

# 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年の監査システムの改革の意義 —

岩 間 大 和 子

## 目 次

はじめに	3 地方自治体の社会サービスの監査 —社会的ケア監査委員会の任務(2)—
I ケア基準法制定に至る政策形成過程	4 社会的ケア監査委員会と保健医療ケア監査・ 検査委員会との協力
1 ケアサービスの民営化の一層の進展 —サービスの質向上のための政策の背景—	5 ケアサービスに関する苦情処理手続きに関 する改革
2 ブレア政権の基本方針と政策の具体的検討	6 2003年改革の評価と意義
II ケア基準法によるケアサービスの監督システ ムの構造的改革	V ケアサービスの監督・監査システムの現状
1 制定の趣旨—監督システムの問題点—	1 社会的ケア監査委員会の組織構成
2 ケアサービスの登録・監査に関する改革	2 ケアサービスの登録方法
3 ケア従事者の登録・研修に関する改革	3 ケアサービスの実効性ある監査体制 —頻度、監査手法及び情報公開—
4 2000年改革の意義	4 全国最低基準の意義 —規則との関係を中心に—
III 2003年改革への検討過程	5 地方自治体の社会サービスの監査とその意 義
—より強固な監督・監査システムのための検討—	VI 継続する改革
1 基本方針	1 『よりよい生活のための監査』の提案
2 社会サービスの監督・監査機関の並存と統 合の必要性	2 継続する監査システムの改革
3 保健医療サービスの監査機関の並存と統 合の必要性	おわりに
IV 2003年の監査システムの改革とその意義	—2000年改革、2003年改革の意義と我が国への 示唆—
1 社会的ケア監査委員会の創設	
2 ケア基準法に基づく任務に係る改革 —社会的ケア監査委員会の任務(1)—	

## はじめに

「社会的ケアの第三の道は、サービスの提供  
主体が誰であるかに重点を置くのではなく、サー  
ビス利用者、その介護者及び家族のために提供  
されるサービスの質、達成される結果に重点を

置く。<sup>(1)</sup>」ブレア政権が1998年に提示した、社  
会サービスのあり方に関するホワイトペーパー  
『社会サービスの現代化—自立の促進、保護の  
改善、基準の向上一』の序言で、保健大臣 F.  
ドブソンは、この旨述べている。この一節に、

(1) Dep. of Health, *Modernising Social Services: Promoting independence, Improving protection, Raising standards*. Nov. 1998, Cm4169, para1.7.

社会サービスに関するブレア政権の基本的な考え方が示されている。

イギリスでは、サッチャー政権下の民営化政策の一環として、1980年代に福祉施設の民営化が促進されたが、1990年代初めのコミュニティケア改革は、福祉サービスの供給主体の多元化—民間部門の役割の拡大—を更に促進した。即ち、1990年6月に制定された「国民保健サービス及びコミュニティケア法(1990年)」<sup>(2)</sup>に基づき、91年度から93年度にわたり、国民保健サービス(National Health Service. 以下、NHSという)<sup>(3)</sup>改革と平行して、コミュニティケア改革が順次実施され、施設ケアサービス、在宅ケアサービスの双方において、民営化が急速に進行した。この改革を通して、地方自治体の主要な役割が、サービスを提供する「供給主体」(Provider)から、住民が多様な供給主体から適切なサービスを受けられるよう整備する「条件整備主体」(Enabler)へと変化した<sup>(4)</sup>。このことが、1990年代半ば以降、イギリスにおいて、ケアサービス<sup>(5)</sup>(介護・福祉サービス)の質の向上が、社会政策分野における主要な政策課題となるバックグラウンドとなった。

ケアサービスの質向上のための政策の展開過程において画期となったのは、2000年に、「ケア基準法(2000年)」(Care Standards Act 2000)が制定されたことである。同法は、ケアサービ

スに関して、①登録・監査機関の一元化(全国ケア基準委員会の創設)、②監督対象の拡大、③ケアサービスの全国最低基準の新設、などを規定するとともに、社会的ケアサービスの従事者に関して、①ケア従事者の登録、研修を行なう社会的ケア総合委員会の創設、②ケア従事者及び使用者の行為・業務の基準である「業務規範」の策定等を定めた。この法律は、従来のケアサービスの監督システムに構造的な変化をもたらす改革であると評価された<sup>(6)</sup>。

同法は2002年4月から段階的に施行されたが、ほぼ同時期に、早くもこのシステムの改革案が提案された。同案は、2003年に成立した「保健及び社会的ケア(コミュニティ保健及び基準)法(2003年)」に具現化された。同法により、これまでの全国ケア基準委員会に代えて、社会的ケア<sup>(7)</sup>の監督・監査機関として社会的ケア監査委員会が、また、保健医療機関の監査機関として、保健医療ケア監査・検査委員会が新設されることになった。社会的ケア監査委員会は、個々の社会的ケアサービスのみではなく、各地方自治体の社会サービスについても監査するより強力な機関である。保健医療ケア監査・検査委員会も、NHS及び私的部門の保健医療の双方をカバーし、監査を行う一元化された機関である。この改革では、監査機関の一元化、バリュー・フォー・マネー(value for money)の視点がキー

(2) National Health Service and Community Care Act 1990 (1990 c.19).

(3) イギリスの医療保障制度は、我が国のように、保険方式ではなく、税を財源とするサービス提供(現物給付)方式であり、国民保健サービス(NHS)という。原則として無料でサービスが提供される(一部負担あり)。

(4) バーバラ・メレディス(杉岡直人・平岡公一・吉原雅昭訳)『コミュニティケアハンドブック—利用者主体の英国福祉サービスの展開』ミネルヴァ書房, 1997, pp.89-90.(原書名: Barbara Meredith, *Community Care Handbook*. Age Concern England, 1993.)

(5) 「ケアサービス」は、注(1)の文書他の政府文書等で、我が国の介護サービス及び福祉サービスにほぼ相当する用語として用いられている(例えば、同文書第4章、第8章)。

(6) John Dow, Care Standards Act 2000 (1) Raising Standards in Residential and Nursing Home Care. *Managing Community Care*, Vol.9 Issue 4, August 2001, pp.7-12.

(7) 「社会的ケア」は、Care Standards Act 2000, Health and Social Care (Community Health and Standards) Act 2003で、保健医療ケアを除くケアを意味し、我が国の介護サービス、福祉サービスにほぼ相当する概念として用いられている。

ワードになっている。

以上のように、イギリスにおいては、社会的ケアサービスの質向上のための政策の改革が継続的に行われている。

一方、我が国においても、近年の社会福祉基礎構造改革において、社会福祉サービスがこれまでの「措置制度」から「契約制度」に移行するとともに、幅広い需要に応える多様な主体の参入の促進が図られた。また、その改革の柱の一つとして、サービスの質の向上が位置づけられた。このような状況の下で、福祉サービス分野において、国・地方自治体の条件整備的な機能の強化が図られた<sup>(8)</sup>。イギリスのコミュニティケア改革によって生じた状況と同様な状況が生じたと言えよう。旧「社会福祉事業法」は新たに「社会福祉法」と改称され、社会福祉サービスの質の向上のために、一連の施策が規定された。また、第162回国会で成立した介護保険法改正法<sup>(9)</sup>でも、サービスの質の確保が改革の柱の一つとされ、①介護サービスの情報公表の義務付け、②事業者等の規制の見直し（指定の更新制の導入、欠格要件の見直し等）、③ケアマネジメントの見直し、④地域包括支援センターの創設などが規定された。しかし、次のような課題が残されている。第一に、監査や評価の実効性確保の問題、第二に、第三者評価の実施及び受審の任意性の問題、第三に、介護サービスの情報公表のための調査の具体的方法の検討、第四に、地方自治体による指導監査、第三者評価、介護サービスの情報公表のための調査、のそれ

ぞれの関係の整理などである。

本稿では、改革が継続しているイギリスの社会的ケアサービス<sup>(10)</sup>の質向上のための政策の展開を後付け、その特徴について検討する。それを踏まえ、我が国の政策への示唆を念頭に置きつつ、その意義と論点について考察する。

## I ケア基準法制定に至る政策形成過程

イギリスでは、1980年代におけるサッチャー政権の民営化政策により、入所施設に関しても、民間部門のホームが激増した。それに伴い、利益を主目的とする設置者や劣悪な施設が存在が社会問題となり、ケアサービスの水準・質のあり方に国民の関心が高まった。それ以降今日まで、質のあり方に関する政策が、段階的に展開されてきた。この過程は、①ケアの質向上への第一歩と位置づけられる1984年改革、②メジャー政権による改革の検討、③ブレア政権による改革の検討とケア基準法の制定、④2003年の「保健及び社会的ケア（コミュニティ保健及び基準）法（2003年）」（以下、同法を2003年法、同法に基づく改革を2003年改革という。）の制定とその後、の四段階に分けることが出来る。ここでは、③以降の政策の展開を概観する<sup>(11)</sup>。

### 1 ケアサービスの民営化の一層の進展 —サービスの質向上のための政策の背景—

「NHS及びコミュニティケア法（1990年）」に基づくコミュニティケア改革に伴い、中央政府

(8) この機能変化について、浅井春夫「社会福祉基礎構造改革をめぐる動向と論点—中央社会福祉審議会・社会福祉構造改革分科会「追加意見」段階での整理—」『コミュニティ福祉学部紀要』No.1, 1999, p.61を参照。

(9) 「介護保険法等の一部を改正する法律」（平成17年法律第77号）。

(10) ケアサービス（社会的ケア）は成人、児童を対象としており、質向上の政策もその両者を対象としているが、本稿では、成人（特に高齢者）を対象としたサービスに焦点を置く。また、質向上のための政策は、広範多岐に互るが、登録、監査、質の基準に係る政策を中心に記述する。

(11) ①,②について、また、③の政策形成過程の詳細は、岩間大和子「イギリスにおけるケアサービスの質向上のための政策—ケア基準法（2000年）制定と高齢者ケア—」『レファレンス』613号, 2002.2, pp.65-101を参照されたい。ここでは本稿の目的に関連する記述にとどめる。

から地方自治体に財源が移管されたが（特別移行補助金 (Special Transitional Grant) が、その初年度において移管要素の85%を民間からのサービス購入のために使用するという条件が付せられた<sup>(12)</sup>。このような政策により、民間営利部門の拡大が一層促進された。

具体的な数字を見てみよう。まず、施設サービスについては、非営利型、営利型のホームの入所者数の全入所者に占める割合が、1990年にはそれぞれ14.9%、47.8%であったのが、1994年には20.4%、54.7%に、2000年には20.8%、60.2%にまで増加し、80%余を民間ホームが占めることになった<sup>(13)</sup>。また、在宅ケアサービスに関しては、その主要なサービスであるホームヘルプサービスについて見ると、民間部門によるサービス提供時間数の全提供時間数に占める割合が、1992年には、わずか2.3%であったのが、1994年に19.3%、1996年に45.9%、2000年には55.5%にまで激増した<sup>(14)</sup>。1980年代には、施設サービスに関してのみ民営化が進行したが、コミュニティケア改革後は、在宅ケアサービスにおいてもサービス供給主体の民営化が進行したことが特徴と言える。

このような状況を背景に、供給主体の多元化により生じたケアサービスの質の諸問題に対処するために、90年代半ばから、政府レベルで、政策の検討が精力的に行われることになる。

## 2 ブレア政権の基本方針と政策の具体的検討

労働党は、1997年の総選挙に当たり、マニフェスト『新しい労働党』(New Labour)で、社会保障・社会福祉に関しても、「第三の道」と称される新たな政策の方向を提示した。社会的ケアサービスについては、入所ホーム及び在宅ケアのための独立した監査及び監督機関を約束する旨を述べ<sup>(15)</sup>、質の向上のための政策を選挙公約の一つとした。

労働党が総選挙で勝利し、政権の座についたブレア内閣は、この公約を実現するために、二つの重要な勧告・提案を行っている。規制改善タスクフォース報告書『長期ケア』とホワイトペーパー『社会サービスの現代化』である。

なお、メジャー政権下でも社会サービス<sup>(16)</sup>の監督についての検討が進められ、1996年10月には、勧告を取りまとめた報告書『社会サービスの監督及び監査』(バーグナー報告)<sup>(17)</sup>が公表

(12) メレディス 前掲書, p.91.

(13) Dep. of Health, *Statistical Bulletin, Residential Accommodation in England 1994*, Table C; Dep. of Health, *Community Care Statistics 2001, Residential Personal Social Services for Adults, England*, Table R2. 入所者4人未満の施設は除く。また、入所者数には、高齢者の他、一部障害者を含む。

(14) Dep. of Health, *Personal Social Services Statistics For England*, 1997 ed. Table C5, 1999 ed. Table C5; Dep. of Health, *National Statistics-Community Care Statistics 2000: Home Help/Home Care Services*, England. 民間部門の数値は、地方自治体が購入したサービスの数値であり、地方自治体が関与しない民間団体が独自に提供するサービスは含まない。なお、1980年代の施設の民営化に伴う「歪み」(①公立施設増設の抑制と私立ホーム入所者に対する公的扶助費の高騰の“パラドックス”、②入所者の“二層システム化”等)については既述したが(岩間大和子「イギリスの高齢者医療・福祉の諸問題—ケアシステムの構造と80年代における変容」『レファレンス』470号, 1990.3, pp.68-71.)、ブレア政権下の民営化についての分析は別の機会としたい。

(15) Labour Party, "New Labour Because Britain Deserve Better" in *Labour Party General Election Manifestos 1900-1997*, ed. by I. Dale, Routledge, 2000, p.369.

