

ケアの質の評価指標の開発と課題 ——国際的な動向とイギリスにおけるアウトカム指標を中心に——

長 澤 紀美子

I はじめに

国際社会において、ケア（ここではlong-term care）の質に関する議論は継続している。OECD（1998）の介護政策の改革内容や課題に関する報告によれば、既に1990年代後半にはケアに関する各国の主な関心事は、コストの問題よりも質の問題であることを示している。その後2000年以降もWHO（2002）、OECD（2005, 2011）、欧州理事会〔Council of the European Union（2003）〕、欧州委員会〔European Commission（2008）〕等の国際機関が、介護政策に関する調査報告書¹⁾を相次いで発表していることから、介護政策の持続可能性とケアの質の問題に関する関心が高まっていることがわかる。この背景には、これらの加盟国のなかで高齢化に伴う要介護高齢者の増加や財政制約のもと、コストを抑制しつつケアの質を向上させることが重要な政策課題であること、また主要先進諸国では介護の供給システムが概ね定着したものの、拘束や虐待、プライバシーの問題や不適切な施設設備など、質の欠陥や利用者の満足度の低さが問題となり〔EC（2008）p.20〕、質の規制へと焦点が移行していることが背景にあると考えられる。

ケアの質を定義し、測定するにあたっては、Donabedian（1980）が提唱した「構造」「プロセス」「アウトカム」の3つの枠組みが通常用いられる²⁾。OECDやEUの加盟国の多くが介護の質の規制枠組みをもち、質を定義し測定する指標が導入されているものの、その内容は構造指標やプロセス指

標が主で、本来ケアの介入の効果を示すと期待されるアウトカム指標を導入している国は少なく、アウトカム指標は未だ揺籃期にあるといわれる〔OECD（2005）p.67, EC（2008）p.24〕。

わが国では介護保険制度施行後10年以上を経過し、質の確保策として、行政による指導・監査のほかに、介護保険法（第73条等）により事業者の努力義務に規定されている自己評価、福祉サービスの第三者評価や地域密着型サービス事業所の外部評価などの第三者による実地調査や、介護サービス情報の公表制度、介護報酬による経済的インセンティブの導入などといった様々なものが導入されている。ただし、わが国のように、規制や監査が評価システムや情報公表制度と別個に存在するのは国際的には一般的ではなく、それらを組み合わせ有効に機能させる視点からの検討が必要であるという指摘がある〔平岡（2008）p.145〕。この点は、質の評価の際に用いられる基準についても同様であり、最低基準としての指定基準（介護保険法の規定に基づく各事業の人員、設備及び運営に関する基準等）とは別個に、第三者評価基準や情報公表の評価基準などが存在し、それぞれの指標の機能が体系的に整理されているわけではない。また指定基準は構造面での最低基準確保を主眼に置いたものであり〔（社）シルバーサービス振興会（2007）p.20〕、他の基準も構造指標もしくはプロセス指標が多く、アウトカム指標の開発は課題とされている³⁾。

一方で、介護保険サービスの評価に関しては医学・看護学・社会福祉学・公衆衛生学などの領域で研究の蓄積があり〔平岡（2005）p.70〕、その

中で訪問看護サービスにおけるアウトカム指標の開発〔田宮（2000）〕や訪問介護の利用者満足度尺度の開発研究〔須加（2003）〕など、尺度の開発を行った研究は少なからず存在する。しかし、評価尺度の実用化にあたっては、事業者、利用者、規制者、職能団体等の関係者間での質の定義や測定に関する合意および評価にかかる資源を必要とすることから、実現は容易ではない。

なお、近年わが国では、介護報酬の支払いと連動したサービスの質の評価が議論されている。2009年5月の地域包括ケア研究会（座長田中滋・慶応義塾大学大学院教授）による報告書「今後の検討のための論点整理」のなかで、地域包括ケアシステムを支える体制のひとつとしてサービスの質に着目した介護報酬の支払いが提案された。ここでは、わが国では「『構造』についての評価が主となる傾向がある」が、今後は「利用者それぞれの生活全体において良い影響を与えられたということを示す、いわゆるパフォーマンスという新たな総合評価の視点を検討すべき」であり、具体的な施設のパフォーマンスを構成する要素として、「①質の評価手法に基づく『標準化されたケア』の明示、②それぞれの要介護高齢者に対する、『標準化されたケア』から見て適切と判断できるケアの実施、③その結果としての在宅復帰実現、④在宅復帰後も地域で自立した生活をおくられること」が挙げられ、このような要素について「測定が可能となり介護報酬上で評価できる仕組み等」の検討の必要性を指摘している〔地域包括ケア研究会（2009）p.22-23〕。

つまり、ここでの「パフォーマンス」には、サービスの利用によってもたらされた「在宅復帰」や「地域での自立した生活の継続」のようなアウトカム指標、および標準化されたケアの方法や手順を示したプロセス指標、さらに良いアウトカムとの関連が科学的に証明されたプロセス指標が含まれると考えられ、それらから構成される総合的な評価指標群の開発が念頭に置かれている⁴⁾。この中ではとりわけ、ケア（介入）の効果を示すアウトカム指標の開発は、今後の重要な検討課題となると考えられる。また測定結果を介護報酬に連動

させることを前提とすれば、指標の定義はケアの多面的な側面を反映しつつ、測定した結果が事業者間でのケアの質のばらつきを的確に反映することが求められる。

そこで本稿では、ケアの質の評価尺度の活用現状や課題に関する国際的動向を概観し、とりわけケアのアウトカム指標をめぐる開発動向や課題についてイギリスの例を参照し、今後わが国においてアウトカム指標を開発するにあたっての有用な知見を見出すことを試みる。まず、近年のEUやOECDによる報告書や先行研究をもとに、ケアの質の定義と測定に関わる課題と各国で用いられている評価指標について紹介し、その動向や課題を整理する。その上で、イギリスでの社会的ケア（social care）⁵⁾のアウトカム評価に関わる政策動向を概観し、さらにケント大学PSSRU（Personal Social Services Research Unit）研究者らによって開発された社会的ケア・アウトカム指標（Adult Social Care Outcomes Toolkit, 以下ASCOT）を紹介し、その開発の意義について検討を加えることを目的とする。なお、イギリスに着目する理由は、第一に1990年代後半からの新労働党政権下で保健医療及び福祉サービスの質の確保が政策課題として大きく取り上げられ〔Wiener, et al. (2007) p.vi〕、全国的に統一した評価基準の策定や評価手法の進展がみられたこと、第二に近年アウトカムによる指標分類の導入やアウトカム指標による評価枠組みへの変更、利用者や介護者の満足度指標の改訂など、指標の内容や質の規制体系において、ケアのアウトカムを重視する方向で改革が進められていること、第三にキャメロン首相が率いる保守党・自民党の連立政権下で、ASCOTを始めとした指標の開発に関する研究成果が、自治体の社会的ケア・アウトカム指標枠組み（Adult Social Care Outcomes Framework, ASCOF）の一部として実用化されているためである。さらに医療（National Health Service, NHS）、公衆衛生、社会的ケア（ASCOF）の3領域のアウトカム指標の枠組みの中で領域間の共通指標を作成し、住民が参加する地域共同計画を策定し、総合的な地域ケアシステム作りを目標としている点で、わが国が目指す地

域包括ケアシステムとの類似点もみられる。

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（UK）を構成している4ヶ国のひとつである「イングランド」を指すものとし、連合王国を指す場合はUKと表記する。

II ケアの質の定義と測定に関する国際的動向

1 ケアの質の定義

ケアの定義と測定が困難であることは多くの先行研究が指摘する統一した見解である。質はそもそも多元的で直接的に把握することが困難な概念であり、質を定義することは急性期ケアにとっても容易なことではないが、慢性期のケアについてはより困難が伴う。Dandiらは、急性期と異なるケア（慢性期）の特性として次の3つを挙げ、これらの理由から質の定義が困難であるとしている〔Dandi et al. (2012) p.3〕。

まず第一に、ケアは、急性期のように疾病を取り除くのではなく、痛みを緩和したり、不快を軽減させ、疾病や傷害による機能の制限を補い、身体的精神的な機能レベルを最大限に保つことが目標（goal）である。WHOは、ケアの目標として、「セルフケアが長期に渡り十分にできない個人に対し、自立、自律、参加、自己実現、尊厳の程度を最大限に維持し、可能な限りQOLを維持することを保証する」ことを挙げている〔WHO(2002) p.7〕。この定義にみられるように、ケアの質を判断する際に、利用者のQOLおよび利用者や家族のケアの経験についての主観的な認識（満足度等）が重要となる（*ibid.* p.3）。

第二に、ケアは様々なサービス（介護、医療、生活支援等）、資源（福祉用具等）・先端技術（緊急通報システム）・在宅での住宅改修等が含まれる広範な組み合わせであり、その提供される場も施設・在宅、フォーマル・インフォーマルなサービス等、多様な形態がある（*ibid.* p.3）。利用者は通常長期に渡りサービスを利用し、利用の終結時期は確定しないこと、また在宅においては利用者が同時に複数の事業者からサービスを受ける場合

が多いこと、さらに症状の変化により他の事業者やサービスに移行したり、あるいは資源の制約から代替的なサービスの提供を受ける場合があること等によって、質の定義やデータ収集はより困難となる。

