

のみである。

平成12年9月27日現在、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。

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ことは確かである。

そこで、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を検討する。

岐阜県で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。

発足後約半年を経過した時点での実施状況を概観してみると、要介護認定の結果については、圏域による大きな差異はみられないが、中濃圏域でやや要支援、要介護1の比率が高く、要介護5の比率が低いのに対して、飛騨圏域では要介護1と要介護5という両極の比率が他圏域よりやや高くなっている。65歳以上人口に対する要介護者数の比率を「要介護率」としてみると、相対的にみて山間地域を多く含む飛騨圏域が10.0%で、県平均を1ポイント上まわっている。

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。

岐阜県と同様に、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みると、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。

発足後約半年を経過した時点での実施状況を概観してみると、要介護認定の結果については圏域による若干の差異がみられ、南勢志摩圏域では、要支援の比率が低く、要介護4、5の比率が高いが、東紀州圏域では要支援の比率が高く、要介護5の比率は平均を下まわっている。65歳以上人口に対する要介護者数の比率を「要介護率」としてみると、ここでも東紀州圏域が相対的に高く、県平均を1.3ポイント上まわっている。

また、平成12年11月現在の介護サービスの受給状況を居宅サービス、施設サービスに区分してみると、居宅サービス受給者数と施設サービス受給者数はほぼ2対1の割合で、認定者に対する比率は、県平均で居宅サービス51.2%、施設サービス26.0%である。したがって、認定者のうち、4分の1弱が居宅、施設のいずれのサービスも受給していないことになる。

D. 考察

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。

しかし、これらの財政、事務運営面での効果に比べて、サービス供給の面では、ハード、ソフト両面での地域内平準化や水準引き上げなど、広域方式に期待された効果は必ずしも十分に発揮されていないのが現状である。

施設整備についてみても、例えば、施設の新設場所についての構成市町村間における調整が広域化によって容易になったとはいえない

い面があり、サービス供給の地域内平準化についても、地域間のサービスの内容、水準の格差是正の面で目に見える成果を上げている地域が多いとはいえない。

保険財政の広域的運営を行う場合には、保険料の統一による地域間の格差是正について一定の効果を上げていると考えられるが、保険料が統一されたことによって、これまで構成市町村ごとに行われてきたサービス充実への主体的な努力を弱め、かえってサービス水準の固定化につながる面があることが指摘されている。

また、人員配置の面での効率化は一定の成果を上げているが、広域連合の職員が構成市町村からの派遣職員で構成されているところがほとんどであるところから、専門性を高める上では配転などによる制約があり、広域連合専任職員の養成、配置が今後の課題の一つとなるであろう。

E. 結論

介護保険発足後まだ日が浅い今日の時点では、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。

また、広域方式を評価する上では、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。

引き続き資料の収集、分析に努め、次年度の継続研究課題としたい。

厚生科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)
 分担研究報告書

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 —

分担研究者 樋口 京子 岐阜大学医療短期大学部講師

研究要旨 自治体政策評価のための基礎作業として、介護保険導入直前に「単独方式」の2自治体の担当者と協議の上、3種類の①一般高齢者、②要介護者調査、③介護者調査を実施した。本研究の目的は、「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である。その結果、①一般高齢者において社会的孤立、抑うつ、主観的幸福感、運動習慣や食生活、歯科衛生などは関連している。②介護者は、一般高齢者に比べると社会的に孤立し、主観的幸福感は低く、抑うつ状態にある人が多い。③虐待の可能性のある人は、7.0%、4.0%等が明らかになった。これらの結果から、政策提言できることを精選し、2自治体それぞれと報告会を持ち協議した。具体的には、虚弱高齢者予備軍と思われる閉じこもりがちな高齢者や介護負担感が高く、社会的に孤立している介護者に的を絞ったフォロー体制を強化した。

A. 研究目的

介護保険政策の事前評価として「単独方式」の2自治体の担当者と協議の上、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。これらは、自治体が政策介入すべき対象の性質を知り、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となる。

本研究の目的は、「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である。

B. 研究対象および方法

対象：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人で自治体の実施する調査であることを示す手紙をつけ、郵送質問紙調査を実施した。回収率は、A市62.5%、B町72.0%であった。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）である。

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人の介護者である。介護保険の申請した人への訪問調査時に、介護者への調査用紙を留め置き、分析は研究者が行うことを明示し、大学宛てに

郵送で回収する方法をとった。回収率は、A市 69.0%、B町 58.8%であった。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。

C. 結果

1. 一般高齢者と介護者の心理社会的因子の比較

一般高齢者の平均年齢±標準偏差は、A市（n=3461）で 73.49±6.39、B町（n=3596）で 73.06±6.79 であった。介護者の平均年齢±標準偏差は、A市（n=243）で 60.54±11.22、B町（n=184）で 61.34±11.22 であった。

また、要介護者の 2 次判定の結果は、A市では、要支援 10.7%、要介護Ⅰ 32.2%、Ⅱ 19.5%、Ⅲ 11.2%、Ⅳ 14.6%、Ⅴ 11.7%であった。B町では、要支援 5.6%、要介護Ⅰ 21.3%、Ⅱ 22.5%、Ⅲ 18.1%、Ⅳ 15.6%、Ⅴ 16.9%であった。B町の方が重度の介護状況にある人が多い傾向が見られた。

（1）心理・情緒的因子

主観的健康感の分布割合は、B町の介護者で「とてもよい」11.0%とやや多い傾向が見られたが、一般高齢者と介護者ではほぼ同じ傾向が見られた。

次に、PGCモラール短縮版（主観的幸福感を測るスケール 11 項目以下PGCと略す）で平均値を比較した。一般高齢者では、A市 6.95±2.58、B町 6.77±2.87、介護者では、A市 6.95±2.58、B町 6.77±2.87 で、一般高齢者の方が、介護者よりモラール得点が高い傾向が見られた。

