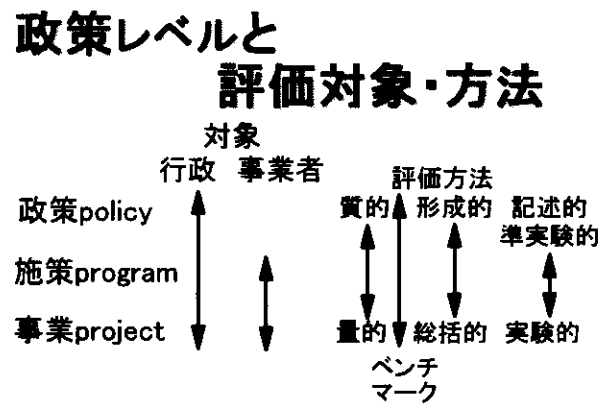


図6



第5節 本研究全体と各分担研究報告の性格と位置づけ

上述してきた政策科学用語を用いて、本研究全体と本報告書を構成する各分担研究の性格と位置づけをみると以下ようになる。

本研究全体に共通する目的・性格

本研究は「要介護高齢者の介護保険政策の政策評価研究」である。評価する政策は、介護保険制度を中心に、要介護高齢者に対して老人保健法や老人福祉法制度下で運用されるその他の関連政策をも含む「介護保険政策」である。研究目的は「介護保険の、効果的、効率的そして公正な運用に寄与すること」である。

その性格は、「政策科学」の一分野である「政策評価研究」を核としている。政策科学は、我が国においては、まだ蓄積途上の分野であるので、本研究は政策科学の分野論に当たる介護保険政策における評価だけでなく、他分野にも適応しうる政策評価の方法論の開発も意図している。また、多分野の研究者による学際的研究で、多面から多様な方法を組み合わせ、総合的に評価しようとしていることも特徴である。

政策評価研究を進める戦略には、大きく2つ考えられる。研究対象や方法を限定して、集中的に狭く深く掘り下げる方法と、対象全体を浅くとも広くとらえようとする方法である。

本研究では、以下の二つの理由で、多元的方法を用いて、介護保険政策を多面的に広く評価することを試みた。第一に、第2節、第3節で述べたように、政策は多様な要素からなり、多くの因子が影響を与え、評価基準も単一では、評価を誤る危険が高いからである。第二には、共同研究組織の学際性を生かして、政策科学研究・政策評価研究の課題をまず俯瞰することが、長期的なこの分野の研究の課題を明らかにする上で重要と思われたからである。

これらの結果、介護保険政策の3つのレベルについて、政策の質を測定する3要素、政策効果に影響する4要素にわたり、3つの基準に基づき、多様な評価方法を組み合わせて評価研究することに進めることになった。

本報告書の各分担研究の性格と位置づけ

各分担研究の性格と位置づけをみると以下ようになる。

介護保険と自治体政策評価（野口）

広義の政策全体の全要素を、効果(effectiveness)と公正(equity)の基準で、外部評価する。

イギリスにおける自治体政策評価（木戸）

イギリスにおけるコミュニティケア政策評価を先進事例として分析した。量的評価法であるベンチマークや外部評価による質的評価を含む各種評価方法論について研究している。

自治体政策評価のシステム化（平野）

政策の自律的改善のためには、内部評価による政策評価が必要である。そのためのシステム化の進め方を検討した。

政策評価に向けての評価尺度開発－介護負担感尺度開発の試み（久世）

政策対象である介護者を対象に、政策の効果を outcome に着目して量的・総括的に評価

する尺度の開発を目的としている。

自治体における福祉情報化と政策評価（後藤）

自治体には、レセプトデータ以外にも、住民基本台帳など関連する膨大な行政データが存在する。これらは政策環境や政策対象に関する評価、量的総括的に不可欠なものである。これらを統合する福祉情報データベースの開発を行った。

広域方式における介護保険事業（宮田）

政策主体である保険者には、単独型と広域型という代替案がある。これを主に質的・外部・記述的方法により評価した。

介護保険導入前の「介護予防」と「介護負担感」をめぐる状況（樋口）

介護保険政策の効果を評価するために、導入前の高齢者や介護者の状況を、量的に把握した。また、準実験的方法で評価を予定している2自治体の導入前の状況を比較した。量的評価法により抽出した虐待が疑われる例やなされている介護の質に問題がある事例などを訪問調査し、量的評価方法の信頼性や妥当性を検証すること、質的評価方法により対応策のあり方を探る形成的評価をめざしている。

介護予防及び痴呆対策プログラムの評価（大橋）

プロジェクトレベルにあたる介護予防及び痴呆対策プログラムについて、参与観察型で形成的に、structure・process・outcomeにわたり評価した。

介護保険事業実績の分析（平野）

介護報酬レセプトには、政策介入のstructureとprocessに関する膨大な量的データが含まれている。それを政策評価に使える形に変換するためのソフト開発である。

要介護高齢者の所得分析－要介護高齢者は低所得者層になぜ多いのか－（近藤）

公正の視点から、要介護状態の割合を所得階層間で比較し、その要因を分析した。介護予防の視点から、介護保険制度の（狭義の）政策レベルの評価の課題を分析した。

第6節 介護保険政策の政策科学研究の課題と本研究の到達点

我が国においては、政策科学分野は発展途上の分野であり²¹、与えられた3年間という期間内にまとめられる成果には限界がある。ここでは、この間の実際に政策評価研究に着手してみて見えてきた介護保険政策分野の政策科学の長期的な課題を、5点にわたって考察する。それぞれの課題における、本研究の到達点も触れる。

1. 政策評価のための研究デザインを巡る課題^{19,20}

政策の善し悪しを評価し改善の課題と方法を明らかにする政策研究は、概念としてとらえ論議するのは容易であっても、それを現実社会に適応させ具体化するには、研究デザイン上の多くの困難・課題を抱えている。三つの評価基準－効果・効率・公正－にそってそれを述べる。

政策効果の評価

3つの基準の中では、一番単純にみえる「効果」の評価においても、それを客観的な実証研究にするためにはデザイン上の大きな課題が二つある。

第一は、事前評価を組み込む課題である。効果を論じるためには、政策介入前後で比較

することがまず不可欠であるが、介入前の情報が限られていることである。特に量的データについてはそれが言える。現実の政策介入の場面では、事前評価に手間をかけるよりも、「とにかくやってみること」がしばしばであった。ともすると事前評価は「研究のための評価」であり、行政には役立たないかのように見なされることも経験した。しかし、効果を確認するためには、事前評価の手間は省けない。本研究においては、このことを念頭に、導入直前に大規模な調査を行った（樋口報告参照）。その過程で、行政や住民の理解と協力を得て事前評価を実施すること、さらにこれらを定期的に行うことにはいかに大きな努力が必要であるかが明らかになってきた。

