

長期ケアにおける質の評価

——アメリカにおける評価制度の現状とその問題点——

池上直己

1 はじめに

質の評価は、消費者個人が市場において行うのが一般的であるが、医療福祉の分野ではそれが困難であると考えられている。その理由は、サービスの内容が複雑であるために一般の人々はその適切性を理解できにくい点にある。すなわち、経済学でいう需要側と供給側の情報の不平等が存在するために、消費者の選択に任せることが困難である。もう1つの理由は公平性にある。すなわち、支払い能力には関係なく、国民には医療福祉のサービスを等しく受ける権利がある、とする考え方である。

これら2つの理由から、医療福祉の分野では、専門家が判定する「ニーズ」に基づいて、それぞれ均一なレベルのサービスを、応能に負担して受けるのが原則とされている。たとえば、日本では特別養護老人ホームへの入所は、「ニーズ」判定の結果、措置権が行使され、利用料は本人と家族の所得に応じて負担するが、受けるサービスの質は、負担額やホームの如何を問わず、同一であることが建前であり、個人が選択できる余地は全くない。また、医療機関については選択の自由はあるが、どの施設の質も基本的には同じという建前があるため広告が規制されている。

アメリカにおいても、このような「ニーズ」に基づいた普遍平等な医療体制が建前としては存在した。ところが、医療費が高騰し、専門家による「ニーズ」判断の適切性についても疑問が持たれるようになったために、managed careによって供給された医療を評価し、消費者が費用との関係で給付内容を選択できるような市場メカニズムを導入した体制に移行している¹⁾。

しかしながら、急性医療に見られるこうした動きも、長期ケア²⁾の分野ではアメリカにおいてもあまり表出していない。それどころか、レーガン大統領はナーシングホームの分野に対しても規制を緩和しようとした際、強力なロビー活動で知られる American Association of Retired Persons (AARP, アメリカ退職者協会) が猛反発し、結論は取りあえず Institute of Medicine (米国科学アカデミーが設立した機関、以下、IOM と略) が実施中であって調査の報告書が提出されるまで棚上げされた。

そして、1986年に出された同報告は、むしろ規制を強化する必要性を強調した。その理由は、長期ケアの対象者である障害者は、とりわけ消費者主権を発揮できない立場にあるという認識があり、その背景には営利企業が支配的な地位を占め、利用者に対する虐待などがマスコミでしばしば取り上げられながら改善されないナーシングホーム業界に対する強い不信があった²⁾。

ちなみに1969年から1976年にわたる連邦議会におけるナーシングホームの問題に対する証言を総括すると、その過半数は標準以下の水準にあったと判断された³⁾。

連邦議会ではIOMの勧告をほぼそのままの形で受け入れて、1987年のOmnibus Budget Reconciliation Act (PL 100-203) (包括予算調停法、以下、OBRA'87と略)の中にナーシングホームに対する新たな規制という形で盛り込み、行政府に対してその執行を迫った。具体的には、利用者の包括的評価、人権の重視、不適切な抑制の禁止、看護助手の研修等が規定され、特に評価の強化と、より迅速に改善勧告が実施できるような強力な体制の構築を求めた。

この法律に対応する施策の1つとして、米厚生省医療財政庁 (Dept. of Health and Human Services, Health Care Financing Administration) は各種の規制を遵守させるために、各州のナーシングホーム評価担当部局に対して、従来の設備や人員配置を中心とした形式的な評価方法を改めるように指示した。同庁は連邦政府が拠出しているMedicare, Medicaidを所管しており、評価の具体的な実施については各州政府に委任しているが、州が適切に評価しない場合にはこれら両保険からの給付を停止できる権限を有している。

本稿では同庁が大幅に書き改めた評価の実施手順マニュアル, "State Operation Manual, Provider Certification" を中心に紹介するが⁴⁾, その前にまず評価に対する一般的な手法と、その長期ケアに対する応用について簡単に述べる。また、最後にこのような規制という手段を用いた改革の問題点についてアメリカの現状を踏まえて分析する。なお、OBRA'87の改革について、すでに翠川が本誌に発表しているので、同

論文と併せて読みたい⁵⁾。

2 評価のための方法

市場メカニズムではなく、「ニーズ」に基づいて普遍平等なシステムを目標とした場合でも、依然として質を評価する必要がある点に留意しなければならない。確かに個人にはその権利がないかもしれないが、一方では利用する当事者に代わって、どの施設の質も本当に均一であるかどうかをだれかがチェックしなければならず、「規制」という手段を用いることは、行政にその役割と責任があることを意味する。

