

介護の質の変化を反映した価格の把握手法に関する論点
～諸外国における介護の質評価の現状と有識者ヒアリングの結果～

西崎寿美

March 2022



内閣府経済社会総合研究所
Economic and Social Research Institute
Cabinet Office
Tokyo, Japan

ESRI Research Note は、すべて研究者個人の責任で執筆されており、内閣府経済社会総合研究所の見解を示すものではありません（問い合わせ先：<https://form.cao.go.jp/esri/opinion-0002.html>）。

介護の質の変化を反映した価格の把握手法に関する論点
～諸外国における介護の質評価の現状と有識者ヒアリングの結果～

ESRI リサーチ・ノート・シリーズは、内閣府経済社会総合研究所内の議論の一端を公開するために取りまとめられた資料であり、学界、研究機関等の関係する方々から幅広くコメントを頂き、今後の研究に役立てることを意図して発表しております。

資料は、すべて研究者個人の責任で執筆されており、内閣府経済社会総合研究所の見解を示すものではありません。

The views expressed in “ESRI Research Note” are those of the authors and not those of the Economic and Social Research Institute, the Cabinet Office, or the Government of Japan.

介護の質の変化を反映した価格の把握手法¹に関する論点
～諸外国の質評価の現状と有識者ヒアリングの結果～

西崎寿美*

*内閣府経済社会総合研究所上席主任研究官

要旨

内閣府経済社会総合研究所では、GDP 統計の推計の精度向上を図ることを目的に、介護の質の変化を反映した価格の把握手法について研究している。本稿では、まず、欧米諸国における介護の質の計測手法について整理を行い、それをもとに、有識者に対して、介護の質を反映した価格の把握手法について、ヒアリングを実施した。

目次

1. 概要.....	4
2. SNAにおける介護デフレーターの推計方法の現状と国際機関等における質の調整手法の検討状況について.....	7
2. 1. 日本の国民経済計算における介護デフレーターの作成.....	7
2. 2. 介護デフレーターの質の調整手法に関する国際機関の考え方、各国の動向.....	7
2. 2. i. 国際機関の考え方.....	7
2. 2. ii. 各国の動向.....	7
3. 欧米諸国における介護サービスの質の定義・測定、アウトカム向上に向けた動き	
3. 1. アメリカ.....	8
3. 1. i. 施設介護.....	9
3. 1. ii. 在宅介護.....	10
3. 1. iii. コミュニティケア.....	11
3. 1. iv. 介護の質測定におけるアウトカムベースの質指標の活用.....	11
3. 2. EU諸国.....	12
3. 2. i. 介護の質の定義.....	13
3. 2. ii. 様々なステークホルダーからみた介護の質の定義.....	14
3. 2. iii. インフォーマルケアの状況把握.....	14
4. 介護の質を調整した価格の把握方法についての有識者ヒアリング.....	15
4. 1. 介護デフレーターの細分化法による質調整について.....	16
4. 1. i. 介護サービスの細分化区分について.....	17
4. 1. ii. 家族環境が介護サービス需要に与える影響.....	19
4. 1. iii. 有料老人ホーム、サ高住など介護施設に含まれない施設が存在.....	20
4. 1. iv. 介護の質評価は施設を先行.....	21
4. 1. v. 要介護度による分類.....	22
4. 2. 介護デフレーターの明示的手法による質調整について.....	24
4. 2. i. 要介護度の変化に着目.....	25
4. 2. ii. リハビリテーション系統のみ計測可能.....	26
4. 2. iii. QALY（質調整生存年）の計測.....	27
4. 2. iv. ウェルビーイングや満足度、クオリティオブデスなど.....	27
（補論）介護のデフレーション手法について.....	29
5. まとめ.....	31
用語集.....	32
参考文献.....	34

¹ 本稿の作成にあたっては、桑原進総括政策研究官をはじめとした内閣府経済社会総合研究所の職員から有益なコメントを頂いた。記して感謝したい。なお、本稿の内容は、筆者が属する組織の公式の見解を示すものではなく、あり得べき誤り等内容に関してのすべての責任は筆者にある。

1. 概要

内閣府経済社会総合研究所（ESRI）では、「公的統計の整備に関する基本的な計画」（平成 30 年 3 月 6 日閣議決定）において「医療・介護及び教育の質の変化を反映した価格の把握手法等について、包括的な研究を推進する」とされたことから、2017 年度より医療・介護、教育の質の変化を反映した価格の把握手法について研究を行っている。介護については、2018 年に国際機関、各国に対するヒアリング調査を実施し、国際機関では、介護の質の調整方法は医療と本質的に同じである²と考えていること、一方、各国の SNA における扱いは、医療ほど分類が細かくなく、一部の国では特定の介護サービスで介護全体を代表させているなど、国によってばらつきが大きいことがわかった。

このような SNA における取扱いとは別に、欧米諸国においても高齢化による介護需要の増加を背景に、介護の質を定義・測定し、それを介護の質向上に活用するための検討が進められている。こうした動きは、質を調整した介護価格指数を作成する上で重要な情報³となることから、本稿では、欧米諸国で進められている、介護の質の定義・測定手法について整理を行い、それをもとに、有識者に対して、介護の質を反映した価格の把握手法について、ヒアリングを実施した。

（1）SNA における介護デフレーター¹の推計方法の現状と国際機関等における質の調整手法の検討状況について

（1-1）国際機関の考え方

介護デフレーター¹の質の調整方法について、国際機関（Eurostat、OECD）では、医療と本質は同じであると考えている。Eurostat は、医療同様、介護についても、細分化による質調整を重視し、価格・コストが市場によって決まる領域は価格指数によるデフレーション、非市場領域については実質アウトプットの直接推計を重視している。明示的な質調整については、今後信頼性の高い指標が出てこない限り、慎重な姿勢であると思われる。また、OECD は、CPI、PPI 等の価格指数によるデフレーションに加えて、単位費用、疑似価格指数によるデフレーションも含まれるとしており、2018 年のヒアリングでは、「政府が設定した公定価格は、それぞれの費用を適切に反映し、十分均質であれば、価格指数を構築するために使用することもできる。これは疑似価格指数の計算に使用することができる。」と回答している。

（1-2）各国の動向

各国とも介護については分類が医療ほど細かくなく、特定の介護サービスで介護全体を代表させている例もある。また、介護サービスが概ね市場によって決定される米国やシンガポールでは価格指数によるデフレーションが採用されている。それ以外の国では実質アウトプットの直接推計、インプット法若しくは CPI・PPI によるデフレーションを併用又は単独で採用している。米国では、医療と同様、PPI によるデフレーションが用いられているが、NIPA 上も特に細分類を設定しておらず、高齢者向けサービスを提

² 医療の品質調整の手法には細分化法（疾病等に着眼した分類を可能な限り細分化し、分類内の医療サービスを可能な限り均質にする手法。介護は医療と異なり治療エピソードの完了を決めることが困難であるため、細分化は特定のプロセスの数（手順、相談など）や、さまざまな施設で治療された患者の数などの測定に依存する。）と明示的質調整（医療の質を疾病死亡率や再入院率という明示的な指標で捉え、統計的手法を用いてアウトプット等に反映させる手法。）がある。

³ 米国ではナースিংホームの PPI の質調整に活用している。また、日本においても、介護現場よりアウトカム情報等を収集、分析し、今後の介護報酬改定等の議論に活かそうとする動きが進んでいる。

供するナーシングホームの分類で介護分野を代表させている。また、PPI（ナーシングホーム）の品質調整として、看護師の配置が活用されている。⁴

（２）欧米諸国における介護の質の定義・測定手法

（2-1）施設介護～構造指標からアウトカム指標へ

多くの国が、主に施設介護において介護の質を規制する枠組みをもっており、質を測定する指標が導入されている。しかし、その内容は、構造指標やプロセス指標が大部分を占めており、本来、介護の介入効果を示すと期待されるアウトカム指標の採用は一部に留まっている。一方、アメリカでは 1987 年 OBRA（Omnibus Budget Reconciliation Act：包括予算調停法）により MDS（Minimum Data Set）が開発され、ナーシングホーム入所者に対するアウトカム関連の約 300 項目の調査を実施、CMS（Centers for Medicare and Medicaid Services）に約 300 万人分の利用者データが集められ、介護の質評価に使用されている。

（2-2）在宅介護～質の定義・測定は検討途上、インフォーマルケアの影響大

多くの国において、介護政策を施設介護だけでなく、在宅介護にシフトさせようとしていることから、在宅介護についても質の定義・測定が検討されているが、国によって進捗が大きく異なる。医療と異なり、介護は家族の代替が可能であることから、家族によるインフォーマルケアの状況により、在宅介護利用者のアウトカムが大きな影響を受けることも、在宅介護の質の測定を難しくさせている要因の一つである。一方、アメリカでは、MDS の研究開発に続いて、在宅介護利用者の包括的な評価の中核となる、約 80 のデータ要素で構成された OASIS（Outcome and Assessment Information Set）が創設されている。

（３）介護の質を反映した価格の把握手法について有識者ヒアリングの概要

（3-1）介護報酬品目、要介護度等を活用した細分化による質の調整

細分化法による品質調整の観点から、サービスごと（訪問介護、通所型サービスなど）、介護報酬品目そのもの⁵、といった区分方法が出された。要介護度で細分化するとの考え方については、要介護度は、介護に必要と推定される時間を根拠に開発されたことから、手間が掛かる人ほど要介護度が重くなるように作られており、ある意味アウトカムでもあり、実はプロセスも考慮した総合的な指標、良いのではないかと、との意見があった。その一方、要介護度では区分が少なすぎる、認知症への配慮が足りない、さらに、要介護度は症状が固定して回復しないなどの可逆性の判定をしていないため、同じ要介護度内において、最も重要な介護の質（アウトカム）である症状の改善がバラバラであり、均質なグループとはいえない、との意見もあった。

このため、介護をさらに細分化するため、要介護度の認定時のテスト結果（約 200 項目）を活用することで、医療同様、国際的なインデックスとある程度合わせることはできるのではないかと、との示唆があった。

（3-2）在宅介護の質の測定の課題（家族のインフォーマルケア、有料老人ホーム等）

⁴ BLS の解説書は、IOM, CMS, GAO の分析では、看護師の配置レベルとナーシングホームが提供するサービスの質との間には、正の相関関係があると指摘されているとしている。

⁵ 介護報酬体系は、サービスに対するニーズと事業ごとの品質の変化を踏まえて設定されているとの意見より。

介護の質評価は、24 時間管理している施設介護から進めるべきである、在宅介護については、家族の担う介護（インフォーマルケア）の質や量により、在宅介護サービスの内容が異なること、（制度上、介護施設に含まれない）有料老人ホーム、サ高住等の需要が急増していること、などから要介護度別の最適なバスケットの作成、適切なアウトカム評価をすることができない、といった指摘がなされた。

(3-3) 介護のアウトカム指標を活用した明示的な品質調整

介護のアウトカムをどのような指標で捉えるべきかについては、要介護度の変化の推移に着目、リハビリシステムのみ客観指標で計測可能、との意見が出された。さらに現在データはないが、QALY（Quality-adjusted life year：質調整生存年）等の計測、ウェルビーイングなど、アンケート調査による質指標の作成、といった意見がある一方、アンケート調査等の評価を JSNA の計測に採用するのは難しい、との指摘もあった。

今回の調査、ヒアリング結果を受け、まずは、国際機関で推奨されている細分化法について、介護報酬品目そのもの、要介護度等、どのような分類が適当か、また、要介護度の認定時のテスト結果を活用することが有効か、といった点を確認することとしたい。介護のアウトカム指標については、SNA における明示的質調整という観点からだけではなく、介護の価格指数（公定価格も含め）の作成等へも影響することが想定される。現に、アメリカでは、ナーシングホームの PPI の質調整に活用されており、また、日本においても科学的裏付けに基づく介護（科学的介護）の推進のため、介護現場よりアウトカム情報等を収集、分析し、その結果を今後の介護報酬改定等の議論に活かそうとする動きが進んでいる⁶。介護のアウトカム指標の介護デフレーターへの活用については、国内外での調査・研究の成果を注視していくことが重要である。

⁶ 2021 年度介護報酬改定において、科学的介護推進加算を始めとし、科学的介護情報システム の活用等が要件に含まれる加算が設けられた。

2. SNAにおける介護デフレーター⁷の推計方法の現状と国際機関等における質の調整手法の検討状況について

まず初めに、SNAにおける介護デフレーター⁷の推計方法について、日本および各国の現状、さらに、国際機関等における介護デフレーター⁷の質の調整手法の検討状況について簡単にまとめた。

2.1. 日本の国民経済計算（以下 JSNA）における介護デフレーター⁷の作成方法

JSNA 本体では、介護は介護（施設サービス）と介護（施設サービスを除く。）に分類され、両者ともデフレーターはCPI（介護料）を活用している。CPI（介護料）は、小売物価統計調査（動向編）等の価格をもとに所定のモデル式により価格指数を算出する「モデル品目」としてCPIの中で扱われている。具体的には、利用者の多い通所介護、訪問介護、介護老人福祉施設のサービスを選定し、所得区分別、施設種類等別、所要時間区分別、要介護度別の価格を選定し、サービス種類別の平均価格を算出している。それぞれの区分（要介護度、所要時間、施設、所得）ごとに質が一定と仮定し、一定の質が保たれた各区分の利用者人数の構成の変化による価格の変化を捉えていると解釈出来る。⁷実質値の算出については、『介護給付費の状況』（厚生労働省）等をもとに名目産出額を計算し、それをデフレーターで除して実質産出額を得ている。

2.2. 介護デフレーター⁷の質の調整手法に関する国際機関の考え方、各国の動向

2.2. i. 国際機関の考え方

介護デフレーター⁷の質の調整方法について、国際機関（Eurostat、OECD）では、医療と本質は同じであると考えている。Eurostat は、医療同様、介護についても、細分化による質調整を重視し、価格・コストが市場によって決まる領域は価格指数によるデフレーション、非市場領域については実質アウトプットの直接推計を重視している。明示的な質調整については、今後信頼性の高い指標が出てこない限り、慎重な姿勢であると思われる。また、OECD は、「広い意味でのデフレーション」にCPI、PPI等の価格指数によるデフレーションに加えて、単位費用によるデフレーション、疑似価格指数によるデフレーションも含まれるとしており、2018年のヒアリングでは、「政府が設定した公定価格は、それぞれの費用を適切に反映し、十分均質であれば、価格指数を構築するために使用することもできる。これは疑似価格指数の計算に使用することができる。」と回答している。

2.2. ii. 各国の動向

次に、各国の動向をみると、各国とも介護については分類が医療ほど細かくなく、特定の介護サービスで介護全体を代表させている例もある。また、介護サービスが概ね市場によって決定される米国やシンガポールでは価格指数によるデフレーションが採用されている。それ以外の国では実質アウトプットの直接推計、インプット法若しくはCPI・PPIによるデフレーションを併用又は単独で採用している。介護サービスにおけるデフレーター⁷の推計方法は国によってばらつきがあり、介護サービスの価格決定方法と

