

（第81回社会保障審議会介護給付費分科会・資料3（H23.10.7））

介護サービスの質の評価について

介護サービスの質の評価のあり方に係る検討委員会

1. 平成21年度までの経緯

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、サービス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、平成21年4月1日までに必要な措置を講ずるものとされた。

法の成立を受け、平成21年度介護報酬改定では、介護給付費分科会での審議を踏まえ、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。

一方、介護給付費分科会の審議報告において、「本来、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。

このため、平成21年度以降介護サービスの質の評価のあり方に係る検討委員会（別添1）を設置し検討を行ったので、その結果について報告する。

2. 検討対象について

介護サービスは、施設サービスと居宅サービスに大別されるが、施設サービスについて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、居宅サービスについては、サービス提供事業所が複数にまたがること、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。

介護サービスの質の評価に当たっては、サービス種類の違いによって、質の評価を

行う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た評価項目を選定すべきであるが、本委員会では、上記の理由からまず介護老人保健施設（以下、老健）及び介護老人福祉施設（以下、特養）の施設サービスに焦点を当てて検討を行った。

3. 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、

- ・ 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」
- ・ 「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
- ・ 「福祉サービス第三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「福祉サービスの第三者評価」

などが実施されているところである。

また、ドナベディアン¹の質評価モデル（別添2）に従って分類すると、老健及び特養において、

ストラクチャー項目として、

- ・ 管理栄養士の配置
- ・ 認知症介護に係る専門的な研修を終了した者の配置
- ・ 介護福祉士、常勤職員、勤続3年以上の職員の占める割合
- ・ 夜勤職員の基準以上の配置

プロセス項目として、

- ・ ターミナルケアに係る計画の作成
- ・ 経管により食事摂取している入所者ごとに経口移行計画を作成し、（管理）栄養士が経口食事摂取を進めるための栄養管理を行う
- ・ 医師または理学療法士等が入所早期に集中的なリハビリテーションを行う

アウトカム項目として、

- ・ 退所者の在宅復帰率

等が、既に介護報酬上評価されている。（別添3）

なお、予防給付では、アウトカム指標に連動した報酬として、要支援者の維持・改善を評価した「事業所評価加算」が介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーションに平成 18 年より導入されている。

4. 介護保険以外における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

医療保険におけるアウトカム指標の測定・報告については、慢性期入院医療の「治療・ケアの内容の評価表」において、褥瘡、ADL の低下、尿路感染症、身体抑制の 4 項目を病棟ごとに毎月評価することとされた。平成 22 年からは評価頻度が「毎日」に変更とされるとともに、評価結果を請求時にレセプトに添付し報告することとされた。

医療保険におけるアウトカム評価としては、回復期リハビリテーション病棟における重症患者の日常生活機能改善を評価した「重症患者回復病棟加算」が平成 20 年より導入されている。

海外における介護サービスの質の評価については、定期的な入所者評価の報告義務化と、監査を組み合わせる実施している例が多い（表 1、詳細は別添 4）。

表 1 海外のナースングホームにおける質の評価制度

	アメリカ	イングランド	ドイツ	フィンランド	オランダ
報告制度の形態	義務	義務	義務	自発的	義務
使用指標	RAI	Performance indicators 等	Transparency criteria	RAI	RAI を基本とした独自指標
調査頻度	入所時、半年毎	1 回／年	1 回／年	2 回／年	1 回／年
報告に基づく施設監査の実施	×	○	○	○	×
支払いとの連動	×	×	×（※）	×	×
結果の公表	○	○	○	○	○

※ ただし、質が悪い場合は償還額の減額及び保険支払い対象からの除外の規定あり

5. 平成 21 年度調査

平成 21 年度は、質の高いサービスを提供している介護施設を評価する際の視点や市町村の意向を把握するため、全国の市町村の介護保険担当者に対するアンケート調査を実施した。1,778 自治体に調査票を配布し、1,109 自治体からの回答を得た（回収率 62.4%）。主な結果は下記の通りである。

- （１）介護保険施設の質の評価について、「利用者の QOL の確保」の観点から重要と思われるのは、下記の項目であった。（上位 3 項目）

「アセスメント～評価を通じた継続的ケアの実施」	77.1%
「介護技術の十分な習得」	73.7%
「利用者や家族との適切なコミュニケーション」	66.3%

- （２）介護保険施設の質の評価について、「地域との連携・参画」の観点から重要と思われるのは、下記の項目であった。（上位 3 項目）

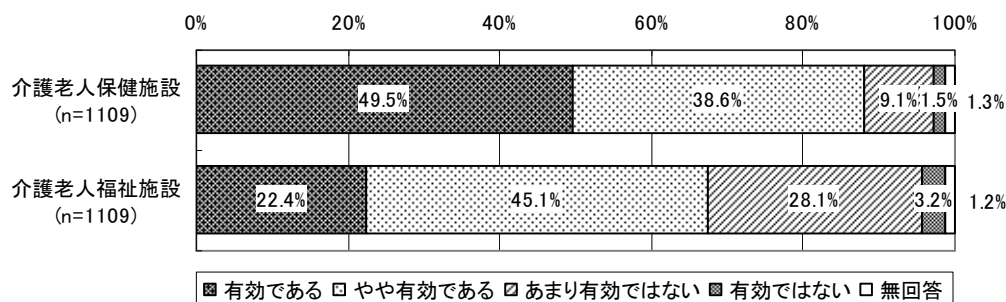
「地域住民の介護体験やボランティアの受け入れ」	57.3%
「医療機関との適切な連携」	51.6%
「居宅サービス事業所との連携」	43.3%

- （３）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」の観点から重要と思われるのは、下記の項目であった。（上位 3 項目）

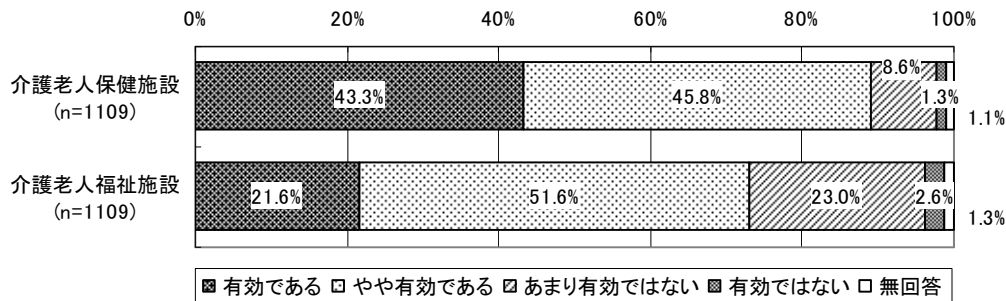
「職員が専門的ケアの外部研修を受ける為の支援」	54.0%
「職員の資格取得等、キャリア開発に向けた支援」	48.7%
「職員の継続的な能力開発の実施」	48.2%

