

次に、認定審査会の広域的な設置の状況をおきたい。

審査会委員となる保健・医療・福祉関係者を小規模な町村が単独で確保することが困難であるという理由や、近接する市町村の間で認定結果のずれが生じるのを避けて統一的な審査を行うことなどのために、認定審査会の広域的な設置が広く行われている。

表2に示すように、認定審査会を広域的に設置する地域数は全国で466地域にのぼり、全市町村数の78.3%にあたる2545市町村が何らかの形態で共同設置に参加している。

このうち、機関の共同設置によるものが264地域、1016市町村と最も多く、一部事務組合によるものが147地域、993市町村でこれに次ぎ、広域連合によるものが55地域、488市町村、この他に事務の委託を行っている町村48となっている。

東海3県についてみると、ここでも、岐阜県、三重県で広域的な設置が多くみられるのに対して、愛知県では相対的に少ない。岐阜県では4つの市を除く95市町村（全市町村数の96.0%）、三重県では3つの市を除く66市町村（同じく95.7%）が共同設置に参加して入るのに対して、愛知県では36市町村（同じく40.9%）で、町は約半数、村でも8割の参加にとどまっている。

介護保険事業の広域的な取組みをめぐる岐阜県および三重県と愛知県との対照的ともいえる動向は、以下に述べるように、広域連合の設置にかかわってもみられるところである。

## 2. 広域連合の設置状況

2000（平成12）年3月1日現在、全国47都道府県のうち27道府県に60の広域連合が設立されている。

道府県別にみると（表3参照）、複数の広域連合が設立されている県と、1広域連合のみの設立にとどまっている道府県とがあることが分かる。三重県の10が最も多く、岐阜県、長野県の6がそれに次いでいる。これに対して、愛知県は1広域連合のみで、東海3県の中に広域連合数における両極をみることができる。

周知のように広域連合は、地方分権と広域行政の推進を目的として、1995（平成7）年6月から施行された制度である。

市町村の枠を越えた広域的なニーズに対応する組織としては、これまでも一部事務組合があったが、一部事務組合はその名の示すとおり、構成団体やその執行機関の事務の特定された一部のみを共同処理することを目的として設置されるのに対して、広域連合は、国あるいは都道府県から権限・事務の委任を受けることができるほか、構成団体

に規約を変更するよう要請したり、広域連合が策定した広域計画にもとづいて、その実施について構成団体に対して勧告することができるなど、従来の一部事務組合に比してより大きな権限を持ったものである。

介護保険制度の施行に関する事務の一部または全部を広域的に行うために、広域連合を新たに設立した事例が多く見られる。

60の広域連合のうち、設立後に介護保険に関する事務を追加した広域連合を含めて、55広域連合が介護保険事業の実施にかかわる何らかの事務を担っており、介護保険に関する事務を行わないのは5広域連合のみである。

広域連合の設立が介護保険事業の推進と深いかかわりを持っていることは、広域連合を設立時期別にみることによっても明らかになる。

表4の一覧および表5に示すように、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。そ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。他の15のうち12広域連合は、設立当初に定めた事務には介護保険制度の施行に関する事務を含んでいなかったが、98年後半から99年前半にかけて介護保険関連事務を追加している。

介護保険法成立後の1991年1月から制度施行の具体的準備が始まった1999年秋にかけて設立された広域連合が39と全体の65%を占め、そのうち、「彩の国さいたま人づくり広域連合」、「南砺広域連合」、「桑名・員弁広域連合」を除く36広域連合が介護保険制度の施行に関する事務を行うものである。

2000年に入って設立された4広域連合は、いずれも処理する事務の中に介護保険制度の施行に関する事務をあげている。

ただし、広域連合が処理する介護保険関連事務の範囲は、それぞれ異なり、広域連合が保険者となって介護保険料の賦課徴収から保険給付までを行うもから、老人保健福祉計画および介護保険事業計画の策定を共同で行うもの、介護認定審査会の設置および運営のみを共同で行うものまで一律ではない。

