

害もある。ここでも首都圏と非都市圏との格差が大きい。イングランド平均では 20%であるが、ロンドン中心部では 32%に対し、非都市圏では 18%である。

「B12:成人および高齢者への高密度の社会的ケアの費用」は、高齢者の施設入居者と高密度の在宅ケアをうけている成人に要した費用を、週単位であらわしたものである。低いほうがよいとされる。結果は、イングランド平均では 4%のコスト増であり、平均は 339 ポンドである。ロンドン中心部が最も高く、412 ポンドとなっているが、唯一、わずかながら減少している。

「B13:高齢者の施設費用」は、いわゆる施設のユニット・コストであり、週単位の費用である。これは高すぎてもよくないし、逆に低すぎてもよくないとされている。質が担保されないからである。イングランド平均では約 5%増の 293 ポンドであるが、ロンドン中心部が最も高く 378 ポンドで、最も低いのは地方の都市部の 275 ポンドである。

「B17:成人および高齢者の在宅ケア費用」は、いわゆる在宅のユニット・コストである。これも数値としては、高すぎても、低すぎてもよくないとされる。平均 10.10 ポンドであり、これも 5%のコスト増である。ロンドン中心部が 10.70 ポンドと一番高くなっているものの、唯一、前年度よりも若干下がっている。

第三の領域は、「サービス提供の効果と成果」である。この領域では高齢者ケアに関連した指標としては 4 つあげられる。まず、「C26:施設に入居している高齢者数」であり、高齢者人口 1 万人あたりの数値で表される。一般的には低いほうが望ましいとされるが、ここでも極端に低いのはよくない。イングランド平均で 124 であり、低下傾向にある。とくにロンドン中心部は 97 年度は 186 であったものが、99 年度に 126 に変化している。

「C28:高密度の在宅ケア」は、高齢者千人あたり、そのようなサービスを受けている世帯の比率である。概して高いほうが望ましい。平均 8.8 であり改善されつつあるが、格差が大きく、ロンドン中心部では 21.8 となっているが、非都市圏ではわずかに 6.4 である。だが、非都市圏では施設入居者も低い。都市圏とくらべて、非都市圏におけるサービス提供のむずかしさも指摘されている。

「C32:在宅で支援を受けている高齢者」は、高齢者千人あたり、なんらかのケアを受けている高齢者の比率であり、中程度から高いほうが望ましいとされるが、これも行き過ぎると他のクライアント集団の犠牲を伴ってしまう。この指標は、高密度のケアとは反対に、低レベルのケアがどれほど提供されているのかを示すためにも用いられている。イングランド平均では、84 となっている。ロンドン中心部で 115、対して非都市圏では 71 である。

最後に「C34:成人ケア施設の監査」であり、従来、地方自治体による監査が不徹底だった時期もあったようだが、結果は実施率がほぼ 100%ちかくなっている。

領域の第四は、「利用者と介護者にとってのサービスの質」である。高齢者ケアに関しては 8 つの指標があるが、そのうち 4 つ、「D36:すぐに援助を受けたと回答した利用者」「D40:(ケアプランの:引用者)見直しを受けているクライアント」「D42:介護者へのアセスメント」「D43:ケアパッケージの作成に要する時間」は、未実施である。

残りの 4 つの指標は以下の様である。「D37 個室の利用状況」は、個室に入居している入居者の比率だが、本人が他を選択しないかぎり、基本的には個室を提供することが目標と

なっている。イングランド平均では、91%であるが、低い地域でもロンドン周辺部で87%となっている。

「D38:千ポンド以下の補助具が3週間以内に提供された比率」をみると、平均で89%である。

「D39:ニーズとその充足方法を示した文書を受けた利用者の比率」は、平均で79%。

最後に、「D41:退院の遅れ」であり、入院していない75歳以上の高齢者千人につき、退院が遅れた者の比率である。低いほうが望ましいとされるが、目標としては2000年度で1.1に置かれている。99年度、イングランド平均で1.52であるが、ロンドン平均で2.16とより高くなっている。退院の遅れの要因は、非急性期ケアへの移送の遅れなど特定されているが、この定義の解釈に幅があることも指摘されている。

最後の領域であるが、「公平なアクセス」である。ここでは高齢者ケアに関連した指標としては5つあげられているが、まだすべてが未実施である。それらは、「E46:民族、文化、宗教に関わる事柄が考慮されたと回答した利用者」、「E47:アセスメントを受けたエスニック・マイノリティの成人および高齢者」、「E48:アセスメントに続いてサービスを利用したエスニック・マイノリティの成人および高齢者」、「E49:人口あたりの高齢者のアセスメント」、そして「E50:サービス提供になった成人および高齢者のアセスメント」である。

第2節 ロンドンの26特別区を例としたベンチマーク指標の比較検討

ここではロンドンの地方自治体社会サービス部長協議会によって1999年12月に行われたベンチマーク指標の比較検討の資料ⁱⁱを取り上げる。資料の全体は、50の指標ごとに自治体の順位がどうなっているのか、数値とグラフで示したものだが、なかには指標間の分析を試みたものが掲載されている。そのうち、高齢者ケアに関する2つの事例をとりあげ、ベンチマークにもとづく分析から政策評価のどのような側面が明らかになっているのかを紹介したい。なお、データは1998年度の結果に基づいている。

第一の事例は、「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、その図1を示す。そこに比較的明瞭に表れているように、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り、その意味では効率的な社会的なケアの枠組みを備えているという評価もできるであろう。

