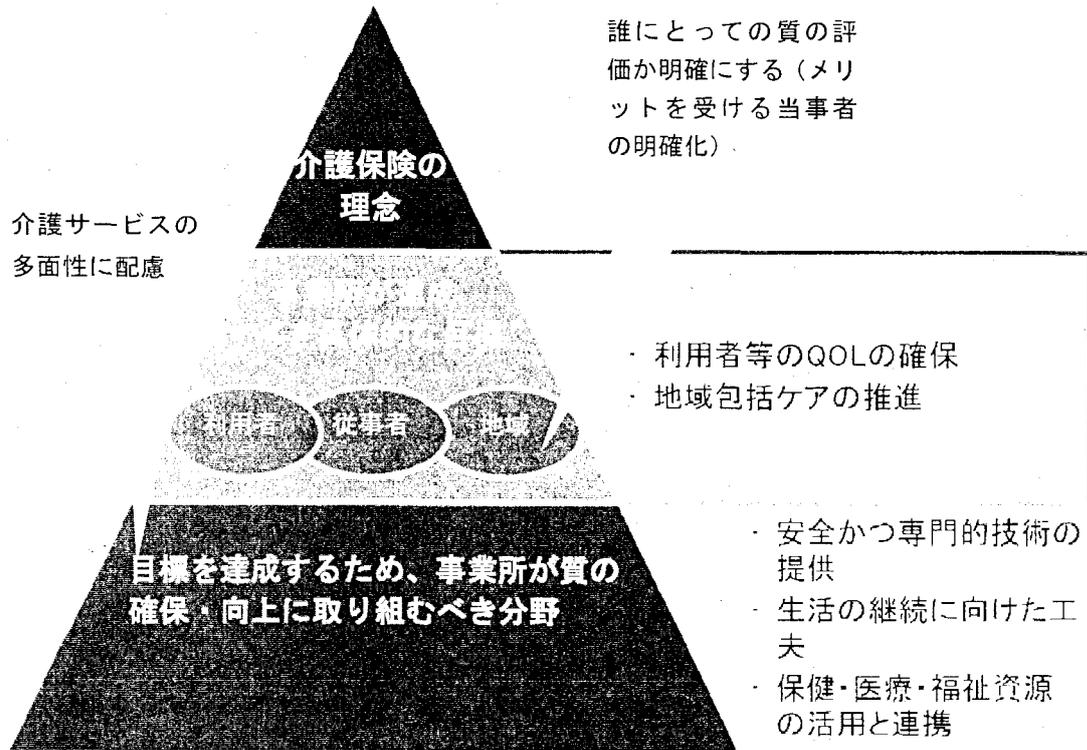
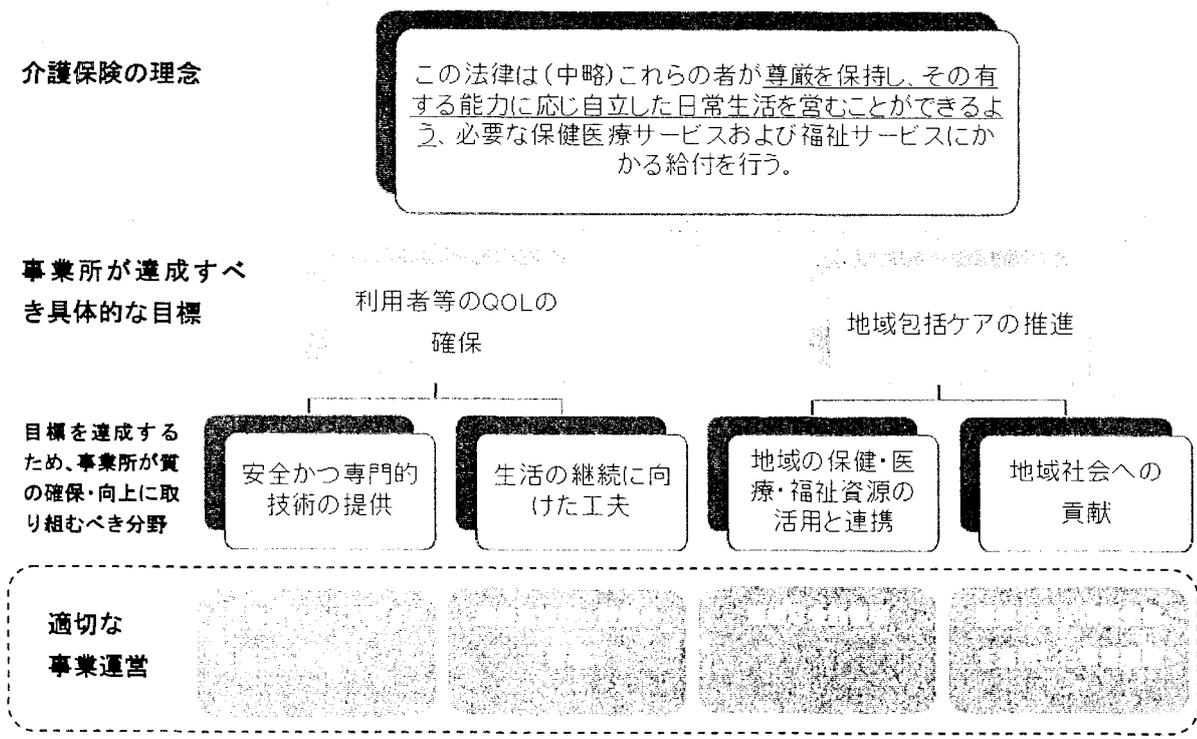


