

福祉サービス供給主体間における「サービスの質」の相違に関する研究 —訪問介護事業の実態分析を通して—

同志社大学大学院社会福祉学専攻博士後期課程
大阪公立大学都市科学・防災研究センター客員研究員 孫 琳

1. はじめに

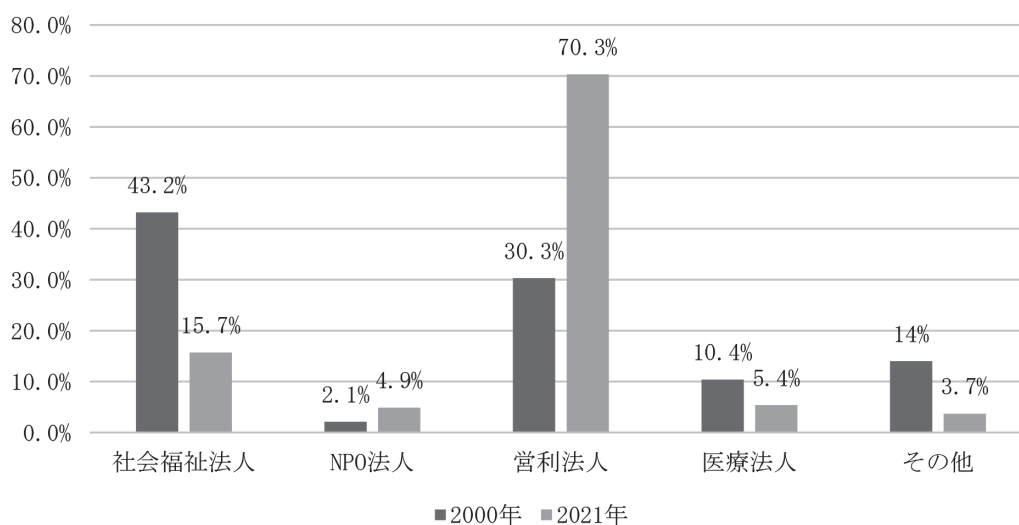
2000年からスタートした介護保険制度により、介護サービスの利用形態は「措置」から「契約」に移行し、社会福祉法人以外に、NPO法人や営利法人などの事業参入も認められるようになった。図1に示しているように、介護保険制度が始まった2000年に比べると、訪問介護においては、2021年時点の営利法人の割合が70.3%に上り、社会福祉法人の割合が半分以下までに減少した。しかし、異なる法人格をもつ福祉サービス供給主体の差異に関する検討が十分になされていない（金谷2016）。

介護保険制度は、多様な供給主体が提供するサービスの中から利用者が自ら選択して利用す

る仕組みとなり、こうした利用者による選択を通じて、サービス全体の質の向上が期待されている。そして、契約制度下における利用者保護という観点から、事業者の特性、サービスの特徴や質を比較できる情報、信頼できる情報が必要であり、同時に、事業者も自らのサービスの質や事業運営上・経営上の課題を客観的に把握し、事業の改善や利用者主体となるサービスの質の向上に取り組むことが重要であると指摘されている（城戸2007:58）。

社会福祉の分野において、サービスの「質」を向上する必要性は、1970年代に既に認識されていたが、社会福祉政策の見直しを迫られ

図1：訪問介護における供給主体別事業所の構成割合



注1) 「その他」には地方公共団体、社団・財団法人、協同組合などを含む。
注2) 「社会福祉法人」には社会福祉協議会を含む。
出所) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」の結果より、筆者作成。

た低経済成長時代を経て、1989年の高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略のように、まずはサービスの量的拡大に力点が置かれた。その後、サービスの量的整備にある程度が目安がついたところで、サービスの「質」の向上が今後の課題として取り上げられるに至った（永田2000:141）。

厚生労働省が公表した「介護サービス施設・事業所調査」の結果によると、2021年10月1日時点で、訪問介護事業所の事業所数は3万5612所であり、通所介護が2万4428事業所、訪問看護ステーションが1万3554事業所となっている。また、介護保険予防サービス事業所数は12万所近くにのぼったことも明らかになっている。以上の数値から見ると、2023年度の在宅介護サービスの見込み量である391万人（厚生労働省2021）に対して、一定程度のサービスの供給量が確保されているとも言えよう。

