士」を「すべてのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する介護職員基礎研修修了者若しくは1級課程の訪問介護員」とする。ただし、サービス提供責任者を複数配置しなければならない事業所においては、2人以上を常勤とした。

○ 「重度要介護者等対応要件」については、

・ 「要介護4及び要介護5である者の総数が20%以上」を「要介護4、要介護5及び認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者の総数が20%以上」とした。

2

【特定事業所加算(訪問介護)の算定要件】

＜体制要件＞

- ① すべての訪問介護員等に対して個別の研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定していること。
- ② 利用者に関する情報、サービス提供に当たっての留意事項の伝達又は訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的に行うこと。
- ③ サービス提供責任者が、訪問介護員等に利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を文書等の確実な方法により伝達してから開始し、終了後、適宜報告を受けていること。
- ④ すべての訪問介護員等に対し、健康診断等を定期的に行っていること。
- ⑤ 緊急時等における対応方法が利用者に明示されていること。

＜人材要件＞

- ① 訪問介護員等の総数のうち介護福祉士が30%以上、又は介護福祉士・介護職員基礎研修課程修了者・1級訪問介護員の合計が50%以上であること。
- ② すべてのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する介護職員基礎研修課程修了者・1級訪問介護員であること。ただし、居宅サービス基準上、1人を超えるサービス提供責任者を配置しなければならない事業所については、2人以上のサービス提供責任者が常勤であること。

＜重度要介護者等対応要件＞

前年度又は前3月の利用者のうち、要介護4～5・認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の総数が20%以上であること。

3

介護報酬上の質の評価の取り組み

特定事業所加算(居宅介護支援) 500単位/月、300単位/月

【平成21年度改定での対応】

事業所の独立性・中立性を高める観点から、実態に即し段階的に評価する仕組みに見直しを行った。

【要件見直しの内容】

中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、計画的な研修の実施等を行う事業所を評価した。

特定事業所加算(Ⅰ)
500単位/月

- ① 主任介護支援専門員を配置していること。
- ② 常勤かつ専従の介護支援専門員を3名以上配置していること。
- ③ 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に行うこと。
- ④ 算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護3～要介護5である者の割合が5割以上であること。
- ⑤ 24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること。
- ⑥ 介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること。
- ⑦ 地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、居宅介護支援を提供していること。
- ⑧ 地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること。
- ⑨ 運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと。
- ⑩ 介護支援専門員1人当たりの利用者の平均件数が40件以上でないこと。

特定事業所加算(Ⅱ)
300単位/月

特定事業所加算(Ⅰ)の③、⑤、⑨及び⑩を満たすこと、主任介護支援専門員等を配置していること並びに常勤かつ専従の介護支援専門員を2名以上配置していること。

4

介護報酬上の質の評価の取り組み

サービス提供体制強化加算(平成21年度改定で導入)

【平成21年度改定での対応】

- 現状では、質の高いサービスを測る客観的な指標として確立したものがないことから、暫定的に以下の職員割合を用いて、介護従事者の専門性等に係る適切な評価及びキャリアアップの推進を図ることとした。

- ① 介護福祉士の割合
- ② 常勤職員の割合
- ③ 一定以上の勤続年数の職員の割合

5

サービス提供体制強化加算の算定要件と単位数

サービス	要件	単位
訪問入浴介護	○ 研修等を実施しており、かつ、次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が30%以上配置されていること。	24単位/回
夜間対応型訪問介護	② 介護福祉士及び介護職員基礎研修修了者の合計が50%以上配置されていること。	12単位/回 (包括型 84単位/人・月)
訪問看護	○ 研修等を実施しており、かつ、3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	6単位/回
訪問リハビリテーション	○ 3年以上の勤続年数のある者が配置されていること。	6単位/回
通所介護 通所リハビリテーション 認知症対応型通所介護	次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が40%以上配置されていること。 ② 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	①:12単位/回 ②:6単位/回 ※介護予防通所介護・介護予防通所リハビリ 要支援1は ①:48単位/人・月 ②:24単位/人・月 要支援2は ①:96単位/人・月 ②:48単位/人・月
療養通所介護	3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	6単位/回
小規模多機能型居宅介護	○ 研修等を実施しており、かつ、次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が40%以上配置されていること。 ② 常勤職員が60%以上配置されていること。 ③ 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	①:500単位/人・月 ②・③:350単位/人・月
認知症対応型共同生活介護 地域密着型介護老人福祉施設 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 短期入所生活介護 短期入所療養介護	次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が50%以上配置されていること。 ② 常勤職員が75%以上配置されていること。 ③ 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	①:12単位/人・日 ②・③:6単位/人・日

6

図表3 質の評価に係る取り組み —医療保険—

回復期リハビリテーション病棟入院基本料1

- 回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADL能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリを集中的に行うための病棟。
- これらの目的を達成するための診療の質を確保する試みとして、平成20年度診療報酬改定において、回復期リハ病棟入院基本料1を算定する場合は、以下の施設基準を満たすこととされた。
 - ① 新規入院患者のうち、15%が重症の患者であること
 - ② 退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が6割以上であること
- こうした施設基準については、試行的に導入されたものであり、中医協の検証部会において、影響を検証することとしている。

7

質の評価に係る取り組み —医療保険—

療養病棟入院基本料を算定する病棟における治療・ケアの質の評価の仕組み

- 療養病棟入院基本料を算定する療養病棟については、平成20年度診療報酬改定より、「治療・ケアの内容の評価表」として、QI(Quality Indicator)を測定・評価し、病棟に備え付けることとなったが、保険者への提供が義務付けられているものではない。
- 治療・ケアに問題のある可能性の患者に対しては、「治療・ケアの確認リスト」に基づいて治療・ケアの内容を確認することが求められている(15ページ参照)。

【治療・ケアの内容の評価表】

		① 該当患者数		③ 継続入院患者数	①÷③	
			②※			②÷③
褥瘡	ADL区分1・2の患者における褥瘡					
	ADL区分3の患者における褥瘡					
ADLの低下(「支援のレベル」の合計点が2点以上増加)						
尿路感染症						
身体抑制						

※ 当該病棟(診療所)内で新規に発生した数(再掲)

8

第3章 介護サービスの質の評価の目的、方法等

本章においては、介護サービスの質の評価システムについて、誰を当事者として、いずれのサービス類型を対象として、何のために（目的）、誰が（評価者）、どのように（評価手法）、評価を行うか、といった論点等について整理する。

1. 介護サービスの質の評価の当事者

介護保険サービス事業者にとって、良質な介護サービスの提供が求められていることは論をまたないが、一口に「介護サービスの質」といっても、質についてイメージする内容や、何をもって良質と判断するのかの価値基準は、当事者としての立場や個人によって大きく異なり、質は多面的・多義的な側面を有していると言える。

介護サービスにおいては、サービス利用者本人や家族、サービス提供者（管理者、従事者）、保険者、地域住民等の様々な利害関係者が存在するが、介護サービスの質の評価の実施に当たっては、誰を当事者と位置づけるかによって、評価結果の活用方法は異なるし、また、具体的に評価すべき内容等も異なりうることに留意が必要である。

例えば、介護サービスの質の評価について、サービス利用者にとっては、サービス提供を受けている又は今後受ける予定の事業所において専門性の高いサービスが提供されているかが関心事項であり、評価の結果が利用者にとって理解しやすい形で公表されれば、利用者による事業者選択の支援につながるることとなる。サービス提供者（管理者）は、サービス水準の向上に向け有用なデータを得ることに関心を持ち、質の評価の結果は、サービス水準の向上に向けた事業者の自発的努力の誘導につながることを期待される。

現在、わが国においては、介護職員の処遇改善や人材確保が重要な政策課題となっているが、従事者がやりがいを感じる職場であるか、といった従事者の立場からの質の評価も求められている。

また、保険者は、介護保険制度の持続可能性の維持について関心が高く、給付の適正化という観点からも介護サービスの質の評価に期待を寄せていると考えられる。一方で、介護サービスの事業所は、地域包括ケアシステムの担い手として期待されており、地域住民にとっては事業所が地域包括ケアの推進に貢献しているかどうか、といった観点から、事業所において提供される介護サービスの質を捉えることとなる。

このような多様な当事者にとっての様々な目的の全てを満たす質の評価システムを構築するのは困難であるが、本検討委員会としては、利用者や地域住民を一義的な当事者とし、第3節で検討するように、サービス提供事業者において「利用者のQOLの確保」及び「地域包括ケアの推進」の達成に向けたサービス展開が図られることを質の高いサービスと位置づけ、併せて、管理者や従事者、保険者等の当事者にとってもメリットを有するような評価システムの構築を目指すべきと考える。

2. 質の評価の対象となるサービス類型

介護保険においては、様々なサービスが提供されており、質の評価システムを検討する際には、いずれのサービス類型を質の評価の対象とするかについての整理が必要である。

介護サービスについては、現状では施設系サービスと居宅系サービスに大別されており、施設サービスについては、従来は基本的にほぼ全てのサービスが単一事業所により提供されていることから、施設入所者の状態等は当該施設のサービス提供の結果とみなすことが可能である。

一方、居宅系サービスについては、サービス提供主体が複数事業所にまたがること、地域ごとの事業所整備状況やケアプラン、家族によって提供される介護も利用者の心身の状況等に一定の影響を与えることから、個別の事業所単位ごとのサービスの質の評価が困難である。

また、介護保険制度においては、介護支援専門員（ケアマネジャー）がサービス計画（ケアプラン）の作成や実施状況の把握・評価、事業者との連絡調整等のケアマネジメント業務を担っており、介護保険の利用者が自立した生活を送るためには、個々の事業所によって提供されるサービスの品質に加えて、複数のサービスを組み合わせるコーディネートの適切さについても着目する必要がある。

ケアマネジメントのコーディネート面の評価においては、利用者の特性やライフスタイルが大きな影響を及ぼすため、平成21年度地域包括ケア研究会報告書で指摘されているように、地域住民一人一人に提供されたサービスのパフォーマンスを評価するシステムを構築する必要がある。このような観点から、将来的には利用者特性・ニーズとケアプランの内容の合致を見る指標の開発や、その結果としての利用者の主観的健康感や満足度などの精神的な側面についても評価を行うことを検討する必要があると考えられる。

いずれにしても、介護サービスの質の評価に当たっては、サービス類型ごとに機能や利用者の特性、提供されるサービス内容等が異なることから、サービス種類の違いによって、質を評価する際に重視すべき内容や項目は異なることに留意の上、それぞれのサービス類型に応じ、特に重視すべき評価項目を選定すべきであるが、評価システムの全体像を検討する際には、全ての介護サービスの類型において適用することを目指し、評価の目的等について検討すべきであると考えられる。

3. 質の評価の目的

（1）質の評価の目的と介護保険の理念

介護保険が提供するサービスについては、介護保険法第1条に規定された介護保険の理念（利用者が尊厳を保持し、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）を実現することが求められる。すなわち、介護サービスの質の評価の究極的な目的は介護保険の理念の実現であり、介護保険給付により提供される介護サービスの質の評価の実施に当たっては、介護保険の理念の実現を常に念頭に置くことが重要である。

これに基づき、質の評価の階層図を作成した（図表4及び5）。

（2）質の評価の階層図

この階層図では、介護保険の理念の実現を、介護サービスの質の評価の究極的な目的として位置づけている。

そして、「介護保険の理念の実現」という究極的な目標に対し、それを達成するための下位の目標として、サービス提供事業者が達成すべき具体的な目標を設定した。

さらに、事業者が目標を達成するために、質の確保・向上に取り組むべき分野を設定し、当該分野ごとに、個別具体的な評価項目を検討することとした。

（3）事業所が達成すべき具体的な目標

「介護保険の理念の実現」という究極的な目標に対し、それを達成するための下位の目標である「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項目を設定した。

さらに、各事業者において「利用者のQOLの確保」及び「地域包括ケアの確立」を図るためには、効率的かつ健全な経営を行っていることが前提となることから、この2項目を下支えする項目として、「適切な事業運営の確保」を設定した。

1）利用者のQOLの確保

利用者の生活の質（QOL）を確保するためには、安全かつ専門性の高い介護技術を提供するとともに、介護サービス利用前と同様のその人らしい生活を実現できるよう、利用者個人の状況に応じたきめの細かいサービスを提供することが必要である。

このようなことから、「利用者のQOLの確保」という目標を達成するために事業者が取り組むべき分野として、「①安全かつ専門的技術の提供」及び「②利用者の生活の継続に向けた工夫」を設定した。

「①安全かつ専門的技術の提供」で評価すべきことは、事業所の各専門職等（看護職員、介護職員、リハビリ専門職員、栄養・調理職員等）が、安全で専門性の高いサービスを提供していることであり、具体的な評価項目の例を図表6に示した。

評価項目は、基本的に、事業所において提供される技術水準の高さを評価するものであり、良質であることの判断基準・評価尺度は比較的明確で、標準化しやすいものである。

「②利用者の生活の継続に向けた工夫」の分野は、利用者個人のライフスタイルや嗜好などを踏まえたその人らしい生活の確保、利用者の精神的な満足の確保などを評価するものである。なお、この分野は、多分に個々人の価値判断に左右されるため標準化が困難であり、量的な評価が困難な領域であることに留意が必要である。

2）地域包括ケアの確立

今後、さらなる高齢者の進展に対応するため、それぞれの地域において、「自助・互助・共助・公助」の役割分担を確立し、地域全体で高齢者を支える仕組み（地域包括ケアシステム）を構築することが求められている。個々の利用者のニーズに応じたサービスを提供するためには、単一事業所でサービス提供を完結するのではなく、日頃から、地域の保健・医療・

福祉サービスを提供する専門機関等と連携を強化しておくことが必要である。

また、地域包括ケアシステムの実現に向け、住民や、専門職、ボランティア、民生委員等の職種や所属を超えた「ケアの提供に係る学びのプロセス」を確保することが重要であり、この点、介護サービス事業所が、地域住民の介護力強化に向け主導的役割を果たすなど、地域社会に積極的に貢献することが求められている。

このようなことから、「地域連携の推進」という目標を達成するために事業者が取り組むべき分野として、「③地域の保健・医療・福祉資源の活用と連携」及び「④地域社会への貢献」を設定した。

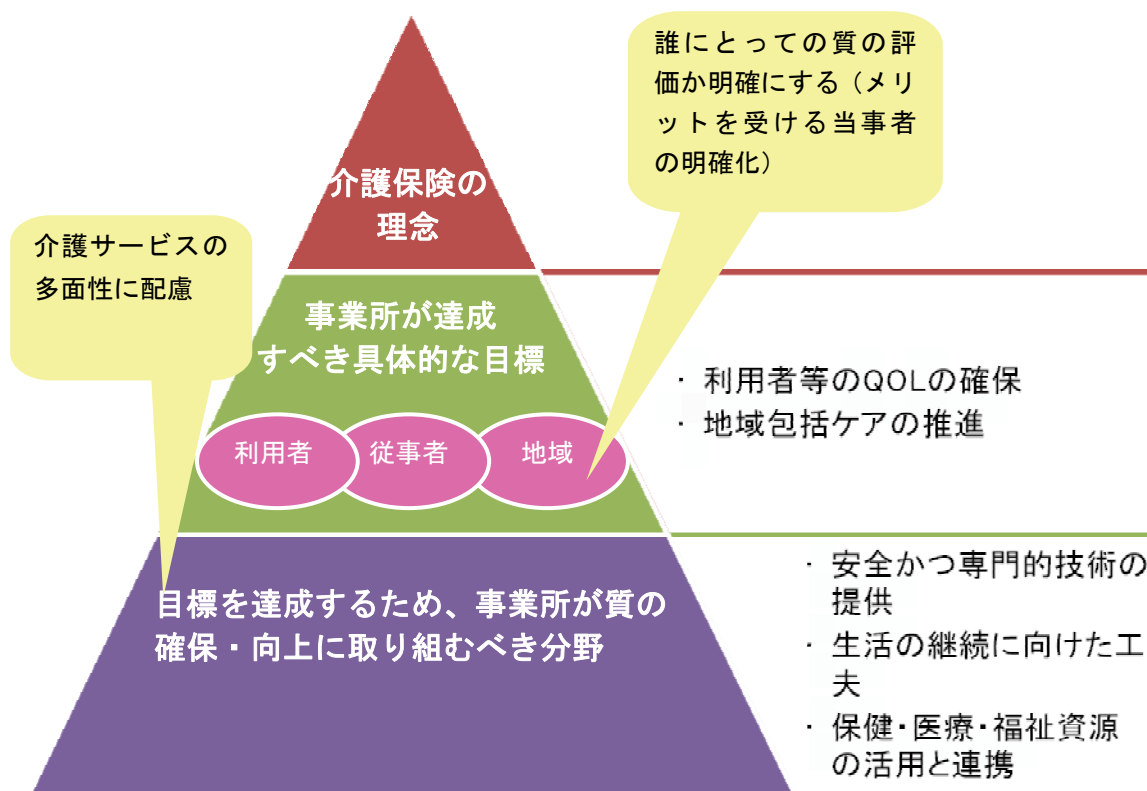
3) 適切な事業運営の確保

「利用者のＱＯＬの確保」及び「地域包括ケアの推進」という具体的目標を達成するために、適切な事業運営を確保するための経営資源（ヒト、モノ、カネ、情報）として、「⑤従事者がやりがいを感じる職場づくり」「⑥適切な施設・設備の管理」「⑦適切な財務管理」「⑧情報を活用した事業戦略」の4分野を、各事業者が基盤的に取り組むべき事項として設定した

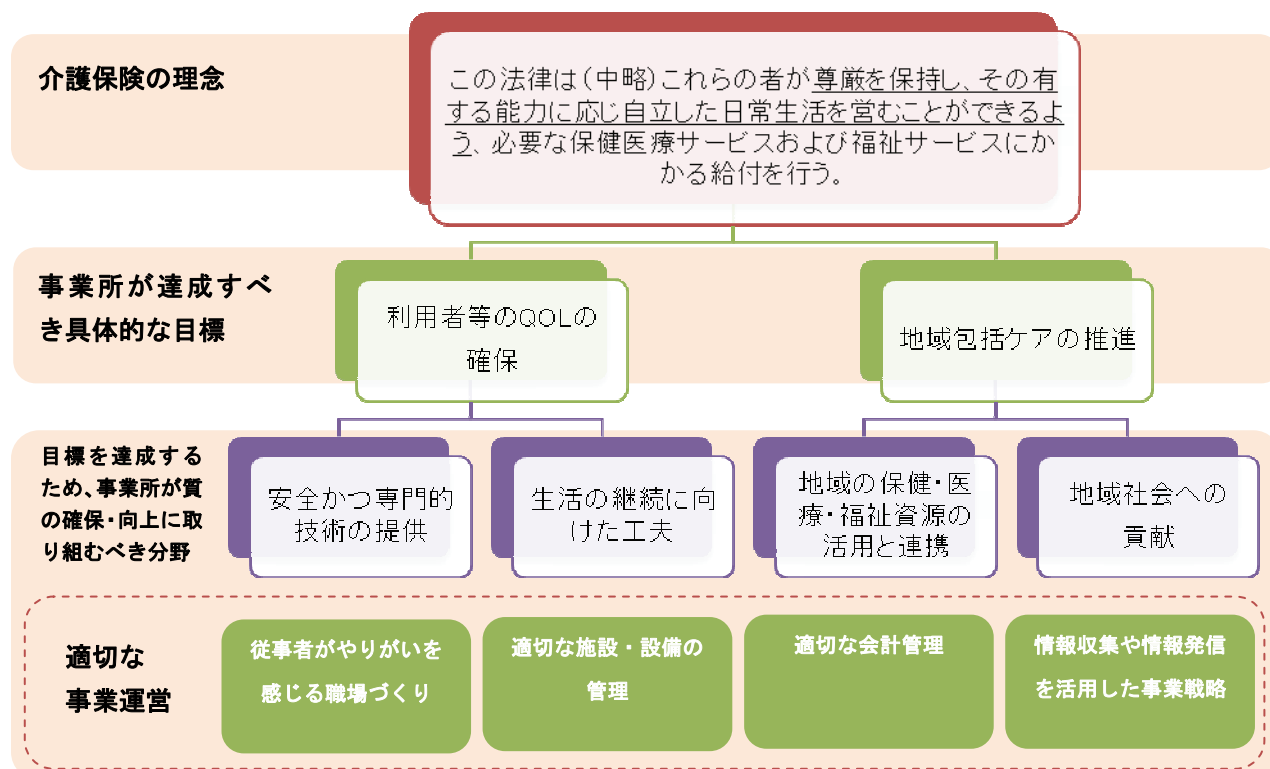
なお、適切な事業運営を確保するための経営資源の1つがヒト（人材）であり、「従事者がやりがいを感じる職場づくり」は重要な課題である。とりわけ、現在、わが国においては、介護職員の処遇改善や人材確保が重要な政策課題となっており、各事業所において、E S（Employee Satisfaction）を高めるための取組の充実が求められている。

なお、介護サービスの質の評価の主要目的の1つは、利用者の満足度（C S：Customer Satisfaction）の向上を図ることであり、E SとC Sの関係が問題となる。この点、E SとC Sは直接比例しないとの指摘もあるが、少なくともE SはC Sの前提条件と考えられており、利用者に対し良質なサービスを提供する上で、事業所において、従事者がやりがいを感じる職場づくりに取組ことが重要である。

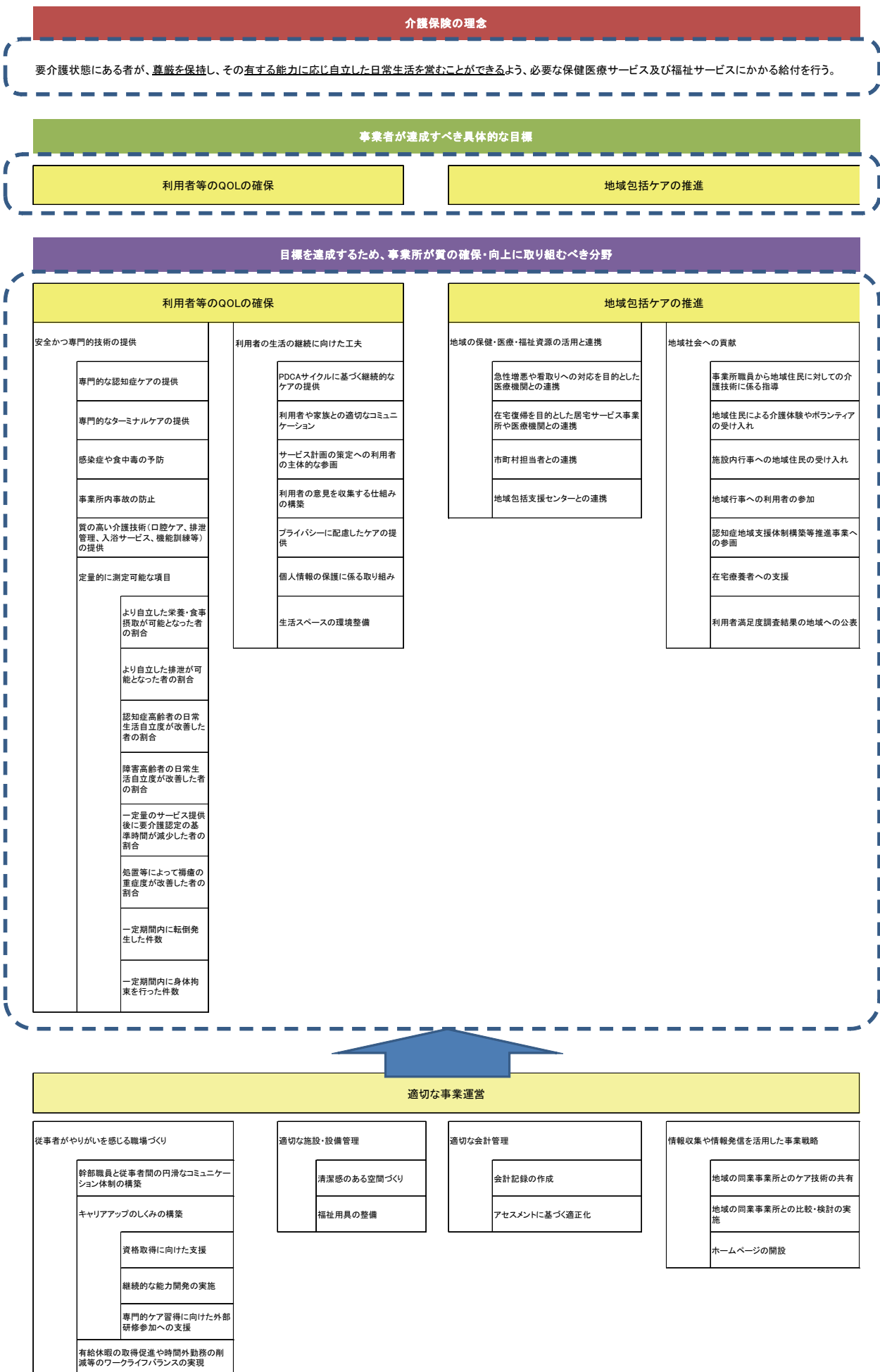
図表4 質の評価の階層図（基本的なイメージ）



図表5 質の評価の階層図（詳細なイメージ）



図表6 質の評価の階層図に基づく評価項目の例示



4. 質の評価の評価主体

質の評価方法について、誰が実際に評価作業を実施するか、という観点から分類した場合、

- (1) 事業者自ら実施する評価（自己評価）、
- (2) 利用者による評価（利用者評価）、
- (3) 評価機関等による外部評価（第三者による評価）、
- (4) 同業者等による評価（ピアレビュー）、

などに大別できる。また、これらの評価方法を組み合わせた評価制度も存在する。

(1) 自己評価

自己評価については、事業所にとって経済的負担が軽く、その繰り返しによって、質改善の仕組みの定着が期待できるというメリットがあるが、評価の方法によっては、不都合な事実については評価を行わないという選択が可能なため、改善点の洗い出しが不十分になりやすいというデメリットがある。

また、自己評価の結果に対し、何らかの経済的インセンティブが生じる制度を構築する場合、事実と異なる虚偽の報告がなされる可能性が否定できないことから、評価結果を確認するための監査や、虚偽の報告を行った場合には強いペナルティを与えることなどにより、評価の客観性を担保する仕組みも考慮する必要があると考えられる。

(2) 利用者評価

利用者重視のサービス提供という観点から、一部の医療機関や介護サービス事業者においては、利用者満足度調査の実施などにより、利用者によるサービスの質の評価が行われている。利用者評価の実施により、利用者の目線で事業所が抱える課題を抽出し、事業者にとってサービスの質の改善につなげることが可能であるというメリットがある。

しかしながら、利用者による評価では、提供されるケア技術の専門性の高さを客観的に評価することは困難であり、接遇や環境面に偏りがちになることが問題点として挙げられる。また、利用者の価値観や、他の利用者との関係など多様な要因により利用者満足度は影響を受けるものであることにも留意が必要である。

(3) 第三者による評価

評価機関等の第三者が評価を行う場合には、評価の安定性や妥当性を確保した上で、他事業所との比較に資する客観的な評価結果が得られるというメリットがある。ただし、良質な外部評価を実施するためには、高い専門性や経験を有する評価機関・評価者を一定程度確保し、評価機関・評価者の質が均質化されていることや、Q I・QMのような量的尺度の確立が前提となる。

この点、既存の評価制度において指摘されているように、介護サービスの評価について適切な知識や技術を有する評価機関の整備状況は地域間で大きく異なり、また、個々の評価者においても専門性や経験にばらつきが見られることから、外部評価システムを適切に運用するためには、良質な評価機関・評価者を確保するための研修制度などの体制整備が不可欠である。

また、外部評価には、評価者の事業所訪問や評価実施に係る人件費や出張費用等の経費が発生し、自己評価と比べて、評価に要する費用が高くなるというデメリットが存在する。

（４）同業者等による評価

介護サービス事業者にとって、地域の同業者と交流する機会を持ち、相互訪問等の活動を行うことは、事業者間の連携の強化につながるとともに、自らの抱える課題を容易に把握でき、サービスの質の向上を図る上でも有効であると考えられている。

このようなことから、同業者や事業者団体によるサービスの質の評価（ピア・レビュー）の意義を指摘する意見もある。

５．質の評価の評価方法

評価の方法については、

- ①記述式（評価項目に係る状況を自由記載）
- ②多段階評価方式（評価項目に対し A、B、C などの多段階による評価）
- ③チェックリスト方式（評価項目に該当する場合にチェックマークを記入）
- ④数値指標による方式
（アウトカム、アウトプットなど数値化できる情報を評価項目として活用）
など、様々な方式が存在する。

わが国の介護サービスの質の評価に関連する既存の制度においては、当該制度の目的等に応じ、これらの方式のいずれかを単独で、又は、組み合わせて使用し評価が行われているが、それぞれの評価方法は、それぞれメリット、デメリットを有している（図表 7 参照）。

【図表 7】 質の評価の評価方式のメリット・デメリット

	メリット	デメリット
記述式	・事業所の創意工夫を反映した評価結果の明示が可能。	・ 評価者に一定の文章力等が要求される。 ・ 評価者の主観的判断による結果のばらつきが生じやすい。
多段階評価方式	・一定の評価基準に基づいてその達成度合いを評価し、認証を行ったり、事業所の格付けを行うことが可能。	・ 事業者の取組の改善が進み、評価すべき状況がひとたび達成されてしまうと、更なる改善が誘導されない。 ・ 事業者の創意工夫により、評価項目に列記された内容以外の望ましい取組が行われている場合において、かかる取組について

		適切な評価が不可能。 ・ 評価者の主観的判断により、結果のばらつきが生じやすい。
チェックリスト方式	・ 評価の基準や尺度が明確であり、評価者の主観的判断による結果のばらつきを避けることが可能。 ・ 事業所間の比較が容易である。	・ 多段階評価方式のデメリットに同じ。
数値指標による方式		・ 数値化困難な評価項目については、評価不可能。 ・ データの収集に一定の手間が生じる

6. 質の評価システムの検討に当たっての留意点等

本章では、介護サービスの質の評価システムについて、誰を当事者として、何のために（目的）、何を（評価項目）、誰が（評価者）、どのように（評価手法）、評価を行うかといった論点について整理してきたが、質の評価に関するその他の論点（留意点等）について列記する。

（１）利用者や事業者理解され、受け入れられる評価であること

評価の対象とする内容や項目を慎重に選定しなければ、利用者や事業者にとってメリットが感じられず、事業者にとって単に負担感のみが感じられる作業になりかねない点に留意が必要である。

このため、事業者のコストや労力を極力抑えつつ、介護サービスの質の確保・向上に直接つながる必要最小限な評価項目を設定し、かつ、評価項目については、利用者や事業者理解され、受け入れられるものでなければならない。

なお、評価項目には、事業者の努力により容易に改善が可能なものと、事業者の努力では改善が困難なものが存在するが、後者を評価項目として採用するのは不相当であり、事業者の努力を反映できる項目に限って評価を実施することが適当である。

（２）質の評価の費用負担について

質の評価については、データの収集・解析等にコストや労力を要し、さらに外部評価を実施する場合には、評価者の作業費用（人件費、出張経費等）も発生し、これらの必要を誰が負担すべきかについて慎重な検討が必要である。

通常は、事業者の費用負担により質の評価が実施されるが、質の評価の結果、良質な介護サービスが確保されれば利用者が直接的メリットを受けることから、質の評価のコストを利用者に転嫁することを正当化しうると言えよう。このような観点から、仮に介護報酬において、質の評価に係る加算を新たに設けた場合、質の高い事業者のサービスの利用者に対し、当該加算に係る自己負担が新たに課されることは合理的であると考えら

れる。しかしながら、質の評価に係る加算を新たに設けた場合に、自己負担が過重等の理由で、良質のサービスを提供する事業者の利用が回避される事態が生じることについて、考慮が必要である。

一方、質の評価の実施により、事業者による地域社会への貢献が進む、あるいは介護給付の適正化（介護保険料の低下）が見込まれる場合には、地域住民や保険者及び被保険者が質の評価によるメリットを享受することとなり、このような場合には、質の評価のコストを公費で負担することも考えられる。

（３）PDCAサイクルによる継続的な質改善プロセスの必要性

介護サービスの継続的な質改善プロセスのためには、PDCAサイクルを確立し、評価結果を継続的に把握するモニタリング体制を構築することが不可欠である。

なお、質の評価は、サービスの質向上を目的とするものであるが、不適切な評価が行われた場合、現場への負担やケアの歪み等の諸問題が惹起されるが、適切なモニタリングを実施することにより、このような問題の発生を予防し、現実の問題が発生した場合には、評価システムや評価項目の見直し、改善を図ることが可能となる。

（４）P4PとP4R

米国などでは、医療報酬の支払い方式として、質パフォーマンス指標を用いて病院をベンチマークし、成績上位の病院に割増支給を行う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。一方、質パフォーマンスを報告することについてインセンティブを与える方法については、P4R（Pay for Reporting）と呼ばれている。

米国等で試みられているP4Pについては、短命に終わっているものや、質の向上効果が認められなかったとする報告や副作用の指摘も少なくないことから、わが国の介護サービスに対し、P4Pを拙速に導入するのは適当ではないと考えられる。一方、質を評価するために事業者がデータを提出し、評価の結果をPDCAサイクルを回すことに活用することは、質改善を進めるに当たって有意義であることから、介護サービスの質の評価においてP4Rの考え方を検討する必要がある。

（５）金銭的インセンティブ以外の質向上の誘導方策について

質の評価の結果を質向上につなげるためには、介護報酬による加算・減算や助成金の交付等の金銭的インセンティブを付与する方法が一般に有効とされているが、同時に、情報公開（ポジティブリスト、ネガティブリスト）等、金銭的インセンティブ以外の方法も考慮が必要である。

例えば、質向上のための取組を積極的に実施する事業所に対する表彰制度を設けることにより、事業者の自主的な質改善の取組を誘導することが可能である。また、サービスの質に問題がある事業者に対し、ネガティブ情報の公表、罰則や改善命令、報酬減算等の懲罰的アプローチではなく、質の改善につながるような技術的指導を実施する仕組みを英国に倣って構築することも今後検討が必要である。

このように金銭的インセンティブのみならず、金銭的インセンティブ以外の方法も同時に実施することにより、一部の優良事業者のみならず、地域における事業者全体の質の向上（底上げ）につながるものと期待される。

（６）地域サービスの評価の必要性

本検討委員会においては、主として、個別の事業者・事業所を評価するシステムの検討を行ってきたが、今後、様々な生活支援システムを地域で適切に提供していくための地域包括ケアシステムの構築を目指すのであれば、個別事業者が提供するサービスの質の評価だけでなく、地域包括ケア圏域において提供されるサービスの質の評価についても検討が必要であると考えられる。

地域サービスの評価としては、適切な地域包括ケアの実施により、日常生活圏域において、ケアを巡る環境がどれだけ改善され、地域力がどれだけ増大したか、といった点から評価を行うものであり、今後、具体的な評価の在り方について検討を進めることが望まれる。

第4章 質の評価の3要素によるアプローチについて

医療や保健医療政策の分野における質の評価においては、アベティス・ドナベディアンが提唱したストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトカム（結果）の3要素によるアプローチが一般に用いられており、本検討委員会においても、ドナベディアンの3要素によるアプローチを前提して、評価項目等を検討することとする。

一般に、工業分野の品質管理においては、プロセス面の保証が重視されてきた。工業製品などにおいては、製造工程などが標準化されていることから、プロセスの標準化・画一化が確保されていれば、必然的に製品の品質（アウトカム）が担保されと考えられている。しかし、プロセスの標準化が困難な分野においては、プロセスの保証が必ずしもアウトカムを保証することはないことに留意が必要である。この点、医療や介護などのヒューマン・サービスについては、プロセスの標準化が困難な分野であり、質の確保を図る上で、プロセス面を評価するだけでは不十分であり、アウトカム評価が重要であるとの指摘がある。

本章においては、ドナベディアンの3要素によるアプローチについての議論等を踏まえ、アウトカム評価のメリット・デメリットについて整理する。

1. ドナベディアンの3要素アプローチ

米国の医師・公衆衛生学者であるアベティス・ドナベディアンは、医療の質について論じた1980年の著書において、他の研究者による評価手法の分類などを解釈した上で、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの3要素によるアプローチが妥当であると論じている。

ストラクチャーとは、医療を提供するのに必要な人的、物的、財政的資源であり、専門職の数や分布、資格、あるいは医療機関の数、規模、施設、さらには医療提供体制や医療保険制度などが該当するが、ドナベディアンは、プロセスやアウトカムと比較すると、ストラクチャーは医療の質の指標としての有用性は低いと指摘している。

プロセスは、医療従事者と患者の間の相互作用を評価するものであり、治療内容の適切性、医療従事者の患者に対する接遇などが該当する。

アウトカムは、医療によって患者にもたらされた健康状態の変化であるが、身体的生理的側面のみならず、社会的心理的側面の改善や患者の満足度なども評価の対象となる。

ドナベディアンは、プロセスとアウトカムの関係について、いずれも長所と短所を有するものの、質の評価にあたっては、プロセスとアウトカムの両者を同時に活用することが重要であると述べている。

2. わが国におけるこれまでの質の評価と3要素アプローチ

介護報酬の各種加算については、基本的に、介護サービスの質の確保に資する取組を評価したものであると言えるが、図表8は、現行の介護報酬上の加算の例を挙げ、ストラクチャー・プロセス・アウトカムのいずれに該当するかを分類したものである。

わが国ではこれまで、介護サービスの質の評価として、主にストラクチャーやプロセスに着目した取組が行われ、アウトカムに着目した評価については、指標の設定が困難であるこ

となどから、限定的な活用に留まっている。ストラクチャーやプロセスに着目した従来の質の評価は、各事業所において提供される介護サービスの質の確保を図る上で大きな役割を果たしてきたが、更なる質の向上を図るためには、諸外国の取組や評価指標などを参照して、わが国においても、アウトカム評価を積極的に推進すべきとの意見が見受けられるところである。

