

20010197A

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）  
平成 13 年度 研究報告書

介護保険制度下における介護サービスの質の評価に関する研究

平成 14 年 3 月

主任研究者 筒井 孝子

国立公衆衛生院 公衆衛生行政学部（国立医療・病院管理研究所 併任）

平成 13 年度厚生科学研究費補助金（長寿科学総合 研究事業）研究

国立公衆衛生院 公衆衛生行政学部（国立医療・病院管理研究所 併任）

主任研究官 筒井 孝子

1. 研究課題名（公募課題番号）

「介護保険制度下における介護サービスの質の評価に関する研究」

(H11-長寿-030)

2. 当該年度の研究事業予定期間：平成 11 年 4 月 1 日から平成 14 年 3 月 31 日

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究）  
（総括・分担）研究報告書

「介護保険制度下における介護サービスの質の評価に関する研究」

（主任・分担）研究者 筒井 孝子

国立保健医療科学院 福祉サービス部  
（旧国立公衆衛生院 公衆衛生行政学部）

研究要旨 本研究では、平成 11 年から平成 13 年までの 3 ヶ年間、厚生科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「介護保険制度下における介護サービスの質の評価に関する研究」により、介護サービスの質に関する評価方法を提案し、介護サービス評価機関を設置する際の有用な資料を提供することを目的とした研究事業を実施した。

最終年度となる平成 13 年度研究は、第 1 に、全国で行なわれている介護保険サービスの質を確保するための市町村、あるいは都道府県、事業者団体等が行なっている試みを収集し、介護保険制度実施後 1 年経過した現状を明らかにする。第 2 に、質の確保や向上の要となる介護サービス計画作成の基本的な考え方について整理する。第 3 に、この考え方に基づいた介護サービス計画を作成するための方法論を新たに提案する。第 4 に、新たな介護サービス計画方法論を用いた研修の実施。第 5 に、本研究で検討された研修方法で研修を受けた介護支援専門員にアンケート調査を実施し、研修の結果、受講者がどのような変化を示したか。以上の 5 点を明らかにすることを目的とした。

その結果、質の評価方法論としては、ドナベディアン博士の質の評価に関する 3 階層論（サービス提供における plan・process・outcome、という 3 階層のそれぞれの評価をすることにより質が評価できる）を応用し、わが国独自の新たな介護サービスの質の評価方法を提案し、この研究成果を基に、介護支援専門員に対して介護サービスの質を評価するための介護サービス計画作成方法の研修プログラムを新たに開発した。

さらに、このプログラムを用いて、実際に約 300 名に対して研修し、その研修前後の変化について分析した結果、受講した介護支援専門員のほとんどは、自らが作成した介護サービス計画は、不適切で、どの個所に問題があるかを理解できた。

## A.研究目的

平成11年度から3年間の継続研究を行ってきたが、平成12年度の研究成果から、介護支援専門員は、家族とよく話し合った計画を「適切」と判断する傾向や、利用者との関係においては、利用料に納得したという費用負担に関する内容を評価の判断基準としていることがわかった。

これは、介護保険制度の理念が理解されていないだけでなく、計画作成の方法論にも問題があることを示唆していた。

そこで、本研究における最終年度となる平成13年度研究では、第1に、全国で行なわれている介護保険サービスの質を確保するための市町村、あるいは都道府県、事業者団体等が行なっている試みを収集し、介護保険制度実施後1年経過した現状を明らかにする。第2に、質の確保や向上の要となる介護サービス計画作成の基本的な考え方について整理する。第3に、この考え方に基づいた介護サービス計画を作成するための方法論を新たに提案する。第4に、新たな介護サービス計画方法論を用いた研修の実施。第5に、本研究で検討された研修方法で研修を受けた介護支援専門員にアンケート調査を実施し、研修の結果、受講者がどのような変化を示したか。以上の5点を明らかにすることを目的とした。

## B.研究方法

第1に、全国で行なわれている介護保険サービスの質を確保するための市町村、あるいは都道府県、事業者団体等の試みを収集し、数ある介護サービス事業所の中から利用者が自らのニーズに合致した事業所を適切に選択できるよう利用者の選択に役立つ

事業所の評価の手法等を検討することを目的として、(1)「利用者の選択」という視点からの評価手法、(2)評価の指標等についての検討が行なわれている「介護保険サービス選択のための評価の在り方に関する検討会」等の内容を分析し、介護サービスの質の評価についての現状をまとめた。

第2に、介護保険サービスの適切な提供に際し、サービス提供に際しての問題点を早い時点で発見し、なくすような設計品質の確保や向上の要となる介護サービス計画作成の基本的な考え方について、既存の厚生労働省が推進する計画内容及びその計画の書き方等から整理した。

