

研究資料

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——

澤田 如 近藤 克則

## 研究資料

## 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——

澤田 如<sup>1)</sup> 近藤 克則<sup>2)</sup>

本稿では、高齢者施設のケアの質確保・向上策を探ることを目的に、米国のナーシングホームにおけるケアの質向上のための取り組みを検討した。

米国の取り組み・システムは、① 連邦、② 州、③ ナーシングホームレベルが個別にケアの質向上を図るだけでなく、3つのレベルを有機的にリンクさせ、マネジメントサイクルを描きながらケアの質向上を目指す総合的・継続的・相補的ケアの質向上システムである。

それに比べるとわが国の取り組みは、個別的・要素的であり、改善の余地は大きい。ケアの質確保・向上には、① 総合的・継続的・相補的システムの構築、② 要介護認定データを用いた量的・客観的ケアの質指標による多施設間比較を可能にすること、③ アウトカム評価方法の確立などが重要であることが示唆された。

キーワード：ケアの質、米国、ナーシングホーム、マネジメント、施設ケア、臨床指標

## 1. はじめに

2006年4月に介護保険制度が改正された。その制度改革の中で、高齢者介護研究会（厚生省老健局長の私的研究会）は、報告書「2015年の高齢者介護」において、わが国が早急に取り組むべき高齢者介護の最重要課題の1つとして「サービス品質の確保と向上」を指摘した<sup>1)</sup>。

高齢化が進む他の先進諸国でも同様に、ケアの質が論議の焦点の1つとなっている<sup>2)</sup>。米国のナーシングホームは一時期、そのケアの質の低さが社会問題化した反動もあり、ケアの質向上に向けた様々な取り組みがおこなっている。それらは、メダイケア（老人・障害者医療保険制度）、メダイケアD（低所得者医療扶助保険制度）指定を受ける17,000ヶ所以上、全体の98%のナーシング

ホーム<sup>3)</sup>を対象にしており、① Minimum Data Set(ケアアセスメント表：以下、MDS)を用いた入所者の定期的アセスメント<sup>4)</sup>、② 24項目の客観的評価指標の Quality Indicators(以下、QI)<sup>5,6)</sup>、③ 一般公開するために開発された15項目の客観的なケアの質評価指標である Quality Measures(以下、QM)<sup>7)</sup>、④ 行政監査(以下、監査)<sup>8)</sup>、⑤ QMや監査結果をインターネットを通じて一般公開する Nursing Home Compare(以下、NHC)<sup>9)</sup>、⑥ ナーシングホーム内に設けられている様々な個別事例レビューシステム、などが含まれる。小論で紹介するように、これらの取り組みは一連の流れの中で働くようデザインされた相補的・総合的・継続的なシステムである。

一方、わが国においても介護保険制度導入以来、介護保険施設におけるケアの質に関心が寄せられ、「介護サービス情報の公表」などの取り組みがなされている。しかし、米国のナーシングホーム

<sup>1)</sup> 日本福祉科大学院

<sup>2)</sup> 日本福祉大学

もう1つは25セクションから成る入所時用, 1年後用, 審察時用である。MDSの改訂は頻繁におこなわれている。最近では2005年5月に「インソルエンザと肺炎球菌ワクチン」項目が新たに加えられた<sup>29)</sup>。また同時に, MDS 3.0 版の開発も進んでおり, 近い将来, MDS 2.0 版に取って代わる予定になっている<sup>29)</sup>。

MDSを用いた評価は, 異なる専門性を持つ複数の職種スタッフで構成される多職種チーム (Interdisciplinary Team) と呼ばれるメンバーにより実施される<sup>30)</sup>。一般的に多職種チームは, MDSコーディネーター (MDSの責任者。多くの場合, 看護師免許を有する職員) と, ソーシャルサービス部の職員, アクティビティ一部 (おが国でいうレクリエーション部) の職員, 栄養士で構成されている。これらのメンバーは, それぞれ異なったセクションを担当している。MDSの大半を記入するのはMDSコーディネーターで, 誤記や記入漏れがないかなど最終確認をおこなう義務もある。ソーシャルサービス部の職員は「気分と行動」と「心理面と対人関係」セクション, アクティビティ一部の職員は「活動パターン」セクション, 栄養士は「口腔衛生, 栄養状態」と「口腔, 歯の状態」セクションを担当していることが多い。