その一方で、2000年代前後から介護サービスをはじめとする福祉サービスの質が重要視され、「サービスの質」の定義や捉え方（永田2000；井口2013など）、「サービスの質」への評価または供給主体間における「サービスの質」の相違などに関する議論が多くなされてき

た（鈴木2002；金谷2018など）。

そこで、本稿では、まず、高齢者分野における「サービスの質」の向上に関する政策動向を整理した上で、「サービスの質」をめぐる政策的背景を明らかにする。次に、社会福祉分野における「サービスの質」に関する先行研究をレビューした上で、これまで検討されてきた「サービスの質」の定義や捉え方などについて整理する。最後に、訪問介護事業を分析対象とし、社会福祉法人、NPO法人、医療法人、営利法人の間における「サービスの質」の相違を実証的に明らかにする。

本稿では、居宅サービスである訪問介護を分析対象とする。その理由に関しては、以下2点のように考えている。1点目は、介護サービスの市場化の進行とともに、訪問介護においては、NPO法人や営利法人などによる新規参入が最も進んでいるからである。2点目は、在宅ケアを支える仕組みとして登場した介護保険制度では、訪問介護サービスが制度の要として位置づけられ（藤原2001:112）、身体介護や生活援助を行うことによって、高齢者の自宅での生活をトータルに支えているサービスであるという点である。

2. 「サービスの質」をめぐる政策動向

上述したように、1970年代に、「サービスの質」の向上の必要性は、既に認識された。1972年、中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会による「『老人ホームのあり方』に関する中間意見」が公表され、老人ホームの「量的確保を図ることは勿論、さらに今後の年金水準の改善等による老人の生活水準の向上、および一般国民の住居水準の向上や老人のプライバシー意識の尊重等将来を予想してその質的改良を図ることが必要である」とまとめられていた。

その後、急増しつつある介護ニーズに対応するため、「ゴールドプラン」（1989年）や「新

ゴールドプラン」（1995年）が策定・実施され、高齢者分野におけるサービスの量的整備がなされてきた。介護サービスの量的整備が行われた一方で、高齢者分野における「サービスの質」も重要視されるようになった。

1993年、「特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価事業の実施について」の通知が厚生省（現、厚生労働省）老人保健福祉局により出され、冒頭では、「…特別養護老人ホーム及び老人保健施設については、高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略に基づき、計画的に整備を行うと同時に、より一層のサービスの質の確保、向

上が課題となっている」と述べられ、「サービスの質」の確保と向上の重要性が強調された。この通知を受けて、国の補助事業としての「特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価事業」が始まった。その目的は、「自己決定」、「残存能力の活用」、「サービスの継続性」を基本理念として、入所者（利用者）の希望に沿った質の高いサービス提供に向けて、施設自らが行うサービス水準の向上を支援することである。

また、1980年代ごろから、在宅福祉サービスの整備も積極的に行われ、特養や老健などの高齢者施設だけではなく、在宅福祉サービスにおける「質」も重要視されてきた。その中で、1996年に「在宅福祉サービス評価の実施について」の通知が出され、ホームヘルプサービス等の在宅福祉サービスについては、計画的に（量的）整備を行うと同時に、より一層のサービスの質の確保、向上が課題となるため、サービス実施主体及び運営主体自らがサービスの質の向上を図る観点から、「在宅福祉サービス評価事業」を実施することとなった。在宅福祉サービス評価事業は、利用者のニーズに合った適切なサービスの確保や質の高いサービス提供に向けて、事業の実施主体自らが行う在宅福祉サービスの水準の向上、効率化、適正化に向けた取組を支援することを目的とする。

それ以外に、「サービスの質」を高めることを目的とする評価事業としては、福祉サービスの第三者評価事業や認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）の外部評価などが挙げられる。

1998年の社会福祉基礎構造改革の中間報告では、改革の基本的方向の一つとして「信頼と納得が得られるサービスの質と効率性の向上」が挙げられ、福祉サービスの第三者評価事業は、この提言を受けて、具体的に検討されるようになった。同年11月に、厚生省（現、厚生労働省）では「福祉サービスの質に関する検討会」が設置され、福祉サービスにおける第三者評価のあり方について、以後2年半にわたって検討を続

けていた。検討の結果、2001年3月に、『福祉サービスにおける第三者評価事業に関する報告書』としてとりまとめられ、同年5月にはその報告内容を受けた「福祉サービスの第三者評価事業の実施要領について（指針）」が通知として発出され、福祉サービスの第三者評価事業が本格的に開始されるようになった。

