

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比較研究

平成13（2001）年度 研究報告書

主任研究者 野口 定久

平成14（2002）年4月

目 次

I. 総括研究報告	1
II. 分担研究報告	
第1章 イギリスのケアマネジメント －効果・効率の実証研究と導入後の評価－	21
第2章 「給付分析ソフト」活用による介護保険事業の 実績評価	34
第3章 単独自治体の多面的評価（1）－政策評価の方法－	
第1節 保健・福祉データベースの構築	55
第2節 介護保険政策の効果を測定するための 評価尺度の開発	61
第3節 放置と身体的・精神的虐待を評価する 手法の開発、ハイリスク者スクリーニ ング調査の意義と限界	74
第4節 介護環境調査から在宅ケアへ	86
第4章 単独自治体の多面的評価（2） －介護保険政策のインパクト（導入前後の比較研究）－	
第1節 介護保険政策による要介護高齢者及び 介護者へのインパクト －「単独方式」の2自治体を中心に－	98
第2節 2自治体におけるハイリスク者の割合 とその特徴	134
第3節 介護保険制度の家計への影響	149

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

2001年度

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
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

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介護保険を中心とする施策・事業・サービスの成果を評価するために、保険者である自治体にとって必要となる方法をマクロ・メゾ・ミクロのレベルで、今後の福祉政策的評価と臨床的・事業的評価の両面からの政策選択が可能となる評価指標を開発することに最終的な目標をおいている。最終年次である本年度の進捗状況としては、3つの分野で一定の成果を得ることができた。①イギリスのケアマネジメントの政策評価研究をモデルに、わが国の介護保険下におけるケアマネジメントの政策及び実践課題を抽出することができた。②本研究助成で開発がなされた「介護保険事業実績（サービス利用・ケアプラン）分析ソフト」を活用して、地域間比較および広域方式における構成市町村間のサービス提供量などのアンバランス問題などを解明し、保険者による介護保険制度の効率的かつ公平な運用システムの遂行を支援することに成果をみた。④単独自治体の多面的評価（たとえば、保健・福祉データベースの構築、介護負担感指標の開発、放置と身体的・精神的虐待を評価する手法の開発、介護環境エコマップの開発によるコミュニティソーシャルワークへの問題提起、家族介護者の介護負担の軽減方策など）指標の開発なども多くの成果を売ることができた。

分担研究者

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
 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 岐阜大学医学部看護学科講師
 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

A. 研究目的

本研究は、施行後2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

本調査研究の対象自治体は、一つに単独自治体の多面的評価を行うために、愛知県高浜市と武豊町をフィールドに設定し、二つには「介護保険事業実績（サービス利用・ケアプラン）分析ソフト」を活用して、適正な介護保険給付バランスのあり方を自己研究するために、全国の保険者を対象とした。また、本研究とイギリスのケアマネジメント政策評価研究との比較研究プロジェクトを関係づけた。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。

第1章 イギリスのケアマネジメント

－効果・効率の実証研究と導入後の評価－
近藤

第2章 「給付分析ソフト」活用による介護保険事業の実績評価

平野

第3章 単独自治体の多面的評価（1）－政策評価の方法－

第1節 保健・福祉データベースの構築
後藤

第2節 介護保険政策の効果を測定するための評価尺度の開発－ 久世

第3節 放置と身体的・精神的虐待を評価する手法の開発、ハイリスク者スクリーニング調査の意義と限界
加藤

第4節 介護環境調査から在宅ケアへ
野口

第4章 単独自治体の多面的評価（2）

－介護保険政策のインパクト（導入前後の比較研究）－

第1節 介護保険政策による要介護高齢者及び介護者へのインパクト
－「単独方式」の2自治体を中心に－
樋口

第2節 2自治体におけるハイリスク者の割合とその特徴
加藤

第3節 介護保険制度の家計への影響
後藤

C. 研究結果

I. 近藤報告：イギリスのケアマネジメント－効果・効率の実証研究と導入後の評価

近藤報告は、介護保険の政策評価の重要な要素でもあるケアマネジメントをとりあげ、それを、イギリスとの比較検討を通して介護保険下のケアマネジメントの課題を明らかにすることにある。Personal Social Service Research Unit (PSSRU)によるケアマネジメントの実証研究と1990年にNHS and community care法が成立し、ケアマネジメントは1993年から全英に導入された。また、ケアマネジメント導入後、保健省の社会サービス監査局などにより政策評価が行われた。①施設入所者が減った

こと、②それまで経済力のアセスメントし
かされていないためにコントロールされて
いなかった施設入所費用がコントロール可
能になったこと、③公的財源による長期療
養ケアの利用時にニーズのアセスメントが
なされるようになったこと、④介護者のニ
ーズが理解され、従来に比べ濃厚な在宅ケ
アが可能になったことなどが散見できる。

II. 平野報告：「給付分析ソフト」活用による介護保険事業の実績評価

平野教授による介護保険事業評価のため
の独自のソフト開発は、今回の研究の大き
な成果である。別名「介護保険事業実績（サ
ービス利用・ケアプラン）分析ソフト」は、
24 都道府県、1269 保険者のデータベース
をもとに、諸指標を用いて地域間比較を試
み、広域方式における構成市町村間のアン
バランス問題などの実態を明らかにするこ
とが可能になった。

III. 後藤報告：保健・福祉データベースの構築

後藤報告の目的は、介護保険制度に関わ
る福祉領域のデータを中心としながら、保
健・福祉データベースの構築技法の提案を
行うものである。データの再利用と分析に
より政策評価に関与していくことの可能性
が見えてきた。

IV. 久世報告：介護保険政策の効果を測定するための評価尺度の開発

介護保険政策の効果を測定するための評
価尺度の開発研究に向けられている。NFU
版介護負担感尺度を用いれば、介護者の負
担感を3つの側面から測定することが可能
であるとの見解をうることができた。

V. 加藤報告：放置と身体的・精神的虐待を評価する手法の開発－ハイリスク者スクリーニング調査の意義と限界

ハイリスク者スクリーニング調査の意義

と限界に関する研究結果からは、以前にハ
イリスクと評価された者に支援を行い、状
況が改善したとしても、新規にハイリス
ク者が多く出現したら援助者の努力は数値
の上では表れてこない、ということが判明
した。

