

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

——行政監査と施設レベルの取組みに焦点をあてて——

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

——行政監査と施設レベルの取組みに焦点をあてて——

澤田 如¹⁾ 近藤 克則²⁾

近年、わが国の高齢者介護施設において注目されているケアの質の確保・向上策を探ることを目的に、米国の州政府によるナーシングホームの行政監査とナーシングホーム内部におけるレビューシステムを検討した。

その結果、行政監査は、国レベルによる法整備や客観的ケアの質評価指標の導入などによって合理的に実施されていること、多くのナーシングホームでは、ケアの質の向上に向けた個人別・課題領域別のレビューシステムやコンサルテーションを導入していることが明らかになった。

わが国におけるケアの質確保・向上には、① 国レベルによる環境作りに加え、② 行政による指導・監査方法の検討、③ 各施設内での個人別・課題領域別のレビューシステムやケアの質マネジメントの強化など、国レベルだけでなく、自治体レベル、施設レベルにおける取組みを絡ませること、さらに、事例レベルにおけるケアプロセスを改善することが必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、行政監査、レビューシステム

1. はじめに

2006年4月に介護保険制度が改正された。それに向けて、厚生労働省老人保健局長が設置した高齢者介護研究会は、「サービスの質の確保と向上が、わが国が取組むべき高齢者介護の最重要課題であると指摘したり。なぜなら、未だ虐待や身体拘束の発生、個別ケアプランの未作成、多職種によるチームアプローチができていないなど、不適切なサービス提供が見受けられるからである¹⁾。

医療・介護を取り巻く制度は国による違いはあるが、米国における取組みは、わが国の介護サービス・ケアの質を高める参考になると考えられる。米国の国レベルにおける取組みやその全体像についてはす

でに報告したが²⁾、ここでは十分に触れられなかった州における監査およびナーシングホームにおける取組みも注目に値する。たとえば、米国の1987年総括的予算調停法 (Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987: 以下OBRA '87) は、ナーシングホームに対し、不適切な身体・薬物的拘束を禁止し、それが遵守されているかを調査する州の行政監査(以下、監査)のプロセスと違反施設に対する制裁措置を改訂した³⁾。さらに、わが国の高齢者ケアプラン策定指針の参考にもなった⁴⁾ Resident Assessment Instrument (アセスメント、問題誘因の追及、ケアプラン作成、実行、評価の5段階からなる継続的ケアの質マネジメントシステム)の実施を義務付けた。これらの規制・制裁措置が強化されたため、ナーシングホームも自施設のケアの質を高めるための対策が必要となり、多職種による多種多様な個人別・課

¹⁾ 日本福祉大学大学院

²⁾ 日本福祉大学 社会福祉学部

題領域別レビューシステムを導入し、現場からもケアの質を高める努力がおこなわれた。これらの一連の改革は、ナーシングホームのケアの質向上に貢献したと評価されている⁷⁾。

このような州や施設レベルでの取り組みについては、その一部を紹介したものはあるが^{18,19)}、それらの相互の関連を解説したものは少ない。そこで本稿では、わが国の施設ケアの質確保・向上策を探ることを目的に、米国のナーシングホームに対する州政府による監査の概要とナーシングホームが導入しているレビューシステムを紹介する。その後、わが国への示唆を考察する。

用いた資料は、インターネットおよびPubMedで検索した情報・文献、さらに、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ャ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などである。

II. 行政監査・レビューシステムに関わる取組みの全体像

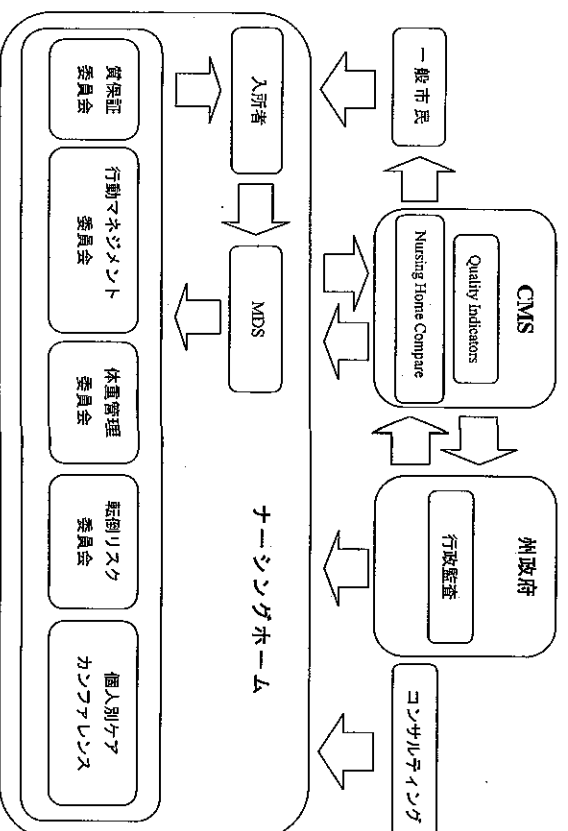
米国では、メディケア(老人・障害者医療保険制度)、メディケイド(低所得者医療扶助保険制度)指定を受ける17,000ヶ所以上、全体の98%のナーシングホーム¹⁰⁾を対象に、ケアの質の向上を目的としたツールやシステムが導入されている。それらは、① Minimum Data Set (以下, MDS), ② Quality

