

社会福祉サービスに関する利用者満足度 調査の意義とその問題点 —アメリカの事例を参考にして—

石橋敏郎・河谷はるみ

目 次

- I はじめに
- II 日本におけるサービスの質の保障の仕組み (石橋 敏郎)
- III アメリカにおける利用者満足度調査の現状と理論 (河谷はるみ)
 - 1 施設、在宅サービスの現状
 - (1) ナーシングホームから在宅サービスへ
 - (2) 在宅サービスの基本原理
 - 2 利用者の満足度調査の必要性
 - (1) 満足度調査の内容、質問方法、質問のレベル、回答の仕方
 - (2) 認知症利用者への調査
 - (3) 利用者満足度調査の活用方法
 - (4) よりよい調査と分析のために
 - 3 利用者満足度調査の理論
 - (1) 利用者満足度の段階
 - (2) サービスの質と満足度調査の関係
 - (3) 利用者満足度調査の意義と限界
- IV おわりに

I はじめに

介護・福祉サービスの提供の仕組みが、従来の措置制度から契約制度に転換されると、提供されるサービスの質の保障は一層重要な法的課題となった。もちろん措置制度のもとでもサービスの質の保障は確保されなければならない課題ではあったが、契約制度により、民間営利企業など福祉サービスの提供主体が多分化し、それが市場競争原理によって利用者を奪い合うような状況になれば、当然にして事業者にはコスト削減意識が働き、それは結果的にはサービスの質の低下という形で現れるのではないかという危惧があったからである。

サービスの質の保障という問題を扱うに当たっては、まず「サービスの質とはなにか。」という入り口の議論をしたうえで、保障の方法とその意義・問題点を論ずるのが筋道であろうが、筆者は、いまだそれに対する確固たる考え方をもっていない。そこで今回は、サービスの質を保障すると思われるさまざまな仕組み（情報提供、サービス評価事業、苦情解決システム、行政監査制度）のなかから、これまであまり注目されてこなかった「福祉サービス利用者の満足度調査」の意義とその限界について、主としてアメリカ合衆国での研究を参考にしながら論ずることにした。

利用者満足度調査については、わが国でも数年前から、いくつかの施設または市町村で自主的に行われていることが報告されている。しかし、質問内容も、「今のサービスに満足していますか。」とか、「改善してほしいことがあったら教えてください。」というような抽象な質問事項が多く、しかも、相互に体系化されているとはとてもいえない現状にある。また調査結果についても、単に報告書に、それぞれの質問に対する答えのパーセンテージが表示されているだけであって、それがサービスの質とどのようにかわりあいがあるのかとか、その結果をサービスの質の向上にどのように結び付けて行くのかといった議論は皆無といってよい。その点で、アメリカ合衆国では、全米ヘルスケア協会（The American Health Care Association, AHCA）をはじめとして、さまざまな団体が、効果的な質問の仕方、質問項目、体系化、認知症患者への対応、フィードバックのあり方、質の向上への有効利用に至るまで研究が続けられ、現在ではそれ

それに工夫された利用者満足度調査のモデルができあがっている。また、かなりの研究者が、利用者満足度調査の意義、限界、理論について自説を展開してきている。

サービスの質の保障の方法としては、サービス評価事業も苦情解決システムも有効であることは間違いない。しかし、それらは、いずれも第三者からみた質の評価であったり、苦情をもとにした第三者によるサービス改善の手助けという性格をもつものと理解される。社会福祉サービスの基本原理が「自己決定権の尊重」ということにあるとすれば、利用者満足度調査はまさにサービスに対する個々人の個別的評価（それは主観的であるかもしれない）であるから、「自己決定権の尊重」を真正面においたサービスの質の評価であり、それに基づくサービスの質の保障とはいえないであろうか。

わが国においても、今後、サービスの質の保障方法の一つとして、「利用者満足度調査」に関心が向けられて行くのではないかと思われる。その際には、アメリカ合衆国での「福祉サービス利用者の満足度調査」の理論と経験は有意義な参考資料となるに違いない。

Ⅱ 日本におけるサービスの質の保障の仕組み

ここでは、サービスの質の保障に直接関係する制度として、行政監査、サービス評価事業、苦情解決システムの3つを取り上げて、それぞれの根拠規定およびその効果を説明することにとどめておきたいと思う。

(1) 行政監査

監査とは、一般的には、監督庁または監査機関が、その管轄対象とされている団体等の事務、業務の執行、または財産の状況を検査し、その正否を調べることをいう。

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）を例に挙げて説明することにしよう。指定介護老人福祉施設は、厚生労働省令で定める員数の介護支援専門員その他の指定介護福祉施設サービスに従事する従業者を有しなければならない

い（介護保険法88条1項）とあり、この他の設備及び運営に関する基準は、厚生労働大臣が定めることになっている（88条2項）。これを受けて、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11・3・31、厚令39）が制定され、介護職員又は看護職員の総数は、常勤換算方法で、入所者の数が3またはその端数を増すごとに1以上とすること（2条1項3号イ）、設備の基準については、一つの居室の定員は4人以下とすること、入浴については、1週間に2回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清拭しなければならないこと（13条2項）など、人員配置、設備、サービスの内容について細かな規定をおいている。これはいわば最低基準としてのサービスの質の保障であるので、これに違反する事業者に対しては、都道府県知事は、「報告若しくは帳簿書類の提出、…出頭、質問、物件の検査」（同76条）を行い、その結果次第では、指定の取消し（同77条）ができるようになっている。これが行政監査である。行政監査は、強制力を背景に法定の最低限度基準としてのサービスの質を保障するという役割を果たしてきている。

(2) サービス評価事業

「社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する法律（社会福祉法）」（2000（平成12）年5月29日制定）は、その78条で、国と事業者には「福祉サービスの質の向上のための措置等」と題して次のような義務を課している。

「社会福祉事業の経営者は、自らその提供する福祉サービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、常に福祉サービスを受ける者の立場に立って良質かつ適切な福祉サービスを提供するよう努めなければならない。

2 国は、社会福祉事業の経営者が行う福祉サービスの質の向上のための措置を援助するために、福祉サービスの質の公正かつ適切な評価の実施に資するための措置を講ずるよう努めなければならない。」（同旨、介護保険法73条1項、87条1項）

特に、痴呆対応型共同生活介護事業所（グループホーム）では、この第三者サービス評価が義務づけられている。「指定痴呆対応型共同生活介護事業者は、自らその提供する指定痴呆対応型共同生活介護の質の評価を行うとともに、定

期的に外部の者による評価を受けて、常にその改善を図らなければならない。」

（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準、平成11・3・31、厚令37、163条7項）

厚生労働省社会・援護局長の私的懇談会による「福祉サービスにおける第三者評価事業に関する報告書」（2001（平成13）年）のなかでは、「第三者評価基準」として、サービスの質を、①基本方針と組織、②地域との関係、③対等なサービス利用関係、④サービス実施過程、⑤サービスの適切な実施、⑥利用者本位のサービスになっているか、⑦事業所の運営・管理の7つの側面から評価するように提言している。これをガイドラインにして、各第三者評価機関（当初は都道府県などの行政機関が実施していたが、最近ではNPO法人が委託を受けて実施している。）が、それぞれに工夫して、評価項目、評価段階（A, B, C, Dの4段階方式とか「実施している。」「実施していない。」の2段階方式とか）を決めて実施している。その後、一般に、事業者の自己評価と第三者評価機関の評価とを突き合わせる形で、相互にサービスの問題点を検討し、最終的にはサービスの改善にむすびつけていくという手続を踏んで実行されていることが多いようである。

第三者評価事業は、評価項目の数、評価基準のあいまいさ、評価する側の専門性・中立性などにつき問題点を抱えているものの、日ごろマンネリ化しがちな施設職員・在宅サービス担当者にサービスの質という面から自分の仕事ぶりを今一度振り返り、反省すべきは反省して、改善に向けて努力するという意味でサービスの質の向上に寄与する制度であることは間違いない。サービス評価は、行政監査のように、それ以下は法令違反となるような最低限度のサービス基準を維持する目的で実施されるのではなく、それを超えて、「より望ましいサービス基準」設置に向けての誘導的機能を果たすものと理解されよう。とくに、わが国の場合、サービス最低基準は、サービス提供者にとっては、それを満たすのが精一杯という現実があり、その結果、それさえ満たしておけば問題ないといった印象をもっている経営者も少なくない。言い換えると、実際には最低基準=最高基準となってしまう実態がある。こういう実態があるからこそ、より望ましいサービス水準をめざそうとする第三者サービス評価事業は特

別の意義を認められよう。

(3) 苦情解決システム

社会福祉法82条は、社会福祉事業の経営者に対して、「常に、その提供する福祉サービスについて、利用者等からの苦情の適切な解決に努めなければならない。」と規定している。社会福祉サービスに関する苦情としては、食事や文化活動、レクレーションなど個人の趣味や嗜好にかかわるものから、入浴、おむつ交換、爪切り、散髪などケアの内容に関するもの、はては、虐待や生命に危険を及ぼす設備の放置など深刻なものまで多様なものが考えられる。こうした利用者の苦情をさまざまな形で受け入れ、改善に向けて積極的に取り組めば、利用者の事業者に対する信頼関係も高まるし、なんとといってもサービスの質の向上にもおおいに役立つ制度であるといつてよいであろう。苦情解決については、実効性および公平性・透明性確保の観点から、外部の第三者委員から構成される委員会の設置が望まれる。介護保険サービスについては、サービスの内容、サービスの質、事業者に対する不満、介護保険施設への入所、処遇等に関する苦情は、都道府県に設置されている国民健康保険団体連合会に苦情を申し立てることができる（介護保険法176条1項2号。ここでは、調査、指導、助言機能として規定されている。）。地域福祉権利擁護や福祉サービスに関する苦情については、都道府県社会福祉協議会に設置される運営適正化委員会が担当することになっている（社会福祉法83条）。適正化委員会は、苦情の申し出があったときは、相談に応じ、適切な助言をし、事情を調査して、苦情の申出人に対し、福祉サービスを提供した者の同意を得て、苦情の解決のあっせんを行うことができる（同85条）。また、利用者の処遇につき不当な行為が行われているおそれがあると認めるときは、都道府県知事に対して、その旨を通知しなければならない（同86条）。これを受けて知事は、不当な行為等の事実があるときには、事業者に対して、業務の改善を命じ、特に悪質な場合は、業務の停止、許可の取り消し等を行うことができるようになっている（同71条、72条）。

苦情解決システムは、申し立て内容によっては、そこに最低基準さえも満たしていないような法令違反行為が含まれている場合には、行政監査制度と同じ

ようなレベル(つまり最低基準の順守というレベル)でのサービスの質の保障に役立つし、食事の献立や入浴回数、文化活動の内容や実施日数などのように本人の嗜好や趣味が含まれている場合には、利用者満足度調査と同じようなレベル(つまり、個人の自己決定権の尊重というレベル、あるいは、サービスのより個人的対応というレベル)でサービスの質の保障に貢献できるものと思われる。

