
特集：ケアの社会政策

ケアの質評価：国際的な到達点と日本の今後

筒井 孝子*

抄 録

近年、高齢者のロングタームケアサービス（LTC）は、医療や福祉と同様に社会保障の領域であるという認識が確立しつつある。このため、多くの国々でLTCに関する新たな社会保障体系（system）が導入されつつあり、その際、LTCの質をいかに考えるべきかが課題とされている。

本稿では、国際的な視点から、LTCの質の定義や特徴を確認し、質評価のレベルや視点に関する研究動向を概括した。そして、現時点のLTCの質評価の取り組みの到達点を把握することで、今後の日本への示唆を得ることを目的とした。

研究の結果、先進諸国における高齢化の問題に伴い、LTCの提供の在り方は、医療と介護、福祉のintegrationの進展の下で行うべきという認識が高まってきているものの、その方法論としてのケアの調整あるいはintegrationの質についての評価方法は未だ途上であることがわかった。

さらに、先進諸国のケアの質評価においては、利用者の価値や積極性が重要との指摘がなされていたが、この評価については先行研究が少なく、多くの国でも課題となっていることが改めて明らかになった。

キーワード：質評価と保証，LTC，統合，質評価のアプローチ，質評価のレベル

社会保障研究 2016, vol. 1, no. 1, pp. 129-147.

I はじめに

多くの国々において高齢者のロングタームケアサービス（Long-term care services以下、LTCと略す。）は、もともと慈善活動やボランティア組織、障害者のための社会サービス、いわゆる「救貧法」の制定などを起源とし、いわば地方や地域の社会援助の法規制という文脈の中で行われてきた〔Means and Smith (1998), Leichsenring (2004),

Kerschen Hajdu, Igl, et al (2005)〕。

しかし、近年は、LTCは医療と福祉と同様の社会保障制度の領域であるという認識が徐々に確立しつつある。これは、LTCに着目する政策が明らかに増加しているだけでなく、LTCへのアクセスや、その保障の範囲と質の維持に関する公的予算などの整備が行われ、多くの国々で新たな保障体系が導入されつつあるからといえる。つまり、LTC政策は最適化され、その質を発展させつつある状況にある。

* 兵庫県立大学経営研究科 教授

ただし、こういった政策の施行にあたっては、これを扱う行政レベルの複雑さや提供システムのストラクチャー、さまざまな権利関係、資金提供のレベルという各国の文化的・政治的な傾向などによって、その内容は極めて多様である。このため高齢者に限定されたLTCについてでさえも、各国間または一つの国の中でも非常に多様な発展を遂げている。

先進諸国においては一般に、医療分野は、中央政府によって構築された政策領域である。一方、福祉や介護という観点から見たLTCは主に地方・地域レベルで運営されてきた〔Kerschen, Hajdu, Igl, et al (2005), Huber, Maucher, and B Sak (2008)〕。

したがって、さまざまな提供者、供給元の種類やレベルにまたがるLTCの質を定義、測定、評価するという努力については、サービス利用者やサービス提供者、これを規制監督すべき政府が共通して関心を持っている領域といえる。

そこで、本稿においては、まず、ケアの質評価の中で、特にLTCを取り上げ、その国際的な質の定義や特徴を確認した。その上で、この評価のレベル・視点に関する研究動向を概括し、現時点における取り組みの到達点を把握することで、今後の日本におけるLTCに係る質評価のあり方への示唆を得ることを目的とした。

II LTCにおける質の定義と管理

1 多様な質のとらえ方

ケアの質とは、社会におけるひとつの構成概念と考えられるものである。したがって、こういった質のとらえ方としては、その人の立場によってさまざまに異なり、一方では特定の人の価値観と認識の領域に、他方では、その人のケアやケアに関する労働の考え方に影響される。

ここでは、第一に、「質の良さ」といった場合に内在する特徴としての質とは何か、第二に、「素晴らしさ」としての質とは何を意味するのか、第三に、「規準」としての質の在り方とは何かといった3つの問題を取り上げて考える。

第一の、「良さ (good)」に内在する特徴としての質は、例えば、色や硬度や耐性といった数量としての把握が可能なものと同様に、「良さ」の特徴や様相を定義することが可能かもしれない。だが、質をそれだけで評価することは難しい。なぜなら、質が良いということは、質が満たされるという、いわば数量化が困難とされる期待値を想定し、これに照らし合わせて評価されることになるからである〔Haddad, Roberge and Pineault (1997)〕。

Donabedianは、ケアの質のパラメーターとして、有効性、効率性、最適性、受け入れ可能性、合法性、公平性を考慮することを提案した〔Donabedian (1980)〕。さらにDonabedianは、ケアは期待されていた効果を生み出すことができたときに効果的といえ、それが完璧で、ミスなく生み出されたときに効率性を測ることができるとした。

また、最先端の方法で解決策が提供されたときに最適性が示されるものだといい、こうした3つの質を基盤として、「ケアは、経済的に、持続可能で、高品質でなければならない」とした。

またDonabedianは、受け入れ可能性、合法性、公平性という3つの観点から、ケアの倫理的、政治的、哲学的な側面を強調した。つまり、ケアの質が悪い場合は、たとえ、どうにかケアが持続できていたとしても、社会の公正性の観点から認められないと考えたのである。質の良さというものは、社会的な価値観、これは政治体制に裏付けられるが、この価値観に基づくものであり、時代や時代の質に対する期待値が存在し、これを評価する際には、有効性や効率性、最適性、社会にとっての受け入れ可能性、さらには政治的な合法性や、公平性が担保されねばならないとした。

第二の、素晴らしさ (excellence) としての質は、絶対的な価値として考えられ、これは本来の目的を達成する性質にのみ着目する。一般的に、質の高いケアとは、「技術性と関係性という両方の点から見て、可能な限り高いレベルの専門的なケア」という考え方を表している。これは、質を問うにあたって、「質というものはそもそも最高

を目指すもの」であり、これは日常生活のすべての領域において質について述べられる際に、一般的に当てはまる考え方といえる。したがって、素晴らしさとしての質とは、それを達成できる機能を、購入者がどう考えるかによる。つまり価格に見合う素晴らしさがあるだろうということで、購入が決定される。

第三の規準として質とは、その「良さ」について、同じ目標を達成するために生み出された（ほかの）「良さ」と比較して評価される。一般的な製品やサービスの質というものは、同様の製品との比較がなされることで、費用効用と費用対効果の分析が行われ、これによって評価される。

一方、LTCにかかわる質は、事前に定められた医療的あるいは介護的な目標に到達できたときに達成されたということになる。つまり、これらについては同様のサービスと比較することは、ほとんど行われない。

また、ケアの質は、提供されたケアのレベルを期待値、つまり任意の規準と照合することで評価される。例えば、しばしばケアには「最適な」「十分な」「安全な」「危険な」なケア、という4つのレベルがあると考えられている〔Fichter and Meier (1981)〕。ここでは、期待されたケアレベルがどの程度の要求を持つかに関係なく、提供されたケアと期待されていたケアが一致したときに、質は良いと考えるのである。

以上のことから考えると、ケアの質のコンセプトを経営的な観点からみると、料金に関する内容を除いて市場が違いを見出し、ケアの提供者が競争し、そのパフォーマンスについて評価するという、第2の測定法の対象となる質の側面が重視されることになる。

2 ケアの性質

ケアの質の定義は、ケアの性質やそれが達成すべき目標によって左右される。しかし、ケアの性質についても機能についても合意された定義はない。先行研究においては、ケアの性質には主に2つの考え方があるとされてきた。

ひとつは、「ケアは、銀行や保険などが提供する

サービスと類似している」という考え方である。この考え方では、ケアは産業生産物としての特徴を持った商品と考えられる。生産と消費は別々に起こる2つのプロセスであり、生産者と消費者はお互いを知らない。前者は匿名の消費者による市場に商品を供給しており、これは同じ商品をより短時間で生産するための生産プロセスだと合理的に説明することができる。