さらに、この内容に基づいた介護サービス計画を作成するための方法論を作成し、新たな介護サービス計画方法論を用いた研修を実施した。

また、介護サービス計画を作成した居宅介護支援専門員に関して自らが評価し得る計画の内容及び計画作成に関する「成果」を評価するため、研修に参加した介護支援専門員に研修前と研修後それぞれにアンケート調査を実施した。

<倫理面での配慮>

研究対象者となる高齢者、及びその介護サービス計画等の内容については、本人等の同意を得ると共に人権擁護上の配慮を行い、氏名や個別データ等プライバシーについては厳重に注意する。調査集計について、個人名については一切関係なく行ない、個人名が明らかにならないように調査票の作成は、複数の人間がチェックをすることとする。調査票並びにその結果は、秘密保持のための厳密な管理運営を行なう。調査の実施にあたっては、対象に十分な説明と同

意を得る。なお、本研究は、国立医療・病院管理研究所の「人間を対象とする生物医学的研究に関する倫理委員会規定」第1条の「生物医学的研究」に該当しないものである。

### C. 結果

現状では、介護サービスの質の最低基準が明確でないこと、すなわち、「公」は、介護保険サービスの基準も明らかにしていないということがわかった。さらに基準が示されないということは、提供されるサービスの品質管理が行われていないことを意味していた。

また、具体的な介護保険サービスの提供に際しては、適切な利用のためにまず、心身の状況、環境、申請者ならびに家族の希望を聞いた上で計画をつくる必要がある。

換言すると、適切さを検討する資料としては、少なくとも申請者の心身の状況、置かれている環境、申請者と家族の希望がその要素であると考えられ、介護保険サービスの品質管理における設計品質のづくりこみは、この居宅サービス計画の要素を検討することにあると考えられる。

これらの情報を収集するための資料となりえるものが既存の厚生労働省が推進する計画内容及びその計画の書き方等で記されている介護サービス計画であるが、第1に、誰がどのようなケアをいつまでに行わねばならないか、そのケアを行う予定を定め記録する。第2に、この予定されたケアが実際に行われたかを定期的にチェックを行うしくみと、必要な場合は終了予定日または終了日としての最終ラインを決定し、その時点でチェックをする。第3に、計画と比

較して進捗状況を評価し、問題があれば対策を講じる。第四に、見通しを立て、対策した通りに進んでいるかどうかの見直しのサイクル、モニタリングシステムをつくり、それが機能するように組織をマネジメントすることができる。が組み込まれた計画作成は、行われていないことがわかった。

これらの問題を踏まえ、計画作成とそのプロセスにおいて、新たに提案された介護サービス計画作成方法を用いて介護支援専門員への研修を行なった結果、「介護支援専門員が自ら作成している介護サービス計画書が計画書として不備であるということ理解」、第2に、「介護支援専門員が自らその介護サービス計画書のうち、どの部分に問題があるかの理解」、最終的には、「設計品質として用いることが可能な介護サービス計画書になるよう自らが修正する」ということが可能となった。

また、要介護度の高い高齢者における目標や援助の方針は、具体的に高齢者の改善状況を考えることが難しいため、ほとんどの目標は、抽象的になってしまうことが明らかになり、要介護度が高い高齢者にとっての介護サービスの「成果」とは何かが理解されていない状況が示された。

### D. 考察

要介護高齢者に提供される介護サービスを評価するためには、まず、介護サービスにおける設計品質が明確に示されなければ評価はできない。介護サービスにおいて、ばらつきのない設計品質を示すものとは、「介護サービス計画書」であり、本来、この計画書には、設計品質を表す内容が含まなければならない。この前提により、わ

が国の介護サービスの質の評価としては、適合品質の評価が要求されるべきであることがわかった。

本年度の研究は、この適合品質を評価するために、必須の内容である設計品質についての介護サービス上の概念整理と、この設計品質を明らかにするための方法論について論じた。

介護サービス計画を作成する介護支援専門員が介護保険サービスを受けた高齢者にとっての「成果」を要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることへの予防に資することが成果であることを強く認識し、この考え方に基づいた計画を作成するための具体的な方法論について検討した。また、この方法論を利用した研修を行なうために、主任研究者が本研究の内容や介護サービスの質の評価についての考え方を講義し、講師を養成した。

研修では、研修前後の介護支援専門員の主観的な認知の変化を中心に分析を行なったが、「援助目標」と「総合的援助の方針」の欄の記入が難し、要介護度の高い高齢者における目標や援助の方針は、具体的に高齢者の改善状況を考えることができず、ほとんどの目標は、抽象的になってしまうという意見が多かった。

研修終了後、介護サービス計画書の変更や再検討については、「変更しない」の12名に対して、「変更する」が30名、「再検討する」が91名と高い割合を示した。これは、自らの作成した計画の問題点が認識された結果と考えられ、研修を受けることによって自らの計画書の問題を理解できたことを意味しており、重要な成果といえる。

