

アメリカのナーシングホームにおけるケアの質の管理

池 崎 澄 江

I はじめに

我が国では2000年に介護保険制度が設立し、それまで独自に発展してきた療養病床・老人保健施設・特別養護老人ホームが、介護保険3施設となった。「2015年の高齢者介護」では、サービスの質の確保と向上が重要な課題と指摘され¹⁾、その後の介護報酬の一部には、質を担保するための人員構成等を要件に含めた加算項目が増加してきている。しかし、これらはいずれもドナベディアン²⁾の医療の質の定義²⁾でみると「構造（ストラクチャー）」であり、また施設全体のケアの質を判断できるものではない。その質を客観的に評価し比較し得る情報は、行政にも研究者にも、まして一般の入居者や家族においても何ら持っていないのが実情である。

本稿では、早期よりケアの質評価に取り組んでいるアメリカのナーシングホームにおけるケアの質の評価・管理システムを紹介する。その特徴を簡潔に言うなら、支払いの権限（費用償還）を持つ連邦政府と州による強い規制・監査体制である。現在の体制が整備されるまでの1980年代からの歴史的経緯を踏まえて、その概略を説明する。

II ナーシングホームの現況

アメリカのナーシングホームの現況を表1に示す。2010年現在、施設数は約1.6万、入居者数は約140万人である。設置主体では、民間営利が68.5%と圧倒的に多く、非営利も含めると94%が

民間事業者である。ベッド占有率の平均は81.9%なので、日本のように多くの待機者がいて入所が困難というわけではない。

公的介護保険がないアメリカでは、ナーシングホーム入所者への支払いを、高齢者・障害者向け医療保険（メディケア）³⁾または困窮者向けプログラム（メディケイド）⁴⁾によって、連邦政府（および州）が行っている。したがって、施設は政府からの支払いを受けるための認証が必要であり、全体の91%は両方の認証を受けている。こうした支払いに該当する入居者には条件があり、メディケアで償還される入居者は、急性期病院3日以上入院した場合であり、日数経過により徐々に自己負担割合が増加し、償還を受けられるのは100日以内である。全額自己負担となった場合は、年間料金（個室）の平均額は約87,000ドル（約700万円）と高額で、都市部に限ればさらに上昇する。このような金額を長期にわたって支払うことは困難であり、州政府による資産の確認⁵⁾を受けてメディケイド受給者となる場合が多く、在所者の63.6%を占める。なお、新入所時点に限ると、メディケアの割合は36.4%、メディケイドの割合は34.8%となっている⁶⁾。

年齢は85歳以上が45.2%を占め、ちなみに日本の介護保険3施設合計における同割合は55.7%となっている⁷⁾。入所期間で見ると、3カ月未満が20%、3年以上が25.6%おり、いわゆる急性期後の者から、長期に居住を継続している者まで、幅広いことが理解できよう。

表1 ナーシングホームの現況
 施設数 15,690 ベッド数 1,478,843 入居者数 1,396,473

項目		数値	
施設特性	設置主体	民間（営利）	68.5%
		民間（非営利）	25.8%
		政府運営・その他	5.7%
	費用償還の認証	メディケアのみ	5.0%
		メディケイドのみ	4.0%
		両方	91.0%
	ベッド占有率		81.9%
年間平均自己負担（個室の場合） ¹⁾		\$ 87,235	
入居者特性	支払い	メディケア受給者	14.2%
		メディケイド受給者	63.6%
		自己負担・その他	22.2%
	年齢 ²⁾	65歳以下	11.7%
		65-74	88.3%
		75-84	31.4%
		85歳以上	45.2%
	入居期間 ²⁾	3ヶ月未満	20.0%
		3ヶ月以上3年未満	54.4%
		3年以上	25.6%

出典1) MetLife (2011) “The 2011 MetLife Market Survey of Nursing Home, Assisted Living, Adult Day Services, and Home Care Costs”
<http://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/2011/mmi-market-survey-nursing-home-assisted-living-adult-day-services-costs.pdf> (2012年8月6日最終確認)

2) Jones AL, Dwyer LL, Bercovitz AR, et al (2009) “The National Nursing Home Survey: 2004 overview” National Center for Health Statistics. Vital Health Stat, Vol.13, No.167. http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_13/sr13_167.pdf (2012年8月6日最終確認)