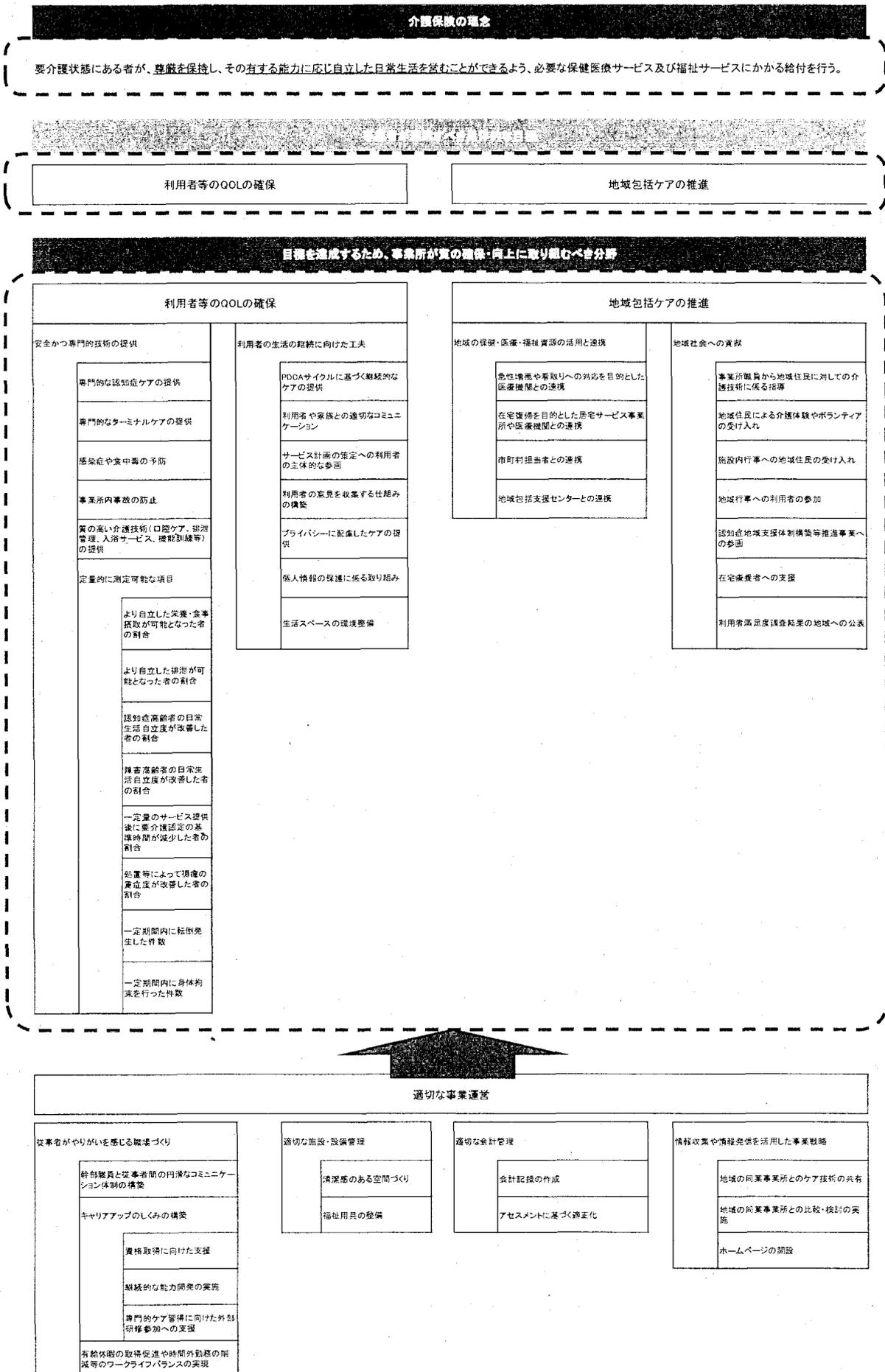
図表4 質の評価の階層図（基本的なイメージ）



図表5 質の評価の階層図（詳細なイメージ）



図表6 質の評価の階層図に基づく評価項目の例示



#### 4. 質の評価の評価主体

質の評価方法について、誰が実際に評価作業を実施するか、という観点から分類した場合、

- (1) 事業者自ら実施する評価（自己評価）、
- (2) 利用者による評価（利用者評価）、
- (3) 評価機関等による外部評価（第三者による評価）、
- (4) 同業者等による評価（ピアレビュー）、

などに大別できる。また、これらの評価方法を組み合わせた評価制度も存在する。

##### (1) 自己評価

自己評価については、事業所にとって経済的負担が軽く、その繰り返しによって、質改善の仕組みの定着が期待できるというメリットがあるが、評価の方法によっては、不都合な事実については評価を行わないという選択が可能のため、改善点の洗い出しが不十分になりやすいというデメリットがある。

また、自己評価の結果に対し、何らかの経済的インセンティブが生じる制度を構築する場合、事実と異なる虚偽の報告がなされる可能性が否定できないことから、評価結果を確認するための監査や、虚偽の報告を行った場合には強いペナルティを与えることなどにより、評価の客観性を担保する仕組みも考慮する必要があると考えられる。

##### (2) 利用者評価

利用者重視のサービス提供という観点から、一部の医療機関や介護サービス事業者においては、利用者満足度調査の実施などにより、利用者によるサービスの質の評価が行われている。利用者評価の実施により、利用者の目線で事業所が抱える課題を抽出し、事業者にとってサービスの質の改善につなげることが可能であるというメリットがある。

しかしながら、利用者による評価では、提供されるケア技術の専門性の高さを客観的に評価することは困難であり、接遇や環境面に偏りがちになることが問題点として挙げられる。また、利用者の価値観や、他の利用者との関係など多様な要因により利用者満足度は影響を受けるものであることにも留意が必要である。

