

った<sup>89</sup>。その上、介護事業者の大半は一人あたりの事業所数が少ない小規模事業者であり、コンプライアンス担当者を設置し、職員に研修をおこなって周知を徹底する組織としての対応が困難であったかもしれない。ただし、介護事業におけるコンプライアンスの確保の必要性は今後ますます強調されると予想され、事業者は、事業運営における積極的な意義をも認識することが必要であろう。つまり、コンプライアンス体制の構築は、単なる法令遵守違反の防止ではなく、組織のリスク・マネジメントの一環であり、そのような組織文化を醸成することはサービスの質の確保のために不可欠であること、また、その取組の内容を利用者やその家族、地域住民に対し積極的に情報公開することが社会的信用を高めることを理解することが必要である。

しかし、今まで行政からの指導や監視に依存しがちであったコンプライアンスの確保を事業者自身の自主的な取組へと変えることは容易ではない。そのためには、事業者自身がコンプライアンス体制を構築しなければ経営ができない、あるいは実施することが経営上のメリットに繋がるような、取組を促進するインセンティブが設計されることが必要である。また、事後規制、特に提供されるサービスの質や経営体制に係る行政や支払者側のチェックおよび違反に対する改善指導を機能させ、実効性の高いものにしなければならない。さらに、「情報の公表制度」等の活用により、サービスの質や事業運営の透明性を高め、市民等第三者の目が常に監視する体制を作る必要がある。

ケアの質をチェックする有効なしくみをいかに作るかは先進国共通の課題でもある。OECDは、高齢者ケアに関する報告書（Long-term Care for older people）<sup>10</sup>（2005年）の中で、近年加盟国間に共通にみられる5つのトレンドのひとつが、「ケアの質のモニタリングと質の改善」であると指摘した。モニタリングを通してケアの質の改善を促すための方策として、以下の3つの取組を挙げている。

- ① 独立した第三者規制・評価機関の設置。例えば、オーストラリアにおける the Aged Care Standards and Accreditation Agency（以下、「高齢者ケア基準認証機関」とする）やイギリスにおける the Commission for Social Care Inspection（以下、「社会的ケア監査委員会」とする）がこれにあたる。
- ② 質の評価をより信頼性の高いものに、質改善のプロセスをより透明性の高いものにしていくために、初回の監査（inspection）に依存せず、事業者には、より要求の厳しい自己評価とケアに係わる文書の継続的な提出を求めること。
- ③ ケアの質に係わる法的要件の持続的な遵守（コンプライアンス）を目的とした制裁措置の強化と多様化。例えば、イギリスでは、「社会的ケア監査委員会」が事業者を登録し、登録のための条件および、ケア基準法及び関連法規の遵守（コンプライアンス）のためのあらゆる一連の条件やその施行（登録抹消や起訴を含む）について決定する。アメリカではナーシングホーム改革法で民事制裁金の賦課、新規入所者に対する支払い拒否や臨時的経営、即時の事業停止等を規定している。

以上から、OECD加盟国における質のモニタリングのための方策は、制裁措置を含む関連法規の遵守の強化とともに、質改善を主眼とした事業者の自己評価と業務管理、および第三者機関による文書を根拠とした継続的な質の監視が鍵であるといえる。

介護サービスに係わる法令は、事業者の要件や事業活動に係わる規定だけでなく、ケア

の水準に関する規定が含まれるため、コンプライアンスの確保には、ケアの質を持続的に確保する活動が含まれる。そして、ケアの質について事業者自身および第三者機関が評価を行い、そのモニタリングが信頼性及び透明性の高いものになることが必要である。さらに、評価基準や評価プロセスを精緻化するだけでなく、遵守を促進するための事業者に対する経済的および非経済的インセンティブ、並びに遵守に違反した場合の制裁措置を有効に機能させることも重要である。以下、オーストラリアとイギリスを例に、こうしたケアのモニタリングに係わる方策について紹介する。

### 3 オーストラリアにおけるコンプライアンス体制

#### (1) 全国共通の認証枠組み

オーストラリアの高齢者施設を取材した川名は、地域や施設によるケアの質のばらつきがないことを報告し、「どの施設も同じような環境で、同じような介護を提供している。そこにこそ、オーストラリアの施設ケアの価値があるのではないか。(中略)それを可能にしたのが厳しい認定監査である」<sup>11</sup>と全国共通の評価基準と厳しい監査の仕組みがケアの質の担保に貢献していると述べている。また、オーストラリア、イギリス、アメリカにおけるナーシングホームの質の規制を調査した Braithwaite は、オーストラリアの質の規制が有効に機能した理由について、以下を挙げている<sup>12,13</sup>。

- ① 評価基準について：基準はアウトカム基準であり、数が少なく（44項目）、訪問監査の際の信頼性が確保されやすい。また、継続的改善（continuous improvement）の項目がアウトカムの尺度のひとつとして活用されている。さらに、基準体系は入居者のエンパワメントの促進につながる。
- ② 監査のプロセスについて：予告なしの抜き打ち訪問監査が随時実施される。記録の監査は各地域で行われる。
- ③ 改善指導について：罰則手続きが段階的に設けられているため、入居者に対する被害が広がらないうちに事業者のケアの怠慢を止めさせることができる。
- ④ 監査報告書の透明性について：報告書は公表され、入居者やその親族で構成される入居者委員会で議論される。
- ⑤ 表彰のインセンティブについて：事業者のベスト・プラクティスがケア提供におけるイノベーションとして栄誉を与えられ、普及が推進される。

以上の中でも特にコンプライアンスに関連するものとして、評価項目と認証（accreditation）プロセスにおけるコンプライアンスの確保、違反した場合の改善指導や罰則規定、行動規範や苦情解決等関連する仕組みについて詳細を以下にみていく。

#### (2) 評価基準と認証プロセスにおける法令遵守

オーストラリアの高齢者介護施設であるケアホーム（以前のナーシングホームおよびホステル）は、1997年高齢者ケア法（the Aged Care Act 1997）に基づき、同法の附則である「ケアの原則」に定められた種類と水準のケアやサービスを提供し、認証基準（Accreditation Standards）を遵守し（comply）、利用者のケアのニーズを満たす技能を

もった適切な人数の職員を充たさなければならない。つまり、施設の開設にあたり、「高齢者ケア基準認証機関」による全国共通の評価基準（Standards）を用いた認証（Accreditation）を受けることが必要であり、さらに、前回の認証の有効期限（結果により1年～3年<sup>14</sup>）内に継続的に再認証を受けることが補助金受給の要件となっている。2006年現在、ケア施設の93%が、3年間の認証の有効期限を受けており、96%の施設が44項目の評価基準を全て充たしていると判定されている。