第三に、ケア労働が非専門的（急性期と比べて相対的に未熟練）で労働集約的な仕事である点である（*ibid.* p.3）。これはわが国のような介護に関わる国家資格を有する国とそうではない国の間で見解の相違がありえるが、日常生活における自立の促進や機能の改善の補助にはそれほど高度なスキルを要しないため、看護補助者やホームヘルパー等の長期の専門的研修を必要としない職種や、あるいは家族や友人等の非専門職が介護者に含まれる（*ibid.*）。従って、インフォーマルからフォーマルなサービスまで含めると、ケアの提供者の属性は極めて多様になる。利用者はケアの共同生産者であり、提供者との交互作用によりケアが提供されるため、急性期・慢性期にかかわらず、利用者ケア提供者との関係性がケアの質の評価に大きく影響するといわれている〔Donabedian (1988) p.1146〕が、慢性期ケアでは利用者の属性だけでなく、介護者の属性についても個別性が大きい。そのため、最も評価が難しいのは、在宅のインフォーマルなケアであり、それについては評価さえなされていない国も多くあることが報告されている〔Leone (2010) p.2〕⁶⁾。

とりわけ上記の第一の点は、ケアの質の定義に関係する。米国科学アカデミー医学研究所（Institute of Medicine）は、ケアの特徴は「医療的（health）・社会的（social）要素が含まれ、前者の質には医学的・技術的な側面が、後者の質には消費者の意見や満足度が反映される」と指摘する〔IOM (2000) p.75〕。前者の医学的側面については、定量的な臨床指標により測定が可能であるが、後者の社会的側面では、機能的な障害をもつ利用者1人1人にとっての自立やQOLの最大化が目標である〔Sorenson (2007) p.2〕ため、個別性が高く指標化が難しい。そのため、ケアのアウトカム指標では、機能面での変化や認知能力を判断するといった客観的に測定可能な臨床指標

が主に用いられ、主観的な指標としては満足度調査等に限定されていた。アメリカでは「1987年ナーシングホーム改革法」の1990年の施行後も、施設ケアにおけるアウトカム指標は心身の状態において有害な結果（negative events）を発見したり、それを防止することに焦点が置かれており、QOLの達成は重視されていなかった〔Kane (1995) p.1376〕⁷⁾。Kane〔1995〕は良いケアの条件は「有害な結果がないこと」ではなく「ウェルビーイングに積極的な貢献をしたこと」であるべきとし（*ibid.* p.1387）、Kane〔2001〕も同様に、ケアの第一の目標は良いQOLの達成である〔Kane (2001) p.297〕と強調している⁸⁾。このように定量的に測定可能な医療的要素だけでなく、個別のQOLの維持・改善、対人関係性といった定量化しにくい社会的要素をいかに組み込むか、言い換えれば医学モデルから生活モデルへの転換がアウトカム指標の開発において求められてきた。

さらに近年はQOLの具体的な要素として、利用者本人のコントロールや自立支援、プライバシー、安全、経済的安定等の側面が含まれるようになっている〔Sorenson *op.cit.*, p.2〕。例えば、施設の入居者にとっては、自立を支援する環境が整えられ、治療の決定や日常活動における自身のコントロールの範囲が広がることにより、QOLが改善されるからである（*ibid.* p.2）。一方で医学的で客観的に明白なアウトカムよりも、利用者がサービスを総合的にどう評価しているかという、主観的な評価を重視し、質の尺度として用いる動きがある〔Clark (2007) p.26〕。高齢者や障害者の権利擁護団体は、質はサービスの利用者の観点から評価されるべきと主張しており、質は、技術的な側面から、主観的で実用的な側面を測定しようとする大きな転換期にある（*ibid.* p.26）。

ケアの質を定義するにあたり、高齢者ケアの特性を踏まえ、高齢者の多様なニーズや関心を反映する多面的な側面が考慮されるべきである〔Sorenson *op.cit.*, p.2〕、アウトカム指標については、以上のように、医学的技術的側面から個別性が高い、多面的なQOLやケアの社会的な側面の評価へ、客観的な評価から利用者の視点を重視

した評価へ、といった議論がみられる。

2 OECD加盟国やEU加盟国の質評価指標

では、実際に近年先進各国で導入されている質評価指標をみてみよう。OECD加盟国19ヶ国の1990年代の高齢者介護政策に関する調査報告〔OECD (2005)〕によれば、共通してみられる改革動向の一つに「ケアの質のモニタリングと質の改善への方策」がある。それには、①評価基準の設定、②評価（モニタリング）を質の改善に繋げる工夫、③ケアの質に関する法的規制（登録・監査等）の強化等の内容が含まれる（*ibid.* p.72-74）。

①の評価基準については、構造・プロセス・アウトカムの側面で見ると、従来の構造（建築・職員配置等）やプロセスにおける最低条件の規定から、より包括的な質の規制の実施（多面的な評価と事業者への改善指導を含む）への傾向がみられる。包括的な質の規制とは、具体的には、アウトカムの測定、継続的質改善（継続的な職員研修等）の戦略、詳細な証拠文書の提出、利用者の権利・プライバシーの保護、利用者の参加に対する明確な要件等を含む（*ibid.* p.67）。つまり、ここでは、評価基準の次元に関して、インプットやプロセスを中心とした評価から、よりアウトカムを重視した評価への移行が主要な加盟国で観察されている。ただし、構造・プロセス面の重要性が損なわれるわけではなく、アウトカム指標は、既定の構造・プロセス指標と相補的なものであること、またアウトカム指標策定の試みはあるものの、アウトカムの測定には多くの国で未だ課題を抱えていることが指摘されている（*ibid.* p.67）。

欧州委員会の報告書〔EC (2008), EC (2009)〕でも、OECD〔2005〕による報告書と同様の傾向が報告されている。多くのEU加盟国は、近年、ケアの質を評価し、促進するための法規を導入したり、改定をおこなっている〔EC (2008) p.22, EC (2009) p.154〕。しかし、質に関する共通のフレームワークに関する合意がない〔Leone *op.cit.*, p.2〕ために、質の指標の構成や規制の枠組みは国によって大きく異なっている。その中にはオーストリアのように施設の構造指標のみの国

もある (*ibid.* p.2) もの、典型的には質の指標にはプロセスとアウトカムの基準の組み合わせが用いられている [*Sorenson op.cit.*, p.2]。また施設ケアと在宅ケアの両方に共通の評価指標が利用されている国 (ベルギー)、構造・プロセス・アウトカムの各々の指標と共に、質の認証基準を持つ国 (オランダなど) や質のモニタリングシステムを持つ国 (デンマーク、フランス、オランダなど)、エビデンス・ベースの臨床的なガイドラインにより質を規制する国 (ドイツ、ルクセンブルグ) など質規制のあり方は様々である [EC (2009) p.154]。ただし、現在ヨーロッパ各国で利用されている指標の多くは信頼性と妥当性が検討される余地がある [*Leone op.cit.*, p.2]。

また質確保のための要件として、継続的な職員教育を要件とする国 (ベルギー、リトアニア)、より広範な患者参加を促し、患者の権利保障のメカニズムを入れた国 (ドイツ、ハンガリー) などがある [EC (2008) p.22, EC (2009) p.154]。後者については、患者中心のケア、より個別化されたケアを求める動きから、患者の意志決定への参加を質の指標に含める国が増えている [EC (2008) p.22, EC (2009) p.154]。また利用者の権利擁護・プライバシー保護を重視し、不適切な扱いや虐待を防止する指標により、尊厳のあるケアの実現にむけた取り組み⁹⁾が進められている。さらに近年焦点が当てられている政策課題である、家族介護者への支援 (デンマーク)、消費者主導型ケアの促進に伴う選択の拡大 (ベルギー) が質の要素として採用されている国もある。

以上から、国によってケアの質の捉え方 (指標の内容) にばらつきが大きいことがわかる。まず第一に、前提となる介護サービスの給付の範囲や種類 (医療と社会的ケアの間の区別、在院 (所) 日数やリハビリテーションの範囲、受給者の要介護度の要件、公的機関や民間等の事業者の特性や力量、現物給付あるいは／および現金給付などの方式) が国によってかなりの相違がある¹⁰⁾。また質の規制に責任をもつ行政も、国レベル (オランダなど) と地方自治体レベル (オーストリアなど) など異なっている。そのために、EUレベルで共

通したケアの質の指標群を開発するには長い道のりがあるといわれている [*Leone op.cit.*, p.2]

一方で一部のEU加盟国の間で、構造指標¹¹⁾、プロセス指標、アウトカム指標の構成比が共通していたという調査結果もある。Dandiら (2012) は、欧州委員会の助成により、ヨーロッパにおける高齢者ケアの前途について調査研究をおこなった一連の研究プロジェクト "ANCIEN Project" のなかで、EUの13カ国で現在採用されているケアの質の指標 (計391) に関して3つの次元により分類した¹²⁾。その結果は次のとおりである [Dandi, Casanova (2012) p.116]。

- ・構造指標・プロセス指標・アウトカム指標の各々の割合は、施設ケア、在宅介護、在宅看護の中でほぼ同じ割合を示した (プロセス指標が60～65%、構造指標・アウトカム指標が各々15～20%)。これが最適な配分比なのか、単に信頼性のあるアウトカム指標の開発が困難なことを反映しているのかは断定できない。

- ・アウトカム指標は最も収集および解釈が困難であるとされていたが、それでも13カ国中7カ国で68指標が収集されていた。それらは以下の4種類に区分することができる。(a) 満足度指標 (サービスに関する認識、職員に対する認識、利用者の希望に対する満足度)、(b) 健康状態 (身体機能の低下、行動障害、死亡率等)、(c) 予期しない入院、(d) 安全の欠如 (転倒、意図しない体重減少、褥瘡)¹³⁾。

これらのアウトカム指標において、(a) 満足度以外の指標は、医療面での臨床指標であり、ケアの社会的な側面の測定という面では充分とはいえない。ケアのアウトカム指標には尺度化されている8つの側面があるとする研究 [Kane (1995) p.1379]¹⁴⁾ に比べると、実際に導入されている指標はそのごく一部であり、客観的に測定可能で妥当性・信頼性をもつアウトカム指標の開発は未だ「発展途上」にあるといえる。

