

機関においては、法人・団体の社会的責任に関する各種規定は約7割が定めていた。コンプライアンスについての担当者を組織内においている施設は約5割であり、コンプライアンス違反の防止や発見のために職員の相談・報告体制や内部通報体制をつくっていない施設は約5割を超えていた。つまりコンプライアンス経営への危機意識はあるものの、組織的な体制の構築に積極的に取り組んでいるのは、約半数にとどまると考えられる。

コンプライアンスへの徹底については、管理者・院長などの経営・運営幹部や現場職員への教育研修が重要との回答が多く、コンプライアンス確保のために必要と思われる方策には、行政による法令・指導基準等の周知の徹底や、インターネット上において遵守基準を公開するなどの情報公開が求められていた。

### (3) 介護老人保健施設の調査（平成19年度）と慢性期医療機関（平成21年度）

#### の調査結果における比較検討から

慢性期医療機関においては、法令遵守や法人・団体倫理・内部規制の遵守、納税義務の遂行については介護老人保健施設より有意にコンプライアンス経営として取り組んでいる意識が高く、コンプライアンスの担当者を配置率やコンプライアンスの把握調査の実施率も有意に介護老人保健施設より高かった。

介護老人保健施設の調査は平成19年度、慢性期医療機関の調査は平成21年度と2年の間を挟んでおり、比較にはその点を考慮する必要がある。平成19年6月6日に大手介護保険事業者であった株式会社コムスンが介護報酬の不正申請問題などにより、介護サービス事業所の新規及び更新指定不許可処分を受け、同年12月に同社の訪問介護事業は他社に売却されるに至った。この事案は介護サービス事業者のみならず国民からも大きな関心を集め、コンプライアンス経営への認識は急速に高まった。介護老人保健施設への調査はこの事案の直後である平成20年2月に実施したため、介護老人保健施設におけるコンプライアンス経営についての取り組みは緒についたばかりであったとも推察される。

また事業者の第三者評価は、医療機関においては、平成9年から病院機能評価が始まっているのに対し、介護サービスについては、福祉サービス第三者評価が平成16年3月、介護保険法に基づく介護サービス情報の公表制度は平成18年4月開始と、介護サービスの第三者評価は、始まったばかりである。事業者のコンプライアンス体制構築のためには第三者評価が重要なことは諸外国の方策からも明らかであり、第三者評価や情報公開制度は今後とも推進されることが重要と考えられる。

コンプライアンス経営といった場合に意識する内容として、利用者の人権・尊厳の尊重・満足度、労務管理への取り組みは、介護老人保健施設のほうが高い傾向があったが、利用者の権利擁護や介護従事者の処遇改善は、介護サービス事業者においては従来からの大きな課題であり、経営問題の一環として認識されていると考えられる。

医療・福祉・介護保険事業は、民間企業以上にコンプライアンスが求められると言われている。それは、保険料・租税等の公的資金で運営されている公益性の高い制度であり、サービスの対象が認知症や重度の障害をもった高齢者など、契約の当事者としての交渉能力が充分ではなく、権利を侵害されやすい弱者であるからである。それゆえ、従来、行政側からの詳細にわたる事前規制や指導・監査が存在するが、事業者自身によるコンプライ

アンスへの自律的な取組を推進する必要がある。コンプライアンス体制の構築は、単なる法令遵守違反の防止ではなく、組織のリスク・マネジメントの一環であり、そのような組織文化を醸成することはサービスの質の確保のために不可欠であること、また、その取組の内容を利用者やその家族、地域住民に対し積極的に情報公開することが社会的信用を高めることを理解することが必要である。

しかし、コンプライアンスの確保を事業者自身の自主的な取組へと変えることは容易ではない。そのためには、事業者自身がコンプライアンス体制を構築しなければ経営ができない、あるいは実施することが経営上のメリットに繋がるような、取組を促進するインセンティブが設計されることが必要であると考えられる。

## 第Ⅱ章 介護事業者に対する「コンプライアンス経営」 促進のためのインセンティブ

研究代表者 小山秀夫 静岡県立大学大学院

協力研究者 長澤紀美子 高知女子大学

### 1. はじめにー「コンプライアンス経営」のためのインセンティブ設計の必要性

近年介護事業者には、介護保険法や指定基準等の関連法規の「法令遵守」のみでなく、担当者の設置およびコンプライアンスに係る教育・研修を徹底し、法令遵守が確保されるしくみが組織内に構築されている「コンプライアンス経営」(小山 2008:1)への取組みが求められるようになった。株式会社コムソンの不正事案の再発防止の検討のために平成 19 年 7 月に設置された「介護事業運営の適正化に関する有識者会議」は、その報告書(厚生労働省 2007)の中で、「新たに事業所単位の規制として法令遵守を含めた業務管理体制の整備を義務づける必要がある。」と提言をおこない、それを受けて「介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律」(以下、改正法とする)が平成 21 年 5 月 1 日に施行された。改正法は、事業者に対し、法令等を遵守するための業務管理体制の整備と届け出を義務化し、事業者の本部等に対する立入検査権等を創設した。厚生労働省資料<sup>1)</sup>によれば、ここでいう事業者の業務管理体制は「法令等遵守態勢」であり、「法令等遵守」とは、「単に法令や通達のみを遵守するのではなく、事業を実施する上で必要な法令の目的(社会的要請)や社会通念に沿った適応を考慮したもの」、「態勢」とは、「組織の様式(体制)だけでなく、法令等遵守に対する姿勢や体制づくりへの取組み」を指すものとされている。言い換えれば、単なる法令遵守に留まらず、倫理的な行動も含めた「行動規範とか、実務基準をも遵守の対象」(浜辺 2005:8)とし、それらを事業所内の「ルールとして具体化し、実践する体系」(Ibid.)が要請されていることがわかる。

改正法による具体的な業務管理体制の内容は、事業者の指定または許可を受けている事業所数により 3 段階に分かれる。事業所数が 1~20 未満の場合①法令遵守責任者の選任、20~100 未満の場合①及び②法令遵守規程(マニュアル)の整備、100 以上の場合①②及び③法令遵守に係わる定期的な監査の実施が義務づけられ、事業者は、この体制について 2009 年 10 月末までに国・都道府県・市町村(事業者の展開地域により業務管理体制の監督権者が異なる)に届け出をおこなう。その後、不正行為の未然防止を目的として、各監督権者は、業務管理体制の整備・運用状況を確認するために定期的におこなう「一般検査」または指定取消処分相当事案が発覚した場合にその要因や組織的関与の有無を検証する「特別検査」を実施する。尚、義務化された上記①~③の業務管理体制は「事業者が自ら整備・改善するもの」であり「事業者自身の自己責任原則に基づく内部管理を前提としたもの」<sup>2)</sup>という位置づけであり、その詳細は各事業者において定めることとなっている。例えば、①の法令遵守責任者の選任に当たって資格要件等は求められておらず、②の法令遵守規程や③の業務執行状況の監査についても事業者の実態に即したものでよいという判断が示されている<sup>3)</sup>。

以上の内容から、改正法においては、事業者自らの主体的な「法令等遵守態勢」の取り組みを求めつつも、それを促す規制の手法は、行政主導の司法的、懲罰的なアプローチである行政監査

と類似していることがわかる。わが国では、従来、行政側からの詳細にわたる事前規制や指導・監査が存在していたが、一方そのことが事業者自身によるコンプライアンスへの自律的な取組が進まない結果にも繋がった(本間 2007:14) (平田 2007:18)。本来、事業者のコンプライアンス態勢構築の取り組みを促すためには、行政主導による遵守の義務化及び検査（遵法の確認と調査）の強化だけではなく、事業者が自発的にコンプライアンス態勢づくりを進めるような制度設計が必要である。つまり、規制と市場メカニズムをつうじて、インセンティブと制裁のしくみを作り、コンプライアンス態勢が整備されている事業者に対しては報賞を、遵守違反に対しては制裁を課すしくみを作る必要がある。