⁷ ただし、利用者の多いサービスに限定されていることから、より詳細なサービスに細分化すべきとの意見もある。

推計方法との間ではっきりとした関係性は整理し難いのが現状である。

具体的にみると、米国では、デフレート手法は介護についても医療と同様、PPIによるデフレーションが用いられているが、NIPA上も特に細分類を設定しておらず、高齢者向けサービスを提供するナーシングホームの分類で介護分野を代表させている。ナーシングホームの価格の質調整は、物価指数を作成するBLS(Bureau of Labor Statistics)が担当しており、現に看護師の配置を活用した質の調整がナーシングホームのPPIで行われている。⁸

SNAにおける介護の質調整法

1. 細分化された分類ごとに価格指数（デフレーター）を推計

アメリカ（PPI（ナーシングホーム））、日本（CPI（介護料））など

※価格指数を作成する際、介護の品質指標を活用して品質調整を実施（アメリカ）

2. 細分化された分類に基づき直接的に実質産出額（アウトプット）を推計（産出数量法）

イギリスなど欧州各国、オーストラリアなど

3. 実質産出額（アウトプット）を求める際にアウトカム指標など明示的な指標を用いて質を調整 実施国なし

3. 欧米諸国における介護サービスの質の定義・測定、アウトカム向上に向けた動き

一方、介護サービスの質の評価指標については、既に1990年代より、国際機関、欧米諸国において検討が進められており、2000年以降には、国際機関（WHO, OECD, EU等）が介護サービスの質に関する調査報告書を相次いで発表、介護サービスの質への関心が高まっていることがうかがえる。この背景には、欧米各国の高齢化に伴う要介護高齢者の増加や財政制約のもと、コストを抑制しつつ介護サービスの質を向上させることが重要な政策課題であることがあげられる。また、これらの調査・研究は、質を調整した介護価格指数を作成する上で重要な情報⁹であり、活用されつつある。

以下では、アメリカとEU諸国における介護（Long Term Care :LTC）の品質の向上に向けた取組について、アメリカについては、主にGAO（U. S. General Accounting Office）などの連邦政府調査報告や学術論文による評価、EU諸国については、EU委員会による報告書をもとに整理を行った。

⁸ BLS(2019)によると、看護師の配置は、介護施設のサービスの質に影響を与える多くの複雑な要因の一つに過ぎないが、IOM、CMS、およびGAOの分析では、看護師の配置は、介護施設のサービスの質に影響を与える重要な要素（key factor）であると指摘している。

⁹ 米国ではナーシングホームのPPIの質調整に活用している。また、日本においても、介護現場よりアウトカム情報等を収集、分析し、今後の介護報酬改定等の議論に活かそうとする動きが進んでいる。

3.1. アメリカ

アメリカにおいて、介護の質を向上させる取組は、ナーシングホーム、在宅介護、コミュニティケアにおいて異なるペースで展開されてきた。ここでは、まずは、ナーシングホームにおける、MDS (Minimum Data Set) の開発と導入を通じた介護の質指標の策定と、それを活用した介護の質の向上に向けた取組を中心に紹介する。最後に、近年、ナーシングホーム、在宅介護、コミュニティケアの質の計測において主流となっている、アウトカムベースでの質指標の活用について、その課題を整理する。(P32 用語集参照)

3.1. i. 施設介護

アメリカの施設型介護は、大きく分けて、規制の厳しい、熟練した介護施設であるナーシングホームと、ボード&ケアホームや伝統的の老人ホーム、最近で高級なアシステッドリビングホームなど規制も緩い様々な居住施設（ハウジングプラスサービス）の2つが存在する。1950年の社会保障法の改正により、連邦政府から州への支払いが、ナーシングホームとの契約に使用できるようになり、その後30年間にハウジングプラスサービスからナーシングホームへと入居者がシフトしていったが、近年ではハウジングプラスサービスの需要は増加傾向にある。(1996年から2001年の間に、ナーシングホームに入居している高齢者の割合は73%から59%に減少したが、一方でハウジングプラスサービスに入居している割合は16%から30%に増加した。)以下では、まずは、連邦政府を中心としたナーシングホームにおける質向上、質評価の取組についてみた後、ハウジングプラスサービスについてみていく。

3.1. i. a. ナーシングホーム

1965年の社会保障改正でメディケアとメディケイドプログラムが制定され、ナーシングホームへの費用償還が開始されたことから、各州によるメディケア、メディケイドの認証を受けるための施設監査が行われるようになった。1980年代初頭、ナーシングホームの規制は、アウトカムより、構造やプロセスを過度に重視しているという批判を受け、議会はHCFA¹⁰(Health Care Financing Administration)に対し、ナーシングホームの規制改善のための研究を行うよう指示した。これを受け、1986年、IOM(Institute of Medicine)は規制改善のための具体的な提言を行い、さらに同報告書を検証する目的でGAOも調査を実施、翌年にはIOMの結果を支持する内容の報告書が提出された。これらの報告書が骨子となり、ナーシングホーム改革法は1987年のOBRA (Omnibus Budget Reconciliation Act: 包括予算調停法)のパートC部分として立法化され、1995年には全ての州で実施されるに至った。

OBRA87によって義務付けられた包括的アセスメントとして開発されたツールがMDSである。これはナーシングホームの入所者1人ひとりについて、ADL(activities of daily living: 日常生活動作)の介助量、褥瘡や服薬の有無などの介護・医療ニーズを、約300項目について詳細にアセスメントするものである。そのデータを少なくとも年1回、決められた時期に、報酬の支払いを担当する連邦政府のCMSに提出することが義務付けられている。MDSは報酬支払い額を決める根拠だけでなく、ケアの質評価にも使用されており、2010年からはMDS3.0へのバージョンアップが行われている。

¹⁰ 現在のCMS (Centers for Medicare and Medicaid Services)

これにより、全米で約 300 万人分の利用者データが CMS に集められ、2 種類の質指標群、QI (Quality Indicators) と QM (Quality Measures) が作成されている。QI は、MDS から算出される 24 項目の客観的なケアの質評価指標である。具体的には、新たな骨折の発生、著しい体重減少、転倒事故の発生等の項目が含まれる。利用者のリスクを考慮した統計的補正を施したうえで、施設間の介護サービスの質を比較する指標として利用される。個別の結果は行政監査とナーシングホームにフィードバックされ、それをもとにナーシングホームでは事例レベルでケアプランなどの見直しが行われる。QM は、公表用に開発された、MDS から算出される 19 項目の統計学的・客観的なケアの質評価指標である。結果は CMS が運用している WEB 上のナーシングホーム比較サイト (NH コンペア：2002 年開設) で公開されている。

残念ながら、このような評価、報告、規制の新しい国家システムにもかかわらず、ナーシングホームの品質問題は続いている。これについては 3.1. iv. 「介護の質測定におけるアウトカムベースの質指標の活用」で説明する。

3.1. i. b. ハウジング・プラス・サービス

次に、ボード&ケアホームや伝統的老人ホーム、最近では高級なアシステッドリビングホームなど規制も緩い様々なハウジングプラスサービスについてみていく。このレベルのケアの名称は、州によって大きく異なり、提供するケアの種類の規定も異なるが、原則として、ハウジングプラスサービスでは、住宅、1 日 3 食の食事、監督や ADL の支援などが提供される。ハウジングプラスサービスのケアの質に関する研究は、ナーシングホームの質の評価と平行して行われてきたが、あまり有効ではなかった。それは、ハウジングプラスサービスの基準が州によって大きな違いが存在するからである。介護や投薬支援を認めるところもあるれば、認めないところもある。ハウジングプラスサービスは SSI (Supplement Security Income: 補足的所得保障) による低コスト施設から高コストでアメニティの充実したアシステッドリビングのようなものまで、幅広い市場に対応しているが、近年のハウジングプラスサービス市場の成長は、高級なアシステッドリビングが中心である。このようなハイエンドのハウジングプラスサービスは、より多くの機能を提供するが、家庭的な環境と質の高いケアを両立しているところもあるれば、両方とも不十分などところもあり、IOM はアシステッドリビングに対して様々な評価を下している。また、IOM は消費者がアシステッドリビングを選ぶ際に十分な情報を得られていないこと、施設が適切なケアを提供しておらず、変化する入居者のニーズに一貫して対応できていないとしている。

3.1. ii. 在宅介護

ナーシングホームの MDS に関する連邦政府の研究開発に続いて、政府は在宅介護におけるデータと質のモニタリングを改善するための研究開発プログラムを作成、この取り組みによって、OASIS (Outcome and Assessment Information Set) が誕生した。OASIS は、在宅介護利用者の包括的な評価の中核となる約 80 のデータ要素で構成されており、治療成果 (アウトカム) を測定するための基礎となる。メディケアの在宅介護機関は、1999 年 8 月から OASIS データの収集を開始し、これらのデータは患者の臨床記録の中核をなすものとなっている。メディケア・メディケイド利用者を対象に 60 日に 1 度の頻度で実施されるデータは CMS に送られ、利用者のアウトカム項目ごとに全国平均値と事業所とを比較し、QM を計測している。2003 年、CMS は Home Health Compare というウェブサイトを立ち上げ、在宅サービスの成果

に関する OASIS の調査結果を公表している。また、OASIS データは、在宅サービス機関への前向きな支払いを決定するための HHRG (Home Health Resource Groups : 在宅医療資源グループ) の作成や、州の調査員が患者を 80 の異なるグループに分類するために使用されている。

新しいデータと改善された焦点にもかかわらず、問題は残っている。例えば、2002 年の GAO の報告書によると、在宅介護機関の調査において、調査員は、患者の転帰に注意せず、ケアプロセスに焦点を当てたままの評価を行っているとしている。他にも調査プロセスの弱点として、大規模な機関の支店に対する監督が不十分であることなどが指摘されている。

3.1. iii. コミュニティ・ケア

コミュニティケアサービスへのアクセスを拡大する取り組みは、1970 年代半ばよりメディケアとメディケイドの両方によって開始された。これらの取り組みでは、アクセスの改善だけでなく、施設への入所を回避または遅延させるコミュニティケアの能力、機能的サポートに対する満たされていない (アンメット) ニーズの削減、機能の向上、満足度の向上など、質の問題が取り上げられた。1990 年代には、コミュニティケアが急速に普及するとともに、質に対する注目が集まった。しかし、2003 年の GAO の報告書によると、これらのサービスの質を測定し、記録し、保証するための連邦政府の具体的な要件がないため、各州は非常に多様なアプローチを採用しており、多くの州では適切なレベルのサービスへのアクセスが依然として懸念される状態であった。在宅介護の OASIS システムと比較すると、コミュニティケアにおける品質に関する取り組みは、大部分において洗練されておらず、組織化されていない。

最近の論文では、新たなシステム¹¹から得られる品質指標に関心が寄せられている。この品質指標は、プロセス (投薬レビューの欠如、インフルエンザ予防接種の未実施) とアウトカム (ADL の改善・低下の未実施) の両方をカバーしており、カナダとアメリカのコミュニティケアプログラムでテストされ、有望ではあるが、そのデータ収集と分析の要件は、多くのコミュニティケアプログラムの現在の能力を超えている。コミュニティケア提供者の多様性と、これらの環境におけるフォーマルケアとインフォーマルケアの相互浸透に適したプロセスと結果の測定法についてのコンセンサスが得られるには、まだ時間がかかりそうである。

3.1. iv. 介護の質測定におけるアウトカムベースの質指標の活用

上述の通り、構造とプロセスも考慮しながら、アウトカムベースでの質指標 (Outcome-Based Quality Indicators : OBQI) による測定・評価は、現在、ナースিংホーム、在宅介護、コミュニティケアの場において、主流となっている。しかし、研究者などからは、さまざまな問題点が指摘されている。

3.1. iv. a. QI と現場におけるケアプロセスとの関係性

2001 年の IOM レポートでは、MDS で使用されている質指標は現場におけるケアプロセスとの信頼性テストがおこなわれていないとの懸念が示された。それ以降、特定の質指標に対する施設のスコアと実際のケアプロセスや患者の転帰との関係を調べる研究が行われた。これらの研究では、様々な質指標 (例え

¹¹ MDS Home Care instrument and system

ば、体重減少、疼痛、失禁など）のスコアが高い施設と低い施設を比較し、その順位の違いが異なるケアプロセスを表しているのか、患者にとってより質の高いケアであるのかを調べている。一般的に、MDS の指標で高得点を得た施設と低得点の施設の間には、ケアプロセスに実際の違いはほとんどなく、ほとんどの場合、質指標とケアの質の関係は複雑すぎて MDS では把握できないことがわかっている。例えば、Simmons らは、MDS の体重減少指標のスコアが高い施設と低い施設を比較し、これらの施設で患者の臨床状態やケアプロセスを評価した結果、スコアの違いはケアプロセスの違いというよりも、ケースミックスの結果であると結論づけている。

3.1. iv. b. 質指標としての QI の妥当性

QI に基づいたケアの質に関する単純な結論もまた難しい。なぜなら、ある指標で良好な結果を出した施設が、他の指標でも同じように良好な結果を出すとは限らないからである。そのため、介護の質に関する全体的な指標はなく、ランキングは施設が指摘された欠陥の数を集計することに依存している。施設は、含まれる指標によって総合的な質の順位が大きく異なるため、この方法は、主要な指標をまとめた特定の団体の気まぐれに左右されすぎ、どの指標の欠陥や好結果が総合的な質をよりよく示しているのかを判断する方法がない、という意見がある。

3.1. iv. c. 構造、プロセス、アウトカム指標間の関連性の不確かさ

また、構造とプロセスの質が、健康状態や生活の質などアウトカムに与える影響を予測することも困難であるとされている。構造とアウトカムの関係は、最も注目されており、例えば、初期の研究では、ナーシングホームがソーシャルサービスや専門的なリハビリテーションを提供する能力を持っていたとしても、これらのサービスの提供状況や関連するアウトカムを予測することはできなかった。これは、能力だけでは、対象となるプログラムが実際に行われているかを示すことはできなかったということである。非常に具体的なプロセス指標（例えば、強制輸液）は、特に短期的には非常に具体的なアウトカム（脱水率）と関連していたが、より遠いアウトカムへの関連性は見いだせないことがわかった。

最近の研究でも、プロセスとアウトカムを結びつけることは、指標が概念的に密接に結びついている場合を除き、引き続き困難であることが示されている。例えば、Harrington らは、介護施設のスタッフのレベルは、MDS から得られるケアの質のプロセス指標とは無関係であることを明らかにした。しかし、Weech-Maldonado らは、スタッフの配置は、異なる専門家が提供できる知識の種類に基づいて、より複雑なアウトカムとの関係を持っていることを示唆している。彼らは、MDS から得られたケアのプロセスとアウトカムの質の指標を用いて、正看護師の数が多くことはケアのアウトカムの改善と関連し、常勤看護師の数が多くことはケアのアウトカムだけでなくプロセスの改善と関連することを明らかにした。

