

「福祉国家」プロジェクトセミナー

2002年2月12日 森川美絵氏・藤原千沙氏（当日の報告は森川氏）

「介護保険制度の政策評価：自治体評価事業の活用の課題（千葉県の利用実態調査を例に）」

## 1 90年代の高齢者介護政策の展開

80年代の後半から、在宅・地域ベースのサービス充実、という政策課題が認知されてきており、自治体レベルでのサービスを計画的に整備しようという課題が上がってきている。

90年代に特に目立った動きとして、第一に、単年度予算ではない具体的な長期計画が国レベルでも行われるようになってきたことがある。国によるゴールドプランは、10ヵ年計画として具体的なサービス整備の数値目標を示したという点で、それ以前の計画とはかなり異なる動きであった。

第二に、地域の介護ニーズの積み上げによる目標値設定という計画手法が明確化されたということがある。たとえば1990年の老人福祉法改正で、市町村での老人保健福祉計画の策定が義務付けられ、各市町村で介護ニーズ、充足すべきサービス量を測定するようになった。そして、市町村のニーズの総計がゴールドプランの目標値を大幅に超えたことによって、「新ゴールドプラン」(94年)における目標値の引き上げがあった。

第三に、量的整備にとどまらない「新しい介護システム」の導入の動きがある。この介護システムの見なおしが90年代後半から本格化して、量的な充実と新しいシステムへの移行の最終的な成果物として、介護保険制度が成立した。

介護保険制度の、政策評価の観点から見た場合の目標は、「普遍性」と「有効性」と「効率性」を目指した制度であろうと考えられる。「普遍性」というのは、サービス提供の対象を限定せず、要介護状態に陥った人すべてとするということである。そのサービス自体が有効に機能すること、そして制度が、(医療保険制度との兼ね合いもあり)持続的・効率的に運営されることが目指された。

ターゲットとされているのは、まず要介護高齢者である。制度設立の際の謳い文句は、いつでも、誰でも、要介護ニーズに見合ったサービスを、自ら選び、受け取ることができる、というものであった。そして、その結果として、「自立」の促進、QOLの向上といったことが出されてきた。また、もう一つのターゲットとして、インフォーマルな介護者が日本ではしばしば取り上げられてきたが、これらの人々の介護負担の軽減や、介護責任と社会的活動との両立なども最終的な成果として出すのだということも言われている。

次に制度運営について見ていく。制度の運営主体は市町村である。市町村は介護保険制度が開始される前に「介護保険事業計画」を策定する義務を負う。これは、従来の高齢者保健福祉計画の一環であるか、それと整合性のあるものでなければならぬ。また、市町村ごとに、要介護者数、それぞれの要介護度に合った標準的なサービス提供モデル、それぞれのサービスに対する利用希望者の割合からわたりだしたサービスの需要(計画では「必

要量」と言う)、事業者の参入や従来の供給実績から、自治体の整備施策を勘案した「供給見込み量」を出すことが計画として義務付けられている。そして、こうした供給予測に基づいて、保険料が設定される。

事業運営は、要介護認定、居宅介護支援、介護サービスの提供、保険者としての体制(情報公開や苦情解決制度など)などのプロセスがある。

## 2 介護保険制度における「評価」課題と評価事業

保険制度ではそもそも「評価」を恒常的に組み込んだシステム・制度運営が要請されており、国もそうしたことを目指そうと言ってきた。研究として行わなければならない課題は、大きく二つ挙げられると思う。

一つは、自治体の「計画自体の有効性」の検証である。計画に基づいて保険料を算出し、徴収責任を負うのだから、計画の出した必要量や供給見込みの妥当性が、従来以上に保険者に対して問われることになる。

第二点目は、新しいシステムの「公平性」、「有効性」、「効率性」の検証である。旧来のシステムとの違い、新システム移行に伴う新しい課題、今後の見なおしに向けての課題の明確化が必要である。

国や地方自治体での評価を恒常的に組み込んだシステムづくりということで、いろいろなレベルで評価システムの策定委員会や評価システムの開発が行われている。厚生労働省でも、平成12年度から「評価事業」「評価システム開発」の動きを本格的に始めている。後で紹介する日本の先行研究も、厚生省の委託で行われているものである。都道府県レベルでも、評価システム検討委員会を設置し、実態調査を行っている。市町村でも、利用者や事業者の実態調査を行っている。