この理論的な裏付けは「プリンシパル・エージェント理論」に求められる。購入者であるプリンシパル（政府）が、サービス供給を依頼する「エージェント」（事業者）の機会主義的な行動を抑制するためには、エージェントがプリンシパルの利害に沿って行動するように誘導するインセンティブ（報賞や制裁）を与えること、及びプリンシパルがエージェントの行動をモニタリングし、評価するしくみを整えることが重要である（大住・長澤 2002）。

そこで、本稿では、介護サービスの法令遵守等に係わるインセンティブ設計をおこなっているオーストラリア及びイギリスの例を参照し、介護事業者にとって有効なインセンティブ設計のあり方について検討することを目的とする。

## 2. オーストラリアとイギリスの介護の質規制策におけるインセンティブ設計の具体例

近年OECD加盟国では、介護事業者のケアの質をモニタリングし改善するための取組みとして、①全国的な第三者評価機関の設置、②継続的な質の監視を目的とした文書を根拠とした事業者の自己評価とその情報開示、③制裁措置の強化と多様化がみられる（OECD 2005:73）<sup>4</sup>。オーストラリアとイギリスはこれらのしくみを備え、特に①の独立した全国的な第三者評価機関として、オーストラリアではAged Care Standards and Accreditation Agency（以下、「高齢者ケア基準認証機関」とする）、イギリスではCommission for Social Care Inspection（以下、「社会的ケア監査委員会」とする）等の準政府機関がそれぞれ設置されていることが特徴的である<sup>5</sup>。また、コンプライアンスに係わる評価項目があり、事業者の自己評価と併せ第三者評価機関による質の評価（認証）のしくみによって、政府による事業者の質のモニタリングを可能にしていること、そのモニタリングの結果（評価結果）が経済的・非経済的インセンティブ（報賞・制裁）にリンクしていることが重要である。以下、介護事業者に対するインセンティブとして、報賞と制裁のしくみの概要をみていく。

## 3. 事業者のコンプライアンス態勢に係る評価基準及びプロセス

### 1) オーストラリアの認証評価基準におけるコンプライアンス項目

オーストラリアの介護施設の認証基準は表1に示すとおり、次の4領域（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）から構成されているが、4領域全てに「継続的改善」「教育・人材開発」と共に「法規の遵守」（Regulatory compliance）の項目が設けられている。例えば、「1. 2 事業者のマネジメント」の項目においては、全ての関連する法規、法的要件、専門職規範、

ガイドラインのコンプライアンスを明確化し、それを保障するための仕組みが機能している。」と定義されている。

これらの基準の評価に際しては、以下のような仕組み・プロセスがあるかどうかを検討される<sup>6</sup>。

- ① 各領域で遵守しなければならない関連法規や専門職規範、ガイドラインをどのように明確化しているか、そのためのコンプライアンス担当者を設置しているか
- ② 現場の実践（手順等）が法規に適合するように、職員等にどのように情報を伝えているか
- ③ こうしたコンプライアンスを施設がどのようにモニタリングしているか
- ④ サービス方針と手続きは、法令と整合性がとれるように作成され、修正されているか
- ⑤ 法的要件を充たさない（non-compliant）ことが発見された場合に、施設が改善措置を行っているか

この認証プロセスは、①施設の自己評価、②質の監査官による書類審査、③質の監査官による訪問審査（職員や入居者やその家族との話し合いも含まれる）、④「高齢者ケア基準認証機関」担当者による認証の決定、⑤認証証明書の施設への送付と評価結果の公表、⑦（認証された施設の）「継続改善計画」の作成と「高齢者ケア基準認証機関」への提出、⑧認証期限（評価結果によって、3年～1年となる）内の再申請という段階を経る。

施設は、最初の自己評価の段階で、各基準に関し、達成のための方針・目標の策定、達成行動の明確化、実施と評価、改善計画の策定を求められる。例えば、前述の4つのコンプライアンスに係わる基準についても、施設のコンプライアンス目標と方針の設定、そのための達成行動の明確化、実施と評価という業務管理体制が受審の前提として義務づけられることになる。それに加え、訪問審査において、質の監査官は各基準が遵守されているかどうか（compliant/non-compliant）を判断する<sup>7</sup>。その際、仕組みやプロセスがあるという情報だけでは「遵守されている」判断とはならない。施設は、これらの仕組みが有効に機能しており、持続的に結果を生み出していることを示す必要がある。

## 2) イギリスの評価基準におけるコンプライアンス項目

イギリスの場合、法的拘束力はないがケア基準法やそれに基づく規定(regulations)をより具体化した、サービス毎の全国統一の最低水準を定める全国最低基準(National Minimum Standards)がケアの質を規定する最も基本的かつ具体的な規則であり、その遵守が、実質的には事業者には要請されているといえる。オーストラリアの高齢者ケア施設の評価基準のような法令遵守のみを目的とした基準（項目）はないものの、全国最低基準の各基準に関して求められる全てのルール（関連法規やガイダンス、公文書等の遵守）が1つの表で確認でき、それらの遵守（コンプライアンス）が事業を運営するための要件となっていることが特徴である。

高齢者ケア施設に関しては、児童や障害者等も含めたケアホーム全般に適用される「ケアホーム規定」(Care Home Regulations 2001)と「高齢者ケアホーム全国最低基準」(表3)があり、岩間(2005: 29)の整理によれば、前者は「概括的・抽象的」、後者は「包括的・詳細・具体的」な内容である。さらに、2007年に全国最低基準に関して事業者や監査官が共通した解釈をおこなうことを目的として指針が公表されている。例えば、「高齢者ケアホーム全国最低基準」の指針(CSCI 2007a)をみると、各基準に関連する「ケアホーム規定」とその付則、その他関連する文書や法規に関する最新の情報がネット上で確認できるようになっている。つまり、事業者は、

ネット上でそれぞれの基準についてどの法令や公文書を遵守すればよいのかを素早く確認できるとともに、それぞれの法令および公文書の更新情報を入手できる。

表Ⅱ-1. オーストラリア 高齢者ケア施設評価基準

	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ตอบสนอง的であり、サービスが実施される環境の変化にตอบสนอง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			

表Ⅱ-2. イギリス 高齢者ケアホーム最低基準

大項目	番号	主要基準	基準	小項目
1 施設の選択	1		情報	3
	2		契約	2
	3	○	ニーズ・アセスメント	5
	4		ニーズの充足	4
	5		試行的な訪問	3
	6	○	中間的ケア	5
2 医療および対人ケア	7		サービス利用者計画	6
	8	○	医療的ケア	13
	9	○	投薬	11
	10	○	プライバシーと尊厳	7
	11		末期と死	12
3 日常生活および社会的活動	12	○	社会的接触と活動	4
	13	○	コミュニティとの接触	6
	14	○	自律性と選択	5
	15	○	食事と食事時間	9
4 苦情および保護	16	○	苦情	4
	17		権利	3
	18	○	保護	6
5 環境	19	○	建物	6
	20		共有設備	7
	21		トイレおよび洗濯設備	9
	22		改造と福祉機器	8
	23		個人の居室：面積の要件	11
	24		個人の居室：家具・調度類	8
	25		サービス：暖房と証明	8
	26	○	サービス：衛生と感染予防	9
6 職員	27	○	職員配置	7
	28	○	資格	3
	29	○	採用	6
	30	○	職員研修	4
7 マネジメントおよび運営（アドミニストレーション）	31	○	日常の業務運営	8
	32		エートス	8
	33	○	質の保証(Quality Assurance)	10
	34		財務手続き	5
	35	○	利用者の金銭	6
	36		職員へのスーパービジョン	5
	37		記録	3
	38	○	安全な業務実践	9
主要指標数		21	小項目数	248

