

ケアの質評価の到達点と課題 ——特別養護老人ホームにおける評価を中心に——

伊 藤 美智予
近 藤 克 則

はじめに

ケアの質評価への関心の高まりとその改善という課題は、わが国に限ったことではない。先進国に共通する潮流であり（OECD 2005）、今後ますます加速するであろう。

評価の必要性に対する社会的な合意形成は進み、今では評価することの意義を根本的に否定することは難しい。しかし、これまでのわが国におけるケアの質評価を振り返ってみると、実際に導入されたケアの質評価事業への「評価」は必ずしも高いとは言えず、多くの疑問が投げかけられ、課題が指摘されている。

なぜ手間をかけてまでケアの質の評価が必要なのか、評価は現場に受け入れられているのか、ケアの質向上のためにどの程度貢献してきたのか、現場に強いる負担以上の効果を生み出しているのか、ケアの質向上という成果が利用者である高齢者や家族に届いているのか、うまく機能してこなかったのはなぜか、ではどうすればよいのかなど、ケアの質評価めぐって多くの問いが生じる。

そこで本稿では、主に介護サービスを対象に、ケアの質評価が注目されるようになった背景と、ケアの質向上のための取り組みにおけるケアの質評価の位置づけを確認する。そしてわが国におけるケアの質評価の到達点と課題を概観し、今後の課題克服の方向性について検討する。

1 ケアの質評価が注目されるようになった背景

介護保険導入後、特にケアの質評価が注目されるようになった。その背景には、大きく次の4つの理由があると考えられる。

第一に、介護保険が導入され、サービス提供者の多元化が進められたことにより、ケアの質に格差が生じた。例えばグループホームは、2000年3月時点では全国に266事業所だったが、わずか6年後の2006年には8,000か所を超える勢いで急増した。グループホーム間の質の格差解消や質の確保が急務となり、他のサービスに先駆けて自己評価や外部評価が義務化されたという経緯がある（認知症介護研究・研修東京センター 2006）。

第二に、利用者がサービスを選択する制度になり、選択に資する情報の提供が必要になった。利用者が選択するためには、受けられるサービスの質を含めた情報提供が必要である。そのため2005年の介護保険法改正では、介護サービスの選択に資する情報の公表を目的とした介護サービス情報の公表制度が新たに導入された。

第三に、超高齢社会に突入し、高齢者のケアニーズが増大する一方で、社会資源は限られており、それらの有効な活用や費用対効果が求められるからである。「質や量の低下を招かない効率化」（近藤2004）のために、限られた社会資源がうまく投入されケアの質や量の改善につながっているのか、費用も効果も公正・公平も評価する必要がある（近藤2012a）。

第四に、巨額の公費（税金）投入に対し、国レベルでの継続的な質のチェックと向上が不可欠である。介護保険給付費は約7.2兆円（平成22年介

護保険事業状況報告)の規模となっている。介護給付費の使われ方や提供されるサービスの質をモニタリングし続けることが、今後も増大すると予想される介護給付費への国民の理解を得るには必要である。

このような背景を考える時、ケアの質評価の重要性は今後さらに増していくと思われる。

2 ケアの質向上のための取り組みにおけるケアの質評価の位置づけ

ケアの質評価の目的はケアの質向上である。ケアの質向上の取り組みには、ケアの質評価以外にも多様なアプローチがある。では、それらの中でケアの質評価は、どのような位置にあるのだろうか。

(1) ケアの質向上のための主な取り組みの全体像

ケアの質向上のための主な取り組みの全体像を図1に示す。これはケアの質向上のための様々な取り組みを、A. 取り組みが制度化されたものか内発的なものか、B. 取り組みの主眼がマイナスの事象を減らすのかプラスの事象を増やすのかという2つの軸を用いて、全体像について検討したものである(伊藤2010)。この2軸を採用したのは、

ひとつにはケアの質向上の取り組みの普及・推進には制度化されているか否かが大きな影響を与えるからである。もうひとつは、質マネジメントの概念が危機管理(Risk Management)から質保証(Quality Assurance: QA)、質改善(Quality Improvement: QI)、全体的質管理(Total Quality Management: TQM)または継続的質改善(Continuous Quality Improvement: CQI)と変容し(高柳1998)、「マイナスを減らす」だけでなく「プラスを増やす」視点へとシフトしてきたからである。

「制度化×マイナスを減らす」主な取り組みには、指導・監査、苦情解決、身体拘束ゼロの取り組み、虐待防止などがある。「内発的×マイナスを減らす」には、事業者によるリスクマネジメントなどが該当する。一方「制度化×プラスを増やす」取り組みには、個室化やユニットケアなどが挙げられる。「内発的×プラスを増やす」などには、QC(Quality Control)活動やISOなどが相当する。

(2) ケアの質評価の位置づけと特徴

このマトリックスの中で、ケアの質評価は、「制度化された取り組み」も「内発的な取り組み」も含み、また「マイナスを減らす」ことも「プラスを増やす」こともカバーする(図1中の網掛け部

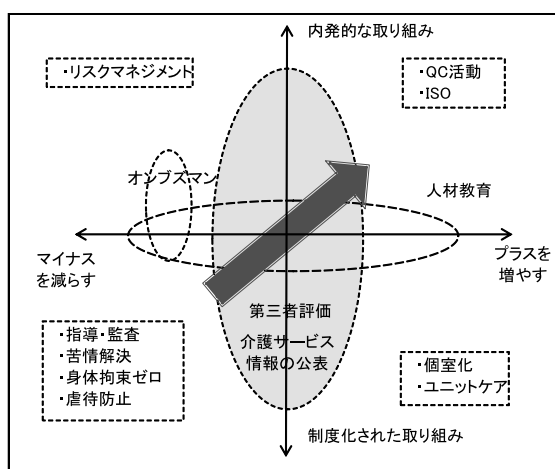


図1 ケアの質向上のための取り組みの全体像

分)。これは他の取り組みではみられないケアの質評価ならではの特徴である。言い換えれば、対象とするケア内容の範囲が広く、評価の動機づけも複数考えられるため、ケアの質評価と一口に言っても、「どのような目的のために、どのようなものを対象にして、どのような方法で評価するのか」で区別する必要がある。

