

介護サービス事業者における経営品質の あり方に関する調査研究事業

報 告 書

平成 19 年 3 月

社団法人 シルバーサービス振興会

は じ め に

本報告書は、独立行政法人福祉医療機構平成18年度長寿社会福祉基金「介護サービス事業者における経営品質のあり方に関する調査研究事業」として実施した調査研究について、その概要をまとめたものです。

介護保険法導入以来、介護サービス市場には、民間事業者をはじめとする多様な事業者が参入し、サービス供給量は大幅に増加しました。今後は、市場内のサービス供給量を確保しつつ、いかに提供サービスの質の確保を実現し、維持していくか、との問題に焦点が移りつつあるといえます。介護保険制度において、利用者に良質な介護サービスを継続的・安定的・効率的に提供していくことは、制度維持の必要条件であるとともに、介護サービス事業者に課せられた責務でもあるといえます。そこで、本研究事業では、介護サービス事業者における質の確保のあり方について、「経営品質」の観点から、その適用可能性、有用性、課題点について検討を行い、介護サービス事業者の質の確保に資する組織マネジメントの視点、指標のあり方について分析することを目的として実施して参りました。

研究事業においては、経営品質に関するヒアリング調査とアンケート調査を実施し、多くの事業者・関係諸機関の皆様にご協力を頂きました。厚く御礼申し上げます。

また、調査研究委員会におきましては、委員長として、小山秀夫氏（静岡県立大学）、委員として、菅原琢磨氏（国立保健医療科学院）、長澤紀美子氏（高知女子大学）、馬袋秀男氏（株式会社クロス・ロード）、藤澤由和氏（新潟医療福祉大学）に就任いただき、度重なる検討、ご意見を頂戴いたしました。この他、本研究実施にあたっては、各調査、委員会、報告書作成等研究全般に渡り、（社）病院管理研究協会、（株）医療産業研究所のご協力を頂きました。

多くの方々のご協力を得て、本研究を実施できましたことを、心より感謝申し上げます。

平成19年3月

社団法人シルバーサービス振興会

—目 次—

はじめに

第 1 章 調査研究の概要	7
1. 調査研究の目的	9
2. 研究実施の方法	9
3. 具体的実施事項	10
4. 研究の流れ	10
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	11
はじめに	13
1. シルバーマーク制度	13
2. 介護保険制度における指導監査	20
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）	21
4. 介護サービス情報の公表	24
5. 介護保険制度改正における質確保の視点	29
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	30
(1) MB 賞設立背景と趣旨	30
(2) 審査基準フレームワークと基本的考え方	31
(3) 2006 年ヘルスケア部門受賞組織 (North Mississippi Medical Center) の事例	36
(4) わが国への示唆	36
第 3 章 介護サービス事業者における経営品質のあり方に関するアンケート調査	39
1. 調査の概要	41
2. 調査の結果	44
(1) 経営管理全般について	44
(2) 介護サービスの質の確保・向上について	50
(3) 経営品質に関わる新たな評価制度について	60
3. 調査結果の要約	85
第 4 章 事業者・評価機関に対するヒアリング調査	89
1. 調査の概要	91
2. 調査結果	91
(1) C 社 訪問介護事業部	91
(2) M 株式会社	94
(3) K 財団	95
3. 考察	97

第5章 経営品質の評価項目についての考察	99
1. 質の確保に関する諸制度の項目比較	101
2. アンケート調査結果からの考察	106
(1) サービスの質を高めるための重要事項について	106
(2) 経営品質を評価する項目について	106
(3) サービス自己評価への取組について	109
3. ヒアリング調査結果からの考察	109
(1) 一般産業分野の外部評価を活用している事業者事例	109
(2) 介護サービス分野の質確保制度を活用している事業者事例	110
4. 品質評価に関する諸制度との比較検討	111
(1) オーストラリアの高齢者ケア認証基準	111
(2) MB 賞審査基準	111
(3) 評価指標と評価の仕組みのあり方について	112
5. 介護サービス分野における経営品質のあり方	113
(1) 本年度の検討	113
(2) マネジメントの対象	115
(3) 項目作成において踏まえるべき事項	115
(4) 項目要素と着眼の視点	117
(5) 今後の検討課題	120
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	121
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」	123
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	123
2. 介護サービス事業の特性と事業者情報提供のあり方	126
3. 経営品質評価に関わるこれまでの議論と論点	132
(1) 質マネジメントと企業成果との関連性	132
(2) 企業パフォーマンスと社会貢献との関連性	133
(3) 質マネジメントに取り組む企業コンテキストとは？	135
(4) 質マネジメントの必須要因と組織コンテキスト	137
(5) 組織の質コンテキストと質マネジメントの検証結果	138
4. 結果の要約と結び	139

論文２．「介護の質の規制に関するシスラムの検討 －国際的動向とオーストラリアの認証システム－」	143
1. はじめに	143
(1) 介護の質規制政策への要請	143
(2) 質評価の主体とプロセス	144
(3) 支払者による規制の枠組み－オーストラリアを例に	145
2. OECD諸国における介護の質規制の動向	146
3. オーストラリアにおける高齢者施設ケアの質規制	147
(1) オーストラリアにおける高齢者ケアの概要	147
(2) 高齢者ケア領域における質の規制の進展	149
(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	153
4. オーストラリアの質規制策の実際	155
(1) 認証基準	155
(2) 認証プロセス	158
(3) 表彰	160
(4) 罰則	161
(5) 事業所における継続的改善	162
5. まとめ	165
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」	168
1. はじめに	168
2. サービス評価と認証制度	168
3. 利用者によるサービス評価	172
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	177
本年度検討のまとめ	179
参考資料	
「介護サービス事業者における経営品質のあり方に関するアンケート調査」 調査票	181

第 1 章 調査研究の概要

1. 調査研究の目的

2000（平成12）年の介護保険法施行以降、介護サービス市場においては、民間事業者をはじめとして多様な事業者の参入により、サービス供給量は飛躍的に拡大し、介護サービスの「供給量」確保の問題から、「提供サービスの質」の確保・向上が重視されるようになった。介護保険制度下における介護サービス事業経営は、制度や制度改正の影響を直接的に受ける一方、良質な介護サービス提供に対する社会の期待は、制度の浸透と高齢者人口の増加とともに、益々大きくなっていくものと思われる。このような状況下において、良質なサービスを継続的、安定的かつ効率的に提供していくことは、介護サービス事業者に課せられた責任ともいえる。

介護分野の質の確保策に関しては、1989（平成1）年にシルバーマーク制度が設立され、利用者が介護サービスを安心して利用できるよう、福祉、安全、快適といった視点からの品質基準を定め、水準を満たす事業者に対し、マーク認証を交付する仕組みが実施されてきた。介護保険制度導入以降、事業の指定制と指導監査による基準の遵守に加え、2006（平成18）年度からは「介護サービス情報の公表」制度が導入され、利用者への質の確保策が図られてきた。

一方、一般産業界における品質管理分野では、日本で発展したTQCが、1980年代後半、米国において「Total Quality Management」、「経営品質」の考え方へとつながり、その後世界へと広まっていった。この「経営品質」の考え方は、一般産業の分野ばかりでなく、教育や医療といった非営利分野においても導入されつつある。

本研究事業では、この「経営品質」という観点を、わが国の介護サービス分野にあてはめた場合の適用可能性、有用性、課題点を明らかにすることにより、介護サービス提供者の質の確保に資する組織マネジメントの視点、指標のあり方について分析することを目的として実施する。

2. 研究実施の方法

○ 調査研究委員会

＜委員長＞

小山 秀夫 静岡県立大学経営情報学部 教授

＜委員＞

菅原 琢磨 国立保健医療科学院経営科学部 サービス評価室長

長澤 紀美子 高知女子大学社会福祉学部社会福祉学科 助教授

馬袋 秀男 株式会社 クロス・ロード代表取締役社長

藤澤 由和 新潟医療福祉大学社会福祉学部社会福祉学科 助教授

○ オブザーバー

黒岩 嘉弘 厚生労働省老健局振興課長補佐

○ 事務局

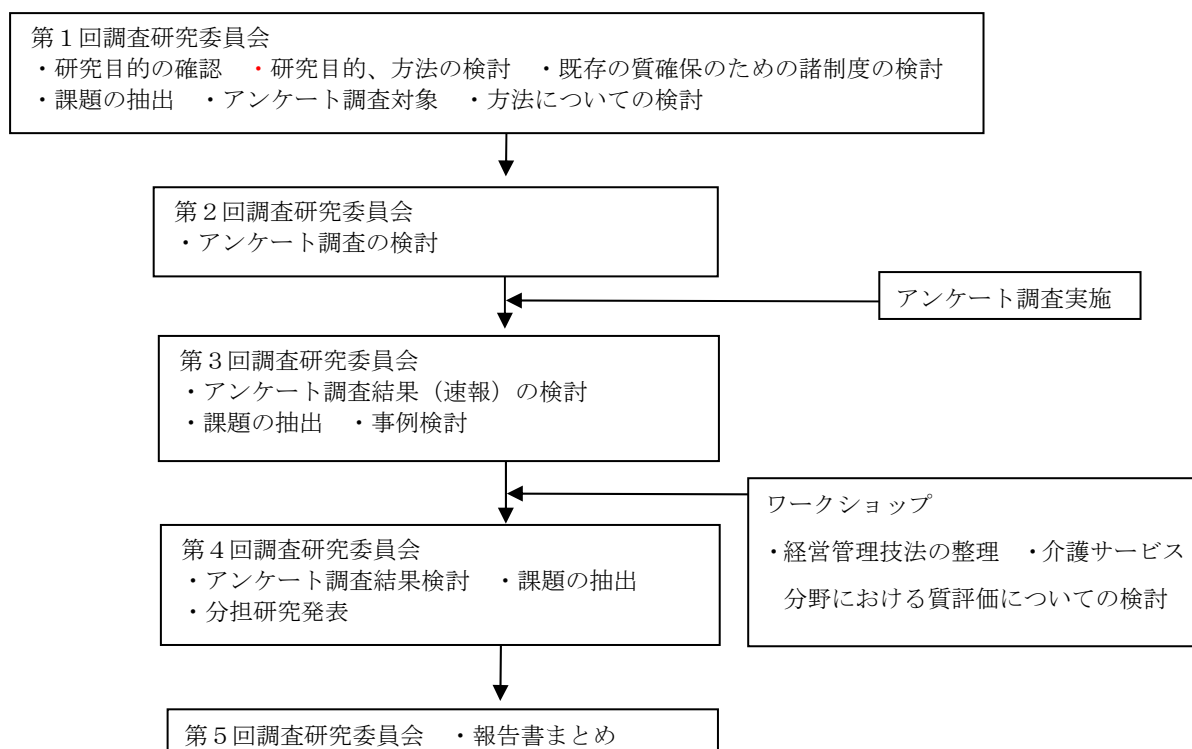
長橋 茂 (社) シルバーサービス振興会 常務理事
霜鳥 一彦 (社) シルバーサービス振興会 総括参与
久留 善武 (社) シルバーサービス振興会 企画部長
藤牧 正浩 (社) シルバーサービス振興会 企画部企画担当課長
川島 英樹 (社) 病院管理研究協会 調査部長
月岡 正朋 (株) 医療産業研究所 主任研究員
柳澤 直子 (社) シルバーサービス振興会 企画部

3. 具体的実施事項

調査研究委員会（計5回）を通して、介護サービス事業者にとっての「経営品質」に対する考え方、評価項目のあり方について検討を行った。検討に当たっては、全国の介護サービス事業者を対象に、アンケート調査を実施し、事業者の経営管理の実態を把握・分析するとともに、事業者が求めている質確保のための評価制度のあり方について、検討を行った。アンケート調査結果については、集計分析を行うとともに、事業者ヒアリング調査も実施し、外部評価機関へのヒアリング調査結果も踏まえ、委員会にて検討を行った。委員会遂行に当たっては、経営品質のあり方について幅広く議論するため、ワークショップ方式で経営管理に関する考え方について整理を行い、委員会での議論に反映させた。

4. 研究の流れ

本研究は、以下の構成にて、実施・検討を行った。



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観点から、ISO9001 の取得をはじめ、種々の外部評価諸制度を組み合わせる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）

～民間企業の活用と規制～

- ・ 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）

「今後のシルバーサービスのあり方について」

～民間企業の活用と規制～

- ・ 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がその倫理を確立し、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

- ・ 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
		2.2.2 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 苦情対応体制の整備	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	4.3.3.1 訪問介護サービスで提供するすべての具体的作業手順、留意事項等が遵守されている 4.3.3.2 訪問介護計画に基づき、利用者に提供するサービス内容等について、指示書等の書面により訪問介護員等に対し具体的に指示されている 4.3.3.3 利用者に実際に提供されたサービス内容の記録が報告書として作成され、適切に報告されている 4.3.3.4 サービス提供責任者により内容が点検された報告書が管理者に提出されている
		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	事業プロフィール
	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
	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
3 相談、苦情等の対応		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

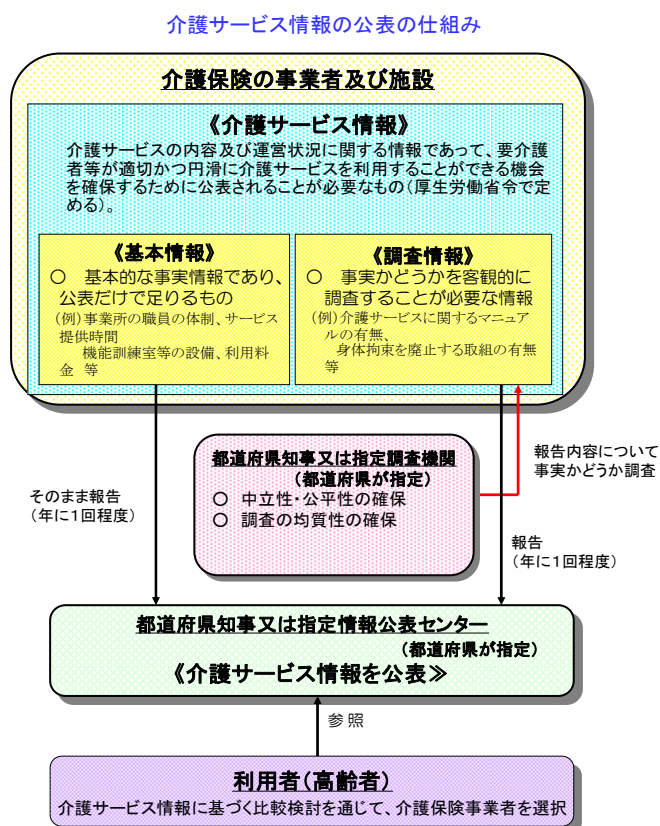
大項目 2 運営状況に関する事項

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。この他、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

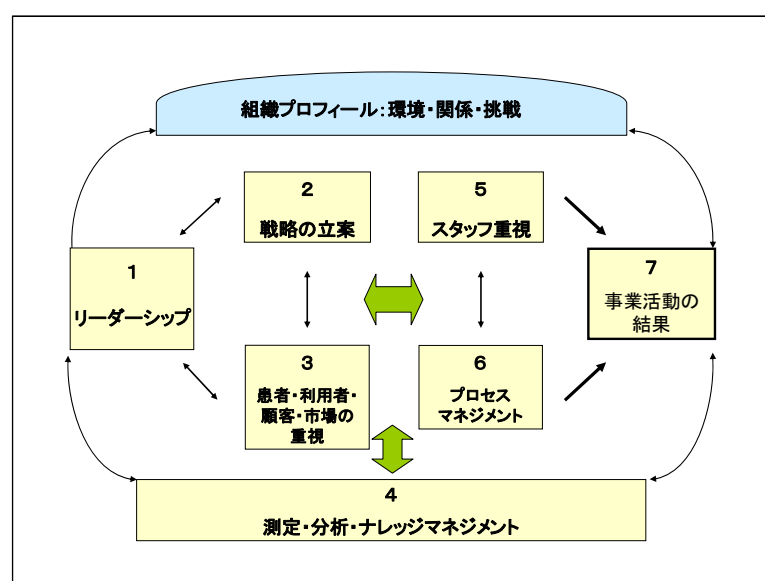
MB賞審査基準では、基本的価値観をもとに、フレームワークを作成し、経営革新に必要な要素をマネジメント・モデルとして構造化している。一分野の改善は、他分野の改善必要性を気づかせるものとの観点から、サービスの質、プロセス、財務業績、顧客満足、地域貢献、従業員満足、使命の浸透といった多面的な尺度に基づく取り組みの成果が、バランスよく高い水準になっている状態を目指し、経営の統合度、整合性、展開度、結果で質を評価する。各取り組みに関する結果について、1000点満点中成果（結果）に450点を配点しており、改善の結果をデータにより証明することを求めている。

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、に着目している。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て設定しており、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 2－1 6 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た、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。

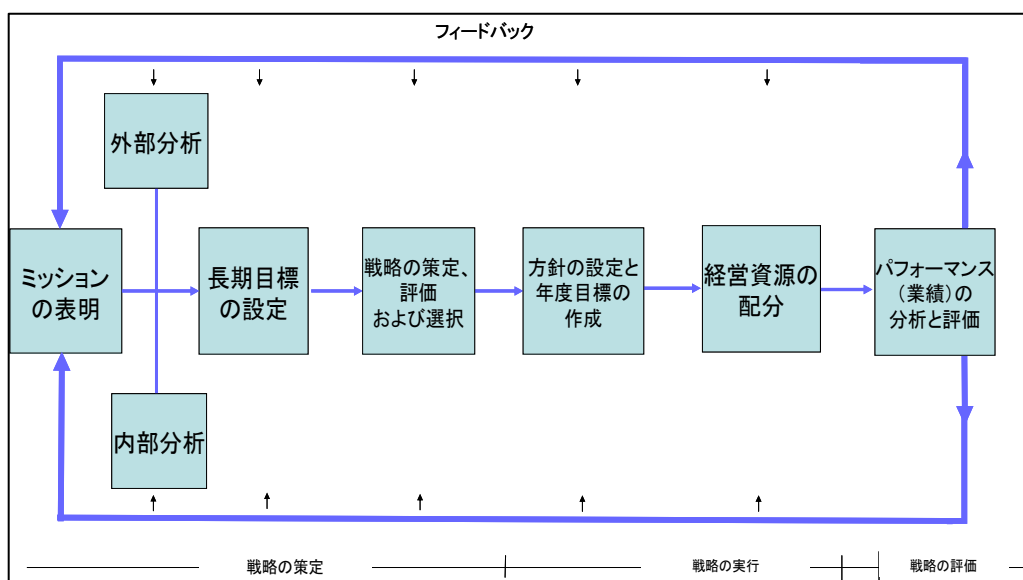
図表 2-18 MB賞ヘルスケア部門受賞組織の取り組み比較

	SSM Health Care (2002)	Baptist Hospital Inc. (2003)	St. Luke's Hospital of Kansas City (2003)
リーダーシップ	・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	・「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	・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	・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	・戦略計画 (短期・長期)	・戦略計画 (短期・長期) ・BSC利用
顧客重視	・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	・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	・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	・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	・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	・情報マネジメントシステム ・ベンチマーク
スタッフ重視	・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)	・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 ・Medical 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	・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	・クリニカルコラボレーティブ活動 ・継続的改善 (CQI)	・チーム活動を中心としたプロセス改善 ・業績審査委員会	・BSCを使った業務改善 ・クリニカル・パス ・PIモデル

業 績	・財務成果（投資格付評価 AA） ・臨床成果 ・市場占有率の増加 ・満足度 ・予期せぬ再入院率	・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）	・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 Planning22, 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途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

第3章 介護サービス事業者における経営品質のあり方に関するアンケート調査

1. 調査の概要

○ 調査の目的

介護サービス事業のサービス量が飛躍的に拡大する中で、現在「指導監査」、「介護サービス情報の公表」、「第三者評価」など、サービスの質に関する評価制度が実施されているが、このような質の確保のための諸制度においては、ともするとその手段や方法論ばかりが重視されてしまい、本来の目的ともいえる、良質な介護サービスを提供するための経営のあり方については、必ずしも十分な配慮がなされていないという指摘がある。

そこで、介護サービスにおける事業者の日々のマネジメント努力や取組に着目し、事業者にとって、どのような視点や取組について評価の仕組みがあれば、質の確保へのインセンティブや他との差別化につながるのか、という観点から介護経営の本質を探ることを目的とした。

○ 調査の対象

796 事業者

下記の団体所属の延べ 850 事業者から重複所属の事業者を除いた 796 事業者を対象とした。

- ① 有限責任中間法人日本在宅介護協会 190 事業者、
- ② 特定施設事業者連絡協議会 238 事業者
- ③ 「民間事業者の質を高める」有限責任中間法人全国介護事業者協議会 422 事業者

○ 調査の期間

平成 19 年 1 月 12 日～2 月 16 日

○ 調査の方法

質問紙（調査票）郵送法 *調査期間中、ハガキによる督促を 1 回実施した。

○ 調査の項目

別添調査票参照

○ 回収状況（有効回収数）

230 事業者（有効回収率 28.9%）

○ 調査対象の属性

■ 本部・本社の法人格

* 上段;実数、下段;構成割合

(%)

全 体	医療法人	社 団・財 団法人 (民 法 法 人)	農 協・生 協等	特 定非 営利 活動 法人 (N P O)	株 式 会 社	特 例 有 限 会 社	村 都 道 府 県・市 区 町	広 域 連 合・一 部 事 務 組 合	公 的 団 体 (日 赤、 社 会 保 険 関 係 団 体 等)	社 会 福 祉 協 議 会
230	3	2	1	1	130	73	0	0	0	0
100.0	1.3	0.9	0.4	0.4	56.5	31.7	0.0	0.0	0.0	0.0

外 会 社 福 祉 協 議 会 以 外	社 会 福 祉 法 人 (社 会 福 祉 協 議 会 以 外)	そ の 他	無 回 答
6	0	14	
2.6	0.0	6.1	

■ 営利法人の資本金

全 体	500万円未満	500万円～ 1,000万円 未満	1,000万円～ 5,000万円 未満	5,000万円～ 1億円未満	1億円以上	無回答
203	56	19	78	16	29	5
100.0	27.6	9.4	38.4	7.9	14.3	2.5

■ 介護関連事業者数

<居住系>

全 体	0か所	1か所	2か所	3～5か所 未満	5～10か所 未満	10～50か 所未満	50か所 以上	無回答
230	9	47	15	13	8	2	2	134
100.0	3.9	20.4	6.5	5.7	3.5	0.9	0.9	58.3

<在宅系>

全 体	0 か所	1 か所	2 か所	3～5 か所 未 満	5～10 か 所 未 満	10～20 か 所 未 満	20～50 か 所 未 満	50 か所 以 上	無回答
230	5	32	28	40	38	8	3	3	73
100.0	2.2	13.9	12.2	17.4	16.5	3.5	1.3	1.3	31.7

■ 介護サービス従事者数（常勤換算計）

<居住系>

全 体	0 人	5 人 未 満	5～10 人 未 満	10～20 人 未 満	20～30 人 未 満	30～50 人 未 満	50～ 100 人 未 満	100～ 200 人 未 満	200 人 8 以上	無回答
230	3	2	8	13	20	15	11	5	3	150
100.0	1.3	0.9	3.5	5.7	8.7	6.5	4.8	2.2	1.3	65.2

<在宅系>

全 体	0 人	5 人 未 満	5～10 人 未 満	10～20 人 未 満	20～30 人 未 満	30～50 人 未 満	50～ 100 人 未 満	100～ 200 人 未 満	200 人 以 上	無回答
230	0	5	21	29	19	19	19	11	4	103
100.0	0.0	2.2	9.1	12.6	8.3	8.3	8.3	4.8	1.7	44.8

■ 介護保険及び介護関連事業の総収入（売上）額

全 体	5 千万円 未 満	5 千万円～ 2 億円 未 満	2 億～5 億 円 未 満	5 億～ 10 億円 未 満	10 億円以上	無回答
230	28	61	33	20	17	71
100.0	12.2	26.5	14.3	8.7	7.4	30.9

2. 調査の結果

(1) 経営管理全般について

1.1 経営管理の実施状況

経営管理（運営管理、人事・労務管理等）の各種の事項・手法を示したうえ、各介護保険事業者における各種経営管理の実施状況をみると、全体では図 1.1 のようになる。

各経営管理の実施率は全般に高いといえる。「職員健康診断等の健康管理」の 96.5%は当然としても（但し、「行っていない」が 3.0%、7 事業者みられる）、「利用者からの苦情への組織的対応」が 96.1%、「職員の教育・研修制度の策定」や「年次経営分析」も 90%近く、それぞれ 89.1%、87.0%と高率の実施率となっている。また、「職員間の情報共有体制づくり」、「業務改善活動」、「サービスの標準化への取組」が実施率 80%台である。これらは、上の「利用者からの苦情への組織的対応」とともに、サービス提供に直接的に関わる事項であり、介護保険事業者における経営管理の取組は、とりわけ直接的事業である介護サービスの運営管理、サービス提供体制づくりに重点が置かれていることが確認できる。

さらに、「月次経営分析」「サービス圏域の設定」「広報宣伝活動」「利用者満足度調査」「危機管理体制づくり」「短期・中期経営（事業）計画の策定」などが、70%台ないし、70%近くとなっている。他の事項・手法も概ね 60%台ないし 60%前後の実施率となっている。

その一方で、実施率が低い事項・手法に着目すると、「経営内容の他団体・社との比較分析」が 24.8%と低い。介護保険事業者は小規模な事業者が多いところから、経営情報が公開されているケースは少なく、情報そのものの入手が困難であるためとみられる。その結果、競合先に関しては「競合施設・サービスに関する情報把握」（実施率 68.7%）にとどまらざるを得ないことになる。

実施率が低いものとしては、「研修の効果測定」や「職員満足度調査」もあげられ、ともに 35%弱となっている。上述のように、「職員の教育・研修制度の策定」は 90%近い実施率であるが、多くの場合、さらに一步踏み込んだ「研修の効果測定」等には至っていないというのが実情といえる。

表 1.1 には、経営管理の実施状況・実施率を事業者の従業員規模別にみた。各経営管理事項・手法の実施率は、全般に従業員規模に比例して高まる傾向が見て取れる。これは、「職員健康診断等の健康管理」や「利用者からの苦情への組織的対応」等、全体でみて高率の実施率を示している事項・手法における変動・差は小さいものの、実施率が低い事項において顕著である。例えば、「経営内容の他団体・社との比較分析」「研修の効果測定」「職員満足度調査」などであり、従業員規模「20 人未満」での実施率は 20%強から 30%前後であるのに対し、「100 人以上」では 40%強から 50%強となっている。また、全体の実施率が 40%強であった「マーケティング

