

第2章 介護サービスにおける質の確保と諸制度について

はじめに

介護サービスを取り巻く質確保の諸制度としては、介護保険制度開始以前に民間事業者参入促進に貢献したシルバーマーク制度をはじめ、介護保険制度に規定する指定基準・運営基準、指導監査、都道府県において実施されている福祉サービスの第三者評価制度などの諸制度の存在があげられる。これらの質の担保の仕組みとあわせて、組織マネジメントの改善の視点から、ISO9001 の取得をはじめ、種々の外部評価諸制度を組み合わせて利用することにより、組織の品質マネジメント構築によって、介護サービスの質向上に取り組む介護サービス事業者も見受けられる（第3章、第4章参照）。

介護サービスの質確保策として外部評価を活用する背景には、介護サービスが持つ特性ともいえるサービスの無形性、不可分性、不可逆性、一過性等から、利用者が事前にサービスそのものを確かめることが困難であることがあげられる。サービス提供者と利用者間の情報の非対称性は、利用者選択の妨げとなり、また行政とサービス提供者の関係において、情報の非対称性は、効率的な資源配分を妨げる要因になる（第6章参照）。

サービス提供者側と利用者側の情報の非対称性の解消としては、2006（平成18）年度介護保険制度改正を契機に導入された、「介護サービス情報の公表制度」により、利用者に、一定情報の公開を義務化することにより、利用者選択を支援し、質の確保に貢献するものといえる。

行政や非営利評価機関による第三者評価は、モニタリング効果とともに、事業者自身の質改善、評価結果の開示による利用者への情報提供、競争環境の整備効果等が期待される。都道府県、市町村、民間事業体の取組にみられる第三者評価の例をみると、改善指導によって、質等の向上への取組を支援するもの、認証制度により質等の一定の保証を行うもの、格付けによって質等を定量的に開示するもの等、多様な手法があげられる。

介護保険制度に組み込まれた質確保のための方策（指定基準、指導監査、介護サービスの情報の公表制度）と、これらの第三者評価制度の活用によって、介護サービス事業者のサービス提供の質と、組織マネジメントの改善が期待されるが、本章では、これらの方策例として、シルバーマーク、介護保険制度における指導監査、福祉サービスの第三者評価（東京都）、介護サービス情報の公表制度、経営品質視点の評価制度について取り上げ、介護サービス分野における質確保のあり方について検討する。

1. シルバーマーク制度

介護サービス分野における質確保方策として、介護保険制度以前の措置の時代より、民間事業者の自主規制として導入・実施されてきた第三者評価制度として、シルバーマーク制度が上げられる。

1980年代の規制緩和政策を背景に、高齢者福祉分野における規制緩和に伴う民間事業者の参入促進、シルバーサービスの健全育成、社会的信頼の確保を目的に、(社)シルバーサービス振興会が設立され（1987年）、民間事業者の社会的責務、高齢者本位のサービスの提

供、サービスに対する社会の信頼確保、サービスの健全発展を図ることを目的とした「倫理綱領」の策定（1988年）、シルバーマーク制度（1989年）が創設された。導入の背景には、民間の創意工夫を活かした多様なサービスの健全育成、民間事業者の社会的責任、サービスの質の確保に関する自主規制の必要性があげられる。

<参考>

図表2-1 社会保障制度審議会「老人福祉のあり方について（建議）」（1985（昭和60）年1月）

<p>～民間企業の活用と規制～</p> <ul style="list-style-type: none">・ 行政がいたずらに排除や規制を行ったり、民間サービスと競合するようなサービスの提供をすべきではない。・ 民間企業の社会的責任の自覚が強く望まれる。・ 行政側も、通常の消費者保護行政以上のきめ細やかな配慮が必要である。・ 消費者たる高齢者が正しい選択ができるよう、情報提供のシステムを早期に整備する必要がある。

図表2-2 福祉関係三審議会意見具申（1987（昭和62）年12月）

<p>「今後のシルバーサービスのあり方について」</p> <p>～民間企業の活用と規制～</p> <ul style="list-style-type: none">・ 今後の老人福祉政策の在り方としては、これまでの公的施策の一層の推進とあいまって、民間部門の創意工夫を生かした多様なサービスの健全育成が必要である。・ 民間事業者の創造性、効率性を損なうことのないよう十分配慮しつつ、国、地方を通ずる行政による適切な指導とあいまって、サービス供給者である民間事業者自身はその倫理を確立し、高齢者の信頼にこたえとともに高齢者の心身の特性に十分配慮するという認識のもとでサービスの質の向上を図るための自主的な措置をとることが求められる。

図表2-3 「今後の社会福祉の在り方について」

福祉関係三審議会合同企画分科会報告1989（平成元）年3月

<ul style="list-style-type: none">・ 今後ますます増大、多様化する国民の福祉需要に対応していくため、公的福祉施策の一層の充実を図るとともに、有料老人ホームといった民間シルバーサービスに代表される民間福祉サービスについては、その利用者が高齢者や障害者であることに鑑み、利用者保護の視点に十分配慮しつつ健全育成策を積極的に展開する必要がある。・ シルバーサービス等民間事業者により提供される福祉サービスについては、従来どおり直接的な規制の強化によってではなく行政指導とあいまって、民間事業者自身による自主規制を求めるとともに、公的な政策融資等を一層充実することによりその健全な育成に努める必要がある。

シルバーマーク制度は、安全性・倫理性・快適性等の観点から、シルバーサービスごとに基準を設け、基準に適合している良質な商品やサービスに「シルバーマーク」を交付する制度である。現在実施されている対象サービスとして、在宅介護サービス、訪問入浴介護サービス、福祉用具貸与サービス、福祉用具販売サービス、在宅配食サービスがある。審査のプロセスとしては、書類審査と実施面接審査、合否審査を経て、認定を行っている。認定は2年更新制を取るとともに、認定期間中も必要に応じて検証を行うものとしている。民間による自主規制として、国のガイドラインをベースに、基準を具現化するとともに、審査機能を付与した認証制度としてスタートしたシルバーマーク制度は、民間事業者の自主規制による質の確保、提供サービスの標準化、サービス構築・改善の効果とともに、利用者選択の支援、サービス利用の安心等の機能を果たしてきた。その後、シルバーサービスの普及に伴い、競争促進を行う必要性から、1997（平成9）年1月、シルバーマークに係る国の関与の廃止に至った。

介護保険制度導入以後は、構造部分の最低基準が指定要件として設定されたことによって、シルバーマーク制度の認定基準と指定基準において重なる部分がみうけられることとなった。

しかしながら、保険制度市場下においても、民間事業者の自主規制による質確保、提供サービスの標準化、利用者選択の支援、サービス利用の安心といったこれらの視点は、制度の健全な運営に不可欠な要素であり、どのようにこれらを機能させていくかは引き続きの課題である。また、高齢社会の進展とともに、介護保険の給付対象サービス以外のサービス領域の質の確保、市場における事業者や利用者にとっての安心・安全に繋がる何らかの仕組みや基準等への要請は今後増していくことが予想される。

第三者評価の仕組みとして、シルバーマークのような更新制の認証制度は、経年的な取組と質の維持の視点に焦点を当てることができる。シルバーマーク制度は、2年更新制であり、更新手続の度に、書類・実地審査を行う。この質確保・改善の「継続」の視点は、単発的な評価受審では確認できず、取組の継続性に着目した質確保方策は、今後も有用な視点といえる。

図表 2-4 「(社) シルバーサービス振興会倫理綱領」

<理念>

高齢者の心身の特性を踏まえ、多様多層なニーズに応える利用者本位のシルバーサービスを開発・提供し、高齢者のより豊かで充実した生活の実現を図ることを通じて、活力ある高齢社会の形成に寄与するよう努めなければならない。