MDS利用の最大の利点は, 入所者の2時点間の変化 (新たな痛みの発生) などの問題領域を個人レベルで特定・評価できるように開発されてい

ることである<sup>29)</sup>。明確になった問題領域はケアプランに反映することが可能となり, 随時, 入所者のニーズにあったケアを提供できる。

### C. Quality Indicators (QI)

QIとは, ケアの質を客観的に評価する24項目の指標群 (表1) であり<sup>31)</sup>, MDSデータから算出される。上述したように, ナーシングホームはCMSへMDSの結果を定期的に提出する義務がある。QIは, ナーシングホームの監査時に活用できる情報を監査官に提供する目的で開発された<sup>29)</sup>。さらに, 自施設の質を管理するためにも使えるようにナーシングホームヘンダーボードバックされている<sup>29)</sup>。ナーシングホームは, その情報を必要に応じていつでもインターネットからダウンロードできる。

QIには3つの特徴がある<sup>31)</sup>。第1は, ケアのプロセス (入所者の状態に対処するための行為や配置) とアウトカム (プロセスから導き出される結果) の両面を評価できる点である。プロセスを評価するQIには「坑不安剤・眠剤を服用」, アウトカムには「新たな骨折」, 両面を評価するQIには「頻繁に尿・便秘するが, 排泄計画を受けていない」などがある。

第2は, 入所者のある状態 (けが・疾患) が, MDS実施時点において「ある」または「なし」を示し, 2時点間・入所者間比較ができる点である。具体的

表1 Quality Indicators (QI) 24項目

1	新たに骨折した入所者の割合	13	体重減少が著しい入所者の割合
2	転倒事故の発生の割合	14	経管栄養チューブをしている入所者の割合
3	他人に影響する問題行動がある入所者の割合	15	脱水症がある入所者の割合
4	うつ症状がある入所者の割合	16	就床している入所者の割合
5	うつ症状があるが, 治療を受けてない入所者の割合	17	ADLの低下がみられる入所者の割合
6	9剤以上の薬を服用している入所者の割合	18	間接可動域訓練が低下している入所者の割合
7	認知障害がある入所者の割合	19	精神疾患や関連症状はないが, 向精神薬を服用する入所者の割合
8	尿・便秘がある入所者の割合	20	抗不安剤・睡眠薬を服用している入所者の割合
9	頻繁に尿・便秘するが, 排泄計画を受けていない入所者の割合	21	睡眠薬を週2回以上服用している入所者の割合
10	留置カテーテルをしている入所者の割合	22	日常的に身体拘束を受けている入所者の割合
11	便塞栓がある入所者の割合 (fecal impaction)	23	アクティビティに参加しない入所者の割合
12	尿路感染がある入所者の割合	24	褥瘡がある入所者の割合

\* Zimmerman D.R., Karon S.L., Arling G., et al., Development and testing of nursing home quality indicators. Health Care Financing Review, 16(4), 107-27, 1995 より引用。

が導入しているシステムと比較すると、わが国の取り組みは未だ部分的・要素的である<sup>10)</sup>。

両国には、制度に大きな違いがあるが、ケアの質向上という共通課題に限定すれば、米国のシステムは、わが国における高齢者施設のケアの質確保・向上策を探る参考になる。しかし、これらのシステムの一部を紹介したものはあるものの<sup>6,11,12)</sup>、その全体像や要素の絡み合いを紹介したものは乏しい。そこで、本稿では、上述の様々なシステムの全体像を紹介する。まず、米国のナーシングホームに導入されるきっかけとなった Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987 (1987年総括的予算調停法：以下、OBRA '87)と、ケアの質向上のために開発されたツールである MDS, QI, QM, NHC の概要、そしてこれらのツールが構成する3つのケアの質マネジメントサイクル・絡み合いを紹介した後、わが国への示唆について考察する。

用いた資料は、ケアの質に関する文献・インターネット上の公式資料、および筆者の1人(澤田)が米国・カリフォルニア州のナーシングホームでソーシヤルサービス部マネジャーとして5年にわたり従事した中で得た情報である。

## II. 米国のナーシングホームにおけるケアの質向上に向けた取り組み

### A. Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987 に至る背景

1970年代～1980年代にかけて米国のナーシングホームでは、入所者の火災や食中毒による死亡<sup>13)</sup>、虐待<sup>14,15)</sup>など、ケアの質の低さが社会問題化していた。この事態を重く受け止めた連邦議会は、1983年に Institute of Medicine (IOM, 米国科学アカデミー)によって設立された医療研究機関)にナーシングホームの調査と改善方法の提示を依頼した<sup>13,16-18)</sup>。1986年、IOMは、多くのナーシングホームの入所者に提供されているケアの質は低く、虐待やネグレクトにより不必要な恐怖を感じていること、1965年のメディケア、メディケイド施行以来、ナーシングホームに入所する入所者数が増加、報酬支払指定のナーシングホーム数も全