GDS（高齢者うつ評価スケール以下GDSと略す）の平均値を比較した。一般高齢者では、A市 4.59±3.03、B町 3.83±3.38、介護者では、A市 5.47±3.91、B町 5.31±3.12 であった。介護者では高く、平均値はA市B町共に、5 点以上でうつ傾向を示していた。また、10 点以上のうつ状態を示すといわれている介護者の割合は、A市で 20.5%、B町で 22.1%であった。

（2）社会的因子

ソーシャル・ネットワークについて、一般高齢者では「別居の家族や親族および近所の人に会う機会」や、「老人クラブ等に参加する機会」はほぼ同じ割合であった。

介護者では、「別居の家族や親族にほとんど会う機会がない人」は、A市で 28.1%、B町で 40.0%であった。また「近所の人に会う機会」は、B町の介護者ではほとんどない人が 35%と多い傾向が見られた。また友人や知人との交流について「あり」と答えた人は、A市で 65.8%、B町 55.7%であった。

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ほぼ同じ傾向が見られた。ネガティブサポートは、B町の介護者でやや多い傾向が見られた。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町がやや多い傾向が見られた。

2. 一般高齢者調査からみた介護保険導入前の「介護予防」をめぐる状況

（1）一般高齢者の生活習慣と主観的健康感、ADL得点、PGC、GDSの比較

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ことがわかった。これらの結果は、A市B町でほぼ同じ結果であった。

（2）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、②近所の人と会う機会、③外出の機会）が少ない人を「閉じこもりハイリスク」とした。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。

（3）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。

3. 介護者調査からみた介護保険導入前の「介護負担感」をめぐる状況

（1）全般的介護負担感

全体的な介護負担感を「1.大変だとは全く思わない」から「7.非常に大変だと思う」の7段階で問うた結果、6段階、7段階と答えた人は、A市32.2%、B町41.1%であった。また、全般的な介護負担感、要介護度が重度になるにつれ高くなる傾向が見られた。

（2）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。このうち、A市の2事例については再度訪問調査を実施し、検討した結果をまとめた。

（3）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。

D. 考察

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次のように精選し、2自治体それぞれと報告会を持ち協議した。

（1）介護者は一般高齢者と比べ、主観的健康感、はほぼ同じ傾向であったが、社会的に孤立し、主観的幸福感が低く、うつ状態にある人が多い。介護負担感が高く、社会的に孤立している介護者や虐待の可能性が高い介護者には、有効な手だてを探る必要がある。

（2）GDSが高い状態にある高齢者は、痴呆予防対策の対象者でもあるといわれている。また、閉じこもりハイリスクにある人は、虚弱高齢者予備軍と思われる。このようなリスクのある高齢者に、的を絞った援助策が必要である。

（3）生活習慣や住環境と健康状態や介護予防は関連があることがわかった。今回の結果だけでは因果関係は不明である。今後追跡調査を実施し、縦断的に研究を進めることで因果関係が明らかになってくると思われる。

報告会の後、虚弱高齢者予備軍と思われる閉じこもりがちな高齢者や、介護負担感が高く社会的に孤立している介護者や虐待の可能性のあるに的を絞り、フォロー体制を強化し、一部事例検討を実施している。

E. 結論

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の結果を分析した。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。

F. 研究発表

本研究の一部を、日本社会福祉学会第48回大会（2000年11月）において「虐待ハイリスク者の特徴と出現率」という表題で発表した。

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
 分担研究報告書

介護保険事業実績の分析 - 開発ソフトの活用から -

分担研究者 平野隆之 日本福祉大学教授

研究要旨 介護保険事業の自治体政策評価を実施する上で、今回開発したレセプトデータの分析ソフトを実際に活用するために、モデル地域である高浜市に適用し、分析を試みた。いくつかの介護保険事業の有効性ととも課題が明確になっている。

A. 研究目的

本研究の目的は、介護保険事業実績の分析ソフトを活用し、高浜市の介護保険事業の実績結果を報告する。

B. 研究方法

モデル地域である高浜市を取り上げ、開発した分析ソフトによって『介護保険事業実績報告書』を作成する。そこに若干のコメントを記載した。項目するは、以下のようである。

0. 受給状況

1. 利用状況

1 1 在宅・施設別の利用者人数, 給付総額.

(1) 利用者の内訳

利用者の属性としては、年齢・性別・要介護度の3種類が把握できる。

1 2 在宅・施設別, 年齢構成・性別比・要介護度割合.

1 3 在宅分, 要介護度別, 年齢比(前期・後期)・性別比, 年齢別に要介護度比(支援, 1 2, 3 5)

1 4 施設分, 3種類別の要介護度割合(支援, 1 2, 3 5).

(2) 利用サービスの種類と給付額

1 5 在宅サービスの種類別利用者数, 「利用率」

1 6 在宅サービスの種類別給付額. 構成比は単純に総額に対する比率となる.

1 7 施設の種類別利用者数

1 8 施設の種類別給付額.

