

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1. Akihiro Nishi, Katsunori Kondo, Hiroshi Hirai, Ichiro Kawachi: "Cohort Profile: The AGES 2003 Cohort Study in Aichi, Japan" J Epidemiol 21 (2) : 151–157, 2011. 2
2. 徐東敏, 近藤克則: 新予防給付導入による介護サービス利用回数変化とアウトカムー検討会報告書と異なる分析方法による異なる所見ー, 季刊社会保障研究46 (3) : 264–273, 2010. 12
3. 川島典子: ソーシャル・キャピタルの類型に着目した介護予防サービス一結合型SCと橋渡し型SCをつなぐソーシャルワーカー. 同志社社会福祉学 (24), 2010.
4. 近藤克則: 健康の社会的決定要因 (1)「健康の社会的決定要因」と健康格差を巡る動向, 日本公衆衛生雑誌57 (4) : 316–319, 2010. 4
5. 相田潤, 近藤克則: 健康の社会的決定要因 (2)「歯科疾患」, 日本公衆衛生雑誌57(5) : 410–414, 2010. 5
6. 村田千代栄: 健康の社会的決定要因 (3)「子どもの問題行動」, 日本公衆衛生雑誌57(6) : 486–490, 2010. 6
7. 近藤尚己, 近藤克則: 健康の社会的決定要因 (4)「脳血管疾患」, 日本公衆衛生雑誌57(7) : 577–581, 2010. 7
8. 筒井秀代, 近藤克則: 健康の社会的要因 (5)「慢性腎臓病」, 日本公衆衛生雑誌57(8) : 649–652, 2010. 8
9. 吉井清子: 健康の社会的決定要因 (6)「メタボリックシンドロームと社会経済的地位」, 日本公衆衛生雑誌57(9) : 848–852, 2010. 9
10. 吉井清子: 健康の社会的決定要因 (7)「がんと社会経済的地位」, 日本公衆衛生雑誌57(10) : 936–940, 2010. 10
11. 白井こころ: 健康の社会的決定要因 (8)「認知症」, 日本公衆衛生雑誌57(11) : 1015–1022, 2010. 11
12. 大西丈二, 近藤尚己, 近藤克則: 健康の社会的決定要因 (9)「高齢者の転倒・骨折」日本公衆衛生雑誌58 (1) : 17–53, 2011. 1
13. 相田潤, 近藤克則: 健康の社会的決定要因 (10)「ソーシャル・キャピタル」日本公衆衛生雑誌58 (2) : 129–132, 2011. 2
14. 尾島俊之, 近藤克則: 健康の社会的決定要因 (11)「ライフコース疫学」日本公衆衛生雑誌58 (3) : 199–201, 2011. 3

### 2. 学会発表

1. 山本龍生, 近藤克則, 平井 寛, 中出美代, 相田 潤, 塙淵知哉, 平田幸夫. 現在歯数, 咀嚼能力およびかかりつけ歯科医院の有無と認知症を伴う要介護認定との関連: AGESプロジェクトのコホートデータによる分析. 第21回日本疫学会学術総会講演集21巻1号,

107頁, 2011.

2. 齊藤雅茂, 近藤尚己, 近藤克則 (ほか3名) : 高齢者の社会的孤立とその後の要介護・死亡との関連—AGESプロジェクト4年間の追跡研究. 第52回日本老年社会科学大会. 2010. 6. 17-18, 愛知
3. 近藤克則 : 高齢者の健診受診と「将来における楽しみ」, 所得との関連: AGESプロジェクト. 第69回日本公衆衛生学会総会, 2010. 10. 27-29, 東京国際フォーラム
4. 近藤尚己, 齊藤雅茂, 平井寛 (ほか2名) : 相対的貧困ラインの介護予防へのインプリケーション: AGES縦断研究. 第69回公衆衛生学会総会, 2010. 10. 27-29, 東京国際フォーラム

### 3. 書籍

なし

### 4. その他

<シンポジウム・講演等>

1. Naoki Kondo : Relative deprivation and all-cause, cancer, and cardiovascular deaths in Japanese older adults:2003-2007 AGES cohort. “Social epidemiology-The potential and challenges of the JApn Gerontological Evaluation Study (J-AGES) project” International Symposium, Nihon Fukushi University, Japan, 2011. 3. 17
2. Hisashi Imai : Physical and mental health, social relationships, social capital, and happiness among Japanese adults. “Social epidemiology-The potential and challenges of the JApn Gerontological Evaluation Study (J-AGES) project” International Symposium, Nihon Fukushi University, Japan, 2011. 3. 17
3. Miyo Nakade : Relations between BMI and cause specific mortality in Japan: AGES cohort. “Social epidemiology-The potential and challenges of the JApn Gerontological Evaluation Study (J-AGES) project” International Symposium, Nihon Fukushi University, Japan, 2011. 3. 17
4. Satoru Kanamori : individual versus organizational participation in sports as predictors of long-term care in older Japanese. “Social epidemiology-The potential and challenges of the JApn Gerontological Evaluation Study (J-AGES) project” International Symposium, Nihon Fukushi University, Japan, 2011. 3. 17
5. 近藤克則 : 健康づくりマネジメント論—格差社会から考える保健活動—. 国保フォーラム（埼玉国保連合会）講演, 埼玉県「埼玉会館」, 2010. 9. 7

6. 近藤克則：ベンチマークによるケアの質評価システム開発の試み. 福祉サービスのデリバリー・システムとソーシャルワーク. 日本社会福祉学会第58回秋季大会国際学術交流シンポジウム, 2010.10.10, 愛知.
7. 近藤克則：ケアの質評価とP4Pの動向. 日本医療・病院管理学会第48回学術総会学術シンポジウム, 2010.10.15, 広島.
8. 近藤克則：国際学術交流シンポジウム ベンチマークによるケアの質評価システム開発の試み. 福祉サービスのデリバリー・システムとソーシャルワーカー高齢者ケアサービスの運営と評価システムの国際比較研究－. 日本社会福祉学会第58回秋季大会, 2010.10.10, 日本福祉大学美浜キャンパス
9. 近藤克則：講演「健康格差社会」への処方箋－地域づくりとヘルスプロモーション. 第14回地域保健全国大会, 2010.11.2, 朱鷺メッセ・国際会議場スノーホール(新潟市)