(石橋敏郎)

Ⅲ アメリカにおける利用者満足度調査の現状と理論

1 施設、在宅サービスの現状

(1) ナーシングホームから在宅サービスへ

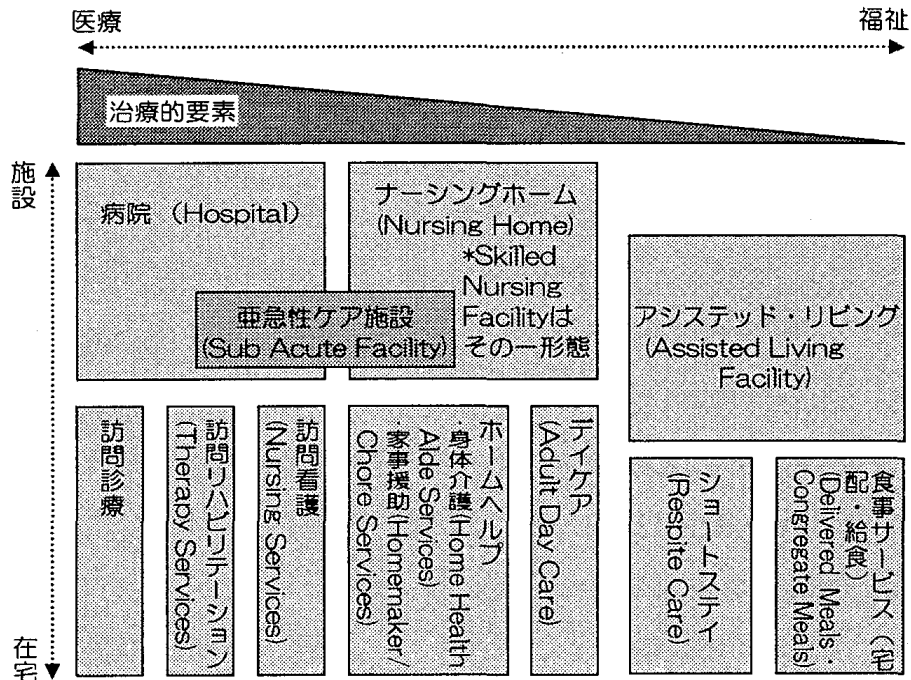
アメリカのナーシングホームの経営者は現在、多くの課題に直面している。なぜならば、家族ケアに代わって生活支援ケアが強調されるにつれて、施設ケアやナーシングホームでのケアに対する考え方が大きく変化してきているからである。今後は、これまでのように保護型のケアではなくて、労働集約的な高度に洗練された24時間のケアを必要とする人々がナーシングホームを利用するようになると考えられる。退院後、ナーシングホームに移ってきた高齢者に支払われるメディケア⁽¹⁾の予算は、1980年の1.2パーセントから1995年の5.2パーセントへ増加、1996年には、総計100億ドルを超えている。これに対してナーシングホームケアに支払われる最大の公的扶助医療制度であるメディケイドは、1997年には330億ドルを費やしている。このような高い支出(公費)は、国民や政治家から多くの批判を浴びたのである。

ケアの質についての重要性に応えるために、1987年包括的予算調整法(Omnibus Budget Reconciliation Act)では、サービスの質を保障するために、予算の使いかたに条件をつけるなど、ナーシングホームへの改革内容を含んでいた。利用者からみると、ナーシングホームの最も重要な改革というのは、メディケイド、メディケアのなかに、利用者の意見を取り込んだインタビューの導入を義務づ

けたことである。つまり監査過程のなかに、利用者の聞き取り調査を入れることになったのである。このようにして政府は、施設サービスの質の評価（査定）のなかで、入所者の声を聞くようになっていった。

ナーシングホームは、連邦政府のヘルスケア予算が増える一方で、多様化する患者のケアのあり方に対応してきた。診療関係グループ（DRGs）は、病院での滞在を短くする方針に切り替え、その結果、ナーシングホームは重度のショートステイの利用者を受け入れるようになった。こうして、ナーシングホームにおいて、より複雑で高度で洗練されたサービス（処遇）が要求されるようになってきたのである。利用者の区分をみてみると、ナーシングホームは初期の頃の病院に似てきている。つまり、ナーシングホームは、今や病院から自宅への通過型の施設としてしばしば利用されているといえよう。このことは1994年、メディケアを受けているナーシングホームの入居者の79パーセントは、40日かそ

図Ⅲ－1 アメリカにおける介護サービス体系



(注) 亜急性ケア施設とは、急性期を脱した患者に対し、skilled care よりも濃厚な医療的ケアを行う施設。通常 Skilled Nursing Facility と呼ばれるナーシングホームに附設。

(出典) 鬼崎信好・増田雅暢・伊奈川秀和編『世界の介護事情』(中央法規出版、2002(平成14)年9月) 195頁

れ以下の滞在であり、92パーセントが、80日以下の滞在であったことから明らかである⁽²⁾。

これに代わって、最近では在宅サービスや施設サービスのほか、在宅援助（Assisted Living Facility）に代表される地域居住施設サービス（Residential Community Care）といった中間的なサービスが増加している。図Ⅲ－1は介護サービスの体系を概念的に示したものである。アメリカにおける介護サービスの提供体制の特徴のひとつは、民間部門（特に営利企業）の果たしている役割の大きさである。ナーシングホームを例にとると、その約3分の2は営利企業による経営となっている⁽³⁾。

図Ⅲ－1の概念から Assisted Living は、施設サービスと在宅サービスにまたがって位置づけされているので、日本でいうところのケアハウスに近いものと考えられる。施設に入所していて、外からホームヘルプサービスを受ける場合等は、日本では全て在宅サービスと捉えていることから、以下、Assisted Living は在宅援助と訳すことにしよう。最近では、利用者がこれまでのロングタームケアに代わるものとして、より居住地での生活を送れる方法、つまりこの在宅援助に興味を持ち始めている。利用者はナーシングホームを短期間だけ利用して、その後は在宅で生活支援を受けながら生活することを希望するようになってきている。生活支援の特質としては、在宅生活者は、ナーシングホーム入所者ほど重度の要介護状態ではないので、医学的ケアというのは少ない。全国的な調査によれば、ナーシングホーム入所者は、日々の生活の中におけるADLレベル4.0程度の活動援助を必要としているが、在宅者は平均して、ADLレベル1.3程度の援助が必要という結果がでている。1980年代以降、在宅支援産業は急速に成長しており、1996年までに、在宅支援はアメリカ合衆国全体で建築された全ての高齢者向けハウス（持ち家、有料老人ホーム、ケアハウス）の2分の1以上を占めることになった⁽⁴⁾。

(2) 在宅サービスの基本原理

在宅サービスの基本原理を考えるにあたり、施設サービスと在宅サービスとは幾つかの違いが見られることを確認しておこう。第一に、概して、施設サー

ビスは生活全体をカバーしているのに対して、在宅は生活の一部をカバーしているために、本人の意向に左右されるし、しかもそこには介護家族という介護の分担をしている人がおり、その家族の介護能力と介護に対する意見・要望とが在宅サービスの内容と関係していることが多い。第二に、施設サービスは、要援護状態が比較的似通った高齢者を対象としているのに対して、在宅サービスは個人によって要援護状態の差が大きいということである⁽⁵⁾。在宅サービスは、要援護者に対する様態も、認知症、寝たきり、虚弱、一人暮らし、高齢者世帯などで異なるし、生活保障の程度の幅も広く、しかもこれに応じてサービスの種類や中身も違っている。

アメリカにおいても、在宅支援の基本原則・哲学は、ナーシングホームの基本原則・哲学とは異なっている。アメリカの生活支援の哲学は、利用者本位が中心概念であり、これは、アメリカの在宅支援協会(The Assisted Living Federation of America)で定義されているように、次のような目標を含んでいる⁽⁶⁾。

- ①費用対効果の上がるような質の高い個別的なケアを提供すること
- ②ひとりひとりの利用者の自立を促進すること
- ③個人の尊厳と敬意をもって、ひとりひとりの利用者に接すること
- ④ひとりひとりの利用者の個性を尊重すること
- ⑤ケアとライフスタイルに対するひとりひとりの利用者の選択権を保障すること
- ⑥ひとりひとりの利用者のプライバシー権を守ること
- ⑦ひとりひとりの利用者の精神を大切にすること
- ⑧ケアプランの作成と実施においては、適切な範囲で家族や友達の意見をきくこと
- ⑨安全な居住環境を準備すること
- ⑩在宅支援を価値あるコミュニティの資産とすること

これらの目標をみると、在宅支援サービスについては利用者満足度評価が、是非とも必要な要素となっていることがわかる。それゆえ在宅サービス質向上委員会(The Assisted Living Quality Coalition、1998年)は、在宅サービスの質の全国的な評価を第一の仕事と考えて、これを各事業所にすすめている。このた

めには、まず利用者の満足度を確認し、実務的な評価項目とそれを実施する体制の両面から、正しく評価していく方法を開発していくことが重要である。また事業所も、在宅サービスにおけるサービスの実施とその評価が質を維持する不可欠の要素だということに気づき始めた。

2 利用者満足度調査の必要性

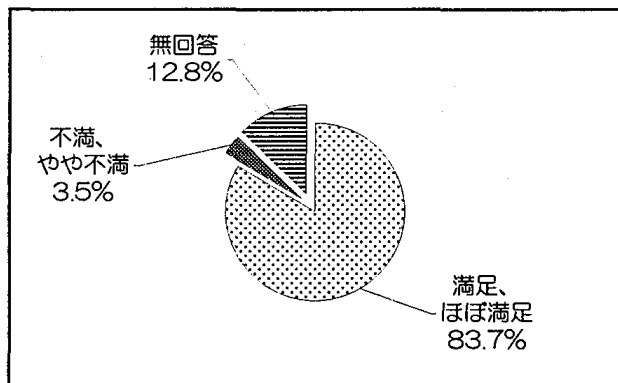
(1) 満足度調査の内容、質問方法、質問のレベル、回答の仕方

ナーシングホームが認知症を含めて多様な利用者にサービスを与え始めると、当然、サービスの質の評価方法も変化する。1980年の Donabedian モデルは、長い間、ヘルスケアの質の評価（サービスを与える仕組み、提供過程、成果）の基礎となってきた。ナーシングホームの質を保障する仕組みは、いつも組織面からみた評価が中心であり、そこでは、建物が安全か、資格を持ったスタッフや当直スタッフの割合、そして認可基準に適合した施設・設備こそが、質の高いケアを保障することに不可欠であると考えられていたのである。その後、サービスの質の向上のためには、ケアの提供過程（ケアプランニング、適切なサービスの規定、サービス提供過程における入所者の権利保障）と利用者が受ける結果が重要であることがわかってきた。現在の課題は、ナーシングホームの入所者に対して、どういう形で結果をはかる尺度（基準）を設定するかである。ナーシングホームと異なり、在宅支援サービス産業は、これまでは組織とサービス提供過程の分野にだけ注意を払う傾向があった。しかし、最近では、在宅サービスにおいてもケアの技術的な内容についての満足度の評価をしようという試みが始まっている。

