

アメリカのナーシングホーム規制(1)^{*}

—— ケアの質をめぐる議論と日本への示唆 ——

小 松 秀 和

目 次

- I はじめに
- II アメリカのナーシングホーム規制
 - 1 経緯
 - 2 OBRA '87
 - 3 ケアの質に関する情報

I はじめに

日本では長い間、アメリカ合衆国（以下、アメリカ）のナーシングホーム（nursing home）を老人ホームとよんで認知してきたが、介護保険開始以降日本の高齢者介護施設の種類が増すにつれ、その捉え方に差異が生じるようになってきた。日本で老人ホームというと主に介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）を指すが、アメリカのナーシングホームはどちらかといえば医療施設の性格を有し、実態としては日本のかつての老人病院（病棟）や今でいうところの療養病床もしくは介護老人保健施設に近い。

National Center for Health Statistics（2006）によると、2004年時点におけるアメリカのナーシングホーム数は約1万6千か所、入居者数は約144万人となっている。85歳以上の人口に対する入居者数の比率は約30%となっており、ナ

* 本論文は「法政大学大学院エイジング総合研究所」2006年度補助金による研究成果を基にまとめられたものである。なお、本文中の誤りについてはすべて筆者の責任である。

ーシングホームが高齢者にとって重要な施設であることがうかがえる。しかし、1995年時点の入居率が40%を超えていたことを考えると、その地位が低下している感は否めない。その理由として様々な可能性が考えられるが(Bishop (1999)), 大きな要因として、ナーシングホームのケアの質に対する懸念が挙げられる。

アメリカ人にとってナーシングホームにおけるケアの質は、1950年代から今日に至るまで重大な関心事であり続けてきた(Walsh (2001))。それが最も高みに達したのが1987年のOmnibus Budget Reconciliation Act (通称, OBRA '87)の法制化であり、それによって初めて連邦政府レベルで規制が敷かれることになった(Health Care Financing Administration (2001))。

ナーシングホームのケアの質を評価するに当たって重要な役割を果たしているのが、連邦政府が定める基準と、それに基づいて州政府が行う現地調査(on-site survey)である。国民の関心の高まりを反映して、それらは年々厳格化される傾向にある。また、消費者の知る権利を重視して、調査結果は“Nursing Home Compare”というウェブサイト上で一般に公開されている。

しかし、こうした一連の政策にもかかわらず、国民のナーシングホームに対する視線は依然として厳しいものがある。批判の矛先は概ね2つの方向に向けられている。一方は、ナーシングホーム事業者に向けられるものであり、もう一方は、規制者である連邦政府および州政府に向けられるものである。前者はナーシングホームが提供するケアの質そのものを問い、後者は政府が認定する品質保証の信憑性を問うている。このような二重構造が生まれる理由は、入居者がナーシングホームと直接契約しているのではなく、政府(連邦, 州)が入居者のために、公的制度であるメディケア(Medicare)およびメディケイド(Medicaid)を通じて事業者からケアを購入する図式になっているからである。

ケアの質そのものを問題にする行為は、OBRA '87の施行以降、ナーシングホームに関する情報の入手が容易になるにつれて活発化してきた。研究者の間でも、ケアの質の決定要因に関する分析などが積極的に行われてきた。公表さ

れる資料から質の改善が進んでいないと見るや、調査が厳格化されるなどの対策が採られた。

ところがその後、政府の手になる品質評価と結果の公表が一般化するにつれて、今度は、それらの信憑性、すなわち、公的評価が現状を正しく反映していないのではないか、悪質なケアの多くが見過ごされているのではないか、という疑念が生まれ、調査結果と実態との間の乖離という、それまでとは異なる性質の問題が論じられるようになってきた (GAO (2003))。

本稿の主な目的は、上述のようなアメリカのナーシングホームにおけるケアの質をめぐる議論の変遷を追うことである。その過程で、論点は次の3つに絞られてくる。第1に、ケアの質とは具体的に何を指すのか、その基準について確認すること。第2に、ケアの質に関するデータから得られる様々な推論について検討すること。そして第3に、ケアの実態を正確に把握するための調査のあり方について日本と比較しながら考察することである。