#### E. 今後の課題

今後の課題としては、研修を継続的に行なうことによって、介護支援専門員が自ら計画書の評価を行い、修正点を明らかにし、設計品質を表すことができる介護サービス計画書を書くことができる段階までを継続的な研修として実行する必要があると考える。

また、今回の調査によって、介護支援専門員の仕事として、介護サービス計画の作成は、最も重要な業務であり、この計画書が介護サービスの質を評価する上で必須内容であるにも関わらず、これまで介護サービス計画の評価方法や具体的な計画作成の方法を研修していないことが明らかになった。

介護支援専門員の研修については、今後は、介護サービス計画の具体的な作成方法を演習するような形式を検討すべきであると考えられる。

#### F. 学会発表

##### 1. 著書・論文

1) 「介護サービス論」、有斐閣、東京、2001.11  
2) 『介護支援専門員による居宅介護サービス計画の「適切さ」に関する主観的評価（地域福祉学会学会誌,2001）』

##### 2. 学会発表

1) 「Continuous variations in nursing care needs levels for elderly, and predictions of these variations, in the context of the New Public Long-Term Care Insurance System in Japan」: , 54rd Annual Scientific Meeting of The Gerontological Society of America , Washington,DC, America, November, 16, 2001

2) 「介護保険制度実施前後の要介護度の変動とその要因に関する継続的研究」, 第60回日本公衆衛生学会第15回大会総会抄録集 p690, 2001.11.1-2

#### G. 知的所有権の取得状況

なし

## 目次

第1章	研究の目的	1
第1節	これまでの研究成果	1
第2節	本年度の研究の目的と方法	2
第2章	介護保険制度下の介護保険サービスの品質評価の現状	5
第1節	介護保険サービスの「質」評価の背景	5
第2節	品質管理の基本	11
第3節	評価対象の規定	14
第4節	アメリカ合衆国における介護保険サービスの評価方法	16
第3章	介護保険サービス評価の基本的な考え方	19
第1節	介護に関わるサービスの質の評価に関するこれまでの試み	19
第2節	介護保険サービスにおける設計品質とは	24
第3節	介護保険サービスの計画における設計品質	28
第4章	介護支援専門員への研修実施に際しての準備の考え方	35
第1節	研修の概要	35
第2節	参加者の基本属性など	36
第3節	介護支援専門員の所属と研修会参加状況	38
第4節	研修の実施準備	40
第5節	事前提出資料の依頼とデータの処理等	42
第5章	講義形式による研修の概要	49
第1節	研修内容	49
第2節	各段階の具体的な研修内容	50
第3節	介護サービス費用に関する利用者および家族への説明	61

第6章 演習による研修の概要	77
第1節 居宅介護支援の開始（インテーク）と課題分析	77
第2節 介護サービス計画書（ケアプラン）作成	77
第3節 サービスの継続的な把握（モニタリング）と評価について	88
第4節 介護サービス計画書作成の演習	92
第7章 研修の成果	95
第8章 まとめ	105
第1節 介護サービスの質の評価方法の基本的な考え方	105
第2節 介護サービスの質の評価方法についての研修成果	107
第3節 継続的な介護サービスの質の評価と評価機関の設置	108
第4節 今後の課題	109
資料編	111
資料1. 介護サービス計画研修会についてのアンケート	113
資料2. 介護サービス計画研修会についてのアンケート集計結果（自由記述）	119
資料3. 介護支援専門員研修資料一式	157

## 第1章 研究の目的

### 第1節 これまでの研究成果

本研究は、3ヵ年の継続研究で初年度の研究成果は、まず、介護サービスの質に関する評価指標の作成のために国内外の医学、経済学、看護、社会福祉、社会学等の関連領域における文献データベースを用いて文献の収集を行ない、評価指標（案）に関する資料を得たことである。次に、高齢者の身体的・精神的特性情報によって高齢者をグループ分けできる簡易な指標を開発した。これは、同一介護保険サービスの質の評価に際して、その効果をグループ別に検討するためである。さらに、人口や高齢者の割合、所得階層などの指標をもとに自治体を第1グループから第3グループまで3つに分類した。この理由は、介護保険サービスの質の評価は、その自治体の類型ごとに検討する必要があると考えたからである。

第2年度は、平成11年度に行った文献研究により、サービスの質を評価する方法論としては、ドナベディアン博士の質の評価に関する3階層論（サービス提供における plan・process・outcome、という3階層のそれぞれの評価をすることが質の管理となる）が確立していることがわかった。

そこで、本研究では、この方法論に基づき、第1階層としては、サービス提供の体制として、「サービス提供時の計画」、第2階層としての「提供時（実施）の評価」、第3階層としての「サービス提供後の成果」という考え方に基づく検討を行った。