Uman と Urman (1997) は、いくつかの領域では、利用者の多くが、標準以下のケアで満足していると報告している。例えば、トイレの援助を求めた入居者の67%が、トイレに連れて行ってもらえることはまれなのに、トイレの手助けに満足していた。日本においても、同じようなことがいえる。例えば郡山市の介護保険居宅サービス利用者アンケートを例に挙げて考えてみよう。単に「満足している。」、「ほぼ満足している。」、「やや不満である。」、「不満である。」、「無

回答。」を尋ねただけでは、「満足。」「ほぼ満足。」で全体の83.7%を占めてしまう結果となっている（図Ⅲ－2）。前年度の結果（82.6%）と比べて1.1ポイント高くなったことや、個々のサービスについても「満足。」「ほぼ満足。」で概ね9割を越えている、と報告書には書かれているが、これは質問の尋ね方による影響が大きいといえよう。

図Ⅲ－2 介護保険居宅サービス利用者アンケート結果
（利用しているサービスの満足度について）



区 分	回答者数	割 合	16年度結果
満足している	255人	42.9%	43.9%
ほぼ満足している	243人	40.8%	38.7%
やや不満である	19人	3.2%	4.5%
不満である	2人	0.3%	0.8%
無回答	76人	12.8%	12.1%
計	595人	100.0%	100.0%

（出典）郡山市第3次郡山市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（きらめき安心プラン21）（平成18年3月）86頁

また、もう一つの例として、介護保険サービス利用者アンケート調査のなかで、満足だけでなく利用者に「不満がないか。」も尋ねた調査を取り上げてみよう（図Ⅲ－3）。この調査では、不満なサービスを選び、その選んだサービスについて、どのような点が不満であるかを問い、それ以外についてもサービス内容の不満を自由に記入する欄も設けられている。しかし、この質問票では、問30でサービス全体にわたって抽象的に「満足しているかどうか。」と問うているが、問31のどのサービスへの不満が、問30の満足度にどのくらい影響を及ぼしているのかはわからない。

図Ⅲ－3 介護保険サービス利用者アンケート調査

問30 あなたは、現在利用している介護サービスに、満足していますか。【○は1つだけ】

- 1. 満足している
- 2. まあ満足している
- 3. どちらとも言えない
- 4. あまり満足していない
- 5. 満足していない

問31 現在利用している介護サービスに不満はありませんか。不満があれば、そのサービスを1つあげてください。（複数サービスを受けられている方は、特に不満が大きいサービスを1つだけ選んでください）【○は1つだけ】

- 1. ホームヘルプ（訪問介護）
- 2. 訪問入浴
- 3. 訪問看護
- 4. 訪問リハビリテーション
- 5. デイサービス（通所介護）
- 6. デイケア（通所リハビリテーション）
- 7. ショートステイ
- 8. 居宅療養管理指導
- 9. グループホーム（認知症対応型共同生活介護）
- 10. その他（具体的に： _____)

- 11. サービスに不満はない（満足している）

問32 問31で不満と答えたサービスについて、どのような点が不満ですか。【○は当てはまるもの全て】

1. はじめに説明（約束）された内容のサービスと違う
2. 計画の時間を守らない（遅れる、早く切り上げる）
3. サービスしてくれる人（ヘルパー・看護師等）の態度や身だしなみが悪い
4. サービスの内容が気に入らない
5. 介護の仕方がおぼつかなくて危なっかしい
6. サービスの内容のわりに利用料金が高い
7. こちらの言ったやり方やして欲しいことを聞き入れてくれない
8. 恥ずかしさや気兼ねなど、こちらの気持ちを考えてくれない
9. 不必要なサービスが行われている
10. その他（具体的に： _____)

介護サービスの不満についてご自由にお書きください

（出典）第6回熊本市介護サービス利用者アンケート調査報告書 居宅サービス利用者アンケート票（平成18年3月）11～12頁

これらのことから、利用者の満足度の評価をする場合、選択肢が少ないと、利用者の誰もが「満足している。」と応えてしまう傾向があることがわかる。そこで主観的な質問をより客観的な質問に変えて問うことも必要となつてこよう。例えば、「食事に満足していますか。」と尋ねるよりも「食事が適温（温かい食べ物は温かいままで、冷たい食べ物は冷たいままで）で出されていますか。」と尋ねてみると、より具体的で異なった返答を引き出せる可能性がある⁽⁷⁾。また、特定の分野における利用者の主観的な満足度評価の項目は、実際には個々のサービスを向上させることには有益なものではないのかもしれない。例えば、「あなたはここでの食事や食べることに満足していますか。」という質問について、「不

満足。」という答えが多く出たとしよう。しかし、この答えは、抽象的な質問に対する不満足度であり、その結果をもとに、そこの施設で働いている従業員は働き方を変えたり、食事に選択制を導入したり、調理法や食堂の飾りつけを工夫したり、いすや机を変えるであろうか。この質問項目と結果では、不満足なことがあるということはわかるが、しかし問題を解決するためにどうしたらいいのかという具体的な解決方法は出てこない。全体にわたる主観的な質問は、具体的にはどこかわからないが、ある分野に何か問題がありそうだということを感じさせることには役立つであろう。

これに対して個別の主観的な質問は、具体的に何を変える必要があるのかについての情報を提供してくれる。また、質問項目の答え方は、通常、一定の順番「強く同意する。」「同意する。」「どちらでもない。」「同意しない。」「強く同意しない。」とか、あるいは「はい。」と「いいえ。」の組み合わせ、または「抜群。」「よい。」「ふつう。」「悪い。」といった順番に並んでいることが多い。この回答の数や答え方のタイプは、調査結果に大きく影響する。例えば「強く同意しない。」は、「強く同意する。」の反対にくる（対立概念になっている）が、しかし「抜群。」という答えに対する反対概念はない。「抜群。」の反対の答えはないのだから、この質問をすれば、潜在的には否定的なサービス内容が多くあったとしても、答えは肯定的なものに傾いてしまうことが多い。つまり、このカテゴリーで使われる回答は、「抜群。」「とてもよい。」「よい。」「ふつう。」または「悪い。」の5段階のうち4つは肯定的なウエイトを占めた応答カテゴリーなのである。一般的に高齢者の満足度は、肯定的な方向にしやすいので、肯定的な質問のカテゴリーをなるべく少なくすることが重要である。

ここで医療における患者満足度調査を例にあげて考察してみよう。表Ⅲ-4は健康保険組合連合会が開発した患者満足度調査項目である。これまで、患者満足度調査票は、さまざまな質問群によって実施されている。その質問数や質問内容にも幅があり、患者満足度のどの側面の結果なのかは、それぞれの調査で異なっている。表Ⅲ-4は4項目からなる「全体的な満足度。」を測定できる簡便な調査票であるといえよう。一般的に「どう思うか。」と質問した場合、「まあまあ。」という中間的な回答に集まる傾向にある。これでは、回答のばらつき

質問7 退院にあたり、今回の入院期間で入院目的は達成され、不満はなかったでしょうか。

- | | |
|---------------|------------|
| 1 まったく不満はなかった | 4 少し不満だった |
| 2 あまり不満はなかった | 5 とても不満だった |
| 3 どちらとも言えない | |

[質問7で「4」または「5」を選んだ方のみお答え下さい。]

質問7-2 不満だった理由をお書き下さい。(自由記述)

質問8 退院の時期はあなたにとって適切だったとお考えですか。

- | | |
|-------------|--------------|
| 1 適切だった | 4 あまり適切でなかった |
| 2 ほぼ適切だった | 5 適切でなかった |
| 3 どちらとも言えない | |

[質問8で「4」または「5」を選んだ方のみお答え下さい。]

質問8-2 退院時期が適切でなかったと思われた理由をお書き下さい。(自由記述)

質問9 平成15年7月以前に入院経験がある方におうかがいします。

入院費の算定方式が包括評価に変わり、医療内容や入院期間に変化を感じられましたか。

- | | |
|-------------|------------|
| 1 変わらない | 4 少し変化がある |
| 2 あまり変わらない | 5 まったく変わった |
| 3 どちらとも言えない | |

質問は以上で終わりです。

ご記入後は、添付した封筒に入れて、担当の職員にお渡し下さい。

質問6 退院にあたり、今回の入院期間で入院目的は達成され、不満はなかったでしょうか。

- | | |
|---------------|------------|
| 1 まったく不満はなかった | 4 少し不満だった |
| 2 あまり不満はなかった | 5 とても不満だった |
| 3 どちらとも言えない | |

【質問6で「4」または「5」を選んだ方のみお答え下さい。】

質問6-2 不満だった理由をお書き下さい。(自由記述)

質問7 退院の時期はあなたにとって適切だったとお考えですか。

- | | |
|-------------|--------------|
| 1 適切だった | 4 あまり適切でなかった |
| 2 ほぼ適切だった | 5 適切でなかった |
| 3 どちらとも言えない | |

【質問7で「4」または「5」を選んだ方のみお答え下さい。】

質問7-2 退院時期が適切でなかったと思われる理由をお書き下さい。(自由記述)

質問8 この病院に2回以上入院経験がある方におうかがいします。

前回の入院時に比べて、医療内容や入院期間に変化を感じられましたか。

前回の入院時期	年	月頃
---------	---	----

- | | |
|-------------|------------|
| 1 変わらない | 4 少し変化がある |
| 2 あまり変わらない | 5 まったく変わった |
| 3 どちらとも言えない | |

質問は以上で終わりです。

ご記入後は、添付した封筒に入れて、担当の職員にお渡し下さい。

次に、ナーシングホームと在宅サービスにおける満足度の段階（dimensions）について考察していこう。ナーシングホームと在宅サービスの満足度を測定する方法は、家政婦や医療サービスの満足度評価方法とは異なる。なぜなら、ナーシングホームと在宅サービスについては、ケアを与えるだけでなく、生活環境の全体を把握する必要があるからである。ナーシングホームに対する利用者の満足度の程度は、食事、洗濯、掃除、文化活動のようなサービスの他に、看護と医療サービスを含んでいる。これに加えて、在宅サービスでは、在宅サービスの哲学ともいえる選択権の保障、プライバシーの確保、個別的処遇の原則が強調される。このように考えると、利用者にとって最も明らかな満足度とは、自分の施設は、サービスの質を高めるためにこんなに努力していますという情報を提供していくことかもしれない。多様な価値観をもった利用者とその家族がいるわけであるから、満足するために最も重要だと考える領域がそれぞれ異なるため、満足度調査の項目を完璧にするということについては、困難を伴う。しかし、一般的に、満足度調査の内容には表Ⅲ-7に示されているようなものが含まれるとあってよいであろう。

