

第7章 内外データ・文献サーヴェイ

1. 国内の施設、居住系サービス資源の状況

(1) 目的

施設・居住系サービスについて、都道府県別の供給量の現状を整理した。今後、医療、介護および居住系サービスを全国で体系的に整備するための方針を検討するに際して、参考となる基礎資料を得ることを目的とした。

(2) 方法

①データベースの作成

- ◆ 医療、介護および居住系のサービス資源量について調査した以下の資料をもとに、都道府県別、サービス別の供給量についてデータベースを作成した。

②分析の視点

- ◆ 視点1：都道府県別の資源量を比較するとともに、人口規模、高齢化率による違いを比較した。
- ◆ 視点2：医療、介護および居住系のサービスの供給体制について、統計的手法を用いて類似した特徴を持つ都道府県を分析した。

種 類	出 典
一般病床	「平成20年 医療施設静態調査」
療養病床 (医療保険適用/介護保険適用)	
軽費老人ホーム A型	「平成20年 介護サービス施設・事業所調査」
軽費老人ホーム B型	
軽費老人ホーム(ケアハウス)	
有料老人ホーム	
介護老人福祉施設	
介護老人保健施設	
認知症対応型共同生活介護	
特定施設入居者生活介護	
高齢者円滑入居賃貸住宅:高齢者の入居を拒まない賃貸住宅 (高齢者専用賃貸住宅を含む)	高齢者住宅財団 高齢者円滑入居賃貸住宅登録情報から検索
65歳以上人口	「平成20年10月1日現在推計人口」

(3) 結果

①既存資源の供給量（全体）

- ◆ 65歳以上人口1万人当たりの供給量（定員数）で見ると、療養病床（医療保険適用）が87.1人、療養病床（介護保険適用）33.1人、介護老人保健施設113.1人、介護老人福祉施設149.8人、認知症対応型共同生活介護48.5人、軽費老人ホーム31.2人、有料老人ホーム62.7人、高齢者円滑入居賃貸住宅（高齢者専用賃貸住宅を含む）28.4人、合計554.0人であった。
- ◆ サービス種類別の構成比で見ると、介護老人福祉施設が149.8人（27.0%）と最も多く、次いで介護老人保健施設113.1人（20.4%）、療養病床（医療保険適用）87.1人（15.7%）、有料老人ホーム62.7人（11.3%）であった。

	定員数(実数)	
	合計(人)	構成比(%)
①療養病床(医療保険適用分)	245,895	15.7
②療養病床(介護保険適用分)	93,463	6.0
③介護老人保健施設	319,052	20.4
④介護老人福祉施設	422,703	27.0
⑤認知症対応型共同生活介護	136,845	8.8
⑥軽費老人ホーム	88,059	5.6
⑦有料老人ホーム	176,935	11.3
⑧高齢者円滑入居賃貸住宅(高齢者専用賃貸住宅を含む)	80,155	5.1
合計(①から⑧)	1,563,107	100.0

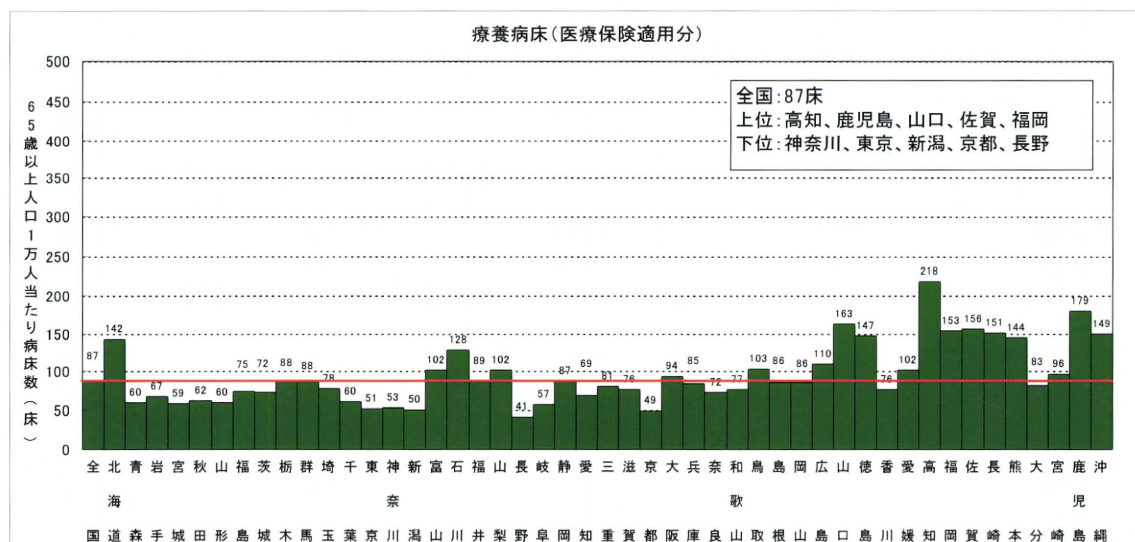
	定員数 (65歳人口1万人当たり)	
	人	割合(%)
合計(①から⑧)	554.0	100.0
①療養病床(医療保険適用)	87.1	15.7
②療養病床(介護保険適用)	33.1	6.0
③介護老人保健施設	113.1	20.4
④介護老人福祉施設	149.8	27.0
⑤認知症対応型共同生活介護	48.5	8.8
⑥軽費老人ホーム	31.2	5.6
⑦有料老人ホーム	62.7	11.3
⑧高齢者円滑入居賃貸住宅(高齢者専用賃貸住宅を含む)	28.4	5.1