図 1 ロンドン特別区別にみた高密度在宅ケアと社会的ケア費用の散布図

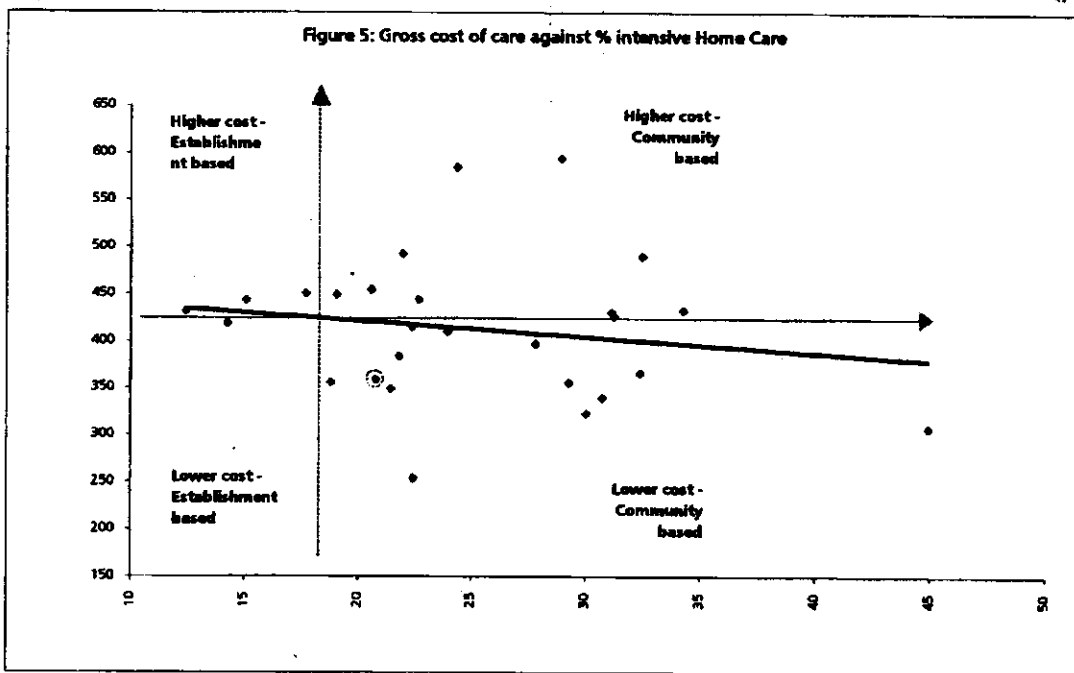
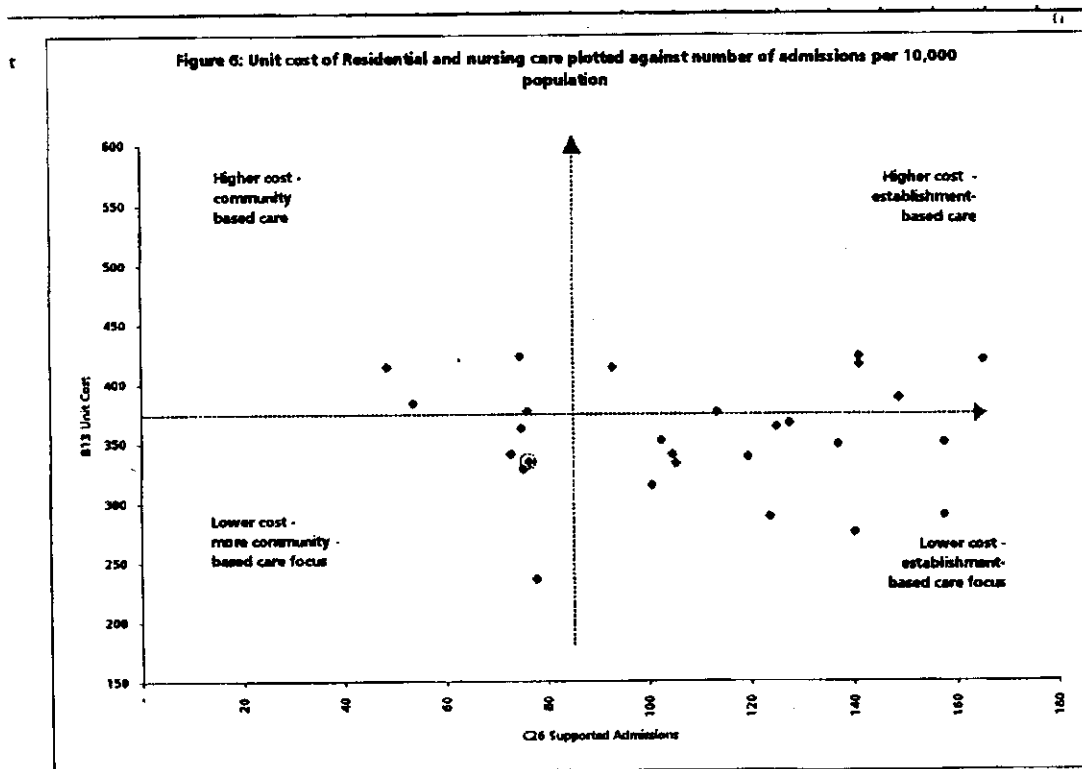


図2 ロンドン特別区別にみた施設ケアのユニット・コストと入居者比率の散布図



また図2は、「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る。それによると、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。しかしながら、施設ケアといっても、そこには老人施設とナーシングホームが混在しており、その比率によってはユニット・コストに増減が生じるのでないかということも、あわせて指摘されている。

第3節 社会福祉の政策評価2：外部評価-ウエストミンスター特別区の場合-

最後に外部評価としての社会福祉政策評価として、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を取りあげよう。その例としてウエストミンスター特別区を選んだ理由は、同区がイギリスの自治体のなかでも、新しいマネジメント方式を積極的に自治体行政に導入してきたことでよく知られているからである。いわば先駆的な取り組みを行っている自治体の事例のなかに、政策評価の実施局面の課題が数多く含まれているのではないかと考えるからである。

外部評価の方法

さて、外部評価チームによる評価内容をみるまえに、外部評価そのものがどのように行

われたのかを説明したい。まず外部評価チームの人員構成であるが、総勢 9 名からなっている。そして 4 種類の調査が行われている。それらは、①359 人の利用者および介護者への郵送調査（回収率 29%）、②数日間の現場へのヒアリング調査、現場とはアセスメント及びケアマネジメントのチーム、そしてサービス事業者をいい、そこでの管理者から第一線ワーカー、そして利用者や介護者に対してヒアリングが実施されている。③ケースファイルからの抽出調査が行われ、全体で 80 ケースが取り上げられている。④最後に組織運営と財政の調査であり、2 週間かけてヒアリングが行われ、また関連資料が収集されている。

調査の時期は、郵送調査が 1998 年の 8 月に行われ、フィールド調査が 10 月から 11 月にかけて行われた。調査結果のフィードバックが 1998 年の 11 月、そして報告書素案が 1999 年 3 月に自治体の示され、最終的な報告が 6 月にまとめられた。

外部評価の内容

この外部評価の目的は、ウエストミンスター特別区の住民がその社会サービスを、どのくらい享受できているのかどうかを評価するものである。報告書は、次のように構成されている。第 1 章 ウエストミンスター社会福祉の概況、第 2 章 全般的な結論、第 3 章 個人のニーズ充足、第 4 章 サービス供給体制の構築(Shaping Services)、第 5 章 運用の管理(Managing Performance)、第 6 章 財政の管理(Managing Resources)、第 7 章 求められるアクション(Priorities for Action)からなり、全体で 80 ページである。

