

イギリス福祉サービスにおけるベンチマーキング型評価
－連立政権以降の自治体評価・事業者評価の展開－

研究分担者 長澤 紀美子（高知県立大学社会福祉学部 教授）

研究要旨

本研究では、文献研究により、イギリスにおける新連立政権以降のベンチマーク型評価（自治体評価及び事業者評価）に関わる政策動向及び課題を整理し、さらに各々の評価におけるアウトカム指標の内容について報告する。

イギリスでは、労働党政権下で発展した自治体評価のPAFおよび事業者の3つ星評価（star-rating）のベンチマーク型評価は、政権交代後、集権的な規制よりも分権的かつ自主的な規制を重視する現連立政権により、2010年に廃止された。自治体評価については自治体が自主的に業績改善に活用するアウトカム指標ASCOFへ、事業者評価については、最低基準の登録とコンプライアンスのモニタリングと公表のしくみに変更された。一方で、ASCOFの一部に採用されたASCOTはケアの提供による利用者のQOLへの影響を科学的に測定しようとする試みであり、保健省では研究機関と協力して社会的ケアのアウトカムをどのようにベンチマーク化するかという取り組みが進められている。労働党政権下での約10年間のベンチマークの取り組みにより、業績を測定し、分析し、公表するしくみは定着したが、新連立政権下では、業績測定の方権化とアウトカム指標への移行が進められている。

A. 研究目的

イギリスでは、1990年代末からの新労働党政権下で保健医療及び福祉サービスの質の確保が政策課題として大きく取り上げられ（Wiener, et al. 2007）、ベンチマーキング型評価が発展した。保健医療福祉行政（いわゆる「保険者機能」の評価）に対してはPAF（定量的指標）、事業者に対しては格付け評価（定性的基準）という集権的なベンチマークシステムにより、各々の業績を全国共通の指標により測定・公表し、比較分析を行うことで、継続的改善を促す取り組みを進めてきた。

昨年度の分担研究においては主に2000年以降の自治体評価、事業者評価の動向を整理し、イギリスにおけるベンチマーク型評価の特徴について分析した（冷水・長澤 2011）。

それに続き、今年度は2010年の政権交代以降のベンチマーク型評価（自治体評価及び事業者評価）の展開および各々の評価におけるアウトカム指標の内容を明らかにすることを目的とする。それにより、我が国で今後ベンチマークシステム、特にアウトカム指標を開発し運用するにあたっての有用な知見を見出すことを試みる。なお、本稿における「イギリス」とは、グレートブリテン及び北アイルランド連合王国を構成している4ヶ国の1つである「イングランド」を指すこととする。

B. 研究方法

イギリス保健省及び公的機関による資料および学術論文による文献研究

C. 研究結果

1. 自治体評価

(1)新連立政権による PAF の廃止

2010年5月に保守党と自由民主党との連立内閣が成立し、イギリスでは13年ぶりに政権交代が行われた。前労働党政権下の福祉国家の拡大を批判したキャメロン保守党は、財政再建の方策の一つとして、公共サービスの削減と市民（コミュニティやボランティア・セクター）の公共サービスへの関与の拡大や地域主義（政府が全国の自治体に共通の集権的な規制を設けたり、自治体に介入したりするのは好ましくなく、規制については地域に委任し（「分権化した政府」）、各セクターが主導する相互支援に基づいて地域の説明責任を果たすべきである、という考え）を掲げた。その一環として、自治体行政評価の廃止および監査機関の権限の縮小の取り組みが進められた。

自治体福祉サービスの評価については、2010年11月にケアサービス大臣 Paul Burstow が2001年から続いていた中央政府が設計し義務化した PAF 指標に基づく自治体の業績評価の廃止を宣言し、2010年11月に公表された2009年度版の報告書が、最後の CQC による報告書となった。

PAF の廃止には以下の要因が指摘されているⁱ。

- ① 集権的な規制の縮小と地域主義
- ② 有用性の低下（自治体のベンチマークシステムは、サービスの質改善に一定の成功を収めたが、10年過ぎて既に制度疲労となり、現在では業績の向上に結び付いていない）
- ③ コスト削減（業績評価システムは費用がかさみ、財政制約の時代には廃止が必要）
- ④ ケア提供方式の変更（「個別化」政策が促進されている現在、行政評価は質を評価

する最善の方法ではない）

- ⑤ 利用者・介護者による評価が必要（自治体は透明性のあるデータを公表し、利用者・介護者（例えば地域の利用者団体等）が業績評価により大きな役割を果たすべきである）

PAF の廃止に関しては、事業者団体からの批判があった。例えば、自治体が事業者からサービスを購入する際の購入判断が誤っている場合に、規制する主体がないことが問題とされているⁱⁱ。従来行っていた、準政府的な第三者機関である監査機関による自治体福祉サービスの監査が中止されたことがどのように影響するかについては、今後も注視が必要である。

(2)ASCOF 指標の概要

2010年11月、新連立政権の社会的ケアに関する方針を示す「成人社会的ケアのビジョン」(DH 2010a) が公表され、社会的ケアの監査については、今後、中央集権的なトップダウンの業績マネジメントではなく、地域の住民の意見を反映し、説明責任を果たすことと行政や事業者等の運営主体による自主的な改善を重視するとした。同時に発行された「アウトカムにおける透明性」(DH 2010b) の中で、①アウトカムに焦点を当てること、②質の戦略を発展させること、③透明性をシステムの中に組み込むことが示された。①については、現在、社会的ケア受給者に対して導入が推進されている「個別化」(personalisation)（消費者主導型現金給付の一種であり、2008年度の社会的ケア受給者に占める個別化利用割合の6.5%を2011年度末には30%にするという達成目標が掲げられている）の場合、ケア提供プロセスで評価することが困難であるため、アウトカム重視が必要であること、②卓越がベンチマークとなるような戦略を策定すること、③透明性を高

めることで地域住民が情報をもって選択ができ、利用者や介護者自身の経験が変化や改善を促すことが期待できる、としている(DH 2010b)。

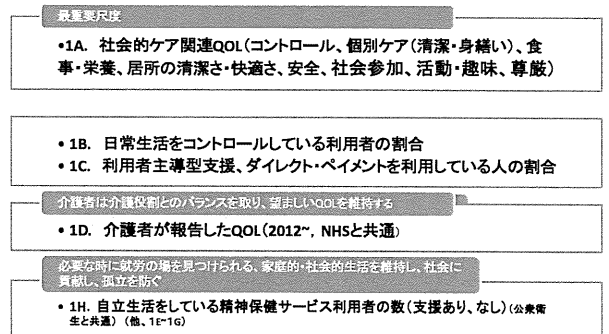
その後、諮問期間を経て、保健省と共に成人社会サービス部長協会(ADASS)、地方自治体協会(LGG)により合意され、初めて社会的ケアのアウトカム指標として公表されたものが2011年度版 ASCOF(Adult Social Care Outcomes Framework)である(DH 2011a)。