## 2. 報賞のインセンティブ

### 1) 補助金の受給（経済的インセンティブ）

オーストラリアの高齢者介護施設であるケアホーム（以前のナーシングホームおよびホステル）は、1997年高齢者ケア法（the Aged Care Act 1997）に基づき、同法の附則である「ケアの原則」に定められた種類と水準のケアやサービスを提供し、認証基準（Accreditation Standards）を遵守し（comply）、利用者のケアのニーズを満たす技能をもった適切な人数の職員を充たさなければならない。つまり、施設の開設にあたり、「高齢者ケア基準認証機関」による全国共通の評価基準を用いた認証を受けることが

必要であり、さらに、前回の認証の有効期限内に継続的に再認証を受けることが補助金受給の要件となっている。つまり、継続的に再認証されない場合は、補助金の受給が停止される。

## 2) 監査の柔軟化

オーストラリアのケアホームの場合、認証の有効期限は認証結果により1年～3年と異なる。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おり、96%の施設が44項目の評価基準を全て満たしていると判定されている。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」と判断された項目を短期間で修正しており、高齢者ケア法のもと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。

イギリスの介護施設（ナーシングホーム、レジデンシャル・ホーム等）の場合、従来の最低年2回（うち1回は予告なしが望ましい）、全ての施設に対して同じ内容の同じ頻度で行われていた「社会的ケア監査委員会」による監査が、2006年度からの改正により施設の質がどう判断されるかによって監査の頻度や内容も異なることとなった。

まず、事業者は、今回の改正により、従来の「監査事前の質問票」に代わり、毎年1回、全ての成人ケアの登録事業者は、「自己評価」(self-assessment)と「データ・セット」(data set)の2部構成である年次クオリティ・アシュアランス評価(Annual Quality Assurance Assessment; AQAA)の提出を義務づけられることとなった。「自己評価」は、全国最低基準の各アウトカムグループについて、どの程度利用者のニーズを満たしているかの事業者の判断を問い、「データ・セット」は、サービスに関する基礎的な事実や数について報告するものであり、わが国の「介護情報の公表制度」と類似している。具体的な質問項目は表3の通りである。

その後、事業者は、基本的な監査であり、全国最低基準のうち「主要基準」(key standards)に係わる結果を報告する「主要監査」(Key Inspections)を受けなければならない。「主要監査」は通常予告なく行われ（訪問の数時間前に電話等で予告される）、頻度は、その事業者のサービスの質やリスクの評価の結果（三つ星評価）により、1年に数回から2～3年に1回と差が設けられる（表4）。ただし、新規の事業者やサービスは、最初の半年間に必ず受けなければならない（これをベースライン評価ともいう）。

「主要監査」には6段階〔①計画化と証拠（利用者やその家族の苦情・懸念・弁明、インシデント、事業者の自己評価、以前の監査報告書等）の調査、②利用者の関与（郵送で利用者調査を行うこともある）、③訪問審査（利用者や職員との面談や観察も含まれる）、④証拠の統合、⑤アウトカムに関する判断の決定、⑥質に関する3つ星評価(quality rating)の決定、⑦報告書の公表と終結〕のプロセスが規定されている。段階⑥の3つ星評価にあたっては、基準毎でなく、基準の7つの大項目（アウトカムグループ）毎に星の評価（Poor、Adequate、Good、Excellent）が行われ、最後に施設全体の星の評価が決定される。なお、この3つ星評価に関しては、2008年1月から、アウトカムグループ毎に新しいアウトカムの記述（各グループのアウトカムを文章で説明したもの）が採用され、また3つ星の公表が開始された。

尚、2つ星（Good）や3つ星（Excellent）と判断された事業者は、翌年あるいは翌々年まで「主要監査」を受けないことになる。その場合は、訪問を伴う監査は行われませんが、事業者の年次クオリティ・アシュアランス評価、利用者や関係者からの意見、懸念等の情報から、質が判断され、年次サービスレ



ビュー(Annual Service Review)が作成される。これは、事業者のサービスの質が前回の「主要監査」から変更していないことを保障するものであり、もし何らかの質の低下が疑われる場合には、訪問監査が実施される可能性もある。

その他に、「主要監査」の補足的な役割を果たす規模の小さい、「無作為監査」(利用者や家族からの苦情やリスク評価等により安全面で懸念される施設に対し、問題の改善度を確認したり、管理者の交代やサービスの変更があった場合のフォローアップ監査)や「テーマ別監査」がある。

表Ⅱ-3. 年次クオリティ・アシュアランス評価の項目 (2007年10月改訂版) (CSCI 2007c)

第1部 「自己評価」

1. 利用者の意見 (利用者の意見をすくいあげ、活動に反映するためにおこなっていること/利用者の意見を基におこなったサービスの変更や今後変更する予定のこと)																					
2. 公平性と多様性 (民族、性、同性愛志向、障害、年齢、宗教、信念等の多様性について配慮しおこなっていること/公平性と多様性を促進するためにおこなったサービスの変更や今後変更する予定のこと)																					
3. 改善への障害 (過去12ヶ月に改善したいと考えた程改善できなかったこと/これらの障害の影響を縮小するためにおこなったこと)																					
4. 費用に対する効果 (バリュー・フォア・マネー) (バリュー・フォア・マネーを実現できていると考える理由)																					
<table border="1"> <tr> <th>アウトカムグループ</th> <th>各グループについて記述する</th> </tr> <tr> <td>1 施設の選択</td> <td>・できていること</td> </tr> <tr> <td>2 医療および対人ケア</td> <td>・できている証拠</td> </tr> <tr> <td>3 日常生活および社会的活動</td> <td>・改善が必要なこと</td> </tr> <tr> <td>4 苦情および保護</td> <td>・過去1年間にどのように改善したか</td> </tr> <tr> <td>5 環境</td> <td>・次の1年間の改善計画</td> </tr> <tr> <td>6 職員</td> <td><b>全体の要約</b></td> </tr> <tr> <td>7 マネジメントおよび運営</td> <td>・できていること</td> </tr> <tr> <td></td> <td>・過去1年間にどのように改善したか</td> </tr> <tr> <td></td> <td>・改善が必要なことと、それをどのようにおこなっていくか</td> </tr> </table>	アウトカムグループ	各グループについて記述する	1 施設の選択	・できていること	2 医療および対人ケア	・できている証拠	3 日常生活および社会的活動	・改善が必要なこと	4 苦情および保護	・過去1年間にどのように改善したか	5 環境	・次の1年間の改善計画	6 職員	<b>全体の要約</b>	7 マネジメントおよび運営	・できていること		・過去1年間にどのように改善したか		・改善が必要なことと、それをどのようにおこなっていくか	
アウトカムグループ	各グループについて記述する																				
1 施設の選択	・できていること																				
2 医療および対人ケア	・できている証拠																				
3 日常生活および社会的活動	・改善が必要なこと																				
4 苦情および保護	・過去1年間にどのように改善したか																				
5 環境	・次の1年間の改善計画																				
6 職員	<b>全体の要約</b>																				
7 マネジメントおよび運営	・できていること																				
	・過去1年間にどのように改善したか																				
	・改善が必要なことと、それをどのようにおこなっていくか																				
<b>追加的情報</b> 利用者に関する個別情報 (社会的ケア監査委員会の方が利用者調査等をおこなう場合に必要とする情報)																					

