

第6章 介護サービス分野における経営品質についての検討

論文 1. 「介護事業者における経営品質評価の意義と方向性」

国立保健医療科学院 経営科学部
菅原 琢磨

1. はじめにー「情報公表」、「第三者評価」、「指導・監査」の背景と位置づけー

2000 年 4 月に公的介護保険制度（以下「介護保険」と略）が実施されてから約 7 年が経過した。この間、介護サービスの利用者は一貫して増加しており、それに伴いサービスを提供する介護サービス事業者数も増加してきた。とりわけ民間営利事業者の参入が認められた居宅介護サービス分野の伸長は著しく、平成 12 年度 124 万人（1 ヶ月平均）だった利用者は平成 15 年度には 214 万人へと 173% 増加、事業所数も例えば訪問介護事業所数では、平成 12 年の 9,833 カ所（同年 10 月 1 日）から平成 15 年の 15,701 カ所へと 160% 増加した。

介護保険はそもそも従来の措置委託を廃し、利用者と事業者の契約関係に改めるとともに、多様な提供主体を認めることでサービス提供基盤の拡大を企図しており、提供者数増大による利用者の選択肢拡大は、基本的には歓迎すべきことと言えよう。

しかしその一方で、多様な事業者の介護サービス事業への参入は、事業に対する考え方、熱意、責任感に従来以上の事業者間の格差をもたらすことになったことは想像に難くない。またこのような多様な事業者が生まれたことで、同一サービスでもサービスの質について従来以上の格差が生じていることも予想される。

もとよりサービスの質については、事業者が他の事業者との競合（争）関係の中で各々の創意にもとづき自発的にその改善を図ることが望ましく、他事業者との差別化の結果、「一定の範囲内で」差異が生じているような状況は、「適切な事業者間競争が保たれている限り」は特に大きな問題とするにあたらない。むしろこのような差異によって、良質なサービスを提供する事業者が「利用者に選択され」事業の継続と発展が約束されるからである。一方、質の劣るサービスしか提供できない事業者は、サービスの改善ができなければ十分な利用者を獲得できず、やがて事業継続は困難となり「淘汰」される。このような市場における永続的な競争を通じた質確保の方策は、通常の財やサービスについては、ごく自然なことであり、サービス提供体制において準市場（quasi-market）の発想を持ち込んだ介護保険においても、このような機能が作用することが当然期待されている。

しかし現実の介護市場においては、このような市場を通じた質確保の方策が必ずしも十分に期待できないことも明らかである。そこで我々には、介護サービスの質の確保のために市場機能を補完し、その機能の発揮を促すような仕組みの構築が求められるのである。この点については、先述の文章中、特に括弧（「」）で括った部分と関連があるので、ここで若干説明を補足しておこう。

まず、サービスの質の差が「一定範囲内」であれば、特定条件下では大きな問題で

はないという点について考えよう。「一定範囲内」であるべき理由は、介護サービスについては、要介護高齢者が劣悪なサービス事業者に当たった際の心身への悪影響が健常者に比べて大きいと考えられること、またこのようなケースに不幸にも遭遇した場合、劣悪な業者との契約を中止し、他の事業者と新たに契約するまでの手間（switching cost）が健常者に比べて大きいことに求められる。たまたま入った蕎麦屋で出された蕎麦が美味しくなかったとしても、支払うコストはたかだか1食分の代金と時間だけで、次回からは他の店に行けば済むことだが、介護サービスの場合には、これに比べて利用者への影響は甚大なのである。そこでどの事業者でサービスを受けたとしても、ある水準のサービスは受けられることを保証する必要性が提起される。ただしサービスの質そのものについてある特定の範囲（range）を先験的に定めることは技術的に難しく規制コストも大きい。そこで現実にはサービスの質の範囲そのものを定めるのではなく、サービス水準に影響を及ぼすことが予測される諸要因について、それを満たしているか否かを確認することで擬制的な最低限の品質水準の保証とするのである。多くの第三者評価における評価項目や昨年度から開始された介護サービス事業者の情報公開の項目は、このような考え方の延長線上のものだろう。

次に市場により提供されるサービスの質の確保がなされる為には、「適切な事業者間競争が保たれている」必要がある。多くの介護サービス提供事業者の参入によって、介護サービスの提供基盤整備は介護保険導入以前に比べて飛躍的に進んだものの、未だ事業者数が少なく、サービスによっては利用者の事業者選択が限定される地域も存在する。このような地域独占（或いは寡占）の状況では、事業者には一般に自らのサービスの質を向上させようという誘因（incentive）は働きにくい。介護保険では介護報酬が公定されているので、仮に地域独占状態でも「価格吊り上げ」は困難である。しかし事業者は、人件費などの費用を極力抑制してサービスの質を低下させるといった行為を容易に実行しうる。このような場合、一般の産業であれば競争政策上の観点から、企業分割が命じられたり、競争条件を公平にした上で競合企業の参入が促されるなどの施策が講じられる。また電力、ガス、鉄道など独占事業体による供給がそもそも効率的な自然独占産業については、価格をはじめ様々な事業規制がおこなわれ、事業全体にわたる指導・監査といったモニタリングがおこなわれている。介護事業については、事業者の事業規模も小さいため自然独占となることはないが、特に過疎地域などでは採算性の点から結果として地域独占（或いは寡占）というケースはかなりの数にのぼる可能性がある。このような場合には、特に重点的に指導・監査をおこなう必要があるほか、公益上の観点から、競合事業者の参入を促す方策を検討する必要がある。

さらに事業者間のサービスの差異は、その差異が正確に認識され利用者に提供されなくては、適切な事業者選択を促すことができない。すなわち良質なサービスを提供している事業者を選択するには、利用者に対する事業者情報の提供が必要不可欠である。我々は様々な財やサービスの購入にあたってカタログや仕様書、販売員の説明からその財・サービスの特性を理解する。そしてその他の財やサービスとの差異を認識した上で自分がもっとも納得のいくものを購入している。しかし医療や介

護といった専門性の高いサービスについては、サービスを実施する提供者の方が利用者に比べ当該サービスに関する情報量や知識が圧倒的に多く、また実際に利用してみなければ、本当のサービスの質が理解できないという特徴（経済学ではこのような状況を「情報の非対称性」と呼ぶ）がある。このような状況下では、市場において適切な財・サービスの取引が困難なことから、この問題を軽減、解消するような介入が必要となる。これが利用者に対して事業者情報を提供し利用の便宜をはかろうとすることの背景である。しかし留意しておかなくてはならないことは、「多くの情報がある」だけでは必ずしも利用者の便宜にはつながらないことである。情報が利用者に理解可能な形で整理され、選択上重視する点で比較可能な形式となっはじめて利用者に資する情報となる。この点でいわゆる「第三者評価」は、専門的見地、或いは特定の視点から事業者の評価、認定をおこなっており、認定証の取得は多くの情報を集約した形での優良事業者の証として利用者に分かりやすい情報となっているとも考えられる。

すでに触れたように市場においては消費者主催の原則のもと、利用者の賛同を得ることができない企業は、事業継続上、必要な資本の獲得ができず市場からの退出を迫られる。逆に利用者の意向に忠実な事業者は評価され、事業を維持・発展させることができる。このように結果として競争力のある財やサービスが市場に残るからこそ、品質の維持改善が可能なのである。介護事業については、このような市場における健全な「新陳代謝」がおこなわれる素地の醸成が供給体制整備とともに期待されるものの、サービス需要に対して供給が過少な場合、或いは利用者が判断の根拠とすべき十分な情報が提供されない場合には、質の低い事業者も市場から淘汰されることなく存続する可能性が高まる。このように市場からの退出を促す機能が有効に働かない場合にも何らかの対応が必要である。たとえば法令・規定違反を繰り返す悪質事業者については、事業者としての許可を取り消すなどして市場から強制的に排除する必要がある。権限を有する機関による指導・監査といった形式でのモニタリングの必要性はこのような根拠をもつ。

以上で示した背景のもと、我が国の介護サービス事業についても、サービス情報の公開、第三者機関による評価、行政による指導・監査など、その事業内容について質を担保するための取り組みが進んできている。次節では、このような取り組みが必要な理由とその在り方について、再度、情報提供という視点から考察する。また、これまでに蓄積されている質マネジメントに関する先行研究をレビューし、その知見の中から、介護事業者の「経営品質評価」の方向性を議論する上で有用な幾つかの視点を提示することにしたい。

2. 介護サービス事業の特性と事業者情報提供のあり方

ここでは介護サービス事業の特性を踏まえた上でサービスの質向上の観点から、利用者に対する情報提供のあり方を考える上での骨格となる議論をおこなう¹。

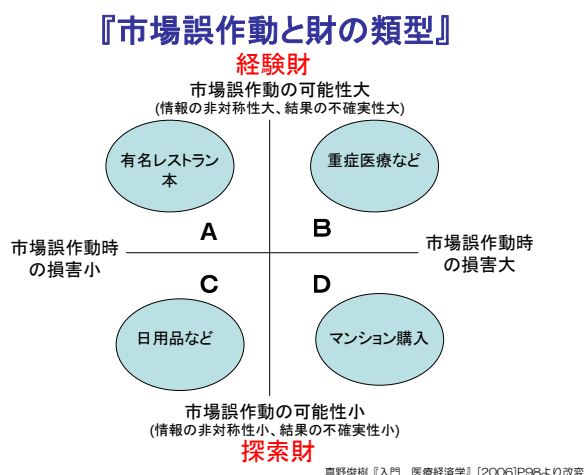
まず介護サービスのもつ特性を明らかにするために、様々な財、サービスを市場機能との関わりから整理してみよう。前節でも議論したように市場における財、サービスの取引が適切に機能するためには、供給者（提供者）と需要者（利用者）との間に当該サービス（財）について知識や情報の偏在がなく、それを利用した際の結果についても不確実性がないことが前提とされている。だが、財やサービスの特性については、需要者（利用者）は通常、十分な情報を持っていないことが多い。もちろん、財、サービスによっては、情報を収集することで供給者との情報格差を埋めることが可能であったり、結果について正確な予想をたてることができる。例えばパソコンの演算処理速度はカタログや専門誌で確認すれば、比較的容易に知ることができるし、時計やデジタルカメラの購入に際しても同様のことが言えるかもしれない。このように利用者が短期的に（或いは事前に）その財、サービスの価値や質を把握できるものを「探索財」と呼んでいる。一方、レストランの料理や新発売の飲料など、購入して使用、経験してはじめてその品質が判明するものも存在する。これらについてはいわゆる「アタリ」、「ハズレ」といった結果に対する不確実性も大きい。このように実際に経験してみないとわからない特性が中心となっているものを「経験財」と呼んでいる。なお、自動車の「馬力」については仕様書を確認することでわかる探索財的な特性といえるが、その「乗り心地」については経験財的な特性といえる。厳密には同一の財、サービスの中で、両方の特性が混在することも多いが、概念上、もっとも中心となる特性がどちらに位置づけられるかによって両者を区別する。

図 6-1-1 は、真野（2006）で示された類型である。ここでは市場機能との関わりから経験財、探索財の特性程度をタテ軸に、「市場誤作動²」時の損害の大小をヨコ軸に据え、財、サービスの類型化が試みられている。有名レストランでの食事は、実際に経験してみなければ本当に美味しいか、良いサービスかは判断できないし、新刊書籍についても自分で読んでみなければその価値は判断できない。またその結果についても、「おいしい（おもしろい）！」から「・・・・・・（無言）」まで不確実性は大きい。その意味で、これらの財、サービスの特性は「経験財」として位置づけられるものである。同様に重症者に対する医療サービスの提供も実際に治療を受けてみるまで、その評価は困難であり、治療の結果についても不確実性が大きい。た

¹ 本節での議論の展開は、真野（2006）で示された概念に依拠していることを明記する。

² 「市場誤作動」とは、売り手、買い手の情報が完全でなく、結果に対する不確実性の存在から市場の機能が発揮されず、買い手の情報収集の結果の行動であっても経済学的に効率的ではない状況、すなわち利用者や社会全体の厚生（満足）を損なう結果に陥ることを意味する。

だし、レストランにおける食事や新刊書籍の読書に比べると、重症医療の場合には市場誤作動時の影響は人命に関わるなど甚大であるという差異がある。



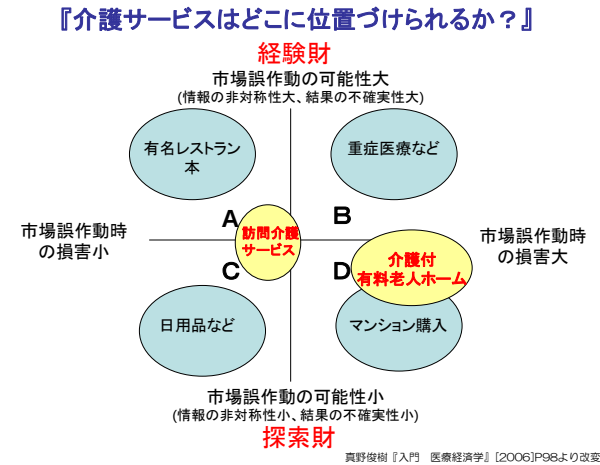
図表 6－1－1 市場誤作動と財の類型

掃除機や冷蔵庫、洗濯機などの日用電化製品は、予め十分な情報の探索収集によって特性の把握と質の予想がつきやすく、購入後の結果についても大きな不確実性は少ないと考えられる。

同様にマンション購入に際しても事前に入念な調査と情報収集が可能であり、それらをおこなえば結果の不確実性を相当程度軽減できる。したがってこれらの財、サービスは探索財として位置づけられる。ただし日用の電化製品購入に比べると、マンション購入の場合には、市場誤作動が発生した場合の影響が、社会的に大きな問題となった「耐震強度の偽装問題」の例を挙げるまでもなく、きわめて甚大という差異がある。

それでは、このような類型化の枠組みの中で、介護サービスはどのようなポジションに置かれるのだろうか。介護サービスとひとことで言っても、介護保険の枠内で提供されるものだけでも多岐にわたる。たとえば大きく居宅系サービス、施設系サービス、地域密着型サービスと区分しても各々性格が異なっている。

図表 6-1-2 介護サービスの位置づけ



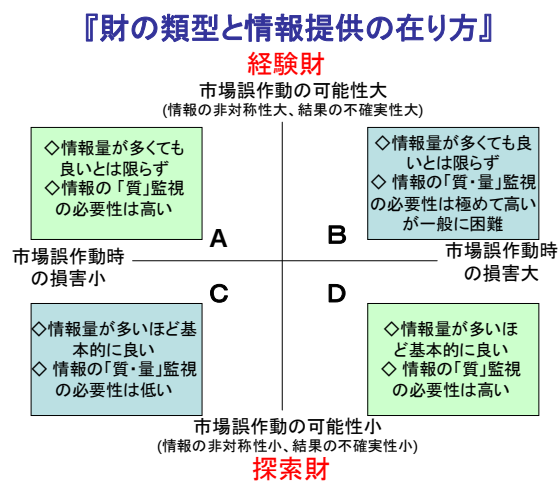
そこでここでは介護保険でカバーされるサービスのうち代表性の高いサービスとして、「訪問介護」ならびに「介護付有料老人ホーム」について考えることにする。まず訪問介護だが、厳密に言えば担当ヘルパーの介護を実際に経験してみるまでは、その内容や質について正確な判断はできない。その一方で、重症者に対する治療と比較すれば明らかなように、受けたサービスの良し悪しについては利用者自らが概ね判断可能という意味で、情報の非対称性は大きくないといえる。また受けるサービスの結果の不確実性についても、提供者個人の属性に依存しサービスのバラツキが大きいとも考えられるが、医療の場合ほど本源的に結果の不確実性が高いとは考えられない。市場誤作動時の損害についてもケースバイケースで一概にいけない面はあるが、訪問介護サービスについては問題があれば比較的容易にサービス利用を中止したり、同居の親族にその役割を代替させたりすることが可能な状況を想定すれば、概念的な一般論として特にその損害は大きいとはいえない。

それでは「介護付有料老人ホーム」はどうだろうか。これも極論すれば、実際に入所してサービスを経験してみなくては分からないということになるが、これをマンション購入と同様の居住サービスの購入ととらえれば、事前の情報収集と探索、或いは契約上の工夫でかなりの程度、結果の不確実性は軽減できる。ただし介護サービスが付帯されるなど、通常のマンション購入よりは経験財的特性も強いと考えられる。またマンション購入と同様、入居一時金など多額の費用が発生するケースも多いため、誤作動時の損害は相対的に大きいと考えるのが妥当である³。以上を勘案し、これらのサービスの概念的な位置づけを示したのが図 6-1-2 である。

