

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、今後の福祉政策的評価と臨床的・事業的評価の体系化をねらうものである。研究推進のために、本研究プロジェクトを、政策・計画ワーキンググループと臨床・評価指標ワーキンググループに再編成し、実証的研究を遂行している。研究の進捗状況は、先行研究の分析並びに介護保険を運用するための広域方式と単独方式における事例研究、介護保険下における医療福祉サービスの効果分析の評価基準の開発を進めている。

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
	木戸利秋	日本福祉大学社会福祉学部助教授
	近藤克則	日本福祉大学社会福祉学部助教授

A. 研究目的

本研究は、平成12年4月から実施される介護保険制度の円滑な運用をめざして、基礎自治体（広域方式と単独方式）における社会サービス提供システムの効率的運用手法及び介護サービスや実践の臨床的分析から政策評価・事業評価につなげるための手法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、第1に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（広域方式と単独方式）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うこと、第2に介護保険下で提供される医療・保健・福祉サービスの効果分析を進めるための臨床的評価尺度手法の開発とその実用化を図ること、第3に広域方式型及び単独方式型の介護保険制度の効率的な運用システムの評価指標の開発などに絞られる。

B. 研究方法

研究推進組織を以下のように構成した。

1. 政策・計画ワーキンググループ (WG)

- ① 行政評価の先進国である英国のコミュニティケア政策を中心に英国で進行している福祉政策評価の分析（分担者・木

戸助教授）

- ② 基礎自治体において介護保険制度の運用方式は広域方式と単独方式に分けられるが、主として広域方式の類型化に基づく、各類型毎の特色の分析（分担者・宮田教授）
- ③ 広域方式と単独方式の事例研究法による計画項目の選択等の分析（分担者・平野教授）
- ④ 介護保険制度をめぐる「福祉計画」と「行政評価」の位置づけ及び介護保険事業計画と高齢者保健福祉計画の位置づけの分析（分担者・野口）

2. 臨床・評価指標ワーキンググループ (分担者・近藤助教授を中心とする研究グループ)

- ① 高齢者・要介護者に関する事前評価；介護保険制度導入前実施の調査に独自項目を加えた分析
- ② 介護保険政策の臨床的評価研究の基本構想づくり；多専門分野にわたる研究協力による3ヵ年間の縦断的研究法の採用
- ③ 文献学的研究に基づく臨床的尺度の開発；高齢者の要介護状態に関する先行研究を文献学的に考察し、政策評価に必要な

と思われる因子分析
(倫理面への配慮)

上記の研究法の、特に2の研究については、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ことに努めた。また1の研究においても自治体や個人を特定できないようにデータに加工を施した。

C. 研究結果

I. 木戸報告：コミュニティケア政策と介護保険制度—英国との比較

木戸助教授の研究は、①英国のコミュニティケア・プランを題材にして、それをコミュニティケア政策としてとらえ直す作業、②さらに英国で先進的な実績を有する社会福祉政策評価の仕組みとその性格を明らかにする作業にむけられた。

II. 宮田報告：介護保険事業と広域連合

宮田教授の研究の焦点は、介護保険制度の施行にあたって、特に基礎自治体の広域連合等による事業への取り組みの全国的な動向から、その諸類型を検討し、類型毎の特色を明らかにすることにある。さらに広域方式が単独方式と比較して、その制度運用の効率化・公平化にどのように反映しているかを検討することにある。

III. 平野隆之：「広域方式」と「単独方式」の計画項目の選択等に関する比較研究

平野教授の研究のねらいは、介護保険事業計画の策定において「広域方式」と「単独方式」のどちらかを選択した複数の基礎自治体を取り出し、事例研究法を用いて、介護保険事業計画の策定過程、計画項目の内容、老人保健福祉計画との整合性、介護保険事業運営への取り組みなどについて比較検討をすることにある。

IV. 野口定久：介護保険制度下における福祉行政の評価と計画に関する研究

分担者としての野口の研究は、地方分権の象徴と期待される介護保険制度を題材に、分権化と計画化、介護保険と行政評価、介護保険事業計画と高齢者保険福祉計画、介護保険の広域対応と単独対応等に焦点をあて、それらの関係とそこにみられる課題を提示することある。

V. 近藤克則：医療・福祉サービスの効果分析

近藤助教授らの研究は、医療・福祉サービスの効果分析を進めるための高齢者・要介護者の事前評価、効果測定に必要な3カ

年の縦断的研究枠組みの構想づくり、臨床的評価尺度の開発などに焦点化されている。

D. 考察

Iの木戸報告：今後の英国の地方自治体レベルでのコミュニティケア政策の展開と政策評価の継続的なフォローアップが本研究の進展にとって不可欠であると思われる。IIの宮田報告：広域連合による介護保険事業の取り組みのメリットの一つとして、人事・財政面の経費削減にあるとともに、「中心市型」では相対的に中心市の負担が大きくなる傾向がみられるが、「小規模連合型」「対等型」では単独型に比して規模の拡大によるメリットがみられることが判明した。IIIの平野報告：広域方式の選択を行った基礎自治体をみると、市での選択比率が少なく、村の選択率が高くなっており、このことから、脆弱な介護基盤整備をカバーする機能として町村が選択していることなどが判明した。IVの野口報告：アメリカにおける行政評価制度（オレゴン改革委員会）のベンチマーキングの項目をわが国の福祉先進自治体として知られる愛知県高浜市に適用させ、高浜版の具体的な評価項目を設定した上で、実験的に行政評価手法の開発を試みる可能性をみることができた。Vの近藤報告：次年度以降の分析結果に基づいた、より簡便で実用性と信頼性・妥当性のある介護評価のための最小限評価尺度の組み合わせの開発が期待される。

D. 結論

- ①介護制度における英国と日本の違いにもかかわらず、政策枠組みや評価の内容において一定の方向への収斂が認められた。
- ②現在進展中の広域連合による介護保険事業への取り組みがいくつかの面で制度運営の効率化と公平化に寄与していることが判明した。
- ③基礎自治体が採用した「広域方式」は、比較的資源基盤の脆弱な町村対策として推進され、その積極的な対応を図った岐阜と三重を調査対象にしえたことは本調査研究の有効性を高める結果となった。
- ④単独方式の場合には、財政力指数や在宅介護力指数、在宅サービスの基盤整備率が影響していることが分かった。
- ⑤高齢者、要介護者、介護者を評価するためには、臨床レベルの評価研究の基本構想づくりのプロセスを通して、CGAの枠組みおよび各因子の尺度を選択したことが分かった。

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、今後の福祉政策的評価と臨床的・事業的評価の体系化をねらうものである。研究の推進のために、本研究プロジェクトを、政策・計画ワーキンググループと臨床・評価指標ワーキンググループに再編成し、実証的研究を遂行している。現在のところ、研究の進捗状況は、①わが国における介護保険制度の政策評価法の開発と政策評価研究が先行する英国のコミュニティケア政策との比較研究、②地方分権と介護保険を運用するための広域連合方式を採用している愛知県・三重県・岐阜県の方角性の分析とその事例研究、③単独型（高浜市及び武豊町）における介護保険事業計画の選択過程と自立支援・介護予防の政策・実践を推進するための高齢者保健福祉計画の評価分析を行い、本研究申請書の初期の目的を達している。