<新聞記事等>

1. 日本経済新聞（朝刊）2010年9月5日 「『要介護』にならないために、健康長寿のコツ、友人との高齢者交流多く、趣味の団体に参加」
2. 熊本日日新聞2010年7月23日「介護サービスの質どう評価」他、神奈川新聞2010年7月26日、福島民報2010年7月18日、琉球新報2010年7月20日
3. 朝日新聞（夕刊）2010年7月10日「趣味は認知症防ぐ？10万人調査」
4. 日本経済新聞2010年8月22日「友人らと交流少ない高齢者 要介護リスク1.2倍」
5. NHKニュース おはよう日本 平成23年1月21日 午前5時9分 「歯がない人は認知症高リスク」
6. 共同通信ほか各種新聞のオンライン版 平成23年1月21日 「歯失うと認知症高リスクに 高齢者調査、かむ力も重要」 産経ニュース、静岡新聞、サーチナ、中国新聞、エキサイトニュース、下野新聞、Japan Press Network News 47 News、京都新聞、長崎新聞、山陽新聞、琉球新聞、Infoseek楽天ニュース、福祉新聞、大分合同新聞、秋田魁新報、東京新聞、岐阜新聞、新潟日報、イザβ版、熊本日日新聞、宮崎日日新聞、福島民報、北日本新聞、徳島新聞、山形新聞、山陰中央新報
7. 毎日新聞 平成23年1月22日 夕刊 「認知症リスク 歯失うと高く」
8. 東京新聞 平成23年1月23日 朝刊 「認知症リスク 歯失うと高く かむ力は元気のもと」
9. 読売新聞 平成23年1月25日 朝刊 「歯のない人 認知症1.9倍 65歳以上 厚労省調査」
10. NHK福島放送「はまなかあいづ Today」平成23年1月27日で歯と認知症の研究成果紹介
11. 日刊歯科通信 第3631号 平成23年2月3日 「認知症の発症リスク 咀嚼能力に反

比例 神歯大らが厚労科学研究で分析」

12. 旬刊健康管理情報 健康のひろば 平成23年3月1日 「歯の本数で認知症リスク1.9倍もの差」
13. 週刊日本歯科新聞 平成23年2月8日 「認知症リスク 咀嚼力低いと上昇」
14. テレビ朝日「中居正広の怪しい本の集まる図書館」 平成23年3月21日で「歯が無いと認知症になりやすい？」
15. 週刊日本歯科新聞 第1688号 平成23年3月23日 「口腔状況と認知症の関係を研究 地域全体で健康になる方法模索」

＜その他：関連する成果＞

1. 斎藤雅茂・近藤克則「社会的排除と健康格差」藤村正之編著『福祉・医療における排除の多層性：差別と排除の〔いま〕④』。明石書店。2010年
2. 日本経済新聞（朝刊）2010年8月22日「友人らと交流少ない高齢者、要介護リスク1.2倍」
3. 読売新聞2011年1月26日「社会格差の拡大 脊かされる健康」
4. 読売新聞（夕刊）2011年2月17日「高齢者の所得格差 がん死亡リスクに反映」

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし

## 平成 22 年度 研究班組織

### 研究代表者

近藤 克則（日本福祉大学社会福祉学部教授）

### 研究分担者

尾島 俊之（浜松医科大学医学部教授）  
小坂 健（東北大学大学院歯学研究科教授）  
竹田 徳則（星城大学リハビリテーション学部教授）  
泉田 信行（国立社会保障・人口問題研究所医療経済学第1室長）  
野口 晴子（国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部第2室長）  
藤野 善久（産業医科大学医学部准教授）  
白井こころ（琉球大学法文学部准教授）  
近藤 尚己（山梨大学大学院医学工学総合研究部講師）  
吉井 清子（日本福祉大学社会福祉学部准教授）  
羽田 明（千葉大学大学院環境医学講座教授）  
等々力英美（琉球大学大学院医学研究科准教授）  
川島 典子（筑紫女子大学短期大学部講師）  
平井 寛（日本福祉大学健康社会研究センター主任研究員）  
市田 行信（日本福祉大学健康社会研究センター客員研究員・三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング）  
花岡 智恵（日本福祉大学健康社会研究センター主任研究員）  
冷水 豊（日本福祉大学地域ケア研究推進センター研究フェロー・大学客員教授）  
平野 隆之（日本福祉大学地域ケア研究推進センター長）

### 研究協力者（報告書掲載順）

長澤紀美子（高知女子大学社会福祉学部准教授）  
伊藤美智予（日本福祉大学健康社会研究センター主任研究員）  
斉藤 雅茂（日本福祉大学地域ケア研究推進センター主任研究員）  
鄭 丞媛（日本福祉大学健康社会研究センター主任研究員）  
笠川 修（日本福祉大学 IR 推進室専任研究員・地域ケア研究推進センター客員研究員）  
林 尊弘（名古屋大学医学部付属病院・日本福祉大学大学院）  
平田 幸夫（神奈川歯科大学歯学部教授）  
山本 龍生（神奈川歯科大学歯学部准教授）  
相田 潤（東北福祉大学大学院歯学研究科）  
金森 悟（順天堂大学医療看護学部助教）  
甲斐 裕子（財明治安田厚生事業団体力医学研究所研究員）  
大塚 理加（国立長寿医療研究センター認知症先進医療開発センター研究員）  
今井 久（山梨学院大学大学院社会科学研究科教授）  
松井 健（日本福祉大学福祉経営学部准教授）  
筒井 秀代（名古屋大学総合保健体育科学センター研究員）  
橋口 徹（日本福祉大学福祉経営学部教授）

## II 分担研究報告

- ・ 国内外の先行研究・事例のレビューと研究構想づくり
  - 国内外の先行研究・事例のレビュー
  - 既存データによるベンチマークの試作
  - 研究構想づくり
- ・ 介護予防
  - 先行文献・実践レビュー
  - 介護予防に関するベンチマーク指標群の開発と活用方法
  - 高齢者 10 万人の大規模調査
  - 既存のデータを活用した研究：AGES2003 コホートデータ
- ・ 特別養護老人ホームにおけるケアの質

## 国内外の先行研究・事例のレビューと研究構想づくり

- ・ 国内外の先行研究・事例のレビュー
- ・ 既存データによるベンチマークの試作
- ・ 研究構想づくり

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合）分担研究報告書  
「介護保険の総合的政策評価ベンチマークシステムの開発」

イギリス福祉サービスにおけるベンチマーク型評価  
－自治体評価および事業者評価の取り組み－

研究分担者 冷水 豊（日本福祉大学 地域ケア研究推進センター教授）  
研究協力者 長澤 紀美子（高知女子大学 社会福祉学部准教授）

研究要旨

イギリスの社会的ケア（福祉サービス）においては、自治体評価は PAF（定量的指標）、事業者評価は格付け評価（定性的基準）というベンチマーク型評価手法の活用により、サービスの質の向上を図る取り組みを進めている。

