

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「基礎自治体（広域型・単独型）における介護保険制度の 効率的運用と政策選択の評価基準に関する研究」

2000年度 研究報告書

主任研究者 野口定久 日本福祉大学社会福祉学部教授

分担研究者

宮田和明	日本福祉大学社会福祉学部教授
平野隆之	日本福祉大学社会福祉学部教授
近藤克則	日本福祉大学社会福祉学部助教授
木戸利秋	日本福祉大学社会福祉学部助教授
後藤順久	日本福祉大学経済学部助教授
久世淳子	日本福祉大学情報社会科学部助教授
樋口京子	岐阜大学医療技術短期大学部講師

研究協力者

大橋美幸	日本福祉大学福祉社会開発研究所員
加藤悦子	日本福祉大学大学院社会福祉学研究科博士後期課程在籍

2001年4月

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

基礎自治体（広域型・単独型）における介護保険制度の効率的運用
と政策選択の評価基準に関する研究

総 括 研 究 報 告 書

主任研究者 野口定久 日本福祉大学社会福祉学部教授

分担研究者

宮田和明 日本福祉大学社会福祉学部教授
平野隆之 日本福祉大学社会福祉学部教授
近藤克則 日本福祉大学社会福祉学部助教授
木戸利秋 日本福祉大学社会福祉学部助教授
後藤順久 日本福祉大学経済学部助教授
久世淳子 日本福祉大学情報社会科学部助教授
樋口京子 岐阜大学医療技術短期大学部講師

研究協力者

大橋美幸 日本福祉大学福祉社会開発研究所員
加藤悦子 日本福祉大学大学院社会福祉学研究科博士後期課程在籍

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

総括研究報告

基礎自治体（広域型・単独型）における介護保険制度の効率的運用
と政策選択の評価基準に関する研究

主任研究者 野口定久 日本福祉大学社会福祉学部教授

研究要旨 本研究は、介護保険制度運用に際して広域方式と単独方式のどちらかを選択した基礎自治体における施策・事業・サービスの成果を自ら評価するために、保険者である自治体にとって必要となる方法をマクロ・ミクロの両面にわたって提供することをねらいとするものである。平成 12 年度の研究進捗状況としては、4つの分野で一定の成果を得た。①政策評価のための基本的な概念・フレームを提示すること（政策評価の概念化、第三者評価委員会による事業者サービス評価、ベンチマーク手法、政策評価研究が先行する英国のコミュニティケア政策の検証研究）②自治体の政策評価のための具体的な方法の実験（レセプトデータによる利用実績分析ソフトの開発、家族介護者の負担感と在宅福祉サービス利用状況、インフォーマルサポートとの関係性を明らかにする尺度の開発、サービス満足度調査の方法、事例調査の設計）③介護保険運用に広域連合方式を選択した自治体の事例分析 ④単独方式における介護保険事業の評価の実施（介護保険実施前の調査結果と介護保険事業の実績、介護予防事業の評価等）。

分担研究者

宮田和明 日本福祉大学社会福祉学部教授
平野隆之 日本福祉大学社会福祉学部教授
近藤克則 日本福祉大学社会福祉学部助教授
木戸利秋 日本福祉大学社会福祉学部助教授
後藤順久 日本福祉大学経済学部助教授
久世淳子 日本福祉大学情報社会科学部助教授
樋口京子 岐阜大学医療技術短期大学部講師

研究協力者

大橋美幸 日本福祉大学福祉社会開発研究所員
加藤悦子 日本福祉大学大学院社会福祉学研究科博士後期課程在籍

A. 研究目的

本研究は、施行後約1年を経過する介護保険制度の諸課題の解決とその円滑な運用をめざして、基礎自治体（広域対応型と単独対応型）における在宅福祉サービス供給の効率的・効果的運用、介護サービスの臨床的研究と政策的研究の統合による自治体政策・事業評価、サービス評価等の諸システムを開発することにある。

B. 研究方法

本研究を遂行することで期待される効果としては、①各自治体の基礎条件の差異から、その政策の重点や供給パターンごとの効果と効率、利用者の満足度などの比較検討が可能になること、②政策選択の科学的実証的根拠を提示することができること、③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、④公的施策や民間事業者の介護サービス提供の効率化などを通して、全国的な介護保険制度の安定的運用に益するものと考えられる。また、これらの目標を達成するにあたり、本研究組織を、政策・計画ワーキンググループ（WG）臨床・評価指標WG、経済的評価WGに再編成し、実証的研究を遂行した。

全体の研究を遂行するために、研究組織を①政策・計画ワーキンググループ（WG）、②臨床・評価指標WG、③経済的評価WGにわけ、ワーキンググループごとに研究計画を立て、それぞれのワーキンググループ間での研究交流や共同研究を進めながら、最終的に以下のような研究枠組みを構成した。（ ）内は主たる研究分担者。

1. 介護保険の政策評価の方法

【政策評価のための基本的な概念とフ

レームを提供】

- (1) 介護保険政策における政策評価（近藤）
 - (2) 介護保険と自治体政策評価（野口）
 - (3) イギリスにおける自治体政策評価（木戸）
2. 自治体政策評価のシステム化支援
【政策評価を実施するための方法の提示】
- (1) 自治体政策評価のシステム化（平野）
 - (2) 政策評価に向けての評価尺度開発（久世）
 - (3) 自治体における福祉情報化と政策評価（後藤）
3. 広域方式における計画行政の評価
【広域方式の評価の準備作業】
- (1) 広域方式による介護保険事業（宮田）
4. 自治体政策評価のための基礎作業とその成果—「単独方式」を中心に
【「単独方式」を中心に評価の部分的な実施】
- (1) 介護保険導入前「介護予防」と「介護負担感」をめぐる状況（樋口）
 - (2) 介護の質や虐待に関する事例研究（加藤）
 - (3) 「介護予防」及び痴呆対策プログラムの評価（大橋）
 - (4) 介護保険事業実績の分析（平野）
 - (5) 要介護高齢者の所得分析（近藤）

C. 研究結果

I. 近藤報告：介護保険政策における政策評価—概念整理と長期的課題

近藤報告の目的は3つある。第一は、政策科学に関わる概念を整理して政策科学を概観する「見取り図」を示すこと、第二は、政策科学の見取り図の中で本研究が占める位置や目的、特徴、そして「広がり」を示すこと、第三に、

介護保険政策の政策科学の課題を整理し、到達点を示すことである。

II. 野口報告：介護保険と自治体政策評価

今回の野口報告では、保険者としての自治体が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という状況の中で、特に、「行政評価」（昨年度に報告）と「政策評価」システムの関連から、政策評価をベンチマーク方式の枠組みで具体的に高浜市の保健・医療・福祉サービスの項目に落とし込む作業を試みることに在る。また、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について考察した。

III. 木戸報告：イギリスにおける自治体政策評価について

木戸報告の研究目的は、第一に、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、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することにある。

IV. 平野報告：自治体政策評価のシステム化

平野報告は、大きく2題から構成されている。一つは、自治体政策評価のシステム化の枠組み設定、二つは、介護保険事業の自治体政策評価にむけてのソフト開発である。本「分析ソフト」の結果データの保険者（自治体）間比較が不可欠となることを提案している。

