

老人ホーム「施設評価」論：序説⁽¹⁾

米本秀仁

I はじめに

「施設が「良い」とか「悪い」とかを決定するのは、どのようにして可能であろうか？あるいは、ある施設が他よりも「より良い」かどうかを決定するのは？……そういった判断は時には相当程度の個人的経験にもとづくこともあるし、時にはただ一度の訪問によって形成された印象に依ることもあり、また時には複雑なデータの一貫した分析にもとづく場合もある。」これはP. Townsendが1962年に著わした『最後の避難所』の付録3「施設の質の暫定的な測定標準」⁽²⁾ので出しの部分である。続けてTownsendは、施設の規模、行き易さ、職員状況、備品と設備、作業や娯楽の機会といった収集の容易な情報の他に、施設の一般的な供給水準の記述と評価に必要とされるもう一つの何かについて、次のように述べている。「多くの物的な快適さを欠いている施設が、例外的に共感的でよく働く職員を有しているかも知れない。かなり豪華な施設が入所者のニードに冷淡な寮母や、あるいは優しくよく訓練されてはいるけれども、入所者が施設の運営に積極的に参加するのを促すことができなかつたり、施設の社会的関係に入所者を動員したりしていくことができない寮母⁽³⁾を有しているかも知れない。どちらもその強みと弱みをもつ。」

施設の質を評価する試みや、その一側面としての施設入所が入所老人に及ぼす影響の研究は、欧米においてかなりの成果が蓄積されてはいるけれども、後のLawtonの指摘にも見られるように、これらの測定に関する標準や尺度はまだ定型化されていない⁽⁴⁾。ことに我が国においては残念ながら、この種の試み自体が大変少ない⁽⁵⁾。老人ホーム処遇論がようやくその理論的輪郭を現わし始めつつある時期にすぎない現在では、評価という課題意識自体がそれほど浸透しているわけではないと言えよう。そこ

で本研究は、老人ホーム⁽⁶⁾「施設評価」論序説として、我が国のこれまでのこの種の試みを批判的に検討しながら、「施設評価」の方法論的レベルの問題点を解明することを目的としている。この解明は次の手順で行なわれる。

- 1) 我が国の既存の施設評価の試みの批判的紹介
- 2) 評価の軸の提出と理論的検討
- 3) 「二重盲検法」をモデルとした場合の施設評価の方法論的可能性の検討

II 我が国の試み

a) 鹿教湯病院⁽⁷⁾は、長野県下全特養施設20の調査を実施し、調査結果からの結論の一つとして「施設間に一貫した機能較差が目立つ」ことを指摘し、その中でも相対的に高い機能を示したA施設（48年創立、定員100、現員110）と低い機能を示したB施設（45年創立、定員50、現員55）の比較研究を行なった。その結果、食事動作の自立度を除いて、他の移動動作、下肢変形拘縮の状態、排泄動作、入浴動作、褥瘡、精神機能、死亡率等すべてについて、A施設の方が高い機能水準を示した。両施設の入所基準の現実には差が無かったことから、研究者は、これら機能水準の較差は施設内でのリハ活動及び寮母・指導員の意識の差によるものであろうとした。即ち、リハ活動についてはA施設ではリハ施設が整備されており、B施設では劣る。専門PTの訪問はA・Bともに週1回であったが、A施設では他の運動訓練やレク活動（行事なども含めて）が活発であり、他方Bではほとんど実施されていない。また職員意識においては、仕事の中にうれしさを感じているのがA施設では高比率であるのに対し、B施設では特に無いやNAが高比率である。また仕事の中でのつらいわずらわしい事についても、A施設では入所者との意思が通じないことに感じているのに対し、B施設では肉体的な大変さを感じていた。つまりA施設の方が職員のモラルが高いというわけである。

このようにADL機能、精神機能、死亡率等を施設間の比較基準として設定し、そこに出て来た諸結果の較差を被説明変数とし、施設の方針（例えばリハやレク活動）や職員の質（モラル）を説明変数として設

定しているのであるが、この方法には次のようなフロアからの質問が疑問点としての的を射ていると言える。「これは一時点でのcross-sectionalな研究かと考えます。施設の方針、寮母の質が本当に問題なのかどうかということになると、継続してlongitudinalな研究をする必要があるように思いますが？おむつの使用度という場合、収容老人の質から使用の頻度が高まるか、あるいはそのような介護のあり方が老人の退行を助長するのか？」⁽⁸⁾

b) 細田多穂⁽⁹⁾は、東京都内の特養入所者と都・近郊の在宅寝たきり老人を比較するために、A群（独立）、B群（一部介助）、C群（全面介助）に三区別し、C群を対象として比較検討を行なった。C群のADL機能〔基本動作（ねがえり・横向き、座位・起き上がり、座位保持）、食事動作（姿勢と摂食）、入浴・更衣・排泄の各動作〕を特養入所老人と在宅老人で比較することによって、間接的ながら特養の存在価値が評価されることになった。結果は次の通りであった。施設では各動作群のうち入浴と摂食の自立度が特に高く、これに比して在宅では全てのADLがほぼ均等である。このことから施設においては、在宅には見られない入浴と摂食への機械導入（特浴とギャジベッド）が推測される。しかし施設では更衣の容易な寝巻を使用しているにもかかわらず、更衣時の全面介助の割合が高い。部分介助は人手と時間を多分に要するため、これらを減少させた結果であろう。また施設ではおむつ使用者の割合が高く、ポータブルトイレや差し込み便器は在宅の方が使用割合が高い。結論として研究者は、施設では介護者のマンパワー不足をカバーすべく機械導入を多分に行ない、他方在宅老人は施設に比べよりきめ細かな介助を受けているものと推測される。老人のADL機能は、介護ひいては治療及び看護の質や量にともなって変化するともいえる、としている。

