

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）  
平成 12 年度 研究報告書

介護保険制度下における介護サービスの質の評価に関する研究

平成 13 年 3 月

主任研究者 筒井 孝子

国立公衆衛生院 公衆衛生行政学部（国立医療・病院管理研究所 併任）

平成 12 年度厚生科学研究費補助金（長寿科学総合 研究事業）研究

国立公衆衛生院 公衆衛生行政学部(国立医療・病院管理研究所 併任)

主任研究者 筒井 孝子

1. 研究課題名（公募課題番号）

「介護保険制度下における介護サービスの質の評価に関する研究」

(H11-長寿-030)

2. 当該年度の研究事業予定期間：平成 11 年 4 月 1 日から平成 14 年 3 月 31 日

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究）

（総括・分担）研究報告書

「介護保険制度下における介護サービスの質の評価に関する研究」

（主任・分担）研究者 筒井 孝子

国立公衆衛生院 公衆衛生行政学部

（国立医療・病院管理研究所 併任）

研究要旨 本報告では、3年間の継続研究の2ヶ年目の研究成果を報告する。本年度に行なった内容は、1) 介護サービスと介護保険サービスの概念の整理とその定義の検討、2) 介護保険サービス提供に際してのわが国の評価基準のアメリカ合衆国（カリフォルニア州）への事例への適用、3) 介護保険サービスの質を評価するために必要な条件の整理、4) 提供された介護保険サービスの質の最低基準の設定とその考え方、5) 介護保険サービスの質を評価するための「成果」の考え方、6) 「成果」を評価するための方法論の検討である。

これらの内容を明らかにするため実施した具体的な内容は、1) 介護保険サービスおよびその評価に関する文献研究、2) アメリカ合衆国の在宅高齢者宅への訪問調査ならびにサービス提供機関に対するヒアリング調査、3) 介護保険制度における基本調査項目の英訳、4) 各市町村の行政担当者への居宅サービス計画の評価方法とその基準についてのヒアリング調査、5) 介護支援専門員による高齢者約300名への在宅介護における介護サービスの「適切さ」に関する郵送調査、6) 介護支援専門員約200名に対する居宅サービス計画の評価に関する郵送調査、7) 介護保険サービス給付者333名を対象にした介護保険制度前後の心身状況の変化に関する訪問面接調査結果の分析などである。

本年度の研究では、まず介護サービスについての概念的な整理を行ない、本研究が評価の対象とすべきサービスは、介護保険制度の下で提供される保険給付としての「介護保険サービス」であることを明確にし、いわゆる介護サービスと介護保険サービスとの分類を行なった。

そして、介護保険サービスが生まれた背景には、時代のコンテクストにおいて、現代の日本社会が一定の介護水準を要求したと考え、社会における介護保険サービスの機能とそれらをささえる市民のモラルのあり方、個人と集団のあり方、個人と地域社会とのあり方を、そして国家との関係、一定の社会にある支配的な価値観について考察するために、市町村行政において、介護保険制度を担当し、介護保険サービスの最低基準について監査を担当する責務を担っている方々へのヒアリング調査を実施した。しかしながら、この現場には、質の基準が明確になったものも、それを明文化したものも存在しなかった。

さらに、サービスの評価やその質の評価に際して一定の基準や明文化がなされているアメリカ合衆国において、その評価方法やその内容についてを実際に訪問調査などを行なうことによって、検討をした。同時に、わが国における認定調査票などを適用した調査なども

行なったが、ある特定の社会や人々が要求する「介護」という基準は、極めて多様であり、普遍化することは、かなり難しいことがわかった。

そこで、わが国の文化や社会が要求する質の評価というものを再度、検討するために、まず、居宅サービス計画の分析を行なった。2000年から実施された介護保険制度の下では、計画書が作成されなければ、介護保険サービスの給付は行なえないため、介護支援専門員は、制度実施後、すべての給付者に計画を作成している。したがって、この計画書は、製造業における設計品質を表す要素が含まれていると考え、作成された計画書の分析と介護支援専門員らが考えている適切な介護計画とは何かについての郵送調査を行なった。

しかし、専門員らはもとより、それを監査する立場にある行政にも作成された計画を評価する方法論は存在せず、極めて抽象的な評価基準と曖昧な経験と勘によって、計画書の作成がなされていることが明らかになった。

さらに、介護保険サービスという性質上、質の評価には、国民の総意による最低基準としての「当たり前品質」というのがあり、この品質の保持に際しては、家族による介護と介護保険サービスの提供という併存状況に解決しなければならない問題があることを示した。

また、介護支援専門員約 300 名の調査からは、いわゆる介護保険サービスの提供における「不適切さ」を発見する評価基準となる情報を統計的に抽出することに成功した。

そして、あらかじめサービスの内容が明確にされ、それが文書に示されていなければ評価は不可能であることから、現在、作成されている計画書ではなく、様々な「工程」にあたるプロセスを管理できるように、定められた様式、基準に基づいて記述されていることが必要であることを提言した。

最後に、質の評価としては、最終的なプロセスと考えられる「成果」についての評価方法として、介護保険制度前後の高齢者 333 名の心身状況の変化を捉え、介護保険サービスの提供状況との関連性を統計的に検討した。この結果からは、初めて高齢者の緩やかな心身状況の低下のプロセスが明らかになり、とくに心身状況が低下する高齢者群が持っている情報を明らかにした。この情報を用いた低下を予測する的中率は、71.7%であり、高い値を示した。今回の調査対象においては、介護保険サービスの提供に統計的な変動が見られる群は明らかでなかったため、サービスの質の成果を分析することはできなかった。

