

# イギリスの社会的ケア事業者の登録・監査・評価制度 ——「ケアの質委員会」による質の保証の意義と課題——

白 瀬 由美香

## 1 はじめに

ケアの質をいかに保証するかという問題は、医療・福祉分野へ民間事業者の参入が拡大し、サービス供給主体の多様化が進む各国において重要な課題である（OECD, 2005; European Commission, 2008）。質を保証する施策には、法令に基づく規制や監査、第三者評価、利用者への情報公開、苦情への対応、職員研修による従事者の資質向上、事業者を支払われる報酬体系を通じた経済的インセンティブなど、さまざまな方法がある（岩間, 2005a; 平岡, 2008）。また、事業者の自主的な取り組みとして、ISO9001の取得を通じた、サービスの標準化と質の改善の試みも見受けられる（棟近・水流, 2009）。

本稿が注目するイギリスにおいても、ケアの質を保証する多様な取り組みは以前から行われていた。その政策展開は日本にも随時紹介され、介護保険制度における質の評価手法の開発に関する議論でも参照されてきた（平岡, 2003; 岩間, 2005b; 水野・荒井2002; 長澤, 2010および2011など）。イギリスでは、高齢者介護、障害者支援、乳幼児の保育などに関するケアサービスは社会的ケア（Social Care）と呼ばれ、その中で高齢者・障害者へのサービスは「成人社会的ケア（Adult Social Care）」として扱われている。成人社会的ケアの質を保証する施策は、民間の入所施設の増加を受け、1984年に施設登録法（Registered Homes Act）が制定され、地方自治体への施設の登録と監査が義務付けられたことが端緒であった。その後、2000年代に入ると、ケア基準法（Care Standards Act）によって社会的ケアの最低基準の

枠組みが定められ、居宅サービスも含めて事業者の監査や規制を行う取り組みが始められた。そして現在、2009年に発足した「ケアの質委員会Care Quality Commission（以下CQCとする）」のもとで、医療と成人社会的ケアにかかわるすべての事業者に通じた登録・監査・評価システムの枠組みが形成されている。

本稿の課題は、イギリスのCQCによる成人社会的ケアサービス事業者の登録・監査・評価制度を取り上げ、それが質の保証システムとして、どのような意義や課題を持つのかについて検討することである。現行制度は、ケアの成果の重視や基準違反への罰則規定の強化が特徴的である。CQCが追求する質の保証にはどのような意義があるのか、また運営上にどのような課題があるのかを、本稿では考察することとしたい。なお、CQCの管轄領域はイングランドのみであることから、本稿がイギリスとして言及するのはイングランドの事例に限られる。

以下、CQCや保健省をはじめとしたイギリスの政府機関等の刊行物、内外の関連する研究文献を用いて制度の現況を捉え、CQCによる質の保証について検討を進める。2節ではCQCの発足の背景と位置づけ、登録対象など制度の概要をまとめる。3節では、監査・評価システムの特徴として、成果を重視した構造・過程の評価枠組み違反に対する権限強化を指摘する。4節では、質の保証システムとしてのCQCの意義と課題を検討する。最後に、CQCが置かれた状況を評し、日本の制度との比較に言及してまとめとしたい。

## 2 「ケアの質委員会」の概要

### (1) 発足の背景と位置付け

CQCは、2008年医療・社会的ケア法 (Health & Social Care Act 2008) に基づいて2009年4月に設置された。医療および社会的ケアサービスを提供するすべての組織に対して一元的に規制を行う、保健省 (Department of Health) からは独立した公的な機関である。

それ以前の時期には、2003年医療・社会的ケア法 (Health and Social Care Act 2003) に基づいて、医療では「保健医療委員会 (Healthcare Commission)」、社会的ケアでは「社会的ケア監督委員会 (Commission for Social Care Inspection; CSCI)」が事業者の規制にあたっていた。また精神保健については、1983年精神保健法 (Mental Health Act 1983) に基づく「精神保健委員会 (Mental Health Commission)」があった。

これら医療・社会的ケア・精神保健それぞれに分立していた規制機関を統合し、新たな規制機関を設立することは、2006年に保健省によって示されていた。その背景には、同年に発表された保健省の白書『我々の健康、我々のケア、我々の発言 (Our Health, Our Care, Our Say)』とコミュニティ・地方自治省の白書『強力かつ繁栄するコミュニティ (Strong and Prosperous Communities)』があった。それらは、私的・公的を問わず、あらゆるケアを切れ目無く人々が安全に利用できるようにする方針を示していた (DH, 2006, pp.4-5)。

