

ト集団をカバーするほど包括的な」指標のパッケージとして再構成したものである。その中には、中央政府の優先施策を反映するベスト・バリュー指標（BV PIs, Best Value Performance Indicators）、地方自治監査委員会の業績指標（AC PIs, Audit Commission Performance Indicators）、国民保健サービス（NHS）や教育サービスとの共通指標（interface indicator）および“Quality Protect”と名付けられた児童保護施策の指標等が含まれている。

指標は、ベスト・バリュー指標群にはほぼ共通した以下の5つの指標群から構成されている。各指標群の内容と各々に該当する指標数については（表3）、全50指標の指標名、定義、目標値については（表4）のとおりである。

表3 “PSS PAF”の5つの指標群

指標群	内 容	指 標 数
A. 中央政府の優先施策と戦略目標	・「中央政府の優先施策指針」 <sup>8)</sup> 、社会サービスに関する「全国目標」 <sup>9)</sup> およびその自治体独自の戦略目標にどれだけ進歩がみられるか	6
B. 費用と効率	・費用対効果の高い、効率的なサービスを提供しているか	11
C. サービス提供の効果	・ニーズに適切に応じ、成功事例に即し、基準を充たしたタイムリーなサービスが訓練されたスタッフにより提供されているか ・個人の満足感を高め、社会的・経済的参加を増し、要保護児童の機会を拡大し、安全で支援的なサービスを提供するように自治体の資源を活用しているか	17
D. 利用者と家族介護者にとってのサービスの質	・サービスに関する利用者および家族介護者の認識や経験を反映しているか ・個別ニーズに対応しているか ・継続的なサービス提供を行っているか ・アセスメントと見直しに利用者と介護者の関与があるか	9
E. 公平なアクセス	・ニーズに応じたサービスの提供が公平に行われているか ・明確な受給要件があるか ・サービス提供に関する情報にアクセスできるようにしているか	7

保健省のガイドラインには、各指標の定義、指標選定の根拠、目指すべき目標値と値の算出方法等が解説されている。また、2000年10月には、過去3年間の各指標の実績について、自治体グループ毎の平均値<sup>10)</sup>とイングランド全体の平均値、各自治体の実績の変化を経年的に示したものが示されている（DH, 2000a）。さらに、指標ごとに全150自治体を上位から並べ、実績の優劣を5ランクに分けたランキング表も公表され、自らの自治体の全国順位、地域特性が類似した他の自治体との比較、年度毎の改善の度合いが一目でわかるように図示されている。

50指標の内容は、保健省の「全国目標」および「中央政府の優先施策指針」に沿ったものである。例えば、その両方において優先的な施策目標として掲げられた「自立を促進する」に関しては、高齢者の自立促進に向けた指標として、以下の（表5）に示す5つが挙げられている。

表4 “PSS PAF” 全50指標

指標の次元	指標番号	BV*	NHS**	指標名	定義	望ましい業績(目標)
A. 全国的なプライオリティと戦略的目標	A1	*		保護児童の措置された場所での移動率	3月末までに保護された児童の中で年間3回以上措置場所を移動した率	低い(2000年度に16%以下に)
	A2	*		保護児童の成績	保護を終えた16歳以上の学生で一定の成績を取めた比率	高く、増加傾向(2001年度50%、2002年度75%)
	A3			児童「要保護登録」再登録率	児童「要保護登録」に以前登録しており、再度登録した児童の比率	低い(2001年度までに17.2%へ)
	A4	(*)2001年～		保護児童の雇用・教育・訓練	16歳で保護を終えた若者のうち、19歳時になんらかの雇用・教育・訓練に就いている比率	高い(2001年度60%、2003年度75%)
	A5	*		高齢者の緊急入院	75歳以上の高齢者千人につき、緊急入院した率	増加率3%以下
	A6	*		緊急精神科再入院率	16-64歳精神科病棟退院患者100人あたりにつき、退院後90日以内の再入院率	低い(2001年度までに12.3%へ)
B. 費用と効率	B7			里親に委託された保護児童の比率	3月末まで保護された児童のうち、里親委託された保護児童の比率	高い
	B8	*		保護児童のためのサービス費用	里親委託あるいは養護施設に保護された児童の週あたりの平均コスト	やや低い(低すぎるとサービスの低下)
	B9			児童の施設ケア費用	養護施設の児童の週あたりの平均コスト	高すぎず低すぎない(高いと措置が適切でなく、低いと質が低い)
	B10			里親ケアの費用	里親委託された児童の週あたりの平均コスト	高すぎず低すぎない(高いと措置が適切でなく、低いと質が低い)
	B11			高密度の(Intensive)在宅および施設ケアに対する高密度の在宅ケアの比率	高密度の在宅ケア受給世帯および施設入居者数のうち、高密度の在宅ケア受給世帯の比率(*高密度のケア:10時間または6回以上/週の在宅ケア)	高い(在宅ケアへの移行を奨励する意味で)
	B12	*		成人および高齢者の高密度のソーシャルケアの費用	18歳以上の施設および高密度の在宅ケア支出/施設入居者数+高密度の在宅ケア受給世帯	低い(在宅ケアへの移行と、より少額のケア費用への措置を奨励する意味で)
	B13			高齢者の施設ケア費用	65歳以上高齢者の施設(レジデンシャル・ホームおよびナーシング・ホーム)の週あたりの支出	高すぎず低すぎない(高いと措置が適切でなく、低いと質が低い)
	B14			知的障害者のケア費用	18-64歳の知的障害者の施設(レジデンシャル・ケアおよびナーシングケア)の週あたりの支出	高すぎず低すぎない(高いと措置が適切でなく、低いと質が低い)
	B15			精神障害者のケア費用	18-64歳の精神障害者の施設(レジデンシャル)ケアおよびナーシングケアの週あたりの支出	高すぎず低すぎない(高いと措置が適切でなく、低いと質が低い)
	B16			身体障害者のケア費用	18-64歳の身体障害者の施設(レジデンシャル)ケアおよびナーシングケアの週あたりの支出	高すぎず低すぎない(高いと措置が適切でなく、低いと質が低い)
B17			成人および高齢者の在宅ケア費用	成人および高齢者が在宅で受けたホームヘルプ(ケア)の時間あたりの総費用	高すぎず低すぎない(高いと措置が適切でなく、低いと質が低い)	
C. サービス提供の効果	C18			最後通告あるいは有罪を受けた保護児童の比率	10歳以上の12ヶ月以上保護された児童のうち、保護期間に犯した犯罪で最後通告・有罪を受けた比率	少ない
	C19			保護児童の健康	9月末までに12ヶ月以上保護された児童のうち、免疫検査や歯科検診や健康診断を過去12ヶ月の間に行われた比率	高い
	C20	(*)2001年～		児童保護事例の見直し(review)	1年以内に見直しがされた児童保護事例の比率	100%
	C21			児童「要保護登録」期間	過去2年以上継続して「要保護児童」に登録された児童のうち、除外された比率	低い
	C22			里親委託された保護児童	10歳未満の幼児につき、里親委託された比率	高い
	C23	(*)2001年～		保護児童の里親委託	3月末まで保護された児童のうち、1年以内に里親委託された児童の比率	高い
	C24			保護児童の学校欠席	12ヶ月以上保護された学童期の児童のうち、過去の年度に何らかの理由で25日以上欠席した児童の数	低い
	C25			児童施設の監査	児童養護施設(レジデンシャル・ケア・ホーム)で実際が監査が行われた比率	100%

