

が違うこと、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、放置ハイリスク者では、家族などインフォーマルな介護力に欠ける世帯が半数を占めることなどが明らかになった。また、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、一般に施設サービスでは、介護保険により自己負担が減少したといわれているが、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こと。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こと。今回はデータの制約から独居高齢者の分析に限定したため、普遍的な結論は今後委ねるが、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。

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

分担研究報告書

- 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 (P21)
- 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 (P34)
- 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 (P55)
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 (P61)
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 (P74)
第4節 介護環境調査から在宅ケアへ 野口 (P86)
- 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 (P98)
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 (P134)
第3節 介護保険制度の家計への影響 後藤 (P149)

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

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

分担研究者 近藤克則 日本福祉大学社会福祉学部助教授

研究要旨 介護保険下のケアマネジメントの課題を明らかにするために、政策評価やケアマネジメント導入が、我が国に先行するイギリスと比較した。文献学のレビューと共に Challis 教授（マンチェスター大学）を訪問し、さらに招聘し討論した。

Challis 教授らの研究により、ケアマネジメントの効果と効率が実証され、それが契機となりケアマネジメントが 1993 年に全英に導入された。その後の評価研究では、期待された変化が見られた一方で、ケアマネジメントに対する理解が不十分であることなどの課題が明らかとなっている。

日英比較をした結果、介護保険下のケアマネジメントの課題として、より重度な要介護者に集中的にケアマネジメントを行う必要性、事業者所属ケアマネジャーの功罪、政策評価研究の必要性と可能性などが明らかとなった。

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、我が国の政策評価は、日本でしか行えない。我が国における介護保険政策、そしてケア

A. 研究目的

ケアマネジメント導入が、我が国に 10 年先行するイギリスと我が国を比較検討し、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が目的である。第一に、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、第二に、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、最後に、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する。

B. 研究方法

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、いただいた資料などで得た情報に基づき、考察を加えた。

C. 研究結果

1. 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、共通して明らかとなったのは、ケアマネジメントを行うと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であった。

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.

2. ケアマネジメント導入後の評価研究

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, 施設入所者が減ったこと, 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, 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, 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である.

一方, 5 つの課題が明らかとなってきている. 第 1 は, 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である. 第 2 は, 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である. 第 3 に, 現場に予算を管理する権限がおろされていないことである. 第 4 に, 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である.

第 5 に, 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.

3. Performance measurement in social care⁹⁾

ケアマネジメントに関わる政策科学を推進するために開発途上の, “Performance Indicator Analytical Framework (PIAF)” を紹介する. PIAF は, 7 つの次元 (dimension) — ニード, 背景, 供給, 実行

プロセス, サービスプロセス, 中間成果, 最終成果 — からなる.

D. 考察—日英比較から見えてくる介護保険下のケアマネジメントの課題

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である.

E. 結論

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, 我が国の政策評価は, 日本でしか行えない. 我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が必要である.

謝辞

David Challis 教授訪問並びに招聘事業に助成をいただいた総合健康推進財団並びに恩賜財団母子愛育会に深謝します.

第1章 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

分担研究者 近藤克則 日本福祉大学社会福祉学部助教授

介護保険で日本に導入が図られたケアマネジメントの源流の一つはイギリスにある。日本では、十分普及していたとは言い難い状況にもかかわらず、厚生省（当時）が介護保険制度にケアマネジメントを組み込んだ背景には、「ケアマネジメントは、費用を増大させることなく、施設入所を予防し要介護者の QOL を向上させること」を実証した一連の研究があった。そしてイギリスでは、日本より 10 年早く、NHS・コミュニティケア法により全英へのケアマネジメント導入が図られている。我が国に 10 年先行するイギリスの経験から、我が国における介護保険下のケアマネジメントについて、さまざまな示唆が得られるはずである。

筆者は、イギリス滞在中にマンチェスター大学のチャリス(David Challis)教授を尋ね、直接お話をうかがう機会に恵まれた。また、2002 年 3 月には、チャリス教授を日本に招聘する機会も得た。チャリス教授は、全英に、ひいては我が国にケアマネジメントが導入される契機となったケアマネジメントの効果と効率の実証研究の中心人物である。この研究成果が注目され 1990 年以降のコミュニティケア改革の一環として、ケアマネジメントが導入された。全英で全面的に施行された 1993 年以降も、その評価研究に取り組んでおられ、王立委員会(The Royal Commission on Long Term Care)による高齢者の長期ケアに関する報告書“With respect to old age”¹⁾に“ケアマネジメント：コミュニティケア改革以降の進展”を執筆しているなど、イギリスにおけるケアマネジメントについて語るのに、もっともふさわしい人である。