第二に、因果関係を示すデザインにする課題である。事前評価の実施により、前後の変化が確認されたとして、果たしてその変化が政策によりもたらされたのか否かを明らかにするには、研究デザイン上の工夫が必要である。無作為化対照比較試験は無理であろうが、何らかの比較対照をおこななければ、政策による効果であるかどうかは推測の域を出ない。客観的実証的な評価にするためには、同じ条件をもつ他自治体における再現性の確認や、条件の異なる自治体では結果が異なることなどを示すことができる研究デザインが必要である。本研究では、A市とB町という比較対照を設ける試みをしている。しかし、この準実験的方法においては、事前評価で両自治体に多少の差が見られること（樋口報告参照）が明らかとなっており、事後評価において差が見られた場合に、政策介入の違いによるものなのか、元々の違いに由来するものであるのかなど、解釈に当たっては慎重さが求められることが明らかとなった。政策プロセスを分析し、解釈が現場の実感に沿うものになるようにするため、行政の現場のスタッフとの共同で分析作業を行い、質的・形成的研究方法も併用しはじめている。今後、他の自治体における再現性（一般性）を確認するためには、さらに多くの自治体の協力・情報、研究資源の投入が不可欠であることが明らかとなった。

政策効率の評価

第1節でも述べたように、今後重視されるであろう効率の評価は、論議の材料としては魅力的でも、それを関係者が納得できる形で実施する研究をデザインすることはやはりきわめて困難である。そこには3つの困難がある。

第一の困難は、適切な代替案が乏しいことである。効率とはinputとoutputの比率で表されるため「政策Aと政策Bの間でどちらが優れているのか？」と代替案を相対的に比較して、はじめて評価できるものである。したがって、比較対照となる代替案がないところでは、量的・実証的な効率の評価はできない。介護保険で見ると、代替案としては、保険者は単独自治体か広域方式か、保険料水準はどの水準にするのかを除けば、介護保険（狭義の）政策の骨格部分は全国一律である。他に各自治体が代替案を検討できるのは、個々の介護予防政策のメニューなど、「政策の三つのレベル」の）プログラム・プロジェクトレベルの政策選択が中心である。その結果、量的・実証的に評価できる効率は、プログラム・プロジェクトレベルにとどまることである。決して介護保険のあらゆる政策について効率が評価できるわけではないことに留意する必要がある。

第二には、cost-shiftを見逃さない研究デザインにするためには、かなり大きな研究プロジェクトを組む必要がある。効率の評価が、上述したように要素にあたり、しかも一部に過ぎないプログラム・プロジェクトレベルの評価にとどまるために、評価対象としなかつ

た部分に shift した cost は見逃されやすい。これを避け、政策全体でとらえた効率を量的に論じることができるためには、相当の蓄積と大規模な研究プロジェクトが必要であろう。

第三には、量的に評価するには、output を全て量的尺度で計測する必要があることである。多岐にわたる output を全て量的に評価することは、不可能である。

これらの課題に対し、我々になし得ることとして、当面以下のようなことを準備・着手している。まず、第一の代替案に対しては、自治体レベルの介護保険政策の比較対照となる代替案として、単独保険者型と広域保険者型の比較、保険料水準の異なる2自治体間の準実験的方法による比較評価を試みることである。また、プログラムレベルでは、訪問重視型と通所重視型などケアプランの違いによる代替案間の準実験的方法による比較検討である。第二の政策全体で見たときの効率評価の難しさについては、質的評価など量的方法だけに頼らない評価を進めることである。第三の量的尺度については後述する。

公正の評価

公正についても大きくは、二つの課題がある。第一は、基準の設定についての課題である。第3節で述べたように、公正の基準については複数の答えがあり得る。例えば、何をもって公正と見なすのか、公正のためならどの程度の費用を負担してもよいのか、あるいは言えばどの程度の格差なら容認できるのかなどは、研究で一意的に決まるものではなく、政治や市民が決めるものである。これについて討論の基礎資料を提示する研究が今後必要である。

第二に、評価方法を巡る課題である。本研究では、所得階層別の要介護高齢者割合や低利用者を対象とした調査に着手・報告している。(近藤報告²²参照)これらは、いわば現実に存在する不公正に着目した研究である。しかし、「あるべき公正」から見た研究方法も存在する。例えば、Aschらは、医学的に見て提供されるべき医療サービスをデルファイ法で明らかにし、それがどの程度実施されているのかを分析した報告をしている。²³ 今後、政策科学が成熟するにつれて、このような公正の評価方法についても、蓄積がされるべきであろう。

2. 評価尺度・評価方法の開発

研究デザインだけでなく、各研究の中で用いられる評価尺度・評価方法の開発が第二の課題である。

まず、量的尺度の開発には、多大な労力と時間を要する。数値で表現するだけでなく、まず、信頼性と妥当性を検証しなければならない。しかも、特定の研究目的でなく、日常的な政策評価に用いるためには、簡便で最小限の項目で構成されているなど実用性が高く、利用者にわかりやすくなければならない。

当面、outcome の評価指標として、高齢者の主観的満足度や抑うつ尺度、介護負担感などにおいて、すでに報告されている尺度の信頼性・妥当性の検討に着手している。(久世報告参照) 今後、信頼性と妥当性を確保した上で、より簡便な短縮版の開発が課題となる。また、ベンチマーク指標の開発も試みているが、その候補は膨大な数に上り、個々の指標について、妥当性や情報の入手容易性などを検討する必要がある。先行事例であるオレゴン州やイギリスの例を見ても、数年の歳月をかけ、指標を改善・選択している。また、よきベンチマークの選択にあたっては、行政現場や住民の意見も重視されるべきとされてい

ることからも、1-2年で開発可能なのはたたき台と見なすべきものである。

このように、量的評価方法の確立に時間が要することも、量的研究にこだわらず質的研究を併用すべき理由の一つである。長期的に見ても政策評価の全てを量的に行うことは現実的とは考えられず、質的研究方法についても、客観性や信頼性を確保できる洗練された研究方法の開発が求められている。