Indicators (以下, QI), ③ Nursing Home Compare などである(図1)。これらについてはすでに詳しく報告したので⁹⁾、要点のみ述べる。

MDSとは、入所者の身体的・医学的状态、認知能力、心理的・社会的状況などを評価するアセスメントツールである¹¹⁾。米国のナーシングホームはこのツールを用いた定期的アセスメントが義務付けられ¹²⁾、介護報酬を請求するためには報酬支払い側であるCenters for Medicare and Medicaid Services (以下, CMS)へ、そのデータを提出しなければならぬ¹³⁾。

QIとは、MDSデータから算出される24項目の客観的評価指標(転倒事故の発生割合、体重減少がある入所者の割合など)で、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¹³⁻¹⁵⁾。この情報は、ナーシングホームが他施設と比べた自施設のレベルの把握や質を管理するために使えるようナーシングホームへもフリードバックされ¹¹⁾、ケアプランを見直すケアカンファレンスなどに活用されている。

Nursing Home Compareとは、ナーシングホーム間比較ウェブサイト(<http://www.medicare.gov/NHCompare/Home.asp>)で、監査結果などが公表されている^{16,17)}。1年間で約120万件のアセスメントがあることから¹⁷⁾、市民がナーシングホームを選ぶ際の基礎情報として活用していることがわかる。



CMS : Centers of Medicare & Medicaid Services

MDS : Minimum Data Set

図1 米国のナーシングホームにおけるマネジメントサイクル

III. 米国のナーシングホームにおける行政 監査

メデイケア, メデイケイドの指定を受けるすべてのナーシングホームは, 原則として最低 15ヶ月月に1度, CMS が委託する州政府機関がおこなう監査を受けなければならない^{18,19)}。

監査は原則として抜き打ちでおこなわれる。事前に, 監査日程をナーシングホーム側へ知らせた者には \$2,000 未満の罰金が科せられる²⁰⁾。しかし, 監査は前回の監査から 9~15ヶ月の間^{21,22)}, 平均 12ヶ月に1度の割合で実施されている^{18,21,23)}。この時期が近づくとつれ, ナーシングホーム職員, 特に管理職の間では緊張感が漂い始める。長期休暇を願い出ることには負い目を感じる者や, 中には断念する者もいる。1998年からは, 監査日程の予測をこれまで以上に困難するために, 週末や昼夜を問わず監査が開始される率が高くなった²¹⁾。実際, 筆者(澤田)が経験した6度の監査のうち, 1度は土曜日の早朝7時から, もう1度は平日19時過ぎに開始され, 施設から呼び出しを受け出勤したことがある。

A. 監査プロセス

一般に, 監査は1施設当り(施設の規模などにもよるが), 2~3人の監査官により, 3~10日間おこなわれる。監査プロセスは, ①事前調査, ②監査開始会議, ③施設見学, ④監査対象の抽出, ⑤情報収集, ⑥情報分析, ⑦監査終了会議の7段階に分かれる^{4,8,24,25)}。なお, これらについての詳しい記述は, 池上⁴⁾, 高谷⁸⁾の論文を参照されたい。

監査は, OBRA '87施行以前にも実施されていたが, 設備の点検やマニュアル・書類の確認, 必要に応じた面談だけで, あまり厳しくはなかったという。しかし, この方法では入所者に提供されるケアの内容・手順を把握できても, ナーシングホームにおける虐待, ネグレクト, 栄養失調, 脱水症, 褥瘡など発生の有無を調査することは難しいことから, OBRA '87では監査プロセスを改訂した²³⁾。現在では, 全米で6,000人の監査官(2004年現在)が各ナーシングホームに赴き²³⁾, 従来の書類確認や職員との面談に加え, ケアの観察(看護師による薬剤の配り方や介護士による体位変換・食事介助など)や, 入所者の観察(食事中やアクテイビティ参加中など), 入所者の個別・グループインタビュー, 家族面談(施

設側の対応やケア, 衣食住環境などについて)に加えて, 次に述べる QI を活用したチェックをおこなうこととなった²⁶⁾。

B. Quality Indicators (QI) の活用

QI は, そのナーシングホームが全州のナーシングホームよりも劣っている可能性がある課題領域(向精神薬を使用する入所者や低栄養・摂食者の割合など)を明示する^{3,11,13-15)}。つまり, 事前にどの分野に精通した監査官(看護師, 薬剤師, 栄養士など)とチームを組み監査をおこなうべきか, 監査中にどの課題領域に焦点をあてるべきかなどが計画できる。さらに QI は, 問題(過去3ヶ月間に転倒した入所者や体重の減少があった入所者など)がある入所者個人を特定することも可能にしている。監査時に重点的な観察やインタビュー, ケア記録をチェックすべき入所者を個別に抽出することを可能にしている。