II アメリカのナーシングホーム規制

1 経緯

アメリカにおいてナーシングホーム規制のきっかけとなったのは、1986年に医学研究所 (Institute of Medicine (略称, IOM)) が提出した調査報告書 “Improving the Quality of Care in Nursing Homes” である (Institute of Medicine (1986))。同報告書によって、ナーシングホームで器具を用いた身体的拘束や薬物を用いた化学的拘束が常態化している事実が明らかとなり、それまで漠然と語られることの多かったナーシングホームの質をめぐる問題が初めて公に議論されるようになった。

時のレーガン政権はこの報告書の勧告に応える形で、関係各方面 (消費者、事業者、医療従事者など) の協力を得て、1987年に一連のナーシングホーム規制法 (通称, OBRA '87) を制定した。これにより、メディケアおよびメディケイドの給付対象施設が遵守すべき最低基準と州政府が実施すべき標準的調査項目が初めて連邦レベルで明文化された。

OBRA '87 の施行後、州政府の現地調査 (on-site survey) が定期的に行われ、その調査結果は“Online Survey Certification and Reporting system”(略称、OSCAR システム) というデータベースに記録された。調査を受ける立場となったナーシングホーム事業者の間にもケアの質に対する意識の変化が起こり、一部に改善が見られるようになった。特に、IOM の報告書以降問題視されてきた身体的拘束および化学的拘束の発生頻度が低下したことは、改革の成果として一定の評価を受けている (Shankroff et al. (2000), Walshe (2001))。ただ依然として、調査機関から繰り返し不備を指摘される悪質な施設も存在し、さらに厳しい規制の必要性が指摘されるようになった。

1998 年、クリントン政権は新たなナーシングホーム規制を打ち出した。主な狙いは、不良施設の監視強化と罰金徴収、そして、新しい評価項目の追加(褥瘡、栄養、虐待)であった。それを受けて、行政機関である保健財政庁 (Health Care Financing Administration (略称、HCFA)) は、“Nursing Home Initiative” と題した計画を策定・実行した (Shankroff et al. (2000))。

その後のブッシュ政権下では、HCFA から組織替えしたメディケア・メディケイド事業センター (Centers for Medicare and Medicaid Services (略称、CMS)) が中心となって、“Nursing Home Quality Initiative” と題した計画を策定し、2002 年から本格実施している (Centers for Medicare and Medicaid Services (2004))。その一環としてナーシングホームの質に関する情報を Nursing Home Compare というウェブサイト上で提供している。

2 OBRA '87

OBRA '87 とは、1987 年にレーガン大統領の下で成立した法律群を指す通称で、正式名称を“Omnibus Budget Reconciliation Act” という。OBRA '87 は主に、メディケア第 1819 条 (以下、メディケア 1819)、メディケイド第 1919 条 (以下、メディケイド 1919)、連邦規則集第 42 編第 483 部 B (以下、連邦規則 483 B) から構成される。メディケア 1819 とメディケイド 1919 が基本法で、連邦規則 483 B が施行規則という関係になっている。

メディケア 1819 とメディケイド 1919 は各公的制度からの給付を希望する施設が満たすべき基本的要件を定め、その細則や具体的基準は連邦規則 483 B に記載されている。メディケアとメディケイドが対象とする施設は、人員配置基準などの違いによって名称が異なっており、前者を Skilled Nursing Facility (略称, SNF)、後者を Nursing Facility (略称, NF) とよんで区別している。しかし、本稿では、混乱が生じない限り両者を「ナーシングホーム」とよぶことにする。

メディケア 1819 とメディケイド 1919 がそれぞれの対象施設にどのような要件を課しているのか見るために、その条文見出しを抜粋してみよう。

メディケア 1819 の法律名

“REQUIREMENTS FOR, AND ASSURING QUALITY OF CARE IN, SKILLED NURSING FACILITIES”

メディケア 1819 の条文見出し

- (a) SKILLED NURSING FACILITY DEFINED
- (b) REQUIREMENTS RELATING TO PROVISION OF SERVICES
- (c) REQUIREMENTS RELATING TO RESIDENTS' RIGHTS
- (d) REQUIREMENTS RELATING TO ADMINISTRATION AND OTHER MATTERS
- (e) STATE REQUIREMENTS RELATING TO SKILLED NURSING FACILITY REQUIREMENTS
- (f) RESPONSIBILITIES OF SECRETARY RELATING TO SKILLED NURSING FACILITY REQUIREMENTS
- (g) SURVEY AND CERTIFICATION PROCESS
- (h) ENFORCEMENT PROCESS
- (i) CONSTRUCTION