に係わる情報の収集・分析」は、「20 人未満」での 27.5%に対して、「100 人以上」では 66.7%であるなど、両者の差は 40 ポイントに及んでいる。

図1.1 経営管理の実施状況－全体－

n=230

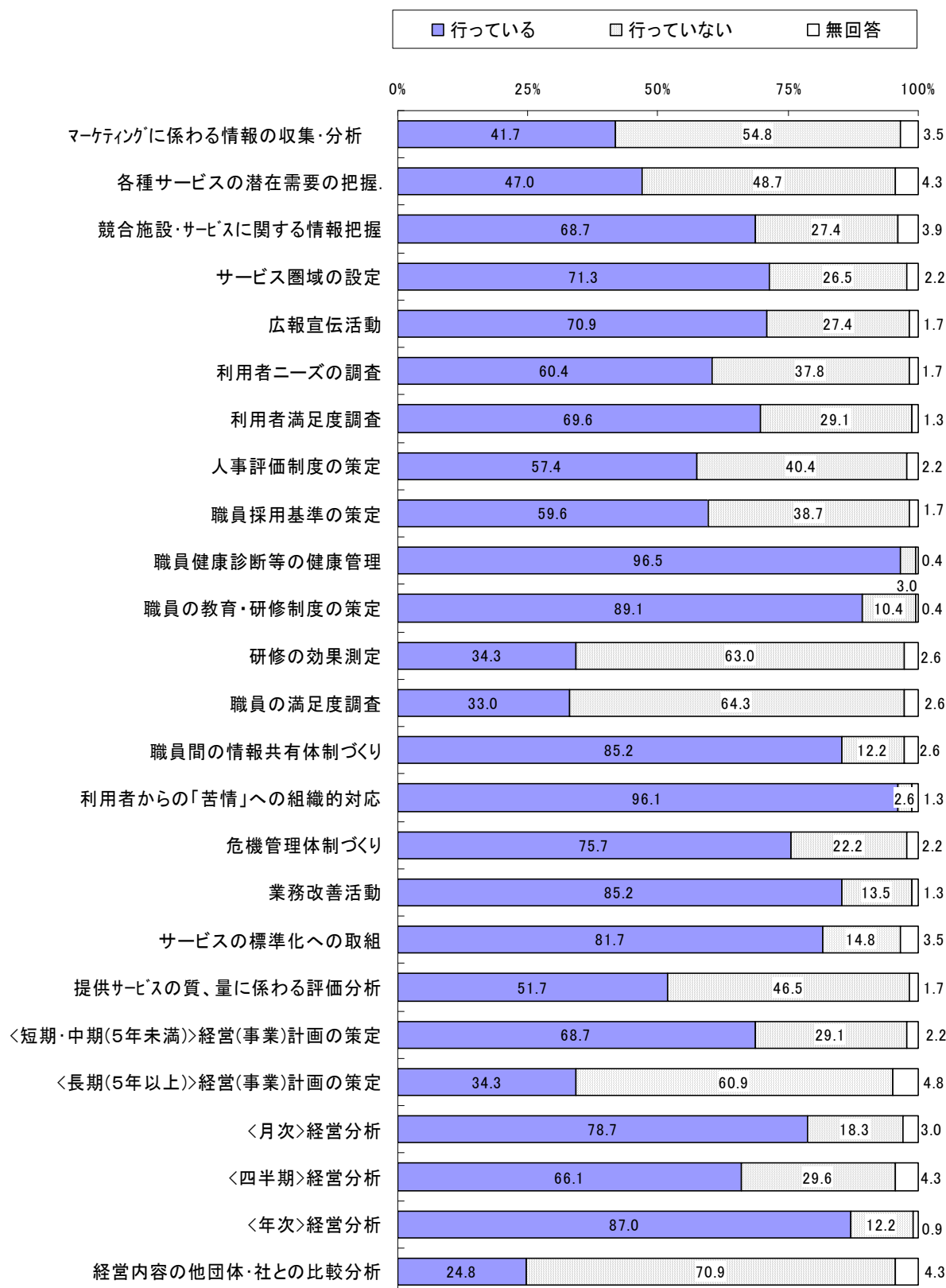


表 1.1 従業員規模別にみた各経営管理の実施状況（実施率）

*各経営管理を「行っている」事業者の割合。単位：％

	20 人未満 (n =51)	20～50 人未 満 (n =65)	50～100 人 未満 (n =29)	100 人以上 (n =24)
マーケティングに係わる情報の収集・分析	27.5	38.5	41.4	66.7
各種サービスの潜在需要の把握	33.3	41.5	48.3	62.5
競合施設・サービスに関する情報把握	60.8	66.2	82.8	62.5
サービス圏域の設定	74.5	63.1	62.1	87.5
広報宣伝活動	52.9	75.4	75.9	83.3
利用者ニーズの調査	51.0	60.0	58.6	87.5
利用者満足度調査	62.7	69.2	72.4	79.2
人事評価制度の策定	41.2	47.7	62.1	75.0
職員採用基準の策定	52.9	53.8	69.0	75.0
職員健康診断等の健康管理	93.3	97.4	100.0	100.0
職員の教育・研修制度の策定	76.5	89.2	86.2	100.0
研修の効果測定	31.4	26.2	34.5	54.2
職員の満足度調査	29.4	33.8	37.9	41.7
職員間の情報共有体制づくり	80.4	83.1	93.1	91.7
利用者からの「苦情」への組織的対応	98.0	95.4	96.6	100.0
危機管理体制づくり	62.7	80.0	86.2	95.8
業務改善活動	76.5	80.0	89.7	91.7
サービスの標準化への取組	68.6	80.0	79.3	95.8
提供サービスの質、量に係わる評価分析	45.1	50.8	51.7	66.7
短期・中期（5 年未満）経営（事業）計画の策定	49.0	69.2	75.9	95.8
長期（5 年以上）経営（事業）計画の策定	13.7	38.5	41.4	41.7
月次経営分析	62.7	78.5	82.8	100.0
四半期経営分析	56.9	63.1	69.0	87.5
年次経営分析	76.5	86.2	93.1	95.8
経営内容の他団体・社との比較分析	21.6	15.4	24.1	45.8

注)従業員規模(従業員数)無回答の事業者は表示していない(以下同じ)。

1.2 各種規定・マニュアル・記録文書等の整備状況

「経営管理」実施状況把握の一環として「各種規定・規則等文書、マニュアル、記録文書等の整備状況」をきいたところでは、図 1.2 にみるように、どの場合も全般に「あり」とする事業者が大多数を占めている。「理念・使命・行動規範」「組織図」「職務規程」「就業規則」等の組織としての基本に係わる規定等の 90% 台をはじめ、介護サービス情報の公表制度との関係もあって、「提供サービスに関する記録文書」「事故報告の記録文書」「利用者の緊急時対応に関するマニュアル等」

「事故予防・対応に関するマニュアル等」「サービス提供マニュアル・手順書」等はいずれも 90% 以上の事業者が「あり」としている。その他の規定・マニュアル等についても整備状況は良好で、「あり」の割合は概ね 60% 強から 70% 台となっている。

そうしたなかで、「教育・キャリアアップ（開発）プログラム等」があるとした事業者は 32.6% にとどまっている。また、「提供サービスに関する評価マニュアル」や「自立支援に関するマニュアル等」も「あり」が 50% 強と過半ではあるものの、相対的に低い割合となっている。但し、これらのマニュアル等を含め、相対的に整備率が低い場合でも「検討・整備中」の割合は一定程度に高い。例えば、「教育・キャリアアップ（開発）プログラム等」の「検討・整備中」は 43.5% を占めているほか、「提供サービスに関する評価マニュアル」や「自立支援に関するマニュアル等」も「検討・整備中」がともに 27.0% となっている。したがって、ここでの整備状況は過渡段階でのものという面がある。

表 1.2 には「各種規定・規則等文書、マニュアル、記録文書等」が「ある」及び「検討・整備中」とした事業者の割合をみた。前述の経営管理実施状況（各種経営管理の実施率）の場合と同様、各規定・マニュアル等とも、整備率は従業員規模の比例して高くなる傾向が見て取れる。また、整備率が相対的に低い各規定・マニュアル等の場合に、整備率の較差がより大きい。例えば、全体として整備率が高い介護サービス情報の公表に係るマニュアル等に関しては、従業員規模による差は小さいが、整備率が相対的に低い「教育・キャリアアップ（開発）プログラム等」の場合は、「20 人未満」19.6%、「20～50 人未満」29.2%、「50～100 人未満」37.9%、「100 人以上」50.0% のように、「20 人未満」と「100 人以上」では約 30 ポイントの差がある。同じく、「提供サービスに関する評価マニュアル」の場合も、「20 人未満」と「100 人以上」では、同じく約 30 ポイントの整備率の差がある。なお、比率の差にとどまらず、「身体拘束に関するマニュアル等」は「100 人以上」の事業者での整備率は 83.3% と高率であるのに対し、「20 人未満」では半数に満たない 49.0% であるなどの問題点も見て取れる。

図1.2 各種規定・マニュアル・記録文書等の整備状況－全体－

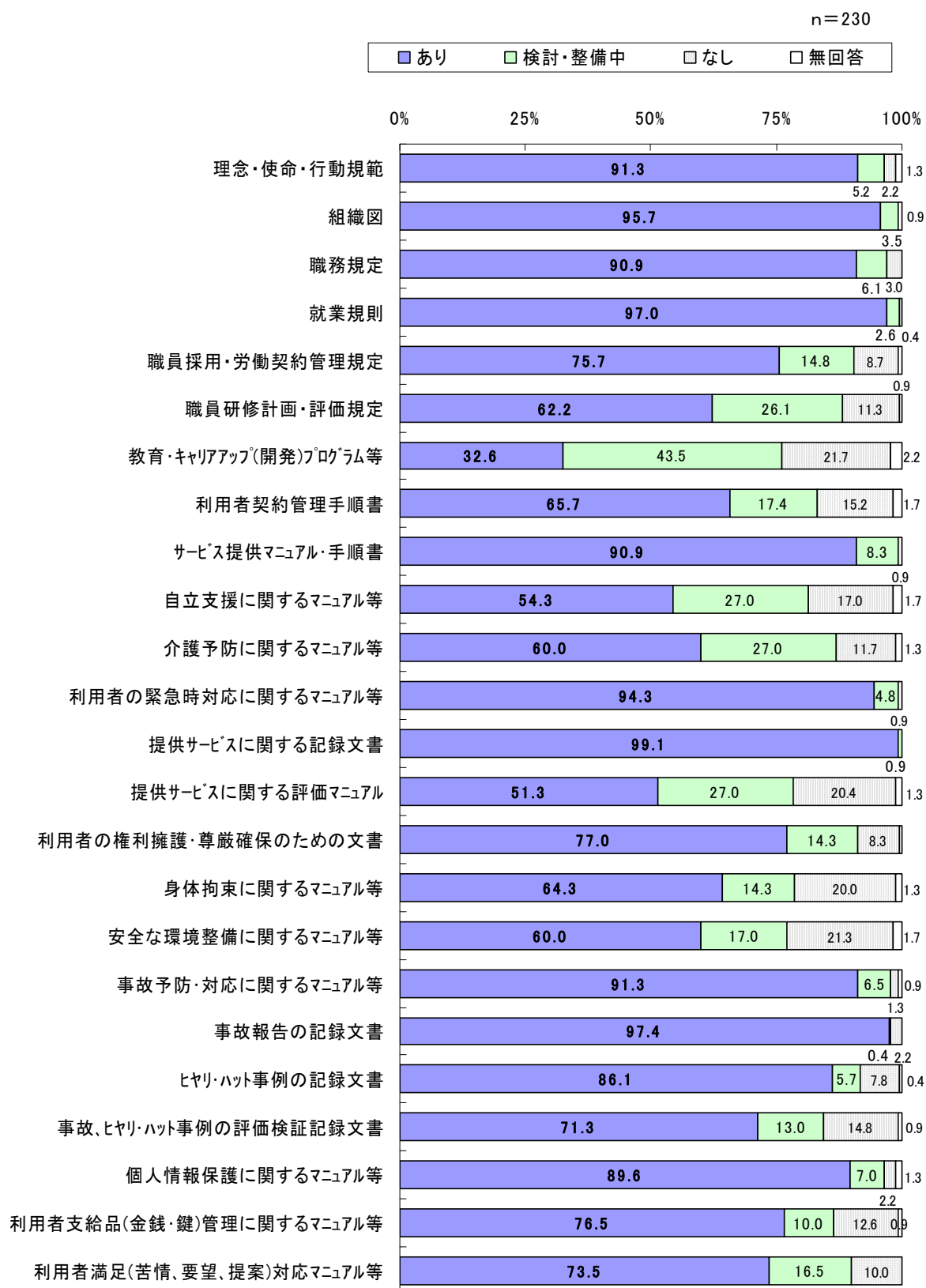


表 1.2 従業員規模別にみた各種規定・マニュアル・記録文書等の整備状況
 (「あり」「検討・整備中」の割合)

*各種規定・マニュアル等が「ある」「検討・整備中」の事業者の割合。単位：％

	あ り				検討・整備中			
	20人未満 (n=51)	20～50人未満 (n=65)	50～100人未満 (n=29)	100人以上 (n=24)	20人未満 (n=51)	20～50人未満 (n=65)	50～100人未満 (n=29)	100人以上 (n=24)
理念・使命・行動規範	82.4	93.8	96.6	95.8	7.8	4.6	3.4	4.2
組織図	96.1	93.8	96.6	100.0	2.0	4.6	3.4	0.0
職務規定	80.4	93.8	100.0	100.0	17.6	3.1	0.0	0.0
就業規則	92.2	95.4	100.0	100.0	5.9	4.6	0.0	0.0
職員採用・労働契約管理規定	68.6	72.3	75.9	91.7	23.5	13.8	17.2	8.3
職員研修計画・評価規定	41.2	66.2	65.5	75.0	41.2	20.0	27.6	20.8
教育・キャリアアップ(開発)プログラム等	19.6	29.2	37.9	50.0	51.0	43.1	44.8	45.8
利用者契約管理手順書	56.9	63.1	72.4	87.5	23.5	23.1	6.9	8.3
サービス提供マニュアル・手順書	84.3	92.3	93.1	100.0	13.7	7.7	6.9	0.0
自立支援に関するマニュアル等	49.0	64.6	55.2	50.0	27.5	21.5	31.0	41.7
介護予防に関するマニュアル等	51.0	66.2	55.2	62.5	29.4	23.1	37.9	33.3
利用者の緊急時対応に関するマニュアル等	94.1	98.5	100.0	95.8	3.9	1.5	0.0	4.2
提供サービスに関する記録文書	100.0	98.5	100.0	100.0	0.0	1.5	0.0	0.0
提供サービスに関する評価マニュアル	37.3	52.3	51.7	66.7	39.2	20.0	34.5	25.0
利用者の権利擁護・尊厳確保のための文書	62.7	81.5	75.9	91.7	13.7	12.3	24.1	8.3
身体拘束に関するマニュアル等	49.0	70.8	75.9	83.3	19.6	12.3	13.8	12.5
安全な環境整備に関するマニュアル等	58.8	56.9	55.2	66.7	9.8	16.9	31.0	29.2
事故予防・対応に関するマニュアル等	90.2	90.8	93.1	100.0	7.8	7.7	6.9	0.0
事故報告の記録文書	96.1	93.8	100.0	100.0	0.0	1.5	0.0	0.0
ヒヤリ・ハット事例の記録文書	74.5	89.2	86.2	91.7	9.8	3.1	6.9	8.3
事故、ヒヤリ・ハット事例の評価検証記録文書	52.9	75.4	75.9	87.5	15.7	12.3	13.8	12.5
個人情報保護に関するマニュアル等	82.4	93.8	86.2	91.7	7.8	6.2	6.9	8.3
利用者支給品(金銭・鍵等)管理に関するマニュアル等	68.6	83.1	86.2	83.3	11.8	10.8	3.4	8.3
利用者満足(苦情、要望、提案)対応マニュアル等	70.6	75.4	86.2	66.7	17.6	13.8	13.8	29.2

（２）介護サービスの質の確保・向上について

2.1 サービスの質を高めるために重要と考える事項

介護サービス事業者における介護サービスの質の確保・質の向上のための考え方を、序列をつけた３つまでの複数回答形式で聞いた。

図 2.1 のように、「１ 番重要」なものとしては「職員の姿勢・熱意・思いやり等が重要だと考えている」がもっとも多く、38.3%を占めている。次いで、「経営者のリーダーシップが質を向上させると考えている」が 23.5%である。さらに、「職員の介護技術・専門性を高めることが重要だと考えている」が約 2 割の 19.6%である。「事業者間の競合により質が高まると考えている」は 1.7%と、少数であった。

２ 番目に重要とされた事項としては、「職員の介護技術・専門性を高める」が 38.7%でもっとも多い。次いで、「職員の姿勢・熱意・思いやり等」が 28.3%、「サービスの標準化を図る」が 17.8%であり、「１ 番重要」としては二番目に多かった「経営者のリーダーシップが質を向上させる」は 8.3%にとどまっている。「経営者のリーダーシップ」の重要度、位置づけは事業者によって大きな乖離があるといえる。

なお、３ 番目に重要な事項としては、「サービスの標準化を図る」「職員の介護技術・専門性を高める」がともに 26.5%で相対的に多く、次いで、「経営者のリーダーシップ」が 18.3%であった。

図2.1 サービスの質を高めるために重要な事項—全体—

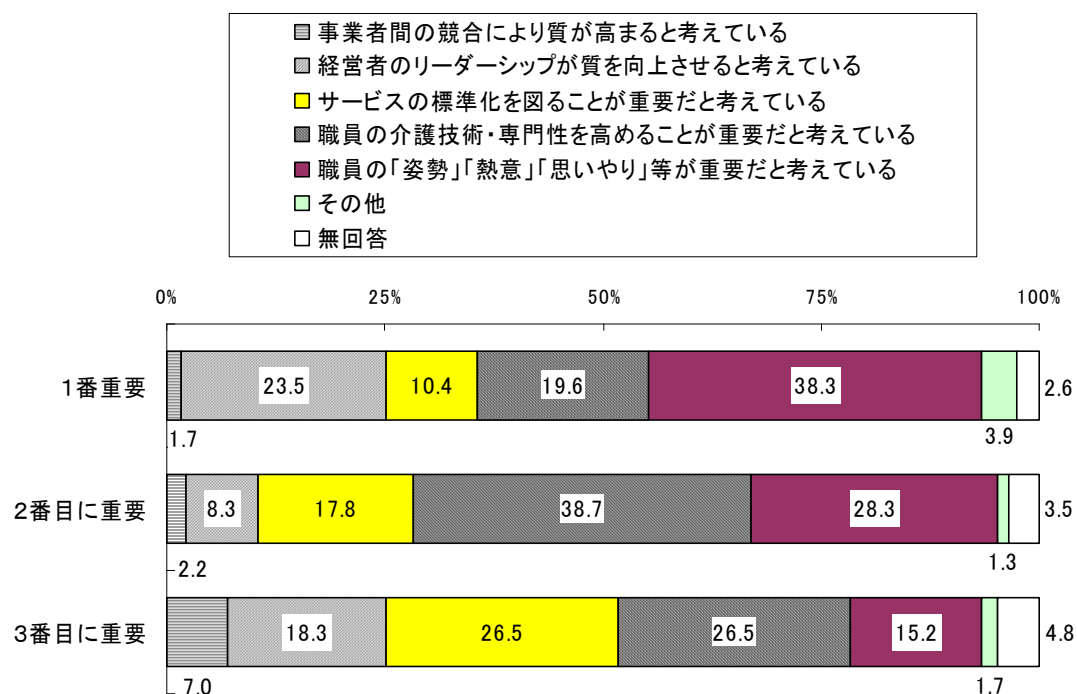
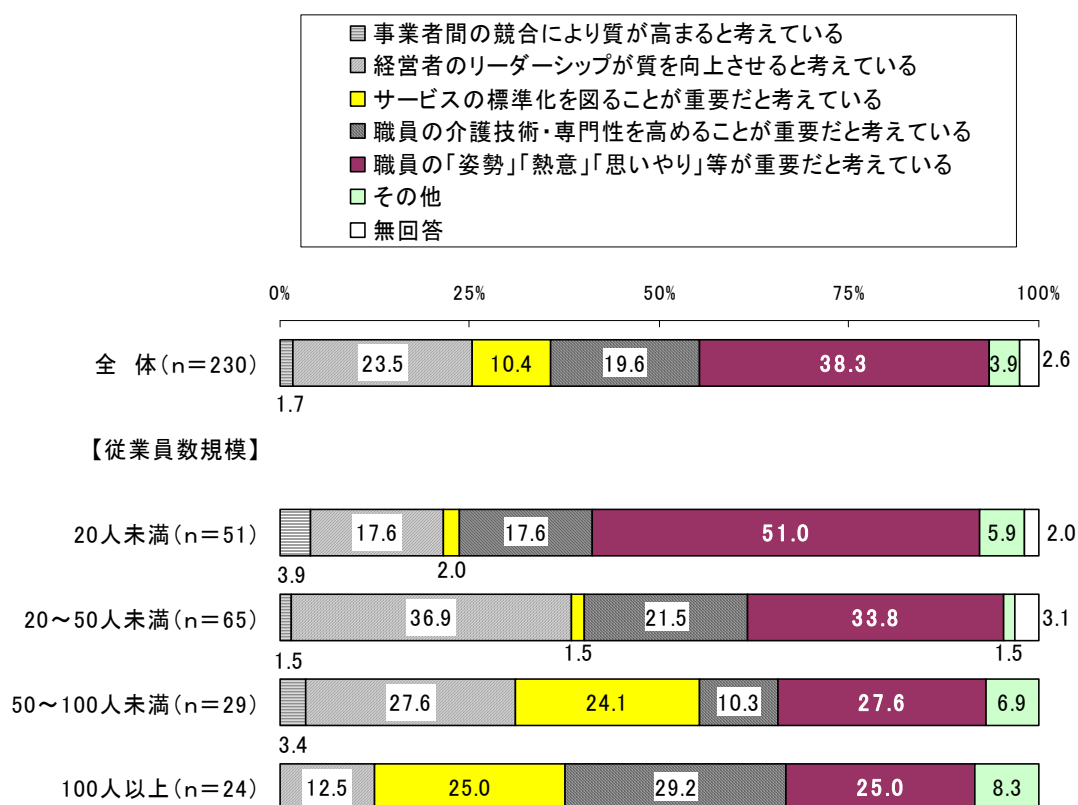


図 2.1.2 はサービスの質を高めるために「１ 番重要」とされた事項について、事業者の従業員規模別にみたものである。これによれば、構成割合でみる限り、「１ 番

重要」とされる事項は、従業員規模別によりやや異なる様相を呈している。従業員規模「20人未満」では「職員の姿勢・熱意・思いやり等」がやや突出して多く、半数以上の51.0%となっている。「20～50人未満」の事業者においても「職員の姿勢・熱意・思いやり等」が多い部類には属するが、むしろ「経営者のリーダーシップ」がもっとも多い(36.9%)。「50～100人未満」の事業者では「経営者のリーダーシップ」と「職員の姿勢・熱意・思いやり等」が同等(27.6%)、さらに「100人以上」では、「職員の介護技術・専門性を高める」がもっとも多く(29.2%)、「サービスの標準化を図る」と「職員の姿勢・熱意・思いやり等」が小差で続いている(ともに25.0%)。

小規模事業者は、とにかく介護サービス提供への熱意等が質を高めるために重要と考え、事業者の規模が大きくなるにしたがって、他の要素、すなわち「経営者のリーダーシップ」や「サービスの標準化」が指向される。さらに規模が大きくなれば、経営者のリーダーシップ等よりも「職員の介護技術・専門性」や「サービスの標準化」を目指す事業者が多くなる、と敷衍することができる。

図2.1.2 従業員規模別にみたサービスの質を高めるために1番重要な事項



2.2 質の確保のための現行諸制度の認知・制度利用の有無

介護サービスの質の確保のための現行諸制度について、認知の有無及び制度利用の有無をきいた。表 2.2 にみるように、認知状況は全般に良好であり、認知率は「介護サービス情報の公表」の 95.7%を筆頭に、「福祉サービス第三者評価」が 90.4%、「ISO9000 シリーズ」84.8%、「シルバーマーク」74.3%などと高率である。「福祉サービス第三者評価」及び「シルバーマーク」については、認知に先立って「該当施設・事業等の有無」をもきいたが、認知状況との関連は必ずしもみられなかった。なお、「日本経営品質賞」の認知率は 23.9%で、4 分の 1 弱にとどまっている。

次に制度利用の有無をみると、「介護サービス情報の公表」は法律事項であることもあって 80.9%と高い。一方、「福祉サービス第三者評価」の制度利用率は 33.5%、「シルバーマーク」は 20.4%となっている。さらに、「ISO9000 シリーズ」は 9.6%と、10%に満たず、約 85%の認知率に比し、利用は進んでいないといえる。なお、「日本経営品質賞」の利用率は 0.4%（230 事業者中の 1 事業者）であった。

表 2.2 質の確保のための現行諸制度の認知・制度利用の有無—全体—

* 単位：％

	n	該当施設・事業等の有無			認知の有無			制度利用の有無		
		あり	なし	無回答	知っている	知らない	無回答	受けたことがある	受けたことはない	無回答
① 福祉サービス第三者評価	230	22.2	26.1	51.7	90.4	5.7	3.9	33.5	59.1	7.4
② シルバーマーク(認証制度)*	230	10.0	34.8	55.2	74.3	17.8	7.8	20.4	67.0	12.6
③ ISO9000 シリーズ(認証制度)	230				84.8	8.3	7.0	9.6	80.0	10.4
④ 日本経営品質賞(表彰制度)	230				23.9	67.8	8.3	0.4	83.0	16.5
⑤ 介護サービス情報の公表	230				95.7	0.4	3.9	80.9	13.0	6.1
⑥ その他	230	0.4	0.4	99.1	2.2	0.9	97.0	0.4	3.9	95.7

* シルバーマークの対象は訪問介護サービス、訪問入浴サービス、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

表 2.2.2 には、現行諸制度の認知状況及び制度利用状況を、事業者の従業員規模別に認知率（「知っている」の割合）、受審率（「受けたことがある」の割合）でみた。

まず、認知率をみると、「介護サービス情報の公表」や「日本経営品質賞」を除けば、他は従業員規模が大きい事業者ほど認知率が高い傾向がある。特に、「シルバーマーク」の場合は、「50 人～100 人未満」や「100 人以上」の事業者における認知率は 90%前後であるの対し、「20 人未満」の事業者では半数強の 52.9%にとどまっている。介護保険施行以降に介護サービス事業に参画し、シルバーマーク制度と関わることのなかった事業者が少なからずあるものとみられる。

制度の利用状況・受審率についても、同様に、従業員規模の違いによる較差がみられる。相対的に受審率が高い「福祉サービス第三者評価」の場合、「20 人未満」19.6%、「20～50 人未満」30.8%、「50～100 人未満」44.8%、「100 人以上」58.3%のように、従業員規模の比例して受審率が高くなっている。全体でもっとも受審率が高い「介護サービス情報の公表」の場合も、「20 人未満」の事業者では 70.6%にとどまり、他の 80 数%とはやや差がある。なお、「シルバーマーク」の場合、「20 人未満」事業者での受審率は数%にすぎないが、50 人以上の事業者では 30%超であり、「50～100 人未満」31.0%、「100 人以上」37.5%となっている。「ISO9000 シリーズ」の受審率は「100 人以上」で 25.0%と一定程度の割合となるが、他層はいずれも 10%に満たない。

表 2.2.2 従業員規模別にみた現行諸制度の認知率・制度利用率

① 認知状況（「知っている」の割合：％）

	n	福祉サービス 第三者評価	シルバーマーク (認証制度)	ISO9000 シリーズ (認証制度)	日本経営 品質賞 (表彰制度)	介護サービス 情報の公表
全 体	230	90.4	74.3	84.8	23.9	95.7
20 人未満	51	82.4	52.9	70.6	27.5	92.2
20～50 人未満	65	93.8	70.8	87.7	15.4	96.9
50～100 人未満	29	93.1	89.7	93.1	20.7	96.6
100 人以上	24	87.5	91.7	87.5	33.3	95.8

② 制度利用状況（「受けたことがある」の割合：％）

	n	福祉サービス 第三者評価	シルバーマーク （認証制度）	ISO9000 シリーズ （認証制度）	日本経営 品質賞 （表彰制度）	介護サービス 情報の公表
全 体	230	33.5	20.4	9.6	0.4	80.9
20 人未満	51	19.6	3.9	2.0	0.0	70.6
20～50 人未満	65	30.8	13.8	3.1	1.5	83.1
50～100 人未満	29	44.8	31.0	6.9	0.0	82.8
100 人以上	24	58.3	37.5	25.0	0.0	83.3

質の確保のための現行諸制度の有効性・適切性等について

上にみたような介護サービスの質の確保のための諸制度を利用・受審した経験がある場合、その有効性・効果、評価の適切さ、費用の適切さ、問題点等を自由記載方式で記した。

まず、利用・受審率がもっとも高い「介護サービス情報の公表」についての自由記載をみると、情報の公表制度の意義は認めつつも、不十分さ等に言及する意見があげられた。自由記載を、特に問題点の観点から整理・集約すると次のようになる。

「介護サービス情報の公表」制度について 問題点

- 費用について
 - 特に複数ないし多数の事業所を有する場合費用がふくらむ
 - 調査内容（文書等の有無確認）に比し、費用が高い
- 費用設定について
 - 地域（都道府県）による格差、業種の違いを考慮しない同額設定
- 有効性・効果
 - 費用対効果は、現段階では不明未知数
 - * 特に、すでに質の確保の取組が一定程度になされている場合
 - 文書等の有無だけで事業者の質を問えるのか
- 公表の方法・仕方
 - 利用者の事業者選択の判断材料としての適否
 - 利用者の利益につながっているか不明
- 調査員の質・能力
 - 調査員による評価のばらつきが大きい

次に、「福祉サービス第三者評価」についてみると、コメント数は多くないが、介護サービス情報の公表制度に比べると、数年程度先行していることもあり、評価自体に対しては肯定的な見方をするものが多い。「評価が細かく、業務の見直しにつながった」「問題点がしっかり把握でき、事業所としては効果が大だった」等のコメントが散見される。ただ、一方で、費用が「高額」「割高」であることや、評価者（調査員）の質・レベルのばらつき、評価結果の公開・周知方法が不明確等、問題点の指摘がみられる。こうした問題点は、どのような質の確保のための制度にも共通にみうけられるものといえる。

「シルバーマーク」についてのコメントはさらに少なくなるが、介護保険施行前の評価制度として有効性や評価の適切性への言及がみられる。ただ、介護保険制度導入により、その位置づけは以前に比べ高くなってきているとの見方も示されている。

2.3 外部評価制度と費用負担について

前項にみたように、質の確保のための現行諸制度の問題点として、費用負担が大きいことを指摘する事業者が多かったわけであるが、外部評価の費用負担についてどのように考えるかを改めて問うた。図 2.3 のように、どちらかといえば費用負担を肯定的にとらえる事業者が多く、「費用負担は当然」は 8.3%と少ないものの、「費用負担はやむを得ない」が 43.5%と多く、これら両者を合わせた割合は 51.8%と、半数を超えている。

他方、「費用は負担したくない」とする事業者が 27.8%、「費用負担は必要ない」が 11.7%で、両者を合わせた否定的なとらえ方をする事業者は約 4 割の 39.5%であった。