この評価基準は表Ⅱ・1に示すとおり、次の4領域から構成されている。

- ① マネジメントシステム、人的資源、組織の向上
- ② ケア（医療、介護）
- ③ 入居者のライフスタイル（日常生活）
- ④ 物理的環境と安全システム

この4領域全てに「継続的改善」「法規の遵守」「教育・人材開発」の項目が最初に設けられ（計12項目）、これらの項目が重視されていることが分かる。

「法規の遵守」（Regulatory compliance）については、以下の4基準が設けられている。

- 1.2 「マネジメントシステム、人的資源、組織の向上におけるコンプライアンス」
- 2.2 「ケア（医療、介護）に関わるコンプライアンス」
- 3.2 「入居者のライフスタイル（日常生活）に関わるコンプライアンス」
- 4.2 「物理的環境と安全システムに関わるコンプライアンス」

例えば、1.2については、「事業者のマネジメントにおいて、全ての関連する法規、法的要件、専門職規範、ガイドラインのコンプライアンスを明確化し、それを保障するための仕組みが機能している。」と定義され、続いて2.2、3.2、4.2は各領域「（ケア／ライフスタイル／物理的環境と安全システム）に関する法規、法的要件、専門職基準、ガイドラインを対象としている。

これらの基準の評価に際しては、以下のような仕組み・プロセスがあるかどうかを検討される<sup>15</sup>。

- ① 各領域で遵守しなければならない関連法規や専門職規範、ガイドラインをどのように明確化しているか、そのためのコンプライアンス担当者を設置しているか
- ② 現場の実践（手順等）が法規に適合するように、職員等にどのように情報を伝えているか
- ③ こうしたコンプライアンスを施設がどのようにモニタリングしているか
- ④ サービス方針と手続きは、法令と整合性がとれるように作成され、修正されているか
- ⑤ 法的要件を充たさない（non-compliant）ことが発見された場合に、施設が改善措置を行っているか

認証プロセスは、a.施設の自己評価、b.質の監査官による書類審査、c.質の監査官による訪問審査（職員や入居者やその家族との話し合いも含まれる）、d.「高齢者ケア基準認証機関」担当者による認証の決定、e.認証証明書の施設への送付と評価結果の公表、f.（認証された施設の）「継続改善計画」の作成と「高齢者ケア基準認証機関」への提出、g.認証期限（評価結果によって、3年～1年となる）内の再申請という段階を経る。

表Ⅱ-1. オーストラリア 高齢者ケア施設評価基準

	第1基準: マネジメント・システム・人的資源・組織の向上	第2基準: ケア(医療および介護)	3. 入所者のライフスタイル	4. 物理的環境と安全システム
原則	施設で提供されるケアの方針と水準において、マネジメント・システムが、入所者、その代理人、職員や他のステイクホルダーのニーズに反应的であり、サービスが実施される環境の変化に反应的である。	入所者の身体的・精神的健康が、入所者(あるいはその代理人)とケアチームのパートナーシップによって、促進され、最高のレベルまで達成される。	入所者は、個人的権利、市民権、法的権利、消費者としての権利を保持し、施設および地域のなかで、自らの生活を積極的にコントロールすることができるよう支援を受けられる。	入所者は、安全で快適な環境で生活し、入所者・職員・訪問者にとっての生活の質(QOLおよび福祉(welfare))が保障される。
基準の意図	この基準は、認証基準の全てにおいての業績の質を促進することを意図しており、この基準だけで終わるものではない。この基準は、サービス供給における全ての側面での改善の機会を提供し、全般的な質の達成の中核となる。			
基準	1.1 継続的改善	2.1 継続的改善	3.1 継続的改善	4.1 継続的改善
	1.2 法令・基準の遵守	2.2 法令・基準の遵守	3.2 法令・基準の遵守	4.2 法令・基準の遵守
	1.3 教育・人的資源の開発	2.3 教育・人的資源の開発	3.3 教育・人的資源の開発	4.3 教育・人的資源の開発
	1.4 苦情対応	2.4 臨床的ケア	3.4 情緒的サポート	4.4 居住環境
	1.5 ビジョンの計画化とリーダーシップ	2.4 教育・人的資源の開発	3.5 自律(independence)	4.5 職員の労働環境と安全性
	1.6 人的資源管理(HRM)	2.5 専門的看護ニーズへの対応	3.6 プライバシーと尊厳	4.6 火事、警備、他の緊急時への対応
	1.7 施設物品管理	2.5 教育・人的資源の開発	3.7 レジャーや活動への関心	4.7 感染症のコントロール
	1.8 情報システム	2.6 他の医療関連サービス	3.8 文化的・霊的生活	4.8 給食・清掃・洗濯サービス
	1.9 外部サービス	2.7 投薬マネジメント	3.9 選択と意思決定	
		2.8 ペイン・マネジメント	3.10 利用者の法的権利と責任	
		2.9 緩和ケア		
		2.10 栄養・水分補給		
		2.11 皮膚ケア		
		2.12 失禁ケア		
		2.13 問題行動への対応		
		2.14 移動・器用さ・リハビリテーション		
		2.15 口腔ケア		
	2.16 臨床的ケア			
	2.17 睡眠			

施設は、最初の自己評価の段階で、各基準に関し、達成のための方針・目標の策定、達成行動の明確化、実施と評価、改善計画の策定を求められる。例えば、前述の4つのコンプライアンスに係わる基準についても、施設のコンプライアンス目標と方針の設定、そのための達成行動の明確化、実施と評価という業務管理体制が受審の前提として義務づけられることになる。それに加え、訪問審査において、質の監査官は各基準が遵守されているかどうか (compliant/ non-compliant) を判断する<sup>16</sup>。その際、仕組みやプロセスがあるという情報だけでは「遵守されている」判断とはならない。施設は、これらの仕組みが有効に機能しており、持続的に結果を生み出していることを示す必要がある<sup>17</sup>。

そのため、事業者にとって、認証を受けるためには、このような仕組みを含めたコンプライアンス体制を整備し日常的に機能させていることが不可欠である。

ある施設の認証レポート (2005年10月公表) を通して、コンプライアンス基準を充たしている (compliant) と判断された根拠としてのコンプライアンスに係わる取組の例を紹介したい。この施設 (Redland Bay Nursing Home) は、2002年に創設された高齢者ケア施設のための表彰制度 (Higher Rating Award) を過去に受賞した41施設の1つで、その受賞理由がコンプライアンスの確保を含む質のマネジメントシステムである唯一の施設である。

**表 II-2. Redland Bay Nursing Home におけるコンプライアンス基準(1.2)の判断の根拠<sup>18</sup>**

質の監査官チームは、管理者、総看護師長、料理長、メンテナンス責任者に面談し、施設方針、質・労務管理・安全マニュアルを検討したところ、以下の結果を報告する (以下、抜粋)。