このように何をケアの質とするか、質の概念にどのような要素を含めるかは、国や地域、またその国の介護政策の成熟段階や優先政策課題によっても異なり、異なる国の中で共通の認識をえるこ

とは難しい。むしろ、規制の単位である国や管轄地域の中で、事業者、利用者、研究者、政府や評価機関等の関係者間で何を質と捉えるかの議論を行い、質の概念について一定の合意をえることが必要であると考えられる。一方で、アウトカムに関する質の評価指標や測定手法については、開発が先行している国や地域から技術的な手法や運用面での課題を学ぶことも必要であろう。

3 ケアの質の測定の目的と課題

質の保証の枠組みはいうまでもなく、事業者によって提供されるケアの質の改善を目的としたものであるが、EUレベル、あるいは国レベルでの質の測定の目標は次の2つに集約される〔Sorenson *op.cit.*, p.3〕。

①基準、法的資格、制裁等の規制を設け、(事業者の)業績の内容について情報を与えること

②ベンチマーキングによる事業者の業績の比較を通して利用者選択及び競争を促進すること

これらはどちらも政府の役割に関係し、①では政府等の規制機関が介護サービスの最低限の質の保証と公費負担に伴う説明責任を果たそうとするもの、②は民間事業者の参入により介護市場が拡大するなかで、市場メカニズムが機能する条件を確保しようとするものといえる。また事業者にとっては①の質に関する規制がケアの水準の向上をもたらし、②の市場メカニズムによってケアの質の改善に向けて投資することが期待される (*ibid.* p.1)。ただし、情報の開示にあたって、測定の一貫性、比較の正当性が確保されることが必要である〔Mor(2005)p.354〕。さらに利用者にとっては、ケアの質や問題のあるアウトカムの発生に関する情報が公開され、定期的にアクセスできることが選択を進める基盤として重要である〔OECD (2005) p.77〕。

しかし、ケアの質の測定が上の2つの目標を実際に達成できた程度に関しては、限定されているという見解がある〔Sorenson *op.cit.*, p.3〕。たとえば、質の公表は、利用者や政府(購入側)よりも事業者の方がより関心を示したと結果がみられる〔Mor (2005) p.348〕。他方で、アメリカでは、

ミニマム・データ・セット (Minimum Data Set, MDS) によりナーシングホームに対して標準化された臨床的な患者情報と事業者の業績情報が体系的に収集され、報告されており、それが事業者の質改善に繋がったとする研究や、質の測定および報告というシステムが臨床的な過誤の発生を減少する、患者の機能の改善率を向上させる、組織の変化を知らせる、といった結果もみられる〔Mor (2004) p.50〕。このように質の指標に関する事業者の業績の公表が質の改善に対し一定の成果を示したとする先行研究はあるが、利用者選択に貢献したかどうかについて明確な結果は示されていない。

なお、2010年5月ロンドン大学 (The London School of Economics and Political Science, LSE) で開催されたEurohealth会議で介護の質の測定について専門的な研究者間で議論が行われた。そこで、各国が抱える大きな課題として指摘されたのは、データの活用が困難であること、測定の一貫性の確保、指標の選択であった〔Leone *op.cit.*, p.2〕。特に多くの国で問題となっているのが、データの利用可能性であり、事業者の反対 (イングランド、ドイツ等) により施設ケアでも部分的にしか利用できず、在宅ケアでは殆ど利用できていない。アメリカではMDSに基づいた個票データが公開され、利用可能であったために指標の開発が進んだことから、施設ケアと在宅ケアの両方で統一した患者の情報収集システムを構築し、そこからえられたデータを一般に利用可能にすることが指標の開発を促す大きなポイントとなることが指摘されている (*ibid.* p.2)。

なお、データが収集される際の正確さや測定の一貫性をめぐる問題も存在する〔Sorenson *op.cit.*, p.4〕。正確なデータ収集を困難にする要因として、査定者の訓練や教育のばらつきや、実際に提供されたケアが正確に記録されていないこと、高齢者の状態にみられる不確実性 (状態の不安定さ) などがある。またベンチマークとして活用する際には、地域の特性や事業者のケースミックスについて説明され、リスク調整されていることが事業者間比較の前提となること、事業者が不正確

な報告をおこないデータを操作する (gaming) 可能性があることが指摘されている (*ibid.* p.4)。指標をベンチマークとして活用し、測定結果を報酬に関連させるためには、これらの問題への対応について予め検討する必要がある。

さらに今後の指標の開発に関する課題として、水平的に統合されたケア（地域での医療から福祉にわたる包括的なケア）や垂直的に統合されたケア（急性期から慢性期までのケア）の連続性をどのように測定するかの問題がある [Leone *op.cit.*, p.2]。これらは、わが国の地域包括ケア体制の評価指標の開発にも共通する課題である。

III イギリスにおけるケアのアウトカム指標をめぐる政策の動向

イギリスにおいて公共サービスの質、その中で、ケアの質は1980年代後半から政府の中核的な政策課題であった [Malley (2010) p.21]。イギリスにおいて医療はNHS、社会的ケアは地方自治体の管轄であるが、介護サービスは殆どが社会的ケアに属し、一定の所得以下等の要件を充たした場合にのみ、公費負担でサービスが受けられる。

社会的ケアの質については中央政府の2つの省庁が管轄する。保健省 (Department of Health) がNHSおよび社会的ケアの政策立案・執行を行う一方で、社会的ケアは公共サービスの1つであるため、地域・地方政府省 (Communities and Local Government Department, CLG) の管轄も受ける [Malley (2010) p.21]。保健省だけでなく、CLGが設定する様々な公共サービス全般に関わる質の評価や規制の枠組みがケアに適用されていることに注意が必要である。

イギリスのケアの質規制システムは、アウトカムに着目した監査を行い、より重要な問題に焦点化し、利用者の関与を求める点で特徴的である [Wiener, et al. (2007) p.8]。アウトカムの重視については、公共サービスの評価 (CLG) と社会的ケアをめぐるサービスの動向 (保健省) の2つの流れから説明できる。

前者については、イギリスにおいて公共サービ

スは通常「経済性」「効率性」「有効性」の「3E基準」¹⁵⁾によって監査され、とりわけアウトカムを用いた「有効性」の評価によって、‘value for money’ (支出に見合った価値)の改善を図る [ONS (2010) p.9-10] とされている。しかし、有効なアウトカム指標がないために、費用対効果の評価には、同じケアを生み出すために「いかに費用を節減したか」という「経済性」(インプットの最小化)が用いられた。例えば、従来、イギリスの福祉サービスの‘value for money’を示す指標として、アウトカム情報がえられないために、「単位あたりのコスト」が使用されてきた。購入者である自治体は、事業者を質でなくコストで比較せざるをえず、「費用の安い」事業者からサービスを購入する傾向にあった。そのことがケアの質の低い事業者との契約に繋がった可能性も指摘されている (*ibid.* p.9-10)。

2003年末には、UK政府によって公共サービス全般に関するアウトプット、生産性の測定とそれに連動する支払いの指標に関する検討委員会が設置された [Atkinson (2005)]。その最終報告では「政府のアウトプットは、原則として、サービスに起因する、サービスがアウトカムに貢献した増分を考慮し、質を調整した方法で測定されるべきである」 [Atkinson (2005) p.55] ことを基本方針に置き、社会的ケアの場合には、介入による影響を明確化し測定することに概念上の困難さがある¹⁶⁾ ことを認めながらも、「サービスがなかった場合に起こりえたこと」(たとえば、機能低下や障害の発生、尊厳や自律性の喪失、危険にさらされること等)との比較により、サービスの漸増的な貢献を測ることを提案した (*ibid.* p.162)。このことは [Kane (1995) p.1379] による「介護サービスの良いアウトカムは症状や機能が改善することのみを意味するわけではなく、低下や悪化が予測していたより、緩やかになることも良いアウトカムである」という指摘と一致する。このアトキンソン報告を受け、ケアを受けている実際の状態と、受けていなかった場合に想定される状態について比較することでアウトカムを科学的に測定しようとする研究がケント大学PSSRUらのグルー

プにより着手され、次節で述べるASCOT指標が開発された。

後者については、労働党政権下以降、保健省による近年の社会的ケアの改革のなかで、アウトカムへの焦点化がますます強調されるようになっていっている。その背景には、施設ケアから在宅ケアへ、またサービスの「個別化」(personalisation)¹⁷⁾へという、近年のサービスの提供方式の多様化がある。「個別化」政策のように、利用者が在宅で知人や親族が提供するインフォーマルなケアを購入する場合、構造やプロセス指標は適切でなく、ケアの「有効性(効果)」を示すアウトカム評価が必要となる。そこには、より良いアウトカムを達成するための方法は多様であり、ケアの提供プロセスは異なっても、最も重要なことは利用者にとってのアウトカム(what it works; 何が効果があったのか)を明らかにすることである、という認識が前提にある[ONS(2010) p.9-10]。

社会的ケアの評価については、法制化された全国共通のケアの質保証システムが整備され、それは社会的ケアの責任をもつ自治体評価と事業者評価に区別される[Malley(2010) p.22]。労働党政権下の2000年より、自治体は、公共サービス全