- （４）アウトカム指標の有効性については、老健と特養で傾向が異なり、要介護度の改善や ADL の改善などの諸項目について、老健においてより有効性が高いと評価される傾向が認められた。

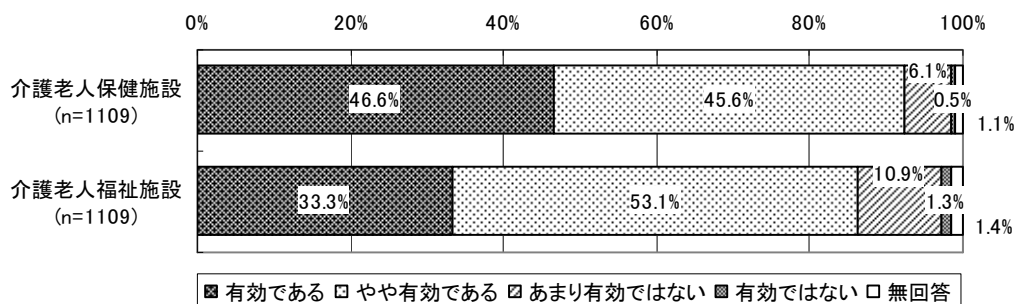
図表1 要介護度が改善した者の割合



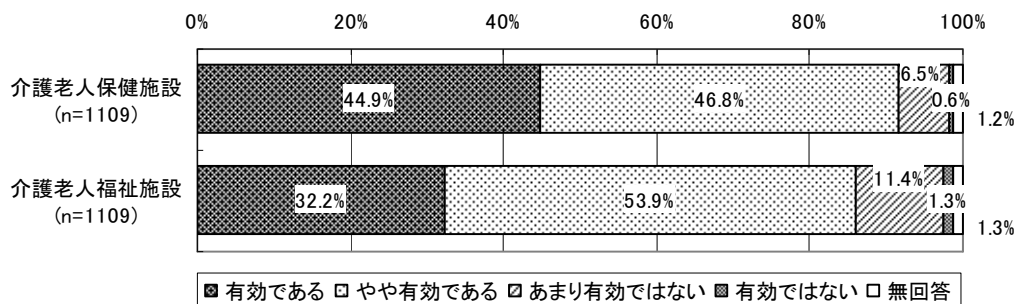
図表2 障害高齢者の日常生活自立度が改善した者の割合



図表3 より自立した食事摂取が可能となった者の割合



図表4 より自立した排泄が可能となった者の割合



(5) 自由記載欄では、アウトカム評価について肯定的意見がある一方で、報酬と連動させることについて慎重な意見も多く寄せられた。主な意見の抜粋は下記の通りである。

＜アウトカム評価に肯定的な意見＞

- ・ 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
- ・ 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

- ・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
- ・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

＜アウトカム評価に慎重な意見＞

- ・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。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。
- ・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。
- ・福祉施設での質の評価は、終の住みか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要介護度を改善すること自体、かなり難しい状況である

6. 平成 22 年度調査

平成 21 年度の市町村担当者調査に引き続き、平成 22 年度は介護保険施設（老健及び特養）に対する調査を実施した。具体的には、これまで介護報酬で評価されていない27のストラクチャー・プロセス指標及び8のアウトカム指標（別添5）について、介護報酬で評価することに関する施設の意向等をアンケート調査するとともに、12のアウトカム指標（別添5）について入所者別に調査し、老健については3ヶ月及び5ヶ月の間に、特養については5ヶ月の間に、項目毎にどの程度の変化があったかや、情報の把握に必要な時間について把握した。

調査票は老健 1,200 施設、特養 2,000 施設に配布し、施設票の回収は、老健が 444 施設（回収率 37.0%）、特養が 792 施設（回収率 39.6%）であった。

利用者のアウトカム調査については、老健で調査開始時と3ヶ月後のデータを結合できたのは 22,797 人、調査開始時と5ヶ月後のデータを結合できたのは 16,242 人であった。特養では、調査開始時と5ヶ月後のデータを結合できたのは 22,938 人分であった。