(16) 「社会サービス」は、Local Authority Social Services Act 1970, sec.2, Schedule 1により、(地方自治体の任務として)そのサービス一覧が定められており、我が国の介護サービス・福祉サービスにほぼ相当する概念である。ケアサービス、社会的ケア、社会サービスは、ほぼ類似の概念であり、本稿では、原則として、依拠した資料により各用語を用いる。ケアサービス、社会的ケアは各種のケアサービスを意味する場合にも用いられるが、社会サービスは各種サービスを包括的に表現する場合に用いられることが多い。

された。同報告書は、社会サービスの監督に関する問題点として、①監督対象の限定、②基準の適用の一貫性の欠如、③公的部門とその他の提供者との間の公平性の欠如、④費用及び料金の決定における透明性の欠如、などを指摘した。十分なケア水準を確保するため、法規に基づく監督が不可欠であるとし、以下のような勧告を行った。①社会サービスの監督及び監査のための単一なシステムの創設、②基準の設定への国の関与の拡大、③監督の対象範囲の拡大、④公的部門とその他の提供者との間の公平性の確保、⑤登録ホーム審判所の改善、などである。同報告書は、このように、ケアサービスの質に係る基本的な点を勧告しており、ブレア政権による検討も、これを基にしつつ、より発展させていくことになる。

(1) 規制改善の5つ原則—規制改善タスクフォース報告書『長期ケア』の勧告—

規制改善タスクフォース<sup>(18)</sup>は、関係者・関係団体への聴取の後、1998年5月に『長期ケア』(Long Term Care)を公表し、ケアサービスの質向上のための勧告を行った。この報告書では、同タスクフォースが設定した規制改善のための五つの原則—①透明性、②説明責任、③目標の重点化、④一貫性、⑤均衡性—<sup>(19)</sup>を改めて確認している<sup>(20)</sup>。この五原則は、その後の検討において、基本的な考え方として用いられている。

同報告書の勧告の内容は、バーグナー報告の

勧告と重なる点が多いが、新たな方向性を出したものとして、①入所ケア、ナーシングケア及び在宅ケアの登録・監査の組織的統合、②スタッフの研修の枠組みと新設される社会的ケア総合委員会への登録との連携などが<sup>(21)</sup>、挙げられる。

(2) 政府の基本方針の提示—ホワイトペーパー『社会サービスの現代化』の提案—

政府は、社会サービス全般のあり方について、関係諸団体に諮問の後、1998年12月、ホワイトペーパー『社会サービスの現代化—自立の促進、保護の改善、基準の改善—』(Modernising Social Services)を提示した。同報告は、ブレア政権の社会サービス全般の改革に関する基本方針を示したものであり、その一環として、ケアサービスの質向上のための各種提案が行われた<sup>(22)</sup>。これまでに出版されたケアサービスの監督システムの抜本的改革に関する提案が、より具体化されたのに加え、社会サービスの現代化のための不可欠な要素である信頼に足るスタッフの確保のため、ケアスタッフの登録・研修に関し詳細な提案が行われた。これらの提案は、ケア基準法案の策定に繋がるものであるため、この二つの事項に関し、具体的な提案を要約し一覧する。

ケアサービスの監督システムの抜本的改革の提案
①ケア基準委員会の設置：ケアサービスの新たな監督機関であり、社会的ケア区域（イングランドに8区域）ごとに設置。独立機関。
②監査基準の策定：政府は、全ての地方に適用さ

(17) Tom Burgner, *The Regulation and Inspection of Social Services*. Dep. of Health and the Welsh Office, 1996. バーグナー氏 (independent assessor) が政府の依頼により取りまとめた。この内容の記述は、J. Roll et al., *Care Standard Bill 2000, Research Paper* (House of Commons Library) 00/52, 16 May 2000, pp.7-9 による。

(18) 1997年9月、各分野における政府による規制の効果及び信頼性に関し政府に助言するために設置された独立助言機関。

(19) Better Regulation Task Force, *Principles of Good Regulation*, Jan.1998.

(20) Better Regulation Task Force, *Long-term Care*, May, 1998, pp.3,21.

(21) *Ibid.*, paras 4.1-4.12.

(22) Dep. of Health, *op.cit.*(1), pp.65-95.

れる一貫性のある全国的な監査基準を設定。
③苦情処理手続きの改善：現在の多様な手続き間の相互補完性・一貫性の確立のための検討。
ケアスタッフの登録・研修システムに係る提案
①社会的ケア総合委員会の新設：ケアスタッフを監督・登録し、研修等を行う機関。ケアスタッフは段階的に登録する（認可された研修の修了が要件）。独立機関。
②社会的ケアスタッフの行為・業務の基準（規範）の策定。

この報告書は、ケア基準委員会について、全国8地方にそれぞれ設置するとしたが、一方、長期ケアに関する王立委員会が1999年3月に出したホワイトペーパー『高齢者の長期ケアに関する報告—権利と責任』は、統一された委員会にすべきとした<sup>(23)</sup>。

最終的には、A.ミルバーン保健大臣が下院において「全国的な視点、一貫性の維持の視点から、単一の全国ケア基準委員会を設置することにした」旨、報告し<sup>(24)</sup>、国レベルで一元化された組織が新設されることになった。

### (3) 民間医療部門、児童ケアの監督に関する検討—監督・監査機関の対象の拡大—

成人の社会サービスの監督・監査機関については以上のような検討の経緯を経たが、同時に、民間医療部門の監督に関する検討、児童ケアの監督に関する検討も平行して行われてきた。

民間部門の保健医療機関に関しては、NHSの監督に比して、監督が不十分であると認識さ

れており、1999年6月に保健省が出した諮問文書『民間営利及び非営利部門の保健医療ケアの監督』では、監督に責任を持つ組織のあり方について、民間部門の保健医療ケアのみを監督対象とする新組織の設置が適切であると提案した<sup>(25)</sup>。しかし、同年12月に出された『民間営利及び非営利部門の保健医療ケアの監督—将来に向けて』では、既に政府により全国ケア基準委員会の設置が決定されていたため、同委員会内に、保健医療ケアに重点を置く別個の部を設けることを期待する旨述べるにとどまった<sup>(26)</sup>。最終的に、民間医療部門の監督も全国ケア基準委員会の任務とされたが、ケアサービスと民間医療部門の監督組織を別個にすべきとする考え方は、後述のように、2003年改革において、実現されることになる。

また、児童ケアに関しても、1996年の児童ホームにおける虐待等の一連の事件を受け、1997年12月に保健省から、報告書『自宅外に居住する児童の安全保護の検討』（委員長 W. ウットィング）が刊行された。同報告では、①養子ケア又は入所ケアを受けている児童、学校に寄宿し又は刑事システム下にある児童の保護、②虐待する者が児童ケアに従事することを防止する効果的なシステム等について勧告した<sup>(27)</sup>。政府は、1998年12月、この報告書に関する方針を示した『児童の安全保護の検討に対する回答』を公表し、勧告の多くを受け入れる旨を述べ、具体的な方針を示した<sup>(28)</sup>。これらの内容は、既述の『社会サービスの現代化』に取り入れられた<sup>(29)</sup>。

<sup>(23)</sup> Royal Commission on Long Term Care, *With Respect of Old Age: Long Term Care- Rights and Responsibilities*, Cm 4192, March 1999, Chapter 7.

<sup>(24)</sup> *Parliamentary Debates House of Commons*, 2 Dec. 1999, c 453-4.

<sup>(25)</sup> NHS Executive, Dep. of Health, *Regulating private and voluntary healthcare: A Consultation Document*, June 1999, pp.16-18.

<sup>(26)</sup> NHS Executive, Dep. of Health, *Regulating private and voluntary health-care: the way forward*, Dec. 1999, pp.2-3,5.

<sup>(27)</sup> Sir William Utting, *People Like Us: The Report of the Review of the Safeguard for Children Living Away Home*, the Dep. of Health, the Welsh Office, Nov. 1997, p.1.

## II ケア基準法によるケアサービスの監督システムの構造的改革

### 1 制定の趣旨—監督システムの問題点—

以上のような検討経緯を経て、ケア基準法案は1999年12月、上院に提出され、長時間の審議の末、2000年7月、成立した。

この法律制定の目的を、ミルバーン保健大臣の下院における趣旨説明<sup>(30)</sup>により、再確認しておこう。現行ケアサービスの監督制度の問題点として、第一に、監督システムが250の地方機関に分立し、それぞれの規則に従って業務を行っており一貫性を欠いていること、第二に、監督が成功するためには独立性が基本的要件であるが、地方自治体は民間部門のケアホームを監査すると同時にサービスの購入者でもあり、また、地方自治体が運営するホームは自らのスタッフによる監査を受けているのみであること、第三に、高齢者等のための在宅サービスは、虐待の潜在的な危険性があるが何の監督にも服していないこと、第四に、社会的ケア部門のスタッフに関し、業務を監視する専門的な監視機関、研修・ケアの基準について指導する機関がない

こと、を挙げている。そして、この法案は、以上のような問題点を改革し、「提供するケアの基準に革命的な変革をもたらすものである」とその意義を強調した。

ケア基準法により改革された内容について、同法及びそれに基づく規則等により、以下に、その枠組みを概観する<sup>(31)</sup>。その内容は、①ケアサービスの登録・監査に関する抜本的改革、②ケア従事者の登録・研修に関する改革、に大別できる。

### 2 ケアサービスの登録・監査に関する改革

#### (1) 登録・監査機関の一元化—全国ケア基準委員会の創設—

ケアサービスを登録し監査する (inspect) 機関として、全国ケア基準委員会 (National Care Standards Commission ; NCSC)<sup>(32)</sup> の創設を定めた。同委員会は、2001年4月、独立的な性格をもつ外郭公共団体 (Non-Departmental Public Body ; NDPB) として設置された<sup>(33)</sup>。業務は2002年4月から段階的に実施された。ケアサービスは、種類、供給主体を問わず、この委員会に一元的に登録され、統一的に監督されることになった。

(28) Dep. of Health, *The Government's Response to the Children's safeguards Review*, Nov. 1998, Cm 4105, pp.19-21.

(29) これらの報告書の他にも、1998年に教育・雇用省、保健省から、幼児教育及びデイケアの監督に関する諮問文書が出されるなど、児童ケアの監督のあり方に関しても、多方面からの検討が行われた。

(30) *Parliamentary Debates House of Commons*, 18 May 2000, c 481-483.

(31) 同法の概要は、同法のテキストを基に、*Explanatory Notes to Care Standards Act 2000*, Preliminary Note of Care Standards Act 2000 in *Halsbury's Statutes, Fourth ed., Current Statutes Services, NCSC website* <<http://doh.gov.uk/ncsc/>> を参照した。詳細は、岩間 前掲論文 注(11)を参照されたい。

(32) ケアサービスの inspection は、我が国の「指導監査」と「サービスの質の評価」の双方の要素をもつが、ここでは原則として「監査」と訳した。また、NCSCは、イングランドを対象とした機関であり、ウェールズに関しては、同様な機関がウェールズ議会に設置される。

(33) 同委員会は自らそのスタッフを雇用し、予算に責任を持ち、効果的、効率的、経済的な運営が求められる。NDPBには様々な定義があるが、内閣府によれば、NDPBは「中央政府のプロセスにおいて役割を持つが、政府の省でもその一部でもなく、大臣から多かれ少なかれ距離を置いて柔軟に機能する諸団体」である(小堀眞裕「英国におけるクワンゴ問題に関する一考察—非選出・任命諸団体のアカウントビリティ—と労働党のクワンゴ改革—」『立命館法学』No.274, 2000(6), p.2677.)。NDPBの性格、あり方についての議論の詳細は、同論文を参照されたい。

## (2) 監督対象の拡大

全国ケア基準委員会の登録・監査の対象となるケアサービスは、これまで監督に服していなかったサービスにまで対象が拡大された。また、社会的ケアサービスのみではなく、NHS 以外の民間部門の医療機関もその対象となった。近年、民間部門の医療が発達してきているが、その監督機関が整備されていなかったというイギリスの医療制度の特別な事情によるものと言える。

監督対象となるサービスは、社会的ケアサービスでは、ケアホーム（入所ホーム、ナーシングホーム等）、在宅ケア事業所、看護師紹介所、入所家族センター、児童ホーム（コミュニティ・ホーム、児童入所ホーム（小規模児童ホームを含む）、障害児童ホーム、）、里親斡旋所、民間非営利養子協会等である。また、民間部門の医療機関では、民間病院、クリニック等が対象となる。また、児童のケアに関しては、これ以外に、地方自治体の里親・養子サービス、寄宿学校が、同委員会の監査を受ける。

これまで未登録であった地方自治体の入所ホームも登録対象となったこと、入所ホームとナーシングホームが同じカテゴリーになったこと、在宅ケア事業所も登録対象になったこと等が注目される点である。

## (3) 施設・事業所の登録

登録対象となる施設・事業所は、全国ケア基準委員会に登録しなければならず、登録しない場合には、有罪となる。登録する者は、指定された事項についての情報等を委員会に提供し、指定された料金を支払わなければならない。

登録は、条件を付さずに、又は必要と思われる条件を付して認められる。同法に定める条件又は規則に定める条件に従わない場合には、有罪であり、略式裁判により罰金が課される。また、①登録を行った者（登録者）に施設等に関連した有罪の判決が下る、②登録者以外の者に施設等に関連した有罪の判決が下る、③課され

た条件に従わずに運営する等の場合には、登録を取消することができる。登録取消手続きが効率化され、要する時間の短縮化が図られた。

登録簿は、ケア基準委員会の事務所で、閲覧が可能である。

## (4) 施設・事業所の監査

全国ケア基準委員会は、施設・事業所を運営管理する者に、情報の提供を求めることができ、また、何時でも、実施監査を行うことができる。実施監査をする者は、①建物の状態・管理運営、入所者の処遇の調査、②保存が求められている文書・記録の検査、③管理者、被用者、入所者へのインタビューを行うことができる。実施監査の頻度は、規則で定められる。

## (5) ケアサービスの全国最低基準の新設

保健大臣は、規則で定める要件の他に、施設・事業所のカテゴリー別に、ケアサービスの質の詳細を定めた全国最低基準（National Minimum Standard）を策定する。この基準は、全国ケア基準委員会が登録等の決定、監査を行う場合や、登録の緊急取消しを行う場合に考慮される。これにより、全国的に統一された詳細な基準を基にした登録・監査が可能になった。