1 9 在宅, 要介護度別給付総額. 構成比は総額に対する比率

1 10 施設, 要介護度別給付総額. 構成比は総額に対する比率

2. 在宅サービス対支給限度額比率

2 1 要介護度別平均給付額と対支給限度額比率

2 2 要介護度別の利用分布(9割, 6 9割, 3 6割, 3割の4区分)

2 3 要介護度別の平均給付額の利用サービスの構成(上位3位)

3. 在宅サービスの利用率とケアプラン
 - (1) 要介護度とケアプラン
 - 3 1 要介護度別の利用率
 - 3 2 要介護度別の利用率分布
 - 3 3 要介護度別の利用サービス種類数
単数・複数ケアプランの分析
 - 3 4 要介護度別の利用サービス種類数別の
平均給付額
 - (2) 利用サービス別の利用特性
 - 3 5 利用サービス別の単数・複数ケアプラン
の割合
 - 3 6 利用サービス別、単数・複数ケアプラン
別の当該利用頻度と平均給付額
 - 3 7 利用サービス別、他サービスの利用割合
 - 3 8 要介護度別の「訪問介護」利用形態（身体
介護，家事援助，複合）

C. 研究結果・考察

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。

- 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が判明している。

E. 結論

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課題が判明した。

相対的には介護保険事業の実績は全国的に高い位置にあるものの、先に示した諸課題の改善が期待される。

また、この分析ソフトを活用することによって、自治体自らが分析できる主体となることも判明した。

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

分 担 研 究 報 告 書

- 第1部 介護保険の政策評価の方法
- 第1章 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
- 第2章 介護保険と自治体政策評価 野口
- 第3章 イギリスにおける自治体政策評価 木戸
- 第2部 自治体政策評価のシステム化支援
- 第1章 自治体政策評価のシステム化 平野
- 第2章 政策評価に向けての評価尺度開発
－介護保険負担感尺度開発の試み－ 久世
- 第3章 自治体における福祉情報化と政策評価 後藤
- 第3部 広域方式における計画行政の評価
- 第1章 広域方式による介護保険事業 宮田
- 第4部 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－
- 第1章 介護保険導入前の「介護予防」と
「介護負担感」をめぐる状況 樋口
- 第2章 介護の質や虐待に関する事例研究 加藤
- 第3章 「介護予防」及び痴呆対策プログラムの評価 大橋
- 第4章 介護保険事業実績の分析
－開発ソフトの活用から－ 平野
- 第5章 要介護高齢者の所得分析 近藤
－なぜ要介護高齢者は低所得者層に多いのか－

第1部 介護保険の政策評価の方法

第1章 介護保険政策における政策評価 — 概念整理と長期的課題 —

本論の目的は三つある。第一に、政策科学の概念を整理することである。本共同研究がスタートした1999年度は、各研究者の持っている問題意識にしたがい個別に研究が進められた側面が強かった。それに対し第二年度の2000年度は、各人の従来の研究分野の垣根を超えて実質的に共同して研究をはじめた年と位置づけられる。バックグラウンドが異なる研究者集団が、共同して研究を進めるためには、研究対象（政策）をとらえる枠組み、そして互いの研究分野における蓄積やその方法論を理解する段階が不可欠であった。なぜならば、同じ概念を異なる言葉で表現していることに象徴されるように、専門の異なる研究者はある意味で異文化に属する人間である。多分野の研究者集団がコミュニケーションするには、共通言語・認識が必要だったのである。別の表現をすれば、この間に作ってきた政策科学を概観する「見取り図」を示すことが第一の目的である。

第二の目的は、政策科学の見取り図の中で本研究が占める位置や目的、特徴を示すことである。本研究の各分担研究を個別にみると、対象がマクロからミクロにいたるまでの幅があり、用いられる研究手法も多様である。そのために、一見まとまりが悪いようにも見える。しかし、これらは、政策の「総合的」評価のために、いずれも必要なアプローチである。政策科学の概念を整理し見取り図を示した上で、その中における本研究全体と各分担研究の位置づけや方法論を明らかにし、本研究の目的や特徴、そして「広がり」を示したい。

第三に、介護保険政策の政策科学の課題を整理し、我々の到達点を示すことを目的とする。この間の作業を通じて、今後解決しなければならない課題が明らかになってきた。3年間でできることに限定せず、長期的視点から見て、取り組むべき課題を5点にわたって述べる。また、それらについて我々の着手していることを示し、「本研究の到達点とめざす方向」を示したい。

本論は、以下の2つ方法を用いてまとめたものである。一つは、各研究者の持っている問題意識にしたがい個別に進められた研究の報告と討論を通じて、互いのバックグラウンドである研究分野における概念やその方法論を理解する作業である。これは各ワーキンググループにおける作業と全体会における作業、さらに文書による作業とを組み合わせで行った。もう一つは、外部講師を招いての研究会やイギリスにおけるヒヤリングを含め、政策科学分野の国内外での経験・蓄積について学び、討論する方法である。これらを通じ、各分野で用いられている概念や方法の異同を分析し、上記の3点を整理した。

本論の構成は、第1節で、政策科学とNew Public Managementにおける政策評価の位置づけ、第2節では、政策を科学的にとらえる枠組み、第3節で、三つの評価基準、第4節で、政策評価の方法を整理する。これが第一の目的「政策科学の概念整理」に対応する部分である。そのうえで、第二の目的である本研究の目的や特徴、広がりを第5節において記載する。最後の第6節で、第三の目的にあたる介護保険政策の政策科学の課題と我々の到達点—について述べる。

第1節 政策科学と New Public Management における政策評価の位置づけ

政策評価研究の位置づけ

政策科学における政策評価研究の位置づけ

政策科学には、多様な分野がある。¹ その中で政策評価研究は、重要な位置を占めているが、厳密にはその一部を形成するに過ぎない。例えば、Patton and Sawichi は政策を合理的に策定するプロセスを表すモデルとして、6つのステップからなる政策プロセス・モデルを示している（表1）。²