2008年医療・社会的ケア法によれば、CQCは医療機関・社会的ケア事業者の登録 (registration)、

医療機関・社会的ケア事業者の監査・評価 (inspection)<sup>1)</sup>、精神保健法の運用状況のモニタリングの機能を果たすことが定められている。その目的は2つあり、第一に、医療・社会的ケアサービス利用者の健康・安全・福祉の保護と促進である。第二に、医療・社会的ケアサービスの向上、利用者のニーズと経験に焦点を当てたサービス提供、資源の効率的かつ効果的な利用の推進である。本部はロンドンで、イングランドを8つの地方に分けて支所が置かれ、それぞれの地方ごとに医療機関や事業者を管轄することとなった<sup>2)</sup>。

### (2) 登録対象

CQCに登録が義務づけられているのは、イングランドのすべての医療および社会的ケアサービス提供事業者である (表1)。医療分野では、医療制度NHS (National Health Service) の病院や診療所、訪問看護事業所などがすべて含まれるほか、民間の医療機関も対象となる。また、救急や血液サービス、医療に関する電話相談サービスなども登録する。

社会的ケア分野では、施設と居宅いずれの事業者も登録する。施設としての登録には、看護付きケアホーム、看護無しのケアホーム、障害者更生施設の3つのカテゴリがある。居宅介護については、身体介護を提供する居宅介護サービス事業者、介護サービス付き住宅であるエクストラ・ケア・ハウジング、Shared Livesと呼ばれる共同生活介護、支援付きの自立生活援助であるサポータッド・リビングが対象である。

表1 CQCの登録対象サービス

分野	サービス
医療	急性期サービス、高圧室サービス、ホスピスサービス、長期療養サービス、精神障害者・知的障害者・薬物依存症病院サービス、矯正医療サービス、リハビリテーションサービス、薬物依存症向け入居型治療・リハビリサービス
地域／統合サービス	地域ヘルスケアサービス、医師による診察サービス、医師による治療サービス、歯科医療サービス、診断／検査サービス、知的障害者向け地域サービス、在宅医療サービス、精神保健地域サービス、薬物依存症向け地域サービス、救急医療サービス
施設介護	看護付きケアホーム、看護無しケアホーム、障害者更生施設
居宅介護	居宅介護サービス、エクストラ・ケア・ハウジング、共同生活介護 (Shared Lives)、サポータッド・リビング
その他	救急サービス、血液・移植サービス、遠隔診療アドバイスサービス

出所：CQC, 2010a, *Essential Standards of Quality & Safety*をもとに作成。

## (3) 登録と監査・評価の流れ

CQCの業務は大きく分けると2つあり、①事業者の登録に関する部分、②コンプライアンスの監査を行う部分からなる(図1)。

まず登録の際に、事業者は申請書を作成し、審査を受ける。提出された書類をもとに、CQCはその事業者の活動を認めるかどうか判定し、その結果が公表される。判定の結果、登録が認められ、事業が開始された後は、コンプライアンス監視の一環として、引き続き活動状況に関する情報収集および情報分析が行われる。危険なインシデントが発生した場合は、コンプライアンス違反として法的な規制に基づく判断が下される。事業者の違反等に関する情報は、CQCのホームページを通

じて随時公表される(CQC, 2010b)。

登録が認められた事業者は毎年登録料を支払うこととなっている。入所施設は利用者数、居宅サービスは事業所数に基づいて年間登録料が算定される<sup>3)</sup>。たとえば、25人定員の入所施設だと登録料は3,000ポンド、訪問介護などの居宅サービス事業者については同一団体が3ヶ所で事業を行ってれば2,000ポンドとなる(表2)。

社会的ケアについては、2010年2月からこのシステムへの登録が開始され、同年10月が登録期限であったが、実際に完了したのは2011年になってからであった<sup>4)</sup>。その理由としては、組織発足期のリストラによる人員不足が指摘されている。事業者の登録手続きには最大で18ヶ月を要したという報告もあり、登録作業の遅れが問題となっていた(HCHC, 2011, p.21)。

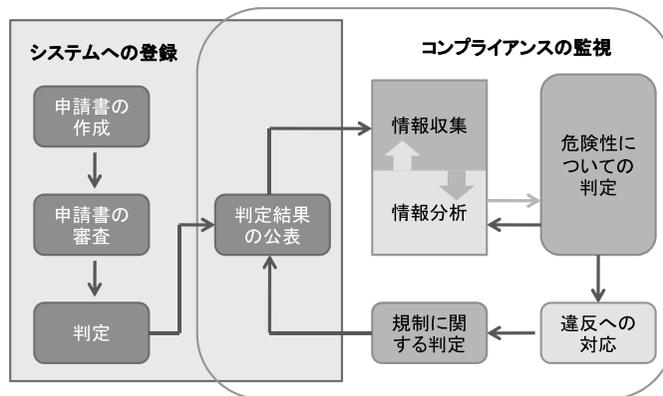


図1 CQCの登録・監査・評価システム

出所：CQC, 2010b, *How we will check that providers are meeting essential standards: our approach to monitoring compliance: an overview for providers*, p.5をもとに作成。