## (6) 弱者である成人の保護のための改革—ケア従事不適切者のリストの作成—

弱者（Vulnerable）である成人（ケアサービスの利用者等）の保護のため、保健大臣は、ケアに従事することが適切でない者（不適切者）のリストを作成し、維持する義務がある。不適切者とは、関連する犯罪行為があった者などである。ケアサービスの事業者等は、ケア担当者を雇用する場合には、このリストで確認する義務を負う。

## (7) 児童のケアに係る改革—保育の監督機関の一元化等—

既述のように、児童ケアに関する監督対象が



拡大された他、保育サービスの監督の強化が図られた。児童法（1989年）を改正し、次のような改革が行われた。①保育所・自宅保育者（childminding）を監督する首席学校監査官（Her Majesty's Chief Inspector of Schools）を置く、②保育サービスの事業者・自宅保育者は、登録の義務を負う、③登録された施設は、実施監査を受け報告書が公表される、などである。

### 3 ケア従事者の登録・研修に関する改革

#### (1) 社会的ケア総合委員会の創設

社会的ケア従事者を登録し研修等を行う統一的な機関として、イングランドに社会的ケア総合委員会（General Social Care Council；GSCC）が新設された<sup>(34)</sup>。社会的ケア従事者の行為・業務の基準、研修における基準の向上を目的とする。委員会は、全国ケア基準委員会と同様、外郭公共団体（NDPB）である。2001年6月、委員会の委員が大臣により任命され、10月から業務を開始した。同委員会は、約2万5千の使用の下で働く約100万人（その約3分の2が民間部門）のスタッフを監督することになった。

同委員会は、規則に基づき、24名以下の委員から構成される。その過半数は、専門家でない一般の者（社会的ケア従事者又はその研修・監督等に直接関わった者以外の者）であり、委員長も一般の者であるよう定めている。委員会の業務は、首席行政官及び130名のスタッフがサポートする。

#### (2) 社会的ケア従事者の登録義務

同委員会は、一定のコース・研修を終了し、行為及び適性に関する要件を満たす者を社会的

ケア従事者として登録しなければならない。社会的ケア従事者は、①ソーシャルワーカー、②施設等に雇用される者、③施設・事業所を運営する者、④在宅ケア事業所が派遣する者に分類される。必要なコース・研修は、職務によって異なり、法規によって定められる。ただし、この時点では従事者100万人のうち80%が関連する資格を持っておらず、登録は職種により段階的に行われ、年単位の時間を要することが想定されている。

#### (3) 「業務規範」（Code of Practice）の策定

これまで国レベルでは、社会的ケア従事者及び使用者が従うべき「業務規範」が存在しなかった。同委員会には、行為及び業務の基準としての「業務規範」を策定する義務があり、2002年9月、「業務規範」<sup>(35)</sup>が策定された。

#### (4) 教育・研修の実施

同委員会は、ソーシャルワーカーその他社会的ケア従事者のために、教育及び研修を行う。ソーシャルワーカーについては、必要な教科課程を認可し、資格取得及び取得後の教育・研修に係る業務を行う。また、それ以外の社会的ケア従事者については、登録に必要な研修の他、登録後の研修を推進する援助等を行う。

## 4 2000年改革の意義

ケア基準法に基づく改革の意義として、次の点が挙げられる。

第一に、従来、地方自治体毎に分立していたケアサービスの監督機関に代わり、一元的な機関である全国ケア基準委員会が新設され、一貫

<sup>(34)</sup> ウェールズ、スコットランド、北アイルランドにも、それぞれ対応する組織が設置された。

<sup>(35)</sup> General Social Care Council, Code of Practice for Social Care Workers and Code of Practice for Employers of Social Care Workers, Sep.2002. GSCC のウェブサイト <<http://www.gsc.org.uk/>> には、この規範を29の言語に翻訳した版も掲載されており、ケア従事者の出身地等の多様性がうかがわれる。日本語版のタイトルは、「ソーシャルケアワーカーのための行動規範及びソーシャルケアワーカーの雇用主のための行動規範」と訳されているが、ここでは、「業務規範」と訳す。

性のある監督が可能になった。

第二は、従来、登録の対象でなかった施設・事業所も登録対象となり、殆ど全てのケアサービスが監督対象となったことである。ケアサービスの登録・監査が徹底された。

第三は、同法に基づき、大臣により、ケアサービスの種類別に包括的かつ詳細な全国最低基準が策定される点である。これまで、登録・監査の際に用いられる詳細な基準が自治体毎に異なっていたが、全国的に統一された。

第四は、ケア従事者の登録、教育・研修を行う社会的ケア総合委員会が新設され、初めてケア従事者の一元的な監督が可能になったことである。ケアサービスの改善のために、研修の実施、業務規範の策定等は不可欠であり、高く評価されている。

第五に、弱者であるケア対象者の保護のために、ケア従事者として働くことが適当でない者のリストが作成され、採用の際にチェックされるようになった点である。ケアサービス利用者の保護が強化された。

同法に基づく改革は、全般的には、上記のように評価されたが、次のような課題も指摘されている。

まず、ケア基準法が詳細を法律で定めずに、規則・基準に委ねている点である<sup>(36)</sup>。関連して、全国ケア基準委員会が全国最低基準の適用を積極的に行うかどうかにも注目されており<sup>(37)</sup>、実効性の確保に関心が持たれている。

第二は、監査体制の問題である。監査官の数が不足しており、十分な実地監査・指導が困難ではないかとの指摘がある<sup>(38)</sup>。また、全ての地方を通じて、各種のサービスに対し一貫した監査手法をとるためには、監査官の統合された研修が必要であるが、その確保が可能かどうかとの懸念もある<sup>(39)</sup>。

第三に、基本的な問題として、ケアサービスの質向上のためには、より多くの資金が必要であることを改めて認識する必要がある<sup>(40)</sup>、政府及び地方自治体の具体的対応が注目される。

第四に、十分な研修を受けたケアスタッフの配置は、一朝一夕には困難である点も指摘されている。

このような課題を抱えながらも、総じて、従来の地方自治体毎の監督システムに構造的な変化をもたらす改革と評価されたが、時をおかず、次に見るような改革が行われることになる。

### III 2003年改革への検討過程—より強固な監督・監査システムのための検討—

#### 1 基本方針

ケア基準法に基づき新設された全国ケア基準委員会が業務を開始した2002年4月、保健省は、早くも、保健医療・社会サービスの監査システムをさらに強化する方針を提示した<sup>(41)</sup>。2000年に提案されたNHS計画を実施に移すためのアジェンダ『NHSの提供計画—出資及び改革

<sup>(36)</sup> *Parliamentary Debate House of Commons*, 12 July 2001, cols.1033-1034.

<sup>(37)</sup> Dow, *op.cit.* (6).

<sup>(38)</sup> *The Guardian*, March.7, 2001.

<sup>(39)</sup> In Focus, *Community Care*, 24 Feb.-1 March 2000, pp.10-11

<sup>(40)</sup> Dow, *op.cit.* (6).

<sup>(41)</sup> 新たな監督・監査システムの提案・検討の過程は、主として、Tim Jarrett, *Social Care aspects of the Health and Social Care (Community Health and Standards) Bill* (Research Paper03/39), House of Commons Library, 2 May 2003, p.16 ; Jo Roll, *The Health and Social Care (Community Health and Standards) Bill: Health aspects other than NHS foundation Trusts* (Research Paper03/41), House of Commons Library, 2 May 2003, pp.7-12 による。

の次の段階一』<sup>(42)</sup>を公表し、その方針を示したのである。

同文書では、監査システム強化の全般的な方針をつぎのように述べている。現行のシステムは急速に発展したが、初期の経験は、措置が分立していることを明らかにした。このことは、前線の職員にとって重荷になっており、また、市民にとって明瞭性を欠く結果になっている。より明確な説明責任を確実にを行うために、医療保健・社会サービスの監査システムを強化する必要がある、と<sup>(43)</sup>。ここで「分立」と述べているのは、社会サービス、医療保健サービスに関する監督・監査組織が複数存在することを意味する。この時点でどのような組織が並存していたかを次に確認する。2003年改革は、このような並存・重複を除去し、監査システムをより強化するために、各分野における単一の組織の創設を意図したものである。

## 2 社会サービスの監督・監査機関の並存と統合の必要性

(1) 社会サービスに係る監督・監査組織の並存  
社会サービスの監督・監査に関わる主要な組織として、ケア基準法で創設された全国ケア基準委員会、保健省内の社会サービス監査局 (Social Services Inspectorates ; SSI) 及び独立機関である監査委員会 (Audit Commission) があり、その組織・任務は次の通りである。

**全国ケア基準委員会**：前章で概説した通り、外郭公共団体 (NDPB) であり、社会的ケアサービス及び民間部門の保健医療サービスを登録し、

監査することを任務とする。

**社会サービス監査局**：サッチャー政権下の1985年、保健社会保障省 (当事) 内の専門的組織として設置された政府の監査局であり、2003年現在、保健省の児童・高齢者・社会的ケアサービス監査局の一部である。同局は、全国の地方自治体の社会サービスの監査を任務としており、主な業務として次のものが挙げられる<sup>(44)</sup>。

①業績指標 (performance indicators)、年次監査、最近の監査及び共同審査から得られた証拠を用いて、全国の地方自治体の業績評価を行うこと、②各地方自治体の児童サービス及び成人サービスの業績について判定し、社会サービス全般の星印による格付けを行い通知すること、③地方自治体の社会サービスの行動計画の策定に関与し、その業績向上目標を承認すること、④地方自治体の業績及び社会サービスの任務遂行における資源の利用を評価すること、⑤地方自治体の社会サービスに関し共通する利害がある場合には、関係する監査組織及び政府機関と共同で作業すること、などである。

**監査委員会**：地方自治体の公的サービスの業績監査を行う組織であり、外郭公的機関 (NDPD) である<sup>(45)</sup>。同委員会は、サッチャー政権の初期 (1983年) に、地方政府法 (1982年) (Local Government Act 1982) (第3章) に基づき創設された。監査委員会の、特に社会的ケアに関する任務は、地方自治体の社会サービス業務の遂行における資源利用を評価するために、社会サービス監査官とともに、共同審査のプログラムを企画し実施することである<sup>(46)</sup>。

(42) Dep. of Health, *Delivering the NHS Plan: Next steps in investment, next steps on reform*, April 2002, Cm5503.

(43) *Ibid.*, para.10.5.

(44) Dep. of Health, *Statement of purpose: The Commission for Healthcare Audit and Inspection (CHAI) and the Commission for Social Care Inspection (CSCI)*, Jan.2003, pp.5-6.

(45) Roll, *op.cit.* (41), pp.7-12. 監査委員会の機能の詳細は、例えば、米田正巳「英国地方自治体の外部監査制度－VFM 監査の展開を中心として－」『都市問題』89巻8号, 1998.8, pp.31-43を参照。

(46) Dep. of Health, *op.cit.* (44), pp.3-4.

(2) 社会的ケアサービスの監査システムの統合の必要性

(i) 監査機関の一元化と独立性

政府は、『NHSの提供計画』において、社会的ケアサービスの監査機関の統合について、次の旨、述べている<sup>(47)</sup>。

① 社会サービス監査局及び全国ケア基準委員会は、双方とも、社会的ケアサービスの監査の役割を担っているが、前者は保健省の一部であり、後者は外郭公的団体 (NDPB) である。政府は、これらの二つの組織を統合し、社会的ケアサービスのための単一の監査組織である社会的ケア監査委員会 (Commission for Social Care Inspection: CACI<sup>(48)</sup>) の創設を提案する。

② この委員会の創設は、現行の社会的ケア監査システムに、二つの鍵になる変化をもたらす。単一の組織になることと、政府から独立した監査組織になることである。

以上のように、社会的ケア監査委員会は、監査の重複を排除した単一の機関である点と独立性がポイントとなる。独立性に関しては、保健省が有する基準を設定する責任と、その達成を評価する責任とを分離したことが重要である。

また、政府は社会的ケア監査委員会の役割に関し、サービスの質向上のためにはよりよい監査が鍵になること<sup>(49)</sup>、社会サービスに関する公衆への説明責任の強化が重要であること<sup>(50)</sup>を指摘している。

(ii) バリュース・フォー・マネーの視点

政府は、『全ての者に機会と保障を』(「2002年歳出レビュー」)において、監査の独立性と政府における監査の役割の増大という大きな流れの一環として、社会的ケア監査委員会が、バリュース・フォー・マネー (value for money. 以下、VFMという。) が確実に達成されるような役割を担うよう強調している<sup>(51)</sup>。即ち、同委員会は、VFMの実現と公衆が望みかつ期待する結果 (outcome) の達成の双方を目標にする。

### 3 保健医療サービスの監査機関の並存と統合の必要性

(1) 保健医療サービスにおける監査機関の並存  
保健医療サービスの分野でも、保健医療改善委員会 (Commission for Health Improvement) による NHS の監査、全国ケア基準委員会による民間部門の保健医療機関の監査、監査委員会による NHS の共同監査が並存していた。それぞれの組織とその任務は次の通りである<sup>(52)</sup>。

**保健医療改善委員会：**ブレア政権は、1997年に NHS に関するホワイトペーパー<sup>(53)</sup>で、NHSの質の向上を図る手段の一つとしてこの委員会の創設を提案した。政府は、1948年の NHS の創設以来、NHSの質に関する全国基準が無いために地域格差が生じてきたと考えており<sup>(54)</sup>、同委員会は、保健医療ケアの地域格差を無くし質をモニターするために、保健医療法 (1999年) (Health Act1999 (c.8)) に基づき創設

(47) Dep. of Health, *op.cit.* (42), para.10.5.

(48) "Inspection" については、注32参照。

(49) Dep. of Health, *op.cit.* (44), p.1.

(50) Dep. of Health, *The NHS Plan: A plan for investment, A plan for reform*, July 2000, Cm 4818- I, para.10.12.

(51) HM Treasury, *Opportunity and Security for all: Investment in an enterprising, fairer Britain; New Public Spending Plans 2003-2006 (Spending Review 2002)*, July 2002, Cm5570, paras.1.30,1.34.