<社会の信頼の確保>

シルバーサービスが高齢者を対象として提供され、高齢者の生活の基幹に深いかかわりを持つものであることに鑑み、その果たす重要な役割を自覚し、高い倫理的自覚のもとに常に社会の信頼を得られるよう努めなければならない。

<教育・資質の向上>

所属員に対する教育・訓練の徹底を期し、常にその資質の向上を図り、とくに高齢者の心身の特性についての理解を深め、高齢者本位の対応ができるよう、その徹底に努めなければならない。

<情報提供・表示の適正化>

高齢者がシルバーサービスを受ける場合、その選択を誤ることのないよう、高齢者の心身の特性を踏まえ、公正真実な情報を提供するとともに適正な表示を行わなければならない。

<所属員及び系列下の指導>

所属員に対し前各項の趣旨の徹底を図るほか、系列下の事業者に対して、等しく遵守させるよう努めなければならない。

<法令・基準の遵守>

関係諸法令・通知を遵守するとともに、本会において別に基準を定めたシルバーサービスを提供する場合には、当該基準を遵守しなければならない。

<苦情の処理>

シルバーサービスの提供に関し、苦情処理体制を確立し、苦情の適切かつ迅速な処置を行うとともに、その再発防止並びに改善に最善の努力を払わなければならない。

<禁止事項>

シルバーサービスの提供に関して次の行為をしてはならない。

1. 業務に関して知り得た高齢者及びその家族の秘密を漏らす行為
2. 高齢者の不利益となる行為
3. 本会会員である同業他社、他団体又はその提供するシルバーサービスを不当に中傷、誹謗する行為
4. 詐術、欺瞞的行為
5. その他前各号に準ずる反倫理的・反社会的行為
6. 所属員及び系列下の指導
7. 所属員に対し前各項の趣旨の徹底を図るほか、系列下の事業者に対して、等しく遵守させるよう努めなければならない。

図表 2-5 シルバーマークの評価項目構成 (訪問介護サービスより)

1. 事業者の理念と組織的基盤	1.1 事業者の理念	1.1.1 倫理綱領 *シルバーサービス振興会倫理綱領	1.1.1.1 シルバーサービスの果たすべき社会的役割と特質を自覚し、社会の信頼の確保、教育、資質の向上、守秘義務等事業を行うに当たり守るべき事項を定めた「社団法人シルバーサービス振興会倫理綱領」が遵守されている
		1.1.2 事業者独自の事業理念	1.1.2.1 事業者独自の事業理念が策定されている 1.1.2.2 策定された事業理念が、文書として明確化され職員に周知されている
	1.2 法令等の遵守	1.2.1 関係諸法令・通知の遵守	1.2.1.1 サービス提供、事業管理に関わる関係諸法令・通知が遵守されている
			1.2.1.2 関係諸法令。通知に違反する行為が発生・発覚した場合、速やかに、その改善措置がとられている 1.2.1.3 関係諸法令・通知に違反する行為により、行政からの勧告・起訴処分等を受けた場合には、その事実、改善予定及び改善結果がシルバーサービス振興会に報告されている
	1.3 組織と管理体制	1.3.1 事業計画の策定	1.3.1.1 事業計画が策定されている 1.3.1.2 事業計画の達成状況が定期的に検証されている
		1.3.2 職務権限の明確化	1.3.2.1 役員及び管理職の職務権限が明確にされている 1.3.2.2 定められた職務権限に基づいて業務が行われている 1.3.2.3 組織図が作成されている
2. 事業の管理運営	2.1 人事・労務管理	2.1.1 就業規則の整備と適正な運用	2.1.1.1 就業規則が定められている
			2.1.1.2 就業規則が適正に運用されている
		2.1.2 各職種についての適切な人員確保	2.1.2.1 業務が適切に実施できる職員体制が整備されている
		2.1.3 健康管理	2.1.3.1 職員の疾病の早期発見及び健康状態の把握のため採用時に健康診断が実施されている
	2.1.3.2 採用後においては、1年に1回以上定期的に健康診断が実施されている		
	2.1.3.3 健康診断の結果が記録・保管されている		
	2.1.4 労働災害対策	2.1.4.1 労働災害防止のための対応策が立てられている	
	2.2 職員の研修・教育	2.2.1 指定研修の履行	2.2.1.1 サービス従事者に対し採用時研修が行われている
			2.2.1.2 サービス従事者に対し、採用後研修が行われている
	2.3 苦情対応体制の整備	2.2.2 研修記録の管理	2.2.2.1 採用時及び採用後の研修記録が適切に保管されている
2.3.1 苦情対応窓口の設置			2.3.1.1 サービスに関する苦情を受け付ける窓口が設置されている
2.3.2 迅速な対応		2.3.2.1 利用者、家族等から苦情があった場合、迅速な対応が行われている	
2.3.3 業務への反映	2.3.3.1 苦情内容が業務の改善に反映されている		

		2.3.4 苦情記録の管理	2.3.4.1 利用者、家族等から苦情があった場合、その内容及び対応・改善内容が記録・保管されている
	2.4 緊急時・事故発生時の対応方法の確立	2.4.1 対応方法の確立	2.4.1.1 サービス提供中、利用者に病状の急変等の緊急事態が生じた場合の対応方法が確立されている 2.4.1.2 利用者に病状の急変等の緊急事態が生じた場合、その内容、対応内容が記録・保管されている 2.4.1.3 サービス提供中、事業者の責めにより利用者の身体・財物に被害を与える等の事故が生じた場合の対応方法が確立している 2.4.1.4 事業者の責めにより利用者の身体・財物に被害を与える事故が生じた場合、これらの対応等について記録・保管されている 2.4.1.5 事故内容が業務改善に反映されている
	2.5 業務改善	2.5.1 業務改善 * 「自己評価関係帳票」による自己評価	2.5.1.1 提供する当該サービスの質の評価が行われ、常にその改善が図られている 2.5.1.2 サービス従事者、利用者・家族等からの意見や要望に基づいて業務改善が図られるよう配慮がなされている
	2.6 賠償資力の確保	2.6.1 損害賠償 *「シルバーマーク制度保険」	2.6.1.1 損害賠償が迅速かつ円滑に行えるよう賠償責任保険に加入する等賠償資力の確保に努めている
3. 利用者の安心と満足	3.1 利用者の権利の尊重	3.1.1 プライバシー保護への配慮	3.1.1.1 利用者のプライバシー保護に適切な配慮が行われている
		3.1.2 サービス提供にあたって利用者の意思及び人格の尊重	3.1.2.1 サービス提供にあたって、利用者の意思及び人格が尊重されている
	3.2 適切な情報公開	3.2.1 適切な情報公開の遵守	3.2.1.1 シルバーサービス振興会が定める表示に関し守るべき事項が遵守されている
	3.3 適切な契約	3.3.1 適切な契約の遵守されている	3.3.1.1 シルバーサービス振興会が定める契約に関し守るべき事項が遵守されている
	3.4 相談・援助	3.4.1 相談・援助機能の充実	3.4.1.1 利用者・家族の幅広い相談に応じられる体制が整備されている 3.4.1.2 公的サービス及びその他サービス提供機関等の実情を把握し、常時情報の整備をすることにより、利用者・家族に対する適切な情報の提供に努めている
3.5 安定的なサービス提供の確保	3.5.1 安定的なサービス提供ができる体制の確保	3.5.1.1 突発的な事態によりサービス提供が一時的に困難な状況が発生した場合の必要な措置が講じられている 3.5.1.2 サービス提供が継続的に困難な状況が発生した場合に備え、利用者に対するサービス提供が滞ることのないよう必要な措置が講じられている	