しかし、以上の研究結果からは、介護保険サービスの構造としての計画、実施、そして成果に関する評価方法とその考え方が整理され、ほぼ評価方法についてのプロトタイプが創られた。

来年度の研究においては、これらの評価方法がどのような現場においても適用できるように、その内容をより洗練させ書式を整えることが必要であると考え。また、こういった評価方法についての現場の理解を深め、評価者の養成を行なうことも今後の課題ではないかと考える。

## A.研究目的

本研究は、平成 11 年度から 3 ヶ年間の継続研究を予定しており、本年は、第 2 年度にあたる。研究の最終的な目的としては、介護サービスの質を評価するための機関である JPRO (Japan Peer Review Organization) の設立の要件としての介護サービスの質に関する評価指標の検討を行なうことである。

本年度の目的は、1) 介護サービスと介護保険サービスの概念の整理とその定義の検討、2) 介護保険サービス提供に際してのわが国の評価基準のアメリカ合衆国(カリフォルニア州)への事例への適用、3) 介護保険サービスの質を評価するために必要な条件の整理、4) 提供された介護保険サービスの質の最低基準の設定とその考え方、5) 介護保険サービスの質を評価するための「成果」の考え方、6) 「成果」を評価するための方法論の検討を行なうことである。

これらの検討を行なうことは、介護保険制度の設計段階から政策立案担当者の多くが「介護サービスの質をどのように確保するのか」、「その方法と具体的手法は、あるのか」、「仮に政策としてサービスの質を確保する」仕組みを創設するとすれば、どのような手順が必要かということについて、長寿科学研究者に問われ続けた課題であったといえる。

本年は、この課題に対応できるよう多くの検討を行なった。その検討の過程において、新たな課題となったテーマは、介護保険制度において、在宅の介護者が担うことになった私的な介護者としての介護と介護

保険制度の下で提供される介護保険サービスの担い手としての公的な介護者という二つの立場の両立についてである。

この両者の立場についての検討は、現代社会における新たな社会問題となる家族の扶養義務における老親の介護という極めて大きなテーマになることを意味しており、重要である。

## B.研究方法

多義的な介護サービスにおいて、質の評価をすべき内容を明らかにするため、介護サービスと介護保険サービスの概念の整理を行い、1) 介護保険サービスおよびその評価に関する文献研究を行なった。

アメリカ合衆国で行われている介護サービスの質の評価方法とその考え方をわが国適用できるかどうかを調査するために、2) アメリカ合衆国の在宅高齢者宅への訪問調査ならびにサービス提供機関に対するヒアリング調査を平成 12 年 8 月に 2 週間にわたって行なった。その際に、わが国の介護保険制度を説明することを目的に、3) 介護保険制度における基本調査項目、手引きの英訳を行なった。

現場で行われている介護サービス計画の評価の実態を調査するために、4) 各市町村の行政担当者への居宅サービス計画の評価方法とその基準についてのヒアリング調査を行なった。

さらに、介護保険サービスの質としての最低基準を確保するために、5) 介護支援専門員による高齢者約 300 名への在宅介護における介護サービスの「適切さ」に関する郵送調査、6) 介護支援専門員約 200 名

に対する居宅サービス計画の評価に関する郵送調査を行なった。

また介護保険サービスの質の「成果」を評価するために、7) 介護保険サービス給付者 333 名を対象にした介護保険制度前後の心身状況の変化に関する訪問面接調査結果を分析し、その要介護の変動とそれに関わる高齢者の心身状況との関係について統計的な解析を行なった。

高齢者の心身状況としては、その状態像を「ADL」や「知的能力」、「問題行動の有無」など多方面からの情報を収集した。

<倫理面での配慮>

研究対象者となる高齢者については、本人等の同意を得ると共に人権擁護上の配慮を行い、氏名や個別データ等プライバシーについては厳重に注意する。調査集計について、個人名については一切関係なく行ない、個人名が明らかにならないように調査票の作成は、複数の人間がチェックをすることとする。調査票並びにその結果は、秘密保持のための厳密な管理運営を行なう。調査の実施にあたっては、対象に十分な説明と同意を得る。なお、本研究は、国立医療・病院管理研究所の「人間を対象とする生物医学的研究に関する倫理委員会規定」第 1 条の「生物医学的研究」に該当しないものである。

### C. 結果

介護サービスの概念的な定義を行なった。まず、介護サービスの定義は、介護保険法上にはない。しかも、実体的には、保健・医療および福祉サービスと家庭介護という、その性質も提供者も異なる内容を対象としていることが明らかになった。そこで本研

究では、介護保険サービスを対象とすることとした。

サービスの評価の方法論については、主に医療サービスの評価方法が確立しているアメリカ合衆国において、その評価方法と考え方をわが国に適用できるかどうかを調査した。

合衆国の調査においては、わが国の介護保険制度とそのしくみを説明することを目的に、介護保険制度における基本調査項目、手引きの英訳を行ない、訪問調査においては、認定調査票を用いた調査も行なった、調査対象となった高齢者は、要介護 1 あるいは 2 と判定されたが、介護サービスは最大で 4 週間で打ち切られた。

このように、アメリカ合衆国の在宅高齢者に対するサービスの提供は、看護・介護サービスの成果を明らかにするために、目標値として明確な基準がサービスを提供する前に設定されており、その目標が達成されると同時にサービスは打ち切りとなる。