(52) Roll, *op.cit.* (41), pp.7-12による。

(53) Dep. of Health, *The New NHS: Modern, Dependable*, Cm 3807, Dec.1997.

(54) Dep. of Health, *op.cit.* (50), para.2.14. 政府は、この NHS 10ヵ年計画で、ケアの「郵便番号による運」一即ち地域格差一を除去することを目的としている。

された。同委員会は、2000年4月から業務を開始し、NHS改革及び保健医療ケア専門職法(2002年)<sup>(55)</sup>により、更に権限と独立性が付与された。

**全国ケア基準委員会**：IIで述べたように、ケア基準法に基づき、同委員会は社会的ケアサービスの他に、NHS以外の民間部門の病院・クリニックをその監督対象とし、登録し監査を行ってきた。

**監査委員会**：同委員会の監査対象は、1990年に、NHS機関にまで拡大され、社会サービスと共に、医療保健サービスも監査の対象となっていた。

## (2) 保健医療サービスの監査機関の統合の必要性

政府は、『NHSの提供計画』において、保健医療サービスの監査機関の統合化について、次のように述べている<sup>(56)</sup>。

- ①保健医療改善委員会、全国ケア基準委員会、監査委員会は、全て、保健医療ケアの遂行を監督し評価する重要な役割を担っている。しかし、監査システムが分立しているため、同一地方のNHS組織に、複数の未調整の実地監査が行われ、また、情報の提供が求められる。このような状況は、NHSの現場の職員、患者、その財源を出す納税者に、混乱を生じさせている。
- ②保健医療改善委員会の業務、全国ケア基準委員会の民間部門の保健医療ケアに係る業務、監査委員会の保健医療に係るVFMの業務を統合し、独立した監査機関である保健医療ケ

ア監査・検査委員会(The Commission for Health Care Audit and Inspection: CHAI<sup>(57)</sup>)の創設を提案する。新たな単一の組織は、公的部門及び民間部門の双方の医療保険ケアの監査に責任を持つことになる。

このように、保健医療サービスの監査機関の統合も、社会的ケアサービスの監査機関の統合と同様に、一元化、独立性、VFMの視点が基本になっている。

以上に見た、社会的ケアサービス、保健医療サービスの両分野における監査システムの一元化に関する政府の提案は、ほぼ同様な内容で法案化され、2003年3月、議会で提出され、同年12月、「保健医療及び社会的ケア(コミュニティ保健医療及び基準)法(2003年)」<sup>(58)</sup>として成立した。

## IV 2003年の監査システムの改革とその意義

2003年法は、コミュニティ保健医療と社会的ケアの改革を内容としているが、本章では、本稿のテーマである社会的ケアに関する規定に焦点を絞り、改革の内容を概観する<sup>(59)</sup>。

### 1 社会的ケア監査委員会の創設

同法により、ケア基準法に基づく社会的ケアサービスの事業者等(provider)の登録・監査及びイングランドの地方自治体のサービスの監査に責任を有する社会的ケア監査委員会が創設される(第42条)<sup>(60)</sup>。同時に、民間部門の保健

<sup>(55)</sup> National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002 (2002 c.17).

<sup>(56)</sup> Dep. of Health, *op.cit.* (42), para.10.6-10.7.

<sup>(57)</sup> この委員会名に関しては、Auditを「監査」、Inspectionを「検査」と訳した。

<sup>(58)</sup> Health and Social Care (Community Health and Standards) Act 2003 (2003 c.43).

<sup>(59)</sup> 法律の内容は、同法のテキストを基に、Explanatory Notes to Health and Social Care (Community Health and Standards) Act 2003; Jarrett, *op.cit.* (41), pp.17-32.を参照した。主要な規定については、( )に該当条項を示した。

医療サービスの事業者等の登録・監査、及び、NHSの審査及び監査を行う保健医療ケア監査・検査委員会が新設される(第41条)。

社会的ケア監査委員会は、①全国ケア基準委員会の社会的ケアサービスに関する業務、②社会サービス監査局の業務、③同監査局が監査委員会と共同で行う共同審査(Joint Reviews with the Audit Commission)の業務、を引き継ぎ、社会的ケアサービスに関しイングランドの単一の監査機関となる。社会的ケア監査委員会は、外郭公共団体(NGPB)であり、既述のように、社会的ケアサービスの監査を強化し、説明責任を向上させ、VFMを増進することを意図している。

## 2 ケア基準法に基づく任務に係る改革

### 一社会的ケア監査委員会の任務(1)一

ケア基準法に基づく任務に関しては、次のような改革が行われた。

#### (1) 社会的ケア監査委員会が監督対象とする機関

全国ケア基準委員会が監督の対象としていた社会的ケア施設や事業所を監督する責任が社会的ケア監査委員会に移管される(第102条)。民間部門の病院等を監督する責任は、保健医療ケア・検査委員会に移管され、全国ケア基準委員会は廃止される。

#### (2) 登録・監査に係る料金のシステムの変更

ケア基準法では、登録される施設・事業所に料金が課され、その額は大臣が定める規則に規定されることになっていた。本法により、この方式が変更され、社会的ケア監査委員会自身が登録・監査に関する料金を定めることになった。

同委員会及び大臣は、料金を決定する前に、関係者の意見を聴取しなければならない。

#### (3) 情報及び監査に係る権限の強化

ケア基準法の下では、監査官が施設等の文書・記録を検査できるのは、その施設等の監査に直接携わっているときのみであった(ケア基準法第31条)。本法により、社会的ケア監査委員会がその任務の遂行に必要である場合には、如何なるときでも、医療上その他の個人記録、又はその他の文書を、施設等を運営する者に要求する権限が付与された。

また、ケア基準法では、監査官による施設等への実地監査の際に、医療記録を除く文書や記録を検査しコピーを作成できたが(同法同条)、本法によって、医療記録その他の個人的な記録も、検査やコピーが可能となった。また、監査官がインタビューできる対象が、「施設の被用者」から「施設で働いている者」に変更された。これにより、監査官が、永続勤務の被用者と同様に、一時的雇用のスタッフや事業者等と契約している機関のスタッフにインタビューすることが可能になった<sup>(61)</sup>。

#### (4) 社会的ケアサービスに関する情報の公衆への提供

社会的ケア監査委員会は、社会的ケアサービスに関し公衆に提供する情報の利用しやすさ及び質に関与する義務を負う(第76条第2項)。個々のサービス利用者に対する情報提供だけでなく、各種の社会的ケアサービスに関するリーフレット、電話ヘルプラインサービスのような一般的な情報提供にも適用される<sup>(62)</sup>。

<sup>(60)</sup> provider は、施設の設置者、在宅ケアの事業者を意味する。本稿では、原則として、事業者等という。同法は、ウェールズについては、ウェールズ議会が社会的ケア監査委員会と同様な機能を持つよう規定。

<sup>(61)</sup> Explanatory Notes to Health and Social Care (Community Health and Standards) Act 2003, para.234.

<sup>(62)</sup> *Ibid.*, para.187.

### 3 地方自治体の社会サービスの監査

#### —社会的ケア監査委員会の任務(2)—

社会的ケア監査委員会は、ケア基準法に基づく任務に加え、もう一つの重要な任務である地方自治体の社会サービスの監査を所掌する。

#### (1) 地方自治体の社会サービスの監査に係る任務

社会的ケア監査委員会は、地方自治体の社会サービスを監査する義務を負う(第76条)。この任務を遂行するため、同委員会は、社会サービスの利用しやすさ、アクセス、質、効果的であること、運営手法などとともに、経済性、効率性及びVFMに関与する。また、児童の権利・福祉の向上、保護のニーズに、地方自治体がどのように対応しているか考慮する。

#### (i) 地方自治体の社会サービスの年次審査

社会的ケア監査委員会の重要な任務に、全ての地方自治体の社会サービスを毎年レビューすることがある(第79条)。これには、地方自治体が自ら実施するサービスの他、非営利部門、営利部門に委託するサービスも含まれる。同委員会は、地方自治体の社会サービスの業務の遂行を評価する際に、委託されたサービスが利用者のニーズに見合っているかについても検討する<sup>(63)</sup>。

#### (ii) 地方自治体の実績評価

社会的ケア監査委員会は、地方自治体の社会サービスの毎年のレビューに従い、その実績評価を行う(第79条第2号)。法律には、その具体的方法について規定はないが、実際には「星印による格付」(star rating)を意味する。これは、2001年1月、保健大臣により導入されたも

のであり、その目的は、ある年度の、地方自治体の社会サービスの措置に係る実績のレベルを簡単な指標により示すことである<sup>(64)</sup>。社会サービスの毎年のレビューを行うため、同委員会は、その評価基準を策定し公開する(同第3号、4号)。

また、同委員会は、大臣が定める予定表に従って各年のレビューを行う(同第5号)。地方自治体の業務の妨げを最小限にするために、監査委員会が行う「包括的実績評価」の予定表に適合するようにレビューを実施することになる。

#### (iii) 地方自治体の社会サービスに欠点がある場合の対応

地方自治体の社会サービスの実績に関する格付けが最低である場合(星印による格付で星印ゼロ(V-5-(4)を参照))、又は地方自治体が許容できる水準でサービスを提供していないと同委員会が判断する場合には、同委員会は、大臣に一定の手段をとるよう勧告しなければならない(第81条)。そのような手段には、大臣が同委員会に当該地方自治体をより綿密にモニターするよう求めること、又は、大臣の介入権<sup>(65)</sup>を行使することが含まれる<sup>(66)</sup>。

#### (iv) 地方自治体の社会サービスの経済性、効率性の向上

同委員会は、地方自治体による社会サービスについて、①経済性、効率性及び効果の向上、②運営の改善のために勧告する目的で、研究を計画し実施する(第82条)。この規定により、同委員会は、当該地方自治体の区域におけるVFMのための研究を行うことができる<sup>(67)</sup>。

この権限は、監査委員会法(1998年)に基づき、地方自治体の社会サービスに関し、監査委

<sup>(63)</sup> *Ibid.*, para.192.

<sup>(64)</sup> *Ibid.*, para.193.

<sup>(65)</sup> Local Government Social Services Act (1970)sec.7, National Health Service and Community Care Act (1990) sec.50 等に規定する権限。

<sup>(66)</sup> *Op.cit.*, 注(61), para.200.

<sup>(67)</sup> *Ibid.*, para.203.

員会に付与している権限と同様なものである。監査委員会は、引き続き地方自治体の社会サービスの研究を実施する権限を維持する。従って、監査委員会と社会的ケア監査委員会の任務が重複する部分があるが、実際には、それぞれ異なる状況で実施が企画されることになる。

社会的ケア監査委員会と監査委員会は、これらの研究の実施に係る業務を共同して行うことができる(第83条)。また、両委員会は、社会サービス分野のそれぞれの任務を実施する際に、相互に協力する義務を負う。

(v) 社会的ケア監査委員会の業務に関する料金  
地方自治体の社会サービスに関する年次審査、サービス提供に係る経済性・効率性・効果等のための研究に関する任務の実施について、料金を定め課すことができる(第86条)。

(vi) 立入権限

社会的ケア監査委員会に権限を付与された者は、地方自治体の社会サービスの提供に用いられる施設等に立ち入ることが出来る。ただし、社会的ケアサービスが提供されていても、営利部門のホームには立ち入ることができない。立入検査(実地監査)の権限を持つ者は、施設の検査、文書の複写・検査を行い、管理者、施設で働いている者、入所者にインタビューする権限を持つ。

(2) 地方自治体の社会サービスに関する情報の大臣への提供

社会的ケア監査委員会は、地方自治体により提供される社会サービスに関する情報を大臣に提供する義務を負う(第77条)。また、同委員会は、地方自治体の社会サービスに関連する事項について、大臣に適切と思われる助言を行うことができる(同第2号)。

(3) 研究及び調査の審査

社会的ケア監査委員会は、学術機関等の団体が実施する地方自治体の社会サービスの提供に関する調査等を評価することができ、そのような調査から得られる成果を審査できる(第78条)。また、同委員会は、地域で行った調査結果を公表しなければならない。

#### 4 社会的ケア監査委員会と保健医療ケア監査・検査委員会との協力

社会的ケアと保健医療ケアを連携して提供することは利用者にとっても有効な場合が多く、次のように両委員会の協力関係が保障されている。

両委員会は、それぞれの任務遂行の効果的かつ効率的な遂行のために、相互に協力することが適切と考えられる場合には、協力して業務を行う(第120条)。

また、両委員会の任務の実施に関し、相互に意見聴取すべき場合について規則で定める。両委員会が監査を共同で行うことが基本であり必要でもある特定のサービス(例えば統合された保健医療サービス及び社会的ケアサービスを提供する精神保健施設)に関しては、監査前に、それぞれの業務プログラムの内容について相互に意見聴取を行う<sup>(68)</sup>。

#### 5 ケアサービスに関する苦情処理手続きに関する改革

以上のような社会サービスの監査に関する改革の他、社会サービスの質の確保に関連するものとして、苦情処理手続きの改革が規定された。大臣は、社会サービスに関する苦情申立ての手続きを創設する規則及び地方自治体による苦情の処理・審議に関する規則を定める(第114条)<sup>(69)</sup>。これと関連し、ケアサービスの苦情処理の段階で、

<sup>(68)</sup> *Ibid.*, para.272.