それ以外の出典：医療経済研究機構（2012）『アメリカ医療関連データ集』, p88。

原出典：Cowles Research Group, Nursing Home Statistical Year book (2010)

Ⅲ 規制・監査体制

1 1987年 ナーシングホーム改革法の設立まで

現在のナーシングホームに対する規制・監査体制の骨格となった重要な法律が、1987年に成立したOBRA (Omnibus Budget Reconciliation Act (包括予算調停法, 以下OBRA'87と略) の中に構成されるNursing Home Reform Act (ナーシングホーム改革法)である。この法案の成立までの経緯は、翠川⁸⁾ や池上⁹⁾ により詳細が述べられており、参考にされたい。

1965年のメディケア・メディケイド法の設立によってナーシングホームへの費用償還が開始され、各州によるメディケア・メディケイドによる

費用償還の認証を受けるための施設の監査が行われるようになった。しかし、監査方法は各州に任せられていた。1977年、HCFA (現在のCenters for Medicare & Medicaid: CMS) が全米のナーシングホーム監査に関する管轄権を持つようになり、連邦政府の権限が強化された。こうした強化にもかかわらず、ナーシングホーム産業は需要を上回るペースで拡大していった。この時点では監査官による直接の訪問はなされず紙面調査にとどまっておき、監査結果は非公開であった¹⁰⁾。こうした状況の中、マスコミ等を通じてナーシングホームの問題（不正監査、入所者への虐待、質の低いケア）がたびたび取り上げられる中、改善の必要性が議会で議論されるようになった。

一方、当時のレーガン政権による財政赤字の削減を目的とした規制緩和（レーガノミクス）の動

表2 OBRA'87：ナーシングホーム改革法の骨子

・現地査察（監査）の内容および評価基準の厳格化
・基準に合致しない施設への罰則規定（罰金、新規償還の拒否等）の厳格化
・寮母（看護助手）への州の定める教育および認定試験の義務化
・各施設へ1名の正看護師の配置の義務化
・入所者への包括的アセスメントの年1回以上の実施およびアセスメント結果に基づくケア計画の立案の義務化

翠川（1991）およびCastle NG（2010）を参照し著者にて作成

きを受け、議会でもナーシングホームにおける規制緩和の議論があがった。そこで、実態を見極めるためにHCFAがInstitute of Medicine: IOM（アメリカ医学研究所）に調査を依頼し、1986年に報告書が発表された¹¹⁾。この報告では、ナーシングホームの実態について多くの問題を指摘したうえで、むしろ規制を強化する必要性を強調し、その改善のための具体的な提言を行った。さらに同報告を検証する目的で、General Accounting Office: GAO（アメリカ会計検査院）も調査を行い、翌年にはIOM結果を支持する内容の報告書が提出された¹²⁾。この報告によれば、全米のナーシングホームの8,298か所の査察の結果、41%は規定を遵守しておらず、入居者の健康や安全に重大な影響が出ていることを示した。費用償還の手続き等でも不正があり、現存の監査体制が不十分であることを示した。

これらの報告書が骨子となり、ナーシングホーム改革法は、OBRAのパートC部分として、立法化された。新規定の骨子は、表2の通りである。これらは7年経過した1995年には、全ての州で実施されるに至った。

2 現在の監査体制

①州政府による監査

現在、メディケア・メディケイドの指定を受けるためには、9から15ヶ月に1度、CMSが委託する州政府機関が行う監査を受けなければならない¹³⁾。

監査は抜きうちで行われ、実際にナーシングホームに勤務経験のある澤田によれば、土曜の早朝7時や平日19時過ぎに監査官が来ることもあったという¹⁴⁾。通常2～3人の監査官が訪問し、3

～10日間かかる。記録等の書類調査や、実際の入居者の状態像とケアプランの確認および直接のインタビュー、退所者についての記録の確認などがなされる。査察後に速やかに会議がなされ、評価報告がまとめられ、施設にも2週間以内に報告がなされる。評価報告書は、情報公開の原則に基づき、住民から要請があればいつでも自由に閲覧することができる^{9) 14)}。さらに、後に述べるケアの質の指標は、1999年から監査に活用されており、質の低い領域において該当する入居者には、重点的な観察やケア記録の確認がなされる。