表1 政策プロセス・モデル (Patton and Sawichi, 1986)
1. 問題の特定
2. 評価基準の設定
3. 代替案の特定
4. 代替案の評価
5. 代替案の中から選択
6. 結果 (outcome) のモニター

政策科学は、このプロセスの全ての段階における法則・節理を明らかにしようとするものである。それに対し、政策評価が主に対象とするのは、この6段階の中で、2. 評価基準の設定、4. 代替案の評価、6. 結果 (outcome) のモニターである。それ以外の部分は、住民や行政・政治が意志決定すべき問題である。また、これはあくまでモデルであり、現実には、代替案のない唯一の政策が選択されることも多い。その場合には、その政策の結果 (outcome) を評価することになる。

政策評価研究は、次に述べる New Public Management(新公的経営管理, NPM)の動きの不可欠な要素として、政策科学の中でも、今後その重要性を増していく研究分野である。

New Public Management(NPM)の動きにおける政策評価の位置づけ

New Public Management(NPM)とは²

New Public Management(NPM)とは、民間企業のマネジメントの発想と手法を公共サービス分野にも適応しようとする新しい動きを総称するものである。その背景には、市場における競争が、企業努力を生み、それが効果・効率を上げてきたと見なされていることがある。

国により、あるいは分野によりその進み具合には開きがあるが、以下に述べるように介護保険政策も、NPMの動きの中に位置づけてみることも可能である。表2に示した特徴に沿って説明する。

第一に、政府・行政・公的セクターの役割を見直し、政策の企画立案から現業レベルのサービスの提供まですべて行っていたものを、企画立案に集中させようとする動きである。その背景には、小さな政府をめざす経済学分野での新古典主義の優勢、公的セクターがサー

ビスの提供を独占してしまうと選択の余地がなく無競争となり非効率が生じやすいという見解や、与えられるサービスで我慢するのでなく、選択をしたいという消費者主義の拡大もあった。介護保険制度も、自治体は保険者として制度の運用に当たることは義務づけられたが、直接介護サービスを提供するかどうかは、自治体に任されている。

表2 New public management(NPM)の特徴
小さな政府をめざす政府・行政の役割の変化
市場メカニズム＝競争の重視
公共サービス部門への民間セクターの導入
結果の重視－管理（administration）からマネジメントへ
効率の重視

第二に、市場メカニズムを重視する動きも含まれている。その象徴が、イギリスのNH S（National Health Service）における内部市場の導入である。公的に医療サービスを提供する外枠は残しながら、その内部に擬似的な市場を作り出し、契約更新の度に民間病院や外部業者との競争させる仕組みを持ち込むことで効率を上げようとしたものである。

それらの結果、（あるいは積極的に）進められたサービスの提供を民間にも外部委託するいわゆる民間活力の導入が第三の特徴である。行政は、土俵だけを用意して、プレーヤーは民間に任せ、悪質な業者を排除する行司役をつとめれば、公的責任は担いうるという主張が典型例である。介護保険制度においても、在宅介護サービスに民間企業やNPO（民間非営利団体）の参入も認められ、その結果生じる競争がサービスの質を改善すると見なされている。

第四に、結果の重視である。かつては公共管理（public administration）と呼ばれていたが、徐々にマネジメント(management)という言葉が好んで使われるようになってきた。この背景には、managementには「結果責任、objective目標、目的達成、グループ（チーム）、多様な活動、を統合すること」など、administrationにない語義をもっており、これらが重視されるようになってきたことがある。逆に言えば、管理には、結果責任は伴わず、「すること」に重きが置かれていたとも言えよう。介護保険でも、要介護高齢者にケアプランを作成し、多様な介護サービスを組み合わせるケアマネジメントが導入された。

第五に、公的財源逼迫のために、投入(input)した資源に対する産出(output)を問う「効率」を公的サービスにおいても重視せざるを得なくなったことが背景にある。その時に参考にされたのが、マネジャーに結果責任を求める方法で効率を高めて成長した民間企業の手法であった。介護保険においてもケアマネジャーに、給付限度額の範囲内でケアプランを作成することが求められている。

NPMの動きと政策評価

政策評価自体は、1970年代からの蓄積があったが、さまざまな限界も抱えていた。しかし、述べたようなNPMの動きに対応する必要から、新しい形の政策評価の必要性が明らかとなってきた。今までは、投入した資源が問題とされていたので、予算規模や人員配

置、業務量などを把握していれば用は足りていた。しかし、結果責任や説明責任、効率を問うための成果（outcome）や効率（efficiency）を重視して政策効果を評価する必要が出てきたのである。また、限られた資源を効率的に運用しようとする、各種の事業の費用効果を経済学的に評価して判断の材料を提供することが求められるようになった。また、行政が民間と委託契約をする場合に、提供されるサービスの質を測ることも必要になってきた。

これらの動きが絡み合い、国を超え政策評価への関心が高まり、様々な取り組みが行われてきている。我が国においても、中央省庁等改革基本法第四条および第二九条において、客観的な政策評価機能の強化が規定されるにいたっている。

保健医療分野における先進事例の一つが、WHOの「21世紀には全ての人に健康を（Health for All）」とうたったHealth21である。その中でも、成果重視（outcome-driven）で政策を進めることを宣言し³、目標(target)と指標(indicator)を示している。⁴ また、国のレベルでの事例では、イギリスにおける「value for money」あるいは「Best value」のスローガンの元で進められている行政の業績評価である。詳しくは木戸報告に譲るが、イギリスのブレア労働党政権が、保守党の政策を批判しつつも、効率を重視することは継続すると宣言した「第3の道」に象徴されるよう、効率を高める努力をすることを全面否定できる者はいない。対人サービスである介護サービス、コミュニティケアであっても例外ではない。