<sup>(69)</sup> この手続きは、Local Authority Social Services Act 1970 sec.7Bに基づく手続きに代わることになる。



地方自治体による調査で解決できない場合には、第二段階の審査として、社会的ケア監査委員会による審査を含む審査が行われる<sup>(70)</sup>。

## 6 2003年改革の評価と意義

社会的ケア監査委員会の創設に関しては、社会的ケアの監査機関の一元化、監査体制の強化の観点から、評価する意見が多い。全国社会サービス部長協会は、同委員会による、従来より明瞭な独立した監査は公衆の信頼を得るだろうと述べ、また、委員会の強化は、ケアサービス利用者、ひいてはケアサービス自体にとってもよいことであると期待している<sup>(71)</sup>。連合王国在宅ケア協会(UKHCA)も、社会的ケアサービスの監査を一元化した組織で行う考え方を支持している<sup>(72)</sup>。

保健医療ケア監査・検査委員会の創設については、NHSと民間部門の保健医療ケアの双方の監査に責任を持つ独立組織であること、質の基準と財政運営の双方を監督する権限を持つことから、概ね歓迎されている<sup>(73)</sup>。かつて、ケア基準法案中の全国ケア基準委員会の創設が議会で審議された際、営利部門の病院等が主として社会的ケアを監督する組織(全国ケア基準委員会)により監督されるのは適切か、また、営利部門の保健医療ケアが、NHSの監督機関と別個の組織により監督されるのは適切かが重要な論点の一つであった<sup>(74)</sup>。今回の改革で、数年を経てこのような問題が解決されることになった。英国医師会は、保健医療ケア監査・検査委員会の創設を支持し、保健医療ケアに関する現

行の多くの監査機関が一元化され遙かに効率化されたシステムになることを期待している<sup>(75)</sup>。

以上のように、両委員会の創設に関し、歓迎する意見が多い中で、次の点が懸念されている。地方自治体は、保健医療部門との緊密な関係の下で業務を行っているが、今回の改革で、社会的ケアと保健医療ケアの監査を、全く別個の組織が所掌することになった点である。全国社会サービス部長協会は、双方の委員会が緊密に協力して業務を行うことを期待している<sup>(76)</sup>。保健医療ケアと社会的ケアの境界を超え、「縫い目の無い」ケアを提供する重要性が増しており、それに対応した、両委員会の協力関係(共同監査・審査等)が求められていると言える。

## V ケアサービスの監督・監査システムの現状

以上見たように、現行の社会的ケアサービスの監督・監査システムは、ケア基準法、2003年法及び関係規則等に基づいており、次のようなシステムで実際の業務を行っている。

### 1 社会的ケア監査委員会の組織構成

社会的ケア監査委員会は、その組織について、「社会的ケアに係るより合理的で統合された監査・監督システムであり、これまでの社会的ケアの監督に関わるどの組織よりも強力なものである」旨、述べている<sup>(77)</sup>。

委員会の全国組織は、委員長の下に、本部、地方事務所、地域事務所が置かれ、3層構造に

<sup>(70)</sup> *Op.cit.*, 注(61), para.248.

<sup>(71)</sup> Jarrett, *op.cit.* (41), p.33.

<sup>(72)</sup> *Ibid.*, p.33.

<sup>(73)</sup> Roll, *op.cit.* (41), p.23.

<sup>(74)</sup> *Ibid.*, p.23.

<sup>(75)</sup> *Ibid.*, p.23.

<sup>(76)</sup> Jarrett, *op.cit.* (41), p.33.

<sup>(77)</sup> CSCI, *How we will communicate with you—our people and processes*, p.1.

なっている<sup>(78)</sup>。

本部は、ロンドン、リーズ、ニューキャースルの3カ所に分置され、主席監査官の下に、6局（総務局、情報・ナレッジ管理局、監査・監督・審査局、サービスの質・実績・手法局、戦略局、コミュニケーション・利用者・公衆関連局）がある<sup>(79)</sup>。

地方事務所は、9地方（ロンドン、サウス・イースト、サウス・ウェスト、ウェスト・ミッドランド、イースト・ミッドランド、イースタン、ヨークシャー・ハンバーサイド、ノース・ウェスト、ノース・イースト）に置かれている。事務所には、監査・監督・審査理事会のメンバー、コミュニケーション・法的援助を行うコミュニケーションマネージャーが配置されている。

地域事務所は、72カ所に置かれ、社会的ケアサービスに関する日常の登録・監査業務を行う<sup>(80)</sup>。

## 2 ケアサービスの登録方法

社会的ケアサービスの事業者等は、社会的ケア監査委員会に登録の申請をしなければならず、同委員会から証明書 (certificate) 及び登録認可が出されない限り、業務を開始することができない。

### (1) 登録・監査の対象機関

同委員会に登録され、監査が行われる施設・事業所は、次の通りである<sup>(81)</sup>。

対人ケア及び（又は）看護ケアを提供するケアホーム、成人養護 (placement) 制度<sup>(82)</sup>、児童ホーム、寄宿学校（295日以上、1名以上の

生徒が宿泊する学校）、入所家族センター、在宅ケア事業所、看護師紹介所、民間養子斡旋所、民間非営利養子協会、軽度の付添いサービス

また、同委員会への登録は要求されていないが、監査対象である機関は、全国ケア基準委員会が監査対象としていたもの（II-2-(2)参照）と同様である。

### (2) 登録の形態

同委員会は、各施設・事業所に適用される規則や全国最低基準をもとに、登録を承認するかどうか判断する。登録に関しては、次のような種類がある<sup>(83)</sup>。

- ① 「承認」：全ての適性基準を満たし、いかなる条件も付されない場合。
- ② 「条件付き承認」：基準は満たしているが、サービス利用者を保護するために、条件が必要な場合。
- ③ 「拒否」：適性基準のいずれかを満たしていない場合。
- ④ 「変更」：登録条件のいくつかの修正が必要な場合。
- ⑤ 「取消」：適性基準が維持されない場合。
- ⑥ 「治安判事の緊急命令による取消」：サービス利用者が重大な危険に曝されていると見なされる場合。

### (3) 登録料及び年間料金

同委員会への登録に際しては、料金が課され

(78) 委員会の組織については、同上書、pp.1-7による。

(79) *Ibid.*, pp.3-4.

(80) NCSC が創設された際に、従来の地方自治体の監査スタッフが、NCSC の組織に異動になった。

(81) CSCI, Registration and inspection services. (CSCI website) <<http://www.csci.org.uk/>>. 以下、CSCI のサイトの URL は省略する。

(82) 養護者 (cares) が自宅で成人をケアし援助する制度 (The Adult Placement Schemes (England) Regulations 2004, SI 2004 No.2070)。The Care Standards Act 2000 (Extension of the Application of Part 2 to Adult Placement Schemes) (England) Regulations 2004, SI 2004 No.1972 により、新たに、CSCI の登録・監査対象になった。

(83) CSCI, *op.cit.*, 注(81)。

る。同委員会は外郭公共団体であり、これらの収入が財源の一部となる。登録料は施設・事業所の規模、種類によって異なり、規則で定められる。2005年4月現在の登録料は、ケアホーム、児童ホームが1901ポンド、小規模ケアホーム、小規模児童ホームが518ポンド、入所家族センター、在宅ケア事業所、看護師紹介所が1584ポンド、小規模入所家族センター、小規模在宅ケア事業所、小規模看護師紹介所が432ポンドである<sup>(84)</sup>。これ以外に、マネジャーを任命する場合は、その登録料が、また、施設・事業所の変更を行う場合は、変更の規模により異なる料金 (variation fee)<sup>(85)</sup> が課される。

また、登録された施設・事業所には、年間料金が課される。この料金も、施設・事業所の規模、種類によって異なり、規則で定められる<sup>(86)</sup>。2005年4月現在の年間料金は、表1の通りである。

(4) 社会的ケアサービスのディレクトリーの公開  
登録された社会的ケアサービスについて、「ケアサービスディレクトリー」が作成され、CSCIのウェブサイトで公開される。

そのディレクトリーのサイトでは、「地方」又は「ケアサービスの種類」による検索が可能である<sup>(87)</sup>。例えば、「ロンドン」における「ケアホーム」を検索すると、2,037カ所の施設が搭載されている。各ケアホームについて、提供するサービスの種類、入所定員、事業者等の基本的な情報に加え、社会的ケア監査委員会が同ホームを監査した結果を示す詳細な報告書(下記3(7)参照)も見ることができる。また、ロン

表1 施設・事業所に課せられる年間料金

(単位:ポンド)

サービスの種類	定額部分	入所者4人～29人までの各1人につき	入所者30人以上の各1人につき
ケアホーム	259	86	86
小規模ケアホーム 成人養護 (placement) ケアホーム*	173	n/a	n/a
児童ホーム	864	86	86
小規模児童ホーム	864	n/a	n/a
入所家族センター	576	72	35
在宅ケア事業所	1080	n/a	n/a
小規模在宅ケア事業所	540	n/a	n/a
看護師紹介所	720	n/a	n/a
小規模看護師紹介所	360	n/a	n/a
養子斡旋所	600	n/a	n/a
小規模養子斡旋所	300	n/a	n/a

(出典) 注86)と同じ。

\*成人を自宅で養護する者が設置者であるケアホームで、自宅又はその一部がケアホームである (Care Homes Regulations 2001, sec.45)。

ドンにある在宅ケア事業所は543カ所、搭載されている。ただし、在宅ケア事業所については、2003年4月に初めて登録が開始されたため、登録作業に時間を要しており、未だ監査を受けていない事業所が多く、そのような事業所に関しては基本的な情報のみが掲載されている。

### 3 ケアサービスの実効性ある監査体制

#### —頻度、監査手法及び情報公開—

#### (1) 監査の頻度

「料金及び監査頻度規則」<sup>(88)</sup>で、ケアホーム又は児童ホームの場合には、各年度に少なくとも2回の監査を行い<sup>(89)</sup>、その他の施設・事業所等の場合には、少なくとも1回の監査を行うものと規定している。

<sup>(84)</sup> CSCI (Fees & Frequency of Inspections)(Amendment) Regulations 2005, SI 2005 No.575, sec.2,3.

<sup>(85)</sup> 小規模の変更と、監査を要する大規模な変更とは、料金が異なる。

<sup>(86)</sup> CSCI (Fees & Frequency of Inspections) (Amendment) Regulations 2005, SI 2005 No.575, sec.5.

<sup>(87)</sup> CSCI, Find a care service (CSCI website).

<sup>(88)</sup> CSCI (Fees & Frequency of Inspections) (Amendment) Regulations 2005, SI 2005 No.575, Part III.

<sup>(89)</sup> 1980年代の規則では、入所ケアホームは少なくとも年1回監査する旨規定 (Residential Care Homes Reg. SI 1984 No.1341, sec.18)。

## (2) 予告監査及び予告無し監査

上記規則では、その監査を予告無く行うことができる旨規定している。監査には、予告して行う実地監査（予告監査）と予告なく行う実地監査（抜き打ち監査。以下、予告無し監査という。）がある。

予告監査は、事業者等が監査官による実地監査が行われることを知っている場合であり、監査のための準備をすることができる。予告監査の間は、関連する全ての全国最低基準について審査される。予告無し監査は、事業者等が監査官による実地監査の実施を知らない場合である。予告無し監査は、以前に利用者への危険が認められ、又は強制措置がとられた場合に、サービスが改善されたかどうかを評価するためにも行われる。苦情調査の時も、予告無し監査になる。予告無し監査・苦情調査の場合には、監査官がサービスの特定の分野に焦点を置くことができ、全国最低基準の全てを審査しなくてもよい。

年2回監査が行われる施設については、予告監査1回に加えて、予告無し監査1回が行われることが期待されており、実際、そのように行っているケースが多い。在宅ケア事業所については、年に1回の予告監査を行うのが通例である。このような監査頻度は、最低の要件であり、懸念される事由がある場合には、同委員会が何回でも実地監査をすることを妨げるものではない<sup>(90)</sup>。

## (3) 監査官

同委員会の監査官の大部分が、社会的ケア、教育、保健医療ケアに従事した経験を持つ。また、多くが、看護師、ソーシャルワーカーその他の専門的な資格を持っている。監査官は、監査に関する研修を受け、業務規範（Code of

Practice）に基づき、業務を行う。全ての監査官は、ID及び有資格カードを携帯する<sup>(91)</sup>。

## (4) 施設等の監査方法

実地監査の目的は、施設等が、利用者に対し、そのニーズに適したライフスタイル、選択肢、参加の機会、適切な保健医療ケア・社会的ケアを提供しているかどうかを検査することである。

実地監査の期間は、サービスの規模、種類、生じている問題等により異なり、通常、1日から5日の間であるが、これ以上の時間を要する場合もある<sup>(92)</sup>。監査官は、サービスが要件に適合しているか、個々の基準をチェックする。施設や設備の他、提供されているケアが記録にマッチしているかチェックするために、特にケアプランを調査する。また、事業者等、ケアスタッフ、利用者インタビューを行う。

## (5) 監査後の対応—フィードバックの機会及び法的措置—

実地監査が終了した後、調査結果について監査官がコメントし、それについて事業者等と議論が行われる。事業者等は、監査官から指摘された問題又は関心事について説明し、感想を述べることができる。

監査官は、規則に適合していない点を指摘し、報告書に明瞭に記録する。事業者等は、特定の期限内に、要件に適合するようしなければならず、それが行われない場合には、同委員会は、勧告を行い、更に、法的手段をとることが出来る<sup>(93)</sup>。

監査当日又は短期間のうちに緊急な行動が必要な法的違反がある場合には、監査官は、その違反を監査当日に確認し、サービス事業者等にそれを記した書類を手渡す。時をおかず、手紙

<sup>(90)</sup> 予告監査・予告無し監査については、CSCI, Inspection Reports (CSCI website) による。

<sup>(91)</sup> CSCI, Our Inspectors (CSCI website).

<sup>(92)</sup> CSCI, What to expect during an inspection (CSCI website).

<sup>(93)</sup> CSCI, Opportunity for feedback (CSCI website).

