

I. 研究における関心

主要な国際機関は、2000年以降、ケアの質に関する報告書を相次いで発表している。OECD加盟国は介護サービスの拡充を進めており、これに伴って財政の圧迫や営利組織の流入といった新たなテーマが議論される中、ケアの効率、利用者中心性を向上させるための様々な取り組みが見られている。また、施設における高齢者虐待事件がマスコミの注目を受ける中、ケアの質に対する政府の役割がこれまで以上に求められている。

これまでケアの質に関する議論は、ストラクチャー(サービスを提供する環境。事業所の施設、設備、人員配置など)、プロセス(サービスの過程。適切なアセスメント、サービス計画、サービス記録など)、アウトカム(サービスの結果。健康改善、ADLの変化、QOLの改善など)の3つの側面からアプローチするドナベディアンモデルに沿って進められてきた。一般的にどの国でも、まず、事業所に対する規制を通じてストラクチャーおよびプロセスの側面を確保する政策を進め、その後、実際の成果を評価するアウトカムの基準を模索・設定する共通した動きを見せてきた。

しかし、各国の事例を細かく見ると、ケアの質の評価のあり方は一様ではない。本研究ではこれを明らかにするために、ドナベディアンモデルに基づき、アメリカ、イギリス、日本のケアの質の評価指標の現状とこれまでの動向を考察した。ケアの質の評価のあり方がどのように変わってきているのかを把握しつつ、三カ国における共通点と相違点を分析し、これを通じてケアの質の評価指標を設定する上での示唆点を探った。分析対象国家は、ナーシングホームの評価システムが発達しているアメリカ、在宅サービスを強化しているイギリス、そして極めて高い水準の高齢化率とともに介護保険15年目を迎えた日本を選択した。

II. 考察：共通点と相違点

1. 共通点

三カ国のケアの質の評価指標の共通点は大きく3つに整理できた。一つ目に、三カ国ともに事業所の認証と関連して最低限のケアの質に関する評価指標を採り入れており、これを行政監査で点検している。アメリカは伝統的なストラクチャー指標とプロセス指標で構成された Requirements for States and Long Term Care Facilities によって最低限のケアの質を保障している。また、これに加えてアメリカの行政監査では、少なくとも年に一度は全てのナーシングホームのアウトカム指標を収集しており、相対的にケアの質の低い事業所(下位10%)を特定する方法をとっている。アメリカは在宅サービスについての規制は比較的弱い。イギリスは、ストラクチャー指標とプロセス指標を利用者の認識に基づいて評価する Essential Standards of Quality and Safety を事業所の認証と関連した評価指標として活用しており、これを行政監査においても活用している。イギリスの行政監査は Essential Standards of Quality and Safety の評価項目について事業所に自己評価報告書を要求し、その内容を評価機関が訪問調査で検証する方式で実施されている。イギリスのシステムは利用者の認識に基づいて事業所のストラクチャーやプロセスを評価する点で、世界的にも斬新な取り組みである。イギリスでケアを提供する事業所は概ね年に1度ずつ自己評価報告書を作成し、CQCや自治体から連絡を受けたときにこれを提出して行政監査を受けることとなっているが、行政監査において高い評価を受けた場合には、行政監査を受ける頻度が2年から3年に1度へと緩和されるなど、行政監査費用の効率化も図られている。日本は伝統的なストラクチャー指標とプロセス指標で構成された介護保険サービスの人員、施設、および運営に関する基準を事業所の認証基準として活用している。日本の介護施設に対する行政監査は、事業所に対するクレームがあった場合、介護給付費適正化システムの分析結果で特異な結果が検出された場合、事業所が情報公表制度への情報提供を

拒否した場合など、問題がある事業所を対象として毎年実施されている。日本では、第三者評価制度(任意)を利用して外部機関の評価を受けるなど、ケアの質の向上に積極的な態度を示す事業所に対しては行政監査を2年に1度または4年に1度へと減らすなど効率化のための工夫も見られる。また、2006年の介護保険法改正では、事業所を定期的に点検するために6年ごとの事業所指定更新制度も導入された。

