

って立ち上げられた巨額な投資プログラムを伴い、その規模は1995年には年間8億マルク（4億ユーロ）に上るものだった。現在までに政府の後援で、ナーシングホームだけでほぼ700に上る新たなものが既に作られたり、建設途中である。

雇用に対する影響は多大なものがある。在宅介護の分野では、新介護保険が8万以上もの新たな仕事を創出した。信頼できるデータはないものの、施設介護における雇用も伸びている。

最後になるが、この新制度は、ほぼ100億マルク（50億ユーロ）に上る累積黒字を持つという事実によって既に示したように、しっかりとした財政によって支えられている。現在では、若干の不均衡がある。今後3年間で、介護支出は保険料から生じる歳入を越えると予測されている。これは主として、人口構成や経済的要因によるものである。しかし、2004年からは歳入の方が再び支出を上回るであろうということは、全ての数字が示している。

IV.改革プラン

当然のことながら、改善や改革の余地は常にある。前述のように、現在、2つの法案が策定されつつある。その1つは介護品質改善法案であり、これは痴呆症の人々の介護を改善することを目的とした初めての法案である。

1. 介護品質改善法案

介護品質改善法案は、現在のドイツ政府が、社会民主党とアライアンス90/緑の党と連立して、1998年10月に発足させた大規模な社会政策プロジェクトの1つである。これは、新介護保険法による影響から生じた2つの動きに対応するものであり、それらは、正しい方向へ向かえるようにするための入念な道標が求められる出来事なのである。

最初の出来事は、長期介護に対する人々の態度が変わってきたという事実である。人々は、とりわけ施設介護において、所得調査を伴う社会福祉政策に丸掛かりで依存していた時には、適切でない介護について不平を言うことをためらってしまったものだ。今では、介護保険（自身の保険料によって資金確保されている）が、多少なりとも彼らと社会福祉という慈善行為とのかわりを稀薄にしたため、自分達や近親者、友人がナーシングホームで受けている介護が医学上、看護上の進歩に照らして望み得る最高の水準に達していないような場合には、「大騒ぎを起こす」ようになった。このような新しいスタンスによって、多くのナーシングホームの詳細が、ごく一部の人々によって調べられたり、公衆の視線にさらされるようになった。ドイツのメディアは、いくつかの醜聞を書き立て、人々の注目を引いた。それらは人々を激怒させ、長期介護やその不備に対する制裁手段、さらに改善の方法などについて、幅広くテレビ討論番組が放送されるに至った。トークショーや特別報道番組の中で、介護問題が取り上げられずに1週間が過ぎることはないくらいだった。ドイツのメディアが、介護を必要としている人々の安寧を願う心を自ら見出したと分かったことは喜ぶべきことだ。メディアは、レポートや番組を公平に報じていた。メディアは確かに、ともすれば、大体において素晴らしい介護を提供している群れの中の、数少ない「黒い羊（厄介者）」を取り上げたくなる誘惑を抑えていたのだ。

2番目の、むしろよい動向といえることは、望み得る最高の介護基準を捜し求めるうちに、介護保険法が積極的で質の高い議論を呼び起こすことにつながったことだ。介護保険法が施行されて間もなく、

介護提供者と介護保険法基金の構成する連邦協議会では、介護のあらゆる領域に関する、初めての全国規模での品質協定に合意したのである。その領域とは、在宅介護、パートタイム介護、短期介護、恒久的施設介護（1995/1996年）である。法律により、これらの協定は、あらゆる在宅介護機関やナーシングホーム、並びに国内のあらゆる介護保険法基金に対して拘束力を有する。現在、契約当事者間で、この品質協定の修正を行っている。それに加え、どうすれば長期介護の質を向上させられるかについての豊富な提案やアイデアを進んで示してくれる、学術や介護専門領域、公共分野といったあらゆる分野の様々な人々がいるのである。共通項となるのは、介護の質を明らかにし、確保し、改善するという課題と難題に取り組むことは、中立の立場からの専門的なアドバイスによって支えられた、介護提供者と介護保険基金との合同委員会の特権であってしかるべきだとする考え方である。この問題は、一方的に行政府の管理や介入に委ねられてしまうべきではない。

これら2つの動きは、長期介護が、その質という点に関する限り、極めて重大な局面を迎えていることを示している。介護品質改善法案の草案を作成するにあたり、連邦厚生保健省は、これらの動きに十分な関心を寄せてきた。

初めから、ある1つのことは明確になっている。それは即ち、介護における不備は、全く受け入れられるものではなく、それらがいつ、どこで発生するものであろうと、取り組んで乗り越えなくてはならないものである、ということだ。しかしながら、ドイツ国内のほとんどの在宅介護機関やナーシングホームはよくやっている、という事実も見失ってはならない。他のいかなる分野におけるのと同様に、間違いや欠点、へま、時として意図的な悪行といったものすら、常につきものである。しかし、だからといって、どこかの政治筋から提案されていたような、国中のあらゆる介護提供者に対する「討伐」を開始する理由にはならない。

品質管理に対する連邦厚生保健省のアプローチは、単純な経験に基づいたものである。今日、この時代に、外部から品質を「管理する」ことなど、産業製品に対してですら不可能であり、ましてナーシングホームや在宅介護機関において脆弱者に対して行われている、極めて個人的かつデリケートな介護サービスに対してなど、いわずもがなである。保健省の堅固な信念というのは、介護の質は、ナーシングホームや在宅介護機関の内部の者によってしか確保したり進展させたりすることはできない、というものである。この目的のため、以下2つの条件を満たすことが最も重要である。

介護施設の所有者と経営幹部は、介護の質こそが、自分達の第1の責務であり、従って、自分達のスタッフに対し、それを指導したり、達成のための動機づけを行ったりしなければならない。

ナーシングホームまたは在宅介護機関で働くあらゆる人々は、自分達が介護している人々に提供するサービスが、医学上、看護上の進歩として認知されている水準を常に満たすよう協働し、結束して継続的な努力を怠らないようにしなければならない。

これらの要件は2つとも、各介護施設において包括的な品質管理システムを導入することを必要とする。ひいては、これは、とりわけ人事管理に対し、新しいスタンスを要求するものである、つまり、より階層的でない、境界線のない、より多領域から成るアプローチである。

このような背景に対して、新しい介護品質改善法案は、行政によるほんの少しのコントロールと、個々の介護提供者に対する明確な責任の付与とを組み合わせたものである。その介護提供者は、介護の質を確保し、改善するという使命に対する連帯感のもと、介護保険法基金と密接に連携している。以下に示す要約では、介護保険法法の中に組み入れられることになっている要点をほんのいくつか取り上げて紹介する。