一方、アウトカムに着目した評価といっても、多様な側面があり様々な評価項目が想定され、定量的・客観的な把握が困難な項目と、定量的に把握可能な項目が存在する。

図表 8 現行の介護報酬の加算における質の評価の例

	施設系サービス	訪問通所系サービス
構造(structure)評価	【介護保健施設サービス費】 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 介護福祉士割合が50%以上、常勤職員割合が75%以上又は勤続年数3年以上の者が30%以上 【介護福祉施設サービス費】 看護体制加算(Ⅰ) 看護体制加算(Ⅱ) 常勤の看護師の配置や手厚い看護職員の配置等に対する評価	【通所リハビリテーションサービス費】 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 介護福祉士割合が40%以上又は勤続年数3年以上の者が30%以上 【通所介護費】 個別機能訓練加算(Ⅰ) 個別機能訓練加算(Ⅱ) 個別ニーズに対応する機能訓練の体制及びサービス提供方法に着目した評価
過程(process)評価	【介護保健施設サービス費】 経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ) 経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ) 多職種協働で、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に経口維持計画を作成した上で、管理栄養士等が経口摂取を進めるための特別な管理を行った場合に算定。	【通所リハビリテーション費】 リハビリテーションマネジメント加算 多職種協働で、リハビリテーション実施計画を作成した上で、PDCAサイクルに基づいたマネジメントを行った場合に算定。
結果(outcome)評価	【介護保健施設サービス費】 在宅復帰支援機能加算(Ⅰ) 在宅復帰支援機能加算(Ⅱ) 一定割合以上の者が在宅復帰した介護老人保健施設において算定。	【介護予防通所リハビリテーション費】 事業所評価加算 利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合に算定。

3. アウトカム評価のメリット

定量的に把握可能なアウトカム指標については、次のようなメリットがある。

- ①評価の基準や尺度が明確であり、アウトカムを客観的数値として明示することが可能である。
- ②従って、評価者の主観的判断による評価のばらつきを避けることが可能である。
- ③また、質改善の目標値を設定することが容易であり、目標値と実際のアウトカムとを比較することにより、各事業者においては提供するサービスの課題を把握し、質改善に向けたPDCAサイクルにつなげることが可能である。
- ④二時点間のアウトカムを比較することにより、質改善の状況をモニタリングすることが可能であり、サービスの継続的質向上につなげやすい。
- ⑤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でき、同業者間における自らのサービス水準の位置づけを知ることが可能である。

4. 医療の質の評価で指摘されてきたアウトカム評価のデメリット

一方で、病院における医療の質の評価に関する研究を通じ、次のような問題点や限界が指摘されている。

- ①アウトカム指標を用いた評価を導入することにより、成果が出やすい軽度の高齢者をケアの対象とし、改善が期待しにくい重度の高齢者の受け入れを事業者が拒む（クリーム・スキミング）といった弊害や、評価指標を用いることについて視野狭窄、局部的最適化など様々な問題点が指摘されている（図表9参照）。
- ②データの収集等に多大な時間や労力、コストがかかるが、必ずしも作業に要したコスト等に見合う質の改善効果が得られるとは限らない。
- ③アウトカム指標により評価できる質の内容には制約があり、アウトカム指標では多面的な品質の一面しか評価できない場合がある。
- ④このようなことから、アウトカム指標を偏重しすぎると、事業者の質改善へのモチベーションを損なう恐れがある。
- ⑤また、改善しない患者が非難される事態（Victim blaming）が生じ得る。

【図表 9】 評価指標の利用における問題点

1) Tunnel vision (視野狭窄)	評価指標となるデータ改善のみに集中し、その背景や目標を正しく理解しない現象。英国ではウエイティング・リスト上の待ち人数を減らすために、簡単な手術を先に行い、病院での長期療養が必要となる重症患者を後回しにするという行動が発覚している。視野の狭い対応が全体の効率性を害する例である。
2) Sub-optimization (局部的最適化)	病院管理者が狭い部分的な目標に過度に集中し、病院組織全体としての最適な運営を行わないこと。例えば、NH Sにおいては、日帰り手術の実施率が高いことは効率的と評価される。しかし日帰り手術は、医師への特別な訓練や専用の医療機器が必要なため、医療資源の負担が大きい。この時、日帰り手術を推進するあまり、病院全体としての医療資源の配分が歪められる可能性がある。
3) Myopia (近視眼的対応)	目の前の短期的な目標を追求するあまり、長期的な見地に立った運営を行わないこと。例えば、短期的な収支改善に目標を集中し、長期的な設備投資や教育投資を怠る等の問題点が指摘されている。
4) Mis-representaion (不実表示)	評価指標がその対象とする病院活動を完全に表現できないため、その不完全さを突いて病院管理者が、データの改ざんや虚偽の報告を行う現象。
5) Gaming (戦略的対応)	病院管理上で、評価指標における評価で優位に立つために、評価指標の操作のために戦略的な行動を取る現象。例えばラチェット・エフェクトと言われる現象は、翌年の目標値が今年度の達成度を基に設定される制度では、今年度の実績を必要以上に高く上げないという戦略的な対応を招くことが知られている。
6) Mis-interpretation (誤解釈)	データ分析や評価指標の解釈を行う人材不足等により、データの正しい評価が行われない、又は誤った評価が下される現象。例えば、平均入院日数が優れていても再入院率が高ければ、十分な治療を行わずに早期退院をさせている可能性がある。この時、平均入院日数のみで病院の評価を行うと、実情を見誤る可能性が高い。
7) Ossification (骨化)	一度設定された評価指標が硬直化し、政策目標や外部環境が変化しても、見直されないままになる現象。

5. 介護の質の評価で懸念されるアウトカム評価の問題点

アウトカム評価を介護サービスの質の評価に導入するに当たっては、以下のような点についても考慮が必要である。

- ①病院における医療の質としては、「死亡率」や「合併症率」などの項目をアウトカム評価の項目として用いることについて社会的合意を形成するのが容易であるが、介護サービスについては、どのような内容をアウトカム評価の項目として設定すべきかの判断が、社会的・文化的価値観の違いや個人の人生観や思想信条の相違に左右されることから、評価項目の設定についてコンセンサスを得るのが困難である。
- ②米国におけるQ Iを指標としたアウトカム評価は、臨床的なデータに偏重しており、多面的な側面を有する介護サービスの一側面しか捉えていないのではないかと指摘がある。
- ③高齢者は身体・精神機能の悪化・改善を繰り返すことが多く、評価する時点によって全く異なった判定となりうることから、評価時点の設定が困難である。
- ④事業所の努力や責任の及ばない要因の影響（例えば、家族や本人の努力）により、高いアウトカムが得られることがあり、アウトカムが事業所のサービスの質を反映しているとは限らない。
- ⑤居宅系介護サービスの利用者は、様々なサービスを組み合わせて利用している場合が多く、要介護度や自立度などの指標が改善したとしても、提供される介護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困難である。

第5章 介護報酬において活用可能な評価項目について

第3章第2節で整理した評価項目のうち、いずれの項目を介護報酬における評価の対象として活用することが可能であるか、について整理した。

整理に当たっては、評価項目について、

- i) ストラクチャー、プロセス、アウトカムのいずれに属するか、
 - ii) データはとりやすいか、
 - iii) 利用者・保険者にとって理解しやすいもの、受け入れやすいもの、合理的なものであるか、
- といった観点に留意した。

各評価項目についての考え方は、以下のとおりである（図表8参照）。

（1）安全かつ専門的技術の提供

この分野の評価項目には、定量的な把握が可能なものと、定量的な把握が困難なものが存在するが、前者の定量的把握が可能な評価項目については、アウトカム評価の実施が利用者にも受け入れやすいものであり、介護報酬上の質の評価を行う場合には中核的な位置づけになるものと考えられる。

一方、定量的な評価が困難な項目については、特に重要な評価項目に限って、事業者における取組のプロセスを評価することが考えられる。

（2）利用者の生活の継続に向けた工夫

この分野の評価項目は、標準化が困難なものが多く、一般に、定量的な評価になじまないものであり、アウトカム評価が困難である。従って、事業者における取組のプロセスを評価することが考えられるが、標準化が困難な事項について、介護報酬における評価を実施することの是非を含め、具体的な評価方法等については、更に検討が必要である。

（3）地域の保健・医療・福祉資源の活用と連携

この分野の評価項目については、現時点では定量的な把握が困難であると考えられることから、保健・医療・福祉資源との連携によって対応することが望ましい状況について、事業所ごとに、これら専門機関との連携計画を整備する過程に着目したプロセス評価を検討することが適当である。

（4）地域社会への貢献

地域社会の潜在的な介護力の掘り起こしに向けたサービス等について、事業者と協力して取り組みを行っている自治体の実態を参考にしつつ、ストラクチャーやプロセスに着目した評価を検討することが適当である。

ただし、事業所のサービス利用者が直接的な利益を感じにくいものであることから、現時点において介護報酬上の評価を行うことについては、慎重な検討が必要であると考えられる。

（５）適切な事業運営を確保するための経営資源の評価

「利用者のＱＯＬの確保」及び「地域包括ケアの確立」の実現に必要な事業運営を確保するための経営資源（ヒト、モノ、カネ、情報）は、介護サービスの質の向上を図る上で基盤となる要素であるが、必ずしも利用者が直接利益を享受できるものではなく、また、定量的な把握が困難であることから、原則として、介護報酬以外の制度において、ストラクチャー又はプロセスに着目した評価を検討することが適当である。

ただし、「⑤従事者がやりがいを感じる職場づくり」については、現在、重要な政策課題となっている介護職員の処遇改善や人材確保に直接資するものであり、現行の介護報酬における「サービス提供体制強化加算」の算定要件の考え方と関連する項目も含まれることから、今後、サービス提供体制強化加算の要件等を見直す際に留意すべき項目であると考えられる。

第6章 結語

介護サービスの質の評価は、その実施によって、ケアの質の向上につなげ、ひいては、介護保険の理念（利用者が尊厳を保持し、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）の実現を目指して実施するべきものであるという点については、委員全員の見解が一致した。

しかしながら、多面的な側面を有する介護サービスの質について、どの側面を重視して評価を行うべきか、またどのような方法により評価を実施すべきであるか、という点については必ずしも意見の一致を見ていない。

中でも、米国などで用いられている定量的な臨床指標を、わが国の介護サービスの質の評価において活用することの妥当性については、検討委員会において大きな議論となった。客観的に把握可能であり、かつ、わが国において妥当と考えられるアウトカム評価の指標を早急に確立すべき（確立が可能である）との指摘がなされる一方、臨床指標については、多面的な介護サービスの一側面のみを捉えるものに過ぎず、量的アウトカム評価に偏重しない質の評価システムの構築を目指すべきとする意見もみられたところである。

いずれにしても、1～2年といった短期間では、体系的な評価システムを構築することは困難であるため、平成24年度介護報酬改定においては、データの取り易さ、理解し易さ、受け入れられ易さの観点から、限定的な項目における質の評価の実施に向けて検討を続ける必要があると考えられる。

Ⅱ．参考資料

資料 1．介護サービスの質の評価に対する意向調査 結果報告

1. 目的

自治体において、質の高いサービスを提供している介護サービス事業所・施設を評価する際の視点について、その実態や意向を把握し、介護サービスの質を評価する手法の検討に向けた基礎資料を得ることを目的とする。

2. 調査期間

平成22年2月～3月

3. 調査対象

1778自治体（財団法人 地方自治情報センターの「地方公共団体コード住所」に登録されている全国の市町村（東京都特別区含む））

4. 調査方法

自記式調査票の郵送配布・郵送回収

（本調査は株式会社三菱総合研究所に委託され実施された）

5. 調査内容

主な調査項目は以下のとおり

- ・ 自治体の概要について
- ・ 介護サービスの質向上に係る自治体ごとの取り組み状況について
- ・ 質の高い介護サービスを構成する要素について
- ・ アウトカム（結果、outcome）項目活用の有効性に対する考え方について
- ・ 介護サービスの質向上に有効と考える取り組みについて
- ・ 現行のサービス提供体制強化加算に対する考え方について

6. 回収率

回収数は1109件、回収率は62.4%

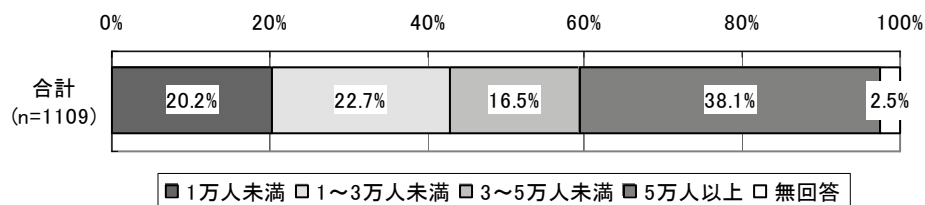
7. 結果

(1) 自治体の概要（問1）

- ・ 回答のあった自治体の人口は、「5万人以上」(38.1%)が最も多く、次いで、「1～3万人未満」(22.7%)、「1万人未満」(20.2%)であった。人口の平均は、90,971.26人であった。

図表 1 人口

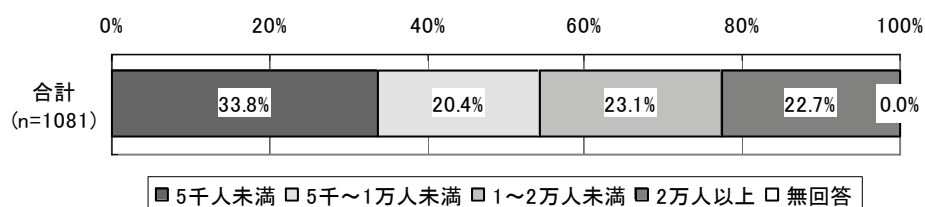
	件数	1万人未満	1～3万人未満	3～5万人未満	5万人以上	無回答	（単位：人） 平均値	（単位：人） 標準偏差
合計	1,109	224 20.2%	252 22.7%	183 16.5%	422 38.1%	28 2.5%	90,971.26	216,859.99



- ・ 65歳以上高齢者数は、「5千人未満」(33.8%)が最も多く、次いで、「1～2万人未満」(23.1%)、「2万人以上」(22.7%)であった。65歳以上高齢者数の平均は、19,607.45人であった。

図表 2 人口：うち65歳以上高齢者数

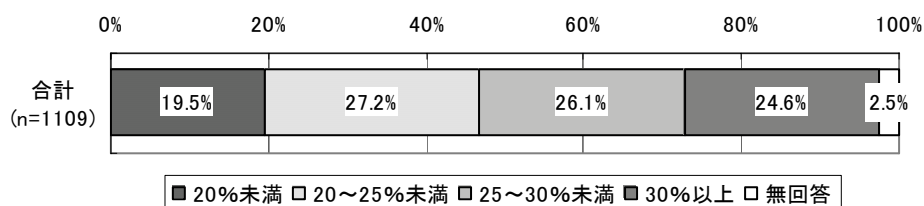
	件数	5千人未満	5千～1万人未満	1～2万人未満	2万人以上	無回答	（単位：人） 平均値	（単位：人） 標準偏差
合計	1,081	365 33.8%	221 20.4%	250 23.1%	245 22.7%	-	19,607.45	43,051.41



- ・ 高齢化率（65 歳以上人口／全人口）は、「20～25%未満」（27.2%）が最も多く、次いで、「25～30%未満」（26.1%）が多かった。平均は 25.79%であった。

図表 3 高齢化率

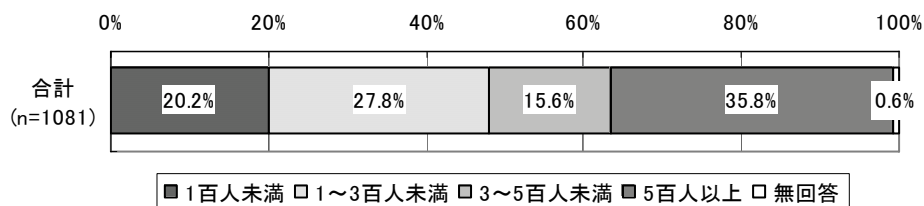
	件数	20%未満	20%～25%未満	25%～30%未満	30%以上	無回答	（単位：％） 平均：値	（単位：％） 標準偏差：差
合計	1,109	216 19.5%	302 27.2%	290 26.1%	273 24.6%	28 2.5%	25.79	6.74



- ・ 65 歳以上の要支援者数は、「5 百人以上」（35.8%）が最も多く、次いで、「1～3 百人未満」（27.8%）、「1 百人未満」（20.2%）であった。65 歳以上の要支援者の平均は、874.00 人であった。

図表 4 人口：65 歳以上高齢者数の要支援者数

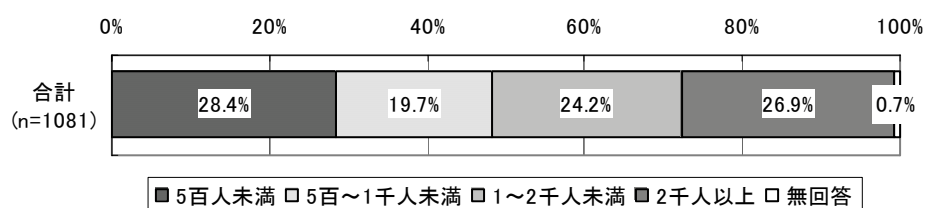
	件数	1百人未満	1～3百人未満	3～5百人未満	5百人以上	無回答	（単位：人） 平均：値	（単位：人） 標準偏差：差
合計	1,081	218 20.2%	300 27.8%	169 15.6%	387 35.8%	7 0.6%	874.00	2,233.55



- ・ 65 歳以上の要介護者数は、「5 百人未満」（28.4％）が最も多く、次いで、「2 千人以上」（26.9％）、「1～2 千人未満」（24.2％）であった。65 歳以上の要介護者の平均は、2,370.54 人であった。

図表 5 65 歳以上の要介護者数

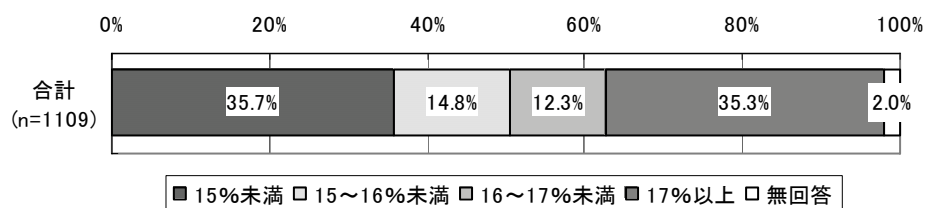
	件数	5 百人未満	5 満百～1 千人未満	1 ～2 千人未満	2 千人以上	無回答	（単位：人） 平均値	（単位：人） 標準偏差
合計	1,081	307 28.4%	213 19.7%	262 24.2%	291 26.9%	8 0.7%	2,370.54	5,346.14



- ・ 要介護認定率（（要支援者数＋要介護者数）／高齢者数）は、「15％未満」（35.7％）が最も多く、次いで「17％以上」（35.3％）が多い。平均は、17.06％であった。

図表 6 要介護認定率

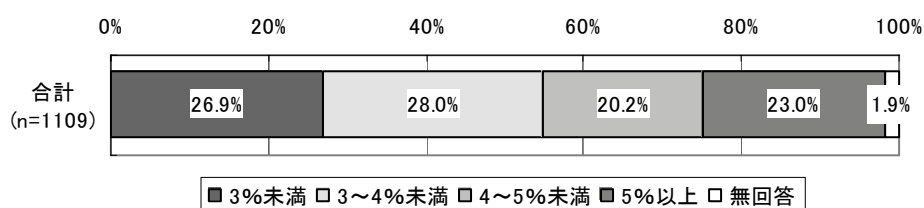
	件数	1 5 % 未満	1 5 ～1 6 % 未満	1 6 ～1 7 % 未満	1 7 % 以上	無回答	（単位：％） 平均値	（単位：％） 標準偏差
合計	1,109	396 35.7%	164 14.8%	136 12.3%	391 35.3%	22 2.0%	17.06	9.08



- ・ 高齢者人口に占める、要支援者の割合は、「3～4%未満」(28.0%) が最も多かった。平均は、4.27%であった。

図表 7 要支援者割合

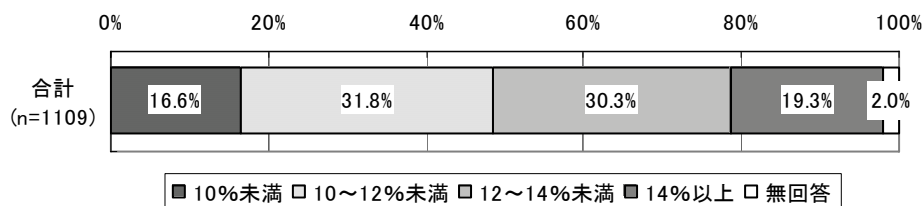
	件数	3%未満	3～4%未満	4～5%未満	5%以上	無回答	(単位：%) 平均値	(単位：%) 標準偏差
合計	1,109	298 26.9%	311 28.0%	224 20.2%	255 23.0%	21 1.9%	4.27	2.84



- ・ 高齢者人口に占める、要介護者の割合は、「10～12%未満」(31.8%) が最も多かった。平均は、12.79%であった。

図表 8 要介護者割合

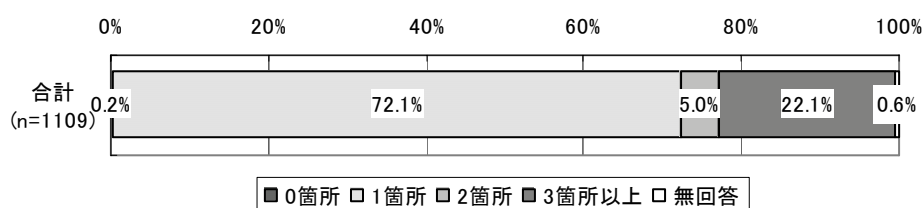
	件数	10%未満	10～12%未満	12～14%未満	14%以上	無回答	(単位：%) 平均値	(単位：%) 標準偏差
合計	1,109	184 16.6%	353 31.8%	336 30.3%	214 19.3%	22 2.0%	12.79	7.18



- ・ 地域包括支援センター数は、「1 箇所」（72.1%）が最も多く、次いで、「3 箇所以上」（22.1%）、
「2 箇所」（5.0%）であった。地域包括支援センターの平均は、2.70 箇所であった。

図表 9 地域包括支援センター数

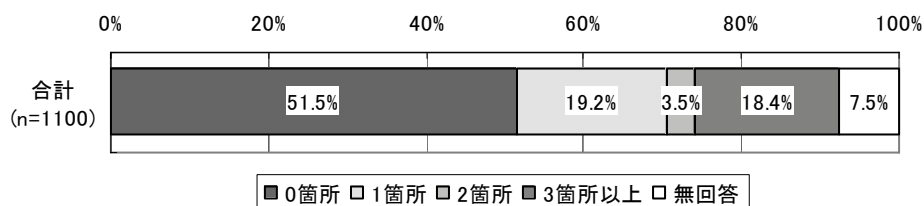
	件 数	0 箇 所	1 箇 所	2 箇 所	3 箇 所 以 上	無 回 答	（単位： 平均：箇所）	（単位： 標準偏差：箇所）
合 計	1,109	2 0.2%	800 72.1%	55 5.0%	245 22.1%	7 0.6%	2.70	5.90



- ・ 委託している地域包括支援センター数は、「0 箇所」（51.5%）が最も多く、次いで、「1 箇所」（19.2%）、
「3 箇所以上」（18.4%）であった。委託している地域包括支援センターの平均は、2.09 箇所であ
った。

図表 10 : 委託している地域包括支援センター数

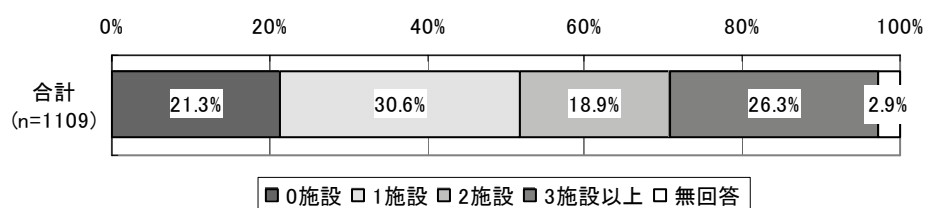
	件 数	0 箇 所	1 箇 所	2 箇 所	3 箇 所 以 上	無 回 答	（単位： 平均：箇所）	（単位： 標準偏差：箇所）
合 計	1,100	566 51.5%	211 19.2%	38 3.5%	202 18.4%	83 7.5%	2.09	6.22



- ・ 介護老人保健施設数は、「1 施設」（30.6％）が最も多く、次いで、「3 施設以上」（26.3％）、「0 施設」（21.3％）であった。介護老人保健施設数の平均は、2.57 施設であった。

図表 11 介護老人保健施設数

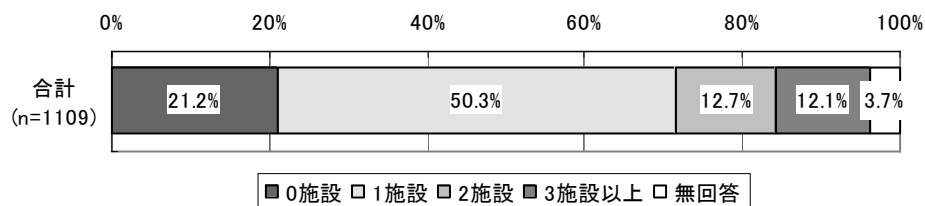
	件数	0 施設	1 施設	2 施設	3 施設以上	無回答	（単位：施設） 平均：施設数	（単位：施設） 標準偏差：施設数
合計	1,109	236 21.3%	339 30.6%	210 18.9%	292 26.3%	32 2.9%	2.57	5.18



- ・ 高齢者 1 万人あたり介護老人保健施設数は、「1 施設」（50.3％）が最も多く、次いで、「0 施設」（21.2％）、「2 施設」（12.7％）であった。平均は、1.68 施設であった。

図表 12 高齢者 1 万人あたり介護老人保健施設数

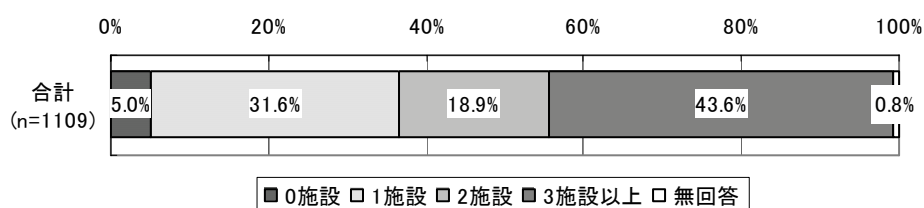
	件数	0 施設	1 施設	2 施設	3 施設以上	無回答	（単位：施設） 平均：施設数	（単位：施設） 標準偏差：施設数
合計	1,109	235 21.2%	558 50.3%	141 12.7%	134 12.1%	41 3.7%	1.68	2.22



- ・ 介護老人福祉施設数は、「3 施設以上」(43.6%) が最も多く、次いで、「1 施設」(31.6%)、「2 施設」(18.9%) であった。介護老人福祉施設の平均は、4.09 施設であった。

図表 13 介護老人福祉施設数

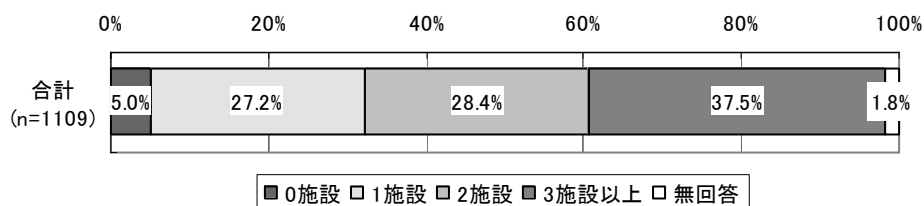
	件 数	0 施 設	1 施 設	2 施 設	3 施 設 以 上	無 回 答	(単位： 平均：施設 値設)	(単位： 標準偏差：施設 差設)
合 計	1,109	56 5.0%	350 31.6%	210 18.9%	484 43.6%	9 0.8%	4.09	6.96



- ・ 高齢者 1 万人あたり介護老人福祉施設数は、「3 施設以上」(37.5%) が最も多く、次いで、「2 施設未満」(28.4%)、「1 施設」(27.2%) であった。介護老人福祉施設の平均は、3.34 施設であった。

図表 14 高齢者 1 万人あたり介護老人福祉施設数

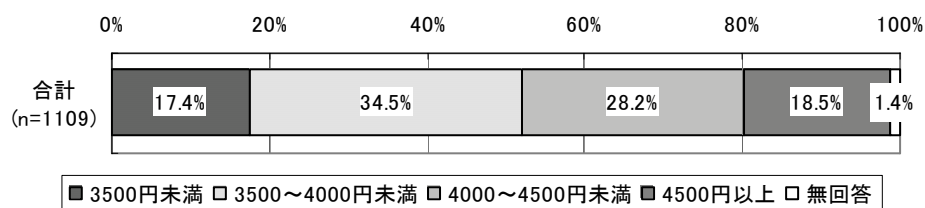
	件 数	0 施 設	1 施 設	2 施 設	3 施 設 以 上	無 回 答	(単位： 平均：施設 値設)	(単位： 標準偏差：施設 差設)
合 計	1,109	56 5.0%	302 27.2%	315 28.4%	416 37.5%	20 1.8%	3.34	3.50



- 第1号被保険者の介護保険料基準額(月額)は、「3500～4000円未満」(34.5%)が最も多く、次いで、「4000～4500円未満」(28.2%)、「4500円以上」(18.5%)であった。第1号被保険者の介護保険料基準額(月額)の平均は、3,982.30円であった。

図表 15 第1号被保険者の介護保険料基準額(月額)

	件数	3500円未満	3500～4000円未満	4000～4500円未満	4500円以上	無回答	(単位:円)平均値	(単位:円)標準偏差
合計	1,109	193 17.4%	383 34.5%	313 28.2%	205 18.5%	15 1.4%	3,982.30	600.84

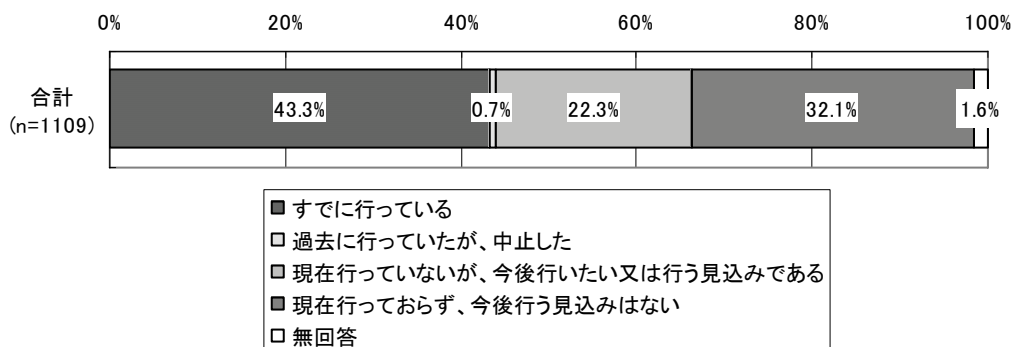


(2) 自治体による介護サービス事業所・施設の質の向上に向けた取り組み(問2)

- 介護サービスの質改善に向けた取り組みは、「すでに行っている」(43.3%)が最も多く、次いで、「現在行っておらず、今後行う見込みはない」(32.1%)、「現在行っていないが、今後行いたい又は行う見込み」(22.3%)であった。

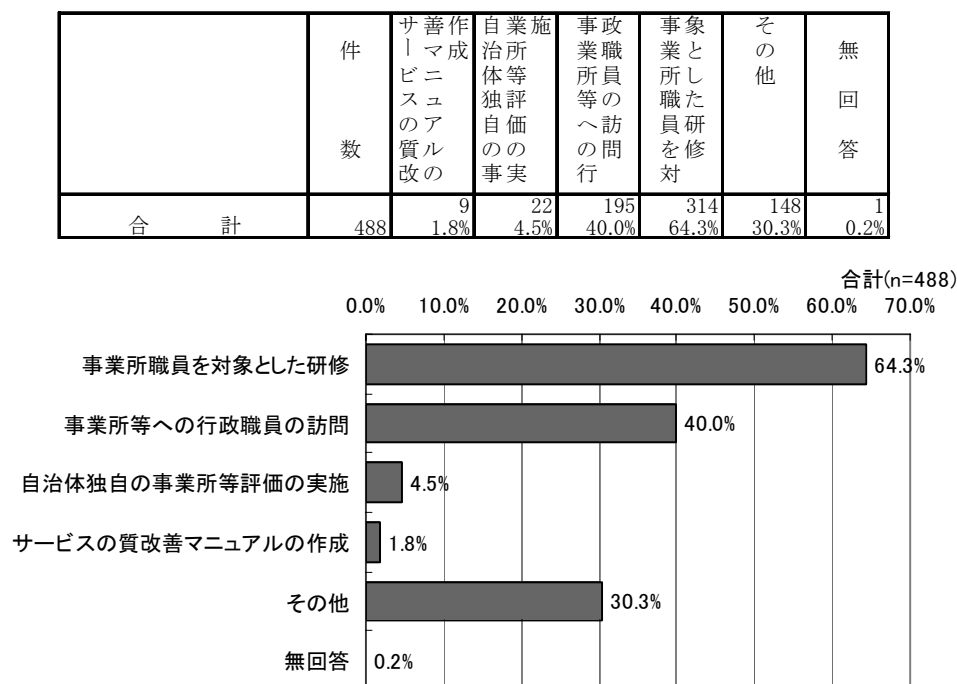
図表 16 介護サービス事業所・施設に対する介護サービスの質向上に向けた取り組みの有無

	件数	すでに行っている	過去に行っていたが、中止した	現在行っていないが、今後行いたい又は行う見込みである	現在行っておらず、今後行う見込みはない	無回答
合計	1,109	480 43.3%	8 0.7%	247 22.3%	356 32.1%	18 1.6%



- ・ 介護サービスの質改善に向けた取り組みをすでに行っている場合、もしくは過去に行っていたが中止した場合について、その取り組みの状況をみると、「事業所職員を対象とした研修」(64.3%)が最も多く、次いで、「事業所等への行政職員の訪問」(40.0%)、「自治体独自の事業所等評価の実施」(4.5%)であった。

図表 17 介護サービス事業所・施設に対する介護サービスの質向上に向けた取り組みの内容
(取り組みをすでに行っている／過去に行っていたが中止した自治体：複数回答)



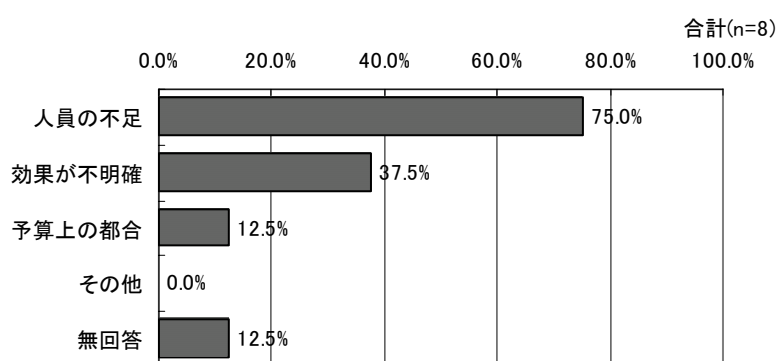
図表 18 介護サービス事業所・施設に対する介護サービスの質向上に向けた取り組みの
具体的な内容（まとめ）

- ・ ケアプラン点検、ケアプラン評価事業、指定基準の法令遵守状況に係る指導の実施
- ・ 介護相談員の設置及び事業所等への訪問、派遣
- ・ 地域密着型サービス事業所の実地指導
- ・ サービス利用実態調査
- ・ 事業者説明会、事業者への集団指導
- ・ 自治体独自の事故報告書の提出
- ・ 介護保険事業者連絡協議会、ケアマネジャー連絡協議会の運営
- ・ 居宅介護支援事業所連絡会議での事例検討、情報交換、研修実施など
- ・ 地域ケア会議の開催
- ・ 介護老人福祉施設及び病院との連絡会の開催
- ・ 厚生労働省、都道府県より配信されるサービス等改善に関する通知、Q & A等の情報配信
- ・ 適正化情報の活用
- ・ 利用者満足度調査の実施
- ・ 事業所の疑義に関する質問書の作成
- ・ 委嘱ボランティア（市民）による事業所訪問
- ・ 第三者評価の受審

- ・ 「過去に取り組みを行っていたが中止した」自治体における、介護サービスの質向上に向けた取り組みを中止した理由は、「人員の不足」(75.0%)が最も多く、次いで、「効果が不明確」(37.5%)、「予算上の都合」(12.5%)であった。

図表 19 介護サービスの質向上に向けた取り組みを中止した理由
(過去に行っていたが中止した自治体：複数回答)

	件数	予算上の都合	人員の不足	効果が不明確	その他	無回答
合計	8	1 12.5%	6 75.0%	3 37.5%	—	1 12.5%

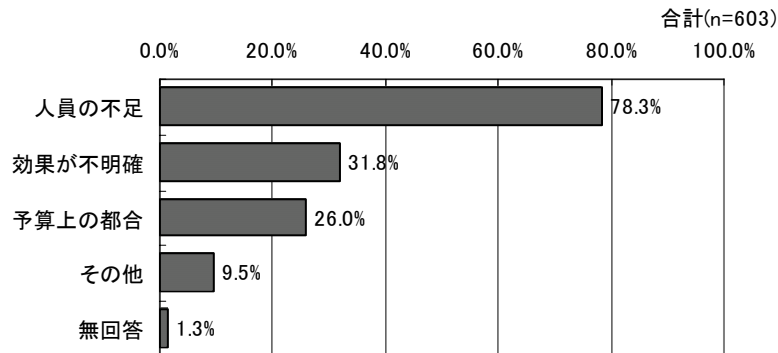


- ・ 介護サービスの質改善に向けた取り組みを行っていないが、今後行いたい又は行う見込み、又は現在行っておらず、今後行う見込みはない理由は、「人員の不足」(78.3%)が最も多く、次いで、「効果が不明確」(31.8%)、「予算上の都合」(26.0%)であった。
- ・ 問2の回答別にみると、「今後行いたい又は行う見込み」と回答した自治体では「人員の不足」(88.7%)が最も多く、次いで「予算上の都合」(25.9%)が多かった。「今後行う見込みはない」と回答した自治体では、「人員の不足」(71.1%)が最も多く、次いで「効果が不明確」(37.9%)となっている。

図表 20 介護サービスの質向上に向けた取り組みを中止した理由

(現在取り組みを行っていないが、今後行いたい又は行う見込み／現在行っておらず、今後行う見込み
はない自治体：複数回答)

	件 数	予算 上の 都合	人員 の 不足	効果 が 不明 確	その 他	無 回 答
合 計	603	157 26.0%	472 78.3%	192 31.8%	57 9.5%	8 1.3%