主な結果は下記の通りである。

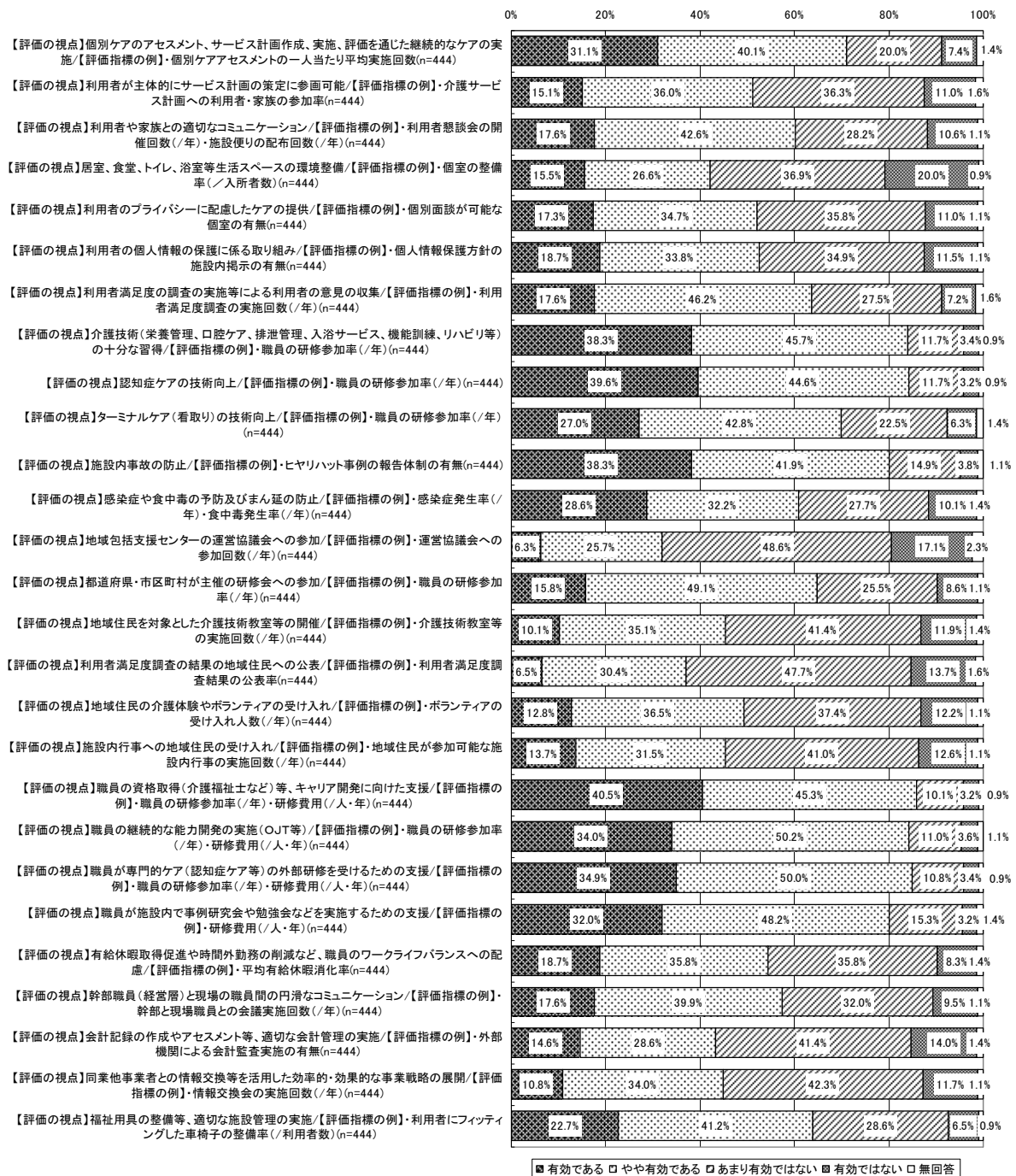
(1) 施設の意向調査

① プロセス・ストラクチャー指標

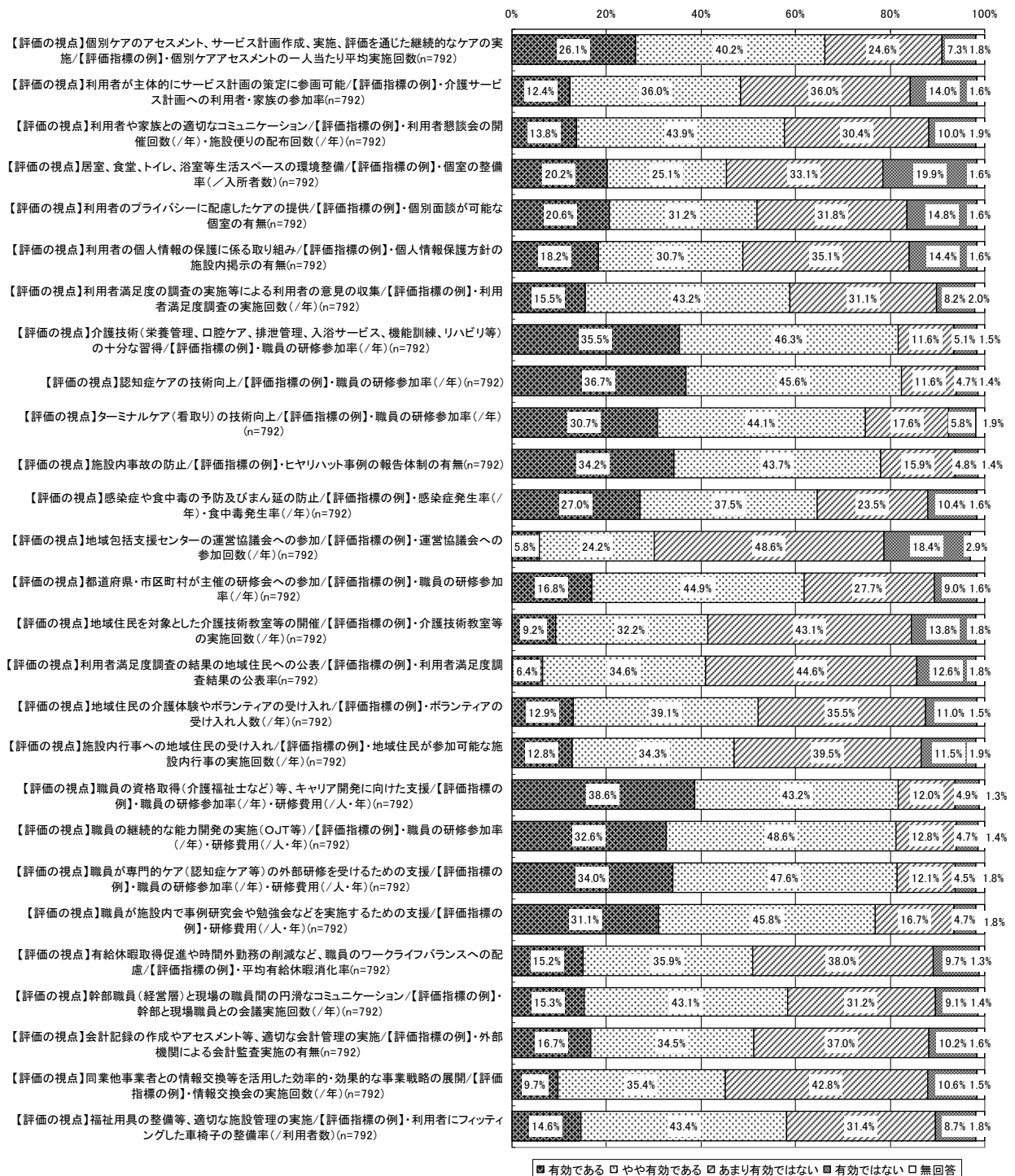
介護サービスの質の向上のために、ストラクチャー指標及びプロセス指標について、どのような指標を報酬の評価対象とすべきか、その有効性について尋ねたところ、老健・特養ともに、職員のキャリア開発に向けた支援や、認知症ケアの技術向上、介護技術の習得、施設内事故の防止等について有効であると回答した割合が比較的高かった。

一方、生活スペースの環境整備や、地域包括支援センターの運営協議会への参加、適切な会計管理、同業他事業者との情報交換会、ボランティアの受け入れ、施設内行事への地域住民への受け入れについては有効ではないと回答した割合が比較的高かった。