このようにADL機能を比較基準として設定し、施設と在宅の介護のあり方を説明要因としているわけである。鹿教湯病院が施設間比較であるのに対し、こちらは施設・在宅の比較であるので、方法論的問題は別にして貴重な試みであり、次のような理屈で施設の社会的な存在価値を推定することもできるのである。もしも、他の条件を一定として機械導入された入浴と摂食の水準が、在宅老人と均等かそれ以下の水準でしかないとすれば特養の存在価値は否定的にとらえられ、特養老人の他のA

D L水準が在宅老人の水準と等しく、機械導入された部分の機能水準が高く突出するならば特養の存在価値は肯定的にとらえられるだろう。

c) 堀越栄子¹⁰⁹は上記の二つのような調査という方法でなく、見学・観察によって三つの特養に対する印象批評的な評価を行なっている。観察の対象となった項目は、職員体制、食事時間、食事内容、おむつ交換回数、入浴回数、プライバシーの確保、当直体制等であり、また職員側における有給休暇の消化状況等である。堀越の報告の特色は、これらの各項目から描き出される特養像を評価する基準として、社会生活の一般的なあり方をもってきている点である。即ち「特養の老人たちは、あまりにも与えられるだけの、しかも我慢の強いられる日々をすごしている」、¹¹⁰「(おむつ交換1日4回に対して)私だったらとてももたない」、¹¹¹「世間ではあたりまえでないことが、施設ではあたりまえとされている」、¹¹²「食事にしても、入浴にしても、排泄にしても、社会一般とのアンバランスは激しく」¹¹³等々である。そしてこのような現状を生み出している原因を「老人の日課は、老人の生活のリズムを考えてというより、寮母や調理員など労働者の人数や仕事の流れにより決まるといって過言でない」¹¹⁴ととらえ、とりわけ第一線にある寮母の労働条件と老人の生活確保とが、現状ではトレード・オフ関係にあることを指摘している。

上記二つの調査結果がいずれも老人自身の状態の比較によって評価しているのに対し、堀越は外在的基準から評価を行なっている点に特色がある。外在的な基準であれば、施設老人のみならず在宅老人に対しても適用可能なはずである。とすれば、堀越が基準とした社会の一般的生活を「在宅寝たきり老人」に当てはめてみたときに、堀越が彼らをどのように描写するか興味のあるところである。

d) 上記の三研究がいずれも比較項目の設定や評価基準の設定において、方法論的にある意味では任意であるのに対し、この点でかなり整備して大規模な施設間比較を行なったのが『老人ホーム処遇の総合評価』¹¹⁵である。我国における最初の本格的な施設評価の試みであるといつても良いが、まずこの報告書は『老人ホーム処遇の総合評価』¹¹⁶であつて、施設評価そのものとはニュアンスが違ふ点に注目しておきたい。つまり老人ホームでの処遇〔といつても内実は処遇のプログラムであつて処遇の結果ではない〕が評価の標的として提出され、その状態が他の何らかの要

困によって説明されるという仕組みである。この調査研究の意図は次のように述べられている。老人処遇とその条件整備については序々に一定の改善が行なわれているが、例えば食事内容、食事時間、入浴回数、排泄介助、雑居制、施設内医療等を見ても、現実の処遇に依然として問題があり老人処遇にとって重要な課題であるとされる。ここで老人処遇とは「入所老人の生活上のニーズをみたますすべてのサービス¹⁷⁾」を意味する。これらのサービス＝処遇を規定する要因として建物・設備・物財・職員・処遇観・施設運営方針等があり、これらの諸条件が処遇にどう影響し、何が基本的な影響を与えているのかを明らかにすることが目的とされている。

更にこの報告は「総合評価」である。処遇を規定する要因は総合的である、というのがこの報告の結論の一つなのであるが、その理由として①調査結果によっては個々の項目間の相関性はきわめて弱かったこと、②生活というものは時間、空間、関係、水準といった要素及び生活を展開するのに必要な条件等によって左右される総合的なものであること、③処遇はサービスを通して現われる生活そのものであるので、サービスの諸要素やそれらを規定する諸条件の総合的な、相互関連的なものとして理解せねばならないこと、④処理を規定する要因の一つ一つ（例えば老人の心身の状況、職員の状況等）が、更に個々の小項目の集合であること、などが挙げられている。総合評価の基準としては①最低基準、②最適基準、③中間値基準、④平均値基準の四つが設定されており、全基準とも各項目に得点が配分された加算法による相対評価である。このうち②の最適基準が理想的な基準設定であり、また処遇規定要因の要因関連は④の平均値基準を用いて分析された。関連分析のための要因は入所老人の身体状況、建物・設備の状況、職員の〔労働条件の〕状況であり、これらと処遇状況との相関の有無が検出された。そして最終的にはこれら四つの要因の組合せにより、施設のタイプが図示されたのである。『総合評価』はこの評価方法の効用として、①諸要素の総合的関連の中で、老人ホームを全体像として素描すること、②老人ホームのタイプを示すことができる、③老人ホームの点検、診断の一つの方法となる、④項目、要因を確定することによって、老人ホームの自己点検、自己評価にも用いることができる、の四つを挙げている。

