

イギリスの社会的ケアに係る自治体評価と事業者評価の動向 －ケアの質の合意及びアカウンタビリティのメカニズムの視点から－

長澤紀美子

(2019年9月26日受付, 2019年12月16日受理)

The Trend of Performance Management of Local Authorities and Quality Assurance of Care Providers
－ Features in the Definition and the Mechanism for Accountability of Quality in England －

Kimiko NAGASAWA

(Received : September 26. 2019, Accepted : December 16. 2019)

要 旨

イギリスの社会的ケアに関する評価政策は、近年の動向を踏まえると、自治体評価や事業者評価について、わが国のそれとは異なる点を2つ挙げることができる。1点目は、自治体評価と事業者評価との間で共有する、ケアの質（理念や目標）についての合意があること。2点目は、イギリスの評価制度については誰が誰に対してアカウンタビリティを負うのかが明確に示されていることである。

本稿では、自治体評価、事業者評価について、近年の政策展開と現在のしくみについて概説し、さらに両評価に共通する質の合意と、各評価制度に求められるアカウンタビリティの対象について報告し、最後にわが国の福祉サービスの評価制度に示唆される点を提示した。わが国の高齢者ケアのようにサービスの種類が多く、関係者が多様である場合には、よりシンプルで直感的で分かりやすい、利用者主体のケアの質の概念についての理解の共有は有用である。またわが国の評価制度については評価される対象が果たすべきアカウンタビリティのメカニズムに基づく体系化が必要であると考えられる。

キーワード：アウトカム、業績評価、アカウンタビリティ、ケアの質、質の保証

Abstract

In terms of quality assurance of adult social care, main differences between England and Japan is the connection between performance management of local authorities with adult social care responsibilities and quality assurance of care providers. This paper focused on the features in the definition and the accountability of quality of social care in England across the both sectors. We will argue that long-term care services for the elderly in Japan is so varied that it is important to develop a shared understanding of quality across the care settings and to systemize the evaluation system based on the mechanism for accountability.

Key Words: Outcome, Performance Management, Accountability, Quality of Care, Quality Assurance

1. はじめに

日本では、大住（1999）が体系化したニュー・パブリック・マネジメント（NPM）論の影響を受けて、自治体の事務事業評価や政府の政策評価制度など、業績測定型の公共サービスの評価がこの20～30年の間に普及した（小野 2018）。この公共サービスの評価は、自治体が実施責任を持つ、保育・高齢者ケア・生活困窮者自立支援や生活保護制度等の福祉サービスにも適用される。一方で、社会福祉法人等の福祉サービスの評価は、所管庁による指導監査制度をはじめ、福祉サービスの第三者評価制度、介護保険地域密着型サービスの外部評価制度など、多様な評価主体によって対象事業所の範囲や評価目的・内容・方法が異なる制度が複数存在し、それぞれが独自に運営されている。

一方で、イギリスでは、2010年に政権交代によって、ケア評価機関CQC（Care Quality Commission）による自治体評価（業績指標の測定）が終了するまで、CQCは（社会的ケア責任を持つ）購入者である自治体評価と、供給者である事業者評価の両方について一元的な責任を持っていた。中央政府から独立した法人（quango、ここではその一つであるCQC）が社会的ケアの分野で、サービスの購入者である自治体と、供給者である事業者の両方の評価に責任を持つことは、評価の枠組みや着眼点の共有、法律や中央政府の政策目標と各評価指標との関連性の提示、社会的ケアの経験や技能を持つ評価者による専門的評価の実施体制等の面で、評価の有用性への期待に応えるものであったと考えられる。

しかし2011年以降、自治体の公共サービスに対する第三者評価ないし外部評価の枠組みは停止され、CQCは自治体の社会的ケアの評価をもはや行っていない。CQCは、現在、一般医療、精神科医療、社会的ケア事業所等の医療福祉に関わる全ての事業所について、登録、監査とモニタリング、格付け評価と公表、是正措置等の関与を一貫して行う、供給者の質保証について中核的な機関である。CQCは、近年、政府機関であるNICE（National

Institute of Health and Care Excellence）、自治体協会や事業所協会等の社会的ケア関連団体とも協力し、関係者間でのケアの質の定義の合意に関してイニシアティブを執っている（後述）。このように現在では、自治体評価と事業者評価は同じ機関により評価されてはならず、両者が直接的に関連づけられているわけではないが、自治体と事業者等の関係者の間でケアの質についての理念を共有し、質の達成に向けた協力関係にある。

以上のイギリスの社会的ケアに関する評価政策における近年の動向を踏まえ、わが国の自治体評価や事業者評価とは異なる点を2つ挙げるができる。1点目は、自治体評価と事業者評価との間で共有する、ケアの質（理念や目標）についての合意があること。2点目は、それぞれの評価制度がそもそも誰に対してアカウントビリティ（説明責任）を果たすよう要請されているか、というアカウントビリティの関係性が明確に示されていることである。ここでは、アカウントビリティは結果について単に説明を行うだけではなく、「行動や決定を正当化するために求められ、期待されるもの」（オックスフォード新英英辞典 2008）であり、（事前に合意した業績についての）成果を達成することが前提にある。公共サービスの場合には公費支出の妥当性や適切性の説明、大臣の議会への説明責任も含まれる。

以上の2点に着目しつつ、本稿では、イギリスの社会的ケアに関して、まず、自治体評価・事業者評価について、近年の政策展開と現在の評価のしくみについて概説し、その後、両評価に共通する質の合意と、各評価制度におけるアカウントビリティの関係について報告し、最後にわが国の評価制度への示唆について述べる。

なお、本研究において、イギリスは英国連合王国（UK）の構成国であるEnglandを指す。また、社会的ケア（Adult Social Care）とは、「身体的な障害、知的障害、身体的・精神的疾患をもつ成人に対するソーシャルワーク、個別ケア、実務的サポート、およびその介護者への支援」を指し（NAO

2018)、日本における社会福祉サービス及び介護サービス（本人のみでなく介護者に対するものも含む）に概ね該当する。

2. 近年の社会的ケアの自治体評価に関する政策展開

自治体評価のしくみは、1998年より2010年までの労働党政権時代と、2010年以降の政権交代（当初は自由党との連立政権、その後は保守党による単独政権）以降で大きく異なる。