表2 社会的ケア事業者の登録料

施設の定員	年間登録料	居宅サービス事業所数	年間登録料
4人未満	£250	1事業所	£1,000
4～10人	£650	2～3事業所	£2,000
11～20人	£1,600	4～6事業所	£4,000
21～30人	£3,000	7～12事業所	£8,000
31～40人	£4,300	13～25事業所	£16,000
41～60人	£5,600	25事業所以上	£32,000
60人以上	£11,100		

出所：CQC, 2012a, *Fees scheme: 2012/13*, p.5をもとに作成。

### 3 事業者の登録・監査・評価制度の特徴

CQCによる事業者の登録・監査・評価制度は、前身となった規制機関の手法を引き継ぐ部分も見受けられるが、ここでは事業者への規制の在り方にかかわる大きな改革点である、(1) 成果をとまなう構造・過程の評価枠組みの策定、(2) 違反に対する権限の強化・明確化を主要な特徴として取り上げる。

#### (1) 成果をとまなう構造・過程の評価枠組み

CQCは、2008年医療・社会的ケア法（規制活動）2010年規則（Health & Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulation 2010)と2009年

### CQC（登録）規則（Care Quality Commission

(Registration) Regulation 2009) に基づいて事業者の規制を行う。これら2つの規則によって監査・評価項目として定められているのは、ケアに関する①関与と情報、②個別ケア・治療・支援、③保護と安全、④職員配置の適切さ、⑤質とマネジメント、⑥マネジメントの適切さの6分野からなる28項目である（表3）。ここでの評価方法は、サービス提供の「過程」よりもサービスを通じて得られた「成果」を評価しようとするところが特徴的である。

一般にケアの質については、ドナベディアン（2007）が医療の質の評価に関して主張した、構造（structure）・過程（process）・成果（outcome）

表3 質と安全の必須基準

分野	成果番号	求められる成果の内容	QRPの16項目	2008年医療社会的ケア法（規制対象活動）2010年規則の該当箇所	2009年CQC（登録）規則の該当箇所
関与と情報	1	利用者の尊厳と関与	○	17	
	2	ケアや治療への同意	○	18	
	3	料金			19
個別ケア・治療・支援	4	利用者のケアと福祉	○	9	
	5	栄養的ニーズの充足	○	14	
	6	他の事業者との協働	○	24	
保護と安全	7	利用者を虐待から保護	○	11	
	8	清潔さと感染症のコントロール	○	12	
	9	投薬管理	○	13	
	10	建物の安全性・適切さ	○	15	
	11	器具の安全性・利用可能性・適切さ	○	16	
職員配置の適切さ	12	労働者に関連する要件	○	21	
	13	職員配置	○	22	
	14	労働者への支援	○	23	
質とマネジメント	15	目的の陳述		12	
	16	供給するサービスの質の評価とモニタリング	○	10	
	17	苦情	○	19	
	18	利用者の死亡に関する届出			16
	19	1983年精神保健法による拘留者の死亡および無許可で不在である場合の届出			17
	20	その他のインシデントの届出			18
マネジメントの適切さ	21	記録	○	20	
	22	事業者が個人またはパートナーシップである場合の要件		4	
	23	事業者がパートナーシップ以外である場合の要件		5	
	24	登録マネジャーに関する要件		6	
	25	登録者の研修		7	
	26	財務状況			13
	27	登録マネジャーの不在に関する届出			14
	28	登録マネジャーの変更に係る届出			15

出所：CQC, 2010a, *Essential Standards of Quality and Safety* および長澤, 2011, p.175を参考に作成。

の3つの側面から検討する必要性が知られており、高齢者への介護などの社会的ケアに対しても、それを応用した評価手法が開発されている。以前からイギリスの監査・評価制度では、求められる最低限の「成果」を念頭に置いて、「構造」や「過程」を評価することが行われていた（水野・荒井，2002；長澤，2011）<sup>5)</sup>。CQCは、そうした従前からの方法を引き継ぎつつ、サービス提供の「成果」をさらに重視する方向性を打ち出している。

上記28項目のうち、事業者の評価の際に必ず確認されるのが、ケアの質と安全に最も直接的に係わる「質とリスクの概要（Quality & Risk Profile; QRP）」に指定された16項目である。これは、利用者に直接的な影響が及ぶケアの内容や安全、職員配置、事業者のマネジメントに関する項目から成る。特に強調されているのが「保護と安全」であり、そこには虐待からの保護、清潔さと感染症のコントロール、投薬管理、建物の安全性、器具の安全性の5項目が含まれる。