(出典) ①②は「平成20年 医療施設静態調査」、③④⑤⑥⑦「平成20年 介護サービス施設・事業所調査」、⑧高齢者住宅財団 高齢者円滑入居賃貸住宅登録情報。

②都道府県別にみた施設種類別の提供量

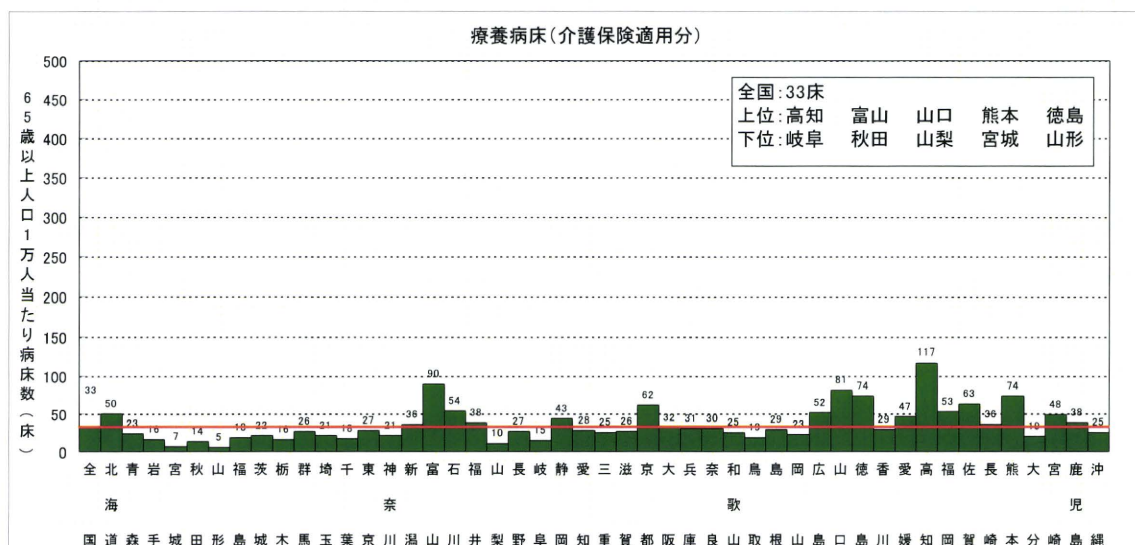
○療養病床（医療保険適用分）

- ◆ 全国平均は、65歳以上人口1万人当たり87床であった。供給量の多い県は、高知、鹿児島、山口、佐賀、福岡であった。一方、少ない県は、神奈川県、東京、新潟、京都、長野であった。



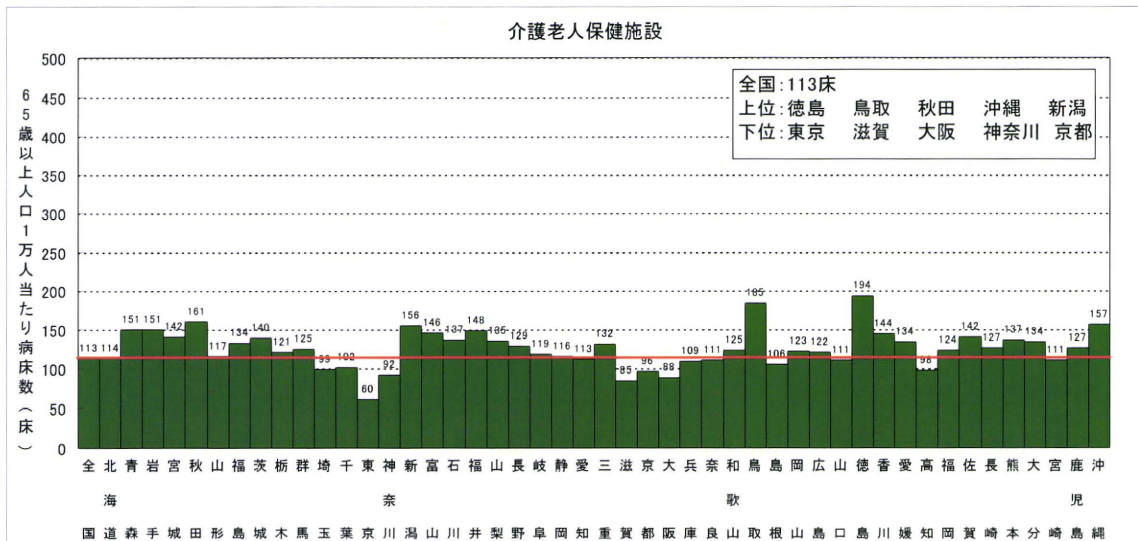
○療養病床（介護保険適用分）

- ◆ 全国平均は、65歳以上人口1万人当たり33床であった。供給量の多い県は、高知県、富山県、山口県、熊本県、徳島県であった。一方、少ない県は、岐阜県、秋田県、山梨県、宮城県、山形県であった。



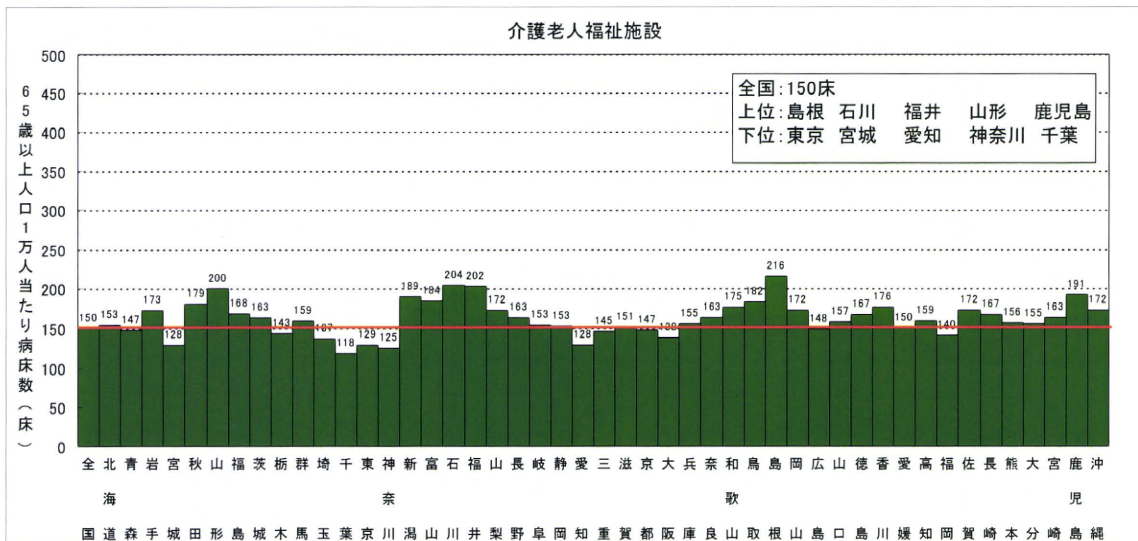
○介護老人保健施設

- ◆ 全国平均は、65歳以上人口1万人当たり113床であった。供給量の多い県は、徳島県、鳥取県、秋田県、沖縄県、新潟県であった。一方、少ない県は、東京都、滋賀、大阪、神奈川、京都であった。