第2部 「データ・セット」

1~6 職員 人数・配置・シフト・離職者数、資格と研修、職員の年齢・性・民族、雇用時の犯罪歴の審査
7~17 サービス 機器のメンテナンス、危険物、投棄、感染症コントロール、各手順に関する方針・手続き・マニュアルの有無と最後に見直しされた月日、利用者の人数 (入所・退所・短期入所者数)、(重度の) 介護ニーズをもつ利用者数 (寝たきり、認知症、失禁、入浴介助等)、利用者に関する情報 (性・民族・宗教・性的志向等)、苦情や保護を受けた利用者数・死亡者数、利用者の契約 (公費または自費)、ケアとサポート (自治体や医療機関との連携)

表II-4. 3つ星評価の条件と監査の頻度

星の評価	判断の条件	主要監査の頻度
☆☆☆ 3つ星 Excellent	サービスが完全ではなくても、かなり良好で、良くマネジメントされており、高い業績結果を持続している機関（ABCDの条件を兼ねる） A. アウトカムグループが1つでも Poor であれば3つ星にならない B. ケア、苦情・保護、マネジメントに関する分野が Good より上 C. アウトカムグループの半分以上が Good か Excellent D. 良い業績が持続していることを前提とするため、登録後最初の主要監査では Excellent となりえない	最低3年に1回
☆☆ 2つ星 Good	いくつかの Excellent のアウトカムをもっている場合もある（ABの条件を兼ねる） A. アウトカムグループが1つでも Poor であれば2つ星にならない B. ケア、苦情・保護、マネジメントに関する分野が Good より上 C. アウトカムグループの半分以上が Good より上	最低2年に1回
☆ 1つ星 Adequate	いくつかの Good あるいは Excellent のアウトカムをもっている場合もある（ABの条件を兼ねる） A. ケア、苦情・保護、マネジメントに関する分野が Adequate より上 B. アウトカムグループの半分以上が Adequate より上	最低1年に1回
星なし Poor	いくつかの Good あるいは Excellent のアウトカムをもっている場合もあるが、おおむね業績は低い。安全なサービスとは認められない。 A. ケア、苦情・保護、マネジメントに関する分野で1つ以上のアウトカムグループが Poor、もしくは B. 1つ星～3つ星の上の規定に該当しない	年2回

## 2) 表彰制度

「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<sup>8)</sup>。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<sup>9)</sup>。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。表5はコンプライアンス基準を充たしている(compliant)と判断された施設におけるコンプライアンスに係わる取組事項の例である(2005年10月公表)。この施設(Redland Bay Nursing Home)は、2002年に創設された高齢者ケア施設のための表彰制度(Higher Rating Award)を過去に受賞した41施設の1つで、その受賞理由がコンプライアンスの確保を含む質のマネジメントシステムである唯一の施設である。この例では、法令(改正等)に係わる情報の職員における共有化、専門職の行動規範に基づくサービスの継続的改善、違反の速やかな報告と対処、コンプライアンス態勢の点検・評価・改善のしくみが整備され、日常的に機能させていることが受賞の要因の1つとなっている。

表II-5. Redland Bay Nursing Homeにおけるコンプライアンス基準（基準1.2）の判断の根拠<sup>10</sup>

<p>質の監査官チームは、管理者、総看護師長、料理長、メンテナンス責任者に面談し、施設方針、質・労務管理・安全マニュアルを検討したところ、以下の結果を報告する（以下、抜粋）。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 法令や規則の改正を明確化するプロセスが整備されている。施設方針やプロセスは法的な要件を反映したものである。法令変化は、多様な方式で幹部職員に伝えられ、さらに全ての部署の職員にメモや職員会議等で伝達されている。</li> <li>・ 総看護師長、看護師長は専門職規範を監督し、研究文献のレビューやプロジェクトの開発を通して現場の実践方式の改善に向けて対処している。</li> <li>・ 職員は、自身の業務にどのような法規が関連しているかを理解している。また、職員の誰もが違反を目撃したり気づいたりした場合、「違反報告書」で報告することができる。</li> <li>・ 全ての関連法令基準を充たしていることを保証するために、経営幹部により定期的にサービスの運営を見直しされていることが2005年の年次報告書に明示されている。</li> </ul>
---

### 3. 制裁のインセンティブ

#### 1) オーストラリアにおける制裁とその公表

高齢者ケア法（1997年）に基づき、法令に違反した事業者に対し制裁の権限をもっているのはDepartment of Health and Ageing（保健医療高齢化省）である。「高齢者ケア基準認証機関」は、直接的な制裁権限を持たないが、基準が遵守されていると認められなかった場合（non-compliance）で、再審査が行われ、さらに以下のような状況が認められた場合に保健医療高齢化省に通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つた場合
- ③ 訪問審査で、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、実際に事業者が高齢化ケア省より何らかの通告を受けた場合、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。このように通告の内容が機関のインターネット上で迅速に公開され、手続きが透明化されていることが特徴といえる。尚、実際の公式な通告に関しては、次項に述べるとおり、2007年4月から、新たに設置された高齢化ケア省の「高齢者ケアの質およびコンプライアンス部局」が担当している。

尚、2007年4月から、高齢者ケア法規の改正により従来の高齢者ケア苦情解決制度を改め、苦情とコンプライアンスに対する対応をより強化することとなった。そこで、新たに高齢化ケア省に専門部署である「高齢者ケアの質およびコンプライアンス部局」が設置され、苦情を中央に集めて一括して処理する方式となった。この部署の機能は、次のとおりである。

- ① 全ての苦情や情報を調査する。
- ② 認可された事業者の責任義務違反がないかどうかを決定する。
- ③ 違反を是正するための措置をとる。
- ④ 責任に違反した事業者に対し、必要な措置を記した通告を発行する。
- ⑤ 事業者が違反を是正することができなかつた場合、コンプライアンス措置をとる。

⑥ 苦情処理の結果を苦情申し立て人にフィードバックする。

基準が遵守されなかった (non-compliance) 場合、その遵守されなかった内容の詳細とそれに対して行った措置について、保健医療高齢化省大臣は年次報告書の中で、議会に報告しなければならない。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ている。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」改善指導通告を行っている。

## 2) イギリスにおける段階的制裁

2006年のケア基準法の規定改正(the Care Standards Act 2000(Establishments and Agencies)(Miscellaneous Amendments) Regulations 2006)により、同年7月以降、質の低い事業者に対する改善計画の提出が義務づけられ、それに従わない場合には、起訴を含む法的手段がとられることとなり、是正措置が強化された。

是正措置の段階は表6の通りであるが、主要な段階は次の4つである。

### ① 改善要請

事業者に対し、48時間以内または、定められた期限までの改善を求める。

これを「緊急の要請」(immediate requirement)または「要請」(requirement)といい、通常は一度のみである(改善されなければ次の段階へ進む)が、事業者の方に正当な理由がある場合には繰り返し行われる場合もある。

### ② 改善計画の提出

3つ星監査で、質が低い(Poor)と判断された事業者は、改善計画の提出が義務づけられる。尚、適切(Adequate)の場合も、監査官が必要と判断した場合には改善計画の記入を求められる場合もある。改善計画には、監査官が要改善とした事項について、「定められた期限までに全ての条件を充たすためにどのような改善行動をとるのか」「改善行動を成功させるために何をするか」「改善行動が終結する日時」「具体的な行動の担当者」「改善計画に関する総責任者」を記入しなければならない。