要約すると、介護施設の構造指標やプロセス指標をアウトカムの質指標に結びつけることができないのは、基礎となる理論よりも、構造およびプロセス指標の選択肢が狭いため、最も一般的なアウトカムの質指標には強く結びつかないということであろう。

3. 2. EU諸国

ここでは、EU 委員会の報告書をもとに、EU 各国で進められている介護の質の定義・測定、様々なステークホルダー（要介護者、インフォーマルケアラー、介護提供者、資金提供者）の視点からの介護の質の定義、そして、在宅介護へのシフトが進められているなかでのインフォーマルケアの状況把握について整理する。

3.2. i. 介護の質の定義・測定

EU 諸国においても、介護サービスの質を定義し、測定するにあたっては、Donabedian が提唱した「構造」「プロセス」「アウトカム」の3つの枠組みが通常用いられる。EU 諸国の多くが介護の質の規制枠組みをもち、質を定義し測定する指標が導入されているものの、その内容は構造やプロセス指標が主で、本来ケアの介入の効果を示すと期待されるアウトカム指標は未だ揺籃期であるといわれる。また、国によって指標の内容にばらつきが大きい、これは前提となる介護サービスの範囲や種類が国によってかなり相違すること、また、品質規制に責任をもつ行政も、国レベルと地方自治体レベルなど異なっているためであり、そのため、EU レベルで共通した介護の質の指標群を開発するには長い道のりがあるといわれている。また、多くの国では伝統的に、施設介護に強力な規制と基準を設けているが、在宅介護については、国によって要件が大きく異なる。基準を設けていない国や限定的な基準しか設けていない国がある一方で、在宅介護サービスの要件を策定している国もある。

ドイツでは、医療の質に関する要求事項のほかに、すべての介護サービスに別の質の枠組みが適用されている。（長期介護保険法で成文化されている）。この枠組みは、主に、あらゆる居住施設やコミュニティに適用される幅広い要件であり、構造（従業員の資格など）、プロセス（内部品質管理システムの確立、褥瘡などの特定の問題を防ぐためのプロセスに関するガイドライン）、そしてアウトカムの質を重視している。また、長期療養保険（LTCI）基金、レンダー（介護施設へのアクセスや適切な介護インフラの確保に責任を負う）、自治体、介護提供者（インフォーマルケアラーを含む）など、さまざまな関係者の責任も定義されている。保険基金（法定または民間）は、少なくとも年1回、介護施設の品質（主にプロセスとアウトカム）を監査することが義務付けられており、結果は一般に公開される。

ルクセンブルクでは、介護の質の枠組みが法的拘束力を持ち、すべての介護事業者（インフォーマルケアを含む）に適用される。スタッフが満たすべき最低基準が法的に定められており、介護の質を確保するために監視されている。品質指標は、プロセス（痛みの評価、定期的な体重測定、正式な苦情処理手続きの存在など）やネガティブな結果（健康上の有害事象や転倒などの事故など）を測定するためにも使用されている。

ポルトガルでは、介護サービスは全国ネットワークによってカバーされており、その開発計画において、クリティカルイベントを防ぐための品質基準や手順規範の策定など、さまざまな質目標を設定することとしている（必須指標として、組織的プロセス、薬剤の使用、クリティカルイベントの発生率、健康状態や機能状態など）。質は主に、全国ネットワークのプロバイダーに適用される最低品質基準の設定と、プロセスとアウトカムに関する指標によって確保される。また、顧客からの苦情、（要介護者、家族、インフォーマルケアラー、専門家を対象とした）アンケート調査、内部監査、検査によっても品質が監視されている。

3.2. ii. 様々なステークホルダーからみた介護の質の定義

介護の質の定義は、様々なステークホルダー（要介護者、インフォーマルケアラー、介護提供者、資金提供者）の視点によって異なるため、どうしても主観的になる。一部の国では、質の定義や評価をステークホルダーで検討することを促進するための戦略が実施されている。

a) 最も頻繁に考慮されているのは、要介護者の視点であり、いくつかの主要な原則が挙げられる。

- － 基本的人権の尊重（フランス、フィンランド、ベルギー、スウェーデンなど）、平等な待遇の確保（フィンランド、スウェーデンなど）、差別の回避（ベルギー、フィンランドなど）、尊厳死（イギリス、フランス、スウェーデンなど）。
- － また、要介護者の安全性は、介護の質の主要な原則として考えられることが多い（イギリス、フランス、イタリア、オランダ、チェコ、スウェーデンなど）。
- － 人間中心主義（例：オランダ、イギリスで明示的に言及されている）は、ケアプランの作成にケアを受ける人が参加するなど、ケアプロセスの特定の側面に反映されている。また、ポルトガルでは自律性、フィンランドやイギリスでは選択の自由など、他の重要な原則に明確に言及している場合もある。フィンランドでは、要介護者が日常生活において何を大切に、何を期待しているかを事前に定義し、要介護者自身の予想される決定に適したサービスの提供を提案する必要がある（例：神経変性疾患の場合）。
- － 要介護者のアウトカムの達成。これは客観的なものでは、例えば健康状態、主観的なものでは、例えば幸福感、生活の質、インクルーシヴなどがある。

b) 介護の質に関するインフォーマルケアラーの視点は、介護を受ける側の視点とは異なる可能性がある。さらに、介護は、インフォーマルケアラーの生活に影響を与える可能性が高い（例えば、ポルトガルでは、親族やインフォーマルケアラーの生活の質に関連する考察が認められている）。

c) 介護の専門家の視点は、全体として、ほとんど言及されていない。しかし、介護提供者が認識する良好な労働条件は、要介護者・親族の介護の質を確保するために必要であると広く合意されている（例えば、高い離職率、虐待または不十分なケアの提供を防ぐこと）。

d) 一部の国では、コスト関連の考慮事項として、介護サービスに資金を提供する関係者の視点も含まれている（フィンランド、スロベニア、ラトビア）。例えばフィンランドでは、質とは、利用可能な財源の枠内で活動しながら、良い介護への期待に沿って行動することも意味するとしている。また、スロベニアでは、効率性は品質の基本原則の一つであるとしている。

3.2. iii. インフォーマルケアの状況把握

地域社会で生活するために支援を必要とする人への介護のほとんどは、親族、家族、友人によって行われているが、ほとんどの国では、インフォーマルケアの質が定義されていない。インフォーマルケアラーは、特に要介護者が公式のサポートを受けていない場合、介護当局に知られていない可能性が高い。配偶者は、介護は配偶者の役割の一部として認識されていることから、インフォーマルケアラーであることを自覚することなく、日常生活の中で要介護者を助けている。もう一つは、親の介護をしている若い介護者である。彼らはインフォーマルケアラーとしての役割を自覚していない可能性が最も高い。

インフォーマルケアラーの状況を体系的に評価することを法的に認めている国はいくつかある（**オーストリア、ベルギー、イギリス、イタリア**など）。この評価は、インフォーマルケアラー（現金給付や介護休暇）や要介護者（現金給付）に対する法定の支援策と連動していることが多く、インフォーマルケアラーの能力を監視することを目的としていることもある。インフォーマルケアラーの状況は様々な方法で評価される。このような評価の目的は国によって大きく異なる。

一部の国では、インフォーマルケアラーは現金給付を受ける権利がある（**フランス、ベルギー、スウェーデン**など）。**ベルギー**では、インフォーマルケアラーの能力を評価することは、介護休暇を申請する働く介護者の場合にのみ義務付けられている。この場合、評価は健康状態に限られる（疾病基金の医療担当者が身体能力をチェックする）ため、この体系的な評価の恩恵を受ける者の割合は限られている。

インフォーマルケアラーの状況を体系的に評価するもう 1 つの方法は、要介護者のための現金給付制度である（**ドイツ、オーストリア、ルクセンブルク**など）。**ルクセンブルク**では、被扶養者はインフォーマルケアラーの存在を独立した機関に通知しなければならない。この機関は、インフォーマルケアラーの状況（労働状況、地理的位置、身体的スキルなど）を考慮して評価する。現金給付の配分は、インフォーマルケアラーが適切な介護を提供するキャパシティに依存する。現金給付は、インフォーマルケアラーが提供した介護活動（介護に費やした時間）に基づいて計算される。インフォーマルケアラーが十分な介護を提供できないと評価された場合、要介護者は介護のための特別なサービスを要請しなければならない。**ドイツ**では、介護手当の受給者には、カウンセリングサービスの定期的な利用が義務付けられている（介護の必要性のレベルに応じて、四半期ごとまたは半年ごと）。これは、要介護者の安全と介護の質（インフォーマルケアを含む）を確保するためのものである。

4. 介護の質を調整した価格の把握方法についての有識者ヒアリング

上述の通り、介護デフレーター推計方法については、国際機関、各国とも医療と同様とみなしているものが多い。しかし、現状では、国際機関が推奨している細分化の手法についても介護は医療よりも分類が粗く、また、医療のように疾病等に着眼した分類といった国際的な基軸もない状態である。これは、日本のように、医療とは異なる制度で介護サービスが提供されている国が少ないことも影響していると考えられる。

このため、今後、欧米諸国だけでなくアジア諸国においても高齢化が進み、ソーシャルケア、ホームヘルプも含めた介護サービスの需要が高まると予想されるなかで、日本において介護の質の変化を反映したデフレーター推計手法の研究を進めることは、世界に対する新たな貢献となる。

このような観点から、2021 年第 1 四半期に有識者に対して、PwC コンサルティング合同会社への委託の一環として、「介護の質を調整した価格の把握方法」についての国内有識者へのヒアリングを実施した。

有識者のリストは以下の通りである。(ヒアリング実施日順)

※敬省略

氏名	所属	役職	専門領域
印南 一路	慶應義塾大学総合政策学部 /医療経済研究機構	教授/副所長 兼 研究部長	医療政策学、 行動経済学
服部 真治	医療経済研究機構	主任研究員/ 研究総務部次長	介護制度
鈴木 亘	学習院大学経済学部	教授	経済学
田宮 菜奈子	筑波大学医学医療系	教授	衛生学、 公衆衛生学
佐藤 主光	一橋大学公共経済	教授	財政学
野口 晴子	早稲田大学 政治経済学術院	教授	医療経済学、 財政学
田中 滋	埼玉県立大学	理事長	医療経済学
土居 丈朗	慶應義塾大学 経済学部	教授	財政学、 公共経済学
近藤 克則	千葉大学 予防医学センター	教授	公衆衛生学

有識者からは多岐にわたり、多くの有益な意見をいただいた。以下では、内閣府の責任において、有識者の意見を医療分野のデフレーター（質調整）において用いられる整理法、「細分化法」と「明示的質の調整」の観点から、整理したものを紹介する。なお、介護のデフレーション手法（介護の質調整を価格指標（デフレーター）、産出指標（実質アウトプット）のどちらで行うか）については、JSNA では価格指標を採用していることもあり、補論で簡単に整理した。

4.1. 介護デフレーターの細分化法による質調整について

まずは、医療において国際機関で推奨されている、疾病分類等をもとにした細分化による質の調整¹²が介護に適用できるか、その際、介護では細分化の基準は何か、について有識者に意見をきいた。

(i)有識者からは、現在、介護には医療の ICD（傷病分類）に相当するような介護状態を細分化したものはない。このため、現在利用可能なデータ（介護レセプト）を前提とした場合、分類の仕方については、(a)JSNA 介護デフレーターの区分である、施設と施設以外。(b)施設、施設外という区分では歪みが生じる¹³ことから、サービスごと（訪問介護、訪問入浴、通所型サービスなど）。(c)介護サービスの個別の膨大な報酬体系は、個別の品質の変化を踏まえて設定していることから、介護報酬品目そのもの。といっ

¹² Eurostat (2016) では「Matched models only」などとも呼ばれるこのアプローチでは、比較されるサービスの質は均一であると仮定されるので、アウトプットの同質性の問題は原理的には発生せず、医療サービス全体の質の変化は、分類された個々の医療サービスのウェイトの変更によって非明示的に反映される。

¹³ 介護保険の大幅改定、有料老人ホーム等の拡大により。

た意見がでた。なお、施設外（在宅介護）については、(ii) 家族が担っている介護の量により、介護サービスの需要が異なる、(iii)（制度上、介護施設に含まれていない）サ高住、有料老人ホームの需要が急増している、ことから、在宅介護サービスのアウトカム評価、要介護度別の最適なバスケットをつくることのできない、との指摘があった。このため、(iv) 介護の質の評価は、施設から検討すべきとの意見もあった。

一方、(v) 要介護度を医療における疾病分類同様、同品質のカテゴリーとする考え方については、(a) 要介護度は必要な介護ニーズを把握する上でよい指標になる、(b) 介護の質はアウトカムだけでなく、プロセスも含め評価すべきであり、プロセスの段階で手間が掛かる人ほど重くなるように作られている要介護度は、総合的な指標であり活用できる、との意見がある一方、(c) 要介護度では区分が少なすぎる、(d) 要介護度は身体的な基準であるため、認知症への配慮が足りない、(e) 介護の質は、改善する人と、悪化していく人を分けて研究すべきであるが、要介護度認定は介護の手間（何時間・何分かかかるか）を物差しとしており、海外のように症状が固定して回復しないなどの可逆性の判定をしない。研究の対象になり得ない。といった意見もあった。

また、現在入手していないデータとして、(f) 要介護度の認定時のテスト結果を用いれば、医療同様に、国際的なインデックスとある程度合わせることはできるのではないかと、との指摘もあった。

4.1. i. 介護サービスの細分化区分について

（意見 i - a 1）介護レセプトをみている限り、定義としては施設、在宅という区分。最近、施設には含まれない、高齢者がお金を出して入ることができる、サ高住・有料老人ホームへの需要が急増している。介護サービスの中で、GDPに影響するものは、施設と在宅、福祉施設、それと個人がお金を出して施設に入り、ケア付き施設で老後を過ごすという部分。施設と在宅は要介護度によって提供を受けるサービスが決まっているので、要介護度をクロスで考えるべき。サ高住等の部分は個人の消費に近い部分だ。ただ、継続性は重要なので、しばらくは施設・在宅でよい。将来的に、個人消費の住宅部分のなかのサ高住等を再掲という形で出してもらえると、研究者としてありがたい。

