

介護サービスに関する情報公表制度の日米比較

澤田 如^{*1}, 近藤 克則^{*2}, 伊藤 美智子^{*3}

要旨：本稿では、わが国の「介護サービス情報の公表」制度がケアの質の向上に寄与するための課題を明らかにするために、わが国の「介護サービス情報の公表」制度のうち、介護老人福祉施設ならびに老人介護保健施設の介護情報と米国のナーシングホームを対象に介護情報を公表している「ナーシングホーム間比較制度」における共通点・相違点および両制度の公表項目に質の3要素が組み込まれているかを検討した。その結果、両制度はインターネットをベースに情報を提供している点が共通するものの、公表される情報の収集方法や調査費用などに違いがみられた。また、わが国の制度はストラクチャー・プロセスを評価しているのに対し、米国ではアウトカムも評価している。

わが国の制度への示唆として、ケアの質の向上につながる評価を制度内に位置づける必要性、アウトカム評価項目の導入、事業者が日常業務中に集めた情報を使うことの検討の3点が挙げられた。

Key Words：ケアの質, 情報公表制度, 日米比較, 質の向上, 質マネジメント

I. はじめに

2006年4月から、わが国では利用者のサービス選択を支援しながらケアの質の向上を図ることを目的に「介護サービス情報の公表」制度が開始された。この制度に基づき、利用者が主体的に事業者を選択することによって、ケアの質の底上げにつながることを期待されている（シルバーサービス振興会 2006：20）。しかし、現場からは公表手段、調査費用、調査頻度などに関する不満の声やケアの質は向上しない、という多くの否定的な指摘がなされている（環境新聞社編集部 2007；蒔田 2007）。

OECD加盟国でも、介護サービス事業者の情報や監査結果を公表する制度を設けている（OECD 2005：65-78）。なかでも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こともあり、ケアの質の向上と国民がナーシングホームを選択する際に利用できる情報をインターネットなどで公表する「ナーシングホーム間比較」（Nursing Home Compare；以下、NHC）制度を設けた。1999年の施行以来、NHCで公表される情報は幾度も改良され、現在では、監査結果や客観的ケアの質指標（Quality Measures；以下、QM）などを用いた全米約1.6万施設間の比較を可能にした。ナーシングホーム関係者がこの制度はケアの質の向上に活用できると評価している点や（Castle 2005；Mukamelら 2007；伊藤ら 2007）、公表される情報の収集・調査のために施設側に新たな作業が発生しないこと、調査費が必要ないなどの点で注目に値する。

医療・介護制度には国による違いがあり、単純

2008年8月1日／2009年3月24日受理

*1 SAWADA Yuki, *3 ITO Michiyo
日本福祉大学大学院社会福祉学専攻博士後期課程

*2 KONDO Katsumori
日本福祉大学社会福祉学部

*1 E-mail：dh060023@n-fukushi.ac.jp

な比較は困難であるが、米国の制度からわが国が学べる点もあると考えられる。しかし、これまでわが国の介護サービス情報の公表制度に対する事業者の反応や利用状況、米国のNHCに対するナーシングホーム側の反応などを個々に検討した研究はあるものの（Castle 2005；Mukamelら 2007；伊藤ら 2007；蒔田 2007），両制度を比較検討したものは見受けられない。そこで、本稿では両制度の特徴と共通点・相違点を明らかにし、わが国の介護サービス情報の公表制度がケアの質の向上に寄与するための課題を明らかにする。

II. 対象と方法

本研究では、わが国の介護サービス情報の公表制度のうち、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム；以下、特養）ならびに老人介護保健施設（以下、老健）と米国のナーシングホームを対象にしているNHCを比較検討した。

比較内容は、①設計思想、②情報収集・調査方法と頻度、③公表方法、④調査費用、⑤項目内容、の5点である。①設計思想の比較については、日米の両制度がどのような目的・思想に基づき設計されているか、②情報収集・調査方法では、両制度で公表される情報がどのように収集・調査されているか、③公表方法比較では、インターネット以外で入手可能であるか、④調査費比較では、両制度で事業者が情報を公表するために費やす費用・手数料を検討した。この4つの比較ではインターネット上およびPubmed（米国立医学図書館が提供する世界約70か国、約4,800誌に掲載された文献を検索できるデータベース、<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/>）で検索した情報・文献レビューに加えて、筆者1人が米国・カリフォルニア州のナーシングホームで従事したなかで得た情報である。

⑤項目内容の比較では、さまざまな視点から比較することが可能である。たとえば、OECD（2006：12-4）が、医療の質を多数の国々の間で比較可能な国際指標を開発する際に用いた重要性

（健康への影響度、医療制度による影響の受けやすさなど）の視点や科学的合理性（表面的妥当性、内容的妥当性、信頼性）の視点から検討する方法である。これら国際的視点で両制度を比較することも今後は必要であると考えられる。しかし、本稿ではOECD（2005：78）が、利用者へ介護情報を公表する場合、ストラクチャー・プロセス評価に加え、今後はアウトカムを評価・公表すべきとしていることから、両制度の公表項目にこれらの3要素の視点が組み込まれているか否かを検討する。3要素の具体的な内容は、以下のとおりである（島内ら 2002：106-10）。

- ①ストラクチャー：組織内における構造のことを指す。設備や機材・物質資源、医師・看護職員などの数、資格などの人的資源、教育研究機能、監査機能、ケアの提供状況の評価などが含まれる。
- ②プロセス：医師・看護職員などの専門家による利用者に対する取り組みやケアを指す。食事・入浴などの日常生活の支援、利用者・家族の希望を把握する方法などが含まれる。
- ③アウトカム：前段階であるストラクチャー、プロセスによって導き出される健康状態の変化や、利用者・家族が得た健康に影響する知識・行動の変化である。死亡率や利用者・家族の満足度などを用いて示されることがある。

比較対象は、介護サービス情報の公表制度における特養・老健の調査情報項目とNHCにおけるQMである。特養・老健の調査情報項目は、2007年版「介護サービス情報の公表」関連法令通知集（シルバーサービス振興会 2007：347-80）から入手した。NHCのQMは、NHCウェブサイト（http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityInits/10_NHQIQualityMeasures.asp、2008年4月現在）から入手した。