実際の監査では、CQCのガイドライン『質と安全の必須基準（Essential Standards of Quality and Safety）』に従って判定が下される。このガイドラインは、QRPが示す16の成果について、「規則」、「成果の内容」、「事業者が留意すべき事項」を具体的に挙げている。定期的な監査の際には、事業者による自己評価報告書が基礎資料の1つとして用いられる。自己評価報告書の作成を通じて、事業者自らによる気づきや改善を促すとしている。また、成果の判断材料には、利用者からの意見聴取が含まれており、CQCはその重要性を強

調している。一般に、成果の評価を行う場合には、利用者の心身状態の改善度や満足度も重要な指標とされているが、CQCは「利用者が経験したこと」を「成果」としている点が注目される。

ここでは一例として、職員配置に関する規制について表4に示す。2008年医療・社会的ケア法（規制活動）2010年規則の「規制22：職員配置」は、適切な技能を持った人員を十分に確保することを定めている。これが遵守された場合に導かれる成果は、利用者の安全が保たれ、ニーズが満たされることである。そのために事業者がなすべきことは、留意すべき事項で挙げられた業務量の分析、リスク評価、所内システムの整備などであり、具体的にどのような対策を行ったのかを示すことが、ケアの成果を表す根拠として求められる。

CQCが事業者に求める必須基準には、日本における施設設置基準や職員配置基準のような、具体的な数値による最低要件がない。表4のように、利用者の安全確保という成果を実現するために、事業者の判断で適切な人数を算定し、技能・資格を持った人材を確保することが求められている。他の項目についても同様であり、何が適切な水準であるのかについては、事業者が自ら判断する余地が残されている。

なお、監査・評価の結果は、ウェブサイト随時掲載され、利用者や一般に向けて即時に情報公開が行われている。ただし、CQCの監査・評価システムの特性上、公開される情報はコンプライアンス違反の有無に限られる。そのため最低基準を満たす事業所のなかで、どの事業所が際だって

表4 規則・成果・留意事項との対応関係

規則22 職員配置	利用者の健康、安全、福祉を守るため、規制対象となる医療・介護活動を行うために雇われる有資格で技能が高く経験のある者を十分な人数確保するよう、登録された管理者は適切な処置をとらなければならない。
成果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス利用者は、十分な数の適切な職員によって、安全が保たれており、健康や福祉に関するニーズが満たされている。</li> <li>・この経験は、事業者が規制を遵守し、適切な知識、経験、資格、技能を持つ十分な職員数を確保したからである。</li> </ul>
事業者の 留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要な職員数決定の基礎として、ニーズ分析とリスク評価が実行されていたことを示せる。</li> <li>・効果的な職員数の維持を可能にするようなマネジメントの構造、システム、明確な人的資源に関する手続きがある。</li> <li>・病気、欠員、欠勤、緊急時など予期せぬ状況の変化に対応できる。</li> <li>・今後の事業計画、労働力の変化、職員研修、制度変更などの予想される状況の変化に対応できる。</li> <li>・CQC発行物を含め、関連するガイダンスの内容を考慮する。</li> </ul>

出所：CQC, 2010a, *Essential Standards of Quality and Safety*, pp.132-133をもとに作成。

優良な事例なのかを判断する情報は得られない。

## (2) 違反への権限の強化

事業者の登録・監査・評価システムが、コンプライアンス違反に対して、業務改善の指導をするだけでなく、法的な措置まで規定しているのが現行制度の特徴である。2006年ケア基準法改正によって、質の低い事業者に対して起訴を含む法的手段がとられるなどの是正措置は既に強化されていたが（長澤, 2010, pp.78-79）、CQCは民事（civil enforcement）、刑事（criminal law）に強制措置を分類し、罰金刑を導入するなど処分の段階をさらに細分化、明確化した（表5）。

まず、コンプライアンスは遵守されているが、軽微な問題があった場合、事業者の監視状況から今後の改善に高い信頼性があるときは、「非公式な規制措置（informal regulatory action）」として、助言やガイダンスを行う。軽微な問題であっても事業者の信頼性が低い場合、あるいは信頼性は高くても利用者への何らかの影響が予想される場合には、「正規の規制措置（formal regulatory action）」として改善要求を行う「改善措置（improvement action）」が出される。

次に、コンプライアンスが遵守されていない場合には、遵守措置（compliance action）や強制措

表5 違反への対処

正規の規制措置	
遵守措置	
強制措置	
注意	
民事	刑事
登録の変更・廃止・強制	過料
登録の緊急変更・廃止・強制	
登録停止	
登録停止期間の延長	警告
登録の緊急停止・停止期間の延長	
登録の取消	起訴
登録の緊急取消	