### ③ 警告文書

サービスの質が低く、改善されない場合には、必要な改善が期限内にとられない場合には法的措置をとるという警告文書を事業者に送付する。

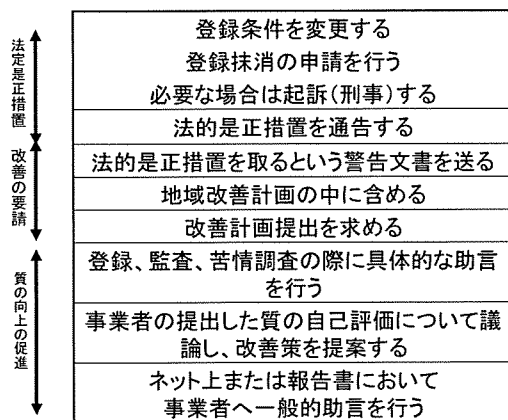
### ④ 法定是正措置

改善要請が充たされない場合には、「法定是正措置通告」を発行し、「公式の勧告」や犯罪と考えられる場合には起訴をおこなう。また、登録条件の変更(定員数を減らす、サービスの登録のカテゴリーを変更する等)、登録取り消しをおこなう場合もある。深刻な状況の場合に施設の閉鎖もありえるが、このような場合は事前に利用者への影響を十分に検討する。

事業者が正当な理由があり、失敗について自ら報告した場合には、是正措置は行われない。また、監査官は「マネジメント・レビュー会議」によってどのような是正措置をとるかを議論し、判断の正当性を検討する。どの是正措置がとられるかは、法的な義務・要件をどの程度充たしていないか、利用者への影響の程度はどの程度か、事業者がどのように改善要請や勧告に対して対応するかによって判断される。2006年度に事業者が実際に起訴された場合の理由の多くは、法令遵守違反または、無登録でサービスを運営した場合であった。

また、事業者は、新しいサービスの登録申請を拒否されたり、既存の登録を抹消された場合に上訴することができる。2006年度は、新規50件の上訴があり、うち37件は2007年度以降に継続している。

表Ⅱ-6. 是正措置の段階 (CSCI 2006)



#### 4. まとめ

以上から、オーストラリアとイギリスにおける介護事業者（施設）に対するインセンティブの特徴を次のように整理することができる。

- ① 報賞について：経済的インセンティブとして評価基準のコンプライアンスが補助金受給の条件となっている（オーストラリア）。さらに非経済的インセンティブとして、監査の柔軟化（優良な施設には監査の有効期限が延長され、監査に係わる毎年の負担が軽減される）（オーストラリア及びイギリス）とベストプラクティスに関する表彰制度（オーストラリア）がある。尚、予告なしの抜き打ち訪問監査が随時実施される（オーストラリア・イギリス）。
- ② 制裁について：罰則手続きが段階的に設けられているため、入居者に対する被害が広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。さらに指導によっても遵守を怠る悪質な違反に対しては、当局が登録抹消・起訴等の強い制裁権限をもつ。
- ③ 市場メカニズムにおける利用者選択：①に係わる各施設の評価（認証・監査）結果および表彰されたベスト・プラクティスの施設の内容、また②に係わる制裁の内容がインターネット等で公表される。そのため、利用者やその家族が施設選択の際にそれらの情報を活用することができ、質の高い事業者が選択されるようになるとともに、事業者にとっては、自らの質の改善を促す取り組みにつながる。

介護サービスの質の有効な規制の手法については、各国が取り組みに苦心しているが、規制と市場メカニズムをつうじて事業者が自発的にコンプライアンス態勢づくりを進める報賞と制裁のインセンティブ設計をおこなうことは、わが国にとっても示唆を与えられられる。

1 厚生労働省「介護サービス事業者の業務管理体制の整備について」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/service/index.html> における資料「介護サービス事業者の業務管理

体制の監督について」

<sup>2</sup> 厚生労働省「介護サービス事業者に係る業務管理体制の監督について（通知）」（老発第0330077号・平成21年3月30日付）の別添「介護サービス事業者業務管理体制確認検査指針」によれば、監督部局の役割は「事業者が自ら業務管理体制の改善を図り法令等遵守に取り組むよう意識づけすること」であり、「業務管理体制は、事業者自身の自己責任原則に基づく内部管理を前提としているものであるため、監督部局が事業者に代わり、指定事業所等の指定等取消事案などの不正行為の未然防止に努めるものではないことに充分留意する必要がある」としている。

<sup>3</sup> 厚生労働省「介護サービス事業者の業務管理体制に関する届出について」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/service/annai.html> 及び「介護サービス事業者の業務管理体制整備に係る Q&A」を参照。

例を挙げると、②の規程の整備について「必ずしもチェックリストに類するものを作成する必要はなく、例えば、日常の業務運営に当たり、法及び法に基づく命令の遵守を確保するための注意事項や標準的な業務プロセス等を記載したものなど、事業者の実態に即したもの」でよいこと、③については、既におこなっている法人の監査が法令遵守を盛り込んだ内容であればそれでよいこと、事業者の監査部門等による内部監査又は監査法人等による外部監査のどちらの方法でもよいこと、定期的とは必ずしも全ての事業所に対して、年1回行わなければならないものではないこと、等の留意点が記載されている。

<sup>4</sup> 本報告書（OECD 2005）では、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い、トレンドを分析している。

<sup>5</sup> イギリスの社会的ケア監査委員会は省外の公的機関（Non-Departmental Public Body, NDPB）である。例えば、アメリカでは高齢者に対する公的な医療・介護の部分保険であるメディケアの償還を受ける条件として民間の第三者機関（JCAHO）による認証のしくみがあるが、政府主導で全国統一のしくみのもとで第三者機関が設置されているオーストラリアやイギリスの方がわが国にとっては参考になると考えられる。尚、イギリスの「社会的ケア監査委員会」は、2009年4月から、保健医療および精神保健分野の同様の組織と統合し、成人の医療と社会的ケアの規制の全てを担う Care Quality Commissionへと改編された。

<sup>6</sup> The Aged Care Standards and Accreditation Agency, Results and Process Guide, 2006 を参照。

<sup>7</sup> The Aged Care Standards and Accreditation Agency, Audit Handbook for Assessors(ACSAA 2005b)を参照。

<sup>8</sup> 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）。

<sup>9</sup> 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。

<sup>10</sup> The Aged Care Standards and Accreditation Agency のホームページ

<http://www.accreditation.org.au/accreditation/>

Decision to Accredite (Redland Bay Nursing Home) (ACSAA 2005a) による。

### 第Ⅲ章 慢性期医療を提供する医療機関における コンプライアンス経営の業務実態に関するアンケート調査

#### 1. 調査の目的

慢性期医療機関が社会的責任を認識し、地域社会に一層役立つために、どのような制度変化が有用で、どのようにコンプライアンス経営を進めることが望ましいかという観点から、慢性期医療機関の現状と課題を把握し、今後の発展のために必要な対応を明らかにすることを目的とし、慢性期医療を提供する医療機関におけるコンプライアンス経営の業務実態に関するアンケート調査を実施した。