C. 監査結果

監査終了後, 監査官は監査を通じて発見した事実や所見をナーシングホーム側に知らせる。具体的には, 「X月X日, X時, 薬品棚を調査した。その結果, 未使用だが使用期限切れの薬剤を5つ発見した。」, 「入所者番号1(観察・インタビュー対象の各入所者には番号があてがわれる)のケア記録を確認した結果, 抗うつ薬が処方されているが, 過去半年間うつ症状は観察・記録されていない。それにも関わらず, 抗うつ薬の用量は減量されていない。」などである。監査官は後日, 指摘した問題点1つひとつに対して最終評価を下し, 監査終了後10日以内にナーシングホーム側に通告する。

D. 最終評価と制裁措置

最終評価には, 図2の表が用いられる²⁹⁾。縦軸は入所者への「被害度」(レベル1~4), 横軸は被害があつたまたは与える可能性があつた「被害範囲」(レベル1~3)である。「被害度」と「被害範囲」が交差するセルに示されたアルファベット(A~L)が最終評価となる。上述した使用期間切れ薬剤の場合, 入所者に使用されてはいないが, 使用されていたれば被害が及びかねない。発見された薬剤数も, 多くは少ないが少なくもない。つまり, 最終評価結果は, A~Lのうち最低「B」以上になる。

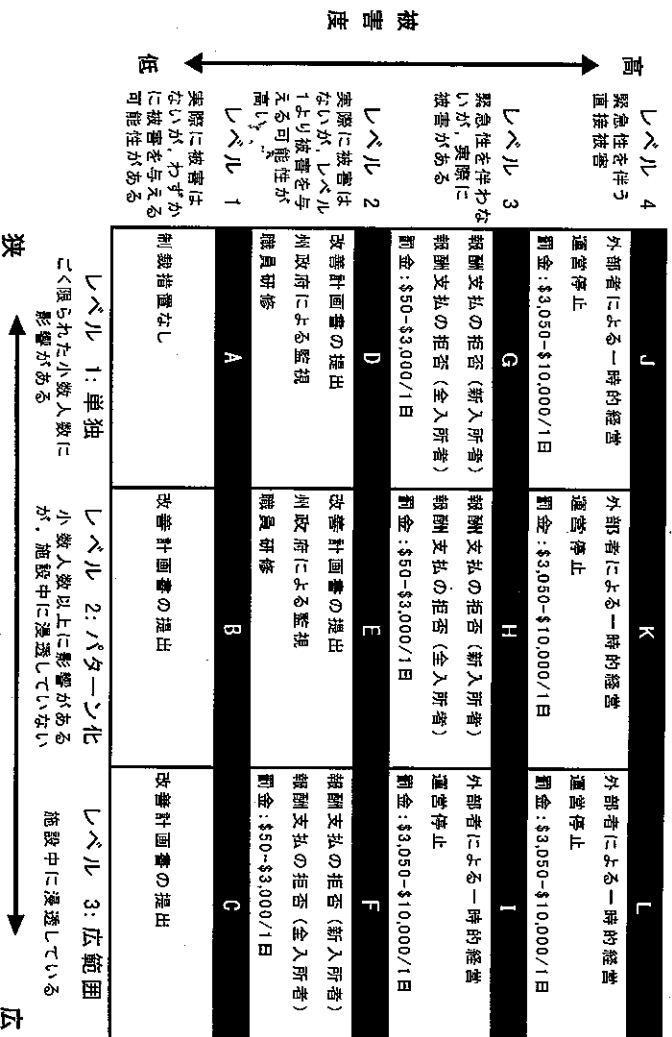


図2 最終評価と制裁措置表: Surveyor's guide to OBRA regulations, interpretive guidelines and LTC survey process (condensed version), Heaton Publications (Albertville, AL), 1999, 嶋崎明日香, 湯浅典人, ナーシングホームのサービスの質を保證するシステム—アメリカでの取組み, 老人福祉施設経営の実務, 老人福祉施設経営実務研究会編, 日本出版(京都), 2000 から重引。

最終評価結果に基づき、各アルファベットに定められている制裁措置がナーシングホームに科せられる²¹⁾(制裁措置には、必須制裁措置とそれに代わるオプションがあるが、ここでは必須制裁措置のみ紹介する)。A～Cの場合、「根本的に法律・規定に則っていない」、D～Lは、「根本的に法律・規定に違反していない」と評価される。Aの場合、制裁措置は実施されないが、B～Cでは、いかにして同じミスを犯さないようにするかを明記した改善計画の提出が科せられる。D～Eでは、①改善計画の提出、②州政府による監視、③職員研修、の中から最低1つ、F～Hでは、①新入所者または②全入所者のメダケア・メダケイアの報酬支払の拒否、③改善が確認されるまでの日数1日当り\$50-\$3,000の罰金、の中から最低1つ、I～Lでは、①外部者による一時的経営、②経営停止、③1日当り\$3,050-\$10,000の罰金、の中から①または②、および③が科せられる。これらの制裁処置は、OBRA '87によって強化されたものである^{5,26,27)}。