出所：CQC, 2012b, *Enforcement Policy*, p.7をもとに作成。

置（enforcement action）の処分が行われる。遵守措置では、期日までに改善報告書の提出が求められる。強制措置では、民事、刑事それぞれによる対処法が定められている。概して、危険な業務を予防することで、利用者を事前に問題発生から保護する場合には民事手続きがとられる。それに対して、利用者に危害を及ぼす問題が既に発生した場合には、刑法にしたがって注意・過料（£300～4000）・警告・起訴（罰金刑の場合£2500～50000）という処分がなされる。なお、何度も違反を繰り返すなど信頼性の低い事業者の場合は、重大な問題発生時でなくとも遵守措置や強制措置がとられることもある。

## 4 質保証システムとしての意義

CQCが介護の質を保証するシステムとして画期的であるのは、医療・社会的ケアに関する登録・監査・評価機関が単一の組織に統合され、すべてのケアサービスに共通した規制の枠組みが作られたことである。この点に関連して、(1) 統合による組織再編と財源構造の変化、(2) 利用者中心のサービス志向、(3) 医療と社会的ケアの連携について検討する。

### (1) 統合による組織再編と財源構造の変化

CQCは、登録・監査・評価に関わる組織を統合することで、重複する業務や類似した業務を集約し、組織のスリム化を図ることができた。CQC発足当初には3団体あわせて23ヶ所あった支所を8ヶ所に、2900人いた職員を2100人に削減した（CQC, 2010d, p.5）。

予算規模についても2006年度に2億5000万ポンドだったのが2010年には1億7500万ポンドに縮小した。CQCは保健省からの補助金と事業者の登録料を主な財源として運営されており、2010-11年度は、補助金が約9200万ポンド、登録料が約8000万ポンドであった（CQC, 2011a, p.70およびp.76）。ここ数年の推移を見ると、財源のうち事業者の登録料が占める割合は約3割から5割へと拡大したことがわかる（図2）。この改革によって、政府の財政が厳しい状況下で、質の保証システム

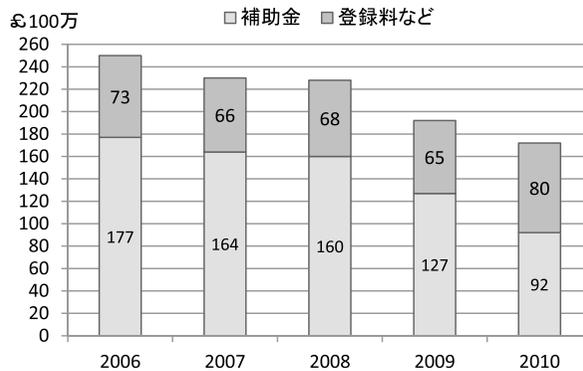


図2 CQCの財源規模と内訳

出所：NAO, 2011, *The Care Quality Commission: Regulating the Quality and Safety of Health and Adult Social Care*, p.18をもとに作成。

の持続可能性を保とうとしたことが伺える。規制機関の財源の約半分が登録料で占められることは、サービスの質や安全管理に関して、事業者の責任と自主性を重んじる方針と見ることもできる。だが、同時にそれは、質の保証に対する国の役割の減退、責任回避との見方もありうるだろう。

## (2) 利用者中心のサービス志向

ブレア政権期以降のイギリスでは、事業者の監査・評価以外にも、医療・社会的ケアの質のマネジメントをする多層的な仕組みが形成された。たとえば、サービスが達成すべき基準の枠組みを示すNational Service Framework (NSF) や社会的ケアの最低基準などが策定された。そして、基準をどれだけ達成できたかをレビューし、評価する制度として、CSCIやHealth Care Commissionなどが設置されていた。こうした機関の取り組みによって、質に関する情報は可視化され、患者・利用者のみならず、一般大衆に向けて、公的なサービス給付に関するアカウントビリティが飛躍的に高まった(近藤, 2012, pp.83-96)。

したがって、CQCが、医療・社会的ケアに関する事業者の登録・監査・評価を一括して行うことは、シンプルな制度設計によって、利用者にとって一段のわかりやすさをアピールするものであると捉えられる。そして、その根底にある理念は、『すべての人へ質の高いケアを (High Quality Care

for All)』などの保健省の文書で示された、利用者を中心に据えたシステムの在り方を志向するものだと考えられる (DH, 2008)。また、あらゆるケアサービスについて、利用者の経験をサービスの成果と捉え、医療と社会的ケアで枠組みが統一することは、質の管理システムの効率化を図ろうとするものと見ることができるだろう。ただし、この評価方法はまだ開発途上であり、医療と社会的ケアは同じ枠組みで質を評価することができるものなのか、実効性に懸念がない訳ではない。