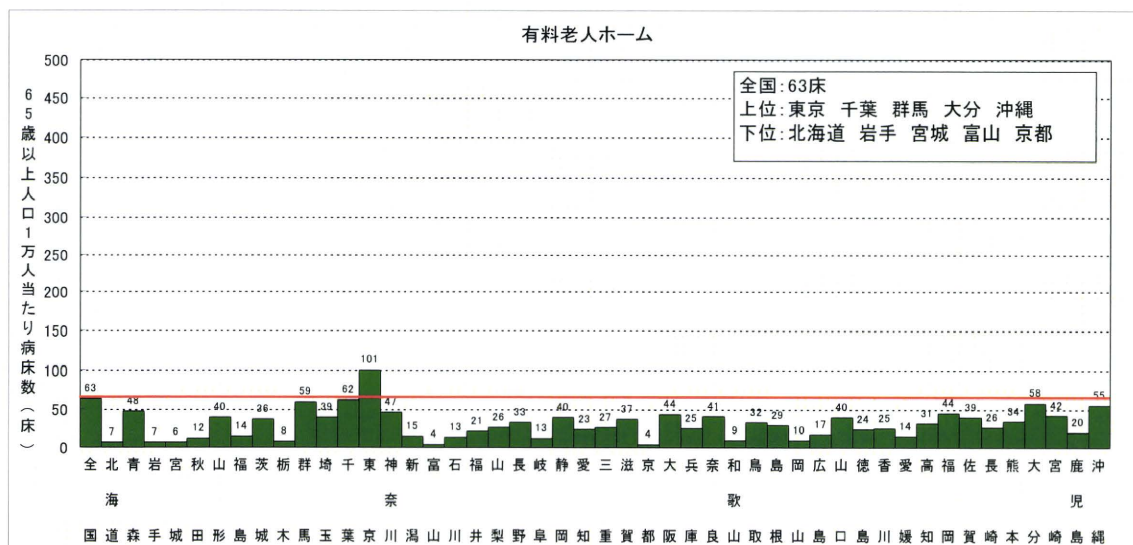
○介護老人福祉施設

- ◆ 全国平均は、65歳以上人口1万人当たり150床であった。供給量の多い県は、島根県、石川県、福井県、山形県、鹿児島県であった。一方、少ない県は、東京都、宮城県、愛知県、神奈川県、千葉県であった。



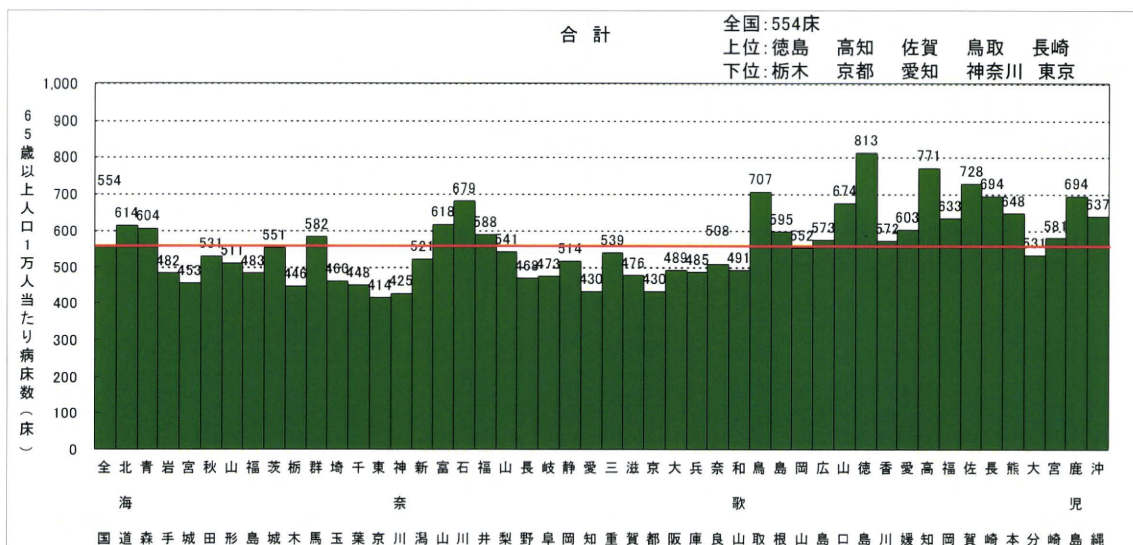
○有料老人ホーム

◆ 全国平均は、65歳以上人口1万人当たり63床であった。供給量の多い県は、東京都、千葉県、群馬県、大分県、沖縄県であった。一方、少ない県は、北海道、岩手県、宮城県、富山県、京都府であった。



