

【研究論文】

イギリス会計検査院による評価事例の研究 有効な外部評価制度の条件を求めて

平松 英哉

同志社大学大学院

eja1101@mail2.doshisha.ac.jp

要 約

これまで、わが国の評価制度は内部評価制度に重点を置いた形で発展してきたが、近年外部評価制度に求められる役割も高まりつつある。しかし、わが国における外部評価制度は未発達であり、現在でも試行錯誤の段階にあるように見える。

本稿ではイギリスの会計検査院（NAO）による最近の評価事例（大気汚染度改善政策、NHS救急指定病院における病床管理、およびNHS救急指定病院における退院遅延問題）を取り上げ、これらがいかに政府の意思決定改善ならびにアカウンタビリティの確保に寄与しているかを示した。またNAOがこのような評価活動を可能にしている要因を明らかにし、それをもとにわが国の中央・地方政府における外部評価制度への提言を試みている。

キーワード

外部評価、NAO、大気汚染、NHS

1. はじめに

本稿はイギリスの会計検査院（National Audit Office; NAO）による最近の評価事例を紹介することを通じて、行政機関における意思決定の改善、およびアカウンタビリティの確保にとって有益な外部監査・評価制度¹のあり方を考察することを目的とするものである。

1990年代半ば以降、わが国において「政策評価」「行政評価」の研究や議論が盛んになると同時に、実務においても評価制度が国・地方自治体において相次いで導入されていった。

評価制度には行政機関のもとで行われる内

部評価と、行政府外の第三者機関等によってなされる外部評価に区分できるが、わが国の評価制度はかなりの程度内部評価に偏ったかたちで発展してきたように思われる。もちろん内部評価それ自体は自らの政策や業務を見直そうというのだから、必要かつ意義のある行為ではある。しかし、内部評価はどうしてもチェックが甘くなりやすく、自らに不利になるような評価をしたがらないという欠点がある。また内部評価単独では「お手盛り」・「自画自賛」といった批判に抗うことが難しい。施策・事業実施の正当性や行政に対する信頼を確保するうえでも、行政内部の利害関係からは独立した外部機関からのチェックによって補

完される必要があり、今後外部評価制度に求められる役割はますます大きくなるであろうと予測される。

とはいえ、わが国における外部評価の機能は未発達であり、現在でも試行錯誤の段階にあるように見える。わが国の外部評価制度の発展を議論する上で諸外国の先進的な事例の研究は有用であると思われる。

先進的な事例として、アメリカの会計検査院 (General Accounting Office; GAO) について紹介される機会が多いが、本稿ではイギリスのNAOの評価事例を取り上げて論じてみようと思う。外部評価制度にはGAOのように議会のスタッフ機関として機能する「議会従属型」と、NAOのようにいずれの権力府にも従属せず中立・不偏の立場をとる「独立型」があり、この類型によって当該機関の活動の性格 (特に政策目的の価値判断の可否) が大きく異なっている (平松2001)。わが国の外部評価制度に相当するものとして、国レベルの会計検査院、地方レベルでは監査委員、および都道府県・政令市・中核市 (および任意ではあるがその他の市町村) では外部監査人制度がある。これらはいずれも「独立型」として中立・不偏の立場を求められるため、同じ「独立型」であり政策目的を所与であり評価を行っているNAOの研究は、わが国の外部評価のあり方を考察する上でも参考になりやすいのではないかと考えられる。

NAOは毎年50ほどの評価報告を出しており、ここでその全てを取り上げることは出来ないが、とりわけ本稿では結論部分で述べるようなNAOの評価活動の特徴をよく表わしていると思われる3つの事例を紹介することにしたい。

2. NAOによる最近の評価報告の概要とそのインパクト

(1) 大気汚染改善政策

これまで、イギリスはEU圏内でも最も大気汚染度の高い国という指摘を受けてきた。特に自動車の排気ガスや火力発電等によってもたらされる汚染物質は国民の健康に重大な被害をもたらすも

のとして問題視されてきた。

イギリスでは1995年に環境法 (Environment Act) が制定され、当時²の環境・運輸・地域省 (Department for Environment, Transport and Regions; 以下環境省と略記) は大気汚染改善戦略を作成することが要求された。環境省は1997年に最初の大気汚染改善戦略 (以下1997年戦略と略記) を公表し (DETR 1997)、その見直しとして2000年に第2回目の大気汚染改善戦略 (以下2000年戦略と略記) を公表した (DETR 2000)。これらの戦略の内容は8種類の汚染物質 (ベンゼン・ブタジエン・一酸化炭素・鉛・二酸化窒素・オゾン・粒子状物質・二酸化硫黄) に対して健康への影響をベースとした安全基準値を明らかにし、社会全体の費用と便益を考慮した上で、目標とする汚染度基準とその達成期限 (例えば2000年戦略ではベンゼンの汚染度について年平均16.25 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ を2003年末までに達成する) を定めるというものであった。

近年、イギリスの大気汚染度は以前に比べればかなり改善されてきたと言われている。しかしNAOは環境省の政策形成過程を調査・分析し、戦略の内容にはさらなる改善の余地があるのではないかと指摘した。2001年10月に公表されたNAO報告書『大気汚染度の改善 (NAO 2001)』は2000年戦略の政策形成過程を、安全基準の検討・目標の決定・実施計画の策定という3つのプロセスに分けて議論している。