次に、広域連合の構成団体の状況を表6の一覧および表7によってみておこう。

2000年3月1日現在の60広域連合の構成団体数は2県91市354町150村1組合、合計総数は598（平均9.97）である。

構成団体数別にみると、構成団体数をもっとも多いのは「彩の国さいたま人づくり広域連合」（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。

構成団体の内訳を整理してみると（表 8 参照）、1 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。他に、市のみで構成される広域連合 2、町のみ 6、村のみ 1 がある。また、構成団体に県を含む広域連合は 2 となっている。

### 3. 広域連合の諸類型と典型例の抽出

広域連合を構成する団体相互の関係は、広域連合による介護保険事業への取組みのあり方に大きく影響すると考えられる。

そこで、広域連合を構成団体別に 5 つに分類して示したのが表 8 である。

このうち、D（市のみ）と E（県を含む）の 2 類型に含まれるのはそれぞれ 2 広域連合のみであり、数も少ないので、ここでは A から C までの類型を以下のように特色づけて典型的な事例を抽出することとした。

#### 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、各類型の典型例となると思われる広域連合を選び、実態調査を行った。

今回、実態調査の対象とした広域連合は以下のとおりである。

第 I 類型（中心市型）：伊賀介護保険広域連合（三重県）

第 II 類型（小規模連合型）：もとす介護保険広域連合（岐阜県）

第 III 類型（対等型）：知多北部広域連合（愛知県）

表 9 は、以上の 3 つの広域連合について、構成団体の人口と高齢化率を比較したものである。

第 I 類型（中心市型）の「伊賀介護保険広域連合」は、1 市 3 町 2 村の 6 市町村で構成されるが、中心市と位置づけられる上野市の人口が 60,935 人で広域連合全体の

60%を占め、周辺町村との人口規模の格差が明確に示されている。

これに対して、第Ⅱ類型（小規模連合型）の「もとす介護保険広域連合」は、6町1村の7町村で構成され、広域連合全体の人口をとっても30,903人、最も人口規模の大きい穂積町の人口が12,708人で広域連合全体の41.1%を占めるが、相対的に人口規模の小さい町村で構成されている。

また、3市1町の4市町で構成される第Ⅲ類型（対等型）の「知多北部広域連合」をみると、広域連合全体の人口は「もとす介護保険広域連合」の約10倍にあたる296,205人で、最も人口規模の大きい東海市の人口が98,863人、全体の33.4%である。また、高齢化率をとっても4市町の間にはほとんど差がない。

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、人事および事務執行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大きいと考えられる。

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。

しかし、広域連合の人口規模や構成には大きな差があり、各広域連合の地域特性と合わせて、介護保険事業の計画策定過程における市町村間の意見調整、市町村別の具体的課題への取組み、基盤整備の推進などのあり方に与える影響は大きい。

全体として広域連合が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、実態調査を含めたより綿密な分析、検討を深める必要がある。それとともに、単独方式との比較検討が必要である。

各類型の典型例についてわれわれが行った実態調査の結果、ならびに愛知県高浜市、同県知多郡武豊町などの単独方式との比較検討の詳細については、平野隆之分担研究者の後掲報告に譲ることとしたい。

（付記）

本報告および野口報告、平野報告の内容をもとに、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」（仮題）という研究報告を予定している。

表1 介護保険事業の広域的運営の状況(1)

——広域的な保険者運営を行う地域・市町村数

2000年1月14日厚生省調査

		全 国	岐阜県	愛知県	三重県
広域連合	地域数	28	7	1	5
	市	21	1	3	5
	町 村	167 53	24 21	1	14 4
一部事務組合	地域数	26	1		1
	市	16			
	町 村	125 26	2 1		3 1
市町村相互財政 安定化事業	地域数	5		1	
	市	3			
	町 村	23 7		2 3	
合計数	地域数	59	8	2	6
	市	40	1	3	5
	町 村	148 86	26 22	3 3	17 5
市町村数に占め る割合	市	5.8	7.1	9.7	38.5
	町	7.4	47.3	6.4	36.2
	村	15.1	73.3	30.0	55.6