体の6割以上を占めている<sup>19)</sup>こと、このように公的財源によって提供されているナーシングホームのケアの質改善は連邦の責任であることを示した。さらに、ナーシングホームに対して連邦が監視力を強化する50以上の改善方法を提案した<sup>13,15,16)</sup>。

1987年、連邦議会主導の下、ナーシングホーム改革法を含む OBRA '87 が可決され、1990年10月に施行された<sup>19)</sup>。米国のすべてのナーシングホームを監視する組織として連邦政府内に HCFA (Health Care Financing Administration; 現 Centers of Medicare and Medicaid Services: 以下、CMS) が設立された。この一連の取り組みはナーシングホームにおけるケアの質向上に貢献したと言われている<sup>13,20)</sup>。

### B. Minimum Data Set (MDS)

OBRA '87 施行により連邦はナーシングホームに MDS を用いた入所者の定期的アセスメント<sup>21)</sup>を義務付け、1996年1月より MDS 2.0 版を用いるよう指示した<sup>21)</sup>。1998年6月からナーシングホームは、MDS によるアセスメント結果を報酬支払い側である CMS (各州に設置されている MDS のデータベース)へ電子ファイルで提出し、それを基に RUG-III (Resource Utilization Groups Version III: ケアに必要な資源使用量によるグループ)に分けられ、それに応じた報酬を受けている<sup>22)</sup>。

MDS とは、身体的・医学的状态や認知能力、心理的・社会的状況など入所者に関する様々な情報を含んだアセスメントツールである<sup>23)</sup>。米国のナーシングホームには、わが国の特別養護老人ホームにあたる一般のナーシングホームと医療機能を備えている Skilled Nursing Facility (以下、SNF: 連続して3日以上急性期医療施設に入院後、メデイケアによりハリハビリが受けられる)がある。SNF 入所者の場合、MDS は5日目、14日目、30日目、60日目、90日目など、定められた時期での実施が義務づけられている<sup>22,24)</sup>。

2006年7月現在、米国のナーシングホームで使用されている MDS は2種類ある。1つは15セッションから構成される3ヶ月毎の評価用であり、

には、「入所者 A さんは、前回の MDS 実施時点では転倒事故はなかったが、今回の MDS 実施時点ではあった」や「入所者 B さんは転倒したが、C さんは転倒していない」といったようである。

第 3 は、入所者のある状態の有病率と罹患率をパーセントイル値を用いて、自施設が同州内にあるすべてのナーシングホーム全体の中で位置するレベルを表わす点である。たとえば、日常的に身体拘束を受けている入所者の割合が 90パーセントイルであったとすると、全ナーシングホーム中、拘束が多い方から 10% 以内に位置することを意味し、他のナーシングホームと比較してケアの質が低い可能性があると判断できる。

ナーシングホームはこれらの情報を 2 種類のレポートとして必要時にインタネットからダウンロードできる。そのレポートとは、「入所者レベル QI レポート」と「施設レベル QI レポート」である<sup>5)</sup>。

「入所者レベル QI レポート」は、それぞれの入所者ごとにある状態の「ある」「なし」を、マトリックス表（縦の行に入所者名、横の列に QI を記記。トリガーされた領域をチェックマークで表示）を用いて示す。マトリックス表を用いることによりひと目で、どの入所者が、どの QI で評価されたケアの質に問題がありうるかとされたのか把握できる。

「施設レベル QI レポート」は、ナーシングホーム毎の QI 結果を示す。QI 結果ごとに州の平均値も示され、そのナーシングホームが全ナーシングホーム中、どの位置にランクするかがわかる。90パーセントイル以上の値がでた QI の横には、小さな旗マークが表示される。これにより、パーセントイル値についてあまり知識がないものでも、施設として問題があり、検討が必要な領域が容易に確認できるように工夫されている。

QI 算出時には、他の入所者や施設との比較を適切におこなうため 2 つの手法を用いてリスク調整がされている<sup>6)</sup>。その 1 つが除外である。入所後間もない入所者と末期状態にある入所者を、分析対象から除外してから QI を算出する方法である<sup>10)</sup>。