図表5 介護報酬上の評価に対する意向【老健】



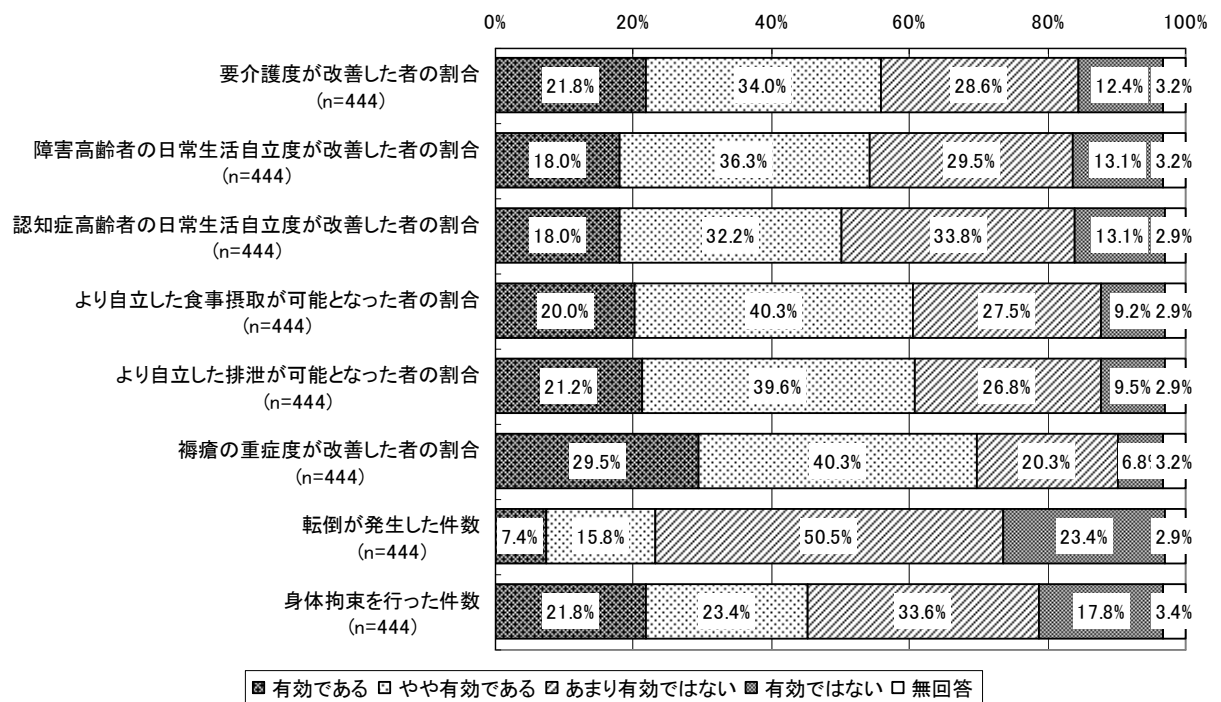
図表6 介護報酬上の評価に対する意向【特養】



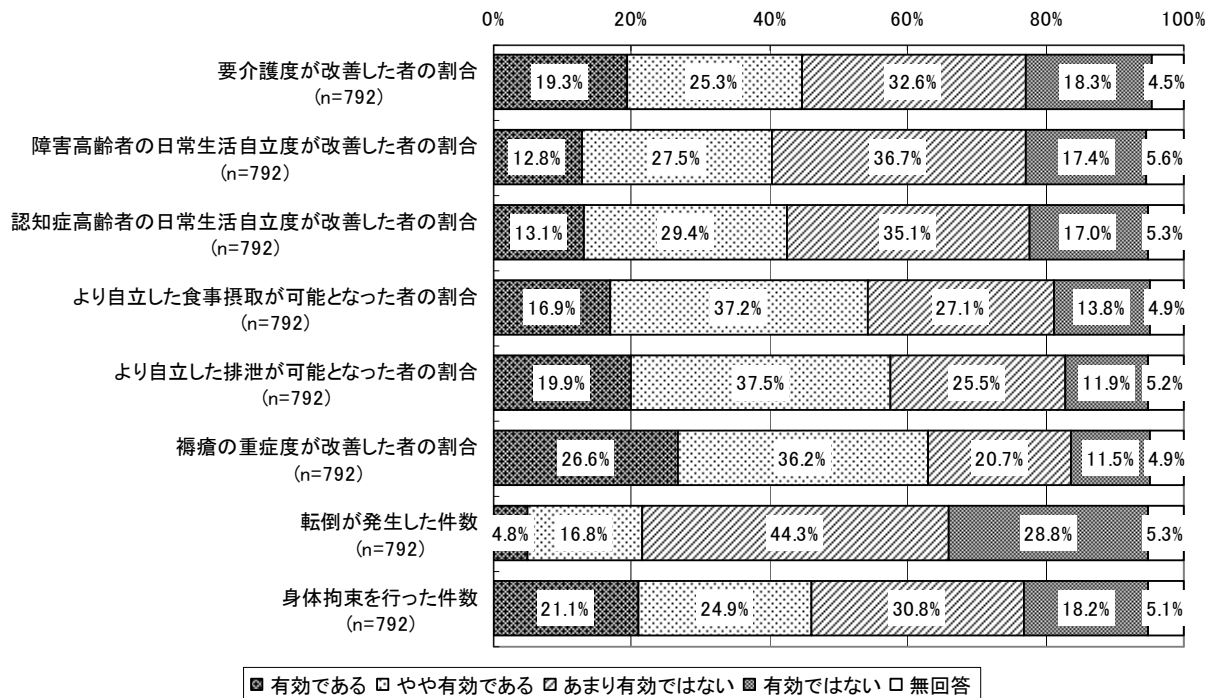
② アウトカム指標

個別指標についてみると、老健、特養ともに、褥瘡の重症度が改善した者の割合について「有効である」「やや有効である」と回答した割合が比較的高かった一方で、転倒が発生した件数、身体拘束を行った件数については、「有効ではない」「あまり有効ではない」と回答した割合が比較的高かった。要介護度が改善した者の割合等については、「有効である」との回答と「有効ではない」との回答が拮抗していた。

図表7 アウトカム指標を報酬評価の対象とすることについての意向【老健】



図表8 アウトカム指標を報酬評価の対象とすることについての意向【特養】



自由記述では、同じ評価項目に対して、「専門職のモチベーションが向上する」、「自立支援への取り組みが明確化できる」などとアウトカム指標を報酬評価の対象とすることに肯定的な意見がある一方で、「良くなる見込みのない寝たきりのかかえているほど不利になる」、「施設が利用者を選ぶことになる」などの否定的意見も見られ、アウトカム評価について様々な意見があることがうかがわれた。