このように、量的・質的評価の両面にわたり、よりよい尺度や評価方法の開発には、試行錯誤が避けられず、長期にわたる継続的研究・努力が必要であろう。

3. データベースの構築¹⁷

2種類のデータベースの整備が必要と思われる。

第一は、一次情報のデータベースである。多様な要素の影響を受ける政策を量的に分析するには、膨大な一次情報のデータベースが必要である。これらは情報化技術の進歩により、技術的には可能になってきている。しかし、後藤報告で述べられるように、個人情報の保護など倫理面への配慮や、多忙な行政現場への負担から、多部署にわたる部局から、情報をえてデータベースを実際に構築する作業は容易でない。

しかも、効率を代替案の間で比較するとすると、対照となる介護者や自治体の情報が必要である。また、ベンチマークは、歴年のデータがたまるまでは、類似あるいは近隣自治体間での比較をしなければ、その有効性は乏しいものになってしまう。この意味でも、一自治体の枠を超える大規模なデータベースの構築の必要と困難は大きい。

国の省庁レベルでは、政策評価が法的に規定されたが、自治体レベルでは自主性に委ねられており、かつ行政のトップがその意義を認めても、情報を実際に扱っている現場レベルの協力が得られなければ、必要なデータベースの構築と日常的情報の更新は行えない。必要な多大な労力と費用、公共の福祉から見た必要性や効果を考えると、アメリカのGovernment Performance and Results Act(政府業績結果法, GPRA)に見られるような法的な強制力²¹や、情報の集中化と研究者への提供も必要なのではあるまいか。

第二に、二次情報に当たる研究成果の集積のためのデータベース構築も、国のレベルで解決されるべき課題であろう。この分野は学際的分野であるために、政策評価に生かせる研究成果が、一つの学会や学術誌に集積されることなく、分散している。効率のよい政策科学の推進のためには、研究成果の活用を促進するデータベースや場の整備も求められる。そのためには、プロジェクト方式の研究資金の配分だけでなく、恒常的な研究資源の集中的投入も検討する必要があると思われる。

4. 政策立案段階での科学的アプローチ

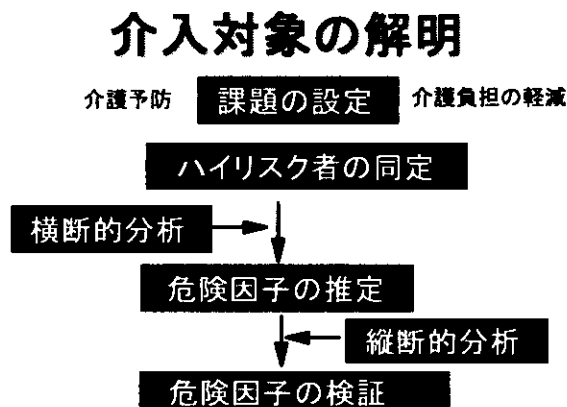
効果や効率の高い政策を実現するためには、評価だけでは不十分である。政策プロセスにおいて、評価の前に政策立案段階において、図7に示したような介入対象の解明にも科学的アプローチがなされるべきである。しかし、その段階での科学研究も十分とは言えない状況にある。例えば、転倒・骨折予防を見ても、どのような人が、どのような環境において転倒・骨折しやすいのかの疫学的研究の蓄積は十分でなく、一般高齢者を対象とする転倒予防教室や家屋評価単独の介入策の有効性にも、十分な根拠が得られていない。²¹

政策科学分野への資源の配分効率を考えるならば、評価研究に偏重することなく、政策

立案に必要な情報を得るための研究にも、相応の資源配分をすべきであろう。

したがって、樋口報告で一部報告したような横断的分析によるハイリスク者の同定や危険因子の推定にとどまらず、今後、このコホート集団を対象に縦断追跡調査をすることによる介護予防のための危険因子の検証なども課題としてあげられよう。

図7



5. 政治・市民・行政による政策（合意）形成プロセスの成熟

政策科学・政策評価研究の発展速度を決める要因として、政策科学そのものの蓄積・発展など内部要因だけでなく、いわば外部要因も大きく影響すると思われる。なぜならば、政策評価は政策選択の判断材料を提供するに過ぎないからである。政策目標をどこにおくのか、どの程度の効率や公正を妥当とするのかの価値判断は、政策科学で自明となるのではなく、政治が、ひいては市民が選択する価値観に依存している。政治・市民・行政が成熟し、多様な代替案の中から政策を選択し、その結果を説明する政策プロセス全体が機能するようになれば、政策評価の必要は高まらざるをえない。

そのために研究者の側にできる努力として、研究成果の行政・住民へのフィードバックが上げられる。協力した住民や行政の側からみて、政策評価研究によりどのようなことがわかったのか、それに必要性や有効性を感じられるのかで、その後の評価研究への協力やその結果の利用の度合いは異なったものになるであろう。本研究では、協力いただいた2自治体向けの中間報告を、担当部署全体と、個別担当者向けに行い、引き続き協議の場を設けた。そのための資料づくりは、本報告書とは異なった努力と時間を要するものであったが、その後、行政から追加分析した資料を求められるなど、手応えを感じている。

政治・市民・行政による政策形成プロセスの成熟度は、外部要因であるが、研究者の側の努力と相まって、政策科学・政策評価研究の発展の速度に大きく影響するであろう。

おわりに

本論では、まず、政策科学に関わる概念整理を行った。New Public Management(新公的経営管理, NPM)の大きな流れのなかで、政策評価研究を位置づければ、今後、必要の高ま

る研究分野である。政策とらえる時には、政策レベルや政策の質を測定する3要素、政策効果に影響する4要素など、多くの因子からなる枠組みでとらえる必要がある。また、評価にあたっては、効率だけを基準にすることなく、効果や公平などの基準にもてらして評価しなければならない。これらのためには、多様な評価方法を組み合わせる必要がある。

我々の政策評価研究は、上記の立場から、介護保険政策の一部分や特定の基準・方法によって評価するのではなく、広く総合的に、多元的に評価しようとする試みである。

5点にまとめて考察した長期的課題から見ると、我々の到達点は、まだ基礎的作業に着手した段階である。しかし、それはいずれも政策科学推進に向け学際的共同研究組織として多面的にアプローチする上で、必要不可欠な一歩であったと考える。