図2.3 外部評価の費用負担についての考え方－全体－

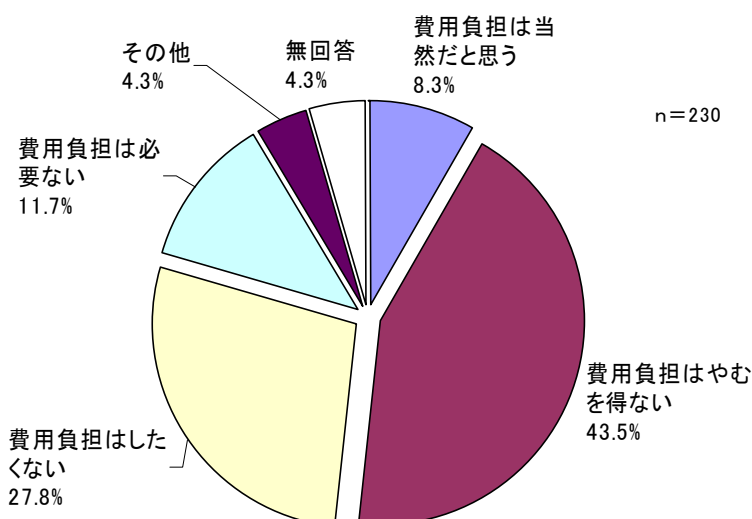


表 2.3 にはこれを本部法人格、従業員規模等の事業者属性別にみた。どの区分、層でみても、全般に「費用負担はやむを得ない」とする事業者がもっとも多く、これに「費用負担はしたくない」が続く形であるが、介護関連事業売上高別の「5 千万円未満」では、「費用負担はしたくない」がもっとも多く、次位が「費用負担はやむを得ない」となっている。また、介護関連事業売上高別と関連・重複する面があるが、従業員規模の「20 人未満」では両者同割合となっている。

なお、「費用負担は当然だと思う」とする事業者の割合は、介護関連売上高別との相関が強く、「5 千万円未満」の 3.6%に対し、「10 億円以上」では 17.6%となっている。費用負担の捉え方は、外部評価というものについての認識度合いによっても違って来る面もあると考えられるが、事業者の規模、経済的基盤の違いとの相関がより強いといえる。

「外部評価の費用負担の考え方」への回答に付されたその理由（自由記載）をみると、「費用負担はやむを得ない」にしても、また「費用負担はしたくない」にしても、負担費用の多寡を問題にする意見が多い。つまり、費用が低減されること、最低限の負担で済むようにしてほしいというものである。また、前項にみたように、現行諸制度の問題として多くの事業者があげていた費用対効果への指摘がここでもみられる。「効果が実感できれば費用の負担感は薄らぐ」という意見等である。

一方、「費用負担は当然だと思う」理由としては、次のようなコメントに代表させることができる。

- 費用負担をするからこそ、評価を受ける、受けない事業所が分かれるので、評価を受ける事業所の明確さが分かりやすくなる。

逆に、「費用負担は必要ない」の理由は、（情報の公表のように）義務なのになぜ受審する側に費用を負担させるのか（自ら選択して受審するなら費用は当然）というものが代表的である。

表 2.3 事業者属性（従業員規模、介護関連事業売上高）別にみた

外部評価費用負担の考え方

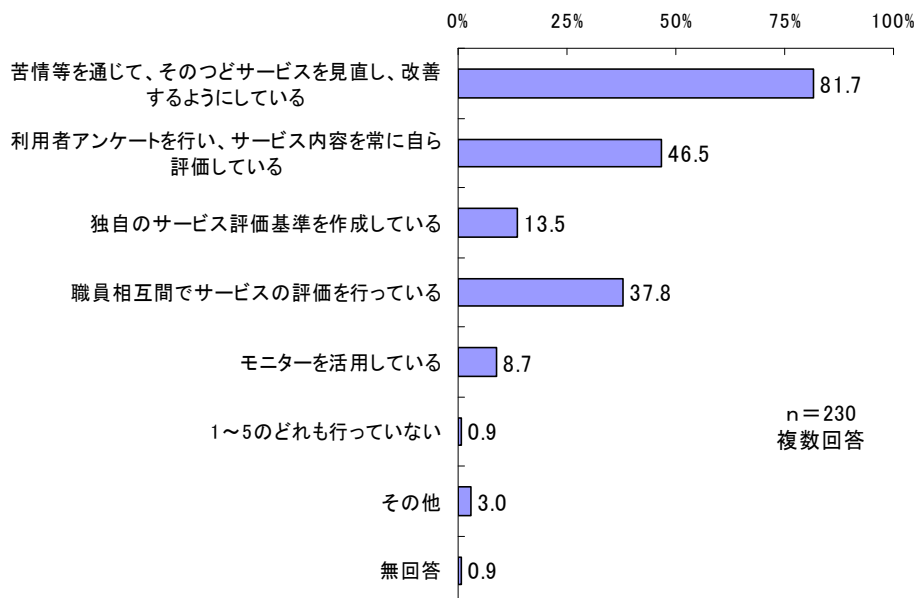
* 単位：％

			う	い	費用負担はしたくない	費用負担は必要ない	その他	無回答
			n	費用負担は当然だと思	費用負担はやむを得ない			
全 体			230	8.3	43.5	27.8	11.7	4.3
本部法人格	株式会社	130	10.0	45.4	26.9	12.3	3.8	1.5
	特例有限会社	73	2.7	43.8	31.5	9.6	5.5	6.8
	その他	13	23.1	38.5	15.4	7.7	7.7	7.7
従業員規模	20 人未満	51	5.9	35.3	35.3	13.7	5.9	3.9
	20～50 人未満	65	7.7	58.5	23.1	6.2	1.5	3.1
	50～100 人未満	29	13.8	48.3	20.7	10.3	6.9	0.0
	100 人以上	24	8.3	45.8	37.5	4.2	4.2	0.0
介護関連事業 売上高	5 千万円未満	28	3.6	32.1	35.7	10.7	10.7	7.1
	5 千万円～2 億円未満	61	9.8	42.6	29.5	14.8	0.0	3.3
	2 億～5 億円未満	33	6.1	60.6	21.2	0.0	12.1	0.0
	5 億～10 億円未満	20	10.0	40.0	40.0	10.0	0.0	0.0
	10 億円以上	17	17.6	70.6	11.8	0.0	0.0	0.0

2.4 サービスの自己評価についての取組

介護保険サービス事業者がサービスの自己評価にどのように取り組んでいるかをみると（複数回答）、図 2.4 のように、「苦情等を通じて、そのつどサービスを見直し、改善するようにしている」が突出して多く、81.7%にのぼっている。次いで、「利用者アンケートを行い、サービス内容を常に自ら評価している」が 46.5%、「職員相互間でサービスの評価を行っている」が 37.8%である。「独自のサービス評価基準を作成している」は 13.5%と少数であった。また、「どれも行っていない」は 0.9%（230 事業者中の 2 事業者）であった。

図2.4 サービスの自己評価の取組状況—全体—



サービスの自己評価の取組状況を事業者属性別（本部法人格別、従業員規模別）にみても、表 2.4 のように、どの区分の、どの層でも「苦情等を通じて、そのつどサービスを見直し、改善するようにしている」が突出する形でもっとも多い点で変わらない。但し、「利用者アンケートを行い、サービス内容を常に自ら評価」や「独自のサービス評価基準を作成」事業者の割合は従業員規模が大きくなるのに比例して高まる傾向がみられる。特に、後者の「独自のサービス評価基準を作成」とする事業者は全体として少ないわけであるが、「20 人未満」の 9.8%に対し、「100 人以上」では 20.8%まで高まる。

なお、「職員相互間でサービスの評価を行っている」事業者の割合は、逆に小規模事業者でより高く、20 人以上の事業者では 35%前後であるのに対して、「20 人未満」では 49.0%となっている。

本部法人格別では、「特例有限会社」と上の小規模事業者は重なり合うケースが多

いとみられ、特例有限会社における自己評価の取組状況は小規模事業者のそれに近似している。なお、「その他」の事業者、すなわち営利法人以外の社会福祉法人や医療法人等の事業者においては、「利用者アンケートを行い、サービス内容を常に自ら評価」が 69.2%と相対的に高いことが特徴となっている。

表 2.4 事業者属性（法人格、従業員規模）別にみたサービスの自己評価の取組状況

*単位：％、複数回答

		n	苦情等を通じて、 サービスを見直し、 改善するように している	利用者アンケートを 行い、サービス内 容を常に自ら評価 している	独自のサービス 評価基準を作成 している	職員相互間でサ ービスの評価を 行っている	モニターを活用 している	どれも行ってい ない	その他	無回答
全 体		230	81.7	46.5	13.5	37.8	8.7	0.9	3.0	0.9
本部法人格	株式会社	130	81.5	52.3	16.9	32.3	7.7	0.0	1.5	0.8
	特例有限会社	73	80.8	34.2	8.2	52.1	11.0	2.7	5.5	1.4
	その他	13	92.3	69.2	7.7	30.8	0.0	0.0	0.0	0.0
従業員規模	20 人未満	51	80.4	35.3	9.8	49.0	7.8	2.0	5.9	0.0
	20～50 人未満	65	76.9	44.6	10.8	36.9	13.8	1.5	1.5	1.5
	50～100 人未満	29	75.9	58.6	10.3	37.9	6.9	0.0	3.4	0.0
	100 人以上	24	91.7	58.3	20.8	33.3	12.5	0.0	4.2	0.0

（３）経営品質に関わる新たな評価制度について

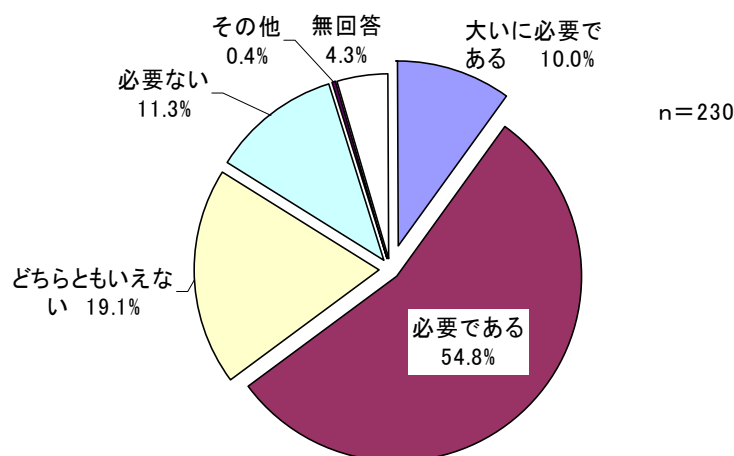
3.1 経営品質に関する評価制度の必要性について

経営品質を評価する第三者評価制度の必要性を問うたところでは、全体では「大いに必要である」は 10.0%にとどまっているが、「必要である」が 54.8%と半数超であり、両者を合わせた約 65%の事業者が、その必要性については肯定的である。

他方、「必要ない」とする事業者は 11.3%と少数であり、「どちらともいえない」が約 2 割の 19.1%であった。

経営品質に対する第三者評価は、本調査結果からみる限り、介護サービス事業者の望むところ、という感がある。

図3.1 経営品質に関する評価制度の必要性—全体—

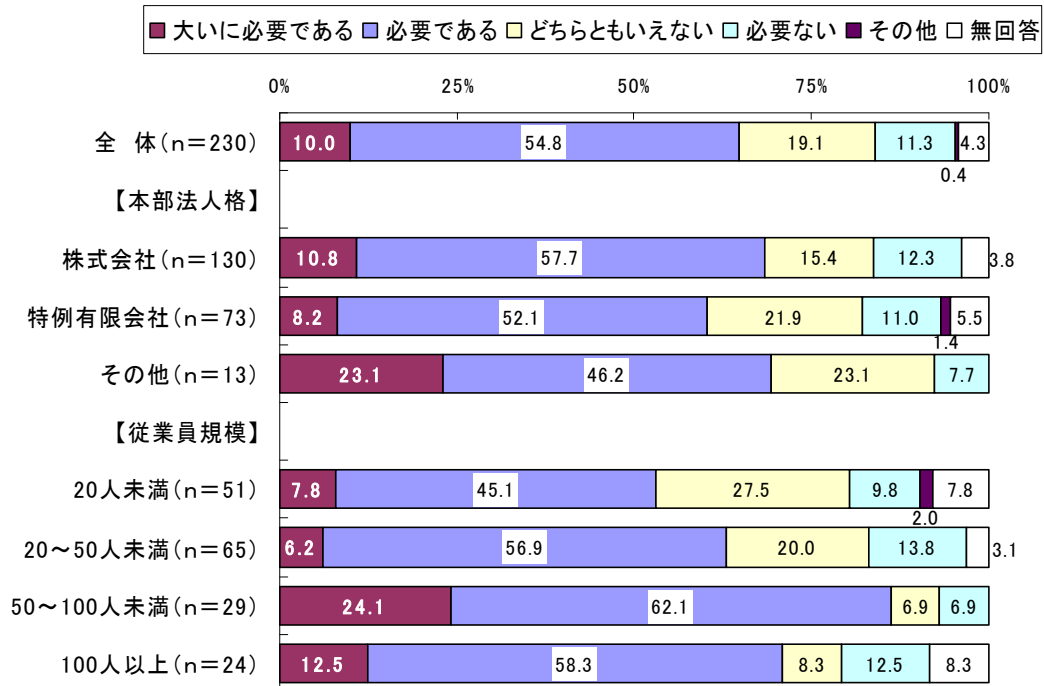


これを事業者の属性別にみると（図 3.1.2）、法人格別では「その他」すなわち営利法人以外の社会福祉法人、医療法人等では「大いに必要である」が 23.1%と相対的に高い（但し、13 事業者中の 3 事業者）。また、株式会社と特例有限会社との比較では、その必要性を認める事業者の割合は株式会社でより高い。

従業員規模別にみると、総じて従業員規模が大きい事業者の場合に必要性を認める事業がより多いといえるが、「100 人以上」の事業者よりも、「50 人～100 人未満」の事業者において高く、「大いに必要」の 24.1%をはじめ、「必要である」が 62.1%を占めるなど、大多数が経営品質第三者評価の必要性を認めている。

他方、「20 人未満」の事業者にあつては、必要性を認める事業者が過半ではあるが、「どちらともいえない」が 27.5%と相対的に高い。「20～50 人未満」もこれに準ずる面がある。

図3.1.2 事業者属性別にみた
経営品質に関する評価制度の必要性



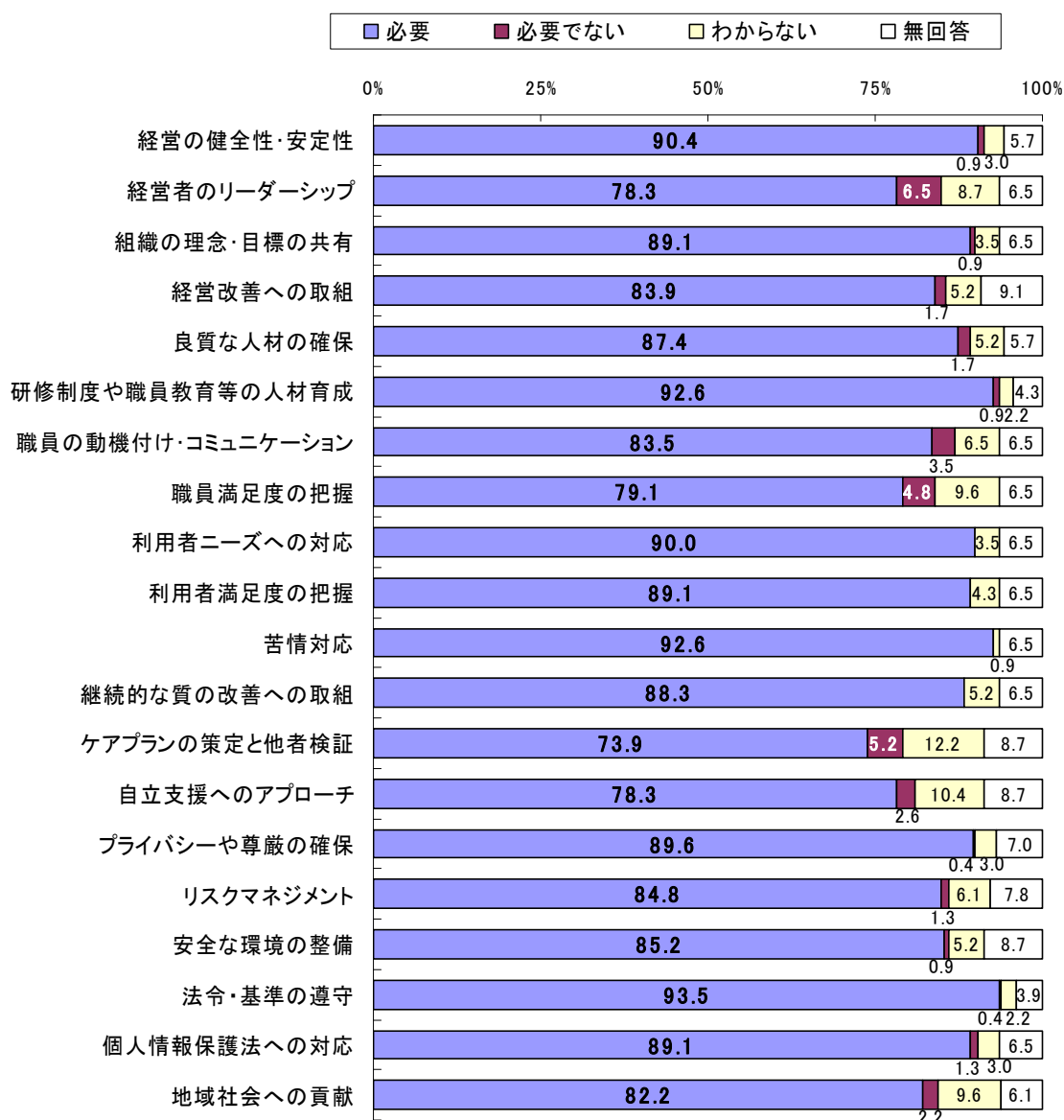
3.2 経営品質に関する評価制度を作る場合に必要な事項・重要度

経営品質に関する評価制度を新たにつくると仮定した場合、どのような評価項目を必要か、またその重要度はどの程度かをきいた。

まず、必要性についてみると、図 3.2-①のように、どの事項についても事業者の大多数が必要としており、80%台から 90%強を占めている。もっとも低い場合でも、73.9%（「ケアプランの策定と他者検証」）である。「わからない」や無回答があることもあって、「必要でない」とした事業者はごく少数にとどまり、「経営者のリーダーシップ」や「ケアプランの策定と他者検証」などが5%強となっているのが目につく程度である。

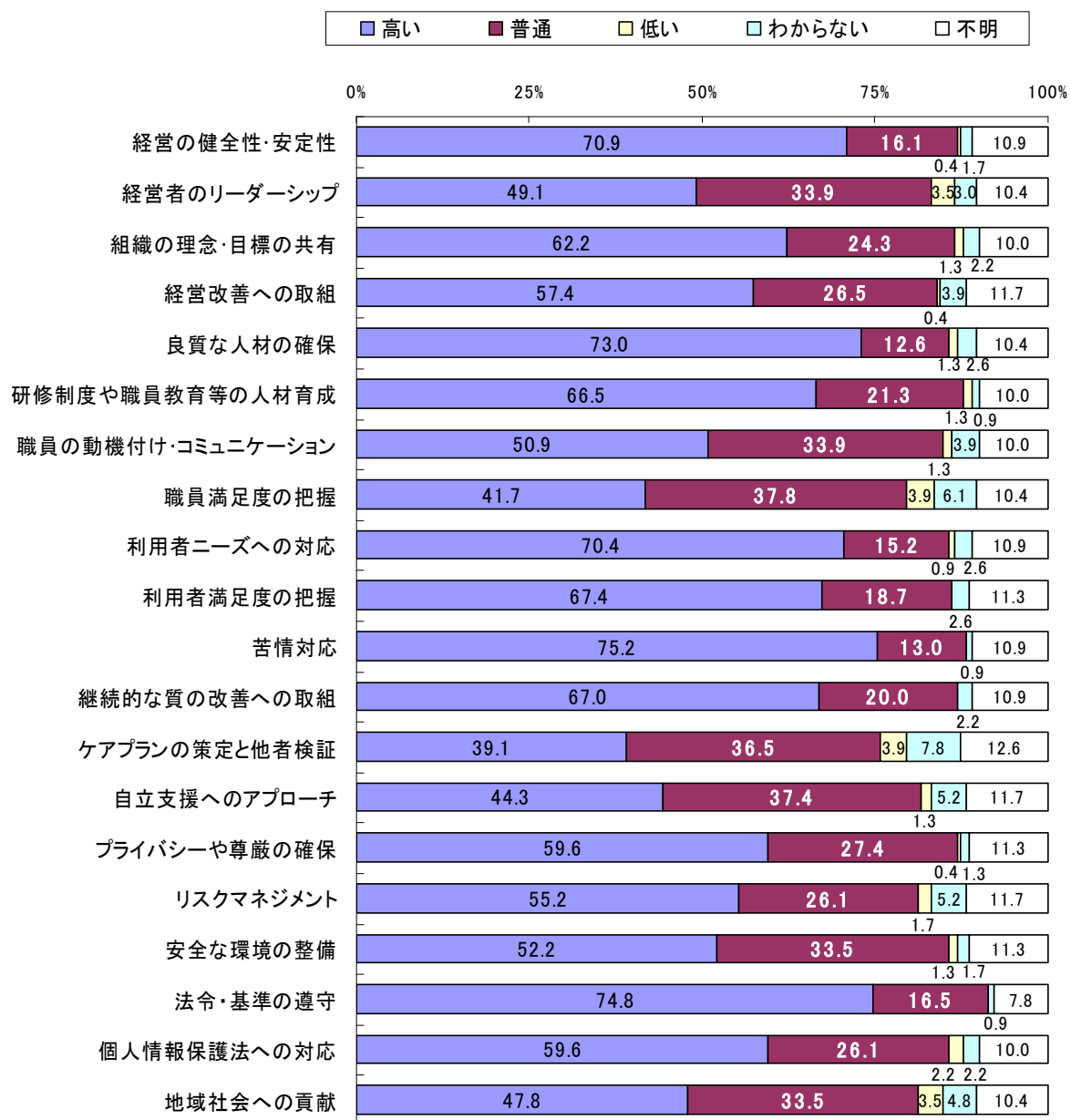
図3.2 経営品質についての評価制度に必要な事項と重要度－全体－

① 必要性



(経営品質についての評価制度に必要な事項と重要度)

② 重要度



次に、重要性・重要度をみると（図 3.2－②）、全般にどの事項についても重要度は「高い」とする事業者が多く、その割合は 50%超となる事項が多い。なかでも、「苦情対応」や「法令の遵守」の 75%前後をはじめ、「良質な人材の確保」「経営の健全性・安定性」「利用者ニーズへの対応」が 70%以上となっている。

他方、「高い」の割合が相対的に低い事項としては「ケアプランの策定と他者検証」「職員満足度の把握」が 40%前後であるほか、「自立支援へのアプローチ」「地域社会への貢献」などが 40%台となっている。ただ、これらの事項も、重要度として「普通」「低い」の割合より上回っている。また、これらの重要度が「高い」とされない事項の場合も、「低い」等の見方はごく少数であり、「普通」とされるケースがほとんどである。この「普通」を「一定の重要度はある」とみなせば、いずれの事項も看過できないとの認識が見て取れる。上みたように、どの事項も「必要性」は高かったわけであるが、一定程度以上の重要性があるから、必要性が高いとされたといえる。

3.2.2 経営品質に関する評価制度を作る場合にもっとも優先すべき事項

経営品質に関する評価制度に必要と考えられるものとして示した各事項について、もっとも優先すべき事項を、3つまでの複数回答方式で聞いた。

図 3.2.2 にみるように、突出して多いものはないが、「良質な人材の確保」をあげる事業者がもっとも多く、33.9%、次いで「経営の健全性・安定性」が 30.4%である。さらに、「継続的な質の改善への取組」「利用者ニーズへの対応」「法令・基準の遵守」がいずれも 30%弱となっている。これらの事項は、前項の「重要度」において「高い」とする事業者の割合がもっとも高い部類に属するものであり、「優先事項」と「重要度」とはほぼ重なり合うといえる。但し、「苦情対応」については優先事項とする事業者は少ない（5.7%）。重要ではあるが優先度は低いと考えられているわけで、当然なされるべき基本事項とみなされているものと考えられる。

図3.2.2 経営品質に関する評価制度をつくる場合に優先すべき事項
—全体—

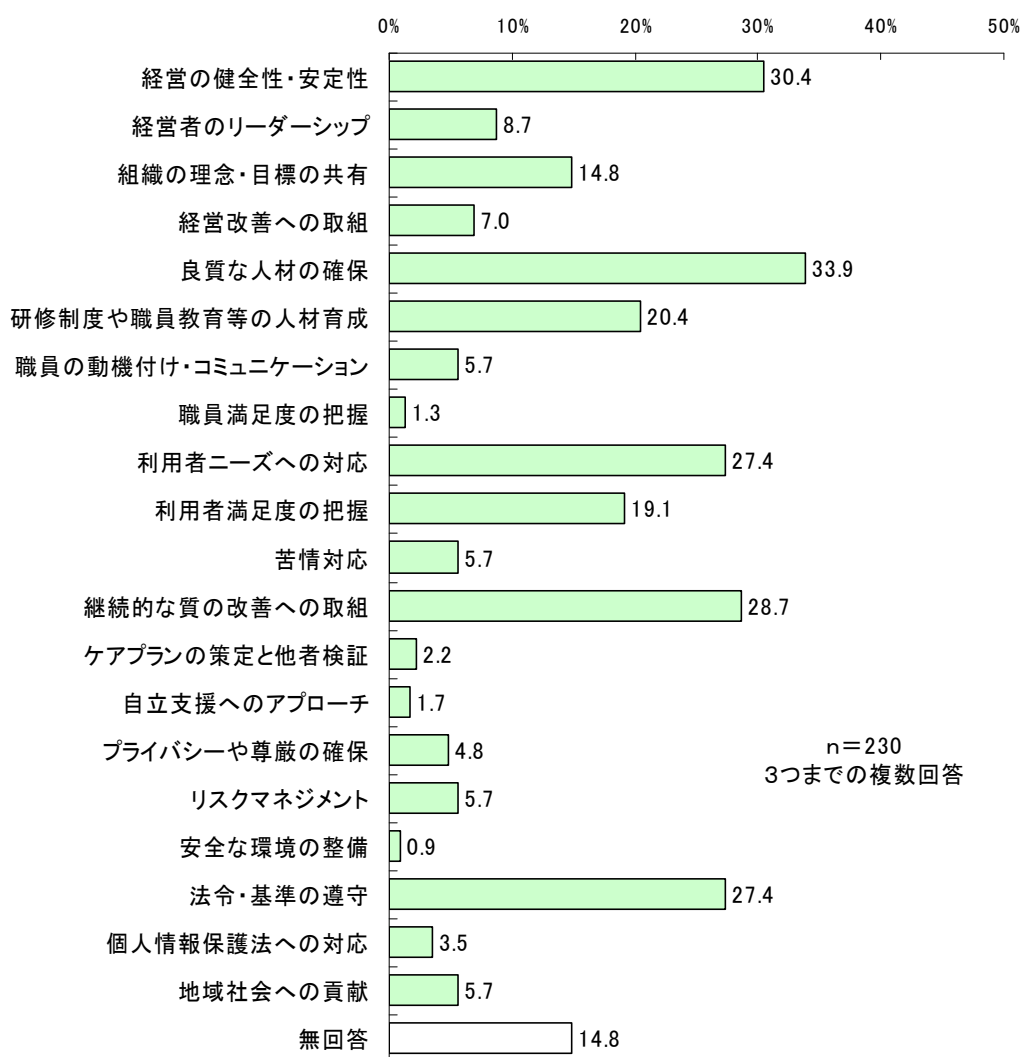


表 3.2.2 には、これを事業者属性別にみた。このうち、特に従業員規模別に、優先すべき事項としてあげる事業者が多かった上位 3 位までをみると、次のようになる。

従業員規模別にみた優先事項上位 3 位

(従業員規模)	(優先順位)		
	1 位	2 位	3 位
20 人未満	良質な人材の確保	法令・基準の遵守	利用者ニーズへの対応
20～50 人未満	経営の健全性・安定性	良質な人材の確保	利用者ニーズへの対応
50～100 人未満	継続的な質の改善への取組	研修制度や職員教育等の人材育成	経営の健全性・安定性 利用者ニーズへの対応
100 人以上	経営の健全性・安定性	継続的な質の改善への取組	利用者ニーズへの対応 法令・基準の遵守

全体でみてもっとも多く事業者があげていた「良質な人材の確保」は「20 人未満」事業者で 1 位、「20～50 人未満」で 2 位であるが、それ以上の規模の事業者では上位 3 位までには入っておらず、「50～100 人未満」では「継続的な質の改善への取組」が、「100 人以上」では「経営の健全性・安定性」がもっとも多い。この「経営の健全性・安定性」は「20～50 人未満」でも 1 位である。また、「50 人～100 人未満」で 3 位（「利用者ニーズへの対応」と同率）であった。

その他特徴的なこととしては、いずれの層でも「利用者ニーズへの対応」が次位以下となっていることや、「20 人未満」では「法令・基準の遵守」が 2 位になっていることなどがあげられる。

こうした回答が、各事業者が経営品質評価制度というものを一般的なあり方や一般的な観点によるものではなく、自らの事業体・経営体への自己評価に基づいたものとすれば、例えば従業員規模「20 人未満」の事業者は、自らが良質な人材を確保していることに自信があり、「100 人以上」事業者は経営の健全性・安定性が確保されていることを自負していることになる。