各項目をストラクチャー・プロセス・アウトカムに分類する際、評価者の主観的要素によって意見がわかれることがある。そこで、まず、筆者ら

表1 介護サービス情報の公表制度における基本情報

事項	主な内容
記入者情報	記入者名, 所属・職名, 記入年月日
運営法人の概要	法人名, 所在地, 法人種類, 開設日, 代表者名, 他に提供している介護サービス等
事業所の概要	事業所名, 所在地, 管理者名, 開設日, 交通方法等
職員の体制	職種別職員構成, 常勤・非常勤職員数, 在職年数等, 職員1人当たりの利用者数等
介護サービス内容	運営方針, 協力医療・歯科医療機関名称, 入所定員, 介護サービス提供, 実績, 待機者数, 施設・設備 (建築構造, 施設形態, 便所設置数・浴室, 設備状況等), 苦情窓口等の状況, 損害賠償保険加入状況, 介護相談員受け入れ状況, 利用者等の意見を把握する体制・第三者評価の実施状況等
利用料金	介護保険利用者負担以外の料金, キャンセル料等

出典:シルバーサービス振興会編(2007)『介護サービス情報の公表』関連法令通知集(平成19年版)中央法規出版, 238-57より作成。

3人が互いに相談することなく一次判定をした。なお、3人とも医療・介護に携わっているまたは携わっていた者である。その後、意見が一致しなかった項目に関して4回、計7時間にわたって合議したうえで判定した。

特養・老健それぞれの調査情報項目数は次のとおりである。特養の大項目数は2項目、中項目は30、小項目10、確認事項75、確認のための材料124、計241項目である。老健の大項目数は2項目、中項目10、小項目34、確認事項74、確認のための材料120、計240項目である。ただし、大項目は調査領域を示しているにすぎないことから今回は判定を行わなかった。QMの項目数は19である。

項目のなかには、1項目に対して質の要素が1つ以上(たとえば、3要素のうち、ストラクチャーとプロセスの両方)が含まれているものがあった。その場合は、各要素を1としてカウントした。結果、特養項目数239項目に対し延べ257要素、老健の238項目に対し延べ251要素、QMの項目数19に対し延べ22要素となった。

介護サービス情報の公表制度は、調査員が調査対象である事業所において確認できる資料(記録・マニュアルなど)の有無を問題としている。資料自体はストラクチャーの一種ともいえるが、プロセスを標準化するものであることからプロセスとみなすこともできる。そこで、本研究では、それらを確認することによって評価しようとしている内容がプロセスであれば「プロセス」と判定した。

Ⅲ. 日米における介護サービスに関する情報公表制度の概要

以下では、まず、わが国の「介護サービス情報の公表」制度と米国の「ナーシングホーム間比較」制度がどのようなものなのかを把握するために、その概要について述べる。

1. 日本：介護サービス情報の公表制度の概要

介護サービス情報の公表制度とは、事業者が提供するサービスを客観的な情報として公表することにより利用者が事業者を比較しながら選択できるよう支援することを目的としている。介護サービスを提供していない事業者や提供実績の少ない(年間介護収入100万円以下)事業者は対象でないものの、2006年4月以降、原則、すべての指定事業者に義務づけられている。事業者が報告を怠ったり、虚偽報告や調査拒否・妨害した場合、都道府県知事は、報告、内容是正、調査にかかる命令を行える。それでも事業者が従わない場合、指定・許可の取り消し、指定の効力停止措置を講ずることができる(介護保険法第115条の29第4項、第6項 シルバーサービス振興会 2007: 1)。

この制度は、「基本情報」と「調査情報」の2つで構成されている。「基本情報」は、事業者の概要である(表1)。「調査情報」は、事業者が提供するサービスの内容や運営に関する取り組みなどで、先述したように、大項目、中項目、小項目、確認事項、確認のための材料の5つで構成されている。大項目は、利用者の視点から分類した

表2 介護サービス情報の公表制度における調査情報項目の例および検討結果（抜粋）

項目内容		ストラクチャー・プロセス・アウトカム検討結果
(大項目) 介護サービスの内容に関する事項	(中項目) 利用者本位の介護サービスの質の確保等のために講じている措置	ストラクチャー プロセス
	(小項目) 身体的拘束等の排除のための取り組みの状況	プロセス
	確認事項 身体的拘束等の排除のための取り組みを行っている	プロセス
	確認材料1：身体的拘束等の排除のための取り組みに関する施設の理念、方針等が記載された文書がある	ストラクチャー
	確認材料2：身体的拘束等の排除のための取り組みに関するマニュアル等がある	プロセス
	確認材料3：身体的拘束等の排除のための取り組みに関する研修の実施記録がある	プロセス
	(小項目) 介護（サービス）の質の確保のための取り組みの状況	プロセス
	確認事項 褥瘡予防対策を行っている	プロセス
	確認材料1：褥瘡予防についての記載があるマニュアル等がある	プロセス
	確認材料2：利用者ごとの体位変換等の実施記録がある	プロセス

「項目内容」出典：シルバーサービス振興会編（2007）『「介護サービス情報の公表」関連法令通知集（平成19年版）』中央法規出版、347-80より一部抜粋。

「ストラクチャー・プロセス・アウトカム検討結果」：本調査における検討結果（抜粋）を示した。

調査領域を示している。中項目は、大項目の分類をより具体的に分類した項目である。小項目は、中項目の分類に対して事業者の具体的な取り組みについて確認するための項目になっている。確認事項は、調査官が事業所において確認を行う事項であり、確認のための材料は、調査員が確認事項を確認するための根拠資料となるものである（シルバーサービス振興会 2006：30-4）。その1例として特養と老健で共通する項目を表2（抜粋）に示す。

事業者は年に1度、介護サービス情報を都道府県知事に報告し、知事はその情報のうち、基本情報についてはそのまま公表する。調査情報項目については確認調査を行ったうえ、正しい内容を公表する（介護保険法第115条の29第1項～3項、シルバーサービス振興会 2007：1）。

2. 米国：「ナーシングホーム間比較」(NHC) 制度の概要

NHCとは、ナーシングホームを監視・監督する組織として連邦政府内に設立されたCenters for Medicare and Medicaid Services（以下、CMS）