##### (3) 第三者による評価

評価機関等の第三者が評価を行う場合には、評価の安定性や妥当性を確保した上で、他事業所との比較に資する客観的な評価結果が得られるというメリットがある。ただし、良質な外部評価を実施するためには、高い専門性や経験を有する評価機関・評価者を一定程度確保し、評価機関・評価者の質が均質化されていることや、Q I・QMのような量的尺度の確立が前提となる。

この点、既存の評価制度において指摘されているように、介護サービスの評価について適切な知識や技術を有する評価機関の整備状況は地域間で大きく異なり、また、個々の評価者においても専門性や経験にばらつきが見られることから、外部評価システムを適切に運用するためには、良質な評価機関・評価者を確保するための研修制度などの体制整備が不可欠である。

また、外部評価には、評価者の事業所訪問や評価実施に係る人件費や出張費用等の経費が発生し、自己評価と比べて、評価に要する費用が高くなるというデメリットが存在する。

#### (4) 同業者等による評価

介護サービス事業者にとって、地域の同業者と交流する機会を持ち、相互訪問等の活動を行うことは、事業者間の連携の強化につながるとともに、自らの抱える課題を容易に把握でき、サービスの質の向上を図る上でも有効であると考えられている。

このようなことから、同業者や事業者団体によるサービスの質の評価（ピア・レビュー）の意義を指摘する意見もある。

#### 5. 質の評価の評価方法

評価の方法については、

- ①記述式（評価項目に係る状況を自由記載）
- ②多段階評価方式（評価項目に対し A、B、C などの多段階による評価）
- ③チェックリスト方式（評価項目に該当する場合にチェックマークを記入）
- ④数値指標による方式

（アウトカム、アウトプットなど数値化できる情報を評価項目として活用）  
など、様々な方式が存在する。

わが国の介護サービスの質の評価に関連する既存の制度においては、当該制度の目的等に応じ、これらの方式のいずれかを単独で、又は、組み合わせて使用し評価が行われているが、それぞれの評価方法は、それぞれメリット、デメリットを有している（図表7参照）。