2 つ目のリスク調整は層別化である<sup>2)</sup>。層別化

とは、リスクの程度に応じて入所者をハイリスク群とローリスク群に分類することである。たとえば、認知障害やアルツハイマー症がある入所者は、そうでない入所者より、問題行動を起こすリスクが高い。このようなハイリスク入所者は、「他人に影響する問題行動がある入所者」QI ではハイリスク群に分類される。もう 1 例あげれば、褥瘡になる可能性が低いローリスク者と褥瘡になる可能性が高いハイリスク者に層別化されている。Arling ら<sup>2)</sup>によると、層別化は入所者に提供されるケアの質に関する問題を検討する際に役立つという。

このように、QI はリスク調整をおこなわないが、2 時点間・入所者間・施設間比較を用いて、どの入所者の、どの領域が、改善に向けた検討を必要とするか、さらに努力の結果、改善が見られたかを明示する。そのため、自施設レベルの把握やケアプランを見直す個別事例ケアカンファレンスなど、いろいろな場面で QI は活用されている。

#### D. Quality Measures (QM)

QM とは、QI と同様にナーシングホームのケアの質を客観的に評価するための指標分群（表 2）で、CMS によって MDS データから算出されている<sup>9)</sup>。2002 年 11 月から CMS が開設する Nursing Home Compare（後述）というウェブサイトで一般公開するために開発された。QI のパーセントイル値より理解しやすいパーセント値で表されている。

開発当初は 10 項目であったが、2003 年に the National Quality Forum（消費・事業・研究者などが参加する NPO 団体）の提言を受けて項目を拡大している<sup>20)</sup>。2004 年 1 月より 3 項目の短期ケア指標と 1 項目の長期ケア指標を追加した。2004 年 11 月からは体重減少指標を、2006 年 10 月からは長・短期共通項目としてインフルエンザおよび肺炎球菌ワクチンの予防接種の 2 指標（計 4 指標）を加えた。2006 年 10 月現在、QM には 14 項目の長期ケア用と 5 項目の短期ケア用の合計 19 項目がある<sup>7)</sup>。

長期ケアと短期ケアの 2 種類に分類されているのは、米国のナーシングホームでは SNF でリハビリを受ける短期入所（平均入所日数は 30 日以

表2 Quality Measures (QM) 19項目

長期ケア QM	短期ケア QM
1 イソフルエンザ流行時期に、予防接種を受けた長期入所者の割合	15 イソフルエンザ流行時期に、予防接種を受けた短期入所者の割合
2 5年以内に肺炎球菌予防接種を受けた長期入所者の割合	16 5年以内に肺炎球菌予防接種を受けた短期入所者の割合
3 日常生活上の援助が増加した割合	17 せん妄がある短期入所者の割合
4 中程度から重度の痛みがある入所者の割合	18 中程度から重度の痛みがある短期入所者の割合
5 褥瘡のハイリスク者で褥瘡がある入所者の割合	19 褥瘡がある短期入所者の割合
6 褥瘡のローリスク者で褥瘡がある入所者の割合	
7 身体的拘束を受けている入所者の割合	
8 うつまたは不安状態が悪化した入所者の割合	
9 失禁のローリスク者で失禁のある入所者の割合	
10 留置カテーテルをしている入所者の割合	
11 多くの時間をベッドや椅子で過ごす入所者の割合	
12 移動能力が低下した入所者の割合	
13 尿路感染がある入所者	
14 体重減少が著しい入所者の割合	

\* Centers of Medicare & Medicaid Services : Quality Measures ([http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityInits/10\\_NHQIQualityMeasures.asp](http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityInits/10_NHQIQualityMeasures.asp)) より引用。2006年10月現在。

下<sup>29)</sup>と、一般ナーシングホームでの長期入所の2種類があるためである。長期ケアQMは、3ヶ月毎のMDSデータから算出される。一方の短期QMは、SNFに入所後14日目に実施されるMDSから算出される<sup>30)</sup>。

QM算出には、QI同様、リスク調整が行われる。両指標に共通するリスク調整は、除外と置別化である。入所者の中にはナーシングホームが提供するケアの質に関係なく、もともとあった疾患などによりあるQMにトリガーされる可能性がある。そのため、ナーシングホームが提供するケアの質には関係ないが、アウトカムに関係するリスク要因(入所者の特性)を調整変数として、ロジスティック回帰分析によるリスク調整をしている<sup>31)</sup>。ロジスティック回帰分析がおこなわれる項目は、①痛みがある入所者の割合、②移動能力が低下した入所者の割合、③留置カテーテルをしている入所者の割合、④せん妄があるショートステイ入所者の割合、⑤褥瘡があるショートステイ入所者の割合の5つである<sup>32)</sup>。