それによれば、ASCOFは全国的な業績マネジメントツールではなく、中央政府は目標値の設定や自治体の業績マネジメントを行わない。業績マネジメントはあくまで事業者と共に自治体が決定する地域の責任であるとしている。既に ASCOF を活用している先駆的自治体では、全国的な指標と地域の優先施策を組み合わせる際の基本指標としてや、ASCOF、NHS、公衆衛生の3領域の指標を基盤に、地域包括ケアのアウトカム指標を策定している例がみられるという。保健省は、中央では、社会的ケアによる利用者のアウトカムの改善を示唆し、議会への説明責任や政策発展に寄与すること、地方では、地域間の比較ができる「ベンチマーキング」(学習やベストプラクティスの共有化)と地域の説明責任の達成を目的としている。また各自治体でよりよいアウトカムを達成する方法の議論や、公式な指標にないデータのデータソースとしての活用、政策目標立案の議論や優先施策の決定のための基礎的資料としての活用を示唆している(DH 2011a)。CQCは何らかのリスクが認められる場合には自治体への監査を行うとしているが、ASCOFはあくまで任意の自己評価ツールであり、「ベンチマーク」としての活用には多くの自治体の参加やデータの蓄積が前提となる。

ASCOFは以下の図に示す、4つの領域(ドメイン)から構成されている。また第1版の指標は既存のデータより収集できる指標(national data set:自治体から保健省に提出される全国データ)に限定されている。しかしながら、現在適切なデータの収集は難しいが、将来的に開発されるべき指標(「置換指標」)により、優先的な課題を示している。指標には「成人社会的ケアのヴィジョン」(DH 2010a)で示された成人ケアの基本7原則(予防、個別化、パートナーシップ、幅広い選択肢、保護、生産性、ケア労働力の養成と支援)が反映され、利用者の自立、介護者支援、虐待等からの保護が重視されている。

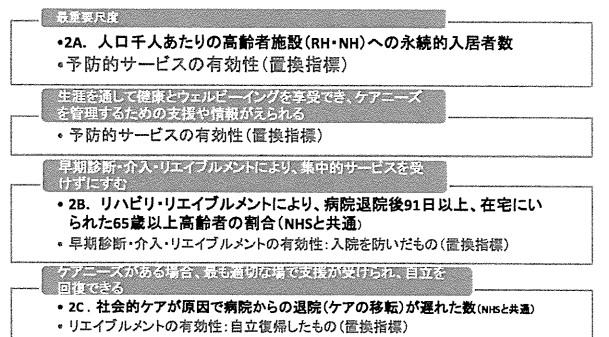
図1 ASCOFの4つのドメイン

ドメイン1: 要支援・要介護者のQOLを促進する



DH, 2011, Transparency in Outcomes: Framework for Quality in adult social care

ドメイン2: 要支援・要介護ニーズを遅らせ、減少させる



ドメイン3: 支援や介護での 患者の肯定的な経験を保障する

最重要尺度: 利用者や介護者がケアや支援の経験に満足する

- 3A. サービスの利用者がケアや支援に全般的に満足する
- 3B. 介護者がケアや支援に全般的に満足する(2012*)

介護者はケアプロセスを通して、対等なパートナーとして尊重される

- 3C. 要介護者に係わる議論に参加したり、意見を聞かれたりしたと報告した介護者の割合(2012*)

人は地域で利用できる選択性、受給要件、支援が必要な際窓口を確保している

- 3D. 支援に係る情報の入手が容易であった利用者との割合

社会的ケアの決定に係る人等は、個人の尊厳を尊重し、個別の状況に配慮した支援を行うことを保障する

- この情報は、「成人社会的ケア調査」より引き出され、地域レベルで分析される。

※介護者に係るデータは、「全国介護者調査」を初めて実施し、そのデータを基に2012年度版から含める。

ドメイン4: ヴァルナラブルな状況の人を保護し、 避けられる危害から保護する

最重要尺度

- 4A. 安全と感じている利用者の割合(公衆衛生と共通)

• 誰もが物理的安全を享受し、安心だと感じられる
• 身体的・精神的虐待、ハラスメント、ネグレクト、自傷行為から免れる
• 避けられる危害・疾病・傷害からできる限り保護される
• 事前に計画を立て、希望する方法でリスクをマネジメントできる自由をもつよう支援される

- 4B. サービスにより安全で安心と感じている利用者の割合
- 保護的サービスの有効性(置換指標)

(3) ASCOF 指標の課題

保健省の文書(DH 2011b)によれば、今後の ASCOF 指標の開発に向けた課題として、以下が挙げられている。

①データの対象者を自己負担者へ拡大

2011 年度版は自治体の過去のデータを反映し、公費支出の利用者のみを対象としている。消費者の多くを占める、費用を自己負担している利用者も含めたデータの収集と分析が今後必要である。そのために「全国介護者調査」の実施と「成人社会的ケア調査」の公費支出でない利用者および介護者への拡大、CQC による事業者の「質と安全の基本的基準」の登録情報との照合などを予定している。

②生産性と効率性

現在の指標には、地域レベルの集合的・統合的アウトカム(効率性、VFM、購入機能、

リーダーシップ等)が不足している。これを5つめのドメインとすべき、という意見もあるが、現在の個別のアウトカムを測るという方針に相容れない可能性がある。

③地域包括ケアの指標

現在、NHS・公衆衛生の領域のアウトカム指標との共通指標は少ししかない(リエイブルメントの効果、在宅維持率、ケアサービス間の移転の遅延)が、間接的に関連する指標(利用者や介護者の QOL 等)もある。今後、保健医療領域との地域での共同ニーズアセスメントや地域包括ケアの共同計画の発展により、指標を補足する必要がある。

④他の公共サービスとの連動

長期的には、社会的ケアシステム全体を評価するには、他のサービス(情報・助言サービス等)の影響も視野に入れるべきである。

その他にも、保健省は、医療(NHS)で導入されている Payment by Results(病院向け)や CQUIN(GP 向け)のような経済的インセンティブを含めるかどうかとも検討したが、医療と違い診療報酬がなく、自治体と事業者との契約で提供される社会的ケアには成果に応じた報酬を組みこむのはふさわしくない、という結論が出された。