表Ⅲ-7 ナーシングホームケアにおける満足度測定方法

方 法	どういう範囲で質問するのか	対 象 者	データを集める方法
入所者の満足度インタビュー調査(RSI) (Simmons et al., 1997)	生活援助、スタッフとのコミュニケーション、自己決定及び自律、入所仲間との付き合い、食事と環境、危機管理と安全	入所者：自己判断できる入所者、自己判断できない認知症の多くの人を含む	直接対話式インタビュー：42項目を3段階「時々」、「まあまあ」、「どちらでもない」で答える方式
満足度評価項目(SAQS) (American Health Care Association, 1996)	施設環境、スタッフ教育、人間関係、専門性(他の項目は、利用者の集団ごとに異なる)	3つの異なった利用者グループ：長期介護ケア、準急性期ケア、在宅援助	自己評価：対象になっているグループにより質問の数が異なる
ナーシングホーム入所者満足度調査票(NHRSS) (Zinn et al., 1993)	医師のサービス、看護サービス、他のサービス(食事、部屋、プライバシー、回数)	ナーシングホーム入所者(認知症も含む)	直接対話式インタビュー：11項目を「そんなに良くない」から「とてもよい」まで4段階で答える方式

ナーシングホームサービスの質の調査 (NHSQI) (Davis et al., 1997)	スタッフと入所者の需要に応える環境づくりになっているか、依頼と信頼、自己決定、食事環境サービスと食堂や喫茶室といった設備	あらかじめ選び出されているナーシングホームの入所者	直接対話式インタビュー: 32評価項目、さらに細かく52項目調査:「とてもひどい」から「優れている」そして「非常に不満足」まで7段階で答える方式
利用者満足度調査方法 (Kleinsorge & Koenig, 1991)	看護師/援助者、管理者、スタッフに共感がもてるか、食事、家具がきれいかどうか、ホームの発行物	入所者、家族、および関係する友人	自己評価: 32項目「同意しているかどうか」、から「同意しない」まで5段階を並べている
長期介護ケアの入所者と家族の満足度調査 (Norton et al., 1996)	住環境、洗濯、食事、活動内容、スタッフ、自治権、尊厳が守られているかどうか	入所者とその家族(認知症も含む)	直接対話式インタビュー: 1から5のチェノフ方式(Chernoff)による回答または3段階評価
入所者と家族の満足度アンケート調査票 (Ohio Health Care Association)	住環境、ヘルスケア、自律、食事と食堂の雰囲気、精神的なサポート、訪問者	入所者と家族	自己評価: 施設とその管理者: 21項目を「とても満足している」から「不満足」までの4段階、あるいは明確な「はい」から「いいえ」までの4段階で答える方式

(出典) Robert A. Applebaum, Jane K. Straker, Scott M. Geron, ASEESSING SATISFACTION IN HEALTH AND LONG-TERM CARE : Practical Approaches to Hearing the Voices of Consumers, Springer Publishing Company, 2002, P.86-87.

これらの調査項目のなかでどこに重点をおいて調査するかは、事業所が関心を持っている分野や戦略的に伸ばしたい分野、そして利用者とその家族が何を重点として捉えているかという事業所の判断による。表Ⅲ-7では満足度に関して、現在使われているアンケートの7つが比較されているが、満足度のうちで一番重要だと思われる分野については意見の一致がみられていない。満足度の質問項目は、同じ分野であっても異なった質問項目を設定することは可能である。例えば、利用者が自己決定できているかどうかについて尋ねる調査の一つを取り上げても、食事のスケジュール(朝・昼・夜の日程表)や食事のプランニングに利用者が参加したかどうかから、食事の組み合わせ、食事の時の席を選択できたかどうか、誰と食事を食べるのか、そして食堂の室内装飾と家具

を尋ねる項目まで広く考えられよう。

では次に、満足度調査評価方法について検討しよう。まずその方法には、①サービス評価の全体的な構成、②範囲、③質問を受ける側の読解力と質問のわかりやすさ、④答え方（例えばA, B, C, Dのような4段階評価）などに、細心の注意を払わなければならない。サービス評価の質問項目や調査は、その作成過程においてサービス受給者、および職場関係者をも取り込みながら構成されるべきである。質問事項は、普通、シンプルな質問からより複雑な質問へと移っていく。最初に質問がどのような項目からどのような項目へと移っていくのかをきちんと説明することで、質問を受ける側は、この調査で何を調べようとしているのかを理解できる。Herzog と Rodgers (1992) は、あまり重要ではない質問は最後におくべきであり、また連続して長い質問をすることは避け、項目を食事、入浴といった分野ごと、あるいは身体的な機能といった分野ごとに分けるべきだと提言している⁽⁹⁾。また調査者側が、質問の意味をきちんと理解して質問を行うことも極めて重要である。次の2つの違いを比べてみよう。「看護師はいつも私に尊厳をもって介護している。」と「看護師は私を十分な尊厳をもって介護している。」。最初の項目は、尊敬をもって介護をしてくれている回数を評価するものであり、次の項目は尊厳の程度についての評価を意図したものである。次に、二重の意味を持った質問、つまり、ひとつの問いかけで二つの領域を持つ質問もある。「看護師は、私を、毎日十分な尊厳をもって介護をしてくれる。」という質問は、介護の回数と介護の質の両方を調査しようとしたものである。利用者がもしこの質問に対して「いいえ。」と答えたときは、本当にこの質問に同意しなかったということになるのだろうか。しかも「いいえ。」という回答があった場合、担当の職員は、これを反省材料にして、毎日継続して同じようにむらのない介護をするように働くべきなのか、あるいは、利用者のためにもっと尊厳を高めるような方法で介護をすべきなのか、わからないという欠点がある。

オハイオ州ヘルスケア協会（The Ohio Health Care Association, OHCA）は、協会に属する施設に対して利用者満足度の評価方法を提供している。協会は調査を郵送で行い、その結果を一覧表にして、施設ごとの評価結果と他の施設の評

評価結果の比較を報告書にまとめている。また、施設ごとに改善されたもの、あるいは悪化したものについて、点数をつける形で提示している。21項目の調査項目は、幅広い質問を用いており、施設が特に焦点となる分野について、サービスの質を向上する手助けとなるように工夫されている。そして、特別の質問項目や一定の集団を対象にした質問、インタビュー形式の質問項目も準備している。さらに、何が問題の核心であるのかを知り、その問題を解決するための追加的な質問項目も追加されている。「食事に満足していますか。」という質問をしても、施設管理者によりよい食事とは何かについて情報を与えることにはならない。そこで、OHCA は、これを補うために、施設管理者に、「食事サービスをどうしたらよいか。」という内容について、利用者や家族と議論をするように促している。

また全米ヘルスケア協会（AHCA）は、開発した評価方法を施設関係者に無料で提供している。この評価方法とは、施設ごとに利用者と職員が異なった方法で自己管理を行うことである。そして協会は、よい方向に手引きしてくれる先導者（The Facilitator）と呼ばれる利用者満足度データとすべてのサービスの質の評価に当てはまるデータをセットで組み合わせたものをつくり、質問事項をすべて組み立て、報告書をまとめるために必要なソフトウェアを販売している。これを用いることによって、施設は専門的な技術を持たなくても、簡単に利用者の調査を実施できるし、自分の施設と他の施設を比較することも可能である。しかし、問題点も残る。例えば、自分の施設の食事サービスを他の施設（国や州ごとに）と比較したとき、他の分野（入浴サービスや訓練など）と比べて低い点数かもしれない。しかし、現実には自分の施設のサービスのなかでは、食事サービスの満足度は、他の施設と比べて最も満足度の高い分野になっているのかもしれないからである。

(2) 認知症利用者への調査

ナーシングホームにおける認知症利用者の調査については、Uman と Urman は、サービスの質に関するインタビュー結果から、より工夫された評価方法を考えだしている。つまり、認知症利用者にどのようなサービスが、サービスの

質の評価に最も関係するかを尋ねて、それをもとにサービスの質の調査の際に最重要と思われる特定の活動や注目すべき活動を質問項目に盛り込んでいたのである。このアプローチの利点は、第一に、職員にどのような行動がサービスの質に繋がるかを示していることである。第二に、もしスタッフによってこのような行動があったときは、どういう気持ちができるかということを知覚症利用者に見出すことによって、質問に客観性を持たせていることである。これらのアプローチにより、ナーシングホーム利用者の79%がインタビューを受ける結果となった。インタビューを受けることができなかった15%については、SIS適格検査とともにこの調査が用いられている。なお回答の仕方について、「はい。」あるいは「いいえ。」という質問は、通常の調査においては避けた方がよいが、軽度の認知症のお年寄りにとっては有効な質問として使われることもある。

(3) 利用者満足度調査の活用方法

利用者満足度の調査者は、その結果がどのように使われるかについては、十分理解しておかないといけない。お互いを比較するのではなく、むしろ、施設のなかで横断的にデータを比較する方が効果的であろう。そして問題のある分野や部署ができた場合には、利用者、受付職員、窓口担当、幹部ごとにワーキンググループを作って改善すべき次の目標を設定し、その目標に到着するための戦略を、日々の仕事のなかに組み込んでいくことが重要である。MeisterとBoyle(1996)は、利用者の情報を施設全体にわたるサービスの質の改善プログラムに組み入れるために、①利用者満足度の結果の公開、②行動計画の策定と実施、③利用者満足度の再評価という3つの段階を踏むことを提案している⁽¹⁰⁾。つまり、調査結果は、回答してくれた利用者本人に戻すべきであり、調査項目以外についても自由に意見が出るような会議の場を通じて、公表されるべきであると提案している。利用者（回答者）も組み入れて議論することは、現在の日本の施設では取り入れられていないことであるので、今後につながる有効な示唆とみるべきであろう。さらに、職員は、調査結果をそれぞれの部署または小委員会に持ち帰り、サービス向上のための新たな戦略を練ることや、事務長や施設長、理事会に対しても、調査結果の全体が知らされるべきであろう。なぜな

らば、それぞれのグループが、利用者満足度の結果を必要とする異なった理由をもっているからである。

行動計画は、その施設の弱点と長所を含んで作成されるべきである。特定の分野や部署またはサービスについて高い点が出たときは、他の部署や他のサービスについてもその成功の秘訣を分かち合うことが必要である。ワーキンググループは、しばしば質向上のためのマネジメント戦略の一部として使われるが、そのことでお互いに一つの問題を持ち出し議論することもできるし、あるいは、施設全体の改善へと展開していくこともできる。また、施設管理者であるかどうかなどの責任の重さに関係なく、ワーキンググループは、すべての組織内のレベルと各部署からの代表で構成されるべきである。定期的に利用者満足度を再評価することも、さらなる質の向上のために有効である。新たな調査は、サービスの質の向上のための道筋を示すが、その結果改善が進むと、さらにまた、そのことが成功への行動戦略の重要な情報提供となろう。評価の低い分野があれば、それを新しい行動計画の中に、もっと評価が上がるようなサービス提供方法を考えて盛り込むこともできる。利用者の情報は、施設にとってはサービスの質を上げることにつながるが、同時に、利用者にとってもまた、サービスの質と生活の質の両方を獲得することができるという意味で最も重要な要素のひとつであろう。

