

高齢者福祉サービスの質と評価

同志社大学社会学部 准教授 郭 芳

明治学院大学社会学部 准教授 金 圓景

1. はじめに

人生100年時代と言われる今日、誰もが「介護に直面する」、あるいは「親の介護を担わなければならない」状況を想定せざるを得ないのが実情である。日本では、2000年に介護保険制度が制定され、現在の日本の介護サービスはこの介護保険制度を中心に提供されている。今では、介護が必要になったときに、介護保険制度を利用しようとする高齢者や家族が増えている。また、介護保険制度の適切な利用で、家族などの介護負担を軽減させようという意識も定着しつつある。しかしながら、介護が必要になってから介護保険制度で利用できるサービスや施設を調べ始める人は今なお少なく、急いで情報を入手・分析・選択しなければいけな

いことに、困っている人が少なくない。また、事前に家族の介護に備えて介護保険制度について調べ、利用できるサービスや施設を調べる人が増えているが、何を基準にサービスや施設を選べばいいか分からなくて困っている人も少なくない。介護保険制度で利用できる高齢者福祉サービスを選ぶ際に参考になるのが第三者評価などサービス評価の結果である。

そこで、本稿では介護保険制度の概要をはじめ介護保険制度で利用できるサービスの種類などについて整理した後、介護保険制度で利用できる高齢者福祉サービスがどのように評価されているか、聞き取り調査を通じて明らかになったその実態と課題について紹介する。

2. 介護サービスの種類と性格

介護保険と介護サービスの利用

介護保険制度は、高齢化が進むにつれ介護を社会全体で支えることを目的に2000年に創設された社会保険制度である。介護を社会全体で支えることを目的に40歳から医療保険料と一体的に介護保険料が徴収されることになる。2021～2023年度における65歳以上の介護保

険料の全国平均は月額6,014円で支払いは原則、年金から天引きされる（厚生労働省2021）。

保険者は、被保険者である住民が居住する区域の市町村および特別区であり、保険者は、被保険者からの申請を受けて要介護認定を行い、65歳になると被保険者に被保険者証を交付する。また、被保険者の資格（要介護・支援度な

ど)と要介護認定の有効期間を管理する。

被保険者は、65歳以上の全員である第1号被保険者と、40歳以上65歳未満の医療保険加入者である第2号被保険者に分けられる。第1号被保険者は要介護認定を受けることで、第2号被保険者は老化に起因する特定疾病による要介護認定を受けることで、介護保険のサービスを利用できるようになる。要介護認定の結果によって、介護保険で利用できるサービスの種類や量が決まる。

従来は、社会福祉法人や医療法人、自治体が介護サービスを提供していたが、介護保険制度の誕生で介護サービスの提供主体の多様化が進み、民間企業やNPO（特定非営利活動法人）等も介護市場に参入している。介護事業所の開設（経営）主体別事業所数の構成割合をみると、多くのサービスで「営利法人（会社）」が最も多くなっており、介護市場の民営化が進んでいることがわかる（「令和4年介護サービス施設・事業所調査」）。介護市場の民営化が進んだことでサービス内容が多様多様になり、利用者の選択の幅が広がった一方で、サービスの質をいかに保つかが課題となっている。そこで、政府は介護サービスの質を保つために、指定居宅介護支援事業者、指定居宅サービス事業者、介護保険施設の3種類を指定事業者としており、それぞれのサービスごとに定められた基本方針、人員基準、設備・運営に関する基準に従うことを求めている。たとえば、指定を受けることで不要な身体拘束の禁止、入浴・おむつ交換の頻度など、一定の基準に従う必要がある。また、指定事業者は、要介護度に応じて定まっている利用限度額などを参考に、過剰なサービス提供にならないように注意している。

介護保険制度の導入を機に、従来の措置制度から契約制度（利用制度）に変わり、利用者は指定介護サービス事業者を直接選ぶことができるようになった。介護保険制度の利用に至るま

での流れを簡単に紹介すると、高齢者または家族などが保険者（市町村窓口）に要介護認定申請の相談を行い、保険者が必要に応じて要介護認定調査を実施、その結果に基づいて介護保険サービスの選択、利用開始に至る。サービスの選択の際には、ケアマネジャー（介護支援専門員）という専門職が利用者や家族と面談し生活課題を分析、希望するサービスや事業所などを確認し、ニーズに応じたケアプラン（介護サービス計画書）を作成してくれる。ケアプランに基づいて、どのような介護サービスをどれくらい受けることになるか具体的なサービス内容が決まる。利用者は原則、所得に応じて介護報酬（介護保険が適用される介護サービスごとに決められた基本的なサービス利用料金のこと）の1割から3割を自己負担することになる。ただし、利用限度額が設定されているので、必要によって限度額を超えてサービスを利用した場合は超えた分の全額が自己負担となる。具体的な金額について目安を示すと、表1が居宅サービスの1ヶ月の利用限度額、表2が介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の1ヶ月の自己負担額となる。