ここでは、発表されている文献、並びに来日前後のヒヤリング、講演、いただいた資料などで得た情報に基づき、3 点について述べる。第一に、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、第二に、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、最後に、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する。

1. Personal Social Service Research Unit (PSSRU, 対人社会サービス研究所)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、次の4つの地域における5つの研究プロジェクトである。

Kent (Thanet) Community Care Scheme^{2,4)}

ケアマネジメント方法を開発した一番はじめのプロジェクトである。豊かな退職後高齢者が多い地域であるケント州（イギリス南東部）内の2つの地域を比較する準実験的方法による実証研究を行ったのが特徴である。一つの地域（実験群）では、日本でいうケアマネジャーを配置し、他方の地域（対照群）では、旧来の（ケアマネジャーがいない）方法で福祉サービスを提供した。両群から年齢・性別などの一致する対象者(matched pair)を74組つくり、3年間にわたりさまざまな効果・転帰を評価した。その結果、例えば一年後には、実験群では69%の者が在宅で過ごしていたのに対し、対照群では34%と半分に過ぎなかった。対照群には、施設入所した者27%（実験群12%）や死亡者33%（14%）が多く見られた。この傾向は、3年後まで継続して観察された。また、要介護者本人の主観的尺度（主観的幸福感、抑うつ、孤独感など）においても、客観的なケアの質の測定尺度（不足している介護や社会接触頻度など）においても、実験群で有意に良い成績であった。さらに主介護者の介護負担感も対照群に比し実験群で有意に改善していた。さらに一ヶ月当たりのコストは、実験群で238ポンド、対照群で265ポンドと、実験群の方が費用も節減できていた。つまり、効果も効率もケアマネジメント群で優れていたことを実証した。

その後の研究

Gateshead community care⁵⁾：異なる地域（イギリス北東部）Gatesheadで、同様な準実験的方法による実証研究を行い同様な結果を得た。

Gateshead primary health care scheme⁵⁾：以上の2つのプロジェクトでは、対人社会サービスだけをマネジメントしたが、このプロジェクトではプライマリケア医療サービスと対人社会サービスの両者をマネジメントした場合の効果と効率を検討し、やはり同様の結果を得ている。

Darlington Community Care Scheme^{6,7)}：このプロジェクトでは、多職種からなる高齢者医療チーム（geriatric multidisciplinary team）の一員として、ケアマネジャーが参加する形で行われ、やはり同様な結果を得ている。

Lewisham care management scheme⁸⁾：地域居住の痴呆高齢者を対象に同様な研究を行った。その結果、効果は上述の研究に比べ限定的で、費用は実験群でより高かった。

これら一連の研究で、共通して明らかとなったのは、ケアマネジメントを行うと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であった。

1990年改革まで

一方、1980年代までのイギリスでは、①施設増加、②それに伴い急増する費用、③在宅

ケアを受けている場合にもサービスがバラバラに提供されていることなどが問題として、しばしば指摘されていた。これら3つはいずれもケアマネジメントにより解決可能性が示されたものである。社会サービスについて改善策を示したグリフィス（Sir. Griffiths）報告と、それを受けて政府が出した白書（caring for people）でも、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法が成立した。この法律を元にすすめられた改革は、ケアマネジメントの導入のほか、表1に示すような内容を持っていた。そして、ケアマネジメントは、1993年から全英に導入された。

2. ケアマネジメント導入後の評価研究

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（Social Service Inspectorate）や研究者など（Hoyes et al, 1994; Lewis et al, 1996,1997; Lewis and Glennerster,1997; Dept. of Health, 1997）による評価研究が行われている。また、Challis からも保健省からの委託を受けて全国調査を行っている。