しかし、もう一つの考え方では、ケアは、特別な種類のサービス、つまり「ヒューマンサービス」として定義される。この考え方においては、類似点ではなく、違いが強調される。こういったヒューマンサービスとしてのケアは以下のような特徴が含まれている〔Madörin (2007)〕。

- (a) 生産と消費のプロセスを分けることはできない。
- (b) 作業継続は作業アウトプットの不可欠な部分である。
- (c) 対人関係、相互感情が関わっており、これが経済的変化の不可欠な部分を形成している。
- (d) ケア提供者とケア消費者の関係はしばしば、後者の依存性から特徴づけられる。

ヒューマンサービスとして考えると、ケアは、ある人から別の人に簡単に移動される商品（モノ）とはならず、少なくとも2人の人がかかわるプロセスとなる。これを匿名的な市場に持ってくることはできず、産業生産物としての商品の性質とは異なることになる。

非対称的な関係のプロセスでは、ケアの経済は有効性、効率性、適切性にあるのではなく、むしろケア提供者とケア受容者の間の相互信頼の上にある。

なぜならこうした要素なしには、ケアの関係性は構築されないため、相互における信頼関係の構築が、ケアの公平性という点においても重要な視点になる。

3 LTCの特徴と質の定義

ケアの質は、先行研究の中でもさまざまに異

なった形で定義されてきた〔Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, and Glinos I. (2008)〕が、その中で影響力のある定義といえ、1990年のInstitute of Medicine (IOM) によるものといえよう。IOMはケアの質の100以上の定義とパラメーターを18種類の特徴の有無によって見直した後、ケアの質を「個人や集団に対するヘルスサービスが、どの程度、望むヘルスアウトカムの可能性を増加させ最新の専門知識と合致しているか。」と定義した〔Kohler and Wunderlich (2001)〕。

この定義は、品質保証の取り組みの対象として、疾病を抱える患者のみならず、いわゆる個人と集団の双方について述べたものといえる。さらにヘルスケアのゴールとしては、それを設定した人（政府、医師、患者など）の視点によって目標がはっきりするため、結局のところ、専門的なパフォーマンスが意味するのは、専門的なサービスが提供しうる最新の状況に依存すると指摘している。

一方で、WHOはLTCの質について、「長期において自己ケアをできない個人が、可能な限り最大限の自立、自律、参画、自己充足感と人間としての尊厳を持ち可能な限り最上のQOLを維持できるようにすること。」と定義している。

LTCは、急性期のケアとは異なり、LTCを疾病そのものを取り除くわけでないが、苦痛を和らげると共に不快感を取り除き、疾病や障害によって生じる制限を補い、人々の心身の機能を可能な限り最上なレベルに保つことを目指すとし、また、疾病を持つ患者のQOLと、患者とその家族が経験したケアの満足度というような課題にも取り組む必要があると定義した〔WHO 2003〕。

具体的には、LTCとはパーソナルケア、ヘルスケア、日常生活の管理（例：買い物、服薬管理、移動支援）、支援機器（例えば杖や歩行器などの補助機器）、先進技術（例：緊急通報システム、服薬支援機器）、そして家の改築（例：手すり）などのさまざまなサービスの組み合わせたものをいうとした。

またLTCは、急性期ケアの分野と異なり、専門化されておらず、多くの人手を要し、相対的には、

高度な技術訓練を受けていないものを含んでおり、ほとんどのLTCの活動には、さまざまなスキル（ホームヘルパー、看護補助者、インフォーマルな介護者など）を持った、専門職に準ずる者が行うことが特徴とされている。技術を持った専門職（ナース、医師、など）がかかわる割合は急性期ケアに比べると少なく、医療機器も急性期ケアで使われるものに比べると格段に簡易で安価なものである。

LTC活動の中心となる多くの活動は、基本的な機能を用いて手助けをするか、日常生活における患者の自律性を向上させることにある。そのためIOMのケアの質の定義は、LTCにもあてはまる。しかし、IOMが指摘しているように〔Institute of Medicine (2000)〕、以下の4つのLTCの特徴を考慮する必要がある。

1つ目は、LTCは、医療と介護を含む福祉の領域の双方に係わるという点である。LTCに係わる医療サービスの質についての判断は、ケアの医学的、技術的な側面に重きを置いている。そのほかのLTCの側面（介護や福祉）に対しては、このサービスを受ける本人の意見と満足度を強く反映するものとなる。

2つ目は、サービス利用者本人の役割は、LTCに欠かせない要素となるという点である。このため、求められるアウトカムは本人の積極性に深く依存する。

3つ目は、入所施設においては、設備などの物理的な環境が居住者の身体的な安全と身体的機能、QOLに影響を与えるという点である。

4つ目は、LTCには、心身の機能障害と慢性的な症状の緩和が求められるが、それがサービス提供者、家族、サービス利用者間の対人関係の形成やサービス利用者がケアを受けるための環境インフラとの物理的適合、そして、異なる専門領域のサービス提供者の調整を必要とするという点である。

OECDの品質指標に関するプロジェクトは、ヘルスケアシステムのパフォーマンスに関する概念フレームワークを提示している（表1）。このフレームワークにおけるパフォーマンスの特徴とし

表1 OECDヘルスケアの質指標プロジェクトにおける概念フレームワーク

ヘルスケアシステムのパフォーマンス					
・ヘルスケアシステムはどのように機能するか？ ・患者のケアニーズの範囲に渡るケアのレベルは？ ・パフォーマンスのコストは？					
ヘルスケアパフォーマンスの特徴					
ヘルスケアニーズ	質			アクセス	費用/支出
	有効性	安全性	反応性/患者中心	アクセスのしやすさ	
健康を保つこと					
症状を改善させること					
病気や障害を抱えて生きること					
人生の終わりに立ち向かうこと					

出所) Arah OA, Westert GP, Hurst J, et al. (2006)。訳語は筆者による。

て、質のほかにアクセスと費用を設定している。このうち、質保証については、有効性、安全性と反応性/患者中心の3つの要素を設定している [Arah OA, Westert GP, Hurst J, et al. (2006)]。

4 質の管理と保証

LTCの文脈では、質の管理は、ケアの保証と改善のための方法であり、これには目的の定義、目的を達成するプロセスの計画と整備、結果の評価、またその結果が元の目的に沿わない場合の修正などから構成される永続的な管理サイクルへの適応が求められている。したがって、質の管理には、提供レベルでの質保証が含まれるが、LTCサービスという固有の条件下では、運営レベルでも質保証に関してさらなる定義付けが必要となる。

これは、LTCであっても、一般的な関心を持つほかのサービスにおいても、多くの場合は公的機関が顧客や利用者の代わりに購入者や委員として行動するためである [Huber, Maucher, and B Sak (2008)]。

運営という観点から見ると、質の保証は（公的な、民間の非営利組織の、商業的な）提供者が法

律で定められた（最低限の）基準を遵守することを保証する統制機構から構成される。したがって、日本でいえば、保険者である市区町村すなわち、公的な当局は、以下のような特定の要求を提供者に課すことを定める。

- (a) 組織内の質保証と質管理を整備すること
- (b) 最低基準と規範が守られているかどうかを検査する外部の監査に際しては、データとアクセスを提供すること
- (c) 市区町村（介護や福祉、健康や社会を管轄する部署）に対して定期的に報告書を提出すること

このような質管理のコンセプトにおいては、質保証から継続的な質改善までが網羅される。質保証はこれまで、ケア提供の適切性に関する最低基準に対する最も一般的なアプローチであった。

一方で、提供者の視点から見ると、質管理の意図とは、第一に、必要とされる最低レベルの質を保証することだが、より大きな目標は継続的質改善プロセスを取り入れることで現在の質レベルを高めることである。質の「優秀さ」を目指す上で、

組織はガイドラインやプロトコル、基準、調査などのあらゆるツールを活用する。

質保証の開発という観点からは、質保証の最低基準からより高いレベルの質へと向かおうと努力する傾向があることが認められている。

また、LTCを提供する組織は、顧客に最適なケアを提供することだけでなく、一般的には固有のセールスポイントを示す必要があると感じるとされている。

LTCのマネジメントにおいては、サービスの購入者と提供者、民と公、医療ケアと福祉あるいは、介護の間のさまざまな連携や接触がある中で、課題となっているのは質改善ツールとその測定法の適用を、一つの責任母体によって運営されている個別の組織のみならず、運営のあらゆるレベルでさまざまな運営母体に属している多様な利害関係者たちにも適用しなければならないということである。