全体的な傾向として、アウトカム指標の有効性についてみると、老健の方が特養の場合よりも「有効である」と回答した施設の割合が高くなっていたが、「要介護度の改善」、「障害高齢者の日常生活自立度の改善」、「認知症高齢者の日常生活自立度の改善」、「自立した食事摂取」、「自立した排泄」、「褥瘡の重症度改善」等のアウトカム指標を、報酬評価の対象とすることについては、評価する意見と評価しない意見が拮抗していた。特に転倒の発生件数については、8割の施設が報酬による評価に反対する結果となった。

(2) 入所者のアウトカム指標調査

本研究では、老健は3ヶ月及び5ヶ月間、特養では5ヶ月間のインターバルを置いて同一利用者の状況変化を把握した。

老健、特養ともに、アウトカム指標のうち、要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度、障害高齢者の日常生活自立度等については、概ね9割程度が状態を維持し、アウトカムの変化がみられた利用者（インターバル期間中に状態像が改善ないしは悪化したもの）は、1割程度に留まった（表2）。内服薬の種類数、医療的ケアの種類数、えん下の状況、食事摂取の状況、排尿の状況、排便の状況、褥瘡の状況、転倒の発生回数についても「維持」群が大部分を占める傾向は同様であった。

表2 アウトカム指標の変化

アウトカム指標	老健				特養	
	3ヶ月後		5ヶ月後		5ヶ月後	
	改善 (%)	悪化 (%)	改善 (%)	悪化 (%)	改善 (%)	悪化 (%)
要介護度	2.9	4.1	3.8	6.0	2.8	6.1
認知症高齢者の日常生活自立度	3.6	6.6	3.9	8.1	4.5	8.2
障害高齢者の日常生活自立度	3.1	4.7	2.9	5.7	3.3	7.5
内服薬の種類数	7.4	5.6	10.9	6.4	8.9	7.1
医療的ケアの種類数	2.6	19.2	3.1	19.1	2.9	22.9
えん下	4.3	6.2	5.9	7.3	5.7	10.6
食事摂取	7.0	8.3	9.4	10.4	7.9	12.7
排尿	7.6	7.6	10.6	9.8	6.4	8.5
排便	7.4	7.6	10.6	9.8	6.5	8.3
褥瘡	2.0	2.0	2.2	2.1	2.2	3.0
転倒の発生回数	6.0	5.2	6.4	5.2	3.5	4.7
身体抑制の発生回数	1.0	0.9	1.1	0.9	0.8	0.8

個々のアウトカム指標の維持・改善を個人要因と施設要因に分類しマルチレベル分析を行ったが、老健・特養ともにアウトカム指標の維持・改善に主に影響を与えていたのは年齢や心身の状況などの個人要因であり、施設要因の与えていた影響は限定的であった（表3）。

要介護度の維持・改善と相関があったのは、老健では調査開始時の要介護度、排尿、排便状態等の個人要因のみであり、ユニット型介護保険施設サービス費、夜勤職員配置加算、口腔機能維持加算、口腔機能維持管理加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算等の施設単位で算定する報酬の算定は要介護度の維持・改善と有意な相関がなかった。特養についても同様の傾向であった。

老健入所者の認知症高齢者の日常生活自立度、障害高齢者の日常生活自立度、えん下、食事摂取、排尿、排便、褥瘡についても、その維持・改善と相関があったのは、主に入所者の個人の心身の状態であり、施設単位で算定する報酬の算定については、褥瘡における夜勤職員配置加算等を除き、有意な相関は認められなかった。特養入所者についても同様の傾向であった。

老健では、えん下の状況、食事摂取の状況、排尿の状況、排便の状況が在所日数の長い施設ほど悪化していた。特養では、在所日数の長い施設において障害高齢者の日常生活自立度が有意に悪化していたが、これを除くと在所日数とアウトカム指標との間に有意な相関は認められなかった。

今回の利用者調査の記入に費やした時間についてみると、職員合計では老健、特養ともに、一利用者あたり約8分であった。

表3 アウトカム指標のマルチレベル分析結果

		要介護度の変化		認知症高齢者の日常生活自立度の変化		障害高齢者の日常生活自立度の変化		えん下の変化		食事摂取の変化		排尿の変化		排便の変化		褥瘡の変化	
		老健	特養	老健	特養	老健	特養	老健	特養	老健	特養	老健	特養	老健	特養	老健	特養
個人要因	性別	×	×	**	**	**	*	×	**	**	×	**	×	**	×	×	×
	年齢	×	×	**	**	**	**	×	**	×	**	×	×	×	×	×	×
	調査時の要介護度	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	×	×
	調査時の認知症高齢者の日常生活自立度	×	**	**	**	*	**	**	×	**	**	×	×	×	×	×	×
	調査時の障害高齢者の日常生活自立度	×	×	**	**	**	**	×	**	×	**	×	**	×	**	×	×
	調査時の疾患数	*	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	調査時の内服薬数	*	×	**	×	**	×	*	×	**	**	**	×	**	×	×	×
	調査時の医療行為数	×	×	**	**	**	**	**	**	**	×	**	×	**	×	×	×
	調査時のえん下の状況	×	×	×	**	**	**	**	**	**	**	×	×	×	*	×	*
	調査時の食事の状況	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	×	**	×	**	*
	調査時の排尿の状況	**	**	×	×	**	**	×	×	*	×	**	**	**	**	×	×
	調査時の排便の状況	*	**	×	×	*	×	×	×	×	×	**	**	**	**	×	×
	調査時の褥瘡の状況	×	*	**	**	**	**	×	×	*	×	×	**	×	**	**	**
施設要因	定員数	×	×	×	×	×	×	×	*	×	×	×	×	×	×	×	×
	ユニットケア	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	医療機関併設	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	定員100あたり医療職数	×	×	×	×	×	×	*	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	定員100あたり介護職数	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	平均在所日数	×	×	**	×	**	*	**	×	**	×	**	×	**	×	×	×
	1年以内の介護職の退職者割合	×	×	×	×	×	×	×	**	×	×	×	*	×	*	×	×
	口腔機能維持管理加算 <老健のみ>	×		×		×		×		×		×		×		×	
	認知症専門ケア加算 <老健のみ>	×		×		×		×		×		×		×		×	
	日常生活継続支援加算 <特養のみ>		×		×		×		×		×		×		*		×
	看護体制加算 <特養のみ>		×		×		×		×		×		×		×		×
	夜勤職員配置加算	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	*	×
	常勤専従医師配置加算 <特養のみ>		×		×		×		×		×		×		×		×
	サービス提供体制強化加算	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	*	×	*	×	×	×
	在宅復帰支援機能加算	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	個室割合	×	×	×	×	×	×	*	×	*	×	×	×	×	×	×	×
	扉付きトイレのある部屋の割合	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	1人あたり研修回数	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	ケアカンファレンスの回数	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	利用者満足度調査	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	職員満足度調査	×	×	**	×	*	×	×	×	×	×	×	×	×	×	*	×