が1999年に開始したナーシングホーム間を比較する制度である。その目的は、市民がナーシングホームを選択する際に利用できる情報の提供とナーシングホーム側にケアの質の向上に寄与しうる情報の提供である（CMS 2008a）。2008年4月現在、NHCが提供する情報（表3）は、①ナーシングホーム概要、②QM、③監査結果、④防火検査結果、⑤看護・介護職員情報である。これらは1～3か月ごとに更新される。QM、監査結果、看護・介護職員情報には州・全米平均値とともに2008年12月からは5つ星（1つ星から5つ星までの5段階）評価結果も掲載される。つまり、1ナーシングホームの情報提供だけでなく、全米中のナーシングホーム間で数値指標、星評価結果による比較が可能である。利用者・家族はナーシングホームの概要やケアの質を確認し、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（Fermazinら 2004）。

IV. 結 果

以下では、わが国の介護サービス情報の公表

表3 ナーシングホーム間比較公表内容

事項	内容
ナーシングホームの概要	施設名, 所在地, 電話番号, 地図・アクセス方法, メディケア・メディケイド指定状況, 指定年月日, 定員数, 所有形態 (営利・非営利など), 病院・住宅・医療・介護などを継続的に提供するコミュニティの併設状況, 利用者・家族会の開設状況
Quality Measures	ケアの質を客観的に評価する19項目の指標分群 (表4). 1つ星から5つ星までの5段階評価を公表
行政監査結果	監査で判明した結果: ケアの質, アセスメント, 環境などの分野別に, 被害度 (4段階: 最小被害の可能性ありから直接危害の4段階), 被害者の多さ (3段階: 少数・多少・多数), 星評価 (1つ星から5つ星までの5段階) 別に公表
防火検査結果	検査で判明した結果: 設置されているスプリンクラーの種類, 想定される被害度 (4段階: 最小被害の可能性ありから直接危害), 被害者の多さ (3段階: 少数・多少・多数) を公表
看護・介護職員情報	利用者1人に看護師・看護助手が費やす1日の時間数. 1つ星から5つ星までの5段階評価を公表

出典: Centers of Medicare & Medicaid Services (2008) 「Nursing Home Compare」 (<http://www.medicare.gov/NHCompare/home.asp>, 2008.4.1) より引用.

表4 日米の公表制度比較結果

	介護サービス情報の公表制度	ナーシングホーム間比較 (NHC) 制度
設計思想	同制度に基づき, 利用者による主体的な事業者選択がケアの質の底上げにつながる	情報公表により, 多施設間での競争が促進され, ケアの質の改善・向上につながる
情報収集・調査方法・頻度	①事業者による報告; 年1回 ②面接調査; 年1回	①利用者アセスメント; 最低3か月に1回 ②行政監査; 最低15か月, 平均12か月に1回
公表方法	①インターネット ②紙媒体 ③事業所内提示	①インターネット ②電話サービス
調査費用	事業者負担あり (都道府県により料金設定が異なる)	事業者負担なし
公表内容	①基本情報 記入者情報, 運営法人の概要, 事業所の概要, 職員の体制, 介護サービス内容, 利用料金 ②調査情報 大項目, 中項目, 小項目, 確認事項, 確認のための材料	①ナーシングホームの概要 ②Quality Measures; 19項目 ③行政監査結果とその要約書 ④防火検査結果 ⑤看護・介護職員情報

と米国のNHCに関する①設計思想, ②情報収集・調査方法, ③公表手段, ④費用について比較分析した結果 (表4) を「日本」と「米国」に分けて示す。なお, ⑤項目内容については, ①～④の結果を示した後, 「日本」と「米国」を併せて示す。

1. 日本: 介護サービス情報の公表制度

まず, わが国の介護サービス情報の公表制度における設計思想について比較した結果を示す。

1) 設計思想

わが国における介護サービス情報の公表制度は, 調査において確認できた事実 (職員研修の実施やマニュアルの有無など「ある・なし」) を利

用者に公表することにより利用者が主体的に事業者を選択する。そのことが、利用者を選択してもらえる事業者となるべくケアの質の向上に対する事業者側のモチベーションを高めることになり、ケアの質の向上に結びつくという設計思想をもっている（シルバーサービス振興会 2006：20-1）。

2) 情報収集・調査方法と頻度

公表される情報は、(1)事業者による報告、その報告内容を確認するために行われる(2)面接調査の2段階で収集・調査される。

(1) 事業者による報告

まず、事業者は「基本情報」ならびに「調査情報」を自ら都道府県知事、または指定情報公表センターに報告しなければならない（新たに介護サービスを提供する事業者は「基本情報」のみを報告する）。報告時期は、都道府県知事により策定された介護サービス情報の報告に関する計画に定められた期限までに提出する。

(2) 面接調査

次に、事業者からの情報を基に、調査員が事業所を訪問し、事業所を代表する職員などとの面接調査を年に1回行う。この調査は介護保険法に基づき、都道府県知事が行う場合と知事指定の調査機関により行われる場合がある。原則1日（2～5時間程度）、2人以上の調査員が行う。事業者は調査機関や調査月は選択できない。日時等については各都道府県が定める方法により調整される。

面接調査では、事業者が報告した「調査情報」における「確認のための材料」の有無が確認されるが、その内容の評価や改善のための指導は行われない。また、事業所を代表する職員以外の者や利用者などからの聞き取り調査なども行われない。

面接調査は、行政の指導監査や第三者評価とは異なる。指導監査は、行政が介護保険法に基づく指定要件の人員、設備・運営に関する基準の遵守状況などを確認する。第三者評価は一般的に、事業者の発意により事業者・利用者以外の機関が事業者のサービスの質を評価し、アドバイスする。

つまり、介護サービス情報の公表制度における面接調査は指導監査と第三者評価の中間に位置づけられる（シルバーサービス振興会 2006：22）。

3) 公表方法

以下では、介護サービス情報の公表制度がどのように情報を公表しているかを示す。

介護サービス情報の公表は、(1)インターネット、(2)紙媒体、(3)事業者による公表の3つの方法により公表されている。

(1) インターネットによる公表

社団法人シルバーサービス振興会のウェブサイト (<http://www.espa-shientcenter.org/preflist.html>)、厚生労働省のウェブサイト (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/index.html>) から各都道府県の介護サービス情報公表システムへリンクできる。各都道府県のウェブサイトからは、介護サービスの種類、住所、事業者名から事業者の情報が検索できる。1度に行える事業者比較は3か所である。