二つ目に、三カ国ともケアの質の評価指標を、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの順に拡張してきたことが確認できた。三カ国とも、まず、ストラクチャー指標とプロセス指標により認証基準を設定し、その次に、比較的新しい動きとしてアウトカム指標を模索している。特に、アメリカはストラクチャー指標とプロセス指標で構成された認証基準に加えてQI・QM、OASISというアウトカム指標で構成された評価基準を新設した典型的な事例である。イギリスは、伝統的なアウトカム指標(褥瘡発生率、ADLの変化など)についての利用者の個人データを政府レベルで収集しているわけではないが、利用者の認識をサービスの安全性やケアの質の評価に活用する斬新な取り組みを見せている。日本も認証基準としてストラクチャー指標とプロセス指標を導入したが、アウトカム指標については今後どのように導入するかを議論している。

三つめに、三カ国すべてが利用者中心性という原則を認証基準やケアの質の評価基準に反映させている。三カ国の認証基準を見ると、どれも利用者の安全、利用者の自律、利用者の尊厳、利用者個人に合わせたサービスなど、利用者中心性に配慮した内容が見られる。また、アメリカのQI・QM、OASIS、イギリスのASCOT・ASCOF、日本の第三者評価基準など三カ国のケアの質の評価指標を検討すると、アメリカのように利用者に現われた医学的变化に注目する場合でも、イギリスのように利用者の認識を評価に活用する場合でも、日本の第三者評価制度のように専門家の判断を活用する場合でも、サービスの利用者中心性がどれだけ確保されているかを評価している。

2. 相違点

共通点の一方で、いくつかの相違点が見られた。一つ目に、アウトカム指標の活用レベルに違いがある。アメリカはストラクチャー指標とプロセス指標だけでなく、QI・QM、OASISなどでアウトカム指標をかなり強調している。特に、全てのナースিংホーム利用者の健康状態や身体機能について標準化された臨床データを全国レベルで収集することを義務付けている。一方で、イギリスは褥瘡の発生や身体機能といったアウトカム指標の収集を義務付けてはいないが、利用者の安全やケアの質の評価に利用者の認識を活用している。日本はケアの質の評価におけるアウトカム指標の導入には未だ慎重な立場をとっており、ストラクチャー指標とプロセス指標にたよっている。日本も利用者のデータを収集するよう事業所に勧めてはいるが、全国レベルの標準的な形式があるわけではない。

二つ目に、基準の設定の仕方の違いがある。日本やアメリカはケアの質の最低基準について具体的な最低基準(例：職員の数の規定)を定めているが、イギリスはケアの質の最低基準について具体的な数値目標を提示していない。言い換えると、イギリスではケアの安全と質を確保するために必要な基準については各事業所の判断に任せている。また、アメリカは厳密に定量的な臨床データに基づいた評価を行っており、日本もストラクチャー指標において定量的な基準を設定して評価を進めているが、イギリスは利用者の望ましい状態を叙述形式で提示する定性的な評価方式を採用している。

三つ目に、利用者の経験をどのくらいケアの質の評価に反映させているかという点で差がある。イギリスは、三カ国の中で最も直接的に利用者の経験を測定している。もっとも、アメリカの場合にも全ての利用者を対象として身体拘束、ADL、IADLなどを測定しており、これらを通じて利用者の経験を間接的に測定しているとも見られるが、やはり利用者の経験を直接的に測定しているわけではない。日本も利用者の経験にたいする直接的な測定はない。このようなアプローチの違いは各国の介護サービスの利用者特性に起因するものと考えられる。政府の財政支出でもって提供される介護サービスがナースিংホーム中心で進められているアメリカでは、利用者の症状が極めて重い傾向があるため、利用者の経験を直接的に測定するのは難しいものと思われる。