現在のところ、分野や提供者組織を横断して、質保証を統合したという事例は、ごくわずかとされている。このことは、日本で構築が目指される地域包括ケアシステムにおいて多数の利害関係者間での質保証が困難であることを示唆している。

Ⅲ 質の評価のアプローチ

1 質の評価の古典的アプローチと評価のレベル

Donabedianによる古典的なアプローチでは、LTCにおける質は、表2に示したようなストラクチャーの質、プロセスまたは資源の利用の質、患者と人々の健康状態におけるヘルスケアの効果というアウトカムの質の三つを含む多次元のコンセプトであるとされてきた〔Donabedian (1985)〕。歴史的に品質保証機関の主な重点は、ストラクチャーとプロセスに置かれてきたとされている。なぜなら、これらの指標の評価データは、収集し易いからである。

ストラクチャー指標は、特定の資源があるかないかを測るものといえる。一般に、公的機関や公共団体は通常、LTC施設に権限と認可を与えるた

めにこれらのタイプの指標を適用する。ここでの仮定は、ストラクチャーの質は患者に影響を与えるにちがいないということである。しかし、今日においてはストラクチャーとアウトカムの間の因果関係は非常に弱いことが知られている。

プロセス指標は、エラー検知のベースとなる、なぜならばエラーはワークフローの中で、そして継続的改善システムの開発のために発生するからである。このためプロセス指標は、アウトカムとより密接に結びついている。

アウトカムに基づく品質指標 (OBQI) は、患者の健康と機能状況、またはケアの経験に対する満足度を測定する。ケアの質を測定するには最も有用であるが、信頼性と妥当性という点においては、いくつかの欠点がある〔Clark (2007)〕。ヘルスケア介入の時間のずれとともにアウトカムが発生すると、ほかの決定因子がその発生に影響する。つまり、個別のケアプロセスに対する個別のアウトカムの特定が難しくなってしまう。

例えば、失禁や鬱状態の居住者の割合のようなアウトカムに基づく指標は、ケア品質の代替として、または、ケア提供に際して参考にするアセスメント情報として解釈できる。

また、LTCの患者はいくつかの問題を併せて持っている傾向があるため、特定の症状にかかわる切り離されたアウトカムがケアの効果の全体像を提供しない可能性もある。

WHOは、最も普及したOBQIは「日常生活動作 (ADLs)」と「集団の日常生活動作 (IADL)」であると報告した、これらは機能的レベルと機能的許容範囲のバリエーションを測定する。LTCにおけるそのほかのアウトカムは、痛みと不快感のレベル、認知だけでなく 社会活動、そして社会関係のレベルである〔WHO (2003)〕。

アウトカムを評価するほかの方法は、介入前に調整し、観察、予測した結果を比較することである。このような調整は患者の特徴によってなされ、アウトカムの発生に影響を与える。さもなければ比較は意味がないとされている。患者は異なる判断基準によってハイリスクとローリスクに分けられる。例えば、The Resource Utilisation

表2 ストラクチャー・プロセス・アウトカム指標の例

ストラクチャーの質	
	建物の質と安全性 住環境の設備 部屋の大きさ 人員配置率、資格
プロセスの質	
	居住者の権利を守るためのメカニズム うまく機能している移送と退院の管理 ケアの計画に使用される居住者の評価方法 居住者の機能の最も実用的なレベルを実現し維持するために必要なサービスの可能性 資格のあるスタッフがいること（24時間、週に7日） 良くバランスのとれた食事制限 品質保証委員会の維持 周辺サービスへのアクセス（例：リハビリ、薬局、感染管理） 臨床記録とケア書類のプロセス
アウトカムの質	
	床ずれのある患者数 栄養不良の患者数（脱水症を含む）、経管栄養法の妥当性 ADLやIADL 痛みの管理がされていない居住者 拘束具の使用（身体的、薬物的） 感染症をもつ居住者 抗精神病薬を使用している患者数 経管栄養を受けている患者数 転倒の数 便失禁の患者数 社会参加とプライバシー保護の状況

出所) European Commission (2008)。訳語は筆者による。

Groups (RUG) は、LTCの測定方法の一つであるが、こうしたアウトカムに基づくデータの収集と解釈には問題があった。患者自身から寄せられる介護者との経験を踏まえた質の評価や、ケアプロセス内の生活の質に関する自己報告データの使用を鑑みてのアウトカムの評価が重要であることは言うまでもない。

2 QOLによる質の評価

LTCの質は、ストラクチャー、プロセス、臨床ケアのアウトカムの観点からだけでなく、ケアへのアクセス、LTCの重要な一部である医療サービスとは異なった、パーソナルアシスタンスサービスやLTC利用者のQOLの観点からも判断されなければならない。意思決定が有用に行われるためには、品質指標というものが科学的な厳密性を

もって明確にされ、検証、モニターされなければならない。ケアのすべての側面は、健全な方法でヘルスケアの質を説明し、評価するために測られなければならない。

日本でQOLが活用されている評価例としては、診療報酬において医薬品の費用対効果評価を「QALYs」(質調整生存年: Quality Adjusted Life Years) という「生命予後」と「生活の質 (QOL)」を合わせた指標で行うというものであり、2016年から試行的に導入される。今後こうした考え方は、介護報酬や地域ごとに構築されるケアの質評価の仕組みに導入するかについての検討もはじまるものと予想される。

一方で、LTCサービスの質のばらつきは、不十分な住居や社会関係の欠如、ナーシングホームでのプライバシーの欠如、また慢性的な痛みに対す

る不十分な処置、うつ、床ずれまたは薬の不適切な使用、身体的な拘束などと関連している〔European Commission (2005)〕。

Schallockは、高齢者や障害者のQOL評価のためのフレームワークを提案している。ここでは、品質面については、第一に、患者に言及し、個人のレベルと組織のレベルの双方で厳しく価値とパフォーマンスに結び付ける方法が提案されている〔Schallock (2001)〕。ケアの質評価におけるアウトカムに基づいた評価と、結果に基づいた評価の昨今の発展は、個人と組織双方のパフォーマンスとアウトカムを同時に評価すべきであることを示唆している。

表4に示したアウトカムに基づく評価のモデルは、アウトカムのタイプ（パフォーマンスまたは価値）と参加者のタイプ（提供者となる組織または個人の患者）という2つの要素を考慮しなければならないとしている。パフォーマンスのアウトカムは個人の健康状態または組織のパフォーマンスであり、価値のアウトカムは患者の感じ方または視点についてとなる。

例えば、岡山市では、デイサービスにおける質の評価を実施している。ここでの質を評価する項目（価値）や指標は、岡山市当局がデイサービス事業所との規範的統合をすすめ、平成26年度に、市当局、事業所の代表者、学識経験者によって構成された研究委員会によって設定したものである。設定された評価指標は、職員支援、介護技術、事業所の意識向上、地域住民の意識向上の4つのカテゴリ、25項目である。これらを、デイサービスが求める質の評価指標として示している〔岡山市 (2014)〕。

2015年には、質の評価指標は、全体の協議を経て、「1外部研修への参加状況（延べ人数／職員数（常勤換算人数）」、「2岡山市主催の研修会の参加回数」、「3認知症高齢者の受け入れ人数（実人数／利用定員）」、「4機能訓練指導員の常勤換算人数（常勤換算人数／職員数（常勤換算人数）」、「5介護職員のうち、介護福祉士の常勤換算人数の下位項目」として、5つの評価項目が選定され、これらの質を評価するためのストラクチャー指標とした

〔岡山市 (2015)〕。また、2016年には、これらに加え、参加者のタイプとして、通所サービス利用者を分類し、さらに、独自のパフォーマンス指標を設定し、これを達成した通所サービス事業者を表彰するという制度につなげている〔岡山市 (2016)〕。