以上述べたような、New Public Management(NPM)の大きな動きの中で求められるものとして政策評価を位置づけると、今後、この政策評価重視の方向への動きは、後戻りが許されず、ゆっくりではあっても着実に進むと考えられる。

第2節 政策評価の枠組み⁶⁻⁸

「政策」のような大きな概念を研究対象とするとき、政策をどうとらえるのかという評価の枠組みが必要である。その理由の第一は、枠組みを確認することで、それぞれの政策評価研究がどの部分に光を当てた研究であるのかという位置づけや性格を明確にするためである。第二には、政策にかかわる用語は、ほぼ同じ概念であるにもかかわらず、使われている名称が研究分野により異なっている。⁵ このことから、政策評価に関わる基本概念と共通言語の整理が必要である。ここでは、各研究分野における細かい用語法や名称統一にこだわることはしないで使われている名称を併記し、大まかに合意できた内容について記述する。

以下の四つの面から、政策の枠組みを確認する。第一に、「政策のレベル」あるいはマクロ～ミクロと表現される政策内容の大きさについて、第二に、政策の質を測定する3要素、第三に、政策効果に影響する4つの要素について述べる。

政策の3つのレベル

政策とは、意図した目標を達成するために行われる様々な介入のまとまりをさす。政策は、レベルの高さにより三つに分けて考えることが出来る。図1参照

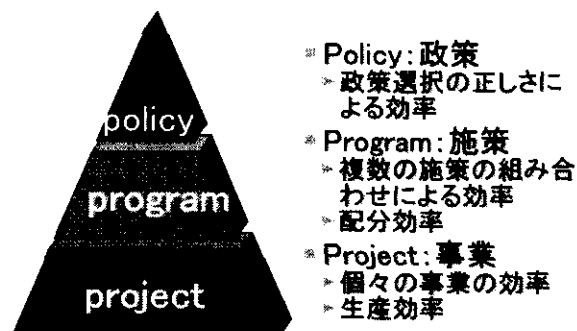
図1

政策の3つのレベル



図2

政策レベル毎の効率



高いレベルほど、より多くの要素（プログラム、プロジェクト）の集まりとなり、一般に対象は大きくマクロなものとなる。より低いレベルでは、構成要素は減っていく。

三つに分けて考えると便利なことでは、一致点が見られるが、その名称となるとまだ統一されてはいない。その点も含めて、順に述べていく。

① 政策 (policy)

用語については、一番高いレベルを政策(policy)と呼ぶ点では多くの一致点が見られる。しかし、広義に三つのレベル全体を指すときも、狭義にこの一番高いレベルだけを意図するときにも「政策」という言葉が使われることによる混乱がある。必要に応じて、狭義か広義かを明示して政策という用語を使う必要がある。

広義の政策全体を、旅行にたとえれば、このレベルの（狭義の）政策機能は目的地（目標）を定めることにあたる。したがって、このレベル効率を論じる時には、目標の設定あるいは重要度の判断が妥当であったのか否か、が問われることになる。

② 施策・プログラム(program)

中間のレベルをさす用語には、施策・プログラム・プロジェクト・事業など、統一が見られない。

このレベルの機能は、(狭義の)政策により定められた目標・目的地に対し、そこに至る数ある方法の中からの選択である。旅行にたとえば、電車、飛行機、バス、タクシーなどあり得る選択肢の中から、最適な組み合わせを選ぶ段階である。このレベルにおける効率は、上手な選択や組み合わせ方による「配分効率」である。

③ プロジェクト・事業

このレベルを指す言葉としては、事業・プロジェクトを用いることが多いものの施策・プログラムを使っている場合もある。

このレベルの機能は、与えられた目標や方法の範囲内で、(したがって小さな選択の幅の中で)最大限の成果を上げることが求められる。旅行にたとえば、電車を利用するとすれば、時刻表を見て長い時間待たずに、かつ短い所要時間で目的地に達する方法を工夫することがこのレベルにあたるであろう。効率を上げるには、与えられた方法の中で追求される「生産効率」が問われることになる。

三つのレベルの関係

この3つのレベルは、固定的なものではなく、視点の高さにより同じ介入を異なるレベルに分類することが可能である。例えば図1に示したように、介護予防政策は、その中に多様な要素を持つ介入策の集合体なので「(狭義の)政策レベル」、例えばその中の一つである脳卒中予防を「プログラム」レベル、そのための栄養指導を「プロジェクト」レベルと見なせる。しかし介護予防政策は、介護保険政策の中に位置づけることも可能である。さらに介護保険政策も、厚生労働省が担当する厚生政策という視点で見れば、医療政策、生活保護政策、年金政策などと並ぶ、「プログラムレベル」とも言える。さらに、国の政策全体から見れば、厚生政策も経済政策や教育政策と並ぶ「プログラムレベル」とみなしうるので、介護政策は「事業レベル」と言えなくもない。

本論において、この3つのレベルを確認することの重要性は、(広義の)政策を3つレベルに分けて考え評価分析した上で、それらを構成要素とする(広義の)政策全体として統合してとらえる枠組みを与えることにある。これにより、複数の研究者による相対的に独立性をもった複数の研究がバラバラのままではなく、3つのレベルにおける位置づけを与えられ、介護保険政策の総合的な評価研究の不可欠な一部であることが明確になる。それぞれを担当する研究者にとって、その研究の役割を理解する上で、基本となる枠組みである。ただし、本報告書においても、排他的な3つの名前でも3つのレベルを呼び分ける統一は図らず、各研究者の専門分野での用語法に従っている。