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

木戸利秋 日本福祉大学社会福祉学部助教授

近藤克則 日本福祉大学社会福祉学部助教授

A. 研究目的

本研究は、平成12年4月から実施される介護保険制度の円滑な運用をめざして、基礎自治体（広域方式と単独方式）における社会サービス提供システムの効率的運用手法及び介護サービスや実践の臨床的分析から政策評価・事業評価につなげるための手法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、第1に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（広域方式と単独方式）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うこと、第2に介護保険下で提供される医療・保健・福祉サービスの効果分析を進めるための臨床的評価尺度手法の開発とその実用化を図ること、第3に広域方式型及び単独方式型の介護保険制度の効率的な運用システムの評価指標の開発などに絞られるが、これら3つの手法開発を通して、基礎自治体レベルでの介護保険制度の成果と今後の福祉政策的評価と臨床的・事業的評価の体系化

をねらうものである。

B. 研究方法

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。したがって、これらの効果を導き出し、目標を達成するための研究推進組織を以下のように構成した。

1. 政策・計画ワーキンググループ (WG)

- ① 行政評価の先進国である英国のコミュニティケア政策を中心に英国で進行している福祉政策評価の分析 (分担者・木戸助教授)
- ② 基礎自治体において介護保険制度の運用方式は広域方式と単独方式に分けられるが、主として広域方式の類型化に基づく、各類型毎の特色の分析 (分担者・宮田教授)
- ③ 広域方式と単独方式の事例研究法による計画項目の選択等の分析 (分担者・平野教授)
- ④ 介護保険制度をめぐる「福祉計画」と「行政評価」の位置づけ及び介護保険事業計画と高齢者保健福祉計画の位置づけの分析 (分担者・野口)

2. 臨床・評価指標ワーキンググループ (分担者・近藤助教授を中心とする研究グループ)

- ① 高齢者・要介護者に関する事前評価；介護保険制度導入前実施の調査に独自項目を加えた分析
- ② 介護保険政策の臨床的評価研究の基本構想づくり；多専門分野にわたる研究協力による3ヵ年間の縦断的研究法の採用
- ③ 文献学的研究に基づく臨床的尺度の開発；高齢者の要介護状態に関する先行研究を文献学的に考察し、政策評価に必要と思われる因子分析

(倫理面への配慮)

上記の研究法の、特に2の研究については、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ことに努めた。また、1の研究においても行政データを用いた他の研究に学び、データそのものの素材を生かしながら自治体や個人を特定でき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得るよう努めた。

C. 研究結果

本年度の研究進捗状況としては、①わが国における介護保険制度の政策評価法の開発と政策評価研究が先行する英国のコミュニティケア政策との比較研究、②地方分権と介護保険を運用するための広域連合方式を採用している愛知県・三重県・岐阜県の方向性の分析とその事例研究、③単独型(高浜市及び武豊町)における介護保険事業計画の選択過程と自立支援・介護予防の政策・実践を推進するための高齢者保健福祉計画の評価分析などを行った。

I. 木戸報告：コミュニティケア政策と介護保険制度—英国との比較

木戸助教授の研究は、①英国のコミュニティケア・プランを題材にして、それをコミュニティケア政策としてとらえ直す作業、②さらに英国で先進的な実績を有する社会福祉政策評価の仕組みとその性格を明らかにする作業にむけられた。

まず、英国のコミュニティケア・プランとわが国の介護保険事業計画及び高齢者保健福祉計画の大きな相違点は、前者に介護サービスの量的な目標が示されていない点であるとしている。英国の場合、福祉計画のねらいが、地域住民や利用者のサービス・ニーズ、サービスの優先順位の決め方、サービスの購入や提供の場における質の確保や点検、ケア提供による混合経済の推進方法などにむけられ、主に地方自治体が民間団体からどれぐらいの費用でサービスを購入し、そしてどのような領域に重点的にサービスを投入するかということに、その特徴がみられることを指摘している。このように介護サービス対象の重点化が英国の最近の特徴であり、その結果、英国的な要介護認定基準の導入によって、比較的軽度の利用者のサービス水準の低下や重度者の利用向上化が進行しており、英国でも問題化していることを明らかにした。

また、政策評価面については、ブレア労働党政権が1999年2月に公表された協議文書によると、個々の社会福祉サービス自体の評価よりも、地方自治体の社会福祉サービス相対の供給状況を政策評価に照らして評価する傾向にあるとしている。前保守党政権下で進められた競争入札方式の対案としての Best Value（最も効果的・経済的、そして効率的手段をもちいて、価格と質の双方を含む明確な水準で、サービスを供給する責務）のアプローチが地方自治体に提示され、Best Value を達成できなかった自治体に対しては政府の介入手段が残されている。この政策評価の枠組みは50の指標からなり、1999年11月にその結果が公表されているようである。

II. 宮田報告：介護保険事業と広域連合

宮田教授の研究の焦点は、介護保険制度の施行にあたって、特に基礎自治体の広域連合等による事業への取り組みの全国的な動向から、その諸類型を検討し、類型毎の特色を明らかにすることにある。さらに広域方式が単独方式と比較して、その制度運用の効率化・公平化にどのように反映しているかを検討することにある。

いわゆる広域方式のうち広域連合に焦点化した類型方法として、広域連合の構成団体（基礎自治体）数、構成団体の特質、人口規模等を指標にもちいて類型化を試みている。その結果、介護保険事業の実施にあたって、広域的な保険者運営を行う地域は全国で59地域、その構成自治体数は441市町村（厚生省調べ）を数えることが判明した。このうち「広域連合」型に属するものが28地域・241市町村、「一部事務組合」型が26地域・167市町村、「市町村相互財政安定化事業」型によるものが5地域・33市町村となっている。また、認定審査会の広域化は477地域・2545市町村で取り組まれている。広域連合数は全国27道府県に60連合体が設置され、総数598の地方公共団体（2000年3月1日現在・平均9.97自治体）が広域連合体に加盟していることになる。そして、この広域連合化の動向が、やはり介護保険事業及び地方分権化の政策動向と深いかわりをもっていることを、その設立時期から明らかにしている。

広域連合の類型化作業としては、構成団体間の特性や相互関係などを指標に用いながら、その結果として、①「中心市型」（中心となる1市とその周辺町村によって構成）、②「小規模

連合型」(比較的小規模な町村のみによって構成)、③「対等型」(人口規模や財政力において大きな差のない複数の市町で構成)に大きく分類することが分かった。この研究が、これからの我々の広域連合体研究の基礎をなすものである。

これらの類型化に基づく広域連合の評価指標としては、①地域間の格差是正の構成団体間調整、②市町村別の具体的課題と計画への反映、③介護保険事業計画と老人保健福祉計画との整合性、④民間部門の育成などの評価軸を設定し、現在のところ「政策・計画ワーキンググループ」で愛知・岐阜・三重の3県を中心に訪問調査を実施しているところである。また、単独方式との比較検討のため、愛知県高浜市及び愛知県武豊町などにおいて実態調査を実施している。