さて第 3 章以下、合同監査で指摘されている事項について、高齢者ケアを中心に概観したい。第 3 章においては、サービス利用者への情報提供や明確な要介護認定基準などがすぐれていると評価されつつも、課題として利用者へのエンパワーメントをさらに支援していくように指摘がある。これは外部評価チームが行った利用者満足度調査の結果が、必ずしも良好とはいえず、ウエストミンスター当局が独自に行っている調査結果とはかなり異なった内容となっていることも背景にある。また社会福祉事務所の地域拠点を統合化して、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も指摘している。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。とくに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。

第 4 章の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。その一方で、今後の供給体制を構築するうえでは、下からの影響力（'bottom-up' influence）をつよめ、さらに利用者や第一線ワーカーの経験を生かすように求めている。そのことが、自治体の社会福祉の一体感をより強固なものにするというのである。

第 5 章は運営の管理であるが、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。

第6章の財政であるが、ここでは効率性と質の両面からどのように財政を運用していくのかが焦点となっている。基本的にはこの面では、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。

参考文献・資料

1. Social Services Performance in 1999-2000, October 2000, National Statistics
2. Social Services Inspectorate, Social Care Regions Monitoring Report, Autumn 2000
3. Report to London ADSS Benchmarking Club, November 1999, Rho Delta
4. Social Services Inspectorate, Audit Commission, A Report of the Joint Review of Social Services in Westminster, London Borough Council, June 1999

i 「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」1999年度総括・分担研究報告書、11-16頁参照

ii 参考文献・資料の3を参照。

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

第1節 自治体政策評価のシステム化の枠組み

(1) 評価主体としての基礎自治体

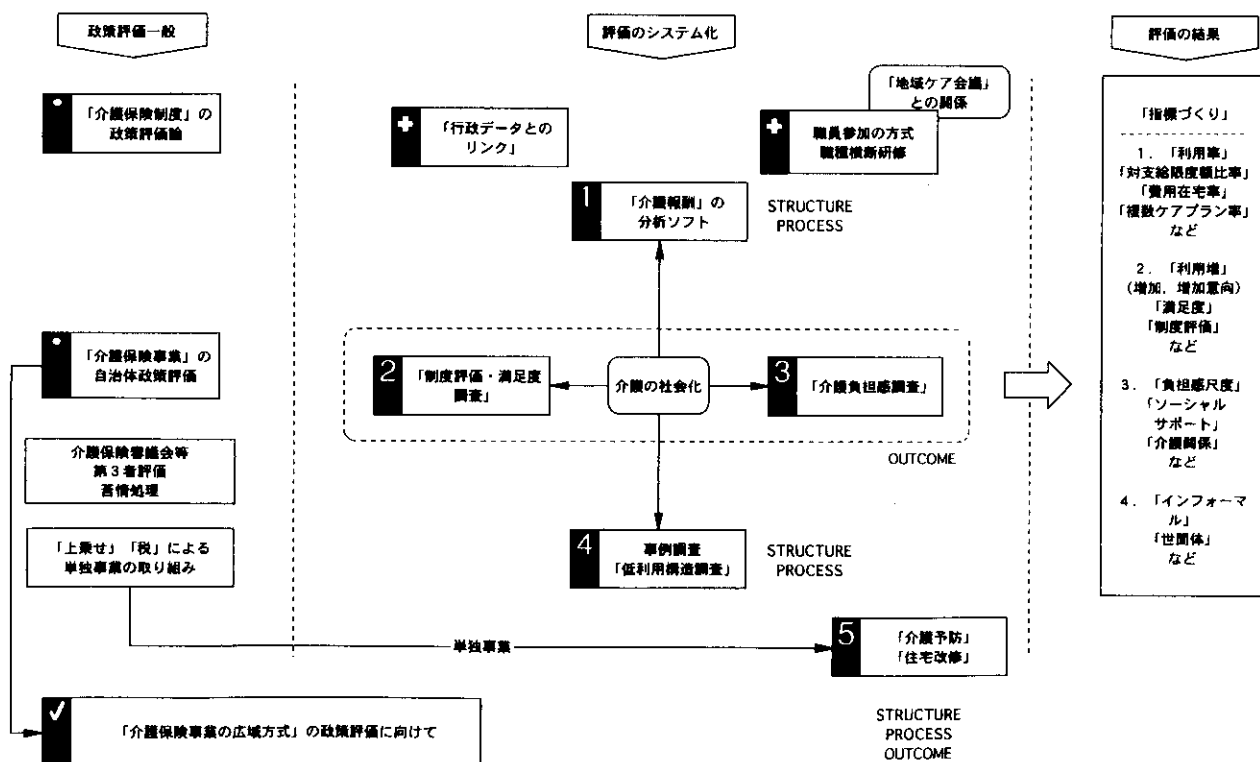
本厚生科研におけるテーマは、「基礎自治体（広域型・単独型）における介護保険制度の効率的運用と政策選択の評価基準に関する研究」であるとともに、その評価主体を基礎自治体に置こうとする立場にたっている。保険者である自治体がコンサルタントや研究者の力を借りることなく、自らの力で日常的にデータを収集し、分析することを可能にしようとすることも含めて、自治体が政策評価主体としてイニシャティヴを発揮できるように、そのためのシステム化を支援することをこの章では検討することになる。

(2) 本報告書の構成と第1章の自治体政策評価のシステム化の関係

図1に本研究の全体枠組みと政策評価のシステム化の関係を整理しておく。

本報告書の第1部に示される政策評価の論文は、図1の政策評価一般に関する成果として提出しているものである。この第2部の研究成果は、政策評価のシステム化に関するもので、中央部の図に示されているものである。第3部は、図1の評価の結果に関するものの一部を提供するものである。