(3) ケアの質向上のための取り組みの展開の方向

各種の取り組みの展開方向を見ると、図1で言えば左下から右上の方向に展開している。左下にある「制度化×マイナスを減らす」取り組みが相対的に多かった。その理由として、国としてまず優先すべき領域が、「マイナスを減らす」一連の取り組みにあったためであると考えられる。利用者である高齢者は、判断能力の低下などにより権利侵害を受けやすく、最低限の質を保証・確保するための何らかの手立てを制度化する必要があるが高かった。一方で、利用者のより豊かな生活を支援するためには、自己実現など個性、社会性の高い支援が求められる（近藤2007）。それには「マイナスを減らす」だけでは不十分で、「プラスを増やす」視点が不可欠である。利用者・家族の多様なニーズに応えQOLを高めるためには、プラスの事象を増やす内発的な取り組みが大切になる。

もうひとつ、制度化された取り組みと内発的な取り組みの相互補完的な関係にも注目したい。例えばユニットケアや身体拘束ゼロの取り組みなどは、現場レベルでの先進的な取り組みを、国が後追的に制度・政策レベルに引き上げてきた事実がある。グループホームの外部評価も、地域密着型サービスである小規模多機能型居宅介護なども現場での内発的な取り組みが、やがて制度化されたものである。制度化すれば、法や規制の力をもつことで日本全国に波及し、全体的な質の底上げにつながる。内発的な取り組みは、既存のケアの枠組みにとらわれない創造的なケアを追求・実践しケアの質改善に貢献してきたが、制度化がなければ一部の先進的な事例にとどまり、広く一般化

することは困難である。また、そのみでは全体の底上げはできない。他面、制度化・義務化の過程で内発性が失われることで、当初の目的を見失ってしまう恐れもある。ケアの質を高めるためには、内発性と制度化とが相互補完的な役割を担うことになる。

このように大きなトレンドを俯瞰してみると、ケアの質向上のためには左下から右上に向かう取り組みを豊かにすることが求められる。

3 わが国におけるケアの質評価の到達点

次に、これまでのケアの質評価の歴史的展開を概観し、ケアの質評価の到達点と課題について検討する。ここでは介護サービスの中でも主要なサービスであり、ケアの質評価の最も長い歴史を有する特別養護老人ホーム（以下、特養）を中心に述べる。なお、ケアの質評価事業の歴史的な展開を包括的または連続的に捉えるために、制度化されていない内発的な評価事業（事業者団体の全国組織主導によるもの）も含めた。

(1) ケアの質評価の歴史的展開

特養におけるケアの質評価事業は1980年代後半に始まった（表1）。発展段階として大きく次の3つに区分することができる。それは（1）サービス評価の萌芽-1980年代後半、（2）サービス評価の制度化-1990年代、（3）サービス評価の多様化-2000年以降の3つである。

（i）評価事業の萌芽-1980年代後半

わが国においてサービス評価の重要性が言われ始めたのは1980年頃である。1981年に社会福祉施設運営改善検討委員会の報告「社会福祉施設の運営をめぐる諸問題についての意見」では、施設サービスのマニュアル化などサービス評価の必要性に関わる課題が指摘された（小笠原1999）。1980年代後半になって、事業者団体の全国組織が主導するかたちで、2つの評価事業が立ち上げられた。

1988年には、全国老人福祉施設協議会（以下、老施協）が「老人ホーム機能・サービス評価チェックリスト」（以下、チェックリスト）を公表した。

表1 わが国におけるケアの質評価の歴史的展開

年	主体	評価事業または評価事業に関連する事項
1988	全国老人福祉施設協議会	老人ホーム機能・サービス評価チェックリスト
1989	全国社会福祉施設経営協会	社会福祉施設運営指針
1993	全国社会福祉協議会 厚生省（当時）	特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価事業
1996	全国社会福祉協議会 厚生省（当時）	高齢者在宅福祉サービス事業評価基準
2001	厚生労働省社会・援護局	「福祉サービスにおける第三者評価に関する報告書」
2001	厚生労働省老健局	グループホームにおける自己評価の義務化
2002	厚生労働省老健局	グループホームにおける外部評価の義務化
2004	厚生労働省社会・援護局	「福祉サービス第三者評価事業に関する指針について」
2006	厚生労働省老健局	介護サービス情報の公表制度

*特養以外の評価を含む

チェックリスト作成の目的は、個々の老人ホームが施設の運営や処遇のマイナス面を自己評価し、改善に向けて具体的な取り組みをすることの基礎資料として活用することであった。また、サービスの質向上が求められる中で、老施協における長年にわたる「老人処遇」のノウハウの蓄積を総括し、それがどのような蓄積なのか、国民の資産として広く社会に知ってもらうこと（全国社会福祉協議会ほか1989）もねらいとしていた。チェックリストは、施設関係者、行政、学識者によって作成され、特養が保持すべき機能や「ここまでは一般にできる」というサービスの基準を示すものであった。

翌1989年には、全国社会福祉施設経営者協議会によって「社会福祉施設運営指針」（以下、運営指針）が作成された。運営指針が作成された理由には、次の5つがあるとされていた（全国社会福祉施設経営者協議会1989）。①各種の最低基準を除いては客観的な基準がなく、運営・処遇水準の客観化を図る必要がある。②利用者のニーズが向上し、福祉施設に求められるサービスの水準も上昇・多様化しており、運営指針が必要である。③行政の指摘を受けるまでもなく、自主的にチェックし、問題点を解決する方がスムーズな運営が図れる。④「選ばれる福祉施設の時代」において、「適正な」「運営指針」の作成が不可欠である。⑤隣接する医療や看護の領域で評価マニュアルの作成が進み、福祉施設においてもいくつかの種別