(4) よりよい調査と分析のために

次に、利用者満足度を高めるためには、何を実施すればよいのかを検討することにしよう。まず、なんといっても必要なのは、施設職員全体で利用者の満足度調査と結果データを基礎において、それを検討し、結果的にサービスを改善、向上させていくことであろう。サービスを受けている利用者は、施設がどうあるべきかについて話しあえる一番良いパートナーでもある。施設が、サービスの向上の過程、つまりサービスの方法について変えなくてはならないと望んでいるならば、利用者の声を基礎にして、これまでのサービスを振り返り、再検討することがサービスの質の保障の出発点といえる。

また施設は、利用者満足度調査の際には、まずデータ集約のための戦略を開

発することが先決である。施設はサービス費用とのバランスを図りながら、サービスを向上させていくための重要な情報を得なければならない。そのために、利用者レベルの情報を処理するための、よいシステムの開発が求められよう。多くの施設は、少なくとも勘定を払うための情報システムは整備しているが、その他の必要な情報を集めるようなシステムを開発していない。コンピューター産業が発展し、いまや健康管理や介護施設のためのソフトウェアの開発は驚くべきものである。今のコンピューター世代は、福祉施設システムを運営するに十分な処理能力と記録を持っている。ソフトウェアの選択のメリットとしては、施設は、いかにして経営をやりくりするか、そのための情報ということについて以前よりも可能な限りの選択権をもつようになったことである。デメリットとしては、いくつかの施設はおきまりのソフトウェアをいまだに使っているということである。利用者の満足度を評価するためには、施設に受け入れやすい方法を使うことと同時に、問題解決に向けて施設の独創的な側面も加えていくことが必要だと考える。そして、調査結果と他の情報を集め分析するためのメカニズムを創り出していく。最初の段階では、外部のコンサルタントも必要だろうが、コンサルタントだけに頼るのではなく、内部関係者も中に入り共同研究する必要性も強調したい。例えば、地域における多くの大学とのパートナーシップができれば、施設には専門的知識にふれる機会が、大学人にはより実務的な問題を気づかせるという機会が与えられるであろう。病院、ナーシングホーム、在宅サービスあるいは自宅での急性あるいは長期介護ケアのサービスについては、ケアを向上させていくための議論は決して終わることはない。テクノロジーや技術的なスキルは、利用者の意識とともに変わっていく。施設は何をしてきたか、あるいは利用者に何をさせたかを宣伝をすることではなく、自分達のしてきたことがサービスに関する高い質を維持してきたか、利用者のニーズに合致していたかを絶えず確かめることが重要なのである。

3 利用者満足度の理論

サービスに対する利用者満足度は、サービスの内容、実施計画、あるいは評

価の方法により変わってくる。それは、また、利用者のサービスに対する感情的な受け止め方で違ってくる。しかしながら、多くの専門家は、感情的な受け止め方が含まれていることは否定できないとしても、それは満足度の構成要素のひとつにすぎず、それによって満足度調査の意義が失われるものではないと考えている。利用者の感情的な満足度は、いくつかの次元の構成要素から成り立っている⁽¹¹⁾。

この節では、利用者満足度の基礎的な理論を検討することにしよう。まず初めに、利用者満足度の構成の段階を述べて、その段階から満足度調査票が作成されること、そしてその調査票から何がもたらされるのか、何が期待されるのかについて考察していきたい。そのうえで、最後に、サービスの質と利用者満足度との関係、利用者満足度調査の意義と限界について述べることにする。

(1) 利用者満足度の段階

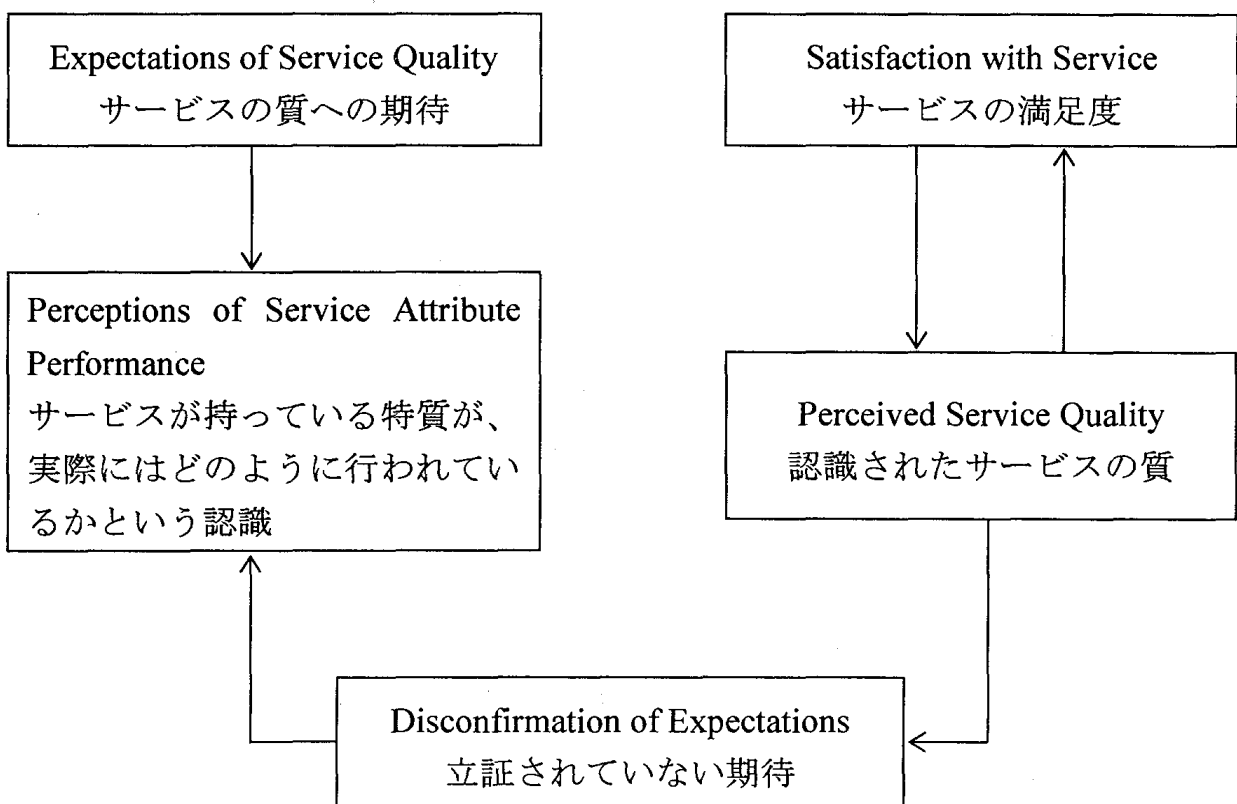
アメリカにおいては、利用者満足度に関する文献は多いが、しかし長期介護ケア (long-term care) における利用者の心理と、サービスの満足感を認識していく過程が、利用者の満足度の反応にどのように繋がっていくかということについて、議論されているものは驚くほどにほとんどない。これまでは、経験からくる事業所の生産性向上のための方策やそのためのマーケティングが大半を占めていた。

利用者満足度について、むしろ関心を持つべきことは、どのように利用者がサービスの実施と関わっていくのか、あるいはサービスの質をどのやって評価するのか、そして、どのようにその評価が、その後の利用者の行動に影響を及ぼすのかということであろう。利用者満足度は、サービスを受ける側の期待と、その後どのようなサービスを経験したか、この2つの結合というなかで理解されるものと考えられる。これまで利用者満足度は、サービス実施に対する期待と、実施後のサービスに対する認識、そのギャップのなかで様々に定義されてきた。そのギャップとは、サービスを受ける側の最初に持っていた期待と、その後のサービスに対して自分がどういう感情を持ったかという間の評価の混じり合いといえよう。過去10年間、影響力を持った理論上のモデルは「立証されていな

い期待（expectancy disconfirmation）」モデルと呼ばれるものである⁽¹²⁾。

この理論的枠組みにおいては、利用者満足度は次のような結果になる。①その与えられたサービスの内容について利用者がどのように認識したか（サービスの持つ特質を比較すること）。ここでは一例としてホームヘルパーの家事援助をあげてみよう。家事は家庭密着型サービスであり、それだけに人間性や応対の仕方が重要になるという特質がある。これらの特質を踏まえて、利用者が期待していたものと現実との比較ということである。②その利用者の感情をどのように評価するかということ。サービスに伴う満足（あるいは不満足）は、期待と実際のサービスの間でギャップが存在するときに起こる。満足は、実際が期待どおりになされたとき、不満足は利用者へのサービスの実際が期待以下のときに起こる。

図Ⅲ-8 利用者満足度の概念上のモデル



(出典) Robert A. Applebaum, Jane K. Straker, Scott M. Geron, ASEESSING SATISFACTION IN HEALTH AND LONG-TERM CARE : Practical Approaches to Hearing the Voices of Consumers, Springer Publishing Company, 2002, P.19.