それらによれば、ケアマネジメント導入を柱とした1990年のコミュニティ改革以降、いくつかの期待されていた変化と共に新たな課題も指摘されている。

コミュニティケア法施行後の変化

変化としては、以下の点があげられる。

第1に、施設入所者が減ったことである。それまで増加していた入所定員が、1996頃をピークに減少し始めた。例えば、北西部イングランドでは、ナーシングホームの定員が1997年度から1996年度にかけて3.5%減少している。その結果、入居率も低下した。ナーシングホームの入居率は、1989年に93%であったが、1998年には85.4%に低下してきており、経営難から閉鎖する所も出てきている。

第2に、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、第3に、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、第4に、介護者のニーズが理解されるようになった。

第5に、従来に比べ濃厚な在宅ケアが可能になった。例えば、週に6時間以上のケアを受ける者に費やされる割合は、1992年の11%から1996年の25.1%にまで増加した。第6に、多様なサービス提供者の多元化により、公的なセクターの寡占状態から、営利・非営利の民間セクターにより提供されるサービス量が増えた。例えば、1992年には、提供されるホームケア時間のうち、96%を占めていた公的セクターが、1996年には57%にまで減少している。（ただし、この間に総時間数は50%増加している）

明らかとなってきた課題

5つの課題が明らかとなってきた。第1は、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である。どのような内容を、誰が、どのような形でアセスメントを行い、どのように記録すべきかという点に非常に大きなバラツキがあり、標準化することによる潜在的なメリットが指摘されている。例えば、評価記録用紙を50種類集めて、評価される内容を分析した研究では、共通していたのはADLだけであったが、これすら必ずしも構造化されていなかった。その他、医療と福祉情報、抑うつや不安、介護者のニーズなどを、全く評価しないものから、それ専用の評価記録用紙があるものまであり、要介護高齢者や介護者が評価に参加しているところもあれば参加していないところもあった。身体障害、知的障害、精神障害など特性の異なる対象であるのに、すべて同じ評価用紙が使われているところが61%と最も多く、高齢者向けの評価用紙があるところはわずかに4%であったという。また、必要な評価の詳しさにより複数のアセスメントレベルを設定しているところが多いものの、対象者全体の中で複雑な評価が用いられる者が占める割合は8%から94%まで、広く分布していた。

第2の課題は、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である。その原因は、保健省が1991年に示したケアマネジメントについてのガイダンスにも理由がある。その定義は、漠然としており具体性に欠け、今までの仕事の仕方と何が変わるのか十分に明確になっていなかったからである。そのため、ケアマネジメントを、相談あるいは紹介された（ほとんど介護を必要としない人まで含む）全ての対象者に行うべきものと理解していたり、アセスメントとコスト管理が強調されすぎモニタリングや再評価が不十分になったりしている。

第3に、現場に予算を管理する権限がおろされていないことである。ケアマネジメントが効果を発揮するのは、個別のニーズに合わせて、柔軟にケアプランが立てられるところにあり、そのために予算が現場におろされていることが重要である。しかし、それがなされていないために、柔軟性が欠如しており、十分な効果をあげておらず、効率的でもない可能性がある。

第4に、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である。長らく医療と福祉の財源が別立てであったために、互いのサービスを統合して提供することが難しい。1997年以降、予算の共同管理などの試みはあるものの、NHS（国民保健サービス）に所属する医療職のケアマネジャーが配置されている自治体は、高齢者の領域ではまだ21%に過ぎない。

第5に、ケアマネジメントと呼ばれているものの中にも、対象とするニーズの複雑さのレベルに合わせ、3つくらいの異なるレベルあるいはタイプがあり、区別することの重要性が指摘されるようになった。その一例を、表2に示す。単純な相談とアドバイスですむもの、単一サービスで足りる簡単なケアプランで済むもの、そして集中ケアマネジメント(intensive care management)と呼ばれる複雑で柔軟なケアプランを必要とするものである。

医療に、一次（外来中心）医療と二次（入院）医療があるように、ケア・マネジネンでもレベルを分けて考えられるという指摘である。

この点は、日本のケアマネジメントの課題を考える上でもきわめて重要なので項を改めて述べよう。

ケア・マネジネンットの再定義—もっと集中的なケアマネジメントが必要

David Challis 教授は、イギリスにおけるケアマネジメント開発者として、警告を発していた。「その効果と効率が立証されているのは、集中的ケアマネジメント (intensive care management) についてであり、ケアマネジメントと呼ばれ現在行われている全てのタイプ・レベルのケアマネジメントではない」と、プロジェクトにおいて示された劇的な効果に比べ、全英の現実では、さほどの効果が見られていない一因もここにある。最近では、PSSRU の研究プロジェクトで開発され実証研究された方式を「集中的ケアマネジメント (intensive care management, ICM)」と呼び、1993 年以降ケアマネジメントと呼ばれているものの中に混在している集中的ケアマネジメントではないものを「プロセス (手順) としてのケアマネジメント」などと呼んで区別している。