で同様なものが作成されているが、種別横断的な基礎的運営指針の作成が求められる。

以上のように、1963年の老人福祉法で老人ホーム体系に特養が位置づけられて以降25年の年月を経て、評価事業が初めて具体化された。ただし、制度化には至らず、あくまで自己評価を核とした内発的な取り組みにとどまった。

（ii）評価事業の制度化-1990年代

1990年代には、1980年代にみられた事業者の全国組織主導による自主的な評価事業の枠を超え、国レベルで初めて評価事業が制度化された。

1993年には全国社会福祉協議会を中心に「特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価事業」（以下、「サービス評価事業」）が国の事業として開始した。これを法的に裏付けるために、1994年の老人福祉法改正では「処遇の質の評価等」（第20条2）（注1）が追加された（小笠原1999）。このように、全国的な評価事業が初めて創設された背景には、ゴールドプランに基づいた計画的な施設整備が進められる中で、その量的側面だけでなく、サービスの質的な確保が課題とされたことがある（厚生省老人保健福祉局1997）。

「サービス評価事業」は、入所者の自己決定、残存能力の活用、サービスの継続性を基本理念とし、入所者の希望にそった質の高いサービス提供に向けて、施設自らが行うサービス水準の向上を支援することを目的として作成された（厚生省老

人保健福祉局1994)。1996年度までの4年間に、特別養護老人ホーム842施設、老人保健施設487施設で実施された(小笠原2002)ものの、その後長くは継続しなかった。

「サービス評価事業」では、ケアサービスの原理を明らかにし、基準を明確にした。また、先の2つの評価事業とは異なり、不十分ではあるものの特養を対象とした評価事業で初めて第三者の視点を位置づけた点は大きい。他面、評価の第三者性や結果の公開性に課題がみられた。基本的に自主評価であり、サービス提供者側のサービス向上運動とはなっても、利用者の権利擁護や選択に資する情報提供の意味はもっていなかった(橋本2000)。

また、サービス評価基準によって明らかになった問題点を、施設が今ある条件下でできる改善の範囲にとどめ、職員配置基準の不十分さや施設・設備の拡充が不可欠な課題に対して、行政としての姿勢を明確にせず、根本的な改善につながらなかったとの批判もある(小笠原2002)。

(iii) 評価事業の多様化-2000年以降

評価事業が法・制度上の大きな課題になったのは、介護保険法(1997年)と社会福祉法(2000年)成立以降である(冷水2005)。社会福祉基礎構造改革という大きな流れの中で、利用者保護や質の高い福祉サービスの拡充を図る観点から、権利擁護、苦情対応とともに「評価」が制度の中で重要な柱として位置づけられた。利用者本位の質の高いサービス提供に向け、評価は重要な政策的課題として広く認識されるようになったのである。

厚生労働省(以下、厚労省)は2001年に「福祉サービスにおける第三者評価事業に関する報告書」を公表した。社会福祉法第78条(注2)を具体化する取り組みとして、これを機に国・都道府県レベルでの第三者評価システムの整備が進められた。この事業では、「事業者の提供するサービスの質を当事者(事業者及び利用者)以外の公正・中立な第三者機関が、専門的かつ客観的な立場から評価」する。目的は、①個々の事業者が事業運営における具体的な問題点を把握し、サービスの

質の向上に結びつけること、②利用者の適切なサービス選択に資するための情報を提供することである(厚生労働省2001)。第三者評価は最低基準を超えてより望ましいサービスの水準を利用者本位の観点から確認するものである(東京都社会福祉協議会2004)。

少し古いデータではあるが、2005年から2007年までの特養の福祉サービス第三者評価事業の受審件数(注3)をみると、2005年275件、2006年318件、2007年417件であり、中でも東京都が突出している(順に186件、190件、279件)。3年間で1件も実施していない都道府県も19にのぼった。全国には約6,000(当時)の特養があることから、第三者評価事業を受審している施設はごくわずかであることがわかる。高齢分野で第三者評価事業が拡大しない理由のひとつに、後述する介護サービス情報の公表制度が義務化された影響があると考えられる。

一方、社会・援護局とは別に、老健局でも介護サービスの情報開示の検討が進められた結果、2005年の介護保険法改正において、利用者へのサービス選択に資する情報の提供と介護サービスの質の向上を目的とした「介護サービス情報の公表制度」が新たに制度化された。これは老健局の「情報開示の標準化」の流れを受け、利用者に対してサービスの選択に資する情報を提供することで、介護サービスの質の向上を目指すものである(シルバーサービス振興会ほか2006)。なお、介護サービス情報の公表制度は評価ではなく調査との位置づけ(注4)であるが、ある基準にしたがって取り組みの「ある・なし」を判断し、結果を公表するという点で、実質的には評価と変わらない意味をもつと考えられる。

では、効果はどうだろうか。厚労省の調査によると1事業者あたりの月間アクセス数は全国平均でわずか2.32回(平成20年7月分、厚生労働省老健局振興課2008b)。老施協による利用者・家族を対象にした調査でも、介護サービス情報公表システムのホームページを見たことがあるのはわずか1.7%で、87.8%の人は制度そのものを「知らない」と回答していた(全国老人福祉施設協議会2008)。

介護サービス情報の公表制度に対する評価には、「文書の見直しや業務の効率化のきっかけになった」、「ケアプラン作成の基本原則の確認ができた」など積極的な評価がある一方で、高い手数料、頻繁に行われる調査、調査項目の多さなど、事業者の不満も多かった（日経ヘルスケア2007.5）。その後、手数料の軽減（厚生労働省老健局振興課2008a）や調査の効率化などの見直しが行われた（厚生労働省老健局振興課2008b）。2012年度からは、年に1度義務づけられていた調査が「都道府県知事が必要と認めるとき」に変更されるなど改正が行われた（厚生労働省2012）。