	件 数	予算 上の 都合	人員 の 不足	効果 が 不明 確	その 他	無 回 答
合 計	603	157 26.0%	472 78.3%	192 31.8%	57 9.5%	8 1.3%
行っていないが、今後行いたい又は行う見込み	247	64 25.9%	219 88.7%	57 23.1%	15 6.1%	1 0.4%
現在行っておらず、今後行う見込みはない	356	93 26.1%	253 71.1%	135 37.9%	42 11.8%	7 2.0%

図表 21 その他の理由（まとめ）

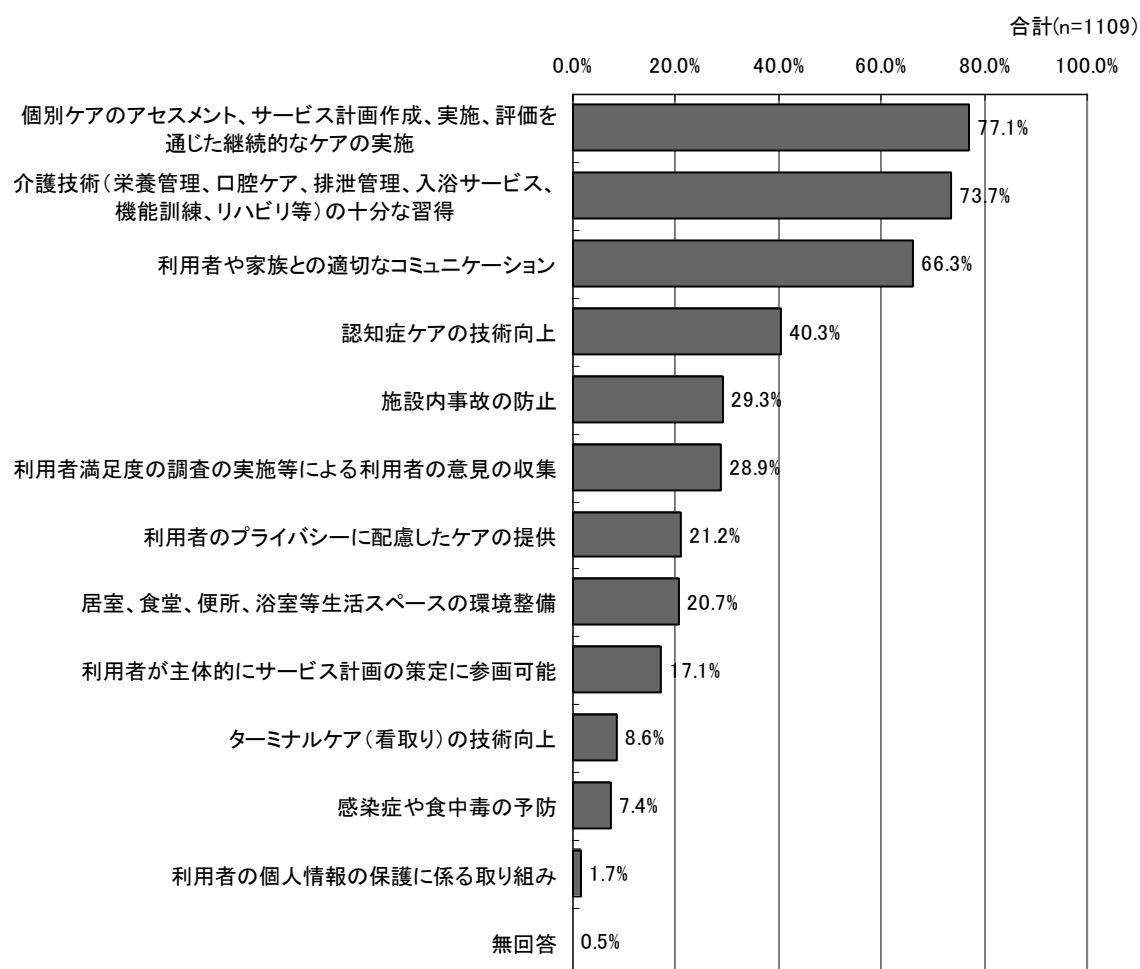
- ・ 市町村合併予定のため
- ・ 指定権限のある県において対応すべき
- ・ 介護保険事業については広域連合で行うため
- ・ 対象者、事業所ともに少数のため選択の余地が無い
- ・ 何が効果があるか定まっていないため
- ・ 指導・監査、第三者評価、情報公表制度等の資質向上策が法的に義務づけられている
- ・ 町立の施設であり、特に必要性がないため
- ・ 地元雇用も多く開放的に運営されている
- ・ サービス事業者への集団指導、実地指導、ケアプランチェックを実施しており、これ以上の独自取り組みを実施する必要はないと考える
- ・ 担当職員が実地指導時同行している。また介護相談員を施設に派遣する等事業所と連携を図っている
- ・ 必要に応じて、包括支援センターの事業所職員を対象として連絡調整会議を利用し、指導等を行う
- ・ サービスの質の評価は難しい。評価基準を具体的に検討する必要がある
- ・ サービスの質に関して苦情等をあまり聞かないため、特に問題がないと認識している
- ・ どのような取組が必要か、どのように取り組むかわからない
- ・ 事業所の質の向上は、自治体ではなく独自に取り組んでいる

(3) 介護保険施設の質の評価について：「利用者の QOL の確保」の観点から（問3）

- 質の高い介護サービスの提供について「利用者の QOL の確保」という観点から、重要と思われる要素については、「個別ケアのアセスメント、サービス計画作成、実施、評価を通じた継続的なケアの実施」（77.1%）が最も多く、次いで「介護技術（栄養管理、口腔ケア、排泄管理、入浴サービス、機能訓練、リハビリ等）の十分な習得」（73.7%）、「利用者や家族との適切なコミュニケーション」（66.3%）、「認知症ケアの技術向上」（40.3%）であった。

図表 22 「利用者の QOL の確保」という観点から重要と思われる要素（複数回答）

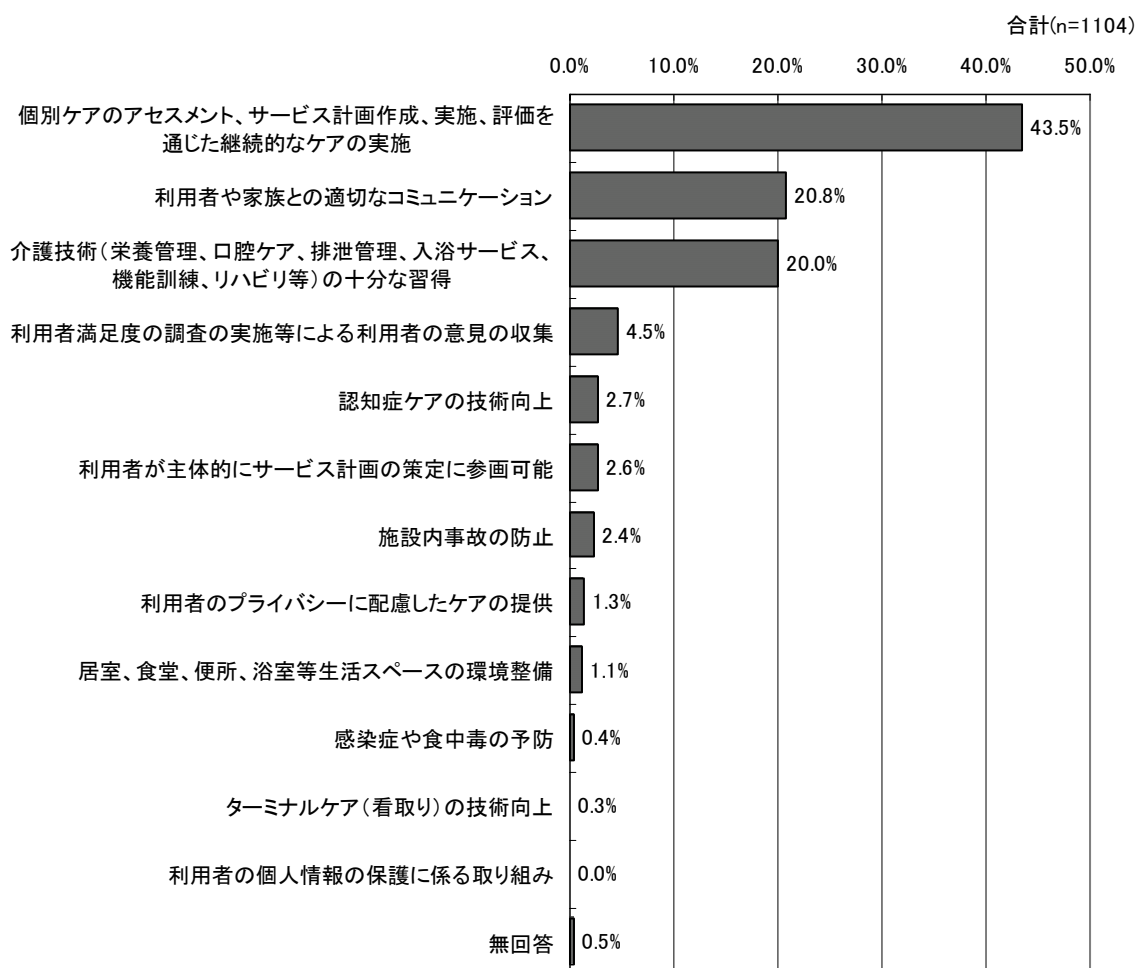
	件数	個別ケアのアセスメント、サービス計画作成、実施、評価を通じた継続的なケアの実施	利用者が主体的にサービス計画の策定に参画可能	利用者や家族との適切なコミュニケーション	居室、食堂、便所、浴室等生活スペースの環境整備	ケアの提供に配慮したプライバシー	利用者の個人情報の保護に係る取り組み	利用者満足度の調査の実施等による利用者の意見の収集	介護技術（栄養管理、口腔ケア、排泄管理、入浴サービス、機能訓練、リハビリ等）の十分な習得	認知症ケアの技術向上	ターミナルケア（看取り）の技術向上	施設内事故の防止	感染症や食中毒の予防	無回答
合計	1,109	855 77.1%	190 17.1%	735 66.3%	230 20.7%	235 21.2%	19 1.7%	320 28.9%	817 73.7%	447 40.3%	95 8.6%	325 29.3%	82 7.4%	5 0.5%



- ・ そのうち、最も重要と思われる要素は、「個別ケアのアセスメント、サービス計画作成、実施、評価を通じた継続的なケアの実施」（43.5%）が最も多く、次いで、「利用者や家族との適切なコミュニケーション」（20.8%）、「介護技術（栄養管理、口腔ケア、排泄管理、入浴サービス、機能訓練、リハビリ等）の十分な習得」（20.0%）であった。

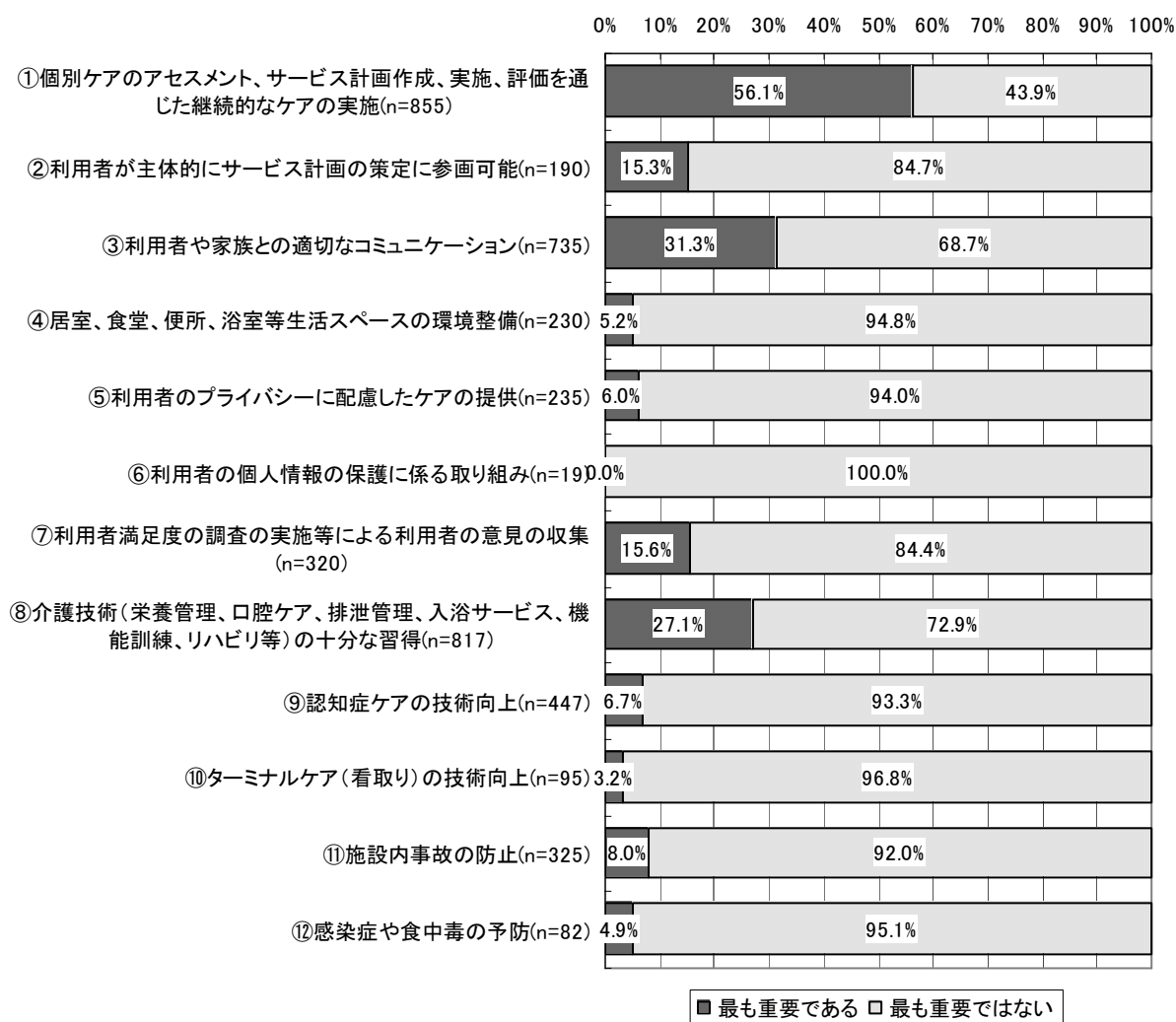
図表 23 「利用者の QOL の確保」という観点から、最も重要と思われる要素

	件数	個別ケアのアセスメント、サービス計画作成、実施、評価を通じた継続的なケアの実施	利用者が主体的にサービス計画の策定に参画可能	利用者や家族との適切なコミュニケーション	居室、食堂、便所、浴室等生活スペースの環境整備	ケアの提供に配慮したプライバシー	利用者の個人情報の保護に係る取り組み	利用者の満足度の調査の実施等による利用者の意見の収集	介護技術（栄養管理、口腔ケア、排泄管理、入浴サービス、機能訓練、リハビリ等）の十分な習得	認知症ケアの技術向上	ターミナルケア（看取り）の技術向上	施設内事故の防止	感染症や食中毒の予防	無回答
合計	1,104	480 43.5%	29 2.6%	230 20.8%	12 1.1%	14 1.3%	-	50 4.5%	221 20.0%	30 2.7%	3 0.3%	26 2.4%	4 0.4%	5 0.5%



- ・ 「利用者の QOL の確保」という観点の各要素において「最も重要」と回答した割合を以下に示す。「個別ケアのアセスメント、サービス計画作成、実施、評価を通じた継続的なケアの実施」(56.1%) が最も多く、次いで、「利用者や家族との適切なコミュニケーション」(31.3%)、「介護技術(栄養管理、口腔ケア、排泄管理、入浴サービス、機能訓練、リハビリ等)の十分な習得」(27.1%) であった。

図表 24 各要素において、「最も重要」と回答した割合



- ・ その他、利用者の QOL の確保の観点から重要と思われる要素としては、利用者の尊重やケア技術に関する事項、コミュニケーション力向上に関する事項、職員の意識や処遇関連の事項、危機管理に関する事項などが挙げられた。

図表 25 その他、「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を提供するために重要と思われる要素（まとめ）

【利用者の尊重、ケア技術】

- ・ 利用者自身が QOL の意義を自覚する
- ・ 利用者の自己選択、自己決定の機会の創出
- ・ 本人の人権を擁護し個人の人格を認めた対応
- ・ 利用者の望む生活を確認しプラン化する
- ・ 利用者と家族とのニーズの差をなくしたうえでサービスを提供すること
- ・ 施設側の職員と利用者の考え方の統一性
- ・ 質の高いサービス＝適切なケア＝その人らしさの尊重＝権利を守る（権利擁護）する視点が重要
- ・ 利用者の生育歴や生活歴に根ざしたケアの実施
- ・ 利用者が楽しく生活できる環境整備（レクリエーション）
- ・ 「高齢者の尊厳を支えるケア」の確立と個人の自立的生活を支援するケア
- ・ リハビリや適切な介護サービスを受けることで、残存脳力を維持、向上させることが日常生活への自立支援につながる要素と思われる。
- ・ 介護従事者が施設のかかげる理念を念頭において業務にあたること。個別の考え方でそれぞれの介護をしないこと

【コミュニケーション力向上】

- ・ 多様な職種が連携を図る
- ・ 施設同仕が意見交換し、協力できるような体制の整備
- ・ 施設内スタッフの職種別学習・勉強会の実施
- ・ 施設から利用者及び家族への積極的なサービス内容等の説明
- ・ 利用者や家族が、施設の垣根を超えて、話しあえる環境の整備
- ・ 利用者やその家族のニーズを適確に把握し、どこまで応えられるかが重要
- ・ 家族会や第三者を交えた会合の開催頻度。利用者への対応の柔軟性
- ・ 利用者との信頼関係の構築
- ・ 介護職員間の連携（チームケア）
- ・ 施設の管理者等が、QOL の確保に対して、一般職員の意識の統一を図っていく

【職員の意識、処遇】

- ・ 事業所職員の定着性
- ・ 職員の給与、勤務条件等、社会的認知度の向上
- ・ 介護従事者の人材確保（処遇改善）、配置人員の増員
- ・ サービス提供者の人格的な教育
- ・ 施設職員の「介護保険の趣旨、目的」等、研修・勉強が必要
- ・ 言葉づかいや対応マナーを修得する機会を設けること
- ・ 人員の確保と技術の向上のための研修等
- ・ 介護技術の向上にあわせ、心のケアも重要である
- ・ 介護保険施設運営者（経営者・管理者）の質の向上
- ・ 施設及び職員の介護に関する意義や制度に関する十分な理解が重要
- ・ 経営者（現場責任者でない）の「質向上」への理解とリーダーシップ

【危機管理】

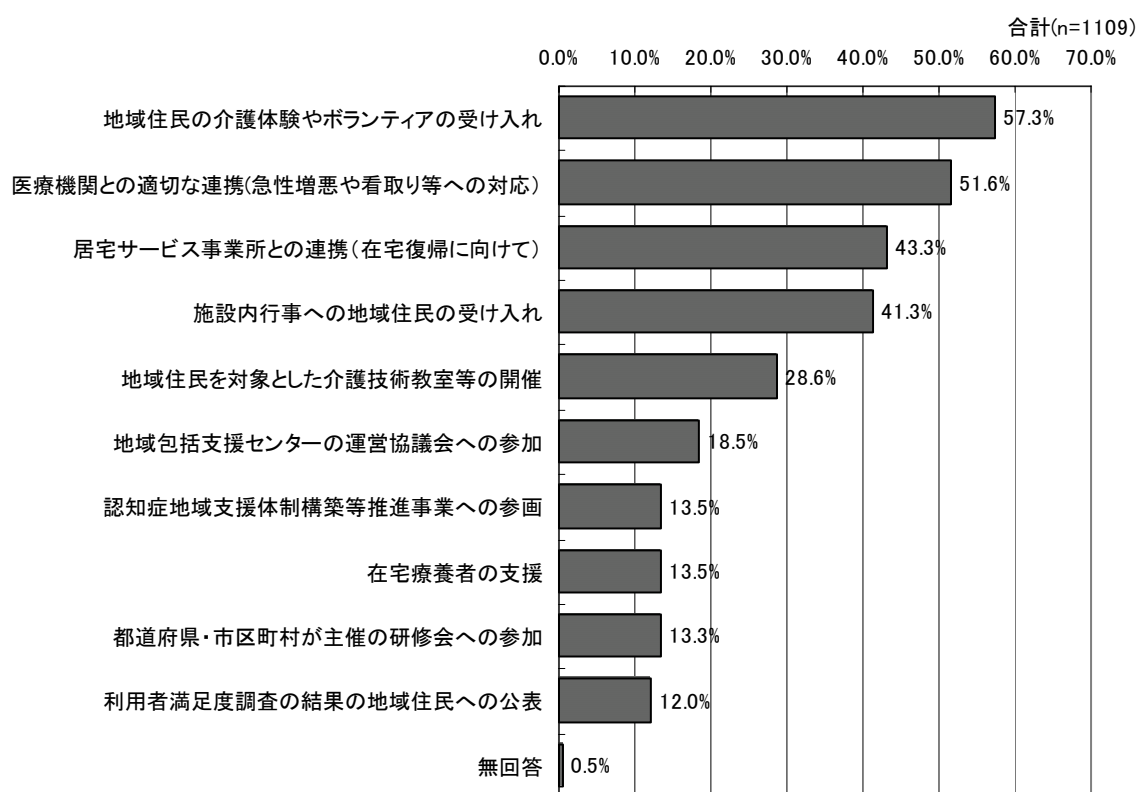
- ・ 利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対処するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する
- ・ 事故発生時の迅速かつ適切な対応
- ・ 施設虐待防止への取組み—認知症高齢者も増えていくこともあり、権利侵害を自分で対応できない人の権利擁護が必要。施設が密室化しないような対応も必要
- ・ 転倒事故防止のため、クッション性に優れた床材の使用及び改装の義務化

(4) 介護保険施設の質の評価について：「地域との連携・参画」の観点から（問4）

- ・ 質の高い介護サービスの提供について「地域との連携・参画」という観点から重要と思われる要素については、「地域住民の介護体験やボランティアの受け入れ」（57.3%）が最も多く、次いで、「医療機関との適切な連携（急性増悪や看取り等への対応）」（51.6%）、「居宅サービス事業所との連携（在宅復帰に向けて）」（43.3%）であった。

図表 26 「地域との連携・参画」という観点から重要と思われる要素（複数回答）

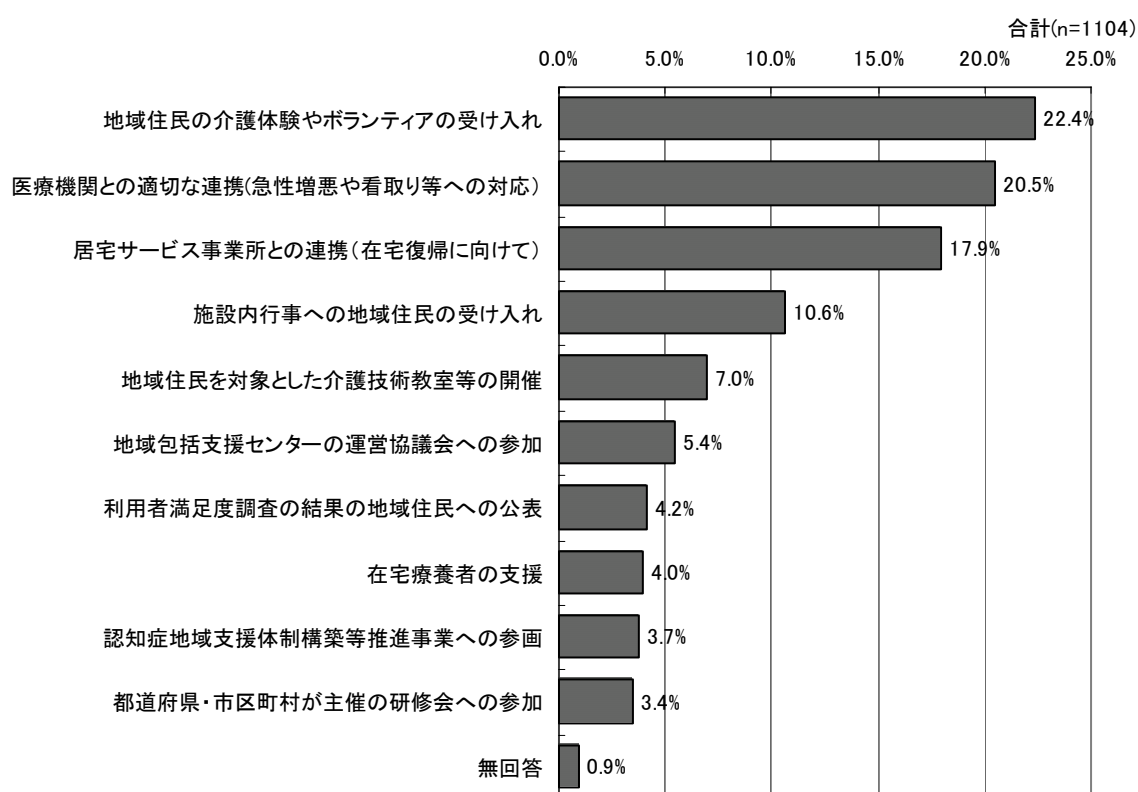
	件数	地域包括支援センターへの参加	都道府県・市区町村が主催の研修会への参加	医療機関（急性増悪や看取り等への対応）との連携	居宅サービス事業所との連携（在宅復帰に向けて）	地域住民を対象とした介護技術教室等の開催	地域住民の介護体験やボランティアの受け入れ	利用者満足度調査の結果の地域住民への公表	施設内行事への地域住民の受け入れ	認知症地域支援体制構築等推進事業への参画	在宅療養者の支援	無回答
合計	1,109	205 18.5%	148 13.3%	572 51.6%	480 43.3%	317 28.6%	635 57.3%	133 12.0%	458 41.3%	150 13.5%	150 13.5%	5 0.5%



- ・ そのうち、最も重要と思われる要素は、「地域住民の介護体験やボランティアの受け入れ」(22.4%)が最も多く、次いで、「医療機関との適切な連携（急性増悪や看取り等への対応）」(20.5%)、「居宅サービス事業所との連携（在宅復帰に向けて）」(17.9%)であった。

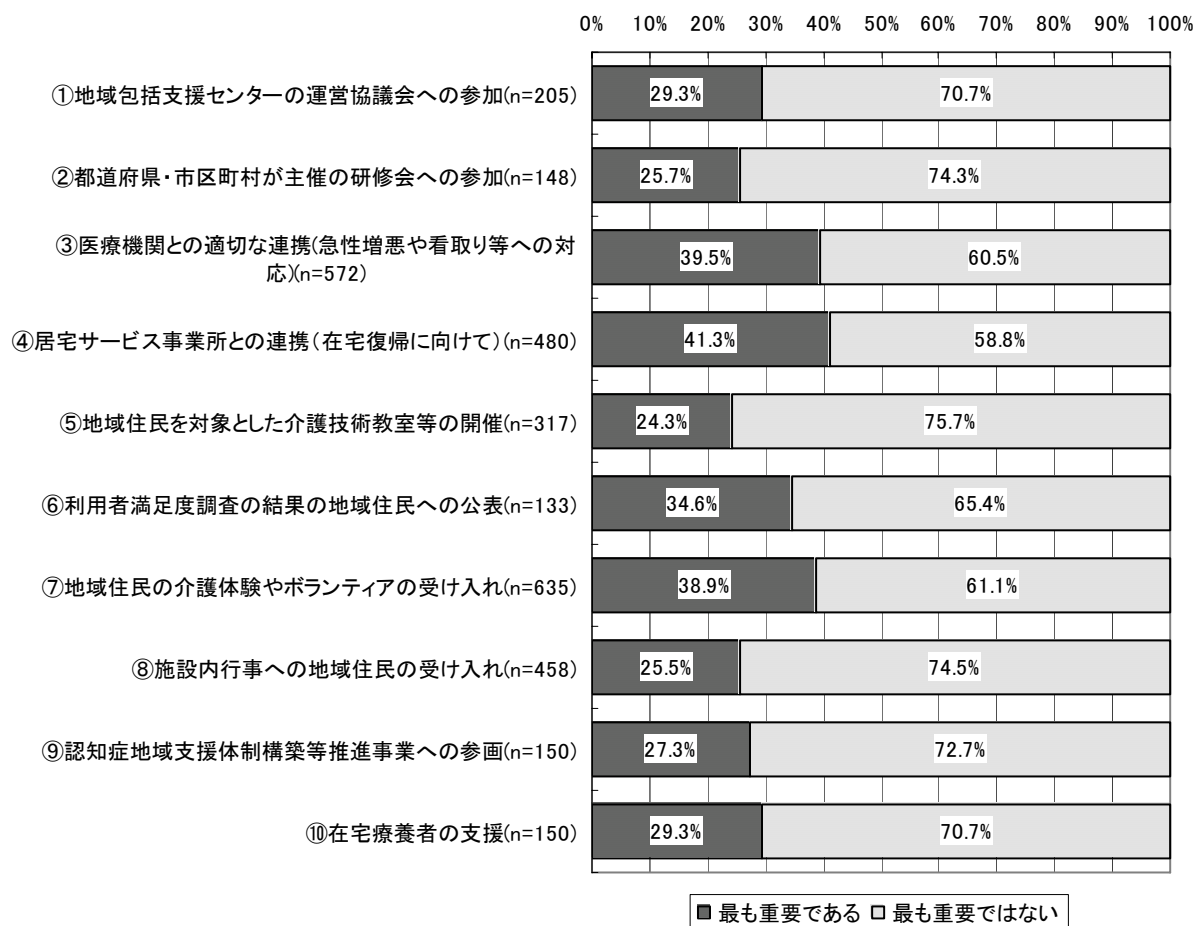
図表 27 「地域との連携・参画」という観点から、最も重要と思われる要素

	件数	地域包括支援センターへの参加	都道府県・市区町村が主催の研修会への参加	医療機関（急性増悪や看取り等への対応）との連携	居宅サービス事業所との連携（在宅復帰に向けて）	地域住民を対象とした介護技術教室等の開催	利用者満足度調査の結果の地域住民への公表	地域住民の介護体験やボランティアの受け入れ	施設内行事への地域住民の受け入れ	認知症地域支援体制構築等推進事業への参画	在宅療養者の支援	無回答
合計	1,104	60 5.4%	38 3.4%	226 20.5%	198 17.9%	77 7.0%	46 4.2%	247 22.4%	117 10.6%	41 3.7%	44 4.0%	10 0.9%



- ・ 「地域との連携・参画」という観点の各要素において、「最も重要」と回答した割合を以下に示す。
「居宅サービス事業所との連携（在宅復帰に向けて）」（41.3%）が最も多く、次いで、「医療機関との適切な連携(急性増悪や看取り等への対応）」（39.5%）、「地域住民の介護体験やボランティアの受け入れ」（38.9%）であった。

図表 28 各要素において、「最も重要」と回答した割合



- ・ その他、地域との連携・参画の観点から重要と思われる要素としては、災害時の対応体制の構築、地域行事への参加等住民との交流、住民に向けたサービス内容等の情報提供などが挙げられた。

図表 29 その他、「地域との連携・参画」という観点から質の高い介護サービスを提供するために重要と思われる要素（まとめ）

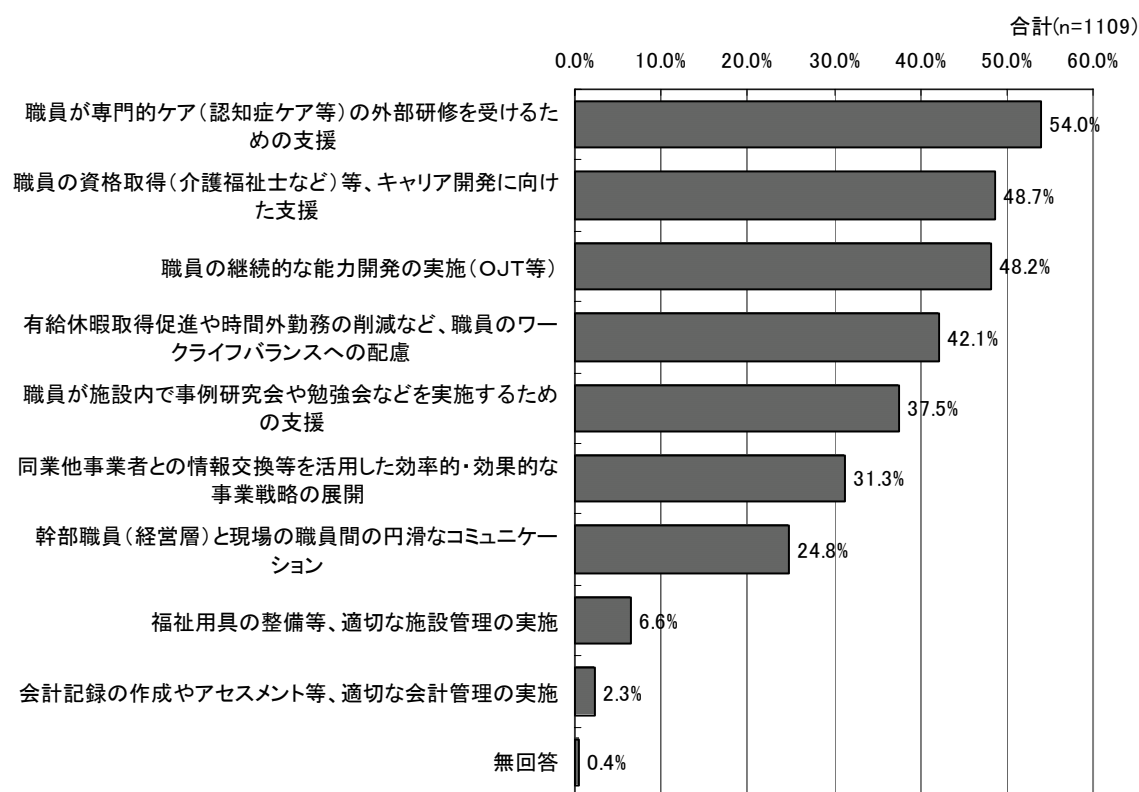
- ・ 介護施設サポーター、ボランティアの育成、シルバー人材センター等の活用
- ・ 災害時の対応。緊急・災害時の地域との相互協力体制の構築、地域住民と共同で防災訓練などの緊急対応訓練の実施
- ・ 施設見学会の実施
- ・ 地域自治会との連携
- ・ 地域づくりに繋がるイベントの開催、地区行事への積極的な参加（まつり等）
- ・ 施設利用者、従業者が積極的に地元行事（施設外行事）に参加すること、日頃のコミュニケーション（散歩時の声かけ等）の実施
- ・ 保育所や小中学校との間で、定期的に行事を協同開催する、保育施設等を併設する等による、子ども達との共生等
- ・ 施設が住民の生活の場に出ていき、関係づくりをしていくこと
- ・ 地域にとって施設サービス事業所の存在が有益であることのPR
- ・ 地域ニーズに応じた開かれた施設運営という視点を持つ
- ・ 幹部職員会議（ケース会議や運営会議）をオープンにし、一部傍聴可能とした上で、地域の意見を聴取する機会を設ける
- ・ 地域住民との交流による利用者の多様な生活パターンの確保
- ・ 専門的な技術・知識を地域・住民等に広めることで介護全般に対する正しい理解が得られる
- ・ 体験的な外泊時に在宅サービス利用ができる体制や、日頃から関係者が情報共有できるミーティングの場の提供が考えられる
- ・ 在宅復帰を安心してできるような体制づくり
- ・ 入所者の状況や施設内の取り組みをPRする機関誌の活用で市民に情報提供する
- ・ 単身の高齢者の増加や認知症高齢者の対応などから、地域の警察・消防との連携は必要
- ・ 地域との連携で大切なことは、在宅サービスと施設サービスの協働。各々の機能を明確にして多様なニーズに対応できる中心的な役割を担うことが必要
- ・ 例えば、医療・入所・看取りを行う施設を中核のサービスステーションとし、周辺にデイサービスやショートステイなどの在宅支援を行う施設、さらに小地区ごとの民生委員・福祉委員等の見守りといった地域で完結し、重複し合う介護コミュニティの構築が必要

(5) 介護保険施設の質の評価について：「質の高いサービスを提供する基盤となる要素」の観点から
(問5)

- ・ 質の高い介護サービスを提供するための基盤となる要素として、重要と思われる要素については、「職員が専門的ケア（認知症ケア等）の外部研修を受けるための支援」（54.0%）が最も多く、次いで、「職員の資格取得（介護福祉士など）等、キャリア開発に向けた支援」（48.7%）、「職員の継続的な能力開発の実施（OJT等）」（48.2%）であった。

図表 30 質の高い介護サービスを提供するための基盤となる要素として重要と思われる要素
(複数回答)