さて、評価の方法論としては、Donabedianによれば次のような3つがある。第1の構造 (structure) 施設設備の面と医師や看護婦等の資格をもったマンパワーの充足状況等の評価である。第2のプロセスは正しい手順に従って医療が供給されたかどうかの評価である。第3のアウトカムは臨床的な転帰 (死亡, 全快等) や患者の満足度である⁶⁾。このうち、第1の評価は簡便であり、それだけに行政当局に好まれる方法であるが、構造の条件が整っても良い医療を供給するための最低の必要条件が満足されるにすぎない。

第2のプロセスの評価は、まずプロセスが記録されている必要があり、そのうえで専門家がそれぞれの状況下における適正な医療の供給方法についてコンセンサスが形成されている必要がある。だが、現実問題として、たとえ診療録等が整備されていても、事後的に適切性を判断することは容易でない。

第3のアウトカムの評価が理想的であるが、医療福祉サービスは個別的で再現性が乏しいため、実は供給する当事者にもその適切性を判断

することは困難である。というのは、サービスが供給されることによって状態が改善されたか否かは、技術の有効性と同時に患者特性に支配される要素が大きく、そのため患者の特性を考慮して統計的に処理して初めて適切であったかどうかを判明する。ところが、これを可能にするようなデータベースの構築は容易ではない。

このように、どの方法論にも一長一短があり、むしろ現状から出発して、評価するための費用と効果を考慮しつつ、構造、プロセス、アウトカムのそれぞれを組み合わせる必要があるだろう。ただし、現在の世界的な趨勢として、アウトカムの評価に重点が移っており、患者特性（ケースミックス）を統計的にコントロールしたうえで、平均より逸脱した場合にはさらにプロセスの状況を診療録により確認する方法が定着しつつある。そして、構造の評価はしだいに軽視されてきている。

ところで、アメリカにおいても、長期ケアは急性医療に比べて評価体制が遅れている面は否めない¹⁸⁾。その理由は、第1に長期ケアは生物医学的な帰納的な方法論に馴染まないために、医師を始めとする専門職者の関心が低かったことによる。すなわち、プライマリ・ケアと同様に、心理社会的側面のケアは、医学の正当な対象として考えられてこなかった。この問題の解決は困難であるが、看護の地位の向上とともに、看護指導で評価体制の構築が進んでいる。

第2は、ケアの目標を定めることが容易でなかった点にある。たとえば、終末期の医療をどこまで行うのが適当であるかについてコンセンサスは必ずしも得られていない。この問題に対して、IOMではケアの目標を次のように規範的に定義することによって解決を図っている。

1) サービスは各利用者のそれぞれの個人とし

ての医療、社会ニーズを満足する。

- 2) サービスは各利用者の最適な身体的、精神的、社会心理的機能を推進する。
- 3) 利用者は一般に、快適、公正、安心、同情を感じる。
- 4) 利用者（ないし彼らの選んだ代理人）は自分の生活が左右されるような決定に最大限関与している。

このうち、特に4)に最大の力点が置かれ、利用者の自己決定権の拡大に目標が設定されている。すなわち、利用者の意志が尊重されるようなケアは「質の高いケア」、逆に軽視される場合は「質の低いケア」と評価される。このように定義すれば、長期ケアのほうが急性医療よりもむしろアウトカムを評価しやすいといえよう。というのは、プロセスとしてのケアの善し悪しが、そのままアウトカムとなって反映されやすいからである。たとえば、本人が尊厳死を望んでいれば、プロセスとしてのインフォームド・コンセントの実施、および延命医療の回避がそのまま質の高いアウトカムとして評価される。同様に、たとえ本人の安全のためとはいえ、物理的にしばったり、向精神薬によって活動を抑えるようなプロセスは、昏睡など必要やむをえない状況を除いて、それ自体悪いアウトカムとして評価される。

第3に、長期ケアでは良いケアを行っても必ずしも明確な形でその成果が測れない点にある。すなわち、急性医療であれば、治癒という形で測れるが、長期ケアの対象者はいずれも慢性の障害を有しており、完全に治癒することはない。そこで、利用者の特性とケアの内容をきめ細かく把握し、ケアの効果が測れるようなアセスメントの方法を導入する必要があるといえよう。