表2 介護保険事業の広域的運営の状況(2)

——認定審査会を広域的に設置する地域・市町村数

2000年1月14日厚生省調査

		全 国	岐阜県	愛知県	三重県
機関の共同設置	地域数	264	3	5	4
	市	112	1	1	3
	町 村	726 178	8	15 4	15 1
広域連合	地域数	55	7	1	8
	市	50	1	3	7
	町 村	296 142	24 21	1	29 7
一部事務組合	地域数	147	6	3	1
	市	113	8		
	町 村	664 216	23 9	8 4	3 1
事務の委託	市	0			
	町 村	40 8			
合計数	地域数	466	16	9	13
	市	275	10	4	10
	町 村	1726 544	55 30	24 8	47 9
市町村数に占め る割合	市	39.6	71.4	12.9	76.9
	町	86.7	100.0	51.1	100.0
	村	95.8	100.0	80.0	100.0

表5 設立時期別広域連合数

(2000年3月1日現在)

設立時期	広域連合数	構成比	累計	同構成比
1996～97年	7	11.7	7	11.7
1998年	10	16.7	17	28.3
1999年1～3月	5	8.3	22	36.7
1999年4～5月	12	20.0	34	56.7
1999年6～7月	13	21.7	47	78.3
1999年8～9月	8	13.3	55	91.7
1999年10～12月	1	1.7	56	93.3
2000年1月	2	3.3	58	96.7
2000年2月	2	3.3	60	100.0

表3 道府県別設置数

道府県名	設置数
北海道	2
青森県	2
岩手県	2
埼玉県	1
富山県・岐阜県	1
石川県	1
福井県	1
山梨県	1
長野県	6
岐阜県	6
愛知県	1
三重県	10
滋賀県	1
大阪府	1
奈良県	2
鳥取県	2
島根県	2
岡山県	1
広島県	1
徳島県	1
高知県	1
福岡県	1
佐賀県	1
長崎県	2
熊本県	4
大分県	4
鹿児島県	2
合計	60

表7 団体数別広域連合数

(2000年3月1日現在)

団体数	広域連合数	小計	構成比
2	2		
3	5	19	31.7
4	5		
5	7		
6	10		
7	5		
8	8	31	51.7
9	3		
10	5		
11	1		
14	3	5	8.3
15	1		
18	2	3	5.0
19	1		
72	1	1	1.7
93	1	1	1.7
計	60	60	100.0

表4 設立時期別広域連合一覧(2000年3月1日現在)