VI. 野口報告：介護環境調査から在宅ケアへ

要介護高齢者の介護環境の実態をありの
ままに図示してみる方法がとられている。
今回の介護環境エコマップ調査では、20 ケ
ースの在宅介護の状況を得ることができた。
①介護保険サービスについては、介護認定
の評価と実際の要介護者の在宅での生活環
境に、少なからずギャップがみられたこと
である。とくに痴呆症状を有するケースの
介護環境の厳しさがみられた。②地域保健
福祉サービスについては、日常の介護の連
続性への援助・支援システムが介護負担の
軽減につながるということがわかった。③イン
フォーマル・サポートについては、近隣や親
族をめぐる小地域で介護ネットワークづく
りの実践を作為的に構成していく必要があ
ることなどが指摘されている。

VII. 樋口報告：介護保険政策による要介護高齢者及び介護者へのインパクト－「単独方式」の2自治体を中心に－

介護保険政策の要介護者および介護者
に対するインパクトを明らかにするために、
介護保険前後の2時点で、①要介護認定者
の療養場所の変化、②介護者の心理・情緒
的因子（主観的幸福感、抑うつ、介護負担感）
の変化の評価が行われている。要介護認定
を受けただけで介護サービスを利用してな
い群においても介護負担感が軽減していた、
という興味ある結果がみられた。

VIII. 加藤報告：2自治体におけるハイリスク者の割合とその特徴

介護保険はハイリスク者に対しポジティブな効果があったこと、放置と身体的・精神的虐待の場合とではリスク改善に効果があるケアプランの内容が異なってくること、ハイリスク状況の改善に向けてはサービス量の増加だけではなく、ケアマネジメントも不可欠であることが提起されている。

IX. 後藤報告：介護保険制度の家計への影響

在宅サービスでは、自己負担がサービス利用を抑制していると確定することはまだできない。利用料の減免がなくなり、完成した介護保険制度のもとでの変化を見るには、もう暫くの時間を要するとの指摘がなされている。

D. 考察

1. イギリスのケアマネジメントー効果・効率の実証研究と導入後の評価ー

Iー近藤報告；イギリスのケアマネジメント導入経過やその後の評価、そして日英比較をした結果、見えてきた我が国で今後検討すべき課題は、①より集中的ケアマネジメントに移行すべきこと、②事業者所属ケアマネジャーの功罪、③政策評価研究の必要性と可能性などがあげられている。

2. 「給付分析ソフト」活用による介護保険事業の実績評価

IIー平野報告；実績によるタイプ分けによると、平均値の周辺（B）を中心に、「1人あたり在宅費用額」と「費用在宅率」の両指標の相関関係を踏まえ、標準的・典型的な分布（A・C）を設定するとともに、高い「1人あたり在宅費用額」と低い「費用在宅率」で構成されるD、低い「1人あたり在宅費用額」とにも関わらず高い「費用在宅率」で構成されるEという変則的なタイプ、というように類型化できる。

3. 単独自治体の多面的評価

III. 後藤報告；本研究の到達点は、政策評価に必要なデータベースを構築したことである。より実用的な政策評価を行うことができた。

IV. 久世報告；研究結果からは、「主観的満足度」、「心理的安定」、「むなしさ」、「活力」という4つの下位尺度からなるQOL指標を作成することができた。NFU版介護負担感尺度に関しては、信頼性・妥当性・再現性が高く、昨年度と同じ3つの下位尺度（「主観的負担感」、「介護の継続意思」、「世間体」）からなっていることが確認された。

V. 加藤報告；介護保険導入前、要介護認定時に訪問相談員がハイリスクと評価した者は、導入前は両自治体で107名、導入後も40名存在した。このことから本研究で作成した調査票を用いれば、一定程度ハイリスク状態にある者を見つけ出せることが確認できた。

VI. 野口報告；この介護環境エコマップを活用して多職種間での地域ケア会議を開催し、継続的にハイリスクケースを観察する。その際に、ハイリスク対応のインテンシブなケアマネジメントと調整型のケアマネジメントを類型化する必要がある。

VII. 樋口報告；介護保険政策のインパクトを明らかにするために、介護保険前後の2時点で評価した。要介護認定者の療養場所の移動がかなりあることが明らかになり、縦断的に評価するためには、モニタリングを工夫することや移動後の状況もふまえる必要性が示された。

VIII. 加藤報告；今後はハイリスク状態を改善するための援助として何がどれだけ必要か、誰がどのように提供すべきかなどの検討が必要と考える。

IX. 後藤報告；高浜市では、介護保険制度が安定した時点で自己負担額は6,000円/月を超えると予測され、増加幅はさらに拡大するものと思われる。

E. 結論

1. イギリスのケアマネジメントー効果・効率の実証研究と導入後の評価ー

①近藤報告からは、政策評価でもケアマネジメントでも我が国に先行するイギリスの姿勢や手法に学びつつも、わが国における介護保険政策、そしてケアマネジメントの政策評価の必要性とその実証性を指摘する。

2. 「給付分析ソフト」活用による介護保険事業の実績評価

②平野報告では、今後の介護保険事業計画の見直しにおける将来モデルの設定において、CタイプはさしあたりBタイプを目指す計画になること、Dタイプにおいては、より在宅サービスの充実に努め、上位のAタイプを目指すことが介護保険の在宅重視という理念からも重要であることが指摘された。また、広域連合においては総費用を構成市町村間で配分し合うという独特な側面があること、財政面での安定化が契機となった広域連合であるが、サービス基盤の共有化を通して、利用の平準化にまで達していないことなど、この点での改善方策が説かれた。

3. 単独自治体の多面的評価

③後藤報告では、市町村にサービス毎の給付必要量の予測と供給量確保の方策を計画することを意味し、各種の意志決定を行う必要がある。評価の前提情報、評価結果はサービス選択の情報とともに順次開示される仕組みが必要となろう。

④久世報告では、心理・情緒的因子を測定するためのQOL指標作成とNFU版介護負担感尺度を作成したが、これらの尺度、とくに介護負担感尺度については、信頼性・妥当性・再現性が確認されており、介護保険政策の効果を測定する評価尺度の1つとして使用することができるとの結論が得られた。

⑤加藤報告の第I研究では、介入前後の変化に注目して結果を考察し、援助目標を立て、プロセスとアウトカムを見る形成的質的評価等もあわせて行う重要性などの示唆がなされている。