この結果、第1階層の plan における評価方法やその実態については、介護支援専門員は、介護サービス計画を作成する業務を介護保険制度実施後、担ってきた職種であることから、彼らが考えている「質の高い介護サービス提供のための適切な介護サービス計画とは何か」について、郵送調査を実施し、その内容について明らかにした。

この結果、介護支援専門員は、介護サービス計画を作成する段階で家族との意思疎通がとれていた計画を適切な介護サービス計画であると評価していた。すなわち、家族とよく話し合った計画を「適切」と判断する傾向があることがわかった。また、利用者との関係においては、「利用料に納得した」という費用負担に関する内容を評価の判断基準とする傾向があった。

このため、計画実施後の「成果」評価をする際の情報で重要視されるのは、「介護サービス利用のキャンセル回数が多い」という利用者の希望とサービス提供との間の不一致を示唆する事実と「計画実施後に解決できなかった課題を発見」という計画実施後、新たに判明した課題があった場合に不適切な計画だったと評価していることが示された。これらの結果からは、「成果」についての基準は、介護支援専門員の主観的評価といわゆる苦情の有無と内容によっていることがわかる。すなわち、客観的な評価基準は、介護保険制度が始

まって1年が経過したにも関わらず、存在していないことが明らかになった。

そこで介護サービスの成果を示す基準を求める方策を検討するために、平成11年度の研究成果で示された地域特性類型第1グループ（高齢化率が25%をこえている地方小規模市町村グループ）に該当する、自治体Aに協力を依頼し、以下のような調査と分析をした。

自治体Aで要介護認定がなされたすべての申請者を対象に介護保険制度実施前後の介護サービスの受給状況、および健康状態、精神状況などの継続的なデータを入手し、当該高齢者の6ヶ月間の変動を明らかにした。この分析の結果、要介護度の変動内容の傾向により、高齢者は状態悪化群、維持群、向上群に分類されることがわかった。さらに、この分布の割合は、介護サービスの提供内容に影響を与えられる可能性があることが明らかになった。この結果を基に要介護度の変動を「成果」の基準とする方法論について提案した。

以上をまとめると、これまでの研究は、質の評価に必要とされるサービス提供における plan・process・outcome という3階層のうち、①plan 評価に際しての問題点を明らかにした。②outcome の評価方法の提案をしたといえる。そして、この経過から明らかになったことは、質の評価をするには、まずは、高齢者にとって適切な plan が作成されなければ評価はできない。ということである。

## 第2節 本年度の研究の目的と方法

本年度は、これまでの研究の最終年度である。12年度の研究成果からは現場では、適切な計画の条件として、この理念は十分に理解されておらず、介護支援専門員は、家族とよく話し合った計画を「適切」と判断する傾向があった。また、利用者との関係においては、利用料に納得したかどうかという費用負担に関する内容を評価の判断基準としていた。

これは、介護保険制度の理念が理解されていないだけでなく、計画作成の方法論にも問題があることを示唆していた。

まず、介護サービス計画の作成に際して、介護支援専門員が基本的理念とすべき内容である介護保険法第2条第1項『介護保険は、被保険者の要介護状態又は要介護状態となるおそれがある状態に関し、必要な保険給付を行うものとする。』、続いて第2項『…保険給付は、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない』という内容が理解されていなかった。

すなわち、介護保険制度は、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることへの予防に資するために介護給付を行うことを目的に発足した制度であるが、現状では、この目的に合致した制度運営は、なされていない。これらの問題点を是正するためには、まず、介護サービス計画を作成する介護支援専門員が介護保険サービスを受けた高齢者にとっての「成果」を要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることへの予防に資することが成果であることを認識すること。次に、この考え方に基づいた

計画を作成するための介護支援専門員の教育研修が必要であること。さらに、この成果設定には、科学的な根拠が必要されることを理解されねばならないことが考えられた。

そこで、本研究における最終年度となる平成 13 年度研究では、第 1 に、全国で行なわれている介護保険サービスの質を確保するための市町村、あるいは都道府県、事業者団体等の試みを収集し、介護保険制度実施後 1 年経過した現状を明らかにすること。第 2 に、質の確保や向上の要となる介護サービス計画作成の基本的な考え方について整理する。第 3 に、この考え方に基づいた介護サービス計画を作成するための方法論を新たに提案する。第 4 に、新たな介護サービス計画方法論を用いた研修を実施する。第 5 に、本研究で検討された研修方法で研修を受けた介護支援専門員にアンケート調査を実施し、研修の結果、受講者がどのような変化を示したかを明らかにすることを目的とする。