以上のように、2000年以降、評価手法（自己評価や第三者評価）や評価対象（福祉サービスや介護サービス）において、多様な評価事業が誕生した。しかしながら、事業の継続性や効果の点では課題を残したままである。

（2）ケアの質評価の到達点

これまでみてきたように、この20余年の間に特養に対して少なくとも5つの評価事業が立ち上げられた。ケアの質評価が求められるようになった背景には、特養の量的拡大とともに質的向上が常に課題となってきたことがある。それは施設数が絶対的に不足し、積極的な整備が進められていた1980年代から現在に至るまで変わらず指摘されてきた点である。

しかし評価事業の展開にともない、評価の目的や方法には変化がみられた。評価事業の目的には、①ケアの質向上、②利用者のサービス選択に資する情報提供という2つがあった。事業者の全国組織が主導したことからもわかるように、当初の評価の目的は①ケアの質向上が主であった。介護保険導入後は②利用者の選択に資する情報の提供が相対的に重視される傾向になり、「利用者選択にさらされた結果としてのケアの質向上」が目指されるようになった。

目的が異なれば、それを実現するための方法にも違いがあった。ケアの質向上を主目的とした1980年代後半は、自己評価が採用された。1990年代以降は、①と②の2つの目的に対応するため、

自己評価と第三者評価を組み合わせた相互評価が取り入れられた。最も新しい評価事業である介護サービス情報の公表制度では、②利用者のサービスの選択に資する情報の提供が主目的であるため、第三者調査による客観性が重視されている。

一方、20余年にわたる評価事業の展開の中で、一貫として変わらなかった点もある。それは、評価項目を用いた評価であること、評価項目はアウトカムよりもストラクチャー／プロセスレベルに着目されてきたこと、「褥瘡の有無」のような利用者個人レベルより「研修の実施の有無」など組織レベルでの取り組みの達成状況が評価されてきたことである。それまであいまいだったケア水準が、評価項目というかたちで客観的に明示されることにより、事業者側が提供するケアの質（できている点とできていない点）を把握できるようになった、あるいは評価項目により目指すべきケアの方向性が例示された点で意味をもつ。

組織レベルでの評価項目の開発には一定の蓄積がなされたが、後述するように多様な評価手法の開発やアウトカム評価という点などで課題を残した。

（3）うまく機能してこなかった理由

ケアの質評価では、自己評価を通してこれまでの実践を振り返り、改善課題を職員間で共有し、改善を推し進めるひとつの契機になった（平野2006）ことや、評価項目によってケアの基準が示されたこと（小笠原1997）などで現場に影響を与えた。しかし、いつの間にか立ち消えとなり継続しなかった事業もあり、ケアの質評価の普及とそれによる質の向上という効果の点からみるとうまく機能してこなかった。では、なぜうまく機能してこなかったのだろうか。その主な理由には、①環境的要因、②事業所レベルの要因、③評価システム（制度・政策）上の要因が考えられる。

① 環境的要因として、まず特養の場合は特に、入所待機者が多く、施設の側が選ばれる環境にないことが挙げられる。このような現状では、競争原理はうまく機能しない。利用者の選択が事業者間の競争を促すことに

よりケアの質向上を図るためには、利用者が利用する施設を選択できる状況にあるのが前提条件となる。これが背景要因となり、次のような事業所レベルの要因につながることになる。

- ② 事業所レベルの要因には、評価を受ける側の事業所の評価に対する理解や動機が不十分な点が指摘できる。高齢者一人ひとりの生活を支えるためにも、評価を受け質の改善に役立てることが重要であることに加え、公費を受け取る事業所には説明責任が求められる。また事業者にとって評価の最大のメリットは、実践を振り返ることでケアの質向上に生かすことができる点であると思われるが、後述するように、介護サービス情報の公表制度のように評価だけを切り出した形になると、ケアの質向上に結びつきにくく、評価活動の効果を実感しにくいことになる。つまり評価を受ける必要性やメリットがどこにあるのか、これまでの評価事業では事業者がそれを実感できなかったことがある。
- ③ 評価システム（制度・政策）上の要因として、ケアの質評価から質の改善へとつながるべき一連のマネジメントサイクルが連動していない点がある。ケアの質改善のためには、PDCAサイクル（Plan-Do-Check-Action）のマネジメントサイクルに評価を位置づけることが重要である。評価はCheckに相当し、Action以降の改善活動につなげ、一連のマネジメントサイクルを絶えず循環させることがケアの質改善には必要であるが（上原ほか2003）、それを制度に組み込む工夫が乏しかった。例えば「介護サービス情報の公表制度」では、外部の調査員2名が事業者の取り組みの「あり・なし」を「Check」するが、その後の改善活動につなげる仕組みを制度内には担保していない。評価は評価だけで終わってしまうため、評価に多くの労力を費やししながらも、結局はケアの質改善に結びつきにくい。

その結果、事業者側も評価事業の効果を実感できないことから、ケアの質評価を行う動機づけにはつながらず、ケアの質評価に対しての事業所側の理解が深まらないという悪循環に陥る。

その他、任意事業としての限界や厚生労働省内で同時期に複数の評価事業が立ち上げられたことなども、評価事業がうまく機能しなかった要因として挙げられる。

4 今後の方向性—ケアの質向上につながるマネジメントシステム構築に向けて

これまでの到達点を踏まえると、今後のケアの質評価には何が必要だろうか。以下では今後の方向性として、ケアの質向上につながるマネジメントシステム構築のための3つの課題とその克服の方向性について論じたい。