【図表7】 質の評価の評価方式のメリット・デメリット

|         | メリット                                              | デメリット                                                                                                              |
|---------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 記述式     | ・事業所の創意工夫を反映した評価結果の明示が可能。                         | ・評価者に一定の文章力等が要求される。<br><br>・評価者の主観的判断による結果のばらつきが生じやすい。                                                             |
| 多段階評価方式 | ・一定の評価基準に基づいてその達成度合いを評価し、認証を行ったり、事業所の格付けを行うことが可能。 | ・事業者の取組の改善が進み、評価すべき状況がひとたび達成されてしまうと、更なる改善が誘導されない。<br><br>・事業者の創意工夫により、評価項目に列記された内容以外の望ましい取組が行われている場合において、かかる取組について |

|           |                                                                                                                            |                                                                                                        |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |                                                                                                                            | <p>適切な評価が不可能。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 評価者の主観的判断により、結果のばらつきが生じやすい。</li> </ul>      |
| チェックリスト方式 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 評価の基準や尺度が明確であり、評価者の主観的判断による結果のばらつきを避けることが可能。</li> <li>・ 事業所間の比較が容易である。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 多段階評価方式のデメリットに同じ。</li> </ul>                                  |
| 数値指標による方式 |                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 数値化困難な評価項目については、評価不可能。</li> <li>・ データの収集に一定の手間が生じる</li> </ul> |

## 6. 質の評価システムの検討に当たっての留意点等

本章では、介護サービスの質の評価システムについて、誰を当事者として、何のために（目的）、何を（評価項目）、誰が（評価者）、どのように（評価手法）、評価を行うかといった論点について整理してきたが、質の評価に関するその他の論点（留意点等）について列記する。

### （1）利用者や事業者理解され、受け入れられる評価であること

評価の対象とする内容や項目を慎重に選定しなければ、利用者や事業者にとってメリットが感じられず、事業者にとって単に負担感のみが感じられる作業になりかねない点に留意が必要である。

このため、事業者のコストや労力を極力抑えつつ、介護サービスの質の確保・向上に直接つながる必要最小限な評価項目を設定し、かつ、評価項目については、利用者や事業者理解され、受け入れられるものでなければならない。

なお、評価項目には、事業者の努力により容易に改善が可能なものと、事業者の努力では改善が困難なものが存在するが、後者を評価項目として採用するのは不適當であり、事業者の努力を反映できる項目に限って評価を実施することが適當である。

### （2）質の評価の費用負担について

質の評価については、データの収集・解析等にコストや労力を要し、さらに外部評価を実施する場合には、評価者の作業費用（人件費、出張経費等）も発生し、これらの必要を誰が負担すべきかについて慎重な検討が必要である。

通常は、事業者の費用負担により質の評価が実施されるが、質の評価の結果、良質な介護サービスが確保されれば利用者が直接的メリットを受けることから、質の評価のコストを利用者に転嫁することを正当化しうると言えよう。このような観点から、仮に介護報酬において、質の評価に係る加算を新たに設けた場合、質の高い事業者のサービスの利用者に対し、当該加算に係る自己負担が新たに課されることは合理的であると考えら

れる。しかしながら、質の評価に係る加算を新たに設けた場合に、自己負担が過重等の理由で、良質のサービスを提供する事業者の利用が回避される事態が生じることについて、考慮が必要である。

一方、質の評価の実施により、事業者による地域社会への貢献が進む、あるいは介護給付の適正化（介護保険料の低下）が見込まれる場合には、地域住民や保険者及び被保険者が質の評価によるメリットを享受することとなり、このような場合には、質の評価のコストを公費で負担することも考えられる。

### （３）PDCAサイクルによる継続的な質改善プロセスの必要性

介護サービスの継続的な質改善プロセスのためには、PDCAサイクルを確立し、評価結果を継続的に把握するモニタリング体制を構築することが不可欠である。

なお、質の評価は、サービスの質向上を目的とするものであるが、不適切な評価が行われた場合、現場への負担やケアの歪み等の諸問題が惹起されるが、適切なモニタリングを実施することにより、このような問題の発生を予防し、現実の問題が発生した場合には、評価システムや評価項目の見直し、改善を図ることが可能となる。

### （４）P4PとP4R

米国などでは、医療報酬の支払い方式として、質パフォーマンス指標を用いて病院をベンチマークし、成績上位の病院に割増支給を行うP4P（Pay for Performance：医療の質に基づく支払い方式）が試みられている。一方、質パフォーマンスを報告することについてインセンティブを与える方法については、P4R（Pay for Reporting）と呼ばれている。