C. サービス提供の効果	C26	(公的扶助を受けて)施設に入居した65歳以上の高齢者数	65歳以上高齢者の1万人あたりにつき、(公的扶助を受けて)施設(レジデンシャル・ホームおよびナーシング・ホーム)に新たに入居した入居者数	低い(低すぎると施設ケア需要が満たされていない)
	C27	(公的扶助を受けて)施設に入居した65歳以上の高齢者数	65歳以上の高齢者1万人あたり、(公的扶助を受けて)施設(レジデンシャル・ホームおよびナーシング・ホーム)に新たに入居した入居者数	低い(但し、著しく低い場合は施設ケアのニーズが充足されていない可能性がある)
	C28 *	高密度の在宅ケア	65歳以上の高齢者千人あたり、高密度のケア(1週間に10時間以上または6回以上の訪問)を受けた世帯数	高い(但し、著しく高い場合は軽度のケアの代わりに高密度のケアに集中している可能性がある)
	C29	在宅ケアを受けている身体障害者数	18-64歳の1千人あたりにつき、在宅ケアを受けている身体障害者数	高い(高すぎると、他のケアを代償にこの対象に集中している可能性)
	C30	在宅ケアを受けている知的障害者数	18-64歳の1千人あたりにつき、在宅ケアを受けている知的障害者数	高い(高すぎると、他のケアを代償にこの対象に集中している可能性)
	C31	在宅ケアを受けている精神障害者数	18-64歳の1千人あたりにつき、在宅ケアを受けている精神障害者数	高い(高すぎると、他のケアを代償にこの対象に集中している可能性)
	C32 *	在宅で生活するための援助を受けている高齢者数	65歳以上の高齢者千人あたり、コミュニティを基盤とした何らかのサービスを受けている利用者数	平均より高い(但し、著しく高い場合はこの対象集団にのみ資源が過剰に投入されている可能性がある)
	C33	高齢者の予防可能な損傷(転倒および低体温症)	75歳以上の高齢者千人につき、転倒による損傷もしくは低体温症が原因で入院した率	低い
	C34	成人ケア施設の監査	成人および高齢者の入居施設(レジデンシャル・ホーム)で実際に監査が行われた比率	100%
D. サービスの利用者と介護者にとっての質	D35	保護児童の長期安定性	最低4年以上継続して保護されている児童のうち、現在里親委託で2年以上経過している率	高い
	D36 *	すぐに援助を受けたと回答した利用者および介護者数	サービスの決定がなされてから援助をすぐに受けたと、アンケートにより答えた回答者の比率	高い
	D37	個室の利用可能性	98年度:レジデンシャル・ホーム、ナーシングホームで個室を申し込んだ人の比率、99年度:レジデンシャル・ホーム、ナーシングホームで個室を割り当てられた成人の比率	高い(100%に近いほどよい施設基準では、希望がない限り相部屋にしてはならないとしている)
	D38 *	1千ポンド以下の用具が3週間以内に提供された比率	同左(工事を要する機具、住宅部門が行う改修、防犯システム等は除く)	高い
	D39 *	ニーズと充足される方法について文書を受け取った利用者の比率	年度末迄にサービスを受けている成人で、自分のニーズは何か、それがどのように充足されるかについて記述された文書を受け取った利用者の比率	100%
	D40 *	見直し(review)を受けているクライアント数	サービスを受けている成人のクライアントの中で、見直しを受けている人の比率	高い
	D41 *	退院の遅れ	75歳以上の入院していない人口1千人につき、75歳以上で退院が遅れた患者の比率	低い
	D42	介護者へのアセスメント	クライアントと介護者に行われたアセスメントの総数のうち、インフォーマルな介護者に対して行われた数	中程度
	D43	ケア・パッケージの待ち時間	新規の成人(または高齢者)の利用者のうち、最初のコンタクトから最初にサービスを受けるまで6週以上かかった比率	低い
E. 公平なアクセス	E44 *	家庭支援のための相対的費用	全ての児童サービスにかかった総費用のうち、要保護状態であるが保護を受けなかった児童にかかった費用(予防的対処の費用)	平均より高い
	E45	援助を求めている児童の民族性	その自治体に居住する白人以外の18歳未満の児童の比率に対し、白人以外で援助を求めている児童の比率	100%以上(少数民族のソーシャルサービスへのニーズはより大きいと推測される)
	E46 *	民族、文化、宗教に関わる事柄が配慮されたと答えた利用者・介護者	民族、文化、宗教に関わる重要な事柄が配慮されたと答えた、アンケートにより答えた利用者・介護者の比率	高い
	E47	アセスメントを受けた少数民族	少数民族のアセスメントを受けた成人サービス利用者の比率をその地域の少数民族の成人人口の比率で割った率	100%以上(少数民族のソーシャルサービスへのニーズはより大きいと推測される)
	E48	アセスメントに続いてサービスを受けた少数民族	少数民族のアセスメントに続きサービスを受けた成人サービス利用者の比率をその地域の少数民族でアセスメントが行われた人の比率で割った率	100%以上(少数民族のソーシャルサービスへのニーズはより大きいと推測される)
	E49 *	人口あたりのアセスメント数	65歳以上人口のうちアセスメントを受けたサービス利用者	中程度
	E50	サービスの提供に繋がったアセスメント	サービスの提供に繋がったアセスメントの比率	中程度(低い場合は受給条件が厳しく、高い場合はケアの提供が焦点化されていない可能性あり)