ここで紹介した岡山市の事例は、QOLを評価するためには、Schallockのフレームワーク〔Schallock (2004)〕にあるようなパフォーマンスのアウトカムを組織レベル・個人レベルから検討し、この監査を担当する市当局を含めて、協議によって検討していくというプロセスが重要になることを示唆している。

3 ケアの調整という観点からの質の評価-integrated careの評価の進展と課題-

LTCは本質的に多次元で異なる提供者間の調整やこれを実現するための判断・能力が必要とされる。そのためLTC提供者間の調整は、高品質なLTCのために必要不可欠である〔MISSOC (2009)〕。近年では、LTCの質を高めるにはヘルスとソーシャルサービス全体の効果的な統合に基づくかねばならないのだという認識が広がっている。そのため、多様なケア提供に関わる調整は、LTCの質評価のための重要な側面と考えられるようになってきた。

こうしたケアの調整は、「integrated care」として理解されている。また、この狙いは、サービスに生じる欠陥への対処や、より協調的かつ継続的なケアの提供を可能にすることであり、多くの場合、慢性的疾患を患う高齢者に向けたものとなっている。

これは、日本における地域包括ケアシステム（community-based integrated care system）も同様といえる。しかし、日本の地域包括ケアシステムは、現段階では、構築段階にあるため、その質の評価についての議論は未成熟な状況といえる。また、こうしたintegrated careの在り方についての理解も十分とはいえない。

しかし、国際的にはintegrated careは、これまでさまざまなかたちで表現されており、例えば、60

年代は多岐に渡る専門分野のケアの調整が課題であった。70年代はパートナーシップを考えた取組みが、そして80年代、90年代はシェアードケアとディジーズケアといったように、これまでさまざまな課題に取り組む際の際の概念としても使われてきた。

現在も、integrated careは、さまざまな取組みを含む用語であり、基本的にはサービス間の断片化に対応するものである。これらは基盤となる分野と価値観の進化によって、さらに変化していくと考えられている〔Stein and Reider (2009)〕。

しかしながら、こうした考え方を明確にするためには、integrated careの質の評価が必要であり、integrated careにおける決定を促すための根拠が乏しいという場合にも、こうした考え方の明確化がこの問題の対処に役に立つといえる。

integrated careの質の評価については、以下のことを明確にすることができる、一層の研究が必要とされている〔Shaw and Levenson (2011)〕。

- (a) integrated careの取組みによって、解決をしようとしている断片化の具体的原因は何か
- (b) integrated careが及ぼす患者への影響、そしてケアプロセスの改善をもたらす影響
- (c) 統合は、いかにして提供すべきサービスの使用パターンを変化させるか（特に入院患者への急性期治療）
- (d) 費用とアウトカムにおける影響〔Ramsey and Fulop (2008)〕

上記の課題の解決は、integrated careを追求するものにとって必須となりつつある。そして、医療や介護、福祉といった多様なサービス提供モデルがどのように開発され、その影響がどのように評価され、どのように測定が行われるのかを考慮することもまた重要な課題となりつつある。

このようなintegrated careの取組みを評価する場合には、その関連するプロセスやアウトカムに的を絞って行うというような実験を行う際は必ずintegrated careが進展している背景や関連のある多種多様なケア提供の（サービス利用者、提供者

等）観点とそのレベルがいかなるものであるかを念頭におかねばならない。

しかし、ランダム比較試験などの従来の研究方法では、こういった研究を実行に移せないことにも留意が必要である。すなわち、さまざまな背景によって、提供される統合のプロセスをとらえることを失敗してしまうことは少なくないからである〔Vrijhoef (2010)〕。

英国では、新たなアプローチによるintegrated careの評価が行われている〔Ling, Bardsley, Adams, et al (2010)〕。この取り組みでは、integrated careを受ける複数の個人をワンセットとし、この集団における病院の利用状況を追っていくという試みがされている。その際、この集団に紐付けられた管理情報を用いて対象のintegrated careを受ける前後の利用状況を追っていくことになるが、これを実行するためには、しっかりとした比較するための評価ツールが不可欠となる。

このように、ケアの調整の影響や効果の評価を追求する政策担当者やサービスプロバイダーの管理者にとっては、integrated careを測定し、アセスメントするためのアプローチの開発は、近年、特に主要な課題となってきた。

このアプローチを開発していく過程で評価と測定を導くための妥当な理論的基礎、そして量的手法・質的手法の両方が必要となるとされ、このようなアプローチの開発は、統合の評価の役に立つとされている。こうしたアプローチは、例えば、健康上のアウトカムに対する影響だけでなく、ケアの質やサービスユーザーの満足度等に関係しているとされている。

今までのintegrated careの評価には、表3のような手法が用いられてきた。

こうした評価手法の重点は、多くの場合、組織的統合や運営的統合（すなわち、ストラクチャーやプロセス）に置かれ、アウトカムに対しては、ほとんど行われてこなかった。

また、実際のところintegrated careの導入と影響の両方をアセスメントする測定ツールと指標を明確に記している研究はほとんどない〔Armitage,

表3 integrated careとその影響を評価するための従来の方法

方法	評価対象となる統合	例
医療記録の監査	臨床的統合	複数の提供者に係わる環境にある患者のために提供されたケアの調整を検討。
再入院率の分析	調整と部門間の統合	調整によって入退院の状況がどのように異なるかを検討。
入院率に関する管理情報を、個人適合させた対象と比較し分析	組織的・運営的・臨床的統合	適合させた対象群と比較し、改革が患者の病院の利用率にどの程度影響を与えるかをアセスメント
管理者の自己評価用紙	サービスの調整をサポートする運営上のプロセス	現地のヘルスケアの統合の程度を評価
年度調査、公開報告、財務データの公開	運営的統合とその強さ	医療機関の構造的な臨床的統合と、患者一人の退院にかかる平均総費用との関係を調査
事務と臨床における管理者へのアンケート調査	臨床的・運営的統合	臨床的統合と運営的統合の取り組みから感じる有効性から臨床的統合と運営的統合の認識レベルを測定
医療機関の管理者における質に関する面接調査	組織的・規範的統合	どれだけ医師と病院の統合プロセスが統合的提供制度の構造と背景に密接して関わっているかを調査
インタビュー、ウェブ上の用紙、サービスの協調を行う者とのワークショップ	組織的・臨床的統合	組織・分野・サービス間、もしくはそれらの内側の統合が持つ、程度、範囲、深さを数量化し、統合に関する新たな測定方法を作成
スタッフや管理者とのアンケート、インタビュー、フォーカスグループ	規範的・組織的統合	統合的な医療・介護福祉ケアの組織にて、第一線で活動しているスタッフの体験について調査

出所) Shaw and Levenson (2011,p9)。訳語は筆者による。

Suter, Oelke et al (2009), Strandberg-Larsen and Krasnik (2009)]。適切なアセスメントツールやアプローチを開発していくには、更なる研究を要するとされ、とりわけアセスメントツールの必要性や、長期に渡り統合のプロセスを追うことができる評価手法が必要とされている。