※ 老健・特養ともに5ヶ月間のアウトカム指標の変化についての分析。* : 0.01≤p<0.05、** : p<0.01、× : 有意差なし

7. まとめ

(1) ストラクチャー指標とプロセス指標の評価について

平成22年度の施設調査の結果からは、ストラクチャー指標やプロセス指標について、報酬体系で評価することが「有効である」との回答が多かった項目が複数みられていた。特に、職員のキャリア開発支援、介護技術向上のような職員の質向上に直結する取り組みや、事故防止体制（ヒヤリハット報告体制）などの組織としての質を向上させる取り組みについては、報酬上の評価を行っても良いと考えている施設が多く、平成21年度調査における市町村担当者調査と同様の傾向にあった。

「職員自身の質の向上」に関しては、資格取得の割合や、専門的研修の修了などで評価する方法がある。すでに現在、サービス提供体制強化加算において、施設における介護福祉士の割合等は評価されている。また、認知症専門ケア加算では「認知症介護に係る専門的な研修を修了している者」の配置が算定要件になっており、すでに様々な加算において、質の向上に関連する要素が評価されている。

平成22年度の施設調査では、職員の有休取得率などの間接的な指標についても、報酬上の評価とすべきとの意見があったが、これらは、従事者がやりがいを感じる職場作りや、適切な施設の運営管理等の施設の基盤を形成するような指標に該当するものである。このような事業体の運営に係る内容は、事業体の運営方針や理念の問題である。また、同業他事業者との情報交換会、施設内行事への地域住民への受け入れ等の地域との関係構築については、「介護サービスの質の向上」を評価する指標としては有効であるとの回答は少なかったが、介護事業所として継続的な運営を行っていく上では不可欠なものであり、積極的に取り組んでいくべきものと考えられる。ただし、これらは事業体の努力としてなされるものであり、直接的な「報酬上の評価」とするかどうかについては、慎重な検討が必要である。

(2) アウトカム指標の評価の考え方について

「要介護度」については、関連要因が複合的に関与しあっており、また調査期間中に、新たな要介護認定を受けていなければ利用者の状態が変化していたとしても要介護度としての変化は示されない。このためアウトカム指標として要介護度の改善や悪化を指標とする評価を行うことには課題が多い。このため、特に重度者において重症度の改善を評価するに当たっては、その下位項目である「えん下」、「排泄」、「褥瘡」や中間評価項目得点等を「重症度改善」のアウトカム指標として評価することが必要

と考えられる。

アウトカム指標を介護報酬体系において評価するにあたっては、指標に流動性があり一定程度変化をすることや、施設間で当該指標にばらつきがあることが必要と考えられる。例えば、「食事摂取の状況」において、一次調査時点で「自立（介助なし）」であった利用者は老健で約5割、特養で約3割みられたが、それらの利用者ではそれ以上状態は改善しない。また、「褥瘡」においても、老健・特養ともに約9割超が「褥瘡なし」となっており、同様の傾向が見られている。区分されたスコアの中の最も良い（もしくは悪い）スコアを維持している利用者が多数いる施設にとっては、評価の際に過小評価もしくは過大評価の問題が発生するため、適切な評価手法を検討する必要がある。また、施設が指標の改善の見込みが低い方の受入を避けることに対する懸念が、市町村調査・施設調査の双方で指摘されており、リスク調整手法の検討が必要である。

アウトカム指標を直接評価するには、上述のような様々な問題点が考えられるが、間接的にアウトカム指標を評価する方策としては、以下の二点が考えられる。

第一は、客観的に把握可能でアウトカム指標との関連のあるストラクチャー指標やプロセス指標等を、報酬上評価することである。介護報酬ではストラクチャーやプロセスを評価した多くの加算等がすでに設定されているが、サービス提供体制強化加算を算定している特養において排尿と排便の維持・改善が有意に多かった以外は、これら加算等の算定とアウトカム指標との有意な相関は認められなかった。また、これまで報酬上の評価対象とはされていないが、老健では、えん下、食事摂取、排尿、排便が在所日数の長い施設ほど悪化していた。

第二は、施設におけるアウトカム指標やプロセス指標などを報告し可視化する Pay for Reporting の考え方を取り入れ、例えば介護サービスの情報公表制度と将来的に関連付け、情報を公表していることに対して介護報酬の評価対象とすることである。施設にとっては標準化された様式で利用者の状態を一定頻度で報告することで、利用者の状態を常に把握して評価する必要性が生じるため、そのプロセスの中で自施設のサービス内容を見直したり、利用者へのケアのあり方を再検討する機会ともなり、事業者自身に質の向上に関する意識を植え付けるという側面からは意義があると考えられる。また、報告データの蓄積により、質の評価に必要なエビデンス作りを進められる基盤となることが考えられる。

アウトカム指標は、利用者の状態像を表す重要な概念であり、利用者状態像の改善に取り組んでいるような質の高い事業所に対し、介護報酬上のインセンティブを付与

することは、今後の増大する高齢者の生活の質を上げるためには大変重要な試みであると考えられる。一方で、上述のようにアウトカム指標の変化を介護報酬上直接評価することについては課題も多いことから、今後、さらなる評価方法の検討のためのデータ収集が必要と考えられる。また、報酬評価にあたっては、施設にとってデータ収集が負担とならない仕組みを考えることが必要であり、アウトカムの改善を後押ししつつもケア提供のあり方を歪めることのないよう、慎重な検討を行うことが望ましい。

検討委員会委員名簿

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	国際医療福祉大学大学院医療経営管理分野 准教授
近藤 克則	日本福祉大学大学院 社会福祉研究科 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マネジメント室 室長
栃本一三郎	上智大学総合人間学部社会福祉学科 教授
藤井賢一郎	日本社会事業大学専門職大学院准教授
堀田 聡子	東京大学社会科学研究所 特任准教授
◎武藤 正樹	国際医療福祉総合研究所 所長

<オブザーバー（平成22年度のみ）>

江澤 和彦	全国老人保健施設協会 理事
高橋 是司	全国老人福祉施設協議会 総研運営委員会委員
松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教室 教授

◎ 検討委員会委員長

ドナベディアン の 質 評 価 モ デ ル

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、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妥当であると論じた。

ストラクチャー（構造）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。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た。

プロセス（過程）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（結果）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た。

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、ドナベディアンが提唱した上記3要素によるアプローチが広く用いられている。