1. ナーシングホームや在宅介護機関において行われる介護の質に対して第1義の責任を負うのは個々の介護提供者である。

2. 従って、当該の介護提供者はとりわけ、数の上でも十分かつ、質の上でも専門知識を備え、各顧客それぞれのニーズに従って、最新の介護基準に基づき、それぞれの顧客の役に立つことのできる人材を雇用することが求められ、またそのような施設を提供することが求められる。

3. 介護保険基金は、当該基金がナーシングホーム在宅介護機関と契約を結んだ際、上記のような介護提供者の義務を受け入れなくてはならない。

4. 施設介護において、介護提供者及び介護保険法基金は、詳細は「サービスと質に関する協定」において規定することを求めることができる。当該協定は少なくとも、双方に拘束力を持ち、以下に述べることが理解できる情報が組み入れられている必要がある。

a) 当該ナーシングホームが、契約期間中に介護することが予測される顧客の人数。これはさらに、顧客の介護レベルや特有の状態別（例：アルツハイマー病、パーキンソン病、ガンの末期、または AIDS など）に示される。

b) 当該の顧客に対する介護を任せる人員の数とその資格

5. こうして作成された当該の「サービスと質に関する協定」は、全ての関係当事者に対し直接の効力を持つものとする。介護提供者は、あらゆる顧客に対し、介護を提供する際に必要となる労力や時間に関係なく、そのニーズに沿って奉仕するものとする。介護保険基金は、当該の「サービスと質に関する協定」を、価格交渉の際のコスト査定的基础として、直接の拘束力を有するものと認めなくてはならない。もし、契約当事者が、同協定に基づき、合意に達し得ない場合、合意の得られなかった点については、独立仲裁手続きにて決定される。

6. 介護提供者は、自分のナーシングホームまたは在宅介護機関が通常の間隔で提供する介護の質について、自分の選んだ、利害関係のない公認品質検査者から品質証明書を得ることによって証明する義務を負う。

7. 医療保険基金のメディカルサービスが、予告無しに、もしくは強制的に行う、ナーシングホーム構内への立入検査の権限とその条件については、修正介護保険法内で規定されることになる。基本的な原則は、あらゆるナーシングホームは公的立入検査の対象となるが、事前の予告無しの、または強制的な立入検査は、劣悪な介護が行われていることについて相応の疑いがある場合に限定される。在宅介護においては、介護を必要としている人の同意があれば、メディカルサービスが、当該の在宅介護機関が受給者宅で作業している際、その質を調査することができる。

新法案の一部となっているこのような「介護の質」は、「介護市場」における「消費者」としての立場で、恒久介護を必要としている人々の権利を定着させることによってさらに補完されることになる。いくつかの点を抜き出してみると、

i. 介護保険法基金は、他の諮問機関（例：地方自治体）と協力し、介護についてのあらゆる質問について、受給者、在宅であろうと介護施設にしようと、に対し、時宜を得たアドバイスを個別に行う義務がある。

ii. もし受給者がナーシングホームや在宅介護機関によって適切な介護を受けていない場合、介護保険基金は、影響力を駆使して、当該施設に金の返済を求めなくてはならない。介護保険基金は要請に応じて、当該受給者が、自分の世話を間断なく引き受けてくれる他のナーシングホームや在宅介護機関を探す手伝いをしなくてはならない。以前の介護提供者は、受給者が他のナーシングホームへ移るための費用や、他の在宅介護機関からのサービスを受けるために必要な費用を負担しなくてはならない。

iii. もし受給者が、劣悪な介護によって個人的な損害を被った場合、当該受給者の属する介護保険基金は、当該受給者に無料で法律上のアドバイスを رفتたり、当該受給者が介護提供者を相手取って損害賠償のための訴訟を起す手助けをしたりすることができる。たった 1 人が、自分を介護していた体

制に対して立ち向かうのと、その介護体制の方が、強力な介護保険基金を敵に回して立ち上がるのでは、明らかに極めて大きな違いがある。

最後に、この介護品質改善法案と平行する法案、すなわち、高齢者向け施設で生活する人々を守るための法案の中に、ナーシングホームの入居者は、自分達の選んだ「施設評議会」を通じ、施設的环境における自分達の生活のあらゆる側面について、より大きな発言権を持つことが盛り込まれる。この評議会は、当該施設が、「サービスと質に関する協定」や値上げについて交渉を開始しようとする、かなり前の時点でナーシングホームから相談を受けなくてはならない。評議会は、文書によるコメントや声明を書くための時間を与えられなくてはならない。それらは将来的に、ナーシングホームが新たな交渉を求めた際、介護保険基金に提出しなくてはならない資料の一部となる可能性がある。

新しい介護品質改善法案の掲げて立つ理念は極めて単純なものである。即ち、ドイツの社会において最も弱い人々に奉仕するのは、あらゆる介護提供者の特権である、というものだ。

2. 痴呆症の人々に対する介護を改善するための初めての法案

前述のように、2番目の法案（今年末までには公表される予定である）は、痴呆症を病む人々に対する介護を改善することを意図したものである。これは、より大きな規模で問題に取り組むための第1段階に過ぎないとみなされている。

1) 全般的傾向

高齢者の占める割合は、ほとんど全ての OECD 加盟国において著しく増え、さらに今後も増え続けるものとみられる。高齢者人口の絶対数が増加しつつあるだけでなく、その相対的な割合も増加している。前述のように、2030年には、ドイツにおいて3人に1人が60歳以上となるのである。

OECD 加盟国の人口が高齢になるにつれ、他者依存の発生率や、痴呆症の発現率が上昇する。その結果、痴呆症の介護に対する必要性が、より高齢の患者へとシフトする。これらの患者が、アルツハイマー病または血管性痴呆症にかかる可能性は高いが、一方、（現在の最新の医学技術では）痴呆症の現われを取り消せる可能性は低い。世界保健機構（WHO）によれば、世界中に痴呆症患者は1,800万人いると推定されている。アルツハイマー病インターナショナル（ADI）では、今後25年で、3400万人の人々が痴呆症にかかると予測している。この数字は、今後、発展途上国においても平均余命が伸び、高齢者人口が増加するという文脈に置き換えてみると、一段と重みを増してくる。痴呆症の人々のうち、既に66%が発展途上国に住んでいるのだが、（再びADIによれば）2025年までにこの数字は75%にまで上昇する。痴呆症の人々の半数以上は、アルツハイマー病にもかかっている。アルツハイマー病は、進行性の脳障害で、記憶喪失や、行動・人格上の変化を引き起こす。

痴呆症を発生させる最大の要因は加齢である。痴呆症は、62歳以上の人々の20人に1人がかかっているとされている。ドイツでは、90万人の人々が痴呆症にかかっていると見積もられている。