汚染度の安全基準に関して、これまで環境省は大気汚染安全基準に関する専門家会議 (Expert Panel on Air Quality Standards; 以下専門家会議と略記) を設立し、彼らに専門的アドバイスを求めてきた。環境省は専門家会議の検討課題の明確化、多くの科学者の採用、彼らをサポートする事務局の整備に努めてきた。NAOはこれらの処置が適切であったとしつつも、いくつかの点で環境省は利用可能な最良のデータを使用していないことを指摘した。

まず、2000年戦略で設定された汚染指定物質やその安全基準値は1997年戦略と同様、1994~1996年に作成された専門家会議の最終答申に基づいたものであった。しかしこれらの答申作成時点では健康被害に関する情報が限られており、いずれの項目についての答申も基準設定のための決定的な

証拠が得られていなかった。例えばブタジエンに関する1994年の最終答申の中では、安全基準値は年平均1ppbであろうと結論づけたが、信頼できる根拠によるものではないため、この基準値は5年以内に見直しをする必要があると述べられていた（DETR1994）。しかし見直しは行われず、この最終答申が提示した安全基準値をそのまま採用していた。

また、各汚染物質の安全基準に対する最終答申は人体に及ぼす短期的影響しか考慮していなかった。特に粒子状物質については継続して吸い続けることによる長期的な影響のほうに懸念されるにも関わらず、長期的影響については考慮されなかった。環境省は後の2001年9月に粒子状物質の長期的影響に関する新たなデータを受け取っていたが、安全基準値は維持されたままであった。加えて、2000年戦略は、EUが新たな汚染物質として指定していた多環芳香族炭化水素について取り上げていなかった。委員会は1999年の時点でこの新たな汚染物質についても戦略の対象とする必要があると勧告していたにもかかわらず、環境省の戦略に反映されることはなかった。

大気汚染改善戦略の目標（汚染度基準とその達成期限）を決定する上で、2000年戦略は1997年戦略の見直しであったため、1997年戦略の下で、目標達成が可能かどうかの予測、およびその予測に基づいた社会全体の費用（自動車規制による経済的負担等）と便益（国民の健康等）の算定が必要であった。

大気汚染度の予測について、環境省はAEAテクノロジー社に予測のためのコンピューター・モデルの開発とメンテナンスを委託していた。1999年に環境省とAEAテクノロジー社は各汚染物質の排出量について予測を行い、そのデータをもとに1997年戦略の目標が各地域で達成できるかどうかの予測を行った。例えばベンゼン・一酸化炭素についてはイギリス全域で1997年戦略の達成期限（2005年）よりも2年早く目標を達成できるとしていた。

しかし予測されたデータの信頼性は必ずしも高いものではなかった。汚染物質の物理的・化学的影響については完全な理解が得られていない上に、将来の気象や経済状況のように不確実性の高

い要因も考慮する必要があった。AEAテクノロジー社は各汚染物質の排出量に関する予測の誤差の範囲を算定していたが誤差の範囲は大きく、例えば一酸化炭素の排出量予測については±40%もの誤差が生じるとしていた。この不確実性をカバーするため、環境省およびAEAテクノロジー社は海外で使用されているモデルとの比較をしたり、気象条件については3つの起こりうる選択肢を提示して、それぞれの条件下での大気汚染度の予測を行うといった取り組みをしてきた。

しかし排出量予測における誤差の範囲については算定したものの、その排出によってもたらされる大気汚染度の予測における誤差の範囲については算定されなかった。また自動車の交通量のように気象条件以外の要因については複数の選択肢を考慮せず、最も蓋然性の高い選択肢のみを扱っていた。さらに環境省は予測の不確実性に対する感度分析やリスク評価も行っていなかった。

費用・便益の算定について、環境省は省庁横断的な費用便益分析のためのグループ（Interdepartmental Group on Costs and Benefits）を設置し、彼らの分析によって結論を得るとしていた。グループは1999年に費用便益分析の結果を公表し、既存の戦略下で2005年までにおよそ18500～22000人の死者の減少および健康面以外（建築物・森林・農作物の保護等）ではおよそ5億ポンドの便益が期待できると結論づけた（DETR 1999）。しかし国民の健康という便益を貨幣価値で表わすことができなかった上に、費用についても広範囲かつ大規模なものであるために全体の算定が出来ないとした。この不十分な費用便益分析は2000年戦略の作成においてほとんど役に立たなかった。

その後利害関係者との協議を経て2000年戦略の目標が決定された。汚染基準については二酸化窒素の項目をEUの基準に合わせた点以外は1997年戦略の基準値がそのまま踏襲された。達成期限については1997年戦略下で早期実現が予測されたベンゼン・ブタジエン・一酸化炭素・鉛の項目を1～2年早め、EUの目標値に合わせて粒子状物質の目標値を2段階に設定した点以外は1997年戦略と同内容であった。

戦略の実施については、1995年環境法の規定により、環境省の設定した基準値・達成期限を各地

方自治体が実施することになっていた。2000年戦略ではいくつかの汚染物質について達成期限を1~2年ほど早めていたが、環境省は追加的な措置を講じることはなく、目標の達成については各自治体の活動に依存することになっていた。環境省は必要に応じて汚染度改善のための計画作成と、計画が実際に達成出来ているかどうか、あるいは達成可能かどうかの算定を自治体に要求した。また各自治体には大気汚染の専門家が不足しているため、環境省はこの計画と算定をチェックするシステムを整備してきた。ほとんどの自治体において2000年戦略の目標を達成、あるいは近いうちに達成可能であると言う結果になったが、ロンドン等の大都市圏における自治体のいくつかでは目標の達成が困難であった。