4. 訪 問 介 護 サ ー ビ ス の 適 切 な 提 供	4.1 サービス運営	4.1.1 サービス実施マニュアルの整備	4.1.1.1 サービス実施マニュアルが定められ、遵守されている
	4.2 訪問介護のサービス体制と手順	4.2.1 適切な人員配置	4.2.1.1 サービス実施について総合的な指揮・監督を行う管理者が配置されている 4.2.1.2 サービス提供責任者が配置されている 4.2.1.3 サービス従事者として保健師又は看護師、及び訪問介護員等が配置されている
		4.2.2 サービス従事者の適切な業務分担	4.2.2.1 保健師又は看護師が行うべき業務が明確になっており、業務が適切に遂行されている 4.2.2.2 訪問介護員等が行うべき業務又はサービス提供責任者が行うべき業務が明確になっており、業務が適切に遂行されている 4.2.2.3 保健師又は看護師、及びサービス提供責任者が協力して行うべき業務が明確になっており、業務が適切に遂行されている
	4.3 訪問介護計画の作成及び実施	4.3.1 利用者の状況把握	4.3.1.1 適切な訪問介護サービスを提供するために、利用者・家族に十分な事前面談が実施され、その長寿・観察内容が適切に記録されている
		4.3.2 訪問介護計画の作成	4.3.2.1 訪問介護計画は、その内容につき利用者・家族の同意を得て作成されている 4.3.2.2 作成された訪問介護計画は、管理者に報告されている
			4.3.3 介護サービスの実施
		4.3.4 訪問介護計画の見直し	4.3.4.1 利用者の健康状態(心身状況)・その置かれている環境等について定期的な観察が行われ、記録されている 4.3.4.2 訪問介護計画については利用者の定期的観察等及び利用者・家族等からのサービス変更依頼に基づき内容の見直しの検討が行われている 4.3.4.3 検討の結果見直しが必要な場合、利用者・家族との調整を行いサービス内容の変更が行われている
	4.4 利用者記録の管理	4.4.1 利用者記録の管理	4.4.1.1 利用者記録の管理方法が定められ、管理者により適切に保管されている

4.5 サービス提供に当たっての安全・衛生対策	4.5.1 用品の安全・衛生対策	4.5.1.1 清拭に用いるタオル等利用者の皮膚に直接接触する用品類は、個々のサービスの実施ごとに洗浄された安全・清潔なものが使用されている
	4.5.2 従事者等衛生対策	4.5.2.1 サービス実施前の訪問看護員の健康状態に関するチェックリストが作成されている 4.5.2.2 訪問介護員等の清潔・健康管理が図られている
	4.5.3 廃棄物への対応	4.5.3.1 廃棄物処理等につき適切な対応がとられている
4.6 医療・他の福祉サービスとの連携	4.6.1 医療機関との連携	4.6.1.1 嘱託医又は協力医療機関が確保されている 4.6.1.2 事前面談時に主治医の確認を行ない、主治医との連携が確保されている
	4.6.2 他の福祉サービスとの連携	4.6.2.1 地域内の福祉サービス提供機関(居宅介護支援事業者を含む)と適宜連携が図られている

2. 介護保険制度における指導監査

介護保険制度により、参入主体の規制は原則撤廃になり、指定基準・運営基準によって、最低限満たすべき人員及び設備基準、事業目的を達成するために必要な最低限度の基準が要件として示された。指定基準・運営基準は、構造面からの最低基準確保の仕組みといえる。

行政による指導監査は、指定権者たる都道府県（地域密着型サービスにあたっては市町村）が、介護サービス事業所に対して最低基準としての指定基準を遵守しているか、介護報酬の請求に問題はないかといった現状を確認することに主眼をおいて実施されているものであり、社会保障として介護保険制度が保障するサービス水準の確保及び維持を目的としている。介護サービス事業所の義務として行政の強制力をもって行われる点と、査察的視点で問題点を探す仕組みであるという点に特徴がある。

指導は、指定基準で定められたサービスの取扱いや介護報酬請求の周知徹底を目的とし、集団指導、書面指導、実地指導があげられる。監査としては、指導に基づく是正海善寺公について改善措置が講じられない場合をはじめ、重大な指定基準違反、介護報酬請求の不正、不当の疑いがある場合に実施される。監査の効果として、指定取消等の処分が行われる。

平成18年の介護保険制度改正に伴い、都道府県（市町村）による指導監督が強化され、業務改善勧告、業務改善命令、指定の停止命令、当該処分の公表の権限が追加された。また、平成18年改正では、事業者規制の見直しとして、①指定の欠格事由、指定の取消要件の追加、指定の更新制（6年ごと）が導入され、行政による事後規制の強化の傾向が示された。

3. 福祉サービス第三者評価（東京都福祉サービス第三者評価より）

第三者評価は、指定基準の遵守を前提としたうえで、当事者（利用者と介護サービス事業者）以外の第三者が評価を行うものであり、都道府県、市町村、民間団体など実施主体は様々である。

福祉サービス第三者評価は、全国社会福祉協議会が厚生労働省社会・援護局のサービス評価制度の検討とあわせて、試行事業を実施し、2001（平成13）年の通知を受けて、各自治体により実施されている。

このうち、2003（平成15）年より実施されている東京都の福祉サービス第三者評価は、目的として、①利用者に対する事業所の内容把握やサービス選択の目安となるための情報提供、②事業者が利用者のニーズ把握と、それに応える多様なサービスを提供するとともに、サービスの質の向上への取組を促進することとしている。

東京都の福祉サービス第三者評価制度は、「利用者調査」と「事業者評価」を組み合わせで構成されている。事業者評価として、全職員による「自己評価」、経営層による「自己評価」「訪問調査」の方式をとっている。「利用者中心」を軸にした8つのカテゴリーの枠組みにより、事業者のしくみの改善、取組の状態を評価していくプロセス、評価結果に対して、強み弱み分析を介して、事業者マネジメントの改善につなげる事業者への「フィードバックレポート」の仕組みは、日本経営品質賞の考え方を参考にしている。また、カテゴリー6のサービス提供プロセスについては、サービス種別に個別に設定されており、全体の項目を通して、「経営品質」視点から、サービス提供と、組織マネジメント改善をはかることを目指して設計されている。

図表2-6 東京都第三者評価制度「利用者調査」「事業者評価」

	利用者調査	事業者評価
調査の目的	現在の利用者のサービスに対する意向を把握する	事業者の組織体としてのマネジメント力及び現在提供しているサービスの質がどのような状態にあるかを把握する
調査項目	共通評価項目を必ず取り込む	共通評価項目を必ず取り込む
調査対象	利用者本人	全職員 → 自己評価 経営層（運営管理者含む）→自己評価、訪問調査
調査方法	・アンケート方式 ・聞き取り方式 ・コミュニケーション方式	自己評価を事前に分析 →訪問調査（標準項目の確認、現地視察及び経営層へのインタビュー）→合議
公表内容	・共通評価項目の集計値 ・全体のコメント	・評価項目の評点（A+～C） ・講評

出典：平成18年度 東京都福祉サービス第三者評価ガイドブック

図表 2-7 調査票の種類

経営層	事業プロファイル
	組織マネジメント分析シート
	サービス分析シート（6. サービス提供プロセス）
全職員	職員用組織マネジメント分析シート
	職員用サービス分析シート（6. サービス提供のプロセス）

出典：平成 18 年度 東京都福祉サービス第三者評価ガイドブック

図表 2-8 事業評価の項目

カテゴリー	
1	リーダーシップと意思決定
2	経営における社会的責任
3	利用者の意向や地域・事業環境などの把握と活用
4	計画の策定と着実な実行
5	職員の組織の能力向上
6	サービス提供のプロセス
7	情報の保護・共有
8	1～7に関する活動結果

出典：平成 18 年度 東京都福祉サービス第三者評価ガイドブック

上記 7 つのカテゴリーについて、項目の確認ポイントを明記し、それらを明示しているかどうか、取り組みを行っているかどうか、評価の視点を示すことにより、質的評価における評価の客観性を確保しようと設計されている。また、それらの取り組みに関する活動結果の評価（カテゴリー 8）においては、客観的数値によるデータ提出を要求するというよりも、「直近 1 年（比較可能な期間で）得られた定量的あるいは定性的な向上・改善状況についての評価」として、結果に対する解釈の幅を持たせている。