4 現実的評価 (realistic evaluation) の登場

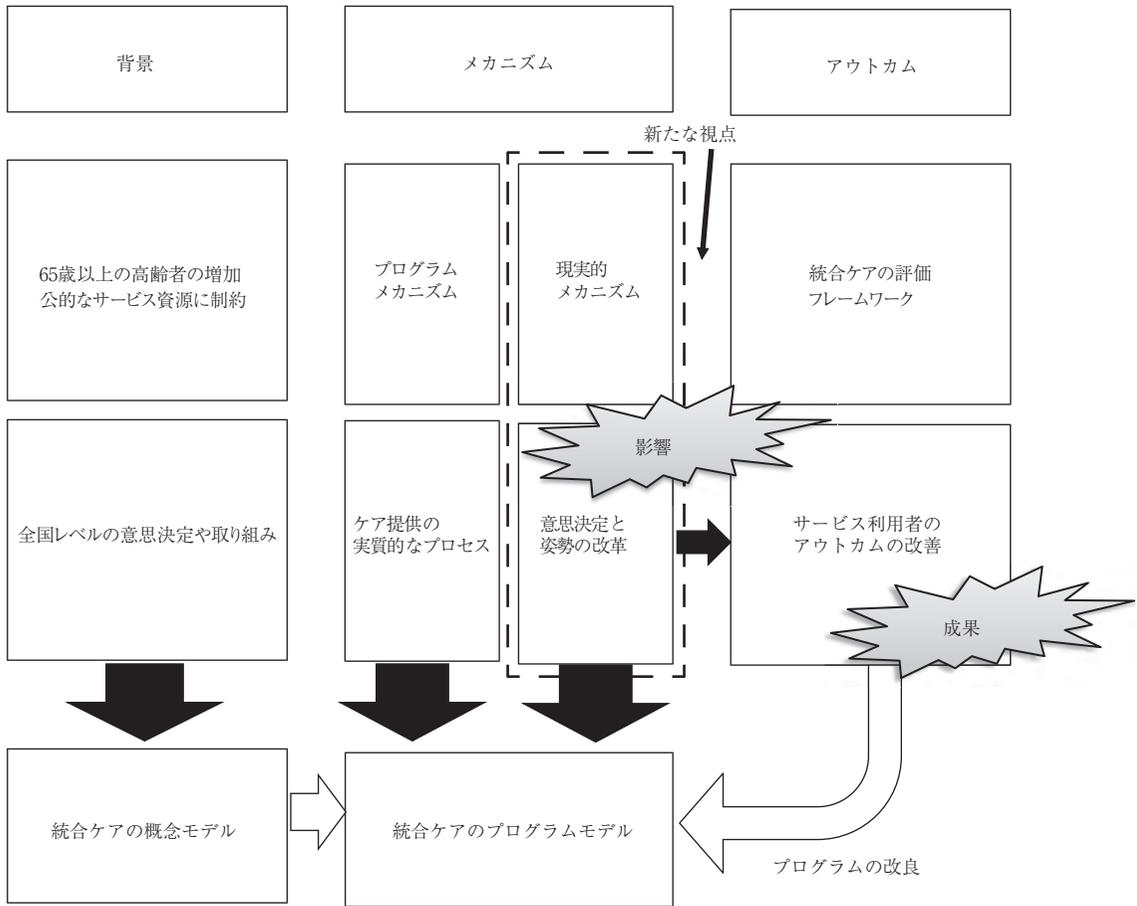
integrated careは、これらのケアを通じて、個人、家族、ネットワーク内の支援者を協動的にしようと努めている。また、多職種によるケア提供においては、ケアを受ける個人や家族がケアに関する意思決定に携わる際に、可能な限り協働による生産性の向上を目指している。つまり、ケアの焦点は「治療」モデルから、能力の促進および個人・家族にとって大切なものを重視するケア提供の促進プロセスに移っていると考えられる。

このintegrated careの評価に際して注目される

のが、現実的評価 (realistic evaluation) である。この考え方は、個々の人々が有するケアに対する考え方や思想によって、ケア提供システムをどのように形作っていくかを加味した評価であり、例えば、「ケアは治療と同等の力があり、患者のニーズを満たすものである」と考えるかどうかで、ケアの提供のあり方は異なるとする。

integrated careの提供に関連する考え方や現実的評価の狙いは、ケア対象者の依存度を抑え、自律性および幸福度を向上することにあり、こうした考え方は、プログラムモデルまたはプログラム理論として知られている。

統合的なケアの介入を行う際は、ケア提供の姿勢や考え方を变えることで、サービス利用者への資源の分配方法を改善するため、こうしたアプローチによってさまざまな種類のケアの利用可能性を拡大し、ケア提供の新たなプログラムメカニズムに適したケア環境を構築することが有効に



出所) Chichlowska (2014,p13)。訳語は筆者による。

図1 integrated careの現実的評価のイメージ

なってくる。

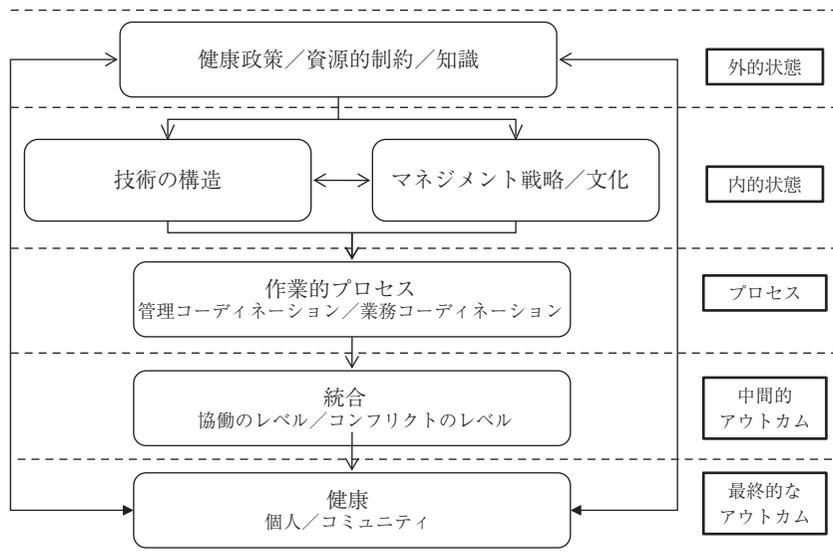
この新たな環境やメカニズムが整えば、理論的には新たなアウトカム、つまり個人のニーズを満たす個人的アウトカムも念頭に置く必要がある。

さらに、integrated careの新たなメカニズムを理解するには、それが生み出す「変化」も含んでおかねばならない。つまり、プログラム理論で用いられている現実的メカニズム概念を反映した現実的評価や、このメカニズムがアウトカムにどう影響するかを明らかにしなければならない。

一般にintegrated careを提供するメカニズムの概念モデルは、そのメカニズム自体が生み出すアウトカムという形で理解されている。integrated

careのアウトカムを判断するためには、意図したかどうかに関わらず、結果として生じたこれらの変化を評価しなくてはならない点に制約があり、integrated careにおけるアウトカム評価を困難なものにしている。

つまり、前述のintegrated careの評価の考え方は、医療・介護の新しいケア提供方法に対してサービス利用者がどう反応しているかに依存している点に着目し、変化をもたらすきっかけとなる点の評価を追加している点が新しい点であり、この評価の考え方を活用した評価のフレームワークが現在、ウエールズにおいて開発されつつある〔Chichlowska, S. C. (2014)〕。



出所) Strandberg-Larsen (2011)。訳語は筆者による。

図2 中間的ヘルスケアシステムのアウトカムとしての統合の状態の評価の概念モデル

また、現実的メカニズムと同じように、統合をヘルスケアシステムの中間的（媒介的）結果としてさらにさまざまな外的・内的要因やプロセスによって条件づけたStrandberg-Larsen, M.のモデルもある〔Strandberg-Larsen, M. (2011)〕。

ここでの外的要因とは、政策的な環境、その社会の知識レベル、資源の逼迫、つまりこれはヘルスケアサービスへの需要とそれを提供するために利用可能な資源の両方を反映している。内的要因はShortellらによると、組織規模の影響を考える上で、ヘルスケアシステムの全体的な組織的構造、情報技術、マネジメント戦略、信念・価値観・規範・行動などの文化重要な4つの要素から成り立っている〔Shortell, Gillies, Anderson, et al (1996)〕。これら4つの内的要因は、2つ以上の個人や組織が綿密な調整や共通の目標を持って行動しようとする「操作プロセス」の活動を促進させたり、妨害したりするとされている。さらに、Alter and Hageは、調整されなくてはいけないレベルとして、組織の管理運営と臨床の2つレベルがあることを指摘している〔Alter and Hage (1993)〕。

Strandberg-Larsenは、ヘルスシステムの統合を

これらの概念を用いて説明し、統合を内的と外的の二つの要因によって規定される調整プロセスの結果として説明し、中間的なアウトカムとしての統合の評価が重要であることを強調している。