監査項目の評価は、表3のようにアルファベットで表示される。監査で確認する規定項目は180項目以上あり、項目のうち最も悪かった評定が採用される。ある項目はカテゴリー3で、他の項目でカテゴリー1や2があればその対応も行うように指示される。強制的に執行される措置（メディケア支払いの拒否）もあるが、ほとんどの場合は、罰金の支払いを選択することが可能であり、メディケイドの場合は州による罰金額の違いがある¹³⁾。

2001年の調査結果によれば、1つ以上の指摘事項（deficiency）を受けた施設は89%にのぼり、ほとんどの施設が監査によって改善計画書の作成や罰金の支払い等の対応を行っていることになる。最も悪いレベルに属するJからLの合計割合は2.3%であり、1998年の1.4%よりもむしろ増加している。AからCまでの規定に適合している施設の割合は、州平均が14.2%であるが、最も高いヴァージニア州は33.5%、最も低いネバダ州は0%とばらつきがある¹⁵⁾。

②オンブズマン制度

表3 監査の評価枠組みと罰則規定

	ISOLATED (単独) 1人またはごく少数の入居者、ごく限られた場所での問題がある	PATTERN (パターン) 少数でない入居者・職員・状況での問題が複数の箇所にある、同じ入居者に繰り返し問題が生じる	WIDESPREAD (全体) 施設全体に問題が広がっており、入居者の大部分に影響が及んでいる
入居者の死亡や重大な事故が起きている、またはその可能性がある	カテゴリー3		
	J	K	L
直接の危機は起こっていないが、問題がある	カテゴリー2		
	G	H	I
ごくわずか以上の問題がある	カテゴリー1		カテゴリー1 2
	D	E	
ごくわずかの問題がある可能性があるが、規定には適っている	規定に適っている		
	A	B	C

カテゴリー1：改善計画書の提出、州による監視、ケア研修会の実施

カテゴリー2：新規入所者の報酬支払いの停止、全入所者の報酬支払いの停止、

罰金（1日あたり50ドル～3,000ドル、または1事例あたり1,000ドル～10,000ドル）

カテゴリー3：外部者による一時的な経営、運営停止、罰金（1日あたり3,050ドル～10,000ドル、または1事例あたり1,000ドル～10,000ドル）

出典：Office of Inspector General (2005) Nursing home enforcement: collection of civil money penalties.

原出典：CMS State Operations Manual

州の監査とは独立して、入居者の生活を守る取り組みとして、オンブズマン制度がある。オンブズマンには行政のような執行権はないが、弱い立場に置かれがちな入居者やその家族の代弁者となることが期待されている。1972年のOlder Americans Act（アメリカ老人基本法）により、各州でオンブズマンプログラムを設けることが義務づけられ、大抵はState Unit on Aging（州の高齢局）の管轄下にある。オンブズマン制度の変遷と活動の詳細は、高谷の論文¹⁶⁾を参照されたい。オンブズマンの主な仕事は、入居希望者の施設選択の相談に応じたり、入居者や家族の不平（クレーム）を受け付けたり、州の監査に同行し情報提供を行っている。各州の高齢局下にあるオンブズマ

ンを取りまとめる組織であるThe National Long-Term Care Ombudsman Resource Center (NORC)のホームページによれば、現在8,700人のボランティアオンブズマンと、1,300人の有給オンブズマンがいる¹⁷⁾。

IV Minimum Data Set: MDSを用いた入居者アセスメントの体制

1 MDSについて

OBRA'87によって義務づけられた包括的アセスメントとして開発されたツールが、MDSである。MDSの開発から現在のMDS 3.0に至るまでの変遷を表4に示す。MDSは、1988年に2つの州で試

表4 MDSおよびQI・QMに関わる制度の変遷

年	内容
1991	全米でMDSが義務化実施 MDS+（プラス）が開発される RUGsへの適応が開始
1995	MDS 2.0へのバージョンアップ Zimmerman et al. (1995) によるMDSを用いた質の指標（QI）の発表
1998	MDS電子ファイル提出の義務化 メディケア費用償還におけるRUG-Ⅲの導入
1999	州監査にあたっての施設評価へのQI活用の義務化
2002	CMSによるNursing Home Compare Web site が開始 Quality Measure の公表
2008	MDS 3.0の原案が完成
2010	MDS 3.0 へのバージョンアップ