## 第2章 介護保険制度下の介護保険サービスの品質評価の現状

### 第1節 介護保険サービスの「質」評価の背景

介護保険サービスの提供者は、主に、社会福祉法人、医療法人、社会福祉協議会、NPO、その他の企業・団体等であり、これらに企業努力を促し、企業間競争を起こすことを通じて住民のニーズに合ったより質の高いサービスが提供されることを期待し、「介護保険サービス市場」は創設された。

この考え方に基づけば、たとえば自治体は、これらのサービスを提供する企業をモニターし、1) 介護保険サービスの基準を満たしていない場合にはペナルティーを課し、2) 自治体の中長期目標に適った、より望ましいサービスが提供されている企業体には何らかの利得を与えるといった方策を講じるべきだと考えられていたといえよう。

そして、これらの基準が明らかになされ、公正な評価が行われていることが明らかになることが利用者及び住民に対して政策目標を具体的な形で提示し、行政のアカウンタビリティの向上を図ることになると考えられたのである。このようなプロセスを経ることによって、将来必ずやってくる介護保険料の引き上げの際には、住民の理解を得やすくなる等の効果が期待されると考えられていたはずである。したがって、介護保険サービスの「基準」は、間違いなく制度実施前に設定されるべきであったといえるのである。

すなわち、この制度が社会保険制度という形をとる以上、国はこの市場を健全に育成していくために、競争条件を整備、企業の活動内容をモニターし、そのサービスの基準を制度実施前に設定されることを強く求められていたといえるのである。

しかし、国で「介護保険サービス選択のための評価の在り方に関する検討会」が実施されたのは、制度が実施された半年後の11月であった。わが国において公が時代を先取りして何らかの方策を講じることは難しいこととはいえ、これも他の案件と同様に、きわめて遅いスタートであった。

さて、この検討会では、数ある介護サービス事業所の中から利用者が自らのニーズに合致した事業所を適切に選択できるよう利用者の選択に役立つ事業所の評価の手法等を検討することを目的として、(1)「利用者の選択」という視点からの評価手法、(2) 評価の指標等についての検討が行なわれている。

表 2.1.1 に示したように、この検討会で示された資料には、わが国で行われている介護サービス評価の取り組み例がまとめられている。これらは、介護保険制度実施に際して策定された取り組みがほとんどである。これ以外の内容としては、平成元年の「シルバーマーク」((社)シルバーサービス振興会)、平成8年の高齢者在宅福祉サービス評価事業(厚生省)りである。この他に紹介されているのは、福祉サービスの第三者評価に関する中間まとめ(厚生省)、介護保険サービス評価に関する北海道基準(北海道)、第三者機関による介護サービスの評価(神戸市)、訪問看護質評価モデル事業((社)日本看護協会)、「チェックリスト」

(市民互助団体全国協議会)、【参考】病院機能評価 ((財)日本医療機能評価機構) の合計 8 種類である。

評価の対象とするサービスの種類は、福祉サービス全般から、訪問介護、通所介護、短期入所生活介護という訪問系のサービス、訪問介護、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、訪問介護、訪問看護という各種サービスなど様々である。

評価主体は第三者評価が半数で、これに次いで、事業者自身の自主的な評価、利用者による評価などと続いている。評価方法は、事業者に対する実地調査が半数で事業者への書面調査が 3 つとなっている。その評価方法は、小項目ごとに 3 段階評価及び改善必要性の確認をし、事業者が改善をしたところを再評価するというものや、細目を 3 段階又は 2 段階評価、各細目に重み付けをして、その結果に基づき評価項目（達成目標）を 5 段階評価し、評価結果は指針に従って評価機関が公表するといったもの。事業者自身が評価項目に ○× をつけ、○の多寡は直接考慮せず、事業者に自己評価結果の公表を促すといったもの。事業者、従業者、利用者に対する書面調査をし、各小項目を 3 段階評価し、点数化し、協会の HP、市の窓口で評価結果を開示し、利用者の意向により項目毎に重み付けがなされているという方式のもの。

あるいは、事業者、従業者に対する書面で調査をし、小項目を 3 段階評価、協会が結果について簡単な分析を行い、各事業者にフィードバックするというもの。事業者に対する書面・実地調査が行われ基準が達成されているかを評価、達成されていればシルバーマーク認定を行うとともに、事業者はシルバーマークを表示し認定事業者をホームページで紹介するといったものもある。

この他にも、契約締結前（説明段階）又は契約更新前において、サービス体制等に関する事業者の説明、又は実際に受けたサービス内容をもとに、チェック項目に利用者自身が評価するものなどもあり、その評価主体や情報公開の有無等、さまざまである。