（1）評価の対象—多面的な評価に向けたアウトカム評価の強化

多面的な評価に向けたアウトカム評価の強化が課題である。図2は評価すべきケアの質の要素について、Donabedianが提唱したストラクチャー／プロセス／アウトカムの枠組み（Donabedian1980）やケア関連QOL（Care-Related Quality of Life）のモデル（Vaarama et al 2008）を参考にし、仮説的に提示したものである（伊藤2010）。そもそもアウトカム評価の前提となるケアの質の評価枠組みや要素について、これまであまり論じられてこなかった。

（i）評価枠組みと評価すべきケアの質の要素

ケアの質の評価枠組みと評価すべきケアの質の要素（図2）は、横軸のA：ストラクチャー／プロセス／アウトカム、縦軸のB：ソフトとハードとに分けて考えられる。さらにソフトは、C：ケアレベルからマネジメントレベルに分けられる。これらに、D：継続的質改善の視点を組み合わせ、評価枠組みの構成を示した。図中の1～11は評価すべきケアの質の要素を示す。その右にある利用者と家族の視点からのQOLは、ケアの質の構成

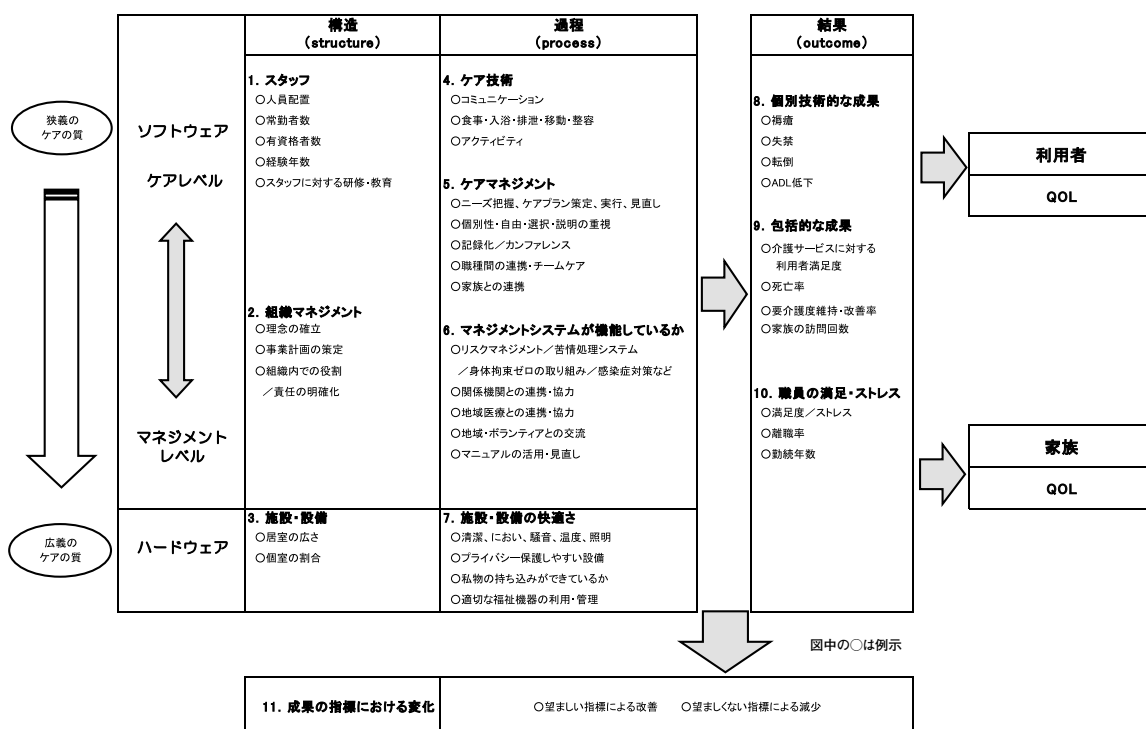


図2 ケアの質の評価枠組みと要素

要素としてではなく、ケアの質評価の目的を示している。

評価すべきケアの質の要素には次の11要素がある。それらは1. スタッフ、2. 組織マネジメント、3. 施設・設備、4. ケア技術、5. ケアマネジメント、6. マネジメントシステムが機能しているか、7. 施設・設備の快適さ、8. 個別技術的な成果、9. 包括的な成果、10. 職員の満足・ストレス、11. 成果の指標における変化、である。

以上のように、ケアの質はこれらの多要素で構成されるので、多面的な評価が必要である。しかし、これまでの評価はストラクチャー／プロセスが中心で、アウトカムの視点からの評価は弱かった。アウトカム評価は、サービス提供が利用者や家族にどのような影響を与えたかという効果をみる上で重要な指標となる。良好なアウトカムをもたらすストラクチャー／プロセスレベルの要因を明らかにして、根拠に基づくケア (evidence based care) を確立するためには、アウトカム評

価は必要である。

(ii) アウトカム評価の難しさ

一方で、ケアの質評価の対象がストラクチャー／プロセス中心だったのには理由がある。介護サービスの場合は特に、「救命」という明確なものをアウトカムとする医療とは異なり、何をもってアウトカムとするのか、その合意が得られにくいことがある。またどの時点での評価をアウトカムとするのかも難しい (筒井2001)。

アウトカムの中でも、納得が得られやすい指標に利用者満足度がある。これはケアの質評価事業の「福祉サービスの第三者評価」の中でも、利用者調査として位置づけられてきた。医療分野でも患者の視点は重視されている。しかし介護サービスでは、例えば特養の利用者のようにその多くが高齢で認知機能の低下がみられる場合、評価を行うことは容易ではない。それゆえ利用者満足を代替しうるものとして家族満足度があるが、家族の

満足度が必ずしも本人の満足度と一致しない（場合によっては相反する）ことや、そもそも満足度は期待の高さによって結果が変動するという問題がある。

アウトカム評価そのものの難しさに加え、その弊害も指摘されている。例えば、成果が出やすい利用者のみを選択して、改善が期待しにくい利用者を排除するクリーム・スキミングや、評価指標となる成果の改善のみに集中してしまう視野狭窄などである（近藤2004、日本公衆衛生協会2010）。