図Ⅲ-8は、利用者満足度の概念上のモデルを表している。一般的に、どの研究でも、モデルの一般的な構成要素については広く合意されているが、構成概念のそれぞれがどのように影響しあっているかについては、激しい対立意見がある。例えば、利用者の感情的な反応、つまりどういう感情を持ったかについては、Pascoe (1983) とその他の研究者によれば、提供された物質やサービスを受けていただいた利用者の反応が基礎に置かれている。他の研究者たちはそうではなくて、もともと持っていた期待感というものが、満足度に影響すると主張している。満足度の調査が続くにつれて、モデルのより複雑なバージョンも開発されていくことになるだろう。

これについて、研究者はいくつかの多様性を提示する。その多様性とは、実際にサービスを受けたときの反応と、それに対する満足・不満足 of 再確認の段階がたくさんあり、再確認が起こるたびに満足度は変化するということである (Anderson & Fornell, 1994)⁽¹³⁾。つまり再確認後、それまで持っていた期待が満足度になるが、期待を持っていた人にもその満足度評価は起こるということであろう。

関連する論点は、どのようにして一定のモデルを、長期介護ケアのようなサービスの満足度の評価に当てはめるかということである。立証されていない期待 (expectancy disconfirmation) モデルは、最初の印象と、その後にくるサービスの結果に対する実際の経験を基礎に置いている。しかしながら、研究者たちは、いつでもそのモデルを継続的サービスの評価にも同じように適用してきた。例えば、SERVQUAL 方法の展開をみると、サービスの質についての複数の項目が継続的サービスの質の評価に同じように用いられている。与えられたサービス内容、あるいは、事業所のサービス提供システムを全体にわたって評価することを質の基礎に置いている。

満足度に関する理論を述べてきたが、長期介護ケアの満足度の評価のためには、いくつかのはっきりとした論点を認識しておかなくてはならないであろう。第一に、利用者の実際のサービスに対するサービスの質と経験の重要性が考えられる。いかなる長期介護ケアサービスの満足度の評価方法も、利用者に必ず重要と見なされるところの長期介護ケアの属性や次元 (段階) を取り込んでい

なくてはならないということである。第二に、満足度評価における期待の重要性である。期待は、満足度の前提となり、認識されたサービスの質に対しての基準線となり、個別に人によって比較することが可能であり、他の要素とは独立しており、満足度に直接に影響する。

次に長期介護ケアサービスの利用者の期待について、それをどのような段階でみていくのか、ヘルスケアの分野の研究を取り上げながら、検討していくことにしよう。ヘルスケアの満足度調査については相当数の研究がなされているが、それは、医師の処遇やあるいは急性ケアの患者満足度についての調査である。初期の頃の患者満足度の調査では、ヘルスケアの利用者満足度は複数の次元で構成されていたことが指摘されている。最近の調査では、Ware, Davis-Avery, Stewart (1978) たちは、100ケース以上にもわたる患者満足度の研究を行い、調査のなかに次のような項目を盛り込むよう提案している。サービス提供者の対人関係マナー、ケアの技術的な質、利用しやすさ (利便性)、お金がいくらかかるか、物質環境、いつでも利用できるかどうか、連続・継続性、そしてケアの結果・効果である。他の調査者も、また、患者満足度はケアの技術的側面、対人関係という側面、ケアへのアクセスと継続性、そして物的環境が関係していると述べている。しかしながら、全体的にみても、それらの要素のどれとどれとがとくに利用者満足度と関係しているのか、それはどのケアのタイプと主に関係してくるのかについてはコンセンサスが得られていない。また、方法論的な議論も満足度に影響を及ぼす。例えば、調査はどのような概念を中心に行うのか (自己決定権の尊重、残存能力の活用、生活の継続性など)、そして利用者がどれくらいの期間にわたってサービスを受けているのか、それによっても異なった患者満足度の評価方法が生み出されるとしている (Roberts, Pascoe & Attkisson, 1983)⁽¹⁴⁾。

しかし、これまでの急性ケア患者に対するヘルスケア研究は、長期介護ケアにおける利用者満足度の方法としては、あまり役に立つとは思われない。長期介護ケアは、急性ケアや医療ケアとは多くの面で異なっているからである。医師の往診、あるいは急性医療の場合は、時間も短期間に限定されているが、長期介護ケアの場合は時間的範囲が長く、それも年々継続されていくものである。

長期介護ケアは、利用者の毎日の生活状態を取り込んで、長期間あるいは永久的な（死亡するまで）生活状態をカバーするものである。そして永続的なだけでなく、身体的状況、精神的状況、本人の希望など複合的な要素がからまっているし、また、いくつかの要素が重複している傾向がある。したがって、要介護高齢者の生活の質もまた、継続的に確認して評価していかななくてはならない。さらに、長期介護ケアは、専門的な精巧な技術の利用を必要とする場合はそう多くはなく、現実には歩行を援助するとか、食事の手助けをするとか「低い技術」のサービスでまかなわれている場合もあることである。

では、次に、利用者満足度の測定方法について検討してみよう。現在行われている長期介護ケアの満足度調査には、正確な基準が欠如している。なぜならば、「満足した。」あるいは「満足させてもらった。」というような表現方法は、利用者1人1人によって異なった意味合いを持っているからである。利用者の意向を聞くためには、満足度調査票のなかにサービスの受取人である利用者にとって重要と思われるサービスの質の段階を、すみからすみまで完全に網羅する評価方法というものを確立する必要がある。しかしながら、ほとんどの研究者の関心は、満足度調査者あるいはサービス提供者の視点に基づいた調査方法に向けられており、サービスを受ける利用者（サービスの受取人）を基礎にした調査方法ではなかった。サービスの質の改善のために、利用者の視点を入れたものはいくつかはあるが、それでも認知症などの少数派の考え方というのはいっていないことが多かった。利用者満足度を評価する場合、少数派の視点を取り込むことは重要であり、この視点を取り入れてこそ、完全な段階の評価といえることができる。

また、在宅における虚弱老人の利用者満足度に関する調査の中には、少数派の視点を含むことを基礎に置いて、長期介護ケアサービスの満足度が構成されていることも多い。そこから、長期と急性期ケア（acute care）とは異なっていることがはっきりわかる。ある一定のグループに焦点を当てた分析をみると、長期介護ケアの満足度には、複数の視点があり、急性期あるいはメディカルケアの満足度とは、類似したところもあるが、異なっているところもある。在宅ケアサービス（home care services）の満足度は、選択権の保障、ワーカーの権

利擁護者（アドボケイト）としての役割、あるいはサービスの妥当性はもちろんのこと、ヘルスケアの場合と同じように、技術的な資格、信頼性、そしてサービスを与えてくれる人の人間関係を基礎に置いている。しかし、この中には急性期ケア満足度の評価からは見いだされていないものもある。

立証されていない期待（expectancy disconfirmation）モデルを使うならば、満足度評価を行ううえで、利用者が最初にもつ期待を理解することが重要である。Oliver（1981）によると、「期待（expectations）というものは、利用者がいくつかの行動やふるまいを起こすとき（例えばサービスを受けるために施設を訪ねるなど）、ポジティブにもネガティブにも起こる可能性がある利用者の側の感情や認識の問題」であると定義されている。期待は、サービス満足度の本質的な前提条件である。その満足度とは、サービスの質の比較とも違う独立したものであり、サービスの受取人がいなく主観的なサービス基準とみなされる⁽¹⁵⁾。

もちろん、サービス受取人の期待が全て同じというわけではない。Miller（1977）は、期待の類型を正確に分析した最初の満足度調査研究者の一人であった。ここでは、期待というものを、理想としての期待、最小限度の期待、これくらいは望ましいというレベルでの期待、まあ受けるに値する価値があると認められる期待に分けている。サービスに対する利用者の期待のレベルは、利用者がサービスに何を望んでいるか、あるいはそのサービスとはどうあるべきだと考えているか、最高水準のサービスとはどのようなものと考えているかによって異ってくる。これとは対照的に、サービスの質に対する最小限の期待というのは、予想される最低のレベルのサービスを表しているともみてよい。これから受けようとするサービスを予測すること、あるいは期待しているサービスのレベルは、本人の過去の平均的な経験に基づいていることが多い。現実のサービス内容と、次にどのようなサービスがくるかという予測もまた、期待のレベルに影響を与える。

期待のタイプがこのように異なることから、ほとんどの利用者満足度調査の研究者は、利用者の満足度評価を行うなかで、個人の利用者によってそれぞれタイプが違うのであるから、それを加味した評価をすることが必要であるといっている（Pascoe, 1983）。このように個人的な相違がある他、ケアに対する期待

は、その国や地域の文化によっても異なる (Sheer & Luborsky, 1991)。そして、サービスを受けた期間の長短や入所者の所得階層、またその他の要因によっても影響を受ける。サービス利用者のおかれた環境を変えることは、特に施設に入居している高齢者にとっては難しい。なぜなら、その施設に入っている高齢者は、その施設が与えるサービスに依存した状態 (learned dependency) であるので、他の施設では不満足と思われるようなサービスが、その施設では満足と評価されたりすることはありうるからである。

満足度評価の際に、どういう期待を基準として使うかが大きいから、最初に共通の基準を明確にしておくことが必要である。長期介護ケアの利用者に、あらかじめ期待されるサービスを知らせる、あるいは予測されるようなサービス内容を説明して、それを満足度評価の基礎として使うことはほとんど不可能であろう。ナーシングケア (nursing home care) あるいはホームケア (home care) のサービス受給者は、それらのサービスを受けた経験がないことが多い。ほとんど全ての人々が、似通ったサービス (入浴、食事、衣服の着脱など) を自宅で、彼ら自身で行ってきており、または家族や近所の者が代わりにそれを行っている場合もある。Folke (1994) は、将来のサービス実施についての共通する期待への一つは、利用者自身が過去に受けたサービス、または他人の話聞いて、その逸話的な経験を基礎に置いていることもあると述べている。

いくつかの評価手法は、明示的に利用者の期待という要素に注目してつくられている。例えば、SERVQUAL 手法は、最高水準の提供を行う理想の事業所を想定して、そこで行われるサービスを評価の期待度基準として利用している。評価方法 (手段) とは、理想の基準と現実のサービス水準とを意図的に比較して実施されるものである。期待は、利用者がサービスを受け取る前に存在することがあるが、しかし多くのケースでは、その期待はその後の実際のサービス内容によって、変わってくるともいえる。

(2) サービスの質と利用者満足度調査の関係

まず利用者の権利とサービスの質との関係について述べておこう。処遇過程の権利は少なくとも次の権利を含む諸権利の総称といわれている。①福祉サー

ビスの種類・内容およびこれを利用するときの権利と義務について知る権利(福祉サービスを利用するときの権利と義務とは、たとえば、施設入所者として有する権利と遵守しなければならない施設の管理規制、施設で利用できるサービスとその費用負担などをさしている。これらの情報は要援護者の理解できる方法・手段で与えられねばならない)、②自己の処遇方法の決定過程に参加する権利、③施設入所者が自治会活動を行い、それを通じて施設の管理運営および苦情解決に参加する権利(これらは自己貫徹的権利ともみることができる)、④虐待および拘束からの自由の権利、⑤通信・表現・信教の自由の権利、⑥プライバシーの権利、⑦預金・年金など個人の財産を自分で管理・処分する権利⁽¹⁶⁾。

また最近、利用者の自己決定に特に配慮を要する権利として、①十分な説明を受けた上で、サービスを自己決定する権利、②虐待・拘束からの自由、③本人の意に反して施設入所を強制されない権利、④年金・預金等の自己管理の権利⁽¹⁷⁾があるが、この場合の自己決定とは、利用者の選択と同義語と思われる。このことから「質」を考えてみると、権利を確認できる状態、それが可能な状態を「質」と考えるという、そういうかたちの質の考え方もできよう。しかし利用者満足度は、利用者のこうした権利がそのまま調査項目として表れているわけではない。このような質の考え方は、利用者満足度のもつ理念の根底に流れている考え方と理解されるべきであろう。