資料: DH & National Statistics, 2000a より作成。

BV\* ベスト・バリュー指標ともなっているもの

NHS\*\* NHSのPAFとの共通指標(Interface)

表5 高齢者の自立促進に関する“PSS PAF”指標

指標番号	指標名	定義	望ましい業績(目標)	98/99年度実績	99/00年度実績	変化の方向	平均ランク以上の自治体の割合(%)	最上位の自治体の割合(%)	1年間に改善された自治体の割合(%)
A5	高齢者の緊急入院	75歳以上の高齢者千人につき、緊急入院した率	増加率3%以下	—	1.50%	(今回がベースライン)	(NHSとの共通指標であり、自治体でなく保健当局の数値となる)		
C33	高齢者の予防可能な損傷(転倒および低体温症)	75歳以上の高齢者千人につき、転倒による損傷もしくは低体温症が原因で入院した率	低い	21	未集計	—	—	—	—
C26	(公的扶助を受けて)施設に入居した65歳以上の高齢者数	65歳以上の高齢者1万人あたり、(公的扶助を受けて)施設(レジデンシャル・ホームおよびナーシング・ホーム)に新たに入居した入居者数	低い(但し、著しく低い場合は、施設ケアのニーズが充足されていない可能性がある)	128	124	↘	65	21	57
C28	高密度の(Intensive)在宅ケア	65歳以上の高齢者千人あたり、高密度のケア(1週間に10時間以上または6回以上の訪問)を受けた世帯数	高い(但し、著しく高い場合は、軽度のケアの代わりに高密度のケアに集中している可能性がある)	7.8	8.8	↗	60	11	65
C32	在宅で生活するための援助を受けている高齢者数	65歳以上の高齢者千人あたり、コミュニティを基盤とした何らかのサービスを受けている利用者数	平均より高い(但し、著しく高い場合は、このクライアント集団のみ資源が過剰に投入されている可能性がある)	82	84	↗	54	16	43

つまり、高齢者の自立促進に関しては、①75歳以上の緊急入院および転倒等の予防可能な入院のリスクを減らすこと、さらに65歳以上の施設入居者数、高密度および軽度の在宅ケア受給世帯・利用者数をみることで、②施設から在宅へのケアのシフトをより促進すること、さらに91年からのコミュニティケア法施行後重点化された高密度のケアに比べ、遅れていた予防的ケアやリハビリテーションを強化し、③高密度のケアと軽度ケアの比率を適正化することの3点を具体的な優先目標に置いて、業績を測ろうとしているのである。

#### 4. “PSS PAF”指標の意義

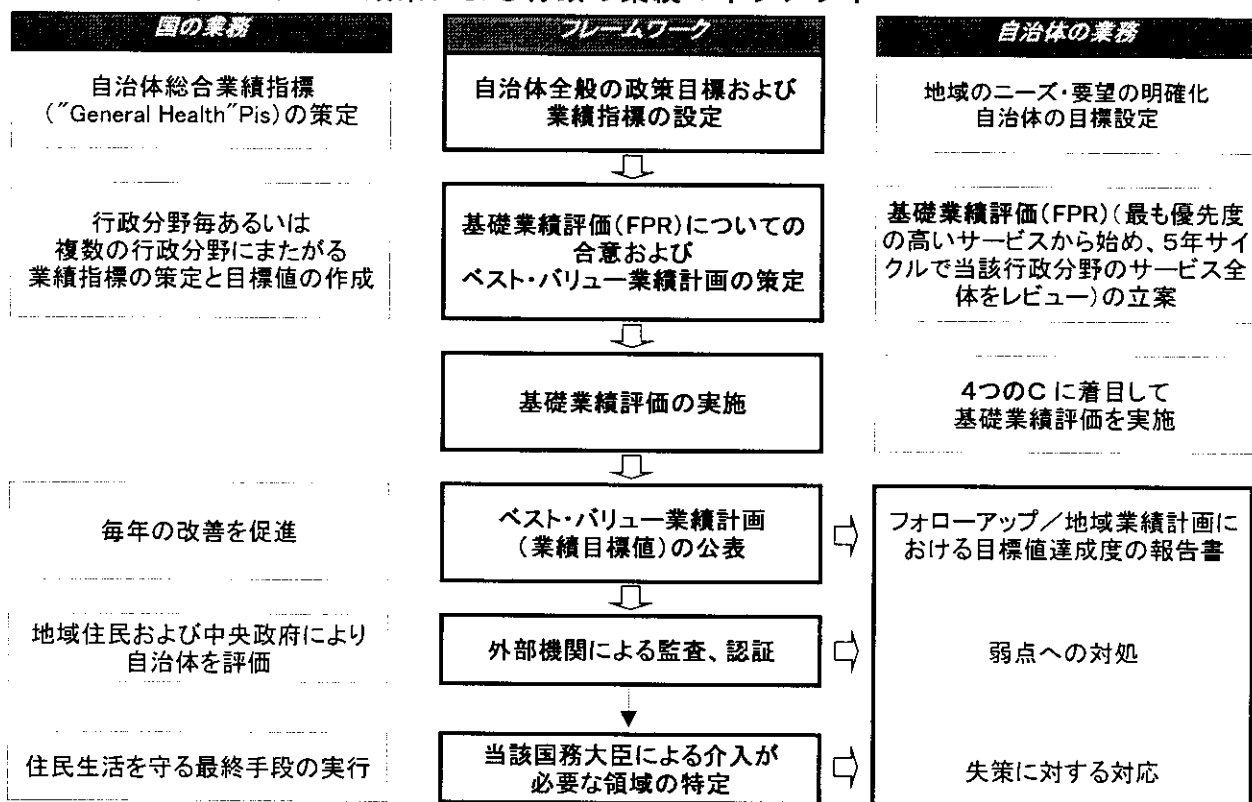
自治体にとって、“PSS PAF”指標を活用するにあたっての意義は、第1に、全国の自治体の中で、同じような人口構成・規模や社会経済的条件を持つ他の自治体との比較が可能になったことである。一方、国や住民の立場からみると、これらの業績情報が公開されることで、公共サービスの有効性や効率性について自治体毎に判断できることになる。特に、住民にとって、自らの自治体のサービス水準を容易に理解し、統一基準により他の自治体との比較が可能になることの意義は大きい。業績指標は、サービスに関わる関係者間の共通言語となり、地域の戦略目標やそれを達成するための方法の適否を議論する土台を提供することになる。