設立年月日	都道府県	No.	広域連合名
1996/4/1	大分県	55	大野広域連合
1997/2/1	徳島県	45	徳島中央広域連合
1997/3/4	奈良県	37	桜井宇陀(さくらいうだ)広域連合
1997/3/4	奈良県	38	南和(なんわ)広域連合
1997/7/1	大分県	56	東国東(ひがしくにさき)広域連合
1997/9/1	大分県	57	臼津(きゅうしん)広域連合
1997/11/5	北海道	1	函館圏公立大学広域連合
1998/2/1	青森県	3	津軽広域連合
1998/2/1	熊本県	51	宇城(うき)広域連合
1998/3/18	岩手県	5	気仙(けせん)広域連合
1998/4/1	長野県	12	上田地域広域連合
1998/4/1	鳥取県	39	鳥取中部ふるさと広域連合
1998/7/1	高知県	46	中芸(ちゅうげい)広域連合
1998/7/1	熊本県	52	菊池広域連合
1998/7/6	北海道	2	空知中部(そらちちゅうぶ)広域連合
1998/9/1	三重県	25	香肌(かはだ)奥伊勢資源化広域連合
1998/9/1	大分県	58	竹田直入(たけたなおいり)広域連合
1999/2/1	長野県	13	松本広域連合
1999/2/2	三重県	26	伊賀介護保険広域連合
1999/2/4	佐賀県	48	佐賀中部広域連合
1999/3/16	岩手県	6	一関(いちのせき)地方広域連合
1999/3/25	青森県	4	つがる西北五(せいほくご)広域連合
1999/4/1	長野県	14	木曾広域連合
1999/4/1	長野県	15	南信州広域連合
1999/4/1	三重県	27	一志(いちし)地区広域連合
1999/4/1	三重県	28	紀南(きなん)介護保険広域連合
1999/4/1	三重県	29	紀北(きほく)広域連合
1999/4/1	三重県	30	鳥羽志勢(とばしせい)広域連合
1999/4/1	三重県	31	松阪(まつさか)地方介護広域連合
1999/4/1	熊本県	53	上益城(かみましき)広域連合
1999/5/6	大阪府	36	くすのき広域連合
1999/5/14	埼玉県	7	彩の国さいたま人づくり広域連合
1999/5/14	富山県・岐阜県	8	南砺(なんと)広域連合
1999/5/17	岐阜県	18	安八(あんぱち)郡広域連合
1999/6/1	岐阜県	19	揖斐(いび)広域連合
1999/6/1	岐阜県	20	もとす介護保険広域連合
1999/6/1	愛知県	24	知多(ちた)北部広域連合
1999/6/1	三重県	32	度会(わたらい)広域連合
1999/6/1	三重県	33	鈴鹿亀山地区広域連合
1999/6/1	鹿児島県	59	日置(ひおき)広域連合
1999/7/1	石川県	9	白山(はくさん)ろく広域連合
1999/7/1	長野県	16	上伊那(かみいな)広域連合
1999/7/1	三重県	34	桑名・員弁(いなべ)広域連合
1999/7/1	福岡県	47	福岡県介護保険広域連合
1999/7/1	熊本県	54	天草広域連合
1999/7/14	岡山県	43	邑久(おく)広域連合
1999/7/19	鳥取県	40	南部箕蚊屋(みのかや)広域連合
1999/8/1	島根県	41	雲南(うんなん)広域連合
1999/8/1	長崎県	49	西彼杵(にしそのぎ)広域連合
1999/9/1	山梨県	11	山梨県東部広域連合
1999/9/1	岐阜県	21	益田広域連合
1999/9/1	岐阜県	22	吉城(よしき)広域連合
1999/9/1	島根県	42	隠岐(おき)広域連合
1999/9/1	鹿児島県	60	屋久島広域連合
1999/9/17	岐阜県	23	高山・大野広域連合
1999/11/1	滋賀県	35	湖西(こせい)広域連合
2000/1/1	広島県	44	安芸たかた広域連合
2000/1/17	長崎県	50	北松(ほくしょう)南部広域連合
2000/2/1	福井県	10	坂井郡介護保険広域連合
2000/2/1	長野県	17	北アルプス広域連合

表6 構成団体数別にみた広域連合の状況(2000年3月1日現在)