1) 1999～2010年 労働党政権時代：中央政府による自治体の業績管理

この時期は、労働党政権時代に誕生した社会的ケアの業績指標PSS (Personal Social Services) /PAF (Performance Assessment Framework) と、それによる中央での業績測定・公表が開始し、定着したといえる。以下、その経緯を端的に示す。

・1999年 PSS/PAFによる業績管理が自治体に義務化される。その特徴は以下の3点に整理できる。

A) 指標：公共サービス管理のBest Value指標群（①政府の優先施策、②費用・効率、③有効性（効果）、④質（対利用者・介護者）、⑤アクセスの公平）に基づく50指標が採用される。

B) 公表：当初の信号3色のleague-table方式から4段階の格付け(star-rating) (2002年以降)へと移行した。

C) 報酬：業績に応じた自律性 (Earned autonomy)：業績に応じて自由度の高い運営を委ねるまたは介入を行う（質の高い事業者には監査の頻度を縮小し、質の低い事業者には、監査法人が介入し運営の改善を行う）。

・2004年 社会的ケア専門の独立監査機関 (CSCI: Commission for Social Care Inspection) が設置される。

・2006年 指標が7つの「アウトカム」領域（①心身のウェルビーイングの改善、②QOLの改善、③積極的貢献、④選択とコントロール、⑤差別・

ハラスメントの撲滅、⑥経済状態、⑦尊厳）に編成される。

・2009年 医療・社会的ケア評価機関 (CQC) が設立される：アウトカム領域ごとの評価でなく判断 (judgement)、包括的地域評価での活用、自治体間比較・経年推移、背景要因の分析も公表される。

・2010年 政権交代によりPAFの運用が廃止される。2009年度報告書でCQCによる自治体評価が終了すると共に、自治体の行政サービスの総合的な監査・評価を担っていた地方自治監査委員会 (Audit Commission) も廃止される。

2) 政権交代以降の自治体の自己評価による ASCOFの業績管理

2012年には、現在活用されている自治体業績評価の枠組みASCOF (Adult Social Care Outcomes Framework) が公表されると共に、中央政府は業績管理を行わず、保健省の一機関であるNHS Digital が毎年次自治体のASCOFの業績データ（全国平均、地方別平均、自治体別）をウェブサイトで公開し、自治体はそれらをベンチマークとして各自治体の業績改善に生かすことが求められた (NHS Digital 2018b)。

一方で、政府は、セクター主導型の改善を勧めた。セクター主導とは、例えば、自治体協会 (LGA)、自治体成人社会的ケア部長会 (ADASS)、社会的ケア卓越研究所 (SCIE)、事業者団体 (TLAP) 等の関係団体に対し、質の基準の策定や、自治体間での業績改善のための方策を検討することなどの質管理の責任を求めたものである。さらに、自治体に対しては、自治体が住民へのアカウントビリティを果たすために、住民への業績の年次報告書（書式は自由）の作成と公表を求めている。

このように、自治体の業績管理の仕組みは、労働党政権時代の国家による管理ではなく、当該自治体による自己評価ならびに、関係機関間での質の共同管理という共助的な仕組みに移行したとい

える。

3) PSS/PAFからASCOFへ：現行の自治体評価の特徴と課題

以上に述べたように、かつての労働党政権下では、中央政府の管理のもとに、中立した機関が自治体の業績（PSS/PAF）についてデータ分析、公表を伴う第三者評価が実施されたが、それらの仕組みは保守党政権下では廃止され、ASCOFを用いた公表となった。

政府としては、ASCOFの役割として、次の3つのレベルでの目的や用途が挙げている。

- ① 自治体レベル：介入によるアウトカムの改善度を測り、優先的な要改善領域の特定、住民への説明責任、住民参加型計画策定の意思決定
- ② 地方レベル：地方ごとのベンチマークによるベスト・プラクティスの共有、要改善領域の特定
- ③ 国レベル：国全体の業績公開、大臣による国民や議会への説明責任

また、ASCOFの評価指標の特徴として、次の3点が挙げられる。

- ① 3領域（医療NHS、公衆衛生、社会的ケア）に共通の枠組みであること。
つまり、地域ケアシステムとしての共通指標やシステム間の連携に関する指標の採用が可能である。
- ② 社会的ケアの七つの原則（2010年の白書による）、特に「自立支援、予防、（利用者・介護者の）QOL向上、虐待からの保護」を重視した指標構成
- ③ 科学的評価研究（大学・研究機関のPSSRU、LSE等が開発した「社会的ケア関連QOL」）の成果を採用

ASCOF指標の枠組みの全体については表1のとおりである。その中で、特筆すべき指標として、科学的研究成果をもとに作成した「1A. 社会的ケア関連QOL」がある。「社会的ケア関連QOL」はセンの「ケイパビリティ」理論に倣い、本人の

「機能」の程度だけでなく、「ケイパビリティ」、つまり自身の理想的な状態を追求できる環境や条件が整備されているのかどうかをも測ることを意図しており、以下の8領域の項目に対して、4つの選択肢の組み合わせで構成されている。

・8領域

- ① 日常生活のコントロール
- ② 個別ケア（清潔さ、身だしなみ）
- ③ 食事と栄養
- ④ 居所の快適さ
- ⑤ 安全
- ⑥ 社会参加
- ⑦ 活動（occupation）
- ⑧ 尊厳

以上の8領域に分類された項目について、4つの選択肢〔満たされていないニーズはない（理想的な状況）、ニーズは適度に満たされている、ニーズは一部満たされている、ニーズは全く満たされていない〕が選択されることになる。

4つの選択肢は、例えば、「1B. 日常生活のコントロール」では、「自分の思いどおりに日常生活を制御できている、日常生活を適度に制御できている、日常生活の一部を制御できているが、十分ではない、日常生活を全く制御できていない」に、また「1L. 社会的交流」では「自分の思うように社会的交流を維持できている、適度の社会的交流ができている、いくらか社会的交流ができているが、十分ではない、社会的交流が殆どできておらず、社会的孤立感を感じている」となり、これらは、本人の機能面の測定ではなく、本人がケイパビリティを達成できる環境にあるかどうかを測る項目となっている。