V. 久世報告：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－

久世報告では、介護保険政策の政策評価に用いる介護負担感評価尺度の開発が試みられている。その際に、介護

負担感評価尺度を用いて介護者の負担感に影響する因子について検討が加えられている。研究対象は、基本的に介護者調査の対象者である。

VI. 後藤報告：自治体における福祉情報化と政策評価

後藤報告では、自治体における福祉領域の情報化の現状を分析した後、介護保険制度に関わる福祉領域の政策・サービスを中心としながら、福祉データベースの構築技法、評価手法の提案がなされている。

VII. 宮田報告：広域方式による介護保険事業

宮田報告の目的は、介護保険制度の施行に関する諸事務を広域方式で行っている場合について検討し、その特色を明らかにすることにある。

VIII. 樋口報告：介護保険導入前の「介護予防」と「介護負担感」をめぐる状況－2自治体の一般高齢者調査および介護者調査から－

樋口報告は、介護保険政策の事前評価として「単独方式」の2自治体間における3種類の調査、①一般高齢者、②要介護者調査、③介護者調査を実施したものである。これらは、有効な介護予防政策や介護の社会化へむけて政策を立案、施行、評価するための基礎資料をうることがねらいである。本研究は、「単独方式」の2自治体における介護保険導入前の一般高齢者の「介護予防」と介護者の「介護負担感」をめぐる状況を明らかにすることにむけられている。介護保険導入後の状況と比較するためである。

IX. 加藤報告：虐待リスクの事例研究

加藤報告のねらいは、虐待が疑われる事例、介護の質に問題がある事例を1事例ずつ取り上げ、これらの状況にある高齢者や家族にどう関わり、どのような

援助を行えばよいのかを考察することに
向けられている。

X. 大橋報告：「介護予防」及び痴呆対策 プログラムの評価

大橋報告は、「介護予防」及び痴呆対策
プログラムについて、先駆的な取り組み
を行っている愛知県高浜市での調査結果
をまとめたものである。高浜市では、「介
護予防」について痴呆予防・閉じこもり
防止・転倒骨折予防・脳血管疾患等予防
の4つの柱をかかげ、複数拠点を巡回す
る痴呆予防教室、介護保険「自立」認定
者などに対する住宅改修費助成など、積
極的な取り組みを行っている。

・ 平野報告：介護保険事業業績の分析 —開発ソフトの活用から

この平野報告では、介護保険事業実績
の分析ソフトを活用した高浜市の介護保
険事業の実績結果が紹介されている。

・ 近藤報告：要介護高齢者の所得分析 —要介護高齢者は、低所得者になぜ 多いか

この近藤報告では、本プロジェクト研
究の調査として、愛知県内の1自治体を
対象に、1998年度、65歳以上の全
高齢者5千余人を市職員が面接し、さら
に保健婦、ヘルパーなどが要介護認定の
モデル事業として要支援・要介護者58
1人から得たデータである。

D. 考察

4つの分野別に考察を整理しておく
と、次のようになる。

1. 政策評価のための基本的な概念・ フレームを提示すること

I—近藤報告；介護保険政策の政策科
学研究の課題と本研究の到達点の考察
がなされている。①政策評価のための
研究デザインを巡る課題、②評価尺
度・評価方法の開発、③データベース

の構築、④政策立案段階での科学的ア
プローチ、⑤政治・市民・行政による
政策（合意）形成プロセスの成熟等
である。

II—野口報告；わが国での医療領域
での政策評価方法を援用しながら、財
政逼迫時の対処方法として介護保険を
含めた保健・医療・福祉サービス総体
の政策評価のあり方を模索し、それを
高浜市の介護保険政策（プログラム）
上乘せ部分が、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と、
次期見直し時の保険料をいくりに設定
するかの基礎作業を想定した。

III—木戸報告；イギリスのコミュニ
ティケア政策におけるベンチマーク指
標が実施からまだ2年しか経過してい
ないこと、またこれから実施される指
標も少なくないことなどから、この方
式に基づく政策評価が定着するまで
には、まだ時間を要すると思われること。

2. 自治体の政策評価のための具体的 な方法の実験

IV—平野報告；介護保険事業の分析
ソフトの開発作業において9つの指標
をもとに比較が可能となった。①『未
利用率』、②『重度比率』、③『人数
在宅率』『費用在宅率』、④『1人当
たり在宅費用額』、⑤『利用率』、⑥
『対支給限度額比率』、⑦『複数ケア
プラン率』、⑧『サービス・クロス率』、
⑨『身体介護比率』の指標の妥当性が
確認された。

V—久世報告；介護保険政策の政策
評価に用いる介護負担感評価尺度の開
発が試みられている。その際に、介護
負担感評価尺度を用いて介護者の負担
感に影響する因子について検討が加え
られている。

VI—後藤報告；本年度の研究の到達点は、政策評価に必要なデータベースを構築したことである。

3. 介護保険運用に広域連合方式を選択した自治体の事例分析

VII—宮田報告；介護保険事業を広域方式によって行うことの利点とされ、また、実際に一定の効果を生み出しているとみられる点として、第一に、スケールメリットによる財政、人員配置、事務運営の効率化、第二に、認定審査会を構成する専門委員の不足への対応、認定調査の効率化、判定の平等性の確保など、認定の共同化による効果を上げることができる。

4. 単独方式における介護保険事業の評価の実施

VIII—樋口報告；一般高齢者調査と介護者調査の結果を分析した結果から、政策提言できる内容を精選し、2自治体それぞれと報告会を持ち協議した。IX—加藤報告；家族が介護を放棄するなどの「放置」は、程度の差はあれ生じやすく、援助者の働きかけによって家族の変化が期待できにくい種類の虐待である。

X—大橋報告；高浜市の「介護予防」プログラムは事業が相互に連動する形へ拡がりを見せていた。これは「介護予防」に関する様々な資源を横につなぐものになると考える。

平野報告；介護保険事業の分析ソフトでは、9つの指標〔①『未利用率』、②『重度比率』、③『人数在宅率』、『費用在宅率』、④『1人当たり在宅費用額』、⑤『利用率』、⑥『対支給限度額比率』、⑦『複数ケアプラン率』、⑧『サービス・クロス率』、

⑨『身体介護比率』〕において、次の4つの指標から、高浜市の特性が把握された。

近藤報告；この調査の結果から、保険料や利用料が重荷になって、とくに低所得者が介護サービス利用の抑制につながっているのという状況を裏付けることができた

E. 結論

第1の結論は、政策科学に関わる概念整理に関するもので、次の3つの内容からなっている。

①近藤報告からは、政策科学に関わる概念整理が行われた。この研究は、介護保険政策を総合的多元的に評価しようとする試みである。しかし、それはいずれも政策科学推進に学際的共同研究組織によりアプローチする必要不可欠な一歩であったと考えられる。