両者の違いを強調して比較したのが表 3 である。集中的ケアマネジメントでは、一人のケアマネジャーが担当するケース数は少なく、対象者は複雑で不安定なニーズを持った一部の者に限定される。したがって、アセスメントは包括的で複雑である必要があり、ニーズに合わせて提供されるサービス量は多く、ケアプランは複雑で複数種類のサービスを組み合わせたものであり、柔軟性を求められ、既存のサービスを組み合わせるだけでなく、新しいサービスを作り出すことも行う。そのためには、予算の執行権限を与えられている必要があり、訓練と経験を必要とする。

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が、政府にも徐々に認められてきている。例えば、社会サービス監査局 (1997)、スコットランド政府 (2000)、National Service Framework (NSF, 2001) などにおいて、今後のケアマネジメントのあり方は、より集中的 (Intensive) なものであるべきと述べている。

Performance measurement in social care⁹⁾

ケアマネジメントに関わる政策科学を推進するための取り組みとして、紹介すべきものに “Performance Indicator Analytical Framework(PIAF)” がある。

イギリス政府は、公共サービスにおける最大の価値 “Best Value” の追求をスローガンに掲げ、業績評価推進のため “Performance Assessment Framework” の開発・実施に取り組んできた。しかし、そこで開発されてきたのは国レベルの指標 (indicator) であった。自治体レベルや現場レベルの担当者がもつ「個々の自治体や事業・チームレベルにおけるパフォーマンスの善し悪しを知りたい」という期待に応えるものではなかった。また、従来の症例単位の評価とも異なる指標の開発が求められた。そこで PSSRU では、ある自治体の協力を

得て、90年代前半からパフォーマンス指標分析の枠組み“Performance Indicator Analytical Framework(PIAF)”の開発に取り組んできた。PIAFは、表4に示した7つの次元(dimension)－ノード、背景、供給、実行プロセス、サービスプロセス、中間成果、最終成果－からなる。

ただし、これらのデータを一自治体から得ただけでは、それを良いとも悪いとも評価できない。そこで、複数の自治体間で比較したり、全英の平均と比較したりすることが必要である。さらに、より広範なデータセットがルチーンで得られれば、効率など他の側面の評価も可能となる。

3. 日英比較から見えてくる介護保険下のケアマネジメントの課題

日英で同じケアマネジメントを導入したと言っても、その背景には異なる点が多い。それらを比較して示したのが、表5である。ただしイギリスは、4つの国からできていると言う意味だけでなく、150地方自治体(Local Authority)間の違いも大きい。ケアマネジメントを担当している職員の呼称も23種類くらいあるといい、評価内容や方法も、予算執行権がケアマネジャーにあるか否かなども自治体毎に異なるという。よく言えば、地方分権が進んでおり自由度が高いと言えるが、その分ばらつきは大きくなる。

日本の介護保険・ケアマネジメントの課題

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、見えてくる我が国の課題は、次の3点にまとめられる。

□ より集中的ケアマネジメントに移行しなくて良いのか？

Challis教授にヒヤリングした、研究プロジェクトの経験に基づく、集中的ケアマネジメントの目安となる数値を表5には示した。これらの数値や日本の介護保険の制度設計からすると、我が国のケアマネジメントは、集中的ケアマネジメントというよりもその他のケアマネジメントに近い。例えば、受け持ちケース数は多く、対象者は高齢者の13%前後と多く、ケアプランは単一介護サービスからなるものが多く、既存の介護給付メニューの中から選んでそれを組み合わせることに追われている。また、要介護状態を入力するとコンピューターが示す画一的ケアプランをそのまま用いるケアマネジャーもいるといわれるなど、ケアマネジャーの資質にも問題が指摘されている。