このように『総合評価』は、かなり大部の調査研究書であり、それだけにこの場では詳細な検討はできないが、方法論の問題点については以下の検討でとりあげていきたい。

以上四種類の様々な方法的特色をもった施設評価の試みを概観したわけであるが、これら四種類の試みを相互に位置づけるためにも、次節では老人ホームの「施設評価」について理論的に検討してみたい。

III 施設評価の理論的検討

老人ホームの入所者個人に対して立てられた処遇目標が、ケア・プログラムの遂行によって達成されたかどうかを見るという効果測定の意味で「評価evaluation」という用語は使用される。この意味で老人ホームそれ自体を評価しようとする場合、先ず第一に検討しなければならない点は、老人ホームの目標は何かということである。『総合評価』が老人ホームを「心身の障害や家族扶養の問題などによって、自立的または安定して家庭で生活することができない場合に、老人福祉法の理念にしたがって、老人の生活を維持し発展させる社会的施設である⁹⁾」ととらえ、またその老人福祉法が11条1項3号で特養の入所要件を①65歳以上のものであって、②身体上又は精神上著しい欠陥があるために常時の介護を必要とし、かつ③居宅においてこれを受けることが困難な者と規定し、更に14条3項で特養はこれらの者を「収容し、養護することを目的とする」としているのを見ると、特養の主要受益者をいわゆる「寝たきり老人」として、その生活を保障（養護、あるいは維持・発展）することが目標であると言えよう。この意味での目標は制度的・顕在的目標と言ってよい。そして目標達成か否かという点での効果測定（評価）をするには、この入所している老人達の生活が保障されているかどうかの尺度を作成して測定すればよいわけである。

しかしこの目標の考え方は通俗的で分り易いけれども、一面的であると思われる。定義上の目標は事実上の目標と一致するとは限らない。上記二つの規定にも現われているように、寝たきり老人を抱える家族の側の生活の困難という事態もあるとすれば（それ故に当の老人自身が十分な生活の保障を受けられず、同時に他の家族成員の自己実現も困難に会

っている)、特養に老人を収容することによって、家族の側の生活困難の源も除去されることになる。この意味では家族の側もまた受益者である。したがって、特養は少なくとも入所老人とその家族という二焦点をもった制度として存在していると言わなければならない。とすれば、老人が施設に入所することによって、この二つの焦点のそれぞれにどのような受益があるのかを確定することが施設評価の最小限の標的であり、また在宅寝たきり老人とその家族の状況と比較することによって、この施設評価は更に完璧なものになると言えよう。家族の側の受益という焦点が、もし制度的・顕在的目標として明示されないものならば、それは潜在的目標として位置づけることができるであろう。

次にもっと巨視的に見てみよう。少なくとも北海道の町村レベルでの特養の建設は、寝たきり老人とその家族からの需要という側面とは別に、過疎対策という行政的な役割期待を付与されていると言われる。町村の為政者が公立・公民・民間のどの形であれ、特養を建設するということには、次のような思惑があると言えよう。①人口流入を期待する人口対策、②特養の建設及び完成後の運営に期待される経済効果、③医師確保の期待、④地元住民の雇用効果等々である。これらは為政者にとって(及び一部の地元住民にとっても)、特養の制度的目標以上に重要な建設目標である。しかし正面きって明示的に目標として設定されることはなく、機能分析によって浮かび上ってくる事柄であり、これもまた潜在的目標とすることができるであろう。特養の存在を社会的に評価するという意図ならば、このような評価の側面も成立するのである。

また更に施設内に目を転じてみるならば、そこには入所老人のみならず、施設運営の意志決定主体になりうる職員や理事・管理者等も存在する。施設内における制度的主要受益者は入所老人であるとしても、内部諸目標における意志決定過程においては各主体の競争的参画による設定もありうる。C. Barnardはその組織論⁽²⁾の中でこの側面を、組織の「有効性と能率」という枠組で明らかにしたが、この側面においても「施設評価」のあり方が独自に成立しうると言えるだろう。

以上のように一口に施設評価といっても、多くの側面について評価が成立しうるのであり、制度的・顕在的目標の評価はその一側面であると言わねばならない。また確かに老人ホームの主要受益者は入所老人であ

ると言ってしまうのは分り易いけれども、事実上は複数の受益者がありうるわけで、そのどれに焦点を当てるかによって評価のあり方も変わってくるだろうし、強いては制度的主要受益者たる入所老人への処遇それ自体が、複数の受益者の勢力加重的意志決定によって規定されると見なければなるまい。

