

〔論 文〕

イングランドにおける高齢者ケア政策と規制に関する研究

山 本 隆*¹、山 本 恵 子*²

はじめに

わが国では、急増する高齢者のための介護や医療について、どのように対応するのが問われている。福祉国家の元祖である英国でも高齢化のインパクトは大きく、豊かな老後生活は国民にとって切実な願いとなっている。福祉国家は第二次世界大戦後、平等型国家の草分けとして注目された。その後官僚制型・ヒエラルキー型の運営は批判を受けるようになり、1980年頃に転換期を迎えることとなった。

1980年以降では、国家ガバナンスのあり方は変容し始め、規制緩和や民営化が実施されていった。すなわち、再分配的な要素を含む制度政策は限定されるようになり、代わって公共セクターに市場原理を導入するという大きな転換が図られたのである¹⁾。

公共サービスにおける「購入者 (purchaser)」と「供給者 (provider)」の分離は準市場 (quasi-market) をつくり出し、購入者が供給者を選択することで競争原理を機能させていった。国はもはや公共サービスの独占的な「供給者」ではなくなり、民間アクターが供給者の役割を担うという過程において、国家は「規制国家 (regulatory state)」へと変容していったとみられる。

規制国家は、規制を通して市場の調整を図り、サービス水準の設定、情報の非対称性の克服、アクセスの保証などを行う。そのスタイルは多数決決定ではなく専門職者による運営が主流となると言われている。

英国では社会福祉を“ソーシャルケア”と呼ぶ

が、この分野では、1993年頃まで地方自治体がサービスを直接的に供給していた²⁾。いわゆるコミュニティケア改革の後、自治体は直営から民間委託に切り替え、コミッショナー (調達者) または規制者 (regulator) へとその機能を変貌させていった。

1990年代からサービスは増え始めたが、事業者間の競争はケアの質を向上させるものと国民から期待された。この時期、ソーシャルケアの分野で非営利セクターと民間企業セクターの双方は地方自治体の契約を求めて“競争”に挑んでいったが、今日民間企業セクターが市場を席捲するに至っている。

ただし最近では、施設を中心にサービスの質の劣化が報告されている。入居者の尊厳は守られておらず、虐待のケースも報告されている。財政緊縮、高齢化によるニーズ増大のなかで、英国の高齢者ケア政策はどこに向かっているのか。規制をキーワードにして、英国の高齢者ケア政策の動向を考察する。

I 福祉国家から規制国家へ

1980年代以降、西欧諸国の国家形態やガバナンスのあり方は変容していった。戦後のケインズ主義的福祉国家は、産業の国有化、官僚制によるヒエラルキー的ガバナンスを特徴としたが、それが大きな転換を迫られることになった。

この時代の変化は、主として規制緩和や民営化、ヨーロッパ統合 (EC/EU) の進展だとする見解がある。EUにおいては、財政支出を伴った再分配的な要素を持つ制度政策は、農業政策や地域

キーワード：規制、市場化、CQC

*1 関西学院大学人間福祉学部教授

*2 神奈川県立保健福祉大学教授

再生政策などに限定されていった。

ヨーロッパでは市場統合の進展に伴い、公共政策、環境問題などにおいて規制が始まり、加盟各国の制度政策のヨーロッパ化がみられるようになった。民営化や規制緩和のガバナンスの動きをみると、その背景には、中央政府から独立したエージェンシー（agency）の設立がある。

準市場（quasi-market）は、先に述べたように、公共サービスにおける「購入者」と「供給者」との分離（purchaser provider split）を意味し、購入者が供給者を選択することで競争原理を成立させている。この市場化こそが、福祉国家から規制国家への変容の後押しをしたのである。公共サービスの市場化の弊害をチェックするのがエージェンシーであった。

規制は市場の安定化や市場の管理という役割を担う。規制機関は専門家を配置し、競争の原理による効率的な成果を誘導する。再分配、安定化の政策をとる福祉国家から、規制政策をとる国家の時代へ移行し、福祉国家モデルから規制国家へと国家介入のパターンが変化しているのである³⁾。

規制国家は福祉国家にとって代わり、それは市場の操作にかかわり、中心的な規範として効率性を重視する。その特徴は、技術専門家が社会的に最適な解決策を検討する非多数派（non-majoritarian）の機関にあるとされる。

マヨーネは以下のように述べている。

市場の国際化に伴う国家の能力の低下は、国内の福祉プログラムの財源調達において、特に経済的な「境界の管理（boundary control）」、伝統的な「国際的」商業活動を超えて、国境を越えた事業利益を生み出し、国家の強まる財政ストレスが特定の政策アイデアの魅力を倍加させ、「積極国家」から規制国家への変遷の要因になっているという（Majone 1997）。

特に英国においては、疑似的に独立した規制機関が設けられることにより、公共サービス供給が民間サービスに大胆に切り替えられている。規制国家の下では、専門家の自己統治が規範とされ、新たな規制アプローチとしてモニタリング、ベンチマーク、情報型監査システムが試行されてい

表1 福祉国家と規制国家の比較

	福祉国家	規制国家
役割	税制と社会給付制度を通じた市場の生産物の再分配	市場の操作（operation）に関わる 市場の形成における規制
エトス	平等	効率性
手法	多数決決定 多数決決定をめぐる政治的対立が中心	テクニカルな専門家が社会的に最適な解決を考える 市場の調整を図る 水準の設定、情報の非対称性の克服、アクセスの保証をする

Lodge（2001）に基づいて筆者作成

る。

もちろん規制国家に対する批判はある。第一には、購入者である行政は供給者間の競争を促進していないとする批判がある。第二には、政治的責任性、すなわち正当性の欠如に対する市民の不満がある。第三には、普遍的サービスの弱体化など、ネオリベ的な規制改革に批判の目が向けられている。規制国家の時代では、市民権と正当性が危ういとして疑問が持たれ、福祉国家の伝統的な政策手段から離れて、技術的な政策転換につながったと認識されている。次の章からは、これらの批判が妥当であるのかを検証するために、ソーシャルケアの市場化の動向と規制機関についてそれぞれ検討していく。

II 福祉の市場化政策

コミュニティケア改革の推進と準市場の導入

社会福祉における準市場の導入は、1990年に成立し1993年に施行された「国民保健サービスおよびコミュニティケア法（NHS and Community Care Act）」（以下、1990年法）を通して具体化された。1990年法の骨子は、①地方自治体はコミュニティケア・サービスの提供に関して非営利および営利の民間供給者と必要な取り決めを結ぶ権限を持ち、②地方自治体は地区保健当局などの関係機関の意見を聴取したうえで、コミュニティケア計画を作成し、定期的に改訂し、③地方自治体はコミュニティケア・サービスの提供が必要と認められた者に対してニーズを判定し、その結果に

基づいてサービスの決定を行い、④地方自治体は不服関連手続きやコミュニティケア・サービスとして利用される公私施設に対して監査規定を設け、⑤地方自治体は精神障害者のケアプログラム関連の国庫補助に関する規定を設ける、というものであった。