表 3.2.2 事業者属性別にみた経営品質に関する評価制度をつくる場合に優先すべき事項

*単位：％、複数回答

		n	経営の健全性・安定性	経営者のリーダーシップ	組織の理念・目標の共有	経営改善への取組	良質な人材の確保	研修制度や職員教育等の人材育成	職員の動機付け・コミュニケーション	職員満足度の把握	利用者ニーズへの対応	利用者満足度の把握	苦情対応	継続的な質の改善への取組	ケアプランの策定と他者検証	自立支援へのアプローチ	プライバシーや尊厳の確保	リスクマネジメント	安全な環境の整備	法令・基準の遵守	個人情報保護法への対応	地域社会への貢献	無回答
本都法人格	全体	230	30.4	8.7	14.8	7.0	33.9	20.4	5.7	1.3	27.4	19.1	5.7	28.7	2.2	1.7	4.8	5.7	0.9	27.4	3.5	5.7	14.8
	株式会社	130	33.8	9.2	16.9	9.2	31.5	20.8	6.9	1.5	30.0	14.6	4.6	31.5	1.5	0.8	4.6	3.1	0.8	31.5	3.1	4.6	13.1
	特例有限会社	73	26.0	9.6	12.3	4.1	41.1	26.0	1.4	1.4	26.0	27.4	6.8	24.7	4.1	4.1	6.8	11.0	1.4	23.3	5.5	8.2	9.6
	その他	13	46.2	7.7	23.1	0.0	23.1	0.0	15.4	0.0	30.8	15.4	7.7	30.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	15.4	0.0	0.0	23.1
	20人未満	51	19.6	5.9	9.8	3.9	35.3	21.6	3.9	0.0	25.5	21.6	9.8	21.6	5.9	5.9	9.8	9.8	0.0	29.4	3.9	3.9	17.6
従業員規模	20～50人未満	65	43.1	13.8	9.2	9.2	38.5	20.0	1.5	0.0	35.4	21.5	6.2	27.7	0.0	1.5	3.1	4.6	3.1	29.2	3.1	6.2	7.7
	50～100人未満	29	34.5	10.3	27.6	3.4	24.1	41.4	3.4	3.4	34.5	13.8	3.4	51.7	0.0	0.0	3.4	6.9	0.0	20.7	0.0	6.9	3.4
	100人以上	24	41.7	0.0	20.8	4.2	25.0	16.7	16.7	4.2	29.2	12.5	4.2	37.5	4.2	0.0	0.0	8.3	0.0	29.2	4.2	4.2	12.5

3.2.3 サービスの質の確保・向上の面で自ら取り組んでいる事柄

サービスの質の確保・向上を目的に、事業者が自ら取り組んでいること（アピールポイント）について、自由記載方式により回答を求めた。

どのような種類の取組か、という観点から整理すると次のようになる（重複計上）。

表 3.2.3 サービスの質の確保・向上面で取り組んでいること

-
- ☆ 各種教育研修の（定期的・計画的）実施・充実
 - ◎ 定期的会議・ミーティング・報告連絡会等の実施
 - ◎ （ISO9001等をベース・ツールにした）継続的改善の取組
 - 利用者調査の実施
 - 職員アンケート調査等の実施・職員満足度の向上
 - 理念・モットー・スローガン等でのサービス提供・改善取組
 - △ 職員同士による評価・自己評価法の構築等評価方法の工夫
 - △ 良質な人材の確保のための取組・工夫
 - △ 利用者本位・個別対応
 - △ 利用者の家族への情報提供等の対応
 - △ 地域密着
 - △ 内部監査の実施
-

注） ☆印：30件以上、◎印：10件以上、○印：5件以上、△印：5件未満

以上のように、教育研修の実施により質の向上に努めているとする事業者がもっとも多い。この教育研修には、接遇、マナー等の教育から、資格取得のための教育、キャリアアッププログラム、さらには計数管理等の教育までを含むものである。

以下には、この教育研修関連を含め、代表的な具体的回答例を掲げる。

【主な具体的な回答例】

- 教育研修への計画的取組。
 - ・ 採用時・現任者（階層別と経験年数別）
 - ・ 全体：経営方針説明会・テーマ別研修（認知症の理解と介護の取組など）
- 質の向上は研修・教育にあり、継続的社内研修が必要。2年をタームにし、一般研修（接遇から始まり、レベルアップ研修）と幹部研修を実施し、経営感覚を養う努力をしている（計数管理・予約予想管理等）。
- 同一株主である3社間で3回/年看護・介護の意見交換を行い、サービス質向上に努めている
- ISO9001をツールとして、情報の共有化を図り、継続的な質の向上・改善に取り組んでいる（潜在的要望及びクレームの把握と改善実施含む）。
- ISO9001をベースに、顧客満足度・従業員満足度調査等、ニーズ把握に努めていること。改善活動、クレーム事故のPDCA（plan-do-check-act）・改善提案制度等。従業員研修。理念の共有。継続的改善が確実に実施されていること

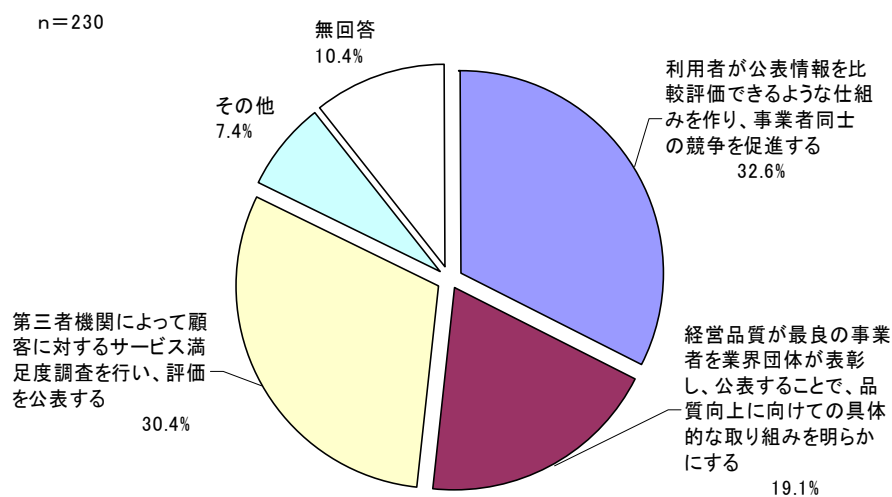
- 職員の介護技術・専門性を高めると共に、サービスの標準化を図るために行う毎月の勉強会の実施と、毎週行う部門会議の実施により、職員の「姿勢」「熱意」「おもいやり」を標準化している。
- 職員の接遇・マナー向上研修。家族へ介護日誌を送付し、日々の生活・暮らしぶりが確認できるようにしている。
- 品質保証グループを設置し、内部監査の実施を始め、各事業所の質の向上に努めている。

3.3 これからの評価制度における評価のあり方

これからの評価制度のあり方として、どのような考え方がよいかを問うたところでは、「利用者が公表情報を比較評価できるような仕組みを作り、事業者同士の競争を促進する」がもっとも多く、約3分の1の32.6%であった。次いで、「第三者機関によって顧客に対するサービス満足度調査を行い、評価を公表する」が30.4%で、両者の差は小さい。また、「経営品質が最良の事業者を業界団体が表彰し、公表することで、品質向上に向けての具体的な取組を明らかにする」が19.1%で、上位2者とはやや差がある。

前述のように、「介護サービス情報の公表」制度に関連して、「公表」のあり方・具体的な公表の方法、つまり本当に利用者の事業者選択に供されているのかということについて疑問が出されていたわけであるが、このことを受ける形で、「利用者が公表情報を比較評価できるような仕組み」に着目が集まったものと考えられる。また、「満足度調査結果の公表」も、先にみた『新たな評価制度をつくる場合に必要事項と重要度』において、その重要度が「高い」とされた事項の一つに「利用者満足度の把握」があったことと関連するものといえる。

図3.3 これからの評価制度におけるあり方・考え方—全体—



これを事業者属性別にみると、表3.3のようである。本部法人格別では、株式会社や「その他」（社会福祉法人、医療法人等）では、全体でみる場合と同様、「利用者が公表情報を比較評価できるような仕組みを作り、事業者同士の競争を促進する」がもっと多いのに対して、特例有限会社においては、むしろ「第三者機関によって顧客に対するサービス満足度調査を行い、評価を公表する」が多い（この違いは、後述の従業員規模別の小規模事業者と中規模以上の事業者の違いに相当する）。また、「その他」法人では「無回答」が多い

ことや「第三者機関によって顧客に対するサービス満足度調査を行い、評価を公表する」が相対的に少ない（15.4%。他は30%台）が特徴となっている。

従業員規模別でみると、まず、全体でもっとも多く事業者があげた「利用者が公表情報を比較評価できるような仕組みを作り、事業者同士の競争を促進する」は、「50～100人未満」及び「100人以上」の事業者ではやはりもっとも高い（40%超）が、「20人未満」及び「20～50人未満」では25%と相対的に低く、この両層では、「第三者機関によって顧客に対するサービス満足度調査を行い、評価を公表する」がもっとも高い（40%前後）という違いがある。こうした考え方とこれまでみてきた結果（従業員規模による意識・認識の違い）とを考え合わせると、小規模事業者は介護サービスへの姿勢・熱意・思いやりが強いことによる利用者評価・満足度の高さに自信があり、従業員規模したがって企業規模が大きい事業者は、その各種経営管理への取組等を背景に、そのことが適切に利用者に伝わるなら、競合で優位に立てると考えている、とみることもできる。

なお、「経営品質が最良の事業者を業界団体が表彰し、公表することで、品質向上に向けての具体的な取組を明らかにする」の割合は従業員規模に反比例する形であり、「20人未満」では23.5%であるのに対し、「100人以上」では8.3%にとどまっている。

表 3.3 事業者属性別にみたこれからの評価制度におけるあり方・考え方

*単位：％、複数回答

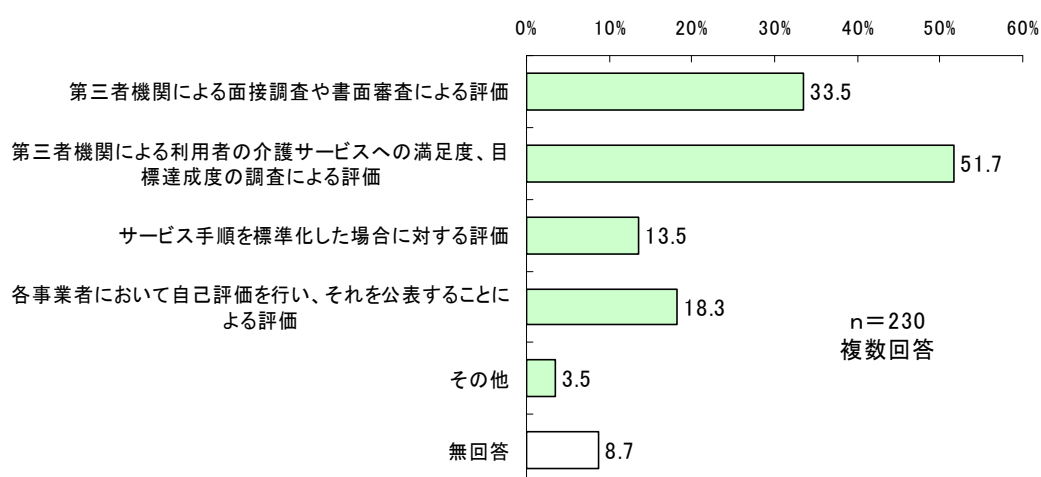
		n	利用者が公表情報を比較評価できるような仕組みを作り、事業者同士の競争を促進する	経営品質が最良の事業者を業界団体が表彰し、公表することで、品質向上に向けての具体的な取組を明らかにする	第三者機関によって顧客に対するサービス満足度調査を行い、評価を公表する	その他	無回答
全 体		230	32.6	19.1	30.4	7.4	10.4
本部法人格	株式会社	130	36.9	16.9	30.8	7.7	7.7
	特例有限会社	73	24.7	21.9	37.0	8.2	8.2
	その他	13	38.5	15.4	15.4	7.7	23.1
従業員規模	20人未満	51	25.5	23.5	37.3	5.9	7.8
	20～50人未満	65	24.6	18.5	40.0	10.8	6.2
	50～100人未満	29	41.4	17.2	24.1	6.9	10.3
	100人以上	24	45.8	8.3	33.3	4.2	8.3

3.3.2 評価の具体的な方法

経営品質に関わる新しい評価制度における評価の具体的な方法としては、「第三者機関による利用者の介護サービスへの満足度、目標達成度の調査による評価」をあげる事業者が唯一半数を超える 51.7%でもっとも多い。次いで、「第三者機関による面接調査や書面審査による評価」が 33.5%である。他の「各事業者において自己評価を行い、それを公表することによる評価」や「サービス手順を標準化した場合に対する評価」は 15%弱から 20%弱であり、他の2方法に比べ少なくなっている。(複数回答)

以上を敷衍すれば、第三者によって利用者満足度状況を含めたいくつかの方向・観点から、文書・書面審査のみならず、面接等も含めた評価を望んでいるといえる。

図表3.3.2 評価の具体的な方法－全体－



事業者属性別にみても、全般に「第三者機関による利用者の介護サービスへの満足度、目標達成度の調査による評価」をあげる事業者がもっとも多く、「20 人未満」や「100 人以上」では 60%台、特に「100 人以上」では 66.7%となっている。ただ、「20～50 人未満」では、差は小さいが、「第三者機関による面接調査や書面審査による評価」がもっとも多い。

なお、「100 人以上」の事業者では「サービス手順を標準化した場合に対する評価」が、「20 人未満」事業者では「各事業者において自己評価を行い、それを公表することによる評価」が相対的に多く、ともに 25%強となっている。

表 3.3.2 事業者属性別にみた評価の具体的な方法

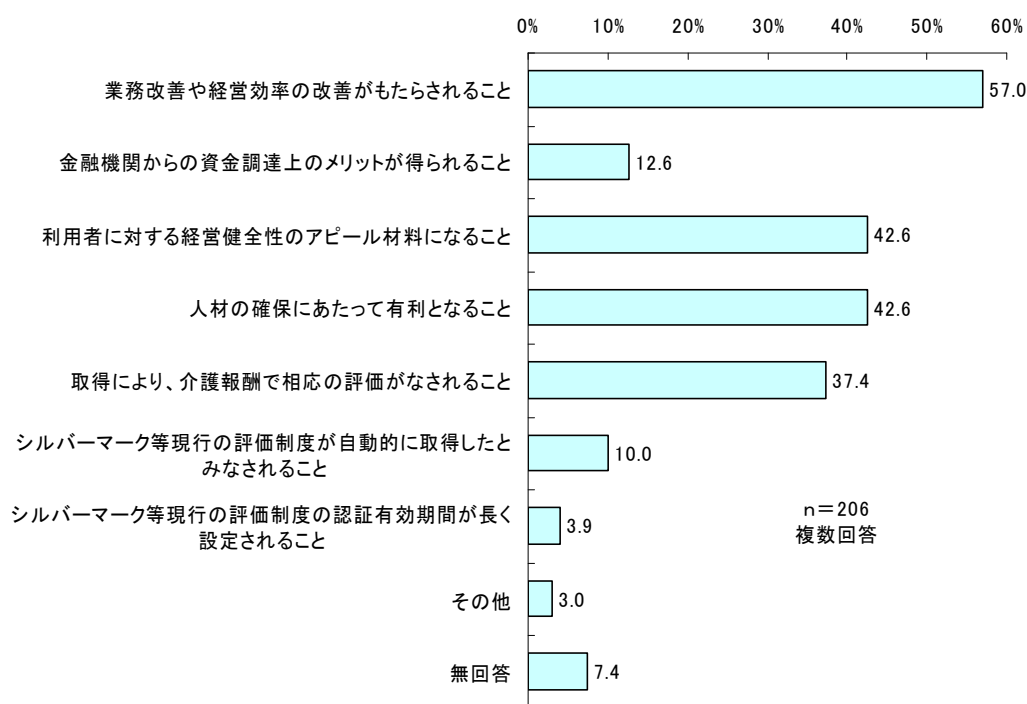
*単位：％、複数回答

		n	第三者機関による 審査による評価	第三者機関による利用者の 介護サービスへの満足度、 目標達成度の調査による 評価	サービス手順を標準化した 場合に対する評価	各事業者において自己評価 を行い、それを公表することによる 評価	その他	無回答
全 体		230	33.5	51.7	13.5	18.3	3.5	8.7
本部法人格	株式会社	130	41.5	48.5	14.6	13.8	4.6	6.2
	特例有限会社	73	28.8	63.0	9.6	21.9	0.0	9.6
	その他	13	7.7	53.8	23.1	30.8	0.0	15.4
従業員規模	20 人未満	51	27.5	60.8	15.7	25.5	0.0	7.8
	20～50 人未満	65	49.2	46.2	12.3	16.9	4.6	3.1
	50～100 人未満	29	27.6	58.6	6.9	13.8	0.0	13.8
	100 人以上	24	37.5	66.7	25.0	16.7	4.2	4.2

3.4 新たな評価制度への参加条件

新たな評価制度にどのようなメリットがあれば参加するかをきいたところでは（複数回答）、「業務改善や経営効率の改善がもたらされること」が唯一半数を超える 57.0%でもっとも多い。次いで、「利用者に対する経営健全性のアピール材料になること」と「人材の確保にあたって有利となること」が同率の 42.6%である。さらに、「取得により、介護報酬で相応の評価がなされること」が 37.4%であった。他はいずれも少数となるが、「金融機関からの資金調達上のメリットが得られること」が 12.6%、「シルバーマーク等現行の評価制度が自動的に取得したとみなされること」が 10.0%であった。「シルバーマーク等現行の評価制度の認証有効期間が長く設定されること」は 3.9%と少ない。本調査にみる限り、「シルバーマーク等現行の評価制度」との関連で新評価制度を捉える事業者は少ないわけであるが、前述のように本調査対象事業者でシルバーマーク制度を利用したことがある事業者は 20%程度であることが関係しているものと思われる。

図3.4 新たな評価制度への参加条件－全体－



事業者属性別にみても、どの層のどの区分でも全般に「業務改善や経営効率の改善がもたらされること」がもっとも多い（60%前後）結果となっている。ただ、従業員規模の「100人以上」におけるこの割合は、58.3%と少なくはないが、「利用者に対する経営健全性のアピール材料になること」がもっとも多く、66.7%にのぼっている。

その他では、「金融機関からの資金調達上のメリットが得られること」が従業員規模「20人未満」では19.6%と相対的に高くなるのに対し、「100人以上」では8.3%と少ないことなどが目につく。

表 3.4 事業者属性別にみた新たな評価性制度への参加条件

*単位：％、複数回答

		n	業務改善や経営効率の改善がもたらされること	金融機関からの資金調達上のメリットが得られること	利用者に対する経営健全性のアピール材料になること	人材の確保にあたって有利となること	取得により、介護報酬で相応の評価がなされること	的に取得したとみなされること	有効期間が長く設定されること	その他	無回答
全 体		230	57.0	12.6	42.6	42.6	37.4	10.0	3.9	3.0	7.4
本部 法人格	株式会社	130	58.5	10.0	46.9	41.5	42.3	12.3	5.4	2.3	3.8
	特例有限会社	73	52.1	17.8	41.1	41.1	32.9	5.5	1.4	4.1	5.5
	その他	13	69.2	7.7	38.5	61.5	23.1	7.7	0.0	0.0	23.1
従業員 規模	20 人未満	51	56.9	19.6	47.1	41.2	43.1	9.8	2.0	3.9	2.0
	20～50 人未満	65	58.5	12.3	46.2	38.5	29.2	4.6	4.6	3.1	1.5
	50～100 人未満	29	62.1	13.8	44.8	51.7	41.4	20.7	3.4	0.0	6.9
	100 人以上	24	58.3	8.3	66.7	45.8	37.5	16.7	4.2	8.3	0.0

3.4.2 新たな評価制度の望ましい有効期間

新たな評価制度の望ましい有効期間としては、「3年」とする事業者が多く、全体で38.7%を占める。次いで「2年」が30.4%であり、2年から3年が望ましいとする事業者が全体の7割近くを占めることとなっている。その他では「1年」が12.6%、逆により長期となる「5年」が7.4%であった。

図3.4.2 新たな評価制度の望ましい有効期間
—全体—

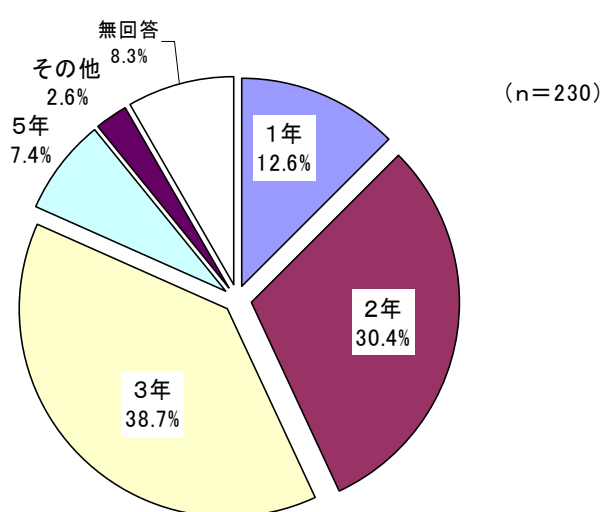
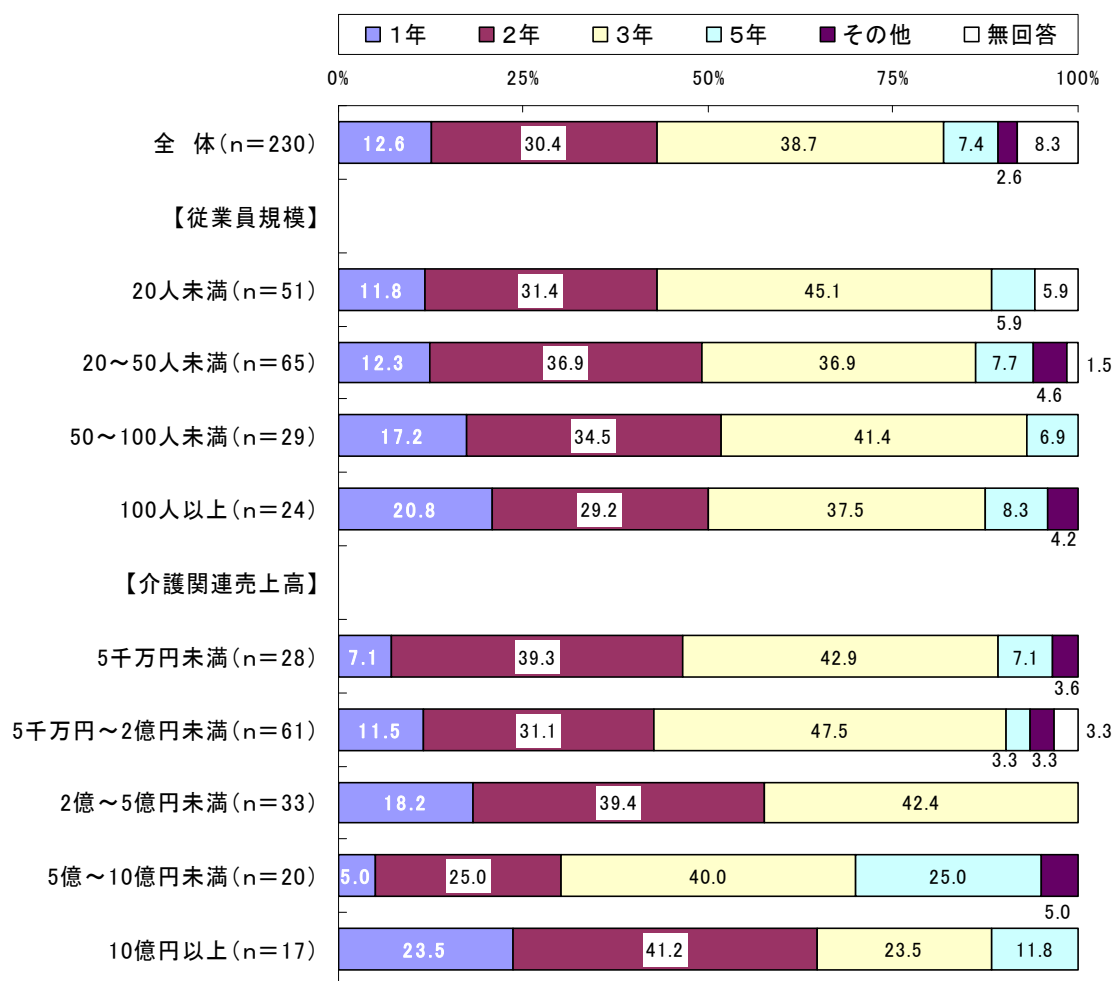


図 3.4.3 にはこれを事業者属性別にみた。どの区分・層においても「3年」が多い点で全体の場合と変わるところはないが、従業員規模別では、この「3年」の割合は「100人以上」では37.5%であるのに対し、「20人未満」では45.1%と、どちらかといえば小規模事業者の場合に「3年」が望ましいとする事業者が多い。なお、「100人以上」では「1年」が20.8%とやや多くなるが、この「1年」の割合は従業員規模に比例する形で高まる傾向がみられる。

次に、介護関連売上高別にみると、特に「10億円以上」の事業者には他とは異なる捉え方がみられ、「2年」が41.2%ともっとも高いほか、「1年」も23.5%にまで高まる。売上高が一定以上の事業者は、より短期の有効期間を望んでいるわけであり、これは経済的な経営基盤の強さを背景にしたものと考えられる。

図3.4.2-② 事業者属性別にみた新たな評価制度の望ましい有効期間



3.4.3 新たな評価制度にふさわしい評価主体

新たな評価制度にふさわしい評価主体としては「国・自治体等の承認を受けた評価審査機関」をあげる事業者がもっとも多く、38.3%であったが、突出して多いわけではなく、「市町村」26.1%、「都道府県」及び「利用者団体等」の21.3%など多い部類に入る。さらに「公益法人等公的団体」が16.1%であるが、「国」は6.1%と少数にとどまっている。

事業者属性別にみても概ね「国・自治体等の承認を受けた評価審査機関」がもっとも多いといえるが、従業員規模「20人未満」の事業者では「利用者団体等」が35.3%でもっとも多くなっているのが特徴である。

図3.4.3 新評価制度にふさわしい評価主体—全体—

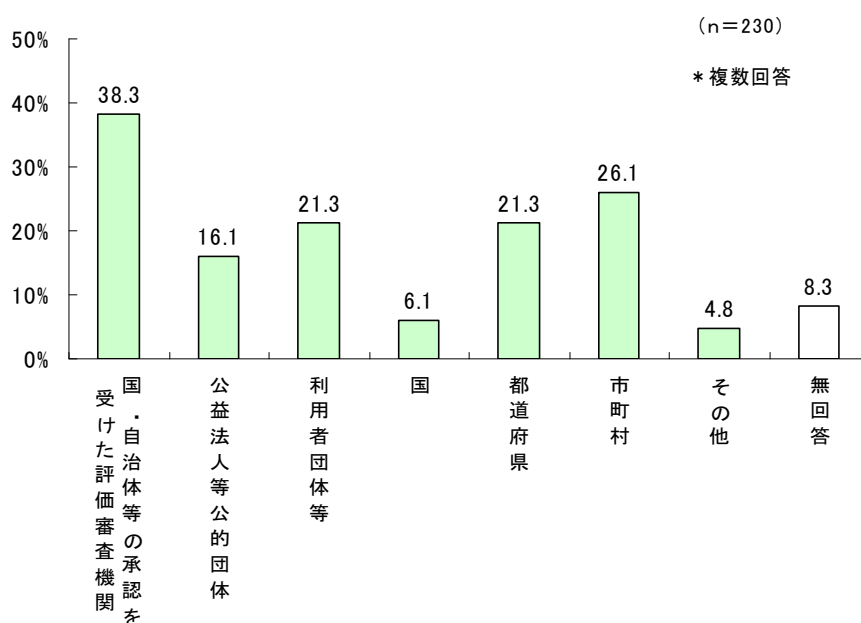


表 3.4.3 事業者属性別にみた新評価制度にふさわしい評価主体

*単位：％、複数回答

		n	国・自治体等の承認を受けた評価審査機関	公益法人等公的団体	利用者団体等	国	都道府県	市町村	その他	無回答
全 体		230	38.3	16.1	21.3	6.1	21.3	26.1	4.8	8.3
本部 法人格	株式会社	130	45.4	20.8	15.4	6.9	24.6	30.8	2.3	3.8
	特例有限会社	73	32.9	11.0	31.5	6.8	17.8	21.9	8.2	8.2
	その他	13	23.1	7.7	23.1	0.0	15.4	15.4	7.7	30.8
従業員 規模	20人未満	51	23.5	15.7	35.3	5.9	21.6	25.5	5.9	9.8
	20～50人未満	65	50.8	20.0	20.0	6.2	20.0	29.2	4.6	1.5
	50～100人未満	29	51.7	24.1	13.8	3.4	20.7	27.6	0.0	0.0
	100人以上	24	45.8	25.0	16.7	12.5	29.2	20.8	8.3	0.0