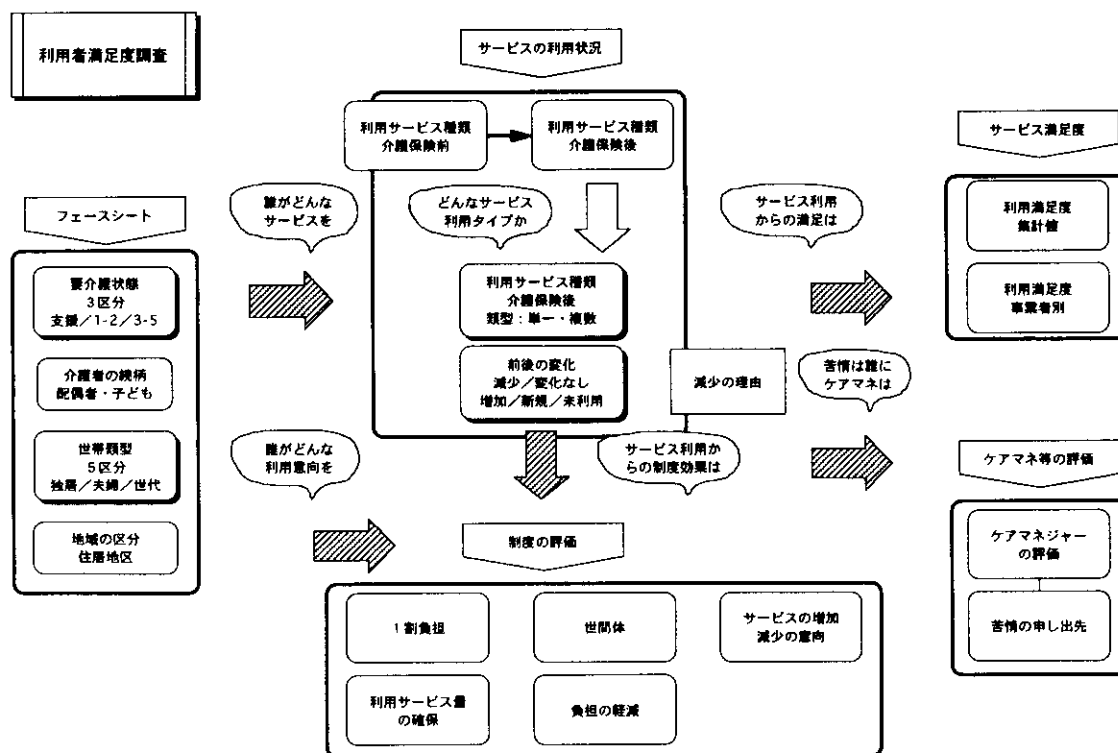
図1 自治体介護保険事業の政策評価方法の枠組み



今回の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方法面から整理すると、大きくは5つの領域が存在することになる。1つは、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こととした。この点については次節で詳細に紹介している。

第2は、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ものである。レセ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。その調査票の枠組みは、図2のようなになる。介護保険制度そのものに対する評価とサービスに対する満足度、それからサービス利用の意向などの把握を通して、当該地域における介護保険事業の浸透状況を把握することができる。

図2 満足度調査の枠組み



なお、調査の分析については次年度に行う。

第3は、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」に求めることである。この客観的な尺度を用いることによって介護保険制度実施前と実施後の比較が可能となることによって、介護保険事業

の評価を利用者ベースに試みることができる。この点については、第2章において詳細に触れている。

第4には、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か。そのことを「事例調査」を通して把握するものである。この調査は次年度実施する予定のものである。

第5は、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、それら进行评估する方法を提案するものである。

(3) システム化のための組織化支援

こうした政策評価の方法について、システム化を図るとともに、実際に遂行していくための組織的な支援について触れておく。1つは第1部の第2章に触れられている、介護保険事業計画のフォローアップとしての「介護保険審議会（高浜市の場合）」の組織化が重要となる。また第3者サービス評価や苦情処理のための組織づくりも重要となる。とともに、先の諸調査に取り組む職員の組織化が必要となる。

そこで、介護保険制度のもとで普及が図られている「地域ケア会議」を活用することもその1つといえる。また、高浜市には、そのような政策評価の機運を職員ベースや事業者の現業者に拡げるために、職種横断型の研修方法を採用している。こうした職員参加の条件づくりなしには、改善策を具体化できない政策評価にとどまってしまうことになりかねない。

第2節 介護保険事業の自治体政策評価にむけてのソフト開発

(1)「介護保険事業実績分析ソフト」とは

1) 介護保険事業の「政策評価支援」ソフトの一種

「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にしながら、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。

2)「メゾ分析」ソフトとしての性格

「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ものである。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。

3)「地域比較分析」を目指す

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、保険者間いかにえれば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。

4)「分析ソフト」の必要性和利用データについて

介護保険制度のもとでは、サービス利用が「措置」という手続きを経なくなるため自治体の窓口を通る必要がなくなり、ケアマネジャーや自らが作成するケアプランがそれに代替している。その結果、自治体自らが利用者の個別データを確保することは非常に困難となり、仮に実施しようとする個々のケアプランを収集し、集計する必要が生じるのである。しかしながら、介護保険制度では、保険者、サービス提供者、ケアプラン作成者を分散するしくみであるため、現行では個々のケアプランの収集を自治体の実施しうるような条件には必ずしもない。

当初われわれは、ケアプラン作成の窓口を一本化している愛知県高浜市において、すべてのケアプランを収集し、統計ソフトを用いて集計する方法によって分析を進めた経験をもつ。さらに他市（和歌山県御坊市）にも同種のことを依頼し、比較を試みてその有効性

を確認してきた。その結果、当該自治体（保険者）の手から離れたもののケアプランを再度収集し、集計することが不可欠と判断し、そのデータを個々のケアプランの入力にもとめるのではなく、レセプトデータに求めることが効率的であると判断した。

介護保険の利用実績としてのレセプトデータは、国保連合会から保険者に配信される給付管理のデータのうち個々の利用者のデータが含まれているものが「保険者向け給付実績情報（11100000. CSV）」ということである。今回の分析ソフトは、この「保険者向け給付実績情報（11100000. CSV）」上のデータ処理を行い、保険者が当該地域の介護保険サービスの利用状況を分析する仕組みになっている。

（２）『介護保険事業実績（サービス利用・ケアプラン）分析報告書』の構成

「分析ソフト」の出力は、『介護保険事業実績（サービス利用・ケアプラン）分析報告書』として、すでに図表が作成されてくる。その構成ならびに図表は次のようになっている。

0. 受給状況

当該月の認定者数を入力することによって、認定者に占めるサービス利用者の割合が算出される。その結果、保険者の課題である「未利用者数」（未利用率）が判明する。

1. 利用状況

1 1 在宅・施設別の利用者人数、給付総額。

在宅：施設の比率が、利用人数と給付額の両面から明らかになる。介護保険事業計画での在宅：施設の比率を予測していたが、それとの比較が単年度しかも月ベースではあるが可能となる。

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」

ここでいう「利用率」とは、「支給限度額に対する比率」ではなく、利用実人数に対するサービス別の利用者数の割合を「利用率」として算出したもので、おおまかなサービスの普及率を表す指標としての性格をもつものである。