メデイケイド 1919 の法律名

“REQUIREMENTS FOR NURSING FACILITIES”

メデイケイド 1919 の条文見出し

- (a) NURSING FACILITY DEFINED
- (b) REQUIREMENTS RELATING TO PROVISION OF SERVICES
- (c) REQUIREMENTS RELATING TO RESIDENTS' RIGHTS
- (d) REQUIREMENTS RELATING TO ADMINISTRATION AND OTHER MATTERS
- (e) STATE REQUIREMENTS RELATING TO NURSING FACILITY REQUIREMENTS
- (f) RESPONSIBILITIES OF SECRETARY RELATING TO NURSING FACILITY REQUIREMENTS
- (g) SURVEY AND CERTIFICATION PROCESS
- (h) ENFORCEMENT PROCESS
- (i) CONSTRUCTION

一見して分かることだが、メデイケア 1819 とメデイケイド 1919 の条文見出しは、対象施設名が“SKILLED NURSING FACILITY”か“NURSING FACILITY”かの違いを除いて一致している。

その条文構成について簡単に説明する。まず、(a)の部分は文字通り、それぞれの法律が対象とする施設の定義を述べている。メデイケアが対象とする施設を Skilled Nursing Facility (SNF)、メデイケイドが対象とする施設を Nursing Facility (NF) とよぶのは前述した通りである。

次に、(b)から(d)にかけて施設側に課される具体的要件が記されている。(b)は「サービス」に関する要件、(c)は「入居者の権利」に関する要件、(d)は「運営その他」に関する要件である。これらの要件がナーシングホーム規制の本体とよべるもので、施設側はそれを満たさなければならない。これらの要件を満た

せない施設は初めから認定を受けられないか、たとえ認定済みの施設であっても定期的に行われる調査で基準違反が発覚すれば罰金や認定取消などの処分が下される。

(e)と(f)は、ナーシングホームで働く介護士 (Nurse Aide (略称, NA)) の登録・訓練・能力評価などに関する州政府と連邦政府の役割分担を示している。連邦政府が連邦規則 483 B などで基準を細かく定め、州政府がそれに基づいて実際の業務を行うという関係になっている。訓練や能力評価の基準を満たした介護士はすべて登録簿に記録され、一般に公表される。

ナーシングホームのケアの品質保証に最も深く関わる部分が次の(g)と(h)である。(g)は、ナーシングホームの調査と認定に関する連邦政府と州政府の責任について定めている。それによると、ナーシングホームの認定は州政府が行うことになっている⁽¹⁾ (ただし、州立のナーシングホームについては州政府に代わり連邦政府がこれを行う)。また、調査や認定に関する規則や手続きおよび方針を施設に教育するのも州政府の仕事である。

近年問題視されるようになった施設内での、放置 (neglect)、虐待 (abuse)、入居者財産の着服 (misappropriation of resident property) については、州政府が責任をもって問題解決に当たらなければならない。具体的には、そのような申し立てがあった場合に備えて一連の手続き (受理・確認・調査) を用意し、関係者に虐待などの申し立てがあった旨を文書で通知した上で真偽を確かめ、もし虐待などの事実が認められれば、介護士本人に通知し、登録簿に記録・公表する。

州政府が行う調査には、標準調査 (standard survey) と延長調査 (extended survey) の2種類がある。延長調査は、標準調査でケアの質が標準以下と判断された施設だけに行われ、調査内容も標準のそれを踏襲している部分が多いため、ここでは特に断らない限り両者を含めて「調査」とよぶことにする。

州政府は連邦政府が定める手続きにしたがって、次の3点について調査しな

(1) 認定の実務は州政府が行うものの、認定の最終決定権は連邦政府にある。

ければならない。

- ① ケアの質が基準を満たしているかどうか
- ② ケアプランが適切かどうか、入居者評価が正確かどうか
- ③ 入居者の権利が基準通り守られているかどうか

調査は公正を期すため事前通知なしで行われる。調査時期を施設側に漏らした者には2,000ドル以下の罰金が科せられる。しかし、後述するように、調査時期の事前察知が疑われる事例が少なくなく、それが調査結果の信憑性を落とす結果になっていることから、州政府の調査スケジュールや事前察知回避策を連邦政府が確認することになっている。