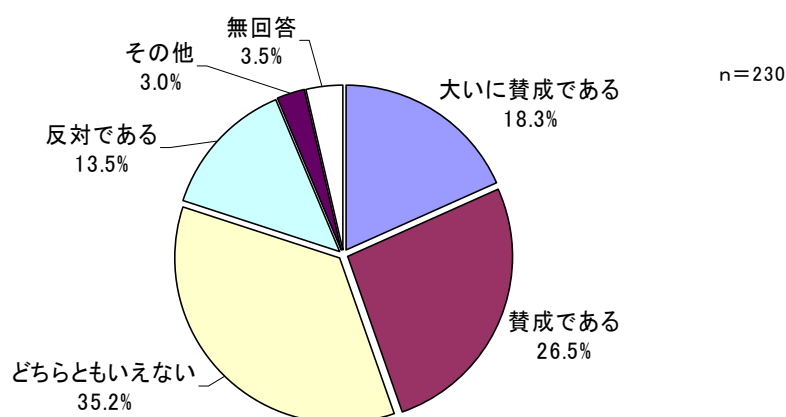
3.5 評価制度の介護報酬等への反映について

評価制度を介護報酬等の報酬に反映させることについてどのように考えるか、その賛否をきいたところ、図 3.5 にみるように、「賛成である」が 26.5%、「大いに賛成である」が 18.3%である。これに対して、「反対である」は 13.5%と少数であるが、「どちらともいえない」が 35.2%と多かった。この「どちらともいえない」を除けば、明らかに賛意を表す事業者が多いわけであるが、「大いに賛成」と「賛成」を合わせた割合は 44.8%と、半数に達しておらず、けっして諸手を挙げて歓迎、という受け止め方ではないといえる。

実際、自由記載による当該設問への各回答の理由をみると、賛意を表する場合でも、無条件に賛成する事業者ばかりではなく、例えば、「公平な評価がなされること」を条件にあげるもののほか、「利用者の負担増にならないこと」を条件にしている事業者が少なくない。「反対」や「どちらともいえない」の理由としても、利用者負担の増大を懸念してのものが多。

なお、ここでの回答の「理由」としては、自らの経営品質への確信・自信に基づいて「大いに賛成」とする事業者のほか、同じく確信・自信に基づくものではあるが、報酬への反映がなされれば、自らの優位性が保たれなくなる、築き上げてきた差別化が意味をなさなくなる（つまり、報酬を得るために他社も経営品質を高めてくる）から「反対」といったものもみられた。

図3.5 評価制度の報酬への反映について－全体－

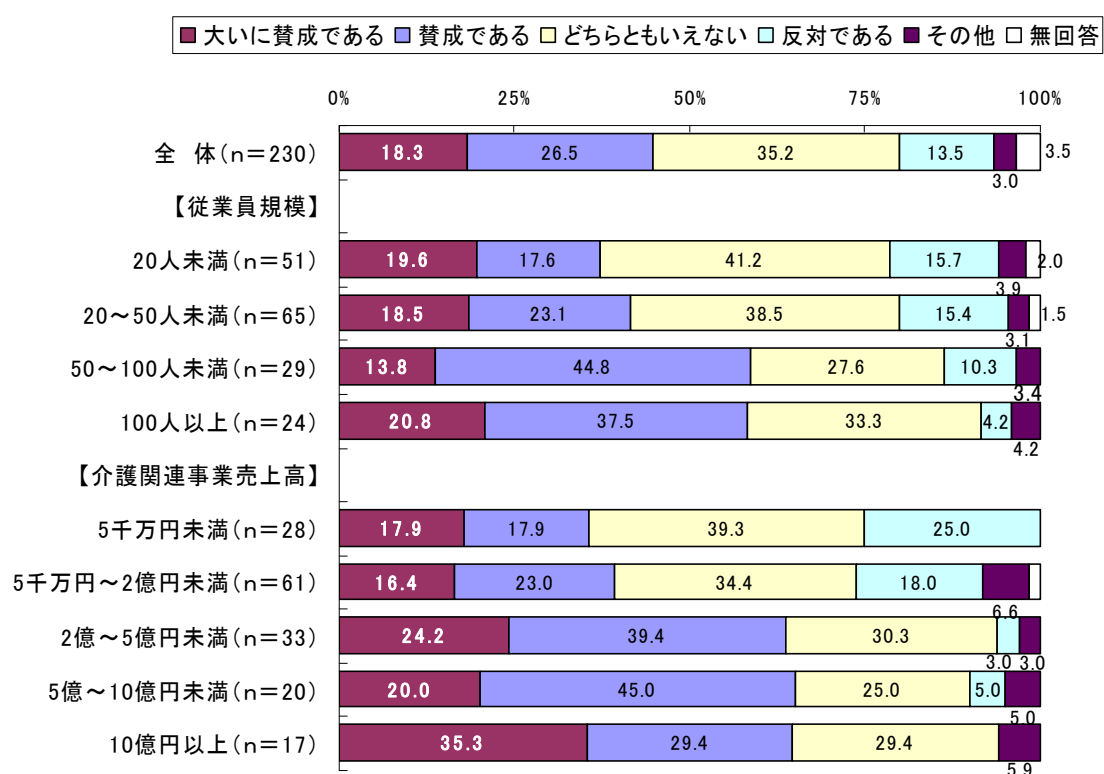


なお、評価制度を介護報酬等の報酬に反映させることへの賛否を事業者属性別にもみると、図 3.5.2 のようになる。

「大いに賛成」と「賛成」とを合わせた割合に着目すると、従業員規模の 50 人未満（「20 人未満」及び「20～50 人未満」）と 50 人以上（「50～100 人未満」及び「100 人以上」）とでは明確な差がみられ、50 人未満では 40%前後であるのに対し、50 人以上では 60%弱と

なっている。これは介護関連事業売上高の別にみても同様で、2億円未満と2億円以上との間に差異をみることができる。しかも、従業員規模別における差よりも、さらに大きい。小規模事業者は評価制度の介護報酬等の報酬への反映を必ずしも肯定的にはみていないといえる。この小規模事業者にあつては、「どちらともいえない」や「反対」が相対的に多くなるわけであるが、とりわけ、介護関連事業売上高別の「5千万円未満」の事業者の場合、「どちらともいえない」が39.3%であるほか、端的に「反対」とする事業者が4分の1の25.0%を占める結果となっている。

図表3.5.2 事業者属性別にみた評価制度の報酬への反映について



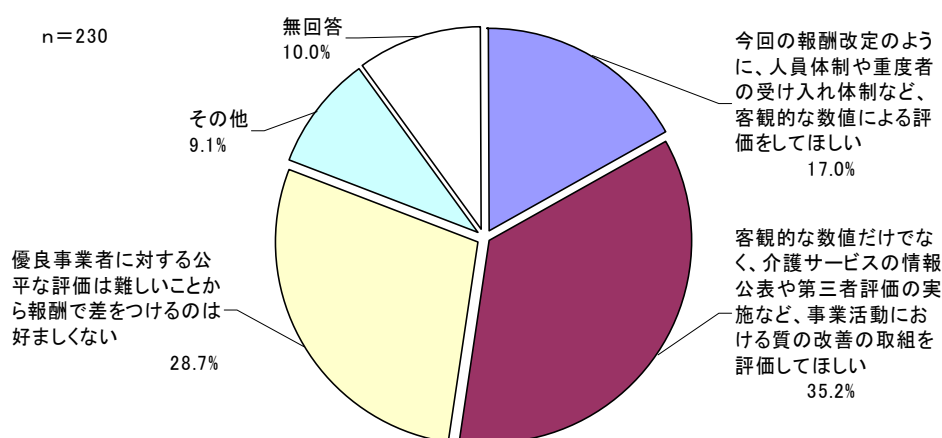
3.6 質の高い優良事業者に対する介護報酬面での評価について

平成 18 年の介護報酬改訂で、良質な事業所を報酬で評価する制度（「特定事業所加算」）が導入されたことを受け、質の高い事業者ないし事業所を報酬面で評価していくことについてどのように考えるかを問うた。

結果は図 3.6 に示したように、全体では「客観的な数値だけでなく、介護サービスの情報公表や第三者評価の実施など、事業活動における質の改善の取組を評価してほしい」が 35.2%を占めてもっとも多い。また、「今回の報酬改定のように、人員体制や重度者の受け入れ体制など、客観的な数値による評価をしてほしい」が 17.0%で、両者を合わせた、肯定的な見方が過半（52.2%）となっている。ただ、一方で、「優良事業者に対する公平な評価は難しいことから報酬で差をつけるのは好ましくない」も 30%近くみられた。

前項の『評価制度の介護報酬等への反映』についての見方に準ずる結果といえるが、「介護サービスの情報公表や第三者評価の実施等事業活動における質の改善の取組への評価」がもっとも多いことに着目すれば、事業者はいわばプロセスマネジメントへの評価を期待しているわけであり、既存の評価制度とまったく別種の評価制度を求めているわけではなく、既存の制度による評価を無にすることのない、いわば既存の制度による評価を踏まえつつ新たな視点による評価を付加していくような制度をイメージしている事業者が多いといえる。

図3.6 優良事業者に対する介護報酬面での評価についての考え方
－全体－



なお、これについても事業者属性別にみても、表 3.6 のように、前項の『評価制度の介護報酬等への反映』についての見方の場合と同様、従業員規模別の 50 人未満事業者と 50 人以上事業者の間に見解の相違がみられる。例えば、全体でもっとも多い「客観的な数値だけでなく、介護サービスの情報公表や第三者評価の実施など、事業活動における質の

改善の取組を評価してほしい」は 50 人以上では 45%超であるのに対し、50 人未満では 30%前後にとどまっている。

また、「優良事業者に対する公平な評価は難しいことから報酬で差をつけるのは好ましくない」は従業員規模に反比例する形であり、「20 人未満」の 39.2%に対し、「100 人以上」では 16.7%である。逆に、「今回の報酬改定のように、人員体制や重度者の受け入れ体制など、客観的な数値による評価をしてほしい」は、従業員規模の大きい事業者ほど高くなる傾向が見て取れる。

表 3.6 事業者属性別にみた優良事業に対する介護報酬面での評価への賛否

*単位：％

		n	今回の報酬改定のように、人員体制や重度者の受け入れ体制など、客観的な数値による評価をしてほしい	客観的な数値だけでなく、介護サービスの情報公表や第三者評価の実施など、事業活動における質の改善の取組を評価してほしい	優良事業者に対する公平な評価は難しいことから報酬で差をつけるのは好ましくない	その他	無回答
全 体		230	17.0	35.2	28.7	9.1	10.0
本部法人格	株式会社	130	21.5	37.7	24.6	6.9	9.2
	特例有限会社	73	6.8	31.5	37.0	13.7	11.0
	その他	13	38.5	30.8	30.8	0.0	0.0
従業員規模	20 人未満	51	7.8	33.3	39.2	13.7	5.9
	20～50 人未満	65	18.5	27.7	30.8	12.3	10.8
	50～100 人未満	29	17.2	48.3	20.7	6.9	6.9
	100 人以上	24	29.2	45.8	16.7	0.0	8.3

3.7 その他の活用したい評価制度—意見・提案—

経営品質に関わる新たな評価制度をめぐっての設問の最後として、他にどのような評価制度があれば活用したいと思うか、意見・提案等を求めた（自由記載方式）。

回答は必ずしも本設問の趣旨に沿ったものばかりではなく、例えば「利用者負担につながる評価制度であること」など、これまで問うてきた新評価制度のあり方への再コメントに止まるものも多かった。以下には、こうした回答を除き、新たな意見・提案を含むものを中心に、具他の回答例を掲げる。なお、この回答例には、事業者側の自己評価も加味した評価制度にすべきという意見や ISO を範とすべきとの意見がそれぞれ複数みられた。

【主な具体的回答例】

- 「利用者側への聞き取り評価」と「事業者の自己評価」及び、「第三者評価」を総合的に比較した事業者の作為の入り込まない評価方式制度。
- 「先ず評価制度」というのではなく、評価とは、地元地域の方と一緒にサービスと質と、社会貢献をしていくべきであって、地元地域の方が評価していくシステム即ち市町村が評価していくべきである。
- 第三者評価を報酬等に連動させるべきではない。ISO のように任意の認証制度であるべき、と考える。
- 品質 ISO に準じた制度、まさに今回検討されている制度。
- 常に諸々の面に於いて改善努力して行かねば淘汰されると思うので、日々の研修、目標（期限）をもった自己啓発の徹底等、そのあたりの評価も大切だと思う。
- 離職率、資格取得率、先進的取組への評価
- 人を人として扱っているか、もっと心の通った介護支援を行っている所の評価をやるような制度にしてもらいたい。末端の現場を見ない人達による制度づくりには賛成できない。
- 真面目に取り組んでいるホームと、営利主義で問題を多く起こしているホームとの違いを明確にできる評価を望む。
- 入居者へのサービスの実施に費やす時間を少しでも多くしたいが、評価が多くなると準備等に時間を取られることになるので、評価システムを一本化してもらいたい。
- 経営の質・サービスの質と両立させることが目標だと思う。使える資源は経営面である程度決まりまるので、これをインプット（A）するとサービスというアウトプット（B）の質の比率 B/A の最大化をどう評価していくかだと思う。 B/A で評価できるシステムがあれば利用したいと思う。
- 評価する対象は実際にそのサービスを利用されている方々ですので、第三者がわずか数日で利用者の満足度（CS）を調べるのは困難であると思われる。したがって、自己評価制度が一番真実を語るのではないかと考える。
- 質と報酬を直結させるのは問題がある。利用者不在の策ではないか。良いサービスを使用したら、料金を多く払うのは、例え 10% 負担でも利用者には目に見えない点である。良質のサービスへの評価は、別途の資金で報償すべきではないか。

- 「経営コストの合理化」が上手に工夫されている事は、余った費用をサービスの向上に使うことができる。「結果良ければすべて良し」かも知れないが、そのことを得るために、必要なことである。法定の運営基準など、経営的に見ると、役割配置のアンバランスが感じられる。法的経営品質と現実経営品質とのギャップを感じる。
- 介護度の改善等、ご利用者の介護経過に一定の向上があった場合の評価もファクターにしてほしい。

3. 調査結果の要約

■ 経営管理の実施状況

○ 直接的事業・介護サービスの運営管理、サービス提供体制づくりに重点が置かれている

各種経営管理の実施率は全般に高い。事業体・組織体として、年次経営分析、職員の健康管理や教育研修、苦情への組織的対応等は当然であるが、「職員間の情報共有体制づくり」、「業務改善活動」、「サービスの標準化への取組」等の実施率も高い（80％台）。これらは、苦情への組織的対応とともに、サービス提供に直接的に関わる事項であり、介護保険事業者における経営管理の取組は、とりわけ直接的事業である介護サービスの運営管理、サービス提供体制づくりに重点が置かれていることが確認できる。

その一方で、「研修の効果測定」や「職員満足度調査」など一步踏み込んだ手法の実施率は低い。

なお、各経営管理事項・手法の実施率は、全般に従業員規模に比例して高まる傾向がある。これは、全般に実施率が低い事項において顕著である。

■ サービスの質を高めるために重要と考える事項

○ 事業規模が大きくなるにつれて、視点は個々の職員の資質から集団としての資質に移っていく

小規模事業者は、とまかく介護サービス提供への熱意・思いやり等が質を高めるために重要と考え、事業者の規模が大きくなるにしたがって、「経営者のリーダーシップ」や「サービスの標準化」が指向される。さらに規模が大きくなれば、経営者のリーダーシップ等よりも「職員の介護技術・専門性」や「サービスの標準化」を目指す事業者が多くなっている。

■ 質の確保のための現行諸制度の有効性・適切性

○ 費用や評価者ないし調査者の質が問題視されている

全般に、評価制度自体に対しては肯定的な見方をするものも多い一方で、費用が「高額」「割高」であることや、評価者（調査員）の質・レベルのばらつき、評価結果の公開・周知方法が不明確等、問題点の指摘がみられる。

■ 外部評価制度と費用負担について

○ 全般に費用負担には肯定的だが、事業者の経済的基盤との相関が強い

全体的には費用負担を肯定的にとらえる事業者が半数を超えているが、費用負担を「当然」とする事業者は介護関連売上高が大きい事業者で相対的に多い。費用負担の捉え方は、外部評価そのものについての認識度合いによっても違ってくると考えられるが、事業者の規模、経済的基盤の違いとの相関がより強い。

■ サービスの自己評価についての取組

○ “苦情を通じた、そのつどの見直し”が中心だが、大規模事業者では、個人・個別から集団・基準への視点の移動もみられる

全体では「苦情等を通じた、そのつどのサービス見直し・改善」が突出して多く（80%強）、次いで、「利用者アンケートによりサービス内容を常に自ら評価」や「職員相互間でのサービス評価」が多い（40%弱から45%強）。「独自のサービス評価基準を作成」は少数である（10%強）が、従業員規模が大きくなるのに比例して多くなるとともに、「職員相互間でのサービス評価」は少なくなる傾向がみられる。

■ 経営品質に関する評価制度の必要性

○ 必要性を認める事業者が過半

全体では「大いに必要である」は1割にとどまっているが、「必要である」半数超であり、その必要性については肯定的である。他方、「必要ない」とする事業者は1割強と少数であり、「どちらともいえない」が約2割であった。総じて従業員規模が大きい事業者の場合に、その必要性を認める事業がより多い。経営品質に対する第三者評価は、本調査結果からみる限り、介護サービス事業者は必要性を感じているといえる。

■ 経営品質に関する評価制度を作る場合に優先すべき事項

○ 事業者規模が大きくなるほど、重点は「人材の確保」から「人材の育成」や「組織管理」に移行

全体としては「良質な人材の確保」をはじめ、「経営の健全性・安定性」「継続的な質の改善への取組」「利用者ニーズへの対応」「法令・基準の遵守」等、基本的な事項をあげる事業者が多い（いずれも30%前後）。一方、「経営」の視点からは顧客としても扱われる職員の満足度をあげる事業者はごく少数（1%）であった。

従業員規模別にみると、「良質な人材の確保」は事業者規模が大きくなるにしたがって優先度が下がる一方で、「経営の健全性・安定性」「継続的な質の改善への取組」「人材育成」等の組織管理的な事項は、逆に優先度が高いとされている。

■ これからの評価制度における評価のあり方

○ 小規模事業者は利用者評価を、大規模事業者は利用者の比較評価による競争促進を望んでいる

全体では「利用者が公表情報を比較評価できる仕組作り、事業者同士の競争促進」及び「第三者機関による顧客のサービス満足度調査の実施・評価公表」がともに30%強であった。「経営品質が最良の事業者を業界団体が表彰し、公表」は相対的に少なかった（20%弱）であった。

従業員規模別にみると、「利用者が公表情報を比較評価できる仕組作り、事業者同士の競

争促進」をあげる事業者は、小規模事業者では相対的に少なく、規模が大きい事業者が多い。小規模事業者では「第三者機関による顧客のサービス満足度調査の実施・評価公表」がもっとも多い。

小規模事業者は介護サービスへの熱意・思いやり等が強いことによる利用者評価・満足度の高さを自負しており、従業員規模が大きい事業者は、その各種経営管理への取組等を背景に、そのことが適切に利用者に伝わるなら、競合で優位に立てると考えている、といえる。

■ 新たな評価制度への参加条件

○ 大規模事業者では、特に「経営健全性のアピール材料になること」が期待されている

全体では「業務改善や経営効率の改善がもたらされること」が唯一半数を超える(57.0%)。次いで、「利用者に対する経営健全性のアピール材料になること」と「人材の確保にあたって有利となること」である(ともに40%強)。さらに、「取得により、介護報酬で相応の評価がなされること」が続いている(40%弱)。

事業者属性別にみても、概ね「業務改善や経営効率の改善がもたらされること」がもっとも多いが、従業員規模の「100人以上」では「利用者に対する経営健全性のアピール材料になること」がもっとも多い(70%弱)。

■ 評価制度の介護報酬等への反映についての賛否

○ 概ね肯定的ではあるものの、無条件・全面的な賛意は示されていない

「賛成」が26.5%、「大いに賛成」が18.3%である。これに対して、「反対」は13.5%であるが、「どちらともいえない」が35.2%と多い。肯定的な見方は半数に達しておらず、諸手を挙げて歓迎、という受け止め方ではない。

自由記載にみる回答理由からは、賛意を表する場合でも、「公平な評価がなされること」を条件にあげるもののほか、「利用者の負担増にならないこと」を条件にしている事業者が少なくない。「反対」や「どちらともいえない」の理由としても、利用者負担の増大を懸念しているものが多い。

事業者属性別からは、小規模事業者の場合、評価制度の介護報酬等の報酬への反映を必ずしも肯定的にはみていないことがわかる。

■ 質の高い優良事業者に対する介護報酬面での評価についての見方

○ 肯定的な見方が過半であるが、新評価制度は既存制度の延長上に考えられている

全体では「客観的な数値だけでなく、介護サービス情報公表や第三者評価実施等事業活動における質の改善の取組を評価してほしい」がもっとも多い(35.2%)。これに「人員体制や重度者の受け入れ体制等客観的な数値による評価」(17.0%)を合わせた、肯定的な見方が過半となっている。一方で、「公平な評価は難しいから報酬で差をつけるのは好ましくない」も少なくなく(30%弱)。

「客観的な数値だけでなく、介護サービス情報公表や第三者評価実施等事業活動における質の改善の取組を評価してほしい」がもっとも多いことに着目すれば、事業者は既存の評価制度とまったく別種の評価制度を求めているわけではなく、既存の制度による評価を無にすることのない、既存制度による評価に新たな視点による評価を付加していくような制度をイメージしているといえる。

まとめ

介護サービス事業者の経営管理は、介護サービス（提供）の運営管理やサービス提供体制づくりに重点が置かれているのが現状といえる。さらに一步踏み込んだ経営管理に取り組んでいる事業者は一部の、比較的規模の大きな事業者に限られる。介護事業者は、全体としてみれば小規模事業者が多いため、経営品質についてはもちろん、サービス提供のあり方についても「個」の視点が優勢である。すなわち、個々の職員の資質であり、個々の苦情への対応であり、ケアサービス課題への随時対応等である。

本調査にみる限り、経営品質というものの捉え方・認識は事業者の規模・従業員規模により異なってくる。すなわち、事業規模・従業員規模が大きくなるにしたがって、「個」への視点から、「組織・集団」への視点が重みを増してくるという側面もみられる。しかしながら、全体としてみれば「経営品質」というもののイメージは必ずしも鮮明にはなっていないとみられる。むしろ、漠然としたものにとどまり、定着していないのが実情といえる。

事業体である以上、また、一定の事業規模になればなおのこと、「経営品質」に無関心ではいられないはずであり、実際、それへの関心は決して低くない。「経営品質」に関わる新たな評価制度にも肯定的である。ただやはり、“経営品質に関わる新たな評価制度”も、その良否は別として、既存の評価制度の延長線上にイメージされているように思われる。

本調査からは、介護サービス事業者としての「経営品質」に正面から取り組んでいる事業者の存在も少数ではあるが確認される。今後は、そうした事業者の取組をモデルとするなどして、介護サービス事業の「経営品質」というものが指し示すところを広くアピールしていく必要があると考えられる。

第4章 事業者・評価機関に対するヒアリング調査

1. 調査の概要

介護サービス事業者における経営品質のあり方に関するアンケート調査に対する回答を得られた事業者の中から、協力を得られた事業者を対象として、事業者における経営品質の考え方、取り組みについて、ヒアリング調査を実施した。また併せて、外部評価実施主体にも調査を実施した。

2. 調査結果

(1) C社 訪問介護事業部

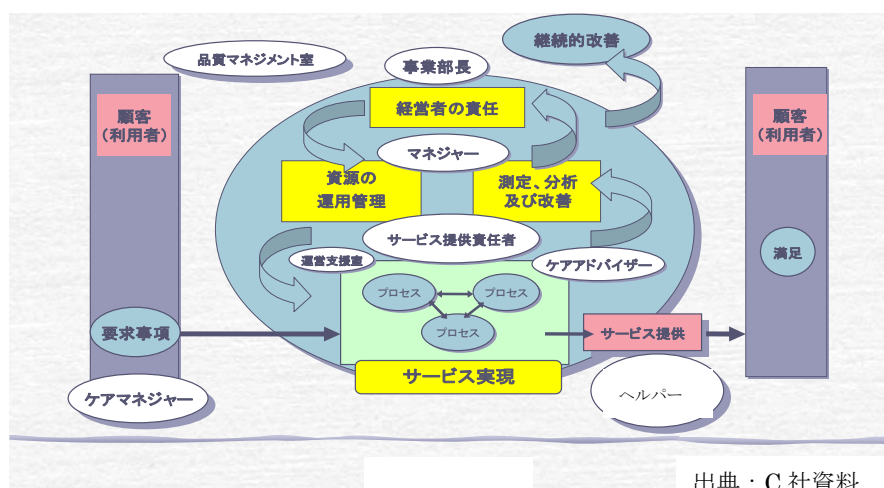
ヒアリング対応者：会社代表取締役

○ 質の確保と向上に関する取組

- ・ サービス提供分野：訪問介護、居宅介護支援、通所介護、福祉用具・住宅改修、サービス地域包括支援センター
- ・ C社では、訪問介護事業開始の2年後に、訪問介護事業分野では、日本第一号となるISO9001を認証取得した。
- ・ 組織・サービス提供、教育、事業運営に関わるマニュアルを規定、ISOに基づく品質マネジメントシステムを構築し、他者検証の仕組みを作り、標準化と標準の改善という形で質の向上に取り組む。
- ・ 人材育成において、教育・訓練を体系的に行っている。
- ・ 内部評価（年2回の内部監査）、外部評価（ISO9001認証、福祉サービスの第三者評価、日本品質奨励賞受賞）を通じて、継続的にシステムの見直し、改善のサイクルを行っている。

図表4-1 品質マネジメントシステムの例

C社訪問介護部門の品質マネジメントシステム



出典：C社資料

○ プロセスの標準化

介護サービスをはじめとした、人によるサービスのもつ性質として、無形性、不可逆性があげられる。そこで、介護サービスにおける「製品」とは、「サービスを提供しているプロセスである」との定義づけを行い、サービス提供のプロセスに至るすべてのプロセスの「標準化」を行った。「サービスを構成する諸要素である目にみえないものをいかに目にみえるものに置き換えて、提供する側、受ける側が可能な限り同じ『基盤』の上にできるか」という課題に対して、「標準化」を行い、教育において実証することで、「みえる化」をはかり、質の管理を行っている。

ヘルパーの個人の力量に依存する体制では質を保証できないという考え方にたち、契約、サービス提供、フォローアップ、不適合サービスの管理、是正処理、人材育成に至る仕組み作りによるプロセスの「標準化」を行い、日常的活動における問題点の把握、PDCAの転回を重視している。

○ 品質マネジメントシステムの構築

想定した顧客満足に対応しうるサービスのプロセス整備を行い、プロセスの実践が可能となるよう、人材を教育し、顧客のニーズを分析し、プロセスを見直していく、という一連の改善活動を実践した。システム構築にあたっては、トップが方針を明らかに示し、方針達成のための「活動目標」を展開し、各部門に方針展開を体系的に行い、各部門の実行計画に反映させ、定期的レビューから問題点抽出し、問題解決をはかるという一連のマネジメントシステムを実践することが重要であり、ここでは、まず第一に、トップのリーダーシップが重要と考える。

○ Good Care, Good Management について

現場のサービスと組織のマネジメントの質は、必ず相関するものである、と考える。トップのマネジメントが上手く機能していなければ、現場サービスの質は向上しない。まず第一に、経営者の質があり、二番目に、経営者が使うマネジメントの質、次いで、現場スタッフ（ヘルパー）の質の順で取り組むべきと考える。

○ 外部評価の利用について

種々の評価・審査制度を使い分けて利用している。外部評価の効果は、客観性と透明性を確保することである、と考える。ISO9001 の品質マネジメントシステムを基に、標準化を図り、継続的な質の担保として、認証を受けている。ISO9001 ではエビデンス、効果をどのように求めるかというのは、要求されていないが、奨励賞は、効果を具体的に数値化して示す必要があり、より標準型に近い、と認識する。この取組により、短期間でパフォーマンスが向上するという効果があった、と分析する。東京都の第三者評価制度については、職員満足度、利用者満足度調査が仕組まれているため、確実な実施のために利用している。評価について、根拠が明確でない傾向があり、審査員の質により、ばらつきがあるとの印象を受ける。

○ 品質奨励賞の取組に関して

品質経営セルフチェックシートに基づいて自己点検を行い、審査受審に入る。審査日数は、4日間程度、過去2年～2年半のデータにより効果性を示した。

受審において示した成果（アウトカム）としては、①職員定着率（教育資源投下面、利用者に対する質の担保の側面からの効果）、②利用者増加に対して、ヒヤリ・ハット事例、苦情等の件数の減少関係（一連のプロセスを標準化したことの効果）、③非生産時間の減少、生産効率の増加に関して、具体的に数値化して示し、効果を証明した。

図表4-2 日本品質奨励賞における着眼視点

活 動	・ トップのリーダーシップ ・ 日常管理と標準化 ・ 品質の改善活動 ・ 品質情報の収集・分析・活用 ・ 人材育成
成 果	・ 顧客満足度（顧客の評価点、意見、紹介数など）、苦情・クレームの数（契約件数、ホームヘルパー数で標準化したもの） ・ コスト低減または効率向上 ・ 売上妄評達成度または利益目標達成度 ・ 人材開発達成度（ホームヘルパーの離職率、コア人材数、ホームヘルパーの能力向上）

日本品質奨励賞資料、C社ヒアリング資料をもとに作成

○ 取組の検証活動における課題

品質マネジメントシステムに基づき、検証活動を実践しているが、検証における課題としては、他組織との比較データの入手が困難であり、他者比較が難しいことがあげられる。また、ケアマネの介在という特徴のため、サービス供給量の増加と、利用者の満足が必ずしも直結せず、検証活動が難しいことがあげられる。また、取組は、一連の改善活動につきるものであり、その効果性について、具体的数値化で示すことが困難な領域が介護サービス分野の特徴といえる。「プロセス」以外の具体化はない、と思われ、サービスを「見える化」することが重要である。