本報告書の樋口報告でも示したように、Challisらの研究では著明であった介護者の主観的尺度の改善が、我が国の介護保険利用者では一部でしか見られなかったことから、我が国のケア・マネジメントもイギリスの現状と同様に、効果・効率の立証されていない集中的でないケア・マネジメントである可能性は高い。この点について、検証と制度改革論議が今後必要と思われる。例えば、ケアマネジメントに異なるレベルを設定し、より集中的なケアマネジメントでは、受け持ちケース数を少なく制限したり、一人毎の給付上限でなく（場合によっては複数の）ケアマネジャー（チーム）毎の給付上限の設定に変更した

りすることなどが考えられよう

□ 事業者所属ケアマネジャーの功罪

多元化したサービス提供事業者に対し中立の立場であるイギリスに比べ、事業者に所属する形の多い我が国のケアマネジャーの立場がケアプランやケアマネジメントに与える影響には功罪両面が考えられる。所属する事業者の収益の極大化を図る者が出てくることは容易に想像される。その結果、ケアプランが不適正となり、要介護者や介護者の生活の質は上がらず、保険財政は逼迫する可能性もある。一方、組織内に他のサービス提供事業者を抱える複合体の場合、状況の変化に応じ機敏にケアプランを変更し、柔軟に対応できる可能性もある。「光と影」両面の大きさや分布、どのようにすれば「影」の部分を監視できるかなどは、今後の研究と政策選択の課題であろう

□ 政策評価研究の必要性と可能性

上述した以外にも、応益（1割）負担の妥当性や要介護認定のあり方など、イギリスと異なる点がある。英米で効果と効率が立証されていると言っても、それはあらゆるケアマネジメントの効果ではなく、集中的ケアマネジメントのように、いくつもの特徴を持つモデル（あるいはプログラム）としての特定のケアマネジメントであった。しかも、国が異なれば、要介護者も介護者も、社会環境も異なる。我が国で行われているケアマネジメントに、果たして効果と効率が認められるか、どのような層に対してどの程度認められるのかなどは、実証されていない。より効果的で効率的な方法を探るためには、我が国において独自に政策評価研究を行うことが求められている。

日英で政策評価研究の実績や研究資源の豊かさを比べると、容易に埋めがたい格差が存在している。一方、介護保険では介護報酬の請求上不可欠なため、レセプトデータが業務レベルでデジタル化され蓄積されている。これを活用すれば、政策・プログラムのプロセスを中心とする貴重なデータベースとなりうる。租税で運営されているイギリスでは、このような詳細な情報はルチーンでは得られず、本報告書の平野報告のような自治体間比較は、イギリスを超えているとも言えそうである。これらに、我々が2自治体で取り組んだような成果（アウトカム）レベルの情報を組み合わせることができれば、政策評価研究の飛躍を踏み出せる可能性はある。

おわりに

今回イギリスにおけるケアマネジメントの導入過程からその後の評価まで概観して、一番印象に残ったことは、新しい政策の立案や導入効果の評価において、仮説を実証的・科学的に明らかにし、それに基づいて政策選択や改革を行う合理的・理知的な姿勢の強さと研究実績と研究資源の格差である。しかし、仮にイギリスの方がこの面で格段に優れているとしても、日本の政策評価まで彼らに頼ることは出来ない。その姿勢や手法に学びつつも、我が国の政策評価は、日本でしか行えない。研究資源が投入され、行政や市民の協力が得られるに連れ、経験と政策科学の知見、研究能力が蓄積されてきている手応えを感