労働党政権下の自治体評価のしくみと比較して、現在の自治体評価の仕組みの課題として、次の3点が考えられる。

- ① 中央政府によるNHS digitalによるデータ公表が示すのは、客観的な業績結果の数値のみで、その数値をどのように分析・解釈するかは自治体の自己評価にゆだねられている。例

表1 ASCOF (Adult Social Care Outcomes Framework) の指標

領域	アウトカム	指標
1. ケアやサポートのQOLを促進する ニーズのある人の	最重要指標	1 A. 社会的ケア関連QOL (ASCOF指標に準拠: コントロール, 個別ケア (清潔・身だしなみ), 食事, 居所の清潔さ・快適さ, 安全, 社会参加, 活動, 尊厳) 1 J. 調整済み社会的ケア関連QOL (ケアの効果)
	利用者は、ニーズに見合うように、どんな支援をどのようにいつ提供してほしいかを制御し、自身の支援を管理できる	1 B. 日常生活を制御している利用者の割合 1 C. 利用者主導型支援, ダイレクト・ペイメントを利用している人の割合
	介護者は介護役割とのバランスを取り、望ましいQOLを維持する	1 D. 介護者のQOL (NHSとの共通指標)
	必要ときに就労の場を見つけられる, 家庭的・社会的生活を維持し, 地域社会に貢献し, 孤独や孤立を防ぐ	1 E. 有償労働に従事している成人知的障害者の比率
		1 F. 有償労働に従事している成人精神障害者の比率
		1 G. 自宅で家族と生活している成人知的障害者の比率
		1 H. 自立生活をしている精神保健サービス利用者の数 (支援の有無にかかわらず)
1 L. 利用者または介護者で, 思うような社会的交流ができていない人の比率		
2. ケアやサポートの減少させる	最重要指標	2 A. 人口10万人あたりの高齢者施設 (レジデンシャルホーム, ナーシングホーム) への入居により, 長期ケアニーズが充足された割合
	すべての人が生涯を通して健康とウェルビーイングを享受でき, ケアニーズを管理するために必要な支援や情報が得られる 早期診断・介入・リエイブルメントにより, 利用者・介護者が集中的なサービスに依存せずに済む	2 B. リハビリテーションやリエイブルメントにより, 病院退院後91日以上在宅生活を継続できた65歳以上高齢者の割合 (NHSとの共通指標) 2 D. 短期サービスのアウトカム: サービスへの帰結 2 E. リエイブルメントの有効性
	ケアニーズがある場合, 最も適切な場で支援が受けられ, 自立を回復できる	2 C. 人口10万人あたりの社会的ケアが原因で病院からの退院が遅れた数 (NHSとの共通指標) 2 F. 認知症: 診断後の有効なケアにより, 自立を継続しQOLを改善しているもの (置換指標)
3. ケアやサポートに関する肯定的な経験を保障する患者	最重要指標 利用者や介護者は, ケアやサポートを受けた経験に満足している	3 A. サービスの利用者がケアや支援に全般的に満足する割合 3 B. 社会的ケアの利用者および介護者がケアや支援に全般的に満足する割合 3 E. 統合的ケアの有効性
	介護者はケアプロセスを通して, 対等なパートナーとして尊重される	3 C. 要介護者に関わる話し合いに参加したり, 意見を聞かれたりしたと報告した介護者の割合
	人は地域で利用できる選択肢, 受給要件, 支援が必要な際の窓口を理解している	3 D. 支援に係る情報の入手が容易であった利用者との割合
	社会的ケアの決定に係る人は, 本人の尊厳を尊重し, 個別の状況に配慮した支援を行うことを保証する	(「成人社会的ケア調査」からデータが収集され, 地域レベルで分析される)
4. ヴァルナラブルな環境にありながら危険から保護される	最重要指標	4 A. 安全と感じている利用者の割合 (公衆衛生との共通指標)
	誰もが物理的安全を享受し, 安心だと感じられる 身体的・精神的虐待, ハラスメント, ネグレクト, 自傷行為から免れる 避けられる危害・疾病・傷害からできる限り保護される 事前に計画を立て, 希望する方法でリスクをマネジメントできる自由を得られるよう支援される	4 B. サービスにより安全で安心と感じていると答えた利用者の割合

出所: DHSC (2018) より著者作成。

えば、地域ごとの自治体の集合体である地方間のデータの差がどのような理由に拠るのか（本来の母集団や地域特性等の要因に拠るものか、あるいは自治体のサービスの質や量の不適切さに拠るものか）の判断ができず、改善のための方策が立案するには不十分な情報であること。

- ② 労働党政権での集権的な管理のもとで、自治体間比較が容易であったことに比べると、同規模の人口や地域特性を持つ自治体間比較はもはや可能ではない。つまり保健省の説明とは異なり、指標のベンチマークとしての有用性が十分ではあるとは言えない。
- ③ ASCOFの指標が社会的ケアの介入の効果を実際に示しているかについての疑義があること。例えば、システマティックレビュー研究のメタ・レビューによれば、特に社会的ケアの介入と対象母集団に関して、エビデンス毎のギャップが大きく、社会的ケアのアウトカムの改善を支持する強固なエビデンスのデータが必要であるという調査結果がある（Dickson 2017）。つまり、本指標の結果が、社会的ケアの介入による効果であると示す根拠となるデータは限られており、母集団（たとえば異なる障害をもつ障害者）によってもその効果の程度には違いがあるため、介入の効果を示す指標の妥当性・信頼性は十分に確保できていないと考えられる。

3. 近年の社会的ケアの事業者評価に関する政策展開

1) 医療過誤および虐待事件を受けての監査強化の要請

社会的ケアの事業者評価については、2000年代以降、NMS（National Minimum Standards、全国最低基準）における各分野の基準（高齢者施設については2003年）、その後2010年以降にNMSにとって代わられた質と安全に関する基本的基準（2010年）について、独立監査機関（CSCI、その後