②野口報告からは、高浜市という福祉自治体ユニットの幹事自治体における保健・医療・福祉を中心とした福祉関連領域の「行政評価」・「政策評価」システムの構築をめざし、介護保険審議会の中に第三者評価と苦情解決委員会のプロセスを分析したものである。

③木戸報告からは、イギリスの社会福祉の政策評価はまだ形成途上であるが、その方法論としてベンチマーク指標と外部監査の2つの方法を用いて追求しているところに特徴がある。

第2の結論としては、政策評価のための具体的な方法として、次の3つのシステム化を提案する。

④第1平野報告からは、分析ソフトにおける9つの比較指標の有効性が判明するとともに、介護保険事業の改善のための指標として活用が有効となる。分析ソフトを用いたマクロとミクロを結

びつける実績データのシステム化である。

⑤久世報告からは、介護負担感尺度は3つの下位尺度（主観的負担感、介護の継続意志、世間体）からなっていること。介護者調査では、調査項目の多さが問題になり、調査項目を減らすという観点から、介護者負担感尺度の改訂作業の必要性が説かれた。介護負担感尺度を用いた調査のシステム化である。

⑥後藤報告からは、政策評価に必要なデータの整備をほぼ終了した段階にあるとの結果を得た。ベンチマークにむけてのデータベース化というシステム化の提案である。

第3の結論としては、広域方式の評価のための基本的な枠組みを提示することができたことである。

⑦宮田報告からは、介護保険発足後まだ日が浅く、今日の時点では広域方式による介護保険事業を介護給付の実績を踏まえて具体的に評価するためのデータの蓄積は十分ではないこと。また、広域化に至るそれぞれの経緯、ことに介護保険事業の広域化に進む以前の地域における広域行政の経験の有無などについて、個別の広域連合あるいはI部事務組合の実情をより具体的に分析する必要があるとの指摘がなされた。

第4の結論としては、モデル自治体として選択した高浜市等における各種評価方法の適用によりいくつかの知見が得られたことである。この点に関しては今後の研究の進展によってさらに補強さるところである。

⑧樋口報告からは、自治体政策評価のための基礎作業として一般高齢者調査と介護者調査を分析した結果、心理的社会的因子を測定する評価尺度を用いることによって、うつ状態や閉じこもり

状態に陥っている一般高齢者や介護者の状況が明らかになった。

⑨加藤報告では、虐待リスク事例分析の中から制度・政策上の課題が導き出されている。要介護度とは別に、家族関係も考慮して介護サービスを柔軟に提供できる仕組みが必要であることを指摘している。

⑩大橋報告からは、高浜市の「介護予防」及び痴呆対応プログラムの結果として、(1)「痴呆予防」事業・痴呆予防教室は、来年度、公民館などでハイリスク者を拾い上げ、宅老所へつなげる形へ変更されることが提案されている。

⑪第2の平野報告からは、分析ソフトにおける9つの比較指標を用いて、高浜市における事業課題が判明した。

⑫第2の近藤報告の結果から、要介護にならないよう予防に力を入れ、低所得者が介護サービスを受けやすくする具体的な施策の必要性を自治体に提言した。

**「基礎自治体（広域型・単独型）における介護保険制度の効率的運用
と政策選択の評価基準に関する研究」総括報告内容**

A. 研究目的

本研究は、施行後約1年を経過する介護保険制度の諸課題の解決とその円滑な運用をめざして、基礎自治体（広域対応型と単独対応型）における在宅福祉サービス供給の効率的・効果的運用、介護サービスの臨床的研究と政策的研究の統合による自治体政策・事業評価、サービス評価等の諸システムを開発することにある。この実証的政策評価研究の目的は、第1に介護保険制度の導入前と導入後において、基礎自治体それぞれの対応型（広域型と単独型）における社会サービスの供給量や供給システムの変化並びに福祉政策とその財政効果の評価分析を行い、基礎自治体レベルでの介護保険制度の成果と今後の総合福祉政策の課題を明らかにすること、第2に当該地域の保健医療福祉専門職の連携によるケアマネジメント（アセスメント、要介護認定、ケアプランの作成、モニタリング）手法とサービス評価手法を開発すること、第3に広域対応型及び単独対応型の介護保険制度の効率的な運用システムの評価指標の開発などに絞られる。

B. 研究方法

(1) 本研究を遂行することで期待される効果としては、①各自治体の基礎条件の差異から、その政策の重点や供給パターンごとの効果と効率、利用者の満足度などの比較検討が可能になること、②政策選択の科学的実証的根拠を提示することができること、③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、④公的施策や民間事業者の介護サービス提供の効率化などを通して、全国的な介護保険制度の安定的運用に益するものと考えられる。また、これらの目標を達成するにあたり、本研究組織を、政策・計画ワーキンググループ（WG）臨床・評価指標WG、経済的評価WGに再編成し、実証的研究を遂行した。

(2) 本調査研究の対象自治体は、一つに愛知県知多半島の北部に位置する（東海市、大府市、知多市、東浦町）3市1町ですでに介護保険の広域連合体を組織している知多北部広域連合自治体及び三重県・岐阜県の広域連合体を、二つに愛知県西三河地域に位置する福祉先進自治体として評価されている高浜市、武豊町をフィールドに設定した。

(3) 全体の研究を遂行するために、研究組織を①政策・計画ワーキンググループ（WG）、②臨床・評価指標WG、③経済的評価WGにわけ、ワーキンググループごとに研究計画を立て、それぞれのワーキンググループ間での研究交流や共同研究を進めながら、最終的に以下のような研究枠組みを構成した。（ ）内は主たる研究分担者。

1. 介護保険の政策評価の方法【政策評価のための基本的な概念とフレームを提供】
 - (1) 介護保険政策における政策評価（近藤）
 - (2) 介護保険と自治体政策評価（野口）
 - (3) イギリスにおける自治体政策評価（木戸）
2. 自治体政策評価のシステム化支援【政策評価を実施するための方法の提示】

- (1) 自治体政策評価のシステム化（平野）
- (2) 政策評価に向けての評価尺度開発（久世）
- (3) 自治体における福祉情報化と政策評価（後藤）
- 3. 広域方式における計画行政の評価【広域方式の評価の準備作業】
 - (1) 広域方式による介護保険事業（宮田）
- 4. 自治体政策評価のための基礎作業とその成果—「単独方式」を中心に
 - 【「単独方式」を中心に評価の部分的な実施】
 - (1) 介護保険導入前「介護予防」と「介護負担感」をめぐる状況（樋口）
 - (2) 介護の質や虐待に関する事例研究（加藤）
 - (3) 「介護予防」及び痴呆対策プログラムの評価（大橋）
 - (4) 介護保険事業実績の分析（平野）
 - (5) 要介護高齢者の所得分析（近藤）

C. 研究結果

I. 近藤報告：介護保険政策における政策評価—概念整理と長期的課題

近藤報告の目的は3つある。第一は、政策科学に関わる概念を整理して政策科学を概観する「見取り図」を示すこと、第二は、政策科学の見取り図の中で本研究が占める位置や目的、特徴、そして「広がり」を示すこと、第三に、介護保険政策の政策科学の課題を整理し、到達点を示すことである。