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

先の「利用率」を施設の3種類に応用したものである。

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

支給限度額を1つの利用水準として想定し，サービス利用の水準がどの割合にまで達しているかを把握しようとする。当然，「要介護度」別に達成率が出されることになるが，いずれにしてもその水準は要介護度が同じ利用者の平均化された給付額との対比として計算されているものである。

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）

上記の数値が平均給付額であるため，ここでは分布を算出している。保険給付のない支給限度額以上の数値はとれないので，4つの区分としてまとめている。

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

1 5において算出した，在宅サービスの「利用率」が要介護度別にどう変化するかを把握しようとしたもので，要介護度別のケアプランの状況を大まかに把握することができる。当該地域において，どのサービスが，どの要介護状態の人に利用されているかを理解することを通して，今後サービス普及の課題を検討する基礎資料となる。

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

ケアプランを大きく2つの種類に分けるとすると，単数のサービス利用か，複数のサービス利用かによって分類することが1つの方法となる。個々のケアプランを集計して特徴をおおざっぱに把握する意義は高いと考える。要介護度別にそれぞれの比率を比較することを通して，ケアマネジメントの普及度を捉える指標として活用可能といえる。

3 4 要介護度別の利用サービス種類数別の平均給付額

利用サービス数（1，2，3種類以上）が給付額にどのように影響を与えているかを，要介護度別に把握しようとしたものである。

② 利用サービス別の利用特性

利用サービスの種類別にどのような利用の特性があるのかを把握しようとしたものである。地域における利用構造は提供されているサービスの種類によって影響されるとの判断からである。

3 5 利用サービス別の単数・複数ケアプランの割合

利用サービスの種類において，ケアプラン（単数・複数）がどのようになっているかを把握しようとしたものである。「サービスがサービスを呼ぶ」といった性格をどのサービスが示しているかをみることができる。

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

どのサービス利用が他のサービス利用との重なりが多いかを把握しうるデータを提供することになる。

簡単に言うと利用サービス間のクロス分析である。

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）

訪問介護における3種類の利用形態の割合を比較することを目的としたデータ化である。

（3）「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。その理由の1つには、介護保険制度以前のデータの比較が、介護保険制度上での医療・保健と福祉の統合がなされたものであるため、介護保険前後の比較が困難になっていることがあげられる。

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。そこで、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。

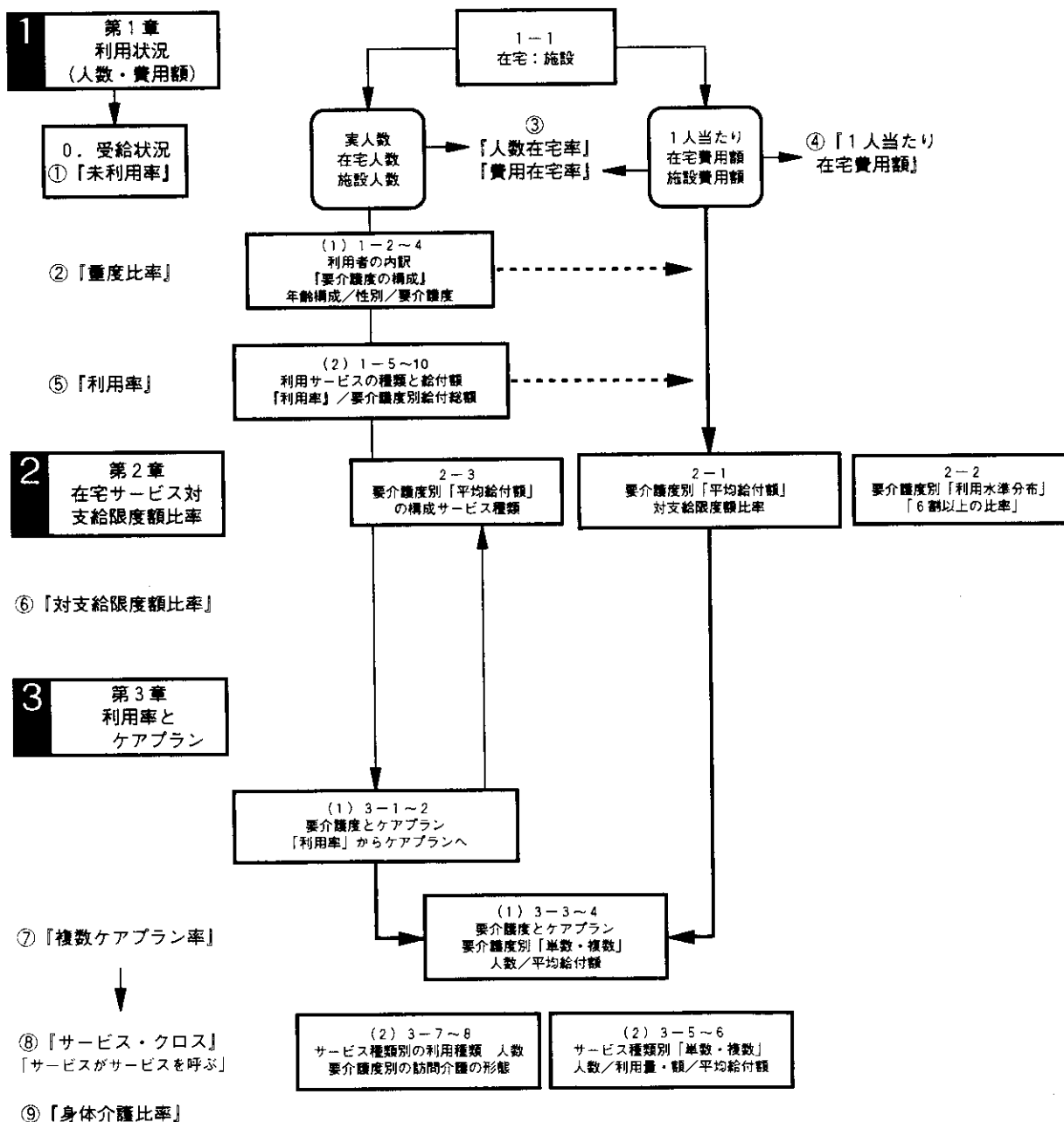
以下では9つの指標をもとに比較の視点を提案する（図3を参照）。その指標の妥当性を見る上で、今回「分析ソフト」で集計分析しえた一部のデータ（全国的に広域連合を含む57保険者の集計）を紹介しておく。なお、この「分析ソフト」による政策評価は次年度に本格的に試みることになる。