CQC）が監査・評価を行うと共に、是正措置等を行う役割を担っていた。

2013年以降、CQCは、従来の評価制度など質保証のやり方を改め、新たな評価基準や評価手法に移行した。その背景として、医療過誤と虐待という2つの社会的な事件があったと言われている。

1つは、Mid Staffordshire病院というNHSトラスト病院での医療過誤である。2005年1月～2009年3月までの50ヶ月間の入院患者のうち、最低でも400～1200人が十分な医療や栄養が受けられないというネグレクトの状態にあり、また1ヶ月入浴できないという悪化した衛生環境で死亡したことが発覚した（その後、2013年のFrancis Reportにより実態や要因が調査され公表された）。また、Winterbourne View病院という民間病院が運営する知的障害者の入居施設での職員による虐待が2011年に発覚し、録画された入所者への職員の暴力の様子が報道され、その後2人の看護師と9人のケアワーカーが虐待の理由により告発された。これらの病院は、CQCの監査によってその質の低下が発見されず、その反省から質改善のための立法化や質の強化策の措置が図られることとなった。

2) 2012年白書の公表と2014年ケア法の制定

上の事件等を受けて、ケアについて以下の点を強調する白書“Caring for our future”（2012）が公表された。

- ① 健康、ウェルビーイング、自立、権利、ケアの質
- ② 尊厳と尊敬（虐待・ネグレクトからの保護）
- ③ 個別化（personalisation）による選択とコントロール
- ④ 地域の資源とネットワーク
- ⑤ 介護者の承認
- ⑥ 熟練した評価の高い労働力

その後、白書の内容に基づいて、自治体のニーズ・アセスメントやケア・支援の提供責任を明確化したCare Act 2014（2014年ケア法）が施行され

た。ケア法においては、「自立とWell-being」の改善のため、住民に対して自治体が行う責務として以下を義務化した。

- ① 予防事業（ケアニーズの悪化を防ぐ）
- ② 情報や助言の提供
- ③ 質の高いケアや支援を受けられる市場を地域で形成すること

ケア法により、必要な全ての人に対してニーズ・アセスメント、ケア計画もしくは支援計画の立案をすることが義務づけられた。また、介護者がアセスメントと支援を受ける権利を明確化し、それまで自治体ごとにばらつきのあったケアの受給要件の統一等も定められた。

3) CQCによる質保証、規制の枠組み

2019年現在、CQC（Care Quality Commission）は次の事業所に対し、登録、モニタリングと監査、評価（格付け）の公表、是正措置を一元的に行う機関である。

- ① 社会的ケア事業者（施設ケア（ナースングホーム、レジデンシャルホーム）、在宅ケア、支援付き居住等）
- ② 医療機関（急性期病院、精神科病院、GP（General Practitioner、家庭医））

前述したとおり、医療過誤事件を受けてCQCの監査のやり方が全面的に見直しされることとなった。「質と安全に関する基本的基準」は廃止され、ケアにおいて必ず守らなければならない、新しい「基礎基準」（fundamental standards）（表3）が策定され、専門家による監査チームの編成、リス

クのある事業者特に焦点化して行う監査や法的要件を充たしているかの確認が強化されることとなった。

新しい「基礎基準」は、利用者誰もが満たされる権利があり、13項目から構成されている。さらに各項目について、詳細な監査項目や実現のための手続きを示したガイダンスが用意されている。

CQCは、社会的ケアの事業者に対し、表2のとおり、登録、監査、質が悪化した際の是正措置の権限を持ち、また質改善に関する独立した報告書等を作成することで、事業者の質の規制と質の促進を担っている。その詳細は次のとおりである。

（i）登録

登録にあたり、事業者が市場に参入する際の質のチェックの役割が強化され、法的な要件を充たし、適切なサービスの提供が可能かどうかという事業者の審査について厳格な手続きを定めることで、サービスの利用者を質の悪いケアから保護することを目的に置いている。

CQCは、ケアや医療に共通の登録から監査のモデルを作ること、「基礎基準」に基づき全ての事業者が遵守すべき明確で一貫性のある基準を示してそのデータを取ること、管理者の説明責任を問うしくみを明確にすること、透明性を持つこと、審査にあたり適切な専門家の助言を仰ぐこと、事業者が効率的な登録手続きができるようプロセスを改善していくこと等を方針に置いている。

新規事業者の登録は、次の手続きを取る。まず、事業者の組織としての申請と必要に応じて、マネジャーの申請（管理者が適切な要件を充たしているか）を行う。次に登録査察官が任命され、申請書類を確認し、その後面接・現地訪問、専門職からの助言等を通して情報を収集し、「5つの主要な質問」（表4）について条件が充たされているか確認する。最後に「基礎基準」について充たすことが可能かどうか審査が行われ、登録の可否について通知書が作成され、事業所に結果が通知される（結果に不満がある場合は不服申告ができる）。

表2 CQCの機能

登録	監査	是正措置	独立した意見
社会的ケアと医療の事業者を登録する	業績をモニターし、監査を行う（⇒格付け、テーマに応じたレビュー）	必要に応じて（質の低い事業者）に是正措置を行う	住民、事者、他の関係者に対して独立した報告書を提供する。
「基礎基準」	KLOE（監査の焦点化した質問）	通告⇒質の監視⇒（改善されない場合）戒告、罰金、起訴等	年次報告書（State of Care）、その他テーマ別分析報告書