第2に、各自治体において業績の目標を定め、その達成度を継続的にモニターすることにより、目標値を達成できることである。特にベスト・バリュース指標群は、目標達成の面で特に厳しく管理されている。“PSS PAF”の50指標の中では、13指標がベスト・バリュース指標群であり、これらの指標は、目標値の達成が義務づけられ、自治体の全行政分野にまたがる上位の地域計画であるベスト・バリュース業績計画の中に含まれることになる<sup>11)</sup>。さらにその中の4指標については、自治体グループごとに初年度実績の上位25%を占めた自治体の平均を目標値として、5年以内に全自治体がその目標値に達成しなければならず、そのための具体的措置を計画化し、管理することが自治体に求められている。

このように、自らの業績を客観的に測定し、優れた業績をあげた組織との比較・分析を通して、その間のギャップを埋め、継続的な改善や組織の変革に結びつけようとする方法は民間企業において開発された経営手法「ベンチマーキング」の応用である<sup>12)</sup>。現状では、“PSS PAF”指標の業績は、結果のみ公表されているが、今後優れた業績をもたらした活動内容やアプローチに関する情報が紹介され、分析されることで、より良い実践を生み出すプロセスが明らかになっていくと予想される。

さらに、“PSS PAF”指標は、ベスト・バリュー業績計画の枠組みと連動し、その1部門である社会サービスの業績指標および業績計画を補完する役割を持っている。ベスト・バリュー業績計画とは、自治体の包括的な行政計画を（図1）に示した手順で策定・管理するものであるが、要点は次のとおりである。①自治体は、各々の地域特性やニーズに基づいたビジョンを作成し、その具体化にあたり、中央政府が定めた全国目標に併せて、地域で定める地域目標と、測定する業績指標の体系を構築する。②自治体は、最も弱点の領域から始め、5年サイクルでサービス全体を包括的に（4つのC<sup>13)</sup>の観点から）見直しを行う基礎業績評価（Fundamental Performance Review, FPR）を実施する。③ベスト・バリュー業績指標や自治体独自に指定する業績指標の目標値を定めたベスト・バリュー業績計画を策定する。④ベスト・バリュー業績計画を自治体内のモニタリング（内部評価）と合せ、外部機関による監査等によって評価する。

図1 ベスト・バリュー政策による行政の業績マネジメント



※DH, 1999a より、稲澤, 2000 年を参考に作成した。

“PSS PAF”指標についても、ベスト・バリューが適用される他の公共サービス同様、実施

主体である自治体のモニタリング（内部評価）が評価の基本となる。しかし、社会サービスの場合は、それ以外にも従来通り保健省社会サービス監査庁による監査と共同監査が継続されるほか、新たに同監査庁地域局により、年2回達成度の評価と改善への助言が行われることになった。監査庁地域局は、このようにして収集された様々な業績情報や監査情報を合せ、さらに年1回当該自治体との検討会議を行って総合的な判断を行い、ベスト・バリュー業績計画に対し社会的ケアの領域から助言する役割を担う。このように“PSS PAF”指標とベスト・バリュー業績計画とが連動し、“PSS PAF”で測定された業績の進捗状況が自治体の総合的な業績計画に反映することによって、社会サービスの問題を自治体の戦略計画の中に位置づけることが可能になったのである。

以上のことから、“PSS PAF”導入の主な意義を次の4点に整理することができる。

- ①全国統一基準により、社会サービスに関して、業績の時系列的比較および自治体間比較が可能になったこと。
- ②業績情報の公開を通して、住民に対するアカウンタビリティを保証すること。
- ③自らの自治体の目標達成度の継続的な評価を通して、業績を改善し、目標達成を促進すること。
- ④社会サービスの問題を自治体の総合的な戦略計画の中に位置づけたこと。

## 5. 福祉領域における業績指標の課題

これまで英国自治体の福祉業績指標“PSS PAF”の内容と意義を述べてきたが、この指標を通して、福祉領域における業績指標に関する以下の3点の課題が明らかになってきたように思う。

第1に、妥当な指標の選定および適切な目標値の設定に関するものである。現在の“PSS PAF”指標の主な課題は、①定義のあいまいさや測定技術の不統一によるデータの信頼性の不足、②コストに関わるデータの不備、③アウトカムを測る指標の不足といわれている。①②は現状の情報収集体制が整備されておらず、“PSS PAF”指標の多くが、測定方法が厳密ではなかった旧来の基礎統計のデータを基にしたために発生した課題ともいえる。これらの課題への対応として、①のデータの信頼性の向上については、指標の定義をより明確化し、毎年度改訂しているガイドラインに盛り込み、測定方法の標準化を進めている。

②のコストに関わるデータについては、“PSS PAF”50指標の中の9指標が児童、障害者、高齢者等のクライアント集団毎の施設・在宅ケア、あるいはプログラムごとのコストに関する指標であり、より正確な情報収集を目指している。また、既に自治体においては、NHSと社会サービスとの協働を促進し、共通領域でのコスト把握を容易にするよう合同予算化（在宅介護等の双方が関係するサービスの予算の一本化）が実施され、活動別の支出を測定する基盤を整えつつある。今後、ABC（Activity-Based Costing,活動基準原価計算）等の手法により、サービス提供機関別、サービスプログラム別のコストを計上し、現在保有している資産の情報と併せて、より厳密にコスト把握が行われることが望まれる。

③のアウトカム指標の開発については、現在の指標の多くがアウトプットに関わる指標であり、福祉サービスは、その特性からアウトカムの設定が特に難しい領域と言われている。

る。“PSS PAF”の現在ある少数のアウトカム指標は、利用者の個別のアウトカム（プログラム等の介入によって予め目標と定めた状態に達した人の割合や顧客満足度）、あるいは地域のマクロなアウトカム（地域住民の平均健康レベル等）を示したものである。これらの指標が、優先施策の達成度、あるいは社会サービスに対するニーズへの応答性を適切に測るかどうかということについては、継続的に検証されるべき課題であろう。但し、優先すべきことは、完璧な指標を準備することでなく、業績指標の設定と測定を通じて、継続的な質の改善をもたらす仕組みを作り上げることである。