Rahman AN (2009) の図1を著者にて編集

験的に導入され、1991年には全米での実施体制が整えられた¹⁰⁾。全部で数百項目に達し¹⁸⁾、入居者全員にアセスメントを少なくとも年に1回は実施し、個人データを記録することを義務づけられている。構成については、翻訳版が出ているので参照いただきたいが、入居者を継続して観察していなければ回答できない項目（ADL）や直接に尋ねる項目（痛み）が含まれており、これらの評価にあたっても詳細なマニュアルが整備されている¹⁹⁾。

MDSのアセスメント結果をもとに、具体的なケア計画を立てるための指針も同時に作成され、これはResident Assessment Protocols: RAPsと呼ばれる。具体的には、18の課題領域を設定し、それぞれについて「引き金」（trigger）と呼ばれる課題領域下の該当を決める判断基準と、ケアの見直しにつながる「手引き」を提供している。アセスメントとケアプランを連動させたツールを用いることによって、入居者個々への質の高いケアの提供に結びつける仕組みができているといえる。

各入居者のMDS結果を施設で合計することで、施設間における医療・介護ニーズの違いを把握することが可能となる（例えば、A施設は医療的な処置を要する褥瘡のある入居者が多く、B施設は褥瘡も少なく入居者のADLも高い）。これを活用し、医療・介護資源利用の多寡を類型化し、施設

への償還額へ反映させるケースミックス法が開発された。この名称をResource Utilization Groups: RUGsと呼ぶ。RUGsは1991年からニューヨークを始め幾つかの州で試験的に導入され、1998年には全米のメディケアでの費用償還に用いられるようになった。現在約半数の州ではメディケイドにも使用されている²⁰⁾。なお、現在のバージョンは、RUG-Ⅲ Ver.5.12 となっている²¹⁾。

2 MDS 3.0について

表4にも示したとおり、1995年から継続していたMDS 2.0に代わり、2010年からはMDS 3.0が用いられている。MDSは施設高齢者の医療・看護・介護の観点から包括的にアセスメントし、1990年から約20年使用され、その連続性を保っていることは非常に優れた点である。一方、このMDSへの主な批判として、項目が医療に偏っており入居者の生活の質や価値観を十分反映していないということがあった²²⁾。特に1990年代からは、入居者の自己決定を重視する“Resident-Centered Care”が広がり、ナーシングホームにおける“Culture Change”による質の改善のプロジェクトが多数行われるようになった²³⁾。

こうした状況を受けて、MDS 3.0の大きな変更は、入居者に価値観を尋ねるPreference Assessment Tool: PATが加わった点である。日常生活に関すること（Daily preference）と趣味的な

どの活動 (Activity preference) の2領域があり合計16項目が加わった。例えば、日常生活では「どんな衣服を着るかを選ぶこと」「夜8時過ぎまで起きて活動すること」「私用で電話を利用すること」等について、[1.重要 2.重要でない 3.重要と思うけど自分では選べない 4.無回答 (回答できない状況)] の選択肢で、看護師は尋ねる必要がある²⁰⁾。

V 質の指標 (Quality Indicators: QI) の開発と公表

1 Quality Indicatorsの定義

質の評価にあたっては、MDSデータを用いて算出するケアの質の指標であるQuality Indicators (以後はQIと表示) が果たす役割が大きい。

QIの開発は1990年代から行われ、国内の研究機関であるThe Center for Health Systems Research and Analysis (CHSRA) とZimmerman らのいるUniversity of Wisconsin-Madison (ウィスコンシン大学マディソン校) との共同で行われた。QIは施設ごとの数値であり、入居者のMDS結果を用いて算出され、“Deficiency Citation”とって、悪い事象 (ケアの質が低いと判断される事象) を生じている入居者の割合を数値化するアプローチである。つまり、数値が高いほど、当該施設のケアの質に問題があると判断する。開発当初

はまず175項目のQIが試験的に作成され、様々な実証研究を行って、最終的に12領域における30項目に整理され²⁴⁾、そのうち24項目が現在用いられているQIである (表5)。

QIの値は割合 (パーセント) で示され、分母 (対象となる人数) と分子 (該当する人数) で計算される。分母をどのように扱うかによって割合は異なるので、他の施設との比較を適切に行うために方法として「除外」と「層別化」を用いる。

「除外」とは、その指標に適切でない対象者を除くことである。例えば、終末期状態の人にとって褥瘡の発生や体重減少はしばしば起こる問題であるが、それ以上に本人の快適さや安楽さを尊重すべき状態である。このような考えから、多くの指標では終末期状態の人は除外されている。