E. 監査結果の公表

監査の最終評価結果は、入所者や家族がいつでも閲覧できるようにナーシングホーム内に提示するこ

とが義務付けられている^{4,19)}。近年では、Nursing Home Compare上で最終評価結果が公表されている^{16,17)}。この情報を基に、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っている。

IV. 米国のナーシングホームにおけるレビューシステム

米国のナーシングホームは自施設のケアの質を高めるため、定期的に入所者の課題・ニーズ・ケアプランを個人別・課題領域別で検討するレビューシステムを導入している。そのレビューシステムとは、質保証委員会、行動マネジメント委員会、体重管理委員会、転倒リスク委員会、入所者ケアカンファレンスなどを指す。これらの設置はすべてが義務ではないため、施設によって異なっている。導入理由としては、監査でナーシングホームにとって望ましくない評価や制裁措置を受けないようにするために、監査中に指摘された問題点を改善するためにナーシングホーム側が立案した場合や、入所者・関係者に訴訟を起こされないようにするためなどが考えられる。

レビュー委員は、医師、看護師、MDSコーディネーター(MDSの責任者。9割以上は看護師免許を有する者²⁸⁾)、ソーシャルワーカーピス部(わが国でいう相談部)とアクティビティ部(わが国でいうレクリエーション部)の職員、栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、介護士、施設長などである。個人別・課題領域別レビューの対象となる入所者の選択には、監査官がQIを用いて監査対象者を抽出するのと同じ手法を用いている。

A. 質保証委員会

質保証委員会は、入所者の状態やケアプランを個人別・課題領域別の両方で検討する委員会である。OBRA '87は、この委員会の設置とそれへの医師の出席を義務付けている。委員会は最低3ヶ月に1度の頻度で開くよう定めているが²⁹⁾、多くのナーシングホームでは毎月のようにおこなっている⁹⁾。

この委員会は、医師を委員長として、入所者の問題・課題、その原因、今後の目標など、ケアプランを個人別に検討している。レビューする課題領域は、QIの24項目が主である。もし、入所者A氏がQIの尿路感染、ADLの低下、褥瘡の3つでトリガーされたとすると、その3つすべてをレビューし、その結果を基に、委員会メンバーでケアプランを作成・実行する。

QIの中で一番時間が費やされるのが、「9種類以上の薬剤が処方されている入所者」のレビューである。これにトリガーされた入所者に不適切・不必要な薬剤が処方されていないかが検討される。あると判断された場合は、その入所者の主治医に処方箋の変更・停止を検討してもらう。変更・停止しない場合は、その理由を明確に記録しよう依頼する。処方箋を念入りにレビューする理由として、OBRA'87が入所者に対して正当な理由なしに不必要な薬剤を長期間、または大量に処方してはならないと定めているためである。

QI以外でレビューの対象となるのが、打撲痕があった入所者である。打撲痕は時に、そのナーシングホームで入所者間または職員・入所者間に身体的虐待があったのではないかと捉えられる可能性がある。その可能性を払拭できうる詳しい状況(たとえば、X月X日の採血時に生じた内出血など)を調査し、明記することもこの委員会の重要な役割である。

B. 行動マネジメント委員会

行動マネジメント委員会は、向精神薬(抗精神病薬・抗うつ薬・抗不安薬・催眠薬など)を服薬する入所者と、感情や行動の問題(うつや徘徊、他に影響する行動など)がある入所者、精神疾患などの症状はないが、向精神薬を服薬する入所者などを定期的(1ヶ月～3ヶ月ごと)にレビューする委員会である。

この委員会は、ソーシャルワーカーピス部の職員が中核になることが多い。それは、OBRA '87が、入所者にとって実行可能な身体的・精神的・心理社会的福利を維持できるよう支援することを目的にソーシャルワーカーピス部の設置を義務付けた²⁹⁾からと考えられる。

この委員会では、向精神薬を服用する各入所者の診断名、薬名、副作用、症状の変化などが報告される。向精神薬は処方されていないが、感情や行動に問題が見られた入所者については、「いつ」、「どこで」、「どうして」、「どのような」行動・気分の変化が認められたか、などが報告される。その後、委員会全体で問題点を見極め、その原因の分析、ケアの目的、予防・改善策を立案し、ケアプランを作成する。この時に重要なのは、ナーシングホームの便宣上や規律目的で入所者に身体的・薬物的拘束をしてはならないことである^{29,30)}。問題行動があるからといって、即座に向精神薬の処方を検討するのではなく、入所者にとって制限が最小となるケアプランを作成することが重要である。加えて、長期間、向精神薬を服用し、向精神薬を服用する原因となった症状・行為の回数などが軽減、または、観察されなくなった場合は、用量の減量・停止の検討がなされなくてはならない。