第2の課題は、業績指標がその固有の性質として持つ、意思決定に貢献する情報としての限界に関するものである。それは、業績指標の結果だけでは「何が起きているのか」はわかっても「どうして起こったのか」という原因を特定することができないことに起因する。業績結果は単なる数値情報の山であり、他の種類の情報および他のアプローチで補完しなければ、結果が指し示す可能性のある状況を特定し、それをもたらした理由を判断することはできない。自治体社会サービス部に対して、“PSS PAF”指標のみでなく、監査基準や合同監査等の基準も使って外部評価が行われ、面接等の質的な手法も取り入れられ、総合的に業績が判断されるようになっていることは、このような業績指標の欠点を補うものと考えられる。

さらに、協議文書「社会的ケアの質の戦略」（“Quality Strategy for Social Care”, DH,2000b）の中で、“PSS PAF”等の業績指標は、「コミュニティケア憲章」に代わる市民憲章として1999年に発表された「長期ケア憲章」（“A Charter for Long Term Care”, DH & DETR,1999）、施設・在宅ケアの新たな全国統一の評価基準、専門職に対する教育訓練等とともに、重層的にケアの質を担保する戦略の1つとして位置づけられている<sup>14)</sup>。業績指標による定量的な情報と、プロセス等の定性的な情報をリンクさせ、優れた業績を挙げた具体的な取り組みを広く公開するとともに、良い結果を生み出すプロセスについて実証的なデータを蓄積し研究する機関の設置が予定されている<sup>15)</sup>。

第3に、業績指標をマネジメントのサイクルの中で活用するにあたって不可欠な問題として、予算とのリンクに関する課題がある。これには、予算を、戦略的な目標を具体化するための各々の施策とそれを測定する業績指標に対応させることと、業績結果を次回の資源配分に活用することの2つの問題が含まれる。まず、前者については、各省庁（ここでは保健省）の行政活動の目標を示す「公的サービスへの合意」（Public Service Agreements, PSA）を補強するため、より具体的かつ詳細な施策および業績指標と対応した「サービス供給への合意」（Service Delivery Agreements, SDA）が2000年秋に策定されているが、公会計への完全発生主義原則導入と併せて、保健医療福祉に係わる国全体の施策に、今まで以上に目標－具体的施策－業績指標－予算の間の対応が図られる予定である。このPSAは自治体にも導入が検討されており<sup>16)</sup>、実現すれば、社会サービスについても自治体レベルで業績と予算との対応が促進されることになる。先に述べたコストの厳密な把握を通して、業績に係わる実際に使用された資源を明確にし、業績をベースとした予算配賦を行うことで、予算策定過程の透明化が図られると考えられる。

後者の業績結果の資源配分への活用（予算や人事等へのフィードバック）については、現在、“PSS PAF”指標の業績の善し悪しが直接すぐに補助金等の増減や人事考課に反映さ

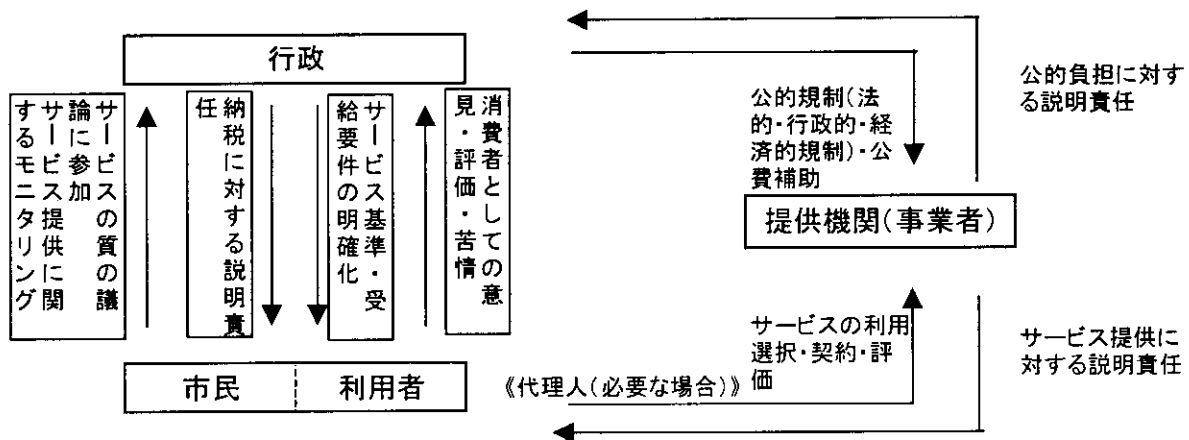
れるような仕組みではない。自治体へのインセンティブとしては、優れた業績を達成した自治体に、ベスト・バリューの枠組みで「第1級自治体」(Beacon Council)の称号が与えられるほか、社会サービス独自の賞として「社会的ケア賞」(Social Care Awards)等が与えられ、それらの自治体の優れた取り組み(ベスト・プラクティス)は公表されることになっている<sup>17)</sup>。また、ベスト・バリューの枠組みにおける経済的インセンティブとして、地方税率の変更等の裁量の拡大等が約束されている<sup>18)</sup>。一方、業績が良くない自治体には、国の段階的な勧告・強制介入の法的措置が取られることになる<sup>19)</sup>。業績に関わる因果関係を特定することは難しいため、業績の結果を機械的に予算等に反映するのではなく、むしろ中央政府は、インセンティブの活用により、自治体の業績を促進する支援的役割を果たそうとしているように見える。

特に、社会サービスにおいては、業績悪化の原因をどこに求めるかは、定性的な情報を含めて総合的に、かつ慎重に判断すべき問題であり、条件整備主体(enabler)としての自治体の業績を、個々のサービス提供機関と利用者との間のアウトカムとの間に結びつける作業が必要であると思われる。保健省監査庁等とも協力しつつ、業績に係わる情報だけでなく、個々のサービス提供機関に対する内部・外部評価、利用者の満足度・苦情に関わる情報を整理し、自治体全体の業績を改善するために様々なアプローチを工夫することが今後自治体に求められるであろう。

## 6. むすびに代えて

本稿のむすびに代えて、業績指標と測定の仕組みが公的福祉サービスの供給に対して与える可能性について述べてみたい。

図2 行政・提供機関・市民(利用者)の三者間の説明責任(アカウンタビリティ)