³ 誤作動時の損害については、そのほかにも有料老人ホームの経営が行き詰まった際の入居者の保護・救済の手段が限定されることも考慮する必要がある。入居者が仮に裁判に持ち込んだ場合でも、最終的な判決までには時間がかかり、それまでの期間、利用者に多大な不便が生じるほか、高齢者にとって決定までの時間がかかることは、裁判を提起する努力そのものをためらわせることとなる。

つづいて市場の誤作動の「可能性」と「損害」の軸で区分された領域ごとに、該当する財、サービスの利用者に対する情報提供の適切なあり方を考察する（図 6-1-3）。ここでは情報提供において留意すべき点として、とくに情報の「量」と「質」とを区分して考える。

まず情報提供の在り方を考えるうえで、もっとも気をつかう必要性のない領域がCである。この領域に該当する財、サービスは、そもそも情報の非対称性、結果の不確実性が小さいうえ、市場の誤作動により利用者の厚生が損なわれてもその程度が軽微にとどまるものである。この領域は探索財であるから、利用者が多くの多様な情報に触れることができるよう、基本的に情報の「量」は多い方が望ましい。もちろん「質」も良いに超したことはないが、そもそも売り手と買い手の非対称性が小さい領域なので配慮する必要性は低い。



図表 6 - 1 - 3 財の類型と情報提供の在り方

Dはどうだろうか。Dの領域も探索財であるから基本的に情報の「量」は多い方が望ましい。ただしCの領域とは異なり、Dでは情報の「質」確保について留意する必要がある。これは可能性としては低いものの、万一「誤作動」が発生した場合の損害が甚大であることによる。一般人より認知、判断能力が劣ると考えられる高齢者では、場合によっては情報の非対称性がより大きく、結果の不確実性もより大きくなることもあるから、流れる情報の質の監視はいつそう入念におこなう必要がある。

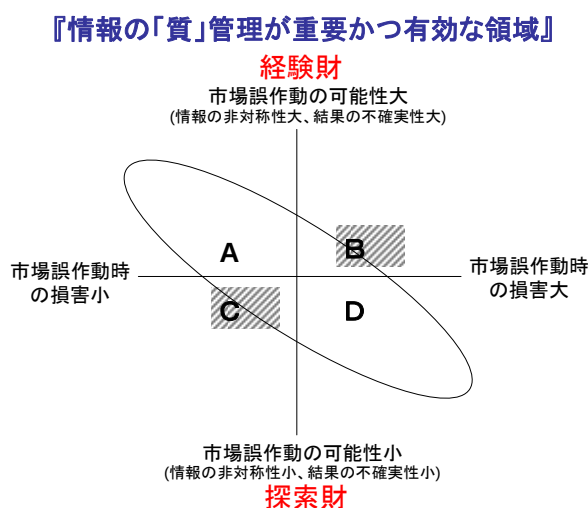
続いてAとBの領域の検討に移ろう。これらの領域はともに経験財に該当し、市場誤作動の可能性が大きい領域である。この領域の財、サービスの情報提供において留意すべきことは、そもそも実際に経験しなくては評価できない性格から、いくら情報が多く与えられても必ずしもそれが利用者の厚生向上に結びつかないことである。したがってこれらの領域では、「情報は多ければ多いほど良い」という考えは成立せず、むしろ入念な情報の質の確保が重要である。例えばAの領域に該当する有名レストランでの食事や新刊書籍では、ほぼ無数といっても良いほどの情報（ラ

ンキングや評価)が存在するが信憑性の低い情報も多数含まれており、かえってこれらの情報により選択に支障をきたすケースもある。その中でミシュランのレストランガイドやプロの書評が意味をもつのは、これらの示す情報の質が管理され一定の信頼を得ているからであろう。

Bの領域については、市場誤作動の可能性が高く、その損害も大きい領域であるから情報について「質」・「量」とともにもっとも入念な管理が必要である。ただし例えば重症者に対する治療については、患者の個別性、症例数のバラツキが影響し、純粋に治療部分の正確な評価をくだすことは容易ではない。また正確とは言い難い情報にもとづいて選択をおこない、結果的に不幸なケースに至った場合、それが結果の不確実性によるものなのか、悪質な情報にもとづく選択の誤りによるものなのか、曖昧になるなど責任の帰属についても問題が残るところである⁴。

さて、介護サービス事業の情報提供の在り方について、以上の議論の延長線でどのようなことがいえるだろうか。示唆される重要なポイントのひとつ目は、財やサービスの特性と市場誤差動時の損害の程度により、適切な情報提供の在り方、情報提供上の管理のポイントが異なるという点である。

図表 6-1-4 情報の「質」管理について



そしてその中で介護サービスの例としてとりあげた「訪問介護サービス」、「介護付有料老人ホーム」については、各々AやDの領域近傍に位置づけられた。その他の介護サービスについても、例えば「訪問看護」など医療色の強いサービスはBの領域に該当するが、概ねAとDをコア領域としてBとDの一部を含んだ図 6-1-4 の楕円で示した領域に含まれると考えられる。

この楕円領域の財、サービスの情報提供については、特に情報の「質」に関する管理が重要であるという点がふたつ目の重要な示唆である。介護サービスについて

⁴ リスクのある株式投資を実施して結果的に損失を被った場合には、意思決定を下した当事者本人の自己責任が原則であるが、投資決定にあたって粉飾された決算など誤った情報しか与えられていなかった場合には、情報の提供側にも責任があると考えるのが自然である。

は、様々な情報提供者が多様な情報を提供することについて、特段制限を加える必要性は低いと考えられるが、提供される情報の質、とりわけ情報内容の信頼性、信憑性の確保には鋭意努力が払われるべきなのである。

介護サービス事業者にかかわる情報という広い意味では、情報公開で義務づけられている事業内容の基礎的情報はもとより、第三者機関による評価、行政による指導・監査の結果なども、利用者への配慮、運用次第で信頼性の高い有益な情報となる可能性をもつ。また次節以降で検討する事業者の「経営品質」にかかわる評価や情報についても、その内容について十分な質の確保がなされれば、利用者に対する情報の多様性を広げるものとして一定の価値を有するものと考えられる。

3. 経営品質評価に関わるこれまでの議論と論点

本節では質マネジメントについて蓄積された膨大な先行研究の中から、幾つかの代表的研究をレビューし、その知見をもとに介護サービス事業の経営品質評価の方向性を議論する上で不可欠な幾つかの視点を整理したい。ここでいう「経営品質」とは、企業（より一般化して「組織」としても可）が生産し提供する製品やサービスの品質だけでなく、長期にわたって顧客の求める価値を創出し、市場・社会での競争力を維持するための「経営自体の仕組みの良さ」を意味する。この考え方をベースとするものとして、1980年代、国際競争力を失い低落傾向にあった米国経済の復調に貢献したとされる「マルコム・ボルドリッジ国家品質賞（以下、MB賞）」が有名である。わが国でもこれに倣い（財）社会経済生産性本部によって1995年に「日本経営品質賞」が創設され、顧客視点から経営全体を運営し、自己革新を通じて新しい価値を創出し続けることのできる「卓越した経営の仕組み」を有する企業を表彰している。これらの賞では明確な評価項目と規準が設けられており、企業はこれらの評価項目、規準に照らして自らの企業内部を見直すことで経営革新を達成するプロセスを踏むことになる。

それではこのような品質評価の導入により、実際にはどれだけの成果があがっているのだろうか。「品質が重要である」とか「顧客を重視する」という理念としての品質向上に異を唱える者はいないとしても、その効果の客観的な検証がなければ導入への強い誘因とはなりえず、導入現場の十分な納得も得られまい。また株主をはじめとするステークホルダーの企業運営、企業業績に対する監視姿勢は昨今非常に厳しくなっており、経営者は質改善活動が企業業績的にも正当化されることを示す必要性が高まっている。たとえば Rust, Zahorik and Keiningham(1995) では、「多くの企業が品質向上の努力に対する見返りが無いとして失望している。品質確保を至上命題とし、従来、このことが業績の上でも貢献するとされてきたが、品質改善運動を進めたにもかかわらず幾つかの企業においては業績が悪化していることから、重大な疑問が呈せられている」との指摘もあり、質マネジメントと企業成果との関係性については依然、強い関心が持たれている。

（1）質マネジメントと企業成果との関連性

企業が導入した質マネジメントと企業成果との関連については、さまざまな成果指標について多様な検討がなされている。

たとえば近年の研究としては、Siva, Ike and Ramendra (2005)が挙げられる。この研究ではある事象の生起した前後の状況を比較する「イベントスタディ」の手法を用いて、品質賞の受賞企業が株主価値の向上をみたか検証している。これまでの Przasnyski (1999)や Przasnyski and Tai (2002)といった先行研究では、MB賞の受賞は、明確な株主価値の向上をもたらさなかったと結論しているが、この研究ではこれとは対照的に受賞が企業に有意な企業価値向上をもたらしたとしている。この研究の特徴的な点は、MB賞のほか J.D. Power and Associates Awards（以下－J

D P A Aと略)の受賞効果を比較対象として検討していることである。MB賞は、複数の学識経験者による委員会によって品質の優位性に対して国を代表して授与される非常に競争的な賞である。それに対しJ D P A Aは、受賞者決定について、より消費者側の視点を重視しており、当該製品やサービスの利用者とB to B利用者に対するサーベイ調査の返答のみで決定されるという特徴がある。J D P A Aは製品やサービスを購入した数百万もの消費者を調査する企業として評判を確立しており、そのサーベイデータは、製品品質、顧客満足、企業成果などの規準でランク付けされるのに利用されているが、MB賞ほどにはメディアの注目は集めていない。この理由を論文の著者らは、「おそらくJ D P A Aの受賞対象が様々な製品やサービスの中から非常に多数選ばれていることによるものであろう」としている。

結論としては、MB賞については、受賞アナウンス時点で、該当企業に有意な超過収益が観察されたものの、J D P A Aについては分析対象とした自動車、旅行、金融のいずれの分野においても有意な株主価値の向上は認められなかった。これまでの研究でMB賞を獲得するような企業の品質改善の効果は、3～5年といった中長期的な範囲で発現していることが示唆されている(Hendricks and Singhal(2001))が、この論文で扱われている6ヶ月～18ヶ月といった短期では企業価値への影響はまったく認められていない。したがってこの論文では、企業価値に対する品質評価の効果は2通りあることを示唆したことになる。ひとつは、質改善に向けた戦略の実行によってもたらされた真の質改善による効果であり、もうひとつは、独立した第三者から与えられた受賞者としての一時点の認知効果である。品質賞の趣旨からすれば、前者がより重要であることはいうまでもないが、その効果は短期的には発現しにくいという知見は重要だろう。また、J D P A Aのように同じ品質賞であっても、対象をより普遍化、一般化した場合には、企業にとってのメリットはさほど大きなものとならない可能性もある。

質改善にとまなう効果が仮に認められてもその見返りが十分でない場合には、質マネジメントにコミットする費用との関係から、質改善のための取組みが現場レベルでの強い動機付けとならないことが憂慮される。ましてやその効果の業績面での反映に一定程度の期間がかかるとすれば、それは尚更である。したがって、介護サービス事業者の質評価を考える上では、質評価に伴うコミットメントコストと質改善の経済的メリットとの対応関係を精査し、受審側が確かなメリットを実感、享受できることが普及上の課題と言えそうである。

(2) 企業パフォーマンスと社会貢献との関連性

昨今、わが国の経済活動では、主体の公私の別を問わず、事業者の「社会的公器」としてのあり方が厳しく問われるようになってきている。事業者は単に私利に基づき事業を遂行するだけでは不十分で、社会の一成員として積極的に社会的責任を負うことが期待されている。またそうでなければ、社会の中で共感、理解を得ることができず、事業の継続すら困難な状況となってきた。したがって経営の質の評価でも、事業者の社会性や社会貢献に対する取組みは重要な評価項目である。介護サー

ビス事業は、そもそもきわめて社会性の高い事業であることから、事業者の社会的姿勢に対しては、他の事業以上の期待が寄せられていると考えられる。

このように事業者の社会性や社会貢献については、その重要性が十分認識されつつも、経営上、それをどのように評価すべきかについては、議論はそう単純ではない。そもそもこの点は、主として企業における社会貢献の位置付けに関する考え方の相違に由来するともいえる。「業績の良い企業は単純により多くの資源を社会貢献に投入することができ、結果としてより高い社会貢献水準に達する (slack resource theory)」という立場をとるか、「企業のおこなう様々な社会貢献活動自体が企業業績に貢献している (Good Management theory)」という立場をとるのかでは、経営における社会貢献の位置づけが自ずと異なるからである。ここではこの点について検証した Waddock S.A and Graves S.B(1997)を紹介しよう。

Waddock and Graves は、企業業績と社会貢献 (C S P: Corporate Social Performance) との関係性について企業の社会貢献度を測る C S P 指標を用いた検証を実施した。C S P 指標とは、S&P500 社全体について 8 分野にわたる社会貢献を体系的に格付けしたものである。

“slack resource theory” 検証のための分析は、社会貢献度 (C S P) を被説明変数、株主資本利益率、売上高利益率、総資本利益率を説明変数として、企業規模 (売上高、総資産、従業員数)、負債水準、産業区分を統制しておこなわれ、また逆に “Good Management theory” を検証するための分析は、各々の利益指標を被説明変数、社会貢献度を説明変数として実施された。

社会貢献度を被説明変数とした場合、総資本利益率ときわめて強い関係が認められたほか、株主資本利益率、売上高利益率とも統計上、有意な関係が確認された。すなわち “slack resource theory” の意味する「良好な業績の企業ほど社会貢献度が高い」という仮説が支持されている。またこれと併せて、社会貢献度は負債比率と負の関係になったほか、企業規模との関係はないとの結論を得ている。

だがもう一方の “Good Management theory” の検証でも、「企業業績は概ね社会貢献度に依る」との結論を得ている。(株主資本利益率を例外として) 総資本利益率に関しては 1% 水準、売上高利益率では 5% 水準で各々、統計的に有意となっており、これは社会貢献と良好なマネジメント (Good Management) との連環を示唆するものとなっている。以上から、企業業績と社会貢献との間の因果関係は双方に作用しており、「よりよい企業業績はよりよい社会貢献を導き、またよりよい社会貢献はよりよい業績に結びつく」との主張がなされる。

この研究からの示唆として重要なことは、「企業の社会貢献は、エクストラ以上の価値を持つ」という点である。この結果をわが国の産業、サービス業へ拡大適用することは無論、慎重になる必要があるが、企業の社会に対する姿勢・社会貢献そのものが、企業業績に影響を与えることが示唆されたことは、これらが経営上、重要な戦略変数であることを意味するもので興味深い。またそれと同時に経営品質評価のうえでも、企業業績にポジティブに影響する要因として、これらが重要な項目であることの証左と受け取れよう。

(3) 質マネジメントに取り組む企業コンテキストとは？

経営品質評価の大きな目的が、企業が生産、提供する製品やサービスの品質向上と価値の創出、市場・社会で競争力を維持するための「経営自体の仕組みの良さ」の構築にあるとすれば、企業内に存するどのような特質、特性が、質マネジメントと結びついているか検証することの意義、重要性が理解されよう。経営品質とは、目的達成を可能とする「仕組みの良さ」であり、絶えず卓越した経営を目標として革新をおこなう動態的持続性ともいえる。その持続的な質マネジメントに影響をおよぼす要因が明らかになれば、その要因を評価項目に取り込むことで、経営品質向上の底上げが期待できる。

これまで質マネジメントに関わる論文はとりわけ 1980 年代を中心に量産されている。(例えば (Deming(1986)、Juran(1986)、Crosby(1979, 1984)、Feigenbaum(1983) など)。しかしこれらの多くは質マネジメントの手法そのものを対象としたものであり、組織コンテキストとの関連で質マネジメントを検証したものは意外なほど少なかった。ここではその数少ない例のひとつである P. G. Benson, J. V. Saraph and R. G. Schroeder(1991)を引用して、質マネジメントと企業コンテキスト、企業特性との関連について概観してみよう。なお、本論でいう組織における質コンテキストとは、担当ビジネスマネジャーをとりまく質にかかわる様々な環境因子を意味する。