で確認された後、必要な行動がとられる。

同委員会は、サービスの種類によっては、即時の行動又は改善を求める執行通知を出すことができ(ケアホーム、児童ホーム等の場合)、また、不履行について大臣に報告することができる(学校、地方自治体養育サービス等の場合)。更に、同委員会は、登録されたサービスのケア水準が劣悪である場合、特に、サービス利用者が重大な危険に曝されていると判断されるときには、迅速な行動をとることができ、登録を取消することができる。

#### (6) 施設・事業所等のサービス評価

監査官は、施設・事業所等のケアサービスが該当する全国最低基準(NMS)に適合しているか否かを、次の4点制を用いて評価する<sup>(94)</sup>。

4：全国最低基準以上

3：全国最低基準に適合

2：全国最低基準のほとんどの基準に適合(若干の不適合がある。)

1：全国最低基準に不適合(多くの不適合がある。)

1及び2ランクの場合には、改善の必要があり、改善が行われたかを確認するため、同委員会は、通常より頻繁な実地監査を行う。4ランクは、当該基準に関して、「優れた実践事例」(good practice)として推薦される。

#### (7) 各施設・事業所等の監査報告の公開

監査後、監査官はサービスが全国最低基準(NMS)に適合しているかどうかについての詳細な報告書案を作成し、28日後までに事業者等に送付する。事業者等は、28日の間、それを検討し事実に関する誤りを修正する。監査官に返信され、最終版にされ、4週間後に刊行される。

同時にCSCIのウェブサイトでも公開される<sup>(95)</sup>。

ただし、児童ホーム、成人養育サービスを提供するケアホームに関する報告書は、安全性等の問題に鑑み、ウェブサイトでは公開されない。しかし、個人が、同委員会の地域事務所で適切なIDを提示し署名することによって、報告書を入手することができる。

各監査報告書は、40頁程度の詳細なものである<sup>(96)</sup>。2章に分かれ、A章「監査結果の要旨」では、各基準に関する監査結果の要旨と改善のための勧告を記載している。また、B章「監査の方法と結果」では、各基準について、先に述べた4点制により点数がつけられ、詳細な監査結果・証拠(Evidence)が記載されている。最後に、改善のための「行動計画」を同委員会に提出するよう求めている。この報告書により、設備やサービス水準等、ホームの全体像を詳細に把握することができる。各施設等に関する監査結果の情報公開が徹底していると言えよう。

#### (8) 監査システムの特徴

監査システムの特徴は、次の二点に集約できる。一つは、監査の実効性の問題である。監査の頻度、予告無し監査の実施、多様な監査方法、全国最低基準の適合度合いのランク付け、監査後のフィードバック等、いずれもケアサービス改善のための実効性ある手法と言える。二点目は、利用者の選択に資するために監査結果の全てが公表され、各ケアサービスの情報公開が徹底している点である。

### 4 全国最低基準の意義—規則との関係を中心に—

ケア基準法、2003年法に基づく、監督・監査システムの特徴の一つに、ケア基準法第23条に基づき保健担当大臣がサービスごとに策定する

<sup>(94)</sup> CSCI, What if my service doesn't measure up (CSCI website).

<sup>(95)</sup> CSCI, Inspection Report; After the inspection has taken place (CSCI website).

<sup>(96)</sup> 例えば、ロンドン・クロイドン区のアディントンハイツの監査報告書(CSCI, *Inspection Report—Care Home For Older People—Addington Heights, (announced inspection)*, 24th Jan.2005)は38頁から成る。

全国最低基準の存在が挙げられる。この節では、その意義について検討する。

全国最低基準は、登録当局（現在は社会的ケア監査委員会）が、登録・監査や登録の取消し手続き等に係る決定を行う際に考慮されなければならないとされている。

#### (1) 全国最低基準の策定

大臣は、全国最低基準の策定又は改定に当たり、適切な者の意見を聴取することが義務付けられており、全ての全国最低基準は、関係団体、関係者に意見を聴取した上で、策定されている。全国最低基準は、表2に示すように、高齢者ケアホーム、在宅ケア等、登録・監査の対象となるケアサービス毎（現在13種）に策定され、必要に応じ改訂版が出されている。

#### (2) 高齢者ケアホーム、在宅ケアに関する「規則」と「全国最低基準」の内容

ケア基準法第22条に基づき各ケアサービスの基準を定めた規則（regulation）が制定されている。この規則と全国最低基準の内容はどう異なるのか。ここでは、本稿の主たる対象である高齢者に対するサービスとして、高齢者ケアホームを例に、現行の「ケアホーム規則」（2001年）<sup>(97)</sup>と「高齢者ケアホーム全国最低基準」（2003年）<sup>(98)</sup>の内容をみることにする。

「ケアホーム規則」（2001年）は、対象者別の規則ではなく、ケアホーム全般に適用される規則であり、7章37条から成っている。表3に示す事項を定めている。

「高齢者ケアホーム全国最低基準」（2003年）は、表4に示すように、7つの大項目（1.ホームの選択、2.保健医療ケア及び対人ケア、3.日常生活及び社会的活動、4.苦情及び保護、5.環境、6.職員、7.管理及び運営）の下に38の基準が置かれ、この38基準は主基準（各基準の第一位に置かれた基準）と数項目の小基準から構成される。従って、これらの基準の合計は、252という多さになる<sup>(99)</sup>。また、各基準ごとに、それが達成された場合の結果（outcome）が記載されている。

この基準の内容は、1984年改革以降の高齢者福祉の理念的・実践的な動向を踏まえたものになっている。施設の物理的基準に関しては、初版の基準（2001年）では、例えば、個室化に関し、新設の施設は全部個室とされ（最低12㎡）、既設の施設も2007年4月までにその80%を個室化することが求められていた。しかし、既設の施設では、基準どおりの改修が困難な場合もあり、3版（2003年）では、この基準の要件がより柔軟な表現になっている。サービス提供量と質とのバランスを考慮した対応といえよう。生活の質に係る基準に関しては、プライバシー・

表2 現行の全国最低基準一覧

<ul style="list-style-type: none"> <li>・『高齢者ケアホーム全国最低基準』（3版、2003）</li> <li>・『成人養護（placement）ケアホーム全国最低基準』（2版、2003）</li> <li>・『成人（16-65歳）ケアホーム全国最低基準（附）16-17歳の若年者入所ケアホーム補足基準』（2版、2003）</li> <li>・『成人養護（placement）制度全国最低基準』（初版、2004）</li> <li>・『在宅ケア全国最低基準』（2版、2003）</li> <li>・『看護師紹介所全国最低基準』（2版、2003）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・『児童ホーム全国最低基準』（初版、2002）</li> <li>・『里親制度全国最低基準』（初版、2003）</li> <li>・『入所家族センター全国最低基準』（初版、2002）</li> <li>・『養子サービス全国最低基準』（初版、2002）</li> <li>・『寄宿学校全国最低基準』（初版、2002）</li> <li>・『入所特別学校全国最低基準』（初版、2002）</li> <li>・『継続教育カレッジによる18歳未満の学生の入所施設全国最低基準』（初版、2002）</li> </ul>
--	---

（出典）CSCI, National Minimum Standards (CSCI website).

<sup>(97)</sup> Care Homes Regulations 2001, SI 2001 No.3965[as amended by SI 2003 No.534].

<sup>(98)</sup> Dep. of Health, *Care Homes for Older People, National Minimum Standards*, 3rd.ed, 2003.

<sup>(99)</sup> 各主基準の規定は、岩間 前掲論文 注(11), pp.86-89を参照されたい。論文中の基準は2001年版であるが、主基準は改定されていない。

表3 「ケアホーム規則」(2001年)の項目(2003年現在)

章	各 条 の 内 容
1章：総則	1条：名称、施行時期、適用範囲、2条：解釈、3条：適用除外の施設、4条：目的に関する文書、5条：サービス利用者のためのガイド、5A条：料金に関する情報、6条：目的に関する文書、サービス利用者のためのガイドのレビュー
2章：登録者	7条：登録者としての適性、8条：マネジャーの任命、9条：登録マネジャーの適性、10条：犯罪の通知、11条：登録者の一般的要件
3章：ケアホームの運営	12条：サービス利用者の保健及び福祉、13条：保健及び福祉に関する更なる要件、14条：サービス利用者のニーズ評価、15条：サービス利用者のサービス計画、16条：設備及びサービス、17条：記録、18条：職員、19条：従事者の適性、20条：サービス利用者のための行為の制限、21条：ケアホームの管理に関する職員の視点、22条：苦情処理
4章：施設	23条：施設の適性
5章：管理	24条：ケアの質のレビュー、25条：財政状況、26条：登録提供者による訪問
6章：児童	27条～36条(略)
7章：雑則	37条：死亡、疾病及びその他の事項の報告、38条：不在の通知、39条：変更の通知、40条：入所期限の通知、43条：登録者の犯罪
附則	1条：目的に関する文書に記載される情報、2条：ケアホームの管理者、運営者、又は従事者に関して得られる情報及び文書、3条：各サービス利用者に関しケアホームに保持される記録、4条：ケアホームに保持されるその他の記録、5条：児童が入所する場合に目的に関する文書に記載される追加情報、6条：児童が入所しているケアホームで働く者に関し、得られる追加の情報及び文書、7条：児童が入所するケアホームでモニターされる事項

(出典) 注⑦に同じ。

表4 「高齢者ケアホーム全国最低基準(2003年版)」 基準16-18の規定

大項目	基 準	基準構成	大項目	基 準	基準構成	
1 ホームの選択	1：情報	1.1- 1.3	5 環境	19：施設	19.1-19.6	
	2：契約	2.1- 2.2		20：共有設備	20.1-20.7	
	3：ニーズ評価	3.1- 3.5		21：ラバトリー及び洗濯設備	21.1-21.9	
	4：ニーズの充足	4.1- 4.4		22：改造及び設備改善	22.1-22.8	
	5：試行的な訪問	5.1- 5.3		23：個人の部屋—規模の要件	23.1-23.11	
	6：中間的ケア	6.1- 6.5		24：個人の部屋—家具及び設備	24.1-24.8	
2 保健医療ケア及び対人ケア	7：サービス利用者計画	7.1- 7.6		25：サービス—暖房及び照明	25.1-25.8	
	8：保健医療ケア	8.1- 8.13		26：サービス—衛生及び伝染病の管理	26.1-26.9	
	9：薬剤管理	9.1- 9.11		6 職員	27：職員の数	27.1-27.7
	10：プライバシー及び尊厳	10.1-10.7			28：資格	28.1-28.3
11：末期及び死亡	11.1-11.12	29：採用			29.1-29.6	
12：社会的接触及び活動	12.1-12.4	30：職員研修			30.1-30.4	
3 日常生活及び社会的活動	13：コミュニティとの接触	13.1-13.6		7 管理及び運営	31：日々の業務	31.1-31.8
	14：自由及び選択	14.1-14.5			32：倫理	32.1-32.8
	15：食事及び食事時間	15.1-15.9	33：質の確保		33.1-33.10	
4 苦情及び保護	16：苦情	16.1-16.4	34：財政手続		34.1-34.5	
	17：権利	17.1-17.3	35：サービス利用者の金銭		35.1-35.6	
	18：保護	18.1-18.6	36：職員の監督		36.1-36.5	
			37：記録の保存		37.1-37.3	
			38：安全な業務実践		38.1-38.9	
			基準・計	252		

(出典) 注⑧に同じ。

尊厳の尊重、末期ケアと死への対応、あらゆる虐待の防止、苦情処理手続き、金銭管理等、あらゆる面について詳細な基準を定めており、入

所者の生活の質の向上の観点で徹底されている。具体的な内容について、我が国でも社会問題になっている「虐待」に直接関連する「規則」

及び「全国最低基準」の規定の見てみよう。

「規則」では、「第3章 ケアホームの運営」中で、次の旨定めている。

登録者は、スタッフの研修又は他の方法によって、サービス利用者が傷害若しくは虐待を受け、又は、傷害若しくは虐待の危険に曝されているのを防止するための措置を講ずる（第13条第6項）。また、従事者によるサービス利用者の身体拘束は、その者又は他のサービス利用者の福祉のために唯一の実際的な方法であり、例外的な事情の場合を除き、いかなるサービス利用者も身体拘束を受けないよう確保する（同第7項）。サービス利用者が身体拘束を受けた場合には、登録者は、拘束の性格を含め、状況を記録する（同第8項）。

一方、「全国最低基準」においては、表5に示すように、大項目「4 苦情及び保護」の中の、基準18「保護」に詳細に規定されている。「規則」の規定が抽象的であるのに対し、「全国最低基準」の定めは具体的であり、必要な対応措置が詳細に記載されている。

虐待に関する規定のみならず、両者の規定全体を比較しても、「規則」は概括的で抽象的な内容であるが、「全国最低基準」は包括的で詳細かつ具体的な内容になっている。

次に、在宅ケア事業所に関する「規則」<sup>(100)</sup>と「全国最低基準」<sup>(101)</sup>の内容を見てみよう。「在宅ケア事業所全国最低基準」は、各基準に対応する「規則」の該当条項が記載されており、対応関係が明確になっている。規則が29条（附則4）から成っているのに対し、「全国最低基準」は、五つの大項目（①利用者に焦点をおいたサービス、②対人ケア、③保護、④マネージャー及びスタッフ、⑤組織及び事業経営）の下に27の基準から構成されており、各基準は複数の小基準か

らなり、その数は、167に及ぶ。この両者の内容を見ても、高齢者ケアホームの場合と同様に、「規則」は抽象的な規定であるが、「全国最低基準」は、具体的かつ詳細な基準が定められていることが確認できる。虐待に係る規定に関しては、高齢者ケアホームの「規則」及び「全国最低基準」の虐待に関する規定と同様な規定が、「規則」、「全国最低基準」のそれぞれに置かれている。

### (3) 規則と全国最低基準の関係

規則と全国最低基準の関係は次のように整理できる。ケア基準法第22条に基づき大臣が制定する規則と、第23条により大臣が策定する全国最低基準の間には、重要な相違がある。前者が施設・事業所に法的義務を負わせるのに対し、後者は、登録・監査等の際に「考慮される」ものではあっても、その遵守は法的義務ではない。この点について、2002年1月、保健大臣は全国ケア基準委員会委員長へ出した通知で、次の旨述べている<sup>(102)</sup>。

- ① 全国最低基準に従うこと自体は、法律により強制されるものではないが、その基準を考慮に入れることを条件に、規則に従うことは法的義務である。全国最低基準は、次の二つの主要な任務を遂行するために用いられる。
  - ・法的枠組（ケア基準法及び諸規則）を敷衍すること。
  - ・委員会とサービス事業者等が協力してサービスの質向上を図るためのツールとすること
- ② 全国最低基準のいずれかが遵守されていない場合には、委員会は遵守達成のために必要な指導等を行い、強制的な措置を検討する場合もあるが（具体的には、前述3(5)参照）、保

<sup>(100)</sup> The Domiciliary Care Agencies Regulations 2002, SI 2002 No.3214.