1990年法により、地方自治体は住民のニーズに基づいた必要なサービスを調達する責任を負ったが、サービスの供給については自治体自らが実施する必要はなくなった。代わって、地方自治体はサービス購入機関となり、行政または民間のサービスの効果性、効率性を検討した上で、行政または民間からサービスを購入することとなったのである。この購入行為が市場化を具体化するものとなっていた⁴⁾。

この準市場の導入がコミュニティケア改革の最大の特徴である。1990年法の下で、社会福祉部はサービスの財源を負うこととなったが、サービス供給の中心からは後退した。代わって、サービス提供の大部分を民間営利または非営利の事業者から購入することとなったのである。この新しい体制は、先に触れたように、準市場の特徴である購入者／供給者の分離として知られるようになった。福祉行政においても、市場調査を開発し、契約文化を取り入れ、購入者／供給者の責任体制が組織にも取り入れられた。これらが準市場により創り出された環境の変化なのである。

購入者／供給者の分離をもう少し述べると、1993年からコミュニティ計画（Community Care Plan）が各自治体で策定公表されたが、その項目の中に購入者／供給者の分離、レジデンシャルホームとナースিংホームに関する民間セクターとの契約、アセスメントとケアマネジメントの実施が盛り込まれていた。コミュニティケア改革では地方自治体の条件整備（enabling）という役割が重視されたが、社会福祉部が関わる業務では、ニーズのアセスメント、サービス量の決定とその購入、サービスの供給体制の構築が重要であった。

ブレア労働党政権と福祉改革

1997年5月に政権の座についたブレア政府は「第三の道」を打ち出した。白書『社会サービスの現代化（Modernising Social Services）』はブレ

ア政治の基本姿勢を示すものであるが、監査委員会、社会福祉部、他の機関から構成される合同レビューの情報を重視し、福祉サービスが個々のニーズ、特に高齢者のニーズに応答的ではない実態を指摘していた。

監査委員会は利用者本位のシステムを構築するためにコミッショニング（commissioning）の改善を提案しており、自治体政策の中で、サービスの質と種類、運営における自治体間格差の是正を重要な課題に据えていた。これに対し多くの自治体は、歳入援助交付金（Revenue Support Grant, RSG）が抑制される中で、サービスの財源調達や、保健当局および住宅当局との協働態勢といった課題に直面していたのである。

ブレア政権時代における福祉改革の重要なポイントを挙げれば、それは市場原理の修正である。つまり、福祉における市場化アプローチを継承するものの、コミッショニングという規制業務によって市場原理を一定程度和らげようとしていたのである。保守党政府が業績評価とコスト抑制を徹底したのとは異なり、労働党政府はサービスの質とアカウントビリティの改善を求めている。政府は、規制を通して利用者保護と質の高いサービスを確保し、質の管理については合同レビューの実施、社会ケア訓練協議会（General Social Care Council）の設立、登録制と規制手続きの強化、社会サービス査察庁への権限の強化から取り組んでいった。

コミッショニングという業務を説明すれば、本来「調達」を意味する言葉である。社会福祉部はサービス調達の責任を持ち、モニタリング、レビューのための制度枠組みを設けて、業績評価体制（Performance Assessment Framework, PAF）の下で合同レビューを推進することになった。またベストバリュー（Best Value）という規制行政はブレア時代の中心的なもので、政府の指示により、自治体は費用効果的な質の良いサービスを提供していることを証明しなければならなかった。これらの点は後でも検討していく。

キャメロン保守党政権以降の政策動向

ここからは、保守党政権以降の政策動向を確認していきたい。2010年に、政府政策文書『成人

ソーシャルケアのビジョン (Vision for Adult Social Care)』が公刊されている。これはソーシャルケアと福祉多元主義を標榜しており、政府が在宅ケアおよび施設ケアにおいて、民間企業セクターに主要な役割を任せる方針を明確にしている。文書は次のように述べている。

ソーシャルケアには、すでにさまざまなサービス供給者がかかわっており、ボランティア・セクターや民間営利セクターもそこに含まれている。しかし、社会的市場を繁栄させるという私たちのビジョンを実現するためには、実施することはまだ残されている。その社会的市場とは、イノベーションが盛んに生じている領域である (para. 5.2)。

ポイントは、「個人、コミュニティ、行政機関、非営利セクター、民間企業セクター、コミュニティーセクターなど全員が協働する (para. 5.6)」ものとして、“パートナーシップ”が注目されている点である。他には、自治体直営のサービス供給のソーシャルケア予算に占める支出割合が高すぎるとして、地方自治体を批判している。

政府の見解は、「コミショニングとサービス供給に関する責任の分離が基本にされるべき」という点に集約される。この改革が「サービス利用者やケアラーへの選択の拡大、供給者間での競争促進に必須 (para. 7.16)」というのである。ただしこの点については、自治体間で大きな違いがすでに生じている。通常保守党系の自治体はサービスを入札方式で運営しており、労働党系の自治体は入札方式と直営方式を併用している。

医療ケアとソーシャルケアの共同や統合の推進は積年の課題である。同文書でも医療と福祉の共同を重視している。これまでも共同サービスの実現を図る方法として、共同アポイントメントや共同コミショニング、予算のプール化や連携化に関する議論とその実施があった。後述する2014年ケア法では、戦略的な方向が打ち出されている。(DoH, Vision for Adult Social Care, 2010.)

次に、2012年に制定された『医療およびソーシャルケア法 (Health and Social Care Act)』をみてみたい。同法は医療ケアの改善機能をプライマリー・ケア・トラストから地方自治体へ移す計画

を盛り込んでいる。この関連で、地方自治体が地方のNHSサービス、ソーシャルケア、医療ケアや関連するサービスのコミショニングを進める責任を負うとしている。

これらの機能については、地方自治体は域内で「共同戦略ニーズアセスメント (Joint Strategic Needs Assessment)」に主導的な役割を担い、「地方やコミュニティの組織のよりいっそうの参画の促進」と「さらなる地方での調整や業務の統合の機会」の提供といった点で優先順位づけの対象となる。(HMSO, Health and Social Care Act, 2012)

2012年には、白書『われわれの将来に向けてのケア (Caring for our Future)』が出されて、国の基本理念と政策枠組みを示している。

まず同白書の基本理念はウェルビーイングと自立の促進である。この目標を達成するために盛り込まれた内容は、マクロ・メゾとミクロのレベルの二つがある。

マクロ・メゾのレベルにおいては、ニードを最小限に抑えることを最重要視している。そのために、予防を強調している。この背景には増大する予算の問題がある。ニードを最小限に抑えるために、“需要”を必要以上に大きくせず、むしろ経済社会への貢献を検討している。すなわち、ケアビジネスの成長を支援し、市場・イノベーションを促進し、質の向上を図ることが国の目指すケア・システムとされている。また自己管理型のケアを推進化することも目指している。

一方、ミクロのレベルにおいては、個人の健康、ウェルビーイング、自立、権利を中心理念とし、尊厳と尊敬を重視することを明記している。また、パーソナライゼーションと選択をもたらし、充実した生活を実現し、社会とのつながりを保つことを奨励している。(HM Government, Caring for Our Future, 2012)