こうした観点からIOMの提言を受けてOBRA'87では、全米のナーシングホームの利用者に対して、約300項目にも達するMDS (Minimum Data Set) の個人データの記入を義務づけている。MDSによるアセスメントは少なくとも年に1回、それ以外にも状態が変化するたびに実施されており、各利用者に対して、適切なケア計画を作成するうえで、なくてはならない最低限の情報であることからMDSと名づけられている。なお、このようにチェックされたMDS項目がケア計画に反映されることを助ける手引としてRAPs (Resident Assessment Protocols) が用意されている。RAPsには各障害や問題点ごとに対応方法が提示され、その中にはケア計画、投薬内容、生活環境等のチェックポイントが含まれる⁷⁾。

上記のような評価規準とデータベースの整備により、評価の中心は従来のような施設の構造やケアの方法論から、「現在のケアが本人の意向に沿う形でQOLを高めているか」、あるいは「どのような状態の者が、どのような状態に変化したか」に焦点が移っている。すなわち、急性医療における動きと呼応して、アウトカムに焦点を置いて評価が行われている。また、施設、設備の評価を行う場合でも、あくまでも利用者のQOLにどのように影響しているか、という観点から音、臭気、換気、採光に留意して実施されている。

3 評価プロセスの実際

(1) 評価チームの構成

チームの人員は評価する対象施設の規模、過去における問題点指摘の有無、立地状況(分散か集中)、特別ケア病棟の有無、研修中の評価者

の有無によって異なってくる。具体的な人数は各州当局に任されているが、連邦政府ではチームの各メンバーがそれぞれ3~4日フルに現場で評価に従事すると仮定して、一応の標準として50床未満2~3人、51~75床3人、76~100床3~4人、101~150床4人、151~200床4~5人を提示している。なお、チームの人員は全員州政府の常勤の公務員であり、それぞれの職階に応じた給与が支払われている。

構成員として1人以上の看護婦が必要であり、それ以外は各州の判断に任されているが、多くの場合、ソーシャルワーカー、栄養士、薬剤師、および施設設備の評価ができる者などが含まれる。一例として、評価に対して中間的な方針を採用しているミネソタ州では、看護婦3~4名、栄養士、および衛生管理士によって構成されている。チームの構成員は各施設の特性に応じて変えられ、たとえば、薬剤の問題が指摘された施設では、次回薬剤師が加わることになる。

評価者になるためには、バルチモア(HCFA本庁)において1週間の研修を受けることが義務づけられている。さらに新規に採用された評価者は1992年より試験に合格しなければならないことになっている。試験は全員が受験しなければならない評価方法についての部分と、各々の専門領域に対応した看護、栄養、施設管理等の部分に分かれる。ウィスコンシン州ではさらに新規採用者に半年から1年の見習い期間が義務づけられ、しかる後に適正に評価できるかどうかを熟練した評価者が確認する制度を採用している。体系的な継続研修については、財源不足のために十分確立していないが、ビデオなどを用いて学習は行われている。

(2) 現場での実施手順

評価は予告なく、通常は以下の順序で原則的に年に1回実施される。

① 事前準備

施設長や各部門長の氏名、および前回評価時点からの交代の有無、施設的设计図、これまでの評価結果や関係当局からの問題点の指摘等を含めて、各々の施設に固有な情報を収集、整理する。

② 評価開始時の会議

評価チームのコーディネーターが全員を紹介し、評価の実施方法を説明する。また、施設側に以下の資料の提出を求める。

- ・過去3～6カ月間の入退所、事故の記録
- ・施設の入所者票（施設全体でADLの各障害の占める割合、留置カテーテル等の処置や特別なケアを行っている利用者の割合等）
- ・当該施設に従事してから4カ月に満たない看護助手（寮母）の数

さらに、施設の利用者に対して評価が実施されていることを広報するように求め、特に利用者に対して、評価者が個人的に面談する用意がある旨を周知させる。また地域のオムブズマンに現在評価が実施されていることを伝える。

③ オリエンテーションのための施設見学

上記会議終了後、直ちに実施し、見学は施設に到着後、2時間以内に完了することが望ましい（ありのままの状況を把握するため）。見学中、できるだけ利用者に接触するよう心がけ、特に泣き叫び、皮膚の損傷、脱水の危険因子、身体の抑制、日課の状況、感染防止対策、向精神薬の副作用の有無に注意する。この間に、個別評価の対象となる利用者を選び出す。