第三者評価事業は、個々の事業者が最低基準等を遵守した上で、さらに自らが提供する福祉サービスの質の向上のために自主的な取組を行うことを支援することで、福祉サービスの多様化を促し、利用者のサービスの選択を実質的に担保するという考え方を基本としている。

一方で、法律の制定や改正などにおいても、「サービスの質」に関する規定も含まれている。2000年の社会福祉法では、社会福祉事業者に対する「質」の自己評価の努力義務に加え、国の援助措置努力義務規定（法78条第1項、及び第2項）が盛り込まれた。また、同年に実施された介護保険法においても、指定居宅サービス事業、居宅介護支援事業や介護保険施設については、「質」の自己評価に関する努力義務規定（法73条、80条、87条、96条、109条）が置かれた。その後、2006年の改正により、創設された地域密着型サービスのうち、認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）については、自ら提供するサービスの自己評価及び外部評価が指定基準により義務付けられている。グループホームの外部評価に関しては、グループホーム事業者自らがサービスの現状を多角的に分析して、改善すべき点を発見し、質を高めるための契機とするために評価を行うこと（自己評価）や同様の項目について、外部の第三者による客観的な観点から、より精度の高い評価（第三者評価）を行うことが強く求められている。

以上のように、高齢者分野における「サービスの質」をめぐる政策的な動きを整理し、「サービスの質」またはその確保・向上の重要性を確認できた。2000年から、社会福祉法や介護

保険法の制定・改正により、福祉サービス供給主体に対する「質」の自己評価の努力義務や、外部評価の義務化がなされたが、それ以前から、利用者の立場に立ち、事業の実施主体であるサービス供給主体が自ら「サービスの質」の確保

と向上に向けた取り組みが行われていたことが明らかになった。しかしながら、以上のような政策・制度においては、「サービスの質」に関する定義付けが行われていないことも明白である。

3.「サービスの質」の捉え方

介護などの福祉サービスは、人間同士のふれあいのことでもあるため、その定義があいまいになりがちであり、「『サービスの質』を測る絶対的な定義が存在しない」(Donabedian 1992;Marquis 2002 など)と指摘されているように、「サービスの質」に関しては、定義付けをすることが難しい。

その中で、永田(2000:143)は、福祉サービスにおけるケアの質を「ケアを提供する場の構造・設備や職員配置といった環境のもとで、援助者が対象者と援助関係を構築しながら、専門的な知識・技術をもって提供したケアのあり方である」と定義している。また、Megivernら(2007:118)はソーシャルワークの視点から、福祉サービスの質を「実践の倫理規範と利用可能な最善の知識に合致した方法でサービスを提供し、クライアントに影響を与えた介入の効果の度合い」と定義している。さらに、鶴沼憲晴(2001:173)は、「目的適合性」と「目的遂行過程快適性」の視点から、福祉サービスの質の意味を、「最低限度の生活保障および個人の尊厳の保持という基底的目的、個々の福祉サービスの特徴に即した具体的目的、提供者・利用者双方にて合意形成された付加目的、それぞれへの適合性とそれら目的の遂行過程における利用者の快適性・満足感」と定義している。簡単に整理すると、福祉サービスの質には、福祉サービスの基本理念に基づいていること、利用者のニーズを満たしていること、専門職による判断がなされていることの3つの条件が含まれている(福間・原口 2008)。

また、「サービスの質」を捉える際に、ドナベディアン・モデルがよく用いられている。ドナベディアン・モデルは、ストラクチャー(構造)、プロセス(過程)、アウトカム(結果)の3つの側面から「サービスの質」を捉えている(Donabedian 1966=2005)。ここでの「ストラクチャー」とは、施設や機器などの整備状況や労働者の状況を示し、居室の広さや職員の配置などといった施設等の外形的基準や、提供者の専門的な知識及び技術まで含まれる。また、「プロセス」とはサービスを提供する手順であり、実際の・直接的なサービスの提供行為や援助者と対象者の相互関係をいう。そして、「アウトカム」とは、利用者の状態の改善やサービスに対する満足度などを示す(永田 2000;金谷 2017)。