質的評価において、事業者取り組みを確認すること、また質的取り組みの結果を評価することは、単なる事実の確認よりも、評価者の専門性・経験則に基づく主観的判断を要することとなり、評価の客観性・公平性を確保するためには、評価基準の標準化が重要となってくる。

提供する商品・サービスの画一化・標準化の追求は、評価としての客観性を確保する。しかし、介護サービス分野では、工業製品における商品の質管理とは異なり、評価基準、評価方法、評価の材料などの評価の標準化が困難な分野である。

また、どの程度の標準化レベル設定がなされた評価指標ならば、活用勝手、評価の信頼性から利用者、事業者を受け入れられる評価指標となるのかの判断は難しく、結果的には各評価実施主体の独自の概念に基づくものとならざるを得ない。

東京都の福祉サービス第三者評価においては、評価機関の多様な参入を認め、事業者による評価機関の選択を保証しているが、多様な評価機関の参入と、質的評価において評価

基準の解釈の幅を持たせることは、評価者に求められる専門性と質をどのように確保していくか、が課題となるといえる。

図表 2-9 東京都福祉サービス第三者評価 項目例
 カテゴリー1 「リーダーシップと意思決定」より抜粋

サブカテゴリー 事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている		
1-1-1	標準項目	確認ポイント
「事業所が 目指していること（理 念、基本方 針）」を明確 化・周知し ている	① 事業所がめざしていること（理念・ビジョン、基本方針などを）明示している	「事業所が目指していること（理念やビジョンなど）」が文字や図などに「表現されたもの」として確認できるか
	② 事業所が目指していること（理念、ビジョン、基本方針など）について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている	「事業所が目指していること（理念やビジョンなど）」を開示したものの「作成」、それらを用いた「定期的な会合の場」における説明など、「職員の理解が深まるような取り組み」が確認できるか
	③ 事業所がめざしていること（理念、ビジョン、基本方針など）について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている	「事業所が目指していること（理念やビジョンなど）」を解説したものの「作成」、それらを用いた「定期的な会合の場」における説明など、「利用者や家族等の理解が深まるような取り組み」が確認できるか
	④ 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること（理念、ビジョン、基本方針など）を思い起こすことができる取り組みをおこなっている（会議中に確認できるなど）	「事業所が目指していること（理念やビジョンなど）」の会議の場への提示、会議の時の唱和など、それを「確認することができるような取り組み」が確認できるか

出典：平成 18 年度 東京都福祉サービス第三者評価ガイドブック

4. 介護サービスの情報の公表

2006（平成 18）年の介護保険制度改正によって、「介護サービス情報の公表」制度が導入されることになった。これは、介護サービス事業者が自らの責任において情報を公表し、利用者がその公表された情報を活用しながら自らの責任において主体的に介護サービス事業所を選択するための環境整備を行うことを目的とし、これにより、利用者自らによる介護サービス事業者の評価・選択、自己決定を支援する仕組みとなっている。本制度は、対象となる介護サービス事業所に対して義務化されており、利用者選択の支援とともに、事業者にとっては、利用者の支持を得るためのサービスの質による適正競争機能による介護サービス全体の質の向上、また、介護保険制度の基本理念を踏まえたサービスの質の維持・改善への取り組みに関する自主努力の内容が公表を通じた、他事業者との比較競争、事実に基づく情報公表という事業者姿勢により、介護サービス事業者の質の確保・向上をはかる効果も指摘できる。

公表項目は、事業所側がサービス提供場面で現に行っている事柄（事実）を客観的に情報として公表するものであり、調査側の主観・判断は反映されないことにより、情報の客観性を確保するものとなっている。また、基本情報項目、調査情報項目の公表プロセスを介し、サービスの質の改善への道筋を見いだす効果が期待されており、第三者評価・指導監査とは異なるアプローチによる、質確保方策となっている。

例として、平成 18 年度の訪問介護サービス調査情報項目について、確認事項を示すと、調査情報項目では、事業所のサービス提供体制と、運営体制について、仕組みの有無、取り組みの有無について確認する構成となっており、有無の確認は、文書等事実確認が可能なもの（マニュアル、計画、実施記録等）を判断の基準としている。

図表 2-10 介護サービス情報の公表 訪問介護サービス 平成 18 年度調査情報項目

大項目 I 介護サービスの内容

中項目	小項目	確認事項
1. 利用者の権利擁護等	1 介護サービスの提供開始時における利用者等に対する説明及び利用者等の同意の取得の状況	サービスの選択に資する重要事項について、説明をし、同意を得ている。
	2 利用者等に関する情報の把握及び課題の分析の状況	利用者及びその家族の希望、利用者の心身の状況を把握している
	3 利用者の状態に応じた訪問介護計画等の作成及び利用者等の同意の取得の状況	①サービス計画は、利用者及びその家族の希望を踏まえて作成している ②サービス計画には訪問介護の目標を記載している ③訪問介護計画について、利用者又はその家族に説明し、同意を得ている
	4 利用者等に対する利用者が負担する利用料に関する説明の実施の状況	利用者に対して、利用明細を交付している

2. 利用者本位の介護サービスの質の確保	1	認知症の利用者に対する介護サービスの質の確保のための取組の状況	①従業者に対する認知症及び認知症ケアに関する知識及び理解を深めるための研修を行っている ②認知症の利用者への対応及び認知症ケアの質を確保するための仕組みがある
	2	利用者のプライバシーの保護のための取組の状況	従業者に対して、利用者のプライバシーの保護の取組に関する周知を図っている
	3	利用者の家族の心身の状況の把握及び介護方法等に関する助言等の実施の状況	①利用者の介護者の心身の状況を把握している ②利用者の家族が行う介護の方法について、利用者の家族に対して説明をしている
	4	入浴、排せつ、食事等の介助の質の確保のための取組の状況	①入浴介助、清拭及び整容に関して、訪問介護の質を確保するための仕組みがある ②利用者ごとの入浴介助、清拭又は整容の実施内容を記録している ③排せつ介助に関して、訪問介護の質を確保するための仕組みがある ④利用者ごとの排せつ介助の実施内容を記録している ⑤食事介助に関して、訪問介護の質を確保するための仕組みがある ⑥利用者ごとの食事介助の実施内容を記録している ⑦口腔ケアに対応する仕組みがある
3 相談、苦情等の対応	5	移動の介助及び外出に関する支援の質の確保のための取組の状況	①移動介助及び外出支援に関して、訪問介護の質を確保するための仕組みがある ②利用者ごとの移動介助又は外出支援の実施内容を記録している
	6	家事等の生活の援助の質の確保のための取組	①生活援助に関して、訪問介護の質を確保するための仕組みがある ②利用者ごとの生活援助の実施内容を記録している ③利用者の状態に留意した調理を行う仕組みがある
	7	訪問介護員等による訪問介護の提供内容の質の確保の取組の状況	①訪問介護員の接遇の質を確保するための仕組みがある ②利用者の金銭管理に関して、訪問介護員の質を確保するための仕組みがある ③利用者の鍵の管理に関して、訪問介護員の質を確保する仕組みがある ④予定していた訪問介護員が訪問できなくなった場合の対応手順を定めている
		相談、苦情等の対応のための取組の状況	①利用者又はその家族からの相談、苦情等に対応する仕組みがある ②相談、苦情等の対応の経過を記録している