## (3) さらなる医療と社会的ケアの連携に向けて

医療・社会的ケアサービスの連携が今後も進展し、現在よりも両者を柔軟に組み合わせたサービス提供が実現されるならば、質を評価する基準の共通化は、連携をさらに促進する基盤となりうるものと位置づけられる。CQCには民間医療機関も含め多様な事業者が登録をする。医療・社会的ケアサービスの供給主体の多様化が進むと、両者を融合した新しいサービス形態、サービス事業者が将来出てくる可能性もある。監査・評価システムの共通化は、そのような可能性にも対応する余地を持つものだと考えられる。

医療と社会的ケアとの連携・協力の促進は、CQCの設立時の政策目標の一つであり、その重要性が強調されている。利用者がどのような経験をしたのかに関する情報は、複数のサービスを同

時に利用した場合や、異なるサービスに移った場合にも、CQCに一元的に集められる。医療と社会的ケアそれぞれの内部での連携、そして異なる部門間での連携が、利用者を中心として把握されることになる（CQC, 2010d, p.8）。

以上のように、CQCの発足は、ケアサービスの質に関する基盤整備として、理念的側面においては意義を認めることができる。しかし目下のところ、実際の運用面では、後述するように取り組みの新奇さに起因する細部に関する不備も指摘されている。CQCは、「優先事項や目的に関して、明確かつ現実的な定義が十分になされないまま創設された」（HCHC, 2011, p.4）と評されており、改革の成果が見られるまでには、まだしばらく時間を要することが予想される。

## 5 CQCが直面する課題

2011年にイギリスでは、知的障害者施設での虐待、大手ケアホーム事業者の経営破綻など、医療・社会的ケアサービスの質や事業者の規制が大きな社会問題となり、国会や会計検査院からもCQCの問題点を指摘する報告書が出された（HCHC, 2011; NAO, 2011）。それを受けて、保健省は2012年2月に、CQCの運営状況に関するレビューを行い、今後の改善策に関する提言を発表した（DH, 2012）。以下では、それらの報告書で指摘された課題から、(1) 規制方式に内在する問題、(2) 質の高さを評価する仕組みの不在について取り上げる。

### (1) 現行の規制方式に内在する問題

現行の規制の在り方については、保健省もCQCの規制方式の新しさに起因する困難があること認めている。戦略的かつ明確な目標設定の必要性、説明責任の明確化を求め、規制モデルの有効性に関する実践的なエビデンスに限界があることが指摘されている（DH, 2012）。

たとえば、CQCの監査・評価項目である「質とリスクの概要（QRP）」におけるデータ収集には以下の問題があると、下院の保健委員会の報告書にも書かれていた（HCHC, 2011, pp.13-15）。第

一に、QRPはCQCが独自に調査をして判断するのではなく、既存データの収集に依存している。そして第二に、データの多くは、自己評価によるものである。第三に、すべての「成果」に関するデータが揃っている訳ではない。さらに、「成果」に注目するあまりに、「構造」に関する情報が外に伝わらないことに対する懸念も述べられている。先述した人員配置に関する評価項目（表4）を例にすれば、悪い成果が示されない限り、人員不足の状態であったとしても、それが検知されることはなく、危険な事態の発生を未然に防ぐことができない恐れがある。

また、そもそも医療と社会的ケアとを同じ枠組みで評価することは、果たして可能なのだろうか。たとえば、筒井（2001, pp.161-162）が指摘するように、介護の成果の測定には、①サービス提供に終わりがないため、相対比較を用いた成果の考え方を適用できない、②治癒不能の判断後に提供されるため一般的な成果を超えた行為と捉えられてきた、③従来は家族によるインフォーマルな行為だったことから、制度的な基準とは相容れがたいなど、医療と社会的ケアを同列に扱うことには困難が伴う。

### (2) 質の高さを評価する仕組みの不在

CQCの前身の1つであるCSCIは、ケア事業者の格付け評価（star-rating）を行っていた。これは、①施設選択、②医療・社会的ケア、③日常生活、④苦情と権利擁護、⑤環境、⑥職員、⑦マネジメントの7つの大項目について、Poor, Adequate, Good, Excellentの4段階評価を星の数（0～3）で示すものであった。Excellentの評価を受けた事業者には、監査の頻度が少なくとも3年に1回となるのに対して、Poorであった場合には年2回の監査がなされた（長澤, 2010, pp.76-77）。

このような格付けシステムには賛否両論があったが、最低基準を満たすだけでなく、さらなる質の向上を事業者に促すことにつながった。社会的ケアサービス全体で見ると、2008年にGoodとExcellentであった事業者は69%だったが、2010年には83%を占めるまでになった。Poorと