本稿では、イギリス社会的ケア領域の自治体評価および事業者評価に関わる近年の政策動向を概観し、その特徴について分析した。具体的には、自治体評価については、1999年に導入された PAF、2002年に導入された三つ星格付け評価(star-rating)および2007年以降のアウトカム評価を、事業者評価については、2000年のケア基準法における全国最低基準（National Standards, NMS）から2008年医療社会的ケア法による「質と安全に関する基本的基準」への改革を取り上げ、各々の動向について整理した。

自治体評価については、PAF の定量的指標による自治体間比較（ランキング）から、格付けによる総合評価、さらにアウトカム分類毎の判断へと、近年評価手法と開示方法が変更されるとともに、結果の背景を説明する定性的記述により定量的指標を補完している。

事業者評価については、アウトカムを達成するためのプロセスを表す「基準」の厳格な遵守が求められた NMS に対し、新たな「質と安全に関する基本的基準」では、基準の柔軟な適用と「促し」も含めた事業者の創意工夫により、利用者のアウトカムの達成が重視されている。

A. 研究目的

本来「ベンチマークング」とは、測定を意味し、それには定性的・定量的測定がある（キャンプ 1995:21）。イギリスの社会的ケア（福祉サービス）領域でいえば、自治体評価はまさに定量的指標による評価であるが、一方社会的ケアの事業者については、定性的な基準で評価を行っている。「ベンチマークング」の本質が自らの業績を測定し、ベストプラクティスとしたもの（あるいは適切な外部基準値）と比較分析することにより、継続的改善を行うことであるとすれば、自治体評価は PAF(Performance Assessment Framework)、事業者評価は格付け評価というベンチマーク型評価手法の活用により、サービスの質の向上を図る取り組みを進めているといえる。

そこで、本稿では、イギリスの社会的ケアにおけるベンチマーク型評価手法について、自治体評価および事業者評価の政策動向を概観し、その特徴について分析することを目的とする。具体的には、自治体評価については、1999年に導入された PAF、2002年に導入された三つ星格付け評価(star-rating)および2007年以降のアウトカム評価を、事業者評価については、2000年のケア基準法における全国最低基準（National Standards, NMS）から2008年医療社会的ケア法による「質と安全に関する基本的基準」への改革を取り上げ、各々の動向について整理した。それぞれの評価基準や手法に関わる改革の分析を通じて、今後の福祉サービス領域の自治体評価・事業者評価にとって重要な要素を検討

したい。

なお、本稿における「イギリス」とは、グレートブリテン及び北アイルランド連合王国を構成している4ヶ国の中の一つである「イングランド」を指すこととする。

## B. 研究方法

イギリス保健省及び公的機関による資料および専門誌(Community Care)による文献研究

## C. 研究結果および考察

### 1. 自治体評価

#### 1・1 PAFによるランキングから格付け評価へ

民間部門で発展したベンチマークリングの取り組みは、アメリカ・イギリスなどの先進各国において、1990年代公共部門にも取り入れられるようになった。イギリスでは、1999年に導入された市民憲章(Citizens' Charter)指標がすべての自治体に適用され、自治体経営の改善に活用されてきた。その一環として、社会サービスでは1996年から「コミュニティケア憲章」指標の策定が自治体に義務づけられ、さらに1999年には全国共通の自治体の福祉サービスの評価指標である「社会サービスの業績指標」(PSS PAF)が策定された。

PAFは、従来保健省が自治体から収集していた250余りの主要指標群(Key Indicators)を基に、地方自治監査委員会における指標を併せた中から、社会サービスの水準を示す簡便で包括的な指標のパッケージとして50(1999年当時)の指標を選び、再編したものである。指標は、「ベスト・バリュー」指標群と共に5つの指標群(①中央政府の優先施策、②費用と効率、③サービス提供の効果、④利用者と家族介護者にとってのサービスの質、⑤公平なアクセス)から構成されて

いる。自治体が達成すべき目標値(targets)に対するモニタリングのツールとして指標を活用することで、自らの業務の改善と目標達成を促すとともに、他の自治体の業績結果との比較を通して公共サービスに競争原理をもたらし、効率性を促進することが期待された。

PAFの結果の開示は、全国の150自治体を同じ行政構造のグループごとに比較した一覧表の形式で公表されたが、それによって自治体間に「受け入れがたい(業績の)ばらつき」があることが明らかになった(保健大臣Alan Milburnのスピーチ(19 Oct.2001)による)。そのため、自治体の業績改善につながる評価の方法や開示の工夫が求められた。

その後開発された格付け評価(Star-rating)の特徴は、自治体の社会サービスを児童と成人(障害者・高齢者)の2分野に分け、それぞれについて「現在の業績」「将来への展望」を4段階で評価し、その16通りの組み合わせによって総合評価の格付け(0星~3つ星の4段階)を行ったことである。2002年には、初めてこの格付けのランクにより自治体の評価が公表された。さらに、格付け評価の結果を自治体の財政面での自由度やモニタリング・監査の軽減の度合いと連動させる、さらに格付けの低い自治体には民間コンサルティング企業による介入を行うなどの方法により、自治体の業績改善の取り組みを進めた。

#### 1・2 アウトカム分類毎の判断と定性的情報による補完

格付け評価は評価機関の再編に伴い、2004年からCSCI(Commission for Social Care Inspection)の管轄となり、さらに2006年には児童・若年者福祉と教育の規制がOfstedへ移行したのに伴い、成人ケアのみが対象となった。

さらに、2006年に白書'Our Health, Our

'Care, Our Say'の中で、今後保健医療福祉政策で重視すべき7つのアウトカム領域が示されたことに伴い、2007年より、自治体の評価指標が医療・福祉領域共通の7つのアウトカムに再編され、2009年には自治体の業績をアウトカム毎に4段階に（星による格付け（rating）ではなく、判断(judgment)として）示されるようになった。

2009年からは、それまでの CSCI 等の保健医療福祉領域の規制機関を統合した CQC (Care Quality Commission) が事業を開始するとともに、包括的地域評価 (Comprehensive Area Assessment, CAA) が地方自治監査委員会のホームページに公表された。CAAでは、保健医療福祉サービスに関わる指標も含めた行政活動に関わる全国指標(National Indicators)の結果を開示し、その自治体間比較や各自治体における経年推移を確認できるとともに、指標の結果の背景を説明する定性的記述が追加された。例えば、高齢者の健康とウェルビーイングに関する指標について、赤旗(red flag；深刻な懸念があり、対処が必要であるという判定)とされたバーミンガム市では、自治体の保健医療と福祉領域の協働が従来から進んでいないという、問題の背景や対処のための活動の進展について報告している(Audit Commission 2010)。このように定量的指標によるベンチマー킹の限界を定性的情報で補完し、業績の改善をもたらす方法を具体的に記述していることが特徴的である。