④ 利用者の抽出

以下のような4つのタイプの利用者を選ぶように留意する。

- ・ケースミックス A：身体的に比較的独立した面接可能な利用者
- ・ケースミックス B：身体的に比較的独立していないが、面接可能な利用者
- ・ケースミックス C：面接はできないが、ADLが比較的自立した利用者（痴呆等）
- ・ケースミックス D：面接ができないで、かつADLに援助の必要な利用者（痴呆等）

施設の全利用者の約2割程度（規模によって割合が異なる）が選ばれ、このうちの約半分を面接可能者とする。選ぶに当り、施設の特徴、並びに抑制を受けている利用者、最近入所した利用者等を特に選ぶように心がける。またB、Dグループの利用者が相対的に多く含まれるよう留意する。

⑤ 情報収集

i. 物理的環境の把握

④によって選ばれた利用者の居室を中心に食堂等の共有部分、機能訓練やレクリエーションの部屋、薬剤、食料等の貯蔵状況、緊急時の電源・水の確保についても観察する。QOLおよび衛生、安全規準が守られていることに留意する。

ii. ケアの質の評価

まず、④によって選ばれた利用者に対して、施設の記録からMDSの評価と、それに基づいてRAPsにより把握されたケアの留意点、およびそれに対するケア計画の整合性、さらに経過記録を出来るだけ手際よく（利用者1人当たり平均して30分以上はかけない）、把握する。

次いで、記録と、実際の利用者の状態、職員への対応、機能訓練やレクリエーションの状況を照合する。必要があれば褥創の有無等を利用者の承認を得て（それが可能でないならば評価者

の判断で、ただし看護婦に限る) 確認する。

次に、面接が可能な利用者に対して面接する。さらに、以下について確認する。

- ・食事時間の観察：メニューと同じであるか、治療食は守られているか
- ・薬物治療のチェック：不必要、不適切な薬物投与、特に向精神薬について

以上の情報に基づいて、下記に留意してケアの質を判断する。

- ・それぞれのケアの領域において、問題があったり、状況が悪化した場合にはその理由を記す。
- ・前回評価時点、あるいは入所時と比べて、ADL 等が低下していれば、その低下は回避されるべきであったか、あるいは同じ水準であれば改善されるべきであったかをそれぞれ判断し、その根拠を記載する。
- ・ケア計画の有無：RAPs に従ったケア計画が策定されたか。
- ・ケアの適切性：ケア計画の適切性とその遵守を評価する。

iii. 退所者の記録

評価時点より 3～6 カ月前に退所した利用者の記録を提出するよう求め、退所理由並びに退所するまでのケアの適切性、また死亡した場合には遺産処理の状況等を調査する。

iv. 利用者の権利

各利用者から情報をできるだけ引き出すように配慮しながら、1 人当り 30 分をめぐりに以下の点を確認する。利用者本人からの申し出がない限り面接には施設の職員は立ち会ってはならない。なお、面接はすべて構造化されており、質問用紙、マニュアルが提示されている。

- ・食事とおやつ
- ・日課と活動

- ・通信：郵便は開封されていないか、電話のかけかた等を確認
- ・同室者および居室の変更：変更前の事前通知、居室変更の希望、その受け入れ
- ・金銭管理：だれが行っているか、施設から請求書があればその明細
- ・受診：希望する医師を受診できるか、入れ歯の修理にどれだけかかるか
- ・ケアと治療：良いケアを受けていると思うか、ケア計画は知らされているか、薬の内容や作用について知らされているか
- ・プライバシー：だれが入浴等を手伝うか、その際ほかにだれかに見られることはないか
- ・所有物の管理および安全：施設はどのような体制をとっているか、盗まれたことはあるか
- ・訴え、苦情：ケアについての問題点を職員に指摘したことはあるか、その際の対応は

上記の情報について、利用者のグループ（もしなければ面接した利用者全員を集めて）および家族と話し合って確認する。

v. 給食部門の評価

衛生管理、栄養管理の適切性を評価し、さらにメニューを選択できるかどうか、食事前に利用者に対してどのような準備がなされているか、などを判断する。また、少なくとも 1 つの食事が調理されるまでの全過程を観察し、味や適温を確認し、必要があれば検食する。

vi. 服薬管理

薬剤の準備と投薬の適切性を評価し、特に利用者に渡るまでに誤った投与がなされていないかどうかを、実際の薬剤の流れを追いながら確認する。また、薬剤を利用者に実際に渡す職員