C. 体重管理委員会

体重管理委員会は、栄養士が中心となり、毎月おこなうレビュー委員会である。対象者は、過去半年間の体重変化により抽出される。具体的には、体重が短期間(3ヶ月で5%以上、6ヶ月で10%以上)に増減した入所者や、肥満・い瘦の入所者などである。体重に変化はなくとも、そのリスクが高い入所者(脱水症、浮腫、経管栄養チューブをしている入所者など)もレビューの対象となる。

体重管理委員会では、体重変化の原因、それに対するケアの目的、予防・改善策・ケアプランが協議

される。たとえば、1ヶ月の間に体重の5%が減少した入所者の場合、原因の解明のために、歯科医、消化器科医師による診察・治療の検討、体重維持・増加のために栄養剤の補給などがされる。その他には、ベッドナゾキンプログラムというものがある。このプログラムは、体重が減少しており、声かけや補助など食事摂取を促す必要がある入所者の食事に赤色のナゾキンを添えるものである³¹⁾。このナゾキンによって、看護師や介護士に、特に配慮すべき入所者を知らせ、その入所者の体重維持または増加に結び付けようとするものである。CMSがカリフォルニア州のナーシングホームにおけるケアの質の向上を目的として設置している Lumetra 協会が推奨しているものである³¹⁾。

入所者の体重変化、特に減少の場合、その入所者の状態に配慮された食事が提供されていないとして、虐待・ネグレクトと認識されてしまうことがある。しかし、入所者の中には末期状態などの止むを得ない理由により、体重の減少を抑えられないケースもある。体重減量の原因を解明し、明記することもこの委員会の重要な役割である。

D. 転倒リスク委員会

転倒リスク委員会とは、毎月、過去半年間に転倒事故があった入所者や転倒リスクが高いと判断された入所者（向精神薬の服用や、視力・聴覚、バランス能力、認知力などが低下している入所者など）を対象におこなうものである。インジデントレポートなどから個別に転倒原因や、月当たり・入所者数当たりの転倒率、転倒リスクなどの引き下げプラン（離床センサーの使用など）を検討する。立案されたケアプランを実施してもなお転倒を繰り返す入所者や、病状・薬の副作用により転倒リスクの引き下げが困難な入所者に対しては、いかに負傷をおおせないようにするかが協議される。

転倒はいかなる場所・時間でも起こりうる。そのため、ナーシングホームの中には、警備員や設備課職員を委員会のメンバーとして加えているところもある³²⁾。

多くのナーシングホームが、転倒率・リスクの引き下げを目的としておこなっているプログラムがある。それが「フォールンスタール(Falling star: 直訳では「流れ星」, 意訳では「転倒する入所者」)プログラムである。このプログラムは、転倒リスクが高

い入所者の部屋やベッド、車椅子・歩行補助具などに流れ星をイメージするシールやサインを貼付するものである³²⁾。看護師や介護士、その他の職員(警備員、清掃・設備課職員など)、ボランテイアが転倒リスクの高い入所者を、そうでない入所者の中から判別することが可能となり、転倒防止に向けて注意を払うことができると思われる。

E. 入所者ケアカンファレンス

入所者ケアカンファレンスは、わが国の施設においても実施されているものである。米国のナーシングホームは、MDSを用いた入所者の定期的(入所日から14日目, 3ヶ月毎, 1年後, 著発時)アセスメント^{12, 33)}が義務付けられている。入所者ケアカンファレンスは、MDSアセスメントがおこなわれるごとに個人別にトリガーされた全課題領域を検討し、入所者一人ひとりが抱えている問題やケアの目標・内容の把握、入所者のニーズにあった包括的なケアプランを作成することが義務付けられている¹⁹⁾。ケアカンファレンスには、該当する入所者とその家族も出席できる権利が与えられている²⁹⁾。入所者と家族は、ケアプランの内容やMDSアセスメントの結果などを把握したり、自分の意思をケアプランに反映したりすることができる⁹⁾。

以上のレビューシステムで作成されたケアプランは、各メンバーからナーシングホーム職員(看護部・ソーシャルサービス部・アクティビティ部・栄養管理部などの職員)に通達され、それぞれの職員が与えられた役割と責任を認識した上でケアプランに基づいたケアを実施する。次回の委員会・カンファレンスでは、職員、入所者・家族からのフィードバックに基づき、ケアプランは適切なものであるか、うまく機能しているかなどの再評価がおこなわれる。その結果を踏まえて、新たにケアプランを作成するというサイクルが、入所期間中または問題点が改善されるまでの間、継続的に繰り返される。このプロセスを繰り返すことによって継続的ケアの質向上に繋がっていると考えられる。