⑥野口報告では、今回の実験とこれまでの地域ケア研究に基づいて、在宅ケアを可能にする条件を10項目抽出している。

⑦樋口報告では、介護負担解消には、現在の介護保険政策では不十分であることが示唆された。一層の介護者支援、集中的支援などを、縦断的に評価するためには、モニタリングの工夫が必要であることなどが指摘された。

⑧加藤第2報告では、介護保険はハイリスク者に対しポジティブな効果があったこと、放置と身体的・精神的虐待の場合とではリスク改善に効果があるケアプランの内容が異なってくること、ハイリスク状況の改善に向けてはサービス量の増加だけではなく、ケアマネジメントも不可欠であることが指摘されている。

⑨後藤第2報告においては、データの集積により、低所得者全体の分析に拡大し、どのような低所得者対策を取るのか、慎重な分析が必要であることなどの指摘がなされた。

**「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2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、①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、②ケアマネジメントの政策評価研究が先行しているイギリスの実践をモデルに、わが国の介護保険下におけるケアマネジメントの政策及び実践の評価手法を開発すること、③本研究助成で開発がなされた「介護保険事業実績（サービス利用・ケアプラン）分析ソフト」を活用して、保険者のデータベースに基づき、地域間比較および広域方式における構成市町村間のサービス提供量などのアンバランス問題などを解明し、介護保険制度の効率的かつ公平な運用システムの遂行を支援すること、④単独自治体の多面的評価（たとえば、保健・福祉データベースの構築、介護負担感指標の開発、放置と身体的・精神的虐待を評価する手法の開発、介護環境調エコマップの開発など）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やケアマネジメントのレベルアップなどを通して、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、一つに単独自治体の多面的評価を行うために、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。二つには、本研究助成で開発した「介護保険事業実績（サービス利用・ケアプラン）分析ソフト」を活用して、全国レベルかつ都道府県レベルの介護保険給付傾向を把握し、それぞれの保険者ごとの適正な介護保険給付バランスのあり方を自己研究するために、全国の保険者を対象とした。

（3）本研究に関連する国外の先行研究としては、英国の Kent 大学 PSSRU の Challis D.

らが行ったコミュニティケア・プロジェクトが有名である。そこでは、ケアマネジャーに予算執行の責任を持たせる Kent 方式が従来のサービスとほぼ同水準の費用で、より高いサービスを提供し得たことを実証的に示している。このように今後は、政策目標がどの程度達成されているのかをモニターし、さらにより効率的に目標を達成するための改善策について実証的に検討する研究が国際的潮流になりつつある。本研究とイギリスのケアマネジメント政策評価研究との比較研究プロジェクトの端緒をつける。

(4) 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。

第1章	イギリスのケアマネジメント	
	－効果・効率の実証研究と導入後の評価－	(近藤)
第2章	「給付分析ソフト」活用による介護保険事業の実績評価	(平野)
第3章	単独自治体の多面的評価 (1) －政策評価の方法－	
	第1節 保健・福祉データベースの構築	(後藤)
	第2節 介護保険政策の効果を測定するための評価尺度の開発	(久世)
	第3節 放置と身体的・精神的虐待を評価する手法の開発、ハイリスク者スクリーニング調査の意義と限界	(加藤)
	第4節 介護環境調査から在宅ケアへ	(野口)
第4章	単独自治体の多面的評価 (2)	
	－介護保険政策のインパクト (導入前後の比較研究) －	
	第1節 介護保険政策による要介護高齢者及び介護者へのインパクト	
	－「単独方式」の2自治体を中心に－	(樋口)
	第2節 2自治体におけるハイリスク者の割合とその特徴	(加藤)
	第3節 介護保険制度の家計への影響	(後藤)

(倫理面への配慮)

個人情報扱う必要性からプライバシーの保護には細心の注意を払う必要がある。行政データを用了他の研究に学び、個人を特定できるデータはそのままの形で研究に用いないようにデータに加工を施した。自治体から個人情報の提供を受ける場合には、コー

ド番号化するなど個人が特定できないよう配慮した。訪問調査などにあたっては、自治体を通じて本人の同意を得てから、住所など必要な情報を提供していただくなどの手続きをとった。

C. 研究結果

I. 近藤報告：イギリスのケアマネジメントー効果・効率の実証研究と導入後の評価ー

近藤報告は、介護保険の政策評価の重要な要素でもあるケアマネジメントをとりあげ、それを、わが国に10年先行するイギリスとの比較検討を通して、介護保険下のケアマネジメントの課題を明らかにすることにある。そのひとつは、ケアマネジメントの効果や効率を検証した実証的政策評価研究の紹介と全英へのケアマネジメント導入にいたる経過、もうひとつは、全英にケアマネジメントが導入されて以降の状況について日英比較から見えてくる日本のケアマネジメントの課題について考察がなされている。

近藤氏がイギリスのケアマネジメント研究の第一人者の David Challis 教授（マンチェスター大学）を2001年6月に尋ね、2002年3月には本プロジェクトで David Challis 教授を日本に招聘した。発表されている文献、並びに来日前後のヒヤリング、講演、資料などで得た情報に基づき、考察が加えられている。

研究結果としては、①Personal Social Service Research Unit (PSSRU)によるケアマネジメントの実証研究と1990年改革；主要なものは、4つの地域における5つの研究プロジェクトである。これら一連の研究で、ケアマネジメントを実践することによって、施設入所が減少すること、要介護者と介護者へのケアの質が改善すること、しかもそれを従来と同等の費用で実現できることなどが実証しえた。社会サービスについて改善策を示した白書（caring for people）で Challis 教授らの行ったプロジェクト報告が引用され、ケアマネジメントを導入すべきことが提案された。これらを踏まえ、1990年に NHS and community care 法が成立し、ケアマネジメントは1993年から全英に導入された。また、ケアマネジメント導入後の評価研究では、1993年のケアマネジメント導入後、保健省の社会サービス監査局などにより政策評価が行われた。その主な変化は、①施設入所者が減ったこと、②それまで経済力のアセスメントしかされていないためにコントロールされていなかった施設入所費用がコントロール可能になったこと、③公的財源による長期療養ケアの利用時にニーズのアセスメントがなされるようになったこと、④介護者のニーズが理解され、従来に比べ濃厚な在宅ケアが可能になったことなどが散見できる。