Ⅲ. 平野隆之：「広域方式」と「単独方式」の計画項目の選択等に関する比較研究

平野教授の研究のねらいは、介護保険事業計画の策定において「広域方式」と「単独方式」のどちらかを選択した複数の基礎自治体を取り出し、事例研究法を用いて、介護保険事業計画の策定過程、計画項目の内容、老人保健福祉計画との整合性、介護保険事業運営への取り組みなどについて比較検討をすることにある。

事例研究の対象例として「広域方式」については、愛知県；知多北部(対等型)、三重県；伊賀広域(中心市型)、岐阜県；もとす広域、滋賀県；湖西広域(小規模連合型)を、これらは前述宮田報告の中で提示された分類法に基づくものであり、その他平野氏の独自分類による「一組応用型」の岐阜県；郡上事務組合組合を加えた5箇所を設定して事例研究を実施した。他方、「単独方式」については、本研究プロジェクトの基盤組織である日本福祉大学福祉社会開発研究所が受託し、その介護保険事業計画の策定に加わった自治体の中から、愛知県；半田市、高浜市、常滑市、武豊町を中心に、その比較群として春日井市(愛知県)、美濃加茂市(岐阜県)などを設定し、ヒアリング調査を実施している。また、その他に平野氏がNHKに協力して実施した東海3県介護保険アンケート調査の分析結果がある。

東海3県調査からは、①愛知県では単独方式が多く、岐阜・三重では全国的にみても広域方式が多いこと、②保険料額で比較してみると、単独方式が平均2586円に対し、広域方式では平均2669円と若干高くなる傾向を示していること、③広域方式の選択は、市の選択比率は低く、村の選択比率が高くなっており、このことは脆弱な介護資源基盤である村自治体の介護サービスや財政をカバーするものとして村などが広域方式を選択する傾向になっていること、④しかし、介護保険運営の不安感などでは、財政基盤の小さい自治体の不安感は依然として大きく、広域方式を選択した町村でも現段階では運営不安の軽減にいたっていないこと、そしてその不安の中身は、広域方式における「ケアプランの作成」と、広域方式の構成自治体における施設面の不足や広域内の資源格差などが計画上と現状との間にみられること、⑤広域方式では「上乘せ」「横だし」の政策選択はとられておらず、単独方式では7箇所の自治体が採用しており、175条の保健福祉事業は1箇所のみであったこと、⑥民間参入の状況では、広域方式でその規模拡大が図られると見込まれていたが、そうした傾向はまだ少ないこと、など多くの知見を得ることができた。今後は、この調査結果から問題点を明確化し、その後の事例研究の仮説設定に生かされることを期待する。

次に事例研究から、特に地域格差是正の諸課題をみてとることができる。①広域対応の入所系施設の調整が容易になる反面、訪問系・通所系において移動時間との関連から費用支援の必要性、②「中心市型」の伊賀広域では、広域的なサービス利用が進展するにつれて、それぞれのサービスの利用割合が平準化する傾向にあること、③単独方式における施設資源の配

置からくる地域格差の問題が生じており、その解消策が計画策定の過程で、各自治体の政策選択の事項（例えば、高浜市の宅老所など）の積極的な取り組みなどが紹介されている。その他、広域方式によるサービス供給組織の対応策としての、一部事務組合運営の特別養護老人ホームの確保、広域内社協のサービス強化策、NPO等民間非営利団体の参入促進などが紹介されている。単独方式による自治体の政策選択のなかに、介護保険事業計画を老人保健福祉事業として税で同種事業を補完しようとする特徴的な取り組みが盛り込まれている事例などが取り上げられている。介護保険事業計画と老人保健福祉計画との整合性のとり方には、多くの自治体が「自立」認定に対する補完的役割や「介護予防」策の積極的な役割が具体的な施策として組み入れられていることを指摘している。

IV. 野口定久：介護保険制度下における福祉行政の評価と計画に関する研究

分担者としての野口の研究は、地方分権の象徴と期待される介護保険制度を題材に、分権化と計画化、介護保険と行政評価、介護保険事業計画と高齢者保険福祉計画、介護保険の広域対応と単独対応等に焦点をあて、それらの関係とそこにみられる課題を提示することある。

まず、第1の作業として地方分権化への喫緊の課題を整理した。①権限委譲の中でも都市計画や町づくりの根幹となる権限をもっと市町村に委譲すること、②市町村行政の財政面における自己決定権を確立すること、③地方分権の客観的条件として、特に市町村の規模・行財政能力が問題とされるに至っている中で、合併や広域連合の仕組みの利用を図ることが必要であること、④議論の空回りを避け、執行ある改革案の提示が必要であること、などを指摘した。第2には、「福祉計画」と「行政評価」の位置づけを試みた。転換期にある社会福祉システムの内容として、今後予測される事態で大きな問題が少子・高齢化の影響で生産年齢人口比率が低下すること、次の問題が社会保障費の増大であり、介護問題と年金問題の解決策は喫緊の課題であることを強調した。その他、規制緩和と介護サービスの拡充についても触れた。第3の作業で、集権型福祉計画から分権型福祉計画への変化をR. J. ベネットの社会システムのパラダイム転換論に寄せて分析を試みた。公的サービスの供給主体の再編（政府部門から私的・非政府的諸組織へ）、公的サービス供給における経営改革、公共サービスのコスト補償システムの改善などの問題が生じることにより、これらの問題を克服する過程こそが福祉国家モデルからポスト福祉国家モデルへの転換の道筋であることを論じた。第4の作業として、行政評価の手法を紹介した。行政評価は欧米で盛んに取り入れられている手法であり、日本でも近年一部の先進的自治体が導入する傾向にあり、現在では約6割以上の都道府県で導入されており、都道府県に比べて動きが鈍かった市や特別区においても行政評価の導入に取り組む自治体が急増している現状を述べた。行政評価への取り組みの背景には、①財政悪化、②アカウンタビリティの確保、③住民の価値観の多様化、顧客満足度を向上させることが基本原理となることを指摘した。第5の作業としては、現在取り組まれている行政評価の特徴とその重点化の手法を具体的な市町村の介護保険事業計画・高齢者保健事業計画の政策・施策・事業項目表に落とし込む作業を試みた。第6の作業として、アメリカの行政評価制度を紹介し、その手法の要点をわが国の市町村自治体の介護保険事業計画や地域福祉計画に援用するための項目設定を試行的に行った。オレゴン改革委員会では、州知事、議長、ビジネス代表、教育関係代表者、地域リーダー、少数民族の代表という知事から任命された9人で構成。事務局は4,5人、年間予算50万ドル程度の小さな組織。住民5000人を対象にしたアンケート調査を行ったり、地域でミーティングや講演会を開催して、ベンチマークの普及を図っていることを紹介した。第7の作業には、筆者ら本研究プロジェクトチームが携わった自治体の介護保険事