			③相談、苦情等対応の結果について、利用者又はその家族に説明している
4 介護サービスの内容の評価、改善等	1	介護サービスの提供状況の把握のための取組の状況	①サービス提供責任者は、1か月に1回以上、利用者の居宅を訪問し、サービス提供状況を把握している ②訪問介護計画の評価を行っている
	2	介護サービスに係る計画等の見直しの実施の状況	①訪問介護計画の見直しについて検討している ②訪問介護計画の見直しの結果、居宅サービス計画の変更が必要と判断した場合、介護支援専門員に提案している
5 質の確保、透明性の確保等のために実施している外部の者との連携	1	介護支援専門員等との連携の状況	①介護支援専門員に対し、定期的に、訪問介護の実施状況を報告している ②サービス担当者会議に出席している
	2	主治の医師等との連携の状況	利用者の主治医等との連携を図っている

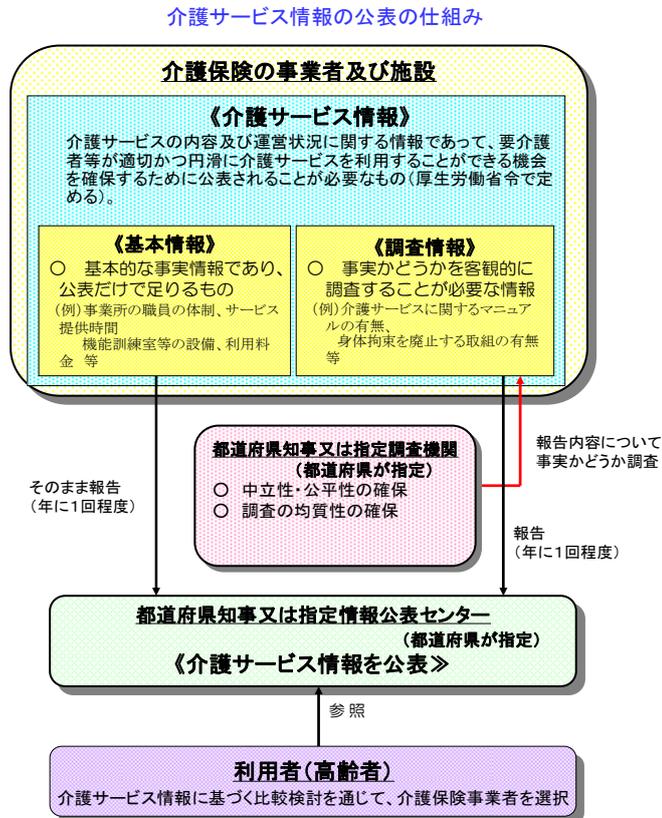
大項目 2 運営状況に関する事項

1 適切な事業運営の確保	1	重要者等に対する従業者等が守るべき倫理、法令等の周知等の実施の状況	①従業者が守るべき倫理を明文化している ②従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修を実施している
	2	計画的な事業運営のための取組の状況	事業計画を毎年度作成している
	3	事業運営の透明性の確保のための取組の状況	事業計画、財務内容等に関する資料を閲覧可能な状態にしている
	4	介護サービスの提供に当たって改善すべき課題に対する取組の状況	事業所の改善課題について、現場の従業者と幹部従業者とが合同で検討する仕組みがある
2 運営管理、業務分担、情報の共有等	1	事業所における役割分担等の明確化のための取組の状況	管理者、サービス提供責任者及び訪問介護員について、役割及び権限を明確にしている
	2	介護サービスの提供のために必要な情報について従業者間で共有するための取組の状況	サービス提供責任者及び担当訪問介護員は、サービス提供の記録について確認している
	3	従業者からの相談に対する対応及び従業者に対する指導の実施状況	①新任の従業者に対して、同行訪問による実施指導を行っている ②従業者からの相談に応じる担当者がある
3 安全管理及び衛生管理		安全管理及び衛生管理のための取組の状況	①事故の発生又はその再発を防止するための仕組みがある ②事故の発生等緊急時に対応するための仕組みがある ③非常災害時に対応するための仕組みがある ④利用者ごとの緊急連絡先が把握されている ⑤感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延を防止するための仕組みがある ⑥体調の悪い訪問介護員の交代基準を定めている
4 情報管理、個人情報保護等	1	個人情報保護の確保のための取組の状況	①事業所の業務に照らして通常必要とされる利用者及びその家族の個人情報の利用目的を公表している ②利用者及びその家族の個人情報の利用目的の変更時には、利用者に対する通知又は公表を行っている ③個人情報の保護に関する規程を公表している
	2	介護サービスの提供記録の開示の実施の状況	利用者の求めに応じて、サービス提供記録を開示する仕組みがある

5 介護サービスの質の確保	1	従業者等の計画的な教育、研修棟の実施の状況	①訪問介護に従事する全ての新任の従業者を対象とする研修を計画的に行っている ②訪問介護に従事する全ての現任の従業者を対象とする研修を計画的に行っている
	2	利用者等の意向等を踏まえた介護サービスの提供内容の改善の実施の状況	①利用者の意向、意向調査結果、満足度調査結果等を、経営改善プロセスに反映する仕組みがある ②自ら提供する訪問介護の質について、定期的に自己評価を行っている ③事業所全体のサービスの質の確保について検討する仕組みがある
	3	介護サービスの提供のためのマニュアル等の活用及び見直しの実施の状況	①マニュアル等はいつでも閲覧できる場所に備え付けている ②マニュアル等の見直しについて検討している

介護サービス情報の公表 平成18年度訪問介護サービス調査情報項目より

図表2-1-1 介護サービス情報の公表の仕組み



5. 介護保険制度改正における質確保の視点

平成 18 年介護保険制度改正においては、先述の事業者規制の見直し、介護サービス事業者の事業者情報公表の義務化以外にも、サービスの質の向上の視点から見直しがなされた。

介護サービスの専門性の向上として、「介護職員基礎研究」の導入等の研修体系の見直し、介護報酬におけるサービス提供責任体制、3 級ヘルパーの報酬減算の強化等、施設における生活・療養環境の改善として、感染管理・安全管理体制及び褥瘡予防体制の整備、身体拘束廃止の推進、ユニットケアの推進、療養環境減算の強化等、ケアマネジメントの見直しとして、ケアマネジャー資格の更新制の導入、研修の義務化、ケアマネジャー標準担当件数の引き下げ、不正に対する罰則の強化などがはかられた。その他、提供サービスの報酬・基準の見直しとして、特定事業所加算をはじめ、マネジメント視点からの質確保として改正が行われた。

図表 2-12 平成 18 年介護保険制度改正による報酬・基準の見直し
マネジメント視点の評価と質の確保の例

サービス名	
介護予防サービス	運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算：サービス提供において P D C A の一連のプロセスを実施した場合に加算 事業所評価加算：評価期間において利用者の要支援常態の維持・改善割合が一定以上になった場合に加算
居宅介護支援	特定事業所加算 ：中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応、専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを実施している事業所に加算
訪問介護	特定事業所加算 ：人材の質の確保、ヘルパーの活動環境の整備、中重度者への対応等を実施している事業所に加算 3 級ヘルパー減算の見直し
訪問リハ、通所リハ、介護老人保健施設、介護療養型医療施設	リハビリテーションマネジメント加算、短期集中リハビリテーション実施加算
通所介護、通所リハ	栄養マネジメント加算、口腔機能向上加算、若年性認知症ケア加算
介護保険施設	ユニット型施設に関する基準等の見直し、感染症管理体制、介護事故に対する安全管理体制、身体拘束廃止未実施減算
介護老人福祉施設	重度化対応加算、準ユニットケア加算、看取り介護加算、在宅・入所相互利用加算

6. 経営品質視点における質確保方策 MB賞審査基準のベンチマーク

質確保方策の中で、介護サービス情報の公表制度や、福祉サービス第三者評価制度においては、その項目において、提供サービスの質の評価に着目するだけでなく、組織マネジメント、経営管理視点が盛り込まれている。すなわち、よりよいサービス提供を実践していくためには、組織マネジメントが実践されていることが必要である、との考え方に基づく（提供サービスの質と、組織マネジメントの関係については、6章参照）。この考え方は、既に一般産業分野においては、「経営品質」や、「総合的質」といった用語で多用されている。