州政府は域内のナーシングホームに対して、遅くとも15か月に一度は調査を実施しなければならない。それらの調査間隔の平均値が12か月を超えてはならない。また、ナーシングホームの運営に重大な変更があった場合には、それらの変更があった2か月以内に特別調査を実施しなければならない。

州政府とは別に、連邦政府もナーシングホームのケアの質に関する調査を行うことができる。ただし、連邦政府のそれは州政府の調査が正しく行われているかどうかを確認する目的で行われる。具体的な方法は次の通りである。連邦政府は各州が行った調査終了後2か月以内に独自調査を実施する。各州内の施設の少なくとも5%（それが5に満たない場合は5施設）が対象で、調査手続きは州政府のそれに準ずる。調査結果が州政府のそれと異なる場合には、連邦政府の判断が優先される。その結果、州政府の調査に不備が見つかれば、連邦政府は適切な改善策を指示することができる。

(h)は、(g)の調査によって問題が発覚した施設に対して連邦政府が採り得る是正措置の内容を定めている。その方法は次の3つである。

- ① 報酬支払停止
- ② 罰金

③ 暫定管理者指名

上記3種類の是正措置は、問題の程度に応じて運用の仕方が異なる。(g)の調査で(b)(c)(d)の要件を満たしていないと判断された施設に対しては、その決定から3か月以内に①の報酬支払停止処分が科せられる。また、3回連続して不備を指摘された施設に対しては、①の報酬支払停止処分のほか、要件を満たすまでの監視処分が加わる。さらに、施設が先の要件を満たさず、入居者が危険な状態にあると判断された場合には、③の措置によって施設管理者が暫定的に交代するか、認定そのものが取り消される。

以上がメディケアおよびメディケイドにおけるナーシングホーム規制の流れであるが、条文中いたる所に「連邦政府がこれを定める」とある。これは連邦規則 483 B など別途定める基準にしたがうということの意味している。では、ナーシングホームのケアの質に関する基準とは一体どのようなものなのか。連邦規則 483 B の詳細について見てみよう。

連邦規則 483 B の条文見出しは次の通りである。

BASIS AND SCOPE

DEFINITIONS

RESIDENT RIGHTS

ADMISSION, TRANSFER AND DISCHARGE RIGHTS

RESIDENT BEHAVIOR AND FACILITY PRACTICES

QUALITY OF LIFE

RESIDENT ASSESSMENT

QUALITY OF CARE

NURSING SERVICES

DIETARY SERVICES

PHYSICIAN SERVICES

SPECIALIZED REHABILITATIVE SERVICES
DENTAL SERVICES
PHARMACY SERVICES
INFECTON CONTROL
PHYSICAL ENVIRONMENT
ADMINISTRATION

連邦規則 483 B の条文構成で最も注目されるのが、“QUALITY OF CARE” という部分であり、そこにナーシングホームが満たすべきケアの基準が定められている。少し冗長ではあるが、それを抜粋して翻訳する。

ケアの質

すべての入居者は、各人の包括的調査とケアプランに合わせた身体的・精神的・心理社会的幸福を最大限に保持または維持するために必要なケアやサービスを施設から提供されなければならない。

(a) 日常生活動作 (ADL)

入居者の包括的調査に基づいて、施設は次のことを保証しなければならない。

- (1) 次に示す入居者の日常生活動作 (ADL) 能力が、臨床状態の変化等止むを得ない場合を除いて、低下してはならない。
 - (i) 入浴, 服装, 身だしなみ
 - (ii) 移動, 歩行
 - (iii) トイレでの用便
 - (iv) 食事
 - (v) 会話
- (2) 入居者は、(a)(1)の能力を維持・改善するための適切な処置やサービスを与えられる。

- (3) 入居者は、日常生活動作（ADL）を行えない場合は、十分な栄養、身だしなみ、衛生状態を維持するための必要なサービスを受ける。

(b) 視力と聴力

入居者が視力と聴力を維持するための適切な処置と補助器具を受けられるように、施設は次のことを支援しなければならない。

- (1) 診療機関の予約
- (2) 診療機関への送迎の手配

(c) 褥瘡

入居者の包括的調査に基づいて、施設は次のことを保証しなければならない。

- (1) 施設入所時に褥瘡のなかった入居者は、臨床状態の変化等止むを得ない場合を除いて、褥瘡を発症しない。
- (2) 褥瘡のある入居者は、治癒、感染症予防、悪化防止のための必要な処置やサービスを受ける。