（iii）アウトカム評価を強化するための条件

ケアの質のアウトカム評価には様々な困難が伴う。現実的な問題として、上述のような難しさを理由にした特養関係者からの反発も予想される。アウトカム評価への理解を深めるには、以下のようなアウトカム評価を実施する前提条件の整備が必要である。

第一に、何ををもってケアの質のアウトカムとするのか定義を明確にする必要がある。利用者や家族、特養関係者、保険者など立場の違いを超えて合意できるアウトカムとは何かを明らかにしなければならない。ただし合意できるアウトカムがすべて測定可能なわけではない。実際には測定可能なのは、アウトカムの一部に留まる。

第二に、ケアの質のアウトカム評価には、利用者要因などさまざまなものが関連するため、できるだけそれらの影響を取り除き、提供されたケアの質の結果としてのアウトカムを評価することが求められる。特に数値指標を用いた量的なアウトカム評価では、指標値の算出の際には層別化や除外するなどして、アウトカムに影響する原疾患や要介護度、合併症や認知症の有無などの利用者個人要因の違いによる影響をできるだけ排除することである。

第三に、アウトカム評価偏重に陥らないことである。アウトカム評価は効果を測定する上で重要ではあるが、ケアの質のひとつの要素に過ぎず、同じケアをしていてもアウトカムが異なる場合があるという意味で不確実な面がある。測れる側面もごく一部に過ぎない。アウトカムよりも、それ

をもたらし、何を改善すれば良いのかがわかりやすいストラクチャー／プロセスに着目した評価をあわせて行う多面的な評価と、それらの改善を目指すことも大切である。

第四に、良好なアウトカムをもたらすストラクチャー／プロセスレベルの要因を明らかにする評価研究を蓄積し、現場へフィードバックする仕組みもつくることである。そうすることで、現場はケアの質向上のための手がかりを得ることができ、ケアの質のアウトカム評価への支持が高まるものと考えられる。

（2）評価の方法-客観的な量的指標群の開発

次に、客観的な評価手法の開発という課題がある。これまでみてきたように、わが国におけるケアの質評価は、評価項目を用いた質的な手法による評価が主流であり、評価に主観が入る余地を残すものであった。評価項目については一定の蓄積がある一方で、客観的な量的指標群の開発は遅れをとっている状況にある。

他の先進国では、すでに客観的な量的指標群が導入されている。例えば「重度要介護者における褥瘡発症率」などである。それらを用いたケアの質評価は、比較可能性の点で優れている。例えば、施設間比較を行うことで自施設の相対的な位置づけを確認することができる、また自施設の経年的な変化（改善や悪化）を把握することができるなどの利点がある。客観的な量的指標を用いたケアの質評価は、これらの点で従来からの評価項目を用いたケアの質評価と相互補完的な役割を果たすことが可能である。

（i）国内外の大きな流れ

国際的にみても、量的指標群を用いたケアの質評価が進められている。例えばアメリカでは、ナースিংホームのケアの質評価を、アセスメントツールであるMDS（Minimum Data Set）からQuality Measures（QMs：長期ケア14項目/短期ケア5項目）やQuality Indicators（QIs：24項目）と呼ばれる客観的な量的指標群を開発し、施設間比較を実施している（澤田ほか2007）。その結果

はCenters for Medicare & Medicaid Services (CMS) のサイトで広く一般公開されており、一定の質の向上も確認されている (American Health Care Association 2011)。

国内的にみても、医療分野では医療の質の「見える化」として臨床指標の開発が積極的に進められている。その方法は様々であり、例えば病院単独で電子カルテからデータを収集・分析するもの (聖路加国際病院2007)、既存のDPCデータを用いて分析するもの (藤森ほか2011、今中ほか2011)、日本リハビリテーション医学会を初め学会主導で独自データを収集して活用するもの (近藤2012b) もある。さらには2010年に厚生労働省が「医療の質の評価・公表等推進事業」を開始したことで、様々な医療機関でプロセス/アウトカム指標の開発と結果の公表といった取り組みが広がっている。

このような中、厚生労働省は介護サービスの分野においても、質評価に資するデータベース構築に動き出している。「質の高い介護サービスの確保」のために、「具体的な評価手法の確立を図る」とともに「利用者の状態を改善する取り組みを促すための報酬上の評価のあり方について検討する」ためである (社会保障審議会介護給付費分科会2011)。具体的には既存の要介護認定データの活用が検討されている。

(ii) 要介護認定データを用いたケアの質評価の特徴と課題

わが国におけるケアの質の客観的な量的評価の先駆的な研究としては、アセスメントツールであるMDS (Minimum Data Set) を用いたもの (山田ほか2004) があるが、データ収集が課題とされている。そのため筆者らは、既存の要介護認定データ等に着目し、ケアの質の量的指標群の開発を試みてきた (伊藤ほか2008)。既存の行政データを活用するメリットとして、評価のための新たなデータ収集作業が発生せず現場の負担や費用を増やさない、そのため費用対効果が高い、全事業所を対象にすることができ汎用性が高いことなどが挙げられる。

要介護認定データから作成可能なケアの質評価指標には、次のような特徴がある。ひとつは、要介護認定データから作成可能な評価指標群は、問題を抱えている可能性が高い評価活動に消極的な施設を含め評価が可能で、要介護認定が観察しやすい身体機能面への着目という指標の性質上、最低限の質を保証するQuality Assurance (QA) 的アプローチで質の「底上げ」を迫るのに適していると思われる。もうひとつは、要介護認定データを縦断データとして加工することで、利用者レベルでの2時点の変化を捉えることができる。これにより、従来ほとんど実施されてこなかった利用者レベルでの2時点間変化 (アウトカム評価) を捉えることができる。