本来、介護などの福祉サービスの提供においては、利用者の立場に立つことが必要不可欠であるため、「サービスの質」を捉える際に、サービスを利用している当事者の意思がもっとも尊重・反映されるべきであり、利用者本位のサービス提供の実現に向けて、利用者进行评估主体として明確に位置付けられる必要があると指摘されている(小笠原 2002;神部ら 2002)。そのため、利用者の状態の改善や満足度などを示す「アウトカム」から「サービスの質」を捉えることが重要であるが、介護サービス利用者の多くには認知機能の低下がみられるため、当事者(利用者)进行评估主体とすることは容易ではなく(上野 2011;伊藤・近藤 2012)、「アウトカム」の側面から「サービスの質」を客観的に捉えることが難しい。

一方で、施設などの整備状況や従業者の状況などを示す「ストラクチャー」は、事業所の形態や設備、分業・協業体制、延いてはそれらを規定する施設基準や人員配置基準、資格のあり方などに関わり、サービスの保障に関する制度・政策により規定されており、福祉サービスという最終生産物のあり方を左右している（井口2013:22）。そして、援助過程を示す「プロセス」

は、実際のサービス提供と直接に関わり、具体的な援助活動やサービスの提供過程における援助関係を示している。つまり、「ストラクチャー」や「プロセス」の側面から、「サービスの質」をより客観的に捉えることが可能である。

したがって、本稿では、「ストラクチャー」および「プロセス」に焦点を当てて、「サービスの質」を捉えることにした。

4. 「サービスの質」に関する実証的な検討

4-1. 利用データおよび分析方法

分析する際に、厚生労働省「介護サービス情報公表システム」に掲載されている訪問介護事業所の個票データ（2022年6月末時点）を用いている。その中で、供給主体別の層化抽出法により、全国3万4472事業所（「令和3年介護サービス施設・事業所調査」によると、2021年の訪問介護事業所数は、3万5612事業所である）から345事業所（全数の100分の1）を無作為に抽出し、分析を行なった。ここでは、「社会福祉法人」「NPO法人」「営利法人」「医療法人」「その他」の5つのグループに分けた上で、それぞれ乱数表を用いて、標本を無作為に抽出した。

分析方法に関しては、福祉サービス供給主体の法人格によって、訪問介護サービスの質に差があるかどうかを明らかにするため、F検定（一元配置分散分析）を行った。

また、指標を設定する際に、「介護サービス情報公表システム」に公表されている情報を参考にし、「ストラクチャー」と「プロセス」の2つの側面から6つの指標を設定した。具体的には、①「運営状況（点数）」、②「訪問介護員等の中、常勤の割合（％）」、③「介護福祉士資格を有する訪問介護員等の割合（％）」、④「1人あたり1ヶ月の身体介護利用時間」、⑤「1人あたり1ヶ月の生活援助利用時間」、⑥「通院等乗降介助の提供回数」の6つである。その中で、①②③は「ストラクチャー」に含まれ、④⑤⑥は直接的な援助活動に関わるため、「プロセス」に分類できる。

4-2. 分析結果

F検定を行った結果、②「訪問介護員等の中、常勤の割合（％）」（ $P=0.002$ ）と③「介護福祉士資格を有する訪問介護員等の割合（％）」

表1 ②「訪問介護員等の中、常勤の割合（％）」に関する記述統計

	度数	平均値	標準偏差	標準誤差	平均値の 95% 信頼区間		最小値	最大値
					下限	上限		
社会福祉法人	49	45.5062	29.15087	4.16441	37.1331	53.8794	7.69	100.00
NPO法人	15	40.9689	30.21889	7.80248	24.2343	57.7036	10.00	100.00
営利法人	250	34.3906	22.75422	1.43910	31.5562	37.2249	.00	100.00
医療法人	18	48.5939	29.67561	6.99461	33.8366	63.3512	4.55	100.00
その他	13	24.1215	18.00898	4.99479	13.2388	35.0043	3.70	66.67
合計	345	36.6094	24.78773	1.33453	33.9846	39.2343	.00	100.00

($P < 0.001$) においては、法人格によって、平均値に有意差があることが明らかになった(表1、表2)。

具体的な数値を見ると、②「訪問介護員等の中、常勤の割合(%)」の平均値は、医療法人(48.5939%)>社会福祉法人(45.5062%)>NPO法人(40.9689%)>営利法人(34.3906%)>その他(24.1215%)となり、③「介護福祉士資格を有する訪問介護員等の割合(%)」の平均値は、医療法人(61.8333%)>社会福祉法人(61.8262%)