表3 「基礎基準」

項目	内容
パーソン・センタード・ケア	ニーズや好みを満たし、誰もが適したケアや治療を受けられる。
尊厳と尊重	ケアや治療を受けている間いつでも尊厳と尊敬を持って扱われる。プライバシーの権利、公平な扱い、地域で独立して生活を続けていく際に必要なあらゆる支援を受けることを含む。
同意	ケアや治療が与えられる前に同意（本人や法的代理人）を受けられる。
安全	安全でないケアや治療を受けたり、避けられる損害のリスクのある状況に置かれたりしてはならない。事業者は、健康と安全に対するリスクを常に査定し、安全な状態にできる資格、能力、スキルを持った職員を配置しなければならない。
虐待からの保護	虐待や不適切な治療を受けてはならない。これにはネグレクト（世話の放棄）、品位を損ねる扱い、不必要な拘束、不適切な自由の制限等も含まれる。
食事・飲み物	健康でいられるような十分な食事や飲み物をとらなければならない。
建物と器具	ケアや治療を受ける場所は、清潔で、適切で、良く手入れがされていなければならない。ケアや治療で使用する器具も同様に安全で適切に使用されなければならない。
苦情	ケアや治療に苦情を伝えることができる。事業者は苦情を処理し、返答するしくみを作り、包括的な調査を行い、問題が特定されたら是正措置をとらなければならない。
良いガバナンス	事業者は、基準を充たすことを保障する計画を作成しなければならない。またケアの質と安全をチェックする有効なガバナンスとシステムを持たなければならない。
職員配置	事業者は、基準を充たすことを保障できる資格、能力、スキルを持った職員を十分に配置しなければならない。職員は、業務に必要な支援、訓練、スーパービジョンを受けられなければならない。
職員の適切さ	事業者はケアや治療の役割を的確に提供できる職員を雇用しなければならない。雇用の手続きを厳格に行い、申請者の犯罪歴や就労履歴を確認しなければならない。
率直さの義務	事業者はケアや治療に対してオープンで透明性を持つべきである。もし悪いことがあれば、何が起きているかを説明し、支援を提供したり謝罪しなければならない。
格付け(rating)の掲示	事業者はCQCの格付け評価を見える場所に掲示しなければならない。この情報を事業者のウェブサイトに掲載したり、利用者へ提供することも含まれる。

(ii) 監査

事業者の質のモニタリングと監査は次のような手続きで行われる。

- ① 事業者情報の収集：「5つの主要な質問」(key lines of enquiry, KLOEs) (表4) について、事業者はオンラインでデータを提出する（最低年1回は更新しなければならない）。
- ② 監査の計画：CQCは必要な情報を収集して監査の計画や必要な資源の調整を行う。その際にステークホルダーの意見等の情報も活用する。
- ③ 監査：社会的ケアの審査確認項目（KLOEs）(表4) について監査される。監査には包括的監査と焦点化監査の2種類があり、査察官及び専門職から構成されるメンバーでの現地訪問を含む。監査を通して、サービスについて5つの質問それぞれ、及び全体について4

段階に結果が格付け評価（rating）される（良い方から、Outstanding/ Good/ Requires Improvement/ Inadequate、以下、優秀な、良い、要改善、不適切と訳す）。

ア) 包括的監査

評価結果により、以下のタイミングで通常、予告なしで課される。また安全やウェルビーイングを脅かすリスクが非常に高い場合や、著しく評価が改善・変更された場合も行う。

- ① 良い、優秀であると評価された事業者：前回監査報告書公表から24ヶ月以内（2018年から30ヶ月以内）
 - ② 要改善と評価された事業者：同12ヶ月以内
 - ③ 不適切と評価された事業者：同6ヶ月以内
- また全体の評価が要改善であるが、5つの中の1つでも質問に対して不適切であるという評価が

なされた場合は6ヶ月以内に再監査を受けなければならない。

イ) 焦点化監査

リスクの懸念がある際や何らかの必要がある際に査察官と専門職からなるメンバーで小規模に行う監査。通常予告なしで課される。「5つの主要な質問」(表4)のうち、「⑤良いリーダーシップがあるか」の質問とそれに関係する他の質問を検討する。

④報告書の公表

報告書には、サービスに関する背景の情報、監査結果、格付け、法規違反に関する証拠や是正措置、改善のための勧告、結果概要等が含まれる。また報告書が公表する前に、CQCは報告書案を事業所に送付し、不正確な事実等が合った場合、事業者は、10日以内に修正を要求することができる。

(iii) (質の低い事業者に対する) 是正措置

CQCはケアの水準が受容できるレベル以下になった場合には、事業者がサービスを改善することを保証するために権限を行使することができる。是正措置には、どのような改善をいつまでにしなければならないかを示した警告を通知し、他機関とも連携しつつ改善を手助けする。また事業者が改善に失敗した場合に、戒告処分、罰金処分、利用者が危険な状態にあるまたは危害を受ける場

合には起訴処分を行う。

4) CQCによる社会的ケアの最新の事業者評価結果 (CQC 2018)

CQCの2018年に公表された監査結果によると、社会的ケア事業者全体で21,982のサービスについて監査され、その5分の4以上は良い、またはそれ以上の格付け評価(全体評価)の結果であった。具体的には、優秀な(3%)、良い(79%)、要改善(17%)、不適切(1%)に分類された。

サービスの種類についてはナーシングホームが最も悪い評価(登録看護師の不足による)であり、地域でのサービスが最も良い評価となった。また、2017年に不適切とされたサービス396のうち、2018年に良い(42%)、要改善(47%)と改善されたものや、不適切のまま、改善なし(11%)とされたものもあった。一方、2017年度にCQCより質の悪化のため閉鎖するよう権限を行使された141のサービスのうち、73%が社会的ケアであった。なお、会計検査院によるNHS Digitalの分析(NAO 2018)によれば、2016年度の利用者の(ケアやサポートに対する)満足度は、およそ65%であった一方、介護者の満足度は39%であった。介護者は利用者 비해満足度が低く、とりわけ自由な時間や日常生活のコントロール、社会的交流、励ましやサポートの量については、満足している人の割合が2割~3割と、介護者に対する支援の必要性が明らかとなっている。

表4 社会的ケアの監査確認項目:「5つの主要な質問」(key lines of enquiry, KLOEs)

質問	該当する指針
①安全か	虐待からの保護/リスクマネジメント/適切な職員配置/投薬管理/感染管理/うまく行っていないことから学ぶ
②効果的か	ニーズアセスメントと根拠に基づいた治療/職員のスキルと知識/栄養と水分摂取/職員とチームの連携/健康な生活のための支援/アクセス可能な施設設備
③ケアしているか	ケアや治療への同意/親切さ、尊敬、共感/ケアに関する意思決定に関与させる/プライバシーと尊厳
④応答性があるか	パーソン・センタード・ケア/懸念と苦情/終末期ケア
⑤良いリーダーシップがあるか	ビジョンと戦略/ガバナンスとマネジメント/関与/学習、改善、革新/パートナーシップによる協働