評価項目数は、以下の表 2.1.1 に示した通りである。小項目としての合計は、約 100 であり、膨大である。これらの項目の特徴は、大きくは 3 つある。



第1は、介護保険サービスを提供している事業者の評価であることから介護保険サービスそのものではなく、運営理念、事業計画、教育指導、事故・緊急対策、安全衛生対策、経営、人事、労務管理、職員の処遇という提供している事業所の「運営管理に関する評価項目」がかなり多いことである。第2には、居宅サービス計画作成に関わる関係機関との連携、プライバシー、人権への配慮、情報公開、ケアカンファレンス、家族支援、利用者の安心感、満足感といった「サービス利用の契約、連絡調整に関する評価項目」が多いことである。第3に、介護保険サービスそのものについては、サービス提供を実施するにあたって評価すべき内容である「サービス提供に関わる項目」として示され、介護技術、看護技術、診療の質、記録の管理、事故防止、ターミナルケア、サービス提供体制、感染症対策、救急医療活動、安全確保、自立支援への配慮、サービス内容の工夫、個別性への配慮が項目として表されていることである。

この検討会では、以上の8種類の他に振興課において把握されている介護サービスの質について、検討の情報が提供されていた。現在、これらの内容に取り組みをはじめているのは、「東京都サービス評価制度検討委員会報告書(中間のまとめ)」、東京都品川区での「サービス向上委員会」(訪問介護と訪問入浴について評価試行予定)、広島県における「県介護サービス評価検討委員会」、北九州市の「介護サービス評価委員会」等があると報告されている。

「公」による介護保険サービスの質の確保・向上に関する取組みは、介護保険制度上、保険給付としての水準を確保するため、各種サービスについては、都道府県知事の指定に際して人員・設備・運営に関する基準を満たすことが求められているほか、①指導・監査の実施し、都道府県知事の指定を受けた居宅サービス事業者、居宅介護支援事業者や介護保険施設に対し、指定基準を満たしているかどうかや、介護報酬の請求を適正に行っているかどうか等に関し定期的に指導を行うほか、指定基準違反や介護報酬の請求に関する不正がある場合には監査を実施し、その結果に基づいて指定取消を含めた処分を実施することとなっている。

また、②事業者・施設における苦情対応として指定基準において、各事業者・施設に対しては利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するための必要な措置を講ずべきとしており、サービスの利用者からの苦情に関して市町村又は国民健康保険団体連合会が行う調査に協力し、その指導・助言に従って改善を行うべきことを規定している。

この他に③国民健康保険団体連合会による苦情処理があり、国民健康保険団体連合会において、居宅サービス事業者、居宅介護支援事業者や介護保険施設でのサービスについて、利用者からの苦情を受け付け、必要な調査を行った上で、改善の必要がある場合には、事業者・施設に対して指導・助言を実施するよう規定がある。

さらに、④介護相談員派遣等事業として、介護サービス適正実施指導事業の中のメニュー事業として、市町村に登録された介護相談員が、介護相談員の派遣を希望する事業者や施設を定期又は随時に訪問し、利用者の話を聞き、相談にのる、サービスの担当者等と意

見交換をする、サービスに関して気付いた点や提案等がある場合には、事業者等にその旨を伝えるなどの活動を行う事業を実施している。

そして、⑤事業者・施設のサービス改善として、指定基準において、事業者・施設は自らが提供するサービスの質を評価し常に改善を図るべきということを規定していると報告している。しかし、検討委員会においては、介護保険サービス選択のための評価については、専門家においてさえも介護サービス選択前のチェックは難しく、利用者が何を求めているかを把握するための最良の方法は、「苦情」であり、こういった苦情情報を、どのような方法で共有化するかが検討されなければならないと報告されている。

なぜなら、「こういった苦情を事業者から収集することは難しく、行政がやるべき仕事と考えられるからである」という意見や評価の在り方を検討するに当たっては、行政が市場のパフォーマンスを邪魔しないようにしなければならないことから、「行政、市民、施設（事業者）の役割を整理する必要がある」といった意見も出されている。また、第三者評価は国がやるものではないかといった具体的な指摘もなされているという。

利用者の苦情とは、サービスの基準という観点からみれば、基準を満たしていないということであり、品質管理の概念からいえば、不良品の発見といえる。したがって、これらの苦情情報を共有化するという事は、不良品の基準を決めるということになるため、いわば介護の最低基準を決定することになっていくと思う。

しかし、本来、期待される行政施策は、例えば、自治体が企業をモニターする際に必要になるツールとしては、その企業のパフォーマンスを評価する客観指標であり、しかもその指標が提供されるサービスの質を利用者の視点に立って評価できるだけでなく、自治体の中長期的政策目標を踏まえて作成したものでなくてはならない。また、自治体は企業の誘導に実効性を持たせるために、利用者に対して利用者向け企業評価を積極的に公表する必要もあるといえよう。