文献

1. 宮川公男. 政策科学入門: 東洋経済新報社, 1995.
2. Hughes OE. New public management. Public management & administration. second edition ed. London: Macmillan press Ltd., 1998: 52-80, 5.
3. World Health Organization (WHO). The health for all (HFA) vision. Health 21 - Health for all in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999: 1-6.
4. World Health Organization (WHO). 21 targets for the 21st century and suggested areas for formulating indicators. Health 21 - Health for all in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999: 177-202.
5. 山谷清志. 政策評価の理論とその展開, 1997.
6. 田村誠. 医療の政策評価－評価枠組みについて. 病院 2000;59:257-261.
7. 上山信一. 「行政評価」の時代－経営と顧客の視点から: NTT 出版, 1998.
8. 通産省大臣官房政策評価広報課. 政策評価の現状と課題, 1999.
9. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Basic approaches to assessment: Structure, Process, and Outcome. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980: 77-128.
10. Andrain CF. Public policies and health. Public health policies and social inequality. London: Macmillan Press, 1998: 184-220.
11. Smith R. Where is the wisdom...? The poverty of medical evidence. BMJ 1991;303:798-799.
12. Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein MC, eds. Cost-Effectiveness in Health and Medicine: Oxford University Press, 1996. (池上直己ほか訳: 医療の経済評価. 医学書院, 1999)
13. World Health Organization (WHO). Ensuring equity in health through solidarity in action. Health 21 - Health for all in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999: 7-17.
14. Wilkinson RG. Introduction. Unhealthy societies: The Afflictions of inequality. London: Routledge, 1996: 1-9.

15. Kawachi I. Income inequality and health. In: Berkman LF, Kawachi I, eds. Social epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000: 76-94.sz
16. 宇野裕. 年金制度はいかに改革されるべきか, 社会保険旬報 2000(2080):17-20.
17. Hopkins A. Approaches to medical audit. Journal of Epidemiology and Community Health 1991;45:1-3.
18. 田村誠. 「効果」の評価方法と考え方. 病院 2000;59:342-345,443-447.
19. Schulz R, Maddox GL, Lawton MP, eds. Focus on interventions research with older adults. New York: Springer Publishing Company, 1998.
20. Green LW. hyouka dezainn. Health promotion. tokyo: igakusyoinn, 1997: 270-285.
21. 野口正人. 厚生行政の政策評価に関する調査研究. 医療経済研究 2000;8:67-90.
22. 近藤克則. 要介護高齢者は低所得層になぜ多いかー介護予防政策への示唆. 社会保険旬報 2000 (2073): 6-11.
23. Asch SM, Sloss EM, Hogan C, Brook RH, Kravitz RL. Measuring underuse of necessary care among elderly medicare beneficiaries using inpatient and outpatient claims. JAMA 2000;284:2325-2333.
24. Feder G, Cryer C, Donovan S, Carter Y. Guidelines for the prevention of falls in people over 65. BMJ 2000;321(7267):1007-1011.

第2章 介護保険と自治体政策評価

介護保険の実施は、これまでの福祉サービスの提供方法が「措置から契約」に移行することを意味する。保険者としての行政は、新たに介護保険の運営に係わるマネジメントの役割が重要となってきた。その内容には、①保険料と介護サービス給付額の採算、費用対効果、低利用者・低所得者対策等の政策・経営的任務、②介護サービス別の利用率やサービス満足度調査等のサービスの施策・運営的任務、③多元的な指定居宅サービス事業者の調整的任務、④ケアマネジャー等の人材育成的任務、⑤介護サービスの質の確保、苦情解決システムの構築等サービス評価的任務などが加わる。

さらに、介護保険サービスを含めた地域福祉施策の円滑な運用は、行政・サービス事業者・市民とのパートナーシップによって形成されるものである。価値観やニーズの多様化が進むなかでは、正確さ、わかりやすさ、迅速さに配慮した情報公開を行い、継続的な双方向のコミュニケーションが大切である。それによって相互の協働的な運営を図る地域福祉システムづくりが必要となる。また、行政内部においても、全部門の情報共有化を図りながら、関係部門等が連携しながら総合的かつ効率的な整備を進めていく評価システムづくりが肝要である。

1. 介護保険運営と評価システムの導入

本格的な少子・高齢社会への対応を目前にひかえ、保健・医療・福祉を中心とした福祉関連領域における「行政評価」・「政策評価」システムの構築は、これからの介護保険時代に対応するための実践的課題であるとともに研究開発的課題でもある。

それは、保健医療福祉現場で提供される社会サービスに関する提供システムの開発研究とその人材養成、さらに地域住民の福祉力の形成といった期待に応えることにある。具体的には、①実践現場における政策立案や組織化、計画化をマネジメントする能力を高めることによって、保健医療福祉サービスの質の評価と向上に結びつけることができること、②保健医療福祉サービスの実践場面のマネジメントを徹底できるようなシステムの構築によって、公的施策の効率化を進めることができること、③新しいマネジメント技術の開発により、質の高いより効果的なサービス提供が可能となり、ひいては保健医療福祉現場の業務革新が不断に行えることなどが期待できること、④公的専門機関はもとより、非営利組織、ボランティア団体等の活動を含め、福祉実践活動の水準を引き上げて、国民の福祉力量を高度化できること、などに期待が向けられている。

(1) 「行政評価」と「政策評価」の必要性

評価システムは、大別すると、資源配分の妥当性やその活用効率を問う「行政評価」と、政策選択の妥当性を「政策評価」に分かれる。⁽¹⁾

行政評価とは、欧米で盛んに取り入れられている手法であり、日本でも、近年一部の先進的自治体が導入する傾向にある。現在では約6割以上の都道府県で導入されており、都道府県に比べて動きが鈍かった市や特別区においても行政評価の導入に取り組む自治体が急

増している。では、行政評価への取り組みの背景からみえてくることは、①財政悪化：バブル経済期における放漫な財政運営とバブル崩壊後の税収減によって、多くの自治体が深刻な財政難に陥っている。財政再建が喫緊の課題であり、そのためには思い切った歳出カットや行政運営の効率化が必要であること。②アカウンタビリティの確保：住民サイドからは行政に説明責任を求める傾向が強くなっている。「行政側が行政活動の内容を住民に説明し、理解を求める責任」のことで、欧米では市民社会の成熟度を示す指標となっているものである。住民の行政活動への関心の高まり、長引く不況による税負担感の高まりなどがみられるが、財政再建のための歳出削減は行政サービス水準の低下につながりかねないという危機感もみうけられる。③住民の価値観の多様化：住民ニーズの多様化が常態化しはじめていることである。行政に対してもさまざまなニーズがよせられるようになってきている。これからの行政には多様化する住民ニーズを把握し、それに的確に対応していくことがいっそう必要となるであろう。住民を「顧客」としてとらえ、顧客満足度を向上させることが基本原理となる。