「経営品質」の考え方は、統計的品質管理の考え方から始まっており、大量生産時代における工業製品の製品検査の考え方、工程管理、そして設計・企画管理の考え方をたどり、展開してきたものである。マルコム・ボルドリッジ国家品質賞の審査基準は、工業製品分野におけるこれらの考え方を、全産業分野に適用することを前提に開発された。日本のデミング賞をベンチマークして作成されたMB賞審査基準は、現在世界各国各地域において、経営品質のモデルとして、浸透・活用されている。評価基準は、時代により移り変わる要請を反映するべく、主に隔年の見直しがなされており、これは米国政治や産業界に影響を受けることが指摘できる。従って、MB賞審査基準をそのまま、わが国の介護サービス事業分野に適用可能することは適切ではないと思われるが、「経営品質」の考え方について、MB賞審査基準をモデルに整理することは必要不可欠といえる。

(1) MB賞設立背景と趣旨

米国商務省管轄 National Institute of Standards and Technology のプログラムである Malcolm Baldrige National Quality Award（以下、MB賞）は、1987年創設の国家賞であり、その目的は、1970年代～80年代前半の米国経済の不振を背景に、競争力強化であった。当時の日米欧の企業調査を実施、好業績企業の共通点について（①コスト、品質、納期の同時改善、②顧客重視、③供給業者との関係、④技術、ノウハウの活用、⑤組織の意思決定スピード、⑥継続学習、チームワーク、参加意識、適応力を重視した人事等）を分析し、「顧客満足」に焦点をあて、顧客が満足する品質改善活動を創造的かつ継続的に実施していくこと、実施水準を評価し、さらに改善領域発見を含めたさらなる改善を目指し、優れた経営システムを育成していくためのボルドリッジ国家品質プログラムの一環として位置づけられている。

MB賞審査基準の目標は、患者（利用者）、顧客へ、常に改善され続ける価値を提供する、組織全体の有効性を高め、組織能力の改善をはかる、組織及び職員個人の学習効果を上げることが掲げている。

審査基準は、自己評価と第三者評価を組み合わせることにより、適切なマネジメントシステムの確立へ向けて、組織の位置づけを確認（計測）し、ギャップを理解し、解決のための努力の支援を支援すること（自己評価に基づく経営革新プログラム）、品質に関する意識を醸成し、品質向上を達成した組織を評価、その戦略を広く公表する（表彰方式による第三者評価によるベストプラクティス情報の伝達と共有化）ことにより構成されている。

(2) 審査基準フレームワークと基本的考え方

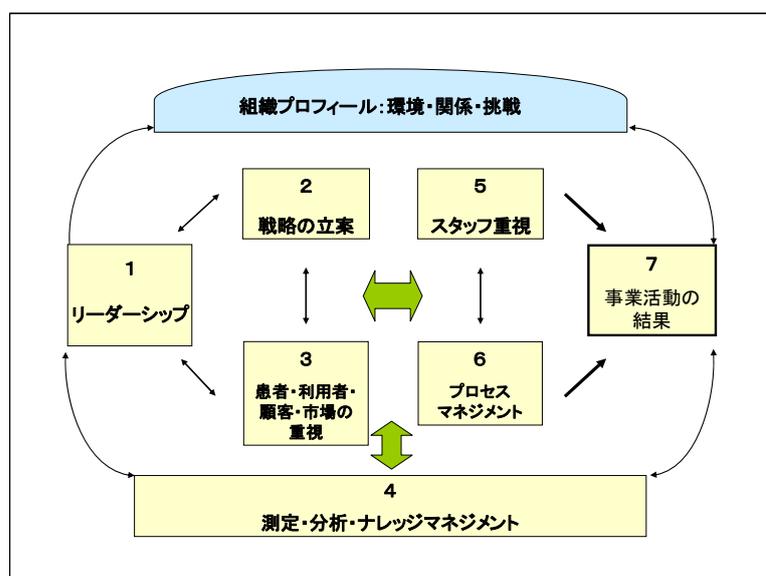
MB賞審査基準では、基本的価値観をもとに、フレームワークを作成し、経営革新に必要な要素をマネジメント・モデルとして構造化している。一分野の改善は、他分野の改善必要性を気づかせるものとの観点から、サービスの質、プロセス、財務業績、顧客満足、地域貢献、従業員満足、使命の浸透といった多面的な尺度に基づく取り組みの成果が、バランスよく高い水準になっている状態を目指し、経営の統合度、整合性、展開度、結果で質を評価する。各取り組みに関する結果について、1000点満点中成果（結果）に450点を配点しており、改善の結果をデータにより証明することを求めている。

図表2-13 2006年審査基準 基本的な価値観

- ・ 将来を見据えることのできるリーダーシップ
- ・ 顧客主導の卓越性
- ・ 組織と個人の学習
- ・ 従業員とパートナーの尊重
- ・ 俊敏性（アジリティ）
- ・ 将来重視
- ・ 革新に向けたマネジメント
- ・ 事実に基づくマネジメント
- ・ 社会的責任
- ・ 結果重視と価値の創造
- ・ システム的視点

出典：2006 Health Care Criteria for Performance Excellence

図表2-14 MB賞審査基準フレームワーク



出典：2006 Health Care Criteria for Performance Excellence

審査基準の視点は、カテゴリー項目について、「どのように取り組んでいるか」、との設問方式であり、特定手法の強制や提示は行っていない。したがって、受審者側にとっても、自組織の取り組みを示し、その取り組みの効果を証明していくプロセスは、労力を要するものといえる。一方で、審査側にとっても、特定手法や明確な特定基準を示すことなく評価を要するものであり、審査側の高度な専門性が、本制度を支えているともいえ、審査項目のあり方と、審査者の質の関係次第で、第三者評価制度の性質が決定づけられるといえる。審査では、質改善の仕組みとその整合性、一貫性を重視し、「アプローチ」「展開」「結果」に従って評価を行う。

例示として、第1カテゴリー（リーダーシップに関する項目）についてみると、例えば、リーダーシップについて、どのような取り組みをおこなっているか、その取り組み結果は、次の改善活動に活かされているかどうか、どのように組織的に展開させているかどうか、仕組みや事実のあるなしではなく、具体的な業績（結果）、結果を次の活動に反映させているかどうか、どのような展開の仕方をしているか、各取り組みが効果的、体系的に改善につながる仕組みとなっているかどうか、に注目している。このため、事業者は、各カテゴリーで示される取り組みの相互関連性、有効性、整合性を、客観的に示す必要がある。

審査者側の負担については、審査手続にも表れている。受審者による申請書提出を受けて、審査側は、NIST任命審査員（例年400名程度で構成）によりフィードバックレポートを作成し、受審者に示すことで、自己評価と、自組織の改善に役立てることを想定している。書類審査の後、①8人以上の審査員による個別審査と採点（1組織当たり約300時間）、②合議審査、③立入り審査（1立入り当たり審査時間1000時間）、④判定、受賞の4段階のプロセスにより審査を行う。

受審組織の年次推移をみると、創設当初は製造業が中心であったものが、近年は、ヘルスケア部門や教育部門といった、生産管理、統計的品質管理になじみにくい領域において領域からの申請増加の傾向が見受けられる。すなわち、医療や福祉、教育、非営利分野においても、組織マネジメントの体制を整えていくこと、「経営品質」を高めていくことが重要であるとの認識が広まっていることを示しているといえる。

MB賞審査基準は、世界や地域においてベンチマークされ、例えば州賞などでは、評価基準のレベルを下げ設定してあり、一般に地域賞、州賞へのチャレンジのプロセスを経て、国家賞に望むという申請組織が多く見受けられる。