NAOの主要な勧告は、概ね以下のような内容である。

- ・環境省は健康に関する新しい情報を考慮に入れた上で、戦略の内容について再検討する必要がある。
- ・環境省は汚染物質の排出量だけでなく、大気汚染度に関する予測の誤差の範囲についても検討すべきである。
- ・将来、戦略の見直しをする上で、環境省は予測の誤差の範囲を明示し、それに対応するような取り組みをすべきである。また付帯条件付計画のように不確実性を考慮に入れた戦略案の検討をする必要がある。
- ・費用便益分析のように貨幣価値という単一の尺度で算定をすることは難しいため、近年環境省が他の分野で推進してきた多基準分析の使用についても検討すべきである。
- ・いくつかの自治体では目標の達成が困難であり、各自治体における計画の進行状況を監視し、その達成度について評価・検討する必要がある³⁾。

NAO報告書の公表後、2002年1月下院決算委員会（Public Accounts Committee; 以下PAC）において、NAOの報告書に基づいたヒアリングが行われた。ヒアリングでは事務次官ら環境省職員がいくつかの陳述を行っているが、例えばブタジエンについての最終答申の見直しを2か月以内に公表すると述べた。その後同年5月にPACの報告書が公表された。PACの勧告は上記NAOの勧告と概

ね同じ内容であったが、安全基準値の検討において汚染物質の複合的効果にも考慮すべきという点、NAOが提案する多基準分析については触れられなかった点、実施計画については自治体に対する環境省の一層の支援が必要であると強調された点等が変更された（PAC 2002）。同年6月PACの勧告に対する政府回答が公表された。政府回答はこれら全ての勧告に同意あるいは既に取り組んでいると述べた（HM Treasury 2002）。

実際、環境省は勧告された項目の改善に取り組んできた。例えば専門家会議は2002年2月ブタジエンの安全基準に関する最終答申の「第2版」を公表し、結論を裏付ける証拠を補充した（DEFRA 2002）。

その後2003年2月には2000年戦略の「補遺」を公表し、計画の修正を行った。補遺ではベンゼン・一酸化炭素・粒子状物質の基準値について従来よりも厳しい値が設定され、多環芳香族炭化水素が新規項目として追加された。また各地域の事情に配慮し、ロンドン・その他のイングランドとウェールズ・スコットランド・北アイルランド地域に区分して、地域ごとに実現可能性のある目標を設定することになった（DEFRA 2003a）。同日、地方自治体に対する大気汚染管理政策および技術的ガイダンスも改正された。ガイダンスでは、1997年以降の経験を踏まえて、汚染度測定手順の簡素化など自治体の目標値達成に関する評価手続きの改善が図られている⁴⁾。

この他、環境省は大気汚染対策に関する多基準分析を推進しており、2003年11月にはその有用性に関する調査報告書を公表している（DEFRA 2003b）。

(2) NHS救急指定病院における病床管理

これまでNHS（国民保健サービス）病院における計画入院患者（本人の希望で手術を希望する患者）の入院待機者数は常時100万人を超えており、深刻な問題とされてきた。1997年の総選挙において、労働党は入院待機者10万人削減を Manifesto の「目玉商品」として掲げていた。ブレア政権発足後、労働党政府は待機者削減のために4億ポンド強の予算を投入し各病院の患者の入院受け入れ

を促進させた。結果として1997年3月～1998年3月の1年間で20万人以上の入院待機者の減少をもたらした。

しかし入院患者数そのものが増加し、1998-99年度にはイングランド全体で一晩以上病院に滞在した患者数がのべ575万人にまでのぼり、その後も増加傾向が続いていた。結果として1999年以降、病院のベッドが不足し入院待機者の増加を招いた。

とりわけ救急指定病院におけるベッド不足は深刻であった。1998-99年度では入院患者575万人のうちおよそ3分の2が緊急入院患者であった。当時の患者憲章（Patient's Charter）では病院の救急部門が入院許可をしてから2時間以内にベッドが確保されるべきであるとしていたが、20%の緊急入院患者がそれ以上待たされていた。NAOはこの問題について調査を行い、2000年2月に報告書『救急病院における入院許可と病床管理（NAO 2000）』を公表した。

NAOは待ち時間が長くなるメカニズムを明らかにした。ほとんどの場合、緊急入院患者は手術室で治療を経てから病室に運ばれることになるが、計画入院患者や退院遅延の患者によってベッドが埋め尽くされており、そのまま手術室で待たされていた。一方、計画入院患者は緊急入院患者の治療が優先されたため手術をキャンセルされ、病室でさらに待たされることになっていた。NAOは最近の学術研究を引用しながら、ベッド占有率が85%を超えると慢性的なベッド不足が起こるということを描いている。

これに付随して、退院遅延の問題はベッド不足をもたらす深刻な原因であった。特に高齢者（75歳以上）の退院遅延者のうちで、その後も診療継続および自宅介護あるいは施設介護によるケアを必要とする患者は、退院後の行き先におけるケアの確保が遅れ、病院に残留していた。1999年9月時点で、救急病院全体において高齢者の入院患者は43500人以上いたが、そのうち退院可と診断されながらも退院遅延していた高齢者の数はおよそ5550人（全体の12.8%）であった。NAOは高齢者の退院遅延によって年間約220万床・日のベッドが無駄使いになり、そのために1日あたり100万ポンドのコストがかかると試算している。