般に係わる評価の枠組みにおいて、運営管理データや利用者満足度調査の結果に基づき、業績指標(Performance Assessment Framework, PAF)により評価されることとなった。指標は後に7つのアウトカム群(2005年緑書『自立、ウェルビーイング、選択』で示された「健康と情緒的ウェルビーイングの改善」「QOLの改善」「積極的な貢献」「選択とコントロール」「差別の解消」「経済的ウェルビーイング」「個人の尊厳」)に再編され、第三者評価機関によるアウトカム群毎および総合評価の4段階評価(かつての3つ星評価(star-rating)によるランキングを廃止し、4段階の判断に訂正)がベンチマークとして公表されていた(図1)。2010年の政権交代の後、保守党・自民党の連立政権はPAFを廃止し、社会的ケアにおける基本方針として、アウトカムへの焦点化を宣言し[DH(2010b)], PAFの後継として、自治体社会的ケアのアウトカム指標であるASCOFを公表した[DH(2011,2012)](表1)。

その特徴は、まず第一に、医療(NHS)、公衆衛生、社会的ケア(ASCOF)の3領域のアウトカム指標が公表され¹⁸⁾、保健医療福祉共通の枠組みの中で領域間の共通指標を作成し、住民が参加す

	アウトカム1	アウトカム2	アウトカム3	アウトカム4	アウトカム5	アウトカム6	アウトカム7		
Council	Region	心身のウェルビーイングの改善	QOLの改善	積極的な貢献	選択とコントロール	差別やハラスメントの解消	経済的ウェルビーイング	個人の尊厳・尊敬	総合評価*
Southampton	SE	Well	Well	Well	Adequate	Well	Well	Adequate	Well
Southend-on-Sea	E	Well	Well	Well	Well	Well	Well	Well	Well
Southwark	L	Adequate	Adequate	Well	Adequate	Adequate	Adequate	Adequate	Adequate
St Helens	NW	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Well	Excellent	Excellent
Staffordshire	WM	Well	Well	Excellent	Adequate	Well	Excellent	Adequate	Well
Stockport	NW	Well	Excellent	Excellent	Well	Well	Excellent	Well	Well
Stockton-on-Tees	NE	Well	Well	Excellent	Adequate	Well	Well	Well	Well
Stoke-on-Trent	WM	Well	Adequate	Well	Well	Well	Well	Adequate	Well
Suffolk	E	Adequate	Well	Excellent	Well	Well	Well	Adequate	Well
Sunderland	NE	Excellent	Excellent	Excellent	Well	Excellent	Well	Excellent	Excellent

4 Excellent (大変良い)	サービスは全般的に最低基準をかなり上回り(利用者の視点で)、費用効果が非常に高く、地域のアウトカムの達成に非常に貢献している
3 Well(良い)	サービスは一貫して最低基準を上回り(利用者の視点で)、費用効果があり、地域のアウトカムの改善に貢献している
2 Adequate (普通)	サービスは最低基準を満たしている(利用者の視点で)、費用効果・地域のアウトカムの改善にいつも貢献しているわけではない
1 Poor(悪い)	サービスは最低基準を満たしていない(利用者の視点で)、費用効果も低く、地域のアウトカムの改善に余り貢献していない

*総合評価は、4領域以上がそのランク以上であり、「アウトカム7」の評価より1つ上でなければならない。

CQC(2009)より作成

図1 自治体社会的ケアのアウトカム評価群毎の評価(2009)

表1 2012年度版ASCOF (Adult Social Care Outcomes Framework) の指標

領域	目標	指標
1. 要支援・要介護者のQOLを促進する	最重要指標	1A. 社会的ケア関連QOL (ASCOT指標に準拠: コントロール, 個別ケア (清潔・身だしなみ), 食事, 居所の清潔さ・快適さ, 安全, 社会参加, 活動, 尊厳)
	利用者は、ニーズに見合うように、どんな支援をどのようにいつ提供してほしいかを制御し、自身の支援を管理できる	1B. 日常生活を制御している利用者の割合 1C. 利用者主導型支援, ダイレクト・ペイメントを利用している人の割合
	介護者は介護役割とのバランスを取り、望ましいQOLを維持する	1D. 介護者が報告したQOL (2012~, NHSとの共通指標)
	必要な時に就労の場を見つけられる, 家庭的・社会的生活を維持し, 地域社会に貢献し, 孤立を防ぐ	1E. 有償労働に従事している成人知的障害者の比率
		1F. 有償労働に従事している成人精神障害者の比率
		1G. 自宅で家族と生活している成人知的障害者の比率
		1H. 自立生活をしている精神保健サービス利用者数(支援あり, なし) (公衆衛生との共通指標)
2. 要支援・要介護ニーズを遅らせ, 低減させる	最重要指標	2A. 人口千人あたりの高齢者施設 (レジデンシャルホーム, ナーシングホーム) への永続的入居者数 ・予防的サービスの有効性 (置換指標)
	全ての人が生涯を通して健康とウェルビーイングを享受でき, ケアニーズを管理するために必要な支援や情報がえられる	・予防的サービスの有効性 (置換指標)
	早期診断・介入・リエイブルメントにより, 利用者・介護者が集中的なサービスを受けずにすむ	2B. リハビリテーションやリエイブルメントにより, 病院退院後91日以上在宅生活を継続できた65歳以上高齢者の割合 (NHSとの共通指標) ・早期診断・介入・リエイブルメントの有効性: 入院を防いだもの (置換指標)
	ケアニーズがある場合, 最も適切な場で支援が受けられ, 自立を回復できる	2C. 社会的ケアが原因で病院からの退院が遅れた数 (NHSとの共通指標) ・リエイブルメントの有効性: 自立復帰したもの (置換指標)
3. 支援や介護における患者の肯定的な経験を保証する*	最重要指標	3A. サービスの利用者がケアや支援に全般的に満足する 3B. 介護者がケアや支援に全般的に満足する (2012~)
	介護者はケアプロセスを通して, 対等なパートナーとして尊重される	3C. 要介護者に係わる議論に参加したり, 意見を聞かれたりしたと報告した介護者の割合 (2012~)
	人は地域で利用できる選択肢, 受給要件, 支援が必要な際の窓口を理解している	3D. 支援に係る情報の入手が容易であった利用者と介護者の割合
	社会的ケアの決定に係る人は, 本人の尊厳を尊重し, 個別の状況に配慮した支援を行うことを保証する	(「成人社会的ケア調査」からデータが収集され, 地域レベルで分析される)
4. ヴァルナラブルな状況の人を保護し, 避けられる危害から保護する	最重要指標	4A. 安全と感じている利用者の割合 (公衆衛生との共通指標)
	誰もが物理的安全を享受し, 安心だと感じられる 身体的・精神的虐待, ハラスメント, ネグレクト, 自傷行為から免れる 避けられる危害・疾病・傷害からできる限り保護される 事前に計画を立て, 希望する方法でリスクをマネジメントできる自由をもつよう支援される	4B. サービスにより安全で安心と感じている利用者の割合 ・保護的サービスの有効性 (置換指標)

DH (2012) より作成

*介護者に係るデータは, 「全国介護者調査」を初めて実施したデータを基に2012年度版から含める。

る地域共同計画を策定し, 総合的な地域ケアシステムの構築を目標としている点であり, わが国が目指す地域包括ケアシステムとの類似点もみられ

る。イギリスでは「ベルリンの壁」と比喻される医療と福祉の間のサービスの非連続性と連携の不充分さが長く問題とされてきたが, 'Health and

Social Act 2008」により、従来の保健医療・社会的ケア・精神保健の評価機関を統合したケアの質委員会 (Care Quality Commission, CQC)、が2009年に創設され、統一した規制(登録・監査)の枠組みとなり、連携を推進する体制が整えられた。第二に、指標の内容は「成人社会的ケアのヴィジョン」[DH (2010a)]で示された成人ケアの基本7原則(予防、個別化、パートナーシップ、幅広い選択肢、保護、生産性、ケア労働力の養成と支援)が反映され、自立支援、予防、利用者と介護者のQOLの向上、虐待等からの保護などが重視されている。第三に、科学的評価研究の成果を取り入れたアウトカム指標の開発を目指していることである。第一領域の「社会的ケア関連QOL」の指標は、次節で述べるASCOT指標¹⁹⁾を採用したものである。また当面は現在入手できるデータに限定しているが、「有効性」や「費用対効果」などの将来的に開発される指標(置換指標)については、現在政府がPSSRUやLSE等の研究者らに委託し、開発が進められている²⁰⁾。

事業者評価については、2000年のケア基準法の規定に基づくサービス毎の全国最低基準(National Minimum Standards, NMS)により事業者の登録・監査が行われていたが、NMSの評価基準自体は、実際には構造指標やプロセス指標であり、ケアの質を正しく反映していないとの批判がみられた。その後、自治体評価と同様に、NMSの基準をアウトカムの次元に再編し、CQCの評価と管轄自治体の評価、事業者の自己評価や訪問調査の結果を統合した3つ星評価が2008年に開始され、結果が開示されるようになった。さらに、「Health and Social Act 2008」の制定および2009年のCQCの設置に伴い、NMSは廃止され、その後継としてNHSと社会的ケアに共通の「質と安全に関する基本的基準」が2010年に公表された。新たな基準は、「質」と「安全」に焦点を当て²¹⁾、「法規による定義」、「アウトカムに関する質的な記述(利用者が経験すべきこと)」、「促し」(アウトカムを達成するためのプロセスに関する具体例)、「リスクの判断基準」(アウトカムの達成度を判断する具体的記述)から構成されている。

ここでは、アウトカムは、例えば「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」といったケアの目標や理念を示した定性的な記述である。

以上にみられるように、イギリスの社会的ケア政策における「アウトカム」指標の特徴は、アメリカの高齢者ケア施設においてMDSを通して収集されるような臨床的な定量的指標ではなく、定性的な基準であり、ケアが目指すべき利用者の望ましい状態を提示するものである。そして、そのアウトカムを達成する具体的プロセスや手段については例示しつつも、各事業者に委ねており、独自の創意工夫によるアウトカムの達成を推奨している。