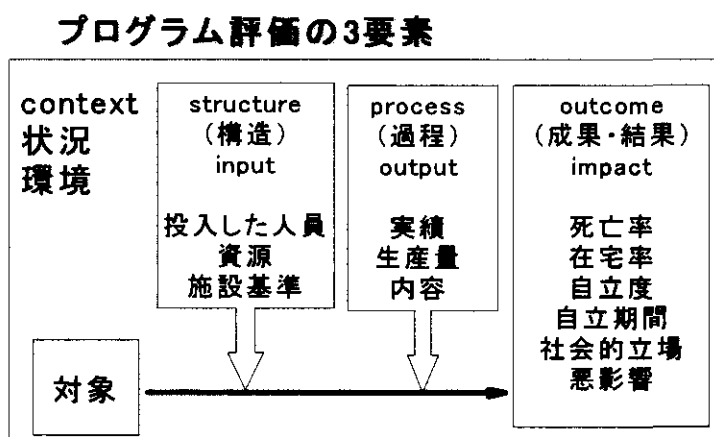
また、政策評価以外にも、同様な内容を指す用語として、プログラム評価、事業評価、プロジェクト評価、行政評価、実績評価など、論者により様々なものが用いられており、同じ言葉でも指すレベルが異なっていることもあるので注意が必要である。

政策の質を測定する3要素

政策評価の分野では、投入(input)、産出(output)、インパクト(impact)という言葉が用いられ、プログラムレベルでの評価に多くの蓄積がある医療サービス研究・医療経済

学の分野では、構造 (structure)、過程 (process)、成果・結果 (outcome) という言葉が用いられてきた。⁹ (図3)

図3



① 構造 (structure), 投入 (input)

投入資源に当たるものである。大まかには、「人、金、物」に分けられる。この要素についての評価や記録は、従来の行政の最も得意とするものであった。これら投入された資源を量として把握することが、後述する「効率」の検討には不可欠である。一方、スタッフの技術・力量など、質的な面も評価が必要である。

② 過程 (process), 算出 (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。この評価には、量的評価と質的評価を併用する必要がある。量だけ評価することを続けていけば、やがて質よりも量を重視したプロセスとなり、次の要素である「成果」はむしろ低下するからである。量的評価については、介護保険政策分野の場合、何人の対象者が対象とされたのかという人数による評価と、サービスの量の両方による評価が必要である。同じ、10人を対象にしても、年間サービス量が10単位と100単位では、全く意味が違ってしまふからである。

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である。変化には、政策意図通りの望ましい変化と予想外の(望ましくないものも含む)変化との両方を見る必要がある。また、効率の検討には量的に把握する必要があるが、量には現れにくい質の変化も把握する必要がある。また、対人サービスである介護保険政策分野では、満足度など主観的な要素も、客観的な要素とあわせて評価しなければならない。

三要素の関係

三要素は、相互に関連しつつも、独立性を持っているので、個別に評価することが必要である。例えば、「構造」に当たるスタッフ数を増やしても、そのスタッフらが適切なサー

ピスを提供しなければ(「プロセス」), 満足度の向上などの「成果」にはつながらない。「成果」が上がっていないと批判された場合に, その原因が「構造」にはない(スタッフ数としては他と変わらない)にもかかわらず, スタッフを増員したりすれば, 効率はむしろ悪化することになる。この3つの要素のうち, どこに原因があるのかを分析しなければ, 適切な評価も対策もなしえないのである。

政策効果に影響する4つの要素(図4)

政策効果に影響を与える要素としては, ①政策環境, ②政策主体, ③政策対象, ④政策介入の4つがある。

① 政策環境

例えば, 歴史的・社会的・経済的な環境が異なれば, 他の要素が同じでも結果は異なってしまう。介護保険の場合, 地域によってヘルパーの利用希望率が異なったり, 民間事業者の参入が期待できるかどうかなど, 保険者の責任とは言い難い環境要因が存在する。

② 政策主体

介護保険に則していえば, 介護保険の保険者である各自治体の力量が問われている。先駆的な政策を導入し試行錯誤しながらも政策効果を上げるに至った自治体職員には, 徐々にマネジメント力量が備わってくるであろう。仮に同じ政策介入であったとしても, マネジメント能力が低く他での成功事例をまねして導入することで精一杯な自治体と先駆的自治体とでは, 政策主体の力量に大きな違いがあり, 成果・結果にも大きな隔たりが生じるであろう。

③ 政策対象

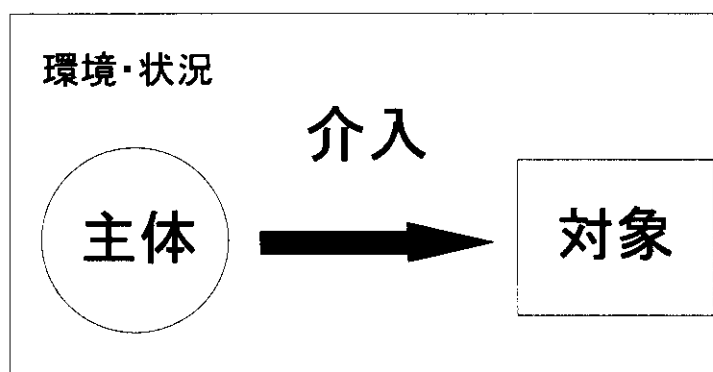
政策対象である住民や要介護高齢者像が異なれば, 当然政策も異なりその政策効果も異なってくる。例えば, 一人暮らしの要介護高齢者施策の成果は, 対象高齢者が全高齢者野中に占める割合で当然異なってくる。