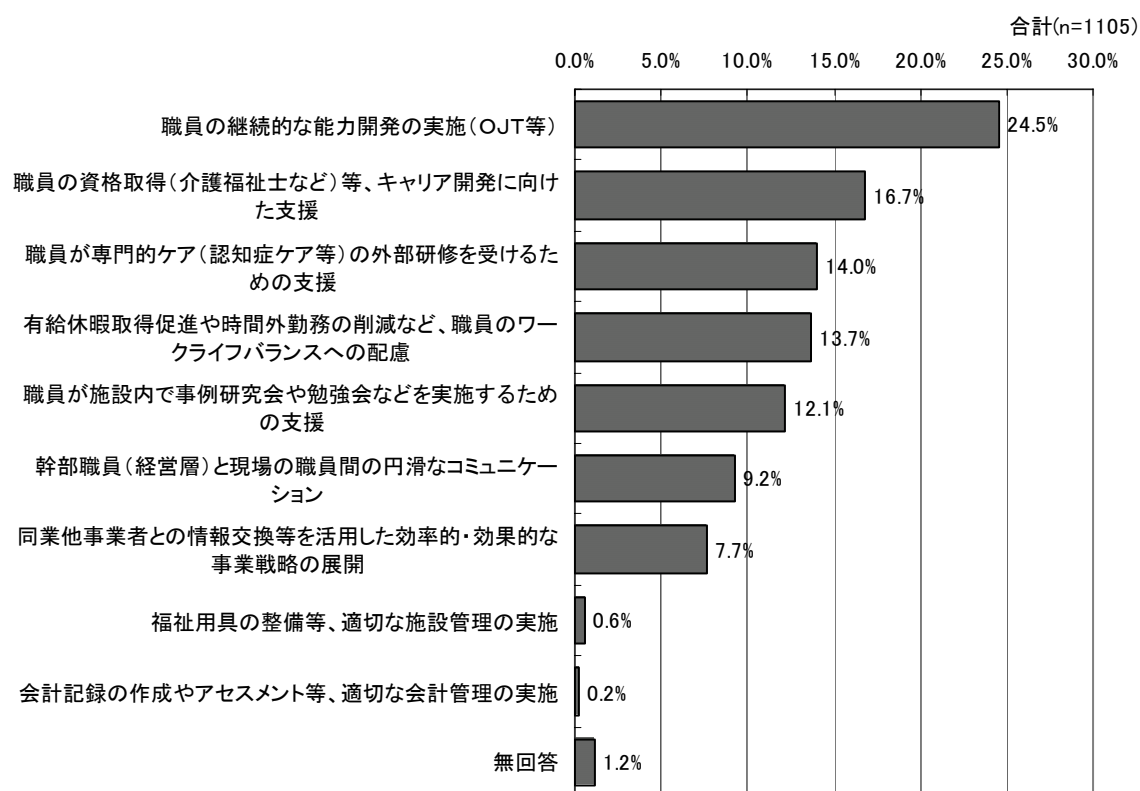
無 回 答	設 管 理 の 実 施	福 祉 用 具 の 整 備 等 、 適 切 な 施	事 業 戦 略 の 展 開	同 業 他 事 業 者 と の 情 報 交 換 等	ト 等 、 適 切 な 会 計 管 理 の 実 施	シ ョ ン	職 員 間 の 円 滑 な コ ミ ュ ニ ケー ション	幹 部 職 員 （ 経 営 層 ） と 現 場 の	ラ イ フ バ ラン ス へ の 配 慮	務 の 削 減 な ど 、 職 員 の ワ ー ク	有 給 休 暇 取 得 促 進 や 時 間 外 勤	支 援	勉 強 会 な ど を 実 施 す る た め の	職 員 が 施 設 内 で 事 例 研 究 会 や	め の 支 援	ア 等 ） の 外 部 研 修 を 受 け る た め の	職 員 が 専 門 的 ケ ア （ 認 知 症 ケ ア ） の 実 施 （ O J T 等 ） の 実 施	職 員 の 継 続 的 な 能 力 開 発 の 実 施	け た 支 援	な ど ） 等 、 キ ャ リ ア 開 発 に 向 け た 支 援	職 員 の 資 格 取 得 （ 介 護 福 祉 士 ） 等 の 取 組 み	件 数	
4 0.4%	73 6.6%	347 31.3%	25 2.3%	275 24.8%	467 42.1%	416 37.5%	599 54.0%	534 48.2%	540 48.7%	1,109	合計												



- ・ そのうち、最も重要と思われる要素は、「職員の継続的な能力開発の実施（OJT等）」（24.5%）が最も多く、次いで、「職員の資格取得（介護福祉士など）等、キャリア開発に向けた支援」（16.7%）、「職員が専門的ケア（認知症ケア等）の外部研修を受ける為の支援」（14.0%）であった。

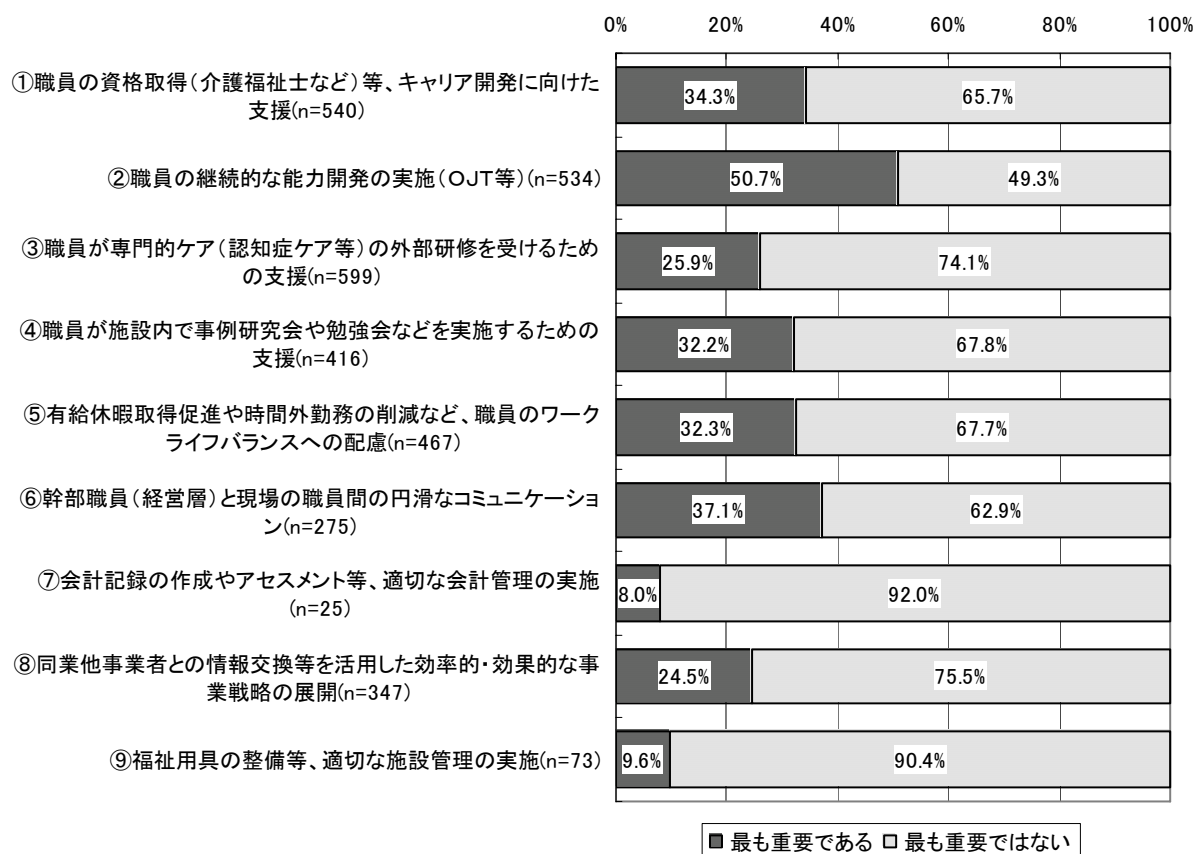
図表 31 質の高い介護サービスを提供するための基盤となる要素として、最も重要と思われる要素
(複数回答)

	件数	職員の資格取得（介護福祉士など）等、キャリア開発に向けた支援	職員の継続的な能力開発の実施（OJT等）	職員が専門的ケア（認知症ケア等）の外部研修を受けるための支援	勉強会などを実施するための職員が施設内で事例研究会や	有給休暇取得促進や時間外勤務の削減など、職員のワークライフバランスへの配慮	幹部職員（経営層）と現場の職員間の円滑なコミュニケーション	ト等、適切な会計管理の実施	同業他事業者との情報交換等	事業戦略の展開	福祉用具の整備等、適切な施設管理の実施	無回答
合計	1,105	185 16.7%	271 24.5%	155 14.0%	134 12.1%	151 13.7%	102 9.2%	2 0.2%	85 7.7%	7 0.6%	13 1.2%	



- ・ 質の高い介護サービスを提供するための基盤となる要素として、「最も重要」と回答した割合を以下に示す。「職員の継続的な能力開発の実施（ＯＪＴ等）」（50.7%）が最も多く、次いで、「幹部職員（経営層）と現場の職員間の円滑なコミュニケーション」（37.1%）、「職員の資格取得（介護福祉士など）等、キャリア開発に向けた支援」（34.3%）であった。

図表 32 各要素において、「最も重要」と回答した割合



- ・ その他、質の高いサービスを提供するための基盤として重要と思われる要素としては、職員の処遇改善に関する事項、経営者や職員等の研修に関する事項、コミュニケーション力向上に関する事項、制度に関する事項等が挙げられた。
- ・

図表 33 その他、質の高いサービスを提供するための基盤として重要と思われる要素（まとめ）

【処遇改善】

- ・ 施設職員のモチベーション向上に努めること
- ・ 介護従事者の人材確保
- ・ 継続して雇用できる処遇や、従事者へのケア、メンタルケア
- ・ 社会的地位の向上
- ・ 職員の定着率、人材の定着の向上
- ・ 職員が長期間勤務している状況は、事業者が安定した経営を行い、労働環境の整備を図っていることを示し、これが提供されるサービスに対して利用者が感じる安心・信頼感にもつながる
- ・ 給与面等での待遇向上、サービス残業への措置
- ・ 施設サービスを提供する職員の人件費は、他業種と比べると低い固定費であるため、支援すべき
- ・ 人員基準よりも職員の配置を多くすることにより勤務にゆとりを持たせること
- ・ 職員ケアの充実／介護サービスは人的なサービス提供が主であり、施設に従事する職員が働きやすい環境を整備すること
- ・ 施設管理の一貫として、衛生管理に努めること
- ・ キャリアを勤務待遇に活かす施設側の姿勢がルーチンワークを改善し事故防止につなげる
- ・ 職員のOJT研修への積極的な参加を促せるような体制及び職員の意識改革
- ・ 現場職員の問題意識や意欲をサービスに反映させるしくみの存在

【研修】

- ・ 経営者・代表者・施設長（経営層）の資格審査、定期的な研修の実施
- ・ 職員の施設内教育の徹底と相談・支援体制の整備
- ・ 施設職員の「介護保険の趣旨、目的」等、研修・勉強が必要
- ・ OJTを行い職員の質の高い位置での均一化を行う
- ・ 介護技術中心の教育だけでなく、福祉総論などの基礎教育が徹底されることが重要
- ・ 研修だけで無く技量評価をして、点数制を取り入れてもよいのではないか
- ・ 研修等で知り得た知識及び技術を他者へも周知することで、技術の底上げと、伝達能力の向上となる

【コミュニケーション力向上】

- ・ 全職員に対しての理念・目標の周知、共有
- ・ 利用者と職員のコミュニケーション技術を向上させる
- ・ 職員の満足度を高め、意欲の向上、コミュニケーションの向上、職員の定着につなげる
- ・ サービス相談員等の外部からの視点＝風通しがよいこと
- ・ どの職員間でも自由に意見を言える関係システムづくり
- ・ 管理職や現場責任者間のコミュニケーションや理想の再認識
- ・ 競争意識をもたせるためにも幹部職員をはじめとした意見交換の場は必要

【制度等】

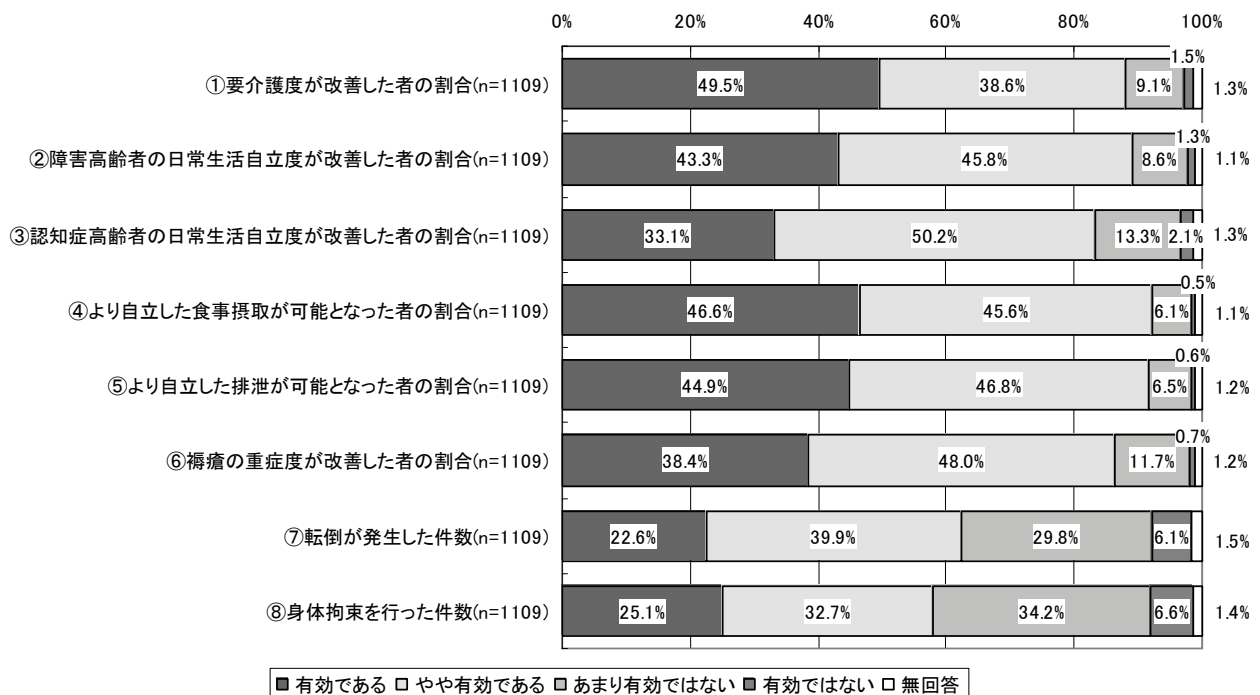
- ・ 質の高いケア、サービスに対して適正な報酬が入り、経営が安定するしくみが重要
- ・ 行政関係の書類を簡素化して、事務負担を軽減させる必要がある
- ・ 介護サービス情報公表制度の充実
- ・ 外部評価のシステム構築
- ・ 更新時の認定調査を外部が行ない、入所者の実態を客観的に把握する
- ・ 収入面を含め、介護従事者への社会的評価を上げることで、介護現場を目指す人材を確保する
- ・ 一般向けに、質の高いサービスにはそれに見合った対価が必要という広報を行うこと

(6) 介護サービスの質評価におけるアウトカム指標の有効性（問6）

- 介護老人保健施設においては、「要介護が改善した者の割合」「障害高齢者の日常生活自立度が改善した者の割合」「より自立した食事摂取が可能となった者の割合」「より自立した排泄が可能となった者の割合」などにおいて、「有効である」「やや有効である」をあわせると、ほぼ9割が有効であるとの回答であった。一方、「転倒が発生した件数」「身体拘束を行った件数」では有効であるとの回答は少なく、それぞれ62.5%、57.8%であった。

図表 34 質の評価指標としての有効性：【介護老人保健施設】

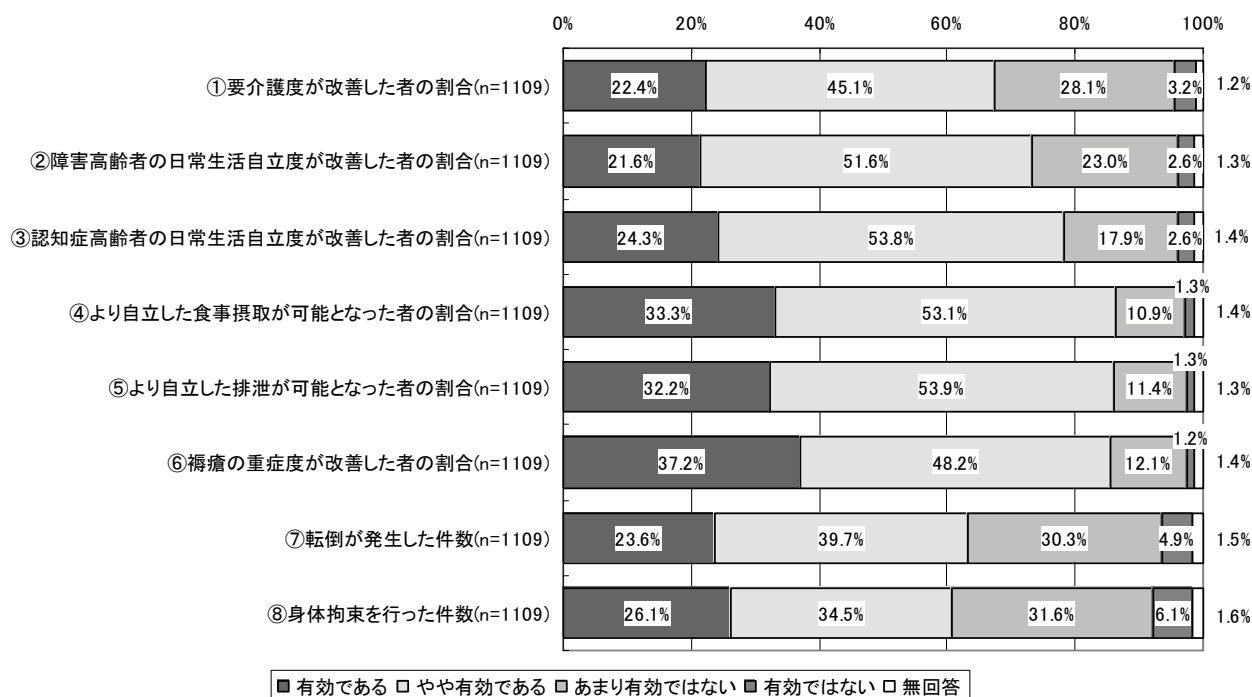
	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
①要介護度が改善した者の割合	1,109	549 49.5%	428 38.6%	101 9.1%	17 1.5%	14 1.3%
②障害高齢者の日常生活自立度が改善した者の割合	1,109	480 43.3%	508 45.8%	95 8.6%	14 1.3%	12 1.1%
③認知症高齢者の日常生活自立度が改善した者の割合	1,109	367 33.1%	557 50.2%	148 13.3%	23 2.1%	14 1.3%
④より自立した食事摂取が可能となった者の割合	1,109	517 46.6%	506 45.6%	68 6.1%	6 0.5%	12 1.1%
⑤より自立した排泄が可能となった者の割合	1,109	498 44.9%	519 46.8%	72 6.5%	7 0.6%	13 1.2%
⑥褥瘡の重症度が改善した者の割合	1,109	426 38.4%	532 48.0%	130 11.7%	8 0.7%	13 1.2%
⑦転倒が発生した件数	1,109	251 22.6%	442 39.9%	331 29.8%	68 6.1%	17 1.5%
⑧身体拘束を行った件数	1,109	278 25.1%	363 32.7%	379 34.2%	73 6.6%	16 1.4%



- 介護老人福祉施設においては、介護老人保健施設に比べ、全体的に有効であるとの判断割合が減少していた。「より自立した食事摂取が可能となった者の割合」「より自立した排泄が可能となった者の割合」「褥瘡の重症度が改善した者の割合」については、有効であるとの回答が多く、「有効である」「やや有効である」をあわせてそれぞれ 86.4%、86.1%、85.4%であった。「転倒が発生した件数」「身体拘束を行った件数」では、介護老人保健施設の場合と同様、有効であるとの回答は少なく、それぞれ 63.3%、60.6%であった。

図表 35 質の評価指標としての有効性：【介護老人福祉施設】

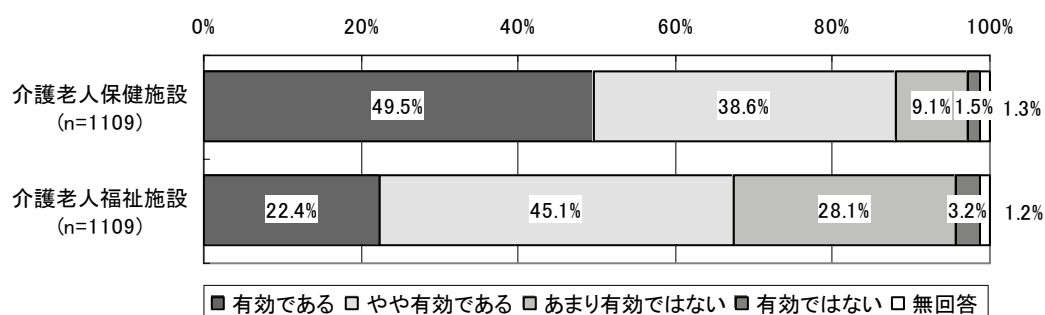
	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
①要介護度が改善した者の割合	1,109	248 22.4%	500 45.1%	312 28.1%	36 3.2%	13 1.2%
②障害高齢者の日常生活自立度が改善した者の割合	1,109	239 21.6%	572 51.6%	255 23.0%	29 2.6%	14 1.3%
③認知症高齢者の日常生活自立度が改善した者の割合	1,109	270 24.3%	597 53.8%	198 17.9%	29 2.6%	15 1.4%
④より自立した食事摂取が可能となった者の割合	1,109	369 33.3%	589 53.1%	121 10.9%	14 1.3%	16 1.4%
⑤より自立した排泄が可能となった者の割合	1,109	357 32.2%	598 53.9%	126 11.4%	14 1.3%	14 1.3%
⑥褥瘡の重症度が改善した者の割合	1,109	412 37.2%	535 48.2%	134 12.1%	13 1.2%	15 1.4%
⑦転倒が発生した件数	1,109	262 23.6%	440 39.7%	336 30.3%	54 4.9%	17 1.5%
⑧身体拘束を行った件数	1,109	290 26.1%	383 34.5%	350 31.6%	68 6.1%	18 1.6%



- 各項目を施設別に比較すると、以下のとおり。「要介護度が改善した者の割合」、「障害高齢者の日常生活自立度が改善した者の割合」については、介護老人保健施設で「有効である」と回答した割合が多くなっている。

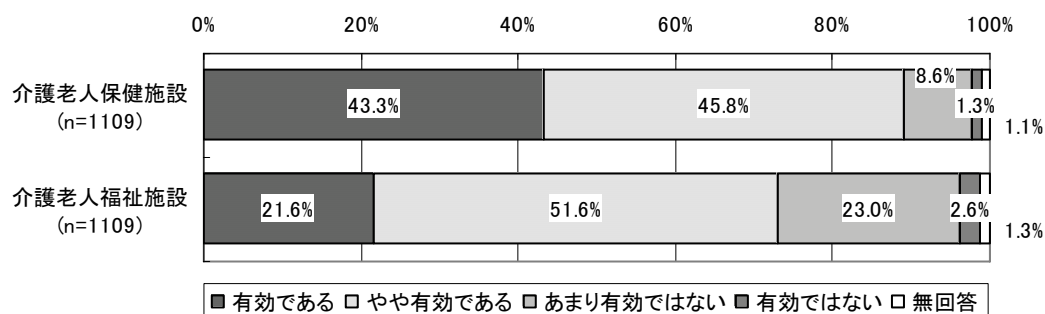
図表 36 要介護度が改善した者の割合

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
介護老人保健施設	1,109	549 49.5%	428 38.6%	101 9.1%	17 1.5%	14 1.3%
介護老人福祉施設	1,109	248 22.4%	500 45.1%	312 28.1%	36 3.2%	13 1.2%



図表 37 障害高齢者の日常生活自立度が改善した者の割合

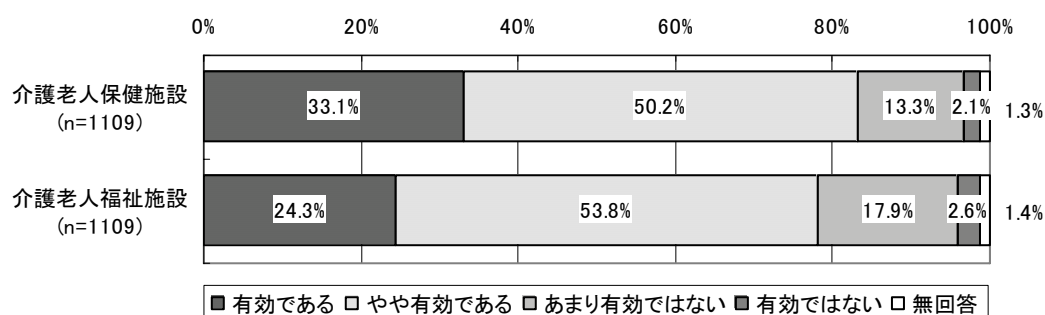
	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
介護老人保健施設	1,109	480 43.3%	508 45.8%	95 8.6%	14 1.3%	12 1.1%
介護老人福祉施設	1,109	239 21.6%	572 51.6%	255 23.0%	29 2.6%	14 1.3%



- ・「認知症高齢者の日常生活自立度が改善した者の割合」、「より自立した食事摂取が可能となった者の割合」についても、介護老人保健施設で「有効である」と回答した割合が多くなっている。

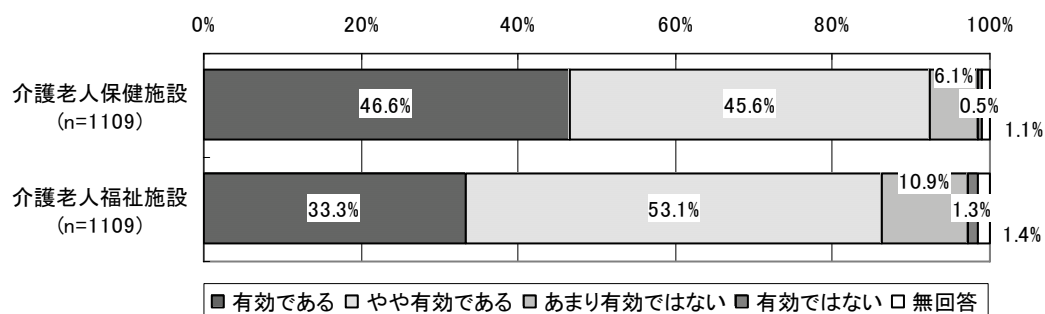
図表 38 認知症高齢者の日常生活自立度が改善した者の割合

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
介護老人保健施設	1,109	367 33.1%	557 50.2%	148 13.3%	23 2.1%	14 1.3%
介護老人福祉施設	1,109	270 24.3%	597 53.8%	198 17.9%	29 2.6%	15 1.4%



図表 39 より自立した食事摂取が可能となった者の割合

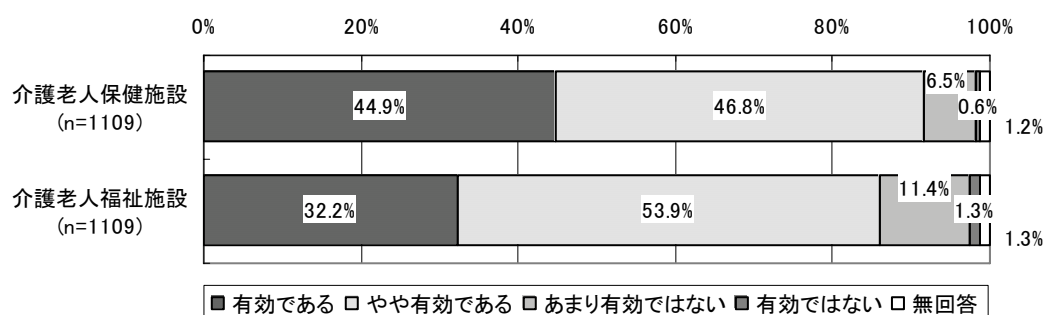
	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
介護老人保健施設	1,109	517 46.6%	506 45.6%	68 6.1%	6 0.5%	12 1.1%
介護老人福祉施設	1,109	369 33.3%	589 53.1%	121 10.9%	14 1.3%	16 1.4%



- ・「より自立した排泄が可能となった者の割合」では、介護老人保健施設で「有効である」と回答した割合が多くなっている。一方、「褥瘡の重症度が改善した者の割合」については、それほど差は認められなかった。

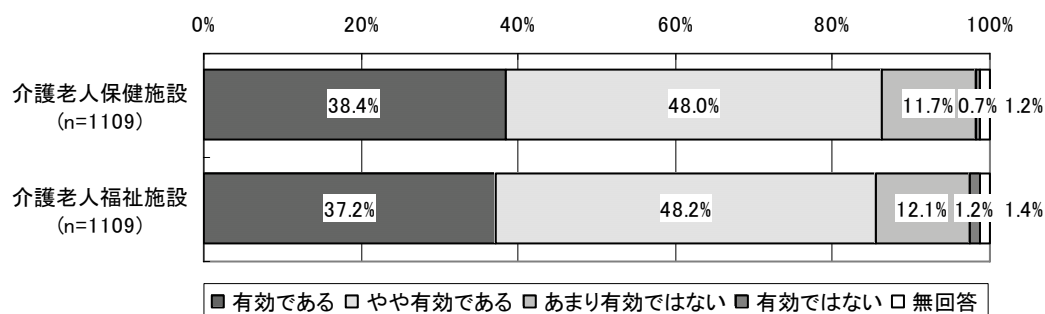
図表 40 より自立した排泄が可能となった者の割合

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
介護老人保健施設	1,109	498 44.9%	519 46.8%	72 6.5%	7 0.6%	13 1.2%
介護老人福祉施設	1,109	357 32.2%	598 53.9%	126 11.4%	14 1.3%	14 1.3%



図表 41 褥瘡の重症度が改善した者の割合

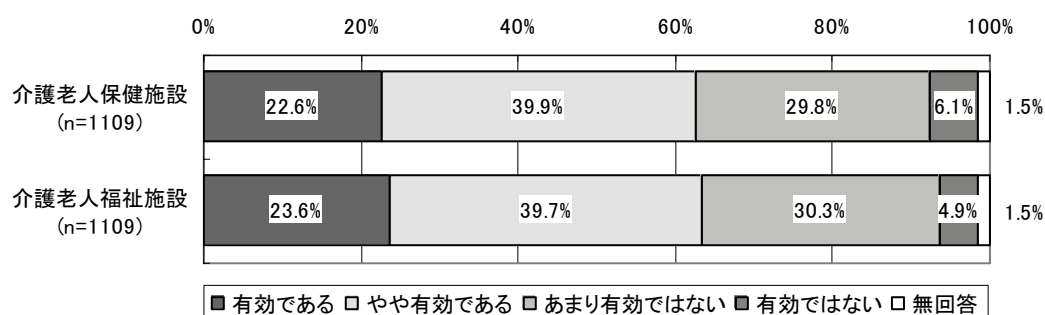
	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
介護老人保健施設	1,109	426 38.4%	532 48.0%	130 11.7%	8 0.7%	13 1.2%
介護老人福祉施設	1,109	412 37.2%	535 48.2%	134 12.1%	13 1.2%	15 1.4%



- 「転倒が発生した件数」、「身体拘束を行った件数」については、介護老人保健施設、介護老人福祉施設でそれほど差はみられず、「有効である」と回答した割合も 20～25%と、低く留まっている。「有効である」「やや有効である」を合算した場合でも、約 6 割であった。

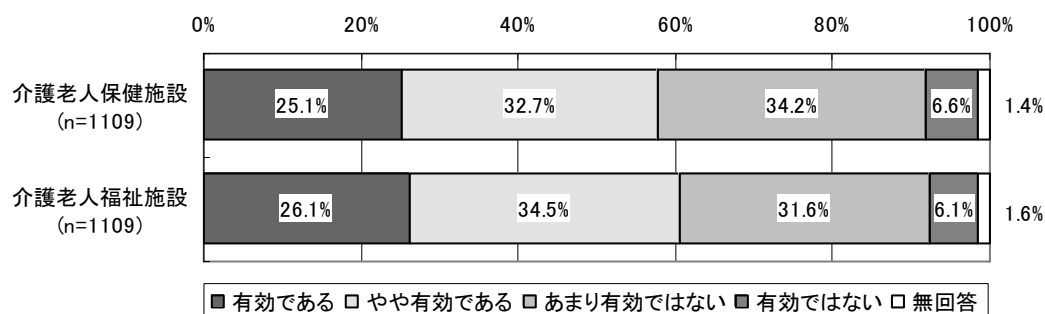
図表 42 転倒が発生した件数

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
介護老人保健施設	1,109	251 22.6%	442 39.9%	331 29.8%	68 6.1%	17 1.5%
介護老人福祉施設	1,109	262 23.6%	440 39.7%	336 30.3%	54 4.9%	17 1.5%



図表 43 身体拘束を行った件数

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
介護老人保健施設	1,109	278 25.1%	363 32.7%	379 34.2%	73 6.6%	16 1.4%
介護老人福祉施設	1,109	290 26.1%	383 34.5%	350 31.6%	68 6.1%	18 1.6%



- ・ 介護老人保健施設における各種アウトカム指標の有効性について、各自治体の介護老人保健施設数別に比較すると、以下のとおりであり、特に明確な差は認められなかった。

図表 44 要介護度が改善した者の割合

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効では	有効ではない	無回答
合 計	1,109	549 49.5%	428 38.6%	101 9.1%	17 1.5%	14 1.3%
0施設	236	102 43.2%	98 41.5%	29 12.3%	5 2.1%	2 0.8%
1～2施設	549	277 50.5%	209 38.1%	51 9.3%	6 1.1%	6 1.1%
3施設以上	292	151 51.7%	110 37.7%	20 6.8%	6 2.1%	5 1.7%
無回答	32	19 59.4%	11 34.4%	1 3.1%	—	1 3.1%

図表 45 障害高齢者の日常生活自立度が改善した者の割合

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効では	有効ではない	無回答
合 計	1,109	480 43.3%	508 45.8%	95 8.6%	14 1.3%	12 1.1%
0施設	236	98 41.5%	112 47.5%	20 8.5%	4 1.7%	2 0.8%
1～2施設	549	238 43.4%	253 46.1%	48 8.7%	4 0.7%	6 1.1%
3施設以上	292	128 43.8%	130 44.5%	26 8.9%	5 1.7%	3 1.0%
無回答	32	16 50.0%	13 40.6%	1 3.1%	1 3.1%	1 3.1%

図表 46 認知症高齢者の日常生活自立度が改善した者の割合

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効では	有効ではない	無回答
合 計	1,109	367 33.1%	557 50.2%	148 13.3%	23 2.1%	14 1.3%
0施設	236	78 33.1%	117 49.6%	32 13.6%	5 2.1%	4 1.7%
1～2施設	549	177 32.2%	285 51.9%	73 13.3%	8 1.5%	6 1.1%
3施設以上	292	101 34.6%	142 48.6%	38 13.0%	8 2.7%	3 1.0%
無回答	32	11 34.4%	13 40.6%	5 15.6%	2 6.3%	1 3.1%

図表 47 より自立した食事摂取が可能となった者の割合

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効では	有効ではない	無回答
合 計	1,109	517 46.6%	506 45.6%	68 6.1%	6 0.5%	12 1.1%
0施設	236	90 38.1%	125 53.0%	16 6.8%	3 1.3%	2 0.8%
1～2施設	549	269 49.0%	239 43.5%	34 6.2%	1 0.2%	6 1.1%
3施設以上	292	145 49.7%	126 43.2%	16 5.5%	2 0.7%	3 1.0%
無回答	32	13 40.6%	16 50.0%	2 6.3%	—	1 3.1%

図表 48 より自立した排泄が可能となった者の割合

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
合 計	1,109	498 44.9%	519 46.8%	72 6.5%	7 0.6%	13 1.2%
0施設	236	94 39.8%	121 51.3%	15 6.4%	3 1.3%	3 1.3%
1～2施設	549	252 45.9%	253 46.1%	37 6.7%	1 0.2%	6 1.1%
3施設以上	292	140 47.9%	128 43.8%	18 6.2%	3 1.0%	3 1.0%
無回答	32	12 37.5%	17 53.1%	2 6.3%	-	1 3.1%

図表 49 褥瘡の重症度が改善した者の割合

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
合 計	1,109	426 38.4%	532 48.0%	130 11.7%	8 0.7%	13 1.2%
0施設	236	81 34.3%	120 50.8%	30 12.7%	2 0.8%	3 1.3%
1～2施設	549	212 38.6%	262 47.7%	66 12.0%	3 0.5%	6 1.1%
3施設以上	292	120 41.1%	138 47.3%	28 9.6%	3 1.0%	3 1.0%
無回答	32	13 40.6%	12 37.5%	6 18.8%	-	1 3.1%

図表 50 転倒が発生した件数

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
合 計	1,109	251 22.6%	442 39.9%	331 29.8%	68 6.1%	17 1.5%
0施設	236	55 23.3%	91 38.6%	77 32.6%	10 4.2%	3 1.3%
1～2施設	549	122 22.2%	215 39.2%	160 29.1%	44 8.0%	8 1.5%
3施設以上	292	67 22.9%	124 42.5%	84 28.8%	12 4.1%	5 1.7%
無回答	32	7 21.9%	12 37.5%	10 31.3%	2 6.3%	1 3.1%

図表 51 身体拘束を行った件数

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
合 計	1,109	278 25.1%	363 32.7%	379 34.2%	73 6.6%	16 1.4%
0施設	236	50 21.2%	83 35.2%	83 35.2%	17 7.2%	3 1.3%
1～2施設	549	135 24.6%	174 31.7%	196 35.7%	36 6.6%	8 1.5%
3施設以上	292	82 28.1%	98 33.6%	90 30.8%	18 6.2%	4 1.4%
無回答	32	11 34.4%	8 25.0%	10 31.3%	2 6.3%	1 3.1%

- ・ 介護老人福祉施設における各種アウトカム指標の有効性について、各自治体の介護老人福祉施設数別に比較すると、以下のとおりであり、特に明確な差は認められなかった。

図表 52 要介護度が改善した者の割合

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効では	有効ではない	無回答
合 計	1,109	248 22.4%	500 45.1%	312 28.1%	36 3.2%	13 1.2%
0施設	56	14 25.0%	21 37.5%	20 35.7%	1 1.8%	—
1～2施設	560	124 22.1%	248 44.3%	164 29.3%	18 3.2%	6 1.1%
3施設以上	484	106 21.9%	226 46.7%	128 26.4%	17 3.5%	7 1.4%
無回答	9	4 44.4%	5 55.6%	—	—	—

図表 53 障害高齢者の日常生活自立度が改善した者の割合

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効では	有効ではない	無回答
合 計	1,109	239 21.6%	572 51.6%	255 23.0%	29 2.6%	14 1.3%
0施設	56	13 23.2%	33 58.9%	10 17.9%	—	—
1～2施設	560	130 23.2%	268 47.9%	142 25.4%	13 2.3%	7 1.3%
3施設以上	484	94 19.4%	264 54.5%	103 21.3%	16 3.3%	7 1.4%
無回答	9	2 22.2%	7 77.8%	—	—	—

図表 54 認知症高齢者の日常生活自立度が改善した者の割合

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効では	有効ではない	無回答
合 計	1,109	270 24.3%	597 53.8%	198 17.9%	29 2.6%	15 1.4%
0施設	56	17 30.4%	28 50.0%	11 19.6%	—	—
1～2施設	560	134 23.9%	289 51.6%	114 20.4%	15 2.7%	8 1.4%
3施設以上	484	116 24.0%	274 56.6%	73 15.1%	14 2.9%	7 1.4%
無回答	9	3 33.3%	6 66.7%	—	—	—