現在の老健、特養におけるストラクチャー、プロセス、アウトカム評価

1. 介護老人保健施設

<ストラクチャー>

- ・ 常勤の管理栄養士を1名以上配置し、その他職種も含めて共同で入所者ごとの栄養ケア計画を作成している(栄養マネジメント加算)
- ・ 重度認知症の者が入所者の半分以上であり、認知症介護(の指導)に係る専門的な研修を修了している者が基準数以上いる(認知症専門ケア加算)
- ・ 介護福祉士、常勤職員、勤続年数3年以上の職員の占める割合が基準以上である(サービス提供体制強化加算)
- ・ 夜勤職員(介護・看護)数が基準に満たない又は基準を上回っている(夜勤職員配置加算)
- ・ 入所者数が定員を超えている(定員超過利用の減算)
- ・ 職員の配置が基準を下回っている(人員基準欠如の減算)
- ・ ユニットケアにおいて人員体制が基準に満たない(ユニットにおける職員に係る減算)
- ・ 重度認知症の者を基準を満たした認知症専門棟に入所させ、かつ介護・看護職員の配置が基準を満たしている(認知症ケア加算)

<プロセス>

- ・ 緊急やむを得ない場合に身体拘束等を行う場合、定められた記録を行っているか(身体拘束廃止未実施減算)
- ・ ターミナルケアに係る計画を作成し、本人又は家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアを行う(ターミナルケア加算)
- ・ 退所時又は退所に先立って、療養上の指導や診療情報の提供、居宅サービス利用上の調整を行う(退所時指導等加算)
- ・ 退所時に、訪問看護指示書を交付する(老人訪問看護指示加算)
- ・ 経管により食事摂取している入所者ごとに経口移行計画を作成し、(管理)栄養士が経口食事摂取を進めるための栄養管理を行う(経口移行加算)
- ・ 摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者ごとに経口維持計画を作成し、(管理)栄養士が経口食事摂取を進めるための特別な管理を行う(経口維持加算)
- ・ 歯科医師等の技術的助言を月1回以上受け、入所者の口腔マネジメント計画が作成されている(口腔機能維持管理加算)
- ・ 医師の発行する食事せんに基づき療養食が提供され、(管理)栄養士によって食事の提供が管理されている(療養食加算)

- ・ 過去に認知症の確定診断を受けていない入所者で、施設内での診断が困難である場合に、認知症疾患医療センター等への紹介を行う（認知症情報提供加算）
- ・ 医師または理学療法士等が入所早期に集中的なリハビリテーションを行う（短期集中リハビリテーション実施加算）
- ・ 認知症であってリハビリテーションにより生活機能の改善が見込まれる利用者について、医師または理学療法士等が入所早期に集中的なリハビリテーションを行う（認知症短期集中リハビリテーション実施加算）
- ・ 受け入れた若年性認知症入所者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心にサービス提供を行う（若年性認知症入所者受入加算）

＜アウトカム＞

- ・ 退所者の 50%以上（Ⅰ）又は 30%以上（Ⅱ）が在宅復帰する（在宅復帰支援機能加算）

2. 特別養護老人ホーム

＜ストラクチャー＞

- ・ 常勤の管理栄養士を 1 名以上配置し、その他職種も含めて共同で入所者ごとの栄養ケア計画を作成している（栄養マネジメント加算）
- ・ 重度認知症の者が入所者の半分以上であり、認知症介護（の指導）に係る専門的な研修を修了している者が基準数以上いる（認知症専門ケア加算）
- ・ 介護福祉士、常勤職員、勤続年数 3 年以上の職員の占める割合が基準以上である（サービス提供体制強化加算）
- ・ 夜勤職員（介護・看護）数が基準に満たない又は基準を上回っている（夜勤職員配置加算）
- ・ 入所者数が定員を超えている（定員超過利用の減算）
- ・ 職員の配置が基準を下回っている（人員基準欠如の減算）
- ・ ユニットケアにおいて人員体制が基準に満たない（ユニットにおける職員に係る減算）
- ・ 重度の要介護状態・認知症の入所者が一定割合以上であり、介護福祉士が基準数以上いる（日常生活継続支援加算）
- ・ 看護職員数が基準以上であり、24 時間の連絡体制を確保している（看護体制加算）
- ・ 準ユニットにてケアを行い、職員の配置が基準を満たしている（準ユニットケア加算）
- ・ 理学療法士等を基準数以上配置し、個別機能訓練計画に基づいて機能訓練を行っている（個別機能訓練加算）
- ・ 常勤専従の医師を基準数以上配置している（常勤専従医師配置加算）

- ・ 認知症入所者が全入所者の 3 分の 1 以上を占め、精神科を担当する医師の定期的療養指導が月に 2 回以上行われている(精神科を担当する医師に係る加算)
- ・ 視覚障害者等が基準数以上入所しており、常勤専従の障害者生活支援員を基準数以上配置している(障害者生活支援員体制加算)

<プロセス>

- ・ 緊急やむを得ない場合に身体拘束等を行う場合、定められた記録を行っているか(身体拘束廃止未実施減算)
- ・ 退所時又は退所に先立って、退所後の保健医療福祉サービスについての相談援助や介護状況等の情報提供を行う(退所時等相談援助加算)
- ・ 経管により食事摂取している入所者ごとに経口移行計画を作成し、(管理)栄養士が経口食事摂取を進めるための栄養管理を行う(経口移行加算)
- ・ 摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者ごとに経口維持計画を作成し、(管理)栄養士が経口食事摂取を進めるための特別な管理を行う(経口維持加算)
- ・ 歯科医師等の技術的助言を月 1 回以上受け、入所者の口腔マネジメント計画が作成されている(口腔機能維持管理加算)
- ・ 医師の発行する食事せんに基づき療養食が提供され、(管理)栄養士によって食事の提供が管理されている(療養食加算)
- ・ 常勤看護師配置等の基準を満たし、本人又は家族への説明を行い、同意を得て介護を行う(看取り介護加算)
- ・ 複数人があらかじめ在宅期間及び入所期間を定めて、同一の個室を計画的に利用している(在宅・入所相互利用加算)
- ・ 受け入れた若年性認知症入所者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心にサービス提供を行う(若年性認知症入所者受入加算)

<アウトカム>

- ・ 退所者の 20%以上が在宅復帰する(在宅復帰支援機能加算)

諸外国における介護サービスの質の評価

※ 平成 21、22 年当時の情報によるものであり、その後の変更があり得る。

アメリカ

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ことから、ケアの質向上に向けた様々な取り組みを行っている。それらは、Medicare、Medicaid 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※1、②MDS から算出される 24 項目の客観的指標の Quality Indicators、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、④Quality Measures 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 Care Compare※2 などである。