○合計

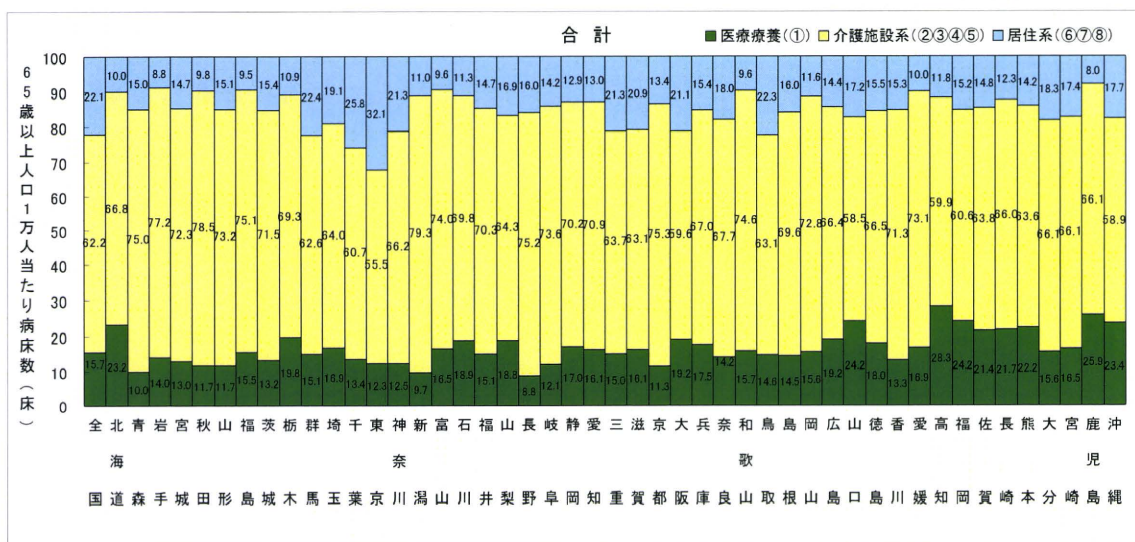
◆ 全国平均は、65歳以上人口1万人当たり554床であった。供給量の多い県は、徳島県、高知県、佐賀県、鳥取県、長崎県であった。一方、少ない県は、栃木県、京都府、愛知県、神奈川県、東京都であった。



注: 合計とは、療養病床(医療保険適用)、〃(介護保険適用)、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、高齢者円滑入居賃貸住宅(高齢者専用賃貸住宅含む)の合計を表している。

○施設種類別の構成比

- ◆ 都道府県別に施設種類別の構成比をみると、全国平均では療養病床（医療保険適用）が15.7%、介護施設系62.2%、居住系22.1%であった。
- ◆ 都道府県別の構成比の特徴をみると、療養病床（医療保険適用）の割合の高い都道府県は、高知県、鹿児島県、山口県、福岡県の順であった。一方、割合の低い都道府県は、長野県、新潟県、青森県、京都府の順であった。
- ◆ 介護施設系では、新潟県、秋田県、岩手県、京都府の順に多くなっていた。一方、東京都、山口県、沖縄県、大阪府の順に少なくなっていた。
- ◆ 居住系は、東京都、千葉県、群馬県、鳥取県の順に多く、鹿児島県、岩手県、福島県、富山県の順に少なくなっていた。



注：療養病床（医療保険適用）、介護施設系は、療養病床（介護保険適用）、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護の合計。居住系は、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、高齢者円滑入居賃貸住宅（高齢者専用賃貸住宅を含む）。

③都道府県別のばらつきの特徴

- ◆ 施設種類別の供給量のばらつきについて、変動係数をもとにみると、療養病床（介護保険適用）、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型共同生活介護の順にばらつきが大きくなっていた。

	定員数/65歳人口1万人当たり				
	最小	最大	平均	標準偏差	変動係数
①から⑧全体	414.3	812.9	558.7	97.3	17.4
①療養病床(医療保険適用)	41.3	218.3	95.3	39.6	41.5
②療養病床(介護保険適用)	5.0	117.3	35.8	23.1	64.7
③介護老人保健施設	60.3	194.4	126.2	24.9	19.8
④介護老人福祉施設	117.9	215.7	161.4	21.7	13.5
⑤認知症対応型共同生活介護	13.7	132.0	55.4	28.1	50.8
⑥軽費老人ホーム	4.8	75.1	26.3	14.3	54.4
⑦有料老人ホーム	3.6	100.6	29.8	19.0	63.9
⑧高齢者円滑入居賃貸住宅 (高齢者専用賃貸住宅を含む)	12.8	53.6	28.5	10.0	35.0

④サービス種類別供給量との相関

- ◆ 総人口、高齢化率、医療系施設は、介護施設系の供給量と有意な相関関係が認められた。具体的にみると、総人口が大きくなるほど、介護施設系の供給量が有意に小さくなる傾向にあった。また高齢化率が高くなるほど、介護施設系の供給量が有意に高くなる傾向にあった。一方、療養病床（医療保険適用）が多くなるほど、介護施設系も多くなる傾向にあった。

		医療療養 (①)	介護施設系 (②③④⑤)	居住系 (⑥⑦⑧)
総人口	Pearson の相関係数	-0.256	-.668**	0.122
	有意確率(両側)	0.083	0.000	0.414
高齢化率	Pearson の相関係数	0.225	.648**	-0.157
	有意確率(両側)	0.128	0.000	0.291
医療療養 (①)	Pearson の相関係数		.586**	0.211
	有意確率(両側)		0.000	0.155
介護施設系 (②③④⑤)	Pearson の相関係数			-0.008
	有意確率(両側)			0.958

注：* * は 1%水準で有意であることを示している。

⑤供給体制が類似した都道府県の分類

- ◆ 都道府県別に医療療養（①）、介護施設系（②③④⑤）、居住系（⑥⑦⑧）の供給量に関する因子得点をもとに、Two Step クラスタ分析を用いてグループ化を行った。その結果、2つのグループに分類され、北海道、富山県、石川県、鳥取県、山口県、徳島県、愛媛県、高知県、福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、鹿児島県、沖縄県の14道県（グループ1）が、同じグループに分類された。
- ◆ グループ間の違いをみると、医療療養（①）、介護施設系（②③④⑤）、居住系（⑥⑦⑧）の合計供給量は、グループ1が平均で65歳以上人口1万人当たり679.4人であるのに対し、グループ2は507.5人とグループ1が大きくなっていた。
- ◆ サービス種類別の構成比でみると、グループ1は、医療療養（①）の割合が高いことが特徴であった。
- ◆ なお、両グループの総人口、高齢化率についてみると、総人口は、グループ1が1,795,785.7人であり、グループ2は3,107,757.6人と、グループ2が大きくなっていた。一方、高齢化率は、それぞれ24.5%と23.3%であり、大きな違いはみられなかった。

グループ1

	平均値(人)	構成比(%)
医療療養(①)	145.6	21.4
介護施設系(②③④⑤)	441.2	64.9
居住系(⑥⑦⑧)	92.7	13.6
合計(①から⑧)	679.4	100.0
総人口	1,795,785.7	-
高齢化率	24.5	-
都道府県数	14	-