#### E. Nursing Home Compare (NHC)

NHCとは、CMSが1999年よりメディアケアの

ウェブサイトに内に設けたナーシングホーム間比較サイト(<http://www.medicare.gov/NHCompare/Home.asp>)である<sup>33)</sup>。ナーシングホームのケアの質向上と市民がナーシングホームを選択する際に利用できる基礎情報として活用され<sup>34)</sup>、1ヶ月当り約10万件のアクセスがある<sup>35)</sup>。2006年10月現在、このサイトでは、以下のナーシングホーム情報などを提供している<sup>36)</sup>。

- ナーシングホーム概要：施設名、所在地、電話番号、メディアケア、メディアケア卜指定状況、定員数、所有形態(営利・非営利など)、病院の併設状況、入所者・家族会の開設状況。

- QM結果：リスク調整をおこなったケアの質評価指標19項目の結果を公開。QMは、市民がより良いナーシングホームを選択するために必要な基礎資料となる。

- 監査結果：監査中に明らかになった結果—入所者に影響があった各指摘事項として、分野(ケアの質、アクセスメント、環境など)別に、被害者の多さ(3段階：少数・多少・多数)、被害度(最小被害～直接危害の4段階)の指標が公開されている。

- 防火検査結果：2006年10月、NHCへ加えら

第3は、MDS→レビューシステム→入所者を循環するサイクルである。ナーシングホームはMDSを用いて入所者アセスメントをおこなった後、自施設内で構築している多種のレビュー（事例検討）システムで、1人ひとりのニーズにあつたケアプランを作成・実行・見直しをおこなっている。

MDSのアセスメント結果は、ナーシングホームへ支払われる入所者ごとの報酬額を決定する資料にもなる<sup>35)</sup>。たとえば、褥瘡のある入所者は、そうでない者と比べるとケアの必要度は高い。よつてナーシングホームへの報酬額は、褥瘡のある入所者の方が、そうでない者より高くなる。そのため、褥瘡のない入所者をあたかも褥瘡があるかのように偽って評価し、報酬額を多くしようと(up-coding)することがありうる。しかしその場合、QI・QMの「褥瘡」がある入所者の割合が高くなり、ナーシングホームのケアの質評価は低くなってしまう。つまり、up-coding防止に役立っている。このように、これらのツールは相補的かつ継続的に機能している。

### III. 考 察

OBRA '87以降の一連の取り組みによって米国のナーシングホームにおけるケアの質は向上したと考えられる。たとえば、身体拘束を受ける入所者の割合が2002年の9.7%から2004年には7%に減少したり<sup>36)</sup>、ADL低下や急性期医療施設への転院となったケースが減少していると報告されている<sup>12)</sup>。また、筆者の1人(澤田)が従事していたカリフォルニア州では、体重減少が著しい入所者の割合が2003年の10%から2005年には7%へと減少し、身体拘束を受けている入所者と1日中またはほとんどの時間をベッドで過ごしている入所者の割合も同様に減少傾向にあることが報告されている<sup>37,38)</sup>。さらに、ナーシングホームの職員たちも、評価システムがケアの質の向上に寄与していると評価している<sup>39)</sup>。そのことを考えると、わが国でも求められているケアの質の向上に向けて米国のシステムから学ぶべき点がある。

ただし、日米の医療・介護制度の違いは大きい。

たとえば、わが国では施設入所待機者が多く<sup>40)</sup>、施設選択が事実上できず、施設間で費用が同じであるのに対し、米国では空床があり、自己負担額も多いため、利用者が施設を選択する意欲・必要性が高い。そのことに留意は必要ではあるが、米国の質改善・向上に向けた取り組みとシステムから引き出せるわが国への示唆は少なくとも3つあると考えられる。

第1は、ケアの質評価をマネジメントシステムの中に位置づけることの重要性である。米国の取り組み・システムは、評価が評価のためでなく、ケアの質向上のためのサイクルの中に位置づけられている。また、連邦・州・ナーシングホームレベルを有機的にリンクさせたケアの質向上を目指す総合的・継続的・相補的ケアの質向上・改善システムであると言える。それに比べるとわが国の取り組みは、個別的・要素的であり、システム化されているとは言いがたく、改善の余地は大きいと思われる。今後、わが国においてもケアの質を向上・改善する上で、国、自治体、施設レベルの取り組みを総合的・継続的・相補的にリンクさせるシステムの構築が望まれる。