まず、取り組まれたのが政策評価の枠組み構築の作業である。一つ目は、政策の3つのレベル；レベルの高い方から①（狭義の）政策(policy)、②プログラム(program)、③プロジェクト(project)の設定、二つ目は、政策の質を測定する3要素；①構造(structure)、投入(input)－投入資源に当たるもので、「人、金、物」に分けられる。②過程(process)、産出(output)－投入された資源がどのように活用されているのかを評価する。③成果・結果(outcome)、インパクト(impact)－（広義の）政策介入により、政策対象がどのように変化したのかを分析する方法である。そして、政策効果に影響する4つの要素；①政策環境、②政策主体、③政策対象、④政策介入を示し、最終的に、政策評価の3つの基準（政策の評価「基準」とは、「どのような政策をよい政策と評価するのか？」という問いに対する答え）となる①効果(effectiveness)；効果とは、その介入により、その介入が意図されたような結果を得られる程度。②効率(efficiency)；効率とは、inputとoutputの両方を同時に評価する視点。通常、outputを分母に、投入した資源を分子とした、比率で表現されるものである。効率を評価する場合の二つの落とし穴があり、一つは、効率の評価だけに重点がおかれるようになると、ケアの質が落ちやすいこと、二つ目はcost shiftである。③公正(equity)；利潤の追求を根源的な動機とする民間セクターと公的セクターとの間には、決定的な違いが公正という政策目標の有無。

II. 野口報告：介護保険と自治体政策評価

今回の野口報告では、保険者としての自治体が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という状況の中で、特に、「行政評価」（昨年度に報告）と「政策評価」システムの関連から、政策評価をベンチマーク方式の枠組みで具体

的に高浜市の保健・医療・福祉サービスの項目に落とし込む作業を試みることに在る。また、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について考察した。

研究の方法としては、わが国での医療領域での政策評価方法を援用しながら、財政逼迫時の対処方法として介護保険を含めた保健・医療・福祉サービス総体の政策評価のあり方を模索した。具体的には、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と、次期見直し時の保険料をいくらに設定するか、介護保険サービスの周辺サービスの拡大への財政投下量と有効性に不可欠であると考えた。

研究結果の概要としては、第1に、介護保険政策に関する3つのレベルの設定を試みた。政策（policy）のレベル：行政課題への基本方針、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、事業（project）のレベル：各施策のものの個別事業である。この枠組みを基礎として、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をはかるために、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。第2に、介護保険運営とサービス評価システムの構築の観点から、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し、その中でいくつかの課題を示した。内容は、①第三者サービス評価の取り組みの概要、②居宅サービス及び施設サービスの評価基準の項目と具体的な評価方法を示した。

Ⅲ. 木戸報告：イギリスにおける自治体政策評価について

木戸報告の研究目的は、第一に、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、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することにある。

第1に、ベンチマーク指標の研究結果をみると、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、それらは次の5つの領域から構成されている。①「全国的な優先施策と戦略的目標」②「費用と効率性」③「サービス提供の効果と成果」④「利用者と介護者にとってのサービスの質」、⑤「公平なアクセス」。事例調査結果からは、第1に、「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」と「B12:成人および高齢者への高密度の社会的ケアの費用」の二つの指標のデータを自治体間で比較したものであり、B11「高密度の在宅ケア」の比率が高く、したがって施設ケアへの依存度が低くなっている自治体は、社会的ケアの費用も低くなる傾向があることが判明している。第2に、「B13:高齢者の施設費用」と「C26:施設に入居している高齢者数」のデータを自治体間で比較したものであり、施設費用のユニット・コストは、施設に入居している高齢者数が多くなれば、全体としては低下する傾向にあることが示されている。

社会福祉の政策評価として外部評価-ウエストミンスター特別区の場合-をとりあげてみる。地方自治体の外部監査と社会福祉監査部の両者が行った合同監査報告書からは、①社会福祉事務所の地域拠点統合化して、合理化したことに対しても、ある程度の理解を示しつつも、市民のアクセスポイントを広げる必要性、②アセスメントからケアマネジメント、そしてケースの見直しにいたる一連の流れについては、評価が高い、③サービス対

象者を重点化しつつも、予防的な介入の余地を同時に追求していることなどを取り上げている。さらに、高齢者ケアの点では、痴呆性老人センターをあげ、毎日デイケアを実施しながら、地域支援チームをつくり、訪問活動でも成果をあげている実践例なども紹介している。④サービス供給体制の構築では、外部環境の変化に対する柔軟な対応や組織的な目標にむけた統制力の高さ、独立セクター（営利、非営利民間団体）と自治体との成熟した関係などが評価されている。⑤運営の管理面であるが、一貫性のある管理システムがウエストミンスターの特長のひとつとされている。ビジネス管理的な文化が社会福祉に浸透してきているが、しかしながら、働く職員にはそれほど抑圧的というようには捉えられていないという。逆に、職員は組織によって力づけられ、支援されていると感じている。また組織運営において、弱点や問題点を素直に認めているという率直さも、この区の特長とされている。その他、スーパービジョン機能がしっかりしていることや、職員研修の機会も整っているも指摘されている。ウエストミンスターのコミュニティ・ケアサービスの62パーセントは外部の事業者によって提供されているが、直営事業を行う際には、費用と質の両面で外部の事業者との比較に優っているかどうかチェックされている。⑥財政面では、できるだけ財源の権限を下方に移譲し、第一線の現場の判断を重視する方向での改革；外部委託する際にスポット契約からブロック契約へシフトさせていくことによって、質を維持しながら効率性を追求する改革；相対的に高めとなっているユニット・コストの見直しなどが課題として挙げられている。大変興味ある調査事例の紹介である。

IV. 平野報告：自治体政策評価のシステム化

平野報告は、大きく2題から構成されている。一つは、自治体政策評価のシステム化の枠組み設定、二つは、介護保険事業の自治体政策評価にむけてのソフト開発である。

（1）自治体政策評価のシステム化の枠組み

保険者である自治体がコンサルタントや研究者の力を借りることなく、自らの力で日常的にデータを収集し、分析することを可能にしようとすることも含めて、自治体が政策評価主体としてイニシアティブを発揮できるように、そのためのシステム化を支援することに置かれている。

自治体政策評価のシステム化において、介護保険事業の評価を行う5つの枠組みを提示している。①介護保険事業の基本データの収集・分析に関するもので、これについては「介護報酬」のレセプトデータを自動的に分析するソフトを開発することによって対応する。②介護サービスの利用者に対して、「サービス満足度」を把握することを中心とした調査の方法を提示することによりレプトデータでは判断できない利用者個別の満足や利用意向を把握することが可能となる。③主観的な満足度の評価指標ではなく、できるかぎり客観的で時系列で把握するのに有効な「尺度」を「介護負担感」に求めること。④介護保険事業の改善課題を具体的に把握するために、低利用者を対象に事例調査を実施することを提案する。「介護者負担感調査」によって高い負担を感じていることが把握され、しかもサービス利用が進展していない場合があるとすると、その理由は一体なになのか。そのことを「事例調査」を通して把握するものである。⑤自治体が保険部分や税導入によって、上乘せの事業を試みている点に関する政策評価である。今回のモデル自治体である愛知県高浜市では、住宅改修の事業もその1つとして取り組まれており、また「介護予防」に関する事業も高齢者保健福祉計画の一環として取り組まれ、それらを実践する方法を提案するもので