介護レセプトを見ている限り、定義としては在宅、施設、もう一つ最近市区町村による総合支援。最近すごく問題になっているのが、サ高住、サービス付きの介護施設がある。実は最近、厚労省が管轄している3施設以外の有料老人ホームあるいはサ高住の需要がものすごく増えてきている。逆に厚労省が介護全体の支出を抑え込もうとして、施設から在宅へと一生懸命やっているが、実は施設に対する人々のニーズがこれだけ単身者が増えてきて、離れて暮らす家族が多いと増えている。医療も介護も、施設から在宅へという流れが強硬に押し出されている。でも、ある程度、施設で介護をしなければいけない。その施設もサービス付きの高齢者施設など、自分で高齢者がお金を出して入ることのできる施設のニーズが高まっている。（詳細は (iii) サ高住、有料老人ホームで記載）

分類については、介護サービスの提供の仕方の中で、施設と在宅。プラス GDP に大きく影響をするというのは福祉の施設と、もっと個人がお金を出して施設に入り、ケア付き施設で老後を過ごすという部分があるのではないかと気がする。要介護度別の分類はイメージがつかない。在宅と福祉3施設は要介護度によって提供を受けるサービスが決まっている。その部分についてはどの介護を受けているのか、要介護度をクロスで考えていかなければいけないだろう。自分でお金を出して、福祉ではない有料老人ホームの人たちは要介護度と組み合わせるといよりは、個人の消費に近い部分だと思う。

継続性は重要なので、しばらくは在宅・施設でいいと思う。そのうち、個人消費の住宅部分のところの再掲という形でサ高住などの数字が取れるのであれば、そういう数字を出していただくと、介護の研究者でマクロ推定などに使う人にとってすごくありがたいと思う。再掲という形で付けていただくと。

（意見 i - a 2）医療では、疾病ごとに細分化し、それぞれデフレーター、実質アウトプットを計算した。

介護の場合、医療と異なり細分化が難しい。大きくくりで、施設・在宅ごととし、要介護度の変化など、アウトプット、アウトカムを決めておくのがよい。施設は其中で完結しているので比較的やりやすい。施設内で提供されているサービスに着目し、アウトカムとしてADL、要介護度の変化等を用いる。難しいのは在宅。在宅は家族介護もあるので、介護事業者をどこまで評価できるのか、切り分け難しい。取りあえず、施設と在宅の2つを完全に分けて考えるというのが一つのやり方だとは思ふ。

医療であれば疾病ごとに細分化し、それぞれデフレーターを計算したり実質アウトプットを計算したりする。同じように介護のときに、先ほどの細分化の基準をどうするかで、一番単純なのは、施設か、在宅か、居宅か、などのサービスごとに行うのかどうか。そうすれば、其中でどんなサービスが提供されるのか、施設は施設のサービス、在宅は在宅のサービスがあるので、そのサービスのバンドルで質を測っていくというのは一つあるかという気はする。

施設は比較的やりやすいのではない。其中で完結している。其中で提供されているサービスに着目し、そのアウトカムをどうするか、ADLでいくのか、要介護度の変化で見るのか、そこは議論が分かれるかもしれないが、それは一つあるかという気はする。施設の中でどのようなサービスが提供されていて、今言ったようにどれくらいオンライン化、デジタル化が進んでいるかということに着目すればいいのではないかという気はする。必ずしも介護報酬に反映されていない質の向上というものもある。

プロダクトの単位を決めなければいけない。医療であれば、疾病ごとでプロダクトを細分化しているが、介護の難しさはそれだ。細分化が厳しいとすれば、大きくくりで、在宅・施設ごとに、ADLでやるのであれ、要介護度でやるのであれ、何かアウトプット、アウトカムを決めておく。

難しいのはむしろ在宅で、在宅は家族介護もあるので、そこをどうするかである。変な話、家族の介護というのは一種の帰属所得、帰属消費のようなもので、家事労働とそれほど変わらない。確かに、いわゆるマーケットとして介護事業者がやってくれるサービスというのがあり、そこはそこで見える価値はあるが、そこで出てきた例えばADLの改善であれ、それは全てマーケットに起因するとは限らない。これは実は教育も同じなのだが、要は家族が頑張ってくれている面もある。従って、いわゆるマーケットの方のアウトプットとして、介護事業者をどこまで評価できるのかというのは意外と切り分けが難しいと思う。在宅の場合はいろいろなステークホルダーが多いので、そこは分かりにくくなる気はする。取りあえずそこは2つを完全に分けて考えるというのが一つのやり方だとは思ふ。(詳細は(ii) 家族環境で記載)

(意見 i - b) 施設と施設外(在宅)という区分では、本当は施設に入りたいが入れない人も相当いることから、歪みが生じる。このため、在宅の中でもサ高住や有料老人ホームなど実質的に施設機能をもつ分類への需要が拡大。そうするとサービスごとに着目して区分するのが一番細かいという感じはする。訪問介護、訪問入浴、通所型のサービスなどで分類して、そこで追えるものだけ追ってカテゴリーにしてしまうのが現実的かという気がする。

基本的には介護のレシピしかない。レシピに付属する要介護の情報などしか基本的にはないので、其中で何をできるかという考え方になると思う。仮に施設と在宅のように分けた場合にはいろいろなものが入ってきてしまう。施設というものと居宅というものが別のカテゴリーではあるのだが、本当は施設に入りたいのだがたまたま入れなくて在宅という人が相当いる。そこに歪みが既に入ってしまうという大問題に直面するのが一つである。

それと、施設と在宅という分け方は非常に過去の政治的な経緯を背負って便宜的にやっているものであって、在宅にあるものの中に実質的に施設というものは相当入っている。例えば介護保険の中で施設と分類されているものは基本的に3つしかなくて、特養と老健施設と療養型病床群である。これは介護保険ができる前にもともと施設にあったものを、在宅分野はいろいろなカテゴリーの株式会社などが入ってくることが介護保険ができたときに決まったのだが、それらが入らないよう施設という分類を作ったのである。

だから施設については在宅のようにいろいろな会社が入ってきては駄目という規制のために施設というカテゴリーを作っている。実際には介護保険が始まって一気に需要が増えたわけだが、施設にみんな入れない。施設は増えないから。その代わりに在宅の中でケアハウスやグループホームや有料老人ホーム、サ高住などのカテゴリーが、実質的に在宅なのだがその任を担ったわけである。

現在、サ高住がだいぶ広がっていて、これは介護保険の施設ではないが、事実上、高齢者のマンションなどが施設として機能しているという分類で、それは全部在宅なのである。なので、居住費の部分がない施設のようなことになっている。それでも在宅なのだが施設なので、介護保険外のところでも介護保険で施設のようなものが出てきてしまっているという意味で、相当難しい整理をしないとそこは難しいと思う。(詳細は(iii) サ高住、有料老人ホームで記載)

そうするとサービスごとに着目してやるかというのが一番細かいという感じはする。だから訪問介護、訪問入浴、通所型のサービスなどで分類して、そこで追えるものだけ追ってカテゴリーにしてしまうのが現実的かという気がする。難しいのは、途中でサービスができたりなくなったりしていること。それをどう整理するか。まずは一遍全部ばらばらのものにしておいて、似たようなものが途中でプラスされたりなくなったりしているのは、そこだけ分類を一つにまとめてしまうようなことにしてやるのが一番バイアスが少ないかという感じがする。

（意見 i - c）介護の質の評価指標は現在開発中で、2021 年度介護報酬改定でもそれに資するデータ提出に加算が設けられた。介護分野の GDP デフレーターは、介護報酬改定率でよい。あくまで疑似指標で完璧ではないが、大ざっぱな指標としては、報酬改定率でマクロ経済的には十分だと思う。なお介護サービスの膨大な報酬体系は、事業ごとの品質の変化を踏まえて設定している。

介護サービスの価格は公定価格であるが、市場価格ほどではないにしても、ニーズと提供体制を一定程度反映させている。膨大な報酬体系は、サービスに対するニーズと事業ごとの品質の変化を踏まえて設定している。ゆえに品質を一定程度反映した指標とも言える。ただし、その視点是要介護者の尊厳ある自立に資するかどうかであって、一般市場財のように使って幸せか、楽しかったかなどは意味を持たない。報酬単価は、専門的観点からクオリティーが一定程度反映された指標である。特にリハビリテーション、栄養などの系統のものはそうだ。事業所を評価して多段階に分けて、あなたのところは係数を 1.2 倍、1.1 倍といった仕組みは広げたいが、今のところは老人保健施設のみに導入できている。マクロ経済の話から見れば、日本の介護報酬は一応のところクオリティーを反映して付けられている。例えば、通所ケアで人員が何人以上で、どのようなリハビリテーションが何時間だとかいう成果が出たから、ここを上げよう、ここを下げようとしてきた。あくまで疑似指標で完璧な指標ではないが、大ざっぱなデフレーターとしては、報酬改定率でマクロ経済的には役に立つのではなかろうか。事業所評価は可能である。自治体が事業所ごとに評価して、こういう指標で見ますよと事前に示す。そして良い事業所には、少し高いプライスを払う方法は理論的には可能である。しかし、GDP にそれが反映されたとして、デフレーターに 0.00001% 反映するぐらいの話なので、そのようなところに国の研究費や調査費を使うのは意味が薄い。GDP レベルのデフレーターは、介護報酬改定率で十分。なお急性期医療のうち、治癒が目的である部分は、DPC などを一層活用してデータを測ってもよいかもしれない。介護も褥瘡ケアや排せつケア、栄養摂取や一定のリハビリテーションは測っている。けれども、ゆっくり看取ることが介護に課せられた究極目的だとしたら、亡くなった人からアンケートを取ることは不可能である以上、インプットで測るしかない。インプットのクオリティーは、一応のところ専門家たちが介護報酬に反映させているから、マクロ経済に使うためならそれで十分ではなかろうか。

4.1. ii. 家族環境が介護サービス需要に与える影響

（意見 ii - 1）介護サービスは、要介護者の家族環境（有無、同居・近居など）により、サービス内容が変わってしまうので、要介護度ごとに最適なサービスのバスケットをつくるのが難しい。

医療の疾病別のように、要介護度別に標準パッケージ作るとするのは難しいと思う。サービス内容が家族がいるかどうかですごく左右されるのが介護の分野なのである。つまり同居家族や周辺に住んでいる家族などがある場合にはサービス内容は変わってしまうので、そこをどうするかだ。

家族は無料なのだが、無料のサービスを織り込んでケアプランなどを作るので、土日は息子さんがいらっしゃると。なので土日のサービスは入れない、土日は家族が近くに住んでいられないのだったらショートステイを入れてしまうからなどというように変わってしまうので、最適なバスケットが家族の有無、あるいは家族が近くに住んでいるかで変わってしまうものなので難しいかという感じがする。

（意見 ii - 2）介護の情報の非対称性は医療ほど大きくない。その代わり、医療と違って家族が代替できる。家族が自分たちの労働を提供できるので、GDP に対する影響は、むしろ介護のほうが大きい。機会費用の面では介護のほうが影響は大きい気がする。2006 年に軽度の人たちに対し、介護保険の中から生活支援を外した。これにより、例えば要支援 1、2 の人たちへの労働供給が減っている。賃金の低い女性の置き換えが起こって、そこで労働供給、労働時間を減らすという現象が起こった。全体の労働供給や次世代のことを考えると、集約的に介護をした方が社会全体にとっては、機会費用まで入れて計算をすると、かえってコストが安いのかもしれない。

医療と比べると、保育と介護に関しては情報の非対称性はさほど大きくないと思う。医療はかなり専門的な知識が必要なので、患者と医者の間、あるいは保険者と患者の間はかなり大きな非対称性があると思う。介護と保育に関してはある程度身近なサービスなので、本当にスーパーヘルパーみたいな人もいるが、大体何をしているのかは分かる。生活を補助する、日常的な食事や入浴、そういうことを補佐するわけだ。それは家族もやっていることなので、さほど情報の非対称

性はないと思う。ただ、そこにヘルパーやケアマネの特殊なスキルがあるかどうか、家族はそのスキルがない。

例えば、韓国では家族介護者がヘルパーの資格を取ると、家族に対してリワードがもらえる。家族が資格を取ると、日本は家族に対してお金を払っていないが、家族が面倒を見ることによって、その家族に対して介護報酬が下りる。医療はわれわれでは手術ができないけれども、介護に関してはわれわれ家族が介入できる。情報の非対称性は医療ほど大きくないと思う。その代わり、医療と違って代替ができる。われわれが代替的な労働力として介護に対して自分たちの労働を提供できるので、その分、労働市場から撤退とか、労働市場に対する関わりを少なくして介護を増やすこともできる、調整ができる。そのあたりの GDP に対する影響は、むしろ介護のほうが大きい。オポチュニティーコスト、期間費用の面では介護のほうがインパクトは大きい気がする。

2006 年に介護の分類が変わった。今まで 1 から 5 だったのが要支援をつくって、経過措置を入れて、軽度の人たちには介護保険の中から生活支援を外した。それで労働供給がどうなったのかという論文をわれわれは書いた。European Journal of Health Economy にも載った。明らかに軽度の人、例えば家族の要支援 1、2 の人たちへの労働供給が減っている。要支援 1、2、要介護度 1、2、だから 3 未満のところでは明らかに生活支援というサポートがなくなったわけだ。その分、賃金の低い女性のリプレースメントが起こって、そこで労働供給を彼らが減らしている、あるいは労働時間を減らしているという現象が起こった。2006 年の介護報酬制度の大改正を扱った。賃金が低い、いわゆる所得の低い女性はそこで自分が外へ稼ぎにいった介護ヘルパーを使うのと。保育と一緒だ。賃金が低いとそこで誰かを雇ったり、あるいは保育所に入れるとすごく金がかかるから、コストが自分の給料を超えてしまう。でも、自分がその分、家に入って子どもを見たほうがいい。高齢者も同じことが起こっていることが確認できた。全体の労働供給あるいはそういうことを考えるなら、ネクストジェネレーションのことを考えるなら、そういう方々をどこかで集中的に。その質をモニタリングするのはすごく重要だと思うが、コレクティブに介護をした方が社会全体にとっては、オポチュニティーコストまで入れて計算をすると、かえってコストが安いのではないかという気がする。

（意見 ii - 3）医療は専門的なので、家族の要素はほとんど関係ないが、介護は家族ができる。専門的ではなくインフォーマルケアがそれなりの役割を果たしている。海外ではインフォーマルケアのコストをきちんと出しているが、日本では家族の統計が全くない。だが、在宅では家族介護の質が良し悪しでケアの質は決まる。フォーマルケアのサービスのコストだけで考えてはいけない。

介護を考える上で一番必要なのは家族の要素だ。医療の場合はプロフェッショナルだから、家族の要素はほとんど関係なくて、精神的なサポートや経済的な意味では関係があるが、介護の場合は家族ができるので、そこが一番違う。プロフェッショナルではなくてインフォーマルケアがそれなりの役割を果たしていて、場合によっては家族のほうが上手だったりするので、その家族をどう捉えるかというのが、日本の介護のお金を考えるときにすごく重要だ。