## 3 評価事業の先行研究

評価事業の研究の状況としては、評価指標がまだ明確にされていないために、各自治体でばらばらに実態調査や評価調査等の調査を行っており、データを集約して何かが言えるような段階ではない。たとえば現在行われている満足度調査といったものでは、要因間の関連等を問えないような設計になっている。研究としても、政策評価としても達成状況はまだ低い。

評価指標の研究としては、日本の場合、ようやく評価指標の開発が行われはじめた段階で、厚生省の委託で本格的に行われたものとしては、医療経済研究機構による『介護保険による効果の評価手法に関する研究(報告書)』がある。その目的は、各市町村が自らの事業計画を見なおす際に、活用可能なさまざまな指標を挙げ、その指標がどの程度既存のデータから収集・利用が可能かを検討しようというものである。

この報告書の指標の概要を説明すると、評価指標の構成はインプット指標、アウトプッ

ト指標、アウトカム指標、そしてそれぞれについて地域特性の指標を立てるというようになっている。それぞれの指標にどのような項目が入るかという、評価指標の事業区分として、要介護認定、居宅介護支援、介護サービス、保険者の体制、介護予防事業等があり、それぞれについて、インプット、アウトプット等の項目を立てて行くことになっている。たとえば、要介護認定に関しては、インプット指標としてスタッフの人数などの要介護認定の体制が、アウトプット指標として要介護認定が適切に行われていたかに関する項目が並ぶ。これは、こうした評価事業を実際に行ったわけではなく、こうした指標の項目を立てた場合に、市町村でどれだけデータを収集することが可能か、毎年評価を行う場合に実現可能かどうか、といったことを、この報告書では検討している。検討の結果として聞いたところによると、市町村でデータは持っていますが、利用者一人一人のサービス利用量に関するデータはありますかと聞かれて担当者が答えられず、たとえば保険事業の介護事業報告書様式4-1に書いてあるこの部分のデータを転記してくださいと言って初めて対応してもらえらるという箇所も多いという。そうしないと担当者の負担がとて重くなり、データ収集どころではない、というのが現状である。また、データはあっても自治体の方でまとめていないということもかなりあるということであった。この報告書は、調査の大きな枠組みとしてはかなり包括的なものを提示しているのではないかと思う。

こうした日本の現状に対してイギリスの先行研究はどうか見てみよう。イギリスでは、政策評価の蓄積が30年くらいあり、特に有名なのは、ケント大学の the PSSRU unit (Personal Social Service Research Unit)によるコミュニティケア事業の政策評価である。特に、90年代の政策評価としては、ECCEP(Evaluating Community Care for Elderly People)事業がある。その報告書が最近出たので、その内容を少しまとめてみる。まず、評価の理論フレームは、福祉の生産(the Production of Welfare)アプローチと呼ばれているものである。これも評価の手法としてはかなり有名なのではないかと思う。ここでも、インプット、アウトプット、アウトカムという大きな枠組みがある。インプットは、Resource inputs と Non-resource inputs に分類されている。Resource inputs には、建物や人やケアのメニューが含まれる。Non-resource inputs には、利用者や介護者の属性や、運営体制が含まれる。アウトプットは、Intermediate outputs と Final outputs に分類される。Final outputs はアウトカム、すなわち最終的な成果と考えてよいと思う。Intermediate outputs は、利用者によるサービスの利用がどうであったか、そこで提供されているサービスの質がどうであったか、ということを検討する。アウトカムは、利用者や介護者の健康や生活の質の向上がどうであったかを検討する。そして、それぞれについて、効率と効果と公平性を分析の視点として入れていく、というのがフレームである。イギリスの調査ではどのようなデータを収集しているかという、以下の問題に関するデータをすべて収集して評価を行っている。すなわち、どのような利用者と介護者が、どのような環境で生活しながら、どのような資源を、どの程度の費用で、どのような影響を受けながら、享受しているのか。こうした事柄に、自治体間の格差や自治体横断的なパターンは見られるのか、であ