他方では、5つの課題を提示している。①行われているアセスメントがあまりに多様性に富んでいること、②ケアマネジメントの目的や内容、形式について明確な定義が欠落していること、③現場に予算を管理する権限がおろされていないこと、④求められているにもかかわらず進んでいない医療と福祉の統合の課題、⑤ケアマネジメントを再定義し、集中的ケアマネジメントを重視すべきであること、などである。

II. 平野報告：「給付分析ソフト」活用による介護保険事業の実績評価

平野教授による介護保険事業評価のための独自のソフト開発は、今回の研究の大きな成果である。別名「介護保険事業実績（サービス利用・ケアプラン）分析ソフト」は、24都道府県、1269保険者のデータベースをもとに、諸指標を用いて地域間比較を試み、広域方

式における構成市町村間のアンバランス問題などの実態を明らかにすることが可能になった。研究方法には、①この「介護保険事業実績（サービス利用・ケアプラン）分析ソフト」のデータベース化を都道府県レベルで進め、そのためのデータベース化ソフトを提供する方法をとった。介護保険の事業実績月としては2000年10月、2001年10月の2時点を設定した。②「広域方式」と「単独方式」の比較研究のために、広域連合については構成市町村での実績データが収集できる方法を開発している。

ここでは、研究成果の一端を紹介しておく。①1,269保険者の市町村別には、市部が244保険者（19.2%）、町村部が990保険者（78.0%）、広域連合が35保険者（2.8%）、②介護保険事業の総費用額を左右するものは、利用総人数に占める施設入所の利用者割合（本分析ソフトでは「人数施設率」と表現されている）であること。制度設計上、施設入所の1月あたり費用額は、おおむね30数万円となり、在宅の支給限度額の平均値（単純な平均値＝225,700円）よりかなり高い。③「費用在宅率」と1人あたりの在宅費用額との関係の分散を見ることが最も効果的であることから、両者は一定の相関をもちながらも、平均的な領域の枠や平均値を示す線からズレを示しながら分散している傾向がみてとれる。④1人あたりの在宅費用額では、都市部93,180円、町村部89,225円、広域連合85,766円の順に低下しており、3者の間に一定の差が見られる。3つの地域類型のなかでは広域連合がもっとも低い金額にとどまっており、「費用在宅率」では全国平均36.2%であるのに対し、1人あたりの在宅費用額と同様に広域連合が35.0%と低い数値となっていることなどが指摘されている。その他の研究成果は、考察及び本編を参照されたい。

Ⅲ. 後藤報告：保健・福祉データベースの構築

後藤報告の目的は、介護保険制度に関わる福祉領域のデータを中心としながら、保健・福祉データベースの構築技法の提案を行うものである。住民基本台帳、国民健康保険データなど膨大な行政データを活用し、それらを政策環境や政策対象に関する評価のためのデータベースの開発を行うことにある。収集するデータは、行政や社会福祉協議会などで活用されている、①要介護度認定結果、②国民年金、③国民健康保険、④国保レセプト情報、⑤介護保険給付実績、⑥住民基本台帳（含：外国人登録）、⑦その他（福祉カルテ・介護保険レセプトデータなど）である。また、行政の協力を得て、研究グループが独自に収集した、⑧高齢者一般・要援護者調査、⑨介護負担感調査の結果もデータベースに含められている。研究の成果としては、①～⑨の情報をデータベースに構築化されている。そして、すべてのデータはリレーショナルデータベースに蓄積され、専門的なノウハウがなくてもデータのアクセスが可能となっている。データベースはMicrosoft社のAccess2000で開発し、高浜市分で221MBの容量である。行政内での情報システムの目的は主に業務の効率化にとどまっていたが、ここではデータの再利用と分析により政策評価に関与していくことの可能性が見えてきた。

Ⅳ. 久世報告：介護保険政策の効果を測定するための評価尺度の開発

久世報告では、介護保険政策の効果を測定するための評価尺度の開発研究に向けられている。今年度は、①心理・情緒的因子を測定するためのQOL指標の開発、②昨年度作成した介護負担感尺度の再検討がなされている。研究対象は、愛知県下の2つの単独自治体A

市、B町（人口規模が約4万人、高齢人口比率が12-14%と類似）に在住する高齢者（高齢者一般調査）と介護保険を申請した要介護高齢者を主に介護している介護者（介護者調査）である。高齢者一般調査の対象者は、A市5548人、B町4494人であった。調査内容は、基本属性、健康状態、機能因子、心理・情緒的因子、社会的因子、環境因子である。

この研究からは、①QOL指標の開発：A市の主観的満足度尺度では $\alpha = .70$ 、心理的安定尺度では $\alpha = .74$ 、むなしさ尺度では $\alpha = .79$ 、活力尺度では $\alpha = .64$ 。B町では、主観的満足度尺度が $\alpha = .68$ 、心理的安定尺度が $\alpha = .73$ 、むなしさ尺度が $\alpha = .79$ 、活力尺度が $\alpha = .66$ であった。したがって、このQOL指標を用いて今後の検討を進めていくことができると考えられる。②NFU版介護負担感尺度についての再検討：NFU版介護負担感尺度の信頼性と妥当性を検討するため、得点が高いほど負担感が大きくなるように得点化し、介護保険導入前・後で信頼性係数が求められている。介護保険導入前では $\alpha = .80$ 、導入後では $\alpha = .82$ という結果であった。次に、14項目の介護負担感尺度の妥当性が検討されている。介護者調査では、介護者の全体的負担感（全体的大変さ）を測定するために、「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」という全体的負担感を用いて、NFU版介護負担感尺度の妥当性の検討がなされている。2つの負担感の相関は、介護保険導入前では $r = .66$ 、導入後では $r = .73$ である。これらの結果と昨年度の結果から、NFU版介護負担感尺度の信頼性・妥当性・異なる自治体と異なる2時点での再現性が確認されたことになる。したがって、このNFU版介護負担感尺度を用いれば、介護者の負担感を3つの側面から測定することが可能であると考えられる。