「層別化」とは、その事象のなりやすさ (リスク) によってあらかじめ対象者を分けることである。例えば、褥瘡では「発生しやすい人: ハイリスク群」と「発生しにくい人: ローリスク群」のようにあらかじめ特性に沿ってグループ分けをし、それぞれでQIを出す。

施設評価にあたっては、パーセントイル値を用い、90%タイル値までを妥当 (それ以上はケアの質に問題がある) と判断する。1999年からの監査においては、QIに問題のある領域には集中的に記録や入居者の監査を行うことが指針とされている。

表5 Quality Indicators: QI 24項目

1. 新たな骨折の発生	13. 著しい体重減少がある
2. 転倒事故の発生	14. 経管栄養を行っている
3. 問題行動がある	15. 脱水症がある
4. うつ症状がある	16. 多くの時間をベッドや椅子で過ごす
5. うつ症状があるが、治療を受けていない	17. ADLの低下がある
6. 9剤以上の薬剤を使用している	18. 関節可動域の低下がある
7. 認知機能障害の発生	19. 精神疾患の関連症状がないが、向精神薬を使用している
8. 尿・便失禁がある	20. 抗不安薬・睡眠薬を使用している
9. 頻繁に尿・便失禁があるが、排泄計画がない	21. 睡眠薬を週2回以上使用している
10. 留置カテーテルがある	22. 身体抑制を受けている
11. 便塞栓がある	23. アクティビティに参加していない
12. 尿路感染がある	24. 褥瘡がある

3・8・19・24は、層別化がある。

17・18は、2時点の変化をみる。

表6 Quality Measures: QM 19項目

	長期入居者：3ヶ月以上		短期入居者：3ヶ月以内
1	インフルエンザ流行時期に、予防接種を受けた	15	インフルエンザ流行時期に、予防接種を受けた
2	肺炎予防接種についてアセスメントを受けて接種した	16	肺炎予防接種についてアセスメントを受けて接種した
3	ADLの低下がある	17	せん妄がある
4	中程度から重度の痛みがある	18	中程度から重度の痛みがある
5	褥瘡がある（ハイリスク）	19	褥瘡がある
6	褥瘡がある（ローリスク）		
7	身体抑制を受けている		
8	うつまたは不安状態が悪化した		
9	尿・便失禁がある（ローリスク）		
10	留置カテーテルがある		
11	多くの時間をベッドや椅子で過ごす		
12	移動能力が低下した		
13	尿路感染がある		
14	著しい体重現象がある		

4・10・12・17・19は、統計的補正がある。

3・8・12は、2時点の変化をみる。

なお、QIが悪い事象の割合を出すことへの批判として、よい施設や職員ほど「問題を見つけてアセスメントする」能力に優れており、結果的に指標が悪くなっている可能性が指摘されている²⁵⁾。

2 Nursing Home Compare Web site

① Quality Measures: QMの公開

上記のQIは施設評価で用いてはいたものの、各施設の結果は施設にのみフィードバックされていた。しかし、2002年からはCMSがインターネットにNursing Home Compare Web site（以下、コンペアサイト）を立ち上げ、質の指標を公開するようになった。この公開用の指標をQuality Measures（以下、QM）と呼ぶ。QMはQIの項目の一部にさらに統計的補正を行い、またQIとは異なる新たな項目が採用され、構成されている。また、一般の人に理解がしやすいようパーセント値ではなく、数値そのもの（パーセント）を表示する。2002年当初のQMは10項目であったが、徐々に増加してゆき²⁶⁾、2006年からは現在と同じ14項目の長期入居者向け指標と、5項目の短期入居者向け指標（17せん妄以外は、長期と同じ内容）の計19項目である（表6）。実際のコンペアサイト

では、1-2、15-16には「数値が高いほどよい」、3-14、17-19には「数値が低いほどよい」と説明が加えてある。

このQMでは、QIで行う「除外」と「層別化」のほか、5項目〔4痛み、10留置カテーテル、12移動能力の低下、17せん妄、19褥瘡（短期）〕には、統計的補正が行われている。その方法について、「痛み」の例を用いて説明する。「痛み」のQIにおいては意識がない入居者は「除外」するが、それでも痛みの訴えやすさという観点から、認知機能が低い人は痛みがあっても表明することは難しく、そのような入居者が多い施設は、痛みのある人の割合がそれだけ低くなる可能性がある。そこで、入居者の認知機能の程度の割合から、当該施設における予測値を算出し、統計的補正値を計算する²⁷⁾。