わが国において、こういった考え方が国民に受け入れられるかは、議論の余地があり、この評価方法をそのまま導入することは困難であると考えた。

わが国の介護保険サービス提供の現場で行われている介護サービス計画の評価の実態を調査するために、各市町村の行政担当者への居宅サービス計画の評価方法とその基準についてのヒアリング調査を行なったが、これによって明らかになったのは、サービス計画を示す書式は 15 種類も存在しているが、その提供されるサービスの具体的内容が高齢者や家族に理解できる記述には、なっておらず、また介護の方法についての標準的な表現方法が体系化されていな

いことから、計画の評価は、現場の経験と勘で行われていることがわかった。

さらに、介護保険サービスの質としての最低基準についての検討は、行なわれておらず、適切な介護保険サービスと不適切な介護保険サービスを分類する概念やその評価についても検討がなされていないことがわかった。このため、介護支援専門員による高齢者約 300 名への在宅介護における介護サービスの「適切さ」に関する郵送調査、を行ない、不適切な介護サービスを明確にするための高齢者情報を統計的な方法によって抽出した。

また介護保険サービスの質の「成果」を評価するために、介護保険サービス給付者 333 名を対象にした介護保険制度前後の心身状況の変化に関する訪問面接調査結果を分析し、その要介護の変動とそれに関わる高齢者の心身状況との関係について、悪化群と維持群の 2 群について、二項ロジスティック回帰分析を行ない、6 ヶ月後の要介護度に関連する初回時の状態像（要因）を検討した。この結果、示された変数は、「起き上がり」、「ボタンのかけはずし」、「薬の内服」、「短期記憶」、「作話」の 5 項目であった。その正確度は 71.7%と高い値を示していた。

#### D. 考察

これまでの文献研究の結果、「介護サービスの質」を評価する方法は、近接領域の看護学の分野で多くの取り組みがなされているものの、独立した領域としては、諸外国でもほとんど研究が行われていないことが明らかとなった。しかし、介護といっても範囲が広く、介護サービスを意味する内

容は、医療・保健・福祉領域にも存在することから、本研究でとりあげる内容についての検討を行なった結果、介護保険サービスを対象とすることを決定した。

わが国にとって、介護保険サービスの質の評価は、介護保険制度の安定に不可欠な要素であり、今後の研究が望まれる領域であることから、この概念の整理は重要であると考えられる。

また本研究では、介護保険サービスの質の評価に際して、アメリカ合衆国で標準的に用いられる Donabedian の「構造」、「経過」、「成果」という 3 構成要素の考えを取り入れ、まず構造の評価として、書面としての居宅サービス計画の評価を行なった。この評価は、書面としての居宅サービス計画を収集するだけでなく、これを作成した介護支援専門員らに計画についての自己評価とその評価基準について、調査を行なった。しかし、彼らが示した評価基準は、極めて抽象的であることがわかった。また、収集された計画書に記述された内容は、表現についての標準化が全く行われておらず、計画書に必要な要素についての概念も明らかになっていなかった。

第二の段階である、実施段階の評価については、法律上は、「適切な」介護保険サービスの提供を行なうことが義務づけられているが、その「適切さ」を構成する概念は明確でないことから、逆に「不適切さ」を明らかにすることによって、介護保険サービスの最低基準を明らかにすることを試みた。この結果、「不適切さ」を示す情報が整理された。この内容は、具体的には、①「摂食介助の必要性」において、介助が必要であるものに不適切な介護と評価されるも

のが多く、同様に、

- ②「暖かい食事の提供を行っていない」もの
  - ③「食べやすさの工夫」をしていない
  - ④「水分摂取」が適切に行われていない者を「不適切な介護」とみなす傾向があった。さらに、介護を提供されている高齢者の外見上の特徴からは、
  - ⑤「怪我があり」、
  - ⑥「病気があり」、
  - ⑦「体臭があり、くさく」、
  - ⑧「髪の毛が汚れており」
  - ⑨「歯の汚れがあり」
  - ⑩「爪切りがなされておらず、つめが伸びたままになっている」
  - ⑪「いつも同じ服を着ている」か、
  - ⑫「汚れたままの服を着ている」
  - ⑬「シーツが汚れており」
  - ⑭「布団が汚れている、または湿っている」場合に、「不適切な介護」であると考えていることがわかった。
- この他に、冷遇の場面として、かなり具体的に、  
本人が
- ⑮「暴力を受けた」と話をした、
  - ⑯「叱られている現場を目撃した」
  - ⑰「叱られている」との話を聞いた
  - ⑱「暴力の現場を目撃した」、
  - ⑲「暴力の現場を目撃したという話を聞いた」
  - ⑳「拘束されている現場を目撃した」
- といった場合に「不適切な介護」が行われていると判断しており、これらの状況との関連で、高齢者が
- ㉑「おびえたり不安な様子がある」
- 場合にも「不適切な介護」と判断する傾向

が強く、

居住環境からの評価として、

㉒「転倒防止対策が配慮されていない」場合も、不適切と判断している割合が高いことが明らかになった。

以上のように、ここに示した 22 の項目を評価することによって、不適切な介護であることの判断は、現実には行なわれているようである。

これらの内容は、客観的な観察が基礎情報になっているものがほとんどであることから、最低基準として利用できる可能性が高いのではないかと考えられる。

また、「成果」の評価を行なうために、提供されている高齢者の状態像の変化と介護保険サービスとの提供の実態を共分散構造解析や二項ロジスティック解析などを用いて解析したが、現状のデータからは、構造的なモデルは、作成できなかった。

これは、介護保険サービスに関しては、わずか6ヶ月間の継続的な評価が行われたに過ぎず、成果を評価するには十分なデータとはいえなかったことが原因ではないかと考えた。

このために、今後の継続研究を行なう上では、さらにデータ数を増やすこと、とくに在宅の介護者が提供している介護の実態を数量的に把握することなどが重要であると考察した。