- ・ 法令や規則の改正を明確化するプロセスが整備されている。施設方針やプロセスは法的な要件を反映したものである。法令変化は、多様な方式で幹部職員に伝えられ、さらに全ての部署の職員にメモや職員会議等で伝達されている。
- ・ 総看護師長、看護師長は専門職規範を監督し、研究文献のレビューやプロジェクトの開発を通して現場の実践方式の改善に向けて対処している。
- ・ 職員は、自身の業務にどのような法規が関連しているかを理解している。また、職員の誰もが違反を目撃したり気づいたりした場合、「違反報告書」で報告することができる。全ての関連法令基準を充たしていることを保証するために、経営幹部により定期的にサービスの運営を見直しされていることが2005年の年次報告書に明示されている。

### (3) 「高齢者ケア基準認証機関」によるコンプライアンス違反の通告

高齢者ケア法 (1997年) に基づき、法令に違反した事業者に対し制裁の権限をもっているのは Department of Health and Ageing (保健医療高齢化省) である。「高齢者ケア基準認証機関」は、直接的な制裁権限を持たないが、基準が遵守されていると認められなかった場合 (non-compliance) で、再審査が行われ、さらに以下のような状況が認められた場合に保健医療高齢化省に通告することができる。

- ① 入居者の健康、安全、ウェルビーイングに深刻なリスクを与えるコンプライアンスの不備が発見された場合

- ② 改善の期限が終了するまでに、コンプライアンスの不備を訂正することができなかつた場合
- ③ 訪問審査で、コンプライアンスの不備の証拠が発見され、改善勧告を出すことが当然のこととして承認される場合

「高齢者ケア基準認証機関」の勧告は、事業所にも同じものが送付され、ケアの水準が不十分、あるいは深刻なリスクがあると考えられる事項の論拠や情報が与えられる。

また、実際に事業者が高齢化ケア省より何らかの通告を受けた場合、機関のサイト上の認証結果は「改善指導中」と示され、「(通告を受けた)施設一覧」の中で、施設名、住所、認可事業者名、適用された罰則と理由、その罰則の決定日時、その後の経過と現在の状況等の情報が公表される。このように通告の内容が機関のインターネット上で迅速に公開され、手続きが透明化されていることが特徴といえる。尚、実際の公式な通告に関しては、次項に述べるとおり、2007年4月から、新たに設置された高齢化ケア省の「高齢者ケアの質およびコンプライアンス部局」が担当している。

#### (4) コンプライアンス確保のための事業者支援

事業者の質改善を促進し、コンプライアンス体制を含めた適切なガバナンスを確保するために、「高齢者ケア基準認証機関」は、経営者や職員が学習するためのツールをネット上で普及させるとともに、定期的に各州で研修を開催し、事業者に対する幅広い教育支援をおこなっている。さらに、コンプライアンス確保のための取組として、以下に倫理綱領等による事業者に求められる倫理的行動の周知と遵守の徹底、苦情解決制度の強化を以下に取り上げる。

##### ① 倫理綱領・利用者憲章

まず、「高齢者ケア基準認証機関」の内部では、機関自身および質の監査官に対しそれぞれ、「行動規範 (code of conduct)」を作成し、公表をおこなっている。さらに、事業者に対しては、管理者、介護職員をそれぞれ対象とした倫理綱領 (code of ethics) を高齢化ケア省が2001年に作成し、その活用に関する評価報告書を2003年に公表している。

事業者向けの倫理綱領は次に示す内容となっている。

**表Ⅱ-3. 高齢者施設ケアの倫理綱領<sup>9</sup>**

入居者の以下の権利が守られるように我々事業者はコミットします。

- a. 尊厳をもって扱われる権利
- b. 生活、自由、安全が保障される権利
- c. 宗教的、文化的なアイデンティティを尊重される権利
- d. 自己決定ができる権利
- e. 個々人のニーズにみあう適切なケアを受ける権利
- f. プライバシーが守られ、秘密が保持される権利
- g. 人は、社会的なニーズをもつ社会的存在であることを認識される権利

また、倫理綱領の公表に先立ち、1985年からの高齢者ケア改革戦略（the Aged Care Reform Strategy）の中で、政府は、1985年に入居者憲章（the Charter of Resident's Rights and Responsibilities）を公布し、その中で高齢者介護施設の入居者の20の権利項目と4つの義務項目を定めている。権利については、例えば、第1項が「入居者は、個人的、市民的、法的、消費者としての権利を充分にかつ効果的に行使することができる」とあり、これらの権利を保障する活動が事業者に求められ、事業者の行動指針とも読み取れる内容となっている。

## ② 苦情解決制度およびコンプライアンス違反に関する強化<sup>20</sup>

オーストラリアの高齢者ケア苦情解決制度（The Aged Care Complaints Resolution Scheme）は、1997年に連邦政府の補助金を受けている全ての高齢者ケアサービスについて開始され、入居者やその代理人、後見人等の苦情を申し立てたい誰もが無料で利用できる。また全国共通の専用無料電話が設置されている。苦情の解決が当事者間の交渉で難しい場合には、苦情解決委員会（Complaints Resolution Committee）がどの当事者が苦情を解決すべきかを決定する。制度に持ち込まれる苦情の多くは、詳細な調査を必要とする複雑なもので、適切な関係当局に繋げる必要がある。

2005年度には、新規の苦情が1,260件寄せられた（2004年度は1,004件）。これは、入居者1千人あたり、8.4件の数字となる。

尚、2007年4月から、高齢者ケア法規の改正により従来の高齢者ケア苦情解決制度を改め、苦情とコンプライアンスに対する対応をより強化することとなった。そこで、新たに高齢化ケア省に専門部署である「高齢者ケアの質およびコンプライアンス部局」が設置され、苦情を中央に集めて一括して処理する方式となった。この部署の機能は、次のとおりである。

- a. 全ての苦情や情報を調査する。
- b. 認可された事業者の責任義務違反がないかどうかを決定する。
- c. 違反を是正するための措置をとる。
- d. 責任に違反した事業者に対し、必要な措置を記した通告を発行する。
- e. 事業者が違反を是正することができなかった場合、コンプライアンス措置をとる。
- f. 苦情処理の結果を苦情申し立て人にフィードバックする。

基準が遵守されなかった（non-compliance）場合、その遵守されなかった内容の詳細とそれに対して行った措置について、保健医療高齢化省大臣は年次報告書の中で、議会に報告しなければならない。2005年度の1年間において、保健医療高齢化省は、11の認可事業者に対して罰則を加えている。具体的には、12の罰則を科するという決定の通告と、83の「基準が遵守されていない」改善指導通告を行っている。