保健省ならびに各病院は様々な対策をしてきた。例えば、ほぼ全ての救急指定病院でベッド管理者を任命していた。彼らは病院内の空きベッドと需給の状況を把握し、効率的なベッドの使用に努めていた。また70%以上の救急指定病院において退院コーディネータを雇用し（1997年時点では約40%）患者とその介護者との間に立ち、保健サービスと福祉サービスとの間の連絡調整によって退院遅延の回避に努めていた。

NAOは保健省及び救急指定病院がこういった様々な努力を払っているとしつつも、彼らの活動には改善の余地があるとした。

多くの病院においてベッド管理者は非効率な情報処理方法を用いていた。ベッド管理者たちのほとんどが入退院情報システムにアクセスしておらず、90%の救急指定病院におけるベッド管理者が自分自身での見回りや、病棟への電話によって状況把握をしており、彼らは日常業務の大半の時間を割いて空きベッド状況を把握するのに奔走していた。さらに彼らは患者の入退院の実情について詳しいにもかかわらず、計画入院患者受け入れ計画やベッドの需要予測の決定に加わる権限をもっていなかった。加えてベッド管理者は緊急的なベッド不足時に備えて近隣の病院や一般医と常時連絡をとることが保健省から求められていたが、47%の病院においてベッド管理者はこれらのネットワークに加わっていなかった。

退院遅延に関しては、NAOは各病院にアンケート調査を行い、内在的・外在的要因について明らかにしている。最も主要な内在的要因は退院の決定の遅れであり、最も主要な外在的要因は福祉サービスにおける査定および資金確保の遅れであった。

これらには病院側にも問題があった。半数以上の病院が入院許可の前あるいは直後から退院計画を開始していたのに対し、ベッドについた後でしか病院側の査定（在宅ケアか施設ケアを選択する査定）のために患者の希望を尋ねていない病院も多く存在していた。また福祉サービスのほうでもレジデンシャル・ホーム（一般の老人ホーム）かナーシング・ホーム（介護付き老人ホーム）のどちらに受け入れるかの査定が必要となるが、これらの機関への通知が遅れている病院が多く存在し

ていた。

以上のことを鑑みて、NAOは25項目の勧告を出している。主要なものをまとめると概ね以下のような内容になる。

- ・ベッドや手術室等の主要なリソースの利用状況をモニターし、より良い計画を立てるためのITシステムを導入する必要がある。
- ・各病院はベッド管理者の権限を強化し、入院受け入れ計画の決定に参加させるべきである。またNHS管理運営部もその促進を図る必要がある。
- ・各病院は早期(患者受け入れ以前あるいは直後)に退院後の計画を開始すべきである。
- ・各病院は退院コーディネーターの権限を強化し、退院遅延について病院内および福祉サービスとの間の調整権限を最大限に保証すべきである。
- ・退院遅延の外在的な原因にも取り組むべきである。例えば、患者の査定の実行性について迅速に福祉サービス機関に通知すべきである。
- ・例えば在宅サービスのように、入院とは別の代替的な保健サービスを供給する必要がある。
- ・退院遅延について、NHS管理運営部は上記の勧告を実行するよう、各病院が病院内、病院間、および他のケア組織と調整を図るよう助成すべきである⁵⁾。

その後、2000年3月にPACでヒアリングが行われ、「高齢者の退院遅延によって年間約220万床・日の無駄使い」というNAOの試算は大きく取り上げられた。2001年1月にはPAC報告書が公表され、PACの勧告はNAOの勧告と概ね同じ内容であった(PAC2001)。同年4月の政府回答では、後述の『高齢者のための国家的サービス枠組』等の取り組みをしているとしながらもほぼ全ての勧告に同意した(HM Treasury 2001)。

政府回答の直前である3月に保健省は『高齢者のための国家的サービス枠組』を公表していた。その内容は高齢者をサービスの中心に据え、病院・中間的ケア(療養所・リハビリ施設等)・精神障害などの各ケースにおいて保健サービスと福祉サービスの協働をいっそう強化するものであった。その中で保健・福祉サービスにおける各査定重複を避けるため、これらを一本化する統一的

査定プロセス(Single Assessment Process; 以下SAP)の導入を提唱している(Department of Health 2001a)。保健省は2002年4月から各地でSAPを導入開始すると述べた。

手術キャンセル削減のため、保健省は2001年10月から1億ポンドの予算を投入し、民間の病院への手術の委託等による手術待ち患者の削減を図っている。

また保健省は同年10月『ケアのための能力・パートナーシップの確立』プログラムを公表した。それは保健省主導の下でNHS、地方自治体、および介護・建設関連団体との間で協定を結び、在宅ケア・中間的ケア等の設備やサービスのための支援を図るというものであった(Department of Health 2001b)。このプログラムは3億ポンドもの予算を投入して推進された。

さらに2002年4月保健省は報告書『NHS計画の実行』を公表し、保健サービスと福祉サービスの連携を強めるために、スウェーデンやデンマークで行われている自治体の病院に対する弁済システムの導入を提案した(Department of Health 2002)。この提案に基づいて政府はコミュニティ・ケア(退院遅延等)法案(Community Care [Delayed Discharge etc.] Bill)を整備した。法案の内容は、自治体がコミュニティ・ケア等のサービスを準備できないことが原因で患者の退院が遅れた場合には、遅延した分の費用について自治体が病院に弁済することを義務づけ、同時に高齢者福祉を含めたいくつかの項目について福祉サービスの一定期間無料化を保証するものであった。(後に、この法案は2003年4月に成立し、同年10月から救急指定病院に適用され、その他病院にも漸次適用されることになる。)