そして、ケア政策の集大成が2014年ケア法 (Care Act 2014) に盛り込まれている。同法が市場化に関連するのは、以下の項目である。

・市場の形成とコミショニング

第一に、コミショニングではアウトカムに焦点を当て、ウェルビーイングを促進するとしている。筆者としては、このアウトカムがどのような内容を持つものなのか、費用効果性・費用効率性

をより追求したものなのかが気になる。

第二に、質と持続可能性を推進できるように選択の幅を広げるとしている。この点についても質の向上をどのような方法で達成するのか、CQCの機能を強化することを意味するのかは明らかではない。そして選択についても、どのような方法で選択を拡充するのが問われる。

第三に、労働力の開発と給与を重視するとしている。同様に、どのようにケアワーカーを優遇するのか、どのように市場の枠内で給与改善を図るのか、公的予算をどのように増やすのか、今後の政策の詰めが必要となろう。この項目は、市場化とその管理という意味で特に注目される。

・事業破綻の処理

経営破綻が生じた際に、「代替することが困難 (difficulty to replace)」なケースが想定される。継続的なサービス利用のために、財務的健全性に対する新しい CQC の監視レジームをつくりだすとしている。この規制は、どの供給者がそのレジームに入るのかを定める基準を示している。

・ケアとサポートへの料金のあり方

料金の設定枠組みは 2015/16 年に明らかになるが、現行とは大きく変わらない。わずかな変更としては、ケアホームへの入居後の 12 週間は資産とは関係しないとしている。投資債券と先払いの葬儀計画にも言及している。入所施設を選択できるようになり、割り増しの支払い (top-up payment) を認めている。規制としては、経済状況のアセスメントのプロセスを明確にして、料金を課す権限の制限と入所施設を選択を設定している。

・後払い方式の取り決め (Deferred payment agreement)

ケアとサポートの費用を「後払い」で支払うことができるとしている。そのため、緊急時に自宅を売却する必要はない。通常延期できる金額は自宅のローン価値の割合に基づく。支払いができないリスクを相殺するために利息を課したり、コストを中立に保つ権限を設けている。

・パーソナル・パッケージ (個人予算)

地方自治体がニーズにみあった費用を設定するとしている。予算見積りのプロセスは透明性を持つ必要があり、他の公的資金と統合することは可能

だとしている (例えば、パーソナル・ヘルス・パッケージット) (HMSO, Care Act 2014 から)

保守党政権以降の政策動向をみてきた。英国研究者からの反応はどうであろうか。シェイピング・ライヴズ運動 (Shaping Lives) の主催者であり、ブルネル大学教授ベレスフォード (Beresford, P.) は、2014 年ケア法への評価は厳しい。同法においては、自立生活の概念や自立哲学を実現するには、戦略的アウトカムが欠如していると喝破している。(Slasberg, C. and Beresford, P., 2014, pp.4-5.) 方法論なきケアの法的集大成というわけである。

また、ロンドン・スクール・オブ・エコノミクス (LSE) のルイスらの現状批判も厳しい。ソーシャルケア市場には非効率や不公平があるために、ケアが必要な人たちに必ずしもサービスが届いていないという。(Lewis, J. and West, A., 2014, 14-15.) 政府はニーズ主導を掲げてはいるが、それは資源の制約に左右されるものであってはならない。

Ⅲ ソーシャルケアの市場の現状

英国における長期ケア (long-term care) の大部分は市場において供給されている。民間サービスを自前で購入する者と、公的財源に支えられたサービスを利用する者との両方が存在する。公的財源に支えられた長期ケアの大部分は地方自治体の責任の下で運営されている。

フォーダーらによれば、高齢者施設 (ケアホーム) の約 90% は独立セクター (independent sector) により提供されている。独立セクターは非営利機関や民間企業の双方を指すが、イングランドの場合では、サービスの供給の 5 分の 3 は独立セクターと契約して、サービスを供給している。残りの 5 分の 2 は、個人が自己負担という形で民間からサービスを購入している。(Forder, J. and Allan, S., 2011, p.3.)

原則として、介護施設では価格の規制はない。表 2 は、過去 20 年間におけるナースিংホームの 1 週間の平均的な料金を示している (価格は 2010 年 4 月に発表されたもの)。

公的な支援を受けるに当たって、利用料金には

表2 英国の介護施設における1週間の平均的料金（2010年4月の料金価格）

部屋の形態		1988年5月	2000/01年	2005/06年	2008/09年	2010/11年
レジデンシャルホーム	個室	301	350	462	499	502
	共同部屋	277	330	423	442	447
	平均	288	345	455	492	498
ナーシングホーム	個室	447	493	666	708	698
	共同部屋	387	457	583	613	612
	平均	412	484	653	696	693

出所：Forder, J. and Allan, S. (2011) Competition in the Care, Homes Market, A report for the OHE Commission on Competition in the NHS, p.8.

国の基準が適用される。利用希望者は経済的な状況が調査されるが、これまで資産の目安は2万3250ポンドで、それ以上の資産を保有する者は自己負担とされた。

2011年7月に、成人ソーシャルケアの財源に関する委員会の報告書が公表されている。政府はソーシャルケアの公平で持続可能な財源について同委員会に諮問し、その結果が注目されていた。ディルノット委員長は、イングランドに単一のシステムがない（各自治体に制度があるため152の制度がある）ことを問題視し、サービスが居住地のある地域によって左右されるのは不公平だと非難してきた。

施設入所の要件には国の決まりがあり、2万3,250ポンドの貯蓄と住宅を含む資産を持つ者は

全額を支払う。自治体は1万4,250ポンド以下の者に財政支援をするが、1万4,250ポンドから2万3,250ポンドまでは傾斜スケールで支払うことになる。

一方、在宅ケアの費用負担は自治体ごとに異なる。ただし基本は同じで、所得と資産に応じて料金を請求する。ほとんどの自治体は2万3,250ポンドと1万4,250ポンドの境界値を設けており、土地は除外している。所得に基づいた料金方式が地域ごとに異なるのである。

コミッショニングという業務がたびたび言及されているが、これはあるニーズが生じた場合、そのニーズに対応するためのサービスを調達する業務である。直営であれ、委託であれ、そのサービスを提供する主体を求めるのが、本来の役割であ

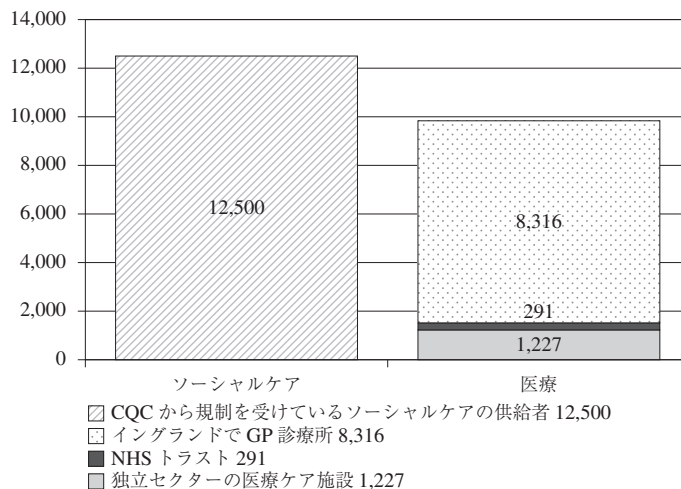


図1 供給主体の数

出典 Skills for Care, Adult Social Care in England, 2013, p.8.