された事業者で、3年間に継続してそのままの位置に留まり続けたところもなかった(CQC, 2010c, p.17)。

けれども、現行の事業者登録システムを導入した2010年に、CQCは格付け評価を廃止することを発表した。その代わりに、最低基準を超える介護の質の優劣に関する情報提供については、別の仕組みが模索されることとなった。2011年5月、CQCは質の高いサービスを提供する事業者に対して評価制度の導入をするため、諮問文書『成人社会的ケアにおける卓越性の評価 (Recognising Excellence in Adult Social Care)』を発表した(CQC, 2011b)。そこで提案された評価制度は、社会的ケアのガイドライン作成等を行う非営利組織である社会的ケア評価機構Social Care Institute for Excellence (SCIE) が定義した質の高さに関する基準に基づいて、認証を受けた第三者機関が評価を行うというものであった。評価を受けるかどうかは事業者の任意であり、受審する場合は事業者がその第三者評価機関に料金を支払うとされた。しかし諮問の結果、料金の徴収、複数の評価機関による評価の整合性などに対して多くの懸念が示され、導入は見送られることになった(CQC, 2011c)。つまり現状では、最低基準をクリアした事業者に対して、さらに質の向上を促すような仕掛けがイギリスには存在しないことになる。

## 6 おわりに

発足から3年を迎えたCQCであるが、現在もなお運営上の問題点が散見されており、医療・社会的ケアを提供する事業者を、統一的な制度のもとで規制するための試行錯誤が続いている。社会的ケア事業者の登録・監査・評価制度の改革という観点から、CQCの発足前後を比較検討すれば、CSCIの時代には質の最低基準の保証、質のさらなる向上を図る格付け評価という双方を備えた包括的な体制があった。それに対して、CQCはケア提供主体への規制機関の組織統合を果たしたが、機能としては最低基準を保証するための機関へと変化したといえる。

CQCは、ブレア、ブラウン政権下の医療と社

会的ケアの運営体制—プライマリ・ケア・トラストを基盤とした地域医療の予算管理とサービス提供主体の多元化、地方自治体の措置制度による残余的な社会的ケア—を前提とした事業者規制のしくみである。患者・利用者を中心に据えた医療と社会的ケアとの連携・統合が志向されていたものの、両者は予算規模やサービス供給量をはじめとした制度間の関係において、圧倒的に医療が大きくかつ優位にある存在であった。そのため、CQCで行われている成果を重視した事業者規制の手法についても、医療機関の評価システムを、社会的ケア事業者に強引に適応させようとしているように見えなくはない。さらに、2010年に成立したキャメロン政権は、財政再建のため公的支出の削減を断行しており、それはCQCについても同様である。このままでは、ケア事業者規制における公的部門の責任の単なる縮小化をもたらすにすぎなくなる危険性もある。

他方日本では、現在のイギリスとは異なり、医療機関と介護サービス事業者への指定や監査、情報公開のシステムは、完全に分離されている。介護サービス事業者については、介護保険法で定められた枠組みに従って、都道府県や市町村などの行政機関によってなされている。質の向上を目指す評価事業は、都道府県ごとに認証を受けた第三者評価機関が行っている。このように多層的な監査や評価がなされ、規制・評価主体も多元的であることは、イギリスとの対照的な点として指摘されてきた(岩間, 2005a)。ただし、行政による監査は遵法の確認に留まり、サービスの質の改善を促す機能を果たせないとの指摘がある(長澤, 2010, p.81)。その上、第三者評価は任意で、受審には数十万円の料金負担があるため、必ずしも十分に普及していないという問題をかかえている(全国社会福祉協議会, 2012)。

そうしたことから、かつてイギリスで実施されていた、行政から独立したCSCIによる包括的な規制と評価の仕組みは、行政監査と第三者評価の両者の機能を持つものとして注目されていた。しかしながら、CQCのもとで最低基準の質の保証と質の向上システムとは分離されることとなり、

今のところ後者は不在のままである。

2011年にCQCによって提示された新たな評価制度は、日本の第三者評価と多くの共通性を持つ。CQCは財源の約半分が事業者からの登録料であり、最低基準に関する評価の機能も備えている点は、日本との根本的な違いとして考慮すべきであるが、提案に投げかけられた懸念を見過ごすことはできないだろう。今後、イギリスがどのような形で質の向上を促す仕組みを導入するのかは、有効性のある第三者評価制度の構築を検討する材料として、引き続き見守っていく価値があると思われる。

そして、イギリスで今春成立した「2012年医療・社会的ケア法」や7月に発表された社会的ケア改革白書をめぐる議論の動向を確かめながら、CQCの位置付けは改めて検討し直される必要があるだろう。