しかしながら福祉的・臨床的観点からするならば、制度的・顕在的目標に規定された主要受益者たる入所老人に焦点を当て、その生活の保障（養護あるいは維持・発展）の成否を評価することが中心になるであろう。この生活の保障という目標のために配分されている社会的諸資源（物的・人力的・財政的）及び老人自身の自己資源（必身社会的機能水準あるいは情報資源処理能力）によって構成される特養は、社会システムとして構造を有する。まず各要素毎に見れば、物財的資源はいわゆる「最低基準」に規定されることによって、入所老人の生活にとっての制限条件逆に言えば可能条件を定型的に明示するのであるから構造である。人力的資源もまた、対老人関係や対職員関係を規定する規範及びそれによる役割配分によって入所老人の生活への制限条件・可能条件を定型的に明示するのであるから構造であり、同じ理屈で財政的資源もまた構造である。他方、人間を対象としその人間に対する働きかけ（例えば生活の保障）を主眼とする場面においては、対象者自身のpotential（自己資源）もまた制限条件・可能条件を明示するという意味で構造である。社会システムとしての特養の臨床的表現はケア・システムであり、それは上記各要素構造の相互関連による創発的全体構造を有する。施設評価はこの全体構造の評価に至る必要がある（但し最終ではない）が、その段階の前に一時点における各要素構造のあり方を記述し尺度化して評価する試みもある。Townsendの方法も『総合評価』の方法もこの構造分析の色彩が強い。

各要素構造の相互関連による創発的全体構造の臨床的表現は、ケア・プログラムである。つまりケア・プログラムは技術・資源動員過程（ケア・プロセス）の可能態（制限条件・可能条件）を明示的に表現し、ケア・システムの作動過程を表現するものなのである。この側面に注目してケア・プログラムの評価を行なうことは、先の構造分析に対し、過程分析と言ってよいであろう。

しかしながら、ここまではまだ手段的位置にとどまる。構造分析にしる過程分析にしる、そのレベルでの評価は、主要受益者たる入所老人の生活の保障にとってどう結果的に作用しているかを評価するものではない。後に触れる薬効評価で言うならば、まだ「効くはずだ」というレベルにとどまる。目標達成か否かという意味で施設を評価することは、結果を測定するという機能分析（効果測定）を必要とする。したがって施設の産出関係の全体的な流れの分析は、構造分析→過程分析→機能分析という流れになる。つまり最終的な施設評価のためには、産出関係の最終産物を入所老人の状態におき、その産者として何か有効であるかを明らかにしなければならないのであるが、そのためには入所老人の状態を何で測定するのかという点、そしてそれを産み出した条件としての構造と過程の分析を可能にするフロー・モデルを必要とするのである。

その最終産物である入所老人の状態を測定するために、生活といっても漠然としすぎているので、測定に容易でなおかつ状態を代表しうる変数を特定し、尺度化しなければならない。しかし例えばP. Lawtonは次のように総括している。「施設に関するあらゆる研究をもってしても、信頼しうる質の研究はいまだに定義されていない。老人のための施設のほとんどは一方通行の道であり、そこでは死亡率（あるいは生存期間）が唯一可能な究極の規準である。〔しかし〕その初期特性において入所者間に広範な差違が与えられているので、生存期間は現在のところ施設を相互に比較する上でほとんど役立つない規準である。おそらく最適の規準は、入所者の望ましい行動もしくは精神状態の定義と、時間軸の二点にわたるこれら諸規準における変化の測定を含むものであろう。」ここに述べられているように、最終産物が入所老人の死亡率（あるいは生存期間）という単一の尺度で測定されうると考える場合は一次元基準であるし、鹿教湯病院のようにADL機能と精神機能を最終産物と考える場合は多次元基準の一例である。一次元—多次元という基準設定の考え方は、機能分析のみならず過程分析や構造分析にも適用されうる。細田他が「介護のあり方」を指摘し、堀越が「寮母の条件」に収斂させたのは、構造—過程分析における一次元基準であるし、【総合評価】が矩形図形を描いたのは多次元基準の一例である。

過程分析や構造分析を一次的にとらえることは、多変量が作動して

いる現実からみれば非現実的と指摘される可能性は強いが、機能分析における被説明変数（つまり最終産物）が一次元的になりうるかどうかを探究することは、困難さは予想されるが試みに値するものと言えよう。例えばPOLIFは入所者に現われる結果規準（outcome criteria）として、モラル、行動変容、身体的徴候の訴えなどを挙げている。先の死亡率やADL機能、あるいは精神機能や生活満足度等、これらいろいろの変数が何らかの形で一元化もしくは代表化されうるとすれば、施設間比較においても、また単独の効果測定においても、また説明変数を探究する構造一過程分析のための仮説形成においても、強力な武器を提供すると言えるだろう。

こういった一次元的基準にしる多次元の基準にしる、その測定については数量化が目指されている。つまりシステムに関する指標的状相判定である。数量化の長所については言うまでもないし、事実ADL、精神機能、モラル、生活満足度等についても数量化の試みは多数提出されている。しかし例えば『総合評価』が「職員の処遇観、処遇方法や施設の運営方針については、処遇そのものの質や処遇の有機的流れ、組織等、質的内容の検討を必要とするのであるが、質的内容にわたる事項について、全国的に調査する手法がないし、開拓されていないので、当面は処遇を規定する諸条件のうち、ある程度容観的に把握することができる物的人的条件に限定」²⁶すると述べているように、生活の保障のための総ての側面が定量的に把握できるわけではない。