このような定性的な基準は、事業者や消費者に対して目標とすべき利用者のQOLの水準をアウトカムとして意識付けるとともに、定性的アウトカム群に基づく評価や総合評価をベンチマークとすることにより、個々の臨床指標だけでは、選択に利用しにくいという欠点を補うものといえる。一方で、アメリカのMDSのように利用者の個別の臨床データの収集システムがないために、事業者の業績結果と利用者の個別データを関連させて参照することができず、利用者の個別のアウトカムの改善に関する情報がえられない、という課題も残されている。

IV 社会的ケアのアウトカム指標(ASCOT)の開発

1 ASCOTの開発と特徴²²⁾

(1) ASCOTの開発の目的

ASCOTとは、先に述べた報告[Atkinson(2005)]を受け、PSSRU(ケント大学パーソナル・ソーシャルサービス研究所)によって、質測定フレームワーク(Quality Measurement Framework, QMF)プログラム²³⁾のもとで開発され、2010年に公表された社会的ケアのアウトカム指標の一式である。QMFは、公共サービスのアウトカムに係わる既存の尺度を検証し、(特に公共サービス²⁴⁾の第三セクターの供給に関する)新たな尺度の開発を意

図したものである。

ASCOTは、社会的ケアに関連するQOL (Social care-related QOL, SCRQOL) に係わる情報を把握することを目的に、多様な年齢層や障害をもつ利用者に対し、ケアやサポートの現場にできる限り広く適用できるように意図されている。尚、社会的ケアに関連するQOL (SCRQOL) とは、社会的ケアの介入に関係する利用者のQOLの側面を指している。利用者、専門職、政策立案者からのインタビュー等により、この指標が利用者が価値を置くSCRQOLの側面を捉えていることが立証されている。

(2) 指標の特徴及び理論的基礎

ASCOT指標の特徴は第一に、A.センの「潜在能力理論」に基づき、「潜在能力」と「機能」を区別し、指標に反映していることである。

障害を個人の属性ではなく、社会の側の障壁と捉える「障害の社会モデル」によれば、インペアメントをもつ人にとっては環境や経済的な問題が障壁となって、SCRQOLの多様な側面を追求する能力が影響を受け、QOLは制限を受ける。イギリスの近年の政策も、障害をもつ人にとって機会を拡大し、「自由」「選択」「コントロール」を發展させるように焦点を当てられてきた。

この「選択」と「コントロール」は、センの「潜在能力理論」に準拠している。センによれば、効用だけが価値の唯一の目的ではなく、個人がそのような状態にならなければならない、あるいはすべきと考える多様なことをする実体的な機会の集まりを、「潜在能力」(capability)と捉え、それがむしろ価値の目的であるとした。「潜在能力」と対比されるのが「機能」(functioning)であり、「機能」はサービス利用により人々が経験する状態(清潔である、十分な食事を与えられる、安全である)や活動(買い物等)として捉えられる。多くの医療領域のアウトカム指標は、「機能」に着目し、それらの機能の状態を評価するものである。しかし、「機能」ではなく、「潜在能力」に価値が置かれる社会的ケアにおいては、後者を評価することも必要となる。

この「潜在能力」と「機能」を区別することが社会的ケアのアウトカム指標の開発にとって重要である。当事者運動・研究の立場からは、機会や潜在能力の拡大に価値を置いている。しかし、本人が認識している・いないにせよ、「機能」のレベルが低い(例えば十分な栄養を取れていない)ことは客観的なニーズがあることを示唆し、何らかの専門的な介入を必要とする。そこで、ASCOT指標では、各領域で「機能」を示すニーズのレベルを3～4段階で評価し²⁵⁾、政策の方針である「潜在能力」をできる限り反映させつつ、認知やコミュニケーションに問題がある人には「機能」による評価を併用している。評価の方法については、日常生活に係わる軽度の支援から、認知症など重度のニーズまで多様な利用者に適用できるよう、自記式調査票、対面でのインタビュー、観察等により、アウトカム情報をえられるように情報収集のための多種の方法が用意されている²⁶⁾。

第二の特徴として、介入の「事前」「事後」の測定に代わる、サービスの介入の効果を測る手法を開発したことである。社会的ケアのアウトカムを測定する際の問題として、慢性の状態をもつ利用者にとっては、介入の事前事後の評価は難しい。その理由の1つは、実際には、一定期間での介入がその人のウェルビーイングの改善に効果があったとしても、健康状態が悪化している人にとって事前事後評価では殆ど影響が表れない場合があるからである。理由のもう1つとしては、ランダムコントロールによる実験デザインを採用しない限り、他の要因(例えばライフイベントなど)を除去した上で、社会的ケアの介入がもたらす変化を特定できないからである。実際には、倫理的な問題から、実験デザインによる評価の実施は困難である。

そこで、ASCOTでは、サービスを利用していなかった場合起こりえる状況を利用者への質問や(施設の入居者などで回答が困難な利用者には)観察により、「予期されるSCRQOL」を測定する。利用者の回答や評価から生成された「予期されるSCRQOL」は、ADLとの関連が高いことが先行研

究により明らかになっている。この「予期されるSCRQOL」と「現在のSCRQOL」との差がサービスの介入の効果となる。

第三の特徴として、各アウトカム指標の相対的な重要性を評価していることである。ASCOT指標の領域は以下の〈表2〉に示す8領域であるが、これらの全ての領域や領域の中のレベルが利用者と同じ程度に重要であるとは限らない。そのため、(民族の種類や婚姻の有無など、全国的な分布を

反映した)一般市民500人の選好を調査して、指標間の重み付けを行い、得点化している²⁷⁾。

2 ASCOTの適用と妥当性の検証

ASCOTを使用し、高齢者ケア施設に対し、各領域の現在および予期されたSCRQOLを比較した結果の概要は、以下のとおりである(高齢者ケア施設に関する結果のみを紹介する)[ONS (2010)]²⁸⁾。

・ケア施設は入居者に概ね相当なアウトカムを

表2 ASCOT (ver.2) の尺度とSCRQOL得点 (SCT4・INT4)

領域 (定義)	基準	SCRQOL得点
日常生活のコントロール (何を、いつするかを選択でき、日常生活や活動を制御できる)	自分の思いどおりに日常生活を制御できている。	1.000
	日常生活を適度に制御できている。	0.919
	日常生活の一部を制御できているが、十分ではない	0.541
	日常生活を全く制御できていない	0.000
個人の清潔さと快適さ (清潔・快適で見苦しくなく、好みを反映した装いや身だしなみができている)	清潔に感じ、自らが好む身だしなみができている	0.911
	適度に清潔で、見苦しくない	0.789
	あまり清潔ではなく、身だしなみが十分にできていない	0.265
	全く清潔ではなく、身だしなみができていない	0.195
食事と栄養 (十分な食料や飲料を定期的に摂取し、栄養があり、多様で、文化的に相応しい食事ができている)	欲しい時に食料や飲料をえることができる	0.897
	ニーズにみあった食料や飲料をえられている	0.775
	必要な食料や飲料を十分えられていないが、健康にリスクがあるほどではない	0.294
	必要な食料や飲料を十分えられておらず、健康にリスクがある	0.184
安全 (虐待や転倒、身体的な危害を加えられる恐れがない)	安全に感じている	0.880
	一般的に適度に安全と感じるが、十分なほどではない	0.452
	適度に安全とは感じていない	0.298
	全く安全と感じられない	0.114
社会参加と関与 (友人・家族との関係の継続、参加やコミュニティに属している意識)	社会的接触が思う存分できている	0.873
	適度な社会的接触がある	0.748
	社会的接触はいくらかあるが、十分ではない	0.497
	社会的接触が殆どなく、社会的に孤立していると感じる	0.241
活動 (occupation) (雇用、無償労働、他者のケア、レジャー等の多様な有意義な活動で充たされている)	自分の時間を好きなように使い、自分が価値を置き、楽しめることを十分にできている	0.962
	自分が価値を置き、楽しめることをできている	0.927
	自分が価値を置き、楽しめることが十分にはできていない	0.567
	自分が価値を置き、楽しめることが全くできていない	0.170
居所の清潔さと快適さ (全ての居室を含む住環境が清潔で快適と感じる)	思い通りに清潔で快適である	0.863
	適度に清潔で快適である	0.780
	あまり清潔で快適な状況ではない	0.374
	全く清潔でなく、快適ではない	0.288
尊厳 (支援やケアが利用者の自己肯定感に与える否定的・肯定的な影響)	援助者の支援のしかたや自分への態度によって、自信がもてる	0.847
	支援のしかたや自分への態度は、自信に影響していない	0.637
	支援のしかたや自分への態度によって、時折自信が低下する	0.295
	支援のしかたや自分への態度によって、全く自信を失う	0.263

[Netten, et al. (2011b)] より作成。

提供し、QOLを著しく改善している。

- ・ケア施設は、日常生活へのコントロール（一般市民の選好調査では、最も重要なアウトカムとされた）領域よりも、基礎的なケアの領域（清潔で身だしなみがよいことを保障する）でより高いアウトカムを達成している。
- ・CQCの3つ星評価によって「よい」「かなり良い」と評価された施設では、「良くない」「普通」と評価された施設よりも、よりよいアウトカムを達成していた。しかし、他の要因をコントロールした場合に、CQC評価による施設のケアの質は、入居者アウトカムの変化の5%しか説明しなかった。

以上の結果から、施設におけるケアは、主体的なコントロールなど「潜在能力」を向上させる側面よりも、環境や快適さなどの「機能」の方が、現状では重視されていることが推測される。またASCOTは、CQCによる3つ星評価の結果と比較して、ほぼ相関していること（ただし、CQCの評価結果が適切にケアの質を反映していないという批判もあり、そのみでASCOTの妥当性を判断することには限界がある）が明らかとなった。