付記:本稿は、国立社会保障・人口問題研究所ディスカッションペーパー発表会報告原稿「イギリスにおける介護サービス事業者の監査・評価制度—Care Quality Commissionによる質保証の意義と課題」をもとにして、内容を再構成し、加筆修正を行った。草稿の執筆過程で有益なご意見を賜った多くの方々には心より感謝を申し上げたい。本稿に残された誤りはすべて筆者の責任である。

#### 注

- 1) 岩間 (2005b, p.12) も指摘しているのだが、イギリスにおけるinspectionには「指導監査」と「質の評価」の双方の要素が含まれる。本稿はそれに倣いCQCによるinspection業務を監査・評価と表記する。
- 2) その後、監査・評価業務の遅れを解消し、効率化を図るため、本部を含めた9ヶ所のオフィスは2012年4月から4ヶ所に集約された。http://www.cqc.org.uk/public/about-us/corporate-strategy-reports/our-strategy-and-business-plan/how-are-we-doing/how-are-1 (2012年7月12日閲覧)
- 3) 2011年4月以前には登録料は、初回登録料、年会費、マネジャー登録料、事業内容変更時の届出料など細かく分かれていた。
- 4) なお、医療機関の登録は、NHSに属する病院等の運営組織であるNHSトラストが2010年4月、民間医療機関は2011年2月、歯科と救急サービスは

2011年9月にそれぞれ新方式による登録が完了した。時間外サービスは2012年4月から、GP(General Practitioner: 一般医)診療所は2012年7月から登録が始まった。

- 5) ただし2000年ケア基準法では、望ましい状態を「成果」として、その達成を示す根拠を「基準」と呼んだことから、基準自体はプロセスを示すものと位置付けられる(長澤, 2011, p.173)。

#### 参考文献

- CQC (Care Quality Commission), 2010a, *Essential Standards of Quality and Safety*.
- CQC, 2010b, *How we will check that providers are meeting essential standards: our approach to monitoring compliance: an overview for providers*.
- CQC, 2010c, *Adult Social Care Market and the Quality of Services*.
- CQC, 2010d, *Annual Report and Accounts for the period 1 April 2009 to 31 March 2010*.
- CQC, 2011a, *Annual Report and Accounts for the period 1 April 2010 to 31 March 2011*.
- CQC, 2011b, *Recognising Excellence in Adult Social Care*.
- CQC, 2011c, *Recognising Excellence in Adult Social Care: A Response to Consultation*.
- CQC, 2012a, *Fees scheme: 2012/13*.
- CQC, 2012b, *Enforcement Policy*.
- DH (Department of Health), 2006, *The Future Regulation of Health and Adult Social Care in England*.
- DH, 2008, *High Quality Care for All: NHS Next Stage Review Final Report*.
- DH, 2012, *Performance and Capability Review: Care Quality Commission*.
- ドナベディアン, アベデイス (東尚弘訳), 2007『医療の質の定義と評価方法』認定NPO法人健康医療評価研究機構。
- European Commission, 2008, *Long-term Care in the European Union*.
- HCHC (House of Commons Health Committee), 2011, *Annual Accountability Hearing with the Care Quality Commission, Ninth Report of Session 2010-12, HC1430*.
- 平岡公一, 2003『イギリスの社会福祉と政策研究: イギリスモデルの持続と変化』ミネルヴァ書房。
- 平岡公一, 2008「サービス評価と質の確保策をめぐる4つの論点」『社会福祉学』第49巻第1号, pp.145-146。
- 岩間大和子, 2005a「イギリスにおける介護・福祉サービスの質保障のための政策の展開: 2000年, 2003年の監査システム改革の意義」『レファレンス』No.657, pp.6-37。

- 岩間大和子, 2005b 「介護・福祉サービスの質保障のための政策の展開と課題」『レファレンス』 No.651, pp.4-26.
- 近藤克則, 2012 『「医療クライシス」を超えて：イギリスと日本の医療・介護のゆくえ』 医学書院.
- 水野洋子・荒井由美子, 2002 「高齢者施設ケアサービスの評価：英国での最近の試み」『老年社会科学』 第24巻第1号, pp.39-50.
- 棟近雅彦・水流聡子, 2009 『福祉サービスの質保証：職員の質を高めて利用者満足度を獲得する』 全国社会福祉協議会.
- 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）第59巻, pp.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）第60巻, pp.169-183.
- NAO (National Audit Office), 2011, *The Care Quality Commission: Regulating the Quality and Safety of Health and Adult Social Care*.
- OECD, 2005, *Long-term Care for Older People*.
- 筒井孝子, 2001 『介護サービス論：ケアの基準化と家族介護のゆくえ』 有斐閣.
- 全国社会福祉協議会, 2012 『福祉サービスの質の向上に向けて：「福祉サービス第三者評価事業に関する評価基準等委員会」報告書』.  
(しらせ・ゆみか 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部第3室長)