#### 2. 調査方法

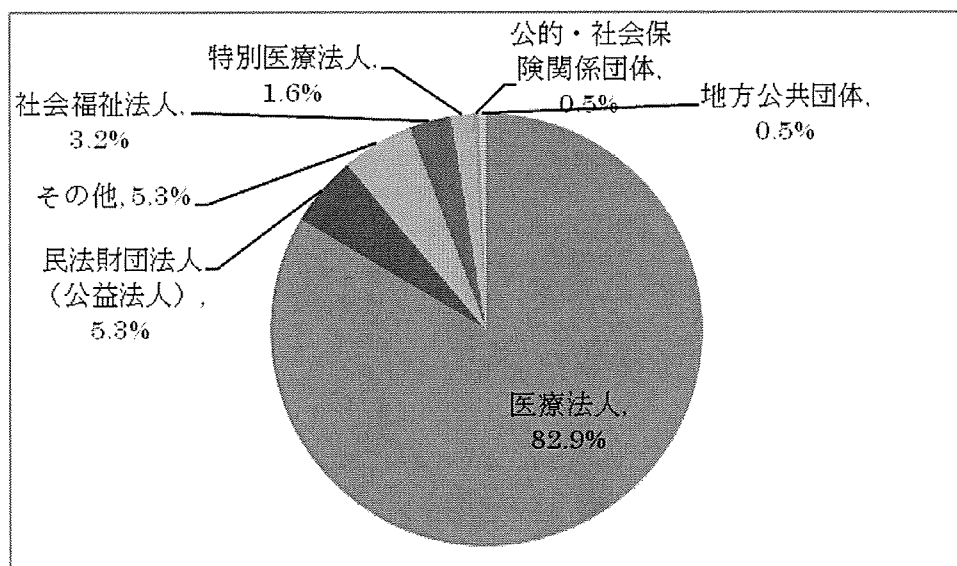
調査は平成 21 年 12 月から平成 22 年 2 月に行い、日本慢性期医療協会会員施設 750 施設に対して調査票を送付し、最終的な回答施設数は 188 施設、回収率は 25.6%であった。

調査結果は、Microsoft Excel、SPSS 等によって解析を行った。

#### 3. 収集された施設の概要

##### (1) 施設の法人格

収集された組織の法人格については、「医療法人」が最も多く 155 名 (82.9%)、次に「民法財団法人 (公益法人)」が 10 名 (5.3%)、「その他」が 10 名 (5.3%)、「社会福祉法人」が 6 名 (3.2%)、「特別医療法人」が 3 名 (1.6%)、「公的・社会保険関係団体」が 1 名 (0.5%)、「地方公共団体」が 1 名 (0.5%) と続いた。

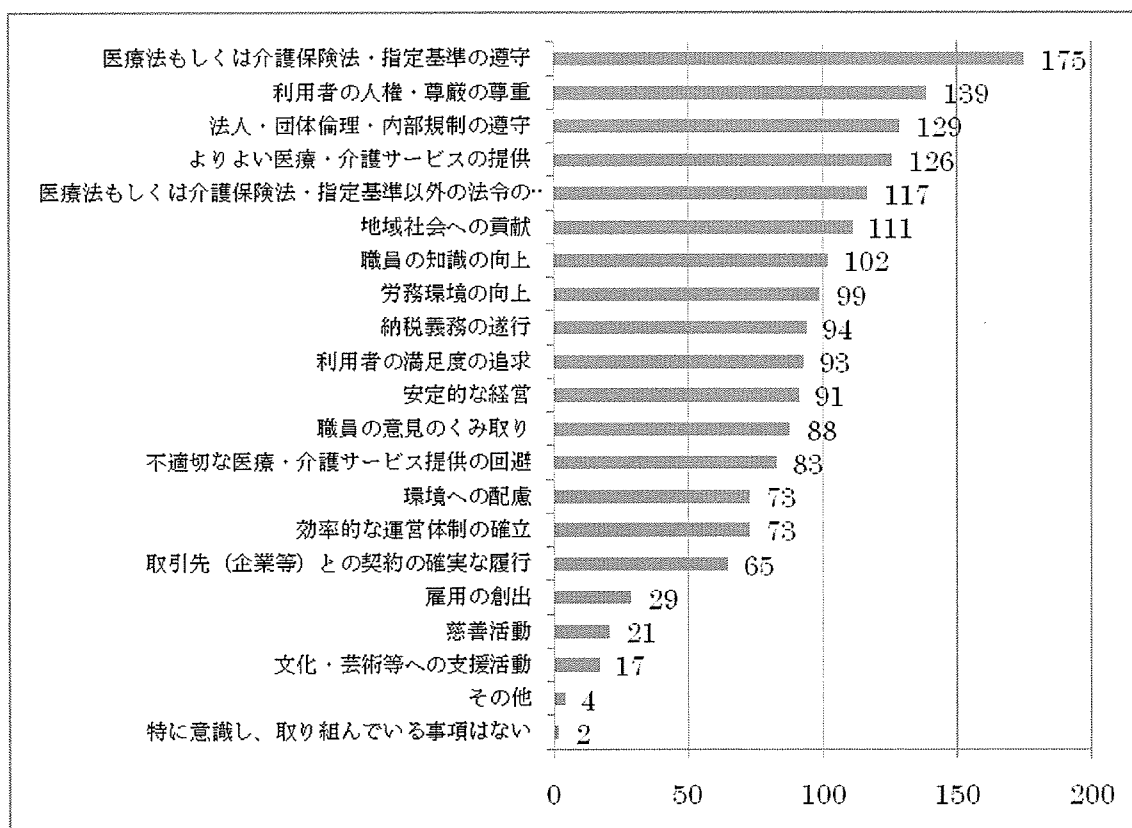


図Ⅲ-1. 施設の法人格

#### 4. 慢性期医療経営への意識について

##### (1) 組織における「コンプライアンス経営」

貴組織において「コンプライアンス経営」といった場合、どのようなことを意識して取り組んでいるかについて、「医療法もしくは介護保険法・指定基準の遵守」が最も多く 175 名 (93.1%)、次に「利用者の人権・尊厳の尊重」が 139 名 (73.9%)、「法人・団体倫理・内部規制の遵守」が 129 名 (68.6%)、「よりよい医療・介護サービスの提供」が 126 名 (67.0%)、「医療法もしくは介護保険法・指定基準以外の法令の遵守」が 117 名 (62.2%)、「地域社会への貢献」が 111 名 (59.0%)、「職員の知識の向上」が 102 名 (54.3%)、「労務環境の向上」が 99 名 (52.7%)、「納税義務の遂行」が 94 名 (50.0%)、「利用者の満足度の追求」が 93 名 (49.5%)、「安定的な経営」が 91 名 (48.4%)、「職員の意見のくみ取り」が 88 名 (46.8%)、「不適切な介護サービス提供の回避」が 83 名 (44.1%)、「効率的な運営体制の確立」が 73 名 (38.8%)、「環境への配慮」が 73 名 (38.8%)、「取引先（企業等）との契約の確実な履行」が 65 名 (34.6%)、「雇用の創出」が 29 名 (15.4%)、「慈善活動」が 21 名 (11.2%)、「文化・芸術等への支援活動」が 17 名 (9.0%)、「その他」が 4 名 (2.1%)、「特に意識し、取り組んでいる事項はない」が 2 名 (1.1%) と続いた。



図Ⅲ-2. 組織における「コンプライアンス経営」



表Ⅲ-1. 組織における「コンプライアンス経営」(その他回答)