表1 居宅サービスの1ヶ月あたりの利用限度額

要支援1	50,320円
要支援2	105,310円
要介護1	167,650円
要介護2	197,050円
要介護3	270,480円
要介護4	309,380円
要介護5	362,170円

出所：厚生労働省介護サービス情報公表システム
「サービスにかかる利用料」より引用

表2 特別養護老人ホームの1ヶ月の自己負担の目安

	要介護5の人が多床室を利用した場合	要介護5の人がユニット型個室を利用した場合
施設サービス費の1割	約25,400円 (847単位×30日=25,410)	約27,900円 (929単位×30日=27,870)
居住費	約25,650円(855円/日)	約60,180円(2,006円/日)
食費	約43,350円(1,445円/日)	約43,350円(1,445円/日)
日常生活費	約10,000円(施設により設定される)	約10,000円(施設により設定される)
合計	約104,200円	約141,430円

出所：厚生労働省介護サービス情報公表システム「サービスにかかる利用料」より引用

介護サービスの種類

介護保険制度におけるサービスは大きく、介護給付におけるサービス（要介護1～5の認定者を対象）、介護予防給付におけるサービス（要支援1～2の認定者を対象）、地域支援事業によるサービス（要支援1～2の認定者と2次予防事業対象者と一般高齢者を対象）の3つに分類できる。

図1は介護が必要な程度（要介護度）に応じて利用できるサービスを整理した。ここでは、介護給付サービスを中心に日本の介護サービス

の種類と性格を紹介する。介護給付におけるサービスは、介護と介護・医療というサービスの内容と居宅と施設というサービスの提供場所で分けて理解するとわかりやすい。介護のサービスでは身体介護や生活援助などのサービスを主に提供し、介護・医療のサービスでは医療行為やリハビリ、療養指導などのサービスと介護を一体的に提供する。また居宅サービスは自宅で暮らす利用者に提供されるのに対して、施設サービスは福祉施設や介護保険施設などに入所した利用者に提供される。

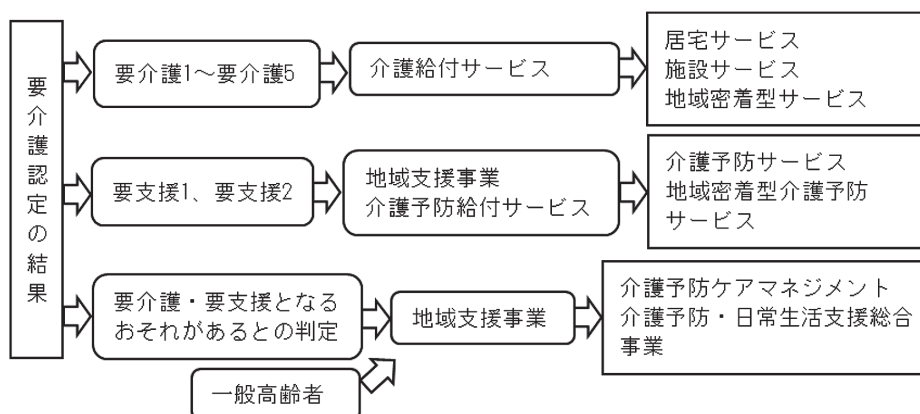


図1 要介護認定に応じて利用できるサービス

注) 地域支援事業とは、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援する事業である。介護予防・日常生活支援総合事業は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等の方に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すものである。訪問型サービス、通所型サービスとその他の生活支援サービスが含まれる。

出所：厚生労働省老人保健課「要介護認定の仕組みと手順」を参考にして筆者作成

介護サービスの提供先はさまざまで、在宅に暮らす利用者向けの居宅事業所、入居先としての介護保険施設や居住系施設、その他（地域包括支援センター、住宅改修・福祉用具事業所など）がある。居宅事業所には、訪問してサービスを提供する訪問施設、要介護者を日中受け入れる通所施設や数日間受け入れる短期入所施設などがあり、居宅介護支援事業所もケアプラン作成など重要な役割を担っている。一方、介護保険施設は、重度の要介護者を受け入れる介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、医学管理が必要な重度の要介護者を受け入れる介護老人保健施設や介護医療院であり、居住系施設は有料老人ホームに代表される特定施設やグループホームがある。図2はサービス別の介護保険施設数を示しているが、認知症高齢者を対象にするグループホームの数は多いことがわかる。