## E. 結論

本年度は、介護保険制度が実施された初年度であることから、多くの現地調査を実施した。とくに介護支援専門員や市町村の担当者に対するヒアリング調査や郵送調査は、今年度しか意味をなさない、極めて貴



重な調査であったと考えられる。アメリカ合衆国においても、在宅高齢者に対する訪問面接調査やサービス提供機関へのインタビュー調査を実施したことによって、わが国との差異が明らかになったといえる。

さらに、いわゆる質の評価方法として、基本的な考え方とされている、Donabedianの「構造」、「経過」、「成果」という3構成要素の考えを取り入れた研究をすべてのプロセスにおいて実施できたことは、有益であったと考える。

特に成果の評価研究において、介護保険制度実施前後の介護サービスの量および質の変化について、サービスを購入する高齢者の側からの分析を行なったことは、今後の貴重な資料となると考えられ、重要である。

介護サービスの量や質を担保するための評価システムの構築は、介護保険制度の安定のためには、最も重要であると考えられる。しかし、先進国で行われている医療サービスに関連するような評価関連の指標やその方法を介護サービスへそのまま適用することは困難である。

本研究で開発された評価方法の利用や、今後の継続研究の成果は、対人サービスの評価手法として大いに期待されるものとなると考えられる。

## F.学会発表

### 1. 論文発表

良質な介護サービスの提供体制の確立—国・都道府県の役割と新たなシステムの構築—, 公衆衛生研究, 48巻1, 1999年3月, 筒井孝子

要介護認定—ケアの「基準」設定と「標準化」, 保健婦雑誌, 56巻1, 2000年1

月, 筒井孝子

「要介護認定」における認定アセスメント項目の妥当性に関する研究—要援護高齢者問題行動指標の交差妥当化—. 厚生の指標, 2000; 47(4): 3-7

筒井孝子, 中嶋和夫

「要介護認定—ケアの「基準」設定と「標準化」. 看護, 2000; 52(1): 36-39. 日本看護協会出版会

筒井孝子

「介護サービス市場下におけるサービスの評価とは」, 日本赤十字社社内報「赤十字の動き」, 2000; 298:2-3. 日本赤十字社  
筒井孝子

## 2. 学会発表

VALIDITY OF THE DEMENTIA BEHAVIOR DISTURBANCE INDEX(1)  
—PATIENTS IN HOSPITALS  
SPECIALIZING IN LONG TERM  
CARE AND RESIDENTS AT HEALTH  
CARE FACILITIES FOR THE ELDERLY  
AND SPECIAL NURSING HOMES—  
6th Asia/Oceania Regional Congress of Gerontology  
1999,6 Takako Tsutsui, Kazuo Nakajima

「介護保険下における介護サービスの質の評価に関する方法論の研究—要介護高齢者の典型例を簡便に抽出する「簡易介護状態測定尺度」の開発—」, 日本地域福祉学会第14回大会, 岩手, 2000. 6. 10-11. 302-303  
筒井孝子, 東野定律, 中嶋和夫.

## G.知的所有権の取得状況

なし

## 介護保険制度下における介護サービスの質の評価に関する研究

第1章 研究の目的	1
第1節 介護サービスとは何か	1
第2節 介護に関わるサービスの質の評価に関するこれまでの試み	5
第3節 介護保険サービスの性質	10
第2章 介護保険サービスの水準を評価する指標の基本的な考え方	23
第1節 「当たり前品質」という質の評価	23
第2節 評価対象の規定	26
第3節 介護保険サービスにおける設計品質とは	29
第3章 介護保険サービスにおける「当たり前品質」とは	34
第1節 「公」的立場と「私」的立場を持つ介護者	34
第2節 在宅介護者における介護状況を検討した調査対象の特徴	36
1. 調査の方法と対象について	36
2. 調査対象となった高齢者とその介護者の状況	36
第3節 「当たり前品質」に影響を与える要因とは	40
第4章 現在の「介護の適切さ」の評価	53
第1節 昨今の介護保険サービス評価の動向	53
第2節 介護支援専門員が考える介護保険サービスの「適切さ」	61
第3節 「不適切な介護」を判断する情報	86
第5章 介護保険サービスの定点評価の方法	100
第1節 介護保険サービスにおける「成果」評価の試み	100
第2節 研究方法および調査対象者に関する情報	101
第3節 要介護度および高齢者の状態の変動	136
第4節 要介護度の変化に関する関連要因と予測の精度	144
第6章 まとめ	149
資料編	152
介護支援専門員に対するアンケート調査用紙	153
介護の適切さに関するアンケート調査用紙	156

## 第1章 研究の目的

### 第1節 介護サービスとは何か。

介護サービスという言葉で思い出すのは、8年ほど前、特別養護老人ホームを訪問し他時に現場の寮母主任さんとかわした会話である。私が「この施設で提供されるサービスについて、質問させて下さい」と尋ねた際に、彼女は、「この施設では、サービスはしていません。家族のような、真心をこめたお世話をしているのです。」と答えられたのである。とても印象深い思い出である。この施設の介護は、とても評判がよかった。そして、施設のお年寄りも、彼女達のことを本当の娘のようだと話していた。他の施設に比較して、なんとなく暖かい感じがしたことが思い出される。彼女は、今も自分の施設では、介護サービスは提供していないと話しているだろうか。

このように、ほんの少し前まで施設では、サービスという用語は一般的ではなかった。介護サービスという用語も同様である。この用語が、現在のように一般的に用いられるようになったのは、介護保険制度の実施の数年前からで、まだ2～3年しか経過していない。