上述したシステムに加え、多くのナーシングホームでは、外部の領域別(薬剤部、ソーシャルサービス部、栄養管理部、アクティビティ部など)コンサルタントと契約し、定期的に業務手順・マニュアル、ケアプランなどのレビューをおこない、監査対策を

している。たとえば、薬剤師によるコンサルティン
グでは、薬剤保管・管理方法、薬療法、副作用・使
用上の注意などの薬品情報が提供される。看護師が
医師の処方通りに薬剤を入所者に配っているか、配
る際にナーシングホームが規定する業務手順を守っ
ているかなども評価し、必要に応じて教育する。ソ
シヤルワーカーによるソーシヤルサービス部のコン
サルティングでは、法改正事項や苦情処理の方法、入
所者の心理・社会的側面のアセスメント方法などの
情報提供やケアプラン内容が適切であるか、ケアプ
ランに基づいたサービス・ケアが実施されているか
などを確認する。各コンサルティングにより判明し
た問題点や課題はナーシングホーム側へ報告され、
ナーシングホームはそれらの改善へ向け、ケアプラ
ン、業務手順・マニュアルの見直しや改善を図るこ
とによりケアの質向上に努めている。

V. 考 察

冒頭でも述べたように、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³⁴⁾、現実にはケアの質が高い施設を選んで
入所することは難しい。一方、米国のナーシングホ
ムには多少なりとも空床がある³⁵⁾。つまり、利用者が
施設を選択できる可能性が高い。また、わが国の大
半を占める介護保険施設では、要介護度が同じであ
れば施設に支払われる介護報酬も自己負担額も同じ
であるのに対し、米国では自費または民間保険に
よって賄われる率が高い³⁶⁾。これらが利用者の施設
選択とナーシングホーム側の質向上の必要性を高め
ていると考えられる。

米国の取組みは、身体拘束、体重の過剰変化、虐
待・ネグレクトなどの割合の減少など、ナーシング
ホームにおけるケアの質向上に繋がるとの報告は数
多い³⁷⁻⁴⁰⁾。ナーシングホームの職員らも米国のシス
テムがケアの質の向上に寄与していると評価してい
る⁴¹⁾。これらのことを考えると、両国の状況の違いに
留意する必要があるが、わが国の課題である「サー
ビスの質の確保と向上」に向けて学べる点はあると
思われる。以下では、米国の取組みから引き出せる
わが国への示唆を3点にまとめる。

第1は、ケアの質の確保・向上に向けた環境づく
りの必要性である。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組みは、まず、法整備に

より、MDSを用いた定期的アセスメントが義務付
けられ、そのデータを基に監査機関と施設が共有・
活用できる客観的ケアの質評価指標のQIが開発・
導入された。その情報は、監査を合理的かつ効果的
に進めるための材料として活用され、監査結果はイ
ンターネット上で一般公開される。もう一方では、
MDSやQIは、ナーシングホームが入所者の個別
ニーズにあったケアプランを作成し、見直すのに活
用されている。このような環境が、ナーシングホ
ムにおけるレビューシステムの構築やコンサルティ
ング事業者の介入を促進し、施設におけるケアの質
の向上を進めた。わが国でも、身体拘束のないケア
の実現に向けて厚生労働省が「身体拘束ゼロへの手
引き」⁴²⁾を発行した。現在では、介護施設における身
体拘束率が低下しているとの報告がある⁴³⁾。このよ
うな国によるケアの質の確保・向上を促す環境づく
りが必要と考えられる。

第2は、指導・監査方法の検討である。米国のナ
ーシングホームにおける行政(州)による監査は、予
告なしに週末や昼夜を問わず実施される。一方、わ
が国における施設指導監査の日程は事前に通知され
ている⁴⁴⁾。事前通知であれば、監査開始前に適切な
中心的にケアの質を高めたり(体重が標準値に満たな
い入所者に一時的に栄養剤を提供し、監査開始まで
に体重の増加を試みたりなど)、ケア記録やケアプラ
ンなどの書類が改ざんされたりする可能性がある。
また、昼間・平日(週40時間=8時間×5日間)と
比べ、管理職が不在がちで人手の少ない夜間・週末
(週128時間=16時間×5日間+24時間×2日間)の
ケアは、適切でない可能性もある。つまり、今のわ
が国の方法では、施設の普段の有り様を調査するこ
とは困難である。その点、抜き打ちで週末・昼夜間
わず実施すれば、職員にとってはストレスフルでは
あるが⁴⁵⁾、その施設の普段の様子を見ることができ、
監査官が問題点を発見・フィードバックすることに
よって質の改善・向上に寄与し得る。実際、米国の
ナーシングホーム職員が監査はケアの質向上に寄与
していると評価している^{41,44)}。わが国においても、普
段のケアの質を評価できる監査方法についての検討
が望まれる。

第3は、施設内における定期的な個人別・課題領
域別のレビューシステムなどによるケアの質マネジ
メントの重要性である。個人別レビューシステムは、
各入所者に焦点を絞ったチームアプローチを可能に