(2) 紙媒体による公表

調査員は事業者に対して、同ウェブサイトで公表されている情報を、利用者の入所時に紙媒体で提供するように求めている。

(3) 事業者による公表

事業者は、利用者などが閲覧できるようにみやすい場所に提示することになっている。

4) 調査費用

事業者が介護サービス情報を公表するにあたって費やす費用・手数料を検討した結果は、次のとおりである。

介護サービス情報の公表は事業者の責務であるため、手数料は事業者が負担することになっている。手数料には、「公表手数料」と「調査手数料」の2つがある。「公表手数料」とは、情報入力費用やシステム管理にあてられる。「調査手数料」とは、調査員の人件費や養成費、事業者を訪問する際の交通費などにあてられる。地方自治法第227条に基づく徴収が可能となっているため、徴収方法は都道府県により異なる。費用・手数料の金額についても各都道府県の条例で独自に

設定できるため、都道府県によって異なる。たとえば、東京都における2008年度の場合、公表手数料は10,400円、調査手数料は32,100円となり、計42,500円になる（東京都高齢者研究福祉振興財団2008）。公表手数料と調査手数料を合わせた合計手数料額の最高額は、島根県の60,000円がトップで、最低額は千葉県の36,633円であり、約23,000円の開きがある。厚生労働省の調べでは、2008年度の全国平均額は45,488円になるとのことである（厚生労働省老健局振興課2008）。

2. 米国：ナーシングホーム間比較

1) 設計思想

NHCも、ナーシングホームにおけるケアの質の評価結果を一般に公表することによって、利用者がケアの質をモニターする。それが質のチェック圧力として機能し、ケアの質が高まるという思想に基づき、監査結果の要約書とナーシングホームが提供するケアのプロセスにより導き出されるアウトカムをパーセント値に置き換えて公表している。

NHCは、①利用者への情報提供に加え、ナーシングホームにおける継続的なケアの質の向上のため、②多施設間比較が可能な量的・客観的情報をナーシングホームが活用できるツールとしてフィードバックすることを目指している。多施設間比較が可能な量的・客観的情報の提供により、自施設のケアの質が全ナーシングホーム中、どのあたりに位置するかが分かる。そのことが、どの程度ケアの質を改善すればよいのか（たとえば、転倒率の割合）など目標の設定に役立ち、ケアの質の向上に向けた多施設間での競争を促進し、ケアの質全体の底上げにつながるのではないかという思想をもっている（CMS 2008b）。

2) 情報収集・調査方法と頻度

NHCで公表される情報は、主にナーシングホームが定期的に行う(1)利用者アセスメント結果と、(2)行政監査結果から得られるものである。

(1) 利用者アセスメント結果

米国のナーシングホームは、Minimum Data

Set（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ツール；以下、MDS）を用いた利用者の定期的アセスメントが義務づけられている（大半は3か月に1度、医療機能を備えるSkilled Nursing Facilityなど扱う利用者の重症度によっては頻繁に実施される）。MDSで得られた結果は、介護報酬支払い側であるCMSへ提出される。CMSは、その情報をケアの質を客観的に評価するためのQM指標としてリスク調整後、（除外、層別化、ロジスティック回帰分析など）パーセント値を用いてNHCで公表している（澤田ら2007）。

(2) 行政監査

米国のナーシングホームにおける監査のプロセスや違反施設への制裁措置については、澤田ら（2008）論文を参照されたい。ここでは要点のみ述べる。

老人・障害者医療保険制度であるメディケアと低所得者医療扶助制度であるメディケイドの指定を受けるナーシングホーム（ナーシングホーム全体の98%以上、Jones 2002）は、原則、最低9～15か月に1度、CMSが委託する州政府機関が事前通知なしに、週末・昼夜を問わず抜き打ちで行う監査を受ける。職員配置基準や利用者の権利など、Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987（1987年総括的予算調停法）が定める規定・基準の遵守状況を確認・調査するもので、その数は関連法令通知集（Allen 2006：1-356）に記載されているものだけで5,000項目以上あるといわれている。

一般に、2～3人の監査官が監査を3～10日間かけて行う。監査官は、マニュアルなどの書類確認や職員との面談に加え、看護師による薬剤の配り方や介護士による体位変換・食事介助などの観察、さらに、利用者や家族などに施設側の対応やケア、衣食住環境などに関するインタビューを行う。その結果を監査官がCMSのOnline Survey, Certification, and Reportingと呼ばれるデータベースに入力する。それを過去3年間さかのぼって全州・全米のナーシングホームで判明した違反

の平均数、最小数・最大数とともに公表している (CMS 2008a)。

看護師・介護士が利用者1人に費やす1日の時間数は、監査前後2週間分の勤務表を基に算出 (全看護師・介護士の平均勤務時間数÷利用者数) される。利用者数90人の施設で、1日当たり看護師3人が平均8時間ずつ、計24時間勤務していた場合、24時間 (1,440分) ÷ 90人 = 利用者1人当たり16分が費やされていることになる。

防災検査結果は、監査前後に消防職員が実施する立ち入り検査から得られる情報である。

3) 公表方法

NHCは、メディケア、メディケイド指定ナーシングホームに関する情報を、(1)インターネット、(2)電話サービス、の2つの方法により公表している。ただし、メディケア、メディケイドの指定を受けていないナーシングホームについては、情報公表はされていない。

(1) インターネットによる公表

CMSが設立したメディケアウェブサイト (<http://www.medicare.gov/NHCompare/home.asp>) 内に設けられている。NHC上からは、州・郡・市、郵便番号、施設名から事業者を検索できる。QM、行政監査、防火検査において判明した違反数、看護・介護職員情報については1度にいくつでも事業者比較が行える。

(2) 電話サービスによる公表

CMSが設置するメディケアの「ヘルプライン」(1-800-633-4227) へ電話することによってインターネットと同様の情報を入手できる。

4) 調査費用

NHCは、介護サービス情報を公表するための手数料などを事業者には負担させていない。これはNHCで公表される情報が、①ナーシングホームにおける通常業務 (利用者アセスメント・行政監査) のなかに組み込まれていること、②公的財源 (メディケア、メディケイド) により運営されているナーシングホーム数は全体の6割以上 (1986年時点、現在は約16,000か所あるナーシングホームのうち、98%がメディケア、メディケイドの指