米国等で試みられているP4Pについては、短命に終わっているものや、質の向上効果が認められなかったとする報告や副作用の指摘も少なくないことから、わが国の介護サービスに対し、P4Pを拙速に導入するのは適当ではないと考えられる。一方、質を評価するために事業者がデータを提出し、評価の結果をPDCAサイクルを回すことに活用することは、質改善を進めるに当たって有意義であることから、介護サービスの質の評価においてP4Rの考え方を検討する必要がある。

### （５）金銭的インセンティブ以外の質向上の誘導方策について

質の評価の結果を質向上につなげるためには、介護報酬による加算・減算や助成金の交付等の金銭的インセンティブを付与する方法が一般に有効とされているが、同時に、情報公開（ポジティブリスト、ネガティブリスト）等、金銭的インセンティブ以外の方法も考慮が必要である。

例えば、質向上のための取組を積極的に実施する事業者に対する表彰制度を設けることにより、事業者の自主的な質改善の取組を誘導することが可能である。また、サービスの質に問題がある事業者に対し、ネガティブ情報の公表、罰則や改善命令、報酬減算等の懲罰的アプローチではなく、質の改善につながるような技術的指導を実施する仕組みを英国に倣って構築することも今後検討が必要である。

このように金銭的インセンティブのみならず、金銭的インセンティブ以外の方法も同時に実施することにより、一部の優良事業者のみならず、地域における事業者全体の質の向上（底上げ）につながるものと期待される。

#### (6) 地域サービスの評価の必要性

本検討委員会においては、主として、個別の事業者・事業所を評価するシステムの検討を行ってきたが、今後、様々な生活支援システムを地域で適切に提供していくための地域包括ケアシステムの構築を目指すのであれば、個別事業者が提供するサービスの質の評価だけでなく、地域包括ケア圏域において提供されるサービスの質の評価についても検討が必要であると考えられる。

地域サービスの評価としては、適切な地域包括ケアの実施により、日常生活圏域において、ケアを巡る環境がどれだけ改善され、地域力がどれだけ増大したか、といった点から評価を行うものであり、今後、具体的な評価の在り方について検討を進めることが望まれる。

## 第4章 質の評価の3要素によるアプローチについて

医療や保健医療政策の分野における質の評価においては、アベティス・ドナベディアンが提唱したストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトカム（結果）の3要素によるアプローチが一般に用いられており、本検討委員会においても、ドナベディアンの3要素によるアプローチを前提して、評価項目等を検討することとする。

一般に、工業分野の品質管理においては、プロセス面の保証が重視されてきた。工業製品などにおいては、製造工程などが標準化されていることから、プロセスの標準化・画一化が確保されていれば、必然的に製品の品質（アウトカム）が担保されると考えられている。しかし、プロセスの標準化が困難な分野においては、プロセスの保証が必ずしもアウトカムを保証することはならないことに留意が必要である。この点、医療や介護などのヒューマン・サービスについては、プロセスの標準化が困難な分野であり、質の確保を図る上で、プロセス面を評価するだけでは不十分であり、アウトカム評価が重要であるとの指摘がある。

本章においては、ドナベディアンの3要素によるアプローチについての議論等を踏まえ、アウトカム評価のメリット・デメリットについて整理する。

### 1. ドナベディアンの3要素アプローチ

米国の医師・公衆衛生学者であるアベティス・ドナベディアンは、医療の質について論じた1980年の著書において、他の研究者による評価手法の分類などを解釈した上で、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの3要素によるアプローチが妥当であると論じている。

ストラクチャーとは、医療を提供するのに必要な人的、物的、財政的資源であり、専門職の数や分布、資格、あるいは医療機関の数、規模、施設、さらには医療提供体制や医療保険制度などが該当するが、ドナベディアンは、プロセスやアウトカムと比較すると、ストラクチャーは医療の質の指標としての有用性は低いと指摘している。

プロセスは、医療従事者と患者の間の相互作用を評価するものであり、治療内容の適切性、医療従事者の患者に対する接遇などが該当する。

アウトカムは、医療によって患者にもたらされた健康状態の変化であるが、身体的生理的側面のみならず、社会的心理的側面の改善や患者の満足度なども評価の対象となる。

ドナベディアンは、プロセスとアウトカムの関係について、いずれも長所と短所を有するものの、質の評価にあたっては、プロセスとアウトカムの両者を同時に活用することが重要であると述べている