(注) 大住(2000年,P94 図1)、小山(1997, p15~21)を参考に作成。

(図2)は、福祉サービスの供給における行政・提供機関・市民(利用者)の三者間の説明責任(アカウンタビリティ)について図示したものである。ここで、市民はサービスの利用者と納税者である市民との2つの属性を持っているとする<sup>20)</sup>。利用者は、サービス



を消費した後に意見を表明し、評価や苦情を行政に返すことで事後的にサービスの質を改善し、利用者側のニーズに対する行政の感度を高めることができる〔(図2)中の矢印A〕。業績指標の観点からみると、このような利用者の個別の情報は業績情報を補完し、業績指標の結果の解釈に役立てることができる。さらに、市民（この場合、個人よりも当事者団体等のグループ等による場合が多い）としては、地域計画の策定にあたり、施策の優先度、中長期的な目標と具体的な指標等を設定する際に、自らのニーズや選好について行政に伝え、策定過程に参加することができる〔(図2)中の矢印B〕。これを業績の観点から言い換えると、市民が事前の業績の目標設定と計画化に対し影響力を持つこと、つまり、その地域における提供されるサービスの質をいかに定義するのかという議論に参加することが可能なのである。

公的な福祉サービスの提供にあたっては、様々なニーズを持つ、顕在的および潜在的な受給者の中で、どのクライアント集団のどのようなサービスに資源を配分するのか、どのようにして公平性を保つのかという問題に対して、当事者（利用者や家族）を含めた住民の合意を得る必要がある。また、個々の利用者とサービス提供機関あるいはその職員との間の関係性に依存する福祉サービスは、個別で不確定要素が大きく、何をサービスの質（あるいはアウトカム）とみるかは議論があるところである。だからこそ、Pestoffが指摘しているように、サービスを提供する側と消費する側とで、「対話を通じて良質のサービスが何を含むのかについての相互理解と合意に達する」<sup>21)</sup> 継続的な努力が必要なのである。

このように、質の定義が困難である福祉サービスにとっては、個々の利用者やその家族、提供機関等の関係者、行政などの間で、複雑な利害や価値の調整を行いつつ、サービスの質、あるいは何を業績とするかについて対話を重ね、合意をえる仕組みを整えることには意義があると考えられる。このような住民参画型の意思決定のための1つのツールとして、業績指標とその測定は活用できる可能性があると思われる。

わが国においては、現在、市町村は、公的介護保険制度の導入に伴い、保険者として財政運営の健全化、住民が必要とする介護給付の量的整備、質の保障と需給に係わる調整、および予防やリハビリの観点からの特別給付や保健福祉事業等の案を示した介護保険事業計画の策定が義務づけられている。さらに、平成12年6月の社会福祉事業法等の一部改正に伴い、平成15年度からは、福祉の適切な利用の促進、事業の健全発達、住民参加の促進等の事項を一体的に定めた市町村地域福祉計画を住民や福祉関係者の意見を反映し、他の関連する行政計画との整合を図りながら策定する役割も担うことになる。

このように中長期的な観点に立って地域行政計画を策定し、サービスの供給を計画化する際に、各自治体の人口構成、地域文化性、社会経済的状況などによって、それぞれの戦略はおのずと異なるはずであり、一定の合理的な策定手順に基づき、住民の選好やニーズを的確に反映した計画が求められているといえる。一方、自治体による今までの福祉領域の行政計画策定においては、合理的な手法よりもむしろ、行政内部の業務慣行や形式的な手続き、政治的な力学等に支配されていたという例が報告されている<sup>22)</sup>。

そうした中で、業績を媒介にして、住民との協働により、各々の自治体で達成すべき目標を明確化し、対応する成果をわかりやすく示し、総合的な地域計画の中で福祉サービス

の業績を体系づけようとする英国での試みは、参考にすべき点が多い。本稿で言及した、誰もが全国の自治体の福祉行政を一覧で比較でき、行政と住民、提供主体との間で業績について共通に議論できる基盤を提供し、さらに行政運営の透明性を向上し、納税者に対して「行政が何をなしえたのか」について説明責任を果たそうとする仕組みは、今後わが国での福祉行政運営を考える上で貴重な実践であると考えられる。

## 文献

- 1) Audit Commission, Getting the Best From Social Services: Learning the Lessons From Joint Reviews, 1998
- 2) Barker, R.L., Social Work Dictionary 3<sup>rd</sup> ed., NASW, Washington DC, 1995
- 3) Carter, N., Klein, R., Day, P., How organizations measure success: the use of performance indicators in government, Routledge, London, 1992
- 4) Cave, M., Kogan, M., Smith, R., Output and Performance Measurement in Government: the State of the Art, Jessica Kingsley, London, 1990
- 5) Cooke, P.W., Reid, P.N., Edwards, R.L., Management: New Developments and Directions, Encyclopedia of social work 19<sup>th</sup> ed., NASW, Washington DC, 1995, PP.229-242
- 6) Cowper, J., Samuels, M. (Next Step Team, Office of Public Service, Cabinet Office UK), Performance Benchmarking in the Public Sector: The United Kingdom Experience, OECD, 2000
- 7) Cutler, T., Waine, B., Managerialism Reformed? New Labour and Public Sector Management, Social Policy & Administration, 34 (3), 2000, PP.318-332
- 8) DETR (Department of the Environment, Transport and the Regions), Best Value Performance Indicators for 2001/2002, 2000
- 9) DH (Department of Health), Modernizing Social Services: Promoting independence, Improving protection, Rising Standards (cm4169), 1998
- 10) DH, A New Approach to Social Services Performance: Consultation Document, 1999a
- 11) DH, The Personal Social Services Performance Assessment Framework: Details for indicators for 1999, Feedback from consultation on the framework, 1999b
- 12) DH & DETR, Better Care, Higher Standards: A Charter for Long Term Care, 1999
- 13) DH & National Statistics, Social Services Performance in 1999-2000, 2000a
- 14) DH, A Quality Strategy for Social Care, 2000b
- 15) Hatry, H.P., Performance Measurement: Getting Results, The Urban Institute Press, Washington DC, 1999
- 16) HM Treasury, Department of Health Public Service Agreement 2001-2004: Technical Note, 2000
- 17) HM Treasury, Department of Health Service Delivery Agreement, 2000
- 18) Jowett, P., Rothwell, M., Performance Indicators in the Public Sector,