業計画と高齢者保健福祉計画の政策・施策・事業項目の一覧表を掲載した。また、高齢者保健福祉計画の達成状況と保険料額、居宅・施設サービス総費用比率、財政力指数、高齢化率、人口規模との関連をみるための一覧表を作成した。併せて、自治体の保険料額への各因子間の関係を見るための表を作成した。第8の作業としては、介護保険制度導入における広域型と単独型のメリットと展望について触れた。

V. 近藤克則：医療・福祉サービスの効果分析

近藤助教教授らの研究は、医療・福祉サービスの効果分析を進めるための、高齢者・要介護者の事前評価、効果測定に必要な3ヵ年の縦断的研究枠組みの構想づくり、臨床的評価尺度の開発などに焦点化されている。

第1の高齢者・要介護者に関する事前評価では、1998年度実施の高齢者・要援護者調査を再分析し、①65歳以上7649人中、ねたきり度判定基準該当者12%、排尿障害10%、嚥下障害5%の出現率がみられ、これへの対応の必要性、②在宅要介護高齢者3247人中、リハ未経験が5割を占め、要介護高齢者へのリハ体験の必要性、③住宅改造の必要性は低所得層で高く、その支援策の重要性、④ロジスティック回帰分析による低所得層と要介護高齢者の修験頻度の強い関連性などが解明されている。

第2の臨床的評価研究の基本構想づくりは、①要介護状態の発生・レベル低下の危険因子の同定、②介護保険政策の効果・影響の分析を目的として、介護保険導入前の状況把握のアンケート調査をすでに実施している。その分析結果は次年度に報告予定となっている。

第3の臨床的評価尺度の開発研究は、高齢者の要介護状態に関する先行研究を考察した結果、疾患レベルの尺度だけでなく、主観的因子やADLなどの機能に関する因子、社会的因子、環境的因子などの総合的評価枠組みとそれぞれの因子についての測定尺度を表している。

D. 考察

Iの木戸報告からは、英国の介護システムの財源が税でまかなわれ、地方自治体による運営が強化されるという傾向の中で、わが国との介護システムとの相違はあるものの、在宅生活の継続性、介護サービスの多様化、介護サービスの給付管理の強化、サービス評価システムの具体化の方策など基本的な課題の共通性が認められたといえよう。今後の英国の地方自治体レベルでのコミュニティケア政策の展開と政策評価の継続的なフォローアップが本研究の進展にとって不可欠であると思われる。IIの宮田報告からは、広域連合による介護保険事業の取り組みのメリットの一つとして、人事・財政面の経費削減にあるとともに、「中心市型」では相対的に中心市の負担が大きくなる傾向がみられるが、「小規模連合型」「対等型」では単独型に比して規模の拡大によるメリットがみられることが判明した。また、認定審査会の広域方式の取り組みでは、審査の人材確保の他、効率性・公平性などで有利さがみられる。介護保険事業計画と老人保健福祉事業計画との整合性の面では、広域方式によるメリットは十分に展開しきれていないことが分かった。IIIの平野報告からは、①広域方式の選択を行った基礎自治体を見ると、市での選択比率が少なく、村の選択比率が高くなっており、このことから、脆弱な介護基盤整備をカバーする機能として町村が選択していることが判明した。②広域方式におけるサービス供給組織の対応策として一部事務組合運営の特別養護老人ホームの確保、広域内社協のサービス強化策、NPO等民間非営利団体の参入促進、基準該当サービスの設定などがみられる。③単独方式においても入所系施設資源の配置からくる地域格差の問題が生じており、その解決策が計画策定過程のなかで論議されている。④「上乘せ」「横だし」の広域方式による選択は、構成市町村間の調整の困難性のため東海3県

では全く採用されていない。反面、単独方式においては愛知県高浜市等積極的に取り入れている自治体がみうけられる。⑤単独方式による自治体の政策選択のなかに、介護保険事業計画を老人保健福祉事業として税で同種事業を補完しようとする特徴的な取り組みが盛り込まれている。⑥広域方式では、介護保険事業計画と老人保健福祉計画との整合性のつけかたについて構成団体間の合意形成に困難性がみられる。⑦民間参入については、広域方式でその規模拡大が図られると見込まれていたが、そうした導入策が具体的に計画に見込まれている事実はアンケート調査や事例調査からもみてとれなかった。Ⅳの野口報告からは、介護保険と行政評価、介護保険事業計画と高齢者保健福祉計画、介護保険の広域対応と単独対応等に焦点をあて、それらの関係とそこにみられる課題分析したものと読み取れる。アメリカにおける行政評価制度(オレゴン改革委員会)のベンチマーキングの項目をわが国の福祉先進自治体として知られる愛知県高浜市に適用させ、高浜版の具体的な評価項目を設定した上で、実験的に行政評価手法の開発を試みる可能性をみる事ができた。Ⅴの近藤報告からは、次年度以降の分析結果に基づいた、より簡便で実用性と信頼性・妥当性のある介護評価のための最小限評価尺度の組み合わせの開発が期待される。

D. 結論

- ①木戸報告においては、介護制度における英国と日本の違いにもかかわらず、政策枠組みや評価の内容において一定の方向への収斂が認められた。
- ②宮田報告からは、現在進展中の広域連合による介護保険事業への取り組みがいくつかの面で制度運営の効率化と公平化に寄与していることが判明したが、全体として介護保険制度の効率的運用にどこまで寄与するかを明らかにするためには、介護保険事業が本格的実施の段階に入る2000年度以降の推移を引き続き分析、検討する必要がある。
- ③平野報告からは、次の3点にわたる結論が得られた。1)介護保険制度導入に際し、基礎自治体が採用した「広域方式」は、比較的資源基盤の脆弱な町村対策として推進され、その積極的な対応を図った岐阜と三重を調査対象にしえたことは本調査研究の有効性を高める結果となった。特に三重県の広域連合構成団体における社会福祉協議会の広域対応という新たな展開も試みられ、この動きに今後注目したい。「広域方式」の採用のもうひとつの理由が、民間営利の事業者の参入にあったが、必ずしも進展は見られず、むしろ基準該当サービスの採用による政策選択がとられていた。2)広域方式での「上乘せ」「横だし」は東海3県で採用されたところはなかった。それは、保険料額の引き上げや政策の重点化に関する構成自治体間調整の困難性にあることが判明した。反面、単独方式の、特に愛知県高浜市では積極的に「上乘せ」「横だし」施策を選択しており、今後の研究フォローに期待が掛かってくる。3)単独方式では介護保険給付の補完も含めて、介護保険事業計画と老人保健福祉計画との整合性への努力がみうけられた。
- ④野口報告からは、1)地方分権化の進展の中で特に市町村の規模・行財政能力が、広域方式か単独方式かの選択を決めるひとつの重要な要因となっていること、2)今後予測される少子・高齢化の影響で介護問題と年金問題の解決策は喫緊の課題であることを強調し、行政、事業者、住民による協働の計画と評価システムの手法開発の必要性を説いた。4)そして、欧米で盛んに取り入れられている行政評価手法を援用し、特に高浜市等を事例地域とした介護保険事業計画・高齢者保健事業計画の政策・施策・事業項目表に落とし込む作業を試みた。5)高齢者保健福祉計画の達成状況と保険料額、居宅・施設サービス総費用比率、財政力指数、高齢化率、人口規模との関連をみた。自治体の保険料額への各因子間の関係をみると、単独方式の場合には、財政力指数や在宅介護力指数、在宅サービスの基盤整備率が影響していることが分かった。