図表 55 より自立した食事摂取が可能となった者の割合

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効では	有効ではない	無回答
合 計	1,109	369 33.3%	589 53.1%	121 10.9%	14 1.3%	16 1.4%
0施設	56	17 30.4%	33 58.9%	6 10.7%	—	—
1～2施設	560	179 32.0%	299 53.4%	64 11.4%	9 1.6%	9 1.6%
3施設以上	484	168 34.7%	254 52.5%	50 10.3%	5 1.0%	7 1.4%
無回答	9	5 55.6%	3 33.3%	1 11.1%	—	—

図表 56 より自立した排泄が可能となった者の割合

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
合 計	1,109	357 32.2%	598 53.9%	126 11.4%	14 1.3%	14 1.3%
0施設	56	16 28.6%	31 55.4%	9 16.1%	—	—
1～2施設	560	175 31.3%	297 53.0%	73 13.0%	8 1.4%	7 1.3%
3施設以上	484	162 33.5%	265 54.8%	44 9.1%	6 1.2%	7 1.4%
無回答	9	4 44.4%	5 55.6%	—	—	—

図表 57 褥瘡の重症度が改善した者の割合

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
合 計	1,109	412 37.2%	535 48.2%	134 12.1%	13 1.2%	15 1.4%
0施設	56	19 33.9%	25 44.6%	10 17.9%	2 3.6%	—
1～2施設	560	204 36.4%	268 47.9%	72 12.9%	7 1.3%	9 1.6%
3施設以上	484	185 38.2%	238 49.2%	51 10.5%	4 0.8%	6 1.2%
無回答	9	4 44.4%	4 44.4%	1 11.1%	—	—

図表 58 転倒が発生した件数

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
合 計	1,109	262 23.6%	440 39.7%	336 30.3%	54 4.9%	17 1.5%
0施設	56	13 23.2%	20 35.7%	20 35.7%	2 3.6%	1 1.8%
1～2施設	560	139 24.8%	219 39.1%	166 29.6%	27 4.8%	9 1.6%
3施設以上	484	108 22.3%	198 40.9%	147 30.4%	24 5.0%	7 1.4%
無回答	9	2 22.2%	3 33.3%	3 33.3%	1 11.1%	—

図表 59 身体拘束を行った件数

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
合 計	1,109	290 26.1%	383 34.5%	350 31.6%	68 6.1%	18 1.6%
0施設	56	13 23.2%	22 39.3%	15 26.8%	5 8.9%	1 1.8%
1～2施設	560	136 24.3%	210 37.5%	170 30.4%	34 6.1%	10 1.8%
3施設以上	484	138 28.5%	149 30.8%	162 33.5%	28 5.8%	7 1.4%
無回答	9	3 33.3%	2 22.2%	3 33.3%	1 11.1%	—

- ・ その他、アウトカム指標の例として、以下が挙げられていた。

図表 60 その他、介護サービスの質を評価するためのアウトカム指標の例（まとめ）

- ・ 利用定員に係る利用者数（充足率）
- ・ 人員配置／人員配置基準の割合（ゆとりのあるケアがサービスの質の向上となる）
- ・ 利用者の満足度（利用者のやりたいことを希望とすることができるか否か。心の束縛がないか否か。余暇活動やクラブ活動の有無）
- ・ 利用者の家族の満足度
- ・ 食事・排泄の状態が、以前の状態を維持できている者の割合
- ・ 認知症の人の精神行動障害がケアによって減少した割合
- ・ 集団の中に積極的に入ることができるようになったか
- ・ 要介護度や日常生活自立度の「改善」だけでなく、「維持」の評価
- ・ 地域住民との協働活動・行事の実績
- ・ ボランティアの受け入れ割合
- ・ スタッフの定着率、離職率、有給休暇取得率
- ・ リスクマネジメント（インシデントやアクシデント防止への取組と対応）
- ・ 意思の伝達、移乗・移動の方法、清容の方法等の改善
- ・ 医療的ケアの必要な方の受入数、割合、看取り実施数、重度認知症の利用者の受け入れ率
- ・ 老健では在宅復帰率、在所期間。特養では家族の来所数、来所機会（行事数）
- ・ 在宅生活へ円滑に導いたケースの割合
- ・ 虐待の通報件数
- ・ 苦情・相談件数
- ・ 技量点（経験年数と技量上達度は違うため）
- ・ 口腔に関するアウトカム指標
- ・ 感染症の発生件数
- ・ 残飯量の減少
- ・ 施設外への外出の機会、言葉のやり取り状況
- ・ 施設外徘徊の有無、誤飲の有無等
- ・ 自己決定できる項目の割合、主観的満足度、意欲・うつの指標
- ・ 週当たりの入浴回数、1日あたりのおむつ交換の回数等、容易に数値化できるもの
- ・ 精神面の改善が得られたかどうか（訴えや問題行動が抑えられたか）
- ・ 退所の理由、退所後の状況、退所後の居宅での生活割合
- ・ 第三者評価システムや介護サービス情報の公表等
- ・ 地域の人との交流頻度、ボランティアの受け入れ頻度
- ・ 日中のオムツ利用率
- ・ 平均在所日数
- ・ 利用者1人ずつ、1日1枚笑顔の写真を1ポイントとし、1か月や1年の単位で獲得した笑顔ポイントを指標とする。1か月分の笑顔カレンダーを作成すれば、整容されているか、同じ服を着ていないか、笑顔のない日は記述があるかなどチェックできる

- ・ 介護サービスの質の評価にアウトカム指標を用いることについて、以下のような意見が挙げられた。
- ・ 妥当であるとの意見も多いが、利用者満足度、社会的・精神的な指標などその他の指標も包括的に考慮する必要がある、介護老人保健施設では指標として妥当だが介護老人福祉施設では妥当とはいえない、一つの判断基準としては妥当だが、それをもって質の評価とはいえない等、様々な意見が挙げられている。

図表 61 介護サービスの質の評価にアウトカム指標を用いることの妥当性（まとめ）

【妥当である】

- ・ 客観的判断材料として有効である。客観的に比較可能となる
- ・ 同一サービス種類の中で客観的に評価するツールとして活用することは妥当
- ・ 内容まである程度詳細に分析を行った上での判断となれば有効
- ・ アウトカム指標がすべてではないが、妥当である
- ・ アウトカム指標を用いて、目標値を定めることで、施設サービスの維持・改善につながるのではないかと考え、使い方によっては妥当である
- ・ 入所者自身から質の評価がされにくい施設サービスの場合において、一定基準として用いることは妥当
- ・ 利用者にとっては事業者の選択、事業者にとってはサービスの質の向上が見込まれるので有効
- ・ 施設における努力の成果、不足部分の認識が出来、それが次へのモチベーションにつながるもので有効・妥当
- ・ 質の高いサービスを提供する施設とそうでない施設とを適切な基準を用いて評価することは、施設に刺激を与えることになる
- ・ 介護の質、利用者の状況を見るうえで、妥当だと思われる
- ・ 残存機能を活かしたQOLの向上が重視される指標（食事・排泄・褥瘡）を活用する場合は、ある程度有効性があり妥当である
- ・ 施設のある程度の傾向を一律の基準で評価する為には妥当である
- ・ 入所前と入所後でどれだけ利用者に変化が生じたかを測ることはとても重要である
- ・ どういうサービスによって改善されたか、判断することができる
- ・ 利用者の状態の改善と適切なサービスは密接な関係があり、その点を評価することは、妥当である
- ・ 入所者の身体的・精神的改善について評価することは、サービスの質を向上させるためには必要だと考える
- ・ アウトカム指標を用いることは、ケアのポイントをつかむことができ、効果的なケアにつながる
- ・ リハビリテーションについてのアウトカム指標は比較的有効と思う。ただし、受給者一人ひとりの状態により各々に適したケアプラン作成が行われているところであり、多岐にわたる指標で評価しようとする、その精度は必ず低くなる。よって、居起動作やADLのみを対象としたほうが有効な評価であると思われる
- ・ 介護サービスの質を評価する事は重要と考えるが、アウトカム指標を算出するために施設の負担が著しく増加するのであれば他の方法を検討すべき
- ・ 介護サービス利用者の課題分析にはアウトカム指標は妥当
- ・ 介護老人保健施設においては、身体状況の改善を目的としている施設なので、アウトカム指標を用いることは、大いに有効
- ・ 指標を示し、取り組むポイント（指標）があることで、サービスの質の向上になる為、妥当と考える。（報告の際、特に身体拘束については施設間の格差があると思うが…必要）
- ・ 施設の特徴を生かしたサービス提供を評価するためにはある程度必要と思われる
- ・ 質の評価を行うために共通の指標として用いることは有効だと思うが、利用者からの評価の方がさらに有効だと考える
- ・ 数値的なデータで残せる指標は有効であり継続的に集計することで効果がある
- ・ 適切なアウトカム指標を提示して評価することで従業員のモチベーション向上を図り、施設内に活力を与える契機となるため、妥当である。ただし、アウトカム指標には、指標とするもの及び結果の経年変化の様子の分析やそれに係るフォロー体制が欠かせないと思われる。
- ・ 明確なアウトカム指標による目標を掲げることは、介護サービスの質を向上させる効果があると考えます。なお、評価する場合は、改善への取組、対応の結果、利用者・家族の満足度を含めて、総合的に評価する必要がある
- ・ ①要介護度が改善した者の割合、②障害高齢者の日常生活自立度が改善した者の割合、③

認知症高齢者の日常生活自立度が改善した者の割合については、施設への入所判定の根拠や加算算定の根拠に関わるため、アウトカム指標での評価を加算での評価との均衡をとることが必要

- ・それが全てではないと思うが、ある程度有効だと思う。入居している方々の表情が一番分かりやすい

【妥当であるが、検討も必要】

- ・評価の方法の1つとして用いることは良い。すべての質を評価するものではないことを前提として活用すべきと考える
- ・アウトカム指標だけで質の良し悪しを判断することは不適切だと思うが、ある程度参考にはなると思う。評価の1つとしてアウトカム指標を用いることは妥当
- ・アウトカム指標は一定程度有効であると考え、利用者及び家族の状態改善に対する自己評価や満足度も重要
- ・あくまで一指標として受け止めるべき
- ・介護老人保健施設においては、有効であると思われるが、介護老人福祉施設においては難しい
- ・リハビリ施設等アウトカム指標を用いる事は、在宅生活復帰が期待でき妥当であると思われるが、他の施設サービスではそぐわないと思える
- ・一項目ごとの指標によって、評価するのではなく、各項目との係わりを分析した上で、評価すべきである
- ・一定の枠内であれば妥当性を認めるが、そもそもの目的から外れるような指標設定や本当にサービスを必要とする者の受入れを難しくするような結果につながらないことが大切。例) 改善の見込みがある者を優先して受入れるなど、入所指標にも影響はあると考える。
- ・介護サービスの質は、改善した結果も重要だと思われるが、いかに利用者が満足しているかも評価方法の1つとして加える必要があると思う
- ・介護老人福祉施設に入所される方は、各指標が改善する可能性が低い方に限定される傾向にある。そういった状況からみて、アウトカム指標を用いる際には改善した割合だけを取り上げるのは妥当とは受けとれない。少なくとも現状維持されている事も評価されるべき
- ・基本的には妥当であると思われるが、指標のとらえ方によっては妥当でないと判断できる場合もある。例えば、⑦転倒が発生した件数を抑えることは、利用者の行動制限につながると言うこともできるし、⑧身体拘束を行った件数については、本来禁止されていることではあるが、緊急やむを得ない場合などもあり、結果だけで評価できないとも言える
- ・客観的な数値による質の評価は必要と考えるが、老健はともかく、特養ではターミナルケアも重要で（そのような者は状態の改善はないので）介護度や日常生活自立度の「改善」のみを指標として用いるのは妥当とは思えない
- ・指標だけでは測ることのできない現状というのは必ずあると思うので、重視しすぎないことが大切なのではないか。指標は使いようである
- ・質のいいサービスが提供されれば、要介護度や身体状況等は改善されるが、一方で、重度の方を積極的に受け入れれば、質の高いサービスを提供していたとしても、身体が時間とともに弱っていくという面もあり、改善状況だけをとらえて質を評価するには難しい面がある
- ・身体的な評価と合わせ、精神的、社会的な指標も入れたらどうか。また、プロセス評価の導入もよいと思う
- ・妥当であると思われるが、改善割合だけでなく「利用者や家族の満足度」等も評価の対象に加えた方がよい
- ・妥当ではあるがそれだけで評価できるものではない。職員の意識スタッフ連携等、指標化できない項目もある
- ・成果指標を用いる場合、適切な労働環境下での評価となる様、職員の人員確保も併せて行うことが不可欠と思われる
- ・評価を実施する為には何らかの指標は必須であるが、各項目が同程度の評価ではなく、重要度の強弱を示す事が必要である（総合評価は各項目の総計で判断されるものではない）
- ・①要介護度が改善した者の割合、②障害高齢者の日常生活自立度が改善した者の割合、③認知症高齢者の日常生活自立度が改善した者の割合など数値化した指標については、ややもすると数値にとらわれすぎ。対象者のQOLの向上がなされているか判断できないと思う。④より自立した食事摂取が可能となった者の割合、⑤より自立した排泄が可能となった者の割合、⑥褥瘡の重症度が改善した者の割合、⑦転倒が発生した件数、⑧身体拘束を行った件数は妥当性がある
- ・身体状況の改善のみをもって、質の良し悪しを評価するのは疑問がある。一つの判断要素としては妥当であると思うが、利用者一人ひとりの個別ケアの充実の度合いにより評価されるべきであると考え

【妥当でない】

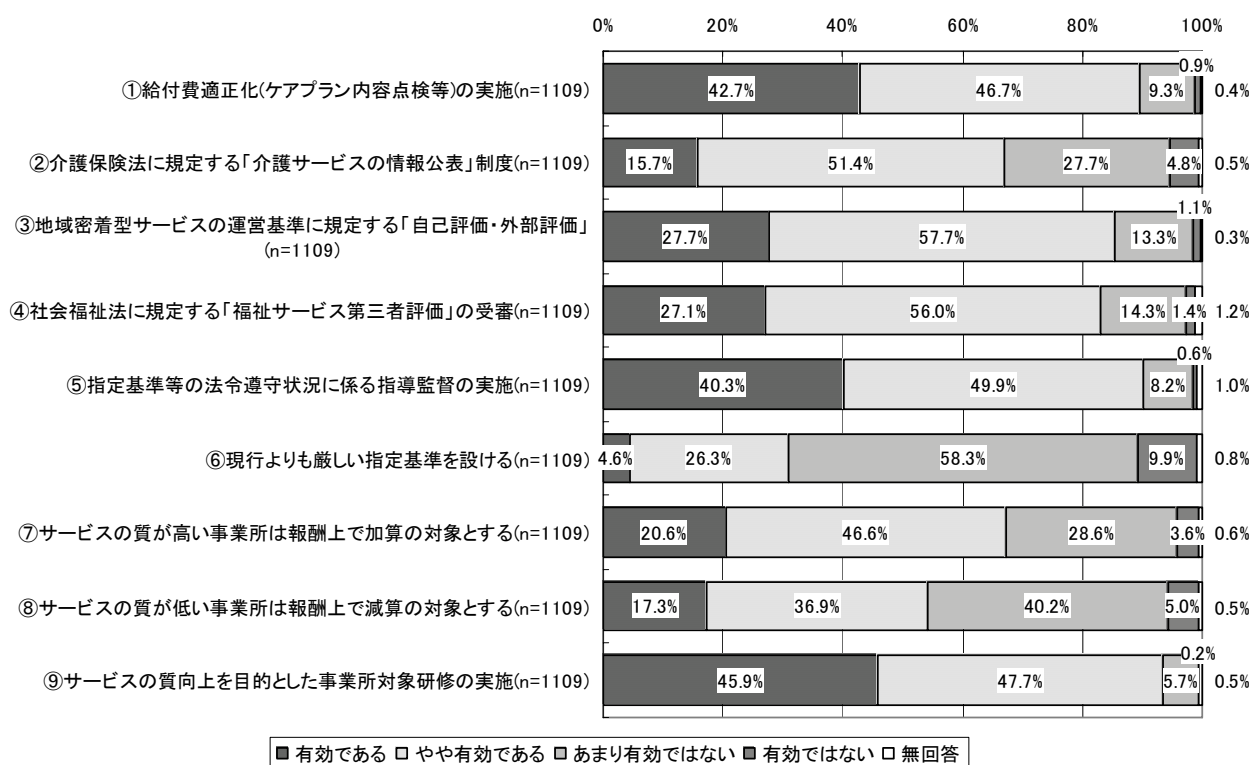
- ・ 事業所が当然行うべき業務であり、質を評価するための指標として適さない
- ・ アウトカム指標のみで評価することについては懸念を感じる
- ・ 要介護や自立度はおおまかすぎ、サービス利用によって基本的に状態が維持できていることについて、評価のしようがない
- ・ 転倒回数等、自己申告に基づく数値等ある限り、これが全てではない
- ・ 単に介護度や自立度で評価するよりは具体的な事例（食事摂取、排泄）で評価すべき
- ・ 報酬と直結させるには慎重な判断を要する
- ・ 介護施設側の負担が増大して本来業務が圧迫されれば逆に介護サービスの質が低下する懸念がある
- ・ アウトカム指標を積極的に行うと施設側も、リスクの高い利用者の受入れを避けるため、最低限の項目にする必要がある
- ・ 施設の体制の問題、地域性がある為、施設の優劣を決定するという事までは繋げないでいただきたい
- ・ 開示の仕方によっては施設の公式な評価として世間に受け取られるおそれがある為、慎重に取り扱うべき
- ・ 風評被害や職員のモチベーションの低下等、悪影響も懸念される
- ・ 必ずしも“改善等されないのは質が悪いから”とは言いきれないため、現時点では妥当とは言いがたい
- ・ 利用者にとっては「指示どおりに行ってくれるところ」が良い事業所であるから
- ・ 利用者が笑顔でいれるかが大事。数値にしばられるべきではない。むしろ無駄
- ・ 施設に求めているものが、改善ではないことも多い（利用者が施設に求めるもの≠サービスの質）
- ・ ケースごとに状況は千差万別なので、指標が良いからといって、一概に良いケアを行っているとは限らない。数値が、あまり重視されすぎるべきではないと考えます。
- ・ ひとつの目安として指標を用いることは有効だと思いますが、そのみをもって判断することは危険であると感じます
- ・ 全く否定してしまう訳ではないが、一方で介護事務が複雑になり、ぼう大な事務量に忘殺され、利用者へ十分な介護サービスが実施できないといったことから、事務の簡素化も叫ばれるなか、新たな評価制度は現実的でない
- ・ ⑦転倒が発生した件数、⑧身体拘束を行った件数等を評価指標とすると、リスクの高い入所希望者は、受け入れない方針の施設が増える危険が大きい
- ・ アウトカム指標は、ある程度の参考指標であり改善指標となるかは疑問である。施設の特質や利用者の状況を総合的勘案して判断すべきではないだろうか
- ・ 介護度は施設の収入に影響し、努力によって改善することにより収入減になるという側面があり、施設にはなじまない。また自立度については各ランクの幅が大きすぎて多少の努力によって改善が望めない。かえって加齢や疾病悪化によって徐々に悪化シターミナルに向うのは自然の流れであり悪化防止の指標にはなじまない
- ・ 介護老人保健施設は介護保険制度創設時、医療機関から在宅に戻るための中間施設としての位置付けがされていたが、最近の傾向として特養の入所待機施設としての割合が高くなっていることから指標を用いることに疑問を感じます
- ・ 高齢者の症状変化は、様々な要因があるので、一概に評価はできないと思うので、あまり妥当ではない
- ・ 施設の介護サービスの質の良し悪しよりも、利用者の元々の心身の状態の方がアウトカム指標に与える影響が少なくないと考えられ、必ずしも介護サービスの質の評価に適さない場合があるので、妥当でない。指標の選択や複数の指標を組み合わせる等の工夫が必要。
- ・ 重度の人が多いと改善が難しい。サービスの質は利用者の心身の改善だけにとらわれず、提供したサービスに対する利用者自身の満足度や関係機関からの評価等も必要
- ・ 利用者が在宅生活が可能になる事が目標であるので、老人福祉施設にはなじまない
- ・ 在宅復帰を前提とせず、介護度の重い者から優先的に入所する特別養護老人ホーム等の施設では指標とし難い
- ・ 老人保健施設が老人福祉施設の代用となっている状態では、有効とは限らない
- ・ 現実施入所者の身体状況を考えると、改善を望むのはほとんど無理ではないか
- ・ 特別養護老人ホームでは、重度化して改善の見込がない利用者もいる
- ・ 老健施設については、在宅復帰する手段として有効かもしれないが、特養は、介護度が高い人が入所し、終のすみ家になっている現状ではどうかと思う
- ・ 福祉施設での質の評価は、終のすみ家となっている場合が多く、介護度4、5を中心に手厚い介護を必要とするため介護度を軽度化すること自体、かなり難しい状況である

(7) 介護サービスの質を向上させる取り組みについて（問7）

- ・ 「給付費適正化（ケアプラン内容点検等）の実施」「指定基準等の法令遵守状況に係る指導監督の実施」「サービスの質向上を目的とした事業所対象研修の実施」が有効であるとの回答が多く、それぞれ「有効である」「やや有効である」をあわせて 89.4%、90.2%、93.6%であった。一方、「現行よりも厳しい指定基準を設ける」では有効と判断する割合が低くなっている（30.9%）。

図表 62 介護サービス全般において、介護サービスの質の向上の観点からの有効性

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
①給付費適正化(ケアプラン内容点検等)の実施	1,109	474 42.7%	518 46.7%	103 9.3%	10 0.9%	4 0.4%
②介護保険法に規定する「介護サービスの情報公表」制度	1,109	174 15.7%	570 51.4%	307 27.7%	53 4.8%	5 0.5%
③地域密着型サービスの運営基準に規定する「自己評価・外部評価」	1,109	307 27.7%	640 57.7%	147 13.3%	12 1.1%	3 0.3%
④社会福祉法に規定する「福祉サービス第三者評価」の受審	1,109	300 27.1%	621 56.0%	159 14.3%	16 1.4%	13 1.2%
⑤指定基準等の法令遵守状況に係る指導監督の実施	1,109	447 40.3%	553 49.9%	91 8.2%	7 0.6%	11 1.0%
⑥現行よりも厳しい指定基準を設ける	1,109	51 4.6%	292 26.3%	647 58.3%	110 9.9%	9 0.8%
⑦サービスの質が高い事業所は報酬上で加算の対象とする	1,109	228 20.6%	517 46.6%	317 28.6%	40 3.6%	7 0.6%
⑧サービスの質が低い事業所は報酬上で減算の対象とする	1,109	192 17.3%	409 36.9%	446 40.2%	56 5.0%	6 0.5%
⑨サービスの質向上を目的とした事業所対象研修の実施	1,109	509 45.9%	529 47.7%	63 5.7%	2 0.2%	6 0.5%



- ・ 介護サービスの質を向上させる取り組みについて、東京都の自治体のみ、政令指定都市及び中核市のみでの状況と全国値との比較を行った。以下にその結果を示す。全体として、政令指定都市及び中核市では、全国値と比較して「有効である」の割合が高くなっていた。また、「福祉サービス第三者評価の受審」については、東京都において全国値よりも「有効である」の割合が高くなっている。

図表 63 ①給付費適正化(ケアプラン内容点検等)の実施

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
全国値	1,109	474 42.7%	518 46.7%	103 9.3%	10 0.9%	4 0.4%
東京都の自治体のみ	46	24 52.2%	20 43.5%	2 4.3%	—	—
政令指定都市及び中核市のみ	46	28 60.9%	16 34.8%	1 2.2%	1 2.2%	—

図表 64 ②介護保険法に規定する「介護サービスの情報公表」制度

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
全国値	1,109	174 15.7%	570 51.4%	307 27.7%	53 4.8%	5 0.5%
東京都の自治体のみ	46	7 15.2%	25 54.3%	12 26.1%	2 4.3%	—
政令指定都市及び中核市のみ	46	12 26.1%	19 41.3%	13 28.3%	2 4.3%	—

図表 65 ③地域密着型サービスの運営基準に規定する「自己評価・外部評価」

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
全国値	1,109	307 27.7%	640 57.7%	147 13.3%	12 1.1%	3 0.3%
東京都の自治体のみ	46	12 26.1%	29 63.0%	5 10.9%	—	—
政令指定都市及び中核市のみ	46	17 37.0%	26 56.5%	2 4.3%	1 2.2%	—

図表 66 ④社会福祉法に規定する「福祉サービス第三者評価」の受審

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
全国値	1,109	300 27.1%	621 56.0%	159 14.3%	16 1.4%	13 1.2%
東京都の自治体のみ	46	20 43.5%	21 45.7%	5 10.9%	—	—
政令指定都市及び中核市のみ	46	16 34.8%	24 52.2%	5 10.9%	1 2.2%	—

図表 67 ⑤指定基準等の法令遵守状況に係る指導監督の実施

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
全国値	1,109	447 40.3%	553 49.9%	91 8.2%	7 0.6%	11 1.0%
東京都の自治体のみ	46	26 56.5%	18 39.1%	2 4.3%	—	—
政令指定都市及び中核市のみ	46	25 54.3%	18 39.1%	3 6.5%	—	—

図表 68 ⑥現行よりも厳しい指定基準を設ける

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
全国値	1,109	51 4.6%	292 26.3%	647 58.3%	110 9.9%	9 0.8%
東京都の自治体のみ	46	2 4.3%	8 17.4%	30 65.2%	6 13.0%	—
政令指定都市及び中核市のみ	46	6 13.0%	10 21.7%	27 58.7%	3 6.5%	—

図表 69 ⑦サービスの質が高い事業所は報酬上で加算の対象とする

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
全国値	1,109	228 20.6%	517 46.6%	317 28.6%	40 3.6%	7 0.6%
東京都の自治体のみ	46	6 13.0%	28 60.9%	11 23.9%	1 2.2%	—
政令指定都市及び中核市のみ	46	16 34.8%	20 43.5%	8 17.4%	2 4.3%	—

図表 70 ⑧サービスの質が低い事業所は報酬上で減算の対象とする

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
全国値	1,109	192 17.3%	409 36.9%	446 40.2%	56 5.0%	6 0.5%
東京都の自治体のみ	46	6 13.0%	17 37.0%	22 47.8%	1 2.2%	—
政令指定都市及び中核市のみ	46	11 23.9%	17 37.0%	14 30.4%	4 8.7%	—

図表 71 ⑨サービスの質向上を目的とした事業所対象研修の実施

	件数	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	無回答
全国値	1,109	509 45.9%	529 47.7%	63 5.7%	2 0.2%	6 0.5%
東京都の自治体のみ	46	19 41.3%	24 52.2%	2 4.3%	1 2.2%	-
政令指定都市及び中核市のみ	46	26 56.5%	17 37.0%	3 6.5%	-	-

- ・ その他、介護サービスの質を向上させるために有効と思われる取り組みとして、介護相談員派遣事業、介護従事者の処遇改善、職員研修の充実、適切なケアアセスメント、モニタリング、介護報酬上の評価、他施設・事業所との情報交換、利用者家族との意見交換の実施等、様々な意見が挙げられた。

図表 72 その他、介護サービスの質を向上させるために有効と思われる取組み

- ・ 介護サービス相談員派遣事業（常日頃から外部の人の目を入れることが必要）
- ・ 「介護支援専門員」の国家資格化
- ・ 職員教育が行き届いている施設の紹介
- ・ 利用者に対し介護サービスの満足度の調査を行う
- ・ ケアプラン点検や、指導監査を書類でなく、現場に入って行うべき。どれだけ、書類上に体裁を整えていても、利用者のためにはならない
- ・ 介護従事者の処遇改善、研修。よい人材が集まるよう制度の見直しが必要
- ・ サービスを向上することによって職員の給与に反映させるしくみが必要
- ・ 介護職員の増員し、職員のワークライフバランスを保つこと
- ・ 職員数を増やし、職員一人一人にゆとりをもたすことが、質の向上になると思う
- ・ 介護サービス事業者等の協議会の機能を活かし、サービス事業者間が情報共有したり、適切なケアについて検討し、質を高めあうために必要な活動を実施する。利用者に対する満足度調査を実施し、事業者の自己評価と突合し、情報公表を行なう
- ・ サービス内容の分析をしっかり行い、出来る目標など、又、過剰サービスにより、利用者の改善しようとする気持ちを失わないようにすることも大切
- ・ サービス計画・提供・見直し、介護報酬集計等の事務的記録作業の負担軽減
- ・ 資格取得要件の緩和と職員研修の充実（人材不足の解消を図るとともに、職員個々の能力を向上）
- ・ 利用者から苦情、不満の多い事業者への指導強化、立入調査の実施。不正事業者（従業員の不祥事含む）への罰則強化
- ・ みなし指定の事業所への県の指導、監査の実施、みなしの訪問看護事業者への立入り調査、医療と照らしてのサービスの提供面の調査等（聖域化している）
- ・ ケアプランを基にサービス事業所の介護計画の立案の必要性を指導
- ・ ケアマネジャーによる適切なアセスメント、援助の提供、モニタリングが必須。市町村に住民からよせられた情報を必要に応じケアマネと共有することも質のよい介護サービスを提供する為に必要な場合がある
- ・ ケア会議等で他の事業所間の連携・交流・事例研究
- ・ サービスに対する意見が苦情という形でなく、もっと気軽に出来るシステムを作ること
- ・ サービス提供事業者の自主的な研修・学習会の開催など職員資質の向上に加え、介護職員等だけでなく事業主の考え方で介護サービスの質が大きく変わるとされるため事業主の研修が必要
- ・ マニュアル等の情報提供
- ・ 運営上、手厚い人員配置を行っている事業所に対する加算。当区では、施設サービス（特養、老健、障害者施設）においては自主的な研究会組織により向上のための検討を行うとともにセルフチェックを毎年実施し、運営法人の事業計画に盛り込むなど取組を行っている。また居宅サービスでは、介護給付費通知と併せた利用者アンケートを行い、事業所へ

結果をフィードバックするしくみを運営している

- ・ 介護サービスの質の向上には、事業者自身が自立する必要がある。介護報酬を増やすと利用者負担も増えるが、質の高い事業者が当該加算を辞退しては意味がない
- ・ 介護サービス外のインフォーマルサービスや地域の社会資源を活用したケアプランを奨励し、インセンティブにも配慮する（介護保険内のサービスだけで質の向上を図ることが難しい）
- ・ 居宅介護支援事業所を、他のサービス提供部門と切りはなし独立させる。サービス事業を運営する法人が居宅介護事業所を運営できない、あるいは自法人のプランへの位置付けを1割以下に制限し、事業所を客観的に評価してプランに位置づけることが出来るようにする
- ・ 介護報酬、単価の引き上げ
- ・ 指定基準を上回る職員配置や事業所内でのOJT等の取り組み状況など、事業者が自らがサービスの質の向上を目指している場合の報酬による評価
- ・ 外部における専門研修や同職種の情報交換の場。集団指導等での好事例の紹介。行政指導担当と現場との指導を通じたコミュニケーション
- ・ 経験者による、現場訪問、助言、指導を行い、事業所に応じた質の向上、改善を目指す。
①給付費適正化（ケアプラン内容点検等）の実施のケアプラン内容点検のみではケアマネの意欲低下を招いたり、法令遵守の観点からの効果はあっても質の向上への効果は少ないのではないか
- ・ 現在の介護従事者の処遇の改善を行うための介護報酬の抜本的な見直し。⑥現行よりも厳しい指定基準を設けるについて指定基準の見直し（特に人員）を行う場合に必要な費用を事業者措置することが条件
- ・ 行政がビジョンを持ち、よい事業者の取り組みをきちんと評価する事が、全体的な質の向上につながる
- ・ 行政による専門職を活用した実地指導を行うとともに、介護報酬算定における原理原則を粘り強く事業者の説明し、浸透させていくことが必要
- ・ 事業所の育成を目的とした保険者による巡回指導の実施
- ・ 住民からの苦情を事業所に確認しサービスの質の向上に役立てる（介護相談の活動等から）
- ・ 事業所間での職員派遣
- ・ 状態改善事例の調査・研究及びその成果の公表（特に一般向け）
- ・ 職員個々の自己研鑽とコミュニケーション能力の向上、それをバックアップできる職場環境の充実
- ・ 人材・雇用の確保に対する国の支援
- ・ 専門職以外の講師を招いての研修を、もっと開くべきで、外部からの意見を取り入れ、もう一段階上の、ケアを提供するために必要な知識、技術を研究する必要がある
- ・ 前述の笑顔ポイントに応じて報酬を加算する。定員に対する年間獲得可能ポイントに対する獲得ポイントを施設の評価として公表する。日付の改ざん等不正を行った事業所は指定を取消す
- ・ 他施設や事業所との定期的な情報交換
- ・ 利用者（家族）、施設、保険者、その他で意見交流の機会があること
- ・ 利用者がゆとりのある職員に介護されながら日常を過せることを皆が考えられ自分の仕事に魅力を持てる時代を目ざせたらと強く思います。皆にゆとりがなさすぎる
- ・ 利用者の家族に対するアンケート調査。ケアマネと介護サービス事業所等が有効な連携がシステムとして出来ているところを評価するしくみが必要

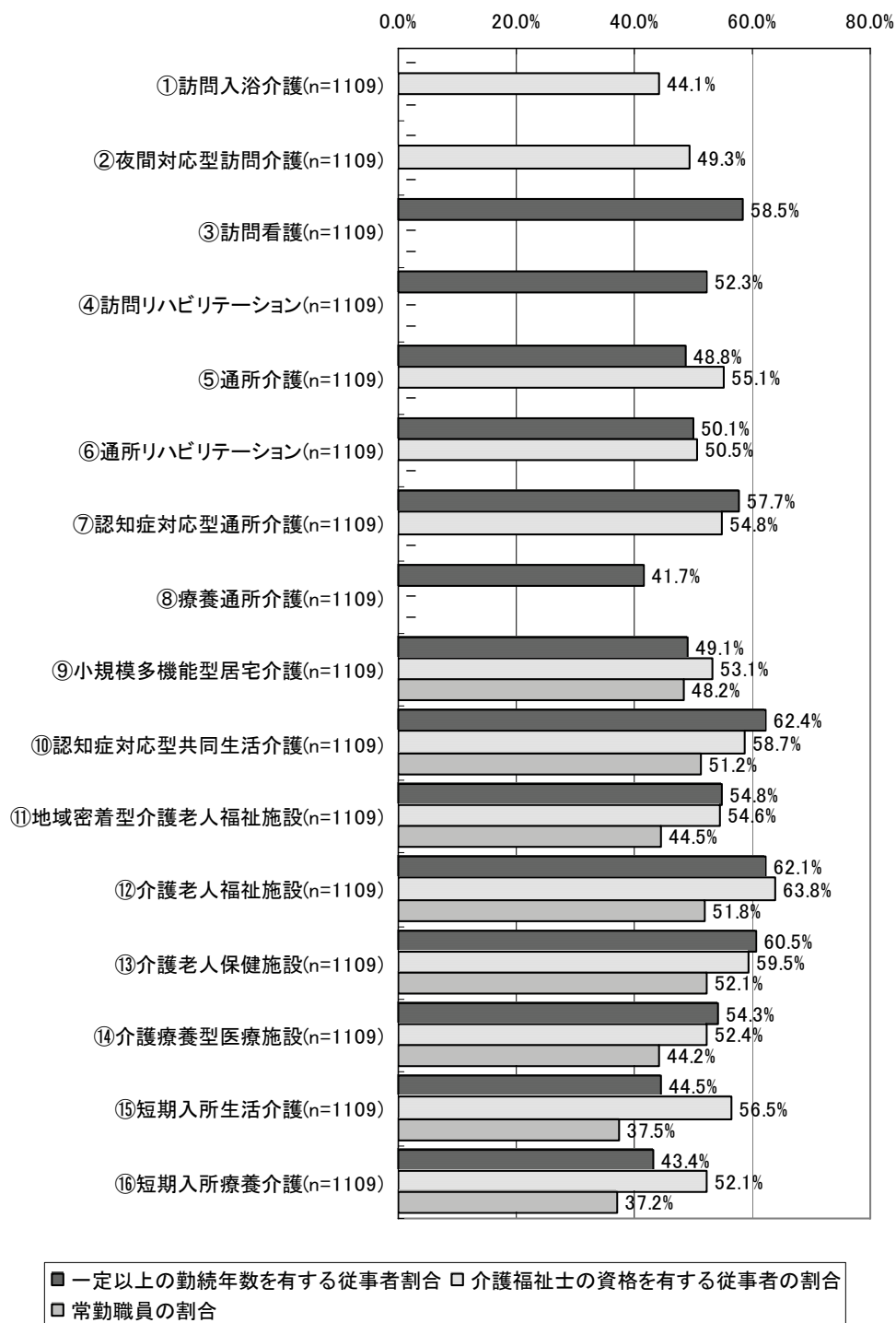
(8) 介護報酬制度等について (問8)

①サービス提供体制強化加算の算定要件を満たすことは、当該介護サービスが良質であることを反映していると考えられるか

- 最も「反映している」との回答が多かったのは、「認知症対応型共同生活介護」における「一定上の勤続年数を有する従事者割合」(62.4%)であった。ただし、その他のサービス及び要件についても、概ね 40%～60%が「反映している」という回答になっている。ただし、「短期入所生活介護」「短期入所療養介護」においては、「常勤職員の割合」がサービスの質を反映していると考えている割合は低く、それぞれ 37.5%、37.2%であった。

図表 73 サービス提供体制強化加算の算定要件が質を反映していると考えられる割合

	件数	一年事 定数者 以を割 上有合 のす 勤る 続従	介格者 護をの 福有割 祉す合 士の の従 資事	常 勤 職 員 の 割 合
①訪問入浴介護	1,109	-	489 44.1%	-
②夜間対応型訪問介護	1,109	-	547 49.3%	-
③訪問看護	1,109	649 58.5%	-	-
④訪問リハビリテーション	1,109	580 52.3%	-	-
⑤通所介護	1,109	541 48.8%	611 55.1%	-
⑥通所リハビリテーション	1,109	556 50.1%	560 50.5%	-
⑦認知症対応型通所介護	1,109	640 57.7%	608 54.8%	-
⑧療養通所介護	1,109	462 41.7%	-	-
⑨小規模多機能型居宅介護	1,109	544 49.1%	589 53.1%	535 48.2%
⑩認知症対応型共同生活介護	1,109	692 62.4%	651 58.7%	568 51.2%
⑪地域密着型介護老人福祉施設	1,109	608 54.8%	605 54.6%	493 44.5%
⑫介護老人福祉施設	1,109	689 62.1%	708 63.8%	575 51.8%
⑬介護老人保健施設	1,109	671 60.5%	660 59.5%	578 52.1%
⑭介護療養型医療施設	1,109	602 54.3%	581 52.4%	490 44.2%
⑮短期入所生活介護	1,109	493 44.5%	627 56.5%	416 37.5%
⑯短期入所療養介護	1,109	481 43.4%	578 52.1%	413 37.2%