現在取り組まれている行政評価の特徴は、①行政の活動を対象として、何らかの統一された目的や視点のもとに評価を行い、その結果を行政運営の改善につなげることを目指す点、②制度化して行政活動のなかにシステムとして組み込んでいる点、③評価自体を住民の代表や有識者など外部にゆだねるケース、④行政評価の導入や運営を自治体自身が主体となって実施する点などにみられる。行政評価を定義したものに、「行政機関が主体となって、ある統一された目的や視点のもとに行政活動を評価し、その成果を行政運営の改善につなげていくこと、さらにそれを制度化して行政活動のなかにシステムとして組み込んで実施すること」とある。⁽²⁾

他方、政策評価については、2000年7月に成立をみた中央省庁再編関連法で政策評価の実施が義務づけられたことにより、都道府県や市町村自治体でも取り組みへの研究が開始されはじめた。政策評価は欧米でかなり進展しているが、わが国では、医療における政策評価が進展をみせている。⁽³⁾ 田村誠によると、わが国での医療領域での政策評価の必要性の高さは、現状の公的医療保険の保険料や公費（租税）負担の水準からいえば、医療保険財政の逼迫が続く可能性があると述べられている。すなわち、財政逼迫時の対処方法として政策評価の採用を主張する。一つは、限られた財源を有効に利用することである。この場合には、資源をいかに有効に配分するか、あるいは、配分した資源をいかに有効に活用するか、に向けられよう。つまり、どの政策（プログラム）の有効性が高いのか、どうすれば政策の有効性を高めることができるか、を評価する役割は大きい。高浜市の介護保険政策（プログラム）でいえば、通所系サービスでの要支援・要介護ⅠあるいはⅡランクの高齢者に対する上乘せプログラムが、はたしてどのような効果を出しているかを測定する必要性がある。二つには、財源を拡大する方法としての政策評価である。介護保険でいうと、次期見直し時の保険料をいくりに設定するか、介護保険サービスの周辺サービスの拡大が重要性を増しているとき、この財源は公費（租税）負担に頼らなくてはならない。当然のことながら周辺サービス（配食サービスや移送サービス等の地域自立支援事業）の有効性の証明、すなわち政策評価の必要性が高まる。

（2）ベンチマークの評価システム

いま、アメリカの行政評価が進んでいる。事例としては、オレゴン州MULTI郡におけるコミュニティ・ベンチマーキングが有名である。「行政評価」とは、連邦、州、郡、市町村等それぞれのレベルにおいて存在する政府が、住民（納税者）に対して、自らの達成目標を公表し、それに向けてどのように政策や予算を立て、また、その結果どこまで実行できたかを説明していくプロセスをいう。⁽⁴⁾

わが国の自治体でも、中長期の事業計画はたてられているし、そこに数値目標がかかけられたりもしている。予算の策定プロセスでは、財政当局と各部門の間で、当然ながらチェックがなされているが、実績のチェックの手法がまだ開発途上にあるという。

オレゴン州MULTI郡におけるコミュニティ・ベンチマーキングの手法によると、①事前に立てた目標と実際の達成の度合いが具体的な数値でトレースされており、数字を見るだけで何ができて、何ができていないかが、誰の目にも一目瞭然に分かるようになっている。②行政にとっての顧客である住民の目に見える具体的な成果が何なのかを、行政側が積極的に市民に対して説明することが求められている。③評価のための数値は行政部門がつくるが、評価主体はあくまで第三者中立機関や首長、議会にあり、行政内部の評価に加えて行政の外が行政を監視する、という視点からの運用がなされている。すなわち、行政サービスはいかにあるべきか、税金はどう使われているかという住民の意識、身の回りのごみの収集や小学校の運営、老人福祉、市町村道の整備といったところから生まれているのである。

米国の行政機関は、常に「バリュー・フォー・マネー（税金の払い甲斐）」を証明することを迫られている。「私の払った税金が、どこで、どう使われているかをうまく説明してほしい、説明できないようなら、税金を払わない」というような哲学が住民に意識化されており、また、行政も情報公開の義務を負っている。

日本の行政改革の裏にある危機感は財政当局の台所事情に端を発することが多い。このため、予算を削るとか、組織を簡素化するとか、人を減らすとか、赤字減らしに貢献することを第一義的に考える形で改革が進行するきらいが多い。行政サービスの中身や効率については、行政側も住民側も、十分に吟味しないままに終わりがちである。納税者にとって大切なことは、よりよいサービスをより安く提供してもらうことであり、行政がやろうとしていることが、わかりやすく説明され、疑問があれば口を挟むことができることである。

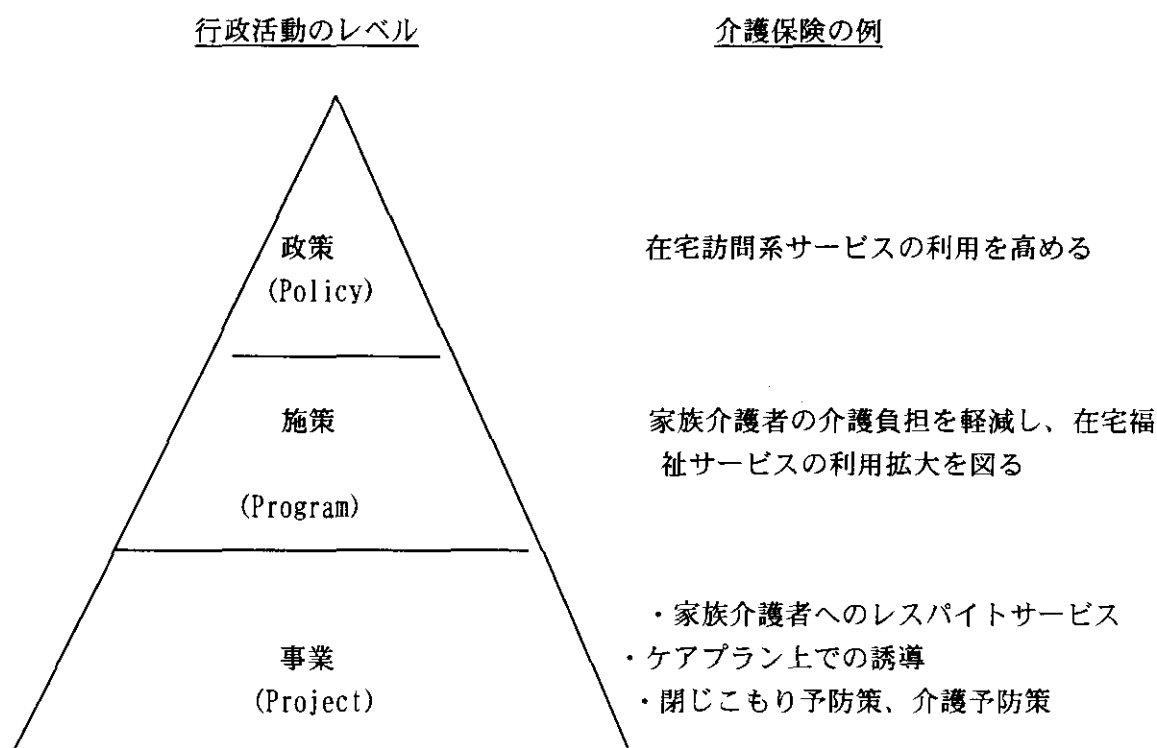
オレゴン州改革委員会では、州知事、議長、ビジネス代表、教育関係代表者、地域リーダー、少数民族の代表という知事から任命された9人で構成。事務局は4,5人、年間予算50万ドル程度の小さな組織。住民5000人を対象にしたアンケート調査を行ったり、地域でミーティングや講演会を開催して、ベンチマークの普及を図っている。ベンチマークの指標とそのリストは表2のようなものである。「経済」、「教育」、「児童と家族」、「生活の質」、「自治」、「公共安全」という6つの領域に分けて論じることになっている。また、このベンチマーキングの特色は、政策評価を市民が行うところにある。