>NPO法人(54.5913%)>その他(49.1123%)>営利法人(45.4083%)となっている。つまり、訪問介護員等の中、常勤の割合や有資格(介護福祉士)者の割合に着目すれば、医療法人の割合は最も高いことが明確になり、社会福祉法人やNPO法人、営利法人よりもサービスの質が高いと言えるであろう。

また、他の指標に関しては、表3で示しているように、福祉サービス供給主体の法人格によって、①「運営状況(点数)」($P = 0.301$)、

表2 ③「介護福祉士資格を有する訪問介護員等の割合(%)」に関する記述統計

	度数	平均値	標準偏差	標準誤差	平均値の 95% 信頼区間		最小値	最大値
					下限	上限		
社会福祉法人	49	61.8262	22.10188	3.15741	55.4778	68.1746	.00	100.00
NPO法人	15	54.5913	24.05131	6.21002	41.2721	67.9105	15.38	100.00
営利法人	250	45.4083	23.17785	1.46590	42.5211	48.2954	.00	100.00
医療法人	18	61.8333	22.29002	5.25381	50.7488	72.9179	37.50	100.00
その他	13	49.1123	19.64866	5.44956	37.2387	60.9859	22.22	88.89
合計	345	49.1359	23.69285	1.27558	46.6270	51.6448	.00	100.00

表3 分散分析の結果

		平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
①運営状況(点数)	グループ間	127.924	4	31.981	1.222	.301
	グループ内	8901.398	340	26.181		
	合計	9029.322	344			
②訪問介護員等の中、常勤の割合(%)	グループ間	10007.040	4	2501.760	4.224	.002
	グループ内	201357.351	340	592.228		
	合計	211364.392	344			
③介護福祉士資格を有する訪問介護員等の割合(%)	グループ間	14713.474	4	3678.368	7.011	<.001
	グループ内	178391.336	340	524.680		
	合計	193104.810	344			
④一人当たり1ヶ月の身体介護利用時間	グループ間	6457.844	4	1614.461	.414	.799
	グループ内	1326603.149	340	3901.774		
	合計	1333060.993	344			
⑤一人当たり1ヶ月の生活援助利用時間	グループ間	2628.671	4	657.168	.118	.976
	グループ内	1893780.042	340	5569.941		
	合計	1896408.713	344			
⑥通院等乗降介助の提供回数	グループ間	10266.504	4	2566.626	.410	.801
	グループ内	2126855.449	340	6255.457		
	合計	2137121.954	344			

④「一人当たり1ヶ月の身体介護利用時間」(P=0.799)、⑤「一人当たり1ヶ月の生活援助利用時間」(P=0.976)、⑥「通院等乗降介助の提供回数」(P=0.801)の平均値に有意差がない

という結果になっている。つまり、これらの4つの側面から見ると、供給主体の法人格の違いによるサービスの質の差異はないことが明らかになった。

5. おわりに

本稿では、既存データを用いて、「ストラクチャー」および「プロセス」から6つの指標を設けた上で、訪問介護における供給主体間の「サービスの質」の相違について実証的に検討した。ここでは、以下の2点から、これまでの先行研究への補足という本稿の意義について述べていきたい。

1点目は、既存データを用いた実証分析であること。介護サービスの質評価の実施を困難とする理由の一つに、評価するためのデータをどう収集するかという課題があると指摘されている(伊藤ら 2016:58-59)。これまでの先行研究を見ると、サービスの質への評価または供給主体間におけるサービスの質の相違を検討する際には、多くの場合、アンケート調査が実施されてきたが、全国範囲でのアンケート調査が難しく、その信頼性や妥当性を確保するために手間をかけなければならない。一方で、既存のデータを用いる場合、評価のための新たなデータを収集する必要がなく、全事業所を評価対象とすることも可能となる。これから「サービスの質」を評価する際に、既存データの有効活用が期待できるであろう。

2点目は、福祉サービス供給主体をより具体的にグルーピングしたこと。これまでの研究においては、営利性の有無によって「営利事業者」と「非営利事業者」の2グループに分けた上で、供給主体間のサービスの質の相違が検討されてきた。その中で、営利事業者のサービスの質は、非営利事業者と比較してむしろ高い可能性があるという実証研究がある(鈴木 2002 など)。一方で、指標の設定、対象となる介護保険事業や

