

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ます。

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を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）。

図表 1 介護サービスの質の評価に関連する既存制度

	「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
根拠規定	介護保険法第115条の35	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（平成18年厚生労働省令第34号）第72条第2項等	社会福祉法第78第1項及び2項
制度の概要	介護サービスの内容や運営状況に関する報告をすべての介護サービス事業者に義務づけ、都道府県知事が一部を調査したうえで公表するもの	事業者が、自ら提供するサービスの質の評価（自己評価）を行うとともに、外部のものによる評価（外部評価）を受け、それらの結果を公表し、サービスの質の改善をめざすもの	社会福祉法人等の提供する福祉サービスの質を事業者及び利用者以外の公正・中立的な第三者機関が専門的かつ客観的な立場から評価を行うもの
制度の実施主体	都道府県 （指定調査機関及び指定情報公表センターを指定して行うことが可能）	都道府県	都道府県推進組織
対象となる介護サービス	介護保険法で定める全てのサービス事業者（平成21年度から）	・指定小規模多機能型居宅介護事業者 ・指定認知症対応型共同生活介護事業者 ・指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業者 ・指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者	社会福祉事業の経営者が行う福祉サービス（都道府県によって異なる） （高齢者福祉施設のみならず、児童福祉施設、障害者施設を対象）
実施の義務	対象となる介護サービスの全事業者に義務づけ	対象となる介護サービスの全事業者に義務づけ	任意
背景・趣旨	利用者の権利擁護、サービスの質の向上等に資する情報提供の環境整備を図るため、事業者に対し、「介護サービス情報」（介護サービスの内容及び運営状況に関する情報であって、介護サービスを利用し、又は利用しようとする要介護者等が適切かつ円滑に当該介護サービスを利用する機会を確保するために公表されることが必要なもの）の公表を義務づけるもの	自己評価は、サービス水準の向上に向けた自発的努力と体制づくりを誘導し、その内容及び範囲において、これらの指定基準を上回るものとして設定されるものであり、外部評価は、第三者による外部評価の結果と、当該評価を受ける前に行った自己評価の結果を対比して両者の異同について考察した上で、外部評価の結果を踏まえて総括的な評価を行うこととし、これによって、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ことを狙いとするもの	社会福祉法の成立により、措置制度から利用者の選択による利用制度に移行したことから、事業者と対等な立場でサービスが選択できるようにするもの。

	「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
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を評価・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	・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を評価・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員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。
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）
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。	国がガイドラインを示し、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。 評価結果については、レ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）、記述式評議の表示など、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

>2 ⇒

要支援度の維持者数
+改善者数×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

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。

【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開催すること。
- 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実施していること。
- 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開催すること。
- 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、サービス類型の違いによって、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、特に重視する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。