- ⑤近藤報告からは、介護政策の対象となる高齢者、要介護者、介護者を評価するするためには、多くの因子を評価すべきことが判明し、臨床レベルの評価研究の基本構想づくりのプロセスを通して、CGAの枠組みおよび各因子の尺度を選択したことが分かった。次年度では、その尺度を用いた3つの調査を実施し、その結果を分析する。

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

コミュニティ・ケア政策と介護保険制度－英国との比較－

分担研究者 木戸利秋 日本福祉大学社会福祉学部助教授

研究要旨 わが国の介護保険制度をめぐる政策動向を英国との関連で明らかにするために、①英国のコミュニティ・ケアのプランニングをめぐる論点と、②英国社会福祉の政策評価の枠組みと方法の分析を行った。システムの違いはあるものの、介護サービスの対象の重点化とアセスメントの基準化を通して、英国においても介護サービスの給付管理が進行していること、また地方自治体に対しては、政策の効果性と効率性がいっそうきびしく求められていることが明らかとなった。

A. 研究目的

本研究は、①英国のコミュニティ・ケア・プランを中心にコミュニティ・ケア政策を捉えるとともに、②英国で進行している社会福祉の政策評価の仕組みと性格を明らかにすることによって、わが国との関連性を明らかにしようとするものである。

B. 研究方法

英国のコミュニティ・ケア政策については、この領域の制度の解説書として定評のあるメレディスの著書によりながら検討し、またコミュニティ・ケア・プランについては英国保健省の文書を用いて分析した。¹

C. 研究結果

英国のコミュニティ・ケア・プランは、わが国と同じように地域住民のニーズやサービス事業者の意見をふまえて策定することが求められている一方で、大きく異なると思われるのは、介護サービスの量的な目標が明らかになっていないことである。

これは当初の英国のプランニングの場合、我が国の介護保険とは異なり、一定の財源枠内での介護サービスの給付管理が強く求められているわけではなかったということもあり、当該地方自治体のコミュニティ・ケア政策の説明、あるいは業務報告や今後の方針について抽象的に述べられている傾向がつよい。すなわち、以下のような項目について記述することが要請されている。

- 地域住民や利用者のサービスのニーズ
- サービスの現状や優先順位の定め方
- サービスの購入や提供において、どのように質を確保するのか、また点検するのか（監査や苦情処理の果たす役割）
- 消費者選択の幅をひろげ、ケアの混合経済を推進する方法
- 計画実施に必要な予算とマンパワー
- 保健や住宅部局との協議経過
- 利用者や介護者への説明や次期の計画書の見通し、など

ただ、地方自治体がどのような民間団体から、どのくらいの費用でサービスを購入しているのか、また地方自治体がどのような領域を重視してサービス展開をはかるのかなど、英国のコミュニティ・ケア・システムの特徴を反映した記述も見受けられる。

他方、住民や利用者のニーズにそくした計画化という側面では我が国のように保険システム下での給付管理は行っていないものの、地方自治体の財源枠がきびしくなっており、これを反映して介護サービスの対象を重点化(targeting)しつつあるのが、最近の傾向である。つまり従来の英国の介護システムのもとでは、'広くうすい' サービス提供が一般的であったが、それを介護サービスの対象者をいっそう明確にするために、英国的な要介護認定の基準(eligibility criteria)を導入することによって、見直さざるをえなくなっているのである。その結果、我が国の介護保険下で生じてくるであろう事態、つまり、比較的軽度の利用者のサービス水準が低下し、重度の利用者の

それが向上するという関係が、すでに英国の改革のなかでも問題化しているのである。

次に、政策評価であるが、これは、1998年の社会福祉のホワイト・ペーパーにおけるサービス供給システムの効果や効率を高めるための新たな提案をうけて、1999年2月に公表された協議文書にもとづいている。それは、個々の社会福祉サービス自体の評価に力点があるというよりは、地方自治体の社会福祉サービス総体の供給状況を、意図された政策目標にてらして評価しようとするものである。

同時にこの社会福祉の政策評価は、地方自治体サービス全体の「政策評価」にかかわるブレア労働党政権のアプローチ（Best Value）の一環をなすものであり、前保守党政権による競争入札アプローチへの対案ともなっている。Best Valueとは「最も効果的、経済的、そして効率的手段をもちいて、価格と質の双方を含む明確な水準で、サービスを供給する責務」である。そして、Best Valueを達成できなかった自治体に対しては、最終的には政府による介入手段が残されている。

政策評価の流れとしては、国から社会福祉の政策目標（National Objectives for Social Services）が提示され、それを反映した5つの領域（全国的重点政策課題及び戦略的目標、費用と効率性、サービス提供の効果性と結果、利用者と介護者にとってのサービスの質、公平なアクセス）からなる評価の枠組み（Social Services Performance Assessment Framework: PAF）が設定される。そのもとに具体的な46の指標（Performance Indicators: PIs）が示されている。

さらに継続的な改善をはかるために、重点的な政策評価（Fundamental Performance Review）が実施され、挑戦（Challenge）、比較（Comparison）、協議（Consult）、競争（Competition）という4つの視点から吟味される。これらは自治体別に集約される運営改善計画書（Local Performance Plans）によって公表され、外部監査の対象にもなり、継続的に改善状況がチェックされる体制になっている。そして自主的な改善が、最終的に機能しなかったときに、政府からの介入、例えば自治体の当該業務の第三者機関への移転などが検討されるようである。

この政策評価の枠組み案については地方自治体からの意見をふまえて見直され、最終的には50の指標として1999年6月に正式に決定された。これにもとづき同年11月には地方自治体の社会福祉に関する第一回の政策評価の結果が公表されている。

D. 考察

英国の介護システムは、わが国からみると財源のすべてが租税に求められ、また運営においては地方自治体の役割が大きいなどの特徴がみられる。しかし、そうしたシステムの違いはあるものの、すみなれた地域で生活の継続をはかることを理念に掲げ、介護サービスの提供者を多様化し、また介護サービスの給付管理を強化していく方向性、さらにはサービス評価システムの具体化など基本的な課題の共通性も認められる。

したがって今後、継続して英国の地方自治体レベルでのコミュニティ・ケア政策の展開と政策評価の進展をフォローしていくことが必要である。

E. 結論

長期ケアへの社会福祉の対応を英国との関連で考察した。英国と日本の制度の違いにもかかわらず、政策枠組みや評価の内容において一定の方向への収斂が認められた。

¹ Department of Health, Social Services Performance 1998-99, November 1999

Department of Health, The Personal Social Services Performance Assessment Framework, July 1999

Department of Health, New Approach To Social Services Performance, Consultation Document, February 1999

Cm4169, Modernising Social Services: Promoting independence, Improving protection, Raising standard, November 1998

Department of the Environment, Transport and the Regions, Modern Local Government, In Touch with the People, 30 July 1998