現在、介護サービスという用語は、さまざまな場面で用いられ介護保険制度における要介護認定によって介護を必要と認定された者に対して、提供されるサービスを意味する場面が多いようである。すなわち実質的に介護保険制度によって給付されるサービスを介護サービスとするとしてよいのだろうか。

介護保険法第一章 総則（目的）第一条には、『この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が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ため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。』と定義されている。

この定義から介護サービスと考えられる内容を示しているのは、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等に対して、これらの者が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なうという箇所になる。

また、第二条には、『介護保険は、被保険者の要介護状態又は要介護状態となるおそれがある状態に関し、必要な保険給付を行うものとする』とされており、その第三項には、『保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない』と示されていることから、多様な事業者によって給付される保健医療サービス及び福祉サービスが介護サービス

と推察することもできる。

そして、この介護サービスと推定される保健医療医療及び福祉サービスの内容については、第7条第5項には、『この法律において「居宅サービス」とは、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、痴呆対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護及び福祉用具貸与をいい、「居宅サービス事業」とは居宅サービスを行う事業をいう。』とされ、具体的に、これらの13種類のサービスの内容についてが定義されていることになる。

たとえば、第7条第18項においては、『この法律において「居宅介護支援」とは、居宅要介護者等が第41条第1項に規定する指定居宅サービス又は特例居宅介護サービス費若しくは特例居宅支援サービス費に係る居宅サービス若しくはこれに相当するサービス及びその他の居宅において日常生活を営むために必要な保健医療サービス又は福祉サービス（以下この項において「指定居宅サービス等」という。）の適切な利用等を行うことができるよう、当該居宅要介護者等の依頼を受けて、その心身の状況、その置かれている環境、当該居宅要介護者等及びその家族の希望等を勘案し、利用する指定居宅サービス等の種類及び内容、これを担当する者その他厚生省令で定める事項を定めた計画（以下この項において「居宅サービス計画」という。）を作成するとともに、当該居宅サービス計画に基づく指定居宅サービス等の提供が確保されるよう、同条第一項に規定する指定居宅サービス事業者その他の者との連絡調整その他の便宜の提供を行い、及び当該居宅要介護者等が介護保険施設への入所を要する場合にあっては、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うことをいい、「居宅介護支援事業」とは、居宅介護支援を行う事業をいう。』と示されている。

この箇所は、一般にケアマネジメントと呼ばれているサービスについて述べられているが、ここでも『指定居宅サービス又は特例居宅介護サービス費若しくは特例居宅支援サービス費に係る居宅サービス若しくはこれに相当するサービス及びその他の居宅において日常生活を営むために必要な保健医療サービス又は福祉サービス（以下この項において「指定居宅サービス等」という。）の適切な利用等を行うことができるよう』という表現が用いられており、適切な利用をするための計画作成や当該居宅サービス計画に基づく指定居宅サービス等の提供が確保されるよう指定居宅サービス事業者その他の者との連絡調整その他の便宜の提供を行うと定義されている。つまり、ケアマネジメントは、保健医療サービス又は福祉サービスの適切な利用のために行なうと示されているのである。

このように介護保険法では、介護サービスを定義しておらず、また介護とは何かについても明確な定義は、行われていないのである。介護サービスという用語が連続してはじめて登場する箇所は、前述の18項の、『この法律において「居宅介護支援」とは、居宅要介護者等が第四十一条第一項に規定する指定居宅サービス又は特例居宅介護サービス費若し

くは特例居宅支援サービス費に係る居宅サービス若しくはこれに相当するサービス及びその他の居宅において日常生活を営むために必要な保健医療サービス又は福祉サービス（以下この項において「指定居宅サービス等」という。）の適切な利用等を行うことができるよう、——』の特例居宅介護サービス費という費用の名称として、用いられる箇所である。しかし、介護サービスという用語が単独で法律に用いられている箇所はないのである。

このように介護保険法上で介護サービスという用語が利用されているのは、第三節介護給付、介護給付の種類について述べられた、第40条である。『介護給付は、次に掲げる保険給付とする。 という箇所においては、1 居宅介護サービス費の支給、2 特例居宅介護サービス費の支給、5 居宅介護サービス計画費の支給、6 特例居宅介護サービス計画費の支給、7 施設介護サービス費の支給、8 特例施設介護サービス費の支給、9 高額介護サービス費の支給というように、いわゆる給付された保健医療及び福祉サービスの費用を表す名称の一部に「介護サービス」という用語は用いられているのである。

実は、介護保険法には、介護サービスの定義がないだけでなく、介護の定義も示されていない。なぜなら、介護保険法は、介護費用に対する保険法であり、あらかじめ決められたルールに基づいて、あらかじめ定められた種類の保健医療及び福祉サービスを決められた事業者が行なった介護行為に対して支払われた費用の一部を保険制度として費用を補償するというところを取り決めた法律にすぎないと考えられるからである。

一般に、法律で実体的に存在する現象を定義することは難しいことであり、介護だけでなく、同様に医療や看護というも医療法等の法律で定義されているわけではない、こういう意味から介護保険法では、介護サービスという用語は、介護という行為を提供することを総称する一般的な名称にとらえられていると考えられよう。

介護サービスを法律で示されている保健医療および福祉サービスとの関係で考えると図1のようになる。まず保健医療および福祉サービスといわゆるこれまでインフォーマルに行われてきた介護（たとえば娘による老親に対する身の回りの世話等）とが重なっている部分Aが一般的な名称としての介護サービスといえる。そして、この重なり部分であるAが二つに分類され、A1の介護保険制度で費用が保障される介護保険サービスと保障されないA2のその他の介護サービスに分類される。A1とA2の分類というのは、介護という行為の種類や提供者との関わりはなく、単純に費用の支払い方法から考えられる。したがって、利用者によって介護サービスの費用が1割が負担されるという部分は、A2の部分になると考える。