(3) NHS救急指定病院における高齢者退院遅延問題

既述のように、政府及び保健省は高齢者の退院遅延問題に取り組んできた。その結果として遅延者は徐々に減少していったが、2002年9月の段階でも依然として4100人ほどの高齢者が退院遅延しており、そのうちのおよそ3分の1が28日以上遅延していた。NAOは再度このテーマについて調査・

分析し、2003年2月に新たな報告書『NHS救急指定病院における効果的な高齢者の退院（NAO 2003）』を公表した。報告書では、高齢者退院遅延問題は着実に改善されているとしながらも、いくつかの点でその問題点を指摘している。

NAOは病院内における退院遅延の原因について調査を行った。退院遅延の原因のうち17%は退院計画の遅延にあったが、前回のNAOの勧告によって保健省は退院コーディネーターの設置を促すためのガイドラインを提示しており、設置していた病院も前回調査時の70%から82%まで増加していた。

しかしNAOは、患者の退院前に行き先を決定するため早期に退院後の計画を開始すべきであることも勧告していた。多くの病院ではこの勧告に従っていたが、約30%の病院では計画入院患者が入院した後でしか退院後の計画についての査定を開始していなかった。

これらに加えて理学療法士・心理学療法士等の人員不足により、リハビリの進行に支障があり、患者の退院遅延の原因になっていることも明らかにした。保健省は2004年までに6500人の増員を宣言し、ポストの増加を図っていたが、3か月以上欠員の状態が続いたケースは1999年の2%から2002年の4.1%まで増加していた。

先述のように査定プロセスを迅速化するため、保健省はSAPを2002年4月から導入開始するとしていたが、後に調整の困難さから完全な導入は2004年4月からとしていた。NAOは各病院の状況についてアンケート調査を行っているが、関係諸機関との間での調整に障害があり、SAPの導入準備が完了しているのは全救急指定病院の5%程度であることを明らかにした。SAPの導入に並行して、保健省は保健記録サービス（Health Record Service）を推進していた。それは病院内および福祉サービス機関との間において、患者に関する情報をコンピューター・ネットワーク上で迅速に交換できるようにするものであった。しかし実際に稼動可能になっている救急指定病院は全体の4分の1程度であり、その他の病院は書面によって情報をやり取りしていた。

退院計画について、NAOは各救急指定病院が各関係者の退院計画や査定への参加を十分に行っ

ていない側面も指摘した。病院内のスタッフについてはほとんどの場合査定に参加していたが、患者を担当する一般医はほとんどの場合参加していなかった。退院コーディネータでさえも常に査定に参加させている病院は半分以下であった。加えて査定を中心に据えられるべき患者およびその介護者については、NAOのアンケート調査にはほぼ全ての病院で退院計画に参加させていると返答していたが、他の調査では退院後のサービスの選択肢等について患者や介護者が受給可能な福祉サービスの選択肢等について十分な情報を与えられていないことが明らかになっており（Carers National Association 2001）NAOは迅速かつ適切な退院計画や査定のために彼らの退院計画・査定への参加と情報提供が不可欠であるとした。

退院遅延の外在的な要因としては施設確保の問題があった。退院遅延の理由のうち26%がレジデンシャル・ホームとナーシング・ホームが迅速に確保出来なかったことにあり、10%がどこの施設に入るか決めかねていることにあった。その主な原因は施設の減少にあり、1998年と比べて、レジデンシャル・ホームの収容能力は2%、ナーシング・ホームは10%も落ち込んでいた。特にロンドン等の都市部ではこれらの施設の不足が深刻であった。

これに対して保健省は、在宅ケアへの移行・中間的ケアの整備、および各サービスへの資金援助を進めるという対策をとってきた。資金援助においては先述の『ケアのための能力・パートナーシップの確立』にもとづく補助金によって1000人以上の削減をもたらしていた。

在宅ケアの利用者は、1998-99年度の267000人から2001-02年度の284000人にまで増加した。しかし退院遅延者の削減への貢献としては限定的なものであり、退院遅延患者の理由のうち9%は在宅ケアの準備が遅れていることにあった。在宅ケアへの移行の障害として設備・備品不足の問題があった。NAOのアンケート調査によって40%のPCT（Primary Care Trust）⁶は設備・備品の不足が退院遅延の原因になっていると考えていることが明らかになった。

中間的ケアの整備については保健省は2000年3月～2002年3月までの2年間で2700床が増設されて

いたが、NAOの調査によって週に一度のペースでこれらの施設の不足によって退院遅延が生じていることが明らかになった。NAOはこの原因として、保健部門と福祉部門による共同計画なしで施設の建設が各々進められ同一地域における施設の重複や欠落が生じてきたこと、およびいくつかの地域において利用者が平等にアクセスすることが困難になるような偏った立地で施設の建設が進められてきたことを挙げた。

レジデンシャル・ホームおよびナーシング・ホームの不足は閉鎖が相次いだことに起因していた。全てのナーシング・ホームと80%のレジデンシャル・ホーム施設が民間・ボランタリー部門によって供給されているが、1997年～2001年の間にこれらのホームは財政難・地価上昇、及び2000年ケア基準法（Care Standards Act; 完全な施行は2007年から）によって施設環境の整備基準が厳しくなり、これに対する今後の負担増加が予想されることを理由に21000件も減少していた。