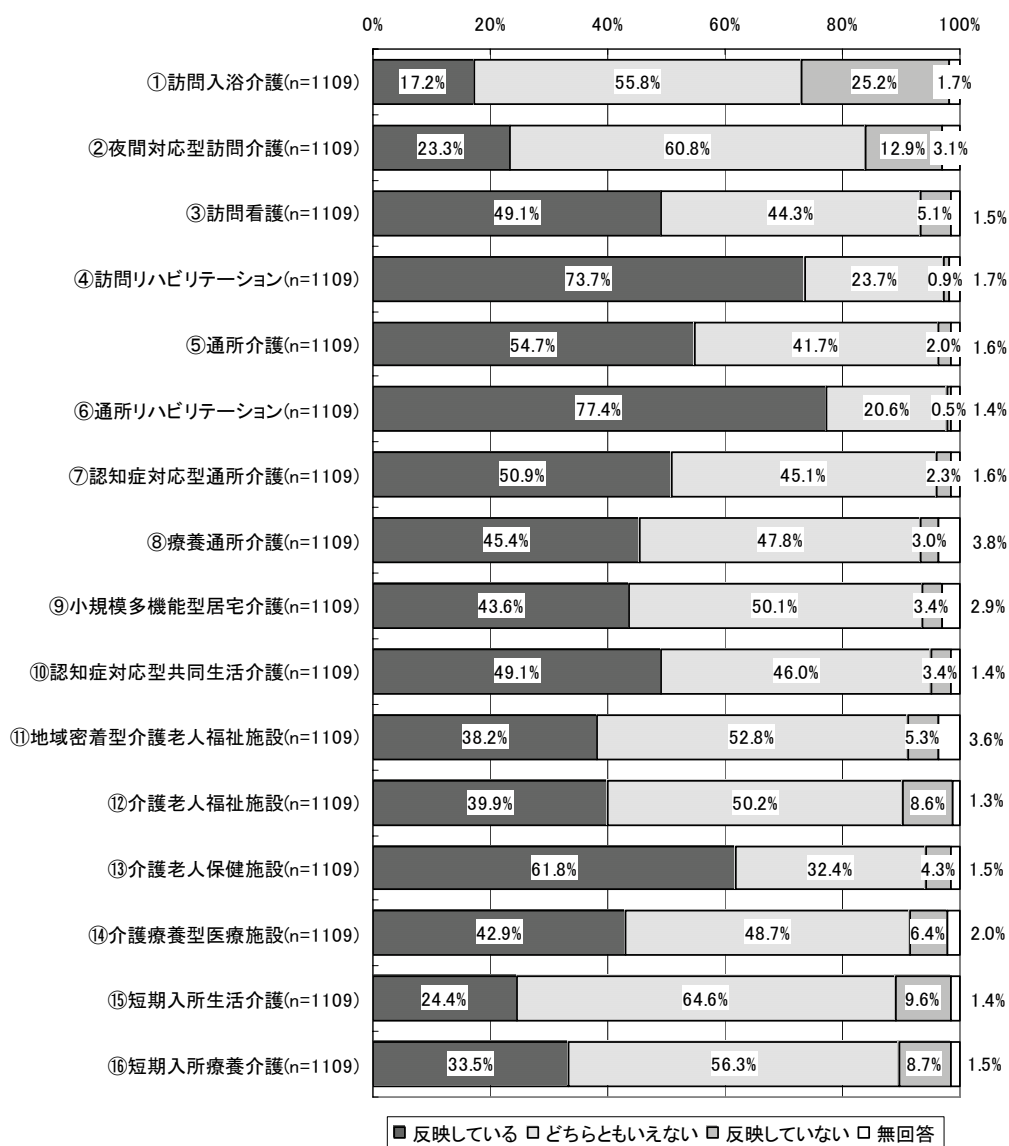


②要介護度や身体状況が改善することは、当該サービスが良質であることを反映していると考えられるか

- ・ 「通所リハビリテーション」(77.4%)、「訪問リハビリテーション」(73.7%)、「介護老人保健施設」(61.8%)などにおいて、「反映している」との回答が多くなっている。一方、「訪問入浴介護」(25.2%)、「夜間対応型訪問介護」(12.9%)、「短期入所生活介護」(9.6%)などでは、「反映していない」との回答も見られている。

図表 74 要介護度や身体状況の改善は当該サービスの質を反映していると考える割合

	件数	反映している	どちらともいえない	反映していない	無回答
①訪問入浴介護	1,109	191 17.2%	619 55.8%	280 25.2%	19 1.7%
②夜間対応型訪問介護	1,109	258 23.3%	674 60.8%	143 12.9%	34 3.1%
③訪問看護	1,109	544 49.1%	491 44.3%	57 5.1%	17 1.5%
④訪問リハビリテーション	1,109	817 73.7%	263 23.7%	10 0.9%	19 1.7%
⑤通所介護	1,109	607 54.7%	462 41.7%	22 2.0%	18 1.6%
⑥通所リハビリテーション	1,109	858 77.4%	229 20.6%	6 0.5%	16 1.4%
⑦認知症対応型通所介護	1,109	565 50.9%	500 45.1%	26 2.3%	18 1.6%
⑧療養通所介護	1,109	504 45.4%	530 47.8%	33 3.0%	42 3.8%
⑨小規模多機能型居宅介護	1,109	483 43.6%	556 50.1%	38 3.4%	32 2.9%
⑩認知症対応型共同生活介護	1,109	545 49.1%	510 46.0%	38 3.4%	16 1.4%
⑪地域密着型介護老人福祉施設	1,109	424 38.2%	586 52.8%	59 5.3%	40 3.6%
⑫介護老人福祉施設	1,109	443 39.9%	557 50.2%	95 8.6%	14 1.3%
⑬介護老人保健施設	1,109	685 61.8%	359 32.4%	48 4.3%	17 1.5%
⑭介護療養型医療施設	1,109	476 42.9%	540 48.7%	71 6.4%	22 2.0%
⑮短期入所生活介護	1,109	271 24.4%	716 64.6%	106 9.6%	16 1.4%
⑯短期入所療養介護	1,109	371 33.5%	624 56.3%	97 8.7%	17 1.5%



7. 結果のまとめ

- 本調査は全国の 1,778 自治体に対して実施し、62.4%の回収率が得られた。回答があった自治体の平均人口は約 9 万人、平均高齢化率均は 25.79%、平均要介護認定率（（要支援者数＋要介護者数）／高齢者数）は 17.06%であった。各自治体における、高齢者 1 万人あたりの介護老人保健施設数は平均 1.68 施設、介護老人福祉施設数は平均 3.34 施設となっている。
- 4 割を超える自治体で、介護サービス事業所・施設に対する介護サービスの質向上に向けた取り組みを実施していた。内容は「事業所職員を対象とした研修」（64.3%）、「事業所等への行政職員の訪問」（40.0%）等が多い。
- 質の高い介護サービスの提供について「利用者の QOL の確保」という観点から、重要と思われる要素は、「個別ケアのアセスメント、サービス計画作成、実施、評価を通じた継続的なケアの実施」（77.1%）、「介護技術（栄養管理、口腔ケア、排泄管理、入浴サービス、機能訓練、リハビリ等）の十分な習得」（73.7%）「利用者や家族との適切なコミュニケーション」（66.3%）等が多くなっている。中でも、最も重要と思われる要素との回答が多かったのは、「個別ケアのアセスメント、サービス計画作成、実施、評価を通じた継続的なケアの実施」（43.5%）であった。
- また、「地域との連携・参画」という観点から重要と思われる要素は、「地域住民の介護体験やボランティアの受け入れ」（57.3%）、「医療機関との適切な連携（急性憎悪や看取り等への対応）」（51.6%）、「居宅サービス事業所との連携（在宅復帰に向けて）」（43.3%）等が多くなっている。中でも、最も重要と思われる要素との回答が多かったのは、「地域住民の介護体験やボランティアの受け入れ」（22.4%）であった。
- 質の高い介護サービスを提供するための基盤となる要素として重要と思われる要素は、「職員が専門的ケア（認知症ケア等）の外部研修を受ける為の支援」（54.0%）、「職員の資格取得（介護福祉士など）等、キャリア開発に向けた支援」（48.7%）、「職員の継続的な能力開発の実施（OJT等）」（48.2%）等が多かった。中でも、最も重要と思われる要素との回答が多かったのは、「職員の継続的な能力開発の実施（OJT等）」（24.5%）であった。
- 介護サービスの質の評価におけるアウトカム指標について、その有効性に対する意向を調査した。その結果、「要介護度が改善した者の割合」、「障害高齢者の日常生活自立度が改善した者の割合」については、介護老人保健施設で「有効である」と回答した割合が多くなっている。「認知症高齢者の日常生活自立度が改善した者の割合」、「より自立した食事摂取が可能となった者の割合」、「より自立した排泄が可能となった者の割合」も介護老人保健施設で「有効である」と回答した割合が多く、介護老人福祉施設と比較して、介護老人保健施設において、これらのアウトカム指標が有効である可能性が示唆された。一方、「褥瘡の重症度が改善した者の割合」については、それほど差は認められなかった。「転倒が発生した件数」、「身体拘束を行った件数」については、介護老人保健施設、介護老人福祉施設でそれほど差はみられず、「有効である」と回答した割合も 20～25%と、低く留まっている。「有効である」「やや有効である」を合算した場合でも、約 6 割であった。
- 介護サービスの質を向上させる取り組みについては、「給付費適正化（ケアプラン内容点検等）の実施」「指定基準等の法令遵守状況に係る指導監督の実施」「サービスの質向上を目的とした事業所対象研修の実施」が有効であるとの回答が多く、それぞれ「有効である」「やや有効である」をあわせて 9 割程度であった。一方、「現行よりも厳しい指定基準を設ける」では有効と判断する割合は約 30%と低くなっている。

- サービス提供体制強化加算の算定要件を満たすことは、当該介護サービスが良質であることを反映しているかについて、最も「反映している」との回答が多かったのは、「認知症対応型共同生活介護」における「一定上の勤続年数を有する従事者割合」(62.4%)であった。ただし、その他のサービス及び要件についても、概ね 40%～60%が「反映している」という回答であった。ただし、「短期入所生活介護」「短期入所療養介護」においては、「常勤職員の割合」がサービスの質を反映していると考えている割合は低く、それぞれ 37.5%、37.2%であった。
- 要介護度や身体状況の改善は当該サービスが良質であることを反映しているかについてみると、「通所リハビリテーション」(77.4%)、「訪問リハビリテーション」(73.7%)、「介護老人保健施設」(61.8%)などにおいて、「反映している」との回答が多くなっている。一方、「訪問入浴介護」(25.2%)、「夜間対応型訪問介護」(12.9%)、「短期入所生活介護」(9.6%)等、「反映していない」との回答も見られていた。

介護サービスの質の評価に対する意向調査

- ・ 市区町村の介護保険担当課のご意向をお答えください。回答される方につきましては、**担当課名、職名、ご連絡先電話番号をご記入ください。（お名前は不要です）**
- ・ （ ）の箇所には、具体的な言葉や数字をご記入ください。
- ・ 数字を記入する欄の回答が0（ゼロ）の場合、空欄のままではなく、必ず「0」とご記入ください。
- ・ 記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒を使い、**平成22年3月5日（金）までにご返送**ください。

担当課名	記入者 職名	電話番号
------	-----------	------

I. 貴自治体の状況についてお聞きします。

問1 以下の項目について、**平成21年3月31日時点**の状況をお答えください。

自治体名	（ ） 都・道 府・県	（ ） 区・市 町・村
人 口	（ ） 人	
	うち65歳以上高齢者数	（ ） 人
	うち要支援者数	（ ） 人
	うち要介護者数	（ ） 人
地域包括支援センター数	（ ） 箇所	
	うち委託しているセンター数	（ ） 箇所
介護保険 施設数	介護老人保健施設	（ ） 施設
	介護老人福祉施設	（ ） 施設
第1号被保険者の介護保険料基準額（月額）	（ ） 円	

問2 貴自治体による取り組みについてお尋ねします。現在、貴自治体では、介護サービス事業所・施設に対し、介護サービスの質の向上に向けた何らかの独自の取り組みを行っていますか。あてはまるもの**1つに○**をおつけください。

- 1 すでに行っている ⇒ 副問2-1へ
- 2 過去に行っていたが、中止した ⇒ 副問2-1および2-1-1へ
- 3 現在行っていないが、今後行いたい又は行う見込みである ⇒ 副問2-2へ
- 4 現在行っておらず、今後行う見込みはない ⇒ 副問2-2へ

副問2-1 上記で「1 すでに行っている」または「2 過去に行っていたが中止した」と回答した方にお聞きします。それはどのような取り組みです（でした）か。あてはまるもの**すべてに○**をおつけください。

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1 サービスの質改善マニュアルの作成 | 2 自治体独自の事業所等評価の実施 |
| 3 事業所等への行政職員の訪問 | 4 事業所職員を対象とした研修 |
| 5 その他（ ） | |

副問2-1-1 問2で「2 過去に行っていたが中止した」と回答した方にお聞きします。中止した理由は何ですか。あてはまるもの**すべてに○**をおつけください。

- | | | |
|----------|---------|----------|
| 1 予算上の都合 | 2 人員の不足 | 3 効果が不明確 |
| 4 その他（ ） | | |

副問2-2 問2で「3 現在行っていないが、今後行いたい又は行う見込みである」または「4 現在行っておらず、今後行う見込みはない」と回答した方にお聞きします。その理由について、あてはまるもの**すべてに○**をおつけください。

- | | | |
|----------|---------|----------|
| 1 予算上の都合 | 2 人員の不足 | 3 効果が不明確 |
| 4 その他（ ） | | |

Ⅱ. 介護保険施設（介護老人保健施設、介護老人福祉施設）の質の評価についてお聞きます。

問3 施設サービスにおける質の高い介護サービスの提供について、「利用者の QOL の確保」という観点から、重要と思われる要素を 4つまで選び、○をつけてください。また、その中から「最も重要である」と思われる要素を 1つ選び、右側の口の中に番号をご記入ください。

	重要と思われる要素に○をご記入ください (4つまで)
① 個別ケアのアセスメント、サービス計画作成、実施、評価を通じた継続的なケアの実施	
② 利用者が主体的にサービス計画の策定に参画可能	
③ 利用者や家族との適切なコミュニケーション	
④ 居室、食堂、便所、浴室等生活スペースの環境整備	
⑤ 利用者のプライバシーに配慮したケアの提供	
⑥ 利用者の個人情報の保護に係る取り組み	
⑦ 利用者満足度の調査の実施等による利用者の意見の収集	
⑧ 介護技術（栄養管理、口腔ケア、排泄管理、入浴サービス、機能訓練、リハビリ等）の十分な習得	
⑨ 認知症ケアの技術向上	
⑩ ターミナルケア（看取り）の技術向上	
⑪ 施設内事故の防止	
⑫ 感染症や食中毒の予防	

○を付けた要素のうち最も重要と思われる要素の番号を一つお書きください

副問3-1 その他、「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を提供するために重要と思われる要素がありましたら、その具体的な重要性も含め、ご記入ください。

問4 施設サービスにおける質の高い介護サービスの提供について、「地域との連携・参画」という観点から、重要と思われる要素を 3つまで選び、○をつけてください。また、その中から「最も重要である」と思われる要素を 1つ選び、右側の口の中に番号をご記入ください。

	重要と思われる要素に○をご記入ください (3つまで)
① 地域包括支援センターの運営協議会への参加	
② 都道府県・市区町村が主催の研修会への参加	
③ 医療機関との適切な連携（急性増悪や看取り等への対応）	
④ 居宅サービス事業所との連携（在宅復帰に向けて）	
⑤ 地域住民を対象とした介護技術教室等の開催	
⑥ 利用者満足度調査の結果の地域住民への公表	
⑦ 地域住民の介護体験やボランティアの受け入れ	
⑧ 施設内行事への地域住民の受け入れ	
⑨ 認知症地域支援体制構築等推進事業への参画	
⑩ 在宅療養者の支援	

○を付けた要素のうち最も重要と思われる要素の番号を一つお書きください

副問4-1 その他、「地域との連携・参画」という観点から質の高い介護サービスを提供するために重要と思われる要素がありましたら、その具体的な重要性も含め、ご記入ください。

問 5 施設サービスにおいて、質の高い介護サービスを提供するための基盤となる要素として、重要と思われる要素を3つまで選び、○をつけてください。また、その中から「最も重要である」と思われる要素を1つ選び、右側の口の中に番号をご記入ください。

		重要と思われる要素に○をご記入ください (3つまで)
①	職員の資格取得（介護福祉士など）等、キャリア開発に向けた支援	
②	職員の継続的な能力開発の実施（OJT等）	
③	職員が専門的ケア（認知症ケア等）の外部研修を受けるための支援	
④	職員が施設内で事例研究会や勉強会などを実施するための支援	
⑤	有給休暇取得促進や時間外勤務の削減など、職員のワークライフバランスへの配慮	
⑥	幹部職員（経営層）と現場の職員間の円滑なコミュニケーション	
⑦	会計記録の作成やアセスメント等、適切な会計管理の実施	
⑧	同業他事業者との情報交換等を活用した効率的・効果的な事業戦略の展開	
⑨	福祉用具の整備等、適切な施設管理の実施	

○を付けた要素のうち最も重要と思われる要素の番号を一つお書きください

副問 5－1 その他、質の高いサービスを提供するための基盤として重要と思われる要素がありましたら、その具体的な重要性も含め、ご記入ください。

問 6 介護サービスの質を評価する際に、アウトカム指標（結果の指標：利用者の要介護度や身体状況の改善割合など）を用いることは、介護保険施設のサービスの質を向上させることに有効であると考えられますか。介護老人保健施設および介護老人福祉施設それぞれにおいて、各々の①～⑧の指標例を質の評価指標として活用することについて、「有効である」～「有効ではない」の中から番号を1つ選び、○をつけてください。

		介護老人保健施設のサービスの質を評価する際に				介護老人福祉施設のサービスの質を評価する際に			
		有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない	有効である	やや有効である	あまり有効ではない	有効ではない
①	要介護度が改善した者の割合	1	2	3	4	1	2	3	4
②	障害高齢者の日常生活自立度が改善した者の割合	1	2	3	4	1	2	3	4
③	認知症高齢者の日常生活自立度が改善した者の割合	1	2	3	4	1	2	3	4
④	より自立した食事摂取が可能となった者の割合	1	2	3	4	1	2	3	4
⑤	より自立した排泄が可能となった者の割合	1	2	3	4	1	2	3	4
⑥	褥瘡の重症度が改善した者の割合	1	2	3	4	1	2	3	4
⑦	転倒が発生した件数	1	2	3	4	1	2	3	4
⑧	身体拘束を行った件数	1	2	3	4	1	2	3	4

副問 6－1 その他、介護サービスの質を評価するためのアウトカム指標の例がありましたら、具体的にご記入ください。

副問 6－2 介護サービスの質を評価するためにアウトカム指標を用いることは妥当であるかについて、ご意見をお聞かせください。

Ⅲ. 介護サービスの質を向上させる取り組みについてお聞きます。

問 7 以下に示す各々の項目は、**介護サービス全般において（地域密着等含む）、介護サービスの質の向上の観点から**、どの程度有効であると思いますか。各々の項目について、「有効である」～「有効ではない」のいずれかに1つに○をつけてください。

	有効である	有効であるや	有効ではない	有効ではない
① 給付費適正化（ケアプラン内容点検等）の実施	1	2	3	4
② 介護保険法に規定する「介護サービスの情報公表」制度	1	2	3	4
③ 地域密着型サービスの運営基準に規定する「自己評価・外部評価」	1	2	3	4
④ 社会福祉法に規定する「福祉サービス第三者評価」の受審	1	2	3	4
⑤ 指定基準等の法令遵守状況に係る指導監督の実施	1	2	3	4
⑥ 現行よりも厳しい指定基準を設ける	1	2	3	4
⑦ サービスの質が高い事業所は報酬上で加算の対象とする	1	2	3	4
⑧ サービスの質が低い事業所は報酬上で減算の対象とする	1	2	3	4
⑨ サービスの質向上を目的とした事業所対象研修の実施	1	2	3	4

副問 7-1 その他、介護サービスの質を向上させるために有効と思われる取り組みがございましたら、具体的にご記入ください。

Ⅳ. 現在の介護報酬制度等についてお聞きます。

問 8 以下に示す介護保険の各サービス（①～⑯）について、それぞれ以下の質問にお答えください。

- A. 「サービス提供体制強化加算の各々の算定要件を満たすことは、当該サービスが良質であることを反映している」と考えられますか。3つの算定要件のうち質を反映していると考えられる要件**全てに○**をつけてください。（各種サービスにより算定要件が異なるため、該当しない要件の欄は斜線となっています）
- B. 「要介護度や身体状況が改善することは、当該サービスが良質であることを反映している」と考えられますか。「反映している」「どちらともいえない」「反映していない」の中から番号を**1つ選び、○**をつけてください。

A. 各々のサービスにおいて現行のサービス提供体制強化加算の算定要件を満たすことは、当該介護サービスが良質であることを反映しているといえるか				B. 要介護度や身体状況が改善することは、各々のサービスが良質であることを反映しているといえるか		
一定以上の勤続年数を有する従事者割合	介護福祉士の資格を有する従事者の割合	常勤職員の割合		反映している	どちらともいえない	反映していない
① 訪問入浴介護				1	2	3
② 夜間対応型訪問介護				1	2	3
③ 訪問看護				1	2	3
④ 訪問リハビリテーション				1	2	3
⑤ 通所介護				1	2	3
⑥ 通所リハビリテーション				1	2	3
⑦ 認知症対応型通所介護				1	2	3
⑧ 療養通所介護				1	2	3
⑨ 小規模多機能型居宅介護				1	2	3
⑩ 認知症対応型共同生活介護				1	2	3
⑪ 地域密着型介護老人福祉施設				1	2	3
⑫ 介護老人福祉施設				1	2	3
⑬ 介護老人保健施設				1	2	3
⑭ 介護療養型医療施設				1	2	3
⑮ 短期入所生活介護				1	2	3
⑯ 短期入所療養介護				1	2	3

質問は以上です。ご回答いただき、誠にありがとうございました。

資料 2-1. 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

検討委員会報告書

介護サービスにおける質の評価と課題

東北大学大学院歯学研究科 教授 小坂健

1. 評価すべき良い介護サービスとは

介護サービスの質を検討するにあたっては、良い介護サービスとは何かを定義する必要がある。介護保険法によると「要介護者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う（以下省略）」こととなっているが、良いサービスについての具体的な項目は必ずしも明確ではない。英国の医療や介護サービスの質を一元的に評価する機関であるケア・クオリティ・コミッション CQC (Care Quality Commission)における質の高いケアの定義は以下の通りである。

- 安全である
- 良質なケアにより適切な効果が得られる
- 利用者、介護者、家族が利用してよかったと思える
- 疾病予防や自立支援につながる
- 必要な時に必要なサービスが受けられる
- お金を払う価値のある

すなわち、①利用者の安全が確保され、またそのためのリスクマネジメントが適切になされておき、②適切なケアプランに基づいた適切なケアが適切なスタッフによって実施され、③サービス利用者、家族及びスタッフの満足度が高く、④サービスが疾病予防や状態の改善に役立ち、⑤必要なサービスが必要な時に利用でき、⑥介護保険料や自己負担の金額に見合った価値のあるサービスということになる。

これらに加えて、地域包括ケア [地域包括ケア研究会 報告書 厚生労働省, 平成 21 年 5 月 22 日]では、おおむね 30 分以内に駆けつけられる圏域で、個々人のニーズに応じて、医療・介護等の様々なサービスが適切に提供できるような地域での体制の構築により、人生最期の時まで自分らしく生きていけることがうたわれており、介護サービス提供者においては、他の事業者と協同による地域への貢献といった視点も重要である。

2. 介護サービス評価の現状

我が国で、介護サービスの評価に関連する取組が以下の通り既に実施されてきている。新たな評価の導入にあたっては、これらの既存の取組との整合性に十分な配慮がなされる必要がある。

1) 指導・監査

介護保険法上、各事業所において満たすべき基準が定められ、都道府県、市町村が事業所を指定した上で、指導・監督を行っている。介護保険サービスを提供する事業者としての最低基準の遵守状況を確認し、必要に応じて行政処分がなされる。これらの指導・監査のあり方を検討した報告書では、指導・監査の自治体毎のばらつきを無くしていくことや、法令遵守等の自主的な取組を促す観点から、介護サービス情報公表制度、第三者評価制度等を活用するほか、介護支援専門員など専門職や同業者間の相互評価的な取組を推進する必要があると述べられている [介護事業運営の適正化に関する有識者会議報告書 厚生労働省, 平成 19 年 12 月 3 日]。

2) 外部評価

介護サービス情報の公表のため、事業者で現に行われている事柄（事実）を確認調査し、調査結果をそのまま開示することを目的として実施されている。外部評価は主として情報の公開により、被保険者が自らのニーズに応じて良質なサービス（事業者）を選択することに活用することを主眼としている [厚生労働省老健局振興課, 平成 20 年 5 月 23 日]。

この外部評価には、利用者の満足度調査なども含まれているが、サービス利用者の状況は様々であり、認知症等で意思疎通が困難な場合等、全ての利用者の評価を集めることは困難であり、利用者の家族の評価についてもサービスの直接の評価は難しい場合もあり得る。また、満足度ばかりを強調すると、労力の伴うリハビリや機能訓練の代わりにマッサージだけを行うことになるなど、本人にとって安易なサービスになり、良い介護サービスと結びつかない場合もある。

3) 第三者評価

事業者におけるサービスの質、運営内容、経営内容などの良否を専門的に判断・評価し、改善指導等を実施するものである。第三者評価により、サービスの質、運営内容、経営内容等の課題が明確にされることにより、当該事業者が自らの改善に活用される。

4) その他の取組

ISO9001 の取得： ISO International Organization for Standardization（国際標準化機構）の 1 つである。ISO9001 は品質マネジメントシステムであり、PDCA サイクルの確立など、組織内部のシステム構築が必要とされている。社会福祉法人・福祉施設では 86 法人（3.1%）が取得しているとの報告がある。 [社会福祉法人経営の現状と課題 全社協 , 平成 17 年]

3. 評価項目・指標の考え方について

質の評価においては、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの項目を検討する必要がある。介護サービスの評価においては、指標の作成は必ずしも容易でなく、例えば、要介護度の維持改善を指標とした場合には、改善の見込みの少ないがんの末期や神経難病などの進行

性の病気の者が排除され、改善しそうな利用者を集めるような、いわゆるクリームスキミング等、指標改善を目的としただけの介護サービスの本質とは関係のない行動を惹起する可能性がある。さらに、改善しない利用者が非難される、いわゆるビクティム・ブレイミングのような事態が起こりうるため、特にアウトカム指標の導入する場合には、これらの点に十分な配慮が必要である。また、ストラクチャー、プロセス評価で、危機管理マニュアルの作成といった項目が指標となっている場合に、外部のコンサルタント業者が一括して形式的な資料を提供して、体裁だけ整えるといったことが行われている事があるとの指摘もあり、評価が形式的なものだけでなく、実態の把握につながるような仕組みにすることが必要である。

1) 介護の評価の多面性と医療との関係。

介護サービスの評価においては「臨床的なデータを強調しがちであるが、介護は基本的に多面的で、ケアの実践、機能における自立性、生活の質 QOL 及び本人や家族の満足度などを包含する [Mor, 2003]」と指摘されており、様々な観点からとらえる必要がある。

諸外国で試みられている MDS¹等の導入においては、例えば、指標として、インフルエンザワクチン接種率、心臓疾患へのアスピリン投与、糖尿病、高血圧のコントロール、抗うつ剤使用者への甲状腺機能低下のスクリーニング等といったものがある。これらの指標は介護サービスの質というよりは、医療サービスの指標である。我が国の介護サービスではがんの末期や神経難病など徐々に悪化していく者の療養を支援していくといった側面もあり、状態の維持改善だけが、よい介護サービスの指標と言えない場合もある。医療モデルから脱却した指標の選定あるいは開発が必要となる。

要介護度の重い利用者においては、施設入所などしている場合を除き、単一のサービスだけを利用していることは少なく、様々なサービスを組み合わせて利用している。この場合、指標が改善したとしても、組み合わせられ提供される介護サービスのどのサービスが効果的であったのか判定することは困難である。また、ケアプランの質も大きな影響を与える可能性があり、その切り分けはかならずしも容易ではない。

2) 評価の時間軸

施設サービスにおいて、入所者の褥創や尿道カテーテルを装着した者の割合といった、米国等で用いられている指標の場合、どの時間でデータを収集するかが問題となる。評価にある時期の横断的なデータを使用するのか、それとも、ある時間内での前後比較を行うのか検討すべきである。横断的なデータでは、一時点での実態を示しているだけであり、介護サービスの善し悪しによる影響は判断しにくい。また 1 年間などと期間を長くすると、介護老人保健施設などでは入所者の出入りが多いために評価が複雑となる。指標の導入にあたっては、どのような時間軸でデータを収集するのが適切であるか検討を要する。

¹ MDS (Minimum Data Set) 米国の介護施設のケアの改善を目的として開発された介護や支援が必要とされる高齢者の標準化されたアセスメント手法

3) 評価指標のデータ収集について

監査、外部評価等、既に評価に関連する取り組みがあるなかで、新たな評価を実施し、データの収集をする場合には、データ収集に関わる現場の負担を考慮し、既存のデータが可能な限り活用されるべきである。既存データの代表的なものとして、要介護認定審査会資料がある。要介護認定については、要介護認定の対象者に対して、調査員が赴き、74項目について調査を実施し、樹形モデルのデータベースよりコンピュータシステムで介護に必要な時間が算出され、要介護度区分が示される。認定審査会での主治医の意見書等を参考にして決定される[要介護認定 認定調査員テキスト 厚生労働省, 2009年]。全国共通の方法で実施されており、①新たな調査が必要ない、②介護サービスを利用する全ての人で実施されている、③継続的に実施されており、推移の比較が容易である、などのメリットがある。ただし、最終的な要介護度判定の区分をアウトカム評価に使うことには注意が必要である。認定審査会で主治医の意見書などをもとに変更される場合が約2割程度あるといわれていること、要介護度区分（非該当・要支援1～要介護度5）に、ある程度の幅があり、改善があってもその幅のなかでの改善であれば結果として要介護度区分は変わらないことから、必ずしも公平に判断されていない場合がある。（例：要介護度4に近い要介護度3の場合に改善しても、要介護度2に近い要介護度3のままの場合があるし、要介護度2に近い要介護度3であれば、ちょっとした改善でも要介護度2になりうるといった不公平が生じる可能性がある）。介護老人福祉施設の入所者は要介護度5が多く、この場合には悪化する可能性がないので評価指標としにくい。がんの末期、神経難病等の基礎的な疾患が進行する場合や、急な疾病の併発などで、要介護状態が悪化した場合には、介護サービスの利用とは直接関係ない場合もあるので、評価の除外とするなどの対応が必要となる。要介護状態の維持・改善という観点から評価するのであれば、要介護度ではなくて、介護認定審査会資料における第1群：身体機能・起居動作、第2群：生活機能 第3群：認知機能 第4群：精神・行動障害 第5群：社会生活への適応のそれぞれの項目の悪化・改善や要介護認定等基準時間の変化でみるのが適切であろう。

4) 諸外国の状況

○米国での介護領域への評価の導入

米国においては医療機関の評価に平行して、介護サービスの質の評価が試みられている。施設介護サービスへの質の評価に基づく支払い(pay for performance)においては、評価の対象は、スタッフ、施設基準調査、本人家族の満足度が多く、MDSの指標などは比較的少なかった[Becky A., 2009]。

質の評価に基づく支払いの導入により、1980年代のサンディエゴでの32施設の取組では、要介護度の重い者の受け入れ、入所してから90日内の心身機能の向上、迅速に退所し、3ヶ月間以上退所のままでいる等の指標で良い影響が見られている。アイオワ州では質の評価に基づく支払いの導入により、入所者の満足度、職員の回転率などの指標にわずかながら向上がみられている。しかしながら、イリノイ州のプログラムではコスト、医療サービス、施

設の効率や入所者のケアの向上は確認されず、マサチューセッツ州のプログラムにおいても報酬によるインセンティブと質の向上には関係がみられなかったとされている。また、実施上の問題として、質の評価は異なった施設において別々の看護師等により臨床的に評価がなされるので、質の評価は臨床的評価の実施方法の違いを表しているだけといった批判がある [Wu, 2003]。評価者により問題の把握能力が違うので結果に違いが生じ、そのようなバイアスによる結果でも施設のランキングに大きな影響を与えてしまう [Roy J., 2005] といった批判もある。

○英国での介護サービスの評価指標

英国での介護サービスは2000年にケア・スタンダード法 Care Standards Act が制定され、2002年より実施され、さらに2008年の The Health and Social Care Act 2008 により従来の組織 the Healthcare Commission and the Commission for Social Care Inspection、The Mental Health Act Commission が統合されケア・クオリティ・コミッション the Care Quality Commission が医療や介護サービス提供者の監査を実施することとなった。

英国では国の基準 National Minimal Standards for Care Homes for Older People を設定し、それに則って監査をしていくこととなっている。この基準は2003年2月の第3版では、38の項目に分かれている。

-
- ✓ 施設の選択 Choice of Home (Standards 1–6)
 - ✓ 健康と個人のケア Health and Personal Care (Standards 7–11)
 - ✓ 日常生活と社会活動 Daily Life and Social Activities (Standards 12–15)
 - ✓ 訴えと保護 Complaints and Protection (Standards 16–18)
 - ✓ 環境 Environment (Standards 19–26)
 - ✓ スタッフ Staffing (Standards 27–30)
 - ✓ マネジメントと管理 Management and Administration (Standards 31–38)
-

例えば健康と個人のケアの Standard8 の褥創関連では以下の通り、数値による指標と言うよりは、アセスメント等が適切に行われ、それが記録にのこされ、定期的な評価が実施される体制にあること、実際の褥創への治療などへの対応もなされることなどが基準となっている。

- 8.3 教育を受けたスタッフによる褥創についてのアセスメント、早期発見や適切な対応がケアプランに記録される。
- 8.4 褥創の発生率、治療やその結果が個々のケアプランに記録され、定期的な評価がなされている。
- 8.5 組織の治癒を促し、褥創の予防、治療に必要な準備があり、供給される。

ケア・クオリティ・コミッション CQC による監査により、問題が見つかった場合には48時間又は決められた時間内に改善することを伝え、改善計画を提出させるが、それでも改善されない場合には警告書が提出され、最終的に登録の抹消等を執行することとなっている。

4. 介護サービスの質の評価とインセンティブ

介護サービスの質の評価が適切に評価された場合、どのようにそれがサービスの質の向上につながるのか、その有効性についても検討すべきである。評価により競争が起こり、自由なサービスの選択により、質の向上がみられた場合に報酬が上がるなどのサービス提供側のインセンティブによる。しかしながら、我が国の介護老人福祉施設の入所サービスにおいては、需要と供給のアンバランスから、自由にサービスを選択するというよりは、どの施設でも良いから、利用させてもらえばよいといった状況も少なくない。このような場合は、サービス提供者側にサービスの質を上げるインセンティブが明確ではない。評価を、サービス利用者へ公表だけにするのか、3つ星評価のようなものにするのか、直接的に報酬の加算等に反映させるのか、それとも、最低基準を示して、達成されない場合にペナルティとするのか等、評価の活用についても十分に検討しておく必要がある。特に良好なサービス提供者の報酬の上乗せとする場合は、サービス利用者の自己負担に反映されてしまうと算定しない事業所もあることに留意すべきである。

5. 今後の在り方

現状では介護サービスの質の評価を報酬に反映するには、様々な課題があるといえる。介護サービスの質の向上の取組は必要であり、少なくとも、以下の事は推進されるべきであろう。

1 つは現行の監査、外部評価、第三者評価について、それぞれの役割と目的が明確となるように整理することである。監査では全ての地域での介護サービスが、基準などを満たしているかを評価し、最低限のサービスの提供体制を監査する。外部評価では、利用者、家族及びスタッフの満足度等も重点的に調査を実施し、透明性、公平性を確保した上でより分かりやすい形で公表し、サービス選択の資料として活用すべきである。第三者評価ではサービス提供者がその質の向上のために実施するものであるため、第三者評価を定期的に受ける、あるいは ISO9001 の取得をして、質の改善に取り組んでいる事業者には報酬や報酬以外のインセンティブを付与することも検討してもよいのではないかと。

2 つめは、これらの監査、外部評価、第三者評価は多くの時間や労力がかかっているにもかかわらず、現状では結果が有機的に活用されているとは言えない。これらを報告することにインセンティブを付与し、それを要介護認定の資料などと合わせて評価出来るようなデータの収集及び活用体制を構築していくことが必要である。これらのデータから、安全性の高いサービス提供者、利用者の満足度の高いサービス提供者、要介護度の維持改善に関係のあるサービス提供者などの多面的な観点からの、評価指標の作成が可能となるのであり、そのための基盤の整備が望まれる。

参考文献

- Becky A.S., FieldJoann Baril, and Jerry H. GurwitzBriesacherTerry. (2009). Pay-for-Performance

in Nursing Homes. Health Care Financing review/Spring 2009/Volume 30, Number 3.

- Morberg, J. Angelelli, D. Gifford, J. Morris, and T. Moore. V., K. (2003). The Quality of Quality Measurement in U.S. Nursing Homes. The Gerontologist 43:37/Vol.
- Roy J.V. Morand. (2005). The Effect of Provider-Level Ascertainment bias on profiling nursing homes. Stat Med. 15;24(23):3609-29.
- Wu S.C. Miller, K. Lapane, and P. Gozalo N.,. (2003). The Problem of Assessment Bias When Measuring the Hospice Effect on Nursing Home Residents' Pain. Journal of Pain and Symptom Management.
- 厚生労働省. (平成 19 年 12 月 3 日). 介護事業運営の適正化に関する有識者会議報告書.
- 厚生労働省. (平成 21 年 5 月 22 日). 地域包括ケア研究会 報告書. 地域包括ケア研究会.
- 厚生労働省. (2009 年). 要介護認定 認定調査員テキスト 2009.
- 厚生労働省老健局振興課. (平成 20 年 5 月 23 日). 平成 20 年度 第 1 回全国「介護サービス情報の公表」制度担当者会議資料.
- 全社協. (平成 17 年). 社会福祉法人経営の現状と課題.