グループ2

	平均値(人)	構成比(%)
医療療養(①)	74.0	14.6
介護施設系(②③④⑤)	352.3	69.4
居住系(⑥⑦⑧)	81.2	16.0
合計(①から⑧)	507.5	100.0
総人口	3,107,757.6	-
高齢化率(%)	23.3	-
都道府県数	33	-

グループ1	グループ2
北海道 富山 石川 鳥取 山口 徳島 愛媛 高知 福岡 佐賀 長崎 熊本 鹿児島 沖縄	青森 岩手 宮城 秋田 山形 福島 茨城 栃木 群馬 埼玉 千葉 東京 神奈川 新潟 福井 山梨 長野 岐阜 静岡 愛知 三重 滋賀 京都 大阪 兵庫 奈良 和歌山 島根 岡山 広島 香川 大分 宮崎

(4) 考察

①結果のまとめ

●施設・居住系サービスの供給量

本分析は、都道府県別の施設・在宅サービスの供給量の現状を整理し、ばらつき、都道府県の特徴について明らかにした。

その結果、本分析で用いたデータベースでは、療養病床（医療保険適用）、療養病床（介護保険適用）、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、軽費老人ホーム、有料老人ホームおよび高齢者円滑入居賃貸住宅（高齢者専用賃貸住宅を含む）の全国の供給量は、1,563,107人であった。これは、65歳以上人口1万人当たり554.0人と換算される。サービス別の構成比をみると、介護老人福祉施設（27.0%）、介護老人保健施設（20.4%）の両サービスで半数を占め、次いで療養病床（医療保険適用分）15.7%、有料老人ホーム11.3%の順であった。

●都道府県間のばらつき

都道府県間での供給量のばらつきが大きいサービスをみると、療養病床（介護保険適用）、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型共同生活介護が挙げられた。

●サービス別供給量との相関

人口規模が小さい地域、高齢化率が高い地域ほど、65歳以上人口当たりの介護施設系（療養病床（介護保険適用）、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護の合計）の65歳以上人口当たりの供給量が多い傾向にあった。また、療養病床（医療保険適用）が65歳以上人口当たり多い地域は、介護施設系サービス（療養病床（介護保険適用）、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護の合計）も多い傾向にあった。

●類似の供給体制を持つ都道府県

2グループに分かれ、北海道、富山県、石川県、鳥取県、山口県、徳島県、愛媛県、高知県、福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、鹿児島県、沖縄県の14道県（グループ1）が、同じグループに分類された。その特徴をみると、両グループの高齢化率は大きな違いはみられないにも関わらず、65歳以上人口1万人当たりの合計供給量が、グループ1で非常に大きくなっていった。サービス種類別の特徴をみると、グループ1は、療養病床（医療保険適用）の構成割合が高い点が特徴であった。

②考 察

本稿は、高齢者が居住、ケアを受ける場として、療養病床（医療保険適用、介護保険適用）、介護系施設（介護老人保健施設、介護老人福祉施設）、認知症対応型共同生活介護、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、高齢者円滑入居賃貸住宅（高齢者専用賃貸住宅含む）の都道府県別供給量の実態を整理した。

<介護保険施設を中心とした自宅以外での高齢者の居住・ケアの場の整備>

全国のサービス種別の構成比をみると、介護老人保健施設 20.4%、介護老人福祉施設 27.0%、療養病床（介護保険適用 6.0%、医療保険適用 15.7%） 21.7%であり、これらのサービスが全体の約7割を構成していた。2000年の介護保険制度導入後10年が経過し、介護保険施設を中心に、自宅以外での高齢者の居住・ケアの場として、これらの施設が主力となり、施設整備がなされてきたことの成果といえる。

<ばらつきの大きい療養病床数>

一方、これらのサービスに関する都道府県別のばらつきをみると、介護老人福祉施設、介護老人保健施設のばらつきは比較的小さいが、療養病床（医療保険適用、介護保険適用）のばらつきが大きい傾向にあることが示された。

また、65歳以上人口1万人当たりの施設・居住系サービスが大きいグループに分類される都道府県は、療養病床（医療保険適用）の供給量の多さが影響していることが伺われた。

都道府県、市町村は、介護保険事業支援計画および介護保険事業計画を策定し、供給コントロールを行ってきた。これらの中で適正配置が進められてきた療養病床（介護保険適用）と、都道府県医療計画で一般病床の一部として病床規制を行ってきた療養病床（医療保険適用）に関しては、地域差が顕在化していることが伺われた。

さらに、65歳以上人口1万人当たりの療養病床（医療保険適用）の多い都道府県は、介護施設系（療養病床（介護保険施設）、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護）も多くなる傾向が示された。複合体経営によって、療養・介護サービス基盤が、一体的に構築されている様子が伺われた。

<今後の課題>

本稿より、高齢者の居住サービス、ケア提供体制の在り方については、量的に地域差の大きい、療養病床の機能再編を効果的に進めることは重要な課題であることが示された。

療養病床のあり方については、平成17年社会保障審議会介護給付費分科会の審議報告で、療養病床再編の必要性が示されている。具体的には、療養病床（介護保険適用）は、「在宅復

帰・在宅生活支援重視型の施設」「生活重視型の施設」などへの移行等を図る」とされた。また、介護保険法を改正し「介護療養型医療施設を平成 23 年度までをもって廃止する」とした（「療養病床の将来像」（平成 17 年 12 月）。一方、療養病床（医療保険適用）は、「医療の必要度の高い患者を受け入れるものに限定し、医療保険で対応する」とされた。

これらの療養病床再編に向けての取組みは、民主党政権に移行してから、現在まで保留の状態となっている。この期間を活用し、高齢者のニーズに即した、根本的な療養病床転換後のサービスのあり方を検討すべきであろう。

◆ 療養病床のサービス機能強化の方向性・必要量に関する検討

今後、「在宅復帰・在宅生活支援重視型の施設」「生活重視型の施設」に成り変わるために、1)療養病床はどのようなサービス機能を強化すべきであるのか、2)真に医療必要度の高い患者を受け入れる療養病床としてどの程度配置すべきか—について検討することが課題であると考ええる。

◆ 介護保険施設を含めた施設体系等に関する検討

また、療養病床だけでなく、介護老人保健施設、介護老人福祉施設との役割分担を明確化し、それに即した各施設の人員配置のあり方、地域での入所調整のあり方を検討すべきであると考ええる。