どのような形で最も頻繁に現れるかといえば、

アルツハイマー病（65%から75%）

血管性痴呆症（約20%）

精神分裂病

薬物・アルコール中毒

などによって引き起こされる精神障害で、しばしば多発性神経障害も伴って特にコルサコフ病にみられる。

毎年、ドイツでは新たに 20 万の新たな症例が現れる。もし、痴呆の予防や治療の分野で飛躍的な進歩が見られなければ、今後 40 年間で、痴呆を伴う人々の数は、少なくとも 140 万人に上るとみられている。

以下の表は、ドイツにおける痴呆症の罹患率・発生率の推移を示している。

年齢別にみた痴呆症罹患率 (1999 年ビッケルによる)		
年齢層	平均罹患率 (%)	患者の推定人数
65-69	1.2	50,000
70-74	2.8	94,000
75-79	6.0	136,000
80-84	13.3	225,000
85-89	23.9	253,000
90 歳以上	34.6	142,000
65 歳以上	7.2	900,000

年齢別にみた痴呆症の新たな症例発生率 (1998 年ガオ他による)		
年齢層	平均罹患率 (%)	患者の推定人数
65-69	0.33	13,000
70-74	0.84	28,000
75-79	1.82	39,000
80-84	3.36	49,000
85-89	5.33	43,000
90 歳以上	8.00	20,000
65 歳以上	1.61	192,000

先進主要国においては、65 歳以上の人々の 6.5%から 8.7%が、何らかの種類の重篤な痴呆症にかかっていると思われる。ドイツにおいては、その数字はほぼ 7%である。これらの人々の施設介護にかかるコストは、年間 150 億マルク (75 億ユーロ)、在宅介護にかかるコストは 50 億マルク (25 億ユーロ) と推測される。

2) 介護の実状

介護保険法が適用される他者依存の人々の背景事情と比べ、痴呆症を患う人々の割合は以下のように考えられる。

上述のように、約 186 万人の人々が恒久的な (非医療的) 介護を必要としており、これは総人口 8,200 万人のおよそ 2%に当たる。

これらの人々のうち、55 万人がナーシングホームで生活している。残りの 131 万人は、近親者、隣人、ボランティアや介護専門者などによって介護を受けている。

ナーシングホームでの介護を受けている人々のうち、およそ70%が、何らかの（往々にして極めて重度の）痴呆症を病んでおり、アルツハイマー型のものが増えている。在宅介護については、その数字はおよそ50万人と見積もられている。

3) 現行介護保険制度の不備

新介護保険法の欠点の1つは、介護に依存しているとみなされる人々の定義範囲があまりにも狭すぎるといったものだった。一見しただけでも、介護の必要性とそのレベルを評価する際に考慮されているのは主として、日常生活における肉体的な欠陥であるということは事実であると思われる。次に、この図式はより複雑である。介護依存状態へとつながる要因は大きくいって2つある。即ち、病気と廃疾である。これらは両方とも、肉体的なものもあれば、精神的なものもある。結果として、法律で介護を必要としていることが認められている圧倒的多数の人々は、この方法で評価を受ける。なぜなら、彼らは何らかの痴呆症を患っているからである。

しかしながら、介護依存状態の法的な定義は、痴呆症を患っているより多くの人々を、介護保険法の受給者の範疇に含むよう解釈を広げるべきであるとする国民の要請が高まりつつある。受給者の法的定義をこれ以上上げると、保険料が1.7%高くなるというのが単純な事実である。これは一般的には、現実的でないと考えられている。なぜなら、これによってドイツ国内の労働コストがさらに押し上げられ、それによりドイツの汎欧州、ひいてはグローバル経済における産業競争力を損なう恐れがあるからである。

4) 提案（第1段階）

一方、既存の財政的制限内であっても、長期介護の必要があり、さらに痴呆症を患っている人々の世話をしている家族やその他のインフォーマルな介護者の置かれている環境を改善する余地がないわけではない。

1. それは、この層に属する人々に対して、1週間に1日、または1ヶ月につき4日のデイケアセンターでの介護日を提供しようとするものである。

この趣旨に沿ったプロジェクトは、以下の3つの目的を達成することを意図している。

本プロジェクトは、1週間に1日、または1ヶ月に4日間は、介護の負担から解放することにより、多くの近親者、友人その他のインフォーマルな介護者をねぎらい、楽にする。

本プロジェクトは、本制度を活用して、受給者にふさわしいデイケアセンターにおいて、活性化を促すような介護やリハビリテーションを提供することにより、受給者本人の厳しい状態を改善、もしくは少なくとも緩和する。

本プロジェクトは、ナーシングホームを強化し、恒久的な施設介護や入院を避ける方法の一環として、デイケアセンターの進展もうながす。

現在では、約13,000ものデイケア施設があるが、そのうち9000しか定員を満たしてはいない。しかし、使用者の大半は、痴呆症の、長期介護を必要とする人々である。既述したような財政的制約はあるものの、介護保険法基金は、当プロジェクトに年間5,000億マルク（25,000億ユーロ）を拠出する程度には十分な積立金と歳入を確保できるだろう。これは、およそ13万人の人々に給付金を支払うに十分な金額である。

本プロジェクトに対し、大きくは以下2つの点について疑問を投げかける声もある。

活性化を促すような介護やリハビリテーションの提供という観点から見ると、1週間に1日程度では、

受給者に十分な影響を与えることはできないだろう。

痴呆症を患うかなりの人々は、慣れ親しんだ環境を離れて、1週間に1日、デイケアセンターに行くことも尻込みしてしまうだろう。

他の国（例：フランス）では、デイケアセンターがよい結果を生んでいるようだ。

2. 「本格的な」デイケアセンターにおける正式な介護に替わる案として、連邦厚生保健省が示している2番目の提案というのは、「敷居を低くした」状況でのインフォーマルな介護である。より打ち解けた家族的な雰囲気の中で介護を提供するボランティアグループ（ドイツアルツハイマー病協会やその他のボランティア組織が始めた）も多数存在する。州政府の中には既に、ボランティアグループの試みを補うために常に予算を確保し、その補助金を与えることによって、こういった想像力に富むプランを助成しているところもある。保健省の提案は、こういったプロジェクトに「共同資金融資」することであり、こうして、より多くの資金が利用できるようにするのである。それに加え、介護保険法の中に「試案」となる条項を組み込むことが考慮されているところである。その条項とは、介護保険基金に対し、介護における革新的プロジェクトに融資したり、試してみたりすることを認めるものである。