QMの定義と算出については、最新のMDS 3.0に基づいたマニュアルがインターネットで入手可能であり²⁸⁾、山田らによる論文²⁹⁾にも補正方法が示されているので、参照されたい。

② QM以外に公開される情報について

コンペアサイトにはQM以外に多くの情報が公開されており、その構成は表7の通りである。

表7 Nursing Home Compare Web siteに掲載されている「ケアの質」に関連する情報

項 目	表 示 内 容
監査	総合評価：星印の数
職員の配置	総合評価：星印の数
QM	総合評価：星印の数
各QM	QMの値（パーセント）
防火装置の整備	総合評価：星印の数
費用償還の拒否や罰金の経歴	費用償還の拒否や罰金を受けた数
報告された不満やインシデントの数	州のオンブズマンや監査局に報告された入居者・家族・職員による不満（クレーム）やインシデントの報告数

まず、サイトに入って調べたい州を選ぶと、その州全部のナーシングホーム名が列挙され、「監査（Health Inspection）」「職員の配置（Staffing）」「QM」と表示される。各内容について結果を統合した評価「総合評価（Overall Rating）」があり、これらは星印の数（満点は5つ）で表示される³⁰⁾。

例えば、監査をみると総合評価の星表示とともに、監査で不十分と指摘された項目数（さらに、同州における不十分と指摘された項目数の最大数と最小数）も示される。さらに比較する施設を3つまでに絞り込んでいくと、各QMの数値を確認できる。

CMSのサイト内には、監査やQMの結果の一覧だけでなく、ナーシングホームを選択するにあたっての「消費者のためのナーシングホームチェックリスト」も提供されている。家族や本人がナーシングホームを訪問した際に施設側に尋ねたらよい30以上の項目がある冊子である。「メディアケア対象者は入居できますか？」という基本的な質問から、ケアに関しては「定期的に視覚や聴覚の検査をしていますか？」等幅広い³¹⁾。

このように公開された情報は、誰にどの程度活用されているのだろうか。ナーシングホーム管理者の90%がサイトを見ているが³²⁾、病院の退院調整部署の職員では38%にとどまる³³⁾。また、約5,000人の入居者家族への調査によれば、31%がこのサイトの情報を自らまたは他の家族や知人を通じて入手はしていたが、理解し活用できたと回答した割合は12%と低く³⁴⁾、十分役立てられているとは評価し難い状況である。

3 成果に基づく支払い

（Pay For Performance: P4P）の導入

こうした政府による規制と情報公開では、ナーシングホーム側に質の向上へのインセンティブを持たせるのに十分でないことから、2006年よりCMSはP4Pの導入を推奨している。P4Pとは、ある指標の評価結果をもとに、基準を満たした一部の施設に対して、支払い額を傾斜的に配分するシステムである。評価結果と支払い額のインセンティブ（傾斜の方法）は、州のプログラムにより異なる。QM以外に、スタッフ配置や監査結果等を総合して評価している³⁵⁾。しかしながら、今の段階ではP4Pの導入が質向上に有効であるといえるエビデンスはなく、その理由としては、まず管理者は質よりも人不足の解消に関心があることや、質向上のための投資を行うかどうかは営利企業として利潤の判断をしていることがあげられている³⁶⁾。

VI アメリカの現状をふまえた日本への示唆

以上、アメリカにおけるナーシングホームのケアの質への管理をまとめてみると、①政府の監査員による監査があり、監査結果は支払い要件と連動している、②MDSという全入居者統一のアクセスメントを用い、その結果をもとにQIという共通の指標でケアの質の評価を行っている、③監査およびQMの結果等すべてを公開し、市場機能を用いた利用者選択により質の向上を目指している、の3点が整理できよう。またこれらが有機的につながって、国および地域レベルで取り組むシ