日本における地域包括ケアシステムの評価を検討する際、ここで紹介したようなフレームワークは参考になると考えられる。

Ⅳ ケアの質評価のレベル

1 システムレベルの質評価

Niesらは、ケアの質が言及されるであろう4つ（システム、組織、専門家、利用者）の異なるレベルを定義した〔Nies, Leichsenring, Van der Veen, et al (2010)〕。この4つのレベルごとの質評価の仕組みについて、以下に述べていく。

第一のシステムレベル、つまり国家レベルでの取り組みを検討する際、LTCのどの質の側面が、その国において最も重要かが影響するという。例えば、Sorensonは、優先事項には2つのタイプ（基準、許容範囲、認可という観点での規制とベンチマークを通じて消費者の選択と競争の促進）があるとした〔Sorenson (2007)〕。

表4 SchalockのQOL評価のためのフレームワーク

	パフォーマンスのアウトカム	価値のアウトカム
組織レベル	有効性 効率性 健康と安全 安定性（財政的, スタッフ）	サービスへのアクセス 顧客満足度
個人レベル	身体的な幸福 物質的な幸福（雇用, 居住の状況, 教育の状況） 臨床的な状況（症状の緩和） ADL, IADLs 活動のパターン（家中, 家の外）	感情的な幸福 個人の発展 自己決定 対人関係 社会的共生 権利

出所) Schalock (2004)。訳語は筆者による。

中央政府は、法律に基づき高齢者や障害を持つ人々に対するケアの有効性と安全性の確保に、包括的な責任を負っている。法律は高齢者が質の良いケアへアクセスし、適切なケアを受け、ケア計画の選択と管理をできる権利があると明確にしている。

このことは、サービスの質と報告などの義務や提供者から期待される最低基準を確保することもまた、提供者の役割であることを明確にしている。一般的に、中央政府には3つの主要な目標の達成が求められる。

- (a) どのようにサービスの質と安全性を改善するかについて提供者や施設の指導をする
- (b) サービス利用者とその家族がサービスから何を期待できるかについての情報を与える
- (c) ケアの供給のあらゆる側面に関する情報を与える

政府はLTCの質を規制していると同時に、多くの国々では品質管理の実施と整合性の管理のためにさまざまな非営利団体や地方政府、あるいは民間企業などにも責任を割り当てている。具体的には、OECD諸国のほぼ3分の1が、LTCの管理を州、地域、あるいは地方レベルの権限に分散し、提供者の質を管理する責任を負わせている状況にある〔Francesca, Ana, Jérôme, et al (2011)〕。いくつかのOECDとEU諸国では、国や地方政府や地域の団体にLTCの質のレベルと規制との整合性を管理するよう課している。

例えば、ドイツでは品質確保の責任は、伝統的にFederal Association of Health Insurance Fundsの医療相談サービスや、地域レベルでその活動を行う団体などの提供団体に課されている。これらの団体はLTCの利益のために申請者のニーズを評価する医師や専門看護師のトレーニングだけでなく、品質調査を実施する責任も負っている〔Leichsenring (2010)〕。

アメリカでは、連邦法がそれぞれの州にナーシングホームやほかのLTC施設でのケアの質を監視する責任を与えている〔Capitman, Leutz, Bishop, et al (2005)〕。これにより品質管理の実施と改善における州間の違いを生み出している。

一方、日本においても、権限移譲は進められているが、質の確保に係わる地域間の格差を埋めるための方策は課題といえる。地方厚生局や保健所が現在、広域調整を行っているが、これらについてはさらなる改善が求められる。

2 組織レベルの質評価

組織レベルの質評価のひとつの方策として、登録と事業の実施に際しての免許の交付や認可あるいは認証評価といったものがある。登録と免許の交付は、ケアの市場への参入のための必須要件となる。

こうした許認可と認証は、外部機関によって行われる。こういった機関はほとんどが非営利であるが、民間の場合もある。これらの機関は、一定の基準に基づいて評価を行い、サービスを改善するために外部の相互評価プロセスを実施する独立

した機関として成立している。そのため施設とケア提供者を定期的、継続的に調査し、施設内の手法の統一を促進することで、施設間でのベンチマークとなる比較を可能にしている〔Wagner, McDonald and Castle (2012)〕。こうした許認可と認証の定義は国によって異なる。

例えば、アメリカでは、Joint Commissionとのボランティアなプロセスである認証評価と、連邦資金を受け取ることのできる認可とを区別している。認可をライセンスや、業務やサービスの登録とを同じ意味で用いる国々もある。認証のプロセスは通常、ケア提供者による自主評価、認証評価機関によって設定されたある基準に対するパフォーマンスのレビュー、そして、そのような基準に対する継続的なパフォーマンスの監視を伴う。

一般的にいうと、そのプロセスは内部と外部双方のレビューを含む。内部レビュー時は、提供者と施設は疑問視されているサービスや認証評価のクライテリアのリストを通して業務内容を説明する文書を作成する。外部機関によるレビューは、通常、政府機関または品質の判断基準に対する提供者や施設の評価をする独立機関が実施する。評価者や評価者のチームが机上でのレビューを行って、実際に訪問し、いくつかの国ではLTC居住者やスタッフ、家族へのインタビューなどを含む総合的な評価を行う。

また、認証評価は、英国、アメリカ、ドイツ、フランス、スペインなど多くの国で、公的なLTCプログラムへの登録や公共発注機関との契約上の取り決めをする際などの公的資金へアクセスするための前提条件となる。これらの国では、かなりの数のLTC施設とホームケア提供者が認証または認可によって、公的資金を得ている。

一方で、そのような要件のない国々は、サービス提供者間で認証評価を実施することへの困難に直面している。一度登録をすると、提供者は調査、評価またはそれらのステータスの見直しの対象となる。つまり、基準と合致しなければ、制裁がなされ、認可された提供者という資格が取り消されることになる。

例えば、アメリカではナーシングホーム施設のみがCenters for Medicare and Medicaidによって適合という認可を与えられ、ナーシング施設としてのMedicaidへの参加、または技術を持ったナーシングホームとしてのMedicareへの参加が認可されている〔CMS (2010)〕。再認可や調査の頻度は頻繁に変更される。認証用の機関とは同じではない場合もあり、通常は年に一度または二年に一度行われている。

このような状況は、日本においても社会福祉法人の許認可の権限が一般市に移譲されたことに伴い、監査や指導監督の責務も移譲されたことを鑑みると、同様の問題が浮上することも予想される。

3 専門職レベルの質評価

専門職レベルの質の評価については、資格の付与や階層的な資格体系の整備等という問題がある。LTCに携わる人々は、慢性疾患や障害を持つ高齢者とその周囲の人々に対する実際的なケア、管理、そして精神的なサポートを提供する。LTCに係わる正式な専門職としては、看護師とパーソナルケアワーカーがいる。仕事の内容と責任は似ているが、パーソナルワーカーの呼び方は、国によってさまざまである。

LTCに従事する人々の低収入、資格の少なさ、ストレスの多さ、離職率の高さといった課題はこれまでも多数、報告されてきた〔Francesca, Ana, Jérôme, et al (2011)〕。離職率の高さと資格の不足は、LTCの質に関する課題となっている〔Castle (2008)〕。離職率を低くすること、スタッフトレーニングの改善、ワーカーに権限を与えることは、ケアの質を向上させるには良い影響を与える可能性があると言われてしている。

ほとんどの国で見られるケアワーカーの質を規制するための最短のアプローチは、パーソナルケアワーカーの教育と訓練の要件を設定することである〔Francesca, Ana, Jérôme, et al (2011)〕。これらの要件は、理論的で現実的な訓練の最短時間、内容、そして認可のプロセスを設定するというものとなる。教育要件、認可、そして最終的には

パーソナルケアワーカーの資格は国によって、ときには同じ国の中でも地方の管轄によって、著しく異なることがある。たとえば、同じような職務に就くために、アメリカでは75時間の経験だけが要求されるのに対し、日本では3年間が必要である。