### 2. わが国におけるこれまでの質の評価と3要素アプローチ

介護報酬の各種加算については、基本的に、介護サービスの質の確保に資する取組を評価したものであると言えるが、図表8は、現行の介護報酬上の加算の例を挙げ、ストラクチャー・プロセス・アウトカムのいずれに該当するかを分類したものである。

わが国ではこれまで、介護サービスの質の評価として、主にストラクチャーやプロセスに着目した取組が行われ、アウトカムに着目した評価については、指標の設定が困難であるこ

となどから、限定的な活用に留まっている。ストラクチャーやプロセスに着目した従来の質の評価は、各事業所において提供される介護サービスの質の確保を図る上で大きな役割を果たしてきたが、更なる質の向上を図るためには、諸外国の取組や評価指標などを参照して、わが国においても、アウトカム評価を積極的に推進すべきとの意見が見受けられるところである。

一方、アウトカムに着目した評価といっても、多様な側面があり様々な評価項目が想定され、定量的・客観的な把握が困難な項目と、定量的に把握可能な項目が存在する。

図表 8 現行の介護報酬の加算における質の評価の例

|                   | 施設系サービス                                                                                                                                                                                                                  | 訪問通所系サービス                                                                                                                                                                                         |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 構造 (structure) 評価 | <p>【介護保健施設サービス費】<br/>サービス提供体制強化加算(Ⅰ)<br/>サービス提供体制強化加算(Ⅱ)<br/>サービス提供体制強化加算(Ⅲ)</p> <p>介護福祉士割合が50%以上、常勤職員割合が75%以上又は勤続年数3年以上の者が30%以上</p> <p>【介護福祉施設サービス費】<br/>看護体制加算(Ⅰ)<br/>看護体制加算(Ⅱ)</p> <p>常勤の看護師の配置や手厚い看護職員の配置等に対する評価</p> | <p>【通所リハビリテーションサービス費】<br/>サービス提供体制強化加算(Ⅰ)<br/>サービス提供体制強化加算(Ⅱ)</p> <p>介護福祉士割合が40%以上又は勤続年数3年以上の者が30%以上</p> <p>【通所介護費】<br/>個別機能訓練加算(Ⅰ)<br/>個別機能訓練加算(Ⅱ)</p> <p>個別ニーズに対応する機能訓練の体制及びサービス提供方法に着目した評価</p> |
| 過程 (process) 評価   | <p>【介護保健施設サービス費】<br/>経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ)<br/>経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ)</p> <p>多職種協働で、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に経口維持計画を作成した上で、管理栄養士等が経口摂取を進めるための特別な管理を行った場合に算定。</p>                                                                               | <p>【通所リハビリテーション費】<br/>リハビリテーションマネジメント加算</p> <p>多職種協働で、リハビリテーション実施計画を作成した上で、PDCAサイクルに基づいたマネジメントを行った場合に算定。</p>                                                                                      |
| 結果 (outcome) 評価   | <p>【介護保健施設サービス費】<br/>在宅復帰支援機能加算(Ⅰ)<br/>在宅復帰支援機能加算(Ⅱ)</p> <p>一定割合以上の者が在宅復帰した介護老人保健施設において算定。</p>                                                                                                                           | <p>【介護予防通所リハビリテーション費】<br/>事業所評価加算</p> <p>利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合に算定。</p>                                                                                                                    |

### 3. アウトカム評価のメリット

定量的に把握可能なアウトカム指標については、次のようなメリットがある。

- ①評価の基準や尺度が明確であり、アウトカムを客観的数値として明示することが可能である。
- ②従って、評価者の主観的判断による評価のばらつきを避けることが可能である。
- ③また、質改善の目標値を設定することが容易であり、目標値と実際のアウトカムとを比較することにより、各事業者においては提供するサービスの課題を把握し、質改善に向けたPDCAサイクルにつなげることが可能である。
- ④二時点間のアウトカムを比較することにより、質改善の状況をモニタリングすることが可能であり、サービスの継続的質向上につなげやすい。
- ⑤他の事業所のアウトカムと比較するためのベンチマークとして利用でき、同業者間における自らのサービス水準の位置づけを知ることが可能である。