システムになっていることが特徴である。

長い歴史を経てこうしたシステムが成立しているアメリカでは、もはや質に関する懸念はないのかということそうではない。やや古い2001年の世論調査の報告では65%の市民が「政府はナーシングホームのケアの質の向上へ努力が十分ではない」と評価し³⁷⁾、2007年の政府報告では5分の1のナーシングホームにはケアの質に重大な問題があり、質の低い施設が依然として相当な割合あることが認識されている³⁸⁾。こうした質の低さに起因する背景として、職員の離職率がかなり高く、介護職員の年間離職率は42.6%である³⁹⁾。従事者の特性においても、ナーシングホーム勤務者の45%が白人以外（ヒスパニックを除く）であり、低賃金である⁴⁰⁾。つまり、施設は基本的に人手不足の状況にあり、かつ入居者の生活や文化に沿ったケアのスキルを身につけた職員は圧倒的に少ない。離職率が高い施設は、民間営利で、賃金が安く、入居者あたりのケアの合計時間が少ない、という特性が示されている⁴¹⁾。

日米の高齢者施設ケア（日本：介護保険3施設、米国：ナーシングホーム）への財政支出を比較すると、ほぼ同額である⁴²⁾。今後さらにアメリカの高齢化が進む中で、財政とナーシングホームのケアの質に関する議論はより重要な点になると思われる。

日本では2000年に介護保険が導入されたが、施設基準は人員体制やハード面等が主であり、加算要件も多くは人員体制であり、ケアの質に関していえば「構造」に大きな比重がある。今後は「プロセス」や「アウトカム」に重きを置いたケアの質の評価が可能な体制づくりが求められる。そのため、既存の要介護度のみでは不十分であり、入居者の状態と提供されたケアが一律に把握可能な全国共通のデータベースの構築がまずは必要であろう。また、現在ある第三者評価の活動を支払い要件ともつなげるよう体系化し、高い専門能力をもった査察員（評価者）の育成も、参考にするべき点があると考えられる。

謝辞

本稿の作成にあたり、慶應義塾大学医学部の池上直己教授に有益なコメントを頂戴しましたので、感謝申し上げます。

注

- 1) 高齢者介護研究会 (2003) 『2015年の高齢者介護—高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて』
- 2) Donabedian, A (1980) *Definition of Quality and Approaches to Its Assessment (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol.1)*, Health Administration Pr.
- 3) Medicare: 65歳以上の高齢者と障害者を対象とした連邦政府が管轄する公的医療保険制度。入院・外来・薬剤・ホスピス等パートに分かれそれぞれに給付要件がある。なお、腎透析とホスピスケアは全年齢が対象である。
- 4) Medicaid: 各州で管轄される（連邦政府による拠出金あり）生活困窮者向けプログラム。高齢者以外にも低所得者の児童、妊婦、障害者ケアなど幅広い役割をもつ。
- 5) 2004年のニューヨーク州でのメディケイド資格要件は、月収679ドル以下、資産は3850ドル以下で、入居時の自己負担はない。入居後は、月々50ドルの手持ちを残して年金等は全ての収入はナーシングホームに入る。参照：大津和夫 (2005) 『介護地獄アメリカ』日本評論社, p.62。
- 6) Table 9. Number of nursing home residents by selected resident characteristics according to all sources of payment at time of admission and at time of interview: United States, 2004 http://www.cdc.gov/nchs/data/nnhsd/Estimates/nnhs/Estimates_PaymentSource_Tables.pdf (2012年8月6日最終確認)
- 7) 厚生労働省 (2007) 『平成19年介護サービス施設・事業所調査結果の概況』表16
- 8) 翠川純子 (1991) 「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方法への応用—」『海外社会保障研究』No.97, 40-49.
- 9) 池上直己 (1992) 「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—」『海外社会保障研究』No.101, 36-47.
- 10) Castle NG, Ferguson JC (2010), “What is nursing home quality and how is it measured?”, *Gerontologist*, Vol.50, No.4, 426-42
- 11) Institute of Medicine (1986) *Improving the quality of care in nursing homes*, National Academy Press.
- 12) General Accounting Office (1987) *Medicare and Medicaid: Stronger enforcement of nursing home requirements needed (GAO-87-113)*.
- 13) Office of Inspector General (2003) *Nursing Home*

Deficiency Trends and Survey and Certification Process Consistency.