資料2-2. 要介護高齢者の状態の経年的変化による「角度指標」を用いた 介護サービスの質の評価

国立保健医療科学院 筒井孝子

1. はじめに

今日、わが国で情報・運輸・通信・金融・教育・医療・福祉・公務等の業務的サービスに携わる人々は、全就業者の2/3を占めており¹、しかも増加する傾向にある。このため、これらのサービス業界では、効率的、効果的な労働を創出するためのサービスの評価方法やその質の保証をするためのシステム開発が重要な関心事となっている。

ところで、これまでサービスという用語の訳語として、用役（なんらかの経済的価値を生じると考えられる労働力）、役務（労務、工事、技術などの手間）、奉仕（来客が満足するような心のこもった対応をすること）、徳用（値段を安くしたり、景品をそえたりして売る）等が充てられているが、かなり多義的な言葉として用いられているため、この評価に際しては、慎重な対応が要求されることになる。

例えば、これまで、サービスは有形財（製品のように手にとって見ることができる物）に対する無形財（手にとって見るできないもの）として、同時間に同空間で生産と消費が行われることが多い即時財（an instantaneous commodity）として、あるいは貯蔵、在庫できず、反復使用ができない、サービスが提供されると元に戻す方法がないといった不可逆性、時間や空間が限定されるといった多くの特徴等を勘案されて、マネジメント方法や品質評価方法が研究されてきたという歴史がある。

本稿では、医療・看護・介護分野でのサービスの質の評価について論をすすめることになるが、この分野で特に重要と考えられる性質は、この分野のサービスは、サービスを受け取る対象の人々の属性によって、サービス自体、サービス提供といったプロセスが変化してしまうということであろう。このため、この分野のサービスは提供した際に、対象の変容が極めて多様であるために同じサービスとしての認知が得にくいということも起こりうる。したがって、この領域のサービスを評価する際には、サービスを受ける側の属性を分類し、受ける側からの評価手法を確立するほうが容易であると考えられ、この結果として、受ける側の分類によって、サービス提供内容、方法等の標準化がなされることが前提となる。

しかし、この領域の特に医療分野で顕著にみられるが、利用者と提供者の情報の非対称性が大きいために、利用者側がサービスの適切さを正確に判断できないという問題が生じる。また、サービスは、利用者の満足の程度に応じるため、サービス提供者に臨機の個別対応が要求されるが、こういった場合の要求は、提供者、利用者、それぞれの個人的な属性に強く依存するため、サービス生産工程において、かなりのバリエーションが生じているように見えてしまう。

以上のような理由から、これまで医療・看護・介護の分野のサービスは標準化が難しいと考えられてきた。また、サービスを評価することは、そのサービスの価格や価値を決定することにほかならないが、これは、一般にサービスを消費する利用者の特性や利用者の要求する目的に対する充足の程度が根拠となって決定されるわけだが、サービスは、提供者と利用者の協働によって完成するため両者には密接な相互作用が存在することになり、このようなサービス生産過程への利用者の参加の程度を評価に際して、どのように、あるいは、どの程度、考慮すべきかをについて、結論を得る段階には至っていない。

いずれにしても、本稿のテーマとなる介護サービスの質の評価にあたっては、まずは、サ

サービスの標準化がなければ、質の評価はできない。なぜなら、これは評価が基本的には、ある標準に対する乖離の程度と仮定することが理解しやすいためである。したがって、サービスの質を評価するためには、この標準を設定することが第一の目標となる。しかし、前述のように、この標準の設定そのものが容易ではなく、さまざまな国において、多様な試みがなされてきたにも関わらず、国際的に普遍化されるという段階には至っていないというのが現状である。

ただし、これらの質の評価に関する様々な試みは、この標準化を検討する段階であるわが国にとっては、参考になると考えられる。

2. アメリカ合衆国における介護・看護・医療サービスの質の評価の実際

1) 医療・看護サービスの標準化と評価の考え方

アメリカ合衆国では、医療サービスについては、マネジドケアや医療監査機関（Peer Review Organization）の医療関係者によって、入院審査、侵襲医療行為審査、在院期間審査、給付範囲審査、退院審査、緊急外科手術審査、再入院審査、転院審査等、膨大なデータを基礎として評価が行われてきた。

また、同国の看護領域のサービスの質の評価においては、1994年に看護品質指標のデータベース「看護品質指標の全米データベース（NDNQI：National Database of Nursing Quality Indicators²⁾」が創設され、1995年には急性期医療の看護の質を測定する尺度（21の測定項目）によって病院の業績を測定し、その結果を看護協会併設の「全国看護品質センター（NCNQ：National Center for Nursing Quality）に報告するプログラムである「急性期看護レポートカード（The Nursing Care Report Card for Acute Care）」プログラムが実施されてきた。このように1990年代から合衆国では医療や看護の質の評価に対する取り組みが活発化しているが、こうした質の管理や維持の活動と医療現場における安全管理に関する運動とが結びついた理由は、アメリカ看護師協会（ANA：America Nurse Association）が提唱した「安全と質の主導権（The Safety & Quality Initiative）」活動の影響が大きい。この活動は、定額給付という仕組みやマネジドケアの乱立により、傷ついた看護サービスの質の復活を目指したものである。

結果として、患者へのケア提供成果（業績）を改善することは、患者の安全のために寄与するのだという考え方が、多くの人々の賛同を得られたことで、全米に広がったが、換言すれば、合衆国では、患者の安全が脅かされるほど、看護の質が低下していた歴史があったとも言えるだろう。

例えば、アメリカヘルスケア協会（AHCA：American Health Care Association）は、サービスの質の評価項目として、褥瘡の発生率の削減という指標をあげている。この指標は、「褥瘡の発生率を全入所者の10%以下とする」、あるいは、「抑制/拘束を全入所者の5%以下に削減する」といった数値目標を示してきたが、これは、アメリカ合衆国での入所者の褥瘡の発生率が10%以上で、抑制が5%以上なされてきた事実を示している。なぜなら、合衆国の場合、こういった10%や5%という数値は、臨床現場のデータを用いて、ベンチマークすべき値を示すという方法をとることが少なくないからである。このように臨床データを集め、品質改善に利用する姿勢は、わが国で学ぶべき点であろう。

前述したように、合衆国の品質改善活動は質と患者への成果（Outcome）の両方を結び付け、質が良いということは、安全も担保しているのだという考え方に基づいて行われてきた。このような安全に関する項目やその実施率を示したジョイントコミッション³（JC：Joint Commission）による全米患者安全項目と適合率等のデータは、全世界で閲覧可能であり⁴、こ

ういった現場の透明性の高さについても、わが国は見習うべきである。また、現在、ほとんど閲覧がなく、十分に利用されていないと批判されることが多い、わが国の情報公開制度の見直しの際にも重要な示唆を与えてくれるものと考えられる。

2) 介護サービスの評価

アメリカ合衆国では、医療・看護サービスだけでなく、介護サービス（LTC）についても、IOM(Institute of Medicine)によって質の評価に関わる検討が行われてきている。IOMは、Improving the Quality of Care in Nursing Homesといったナーシングホームにおける規制に関する報告書を発表し、これは1987年にOBRA法の一部となっているが、このOBRA法により、介護サービス（ロングタームケア）提供事業者はMDS（Minimum Data Set）と呼ばれる24の品質指標（QI: Quality Indicator）による評価を行い、1990年以降は、このMDSをベースにした品質指標（QI）開発が米国厚生省によって用いられることになっている。1999年には在宅ケアにOASIS（Outcome and Assessment Information Set）とよばれる品質指標が導入され、メディケア・メディケイド利用者に適用されている。このように公的保険の償還において成果

（Outcome）に関わる指標を用い、これによって質の低い事業者を排除し、これを報告する義務を課すことによってパフォーマンスの改善を事業者に求めるというのが合衆国の状況といえる。

2001年には、IOM から、ロングタームケア（介護サービス）の質に関する2つの報告書が発表された。一つは、「Crossing the Quality Chasm ; A New Health system for 21th Century」という IOM 委員会によるロングタームケアを含む、すべてのアメリカにおけるヘルスケアの質に関するトピックを述べたもので、同報告書では、OBRA 法が適用され、MDS による品質指標による成果（Outcome）の評価がなされた結果、ケアの質は改善されたが、ナーシングホーム入居者の重度化傾向があるため、その生活の質の改善は微細であった⁵と報告されている。

また、看護・医療においては、疾病を罹患する前と比較して、どの程度、身体機能が回復したかで成果が測れるが、ロングタームケアにおいては、伝統的な手法として QOL の最大化、身体機能の維持といったことが成果（Outcome）とされ、ケアの質に関する情報は主観的な要素が大きく、医療や看護よりも評価が難しいと報告されている。

この他に、ロングタームケアの評価においては、成果（Outcome）より、構造（Structure）と過程（Process）に焦点が当てられてきたが、これは、成果（Outcome）より、構造や過程の2つの要素のほうが、計測が容易であるという理由からである。しかし、過程（どのようにケアを提供するか）は、組織の構造（人員配置・設備）に依存する。このため、この2つの要素は、相互の関連度が高く、しかも、実際には個別に評価することは難しいものである。また、文字通り、ロングタームケアは、医療や看護のように短期間での評価ではないため、合衆国をはじめ世界のどの国においても、その評価について、利用者、提供者共に、十分に納得できるような基準が明示されているわけではない。

ただ、合衆国の介護サービス（LTC）における品質改善運動を概観すると、AAHSA(The American Association of Homes and Services for the Aging)という専門職団体におけるQuality Firstといった品質改善項目の開発をはじめとする活動等、各種の民間団体、専門職団体等の私的団体によるキャンペーンからはじまっていることには、注目すべきである。

このように、アメリカ合衆国で民間の事業者が積極的に品質改善活動をしてきた背景には、良質な事業者であるという認定の要求や顧客を獲得するためだけでなく、雇用者や利用者からの圧力によって、サービスの質の改善に着手するインセンティブが事業者側に強く働くよ

うな市場システムが構築されている。

3) 評価設定の主体

わが国における保健医療福祉における「評価設定」は、公、特に厚生労働行政が主体である。しかし、最近の世界的な動向としては、評価の主体は医療提供者や保険者へと移行しつつあり、たとえば、民間病院や医師の団体などが臨床指標や診療標準、臨床成果指標などを設定し、保険者がサービス利用審査（Utilization Review：UR）や業績評価給付加算（P4P）によって実施されたサービスの質基準を設定するなどの動きが顕著となっている。こうした質の改善に関わるプログラムとして、CMS は、P4P（Pay for Performance）と呼ばれる仕組みを導入し、質の改善とコストの削減を同時に進めてきたのである。

一方、わが国では、介護サービスの評価に際して、合衆国の医療機関に対するような医療監査機関もなければ、看護における看護職能団体による品質管理センターもない。さらにいえば、要介護高齢者の属性やその特徴を反映した状態別の介護サービスのあり方も標準化されていない。加えて、提供されたサービスの量やその質を評価する方法も一般化されておらず、利用者の介護現場における安全性を評価する専門機関も設置されていない。現在、行われているのは、事業者には義務づけられた厚生労働省主導の情報公開制度や、東京都等がすすめてきた第三者評価の取り組みだけである。しかも、こうした質の基本的な取り組みを国や自治体といった公的機関が主導して行い、評価の主体が公となっているのが、わが国の現状である。合衆国の例を見ると、前述した通り、品質評価システムの構築が官主導で始められることはほとんどない。

合衆国における品質管理に係わる活動は、一般に個々の病院や事業所が自らの医療・看護サービスの価値を消費者に示す方法として、自らの努力によって行われる。自らの商品である医療・看護・介護サービスの品質を自主的に管理し、消費者である患者や利用者に対して安全性を担保することは、企業体として当たり前の活動と考えられているからである。これらの企業体にとっては、品質を評価する機関の設置は、自らの活動がAuthorizeされ、個々の基準を標準化していくために必要であると考えられているのである。

わが国における介護サービスの品質管理システムも、すでにある現場での品質管理のための活動が前提となって構築され、その標準化に際して政府が何らかの支援をするという方法が本来は、望ましい姿であると考えられる。また、この実現に際しては、実際にサービスを提供する施設や介護事業所等だけでなく、介護サービスの給付管理のマネジメントを実施する市町村等を含み、保険者である市町村によるケアマネジメントそのものの評価も必須となるだろう。

なお、市町村によるケアマネジメントは、当該市町村住民の介護サービスの給付管理という狭義のケアマネジメントに関わらず、地域における介護サービス資源のマネジメントという視点も含まれるべきである。具体的には、地域のソーシャルキャピタルを把握し、地域における包括ケアを担うべく設置された地域包括支援センターを介護予防給付のケアマネジメント支援にとどめず、どの程度、機能させているかということが求められ、これができることによる地域報酬という考え方もあるだろう。しかし、現状ではこうした市町村による地域のマネジメントおよび地域包括ケアの実現度を測る指標は、Authorizeされていない状況にある。

さらに最近、合衆国では、パフォーマンスの達成に対するインセンティブであるP4P（Pay for Performance）の仕組みから、達成ではなく継続してパフォーマンスの改善を行った医療機関

に対して報奨金を出すVBP⁶（Value Based Purchasing）の時代がはじまり、必要のない、あるいは、質が低いがために起こった処置等には、償還しない⁷といった試みがはじまった。

わが国では、介護保険制度が実施され10年が経過し、介護サービスの準市場が形成されたと言われているものの、質を高めようという積極的な動きは、未だ民間事業者や専門職団体の側から起きていない。低質なパフォーマンスのケアを提供する事業者や専門職を締め出し、質の改善を求めるといった市場の効果が発揮されにくい風土があるのかもしれない。これらは、今後のわが国における医療、看護、介護の質の評価システムを検討する際に重要な検討の視点とされるべきであろう。

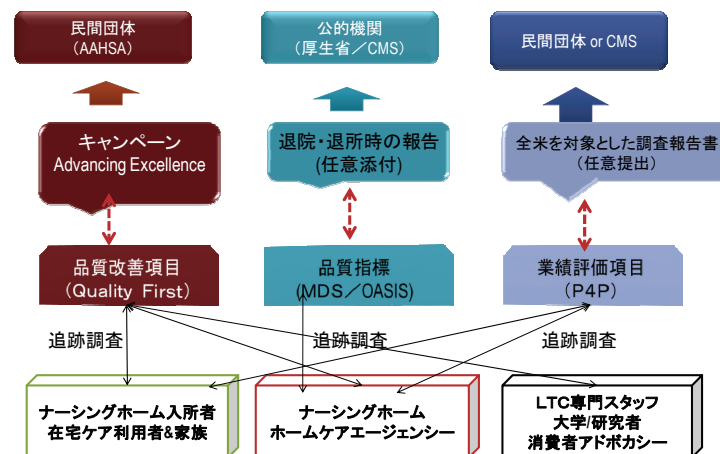


図1 アメリカ合衆国における公私の指標開発フレーム

3. 適正化事業と質の評価

現在、わが国で品質管理に類する活動といえるのは、厚生労働省による介護給付適正化に関する事業であろう。この事業が市町村に求めた内容は、新規要介護認定調査の直営化や認定状況チェックの拡充、地域格差・合議体等格差等の把握・分析、研修・適正化事業等、要介護認定の体制強化、認定審査会における適正な審査判定の徹底といった内容であった⁸。

このように現行の適正化事業は、不適切なサービス給付を除外する、不正受給を行う事業者の排除には有効であろう⁹。しかし、この考え方は、質の評価としては、かなり初期の段階で、いわば不良品の排除という段階である。この不良品がないことを質が高いと評価するのは不適切である。おそらく合衆国の看護サービスの評価で用いられている褥瘡の発生率の低下といった指標を導入することもこれに類するものであろう。

だが、そもそも本質的なことは、事業者のサービス提供体制及び介護報酬請求の適正化のためには、その前提として適切なケアマネジメントが行われていることが示されなければならない。また、このケアマネジメントには、適正なケアプランがあるということが前提となるだろう。さらに論をすすめれば、当該高齢者にとって適切なケアプランが存在するためには、高齢者の生活に必要なサービスのアセスメントが正確にできるアセッサーが必要ということになる。

したがって、本来、介護給付適正化事業の基本となるのは「このような状態」（要介護認定の結果）の高齢者には「どのような種類」の介護サービスが「どのくらい」（提供回数）必要かというサービスの条件設定（ルール定義）を熟知したアセッサーの潤沢な存在である

し、ルールについての認知が、利用者にもなされるということである。

例えば、「こういう状態の高齢者」に「福祉用具サービスとして、杖が提供される」ことは適切でない。あるいは「訪問看護が週に4回」提供されるのは多すぎるので不適切であるといったルールが事前に設定され、公表されており、これを熟知したアセッサーによって、当該高齢者にとって必要なサービスについての計画が作成されることが前提でなければならない。

しかし、こういったアセッサーの養成は、多くの時間がかかるだけでなく、費用も膨大となることから、国家にとって現実的な選択とはいえない。したがって、計画作成は、要介護高齢者の状態情報から、ある程度、自動的に作成できる専門家支援のためのエキスパートシステムの導入が望まれる。この場合、重要となるのが、計画を作成するための条件となるルールづくりである。ルールは、専門家による臨床的な知見によるルールにしても、予後のデータ解析によってつくられるルールにしても、エビデンスがあることが条件となるだろう。

ルールをつくるという初期の段階においては、合衆国でよく用いられるベンチマーク手法も有効であり、例えば、高齢者の状態像別に各福祉用具種類別の利用率を基礎データを基に自治体がルールを作ってしまうという方法もある。こういった介護方法や介護の在り方のルールの標準化を図る際に重要なことは、自国の臨床現場のデータが基礎となるということである。

この臨床データとして、わが国には、要介護高齢者の状態像をミクロ的およびマクロ的の両面から把握できうる要介護認定調査によるデータベースが全国規模で構築されており、これに含まれるデータが臨床現場のデータとして最も有用で利便性も高いものと考えられる。なぜなら、これらのデータは、すでに蓄積されており、新たに収集する必要がないからである。すでに要介護認定調査のデータベースの規模は、2003年の時点で2,500万症例以上に達しており、わが国のみならず、海外においても先例のない、貴重なデータベースとなっている。

したがって、このデータベースに蓄積されている要介護高齢者の状態の属性データと、この属性の特徴を勘案して提供されてきたサービスの種類とその内容は、世界の他のどの国にも存在しない、要介護高齢者の経年的な変化を追うことができるデータベースとも評価できる。

例えば、給付が適正化されているという状態を、「必要な人に適正なサービスを公平に供給でき、この結果のOutcomeとしての要介護高齢者の状態の悪化速度の鈍化の実現」と設定すれば、当該高齢者の状態の悪化速度の鈍化に資するためには、「どのような種類」の介護サービスが、「どのくらい」（提供回数）必要かというルール定義を認定データと給付データから分析し、その結果を基にルールをつくり、これに基づいたケアプランが自動的に作成するエキスパートシステムの構築が仮定されることになる。そして、この自動化プログラムに基づいた給付が正確に実施されることによって、高齢者の特徴に応じた介護サービス給付は、標準化されるという状態となると考えられるだろう。

さらに、良い質のサービスとは、例えば、同じサービスの給付であっても、事業者がサービス提供方法に何らかの工夫を行うことによって、良い指標が示せたことをもって、良い質のサービスとするという評価が可能となる。これは、現行の不良品の排除という意味の質の評価段階から、質の評価が異なった段階に進むことを意味している。

4. 要介護高齢者の状態の経年的変化による「角度指標」の開発

1) 研究の背景

これまで要介護認定データの分析については、大規模な多変量データを用いて、代表的な特徴パターンを抽出するための数理手法を開発し、この手法を適用してきた。この結果、現状の要介護高齢者の状態の典型例は、73次元の状態項目で表現された具体的ベクトルパターンとして抽出することを可能にしている。その結果、わが国の要介護高齢者は、その属性からみて、3つの代表的パターンがあることがわかっている。

今回は、この分析に続き、自己組織化写像法に代表される従来の数理技術では実行が困難な経年的変化のデータを扱うための新たな手法である、計算量が比較的少なく、大規模データに適用可能となる手法を開発し、70,000症例を超える経年的データに適用した。

この手法は、中心値付近に集中して分布する特異なデータの分析において効果を発揮するように設計されていることに特徴がある。要介護認定データは、特異な統計分布に該当しているため、標準的な統計分布モデルではデータの分布を適切にモデル化することができなかった。

そこで本研究では、7次元の多変量データを用い、高齢者の要介護状態は相当に粗視化されたがデータの規模の大きさからは、分析結果における統計誤差は改善されることとなったと考えられる要介護高齢者の経年的変化のモデルを抽出することに成功した。

そこで、本稿では、要介護認定データベースの2001年4月から2004年4月まで約3年間のデータを用いて、要介護高齢者の状態についての経年的分析を実施し、要介護高齢者の状態の経年的変化を予測するための「角度指標」を開発したことを報告する。

2) 研究対象と方法

分析対象としたデータは、要介護認定データに含まれる7項目の中間評価得点、即ち、第1中間評価得点～第7中間評価得点である。健康状態の時間的変化を調べるために、連続する4回の要介護認定において測定されたデータ、即ち、約3年間にわたるデータを用いた。症例数は72,649であり、これらは、それぞれ、同一の高齢者に関する経年的な状態変化を示す記録である。

第 i 回目認定における第 k 中間評価得点を $m_i(k)$ ($i = 1, \dots, 4; k = 1, \dots, 7$) と表す。これらは、0～100点の範囲で分布する ($0 \leq m_i(k) \leq 100$)。下限値は健康状態が最も悪い状態、上限値は最も良い状態に対応する。各得点が表す評価内容は下記の通りである。

- 第1中間評価：麻痺等
- 第2中間評価：移動
- 第3中間評価：複雑な動作
- 第4中間評価：特別な介護
- 第5中間評価：身の回りの世話
- 第6中間評価：コミュニケーション
- 第7中間評価：BPSD（問題行動）

健康状態の時間的推移は、2回の認定における中間評価得点の差分として表現された。第 i 回認定と第 j 回認定の間の第 k 中間評価に関する状態変化は、差分

$$d_{ij}(k) = m_j(k) - m_i(k) \quad (1)$$

で定義される。したがって、差分の分布範囲は

$$-100 \leq d_{ij}(k) \leq 100 \quad (2)$$

である。

第(1)式で定義される差分は中間評価得点について線形である。例えば、健康状態が得点に換算して10だけ改善される（悪化する）過程は、得点が1だけ改善される（悪化する）過程を10回加算的に繰り返して実現される。

しかしながら、現実には、健康状態が10点分改善される（悪化する）過程は、1点分改善される（悪化する）過程の単純な10回分の繰り返しではなく、例えば、最初の1点分は容易に改善するが、改善過程を次々と重ねるにつれてその達成が次第に困難になるような、一様でない改善過程の積み重ねと考えられる。

このような仮説に基づく、隣接する回数の認定において $d_{ij}(k) = 100$ または $d_{ij}(k) = -100$ が実現する過程は極限の過程であり、差分が100または-100に近づくほど実現が難しく、実現確率は0に漸近すると考えることができるだろう。こうして、差分が100または-100となる状況を、それぞれ、無限遠点 $\infty, -\infty$ に漸近する過程としてモデル化できる。

上に述べた考えを具体化するために、差分 $d_{ij}(k)$ と正接関数によって関連付けられた指標 $\theta_{ij}(k)$ を考える。

$$d_{ij}(k) = \tan(\theta_{ij}(k)) \quad (3)$$

$$\theta_{ij}(k) = \tan^{-1}(d_{ij}(k)) \quad (4)$$

これを「角度指標」と呼ぶこととした。

「角度指標」は、要介護状態が変化する方向の角度を想起させるので、このように名づけた。

$$d_{ij}(k) = \pm\infty \text{ では } \theta_{ij}(k) = \pm 90^\circ \text{ であるから、} \theta_{ij}(k) \text{ が分布する範囲は } -90 \leq \theta_{ij}(k) \leq 90 \quad (5)$$

である。 $d_{ij}(k) = \pm 100$ では角度指標は ± 90 に近い値をとる。 $d_{ij}(k) = 0$ に付近では、 $d_{ij}(k)$ のわずかな違いが角度指標における大きな差異をもたらすが、 $d_{ij}(k) = \pm 100$ に近づくにつれて、 $d_{ij}(k)$ の変化に対する角度指標の変動率は小さくなる。

要介護状態の時間的な変化における特徴は、 $d_{ij}(k)$ および $\theta_{ij}(k)$ の度数分布（ヒストグラム）によって捉えることができる。本研究では、得点差分および角度指標いずれについても度数分布の最小区間幅を1とした。また、度数の代表値は区間の中間値とした。例えば、 $0 \leq d_{ij}(k), \theta_{ij}(k) \leq 1$ の区間の代表値は $d_{ij}(k) = 0.5, \theta_{ij}(k) = 0.5$ である。

3) 研究結果

第1中間評価得点～第7中間評価項目に対して、得点差分と角度指標に関する度数分布を求めた。健康状態の時間変化の傾向は、第5中間評価項目において最も顕著に現れたため、以下では $d_{ij}(5)$ および $\theta_{ij}(5)$ の度数分布のみを示した。ただし、その他の中間評価項目についても同様な傾向が認められている。

図2～図4は隣接する認定回の間での得点差分 $d_{ij}(5)$ に関する度数分布である。

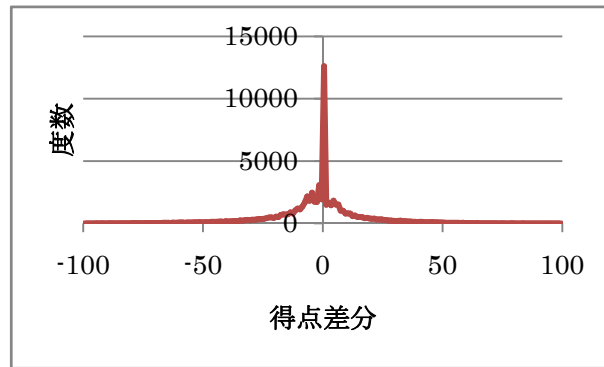


図 2 $d_{12}(5)$ に関する度数分布

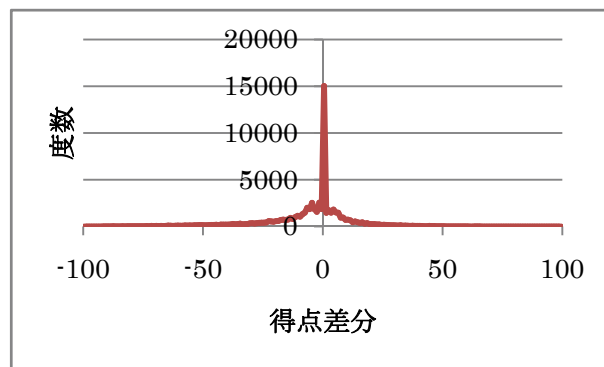


図 3 $d_{23}(5)$ に関する度数分布

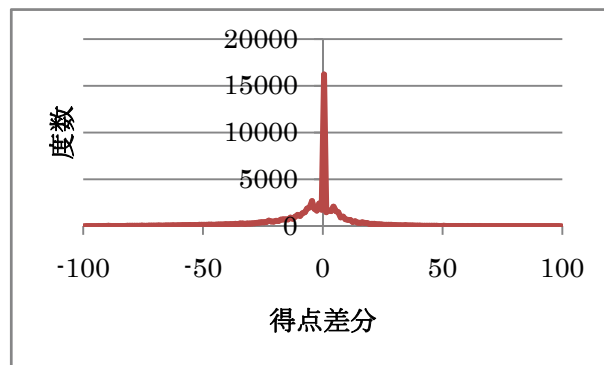


図 4 $d_{34}(5)$ に関する度数分布

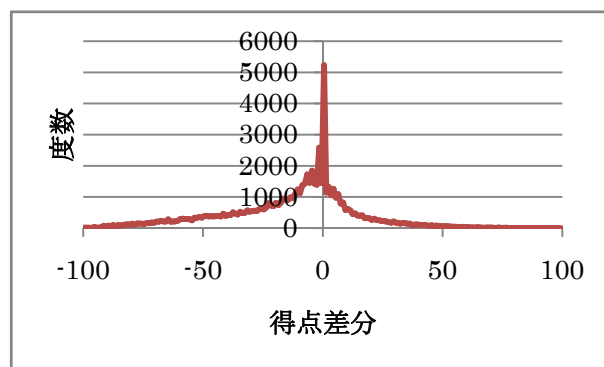


図 5 $d_{14}(5)$ に関する度数分布

第1回目の認定と第4回目の認定との間の差分に関する度数分布を図5に示した。

図5は図2～図4の変化を積算したものに相当する。図2～図5のいずれの度数分布も、差分0（代表値0.5）を中心として、中心付近に度数が集中し、中心値の周りの分布が負値側に偏った左右非対称な構造をもっていた。

図6～図8は隣接する認定回の間での角度指標 $\theta_{ij}(5)$ に関する度数分布である。ただし、角度指標における区間幅1は、得点差分に換算したときに1とは異なることに留意しなければならない。得点差分では度数分布が中心値付近に集中していたが、角度指標では下限側と上限側に度数分布が移動し、下限付近に集中して分布するグループ、中心値に分布するグループ、および、上限値近くに分布するグループの3グループが形成されている。

このように、この手法により、得点差分よりも傾向を識別しやすい効果が認められた。各グループのピーク値の角度指数を得点差分に変換することは、第(3)式を用いて容易に実行できる。

図9は、第1回目の認定と第4回目の認定との間の角度指標に関する度数分布である。下限値付近のグループの規模が増大し、最大多数のグループを形成していた。

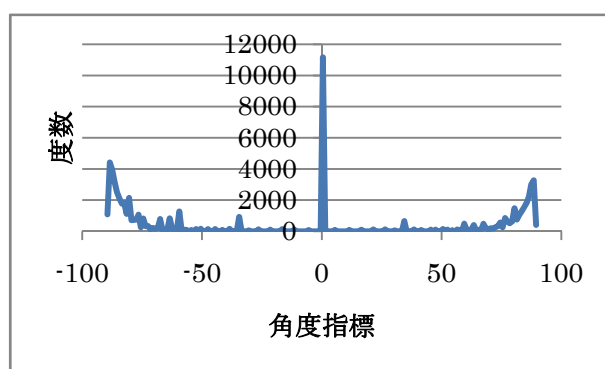


図6 $\theta_{12}(5)$ に関する度数分布

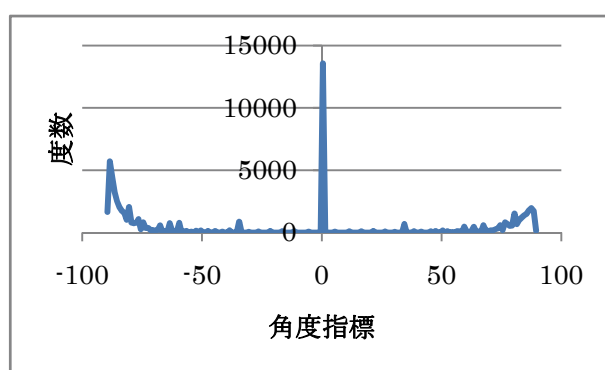


図7 $\theta_{23}(5)$ に関する度数分布

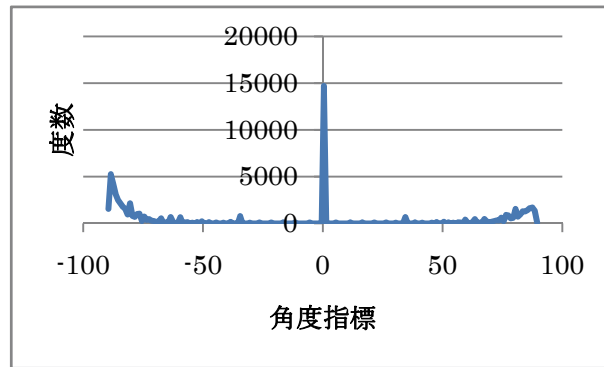


図 8 $\theta_{34}(5)$ に関する度数分布

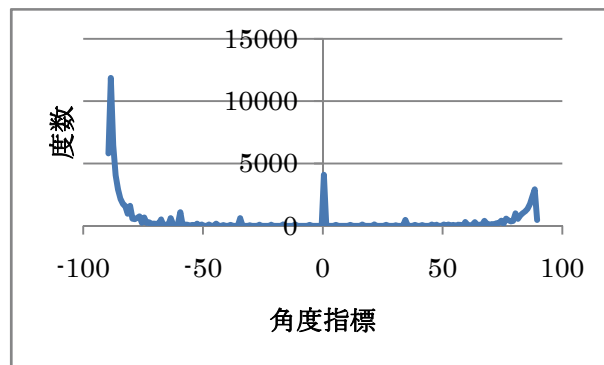


図 9 $\theta_{14}(5)$ に関する度数分布

4) 「角度指標」の開発とその利用

これまで、得点差分の度数分布からは、明瞭に識別できなかった傾向を新たな指標として開発した「角度指標」によって明らかにすることが可能となった。

この角度指標を用い、3 グループが抽出された。これらのグループを代表する角度指標値は、概ね、-88.5、0.01、および、87.5 である。得点差分に換算すると、これらの代表値は、それぞれ、-38.1、0、および、22.9 に対応していた。

この結果、認定回数を経るごとに、要介護状態が悪化するグループが増加していることがわかった。この他のグループとして、悪化も改善も顕著に示さないことを意味するグループが存在することがわかった。さらに、経年的に介護状態が改善されるグループも有意な規模で存在していたことは、重要な知見であった。

本研究において開発されたデータ処理手法は、標準的な統計分布モデルではモデル化が困難な分布、特に、中心値付近に分布が集中した度数分布からの特徴抽出に効果的に機能するものと考えられた。現実のデータは、しばしば、標準的な統計分布モデルとは著しく異なる統計分布をもつ。非線形データ変換は、その妥当性に関する理論的な意味付けが難しいにもかかわらず、現実のデータに対して効果的に機能する場合があります、本研究の対象となったデータはそのような場合に該当すると言えるであろう。

そして、結果として得られた知見は、わが国の介護保険制度の給付対象者となった要介護高齢者集団には、経年的に悪化するグループと、悪化も改善もしないグループと、改善をするグループが明確に分類され、とくに悪化グループには、悪化速度に特定の傾向が見つけられる可能性があるということを示した。

5. おわりに

介護サービスにおける質の評価の段階は、たとえば、アメリカ合衆国のNursing homeで用いられているような、褥瘡の発生率や転倒の有無など、「すでにある諸外国等の指標を日本向きに翻訳して使ってみる」という段階ではない。なぜなら、わが国には、わが国の文化を背景とした介護が存在し、すでに一定の水準で機能しているからである。しかしながら、わが国では、依然として、介護保険制度における介護サービスの良い質を評価する、そして、この良い質のサービスを保証するための監査に関するシステムは整備されていない状況にある。

今回、開発した角度指標は、国民に質が高い介護サービスを効果的に提供するための科学的根拠に基づいた質の評価に関する具体的手法の一つになりえるものである。この角度指標を用いて、悪化速度を詳細に分析し、この速度を鈍化するサービスの種類やその量や、組み合わせを推定するシステムを整えることが、わが国における介護サービス給付の適正化のための基礎データとなる。同時に、これらの悪化速度の鈍化に影響を与える介護サービスに合致する要介護高齢者の属性パターンをさらに詳細に検討することが、介護サービスの質の評価方法を確立する第一歩となるものと考ええる。

引用・注

1 2008年度における日本の産業別就業者割合は、小売業やサービス業などの無形財を扱う第3次産業が68.5%となっており、続いて第2次産業が27.3%、第1次産業が4.2%となっている。（総務省統計局ホームページ. 第12章 労働・賃金. 産業別就業者数.
<http://www.stat.go.jp/data/sekai/12.htm> 2010年4月8日アクセス）

2 アメリカ看護協会のNDNQIは、アメリカ看護協会の看護品質に関してのセンター（NCNQ）のプログラムである。このデータベースには、RN（レジスタード・ナース）満足度の他に患者の転倒率、褥瘡発生率、患者毎の看護提供時間、スタッフ・ミックス、ユニットタイプ等のデータ等が集められている。現在、50の州とコロンビア特別区に位置している700以上の病院がNDNQIに参加している。
http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/NDNQI/NDNQI_1.aspx

3 Joint commissionは独立した、非営利の組織で国の主な標準設定と基準認定している組織体であり、合衆国における15,000のヘルスケア組織を評価、認定を行っている。
<http://www.jointcommission.org/>

4 病院ごとの独自の評価プログラムとしては、Premier Hospital Quality Incentive Demonstration(<http://www.premierinc.com/quality-safety/tools-services/p4p/hqi/index.jsp>)やLeapfrog Hospital Reward program (<https://leapfrog.medstat.com/rewards/>)等があげられる。

5 Wunderlich, G. & Kohler, P. (2001). Improving the Quality of Long-Term Care. Washington, DC: National Academies Press.

6 それまで行われていたP4P (Pay For Performance) に対する批判としては、アウトカムの達成はケアの改善につながっていない、あるいはケアの実施の報告といった書類を提出するだけで報奨金がもらえるといったものがあり、そこでこれらの批判に対して、2008年よりメディケアにおいては、VBP (Value Based Purchasing) が導入された。VBPにおいては、報奨金の対象が、①任意報告から強制報告へ②達成ではなく、継続的なパフォーマンスの改善へ③臨床の質を測る項目から、患者の満足度を測る指標へ、とP4Pから変更となっている。

7 償還しない項目は、Never Event 10 と呼ばれ、10項目で始まった。現在、民間の保険会社もが同様のルールを採用し、入院医療マネジメントが適正であれば、発症が防げたであろう項目について給付の拒否を行っている。また、カリフォルニア病院協会を筆頭に各州の病院協会では安全管理や組織のマネジメント改善に対する教育キャンペーンや指導要領の配布などに力を入れ始めた。現在さらに項目が追加されている。(Sultz, H. & Young, K. (2009). *Health Care USA : Understanding its Organization and Delivery*, 6th ed. Sudbury, MA : Jones & Bartlett.)