V. 加藤報告：放置と身体的・精神的虐待を評価する手法の開発ーハイリスク者スクリーニング調査の意義と限界

加藤報告の目的は、身体的暴力（以下、身体的虐待）と心理的情緒的あるいは精神的虐待（以下、精神的虐待）、放置について、リスクの有無・程度を評価する手法を開発し、その信頼性を検討することである。①放置の項目は「起居移動動作」「身の回りの援助（排泄・清潔の保持等）」「毎日の家事（炊事など）」「週に数回の家事（掃除など）」、それぞれの程度は「手をかけすぎている」「十分である」「まあ十分である」「普通」「やや問題あり」「問題あり」である。身体的・精神的虐待の項目は「身体的虐待」「精神的虐待」、それぞれの程度は「問題なし」「否定できない」「やや問題あり」「問題あり」である。②検者間の見解の一致度は、放置項目についてはB自治体がやや高かった。両自治体をあわせると、身体的・精神的虐待の項目では78.3%、放置の項目では54.1%、リスク全体では43.3%という結果がみられた。

また、ハイリスク者スクリーニング調査の意義と限界に関する研究結果からは、以下の7点の意義が認められた。①権利擁護担当者が自治体全体のリスクを把握できる ②ケアマネージャーがリスクの程度を自治体全体からみて把握できる ③自治体の政策立案の判断材料になる ④介護に関する相談を受け付ける窓口の仕事を充実させる客観的な資料になる ⑤リスク変化のきっかけ、介入方法を調べる前段階として必要な作業である ⑥ケアプランを客観的に評価する資料の一つとなる ⑦他機関と連携する必要があるケースの対応方法を考える資料となる。また、限界については、次の2点が見出された。①リスク者の割合が多いとの結果がでた場合、調査員は自分の判断が厳しかったのではと思い、次

回は疑わしいと思った事例でもリスクと判断しなくなる可能性がある。②数値の動きのみを見ては、政策判断がゆがむ可能性がある。以前ハイリスクと評価された者に支援を行い、状況が改善したとしても、新規にハイリスク者が多く出現したら援助者の努力は数値の上では表れてこない、ということが判明した。

VI. 野口報告：介護環境調査から在宅ケアへ

野口報告では、高浜市の介護保険審議会において居宅介護サービスの中でもデイサービス等の通所系のサービス利用は大幅に拡大されているものの、在宅の訪問介護サービスの伸びがあまり見られないことが判明したことを受けて、居宅介護サービスの利用拡大をはかり、利用者が安心して在宅介護を続けられるような環境づくりのためのアンケート調査を実施した。今回の調査研究では、要介護高齢者の介護環境の実態をありのままに図示してみる方法をとった。調査項目は、①要介護者の状況（性別、年齢、要介護度、痴呆症状、身体状況）、②介護者の状況（性別、年齢、続柄、仕事、健康）、③世帯構成（同居家族）、④家族介護状況、⑤介護保険サービスの利用状況、⑥地域保健・医療・福祉サービスの利用状況、⑦住環境（住居形態、要介護者の居室、住宅改造、転倒しやすい箇所）、⑧インフォーマル・サポート（親族、近隣）を設定した。

今回の介護環境エコマップ調査では、20 ケースの在宅介護の状況を得ることができた。①介護保険サービスについては、①介護認定の評価と実際の要介護者の在宅での生活環境に、少なからずギャップがみられたことである。とくに痴呆症状を有するケースの介護環境の厳しさがみられた。②地域保健福祉サービスについては、日常の介護の連続性への援助・支援システムが介護負担の軽減につながるということがわかった。③インフォーマル・サポートについては、近隣や親族をめぐる小地域で介護ネットワークづくりの実践を作為的に構成していく必要がある。そのような活動を通して、地域のキーパーソンとなる人を見出し、地域ケアのインフォーマルネットワークの形成が求められている、ことなどが指摘されている。

VII. 樋口報告：介護保険政策による要介護高齢者及び介護者へのインパクトー「単独方式」の2自治体を中心にー

樋口報告は、介護保険政策の要介護者および介護者に対するインパクトを明らかにするために、介護保険前後の2時点で、①要介護認定者の療養場所の変化、②介護者の心理・情緒的因子（主観的幸福感、抑うつ、介護負担感）の変化の評価が行われている。研究対象は、人口規模が約4万人、高齢人口比率が12-14%と類似した2つの単独自治体A市、B町の介護保険を申請した要介護高齢者と主に介護している家族である。方法には、質問票を用いた留め置き郵送返送方式を用いている。調査内容は、①介護の負担感：中谷ら（1988）の介護負担感尺度、経済状態と家族・親族間の人間関係を問う項目を加えたNFU版介護負担感尺度、全体的負担感（7段階）、②心理・情緒的因子：介護者の主観的幸福感（11項目の短縮版PGCモラル・スケール）、高齢者うつ評価尺度（GDS）、③社会的因子：介護者のソーシャル・サポート、④主観的健康感、⑤保健・福祉サービスの利用状況と満足度を設定している。

調査結果からは、①要介護認定者の療養場所の比較；介護度別の全認定者に占める在宅

で療養者の割合は、導入後要介護度 3 以上の重度群で約 15%減少していた。また導入前後の認定者の総数はほぼ同じであるが、独自の訪問調査を在宅で受けた 647 人でみると、1 年後も在宅で療養と確認できた人は 41.4%に留まり、死亡、入院・入所などの移動がかなりあることがわかった。

②二介護者の心理的情緒的因子の比較；横断データの結果からは、介護負担感（中谷）で導入前の 27.4 から 25.8 へと有意な改善が見られたが、7 段階スケールでは有意な改善は見られなかった。縦断データの結果からは、導入前の介護者の平均年齢は、61.6±11.5 歳で、続柄は嫁 43.7%、配偶者 28.9%、娘 11.9%の順であった。縦断データ全体(n=135)の介護負担感(NFU)は 31.4 から 29.8 へ、主観的幸福感は 5.2 から 5.9 へ、共にわずかだが有意に改善していた。しかし、抑うつ、7 段階スケールによる介護負担感、主観的健康観では有意な改善は見られなかった。