第2は、量的・客観的指標による多施設間比較を可能性にすることである。米国の経験からすれば、①定期的な評価、②データの提出義務、③ケアの質評価に適したアセスメント項目、④信頼性と妥当性のある指標群などの条件があれば、量的かつ客観的な評価指標による、多施設間での比較が可能となることがわかる。わが国では量的・客観的評価指標による多施設間比較がおこなえていない。その理由として、入所者アセスメントが必ずしも実施されていない<sup>40)</sup>ことが挙げられる。しかし、わが国には要介護認定がある。米国のMDSに比べ項目数が少なく、年単位で実施などの制約があるが、これをうまく改善・活用すれば、要介護度認定だけでなく、量的・客観的なケアの質評価指標による多施設間比較の情報源になりうると思われる。

第3は、アウトカム評価の重要性である。医療分野における質の評価では Donabedian<sup>41)</sup>の3要素(ストラクチャー(構造)、プロセス(過程)、アウトカム(結果))が有名である。わが国の質の評

れた新たな項目で、ナーシングホームに設置されているスプリングラターの種類、想定される被害者の多さ(3段階:少数・多少・多数)、被害度(最小被害～直接危害の4段階)指標がある。

- スタッフ情報: 入所者1人に、看護・介護スタッフが費やす1日の時間数。

これらナーシングホームに関する情報はウェブサイトで、州・郡・市、または郵便番号、施設名などから容易に検索できる。NHCは、QMや監査結果、看護・介護スタッフが費やす1日の時間数など、すべてに州・全米平均値を掲載している。つまり、1ナーシングホームの情報を提供するだけでなく、全米中のナーシングホーム間で比較できることになる。入所者やその家族はナーシングホームの概要とケアの質を確認することや個人のニーズにあった入所先を選択できる仕組みになっている<sup>31)</sup>。

ナーシングホームにとってNHCに望ましくないQM結果が公開されることは、利用者に悪いイメージを与えかねない。そのことが質のチェック圧力として作用することで、施設のケアの質向上に向けた努力を促していると考えられる。医療・介護分野における情報公開は、利用者がより質の

高い医療・介護施設を利用することに繋がりが、その分野での競争を促進するとされている<sup>32,33)</sup>。

### F. ケアの質マネジメントシステムの全体像

米国のナーシングホームに導入されている上述のツール群は、大きく分けて3つのケアの質マネジメントシステムを構成し、相互補完的に機能するシステムになっている(図1)。

第1は、MDS → QM → NHC → 一般市民 → ナーシングホームを循環するサイクルである。まず、ナーシングホームは定期的にMDSを実施し、そのデータはQMへと加工され、NHCで一般公開される。一般市民はその情報を基に、質の高いまたは個人のニーズにあったナーシングホームを選択することが可能となる。また、消費者によるケアの質のモニターとしても機能している。

第2は、MDS → QI → 監査 → ナーシングホームを循環するサイクルである。MDSからQIが算出される。その情報は最低15ヶ月の間に1度の割合で実施されるナーシングホームの監査<sup>34)</sup>の際に、どの入所者の、どの分野(看護部、環境、食事など)に焦点をあて監査するかを判断する材料として使用される。ナーシングホームは、監査官に指摘された問題領域の改善に取り組む。

\*\*\* 3つのケアの質マネジメントサイクル \*\*\*

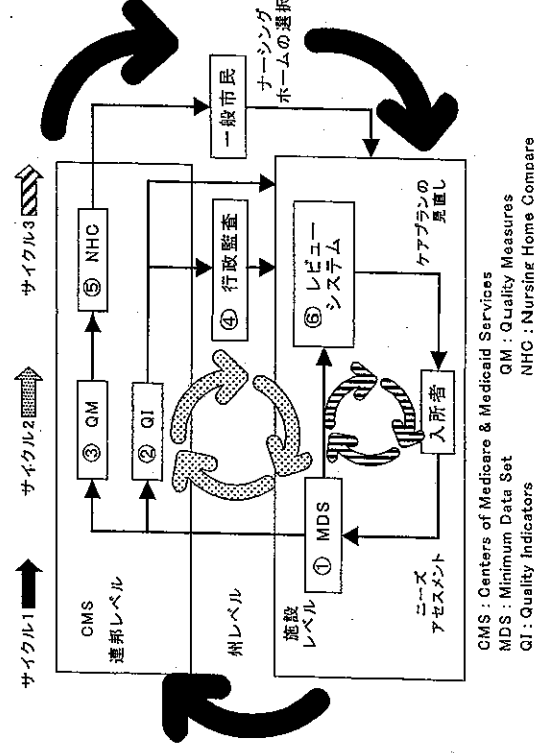


図1 米国におけるケアの質向上マネジメントシステムの全体像



価では、ストラクチャーやプロセス評価が中心で、アウトカム評価が課題とされている<sup>42)</sup>。一方、米国の QI・QM 指標ではすでにアウトカム評価に踏み込んでいます。数値(パーセンタイル・パーセンテージなど)を活用してのアウトカム評価は、改善をとらえる上で有用であり<sup>43)</sup>、さらに、自施設における目標設定が可能となることによつて、ケアの質の向上に対する施設側のモチベーションを高めるツールとしても有用と考えられる<sup>44)</sup>。わが国における質の評価方法としてアウトカム評価の確立が望まれる。