定を受けている (Jones 2002)) を占めることから、ナーシングホームのケアの質の改善は連邦の責任であることをInstitute of Medicine (米国科学アカデミーが設立した医療研究機関) が連邦議会に提示している (Institute of Medicine 1986: 21-5)。実際、NHC制度で情報を公表するにあたって、政府からナーシングホームに対して手数料などの請求はされていない。

3. 項目内容の曰米比較：ストラクチャー・プロセス・アウトカム

介護サービス情報の公表制度とNHCの公表項目に、ストラクチャー・プロセス・アウトカムの視点が組み込まれているかを検討した結果を、表2、5、図1に示した。

先述したが、1項目に質の要素が1つ以上含まれるものはそれぞれを1としてカウントしたため、要素総数は項目総数よりも多い。各要素の割合合計も100%よりも大きい。

各項目の一次判定において、筆者ら3人の判定にずれが生じた率は次のとおりである。介護サービス情報の公表制度における特養の中項目 (10項目中) では20%、小項目は (30項目中) 43%、確認事項項目 (75項目中) 57%、確認のための材料項目 (124項目中) 42%であった。老健の中項目 (10項目中) では30%、小項目 (34項目中) は44%、確認事項項目 (74項目中) 45%、確認のための材料項目 (120項目中) 42%であった。NHCのQM (19項目中) では0%であった。ずれの多くは、記録・マニュアルなどがストラクチャーか、またはプロセスかという筆者間にあった判定基準のずれから生じたものであった。そこで、前述の操作的定義 (内容がプロセスであればプロセスと判定) の下、協議した結果、ずれ発生率は、特養の中項目 (10項目中) では0%、小項目は (30項目中) 7%、確認事項項目 (75項目中) 4%、確認のための材料項目 (124項目中) 8%へと減少した。老健の中項目 (10項目中) では0%、小項目 (34項目中) は3%、確認事項項目 (74項目中) 4%、確認のための材料項目 (120項目中) 8%

表5 ナーシングホーム間比較公表におけるQuality Measuresおよび検討結果 (抜粋)

	項目内容	ストラクチャー・プロセス・アウトカム 検討結果
1	インフルエンザ流行時期に、予防接種を受けた長期利用者の割合	プロセス
2	5年以内に肺炎球菌ワクチンを受けた長期利用者の割合	プロセス
3	日常生活上の援助が増加した長期利用者の割合	アウトカム
4	中程度から重度の痛みがある長期利用者の割合	アウトカム
5	褥瘡のハイリスク者で褥瘡がある長期利用者の割合	アウトカム
6	褥瘡のローリスク者で褥瘡がある長期利用者の割合	アウトカム
7	身体的拘束を受けている長期利用者の割合	プロセス/アウトカム
8	うつまたは不安状態が悪化した長期利用者の割合	アウトカム
9	失禁のローリスク者で失禁のある長期利用者の割合	アウトカム
10	留置カテーテルをしている長期利用者の割合	プロセス/アウトカム
11	多くの時間をベッドや椅子ですごす長期利用者の割合	プロセス/アウトカム
12	移動能力が低下した長期利用者の割合	アウトカム
13	尿路感染がある長期利用者の割合	アウトカム
14	体重減少が著しい長期利用者の割合	アウトカム
15	インフルエンザ流行時期に、予防接種を受けた短期利用者の割合	プロセス
16	5年以内に肺炎球菌予防接種を受けた短期利用者の割合	プロセス
17	せん妄がある短期利用者の割合	アウトカム
18	中程度から重度の痛みがある短期利用者の割合	アウトカム
19	褥瘡がある短期利用者の割合	アウトカム

「項目内容」出典：Centers of Medicare & Medicaid Services (2008) *Quality Measures - Nursing Home Quality Initiatives* (http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityInits/10_NHQIQualityMeasures.asp, 2008.4.1) より引用。
 「ストラクチャー・プロセス・アウトカム検討結果」：本調査における検討結果 (抜粋) を示した。