### 4. 医療の質の評価で指摘されてきたアウトカム評価のデメリット

一方で、病院における医療の質の評価に関する研究を通じ、次のような問題点や限界が指摘されている。

- ①アウトカム指標を用いた評価を導入することにより、成果が出やすい軽度の高齢者をケアの対象とし、改善が期待しにくい重度の高齢者の受け入れを事業者が拒む（クリーム・スキミング）といった弊害や、評価指標を用いることについて視野狭窄、局部的最適化など様々な問題点が指摘されている（図表9参照）。
- ②データの収集等に多大な時間や労力、コストがかかるが、必ずしも作業に要したコスト等に見合う質の改善効果が得られるとは限らない。
- ③アウトカム指標により評価できる質の内容には制約があり、アウトカム指標では多面的な品質の一面しか評価できない場合がある。
- ④このようなことから、アウトカム指標を偏重しすぎると、事業者の質改善へのモチベーションを損なう恐れがある。
- ⑤また、改善しない患者が非難される事態（Victim blaming）が生じ得る。

【図表9】評価指標の利用における問題点

|                                         |                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1) Tunnel vision<br/>(視野狭窄)</p>      | <p>評価指標となるデータ改善のみに集中し、その背景や目標を正しく理解しない現象。英国ではウエイティング・リスト上の待ち人数を減らすために、簡単な手術を先に行い、病院での長期療養が必要となる重症患者を後回しにするという行動が発覚している。視野の狭い対応が全体の効率性を害する例である。</p>                                     |
| <p>2) Sub-optimization<br/>(局部的最適化)</p> | <p>病院管理者が狭い部分的な目標に過度に集中し、病院組織全体としての最適な運営を行わないこと。例えば、NHSにおいては、日帰り手術の実施率が高いことは効率的と評価される。しかし日帰り手術は、医師への特別な訓練や専用の医療機器が必要なため、医療資源の負担が大きい。この時、日帰り手術を推進するあまり、病院全体としての医療資源の配分が歪められる可能性がある。</p> |
| <p>3) Myopia<br/>(近視眼的対応)</p>           | <p>目の前の短期的な目標を追求するあまり、長期的な見地に立った運営を行わないこと。例えば、短期的な収支改善に目標を集中し、長期的な設備投資や教育投資を怠る等の問題点が指摘されている。</p>                                                                                       |
| <p>4) Mis-representaion<br/>(不実表示)</p>  | <p>評価指標がその対象とする病院活動を完全に表現できないため、その不完全さを突いて病院管理者が、データの改ざんや虚偽の報告を行う現象。</p>                                                                                                               |
| <p>5) Gaming<br/>(戦略的対応)</p>            | <p>病院管理上で、評価指標における評価で優位に立つために、評価指標の操作のために戦略的な行動を取る現象。例えばラケット・エフェクトと言われる現象は、翌年の目標値が今年度の達成度を基に設定される制度では、今年度の実績を必要以上に高く上げないという戦略的な対応を招くことが知られている。</p>                                     |
| <p>6) Mis-interpretation<br/>(誤解釈)</p>  | <p>データ分析や評価指標の解釈を行う人材不足等により、データの正しい評価が行われず、又は誤った評価が下される現象。例えば、平均入院日数が優れていても再入院率が高ければ、十分な治療を行わずに早期退院をさせている可能性がある。この時、平均入院日数のみで病院の評価を行うと、実情を見誤る可能性が高い。</p>                               |
| <p>7) Ossification<br/>(骨化)</p>         | <p>一度設定された評価指標が硬直化し、政策目標や外部環境が変化しても、見直されないままになる現象。</p>                                                                                                                                 |

## 5. 介護の質の評価で懸念されるアウトカム評価の問題点

アウトカム評価を介護サービスの質の評価に導入するに当たっては、以下のような点についても考慮が必要である。

- ①病院における医療の質としては、「死亡率」や「合併症率」などの項目をアウトカム評価の項目として用いることについて社会的合意を形成するのが容易であるが、介護サービスについては、どのような内容をアウトカム評価の項目として設定すべきかの判断が、社会的・文化的価値観の違いや個人の人生観や思想信条の相違に左右されることから、評価項目の設定についてコンセンサスを得るのが困難である。
- ②米国におけるQ Iを指標としたアウトカム評価は、臨床的なデータに偏重しており、多面的な側面を有する介護サービスの一側面しか捉えていないのではないかと指摘がある。
- ③高齢者は身体・精神機能の悪化・改善を繰り返すことが多く、評価する時点によって全く異なった判定となりうることから、評価時点の設定が困難である。
- ④事業所の努力や責任の及ばない要因の影響（例えば、家族や本人の努力）により、高いアウトカムが得られることがあり、アウトカムが事業所のサービスの質を反映しているとは限らない。
- ⑤居宅系介護サービスの利用者は、様々なサービスを組み合わせて利用している場合が多く、要介護度や自立度などの指標が改善したとしても、提供される介護サービスの中のどのサービスが効果的であったかの判断が困難である。