いろいろなデータは、やはりインフォーマルケアのコストを考えにくい状況にあるが、結構海外ではインフォーマルケアのコストをきちんと出している。OECD の統計でも日本のインフォーマルケアのコストは、日本からのデータがないので入っていない。というのは、日本の介護保険は家族は何もしなくてもいいという方向に行った。極端に言えば、2000 年より前の措置の時代には、日本はずっと家族だけが介護をするという方針で、家族がどうしても介護できなければ措置で老人ホームを使ってもいい、ヘルパーを使ってもいいとなっていたのを、2000 年の介護保険で本当にコペルニクスのように転換をして、家族の状況は一切聞かない、どんな家族であれ、1 人暮らしでも家族がたくさんいても、同じような要介護認定で評価して介護サービスを受けられるということにした。それは皆さんもよくご存じかもしれないけれども、本当に制度上の大きなボリシーの柱で、家族の状況をあえて取らないという方向に行った。だから家族の統計が全くないままになっている。でもそうはいってもインフォーマルケアがなくて済むわけでは決してなくて、家族のサポートが結構あってこそ成り立っている。

だから本当は、純粋にフォーマルケアのサービスのコストだけで考えてはいけなくて、サービスの質を考えると、在宅だったら家族の質がいいかどうかでケアの質は決まる。時々ヘルパーが来てどれほどいいことをやっても、家族がいまひとつであれば、その在宅ケアの質は下がる。逆にすごくいいヘルパーさんのアウトカムをきちんと評価してあげようと思っても、家族がすごく大きな交絡要因になるので、非常に難しい。そういう意味では質の評価をするときには、私は施設の質の評価から入って今いろいろ研究している。在宅を交ぜると非常にその環境要因、住宅の要因や経済的な要因、家族の要因など、いろいろなものが入ってくるので、非常に複雑なので、評価をするときにはやはり在宅と施設は分けたほうがいい。

4. 1. iii. 有料老人ホーム、サ高住など介護施設に含まれない施設の存在

（意見 iii - 1） 現段階では、家族介護、地域の見守り等がなければ在宅はなりたない。それよりは施設で集中的に介護をしたほうが機会費用を考えたときにはかえって安価ではないかと思う。現在、有料老人ホーム、サ高住の需要が増加している。住居の部分は全額自己負担してもらい、住まいの消費の部分と介

介護ケアの部分を切り離していくことが重要だ。施設介護が高いという認識でずっとやってきたが、最近、機会費用まで考えると、逆に施設介護のほうが安価ではないかと考え、これも推定しようと思っている。

いわゆる厚労省がイメージしている在宅というのは、現段階では、前提が家族介護の存在だと思う。家族がせめて近くに住んでいる、誰か地域においてある程度見守りをしてくれる人がいるという。厚労省は地域包括ケアシステムの中で高齢者を中心に医療と介護の連携を図ろうとしている。医療も介護も在宅へという流れがずっと続いている。地域包括ケアシステム自体、地域の力や共助というコンテキストの中で出来上がったものだ。私自身の実家も地方にあるので、見ていると地域の力自体がすごくぜい弱化している。うちの母は92歳で独り暮らしだが、まわりの人もみんな80歳以上だ。90代をまわりの人が地域の力でというのは、ほぼ無理なことだ。このまま、在宅へというのを放っておくと孤独死が増えると思う。人口的にもこれから単身がどんどん増えてくる。お金に余裕のある方に関してはサ高住のようなところを増やしていく。その人たちがケアを使うことになれば、それはもちろん介護保険の範囲内でやる。その人たちの施設というか住居でケアを受ける、住居の部分は自分で全部出していただき、住む消費の部分と福祉の部分を切り離していくことがすごく重要だと思う。

有料老人ホーム、サ高住の需要がすごく増えてきている。ニーズがあるにもかかわらず、基本的な大きなコンセプトが「在宅へ」となっているので、そこはどこかで方向転換をして整理をしないと、逆に社会保障財政にすごく負担が掛かるような流れになっている気がする。消費の部分と福祉の部分を切り離していくことが必要だ。逆に言うと、コレクティブに介護をすることは高齢者の尊厳などに抵触はするかもしれないが、施設である程度集中的にヒト・モノ・カネを投下して、コロナ対策ではないが、そのほうが効率的で安あがりかもしれない。

在宅でそこに1人のケアマネが付いて、そこは在宅ケアの人、ヘルパーさんなどが丁寧にしてくれるのはすごくコストがかかることだ。しかも、今のポリシーは地域で誰か見守ってくれる人がいるという前提に立ったシステムになっているので、その方のオポチュニティーコストを考えると。今までは女性だったが、最近は男性の介護も増えている。その方々が仕事を辞める、あるいは労働時間を減らすことによってGDPにとってはものすごくマイナスの影響があるわけだ。それよりは施設でコレクティブに、集中的に介護をしたほうがオポチュニティーコストを考えたときにはかえって安あがりなのではないかという気がする。今の流れは施設介護が高価だ、高いという認識でずっとやってきている。最近、オポチュニティーコストまで考えると、逆に施設介護のほうが安あがりではないかというところ、これも推定しようと思っているが、私がまだデータを出しきれていない。

（意見iii-2）サ高住や有料老人ホームの増加は介護サービスにおける今一番のアキレス腱。大阪府が、「なぜ大阪府が全国で最も一人当たり介護給付費が高いのか。」調査したところ、サ高住や有料老人ホームなどで区分支給限度額いっぱいに近いサービスを提供しているところが散見された。平均的には限度額の半分もいかない程度である。今後、サ高住や有料老人ホームが増え続けると心配である。

サ高住や有料老人ホームは一番の、介護保険サービスの一つのアキレス腱（けん）だと思う。サ高住等については、厚労省としても必ずしも十分にコントロールし切れていない。

だから大阪府が一度、「なぜ大阪府は47都道府県の中で最も要介護認定率が高く、1人当たりの介護給付費が高いのか」ということの真相に迫る調査をしていて、サービス付きの高齢者の施設ではない住宅、サ高住だけではなく、おっしゃるように有料老人ホームなどで、やはり区分支給限度額いっぱいに近いようなサービスを提供しているところが散見された。しかも大阪市と堺市だけで、大阪府の中でも他はそれほどサービスを出していない。大阪府でなぜ高いかというと、ほとんど大阪市と堺市で説明ができてしまうという感じの調査結果を出していた。案の定という感じで、だから確かに食費、居住費はあれだが、在宅介護、通所介護はかなりお使いになっておられるので、そこで使われてしまうと天井が抜けてしまっているかもしれないというのがあった。

もちろん区分支給限度額があるので、使いたくてもそれほど青天井ではないというのはそのとおりだが、今平均的に見ると、利用者からすると限度額の半分もいっていないといった程度だろう。大阪の例だが、結構支給限度額の8割、9割などというところで利用されてしまっているサ高住などがあるということだとすると、やはり本当に今のままで大丈夫かなという心配はちょっとある。

4.1. iv. 介護の質評価は施設を先行

（意見iv-1）介護の質を評価するには、まず施設から入った方がよいのではないかと。在宅には住宅の要因や経済的な要因、家族の要因など、いろいろなものが入ってくるので、非常に複雑である。介護を評価するには在宅と施設は分けた方がよい。

純粋にフォーマルケアのサービスのコストだけで考えてはいけなくて、サービスの質を考えると、在宅だったら家族の質がいいかどうかでケアの質は決まる。時々ヘルパーが来てどれほどいいことをやっても、家族がいまひとつであれば、その在宅ケアの質は下がる。逆にすごくいいヘルパーさんのアウトカムをきちんと評価してあげようと思っても、家族がすごく大きな交絡要因になるので、非常に難しい。そういう意味では質の評価をするときには、私は施設の質の評価から入って今いろいろ研究している。在宅を交ぜると非常にその環境要因、住宅の要因や経済的な要因、家族の要因など、いろいろなものが入ってくるので、非常に複雑なので、評価をするときにはやはり在宅と施設は分けたほうがいい。

（意見iv - 2）在宅では、介護時間で言うと介護サービスよりも家族介護の時間ほうがよほど長い。このため、要介護度維持改善率の違いは、ケアマネや介護サービスの質によるものだとは言い難い。施設であれば、施設が24時間管理しているので、施設のケアの質によるものではないかと言われると言い逃れしにくい。そこで、まずは施設で評価事例をつくっていったら、そこから徐々に拡張していくという戦略がよいと考えた。さらに、特養は終の棲家ということで、意見が一致していることからベンチマークとして特養から始めた。有料老人ホームも特養化していることから、要介護度維持改善率によって評価することができるのではないか。

私たちはケアの質評価を在宅でもやろうとしたが、先ほど言った家族介護の影響のほうが面倒を見ている時間の長さで言うとうよほど長い。そうすると、ケアマネの腕や介護サービスのせいだということケアマネなどが納得しない。

施設であれば施設が24時間管理しているので、それはお宅のケアの質ではないかと言われると言い逃れしにくい。それでまずは施設のほうで評価事例をつくっていったら、そこから徐々に拡張していくという戦略のほうがいいだろうと、施設ケアの質に着目した。

老健のケアの質評価も最初考えたが、老人保健施設は特養化してしまっているところから一生懸命在宅に返したり、短期間預かってまたよくして返したりと、そもそもあるべき姿を追求している老健まで、すごく幅がある。そうすると在院期間が長いほうがいいのか、短いほうがいいのかなど、一体何で測ればいいかがコンセンサスが得られない。そういう意味では特養のほうで終の棲家だということで皆さん一致しているので、ベンチマークしたときに納得が得られやすいということで特養から始めた。要介護度維持改善率によって自立支援という介護保険の理念に沿った介護がどれぐらいできているかということの評価する。なおかつ年とともに落ちていくことは当然ある。でもお隣の有料老人ホームに比べてあなたのところは2倍悪化していますよ、その理由を教えてくださいという形の相对比较であれば、もう高齢者だから下がるのは仕方がないんですよという、そういう言い訳が通用しなくなる。そういう意味で複雑なものの質を測ろうとするならば、絶対的な数値で測るよりは、ベンチマークのほうが有効で納得感が得られやすいと思う。

4.1. v. 要介護度による分類

（発言v - a）要介護度は、その推移をアウトカムとして活用する一方、要介護度ごとに悪化しないために必要な介護ニーズを把握する上でよい指標にもなる。

要介護度というのはアウトカムの方だ。ただ、サービスの類型化をする時には、推移はアウトカムとして使うが、例えば要介護度2や1、要支援という方に対してはさらにそれを悪くしないサービスというのが必要になってくる。だから、デフレーターをどう捉えるのか、よく分からないが、要介護度2の人に対してのリハビリテーションと要支援2の人に対してのリハビリテーションはやはり目指すところが違う。

最初にキャラクタースティックスで類型化した上で、さらにその要介護2の人がリハビリテーションサービスを受けることで2を維持できていたと。3や4や5になっていないかと。デルタで見るわけなので、その差で見るので、最初の時点のデータが必要だ。そういう意味では最初の時点は要介護幾つの人がリハビリテーションを受けた場合ということで、そのアウトカムとしては要介護度の変化が半年ぐらいたってどうなっていますかと。そういう見方もできる。

そうだ。要介護度はとてもいいニーズの指標にもなる。どういうニーズがあるかということが大まかには分けられるので。きちんと上がるたびに介護のニーズは増えていくという仕組みになっているから、そういうニーズに対してどういうサービスをしてというのを、大まかにだが、分けられる。

（発言v - b）介護の質はアウトカムだけでなく、プロセスも含め評価すべき、というのがコンセンサスになってきている。そういう意味では、要介護度はかなり総合的な指標であり、活用できる。なぜなら、要介護度は、介護に必要と推定される時間を根拠に開発されたもの。すなわち、プロセスの段階で手間が

掛かる人ほど要介護度が重くなるように作られた物差しであり、ある意味アウトカムでもあるが、開発した時の設計思想で行くと、実はプロセスも考慮して作られてきたという面がある。だから受け入れられて 20 年使われているのだと思う。

大きな見方、捉え方でいくと、医療であれば命を助けたというような形で、言うならアウトカムが測りやすいが、介護についてはなかなか、いろいろな意味で複雑で難しいということから、医療以上にアウトカムだけでは測れない、そのプロセスとともに評価しなければいけないという論議がされてきたと思う。あるいはコンセンサスになってきていると思う。

要介護度というのはかなり総合的な指標で、意外に使えると私は評価している。それで、あれはアウトカムかということ、どうやって決めているかということと介護に必要と推定される時間を根拠に、それをグルーピングしたという性質で、そのような形で開発されたものだ。

そういう意味ではどれぐらい手が掛かる人なのか、言うならばプロセスの段階で手間が掛かる人ほど要介護度が重くなるように作られた物差しであり、ある意味アウトカムでもあるが、開発した時の設計思想で行くと、実はプロセスでどれぐらい手を掛けなければいけない人なのかということで作られてきたという面がある。だから現場でいろいろ不満の声はあるが、受け入れられて 20 年使われているのだと思う。

(発言 v - c) 要介護ごとにパーパーソンで要介護度別インデックスを作るのも一つの考え方。理論的にはありだが、消費者が一種のコンポジットで最適化されているサービスを買っていると考えれば要介護度別でよいが、実際はそうっていない。だから、要介護度別では結構バイアスが大きい感じがする。最適なバスケットがつかれない要因としては、地域によって利用できないサービスが存在すること、要介護度は分類が粗く、1 カテゴリー内が同質であるとみなすのは難しいこと、また、家族環境によってサービス内容が左右されること、などがあげられる。

要介護ごとにパーパーソンで、要介護度別にインデックスを作るのも一つの考え方。理論的にはどちらもありだが、バスケットの中に消費者が選択したいいろいろなサービス、一種のコンポジットで最適化されているもののサービスを買っていると考えれば要介護度別でいいと思うが、そうでない部分、地方によっては使いたいサービスが、例えば訪問リハビリなどを使いたいのがこの地方にはないから使えないというのが結構ある。だから、要介護度別にやるのは結構バイアスが大きい感じがする。

難しいのは、まず要介護度って基本的に 5 までしかなくて分類が粗い。なので DRG のように 1 カテゴリーが一つのサービスを表しているというのにするにはちょっと厳しいというのが一つ。もう一つは、サービスは家族がいるかどうかですごく左右されるのが介護の分野なのである。つまり同居家族や周辺に住んでいる家族などがある場合にはサービス内容は変わってしまうので、そこをどうするかだ。最適なバスケットが家族の有無、あるいは家族が近くに住んでいるかで変わってしまうものなので難しいかという感じがする。

(発言 v - d) 要介護度は基本的に厳密に決まっているので、そこでサービスをきちんと精査していく。ただし、認知症はなかなか要介護度に反映されないため、今後は正していくべき。