1. 1984 年の Institute of Medicine の勧告をもとに、1987 年にナーシングホームの全入所者を定期的に評価することが法律で義務付けられ 1991 年から MDS を使用して全国で評価が開始されている。
2. Nursing Home Compare には、MDS を元に作成した質の指標以外に、直近の監査結果、スタッフ数、消防監査の結果、過去 3 年間の罰則記録、過去 3 年間の事件や苦情等の情報が施設毎に公表されている。

イングランド

イングランドでの介護サービスの質の確保については、2000 年に Care Standards Act が制定、2002 年より実施されたが、その評価の実施主体として 2008 年の The Health and Social Care Act 2008 により、The Care Quality Commission (CQC) 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。イングランドでは国が基準を設定し、それに則って監査が行われる。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が執行される。CQC は、サービス提供事業者だけでなく、地方自治体の監査も行い、そのパフォーマンスを評価し、介護に関する義務をどの程度果たしているかを確認している。

地方自治体に事業所から報告される Performance Indicators (PIs) 項目や、年に 1 回実施される利用者調査を元に事業所毎の評価が 4 段階評価 (poor, adequate, good, excellent) で行われる。成績の悪い自治体や施設は、監査の頻度が上がり、またメディアの関心を引くこと、また上級管理職の交代につながることも多いことからその評価が重視されている。

ドイツ

2008 年の介護保険法改正において、提供されるサービスの質について透明性を確保するため、介護サービス提供者からの報告制度が導入された。報告項目と公表方法については、利害関係者による議論と合意を経て、2008 年末から一般への公表が開始された。

ナーシングホームについては、看護・医療ケアに関する 35 項目、認知症ケアに関する 10 項目、社会的生活の援助に関する 10 項目、住環境・食事・清掃・衛生に関する 9 項目から成る。また、在宅ケアに関しては、看護に関する 17 項目、医師から指示された活動に関する 10 項目、組織の質やサービスの評価に関する 10 項目から成る。

2010 年 5 月時点で、7,000 以上の長期療養施設が評価され、4,715 のレポートが公表されている。利用者調査も行われているが、施設の格付けには使用されていない。

報告は支払いと直接的に連動はしていないが、報告された結果は、保険者による外部監査に利用されることがあり、監査に際して保険者からなされた質に関する指摘に対して適切な対応が取られなければ保険支払額の減額や、支払い対象から除外されることもある。

フィンランド

フィンランドでは 1990 年台に、長期療養施設における身体拘束、薬物の過剰使用、リハビリテーションの不足、トイレ使用ができる患者へのオムツ使用、低栄養などが繰り返しメディアで批判された。このため、2000 年から質のベンチマーク評価を目的として、RAI を使用して 3 都市で試験的にデータ収集が開始され、2010 年時点で全国約 3 分の 1 の長期療養施設にまで広がっている。実施施設では、RAI の研修を受けた施設スタッフが入所者全てについて入所時、入所後半年おき、また状況が大きく変化した場合に評価を行い、半年毎に National Institute for Health and Welfare にデータを送信する。データ送信後 6 週以内にフィードバック報告書が送信される。結果は公表されているが、支払いとの連動は行われていない。

オランダ

2001 年から 2003 年の 3 年間に、400 施設が参加して、ナーシングホーム及び在宅ケアのベンチマーク事業が実施されたが、結果は参加した施設のみに対して公表された。2005 年に、国会で質の確保に関する立法がなされ、ケアの質と利用者の経験に関するデータ報告の義務付けがなされた。

項目の選定にあたっては、RAI を基本としつつ、オーストラリア、カナダ、デンマーク、フランス、ドイツ、スウェーデン、スイス、イギリス、アメリカの 9 カ国の対応方法を参考にし、関係者の合意を得ながらオランダにとって最も適切な項目を選択した。施設は、年に 1 回決められた「測定週間」にデータ収集を行い報告を行っているため、アップコーディングの危険が指摘されている。支払いとの連動はなされていない。

<参考：アメリカの Nursing Home Compare で公表されている 19 の質の評価項目>

○プロセス指標（5 項目）

- ・ 拘束されている入所者
- ・ 長期利用でインフルエンザワクチンを受けている入所者
- ・ 長期利用で評価の上肺炎球菌ワクチンを受けている入所者
- ・ 短期利用で評価の上肺炎球菌ワクチンを受けている入所者
- ・ 短期利用でインフルエンザワクチンを受けている入所者

○アウトカム指標（14 項目）

- ・ うつや不安が悪化した入所者
- ・ 尿路感染症の入所者
- ・ 大きく体重減少した入所者
- ・ 部屋の内外を動き回る能力が低下した入所者
- ・ 日常の活動への援助がより多く必要となった入所者
- ・ 多くの時間をベッドや椅子で過ごす入所者
- ・ 低リスクであるにもかかわらず排尿・排便が自立でなくなった入所者
- ・ 尿路カテーテルが留置されている入所者
- ・ 中程度から重度の痛みを訴える入所者
- ・ 高リスクであり褥瘡を持つ入所者
- ・ 低リスクであるにもかかわらず褥瘡を持つ入所者
- ・ せん妄状態の短期入所者
- ・ 中程度から重度の痛みを訴える短期入所者
- ・ 褥瘡を持つ短期入所者

平成 22 年度調査に用いた指標

1. 施設意向調査のストラクチャー、プロセス指標（27 項目）

- ・ 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、トイレ、浴室等生活スペースの環境整備
- ・ 利用者のプライバシーに配慮したケアの提供
- ・ 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及びまん延の防止
- ・ 地域包括支援センターの運営協議会への参加
- ・ 都道府県・市区町村が主催の研修会への参加
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 福祉用具の整備等、適切な施設管理の実施

2. 施設意向調査のアウトカム指標（8項目）

- ・ 要介護度が改善した者の割合
- ・ 認知症高齢者の日常生活自立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
- ・ 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
- ・ 褥創の重症度が改善した者の割合
- ・ 転倒が発生した件数
- ・ 身体拘束を行った件数

3. 施設入所者調査のアウトカム指標（12項目）

- ・ 要介護度
- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度
- ・ 障害高齢者の日常生活自立度
- ・ 内服薬の種類数
- ・ 医療的ケアの種類数
- ・ えん下の状況
- ・ 食事摂取の状況
- ・ 排尿の状況
- ・ 排便の状況
- ・ 褥瘡の状況
- ・ 転倒の発生回数
- ・ 身体抑制の発生回数