## 2. 事業者評価

### 2-1 2000年ケア基準法による全国最低基準

イギリスの社会的ケアの領域では、高齢者入所施設に係る 1984 年の「登録ケアホーム法」とそれに基づく「レジデンシャル・ケア・ホーム規則」および実際のケア基準である「施

設ケアの実践綱領」の公表を始めとして、ケア基準の改訂や登録・監査方法の見直しが頻繁に行われてきた。また 1990 年に制定された「NHS コミュニティケア法」によるコミュニティケア改革に伴う、民間営利部門の事業者の急増が質の低下の問題を招いたことから、質の監視システムの検討が積極的になられるようになった（岩間 2005:9）。

基準の見直しに重要な役割を果たした 1996 年のバーグナー報告(Burgner Report)では、法規に基づくケア基準（全国的に統一され、かつサービスの範囲や提供主体の違いを超えて適用できる基準）の設定の必要性が提言された<sup>i</sup>。

さらにブレア労働党政権成立後の白書「社会サービスの近代化」(Modernising Social Services)では、社会的ケアにおける第三の道を「ケアの提供者中心から、利用者と介護者や家族が経験するサービスの質と達成されるアウトカムに確固たる焦点を置くこと」と説明し、利用者の視点からみたサービスの質とアウトカムの達成を提唱した (DH 1998) <sup>ii</sup>。

その後、2000 年ケア基準法に基づき全国ケア基準委員会 (National Care Standards Commission, NCSC) が設置され、事業主体（公立・民間）にかかわらずケアの規制（登録・監査）の一元化、登録・監査対象の拡大（在宅事業者の登録・監査の開始）、法規（ケア基準法および規則：抽象的）と全国最低基準（NMS：サービス別・具体的）の 3 層の構造による基準の全国統一と遵守の要請が実施された。

表 1 は、高齢者ケアホーム最低基準（高齢者介護施設用の NMS(National Minimum Standards, Care Homes for Older People, 3<sup>rd</sup>,ed,2003) について示したものである。

基準は、7 領域 38 項目から構成され、各領域は以下のとおりである。

- ①施設の選択
- ②医療・個別ケア
- ③日常生活
- ④苦情・保護
- ⑤生活環境
- ⑥職員の配置
- ⑦管理・運営

NMS の各項目は、「アウトカム」（利用者にとって望ましい状態）という名称で質的に記述され、そのアウトカムを達成するための根拠となる状態を示す「基準」（Standards）から構成される。例えば、領域④苦情と保護の中の「アウトカム」No.18「利用者の保護」の例を以下に示す。

「アウトカム」No.18「利用者は虐待から守られる」

（「基準」（根拠となる状態）は以下 6 項目）

18.1 文書化された方針に基づき、故意・不注意・無知等により、物理的・経済的・物質的・心理的・性的虐待、ネグレクト、差別的虐待、自傷、非人間的な尊厳を貶める処遇から、保護される。

18.2 虐待やネグレクトの疑いや証拠（告発も含む）に対応する強固な手続きが利用者の安全と保護が図られる（機関への懸念の表明も含む）。

18.3 虐待の申立てやインシデントの全てに即時に対応し、取られた措置は記録される。

18.4 ケア基準法に基づき、虚弱高齢者にとって不適切な職員を去らせる。

18.5 利用者からの身体的・言語的暴力は理解され、適切に対処される（利用者への身体的な介入は最後の手段であり保健省の指針に従う）ことが施設方針と実践で保証される。

18.6 個人的財産記録へのアクセス、金品の安全な保管、個人的な財務相談や保険への助言を受けられ、利用者の意思によつてはスタッフの関与を除外できることが施設方針と実践で保証される。

この NMS 自体には法的拘束力はないが、

2003 年度の改正により、質の低い事業者に改善計画の提出が義務化され、従わない場合には起訴・登録抹消等の是正措置が採られることがとなった。そのため事業者は実質的に NMS の遵守を求められているといえる。

NMS の課題として、①「アウトカム」重視としながらプロセス中心の項目である（一部は「構造」面での項目も含む）、②最低基準であるものの構造面の基準が厳格で達成が困難な施設が多い（柔軟性に欠ける）、③質の確保（虐待防止等）に実効性が乏しい等が挙げられる。具体的には、②については NMS の実際の適用は 2002 年 4 月からであったが、多くの基準が 2007 年まで猶予され、構造面の基準の適用が難しいとする業界団体の反発により環境に係る条件が修正された（例えば、2007 年迄 80% を個室化するという条件を 2002 年 8 月時点での平均個室割合を維持するという条件に緩和した）。一方、NCSC は先に挙げた基準の柔軟性の不足以外にも、虐待防止に効力がなかったという問題が指摘されていた<sup>iii</sup>。

## 2-2 2008年医療社会的ケア法による「質と安全に関する基本的基準」

NMS が改訂されるきっかけとなったのは、2003 年の OPSR (Office for Public Service Reform) による報告書 ‘Inspecting for Improvements’ (OPSR 2003) であった。そこでは、公共サービスの評価について①改善を目的とする、②アウトカムに焦点化する、③利用者視点、④リスク比例、⑤精密な自己評価、⑦判断基準の明示等の「公共サービスの監査に関する 10 原則」が提唱され、2004 年から NMS の監査システムの見直しが開始された。

さらに同年（2004）から CSCI が事業を開始し、CSCI による NMS の調査により、現

行の基準が利用者に係わることに焦点化されていない、柔軟性に欠けるということが報告された（CSCI 2005）。それを受け、2006年度から、監査の方法が大幅に修正されることとなった。具体的には、①リスクに比例した監査の柔軟化（「主要監査」についてリスクが高い施設には監査の頻度を年数回と重点的におこない、リスクが低い施設には監査の間隔を2～3年に1回とする）、②基準を7つのアウトカムに再編（7つのアウトカム・グループごとに記述を作成し、3つ星評価を2008年から採用）、③認知症ケアに対応した、訓練を受けた評価者による観察的評価（SOFI）の導入、④自己評価の義務化（年次クオリティ・アシュアランス評価の提出を事業者に義務化）、⑤基準に対応する法規を確認できる指針の公表（2007年）と制裁の強化（是正措置を段階的に設定し、法令遵守違反について段階的に対応する）である（長澤 2010）。

以上の改革と並行して、保健医療サービスと福祉サービスの統一登録・監査機関 CQC の設置を内容とする ‘Health and Social Care Act 2008’が 2007 年 11 月に国会に上程され、2008 年 7 月に成立した。2009 年 4 月より CQC が事業を開始するに伴い、2010 年 9 月末には現行システム（NMS による登録・監査、3つ星評価）が終了し、2010 年 10 月から社会的ケア事業者は、NMS に代わる新しい基準「質と安全に関する基本的基準」により評価されることとなった。つまり、2006 年度の漸進的改革から、2008 年度以降、法規の改正や基準の改訂を伴う抜本的な改革へ至った。表 2 は 2010 年に公表された「質と安全に関する基本的基準」、表 3 はその中の基準の 1 つであるアウトカム 7 「利用者を虐待から保護する」についての詳細を示す。