純粹に本人の身体状態、認知状態だけで決めているはずだが、実はそれ以外のところもある。要介護は基本的にストリクトに決まっているので、そこでサービスをきちんと精査していくことだ。この人にはこれだけ提供をするけれども、この人にはここが必要ないということ。このような身体状態であれば、ここから先は自分でなんとかしてくださいというところをはっきりしていくことだ。そこでモラルハザードが起こらないようにする。要介護度によって 1 カ月に使えるお金が決まっているので、それを越えては自己負担になるわけだ。正直に言って、そんなにばらつきはないと思う。自己負担部分は自己負担をしている。公費の人はもちろんいるが、それ以外はそんなに大きなばらつきはない。利用制限までマックスで使っている方は意外に少ない。

違うけれども、認知症はなかなか要介護度に反映されないことが家族介護者の悩みだ。身体的に寝たきりの人は重めに評価をされる。ところが認知症のある人でも、自分で歩ける。徘徊が一番問題になる。この人たちの要介護の認定度は比較的低い。認知症の方が徘徊しているのに、体が動くので、それが要介護度 3 になる。この部分はこれから正していかなければいけないと思う。

(発言 v - e) 日本の要介護度認定システムは、介護の手間が何分かという物差しを使っており、海外の

ように症状が固定して回復しないなどの可逆性の判定をしない。特養の入所条件を要介護 3 以上としているなど、一般的には要介護 3 以上であれば症状が固定しているという印象があるかもしれないが、要介護 4 の認定を受けた人が要介護 2 や 1 に改善することは決して珍しくない。介護の質を求めるなら、少なくとも改善が見込まれる人と、見込まれない人とを分けて考える必要がある。しかし、その仕分けすら、現在の日本の要介護認定制度では判別できないので、正直に言うと研究の対象になり得ない。ただし、要支援認定者は、要支援 2 と要介護 1 の振り分けプロセスの中で可逆性の判定を取り込んでいるので、私は現在ここをターゲットとしている。

日本の介護保険は、今後状態が悪くなっていく人をできるだけ維持するという機能と、改善可能性がある人を改善するという全く異なるベクトルの給付が、制度の中で混然となってしまうている。海外では認定されない軽度者まで対象者としていることは周知の事実であるが、要介護 3、4、5 といった日本では中重度者とされる要介護度でも、海外では認定されない人が含まれている。日本の認定システムは介護の手間が何分かというその瞬間を図る物差しを使っており、海外のように症状が固定して回復しないなどといった、可逆性の判定をしないからである。このように、要介護 3 といっても、介護の手間が何分かかかるかは分かるが、その人が良くなる人なのか、悪くなる人なのかは分からない。要介護 3、4、5 だけを抜き出したとしても、良くなる人が結構入っているため、どう取り除くかを考えないといけない。

日本における介護の質については、少なくとも良くなる人と、悪くなっていく人という 2 つに大きく分ける必要があると思う。その仕分けすら、現在日本ではやっていない。そのような段階だと思っており、従って、正直に言うと研究の対象になり得ないと思う。要支援者以下であれば、良くなる人と決まっているので、私は現在ここをターゲットとしている。しかし、要介護以上はどのような状態なのかよく分からない。

(発言 v - f 1) 医療は OECD で疾病ごとのアジャストメントができるが、介護は難しい。要介護度は日本独特なものであるが、要介護度の認定時のテスト結果を用いれば、医療同様に、国際的なインデックスとある程度合わせることはできる。

医療は OECD で疾病ごとのアジャストメントが出る。介護の場合は疾病にあたるのがかなり厳しい。要介護という指標は日本独特のものである。アメリカには何か指標があり、それでアジャストをして測る。実質的に、それがアメリカの GDP に調整されて出てはいない。ただ、やろうとするとアメリカの身体状況、精神状況の指標と、要介護度の 200 項目がある。最近、給付費実態調査には付いていないけれども、介護レセには認定時のテスト結果も付いてくる。レセプトには介護の 200 項目のテスト結果が付いてくるので、海外の国際的なインデックスとある程度合わせることはできると思う、実際、アメリカやヨーロッパだとインターナショナルな指標、身体活動と精神活動によってアジャストしている数値は、今、特定はできないけれども見たことはある。医療と同じような形で、それで調整することは可能だと思う。

(発言 v - f 2) 日本の要介護度は、可逆性の判定をしていないので、要介護度では状態を把握することはできない。本気でやるのであれば、認定調査の項目ごとに調査し、悪化傾向なのか、改善傾向なのを振り分ける仕組みを入れたいといけな。

介護の質について、結局、少なくとも良くなる人と、悪くなっていく人という 2 つに大きく分かれると思う。その仕分けすら、現在日本ではやっていない。要介護度では先が読めないもので、もし本気でやろうと思ったら、認定調査の項目でどこにチェックがついているかによって、その人が悪化傾向なのか、改善傾向なのかという振り分けを行う仕組みを入れたいといけな。これは現在日本中で起きていることだが、介護業界では「リハビリ、リハビリ」と言っている。しかし、リハビリをやっても効果がない人に対して、どのようなサービスをするのがよいかというと、リハビリをしないで、行きたい所に連れて行くのがよいのだろう。例えば野球観戦をしたいのであれば、すぐに野球観戦に連れて行けばよいのだが、今の介護ではそのようなことはしない。「リハビリして、良くなったら野球を見にいきましょうね」と言っているうちに、死んでしまう。現在は、あまりにも自立支援が大きく言われ過ぎているため、そのような不幸な給付が行われているのが実態だ。例えばオランダのような国だと認定の仕組みを改正して、ドイツも改正しているが、日本はなぜか 2000 年当時から 20 年間全く変えていない。

4.2. 介護デフレーターによる質調整について

次に、介護における明示的質指標は何かについて有識者に意見をきいた。¹⁴

まずは、(i) 要介護度の変化に着目、という考え方については、(a) 介護で重要なのは悪化していくスピードをどこまで先延ばしできているか、それが一つのアウトカムである。いわゆる条件付きマルコフ過程、生存分析をイメージしたもの。といった意見があった。また、(b) 要介護度は介護の質の評価ではあるが、それは要介護度が維持できる要支援1～要介護2までのいわゆる早期のみで有効、との指摘がある一方、(c) 要介護状態の改善、悪化は、廃用性症候群の人たち（要介護2まで）の生きる意欲を持たせたという心理的介入の成果であり、指標といえなくもないが、介護を狭く捉えて、その人の身体的・機能的なこととなると難しい。との指摘もあった。

このため、(ii) 現行のデータでは、FIM やバーゼルインデックスなど客観指標がある、リハビリテーション系統のものだけが、介護の質の計測が可能。（嚥下で飲み込める、排せつをコントロールできるといった作業療法もリハビリに含まれる。）との指摘があった。

さらに現在データはないが、(iii) QALY (Quality-adjusted life year : 質調整生存年) のようなものを別途計測しておくのがよい、との意見や、健康状態がよくなならないような要介護度3以上の人々への介護、ソーシャルケア、ホームヘルプといった介護サービスについては、(iv) ウェルビーイングや満足度、クオリティーオブデスについて、(a) 本人のみでなく家族や介護従事者等からのアンケート調査を活用した質指標を活用すべきではないか、との意見があった。その一方、(b) アンケート調査等の評価を JSNA の計測に採用するのは難しいのではないかと、といった指摘もあった。

4.2. i. 要介護度の変化に着目

（発言 i - a）介護で重要なのは悪化していくスピードをどこまで遅らせることができるかである。実証でいけば生存分析、いわゆる条件付き、マルコフ過程である。マルコフプロセスと生存分析。縦軸に要介護度、横軸に時間を取ったときに、悪くなっていくプロセスをどこまで先延ばしできているか。要介護2だった人が3になる確率が下がるということが質の改善、一つのアウトカムである。

介護の場合、良くなることは否定しないが、やはり下がっていくもののスピードをどこまで遅らせることができるかだ。実証でいけば生存分析みたいなもの。縦軸に要介護度で、横軸に時間を取ったときに、悪くなっていくプロセスをどこまで先延ばしできているかというのは、ある意味、介護事業者たち、あるいはご家族の貢献ということになるのだと思う。もちろんこれはいわゆる条件付き、マルコフ過程である。マルコフプロセスと生存分析で、2をスタートにしたときに3になるのは何年後かという意味では、生存分析のようなイメージになってくると思う。先になればなるほど、あるいは条件付き確率でいけば、今2だった人が3になる確率が下がるということが質の改善、一つのアウトカムであり、それで言えば、例えば介護費が増える確率が下がれば、それはそれで一つの貢献なので、デフレーター的には下がったのと同じである。質の調整なので、デフレーター的には下がったことと同じという理解である。

（発言 i - b）介護の質は疾病の治癒ではない。私は、要介護度の変化に着目してきた。それは要介護度認定調査を国がきちんとバリデーションをしていること、ADLの尺度との相関があること、などから一つの介護の質の評価だと考えているからだ。ただ、これは要介護度が維持できる範囲であって、要支援1

¹⁴ 医療では、疾病死亡率や再入院率といった指標で医療の質を捉え、統計的手法を用いて実質アウトプット等に反映させる手法や、健康状態を変数に含む効用関数を用いて、健康状態の変化を補償するような金額を算出し、それをデフレーターとして用いる手法がある。（Cost of Living Index 法。）。

～要介護2までのいわゆる早期のこと。この段階では自立の支援をサポートすることが可能である。

介護の質はやはり疾病の治療ではなく、さまざまなことがある。だからレベルによってまた違う。一つは、私は要介護度の変化というものに注目してきた。それはビッグデータがあることもあるし、要介護度認定調査を国がきちんと考えてバリデーションを一応して、みんなをトレーニングしてやっている1つの物差しであるので、要介護度の変化を質の指標として捉えて、いろいろ研究もしてきた。

いろいろこれには批判もあったし、要介護度認定ではよくないなど、いろいろおっしゃる方もいて、私も100パーセントいいとは全然思っていないが、実際の機能をどのぐらい手間がかかるかというので調べているし、われわれの最近の研究で、リハビリの普通のADLの尺度との相関を見たけれどもきちんとそれは大丈夫というのを見ているので、その要介護度の推移が一つの質の評価だとは思っている。

ただ、それは要介護度が維持できる範囲であって、いわゆる早期のことだ。要介護1あるいは2、要支援の段階、そういうときにはやはりできるだけ機能を維持して、要介護度が悪くならないように自立の支援をサポートするという意味では、要介護度の推移というのはすごく重要だ。

（発言 i - c）要介護状態が良くなる、悪くなるというのは、単に廃用性症候群の人たち、要介護度2までの人たちの生きる意欲を持たせたという心理的介入の成果である。だから、どちらかという、意欲を支援した成果である。心理的介入を行って、それも指標といえば指標であるが、介護を狭く捉えて、その人の身体的なこと、あるいは機能的なことに接してうんぬんとなると難しい。

良くなる、ならないというのは、単に廃用性症候群で。介護サービスであろうと、体操サービスであろうと、お風呂屋さんに行こうと、何でもいいが元気になる人たちはなる。それは、現実に廃用性症候群の人たちがいるからだろう。それは要介護度0や1の人たちの話であって、せいぜい2ぐらいまでかな、その人たちに生きる意欲を付けて、おじいちゃん、もう一回歩いてみようよと言ったら、歩きだすかもしれないではないか。そういうタイプのものは本当の介護ではない。廃用性症候群の人たちの気分を変えた、生きる意欲をもたせたのである。

だから、どちらかという、意欲を支援した成果である。心理的介入を行って、それも指標といえば指標であるが、介護を狭く捉えて、その人の身体的なこと、あるいは機能的なことに接してうんぬんとなると難しい。要介護状態が良くなった、悪くなったというのは、たまたま介護状態に見えている低い人たちの廃用性症候群。つまり、やる気がなくなった人たちにもう一度生きる意欲を持たせたという心理的介入の成果である。これが第2である。

4.2. ii. リハビリテーション系統のみ計測可能

（発言 ii - 1）現状において、介護の質の計測は、FIM やバーゼルインデックスなど客観指標がある、リハビリテーション系統のものだけが可能。それ以外は無理である。ただし、理学療法だけがリハビリではない。嚥下で飲み込める、排せつをコントロールできるというのもリハビリである。

介護の質の計測は、ごく一部、リハビリテーション系統のもの、要介護2、3ぐらいの人が相手の、ここだけが作れる。それ以外は無理。あとは作ったら全部うそである。FIM やバーセルインデックスなど客観指標があるだろう。しかもリハの場合は目標がはっきりしているだろう。ADL の回復や口腔嚥下機能など、分かっているからいいけれども。

介護もリハビリのところだけ、全く同じ考えである。訪リハと通リハと老人保健施設、この3つだけ取り上げて、その価格体系と、先ほどのFIM やバーセルインデックスとの関係を見るというのは100パーセントパラレルである。ただし、時々医療の素人が考えるのは、物理的なリハビリテーションでまた歩けるようになるという、そこだけを取っては駄目だ。嚥下で飲み込める、排せつをコントロールできるというのもリハビリである。スポーツ選手がもう一回投げられる、走れるようになる理学療法だけがリハビリではないから。作業療法では、迷わずにトイレに行ける、誘導しなくても行けるといのはリハになる。だから、物理的なリハだけ考えては駄目である。

それで、測れるとすれば3つある。褥瘡（じょくそう）があったのになくなった。排せつが自力でできるようになった。それから拘縮がなくなった。もう一つかな。ご飯を自分で食べられるようになった。この4つが介護の改善指標である。

第3は真ん中のところで、科学的介護で介入して分かるのは、今言った排せつと褥瘡と拘縮と、それから摂食である。ここは測れる。それは要介護とは別である。寝たきりでであろうとなかろうと、拘縮が解けた。あるいは、ご飯を自分で食べられるようになった。排せつをコントロールできるようになった。褥瘡がなくなるのも、これは介入によって改善する。

4.2. iii. QALY（質調整生存年）の計測

（発言 iii-1）死亡というイベントがめったにない介護のアウトプットとしてまず思い浮かぶのは QALY である。介護状態をどのくらい維持できているかという情報がよいが、とるには長期間かかるので、QALY のようなものを別途計測しておくほうがよい。QALY には色々な測り方があるが、EuroQol-5D では 5 問で介護の質を取れるので、毎月家計調査程度のサンプルで 5D を取れば質の情報の情報はとれる。また、同じサンプルに別途、介護サービスの利用状況についてアンケートを実施することもできるので、一番現実的であると思う。

介護で割とアウトプットというとなんかすぐ思い浮かぶのは、QALY である。それで考えるのが一番自然で、なぜかという死亡などというイベントは介護の場合はめったにないのである。状態を維持してどれぐらいの期間でいられるかという情報がいいような気がするのだが、それは情報を取るのが大変だ。1 人の人間を追って行ってその期間がどれぐらい延びるかで質を考えるが、いい質の介護サービスを受けたという期間が、単位がうんと長いものになってしまう。だから研究はできても実際には使えないという感じだと思う。