図表2-15 MB賞審査項目 カテゴリー1 リーダーシップより（抜粋）

1.1 経営幹部のリーダーシップ：どのように経営幹部は指導的役割をはたしていますか。	
経営幹部がどのように組織を導き、持続させているかを記述してください。	
経営幹部がどのように従業員とコミュニケーションしているか、どのようにパフォーマンスを高めているかを記述してください。記述には、以下の質問に対する回答を含めてください。	
1.1.a ビジョ ンと価 値観	(1) 経営幹部は、どのように組織のビジョンと価値観を設定していますか。 経営幹部は、リーダーシップシステムを通して、全従業員、主要なサプライヤーやパートナー、顧客やその他の利害関係者に対して、どのようにして適切に組織のビジョンと価値観を展開していますか。 経営幹部自らの活動は組織の価値観に対するコミットメント（達成すべき目標）にどのように反映されていますか。
	(2) 経営幹部は、遵守法、倫理的行動を促進し要求する環境に向けてどのように推進していますか。
	(3) 経営幹部は、持続可能な組織をどのように構築していますか。経営幹部は、パフォーマンスの改善、ミッションや戦略課題の達成、革新、組織の俊敏性を引き出す環境をどのように構築していますか。 経営幹部は、組織および従業員の学習環境をどのように構築していますか。 経営幹部は、将来の組織リーダーの後継者計画や育成にどのように直接的に関与していますか。

出典：2006 Criteria for Performance Excellence (対訳版)をもとに作成

図表 2-16 MB賞審査基準 カテゴリー1「リーダーシップ」における記載・審査の視点（例）

- ・ 経営幹部（組織のリーダー層）は、組織の価値基準、短期・長期の方向性、組織活動が期待するものなどの設定し、推進をしている。
- ・ 経営幹部（組織のリーダー層）は、価値観、戦略の方向性を示し、職員の期待に応えるために手法（意見交換等）を駆使している。
- ・ 経営幹部（組織のリーダー層）は、提供サービスの改善環境を高い水準に保つために、手法（権限委譲等）を駆使している。
- ・ 経営幹部（組織のリーダー層）は、リーダーシップシステムの定期的な業績評価計画、審査活動支援のための仕組みを活用している。
- ・ 定期的な審査活動の結果に基づき、改善すべき点を把握する体系的な手法がある。
- ・ 仕組みのPDCAが回せている。
- ・ 方向性を一つにする、活動計画を持っている。
- ・ スタッフの権限委譲がはかられており、業績の改善に対して責任をもっている。
- ・ 業績と活動の可能性を評価審査するプロセスが明らかである。
- ・ 最近の業績評価結果が明らかになっている。
- ・ 定期的な業績評価審査の尺度が明確である。
- ・ 業績審査結果と、今後優先すべき改善課題との関係性が明確である。
- ・ 様々な評価プロセスから得た情報が、リーダーシップシステム改善の優先課題を設定する上で、役立っている。
- ・ 価値観、短期的／長期的方向性、期待すべき業績の設定方法実施方法が確認できる。
- ・ 権限委譲のための環境作りについて確認できる。
- ・ 権限委譲の実態について確認できる。
- ・ 業績評価結果を改善の機会作りや、優先課題の設定に役立て、関係者に示しているか。
- ・ 業績評価活動手法をはっきりさせているか。
- ・ 業績評価尺度をはっきりさせているか。
- ・ リーダーシップシステムの有効性。結果から改善課題を設定しているかどうか。
- ・ リーダーシップパフォーマンス評価（同僚審査、公式のマネジメントレビュー方法、スタッフフィードバック調査）。

出典：Health Care Criteria for Performance Excellence スコアブックサンプルをもとに例示列挙

図表 2-17 2006年版 MB賞ヘルスケア部門 審査基準項目表

P	組織プロフィール Preface: Organizational Profile	—
P.1	組織の説明 Organizational Description	—
P.2	組織の挑戦課題 Organizational Challenges	—
1.	リーダーシップ Leadership	120
1.1	経営幹部のリーダーシップ Senior Leadership	70
1.2	組織統治と社会的責任 Governance and Social Responsibilities	50
2.	戦略計画 Strategic Planning	85
2.1	戦略の策定 Strategy Development	40
2.2	戦略の展開 Strategy Deployment	45
3.	患者(利用者)・顧客と市場の重視 Focus on Patients ,Other Customers, and Markets	85
3.1	患者 (利用者)・顧客とヘルスケア市場の理解 Patient, Other Customer and Health Care Market Knowledge	40
3.2	患者 (利用者) 関係、顧客関係、患者 (利用者) 満足度、顧客満足度 Patient and Other Customer Relationship and Satisfaction	45
4	測定・分析およびナレッジマネジメント Measurement and Analysis of Organizational Performance	90
4.1	組織のパフォーマンスの測定、分析およびレビュー Measurement and Analysis ,and Review of Organizational Performance	45
4.2	情報とナレッジマネジメント Information and Knowledge Management	45
5	人的資源の重視 Human Resource Focus	85
5.1	業務システム Work Systems	35
5.2	スタッフの学習と動機づけ Staff Learning and Motivation	25
5.3	スタッフの福利厚生と満足 Staff Well-being and Satisfaction	25
6	プロセスマネジメント Process Management	85
6.1	ヘルスケアプロセス Health care Processes	45
6.2	支援プロセスと業務運営計画 Support Processes and Operational Planning	40
7	結果 Organizational Performance Results	450
7.1	ヘルスケアの成果 Health Care and Service Delivery Outcomes	100
7.2	患者／顧客重視の成果 Patient-and Other Customer-Focused Outcomes	70
7.3	財務と市場における成果 Financial and Market Outcomes	70
7.4	スタッフの成果 Staff and Work System Outcomes	70
7.5	組織の効果性の成果 Organizational Effectiveness Outcomes	70
7.6	リーダーシップと社会的責任の成果 Governance and Social Responsibility Outcomes	70
	合計 Total Points	1000

出典：2006 Health Care Criteria for Performance Excellence

(3) 2006年ヘルスケア部門受賞組織 (North Mississippi Medical Center) の事例

2006年のヘルスケア部門受賞は、North Mississippi Medical Center (NMMC) であった(収益 46,000 万ドル、職員数 3,875 名、ミシシッピ州内最大の地域所有型病院)。

取り組みの特徴として、ミッションを「地域の住民の健康を改善し続ける」とし、23の小学校と中学校に看護師を派遣、高学年児童が通う小学校3校に有資格の健康教育者を派遣、有資格の運動トレーナーを13の高校に派遣していること、また、地域に対する貢献として、地元の156,750人を対象とした、無料の健康フェア、健診プログラム、健康教育、人口呼吸法習得クラス、予防接種プログラムの実績や、毎年7,000万ドルに及ぶ慈善寄付金やチャリティーケア、削減医療費、ボランティアサービスの実施が上げられている。組織内部のデータシステムとしては、内部電子カルテシステムを通じた各医療提供者への情報提供、医療過誤や情報の重複の削減、遠隔医療システムの整備が評価されている。

財務的には、Care-based Cost Management アプローチにより、診療業務内容を減らし、内科的合併症を減らし、1999年からの累積利益が1,110万ドルに及び、2006年会計年度の負債を26.7%から21.8%まで削減、2006年には経費を上回る5,650万ドルの収益をもたらし、2005年比で290万ドル増加した。

2006年のPress Ganeyの医師全体満足度では、NMMCのベンチマーク値が8%から9%に上回り、また全体の満足度と診療のしやすさのスコアが99%、リーダーシップスコアが98%、入院治療の満足度結果は、2004年から一定した改善をみせ、「人にすすめたいと思うか」のスコアでは、2002年には52%から約60%に上昇した。2005年と2006年にはスコアは90パーセンタイル値に近づいている。また、2000年から職員全体満足度はHuman Resource社のベンチマーク値の90パーセンタイル値を上回る結果を示した。職員教育について、授業料返還プログラムや他のプログラムを通じて、毎年140万ドルを、職員の技能を向上させキャリア促進に割り当てている(出典：N I S Tホームページ)。