○ 経営品質についての考え方

経営品質について検討する際も、現場と組織の「見える化」をいかに行うかが重要であり、客観的評価において、エビデンスを示すことが必要になる、と考える。奨励賞、品質賞とは、社会的にクオリティマネジメントを経営者がコミットメントすることと考える。

（２）M株式会社

ヒアリング対応者：部門担当責任者

○ 事業概要と経営管理について

介護付有料老人ホーム（２箇所）、デイサービス（２箇所）を実施している。大手住宅機器メーカーの関連会社であり、全国各地に店舗展開し、地域に根ざした介護・福祉リフォーム、介護・福祉用具レンタル・販売事業を行っている。さらに、他の関連会社では訪問入浴サービスも実施している。経理ルール等は本体企業に準じており、本体企業の監査や指導も入る。介護事業への参入は、本体経営トップの判断による。現在 200 億円／年の事業規模になっている。本体事業（製造業）と比べ利益率が高くないが、社会貢献という意味合いもある。

○ 有料老人ホーム経営について

初期投資がかかるので、入居者が確保できないと、収支を適切にまわしていくことが難しくなる。ちなみに、入居者の費用としては一時金方式による終身利用権方式を採用し、入居一時金が 3 千万、加えて毎月 25～30 万の負担となっている。一時金は 6 年償却で、それ以降は、月々の支払のみとなるため、償却期間切れの問題が生じる。入居者平均年齢は 80 代後半、要介護者に限定している。本体からの出向は、管理職 4 名程度で、他はホームとしての採用である。企業内における他施設とのスタッフローテーションは、頻繁とまではいかない。

○ 職員定着率について

職員定着率については、サービスの質を確保するためのひとつの尺度であると考えているが、ここ 1 年の傾向としては、パート社員の定着率は約 50% となり、人員不足傾向である。研修期間を十分に設けているが、研修の厳しさ、情報管理作業に対する抵抗等、研修の充実が、職員定着に直接的に結びついているかどうか、という点がある。職員定着率と給与の関係については、例えば、夜勤のない職場の募集は応募が多いなど、夜勤を伴う職場での定着率が問題であるため、一概に言えない。職員定着率は、サービスの質に影響すると考える。新人職員の教育訓練に時間を割くことで、他業務が手薄になる可能性もある。定着率に関しては、正規職員の定着率高く、パート社員についてが課題となっている。パート社員を正社員化については、介護保険の制約条件下での経営を考えると、正社員ばかりでは厳しいのが実状である。基本給を下げてパート社員を準正社員とすることも検討できると考える。

○ 経営品質に関する考え方

介護サービスにおける「経営品質」を考えるには、評価を行う以前に、ビジネスモデル（成功モデル）を提示する必要があるのではないか、と考える。事例の蓄積によって、良いモデルを確立し、それを通じて、他社と比較できるような方法・手段があればよいと思われる。職員定着率が低下してきている現状で、サービスの質を確保するためにも

マニュアルの整備は重要と考える。サービスに対する入居者の要望に関しては、家族からのものがほとんどを占める。家族が入居者の表情や状態を見て判断するという流れが多い。

○ 外部評価・外部調査について

外部評価の費用負担については、人件費がかかるためやむを得ないものとする。情報の公表に関しては、今までできていなかったことをやる、底上げを図るといった面での効果はあるように思うが、そのレベルと考えている。公開しているかいないかだけで事業所としてのメリットは余り無いと考える。

外部評価結果について、介護報酬での評価は「加算」だけではなく、「減算」という考え方もあるが、減算を回避するために、質を上げる努力をする行動につながればいいのだが、逆に、利用者負担が少ない・低料金であることを売りにした悪質業者がでてくるのではという恐れもある。ホテル業界では、顧客リピート率で質を評価できる部分がある。当該ホームの入居者については、入居者の家族からの紹介、入居者の知人の紹介による率が高い。

第三者評価については、評価者がサービスを体験していないということにジレンマを感じる。また審査側のバラツキがでないよう、両者アンケートについては共通内容にし、結果を集計し評価する等の方法も考えられる。ホームでも顧客満足度評価を実施しているが、項目の偏りなど、内容の検討を行っている。「経営品質」に関しては、介護事業が健全に発展していくということが重要だと思うが、そこに経営的な指針・指導があるかないかで、差が出ると思われる。健全な経営が人材集めの際の手段となり得ることもあると思われる。

有料老人ホームのような施設が最終的に目指すのは、選択や自由など入居者の生活の質であり、このような特徴を評価するものがあれば、と思う。

(3) K財団

ヒアリング対応者：施設管理者

○ 事業概要

社会福祉法人立医療機関が母体となって、財団を設立。昭和 61 年に有料老人ホームを開設。その他、居宅介護支援事業所、ケアセンター（認知症等常時介護や見守りが必要な人が対象：2 箇所）。全職員数（115）、入居者数：ホーム（226）、ケアセンター（82）入居一時金償還方式（180 ヶ月）。

○ 介護提供体制における取り組み

- ① ケア要員の配置の工夫：ケアを直接提供する介護職以外に、「生活支援相談員」を施設全体で 6、7 名置き（社会福祉士、介護福祉士、管理栄養士等）、徘徊や物取られ妄想等の認知症の入居者に 1 対 1 で付いたり、随時居室を訪問して、相談に乗ったり、栄養指導を行っている。この配置があるため、全体に余裕ができ、いざという時や目が離せない場合に対応できる。これを以前は「苦情受付担当者」と呼んでおり、ニーズやクレームに素早く対応するために設置されたものである。こうした職員が直接入居者から聞いた、あるい

は本人や家族から寄せられた要望や苦情に対し、苦情解決委員会で検討し、どのように対応したかを運営状況説明会の資料で報告する。このように取り組むことで、入居者の日常生活における日々のニーズに素早く対応するとともに、組織や運営に対する要望等についても拾い上げて対応し、報告するしくみが機能している。

- ② 認知症ケアへの対応：認知症ケア専門師が6名いるほか、全職員が認知症ケアの研修を受けている。また、センター方式のアセスメントの勉強会を開き、実際に活用している。
- ③ 予防への取り組み：健康長寿検診という入居者の健康診断のデータを取り（10年間のうち、今年度が6年目）、運営状況説明書の中で健康状況を報告している。また来年から、尿検査により栄養状態を評価するアセスメントを、大学の協力により活用する予定である。

○ 事業運営の透明性に関する工夫

- ① 運営状況説明会、運営懇談会：入居者・家族向けに年1回の運営状況説明会を開催し、昨年度の事業概要や、入居者の要望やクレームに対する報告をとりまとめた詳細な報告書を作成し、全入居者に配布している。また、館内VTR設備により、映像でも流している。2か月の1回運営懇談会を開催し、入居者との意見交換の場を作っている。
- ② インターネット、季刊誌：施設に関する概要の他、契約時の重要事項説明書、第三者評価の受審結果、季刊誌等をネット上で公開し、運営の透明性に努めている。

○ 人的資源管理

各部署の目標に基づき、全ての職員が個別に年間目標を立て、研修希望や処遇に関する希望、職場内の改善点等をアンケートに記入し、それをもとに、全職員と管理者側で面接している。職員からの要望や改善点については、リスクマネジメント委員会等所管の委員会で検討し、報告している。また、職場内での研修会を頻回に開催し、職場外研修会への参加を奨励している。職員間は、職種間がフラットな関係であること、職員自身が講師となり、さまざまな研修やイベントなどを実施し、職員の専門性やモチベーションを高める工夫をしている。

○ 施設の経営品質に関する意識、活動

経営品質は重要であるとの認識から、運営に取り入れることを検討しており、「顧客本位」、「独自能力」、「職員重視」、「社会との調和」がどの程度できているかを検証する予定である。売上重視という考え方はなじまないが、人生の最後を左右するオーダーメイドのものを提供するという、顧客本位の考え方は、介護サービス分野において、有用な考え方といえる。

福祉サービス第三者評価、NACS（消費生活アドバイザー協会）の受審、介護サービス情報の公表を通じて、書式で欠けている点など、気付きのきっかけとなっている。様々な評価制度については、顧客重視のサービス、職員のモラルアップにつながるの

あれば、費用負担はいとわないと考える。何がモラルなのかとは、職員間の使命感であり、そのための基盤作りは必要である、と考える。評価と組み合わせ、都道府県作成の自己点検表、職員からの提案・意見書が見直し、気付きに有効となっている。

組織独自の工夫がよみとれるような評価の仕組みがあれば、他の組織がベンチマークとして利用することもできるので、有用なのではないか、と考える。組織による特性をみるべきではないかと考える。

○ 施設の経営上の今後の課題

今後もケアセンターの増床予定があり、インフラ整備と投資、良質の介護職の新規採用とその能力開発、管理等が課題と考えられる。

3. 考察

介護サービス事業者において、オペレーションレベルでのマネジメントにおける関心と労力と、事業体全体のマネジメント（組織経営）とを、区別して扱う必要があることが指摘できる。ヒアリングを実施した事業所では、組織の顧客ターゲットを設定し、戦略を策定し、具体的なオペレーションのレベルにまで落とし込むという戦略的発想が確認でき、各取り組みのプロセスの標準化により、質の確保を実践しようとの取り組みがみられた。

組織運営において、様々な活動を多岐にわたり熱心に行うことは、一見、組織の活性度が高いようにも見えるが、こうした活動が場当たりのものとなってしまう場合、組織成員の負荷が高まり、時にはその作業効率、ひいてはモチベーションを損なう可能性も高い。また理念、目標の作成、業績評価は明確な組織の方向性と密接に結びつけられていない限り意味を成さない。組織の将来的方向性が明確にされた中で、組織的課題が示され、さらにそれらの課題に基づいた活動の優先順位づけが明確になされなければならない、さらにその具体的な評価ができるシステムが求められる。

第5章 経営品質の評価項目についての考察

1. 質の確保に関する諸制度の項目比較

介護サービスの不可逆性、事前視認の困難性、サービスの質と満足度の不一致等の特性から、介護サービス事業者においては、「外部からの目」を取り入れることによる質の確保策が活用されている。アンケート調査、ヒアリング調査結果においても、外部評価を活用することで、質の確保をはかり、さらにサービスの標準化に取り組む事例が確認された。

第2章で取り上げた介護サービス分野における質の確保策のうち、平成18年度より事業所単位で公表が義務化となっている「介護サービス情報の公表」制度と、東京都の福祉サービス第三者評価制度、そして、経営品質の観点からマルコム・ボルドリッジ国家品質賞（MB賞）審査基準の着眼視点の違いについて、比較検討をし、経営品質を評価する視点の特徴を把握する。

図表5-1 質の確保諸制度の比較「事業計画に関する項目」について（抜粋）

MB賞	介護サービス情報の公表 (調査情報)	東京都福祉サービス第三者評価
<項目の特徴> どのように取り組んでいるか、組織の他の取り組みとの整合性、関連性、一貫性を重視する。 用いる指標だけでなく、根拠となる業績データの提示を求め、取り組みの有効性を重視する。 実施の有無だけでなく、どのように取り組んでいるのか(取り組み方)を重視する。	<項目の特徴> 取り組みに関する事実確認を問う。確認のための材料のあり・なしを求める。	<項目の特徴> 取り組みに関し着眼すべき事項を示しつつ、実施の有無を確認する。 用いる指標の提示を求めている。
<項目例> どのように戦略を策定しているか。 - 戦略立案方法 - 戦略立案ステップ - 戦略立案の参加者 - 気づきにくい点の発見 - 計画対象期間決定方法 - 計画対象期間との関係 - 組織の強み、弱み、事業機会、脅威、技術、市場、競争環境、規制環境の変化、長期的な組織持続性、非常時における事業の継続性、戦略計画を実行する組織能力との関係	<項目例> 事業計画を毎年度作成している。 事業計画及び財務内容に関する資料を閲覧可能な状態にしている	<項目例> 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している - 理念、ビジョンの実現に向けた中・長期計画の策定 - 年度単位の計画を策定 - 短期計画的の取り組み 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している - 課題の明確化、計画策定の時期と手順 - 現場の意向の反映

・ 上記に関係するデータや情報の収集分析方法 ・ 戦略課題 ・ 戦略課題実行のタイムテーブル ・ 戦略課題の到達目標 ・ 組織の挑戦課題との関係 ・ 短・中・長期の挑戦課題、事業機会との関係 ・ 利害関係者のニーズとの適合性		・ サービスの現状(利用者の意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)との関係 ・ 想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)との関係
どのように戦略を展開しているか ・ 戦略課題達成のための実行計画策定・展開方法 ・ 経営資源配分方法 ・ 実行計画に起因する変化への対応 ・ 実行計画変更や新計画の実施が必要となった場合の実行計画の修正方法、展開方法 ・ 短・中・長期の実行計画 ・ サービス、顧客、市場に重要な変化がある場合の対応 ・ 短・中・長期の戦略課題と実行計画に基づくパフォーマンス尺度や指標 ・ 実行計画の測定システムにおける組織としての一貫性強化方法 ・ 測定システムによる展開領域と利害関係者の把握 ・ パフォーマンス予測 ・ 競合組織等との比較 ・ ベンチマーク、到達目標、過去のパフォーマンスとの比較 ・ パフォーマンス改善への取組	事業所の改善課題について、現場の従業員と幹部従業員とが合同で検討する仕組みがある。	着実な計画の実行に取り組んでいる ・ 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)の明示 ・ 事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にするなどの取組 ・ 目指す目標と達成度合いを図る指標の明示 ・ 進捗状況の確認(半期・月単位など)、必要に応じて見直しの実施

図表 5-2 質の確保に関する諸制度の項目比較

○：項目の着眼視点が重なる △：項目の着眼視点が部分的に重なる ×：着眼視点はほとんど重ならない

MB賞の項目		介護サービス 情報の公表	福祉サービス 第三者評価
0. 組織の概要			
0-1 組織に関する説明 ＜組織の特徴＞	a 組織環境	○	○
	b 組織の関係	△	×
0-2 挑戦課題	a 競争環境	×	△
	b 戦略的な課題	△	○
	c パフォーマンス向上システム	△	△
1. リーダーシップ			
1-1 経営幹部のリーダーシップ	a ビジョンと価値観	○	○
	b コミュニケーションと組織パフォーマンス	△	○
1-2 組織統治と社会的責任	a 組織の統治	△	○
	b 遵法・倫理的行動	○	○
	c 地域社会に対する支援	△	○
2. 戦略計画			
2-1 戦略の策定	a 戦略策定プロセス	△	○
	b 戦略課題	×	○
2-2 戦略の展開	a 実行計画の策定と展開	×	○
	b パフォーマンス予測	×	×
3. 利用者・顧客と市場の重視			
3-1 顧客とケア市場の理解	a 顧客とケア市場の理解	△	○
3-2 利用者・顧客との関係と 利用者・顧客の満足	a 利用者・顧客との関係	△	○
	b 利用者・顧客の満足の把握	△	○
4. 測定分析及びナレッジマネジメント			
4-1 提供活動の測定と分析	a パフォーマンス測定	△	△
	b パフォーマンス分析	△	△
4-2 情報及びナレッジマネジメント	a データや情報の利用	△	△
	b 組織のナレッジ	△	○
	c データ・情報及びナレッジの質	×	×
5. スタッフの重視			
5-1 業務システム	a 組織と業務のマネジメント	△	○
	b 従業員のパフォーマンスと マネジメントシステム	△	△
	c 採用及びキャリアアップ	×	△

5-2 従業員の学習と動機付け	a 従業員の教育・訓練・能力開発	○	○
	b 動機付けとキャリア開発	×	○
5-3 スタッフの福利厚生と満足度	a 業務環境	○	○
	b スタッフ支援と満足度	×	○
6. プロセスマネジメント			
6-1 ケアサービスのプロセス	a ケアプロセス	○	○
6-2 支援プロセスと業務遂行計画	a 事業プロセスと支援プロセス	△	△
7. 結果		×	△

上記の比較から以下のことがいえる。

- ① MB 賞審査基準では、競争、挑戦、ベンチマーク等比較分析に関する観点が組み込まれているが、他の二者においてはほとんどふれられていない。この点、MB 賞審査基準は、全産業に対して共通して適用可能な審査項目を用意していること、創設理由が、米国産業界の競争力強化であるため、競争環境を意識した構成になっていること、一方で、わが国の介護サービス事業者は、介護保険制度を基本とした事業が中心であり、保険給付サービスが重視されていること、小規模事業所が多いこと、地域により競争環境が働いていないことなどが考えられ、競争、挑戦といった考え方になじみにくいと推察できる。
- ② MB 賞審査基準では、スタッフの支援、キャリア開発、スタッフ満足（ES の視点）が重視されている。東京都福祉サービス第三者評価でも、職員と組織の能力向上のカテゴリーが設けられているが、職員満足度調査や、キャリア開発の視点までは設けられていない。この点については、今回のアンケート調査結果からも、同様の傾向が読み取れる。アンケート調査結果からは、組織の規模が大きくなるにつれ、「人材確保」から「人材育成」や「組織管理」に重点が移る傾向がみられたが、介護サービス分野における 2 つの制度に、これらの視点が十分に組み込まれていないことは、当該分野の事業者の占める事業規模、市場の成熟性、介護報酬の制約を受ける事業者の経営実態等の影響も考えられる。一般産業分野における経営品質の観点からみると、「従業員満足」や「従業員キャリアの開発」は、不可欠な要素と位置づけられているが、介護サービス分野においても、上記の視点に基づく評価基準を検討しなければならない。
- ③ MB 賞審査基準では、取り組みにおける情報やデータ分析の活用、測定、活動成果の客観的な提示（業績結果）に関する評価を重視しているが、東京都の福祉サービス第三者評価制度では、具体的に数値化された業績結果についての提示までは求めている。また、介護サービス情報の公表制度においても、取り組みに関する指標や尺度、業績等にはふれていない。この点については、介護サービス分野におけるプロセス評価尺度、業績評価尺度の設定が困難であることが指摘できる。

④ MB賞審査基準では、組織が、取り組みをどのように実施し、その結果の成果について、客観的に提示、証明することまでを要求している。この点、工業製品のような数量化や標準化がなじむ分野を中心に発展してきた管理技法の考え方が根底にあること、介護サービス分野に当てはめる場合には、評価尺度の設定が課題となる。OECD諸国における質の評価のトレンドにおいても、構造・プロセスの評価からアウトカム評価への転換という動向がみうけられるが、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（第6章参照）。

④ リーダーシップ、利用者・顧客と市場の重視、ケアプロセスのマネジメント等に関する視点については、内容については、他の2つの制度においても内容が重なっている。これらは、経営管理技法の核となる部分といえる。

MB賞審査基準は、社会情勢の変化等を踏まえ、例年（大きくは隔年）見直しが行われているが、近年の特徴としては、リーダーシップ項目の中で、組織統治と社会的責任の視点について見直しがあり、コンプライアンスの視点による評価が強化されている。MB賞審査基準の視点が、基本的な部分を保持しつつも、社会変化に応じ改変を繰り返していることは、わが国における介護サービスの経営品質の視点を検討する際に考慮すべきといえる。

MB賞審査基準をベンチマークとして、介護サービス分野の経営品質のあり方について検討を行ってみると、わが国における介護分野の現行諸制度において不足している観点（領域）については、適用可能性を念頭におきながら検討を行うべきであること、重複のみられる領域については、経営品質の本質的観点から、評価基準のメリットを考慮し、評価項目の構成を検討していくことが必要と考える。

2. アンケート調査結果からの考察

(1) サービスの質を高めるための重要事項について（アンケート票Ⅱ-1）

本研究事業において実施したアンケート調査によると、事業者にとって、サービスの質を高めるために重要と考える事項としては、「一番重要」なものとしては、「職員の姿勢・熱意・思いやり」（38.3%）であった。「事業者間の競合」は、重要度は低い結果となった。

図表5-3 サービスの質を高めるために重要な事項（%）

	1 番重要	2 番目に重要	3 番目に重要	合計
① 事業者間の競合	1.7	2.2	7.0	10.9
② 経営者のリーダーシップ	23.5	8.3	18.3	50.1
③ サービスの標準化	10.4	17.8	26.5	54.7
④ 職員の介護技術・専門性	19.6	38.7	26.5	84.8
⑤ 職員の姿勢・熱意・思いやり	38.3	28.3	15.2	81.8

同項目について、従業員規模別でみると、1人～20人未満の事業者では、「職員の姿勢・熱意・思いやり」を重視（51.0%）している傾向がみられ、50人以上の事業者では、「サービスの標準化」を重視する傾向が示された。質において重視する視点は、事業者規模に比例して、個人の資質から集団の資質へと関心が移っている。

図表5-4 サービスの質を高めるために重要な事項・従業員規模別（%）

	事業者間の競合	経営者のリーダーシップ	サービスの標準化	職員の介護技術・専門性	職員の姿勢・熱意・思いやり
1～20人未満	3.9	17.6	2.0	17.6	51.0
20～50人未満	1.5	36.9	1.5	21.5	33.8
50～100人未満	3.4	27.6	24.1	10.3	27.6
100人以上	0.0	12.5	25.0	29.2	25.0

(2) 経営品質を評価する項目について（アンケート票Ⅲ-2-①）

経営品質を評価視点への関心については、これらの必要性に関しては、全項目につき、必要との回答が70%以上との結果であり、想定した経営品質評価項目について、事業者は必要であると考えていると解することができる。内訳としては、「法令・基準の遵守」が最も高く（93.5%）、最も低いものは、「ケアプランの策定と他者検証」であった（73.9%）。

図表 5－5 経営品質についての評価制度に必要な事項（20 の項目）

＜経営理念・リーダーシップ＞ ・ 経営の健全性と安定性 ・ 経営者のリーダーシップ ・ 組織の理念、目標の共有 ・ 経営改善への取組 ＜職員の教育・資質の向上＞ ・ 良質な人材の確保 ・ 研修制度や職員教育等の人材育成 ・ 職員の動機付け、コミュニケーション ・ 職員満足度の把握 ＜利用者の満足度の向上＞ ・ 利用者ニーズへの対応 ・ 利用者満足度の把握 ・ 苦情対応 ・ 継続的な質の改善への取組	＜良質なケアの提供＞ ・ ケアプランの策定と他者検証 ・ 自立支援へのアプローチ ・ プライバシーや尊厳の確保 ・ リスクマネジメント ・ 安全な環境の整備 ＜社会的責任への取組＞ ・ 法令基準の遵守 ・ 個人情報保護法への対応 ・ 地域社会への貢献
--	---

提示した 20 の経営品質視点について、重要度（高い、普通、低い）を聞いたところ、「高い」との回答は、1 位「苦情対応」（75.2%）、2 位「法令・基準の遵守」（74.8%）、3 位「良質な人材の確保」（73.0%）、4 位「経営の健全性・安定性」（70.9%）、5 位「利用者ニーズへの対応」（70.4%）であった。下位は、「ケアプランの策定と他者検証」（39.1%）、「職員満足度の把握」（41.7%）、「自立支援へのアプローチ」（44.3%）、「地域社会への貢献」（47.8%）、「経営者のリーダーシップ」（49.1%）などであった。

「リーダーシップ」や、「職員満足」は、他の視点と比較し、重視されていない傾向となった。

図表 5－6 経営品質についての評価制度に必要な事項と重要度

「高い」と回答した項目（上位 5 項目）

1 位 苦情対応	75.2%
2 位 法令・基準の遵守	74.8%
3 位 良質な人材の確保	73.0%
4 位 経営の健全性・安定性	70.9%
5 位 利用者ニーズへの対応	70.4%

(下位 5 項目)

16 位	経営者のリーダーシップ	49.1%
17 位	地域社会への貢献	47.8%
18 位	自立支援へのアプローチ	44.3%
19 位	職員満足度の把握	41.7%
20 位	ケアプランの策定と他者検証	39.1%

提示した 20 項目のうち、評価制度をつくる際に優先すべきと思われる事項を聞いたところ、「良質な人材の確保」(33.9%)、「経営の健全性・安定性」(30.4%)、「継続的な質の改善への取組」(28.7%)、「利用者ニーズへの対応」(27.4%)、「法令・基準の遵守」(27.4%) が上位を占めた。一方、「安全な環境の整備」(0.9%)、「職員の満足度」(1.3%)、は優先度が低かった。「従業員の尊重」は、MB 賞審査基準の基本的価値観に置かれており、現在の介護事業者と経営品質視点との差を確認することができる。

図表 5-7 経営品質に関する評価制度をつくる場合に
優先すべき事項 (20%以上の項目)

1 位	良質な人材の確保	33.9%
2 位	経営の健全性・安定性	30.4%
3 位	継続的な質改善への取組	28.7%
4 位	利用者ニーズへの対応	27.4%
5 位	法令・基準の遵守	27.4%
6 位	人材育成	20.4%
7 位	利用者満足度の把握	19.1%

優先度について、従業員規模別にみると、規模が大きくなるに従い「良質な人材の確保」の優先度が下がり、「経営の健全性・安定性」や「継続的な質の改善取組」の優先度が増し、規模により、経営の視点が組織管理に移行する。

図表 5-8 経営品質に関する評価制度をつくる場合に
優先すべき事項 (従業員規模別)

(従業員規模)	(優先順位)		
	1 位	2 位	3 位
20 人未満	良質な人材の確保	法令・基準の遵守	利用者ニーズへの対応
20～50 人未満	経営の健全性・安定性	良質な人材の確保	利用者ニーズへの対応
50～100 人未満	継続的な質の改善への取組	研修制度や職員教育等の 人材育成	経営の健全性・安定性 利用者ニーズへの対応
100 人以上	経営の健全性・安定性	継続的な質の改善への取 組	利用者ニーズへの対応 法令・基準の遵守

（３） サービス自己評価への取組について（アンケート票Ⅱ-4）

事業者が実施するサービスの自己評価への取組については、１位が「苦情処理による改善」（81.7%）、次いで「利用者アンケート」（46.5%）、「職員間評価」（37.8%）、「独自のサービス評価基準」（13.5%）の順であった。

従業員規模別でみると、小規模事業者では「職員間評価」が高く、規模が大きくなるにつれ、「利用者アンケート」「独自のサービス評価基準」の実施率が増える傾向がみられた。規模が大きくなるに従い、評価の視点が、個人から集団へ、随時から定時へ、個別から基準へと変わる傾向がみうけられる。

３． ヒアリング調査結果からの考察

（１） 一般産業分野の外部評価を活用している事業者事例

外部評価を複数活用している事業者の事例では、以下の考え方を確認することができた。

- 外部評価の効果は、「客観性と透明性を確保し、可視化すること」との考えに基づき、取り組みを行っている。無形である介護サービスを、誰もが確認できる形に可視化することにより、サービス評価と、改善につなげるとの考え方に立っている。
- 可視化として、サービスの「標準化」を図っている。介護サービスの実施プロセスを「標準化」し、サービスの「質のバラツキ」を減らす取り組みを行っている。
- 介護サービスの質は、顧客ニーズとの不適合を確認し、それを減らすための行為をプロセスに反映させている。顧客ニーズと不適合の差を埋める一連の行為はPDCAサイクルに従っており、継続的に取り組まれている。
- マネジメントの対象は、顧客満足に対応するサービスのプロセスの整備、プロセスを遂行する人材の育成、プロセスを見直す改善活動の実践等が含まれる。

ヒアリング事業者は、外部評価として、ISO9001、日本品質奨励賞関連の受審等、一般産業分野を中心として展開している制度を活用している。ヒアリング事例では、既存の外部評価制度が求める品質向上の成果に対して、「職員定着率の向上」、「利用者増加とヒヤリ・ハット・苦情の減少」、「非生産時間の減少」を数値化して示し、成果として報告していた。

この点、「非生産時間の減少」を数値化し、成果として示すには、タイムスタディによる業務調査が必要となる。工場製品のような大量生産の可能な分野では、なじみのある概念ではあるが、無形、不可逆性、個別性を特徴とした介護サービスにおいて、数値化し証明することには困難を伴う。

さらに、介護事業分野は小規模事業者が多くを占めているため、第三者評価対応のための専用部署の設置などは、非現実的であることも考えられ、過大な負担が伴うことが

懸念される。ヒアリング事例においても、工業分野と同様に成果の数値化を求めるような第三者評価への継続受審は、困難であるとの見解であった。介護分野の経営品質のあり方を探る上で、成果の数値化による評価の仕組みについては、実行・適用可能性を含めた検討を要する。

また、一般産業分野で活用されている外部評価システムを活用するにあたっては、顧客である利用者と事業者の間に、ケアマネジャーが介在することにつき、留意が必要といえる。

（２）介護サービス分野の質確保制度を活用している事業者事例

介護サービス分野の質確保の制度として、「福祉サービス第三者評価」と「介護サービス情報の公表」制度を活用している小規模事業者のヒアリング結果では、以下の見解が示された。

- ２つの制度は、「内部環境の整備としてのメリット」がある反面、行政の指導内容との重複感があり、作業負担、経費負担が大きい。
- 経営品質評価指標の判断指標として、既存の評価基準では「職員定着率」を成果の判断指標として用いることについては、わが国の介護サービス分野の実態として、職員定着率が、必ずしも経営の質と直結するとはいえず、経営が安定し、労働環境を整え、教育水準を上げて、離職する者としめない者との二極化傾向は変わらないのではないかと。
- 財務状況と提供サービスの質の関係については、経営幹部の姿勢が、「介護を知らない」、「職員の気持ちを汲み上げることをしていない」、「最初から効率性を求める」場合、財務状況と提供サービスは、連動しないのではないかと。