## 4 イギリスにおけるコンプライアンス体制

### (1) 全国最低基準に関するコンプライアンス

イギリス（England）では、1984年の「施設ケアの実践綱領」の公表を始めとして、ケア基準の改訂や登録・監査方法の見直しが頻繁に行われてきた。近年の主要な改革として、2000年のケア基準法（the Care Standards Act 2000）の制定とそれに伴う全国の事業者の

登録・監査を行う「全国ケア基準委員会」(National Care Standards Commission; NCSC)の設置、サービス毎の全国統一の最低水準を定める全国最低基準(National Minimum Standards)の策定を挙げることができる。その後、2003年の医療社会的ケア法(地域医療・基準法)(the Health and Social Care (Community Health and Standards) Act 2003)により、「全国基準ケア委員会」は廃止され、新たな機関「社会的ケア監査委員会」が創設された。「社会的ケア監査委員会」は、「全国基準ケア委員会」の業務であった事業者の登録・監査の他に、従来社会サービス監査局が担っていた地方自治体の社会サービスの監査、同監査局が監査委員会(Audit Commission)と共同で行っていた共同監査(Joint Reviews)の業務を行い、イギリスの社会的ケアに関する登録・監査を全て行う単一の機関であり、監査の権限が強化された。

ケアの基準にあたっては、ケア基準法(第22条)に基づいて大臣が制定し、法的拘束力をもつ「規定」(regulations)と、同法(第23条)に基づいて大臣が策定し、サービス毎の最低基準を定める「全国最低基準」(National Minimum Standards)の2つがある。後者の全国最低基準は、法的拘束力はないが、ケア基準法やそれに基づく規則をより具体化したアウトカム水準を示し、事業者・監査官・利用者らが事業者に求められるサービス水準を理解するのに役立つともに、質の向上を促進するツールとなることが期待されている<sup>21</sup>。また、ケア基準法に基づき、全ての事業者は社会的ケア監査委員会の登録・監査が義務づけられるが、登録・監査の際に全国最低基準の遵守に関する情報は考慮されるとともに、いずれかの基準が達成されていない場合には、社会的ケア監査委員会による改善指導や登録抹消も含めた段階的な制裁措置が講じられる。

高齢者ケア施設に関しては、児童や障害者等も含めたケアホーム全般に適用される「ケアホーム規定」(Care Home Regulations 2001)と「高齢者ケアホーム全国最低基準」(表4)があり、岩間<sup>22</sup>の整理によれば、前者(37条からなる7章構成)は「概括的・抽象的」、後者(38項目が7つの大項目に構成)は「包括的・詳細・具体的」な内容である。さらに、2007年、全国最低基準に関して事業者や監査官が共通した解釈をおこなうことを目的としてガイダンスが公表されている。例えば、「高齢者ケアホーム全国最低基準」のガイダンス<sup>23</sup>をみると、各基準に関連する「ケアホーム規定」とその付則、その他関連する文書や法規に関しての最新の情報がネット上で確認できるようになっている。つまり、事業者は、ネット上でそれぞれの基準についてどの法令や公文書を遵守すればよいのかを素早く確認できるとともに、それぞれの法令および公文書の更新情報を入手できる。

以上から、イギリスのケア基準に関しては、法的拘束力はない全国最低基準がケアの質を規定する最も基本的かつ具体的な規則であり、その遵守が、実質的には事業者に要請されているといえる。オーストラリアの高齢者ケア施設の評価基準のような法令遵守のみを目的とした基準(項目)はないものの、全国最低基準の各基準に関して求められる全てのルール(関連法規やガイダンス、公文書等の遵守)がひとつの表で確認でき、それらの遵守(コンプライアンス)が事業を運営するための要件となっている。



表Ⅱ-4. イギリス 高齢者ケアホーム最低基準

大項目	番号	主要基準	基準	小項目
1 施設の選択	1		情報	3
	2		契約	2
	3	○	ニーズ・アセスメント	5
	4		ニーズの充足	4
	5		試行的な訪問	3
	6	○	中間的ケア	5
2 医療および対人ケア	7		サービス利用者計画	6
	8	○	医療的ケア	13
	9	○	投薬	11
	10	○	プライバシーと尊厳	7
	11		末期と死	12
3 日常生活および社会的活動	12	○	社会的接触と活動	4
	13	○	コミュニティとの接触	6
	14	○	自律性と選択	5
	15	○	食事と食事時間	9
4 苦情および保護	16	○	苦情	4
	17		権利	3
	18	○	保護	6
5 環境	19	○	建物	6
	20		共有設備	7
	21		トイレおよび洗濯設備	9
	22		改造と福祉機器	8
	23		個人の居室:面積の要件	11
	24		個人の居室:家具・調度類	8
	25		サービス:暖房と証明	8
	26	○	サービス:衛生と感染予防	9
6 職員	27	○	職員配置	7
	28	○	資格	3
	29	○	採用	6
	30	○	職員研修	4
7 マネジメントおよび運営(アドミニストレーション)	31	○	日常の業務運営	8
	32		エートス	8
	33	○	質の保証(Quality Assurance)	10
	34		財務手続き	5
	35	○	利用者の金銭	6
	36		職員へのスーパービジョン	5
	37		記録	3
	38	○	安全な業務実践	9
主要指標数		21	小項目数	248

## (2) 監査の実効性の確保のための 2006 年度以降の改正

社会的ケア監査委員会は、2004 年 12 月に草案「よりよい生活のための監査」(Inspecting for Better Lives) により監査の改革について提案し、広く意見を聴取した結果を踏まえ、2005 年 7 月に報告書「よりよい生活のための監査—変化を生み出す」(Inspecting for Better Lives-Delivering Change)<sup>24</sup>を公表した。その結果、社会的ケア監査委員会の登録・監査の方法やプロセスに関して 2006 年度から順次、大幅な見直しが行われることとなった。内容は次の 5 点に整理できる。

### ① 監査の焦点化・柔軟化

それまで施設(ケアホーム)に対しては、最低年 2 回(うち 1 回は予告なしが望ましい)の監査が義務づけられていたが、全ての施設に対して同様な監査が同じ頻度で行われていた。今回の改正によって、監査は 3 つの種類に分けられ、施設の質がどう判断されるかによって監査の頻度も異なることとなった。

まず、監査は「主要監査」(Key Inspections)「無作為監査」(Random Inspections)「テーマ別監査」(Thematic Inspections)の三種類に分類される。