る。日本流の民間委託とはニュアンスは異なるが、行政が民間の供給者にサービス調達を依頼することが多い。両者が合意に達すれば、供給者と委託契約を結ぶ。

コミッションングは一括購入方式をとることが多い。ただし、中には問題のあるサービス設定も含まれる。例えば「15 分間の在宅訪問サービス」はコストを減らすために設けてきたもので、自治体は短い時間帯を設定して、コストカットを誘導してきた。15 分間では事業者も利用者も時間に追われることになり、自治体担当者としてもコミッションングとケアの質とのジレンマを抱えてきた⁵⁾。

ケアの種類は施設ケア、看護つき施設ケア、在宅ケア、補助つき在宅生活、パーソナルアシスタントなどさまざまである。英国の特徴は多元的な供給主体が存在し、多国籍企業から地元零細事業者までさまざまな組織が存在する。スキルズ・フォー・ケアの調べ（2013 年報告）では、2 万 2,100 の事業主体、4 万 9,700 の施設がある。そのうち登録施設は 1 万 2,500 か所である。先にも触れたように、民間企業セクターが供給システムをほとんどカバーしている。利用者個人が雇用するパーソナルアシスタントは、障がいの分野で多い⁶⁾。

Ⅳ ケアの質規制委員会（CQC）の現状

イングランドでソーシャルケアと医療の安全と質の保証にかかわる機関はケアの質規制委員会（Care Quality Commission、以下 CQC）はである。CQC は日本にはない組織で、その規制の手法と組織構造をみながら、政府との関係、権限の中身、利用者・住民との関係、市場の監視、事業者の格付け、事業者の育成、財政の仕組みについて

検証してみたい。

CQC はサービスの監視、査察、規制に関する責任を負っており、サービスを供給する側も CQC に登録しなければならない。2013 年から GP（一般医）も登録することになっている。類似の組織として、モニター（Monitor）、ナイス（National Institute for Health and Care Excellence, NICE）があるが、ソーシャルケアと深くかかわるのは CQC と NICE、とくに CQC である。

CQC の組織

CQC は 2009 年に、医療ケア委員会、ソーシャルケア査察委員会、精神保健法委員会が合併して誕生した独立機関で、2,500 人のスタッフを擁している。正規に雇用されたスタッフの約 45% は最前線の査察官で、医療とソーシャルケアの専門アドバイザーがサポートする。成人ソーシャルケアの査察官の場合、カバーするのは約 17,000 の施設、8,000 の在宅ケア事業者、350 のホスピスなどである⁷⁾。

新たな規制アプローチを開発するため、CQC 委員会は 2013 年度に組織再編を行っている。査察機能を 3 人のディレクターに移し、さらにディレクターを増員している（理事会は計 7 人）。2014 年度では、新たな規制体制を設けるために、職員増員のリクルート計画を始めており、査察官、査察マネージャー、登録査察官、登録マネージャー、上級分析官、分析チーム主任を含めて、2,500 人への増員を図っている。また組織改革では、委員会のガバナンスを強化しようとしている。理事会は 7 人の非常勤理事、5 人の理事で構成されている（会議は月 1 回）。組織の全体像は図 3 が示すとおりである。

2013 年にスタッフの能力を開発するために

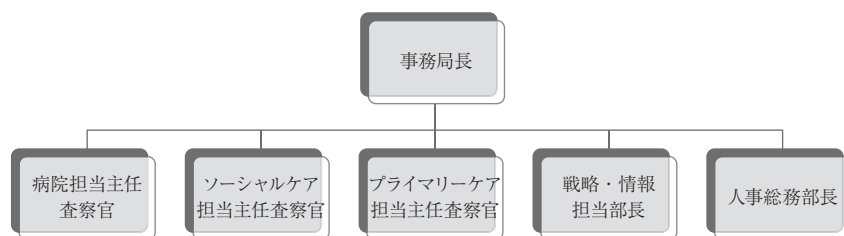


図 2 CQC の上級管理構造（2013 年度）

出典 Care Quality Commission, (2014) Annual report and accounts 2013/14, p.109

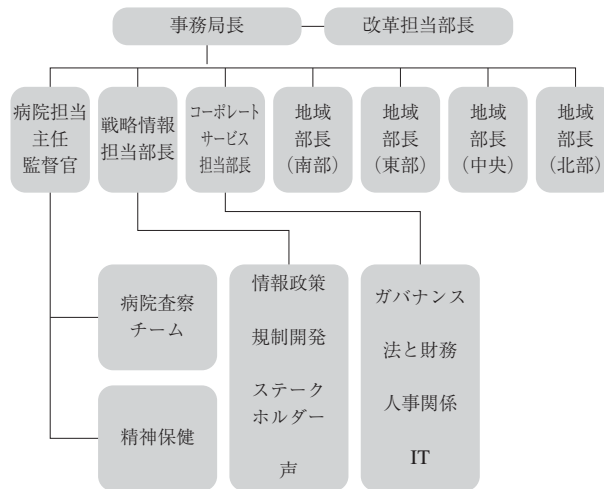


図3 CQCの人事構成

出典 Care Quality Commission, Ibid., p.108.

CQC アカデミーを設立している。スタッフ全員が研修を保证されており、最初の取り組みは新しい査察アプローチをマスターすることで、2014年ではリーダーシップとマネジメント開発プログラムを展開している。

規制の手法と権限

規制の対象となる事業者は、病院、ケアホーム（施設）、在宅サービス、一般診療や歯科サービスで、2008年医療およびソーシャルケア法を根拠にして介入や措置を講じることができる強制力が認められている。それは16項目に及ぶ。

- ①未登録の事業者の告訴にかかわる権限、
- ②事業者の行う事業の制限と変更にかかわる民事上の権限、
- ③法的な取り決めに遵守できない事業者を告訴し、罰金を科し、警告できる権限

また、サービスの安全と質にかかわる16の基準があり、以下の通りである（Schweppenstedde, et al, 2014, pp.62-3.）。

- ①利用者の尊重と参画、
- ②ケアや治療への合意、
- ③利用者のケアと福祉、
- ④栄養必要量の充足、
- ⑤他の事業者との協働、
- ⑥虐待防止、
- ⑦清潔さと感染予防

- ⑧服薬管理、
- ⑨施設の安全性と適合性、
- ⑩設備の安全性と適合性、
- ⑪職員に関する資格、
- ⑫職員配置
- ⑬職員へのサポート、
- ⑭サービス供給の質の評価およびモニタリング、
- ⑮苦情処理、
- ⑯記録

CQCが行った調査の結果は一般の人々に公表する。サービスが安全で質の高いケアが提供されているかを確認するために、広範なデータ（定量的データ）を収集して、情報型モニタリングを実施している。委員会は各地域の情報をとりまとめて、査察の時期、場所、内容を決定するのに活用している。

査察の実績

CQCは年次ベースで現場において事業者を対象にした定期査察（scheduled inspection、歯科医は隔年）を実施している。査察の頻度は「危害」のリスクを把握した段階で変わってくる。これには学習困難やメンタルヘルスの問題を持つ人々へのサービスを含んでいる。質の悪いケアを把握した際には、予定外のものもある。成人ソーシャルケアの査察の実績は、表3の通りである。主に査察の対象となるのはケアホームである。

表3 成人ソーシャルケアの査察の実績

サービス	査察現場の数
ケアホーム	17,350 か所
学習障がい者へのコミュニティサービス	64 か所
在宅ケアサービス	8,110 か所
特別ケア住宅サービス	105 か所
補助生活サービス	271 か所

出典 Care Quality Commission, Ibid., p.10.