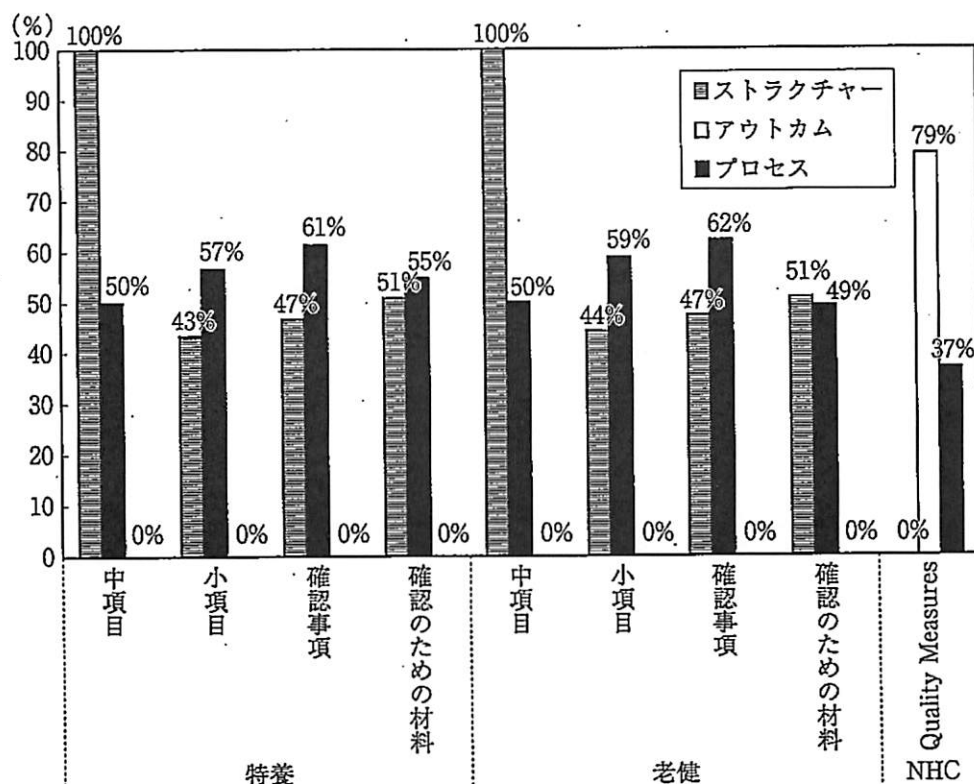


図1 ストラクチャー・プロセス・アウトカム判定結果

となった。

1) 日本：介護サービス情報の公表制度

(1) 特養

特養の調査情報239項目のうち、中項目（10項目中）には、ストラクチャー10項目（100%）、プロセス5項目（50%）、アウトカム0項目（0%）が含まれていた。

小項目（30項目中）では、ストラクチャー13項目（43%）、プロセス17項目（57%）、アウトカム0項目（0%）であった。

確認事項項目（75項目中）では、ストラクチャー35項目（47%）、プロセス46項目（61%）、アウトカム0項目（0%）であった。

確認のための材料項目（124項目中）では、ストラクチャー63項目（51%）、プロセス68項目（55%）、アウトカム0項目（0%）が含まれていた。

(2) 老健

老健の調査情報238項目のうち、中項目（10項目中）には、ストラクチャー10項目（100%）、プロセス5項目（50%）、アウトカム0項目（0%）が含まれていた。

小項目（34項目中）では、ストラクチャー15項目（44%）、プロセス20項目（59%）、アウトカム0項目（0%）であった。

確認事項項目（74項目中）では、ストラクチャー35項目（47%）、プロセス46項目（62%）、アウトカム0項目（0%）であった。

確認のための材料項目（120項目中）では、ストラクチャー61項目（51%）、プロセス59項目（49%）、アウトカム0項目（0%）が含まれていた。

2) 米国

NHCのQM19項目では、ストラクチャー0項目（0%）、プロセス7項目（37%）、アウトカム15項目（79%）が含まれていた。

V. 考 察

これまでの研究において、医療・介護分野における情報の公表は、利用者がより質の高い医療・介護施設を利用することにつながり、その分野のケアの質の底上げされると考えられている（Marshallら 2000）。なぜなら、事業者にとって望ましくない情報が公表されるということは、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し、競争を促進するとされているからである。

わが国でも、介護サービス情報の公表制度が開始したことで質の向上に一定の動きが報告されている。たとえば、介護サービス情報の公表制度における公表項目を基に、事業者は調査前にマニュアルなどの書類の作成や見直し、職員研修の実施、サービス内容の見直しなどを行っている（豊川 2007）。

他面、わが国の現場からはケアの質の向上にはつながらないという否定的な意見が報告されている（環境新聞社編集部 2007；蒔田 2007）。その理由として、介護サービス情報の公表制度ではマニュアルなどの有無が問われるが、その内容の善し悪しやどの程度遵守されているかは問われないことが挙げられる。米国のNHCは開始から数年が経過しているが、ナーシングホーム側もケアの質の向上に資するとしている。それはNHC、特にQMがケアの質に問題がある可能性の高いケア領域を明確に示すからである。その情報はナーシングホームや一般のみならず、監査官も入手できる。監査官は監査開始前にその情報をチェックし、問題があると疑われるケア領域を特定し、重点的に監査を行う。それがナーシングホームにおけるケアのプロセスの改善につながり、ひいてはケアの質が向上しうる。

日米の医療・介護制度の違い、たとえばわが国では施設入所待機者が多いのに対し、米国では空床があり、利用者が施設を選択する意欲・必要性が高い（澤田ら 2007）、などの点に留意する必要があるが、わが国の介護サービス情報の公表制度

を考えるうえで学べる点はあると思われる。以下では、両制度の比較から引き出せるわが国の介護サービス情報の公表への示唆を3点にまとめる。

1. ケアの質の向上・改善につながる評価を公表制度内に位置づける必要性

第1は、ケアの質の向上・改善につながる評価を公表制度内に位置づけることである。介護サービス情報の公表制度とNHCは共に、介護サービスに関わる情報を公表することによってケアの質が高まるのではないかという思想をもっている。しかし、それを具体化する方法に違いが見受けられる。上述したようにわが国の制度は、書類や職員研修の有無など第三者が確認できる事実のみを公表しているが、その内容の善し悪しは評価せず、改善に向けての指導も行わない。これではケアの質は向上しないとの指摘がある。なぜなら、書類の「ある・なし」ではケアの質は保証されない(新福 2006)からである。確かに、ケアを提供するための手順が記載されたものがあれば、そのとおりにケアが提供されていると考えられなくもない。しかし、本当に手順どおりなのか、その手順が適切・不適切なのかは書類の「ある・なし」では判断できない。また、数年中に多くの事業者において介護サービス情報の公表制度で公表されているほぼすべての調査項目が「ある」「やっている」になると予測され、比較が可能なのは事業者の特徴・個性が表れる基本情報の部分だけになる可能性がある(新津 2006)。そうなれば、介護サービス情報の公表制度がどのようにケアの質の向上につながりうるかは分からない。つまり、ケアの質の評価・改善するための仕組みまでは介護サービス情報の公表制度内では担保していない(伊藤ら 2008: 184)。そのことが、「ケアの質の向上には繋がらない」という現場職員の不満の原因となっていると思われる。

一方、NHCは、他のナーシングホームと比べて、その施設全体で共通して質が低いと疑われる領域(褥瘡など)や自施設の強みと弱みが確認できる。褥瘡がある利用者の割合が他のナーシング

ホームより高い場合、そのナーシングホームでは褥瘡ケアに力を注ぐことができる。監査では、褥瘡ケアマニュアルの有無を確認し、そのとおりに実施されているかを観察する。不適切な場合、改善を求めると同時に改善に向けたアドバイスもする。さらに、ナーシングホームが利用者へどのようなケアを提供するか(また、してはならない)を示す。たとえば、肺炎球菌ワクチン接種である。肺炎球菌は肺炎や呼吸器感染症などを引き起こし、65歳以上では肺炎による死亡率が高く、ワクチン接種がその死亡率・入院率を減らすことが分かっている。しかし、わが国では接種率は低く、2002年に15万人に達したところである。一方、米国は65歳以上で6割を超えており(共同通信社 2003)、それは約2,135万人に匹敵する(U.S. Census Bureau 2008)。このような情報はケアカンファレンスなどで利用者を個別・事例別に見直しすることに活用でき、ケアのプロセスやケアプランに反映できる。ひいてはケアの質向上につながる。NHCはケアの質を保証していないが、その一端に迫ろうとしている。そのことが、ナーシングホーム側が「ケアの質の向上に繋がる」と評価する理由と考えられる(伊藤ら 2007)。わが国でも、事業者がケアの質を高めるべきケア領域などが把握でき、事業者がケアのプロセスの改善・向上につながるような評価を制度内に位置づけることが望まれる。