<sup>(101)</sup> Dep. of Health, *Domiciliary Care-National Minimum Standards; Regulation*.

<sup>(102)</sup> Richard M. Jones, *Care Standards Manual-The regulation of establishment and agencies providing services to adults*, Sweet & Maxwell, 2004, p.98.



表5 「高齢者ケアホーム全国最低基準(2003年版)」 基準16-18の規定

大項目	4 苦情及び保護
基準	16 苦情*
達成結果	サービス利用者、その友人及び親族は、苦情が聴取され、真摯に受けとめられ、対応されると確信する。
主基準	16.1: 登録者は、簡潔で明瞭で利用しやすい苦情処理手続(手続の段階及び期間を含む)を持つよう、また、苦情が迅速にかつ効果的に取扱われるよう保障する。
基準	17 権利*
達成結果	サービス利用者の法的諸権利が保護される。
主基準	17.1: サービス利用者は、その法的諸権利が保護され、その権利を直接的に行使することができ、希望する場合には、民事手続に入ることができる。
基準	18 保護
達成結果	サービス利用者は虐待から保護される。
主基準	18.1: 登録者は、サービス利用者が、他の者の故意、過失又は無知による、身体的、経済的若しくは物理的虐待、心理的若しくは性的虐待、無視、差別的虐待若しくは自傷又は非人間的若しくは下劣な対応を受けまいよう、成文の方針に従い、保護されるよう保障する。
小基準	18.2: 虐待又は放任の疑い若しくは証拠に対応した明確な手続き(内部告発を含む)により、サービス利用者の安全と保護を保障する。公益開示法(1998年)**及び保健省指導書「No Secret」に従い、問題をNCSCへ伝えることを含む。 18.3: 虐待についての全ての申立て及び事件は、迅速に徹底的に追及され、取られた措置が記録される。 18.4: 弱者である成人と共に働くことが適さないスタッフについて、弱者である成人の保護のための登録簿への記載を考慮するため、ケア基準法に従って、照会する。 18.5: ホームの方針及び実践は、サービス利用者による身体及び(又は)言葉による攻撃が理解され、適切に処理されるよう保障し、また、身体的な介入は、最後の手段としてのみ、保健省指導書に従って用いられるよう保障する。 18.6: サービス利用者の金銭及び財政事情に関するホームの政策及び実践は、サービス利用者による自らの金銭記録へのアクセス、金銭・貴重品の安全な保管、財政に関する個人的な相談、個人保険に関する助言を保障する。(後略)

(出典) 注98)と同じ。 \*主基準のみ訳出。 \*\*内部告発者の保護を規定した法律。

健省は、委員会がその監督的な権限を、基準向上のための手段として用いることを希望する。

保健大臣はこのように説明しているが、実際には、監督される側の義務について、「監督当局に何が求められているか」が明確でなく混乱をもたらしたと言われる<sup>(103)</sup>。監督される側にとって、両者の相違は決定的に重要なものであるが、全国ケア基準委員会は、十分には説明してこなかったと指摘されている<sup>(104)</sup>。

このような議論はあるものの、全国最低基準の意義は、法的拘束力は無いが、「サービス向上のためのツール」として用いられることにあると言えよう。

#### (4) 全国最低基準の効果

以上に見たように、全国最低基準の意義が確認できたが、実際に、サービスの質の向上にどのような効果があったのか、統計により確認してみよう。

全国ケア基準委員会は、施設等が全国最低基準をどの程度遵守しているかを評価する調査を行ってきた。業務開始2年目(2003年)の中間データによる予備的分析では、次のような数字が示されている<sup>(105)</sup>。

- 高齢者ケアホームの48%が各基準に適合(1年目の26%から上昇)
- 成人ホームの46%が各基準に適合(1年目の17%から上昇)
- 児童ホームの41%が各基準に適合(1年目の

<sup>(103)</sup> Ibid., p. iii.

<sup>(104)</sup> Ibid., p. iii.

<sup>(105)</sup> Ibid., p.100.

22%から上昇)

この数字によれば、いずれの施設も適合率が上昇しており、サービスの質が向上していることが確認できる。

また、同委員会の年次報告は、高齢者ケアホームの各基準の適合率の推移を示したグラフを掲載している<sup>(106)</sup>。このグラフでも、2002年度と2003年度を比較すると、全ての基準について適合率(スコア4、3の割合)が上昇している。ただし、基準により適合率に大きな差異があり、例えば、「基準13 地域との接触」は、スコア3以上が90%を超えているが、「基準28 採用」は、スコア3以上が50%弱のレベルである。

適合率が上昇した理由について、同委員会は、施設が基準に適合していない場合には、改善の勧告を行い、フォローアップ監査で改善をチェックしたことが寄与していると述べている<sup>(107)</sup>。保健省通知の内容が実践されていると言えよう。

## 5 地方自治体の社会サービスの監査とその意義

2003年改革において、全国ケア基準委員会から、社会的ケア監査委員会へと、構造的な変革が行われたが、その主要な特徴は、新たな任務として、地方自治体の社会サービスの監査が位置づけられたことである。ここでは、社会的ケア監査委員会による地方自治体の社会サービスの監査について概観する。

### (1) 地方自治体の社会サービスの監査

社会的ケア監査委員会は、イングランドの150の地方自治体によって提供される社会サービスの全ての領域について、そのサービスが地方自治体の責任に適っているかどうか確認するために、監査・評価を行う<sup>(108)</sup>。

社会サービスの監査は、地方自治体が、いかにサービス提供の機能を果たし、資源を用いているかを評価する。地方自治体は、毎年春までに、サービス改善に関する自己評価を記した「サービス提供報告」及び「改善報告」を作成することが求められる。社会的ケア監査委員会は、毎年、5月から7月の間に、これらの報告に盛り込まれた事実を整理し、全般的な評価書を作成する。この評価書の目的は、各地方自治体のサービスに関する総合的な情報を提供し、社会的ケアサービスの向上を促進することである。

同委員会による特別監査は、サービス利用者及びその介護者が受けるサービスの質及び管理運営に焦点を置いて行われる。監査は広範なサービス(児童・家庭、児童保護、高齢者、精神保健、身体・精神障害者、学習障害者に係るサービス)を対象とするが、実際には、その監査歴及びサービス格付け等の実績証拠に基づき、何を何時監査するかを決定する。また、必要に応じ、他の地方自治体の監査官や保健医療監査・検査委員会と協力して、監査プログラムを調整する。

社会的ケア監査委員会の監査は、次のような特徴をもつ。①組織的に、広範な情報源から情報を収集し分析する、②サービス利用者及びその介護者の経験に焦点を置く、③規則及び指導要領に基づく基準に照らし評価する、④専門的な判定を行う、⑤政府の政策の展開・実施状況を知らせるために情報を提供する、などである。

### (2) 非専門家を含む監査官

同委員会の全ての地方自治体サービス監査チームには、専門的監査官又はソーシャルワーカーではない非専門家の(lay)一般市民のメンバーが入っている。このメンバーは、監査対象になる機関で働いておらず、監査対象のサービスに

<sup>(106)</sup> National Care Standards Commission, *Annual Report and Accounts 2003-2004—Improving Care Standards*, March 2005, HC 411, p.26.

<sup>(107)</sup> *Ibid.*, p.25.

<sup>(108)</sup> 監査・評価に関しては、CSCI, *Assessing council services* (CSCI website) による。

財政的な利害関係を持っていない者である。非専門家による評価の意義は、サービス利用者及び広範な公衆の見解を代表することによって、業務に対する異なる視点を提示することである。

### (3) 各地方自治体の「監査報告書」の作成と公開

地方自治体のケアサービスの監査が終了した時点で、報告書が作成され、その自治体又は適切な委員会に提出された後、公衆に公開される。

監査報告書は、各自治体の児童サービス、障害者ケアサービス、高齢者ケアサービス等のサービス毎に作成される。監査結果について、①国の優先順位及び戦略上の目的、②サービス提供の有効性及び結果 (outcome)、③利用者及び介護者のためのサービスの質、④障害のないアクセス、⑤費用及び効率性、⑥管理運営及び資源、の項目毎に取りまとめた大部なものである<sup>(109)</sup>。各項目に関し、その自治体が改善した点及び改善が必要な分野が指摘された上で、社会的ケア監査委員会の勧告が出されている。監査報告書では、旧社会サービス監査局が重視していたVFMの視点が、上記の⑤、⑥の項目で分析されている。

これらの報告書の全てが、同委員会のサイトで見ることができ<sup>(110)</sup>、また、同委員会の事務所でも利用できる。

### (4) 星印による地方自治体のサービスの格付けと公開

同委員会は、各地方自治体の全ての社会サー

ビスの実施に関し、星印による格付けを行う<sup>(111)</sup>。2003年4月以降、サービスの実績を評価するために、監査、審査、モニタリング及び実績指標等の証拠 (evidence) を用いて、地方自治体とは独立的に業務を行ってきた。星印による格付けは、利用できる全ての情報・証拠を集約したものであり、また、全ての者がアクセスできる方法で公表される。「星印による格付け」は、監査委員会により毎年実施される地方自治体の「包括的実績評価」(Comprehensive Performance Assessment)<sup>(112)</sup>の一つに位置づけられる。

格付けは、4つの判定—児童サービス、成人サービスのそれぞれに関する、①サービス実績、②向上のための可能性、の判定—に基づき行われる。星印ゼロから星印三つまでの格付けがある。星印ゼロの自治体は、同委員会により完全な情報を提供するよう求められ、頻繁なモニタリングを受けることになる。

星印による格付けの意義は次の点にある。第一に、地方自治体にとって、サービスをレビューし、改善のための計画を策定する客観的な出発点となることである。第二に、住民にとって、その自治体が社会的ケアの責任をいかに果たしているかを示す重要な情報となる。第三に、政府は、各自治体のサービスの実績及びそれが国の目標に適合しているかを知る必要があり、その基礎的な情報となる。

全ての地方自治体の社会サービスに関する「星印による格付け」一覧は、『イングランドにおける社会サービスの実績』<sup>(113)</sup>として刊行されるとともに、同委員会のサイトで公開される。

<sup>(109)</sup> 例えば、ロンドン・イズリントン区の高齢者ケアに関する報告書 (*Inspection of Social Care Services for Older People-London Borough of Islington, Sep.2004*) は80頁から成る。

<sup>(110)</sup> CSCI, Local council inspection reports (CSCI website).

<sup>(111)</sup> CSCI, Council star ratings (CSCI website); Understanding star rating (CSCI website).

<sup>(112)</sup> 包括的業績評価の詳細は、石川恵子「英国の地方自治体における業績指標の監査—包括的業績評価 (CPA: Comprehensive Performance Assessment) を手がかりにして—」『会計監査研究』No.29, 2004.3, pp.157-168を参照されたい。

<sup>(113)</sup> CSCI, *Performance Ratings for Social Services in England*, Nov.2004.

このサイトには、その年の格付けにより、地方自治体が、星印3、星印2、星印1、星印0のグループごとに分けられ、一覧された表が搭載される。全ての地方自治体の社会サービスの実績に関する情報公開が徹底されている。

#### (5) 地方自治体のサービスの改善—方策及び実績—

同委員会と各地方自治体との年次審査会で、過去の実績をレビューし、向上のために優先順位が検討される。地方自治体は、改善が必要とされた地域のための行動計画を策定することが求められる。また、同委員会は、各地方自治体の業務関係マネジャーを任命する。

実際に、地方自治体の社会サービスがどの程度改善されたか、「星印による格付け」に関する統計で見てみよう。星印3～星印0の自治体数の割合の変化を、2002年度と2004年度の数字で見ると次のような動向を示している。星印3の自治体は全自治体の7%から13%に、星印2の自治体は35%から55%に増加したのに対し、星印1の自治体は50%から27%へ、星印0の自治体は8%から5%へ減少した<sup>(114)</sup>。この結果から、2年で一定程度の効果があったことが確認できよう。

#### (6) 地方自治体の社会サービスの監査の意義

社会的ケア監査委員会による地方自治体の社会サービスの監査の意義は次の点に見ることができる。一つは、監査を通して、地方自治体の社会サービスの質の改善及びVFMの視点からの改善に寄与していることである。二点目は、公衆に全地方自治体の全ての社会サービスの質及び実績に関する総合的な情報を公開している点である。これらの点は、各自治体間の社会サービスの格差の解消にも繋がるものと思われる。

## VI 継続する改革

社会的ケア監査委員会は、2004年12月、諮問文書『よりよい生活のための監査』<sup>(115)</sup>を公表し、意見聴取を開始した。この文書は、同委員会の社会的ケアを監督する方法の改善とそれを向上させるための計画に焦点を絞っている。意見聴取期限(2005年1月28日)までに、公衆、ケアビジネスの事業者、他の公的団体から、約4,000の意見があった。その70%は、この提案を「良い」又は「大変良い」と述べている。

### 1 『よりよい生活のための監査』の提案

社会的ケア監査委員会は、改革を3段階で行っていくことを提案した<sup>(116)</sup>。

第一段階は、2004年12月から2005年4月までの期間であり、監査の実施方法の改革を、現行の法的枠内で、試行的に行うとしている。その内容は、①ケアサービスを実際に利用している者に監査が適合すること、②より柔軟な監査体制をとること(いくつかの施設には通告無しの年2回の監査を実施等)、③より焦点を絞った監査(安全性に関して集中的に監査)、④監査報告の改善(便利な要旨を付し、反復を避ける)、⑤監査結果のより迅速なフィードバック、などである。

第二段階は、2005年4月から2006年4月までの間であり、業務全般にわたり新たなアプローチをとり、次のような方法で業務を改善としている。第一に、登録については、利用者の利益となる新たなサービスの構想を促進するため、登録の過程で助言を行う。第二に、監査は、法規に定める回数で行うが、より柔軟に行う。大部分の監査は予告無しで行い、また、利用者のリスク評価に基づき、監査回数、事前予告の有無、監査の焦点を決定する。第三に、ケアサー

<sup>(114)</sup> Ibid., p.7.