する。課題領域別レビューシステムは、入所者別には認識されにくい⁹⁾が、全体に共通する問題(施設全体における体重の増減の割合など)の早期発見や、組織的解決(食事や業務手順の見直し、職員研修の課題設定など)に繋がる⁹⁾。たとえば、施設は入所者に処方されている薬剤の種類や転倒・体重測定記録などの情報を管理するようになる。そして、各施設がそれぞれのケアの質やマネジメントサイクルを回す責任者(マネジャー)を選任し、そのマネジャーが情報をうまく活用すればケアの質全体の底上げは可能であると考えられる。

VI. まとめ

わが国でも介護保険制度改正以後、介護サービスの質が議論の焦点となっている。本稿では、わが国の高齢者施設におけるケアの質確保・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州政府による行政監査とナーシングホーム内部のレビューシステムを紹介した。

これらナーシングホーム内外部の取組みから、わが国におけるケアの質確保・向上には、①国レベルのケアの質向上に向けた環境作りに加え、②指導・監査方法の検討、③各施設内での個人別・課題領域別レビューシステムやケアの質やマネジメントの強化、などが必要であることが示唆された。ケアの質向上には、国レベルだけでなく、自治体レベル、施設レベルの取組みを絡ませること、さらには事例レベルにおけるケアプロセスを改善することが必要である。

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。記して深謝します。

参考文献

- 1) 高齢者介護研究会, 2015年の高齢者介護ー高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて, <http://www.wam.go.jp/wamapp1/b05Kaig.nsf/vADmPBigcategy20/217B568F6C4A32F149256D55002AF896?OpenDocument>, 2007/08/01
- 2) 介護保険指導監査の手引き編集委員会(編), 介護保険指導監査の手引きー介護保険施設等実地指導マニュアルー, 中央法規出版(東京), 2007

- 3) 澤田 如, 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マネジメントシステムー文献レビューと現場経験をもとにー, 病院管理, 43(3), 99-108, 2007
- 4) 池上直己, 長期ケアにおける質の評価ーアメリカにおける評価制度の現状とその問題点ー, 海外社会保険情報, 101, 36-47, 1992
- 5) Winzelberg GS, The Quest for Nursing Home Quality: Learning History's Lessons, Arch Intern Med, 163(21), 2552-2556, 2003
- 6) 厚生省老人保健福祉局老人保健課・老人福祉計画課(監修), 高齢者ケアプラン策定指針, 厚生科学研究所(東京), 1994
- 7) 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①ー第三者評価機関による評価アプローチを中心にー, 週刊社会保険, 2005, 48-51, 1998
- 8) 高谷よね子, 米国長期ケアオンブズマン制度研究ー焦点を監査制度にあててー, 季刊・社会保険研究, 31(1), 78-89, 1995
- 9) 橋崎明日香, 湯浅典人, ナーシングホームのサービスの質を保証するシステムーアメリカでの取り組み, 老人福祉施設経営の実務(老人福祉施設経営実務研究会編), 日本出版(京都), 2000
- 10) Jones A, The National Nursing Home Survey: 1999 Summary, Vital and Health Statistics, 13(152), 1-116, 2002
- 11) Arling G, Karon SL, Sainfort F, et al, Risk Adjustment of Nursing Home Quality Indicators, Gerontologist, 37(6), 757-766, 1997
- 12) Morris JN, Murphy K, 池上直己訳, MDS2.1ー施設ケアプロセスノートマニュアル改訂版, 医学書院(東京), 2005
- 13) Castle NG, Nursing Home Administrators' Opinions of the Nursing Home Compare Web Site, Gerontologist, 45(3), 299-308, 2005
- 14) Zimmerman DR, Karon SL, Arling G, et al, Development and Testing of Nursing Home Quality Indicators, Health Care Financing Review, 16(4), 107-127, 1995
- 15) 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
- 16) 斎藤義彦, アメリカのおきざりにされる高齢者福祉ー貧困・虐待・安楽死ー, ミネルヴァ書房(京都), 2004
- 17) 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
- 18) Grimaldi PL, Micheletti JA, Shala TJ, et al, Nursing Homes Must Meet New Requirements, Health Progress, 69(2), 60-64, 107, 1988
- 19) Allen JE, Nursing Home Federal Requirements: Guidelines to Surveyors and Survey Protocols, 6th ed, Springer Publishing Company (New York), 2006
- 20) 中島有希, こうすれば施設ケアが変わるーエドソン・オルタナティブの挑戦ー, 筒井書房(東京), 2003
- 21) Harrington C, Mullan JT, Carrillo H, State Nursing Home Enforcement Systems, J Health Polit Policy Law, 29(1), 43-73, 2004
- 22) Castle NG, Providing Outcomes Information to Nursing Homes: Can It Improve Quality of Care?, Gerontologist, 43(4), 483-492, 2003
- 23) Centers for Medicare & Medicaid Services, Progress in Nursing Home Quality, http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityIntis/35_NHQIArchives.asp, 2007/07/30