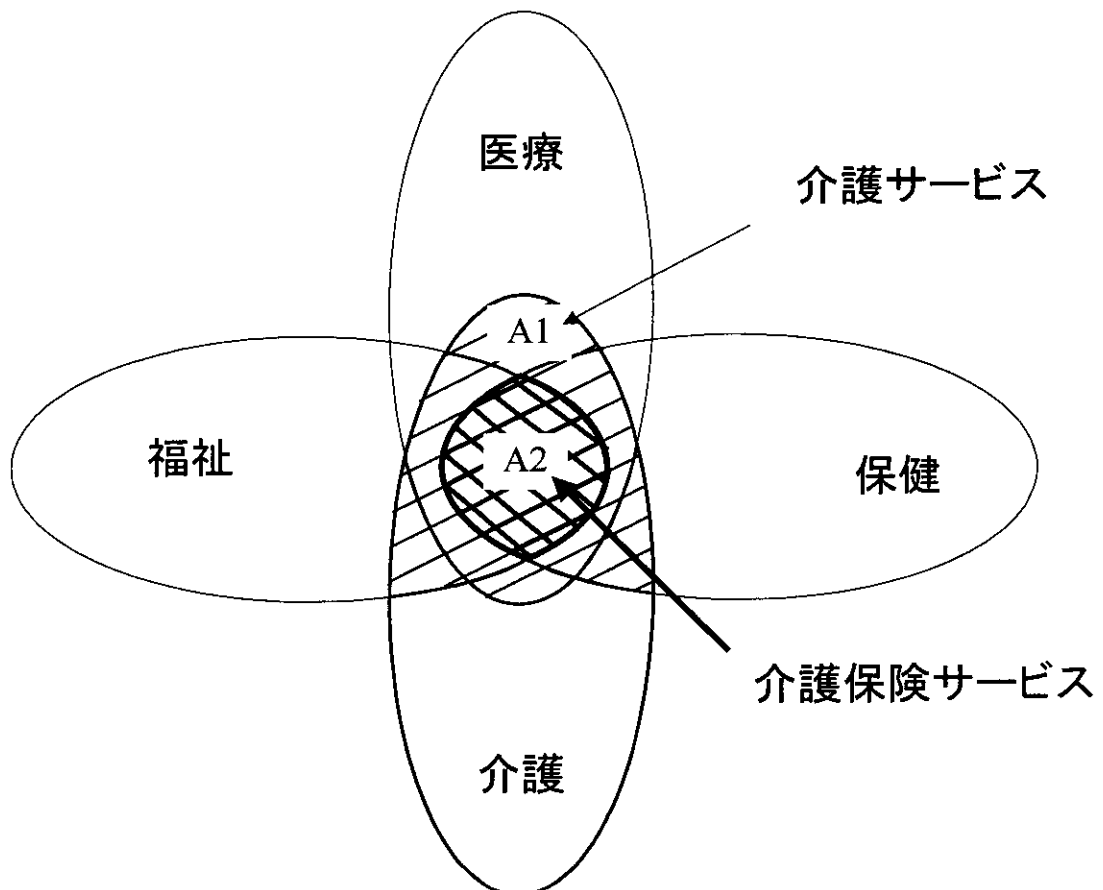
また介護という行為は、一人では成立せず、相互的な関係によって成立するが、この介護関係というものは、さらに、この関係が「時代」や「地域社会」や「家族」、現在、生きている空間によって異なってくる。おそらく、今という時代は、介護を介護保険サービスとして要求したのだろう。しかし、たとえば、法律施行の直前に、ある政治家の「子が親の面倒をみる美風を大切にしなければいけない」という「家族の美風」発言をきっかけに

家族介護慰労金制度が発足した。この制度の対象となったのは、全国では7万6000人（厚生労働省の推計）だった。この家族介護慰労金制度によって、介護保険サービスとして、当初、予定していなかった家族介護の一部が、いわゆる介護から介護保険サービスとなったともいえる。つまり、介護は、国家との関係によっても、その性質を変えてしまうのである。

介護サービスをめぐる一連の動きとして、こういった家族介護と介護保険制度における介護システムとの併存による種々の課題も明らかになりつつあるが、介護サービスをめぐる議論というのは、わが国の今後のあり方をまるで、薄い紙を通して、見るような雰囲気を持っている。家族と扶養機能とは何か、介護の義務を持っているのは誰か、個人と地域社会との関わりは、どのように変化していくのか、老年期の生き方、老いがいとは何かなど、誠に variation に富んでいる。

本報告書では、介護サービス全体について議論をすすめるのではなく、介護保険サービスを対象とし、その質の評価方法の考え方、具体的な評価方法について検討することを目的としている。

図1-1 介護サービスと介護保険サービス



## 第2節 介護に関わるサービスの質の評価に関するこれまでの試み

本書は、「介護保険制度下の介護サービスの質の評価に関する研究」の2ヶ年目の成果を示したものである。本研究は、3年間の研究を予定し、本年は、2年目である。昨年度は、これまで介護サービスの質についての研究は、わが国ではほとんど行なわれておらず、諸外国でも看護領域で行なわれている研究が主であることがわかった。すなわち、「介護サービス」を独立させて、評価を行なった研究は、ほとんどなかったことを報告した。

この理由は、先に示したように介護サービスという概念設定が難しく、わが国においては、そもそも介護サービスという用語が通用するようになったのも最近のことであるためであろう。