表4 部門別の査察件数

部門	件数と割合
成人ソーシャルケア	1,314 件(全体の 85%)
NHS	73 件 (5%)
民間医療	67 件 (4%)
プライマリー医療サービス	28 件 (2%)
独立セクターの救急サービス	7 件 (0.5%)

出典 Care Quality Commission, Ibid., p.12.

定期査察の件数は、2013/14 年で 3 万 334 件、前年度比 6% 増、予定外を含めた査察数全体は 3 万 9,567 件となっている。同年で、精神保健法関係のモニタリングは 1,227 件、登録申請は 4 万 8,472 件、警告通知を発したのは 1,456 件、全国カスタマー・サービス・センターから受けた電話件数は 23 万 8,621 件、内部告発関連は 9,473 件である。

2013/14 年で、CQC による強制措置が行われたのは 1,523 件で、前年度 50% 増となっている。なかでも最も多いのが成人ソーシャルケアで 1,314 件、全体の 85% を占めている。続いて、NHS の 73 件 (5%)、民間医療の 67 件 (4%) である⁸⁾。

規制における利用者・住民との参加、利用者の声の反映

規制において、利用者や住民との関係はどうなっているのか。市民からの情報は有益で、全国基準を下回るサービスを把握するのに役立っている。また医療系サービスでは、患者協会 (Patients Association) が協力している。事業者側としても、苦情処理を効果的に活用することでケアの質

を高めることができる。さらに CQC は「追跡・評価プロセス」を開発しており、情報の分析を進めることで規制手法を精緻なものにしている。

2013 年 9 月から 2014 年 4 月の期間では、50 回以上の市民公開イベントを開催しており、査察チームと市民との話し合いの場を拡充している。規制における市民参画の試みとしては、「経験値を持った専門家 (Experts by Experience)」という取り組みを展開しているのも興味深い。この専門家は、医療やソーシャルケアの利用者とケアラーのことを指し、イングランドで約 500 人がいる。2013 年度ですべての査察の 11.5% に関与しており、件数にして 4,481 件にかかわっている (2012 年度は 1,405 件、4.9%)。

2013 年 12 月にはサービス利用者、介護者、市民が参画する「市民を第一に (Putting people first)」という声明文書が出ており、市民向けにアピールしている。また医療系では、ヘルスウォッチ・イングランドが 2012 年 10 月からスタートしている。これは患者やサービス利用者の声を伝える組織で、CQC と緊密に連携しており、全国レベルの情報を共有している。中身としては、ピアサポートや学習、グッドプラクティスの普及などがある。

サービス利用者や市民からの情報の活用の事例として、2013 年度に「Tell us about your care (皆さんのケアについて教えてください) プログラム」がある。これは患者協会などと協働して展開している。このようにサービス利用者とのパートナーシップを通じて、ケアの質や水準への関心を高めようと努めており、提供されているケアの中身自体も伝えている。啓発活動としては、全国ケアホーム・オープンデイを設けている

事業者の格付け

2013 年度に格付け (rating) を提案しており、幅広い関係者 (ステークホルダー、事業者、サービス利用者など) と協働している。格付けをする際、査察官は利用者や関係者に対して、当該事業者とそのサービスについて尋ねる。以下のような質問をして、専門的な判断を下す (CQC, Ibid., p.17.)。

・安全か

- ・効率的か
- ・思いやりがあるか
- ・ニーズに込えているか
- ・うまく運営されているか

調査の結果から生まれる格付けは4つのレベルである。

- ・優秀 (outstanding)
- ・良好 (good)
- ・要改善 (require improvement)
- ・不十分 (inadequate)

市場の監視

市場監視システムは事業者の経営破綻などでサ

表5 CQCの収入

収入源	収入額
事業者からの年間手数料収入	1億120万ポンド
保健省からの補助金	8,730万ポンド

出典 Care Quality Commission, Ibid., p.11.

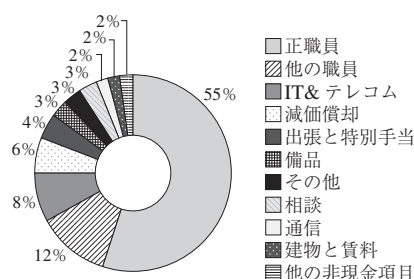


図4 CQCの支出（異動支出を含む）
出典 Care Quality Commission, Ibid., p.48.

ービス提供が中断することを避けるために導入されている。CQCは事業所の財務状況を監視し、事業者の破綻を予測するリスク調査をしている。

財政

CQCの収入は表5の通りで、事業者からの年間手数料と保健省からの補助金で構成されている。新しい規制アプローチの導入はコストもかかり、財政面の課題もある。

CQCの提起したソーシャルケアの問題

施設における質の基準の遵守状況をみてみると、図6が示すとおり、保護と安全の面で、施設の85%は基準をクリアしているものの15%は未達成である。（2011/12年～2013/14年）

ソーシャルケアは生命にかかわることがあり、サービス基準は安全を守る目安となる（これをセーフガードという）。未達成率がある実態はケアの質への懸念を呼び起こす。同様に、図7が示す

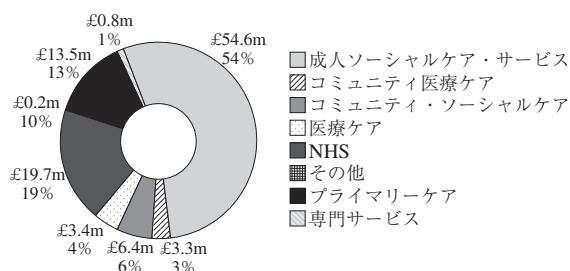


図5 セクター別の収入
出典 Care Quality Commission, Ibid., p.53.