#### IV. まとめ

わが国における高齢者施設のケアの質確保・向上策を探ることを目的に、米国のナーシングホームにおけるいくつかの取り組みと、それらによつて築かれている3つのマネジメントサイクルを紹介した。

両国の医療・介護制度は大きく異なるが、米国の取り組みから、わが国におけるケアの質確保・向上には、①総合的・継続的・相補的システムの構築、②要介護認定データを用いた量的・客観的ケアの質指標による多施設間比較の可能性、③アウトカム評価方法の確立などが重要であることが示唆された。

#### 謝 辞

本研究は、21世紀COEプログラム(日本福祉大学)若手研究者育成のための研究助成を受けた研究である。

#### 文 献

- 1) 高齢介護研究会, 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, <http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/vAdmPBigcategory/20/217B568F6C4A32F149256D55002AF896?OpenDocument>, cited 2007 May 31
- 2) OECD, Long-Term Care for Older People - The OECD Health Project, [http://www.oecd.org/document/50/0,2340,en\\_2649\\_201185\\_35195570\\_1\\_1\\_1\\_00.html](http://www.oecd.org/document/50/0,2340,en_2649_201185_35195570_1_1_1_00.html), cited 2006 August 9

- 3) Jones A, The National Nursing Home Survey: 1999 summary, Vital and Health Statistics 13, (152), 1-116, 2002
- 4) Morris JN, Murphy K, 池上直己訳, MDS2.1—施設ケアアセスメントマニュアル改訂版, 医学書院(東京), 2005
- 5) Zimmerman DR, Karon SL, Arling G, et al, Development and testing of nursing home quality indicators, Health Care Financing Review, 16(4), 107-27, 1995
- 6) 池上直己, 山田ゆかり, 介護サービスの質の評価, 訪問看護と介護, 5(10), 798-803, 2000
- 7) NHQI, Quality Measures Resource Manual, Version 5.0, <http://www.medqic.org/dcs/ContentServer?pagename=Medqic/MQPage/Homepage>, cited 2006 June 22
- 8) Grimaldi PL, Micheletti JA, Shihala TJ, et al, Nursing homes must meet new requirements, Health Progress, 69(2), 60-4, 107, 1988
- 9) Harrington C, Collier E, O'Meara J, et al, Federal and state nursing facility websites: just what the consumer needs?, American Journal of Medical Quality, 18(1), 21-37, 2003
- 10) 近藤克則, 山田ゆかり, 山本美智子, 介護保険施設のサービスの質の向上に関する調査研究 介護保険施設におけるケアの質評価指標に関する調査報告書 (医療経済研究機構), 1-179, 2005
- 11) 斎藤義彦, アメリカおきざりにされる高齢者福祉 貧困・虐待・安楽死, ミネルヴァ書房(京都), 2004
- 12) 伊原和人, 第3章 アメリカの高齢者介護, 新版アメリカ社会保障の光と陰—マネジドケアから介護とNPOまで(住居匠士), 大学教育出版(岡山), 211-312, 2004
- 13) Emerzian AD, Stamp T, Nursing home reform: Its legislative history and economic impact upon nursing homes, Benefits Quarterly, 9(1), 19-28, 1993
- 14) Walshe K, Regulating U.S. nursing homes: Are we learning from experience?, Health Affairs (Millwood), 20(6), 128-44, 2001
- 15) Institute of Medicine, Improving the Quality of Care in Nursing Homes, National Academy Press (Washington, DC), 1986
- 16) Hughes CM, Lapane KL, Mor V, Impact of legislation on nursing home care in the United States: Lessons for the United Kingdom, BMJ, 319(7216), 1060-2, 1999
- 17) Vaca KJ, Vaca BL, Daake CJ, Review of nursing home regulations, Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses, 7(3), 165-71, 1998
- 18) 翠川純子, アメリカにおけるナーシング・ホーム改革—入所者アセスメントの導入と支払い方式への応用, 海外社会保障研究, 97, 40-49, 1991
- 19) Marek KD, Rantz MJ, Fagin CM, et al, OBRA '87: Has it resulted in better quality of care?, Journal of Gerontological Nursing, 22(10), 28-