「主要監査」は、提供されるサービスの質とリスクを評価する、文字通り主要な監査である。全国最低基準のうち「主要基準」(key standards)に係わる結果は、「主要監査」の中で必ず報告される。「主要監査」は通常予告なく行われ(訪問の数時間前に電話等で予告される)、頻度は、その事業者のサービスの質やリスクの評価の結果により、1 年に数回から 2～3 年に 1 回と差が設けられる(表 5)。ただし、新規の事業者やサービスは、最初の半年間に必ず受けなければならない(これをベースライン評価ともいう)。

「主要監査」には 6 段階[a.計画化と証拠(利用者やその家族の苦情・懸念・弁明、インシデント、事業者の自己評価、以前の監査報告書等)の調査、b.利用者の関与(郵送で利用者調査を行うこともある)、c.訪問審査(利用者や職員との面談や観察も含まれる)、d.証拠の統合、e.アウトカムに関する判断の決定、f.質に関する 3 つ星評価(quality rating)の決定、g.報告書の公表と終結]のプロセスが規定されている。

段階 f の 3 つ星評価にあたっては、基準毎に判断されるのではなく、基準の 7 つの大項目(アウトカムグループ)毎に星の評価(Poor, Adequate, Good, Excellent)が行われ、最後に施設全体の星の評価が決定される。なお、この 3 つ星評価に関しては、2008 年 1 月から、アウトカムグループ毎に新しいアウトカムの記述(各グループのアウトカムを文章で説明したもの)が採用され、また 3 つ星の公表が開始された。

尚、2 つ星(Good)や 3 つ星(Excellent)と判断された事業者は、翌年あるいは翌々年まで「主要監査」を受けないことになる。その場合は、訪問を伴う監査は行われませんが、事業者の年次クオリティ・アシュアランス評価(後述)、利用者や関係者からの意見、懸念等の情報から、質が判断され、年次サービスレビュー(Annual Service Review)が作成される。これは、事業者のサービスの質が前回の「主要監査」から変更していないことを保障するものであり、もし何らかの質の低下が疑われる場合には、訪問監査が実施される可能性もある。

表Ⅱ-5. 3つ星評価の条件と監査の頻度

星の評価	判断の条件	主要監査の頻度
☆☆☆ 3つ星 Excellent	サービスが完全ではなくても、かなり良好で、良くマネジメントされており、高い業績結果を継続している機関（ABCDの条件を兼ねる） A. アウトカムグループが1つでも Poor であれば3つ星にならない B. ケア、苦情・保護、マネジメントに関する分野が Good より上 C. アウトカムグループの半分以上が Good か Excellent D. 良い業績が継続していることを前提とするため、登録後最初の主要監査では Excellent となりえない	最低3年に1回
☆☆ 2つ星 Good	いくつかの Excellent のアウトカムをもっている場合もある（ABの条件を兼ねる） A. アウトカムグループが1つでも Poor であれば2つ星にならない B. ケア、苦情・保護、マネジメントに関する分野が Good より上 C. アウトカムグループの半分以上が Good より上	最低2年に1回
☆ 1つ星 Adequate	いくつかの Good あるいは Excellent のアウトカムをもっている場合もある（ABの条件を兼ねる） A. ケア、苦情・保護、マネジメントに関する分野が Adequate より上 B. アウトカムグループの半分以上が Adequate より上	最低1年に1回
星なし Poor	いくつかの Good あるいは Excellent のアウトカムをもっている場合もあるが、おおむね業績は低い。安全なサービスとは認められない。 ① ケア、苦情・保護、マネジメントに関する分野で1つ以上のアウトカムグループが Poor、もしくは ② 1つ星～3つ星の上の規定に該当しない	年2回

「無作為監査」や「テーマ別監査」は、「主要監査」に比べれば、規模の小さい、焦点化された評価であり、いつでも容易に予告なしに行われる可能性があるために、事業者が注意を怠ることなくサービスの質を継続することが期待されている。「無作為監査」は、苦情や懸念等の利用者やその家族からの表明、またリスク評価等により安全面で懸念される施設に対し、フォローアップとして行われる。それ以前に監査した際に明確になった問題がどの程度改善されているかをみる場合、あるいは管理者の交代やサービスの変更があった場合等を実施される（Good あるいは Excellent の評価を受けていても実施される場合もある）。通常は予告なしで行われる。

「テーマ別監査」はある特定の問題に関する情報を収集するために行われ、その結果を基に全国的な報告書及び施設毎の個別の報告書が作成される。2006年度に導入され、その後2008年1月現在までに2つのテーマ〔施設の選択（入居者が入居の際施設を選択するための適切な情報が与えられていたか）と認知症高齢者が受けているケアの内容〕について実施された。今後、投薬や栄養に関するテーマも予定されている。

## ② 自己評価の義務づけ

社会的ケアの事業者は、従来も自己評価を行うことを推奨されてきたが、どのような方法や書式を利用するかは事業者に任せ、全国共通の統一した自己評価のための書式はなかった。今回の改正により、従来の「監査事前の質問票」に代わり、毎年1回、全ての成人ケアの登録事業者は、年次クオリティ・アシュアランス評価(Annual Quality Assurance Assessment; AQAA)の提出を義務づけられることとなった。

年次クオリティ・アシュアランス評価は、「自己評価」(self-assessment)と「データ・セット」(data set)の2部構成である。第1部の「自己評価」は、全国最低基準の各アウトカムグループについて、どの程度利用者のニーズを充たしていると事業者が判断するかが問われる。第2部の「データ・セット」は、サービスに関する基礎的な事実や数について報告するものであり、全国のデータを収集するためにも活用される。具体的な質問項目は表II-6の通りである。

## ③ 認知症等の障害をもつ高齢者に対する監査の工夫

利用者の意見を評価結果に反映することは、今回の改正において重視されている点であり、利用者を「専門家」(Experts)として評価に関与させる等の方法が採用されている。ただし、認知症や知的な障害を持っている高齢者は、意見を表明することができず、サービスについてどのように感じているかを判断することは困難であった。

しかし、今回、ブラッドフォード大学で開発された新たな手法「監査のための短期観察枠組み」(Short Observation Framework for Inspection; SOFI)が導入された。この枠組みは、監査官が訪問監査の際、ラウンジ等の共有スペースで2時間程度観察をおこない、動作や表情を手がかりに入居者の心的状態を推し量り、それに対して職員がどのようにうまく対応しているかを評価し、記録するものである。項目は、「入居者のウェルビーイングの一般的な状態」「環境(他者、活動、物)に対する働きかけ」「職員との相互作用」と大きく3つに分かれ、監査官は訓練を受けた後にこれを使用することができる<sup>25</sup>。