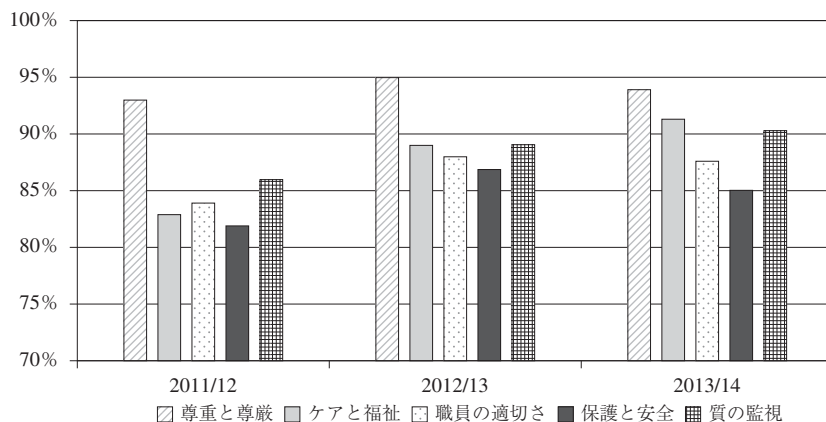


図6 施設における質の基準の遵守状況（2011/12年～2013/14年）
出典 Care Quality Commission, Ibid., p.34.

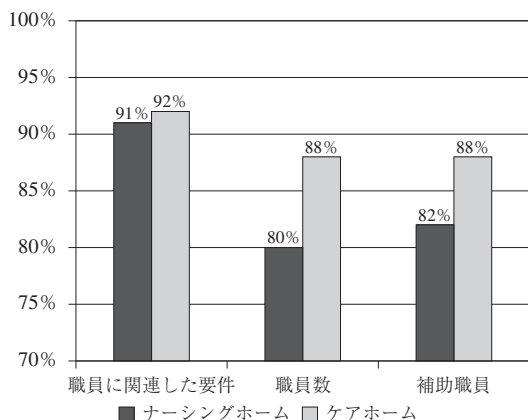


図7 ナーシングホームおよびケアホームにおける職員基準の遵守状況
出典 CQC, Ibid., p.38.

とおり、ナーシングホームおよび施設ホームにおける職員基準の遵守状況をみると、正職員、補助職員は未達成である（2013/14年）。

虐待の報告

2011年に国営放送BBCがウィンターボーンビュー病院（Winterbourne View Hospital）における知的障がい者への虐待事件を報道し、波紋を呼んだ。CQCの調査によれば、同病院は16の基準のうち10を遵守しておらず、その後2011年6月には病院は閉鎖に至った。

この事件の経過は次の通りである。2010年11月、南グロスターシャーの保護成人チームから虐待があるとの報告がされ、その後同病院勤務の看護師からも通報があり、CQCはこれらの「深刻な苦情」に対応しようとした。CQCは同病院を担当したコンプライアンス査察官に連絡を取り、追跡調査を行ったが、初期段階では看護師の内部告発に迅速に対応しておらず、虐待ケースの解決に遅延が生じた。担当した査察官が内部告発者の微妙な立場を判断して、慎重かつ迅速に行動を起こすべきであったが、CQC、病院、南グロスターシャー保護成人チームのどこも動きをとらなかったのである。このことに市民からCQCに非難が集中した。査察の連携でコミュニケーションの欠如が明らかになっている。

この反省にたつてCQCは内部告発の処理システムを改善している。改革では、専門の内部告発

チームを設立し、各地域で内部告発に基づいた追跡調査を実施させ、何らかの「懸念」が生じた際に、その事案を監視する地域スタッフを支援して、CQCが責任を持って問題解決を進めることとしている。また、知的障がい者施設に関する新しい事業所登録システムを導入している。現在内部告発や安全保護のチェックは、CQCの主要業績評価指標の一つに位置づけている。

しかしながら、2014年に、高齢者施設において虐待が明らかにされている。BBCがオールド・ディーナリー・ケアホーム（Old Deanery Care Home）での高齢者虐待を報道し、再びCQCの規制のあり方に批判の声が集まっている。規制改革の効果は出ておらず、CQCは正念場を迎えている。

V 英国の福祉規制の考察 —CQCの評価—

規制のピラミッド

規制とは何かを問うと、「規制のピラミッド」という概念が理解に役立つ。それは命令・統制、メタ規制、自己規制・ボランティア、市場メカニズムの4層からなる。

図8が示すように、上から、命令・統制があり、国や権威による絶対的な拘束力を持つ。メタ規制は業界がメンバーに統制力や影響力を持つもので、自己規制・ボランティア（関係者による話し合い）は業界内部で申し合わせるものである。市場メカニズムは市場原理に従って供給者の参入と退出が決まる。基本的には、ケアの質の保証は法律によるべきか、またはボランティアな合意によるべきなのか、国によって考え方は異なる⁹⁾。

イングランドの場合に当てはめると、①罰金、登録取り消し、告訴、②強制的自己規制、年次査察、外部診療監査など、③認証評価、業績指標、ピアレビュー、④成果主義を特色したものとなる。医療やソーシャルケアの財政は国や自治体の予算で賄うが、ケアの質の管理についてはCQCに命令・統制の権限を与えている¹⁰⁾。

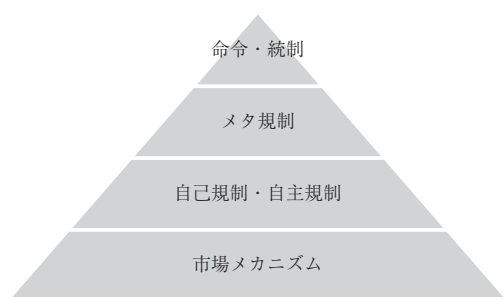


図8 規制のピラミッド

出典 Schweppenstedde, et al (2014) p.13.

行政主導か、市場主導か

福祉国家と規制国家というマクロ的視点からは、行政への信託と消費者主権の違いをみておく必要がある。質の保証は立法によるべきか、ボランティアな合意を通じて取り組まれるものなのか、という点は各国で異なる。

規制の議論を整理してみると、以下の3点に集約することができる。

第一に、改めて規制とは何かを考えてみたい。それは市場化が引き起こす弊害に対処する役割を持つ。経済理論における規制では、民間の活動に影響を与える政府の行動全般を指す。規制を行う政府にとって重要な課題は、規制を行使する対象者に関して詳細な情報を持っていないことである。規制対象者の内部情報が乏しい場合、適切な規制は行えない。フランスのティロール教授は、契約理論の枠組みを用いて、「情報の非対称性」を克服するために複数の規制メニューを提示し、

対象者に選択をさせる案を示している。規制メニューの選択の結果によって、政府はある程度情報を把握でき、効果的な規制が可能になるという。効果的な規制は暗中模索である。

第二に、政府と規制との関係をみてみたい。前の労働党政権は当初全国的な規制システムを構築しようとしていた。2003年には、サービスの質への懸念が大きくなったことで、労働党政権は全国最低基準（National Minimum Standards：NMS）を導入している¹¹⁾。ケアの領域では、全国最低基準は訓練を受けていないスタッフに、全国職業資格（National Vocational Qualification：NVQ）のレベル2を適用するものであった。

ただし後半期には、ソーシャルケア市場において消費者という立場を重視して、選択の拡充を試みた。その一環がサービスの個人化である「パーソナライゼーション」であった。

また、政府は2003年に、「公平なサービスへのアクセス（Fair Access to Services）」を公刊して、「最重度」「重度」「中間」「低度」の4つの認定基準を適用したが、行政がどのレベルの要介護状態から公的支援を始めるのかという点は重要である。

労働党政権との比較で、キャメロン連立政権の政策をみると、サービス利用者へのアウトカムに基づいた業績評価手法を用いて、質のアウトカム・アプローチを推し進めている。2009年以降、CQCもサービスの質の保証や必要最低基準を点検するために、利用者にとってのリスクを目安にしたアプローチを採用している。その結果、労働

表6 行政主導型規制と市場志向型規制の比較

	行政への信託		消費者主権	
	事前	事後	事前	事後
発言	公共サービスへの参加	政治家への要望書の提出	規制者による公表への参加	直接的な苦情処理の機構
選択	明確な公共サービス政策を掲げる政治家への投票	選挙による審判	供給者の選択	供給者の乗り換えの緩和
代表	消費者協議会	当局への苦情	消費者アドボカシー団体	苦情処理のサポート
情報	白書	年次報告書 根拠を提示する要件	サービスの質の基準 サービスの情報	ベンチマーキング

出典 Schweppenstedde, et al, 2014, pp.4-5.