じている。我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を引き続き自らの課題としたい。

謝辞

David Challis 教授訪問並びに招聘事業に助成をいただいた総合健康推進財団並びに恩賜財団母子愛育会に深謝します。

文献

1. Challis, D., *Assessment and care management: developments since the community care reforms*, in *With respect to old age: long term care - rights and responsibilities. Community care and informal care*. 1999. p. 69-86.
2. Challis, D. and B. Davies, *Long term care for the elderly: the Community Care Scheme*. *British Journal of Social Work* **15**: 563-79, 1985.
3. Challis, D. and B. Davies, *Case Management in Community Care*. 1986, Aldershot: Ashgate.
4. Davies, B. and D. Challis, *Matching Resources to Needs in Community Care*. 1986, Aldershot: Ashgate.
5. Challis, D., et al., *Case Management in Social and Health Care: The Gateshead Community Care Scheme*. 1990, Canterbury: PSSRU.
6. Challis, D., et al., *The Darlington Community Care Project: Supporting Frail Elderly People at Home*. 1989, Canterbury: PSSRU.
7. Challis, D., et al., *Care Management and Health Care of Older People: The Darlington Community Care Project*. 1995, Aldershot: Arena, Ashgate.
8. Challis, D., et al., *Case management and dementia: an evaluation of the Lewisham Intensive Case Management Scheme*, in *Dementia challenges and new directions*, S. Hunter, Editor. 1997, Jessica Kingsley: London.
9. Clarkson, P. and D. Challis, *Performance measurement in social care: Designing indicators at different levels of analysis*. *PSSRU Bulletin* (12): 30-32, 2000.

表 1 白書 caring for people の骨子

<目標>

- ・ 自宅に住み続けられるようデイサービス、訪問ケア、短期入所サービスなどを拡大する
- ・ 介護者のもつニーズを重視する
- ・ 質の高いアセスメントとケースマネジメントを導入する
- ・ 公的セクターと共に民間セクターを育成する
- ・ 機関の責任を明確にする
- ・ 施設ケアへの経済的インセンティブを抑制して、費用に見合った価値を追求する

<福祉担当機関の責任>

- ・ ニーズの適切なアセスメント
 - ・ ニーズに合わせてサービスパッケージをつくるケアマネジメントを担う
 - ・ 直接サービスを提供するのではなく、サービスを購入することで、提供を保障する
 - ・ 質と費用効果をモニタリングする
 - ・ 利用者のケアにかかる費用の支払い能力を評価する
-

表 2 ケアマネジメントの3つのレベル

行政型 (administrative)

受付者やスタッフによる情報提供やアドバイスですむもの

調整型 (coordinating type)

一つの介護サービスあるいは簡単なケアプランで足りてしまうようなもの。これは相談者や紹介されてきた者の多数を占める。

集中型(intensive type)

高いレベルの支援を必要とする複雑で変化しやすいニーズを持つ対象に、少数例を担当するケアマネジャーが、新しいサービスの創出を含め複雑なケアプランを立てて、頻繁なモニタリングを行い、柔軟にプランの変更を行うもの

表 3 集中的ケアマネジメントの特徴

ケアマネジメント比較:集中的か否か

	Intensive CM	他のCM
担当数	少ない:25-30例	もっと多い
対象者	相談者の10-15%	もっと多い
ニーズ・状態	複雑, 不安定	単純, 安定
アセスメント	包括的で複雑	部分的で単純
サービス量	21時間/週以上	少ない
ケアプラン	複雑, 柔軟	単純, 画一的
サービス創出の有無	創出されたサービス含む	既存サービスの組み合わせのみ
ケアマネジャー	熟練必要	非熟練

表4 PIAFの7次元

1. ニード (Need) : 75歳以上の独居高齢者 1000人当たりのスクリーニング数など
2. 背景 (Contextual factors) : 政府や自治体の政策, 部門の目標など
3. 供給 (Supply) : ケアスタッフ数・ケア時間数 (いずれも 75歳以上の独居高齢者 1000人当たり), 予算増加額, ホームヘルプサービスの単位費用額など
4. 実行プロセス (Practice process) : 緊急の程度別・相談からサービス提供までの時間, 75歳以上の独居高齢者 1000人当たりの継続関与症例数, 完璧なアセスメント実施数, アセスメントのタイプ別アセスメント所要時間など
5. サービスプロセス (Service process) : 75歳以上の独居高齢者 1000人当たりの在宅ケア利用者数, 平均在宅ケア費用, 苦情件数, スタッフ欠員率など
6. 中間成果 (Intermediate outcome) : 75歳以上の独居高齢者 1000人当たりの在宅ケア開始・終了数, 施設入所理由, 要介護度別在宅比率など
7. 最終成果 (Final outcome) : ケアマネジメントプロセスに満足している利用者・介護者の割合など

表5 ケアマネジメントの日英比較

3. ケアマネジメントの日英比較

	イギリス	日本
制度・財源	措置・税金	社会保険
費用負担	応能原則	応益原則(1割負担)
自由度	高い(地方分権) 呼称・資格	低い(全国一律) 85項目の調査項目
要介護 認定	ケアマネによる 認定	本人の状態のみ 考慮
給付上限	一人毎になはし	一人毎にあり