- 36, 1996
- 20) 伊原和人, 和田康紀, 米国における介護サービスの質の確保②—第三者評価機関による評価アプローチを中心として, 週刊社会保険, 52(2005), 48-51, 1998
- 21) Karon SL, Zimmerman DR. Using indicators to structure quality improvement initiatives in long-term care, *Quality Management Health Care*, 4(3), 54-66, 1996
- 22) HCPro, MDS 2.0 RAI User's Manual 2003 Revision 1st Edition, ed. C. Hannan, HCPro Inc. (Marblehead), 2003
- 23) Arling G, Karon SL, Sainfort F, et al, Risk adjustment of nursing home quality indicators, *Gerontologist*, 37(6), 757-66, 1997
- 24) HCPro, MDS 2.0 RAI User's Manual 2006 Edition, ed. E. Petersen, HCPro (Marblehead), 2006
- 25) Centers of Medicare and Medicaid Services, MDS 3.0 Update, <http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityIntts/downloads/MDS30MDS30Update.pdf>, cited 2006 August 9
- 26) Elton R, Pawlson LG, The impact of OBRA on medical practice within nursing facilities, *Journal of American Geriatrics Society*, 40(9), 958-63, 1992
- 27) Castle NG, Nursing home administrators' opinions of the nursing home compare web site, *Gerontologist*, 45(3), 299-308, 2005
- 28) Centers of Medicare and Medicaid Services, Quality Measures, [http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityIntts/10\\_NHQIQualityMeasures.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityIntts/10_NHQIQualityMeasures.asp#TopOfPage), cited 2006 November, 18
- 29) Simon S, LaBelle S, Littlehale S, Measuring quality with QMs, *Provider*, 29(2), 37-40, 43, 2003
- 30) Grimaldi PL, Medicare's Compare databases with a long-term care mission, *Healthcare Financial Management*, 58(10), 66-70, 2004
- 31) Fernazin M, Canady MO, Milimine P, et al, Home Health Compare: Web site offers critical information to consumers and professionals, *Home Healthcare Nurse*, 22(6), 408-16, 2004
- 32) Schneider EC, Epstein AM, Use of public performance reports: A survey of patients undergoing cardiac surgery, *JAMA*, 279(20), 1638-42, 1998
- 33) Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, et al, The public release of performance data: What do we expect to gain? A review of the evidence, *JAMA*, 283(14), 1666-74, 2000
- 34) Castle NG, Providing outcomes information to nursing homes: Can it improve quality of care?, *Gerontologist*, 43(4), 483-92, 2003
- 35) 池上直己, 質の評価, *Modern Physician*, 20(5), 645-648, 2000
- 36) Department of Health & Human Services, Nursing Home Care improving in Many Areas New CMS Data show, New Steps Initiated, <http://www.hhs.gov/news/press/2004pres/20041222.html>, cited 2006 December 1
- 37) Harrington C, O'Meara J, Nursing homes: A system in crisis, <http://www.chcf.org/topics/view.cfm?itemID=103247>, cited 2005 July 14
- 38) Harrington C, O'Meara J, California's fragile nursing home industry 2005, <http://www.chcf.org/documents/hospitals/FragileNursingHomeIndustrySnapshot2005.pdf>, cited 2006 July 14
- 39) 伊藤美智子, 近藤克則, アメリカのナーシングホームにおけるケアの質やネジメントシステムの現状を評価—現場スタッフらへのヒアリング調査をもとに—, *社会福祉学*, 48(1), 153-165, 2007
- 40) 山田ゆかり, 池上直己, MDS-QI (Minimum Data Set-Quality Indicators) による質の評価—介護保険施設における施行, *病院管理*, 41(4), 277-287, 2004
- 41) Donabedian A, The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, *Health Administration Press*, 1980
- 42) 筒井孝子, 介護サービス論—ケアの標準化と家族介護のゆくえ, 有斐閣(東京), 2001
- 43) Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HW, Evaluation: A systematic approach, 7th ed, Sage Publications Inc. (Thousand Oaks), 2004
- (平成19.2.21受付, 平成19.5.29採用)
- 連絡先: 〒460-0012 名古屋市中区千代田5-22-35  
日本福祉大学大学院  
澤田 如  
E-mail: dh060023@n-fukushi.ac.jp