その後、ASCOTの評価基準とその評価マニュアルについては、妥当性の検証結果を踏まえた第2版が公表され、現場での更なる活用が期待されている。

V 結びにかえて

以上にみてきたように、OECD加盟国やEU加盟国の高齢者ケアにおいて、ケアの質の尺度は、構造指標やプロセス指標から、アウトカム指標を含めた包括的な質の尺度と質の規制システムの構築へと移行しつつある。その背景には、厳しい財政制約のもとで、公共サービスにおける効率性や有効性の改善や利用者選択に資する透明性の高い情報開示（見える化）がますます求められるようになってきたこと、およびケアの質に対する懸念や質の問題の顕在化がある。また近年各国で導入が進む「消費者主導型現金給付」等の、従来のプロセス指標を適用することが難しい、ケアの提供

様式の多様化も、アウトカム指標による評価手法開発を促している。

ただし、EU諸国等で実際に利用されているアウトカム指標は、機能や症状に関する臨床指標もしくは満足度指標が主であり、現状ではそれのみで総合的なケアの質を測ることは難しく、現状では、良いアウトカムに関連づけられるプロセス指標や構造指標と併用して活用する必要がある。アウトカム指標の開発は端緒についたばかりであり、利用者に影響を与えるケアの中核的な質を示す、科学的な根拠をもつアウトカム指標と測定方法の技術的発展が求められている。

なお、近年、アウトカムへのアプローチとして、EU諸国のなかには、アメリカに倣い、アメリカのナーシングホームで活用されているRAI (Resident Assessment Instrument) をベンチマーキングに採用する国が複数あること（フィンランドなど）が報告されている [Leone *op.cit.*, p.2]。現状では、客観的に測定が可能であり、利用者毎および施設単位で縦断的に情報が収集できるしくみとして、RAI以外に主要なものがないが、他にも多様な手法が検討され、国際間で共有されることが期待されている (*ibid.*)。

一方で、イギリスは、アウトカム評価の重視は労働党政権時代から繰り返し強調されてきたが、実際に導入された施設や在宅サービスに係わるNMS (National Minimum Standards) は構造やプロセス指標であり、それらを定性的な目標を示すアウトカムの記述により分類する方法が採られていた。この構造は、自治体の社会的ケアについても同様であり、定量的業績指標PAFをアウトカムに関連させ、アウトカム群毎に分類して公表する方法が用いられた。これらの方法は、アウトカムとして挙げられている社会的ケアの理念（自律とコントロールなど）を事業者や専門職に意識づけるには有効かもしれないが、利用者の個別のアウトカムの改善度を反映するものではなかった。それゆえ、ケアにおいて医療的な臨床指標ではない、社会的ケアの側面を客観的に定量化して把握する科学的手法が求められ、現在、政府の委託のもとで、社会的ケアの有効性を示すアウトカム指標の

開発研究が進められている。

その中ではとりわけ、前節で挙げた、ケント大学研究グループ (PSSRU) により開発された社会的ケアのアウトカム指標 (ASCOT) は、社会的ケアの介入の効果によるQOL (SCRQOL) の改善をサービスを利用していない場合の状態と比較して数量化して示しており、センの「潜在能力理論」を適用して「機能」のみならず「潜在能力」をも反映して評価する指標である。つまり、一定の質の高い状態を達成できている・できていないだけでなく、その状態を達成するための条件や環境・機会が利用者に提供されているかどうかとも判断することを目指している。ケアの効果を科学的に測定する手法として、今後の社会的ケアのアウトカム指標の発展に大きな意義をもっていると考えられる。

先に述べたように、ケアの質の評価にあたり、EU諸国が直面している主な課題は、指標の選択、データの利用可能性、測定の一貫性の確保であった (*ibid.*)。これらの問題への対応として、指標の選択には、ステークホルダー間の合意が、データの利用可能性には、データを提供する事業者の同意および政府や規制機関によるデータベース構築のイニシアティブが必要である。さらに測定の一貫性には、モニタリング方法の改善や評価者に対する研修、事業者に対して正確な情報の報告を促すインセンティブ、事業者の負担の軽減や規制者とのパートナーシップ関係の構築等が必要であろう。

そこで、最後に、上の3つの課題について概ね対応していると考えられるオランダの例を挙げてみたい [Frijters (2012) p.11-13, 堀田 (2012) p.392]。オランダでは、保健福祉スポーツ省により2005年から着手されたプロジェクト (Quality Framework Responsible Care Programme) により、研究機関との協働で指標開発が始まった。その中では、オランダ以外の9ヶ国 (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、アメリカ、UK) の質指標が比較され、オランダにふさわしい指標が2006年から2007年に向けて策定された。この指標チーム

には、介護事業者団体 (Actiz)、医師、ならびに看護職・介護職の専門職団体、監査機関 (IGZ)、

利用者評議会 (LOC)、保険者団体が含まれ、協議により指標を10の領域 (ケアと計画、コミュニケーションと情報、身体的ウェルビーイング、ケアの安全性、快適な生活環境、精神的ウェルビーイング、安全な住環境、スタッフの能力、ケアの一貫性) に絞り込み、各領域に①第三者評価機関の訪問調査 (利用者との面談) による利用者の状況、②事業者の自己評価による組織的な情報、③事業者の自己評価による個別の利用者レベルのケアの状況 (Inter-RAIの指標の一部を活用) の3分野の指標をそれぞれ1つ以上設けている。さらにデータの収集についてwebsiteで情報を周知し、指標の結果もwebsiteで公開している。

つまり、オランダでは、「何を指標とすべきか」をステークホルダー間の合意により、丁寧に協議して進められていること、さらに指標策定に大きな役割を果たしている事業者団体 (Actiz)²⁹⁾ と政府との協働により利用者個別のデータベースが活用できること、さらに測定の一貫性の確保のためにwebsiteでの支援がなされていることが特徴である。現在のシステムに課題がないわけではないが³⁰⁾、合意による指標選択と指標による質規制の枠組みを構築した例のひとつとして参考になる。

このように、ケアの質の定義と測定へのアプローチとして、オランダの例にみられる、ケアの質の概念に関する徹底した合意形成と個票データの活用や、イギリスで現在進められている、サービスの効果を測定する科学的な手法の発展に関する知見は、今後わが国でも十分に検討される余地があると考えられる。

注

- 1) 調査報告書としては、例えば [Riedel (2011)], [Dandi et al. (2012)] [Dandi & Casanova (2012)] などがある。
- 2) ケア (LTC) における各次元の尺度の例として以下が挙げられている [EC (2008) p.24 Figure 6.]。[構造指標]: 建築の質と安全性、居住環境のアメニティ、部屋の大きさ、職員配置 (利用者と職員との比率、専門職資格の混合など)。

- 「プロセス指標」：入居者の権利を保護するメカニズム、移動や退院のマネジメント、ケアプラン策定時に用いられるアセスメントの手続き、機能の維持・向上のために必要なサービスの利用可能性、24時間対応の有資格の専門職員の利用可能性、バランスのとれた食事、副次的なサービス（リハビリテーション、薬品、感染症抑制）の利用可能性やアクセス、臨床記録の要件と記録化、質保証委員会の開催等。
- 「アウトカム指標」：褥瘡の発生、低栄養、ADLやIADLの防止できた低下、痛みのコントロールができていない入居者、抑制（物理的あるいは薬によるもの）の使用、抗精神薬の使用、感染症の発生、経管栄養の患者の割合、転倒の割合、便失禁、社会的関与とプライバシーの保護
- 3) 介護報酬上のアウトカム評価として、介護予防通所リハビリテーションにおける事業所評価加算や介護老人保健施設の在宅復帰支援機能加算として、要支援状態の維持改善率や居宅等への復帰率等を目安とした事業者に対する評価が導入されているが、財団法人日本公衆衛生協会報告書〔2010〕にみられるように、アウトカム評価に係わる議論は端緒をついたばかりといえる。
 - 4) ここでの「パフォーマンス」がpay-for-performance (P4P) の「パフォーマンス」と同義とすれば、プロセス指標とアウトカム指標を含意していると考えられる。
 - 5) 「社会的ケア」の用語は多義的で様々な文脈で異なる意味で用いられるが、概ね共通して示唆する内容は次のとおりである。「長期の状態やニーズをもつ、(児童・高齢者など) 全ての対象集団の利用者を対象とした、多元的なセクターによって供給されるケア・サービス」〔Payne (2009), p.10〕。近年UK政府の公文書では、「社会的ケア」の用語が「社会サービス」(social services)、「パーソナル・ソーシャル・サービス」(personal social services) に取って代わられつつあるが、それは政策的なシフトであり、ケアを強調し、サービスにおけるケア責任を明確化しようとする狙いがある (ibid. p.1)。また「社会的ケア」は医療 (health care) と対比して用いられる (ibid.)。
 - 6) たとえば、構造指標における職員の配置基準や介護者の資格や教育・研修等の要件、あるいはプロセス指標における介護提供プロセスの要件を在宅のインフォーマルなケアに適用するのは難しく、インフォーマルなケアの評価は、満足度や満たされていないニーズの主観的評価に基づくことが多い〔EC (2008) p.24〕。
 - 7) これは施設ケアの質は利用者のQOLの改善には影響を及ぼさない、という当時の認識に基づいている〔Kane (1995) p.1376〕。
 - 8) Kaneによれば、ケアにとって重要なQOLとして、以下の11の要素を挙げている。安全・安心・秩序の概念、物理的な快適さ、楽しみ、意義のある活動（社会貢献など）、関係性、身体的・認知的機能、尊厳、プライバシー、個別性、自律性・自己選択、スピリチュアル・ウェルビーイング〔Kane (2001) p.297-9〕。
 - 9) 質の基本的な要件として不適切な扱いや虐待の防止を基準に含める国（リトアニア等）がある。なお2008年3月のブリュッセルにおいて「高齢者の尊厳を保護する—虐待の防止に向けて」の会議が開催され、質の基準の中に含める、介護職の研修や介護者支援をおこなう、啓発キャンペーンをするなどの良い実践例が検討され、尊厳の保護をめぐる議論が継続している〔EC 2008 p.24〕。
 - 10) EU加盟国によっては、介護は「ケアの継続性」または「統合的アプローチ」という概念で他の要素（予防、アクティブ・エイジング、自立促進、エンパワメント、社会的支援、終末期、緩和ケア等）を含んだり、社会的包摂政策や介護者への社会保障政策とも結びついている〔EC (2008) p.4〕ため、共通した単一の政策としてとらえることは難しい。
 - 11) Dandi, Casanova (2012) は、インプット指標、プロセス指標、アウトカム指標に分類しているが、〔Donabedian (1985)〕の枠組みに基づき、インプット指標については「インプットもしくは構造（設備、人員、器具、薬品等を含む）と呼ぶ」としているため、ここでは構造指標と記述する。またプロセスについては、資源の活用（介入の率、リファー率、待機リストの管理等）、アウトカムについては、「治療が患者や標的集団の健康状態（死亡、障害、QOL、機能的な能力等）に及ぼす効果であり、患者の様態毎に異なる」と説明している〔Dandi, Casanova (2012) p.5〕。
 - 12) ANCIEN (Assessing Needs of Care in European Nations) projectのWork Package No.5「ケアの質」に属する報告書のひとつ。ANCIEN projectは2009年1月から44ヶ月にわたり22のEU加盟国が関与したもので、高齢者ケアに関わる7つのプロジェクト (Work Package) から構成されている。本報告書で指標を収集した国はエストニア、フィンランド、フランス、ドイツ、ハンガリー、イタリア、ラトヴィア、スロバキア、スロベニア、スペイン、スウェーデン、オランダ、UKの13カ国である。
 - 13) アウトカム指標の内容は、国によっても特徴がみられる。(a) 満足度指標の多くは、ドイツ、スウェーデン、オランダに、(b) 健康状態はスロバキア、スウェーデン、オランダに、(c) 入院については殆どがスロバキアに、(d) 安全指標はオランダやスロバキアによるものである〔Dandi & Casanova (2012) p.117-120 Table.3.1 A