Cyert and March (1963) は、「組織の問題は現実の組織パフォーマンスと期待するパフォーマンス、或いは目的との比較により識別される」と指摘した。Benson, Saraph and Schroeder はこの概念にもとづき、これを企業の質マネジメントの文脈に適用した。すなわち現実の質マネジメントと理想の質マネジメントとの比較という枠組みで、各々に影響する組織コンテキストを検証したのである。検証されるデータは、製造業とサービス業に区分される合計 20 社の 77 部門を代表する 152 名の品質担当マネジャーならびに統括マネジャーに対する質問調査がベースである。また過去の先行研究にも幅広くあたり、「理想」と「実際」の質マネジメントに対する認識に影響を与える可能性のあるファクターやコンテキストを 26 項目（後に記載）収集している。組織コンテキストを特徴づけるものとしては、企業種別、企業規模、競合程度、質に対する企業支援、過去の品質、マネジメントの知識水準、外的な品質要求の程度などいくつかの指標が挙げられているが、これらの項目は、Garvin(1983)、Crosby (1979)、Langevin(1977)、Deming(1986)、Adam, Hershauer and Ruch(1981)、で示唆された結果から整理、抽出されたものである。

この研究では「理想」の質マネジメントは、「如何に質マネジメントがなされるべきか」という担当ビジネスマネジャーの信条と定義され、「実際」の質マネジメントは、品質マネジメントの現況に対する認識と定義されている。また「理想」と「現実」の質マネジメントは、ともに Saraph, Benson and Schroeder(1989)で提示された 8 つの包括的必須要因 (critical factor) によって計測、数値化される。以上で示した組織コンテキストに「理想」と「現実」の質マネジメントに関して各々 8 項目収集した包括的必須要因を回帰することで、その関係性を検証しようというのが、この論文の骨格である。その際、以下のふたつの仮説が設定される。

1. 「組織コンテキスト変数はマネジャーの現況の質マネジメントの認識に影響をおよぼす」
2. 「理想的な質マネジメントに関するマネジャーの認識は、組織的コンテキストの影響を受けない」

後者の仮説は、よい質マネジメントはあらゆるタイプの組織に共通して適用可能であり、産業や競争の程度、製品に依存しないとの考えに立つことを示唆している。

（４）質マネジメントの必須要因と組織コンテキスト

Saraph, Benson and Schroeder(1989)では、以下の８領域の適切な管理により品質の維持改善を導くことが可能として、これを質マネジメントの必須要因（Critical Factor）としている。

【質マネジメントの必須要因（Critical Factor）】

1. 質に対する部門トップのマネジメントのリーダーシップ
2. 質管理部門の役割
3. 教育訓練
4. 製品、サービスのデザイン
5. サプライヤーの質マネジメント
6. プロセスマネジメント（プロセスデザインとコントロール）
7. 品質データとレポート
8. 従業員関係

【組織の質コンテキスト】

一方、質マネジメントに影響すると考えられる組織の質コンテキストとして、以下の 26 項目が挙げられている。

【マネジメントの知識】

1. 質に関する経験
2. 質に関する専門家の参加
3. 質改善プログラムへの習熟度
4. 質の概念に関する習熟
5. 質に関する全体的知識

【企業の質に対するサポート】

6. 質に関する企業目標の水準
7. 質の成果に対する企業の成果報酬
8. 質に対する企業のリーダーシップ
9. 戦略変数として企業マネジメントが質を認識しているか
10. 全社的に質改善を強調しているか
11. 企業経営者の質へのコミットメント
12. 企業経営者のイノベーションと意欲
13. 個別部門の質改善達成に対する全社的賞賛
14. 質改善に対して企業経営者が活用できる資源があるか
15. 質改善に対して企業システムが適切か

【市場環境】

16. ビジネスが直面する競争の程度
17. 産業への参入障壁
18. 顧客の質に対する要求
19. 質に対する法的・規制上の要求

【製品・プロセスの環境】

20. 製品・過程の変化率
21. 製品・サービスの外部購入割合
22. 製造部分の割合（対サービス部分の割合）
23. 非定型的作業の程度（流れ作業の割合に対して）
24. 製品の複雑性

【質のパフォーマンス】

25. 過去3年の質のパフォーマンス
26. 過去3年の顧客満足度

先行研究で現実の質マネジメントに影響するコンテキストとして挙げられることが多いのは、質に関する教育や知識である。また質確保に関する企業レベルの支援体制、経営層によるサポートも多い。このほか Garvin (1983) は、製品や製造過程の変化のスピードが早いほど質マネジメントには負の効果が働くとしているし、Crosby(1979)や Langevin(1977)では、サービス領域にたいする製造領域の割合（製造領域が大きいほど、定型化しやすく質マネジメントが容易）が影響するとしている。さらに重要なコンテキストとして忘れてはならないのが、「過去」の質である。

これら以外に質マネジメントに影響をおよぼすものとして取上げられるのは、「市場」を特徴付ける要因である。市場における競争度が高いほど、高い質マネジメントを有する傾向をもつこと、「たとえそれが質ではなくて価格における競争であったとしても、必要な費用削減は質の改善を追求したうえで、もっとも効果的におこなわれる」と主張したのは Deming(1986)である。質に厳しい顧客の存在や品質規制の存在（例）医薬品産業）も大きな影響があると予測される。企業規模や産業区分（「サービス」か「製造」か）も影響を与えうる要因として挙げられている。

多くの論文では、「理想」の質マネジメントは、コンテキスト変数の影響を受けないとされている。Langevin(1977)は、質マネジメントに関する期待は、製造業、サービス業ともに同じであることを示し、このような見解はその他の研究者によっても一定の支持を得ているようである。

（５）組織の質コンテキストと質マネジメントの検証結果

現場の担当マネジャーが認知する「現実」の質マネジメントは、これまでの主張どおり組織上のコンテキストの影響を受けていることが実証結果で示されている。なかでも影響度の大きいのは企業の質に対する支援、過去の質、企業種別（サービスか製造か）であった。また「理想」の質マネジメントについても、組織コンテクス

トの影響は不可避であり、とりわけマネジャーの知識、企業の質に対する支援、外部からの質に対する要求、製品の複雑性が大きく影響するという結果であった。

有意に影響を与えるコンテキスト変数が製造業とサービス業で区分すると異なった点も興味深い。製造業における「現実」の質マネジメントは、「内的コンテキスト要因（企業の質に対するサポート、過去の質のパフォーマンス、マネジメントの知識）」と「外的コンテキスト要因（参入障壁の範囲、外部からの質に対する要求の程度）」の両方の影響を受けていた。しかしサービス業では、「内的コンテキスト要因（企業の質に対するサポート、過去の質のパフォーマンス、製品の複雑さ）」だけが現実の質マネジメントに影響を与えているとの結果であった。

4. 結果の要約と結び

前節では、これまでの質マネジメントに関わる先行研究をサーベイしたが、この中で今後、介護サービスの経営品質評価を検討していく上で参考となるような幾つかのポイントも浮かんだと考える。

まず、質マネジメント、経営品質評価の規準ともいべき米国のMB賞を中心として、これらの質マネジメントシステムが、真に企業価値を高めることに成功したか否かという検討課題を吟味した。これは経営品質が「顧客の求める価値を生み出し続けることができる仕組みの良さ」である以上、経営品質と企業価値との間には、ポジティブな関係がしっかり担保されていなければならない、この関連を検証することは、経営品質評価をおこなう意義そのものに関わる問題だからである。

先行研究の結果は、受賞時の「アナウンス効果」を除けば、6ヶ月～18ヶ月といった短期での企業価値への貢献は認められず、3年～5年といった中長期的な範囲でその効果が認められるというものであった。経営品質とは、目的に対して常に適切な状態を確保できる仕組みの良さであり、まさに日常の継続性、持続性が問題にされている。このような日々の地道な努力が、中長期で見れば企業価値を高める効果を持つという示唆は、きわめて現実と整合的と思われる。しかし経営品質評価にともなう様々なコスト（このコストには、実質的なキャッシュフローを伴うもののほか、現場の職員が被る様々な負担が含まれる）が発生することを考えると、このコストに見合う成果が上がるか否かは重大な問題である。成果が得られるまでのリードタイムが長く、成果も直接的な実感を得ることができない場合には、品質評価導入の動機付けは、弱くなってしまう。介護事業の経営品質評価を検討するにあたっては、品質評価そのものの実効性を高めると同時に、評価導入にともなうコスト低減が重要であろう。

続いて企業の社会活動、貢献と企業業績との関係に関する論文を紹介した。企業の社会的責任（CSR）が叫ばれるなど、私企業であっても社会の一成員として応分の社会的責任と負担を求められるようになってきていることは、周知のとおりである。ここでは企業業績の良い企業が、より多くの社会活動、貢献をおこなっているという、いわば当然の結果が示されたが、その一方で社会活動、貢献に積極的な企業ほど、業績にも良い影響がおよぶとの実証結果が得られている。これはまさに企

業の社会活動、貢献が、重要な戦略変数として位置づけられるべきものであることを示している。

介護事業はとりわけ社会性の高い事業であるが、その高い社会性を尊重する企業姿勢を維持することこそが、結局は事業者の経営発展にも有益であると考えられる。このような意識を持つことが、とりわけ民間の介護事業者にとっては必要であり、介護事業者の経営品質評価においてもこの点について十分な配慮が求められよう。

最後に、現場の担当マネジャーの「実際」と「理想」の質マネジメントに影響をおよぼす企業コンテクストを検証した論文をサーベイした。これまで質をマネジメントするための技術的手法をあつかう研究は多かったものの、実際に現場の質マネジメントがどのような要因によって影響されているのかを明示的にあつかったものは少ない。これまでの先行業績の中から吟味された 26 項目の企業コンテクストから特に質マネジメントに大きな影響を与えた要因は、「企業の質確保に対する支援」、「過去の質」、「マネジメントの知識」、「製品の複雑性」などであった。多くの項目の中から、特に質マネジメントに影響を与える要因を分析、抽出するこのような分析は、経営品質評価の項目を吟味する上で有用であるだけでなく、項目間のウエイトを考慮する上での参考にもなろう。また特に質マネジメントの成功の為には、トップマネジメントのリーダーシップと支援、全社的な質に関する教育、研修の重要性が、謳われている点をここで強調しておきたい。

以上、質マネジメントに関わる複数の論文サーベイから、経営品質とその評価に関連のある事項を介護事業への適用を念頭に置きつつ、吟味、整理した。無論、これらの先行研究は、我々が対象とする介護事業とは大きく事業特性の異なる他産業がベースとされている。そのためここで示された知見がそのまま介護事業に適用できるかどうかについては慎重なあつかいが必要である。しかしその一方で、先行研究の中には事業の差異を超えて、いわば共通の知見として活用できそうなもの、或いは、結果そのものの適用は困難でも、その結果を導くまでの過程での事項が介護事業評価に際して参考となるものも多く含まれている。介護事業評価をより意義のあるものとするためには、永年の「勘」や「経験」にもとづく事項の羅列に陥る愚を避け、真に意義のある項目を科学的傍証の上で抽出、構成していくことが何より重要であろう。この点を強調しつつ、今後の議論のさらなる展開を期待して、結びとしたい。

【参考文献】

- 真野俊樹 『入門 医療経済学』 (2006), 中央公論社.
- Adam, E., J. Hershauer and W. A. Ruch, Productivity and Quality, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1981.
- Carol A. Reeves and David A. Bednar, "Defining Quality: Alternatives and Implications," The Academy of Management Review., 19(3) (Jul1994) 419-445.
- Crosby, Phillip B., Quality is free, McGraw-Hill, New York, 1979.
- Quality without Tears, McGraw-Hill, New York, 1984.
- Cyert, R. M., and J. G. March., A Behavioral Theory of the firm, Prentice-Hall, Englewood cliffs, NJ, 1963.
- Deming W. E., Out of the Crisis, MIT center for Advanced Engineering, Cambridge, MA, (1986).
- Feigenbaum, A. V., Total Quality Control: Engineering and Management, (3rd ed), McGraw-Hill, New York, 1983.
- Garvin, David A., "Quality on the line," Harvard Business Review., (Sep-Oct1983), 64-75.
- George S. Easton and Sherry L. Jarrell, "The Effects of Total Quality Management on Corporate Performance: An Empirical Investigation," The Journal of Business., 71(2) (Apr1998) 253-307.
- Hale Kaynak, "The relationship between total quality management practices and their effects on firm performance," Journal of Operations Management., 21(2003) 405-435.
- Jean Harvey, "Service quality: a tutorial," Journal of Operations Management., 16(1998) 583-597.
- Juran, J. M. "The Quality Trilogy," Quality Progress, (August 1986), 19-24.
- Kevin B. Hendricks and Vinod R. Singhal, "The Long-Run Stock Price Performance of Firms with Effective TQM Programs," Management Science., 47(3) (Mar2001) 359-368.
- J. Richard Hackman and Ruth Wageman, "Total Quality Management: Empirical, Conceptual, and Practical Issues," Administrative Science Quarterly., 40(2) (Jun1995) 309-342.
- Langevin, Roger L., Quality control in Service Industries, AMACOM, American Management Association, New York, 1977.
- P. George Benson., Jayant V. Saraph and Roger G. Schroeder, "The Effects of Organization Context on Quality Management: An Empirical Investigation," Management Science., 37 (Sept1991) 1107-1124.
- Przasnyski Zbigniew. H., "Stock Market Reaction to Malcolm Baldrige National Quality Award Announcements: Does Quality pay?," Total Quality Management., 10(1999) 391-400.
- Przasnyski Zbigniew. H. and Lawrence S. Tai., "Stock Performance of Malcolm Baldrige National Quality Award Winning Companies," Total Quality Management., 13(2002). 475-488.
- Rui Sousa and Christopher A. Voss, "Quality management re-visited: a reflective review and agenda for future research," Journal of Operations Management., 20(2002) 91-109.
- Rust Ronald. T., Anthony J. Zahorik, and Timothy L. Keiningham, "Return on Quality (ROQ): Making Service Quality Financially Accountable," Journal of

Marketing., 59(Apr)58-70.

Saraph, J. V., P. George Benson and Roger G. Schreder, " An Instrument for Measuring the Critical factors of Quality Management," Decision Science., 20(4) (fall1989), 810-829.

Siva K. Balasubramanian., Ike Mathur and Ramendra Thakur, "The Impact of High-Quality Firm / Achievements on Shareholder Value:Focus on Malcolm Baldrige and J.D. Power and Associates Awards," Journal of the Academy of Marketing Science., 33(4) (Fall2005)413-422.

Sandra A. Waddock and Samuel B. Graves, " The Corporate Social Performance-Financial Performance Link," Strategic Management Journal., 18(4) (Apr1997)303-319.

Thomas C. Powell, " Total Quality Management as Competitive Advantage:A review and Empirical Study," Strategic Management Journal., 16(1) (Jan1995)15-37.