Macmillan, London, 1988

- 19) Le Grand, J., Bartlett, W., Quasi-Market and Social Policy, The Macmillan Press, London, 1993
- 20) OECD, Performance Management in Government; Performance Measurement and Results-oriented Management, PUMA (Public Management) Occasional Papers No.3, 1994
- 21) Pestoff V.A., Beyond the Market and State: Social Enterprises and Civil Democracy in a Welfare Society, Ashgate Publishing Ltd., Aldershot, 1998 (藤田暁男、川口清史、石塚秀雄、他訳「福祉社会と市民民主主義－協同組合と社会的企業の役割」日本経済評論社, 2000)
- 22) 蟻塚昌克「介護保険時代の医療・福祉経営の課題」月刊総合ケア, 10 (3), 2000.03, 30-35 ページ
- 23) 稲澤克祐「英国のベスト・バリュウ政策」地方財務, 2000.02, 82-89 ページ
- 24) 大住莊四郎「ニュー・パブリック・マネジメント－理念、ビジョン、戦略」日本評論社, 1999
- 25) 大住莊四郎「外部マネジメントの重要性 (1)」経済セミナー, 551, 2000.12, 92-98 ページ
- 26) 大住莊四郎「ニュー・パブリック・マネジメントを超えて」経済セミナー, 553, 2001.02, 86-93 ページ
- 27) 駒村康平「介護保険、社会福祉基礎構造改革と準市場原理」季刊社会保障研究, 35 (3), 1999, 276-284 ページ
- 28) 小山秀夫「高齢者ケアのマネジメント」厚生科学研究所, 1997
- 29) 小山秀夫「新公共マネジメントと介護保険制度」公衆衛生研究, 48 (1), 1999, 11-16 ページ
- 30) 財政制度審議会「財政構造改革特別部会 海外調査報告」大蔵省, 2000, 47-73 ページ
- 31) (財)自治体国際化協会「英国の外部監査制度と監査委員会」クリアレポート 183, (財)自治体国際化協会, 1999
- 32) 自治・分権ジャーナリストの会「英国の地方分権改革 プレアの挑戦」2000, 157-175 ページ
- 33) 冷水豊「第 11 章 福祉計画におけるサービス評価」「社会福祉計画」有斐閣, 1990
- 34) 冷水豊・長澤紀美子「論文 I : サービスの質の評価に関する政策的課題－英国の社会サービスをめぐる動向を素材として」(三浦文夫編「図説高齢者白書 2000」全国社会福祉協議会, 2000), 162-181 ページ
- 35) 白川一郎・富士総研経済研究所(編著)「行政改革をどう進めるか」日本放送出版協会, 1998
- 36) 廣井良典「『福祉の市場化』への視点」月刊介護保険, 28, 1998, 20-21 ページ
- 37) 福永英彦「児童福祉実践から見た自治体エンゼルプランの評価 (3)」関西学院大学社会学部紀要, 85.2000, 199-210 ページ

- 38) 森下正之「医療福祉分野における PFI 導入・準備状況」月刊自治研, 41(483), 1999.12, 71-78 ページ
- 39) レ・グラン「第 6 章 福祉の疑似市場」(スチーブ・トレビロン&ピーター・ベレスフォード編 小田兼三・杉本敏夫訳「コミュニティケア改革とソーシャルワーク教育—イギリスの挑戦」筒井書房, 1999, 71-78 ページ)(原著: Trevillon S., Beresford P., *Social Work Education and the Community Care Revolution*, National Institute for Social Work, London, 1996)

注:

- 1) 本稿で「社会サービス」とは、英国における「対人社会サービス」(Personal Social Services) を指す。その目的は、クライアントの対人的、あるいは環境との関係性を改善し、社会的充足を得る機会を提供することであり、具体的には、児童、高齢者、障害児・者、家族に対する相談・助言・指導・サービスの提供等を行っており、実施主体は自治体 (local authorities) である (Barker, 1995)。
- 2) 医療における NPM の詳細は本稿では扱わないが、英国では同じ保健省の管轄であり、展開の方向や手法が関連していることから、社会サービスに関連が深い部分には言及した。
- 3) 中央政府が指定する自治体の行政サービスについて、自治体の直接現業部門 (Direct Labour Organization, DSO) と民間企業との間で競争入札を行い、落札した方が業務を行うことができるという制度。導入当初は直接的なサービス提供部門に適用された。
- 4) London School of Economics の Le Grand らが提唱した概念で、公共部門の中に市場に似た (market-like) 構造を導入し、競争条件が機能することをねらったもの。2000 年 4 月から実施されているわが国の公的介護保険制度が「疑似市場」型システムであることは、駒村 (1999)、小山 (1999)、廣井 (1998) らによって既に解説されているとおりである。
- Le Grand は、福祉の疑似市場の、伝統的な市場との相違点を以下の 3 点に整理している (レ・グラン、1999 年、p73)。
- ① 契約を求めて競争し、時には営利団体とも競争する非営利団体が関与する。
  - ② 消費者は現金でなく、バウチャー等により購買力を発揮する。
  - ③ 消費者は第三者である代理人を利用する場合がある。
- 5) 大住、前掲書、P37。
- 6) 例えば、インプットを精神科治療プログラムに投入した予算や人等の資源とすると、アウトプットはプログラムを受け退院した患者数であり、アウトカムはその退院患者のうち、地域で独立した生活を営んでいる人の比率〔介入 (プログラム) によって、予め目標として設定した状態に到達した人の割合〕となる (Hatry, 1999 pXIX)。
- 7) 「共同監査」(Joint Review) とは、保健省社会サービス監査庁と「地方自治監査委員会」により、保健医療福祉の専門家から成るナショナルチームが編成され、職員への個別面接、関係機関からのヒアリング、利用者への満足度調査等を通して、包括的に自治体社会サービス部の活動について監査を行うもので、毎年その結果を詳細な報告書で公表している。96 年度から毎年 20 余りの自治体に行われ、当初は 7 年で全自治体を一巡する予定であったが、ベスト・バリューの基礎業績評価に合わせ、5 年サイクルへと修正された。
- 8) 「中央政府の優先施策指針」(National Priority Guidance, NPG) とは、保健省が保健

医療（NHS）と社会サービスにおいて、3ヶ年ごとの優先的な施策と行動計画を定めたものであり、後に述べる保健省の「公的サービスへの合意」（Public Service Agreement, PSA）と整合が保たれている。NPGは、1998年9月に発表された“Modernising Health and Social Services; National Priority Guidance 1999/00-2001/02”が最初であり、その後優先施策の内容は更新されている。