NAOの主要な勧告は概ね以下のような内容である。

- ・保健省はSAPの導入に際して各病院が抱えている困難を明らかにし、それを克服するための方策を保健・福祉サービス両部門にアドバイスするよう努めるべきである。
- ・NHS機関と保健記録サービスやその他ケアに関する情報の統合を予定通りに実施できるよう、重点的に推進する必要がある。
- ・保健省と各病院は不足している理学療法士・心理学療法士等の雇用計画を見直す必要がある。
- ・まだ実施していない病院においては、退院に関する方策の病院外への周知、退院計画と査定との早期開始、病院内で迅速な退院の障害となっている要因の特定、および退院や査定における院内の主要なグループの参加を推進する必要がある。
- ・各病院は患者とその介護者を退院計画や査定に参加させるべきであり、その話し合いにおいては彼らに十分な情報提供をする必要がある。
- ・在宅ケアに関して、PCTは設備供給サービス機関の状況について検討すべきである。
- ・中間的ケアの整備に関して、保健省は国の基準のみでなく現在の各地域内での不平等に考慮し

て、また財源の出所に関わらずサービスの供給を推進することを保証すべきである。

- ・中間的ケアの供給を保証するために、各戦略的保健当局（Strategic Health Authority; 広域レベルでPCTを監督する組織）は、担当地域における利用可能なサービスの種類についてできるだけ迅速に状況把握し、この情報を高齢者のケアに関わる各種関係者に伝達すべきである。
- ・福祉施設の供給に関して、各病院やPCTは高齢者サービスに関する計画やその進行において、民間・ボランタリー部門の福祉施設供給者を参加させるべきである⁷。

その後2003年2月にPACでヒアリングが行われ、同年9月にはPACの報告書が公表された。PAC報告書の結論は、在宅ケア移行のための設備不足について保健省にも報告を求めた点、施行前の段階にあったSAPや保健記録サービス等に関しては特に勧告されなかった点、および退院遅延問題にあたっては保健サービス機関と福祉サービス機関の連携が不可欠であることを再度強調された点を除いては、NAOの報告書の勧告と概ね同じ内容のものであった（PAC 2003）。

PACの勧告に対して同年11月に政府回答が公表された。保健省は勧告のうちのいくつかの項目については現在既に取り組みしており、また退院遅延高齢者はおよそ3000人にまで減少したとしながらも、ほぼ全ての勧告に同意した（HM Treasury 2003）。

3. おわりに

以上でNAOの評価事例について触れてきた。NAOの場合、政策目的自体の良し悪しについて問題にすることを禁止されているという制約があり、法律や予算の大枠を変更するような提言をすることは難しい⁸。しかし、そうした一定の制約を持ちながらも、上記3つの事例が示すように「大気汚染改善戦略の政策形成過程の適切性」や、「救急指定病院における入院待機者数の改善」といったように、必ずしも金銭面のみにとらわれることなく、政府の重点政策の形成・実施プロセスおよびその成果を明らかにし、アカウントビリティ

の確保に資するものとなっている。また単なる現状の記述・測定だけでなく、問題の発見・原因の解明・具体的な改善策の提示を行うことで政府内意思決定の改善に寄与している。

なぜNAOはこのような評価を行うことが可能になっているのであろうか。筆者は少なくとも以下の3つの要因が挙げられるのではないかと考える。

テーマを絞った「深い」分析

NAOでは財務監査業務については各省庁の決算報告書に基づき広くチェックを行っているが、VFM監査と呼ばれる評価業務については毎年50ほどのテーマに絞って調査・分析し、各々一冊の報告書の形で、公表している。本稿で取り上げた事例におけるテーマも「大気汚染戦略は適切なプロセスを経て作成されているか?」、「救急指定病院における高齢者退院遅延問題に対する政府の取り組みは有効か?」といったように、環境あるいは医療分野における政府活動を網羅的に扱ったものではない。しかし国民や議員の関心を引くようなテーマ・論点を取り上げて深く分析することによって単に現状の調査・測定をするのみでなく、原因の解明とそれに伴う具体的な提言を生み出すことを可能にしている。

専門的アドバイザーの活用

に付随して、1つのテーマを深く分析する場合、その分野に関する専門的知識および分析のノウハウが必要になる。例えば先述の大気汚染度改善政策を調査・分析する上でも、汚染物質に関する知識、専門家会議と政策決定者との情報の接続、政策形成の手順等に関する知識が必要となり、常勤職員（NAOでも主としてOJTによって業務の知識・ノウハウを習得している）による調査活動だけではだけではこのようなテーマに対応することが難しい。

NAOでは通常3~6人程度のチームで評価活動を行っているが、これらのメンバー以外に、学者や各種専門家等が非常勤アドバイザーとしてあるいは関係者等が参考人としてチームをサポートしている⁹。先述の大気汚染政策の事例では2人のアドバイザーを招いており、1人はサセックス大学

のJohn Chesshire名誉教授（環境・エネルギー政策）で、もう1人はシェフィールド大学のMartin Smith教授（政治学、特に中央省庁における意思決定構造の研究）である。彼らは政策形成過程のパターンや専門家と政策決定者の間にある情報認識のギャップ等に関する知識や分析の視点を有しており、報告書作成に少なからず貢献していると推察される。このアドバイザーの活用によって、比較的安い費用で必要に応じて当該テーマの専門的知識を補うことが可能となり、同時に彼らのアドバイスによって常勤職員の専門的知識・分析能力の育成にも役立っている。