「質と安全に関する基本的基準」の特徴は、  
①各基準が法規と直結している（基準の遵守

がコンプライアンスとなる）こと、②医療と福祉サービスに共通の基準であることから、特に「質」と「安全」に焦点を当てていること、③利用者のアウトカムを重視していることの 3 点である。表 3 にみるように「質と安全に関する基本的基準」のガイドラインは、法的規定、利用者のアウトカム、促し(Prompt)（一般的な促し・サービス種別ごとの促し）、関連法規、リスクの判断から構成されている。つまり、各基準が 2008 年医療・社会的ケア法に基づく 2009 年規則および 2010 年規則に準拠し、規則の各条に評価項目が対応している。

また③のアウトカムの達成については、新たな基準では「促し」により、基準の柔軟な適用と事業者の創意工夫を促している。そこには、事業者が一定のアウトカムに到達できれば、そのためのプロセスは問わない、という考え方方が背景にある。NMS ではプロセスが「基準」であり、厳格な遵守が求められていたのに対し、2010 年基準では、「促し」はアウトカムを達成するための参考にすぎない。従って「促し」を使用しない場合は、他のやり方によって基準を遵守し、利用者ニーズを充足していることを証明する必要がある。ここでは、「促し」の活用によって革新的な（innovative）実践の推進が目指されている。

この背景には、ケアの提供プロセスの多様化がある。医療および福祉領域の基準を一元化したこと、また施設ケアや在宅ケアに加え、ダイレクト・ペイメントなどの現金給付に基づき、利用者に直接雇用された親族や知人によるケアの組合せなどがある中で、従来のように画一的なケアの提供プロセスを特定することは難しくなっているためである。

本基準の社会的ケアへの運用開始は 2010 年 10 月であり、全ての事業者は、法定サービスの事業について実施前に CQC の登録を受けなければならない。基準が充たされてい

ない場合、「条件付登録」となる（明確な改善計画と期限を求められる）。また、この基準自体には、NMS と同様に法的拘束力はないが、法令遵守の判断に際し、アウトカムと促しが勘案されることになる。

#### D. 結論

イギリス社会的ケア領域の自治体評価では、PAF の定量的指標による自治体間比較（ランキング）から、格付けによる総合評価、さらにアウトカム分類毎の判断へと、近年評価手法と開示方法が変更された。つまり、自治体のランキングや格付けによる総合評価から、定性的な指標での達成度を判断する方向に変化した。さらに、結果の背景を説明する定性的記述を追加し、定量的指標を補完している。

一方、事業者評価については、アウトカムを達成するためのプロセスを表す「基準」の厳格な遵守が求められた NMS に対し、新たな「質と安全に関する基本的基準」では、基準の柔軟な適用と「促し」も含めた事業者の創意工夫により、利用者のアウトカムの達成が重視されている。ただし、基準の社会的ケアへの適用については 2010 年 10 月から始まるため、評価基準の運用面での実際の課題については今後注視が必要である。

i バーグナー報告の勧告のうち、2000 年のケア基準法に採用された提案としては以下のものがある(Roll et al.2000).

①社会サービスの規制・監査の単一のシステム（多種の利用者層に対応できる柔軟性も維持しつつ、システムの单一化を図る）

②基準設定に国の介入及び法的な規制が必要

③level playing field（公的部門と民間部門の規制の公平性）

④規制の対象範囲の拡大（在宅サービスや児

---

童保護のサービスに対しても、登録及び監査を行う）

ii DH, 1998, Modernising Social Services, para.1.7.

iii Burton, Community Care, 29 May 2003. DH(2005)においても、「NMS 基準はサービスの利用者にかかる重要な事項に充分に焦点が当てられておらず、柔軟性に欠けているためにニーズに効果的に対応できない」と指摘されている。

#### 文献

Audit Commission, 2010, One Place; Birmingham Area Assessment.

Burton, 2003, Community Care, 29 May 2003.

Burgner T., 1996, The Burgner Report (The Regulation and Inspection of Social Services).Dept. of Health and the Welsh Office.

キャンプ, R.,C. (著), 田尻正滋(訳), 1995,『ベンチマー킹—最強の組織を創るプロジェクト』PHP研究所(=Camp R., 1989, Benchmarking: The Search for Industry Best Practices That Lead to Superior Performance, ASQC Quality Press.USA)

CQC(Care Quality Commission), 2010a, Summary of regulations, outcomes and judgement framework.

CQC, 2010b, Essential Standards of Quality and Safety.

CSCI(Commission for Social Care Inspection), 2005, Inspecting for Better Lives-Delivering Change.

CSCI, 2007a, Guidance for Inspectors: Short Observation Framework for Inspection.

CSCI, 2007b, Care Homes for Older People Guidance Log.

CSCI, 2007c, Annual Quality Assurance Assessment; Care homes for older people, Part1:Self Assessment, Part2:Data Set.

DH(Department of Health), 1998, Modernizing Social Services. (Cm 4169).

DH, 2003, NMS ; National Minimum Standards, Care Homes for Older People, 3rd.ed..

DH, 2005, Proposed Changes to the Regulatory Framework for Adult Social Services.

ダイヤモンド・ハーバード・ビジネス編集部(編), 1995,『ベンチマー킹の理論と実践—「学習する」組織と「自己変革型」

- 
- 『社員の創造』ダイヤモンド社  
岩間大和子,2005,「イギリスにおける介護・  
福祉サービスの質保障のための政策の展開  
－2000年, 2003年の監査システムの改革  
の意義－」『レファレンス』657, 2005.10,  
6-37.
- メレディス・バーバラ(著), 杉岡直人・平岡  
公一・吉原雅昭(訳), 1997,『コミュニティケアハンドブック－利用者主体の英国福  
祉サービスの展開』ミネルヴァ福祉ライブ  
ラリーNo.11 ミネルヴァ書房  
(=Meredith.B., 1993, *The Community  
Care Handbook*, Age Concern, UK)
- 水野 洋子・荒井 由美子,2002,「高齢者施設  
ケアサービスの評価-英国での最近の試み」  
『老年社会科学』 24(1), pp.39-50.
- 長澤紀美子,2001,「福祉領域におけるニュ  
ー・パブリック・マネジメント(その1)  
－英国自治体社会サービスにおける業績指  
標－」『新潟青陵大学紀要』1, pp.153-169.
- 長澤紀美子,2005,「イギリス自治体社会サー  
ビスの行政評価」『老年社会科学』 27(1),  
pp.81-89.
- 長澤紀美子,2010,「高齢者介護施設のコンプ  
ライアンスーオーストラリアおよびイギリ  
スにおけるコンプライアンス態勢構築に向  
けた方策－」『高知女子大学紀要(社会福祉  
学部編)』59, 67-85.
- 長澤紀美子,2011,「高齢者ケアのアウトカム  
評価」『高知女子大学紀要(社会福祉学部  
編)』60, 169-183.
- OECD, 2005, *Long-term Care for older  
people*.
- OPSR(Office for Public Service Reform),  
2003, *Inspecting for improvement*, The  
Stationery Office.
- 大住 莊四郎,1999,『ニュー・パブリックマネ  
ジメント－理念・ビジョン・戦略』日本評  
論社
- Roll., J. et al., 2000, *Care Standards Bill*  
2000, Research Paper (House of  
Commons Library)00/52.
- 冷水豊・長澤紀美子,2000,「論文 I : サービ  
スの質の評価に関する政策的課題－英国の  
社会サービスをめぐる動向を素材として」,  
三浦文夫編著,『図説高齢者白書(平成 11  
年度版)』全国社会福祉協議会