2. アウトカム指標の導入

第2は、アウトカム指標の導入である。OECD(2005: 78)は、介護におけるストラクチャーとプロセスのみならずアウトカム評価も取り入れ、利用者に公表する方向へ向かうべきとしている。なぜなら、アウトカム評価はプロセスによる効果を評価できるからである(OECD 2006: 18)。さらに、数値を活用してのアウトカム評価は改善をとらえるうえで有用である。なぜなら、どの程度の改善を図るのかなどの目標設定がしやすく、数値の経時的変化を把握することで、どの程度改善または改悪したか判断できる(太田 2007)。つま

り、事業者に向けたある種の「成績表」のようなものである。そのことがケアの質の向上に対する事業者側のモチベーションを高めるツールとして活用できる（山田ら 2004）。それと利用者側の選択の幅が拡大すれば、利用者の保護策を向上させ、ケアの質にかかる競争状況を創り出すとしている（OECD 2005：77）。

わが国で公表されている項目は、ストラクチャーとプロセスのみを重視しているのに対し、米国では、ストラクチャーとプロセスについては監査にゆだね、NHCのQMでアウトカムも評価している。アウトカム指標の結果を公表することでナーシングホームが、ケアの質の改善に資している。現に、「痛みがある長期利用者」38%ポイント、「痛みがある短期利用者」11%ポイント、「身体的拘束を受ける長期利用者」23%ポイントの有意な改善が報告されている（CMS 2004）。2003～2004年にかけてQMの割合の変化を検討した研究でも褥瘡がある短期利用者、日常生活上の援助が増加した長期利用者、身体的拘束、留置カテーテルをしている長期利用者の割合などがよいほうへ減少している（Castleら 2007）。わが国の制度にもアウトカム指標が盛り込まれることが望まれる。

3. 高齢者介護施設における業務において収集可能な情報の活用

第3は、介護サービス情報の公表制度に伴う作業（情報収集・調査）を、事業者における日常業務中に集めた情報を使うメリットである。米国のNHCで公表される情報は、ナーシングホームが日常的に行うMDSアセスメント結果と定期的な監査から出る結果である。そのため、ナーシングホームには報告書作成や調査を受けるなどの新たな作業や費用が発生しない。わが国においても、事業者における業務と情報の公表に関わる作業をうまくリンクすれば、報告書作成や調査に費やす時間や経費を利用者のケアに回すことができ、ケアの質が向上する可能性があると考えられる。たとえば、MDSに比べ項目数が少なく、その実施

も年単位で、利用者の変化をとらえにくいなどの制約があるが、わが国の要介護認定とリンクする方法である。MDSは、ナーシングホームが介護報酬を政府から受けるために用いられており、わが国の介護報酬額を決定する要介護認定アセスメントのようなものである（近藤 2007）。しかし、米国はそれとは別に、MDSから得られる1つの情報がナーシングホーム、州政府、一般市民によるケアの質の向上に向けたアプローチを可能にしている。

わが国でもすでに要介護認定データを用いたケアの質の評価指標開発が試みられている（伊藤ら 2008：184-6）。この試みでは、133の特養に入所する8,000人以上の2001年と2002年の2時点の要介護認定データを用いた「1年間の要介護度維持・改善率」指標を試作した。その結果、要介護度維持・改善率は、最高100%、最低37.2%、平均63%となり、その差は62.8%ポイントであった。つまり、同じ報酬が支払われていながらもケアの質に差がある可能性を示している。要介護認定を活用すれば、報告書作成や調査を受けるといった作業などが発生しないばかりか、行政も事業者側も事業所の特徴が把握でき、ケアの質の向上に取り組めると考えられる。

VI. 本研究の限界

本研究の限界としては、次の3点が含まれる。第1に、日米制度を比較するにあたって、米国のナーシングホームは「医療、看護、リハビリテーション、身体介護等のサービスを提供する施設であり、日本の特別養護老人ホームや老人保健施設に相当すると思われる」（伊原 2004：223）ことから、わが国の特養と老健および米国のナーシングホーム全般を対象として取り上げたが、対象を変更することによって結果が異なる可能性がある。

第2に、比較対象とした項目に米国のQMのみを取り入れたことである。米国の行政監査項目も対象とした場合、本研究におけるストラク

文 献

チャー・プロセス・アウトカムの判定結果が大きく変わることが予想される。しかし、前述したようにその項目数は5,000以上に達するといわれているため、本研究では取り入れなかった。

第3に、比較対象の項目は2007年現在の介護サービス情報の公表制度の調査項目と2008年現在のQMである。つまり、項目比較から得られた結果は、データ収集時期に限定される可能性がある。現在、シルバーサービス振興会は調査項目の再検討を行っている。CMSも新たなQMを2010年4月から段階的に公表するとしている(CMS 2008c)。公表項目が変更されれば、今回の結果との間にどのくらいの差が生じるかは定かではないが、引き続き検討する必要があると思われる。

Ⅶ. ま と め

わが国でも介護保険制度改正以後、介護サービスの質の向上に向けた取り組みが進められている。本稿では、わが国の介護サービス情報の公表制度がケアの質の向上に寄与するための課題を明らかにすることを目的に、わが国の介護サービス情報の公表と米国のNHCの比較分析を行った。

両国の医療・介護制度が異なる点を留意する必要があるが、今回の比較に基づけば、わが国の介護サービス情報の公表制度は、事業者側によるマニュアルなどの書類の作成や見直しなどにつながっている可能性があると思われるが、事業者におけるケアの質の向上・改善にはつながらないと考えられる。

わが国の介護サービス情報の公表制度がケアの質のさらなる向上へ寄与するための示唆として、①ケアの質の向上・改善につながる評価を公表制度内に位置づける必要性、②アウトカム評価項目の導入、③事業者における日常の業務のなかで集めた情報を使うことの検討が挙げられた。