表Ⅱ-6. 年次クオリティ・アシュアランス評価の項目(2007年10月改訂版)<sup>26</sup>

第1部 「自己評価」

1. 利用者の意見 (利用者の意見をすくいあげ、活動に反映するためにおこなっていること/利用者の意見を基におこなったサービスの変更や今後変更する予定のこと)	
2. 公平性と多様性 (民族、性、同性愛志向、障害、年齢、宗教、信念等の多様性について配慮しおこなっていること/公平性と多様性を促進するためにおこなったサービスの変更や今後変更する予定のこと)	
3. 改善への障害 (過去12ヶ月に改善したいと考えた程改善できなかったこと/これらの障害の影響を縮小するためにおこなったこと)	
4. 費用に対する効果(バリュー・フォア・マネー) (バリュー・フォア・マネーを実現できていると考える理由)	
アウトカムグループ	各グループについて記述する
1 施設の選択	・できていること
2 医療および対人ケア	・できている証拠
3 日常生活および社会的活動	・改善が必要なこと
4 苦情および保護	・過去1年間にどのように改善したか
5 環境	・次の1年間の改善計画
6 職員	全体の要約
7 マネジメントおよび運営	・できていること ・過去1年間にどのように改善したか ・改善が必要なことと、それをどのようにおこなっていくか
追加的情報	
利用者に関する個別情報(社会的ケア監査委員会の方が利用者調査等をおこなう場合に必要とする情報)	

第2部 「データ・セット」

1~6 職員 人数・配置・シフト・離職者数、資格と研修、職員の年齢・性・民族、雇用時の犯罪歴の審査
7~17 サービス 機器のメンテナンス、危険物、投薬、感染症コントロール、各手順に関する方針・手続き・マニュアルの有無と最後に見直しされた月日、利用者の人数(入所・退所・短期入所者数)、(重度の)介護ニーズをもつ利用者数(寝たきり、認知症、失禁、入浴介助等)、利用者に関する情報(性・民族・宗教・性的志向等)、苦情や保護を受けた利用者数・死亡者数、利用者の契約(公費または自費)、ケアとサポート(自治体や医療機関との連携)

#### ④ 是正措置

2006年のケア基準法の規定改正 (the Care Standards Act 2000 (Establishments and Agencies) (Miscellaneous Amendments) Regulations 2006) により、同年7月以降、質の低事業者に対する改善計画の提出が義務づけられ、それに従わない場合には、起訴を含む法的手段がとられることとなり、是正措置が強化された。

是正措置の段階は図Ⅱ・1に示す通りであるが、主要な段階は次の4つである。

##### a. 改善要請

事業者に対し、48時間以内または、定められた期限までの改善を求める。

これを「緊急の要請」(immediate requirement) または「要請」(requirement) といい、通常は一度のみである(改善されなければ次の段階へ進む)が、事業者の方に正当な理由がある場合には繰り返し行われる場合もある。

##### b. 改善計画の提出

3つ星監査で、質が低い(Poor)と判断された事業者は、改善計画の提出が義務づけられる。尚、適切(Adequate)の場合も、監査官が必要と判断した場合には改善計画の記入を求められる場合もある。改善計画には、監査官が要改善とした事項について、「定められた期限までに全ての条件を充たすためにどのような改善行動をとるのか」「改善行動を成功させるために何をするか」「改善行動が終結する日時」「具体的な行動の担当者」「改善計画に関する総責任者」を記入しなければならない。

##### c. 警告文書

サービスの質が低く、改善されない場合には、必要な改善が期限内にとられない場合には法的措置をとるという警告文書を事業者に送付する。

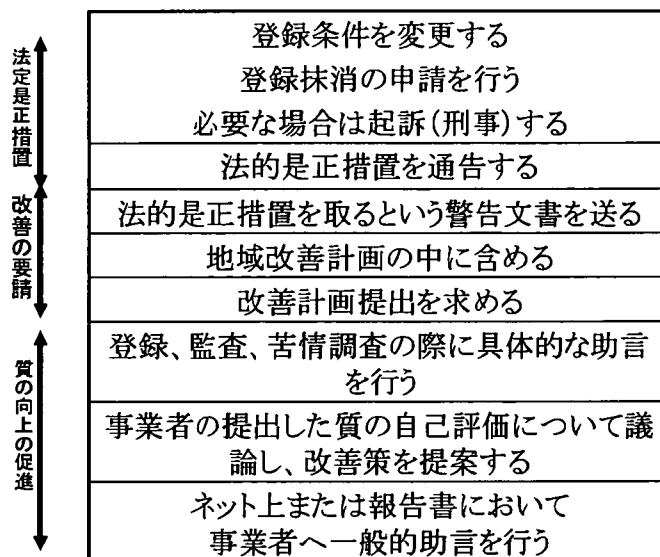
##### d. 法定是正措置

改善要請が充たされない場合には、「法定是正措置通告」を発行し、「公式の勧告」や犯罪と考えられる場合には起訴をおこなう。また、登録条件の変更(定員数を減らす、サービスの登録のカテゴリーを変更する等)、登録取り消しをおこなう場合もある。深刻な状況の場合に施設の閉鎖もありえるが、このような場合は事前に利用者への影響を十分に検討する。

事業者が正当な理由があり、失敗について自ら報告した場合には、是正措置は行われな  
い。また、監査官は「マネジメント・レビュー会議」によってどのような是正措置をとる  
かを議論し、判断の正当性を検討する。どの是正措置がとられるかは、法的な義務・要件  
をどの程度充たしていないか、利用者への影響の程度はどの程度か、事業者がどのよう  
に改善要請や勧告に対して対応するかによって判断される。2006年度に事業者が実際に起訴  
された場合の理由の多くは、法令遵守違反または、無登録でサービスを運営した場合であ  
った。

また、事業者は、新しいサービスの登録申請を拒否されたり、既存の登録を抹消された  
場合に上訴することができる。2006年度は、新規50件の上訴があり、うち37件は2007  
年度以降に継続している。

図Ⅱ-1. 是正措置の段階<sup>27</sup>



(3) コンプライアンスのための支援

① 行動規範 (Code of Practice)

2000年のケア基準法によって、社会的ケア従事者の登録・研修のための全国的な機関として、「社会的ケア総合委員会」(General Social Care Council: GSCC)が創設され、それに伴い、社会的ケアの従事者並びに雇用者に対する全国レベルの行動規範(Code of Practice for Social Care Workers, Code of Practice for Employers of Social Care Workers)が2002年に公表された。

② 苦情解決制度

2006年度から、苦情解決プロセスを3段階から2段階に簡略化し、これにより、苦情の解決がより迅速に行われるとともに、必要な場合には、議会オンブズマンに送ることができるようになった<sup>28</sup>。また、社会的ケア監査委員会の内部方針によって、情報を苦情、懸念(心配)、弁明の3種類に分け、関係者のいずれ(自治体、警察、事業者、社会的ケア監査委員会等)が対応すればよいのか、苦情に係わる情報の種類とそれぞれの担当部署の責任を明確化した。新たな手続きでは、こうした情報を事業者に渡し、調査とフォローアップを行うとともに、虐待に関する弁明については、自治体の保護チームに送られることとなった。