図2の最後にある特定施設入居者生活介護を提供する施設には、民間企業が運営する有料老

人ホーム、社会福祉法人や地方自治体などが運営するケアハウス、市町村が運営する養護老人ホーム、そして民間企業が運営するサービス付き高齢者住宅がある。特定施設は、現在、一時金無しの安い費用で最低限のサービスを提供する施設と、高額な費用で手厚いサービスを提供する施設に二極化している。施設によって、居室の広さや共有設備の充実度にも差がある（イノウ 2019）。

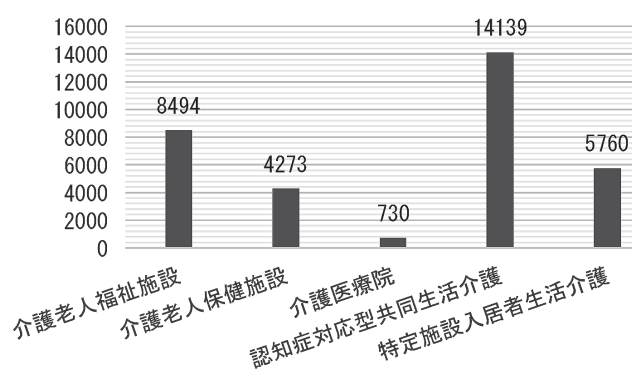


図2 サービス別の施設数

出所：「令和4年介護サービス施設・事業所調査」により筆者作成

3. 聞き取り調査から

高齢化が急速に進むなか限られた資源を有効に活用しながら、高齢者のニーズに適した介護サービスを提供することが重要である。その際には、介護保険制度の基本理念である「利用者本位」、「利用者の選択の尊重」、「自立支援」が守られているか、またサービスの質を保つことができているかが問われる。関連して、政府は第三者評価を推進しているが、受審率の低さが課題となっている。

本聞き取り調査は、高齢者福祉分野における介護サービスの質とその評価の実態を把握することが目的である。つまり、介護サービスの質をどのように捉えているか、実際にサービスの質をどのように測っているかを明らかにする。2.で述べたように、介護保険制度に基づく介

護給付は施設サービス、居宅サービスと地域密着型サービスの3種類ある。それぞれの介護サービスの質と評価の実態を把握するため本調査では、訪問介護事業所（居宅サービス）、特別養護老人ホーム（施設サービス）、認知症対応型共同生活介護（以下、「グループホーム」とする）を調査先として選定した（表3）。調査は、2023年12月から2024年1月にかけて各種別を3か所ずつ、計9名の施設長・管理者を対象に半構造化面接を実施した。

質問項目は、「サービス評価」と「サービスの質」の2つで構成されている。「サービス評価」については、①サービスの質の評価はどのような方法で行われているか。②サービスの質の評価において自己評価と他者評価の関係性はどうか。

表3 調査対象施設と事業所

種類別調査先	所在地
訪問介護事業所A	東京都
訪問介護事業所B	東京都
訪問介護事業所C	京都市
特別養護老人ホームA	京都市
特別養護老人ホームB	京都市
特別養護老人ホームC	横浜市
認知症対応型共同生活介護A	東京都
認知症対応型共同生活介護B	東京都
認知症対応型共同生活介護C	神奈川県

注) 訪問介護事業所は任セア(立教大学)、崔銀珠(福山平成大学)、特別養護老人ホームは郭芳(同志社大学)、鄭熙聖(関東学院大学)、認知症対応型共同生活介護は金圓景(明治学院大学)、鄭熙聖(関東学院大学)が調査を担当した。

なっているか。③現行の評価方法は、日常の活動や取り組みを十分に評価できているかの3点を中心に聞き取った。また、「サービスの質」については、①何をもってよいサービスと考える

か。②サービスの質を維持・向上するためにどのような取り組みを行っているかの2点を中心に聞き取った。以下では、調査結果を紹介する。

介護サービスの評価の実態と課題

表4は、調査対象である施設および事業者が受けているサービス評価の方法を、内部評価と外部評価に分けて整理したものである。評価主体ごとに「自己評価」(管理者評価や職員評価など)、「利用者調査」(顧客満足度など)、「行政」(実地指導など)および「第三者評価」が挙げられ、それらの実施頻度は様々であった。訪問介護事業所の3か所では内部評価が中心に行われており、外部評価は実施されていない。特別養護老人ホームの3か所ではすべて内部評価が行われ、そのうち2か所で外部評価として