論文2. 「介護の質の規制に関するシステムの検討
－国際的動向とオーストラリアの認証システム－」

高知女子大学 社会福祉学部
長澤紀美子

1. はじめに

(1) 介護の質規制政策への要請

OECDは、1996年、『Caring for Frail Elderly People; Policies in Evolution』と題した報告書を刊行し、主要加盟国における人口動態の転換（後期高齢者の増加等）と90年代初頭に着手された介護政策の発展と課題について紹介した。その後、1998年の第2回社会保障大臣（社会政策分野）会議では、医療や介護（long-term care）も含めた広範な社会政策分野における改革の内容や課題を扱い、その調査結果を『The Caring World: National Achievements』（DEELSA/ELSA/MIN(98)2）として発表した。そこでは介護に関して、各国の主な関心事は、コストの問題よりも質の問題であることが明かとなった（OECD 1998）。最近では2005年、OECDは、加盟国19ヶ国の高齢者介護政策の改革に関して2001年から2004年にかけて調査をおこなった（OECD 2005）。その報告書『Long-term Care for older people』は、近年加盟国間に共通にみられる5つのトレンドのひとつが、「ケアの質のモニタリングと質の改善」であると指摘している。

図表6-2-1 OECD諸国の高齢者ケアの過去10年間のトレンド

- ① 介護に関して、より普遍的な公的供給の拡大
- ② ケアの継続性と統合（医療と福祉、インフォーマルな介護、急性期・リハビリテーション・介護との間の継続性等）
- ③ 消費者主導型現金給付・消費者選択の拡大
- ④ ケアの質のモニタリング、質改善
- ⑤ 財政的持続可能性のための公私負担の見直し

出典：OECD “Long-term Care for Older People” 2005

つまり、OECDの主要加盟国は、1990年代に、高齢化に対応した介護供給システムを創設している。その際に、質に関する基準の設定等の取り組みを進めていたにもかかわらず、その後も施設内の介護虐待や過誤等が発見され、いかに質を規制するかについて現在でも模索が続けられ、より有効な方策が求められているといえよう。

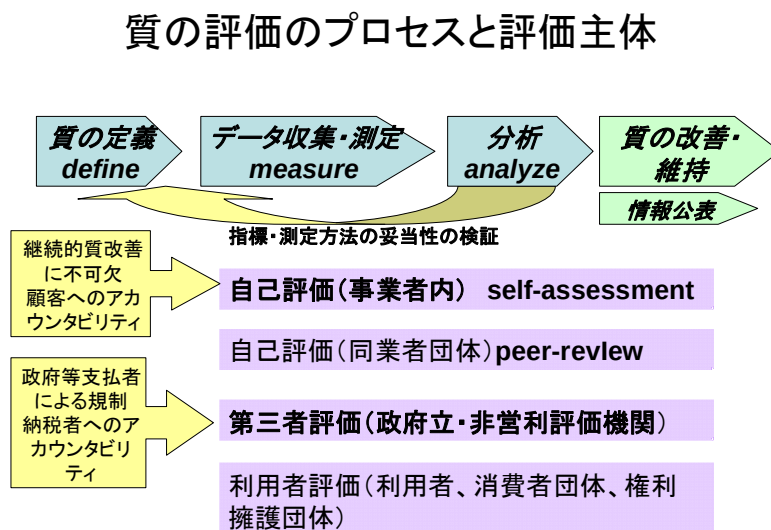
(2) 質評価の主体とプロセス

質の規制の中でも中核となるアプローチが、質のモニタリング・評価である。図表 6-2-2 に、質の評価に関して、その主体とプロセスを整理した。

質の評価のプロセスは、以下のように示される（図表 6-2-2）。まず、質を定義（define）し、基準で定められた定義・測定方法に従って質を測定（measure）し、データを継続的に蓄積する。その結果を分析（analyze）し、質の維持・改善のための有益な情報とする（あるいは、結果に疑義が生じた場合は、指標の測定方法の妥当性・信頼性を検証する）。このようにして確定した結果は、広く公開し、利用者や代理人の選択のための情報とすることも可能である。

実際には、この評価の一連のプロセスを、多様な主体が各々の立場や関心からおこなっている。まず、実際にサービスの提供をおこなっている事業所が自己評価をおこなう。事業者自身が自己評価を基にマネジメント・サイクルを機能させ、質の維持・改善に努めることは必要不可欠であり、その主眼は顧客への説明責任（アカウンタビリティ）を果たすことにある。また、同領域の専門職や職能団体が自主的に審査・評価をおこない、質を担保する取り組み（ピア・レビュー）もある。特に専門性が高い医療の領域にその例をみることができる。

図表 6-2-2 質の評価のプロセスと評価主体



一方、政府（支払者／購入者ともいう）は、質に関する指標や評価手法等のシステム全体を設計し、運営し、政府または政府から委託された非営利評価機関等が、評価、監査、認証をおこなう。こうした取り組みは、各国でますます強化される方向にある。これは、財政の悪化と社会保障への公的支出の抑制を背景に、納税者に対し、費用効果や効率性ととともに、一定の質を保障し、透明性を以て説明することが求められてきたからである。

さらに、1970 年代以降の消費者運動の潮流と医療や福祉分野への広がりとともに、

患者団体や利用者団体、利用者の利益を代弁する権利擁護団体等による評価も始められてきた。ただし、わが国の医療現場では患者に対する満足度調査がおこなわれているが、患者団体や利用者団体が組織的に評価をおこなう例は未だ多くはない。

（３）支払者による規制の枠組み－オーストラリアを例に

政府等の支払者が事業者に対して有効な規制を取るためには、事業者へのインセンティブとモニタリングの設計が重要である。「プリンシパル・エージェント理論」によれば、支払者は事業者との関係においてプリンシパルであり、エージェントである事業者が情報の非対称性を利用して利己的な行動をとることを防ぐために、プリンシパルの利害に沿って行動するインセンティブ（経済的インセンティブや表彰制度・制裁等）を与えることが必要である（大住・長澤 2002）。さらに、プリンシパルがエージェントの行動をモニタリングできるよう、業績評価指標を設定し、サービスの質やマネジメントの質、コスト等に係わる情報開示を進めることで、モニタリングのコストを下げることができる（*ibid.*）。

本稿では、OECD諸国の中で、合理的に設計された質規制のフレームワークをもつ国としてオーストラリアを取り上げ、オーストラリアの質規制システムの特徴をインセンティブとモニタリングの活用の視点から、分析することを目的とする。オーストラリアは、1980年代の他の先進国における「福祉国家の危機」の時代に、労働党政権のもとで、新保守主義な政策を進めるとともに、「労働組合総連合との合意（アコード）」を中核として、労働市場の規制緩和策等の見返りに社会保障の拡充を図った（西村 2006）。高齢者ケアについては抜本的な改革を労働政権下の80年代および保守連立政権下の90年代におこなっているが、「質の原則」を含む1997年の高齢者ケア法等、質の規制のための多様なメカニズムを整備している。当時のオーストラリアの政府関係者の言葉を借りれば、「海外のオブザーバーは、オーストラリアのシステムを世界のリーダーとみなしている。それは、統合的なアセスメント、施設基準の許認可、事業者の認証、消費者保護とエンパワメントの方法において優れているからであり、定期的な監査や堅固なアカウンタビリティのメカニズムがそれを補強しているからである。」（Anderews 2005）¹

本稿では、まず、OECDの高齢者介護に関する報告書（2005）に基づき、質規制の近年の国際的動向を整理する。次に、オーストラリアの高齢者ケアに関し、制度の概要と施設ケアの質の規制に関する歴史的経緯を概観し、質規制の枠組みの特徴を整理、分析し、わが国への示唆となる点を考察したい。

¹ Hon Kevin Andrews（2005年（論文発表）時点での雇用・職場関係大臣兼公共サービスに関する首相補佐大臣）が2003年10月に当時の連邦高齢化大臣として、IALMH会議出席の際の基調講演を編集したもの（Andrews 2005）。

2. OECD 諸国における介護の質規制の動向

OECD 報告書によれば、介護の質を監視し、保障するための政策として、近年の OECD 諸国が採用した方策を概して以下の 3 つに分けることができる (OECD 2005)。

- ① 規制者・購入者（支払者）の機関によるモニタリングの改善
- ② 質の改善に対する事業者・専門職のコミットメントの強化
- ③ 消費者への情報提供と市場競争の増加

つまり、支払者等による質の監視システム（第三者評価）を強化するとともに、事業者自身の自己評価や同じ専門職による同僚評価により現場の継続的質改善を促し、さらに消費者に対し情報公開をおこない、消費者による事業者選択をすすめることにより、事業者の質の向上が図ろうとする方針が、OECD 諸国間で採用されている。

介護の質の評価に関しては、質の定義とともに、質のモニタリングの難しさが課題である。第一に、質の定義に関しては、OECD 諸国間で、構造・プロセス面の評価からアウトカムの評価への転換という動向がみられる。具体的に言えば、従来、構造・プロセスの面での最低要件を充たしていることを質の基準としていたのが、①アウトカムの測定、②継続的質改善の戦略、③詳細な証拠文書の提出、④人権・プライバシーの保護、参加に対する明確な要件等の、より包括的かつ複合的な規定へと発展してきたのである。報告書では、多くの国で、構造・プロセス面は他の法規によって既に規定されており、これらの側面の重要性が損なわれているわけではないこと、また、アウトカム指標への試みはあるものの、アウトカムの測定には多くの国で未だ課題を抱えていることが指摘されている。また、質に問題のあるケアや介護過誤の発見により、評価に関する透明性の改善、情報へのアクセスの保証に対する市民からの要請が生まれ、より科学的な質の測定、ケアプロセスのコアの部分の測定に対する要請が進んだことが報告されている。いいかえれば、多くの国で、ケアの質の核心を示すアウトカムの科学的な根拠に基づく基準の作成と測定方法の技術的発展が求められているといえる。

第二に、質のモニタリングの強化に関しては、独立した第三者規制・評価機関の設置が挙げられる (*ibid.*)。例えばオーストラリアの the Aged Care Standards and Accreditation Agency (以下、「高齢者ケア基準認証機関」または ACSAA とする) や英国 (the United Kingdom) における the Commission for Social Care Inspection (CSCI) 等がその例である。また、初回の監査・評価に依存せず、厳しい自己評価と継続的質改善の文書化を事業者に要求し、より信頼性の高い質の評価とより透明性の高い改善プロセスを求める傾向も顕著である。さらに、法的要件の遵守 (コンプライアンス) を目的とした制裁措置の強化の傾向も拡がりつつある。英国のケア基準法の遵守要請と登録抹消・起訴等、アメリカナーシング改革法における罰金、新規入所者に対する支払い拒否や即時の事業終結等がそれにあたる。

3. オーストラリアにおける高齢者施設ケアの質規制

(1) オーストラリアにおける高齢者ケアの概要

オーストラリアにおける高齢化率は13.0%（2004年）と、現在ではわが国に比べると低いものの、今後高齢化が急速に進むことが予測されている。2000年のABS（Australian Bureau of Statistics）の推計によれば、2050年には人口の約4分の1（650万人）が高齢者となる（AIHW 2002）。特に、ベビーブーマーが高齢期を迎える2011年から2021年までの間に、高齢化率は39%に上昇し、ピークとなることが予想されている（*ibid.*）。

高齢者を対象とした公費負担のある介護サービスとしては、施設ケアと在宅ケアがある。施設ケアには、ナーシングホーム（常時介護が必要な高齢者を対象）とホステル（日本のケアハウスに近く、自立生活が困難な高齢者を対象）があるが、1997年に施設類型が統合され、それぞれハイ・ケア（high care）とロー・ケア（low care）という名称に変更された。1980年代初頭には、ナーシングホームの病床はホステルの2倍以上であったが、不必要な入所の増加や財政負担の増大が問題となり、ナーシングホームの病床数削減とホステルの増床（補助の強化）、在宅ケアの推進が進められてきた。その推進役となったのが、1986年から全国で導入されたACATs（Aged Care Assessment Team）である。ACATsは、老年科医、看護師、OT、PT、ソーシャルワーカー等からなる多職種チームにより、医療的・精神的・身体的・社会的ニーズを査定し、チームで討議の上、ケアプランを作成する。ACATsは現在、オーストラリア全土で115あるが（2006年時点）、ACATsによるアセスメントの義務化により、介護度が最も高い層のみに入所が限定された結果、ナーシングホームの新規入所は約50%削減したと言われている（Bruen 2005）²。

2005年度の長期的な入所ケア受給者は199,013人であり³、これは70歳以上の高齢者の約10.5%にあたる。同様に短期入所（レスパイトケア）を利用した人は37,349人おり、70歳以上の高齢者の約2.0%である。尚、2006年6月時点の入所ケア（residential care）の定員は187,935床であり、70歳以上高齢者1,000人につきハイ・ケアは46.3、ロー・ケアは50.8で、両者を併せて97.0床の定員が用意されている。施設入所にあたっては、RCS（The Resident Classification Scale）という要介護認定基準により、8段階の介護度のいずれかに分類され（レベル1～4がハイ・ケア、5～8がロー・ケア）、介護度により給付が決定される。

² 70歳以上1,000人に対するベッド数は、1985年の67床（ナーシングホーム）と32床（ホステル）から、1998年にはそれぞれ47床と41床となりナーシングホームが削減し、ホステルが増加した。2001年時点ではハイ・ケアが40床、ロー・ケアが50床の目標を設定している。

³ 以下の本節で挙げた統計は、Commonwealth of Australia 2006に拠る。

また、2006 年 6 月末時点で政府の補助金を受けている高齢者ケアホームの施設数は 2,926 である。政府の補助金が導入されるかなり以前から、宗教団体・慈善団体系の非営利部門が介護サービスを供給しており、現在でも、供給主体で非営利部門の占める割合は高い(AHIW 2002)。現在施設ケアでは、設置主体が営利企業のものは 32.0%、宗教団体・慈善団体・コミュニティ基盤型等の非営利団体は 60.3%、残りが州政府立等の公立である(図表 6-2-3)。ロー・ケア（ホステル）では非営利部門が、ハイ・ケア（ナーシングホーム）では民間営利部門の占める比率が高い。

在宅ケアに関しては、ロー・ケアに相当する介護度でありながら、在宅でケアを受ける人を対象とした C A C P (Community Aged Care Packages) が 2006 年 6 月時点で 35,574 件提供されており、1995 年同月の 4,944 件と比較するとおよそ 7.2 倍に増加している。さらに、地域で在宅で暮らす高齢者を対象に、在宅看護、ホームヘルプ、デイケア、配食等をおこなう地域での在宅ケアとして、H A C C (The Home and Community Care Program) がある。H A C C は 792,200 人に提供されており、70 歳以上の 67.5% が利用している (2005 年度上半期の統計による)。

尚、連邦政府は、施設ケア及び C A C P への補助金、施設ケアにおけるアウトカム基準の設定と業績のモニタリングを、州政府は、施設ケアにおいて、建築基準の遵守と火災予防規定、労働衛生と安全規定、産業界での表彰等の許認可規制を担当している。また州政府は、連邦との協定に基づき H A C C を運営し (連邦 6 : 州 4 の負担割合)、施設ケアの一部の直接の運営もおこなっている。

図表 6 - 2 - 3 施設ケアの設置主体 (2006 年 6 月時点)

*フレキシブル・ケア（移行期のケア等）の病床を除いたもの

宗教系	慈善系	コミュニティ型	営利	州立	自治体立	計(床)
48,558	26,333	23,718	52,315	9,576	2,968	163,468
29.7%	16.1%	14.5%	32.0%	5.9%	1.8%	100.0%

出典：Commonwealth of Australia 2006⁴

⁴ pp.12 Table 5 を改変。

（２）高齢者ケア領域における質の規制の進展

オーストラリアの高齢者施設ケアに関わる法や規制の経緯について、整理したものが表 6-2-4 である。公的な規制は、「市場の失敗」に伴う資源配分の非効率化や消費者の利益の侵害を是正する目的で設けられるが、その目的に着目して「経済的規制」と「社会的規制」に分類することができる（植草 1997）⁴。この観点からいえば、この表に示した規制の中で、「費用負担に関する規制」は負担の見直しや許認可等により、供給量を調整する目的であるため、一種の「経済的規制」であり、一方、「質に関する規制」は、質に関する基準を設け、監査・認証等のチェックを行い、品質が遵守されない場合の制裁を課す等により、利用者の安全の確保を図るため、一種の「社会的規制」であるということもできる。

⁴ 第二次行革審報告書(1988 年)によれば、参入に伴う許認可や生産数量に関する直接的規制等により「産業の健全な発展や消費者利益を図るもの」が「経済的規制」、健康・衛生、安全、福祉等の確保を目的とし、サービスに一定の基準を設けたり制限を加え、「経済的活動に伴い発生するおそれのあるマイナスの社会的副作用を最小限にとどめるもの」を「社会的規制」としている（植草 1997）。