第3図

『介護保険事業実績分析報告書』の構成と指標化

①～⑨「****」：指標化

分析の3つの柱



1) 「認定者数」と「利用者数」の関係

① 『未利用率』の比較の視点

認定者数に占めるサービスを利用している者の割合が、「受給率」として把握され、1「受給率」＝『未利用率』が算出されることになる。『未利用率』が低いほど、介護保険制度が活用されていることになる。ただし、認定者数の掘り起こしの程度とも関わっており、その掘り起こしが少ないときには、相対的に『未利用率』が低下することもあり得る。

われわれの全国データの分析結果では、高齢化率とこの『未利用率』は逆の相関を示している。

② 『重度比率』

認定者数に占める要介護3以上の重度層の比率を『重度比率』として表現しておく。『重度比率』が平均と比較してあまりに高い場合には、軽度層の掘り起こしが進んでいないと判断することも可能である。

また『重度比率』は当該保険者における1人当たりの給付額にも影響を与えることとなる。

2) 地域における介護サービスの利用水準と利用構造とは

③ 『人数在宅率』『費用在宅率』

「在宅：施設」を表現する方法としては、人数の比と費用額の比の2通りがある。介護保険制度の目的の1つとして在宅サービスの利用率を高めることにあることから、それぞれの比率をここでは、『人数在宅率』『費用在宅率』として把握することを提案する。

全国的な傾向としては、『人数在宅率』が3分の2であり、『費用在宅率』が3分の1という状況である。

それぞれの保険者によって、特性や格差をあらわす指標としてはかなりの説明が可能となる。

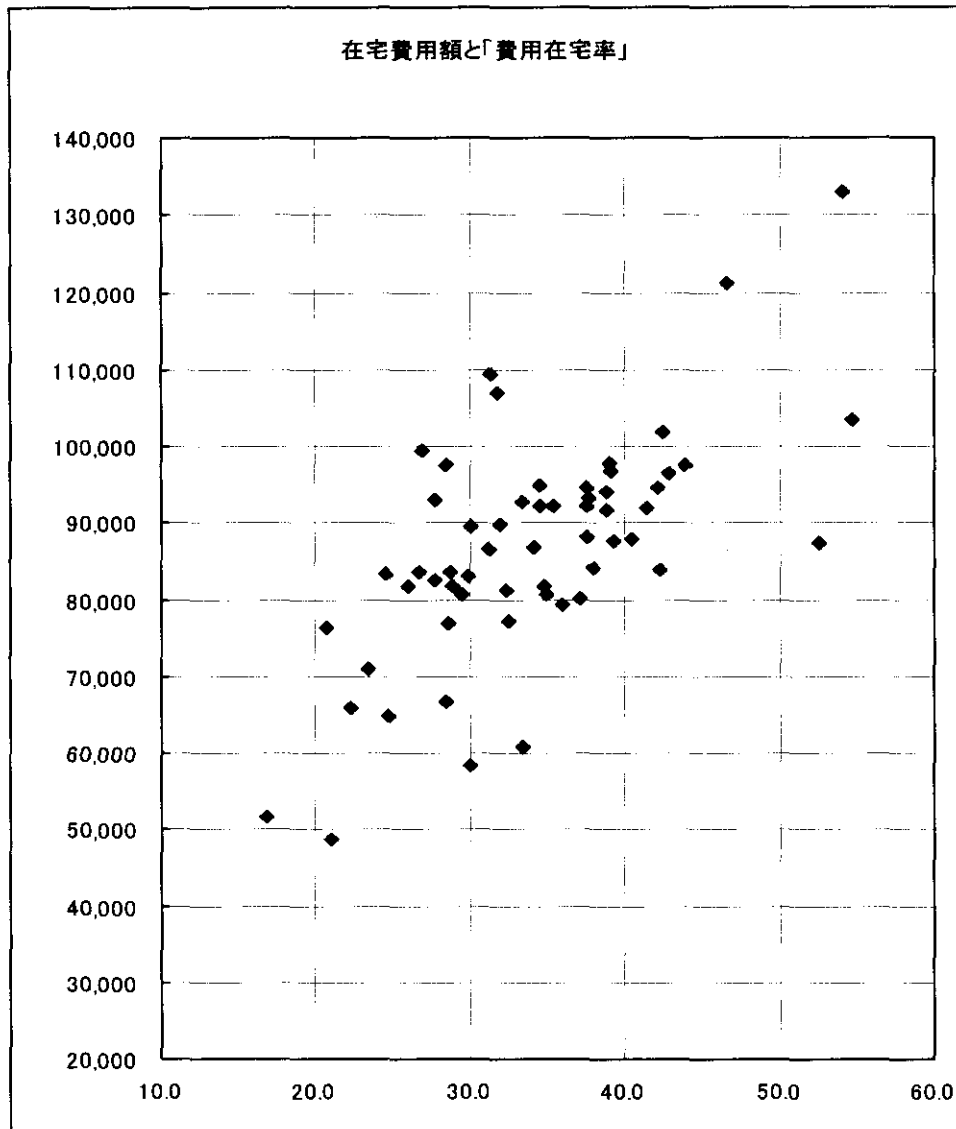
④ 『1人当たり在宅費用額』

『1人当たり在宅費用額』と異なって「1人当たり施設費用額」では、3種類の施設サービス利用に限定されているため、ほぼ同様の水準になる。しかしながら、『1人当たり在宅費用額』は、その利用水準が多様に組み合わせられるために、地域（保険者）間において大きな差を生み出す。

この指標を用いることによって、当該地域（保険者）における在宅介護サービスの利用水準の高低を大まかに把握することができる。ただし、要介護度別に利用水準は異なることもあって、先の『重度比率』が影響することもありうる。