しかしながら、次のような課題もある。要介護認定データの信頼性と妥当性への疑問、死亡・入院や主疾患データの把握が困難、要介護認定期間の妥当性などである (伊藤ほか2008)。また、要介護認定データをもとに作成される指標は、そこに含まれている情報のみから作成されるためケアの質すべてを評価できるわけではなく、あくまでケアの質の一部、特に身体的側面を中心とした評価に留まる。さらに、筆者らのこれまでの経験に基づけば、既存データであっても実際に活用するには高いハードルがある。個人情報保護との関係で保険者からのデータ提供が得られにくい状況にあること、仮に個人情報を削除したかたちでデータの提供を受けても、保険者ごとのフォーマットが異なることから、分析するためのデータセットを作成するのに大変な労力を要している。

(3) 評価の目的-ケアの質評価の戦略とマネジメントシステムの設計思想

ケアの質評価は、その目的であるケアの質向上につながらなければ意味がない。さらには、評価を行ったからといって自動的にケアの質向上につながるわけではない。そのため、評価後の活動の支援までを視野に入れ、評価を改善につなげる仕組みづくりが欠かせない。

(i) ケアの質向上に向けたケアの質評価の戦略

ケアの質を向上させるための戦略には、大きく次の5点がある-①指導監査など規制、②利用者の選択による事業者間競争、③介護報酬加算による誘導、④事業/プログラムの開発と制度化による普及、⑤専門職の自己規律の強化。実際にはこれらを組み合わせながらケアの質向上を迫ることになる。

近年のケアの質評価をめぐる政策動向をみると、評価事業として制度化し、利用者の選択と事業者の競争によりケアの質向上を目指してきたといえる。しかしながら、介護サービス事業所が不足していて選ばれる環境にない現状からすると、利用者による選択で事業者の競争を促す効果が期待できない。よって、ケアの質評価システムを構築する際には、競争原理による間接的手法よりも、専門職としての自己規律に働きかける直接的手法をより重視することで、ケアの質向上を実現する戦略の方が現実的だと思われる。

これは一見すると遠回りに思えるが、ケアの質の向上を考えた場合欠かせない要素である（堤2010）。ケアの質評価は、評価と改善活動という一連のプロセスの中で、ケアの質向上のための組織風土を作り上げていく仕掛けのひとつとなる。内発力を高めるきっかけにもなるだろう。

（ii）ケアの質評価マネジメントシステムの設計思想

ケアの質向上につながるシステム開発のためには、以下のような設計思想が重要である。

ひとつは、ケアの質評価システムではなくケアの質マネジメントシステムとして捉え、その構築を目指すことである。ケアの質評価を質の向上に生かすためには、ケアの質のマネジメントサイクルの中に「評価」を位置づける必要がある。介護サービス情報の公表制度がそうであったように、評価を評価で終わらせては質向上に結びつかない。

加えて、そのマネジメントシステムは、どう測るかよりもむしろどう改善活動につなげるか（Werner et al 2009）を視野に入れたマネジメントシステムを設計する必要がある。システムを構

築する際には評価指標をどうするかばかりに議論が集中しがちであるが、評価指標の開発はシステム開発の一部に過ぎない。どんなに緻密な評価指標を開発したところで、それが改善に生かされなければ意味がない。

そして、改善活動につなげるためには、一連の評価プロセスの中で、ケアの質改善の手掛かりが得ることができるような仕掛けを組み入れることが必要である。例えばベンチマークシステムのように、多施設間比較を行うことで自施設の位置づけ（強みと弱み）がわかるのもひとつの方法である。また「三重方式」のように、ケアの質改善には改善主体の形成が不可欠との立場から、自己評価を重視するものもある（平野2006）。これは施設の中で自己評価委員会を組織し、各委員の評価結果のズレに着目しながら他職種との議論を進めることで、共通理解を得ることを目指すものである。

以上のように、今後のケアの質マネジメントシステムには、どう評価するかだけでなく、どう改善活動を支援するかという視点を組み入れることが求められる。

おわりに

本稿では、わが国におけるケアの質評価の歴史的展開を振り返り、今後のケアの質評価の方向性の手がかりを得ることを目的とした。特養のケアの質評価には約20年の歴史があるが、ケアの質の改善主体である現場の納得を得られず、必ずしもうまく機能してこなかった。今後のケアの質評価のあり方を考えるうえで、設計思想からデータ収集など、国が果たす役割は大きい。ケアの質評価システムの開発プロセスにおいては、諸外国がそうであったように、10年単位の年月がかかること、現場との協働を通して現場が納得するというプロセスを重視することが必要である。今後、データが蓄積され、ケアの質評価が進めば、将来的には根拠に基づくケア（evidence based care）や根拠に基づく政策（evidence based policy）の確立に貢献することが期待できる。

ケアの質評価の目的であるケアの質向上は、評価だけで実現できるものではない。これまでもそうであったように、現場での内発的な取り組みを含む多様なアプローチを組み合わせ、質向上に迫る必要がある。

注

- 1) 老人福祉法第20条2:「老人居宅生活支援事業を行う者及び老人福祉施設の設置者は、自らその行う処遇の質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、常に処遇を受ける者の立場に立ってこれを行うように努めなければならない」
- 2) 社会福祉法第78条では、「社会福祉事業の経営者は、自らその提供する福祉サービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、常に福祉サービスを受ける者の立場に立って良質かつ適切な福祉サービスを提供するよう努めなければならない」(第1項)、「国は、社会福祉事業の経営者が行う福祉サービスの質の公正かつ適切な評価の実施に資するための措置を講ずるよう努めなければならない」(第2項)と定めている。
- 3) 福祉サービス第三者評価事業の推進及び都道府県における福祉サービス第三者評価事業の推進組織に対する支援を行っている全国社会福祉協議会に対し、「第三者評価に関する情報提供について」回答を求めた結果である。データは平成20年3月末時点。
- 引用: 社会福祉法人全国社会福祉協議会作成「平成20年度第1回評価事業普及協議会資料」
- 4) 「訪問看護事業者が知っておくべきこと厚生労働省老健局振興課・山本亨氏に聞く」『訪問看護と介護』10(10), 818。