◆ 居住の場の拡充

本稿のデータから、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、高齢者円滑入居賃貸住宅（高齢者専用賃貸住宅を含む）といった居住の場の供給量は、他サービスと比較して小さな値となっている。今後、地域ごとの生活環境による違い等を考慮の上、自宅以外の居住の場の量的確保について検討することが必要であると考ええる。

◆ “ワンセット型”と“外付け型”に関する実証的検討

さらに、第 1 章で問題意識を提起しているように、高齢者の「生活の場」を確保し、その中で、「医療サービス」、「介護サービス」、「居住サービス」をどのように提供することが効果的であるのかについて検討する必要がある。具体的には、一体的に提供する、“ワンセット型”と、「生活の場」に「医療サービス」、「介護サービス」、「居住サービス」を付加する、“外付け型”別に、高齢者等のニーズ、ケアの効果、経済的効率性の検証を行う必要があると考ええる。

2. Assisted Living Facilities に関する海外文献サーヴェイ

アメリカにおける居住系サービスとして近年急速に増加し、注目を集めているものに Assisted Living Facilities (ALF) がある。アメリカの65歳以上高齢者人口は、2009年現在3,960万人、総人口の12.9%を占めている (The US Administration on Aging (2010))。以下のデータも同様)。そのうち、ナーシングホーム(140万人)等の施設に入所している者は180万人であり、高齢者人口の4.1%に相当する。また、この他に、少なくとも1種類以上の支援サービス付きの高齢者住宅に居住している者が2.4%いる。ALSはその重要な構成要素の1つであり、現在、36,000以上の住居に100万人を超える居住者がいるという (Assisted Living Federation of America ホームページ)。わが国における「居住系サービス」のあり方を検討するに当たって、この北欧起源とされる ALF ないしは Assisted Living Services (ALS) は参考になる点が多いものと思われる。

一方、伝統的なナーシングホームにおけるケアについては、その質が早くから問題とされてきた。1980年代後半には、Institute of Medicine (IOM) の勧告に基づき、ナーシングホーム改革法が成立し、ナーシングホームのケアの質を高めるためのさまざまな改革が実施に移されてきた(論文2、4、5を参照)。それらの中には、情報開示 (Nursing Home Compare 等)、マネジメントの改善 (Culture Change Movement 等)、報酬インセンティブの賦与等、わが国の政策にとっても参考になるものが多い(論文2、4、5、7)。しかしながら、アメリカの長期ケアにおけるナーシングホームのシェアは長期低落傾向をたどり、在宅ケア及びコミュニティケアへのシフトが起こってきている(論文6)。

従来のナーシングホームとは異なる居住系サービスとしての ALS について求められる哲学としては、独立性 (independence)、尊厳 (dignity)、プライバシー、意思決定 (の尊重)、自律性 (autonomy) といったことが挙げられることが多い (R.L.Mollica (2001))。また、オレゴン州の行政規則によれば、「ALS は、居住者の自己決定を促進するとともに、居住者の選択、尊厳、プライバシー、個性、独立性及びわが家にいるような環境を強調する諸決定への参加を促進するものである」とされている (Oregon Administration Rules : 411-056-0005)。

ALS とナーシングホームとの相違は、ナーシングホームが伝統的な病院モデルないしは医療モデルに基づいて形成されてきたのに対し、ALS は住居 (residential housing) の1類型として展開してきたということに求められる。しかしながら、北欧諸国とアメリカでは ALS の基本的設計についてのアプローチが異なっていたという。アメリカでは伝統的なナーシングホームの改造をもって ALS としてきた例が多い。これに対して、ヨーロッパ諸国においては、アメリカより15~20年前に従来の施設を代替する新たな高齢者向けの住宅が導入されてきた。ALS の形態等については、各国の地理的、文化的な相違を反映して多様なものとなっているが、

少なくともスウェーデン、ノルウェー、デンマーク、フィンランド及びオランダに共通するのは「サービスハウス (service house)」という概念であり、虚弱な高齢者に対してハウジングと種々のサービスを同時に提供するものとなっている。そして、「施設」に入所するのは、行動に問題がある重篤な認知症患者や複数の合併症を有する患者の場合に限られているという (V. A. Regnier and A. C. Scott (2001))。

ALF は、ナーシングホームと違い、政府の規制は緩く、市場原理に委ねられている面がある。ALF は連邦政府の基準や査察の対象とはなっておらず、また、ALF に関する州政府の規制 (質の基準、許可の要件、モニタリング等) は州ごとに大きく異なっている。また、居住者は、ナーシングホームの場合に比べて、要支援・介護状態が軽度で自立度の高い人が多く、1人当りのコストも相対的に低くなっている (論文10)。このことは、日本における居住系サービスと介護保険施設の間の相違に対応するものであると考えられる。

<参考>文献抄録

論文1 : Daniel Fields, Elizabeth Leshen and Kavita Patel, Driving Quality Gains and Cost Savings through Adoption of Medical Homes, *Health Affairs* May 2010, 29,5 PP819-826

- Medical homes は、米国の医療費の伸びを抑制しつつ患者の outcome を改善する最も有望な提供体制改革の1つと考えられている。
- 議会及びオバマ大統領は、最近の医療制度改革法の中でも財政支援を継続することを通じて medical home model に対する支持を表明している。
- medical home は、当初の特別なニーズを有する児童に対する施設から次第に拡大→高齢者施設にも
- medical home については、NCQA 及び Center for Medical Home Improvement による MHI の2つのガイドラインがある。
- 7つの成功事例の比較検討：4つの共通する特徴
 - ①専門の非医師ケアコーディネーターの存在
 - ②医療機関へのアクセスの拡大（24時間対応）
 - ③パフォーマンスを管理するツール（パフォーマンスを管理し、患者を追跡するリアルタイムなデータへのアクセス）
 - ④有効なインセンティブに配慮した診療報酬支払

論文2 : Rachel Werner, Elizabeth Stuart and Daniel Polsky, Public Reporting Drove Quality Gains at Nursing Homes, *Health Affairs* Sep 2010, 29,9 PP1706-1713