No.	広域連合名	団体数	構成団体内訳
57	臼津(きゅうしん)広域連合	2	2市
60	屋久島広域連合	2	2町
6	一関(いちのせき)地方広域連合	3	1市2町
29	紀北(きほく)広域連合	3	1市2町
33	鈴鹿亀山地区広域連合	3	2市1町
36	くすのき広域連合	3	3市
43	邑久(おく)広域連合	3	3町
58	竹田直入(たけたなおいり)広域連合	4	1市3町
5	気仙(けせん)広域連合	4	2市2町
24	知多(ちた)北部広域連合	4	3市1町
40	南部箕蚊屋(みのかや)広域連合	4	3町1村
18	安八(あんぱち)郡広域連合	4	4町
28	紀南(きなん)介護保険広域連合	5	1市3町1村
1	函館圏公立大学広域連合	5	1市4町
8	南砺(なんと)広域連合	5	2町3村
46	中芸(ちゅうげい)広域連合	5	3町2村
21	益田広域連合	5	4町1村
56	東国東(ひがしくにさき)広域連合	5	4町1村
9	白山(はくさん)ろく広域連合	5	5村
26	伊賀介護保険広域連合	6	1市3町2村
2	空知中部(そらちちゅうぶ)広域連合	6	1市5町
22	吉城(よしき)広域連合	6	3町3村
27	一志(いちし)地区広域連合	6	5町1村
32	度会(わたらい)広域連合	6	5町1村
35	湖西(こせい)広域連合	6	5町1村
53	上益城(かみましき)広域連合	6	5町1村
10	坂井郡介護保険広域連合	6	6町
44	安芸たかた広域連合	6	6町
50	北松(ほくしょう)南部広域連合	6	6町
17	北アルプス広域連合	7	1市1町5村
37	桜井宇陀(さくらいうだ)広域連合	7	1市3町3村
11	山梨県東部広域連合	7	2市1町4村
20	もとす介護保険広域連合	7	6町1村
59	日置(ひおき)広域連合	7	7町
42	隠岐(おき)広域連合	8	1県3町4村
31	松阪(まつさか)地方介護広域連合	8	1市5町2村
52	菊池広域連合	8	1市6町1村
30	鳥羽志勢(とばしせい)広域連合	8	1市7町
19	揖斐(いび)広域連合	8	3町5村
25	香肌(かはだ)奥伊勢資源化広域連合	8	5町3村
55	大野広域連合	8	6町2村
45	徳島中央広域連合	8	7町1村
23	高山・大野広域連合	9	1市1町7村
34	桑名・員弁(いなべ)広域連合	9	1市8町
49	西彼杵(にしそのぎ)広域連合	9	9町
12	上田地域広域連合	10	1市5町3村1組合
51	宇城(うき)広域連合	10	1市8町1村
39	鳥取中部ふるさと広域連合	10	1市8町1村
16	上伊那(かみいな)広域連合	10	2市4町4村
41	雲南(うんなん)広域連合	10	9町1村
14	木曾広域連合	11	3町8村
38	南和(なんわ)広域連合	14	1市3町10村
4	つがる西北五(せいほくご)広域連合	14	1市6町7村
3	津軽広域連合	14	2市7町5村
54	天草広域連合	15	2市13町
15	南信州広域連合	18	1市3町14村
48	佐賀中部広域連合	18	2市13町3村
13	松本広域連合	19	2市4町13村
47	福岡県介護保険広域連合	72	4市60町8村
7	彩の国さいたま人づくり広域連合	93	1県43市38町11村
	計	598	2県91市354町150村1組合

(注)自治省ホームページでは、2000年3月1日現在の構成団体総数は598(2県91市355町149村1組合)とされており、上記集計の結果と町村数が異なる。



表8 構成団体別にみた広域連合の類型

類 型	広域連合数	広 域 連 合 名	
A	1市と複数の町村	20	一関地方広域連合、 <u>紀北広域連合</u> 、竹田直入広域連合、 <u>紀南介護保険広域連合</u> 、函館圏公立大学広域連合、 <u>伊賀介護保険広域連合</u> 、空知中部広域連合、北アルプス広域連合、桜井宇陀広域連合、 <u>松阪地方介護広域連合</u> 、菊池広域連合、 <u>鳥羽志勢広域連合</u> 、 <u>高山・大野広域連合</u> 、 <u>桑名・員弁広域連合</u> 、上田地域広域連合、鳥取中部ふるさと広域連合、宇城広域連合、南和広域連合、つがる西北五広域連合、南信州広域連合
B	町と村	17	南部箕蚊屋広域連合、南砺広域連合、中芸広域連合、 <u>益田広域連合</u> 、東国東広域連合、 <u>吉城広域連合</u> 、湖西広域連合、 <u>度会広域連合</u> 、 <u>一志地区広域連合</u> 、上益城広域連合、 <u>もとす介護保険広域連合</u> 、 <u>揖斐広域連合</u> 、 <u>香肌奥伊勢資源化広域連合</u> 、大野広域連合、徳島中央広域連合、雲南広域連合、木曾広域連合
	町のみ	8	屋久島広域連合、邑久広域連合、 <u>安八郡広域連合</u> 、坂井郡介護保険広域連合、安芸たかた広域連合、北松南部広域連合、日置広域連合、西彼杵広域連合
	村のみ	1	白山ろく広域連合
C	複数の市と町村	10	<u>鈴鹿亀山地区広域連合</u> 、気仙広域連合、 <u>知多北部広域連合</u> 、山梨県東部広域連合、上伊那広域連合、津軽広域連合、天草広域連合、佐賀中部広域連合、松本広域連合、福岡県介護保険広域連合、
D	市のみ	2	臼津広域連合、くすのき広域連合
E	県と市町村	2	隠岐広域連合、彩の国さいたま人づくり広域連合