No.	回答
1	医療の質の向上
2	学校教育への参加(小学校交流)
3	医療人の良識、誇りに根差した経営
4	利用者家族への対応

## (2) 医療・介護サービス分野における法令遵守

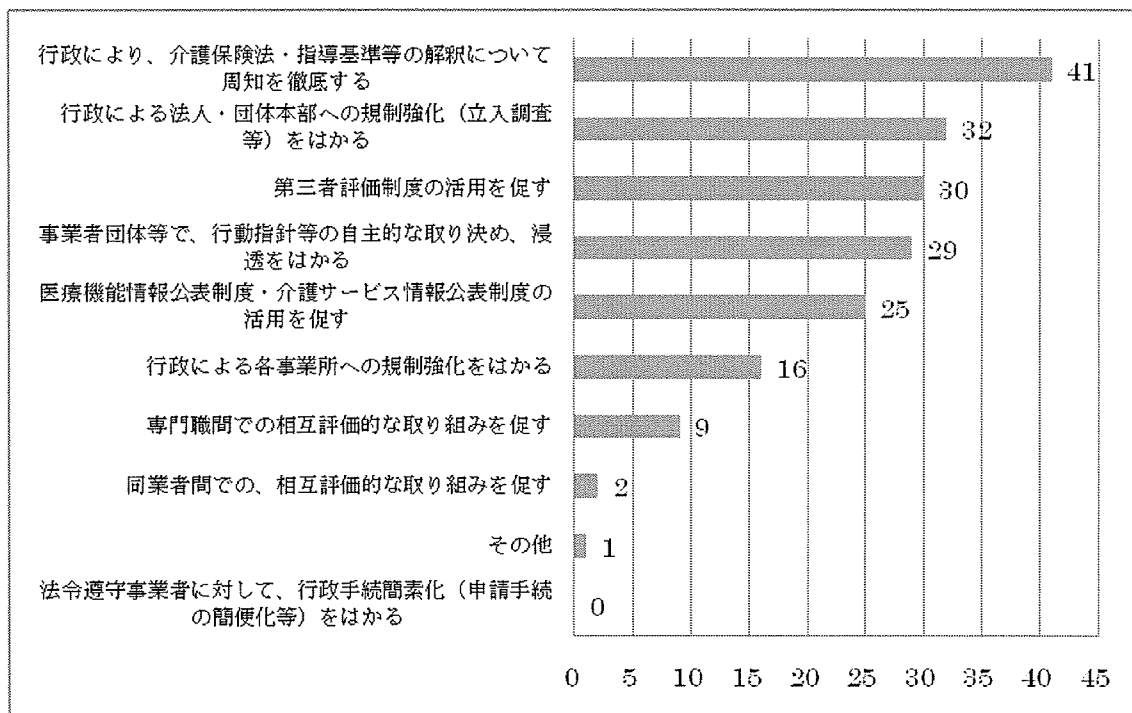
医療・介護サービス分野における法令遵守を徹底させていくためには、どのような政策・方策が重要と思うかについて、1番重要なものとして挙げられたのは、「行政により、介護保険法・指導基準等の解釈について周知を徹底する」が最も多く41名(22.2%)、次に「行政による法人・団体本部への規制強化(立入調査等)をはかる」32名(17.3%)、「第三者評価制度の活用を促す」30名(16.2%)、「事業者団体等で、行動指針等の自主的な取り決め、浸透をはかる」29名(15.7%)、「医療機能情報公表制度・介護サービス情報公表制度の活用を促す」25名(13.5%)、「行政による各事業所への規制強化をはかる」16名(8.4%)、「専門職間での相互評価的な取り組みを促す」9名(4.9%)、「同業者間での、相互評価的な取り組みを促す」2名(1.1%)、「その他」1名(0.5%)、「法令遵守事業者に対して、行政手続簡素化(申請手続の簡便化等)をはかる」0名(0.0%)の順になっていた。

一方、2番目に重要として挙げられたものについては、「医療機能情報公表制度・介護サービス情報公表制度の活用を促す」が最も多く44名(24.2%)、次に「行政により、介護保険法・指導基準等の解釈について周知を徹底する」32名(17.6%)、「第三者評価制度の活用を促す」25名(13.7%)、「事業者団体等で、行動指針等の自主的な取り決め、浸透をはかる」22名(12.1%)、「行政による法人・団体本部への規制強化(立入調査等)をはかる」21名(11.5%)、「専門職間での相互評価的な取り組みを促す」15名(8.2%)、「行政による各事業所への規制強化をはかる」12名(6.6%)、「同業者間での、相互評価的な取り組みを促す」11名(5.9%)、「法令遵守事業者に対して、行政手続簡素化(申請手続の簡便化等)をはかる」0名(0.0%)、「その他」0名(0.0%)と続いた。

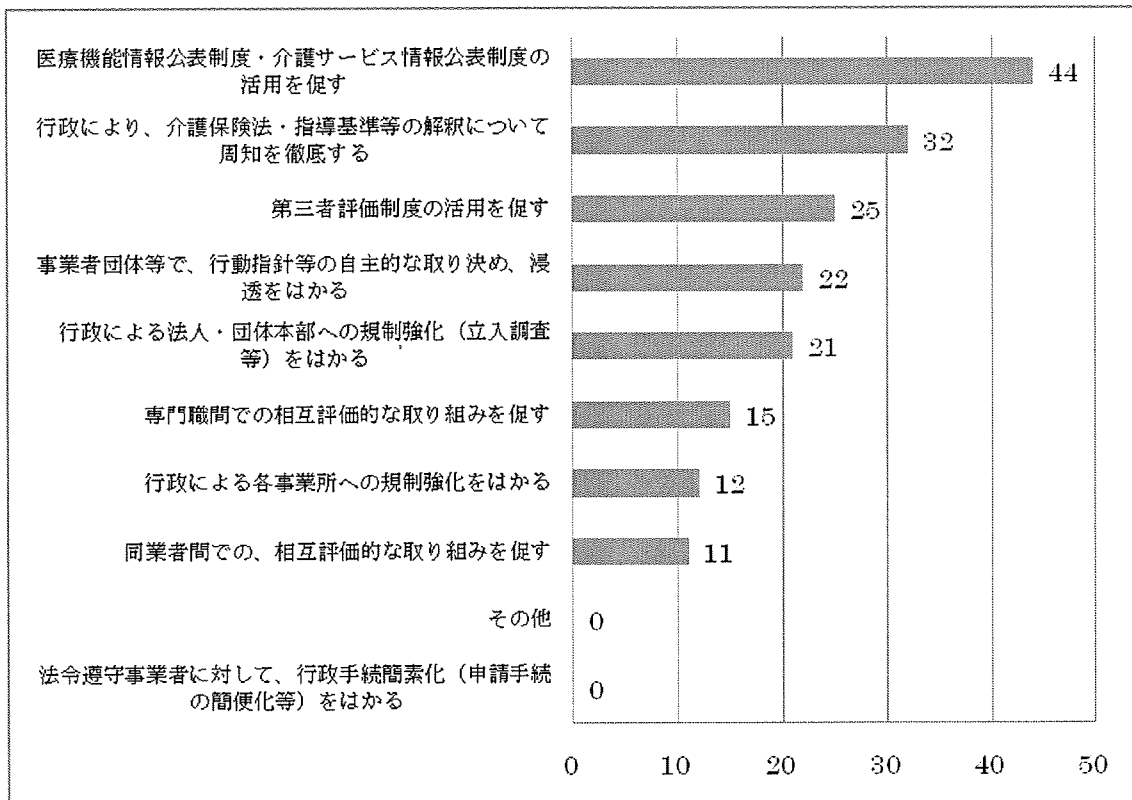
また、3番目に重要として挙げられたものについては、「行政による法人・団体本部への規制強化(立入調査等)をはかる」38名(21.5%)が最も多く、次に「医療機能情報公表制度・介護サービス情報公表制度の活用を促す」28名(15.8%)、「第三者評価制度の活用を促す」26名(14.7%)、「行政により、介護保険法・指導基準等の解釈について周知を徹底する」23名(13.0%)、「事業者団体等で、行動指針等の自主的な取り決め、浸透をはかる」20名(11.3%)、「同業者間での、相互評価的な取り組みを促す」17名(9.6%)、「専門職間での相互評価的な取り組みを促す」16名(9.0%)、「行政による各事業所への規制強化をはかる」7名(4.0%)、「法令遵守事業者に対して、行政手続簡素化(申請手続の簡