2人以上の活動を観察する。もし、誤った投与がなされていたら、全体に占めるその割合を計算する。

⑥ 情報分析と評価についての決断

問題点ごとに情報を整理し、重要な順に並べる。必要な水準に達しない場合には、その重篤度によってAレベルかBレベルの欠陥に分類される。Aレベルの欠陥があれば、より広範囲の評価を実行する。Bレベルであれば、その頻度と程度を勘案して広範囲の評価を実行するか否かを決める。特に利用者に対する緊急かつ重大と思われるような欠陥の可能性が発覚した場合には、評価チームで検討し、合意した際にはコーディネーターは直ちに上司に報告し、施設の管理者にその旨を告げる。

⑦ 評価終了時の会議

評価の結果が施設の職員に知らされる。その際、利用者1～2名が同席することもできるし、あるいは職員に対する説明が終了した後、簡略した形で利用者に別個に説明することもできる。利用者が出席している場合は、各利用者の個人情報プライバシーが守れるよう配慮する。なお、欠陥が発見された場合の広範囲評価は、通常の評価終了後、評価終了会議を開催する前に直ちに開始するか、本会議終了後、2週間以内に実施する。

(3) 評価報告の作成と公開

以上のように評価は多方面にわたって実施され、評価判断とその根拠を記して評価報告書にまとめられる。特に問題点を記す場合は、次の点に留意される。

- 1) 規準を満たさない内容について、それぞれの規準条項と照らして記載する。
- 2) なぜ、どのような状況で規準条項を満たさ

ないかを明確に記載する。

- 3) 規準条項からどの程度逸脱しているかを確認する。
- 4) 証拠となる情報源（面接、観察、記録）を確認する。
- 5) 適当であれば、施設の規準を満たしていない現況が、どのように利用者に影響し、さらにそれが利用者にとって最高の身体的、精神的、社会心理的状態の達成をどのように阻害しているかを記す。

評価チームによってまとめられた報告書は、情報公開の原則に基づいて、住民から要請があれば、自由に閲覧することができる（ただし、問題が指摘された利用者の氏名の公表については、本人および家族の了承が必要）。なお、特にカリフォルニア州等では、評価報告書を当該ナーシングホームのだれにでも分かる場所に掲示することが義務づけられている。

4 今後の課題

(1) 規制によって質は確保されるか

以上のような綿密な手順に従って評価することをHCFAは州当局に勧告しているが、このようなプロセスによって果たして質が向上するかどうかは疑問な点が残る^{8,9)}。IOMの勧告でも、規制の限界を認め、質を向上させるために次のような3つの要素が必要であることを強調している。

- 1) 質を評価するためのパフォーマンスの規準
- 2) 確立された規準に対して質を評価するモニター体制
- 3) 規制を遵守させるための手段

このうち、1)についてはほぼ達成されたかもしれないが、2)および3)については不十分であ

る。2)について、確かに各州の評価機関は、HCFAが提示したマニュアルに従って評価することが義務づけられ、さらに評価を効率的に行うために同じ手順で一律に実施するのではなく、前回において、質が低いと評価された施設に対しては、より日数を割いて行うように勧告されている。だが、肝心の評価者の質や人数については必ずしも十分ではない。

さらに、3)については、確かに Medicare/Medicaid の保険機関取消という従来の強行手段だけではなく、民事上の罰金、経営者の交代、新入所の禁止、そして最後に認可取消という段階的な罰則を設ける方向にあるが、その規準は必ずしも明確にされていない。その上、罰金はもともと資源が乏しい施設からさらに財源を奪うことを意味する。さらに、施設側が決定を不服として民事訴訟を起こした場合には決着をつけることが困難で、多くの場合、指摘された問題点が解決されればそのまま不問に付されている¹⁰⁾。

以上のように行政側の対応が及び腰である最大の理由は、第1に、多くの州ではナーシングホームの数が絶対的に不足しており、そのため入所を制限したり、閉鎖させたりすると、アクセスがいつそう悪化する点にある¹¹⁾。これに対して、ナーシングホームのベッドを増やせば事態は改善されるが、各州とも新規開設をできるだけ抑制している¹¹⁾。それは、ナーシングホームへの支出が Medicaid の費目の中で最大の伸びを示し、Medicaid が一部州政府の負担だからである。

第2に、従来においても Medicaid で支払われる料金では多くの場合、原価割れであったが、新しい規準を満足させるためには、マンパワーを増員する必要があり、赤字は一層拡大する。

そこで、本来ならば Medicaid の料金を増額する必要があるが、州政府にも、連邦政府にもそのような余裕は全くない。ちなみに、カリフォルニア州政府では OBRA'87 の身体への抑制を禁止する基準を守るためには9億ドル余計にかかる¹²⁾と計算して、この規準の実施を拒否している。