党が導入した全国最低基準は放棄されることとなり、2010年6月以降、CQCは在宅ケアの質を評価しなくなっている。

ケアの市場化はグローバル化の影響を受けてか、外国資本が入り込み、移民労働者も増えている。その結果、「栄養の水準」や「尊厳」の項目で、基準を達成できていない事業者がいる。特に在宅看護で未達成は深刻になっている¹²⁾。保守党政府の考え方は、市場における競争と選択が質を改善するというものである。しかしルイスらの批判によれば、政府はケアワーカーの研修や規制を重視していないという。

第三に、虐待への対応という課題がある。最近になり虐待が社会問題になっている。虐待がテレビ報道され、CQCの成人ソーシャルケアへの監査の甘さに批判が高まっている。2011年にウインターボーンビュー病院の虐待事件に端を発して、CQCは組織改革を行った。それでも2014年に、オールド・ディーナリー・ケアホームで高齢者虐待が発覚し、CQCへの避難が高まっている。違法な事業者が出た場合、断固たる摘発とケアワーカーの身分保全への配慮が不可欠である。利用者の不利益が生じないように、規制の徹底が望まれる。

日本と比較してみると、介護保険制度の裏で公表されない不正や虐待が発生している。

ある自治体のケースであるが、株式会社運営による地域密着型サービス事業所で職員からの虐待が発生した。内部通報によるものである。市の担当者が監査を行った結果、認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護で虐待が確認されている¹³⁾。

法令では、介護保険法が根拠となる。以下が関連項目である。

- ア. 人員基準違反（法第78条の10第4号）
- イ. 運営基準違反（法第78条の10第5号）
- ウ. 虚偽報告（法第78条の10第9号）
- エ. 虚偽答弁（法第78条の10第10号）
- オ. 人権尊重義務違反
- カ. 錯誤の手段による指定
- キ. 施設開設準備金の返還

日本の現状では自治体職員の不足で監査が徹底しておらず、悪質な事業者が後を絶たない。悪質

な不正には厳罰を持って臨むべきところであるが、利用者のサービス継続を考慮して、甘い処分になることがある。

おわりに

規制国家の時代において、質の保証は立法によるべきか、ボランタリーな合意を通じて取り組まれるものなのかは議論の分かれるところである。英国においては、疑似的に独立した規制機関が設けられることにより、公共サービス供給が民間サービスに大胆に切り替えられている点を見てきた。規制における経営管理主義の浸透が進んでおり、市場の失敗を矯正する働きかけは弱い。

本来ケアの質を決めるのは、ケアワーカーの使命感、モチベーション、待遇改善と訓練である。日本の論議では、規制を外すのか残すのかという二者択一の議論が多いが、福祉の分野では規制は不可欠である。介護報酬の決定の仕方、ケアの質の保証、ケアワーカーやケアマネジャーの研修訓練、事業者への指導などで、規制に関する研究を進める余地は大きい。

執筆分担：はじめに、Ⅰ、Ⅳ、Ⅴ、おわりに（山本隆の担当）、Ⅱ、Ⅲ（山本恵子の担当）ただし、全体として両者が議論・考察して論文化したことを断わっておく。

【注】

- 1) 英国はイングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドからなり、適用される法律内容も4つの地域で異なることがある。そのため、本稿では英国とは主にイングランドを意味することとする。
- 2) ソーシャルケアの対象者は、高齢者、身体障がい者、知的障がいや精神障がい者、長期の疾病または精神病を抱えた人々、ケアラー（介護者）などである。ケアのニーズは、複雑な要因が相互に影響しあっており、経済状態もさまざまである。またケアを必要とする状態やケアの期間も、ニーズに影響を与える。ソーシャルケアの定義については、*What is social care?*, NHS Choicesを参照のこと。
- 3) 再規制という用語が生まれている。規制緩和は経済において国の介入の比重の縮小しているわけでは

なく、新たな規制を設ける上での再規制の複雑なプロセスを生み出している。再規制とは、産業や個々の企業が規制緩和の措置を受けた後に、新規または追加的な規制が行われることをいう。規制緩和が実施できない分野において規制緩和措置を改定するプロセスとみなされている。

- 4) コミッショニングの実務書としては、Rothwell-Murray, C. (2000) *Commissioning Domiciliary Care*, Radcliffe Medical Press を参照されたい。購入という市場行為、供給者の組織構造、価格からみた供給者の選択、質からみた供給者の選択、サービス基準との関係、衛生と安全、第三者としてのケアの購入などを解説している。
- 5) スkilズ・フォー・ケアのクロス氏の説明を参考にしている。
- 6) *Skills for Care, Adult Social Care in England*, 2013.
- 7) 2012/13 年では、現行の規制アプローチの変更を行い、目的と役割の戦略的見直しを行っている。例えば病院の主任査察官が 2013 年に設けられており、また一般的業務とそれに伴う成人ソーシャルケアに携わる主任査察官も設置されている。
- 8) 2013 年度では、認知症ケアに関する査察プログラムを実施しており、149 のケアホーム、22 の自治体救急病院を査察している。同年 5 月には、児童医療ケアサービスから成人サービスに移行するプログラムが始まっており、委員会は 100 の臨床コミッショニンググループ (CCG) に依頼し、19 の CCG を訪問して、若者自身や家族、医療とソーシャルケアのチームと面会している。さらに同年 5 月と 6 月には、CQC 査察官は新任ケア職員の調査を実施し、「安全でない」または「適切でない」と判断された現場に携わる職員から回答を得ている。
- 9) 医療とソーシャルケアの安全と質の保証について、Schweppenstedde ら (2014) : 「効果的で質の高い規制」に関して国際的な合意の欠如を指摘している。
- 10) 英国のソーシャルケアは、イングランド・スコットランド・ウェールズ・北アイルランドの各地域で制度が非常に異なる点は注意を要する。
- 11) Department of Health (2003) *Care Homes for Older People : National Minimum Standards and the Care Homes Regulations 2001*, 3rd edition を参照のこと。
- 12) CQC (2014) を参照のこと。
- 13) その内容は、床で「トイレに行きたい」と訴える利用者を職員が放置し、利用者に対して職員が不潔行為を止めるため、何度か頬や腕をたたいたことがあり、脱衣行為のある利用者の裸の写真を職員が自身の携帯電話で撮影したという事実が確認された。