勿論、Townsendが寮母の態度を寛容の一權威主義的、ニード把握の適切一不適切の二つの軸を交差させて四つのケースを提示して得点化したり²⁷、また施設の方針に関するPOLIFの試みのように、定性的側面を量的に把握しようとする試みがないわけではない。しかしやはり老人の生活の保障の総ての側面を定量化しようとするのは冒険であろうから、この意味でシステムとしての特養に関する実感的（直観的）状相判定も否定されるべきではない。従って堀越が、通常の社会生活に関するイメージを基準として、三施設の印象から特養への価値判断を行なうことも、あながち非科学的として排除されるべきではないだろう。定量的把握が方法論的適用を優先することによって除外することになった側面の意味を、実感的判定は重視するかも知れず、このことは仮説形成の源となりうる。

従って指標的・実感的状相判定と実感的状相判定は補完し合うのである。

指標的・実感的いずれかの形でできた施設に対する評価は、「良い」「悪い」という断言的な表現もあり、「より良い」「より悪い」といった比較的な表現もある。鹿教湯病院の方法による結果は、B施設よりもA施設の方が「より良い」（相対的に高い機能を示す）という施設間の相対評価であり、また細田他による方法の結果は、在宅老人に比べて施設老人がより機能的である面と、より依存的である面とがあるという評価である。同じような比較的な表現をとりながらも、両者の意味合いは全く異なる。施設間評価がいくら行なわれても、それだけでは特養という施設が存在する価値があるかどうかの評価は生まれない。しかし在宅老人との比較、つまり在宅ケア（これにも家族のみによるケアと、いわゆるコミュニティ・ケアの二種がある）と施設ケアとの比較は、特養という施設の存在価値を評価しうる。これは絶対評価である。

在宅ケアの困難性の故に産み出された特養の内部におけるケアが、結果として在宅ケアよりも低水準であるならば特養の存在価値はない。しかしこう断言する前に、若干の留保が必要である。先の二焦点という考え方からすれば、例えば入所老人へのケアが低水準であったとしても、家族側の生活困難が除去されるとすれば特養の存在価値はあるのではないか？またコミュニティ・ケアを受けた在宅ケアと施設ケアとに水準の差が出たとしても、双方の費用便益分析（cost-benefit analysis）をしてみなくては結論は出せないのではないかとといった疑問も起る。これら二つの疑問については、施設内ケア水準の良否とは別に、対照された側とのバランスによって評価を下すことができる。しかし福祉的・臨床的観点からするならば、施設ケアの水準とそこからの産出効果としての入所老人の状態を視野からはずすわけにはいかない。したがってどうしても在宅ケアと施設ケア及びその結果としての在宅老人の状態と施設入所老人の状態を比較しなければならない。このことは、施設評価のための実験計画として最良の対照集団を設定しなければならないことを意味する。この結果によって施設ケアの優位性（もしくは劣位性）が立証された後に、施設間比較による相対評価や、施設ケアの類型学が意味をもつと言えるだろう。類型学について付言しておくならば、類型学による施設ケアの諸類型は、アプリアリに価値の重みの差をもつわけではない。今「総

合評価』のように、直接処遇（A＞B＞C段階）×老人の身体状況（A＞B＞C段階）の相関分析によって三三分割表の相関性が検出されたとしても、各項目の得点の加算法ではAC型もCA型も同得点であり、それ故同水準として出てくことや、臨床的にはAA型・CC型よりもAC型・CA型の方が分析の素材として重要なことなどが指摘されずに終わってしまうのである。²⁸⁾したがって類型学は臨床的には評価の終着点になりえないのである。

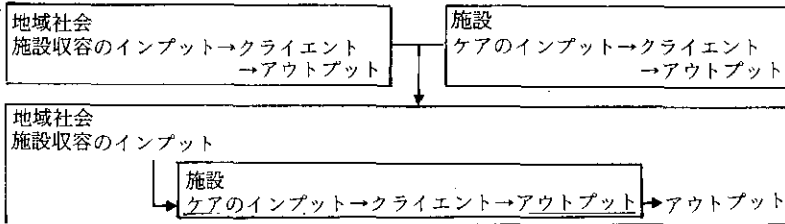
本節の最後に、横断的研究方法と縦断的研究方法に関する問題を指摘したい。我が国の既存の施設評価の資料は総て横断的方法によっている。いま評価の対象を施設ケアによる入所者の状態という点に絞り、ケア効果の測定という意味での施設評価に限定すると、横断的な方法では全く不可能な事態に陥るのである。米国においても、縦断的な方法による研究が無いわけではないのに、Lawtonは「施設収容効果の決定的な証明を受けられさせるような、完璧な縦断的なコントロール・グループの研究は全く報告されてこなかった」と述べざるをえなかった。このようにその必要性については確認されながら、縦断的方法の実施の困難性は明らかである。