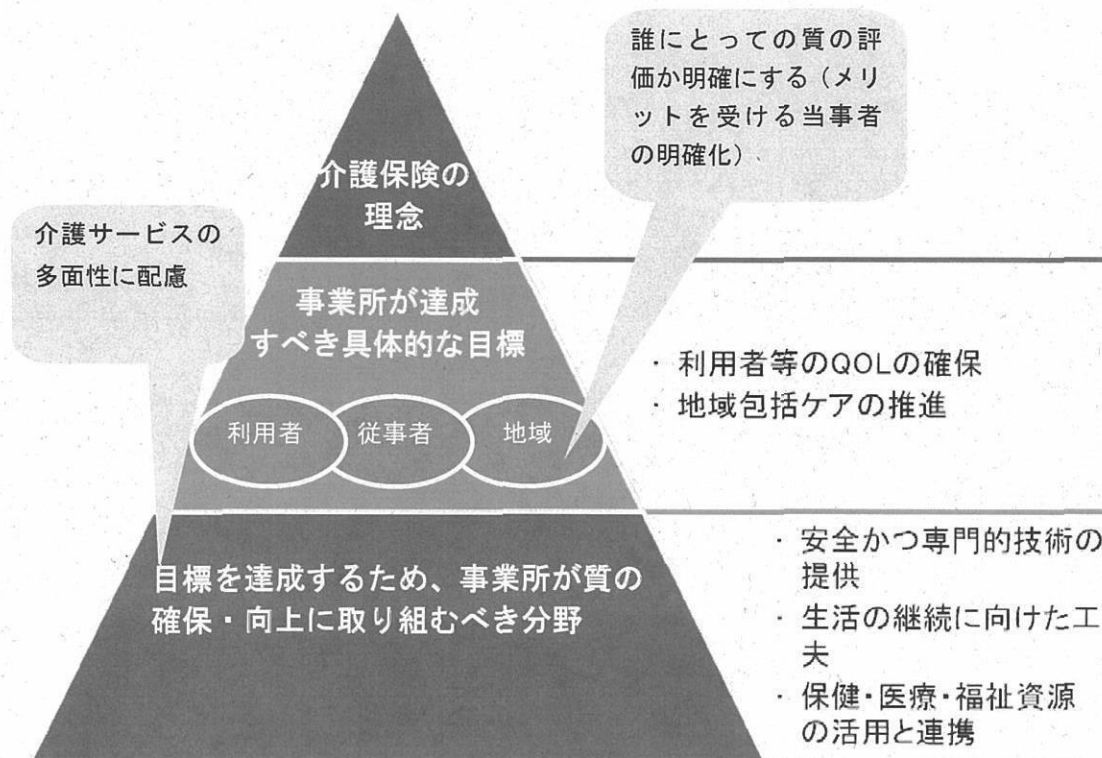
3) 適切な事業運営の確保

「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

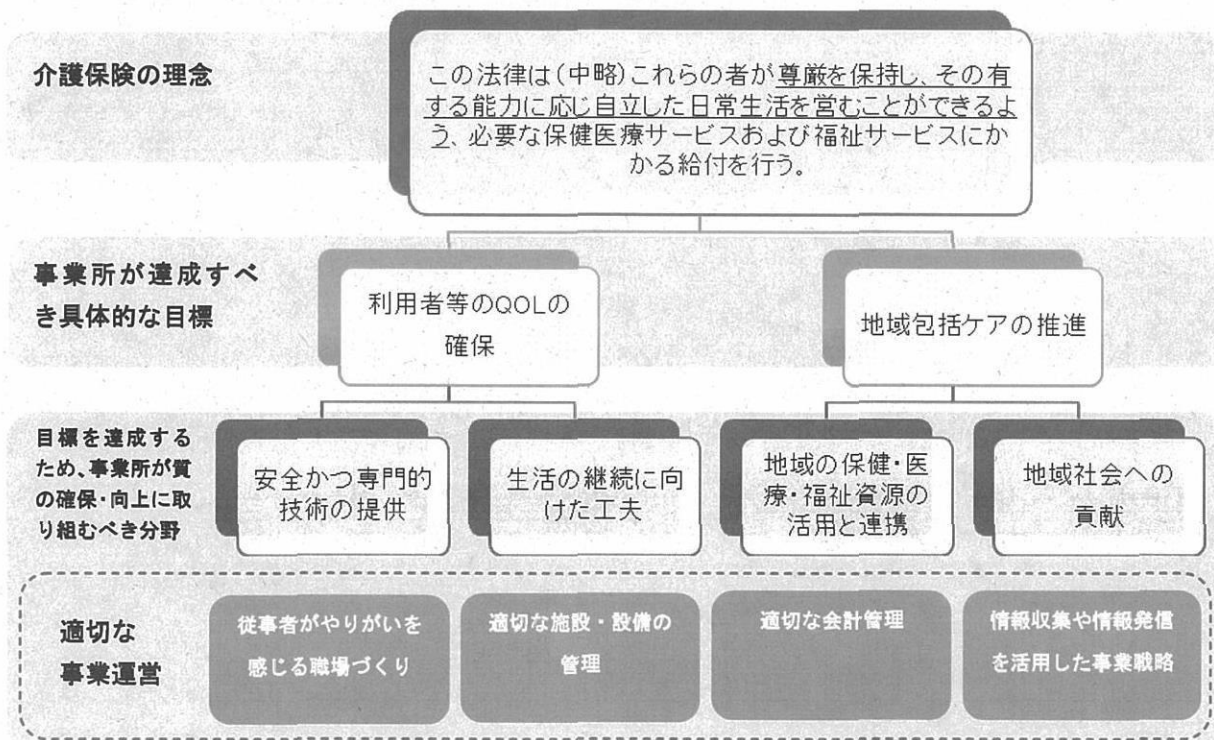
なお、適切な事業運営を確保するための経営資源の１つがヒト（人材）であり、「従事者がやりがいを感じる職場づくり」は重要な課題である。とりわけ、現在、わが国においては、介護職員の処遇改善や人材確保が重要な政策課題となっており、各事業所において、ＥＳ（Employee Satisfaction）を高めるための取組の充実が求められている。