- Public reporting（情報開示）は、理論的には、サービスの質を2つの側面から改善すると考えられる。
 - ①医療サービスの消費者（又はそのエージェント）が開示された情報に基づき、質の高いプロバイダーを選択し、質の高いサービスへの需要を増大させる：consumer-driven changes
 - ②プロバイダーサイドも、①の結果、提供するケアの質への投資及び改善を行うインセンティブが与えられる：provider-driven changes
- nursing home 分野においては、Public reporting は2002年11月以降実施
→CMSによる Nursing Home Compare Web site：17,000以上の Medicare-Medicaid 認証 nursing home について質の評価を実施

- 先行研究においては、**nursing home** の質に対する **Public reporting** の効果については、評価が分かれている
- 本研究におけるデータ及び研究方法
 - ・ **Nursing Home Compare** 開始前後の 2 年間を比較対象期間とする
 - ・ **nursing home** における **postacute** (ショートステイ：少なくとも 2 週間以上入所) の患者を対象とする
 - ・ 分析方法 (3つのステップ)
 - ① **nursing home** 固有の質の改善をケースミックス及び市場シェアを一定として推計 (→ 1 対 1 性向・スコアマッチング手法)
 - ② 市場シェアの変化に基づく質の変化を分離
 - ③ ケースミックス制約を緩和
- 結果
 - ・ 総計 8, 1 3 7 の **nursing home** 及び 1 8 4 万件以上の **postacute care stays** が対象
 - ・ 全体として、**Public reporting** の導入による質の改善は、**nursing home** 固有の質の改善及び市場シェアの変化に基づく質の改善に基づくことがわかった
- 議論
 - ・ 本研究では、**nursing home** の質に対する **Public reporting** の効果について、そのメカニズムを明らかにしている (ところに新奇性がある)
 - ・ 先行研究では、**Public reporting** による市場シェアの変化については、評価が分かっていたが、本研究では市場シェアが変化することを明らかにしている。
 - ・ このことは、**Public reporting** による **nursing home** の質の改善の可能性を支持するものであり、政策的な意味合いは大きい
 - ・ 一方で、政策的には、**Public reporting** による **nursing home** の質の改善がアクセス問題を引き起こす可能性があることには留意すべきである (**Medicaid** 対象者を多く受け入れている **nursing home** のケアの質は低く、これらが淘汰される可能性がある)
 - ・ 本研究の限界：コントロールグループがない研究なので、観察された **nursing home** の質の改善が **Public reporting** の導入によるものなのか、それともそれ以前から続いていたトレンドの反映に過ぎないのかを決定することはできない
 - ・ データコーディングの問題もある

論文3 : Charles M. Kilo and John H. Wasson, Practice Redesign and the Patient-Centered Medical Home : History, Promises and Challenges, *Health Affairs* May 2010, 29,5, PP773-778

○診療の再設計に関する3つの発展段階

①第1段階：基礎的調査研究（1970—1997年）

コンピューターの活用、IHI（The Institute of Healthcare Improvement）の設立（1991年）、IHIによるthe Breakthrough Seriesの開始（1995年）

②第2段階：モデル開発（1997年—2000年代初頭）

3つのモデルが出現（the Chronic Care Model, the Idealized Design of Clinical Office Practices Initiative and the Clinical Microsystems）

→2001年のIOMのQuality Chasm レポートに

③第3段階：モデルの普及（2000年代初頭—現在）

過去数年の間に、「medical home」概念は、診療の再設計における中心的位置付けに

当初は、小児医療分野で用いられた概念（1967年、1992年）→Grumbach,

Bodenheimer（2002）がこれを一般化 →2007年に諸学会が共通認識を採用

Medical home 概念への注目の背景には医療費適正化の要請があることも事実

Patient-centered medical homes という新しいラベリングの成功

○教訓及び課題

・プライマリケア医の不足：医師、PA、NPの（プライマリケア以外の）専門家志向

・プライマリケアへの過度の期待

プライマリケア単独では医療のコストや質の問題を解決することはできない。診療報酬支払方式の改革や全般的な医療制度の再設計等が同時に必要。

・患者の役割

Patient-centeredness へのシフト→medical homes についても同様。Patient-centered medical homes は、プライマリケアの将来を確固としたものとするための新たな基盤を提供

論文4 : Mary Jane Koren, Person-Centered Care for Nursing Home Residents : The Culture-Change Movement, *Health Affairs*, Feb 2010, 29,2, PP312-317

○Culture-Change 運動の起源

- ・ 1980年代初頭からの消費者サイドでの運動
- ・ 1986年 IOM 報告書 : nursing home における home の側面を強調
- ・ 1987年ナーシングホーム改革法成立 (person-centered care)
- ・ その後の10年 : 各地で既存の nursing home model からの脱却を目指す運動
- ・ 1997年 the Pioneer Network の結成→nursing home における culture change 運動促進の主体に

○Culture-Change 運動の特徴

- ・ Culture-Change 運動は、いくつかの原理・原則に基づく
- ・ 施設レベルでは、段階的改善の journey として表現されることが多い
- ・ ステークホルダー会合での合意 : 理想的な施設の特徴
 - ① 住人中心
 - ② 施設ではなく住居の雰囲気
 - ③ 親密な人間関係 (consistent assignment : 同じ介護者等)
 - ④ スタッフのエンパワーメント
 - ⑤ 協調的かつ分権的な意思決定
 - ⑥ 質の改善プロセス

○Culture-Change 運動の普及拡大

- ・ 当初は認知度が低かったが、CMS の方針等の影響で、急速に認知されつつある
- ・ 州政府の政策の影響 : 在宅、居住系サービスへの支援 (Assisted living への Medicaid の適用等) が、nursing home に影響 (競争)
- ・ Culture-Change 運動の実践が成果に結びついているとの研究調査結果 (暖かいシャワールーム、個室の効果等)
- ・ 各地での試み : Wellspring model、the Eden Alternative、Beverly Enterprises
- ・ Green Houses による小規模グループホームの試み

○Culture-Change 運動実践の遅れ : 阻害要因

- ・ Culture-Change 運動の実践はまだ全く不十分な段階に留まっている
- ・ 米国の nursing home の質については依然として批判が続いている
- ・ 特に大部分の nursing home は home と言いながら、医療モデルへの傾きが大きく、病院に似た建築となっており、政府の規制や評価も医療モデルに傾いていた