これより明かなように、規制を強化しても、それに伴って財源が確保されなければ、実効上に大きな問題がある。確かにナーシングホームを所有する営利会社の利潤を縮小させることで、質の向上は一時的に可能かもしれないが、投資家からの出資に頼っている以上、一定の限界がある。すなわち、普遍平等な体制で、質を向上させるためには、当然ながら公的な支出を増やす必要があるが、OBRA'87 では、これについて対応していない。

その理由は突き詰めてゆくと、長期ケアは医療福祉の分野の中でも、決して優先順位が高くない点にある。急性部門の場合は支出の削減は死に直結すると主張して財源を確保しやすいが、長期ケアの場合は必ずしも社会が注目するような形で削減の弊害が現われない点にある。

さらに、評価のための財源となると、その確保はいっそう困難である。たとえば、ミネソタ州では、評価チームに薬剤師を加えることや、評価者に年2回の研修を義務づけようとしたが、いずれも財源難で見送られている。すなわち、財政事情が厳しくなると、評価部門は現業サービスに比べてその優先順位はいっそう低くなる。評価者の能力が伴っていなければ、MDSによるアセスメントや評価のプロセスは、単に事務量を増大させるだけである。

もう1つ見逃せない点は、アメリカにおけるナーシングホーム従事者の質の問題である。第一線のケア提供者は通常は未熟練の低賃金労働

者であり、賃金や雇用条件しだいで職場を他の施設や業種に簡単に変えている。多くの場合は、マクドナルドのようなファーストフードチェーンの臨時店員と代替性があるといわれ、こうした背景で、過去4カ月にやめた看護助手の人数把握が重要な評価点となっている。

いずれにせよ、このように定着率が低い状況では、いくら研修を義務づけてもケアの質の向上は期待できないといえよう。そのうえ、一般にナーシングホームの従事者は、利用者とは人種も文化も（時には母国語も）異なり、コミュニケーションをとることは困難である。例えば、筆者が見学したフィラデルフィアのナーシングホームは利用者がほぼ全員ユダヤ人であるのに対して、看護者はほぼ全員黒人であった。

(2) 規制の補完

以上のように規制だけで改善を目指すことは困難であり、それを補完するために次のような方法が試みられている。第1は、経済的なインセンティブの設定である。すなわち、限られた財源を効率的に利用するために、適切なケアを行った場合には、より多くの収益を保証する方法である。実は、MDSによって集められたアセスメント情報は、RAPsに基づくケア計画の面ばかりでなく、適正な支払い方式の前提となるケースミックスを把握する上でも役だっている。

詳細は別稿に譲るが、MDSの新しいバージョンであるMDS+（5%程度多くの評価項目を網羅）は、各利用者をRUG-III（Resource Utilization Group、資源利用グループの第IIIバージョン）に分類するための項目が全て含まれている。RUG-IIIは、ケアの性質とADL等により各利用者を44のグループに分けており、それは費用の中で最も重要な要素となる各利用者

要したケア時間を反映している^{12,13}。そして実際にニューヨーク州では、従来の施設ごとの定額払いの方式より、各RUGごとに決められた共通の1日定額方式に移行したところ、重症者の入所待機はほぼ解消されている¹⁴。

現在RUG-IIIによる支払い方式を実験的に採用しているのは4州に留まっているが、将来拡大することが計画されており、さらに、MDS+の情報とリンクさせることにより、ケースミックスばかりでなく、各施設の質に応じた支払い方式を導入することが検討されている。たとえば、褥創があれば高いRUGのグループに分類されて収入は増えることになるが、ADL等の利用者の特性を統計的にコントロールした上で、施設としての褥創の割合が異常に高ければケアの質に問題のあることが示唆され、追求と査定の対象とすることができる¹⁵。このようにケースミックスに対応した支払い方式を採用した場合には、質を評価するシステムとリンクさせる必要があり、そうでないと重症な状態に留めておくインセンティブが施設側に働くことになる。なお、重症度に応じた支払い方式が採用されると、どのケースミックスの利用者を集めても、収支差額は同じになるので、各施設はそれぞれの特性に応じて機能分化することが可能となる。

第2に、評価を、従来のような行政と施設の敵対的（adversial）な関係から、援助的（facilitative）で建設的なプロセスに改めることである。たとえば、ウィスコンシン州では評価者は供給側のパートナーであり、行政として求めている基準の説明や、基準を満足させるための具体的な方法論を教示することに重点を置いている。そして、各専門団体の協力が得られるように配慮され、評価時点ばかりでなく、随