Meredith, B., Community Care Handbook, 2nd ed., Age Concern, 1995

コミュニティ・ケア政策と介護保険制度－英国との比較－

分担研究者 木戸利秋 日本福祉大学社会福祉学部助教授

1 コミュニティ・ケア・プラン

プランニングにおける問題化の脈絡

＜アセスメントとケアマネジメントとの関連で＞

英国の介護システムにおけるアセスメントは、次のプロセスで行われる。すなわち、

- ① 実施するアセスメントのレベルをきめる。
- ② ニーズ評価
- ③ サービス提供を行うかどうかの判断
- ④ ケアプランの作成
- ⑤ ケアプランにもとづくサービス提供
- ⑥ モニタリング
- ⑦ ケアプランの見直し

アセスメントの一連の過程のなかで大きく問題化してきたのは、第三の局面、すなわち自治体としての措置決定の部分である。その背景としては、英国のコミュニティ・ケア・システムが、一方では障害者の施策にみられるようにサービスの権利性をはっきりさせておきながら、他方ではコミュニティ・ケアの与えられた財源のなかでどの程度のサービス水準が確保されるのかが、必ずしも明らかではなかったことがある。その結果、「ニーズ主導」の改革というが、そのニーズをだれが決めるのか、利用者自身なのか、ワーカーなのかという問題状況もうまれ、最終的には自治体のニーズの判断基準が求められるようになってきた。それが英国でいう要介護認定 (eligibility criteria) である。

このことは租税にもとづく介護システムにおいても、利用者主体とサービスの重点化という緊張関係のなかで、自治体版の要介護認定システムをつくり、自治体が責任をおうべき介護ニーズを明らかにせざるを得なかったということができる。この意味では、英国のシステム

においても、今後、介護サービスの給付管理にむかう仕組みがしだいに形成されていくように思われる。このことが、地方自治体のコミュニティ・ケアのプランニングにおけるサービスの重点化につながっているのである。

＜供給組織の多元化との関連で＞

コミュニティ・ケア改革が実施される以前は、英国の社会福祉は自治体直営部門の比重が大きかったが、改革後は施設ケア、在宅ケアともに民間部門の役割が高まる傾向にある。「福祉の混合経済」の政策は、1980年代にはいると保守党のサッチャー首相のもとで追求されてきたとはいえ、施設ケアの領域以外ではとりたてて顕著な変化はみられず、多分にイデオロギー的な側面にとどまっていたとみることができる。

しかし改革を契機にして、多元化の方向性がでてきたのは、第一にコミュニティ・ケアの責任主体を地方自治体としたが、サービス供給面においては自治体による独占を廃し、むしろ自治体は民活推進のための条件整備の機関 (enabler) になるように性格づけを大きく変化させたこと。第二に、ニーズ主導のコミュニティ・ケアの仕組みをつくるため、サービス提供者からアセスメントの機能を切り離し、提供者とサービスの購入者を分離したこと。第三に、コミュニティ・ケア改革に関わって自治体に配分された特別移行補助金の85%を民間部門からのサービス購入にあてるように用途を限定したこと。これらが要因になって、供給関係の変化をもたらしたと考えることができる。その結果、これまで自治体が直営で行ってきた施設ケアやデイサービスなどの事業の運営を、民間に払いさげ、あるいは運営委託したりする事態が広く見られるようになった。

コミュニティ・ケア・プランの論点

グリフィス報告書は英国のコミュニティ・ケアの責任機関に地方自治体を選んだが、その理由として、介護サービスの利用者である住民に最も近接したところで、民主的に選出された機関であることをあげている。その期待された位置づけから求められることのひとつは、コミュニティ・ケア計画を地域住民のニーズやサービス事業者の意見をふまえて策定することである。

この点では日本の介護保険事業計画を策定するさいの基本的姿勢とは共通しているといえるが、大きく異なると思われるのは、介護サービスの量的な目標が明らかになっていないことである。英国の計画の場合、次のような項目が計画書に含められるべきだとされている。

- 地域住民や利用者のサービスのニーズ
- サービスの現状や優先順位の定め方
- サービスの購入や提供において、どのように質を確保するのか、また点検するのか（監査や苦情処理の果たす役割）
- 消費者選択の幅をひろげ、ケアの混合経済を推進する方法
- 計画実施に必要な予算とマンパワー
- 保健や住宅部局との協議経過
- 利用者や介護者への説明や次期の計画書の見通し、など

このように我が国の介護保険のように、一定の財源の枠内での介護サービスの給付管理が強く求められているわけではないということもあり、英国の計画書は当該地王自治体のコミュニティ・ケア政策の説明、あるいは業務報告や今後の方針について抽象的に述べられている傾向がよい。

ただ、地方自治体がサービスをどのような民間団体から、いくらで購入しているのか、また地方自治体がどのような領域を重視してサービス展開をはかるのかなど、英国のコミュニティ・ケア・システムの特徴を反映した記述も見受けられる。その点では、ケアの混合経済の推進とはいっても、営利部門にどの程度を依拠しているのかでは、地方自治体レベルでは実情に大きな差が生まれているようである。したがって、民間事業者とのコンサルテーションの程度についても、一般的に言って契約関係からみて優位にたっている地方自治体の姿勢に左右されている状況である。改革当初、自治体と事業

者の関係は対立的と評されていたが、最近はパートナーシップという評価もみられるように変わってきているようだ。例えば、自治体によっては民間事業者のフォーラムがつくられ、自治体との間で協議が積み重ねられるような事例もでている。

他方、住民や利用者のニーズにそくした計画化という側面ではどうか。我が国のように保険システム下での給付管理は行っていないものの、英国では日本以上に、地方自治体の財源枠がきびしくなっており、これを反映して前述の改革の目的にふれられたように、介護サービスの対象を重点化しつつあるのが、最近の傾向である。従来の英国の介護システムのもとでは、‘広くうすい’サービス提供が一般的であったが、それを見直さざるをえなくなってきた。その結果、我が国の介護保険下で生じてくるであろう事態、つまり、比較的軽度の利用者のサービス水準が低下し、重度の利用者のそれが向上するという関係が、すでに英国の改革のなかでも問題化しているのである。

2 コミュニティ・ケアの政策評価

政策評価の脈絡

英国の社会福祉において最近、政策評価に関する議論が多くなってきたのは、直接には次項で紹介する新しい政策提案によるものであるが、もうすこし広い視点で見ると次のように整理することもできるだろう。

第一に、政策評価が問題化するための基本的な条件の成熟である。この場合、低経済成長期において長期ケアへの対応が一貫して問題化していること、他方で社会福祉理論において、例えばケント大学の PSSRU の研究成果にみられるように、供給重視の傾向が強まっていることを指摘することができる。Universalism あるいは collectivism から selectivism への転換である。¹

第二には、1980年代のサッチャー保守党長期政権のもとでの社会政策的な環境の変化である。すなわち、経済的効率性や費用対効果の視点の重視であり、例えば value for money（支出にみあう対価）という概念によく現れている。それは制度的には、外部監査制度（Audit Commission）による地方自治体の福祉サービ