一方 Lacey (2011)は NHS や公衆衛生の領域との協働による地域包括ケアにおける ASCOF の課題について次のように述べている。

- アウトカムの枠組みは始点であり、その後のシステム構築が重要である。地域システムをマネジメントし、阻害要素を認識することから住民に真に最適なアウトカムをもたらせる。
- ASCOF はシステムの一部である要素が他所と比べてどうかを示唆するのみで、地域で要素が互いにどう関連し、保健医療福祉地域包括システムがどのような共通目標に

向かったらよいかは示さない。

- ・あるサービスが他のサービスの代替になる（短期入所 VS 在宅ベースのリエイブルメント）ことの配慮や、1つのアウトカムの改善にはシステムの他の部分の改革が必要であるというシステムの関連を反映すべきである。
- ・特定のアウトカムがなぜ生じたかを理解するには、ステイクホルダーの関与が必要である。またアウトカムの達成には領域間の共同責任や連携が重要である。

以上のように ASCOF 指標は発展途上であり、今後の主な課題として、ケアのアウトカムの多様な面を反映する指標の追加や補完、保健医療領域と協働した地域包括ケアのアウトカムの測定が挙げられる。

なお、2012年4月現在、保健省ではケント大学、オックスフォード大学等の研究者と協力して社会的ケアのアウトカムについて、費用対効果の指標や介護者のウェルビーイングと支援との関連など、多面的なアウトカムをベンチマーク化する取り組みが進められており、これらの指標の妥当性が立証された場合、制度化する可能性が高い。

2. 事業者評価

(1) 新連立政権以降の CQC の機能の変化

2008年度から（自治体の3つ星評価と同様に）事業者に対しても実施されるようになった格付け評価は、格付けが事業者のサービスの質を正確に反映していない、との批判を受けて、2010年に廃止されることとなった。

さらに、2010年の連立政権成立以降は、公共サービスに係わる様々な監査機関の機能の縮小や改編が進められた。CQCは、それまでのCSCIの機能にはなかった民間病院の規制も対象とし、医療機関から施設・在宅の福祉サービスに渡る多種のサービスの規制を一括しておこなうことになった（その代わりに、前

述したように行政評価は業務の対象外となった）。その規制の内容は、CSCI時代の「監査」によって質の改善を促す役割から、質の最低限を示した「質と安全に関する基本的基準」に基づき事業者を「登録」し認可すること、登録後は、基準の「質とリスクのプロファイル」の16項目についてコンプライアンスのモニターすることにより、最低限の質を担保する役割へと変化した。言い換えれば、事業者の Quality Improvement の機能から、最低限の質保証 Quality Assurance へと変わったといえる。

また、従来自治体および事業者に対しおこなっていた評価の柔軟化（業績結果と監査の間隔をリンクさせ、業績のよい場合は3年に1回の監査とする）も中止されることになった。それは従来のように業績評価の結果と監査を連動させようとする、予算や人員が必要であり、CQCが統合により約3分の1の予算が削減された背景から、監査の仕組みを簡素化する必要があるという経済的理由によるものであるⁱⁱⁱ。

CQCは引き続き、事業者に対し、強制的権限をもつ（法令遵守がなされていなければ、通告、罰金、それでも改善されない場合は、裁判で訴追もおこなう）。そのために裏付けとなるデータについて、今後収集する予定である。CQCでのヒアリングでは、自治体の業績の悪化には対応すること、児童虐待など（深刻な事態を招く）限られた分野の監視は継続して行うこと、さらに年1回の事業者の監査は最低限行うこと、を担当者は述べていたが、従来の監査と比較して予算・規模ともに縮小しており、監査者の質の問題とともにサービスの質の確保に対する実効性が疑問視されている^{iv}。この点は、中央政府の自治体や事業者への介入は、最低基準の確保のみでよいか、という政府の役割の観点からも検討されるべ

き課題である。

(2) ASCOT 指標の開発と特徴^v

①ASCOT 指標の開発の目的

先に述べた自治体評価で PAF の後継として導入された ASCOF の第 1 ドメインの項目である「社会的ケアに関する（利用者の）QOL」の測定には、以下に述べる ASCOT 指標(Adult Social Care Outcomes Toolkit)の研究結果が取り入れられている。

PSSRU（ケント大学パーソナル・ソーシャルサービス研究所）は、社会的ケアや医療における公平性、効果、効率性に係わる研究の長い歴史をもち、それらの既存の研究結果をもとに、質測定フレームワーク(Quality Measurement Framework, QMF)プログラムのもとで、「成人社会的ケアアウトカム・ツールキット」(Adult Social Care Outcomes toolkit, ASCOT)を開発し、2010年に公表した。QMFは財務省の予算による3年間の研究プロジェクトであり、国立統計局（Office for National Statistics, ONS）が主導する「節約のための投資」(Invest to Save)イニシアティブの一環である。QMFは、公共サービスのアウトカムに係わる既存の尺度を検証し、（特に公共サービス^{vi}の第三セクターの供給に関する）新たな尺度の開発を意図したものである^{vii}。

ASCOTは、個人の社会的ケアに関連するQOL(Social care-related QOL, SCRQOL)^{viii}に係わる情報を把握することを目的に、多様な利用者集団、及びケアとサポートの現場にできる限り広く適用できるように計画されている。尚、ASCOT指標の領域の特定にあたり、社会的ケアの活動のアウトカムを反映するよう意図されている。サービス利用者、専門職、政策立案者からのインタビュー等により、この指標が利用者が価値を置くSCRQOLの側面を捉えていることが立証されている。

②指標の特徴及び理論的基礎

ASCOT指標の特徴は第一に、A. センの「潜在能力理論」に基づき、「潜在能力」と「機能」を区別し、指標に反映していることである。

障害を個人の属性ではなく、社会の障壁と捉える「障害の社会モデル」によれば、インペアメントをもつ人にとって環境や経済的な問題が障壁となって、SCRQOLの多様な側面を追求する能力が影響を受け、QOLは制限を受ける。イギリスの近年の政策も、障害をもつ人にとって機会を拡大し、「自由」「選択」「コントロール」を発展させるように焦点を当てられてきた。