これを要介護度別にみると、要支援から要介護 2 までの軽度群においては、主観的幸福感と介護負担感（中谷）などで有意に改善していたが、要介護 3 以上の重度群では、有意な改善は見られなかった。また、障害老人・痴呆性老人の日常生活自立度をもとに、①身体障害・痴呆ともに軽度群、②身体障害軽度痴呆重度群、③共に重度群の 3 群に分けると、介護負担感、共に軽度群で改善、共に重度群で不変なのに対し、痴呆のみ重度群ではむしろ介護を前向きに捉え継続しようとする姿勢が有意に低くなっていた。また、介護者の年齢別に見ると、65 歳未満の介護者でのみ有意に改善していた。また、レセプトデータによる介護サービス利用量別に見ると、各要介護者の対支給限度額比率が 30%（ほぼ中央値）以上群では、主観的幸福感と介護負担感（中谷）で有意に改善していたが、未満群では、有意な改善は見られなかった。一方、要介護認定を受けただけで介護サービスを利用していない群においても介護負担感が軽減していた、という興味ある結果がみられた。

VIII. 加藤報告：2 自治体におけるハイリスク者の割合とその特徴

ここでの加藤報告では、放置、または身体的・精神的虐待のハイリスク者に対する介護保険下でのケアマネジメント効果を明らかにする目的で、A, B 2 つの自治体を対象に 2 つの研究が行われている。両自治体におけるハイリスク者の割合とその特徴（研究 I）、介護保険導入後のハイリスク者の状況変化とその理由・介護保険下でのケアマネジメントの効果（研究 II）である。研究 I について、介護保険導入前のハイリスク者の割合は両自治体合わせて 17.1%であった。リスクと要介護度の関係では要介護度に応じて不十分になりやすい介護内容が違ふこと、身体的または精神的虐待が疑われる者の介護者は、そうでない者の介護者に比べ、介護負担を重く感じていること等が明らかになった。研究 II では、介護保険はハイリスク者に対しポジティブな効果があったこと、放置と身体的・精神的虐待の場合とではリスク改善に効果があるケアプランの内容が異なってくることで、ハイリスク状況の改善に向けてはサービス量の増加だけではなく、ケアマネジメントも不可欠であることが提起されている。

IX. 後藤報告：介護保険制度の家計への影響

第 2 の後藤報告では、III の報告で構築した保健・福祉データベースにより、制度導入前後における独居高齢者の自己負担の違いについて分析することを目的としている。高浜市

において1999年度後半（制度導入前）と2000年10月時点（制度導入後）の主要在宅サービスの利用頻度と自己負担額がミクロ的に比較されている。その結果、ホームヘルプサービスで利用日数の変化はほとんどない。自己負担の増大という一因かもしれないが、デイサービスの利用日数は減少している。独居高齢者に限定した場合、導入前の自己負担額2,668円/月に対し、導入後3,953円/月となり、1,285円/月増加している。高浜市では、介護保険導入後も低所得者層の利用負担を軽減させるため、減免措置を講じており、今後、自己負担は大幅に増加すると予測される。本調査の結果として、在宅サービスでは、自己負担がサービス利用を抑制していると確定することはまだできない。利用料の減免がなくなり、完成した介護保険制度のもとでの変化を見るにはもう暫くの時間を要するとの指摘がなされている。

D. 考察

本年度の研究は、全体を3本の柱で構成しているため、それらの3分野別に考察を整理してみる。

1. イギリスのケアマネジメントー効果・効率の実証研究と導入後の評価ー

Iー近藤報告；イギリスのケアマネジメント導入経過やその後の評価、そして日英比較をした結果、見えてきた我が国で今後検討すべき課題は、次の3点にまとめられる。①より集中的ケアマネジメントに移行すべきこと、②事業者所属ケアマネジャーの功罪、③政策評価研究の必要性と可能性などがあげられている。

2. 「給付分析ソフト」活用による介護保険事業の実績評価

IIー平野報告；実績による5タイプ分けによると、平均値の周辺（B）を中心に、「1人あたり在宅費用額」と「費用在宅率」の両指標の相関関係を踏まえ、標準的・典型的な分布（A・C）を設定するとともに、高い「1人あたり在宅費用額」と低い「費用在宅率」で構成されるD、低い「1人あたり在宅費用額」とにも関わらず高い「費用在宅率」で構成されるEという変則的なタイプ、というように設定されている。①Aタイプは、1人あたりの総費用額としては平均やBタイプより低いのが特徴で、「費用在宅率」が高いこと（46.2%）がそれを生み出している条件となっている。1人あたりの在宅費用額は、先のAタイプと同様に高い（105,270円）が、「費用在宅率」が低くなっている（28.7%）のが、Dタイプである。「人数施設率」において最も大きな違いをもっており、Aタイプが26.9%にとどまっているのに対して、Dタイプでは41.8%と著しく高くなっている。②1人あたりの在宅費用額も「費用在宅率」も低いというタイプで、介護保険運営上の多くの課題をもつのがCタイプである。重度の施設率は64.1%と先のDタイプと近似したものとなり、在宅サービスの基盤の弱さがこの割合を高めることになっていることが推測される。Eタイプは、1人あたりの在宅費用額が低いものの「費用在宅率」が高いという一見矛盾するタイプである。全体の約1割の保険者が含まれ、そのうち大半が小規模な保険者である。次に、「広域方式」の実績分析によると、①「圏域」間比較；U圏域は2001年6月時点では、構成自治体（保険者）すべてがAタイプに属す一方で、M圏域の構成自治体はほとんどがCまたはEタイプに属す。両圏域とも、2000年10月から2001年6月にかけて在宅サービス利用者の比率（「人数在宅率」）を重度層（「重度在宅率」）においても軽度層（「軽度

在宅率)においても増加させているものの、M圏域はU圏域に比べ伸びは小幅であり、2000年10月時点で既に各指標が低位にあった。②「広域」間比較；G広域は、2000年10月時点においては、保険者としての状況に近い地域もある一方で「費用在宅率」では多様性が大きかったが、2001年6月には地域間で同指標の差が狭まった。また、各地域の「費用在宅率」に該当する指標が増加したために、保険者としての「費用在宅率」も若干高くなっている。それに対しS広域は、2000年10月時点では「1人あたり在宅費用額」が地域間で差が大きかったが、このとき同指標が70,000円強であった地域が他地域と同じ水準に達したからか、保険者としての「1人あたり在宅費用額」も若干の増加が見られた。

3. 単独自治体の多面的評価

Ⅲ. 後藤報告；本研究の到達点は、政策評価に必要なデータベースを構築したことである。これを利用して、研究グループによる、より実用的な政策評価（別の項で述べるように、評価尺度の開発、介護保険制度の介護負担感、家計への影響などを検討）を行うことができた。