ある。

(2) 介護保険事業の自治体政策評価にむけてのソフト開発

第2の研究は、主として平野教授によるオリジナルの「介護保険事業実績分析ソフト」である。それは、介護保険事業の自治体政策評価ソフトの開発に向けられている。本研究で開発が試みられた「介護保険事業実績分析ソフト」は、保険者である自治体が自ら介護保険事業の実績を処理可能なものとしてデータ化し、介護サービスの利用状況やケアプランなどを分析することを支援するための、いわゆる「政策評価支援」ソフトの一種である。その意味では本分析ソフトの利用者として、保険者である自治体を想定したものであり、利用実績の把握を出発点としながら、保険者として「介護保険事業の円滑な運営」の責任を果たすことを手助けする目的をもつ。また、このソフトは、「メゾ分析」ソフトとしての性格も有する。すなわち、「介護保険事業実績分析ソフト」（「分析ソフト」と略す）の特徴は、介護保険事業計画のレベルとケアプランという個別計画を結びつけるといういわば「メゾ分析」ソフトとしての性格をもつ。つまり介護保険事業の実績は、保険者を1つの単位として集計されたデータ、例えば総介護保険給付額といったマクロ的な把握と、1つ1つのケアプラン表を扱うといったミクロ的な把握の2側面の中間、連結部に位置している分析ソフトである。なお、報告書のサブタイトルに「サービス利用」と「ケアプラン」という用語を挿入しているが、それらに関する分析がメゾの領域に相当すると考えている。さらに、もう1つの「分析ソフト」の特徴は、「地域比較分析」を目指すことにある。介護保険事業について単独保険者のみを取り上げ、絶対的な評価を下すことには限界がある。むしろ、保険者間いかに地域間で比較を行うことによって、相対的に分析が可能となる。それは一方では介護保険事業の「地域格差」を論じることに結びつくであろうし、他方では「地域特性」を把握することにもなる。

研究の結果としては、①「分析ソフト」における比較視点の有効性について：「分析ソフト」は、保険者である自治体がコンサルタントや研究者の力を借りることなく、自らの力で日常的にデータを収集し、分析することを可能にしようとする目的をもっているが、それがより有効に機能するためには、他の保険者（自治体）との比較の視点がどうしても必要である。②今後厚生労働省で進められている介護保険統計の整備が進めば、全国平均、都道府県平均、あるいは保険者人口規模別平均などの指標が提供されることになるが、それにはかなりの時間が必要となるので、本「分析ソフト」の結果データの保険者（自治体）間比較が不可欠となることを提案している。

V. 久世報告：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－

久世報告では、介護保険政策の政策評価に用いる介護負担感評価尺度の開発が試みられている。その際に、介護負担感評価尺度を用いて介護者の負担感に影響する因子について検討が加えられている。研究対象は、基本的に介護者調査の対象者である。ここでは介護負担感に関わる14項目に回答したA市156人、B町162人を分析対象としている。分析に用いられている介護負担感以外の調査項目は、①基本属性と健康状態、②機能状態（要介護者の要介護度、障害老人自立度、痴呆老人自立度）、③心理・情緒的因子（介護者の主観的幸福感とうつ傾向）、④社会的因子（ソーシャル・サポート）である。

調査研究の結果は、主として介護負担感尺度の作成法を用いて分析がなされている。

その結果から要点を記しておく。①信頼性と妥当性の検討：今回作成した介護負担感尺度は、中谷らの12項目からなる介護負担感尺度に経済状態を問う1項目と家族・親族間の人間関係を問う1項目を加えた14項目から構成されている。各項目については4段階評定が行われ、得点が高い場合に負担感が高くなるように得点化されている。自治体ごとに信頼性係数を算出し、A市では $\alpha = .843$ 、B町では $\alpha = .828$ という数値を得ている。介護者調査では、「全体として、お世話することがどの程度大変だと思いますか」という項目で全体的負担感（7段階評定）を測定している。この全体的負担感と介護負担感尺度を構成する14項目の和との相関を求めることによって、介護負担感尺度の内容的妥当性の検討が加えられており、2つの負担感の相関は、A市では $r = .658$ 、B町では $r = .700$ である。したがって、この介護負担感尺度を用いて、介護の全体的な大変さを測定することができるという結果を得ている。②介護負担感の下位尺度の検討：介護負担感尺度には、下位尺度が存在すると考えられ、中谷らの介護負担感尺度には「主観的負担感」と「介護の継続意思」という2つの下位尺度が存在することが紹介されている。

介護のさまざまな側面に対する評価を含んだ今回の負担感尺度の下位尺度について検討がなされた。自治体ごとに因子分析（主成分分析）を行われ、いずれの自治体でも、「主観的負担感」、「介護の継続意思」、「世間体」という3つの因子が抽出された。因子得点を用いて全体的負担感との相関を求めたところ、主観的負担感と全体的負担感の間に強い相関関係が認められ、全体的な大変さは、主観的負担感という下位尺度で測定されることがわかった。介護の継続意思と世間体については、全体的負担感との相関が見られず、介護負担の異なる側面を測定していることが判明した。

VI. 後藤報告：自治体における福祉情報化と政策評価

後藤報告では、自治体における福祉領域の情報化の現状を分析した後、介護保険制度に関わる福祉領域の政策・サービスを中心としながら、福祉データベースの構築技法、評価手法の提案がなされている。

福祉政策・サービスの評価を行うために、福祉領域に関わるデータを収集し、分析が可能なデータベースを構築する必要がある。収集するデータは役所福祉関連部署、社会福祉協議会などで収集されてきた「福祉カルテ（含：要介護認定結果）」「個人コストデータ」、介護保険事業計画策定時に行った「高齢者一般・要援護者調査」、保健センターで収集されている「一般住民健診のデータ」、役所市民関連部署で管理されている「国民年金」「国民健康保険」「レセプト情報」「住民基本台帳」、役所財政関連部署で管理されている「社会福祉財政」である。また、今回独自に研究グループが高浜市・武豊町の協力の下に行った、「介護負担感調査」の結果である。

その結果、①福祉部門のデータだけでなく、保健、所得、国民年金、国保などの周辺領域のデータを含むデータベースの構築が可能となり、この構築したデータベースを利用して、福祉事業評価に関わりの大きい指標の同定を行い、サービス（部門）へ反映できる評価結果を得るものとする。分析結果は高浜市や武豊町だけでなく、全国の自治体に実証的な根拠を示すことの可能性を指摘している。②福祉領域における諸データは連続変数であるケースが少なく、この分析結果として多変量調整オッズ比（多重リスクファクタ）の推定が可能となっており、本研究の政策評価にも適した手法であるとしている。