3. さらに別の提案は、現行の在宅訪問サービスを詳述するものである。

ドイツ保健省によるこれらの提案は、「人が中心の介護を」、という根底を流れる理念に基づくものである。痴呆症の人々が経験している病的状態の多くは、その障害・廃疾の結果ではなく、彼らを取り巻く否定的な態度や介護方法の結果であることは否定できない。介護の質が高ければ、痴呆症という経験も結局のところ、そう悪いものと考えする必要はない。つまり、認知スキルが失われたとしてもなお、痴呆症の人々は人生を楽しむ能力を残しているのである。これは、「ブラッドフォード痴呆症介護マッピングスキーム」（英国、ヨークシャー）や、KDA（高齢者援助のためのドイツトラスト）が作成した「ドア・オープニング・アプローチ」や、ドイツアルツハイマー病協会・アルツハイマー病インターナショナル他、国内外のボランティア組織が立ち上げた様々な構想が作成されるに至ったのと全く同じ理念である。即ち、痴呆症は、我々の社会に対する挑戦として受けとめられているのである。痴呆症であっても、価値と尊厳ある1人の人であり続けるはずであり、他の人と同様の敬意を払うに値する。現在のところ、痴呆症に対する治療法は存在しないが、我々は、痴呆症の人々ができるだけ快適に生活できるよう手助けすることはできる。介護者や保健医療専門家は、痴呆症の人々の生活の質を維持する上で、極めて重要な役割を担っている。ドイツ保健相は以下を固く信ずるものである。即ち、多くのインフォーマル介護者や介護専門者、及び数多くのボランティア組織が行っている測り知れぬほど貴重な仕事が、財政支援を含め、漸進的整備によって支援を受けるべき時はもはや、とうに来ているのである。

予測されたことだが、上記の法案を不十分なものであると非難する人々はいる。それに対して、5,000億マルク（25,000億ユーロ）以上もの資金は、現時点では使うことはできないのだ、とだけ言っておこう。現在検討中の法案は、介護者も含め、痴呆症を病む人々に対する介護状態を、さらに改善するための第1段階に過ぎないのである。代案は、少なくとも当座の、「問題を寝かしておく」ことである。これは政治的に見れば、容認しがたいものではあるが。

V. 欧州の事情

介護保険法が、欧州特有の側面を持っていることは疑う余地がない。ドイツ政府はこのメッセージを、1998年3月5日のいわゆる「モルナール決定」という形で欧州裁判所によって痛感させられることにな

ったのである。

1. モレナール事件における事実関係

本事案の事実関係は以下の通りである。ドイツ人であるモレナール氏とそのドイツ人の妻はドイツで働き、フランスに住んでいた。バーデンヴュルッテンベルグ州の介護保険基金は、フランスに住んでいる限り、夫妻は介護給付を請求できない、保険料は支払わなければならないにもかかわらずと決定した。州がこれを決定した根拠は、介護保険法の中にある、「被保険者たる請求者が外国に住んでいる限り、給付金請求の効力は停止する」と定める条項である。

モレナール夫妻は、自分達が介護給付を受け取る権利を得られない限り、ドイツの介護保険制度に対する保険料の支払義務を負わなくてよいとする裁定を求めて、カールスルーエの社会裁判所に提訴した。ドイツ裁判所は、欧州連合法に照らした、理非曲直による本事案の予備的判断を求め、本事案をルクセンブルグにある欧州裁判所に付託した。

2. 欧州裁判所の決定

・欧州裁判所は、ドイツで働いており、他の EU 加盟国に住んでいる移住労働者（ここでは、国境をまたぐ労働者）は、ドイツの介護保険法制度に対し、保険料を支払う義務があるとの判断を示した。その代わりに、たとえ他の EU 加盟国に住んでいたとしても、彼らは、他者依存の状態に陥った場合、介護給付を現金で受け取る権利があるものとした。

・このような裁定に至った、決め手となる理由について欧州裁判所は以下のように示した。

・ドイツの介護保険法制度は、移住労働者の社会保障に関する EEC 評議会規定第 1408/71 項の適用範囲に当てはまるものとする。

・ドイツの介護保険制度が提供する給付は、EEC 規定の法的概念における医療補助であるとみなされるべきものである。

・当該規定に基づき、他の EEC 加盟国に居住する人々に対しても、現金給付は適用されなくてはならない。現物給付についてはその限りでない。

・欧州裁判所は、在宅介護に対する現金給付は、現物給付の単なる「代替」にしか過ぎないとするドイツ政府の意見に対し、異議を唱えた。また、同裁判所は、在宅介護手当は、他の EU 加盟国に住んでいる受給者にも適用されなくてはならないとの判決を下した。

・欧州裁判所は、ドイツの在宅介護手当を現金給付であると解釈した決定を、基本的に以下の理由により正当なものとした。

・在宅介護手当は、それを利用していることの証を求めることなく、受給者に対し定期的に支払われている。

・在宅介護手当は、個々の事例で発生する支出に関係なく、金額が固定されたものである。

・受給者は、自分がふさわしいと思う用途に、自由に当該手当を利用することができる。他の人の手に渡してしまっても構わない。

・結果として、当該受給者は、自分自身の生活水準を向上させるためだけに介護手当を利用してよいのである。

・欧州裁判所は、ドイツの介護保険法による填補を受けている人々は、彼らが他の EU 加盟国に住んでいた場合であっても在宅介護手当を受け取る資格があると結論づけた。これに反するドイツ法の条項は、欧州法違反となる。

3. 本事実の意味するもの

善良な EU 加盟国として、ドイツ政府は欧州裁判所の決定を受け入れ、実施した。本事実が、ドイツにとって、そして同じ立場にある他の EU 加盟国にとって意味するものは以下の通りである。

モレナール決定は、EU 加盟国、もしくはさらに広域の欧州経済水域（ノルウェイ、アイスランド、リヒテンシュタイン）に属する国々に住んでいる介護保険加入者に対して適用される。だが、これらの国の適用の対象となるのは現物介護給付のみである。

オランダには介護保険制度があるが、在宅介護手当を支給しておらず、モレナールはオランダの制度の何ら関係がない。

1999 年、ルクセンブルグは、ドイツの制度に似た介護制度を導入した。この制度でもやはり、在宅介護手当を支給する。ルクセンブルグ政府は、モレナール決定に沿って、現金給付を国外に住む人々へも適用しなければならないということを受け入れるようである。

オーストリアにはモレナールの判例は何の関係もない。なぜなら、オーストリアの制度のもとでの在宅介護手当は、保険料によって賄われるのではなく、一般税収により賄われるからである。

ドイツの介護保険法制度に関する限りでは、欧州裁判所の裁定は、以下の層の人々に益することになる。

- ・年金生活者とその家族で、ドイツの年金だけを受けており、他の EU 加盟国に住んでいる人々
- ・ドイツ国内で働いているが、他の EU 加盟国に住んでいる、移住（国境をまたは）労働者とその家族
- ・ドイツで雇用されている人々の家族で、他の EU 加盟国に住んでいる人々