われわれの全国データの分析結果では、『1人当たり在宅費用額』にこの『重度比率』は必ずしも強い影響を与えていない結果となっている。

『費用在宅率』と『1人当たり在宅費用額』との関係は、以下の図が示すように、相関関係が見られる。と同時に、保険者間においてかなりの格差が見られることも注目される。

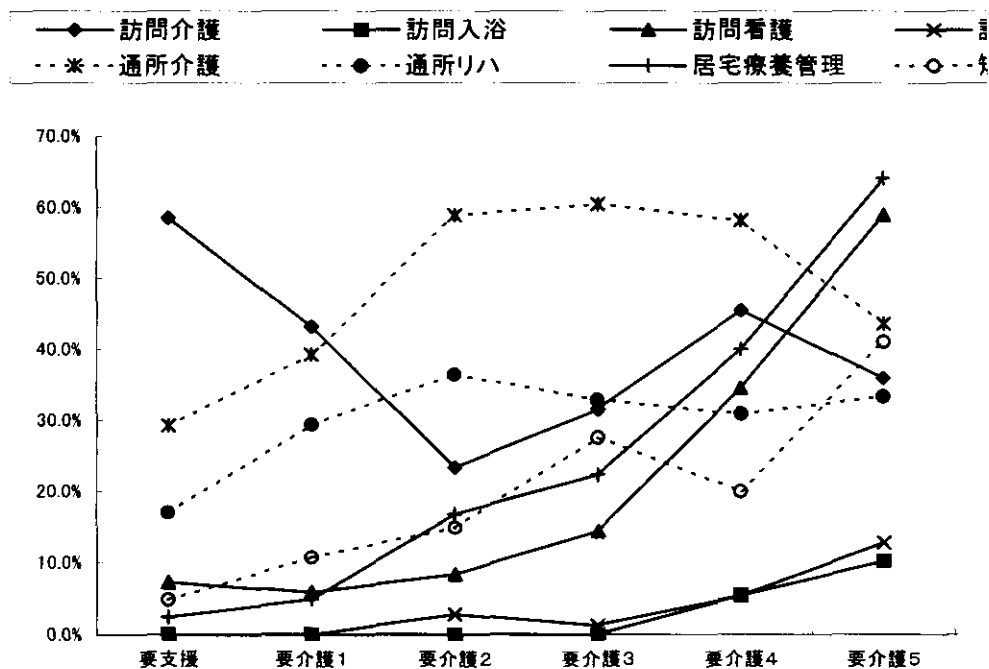
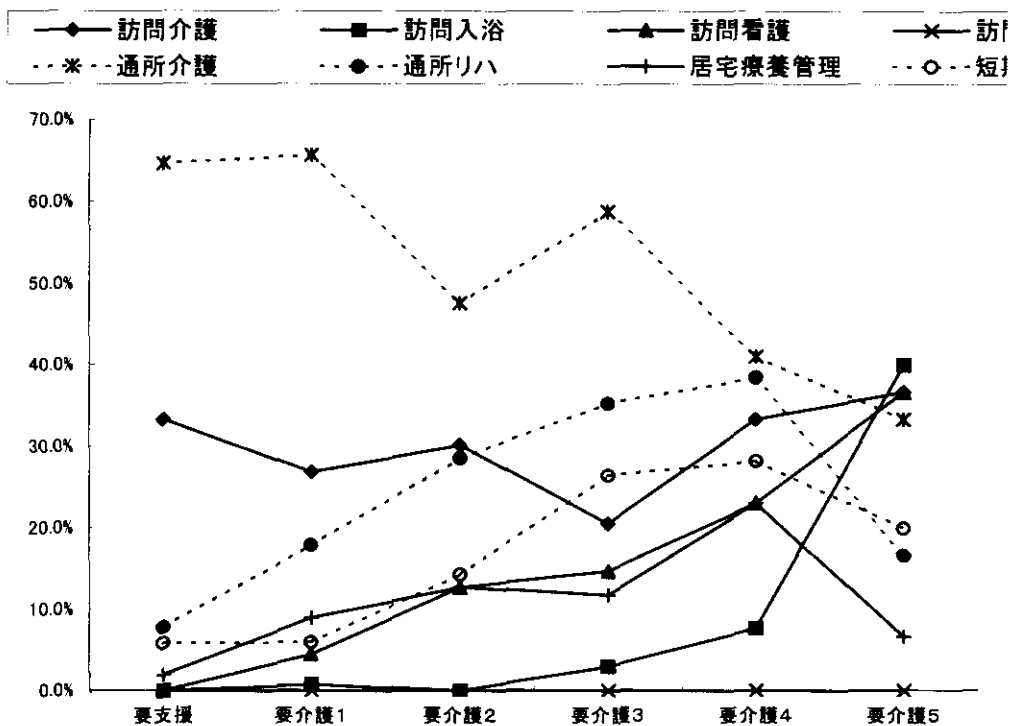


⑤『利用率』

すでに説明を加えたように、『利用率』とは、『支給限度額に対する比率』ではなく、利用実人数に対するサービス別の利用者数の割合を『利用率』として算出しもので、おおまかなサービスの普及率を表す指標と用いることが可能である。『利用率』の高いサービスの順に配列し、それを「利用構造」と呼ぶとき、地域によってかなり差があることが判明する。例えば、県レベルの平均と比較することによってその特性あるいは格差を見出すことができる。

この『利用率』は、在宅・施設の両方で用いることができる。

また要介護度別にこの『利用率』がどう変化しているかは興味深い。以下に例示として2つの地域のデータを示しておく。



3. ケアプランの水準をどう把握するか

⑥『対支給限度額比率』

ケアプランの水準を費用額で捉えるとすると、これまでも用いられてきた『対支給限度

額比率』が有効といえる。いずれにしてもその水準は要介護度が同じ利用者の平均化された給付額との対比として計算されているものであることに留意が必要といえる。そこで、利用分布（9割，69割，36割，3割の4区分）を採用することを試みている。例えば、『6割以上比率』として指標化することも可能といえる。

ちなみに、6つの市町村の『対支給限度額比率』の比較を以下に示しておく。

要介護度	A村			B町		
	平均給付額 (円)	支給限度額 (円)	対支給限度 額 比率(%)	平均給付額 (円)	支給限度額 (円)	対支給限度 額 比率(%)
要支援	42,373	61,500	68.9	36,394	61,500	59.2
要介護1	79,675	165,800	48.1	81,048	165,800	48.9
要介護2	119,659	194,800	61.4	62,007	194,800	31.8
要介護3	119,504	267,500	44.7	86,545	267,500	32.4
要介護4	170,865	306,000	55.8	104,520	306,000	34.2
要介護5	266,089	358,300	74.3	113,756	358,300	31.7

要介護度	C市			D市		
	平均給付額 (円)	支給限度額 (円)	対支給限度 額 比率(%)	平均給付額 (円)	支給限度額 (円)	対支給限度 額 比率(%)
要支援	35,660	61,500	58.0	30,843	61,500	50.2
要介護1	68,508	165,800	41.3	73,878	165,800	44.6
要介護2	98,181	194,800	50.4	80,914	194,800	41.5
要介護3	108,101	267,500	40.4	113,847	267,500	42.6
要介護4	146,236	306,000	47.8	128,409	306,000	42.0
要介護5	101,133	358,300	28.2	163,848	358,300	45.7