（3）介護保険政策に関する3つのレベルの設定

近藤報告によれば、政策には3つのレベルがあり、政策とは意図した目標を達成するために行われる様々な介入のまとまりを指し、レベルの高さにより三つに分けて考えること

が出来ると述べている。政策に関する3つのレベルを介護保険に照らしてみたのが、図1である。

図1 介護保険政策に関する3つのレベル



- ① 政策 (policy) のレベル：行政課題への基本方針
- ② 施策 (program) のレベル：政策目標を実現するための具体的方法・ツール
- ③ 事業 (project) のレベル：各施策のもとでの個別事業

(4) 高浜市における保健・医療・福祉の政策評価システムの構築

本研究の分担者である野口・近藤・後藤は、今回の厚生科学研究費助成事業の対象自治体である高浜市において介護保険制度を含む保健・医療・福祉の政策評価項目表の作成を試みた。政策評価項目表の枠組みを以下のように作成した。

○政策的指標と具体的な指標

1. コミュニティ基本指標 (後藤)
2. 保健・医療・福祉サービスの基盤整備指標 (野口)
3. 健康づくり事業の推進指標 (近藤)
4. 介護予防事業の推進指標 (近藤)
5. 介護保険制度の効率的運用指標 (野口)
6. 地域生活支援事業の推進 (野口)

7. 生活保障指標（後藤）

○評価の要素

インプット：資源投入量

アウトプット：政策施行による直接的な結果

アウトカム：政策施行によって生ずる間接的な成果

○評価の視点

効果 (effectiveness)：評価対象とする政策により望ましい結果が生じているか

効率 (efficiency)：その望ましい結果を生じさせるに当って、どのくらいの資源を要しているか

公平 (equity)：評価対象政策により、地域住民の健康状態や介護サービスの質と量のばらつき（地域格差や社会階層格差）が縮小したかどうか

この他に、評価の条件として「有用性」、「信憑性」、「データ入手可能性」などの指標も加えたが、全体としては、まだ試作の段階であり、それぞれの指標や項目の限定、ベンチマークによる政策の目標達成の数値化などが、これからの研究課題である。図2参照

2. 介護保険運営とサービス評価システム

介護保険の導入により、契約を中心としたサービス提供の仕組みに変化するわけであるが、そうした契約文化に不馴れな、またなじまない人たちの地域及び施設において、高齢者等の人権の尊重や地域福祉権利擁護についての啓発を進めることや、権利が侵害され、高齢者等から申し立てが合った場合等において、トラブルが想定できるが、迅速かつ適切に対応できる仕組みを整備していくことが必要である。特に、痴呆性高齢者等の財産管理を支援するシステムの整備や権利擁護に関する成年後見制度の施行を踏まえた相談援助体制の強化、オンブズマン制度の導入などが必要である。また、サービス利用者の満足度調査とあわせて第三者機関によるサービス評価委員会を行政内外に専門職や住民の参加を得て設置する必要がある。ここでは、筆者が委員長を務めている高浜市の介護保険審議会及び第三者評価部会の活動状況を紹介する。

（1）第三者サービス評価の取り組みの概要

高浜市では、上記の介護保険審議会の中に「第三者評価部会」及び「苦情処理部会」を設け、また、条例によりすべての施設・在宅の事業所（計21事業所）に第三者評価を義務付けている。この条例名は、「高浜市介護保険・介護予防の総合的な実施及び推進に関する条例」と称し、このなかで、市内の介護サービス提供事業者に対して定期的に第三者評価をうけることを義務付けている。

以下に、その取り組みの概要を記すことにする。

- ① 平成12年3月制定の「介護保険・介護予防の総合的な実施及び推進に関する条例」に「第3章 要介護者等の権利擁護の方策」を設け、苦情の処理（第23条）や第三者評価の実

施（第24条）を規定している。

- ② その規定に基づき設置した介護保険審議会に「苦情処理部会」及び「第三者評価部会」（それぞれ3人の委員で構成）を設け、苦情処理や第三者評価に関し、調査審議することとしたほか、苦情処理や第三者評価を専門的に行う職員として、非常勤特別職員「高齢者権利擁護専門員」を設置した。
- ③ 第三者評価については、市内の介護サービス提供事業者を対象とし、高齢者権利擁護専門員と長寿課職員がサービス内容を調査し、介護保険審議会の第三者評価部会において審議、決定することとしている。
- ④ その目的は、第1に、個々の事業者が事業運営における具体的な問題点を把握し、サービスの質の向上に結びつけること。第2に、利用者の適切なサービスの選択に資するための情報を提供すること。
- ⑤ 調査結果は、第三者評価部会で審議したうえ、決定する。その内容を介護保険審議会において再度審議し、事業所に対する改善を申し入れる。
- ⑥ 評価の結果は、事業所から提出の改善計画案を第三者部会で審議し、高齢総合窓口となっている「いきいき広場」のほか、それぞれの施設・事業所において利用者が閲覧できるようにしている。