質を確保する既存の制度と費用負担に関しては、アンケート調査結果でも同様の回答が得られており、質の確保の諸制度に対する費用や労力の負担感が多く寄せられている。２点目に関しては、介護職員の離職率の高さは、介護保険制度下での経営管理のあり方に関わる問題であること、職員重視と、業務システムに関する組織の質をみる場合は、職員離職率だけではなく、他指標も検討する必要があることを示唆している。３点目に関しては、経営層の介護保険制度に対する理解、介護サービスに関する理解が鍵となっていることが推察される。

4. 品質評価に関する諸制度との比較検討

(1) オーストラリアの高齢者ケア認証基準

介護サービスの品質評価は、諸外国においても高い問題意識を背景に取り組まれている。オーストラリアの高齢者ケア認証基準では、高齢者ケア認証基準を4領域44項目の評価構成で設定している。領域及び領域間における基準は以下の通りであるが、「入居者のライフスタイル」が領域の一つになっているように、介護の専門性が「日常生活の維持」にあるとの認識を明示している。また、4領域に共通している評価項目として、「継続的改善」、「法規の遵守」、「職員教育」、「人的資源開発」があげられ、これらの優先度が高いことがわかる。これらをはじめとした評価基準を設定し、認証制度を活用することで、介護サービスの「標準化」をはかっている点が特徴といえる。

図表5-10 オーストラリア 高齢者ケア認証基準

1 領域	マネジメントシステム、人的資源、組織の向上
2 領域	ケア（医療・介護）
3 領域	入居者のライフスタイル（日常生活）
4 領域	物理的環境と安全システム
共通基準	・ 継続的質改善 ・ 法規の遵守 ・ 職員教育、人的資源開発

(2) MB賞審査基準

経営品質の評価指標の代表として、MB賞審査基準を用いて検討を行ったが、MB賞基準では、そもそも米国産業強化を目的に作られているものであり、「競争」「革新」「変化への対応」「俊敏性」「将来」といった視点を重視している。わが国の介護サービス分野に当てはめた場合に、これらの価値観をどの程度まで要求するのが妥当であるのか、検討を要する。また、制度の基本的価値観である、「リーダーシップ」「職員（従業員）重視」の観点から、アンケート他の調査結果からは、重視されていないとの結果となった。現在の介護サービス領域において、トップや経営幹部の統率力、組織統治のあり方、職員満足度、労務環境を整える取り組みが、「組織の質」と「提供サービスの質」に関わるものであるとの認識の浸透度は低い結果となった。一方で、苦情処理などによる「利用者中心」の考え方に基づく改善の取り組みや、組織としての倫理のあり方（法令遵守）が大事、との認識は、比較的介護分野においてなじみやすい概念であることも、調査結果から推察された。この点は、介護保険制度の本来の趣旨に導かれる考え方であるが、これらの根本概念の浸透度、達成度は、質確保の視点において、欠かすことのできない

領域であり、既存の質確保の諸制度の審査基準において、どのような基準が設置され、それらの基準の効果性、現在の介護サービス分野における問題点と照らした検討が必要となる。

MB賞審査基準の特徴である「システムの視点」の重視に関しては、個々の取り組み間の関連性や、成果との関連性、継続的改善への関連性を重視した仕組みとなっているが、既存のわが国の介護分野の質確保の方策では、この点への踏み込みが浅くなっている。その理由として、取り組みの関連性、一貫性を証明するには、仕組みや取り組み、実績等の情報の客観化を伴うものであり、この視点をどのレベルまでもとめるかどうかで、審査基準の難易度と、事業者と審査側の負担が変わってくるものと思われる。

ここで留意すべきことは、介護サービス分野が、大量生産可能な工業分野のサービスとは異なることであり、「複雑系」と称されるシステムにおいて、どのように取り組みや業績を客観化して示すのかの検討を要する。経営品質指標のあり方を検討するにあたっては、客観データ化を追求する研究が考えられる一方で、作成された評価指標の利用可能性、実務場面での適用可能性を前提とした研究も考えられる。本事業にあたっては、後者の立場を取っており、適用可能性の観点からの検討が鍵となるものと思われる。

さらに、「システムの視点」としては、提供サービスの「標準化」に向かう仕組みの構築が必要なのか、それとも「標準化」の視点だけでなく、組織の卓越性・独自性を促すような視点から、審査基準を構築すべきなのではないかどうか、それらが審査基準の継続的活用が可能な仕組みでなければ、検討の意味がないのではないかなど、様々な観点からの精査を要するものといえる。

(3) 評価指標と評価の仕組みのあり方について

(2) で述べたように、評価指標の検討にあたっては、その仕組みのあり方について、どのようなものを想定するのかによって、検討すべき課題が異なってくる。

本研究事業における経営品質的視点からの評価基準検討の目的は、わが国の介護サービス事業者の質の確保・向上に有用な第三者評価制度の検討必要性であり、実務における適用可能性、有用性を考慮しつつの検討を行う必要がある。

従って、評価項目を検討するにあたっては、評価制度のあり方、位置付け、運用方法等についての検討も重要となる。「経営」を対象とした評価項目については、事業内容は異なっても共通項目が多く、違いは専門性に直接関係する領域に現われる。例えば、医療における評価制度には「病院機能評価」があるが、経営に関する第一領域「病院組織の運営と地域における役割」や第6領域「病院運営管理の合理性」においては共通するところが多く、医療サービスに直接関わる領域では異なるという構成を取っている。「病院機能評価」においては、現在以下のような問題点が挙げられる。

1. ストラクチャー（構造面）しか評価していないとの批判から、プロセス評価の拡充を行った。その結果、評価項目数が増えるとともに、要求水準が高まり、受審側、評価側の双方の負担が高まった。

2. 創設当初、受審負担に見合うメリットが得られないとの不満から、受審数が伸びず、広報活動と受審インセンティブとして、診療報酬への反映が行われた。その結果、受審数は伸びたものの、受審側、評価側双方の負担増により、再び受審数の伸び悩みが発生した。現在、5年毎の更新制を取っているが、特に財務的に苦しい中小規模の病院にとっては、受審へのインセンティブが働きにくい。また医療制度改革の影響もあり、受審の余裕がないといった状況も想定される。
3. 評価はマニュアル化されているので、一度受審すると、病院内で自己評価を継続することは可能となる。第三者から評価してもらうことの必要性を認識するか否かが次の受審に繋がる。
4. 評価者における評価のバラツキの問題が指摘されている。創設当初より評価の標準化、マニュアル化は継続的に行われ、バラツキも狭くなったが、評価内容が詳細化したことと、評価項目の変更と評価者の新参入等により、標準化への対応が課題となっている。（＊評価者の応募資格とおおよその人数は、診療管理領域 病院長・副院長経験5年以上（360名）、看護管理領域 看護部長経験5年以上（289名）、事務管理領域 事務部長経験5年以上（320名）、その他、上記に準じる経験、見識を有する方となっている。）
5. 評価制度を維持する経済的基盤を確保するための仕組み作りが重要となる。

以上の問題点は、他の第三者評価においても読み取ることのできる事例である。評価指標のあり方については、その仕組みのあり方と密接に結びついていると考えられることから、両面からの検討が必要となる。この点、諸外国における第三者評価制度の仕組みにおいて、その普及の成功・失敗事例などを分析し、利用可能性を重視した仕組み作りを行う必要がある。

5. 介護サービス分野における経営品質のあり方

（1）本年度の検討

今年度の研究においては、組織マネジメントの質を高めることは、質の高い介護サービスの提供につながる（Good Management, Good Care）との仮説をかかげ、検討を行った。ここで経営品質とは、目的達成を可能とする「仕組みの良さ」であるとの前提に立ち、MB賞審査基準をはじめとした既存の評価基準の比較検討及びアンケート調査等を実施し、どのような視点で評価をおこなうかを検討した。

MB賞審査基準では、取り組みと業績を重視する評価体系を組み立てており、品質評価のトレンドは、構造評価からプロセス、アウトカム評価へと移行している。介護サービスにおいては、そのプロセスの標準化、画一化を図ることが、工業製品などの大量生産可能な分野と比較して困難であるため、質の保証において、提供サービスの内容や結

果を評価するには、手続やプロセスの評価に加え、アウトカムまでの評価を要するもの
と考える。

評価の視点を、プロセスや業績に向けることは、評価者側の標準化を困難にし、審査
基準を難しくする傾向があるといえ、ケアにおけるアウトカムの科学的な根拠に基づく
基準の策定と測定方法は、諸外国においても課題となっており、今後の研究を必要とす
る領域となっている（第6章参照）。

プロセス、アウトカム指標は、どのような視点で評価を行うかによって、蓄積するべ
きデータが異なるため、評価指標の作成にあたっては、着眼点の整理が必要となる。本
年度検討では、利用者本位に基づく質の評価設計について、利用者満足度に留まらない
仕組みとして、米国で取り組まれている利用者評価の動向などを検討した。また、コン
プライアンス、倫理をどのように遵守していくかの視点については、一般産業界でも強
調されており、CSR指標作成など、取り組みがみうけられるが、特に介護サービス分
野においては、社会的責任は一層求められることから、不可欠な視点といえる。また、
アンケート調査結果から、介護サービス事業者における従業員重視の視点に対する認識
が低いという結果が示されたが、この点が介護サービス分野における現在の課題ともい
える。Good Management と Good Care の相関関係について、個々の取り組みと成果との
関連性や、取り組みの一貫性に関し評価することが求められるといえるが、要素として
は、組織の理念が共有化されているか、そして、経営層がいかに介護サービス分野を理
解しているか、という点に着眼した。

これらの検討を踏まえ、経営品質の視点からの評価を考えた場合、その構造として、
取り組みがどのように結果に結びついているのか、いわゆる戦略マネジメントのプロセ
スモデルに沿って忠実に組織が運営されているかどうか、継続的改善の視点を組みこん
だ仕組みが、評価の根幹をなすものとする。その際、わが国の介護サービス分野を構
成する組織の多くが小規模であることを踏まえ、組み立てる必要がある。

評価制度設計における課題としては、介護分野のアウトカムを示すことの困難さを踏
まえつつも、評価基準の利用可能性を念頭におき、検討しなければならない。例え質改
善に伴う効果があっても、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、質改善が現場レベルの動機付けとならないことは、今回のアンケ
ート調査結果からも示唆される。そこで、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、受審側がメリットを実感、享受できることが
普及上の課題といえ、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
であるといえる。今回参考としたMB賞審査基準では、国家賞という権威により、受賞
による差別化効果を発現しており、オーストラリアの高齢者ケア基準は、認証システム
の義務化により、利用可能性を確保している。

以上、本年度検討の結果から指摘された以下のことを踏まえ、介護サービス分野にお
ける経営品質を検討する上で重要と思われる点をまとめる。

図表 5－1 1 項目検討において重視すべき視点

- ・ Good Management, Good Care の視点
- ・ プロセス評価、アウトカム評価の視点
- ・ 継続的改善の視点
- ・ 利用者中心の視点
- ・ 理念の浸透・共有化
- ・ 介護サービス提供における倫理、社会的責任の視点
- ・ スタッフ重視の視点

（２）マネジメントの対象

介護サービス事業者は、組織を運営し、アウトプット（結果）として介護サービスを提供する。介護サービスの質について、実際に判断を行うのは、利用者であり、その判断基準は、様々な要因の影響を受ける。アウトプット（結果）、アウトプットを受けてのアウトカム（成果）については、そのものをマネジメントすることはできず、従って、マネジメントの対象は、アウトプットとアウトカムを生み出すプロセスとなる。

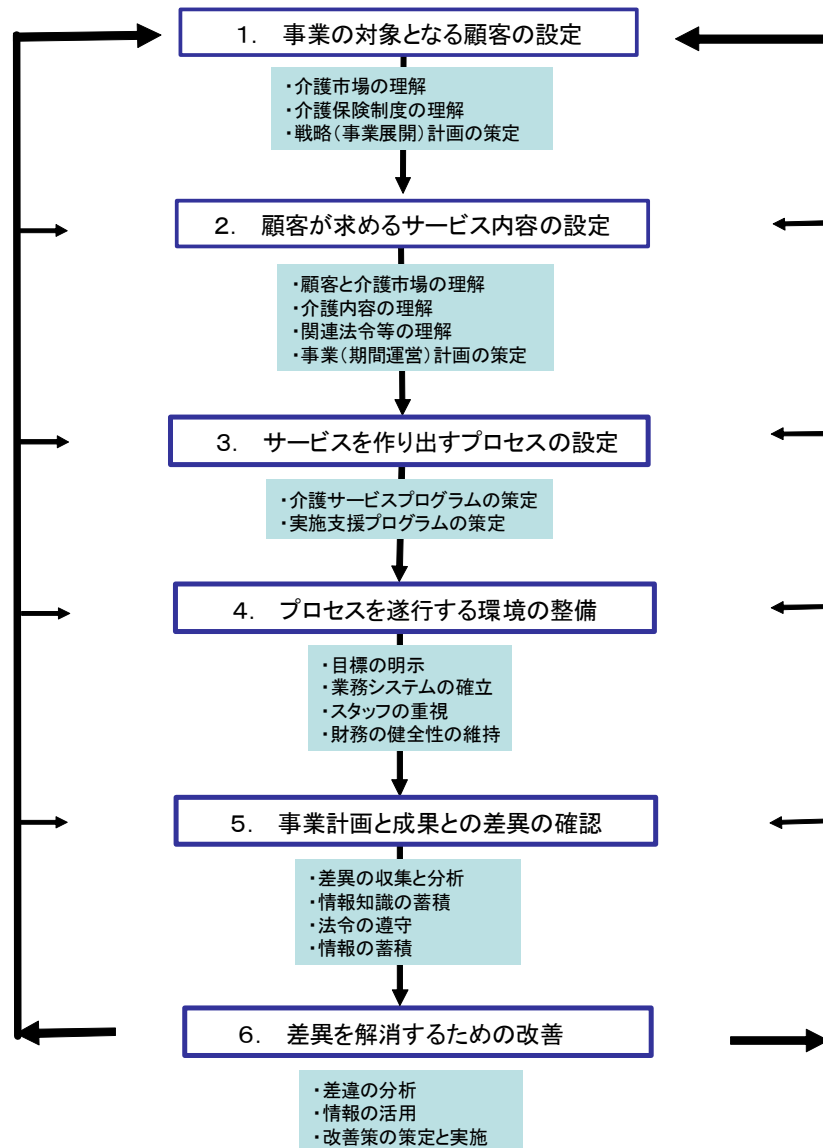
提供サービスの質と、マネジメントの質の関係については、先行研究においても相関関係が示されており、本事業では、質の高い組織マネジメントと質の高い介護サービスは相関関係を有する（Good Management, Good Care）との仮説のもと、生産フローである縦軸に、フィードバックによる改善フローを組込んだ運営フローの基本要素に評価対象を設定する、という体系を考えた。

（３）項目作成において踏まえるべき事項

経営品質の評価項目を作成する上で、構成中に不可欠となる事項について、マネジメントの対象として基本となる項目要素とフローについて以下のように示した。評価フローの最初に顧客を設定し、事業の使命や役割に基づき、対象となる顧客、顧客の求める価値やサービス、サービス内容と提供手段、それらを具現化する組織体制の順に構成し、組織の成果を評価し、次の事業展開につなげるフィードバックフローにより、継続性の視点を強調している。6.「差異を解消するための改善」からのフィードバック先は1.

「事業の対象となる顧客の設定」から5.「事業計画と成果との差異の確認」までで、それぞれのレベルにおける差異の内容によって変わり、フィードバック先における検討を基にして6.「差異を解消するための改善」を遂行するという、一連の運営プロセスを想定している。

図表 5-1-2 介護サービスにおける経営品質のあり方
項目要素とフロー



(4) 項目要素と着眼の視点

以下、今年度の検討を踏まえ、項目作成、評価基準の構成において必要となる要素と着眼視点について示す。運営課題における具体的な問題は多様であり、取り組みもそれぞれの現状に即して行われる。変化する経営の働きを画一的に評価することは難しく、介護事業経営における特異性や、倫理及び価値の遵守に対する評価等も含め、さらに精査し、適性を高める必要がある。

1. 事業の対象となる顧客の設定

介護市場の理解

- ・ 介護事業における市場が把握されている。
- ・ 事業対象の顧客が把握されている。

介護保険制度の理解

- ・ 介護保険制度の主旨、仕組が理解されている。
- ・ 介護保険制度の対象、報酬の仕組が理解されている。

戦略（事業展開）計画の策定

- ・ 事業の顧客を類型化し、需要量とニーズを想定している。
- ・ 需要が変化する要因を想定している。
- ・ 長期的な事業展開の計画案を策定、見直しをしている。
- ・ 事業の成立要因を考え、手段を確保している。
- ・ 事業の失敗要因を想定し、対処方を検討している。

2. 顧客が求めるサービス内容の設定

顧客の理解

- ・ 類型化した顧客が求める価値を想定している
- ・ 価値に基づきサービス内容を考えている。

介護内容の理解

- ・ 経営者は介護サービスを体得している。
- ・ 他の事業所のサービス内容を知っている。
- ・ サービス内容のコストを理解している。

法令の理解

- ・ 関係する法令を理解している。
- ・ 施設基準を理解している。

- ・ 遵守内容を理解している。

事業計画の策定

- ・ 短中期の事業計画を策定し、見直している。
- ・ 事業計画の目標を設定し、見直している。
- ・ 計画および目標を職員は理解している。

| | |---------------------| | 3. サービスを作りだすプロセスの設定 | |---------------------|

介護サービスプログラムの策定

- ・ サービス内容を類型化している。
- ・ 各サービスの成果を設定している。
- ・ 安全確保、リスク回避の内容を設定している。
- ・ サービスプロセスを標準化している。
- ・ 個別状況に合わせ介護計画を策定している。

実施支援プログラムの策定

- ・ 準備から終了に至る迄の実施手順を策定している。
- ・ 実施において想定される問題への対処方法を文書化している。
- ・ 日常生活の確認手順を策定している。
- ・ 自立支援の内容を設定している。
- ・ 提供時間の適性を検証している
- ・ 日常生活の広がりを検証している。
- ・ 利用者のプライバシーを配慮している。
- ・ サービス内容の情報を提供している。

| | |-------------------| | 4. プロセスを遂行する環境の整備 | |-------------------|

目標の明示

- ・ 理念や基本方針を明示し周知している。
- ・ 地域における役割を明確にしている。
- ・ 経営者の責務と守るべき倫理を明示している。
- ・ 運営に係わる決定内容を理由と共に明示している。

業務システムの確立

- ・ 法令遵守の確認体制が整備され機能している。
- ・ 組織規定に基づいて運営されている。
- ・ 組織運営が計画的に実施されている。

- ・組織内の情報伝達が円滑に行われている。
- ・サービス内容の改善が組織的、計画的に行われている。
- ・改善効果が検証され、評価されている。
- ・苦情への対応プロセスが策定され、周知されている。
- ・苦情内容は公開され、共有化されている。
- ・権利や尊厳の扱いについて方針が明確化され、周知されている。
- ・関連機関との連携体制を確立している。
- ・関連機関に関する情報を整備している。
- ・組織内で発生する情報の扱いについて手順が明確化され、周知されている。
- ・施設の安全性を確保している。
- ・経営内容が説明されている。

スタッフの重視

- ・事業運営に職員の意見を反映させる仕組みがある。
- ・必要な技量を習得させる研修制度を整備し、実施している。
- ・研修成果を確認し、人材育成に反映させている。
- ・職員の就業状況を確認し、問題の改善を図っている。
- ・職員の健康状態を確認し、改善支援を行っている。
- ・適正な職員数を定期的に検討している。
- ・キャリアアップと人事評価と報酬の適正化を図っている。
- ・労働環境における安全性の確保を図っている。
- ・職員の満足度を調査し、意欲の維持向上に反映させている。

財務の健全性の維持

- ・財務状況を定期的に確認し、問題を先取りする体制が出来ている。
- ・財務状況を定期的に職員に説明している。
- ・効率性の観点から業務の見直しを行っている。

| | |-------------------| | 5. 事業計画と成果との差異の確認 | |-------------------|

顧客との適合

- ・顧客と利用者との差異を定期的に確認している。
- ・サービス内容と利用者ニーズとの差異を定期的に確認している。
- ・利用者アンケートを行い、問題点を抽出している。
- ・個別ケースから問題点を抽出している。
- ・利用を断った理由について把握している。
- ・苦情を収集している。

財務の健全性

- ・財務指標に基づき事業内容を評価している。
- ・指標化できない知的財産、人材等を評価している。

法令の遵守

- ・各法令が遵守されている。
- ・法令遵守の努力が継続されている。

情報の蓄積

- ・差異や苦情について類型化し、利用可能な形に整理している。
- ・他の情報についても利用可能な形に整理している。
- ・情報の共有と保護が行われている。

6. 差異を解消するための改善

差異の分析

- ・運営及び環境の両面から発生要因を検討している。
- ・運営フローのどこに要因があるかを明らかにしている。
- ・検討結果を共有している。

情報知識の活用

- ・組織外から取得した情報を活用している。
- ・組織内で蓄積された情報を活用している。
- ・必要なスタッフによって検討が行われている。

改善策の策定と実施

- ・改善成果とその評価方法が設定されている。
- ・改善方法が開示されている。
- ・実行責任者が明確になっている。

(5) 今後の検討課題

以上、本年度の検討を踏まえ、項目要素とフロー、その着眼の視点をまとめた。評価項目作成にあたっては、小規模事業者が多くを占めるわが国の介護サービス分野の特性、ケアマネジャー介在を始めとしたわが国の介護保険制度の特徴との関係、評価制度の運営方法等、利用可能性を踏まえ、項目数を限定することによって利用可能性を確保しているオーストラリア事例などを参照しつつ、項目を精査していく必要がある。

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ものの背景である。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。

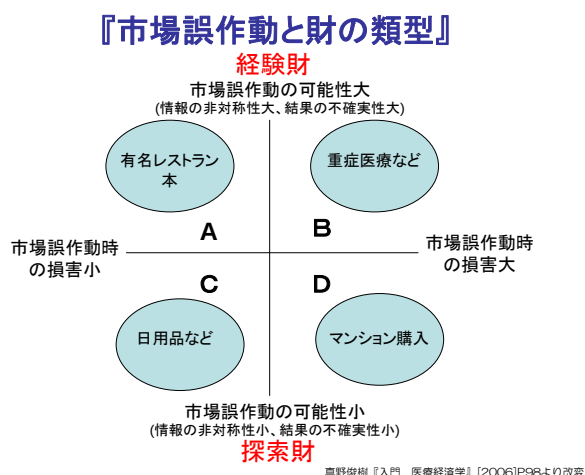
まず介護サービスのもつ特性を明らかにするために、様々な財、サービスを市場機能との関わりから整理してみよう。前節でも議論したように市場における財、サービスの取引が適切に機能するためには、供給者（提供者）と需要者（利用者）との間に当該サービス（財）について知識や情報の偏在がなく、それを利用した際の結果についても不確実性がないことが前提とされている。だが、財やサービスの特性については、需要者（利用者）は通常、十分な情報を持っていないことが多い。もちろん、財、サービスによっては、情報を収集することで供給者との情報格差を埋めることが可能であったり、結果について正確な予想をたてることができる。例えばパソコ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。



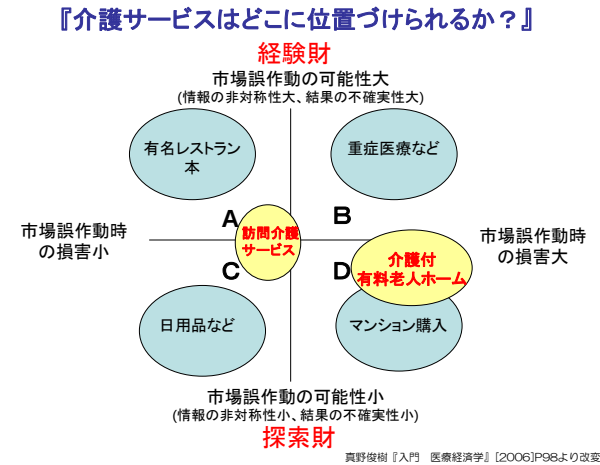
図表 6－1－1 市場誤作動と財の類型

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



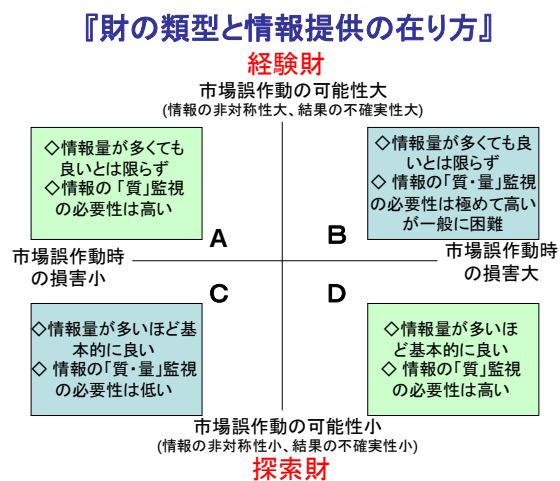
そこでここでは介護保険でカバーされるサービスのうち代表性の高いサービスとして、「訪問介護」ならびに「介護付有料老人ホーム」について考えることにする。まず訪問介護だが、厳密に言えば担当ヘルパーの介護を実際に経験してみるまでは、その内容や質について正確な判断はできない。その一方で、重症者に対する治療と比較すれば明らかなように、受けたサービスの良し悪しについては利用者自らが概ね判断可能という意味で、情報の非対称性は大きくないといえる。また受けるサービスの結果の不確実性についても、提供者個人の属性に依存しサービスのバラツキが大きいとも考えられるが、医療の場合ほど本源的に結果の不確実性が高いとは考えられない。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っそう入念におこなう必要がある。

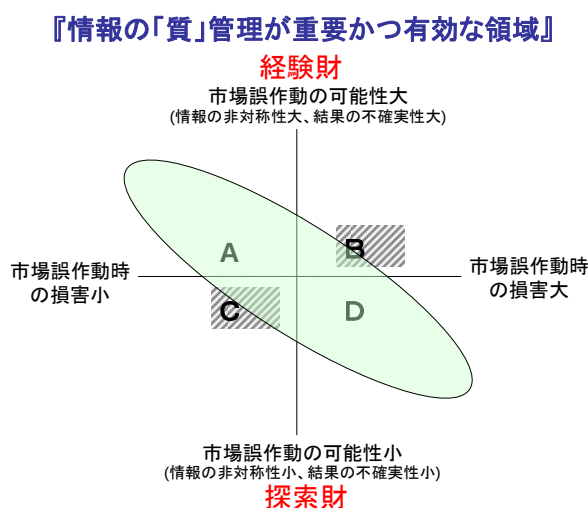
続いてAとBの領域の検討に移ろう。これらの領域はともに経験財に該当し、市場誤作動の可能性が大きい領域である。この領域の財、サービスの情報提供において留意すべきことは、そもそも実際に経験しなくては評価できない性格から、いくら情報が多く与えられても必ずしもそれが利用者の厚生向上に結びつかないことである。したがってこれらの領域では、「情報は多ければ多いほど良い」という考えは成立せず、むしろ入念な情報の質の確保が重要である。例えばAの領域に該当する有名レストランでの食事や新刊書籍では、ほぼ無数といっても良いほどの情報（ラ

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。

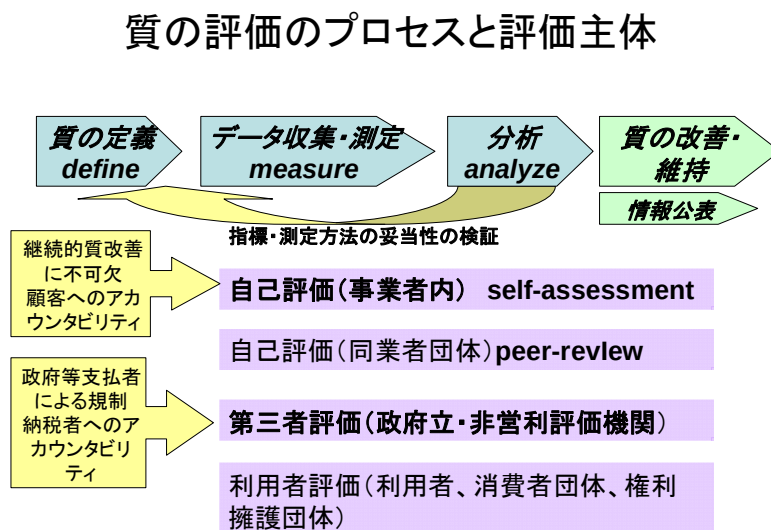
(2) 質評価の主体とプロセス

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。

ユーザー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。

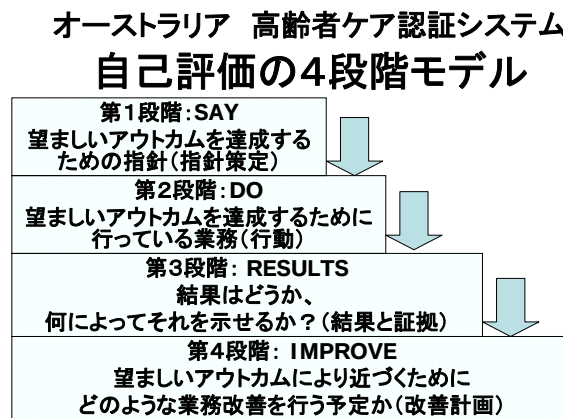
「高齢者ケア基準認証機関」では、継続的改善の６原則を次のように策定している。

- 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

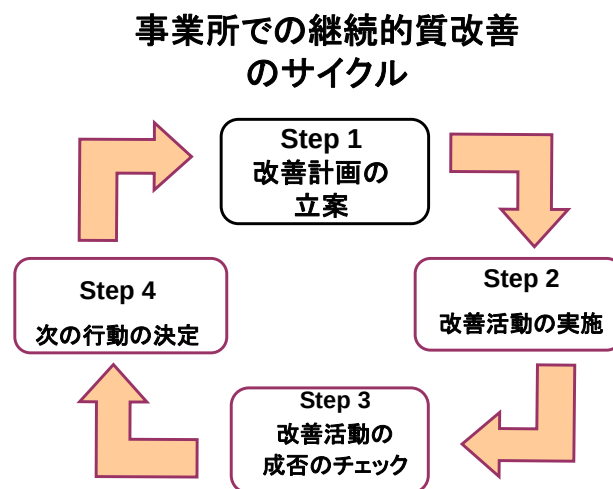
事業所には、自己評価に始まる継続的改善を組織の文化として浸透させ、マネジメント・サイクルを機能させることが求められている。図表 6-2-6 は、自己評価のプロセスの４段階を示したものである。事業者が自ら、各評価基準ごとに、アウトカムを達成するための指針を策定し、それに従って行動し、評価の際には文書やデータで証拠を以て結果を示し、結果を分析して業務改善計画を立案する。さらに、図表 6-2-7 のとおり、改善計画の立案、実施、評価（改善活動が機能したか、しなかったかを判断し、その原因は何かを分析）し、次の方策を決定する。具体的には、図表 6-2-8 に認証基準「3.4 情緒的サポート」についての自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シ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