表1. イギリス 高齢者ケアホーム最低基準

NMS (National Minimum Standards, Care Homes for Older People, 3<sup>rd</sup>.ed., 2003)

大項目	番号	主要基準	基準	小項目
1 施設の選択	1		情報	3
	2		契約	2
	3○		ニーズ・アセスメント	5
	4		ニーズの充足	4
	5		試行的な訪問	3
	6○		中間的ケア	5
2 医療および対人ケア	7		サービス利用者計画	6
	8○		医療的ケア	13
	9○		投薬	11
	10○		プライバシーと尊厳	7
	11		末期と死	12
3 日常生活および社会的活動	12○		社会的接触と活動	4
	13○		コミュニティとの接触	6
	14○		自律性と選択	5
	15○		食事と食事時間	9
4 苦情および保護	16○		苦情	4
	17		利用者の権利	3
	18○		利用者の保護	6
5 環境	19○		建物	6
	20		共有設備	7
	21		トイレおよび洗濯設備	9
	22		改造と福祉機器	8
	23		個人の居室：面積の要件	11
	24		個人の居室：家具・調度類	8
	25		サービス：暖房と証明	8
6 職員	26○		サービス：衛生と感染予防	9
	27○		職員配置	7
	28○		資格	3
	29○		採用	6
7 マネジメントおよび運営（アドミニストレーション）	30○		職員研修	4
	31○		日常の業務運営	8
	32		エートス	8
	33○		質の保証 (Quality Assurance)	10
	34		財務手続き	5
	35○		利用者の金銭	6
	36		職員へのスーパービジョン	5
	37		記録	3
主要指標数	38○		安全な業務実践	9
	21	小項目数		248

表2. 「質と安全に関する基本的基準」(‘Health and Social Care Act 2008’に基づく)

大項目	アウトカム No.	基準	コア 基準*	2010年 規則** による基 準	2009年 規則*** による基 準
1 関与と 情報	1	利用者の尊厳と関与	○	17	
	2	ケアと治療への同意	○	18	
	3	料金			19
2 個別ケ ア・ 治療・支援	4	利用者のケアと福祉	○	9	
	5	栄養的ニーズの充足	○	14	
	6	他の事業者との協働	○	24	
3 保護と安 全	7	利用者を虐待から保護する	○	11	
	8	清潔さと感染症のコントロール	○	12	
	9	投薬管理	○	13	
	10	建物の安全性・適切さ	○	15	
	11	器具の安全性・利用可能性・適切さ	○	16	
4 職員配置 の適切さ	12	労働者に関する要件	○	21	
	13	職員配置	○	22	
	14	労働者への支援	○	23	
5 質とマネ ジ メント	15	目的の陳述			12
	16	供給するサービスの質の評価とモニタリング	○	10	
	17	苦情	○	19	
	18	利用者の死亡に関する届け出			16
	19	精神保健法1983年法による拘留された、または拘留の対象となる患者の死亡または無許可の不在に関する届け出			17
	20	他のインシデントの届け出			18
	21	記録	○	20	
6 マネジメ ントの適切さ	22	事業者が個人またはパートナーシップである場合の要			4
	23	事業者がパートナーシップ以外の団体である場合の要			5
	24	登録マネジャーに関する要件			6
	25	登録専門職の研修			7
	26	財務状況			13
	27	不在に関する届け出			14
	28	変更に関する届け出			15

(CQC 2010, "Essential Standards of Quality and Safety" より)

(2010年・2009年規則のNo.は各規則の当該基準の項の番号を示す)

\* 28基準のうち16基準で、ケアの質と安全に最も直接的に関わっているもの；事業者はこれらのアウトカムを充たしている証拠を持たなければならない。(これら16基準は経時的にコンプライアンスのチェックがなされる)。一方、コア基準でない残りの12の基準は、日々のサービス運営に関わり、運営が適切に行われているかの確認項目であるが、何か懸念がある場合にのみチェックされる。

\*\* Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2010 (2010 No.781)

\*\*\* Care Quality Commission (Registration) Regulations 2009 (2009 No.3112)

### 表3. アウトカム7 「利用者を虐待から保護する」

#### A 法的規定\*

2010 No.781規則 (Health and Social Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2010)

##### 第4章第11条

【1】登録(事業)者は、サービス利用者が虐待のリスクから保護されることを保障するための適切な調整をしなければならない。それは次のような手段による:

(a) 虐待の可能性と特定し、その発生を予防するための合理的な段階を踏むこと

(b) 虐待の申立てについて適切に応答すること

【2】法定サービスを実施する上であらゆる形式のコントロールや拘束が行われる際には、登録(事業)者は、そのようなコントロールや拘束のリスクが(a)違法の,(b)その他過度なものにならないよう、利用者を保護するための適切な調整を行わなければならない。

【3】【1】の項の「虐待」とは、サービス利用者に関するもので、以下を意味する。

(a)性的虐待

(b)身体的・心理的な不適切な扱い(ill-treatment)