この「選択」と「コントロール」は、センの「潜在能力理論」と共通している。センによれば、効用だけが価値の唯一の目的ではなく、個人がそのような状態にならない、あるいはすべきと考える多様なことをする実体的な機会の集まりを、「潜在能力」(capability)と捉え、それがむしろ価値の目的であるとした。「潜在能力」と対比されるのが「機能」(functioning)であり、「機能」はサービス利用により人々が経験する状態（清潔である、十分な食事を与えられる、安全である）や活動（買い物等）として捉えられる。多くの医療領域のアウトカム指標は、「機能」に着目し、それらの機能の状態を評価するものである。しかし、「機能」ではなく、「潜在能力」に価値が置かれている場合は、それを評価することも必要となる。

この「潜在能力」と「機能」を区別することが社会的ケアのアウトカム指標の開発にとって重要である。当事者運動・研究の立場からは、機会や潜在能力の拡大に価値を置いている。しかし、本人が認識している・いないにせよ、「機能」のレベルが低い（例えば十分な栄養を取れていない）ことは客観的なニーズがあることを示唆し、何らかの専門的な介

入を必要とする。そこで、ASCOT 指標では、各領域で「機能」を示すニードのレベルを3～4段階で評価し^{ix}、政策の方針である「潜在能力」をできる限り反映させつつ、認知やコミュニケーションに問題がある人には「機能」による評価を併用している。評価の方法については、日常生活に係わる軽度の支援から、認知症など重度のニードまで多様な利用者に適用できるよう、自記式調査票、対面でのインタビュー、観察等により、アウトカム情報をえられるように情報収集のための多種の方法が用意されている。

第二の特徴として、介入の「事前」「事後」の測定に代わる、サービスの介入の効果を測る手法を開発したことである。社会的ケアのアウトカムを測定する際の問題として、慢性の状態をもつ利用者にとっては、介入の事前事後の評価は難しい。その理由の1つは、実際には、一定期間での介入がその人のウェルビーイングの改善に効果があったとしても、健康状態が悪化している人にとって事前事後評価では殆ど影響が表れない場合があるからである。理由のもう1つとしては、ランダムコントロールによる実験デザインを採用しない限り、他の要因（例えばライフイベントなど）を除去した上で、社会的ケアの介入がもたらす変化を特定できないからである。実際には、倫理的な問題から、実験デザインによる評価の実施は困難である。

そこで、ASCOT では、サービスを利用していなかった場合起こりえる状況を利用者への質問や（施設の入居者などで回答が困難な利用者には）観察により、「予期される SCRQOL」を測定する。利用者の回答や評価から生成された「予期される SCRQOL」は、ADL との関連が高いことが先行研究により明らかになっている。この「予期される SCRQOL」と「現在の SCRQOL」との差が

サービスの介入の効果となる。

第三の特徴として、アウトカム指標の領域の相対的な重要性を評価していることである。ASCOT 指標の領域は以下の表1. に示す8領域であるが、これらの全ての領域や領域の中のレベルが利用者に同じ程度に重要であるとは限らない。そのため、（民族の種類や婚姻の有無など、全国的な分布を反映した）一般市民500人の選好を調査して、指標間の重み付けを行っている^x。

表1. ASCOT 指標の領域と定義

| 領域 | 定義 |
|-------------|---|
| 日常生活のコントロール | 利用者は、何をするか、いつそれをするかを選択でき、日常生活や活動にあたり、コントロールできる。 |
| 個人の清潔さと快適さ | 利用者は、個人的に清潔で快適であると感じ、個人的な好みを反映する装いや身だしなみをして、人前に出られるようにみえる。 |
| 食事と栄養 | 利用者は、定期的な間隔で、十分な食料や水分により栄養があり、種類に富んだ、文化的に相応しい食事ができている。 |
| 安全 | 利用者は、安全で安心と感じる。これは、虐待や転倒や他の身体的な危害を加えられる恐れがなく、攻撃されたり、盗まれたりという恐れがないことを意味する。 |
| 社会的参加と関与 | 利用者は、社会的状況に満足している。これは、友人・家族との意味のある関係を継続し、関与しているあるいはコミュニティの一部であると感 |

| | |
|------------|--|
| | じることが利用者にとって重要であることを意味する。 |
| 活動 | 利用者は、正式な雇用、無償労働、他人のケアやレジャーの活動等の、意味のある多様な活動に十分に従事できている。 |
| 施設の清潔さと快適さ | 利用者は、施設の環境（全ての居室を含む）が清潔で快適と感じている。 |
| 尊厳 | 利用者が個人的に重要と考える意識に対し、ケアやサポートが与える否定的・肯定的な影響。 |

なお、ASCOT 指標により、高齢者ケア施設の入居者のアウトカムを評価したところ、以下の結果が明らかとなった^{xi}。

- ・ ケア施設は入居者に相当なアウトカムを提供し、QOL を著しく改善している。
- ・ ケア施設は、日常生活へのコントロール等の領域よりも、清潔で身だしなみがよいことを保障する等の基礎的な領域でより高いアウトカムを達成している。尚、日常生活へのコントロールは、一般市民の選好調査により、最も重要な社会的ケアのアウトカムであると評価された領域である。
- ・ デイケアも利用者によりアウトカムを達成しているが、特に、障害レベルが高い利用者や週に3回以上通っている利用者のアウトカムが高い。
- ・ CQC の3つ星評価によって「よい」「かなり良い」と評価された施設では、「良くない」「普通」と評価された施設よりも、よりよいアウトカムを達成していた。しかし、他の要因をコントロールした場合に、CQC 評価による施設のケアの質は、

入居者アウトカムの変化の5%しか説明しなかった。

- ・ ケア施設の提供主体（営利、非営利、公立）によるアウトカムに有意の差はなかった。

以上から、ASCOT 指標は実際のケア施設での測定を通して、利用者の QOL を評価する指標として一定の評価をえているといえる。

(3) ASCOT 指標の意義と課題

ASCOT 指標は、社会的ケアのアウトカム指標の開発にあたり、介入の効果による QOL の改善についてサービスを利用している場合と利用していない場合との SCRQOL の比較により、間接的に数量化して表すことに成功している。既存のアウトカム指標は、健康や医療の臨床指標の例は多いものの、社会的ケアの介入による QOL のアウトカムを計量的に測定することは困難であったが、センの「潜在能力理論」に基づき、「機能」のみならず「潜在能力」をも測定する（一定の質の高い状態を達成できている・できていないだけでなく、その状態を達成するための条件や環境・機会が利用者に提供されているかどうかを判断する）評価ツールを初めて開発したことは意義が大きい。一方、施設のケアの質の公式な評価として現在使用できるものとしては、CQC による3つ星評価であるが、これについては適切にケアの質を反映していないという批判もあり、ASCOT 評価と CQC 評価との相関により、基準の妥当性を判断することには限界がある。ASCOT の評価基準とその評価方法については、事業者において、利用者・家族や職員・第三者等による多元的な評価による妥当性の検証が必要ではないかと考えられる。