- ・近年の改革の動き

→州政府の関与、支払い方式の改善、税制、補助金の活用、情報公開

論文5 : Rachel M. Werner and R. Tamara Konetzka, Advancing Nursing Home Quality through Quality Improvement Itself, *Health Affairs*, Jan 2010, 29,1, PP81-86

- 米国においては、150万人以上の国民がナーシングホームに入居し、その費用は年間1,200億ドルにも達しているが、その平均的なケアの質は依然として低水準に留まっている
- 1986年のIOMの報告書→1987年のNursing Home Reform Act
 - ・ナーシングホームにおけるケアの質確保に向けた諸規制の強化
 - ・clinical qualityについては、一定の成果を挙げているが十分ではない
 - 2000年のフォローアップ報告
- 近年におけるナーシングホームのケアの質の改善の試みは、市場ベースのインセンティブ付与の方向性が主流
 - ①情報公開 (public reporting)
 - ②Pay-for-performance
- 2002年CMSによるNursing Home Compareの公表等
 - ・情報公開によってターゲットとされた指標については一定の改善効果は見られるが、全体的なケアの質の改善効果はあまり大きくなかった
 - ・P4Pに関しては、nursing homeについての十分な評価はまだ行われていないが、他の医療分野におけるその評価は必ずしも高いものではない
- Clinical outcomes measuresによる質の評価の限界
 - ・clinical outcomes measuresについては、長い間の調査研究の蓄積もあり、ある程度確立されたものとして、ナーシングホームにおけるケアの質の評価にも広く使われてきている
 - ・しかしながら、clinical careの質が高いからといって、必ずしもQOLが高いとは限らない
 - ・他の医療施設以上に、ナーシングホームにおけるケアの質評価においてはQOLが重要
- 最近のCulture-change movementの動き
 - ・入所者指向のケア、スタッフのエンパワーメント等によるナーシングホームの「脱施設化」及びより居住系サービス化 (more homelike environments)
 - ・明示的な測定はないかもしれないが、QOLの改善は、この運動におけるキーの1つ
 - ・culture-change movementの起源：1997年におけるPioneer Networkの形成
- これまでのQIについての問題

- ・データ収集・解析により、**quality problems** を指摘はするが、なぜそのような問題が生じているのか、またそれを解決するための方策は何かを提示しようとはしていなかった
- 新たなアプローチの導入：QIのプロセスを評価する市場ベースの報酬インセンティブ
 - ・体系的アプローチ：一般産業界における QI の手法を活用
 - ・プロセスに対する報酬評価
- 新たなアプローチの実行
 - ・段階的实施
 - ①各ナーシングホームは、それぞれのケアの質に関するデータを収集し、レビュー
 - ②各ナーシングホームは、継続的にこれらのデータをレビューし、改善すべき領域を見つけ出すための多分野の構成員からなるチームを召集
 - ③各ナーシングホームは、すべての従業者に質に関わる問題を見つけ出すとともに、これらに対応するための解決策を見出し、実行する権限を付与
 - ④こうしたプロセスの反復
 - ・改善についての文書化
 - ・インセンティブ
 - ・現行の諸努力の補完

論文 6 : Susan C. Reinhard, Diversion, Transition Programs Target Nursing Homes' Status Quo, *Health Affairs*, Jan 2010, 29,1, PP44-48

- 過去 25 年の間に、長期ケア市場におけるナーシングホームのシェアは低下
 - ・在宅及びコミュニティケアサービスへのシフト
 - ・「上流」アプローチ：ナーシングホームへの望まない入所の回避
 - ・「下流」アプローチ：ナーシングホームの長期入所からコミュニティへの回帰
- 在宅及びコミュニティケアサービスへのシフト
 - ・1980年代においては、いくつかの州においてメディケイド・ウェーバー政策
 - ①nursing home diversion：「上流」アプローチ
 - ②nursing home transition：「下流」アプローチ
 - ・しかしながら多くの州ではこうした政策はとられず、メディケイドは **institutional care bias** があるのが一般的だった
- 資金のシフトによるナーシングホームからの患者の移動
 - ・Money Follows the Person アプローチ：テキサス州における「下流」アプローチ

- テキサスではすでに13,000人がナーシングホームからコミュニティーケアへ移転
- ・2005年からの全米プログラム
 - 参加する州は、全体で5年間で36,000人を施設から移動させる目標を設定（対象者の1%に相当）。必要な資金配分（transition assistance）
- ・プログラムの対象期間延長
 - ①2016年までの延長案
 - ②対象者の範囲の緩和（6ヶ月以上入所→3ヶ月以上入所に）
 - ③qualified residence の定義の拡張：assisted living facilities も対象に
- 下流アプローチから上流アプローチ（diversion：転換）の促進
 - ・Project 2020（2009年）
- 下流アプローチ（transition：移動）と上流アプローチ（diversion：転換）の併用

論文7：Vincent Mor, Orna Intrator, Zhanlian Feng and David C. Grabowski, *The Revolving Door of Rehospitalization from Skilled Nursing Facilities*, *Health Affairs* Jan 2010, 29,1 PP57-64

- 2004年時点で、メディケアの患者のうち、19.6%は30日以内に再入院していることが明らかにされている（Jenks 他（2009））
 - そのうち、9割は予期せぬものであり、メディケアに関して174億ドルの追加コストがかかっていた
- 米国におけるサービス提供体制
 - ・退院後のメディケア患者→回復期またはリハビリサービスを skilled nursing facilities (SNF)、医療機関、リハビリ病院等から受けることになる
 - ・メディケア退院患者の約40%はこうした postacute 施設へ、約50%はナーシングホームまたは skilled nursing care やリハビリサービスを提供することに特化したナーシングホームの特定部門に入所している
 - ・こうした再入院を含む退院後の状況には大きな地域差が存在する
- メディケアにおける現行の診療報酬支払方式の下では、不必要な再入院防止や不適切な退院後の施設選択等を防ぐべく病院や他の施設間における調整・連携を促すインセンティブが欠けている
- メディケアとメディケイドの間の問題
 - ・メディケア：短期の病院及びSNF入院サービスをカバー