④ 政策介入

政策にそって介入する量や, 上述した3要素で測られるような政策介入の質や量の違いにより, 結果が異なるからこそ, 政策を評価するわけである。

図4

政策の対象・主体・介入・環境

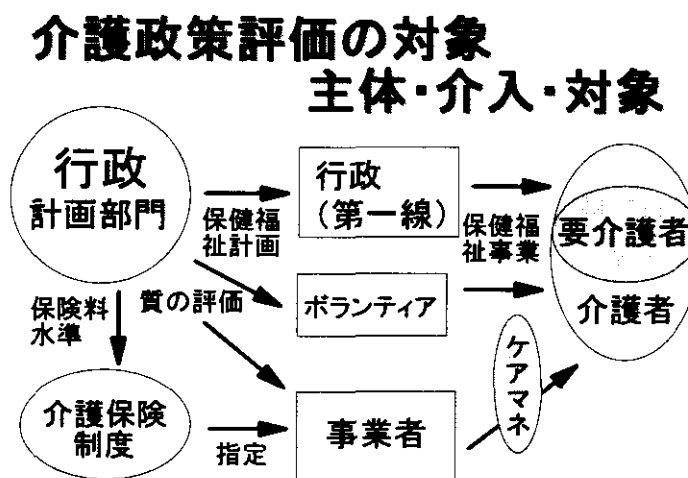


四要素の関係

これら四要素の関係を、単純化して図示すると図4のようになる。矢印の起点が政策主体であり、矢印が政策介入であり、矢印の先が政策対象である。そして、それらは、ある政策環境の中におかれている。

現実の介護保険政策で考えてみると、図5のように複雑に入り組んでいる。一つ一つの矢印が政策介入であり、その先にある政策対象が別の矢印（政策介入）の起点（政策主体）となっている。介護保険政策全体を総合的に評価しようとするならば、これら全てが評価対象となりうるものである。

図5



また、4要素のうち他の3要素が同じであっても、一つの要素が異なれば、政策効果が異なってしまうため4つの要素をそれぞれ評価する必要がある。これらは、いずれも相互に関連しあっており、文脈や関連を全体的に把握することが重要である。したがって、これらを量的評価だけで行うことは不可能である。客観性を重視するとして、量的な評価に偏重すると、これらの影響を見落とすことになり、誤った評価をすることになる。

第3節 政策評価の3つの基準

前節で述べた枠組みは、「政策をどのような要素で構成されているととらえるのか？」に対する答えであった。本節で述べる政策の評価「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である。枠組みと異なり、その答えには価値観が含まれ、何を重視するのかという立場により、答え（基準）は異なることがあり得ることに留意が必要である。

保健・医療・福祉分野においては、3つのE—効果(effectiveness)・効率(efficiency)・公正(equity)が評価基準としてよく取り上げられている。マネジメント手法が発展してきた企

業分野における評価が、効果・効率中心であったのと異なり、公正も重要な評価基準であることが公的サービスとしての特徴である。

① 効果(effectiveness)¹⁰

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である。介護政策で言えば、介護サービスが提供されても介護負担の軽減や要介護高齢者の QOL 向上などの効果がなければ意味がない。当たり前のように見えるが、たとえば医療において Evidence Based Medicine(EBM)の重視が叫ばれるようになったのは、効果の実証されていない治療法が 85% も占めているからである。¹¹ 各種の介護政策やサービスについても、その効果がどの部分に、どのように、どの程度あらわれるのかを評価することがまず必要である。これは、次で述べる効率の評価の前提としても不可欠なものである。また、期待した積極的効果以外にも、薬でいえば副作用に当たる期待外の消極的効果もありうるので、それも考慮に入れなければならない。

② 効率(efficiency)¹⁰

効率とは、input と output の両方を同時に評価する視点である。医療・福祉分野における input あるいは structure としては、費用、人員、施設・設備・機器などがあり、output には、process および outcome があてはまる。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。したがって、効率を評価するためには、量で表現できる尺度を使って評価する必要がある。その具体的手法については、費用-効果分析 (cost-effectiveness analysis; CEA)、など、医療経済学の中でも臨床経済学の分野に蓄積がある。(中西報告参照)

効率を評価する場合の二つの落とし穴がある。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である。なぜならば、効率を良くするためには、投入資源を小さくする方法と、output を大きくする方法とがあり、効率を上げる最も簡単な方法は、測定される input を減らす方法だからである。その程度が大きくなるに伴い output が維持できずに低下するが、その場合でもそれ以上に input を抑制できれば、効率は改善するのである。

二つ目の落とし穴は、cost shift である。広義の政策の一部分に着目して効率を評価する場合、評価の対象外に cost を移し替えたために、見かけ上の input が減少している場合がある。例えば、公的介護サービスの効率だけに着目すると、家族介護に依存する率を高めた方が、例えば「単位費用当たりの在宅率」などで測られる「効率」は高くなる。公的セクターから家族に cost shift がおきるからである。

ここからの示唆は、3つある。第一に、政策評価は、効率だけに重点をおくと危険であり、残りの二つの基準である効果や公正も同時に評価する視点を持つべきこと、第二に、上述した落とし穴に陥る危険を減らすために、input・output の評価に当たっては、できるだけ網羅的な指標を組み入れ「社会的立場」で評価すること¹²、第三に、評価の対象部分にだけ目を奪われず、cost shift がおきていないかなど、よりレベルの高い(広義の)政策全体の効率も視野に入れながら評価すべきことである。