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（ＣＳ：Customer Satisfaction）の向上を図ることであり、ＥＳとＣＳの関係が問題となる。この点、ＥＳとＣＳは直接比例しないとの指摘もあるが、少なくともＥＳはＣＳ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。

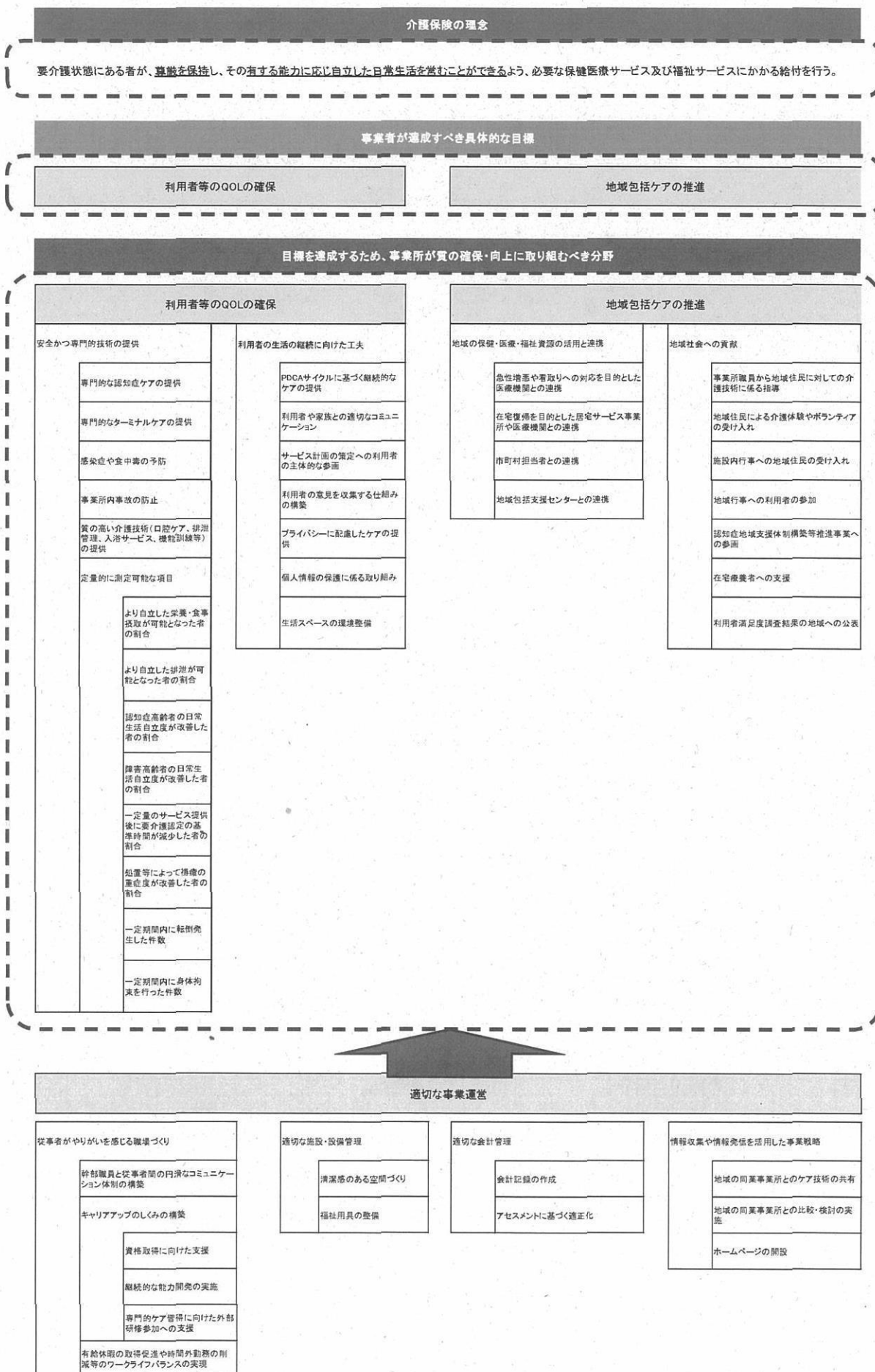
図表4 質の評価の階層図（基本的なイメージ）



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、Q1・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适当であり、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适当である。

（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）が担保されると考えられている。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にはなら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、NHS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。