2006年度、全国苦情解決サービス部局(national Complaints Review Services)が扱った苦情の件数は236件であり、そのうち107件が見直しの対象となった。またその中の30件が議会オンブズマンに送られたことが報告されている。さらに、懸念については全国で13,706件が寄せられている。

## 5 まとめ

以上から、前述の OECD 報告書にも言及されているとおり、オーストラリア及びイギリスにおいて、近年、介護事業者のコンプライアンス体制確保に向けた大きな改正が行われていることがわかる。それらは以下の3点に整理できる。

まず、評価基準に法令遵守の視点が強く盛り込まれている点が挙げられる。オーストラリアの認証基準においては、全44項目の中に「法令遵守」に関する4項目を設けて、その仕組みの有無だけでなく、事業者のコンプライアンス体制が有効に機能しているかどうかも認証のプロセスの中で問われる。またイギリスの全国最低基準には、特に「法令遵守」に関する項目はないが、全ての基準にどの「法令遵守」が関係しているか、最新の情報が確認できるようになっており、基準をベースに関連法令や規則の周知の徹底を事業者に図り、その遵守を求めている。

次に、評価（質のモニタリング）の実効性の確保のために、事業者の質改善プロセスを透明化する自己評価を義務づけるとともに、利用者の意見や苦情等を監査や認証プロセスに組み入れていることが特徴的である。事業者には、継続的質改善およびコンプライアンス体制を実現する業務管理体制を整えること、また文書審査や訪問審査時の職員・管理者への面接、利用者やその家族からの意見聴取の機会を通してそれが機能していることを証明することが求められる。また、ネット上の公開も進んでいる。オーストラリア、イギリス共に、施設に対する第三者評価機関の詳細な監査報告書がネット上で確認できるほか、イギリスではわが国の「情報公表制度」に類似した事業者の基本情報（ケアサービス・ディレクトリ）が確認できる。さらに、イギリスでは、今後、事業者の3つ星評価が公表される予定である。このように施設のサービスの質や業務体制に関する情報公開が進むことは、利用者やその家族のみならず、市民の目による質の監視を可能にする前提といえる。

最後に、コンプライアンス違反に対する制裁措置が明らかに強化されつつある。改善指導から法的是正措置まで、質の低下や法令違反への対処が段階的に整備され、遵守されない場合には当局が強い権限を以て対応にあたる。オーストラリアでは、担当省庁である高齢化ケア省に質とコンプライアンスのための専門局が設けられ、高齢者ケア基準認証機関の勧告を基に是正措置の手段を検討し、実施する。イギリスでは、2006年の法律改正により、省外の公共団体（Non-Departmental Public Body; NDPB）である社会的ケア監査委員会が強い権限をもち、法定是正通告や起訴等の処分を行えることとなった。実際に起訴まで至った事例もあることから、コンプライアンス違反には厳しい処分を行っていることが伺える。また、オーストラリアでは、コンプライアンス違反等のプロセスにおいて、ネット上でどの事業者がいつどのような違反がありどのような指導を受けているのかを確認でき、透明性が確保されている。

また、事業者が法令を遵守し、質を確保するためのインセンティブが設定されていることも重要である。オーストラリアでは、認証を補助金受給の要件とし、事業者に認証のための準備を通して質改善を要求し、表彰制度等を広く行い、ベスト・プラクティスの普及を図っている。またイギリスでは、監査の効率性・有効性を高めるために、監査の選択と集中を行い、質の良い事業者には、監査の簡略化と監査の頻度の削減を行い優遇している。



これらの取組は、介護事業者の有効な事後規制のための方策として、わが国の今後の制度設計にも参考になると思われる。

---

<sup>1</sup>本稿は、財団法人シルバーサービス振興会「平成19年度介護サービス分野における経営品質の評価指標に関する調査研究事業委員会」（小山秀夫委員長）に報告したものに加筆修正部分がある。

<sup>2</sup> Oxford University Press, Oxford Advanced Learner's Dictionary 7th edit, 2005

<sup>3</sup> 高巖, コンプライアンスの知識, 日経文庫, 2003, p38

<sup>4</sup> 浜辺陽一郎, コンプライアンスの考え方, 中公新書, 2005, p8

<sup>5</sup> 浜辺, 前掲書, p8

<sup>6</sup> 介護事業運営の適正化に関する有識者会議, 介護事業運営の適正化に関する有識者会議報告書 (2007年12月3日)

<sup>7</sup> 小山秀夫, コンプライアンス経営, 日本医療・病院管理学会誌, 45(1), 1, 2008

<sup>8</sup> 本間郁子, 五味祐子, 浦野正夫, 鼎談・福祉事業者のコンプライアンスを問う, 月刊社会福祉, 12, 12-17, 2007

<sup>9</sup> 平野厚, 福祉事業者のコンプライアンスとは, 月刊社会福祉, 12, 18-21, 2007

<sup>10</sup> OECD, Long-term Care for older people, OECD, 2005 (加盟国19ヶ国の高齢者介護政策の改革に関して2001年から2004年にかけて調査をおこない、トレンドを分析したもの)

<sup>11</sup> 川名紀美, 「どこも同じ」の安心感-オーストラリアの高齢者施設に学ぶ, 月刊介護保険, 134, 43, 2007

<sup>12</sup> Braithwaite, J., Regulating nursing homes; The challenge of regulating care for older people in Australia, BMJ, 323:443-446, 2001

<sup>13</sup> 長澤紀美子, オーストラリアの高齢者ケアにおける質の規制-認証制度を中心に-, 高知女子大学紀要社会福祉学部編, 57, 2008

<sup>14</sup> 3年の有効期限をえられるためには、44項目の殆どが達成され、入居者の健康・安全・ウェルビーイングを損なうような違反がなく、既に「遵守されていない」と判断された項目を短期間で修正しており、高齢者ケア法のもとでの他の重要な責務に対する違反がない、という条件を充たしていることが必要である。

<sup>15</sup> The Aged Care Standards and Accreditation Agency, Results and Process Guide, 2006

<sup>16</sup> The Aged Care Standards and Accreditation Agency, Audit Handbook for Assessors, 2005

<sup>17</sup> 質監査官の遵守の判断には、その問題が入居者にどのような影響を及ぼしているか、実践に関して職員の知識があるか、それに関する研修体制や（外部も含む）専門家や専門職を活用しているか、文書化された証拠や記録があり他の情報源と一貫性があるか、面接や観察時において入居者やその代弁者、職員からどのような意見を聞いたり、どのようなことを観察したり耳にしたかといったポイントによっても判断される。（*ibid.*）