(注)下線は東海3県の広域連合

表9 3類型を代表する広域連合の人口と高齢化率

類型	広域連合名	市町村名	総人口	構成比	高齢化率
第Ⅰ類型  (中心市と周辺町村の連合)	伊賀介護保険広域連合  (1市3町2村)	(総数)	101,609	100.0	19.2
		上野市	60,935	60.0	21.2
		伊賀町	11,023	10.8	21.3
		島ヶ原村	2,869	2.8	26.6
		阿山町	8,577	8.4	22.5
		大山田村	6,180	6.1	26.1
		青山町	12,025	11.8	17.5
第Ⅱ類型  (町村のみの連合)	もとす介護保険広域連合  (6町1村)	(総数)	30,903	100.0	13.2
		北方町	5,775	18.7	11.4
		本巢町	2,279	7.4	18.9
		穂積町	12,708	41.1	10.5
		巢南町	3,051	9.9	13.2
		真正町	2,941	9.5	13.8
		糸貫町	3,304	10.7	15.0
		根尾村	845	2.7	32.7
第Ⅲ類型  (複数の市と町の連合)	知多北部広域連合  (3市1町)	(総数)	296,205	100.0	11.3
		東海市	98,863	33.4	11.1
		大府市	74,156	25.0	10.9
		知多市	79,312	26.8	11.5
		東浦町	43,874	14.8	11.9

(注)人口、高齢化率の「伊賀」「もとす」は1998年10月1日現在、「知多北部」は1997年10月1日現在

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

「広域方式」と「単独方式」の計画項目選択等に関する比較研究

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** 介護保険事業計画等における「広域方式」と「単独方式」の有効性を東海3県をフィールドにアンケート・事例の両調査を通して、①「広域方式」の採用は資源基盤の脆弱な町村対策として推進され、格差は正面から社協の広域対応などが注目された。民間営利の事業者の参入は実現性に乏しく、基準該当サービスの採用によって対応することが選択されていた。②「広域方式」での「上乘せ」「横出し」は「単独方式」とは異なり採用されず、保険料の引き上げや政策の重点化を構成市町村間で調整することの難しさを物語るものであった。③老人保健福祉計画との整合性の面で、「広域方式」が具体的な取り組みを示し得なかったのに対して、「単独方式」では介護保険給付の補完も含めて、自立支援や介護予防の計画化を相対的には進展させていた。

A. 研究目的

介護保険事業計画における「広域方式」と「単独方式」の比較が大きな研究目的であるが、本研究分担では、その比較項目として、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といった諸項目を採用した。それぞれの方式が、どのような項目において有効性をもつのか、それぞれを選択した方式におけるデメリットにはどのようなものがあるのかなどについて、アンケート調査と事例調査を通して明らかにしようとするものである。

B. 研究方法

1. 東海3県における「広域方式」と「単独方式」を選択した市町村間での、基本的な介護保険対応の比較を行った。調査方法としては、分担研究者である平野がNHKに協力する形で実施した東海3県介護保険アンケート調査（2000年2月上旬実施）の再集計・分析を活用した。
2. 「広域方式」と「単独方式」の事例研究については、当該機関に対するヒアリング調査を中心に実施した。「広域方式」については、愛知県：知多北

部（対等連合）、三重県：伊賀広域（中心市連合）、岐阜県：もとす広域（小規模連合）、郡上事務組合（小規模連合・一組応用）の4ヶ所を設定した。「単独方式」については、愛知県：半田市、高浜市、常滑市、武豊町を中心に、春日井市（愛知県）、美濃加茂市（岐阜県）などを比較群に設定した。