（2）サービス評価基準について

2000年7月には、市内の介護福祉施設の全施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群全3箇所）の評価を行い、3月下旬までに在宅サービス事業者に対して調査を実施、すべての評価結果を審議した。（表1 平成12年度第三者評価スケジュールを参照）

サービス事業者の評価基準は、以下のとおりである。

- ① 居宅サービスの評価基準；サービスを機能別に7つの評価対象に区分し、23の評価分類、60～65の評価項目（サービスの種類ごとに設定）に分けて、「A, B, C, D」の4段階評価を行うこととしている。

訪問介護サービスの評価基準項目

- I 福祉サービス提供の基本方針と組織（4分類－11項目）
利用者の権利擁護に対する配慮をしているか、職員の資質向上のための取組みを積極的に行っているか。
- II 地域等との関係（2分類－3項目）
ボランティアの受入れ、他機関との連携、地域に対する広報活動などについて
- III 対等なサービス利用関係の構築（1分類－3項目）
サービスの利用に際して十分な説明が行われているか、サービスの提供は利用者の状況に応じたものとなっているか
- IV 福祉サービス提供過程の確立（4分類－10項目）
サービスの提供に際して他職種、関係機関等との連携が十分に行われているか、各種記録の整理が適切に行われているか
- V 福祉サービスの適切な提供（9分類－22項目）

食事や入浴、排泄など日常生活を送る上での基本的サービスや自立の援助が利用者本位の考え方で行っているか。

VI 利用者本位のサービス提供（2分類－8項目）

サービスの提供に利用者の意見を反映させているか、利用者の安心と安全の確認への配慮がされているか

VII 組織の運営管理（1分類－3項目）

他機関との連携、地域に対する広報活動などについて

②施設サービス；サービスを機能別に7つの評価対象に区分し、28の評価分類、116の評価項目に分けて、「A、B、C、D」の4段階評価を行うこととしている。

介護保険施設サービスの評価基準項目

I 利用者の権利擁護への配慮（1分類－7項目）

施設全体で、利用者の権利擁護に対する適正な配慮をしているかどうか

II 日常生活援助サービス（10分類－47項目）

食事や入浴、排泄など日常生活を送る上での基本的サービスや自立の援助が利用者本位の考え方で行っているか。

III 専門的サービス（3分類－18項目）

機能回復訓練、服薬の管理、行動障害に対する対応や地域での自立生活に向けた支援・援助など施設の専門的なサービスが機能しているか

IV その他のサービス（2分類－8項目）

入退所（入退院）にあたってのサービスや在宅支援などについて

V 地域連携（4分類－12項目）

ボランティアの受入れ、他機関との連携、地域に対する広報活動など

VI 施設設備環境（2分類－11項目）

利用者が快適に生活を送れるよう施設・設備に配慮しているか、清掃が行き届いているか

VII 運営管理（6分類－13項目）

職員研修や会議、各種記録の整備や活動、利用者の意見を取り入れて施設運営しているかなど

③評価段階のレベル

A段階評価；望ましい“サービス水準”を満たしている上に、利用者の希望をできる限り受け入れて、個別的なサービスの実現に努力しているなど、独自の工夫をこらした“サービス水準”を実現させている。

B段階評価；事業者として将来的に目標としてほしい“サービス水準”を示している。

C段階評価；この「評価基準」では、このCランクが全国的にみたサービスの現状であると考えられる

D段階評価；改善を要する水準であり、D評価となった要因を分析し、改善に努力が

必要があると考えられる。

④評価結果の記載方法

- ・ 各評価項目ごとに「□」の該当箇所へチェックし、「評価」欄へAからDの評価結果を記載する。
- ・ 「備考欄」には、評価の理由、根拠となった事実の記載、裏付けとなる資料の添付を行う。特にA評価となった場合、独自の工夫の記載及び裏付けとなる資料の添付を行う。
- ・ D評価となった場合の理由は必ず記載することとし、今後の改善のために実施を予定又は検討している改善計画についても併せて記載する。

(3) 今後の検討課題

- ① 評価項目のチェック：サービスごとに適切な項目をチェックする必要がある。項目が多くて複雑になりすぎ、正当な評価がしづらいとの意見がでた。
- ② 評価方法の見直し：現行の段階基準クリア方式か、各項目のチェック方式か、いずれかの長所を分析し、在宅サービス向きか、施設サービス向きかを検討する必要がある。
- ③ 公表の方式：事業者に対して評価結果を公表し、事業所の自己評価と併せて、サービスの質の向上に資する目的である。市民への公表が、利用者のサービス事業者の適切な選択につながるかどうか、再検討が必要である。
- ④ 評価の方法：事業所のサービス評価の絶対評価か、相対評価か

平成13年度は、全国的なサービス評価方法を取りまとめ、比較分析を加えながら、高浜サービス評価モデルの完成をめざしたい。

-
- (1) 上村・玉村・伊関『実践・行政評価』東京法令出版、2000
 - (2) 島田晴雄『行政評価』東洋経済新報社、平成11年12月
 - (3) 田村誠「政策評価の動向と概念整理」『病院59巻2号』2000年2月
 - (4) 上山信一・玉村雅敏・吉川富夫監訳『行政評価による地域経営戦略』東京法令出版、平成11年3月

1. コミュニティ基本指標(後編)

| 具体的な指標 | 評価の要素 | 評価の観点 | 公平 | 有用性 | 信頼性 | 入手可能性 |
|---------------------------|-------|-------|----|-----|-----|-------|
| 1-1人口(年齢・性別) | ○ | △ | | | ○ | ○ |
| 1-2高齢人口比率(前期・後期高齢化率) | △ | △ | ○ | | ○ | ○ |
| 1-3年少人口指数 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 1-4生産年齢人口 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 1-5世帯収入 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 1-6住宅対策 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| ①所有者 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| ②居住水準 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| ⑤高齢者向け住宅 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| ④低所得向け住宅 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 1-7公園と緑地空間 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 1-8道路等のバリアフリーの状態 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 1-9財政 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 1-10市民満足 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 1-11市民参加 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 1-13アカウンタリテイ | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 1-14国民負担・税 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 1-15リサイクルと粗大ゴミ | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 1-16男女共同参画 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 1-17働き方改革(後10分以内) | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 1-18近隣関係(ソーシャルサポートネットワーク) | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 2-1総合相談体制の整備 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 2-2ケアプランの作成 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 2-3福祉カルテ作成 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 2-4医師(専科別)・歯科医師数 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 2-5ホームヘルパー数 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 2-6訪問看護数 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 2-7保健師数 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 2-8ケアマネジャー数 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 2-9研修生 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 3-1平均寿命と余命 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 3-2死亡率 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 3-3患者数 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 3-4入院患者数 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 3-5寝たきり者数 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 3-6寝たきり老人数 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 3-7医療費 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 3-8健康づくり事業 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 3-9成人検診事業 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 3-10健康診査事後指導 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 3-11健康教室 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 3-12健康相談 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 3-13訪問指導 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 3-14後期高齢者の健康状態 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 3-15タ/アルコール | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 3-16療の状態 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 3-17養生室 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 3-18運動習慣 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |

3. 健康づくり事業の推進指標(近藤)

4. 介護予防事業の推進指標(近隣)

- 4-1 機能訓練
- 4-2 閉じこもり予防
- 4-3 痴呆予防
- 4-4 痴呆予防
- 4-5 転倒予防
- 4-6 介護負担感スケール
- 4-7 サービスの利用水準
- 4-8 身体障害者手帳の所持率
- 4-9 介護虐待の発生
- 4-10 サービスへの満足度
- 4-11 生活満足
- 4-12 口腔衛生
- 4-13 主観的健康度モラルスケール
- 4-14 住居の所有形態
- 4-15 住居の環境
- 4-16 住宅改善

5. 介護保険制度の効率的運用指標(野口)

- 5-1 訪問介護(ヘルパー)数、利用実人員、利用延回数、利用時間
- 5-2 訪問入浴介護
- 5-3 訪問看護
- 5-4 訪問リハビリテーション
- 5-5 通所介護
- 5-6 通所リハビリテーション(デイケア)
- 5-7 福祉用具の貸与
- 5-8 障害者福祉管理指導
- 5-9 短期入所生活介護、療養介護(ショートステイ)
- 5-10 障害者生活共同生活介護(グループホーム)
- 5-11 特定施設入所者生活介護
- 5-12 居宅介護支援事業所入居支給
- 5-13 居宅介護支援事業所改修費支給
- 5-14 指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
- 5-15 指定介護老人福祉施設(老人保健施設)
- 5-16 指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
- 5-17 介護保険新規申請者数
- 5-18 自立
- 5-19 車支援
- 5-20 車介助 I
- 5-21 車介助 II
- 5-22 車介助 III
- 5-23 車介助 IV
- 5-24 車介助 V
- 5-25 送付解決数
- 5-26 権利擁護
- 5-27 第三者評価
- 6-1 訪問給食事業
- 6-2 家事援助サービス
- 6-3 ティーサービス
- 6-4 宅老所事業
- 6-5 高齢者地域ネットワーク事業
- 6-6 高齢者地域ネットワーク事業
- 6-7 在宅介護支援センター事業

6. 地域生活支援事業の推進指標(野口)

7. 生活保護指標(後藤)

- 7-1 生活保護
- 7-2 高齢者福祉
- 7-3 身体障害者福祉
- 7-4 知的障害者福祉
- 7-5 精神障害者福祉
- 7-6 児童福祉
- 7-7 児童福祉
- 7-8 子育て支援施策
- 7-8 社会保険負担

生活保護世帯割合
一人あたり保護費
事業者数
介護保険未利用者割合
介護利用者割合
一人あたり給付
受入可能数/人口
受入可能数/人口
受入可能数/学齢前児童数
学童受入可能数/小学生数
出生率
介護・医療・年金給付の所得比

第3章 イギリスにおける自治体政策評価について

はじめに

従来イギリスの社会福祉においては、地方自治体の外部監査（Audit Commission）や保健省の社会サービス監査部（Social Services Inspectorate）による監査が行われてきたし、また場合によってはこれら二者が合同で監査（Joint Review）にあたってきた。今日イギリスにおいて社会福祉の政策評価の推進が重要な政策課題になっているのは、1989年に労働党のブレア政権が Best Value 方式にもとづく地方自治体への業績評価（Performance Assessment）の実施を明らかにし、それによって、国民および中央政府に対する地方自治体の責任をより明確にしていこうとしたことに基づいている。

ここでの研究の目的は、第一に、こうした Best Value 方式の政策評価の一環として行われる社会福祉の業績評価の実際を捉えることによって、その評価の枠組みや結果を明らかにしていくことである。Best Value 方式の政策評価は、主にはベンチマーク指標にもとづく業績評価によって行われているので、ここではとくに高齢者のケア領域に着目しながら、その評価結果を取り上げたい。第二に、従来行われてきた地方自治体社会福祉行政への合同監査の実態を、ロンドンのウエストミンスター特別区を素材にとりあげて検討したい。すなわち、この研究ではイギリスの地方自治体への広い意味での政策評価として行われている上記二つの方法をみることにする。

第1節 社会福祉の政策評価1：ベンチマーク指標を中心に

Best Value 方式に基づく社会福祉の政策評価の枠組みについては、既に前回の研究報告において述べているので、ここでは具体的なベンチマーク指標とその調査結果について紹介したい。社会福祉政策評価におけるベンチマーク指標は全部で50の項目が整備されているが、それらは5つの領域から構成されている。Best Value 方式に基づく調査結果は、1998年度と1999年度の2回にわたって公開されているが、ここでは1999年度の報告書を取り上げ、主に高齢者ケアに関する指標を検討することとしたい。

99年度報告書は、全体的にみれば比較可能な指標において改善がみられているが、地方自治体間の格差が依然として大きいこと、しかし、98年度と比較するとその格差もやや小さくなっていることを指摘している。

領域の第一は「全国的な優先施策と戦略的目標」と位置づけられるものである。高齢者ケアに関して言えば、「A5:高齢者の緊急入院（75歳以上千人につき緊急入院した率）」があり、その増加率が5年間で3%未満に抑えるという目標が置かれている。これに対してイングランド平均では1.5%であり、目標ラインを超えているが、ロンドンでは3.3%から地方非都市圏2.9%と格差が大きい。

領域の第二は、「費用と効率性」である。ここでは4つの指標が高齢者ケアに関してあげられている。「B11:高密度の在宅および施設ケアに対する高密度の在宅ケアの比率」であり、ここでいう高密度とは、一週間あたり10時間以上、あるいは6回以上の訪問サービスを受けたことを意味する。この数値は高いほうが望ましいとされるが、しかし行き過ぎると弊