時連絡を取り合うことにより両者の間の長期的な信頼関係を確立する努力がなされている。

第3に、施設における管理運営のレベルを向上させることである。ナーシングホームは病院と比べて待遇やイメージが悪いため、これまで良いマネージャーが得られず、それが職員の設定を悪化させる一因でもあった。そこで、質が高ければ収益が増大するような支払い方式が導入されれば、管理職の業績評価も改善され、良い人材が得られる可能性がある。

以上のような方法は、いずれも従来の行政規制の枠を越えた考え方であり、これからの規制のあり方を提示しているといえよう。特に第1と第3の方法は、限られた財源の中で競争原理を用いることによって効率化しようとしている点に留意すべきである。ただし、このように投下される資源の絶対量を増やさず、過去と同じレベルの財源を再配分するだけで、どれほど質を向上させることができるかは今後に残された課題である。

5 おわりに

冒頭で述べたように、OBRA'87はレーガン大統領が進めようとしていたナーシングホームに対する規制の緩和と市場メカニズムの適用に対する反発に端を発した。だが、ナーシングホームに対する評価体制が強化されたことにより、各個人が選択するうえで必要なサービスの質についての情報が明らかになった。すなわち、規制が設けられることによって情報の不平等は縮小し、逆に市場原理が適正に機能しやすい環境がむしろ形成されたといえよう。実際に、ナーシングホームを選択する際は、まず州当局の評価報告書を参照することが勧められている¹⁶⁾。

だが、その当然の帰結として普遍平等な体制については、一向に実現していない。むしろ消費者がナーシングホームの質を評価しやすくなったので、格差は拡大している可能性がある。というのは、施設側が希望するような料金を払える少数の人々にとっては、質の高いナーシングホームを選択しやすくなったからである。反対に、質の高いナーシングホームは、これらの人々に選択されることにより、原価割れの保証しか行わないMedicaidの入所者を一層制限することが可能となった。なお、最初自費であった利用者が資産消化(spend down)によってMedicaidの対象者となる事態は確かによくあるが、その場合も一定期間、自費で払う能力があることが確認された後、入所させている。また、寄付金等の名目で入所一時金を請求する施設もある。

さて、日本では、供給側からの情報の開示はきわめて限られており、評価の体制も整備されていない。一方、普遍平等の建前を堅持しようとする風土はアメリカより格段に強い。両者は密接に関連しており、評価した結果、施設間に質的格差があることが明らかになれば、普遍平等の建前を維持することは困難になるといえる。というのは、だれしも質が高い方の施設に入所したいからである。こうした状況に対して、仮に普遍平等の体制の下で調整を試みた場合には、以下のような方法が想定できる。

第1は、専門家による調整である。しかし、各施設の供給するサービス内容が異なるのであれば、専門職者のニーズ判定によって振り分けすることが可能であるが、同じような内容で質に差がある場合には、一般の人々でも容易に判断でき、専門家がでる幕は少ない。

第2は、申し込み順に入所を決定する方法で

ある。この場合は、入所待機それ自体が非効率であるばかりでなく、待てないような緊急性が高い者は、質が低い施設に入所することになる。また、サービスの利用方法を熟知した知的水準が高い者が入所しやすかったり、政治権力による介入があったり、あるいはブラックマーケットが形成されてかえって不公正が拡大する危険性がある。

第3は、くじによる入所である。すなわち、需要と供給の不均衡をくじで調整する方法である。実は日本の場合、公団住宅への入居を決定する際にこの方法が用いられており、最近のケアハウスにおいても採用されている。だれしも公平なチャンスが与えられるという点では問題はないが、通常の住宅と違って長期ケア施設の場合は、くじ運の悪かった者は同じ料金を支払って低いサービスを受けることになるか、あるいは、代替施設がなくて全く受けられない可能性もあるので、同じ次元に論じることはできないといえよう。

以上のように、どの方法にも問題がある。だが、それゆえ評価を行わない、あるいは評価してもその情報を公開しない、という選択も許されないといえよう。したがって、少なくとも長期ケアに対しては、私的負担による選択幅の拡大と併せて検討する必要があるように思われる。なお、ゴールドプランに従って、民間活力に頼って量的な拡大を望む場合には、なおさら評価の重要性は増すといえよう。