便化等)をはかる」2名(1.1%)、「その他」0名(0.0%)と続いた。

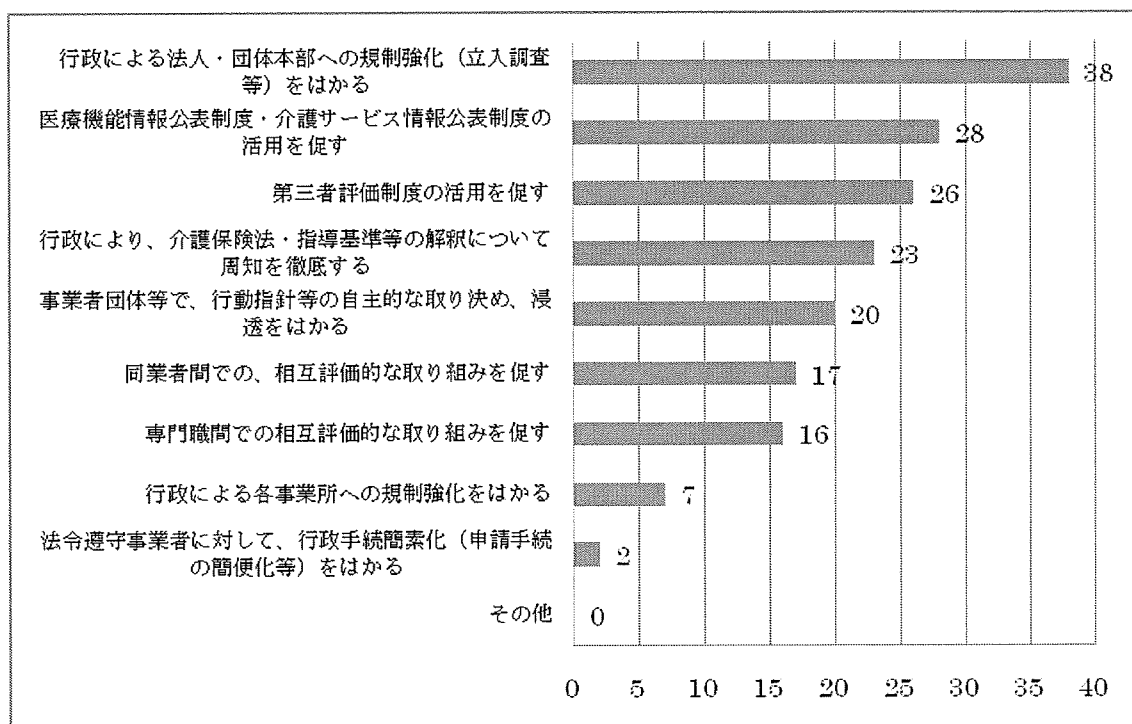
「行政により、介護保険法・指導基準等の解釈について周知を徹底する」、「行政による法人・団体本部への規制強化(立入調査等)をはかる」、「医療機能情報公表制度・介護サービス情報公表制度の活用を促す」、「第三者評価制度の活用を促す」といった内容については、重要であるという認識が高い反面、「同業者間での、相互評価的な取り組みを促す」、「行政による各事業所への規制強化をはかる」、「専門職間での相互評価的な取り組みを促す」といった内容については、重要性が低い傾向が見られた。



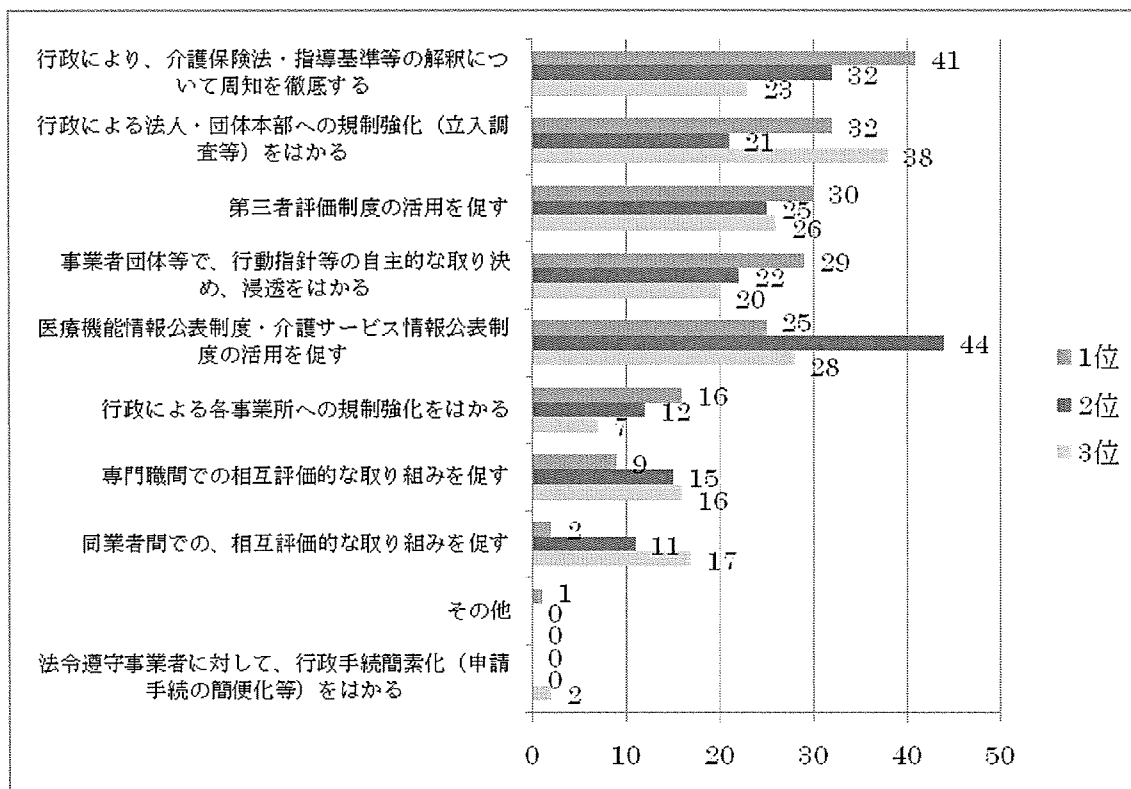
図Ⅲ-3. 医療・介護サービス分野における法令遵守(最も重要なもの第1位)



図Ⅲ-4. 医療・介護サービス分野における法令遵守(最も重要なもの第2位)



図Ⅲ-5. 医療・介護サービス分野における法令遵守(最も重要なもの第3位)



図Ⅲ-6. 医療・介護サービス分野における法令遵守(全体)

表Ⅲ-2. 医療・介護サービス分野における法令遵守(その他回答)

No.	回答
1	内部、外部からの告発の奨励とシステム作り
2	担当者による解釈の違いをなくす
3	行政による調査基準の均一化。担当者や県・市レベルで基準の偏りがあるように思われる
4	患者家庭の徹底した経済・家族構成の調査
5	行政が入らない方がよい
6	とくに、個人診療所の規制強化

### (3) 医療・介護サービス事業者の法令遵守の徹底

医療・介護サービス事業者の法令遵守を徹底していくためには、貴組織としては、どのような方策が必要と考えるかについて、1番重要なものとして挙げられたのは、「経営・運営幹部にコンプライアンスの教育研修を行う」42名（22.7%）が最も多く、次に「コンプライアンスに関する規定をつくる」40名（21.6%）、「法令遵守に関する責任者を明確にする」40名（21.6%）、「自由闊達な意見交換ができるような職場雰囲気を作る」21名（11.4%）、「現場職員にコンプライアンスの教育研修を行う」13名（7.0%）、「不正を早期発見する