(d) 尿失禁

入居者の包括的調査に基づいて、施設は次のことを保証しなければならない。

- (1) 入所時に膀胱留置カテーテルのない入居者は、臨床状態の変化等止むを得ない場合を除いて、カテーテルを装着しない。
- (2) 尿失禁のある入居者は、尿路感染症予防、正常な膀胱機能のできる限りの回復のために必要な処置やサービスを受ける。

(e) 動作範囲

入居者の包括的調査に基づいて、施設は次のことを保証しなければならない。

- (1) 入所時に動作範囲に制限のない入居者は、臨床状態の変化等止むを得ない場合を除いて、動作範囲が縮小しない。
- (2) 動作範囲に制限のある入居者は、動作範囲の拡大もしくは縮小予防のための必要な処置やサービスを受ける。

(f) 精神的・心理社会的機能

入居者の包括的調査に基づいて、施設は次のことを保証しなければならない。

- (1) 精神的・心理社会的適応困難性を示す入居者は、正常化のための必要な処置やサービスを受ける。
- (2) 精神的・心理社会的適応困難性を示さなかった入居者は、臨床状態の変化等止むを得ない場合を除いて、社会的相互作用の減少、引きこもり・怒り・うつ行動の増加傾向を示さない。

(g) 鼻腔胃管

入居者の包括的調査に基づいて、施設は次のことを保証しなければならない。

- (1) 自力または補助によって食事ができる入居者は、臨床状態の変化等止むを得ない場合を除いて、鼻腔胃管による栄養摂取をしない。
- (2) 鼻腔胃管または胃瘻によって栄養摂取している入居者は、肺炎、下痢、嘔吐、脱水、代謝異常、鼻咽頭潰瘍の予防および回復のための必要な処置やサービスを受ける。

(h) 事故

施設は次のことを保証しなければならない。

- (1) 入居環境をできる限り事故の危険のないようにする。
- (2) 入居者は事故予防のための適切な監視や補助を受ける。

(i) 栄養

入居者の包括的調査に基づいて、施設は次のことを保証しなければならない。

- (1) 臨床状態の変化等止むを得ない場合を除いて、入居者の栄養状態を示す数値（体重、たんぱく質レベル）を満足できる水準に維持する。
- (2) 栄養に問題がある場合は食事療法を受ける。

(j) 水分

施設は入居者が適切な水分量と健康を維持するよう十分な水分摂取を提供しなければならない。

(k) 特別なニーズ

施設は入居者が次の特別なサービスに関連して適切な処置やケアを受けることを保証しなければならない。

- (1) 注射
- (2) 非経口・経腸液注
- (3) 結腸瘻造設術・尿管瘻術・回腸造瘻術
- (4) 気管切開ケア
- (5) 気管吸引
- (6) 呼吸管理
- (7) フットケア
- (8) 人工器官

(l) 不必要な薬剤

(1) 一般薬：入居者の薬剤管理に不必要なものがあってはならない。不必要な薬剤とは次の場合を指す。

- (i) 過剰な投薬量
- (ii) 過剰な投薬期間

- (iii) 適切な観察がない
- (iv) 適切な服薬指導がない
- (v) 用量削減や投薬中止を示唆するような悪影響が見られたとき
- (vi) 上記の理由が複数あるとき

(2) 抗精神病薬：入居者の包括的調査に基づいて、施設は次のことを保証しなければならない。

- (i) 抗精神病薬を使用していない入居者は、臨床上の特別な状態を処置するために必要でない限り、投与されない。
- (ii) 抗精神病薬を使用している入居者は、禁忌でない限り、投与量を徐々に減らし、行動療法を受ける。

(m) 薬剤誤用

施設は次のことを保証しなければならない。

- (1) 5%以上の薬物誤用を起こさない。
- (2) 重大な薬剤誤用を起こさない。

上記の基準で重要なのは、入居者の心身の健康状態が入居時と比べて低下することを原則として認めていないことである。特に、ナーシングホームが医療施設であるにもかかわらず、医学的処置の範疇に属する膀胱留置カテーテルや経管栄養を原則として認めていない点は注目に値する。

「臨床状態の変化等止むを得ない場合を除いては」という但し書きがついているので、それらが全くなくなるということではないが、少なくともケアの質の低下を示す指標とみなしていることは明らかである。実際に最近では、入居者に対するそれらの実施率が高い施設ほどケアの質が低いという解釈が専門家のみならず一般にもなされるようになってきた。