これに該当する人々は 6 万人くらいいるとみられる。

モレナール決定が財政的に与える影響は限られている。というのは、受給者となり得る人々のほんの一握りしか（幸いにも）、介護に依存していないからである。当然、欧州裁判所の決定は、スペインやポルトガルに住んでいるドイツの年金生活者を喜ばせている。

VI. 概況

その発足当時から、欧州連合は、社会的様相を帯びていた。実際、貧困者、困窮者、病人、弱者などを介護することは、我々が共通して持っている欧州の遺産ともいえるものの重要な一部であった。我々のそれぞれの国の歴史を振り返ると、病院や自宅で介護を提供するという考えは、優に 2000 年も前まで遡ることを知り、嬉しくなるだろう。

1. 回顧

将来を展望するためには、しばし立ち止まり、あえて昔を振り返ることも役に立つと思われる。

ゲルマンの地に、初めての「病院」として知られるものが古代ローマ軍によってライン川のほとりに建てられたのは、西暦 14 年のことである。病院は、キリスト教の広まりとともに全欧州中に姿を現した。キリスト教は何世紀にもわたって人々の全人生を支配していたのである。13 世紀の終わりまでには、ドイツ国内には、ほとんど 1,200 あまりに上る病院が存在していた。当然、それらは今でいうところの医療施設ではなく、むしろ巡礼者や旅行者にとっての宿泊所であり、困窮者や貧困者、孤児にとっての避難所であり、高齢者や不治の病に冒された人々にとってのナーシングホームであった。ゲルマンや他の

欧州諸国の病院の初期の歴史は、貧困者の中の最貧困者の歴史でもある。彼らにとってたった1つの、しかし力強い支えとなったのは、キリスト教世界の慈悲の心であった。

その当時、ナーシングホームつき病院というのは、大部分が教会や、修道女・僧侶の修道会、信徒（多くが礼拝を執り行った）の主催する慈善団体などの所有であった。設備投資も介護も、病院やナーシングホームの所有者によって賄われた。これらは、自給自足体制を取っており、現金を所有する必要はほとんどなかった。看護婦も、多くの労働者や医師も、その敷地内に住み、その土地で産する食物を消費し、病院やホーム内の作業場で作られた衣服を身に着けていた。賃金は、現金と、決められた量の食品や日用品であった。

患者と従業員との区別は流動的なものだった。より強壯な患者は、仕事を分担することが期待された。もし彼らが、戻る家もなく外の世界でやっていくこともできないならば、彼らは留まり、その代わりに働くのだった。病院やナーシングホームで働かない場合は、作業場か農場で働くことになったろう。

聖地解放を掲げた十字軍遠征の結果、伝染病が欧州中に広がり始め、各地の行政府が、罹患した人々を隔離するといった介入を行うようになった。この時期、とりわけ、ドイツでは15、16世紀に、地域の公立病院や宿泊所、ナーシングホームなどが現れ始めた。この時代は、プロテスタントによる宗教改革や、30年戦争（1618年から1648年）が、教会と、多くの慈善団体の間を引き裂き、以前の富を失わせた。個人の手によっていた慈善行為は、公共の慈善行為によって補われたが、人々は依然として無料で治療を受けたり介護を受けたりした。

これは、17世紀、18世紀に、現代的な医療が錬金術に続いて現れた時にも変わらなかった。そして、ゲルマンその他欧州各国の国王や君主、州政府は、自国の大学に医学部を併設したり、付属病院を設立したりすることを自慢するようになった。「国家の慈善」という概念が生まれたのである。これは、ドイツでは、リベラルなプロシアに深く根ざしている。プロシアでは、フリードリヒ大王（1712年～1786年）が、自らを人民の第1の僕であると称したのである。1710年に設立されたベルリンのシャリテーは、医学の進歩を育てる好適所となったのである。

とりわけ、フランスやベルギーの「協力的介護運動」の影響下において、19世紀は、カソリック、プロテスタントともに教会病院やナーシングホームの復活を見る時となった。それらは今日もなお、非常に強大になり続けている。19世紀半ばから、医師が個人の診療所を開設するようになった。その多くは、貧困者には無料で治療を施し、富者には治療費を請求していた。今日でも、民間病院やナーシングホームは、それが営利組織であっても、自分達はゲルマンや欧州における病院史や「介護」史における、慈善という本流を行くのだと（何らかの弁明も付記して）主張することができる。

死に行く人々や不治の病に冒された人々にとっての現代のホスピスにおいて、病院やナーシングホームは、再び力を合わせ、医学的治療や介護についての総合的、包括的概念の実現に向け、一身を捧げている。

もし我々が、資料の残っている最初の800年間についての欧州の病院史や介護史を、経済的視点で見れば、あらゆる時代に共通する2つの特徴が存在する。

医療提供者と資金提供者は常に同一であった。即ち、教会、慈善団体、地域・州政府、自律的トラストといったもの全てが、介護と資金の両方を提供していた。19世紀の半ばまで、患者は費用を請求されることはなかった。

「提供者」は、決して利益を上げることを夢見たりしなかった。彼らは、人々のために仕事をしているのであって、金のためにしているのではなかった。

2. 将来展望

もちろん、病院や介護提供者も、自分達が提供するサービスに対する支払いができたような時代は、はるか昔に過ぎ去った。だが、あらゆる欧州諸国やそれを越えて、底流となっている連帯という伝統は、いまだ消えずに十分生き続けているように思われる。社会における最弱者の世話をしたいと道義的に願う気持ちは失われておらず、それどころかルネッサンス期を迎えているようだ。欧州連合、欧州評議会、そして OECD が弱い高齢者の介護を喜んで受け入れているという事実が、喜ぶべきその証である。

もちろん、長期介護を必要としている人々には、違った支援の差し伸べ方もある。オランダやルクセンブルグ、またはドイツで好まれている社会保険のようなアプローチは、単に1つの方法に過ぎない。税金による資金確保という方法でも何ら問題はない。欧州における様々に異なった制度がもし、調和する時があるとすれば、それまでにはまだ長い道程が残されているだろう。ドイツの視点から見れば、その必要はない。多くの分野において、欧州は最高の強さを誇る。それは、欧州が、その構成国の国民性や文化において多様性に依存しているからである。