る。こうしたことを知るためのさまざまな情報としては、利用者や介護者の生活状況、ニーズ状況、ケアマネジメント体制の構造とバリエーションのデータ、ケア・パッケージの構成（供給源が医療=NHSなのか、社会サービス=SSDなのか、サービスの種類は何か）といったものがある。こうしたインプットに関する情報を入力しながら、アウトプット、アウトカムを分析していく。

日本の評価指標との比較をすると、「利用者および介護者の特性・ニーズ」が Non-resource inputs として項目化されているため、input と output、outcome の対応関係をより把握しやすい。日本の場合は、行政のリソースのインプットが最終的なアウトプットにどう影響するかを見たいのだが、行政のリソースとは無関係に高齢者の状態が悪化することも多々あり、その関連を把握することが難しいと、担当者の方が言っていた。この点、イギリスのモデルはかなりきちんと捉えているのではないかと思う。このイギリスのモデルに、日本の指標をうまく組み込みながら、これから評価調査を発展させていくべきではないかと考えている。

#### 4 千葉県介護サービス利用者実態調査

千葉県でのサービス利用者実態調査をこうした指標の枠組みの中に位置付けて見ていくと、いろいろ不備な点が出てくるので、その点についてお話したい。

千葉県の実態調査の対象は、千葉県在住の要支援・要介護認定者すべて。標本は、市町村別、要介護度別に抽出した 4140 人である。方法は地方自治体を通じての郵送法でアンケートを配り、回収した。期間は昨年（h13）の 12 月 1 日から 16 日までである。有効回収数は 2637 人、63.7%で、このような調査としてはかなりよく集まった方だと思う。

調査項目は、主要な項目 5 点が挙げられており、1 介護サービスの利用状況について、2 利用料、保険料の負担感、3 要介護認定（結果）についての利用者意識、4 ケアマネージャーが作成するケアプランの評価、5 施設指向の理由である。1 の介護サービスの利用状況以外についてはほとんどすべて意識調査である。こういったものを客観的なデータ件数、要介護度、所得階層、介護保険以前のサービス利用の有無、家族形態等とクロスさせて関連を見ていくという調査設計になっている。

次に、この調査をこのプロジェクトに生かすという目的から、「政策評価」からみた調査デザインの問題点について考えてみたい。今回の千葉県の調査から抜けているのは、まず地域特性の項目である。それぞれの利用者が住んでいる市町村の地域特性はデータから抜けている。インプット項目でも、利用者の介護ニーズは分かるが、介護者のニーズ環境、たとえば介護者が就労しているのかどうか、男性か女性かといったことは、分からない。また、サービスの提供・マネジメント、利用体制についての情報も、それぞれの地域で一人当たりが利用できるサービスがどれくらいあるのか、ケアマネージャーがどのように配置されているのか、といったことはこの調査では入力されていない。次にリソースである

が、基盤整備状況、費用等が抜けている。アウトプット項目では、利用者によるサービス利用はアンケートから知ることができる。サービスの質や、ケアマネジメントや介護認定の適切性は、大雑把にはあるが、満足度から把握できる。ただ、アウトカムの項目については、すべてこの調査から把握することができない。たとえば要介護状態の改善、在宅生活の維持、生活の質の向上、といったことは知ることができない。もちろん、一つの調査でできることには限界があるので、これらの項目を別の調査でいかに補っていくかを考えなければならない。

次に、調査から分かる関連の主なものとしては、サービスの利用というアウトカムと、要介護のニーズ・生活環境に関するインプットの指標と保険料や利用料の情報はおよそ分かるので、その両者の関連を明らかにしていくことはできると思う。

調査結果を見てみよう。まず、要介護高齢者におけるサービス利用者の割合である。介護保険以前に行政サービスを利用したことがある人となない人、介護保険以後に介護保険のサービスを利用したことがある人となない人の割合を知ることができる。ここで目立っているのは、介護保険以前では、利用したことがある人が要介護高齢者の三割を切っているということである。要介護による違いもそれほど大きくなく、かなり重介護の要介護度 4 でも三割程度の人しか行政サービスを利用していない。介護保険になってからは、全体として要介護の人のうち七割が利用している（ただし、これは利用量を問わないので、一回でも使ったら使ったことになる）。また、要介護度が重くなるほど利用率が上がっている。介護保険制度によって、利用できる層が拡大し、要介護状態になった時にはすべての人が使える制度として機能しているということが、大まかには言える。ただし、利用量は問っていないので、細かい資源配分についてはここからは分からない。