褥瘡や抗精神病薬の過剰投与については、従来からケアの質の低下を示す指標として重視されている。その他、伝統的な指標である「拘束」については、

“RESIDENT BEHAVIOR AND FACILITY PRACTICES” と題する部分に、「入

居者の権利として、しつけや利便性を目的とした身体的拘束または化学的拘束を受けない。」とされている。メディケア 1819 およびメディケイド 1919 の“(c) REQUIREMENTS RELATING TO RESIDENTS’ RIGHTS”にも同様の規定がある。

連邦規則はケアに関する基準を定めるばかりでなく、入所後刻々と変化する入居者の状態について定期的に評価することも要請している。“RESIDENT ASSESSMENT”には、施設が実施すべき評価を次のように定めている。

入居者評価

施設は入居者の機能について、包括性・正確性・標準性・再現性のある評価を初期および定期的に実施しなければならない。

(a) 入所時診断

施設は入所時に医師の診断を受けさせなければならない。

(b) 包括的評価

施設は州政府が指定する入居者評価様式 (Resident Assessment Instrument (略称, RAI)) を用いて、入居者ニーズに関する包括的評価を行わなければならない。

(c) 4 半期確認評価

施設は州政府が指定する 4 半期確認評価様式を用いて、少なくとも 3 か月毎に入居者評価の確認を行わなければならない。

(d) 利用

施設は過去 15 か月間に行った評価履歴を保管し、包括的ケアプランの作成・改定に役立てなければならない。

(e) 調整

施設は評価を行うに当たって、労力の重複を避けるために事前審査や他の調査と最大限調整しなければならない。

(f) 電算処理要件

(1) データ変換

施設は評価終了後7日以内に以下のデータを符号変換しなければならない。

- (i) 入所時評価
- (ii) 年次評価
- (iii) 重大な状況変化
- (iv) 4半期確認評価
- (v) 移転・入退所・死亡に関する項目
- (vi) 入所時評価に代わる履歴情報

(2) データ送信

施設は評価終了後7日以内に、MDSとして一定の書式で作成した入居者情報を州政府に送信できなければならない。

(3) 月次送信要件

施設は少なくとも一月毎に、前月に実施した入居者評価 ((f)の(i)から(vi)までを含む) を MDS データとして州政府に送信しなければならない。

(4) データ書式

施設は連邦政府機関指定の書式でデータを送信しなければならない。州政府指定の書式でも代替可能であるが、その場合は連邦政府が認可したものでなければならない。

(5) 入居者身分情報

- (i) 施設は入居者の身分が特定できる情報については報告しなくてもよい。
- (ii) 施設は入居者の身分が特定できる情報であっても、政府機関が利

用または公表しないと契約した場合には、それを報告してもよい。

(g) 評価の正確性

評価は入居者の状態を正確に反映していなければならない。

(以下条文省略)

3 ケアの質に関する情報

これまで見てきたように、OBRA '87の目的は、ナーシングホームが遵守すべき要件や基準などを定め、それを定期的に調査・確認することで、ケアの質を担保することであった。調査過程を通じて様々な情報が集まるが、それがケアの質を高める上で鍵となっている。

収集される情報は2つに大別される。1つは、先のメディケア1819およびメディケイド1919の(g)に基づいて実施される州政府および連邦政府の調査・認定結果をまとめた情報である。これは“Online Survey Certification and Reporting system”（略称、OSCARシステム）というデータベースに記録されることから、「OSCARデータ」とよばれる。もう1つは、メディケア1819およびメディケイド1919、そして、連邦規則483Bの“RESIDENT ASSESSMENT”などに関連して行われる入居者評価についての情報である。これはそのデータ形式から「MDSデータ」とよばれる。

このようにアメリカには、OSCARデータとMDSデータという2つの異なるデータソースが存在するわけであるが、両者には様々な相違点が見られる。歴史的にいえば、前者が制度発足時から利用されてきたのに対して、後者は比較的最近になって整備・利用されるようになった。また、前者が州または連邦政府によって収集されるのに対して、後者は施設自らが一定の様式にしたがって報告したものが基になっている。政府が積極的に関わる分、前者の方が情報としての信頼性が高いと思われがちであるが、実際は、調査方法の巧拙や調査頻度の問題もあり、必ずしも後者よりも優れているわけではない。