用いたデータなどによって、サービスの質については非営利事業者の方が高い傾向にあるといった先行研究も見られている。ところが、「非営利事業者」の中でも社会福祉法人、NPO法人、医療法人などに分類することが可能であり、それぞれ異なる性格や特性を持っている。そのため、営利性の有無だけではなく、同じく非営利性のある供給主体間のサービスの質の相違についても検討する必要があると考えられる。

しかしながら、本稿を含め、これまでの先行研究においても、「サービスの質」を捉える際に、ストラクチャー(構造)、プロセス(過程)、アウトカム(結果)の3つの側面の関係性を論じたものがないことに目を向ける必要がある。ドナベディアン(2003:47)が指摘しているように、「ストラクチャー、プロセス、アウトカムは質の属性ではない。それらは、我々が得られる情報の種類にすぎず、それらに基づいて我々は質の良し悪しを推論」し、「質の推論は、前提となる3つのアプローチ全体の関係性なしに行い得ない。ストラクチャーがプロセスに影響し、プロセスがアウトカムに影響する」。つまり、「サービスの質」はストラクチャー、プロセス、アウトカム相互の関係性から総合的に把握されるべきであり、全体として質の良否が考えられるべきである。この点を今後の研究の方向性として、最後に提示しておきたい。

参考文献

- Donabedian, A. (1992) The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance, *QBB*, 18, 356-360
- Donabedian, A. (1966=2005) Evaluating the Quality of Medical Care, *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (3), 166-206
- Donabedian, A. (2003) An Introduction to Quality Assurance in Health Care, Oxford University Press
- 福間隆康・原口恭彦 (2008) 「福祉サービスの質の構成要素の検討：高齢者福祉施設を対象とした質的調査から」『聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要』(6), 1-16
- 井口克郎 (2013) 「介護の質の把握と改善のための基本視角：介護サービスと労働や介護保障制度の関係性に着目して」『日本医療経済学会会報』30 (1), 1-27
- 伊藤美智予・近藤克則 (2012) 「ケアの質評価の到達点と課題－特別養護老人ホームにおける評価を中心に－(特集ケアの質評価の動向と課題)」『季刊社会保障研究』48 (2), 120-132
- 伊藤美智予・近藤克則・中村裕子 (2016) 「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：ブラインドスタディによる特別養護老人ホームへの訪問調査を通して」『社会福祉学』57 (1), 58-70
- 金谷信子 (2016) 「準市場・訪問介護サービスにおける非営利・営利事業者の行動比較」『老年社会科学』38 (3), 297-307
- 金谷信子 (2017) 「準市場における非営利・営利事業者のサービスの質と経営戦略的行動：介護保険グループホームの場合」『広島国際研究』23, 43-60
- 金谷信子 (2018) 「介護保険サービス市場における経営主体別事業者のパフォーマンス」『ノンプロフィット・レビュー』18 (1), 1-13
- 神部智司・島村直子・岡田進一 (2002) 「施設入所高齢者のサービス満足度に関する研究－領域別満足度と総合的満足度との関連」『社会福祉学』43 (1), 201-210
- 城戸裕子 (2007) 「介護老人福祉施設で働く専門職の連携の意識：福祉サービス第三者評価を通して」『山梨県立大学人間福祉学部紀要』2, 57-65
- 厚生労働省 (2021) 「第8期介護保険事業計画期間における介護保険の第1号保険料及びサービス見込み量等について」
- 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2c.html> 2023.2.15)
- Marquis, R. (2002) Quality in Aged Care ; A Question of Relational Ethics, *Australian Journal of Aging*, 21, 25-29
- Megivern, DM et al. (2007) Quality of Care : Expanding the Social Work Dialogue, *Social Work*, 52 (2), 115-124
- 永田千鶴 (2000) 「その人らしさを尊重したケアの実践」『総合科学』7 (1), 139-157
- 小笠原祐次編著 (2002) 『介護老人福祉施設の生活援助－利用者本位の「アセスメント」「ケアプラン」「サービス評価」』 ミネルヴァ書房
- 鈴木亘 (2002) 「非営利訪問介護業者は有利か？」『社会保障研究』38 (1), 74-88
- 上野千鶴子 (2011) 『ケアの社会学：当事者主権の福祉社会へ』 太田出版
- 鶴沼憲晴 (2001) 「『福祉サービスの質』の向上に向けて：質の規定因子構造および第三者評価事業の課題」『社会福祉研究』80, 172-178