図表 6-2-4 オーストラリアにおける高齢者施設ケアに関する規制の発展

年	費用負担に関する規制	質に関する規制
1954	「老人ホーム法」(the Aged Persons Home Act)により高齢者のための非営利のホステルの建設・購入に連邦政府が補助	
1963	連邦政府が(民間医療保険における慢性高齢患者のコスト抑制のために)ナーシングホーム入居者への給付を開始(民間医療保険非加入者にも適用)	
1966	民間営利のナーシングホームの建設・運営に連邦政府が補助	
1969	「老人ホーム法」改正により、80歳以上のホステルの入居者の費用を政府補助	
1973	ホステルの80歳未満入居者の対人ケアに関わる費用を連邦政府が補助	
1974	非営利のナーシングホームの年間運営費補足分について連邦政府が補助	
1985～	「高齢者ケア改革戦略」(the Aged Care Reform Strategy) HACC法(Home and Community Care Act)制定 A. ナーシングホームとホステルの整備目標の設定(ナーシングホーム病床抑制)	A. 高齢者ケアアセスメントチーム ACATs の設置(1986) B. ナーシングホームのアウトカム基準の制定(1987)と基準モニタリングチームの監査開始(1988) C. 入所者介護度分類(RCI)によるケア費用支払い方式(CAM)の導入(1988) D. 入所者の権利戦略(1989)、入居者の権利憲章(1985)
1991		ホステルにおける基準の制定
1992	ホステルの対人ケア給付の増額、営利団体のホステルの運営費に連邦政府が補助	HACCのサービス基準の制定
1996～	「高齢者ケア構造改革」(the Aged Care Structural Reform) ナーシングホームとホステルをケアホームに一元化 A. (施設設備の改善費用捻出のため、従来ホステルのみで徴収されていた)入居一時金をナーシングホーム等全ての入居者に資産に応じて、入居料負担(Accommodation charge)を	A. ナーシングホームとホステルの入所許可権限を ACATs に委託 B. 「高齢者ケア法」(Aged Care Act)制定(附則の19の原則の内の1つが「ケアの質原則」)(1997)

	導入(1998)、所得に応じた日額利用料負担の導入(1998)	C. 「高齢者ケア基準認証機関」(ACSAA) 設置 (1997) D. 新入所者介護度分類 (RCS) の導入
2002		表彰制度(Higher Rating Award)を開始
2004	高齢者ケア 2004 年改正法の施行 ハイ・ケアの入居者について資産に応じた入居料負担の増額	
2006		表彰制度を改変 (Better Practice in Aged Care Awards) 苦情解決スキームを改変

(財) 自治体国際化協会, 1998 及びハウ, 2000、大森, 2006、その他オーストラリア政府資料を参考に作成

同表から、1985 年の労働党政権下の「高齢者ケア改革戦略」に至るまでは、政府の補助金（施設の建設整備・運営、利用者補助等）の導入により、施設ケアの量的拡充を目指した時期、1985 年以降政権の交代する 1996 年までは、「高齢者ケア改革戦略」のもとに、ケア・バランスのシフト（ナーシングホームの増加を抑制するとともにホステルや在宅ケアを拡充する）と質に関する基準や監査等の規制を強化した時期、1996 年以降の自由・国民党保守連立のハワード政権による「高齢者ケア構造改革」により、規制緩和、利用者負担の見直し、質に関する規制の再編を図った時期に分けることができる。以上の規制の発展過程において注目される点は、1985 年「高齢者ケア改革戦略」を機として、量の規制から質の規制へと移行していること、さらに 1996 年の「高齢者ケア構造改革」は、基本的に前政権のシステムを踏襲しているものの、質の行政的管理（監査）から、産業界モデルでの質の管理（認証）へと移行していることである。

Braithwaite(2001)は、他の欧米諸国が福祉国家として拡充を目指した後に 80 年代に民営化等の一連の福祉政策の見直しを進めたのに比べ、オーストラリアのハワード政権を「福祉の削減と、大企業の参入を通じて民間営利部門のケアを急成長させ、ナーシングホームの規制緩和を同時におこなった唯一の政権」であるとしている。ハワード政権は選挙前の公約により、ナーシングホームの産業界に資産調査や新たな入居費用を導入することで、民間企業にも一定の収益を見込めることを約束した。そのため、2000 年には、ナーシングホームの（政府の補助金を伴う）新設病床の 55%が民間営利（それ以前には 27%）となり、政権交代以降、施設ケアにおける民間営利部門が占める比率は増加した。この中には、ハワード自由党政権の中枢にいたモラン率いる大企業Health Care Groupも含まれた(Braithwaite 2001)⁵。こうして、90 年代後半以降のハワード政権では、民間営利企業の参入が促進され、利

⁵ 当時、ナーシングホーム新設病床の財源の 12%がこの Health Care Group へ充てられたという。

用者負担の見直しが図られた一方で、営利部門病床の増加に対する質の問題への対処も必要とされた。

質に関しては、既に労働党政権下で、施設ケアのアウトカム基準が設定され(1987年)、基準モニタリングチーム(Standards Monitoring Teams, SMTs)の監査が開始されていた(1988年)。この基準は、7分野31項目から構成され、入居者の生活の基本的な権利や生活の質に関する基準が主であった(小林 1999)。基準モニタリングチームは少なくとも2年に1回施設を訪問し、基準の遵守を確認し、守られていない場合は是正措置を勧告し、勧告どおり実施されない場合には、新規入所の停止や補助金の停止がなされた(*ibid.*)。しかし、1960年代以降建設が進んだ民間のナーシングホームの老朽化や、設備面の不備が問題となっていた。そのため、保守政権下では、政府が直接行う監査(*inspection*)から、産業界主導の質保障(*Quality Assurance*)の考え方を導入した認証(*accreditation*)システムと転換が図られた。そこで、ナーシングホームとホステルを一元化し、全国全ての高齢者ケア施設に対して認証を行う機関として、「高齢者ケア基準認証機関」(*the Aged Care Standards and Accreditation Agency, ACSAA*)が1997年に設置されることとなった。

尚、この認証システムに関しては、以前から、非営利のオーストラリア医療基準委員会(*the Australian Council on Healthcare Standards, ACHS*)が、1974年より、ナーシングホームも含めた医療機関に対する認証をおこなっていた。ナーシングホーム産業界では既にACHSの認証システムを通じて、自己評価(*self-assessment*)や外部の専門家による同業者の評価(*external peer assessment*)を通じた継続的質改善の方法の経験が蓄積されていたことが伺える⁶。

新たな「高齢者ケア基準認証機関」は、労働党政権時のモニタリングプロセスの欠点を見直し、「継続的改善」(*continuous improvement*)のカテゴリーを中核にすえた。新しい認証システムでは、「継続的改善」サイクルが機能していることを提示できることが、受審施設が「十分な」(*satisfactory*)に留まらず、「推奨できる」(*commendable*)レベルと判断するために必要とされるようになった。このPDCAサイクルの強化の傾向については、基準の内容のみならず、認証チームによるモニタリング、事業所の自己評価の全てのプロセスにおいてみることができる。

⁶ ACHSの会長であるRaikは、Braithwaite(2001)の論文に反論して、ナーシングホーム業界にACHSによる認証の蓄積があったこと、1997年に「高齢者ケア基準認証機関」が設立された後は、多くの高齢者ケアの事業者が認証に関わる負担の増加や、認証手続きが二重になることから、ACHSから脱会したものの、2001年当時、全国で150の高齢者施設ケア事業者がACHSの質改善プログラムに任意で参加しているとしている(Raik 2001)。

(3) オーストラリアの高齢者施設ケアにおける質規制の特徴

Braithwaite(2001)は、オーストラリアの質規制がなぜ効果的かを分析して、以下の点に整理している。

- ① アウトカム基準の数が少なく（1988 年開始の基準モニタリングプロセスでは 31、現在では 44 項目）、印象による信頼性と妥当性がえられるのに適している⁷。
- ② 基準そのものが、入居者をエンパワーする。
- ③ 記録は、各地域で監査される。
- ④ 予告なしの抜き打ち訪問監査が随時実施される。
- ⑤ 罰則の手続きが段階的に設けられているため、入居者への被害が拡がらないうちに事業者のケアの怠慢を止めさせることができる。
- ⑥ 良いケアは賞賛される。質の高いケアを提供するイノベーションに榮譽を与えることにより、ベスト・プラクティスが普及する。
- ⑦ 公表について透明性があり、報告書は入手可能であり、入居者やその家族との討議により作成される。
- ⑧ アウトカム基準として、継続的改善(continuous improvement)が活用されている。

図表 6-2-4 でみたように、施設ケアの質に関する規制は、高齢者ケアに関する二度の改革を通して、徐々に構造化、体系化されてきた。上に挙げた質規制の特長を、モニタリングとインセンティブという視点から、次のように整理することが可能である。

まず、第一にモニタリングについては、1997 年の「高齢者ケア法」の附則の原則の 1 つである「ケアの質原則」によって、質の規定が法制化されていること、それによる全国共通のアウトカム基準と単一評価機関（同一の評価方法）による認証システムが義務化されていることを挙げることができる。ここで重要なことは、基準がアウトカムに焦点が当てられており、これらのアウトカム基準や認証プロセス全体において、継続的改善が重視されていることである。これは実際に複数の専門職によって構成された認証チームが訪問調査する（抜き打ち調査も含む）ことによりチェックが行われる。また、「高齢者ケア基準認証機関」が事業所に対し、自己評価

⁷ Braithwaite(2001)は、アメリカのアウトカム基準とオーストラリアのそれとを比較して、オーストラリアの方がより一貫性があると評価している。オーストラリアの基準は数が少なく、広義であいまいなのに比べ、アメリカの基準の定義はより詳細で数が著しく多い。アメリカのように基準項目数が多い場合は基準の違反についてチェックすることが中心となるが、オーストラリアのように基準が少ない場合には、入居者との会話により質的な評価をすることができる(conversational regulation)とともに、同時期に同じ施設にチームで複数の監査人が評価するしくみをもつためである。

のツールを整備して標準化し、義務づけ、研修等の支援をおこなっていることは、認証システム全体のモニタリングコストを軽減させ、事業所の継続的改善の実効性を保つために貢献しているといえる。さらに、評価項目であるアウトカム基準の数は多くはなく、予め事業所が自己評価の段階で、アウトカムの定義・測定について規定しているため、認証チームはそれが実際正しくおこなわれているか、利用者や家族への聞き取りも含めて質的に十分に検討することができる。

もうひとつの特長は、質を確保するためのインセンティブが設計されていることである。まず、経済的なインセンティブとしては、認証を受けることが施設の開設に必要であり、定められた期限内に継続的に再認証を受けることが、施設の補助金受給の要件となっている。認証を受けられなかった場合は補助金停止となるため（その場合、補助金に相当する新たな資金調達が必要となる）、経営の観点からは必ず認証を通過することが求められる。次に、認証に加えて、任意で応募できる表彰システムがある。表彰システムにより、良い取り組み（ベスト・プラクティス）を行った施設や担当者を賞賛し、その取り組みを推奨して、広く普及させる試みが進められている。さらに、基準が遵守されない場合は、段階的に改善指導から補助金廃止・閉鎖等の罰則が整備されている。しかも、こうした表彰、罰則にあたっては、インターネットを活用して速やかに公表され、一連の手続きが透明化されている。

以下に、質規制策の構成要素の実際についてみていく。

4. オーストラリアの質規制策の実際

(1) 認証基準

オーストラリアの高齢者ケアの認証基準は、図表 6-2-5 に示すとおり、4 領域 44 項目によって構成されている。この主要な 4 領域とは、次のとおりである。

- ① マネジメントシステム、人的資源、組織の向上
- ② ケア（医療、介護）
- ③ 入居者のライフスタイル（日常生活）
- ④ 物理的環境と安全システム

尚、この 4 領域全てに最初に含まれている評価項目が、①継続的改善、②法規の遵守、③職員教育・人的資源開発であり、優先度が高いことがわかる。

各認証項目のアウトカム基準は定性的な記述になっているため、具体的にそれをどのように解釈して判断するかは、「高齢者ケア基準認証機関」発行によるハンドブック“Results and Process Guide”に詳しく掲載されている。その中には、個々のアウトカム基準が「結果」あるいは「プロセス」に焦点を置いたものか、その定義（達成された場合の結果、それを達成するためのプロセスに関する具体例、他の関連項目等について説明されている。例えば、第 1 項目の「マネジメントシステムにおける継続的改善」については、「サービスの体系的な評価やフィードバックに関して、最近の実際の改善活動をおこなった証拠がある」アウトカムに対して、「業績評価のための自己評価の方法が明確化されているか、日常的なメンテナンス活動ではなく、真にプロセスを改善するような改善があるか」等のプロセスが具体例の 1 つとして載っており、プロセスがどの程度実施されているかによって、アウトカム基準の達成度が判断される。

図表6-2-5 オーストラリア 高齢者ケア認証基準 【4 領域 44項目】

	第1基準：マネジメント・システム・人的資源・組織の向上	第2基準：ケア（医療および介護）	3. 入所者のライフスタイル	4. 物理的環境と安全システム
原則	施設で提供されるケアの方針と水準において、マネジメント・システムが、入所者、その代理人、職員や他のステイクホルダーのニーズに応答的であり、サービスが実施される環境の変化に応答的である。	入所者の身体的・精神的健康が、入所者（あるいはその代理人）とケアチームのパートナーシップによって、促進され、最高のレベルまで達成される。	入所者は、個人的権利、市民権、法的権利、消費者としての権利を保持し、施設および地域のなかで、自らの生活を積極的にコントロールすることができるよう支援を受けられる。	入所者は、安全で快適な環境で生活し、入所者・職員・訪問者にとっての生活の質（QOLおよび福祉（welfare））が保障される。
基準の意図	この基準は、認証基準の全てにおいての業績の質を促進することを意図しており、この基準だけで終わるものではない。この基準は、サービス供給における全ての側面での改善の機会を提供し、全般的な質の達成の中核となる。			
基準	1.1 継続的改善	2.1 継続的改善	3.1 継続的改善	4.1 継続的改善
	1.2 法令・基準の遵守	2.2 法令・基準の遵守	3.2 法令・基準の遵守	4.2 法令・基準の遵守
	1.3 教育・人的資源の開発	2.3 教育・人的資源の開発	3.3 教育・人的資源の開発	4.3 教育・人的資源の開発
	1.4 苦情対応	2.4 臨床的ケア	3.4 情緒的サポート	4.4 居住環境
	1.5 ビジョンの計画化とリーダーシップ	2.4 教育・人的資源の開発	3.5 自律（independence）	4.5 職員の労働環境と安全性
	1.6 人的資源管理（HRM）	2.5 専門的看護ニーズへの対応	3.6 プライバシーと尊厳	4.6 火事、警備、他の緊急時への対応
	1.7 施設物品管理	2.5 教育・人的資源の開発	3.7 レジャーや活動への関心	4.7 感染症のコントロール
	1.8 情報システム	2.6 他の医療関連サービス	3.8 文化的・霊的生活	4.8 給食・清掃・洗濯サービス
	1.9 外部サービス	2.7 投薬マネジメント	3.9 選択と意思決定	
		2.8 ペイン・マネジメント	3.10 利用者の法的権利と責任	
		2.9 緩和ケア		
		2.10 栄養・水分補給		
		2.11 皮膚ケア		
		2.12 失禁ケア		
		2.13 問題行動への対応		
		2.14 移動・器用さ・リハビリテーション		
		2.15 口腔ケア		
		2.16 臨床的ケア		
		2.17 睡眠		

【基準の例】

第1基準：マネジメント・システム・人的資源・組織の向上	予測されるアウトカム
1.1 継続的改善	組織が積極的に継続的な質改善を追求している
1.2 法令・基準の遵守	組織のマネジメントが、関連する全ての法規則、法的要件、専門職基準とガイドラインを明確化し、その遵守を保障するためのシステムを持ち、機能している
1.3 教育・人的資源の開発	管理職と職員が、各々の役割を効果的に果たすために必要な適切な知識とスキルを持っている
1.4 苦情対応	各入所者（または代理人）及び他の利害関係者が、事業者内部および外部の苦情対応メカニズムにアクセスできる
1.5 ビジョンの計画化とリーダーシップ	組織が施設ケアのビジョン、価値、方針、目標、質へのコミットメントを文書化している
1.6 人的資源管理（HRM）	サービスが基準及び入所者ケアの方針や目標を充たすのに十分な、有資格の熟練した適切な職員配置がなされている
1.7 施設物品管理	質の高いサービスが提供できるような適切な物品のストックや設備が揃っている
1.8 情報システム	効果的な情報マネジメントシステムが実施されている