## 第5章 介護報酬において活用可能な評価項目について

第3章第2節で整理した評価項目のうち、いずれの項目を介護報酬における評価の対象として活用することが可能であるか、について整理した。

整理に当たっては、評価項目について、

- i) ストラクチャー、プロセス、アウトカムのいずれに属するか、
  - ii) データはとりやすいか、
  - iii) 利用者・保険者にとって理解しやすいもの、受け入れやすいもの、合理的なものであるか、
- といった観点に留意した。

各評価項目についての考え方は、以下のとおりである（図表8参照）。

### (1) 安全かつ専門的技術の提供

この分野の評価項目には、定量的な把握が可能なものと、定量的な把握が困難なものが存在するが、前者の定量的な把握が可能な評価項目については、アウトカム評価の実施が利用者にも受け入れやすいものであり、介護報酬上の質の評価を行う場合には中核的な位置づけになるものと考えられる。

一方、定量的な評価が困難な項目については、特に重要な評価項目に限って、事業者における取組のプロセスを評価することが考えられる。

### (2) 利用者の生活の継続に向けた工夫

この分野の評価項目は、標準化が困難なものが多く、一般に、定量的な評価になじまないものであり、アウトカム評価が困難である。従って、事業者における取組のプロセスを評価することが考えられるが、標準化が困難な事項について、介護報酬における評価を実施することの是非を含め、具体的な評価方法等については、更に検討が必要である。

### (3) 地域の保健・医療・福祉資源の活用と連携

この分野の評価項目については、現時点では定量的な把握が困難であると考えられることから、保健・医療・福祉資源との連携によって対応することが望ましい状況について、事業所ごとに、これら専門機関との連携計画を整備する過程に着目したプロセス評価を検討することが適当である。

### (4) 地域社会への貢献

地域社会の潜在的な介護力の掘り起こしに向けたサービス等について、事業者と協力して取り組みを行っている自治体の実態を参考にしつつ、ストラクチャーやプロセスに着目した評価を検討することが適当である。

ただし、事業所のサービス利用者が直接的な利益を感じにくいものであることから、現時点において介護報酬上の評価を行うことについては、慎重な検討が必要であると考えられる。

(5) 適切な事業運営を確保するための経営資源の評価

「利用者のQOLの確保」及び「地域包括ケアの確立」の実現に必要な事業運営を確保するための経営資源（ヒト、モノ、カネ、情報）は、介護サービスの質の向上を図る上で基盤となる要素であるが、必ずしも利用者が直接利益を享受できるものではなく、また、定量的な把握が困難であることから、原則として、介護報酬以外の制度において、ストラクチャー又はプロセスに着目した評価を検討することが適当である。

ただし、「⑤従事者がやりがいを感じる職場づくり」については、現在、重要な政策課題となっている介護職員の処遇改善や人材確保に直接資するものであり、現行の介護報酬における「サービス提供体制強化加算」の算定要件の考え方と関連する項目も含まれることから、今後、サービス提供体制強化加算の要件等を見直す際に留意すべき項目であると考えられる。

## 第6章 結語

介護サービスの質の評価は、その実施によって、ケアの質の向上につなげ、ひいては、介護保険の理念（利用者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすること）の実現を目指して実施するべきものであるという点については、委員全員の見解が一致した。

しかしながら、多面的な側面を有する介護サービスの質について、どの側面を重視して評価を行うべきか、またどのような方法により評価を実施すべきであるか、という点については必ずしも意見の一致を見ていない。

中でも、米国などで用いられている定量的な臨床指標を、わが国の介護サービスの質の評価において活用することの妥当性については、検討委員会において大きな議論となった。客観的に把握可能であり、かつ、わが国において妥当と考えられるアウトカム評価の指標を早急に確立すべき（確立が可能である）との指摘がなされる一方、臨床指標については、多面的な介護サービスの一側面のみを捉えるものに過ぎず、量的アウトカム評価に偏重しない質の評価システムの構築を目指すべきとする意見もみられたところである。

いずれにしても、1～2年といった短期間では、体系的な評価システムを構築することは困難であるため、平成24年度介護報酬改定においては、データの取り易さ、理解し易さ、受け入れられ易さの観点から、限定的な項目における質の評価の実施に向けて検討を続ける必要があると考えられる。