Ⅶ. 宮田報告：広域方式による介護保険事業

宮田報告の目的は、介護保険制度の施行に関する諸事務を広域方式で行っている場合について検討し、その特色を明らかにすることにある。

研究方法としては、全国介護保険広域化推進会議関係資料をはじめとする介護保険事業の広域化に関する資料の分析を通じて、広域方式による介護保険事業の全国的動向を把握し、都道府県レベルで積極的に広域化を推進している典型例として岐阜県、三重県を取り上げ、両県における広域化の状況を具体的に分析を行っている。

研究結果から要点を示しておく。宮田教授が分析した全国介護保険広域化推進会議資料によれば、①介護保険の財政運営にあたっている広域連合は 30、同じく介護保険の財政運営にあたっている一部事務組合数は 28 を数え、②30 広域連合の構成団体数は 251（1 県 21 市 176 町 53 村）、同じく 28 事務組合の構成団体数は 192（25 市 144 町 23 村）、合計 443（1 県 46 市 320 町 76 村）である。③介護保険財政の広域的運営をしている地域（広域連合または一部事務組合）の数が 1～2 の少数にとどまっている道府県が比較的多く、県内の 5 以上の地域で広域化が行われているのは富山県、岐阜県、三重県、長崎県の 4 県のみ。④平成 12 年 9 月 27 現在、広域連合の設置数をもっとも多いのは長野県と三重県で、それぞれ県内に 10 の広域連合が設置されている。この 2 県に次いで広域連合の設置数が多い岐阜県では、7 広域連合のすべてが財政運営を広域的に行っている。⑤都道府県の間で、介護保険事業の広域化に大きな開きが生じている要因は単純ではないが、少なくとも行政の広域化にかかわる市町村の関心や姿勢の違いとともに、広域化の推進にかかわる都道府県の基本姿勢が影響を与えているようである。

第 2 の作業として、広域化の推進に積極的な姿勢を見せている岐阜県と三重県を取り上げ、介護保険事業の広域化の状況と課題について事例分析が行われている。岐阜県から説明すると、介護保険事業を単独で実施しているのは 4 市（岐阜市、各務原市、大垣市、多治見市）のみであり、全市町村の 96% にあたる 95 市町村が介護保険事業を広域で実施している。県内 7 つの広域連合は、合わせて 46 市町村で構成されている。一部事務組合で介護保険事業を行うものは 6 組合（40 市町村）で、そのうち山県郡保健福祉事務組合（3 町村）のみが事務全般を行っているほかは、要支援・要介護認定を共同で行っている。このほかに、認定審査会の共同設置が 3 地域で行われており、合わせて 9 市町が参加している。岐阜県の広域連合は、いずれも介護保険事業の事務全般を行っている。しかし、介護保険事業の準備の過程で、当初から広域連合の設置を目指したのは、このうち設置時期の比較的早かった安八郡広域連合、揖斐広域連合、もとす介護保険広域連合などであった。

当該市町村間での合意形成の努力があったことはいうまでもないが、県が財政的、人的な面で広域連合設置を積極的に推進する姿勢を示したことが大きな誘因となったと考えられる。岐阜県は、県単費事業による広域連合支援交付金制度を設けている。この交付金制度では、原則として広域市町村圏を構成するすべての市町村を構成員とし、介護保険事務全般を処理することを交付の要件としており、介護保険を契機として行政の広域化を推進しようとする県の基本姿勢が示されているといえよう。

三重県で介護保険事業を単独で実施しているのは、3 市（久居市、名張市、伊勢市）のみであり、全市町村の 96% にあたる 66 市町村が介護保険事業を広域で実施している。合わせて 44 市町村で構成される 8 つの広域連合が介護保険事業を行っているが、このうちほぼすべての事務を行っているのは 5 広域連合で、他の 3 広域連合は介護認定等の事務のみを

行っている。また、介護保険事業のすべての事務を行う一部事務組合として度会Ⅰ部介護保険事務組合がある。他に4つの地域(合計19市町村)が認定審査会を共同設置している。

三重県においても、県は介護保険の導入を契機として行政の広域化を推進する姿勢を示し、広域連合の設置については、財政的支援と合わせて準備段階から県職員を派遣し、設置を促進してきた。広域連合別に配置職員数を見ると、圏域の人口規模によって影響される面もあるが、各広域連合の事務運営のあり方によって配置数に差があることが分かる。

Ⅷ. 樋口報告：介護保険導入前の「介護予防」と「介護負担感」をめぐる状況

－2 自治体の一般高齢者調査および介護者調査から－

樋口報告は、介護保険政策の事前評価として「単独方式」の2自治体間における3種類の調査、①一般高齢者、②要介護者調査、③介護者調査を実施したものである。これらは、有効な介護予防政策や介護の社会化へむけて政策を立案、施行、評価するための基礎資料をうることがねらいである。本研究は、「単独方式」の2自治体における介護保険導入前の一般高齢者の「介護予防」と介護者の「介護負担感」をめぐる状況を明らかにすることにむけられている。介護保険導入後の状況と比較するためである。

対象の自治体の状況は、人口規模が約4万人、高齢人口比率が12-14%、要支援・要介護者約500人と類似した2つの単独自治体A市、B町の65歳以上の全高齢者および介護保険を申請した人を主に介護している家族である。一般高齢者調査の対象は、A市5548人、B町4494人に対して実施され、回収率は、A市62.5%、B町72.0%。調査内容は、基本属性、健康状態、生活習慣因子、ADLなど機能に関する因子、心理・情緒的因子(主観的幸福感、うつ状態など)、社会的因子(ソーシャル・サポート、ソーシャル・ネットワークなど)、環境因子(住環境、改造の有無など)を選定している。

介護者調査の対象は2000年4月1日までに介護保険の申請をしたA市352人、B町313人の介護者で、回収率は、A市69.0%、B町58.8%。調査内容は、基本属性、健康状態、要介護度、心理・情緒的因子(介護負担感、主観的幸福感、抑うつ状態)、社会的因子などである。

次に、調査結果の特徴を列記しておく。①主観的健康感の分布割合は、一般高齢者と介護者ではほぼ同じ傾向が見られたこと、②ソーシャル・サポートについて、同居家族からの情緒的および手段的サポートは、一般高齢者と介護者ではほぼ同じ傾向、ネガティブサポートはB町の介護者でやや多い傾向、別居の子供や親戚からの情緒的および手段的サポートはB町がやや多い傾向などが見られた。③歩行の自立の程度、歯の状態、「肉を2日に1回以上食べる習慣」は、主観的健康感や幸福感や抑うつ状態等の心理的な指標と関連していることがわかった。また、外出の機会の程度や趣味や生きがい、一日に歩く時間、運動・スポーツの習慣、転倒経験は、心理的な指標ばかりでなく、社会的なソーシャル・サポート得点などの指標と関連している。④閉じこもりについて；GDSが10点以上でソーシャル・ネットワーク(別居の家族・親族と会う機会、近所の人と会う機会、外出の機会)が少ない人を「閉じこもりハイリスク」とし、3種類すべてないと答えた人はA市では9人、B町7人であった。⑤転倒予防について；転倒を予防しADLを維持するためには、1階に寝室があること、洋式トイレ、段差の解消などが関連することがわかった。⑥全般的介護負担感；全般的な介護負担感は、要介護度が重度になるにつれ高くなる傾向が見られた。⑦介護の質や虐待について；介護の質について「やや問題あり、問題あり」の評価が4項目