Classification of Outcome Indicators)。

- 14) 8つの側面とは、身体的機能の改善、ADLとIADL、痛みや不快感、認識、情緒、社会的活動への参加、人や動物との社会的関係、ケアや社会的環境に対する満足度である。[Kane(1995)p.1379]
- 15) 3E基準とは次のとおりである。
 - ①economy (経済性)：所与の一定の支出のもとでのインプットの最大化
 - ②efficiency (効率性)：所与のインプットのもとでのアウトプットの最大化
 - ③effectiveness (有効性)：所与のアウトプットのもとでのアウトカムの最大化
- 16) 測定上の困難さの1つとして、社会的ケアのアウトカムは、他の公共サービス(教育や医療、住宅等)の共同生産であり、複合的に利用者のQOLに影響を及ぼすこと、ケアのアウトカムには無償のインフォーマルな介護者が含まれることを挙げている[Atkinson(2005)p.162-162]。
- 17) 消費者主導型現金給付の一種であり、利用者がインフォーマルな介護者などを直接契約して雇用し、現金給付によって支払う。2008年度の社会的ケア受給者に占める個別化利用割合の6.5%を2011年度末には30%にするという達成目標が掲げられ、「個別化」の推進は、近年の社会的ケア政策の中核となっている。
- 18) NHS(医療)については、DH(2011) *NHS Outcomes Framework 2012-13*、公衆衛生については、DH(2012) *Healthy Lives, Healthy People: Improving Outcomes and Supporting Transparency* を参照。2つの領域間(NHSと社会的ケアなど)と3つの領域間での共通指標があるが、領域により定義が一部異なっている場合もある。
- 19) ASCOTに関する記述については長澤(2011)を加筆修正した。
- 20) QORU(Quality and Outcomes of person-centered care policy Research Unit)という、ケアの質の改善を目的として2011年1月より5年間、保健省がケンブリッジ大学、ロンドン大学(LSE)、オックスフォード大学から構成された研究グループに委託した研究プロジェクトであり、ケアの質指標のためのエビデンスの生成、介入とアウトカムとの関連の分析、アウトカム指標の検証を目的としている。例えば、自治体の支援による利用者または介護者の社会的ケア関連QOLへの影響、利用者や介護者のアウトカムの関連、ASCOTの妥当性・信頼性の検証、自治体間比較を可能にする調整係数の研究を2012年6月現在進めている。<http://www.qoru.ac.uk/index.php>
- 21) 2008年に公表されたDarzi卿がとりまとめたNHSの将来像に関する報告書'High Quality for All: NHS Next Stage Review'において、医療におけるサービスの質の要素として、患者経験・安全・臨床的効果(clinical effectiveness)の3つが示され、その後の評価基準に反映されている。
- 22) 以下の内容は、PSSRU Discussion Paper No.2716(PSSRU 2010)による。
- 23) QMFは、財務省の予算による3年間の研究プロジェクトであり、国立統計局(Office for National Statistics, ONS)が主導する「節約のための投資」(Invest to Save)イニシアティブの一環である。QMFは、最終報告書[ONS, (2010)]では、MOPSU(Measuring Outcomes for Public Service Users)と改称されている。MOPSUプロジェクトの目的は、①サービスの効果的な購入を促進するために、質と「支出にみあった価値」(value for money)を意思決定プロセスの中心におくこと、②多元的な供給者にかかわらず、サービスが利用者にもたらした効果の評価するアウトカム指標の活用を促進すること、③非営利部門が公共サービスの供給に係わっている程度を検証し、非営利機関が参入する際の障壁の緩和に役立つことである。
- 24) 公共サービスの中でも、成人社会的ケアと早期教育の2つの分野を対象とした。成人の社会的ケアでは、3つのケア提供機関(ケア施設、デイケア、情報・アドバイス・アドボカシー・サービス)を対象として評価ツールを開発している。
- 25) 例えば、CH3(施設用)で「日常生活のコントロール」をサービスがあり・なしの場合にそれぞれ3つのレベル(ニードが高い、低い、まったくない)で判断する基準として、以下の例が挙げられている。高齢者が頭脳明晰で何でも判断できる場合は「サービスのあり・なしいずれの場合においてもニードがない」、いくつか選択肢を与えられているが、参加への「はい」「いいえ」程度しか意思表示できず、職員の支援なしには実行に移すことはできない場合は「サービスがない場合ニードが高いが、サービスがある場合ニードが低い」となる。このように本人の能力(「機能」)だけでなく、それが実現できる環境や条件(「潜在能力」)も評価している。
- 26) ASCOTには、2012年6月現在、SCT3(デイケア用の「潜在能力」に基づく3レベルでの自記式評価)、CH3(施設用の「機能」に基づく3レベルの観察や面談による評価)、INT4(在宅用の4レベルの面談による評価)、SCT4(在宅用の「潜在能力」「機能」面を4レベルの自記式で評価)の4種類の評価票がある。(表2.) (SCT4・INT4の共通)では、高いレベルのQOLを示す項目では「潜在能力」、低いレベルのQOLを示す項目では「機能」面を評価している[Netten, et al. (2011a)]。
- 27) ASCOTの総得点は、各基準の評価を合計した後に、評価票ごとの方程式に基づき算出されるが、市民の選好の調査に基づき、基準毎に重み付け(得

点)を行っているのが特徴である。〈表2.〉の得点は、 0 ± 1 の値をとり、0は「死んでいるような状態」、1は「理想的な、最大限のSCRQOL」を表す(非常にQOLが低い場合、-の値をとることもある)[Netten, et al. (2011b)]。尚、今後は利用者の選好の調査により重み付けの得点の妥当性の検証が予定されている。

- 28) 調査の対象は2008年度の監査を受けた施設から無作為に抽出された内の39%の173施設(高齢者施設, 知的障害施設90施設)であり, 調査に同意した入居者741人のSCRQOLを調査した。なお, CQCによる3つ星評価と利用者属性は, 全国的なケア施設の標準に近く, 代表性があることを確認している。調査は, 観察, 職員・利用者へのインタビュー, 職員への質問票と管理情報等の多角的な情報収集を行い, 調査者のトレーニングと評価者間信頼性の確保の手続きを行っている[ONS (2010)]。
- 29) 2001年から3年間のプロジェクトで事業者団体(Actiz)がベンチマークを策定(2004年に確定)したことがこのプロジェクトを生み出すきっかけとなった[Frijters (2012) p.11]。
- 30) データ選択の際の科学的な手法が不足していること, データ収集の頻度が事業者の負担を考へて年1回であること, 質の指標毎のリスク調整はしておらず, 全般的なケースミックスの調整のみをしていること等が挙げられている[Frijters (2012) p.13]。

参考文献

- 岩間大和子 (2002) 「イギリスにおけるケアサービスの質向上のための政策—ケア基準法 (2000年) 制定と高齢者ケア—」『レファレンス』Vol.613, p.65-101.
- 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』Vol.657, p.6-37.
- 財団法人日本公衆衛生協会 (2010) 『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))
- 冷水 豊 (1983) 「福祉サービス評価の基本的課題」『季刊社会保障研究』Vol.19 No.1, p.70-81.
- 冷水 豊 (2005) 「高齢者保健福祉サービス評価研究の動向と課題」『老年社会科学』Vol.27 No.1, p.55-64.
- 社団法人シルバーサービス振興会 (2007) 『介護サービス事業者における経営品質のあり方に関する調査研究事業報告書』
- 社団法人シルバーサービス振興会 (2008) 『介護サービス事業者における経営品質のあり方に関する調