表4 サービスの質の評価方法

	内部評価	外部評価
訪問介護事業所A	・顧客満足度(年1回) ・従業員アンケート(年1回) ・サービス提供責任者の自己評価(年2回) ・訪問介護員の自己評価(年2回) ・管理者(事業所)の自己評価(年1回)	
訪問介護事業所B	・「モニタリング結果報告兼評価表」(月1回) ・介護支援専門員が主導する「サービス担当者会議」	
訪問介護事業所C	新設のため、監査前の自己点検評価のみ	
特別養護老人ホームA	・「自主点検表」(年1回)(介護保険制度に義務付けられている) ・職員の「自己評価チェックリスト」、「不適切なケア」に関連するアンケート	・「第三者評価」(3年に1回)
特別養護老人ホームB	・利用者へのケアの評価(ケアプランのモニタリング、担当者会議やユニットミーティングでの個別協議、事故アセスメントなど) ・職員への評価	・「第三者評価」(3-5年に1回)
特別養護老人ホームC	・利用者・家族へのアンケート調査(年1回以上) ・法人内の職員評価	・行政による「実地指導」(2年に1回) ・「かながわベスト介護セレクト20」(認証された場合、副賞あり)
認知症対応型共同生活介護A		・「第三者評価」(年1回) ・行政による「運営指導」: オープン2年目に1回、以降なし(コロナ影響) ・区から指定管理事業所への調査(半年に1回)
認知症対応型共同生活介護B		・「第三者評価」(年に1回) ・行政による「運営指導」(2年に1回)
認知症対応型共同生活介護C		・「第三者評価」(年に1回)

「第三者評価」が実施されている。それに対して、グループホームの3か所では外部評価として「第三者評価」が実施されているが、内部評価は行われていない。

サービスの質の評価に関するメリットとデメリットについて、内部評価では「自分が行っているケアが他者からどのように見られているのかを再考する機会となる」、「人材育成につながる」といったメリットが挙げられている。外部評価、特に第三者評価については、「外部の評価を一定の尺度として、外部の人間が評価を行うことは大事である」、「振り返りの機会となるのがよい」といったメリットが挙げられた一方で、「現行の第三者評価は評価機関によって評価の質にばらつきがあり、他施設との比較ができず、自施設の立ち位置を把握できない場合がある」、「費用と手間がかかる」といった指摘があった。また、地域密着型サービスの外部評価が義務付けられているグループホームでは、いずれも第三者評価を受けているが、自治体が評価機関を選定しているケースと、受ける側が直接選ぶケースがあり、保険者によって評価機関の選定方法に違いがみられた。これに対して、「評価を受ける側が直接評価機関を選ぶことで起こりうる弊害」についての指摘もあった。

「現行の評価方法は、日常の活動や取り組みを十分に評価できているか」については、「十分とは言えない」という回答が多かった。そのため、現在使用されている評価シートの見直しや、実施された評価結果の活用方法の検討、資格を有する職員に対する手当の支給、関係者会議の開催など、様々な手法を採用している施設と事業者が多いことが聞き取り調査から明らかとなった。

現場で考えられている介護サービスの質

「何をもってよいサービスと考えるか」という質問項目に対する施設長や管理者の回答で強

調された点から、以下のキーワードが抽出された。

- ・利用者のニーズや希望を最優先にした「利用者中心のケア」提供が強調されている。
- ・利用者が自分の生活を維持し、個人的な選択や決定を尊重する「自立支援」がテーマとなっている。
- ・職員や関係者が一丸となり、「チームワークと連携」の重要性が言及されている。
- ・利用者一人ひとりの生活習慣や個性、人生経験を尊重し、その人らしい生活を支援すること（「個別性・多様性の尊重」）が重視されている。
- ・利用者の「尊厳」を守り、心地よい生活や「幸せ」を感じられることを大切にする姿勢が見られた。
- ・利用者と職員、家族、地域社会などの「人と人の交流」を通じて、良いサービスが提供されることが強調されている。

これらのキーワードから、現場では、利用者のニーズに基づいたケアの提供、職員の専門性、そして尊厳や幸福を重視するサービスが良いサービスであると考えられていることがわかる。