5) NICE (National Institute of Health and Care Excellence) によるガイドラインの作成

従来医療における治療方法や薬剤の費用対効果の研究を行ってきたNICEが、2013年より社会的ケアのガイダンスおよび質の基準をSCIE等との連携により策定するようになった。NICEの質の保証については、次の3つの種類(レベル)に分かれており、それぞれが関連している。なお、これらの基準はCQCの基礎基準とは異なり、推奨基準であり、義務ではないことに注意が必要である。

- ① NICE Pathways :オンラインのインタラクティブな構造図、テーマや疾患ごとに、質の基準等の関連ツールが一覧できる。
- ② NICEガイドライン：介入の手続きに関する技術的な助言。専門家からなる独立委員会が作成。
- ③ NICE質の基準 (Quality Standards)：質に関する具体的な説明で、指標と関連づけられている。

6) 現行の事業者評価の課題

現行の事業者評価が有効に機能しているかを判断するにあたり、次の2点の検討がより必要であると考えられる。

1点目は、2013年より監査の強化が開始されたが、その制度の改変により(質の低い事業者に対する予防的な措置等の)実効性はどの程度改善されたのかの検証である。2013年から2017年に評価の1次サイクルが終了したため、そのレビューの内容と2018年度以降の2次サイクルへの改善を確認する必要がある。

2点目は、CQCの報告書では、おおまかな施設やサービス類型による評価結果について分析されているが、例えば施設や地域のサービスでも複数の種別があり、サービスごとの異なる特性を評価にどのように反映されているのかについての検討が必要である。

4. 自治体評価と事業者評価に共通するイギリスの社会的ケアの評価の特徴について

1) ケアの質に関する合意

ケアの質の低下やばらつきが懸念される中で、2017年保健省、NHSイングランド、CQC、ADASS等を含むケアに関する官民の関係団体が連携して、ケアの質に関する統合的な方針文書(Quality Matters)を公表した。本文書は、利用者や家族、事業所、行政、規制監督庁等全ての関係者を含めて、関係機関の間で質の高いケアに関する概念を共有し、その達成のための効果的な連携を図り、質の改善を達成していくための戦略文書であり、「ケアの質」「6つの優先策(原則)」「7つのステップ」の3つが主要な要素である。

まず、図1に示すように、ケアの質については、内円が利用者・家族にとって何が重要かを示す要素であり、中心に「質の高い、パーソンセンタード・ケア」、その構成要素として、「肯定的な経験」「応答性のある」、「安全性」、「有効性」が、外円には、そのための組織として必要なこととして、「良いリーダーシップのある」「資源の有効な活用」が位置付けられている。

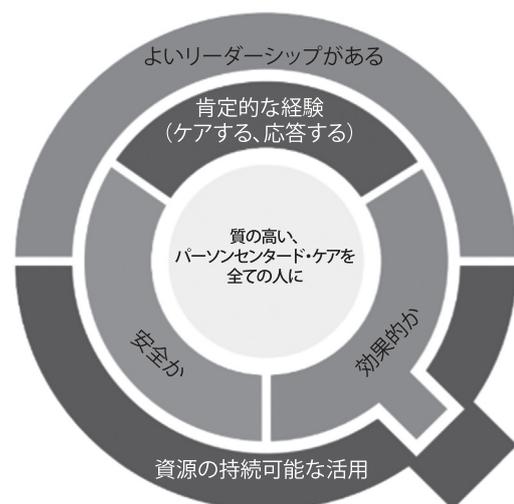


図1 合意されたケアの質の概念

次に、6つの優先策として、以下が挙げられている。

- ① 利用者、家族のフィードバック、懸念、苦情に基づき行動する。
- ② 効果的なデータの測定、収集、活用
- ③ 良いアウトカムのサービスを行政が購入
- ④ 改善のための手厚いサポート
- ⑤ 要改善領域の特定と焦点化
- ⑥ 社会的ケアの意義と価値を高める

さらに、質の向上を達成していくための具体的な手順として、7つのステップを示している。(表5)

つまり、本文書は、ケアに関わる医療・福祉領域にまたがる多様な団体が共同で行う質に対するコミットメントである。背景には、関係者間でケア業界の存続の危機が共有され、システムの抜本的な改善を図りケアの質の改善を示すことが不可欠であるという認識に立っている。そのために、利用者本位のケアの質に関わる概念の明確化と関係機関間での共有化、エビデンスに基づいた評価の体系化、連携・パートナーシップの促進、ケアに対する社会の価値観や認識の変革等の改善のための道筋を明確化した点で意義があると言える。

2) アカウンタビリティの関係性

イギリスにおいて社会的ケアのアカウンタビリティの関係性は図2のように示される。まず、自

治体の業績管理については、2つの省庁が関係し、どちらも議会に対して大臣が説明責任を負う(NAO 2018)。

- ① 保健・社会的ケア省:政策の設定、財源の保障、国のシステム全体での業績について議会と国民への説明責任
- ② 住宅・地域地方政府省:地方政府の財政政策の設定、財源の資源配分、自治体はその資源を有効に活用しているかについて法規遵守とVFM(Value for Money:費用対効果)を保証する。

前述のとおり、中央政府は自治体の社会的ケアの業績について、直接にはコントロールしない。自治体の業績であるASCOFのデータについては保健省の一部であるNHS Digitalを通して中央政府として公表され、保健省はデータの定義やガイドラインの作成、データ収集、国全体のサービスの業績に関しては責任を持つが、自治体のケアの質改善に対しては自治体自身が責任を負う。

自治体が説明責任を果たすのは、地域住民である。各自治体には、報告書(Local Account)の作成・公表により、業績の自己評価を住民に分かりやすく説明することが求められている。ただし、自治体評価については、ASCOFという共通指標の業績結果(量的データ)の公表を前提とするものの、住民への報告様式(質的分析)については