横断的な施設間評価ではこの種の効果測定が不可能なのは、次の理由による。①被説明変数たる入所老人の状態以外で、説明変数とみなされる要因を除いた他の条件が一定であると保証できないこと。②入所老人の初期条件が明らかでない以上、何が効果なのか、あるいはそもそも何に変化なのかを明らかにできないこと、である。従って横断的方法によって影響要因を特定することは、論理的に逆である。また施設老人と在宅老人の状態の差を横断的に調査するだけでも、同じく施設評価はできない。更にこの場面で縦断的方法を採用にしても、次のような困難がある。①施設老人と同等の資格をもった在宅の対照群を設定することが難しいこと、②ケアの質・量の条件が違いすぎることで、③初期条件の差を明確にしにくいこと、等である。この点に関してLawtonは「(縦断的に測られた)入所者の変化が、[施設の]質の基準の最良の種類²⁹⁾の標的なのであり、構造的な基準と判定された質の規準は、施設の質についての付加的な見解を与えるのである」とし、施設老人にふさわしい対照集団は「施設入所を申請している者ではあるが、長期にわたってベッドの空き

いう対処であることが往々にしてあるが故に、“施設は原則的に毒である”と読み換えることが特に有意味であろうということである。またこのことは、施設収容ケアに対する批判として「施設神経症」や「施設内症候群」が指摘される実情を見ても、理解できるであろう。

しかしながら、治療という臨床的行為が患者個人に対する実践であり、その論理をいきなり「施設」というクライアントの集合体を含むシステムに適用できるのか、という疑問が湧く。つまり、治療の評価と同型的に適用できるのは、施設内のクライアント個々に対するケアの評価の場面ではないかと思われるのである。しかしこの点については、図2に示

図2 施設収容及び施設ケアのinput-outputモデル



されているように、施設内のクライアントという視点だけでなく、地域における施設という視点を導入することによって、インプット・アウトプットの上位・下位システムの差異はあるけれども、各システム内部の同型性が保障されると考えるのである。

さて「二重盲検法」とはこうである。高橋暁正は「治療学の体系において必要とされるのは、おこなわれた治療が患者の状態を好ましい方向に変えたかどうかという認識であり、またそれらの変化が、複雑にからまり合って患者の状態を規定しているどのような要因と関係づけられるかを認識することである」と述べている。しかし第一の認識については、患者のもつ自然治癒力や心理効果によって攪乱されることがあり、この点を統制する必要があった。また第二の認識についても、患者の多様な初期条件の違いや、環境的影響要因の複雑さがあり、この点についても層別因子によって統制する必要があった。薬効評価においては、こういった点の解決のために、実験計画法に基づく二重盲検法という手法が適

用されているわけである。

特養入所老人において自然治癒や心理効果にあたるものは何であろうか。次のようなことが考えられる。まず自然治癒には、長期的には衰退曲線を描きながらも短期的には出現しうる自然回復力が考えられる。次に心理効果には、①居所を変更することによって自らの生活様式や生活態度を自発的に活性化する場合と、②施設内での自然発生的な集団力学によって活性化される場合などが考えられる。

実験計画はこれらの影響を統制しながら、ある行なわれた処理が効果を示したかどうかを統計的に検出するばかりでなく、その処理を為さなかった場合にはその効果が生じないことも統計的に証明することによって、ある処理の評価を完全なものにしていくのである。この場合、ある処理をほどこされた対象群とその処理がほどこされなかった比較群の間に、「他の条件が一定ならば」という要件がどれほど満たされるか決定的に重要である。そこで以下に、薬効評価の臨床試験の原則を追いながら、「施設評価」に適用してみたい。

薬効評価の臨床試験の原則として挙げられたのは、次の六つである。³⁰⁾

① 対象集団を限定し分類する。

〔適用〕ここでは対象集団は特養であり、その標識因子は老人福祉法及び関連法令の入所基準に定められている。施設間比較の場合は、対象は制度的に限定されるが、特養対在宅の比較評価の場合には、特養入所老人においても均一でなくかなりのバラツキがあるので、比較にふさわしい在宅老人を限定するところから始めなければならない。

② 限定された対象を二分する。

〔適用〕施設対在宅の比較評価の場合は、すでに対象は二分されていることになる。施設間比較の場合には、層別因子によってできるだけ比較対象を均質化するようなgroupingをしなければならない。

③ 処理と擬処理を公平に割りつける。

〔適用〕施設対在宅の比較評価の場合、施設入所という処理はあるが、擬処理は事実上ありえない。従ってここでは対象の二分が処理・擬処理の割りつけとなる。しかし施設間比較の場合には、薬効評価における擬薬（プラシーボ）のような擬処理が成立しうるかどうか、あるいは成立しうるとしても倫理的に擬処理が許されるかどうかを解決しなければなら

らない。成立もしくは許されないとすれば、構造分析・過程分析によって仮説的に説明因子の較差を割りつけなければならない。

④ 処理効果を評価する特性をきめる。

〔適用〕これが大変重要である。処理の産物を示す特性は、評価の目的・側面の定め方によって異なる。更に臨床的には、入所老人（及び在宅老人）の継時的な変化を測定しうる特性を指定しなければならない。現状ではADL機能、精神機能、生活満足度、モラール、あるいは死亡率（生存期間）等ある程度の測定尺度をもっている特性が採用されるであろう。