Ⅳ. 久世報告；研究結果からは、「主観的満足度」、「心理的安定」、「むなしさ」、「活力」という4つの下位尺度からなるQOL指標を作成することができた。この4つの下位尺度は、介護者調査データを用いた分析でも確認された。また、NFU版介護負担感尺度に関しては、信頼性・妥当性・再現性が高く、昨年度と同じ3つの下位尺度（「主観的負担感」、「介護の継続意思」、「世間体」）からなっていることが確認された。

Ⅴ. 加藤報告；介護保険導入前、要介護認定時に訪問相談員がハイリスクと評価した者は、導入前は両自治体で107名、導入後も40名存在した。このことから本研究で作成した調査票を用いれば、一定程度ハイリスク状態にある者を見つけ出せることが確認できた。信頼性の点では、虐待では約8割と高い検者間一致率がみられたものの、放置の項目では課題が残った。ただし、この調査をハイリスク者のスクリーニングと位置付けるならば、放置の項目についても6段階で程度を評価するのではなく、問題があるかどうかを見極めることが重要と考える。従って、放置項目に関してはリスクを「問題なし」「やや問題あり」「問題あり」の3段階で評価する形が適切であろう。それからハイリスク者のスクリーニング調査は一度きりではなく、何回も継続して行うこと、リスクの評価基準を検討すること、訪問調査員のみならず、ケアマネージャーなど日常的に要介護者に接する者も放置や虐待の有無を評価する視点を持つことなどが重要である。

ハイリスク者スクリーニング調査を行う場合、以下3点に配慮する必要があると考える。
①調査員にはハイリスク者の割合のみを問題視するようなフィードバックは行わない ②個々のリスクに応じどのような状況改善が見込めるか、どんな援助を行うか、最終的にどんな状態になったらよしとするかの目標を立て、プロセスとアウトカムを見る形成的質的評価を組み合わせる ③介入前後の変化に注目する。

Ⅵ. 野口報告；本調査の対象とした要介護の高齢者世帯に焦点をあて、個人あるいはその家族が抱える保健福祉ニーズの発生の特徴およびポイントのなかからいくつかを提示しておく。①高齢期における心身の自立度の低下は、高齢者本人の依存性を増大させるだけでなく、世帯の経済状況や家族構成、家族関係、家族員の就労状況・健康状態、住宅構造、親族や近隣からの援助、地域住民の福祉意識、社会サービスや社会資源へのアクセスの在り方な

ど 総体的に関連しあって、ケアのニーズが決まってくる。②ケアのニーズは、世帯の中に埋没していて潜在化しやすく、その量やレベルが把握しにくい。世帯内における対応の過程や問題点は外から見えにくい状態におかれている場合が少なくない。それゆえに小地域の中で、住民のニーズを具体的に発見・指摘し、保健・医療・福祉の専門機関につなぐ福祉協力員といった役割を担う人の役割が重要である。③ニーズの非顕在性は保健・医療・福祉サービスの在り方によって修正されやすい。したがって、保健・医療・福祉サービスの供給方法やレベル、量や頻度、時間帯、相談や利用の手続き、サービス間の連携やネットワークなどによって、自覚的なニーズの拡がり期待される。④フォーマルなニーズだけ取り出すのではなく、ある地域全体の保健・医療・福祉ニーズを総体としてとらえることが重要である。在宅ニーズから施設ニーズへ転換する契機の把握、家族の保健・医療・福祉サービスの選択行動の把握が必要である。⑤ひとり一人の要介護高齢者世帯の介護環境を把握するための援助・支援システムの確立が重要である。たとえば、この介護環境エコマップを活用して多職種間での地域ケア会議を開催し、継続的にハイリスクケースを観察する。その際に、ハイリスク対応のインテンシブなケアマネジメントと調整型のケアマネジメントを類型化する必要がある。そして、ハイリスク対応のインテンシブなケアマネジメントのケースを重点的に対応していく体制づくりを提言する。

Ⅶ. 樋口報告；介護保険政策のインパクトを明らかにするために、介護保険前後の2時点で評価した。要介護認定者の療養場所の移動がかなりあることが明らかになり、縦断的に評価するためには、モニタリングを工夫することや移動後の状況もふまえる必要性が示された。介護者の心理・情緒的因子の変化は見られるものの介護保険で十分な効果が見られなかった。理由として、①用いた尺度では変化を捉えにくい可能性である。しかし、イギリスでケアマネジメントの効果を実証した研究では、抑うつや主観的健康観などでも、改善が見られている。②介護サービス量が改善をもたらす水準に達していない可能性である。要介護度軽度群、サービス利用量多い群でのみ改善が見られたことからこの可能性は高いなどである。

Ⅷ. 加藤報告；ハイリスク者の占める割合の多少については、本調査の結果のみで評価することはできない。訪問調査員がハイリスク状態にある者を正確に漏れなく選び出せていると実証的に確認できているわけではないからである。調査の妥当性の検討が今後の課題である。リスクと要介護度の関係について、要介護度に応じて低下しやすい介護項目があることが示唆された。援助を行う際、ケアマネージャーや援助職は前もってどんな場合にどのような項目についてリスクが発生しやすいのかなど傾向を予想したタイムリーな情報提供、サービス提供を行うことが求められる。身体的または精神的虐待が疑われる者の介護者は、そうでない者の介護者に比べ、介護負担を重く感じていることが明らかになった。要介護認定の結果を比較すると、問題あり群では要介護認定時に痴呆の項目で大声を出すなど「問題行動あり」とされた者が多かった。

第2報告では、①介護保険導入後、ハイリスク者のリスク状態に変化が見られたか；両自治体ともに、放置、身体的・精神的虐待どちらについても改善が悪化よりも多かった。ハイリスク者はそのまま放置されると、状況は悪化する可能性が高いと思われる。そのなかで5割も改善があったことを考えると、介護保険は、ハイリスク者に対しポジティブな効果があったと考えられる。②介護保険導入後ハイリスク者の状況変化の理由；放置の事