表5 質の向上のための7つのステップ

ステップ	強固な根拠となるもの【抜粋】
1 方針と優先策を設定する	2014年ケア法(自立とウェルビーイングの促進)、NHSの将来5ヵ年の見解、ADASSによる社会的ケアの5年間戦略
2 質を明晰にする	NICEの質基準(エビデンスに基づくNICEガイドライン等)、CQCの5つの質問(KLOEs)
3 質を測定し、公表する	NICE指標、CQCの監査報告と格付け、ASCOF(成人社会的ケアアウトカム枠組み)
4 質を承認し、質に対して報酬を与える	CQCの格付け NICEの質基準
5 質を維持し、保護する	自治体ごとに設置された成人虐待保護委員会、ケア施設閉鎖の際のガイドライン、UK在宅ケア協会行動基準
6 能力を開発する	Skills for Careによる「成人ケアの労働力の募集と維持」
7 前進を続ける	NICEの開発的な質の陳述文書等(発展的研究やイノベーション)

DH, CQC, et. al (2017) より抜粋

各自治体に任されており、書式が統一されていない。そのため、以前のように一元的にCQCが評価していた時代と比べ、他の自治体との比較が難しい点や、各自治体の報告書の中では達成した業績に対して強調しがちであり、課題の分析や改善策については十分に報告されていない可能性がある。自治体評価の妥当性を住民がどのように評価し、必要であれば改善を求めていけるのか、住民主体による自治体評価の改善への取り組みが必要となると言える。

一方、社会的ケアの事業者は、規制監督庁であるCQCに対する説明責任と自治体に対する説明責任を持ち、双方から監査や規制監督を受けることになる。

以上から、自治体は住民に対して、事業者は規制監督を行うCQCとサービスを購入する自治体に対して、アカウントビリティを果たすことが求められ、それを前提とした業績指標の選定、結果の公表の方法が採用されていると言える。

5. 日本の福祉サービスの評価制度に対する示唆

1) 自治体評価の課題

以上のイギリスの自治体の業績管理政策と比較して、わが国の自治体（行政）評価に関しては次の課題があると考えられる。

① 福祉サービスの特性を考慮した固有の、標準化した自治体評価の枠組みがないこと。

わが国では、イギリスの社会的ケアの自治体評価（ASCOF）にあたる共通の福祉サービスやケアに焦点化した評価枠組みはなく、各自治体は行政評価（事務事業評価や政策評価等）の枠組みにおいて、他の公共サービスと同様に福祉サービスに関しても評価を行っている。そのため、福祉サービスの特性を考慮した固有の評価制度を持っていない。

② ①の理由により、自治体間のサービスの業績の比較ができないこと。

共通の評価枠組みで測定したケアの質に関する

データセットはないため、自治体間で業績を比較することは難しい。共通の自治体評価の枠組みがあれば、各自治体の経年比較や自治体間比較はもとより、先駆的な自治体の取り組みをベンチマークとして扱い、それに対する自らの自治体の業績の進展度を測定し、継続的質改善を示すことが可能になる。

2) 事業者評価の課題

① 評価制度の機能の体系的整理

はじめに述べたとおり、わが国では、行政監査、福祉サービスの第三者評価、介護サービス情報の公表制度、地域密着型サービスの外部評価等の主体や方法が異なる様々な評価及び評価に類似する制度がある。各々の制度は、機能が異なるものの（例えば、行政による監査と第三者評価機関による評価）、類似した評価項目もある。体系的に機能が整理され統合された評価制度が構築されていないため、事業者にとっては、評価の機能が重複していると受け取られる、または各評価制度の意義が十分に理解されていない場合もあると考えられる。

② 評価項目と法規や指針、ガイドラインとの関係の明確化と継続的な質改善への動機付け

上記の各評価制度は、それぞれの制度が法規に位置づけられていても、個々の評価項目（指標）は法規や指針等に直接的に関連づけられてはいない。そのため、事業者にとっては法規の遵守と評価項目との関連が理解しづらいという問題がある。イギリスの事業者に対する基礎基準やNICEのガイドラインは、相互に関連づけられ、また各法規との関連が示されており、評価項目の内容を満たすことがどの法規の遵守に繋がるのかが事業者にとって理解しやすく、受審に対する動機付けにも繋がると考えられる。

さらに独立した第三者機関であるCQCが、登録、監査、是正措置（低い質の事業者への介入や制裁）の質保障プロセスにおいて一貫した強い権限があり、全ての事業所に定期的に受審が義務づ

けられ、その結果が公開されることで、CQCは提供されるケアの質の担保に重要な役割を果たしていると言える。事業者にとってCQCに「良い」またはそれ以上のレベルに評価されることが、法令を遵守し、良質なサービスを継続的に提供していることの根拠となる。

さらに事業者評価制度の運用を促進するために、受審に向けたインセンティブ（受審の費用の減免や、評価を受審したことのメリット等）を設計することも必要であろう。

わが国では、評価及びその結果の公表のしくみがあっても、その結果を受けてどの程度改善したのか、という改善のプロセスを第三者がモニターすることは難しい。実際には、ケアの質をめぐるPDCAの運用は事業者任せにされており、長期にわたる改善の程度について評価制度の中で問題にされることは少ない。評価制度の運用が、形式的な書類の提出とその確認に留まらないためには、事業者の継続的な質改善の状況を把握し、改善度を評価する必要があると考えられる。

③ 利用者中心に構築する関係者間でのケアの質の合意

わが国では、とりわけ高齢者ケア分野にみられるように、サービスが介護保険、医療保険、社会福祉法に基づくサービスと様々な制度にわたって規定されており、サービスの種類は、入所（施設・医療機関）から在宅まで種類が多く、サービスも多様である。このように関係機関が多く、多層的な連携が必要なサービスにおいては、関係者の間でよりシンプルで直感的に分かりやすいケアの質に関する理解の共有が有効である。

さらに、イギリスの制度において、ケアの質の概念の作成の際、利用者・家族を代表する団体が主導し、サービスの受け手の意見が強く反映されており、利用者や家族の支持が得られていることが特徴である。わが国においても、利用者や家族にとって最も重要な要素は何か、という利用者や家族の意向に基づいた評価指標や評価手法の発展が必要であると考えられる。

以上から、わが国においても、イギリスにみられるようなケアの質の概念を共有しそれを達成するための手順を、利用者本人や家族の意向を基盤として、関係者間で予め協議し定め、広く公表して理解を進めることは、日本のケア及び福祉サービス現場においても、有用ではないかと考えられる。