D. まとめと考察

1. 自治体評価のベンチマーク：PAF から ASCOF へ

労働党政権下で医療行政を担う NHS、続いて福祉行政を担う自治体社会サービス部において、PAF によるベンチマーク評価が開始され、約 10 年間にわたり全国でのデータの公表と比較分析が行われてきた。

しかし、2010 年の政権交代により、集権的な行政評価のしくみが地方分権の政策理念に反するものとして PAF は廃止され、PAF に代わるものとして、社会的ケアのアウトカム評価枠組み (Adult Social Care Outcome Framework, ASCOF) が導入された。ASCOF においては、中央政府は目標値の設定や自治体の業績マネジメントを行わず、自治体が自主的にサービスの質の向上に取り組む際のツールとしての活用が勧められている。

2. 事業者評価のベンチマーク：3 つ星評価の廃止と監査の変容

事業者に対しては、2000 年ケア基準法により全国最低基準 (National Minimum Standard, NMS) に基づく監査・評価が行われてきた。しかし、それに基づいて 2008 年 1 月に開始された 3 つ星評価 (star-rating) は 2010 年に 5 月に廃止が発表され、2010 年 10 月以降、新たな登録・監査システムが開始された。NMS に代わる評価基準については、医療と福祉の領域間で共通した「質と安全の基本的基準」が導入された。この基準は法令に準拠し、事業者の登録の最低要件とされ、新連立政権以降の CQC は事業者の質の評価よりも、最低要件の登録とその後のコンプライアンスの監視機能がより重視されることとなった。この背景には、新連立政権による監査機関の機能の縮小、対象事業者の種別や数の増

加とともに、予算の縮小があることも聞き取り調査により明らかとなった。また事業者の自己評価に関わる報告の増加とともに、実地調査の頻度の削減があり、事業者の視点からは監査の実効性について懸念がある。

3. ASCOT 指標の意義と課題

ケント大学研究グループ (PSSRU) により開発された社会的ケアのアウトカム指標 (ASCOT) (2010 年に公表) は、社会的ケアの介入の効果による QOL (SCRQOL) の改善を数値化して示しており、センの「潜在能力理論」を適用して「機能」のみならず「潜在能力」をも反映して評価する指標である。研究成果に基づいたケアの効果を科学的に測定する手法であり、今後の社会的ケアのアウトカム指標の発展に大きな意義をもち、アウトカム指標の制度的な導入に関しても影響を与えると考えられる。このようなアウトカムに関わる精緻な評価手法の導入は、わが国の高齢者ケア現場の質の評価においても有効に活用できるものと考えられる。

F. 結論

本研究では、文献研究により、イギリスにおける新連立政権以降のベンチマーク型評価 (自治体評価及び事業者評価) に関わる政策動向及び課題を整理し、さらに各々の評価におけるアウトカム指標の内容について報告した。

イギリスでは、労働党政権下で発展したベンチマーク型評価は、集権的な規制よりも分権的かつ自主的な規制を重視する現連立政権の成立により大幅に見直しされた。自治体評価 PAF は廃止され、自治体が自主的に業績改善に活用するアウトカム指標 ASCOF へ、事業者評価については、3 つ星評価 (star-rating) が廃止され、最低基準の登録と

コンプライアンスのモニタリングと公表のしくみに変更された。評価の分権化の一方で、ASCOFの一部に採用されたASCOTのように科学的手法によるアウトカム指標への移行が進められている。

G. 研究発表

1. 論文発表

長澤紀美子, 2012, 「イギリス福祉サービスにおけるベンチマーク型評価—自治体評価および事業者評価の展開と課題」『高知県立大学紀要(社会福祉学部編)』61:41-52.

2. 学会発表

該当なし

3. その他

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

i Samuel, Community Care, 08 Nov. 2010 による。

ii *ibid.*

iii CQCの政策統括部長 Rosenbach氏への聞き取りによる。

iv 高齢者ケア施設(Woodhorn Park Care Home)地域統括マネジャーへの聞き取り結果による。

v 以下の内容は、PSSRU Discussion Paper 2716 (PSSRU 2010)による。

vi 公共サービスの中でも、成人社会的ケアと早期教育の2つの分野を対象とした。成人の社会的ケアでは、3つのケア提供場所(ケア施設、デイケア、情報・アドバイス・アドボカシー・サービス)を対象として評価ツールを開発している。

vii QMFは、最終報告書(ONS、2010)では、MOPSU(Measuring Outcomes for Public Service Users)と改称されている。MOPSUプロジェクトの目的は、①サービスの効果的な購入を促進するために、質と「支出にみあった価値」(value for money)を意思決定プロセスの中心におくこと、②多様な供給者の範囲を超えて、サービスが利用者にも与えた効果を評価するアウトカム指標の活用を促進すること、③非営利部門が公共サービスの供給に係わっている程度を検証し、非営利機関が参入する際の障壁の緩和に役立つことである。

viii 社会的ケアに関連するQOL(SCRQOL)とは、社会的ケアの介入に関係する、社会的ケアの介入に焦点を当てた利用者のQOLの側面を指している。

ix 「日常生活のコントロール」をサービスが有り・なしの場合にそれぞれ3つのレベル(ニードが高い、低い、まったくない)で判断する基準として、以下の例が挙げられている。高齢者が頭脳明晰で何でも判断できる場合は「サービスのあり・なし両方の場合にニードがない」、いくつか選択肢を与えられているが、参加へのはい・いいえ程度しか意思表示できず、職員の支援なしには実行に移すことはできない場合は「サービスがない場合ニードが高いが、サービスがある場合ニードが低い」となる。

x これら一般の人々の選好とサービス利用者の選好が同様であるかどうかを現在調査している。

xi 以下の内容は、ONSによる報告書(ONS 2010)を要約したものである。

文献

Cabinet Office, 2010, Building Big Society. CQC (Care Quality Commission), 2010a, Summary of regulations, outcomes and judgment framework.

CQC, 2010b, Essential Standards of Quality and Safety.