③ 公正(equity)^{10,13-15}

New Public Management (NPM) の動きで紹介したように、NPM とは、民間セクターで効果を上げたマネジメント手法を、公共サービス分野に持ち込もうという動きであった。

しかし、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、決定的な違いがある。それが、この公正という政策目標の有無である。民間セクターであれば、公共性よりも経営が破綻しないことが優先する。しかし、「効率が悪い」あるいは「対象が少数だから」といって必要不可欠な公的サービスを停止してしまうことは公正の視点から許されない。

公正(equity)を政策の基準に明示している例としては、WHO の提唱した Health21 があげられる。スローガンとして「Health for All」が掲げられており、達成すべき target の中心に equity (公正・公平) がうたわれている。¹³

公正を重視しようと決めても、それだけでは十分ではない。何を下位基準に公正を測るのかが問題となる。例えば、応益原則は、受ける利益が同等ならば、「公平に」その費用を負担すべきという下位基準であるのに対し、応能原則とは、まかなえる負担能力に応じて、富める者はより多く、貧しき者はそれなりに負担する方が社会的に見て「公正」であるという下位基準である。¹⁶ それは、ニーズが同等ならば、その個人の支払い能力にかかわらず、同じサービスを受ける方が「公平」であるとする下位基準に裏打ちされている。さらに、公正かどうかの分析の対象として、地域(自治体)間格差や、男女間格差、所得階層間格差などがある。また、量的な面だけでなく、受けているケアの質も問われるべきである。

重要なのは3つの基準のバランス

いずれか一つに偏った評価は、危険である。なぜならば、効果や公正であれば、費用がいくらかかって(効率が低くて)も良いという状況ではなく、効率が良くても効果がなかったり、介護政策の対象とされるべき弱者が切り捨てられたりするような公正に反する政策は許されない。三つの間のバランスが重要である。

第4節 政策評価の方法^{8,12,17-20}

政策科学は、学際的な科学である。本研究組織を見ても、参加する研究者の専門領域は、社会福祉・社会政策・福祉政策・福祉計画・地域福祉・福祉情報・公共経済・医療経済・心理学・ケア技術・看護学・ケアマネジメント・建築・リハ医学・公衆衛生学・老人福祉など多分野にわたっている。

したがって、共同して政策科学的研究を進めると、それぞれの分野で開発され発展してきた多様な研究方法が、それぞれの長所を生かした形で、組み合わせ用いられることが期待できる。主な方法について、概観する。

政策評価に用いる評価手法

量的評価・質的評価

何らかの尺度を用いて量的に評価する量的評価方法と量的に表現される尺度を用いないで主に記述的方法により評価する質的評価方法とがある。量的評価方法には、優れた尺度が得られれば評価者が異なってもある程度客観的に評価が出来るのが長所である。しかし、そのような尺度開発には時間がかかること、一つの尺度で測定できるのは、限られた側面であり、網羅的な評価が出来ない短所もある。質的評価には、それとは対称的な長所と短

所がある。

外部評価・参与観察・内部評価

評価者と政策主体との関連の深さで、この3つに分けられる。外部評価には、客観性やなれ合いの排除などが期待できる長所がある一方で、政策の改善ひいては成果の向上につながりにくい短所もある。内部評価では、その逆が言える。両者の中間とも言えるのが、評価・研究者が当事者として参加し観察する参与観察法である。

総括的評価と形成的評価

総括的評価とは、比較的大規模データを用いて、信頼性・妥当性に配慮した方法により、予期した outcome を実現できたかどうかを明らかにしようとするものである。形成的評価は、プロセスに着目して、なぜ期待された output や outcome が得られないのかを、主に質的な方法により明らかにしようとするものである。総務省が示した政策評価の指針に示されている用語「総合評価」は、政策の問題解決に役立つ評価とされているので、ここでいう形成的評価に近いと思われる。

ベンチマーク、

業務見直しの推進を目的に、目標数値を設定し、他（自治体や以前の数値）との比較により評価するものである。合衆国オレゴン州やイギリス政府の業績評価(performance assessment)のベンチマーキングが有名である。総括的評価方法の一つといえよう。総務省の指針にある用語で言えば「実績評価」がこれに当たるとと思われる。

(準) 実験的方法と自然主義的(記述的)方法

仮説に基づき比較対照を設定して、介入の効果・効率を評価するのが実験的方法である。その中でも無作為化対照比較試験(randomised control trial)が、影響する要因をコントロールできる程度が高く、得られる因果関係に関する根拠(evidence)が最も強力と言われる。これは、対象を無作為に(サイコロを振って出た数により)二群に分けて(一方を対照群として)、異なる介入を行い、その結果を比較するという方法である。したがって、狭義の政策レベルとなると、実施は倫理的・政治的に実現不可能であり、欧米ではプログラムレベルの評価に用いられている。これに対し準実験的方法とは、たまたま異なる政策を導入している、比較的似たような複数の対象を、仮説を検証するための尺度を用いて比較評価するものである。自然主義的(記述的方法)とは、自然の状態にある対象を観察して記述的に評価しようとする方法である。

費用効果分析(cost-effectiveness analysis, CEA)

量的評価方法による効率(efficiency)の評価手法の代表例である。(詳しくは中西報告参照) 総務省の指針の用語で言えば「事業評価」にこれが含まれている。

どの手法を用いるのか

これらの手法の政策レベルとの親和性を示したものが図6である。上述したように、各評価手法にはそれぞれ長所と短所があり、全ての対象を一つの手法で評価できるものではない。例えば、量的評価を行うためには、何らかの尺度が必要なのであり、これが開発されるまでは、質的評価方法を用いる以外に選択の余地はない。また、全ての政策を実験的手法で評価することも現実的でない。