ス評価のなかで追求されてきた。

第三に、1993年のコミュニティ・ケア改革の結果、地方自治体の役割が、直営事業者から民活推進の条件整備の機関へ（provider から enabler へ）変化することのなかで、その経営管理能力がよりクローズアップされることになったことである。

‘ New Approach To Social Services Performance’ⁱⁱをめぐって

これは、前述したホワイト・ペーパーにおけるサービス供給システムの効果や効率を高めるための新たな提案をうけて、1999年2月に公表された協議文書である。それは、個々の社会福祉サービス自体の評価に力点があるというよりは、地方自治体の社会福祉サービス総体の供給状況を、意図された政策目標にてらして評価しようとするものである。というのも、93年のコミュニティ・ケア改革以降、外部監査や社会サービス監査部（Social Services Inspectorate）の共同したサービス評価の実施によって、すぐれた実践も展開している自治体がある一方で、「劣悪なサービスの例も多く、非効率性も広範囲にみられ、深刻で深い根のある問題をかかえた心配な数多くの自治体もみられた」からである。ⁱⁱⁱ

同時にこの社会福祉の政策評価は、地方自治体サービス全体の「政策評価」にかかわるブレア労働党政権のアプローチ（Best Value）の一環をなすものであり、前保守党政権による競争入札アプローチへの対案ともなっている。^{iv} Best Value とは「最も効果的、経済的、そして効率的手段をもちいて、価格と質の双方を含む明確な水準で、サービスを供給する責務」^v である。そして、Best Value を達成できなかった自治体に対しては、最終的には政府による介入手段が残されている。

政策評価の視点と方法

それでは、政策評価がどのように行われるのかを簡潔にみておきたい。流れとしては、国から社会福祉の政策目標（National Objectives for Social Services）が提示され、それを反映した5つの領域（全国的重点政策課題及び戦略的目標、費用と効率性、サービス提供の効果性と結果、利用者と介護者にとってのサービスの

質、公平なアクセス）からなる評価の枠組み（Social Services Performance Assessment Framework: PAF）が設定される。そのもとに具体的な46指標（Performance Indicators: PIs）が用意され、実際の評価が実施されていくことになる。^{vi}

さらに継続的な改善をはかるために、重点的な政策評価（Fundamental Performance Review）が実施され、挑戦（Challenge）、比較（Comparison）、協議（Consult）、競争（Competition）という4つの視点から吟味される。これらは自治体別に集約される運営改善計画書（Local Performance Plans）によって公表され、外部監査の対象にもなり、継続的に改善状況がチェックされる体制になっている。そして自主的な改善が、最終的に機能しなかったときに、政府からの介入が検討されるようである。

このように Best Value にもとづく政策評価の導入は、社会福祉の責任主体である地方自治体の管理運営はもとより、現場の社会福祉実践に対しても大きな影響を与えるものと予想される。すでに専門誌には政策評価の意味について、一方では自治体の経営能力を客観的にとらえ、全体のなかでの位置づけが与えられるのを肯定的にうけとめる意見から、他方では、専門職が政策評価のチェック欄ばかりを気にするようになれば、やがて誰も「失敗」を問題にすることができなくなるのではという意見まで、検討すべき論点がでてきている。^{vii}

たしかに保健省の協議文書でも、「評価指標それ自体は結論を示しているわけではなく、サービスを改善していく過程のひとつの重要な部分…」^{viii}と指摘されているが、利用者主体の視点からそれがどのような可能性や問題をもっているのかをめぐって、今後もいっそう議論の焦点になってくるものと思われる。

なお、この政策評価の枠組み案については地方自治体からの意見をふまえて見直され、最終的には50の指標として1999年6月に正式に決定された。これにもとづき同年11月には地方自治体の社会福祉に関する第一回の政策評価の結果が公表されている。^{ix}

ⁱ 例えば、Davies, B., Challis, D., Matching

Resources to Needs in Community Care,
1986, Gower, p.72-75

ⁱⁱ Department of Health, New Approach To
Social Services Performance, Consultation
Document, February 1999

ⁱⁱⁱ Cm4169, Op.cit., para.7.2

^{iv} Department of the Environment,
Transport and the Regions, Modern Local
Government, In Touch with the People, 30
July 1998 この第7章のタイトルが^s

‘Improving local services through best
value’ となっている。

^v Department of Health, Op.cit., para1.5,
February 1999

^{vi} 政策目標は、児童、成人、および共通部分か
らなっている。そのうち成人のサービス目標に
は、自立支援、在宅支援、仕事の継続への支援、
不必要な入院や入所の回避、インフォーマルな
介護者への支援、効果的ケアの提供、アセスメント
とケアマネジメントがあがっている。また共通部
分では、利用者・介護者参加、利用者保護、職員
研修・資格、財源の効果的利用に関連した目標
が設定されている。

他方、評価の枠組み (PAF) の方は5つの側面
からなり、それらは、①全国的な優先施策と戦略
的目標、②費用と効率性、③サービス供給の効
果性と結果、④利用者と介護者にとってのサー
ビスの質、⑤公平なアクセスとなっている。

具体的な指標は46あるが、これらは改定作業が
続いているようだ。

^{vii} 例えば次の論説を参照。Longan, M., The
Management Myth, in Community Care, 28
Jan-3 Feb. 1999, pp.24-25; Thompson, A.,
Joined-up Thinkers, in Community Care, 25
Feb-3 Mar 1999, pp.24-25

^{viii} Department of Health, Op.cit., para1.19,
February 1999

^{ix} Department of Health, Social Services
Performance 1998-99, November 1999

Department of Health, The Personal Social
Services Performance Assessment
Framework, July 1999

厚生科学研究費補助金（政策科学研究事業）
分担研究報告書

介護保険事業と広域連合

分担研究者 宮田 和明 日本福祉大学社会福祉学部教授

研究要旨 介護保険制度の施行に関する諸事務を実施するにあたって、広域方式、特に広域連合で行うことが市町村単独方式との比較において制度運営の効率化と公平化にどのように寄与しうるかを検討した。その際、広域連合の構成団体数、構成団体の特質、人口規模などを指標として、「中心市型」「小規模連合型」「対等型」の3類型に区分して各類型の積極面、消極面を検討した。その結果、広域連合による事業への取組みがいくつかの面で制度運営の効率化と公平化に寄与していることが明らかになった。

A. 研究目的

介護保険事業の実施にあたって、市町村が個別に保険者となって事業の推進にあたるいわゆる単独方式と、幾つかの市町村が連携して事業の推進母体となる広域方式とがみられる。

本研究の目的は、単独方式と広域方式の比較検討を進めるための一つの前提として、広域方式のうち、介護保険制度の施行に関する諸事務を広域連合で行っている場合を中心にその諸類型を検討し、類型ごとの特色を明らかにすることにある。

B. 研究方法

一般的資料にもとづいて広域方式による介護保険事業推進の取組みについて概観するとともに、広域方式のうち広域連合によるものについては、広域連合の構成団体数、構成団体の特質、人口規模などを指標として類型化を試み、介護保険事業の実施にあたっての各類型ごとの積極面、消極面を検討する。