そうするとやはり QALY のようなものを別途計測しておくのかという感じである。QALY はいろいろな測り方があるが、EuroQol など、日本だと EuroQol-5D などいろいろなのがあって、アンケートで取れる。別途アンケートで取っておくのは簡単である。EuroQol-5D というやつは 5 問で介護の質を取れる。

だから毎月ある程度の家計調査ぐらいのサンプルで 5D を取っておけば質のほうの情報は取れるわけなので、その人たちがどういう介護のサービスを使っているかで別途アンケートをして取るという方法もあるので、それが一番現実的かという感じがする。

（発言 iii-2）QALY は介護でも出せる。その場合、ベンチマークを作らなければならない。Willingness to pay の調査だ。こういう状態から、こういう状態に回復するとして、あるいは家族が働きに出られるとしたら、介護サービスに幾ら使うかという調査をどこかでかけて、ベンチマークをつくと、QALY が計算できる。これから社会保障を効率化するためにも、国民の意向（Willingness to pay）は知っておかなければいけない。

QALY も出そうと思えば介護でも出せる。その場合、ベンチマークを作らなければいけない。Willingness to pay の調査だ。ある状態を認知して、ここが完全に健康になるまで、あなたは幾ら払いますかという調査だ。厚生労働省が費用対効果の報告導入をする前に、国民に調査をしようとしていたが、できないままにアメリカとイギリスと日本で過去にやった研究の間を取って、1QALY=800 万、700 万ということで今はベンチマークを置いて費用対効果をやり始めた。介護でも QALY のような計算はできると思う。その場合は介護で Willingness to pay、こういう状態から、こういう状態に回復するとして、あるいは家族が働きに出られるとしたら、介護サービスに幾ら使うかという調査をどこかでかけて、ベンチマークをつくと、QALY が全部計算できるので、どこかでやるべきだ。ぜひ、内閣府で検討してほしい。

コロナも経済と健康のトレードオフがいわれている。Willingness to pay というのがトレードオフを緩和する可能性がある。幾らまでなら耐えられるか、健康と経済でどのくらいの代替を国民が望んでいるのか分かるはずだ。Willingness to pay の調査とは、これから社会保障を効率化するためにも国民の意向は絶対知っておかなければいけない。フリーペーパーの「Covid Economics」に出ている。イギリスもアメリカも大体 5～6 万ドルと似たような金額に出てくる。

（発言 iii-3）介護で QALY らしいものを作るのであれば、むしろ QALY の中に統一したほうがよいとの議論も出てくる。QALY の中に生活機能の評価も取り入れる。QALY に統一してしまえば、医療との連結はしやすいが、現段階では難しいだろう。

全く別に、質の評価という形で、確かに QALY らしいものが作ればいいのだが、それならむしろ QALY の中に統一してしまったほうがいいのかという議論も出てくる。ジャパニーズ的に言えば、日本版 QALY とおっしゃるなら、QALY の中にそういう生活機能というものを取り入れてしまえば、あなたは寝たきりのまま 10 年生きるのは何年分か、などという評価だ。家事ができないまま生きてどうするか、とか、トイレに一人で行けない状況で 10 年生きたとき、それは本当は何年分か、と言っても変わらない。QALY に統一してしまえば、医療との連結はしやすいとは思いますが、そこまでするかどうかというのはこの段階で分からない。

4.2. iv. ウェルビーイングや満足度、クオリティーオブデスなど

（発言iv－1）要介護度が高くなると、要介護度を維持・改善することは難しくなる。この段階で重要なのが、ウェルビーイング、満足度といった尺度だ。アメリカのオハイオ州などでは州全体の満足度を計測しており、今後、検討が必要だと考えている。もう一つは、介護の場合、死は避けられないので、クオリティー・オブ・デスも大事な指標だ。だが、どう測るかが難しい。老健施設で遺族の満足度調査を行ったが、病状が変化したとき、医者だけではなくてコメディカルやナースなど、チームできちんと説明してもらえたかどうかが一番満足度に関係しており、重要だということが分かった。

やはり介護は安寧なことが必要なので、ウェルビーイング、満足度、ケアに対する満足度というのがすごく重要だ。だがそれを評価するのはとてもまだ難しい。アメリカのオハイオなどは結構中心になって、州全体で満足度をやっているが、なかなかそのままだとはいかないので、研究が必要だと思っている。つまり最後に要介護度が高くなってきたら、これ以上要介護度を維持したりよくするということは難しいので、特に入院することなく住み慣れたところで住み慣れた仲間と一緒に安寧に過ごせるということ、そしてそれがウェルビーイングとして楽しいということだ。だからそういう尺度もとても重要で、そういうことを見なければという試みも始まっていますので、私たちもそれはやらなければいけない。

もう一つは、クオリティー・オブ・デスだ。これはやはり避けられない。医療であれば、とにかく死を遠ざけることが一元だ。ただ、緩和ケアなどだいぶ変わってきている。介護の場合は死は避けられないので、良い死を迎える、人生の最期をよく迎えるということも大事な指標だと思う。タイム社だったか、クオリティー・オブ・デスの世界ランキングを出していて、日本は低い。それは恐らく、緩和ケアがまだ行き渡っていないことが一番の理由らしい。高齢者においては死は避けられないので、クオリティー・オブ・デスも大事だが、これをどう測るかというのは難しい。看取り加算などはそちらの方向だが、本人はもう亡くなってしまう。見ているといろいろなことが分かるが、やはりそこでキーになるのは家族だ。ご家族がいらっしゃらない場合は仕方がないが、誰か見ている方や、いらいらしなければ近くの職員、担当職員ということになる。私たちは老健施設で遺族の満足度調査をやったことがある。どういうときに亡くなった後の満足度が高いかという研究をした。それでやると面白いのが、いろいろ病状が変わったりしたときに、医者だけではなくてコメディカルやナースなど、チームできちんと説明してもらえたかどうかが一番満足度に関係していた。だから家族とのコミュニケーションをうまく取りながら、誰でも最期は病状が悪化していつ亡くなるので、そのときの説明をきちんとし、それに対する支えをこちらはやっていますよということをお見せして、もちろん実際にやって、最期を迎えるということがすごく重要だということが分かった。相手が病気だけではないので、だから介護は面白い複雑だ。介護の質というのは本当に幅広いので、少なくとも今言ったようなディメンションがあるなと思っている。

（発言iv－2）ドイツなどは、質の測定の1つに、施設が部屋などを、入所者がかつて住んでいた場所と似たような環境にしているか、頻繁に入所者にアンケート調査をしている。入所者から見た満足度や、入所者サイドの質である。それをやる手段はないわけではないが、日本で可能かというとな難しい。

ドイツなどは、質の測定の1つに、なるべく入所者の個人の人生を、その施設の部屋などにきちんと反映しているかどうか。要するに、かつて住んでいた場所と似たような環境にしているか。それから、頻繁に入所者にアンケート調査をするなど、抜き打ち検査のようなものを行ったりする。

だから、それは質を担保するのに、質というか、入所者から見た満足度や、入所者サイドの質である。それをやる手段は、ないわけではないと思うが、日本ではそういうことが可能かとか、全然違う話かなという感じもしてしまうので、難しいというのはある。

（発言iv－3）介護の究極の目的は尊厳ある看取りである。死亡者の5割はゆっくりとした死の方になっていく。この人たちが最期に尊厳ある生活を送れたかを、家族や友人、サービス提供者など、周りが評価することが究極の指標である。最後はアンケートで満足度指標、さらには、看取り計画にのっとったケアプランとなっていたか、その時、人生計画（ACP）を使っていたか、などできる限り客観的な指標を使って、複数人の評価を見る。将来の話であるが、そちらに行かないと間違った指標になる。

介護の究極の目的は尊厳ある看取りだろう。看取りはどうやって測るのか。死んだ人にアンケートを取るしかない。医療と違って、介護は死を送る方法の一つである。そして、死亡者の5割はゆっくりとした死の方になっていく。急性期死

亡ではなくなる。がん末期、アルツハイマー末期、それから病気の名前が付けられない老衰。体の細胞が水分を受け付けなくなってゆっくり死ぬ。こういう人がやがて 5 割になっていく。この人たちの看取り期をどう支えるかということは、もう何かの改善などは意味のない指標なのだ。この人たちが最期の数カ月を尊厳ある、そして安寧な、日々の安心できる生活を送れたかどうかを周りが評価して、この人の死は B クラスだった、A クラスだったと、これが介護の究極の指標である。死んだ本人にはアンケートを取れないから、一番いいのは見送った家族や、友人や、サービスをした人たちが、このおばあさんはいい 6 カ月だったね、まあまあだったね、まだまだすることがあったねという、それが介護サービスの究極の質である。そこまで行かないと、介護は良くならない。

慢性期医療、末期医療の介護というのは科学的指標にならないのだ。最後はもうアンケートで満足度指標である。今ではなくて将来の話だが、そちらに行かないと間違った指標になる。ACP と呼ばれていたものは名前が悪いだけで、あの中身をきちんと 6 カ月前から採用しているか、看取り計画をきちんとケアプランの中に入れていたか、これは客観的な話で。看取りプランにのっとってケアプランが出来上がっていたか、その時に人生計画を使っていたか、これは測れるし聞けるので、できる限りそういう客観的な指標を使って、複数人の評価で見ると。多分 5 段階評価ぐらいしかできないと思うが、それを使うというのは手である。

(発言 iv - 4) 多くの行政サービスについて満足度は計測されているが、満足度で政策を評価するには限りがある。介護についても難しいのではないか。

行政サービスの満足度はみんな測っているが、あれで実際に政策を評価するというのはかなり限られている。ましてや医療の患者満足度というのは、要するに看護師さんやお医者さんの愛想が良かったかどうかで測られても仕方がないというのと同じで、介護も若干、どうか。気持ちは分かるが、満足度は測りにくい気はする。ADL もそうだし、QALY も満足度というよりは、点数のつけ方をどうするかというのがポイントなのかもしれないが、どちらかというと確かにアウトカムか。ただ、QALY は主観的な評価ではない

(補論) 介護のデフレーション手法について

OECD、eurostat 等の国際機関の文献では、JSNA のように介護が「市場生産者」の場合のデフレーション手法については、価格指数によるデフレーションまたは産出数量法による実質アウトプットの直接推計が妥当と整理されており、また、どちらがより好ましいかとの論点については、価格指数によるデフレーションがデータ制約等も踏まえて可能であるのであればより妥当と考えられる。

OECD はヒアリングで「政府が設定した公定価格は、それぞれの費用を適切に反映し、十分均質であれば、価格指数を構築するために使用することもできる。これは疑似価格指数の計算に使用することができる。」と回答している。

今回のヒアリングでも、有識者からは、介護報酬単価（公定価格）は、品質の変化を踏まえており、疑似指標としてマクロ経済的には十分である、介護報酬単価と Willingness to Pay は、それほどかけ離れていないという面もあるかもしれない、といった意見が出された。

(発言補 - 1) 日本の介護報酬は極めてクオリティーを反映して付けている。だから、通所ケアで人員が何人以上で、何時間だとかいう成果が出たから、ここを上げよう、ここを下げようというのを見ているから。あくまで疑似指標で完璧な指標ではないが、大ざっぱな指標としては、報酬改定率でマクロ経済的には十分だと思う。

個別の膨大な報酬体系は、個別の品質の変化を踏まえて設定している。だから品質指標である。ただし、それが幸せ、楽しかったかどうかは測っていないだけであって、点数というのは、クオリティーは測られている指標である。特に医学、リハビリ系統のものはそうだ。

先ほどから言うように、事業所を評価して 10 種類に分けて、あなたのところは係数を 1.2 倍、1.1 倍というのを作るにはもっとやりたいが、マクロ経済の話であれば、日本の診療報酬や介護報酬は極めてクオリティーを反映して付けている。だから、通所ケアで人員が何人以上で、何時間だとかいう成果が出たから、ここを上げよう、ここを下げようとい

介護の質の変化を反映した価格の把握手法に関する論点
～諸外国における介護の質評価の現状と有識者ヒアリングの結果～

うのを見ているから。あくまで疑似指標で完璧な指標ではないが、大ざっぱな指標としては、報酬改定率でマクロ経済的には十分だと思う。

それ以上介入する気があれば、個別の介護の中でいいところには高い点数を付けてあげようとなったら、もっと細かい研究が必要であるが。日本も医療費データ、介護費データは客観化して、外国と合わせて OECD データを出しているのはご存じだろう。OECD の研究事業に私もずっと参加していたが、日本も医療データ、介護も全部入れて作っている。そこでは、いわば日本の介護統計、医療費統計から、客観的に国際比較ができるようにしているわけだ。

ただし、価格比較は個別にはできていないが。対 GDP 比で、医療・介護費が何%あるかという国際比較と、それをドルで標準化したときに世界何位であるかというのだけは出している。かなり細かく出していて、3～4 年の科研費を使った研究である。

（発言補－２）実際に経済取引として介護報酬が支払われているという対応関係にあるとすれば、そこで施されている介護サービスの金銭価値というのは、公定の介護報酬単価に相当するものだと割り切れることはできるかもしれない。以前、Willingness to Pay の調査を提案したが行われなかった理由として、（介護報酬単価と Willingness to Pay が）それほどかけ離れていないという面もあるかもしれない。大きくかけ離れていれば、そうは言ってもというのが当然声として出てくる。

あえて日本の特徴ということで言えば、介護サービスのかなりの部分が公定価格で営まれているので、本当に公定価格の介護報酬単価が妥当な評価かどうかというのは、論評抜きにして、実際に経済取引として介護サービスが施され介護報酬が支払われているという対応関係にあるとすれば、そこで施されている介護サービスの金銭価値というのは、公定の介護報酬単価に相当するものがその経済価値だと割り切れることはできるかもしれないと思う。

以前、厚労省かどこかが、Willingness to Pay、支払意思額を調査してみたらどうだと発言したことがある。実際その調査には至らなかったが、本当に利用者がどれぐらい払ってもいいと思っているのかというのが分かれば、実際その介護報酬の公定単価が低ければ、もう少し上げて、当然利用者負担も税財源、保険料負担も増えるが、それだけ払っていいという高齢者の意見があるのだから、それに従ったらいいいではないかと。そうではないならば、やはり上げられないという話ではないかというようなことは、頭の体操、思考実験として申し上げたことがあった。

ある程度分かってもらえたが、やはり実情を知りたくないというか、実情は負担したいという現場の声のようなのがあるせいなのか、Willingness to Pay の調査は実施されなかった。

一つあるのは、そうは言ってもそれほどかけ離れていないという理解だからしなくてもいいという話になったという面もあるかもしれない。大きくかけ離れていれば、そうは言ってもというのが当然声として出てくるし、3 年に 1 回しか改定しないので、調整スピードは遅いとはいえ、やはり一応経営実態調査などもしているので、報酬をたくさんもらっている割にはそれほど経費が実はかかかっていなくて、結構介護事業者の手元に内部留保などという形で残っているなどというのがかきむと、やはりそれは介護報酬を出し過ぎだという話になって、3 年に 1 回か緩やかに 6 年かけてなどというように形で、介護報酬単価がそれほど言うほど上がらないという形で調整されている。