次に、利用者の満足度は、しばしばサービスの質と同じと見られることが多いが、しかし重要な相違が存在している。次の例をみれば、満足度の点数が、必ずしも質の格付けになるわけではないことがわかるであろう。2つの似通った利用者のグループが、同じレベルのサービスを受けたと仮定してみよう。さらに、この2つのグループが、同じような年齢構成ではあったが、これから与えられるであろうサービスの質に対しては違った期待を持っていたとしよう。信頼できる評価方法を使ったとして、もし満足度の重要な相違がこの2つのグループに中で見られた場合、あまり期待していない人の満足度は当然高くなるが、だからといってその施設が提供したサービスの質は高いとはいえないであろう。なぜならば、サービスへ期待を持っていた人と、期待を持っていなかった人という2つのグループの満足度の平均値が違っていた場合でも、提供したサー

ビスの「質」自体は同じだからである。最も重要な相違は、サービスの質の問題は、必ず特定のサービスについて問題とされることであるのに対して（例えば、食事とか入浴とかプライバシーとか）、満足度調査は特定のサービスについて質問するとは限らず、その事業所の全体的な印象をきくこともあるということである。サービスの質の評価は、必ず評価されるサービスの特質と結びついていなくてはならない。例えば、レストランにおける食事の質の評価を行う場合には、食事に対する専門技術的な質（材料の鮮度、メニューがたくさんあるか、料理の技術あるいは材料を調合する仕方、提供された食事の温度など）ということが評価されるであろうが、もしこれを食事に対する満足度として調査するならば、そこには、周囲の騒音のレベル、食事が出るまでの待ち時間、そしてサービスを提供するスタッフの丁寧さ、あるいは、食事の値段等も評価対象に含まれることになる。しかし、これらは食事の質とは関係がないであろう。満足度評価は、質に関係があろうとなかろうとも、利用者が重要であろうと思うサービスの様々な側面から捉えて、それに対して利用者がどう思ったかを聞く作業である。満足度評価には、出される食事以外にも、レストランが努力してもやっつけられない項目（自分達で解決できないようなもの）とかの要素が含まれている。例えば、建物の構造上、壁が薄くて隣の人の声が聞こえるとか、近所で犯罪があったとか、あるいは駐車料金が安いとか、そういったものまで満足度には含まれることになる。このことから満足度は、サービスの質より広い概念を含んでいるといえよう。満足度としてみる限り、サービスの質は、サービスを受ける者にとっては、サービス評価の一つの局面に過ぎないことになる。

その他に、満足度と質との間の重要な相違は、質の評価は本人の経験や印象と関係なくすることができるが、しかし、満足度評価は利用者の実際の経験が基礎に置かれているということである。サービスの質は、世の中の評判や専門家の判断によって評価される。例えば、車やコンピューターやあるいは立体音響設備の質の判断は、技術専門誌、あるいは専門雑誌を読むことによってわかる性質のものである。しかしながら、サービス満足度に関しては、実際に使ったり、直接に経験することなしに、製品あるいはサービスに対して満足したと

か不満だということはいえない。また、満足度評価が低いからといって、サービスの質が標準以下であるとは限らない。満足度が低いときには、サービスの質も悪いことが実際にはあるであろうが、しかし、必ずしもこれは確実ではない。一つだけ確かなことは、ある一つの施設にいる利用者達が満足しているからといって、他の施設の利用者達は同じようなサービスに満足はしていないことがあるという事である。ではなぜ、サービスの満足度の研究が必要とされるのであろうか。なぜサービスの満足度調査を行わないといけないのであろうか。例えば、より不満だと答えている利用者がいたとしよう。その人が受けているサービスとは、より満足していると答えた利用者より、良質のサービスであるかもしれない。しかも、そのサービスの質は、サービス提供者の自助努力ではどうにもならない性質のものかもしれない（例えば、スタッフ退職率、田舎と都市部のサービスの違いなど）。結論としては、サービスの利用者満足度は、何らかの指針となりうるが、しかし、あくまでもひとつの目安にすぎないということである。別のいい方をすると、サービスの質は、利用者満足度の一つの要素にすぎないのであるが、しかしまさに一つの要素であることは間違いないということである⁽¹⁸⁾。

(3) 利用者満足度調査の意義と限界

この節では、利用者満足度の理論を考えてきたが、ここでは利用者満足度調査の意義と限界について検討しておこう。論点の一つは、満足度調査をした結果、その満足度評価をどういう意味を持つものとして解釈するかということであろう。利用者満足度は、利用者がそもそも持っていた期待の度合いによっても違って来るし、あるいは、サービスの持つ特性によっても利用者の満足度は違って来るから、かなり曖昧な部分があることも事実である。しかし満足度調査は、サービスの現状について、その利用者の側からみた評価ということで、他の評価方法にはみられない側面があることも否定できない。

第三者評価事業はあくまでも第三者たる専門家からみてサービスの質がどういうレベルにあるかの判断である。それは、一定の理想とされたサービス基準から見て当該事業所のサービスがどういう状態にあるかの客観的な評価である

う。これに対して、利用者満足度調査は、本人の想像していたサービス水準からみて、当該事業所のサービスが上だったか下だったか、あるいは本人の嗜好にあっていたかどうかの判断も含めた概念である。その点では主観的な調査であるといつてよいであろう。しかし、だからといって、利用者満足度調査は意味をなさないという結論にはならない。社会福祉法も介護保険法も、サービス提供の基本を、「利用者本位」、「自己決定権の尊重」においている。だとすれば、客観的な基準に基づくサービスの提供と同時に、利用者の意向をふまえたサービスの提供もまた価値あるものとしての評価を受けてしかるべきであろう。大多数の人がみて良いサービスであっても、それを受ける個人によっては、もっと違った形でのサービスを望んでいるかもしれない。それが、利用者の身体的・精神的にはっきりと悪影響が及ぶような場合は別として、本人の希望であれば、そのような違った形でのサービス提供も考えられうるのではないか。このような、利用者の主観的なニーズを図る方法としては、利用者満足度調査しかない。

次に、利用者満足度調査をより客観的なものに高めていくためのいくつかの方法が考えられる。その一つは、利用者側にサービスをより客観的に評価できるだけの予備知識をもたせることである。より望ましいサービスとはどのようなものかについて、あらかじめ利用者が知識を有していれば、それをもとに実際に受けたサービスを評価するのであるから、満足度評価はかなり客観性を帯びることになる。その予備知識の提供を、行政の情報提供義務の一つとして構成することはできないであろうか。

この利用者満足度調査の対象となる利用者は、ある程度、利用者自身がサービス評価、サービスの質、利用者満足度というものに関心をいだき、サービスの水準について一定の知識を有していなくてはならない。そのためには、行政には次のような役割があると考えられる。それは、知識や情報を持っている行政が、利用者に対して提供されるサービスについての十分な説明を行い、利用者に対してサービスに対する期待をはっきりと持たせることである。その際、行政は利用者にデイサービスやショートステイといったサービスの内容を伝えるだけでなく、自己決定権の尊重や残存能力の活用、生活の継続性などの面から、どういう場合にサービスの質が高いと評価されるものなのか、高いサービスの

質とはこういう状態を指すということをあらかじめ説明しておく。そうすれば、利用者満足度の調査結果はより信頼できるデータとなる。そこでこういうサービス内容について、行政が果たすべき説明責任を行政政策の中に盛り込むことを提案したい⁽¹⁹⁾。利用者に圧力がかからないようにして、サービスの内容、自己決定権の尊重や権利擁護といった点を事前に説明しておくという行政の役割には、大きな意義が認められよう。

なおアメリカにおいては、最近、医療の分野で官民の医療サービス監視組織間に協力関係を築く目的で、パートナーシップ機構である米国サービスの質フォーラムが創設されている。そこでは実証的研究にもとづく医療と患者中心の医療を支える基礎的組織（*infrastructure*）の開発に最も整合する医療の質の比較情報システムのあり方が慎重に検討されている。米国質フォーラムは、1999年に官民双方の医療サービス購入者が参加して設立された非営利法人で、現在、将来の社会的な説明責任と消費者の選択に役立つ対外的な質報告システムの開発のための質評価尺度づくりに取り組んでいる（Kizer, 2000）⁽²⁰⁾。この活動は、質の評価の方向性に影響を与えるものの一つになるであろう。

では次に、なぜ外部の第三者評価だけではなく、利用者の満足度調査を行わないといけないのかについて検討していこう。例えば、言葉のかけかた（尊厳）、接し方（接遇）、相談の受け方については、第三者評価ではなく利用者の満足度評価が最も効果を発揮する領域かもしれない。第三者評価によって、第三者から仮に接遇が100点満点と評価されたとしても、利用者本人は別な見方をするかもしれないし、満足していない場合もあろう。たとえサービスの質自体は第三者からみれば、あまり評価できなかつたとしても、利用者本人が満足度しておればそれでよい部分や場合もあり得るのではないだろうか。満足度評価は、サービス内容や水準を正確に表すことについては不確実なところがあるにしても、利用者本人の自己決定を活かすという面、あるいは本人の好みを活かすという面においては、それなりの意義を有しているといえよう。つまり、第三者評価では図れない部分や、この第三者評価の限界を補う材料として、利用者満足度調査は存在意義を持つものと考えられる。今後は、利用者満足度を絡めた形で、サービスの質の評価を進めていく必要があるだろう。

次に、医療における患者満足度（Patient Satisfaction, 以下 PS とする）を医療の評価に用いる場合の、有効性と限界についてもふれておこう。まず PS によって、医療のどの側面を評価できるのであろうか。PS によって医療を評価することの難しさとして、①患者は、医療の質を適切に評価するために必要な科学的・専門的知識に乏しい、②患者は、客観的評価を冷静に下し難い身体的・精神的状態にある、③看護、検査、指導、治療といった出来事が速い速度で起こっているために、起こっていることを客観的かつ包括的にみることが、患者にとっては難しい、④医療提供者と患者では、治療の目標が異なる、つまり、患者の要望が医療提供者の認識とは異なり、時には患者の要望が、医師にとっては優先順位の低いものであることもある、という意見が挙げられている⁽²¹⁾。これらの意見に対しては、それでもなお患者による評価の必要性・有効性が、次のように述べられている。つまり、患者による評価は、一定の条件さえ満たせば有効であり、医療提供者と異なる視点から、異なる側面を、異なる基準で評価していると考えられるべきであるということである。そのため、医療専門家の評価と一致する結果を得られないことは、ある意味では当然であり、むしろ医療専門家の評価を他の方向から補う資料としての利用の仕方をするべきであろう。つまり、患者の満足度を測定した場合に、患者の満足度が高ければ高い程よいというのではなく、むしろここで大切なのは、医療提供者の側からの一面的な評価だけではなく、患者が医療や医療提供者に何を期待し、患者が主観的にどのように医療を評価しているのかといった、異なる側面からの評価を行うことによって、より多面的な評価を実現していけるということである。また PS は、患者の要望にすべて応えていくという視点に立ったものではなく、患者の要望が過度であったり、実状に著しくそぐわない場合には、患者の治療にとってより優先的な課題を患者に説明し、患者にとって有益で効率のよい医療の利用の仕方を、患者に学んでもらうことが重要となる。患者が治療と医療の改善に参加できる一手段として PS を位置づけ、患者と医療提供者の相互の意見交換を通じて、患者の意向が今後の医療に組み入れられていくことが、PS のもっとも有効な用いられ方であろう⁽²²⁾。