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

「給付分析ソフト」活用による介護保険事業の実績評価

分担研究者 平野隆之 日本福祉大学社会福祉学部教授

研究要旨 介護保険事業評価のための独自のソフト開発（「介護保険事業実績 [サービス利用・ケアプラン] 分析ソフト」）により，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る．単純な平均値との比較ではなく，実績をもとにしたタイプ分けをこころみながら，そのタイプに即して事業実績の評価を試みた．また2000年10月，2001年10月の2時点間の変化を計測するとともに，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した．在宅・施設の利用アンバランスが地域間で生じていることが明確となり，2時点間の変化のなかで改善している地域と改善していない地域があることが判明した．

A. 研究目的

介護保険事業評価のための独自のソフト開発（「介護保険事業実績 [サービス利用・ケアプラン] 分析ソフト」）により，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る．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．

B. 研究方法

1. 「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を通じて進める．そのためのデータベース化ソフトを提供した．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た．

C. 研究結果/D. 考察

1. 基本指標による比較

(1) 1,269 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%) となっている．

(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．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．図4にあるように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．

(4) 1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者の中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いる．「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．

2. 実績による5タイプ分け

(1) 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を設定した。

（2）A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。

（3）1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っており、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。

3. 「広域方式」の実績分析

（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。

E. 結論

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。

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。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。この点での改善方策の提案が必要となっている。

F. 研究発表

日本社会政策学会春季大会（2002年5月開催）において、研究報告を予定している。

なお、本分担研究報告については、政策グループとして共同研究を行った宮田・野口の研究成果を含んでいる。

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

分担研究者 平野隆之 日本福祉大学社会福祉学部教授

1. 介護保険事業の実績の地域間比較

介護保険事業の実績について、地域間比較を実施するため、今回できるかぎり多くの保険者（多くの被保険者）をカバーして全国的な動向を示すことを目的として、2001年10月実績分で24県から1,269保険者（認定者数966,978人分）を確保した。これは、協力可能な都道府県を中心としたもので、決して厳密な抽出ではない。今後の精緻化が待たれるところであるが、現時点では最も多くの保険者をカバーした数値といえる。

1,269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%）となっている。（表1）

表1 1,269保険者の市・町村部別の分布（2001年10月実績分）

	市部	町村部	広域連合	合計
保険者数	244	990	35	1,269
比率	19.2%	78.0%	2.8%	100.0%

（1）全国ベースの平均

1) 基本指標（指標については末尾の補足資料を参照のこと）

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。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。さらに実態面からすると支給限度額の4割前後の利用割合と言われているのでさらに差は開く。単純に4割額でみると約9万円という水準である。

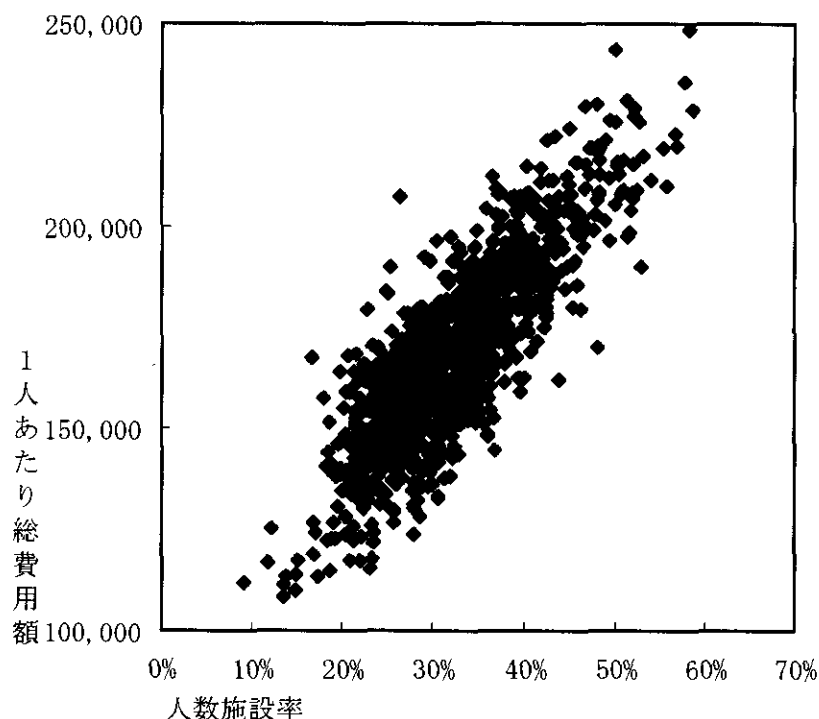
いま、このことを1,269保険者の総集計でとらえてみると（表2）、1人あたりの介護費用額は、総介護費用レベルで171,973円、在宅分でみると平均89,891円、施設分でみると平均342,436円という