引用文献

- American Health Care Association (2011) Trends in Publicly Reported Nursing Facility Quality Measures (http://www.ahcancal.org/research_data/trends_statistics/Documents/trends_nursing_facilities_quality_measures.pdf, 2012.4.6)
- Donabedian, A. (1980) *Exploration in Quality Assessment and Monitoring, Volume I: Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, Health Administration Press.
- 藤森研司, 伏見清秀編集 (2011)『医療の質向上に迫るDPCデータの臨床指標・病院指標への活用』じほう。
- 橋本正明 (2000)「社会福祉基礎構造改革と福祉サービスの質-サービスの評価を考える」『立教大学コミュニティ福祉学部紀要第2号』1-7。
- 平野隆之 (2006)「私たちのケアを、自己評価して

- みよう」『おはよう21』17(2), 12-15。
- 今中雄一監修, 関本美穂編集 (2011)『DPCデータにみる医療の質の指標化と改善-急性期病院の診療パフォーマンスの評価』南山堂。
- 伊藤美智予・近藤克則 (2008)「要介護認定データを用いた施設ケアのアウトカム評価の試み-要介護度維持・改善率の施設間比較」『社会政策研究』8, 202-215。
- 伊藤美智予 (2010)『特別養護老人ホームにおけるケアの質評価に関する研究』(博士学位請求論文)。
- 近藤克則 (2004)『「医療費抑制の時代」を超えて-イギリスの医療・福祉改革』医学書院。
- 近藤克則 (2007)『医療・福祉のマネジメント』ミネルヴァ書房。
- 近藤克則 (2012 a)『「医療クライシス」を超えて-イギリスと日本の医療・介護のゆくえ』医学書院
- 近藤克則 (2012 b)「リハビリテーション患者データベースの二次分析-プロセス, 可能性と限界」『Japanese Journal of Rehabilitation Medicine』49(3), 142-148。
- 厚生省老人保健福祉局監修 (1994)『特別養護老人ホーム。老人保健施設のサービス評価基準』全国社会福祉協議会。
- 厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課 (1997)「評価基準導入4年目をむかえて-全国的な実施状況とその効果」『月刊福祉』, 20-21。
- 厚生労働省老健局振興課 (2008a)「平成20年度第1回全国『介護サービス情報の公表』制度担当者会議資料 (平成20年5月23日)」。
- 厚生労働省老健局振興課 (2008b)「平成20年第2回全国『介護サービス情報の公表』制度担当者会議資料 (平成20年11月4日)」。
- 厚生労働省 (2012)「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料 (平成24年2月24日)」。
- 日本公衆衛生協会 (2010)「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」。
- 認知症介護研究・研修東京センター監修 (2006)『グループホームの質確保ガイドブック-サービス評価の徹底活用のすすめ』。
- OECD (2005) Long-term Care for Older People。
- 小笠原祐次 (1997)「特別養護老人ホーム・老人保健施設のサービス評価基準」『老年精神医学雑誌』8(9), 909-914。
- 小笠原祐次 (1999)「高齢者福祉におけるサービス評価の視点と課題」『月刊福祉』9, 28-33。
- 小笠原祐次編 (2002)『介護老人福祉施設の生活援助-利用者本位のアセスメント・ケアプラン・サービス評価』ミネルヴァ書房。
- 澤田如, 近藤克則 (2007)「米国のナースিংホームにおけるケアの質マネジメントシステム-文献レビューと現場経験をもとに」『病院管理』44(3), 293-302。

- 聖路加国際病院QI委員会編集, 福井次矢監修(2007)『Quality Indicator「医療の質」を測る-聖路加国際病院の先端的試みvo.1』。
- シルバーサービス振興会・介護サービス情報公表支援センター (2006)『介護保険法による「介護サービス情報の公表」制度事業者向けハンドブック』中央法規。
- 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』27 (1), 55-64。
- 社会保障審議会介護給付費分科会 (2011)「平成24年度介護報酬改定に関する審議報告」。
- 高柳和江 (1998)「医療の品質と品質管理方法」岩崎榮編『医を測る-医療サービスの品質管理とは何か』厚生科学研究所, 19-30。
- 東京都社会福祉協議会 (2004)『福祉サービス第三者評価とは』東京都社会福祉協議会。
- 筒井孝子 (2001)『介護サービス論-ケアの基準化と家族介護のゆくえ』有斐閣。
- 堤修三 (2010)『介護保険の意味論-制度の本質から介護保険のこれからを考える』中央法規。
- 上原鳴夫・黒田幸清・飯塚悦功ほか (2003)『医療の質マネジメントシステム-医療機関におけるISO9001の活用』日本規格協会。
- Vaarama, M and Pieper, R and Sixsmith, A (2008) *Care-related quality of life in old age: concept, models and empirical findings*, Springer.
- Werner, B. M, et al (2009) A new strategy to improve quality ? Rewarding actions rather than measures. *JAMA* 301 (13), 1375-1377.
- 山田ゆかり・池上直己 (2004)「MDS-QI (Minimum Data Set-Quality Indicators) による質の評価-介護保険施設における試行」『病院管理』41 (4), 277-87。
- 全国老人福祉施設協議会 (2008)「介護サービス情報公表制度に関するアンケート」(<http://www.roushikyo.or.jp/jsweb/html/public/contents/data/00001/944/>, 2009.6.15)
- 全国社会福祉協議会・全国老人福祉施設協議会 (1989)「『老人ホーム機能・サービス評価チェックリスト』の意義と今後」『季刊老人福祉』82, 18-35。
- 全国社会福祉施設経営者協議会 (1989)『社会福祉施設運営指針』。
- (いとう・みちよ 日本福祉大学健康社会
研究センター主任研究員)
(こんどう・かつのり 日本福祉大学教授)