医療サービスと福祉サービスでは、専門性や特殊性の違いがあるにしても、

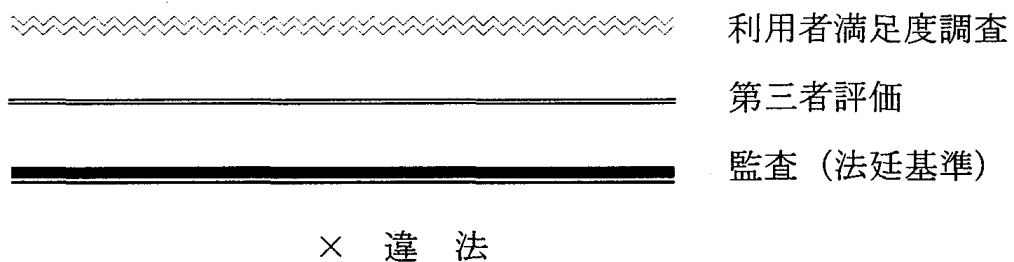
それらをふまえたうえで、医療サービスのこの部分は福祉サービスにも有効だと思われるものも多く含まれており（例えば、手術後からの回復による入浴の介助など）、特に介護サービスの内容に関しては共通項目が多く見いだせる⁽²³⁾。PSによる医療評価の有効性と限界を踏まえたうえで、今後は医療サービスのPSと福祉サービスの利用者満足度評価とのそれぞれの特質と共通項目、またそのもつ位置づけや意義をみいだしていくことも必要かと思われる。

また、福祉サービスは、公の財源（公費）を使ってサービスを行っているため、公的規制の対象ともなる。その意味では、民間のサービス（商品販売、旅館など）の利用者満足度（顧客満足度）や企業の消費者満足度とは、満足度調査の持つ意義や性質が異なる。そのため、福祉サービスにおいては、第三者評価などの外部評価と本人の満足度評価をきちんと行い、公の財源を使って行うだけの価値のあるサービス内容であるか、あるいは、サービスの質がきちんと確保されているかどうかの確認は必須であると考ええる。今後は、サービスの質の保障に向けて、第三者評価などの外部評価と満足度評価の両方を、全ての福祉施設や福祉サービスを提供している事業所に行わせる必要があるだろう。またそのことが、福祉サービスの質の保障、自己決定権を尊重した利用者本位のサービス提供ということに繋がっていくと考えられる。

最後に、利用者満足度調査の位置づけに関する考えを述べておきたい。利用者満足度調査は、利用者の自己決定権を基礎において、もっとこうして欲しいなどの個人の「好み」の実現も含めた利用者希望調査である（図Ⅲ-9）。個人的な評価能力や嗜好の違いがあるため、満足度評価には限界もあるが、しかし、満足度調査には、利用者の側からみたサービスの質の評価、改善への提案が含まれている。この場合の利用者側からみたサービスの質には、サービスの一定水準（常識的な水準）、自己決定、権利擁護などが混在していると考えられる。そこには、虐待や権利侵害など絶対にしてはいけないものや救済の緊急性が高いものも含まれている場合もあるだろうし、食事の味付け、入浴温度、接し方など利用者の好みに近くなっていく部分が含まれていることもあるであろう。満足度調査は、サービスの質の評価のなかではまさに自己決定権の尊重そのものであり、個々人の目からみたサービスの質の評価といえよう。ただし、利用

者の希望や好みなどを優先し過ぎると、サービスを与える側からみて実現不可能なことであったりすることもあるが、一定の範囲での自己決定の尊重を基本においたサービスの提供という意味で、満足度調査はなお有効なサービスの質の保障手段ということができる。自己決定権の尊重という点に足を置いて満足度調査を位置づける際の理論づけや、こういった分野に特に満足度調査が活かせるのかの具体例やその評価方法などの実践的課題については、今後の研究課題としたい。

図Ⅲ－9 監査・第三者評価・満足度調査の位置づけ



(筆者作成)

-
- (1) Medicare とは、アメリカで65歳以上の者および障害者に対して、医療費および入院費を給付する社会保険制度。労働者、使用者、自営業者、および連邦政府からの拠出金によって運営される。また Medicaid は、アメリカで、低所得者層および障害者に医療を供給することを目的として、連邦政府と州政府の拠出資金によって運営されている医療扶助制度。原則として、医療そのものが給付され、支払は供給者に対して直接なされる。(田中英夫編『英米法辞典(第14刷)』(東京大学出版会、2006(平成18)年8月)551頁。
- (2) Robert A. Applebaum, Jane K. Straker, Scott M. Geron, ASEESSING SATISFACTION IN HEALTH AND LONG-TERM CARE : Practical Approaches to Hearing the Voices of Consumers, Springer Publishing Company, 2002, P.82.

- (3) 鬼崎信好・増田雅暢・伊奈川秀和編『世界の介護事情』(中央法規出版、2002(平成14)年9月)195頁。
- (4) Robert A. Applebaum, Jane K. Straker, Scott M. Geron 注(2), 前掲書, P. 82.
- (5) 河谷はるみ「社会福祉サービスの基準とサービス評価事業について」(「熊本県立大学生活科学部紀要」第3巻(通巻第49巻)、1997(平成9)年3月)120~121頁。
- (6) Robert A. Applebaum, Jane K. Straker, Scott M. Geron 注(2), 前掲書, P. 82-83.
- (7) Robert A. Applebaum, Jane K. Straker, Scott M. Geron 注(2), 前掲書, P. 84.
- (8) 伊藤弘人「患者アンケートとレセプト分析による医療機関評価について」(健康保険組合連合会「健康保険」第56巻3号(平成14年3月号))22頁。
- (9) Robert A. Applebaum, Jane K. Straker, Scott M. Geron 注(2), 前掲書, P. 89.
- (10) Robert A. Applebaum, Jane K. Straker, Scott M. Geron 注(2), 前掲書, P. 94.
- (11) Robert A. Applebaum, Jane K. Straker, Scott M. Geron 注(2), 前掲書, P. 17.
- (12) Robert A. Applebaum, Jane K. Straker, Scott M. Geron 注(2), 前掲書, P. 18.
- (13) Robert A. Applebaum, Jane K. Straker, Scott M. Geron 注(2), 前掲書, P. 18.
- (14) Robert A. Applebaum, Jane K. Straker, Scott M. Geron 注(2), 前掲書, P. 20.
- (15) Robert A. Applebaum, Jane K. Straker, Scott M. Geron 注(2), 前掲書, P. 22.
- (16) 河野正輝『社会福祉の権利構造(初版第3刷)』(有斐閣、1997(平成9)年9月)124頁。
- (17) 河野正輝『社会福祉法の新展開』(有斐閣、2006(平成18)年3月)141頁以下参照。
- (18) Robert A. Applebaum, Jane K. Straker, Scott M. Geron 注(2), 前掲書, P. 25.
- (19) Robert A. Applebaum, Jane K. Straker, Scott M. Geron 注(2), 前掲書, P. 25.
- (20) 米国医療の質委員会/医学研究所(訳:医療ジャーナリスト協会)『医療の質—谷間を越えて21世紀システムへ(第1版第2刷)』(日本評論社、2003(平成15)年12月)198頁。
- (21) 園田恭一・川田智恵子編『健康観の転換—新しい健康理論の展開(第4刷)』(東京大学出版会、2001(平成13)年3月)93頁。
- (22) 園田恭一・川田智恵子 注(21)、前掲書、95頁。
- (23) 河谷はるみ「第三章 サービスの質の保障」(石橋敏郎・河谷はるみ・長千春「介護保険法の改正に伴う諸問題について—新「予防給付」、地域支援事業、サービスの質の評価、情報の公開、介護手当を中心として—」、アドミニストレーション第12巻1・2合併号、熊本県立大学総合管理学会、2005(平成17)年)67頁。

(河谷はるみ)

IV おわりに

第三者による福祉サービス評価事業については、1993（平成5）年より、12の府県で、先行的に「特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス評価事業」が実施されて以来、現在は、NPO法人に委託される形で継続的に実施されている。最近では、これに保育所が加わり、グループホームについては第三者評価の定期的な実施が法令で義務づけられるところまできている。さらには評価結果については、そのすべてがインターネットで完全公開され、利用者が事業所を選択する際の重要な判断材料となっている。

しかし、これに対して、福祉・介護サービスに関する利用者満足度調査については、わが国では、ほとんど行われていないといつてよい。わずかながらいくつかの市町村が、ごく簡単な質問事項を準備して、例えば、あなたが日ごろ不満に感じているサービスは次のどれですかと聞いて、ホームヘルプサービス、デイサービスなどの個別サービスの名称が並ぶような調査を行ってきているようである。その結果は、介護保険事業計画書の一部として公表されたり、独自の報告書として作成されたりしているが、その結果に対する分析やそれをもとにどのサービスをどのように改善していったかの記述は書かれていない。各種福祉サービス事業所にしても、自ら利用者満足度調査を実施しているところがままあるかもしれないが、それはあくまでも、事業所が利用者向けに行う宣伝活動だったり、任意の付加的なサービスであったりするような性質のもので、これがサービスの質の保障に重要な役割を果たしているという認識はない。

しかし、アメリカ合衆国では、早くから、サービスの質の保障の重要な方法の一つとしてこの利用者満足度調査が位置づけられ、そのための研究が進められてきた。利用者満足度調査の理論はもちろんのこと、どのような質問項目が適当か、その分量はどのくらいか、どのような順番で質問するか、認知症利用者への調査はどのように行うか、調査結果をどのようにして共有し、サービスの向上に結び付けていくかなどの課題解決のための実践的な研究も積み重ねられ、いまでは、アメリカヘルスケア協会版、オハイオ州ヘルスケア協会版、ナーシングホーム協会版などのそれぞれに工夫された独自の利用者満足度調査モデ

ルができあがっている。

利用者満足度調査は、利用者の主観的な好みが生じやすいという理由で切り捨てるのではなく、行政が利用者にサービスの質についての予備的な情報を与えたうえで実施するとか、問題点が具体的に明らかになるように質問形式を工夫するとかしてより客観性を持たせたうえで、これをサービスの質の保障の有効な手段として活用して行こうとするのがアメリカ合衆国の考え方である。自己決定権の尊重や利用者本位のサービスが福祉・介護サービスの基本理念であるならば、これは利用者の声を聞くという意味で、利用者満足度調査とストレートに結び付くはずである。こうしたアメリカ合衆国での経験をもとに、わが国でも利用者満足度調査についての研究がもっと深まり、制度的にも整備され、すべての福祉・介護事業所で実施されるようになることを望みたい。