報告後のフォローアップ

NAOの報告書は公表され、その直前にPACに提出される。PACではNAOの報告書をもとにヒアリングが行われ、NAO院長および副院長もヒアリングに出席する。その後PACの報告書がまとめられ、政府はPACの勧告に対する回答を公表する義務を負っている。また先のNHS関連2つの報告書に見られるように、2.(2)で当該省庁が受け入れた勧告（中間的ケアの整備、退院計画早期開始など）の内容を実行しているかどうかについて監視を継続しており、2.(3)で見られるようにその実行状況について更なる調査・分析・提言を行っている。この公式回答義務と監視の継続がいわゆる「言いつばなし」「聞きつばなし」を回避する手段として機能している。

ここで の視点から、わが国の外部評価機関を見てみると、それぞれの持つ課題が見えてくるのではないかとと思われる。

国の会計検査院においては、最近の決算検査報告を見ると、BSE事業やODA事業といった個別の事業をテーマとして設定していたり、港湾の大規模地震対策のように有効性の観点からの監査も増加しつつあり、先の を志向しつつあるように見受けられる。しかしこれらの評価活動を推進していく上でいくつかの障害があるようにも見える。第一にこれらの業務が決算検査報告書にまとめるべく従来の財務監査に付随して行われるという点である。繁忙期に報告をまとめるため十分な人員と時間が与えられないのではないかという懸念が

ある。第二に評価業務を行う上での人材確保の問題がある。ほとんどの調査官はゼネラリスト公務員であり、NAOと同様に監査業務の知識・ノウハウは主としてOJTによって習得する仕組みになっている。常勤職員の国内外の大学や監査機関への研修等を推進しているようではあるが、限られた予算の中で常勤職員のみではBSEやODAのような個別のテーマに深く踏み込んだ分析をすることが難しい。

で見られるような決算検査と評価の業務分割、および決算報告とは別に特定の論点に絞った個別評価報告書の作成、あるいはで見られるような各評価チームにおける専門的アドバイザーの活用は、今後の評価機能の発展において有効な方策として一考に値するのではないと思われる。

地方レベルの外部監査人制度では、公認会計士・弁護士・税理士等に監査業務を委託している。これらはについては特定のテーマに絞っているが、については疑問が残る。多くの自治体は外部監査人の勧告を真摯に受け止めているようではあるが、実行に移しているかどうかを継続的にチェックするための規定が地方自治法上に存在しない上に、外部監査人は委託契約の終了とともに仕事から外れてしまう。NAOでは先述のようなフォロー・アップ体制を法律で規定しているが、外部監査人制度の形骸化を防ぐ意味でも、勧告に対する公式な政府回答、および受け入れた勧告について監査委員による監視継続を義務付けるような法制度を再検討する余地があるのではないかと考えられる。

また自治体監査委員による評価として、三重県で2002年度より推進されている行政監査（評価）報告がある。先駆的な試みではあるが、行政府が提出する評価報告書に対する全項目チェックであるため、の点では「広く浅い」タイプの評価活動をしているように見受けられる。の点から見れば行政組織の業務を毎年網羅的に扱うことには意味があるのかもしれないが、大変な時間と労力を費やす上に、1つ1つの評価が手薄になる点は否めない。提言としても「効率的に事業を実施することを検討されたい」、「県民一人ひとりに対しより一層の理解を求め、具体的な行動が促進されるよう取り組まれない」というように具体的な改善策

を提示していないものが多くなっている。「役に立つ」評価と言う観点から見れば、行政府からの評価報告書のチェックにとどまらない独自のテーマ設定、あるいは全項目チェックでなくいくつかの項目を選択して重点的に評価する等の試みが有効ではないかと考えられる。

わが国の外部評価制度はまだ歴史が浅いということもあって、今後取り組むべき課題は多いが、これらの課題に取り組んでいく上でNAOの評価活動の事例から学ぶ点が多いのではないかと思われる。

謝辞

本稿の初稿に対して査読者の方から数々の有益なご指摘を頂いた。相互に匿名であるため直接お礼を述べる事が出来ないが、この場を借りて謝意を表したい。

注記

- 1 「監査」と「評価」は別個の概念として考えられることもあるが、今日では両者の垣根はなくなりつつある。元来、監査とは合規性・正確性を問う財務監査（financial audit）を意味していたが、今日では監査役の役割が拡大し、政府活動のプロセスや成果について評価する業績監査（performance audit）が登場するようになってきた。この意味内容は、従来の財務監査というよりはむしろ評価に近い性質のものである。したがって本稿では、特にこの二つの概念を区別せずに用いることにした。
- 2 2001年6月に環境・食糧・地方事業省（Department for Environment, Food and Rural Affairs）に改組されている。本文中ではこちらも同様に環境省と略記している。
- 3 その他の勧告としては、専門家会議は欠員を早急に補充し専門家以外のメンバーも参加させるべきである、環境省は基準値見直しの定期的見直しのタイムテーブルを確立すべきである、審議会においては潜在的な利害関係者も考慮し広く通知をすべきである等がある。
- 4 これらのガイダンスについては、<http://www.defra.gov.uk/environment/airquality/laqm.htm>で閲覧可能である（2004年3月時点）。