C. 研究結果

介護保険事業の実施にあたって、広域的な保険者運営を行う地域および市町村数は、59地域、441市町村（2000年1月14日現在、ただし2000年4月1日までに広域化を行うことを決定している地域を含む、厚生省調べ）である。このうち、広域連合が保険者となるのが28地域、241市町村、一部事務組合によるものが26地域、167市町村、市町村相互財政安定化事業によるものが5地域、33市町村である。

また、認定審査会を広域的に設置する地域および市町村数は、477地域、2545市町村で、このうち、機関の共同設置264地域、1016市町村、広域連合55地域、488市町村、一部事務組合147地域、993市町村、事務を委託する町村が48町村である。

他方、広域連合数についてみると、2000年3月1日現在、全国27道府県に60の広域連合が設置されている。構成団体数は2県91市354町150村1組合、総数598団体（平均9.97）である。

60の広域連合のうち、設立されて後に介護保険に関する事務を追加したものを含めて、55広域連合が介護保険事業の実施にかかわる事務を担っている。

広域連合が介護保険事業の実施と深いかわりを持っていることは、その設立時期をみることによって明らかとなる。

介護保険法成立（1998年12月）前に設立された広域連合が17あるが、設立当初に定めた事務の中に介護保険制度の施行に関する事務を含めていなかった12広域連合が98年後半から99年前半にかけて関連事務を追加している。この間に設立された広域連合のうち、介護保険に関する事務を行わないのは「函館圏公立大学広域連合」および「香肌奥伊勢資源化広域連合」の2広域連合のみである。

介護保険法成立後から制度施行の具体的な準備が始まった1999（平成11）年秋にかけて設立された広域連合がもっとも多く、39を数え、全体の65パーセントを占める。そのうち、36広域連合が、介護保険事業計画の策定、要介護認定に関する事務など、介護保険制度の施行に関する事務を行うこととしている。

2000（平成12）年に入って設立された4広域連合は、いずれも介護保険制度の施行に関する事務を行うものである。

構成団体数別にみると、構成団体数が多いのは「彩の国さいたまづくり広域連合」（構成団体数93）で、「福岡県介護保険広域連合」（同72）がこれに続く。

構成団体数が20を超えるのはこの2広域連合のみで、構成団体数18以上の広域連合が3、同じく11～15の広域連合が5、同じく6～10の広域連合が31で過半数を占め、同じく2～5の広域連合が19となっている。

構成団体の内訳をみると、一つの市と複数の町村によって構成される広域連合がもっとも多く、19を数え、次いで町と村によって構成される広域連合が17、複数の市と町村によって構成される広域連合が10となっている。

このほか、市のみで構成される広域連合が2、町のみ6、村のみ1で、構成団体に県を含む広域連合が2となっている。

広域連合を構成する団体の諸特性と相互関

係を指標として、ここでは以下の3つの類型を抽出し、それぞれの類型における介護保険事業への取組みを比較し、その特色と問題点を検討することとした。

第Ⅰ類型（中心市型）

：中心となる1市とその周辺町村によって構成される広域連合

第Ⅱ類型（小規模連合型）

：比較的小規模な町村のみによって構成される広域連合

第Ⅲ類型（対等型）

：人口規模や財政力において大きな差のない複数の市町で構成される広域連合

このような類型化を行った上で、介護保険事業への取組みの具体的な状況を分析するため、われわれが調査研究のフィールドとした東海三県においていくつかの広域連合について実態調査を行った。

広域連合の諸類型を評価するにあたって、①地域間の格差是正にかかわる市町村間の意見調整などの介護保険事業の決定過程における調整業務について、②市町村別の具体的な課題の計画への反映について、③介護保険事業計画と老人保健福祉計画との間の整合性について、④民間部門の育成について、の4つの評価軸を設定し、類型ごとの比較を行った。

また、単独方式との比較検討のため、愛知県高浜市、同県知多郡武豊町などにおいて実態調査を行った。

D. 考察

広域連合による介護保険事業への取組みの利点の一つは、人事・財政面における経費の節減である。「中心市型」においては、相対的にみて中心市の負担が大きくなる傾向がみられるが、「小規模連合型」「対等型」においては、単独で取組む場合に比べて、規模の拡大によるメリットがみられる。

認定審査会については、訪問調査から審査にいたるまでを共同で行う場合には、審査にあたる人材の確保の面ばかりでなく、効率性・公平性の面においても有利さがみられる。

介護保険事業計画と老人保健福祉計画との整合性や基盤整備の推進の面においては、広

域連合による事業実施のメリットが必ずしも十分には発揮されていないと思われる。

E. 結論

これまでの考察によって、広域連合による介護保険事業への取組みがいくつかの面で制度運営の効率化と公平化に寄与していることが明らかになったが、全体として介護保険制度の効率的運用にどこまで寄与しうるかを明らかにするためには、介護保険事業が準備段階から本格的実施の段階に入る 2000 年度以降の推移を引き続き分析、検討する必要がある。

F. 研究発表

日本地域福祉学会第 14 回大会（2000 年 6 月開催）において、「広域方式・単独方式の介護保険運営と地域福祉」という表題での研究報告を予定している。

厚生科学研究費補助金 分担研究報告書

分担研究者 宮田 和明 日本福祉大学教授

介護保険事業と広域連合

1. 介護保険事業と広域的取組みの状況

介護保険事業の実施にあたって、市町村が個別に保険者となって事業の推進にあたるいわゆる単独方式と、いくつかの市町村が連携して事業の推進母体となる広域方式とがみられる。

本研究の目的は、介護保険制度の効率的、効果的運用にかかわって、単独方式と広域方式の比較検討を進めるための一つの前提として、広域方式のうち、介護保険制度の施行に関する諸事務を広域連合で行っている場合を中心に検討し、その類型化を試みるとともに、類型ごとの特色を明らかにすることにある。

広域連合の検討に入るのに先立って、まず介護保険事業の広域的な取組みの状況を概観しておくことにしたい。

表1は、全国および東海3県について、介護保険事業の広域的な取組みの状況のうち、広域的な保険者運営を行う地域・市町村をみたものである（2000年1月14日現在、ただし2000年4月1日までに広域化を行うことを決定している地域を含む、厚生省調べ）。

広域的な保険者運営を行う地域の数是全国で59である。そのうち、広域連合28、一部事務組合26、市町村相互財政安定化事業5で、広域連合による地域の数がもっとも多い。市町村数で見ると、広域連合241市町村に対し、一部事務組合167、市町村相互財政安定化事業33で、合計274市町村である。これは、全市町村数（特別区を含む3252）の13.6%にあたる。

東海3県についてみると、広域的な運営は岐阜県、三重県で多くみられ、それとは対照的に愛知県では少ない。岐阜県では、広域連合7、一部事務組合1で、市町村数49は全市町村数の49.5%、同じく三重県では、広域連合5、一部事務組合1で、市町村数27は全市町村数の39.1%である。これに対して、愛知県では、広域連合1に加えて、2000年4月から発足する市町村相互財政安定化事業によるもの1の合計2地域のみで、市町村数9は全市町村数の10.3%に過ぎない。