(c)金銭及び財産の窃盗・悪用・業務上横領

(d)危害を及ぼす、あるいは損害を与える可能性があるネグレクト及び怠慢の行為

#### B 利用者のアウトカム(利用者が経験すべきこと)\*

・利用者は虐待、あるいは虐待のリスクから保護され、人権が尊重され、弁護される。

これは規則を遵守している事業者が以下のようなことをするためである。

サービスにおける虐待の特定や発生からの予防のための措置を講ずる。

虐待が発生したまたは発生のリスクがあると疑われる際に適切に対処する。

虐待から利用者を保護する政府の指針や地域の指針が全ての職員にアクセスでき、実行に移されることを保証す

拘束を行う際は、いつもその人に適切な、合理的な、適當な、正当と認められることを保証する。

デスカレーションまたは抑制は、尊厳が尊重され、人権が保護されるように使われ、できる限り利用者の好みを尊重する。

利用者の多様性、信念、価値が、保護に関する懸念の特定、予防、対応にどのように影響するかを知る。

利用者のあらゆる行動の否定的な影響から他者を保護する。

それが利用者の最善の利益の1つであり、成年後見法2005に基づいている際には、適用できる限り、「自由の剥奪からの保護策」を活用する。

#### C 促し(Prompt)\*\* (共通)

・虐待の兆候や申立てを特定し、対処する有効なプロセスがあるか？

・職員は何が虐待や拘束にあたるか理解しているか？

・虐待の兆候や申立てに職員は適切に対応しているか？

・虐待が発生する前に防止する、及び発生後に更なる虐待のリスクを最小限にする、有効なプロセスがあるか？

・職員は、どのような拘束であれば使うことができ、どのようなものはできないか、またどのようにそれを使うかという条件を理解しているか？

・拘束が利用される際に、それが安全で法に基づき、過剰ではないということを後に確認するプロセスがあるか？

・虐待からの保護及び拘束のシステムは、国の指針(No Secrets 等)と成年後見法2005及び精神保健法倫理綱領(政府及び専門家向け)を考慮に入れているか？

・虐待の申立てを行った人が尊重され、支援されているか？

#### D リスクの判断基準\*\* (利用者への影響)

低い 適切なレベルが使われているが、拘束に対して利用者が好む技法が使われていない。

虐待を経験した利用者が支援を受けていない。

中程度 微妙なレベルの虐待を受けた人が、職員に認識されていない。

拘束されている間、利用者の尊厳が維持されていない。

虐待を報告した人がすぐにその状況をやめさせていない。

利用者が職員に金銭や所持品を貸している、それは職員が依頼したり、それが起こるような状態を招いたためである。

高い 兆候が認識されないために、利用者が長期の間、虐待を受けている。

虐待を報告した人がその懸念に対して取り組みがされていない。

拘束されている間、危害を加えられた(最も適切な手段が使われなかつたために)。

利用者が、彼らにリスクを引き起こす他人と一緒に場所に置かれる。

利用者が職員に金銭や所持品を与えるように圧迫を受ける。

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）  
分担研究報告書

アメリカ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に関する研究

研究代表者 近藤 克則（日本福祉大学社会福祉学部教授）  
研究協力者 伊藤 美智予（日本福祉大学健康社会研究センター主任研究員）

研究要旨

本研究では、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について概観し、わが国への示唆を得ることを目的とした。

アメリカではナーシングホームのケアの質の低下が社会問題となったことを契機として、総合的なケアの質マネジメントシステムが導入されている。本システムは、連邦、州、ナーシングホームの3つのレベルにわたる相互補完的なシステムである。

アメリカの経験から、以下2点の示唆が得られた。ひとつは、よくデザインされたマネジメントシステムを開発するためには、「現場が納得する評価すべき要素の抽出」、「利用者レベルでのケアのプロセス改善につなげる方法の開発」、「他施設と比較可能な量的指標の算出」「評価結果の監査での活用」などの要素が重要であると思われた。

もうひとつは、アメリカでは関係諸団体も参加し、約20年の年月をかけ今日のマネジメントシステムを形成してきたことから、日本でも長期的な視点に立ち、現場に受け入れられるケアの質マネジメントの方法論について検討すべきだと考えられた。

## A. 研究目的

介護サービスにおけるケアの質向上への関心の高まりは、わが国に限られたものではない。高齢化を迎えた先進国に共通した課題である<sup>1)</sup>。例えばアメリカやイギリスなどでは、ケアの質向上に向けた様々な取り組みが展開されている<sup>2)</sup>。

そこで本稿では、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について概観し、わが国への示唆を得ることを目的とする。

## B. 研究方法

文献レビューを通して、アメリカにおけるケアの質マネジメントシステムの導入の背景、概要、評価について概観し、日本への示唆について検討する。

## C. 研究結果

### 1. 導入の背景

アメリカでは、一時期、ナーシングホーム（nursing home：以下NH）のケアの質の低下が社会問題となり<sup>3)</sup>、その対策として、NHにおけるケアの質改善を目的とする規制や仕組みが次々と導入されてきた。中でも、1987年に制定されたOmnibus Budget Reconciliation Act（包括予算調停法、以下OBRA'87と略）では、利用者のアセスメント、人権の尊重、不適切な抑制の禁止、職員の研修等を新たに規定し、NHのケアの質向上の実現を図った<sup>4)</sup>。OBRA'87におけるNHの改革の方向性は、施設設備や人員配置に重点を置いた従来の規制から、利用者に提供されるサービスの内容とその結果に重点を置くもの<sup>5,6)</sup>であり、実際、OBRA'87の施行により、

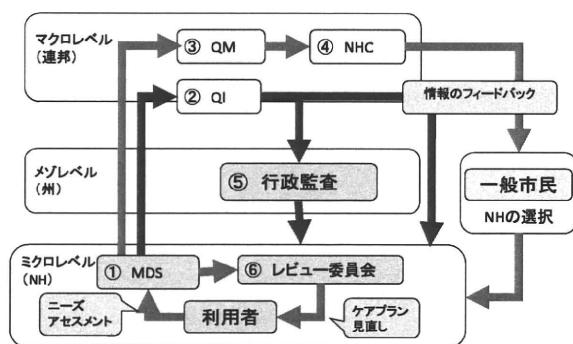
NH における介護サービスの質は大きく向上した<sup>7)</sup>。

この流れを受け1990年代には、報酬の支払い側であるCenters for Medicare & Medicaid Services（以下、CMS）が開発した総合的なケアの質マネジメントシステムが導入されている。

このケアの質マネジメントシステムの開発は、連邦政府の強いイニシアティブのもと推進された一方、NH関係者の声を反映させながら現在まで幾度も改訂を繰り返している<sup>8)</sup>。つまりトップダウンとボトムアップの双方でシステムが構築されてきたのである。

## 2. ケアの質マネジメントシステムの概要

アメリカの NH におけるケアの質マネジメントシステムの全体像を図表 1 に示す<sup>9)</sup>。



**図表1. アメリカ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全体像**  
(文献9より引用、一部修正)

アメリカの NH で導入されているケアの質マネジメントシステムは、連邦レベルから NH に至る相互補完的なシステムである。

具体的には、NH では連邦政府にアセスメントツールである Minimum-Data-Set (MDS) のデータを CMS に提出する (①)。

### それに基づき Quality Indicators (以下)

QIs : 24 項目)<sup>10)</sup> や Quality Measures (以下, QMs : 長期ケア 14 項目, 短期ケア 5 項目)<sup>11)</sup> という量的指標群が作成される(②③)。