ほとんどが施設に向けてであるが、教育要件が強化された国もある。例えば、スウェーデンは公式な資格のないLTCスタッフを対象とした4年間の教育プログラムを開始した。構想では、LTC利用者の複雑なヘルスとソーシャルケアニーズの要求にこたえるためにより専門的な訓練を提供することを目的とするという。ワーカーの力量レベルを上げることに成功した地方自治体は、訓練期間の終わりに経済的な報酬を付与されることとなっている。

アメリカでは、連邦資金を受けているナーシングホームのすべての看護助手が州に認められた訓練プログラムを完了し、看護助手としての認可を受けることを要求されている。

日本でも介護福祉士という国家資格があり、これは、訓練と再認可に関する要件を含んでおり、いわゆるLTCワーカーに対する要件システムといえる。

また2011年の介護保険制度改革以降、認可を受けた介護福祉士の役割が広げられ、痰の吸引等のいくつかの簡単な医療行為を行うことが認められた。

さらに、2012年11月に内閣府で創設された「介護プロフェッショナルキャリア段位」制度では、ケアのプロセスを標準化し、それを評価することを中核とした内容となっており、日本のLTCの質の評価の先駆的な例となっている。

キャリア段位制度は、OJTの一環として実施されることから、LTCの組織的な評価も含むため、外部評価の仕組みを内包しており、これは前述したアメリカの外部機関によるレビューに類似しており、評価者や評価者のチームが机上でのレビューを行って、実際に訪問もするという仕組みである。

さて、キャリア段位制度は2015年4月から厚生

労働省に移管され「介護職員資質向上促進事業」として実施されている。実務経験など一定の要件を満たし講習を受けた介護職員がアセッサー（評価者）となり、ほかの介護職員の介護技術の評価するものである。評価者は、被評価者がどのような利用者にとどのような介護を提供したか、介護の実行状況と技術の適正さを評価して記録する。評価項目は、「適切に～できる」、「確実に～できる」といった抽象的な基準ではなく、「できる・できない」での評価が可能な客観的な項目になっている。到達度に応じてレベルが認定される仕組みとなっており、評価の適正性の確保のため定期的に外部評価審査員による外部評価が行われる。このようにキャリア段位制度は、現場のOJTや人材育成にも活用できるものとなっている。

また、このキャリア段位制度は、利用者の状態に応じ適切な介護技術が提供できたかというプロセスを測定する。

これまでに11,863人のアセッサーが養成され、1,366人のレベル認定者が存在している。評価の途中段階にあるレベル認定見込み者は4,726人いる〔シルバーサービス振興会（2016）〕。

すでに東京都はキャリア段位制度のレベル認定者がいる介護事業者に補助金を出す等、先進的な取組みを行っている〔厚生労働省（2016a）〕。

昨今では介護事業者には人材が集まらないという問題があるため、キャリア段位制度を活用しようという意識が出てきている。

さらに現在、外国人介護人材受入れについて議論されている〔厚生労働省（2016b）〕が、キャリア段位制度は外国人介護人材の評価にも利用できるものとして注目されている。介護福祉士の資格は日本語による試験が必須で難易度が高いとされるが、キャリア段位制度は現場での実践的スキルを評価でき、また「食事」「排泄」「入浴」等の介護場面ごとの評価が可能である。今後は、こうした仕組みを活用することでケアの質を評価し、標準化をすすめることで、外国人の介護人材の活躍も期待される。

こういったケアの質におけるプロセス評価という、国際的にみても、先駆的な試みを積極的に推

進することが専門職レベルの質の評価には求められている。

4 利用者レベルの質評価

利用者レベルの質の評価としては、アクセス、患者の権利、苦情を申し立てる方法についての連絡窓口の利便性を高めること、患者のケア提供者の選択肢を広げること、患者満足度に関する調査を行うこと、といった方法があるが、ここ数年、ケアの品質の向上には、患者とその家族が重要な役割を担うことが認識されるようになってきた〔MISSOC (2009)〕。

サービス利用者は、本人とその家族のケアの経験における満足度を考慮に入れるという利用者中心のアプローチを高く評価し、それはケア品質の指標として世界各国で広がり始めている。こうした意味において、患者のLTCに対する満足度のモニタリングが地域に広がっているスウェーデンはヨーロッパの中ではベンチマークとなっている。

透明性を向上させ、利用者がより良い情報を利用できるようにすることは、患者がLTCの提供者を選択する際に情報に基づいた選択を可能にし、LTCシステムへの利用者の関与を増加させるだろうと指摘されている。

日本においても、このような利用者レベルの質評価については、地域包括ケアシステム構築と、それを推進していく際に、より重要になってくると考えられる。前述したintegrated care (統合ケア) の評価において、サービス利用者の選択肢の幅や満足度を包含して、システムを推進していくことができるかが今後の課題となってくるだろう。

V おわりに

本稿では、LTCの質の評価を取り上げ、国際的な質評価のレベル・視点に関する研究動向を概括し、現時点における取り組みの到達点の把握を行った。国際的なLTCにおける質の考え方、質評価の要素に係わる研究は多いが、ここでの重要な視点はLTCそのものが先進諸国における高齢化の

問題に伴って、医療と介護、福祉のintegrationがすすめられねばならないという認識が高まり、これに必要とされるケア提供体制の変化によって、質の評価の考え方も変化してきているということであろう。

これらは、ヘルスケアシステムのパラダイムシフトにより、近年、重要視されてきているものといえる。国策として、地域包括ケアシステムを推進している日本において、この新たなLTCの質に関する分野にintegrationの評価が注目されていることは、極めて重要な視点といえ、特にケアの調整の評価は興味深い内容である。

諸外国でのintegrationに係る問題とは、特に病院と地域の間であり、欧州では、社会的ケアと、ヘルスケアの間の連続性におけるケアの調整不足が指摘されてきた。より狭義の統合であるヘルスケアの統合の例としては、水平的 (例えば、アセスメントの結果がかかりつけ医から同地域の別のサービス提供者に提供される) にも垂直的 (地域の診療所と医療機関の間) にもケアのプロセスがより上手く統合されることが求められる。

先進諸国が持つケアの質評価の仕組みについては、Niesの4つのレベルを援用し、諸外国の取り組みを整理したが、LTCの特徴として利用者の積極性が重要と指摘されたにもかかわらず、利用者レベルの評価は、ほとんど先行研究がなく、多くの国においても課題とされていることが改めて明らかになった。

今後は社会的サービスとヘルスケアとの統合が前提とされるようになってくるだろう。その場合は利用者に対して、実際にどの程度ケアが統合されるべきなのかという点から統合のレベルを測定することが必要となる。利用者や患者にとって大事なことは、契約の仕組みなどでなく、統合されたサービスにおける彼ら自身の経験を評価できるかという点にある。

また、古典的なケアの質評価の視点としてのDonabedianのストラクチャー・プロセス・アウトカムの評価の視点は健在であるが、直近のトピックとして、QOLの評価について多くの国で取り上げられていることも重要といえよう。

本稿では、ケアの質に関する概念を明確にしてきたが、質を評価、維持するために、ヘルスケアシステムが払わねばならないコストの評価については言及しておらず、この点についてはさらなる検証が必要であり、今後の課題といえよう。特に「規模の経済」や「独占」を促すような経営陣への動機付け等の検証による経済的モデルに関する研究が近年は取り組まれており [Laugesen and France (2014)], こういった領域の研究動向を注視し、提供者側からみた市場シェアに対する動機付けや取引コストのあり方を研究することは重要である。

質を高めるために新しい支払い制度の創設や予算の編成は、統合を促進することになる。しかし、提供者らがこうした新しい動機付けを取り入れるか否かは、彼らの取引コストを最小化する能力、また提供者組織全体への資金分配の決定に左右されるため、最終的に契約と取引コストが十分に解消されるかどうかにかかっているとみえる。今後、日本のLTCの質を考える際にはこの点にも留意すべきであろう。

いずれにしても、地域包括ケアシステムの構築が緒についたばかりとされる昨今において、利用者の経験やコストを踏まえた質の評価の方法論の開発は喫緊の課題といえ、日本の取り組みが国際的な文脈において、どの位置にいるかを冷静に見極めながら、今後も検討を続ける必要がある。