(2) 認証プロセス

高齢者ケア施設の認証プロセスは以下のとおりである（ここでは「高齢者ケア基準認証機関」を「機関」とする）。

- ① 事業所は、自己評価をおこない、申請書を提出する。
- ② 質評価者による評価（書類審査:desk audit）がおこなわれる。（申請書が受理されて 49 日以内に審査、その後 7 日以内に機関が申請継続か拒否を判断し、7 日以内に施設に決定を通知する。）
- ③ 質評価者による評価（訪問調査:site audit）がおこなわれる。（訪問調査の開始する 3 日以内に、施設は入居者あるいは家族に、訪問調査が行われ、評価者と話す機会をえられることを話しておく。質評価者チームは、関連書類の点検、実践の観察、職員、利用者他の関係者との話し合いをおこない、「終了面接」（訪問調査の主要な結果を施設側に伝える）で調査を終える。何か疑問等あれば、事業者はその主要な結果に関し、書面での返答を機関に送ることができる。）
- ④ 評価者チームの訪問調査の結果が機関に提出され、機関の担当者により、書面・訪問審査、その他事業所や保健医療高齢化省からの情報を総合的に勘案して、評価者の認証が決定される。
- ⑤ 認証証明書が発行され、施設に送付される。
- ⑥ 評価結果が公表される。
- ⑦ 認証された施設は、機関に「継続的改善計画」を提出する。
- ⑧ 認証期限（評価結果によって、3 年～1 年の範囲がある）の切れる前に事業所は再申請をおこなう。

尚、質評価者は、チームで評価を行うが、全員が認定研修を修了し、「高齢者ケア質評価者」として専門機関 R A B Q S A に登録し、毎年登録を更新していることが要件である。さらに、2007 年 3 月から、評価者の登録にあたり、犯罪歴のチェックが課されることになった。評価者チームは複数の専門職から構成されるが、その人数や専門性（職種）については、施設の規模、ハイ・ケアとロー・ケアの構成、入居者のニーズ等によっても異なる。尚、認定された事業者が、チームの一員の評価者を指名したり、機関が選定した評価者を拒否することもできる。

一方、④が終了した段階で、基準に違反しており、認証が認められなかった場合には、機関は、再調査(review audit)（通常 2～4 日間）が行われ、その結果に応じて、なんらかの罰則が適用されるかが決定される。

前述のとおり、「高齢者ケア基準認証機関」の認証を受けることは、施設の開設に必要であり、前回の認証の有効期限（結果により 1 年～3 年⁸）内に継続的に再認証

⁸ 3 年の有効期限をえられるためには、44 項目の殆どが達成され、入居者の健康・安全・ウェルビーイングを損なうような違反がなく、既に「遵守されていない」と判断された項

を受けることが、施設の補助金受給の要件となっている。認証の受審に関しては、施設規模により受審料が定められ、20 床未満は無料であり、初回の受審は、継続の受審に比べて約 5 分の 1 程度と、低額に抑えられている。

2006 年現在、ケア施設の 93%が、3 年間の認証の有効期限を受けている。また、96%の施設が 44 の認証項目を全て満たしていると判定された。

尚、実際にオーストラリアのケア施設の監査の実態について調査した川名（2007abc）によれば、ある施設に対して、4 人の評価者（監査人）が 4 日間訪問し、経営面では経営コンサルタントが、介護の質の面では看護師が、建物や安全基準については建築士が、それぞれ判断する他、入居者、家族からも詳しい聞きとり調査が行われたという。

目を短期間で修正しており、高齢者ケア法のもとでの他の重要な責務に対する違反がない、という条件を満たしていることが必要である。

(3) 表彰⁹

「高齢者ケア基準認証機関」は、2002年に表彰制度(Higher Rating Award)を開始した。これが2006年以降、新たな表彰制度(Better Practice in Aged Care Awards)として改変された。この表彰制度は、入居者の生活に資することであればどんなプログラムでも該当し、1つの施設が3つの賞まで応募できる。また賞への応募は、再認証をおこなう際同時に申請することができ、表彰の審査は無料である。Higher Rating Awardにおいては、commendable(推奨できる; 賞賛に値する施設)とmerit(優れた施設)の2種類の賞があった¹⁰。2003年12月までに、オーストラリア全土で6のcommendable、29のmeritの賞が与えられている。

「高齢者ケア基準認証機関」のホームページには、過去にこれらの賞を受けた41の施設のリストと受賞理由となった、各施設における特徴的な取り組みが紹介されている。具体的には、施設独自の研修・人材開発システム、ケアに関する取り組み(転倒予防、栄養・水分補給、皮膚ケア、投薬管理、終末期ケア等)、認知症ケアへの取り組み(認知症ケアマッピング、パーソン・センタード・ケア等)、利用者ニーズを踏まえた施設のハード面での工夫(共用スペースの工夫、レスパイト・ケア・センター、洗濯)、入居者の生活の質を向上させるアクティビティ(理学療法、音楽療法、笑い療法や人形療法、演劇療法、幼児と高齢者の間の世代間交流、ウォーキング、文学サークル、入居者が会いたい人(海外にいる親族等)との間を繋ぐこと等)、その他(男性入所者の社会化等)、多様な取り組みがある。その中でも特に、「気晴らし(ダイバージョン)」となるアクティビティやレクリエーション、レジャー活動の実施や環境の調整によってその人らしい生活を実現するダイバージョナルセラピーと呼ばれる取り組みの種類は多く、わが国の高齢者ケア施設にでも応用できるヒントが多く含まれている¹¹。

⁹ ここで紹介した Better Practice in Aged Care Awards が代表的であるが、その他にも、賞はある。国の賞としては、The Minister's Awards for Excellence in Aged Care (高齢者ケア施設業界において、エクセレンスを継続的に追求している組織、スタッフに対し、大臣が毎年表彰する国の表彰制度。①人材開発と職員教育、②リーダーシップとマネジメント、③個人的な専門職としてキャリア開発、④食事のイノベーション、⑤入居者のライフスタイル、⑥奨励賞のカテゴリーがある)。

¹⁰ Higher Rating Awards の制度の際は、commendable を受けた施設は、認証の有効期限(通常、最大3年間)を4年間とすることができたが、現在は認証期間とのリンクはない。

¹¹ ダイバージョナル・セラピー (diversional therapy)については、芹澤 2003 を参照。

(4) 罰則

罰則(sanction)については、高齢者ケア法(1997年)を根拠に、Department of Health and Ageing(保健医療高齢化省)がそれを違反した事業者に科する主体である。「高齢者ケア基準認証機関」は、実際に事業者に処罰を加えることはできないが、以下のような場合に、保健医療高齢化省に勧告することができる。

- ① 入居者の健康、安全、ウェルビーイングに深刻なリスクを与えるコンプライアンスの不備が発見された場合
- ② 改善の期限が終了するまでに、コンプライアンスの不備を訂正することができなかった場合
- ③ 認証プロセスの現地調査で、コンプライアンスの不備の証拠が発見され、改善勧告を出すことが当然のこととして承認される場合

「高齢者ケア基準認証機関」の勧告は、事業所にも同じものが送付され、ケアの水準が不十分、あるいは深刻なリスクがあると考えられる事項の論拠や情報が与えられる。また、実際に何らかの通告がなされた場合、機関のサイト上の認証結果は「改善指導中」と示され、「(通告を受けた)施設一覧」の中で、施設名、住所、認可事業者名、適用された罰則と理由、その罰則の決定日時、その後の経過と現在の状況等の情報が公表される。2005年度の1年間において、保健医療高齢化省は、11の認可事業者に対して罰則を加えた。具体的には、12の罰則を科するという決定の通告と、83の「基準が遵守されていない」改善指導通告である。

（５）事業所における継続的改善

認証システムの最初の段階である自己評価のプロセスを通して、事業所は自らの強み・弱み・改善課題を抽出し、継続的な改善へと繋げることができる。そのため、「高齢者ケア基準認証機関」は、事業所内での自己評価、データ測定と管理、継続的改善に関するマニュアルや研修システムを用意し、組織における学習に関して支援をおこなっている。

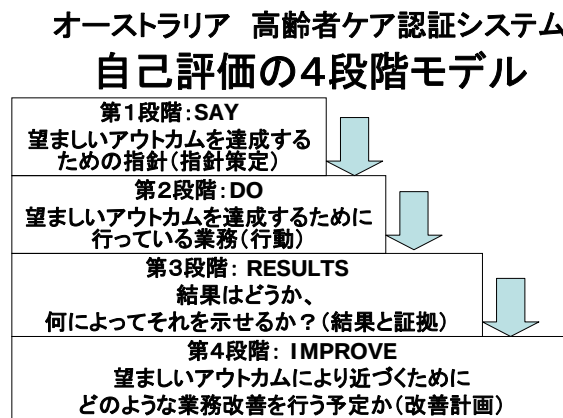
「高齢者ケア基準認証機関」では、継続的改善の６原則を次のように策定している。

- ① 入居者に応答的（顧客重視）
- ② リーダーシップに基づいた組織的な改善
- ③ プロセス・システムに焦点
- ④ 適切なデータ・情報管理
- ⑤ 職員の能力開発と関与
- ⑥ 継続的改善と自己評価を組織文化の一部とする

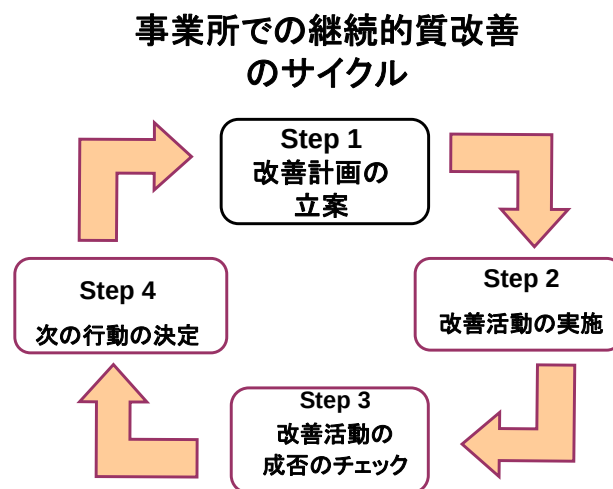
事業所には、自己評価に始まる継続的改善を組織の文化として浸透させ、マネジメント・サイクルを機能させることが求められている。図表 6-2-6 は、自己評価のプロセスの４段階を示したものである。事業者が自ら、各評価基準ごとに、アウトカムを達成するための指針を策定し、それに従って行動し、評価の際には文書やデータで証拠を以て結果を示し、結果を分析して業務改善計画を立案する。さらに、図表 6-2-7 のとおり、改善計画の立案、実施、評価（改善活動が機能したか、しなかったかを判断し、その原因は何かを分析）し、次の方策を決定する。具体的には、図表 6-2-8 に認証基準「3.4 情緒的サポート」についての自己評価の一例を示した。アウトカム基準は一般的で定性的な表現であるが、その具体的な内容や達成方法は、各事業所がその規模やサービスの特性に応じて規定することができ、自らその達成度をエビデンスをもとに評価するしくみである。

先に述べたとおり、認証をえた事業者は、業務改善計画を提出しなければならぬ。さらにその後も事業者は、絶えず継続的改善のサイクルを繰り返し、質向上のための実効的な方策を取る義務を負っている。その継続的質改善が機能しているかどうか、第三者評価である認証によって継続的にチェックされる。

図表 6－2－6 オーストラリア高齢者ケア認証システム 自己評価の4段階モデル



図表 6－2－7 事業所での継続的質改善のシステム



図表 6-2-8 認証基準 領域 3. 入所者のライフスタイル 3.4 情緒的サポート
望ましいアウトカム: 「各入所者は、新しい環境に慣れるための、およびそれ以降の継続的な支援を受けられる。」

第1段階: SAY 達成するためにどのような 指針が策定されているか?	- 入所者および家族への説明書がある。 - 情緒的サポート、趣味的活動への関心、新規入所、牧師、入所者の権利と責任、ボランティアに関する施設の方針およびマニュアルがある。 - 全ての新規職員に対し、入所者の必要としているサポートについて、部長からのガイダンスがある。
第2段階: DO 達成するために何を行って いるか?	- 入所前の自宅訪問を含め、包括的な入所オリエンテーションと情報提供を入所者に行っている。新規入所者は全員、入所担当者もしくは婦長に入所前に面会し、居住条件や利用料について説明を受ける。また、賛辞や苦情に対するシステムや入所者・親族の会合についても説明を受ける。 - 入所者・親族は、入所前に、個人的な持ち物や家具を持ち込むことを勧められる。他の入所者や職員への紹介、トイレや食堂、風呂などの案内等を含む歓迎の手続きがある。 - 入居者の好みや嫌いなもの、ケアやライフスタイルの情報について、包括的な情報収集を行う。 - コールにより、24 時間職員を呼ぶことができる。ソーシャルワーカーと牧師は、全ての新規入所者に最初の 1 週間のうちに会う。 - 施設は、入所者のニーズについて定期的なアセスメント、見直し、評価を行い、継続的に支援を行う。入所者・親族、全ての職種からなるチームが集まり、3 ヶ月に 1 度カンファレンスを行う。特別な個別のサポートを行うため、入所者とボランティアが「1 対 1 のペア」となるシステムがある。 - 全ての職員が、入所者のサポートを行うための研修を受ける。例えば、(死別等による) 悲しみや喪失感にどう対処するか、高齢者のうつ症状の見分け方等について、定期的な教育を受ける機会がある。
第3段階: RESULTS 結果により、達成できたか? 何によってそれを示せる か? (結果と証拠)	「達成できた」。証拠は次のとおり。 - 入所後の調査結果、過去 12 ヶ月の新規入所者の 85% が、施設に落ち着くにあたって受けた情緒的・実際のサポートについて「非常に満足」との回答であった。 2001 年の最新の入所者調査により、情緒的ニーズが継続的に満たされていると答えた入所者・親族が 20% 増加した。 「賛辞・苦情システム」により、ある職員が 2 人の入所者に非共感的であり、ストレスを受けたとの報告があった。管理者サイドでフォローし、当該職員にはカウンセリング教育を行った。その後、2 人の入所者からは対応に満足しているとの報告を受けた。 - 入所者・親族への情緒的な支援に対し、2001 年 4 月から 6 月の間に 5 件の賛辞を受けた。 - 職員への調査から、95% の職員が、入所者が情緒的支援を必要な時をどのようにして分かるか、またその時どのようにサポートをすべきか実際に知っていると答えた。 ※ 添付書類: 入居者調査報告、賛辞・苦情対応報告、職員教育の日程表と記録、職員の業績、ボランティア会合時のメモ、入居者の新規入所時のチェックリストとデータベース、入居者の経過報告、ケアプラン ※ 面接: 入所者、親族、ボランティア、職員、牧師、ソーシャルワーカー 「立案した」。 - 入居者調査の結果をより詳細に分析して、利用者に情緒的サポートを行い、その満足度を高める方法を探る。
第4段階: IMPROVE 自己評価の結果、改善計画を 立案したか?	