のうち一つでもついた人は、A市では62人(18.0%)、B町34人(11.0%)であった。虐待の2項目について「否定できない、やや問題あり、問題あり」の評価が一つでもついた人は、A市では20人(6.0%)、B町34人(4.0%)であった。⑧社会的な孤立状況やうつ状態にある介護者について;ソーシャル・ネットワークで「別居の家族や親戚に会う機会」、「近所の人に合う機会」、「友人や知人との交流の機会」の3項目すべてについて、「ほとんどなし」「なし」と答えた人はA市8人、B町27人であった。GDSはやや高く、PGCもやや低い状況が見られた。うつ状態にある(GDS10点以上)と考えられる介護者は、A市30人、B町30人であった。介護負担感が高く、特に経済的側面や人間関係の項目を含んだ中谷(NFU)介護負担感得点が高くなっていた。

IX. 加藤報告：介護の質や虐待に関する事例研究

加藤報告のねらいは、虐待が疑われる事例、介護の質に問題がある事例を1事例ずつ取り上げ、これらの状況にある高齢者や家族にどう関わり、どのような援助を行えばよいのかを考察することに向けられている。

虐待が疑われる事例(身体的虐待と精神的虐待)は、訪問調査員が「嫁姑関係が非常に悪化。お互いケンカの時に手も出ているようである」とコメントし、身体的虐待・精神的虐待について、「問題あり」と判断した事例である。

事例分析から、虐待が疑われる事例では、家族関係に問題がある事例が多く、その問題が生じた原因にもその家族なりの背景と長い歴史があり、家族以外の第三者が関わりを持っても、家族の人間関係を変えることは非常に難しいとしている。そして、援助の方法として、①担当のソーシャルワーカーが家族個々人の状況を冷静に判断し、危険度を見極め、Aさん本人のストレスを減らすことに主眼を置き、日常生活がうまく回るよう働きかけていること、②福祉事務所などとの連携関係も築き、緊急の対応が必要な場合にも応じられるよう、援助の環境を整えていることの2点を指摘している。援助者の関わりは、Aさん家族の人間関係に直接変化をもたらしているわけではない。しかし、彼らの関わりが結果としてAさんと長男の嫁との緩衝材になっていることを強調している。

第2の事例は、なされている介護の質に問題がある事例(排泄の介護)をとりあげ、調査員が「本人が重度の痴呆で介護者の抵抗も激しいため、同居の長男夫婦は本人にさわれない状況、別居の娘とデイサービスが入浴介助などをして」おり、排泄について問題あり、掃除についてやや問題ありと判断した事例である。なお、精神的虐待について否定できないと判断し、「本人会話でき、口も達者なため、どうしても長男と言い合いになってしまう」とコメントしている。

家族が介護を放棄するなどの「放置」は、程度の差はあれ生じやすく、援助者の働きかけによって家族の変化が期待できにくい種類の虐待である。家族がやれない、又はやりたくない部分は思い切ってサービスに任せることで、家族のBさん本人に対する感情は穏やかになり、結果として保護者としての役割を何とか保つことができているとのコメントがなされている。

X. 大橋報告：「介護予防」及び痴呆対策プログラムの評価

大橋報告は、「介護予防」及び痴呆対策プログラムについて、先駆的な取り組みを行っている愛知県高浜市での調査結果をまとめたものである。高浜市では、「介護予防」につい

て痴呆予防・閉じこもり防止・転倒骨折予防・脳血管疾患等予防の4つの柱をかかげ、複数拠点を巡回する痴呆予防教室、介護保険「自立」認定者などに対する住宅改修費助成など、積極的な取り組みを行っている。また、痴呆対応を重視したサービスメニューでは、痴呆対応型デイサービスや痴呆性高齢者グループホームを早期から設置しており、特に質的な面で介護保険下での動向が注目される。さらに、高浜市は、介護保険「自立」者などが通う宅老所事業を行っている。宅老所では様々な趣味活動と共に痴呆予防教室が行われており、この宅老所事業などが、健常な高齢者の社会生活支援活動から「介護予防」プログラム、介護保険以外の痴呆対策プログラム、介護保険サービスをつなぎ、地域における高齢者を支援する様々な活動やサービスを連動的に機能させていく可能性が考えられる。個々の「介護予防」及び痴呆対策プログラムを検証すると共に、介護保険下で地域の高齢者ケア資源を再編する観点からの分析が行われている。

研究方法は、①高浜市の「介護予防」プログラムのうち、「痴呆予防」事業・痴呆予防教室、「転倒骨折予防」事業・住宅改修の2つについて、事業概要、利用実績、利用対象者の属性、利用形態などを調査する。調査方法は、資料調査、利用者アンケート、スタッフへのヒアリング、観察、②痴呆対応プログラムに関して、介護保険・通所介護事業(痴呆専用型を算定している1事業者)、痴呆対応型共同生活介護事業、介護保険以外の宅老所事業調査を実施している。

調査内容は事業概要、利用実績、利用対象者の属性、利用者のすごし方などである。調査方法は資料調査、訪問によるヒアリング、観察である。通所介護、痴呆対応型共同生活介護は、愛知県調査(文1)や全国調査(文2)の結果を比較に用いながら、痴呆対応に関するサービスの質に着目して分析を行う。宅老所は、他市町村における介護保険以外の痴呆性高齢者デイサービスと比較しながら、痴呆対応の点からの分析がなされている。

研究結果の要点をいくつか拾っておくと、①公民館と宅老所では参加者の傾向が異なり、公民館は、日頃から公民館活動に参加している比較的健康な高齢者が多く、宅老所は、日頃から宅老所を利用している後期高齢者が多い。また、公民館などは、外出頻度や近所の行き来が比較的少なく、老人クラブなどへ行っていない者の参加が増えている。頻繁に公民館活動などに参加している者だけでなく、少しずつ閉じこもりがちな者を受け入れ始めていること、②宅老所や、宅老所で行われる痴呆予防教室が、活動能力が低い者を受けきれていないこと、③平成13年1月までの住宅改修実績は介護保険前に比べて3倍以上になっている。一件あたりの改修費用は総額が半額以下になり、自己負担額は1/7～1/9になっている。改修内容は、介護保険後、要支援・要介護1～3を中心に、手すり設置・敷居に三角板を取り付ける段差解消が増えている。早い段階での住宅改修を進めることで、小規模な改修が多くの高齢者に行われるようになってきていること、④「介護予防」プログラムは、事業が相互に乗り入れるものへと拡がりを見せていること、⑤一般型と痴呆専用型の併設では、利用者数が多くなりやすく、大人数での集団プログラムを好まない痴呆性高齢者などに対応したグループ編成やプログラム上の配慮が必要になること、⑥痴呆対応型共同生活介護は、民家を改修したもので、家庭的雰囲気の中で、スタッフと痴呆性高齢者が一緒に食事を作り、買い物へ出かけており、近隣の幼稚園との交流や、研修生の受け入れなど、地域とのつながりもできていることなど、多くのことが散見された。そして、高浜市の宅老所はこれらのように痴呆性高齢者への対応を意図したものではないが、大人数の集団プログラムになじまない痴呆性高齢者などが、家庭的な雰囲気の中で手厚い対応を