8 詳細については、以下の議事録を参照されたい。

第1回介護事業運営の適正化に関する有識者会議議事録

(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/07/txt/s0719-2.txt>)

第2回介護事業運営の適正化に関する有識者会議議事録

(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/08/s0824-5.html>)

9 平成19年6月29日介護給付適正化担当国会議資料において、平成19年度中に各市町村の意見及び実情を踏まえつつ、都道府県としての考え方や目標等を定めた「介護給付適正化計画」を策定し、平成20年度から適正化事業の全国的な展開を目指すものと明記されている (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/s0629-12.html>)。

参考文献・サイト

筒井孝子. (1998). 『入門介護サービスマネジメント』、日本経済新聞社

筒井孝子. (2001). 『介護サービス論』、有斐閣

筒井孝子. (2007). 『マネジメントツールとしての看護必要度』、中山書店

AAHSA. (2008). *10 Elements of Quality: the Framework for Quality First*. Retrieved April, 2010

from American Association of Homes and Services for the Aging:

<http://www.aahsa.org/article.aspx?id=828>

Advancing Excellence Campaign. (2007). *About the Campaign*. Retrieved April, 2010 from

Advancing Excellence in Long-term care Campaign:

http://www.nhqualitycampaign.org/star_index.aspx?controls=about

AHCA. (2007). *Advancing Excellence: AHCA's Quality First Focus for 2006-2008*. Retrieved April,

2010 from American Health Care Association: <http://www.qualityfirstnursinghomes.com>

AHCA. (2007). *Quality First : The Covenant*. Retrieved April, 2010 from American Health Care

Association: http://www.ahca.org/quality/qf_covenant.htm

AHCA/NCAL. (2004). *The Quality Connection : Bridging QualityFirst and the CMS*. Retrieved

April, 2010 from American Health Care Association/National Center for assisted Living:

- <http://www.qualityfirstnursinghomes.com>
- AHCA/NCAL. (2008). *The AHCA/ NCAL Quality award: Benchmark of Performance Excellence*. Retrieved April, 2010 from American Health Care Association/National Center for assisted Living: http://www.ahcancal.org/quality_improvement/quality_award/Documents/2008_qualityAward_brochure.pdf
- AHQA. (2008). *About AHQA*. Retrieved April, 2010 from American Health Care Association: http://www.ahca.org/pub/inside/158_670_2426.cfm
- Aiken, L.H. Sochalski, J. Anderson, G.G.(1996). Downsizing the hospital nursing workforce. *Health Affairs* 15(4) : 88-92.
- CMS. (2002,May 22). *Nursing Homes Quality Initiative*. Retrieved April, 2010 from Centers for Medicare & Madicaid Services: <http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityInits/Downloads/NHQIssaqimergedoc2005.pdf>
- CMS. (2008,August 15). *Quality Improvement Organizations*. Retrieved April, 2010 from Centers for Medicare & Madicaid Services:http://www.cms.hhs.gov/QualityImprovementOrg/01_Overview.asp
- Cohen, J. Spector, W.(1996). The effect of Medicaid reimbursement on quality of care in nursing homes. *Journal of Health Economics* 15(1) : 23-48.
- DesHarnais, S. & McLaughlin, C. (2006). The Outcome Model of Quality .In C.A. McLaughlin, *Continuous Quality Improvement in Healthcare: Theory ,Implementations and Applications*, 3rd ed.(pp.67-94) Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Donabedian, A. John, R.C. Wheeler,J.R. and Wyszewianski, L. (1982). Quality, Cost, and Health: An Integrative Model. *Medical Care*.20(10):975-992.
- Donabedian, A.(1988).The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 260(12), 1743-1748.
- Donabedian, A.(1992).The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin*. 18(11):356-60.
- Grossbart, S. (2008). Effectiveness of Pay for Performance as a Quality Improvement Strategy. *Prescriptions for Excellence in Health care* ,pp.2-4.
- Kellie, S.E. Kelly, J.T. (1991). Medicare Peer Review Organization preprocedure review criteria. An analysis of criteria for three procedures. *JAMA*. 265(10),1265-1270.
- NQF. (2008). *About Us: Mission*. Retrieved April, 2010 from National Quality Forum: http://www.quality_forum.org/about/mission.asp
- O'Brien-Pallas, L. Giovannetti, P. Peereboom, E. and Marton, C.(1995). Case costing and nursing workload: Past, present, and future. Report #95-1.*Quality of Nursing Worklife Research Unit*. Hamilton: Ontario.
- Tonges, M.C. Bradley, M.J. and Brett, J.L.(1990). Implementing the ten-step Monitoring and Evaluation Process in Nursing Practice. *Quality Review Bulletin*. 16(7),264-269.

資料 2-3. イギリスにおけるケアの質向上策—評価を中心に

日本福祉大学大学院 医療・福祉マネジメント研究科長
近藤克則

ケアの質向上は先進国共通の課題である。本報告では、イギリスでのケアの質向上に向けたマネジメントの仕組みや取り組みの中でも、ケアの質評価を中心に紹介し、日本への示唆を考察する。

イギリスにおけるケア提供と質評価の概要

イギリスにおける介護サービスの提供主体は、地方自治体である。介護サービスの必要性を評価するニーズ・アセスメントも、サービスの財源として税金を使うレベルに該当するような低所得・低資産の状況にあるかどうかを調べる資産調査も、地方自治体が行っている。サービス給付あるいはケア提供については、コミュニティ（在宅）ケアと施設ケアに大きく分けられる。

コミュニティケアについては、日本の開業医にあたる **General Practitioner (GP)** や地方公務員であるソーシャルワーカーや介護職員、保健師、訪問看護師、作業療法士などが、必要に応じてチームを組んでケアを提供している。ケアを提供するのは公的セクター（公務員）だけではなく、民間が提供するケアの存在感が増している。民間にも慈善団体と民間企業の二種類ある。イギリスには、多くの当事者団体が慈善団体として活動してきた伝統があり、全国組織として **Age Concern** や **Stroke Association** を始め多くの組織があり、その活動実績が認められ、地方自治体から多くの委託を受けている組織が少なくない。また、個人開業している作業療法士や民間企業なども徐々に増えているようである。施設ケアについても、公的、民間非営利、民間企業の3種類がある。

このように提供されているケアの質評価の取り組みとしては、地方自治体を対象としたものと施設を対象にしたものの二つに区分できる。前者の自治体を対象にした量的な指標によるベンチマークシステムが **Performance Assessment Framework (PAF)** である。一方、施設ケアについては、その質を評価する機関として、後述するように新たに **Care Quality Commission (CQC)** が組織され担当するようになっている。なお、2009 年度以降は、PAF も、CQC によって行われ、その結果は CQC の website から見ることもできる 1)。

以下では、PAF と CQC に分けて紹介する。

PAF (Performance Assessment Framework)

地方自治体は、福祉サービスに限らず、警察や交通など、すべての公共サービスについて、そのパフォーマンスを評価されている。その結果は他の自治体と比較できる形で公表されている。

毎年共通の指標の他に、福祉分野の中でも重点とされる領域の指標が開発されたり、信頼性や妥当性に疑問が出された指標の見直しもなされたりして、毎年改定が加えられている。表 1 に、2007 年度の PAF の一部を示す 1)。2000 年前後に開発された当初には数百の指標が作られていたが、2007 年度には 120 あまりの指標が使われている。

在宅ケア分野の指標の例をあげれば、「新しくサービスを受け始めた高齢者のうち、アセスメントの終了時点から 4 週間以内に、ケアパッケージに入れられたすべてのサービスが提供

された者の％（For new older clients, the percentage for whom the time from completion of assessment to provision of all services in the care package is less than or equal to 4 weeks）」や「7営業日以内に支給された福祉用具などの％（Percentage of items of equipment and adaptations delivered within 7 working days）」などである。また、日本と異なる特徴として、アセスメントの対象となるのは、要介護高齢者の持つ介護ニーズだけでなく、介護者の持つニーズも一緒にアセスメントすべきであることが、介護者の権利を定めた介護者法の中に明記されていることがある。そのことを反映して、「在宅ケアを受けている要介護者を介護している人のうち、介護者向けの特別サービスを受けている者の数（％）（The number of carers receiving a specific carers' service as a percentage of clients receiving community based services）」などの指標も含まれている。施設ケアについて見ると、「施設入所した単身の成人または高齢者のうち個室を与えられたものの％（The percentage of single adults and older people going into permanent residential and nursing care who were allocated single rooms）」などの指標は、施設側でなく自治体側のパフォーマンスを表す指標とされている。

このような数値指標によるベンチマークによるケアの質向上の効果については賛否両論がある。導入した政府や積極的支持派に言わせれば、重点目標を示すことによって、目標達成のための現場の努力が引き出されることが期待される。また、その成果が、他の自治体と比較できる形で公表されることによって、見られているという緊張感を現場にもたらし、ケアの質向上に寄与していると期待されている。その一方で使われている指標が不適切であることを始め、数値目標が優先されすぎて実践を変えるよりもデータ操作がなされている、報告のための書類作成業務が増え利用者に接する時間がかえって削られ質の低下を招いているなどの批判もある。

いずれも現実の一面を捉えていると思われるが、制度導入後すでに約10年が経過しているので、目標管理の仕方や指標の見直しが、今後も重ねられながら、制度としては定着していく可能性は高いと思われる。

Care Quality Commission(ケアの質委員会)

the Health and Social Care Act 2008によって、Healthcare Commissionと、Commission for Social Care Inspection (CSCI), Mental Health Act Commission (MHAC) の機能を統合して Care Quality Commission(ケアの質委員会) が、2009年4月に発足した。Care Quality Commissionは、政府とは独立した regulator である。用語解説 (Glossary) 2) によれば Regulation とは「規制 (rule) を作ったり判決 (adjudication) したりするシステムを通して特定の市場や産業をコントロールすること。多くは政府によって設定された枠組みの中で、独立した組織によってマネジメントされ、規制者 (regulator) によって明確な規制へと解釈される。その目的は、サービスの提供者がその目的に適合していることを国民に保障することである」

医療 (healthcare) に加え成人向けの福祉 (adult social care)、精神保健 (mental health) 分野をも対象とし、事業者から提供されるサービスの安全性と質の確保を目的としている。Care Quality Commission は、2010年度から新しい登録 (registration) システムを施行する。登録が求められる要件の案として、表2が示されている。詳細な基準は、website で入手可能である3)。

表2 登録が求められる要件 (12月に出された試案から抜粋)

ケアや治療の安全性と効果

- 利用者のニーズにあったケアや治療が安全に効果的に行われているか

- 必要な食物を得られているか
- 利用者の自立やプライバシー、個人としての尊厳をサポートする上で、安全で適切な場所でケアや治療をされているか

ケアや治療がその人に相応しく（personalised）公正であるか

- 人々がケアや治療について情報を知らされた上での意思決定に関わっているか
- 自立を支援しているか
- 利用者や家族、介護者を敬っているか

安全で効果的、公正、その人に相応しく（personalised）提供・マネジメントされるよう運営されているか

- リスクマネジメント、質の保証（quality assurance）、臨床的な統治（clinical governance）されているか
 - ケアと治療の提供の記録が残されているか
 - 利用者が必要とするケアや治療を提供するのに、職員が安全で適格（competent）であることをチェックしているか
-

動いている最中であるため、website だけでは得られる情報に制約があるが、事業者には自己評価の報告も求めるようで、それに使われる自己評価表（表 3）も公開されている。

この他にも、CQC は、事業者ごとのパフォーマンスを評価し、比較可能な形で website など公表すること、提供されたサービスが良くないと危惧がもたれた場合の総合的な検証（review）、保健医療と成人の福祉サービス、精神保健に関する議会への年次報告書の提出などの機能を持つという。

以上のように、ケアの質に関心が集まるにつれ、イギリスでは、質を向上させるための専門機関として CQC を設立した。そこでは、自治体レベルと施設レベルの両者を評価の対象としている。また、用いる方法も、量的な指標、質的な項目によるチェック、自己評価など、多様なものを組み合わせている。

まとめー日本への示唆

イギリスの取り組みから我が国への示唆を引き出せば、少なくとも以下の 3 点があげられる。第 1 に、ケアの質評価が医療や福祉領域における政策上の重点課題となってきたことである。イギリスでは、そのための専門機関まで設立していること。第 2 に、ケアの質の評価の難しさを反映して、その方法やシステムの改良を繰り返していることである。第 3 に、そこで用いられるようになってきている方法は、我が国でもすでに制度化されているチェックリスト方式による質的な評価方法だけでなく、量的指標によるベンチマークも導入済みで、自己評価も用いられるなど、それぞれ一長一短がある多様な方法を組み合わせていることである。

今後日本でも、ケアの質評価に向けて、多様な方法を組み合わせ、現実に適用し、評価を加え、よりよいものへ改良するというプロセスを重ねて、我が国の実情にあった形のケアの質評価システムの開発が望まれる。それは、相当の作業量と専門性が必要と予想されることから、集中的に取り組む機関や人材の集積も検討すべき課題と思われる。

1) Care Quality Commission の website にある PAF08-09

<http://www.cqc.org.uk/guidanceforprofessionals/councils/annualassessments/annualperformanceassessment2008/09.cfm>

2) Department of Health: A consultation on the framework for the registration of health and adult social care providers.

http://www.dh.gov.uk/en/Consultations/Closedconsultations/DH_083625, 2008

3) Care Quality Commission の website にある ガイダンス

Guidance on meeting new essential standards of quality and safety

http://www.cqc.org.uk/newsandevents/newsstories.cfm?cit_id=35743&FAArea1=customWidgets.content_view_1&usecache=false

別添資料

表 1 PAF 07/08Excel ファイル

表 3 自己評価表

表1 PAF 07/08Excelファイル

2007-2008 PAF INDICATOR		AO/80.1	AO/80.2	AO/80.3	AO/80.6	AO/A80	AO/B11.1	AO/B11.2
Version of November 2008		Number of drug misusers triaged into treatment in the year who were discharged after 12 weeks or who remain in treatment beyond a 12 week period or who successfully completed treatment within 12 weeks	Number of drug misusers triaged into treatment in the year	Number of drug misusers triaged into treatment in the year who were discharged after 12 weeks or who remain in treatment beyond a 12 week period or who successfully completed treatment	Agreed target for the Drug Action Team (expressed as a percentage) of numbers sustained in treatment (defined as for component 1)	Ratio of the percentage of drug misusers triaged into treatment in the year who were discharged after 12 weeks or who remain in treatment beyond a 12 week period or who were successfully	The number of households receiving intensive home care (More than 10 contact hours and 6 or more visits during the week) during the sample week.	The total number of weeks all adult client groups and older people were supported in residential and nursing care during the year (including both permanent and temporary residents and including former Preserved Rights
		Source: National Drug Treatment Monitoring Scheme and local Drug Action Teams	Source: National Drug Treatment Monitoring Scheme and local Drug Action Teams					Source: KS1
								Source: KS1
Metropolitan Districts								
204 204	Barnsley	444	511	87	75	115.85	635	1,878
406 406	Birmingham	2,218	2,468	90	85	105.73	2,210	7,146
304 304	Bolton	610	730	84	82	101.90	560	1,648
209 209	Bradford	1,074	1,198	90	85	105.47	854	3,426
305 305	Bury	256	314	82	82	99.43	375	1,312
210 210	Calderdale	333	357	93	85	109.74	364	1,347
407 407	Coventry	611	611	87	85	102.24	671	1,901
205 205	Doncaster	474	552	86	85	101.02	649	2,033
408 408	Dudley	528	587	90	85	105.82	644	2,056
106 106	Gateshead	459	515	89	80	111.41	563	1,882
211 211	Kirklees	507	554	92	80	114.40	611	2,551
315 315	Knowsley	442	502	88	85	103.59	549	1,489
212 212	Leeds	1,243	1,407	88	85	103.93	1,252	4,760
316 316	Liverpool	1,496	1,759	85	85	100.06	1,083	3,966
306 306	Manchester	783	968	81	82	98.64	1,436	3,615
107 107	Newcastle upon Tyne	477	531	90	84	106.94	918	2,570
108 108	North Tyneside	282	282	88	85	103.05	300	1,657
307 307	Oldham	264	323	82	85	96.16	2,012	2,012
308 308	Rochdale	406	462	88	84	104.62	541	1,746
206 206	Rotherham	365	377	97	85	113.90	569	1,979
309 309	Salford	350	399	88	84	104.43	772	1,967
409 409	Sandwell	388	463	84	85	98.59	722	2,281
317 317	Sefton	618	708	87	87	100.33	701	2,724
207 207	Sheffield	710	764	93	78	119.14	1,571	4,828
410 410	Solihull	185	216	86	83	103.19	424	1,232
109 109	South Tyneside	260	282	92	82	112.44	485	1,387
318 318	St. Helens	353	380	93	85	109.29	450	1,388
310 310	Stockport	289	327	88	84	105.21	614	1,912
110 110	Sunderland	615	694	89	83	106.77	564	2,244
311 311	Tameside	318	443	72	84	85.46	622	1,910
312 312	Trafford	301	354	82	82	103.69	417	1,389
213 213	Wakefield	538	591	91	85	107.10	799	2,466
411 411	Walsall	404	479	84	85	99.23	630	2,041
313 313	Wigan	460	587	78	85	92.19	597	2,009
319 319	Wirral	665	665	88	85	102.96	847	3,030
412 412	Wolverhampton	636	703	90	85	106.44	445	1,605
Shire Counties								
610 610	Bedfordshire	344	373	92	85	108.50	718	2,231
612 612	Buckinghamshire	370	421	88	80	109.86	676	2,329
623 623	Cambridgeshire	395	469	84	85	99.08	1,489	3,713
320 320	Cheshire	639	745	86	85	100.91	1,461	4,824
902 902	Cornwall	533	593	90	85	105.74	863	3,707
102 102	Cumbria	549	685	80	85	94.29	1,075	3,556
506 506	Derbyshire	644	718	90	75	119.59	1,770	5,717
912 912	Devon	549	588	93	85	109.84	1,001	5,495

Annual Quality Assurance Assessment

Care homes for older people

Part 1: Self Assessment

Electronic

Please fill in this form using black ink.

Using this electronic Word version: To use this form version please follow the guidelines below:

- To put text into a text entry box, click within the box to the left side.
- To move from text entry box to another box use the tab key on your keyboard.
- You may overwrite any text you have typed by highlighting and deleting the text.
- To mark 'checkboxes' point your mouse on the box and click.

To be filled in by you:

Name of your service:			
Your service number:			
Address of your service:			
		Postcode:	
Your name:			
Your job title:			
Your phone number:			
Your Email address:			
Your website address:			
Date that you sent the form to us: (dd/mm/yyyy)			

The completed form should be returned as an e-mail attachment to your regional CQC office. Or, if you prefer, print off a copy and post it to us at:

Care Quality Commission

National Correspondence

Citygate

Gallowgate

Newcastle Upon Tyne NE1 4PA

Eastern Region	Email: enquiries.eastern@cqc.org.uk
London Region	Email: enquiries.london@cqc.org.uk
North East Region	Email: enquiries.northeastern@cqc.org.uk
North West Region	Email: enquiries.northwest@cqc.org.uk
South East Region	Email: enquiries.southeast@cqc.org.uk
South West Region	Email: enquiries.southwest@cqc.org.uk
West Midlands Region	Email: enquiries.westmidlands@cqc.org.uk
Yorkshire and Humberside	Email: enquiries.yorkshirehumberside@cqc.org.uk

We have written guidance to help you when you fill in this annual quality assurance assessment. It tells you:

- Why we are asking you to fill it in
- What we are looking for you to say in the annual quality assurance assessment
- What to do when you have filled it in
- What we will do when we have received it from you

This guidance can be found on our website at: www.cqc.org.uk

We will hold and process your personal information so that we meet the Data Protection Act 1998. You can get further information about this on our website at www.cqc.org.uk 
from our customer services helpline on 03000 616161.

1. The views of people who use our services

We do the following to ensure that the views of people who use our services are promoted and incorporated into what we do:

We have made the following changes as a result of listening to people who use our services:

We are planning to make these further changes as a result of listening to people who use our services:

2. Equality and Diversity

We do the following to ensure that race, gender identity, disability, sexual orientation, age, religion and belief are promoted and incorporated into what we do:

We have made the following changes to ensure that equality and diversity has been promoted within our service:

We are planning to make these further changes to promote equality and diversity:

3. Barriers to improvement

We have found that during the last 12 months the following issues have made it hard for us to improve as much as we would have liked:

We have tried to reduce the impact of these barriers by:

4. Value for Money

We know that we give a service that provides value for money because:

Annual Quality Assurance Assessment

Care homes for older people

National Minimum Standards outcome area:	National Minimum Standards:
Choice of Home	1, 2, 3 , 4, 5 and 6 (the key standards are in bold)
What we do well:	
Our evidence to show that we do it well:	
What we could do better:	
How we have improved in the last 12 months:	
Our plans for improvement in the next 12 months:	

National Minimum Standards outcome area:	National Minimum Standards:
Health and Personal Care	7, 8, 9, 10 and 11 (the key standards are in bold)

What we do well:

Our evidence to show that we do it well:

What we could do better:

How we have improved in the last 12 months:

Our plans for improvement in the next 12 months:

National Minimum Standards outcome area:	National Minimum Standards:
Daily Life and Social Activities	12, 13, 14 and 15 (The key standards are in bold)

What we do well:

Our evidence to show that we do it well:

What we could do better:

How we have improved in the last 12 months:

Our plans for improvement in the next 12 months:

National Minimum Standards outcome area:	National Minimum Standards:
Complaints and Protection	16, 17 and 18 (the key standards are in bold)
What we do well:	
Our evidence to show that we do it well:	
What we could do better:	
How we have improved in the last 12 months:	
Our plans for improvement in the next 12 months:	

National Minimum Standards outcome area:	National Minimum Standards:
Environment	19 , 20, 21, 22, 23, 24, 25 and 26 (the key standards are in bold)

What we do well:

Our evidence to show that we do it well:

What we could do better:

How we have improved in the last 12 months:

Our plans for improvement in the next 12 months:

National Minimum Standards outcome area:	National Minimum Standards:
Staffing	27, 28, 29 and 30 (the key standards are in bold)
What we do well:	
Our evidence to show that we do it well:	
What we could do better:	
How we have improved in the last 12 months:	
Our plans for improvement in the next 12 months:	

National Minimum Standards outcome area:	National Minimum Standards:
Management and Administration	31 , 32, 33 , 34, 35 , 36, 37 and 38 (the key standards are in bold)

What we do well:

Our evidence to show that we do it well:

What we could do better:

How we have improved in the last 12 months:

Our plans for improvement in the next 12 months:

Brief summary of our comments made within this Annual Quality Assurance Assessment:

What our service does well:
How we have improved in the last 12 months:
What we could do better, and how we are going to do this:

We have given you 25 rows in the form below, however you will probably not need to use them all. The **guidance** will tell you how many people we need you to give us the details of. You should **read the guidance** before filling in these forms. It will help you understand what we want you to do, and will explain why we want you to do it. We need this information but you can use your own format if it is easier for you. **Note: In the sections where you are required to answer 'Yes' or 'No' please use an 'X' to respond. For example, if a person started using your service in an emergency place an 'x' in the 'yes' box**

Ref. of person using your service	Age	Gender	Ethnicity	Did the person start using your service in an emergency?		Does the person have complex or individual funding arrangements?		Does the person have active family or advocate support?		Does the person have significant involvement with health or social care professionals?		Does the person have communication difficulties?		Is there any additional information you think we need to know?
				YES	NO	YES	NO	YES	NO	YES	NO	YES	NO	
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		

Part 2: Dataset

Note: In the sections where you are required to answer 'Yes' or 'No' please use an 'X' to respond. For example, if you have portable electrical equipment, place an 'x' in the 'yes' box

About the Service:

1. Maintenance of Equipment

Has the following equipment, as applicable, been serviced or tested as recommended by the manufacturer or other regulatory body?

	Do you have this equipment?		Date of last review or certificate					
	Yes	No	M	M	Y	Y	Y	Y
Premises electrical circuits	☐	☐						
Portable electrical equipment	☐	☐						
Lifts/stair lifts	☐	☐						
Hoists [including portable]	☐	☐						
Fire detection and alarm	☐	☐						
Fire fighting equipment	☐	☐						
Emergency lighting	☐	☐						
Emergency call equipment	☐	☐						
Heating system	☐	☐						
Soiled waste disposal	☐	☐						
Gas appliances	☐	☐						

2. COSHH

Do you have written assessments on hazardous substances [Control of Substances Hazardous to Health]?	Yes	No
	☐	☐

3. Drugs and medication

		Yes	No	N/A
3a	If you provide nursing care, is equipment used for disposal of drugs and sharps provided through a contract with a specialist disposal service?	☐	☐	☐
3b	Have any of the following controlled drugs been administered or stored in the home in the past 12 months: morphine, dexamphetamine, diamorphine, pethidine, fentanyl, methadone, methylphenidate?	☐	☐	☐

		Yes	No	N/A
3c	Have any other 'Schedule 2' controlled drugs [not named in Question 9b] been administered or stored in the home in the past 12 months?	☐	☐	☐
3d	Does the service obtain a stock of controlled drugs for use in the home [instead of individually prescribed drugs for named residents]?	☐	☐	☐
3e	Have there been any serious incidents involving controlled drugs, within the past 12 months?	☐	☐	☐

4. Infection control

		Yes	No	N/A
4a	Do you have an action plan to deliver best practice in prevention and control of infection?	☐	☐	☐
4b	How many of your staff have received training in prevention and control of infection?			

5. Nutritional Screening

		Yes	No	N/A
5a	Do you carry out nutritional screening on everyone admitted to your service?	☐	☐	☐
5b	If so, do you repeat the screening for people at risk of malnutrition?	☐	☐	☐
5c	Do you take actions to meet the needs of people at risk of malnutrition?	☐	☐	☐
5d	How many of your staff have received training in malnutrition care and assistance with eating, (including those who prepare and serve food)?			

6. Policies & Documents

Policy/Procedure/Codes of practice Care Homes for Older People and Adults Aged 18 - 65								
	Do you have the policy/ procedure/ code in place?		Last review					
	Yes	No	M	M	Y	Y	Y	Y
Access to files by staff/users	☐	☐						
Accidents to service users	☐	☐						
Aggression toward staff	☐	☐						
Annual development plan for quality assurance	☐	☐						
Bullying	☐	☐						
Communicable diseases and infection control	☐	☐						
Clinical procedures	☐	☐						
Code of conduct	☐	☐						
Concerns and complaints	☐	☐						
Continence promotion	☐	☐						
Control of substances hazardous to health	☐	☐						
Confidentiality and disclosure of information	☐	☐						
Contact with/ visits by family and friends	☐	☐						
Control, storage, disposal, recording and administration of medicines	☐	☐						
Dealing with violence and aggression	☐	☐						
Death of a service user	☐	☐						
Discharge of service users, including planned discharge, and termination or self-discharge at short notice	☐	☐						
Disclosure of abuse & bad practice (Whistle blowing)	☐	☐						
Disposal of clinical waste	☐	☐						
Emergency admission and detention Mental Health Act 1983	☐	☐						
Emergencies and crises	☐	☐						
Equal opportunities, diversity, and anti-oppressive practice	☐	☐						
Fire safety	☐	☐						
First aid	☐	☐						
Food safety and nutrition	☐	☐						
Gifts to staff	☐	☐						

Policy/Procedure/Codes of practice								
Care Homes for Older People and Adults Aged 18 - 65								
	Do you have the policy/ procedure/ code in place?		Last review					
	Yes	No	M	M	Y	Y	Y	Y
Health and safety (Health and Safety at Work Act 1974)	☐	☐						
EC Regulation 852/2004 and the Food Hygiene (England) Regulations 2006	☐	☐						
Individual planning and review	☐	☐						
Induction and foundation training (now Common Induction Standards)	☐	☐						
Management of service users money, valuables and financial affairs	☐	☐						
Missing service users	☐	☐						
Moving and handling	☐	☐						
Nursing/treatment/care guardianship under Mental Health Act Regulations 1983 and Mental Health Act Code of Practice 1983	☐	☐						
Physical intervention, restraint	☐	☐						
Pressure relief	☐	☐						
Racial harassment occurring between service users; between staff; by staff; or by service users on staff	☐	☐						
Record keeping	☐	☐						
Recruitment and employment including redundancy	☐	☐						
Referral and admission	☐	☐						
Safeguarding adults and the prevention of abuse	☐	☐						
Sexuality and relationships	☐	☐						
Smoking and use of alcohol and substances by users, visitors and staff	☐	☐						
Staff grievance and disciplinary procedures, staff supervision	☐	☐						
Values of privacy, dignity, choice, fulfilment, rights and independence	☐	☐						
Working with volunteers	☐	☐						

About People who use your Service

7. General Occupancy

7a	Number of people admitted in the last 12 months [not including short term/temporary]	
-----------	--	--

	residents]	
7b	Number of short term/temporary residents in the last 12 months (specialist, wholly respite services, put N/A)	
7c	Number of permanent discharges in the last 12 months	
7d	Number of placement breakdowns in the last 12 months	
7e	Number of residents aged 16-17 in the last 12 months	
7f	Does this service cater for children under the age of 16?	Yes ☐ No ☐
	If yes, how many have received a service in the past 12 months?	

8. Significant areas of needs

<i>Please give the number of people with the following needs on the day this form is filled in:</i>		
	Number with this need	
People who are bed fast		
People who require help with dressing/undressing		
People who require help with washing/bathing		
People who require help going to the toilet		
People who are singly incontinent [urine or faeces]		
People who are doubly incontinent		
People who have dementia		
People who have other mental health needs		
People who have a learning disability		
People who have a physical disability		
	Day	Night
People who normally require two or more staff to help with care		
People who require help/supervision/prompts to eat meals		
People who have impaired vision		
People who have impaired hearing		
People whose first language is not English		
People who have specialist communication needs		
People who have alcohol dependence		
People who have drug dependence		

9. Diversity of people using your service

9a Gender

Please give the number of people in each group:

Female		Male		Transgender*	
--------	--	------	--	--------------	--

*Where people have been prepared to share this information voluntarily

9b Ethnicity

Please give the number of people in each ethnic group:

White

British		Irish		Any other White background	
---------	--	-------	--	----------------------------	--

Mixed

White and Black Caribbean		White and Black African	
White and Asian		Any other Mixed background	

Asian or Asian British

Indian		Pakistani	
Bangladeshi		Any other Asian background	

Black or Black British

Caribbean		African		Any other Black background	
-----------	--	---------	--	----------------------------	--

Chinese or other ethnic group

Chinese		Any other	
---------	--	-----------	--

Not known

9c Religion/faith

Please give the number of people in each group:

Christian [including Church of England, Roman Catholic, Protestant, non-Conformist, and all other Christian Denominations]				
None		Buddhist		
Hindu		Jewish		
Muslim		Sikh		
Any other religion [Please state]				
Not known				

9d Sexual orientation

Please give the number of people in each group:

Bisexual		Gay Man	
Lesbian/Gay Woman		Heterosexual/Straight	
Not known			

10. Complaints, protection and other events

This section relates to the last 12 months before the day this form is filled in:		
10a	Number of complaints received	
10b	Percentage of complaints resolved within 28 days	
10c	Number of complaints upheld	
10d	Number of complaints waiting for an outcome on the day this form is filled in	
10e	Number of incidents when restraint was used	
10f	Number of safeguarding adults referrals made	
10g	Number of safeguarding adults investigations	
10h	Number of referrals to the Protection of Vulnerable Adults List [POVA]	
10i	Number of admissions to Accident & Emergency [or Emergency Medical Unit] but not via a GP or consultant	
10j	Number of deaths (a) at the home	
	(b) at hospital or hospice	
10k	Number of people admitted to your home in the last 12 months who have since developed pressure ulcers.	

11. Contracts

11a	How many people, who are privately funded, have a written contract?		
11b	How many people, whose care is funded by a council or health trust, have a copy of the agreement specifying the arrangements made?		
11c	Have you, or your organisation, reviewed all the contracts for people whose places are privately funded?	Yes ☐	No ☐
11d	Do you make a copy of the latest CQC/CQC inspection report on the home available to all new and existing people who use your service?	Yes ☐	No ☐

12. Care and Support

<i>Please fill in for current residents including temporary absences:</i>				
1	2	3	4	5

13. Staffing

13a	Number of shifts, in the past 3 months, which have been covered by temporary staff, or staff from an agency:	
	Nursing	
	Care	
	Senior care	

13b	Number of current permanent staff who have received training in safe food handling. Put X in the box if the category isn't applicable for your home.	
	Catering staff	
	Care staff	

13c	Do you have a staff development programme that meets the National Minimum Standards for your service?	Yes	No
		☐	☐

13d	Recruitment checks - Did all the people, who have started work in your home in the last 12 months, [Permanent; temporary; agency; volunteer] have satisfactory pre-employment checks?	Yes	No
		☐	☐

Notes

--



Corporate member of
Plain English Campaign.
Committed to clearer communication.

283

ANNUAL QUALITY ASSURANCE ASSESSEMENT

Care Homes for Older People

Workforce Questions

If you have completed the relevant parts of the Skills for Care (SfC) National Minimum Dataset for Social Care (NMDS-SC) you do not need to fill in this Appendix.

Instead go to the NMDS-SC-ONLINE website (www.nmds-sc-online.org.uk) and download the NMDS-SC AQAA Workforce Report for your service. That report is automatically produced from your NMDS-SC. You can send that report to us, with this AQAA, and leave this Appendix blank.

If you have not filled in the relevant parts of SfC's NMDS-SC, please fill in this Appendix. The relevant parts of the NMDS-SC are the information about your service and about individual workers.

1. Staffing:

1a	Number of full time care staff/registered nurses	
1b	Number of part time care staff/ registered nurses	
1c	Number of other staff not care/registered nurses	
1d	Number of hours worked by registered nurses in the 7 days prior to the day this form is filled in	
1e	Number of hours worked by care staff in the 7 days prior to the day this form is filled in	
1f	Number of hours worked by support, but not personal care, staff in the 7 days prior to this day the form is filled in	
1g	Number of hours worked by other staff in the 7 days prior to the day this form is filled in	
1h	Number of care staff/registered nurses who have left employment in the home in the last 12 months	
1i	Number of female care staff	
1j	Number of male care staff	

2. Staff Training and Qualifications:

2a	Number of permanent care workers	
2b	Number of staff who have completed the induction training expected by the NMS (described and recommended by Skills for Care)	
2c	Number of permanent care staff with NVQ 2 level 2 or above (The NVQ is in Care or Health and Social Care)	

3. Staff Ethnicity:

Number of permanent care workers / registered nurses who are:

White				
British		Irish		Any other White background
Mixed				
White and Black Caribbean		White and Black African		
White and Asian		Any other Mixed background		
Asian or Asian British				
Indian		Pakistani		
Bangladeshi		Any other Asian background		
Black or Black British				
Caribbean		African		Any other Black background
Chinese or other ethnic group				
Chinese		Any other		
Not known				

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なく、互いが有機的に連関している。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連関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が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、その手がかりを得るために、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. 米国のナース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 ナースングホームへ 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、米国のナース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) にナース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、多くのナース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、ナース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スングホーム数も全体の 6 割以上を占めていることから、ナース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、ナース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スングホーム改革法 (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 月からナース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、ナースングホーム側および行政側の両方が利用者の身体的・医学的状态、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を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サーチ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
妥当性が 「とても高い」 (係数 0.45 以上)	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
「妥当」 (係数 0.3 以上)	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広げた。

（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 ケ所 (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、宗教などがない土地で 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、少なくとも要介護度認定という 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、要介護度認定は要介護度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 年はかかると考えられる。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け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 はナースিংホームレベルで、パーセント値を用いて全ナースিং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 はナースিং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スিং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 年もの月日をその違和感・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、すでにナースিং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スিং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スিং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・課題などを少なくとも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_category20/217B568F6C4A32F149256D55002AF896?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、これの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

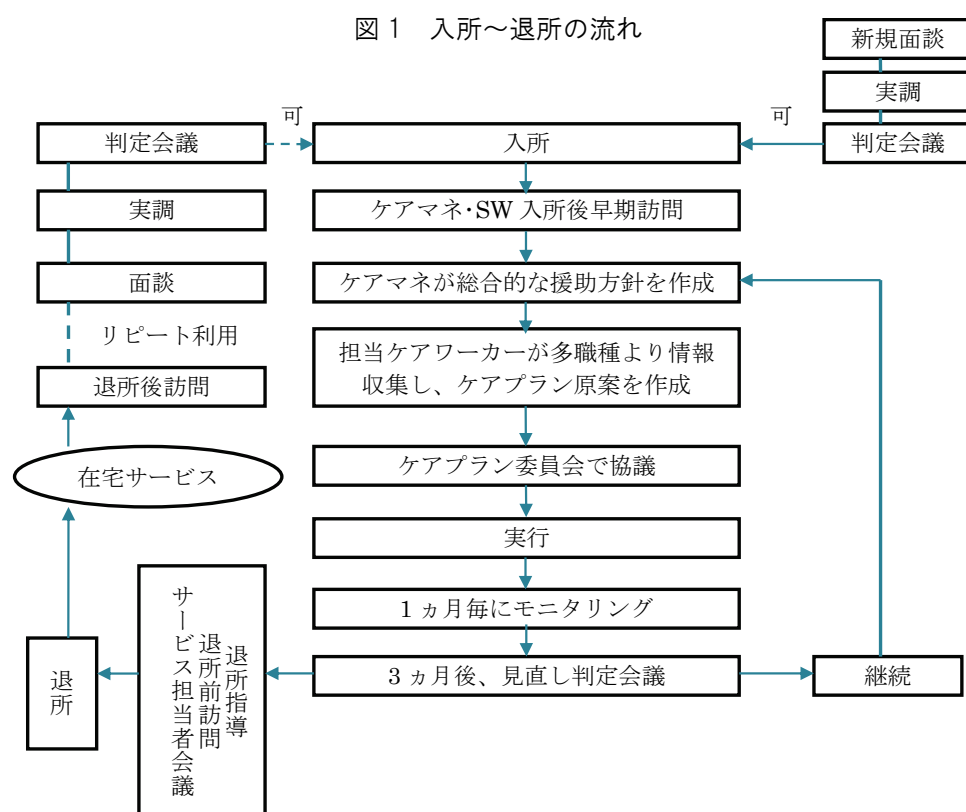
三重県津市にある医療法人緑の風・介護老人保健施設いこいの森（平成 9 年開設）は定床数 100、通所定員 50 であり、有床診療所、グループホーム、居宅介護支援事業所、訪問

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、ここまでに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られ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できるようになりたい ・・・ (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持ち、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면을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)