次に、利用しているサービスの内容を見てみよう（ここでも利用量は問わない）。お配りした資料の最後のページに、利用しているサービス内容と、要介護状態、世帯状況、介護者の有無、介護保険以前からの継続か新規かといったこととをクロスした表がある。訪問介護は、全体の大体 3-4 割の人が利用している。通所介護は、要支援の人はあまり使っていないが、要介護度 3 になるとかなりの人が使っている。要介護度がさらに上がると利用率が下がるが、これは施設入所する人が増えるためではないかと思われる。概して要介護度が上がるにつれてサービスの利用も増えていく傾向が見られる。その他に、興味深いのは、介護者の有無と利用しているサービスの内容との関連である。訪問介護以外のサービスについては、同居している家族の中に介護者がいる場合には、いろいろな種類のサービスを使っていることが分かる。たとえば、訪問入浴サービスは、介護者が同居の家族では 20%、別居の家族では 10%、同居と別居の家族では 20%、介護者がいない場合は 10%である。同居家族の中に介護者がいる場合に、サービス利用率が高くなっている。世帯状況と合わせてみると、中でも子どもと同居している場合に、多様なサービスを利用している傾向が出ている。こうしたことから言えるのは、子どもが同居して介護している場合、要介護度の高い高齢者を介護している場合が多いのだが、多様なサービスを利用するという意味で、

「介護の社会化」がある程度進んでいると言える。ただし、訪問介護だけは別で、同居の介護者がいる場合や、子どもと同居している場合には、明らかにサービスの利用が少ない。これは、「介護の社会化」の内容にかなりバリエーションがあるということを物語っている。介護保険によってさまざまなサービスを整備してきたわけであるが、インフォーマルな部門と代替関係にあるものと、代替されずにインフォーマルな部門に残されるものとが分化してきている。政策論としては、サービス供給を整備してもインフォーマル部門に残される部分が常にあるのだとしたら、それに対する支援・保障として、家族介護支援や家族介護への何らかの保障を行うことについて議論する余地があるのではないかと思う。

最後に、自治体調査を政策評価に活用する際の課題をいくつか挙げたい。まず、評価研究の実施体制であるが、先行研究として挙げたような大きな評価研究を、単独の研究者や小人数のグループで行うということはかなり困難であり、またデータを集めるためにも、自治体の協力は不可欠である。自治体の実態調査との協働が必要だと思う。ただし、その際には、評価の理論枠組みや、具体的に収集すべきデータ項目を事前にかなり明確にしていく作業が必要になるだろうと思う。既存の実態調査のなかで使えるデータを洗い出し、次の年の調査で追加すべき項目を組み込んでもらうといった、準備作業が相当必要である。後は、実態調査以外から入手可能なデータを選定しておく必要がある。特に、各自治体の供給体制については、実態調査を行わなくても集められるデータなので、こちらで準備しておくなり、入力してもらうようにしなければならない。自治体の供給体制の違いが利用者の使うサービスに影響を与えるということは、イギリスの先行研究からも明らかになっているので、やはり自治体のサービス確保状況のデータを調べておかなければならない。サービス供給の見込みについては、少なくとも自治体が見込んでいることについては、介護保険の事業計画の数字があるので、データを収集することができる。実際、今東京都と神奈川県各市町村について、介護保険事業計画のサービス供給の見込み量と必要量のデータを入力して分析しているのだが、市と郡部と特別区の間での格差や、介護保険の前後で市町村間のサービス供給量のばらつきが拡大していくのか縮小していくのかといったことを分析することができると思う。今後は、千葉県の実態調査をどのように使っていけるかを考えて、利用できる場合には、一年後か二年後の調査に含めてもらう項目を今から洗い出していく作業が必要であると思う。