いずれにせよ、長期ケア施設の質を向上させるためには、行政による規制があって初めて市場メカニズムが適正に機能することに留意する必要がある。こうした条件を整えることは急性医療よりも容易であり、行政の責任において、アウトカムの評価ができる MDS のようなデー

タベース、質の高い評価者の確保を始めとする評価体制の整備、および改善勧告が速やかに実施されるような支払い方式の開発等を行うべきであると考え。こうした観点から、アメリカで行われているアウトカムに力点を置いた評価方法は日本に多いに参考になるといえよう。

付 記

本研究は平成3年度厚生行政科学研究費(厚生行政科学研究事業)より補助金を得て行った。ナーシングホームの評価に関する情報の収集に際して、ミシガン大学病院 Turner Center ケースワーカーの Kathy Supiano 女史の助力に深謝する。

注

注1) 長期ケア (long term care) とは、「身体的、精神的障害のために継続的に援助を必要とする人々に対して提供され続けられる様々な医療と社会サービスである。サービスは施設、在宅、地域のいずれでも提供されることができ、家族や友人によるインフォーマルなサービスも、専門家や各種の機関によるフォーマルなサービスも含まれる」と、IOM は定義している²⁾。

注2) 急性医療の領域では、従来から供給側の専門団体が合同で設立した JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) が指導的な役割を果たしており、HCFA は同組織に Medicaid, Medicare の認可機関とするか否かの決定を委ねている。ところが、ナーシングホームに対する JCAHO の取り組みは遅れており、小さな部門に留まっている。なお、プロセスに重点を置いた JCAHO の問題点について拙稿を参照されたい¹⁾。

注3) フィラデルフィア市精神保健局では、質の悪い中間施設を排除するために、認可を取り消した施設から患者を移す受け皿として、新規に施設を確保した。

参考文献

1) 池上直己著『医療の政策選択』, 勁草書房,

- 1992。
- 2) IOM, *Improving the Quality of Nursing Homes*, Washington, D.C., National Academy Press, 1986.
 - 3) Moss, F.E., Halamandaris, V.J., *Too Old, Too Sick, Too Bad*, Rockville, MD, Aspen Publications, 1997.
 - 4) DHHS, HCFA, *State Operations Manual, Provider Certification*, DHHS, April, 1992.
 - 5) 翠川純子「アメリカにおけるナーシング・ホーム改革—入所者アセスメントの導入と支払い方式への応用」, 『海外社会保障情報』, No. 97, 40-49, 1991.
 - 6) Donabedian, A., *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Ann Arbor, Health Administration Press, 1980, 79-128.
 - 7) 現在, MDS を部分的に改正した MDS+ が出版されている。
Feldman, F., Boulter, C. (edited): *MDS+, Multistate Nursing Home Case Mix and Quality Demonstration Training Manual*, Natick, MA, Eliot Press, 1991.
 - 8) Nyman J.A., Geyer, C.R., "Promoting the quality of life in nursing homes: Can regulation succeed?" *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 14(4), 797-816, 1989.
 - 9) Holder, E.L., "Meeting the expectations of OBRA," *Journal of Aging and Social Policy*, 3, 13-20, 1991.
 - 10) US General Accounting Office, *Stronger Enforcement of Nursing Home Requirements Needed (GAO/HRD - 87 - 113)*, Washington, D.C., General Accounting Office, 1987.
 - 11) Harrington, C. et al., "Revised trends in states' nursing home capacity," *Health Affairs*, 11(2), 170-180, 1992.
 - 12) Fries, B.E. et al., "Redefining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III)," *Medical Care* (in press).
 - 13) 日本における RUG-III の適用については, 筆者が研究代表としてまとめた『施設老人の支払い方式に関する研究』(平成3年度老人保健健康増進等事業計画書) を参照されたい。
 - 14) Division of Health Care Financing, Office of Health Systems Management, New York State Department of Health, *1986 RUGS II Monitoring and Evaluation Report*, New York Department of Health, 1987.
 - 15) Schneider, D.P., Fries B.E. et al., "Case mix for nursing home payment: Resource Utilization Groups, Version II," *Health Care Financing Review 1988 (Supp)*, 39-52.
 - 16) Goldsmith, S.B., *Choosing a Nursing Home*, New York, NY, Prentice Hall Press, 1990.
 - 17) 池上直己「医療機能の評価機構—各国の現状と日本の課題」, 『社会保険旬報』, 1751, 14~18, 1992. 1. 21.
- (いけがみ・なおき 慶應義塾大学教授)