(4) わが国への示唆

米国のロングタームケアの経営環境は、わが国の介護サービス事業とは、大きく異なる。公的介護については、一部がメディケア、メディケイドの償還があるのみであり、民間保険制度が主であること、運営主体は、非営利・営利の比較的規模の大きい組織が多いことを鑑みると、MB賞ヘルスケア審査基準を、わが国にそのまま当てはめることは難しい。

競争環境分析に関しては、わが国の介護保険制度下において、事業者には競争概念があるかどうかは、供給体制との関係上、地域により異なるであろうことが予想される。また、データ収集分析、活動の測定分析は、ある程度の規模を有しなければ、プロジェクトチームを設置したり、高額なシステムなどを導入することは現実的でなく、MB賞受賞組織の活動を、そのままわが国の介護サービス分野にあてはめることは妥当ではない。一方、社会的責任、顧客中心の考え方、従業者重視、学習の視点などは、規模にかかわらずに共通する考え方であり、わが国の評価基準や評価項目を検討することが必要である。

MB賞ヘルスケア部門受賞をみると、MB賞カテゴリーを意識し、ミッション、ビジョン、

バリューを明確にし、組織の方向性を同じにすることに力を注ぎ、様々な経営手法を組み合わせながら、戦略マネジメントの基本モデルを、時間をかけて繰り返し行っている点が共通してみられる。その上で、各組織の持つ「弱み」の部分を克服するため、取り組みに工夫がみられる。

共通の土台となっている、組織マネジメント基本モデルの一連の継続的な取り組みは、他産業界にも共通する部分であり、わが国の介護サービス分野における経営品質のあり方に当てはめた場合も示唆に富むものであり、検討において不可欠な視点である。

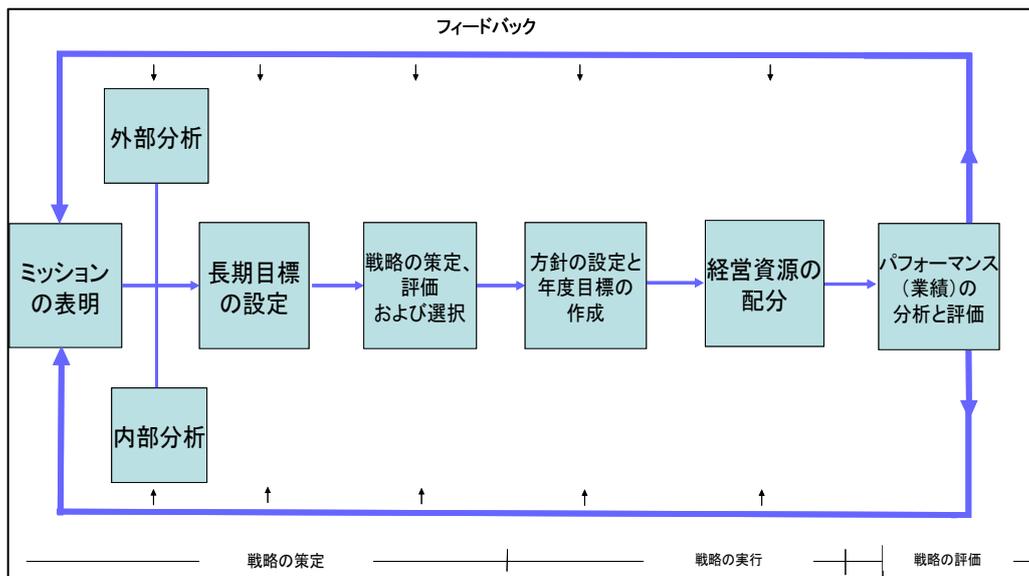
図表 2-18 MB賞ヘルスケア部門受賞組織の取り組み比較

	SSM Health Care (2002)	Baptist Hospital Inc. (2003)	St. Luke's Hospital of Kansas City (2003)
リーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> ・使命、価値観浸透 (パスポート配布携帯) ・地域医療貢献 ・共同、共有 	<ul style="list-style-type: none"> ・「言いわけなし」方針 ・アカウントビリティレポート (臨床/財務) ・行動規範 ・コンプライアンス部門 ・オープンドアアクセス ・地域医療貢献 	<ul style="list-style-type: none"> ・エンパワーメント重視 (契約医師と管理部門の協力関係) ・倫理規範 ・地域教育プログラム ・使命普及カード ・BSC
戦略	<ul style="list-style-type: none"> ・戦略財務資源計画 (短期・長期) ・戦略データセット ・パスポート 	<ul style="list-style-type: none"> ・戦略計画 (短期・長期) 	<ul style="list-style-type: none"> ・戦略計画 (短期・長期) ・BSC利用
顧客重視	<ul style="list-style-type: none"> ・患者満足度調査 (入院/外来/救急/在宅/ロングターム) ・苦情処理 ・患者ロイヤリティ ・職員満足度 ・医師満足度 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者満足度調査 (入院/外来/救急/外科/在宅) ・苦情処理 ・24時間コールセンター ・職員満足度 ・医師満足度 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者満足度調査 (入院/外来/救急) ・レジデント、学生満足度調査 ・12顧客対応基準 ・苦情処理
情報分析	<ul style="list-style-type: none"> ・システム内情報センター ・戦略策定、業績分析 ・ベンチマーク 	<ul style="list-style-type: none"> ・情報ナレッジマネジメントシステム ・業績指標開発 ・ベンチマーク 	<ul style="list-style-type: none"> ・情報マネジメントシステム ・ベンチマーク
スタッフ重視	<ul style="list-style-type: none"> ・医師情報ネットワークシステム ・女性スタッフ満足度向上策 ・多様性 (マイノリティ専門職・管理職) 	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフ教育プログラム (大学との提携) ・マネジメント教育 ・Medeical Information Data Access System ・アイディア開発プログラム ・24時間職員フォーラム 	<ul style="list-style-type: none"> ・臨床研究開発 (大学との提携開発) ・多様性 (マイノリティ専門職・管理職) ・スタッフ満足度調査
プロセス マネジメント	<ul style="list-style-type: none"> ・クリニカルコラボレーティブ活動 ・継続的改善 (CQI) 	<ul style="list-style-type: none"> ・チーム活動を中心としたプロセス改善 ・業績審査委員会 	<ul style="list-style-type: none"> ・BSCを使った業務改善 ・クリニカル・パス ・PIモデル

業 績	<ul style="list-style-type: none"> ・財務成果（投資格付評価 AA） ・臨床成果 ・市场占有率の増加 ・満足度 ・予期せぬ再入院率 	<ul style="list-style-type: none"> ・満足度 ・スタッフ志気 ・理事に対する評価 ・職員離職率 ・臨床成果（薬剤事故率、じょくそ う発生率） 	<ul style="list-style-type: none"> ・研修病院（Consumer's Checkbook 35位） ・職員離職率 ・臨床成果（外科手術における感染症 発生率、急性心筋梗塞治療成果、退 院後の通院患者数） ・財務成績（医業収入、現金保有日数）
-----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Baldrige National Quality Program Award Recipient Application Summaries をもとに作成

図表 2-19 戦略マネジメントのプロセスモデル



Fred R David, How companies Define Their Mission, Long Range Planning 22, no. 3 をもとに作成

図表 2-20 MB 賞ヘルスケア審査基準における倫理的行動の評価の指標の例

社外理事（社外役員）の割合、倫理規定への違反と対応の実例、組織倫理・倫理ホットラインに対する従業員の認識度調査結果、倫理レビュー（倫理チェック）結果、倫理監査結果、基金の活用管理業務、基金の運営の透明性（収支に関する適切な使用方法決定についての方針（ポリシー）やスタッフ教育（訓練）及びモニタリングシステム等の適切な実施）等。

出典：Healthcare Criteria for Performance Excellence 2006