5. まとめ

本稿では、まずは、SNAにおける介護デフレーターの推計方法の現状と国際機関等における質の調整手法の検討状況、そして、介護の効率化・質の向上のために欧米諸国で行われている介護の質の定義・測定手法について整理を行った。これらの結果をもとに、有識者に対して、介護の質を反映した価格の把握手法についてヒアリングを実施した。その結果を整理すると以下の通りである。

- ・細分化法による品質調整では、介護報酬品目そのもの、要介護度といった区分方法が出された。要介護度については、介護に必要と推定される時間を根拠に開発されたことから、アウトカムでもあり、プロセスも考慮して作られている総合的な指標で良い、との意見があった。その一方、区分が少なすぎる、認知症への配慮が足りない、さらに、要介護度は症状が固定して回復しないなどの可逆性の判定をしていないため、均質なグループとはいえない、との意見もあった。

このため、要介護度をさらに細分化する必要があるが、要介護度の認定時のテスト結果を用いれば、医療同様、国際的なインデックスとある程度合わせることはできるのではないかと、との示唆があった。

- ・介護の質評価は、施設介護から進めるべき。在宅介護については、家族の担う介護（インフォーマルケア）の質や量により、在宅介護サービスの内容が異なること、（制度上、介護施設に含まれない）有料老人ホームやサ高住等の需要が急増していること、などから要介護度別の最適なバスケットの作成、適切なアウトカム評価をすることができない、といった指摘がなされた。

- ・介護の質を明示的な指標とする手法については、要介護度の変化の推移に着目、リハビリテーション系のみ客観指標で計測可能、との意見が出された。さらに現在データはないが、QALY（質調整生存年）等の計測、ウェルビーイングやクオリティオブデスなど、アンケート調査による質指標の作成、といった意見がある一方、アンケート調査等の評価を JSNA の計測に採用するのは難しい、との指摘もあった。

今回の調査、ヒアリング結果を受け、まずは、国際機関で推奨されている細分化法について、介護報酬品目そのもの、要介護度等、どのような分類が適当か、また、要介護度の認定時のテスト結果を活用することが有効か、といった点を確認することとしたい。介護のアウトカム指標については、SNAにおける明示的質調整という観点からだけでなく、介護の価格指数（公定価格も含め）の作成等にも影響することが想定される。現に、アメリカでは、ナーシングホームのPPIの質調整に活用されており、また、日本においても科学的裏付けに基づく介護（科学的介護）の推進のため、介護現場よりアウトカム情報等を収集、分析し、その結果を今後の介護報酬改定等の議論に活かそうとする動きが進んでいる。介護のアウトカム指標の介護デフレーターへの活用については、国内外での調査・研究の成果を注視していくことが重要である。

用語集

メディケア (Medicare) : アメリカ連邦政府による 65 歳以上の老人に対する医療保険制度の通称。強制の入院医療保険と任意制の補足的医療保険から成り、1965 年の社会保障法改正により、低所得者に対する医療保障であるメディケイド Medicaid とともに創設された。アメリカでは、それまでは自由と個人的責任の尊重という理由で医療の社会化は排されて医療保険は民間にまかされていたので、これが連邦全体として最初の公的医療保険といえる。原則として、アメリカ合衆国に合法的に 5 年以上居住している 65 歳以上のすべての人が給付の対象となる。

メディケイド (Medicaid) : アメリカ連邦政府による低所得者向けの医療保険制度。1965 年の社会保障法改正により、高齢者向け医療保険制度のメディケアとともに創設された。65 歳未満の低所得者と 65 歳以上でメディケア給付金を使いきった人々を対象とする。財源は連邦政府と州が共同で出資し、連邦政府が 50～80%を負担する。州は公的扶助の対象者全員にメディケイドを提供しなければならない。各州がそれぞれ広範な連邦政府の指針のもとに加入基準を定めるが、一般的に所得や資産が一定の水準を下回る人に提供される。通院・入院、医師・看護師による医療行為、在宅医療、家族計画、検診が給付の対象となる。

ADL(activities of daily living) : 日常生活動作。食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など生活を営む上で不可欠な基本的行動を指す。人が日常生活において繰り返す基本的かつ具体的な活動のことであり、主に食事、排泄、整容（着替え、洗面、歯みがき、整髪など）、移動、入浴など基本的な行為、動作をいう。

CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) : アメリカ厚生省に属する、公的医療保障制度メディケアおよびメディケイドの運営主体となっている組織

GAO (U.S. General Accounting Office) : アメリカ会計検査院

IOM(Institute of Medicine) : 米国医学研究所。1970 年に設立された独立非営利の学術機関。2015 年に全米医学アカデミー (National Academy of Medicine ; NAM) に名称を変更。

MDS (Minimum Data Set) : OBRA87 によって義務付けられた包括的アセスメントとして開発されたツール。ナースিংホームの入所者 1 人ひとりについて、ADLs(activities of daily living : 日常生活動作)の介助量、褥瘡や服薬の有無などの介護・医療ニーズを、約 300 項目について詳細にアセスメントするものの。

OASIS (Outcome and Assessment Information Set) : 在宅介護利用者の包括的な評価の中核となる約 80 のデータ要素で構成されており、治療成果（アウトカム）を測定するための基礎となる。メディケアの在

在宅介護機関は、1999 年 8 月から OASIS データの収集を開始し、これらのデータは患者の臨床記録の中核をなす。メディケア・メディケイド利用者を対象に 60 日に 1 度の頻度で実施されるデータは CMS に送られ、利用者のアウトカム項目ごとに全国平均値と事業所とを比較し、QM を計測。2003 年、CMS は Home Health Compare というウェブサイトを立ち上げ、在宅サービスの成果に関する OASIS の調査結果を公表している。

QI (Quality Indicators) :MDS から算出される 24 項目の客観的なケアの質評価指標。具体的には、新たな骨折の発生、著しい体重減少、転倒事故の発生等の項目が含まれる。利用者のリスクを考慮した統計的補正を施したうえで、施設間の介護サービスの質を比較する指標として利用される。個別の結果は行政監査とナーシングホームにフィードバックされ、それをもとに ナーシングホームでは事例レベルでケアプランなどの見直しが行われる。

QM(Quality Measures) : 公表用に開発された、MDS から算出される 19 項目の統計学的・客観的なケアの質評価指標。結果は CMS が運用している WEB 上のナーシングホーム比較サイト (NH コンペア : 2002 年開設) で公開されている。

参考文献

- Atkinson, T., (2005) “Atkinson review: final report. Measurement of government output and productivity for the national accounts”
- Donabedian, A. (1985) “Twenty years of research on the quality of medical care: 1964-1984.” *Eval Health Prof.* 8:243-65.
- Eurostat (2016) “Handbook on prices and volume measures in national accounts”
- John Capitman, PhD, Walter Leutz, PhD, Christine Bishop, PhD, and Rosemary Casler (2005) “Long-Term Care Quality: Historical Overview and Current Initiatives” Schneider Institute for Health Policy Heller School for Social Policy and Management Brandeis University
- Harrington, C., D. Zimmerman, S. L. Karon, J. Robinson, and P. Beutel. (2000) “Nursing home staffing and its relationship to deficiencies.” *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 55:S278-87.
- Hawes, C., J. N. Morris, C. D. Phillips, B. E. Fries, K. Murphy, and V. Mor. (1997) “Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA.” *Age Ageing.* 26 Suppl 2:19-25.
- Hirdes, J. P., B. E. Fries, J. N. Morris, N. Ikegami, D. Zimmerman, D. M. Dalby, P. Aliaga, S. Hammer, and R. Jones. (2004) “Home Care Quality Indicators (HCQIs) Based on the MDS-HC.” *Gerontologist.* 44:665-79.
- IOM. (2001) “Improving the Quality of Long-Term Care.” Washington, DC: Institute of Medicine.
- Kurowski, B., and P. Shaughnessy. (1982) “The measurement and assurance of quality.” 103-133. In *Long-term Care: Perspectives from research and demonstrations*, edited by R Vogel and H Palmer. Washington D. C.: USDHHS Health Care Financing Administration.
- Porell, F., and F. G. Caro. (1998) “Facility-level outcome performance measures for nursing homes.” *Gerontologist.* 38:665-83.
- Schreyer, P., (2010) “Towards measuring the volume output of education and health services: a handbook”
- Shinji Hattori, Toshiyuki Yoshida, Yasuyuki Okumura, Katsunori Kondo (2019) “Effects of reablement on the independence of community-dwelling older adults with mild disability: a randomized controlled trial” *International Journal of Environmental Research and Public Health.*
- Simmons, S. F., E. T. Garcia, M. P. Cadogan, N. R. Al-Samarrai, L. F. Levy-Storms, D. Osterweil, and J. F. Schnelle. (2003) “The minimum data set weight-loss quality indicator: does it reflect differences in care processes related to weight loss?” *J Am Geriatr Soc.* 51:1410-8.
- Sophie Cès and Stéphanie Coster (2019) “Mapping long-term care quality assurance practices in the EU” European Social Policy Network (ESPN)
- Tamiya (2020) “Individual and regional determinants of long-term care expenditure in Japan: evidence from national long-term care claims” *European Journal of Public Health*
- U.S. General Accounting Office. (1999) “Nursing Homes: Additional Steps Needed to Strengthen Enforcement of Federal Quality Standards. HEHS-99-46.” Washington D.C.: GAO.

- 2000a. “Nursing Homes: Success of Quality Initiatives Requires Sustained Federal and State Commitment, by William Scanlon, director of health financing and public health issues, before the Senate Special Committee on Aging. T-HEHS-00-209.” Washington D.C.: GAO.
 - 2000b. “Nursing Homes: Sustained Efforts Are Needed to Realize Potential of the Quality Initiatives. T-HEHS-00-197.” Washington D.C.: GAO.
 - 2002a. “Long-Term Care: Availability of Medicaid Home and Community Services for Elderly Individuals Varies Considerably. GAO-02-1121.” Washington DC: GAO.
 - 2002b. “Medicare Home Health Agencies: Weaknesses in Federal and State Oversight Mask Potential Quality Issues. GAO-02-382.” Washington D.C.: GAO.
 - 2002c. “Nursing Homes: Federal Efforts to Monitor Resident Assessment Data Should Complement State Activities. GAO-02-279.” Washington D.C.: GAO.
 - 2002d. “Nursing Homes: Public Reporting of Quality Indicators Has Merit, but National Implementation Is Premature. GAO-03-187.” Washington D.C.: GAO.
 - 2002e. “Nursing Homes: Quality of Care More Related to Staffing than Spending. GAO-02-431R.” Washington D.C.: GAO.
 - 2003a. “Long-Term Care: Federal Oversight of Growing Medicaid Home and Community-Based Waivers Should be Strengthened. GAO-03-576.” Washington D.C.: GAO.
 - 2003b. “Nursing Homes: Prevalence of Serious Quality Problems Remains Unacceptably High, Despite Some Decline. GAO-03-1016T.” Washington D.C.: GAO.
- Weech-Maldonado, R., L. Meret-Hanke, M. C. Neff, and V. Mor. (2004) “Nurse staffing patterns and quality of care in nursing homes.” *Health Care Manage Rev.* 29:107-16.
- 石橋尚人、丸山雅章、桑原進、石井達也、川崎暁、西崎寿美、村舘靖之、大里隆也、菊川康彬(2020)「医療の質の変化を反映した価格の把握手法に関する研究—推計法の検討とレセプトデータによる試算—」 ESRI Research Note No.57
- 伊藤美智予、近藤克則(2012)「ケアの質評価の到達点と課題—特別養護老人ホームにおける評価を中心に—」季刊・社会保障研究 Vol. 48 No. 2
- 伊藤美智予、近藤克則、中村裕子(2016)「要介護認定データから作成したケアの質評価指標の妥当性の検証—ブラインドスタディによる特別養護老人ホームへの訪問調査を通して—」社会福祉学第 57 巻第 1 号
- 印南一路(2009)『「社会的入院」に関する研究—高齢者医療最大の病理にいかに対処すべきか』東洋経済新報社
- 国立保健医療科学院 保健医療経済評価研究センター(2019)「中央社会保険医療協議会における費用対効果評価の分析ガイドライン第 2 版」
- 近藤克則(2007)「アメリカのナースিংホームのケアの質マネジメント・システム」社会福祉学第 48 巻第 1 号
- 清水谷諭、野口晴子(2004)「介護・保育サービス市場の経済分析」東洋経済新報社
- 杉原茂・市川恭子・今井健太郎・野口良平・岡崎康平・小池健太(2018)「医療の質の変化を反映した実質アウトプット・価格の把握～方法論の整理～」 ESRI Research Note No. 36

- 杉本浩章, 近藤克則, 樋口京子, 篠田道子, 五十嵐智嘉子, 池上直紀(2007)「緩和ケア用 MDS-PC 日本語版の信頼性と有用性」病院管理(243)
- 鈴木亘(2020)「訪問介護産業の労働生産性—事業所データを用いた分析」医療経済研究 Vol132 No1
- 鈴木亘(2010)「パートタイム介護労働者の労働供給行動」季刊社会保障研究 45(4)
- 田近栄治, 佐藤主光(2005)「医療と介護の世代間格差」東洋経済新聞社
- 田中滋, 古川俊治(2008)「MBA の医療・介護経営」医学書院
- 田中滋, 栃本一三郎(2011)「介護イノベーション: 介護ビジネスをつくる、つなげる、創造する」第一法規
- 田宮菜奈子(2010)「ヘルスサービスリサーチの基礎知識」第 57 巻日本公衛誌第 7 号
- 田宮菜奈子(2018)「人生の最終段階における医療のあり方に関する調査の手法開発及び分析に関する包括的実証研究」厚生労働科学研究費補助金 健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究 平成 29 年度 総括・分担報告書
- 土居丈朗(2016)「経済格差のダイナミズム: 雇用・教育・健康と再分配政策のパネル分析」科学研究費補助金研究成果報告書
- 土居丈朗(2014)「社会保障・税一体改革実行後の医療・介護サービス費用の動向: 「医療・介護に係る長期推計」の更新・改良」三田学会雑誌 (慶應義塾経済学会) 107 (1)
- 野口晴子(2009)「高齢者が暮らしやすい生活空間とは」経済セミナー649号
- 野口良平, 市川恭子, 藤森裕美, 岡崎康平, 小池健太, 石橋尚人 (2019). 「諸外国における医療・介護の質の変化を反映した価格・実質アウトプットの把握手法～各国ヒアリングの結果～」ESRI Research Note No. 48
- 服部真治, 市田行信, 和田有里, 近藤克則(2017)「高齢者のボランティア活動—生きがい・高次生活機能・背景要因—」生きがい研究第 23 号