<sup>18</sup> The Aged Care Standards and Accreditation Agency, Decision to Accredite, Redland Bay Nursing Home, ACSAA, 2005

<sup>19</sup> Commonwealth of Australia, Code of Ethics and Guide to Ethical Conduct for Residential Aged Care, Commonwealth of Australia, 2001

<sup>20</sup> Commonwealth of Australia, Report on the Operation of the Aged Care Act 1997-1 July 2005- to 30 June 2006, Commonwealth of Australia, 2006

<sup>21</sup> 岩間大和子, 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-, レファレンス, 2005.10

<sup>22</sup> 岩間, 前掲書 p.29

<sup>23</sup> CSCI, Care Homes for Older People Guidance Log, CSCI, 2007

<sup>24</sup> CSCI, Inspecting for Better Lives-Delivering Change, CSCI, 2005

<sup>25</sup> CSCI, Guidance for Inspectors: Short Observation Framework for Inspection, CSCI, 2007

<sup>26</sup> CSCI, Annual Quality Assurance Assessment: Care homes for older people, Part1:Self Assessment, Part2:Data Set, CSCI, 2007

<sup>27</sup> CSCI, Policy and Guidance: Enforcement Policy, CSCI, 2006

<sup>28</sup> CSCI, Annual Report 2006-07, CSCI, 2007

## 第Ⅲ章 介護老人保健施設における経営と管理者の業務実態 に関するアンケート調査

### 1. 調査の目的

介護老人保健施設が、社会的責任を認識し、地域社会に一層役立つために、どのような制度変化が有用で、どのようにコンプライアンス経営を進めることが望ましいのかという観点から、介護老人保健施設の現状と課題を把握することを目的とし、介護老人保健施設における経営と管理者の業務実態に関するアンケート調査を実施した。

### 2. 調査方法

調査は平成 20 年 2 月の 3 週間に行い、全国老人保健施設協会会員施設 3,290 施設に対して調査票を送付し、最終的な回答施設数は 1,066 施設、回収率は 32.4%であった。

調査結果は、Microsoft Excel、SPSS 等によって解析を行った。

### 3. 収集された施設の概要

#### (1) 所在地

収集された施設について、その所在地を都道府県別に見てみると、最も収集が多かった都道府県は東京都が 49 施設 (4.6%) で、次に神奈川県が 45 施設 (4.2%)、大阪府が 43 施設 (4.0%)、福岡県が 40 施設 (3.8%)、愛知県が 40 施設 (3.8%)、兵庫県が 36 施設 (3.4%)、広島県が 36 施設 (3.4%) と続いた。

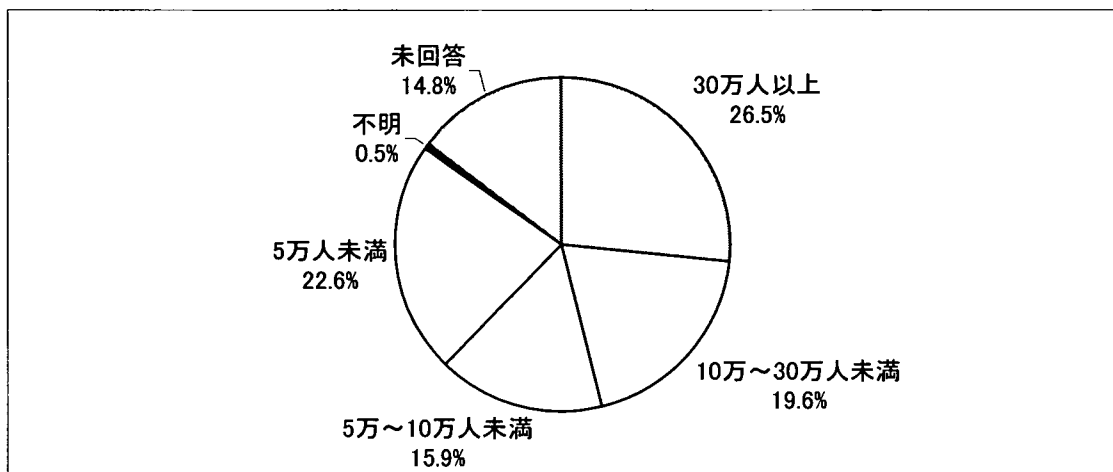
表 III-1 収集された施設の所在地(都道府県別)

	N	%		N	%
北海道	35	3.3	滋賀県	11	1.0
青森県	13	1.2	京都府	22	2.1
岩手県	26	2.4	大阪府	43	4.0
宮城県	15	1.4	兵庫県	36	3.4
秋田県	5	0.5	奈良県	14	1.3
山形県	8	0.8	和歌山県	7	0.7
福島県	17	1.6	鳥取県	11	1.0
茨城県	17	1.6	島根県	17	1.6
栃木県	15	1.4	岡山県	15	1.4
群馬県	20	1.9	広島県	36	3.4
埼玉県	34	3.2	山口県	16	1.5
千葉県	26	2.4	徳島県	14	1.3
東京都	49	4.6	香川県	14	1.3
神奈川県	45	4.2	愛媛県	25	2.3
新潟県	32	3.0	高知県	11	1.0
富山県	10	0.9	福岡県	40	3.8
石川県	10	0.9	佐賀県	6	0.6
福井県	17	1.6	長崎県	14	1.3
山梨県	11	1.0	熊本県	25	2.3
長野県	22	2.1	大分県	14	1.3
岐阜県	24	2.3	宮崎県	9	0.8
静岡県	19	1.8	鹿児島県	17	1.6
愛知県	40	3.8	沖縄県	9	0.8
三重県	14	1.3	未回答	116	10.9
			合計	1066	100

## (2) 所在市町村の人口

収集された施設の所在市町村の人口について、「30万人以上」が最も多く 283 名 (26.5%)、次に「5万人未満」が 241 名 (22.6%)、「10万～30万人未満」209 名 (19.6%)、「5万～10万人未満」170 名 (15.9%)、「未回答」158 名 (14.8%)、「不明」5 名 (0.5%) の順になっていた。

図 III-1 施設の所在市町村の人口



## (3) 施設の法人格

収集された施設の法人格については、「医療法人」が最も多く 684 名 (64.4%)、次に「社会福祉法人」173 名 (16.3%)、「不明」87 名 (8.2%)、「社団・財団法人 (民法法人)」53 名 (5.0%)、「地方公共団体(都道府県・市町村)」33 名 (3.1%)、「その他」19 名 (1.8%)、「公的・社会保険関係団体」13 名 (1.2%) と続いた。

図 III-2 施設の法人格