<sup>(115)</sup> CSCI, *Inspecting for better lives- Modernising social care regulation*, Nov. 2004.

<sup>(116)</sup> Ibid., pp.12-21.

ビス事業者等に自己評価を導入する。これは、「～に対するアプローチ」から「～と協働するアプローチ」への改革の一環である。第四に、事業者等は自ら速やかに苦情を調査し処理する。第五に、報告書に関しては、利用者向けの簡便な分かりやすい報告書と、事業者等向けのより詳細な技術的な報告書を提供する。第六に、ケアサービスが適切に提供されない場合には、監査官は確実に法的措置をとる。これらの改革は、現行の法的枠組みの中で行われるが、同時に、規則・全国最低基準の改革の提案に関して、保健省、教育・技術省と緊密に連携する。

第三段階は、2006年以降であり、抜本的な改革を行い、新たな法的枠組みの中で、次のような業務改善を行うことを提案している。①既に登録している者が新たなサービスを提供する場合に再登録の要件を無くす、②複雑な登録カテゴリーを、現行の区分を超える創造的かつ便利なサービスに対応した登録カテゴリーに改革する（例えば、入所ケアホームによる短期入所サービス利用者に対する在宅ケアサポートの提供）、③ケアサービスの効果に焦点を当て、事業者等が実施しなければいけない事項を認識できるよう一連の規則及び基準を改革する、④誤った情報を提供した事業者等の登録継続の要件として、自己評価を行う法的義務を課す、⑤ケアサービス内で生じていることを把握するために、偵察員、非専門評価員を用いる、⑥必要な場合には、リスクアセスメントに焦点を置くことができるよう監査の回数に関しより柔軟なルールを設定する、などである。

## 2 継続する監査システムの改革

2005年4月から、社会的ケア監査委員会の業務の一部が、諮問文書の基本的考え方（社会的ケアサービス利用者とその経験を監査する際の中心に

置くこと）に基づき、次のように改革された<sup>(117)</sup>。

①公衆が、ケアサービス利用者の実際の体験を記した簡単に読める報告書を閲覧できるようにする、②監査官によるインタビューを受けた全てのサービス利用者、監査のフィードバックや連絡のために、監査官に接触する方法、同委員会のインターネットサイト及び全国ヘルプラインの電話番号等を記載したリーフレット<sup>(118)</sup>を配布する、③監査に関係する全ての者に、監査の結果報告書を読み、サービス事業者等が必要とされた改善を行ったかチェックするよう促す、などである。

2006年以降の改革に関しては、現時点（2005年8月）では、新たな法案の提出等の動きは見られず、現行の法的枠組みの範囲で可能な改革を実施していくことが予想される。

諮問文書『よりよき生活のための監査』から読み取れる改革の方向性は、次のように要約できよう。第一に、ケアサービス利用者により焦点を置くこと、第二に、監査体制を柔軟にし、サービス利用者のリスクに対し有効なものにすること、第三に、監査報告を改善することである。2003年改革後も、監査を効果的なものにするために、間断なく改革を行っている社会的ケア監査委員会の歩みを注視したい。

おわりに—2000年改革、2003年改革の意義と我が国への示唆—

ケア基準法（2000年）（以下、2000年法という。）により、イギリスのケアサービスの監督・監査システムは抜本的に改革されたが、2003年法により、監督・監査システムはさらに拡充・強化された。ブレア政権のケアサービスに係る政策の特徴は、監督・監査によって、サービスの質の向上、利用者の保護、説明責任を図ろうとし

(117) Press release, New inspection system begins, 4 April 2005 (CSCI website).

(118) そのタイトルは「あなたが受けているケアは、あなたが必要とするものですか」という (CSCI, *Is the care you get the care you need?* (CSCI website))。

ていることである。2000年法、2003年法に基づく監督・監査システムとその運用の実態について、我が国への示唆を考慮しつつ、その特徴と意義について考察する。

第一に、各ケアサービスを監督する全国ケア基準委員会と、各地方自治体の社会サービスの監査を行う社会サービス監査局が統合され、新たな社会的ケア監査委員会に一元化されたことである。各ケアサービスの監督機関と各自治体の社会サービスの監査機関が統合されたことにより、従来行われていた類似の監査の重複が避けられ、受審者側及び監査機関の双方の負担が軽減されたと同時に、ケアサービス全般に関する指導監査機能が強化された。2003年改革が目指したVFMの視点からも評価される点である。また、各ケアサービスと自治体のサービスを総合的に監査することにより、地方自治体総体としてのケアサービスの底上げを図ることが可能となろう。

一方、我が国における介護・福祉サービスの監査・評価システムは、①従来の地方自治体による指導監査、②任意の第三者評価、③介護サービスに関する情報公表のための調査、の三層のシステムになっている。三層の監査又は評価が行われていること、また、監査主体が多面的であること（特に第三者評価の場合は多様な機関が評価を実施）、などの点で、イギリスの監査システムの統合化の方向とは対照的である。また、我が国では、①、②、③の監査等の基準が異なるのに対し、イギリスでは、規則に定める基準に基づく監査と全国最低基準を用いた評価を社会的ケア監査委員会が同時に行っている。同委員会が独立機関である点で、外部評価ないし第

三者による評価と同様な効果も持つと言えよう。第三者評価が意図したものは評価されているが、実際にはその任意性の限界があり、③の調査との関係とあり方について、実効性及び効率性の観点から検討が必要と思われる<sup>(119)</sup>。

第二に、社会的ケア監査委員会が政府、自治体から独立した外郭公共団体（NDPB）である点である。2000年法に基づき創設された全国ケア基準委員会も外郭公共団体であり、監督・監査機関の地方自治体からの独立が図られ、従来、登録の対象ではなかった自治体の施設等もその対象になった。更に、2003年改革で、従来、保健省の一部局であった社会サービス監査局が社会的ケア監査委員会に統合され、独立性が一層確保された。

第三に、2000年法に基づき策定される全国最低基準の意義である。規則に定める基準とは異なり、法的拘束力は持っていないが、登録・検査の際に考慮すべき基準とされ、「サービスの質の向上を図るためのツール」と位置づけられている。実際に、ケアサービスの基準適合率が1年の間に上昇するなど、全国最低基準が質向上のためのツールとして有効に機能していることが見てとれる。

わが国における第三者評価基準も、最低基準と同レベルの基準ではなく「よりよいサービス水準へ誘導する基準」と位置づけられており<sup>(120)</sup>、イギリスの全国最低基準と類似の意味づけがあると考えられる。従来、第三者評価基準は、各評価機関によって異なっており、その均一化、均質化の必要性が指摘されていたが、政府により、「福祉サービス第三者評価基準ガイドライン」<sup>(121)</sup>が策定され、また、介護サービスの情

(119) 詳細は、岩間大和子「介護・福祉サービスの質保障のための政策の展開と課題—監査、第三者評価及び情報開示を中心に—」『レファレンス』651号、2005.4、pp.4-26を参照されたい。

(120) 福祉サービスの質に関する検討会「福祉サービスにおける第三者評価事業に関する報告書」平成13年3月23日 <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/0103/s0323-3.html>>.

(121) 「福祉サービス第三者評価事業に関する指針について」(通知)平成16年5月7日 雇児発・社援発・老発第0507001号

報公表のための調査に関しても統一的な基準が提示されており<sup>(122)</sup>、評価・調査基準の全国的な共通化が図られつつある。利用者がサービスを選択する際のツールとして、第三者評価、介護サービスに関し公開される情報を用いるには、全国的に統一された基準の採用が不可欠であり、必要な措置が講じられたといえる。ただし、法的拘束力を持たない基準をサービス向上のための基準として用いるためには、イギリスにおけるような、改善勧告とそれを確認するための予告無しの実地監査等、実効性ある監査手法が必要と言えよう。

第四に、登録・監査の対象が網羅的であり、かつ、実効性のある監査の方法がとられている点である。ケアホームに関しては、実地監査が年2回以上行われ、通常、その1回は予告なしの実地監査(抜き打ち監査)である。予告無しの実地監査は、特に、予告監査で問題があった場合に、改善状況を監査するときに用いられる。わが国では、特別の場合を除き、全て予告監査であり、監査の効果の観点から、しばしば問題にされている<sup>(123)</sup>。

第五に、監査に当たり利用者の視点が重視され、監査システムに取り入れられている点である。利用者参加の手法が講じられていると言えよう。まず、規則、全国最低基準の制定及び改定の際に、関係団体、関係者等に対し意見が求められ、その意見が反映される。全国最低基準は、基本的視点の第一に、「サービス利用者へ焦点を置くこと」を挙げている。また、地方自治体の社会サービスの監査官の一人は、利用者又は介護の経験を持つ非専門家である。専門家の視点と利用者の視点が組み合わされていると

言える。

第六に、重要な点として、各ケアサービスの監査結果及び地方自治体の社会サービスの監査結果の公開が徹底して行われ、情報の透明性が確保されている点である。前者は利用者のサービスの選択に資するものであり、また、後者は地方自治体の社会サービス提供に関する状況と改善の責任を住民に明らかにすることに寄与している。

わが国では、地方自治体による指導監査の結果は公表されておらず、第三者評価の結果も公表が義務付けられていないため、自治体や評価機関により、公表への対応が様々である。介護サービスについては、調査結果の情報公表が義務化されたが、このような情報公表が全ての福祉サービスにも拡大されることが望まれる。

第七に、先に見たように、全地方自治体の社会サービスの監査がサービスの質の向上等の観点から成果を挙げている点である。このシステムの我が国への導入については、いくつかの論点があるが、社会サービスの地域による不均衡をなくし、全国的に均質的なサービスの提供に寄与する点から、注目されるシステムと言えよう。

第八に、特徴として挙げられるのは、社会的ケア監査委員会が外郭公共団体であるため、登録等に料金が課されている点である。全般的に小規模施設については、負担が重くならないように、低額に設定されている。小規模ケアホームについては、年間料金が173ポンド(約34,720円)である。我が国でも介護サービスの情報公表のための調査に関して、特に小規模の事業所の負担にならないような料金設定が目指されて

(122) 介護サービスの情報開示の標準化に関する調査研究委員会「利用者による介護サービス(事業者)の適切な選択に資する「介護サービス情報の公表」(情報開示の標準化)について 報告書」社団法人シルバーサービス振興会, 2005.3, 別紙1-2.

(123) 例えば、久保雅嗣「21世紀に向けて福祉におけるコンプライアンスとは―「第三者評価」と「行政監査」からの一考察―」『社会福祉士』No.10, 2003.2, p.54.

(124) 認知症介護研究・研修東京センターが実施する場合の料金。

いるが、認知症老人のための小規模施設の1件当たりの料金は6万円と設定されている<sup>(124)</sup>。費用負担が受審の障害にならないような配慮が必要である。

イギリスの2000年法、2003年法に基づく監査システムは、以上のような意義・特徴が挙げられるが、いくつかの論点も指摘されている。

一つは、規則で定める基準と全国最低基準との関係について、その相違が法的に明確にされてこなかったとの指摘である<sup>(125)</sup>。この関係については、イギリスでも理論的な研究は殆ど為されていないようであるが、判例等は積み重ねられており<sup>(126)</sup>、社会保障法学からのアプローチによる分析の余地があると言えよう。

二つ目は、中央政府と地方自治体との関係に関する問題である。従来の社会サービス監査局の機能が社会的ケア監査委員会の機能に入れられ、質の向上と対費用効果の双方の両立を目指すベストバリューの視点から地方自治体の監査が行われている。このような手法に関連し、山本隆教授（立命館大学）は、ブレア政権は、地方を細かくコントロールするのではなく、中央が誘因を与え、目標とした成果を地方が達成するよう誘導しており、その根底にある新集権主義モデルは、一定の基準の達成に向け、優れたサービス供給システムを構築していくことを念頭に置いていると分析する<sup>(127)</sup>。同時に、このような手法は集権的な性格が強く、国はベストバリューの追及を怠る自治体には厳しく対応す

る権限を有している点に留意する必要がある旨、指摘する<sup>(128)</sup>。

さて、わが国においては、平成17年の介護保険法の改正により、情報公表の義務化が導入された<sup>(129)</sup>。この制度は、①全事業者等を対象とし、②全国的に標準化された項目を用い、③都道府県知事が毎年調査を行い、④全情報を公表するものであり、第三者評価に関し指摘された問題点を是正したものと言える。監査機関のあり方等を除きいくつかの点で、イギリスの監査方式に類似の方式になっており、今後の実施状況が注目される。しかし、その対象は、介護保険が適用されるサービスに限定され、福祉サービス全般には適用されない。また、第三者評価を実施している都道府県、政令指定都市等では、介護サービスを対象に含めている場合が多く、第三者評価のための調査と情報開示のための調査との重複が生じる。監査方法の実効性の確保、調査員の養成等の重要な問題も残されている。今後、これらの点をどう解決していくかが課題となる。

イギリスにおいては、供給主体が多様化し、行政の役割がサービスの供給者から条件整備の調整役（enabler）へと本質的な変化を遂げた状況の下で、利用者のサービス選択権を尊重しケアサービスの質の向上を図るために、より効果的で効率的な監査のための改革を継続しており、行政の役割変化の基本認識を踏まえた改革への積極的な姿勢は注目に値しよう。

（いわま おわこ 社会労働調査室）

<sup>(124)</sup> Jones, *op.cit.* (102)., p.93.

<sup>(125)</sup> *Ibid.*, pp.93-101.

<sup>(126)</sup> 山本隆『イギリスの福祉行財政—政府間関係の視点—』法律文化社, 2003, pp.324-5.

<sup>(127)</sup> 同上, p.300.

<sup>(128)</sup> 詳細は厚生労働省令で定められる。制度の詳細と今後のスケジュールについては、「介護サービス情報の公表担当課長会議資料（平成17年5月13日 厚生労働省老健局振興課）」『月刊介護保険』No.113, 2005.7, pp.46-49を参照されたい。