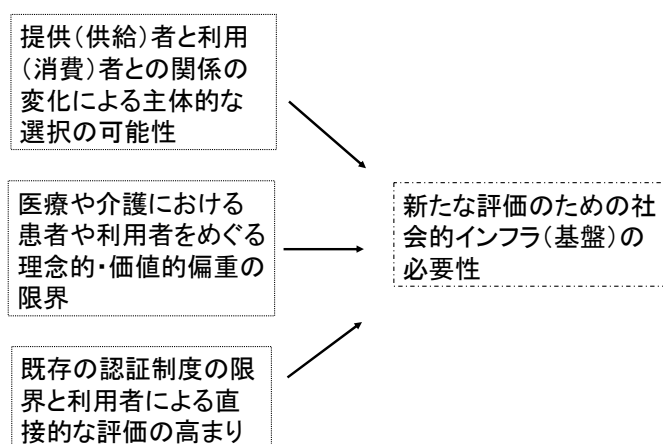
認証システムを取り巻く環境における変化は、サービスの受け手である消費者や利用者のサービス受容における質的变化を生み出しており、これまでとは抜本的に異なる形での、サービスの受け手による主体的なサービス選択やそれらに対する主体的な評価を生み出している状況にあるといえよう。当然、医療や介護サービスにおいても、こうした、これまでとは抜本的に異なる消費者や利用者による選択や評価のあり方から逃れられるものではない。

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）。

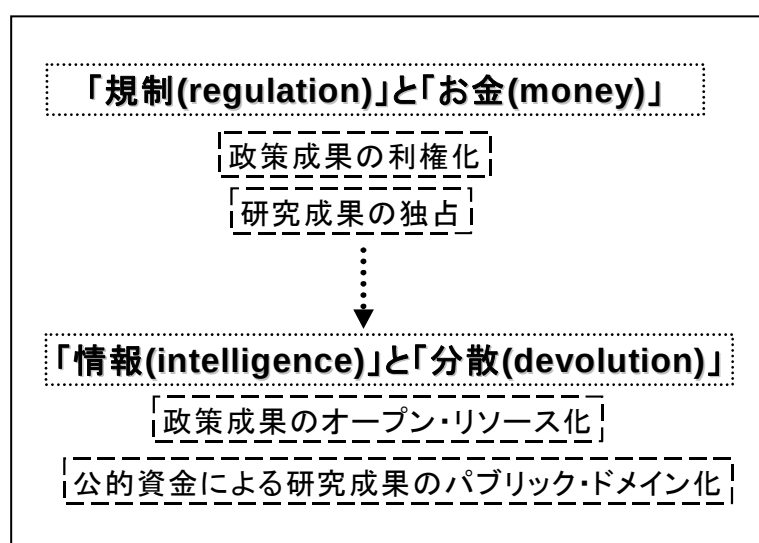
図表 6－3－5 満足度調査の論点

<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

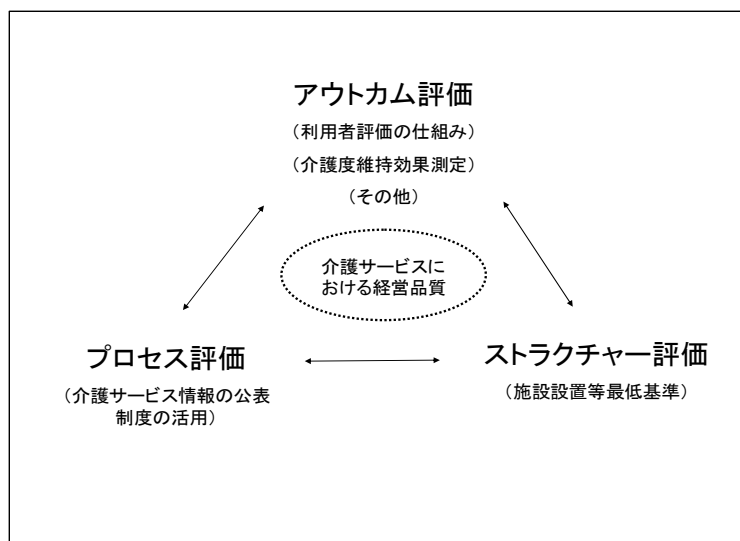
¹² こうした AHRQ による利用者評価に関しては Crofton et al 1999 を参照。

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性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、一步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。

参 考 資 料

介護サービス事業者における経営品質のあり方に関するアンケート調査

社団法人 シルバーサービス振興会

シルバーサービス振興会では、良質なケアサービスを提供するためには良質なマネジメントが必要である、との考え方に立ち、介護サービス事業者の質の向上と経営改善を促進するための「経営品質」のあり方について検討を行っております。そこで、介護サービス事業者（本部・本社）の経営管理・人事管理等マネジメントに携わっている管理者・責任者の方々を対象に、以下についてご回答いただきたく、お願い申し上げます。

記入上のご注意

- 1 このアンケート調査には、介護保険サービス事業（本社・本部）の**管理者・責任者の方**がご回答ください。
- 2 調査票は、同封の返信用封筒を使用して **平成 19 年 1 月 29 日（月）**までにご返送ください。ご回答いただきました内容については、次のように取り扱います。
 - ① 調査目的以外には使用いたしません。
 - ② 統計的に処理し、事業所名等が特定できないように配慮します。
 - ③ 自由記載の内容も、個々の回答者が特定されないよう配慮し、データ化します。
 - ④ 調査への拒否や、一部の調査項目への回答拒否があっても、そのことで不利益が生ずることはありません。
 - ⑤ 調査結果は、報告書として公表されます。
なお、ご協力いただいた事業者の方には、報告書をお送りさせていただきます。
- 3 調査内容についてご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

【お問い合わせ先】

社団法人 シルバーサービス振興会

「介護サービス事業者における経営品質のあり方に関するアンケート調査」事務局

〒102-0083 東京都千代田区麹町 3 丁目 1 番地 1 麹町 311 ビル

TEL : 03-5276-1600(代表) FAX : 03-5276-1601 担当 : 柳澤、藤牧

お問い合わせ受付時間 : 月～金 9:30am～17:30pm

- 4 アンケート調査票の送付は、下記までお願いいたします。（同封の返信用封筒をお使いください。）

【アンケート調査票返送先】

〒151-0061 東京都渋谷区初台 1-49-1 第 30 田中ビル7階 (株)医療産業研究所 気付

「介護サービス事業者における経営品質のあり方に関するアンケート調査」事務局

TEL:03-5351-3511(代表) FAX:03-5351-3513 担当 : 月岡、石井

貴社・団体における経営管理等のマネジメントの実施状況、サービスの質の向上や経営品質の評価についての考え方等についてお尋ねします。

I 経営管理全般について

1 経営管理の実施状況

※ 経営管理(運営管理、人事・労務管理等)には、次のような事項・手法がありますが、貴社・団体における実施状況をお答えください。

* 該当項目に○印
をご記入ください。

	1 行 っ て い る	2 行 っ て い な い		実施状況に対するコメントがありましたら ご記入ください * 自由記載
① 地域の人口、高齢化率、要介護者発生率等によって、マーケティングに係わる情報を収集・分析	1	2	→	
② 各種サービスの潜在需要の把握	1	2	→	
③ 競合施設・競合サービスに関する情報の把握	1	2	→	
④ サービス圏域の設定	1	2	→	
⑤ 広報宣伝活動	1	2	→	
⑥ 利用者ニーズの調査	1	2	→	
⑦ 利用者満足度調査	1	2	→	
⑧ 人事評価制度の策定	1	2	→	
⑨ 職員採用基準の策定	1	2	→	
⑩ 職員健康診断等の健康管理	1	2	→	
⑪ 職員の教育・研修制度の策定	1	2	→	
⑫ 研修の効果測定	1	2	→	
⑬ 職員の満足度調査	1	2	→	
⑭ 職員間の情報共有体制づくり	1	2	→	
⑮ 利用者からの「苦情」への組織的対応	1	2	→	
⑯ 危機管理体制づくり	1	2	→	
⑰ 業務改善活動	1	2	→	
⑱ サービスの標準化への取組	1	2	→	
⑲ 提供サービスの質、量に係わる評価分析	1	2	→	
⑳ <短期・中期(5年未満)>経営(事業)計画の策定	1	2	→	
㉑ <長期(5年以上)>経営(事業)計画の策定	1	2	→	
㉒ <月次>経営分析	1	2	→	
㉓ <四半期>経営分析	1	2	→	
㉔ <年次>経営分析	1	2	→	
㉕ 経営内容の他団体・社との比較分析	1	2	→	

2 各種規定・規則等文書、マニュアル、記録文書等の整備状況

* 該当項目に○印

※ 貴社・団体における各種規定、マニュアル等の整備状況をお答えください。

	1 あり	2 検討・整備中	3 なし
① 理念・使命・行動規範	1	2	3
② 組織図	1	2	3
③ 職務規定	1	2	3
④ 就業規則	1	2	3
⑤ 職員採用・労働契約管理規定	1	2	3
⑥ 職員研修計画・評価規定	1	2	3
⑦ 教育・キャリアアップ(開発)プログラム等	1	2	3
⑧ 利用者契約管理手順書	1	2	3
⑨ サービス提供マニュアル・手順書	1	2	3
⑩ 自立支援に関するマニュアル等	1	2	3
⑪ 介護予防に関するマニュアル等	1	2	3
⑫ 利用者の緊急時対応に関するマニュアル等	1	2	3
⑬ 提供サービスに関する記録文書	1	2	3
⑭ 提供サービスに関する評価マニュアル	1	2	3
⑮ 利用者の権利擁護・尊厳確保のための文書	1	2	3
⑯ 身体拘束に関するマニュアル等	1	2	3
⑰ 安全な環境整備に関するマニュアル等	1	2	3
⑱ 事故予防・対応に関するマニュアル等	1	2	3
⑲ 事故報告の記録文書	1	2	3
⑳ ヒヤリ・ハット事例の記録文書	1	2	3
㉑ 事故、ヒヤリ・ハット事例の評価検証に関する記録文書	1	2	3
㉒ 個人情報保護に関するマニュアル等	1	2	3
㉓ 利用者支給品(金銭、鍵など)管理に関するマニュアル等	1	2	3
㉔ 利用者満足(苦情、要望、提案)対応マニュアル等	1	2	3
㉕ その他整備済み、検討中の規定・マニュアル類 ()	1	2	3
()	1	2	3

Ⅱ 介護サービスの質の確保・向上について

1 サービスの質を高めるための考え方 * 3つまでの複数回答可	※ サービスの質を高めるために、どのようなことが重要であると考えていますか。もっとも重要と思われるものから順に3つお答えください。 【選択項目】 1 事業者間の競合により質が高まると考えている 2 経営者のリーダーシップが質を向上させると考えている 3 サービスの標準化を図ることが重要だと考えている 4 職員の介護技術・専門性を高めることが重要だと考えている 5 職員の「姿勢」「熱意」「思いやり」等が重要だと考えている 6 その他（具体的に：_____） 1番 重要 2番目 に重要 3番目 に重要 * 選択項目の番号を記入																																																				
2 質の確保のための制度について — 認知、制度利用経験の有無 — * 該当項目に○印	※ 現行諸制度について、認知及び制度利用の有無をお答えください。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">該当施設・事業等の有無</th> <th colspan="2">認知の有無</th> <th colspan="2">制度利用の有無</th> </tr> <tr> <th>1 知っている</th> <th>2 知らない</th> <th>1 受けたことがある</th> <th>2 受けたことはない</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(質の確保のための諸制度)</td> <td>「あり」↓ 「なし」↓ ○×印</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>① 福祉サービス第三者評価</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>② シルバーマーク(認証制度)*</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>③ ISO9000 シリーズ(認証制度)</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>④ 日本経営品質賞(表彰制度)</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>⑤ 介護サービス情報の公表</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>⑥ その他()</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> * シルバーマークの対象は訪問介護サービス、訪問入浴サービス、福祉用具貸与サービス、福祉用具販売サービス、在宅配食サービスです。		該当施設・事業等の有無	認知の有無		制度利用の有無		1 知っている	2 知らない	1 受けたことがある	2 受けたことはない	(質の確保のための諸制度)	「あり」↓ 「なし」↓ ○×印					① 福祉サービス第三者評価		1	2	1	2	② シルバーマーク(認証制度)*		1	2	1	2	③ ISO9000 シリーズ(認証制度)	/	1	2	1	2	④ 日本経営品質賞(表彰制度)	/	1	2	1	2	⑤ 介護サービス情報の公表	/	1	2	1	2	⑥ その他()		1	2	1	2
	該当施設・事業等の有無			認知の有無		制度利用の有無																																															
		1 知っている	2 知らない	1 受けたことがある	2 受けたことはない																																																
(質の確保のための諸制度)	「あり」↓ 「なし」↓ ○×印																																																				
① 福祉サービス第三者評価		1	2	1	2																																																
② シルバーマーク(認証制度)*		1	2	1	2																																																
③ ISO9000 シリーズ(認証制度)	/	1	2	1	2																																																
④ 日本経営品質賞(表彰制度)	/	1	2	1	2																																																
⑤ 介護サービス情報の公表	/	1	2	1	2																																																
⑥ その他()		1	2	1	2																																																
2.2 質の確保のための制度の有効性、適切性 * 自由記載	※ 上記の制度を利用された経験がある場合、その<u>有効性・効果</u>、<u>評価の適切さ</u>、<u>費用の適切さ</u>、<u>問題点</u>等について、具体的内容を利用された制度別にお答えください。																																																				

3 外部評価制度と費用負担について * 該当項目に○印	※ 外部評価の費用負担について、どのようにお考えですか。その理由についてもお答えください。 1 費用負担は当然だと思う 2 費用負担はやむを得ない 3 費用負担はしたくない 4 費用負担は必要ない 5 その他 () } ⇒ 【理由】 * 自由記載
4 サービスの自己評価についての取組 * 該当項目に○印 (複数回答可)	※ サービスの自己評価について、どのように取り組まれていますか。 1 苦情等を通じて、そのつどサービスを見直し、改善するようにしている 2 利用者アンケートを行い、サービス内容を常に自ら評価している 3 独自のサービス評価基準を作成している 4 職員相互間でサービスの評価を行っている 5 モニターを活用している 6 1～5 のどれも行っていない 7 その他（具体的に：)

Ⅲ 「経営品質」に関わる新たな評価制度について

※ 経営品質とは、介護サービス事業者における「利用者・顧客の重視」「スタッフの重視」「組織の継続性」「社会的責任」「組織の継続的改善」などから評価することが可能であるといわれています。そこで、介護サービス事業者の皆様にとって、どのような経営視点や取組を評価する仕組みがあれば、質の確保に有効であるのか、また質の向上の動機づけにつながるのか、他社・団体に対する優位性を確保できるのかなどについてお答えください。

1 経営品質に関する評価制度の必要性について * 該当項目に○印	※ 経営品質を評価するような第三者評価制度は必要だとお考えになりますか。 1 大いに必要である 3 どちらともいえない 2 必要である 4 必要ない 5 その他 () 【“どちらともいえない”、“必要ない”の理由】 * 自由記載																																																																																																																																																																																																					
2 経営品質に関する評価制度をつくる場合に必要事項と重要度 * 該当項目に○印	※ 経営品質についての評価制度を作るとしたら、どのような評価事項が必要だと考えますか。その重要度もお答えください。さらに、最も優先すべき項目を3つ選び、番号をご記入ください。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2" rowspan="2"></th> <th colspan="3">① 必要性</th> <th colspan="4">② 重要度</th> </tr> <tr> <th>1 必要</th> <th>2 必要でない</th> <th>3 わからない</th> <th>1 高い</th> <th>2 普通</th> <th>3 低い</th> <th>4 わからない</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: left;">評価制度に必要な事項</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center;">経営理念・リーダーシップ</td> <td style="text-align: left;">a 経営の健全性・安定性</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">b 経営者のリーダーシップ</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">c 組織の理念・目標の共有</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">d 経営改善への取組</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center;">職員の教育・資質の向上</td> <td style="text-align: left;">e 良質な人材の確保</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">f 研修制度や職員教育等の人材育成</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">g 職員の動機付け・コミュニケーション</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">h 職員満足度の把握</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center;">利用者の満足度の向上</td> <td style="text-align: left;">i 利用者ニーズへの対応</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">j 利用者満足度の把握</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">k 苦情対応</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> <tr> <td rowspan="6" style="text-align: center;">良質なケアの提供</td> <td style="text-align: left;">l 継続的な質の改善への取組</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">m ケアプランの策定と他者検証</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">n 自立支援へのアプローチ</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">o プライバシーや尊厳の確保</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">p リスクマネジメント</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">q 安全な環境の整備</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center;">社会的責任への取組</td> <td style="text-align: left;">r 法令・基準の遵守</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">s 個人情報保護法への対応</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">t 地域社会への貢献</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> </tbody> </table>										① 必要性			② 重要度				1 必要	2 必要でない	3 わからない	1 高い	2 普通	3 低い	4 わからない	評価制度に必要な事項									経営理念・リーダーシップ	a 経営の健全性・安定性	1	2	3	1	2	3	4	b 経営者のリーダーシップ	1	2	3	1	2	3	4	c 組織の理念・目標の共有	1	2	3	1	2	3	4	d 経営改善への取組	1	2	3	1	2	3	4	職員の教育・資質の向上	e 良質な人材の確保	1	2	3	1	2	3	4	f 研修制度や職員教育等の人材育成	1	2	3	1	2	3	4	g 職員の動機付け・コミュニケーション	1	2	3	1	2	3	4	h 職員満足度の把握	1	2	3	1	2	3	4	利用者の満足度の向上	i 利用者ニーズへの対応	1	2	3	1	2	3	4	j 利用者満足度の把握	1	2	3	1	2	3	4	k 苦情対応	1	2	3	1	2	3	4	良質なケアの提供	l 継続的な質の改善への取組	1	2	3	1	2	3	4	m ケアプランの策定と他者検証	1	2	3	1	2	3	4	n 自立支援へのアプローチ	1	2	3	1	2	3	4	o プライバシーや尊厳の確保	1	2	3	1	2	3	4	p リスクマネジメント	1	2	3	1	2	3	4	q 安全な環境の整備	1	2	3	1	2	3	4	社会的責任への取組	r 法令・基準の遵守	1	2	3	1	2	3	4	s 個人情報保護法への対応	1	2	3	1	2	3	4	t 地域社会への貢献	1	2	3	1	2	3	4
		① 必要性			② 重要度																																																																																																																																																																																																	
		1 必要	2 必要でない	3 わからない	1 高い	2 普通	3 低い	4 わからない																																																																																																																																																																																														
評価制度に必要な事項																																																																																																																																																																																																						
経営理念・リーダーシップ	a 経営の健全性・安定性	1	2	3	1	2	3	4																																																																																																																																																																																														
	b 経営者のリーダーシップ	1	2	3	1	2	3	4																																																																																																																																																																																														
	c 組織の理念・目標の共有	1	2	3	1	2	3	4																																																																																																																																																																																														
	d 経営改善への取組	1	2	3	1	2	3	4																																																																																																																																																																																														
職員の教育・資質の向上	e 良質な人材の確保	1	2	3	1	2	3	4																																																																																																																																																																																														
	f 研修制度や職員教育等の人材育成	1	2	3	1	2	3	4																																																																																																																																																																																														
	g 職員の動機付け・コミュニケーション	1	2	3	1	2	3	4																																																																																																																																																																																														
	h 職員満足度の把握	1	2	3	1	2	3	4																																																																																																																																																																																														
利用者の満足度の向上	i 利用者ニーズへの対応	1	2	3	1	2	3	4																																																																																																																																																																																														
	j 利用者満足度の把握	1	2	3	1	2	3	4																																																																																																																																																																																														
	k 苦情対応	1	2	3	1	2	3	4																																																																																																																																																																																														
良質なケアの提供	l 継続的な質の改善への取組	1	2	3	1	2	3	4																																																																																																																																																																																														
	m ケアプランの策定と他者検証	1	2	3	1	2	3	4																																																																																																																																																																																														
	n 自立支援へのアプローチ	1	2	3	1	2	3	4																																																																																																																																																																																														
	o プライバシーや尊厳の確保	1	2	3	1	2	3	4																																																																																																																																																																																														
	p リスクマネジメント	1	2	3	1	2	3	4																																																																																																																																																																																														
	q 安全な環境の整備	1	2	3	1	2	3	4																																																																																																																																																																																														
社会的責任への取組	r 法令・基準の遵守	1	2	3	1	2	3	4																																																																																																																																																																																														
	s 個人情報保護法への対応	1	2	3	1	2	3	4																																																																																																																																																																																														
	t 地域社会への貢献	1	2	3	1	2	3	4																																																																																																																																																																																														
2.2 最も優先すべき項目	※ 最も優先すべき項目を3つまでお答えください(項目の記号(a,b,c…)をご記入ください)。																																																																																																																																																																																																					

5 評価制度の報酬への反映について * 該当項目に○印	※ 評価制度を介護報酬等の報酬に反映させることについてどのようにお考えになりますか。 1 大いに賛成である 2 賛成である 3 どちらともいえない 4 反対である 5 その他 (具体的に：)
5.2 その理由 * 自由記載	※ 上のようにお考えになる理由を具体的にお答えください。
6 優良事業者に対する介護報酬の評価について * 該当項目に○印	※ 今回の介護報酬改定で、良質な事業所を報酬で評価する制度(「特定事業所加算」)が導入されましたが、質の高い事業所を報酬面で評価していくことについてどのように思いますか。 1 今回の報酬改定のように、人員体制や重度者の受け入れ体制など、客観的な数値による評価をしてほしい 2 客観的な数値だけでなく、介護サービスの情報公表や第三者評価の実施など、事業活動における質の改善の取組を評価してほしい 3 優良事業者に対する公平な評価は難しいことから報酬で差をつけるのは好ましくない。 4 その他 (具体的に：)
7 その他、活用したい評価制度の内容 * 自由記載	※ 他に、どのような経営品質の評価制度があれば活用したいですか。ご意見・ご提案等をご記入ください。

※ 以下は、シルバーサービス振興会の倫理綱領をもとに、一部抜粋したものです。
貴社・団体の倫理綱領等との比較の観点からご一読いただき、下の設問について、お答えください。

＜ シルバーサービス振興会の倫理綱領（抜粋） ＞

① 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。

② 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。

③ 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。

④ 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。

⑤ 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。

⑥ 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。

⑦ 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。

⑧ 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

⑨ 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。

8 シルバーサービス振興会倫理綱領への意見

* 自由記載

※ 新たな評価制度の評価項目を検討していくにあたり、上記のシルバーサービス振興会倫理綱領を基本に考える場合、加えるべき事項、あるいは除くべき事項について、ご意見を記入ください。

IV 法人・グループ全体の概要

1. 本部・本社の名称	* 無記名でも結構ですが、差し支えなければご記入ください																	
2. 本部・本社の所在地	* 無記名でも結構ですが、差し支えなければご記入ください																	
3. 本部・本社の法人格 * 該当項目に○印	<table border="0"> <tr> <td>1 医療法人</td> <td>7 都道府県・市区町村</td> </tr> <tr> <td>2 社団・財団法人（民法法人）</td> <td>8 広域連合・一部事務組合</td> </tr> <tr> <td>3 農協・生協等</td> <td>9 公的団体（日赤、社会保険関係団体等）</td> </tr> <tr> <td>4 特定非営利活動法人（NPO）</td> <td>10 社会福祉協議会</td> </tr> <tr> <td>5 株式会社</td> <td>11 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）</td> </tr> <tr> <td>6 特例有限会社</td> <td>12 その他（ ）</td> </tr> </table>			1 医療法人	7 都道府県・市区町村	2 社団・財団法人（民法法人）	8 広域連合・一部事務組合	3 農協・生協等	9 公的団体（日赤、社会保険関係団体等）	4 特定非営利活動法人（NPO）	10 社会福祉協議会	5 株式会社	11 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）	6 特例有限会社	12 その他（ ）			
1 医療法人	7 都道府県・市区町村																	
2 社団・財団法人（民法法人）	8 広域連合・一部事務組合																	
3 農協・生協等	9 公的団体（日赤、社会保険関係団体等）																	
4 特定非営利活動法人（NPO）	10 社会福祉協議会																	
5 株式会社	11 社会福祉法人（社会福祉協議会以外）																	
6 特例有限会社	12 その他（ ）																	
【営利法人の場合】	<table border="0"> <tr> <td>1 500 万円未満</td> <td>4 5,000 万円～1 億円未満</td> </tr> <tr> <td>2 500 万円～1,000 万円未満</td> <td>5 1 億円以上</td> </tr> <tr> <td>3 1,000 万円～5,000 万円未満</td> <td></td> </tr> </table>			1 500 万円未満	4 5,000 万円～1 億円未満	2 500 万円～1,000 万円未満	5 1 億円以上	3 1,000 万円～5,000 万円未満										
1 500 万円未満	4 5,000 万円～1 億円未満																	
2 500 万円～1,000 万円未満	5 1 億円以上																	
3 1,000 万円～5,000 万円未満																		
4. 資本金 * 該当項目に○印																		
5. 介護関連事業所数	<table border="0"> <tr> <td>■ 居住系</td> <td>事業所</td> <td>* 介護保険施設、特定施設（有料老人ホーム、ケアハウス）、グループホーム</td> </tr> <tr> <td>■ 在宅系</td> <td>事業所</td> <td>* 上記以外（居宅介護支援事業所を含む）</td> </tr> </table>			■ 居住系	事業所	* 介護保険施設、特定施設（有料老人ホーム、ケアハウス）、グループホーム	■ 在宅系	事業所	* 上記以外（居宅介護支援事業所を含む）									
■ 居住系	事業所	* 介護保険施設、特定施設（有料老人ホーム、ケアハウス）、グループホーム																
■ 在宅系	事業所	* 上記以外（居宅介護支援事業所を含む）																
6. <u>介護サービス従事者の総従業員数</u>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>居住系</th> <th>在宅系</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>① 常勤 *実数＝頭数</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>② 非常勤 *実数＝頭数</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>③ 非常勤の常勤換算**</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>常勤換算計(①+③)</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </tbody> </table> ** 非常勤の常勤換算数＝（非常勤者の1週間の労働時間）÷（40時間）				居住系	在宅系	① 常勤 *実数＝頭数	人	人	② 非常勤 *実数＝頭数	人	人	③ 非常勤の常勤換算**	人	人	常勤換算計(①+③)	人	人
	居住系	在宅系																
① 常勤 *実数＝頭数	人	人																
② 非常勤 *実数＝頭数	人	人																
③ 非常勤の常勤換算**	人	人																
常勤換算計(①+③)	人	人																
7. 介護保険及び介護関連事業の総収入（売上）額 * 直近年度	万円／年 * 介護保険報酬以外の介護事業収入も含む。																	
7.2 総収入（売上）額の内訳（構成割合：％）	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">介護関連収入（売上）</th> <th rowspan="2">介護関連外 収入（売上）</th> <th rowspan="2">％（計 100％）</th> </tr> <tr> <th>介護保険収入（売上）</th> <th>介護保険外収入（売上）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>％</td> <td>％</td> <td>％</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			介護関連収入（売上）		介護関連外 収入（売上）	％（計 100％）	介護保険収入（売上）	介護保険外収入（売上）	％	％	％						
介護関連収入（売上）		介護関連外 収入（売上）	％（計 100％）															
介護保険収入（売上）	介護保険外収入（売上）																	
％	％	％																

（回答者について） * 無記名でも結構ですが、差し支えない範囲でご記入ください

8. 回答者氏名		9. 連絡先	TEL : FAX :
10. 所属・役職			

* * * ご協力ありがとうございました。 * * *

この調査研究事業は独立行政法人福祉医療機構から
長寿社会福祉基金(一般分)の助成金を受け行われた
ものである。

介護サービス事業者における経営品質のあり方に関する調査研究事業

平成19年3月発行

内容照会先 社団法人シルバーサービス振興会

〒102-0083

東京都千代田区麹町3丁目1番地1

TEL 03-5276-1602