これは、住民に対する行政サービスの一環という意味合いもあるが、利用者の行動に直接影響を及ぼす点が重要である。仮に、行政サイドを考慮しない第三者機関が利用者与企业向きの企業評価を行った際に、自治体の利益に反する帰結に結び付く可能性があることから政策的に必要であったと考えられる。

だが、この検討会の内容から伺えるのは、現在の介護保険サービスの提供現場では、こういった不良品の基準も明確ではないということである。このことは、「公」は、介護保険サービスの基準も明らかにしていないということに他ならない。さらに基準が示されないということは、提供される内容についての品質管理がきわめて難しいことを予測させる。

介護保険制度は、そのサービスの供給に際して、疑似市場を仮定して創られている。このため、医療や看護サービスといった他の社会保険制度の社会給付とは異なり、価格の弾力性を持っているし、民間の営利企業の参入も認められている。この仕組みの導入にあたっては、介護保険サービスの品質管理に際しても市場の競争原理を利用することが意図されていたと考えられる。

しかし、これを利用するためには、市場に介護保険サービスの品質管理に関わる基本的なルールを明示する必要があり、そのことが、まさしく介護保険サービスの基準の提示であり、品質管理の基本的な考え方を明らかにすることであったと思うのである。

#### 引用文献

- 1)厚生労働省ホームページ「介護保険サービス選択のための評価の在り方に関する検討会の開催について」 [http://www1.mhlw.go.jp/topics/kaigo99\\_4/lafter\\_17/kaigo91.html](http://www1.mhlw.go.jp/topics/kaigo99_4/lafter_17/kaigo91.html)

## 第2節 品質管理の基本

### 1. 品質管理とは

第1節では、介護保険制度実施後も、現時点では、介護サービスを評価する基準が設定されていないことを示した。ただし、一般に介護や看護をはじめとする対人援助サービスは評価が難しいことが知られている。なぜなら、サービスは、無形であり、その生産と受け渡しが一瞬で終わってしまうという同時性のため、再現性なく、goods（物）の評価に比較すると著しく難しいといわれてきた。この事実、サービスが実際に行われる際の無数の「真実の瞬間」をいかにマネジメントするかというケアの経過が重要視されることにもつながっている。

たとえば、サービスの成果のひとつの指標として顧客満足度という評価がある。しかし、この評価に関しては、顧客の回答が客観的でなく、再現性も低いとされている。介護保険サービスもこの点は、同様であり、さらに、これに加えて、医療などと若干、異なり、サービスを多く受けすぎることへの制限がかかりにくいという問題がある。

具体的にいえば、病院で注射を10本打って下さいと頼む患者はほとんどいないが、介護保険サービスについては、1日中提供してほしいという要求が起こりうる。これは、介護行為というサービスを多く受けることによるデメリットは、医療行為よりも少ないと人々が考えていること。医療行為の提供が専門家による判断に依拠しているのに対して、介護行為の提供は、介護の提供者は家族がほとんどであり、介護行為を提供するか否かの判断の基準は、家族によって行なわれ、定型的なルールになじまない領域であったからである。このように介護保険サービスは、介護という非専門家によって提供されてきた歴史を持っている。したがって、まずその提供に際しての判断には、科学的な根拠を明らかにしていく必要がある。さらに品質管理の観点からは、介護行為の実行を数値で表すことができるように設計品質を設定できるように工夫していくことが重要と考えられた。

さて、Goodsの品質について、わが国に最初に紹介されたのは、設計品質（quality of design）と適合品質（quality of conformance）であり、できばえの品質としての製造品質（quality objectives）という概念であった。設計品質とは、「製造の目標としてねらった品質（JIS Z 8101）」であり、適合品質とは「設計品質をねらって製造した製品の実際の品質（JIS Z 8101）」である。

したがって、設計品質とは、設計図面や仕様書などに記載されている内容をいい、適合品質は製造品質とも言われ出来上がった製品を測定することによって、設計品質にどれだけ適合しているかで評価される。このため、設計品質はばらつくことはないが適合品質は必ずばらつきを持つことになると考えられている。

例えば、コンピュータのモニターを製造して販売する場合、モニターの大きさや重さや画面の大きさなど様々な寸法が図面に示され、これらの寸法はばらつくことはない。そして、実際にモニターが製造され出来上がったモニターの各部の寸法を測ると、図面通りの寸法になるものもあるが、やはりばらつきは生じる。このばらつきの程度を評価しようと

するのが適合品質（製造品質）である。あらかじめ設定されている設計品質にどれだけ適合しているか、設計品質に合致していれば合格である。しかし、規格の幅が広く設計されていた場合には、たとえ規格通りに作っても「品質が良い」とは言われない。