DH, 2009, Commissioning and Contracting for Outcomes: Care Services Efficiency Delivery: Supporting sustainable

- transformation.
http://www.dhcarenetworks.org.uk/_library/Resources/CSED/CSEDProduct/Contracting_for_Outcomes_v04_00_MCF_20Apr09.pdfDH,2010a, A vision for adult social care, Capable communities and active citizens.
- DH,2010a, A Vision for adult social care : Capable Communities and Active Citizens.
- DH,2010b, Transparency in Outcomes: Framework for Quality in adult social care
- DH,2011a, Transparency in Outcomes: Framework for Quality in adult social care: A response to the consultation and next steps.
- DH,2011b, Transparency in Outcomes: Framework for Quality in adult social care: the 2011/12 Adult Social Care Outcomes Framework.
- Forder, J., A. Netten, J. Caiels, J. Smith et al., 2007, Measuring Outcomes in Social Care: Conceptual Development and Empirical Design: Quality Measurement Framework Project PSSRU Interim report. <http://www.ons.gov.uk/about-statistics/methodology-and-quality/measuring-outcomes-for-public-service-users/adult-social-care/index.html>
- Lacey, P., 2011, Adult Social Care Outcomes Framework: Demonstrating improvement : a whole systems approach. <http://www.thewholesystem.co.uk>
- 長澤紀美子,2010,「高齢者介護施設のコンプライアンス—オーストラリアおよびイギリスにおけるコンプライアンス態勢構築に向けた方策—」『高知女子大学紀要(社会福祉学部編)』59, 67-85.
- 長澤紀美子,2011,「高齢者ケアのアウトカム評価—イギリスにおける政策動向と社会的ケアのアウトカム指標(ASCOT)の事例—」『高知女子大学紀要(社会福祉学部編)』60, 169-183.
- 長澤紀美子,2012,「イギリス福祉サービスにおけるベンチマーク型評価—自治体評価および事業者評価の展開と課題」『高知県立大学紀要(社会福祉学部編)』61:41-52.
- Netten, A., Burge, P., Malley, J., et al., 2009, Outcomes of Social Care for Adults (OSCA). Interim findings, PSSRU Discussion Paper No.2648, Personal Social Services Research Unit, University of Kent.
- Netten, A., Beadle-Brown, J., Trukeschitz, B., et al., 2010, Measuring Outcomes of care homes: Final report. <http://www.ons.gov.uk/about-statistics/methodology-and-quality/measuring-outcomes-for-public-service-users/adult-social-care/index.html>
- OECD, 2005, Long-term Care for older people.
- ONS(Office for National Statistics), 2010, Measuring Outcomes for Public Service Users. <http://www.ons.gov.uk/about-statistics/methodology-and-quality/measuring-outcomes-for-public-service-users/mopsu-reports-and-updates/index.html>
- PSSRU(Personal Social Services Research Unit), 2010, ASCOT: Main Guidance v1.0, PSSRU Discussion Paper 2716.
- Samuel, M., 2010, Councils back scrapping of annual care rating, despite provider warnings, Community Care, 08 Nov. 2010 <http://www.communitycare.co.uk/Articles/2010/11/08/115766/councils-back-end-of-care-rating-despite-provider-doubts.htm>
- 冷水豊・長澤紀美子,2011,「イギリス福祉サービスにおけるベンチマーク型評価—自治体評価および事業者評価のとりくみ—」(研究代表者・近藤克則)平成22年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合)研究報告書『介護保険の総合的政策評価ベンチマーキングシステムの開発』
- Weiner, J.M., Tilly, J., Howe, A., Doyle, C., Cuellar, A.E., Campbell, J., Ikegami, N., 2007, Quality assurance for long-term care: the experiences of England, Australia, Germany and Japan. AARP, 1-91.

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

要介護認定データから作成したケアの質評価指標の妥当性の検証
訪問調査に向けた基礎的検討

研究分担者 冷水 豊 （日本福祉大学地域ケア研究推進センター 教授）
研究代表者 近藤 克則 （日本福祉大学社会福祉学部 教授）
研究協力者 伊藤美智予 （日本福祉大学健康社会研究センター 主任研究員）
研究協力者 中村 裕子 （認知症介護研究・研修大府センター）

研究要旨

ケアの質評価ワーキンググループでは、指標開発の第2ステップとして、作成した指標の妥当性を検証するため訪問調査を行う予定である。本年度は、訪問調査に向けた基礎的作業として、具体的な調査方法などをまとめた。本調査は、要介護度維持改善率の成績と訪問調査でのケアの質の評価結果が一致するかどうかについて、ブラインドスタディ（指標による評価結果と、訪問調査者が指標による評価結果を知らない状況での評価結果とを比較する方法）により検証することを目的とする。

まず、2009年10月と2010年10月の2時点の要介護認定データを用いて要介護度維持改善率を算出し、施設（特別養護老人ホーム）間比較の結果（a）から訪問先を選定する。次に、調査員3名、研究者1名からなる調査チームを結成し、aの結果を知らない状況で訪問調査を実施する。要介護度維持改善率と関連すると思われるケアプロセスを中心に、3種類の評価票を用いてケアの質を評価する（b）。以上のような手続きを経て得られたaとbのデータを用い、今後、要介護度維持改善率のケアの質評価指標としての基準関連妥当性を検証する。

A. 研究目的

ケアの質評価ワーキンググループ（以下、ケアの質評価WGとする）では、これまで既存の要介護認定データを用いたケアの質評価指標の開発について検討してきた。昨年度は、要介護認定データから作成したケアの質評価指標を用いた施設間比較を実施した。その結果、要介護度維持改善率で施設間（n=91）に最大41.4%ポイントの差があることが明らかになった。

今後、指標開発の第2ステップとして、訪問調査による妥当性の検証を行う予定である。そこで本稿では、訪問調査による妥当性検証

の基礎的作業として、研究デザインや訪問調査で何を評価するのかなど具体的な評価内容を検討することを目的とした。

B. 研究 d 方法

2011年度ケアの質評価WGにおいて、訪問調査のデザインや具体的な評価方法などについて検討した。

C. 結果と考察

I. 調査デザイン

1. 訪問調査の目的

本調査は、要介護認定データから作成で

きる要介護度維持改善率が、ケアの質評価指標として妥当かどうかを検証することを目的とする。より具体的には、指標（要介護度維持改善率）の成績と、訪問調査でのケアの質の評価結果が一致するかどうかを検証する。つまり、「要介護度維持改善率の高い事業所は訪問調査の評価結果も良好か」がリサーチクエスションとなる。

なお本調査は、評価結果の信頼性を担保するためブラインドスタディで実施する。ここでいうブラインドスタディとは、調査者が指標による評価結果（a）を知らされないまま訪問し、ケアの質について評価（b）することをいう。こうして得られたデータを用い、aとbには相関がみられるのかを検証する。