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。記して深謝します。

- Allen, James E. (2006) *Nursing Home Federal Requirements : Guidelines to Surveyors and Survey Protocols*, Springer Publishing Company.
- Castle, N. G. (2005) Nursing Home Administrators' Opinions of the Nursing Home Compare Web Site, *Gerontologist*, 45(3), 299-308.
- Castle, N. G., Engberg, J. and Liu, D. (2007) Have Nursing Home Compare Quality Measure Scores Changed over Time in Response to Competition?, *Quality & Safety in Health Care*, 16(3), 185-91.
- Centers for Medicare & Medicaid Services (2004) *Progress in Nursing Home Quality* (http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityInits/35_NHQLArchives.asp, 2007.7.30).
- Centers for Medicare & Medicaid Services (2008a) *Nursing Home Compare* (<http://www.medicare.gov/NHCompare/home.asp>, 2008.4.1).
- Centers for Medicare & Medicaid Services (2008b) *Quality Measures : Nursing Home Quality Initiatives* (http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityInits/10_NHQQQualityMeasures.asp, 2008.4.1).
- Centers for Medicare & Medicaid Services (2008c) *Minimum Data Set (MDS) 3.0 Timeline* (<http://www.cms.hhs.gov/OpenDoorForums/Downloads/MDS30WordTimeline012408.pdf>, 2009.3.4).
- Fermazin, M., Canady, M. O. and Milmine, P., et al. (2004) Home Health Compare : Web Site Offers Critical Information to Consumers and Professionals, *Home Healthcare Nurse*, 22 (6), 408-16.
- Institute of Medicine (1986) *Improving the Quality of Care in Nursing Homes*, National Academy Press.
- Jones, A. (2002) The National Nursing Home Survey : 1999 Summary, *Vital and Health Statistics*, 13 (152), 1-116.
- Marshall, M. N., Shekelle, P. G. and Leatherman, S., et al. (2000) The Public Release of Performance Data : What Do We Expect to Gain? A Review of the Evidence, *JAMA*, 283(4), 1866-74.
- Mukamel, D. B., Spector, W. D. and Zinn, J. S., et al. (2007) Nursing Homes' Response to the Nursing Home Compare Report Card, *The*

- Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(4), S218-25.
- OECD (2005) *Long-Term Care for Older People - the OECD Health Project*, OECD.
- OECD (2006) *Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators Report: OECD Health Working Papers No. 22*, OECD.
- U.S. Census Bureau (2008) *Annual Estimates of the Population by Sex and Five-Year Age Groups for the United States: April 1, 2000 to July 1, 2007 (Nc-Est2007-01)* (<http://www.census.gov/popest/national/asrh/NC-EST2007-sa.html>, 2009.3.4).
- 伊藤美智予・近藤克則 (2007) 「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と評価——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), 153-66.
- 伊藤美智予・澤田 如・近藤克則 (2008) 「第7章第3節 施設ケアプログラムの評価」日本福祉大学編『*福祉社会開発学——理論・政策・実際*』ミネルヴァ書房, 182-91.
- 伊原和人 (2004) 「第3章 アメリカの高齢者介護」住居広士編『*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*』大学教育出版, 211-312.
- 太田聡一 (2007) 「日本の労働市場を再考する」『*三色旗*』712, 30-3.
- 環境新聞社編集部 (2007) 「介護サービス情報の公表制度に関するアンケート調査——公表された情報を利用していないケアマネジャーが8割に」『*ケアマネジメント*』18(2), 23-6.
- 共同通信社 (2003) 「肺炎球菌ワクチン利用を——高齢者の肺炎予防に効果」(<http://kkkyodo.co.jp/iryo/news/1104haien.html>, 2008.6.28).
- 近藤克則 (2007) 「アメリカのナーシング・ホームのケアの質マネジメント・システム」『*社会福祉学*』48(1), 194-8.
- 厚生労働省老健局振興課 (2008) 「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」([http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/acled857888ff2f649257455000419f1/\\$FILE/20080526_1shiryu_all.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/acled857888ff2f649257455000419f1/$FILE/20080526_1shiryu_all.pdf), 2008.10.16).
- 澤田 如・近藤克則 (2007) 「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——文献レビューと現場経験をもとに」『*病院管理*』43(3), 99-108.
- 島内 節・友安直子・内田陽子編 (2002) 『*在宅ケア——アウトカム評価と質改善の方法*』医学書院.
- シルバーサービス振興会編 (2006) 『*事業者のための「介護サービス情報の公表」制度Q&A*』中央法規出版.
- シルバーサービス振興会編 (2007) 『*「介護サービス情報の公表」関連法令通知集 (平成19年版)*』中央法規出版.
- 新福正剛 (2006) 「デイサービス運営の理念が調査項目から見えてくる」『*ケアマネジメント*』17(5), 25-7.
- 東京都高齢者研究福祉振興財団 (2008) 「とうきょう福祉ナビゲーション——平成20年度 介護サービス情報の公表に係る調査・公表手数料」(http://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/kohyo/02jigyoutesuryou_ichiran.html, 2008.10.16).
- 豊川 琢 (2007) 「介護サービス情報公表制度に不満続出 高額な手数料, 頻繁に行われる調査——サービスの質の底上げには一定の成果上がる」『*日経ヘルスケア*』5, 66-70.
- 新津ふみ子 (2006) 「公表データを独自にアセスメントし生きた情報を提供することがケアマネジャーの課題」『*ケアマネジメント*』17(5), 28-9.
- 蒔田勝義 (2007) 「介護サービス情報の公表のあり方についての研究」日本福祉大学大学院社会福祉学研究科2007年度修士論文.
- 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施行」『*病院管理*』41(4), 277-87.

Comparison of the Information Disclosure Systems for the Nursing Facilities in Japan and the U.S.

Yuki SAWADA, Katsunori KONDO, Michiyo ITO

Japan has launched an information disclosure system in 2006, which provides consumers with information to assist them in comparing nursing care providers. Although providers have complaints about the system (how information is gathered and provided, its cost and the frequency of inspections) it is assumed that this system will encourage consumers to choose high quality providers, which in turn will improve their quality of care. Similarly, the U.S. has developed a web-based information system in 1999, which offers comparison data for all nursing facilities in their country and is well accepted by providers. For the purpose of determining how it can contribute to improve the quality of care in Japan, this article presents an analysis of the information systems in Japan and the U.S. to examine the similarity and dissimilarity in areas of its concept, information gathering, cost and inspection. It also analyzes whether viewpoints of the structure, process, and outcome were included in the reported items in both systems. The results suggest that there are differences between Japan and U.S. systems and it is important to (1) include evaluations, which would improve quality of care, in the information system, (2) use information that can be collected in everyday duties and, (3) introduce items evaluating outcomes.

Key Words : Quality of care, Internet-based information system, Comparison study, Quality improvement, Quality measurement