受けながらすごす場所として、最も近い環境や体制を備えているだけに、現在の対象者を限定した運用が惜しまれるという指摘がなされている。

XI. 平野報告：介護保険事業業績の分析—開発ソフトの活用から

この平野報告では、介護保険事業実績の分析ソフトを活用した高浜市の介護保険事業の実績結果が紹介されている。高浜市における介護保険事業分析ソフトの特性を示しておく。用いられた指標は、『未利用率』、『重度比率』、『人数在宅率』、『費用在宅率』、『1当たり在宅費用額』、『利用率』、『対支給限度額比率』、『複数ケアプラン率』、『サービス・クロス率』、『身体介護比率』の9指標のうち4つの指標である。①『人数在宅率』、『費用在宅率』、『1人当たり在宅費用額』の指標では、かなり高い位置にあること。②『利用率』の普及面では、訪問系サービスが相対的に低い位置にある。とくに重度層での普及の弱さが判明した。③『対支給限度額比率』では、相対的には高い比率を示しながらも、要介護5において低下する傾向にあり、重介護を支えるサービス支援の課題が明確となっている。④『複数ケアプラン率』においては、要介護度4-5において、相対的に低く、この点からも訪問系とくに訪問看護等の支援の課題を提案している。

XII. 近藤報告：要介護高齢者の所得分析—要介護高齢者は、低所得者になぜ多いか

この近藤報告では、本プロジェクト研究の調査として、愛知県内の1自治体を対象に、1998年度、65歳以上の全高齢者5千余人を市職員が面接し、さらに保健婦、ヘルパーなどが要介護認定のモデル事業として要支援・要介護者581人から得たデータである。調査結果から、要介護高齢者581人は65歳以上全体の11.3%を占め、これを所得別にみると、「ゼロ」のうち要介護高齢者は17.2%と高いが、所得が増えるにしたがって8.4%、5.4%とさがり、「200万円以上」では、3.7%と低い。最低所得層から要介護者の出現率は、最高所得層の5倍近い数値が現れたことが判明した。

D. 考察

4つの分野別に考察を整理しておく、次のようになる。

1. 政策評価のための基本的な概念・フレームを提示すること

I—近藤報告；介護保険政策の政策科学研究の課題と本研究の到達点の考察がなされている。政策評価のための研究デザインを巡る課題を整理しつつ、政策研究を現実社会に適應させ具体化のための基本的なフレームを提示している。①各研究の中で用いられる量的評価における尺度および質的評価研究方法の客観性・信頼性を高める方法の開発として、高齢者の主観的幸福感（PGCスケール）、抑うつ（GDSスケール）、介護負担感について信頼性と妥当性の検討、短縮版の開発、③データベースの構築：政策評価研究に必要な一次情報と二次情報の両データベースの整備、④政策立案段階での科学的アプローチ、介護予防政策立案の前提となる要介護状態のリスク・ファクターに関する縦断追跡調査、⑤政治・市民・行政による政策（合意）形成プロセスの成熟

II—野口報告；わが国での医療領域での政策評価方法を援用しながら、財政逼迫時の対処方法として介護保険を含めた保健・医療・福祉サービス総体の政策評価のあり方を模索し、それを高浜市の介護保険政策（プログラム）上乘せ部分が、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と、次期見直し時の保険料をいくりに設定するかの基礎作業を想定した。これは、来年度の重要な実践研究課題となるであろう。また、介護保険の周辺サービスの必要性も強調されており、この財源部分を公費（租税）負担の中から見るとなるべき根拠も示す必要がある。介護保険運営とサービス評価システムの構築の観点から、①第三者サービス評価の取り組みの概要、②居宅サービス及び施設サービスの評価基準の項目と具体的な評価方法を示した。その結果、いくつかの検討課題を提示した。評価項目のチェック、評価方法の見直し、公表の方式、評価の方法などについて、さらに研究を重ねていくことが求められる。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。

Ⅲ－木戸報告；イギリスのコミュニティケア政策におけるベンチマーク指標が実施からまだ2年しか経過していないこと、またこれから実施される指標も少なくないことなどから、この方式に基づく政策評価が定着するまでには、まだ時間を要すると思われること。とくに指標を数値化することによって客観化し、他と比較可能になるメリットは大きい。他方で、妥当な目標値をどのように設定できるのか、研究課題も多く残されていること。また、外部監査については、第三者機関がかなりの時間と労力をかけて、ひとつの自治体の社会福祉総体ができるだけ明らかになるような努力を行っている事実には、学ぶべき点が多いこと。こうした監査結果がどのように地方自治体の社会福祉の運営に反映されていくのか、そうした仕組みについても検討していくことが今後の課題であろう。

2. 自治体の政策評価のための具体的な方法の実験

Ⅳ－平野報告；介護保険事業の分析ソフトの開発作業において9つの指標をもとに比較が可能となった。①『未利用率』、②『重度比率』、③『人数在宅率』、『費用在宅率』、④『1人当たり在宅費用額』、⑤『利用率』、⑥『対支給限度額比率』、⑦『複数ケアプラン率』、⑧『サービス・クロス率』、⑨『身体介護比率』の指標の妥当性が確認された。この分析ソフトのもつ政策評価支援の効果が高いと確信する。なお、この「分析ソフト」による政策評価は次年度に本格的に試みることになる。Ⅴ－久世報告；介護保険政策の政策評価に用いる介護負担感評価尺度の開発が試みられている。その際に、介護負担感評価尺度を用いて介護者の負担感に影響する因子について検討が加えられている。自治体ごとに信頼性係数を算出し、A市では $\alpha = .843$ 、B町では $\alpha = .828$ という数値を得ている。介護のさまざまな側面に対する評価を含んだ今回の負担感尺度の下位尺度について検討がなされた。自治体ごとに因子分析（主成分分析）を行われ、いずれの自治体でも、「主観的負担感」、「介護の継続意思」、「世間体」という3つの因子が抽出された。因子得点を用いて全体的負担感との相関を求めたところ、主観的負担感と全体的負担感の間に強い相関関係が認められ、全体的な大変さは、主観的負担感という下位尺度で測定されることがわかった。介護の継続意思と世間体については、全体的負担感との相関が見られず、介護負担の異なる側面を測定していることが判明した。

Ⅵ－後藤報告；本年度の研究の到達点は、政策評価に必要なデータベースを構築したことである。今後、臨床グループによる量的尺度の開発などを受けて、より実用的な政策評価の方法を提案することになる。データベースに登録されている、1,000項目を超えるフィールドを統計的に検討し、指標候補として妥当性をチェックする。