この事業所では、他にも、計画作成担当者が介護計画を保存せず、後に提出した計画事業書には虚偽があり、また計画作成担当者は居宅事業所と専従契約をしていたが、当該事業所との契約はなく、勤務票や出勤記録など勤務実態がないことが判明した。さらには、当該事業所の 2 つが開設前準備金として職員経費を交付したものの、その期間、対象職員は系列の他施設で勤務していた。この場合、対象職員を当該他施設の人員換算から差し引いた上で、当該他施設の人員基準が満たされていれば問題はなかったが、そのような状況にはなっておらず、介護報酬との重複受領に当たる行為があった。極めて悪質なケースで、指定取り消し事例に該当することは免れないが、整備計画上支障をきたし、また利用者がグループホームの生活になじんでおり、利用者家族からの要望等を考慮して、その処分は重いものとはならなかった。処分は、指定の一部の効力の停止 6 カ月とし、開設準備金について一部認められる部分を除き返還させるという内容となった。

【参考文献】

- Age UK (2011) *Care in Crisis : causes and solutions*, Age UK.
- Age UK (2014) *Later Life in the United Kingdom*, Age UK.
- Age UK (2014) *Care in Crisis 2014*, Age UK.
- Audit Commission (1986) *Making a Reality of Community Care*, HMSO.
- Beresford, P. (2013) 'The Price of Independence', *The Guardian*, 13 February 2013.
- Care Quality Commission (2014) *Annual report and accounts 2013/14*. CQC.
- Care Quality Commission (2014) *The state of health care and adult social care in England 2013/14*, CQC.
- CommunityCare (2014) 'Rebuilding trust : How the CQC plans to transform adult social care inspections', <http://www.communitycare.co.uk/2014/05/19/rebuilding-trust-cqc-plans-transform-adult-social-care-inspections/>
- Deloitte and Touche (2008) *Mapping of Older People : Analysis of England's long-term care markets*, Deloitte and Touche LLP.
- Department of Health (2010 a) *A Vision for Adult Social Care : Capable Communities and Active Citizens*, TSO.
- Department of Health (2010 b) *Recognised, Valued and Supported : The Next Steps for the Carers Strategy*, TSO.
- Department of Health (2003) *Care Homes for Older*

- People : National Minimum Standards and the Care Homes Regulations 2001, 3rd edition, TSO.
- Department of Health (2012) *Market Oversight in Adult Social Care*, London : Department of Health.
- Department of Health (2013) *Adult Social Care Outcomes Framework 2014–2015*, TSO.
- Forder, J. and Allan, S. (2011) *Competition in the Care Homes Market* : a report for Office of Health Economics Commission on competition in the NHS.
- HM Government (2012) *Caring for Our Future : reforming care and support*, TSO.
- HMSO (2012) *Health and Social Care Act*, TSO.
- HMSO (2014) *Care Act 2014*, TSO.
- Lewis, J. and West, A. (2014) ‘Re-shaping Social Care Services for Older : People in England : Policy Development and the Problem of Achieving Good Care’, *Journal of Social Policy*, Vol. 43, Part 1, 2014, pp.1–18.
- Lodge, M. (2001) ‘From Varieties of the Welfare State to Convergence of the Regulatory State ? : The ‘Europeanisation’ of Regulatory Transparency’, working paper, Economic and Social Research Council.
- Levi-Faur, D. (ed) (2011) *Handbook on the Politics of Regulation*, Edward Elgar Publishing Limited.
- Mabbett, D. (2011) ‘The Regulatory State and the Welfare State’, *Handbook on the Politics of Regulation*, pp.1–16.
[http : //www.google.co.jp/url?sa = t&rct = j&q = &esrc = s &source = web&cd = 4&ved = 0CDoQFjAD&url = http%3 A%2F%2Fwww.bbk.ac.uk%2Fpolitics%2Four-staff%2 Facademic%2Fdeborah-mabbett%2Fdocuments%2 FRegulatory-state-welfare-state&ei=roR1VIJCwviYBZv 5grAH& usg = AFQjCNHqsEN2u_0teQwADgW8ituM8 NVChA](http://www.google.co.jp/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CDoQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.bbk.ac.uk%2Fpolitics%2Four-staff%2Facademic%2Fdeborah-mabbett%2Fdocuments%2FRegulatory-state-welfare-state&ei=roR1VIJCwviYBZv5grAH&usq=AFQjCNHqsEN2u_0teQwADgW8ituM8NVChA)
- Majone, G. (1994) ‘The Rise of the Regulatory State in Europe’, in *West European Politics*, Vol.17, 77–101.
- Majone, G (1997) ‘From the Positive to the Regulatory State – Causes and Consequences from Changes in the Modes of Governance’ *Journal of Public Policy*, 17 (2) : 139–67.
- Majone, G. (1999) ‘The Regulatory State and its Legitimacy Problems’, in *West European Politics*, Vol.22, 1–24.
- Majone, G. (1994) ‘The Rise of the Regulatory State in Europe’, in *West European Politics*, Vol.17, pp.77–101.
- Majone, G. (1999) ‘The Regulatory State and its Legitimacy Problems’, in *West European Politics*, Vol.22, pp 1–24.
- Moran, M. (2003) *The British Regulatory State : High Modernism and Hyper-Innovation*, Oxford University Press.
- Sass, B. and Beresford, P. (2012) *User-driven Commissioning*, London, Disability Rights UK and Shaping Our Lives.
- Skills for Care (2013) *Adult Social Care in England*, Skills for Care.
- Slasberg, C. and Beresford, P. (2014) ‘Government guidance for the Care Act : undermining ambitions for change?’ *Disability & Society*, [http : //dx.doi.org/10.1080/ 09687599.2014.954785](http://dx.doi.org/10.1080/09687599.2014.954785)
- Social Care Institute for Excellence (2013) *Co-production in Social Care : What it is and How to do it*, SCIE.
- Wiseman, D. (2011) *A ‘four nations’ perspective on rights, responsibilities, risk and regulation in adult social care*, Joseph Rowntree Foundation.

A study on elderly care policy and regulation in England

Takashi Yamamoto*¹ Keiko Yamamoto*²

ABSTRACT

This paper examines the development of the marketisation of social care over the last 20 years, and the recent regulation in England. We are said to live in the age of the regulatory state, which is characterised by the move from public to private service provision, and by the emergence of quasi-independent regulatory bodies. This paper analyses the development of social care services for elderly people from the reform of 1990 to the changes following the present coalition government. It goes on to examine whether or not the Care Quality Commission (the independent regulatory body) is effective for the quality assurance in social care. The fact that the CQC documented substantial failings, particularly in regard to the standards of care quality, leads to the conclusion that the present regulation requires a lot more resources in response to ‘market failure’, and some commitments to involving people who use services, carers and the public.

Key words : regulation, marketisation, CQC

*1 Professor, School of Human Welfare Studies, Kwansei Gakuin University

*2 Professor, Kanagawa University of Human Services