査研究事業報告書

- 須加美明 (2003) 「訪問介護の質を測る利用者満足度尺度案の開発—ヘルパーと利用者の援助関係を基本要素として」『老年社会科学』Vol.25 No.3, p.325-338.
- 田宮菜奈子, 七田恵子, 高崎絹子, 他 (2000) 「わが国の訪問看護サービスにおけるアウトカム指標を用いた継続的質向上のための対策—実施結果報告および実施可能性の検討」『日本公衆衛生雑誌』Vol.47 No.4, p.350-363.
- 地域包括ケア研究会 (2009) 『地域包括ケア研究会報告書—今後の検討のための論点整理—』(平成20年度老人保健健康増進等事業)。
- ドナベディアン, 東 尚弘 (訳) (2007) 『医療の質の定義と評価方法』NPO法人健康医療評価研究機構 (iHope)。 (= Donabedian A. (1980) *Definition of quality and approaches to its assessment (Explorations in quality assessment and monitoring, Vol.1)*, Health Administration Press.
- 長澤紀美子 (2009) 「ブレア労働党政権以降のコミュニティケア改革—高齢者ケアに係わる連携・協働と疑似市場における消費者選択—」『海外社会保障研究』No.169, p.54-66.
- 長澤紀美子 (2010) 「高齢者介護施設のコンプライアンス—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)』No.59, p.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)』No.60 p.169-183.
- 長澤紀美子 (2012) 「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展開と課題」『高知県立大学紀要 (社会福祉学部編)』No.61 p.41-52.
- 平岡公一 (2005) 「介護保険サービスに関する評価研究の動向と課題」『老年社会科学』Vol.27 No.1, p.65-73.
- 平岡公一 (2008) 「サービス評価と質の確保策をめぐる4つの論点」『社会福祉学』Vol.49 No.1, p.145-146.
- 堀田聡子 (2012) 「ケア従事者確保にむけた諸課題—オランダの経験から—」『季刊社会保障研究』Vol.47 No.4, p.382-400.
- Atkinson, A.,B. (2005) *The Atkinson review: final report. Measurement of government output and productivity for the national accounts*, Palgrave Macmillan.
- Brooker, D., et al. (2007) “Introducing SOFI: A new tool for inspection of care homes (Short Observation Framework for Inspection)”, *Journal of Dementia Care*, Vol.15 No.4, p.22-23.
- Clark, L.,A. (2007) “Measuring quality in long-term

- care: A 360-degree approach”, *Journal of Health care Quality*, Vol.29 No.6, p.25-32.
- Council of the European Union (2003) *Joint report by the Commission and the Council on supporting national strategies for the future of health care and care for the elderly*.
- CQC (2009) Performance Judgments for Adult Social Service.
- CQC (Care Quality Commission) (2010a) *Summary of regulations, outcomes and judgment framework*.
- CQC (2010b) *Essential standards of quality and safety*.
- Dandi,R. and Casanova, G. (2012) “Quality assurance indicators of long-term care in European Countries”, *ENEPRI (European Network of Economic Policy Research Institutes) Research Report*, No.110 (Work Package 5), ANCIEN (Assessing Needs of Care in European Nations).
- Dandi,R., Casanova, G., Lillini, R., et al. (2012) “Long-term care quality assurance policies in European Countries”, *ENEPRI (European Network of Economic Policy Research Institutes) Research Report*, No.111 (Work Package 5), ANCIEN (Assessing Needs of Care in European Nations).
- DH (Department of Health) (1998) *Modernizing social services (Cm 4169)*.
- DH (2003) *National minimum standards, Care homes for older people, 3rd.ed.*
- DH (2005) *Proposed changes to the regulatory framework for adult social services*.
- DH (2008) *High quality care for all: NHS Next Stage Review final report (Cm7432)*, The Stationary Office.
- DH (2010a) *A vision for adult social care: Capable communities and active citizens*.
- DH (2010b) *A consultation on proposals - transparency in outcomes: a framework for adult social care*.
- DH (2011) *The Adult social care outcomes framework: Handbook of definitions*.
- DH (2012) *Transparency in outcomes: Framework for quality in adult social care: The 2012/13 Adult Social Care Outcomes Framework*.
- Donabedian A. (1988) “The quality of care: How can it be assessed?”, *JAMA*, Vol.260 No.12, p.1743-1748.
- European Commission (2008) *Long term care in the European Union*. <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=768&langId=en> (2012年6月10日最終確認)
- European Commission (2009) *Joint report on social protection and social inclusion*.
- Frijters, D.H.M. (2010) “Quality of care assurance in long-term care in the Netherlands”, *Eurohealth, Measuring the quality in long-term care an international progress report*, Vol.16 No.2, p.11-13.
- Forder, J., A. Netten, J. Caiels, J. Smith et al. (2007) *Measuring outcomes in social care: Conceptual development and empirical design: Quality Measurement Framework Project PSSRU*.
- IOM (Institute of Medicine) (2000) *Improving the quality of long-term care*. National Academy Press, Washington, D.C.
- Joseph Rowntree Foundation, 2008, *Improving care in residential care homes: a literature review*, Joseph Rowntree Foundation.
- Kane, R. L. (1995) “Improving the quality of long-term care”, *JAMA*, Vol.273 No.17, p.1376-1380.
- Kane, R. A. (2001) “Long-term care and a good quality of life: bringing them closer together”, *Gerontologist*, Vol.41 No.3, p.293-304.
- Leone, T. (2010) “Measuring the quality of long-term care: an introduction”, *Eurohealth (Measuring the quality in long-term care an international progress report)*, Vol.16 No.2, p.1.
- Malley, J. (2007) “Improving the quality of long-term care services in England.”, *Euro Observer*, Vol.9 No.2, p.7-8.
- Malley, J. (2010) “Measuring the quality of long-term care in England”, *Eurohealth (Measuring the quality in long-term care an international progress report)*, Vol.16 No.2, p.21-24.
- Malley, J., Fernandez, J. (2010) “Measuring quality in social care services: theory and practice”. *Annals of public and cooperative economics*, Vol.81 No.4. p.559-582. <http://eprints.lse.ac.uk/30137/> (2012年6月10日最終確認)
- Mor, V. (2004) “A comprehensive clinical assessment tool to inform policy and practice: applications of the Minimum Data Set”. *Medical Care*, Vol. 42 (No.4., suppl.), p.1150-59.
- Mor, V. (2005) “Improving the quality of long-term care with better information”, *Milbank Quarterly*, Vol. 83 No.3, p.333-64. <http://www.milbank.org/quarterly/8303feat.html> (2012年6月10日最終確認)
- Netten, A., Burge, P., Malley, J., et al. (2009) “Outcomes of social care for adults (OSCA) . Interim findings”, *PSSRU Discussion Paper No.2648*, Personal Social Services Research Unit, University of Kent. http://www.pssru.ac.uk/pdf/dp2648_2.pdf (2012年6月10日最終確認)
- Netten, A., Beadle-Brown, J., Trukeschitz, B., et al. (2010) , *Measuring outcomes of care homes: Final report*. http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO25940/dp2696_2.pdf (2012年6月10日最終確認)

- Netten, A., Bredle-Brouwn, J., Caiels, J., et al. (2011a) "ASCOT. Main guidance v.2.1", *PSSRU Discussion Paper*, No.2716/3.
- Netten, A., Forder, J., Malley, J., et al. (2011b) "ASCOT. Additional guidance: Scoring ASCOT v.2.1", *PSSRU Discussion Paper*, No.2818.
- OECD (1996) *Caring for frail elderly people; Policies in evolution*.
- OECD (1998) *The caring world: National achievements*.
- OECD (2005) *Long-term care for older people*.
- OECD (2011) *Help wanted? Providing and paying for long-term care*.
- ONS (Office for National Statistics) (2010) *Measuring outcomes for public service users*.
<http://www.ons.gov.uk/ons/guide-method/method-quality/measuring-outcomes-for-public-service-users/mopsu-reports-and-updates/index.html> (2012年6月10日最終確認)
- OPSR (Office for Public Service Reform) (2003) *Inspecting for improvement*, The Stationery Office.
- Payne, M., (2009) , *Social care practice in context*, Palgrave Macmillan.
- PSSRU (Personal Social Services Research Unit) (2010) "ASCOT. Main guidance v1.0", *PSSRU Discussion Paper No.2716*. <http://www.pssru.ac.uk/ascot/downloads/guidance/ch3-guidance.pdf> (2012年6月10日最終確認)
- Riedel M., Kraus, M. (2011) "The organisation of formal long-term care for the elderly :results from the 21 European Country Studies in the ANCIEN Project", *ENEPRI Research Report*, No.95.
- Sorenson, C. (2007) "Quality measurement and assurance of long-term care for older people", *EURO Observer*, Vol.9 No.2, p.1-4.
- Szczepura, A., Clay, D., Hyde, J. et al. (2008) , *Models for providing improved care in residential care homes: a thematic literature review*, (JRF project: A Comparative Study of Different Models of Improved Care in Care Homes) , University of Warwick.
http://wrap.warwick.ac.uk/438/2/WRAP_Szczepura_0370507_130209_Master_Bibliography_JRF_Literature_Review-print.pdf (2012年6月10日最終確認)
- WHO (2002) *Lessons for LTC policies*, http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH7CCL_02.1.pdf (2012年6月10日最終確認)
- Wiener, J.M., Tilly, J., Howe, A., et al. (2007) "Quality assurance for long-term care: the experiences of England, Australia, Germany and Japan.", *AARP*

(ながさわ・きみこ 高知県立大学教授)