ドイツの視点から見て、とりわけ、株主の価値観が重要視される今日的な新しい状況において、なお重要と思われる点が1つある。それは、医療補助や介護給付は、経済的に役立たずな福祉のばらまきではない、ということである。それらは、教育や訓練のようなものであり、人々がそれなくしてはやっていけない社会投資なのである。欧州のほとんどの国では、天然資源が比較的少ない。ドイツを例にとってみよう。22万平方マイルの領土など、地球上の小さなシミに過ぎない。その食料の3分の1と、ほとんどの工業材料は、輸入しなければならず、その代価は主に輸出によって支払われる。ドイツ連邦共和国が依存している主要な資源は、その8,200万人の国民であり、彼らのうち、およそ1,500万人は、中央ヨーロッパ、または東欧からの難民と移民である。そして、およそ700万人は、世界中からやってきた労働者とその家族である。ドイツ経済を機能させているのは、何よりも、健全な労使関係と、巨額の社会投資に後押しされた人々のスキルなのである。言い換えれば、ドイツのような国において、これは、多少なりとも、あらゆる欧州の近隣諸国に当てはまると思われるが、経済成長にとって最も重要な要素、資本よりも重要とさえいえる要素は、長期介護、教育、人的スキル、移動などを含めた健康なのである。

我々が、現在そして将来の介護提供制度とそれが介護の質と公平性に与える影響に目を向ける際、心に留めておくべきことは、この2つの原則—連帯と人的投資なのである。

社会的、経済的双方の理由から、OECDは、虚弱高齢者、とりわけ痴呆症の高齢者に対する介護の分野における国際理解や協力を深めるという、崇高かつやりがいのある業務に取り組むことが大いに求められる。

詳細データ

1. 被保険者となっている人々の数

公的介護保険	約 7,142 万人(2000 年 1 月 1 日時点)
民間介護保険	約 813 万人(1998 年 12 月 31 日時点)

2. 受給者総数(在宅介護及び施設介護) 192 万人

在宅介護	約 135 万人
施設介護	約 57 万人

3. 在宅介護における受給者数

1) 公的介護保険(介護保険基金の業務統計)

a) 自宅で介護を受けている他者依存の人々の数	約 128 万人	
b) 介護レベル別		
	1998 年 12 月 31 日時点	1999 年 12 月 31 日時点
介護レベル I	616,506=50.3%	668,314=52.2%
介護レベル II	471,906=38.5%	472,189=36.9%
介護レベル III	<u>138,303=11.3%</u>	<u>139,876=10.9%</u>
	<u>1,226,715</u>	<u>1,280,379</u>

2) 民間介護保険(民間介護保険業者の業務統計)

総数(1998 年 12 月 31 日時点)	約 7 万人
介護レベル I	45.8%
介護レベル II	38.9%
介護レベル III	15.3%

全体で、135 万人に上る他者依存の人々が、公的介護保険と民間介護保険の両方から、在宅介護給付を受け取っている。

4. 施設介護における受給者数

1) 公的介護保険(介護保険基金の業務統計)

- a) 自宅で介護を受けている他者依存の人々の数 約 54 万 6,000 人
b) 介護レベル別

	1998 年 12 月 31 日時点	1999 年 12 月 31 日時点
介護レベル I	187,850=36.7%	203,950=37.4%
介護レベル II	210,525=41.2%	226,657=41.5%
介護レベル III	<u>113,028=22.1%</u>	<u>115,376=21.1%</u>
	<u>511,403</u>	<u>545,983</u>

2) 民間介護保険(民間介護保険業者の業務統計)

総数(1998 年 12 月 31 日時点)	約 1 万 7,000 人
介護レベル I	23.7%
介護レベル II	43.1%
介護レベル III	33.2%

全体で、67 万 3,000 人に上る他者依存の人々が、公的介護保険と民間介護保険の両方から、施設介護給付を受け取っている。

5. 1995 年から 1999 年までに公的介護保険制度が受給者に対して行った支出(ドイツマルク)

	<u>1995 年</u>	<u>1996 年</u>	<u>1997 年</u>	<u>1998 年</u>	<u>1999 年</u>
在宅	約 90 億*	約 150 億	約 150 億	約 160 億	約 160 億
施設	...	約 50 億**	約 13 億	約 14 億	約 14 億

*在宅介護給付開始: 1995 年 4 月 1 日

**施設介護給付開始: 1996 年 7 月 1 日

6. 介護保険制度支給額

		介護レベルⅠ 介護を相当に必要とする	介護レベルⅡ 介護を深刻に必要とする	介護レベルⅢ 介護を極度に必要とする (特に重篤な場合)
在宅介護	現物支給での月額最高額(ドイツマルク)	750	1,800	2,800 (3,750)
	現金支給での月額最高額(ドイツマルク)	400	800	1,300
代理介護 -近親者 -その他	暦年1年間につき最高4週間の介護提供 最高額(ドイツマルク)	400 2,800	800 2,800	1,300 2,800
短期介護	暦年1年間につき最高4週間の介護提供 最高額(ドイツマルク)	2,800	2,800	2,800
パートタイム介護(昼または夜)	月額最高で右記の金額の介護提供	750	1,800	2,800
フルタイムの施設介護	月額最高で右記の金額の介護提供	2,000	2,500	2,800 (3,300)

7. インフォーマルな介護者への社会保障保険

1) 法定年金保険制度の受給対象となる介護者数

1995 : 約 394,000 人
 1996 : 約 531,000 人
 1997 : 約 516,000 人
 1998 : 約 534,000 人

受給対象となる介護者の 90%以上は女性である。

2) 介護保険基金が法定年金保険制度に支払った保険料総額

1995年 約 6 億ドイツマルク
 1996年 約 18 億ドイツマルク
 1997年 約 23 億ドイツマルク
 1998年 約 23 億ドイツマルク
 1999年 約 22 億ドイツマルク

8. 人口の推移

1) 予測

60歳以上の人々の数は、2010年までに200万人増え、1,910万人から2,100万人になるとみられる。これは即ち、全人口(8,200万人)の26%に当たる。2010年から2030年までの間に、この年齢層の人々はさらに620万人増え、2,720万人に上ることになる。この時期に、総人口は、8,200万人から7,700万人へと減少することが予測される。その結果、2030年までに、ドイツに住む人々のうち、3人に1人(正確には35%)が60歳以上になるとみられる。

2) 平均余命

現在、平均余命は以下の通りである。

- 新生男児の平均余命 74.0 歳
- 新生女児の平均余命 80.3 歳
- 65歳男性の平均余命 15.1 歳
- 65歳女性の平均余命 18.8 歳

3) 他者依存に陥るリスク

- 60歳未満 0.5%
- 60歳から80歳 3.5%
- 80歳以上 30.0%

1995年に、介護保険法が導入された際、長期介護を必要としている人々は165万人であった。現在、5年後のそれは186万人である。この数字は今後10年間で34万人増えて、220万人に上ると予測されている。