表2 全国比較の指標と2001年10月実績

指標		2001年10月 単純平均	備考(計算式など)	
保険者数		1,269		
基本指標	人数指標	認定者数	762	
		受給実人員	604	
		受給率	81.9%	受給者数/認定者数
		重度率	44.3%	受給者=100%
		施設重度率	73.3%	施設=100%
		在宅重度率	30.2%	在宅=100%
	(施設)	人数施設率	32.4%	受給者=100%、1-人数在宅率
		重度施設率	54.0%	重度=100%、1-重度在宅率
		軽度施設率	15.7%	軽度=100%、1-軽度在宅率
	(在宅)	人数在宅率	67.6%	受給者=100%
		重度在宅率	46.0%	重度=100%
		軽度在宅率	84.3%	軽度=100%
	費用指標	費用施設率	63.8%	1-費用在宅率
		費用在宅率	36.2%	
1人あたり施設費用額		¥342,436		
1人あたり在宅費用額		¥89,891		
		1人あたり合計費用額	¥171,973	
対支給限度額比	介護度別	要支援	50.2%	
		要介護1	36.4%	
		要介護2	42.5%	
		要介護3	43.3%	
		要介護4	42.7%	
		要介護5	41.5%	
		全体	41.6%	加重平均
	分布	9割以上	9.1%	
		6~9割	15.9%	
		3~6割	33.2%	
		3割未満	41.8%	
		各人の対支給限度額比率の分布 ごとにみた人数比		
サービス利用率・ 利用率・ 利用水準	利用率・施設	特別養護老人ホーム	51.7%	
		老人保健施設	34.5%	
		療養型病床群	13.8%	
	在宅	訪問介護	33.8%	
		訪問看護	11.2%	
		通所介護	52.7%	
		通所リハ	18.8%	
		居宅療養	7.9%	
	利用水準(在宅)	短期入所	10.7%	
		訪問介護	¥47,487	
		訪問看護	¥41,254	
		通所介護	¥56,629	
			通所リハ	¥64,848
		居宅療養	¥8,169	
		短期入所	¥79,474	
複数サービス ケアプラン	要介護1	32.5%		
	要介護3	57.0%		
	要介護5	76.9%		
	全体	43.5%		

傾向にある。他方、「人数施設率」の平均値は32.4%である。人数の在宅割合は「人数在宅率」と呼ばれ、その値は1-「人数施設率」となり67.6%となる。「人数施設率」の平均値32.4%を中心に、「人数施設率」が高まると、「1人あたり総費用額」は17万円より高まることになり、逆に「人数施設率」が低まると「1人あたり総費用額」は17万円より低くなる。図3は、その両者の関係に相関関係が高いことを物語っている。

図3 人数施設率が決める介護保険事業規模



このように介護保険事業の総費用からみた実態に直接的に影響を与える数値は、「人数施設率」ということになる。しかも、施設の待機者が増加傾向にあり、今後とも施設圧力が高まることが予想されるなかで、この構造は当分変化しそうもない。

とくに重度層での施設入所率が今後高まるのではないかを思われるが、現在のところ要介護3以上の重度層に占める人数施設率（重度施設率）は、54.0%と約半数というのが1,269保険者の平均である。要介護2以下の軽度層に占める人数施設率（軽度施設率）では、15.7%と2割を切っている。なお、入所施設の内訳（施設=100%）は、介護老人福祉施設51.7%、介護老人保健施設34.5%、介護療養型医療施設13.8%の構成比となっている。

次に在宅費用を軸におきながら介護保険事業の実績をみるには、「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。図4にあるように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。なお、その5つの領域設定は、以下で詳細に分析するため独自に区分したタイプ分けの線引きである。