2. 検証仮説

本研究の検証仮説は以下の通りである。

- ① aとbの結果は、ある程度一致する。
- ② 要介護維持改善率の指標は、「よいケア」を捉えるというよりは「最低限の質保証」としての質を反映している。「最低限の質保証」とは、マズローの欲求階層でいえば「生理的欲求」「安全」をカバーするものである。
- ③ 要介護度維持改善率という指標は、ケアの質のすべてを測ることができるとはなく、主として身体機能面のケアの質を捉えるものである。

3. 分析に用いるデータ

2011～2012年にかけて12保険者から新たに収集した要介護認定データを用いる。2009年10月と2010年10月の2時点のデータセットを作成し、分析する。分析対象となる施設数は約50ヶ所となる予定である。

このデータを用いて、昨年（2010年）の報告書に記載した方法で要介護度維持改善率を作成し、

施設間比較を実施する。

4. 訪問施設の選定

要介護認定データから施設別の要介護度維持改善率を算出し、上位・中位・下位層に分ける。さらに、従来型またはユニットケア型に層化し（一部ユニット型は除外する）、それぞれから2施設、計6施設を無作為抽出する。

評価結果の信頼性を高めるために、できるだけ短期間に訪問することが望ましい。なお、訪問施設の選定については、調査チーム（後述）は担当しない。

5. 調査方法

調査チームによる訪問調査を実施する。調査チームは、調査者3名と研究者1名の計4名で構成する。調査者のみがケアの質について評価を行う。調査者3名は、ケアの質に関わる多様な立場の者とする。具体的には、①サービス評価経験者、②施設管理者、③介護職経験者である。

訪問調査では、「食事」「入浴」「排泄」「移動」「機能訓練」のケア場面を中心として、観察・評価する。要介護度維持改善率は、これらのケア場面・内容と関わりがあると考えたためである。

食事場面などの観察が必要になるため、お昼の時間帯を含む3-4時間程度で訪問調査を実施する。聞き取りの対象者は、介護主任が適切だと思われる。可能であれば2名から聞き取りを行う。

本調査は研究の一環として行われるもので、監査的立場でケアの質評価を行うのではない点は、十分に配慮する必要がある。

II. 評価内容

1. 評価項目のレビュー

これまでの主なサービス評価事業で用いられてきた評価項目をレビューした。取り上げたのは、次の7事業である。評価項目

については、「食事」「入浴」「排泄」「移動」「機能訓練」の項目のみ抜粋しレビューした。

- ① 特別養護老人ホームサービス評価法¹⁾
- ② 特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価基準²⁾
- ③ 社会福祉施設運営指針 2 (改定新版)³⁾
- ④ 施設運営チェックリスト⁴⁾
- ⑤ 福祉サービスにおける第三者評価事業に関する報告書⁵⁾
- ⑥ 東京都福祉サービス第三者評価 (2011年版)⁶⁾
- ⑦ 介護サービス情報の公表制度 (厚労省・2011年度版)⁷⁾

ケアの質評価 WG で検討した結果、⑥東京都第三者評価事業で用いられている評価項目が総合的であるように思われた。そのため、これを基本として訪問調査での評価内容を考えた。

2. 評価票の作成

A～C の 3 種類の評価票を作成した。

評価票 A では、施設の基本情報を収集する (資料 1)。開設年や開設主体、入所者数や職員数など、施設のストラクチャーレベルのデータである。

評価票 B は、先述した東京都で用いられている評価項目 (22 項目) をベースにして作成した (資料 2)。ケアプロセスに着目した評価項目である。ケアの質評価 WG で検討を重ね、訪問調査で観察・評価すべき項目として 15 項目を厳選した。具体的には、食事 5 項目、入浴 4 項目、排泄 4 項目、移動 1 項目、機能訓練 1 項目である。これらの項目について、4 段階評価を行う。

評価票 C では、全体的評価となぜそのような評価をしたかについて理由 (自由記述) を記す (資料 3)。

3. 評価方法

訪問調査での評価は、観察や聞き取りの結果に基づき、まずは調査者 3 名が独立して行い、その後合議で評価する。

聞き取りの内容については、相手の同意を得ることを前提に、IC レコーダーに録音する予定である。

Ⅲ. 今後の課題

訪問調査を成功させるためには、事前の準備段階で十分な検討を重ねる必要がある。とりわけ、調査員の本調査に対する理解を深めることが重要である。調査員用の評価ガイドを作成し、事前のインストラクションを通して調査員の共通理解を得ることが重要である。

また、訪問調査に対して、施設の協力が得られるかどうか大きな課題である。「評価指標の妥当性を検証するための調査研究であり、事業所を評価するためのものではない」旨を丁寧に説明し、協力を得たい。保険者に協力を求めることや、場合によっては施設に説明をしに行く必要があると思われる。

D. 結論

ケアの質評価 WG では、訪問調査の具体的な方法等に関して、これまで議論を重ねてきた。今後、施設や保険者の協力を得ながら、ケアの質評価指標の妥当性の検証作業を進めていく予定である。

E. 文献

- 1) 東京都老人総合研究所社会学部 (1987) 『特別養護老人ホームサービス評価法 (老研版)』。
- 2) 厚生省老人保健福祉局監修 (1994) 『特別養護老人ホーム・老人保健施設のサービス評価基準』全国社会福祉協議会。
- 3) 全国社会福祉施設経営者協議会 (1994) 『社会福祉施設運営指針 2 (改定新版)』。

- 4) 全国老人福祉施設協議会（2001）『施設運営チェックリストーより良い介護・福祉サービスの確立に向けて』
- 5) 厚生労働省（2001）「福祉サービスにおける第三者評価事業に関する報告書」.
- 6) 東京都福祉サービス第三者評価（2011年版）.
- 7) 介護サービス情報の公表制度（厚労省. 2011年度版）.