5. まとめ

OECD諸国の介護の質規制は、アウトカムに関する評価基準への移行、質のモニタリングの強化という共通なトレンドを示し、各国とも実効性のある質の規制策について取り組みを進めている。オーストラリアでは、高齢者ケア施設に関して、1985年以降「高齢者ケア改革戦略」を機に、体系的な質規制策が整備されてきた。しかも、その中心である評価システムは、労働党政権下の「行政監査」モデルから、1996年以降の保守連立政権下の「産業界認証モデル」へと、民間営利部門の施設経営におけるシェアの増加と同時並行的に、転換されてきた。

オーストラリアの質規制策の特徴をモニタリングとインセンティブの視点から、次のように整理することができる。第一にモニタリングについては、質の規定の法制化とそれによる全国共通のアウトカム基準と単一評価機関（同一の評価方法）による認証システムが義務化されていることである。また、事業所に対し、自己評価のツールを整備して標準化し、義務づけ、研修等の支援をおこなっていることは、認証システム全体のモニタリングコストを軽減させ、事業所の継続的改善の実効性を保つために貢献している。第二に、インセンティブとしては、継続的に再認証を受けることが、施設の補助金受給の要件となっていること、表彰システムによるベスト・プラクティスの推奨、基準に違反した場合の段階的な罰則措置が整備されていること等が挙げられる。しかも、こうした一連の手続きはインターネットを活用して迅速に公表され、透明化されている。

以上に挙げたオーストラリアの質規制策の特徴は、事業者のサービスや経営の質について適正な評価をおこない、事後的な質のチェックを強化するための実効性のある取り組みとして、今後のわが国の経営品質を重視した評価システムを設計する際にも重要な点であると考えられる。

文献

- The Aged Care Standards and Accreditation Agency (<http://www.accreditation.org.au/>)
- Andrews, H. K., 2005, Keynote Paper: How the Australian Government views its responsibilities in an ageing world, *Australasian Journal on Ageing*, 24(s1): S2-S4.
- 坂東眞理子, 2004, オーストラリアの高齢者福祉, *AGING*, 22(3):30-37.
- 坂東眞理子, 2000, ゆとりの国オーストラリアーブリスベン総領事見聞録, 大蔵省印刷局.
- Braithwaite, J., 2001, Regulating nursing homes; The challenge of regulating care for older people in Australia, *BMJ*, 323:443-446.
- Bruen, W., 2005, Aged care in Australia: past, present and future, *Australasian Journal on Ageing*, 24(3):130-134.
- Commonwealth of Australia, 2006, Report on the Operation of the Aged Care Act 1997, Commonwealth of Australia.
- Department of Health and Ageing (Australia) (<http://www.agedcareaustralia.gov.au/>)
- 福原 忠昭, 浅川 澄一, 2000, 明日が見える介護ーオーストラリアの福祉システム, 日経大阪 PR.
- ハウ, 2000, オーストラリア編 (小林良二編) 「第2部Ⅳ 高齢者ケア」『世界の社会福祉 10 オーストラリア・ニュージーランド』旬報社.
- (財)自治体国際化協会, 1998, オーストラリアにおける高齢者福祉, クレア・レポートNo.166, (財)自治体国際化協会.
- 川名紀美, 2006, 「ほどほど」守る厳しい目ー最後まで自分らしく; オーストラリアの高齢者施設 (上), 朝日新聞 (2006/12/06).
- 川名紀美, 2007a, 「どこも同じ」の安心感ーオーストラリアの高齢者施設に学ぶ, 月刊介護保険, 134:43.
- 川名紀美, 2007b, 質を守る厳しい目ーオーストラリアの高齢者施設, 月刊介護保険, 135:43.
- 川名紀美, 2007c, オーストラリア&日本の高齢者福祉 日本ダイバーショナルセラピー協会特別講演会 (2007/06/09, 於: 大阪リバーサイドホテル) より
- 小林良二, 1999, 「第3部第14章 高齢者福祉」小松隆二・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障 2 ニュージーランド・オーストラリア』東京大学出版会.
- 小山秀夫, 1997, 高齢者ケアのマネジメント論, 厚生科学研究所.
- 小山秀夫, 1999, 新公共マネジメントと介護保険制度, 公衆衛生研究, 48(1):11-16.
- 内藤佳津雄, 2002, オーストラリアの高齢者介護, *WAM*, 45:640-43.
- 西村 淳, 1997a, 飛躍的拡大を遂げたオーストラリアの社会保障-1-高齢者ケア改革を中心に, 週刊社会保障, 51[(1937)]:52-55.
- 西村 淳, 1997b, 飛躍的拡大を遂げたオーストラリアの社会保障-2-, 週刊社会保障 51(1938):26-29.
- 西村 淳, 1997c, 飛躍的拡大を遂げたオーストラリアの社会保障-3-, 週刊社会保障 51(1939):52-55.

- 西村 淳 1997d, 飛躍的拡大を遂げたオーストラリアの社会保障--高齢者ケア改革を中心に (完), 週刊社会保障, 51(1940):52-55.
- 西村淳, 2002, 第9章オーストラリア, 鬼崎信好・増田雅暢・伊奈川秀和編, 世界の介護事情, 中央法規.
- 西村淳, 2006, 社会保障の明日ー日本と世界の潮流と課題, ぎょうせい.
- OECD, 1996, Caring for Frail Elderly People; Policies in Evolution.
- OECD, 1998, The Caring World: National Achievements (DEELSA/ ELSA/ MIN(98)2). OECD, 2005, Long-term Care for older people.
- 大住莊四郎, 長澤紀美子, 2004, 第1章「福祉財政における政府部門の役割」(齋藤愼, 山本栄一, 一圓光彌・編著) 福祉財政論, 有斐閣.
- 大森正博, 2006, オーストラリアの高齢者施設サービス改革, 長寿社会グローバル・インフォメーションジャーナル, 1:18-19.
- Raik, E., 2001, Rapid Response to Braithwaite(2001); Aged care Accreditation in Australia, BMJ on-line.
- 芹澤隆子, 2003, 「老いるとは楽しむこと」の高齢者ケアーオーストラリアのダイバージョナルセラピーとは, 月刊総合ケア, 13(8):88-91.
- 染谷淑子, 1999, オーストラリアの高齢者福祉ー豊かな国の豊かな老後, 中央法規.
- 植草益, 1997, 社会的規制の経済学, NTT 出版.

論文3.「高齢者介護サービスにおける評価のあり方とその方向性」

新潟医療福祉大学 社会福祉学部

藤澤 由和

1. はじめに

本論においては、まず医療サービスにおける評価制度の主流として位置づけられてきた認証制度を取り巻く環境を概観し、今後の医療および関連する領域におけるサービス評価の方向性を検討する。次いでアメリカなどにおいて医療分野を中心に導入が進みつつある、新たなサービス評価のあり方を紹介することとする。最後にこうした新たなサービス評価の方向性を加味した形で、かつこれまでの既存の資源を用いた、高齢者介護サービスにおけるサービス評価のあり方を提示することとする。

2. サービス評価と認証制度

許認可を伴う事業において提供されるサービスは通常、サービスを提供する事業者らが一定の要件を満たすことにより許認可を得たという事実により¹、自動的にその提供するサービスも一定の内容を担保していると理論的には考えられる。さらにこの許認可を与える主体が、公的な権限を帯びれば帯びるほど、一般にその事業者の提供するサービスは公的な性格を帯びたものであるとみなされうる²。

それに対して、許認可を必要としない事業においては、市場において直接その可否が判断されるという前提によって、第三者による当該事業のサービス内容の保証などは通常なされえない。だが、産業の高度化に伴い消費者が直接、サービスの内容を判断することが難しい場合や、提供されるサービスに高度な専門的知識を必要とする場合には、市場による判断を補う形で、第三者によるサービスに対する何らかの保証ということが考えられる。これらは様々な形態をとりうるが、その一つが認証といったものであろう。

医療サービスをはじめとする、ヒューマン・サービスの多くは、いわばそのサービス内容が高度な専門的知識を伴うという点で、市場にそのサービス内容の判断の可否を完全に委ねることが難しいという特徴を持っている。したがって、こうした

¹ 確かにこれまでの様々な産業の歴史を見れば、こうした要件が必ずしも明示化され、定量化されたものではない場合もありうるし、さらにこうした要件は、たんに一定の基準を満たされれば自動的に与えられるというよりは、ある種、業界の産業障壁として機能している場合もありうるという意味で、ここで述べているのは、ある種の「許認可事業」に関する理念型である。

² ここでの「公」とは、必ずしも「官」と同意義ではないが、日本の場合を想定する際には、限りなく「官」であることを意味する。

サービスに対しても何らかのサービス内容の保証を行おうという流れは当然のことであるといえる³。

こうしたサービス内容への第三者による何らかの判定は、いわゆる認証などと呼ばれる形態にみられるものである。これまでの認証システム（およびそれに付随する形でのビジネスモデル）には、様々なものが考えられるが、様々な次元からその類型を検討することが可能であろう。まず、その社会的機能という点から検討を行うならば、以下の二つを考えることができる。

- ① 直接的規制の代替としての（社会的規制としての）認証（認可に近いもの）
- ② 自由競争市場における、選択保証としての認証

両者の具体的な形態やその運営の実際においては、両者の違いが必ずしも常に明確なわけではないが、それぞれの前提とする条件はかなり異なるものであるといえよう。まず①の認証システムにおいては、認証を受けることが当該領域において活動することの事実上の条件となっており、認証なしでは活動が認められないという、いわば認可に限りなく近い形態であるといえよう。

それに対して②の認証システムにおいては、当該領域における活動自身においては認証が必須とはなりえない状況である。つまり、限りなく広がる選択肢のなかにおいて消費者の選択を助けるものであり、自由競争が激しくかつ多くの供給者が存在するような状況においては、その意味が高まるといえる。さらにここでは、消費者は供給されるサービスや商品に関しての専門性に関しては判断しえないという前提があろう。つまり概観や色彩という表面的な面をこえて、その製品に質や安全性という、普通には伺いしれない点の判断基準やその判断へのある種の保証として認証が機能するというものである。両者は、かならずしも明確に区分することは難しい場合もあるが、個々の認証システムは、基本的にどちらかの特色を持つものであるといえよう。

次いで、認証の対象という点から検討を行うならば、次の二つを考えることができる。

- ① サービス提供を行う提供者の体制（構造）や手続（プロセス）に対する認証
- ② サービスの内容もしくはそこからもたらされる結果に対する認証

前者のサービス提供を行うものの体制や構造というものに対する認証とは、その極限においては限りなく許認可に近いものとなると考えられるが、通常許認可がサービスを生み出すその手続やプロセスまではその範疇に含めていない場合が多く、

³ 確かに多くの国々で、医療サービスをはじめとするヒューマン・サービスの提供に対しては、その提供者に対して許認可が与えられることは通常のことであるが、こうした許認可の多くは、サービスの内容に対する許認可というよりも、あくまでも提供者の資質や条件に対するものであり、サービスの内容への許認可とは異なるといえる。

それゆえ、両者をともに何らかの形で保証するには、認証という形態がありうるといえる⁴。さらに手続やプロセスに対する保証という考え方において、ある種の前提を満たすのであるならば、必然的にそのサービスの内容やそれがもたらす結果を自動的に保証することになるという考え方が存在しうる。

たとえば、工業製品などにおいては、その生産プロセスの厳密な標準化、画一化がなされれば、生み出される工業製品などにおいては、一定の品質が保証されるという考え方である。したがって、手続もしくはプロセスを保証することによって、提供されるものの内容や結果をも自動的に保証しうるとする考え方には、ある種その手続およびプロセスの厳密な標準化や画一化が存在せねばならないのであるといえよう⁵。

さて、後者のサービス内容およびそこから生じる結果に対する保証であるが、先に述べたとおり、サービスの提供に際して、その手続やプロセスが標準化および画一化されている場合は、それほど問題とならないといえるが、標準化や画一化というものがなされていない場合は、サービスの内容およびそこから生じる結果自体を何らかの形で保証するという必要性が生じえよう。つまり手続やプロセスが一定の基準にあることを保証することが、なかば自動的に結果を保証することになるという考え方には、その前提として手続やプロセスの標準化や画一化が存在しなければならないということである。

医療サービスをはじめとするヒューマン・サービスは、まさにこの手続やプロセスにおける標準化や画一化が相対的になされておらず⁶、必然的にその内容や結果に対する保証は、通常の認証による手続やプロセスの保証というだけでは不十分である。つまり、工業製品などにおいてのように、手続やプロセスに一定の画一化や標準化が存在する場合は、プロセスや手続の保証は、ある種自動的にその内容や結果の保証へととなりうる可能性を持つものであるが、手続やプロセスが標準化されておらず、画一化も見られない場合には、プロセスや手続の保証が、必ずしもサービスの内容や結果を保証するということにはなりえないのである⁷。

⁴ 通常、許認可においては、適切な体制や構造が確保されれば、その手続やプロセスは必然的に担保されるという暗黙の前提があると考えられる。但し、許認可においては、それら以外にも安全や衛生という直接、サービスの手続やプロセスに関係しない、いわば付随的に発生する事項もあるといえる。

⁵ ここでの標準化や画一化というのは、製品工程におけるたんなる手続上の物のみにかかわらず、その製品を作り出すのに必要とされるコストの標準化や画一化という点も含まれている。

⁶ ここでの医療サービスおよびヒューマンサービスにおける標準化や画一化の問題は、あくまでも他の産業領域とくに、工業生産などとの比較においてという、いわば相対的な次元でのものである。

⁷ ここで言うところの工業製品などにおける標準化、画一化とは、その製造工程におけるものだけをさすのではなく、その工程におけるコストをも含むより広い意味を指すものである。

したがって、医療サービスをはじめとするヒューマン・サービスなどにおいては、そのサービスの内容や結果を評価するためには、単に手続やプロセス上の基準を満たしていることを認証するというだけでは不十分であり、必然的にサービスの内容やそこから生じた結果をサービスの受け手がどのような形で受け止めたかという点が重要となり、いわゆるアウトカム評価がその重要性を持たざるをえないといえるのである⁸（図表 6-3-1）。

図表 6 - 3 - 1 サービス評価の形態と認証

保証の形態	保証される内容	前提
許認可	制度・構造	制度・構造の規定により、プロセスおよび内容・結果が担保される
認証①	制度・構造／手続・プロセス	制度・構造／手続・プロセスを保証することにより、内容・結果が担保される
認証②	手続・プロセス	手続・プロセスを保証することにより、内容・結果が担保される
アウトカム評価	内容・結果	内容・結果を評価し、その基準を「直接」担保する

次に、認証システムやそれに付随するビジネスのあり方と、それを取り巻く環境が変化に関する点を概観してみると、次のような変化が生じてきているといえる。第一に、認証システムそのものが競争に晒されるという状況がある。形式上過度に認可的な特質をおびた認証システム、いわば上記では①にあたる認証システム以外は、この状況を免れ得ない。というのも、認証システムそのものが、自由競争を前提とするものであり、自分自身もこの前提から免れ得ない。さらにこうした認可的な認証システムに関しても、先進諸国においては顕著にみられる外的な権威の機能低下を鑑みると、たとえ認可的な認証システムといえども、将来的にその地位を担保しえるかは、疑問と言わざるをえない。

こうした認証システムの直面する問題を生み出した原因とも帰結ともいえるのであるが、そこには、これまでサービスや商品の受け手であった消費者や利用者らが主体的にそれらを選択しうる状況が存在しうるといえる。その根源的な原因が何であるのかに関しては、より深い検討が必要となるであろうが、少なくとも消費者や利用者らが、これまでには得られなかったような選択に必要とされる多用かつ有用な情報へのアクセスが可能となってきたという状況は否定しえないものであるといえる（図表 6-3-2）。

⁸ こうした考え方はいわゆる、Donabedian のサービス評価における構造、プロセス、アウトカムという考え方を、認証といった考え方を加味して検討したものである。この点に関しては Donabedian（1980，1982，1985）を参照。

図表 6－3－2 認証制度を取り巻く環境

認証制度自体に内在する問題点

- ・ 認証を提供する第三者間の競争激化
- ・ 外的「権威」の機能低下

認証にかわるあらたな試みの出現

- ・ 消費者・利用者自身の主体的選択
- ・ 消費者・利用者による評価の可能性

以上、サービスの評価という問題を認証という観点から概観すると、理論的にも具体的な環境変化という点からも、認証制度が直面している課題が明らかとなる。それは理論的には、サービス提供に際してその手続やプロセスが標準化されていない、また画一化していない領域においては、そのサービスの内容やその帰結の保証を担保しえないということであり、さらに環境変化は、サービスの内容やその結果の受け手による直接的な評価を可能にしつつあるという点である。そこで、以下では、相対的にサービス提供において標準化、画一化がなされておらず、かつサービスの受け手がサービスの内容を直接評価するとは、具体的にどのようなものであるかに関して検討を行うこととする。

3. 利用者によるサービス評価

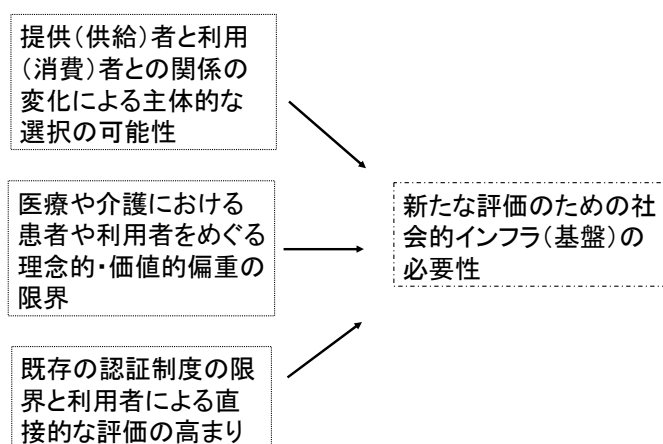
認証システムを取り巻く環境における変化は、サービスの受け手である消費者や利用者のサービス受容における質的变化を生み出しており、これまでとは抜本的に異なる形での、サービスの受け手による主体的なサービス選択やそれらに対する主体的な評価を生み出している状況にあるといえよう。当然、医療や介護サービスにおいても、こうした、これまでとは抜本的に異なる消費者や利用者による選択や評価のあり方から逃れられるものではない。