9) 98年の「社会サービス白書」で公表された「全国目標」（National Objectives, NO）は、社会サービスの今後改善が必要な領域に対し、政策目標を掲げたもので、7つの児童サービス目標、7つの成人（高齢者も含む）サービス目標、児童と成人に係る4つの共通目標によって構成されている。例えば、成人分野では、自立促進と社会的経済的参加、居住における生活の可能な限りの継続、適切で費用対効果の高い安全な社会的ケアの提供に際し、計画し、委託購入し、モニターすること等が挙げられている。

10) 英国の地方構造の分類に従い、大都市圏である Metropolitan District 地域、非大都市圏である Sires 地域と単一自治体 (Unitary Authority) 地域、内ロンドン (Inner London) と外ロンドン (Outer London) という5つの自治体グループごとに平均値を出し、各グループ内で比較できるようになっている。

11) “PSS PAF” 指標の中で、自治体のベスト・バリュース業績計画に必ず含めなくてはならない指標はベスト・バリュー指標であるが、他の”PSS PAF” 指標も必要であれば業績計画に加え、あるいは立案の参考にすることが勧められている。

12) オーストラリアにおける経験から、公共部門のベンチマーキングの機能を以下の3つの側面で見える見方がある (J Cowper, M Samuels, 2000, p1)。

- ① 基準 (standards) のベンチマーキング
- ② 結果 (results) のベンチマーキング
- ③ プロセス・ベンチマーキング

①は、達成すべき業績の基準（目標値）を定め、それによって目標達成へのモチベーションやモニタリングのツールとしての役割、②は、同種のサービスを提供している他の組織と業績結果を比較することで、公共部門へ競争原理を導入し、効率性を促進するとともに、結果の公開を通して一般市民にも比較・判断を可能にする役割、③は、ベスト・プラクティスを創造した組織に対する詳細な検討によって、業績の差を生みだした理由（プロセス）を特定し、自己の組織の改善をもたらす役割を指している。通常、民間企業におけるベンチマーキングは、③のビジネス・プロセス・ベンチマーキングを指すが、ここではその意味が拡大されているといえる。本稿の“PSS PAF”指標は①と②の機能を持っていると考えられる。③については、保健省監査庁 (SSI) の年次報告書に、優れた実践（ベスト・プラクティス）を行った自治体の例が公表されているが、各“PSS PAF”指標の業績とプロセスとが関連づけられたデータは未だ公表されていない。

13) 4つのCとは、“Challenge”(サービスの目的〔提供の理由・方法〕への挑戦)、“Compare”(業績の基準値や他の自治体との比較)、“Consult”(地域住民や関係者間での協議)、“Compete”(官民の間でベストな提供主体の検討)である。

14) 協議文書「社会的ケアの質の戦略」(DH,2000b)では、主に以下3点の提案がされている。①社会的ケアの優れた取組みに関わるデータを蓄積し、基準設定、監査・評価、実践支援に役立てるための研究所 (Social Care Institute for Excellence, SCIE) の設置、②自治体において、継続的な質の改善を促進する新たな質の枠組みの導入 (社会サービス部長に対する、“PSS PAF”を含めた業績や質の責任の強化)、③ケアに関わる職員の生涯教育を目指し、専門職教育や、有資格者の再研修、マネジメント研修等の包括的な教育制度の導入

15) これは、注<sup>10)</sup>の Social Care Institute for Excellence, SCIE を指し、根拠に基づく医療 (Evidenced -Based Medicine, EBM) の原則に基づき、医療分野で既に設置されている国立医療技術評価機構 (National Institute for Clinical Excellence, NICE) の社会サービス版に相当するものである。

16) 「ベスト・バリュー業績指標白書 2000/2001 年」(DETR, 2000)によると、今後中央省庁の PSA に対応した地方自治体全体の PSA (Local Government PSA) および、各自治体毎が 12 の優先的なアウトカムについて策定する自治体の地域 PSA (New Local PSA) の導入を予定している。公会計の完全発生主義原則も 1999 年度決算および、2001 年度予算から導入が開始され、今後は資本の厳密な把握 (および資本支出の拡大) を行いつつ、コストを明らかにして業績と予算とを対応させていく方針とみられる。

17) 「社会的ケア賞」(Social Care Awards) は、革新的な優れた実践や、Value for Money (支払額に対する受取価値の最大化) を達成した自治体に毎年与えられる。他に、社会サービス独自の賞として、家族介護者が優れた支援者として推薦した自治体職員に対する「介護者賞」(Carers' Awards) がある。

18) 自治体は、事業所レイト (ノン・ドメスティック・レイト; 自治体の一般会計収入から交付金 (補助金) を差し引いた自主財源 (地方税) のうち、カウンスル税以外の部分で、事業者課される資産税) について、1~2% 上乗せして徴収し、財源を強化することができる。

19) 閣内国務大臣に介入権限を与えた 99 年の地方自治法に基づき、99 年 11 月閣外保健大臣 Hutton は、“PSS PAF”指標の業績が芳しくない 17 自治体の名前を挙げ、業績悪化が続く場合は、社会サービス部を当該自治体から接收し、業績のよい近隣の自治体に委託することもありえると発言し、自治体からの非難を浴びた。

20) Pestoff (1998, p84) は、消費者・顧客・利用者 (クライアント)・市民の用語は互いに交換可能だが、サービスとの関係性において異なるとして、Tayler らの定義から

(Taylor, et al, Using empowerment in community care: unraveling the issues, School of Advanced Urban Studies, Univ. of Bristol, No.11, 1992)、以下のように説明している。

消費者: 製品の人との関係、顧客: (民間部門における) サービス受給者の提供者への関係、クライアント: (公的部門における) サービス受給者の提供者への関係、市民: 個人の国家への関係

このような定義をもとに、ここでは、行政に対し、納税者の立場を市民とし、サービスを利用し、消費する立場を利用者とする。

21) Pestoff (1998), p127 を参照。

22) 福永 (2000), p205 を参照。

---

**「介護保険制度における最適マネジメントの方策に関する研究」  
総括研究報告書**

本研究は、平成 12 年度厚生科学研究費補助金「長寿科学総合研究事業」により実施されたものである。

2001 年 3 月発行

国立医療・病院管理研究所  
医療経済研究部

〒162-0052 東京都新宿区戸山 1-23-1  
TEL.03(3203)5327  
FAX.03(3202)6853

---