参考文献

岡山市 (2014) 「通所介護サービスにおける質の評価に関する調査研究事業 (平成25年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業)」。

岡山市 (2015) 「通所介護サービスにおける質の評価に関する調査研究事業 (平成26年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業)」。

岡山市 (2016) 「通所介護サービスにおけるアウトカム指標に関する調査研究事業 (平成27年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業)」。

厚生労働省 (2016a) 「東京都介護職員キャリアパス導入促進事業について」, 『第4回介護プロフェッショナルキャリア段位制度の在り方に関する検討会 (2016年1月8日)』。参考資料4] <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000109653.pdf> (2016年3月25日最終確認)

厚生労働省 (2016b) 「外国人介護人材受入れの在り方に関する検討会報告書」, 2016年3月8日 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000115138.html>。

シルバーサービス振興会 (2016) . 「厚生労働省「介護職員資質向上促進事業」介護プロフェッショナルキャリア段位制度ホームページ」 <https://careprofessional.org/careproweb/jsp/> (2016年3月25日最終確認)

Alter, C., & Hage, J. (1993). *Organizations working together* (p.191). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Arah, O.A., Westert, G.P., Hurst J, et al (2006) “Conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators project.” *International Journal for Quality in Health Care* 18, pp. 5-13.

Armitage, G. D., Suter, E., Oelke, N. D., & Adair, C. E. (2009). Health systems integration: state of the evidence. *International Journal of Integrated Care*, 9(2).

Capitman, J., Leutz, W., Bishop, C., and Casler, R. (2005). Long-term care quality: Historical overview and current initiatives. *Waltham, MA: Schneider Institute for Health Policy, Heller School for Social Policy and Management, Brandeis University*.

Castle, N.G. (2008) “Nursing Home Caregiver Staffing Levels and Quality of Care: A Literature Review” *Journal of Applied Gerontology*, Vol. 27, pp. 375-405.

Chichlowska, S. C. (2014) “Evaluating the impact of delivering health and social care to older people in Wales”. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 14.

Clark, L.A. (2007) “Measuring Quality in Long-Term Care: A 360-Degree Approach” *Journal of Health care Quality*, Vol.29, No.6, pp. 25-32.

Francesca, C., Ana, L. N., Jérôme, M., & Frits, T. (2011). *OECD Health Policy Studies Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care: Providing and Paying for Long-Term Care* (Vol. 2011). OECD Publishing.

Donabedian, A (1980) *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, *Ann Arbor MI: Health Administration Press*.

Donabedian, A (1985) *The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: An Illustrated Analysis*. *Ann Arbor, MI: Health Administration Press*.

European Commission. (2005) *Policies Review on preliminary national policy statements on health care and long-term care. Memorandum of the Social Protection Committee*, Brussels, European Commission. Accessed online on 25/ 03/ 2016.

European Commission. (2008) *Long-Term Care in the European Union*.

Fichter, V. and Meier, M. (1981) *Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis*, *Basel: Rocom*.

- Haddad, S., Roberge, D., & Pineault, R. (1997). Comprendre la qualité: en reconnaître la complexité. *RUPTURES-MONTREAL*, 4, 59-78.
- Huber, M., Maucher, M., & Sak, B. (2008). "Study on social and health services of general interest in the European Union". *Vienna/Brussels, European Centre for Social Welfare Policy and Research, ISS, CIRIEC*.
- Kerschen, N., Hajdu, J., Igl, G., Joel, M., Knipscheer K and I Tomes. (2005) "Long-term care for older persons" *In Bulletin Luxembourgeois des questions sociales, 19, Luxembourg: ALOSS*.
- Kohler, P. O., and Wunderlich, G. S. (Eds.). (2001). *Improving the quality of long-term care*. National Academies Press.
- Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., Glinos, I. (2008) "Assuring the quality of healthcare in the European Union" World Health Organisation on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, No 12.
- Leichsenring, K. (2004) "Providing Integrated Health and Social Care for Older People - A European Overview" *In Alaszewski A. and Leichsenring K. eds., Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons - Issues, Problems and Solutions, Aldershot: Ashgate, pp. 9-52*.
- Leichsenring, K. (2010) *Achieving Quality in Long-term Care in Residential Facilities. Peer Review in Social Protection and Social inclusion*.
- Ling, T., Bardsley, M., Adams, J., Lewis, J. and Roland, M. (2010) "Evaluation of UK integrated care pilots: research protocol" *International Journal of Integrated Care, Vol.10*.
- Madörin M. (2007) "Neoliberalismus und die Reorganisation der Care-Ökonomie" *In Denknetz/Réseau de réflexion eds., Jahrbuch/Cahier 2007. Zürich: Edition 8: pp. 141-162*.
- Means, R., Smith, R. (1998) "From poor law to community care: the development of welfare services for elderly people" Bristol: The Policy Press, pp. 1939-1971.
- MISSOC. (2009) *MISSOC Analysis 2009 - Long-term Care, Brussels: MISSOC*.
- Nies, H., Leichsenring, K., Van der Veen, R., Rodrigues, R., Gobet, P., Holdsworth, L., and Hammar, T. (2010) *Quality Management and Quality Assurance in Long-Term Care. European Overview Paper*.
- Ramsey, A. and Fulop, N. (2008) *The Evidence Base for Integrated Care, London: King's Patient Safety and Service Quality Research Centre*.
- Schalock, R. L. (2001) *Outcome-Based Evaluation., New York: Kluwer Academic/Plenum Publications*.
- Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of intellectual disability research, 48* (3), pp.203-216.
- Shaw, S. and Levenson, R. (2011) *Towards Integrated Care in Trafford. London: Nuffield Trust*.
- Shortell, SM., Gillies, RR., Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. (1996) "Remaking health care in America: building organized delivery systems". San Francisco: Jossey-Bass.
- Sorenson, C. (2007) "Quality measurement and assurance of long-term care for older people." *Euro Observer, Vol.9, No2, pp.1-8*.
- Stein, KV. and Reider A. (2009) "Integrated care at the crossroads—defining the way forward" *International Journal of Integrated Care Vol.9, pp.1-7*.
- Strandberg-Larsen, M. and Krasnik, A. (2009) "Measurement of integrated delivery: a systematic review of methods and future research directions" *International Journal of Integrated Care, vol.8, pp.1-10*.
- Strandberg-Larsen, M. (2011) "Measuring integrated care". *Dan Med Bull, 58* (2), B4245.
- Vrijhoef, B. (2010) *Measuring the Impact of Integrated Care. London, Nuffield Trust seminar, 26 March*.
- Wagner, L. M., McDonald, S. M., & Castle, N. G. (2012). Joint Commission accreditation and quality measures in US nursing homes. *Policy, Politics, & Nursing Practice, 13* (1), 8-16.
- WHO. (2003) *Lessons for LTC Policies. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH7CCL_02.1.pdf* (2016年3月25日最終確認)

(つづい・たかこ)

Quality assessment of care: Current achievements in an international context and the future direction of Japan

Takako TSUTSUI*

Abstract

In recent years, Long Term Care (LTC) has been firmly recognized as services to be included in the field of social security along with medicine and welfare. Many countries have therefore been introducing new social security systems regarding LTC. Meanwhile, the quality of care in LTC is becoming an increasingly important issue to discuss.

In this article, we clarify the definition and characteristics of quality of LTC from an international point of view and summarize the trends of studies regarding levels and viewpoints of quality assessments. Our aim is to obtain suggestions for the future direction of Japan by understanding the current achievements of international initiatives addressing quality assessments in LTC.

We found in our investigation that many countries consider LTC function as part of an integration of medicine, care and welfare by reflecting the problems of ageing in many developed countries. At the same time, our findings show that assessment methods for care coordination and quality of integration as a systematic methodology are still not fully developed.

Although in the past it was felt that active user involvement plays an important role in the quality assessments of care in developed countries, we argue that this notion is found to be uncertain and may cause problems in many countries because of the scarcity of studies regarding this issue.

Keywords : quality assessment and assurance, LTC, integration, quality assessment approach, quality assessment level

* Professor, University of Hyogo