- 14) 澤田如, 近藤克則 (2008) 「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—行政監査と施設レベルの取り組みに焦点をあてて—」『日本医療・病院管理学会誌』, Vol. 45, No.1, 49-57.
- 15) Office of Inspector General (2005) “Nursing home enforcement: citation of civil money penalties” <http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-03-00420.pdf> (2012年8月6日最終確認)
- 16) 高谷よね子 (1995) 「米国長期ケアオブズ万制度研究—焦点を監査制度にあてて—」『季刊社会保障研究』 Vol. 31, No.1, 78-89
- 17) <http://www.ltombudsman.org/> (2012年8月6日最終確認)
- 18) 開発当初は300項目であったが改訂の度に増加し、最新のMDS 3.0では約450項目ある。
- 19) 池上直己監訳 (2004) 『MDS 2.1施設ケアアセスメントマニュアル-新訂版-』医学書院, 東京(原版: Morris JN, Murphy KK, Nonemaker S. “Minimum Data Set 2.0 Long-term care facility resident assessment user’s manual” ,U.S. Department of Health and Human services.)
- 20) Rahman AN, Applebaum RA (2009) “The nursing home Minimum Data Set assessment instrument: manifest functions and unintended consequences—past, present, and future”, *Gerontologist*, Vol.49, No.6, 727-35.
- 21) <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Computer-Data-and-Systems/MDS20SWSpecs/RUG-IIIVersion512.html> (2012年8月6日最終確認)
- 22) Kane RA (2003) “Definition, measurement, and correlates of quality of life in nursing homes: Toward a reasonable practice, research, and policy agenda” *The Gerontologist*, Vol.43, No.2, 28-36.
- 23) Rahman AN, Schnelle JF (2008) “The nursing home culture-change movement: recent past, present, and future directions for research” *Gerontologist*, Vol.48, No.2, 142-8.
- 24) Zimmerman DR, Karon SL, Arling G, et al (1995) “Development and testing of nursing home quality indicators” *Health Care Financ Rev*, Vol.16, No.4, 107-27.
- 25) Mor V, Berg K, Angelelli J, et al (2003) “The quality of quality measurement in U.S. nursing homes” *The Gerontologist*, Vol.43, S2, 37-46.
- 26) 澤田如, 近藤克則(2007)「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—文献レビューと現場経験をもとに—」『日本医療・病院管理学会誌』, Vol. 44, No.3, 99-108.
- 27) 計算式は、[統計的補正值＝施設実測値－施設予測値＋全国の平均実測値] である。
- 28) RTI Internatinal (2012) *MDS 3.0 Quality Measures User’s manual*. <http://www.nadona.org/pdfs/mds30qm-manual.pdf> (2012年8月6日最終確認)
- 29) 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』, Vol.41, No.4, 277-287.
- 30) 星印による表示 (Five-Star Rating System) は、2008年から導入された。<http://support.sas.com/resources/papers/proceedings10/161-2010.pdf> (2012年7月6日最終確認)
- 31) The Nursing Home Checklist <http://www.medicare.gov/nursing/checklist.pdf> (2012年8月6日最終確認)
- 32) Castle NG (2005) “Nursing home administrators’ opinions of the nursing home compare web site” *Gerontologist*, Vol.45, No.3, 299-308.
- 33) BearingPoint (2004) *Following up on the NHQI and HHQI: A national survey of hospital discharge planners*. BearingPoint, Inc., Health Services Research & Management Group.
- 34) Castle NG (2009) “The Nursing Home Compare report card: consumers’ use and understanding” *J Aging Soc Policy*, Vol.21, No.2, 187-208.
- 35) Arling G, Job C, Cooke V (2009) “Medicaid nursing home pay for performance: Where do we stand?” *The Gerontologist*, Vol.49, No.5, 587-595.
- 36) Briesacher BA, Field TS, Baril J, et al (2009) “Pay-for-performance in nursing homes” *Health Care Financing Review*, Vol.30, No.3, 1-13.
- 37) Kaiser Family Foundation (2001) *National Survey on Nursing Homes*.
- 38) American Health Care Association (2011) *Report of findings—Nursing facility staffing survey 2010*.
- 39) Government Accountability Office (2007) *Nursing Home Reform: Continued Attention Is Needed to Improve Quality of Care in Small but Significant Share of Homes. Testimony Before the Special Committee on Aging*.
- 40) 森川美絵 (2009) 「介護人材の確保育成策」, 『保健医療科学』, Vol.58, No.2, 129-135.
- 41) Temple A, Dobbs D, Andel R, et al (2011) “Exploring correlates of turnover among nursing assistants in the National Nursing Home Survey” Vol.41, No.7-8, S34-42.
- 42) Campbell JC, Ikegami N, Gibson MJ (2010) “Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan”, *Health Affairs*, Vol. 29, No.1, 87-95.