⑤ 処理効果の検出精度をきめる。

〔適用〕これは上記の測定尺度の精度によってきまる。しかしいづれにしても測定という観察・計測が介入する。老人自身の自己評定、面接聴取、職員による観察所見、判定室での検査所見等々があるが、もしもそれが「施設評価」のためであることが被験者・評価者自身に分っているならば、「期待値」が入りこみうる。ここで薬効評価は二重盲検法を採用した。つまり被処理群も評価者も、被処理者が本試験群・対照群のどちらに所属するのかわからないような状態で評価されねばならないということである。施設評価の場合に、この意味での二重盲検法は可能であるか？第三者の評価によるとしても、その期間が評価のために設定されていることが老人にも職員にも分っていれば、心理的積極性を導くかも知れない。但し、施設評価の結果規準（処理効果の評価のための特性）に関する測定用具が完備していれば、入所老人の入所直前の状態あるいは入所時の初期評価をその用具で測定しておくことができ、その後のある一時点での同一用具による第三者の評価を比較することによって、二重盲検法に近い方法として採用しうるかも知れない。

⑥ 脱落に対する対策をおこなう。

〔適用〕特養における被験者の脱落は、死亡・施設変更・長期入院・家族引取等によって生ずる。しかしこの補充については、薬効評価におけるよりもすみやかに行なわれると見なされる。在宅老人における脱落は、死亡・入院・施設入所といったことで生ずるだろうが、ここでは補充はなかなか困難である。死亡については両者とも、ケアがどの程度まで介入していたのかを評価する必要がある。また他の理由における脱

落についても、脱落時点までの変化は記録しておくべきである。

V おわりに

以上、実験計画法に基づく二重盲検法をモデルとして、施設評価の手續きを概観したのであるが、施設・在宅の比較においても施設間比較においても、対象者の初期条件が明らかでないか、違いすぎるか、あるいは「他の条件が一定ならば」という要件を満たしにくいというのが、大きな難点の一つであった。そこで、継時的に任意の二時点における評価特性の変化のみを機能分析の対象とし、構造と過程要因（これについても二時点のどちらをとるか、あるいはこの要因自身の変化も導入するかという難問が残るが）を説明変数として、対象者の初期条件を考慮外に置くという方法が採れないか、という考えが浮かぶ。もしも入所老人に対する評価特性の継時的な変化に線型的もしくは段階的な特徴があり、更にその評価尺度が順位尺度もしくはそれ以上高次の尺度で構成されているのであれば、任意の二時点における変化の度合から、改善率（もしくは悪化率）を導き出すことができる。また経験的仮説として、初期に重度である方が改善しにくいのであるから、重度→中度→軽度という段階があれば、中度→軽度への改善よりも、重度→中度への改善の方が高く評価されるべきである、という改善率の重みづけも必要になると思われる。このような重みづけをもって改善率が出るとすると、次のように評価しうる。もしも改善率が同一であって他の諸条件（構造・過程要因）の水準に有意な差があるとすれば、その条件の悪い方が良い施設である。また他の諸条件が同一水準であって改善率に有意な差があれば、改善率の良い方が良い施設である。但し、薬効評価における「自然治癒」が老人とりわけ高齢老人においては「衰退」を意味するものとするれば、「維持」という結果も効果として評価されるべきであろう。施設・在宅の比較の結果、改善率が有意に施設の方が高いか、悪化率が低ければ、施設の存在価値はあるが、その逆であれば存在価値はない。とはいえ、先にも触れたように、少なくとも老人と家族という二焦点をもつ特養であるから、簡単に割切ってしまうわけにはいかないのだが。

以上本研究は序説として、我が国に見られる施設評価の試みを検討し、

また二重盲検法の考え方を参考にしながら、施設評価の方法論的な問題点の素描を行なった。本文中にも触れたように米国においてはかなりの数の施設評価（あるいは処遇環境評価や転居効果の評価）の試みがあり、種々の調査研究や方法論に関する論義がなされている。これらの諸成果を検討しつつ引き続き「施設評価」の問題を探究する予定である。

(注)