- 5 その他の勧告としては、各病院は入院受け入れの方針を明確にすべきである、手術キャンセルのリスクを減らすためにベッドや手術室の状況について記録をとるべきである等がある。
- 6 PCTとは2002年4月のNHS機構改革によって設置された組織でイングランド全体で300程度存在している。PCTは各担当地域の一般医や地域保健サービスの実施、病院サービスの委託、地域全体における保健サービスの計画実施および保健サービスと福祉サービスの連携について責任を負っている。
- 7 その他の勧告は、保健省は退院遅延に関する正確なデータを得るために、共通の定義・手法によってデータ収集および監視がなされることを保証すべきである、(精神保健、地域保健等の)救急病院以外のベッドにおける退院遅延のデータについても扱うべきである、退院コーディネーターが再入院の増加に対して状況と原因をモニターし問題点を明らかにすべきである、福祉サービスからの弁済システムの導入にあたってスウェーデンの事例および生じ得る望ましくない結果に対して注意を払う必要がある、であった。
- 8 National Audit Act 1983, section 6 (2)。なお、このような制約は議院内閣制における外部評価制度が不可避免的に有する性質であると考えられる。詳しくは平松(2001)を参照。
- 9 また非常勤アドバイザーに加えて、VFM監査の各チームの監督責任者(課長級)に統計学・経済学・医学等の専門家を短期で採用している場合も見られる。

参考文献

- 会計検査院(2002)『決算検査報告(平成13年度)』、財務省印刷局
- 会計検査院(2003)『決算検査報告(平成14年度)』、財務省印刷局
- 武川正吾・塩野谷祐一編(1999)『先進諸国の社会保障1イギリス』、東京大学出版会
- 平松英哉(2001)「議院内閣制下の会計検査院による『政策評価』」、『同志社法学』53(2):126-155
- 平松英哉(2002)「イギリス中央政府におけるアカウンタビリティと会計検査院」、『同志社法学』54(4):228-265
- 三重県(2003)『平成15年度行政監査(評価)結果報

告書』

- Audit Commission(2002). *Integrated services for older people: Building a whole system approach in England*. London: Audit Commission.
- Carers National Association(2001). *You can take him home now: Carers' experiences of hospital discharge*. London: Carers National Association.
- Department of the Environment, Transport and the Regions(1994). *1,3-Butadiene*. London: The Stationery Office.
- Department of the Environment, Transport and the Regions(1997). *The United Kingdom National Air Quality Strategy*. London: The Stationery Office.
- Department of the Environment, Transport and the Regions(1999). *An Economic Analysis of the National Air Quality Strategy Objectives: An Interim Report*. Department of the Environment, Transport and the Regions.
- Department of the Environment, Transport and the Regions(2000). *The Air Quality Strategy for England, Scotland, Wales and Northern Ireland*. London: The Stationery Office.
- Department for Environment, Food and Rural Affairs(2002). *1,3-Butadiene* (2nd ed.). London: The Stationery Office.
- Department for Environment, Food and Rural Affairs(2003a). *The Air Quality Strategy for England, Scotland, Wales and Northern Ireland: addendum*. London: The Stationery Office.
- Department for Environment, Food and Rural Affairs(2003b). *Use of Multi-Criteria Analysis in Air Quality Policy*. Department for Environment, Food and Rural Affairs.
- Department of Health(2001a). *National Service Framework for Older People*. Department of Health.
- Department of Health(2001b). *Building Capacity and Partnership in Care*. Department of Health.
- Department of Health(2002). *Delivering the NHS Plan: next steps on investment, next steps on reform*. London: The Stationery Office.
- HM Treasury(2001). *Treasury Minute on the First to Fifth Reports from the Committee of Public Accounts 2000-2001*. London: The Stationery Office.
- HM Treasury(2002). *Treasury Minutes on the Thirty-first*

- to the *Thirty-fifth Reports from the Committee of Public Accounts 2001-2002*. London: The Stationery Office.
- HM Treasury (2003). *Treasury Minutes on the Thirty-first to the Thirty-fifth Reports from the Committee of Public Accounts 2002-2003*. London: The Stationery Office.
- National Audit Office (2000). *Inpatient Admissions and Bed Management in NHS Acute Hospitals*. London: The Stationery Office.
- National Audit Office (2001). *Policy Development: Improving Air Quality*. London: The Stationery Office.
- National Audit Office (2003). *Ensuring the Effective Discharge of Older Patients from NHS Acute Hospitals*. London: The Stationery Office.
- Pollitt, C. et al. (1999). *Performance or Compliance? Performance audit and public management in five countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Public Accounts Committee (2001). *First Report: Session 2000-01*. London: The Stationery Office.
- Public Accounts Committee (2002). *Thirty-fourth Report: Session 2001-02*. London: The Stationery Office.
- Public Accounts Committee (2003). *Thirty-third Report: Session 2002-03*. London: The Stationery Office.
- White, F. and Hollingworth, K. (1999) . *Audit, Accountability and Government*. Oxford: Clarendon Press.

(2004.7.21受理)

External Evaluation: a Case Study of the UK National Audit Office

Hideya Hiramatsu

Graduate school of law, Doshisha University
eja1101@mail2.doshisha.ac.jp

Abstract

In recent years, the Japanese national government and local governments have paid more attention to the role of the external evaluation systems, but these evaluation systems have not played the roles.

This paper reviews the three cases of the evaluations of the UK National Audit Office, and describes how those evaluations contribute to improving the decision-making process and accountability systems of the UK Government.

This paper also analyses what factor enable the NAO to accomplish more sophisticated evaluations, so that provides the idea how to establish more effective external evaluation systems in Japan.

Keywords

external evaluation, NAO, air quality, NHS