3) アカウンタビリティの対象の明確化

前述のとおり、イギリスの評価制度においては、自治体はその地域の住民に、また事業者は第三者評価機関であるCQCと自治体に対して説明責任を負っており、それらの対象に対して業績を報告し、その審査を受けるというアカウンタビリティの関係が明確である。

Polliot (1999) によれば、監査の機能は、①法令遵守の判断、②公表によるアカウンタビリティ、③質の改善策の提案、④（ケアに関する）情報収集・分析による知識の創造に分類される。現在のイギリスでの自治体評価は主に②に焦点があり、事業者評価はCQCが①～④の全ての機能を担っていると考えられる。

一方、わが国の評価制度においては、①は行政監査が、②～③は第三者機関による評価が該当すると考えられるが、④については明確ではない。日本におけるケア及び福祉サービスの評価の実効性を確保するためには、それぞれの評価制度の機能の整理を行い、その際に評価される側のアカウンタビリティが誰に向けられ、各制度の目的がPolliotの分類におけるどのような機能に焦点化したものかに基づいた体系化が必要であると考えられる。

以上、イギリスの評価制度の特徴から日本のケアや福祉サービスの評価制度に対して示唆される点を整理した。

最後に、ケアの質の改善は、評価制度の精緻化だけで対応できるものではない。近年のイギリスの社会的ケアに関する議会や関連団体の報告書には、ケア市場の危機、ケア労働力の不足や職員の

処遇の低さ、自治体のケア購入予算の削減等の根本的なケア供給システムの「危機的な課題」が指摘されている（長澤 2019）。このような供給側の労働力の質、マネジメントの質等が一定充足された上で、評価制度が機能すると考えられる。そのため、提供されたケアの質に関する評価制度の体系化と共に、持続可能なケアやサービスの供給システムの改善に寄与する評価制度の位置づけを検証する必要があると言える。

謝辞

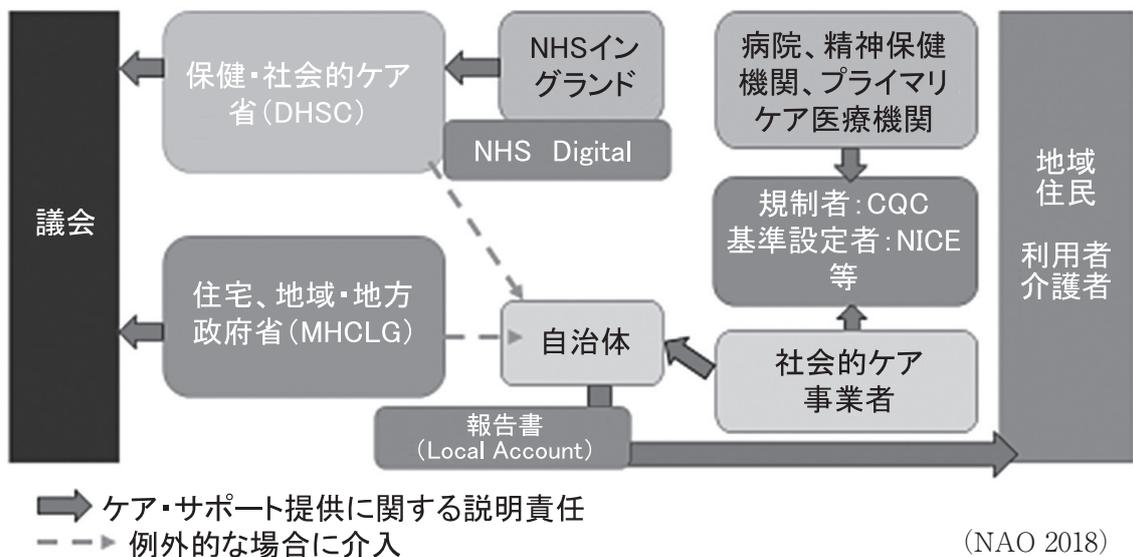
本研究は、JSPS 科研費〔基盤研究 (B) 一般 (JP19HO1586)「社会福祉における評価レジーム再編の課題をめぐる理論的・実証的研究」(研究代表者 平岡公一 お茶の水女子大学教授)〕の助成を受けたものである。

文献

Care Quality Commission (CQC) (2018) The State of health care and social care in England 2017/18.
 Department of Health and Social Care, Care Quality Commission et. al (2017) *Adult Social Care: Quality Matters*.
 Department of Health and Social Care (2018)

Adult Social Care Outcomes Framework: 2018/19, Handbook of Definition.

Dickson, K et. al (2017) Gaps in the evidence on improving social care outcomes, *Health and Social Care in the Community*. 25 (4) , 1287-1303.
 小野達也 (2018) 「エビデンス・ベースドな業績測定に向けて」『関東学院大学経済経営学会研究論集』 275,6-25.
 大住荘四郎 (1999) 『ニュー・パブリック・マネジメント：理念・ビジョン・戦略』日本評論社.
 長澤紀美子 (2012) 「ケアの質の評価指標の開発と課題：国際的な動向とイギリスにおけるアウトカム指標を中心に (特集 ケアの質評価の動向と課題)」『季刊社会保障研究』 48 (2) , 133-151.
 長澤紀美子 (2013) 「イギリスの社会的ケアにおける業績測定：ニューレイバー政権下の展開」『高知県立大学紀要 (社会福祉学部編) 高知県立大学紀要編集委員会 編』 62, 19-26.
 長澤紀美子 (2019) 「第11章 高齢者ケア政策におけるケアの質の保障」金子光一・小舘尚文 (編) 『新・世界の社会福祉 第1巻イギリス・アイルランド』旬報社, 275-303.
 National Audit Office, NAO (2018) *Adult social*



(NAO 2018)

図2 社会的ケアのアカウントビリティの対象

care at a glance.

NHS Digital (2018a) *Personal Social Services Adult Social Care Survey (ASCS) England 2017-2018.*

NHS Digital (2018b) *Measures from the Adult Social Care Framework (ASCOF) England*

2017-2018.

Polliot, C., et al., (1999) *Performance or Compliance? : Performance Audit and Public Management in five countries.*

Oxford University Press.