*調査日現在でご回答ください

調査日 2012年 月 日

| | | | | | |
|----|-----------------|--|----------------|----------------------|----------------|
| 1 | 施設名 | | | | |
| 2 | 開設年 | 西暦 () 年 | | | |
| 3 | 開設主体 | <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| 4 | その他の施設運営 | <input type="checkbox"/> 同一法人での特養の運営 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()ヶ所 | | | |
| 5 | 医療機関の有無 | <input type="checkbox"/> 同一または系列法人での医療機関(病院・診療所)の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | | |
| 6 | 入所定員 | 特別養護老人ホーム () 人 | | | |
| 7 | 入所者数 | 特別養護老人ホーム () 人 | | | |
| 8 | 施設形態 | <input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型 (ユニット数:) | | | |
| 9 | 居室の状況 | 個室(1人部屋) () 部屋 | 2人部屋 () 部屋 | 3人部屋 () 部屋 | 4人部屋 () 部屋 |
| | | 5人部屋以上 () 部屋 | | | |
| 10 | 特養職員数 (日中) | 介護職 () 人 | | 看護職(正・准看護師) () 人 | |
| 11 | 特養職員数 (夜間) | 介護職 () 人 | | 看護職(正・准看護師) () 人 | |
| 12 | サービス提供体制強化加算の算定 | <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算Ⅰ <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算Ⅱ <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算Ⅲ <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算(Ⅰ～Ⅲいずれも)の算定なし <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)を算定できる人員状況にはあるが算定はしていない | | | |

| 項目 | | NO | よく できている | どちらかといえば できている | どちらかといえば できていない | まったく できていない |
|-----------------------------------|--|----|-------------|-------------------|--------------------|----------------|
| 食事 | 1 食事の支援は利用者の状態や意思を反映して行っている | | | | | |
| | ① 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている | 1 | | | | |
| | ② 利用者の栄養状態を把握し、低栄養状態を改善するよう支援を行っている | 2 | | | | |
| | ③ 嚥下能力等が低下した利用者に対して、多職種が連携し、経口での食事摂取が継続できるよう支援を行っている | 3 | | | | |
| | 2 利用者が食事を楽しむための工夫を行っている | | | | | |
| | ① 利用者の嗜好を反映した食事を選択できる機会がある | 4 | | | | |
| ③ テーブルや席が、利用者の希望に応じて、一定の範囲内で選択できる | 5 | | | | | |
| 入浴 | 1 入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている | | | | | |
| | ① 利用者の意向や状態を把握して、できるだけ自立性の高い入浴形態を導入している | 6 | | | | |
| | ② 入浴の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている | 7 | | | | |
| | ③ 認知症の利用者に対し、個別の誘導方法を実施している | 8 | | | | |
| | ④ 利用者が入浴を楽しめる工夫している | 9 | | | | |
| 排泄 | 1 排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている | | | | | |
| | ① 利用者の意向や状態に応じ、自然な排泄を促すよう支援を行っている | 10 | | | | |
| | ② 排泄の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている | 11 | | | | |
| | ③ 研修等によりオムツ交換、トイレ誘導等の排泄介助方法の向上に取り組んでいる | 12 | | | | |
| | ④ トイレは衛生面や臭いに配慮し、清潔にしている | 13 | | | | |
| 移動 | ① 利用者の状態や意向に応じ、できるだけ自力で移動できるように支援を行っている | 14 | | | | |
| 訓練能 | ② 機能訓練のプログラムに日常生活の場でのいかにすることができる視点を入れている | 15 | | | | |

| No | 項目 | 4段階評価 | | | |
|----|------------------|-------|----------------|----------------|-------|
| | | 非常に良い | どちらかといえば 良い | どちらかといえば 悪い | 非常に悪い |
| 1 | 食事支援に対するケアの質について | 非常に良い | どちらかといえば 良い | どちらかといえば 悪い | 非常に悪い |
| | | | | | |
| 2 | 入浴支援に対するケアの質について | 非常に良い | どちらかといえば 良い | どちらかといえば 悪い | 非常に悪い |
| | | | | | |
| 3 | 排泄支援に対するケアの質について | 非常に良い | どちらかといえば 良い | どちらかといえば 悪い | 非常に悪い |
| | | | | | |

| No | 項目 | 4段階評価 | | | |
|----|------------------------|-------|------------|------------|-------|
| 4 | 移動や機能訓練の支援に対するケアの質について | 非常に良い | どちらかといえば良い | どちらかといえば悪い | 非常に悪い |
| 5 | 職員と利用者の相互からみた雰囲気について | 非常に良い | どちらかといえば良い | どちらかといえば悪い | 非常に悪い |
| 6 | 総合的評価 | 非常に良い | どちらかといえば良い | どちらかといえば悪い | 非常に悪い |

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

特別養護老人ホームにおけるケアの質マネジメントの方法と機能に関する研究

研究分担者 平野 隆之（日本福祉大学社会福祉学部 教授）
研究協力者 伊藤 美智予（日本福祉大学健康社会研究センター 主任研究員）
研究協力者 中村 裕子（認知症介護研究・研修大府センター）

研究要旨

本研究では、サンビレッジ新生苑（岐阜県）を対象とした事例調査研究を実施した。特養におけるケアの質マネジメントの仕かけとして、「新規入所カンファレンス」「入所判定会議」「アセスメントサービス」という3つを取り上げ、方法と機能について検討することを目的とした。いずれの場合においても、教育的機能を有することが確認された。サンビレッジでは、事業所内マネジメントの枠組みを拡大し、地域社会も視野に入れたマネジメントを実践していた。特養におけるケアの質マネジメントの対象として、利用者、職員、事業所レベルにとどまることなく、広く地域社会まで視野に入れたマネジメントのあり方について検討することが求められる。

A. 研究目的

厚生労働科学研究班ケアの質評価ワーキンググループにおける研究課題のひとつに、「事業所内マネジメントの支援」がある。昨年度は、「事業所内におけるケアの質マネジメントの仕組みに関する事例調査研究」として、先進的な取り組みを行っているサンビレッジ新生苑（特別養護老人ホーム、以下サンビレッジ）を取り上げ、ケアの質マネジメントシステムの実態について明らかにした。その結果、次のような知見が得られた。

サンビレッジのケアの質を支える考え方の基本には、従来のリスクマネジメントとは対極をなすマネジメントの思想が存在していた。これを「クオリティマネジメント」という概念（仮説）として提示した。リスクマネジメントをも内包しながら、連続したかたちでケアの質向上を目指す概念である。

クオリティマネジメントの目的は、単にケアの質向上を目指すのではなく、究極的には

質改善のための組織風土を作り上げることである。つまりクオリティマネジメントでは、施設内でケアの質の改善志向をどう組織化し、持続させるかが問われることになる。

また、施設内で改善志向を組織化するためのツールとして、「委員会」や「座談会」をはじめとする多様な場が用意されていた。中でも、①従来からの研修に加え、「委員会」などこれら多様な場を、人材育成の仕かけとして活用している、②外部資金を活用した新たなサービス開発事業（例えば、アセスメントサービス）など、人材育成の方法に研究的要素を取り入れている点に、サンビレッジの特徴がみられた。

このようにこれまでの研究成果を通して、サンビレッジの事業所内マネジメントの一端が明らかになった。しかしながら、そのような仕かけの場がどのようにマネジメントされているのか、その方法や機能について十分に