しかし、同様に法的な定義のない看護については、看護の質の評価についての検討がアメリカ合衆国を中心にすすめられていることがわかった。すでに、このテーマに関する研究は、1950年代後半から着手されている。1960年に入り、Donabedianが看護の質の評価方法について体系化を試みている（Donabedian, 1969<sup>1)</sup>。そして、この論文で示された評価の基本的枠組みである「ケア構造・ケア過程・ケア成果」という3つの構成要素を基礎とする評価構造が現状でも、質の評価の基本的な考え方とされている。

Donabedianは、この枠組みを提示後、ケアの質の評価研究のほとんどは、ケア構造評価であり、したがってケアの構造の基準を設定しそれを満たすことによって、質を予測することができるものであると述べている（Donabedian, 1969<sup>1)</sup>）。

看護の質に関する研究は、1950年代、60年代にかなり多くの研究が行われ、そこから看護監査という方式が生まれ、広く用いられるようになった（Lang & Clinton, 1984, pp. 69-88<sup>2)</sup>）。多くの看護監査はretrospectiveなものであり、基準とすべきもののほとんどは、病棟組織、看護職員配分、看護職員の教育レベル、看護職員の勤務割り当てなどの、構造指標であったといわれ、1980年代に入ると、医療に対する価値観の変化や対費用効果の高い医療への時代の要請から、第三者評価機関であるJoint Commission on Accreditation of Healthcare Organization: JCAHOにより、看護基準と質保証プロセスを連携させた『10段階モデル』が作成された。このモデルはそれまでのケア構造を中心とした指標から、ケア成果指標をより指向したものであったといわれている（Gallagher, 1991<sup>3)</sup>；Tonges, Bradley & Brett, 1990<sup>4)</sup>）。

このJCAHOの『10段階モデル』とは、ケア結果に結びつけてケア過程を評価するために開発されたもので、次のような10のステップを踏んで評価を行う方法である。それらはすなわち、であり、この各段階を踏むことによって、質の改善を図ろうとするモデルであり、品質管理という発想を取り入れた考え方である。

表 1-1 JCAHO の『10 段階モデル』

段階	ステップの内容
1	評価活動の責任者の明確化
2	そのユニットにおけるケアの範囲の明確化
3	ケアの重要な側面の判断
4	各側面について評価指標と評価閾値の設定
5	評価指標をもとにしたデータの収集
6	閾値を比較することによる評価
7	改善の余地やシステムの不備な点についての検討と原因の解明
8	対応策の立案と実施
9	活動の成果の評価
10	経過に関する報告と組織 QA プログラムへの反映

1990 年代に入り、アメリカ合衆国における医療は、自由市場経済の原理の影響を強く受けるようになり、ヘルスケア関連の政策策定において看護の働きかけに密接する質についての尺度を取り入れるように働きかけることがケア受給者を擁護する道となると考え、看護の質についての一連のプロジェクトが展開された。

まず、看護職員配置と入院日数、患者成果についての研究がなされた (American Nurses Association, 1997<sup>5)</sup>)。これらに基づき、アメリカ看護婦協会は、急性期ケア場面における看護の質指標 (nursing quality indicators) を明確にすることで看護ケア (nursing care) と患者成果 (patient outcome) との関連性について探るプロジェクトを行なった (American Nurses Association, 1995<sup>6)</sup>)。この調査研究で得られた 21 の指標は Donabedian の 3 構成要素に対応して、7 つの構造指標、8 つの過程指標、6 つの成果指標と分類され、さらに、これらの指標から、さらに、いくつかの指標が選択されることになるのである。(表 2~6)。

以上のように、アメリカ合衆国においては、「看護の質」を評価するための研究、現場の努力が続けられている。この理由は、医療・看護サービスを利用者が選択するという原理を市場主義的アプローチを用いて、強くすすめてきたことによる。

表 1-2 構造指標は、

1	全看護職員に占める正看護職の比率
2	正看護職の質
3	患者あたりの総看護職数
4	患者あたりに提供される看護ケア総時間数
5	看護職員の継続度
6	正看護職の超過勤務時間数
7	看護職員の受傷率



表 1-3 過程指標は、

1	看護職員の仕事への満足度
2	患者ケアに必要なアセスメントと介入
3	疼痛管理
4	皮膚統合性維持
5	患者教育
6	退院計画
7	患者の身体安全保証
8	予定外の患者ニーズへの対応

表 1-4 成果指標、

1	死亡率
2	入院日数
3	事故
4	合併症
5	看護ケアに対する患者や家族の満足度
6	退院計画の適正度

この研究は、さらに統計的な分析がすすめられ、これによって、

表 1-5 構造指標

1	看護職員の構成比（正看護職、准看護職、無資格職員の構成比）
2	患者あたりの総看護職員数
3	正看護職の教育背景
4	看護職員の離職率
5	派遣看護職員の利用率

表 1-6 成果指標

1	院内感染
2	褥瘡
3	与薬過誤
4	患者受傷率
5	患者満足度

が抽出された（American Nurses Association, 1995<sup>6)</sup>）。

アメリカ合衆国では、看護サービスは、このように指標化や標準化がかなり早い時機に行われている。そして、この情報はわが国の看護関係者にとっては、周知の事実であったようである。しかし、この指標が看護サービスの質の向上に利用されてきたという事実は、ほとんどない。この理由には、さまざまなことが考えられようが、第一に、医療の場合、看護サービスと他の医療関係者らが提供するサービスを明確に分離することができないからではないかと思う。とくに成果指標である、死亡率、入院日数、事故、合併症といった指標は、具体的な数値として示されている。