- (1) 本論文は第28回日本社会福祉学会大会個人研究発表において、同名の題目で発表した際に配布したレジメ『老人ホーム「施設評価」論序説：ノート』に、一部加筆修正したものであるが、大意に変更はない。
- (2) Peter Townsend: *The Last Refuge*, Routledge & Kegan Paul (1962), Appendix 3 "A Provisional Measure of an Institution's Quality", p. 477.
- (3) "ibid." p. 477.
- (4) 雑誌 *Journal of Gerontology* 及び *Gerontologist* を中心に展開されているが、そこでは施設を評価する試み、処遇環境の評価、転居効果 (relocation effect)、更には老人のモラルや生活満足度の測定の尺度の検討などが行なわれている。
- (5) 但し、最近では MEAP: Multiphasic Environmental Assessment Procedure (Social Ecology Laboratory, Stanford University and Veterans Administration Medical Center) が生産的な業績を上げているように思われる。
- (6) なお便宜上、老人ホームをここでは特別養護老人ホームに限定して展開する。
- (7) 鹿教湯病院藤田ほか「特養ホームリハ研究(1)―長野県下における入所者の機能と施設差の研究」及び「(2)―身体・精神機能の関連について」『リハビリテーション医学』 Vol. 15, No. 3, pp. 193~194 (1979・8)。
鹿教湯病院古川ほか「リハビリテーション研究 (VI) ―施設老人」及び配布資料『日本老年社会学会第21回大会発表要旨集』(1979・10) p. 67。を参照のこと。
- (8) 鹿教湯病院藤田ほか『上掲雑誌』 p. 194。
- (9) 細田多穂ほか「寝たきり老人における身体機能実態調査―施設・在宅の比較を中心に―」『月刊福祉』(1979・8) pp. 46~51。
- (10) 堀越栄子「時々 は ホームの外に出てみたい―特老施設の場合は」『季刊福祉労働』第5号 (1979・9) pp. 96~112。
- (11) 堀越栄子「上掲論文」 p. 96。
- (12) 堀越栄子「上掲論文」 p. 98。
- (13) 堀越栄子「上掲論文」 pp. 98~99。
- (14) 堀越栄子「上掲論文」 p. 100。
- (15) 堀越栄子「上掲論文」 p. 98。
- (16) 全国社会福祉協議会・老人福祉施設協議会「老人ホーム処遇の総合評価―老

- 人ホームの処遇に関する調査研究報告」(1980)。
- (17) 【総合評価】 p. 3。ここでのサービスとは、建物・設備=空間条件、物財サービス、家事的サービス、介護介助サービス、医療的サービス、精神文化的援助、関係調整等である。
 - (18) 【総合評価】 pp. 68~70。
 - (19) 【総合評価】 pp. 70~71。
 - (20) 【総合評価】 p. 70。
 - (21) 【総合評価】 pp. 1~2。
 - (22) 例えば職員の増員という内部目標は、老人の処遇のためというよりは、職員の労働条件の改善が主である場合もある。
 - (23) C. I. Barnard, 山本ほか訳『新訳・経営者の役割』ダイヤモンド社(1968) pp. 44~45。
 - (24) M. Powell Lawton, "The Impact of the Environment on Aging and Behavior," in J. E. Birren and K. W. Schaie (eds.). *Handbook of The Psychology of Aging*, Van Nostrand Reinhold (1977), p. 293。
 - (25) S. Lemke and R. H. Moos, "Assessing the Institutional Policies of Sheltered Care Settings," in *Journal of Gerontology*, Vol. 35, No. 1 (1980), p. 105。
 - (26) 【総合評価】 p. 3。
 - (27) P. Townsend. op. cit. pp. 483, 489~490。
 - (28) この在宅ケアの二種類についても、本論文の論理を当てはめて、コミュニティ・ケアの効果測定をすることが可能である。
 - (29) 【総合評価】 pp. 121~122。
 - (30) M. P. Lawton, "op. cit." p. 293。
 - (31) M. P. Lawton, "op. cit." p. 293。
 - (32) M. P. Lawton, "op. cit." p. 294。
 - (33) 「二重盲検法」の考え方については、高橋暁正『新しい医学への道』紀伊国屋新書(1964)の第7章科学としての治療学、佐久間昭『薬効のうらづけ—薬理学ノート』(東大出版会1965) pp. 1~7、田口玄一「臨床試験の実験計画—特に薬剤の効果の臨床試験—」増山・奥野・田口・竹内・広津共著『実験計画法—その発展と最近の話題—』東大出版会(1974)所収 pp. 109~110を参照のこと。
 - (34) 高橋暁正『現代医学概論第2版増補』東大出版会(1977) p. 186。
 - (35) 高橋暁正『上掲書』p. 187。
 - (36) 高橋暁正によれば「社会的適用」とは、治療法の選び方の方針として、生活と生活環境を正すことが「患者にとって有効であると考えられるにもかかわらず」、その病人の社会的地位や経済生活上の理由で難しいときに、生活の歪みをそのままにしておいても、なおかつ有効で強力な治療法を選ぶことを意味する。【上掲書】 p. 190。

- (37) 高橋暁正『上掲書』p. 206。
- (38) 高橋暁正『上掲書』pp. 212~221。

Introduction to the Evaluation of Welfare

Institutions for the Aged

Hidehito YONEMOTO

The term "evaluation" is usually used to describe the aspect of evaluating the *care* of the institutionalized aged. When this term is applied to the aspect of evaluating the *institution itself*, is it possible to apply the term in the meaning of the above?

The purpose of this article is to explore the methodological issues concerning such an evaluation. The author asserts that the evaluation must firstly identify the manifest and latent purposes of the institutions, and secondly, in the clinical sense of purpose, must evaluate the states of residents in the home as contrasted with the states of residents in community.

This article is developed in three steps:

- I. Critical presentation of four existing trials of such an evaluation in Japan.
- II. Presentation and examination of evaluative phases, and
- III. Exploration of methodological possibility by the model of "double blind test".

The author concludes that this evaluation has to be developed through structural analysis, process analysis and functional analysis by the longitudinal comparative method.