介護保険制度への参入が認められている介護施設

2000年7月1日時点

連邦州	在宅介護機関	パートタイムで介護を行うデイケアセンター	短期のケアセンター	フルタイムの介護施設
バーデンヴェルツテンベルグ	1,278	264	807	1,058
バイエルン	1,914	439	816	1,337
ベルリン	348	35	27	269
ブランデンブルグ	542	98	171	225
ブレーメン	134	11	75	75
ハンブルグ	427	12	97	156
ヘッセン	966	188	448	591
メクレンブルク-フォアポンメルン	430	31	104	181
ニーダーザクセン	1,115	271	374	1,119
ノルトライン-ヴェストファーレン	2,592	292	925	1,644
インラント-プファルツ	462	241	312	389
ザール	172	110	98	113
ザクセン	978	118	160	404
ザクセン-アンハルト	548	75	290	247
シュレスヴィヒ-ホルシュタイン	582	96	250	607
チューリンゲン	393	85	164	194
ドイツ(計)	12,881	2,366	5,118	8,609

付録B：福祉領域における

ニュー・パブリック・マネジメント（その1）

－英国自治体社会サービスにおける業績指標－

新潟青陵大学 長澤紀美子

1. はじめに

80年代半ば以降、公共サービスに対する説明責任（アカウンタビリティ）の要請とともに、行政に民間企業における経営手法を導入し、行政運営の効率化を目指す試みがアングロ・アメリカン系諸国を中心に展開されてきた。このような動きは、ニュー・パブリック・マネジメント（New Public Management、以下 NPM）と呼ばれ、多様な行政分野に導入され、保健医療福祉もその例外ではない。NPM は、①業績／成果（performance）による管理、②市場型メカニズムの導入、③顧客主義、④業務単位への権限委譲の4点に特徴づけられる（大住、1999年）。（表1）に示すとおり、各側面で従来の官僚型の行政文化から業績／成果重視型の契約文化への移行を志向したものである。

表1 NPM による行政の改革

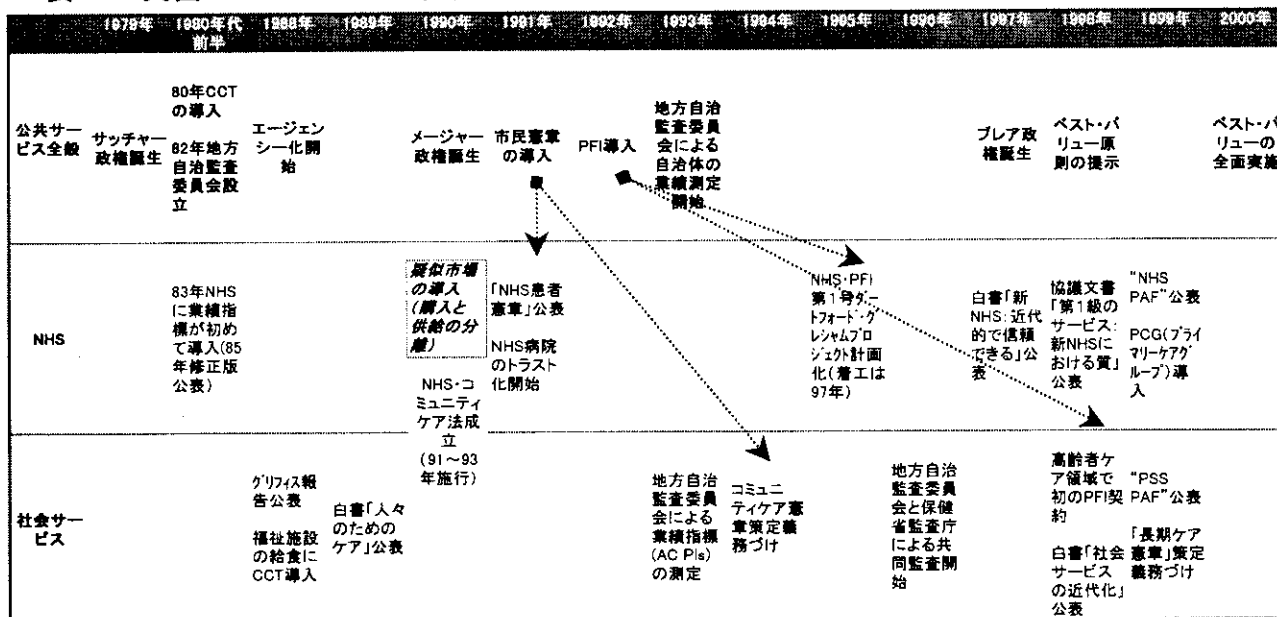
従来の官僚的文化	⇒	業績による契約文化(NPM)
法規、手続きによる統制		業績・成果に基づくマネジメント (Management by Results/Performance)
競争原理の限定的利用		契約型システムに基づく市場型メカニズムの導入
供給者本位		顧客主義、利用者本位
ヒエラルキーの拡大		企画立案部門と執行部門の分離 分権化した業務単位への権限委譲

（注）大住（1999年）を一部修正。

具体的には、これら4点の特徴の幾つかを併せ持った NPM 型施策が各国で展開されているが、先駆的な英国にそれぞれの手法の典型をみることができる。例えば、①業績／成果による管理については、中央政府や自治体の公共サービスにおける業績指標を、②市場型メカニズムについては、民間委託、PFI、エージェンシー化、疑似（内部）市場等の仕組みを、③顧客主義については、「市民憲章」（Citizen's Charter）とその枠組みにおける行政分野毎の憲章をそれぞれの代表として挙げるることができる。（表2）は、

これらの手法に関連して、国民保健サービス（NHS）と社会サービス¹⁾の保健医療福祉領域において実施された代表的な施策や関連する公文書を年表で示したものである²⁾。

表2 英国のNHSおよび社会サービスにおけるNPM型施策の経緯



英国では、社会サービスは地方自治体の実施する公共サービスの1領域であり、市場化の対象が自治体行政全般に拡大するにつれ、競争原理の活用が図られるようになった。自治体に80年に導入された強制競争入札（Competitive Compulsory Tendering, CCT）³⁾が、88年には、既に社会サービスの一部（自治体保有の公的福祉施設の給食分野等）に導入されていたが、本格的な市場型メカニズムの適用は、NHS・コミュニティケア法の施行（91年以降）を機に、医療と社会サービスの領域に疑似市場（quasi-market）⁴⁾が創設されたことに特徴づけられる。疑似市場の導入により、サービスの供給者（provider）が購入者（purchaser）から分離独立し、医療では、保健当局と、NHS病院トラストや予算保持医（GP Fund holder）との間に、社会サービスでは、自治体社会サービス部と、官民のサービス提供施設・機関の間に、契約による取引の仕組みが持ち込まれた。90年代後半には、社会資本の整備に民間活力を導入するPFI（Private Finance Initiative）の手法が、医療機関や高齢者ケア施設・在宅ケアセンター等の建設・改修に利用され始めた。これら市場型メカニズムの活用の目的は、民間ができるものはできる限り民に委ね、公的部門として残す領域には擬似的な市場を創り出すことによって、競争原理を機能させ、公共サービスの効率性と「納税に見合う価値」（Value for Money, VFM）を最大化することにあった（白川他、1998年）。