情報の利用方法であるが、OSCAR データはナーシングホームの認定に使われるのはもちろんのこと、MDS データとともに一般にも公開されている。ナーシングホームに関する情報公開の流れは、“Nursing Home Initiative”（略称、NHI）と“Nursing Home Quality Initiative”（略称、NHQI）以来の傾向である。NHI で OSCAR データが公開されたのを皮切りに、続く NHQI では MDS データが追加公開された。情報技術の進化を背景にそれらは“Nursing Home Compare”という公式サイトで閲覧可能となっている。

NHI における情報公開の位置づけは問題施設への懲罰および改善勧告の意味合いが強かったが、NHQI ではより肯定的な位置づけになり、情報公開を通じて関係者全員のケアの質の向上に向けて意識を高めようとする意図が見て取れる。その具体的政策として NHQI では、消費者に“quality measures”（品質尺度）というケアの質を測る上での参考指標を公開するようになった。

品質尺度は MDS データを基に作成され、消費者がナーシングホームを選ぶ際の貴重な資料となっている。政府は品質尺度を動的なものと位置づけ、時代や環境の変化など必要に応じて改定する方針を示している。その結果、2004 年時点で 14 項目で出発した品質尺度は現在 19 項目にまで増えている。最新の品質尺度は以下の通りである。

長期療養における尺度

- ・ インフルエンザの予防接種を受けた入所者の比率
- ・ 肺炎の予防接種を受けた入所者の比率
- ・ 日常生活介助の必要度が増した入所者の比率
- ・ 中度から重度の痛みをもつ入所者の比率
- ・ 褥瘡の危険性が高い入所者の比率
- ・ 褥瘡の危険性が低い入所者の比率
- ・ 身体的拘束を受けている入所者の比率
- ・ うつ病の入所者の比率

- ・失禁の危険性が低い入所者の比率
- ・カテーテルを膀胱留置している（したことがある）入所者の比率
- ・寝たきりや座りきり状態にある入所者の比率
- ・室内外の移動能力の低下した入所者の比率
- ・尿路感染症の入所者の比率
- ・体重が過度に減少した入所者の比率

短期入所における尺度

- ・インフルエンザの予防接種を受けた短期入所者の比率
- ・肺炎の予防接種を受けた短期入所者の比率
- ・譫妄状態の短期入所者の比率
- ・中度から重度の痛みをもつ短期入所者の比率
- ・褥瘡のある短期入所者の比率

2004年時点からの変更点については、まず、インフルエンザと肺炎の予防接種率の追加が挙げられる。次に、カテーテルの膀胱留置について、「したことがある」という文言が追加された。これは、カテーテル装着という状態が半永久的ではなく解除可能であるとする、医学および介護学上の認識変化があったことを示唆している。さらに注目されるのは、過度な体重減少がケアの品質尺度として新たに採用されたことである。一見単純な情報のように思えるが、背後に高齢者の体重減少と健康状態の悪化との関連を示す新しい知見の存在が推測される。

参 考 文 献

- [1] Centers for Medicare and Medicaid Services, “Nursing Home Quality Initiative Overview”, 2004
- [2] Christine E. Bishop, “Where are the missing elders ? The decline in nursing home use, 1985 and 1995”, Health Affairs, Volume 18, No. 4, 1999
- [3] General Accounting Office, “NURSING HOMES : Proposal to Enhance Oversight of Poorly Performing Homes Has Merit”, 1999
- [4] General Accounting Office, “NURSING HOME QUALITY : Prevalence of Serious Problems, While Declining, Reinforces Importance of Enhanced Oversight”, 2003
- [5] Hollis Turnham, “OBRA ’87 SUMMARY”, National Long Term Care Ombudsman Resource Center
- [6] Institute of Medicine, “Improving the Quality of Care in Nursing Homes”, National Academy Press, 1986
- [7] Institute of Medicine, “Improving the Quality of Long-Term Care”, National Academy Press, 2001
- [8] Jan Shankroff, Patricia Miller, Marvin Feuerberg, and Edward Mortimore, “Nursing Home Initiative”, HEALTH CARE FINANCING REVIEW, Volume 22, No. 1, 2000
- [9] Kieran Walshe, “Regulating U. S. Nursing Homes : Are We Learning From Experience ?”, Health Affairs, Volume 20, No. 6, 2001
- [10] National Center for Health Statistics, “Health, United States, 2006”, 2006