- 24) Rife J, Chitrick R, Freeman T, Survey, Certification and Enforcement Procedures for Nursing Facilities, *J Long Term Care Adm*, 24(3), 36-40, 1996
- 25) Health Care Financing Administration, Survey Procedures for Long-Term Care Facilities: State Operations Manual, Baltimore: Author 1999
- 26) Morford TG, Nursing Home Regulation: History and Expectations, *Health Care Financing Review*, Spec No, 129-132, 1988
- 27) Kumar V, Norton EC, Encinosa WE, OBRA 1987 and the Quality of Nursing Home Care, *Int J Health Care Finance Econ*, 6(1), 49-81, 2006
- 28) Brown JG, Nursing Home Resident Assessment Quality of Care, <http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-02-99-00040.pdf>, 2006/06/08
- 29) Heaton Publications, Surveyor's Guide to OBRA Regulations, Interpretive Guidelines and LTC Survey Process (Condensed Version), Heaton Publications (Alberville), 1999
- 30) Elton R, Pawson LG, The Impact of OBRA on Medical Practice within Nursing Facilities, *J Am Geriatr Soc*, 40(9), 958-963, 1992
- 31) Lunetra, Tools-the Red Napkin Program Tip Sheet, <http://www.lunetra.com/resource-center/index.aspx?id=508&terms=weight&searchtype=0&fragment=True>, 2007/03/28
- 32) Ungar Y, The Isabella Geriatric Center Has Mounted a Multifaceted Attack on Resident Falls, *Nursing Homes Magazine*, http://www.nursinghomemagazine.com/Past_Issues.htm?ID=386, 2007/03/28
- 33) Petersen E, MDS 2.0 RAI User's Manual 2006 Edition, HCPro (Marblehead), 2006
- 34) 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
- 35) State Master, Nursing Home Occupancy Rates by State, http://www.statemaster.com/graph/hea_nur_hom_occ_rat-health-nursing-home-occupancy-rates?d=887, 2007/05/25
- 36) 大森豊緑, 緒方正名, 米國との比較によるわが国の在宅ケアの展望, *川崎医療福祉学会誌*, 4(1), 29-37, 1994
- 37) Harrington C, O'Meara J, Nursing Homes: A System in Crisis, <http://www.chcf.org/topics/view.cfm?itemID=103247>, 2005/07/14
- 38) Harrington C, O'Meara J, California's Fragile Nursing Home Industry 2005, <http://www.chcf.org/documents/hospitals/FragileNursingHomeIndustrySnapshot2005.pdf>, 2006/07/14
- 39) 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>, 2006/12/01
- 40) Nursing Home Quality: Current Issues and CMS's Plans for Improvement, *Health Care Food Nutr Focus*, 22(5), 1-6, 2005
- 41) 伊藤美智子, 近藤克剛, アメリカ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), 153-166, 2007
- 42) 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」, 身体拘束ゼロへの手引き: 高齢者ケアに関わる全ての人に, 福祉自治体ユニット (東京), 2001
- 43) 吉川悠貴, 加藤伸司, 介護施設における身体拘束の防止, *老年社会科学*, 28(4), 538-544, 2007
- 44) Bowen CW, *Nursing Homes: A Look Inside*, Trafford Publishing (New Bern), 2006

(平成 19.9.6 受付, 平成 19.11.7 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

QUALITY OF CARE MANAGEMENT SYSTEM IN U.S. NURSING HOMES

—Focusing on the state surveys and nursing home review systems—

Yuki SAWADA¹⁾ and Katsumori KONDO²⁾

The quality of care provided to elderly individuals is one of the major concerns among long-term care facilities.³ For the purpose of determining methods for enhancing the quality of care in long-term care settings in Japan, this report will discuss quality improvement efforts in U.S. nursing homes, focusing on the state surveys and a variety of review systems in nursing homes.

This study revealed that the state surveys are conducted effectively due to the implementation of federal regulations that revised the survey process and enforcement procedures for nursing homes, and development of a set of objective measures of quality of care that could be adapted to quality assurance and quality improvement activities. Many nursing homes have implemented a variety of review systems, which review particular residents and areas of care in depth, and work with consultants to obtain additional knowledge and provide special care to residents.

The future efforts should address, (1) the creation of circumstances by the central government where the long-term care industry would be required to wrestle with improvement of the quality of care, (2) the modification of the survey process to include the unannounced surveys, which would enable surveyors to observe and evaluate organization performance during normal modes of operation, and (3) development and implementation of review systems at a nursing home level to monitor and revise care plans, policies, procedures, and protocols continually.

For enhancing the quality of care, it is necessary to connect actions and efforts of the national autonomous governing body and facility levels with each other, in addition to improve a process of care at a resident level.

Key words : quality of care/United States/nursing homes/management/surveys/review systems

¹⁾ Graduate School of Social Welfare, Nihon Fukushi University

²⁾ Department of Social Welfare, Nihon Fukushi University