このような市場型メカニズムの手法は、業績／成果による管理と併せて用いられることが多い。つまり、業績／成果を達成することが予算配分の条件となる契約の仕組みが導入され⁵⁾、公的部門や公的部門と契約する機関については、業績／成果という結果に対するアカウントビリティが求められるようになったのである。

一方、OECD加盟国において、公共サービスを実施した際の成果／業績（performance）

が問われるようになってきたのはそれより遡り、1980年代始めのことである（OECD,1994年）。その背景には、経済低成長期における公的支出の抑制という社会的要請に対応するため、効果のあがらない事業を特定し、資源のより効率的・効果的な使用を促進するような工夫が求められたことがあった。そのためには、会計監査の財務的情報だけでなく、何をなしえたかという結果に関する情報、言い換えれば、インプット（予算や人員等の投入資源）に関する指標から、アウトプット（サービスの実施により産出されたもの）やアウトカム（目標に対応し住民に利益を及ぼすような、達成された成果）に関する指標⁶⁾が必要とされるようになったのである。さらに、行政本体から切り離された執行部門（サービス提供部門）を間接的にコントロールするために、契約を通して業績／成果を管理する仕組みが必要であったこと、また、提供者本位ではなく、利用者（もしくは住民）本位のサービスへという意識が高まってきたことなどが挙げられる。この業績／成果による管理は、アングロサクソン諸国を中心に、民間企業における経営手法を公的部門に導入した一連の「ニュー・パブリック・マネジメント」と呼ばれる行政改革の最優先の課題でもあった（大住、1999年）。

本稿では、福祉領域におけるNPMの適用というテーマへの接近として、この業績／成果による管理に焦点を当て、英国自治体の社会サービスの業績指標（performance indicators, PIs）とその測定（performance measurement）を例に、福祉サービスの実施主体としての行政における「業績／成果による管理」について考えてみたい。具体的には、2000年4月から自治体に導入された「ベスト・バリュー」の枠組みのサブシステムである社会サービスの業績指標「社会サービス業績評価フレームワーク」（Personal Social Service: Performance Assessment Framework、以下“PSS PAF”）を通して、福祉領域における業績指標の測定の意義と課題について検討する。まず、英国の自治体における業績指標の導入の経過を踏まえ、包括的な福祉業績指標のパッケージである“PSS PAF”を紹介し、その特徴と枠組みについて述べる。その上で、“PSS PAF”にみる福祉領域の業績指標の意義と課題について整理する。また、業績指標と測定のシステムがわが国の自治体の福祉サービスにもたらす可能性について、若干の私見を述べてみたい。

2. 英国自治体における業績指標の導入の経緯

業績指標の測定とは、公共サービスのプログラムの成果／業績を一定の基準（指標と目標値）を用いて定期的に測定することであり、それによって、サービスの経済性（Economy）、効率性（Efficiency）、有効性（effectiveness）のいわゆる「3E」の改善に貢献し、国や自治体の業績を改善するための適切な意思決定に役立つことを目的としている。

業績指標を使用した業績測定とその情報公開の仕組みが、英国の自治体において定着したのは、メージャー政権下（90～97年）のことである。92年の地方自治法に基づき、自治体は、他の自治体および自らの過去の実績と比較できるよう業績指標の測定と公開を義務づけられた。その場合の対象となるサービスの特定、業績指標の選定と定義づけ、結果の全国集計と公表を行うのが、自治体の外部監査を行う機関である「地方自治監査委員会」（Audit Commission）である。業績指標は、93年度から全国の自治体で測定され、その

結果は「地方自治監査委員会」の報告書で一般に公開されている。社会サービスは、自治体が提供する公共サービス 17 分野の 1 つとして、その対象に含まれている。そのほかに、地方自治監査委員会は、社会サービスの特性を勘案して、保健省社会サービス監査庁（Social Services Inspectorate, SSI）と合同で、保健医療福祉の専門職が自治体社会サービス部に対し網羅的な調査を行う「共同監査」（Joint Review）⁷⁾ を 96 年度から行っている。

もう一方の流れが、91 年に公共サービスの改善を目指して導入された「市民憲章」（Citizens' Charter）による指標である。「市民憲章」は、行政サービスの利用者である国民に対し、サービス基準や利用手続きを明確化し、サービスの質を保証するもので、社会サービスに関しては、94 年に発表された「コミュニティケア憲章」（Community Care Charter）策定指針がある。それに基づき、96 年度から、自治体に「コミュニティケア憲章」の策定が義務づけられ、サービス水準に関わる業績指標が作成され、その結果が公表されてきた。

その後、新労働党ブレア政権は、2000 年 4 月から、地方自治体に対する主要政策として「ベスト・バリュー」（Best Value）を導入し、地方自治監査委員会の業績指標の測定の仕組みを基盤に、地方の独自性を生かしながら、より戦略的なマネジメントの手法として発展させ、公共サービス全般にわたる包括的な業績枠組みとして再編した。

その際、社会サービスについては、ベスト・バリュー指標群の他にも、新たに独自の業績指標群が整備されることとなった。従来、社会サービスに関しては、保健省が各自治体から収集する基礎的な統計データのほかに、自治体監査委員会や共同監査の指標、各自治体独自の指標等が存在したが、全ての関係者が利用でき、業績情報を共有できるような共通の指標は存在しなかった。さらに、特に在宅サービスの領域で自治体間格差が大きいことに対する不満があったが、サービスの質やコストに関する全国共通の正確な情報収集の仕組みがなく、統一的な基準の設定と、基準を下回る地域の質の引き上げが求められていた。そこで、ベスト・バリュー戦略に従って、中央政府や自治体の優先度の高い施策の実現を促進するとともに、社会サービスの業績を包括的に評価する統一的な指標の導入が図られた。それが、「社会サービス業績評価フレームワーク」（“PSS PAF”）と呼ばれているものである。

3. “PSS PAF”指標の構造と特徴

保健省は、白書「社会サービスの近代化」（DH,1998）において、初めて社会サービス業績指標 “PSS PAF” の骨格を描き、99 年 2 月の協議文書（consultation document）（DH,1999a）により、具体的な指標の案と活用の枠組みを公表した。その後、自治体、保健当局、関係団体との協議および、国民一般からの意見開陳の期間を経て、99 年 7 月に 50 に及ぶ“PSS PAF”指標が確定された（DH,1999b）。

“PSS PAF”指標は、従来保健省が自治体から収集していた基礎統計（Key Indicators）による 250 余りの指標を基に、地方自治監査委員会による約 30 の社会サービスに係る業績指標を併せた中から、「管理しやすくコンパクトな、かつ、全てのサービスやクライアント