要介護度	E市			F市		
	平均給付額 (円)	支給限度額 (円)	対支給限度 額 比率(%)	平均給付額 (円)	支給限度額 (円)	対支給限度 額 比率(%)
要支援	29,033	61,500	47.2	28,443	61,500	46.2
要介護1	52,351	165,800	31.6	54,565	165,800	32.9
要介護2	67,469	194,800	34.6	77,234	194,800	39.6
要介護3	97,656	267,500	36.5	110,694	267,500	41.4
要介護4	120,055	306,000	39.2	128,113	306,000	41.9
要介護5	135,977	358,300	38.0	148,887	358,300	41.6

⑦『複数ケアプラン率』

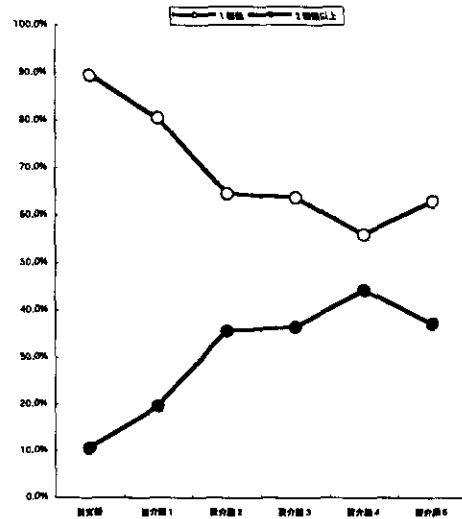
個々のケアプランを集計して特徴をおおざっぱに把握する方法として、ケアプランを単数のサービス利用か、複数のサービス利用かによって大きく2つの種類に分け、その複数サービス利用の割合を『複数ケアプラン比率』として表現している。要介護度別にそれぞれの比率を比較することを通して、ケアマネジメントの普及度を捉える指標として活用可能といえる。興味深い形をとる『複数ケアプラン率』の分布を町村部の6ヶ所を図示しておく。

この図からは2つの見方を提案できる。1つ単数率と複数率の交差点が要介護度のどの

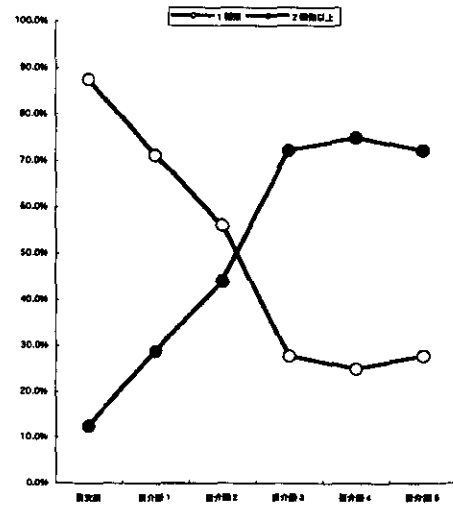
部分で生じるか、軽度の方に位置している方が、ケアプランの浸透度は高いことになる。もう1つは、重度層における『複数ケアプラン率』の数値である。重度層を支えるケアプランがどこまで普及しているかを把握することによって当該地域における在宅介護支援の水準を把握できる。

町村部

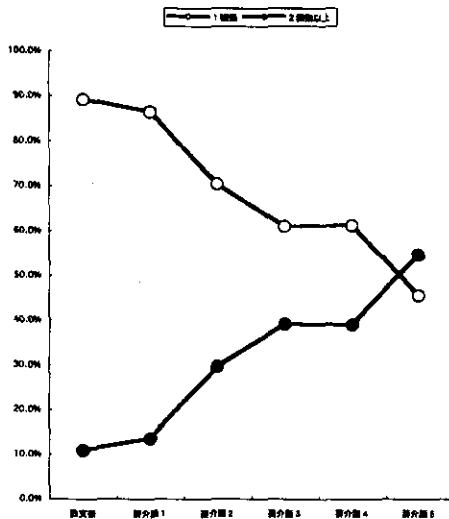
ア



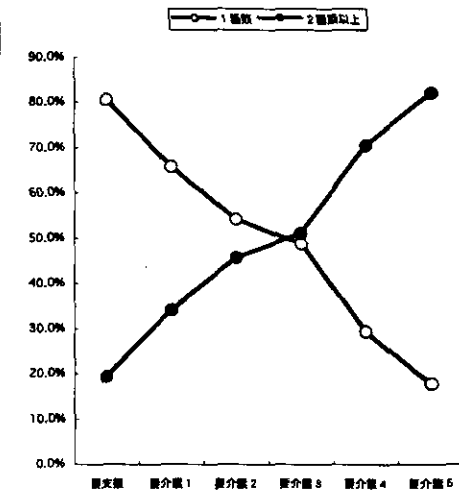
エ



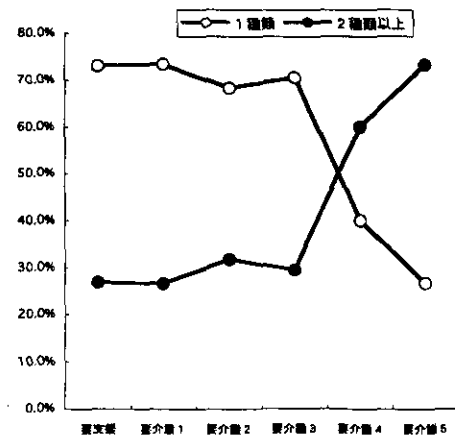
イ



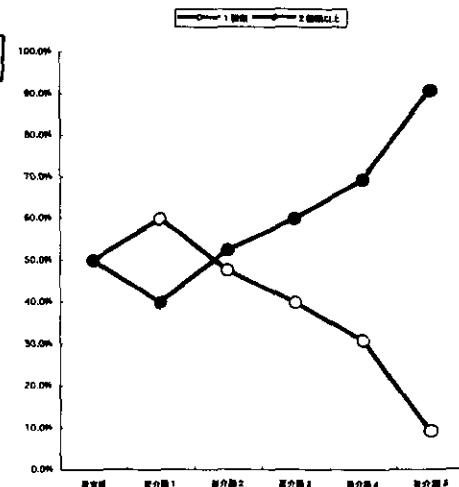
オ



ウ



カ



⑧『サービス・クロス率』

ある利用サービスにおいて、他のサービスの利用とどの程度の重なりがあるかを把握するものとして『サービス・クロス率』の指標化を提案する。利用サービス間のクロス分析で容易に把握できる。このクロス率が高いほど、「サービスがサービスを呼ぶ」という利用構造ができあがっていることになる。

⑨『身体介護比率』

訪問介護の利用形態（身体介護，家事援助，複合）において，身体介護の利用形態の割合を『身体介護比率』として指標化し比較することによって，『身体介護比率』の高い地域においては，重介護対応のホームヘルパーが育成されていることは判明する。