「サービスの質を維持・向上するためにどのような取り組みを行っているか」について、最も多く取り上げられたのは職員教育を目的とした「研修」である。法人内（社内）研修や合同研修など、実施方法は様々である。研修を通じて人材育成を行うが、良いサービスの提供に結びつくのは、やはり職員の専門性を高めることにある。次に挙げられたのは「職員のケア」である。介護人材が不足している状況下で、職員へのケアや働きやすい環境を整えることが重要である。具体的な取り組みとしては、「施設長が定期的に職員と一人ひとりと話す機会を設ける」、「職員同士が日常的に称賛し合える仕組みを作る」、「職員の希望休は100%叶えるようにする」といった例が挙げられる。

4. 介護サービスの課題と将来展望

介護サービスの評価は、質の向上に不可欠な要素であるが、今回の調査でわかるように、日本の介護サービスにおいては評価方法が一貫していない。各施設や事業者が独自に評価を行っている場合もあり、その結果にばらつきが生じている。このばらつきは、利用者が自らサービスを選ぶ際に不公平感を与え、信頼を損なう要因となる。利用者のサービス選択に資する情報提供という評価事業の目的に達しているとはいえない。全国的に統一された第三者評価が存在するが、脆弱な都道府県推進組織、評価機関・評価調査者の質、不十分な評価結果の公表などが課題として指摘されている（宣 2024）。さらに、評価には費用と手間がかかることから、受審率は依然として低調である。

今回の調査で明らかになった介護サービスの評価に関するもう一つの課題は、サービスを利用する人の声がサービス評価に適切に反映されていないことである。以前から指摘されてきた課題（神部・島村・岡田 2002；伊藤・近藤 2012）ではあるが、いまだに改善されていない。サービス利用者（当事者）とサービス提供者を

区別すると、他者評価は客観性をもつ利点があるが、一方で、利用者自身の視点とは異なる限界がある。サービス評価においては、当事者である利用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は、利用者を評価主体として明確に位置付け、満足度を指標とした利用者評価を介護サービスの評価システムの中に取り入れることが重要である。

また、日本の介護サービスが直面するもう一つの課題は人手不足である。高齢化の進展に伴い、介護サービスの需要は増加しているが、介護職に対する賃金が低く、働き方も厳しいため、人材の確保が困難である。その結果、介護サービスの質が低下する可能性がある。現場では職員の専門性を高めるために研修を充実させたり、労働環境の改善を見直したりする取り組みが行われているが、十分な人材を確保するためには、ICT の活用を通して業務改善やテクノロジーの導入により介護の効率化を図り、介護職を魅力的な職業にする必要がある。

5. おわりに

本稿では、介護保険制度に基づく介護サービスおよび介護現場におけるサービスの質と質評価の実態を紹介した。介護保険制度自体は複雑であるが、介護ニーズの変化やサービス利用の状況に応じて、介護保険制度は3年ごとに改正が行われているため、さらに複雑でわかりにくいとする声がある。利用者やその家族が自分たちに最適なサービスを見つけるのが難しく、必要な情報を得られないことが多い。そのため、

介護サービスを利用しようと考えた際には、まずは保険者（市町村）の窓口に相談することが早道である。そこから要介護認定を受け、適切な介護サービスを選択する流れとなる。

介護現場で考えられているサービスの質は、介護保険制度の理念に基づく利用者本位や自立支援、尊厳の維持といった要素を重視していることが、今回の調査で確認できた。このような質の高いサービスを提供するためには、専門性

を持った介護人材が不可欠であり、さらにそのサービスの質を維持・向上させるためには、合理的かつ客観的な質評価の方法が求められる。しかし、現行の評価方法は施設や事業者によってばらつきがあり、統一された基準が不足して

いるため、サービスの質を評価することが難しいという課題も浮き彫りになっている。したがって、今後は評価方法の見直しとともに、利用者や家族の声を反映させた、より実効性のある質評価システムの構築が必要とされている。

参考文献

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―」『社会保障研究』48（2）、120-132

イノウ（2019）『世界一わかりやすい介護保険のきほんとしくみ』ソシム

郭芳（2024）「今こそ知りたい、日本の介護とは」ケアスル介護
<https://caresul-kaigo.jp/column/articles/34274/>（2024年9月20日閲覧）

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

厚生労働省（2021）「介護保険制度の概要」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html（2024年2月22日閲覧）

厚生労働省（2022）「令和4年介護サービス施設・事業所調査」
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service22/dl/kekka-gaiyou_1.pdf（2024年2月22日閲覧）

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」
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_18164.html（2024年9月23日閲覧）

宣賢奎（2024）「福祉サービス第三者評価の受審率向上策」『国際地域学研究』27号、155-187