例では介護力を補完する援助とケアマネージャーによるマネジメントが状況改善に有効であることが示唆された。身体的・精神的虐待の事例では、要介護者と介護者との間に距離を置く形の援助が虐待の状況改善に有効であることが示唆された。③介護保険下でのハイリスク者に対するケアマネジメントの効果；ハイリスク者の状況改善に向けては、サービス量の増加だけではなく、サービス利用に関するケアマネジメントも欠かせない。つまり、導入したサービスを介護者がうまく使いこなせるよう第三者が関わり、必要なサービスのコーディネートを行うことが非常に重要なのである。

現在、介護保険下で利用できるサービスは種類、量ともに限られており、ハイリスク状態の家庭にとって必ずしも十分とは言いがたい。今後はハイリスク状態を改善するための援助として何がどれだけ必要か、誰がどのように提供すべきかなどの検討が必要と考える。

IX. 後藤報告；高浜市では、介護保険導入後も低所得者層の利用負担を軽減させるため、減免措置を講じている。例えば、ホームヘルプサービスの利用では導入前に減免を受けている利用者が、導入後も継続して利用する場合、一割負担ではなく、3%負担となっている。こうした減免も制度開始時に限定され、徐々に負担割合は一割に近づけられる。こうしたことから、介護保険制度が安定した時点で自己負担額は6,000円/月を超えると予測され、増加幅はさらに拡大するものと思われる。

E. 結論

1. イギリスのケアマネジメントー効果・効率の実証研究と導入後の評価ー

①近藤報告からは、政策評価でもケアマネジメントでも我が国に先行するイギリスの姿勢や手法に学びつつも、わが国における介護保険政策、そしてケアマネジメントの政策評価の必要性とその実証性を指摘する。

2. 「給付分析ソフト」活用による介護保険事業の実績評価

②平野報告では、今後の介護保険事業計画の見直しにおける将来モデルの設定において、CタイプはさしあたりBタイプを目指す計画になること、Dタイプにおいては、より在宅サービスの充実に努め、上位のAタイプを目指すことが介護保険の在宅重視という理念からも重要であることが指摘された。また、1自治体＝1保険者であるときには特に意識されにくいのが、広域連合においては総費用を構成市町村間で配分し合うという独特な側面があること、財政面での安定化が契機となった広域連合であるが、サービス基盤の共有化を通して、利用の平準化にまで達していないことなど、この点での改善方策の提案の必要性が説かれた。

3. 単独自治体の多面的評価

③後藤報告では、今後、政策評価を実施する上でいくつかの課題が明らかにされている。第1に、データ再利用時におけるデータの信頼性とデータの欠落の問題である。そもそもデータを再利用することを福祉現場における情報システムの目的としていないため、現場では最低限度の運用のための入力にとどまる、あるいは欠落につながる。現場でのシステム運用開始時からデータの精度を上げることや、欠落を防ぐ手立てが望まれる。第2に、政策評価を行うために収集するデータの形式や種類が、政策評価の目的のために作成され

たものでないため、収集や加工に膨大な時間を必要とすることである。自治体内でその目的のデータベースの重要性に対する認識を高める必要がある。第3に、自治体間の横断的な比較ができるような枠組みづくりが必要である。国や県が政策評価において収集すべきデータにおける最低限度の指針を作成することである。第4に、構築した福祉・保健総合データベースを利用して、介護予防など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必要がある。分析結果は高浜市だけでなく、全国の自治体の実証的な根拠を示すことが可能となる。第5に、介護保険法では3年ごとに市町村介護保険事業計画を定めることを義務づけている。これは市町村にサービス毎の給付必要量の予測と供給量確保の方策を計画することを意味し、各種の意志決定を行う必要がある。評価の前提情報、評価結果はサービス選択の情報とともに順次開示される仕組みが必要となろう。以上5点にわたる問題提起がなされた。

④久世報告では、本研究で、心理・情緒的因子を測定するためのQOL指標作成とNFU版介護負担感尺度を作成したが、これらの尺度、とくに介護負担感尺度については、信頼性・妥当性・再現性が確認されており、介護保険政策の効果を測定する評価尺度の1つとして使用することができるとの結論が得られた。

⑤加藤報告の第1研究では、高齢者虐待のうち、放置について4項目を3段階、身体的・精神的虐待については、2項目を4段階で評価する評価手法の開発が行われた。第2研究のハイリスク者スクリーニング調査では、リスク者のスクリーニングに加え、自治体の介護政策充実の点でも意義があることが確認できた。調査を行う際には、介入前後の変化に注目して結果を考察し、援助目標を立て、プロセスとアウトカムを見る形成的質的評価等もあわせて行う重要性などの示唆がなされている。

⑥野口報告では、今回の実験とこれまでの地域ケア研究に基づいて、在宅ケアを可能にする条件を抽出している。(1)小地域=コレクティブ方式のシステム化：ホームヘルパー、訪問ナース等医療系サービスと福祉系サービスの組み合わせによる小地域チームケアシステムの設置、(2)保健・医療・福祉サービスの地域トータルケアシステムの構築とそのため拠点施設の設置、(3)バリアフリー住宅の安定供給、住宅改修制度の利用拡充、低家賃等家賃の公的補助制度、(4)サービスの安（安心・信頼性）、近（近接性）、短（サービスの短さ・効率性）、(5)訪問系サービスと通所系サービス、医療系サービスと福祉系サービスの組み合わせ、(6)デイサービス利用の多様性；宅老所・ミニデイサービス、(7)近隣、親族、友人関係等のインフォーマル・サポート、(8)家族介護負担の軽減策、(9)ひとりのケースを総合的に見守る担当制のコミュニティソーシャルワークの配置、(10)ハイリスク対応のインテンシブなケアマネジメントシステムの導入、など政策的・実践的提案がなされた。

⑦樋口報告では、介護保険導入後、介護者の介護負担感の一部の尺度で、要介護度や障害が軽度の群と介護サービス利用の多い群、介護者の年齢が65歳未満の群でのみの層で限定的な改善であったが、介護保険の効果とは断定できない。介護負担解消には、現在の介護保険政策では不十分であることが示唆された。介護保険の政策目標をより効果的に効率的に高い水準で達成するためには、一層の介護者支援、集中的支援などを、縦断的に評価するためには、モニタリングの工夫が必要であることなどが指摘された。

⑧加藤第2報告では、介護保険導入前のハイリスク者の割合は両自治体合わせて17.1%が確認され、リスクと要介護度の関係では要介護度に応じて不十分になりやすい介護内容