わが国で、このような成果指標を利用しようとしたある病院の看護部長の話では、「この内容は看護ではなく、医療の成果ではないか」という意見がでて、結局、そういう指標を導入することを諦めたと聞いたことがある。わが国の医療の現場における患者の治癒やその入院期間などの決定に看護婦が直接に関わる機会は、一般的には少なく、多職種が働いており、しかも、これらの職種間の連携は、かなり困難であることから、こういった指標を実際に用いようとする試みを病院が自主的に取り組むのは、稀な例のようである。

アメリカ合衆国においてはじまった医療関連サービスの質の向上は、基本的に市場アプローチをとっている。医療サービスに満足できなかつたらそのサービスをあるいはその提供者を切るという選択肢を選ぶ力を利用者につけるという方法である。この方法によるサービス提供は、消費者の選択肢によると考えられ、選択されないサービスは成立しないということになる。言い換えれば、通っている病院の医療サービスに満足できなければ、他の病院に行く。消費者が選ばない病院は、廃業するしかないということになる。したがって、公正な判断をするための資料を病院は用意しなければならなくなる。このように市場アプローチは「施設の選択」を問題にしており、このアプローチは他の選択肢があるという情報の有無に大きく影響する。また、実際に選択肢があるかどうかこの選択に影響を及ぼすことになる。

この方法を徹底するためには、消費者のサービスに対する知識を増やし、より公正な判断ができる消費者を育てることが極めて重要になる。また公正な判断を可能とする簡易な評価指標が作成され、評価結果の情報が、常に消費者に公開されるということになるのである。

こういった市場アプローチを導入しようという試みは、価格が大きな要因となる。わが国の医療業界では、保険診療が行われており、医療サービスの価格は、基本的に国の決める診療報酬によることになっている。この結果、アメリカ合衆国で利用されている看護サービスの質の評価指標を利用する試みを積極的に行なおうという病院は、ごく稀であるといえよう。このような状況により、わが国においては、看護領域においても看護サービスの質の評価方法は、確立していなし、また、「質とは何か」という議論もすすんでいないようである。では、これらの看護サービスの質の評価指標は、今回、テーマとする介護保険サービスの質の評価に用いることができるかが、次節のテーマである。

引用文献

(1)Donabedian, A. (1969). Part II-Some issues in evaluating the quality of nursing care. American Journal of Public Health. 59(10), 1833-1886.

(2)Lang, N. M. & Clinton, J. F. (1984). Quality assurance - the idea and its development in the United States,. In L. D. Willis and M. E. Linwood(Eds.). Measuring the Quality of Care.. Endiburge: Churchill Livingstone.

(3)Gallagher, K. 講演 岩崎榮、吉中穰訳 (1991). アメリカにおける医療評価の歴史と現状。病院。50(8), 681-685.

(4)Tonges M. C., Bradley M. J. & Brett J. (1990). Implementing the ten-step monitoring and evaluation process in nursing practice. Quality Review Bulletin. 16(7), 264-269.

(5) American Nurses Association (1997). Implementing Nursing's Report Card: A Study of RN Staffing, Length of Stay and Patient Outcomes. Washington, D.C.: American Nurses Publishing.

(6)American Nurses Association (1995). Nursing Care Report Card for Acute Care. Washington, D.C.: American Nurses Publishing.

### 第3節 介護保険サービスの性質

介護保険法の第一条において、『この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が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ため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。』以上のように介護保険制度は、高齢者が自立した日常生活を営めるように、その能力に応じたサービスの給付を行なうことが目的である。

何故、介護保険制度が必要かという説明に際して、これまで、介護の提供は、主に社会福祉が担当しており、そのサービスの提供にあたっては、社会福祉制度における措置制度によっていたため、利用者が自由にサービスを選べなかった。また、サービスを選べないだけでなく、資産などの調査があり、その条件に適合しないとサービスを受けることもできなかったのである。これが介護保険制度においては、利用者が必要に応じて自分で自由にサービスを選べることとなったのである。これを介護が措置から契約へと移行したと説明されるわけだが、これは換言すれば、介護の世界に市場主義的アプローチと導入したといえよう。これまでの競争原理が働かないために、サービスの内容が画一的であった世界に市場原理を組み込む仕掛けを導入したのである。

前述したように、アメリカ合衆国における医療サービスの市場化は、市場アプローチ用いた質の向上策を採用した。わが国の介護保険サービスは、各介護サービスの価格に若干の柔軟性を持たせることによって、この市場原理を働かせようと考えたのである。事業者の介護サービスに満足できなかつたらそのサービスを、あるいはその提供者を切るという選択肢を選ぶことを可能にしようとしたのである。

この方法の問題点は、選択されないサービスは成立しないという原則が働くのは、他の選択肢があるということであり、またその情報があるかどうかということである。利用している介護保険サービスに満足できない場合、他の介護保険サービスに代替ができるか、あるいは他の介護サービス事業者に変更できるかということになる。市場アプローチは「施設の選択」を問題にしているため、資源の有無の影響が大きいといえ、介護保険制度がはじまって約1年、この課題は、いまだ解決されていない。

もうひとつの問題は、現段階で、消費者に介護保険サービスの内容を理解させ、選択させる能力をつけるという施策がほとんど行われていないということである。消費者のサービスに対する知識を増やし、より公正な判断ができる消費者を育てることが結局は、介護保険サービスの質を高めることになるにも関わらず、このことの重要性も理解されていないし、それを実現しようとする動きもほとんど見受けられないことである。

ただし、介護保険サービスの評価をすることは、一般の品物 (goods) に比較するとかな