確かに、これまでも医療や介護の領域においては、「患者中心の」「利用者重視の」という考え方が存在してきた。しかしそれらは多分に理念的、観念的、ときには価値的な様子を過剰に帯びており、その具体的な方策や基盤を欠く傾向にあるといえる。つまり、患者中心の医療や利用者主体の介護サービスといった理念や価値を具体的に実現するための、方策に関しては、なんら具体的かつ実質的な展開は見られなかったといえる。

しかし、急激に変化する社会環境のなかで求められているのは、理念や価値のみならず、具体的に「患者中心の」「利用者中心の」サービスを実現するための社会的な基盤が必要であると考えられる。こうした社会的な基盤には可能性としては様々なものが考えられるが、少なくとも医療や介護においては、サービスの受け手であ

る患者や利用者をエンドポイントとして、それらによる評価が適切になされ⁹、かつ評価が、サービス提供に対するフィードバックされる仕組みが必須であると考えられる。

図表 6－3－3 利用者による評価の背景



患者や利用者らをエンドポイントし、そこを基点としたサービス評価とは、ある意味で、究極のアウトカム評価と言いうるものであるが、この場合、アウトカムといっても様々なものが考えられる。例えば、介護サービスの最も明瞭なアウトカムとしては、介護度の変化、より具体的にはその重症化の低減度などが考えられるが、これらに関しては、加齢やその他複雑に絡み合う要因をコントロールする必要がある、現状ではそれらを明確にすることはかなり難しいと考えられる。将来的にはこうしたアウトカムを把握する必要があるが、それ以外にも、サービスの受け手である利用者がサービスをどのように捉えたか、つまり評価したかという点も、重要なアウトカムとして捉えることができる（図表 6-3-4）。

⁹ エンドポイントとして利用者や患者らによるサービス評価の適切さとは、本来は多元的に捉えられるであろうが、ここでは少なくとも何らかの客観的な指標とその比較可能性という意味で用いることとする。

図表 6－3－4 介護サービスにおけるアウトカム

<u>介護状態の変化</u>
・ 改善
・ 重症化の抑制
<u>利用者の認識</u>
・ 満足度
・ 期待
・ 選考
<u>Q O L</u>
・ 主観的
<u>コスト</u>
・ 全体
・ 個別

サービスの受け手である利用者によるサービス評価というと最も容易に想定されるのは、満足度調査などであるが、満足度を介護サービスなどのヒューマン・サービスに適応することは、いくつかの問題点が指摘されている。たとえば利用者側における満足度が、サービスの中身ではなく、接遇や環境面に偏りがちであるという点である。確かに、接遇や環境面はサービスの重要な要素であることは否定できないまでも、それらがサービスの内容そのものであるとは言えない。

利用者満足の把握では、利用者の必要度、サービスを受ける環境など満足度に影響を与える要因が多種・多様でデータの比較が難しい点、さらに利用者満足度より得られたデータを用いて、組織における本質的な意味でのサービス改善に結び付けていくことが、利用者満足度からは難しい点が指摘されている。こうした点を踏まえて単に利用者満足にとどまらない、利用者による医療サービス評価が求められてきたといえる¹⁰（図表 6-3-5）。

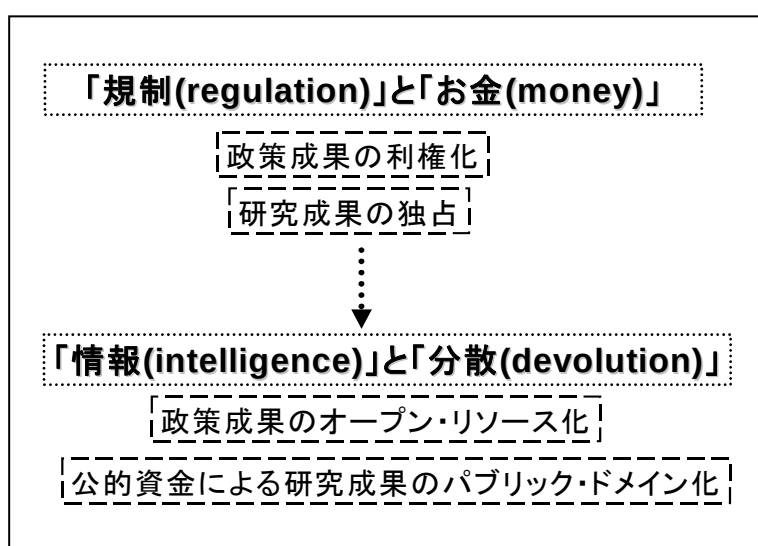
図表 6－3－5 満足度調査の論点

<u>医療や介護のサービスにおける満足度</u>
・ 満足の基準が不明確
・ 周辺的事項に関心が向きがち
・ 比較が難しい

¹⁰ この点に関しては、Coyle and Williams (1999)を参照。

こうした問題点を克服するために、アメリカにおいてはサービス利用者によるサービス評価の標準的手法の開発が進められている。このような評価手法の開発には、先にも述べたとおり、サービスの需要と供給を取り巻く環境変化という背景が存在することはもちろんであるが、それと同時に、こうした環境変化に対応する形での政策上の変化にも留意する必要があるだろう。具体的には、多くの政策領域において、これまでの「規制(regulation)」と「金(money)」による政策誘導から、間接的な「情報(intelligence)」と「分散(devolution)」による政策コントロールへという政策運営上の変化が見られるという点である¹¹。さらに公的活動におけるアカウンタビリティを高める必要があるとの世論の高まりの中で、税などの投入により開発された成果を、国民の資産として積極的かつ有効に活用するべきであるという認識の高まりも同時に存在するといえる。アメリカなどにおいては、医療政策などにおいても、政策のオープン・リソース化や研究成果のパブリック・ドメイン化が著しい展開を見せており、下記に検討する医療サービスにおける利用者評価の政策的展開も、まさにこのオープン・リソースとパブリック・ドメインという二つの軸を中心に展開がなされているといえる。

図表 6－3－6 政策展開の変化



¹¹ こうした政策運営上の変化を生み出した、主要な要因としては、多くの欧米先進国においては、これまでの経済成長に基づいた財政基盤を根拠とした政策運営が困難に直面しているという現状を指摘しうる。

さて、こうしたアメリカにおける評価システムのこれまでの展開であるが、そのスタートは患者による医療サービス評価調査システムとして、1995年10月 アメリカ連邦厚生省の研究機関Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) においてサービス利用者主体（視点）の医療サービスの質に関する情報の収集・報告が可能となる、標準化された質問票とレポートフォーマットが統合された情報システムの構築に関する取り組みとして開始されたものである¹²。

このプロジェクトがスタートした背景には、各々は非常に優れた研究デザインによる調査であるが、一般化が可能である患者主体（消費者主体）の質問票が存在しないという問題があった（地理的問題、保険による差異の問題なども含む）。また主として、保険会社や保険購入者のニーズに応じた調査であり、患者主体（消費者主体）の調査は非常に限られているのが現状であった。また、一連の調査より保険会社や保険購入者が求めている情報と患者（消費者）が求めている情報は異なっていることが示されており、5年間の期間をかけて二段階のプロジェクトが開始され、現在は介護サービスを含む非常に多岐にわたる領域にまで広がりを見せている。

こうした評価システムのポイントは、次の点にある。まず「効果的な利用者評価指標の開発に留まらない、その有効利用を促すシステム作り」を目標に「パブリック・ドメインとオープン・リソース化」「関係者らの多層なネットワークの構築」「政策的にはより少ないコストで、アカウンタビリティと効果を高める」「新規事業創生を促す」という点である（図表 6-3-7）。

図表 6－3－7 AHRQ における利用者評価の論点

AHRQにおける利用者評価の論点

- ・ 効果的な利用者評価指標の開発に留まらない、その有効利用を促すシステム
- ・ パブリック・ドメインとオープン・リソース
- ・ 関係者らの多層なネットワークの構築
- ・ 政策的には、より少ないコストで、アカウンタビリティと効果を高める
- ・ 新規事業創生を促す

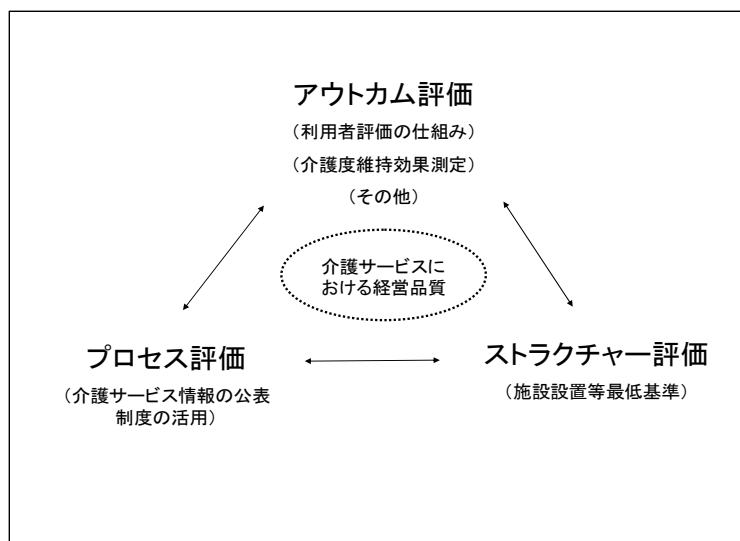
¹² こうした AHRQ による利用者評価に関しては Crofton et al 1999 を参照。

4. まとめにかえて：日本における介護サービス評価への適用

こうしたサービス評価の仕組みを、日本における介護サービスなどにおける評価制度に導入することは、介護サービスのみならず、医療サービスを含めたヒューマン・サービスへの利用者評価をもたらす重要な契機となるばかりではなく、真に利用者を中心としたサービス構築には欠かせないと考えられる。さらに介護サービスを提供する組織にとっても、こうした利用者からの評価を経営活動に反映させうる基盤が求められている。

さらに介護サービス分野においては、利用者によるサービス評価以前、すでに様々なサービス評価の基盤が存在するといえる。例えば、介護サービス情報の公表といった仕組みは、情報基盤として注視すべきであり、既存の仕組みを活用するとともに利用者による直接的なサービス評価システムを組み合わせることにより、より介護サービス提供組織の実態が明確化され、こうした点を高次かつ複合的に評価することにより、介護サービスにおける経営品質というものがより説得力をもつものに成りうると考えられる（図表 6-3-8）。

図表 6－3－8 日本における介護サービス評価への適応



文献

- Coyle, J. and Williams, B. 1999. Seeing the wood for the trees: defining the forgotten concept of patient dissatisfaction in the light of patient satisfaction research. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* 12:i-ix.
- Crofton, C., Lubalin, JS. Darby, C. 1999. Consumer Assessment of Health Plans Study (CAHPS). *Med. Care.* 37:MS1-9.
- Crow, R. Gage, H. Hampson, J. Hart, J. Kimber, A. et al. 2002. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol. Assess.* 6:1-92.
- Donabedian, A. Explorations in quality assessment and monitoring Vol. I: The definition of quality and approaches to its assessment. 1980; Vol. II: The criteria and standards of quality. 1982; Vol. III: The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. 1985. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Edgman-Levitan S and Cleary PD. 1996. What information do consumers want and need? *Health Aff.* 15:42-56.

本年度検討のまとめ

本研究事業では、組織マネジメントの質を高めることが質の高い介護サービスの提供につながるという‘Good Management, Good Care’の視点に基づき、「経営品質」の観点から、介護サービス事業者における質の確保に資する評価指標や評価手法のあり方を検討するために分析をおこなった。まず、アンケート調査ならびにヒアリング調査により、介護サービス事業者の経営品質の評価に対する認識や、経営品質向上のための取り組みを明かにした。次に、わが国の既存の評価制度やMB賞審査基準による項目や手法の比較分析をおこない、経営品質の評価基準作成に関し、重要となる視点や課題について考察した。さらに、内外の先行研究や諸外国の先駆的事例に基づき、介護サービス事業において、経営品質の評価基準や評価制度を設計する際の基本的な考え方や参照すべき視点を整理した。

1. 今回のアンケート調査結果を通して、介護サービス事業者は経営視点として、介護サービスの内容や提供体制等といった直接実務に係わることに重点を置いており、「研修効果測定」や「職員満足度」の把握、「長期計画策定」、「他社との比較分析」、「マーケティングに係わる情報収集分析」といった、一歩踏み込んだ経営管理手法の実施率は低いとの傾向が明らかになった。経営視点や、質の向上のために重視する事項は、事業規模によって重点の置き方に違いがあり、事業規模が大きくなるほど、組織管理に重点が置かれる傾向が明らかとなった。

2. MB賞審査基準における経営品質の評価視点を分析し、わが国の介護分野の既存の質確保諸制度と比較を行ったところ、MB賞審査基準では、「競争」を意識した戦略展開、「市場分析」の視点、「活動成果の測定」、「取り組みと成果の因果関係」、「改善の視点と有効性の証明」、「財務管理」等の組織管理的な視点、「従業員視点」が重視されていることが明らかとなった。

わが国の既存の介護分野における質確保の諸制度が、MB賞審査基準と比べ、上記のような点で違いがある理由として、経営環境が異なること、介護サービスの標準化と改善成果の計測が困難であることがあげられる。

3. (1) 組織の成果と質マネジメントとの関係についての先行研究から、経営品質の評価項目に必要な視点について検討した。両者の関係による効果は、中長期的範囲(3年～5年)でその効果が認められていること、組織の社会的責任に関する取組と組織成果の間に相関関係がみられること、組織(企業)のコンテキストから質マネジメントに影響を与える要因には、「組織(企業)の質確保に対する支援」、「過去の質」、「マネジメントの知識」、「製品の複雑性」などであり、特に質マネジメントの成功のためには、「トップマネジメントのリーダーシップと支援」、「全社的な質に関する教育」、「研修の重要性」が指摘されていることなどの示唆をえた。

(2) 介護サービス分野における質確保の方策について、OECD諸国における動向からは、質規制がアウトカムに関する評価基準へ移行し、質のモニタリングを強化する傾向にあることが認められた。オーストラリアでは、全国共通のアウトカム基準と単一評価機関による認証制度の義務化を実施していること、アウトカム基準をコンパクトに設定していること、継続的改善、法令遵守、職員教育・人的資源開発を重視していること、日常生活を項目領域として設定していることなどが特徴として認められた。自己評価、認証制度、表彰制度を組み合わせた制度設計になっていることも注目すべき点と考える。

(3) 医療や介護サービス等の分野における諸外国の第三者評価制度の動向として、認証制度の位置づけの検証を行なうとともに、認証にかわる新たな試みとして、利用者評価の可能性について検討をおこなった。特に、米国においては、既存の認証制度や第三者評価制度に代わる新たな消費者・利用者主体的な選択・評価の試みが進んでおり、評価のコストを低減し、アカウンタビリティと効果を高める取り組みとして注目されている。わが国の介護サービス分野における適用可能性の検討に当たっては、既存の質確保方策と基盤を活用した構想を組むことが考えられる。利用者本位を発展させた経営品質評価の仕組みとして検討を要する。

4. これらの検討を踏まえ、介護サービス事業者の質の向上に資する経営品質評価項目の要素と着眼すべき視点について整理を行った。

評価項目構成においては、「利用者中心」、「理念の浸透・共有化」、「倫理・社会的責任」、「従業員重視」の視点を重視している。「経営品質」とは目標達成を可能とする「仕組みのよさ」であるとの認識に立つと、経営品質評価の根幹には継続的改善の視点を組み込んだ仕組みが必要である。そのため、組織の継続的改善を促進する評価項目に加え、プロセス評価、アウトカム評価、フィードバックの仕組みを重視する。

さらに、評価指標は、評価の仕組みのあり方と密接に関連するため、項目の検討と同時に、どのような仕組みで運用するかを検討しなければならない。新たな評価制度の利用可能性については、質評価に伴うコストと質改善の経済的メリットとの対応関係を精査し、受審側がメリットを実感、享受できることが普及上の課題であり、制度設計において、受審を促すようなインセンティブ設計が必要であることを踏まえる必要がある。

今後は、これらの検討を踏まえ、介護サービス事業者の経営品質に関わる評価指標の精査および有効性・利用可能性の高い評価手法、評価制度の構築について、研究を進める必要がある。介護サービス事業者がこれらの評価項目を活用することで、組織のマネジメントの質が向上し続ける継続的な学習の視点を意識し、健全な介護サービス市場の発展および利用者選択に資するような評価基準、評価手法の設計が重要である。