QIs と QMs の一覧を図表 2, 3 に示す。両者ともにケアの質のプロセスやアウトカムに焦点を当てた量的指標群であるが、QIs が NH や監査官などの専門家向けであるのに対し、QMs は一般市民向けのものであること、QMs は QIs で用いられるパーセンタイル値より一般的に理解しやすいパーセント値で示される点で異なる<sup>8)</sup>。なお、QIs と QMs は、他施設との比較可能性を高めるため、リスク調整（risk adjustment）が行われている。

図表2. アメリカのQuality Indicators

**QIs(24項目)**

- QI1:新たに骨折した利用者の割合
- QI2:転倒事故の発生の割合
- QI3:他人に影響する問題行動がある利用者の割合
- QI4:うつ症状がある利用者の割合
- QI5:うつ症状はあるが、治療を受けていない利用者の割合
- QI6:9種類以上の薬剤が処方されている利用者の割合
- QI7:認知障害がある利用者の割合
- QI8:尿・便失禁がある利用者の割合
- QI9:頻繁に尿・便失禁するが、排泄計画を受けていない利用者の割合
- QI10:留置カテーテルをしている利用者の割合
- QI11:便秘症(fecal inaction)がある利用者の割合
- QI12:尿路感染がある利用者の割合
- QI13:体重減少が著しい利用者の割合
- QI14:経管栄養チューブをしている利用者の割合
- QI15:脱水症がある利用者
- QI16:就床している利用者の割合
- QI17:ADLの低下がみられる利用者の割合
- QI18:関節可動域が低下している利用者の割合
- QI19:精神疾患や関連症状はないが、向精神薬を服用する利用者の割合
- QI20:抗不安薬・睡眠薬を服用している利用者の割合
- QI21:睡眠薬を週2回以上服用している利用者の割合
- QI22:日常的に身体拘束を受けている利用者の割合
- QI23:アクティビティに参加していない利用者の割合
- QI24:褥瘡がある利用者の割合

図表 3. アメリカの Quality Measures

**QMs: 長期ケア(14項目)**

QM1:インフルエンザ流行期に、予防接種を受けた長期利用者の割合  
QM2:過去5年間に肺炎球菌予防接種を受けた長期利用者の割合  
QM3:日常生活上の援助が増加した長期利用者の割合  
QM4:中程度から重度の痛みがある長期利用者の割合  
QM5:褥瘡のハイリスク者で褥瘡がある利用者の割合  
QM6:褥瘡のローリスク者で褥瘡がある利用者の割合  
QM7:身体的拘束を受けている長期利用者の割合  
QM8:うつまちは不安状態が悪化した長期利用者の割合  
QM9:失禁のローリスク者で失禁のある長期利用者の割合  
QM10:置きカテーテルをしている長期利用者の割合  
QM11:多くの時間をベッドや椅子で過ごす長期利用者の割合  
QM12:移動能力が低下した長期利用者の割合  
QM13:尿路感染がある長期利用者の割合  
QM14:体重減少が著しい長期利用者の割合

**QMs: 短期ケア(5項目)**

QM15:インフルエンザ流行期に、予防接種を受けた短期利用者の割合  
QM16:過去5年以内に肺炎球菌予防接種を受けた短期利用者の割合  
QM17:せん妄がある短期利用者の割合  
QM18:中程度から重度の痛みがある短期利用者の割合  
QM19:褥瘡がある短期利用者の割合

QMs での評価結果は CMS の website 内にある NH 比較サイトである Nursing Home Compare (以下, NHC, <http://www.medicare.gov/NHCompare/Home.asp>) で公開される (④). NHC で公表される情報には、NH の概要、監査結果、看護・介護スタッフ情報、QMs の評価結果、防火検査結果がある。これらの情報は一般市民が NH を選択する際に活用される<sup>12)</sup>。

一方、QIs は州と NH にフィードバックされる。州レベルでの監査では QIs が基礎資料として用いられ (⑤), NH では QIs の結果に基づきカンファレンスを通して個別ケアプランを見直すことになる (⑥)。

### 3. ケアの質マネジメントシステムへの評価

このようなケアの質マネジメントシステムは一定の効果を上げている。CMS の調査でも、過去 2 年間の QM の経年的な変化では、「痛み（長期ケア利用者）」38%, 「身体的拘束」23%, 「痛み（ショートステイ利用者）」11% の有意な改善がみられた<sup>13)</sup>。

一方、NH 側はこのシステムをどのように評価しているのだろうか。NH スタッフを対象にしたヒアリング調査<sup>14)</sup>では、マネジャークラスでマネジメントシステムがケアの質向上に有用との積極的な評価が多くかった。ただし、「QIs や QMs はケアの質のある側面を評価しているに過ぎず、ケアの質の全体像を示すものではない」、「QIs や QMs では重点的に取り組んでいるプログラムが高い評価を受けている場合や病院が併設されている場合は、かえって質が悪いと評価されてしまうことがあることから、施設特性の考慮（調整）が必要である」、「公表されている数字の解釈には特に留意が必要である」などの課題も指摘された。

## D. 考察

### 1. アメリカのNHにおけるケアの質マネジメントシステムの特徴

アメリカで導入されているケアの質マネジメントシステムの特徴には、大きく 3 点ある<sup>14)</sup>。

第 1 に、連邦レベルから NH レベルに至る相互補完的なシステムである点である。連邦、州、NH の 3 つのレベルにおいて、ツールや仕組みが他レベルでも活用され、全体としてケアの質改善を図っている。これらケアの質改善に向けた一連の取り組みが、有機的に結びついており、重層的なケアの質評価と改善のシステムが構築されている。

第 2 に、プロセスやアウトカムの客観的な量的指標群を開発し、ケアの質評価に活用している点である。QIs や QMs を用いて他施設と比較可能なかたちを実現したことは、ケアの質を評価し、向上につなげる上で大きな意味があると思われた。

第 3 に、直接的手法と間接的手法を併用して NH にケアの質向上を迫っている点である。直接的手法では、ケアの質に問題のありそうな利用者とその内容を、QIs を用いて個別に特定し、情報をフィードバックすることにより、NH に個別ケアプランの再検討を促す。間接的手法では、インターネット上の NHC や新聞で消費者・利用者に対して NH を比較し選択するための判断材料を提供し、また監査では実際のケア内容にまでチェックが行われている。これらのことから、NH にとって QIs や QMs などで評価されるケアの質の改善に努力をするインセンティブとして働いている。

### 2. わが国への示唆

わが国とアメリカの医療・福祉制度には大きな違いがある。歴史的・社会的文脈を無視