モニターの大きさが 15 インチと設計図面に書かれ、この通りに製造したとすると、その大きさが 15.001 インチになるものから 14.995 インチのものまでばらついたものができる。適合品質が設計品質通りであることは当然であるが、適合品質とは、設計品質に示されたばらつきを小さくすることが何より大切なこととなる。つまり、製造品質のばらつきが小さいことが品質が良いということになるし、設計品質自体が良いのかも問題になる。設計品質は、ばらつくことはない。このねらいの品質自体が悪いと製造品質のばらつきがなくても品質が良いとはいわないのである。

この場合、品質によって管理されるのは、「工程」である。提供財を生産するプロセスとしての工程を管理するためには、これらの工程からサンプルを収集し、このサンプルからデータを得て、工程に対して処置行動（アクション）をとるという方法を連続的に行っていかなければならない。たとえば、現状の工程を維持するのか、変更すべきかについて、該当する工程から得られる情報を基に判断し、工程に対してアクションをとる。つまり、品質は工程を評価し、管理することによって、品質向上は可能となる。

工程管理の基本的な考え方を簡単にいうと、第 1 に、誰が何をいつまでにしなければならぬか、いつする予定かを明確に定めることである。第 2 に、定期的にチェックするしくみをつくることである。必要な場合は終了予定日を決め、目安としてチェックをする。第 3 に、計画と比較して進捗状況を評価し、予定通りにすすんでいなければその改善策を考え、実行することである。第 4 に、見通しを立て対策した通りに進んでいるかどうかを常にチェックする見直しのしくみをあらかじめ作り、速やかに見直しのプログラムを実行することである。品質を管理するためには、しっかりとした工程管理による予防的対策を講じることが重要である。このように、何らかのプロジェクトを遂行していく上で、工程毎に何をして成功とするか。プロジェクト、および各要員の目的を明確にしているか。プロジェクト要員間のコミュニケーションは十分か。決めたことは必ず実行しているかというようなチェックポイントをいくつも考えておくことが必要になる。

さて、先に述べた工程へのアクションという行為は、結局のところ、今後製造される予定の製品に対してのアクションになる。つまり、現段階の工程が製造した製品は結果としては、過去の物になる。この過去の物を検査して、不良品を取り除くという作業は過去に対するアクションのようであるが、不良品が産出されないように工程にアクションをとることは、未来に対してアクションになると考えられている。

このような活動は、品質を保証する目的で行なわれ、こういう活動全体を品質管理と呼ぶ。品質管理の定義は、たくさんあるが日本工業規格（JIS）の定義によれば、品質管理とは「買手の要求に合った品質の品物又はサービスを経済的に作り出すための手段の体系（JIS Z 8101）」と定義されている<sup>注1)</sup>。

ただし、このような設計品質と適合品質という考え方だけでは、品質の管理には寄与するが、もともと目的とすべき品質の向上には寄与しない。つまり、工程検査や最終検査（出荷検査）を厳しくすれば、不良を見つける精度は向上する。しかし、不良品そのものは減らないということになる。

そこで、わが国では、1950年代にこの設計品質と適合品質に分けて品質を向上させようという考え方が紹介された後、品質を管理する過程において、新たに企画品質という考え方が生まれた。このことによって、日本の製品の品質は向上したといわれている。

## 2. 企画品質とは

企画品質とは、商品企画段階で決まる品質で、顧客の要求している品質を定義し、製品コンセプトに盛り込む品質のことである。さらに、使用品質（fitness for use、usage quality）と呼ばれる概念もある。使用品質とは、顧客（消費者）が実際に、その商品を使用したときの品質である。

例えば、モニターの大きさは「見やすい」あるいは「軽い」、「場所をとらない」大きさや重さであることが必要であるとする。すると「軽い」ということ、あるいは「場所をとらない」ことを前提で設計品質は決められるべきということになるだろうし、いずれにしても顧客の要求に合致した設計が必要となる。顧客の要求を無視した設計をすれば、製造品質は良くても出来上がった製品を市場が受け入れないという結果になる。このため市場に受け入れてもらうため、すなわち、よく売れるようにするには、設計品質自体を良くすることが第一の条件となる。このように品質の評価は、様々な側面があるが、わが国の製品が諸外国でも品質が高いと呼ばれる理由は、徹底的な「品質を通じた管理」、「品質による管理」が行われているからといわれている。

わが国の製造業を世界の一流企業にした理由とは、徹底した工程管理の技法であり、基本的には製造工程を評価し、管理することにプラスした、消費者からのフィードバックという企画品質、要求品質の管理のシステム化であったといえる。ここでは今日まで、ある程度、体系化がなされている「goods」の品質評価やその管理、その品質の向上のために考えられてきた概念やその考え方について説明をしたが、これらの手法の基本は、主に goods（物）の評価が主であり、service の評価ではなかったことを認識しておく必要がある。それは、本研究で評価し、質の維持・向上をおこなわねばならないのは、goods ではなく、サービスだからである。