C. 研究結果

1. 東海3県（256市町村）NHK調査の再分析から
  - （1）東海3県における「広域方式」の選択状況  
東海3県で、全ての事務を広域連合等が実施する「広域方式」の市町村は80（31%）で15の広域連合等によって運営されている。要介護認定に関わる事務を広域連合等によっている市町村を含む「単独方式」の市町村が176（69%）である。
  - （2）市町村別「広域方式」と「単独方式」の選択  
「広域方式」の選択をおこなった市町村は、58市のうち9市で16%、153町のうち46町で30%、45村のうち25村で56%である。明らかに市での選択比率は低く、村の選択比率は高くなっている。
  - （3）介護保険の運営に対する不安  
次に介護保険の運営に対する不安の面についてみ

ると、「広域方式」を選択したとしても現段階では町村にとって運営上の不安の大幅な軽減に至っていないことがわかる。

#### (4) 「上乘せ」「横出し」の採用

「広域方式」での「上乘せ」「横出し」は単独方式とは異なり、東海3県においては全く採用されないという結果となった。保険料の引き上げや政策の重点化が構成市町村間で調整することの難しさを物語るものとなった。「単独方式」の市町村において、7ヶ所採用である。

#### (5) 民間参入の状況

当初「広域方式」では形成される介護市場の規模が大きくなることが注目され、民間営利の事業者の参入が期待されることがいわれたが、アンケート調査結果を見る限りそのような傾向はみられない。むしろ、基準該当サービスの設定を実施して、供給の拡大を図る傾向がみられる。

## 2. 「広域方式」と「単独方式」の事例調査から

### (1) 格差是正策の方法をめぐって

「広域方式」に期待されている地域格差の是正については、広域対応の施設（入所系）の活用面では調整が容易となる反面、訪問系・通所系においては移動時間・費用との関連から支援が必要となる。「もとす広域」では訪問介護に対して、介護報酬の地域特例加算に加えて、税による加算の導入を計画している。

基盤整備計画画面において積極的な格差是正策の導入を図った「広域方式」の事例は見あたらなかった。ところで、格差是正策として「広域方式」そのものを位置づけるとすると、「中心市連合」が有効な方法を示すことができる。三重県においては、「伊賀広域」をはじめ「紀北広域」、「紀南広域」などの例がみられ、岐阜県の場合には、「高山市・大野郡広域」以外にはみられない。

### (2) 「広域方式」におけるサービス供給組織の対応

「広域方式」におけるサービス供給組織の対応策

としては、一部事務組合運営による特別養護老人ホーム等の確保と、広域内の社会福祉協議会のサービス強化、そしてNPOや民間営利事業の参入促進と基準該当サービスの設定となる。広域内の社会福祉協議会のサービス強化については、三重県では、平成9年度から3年間にわたって社協の広域サービス化を促進するために、「介護サービス広域化事業」の補助で、サービス面での需給の広域的調整と広域的請求事務が実現する状況が目指されている。

### (3) 「上乘せ」「横出し」の選択

すでに述べたように「広域方式」での「上乘せ」「横出し」は単独方式とは異なり、東海3県においては全く採用されていない。しかしながら、「知多北部広域連合」では構成市町が保健福祉の事業として実施していたサービスのいくつかについて、採用のメリット・デメリットが協議されたが、結果としては次回の見直しの機会に判断は延期された。

事例調査の対象のうち、半田市と高浜市は「上乘せ」あるいは「横出し」を選択している。とくに高浜市における「上乘せ」「横出し」は多くの政策指向を見いだすことができる。

### (4) 介護保険サービスの税による補完の採用

「単独方式」の事例研究の対象とした自治体においては、とくに介護保険事業計画を税による老人保健福祉計画のなかの同種事業によって補完しようとする選択がいくつかの事例において採用されている。広域連合等では老人保健福祉計画については構成市町村において策定することになっているので、基本的には採用が困難な方法といえる。

### (5) 老人保健福祉計画との整合性・一体化

「広域方式」では、構成市町村が作成する老人保健福祉計画との整合性について、連携がとれているとは言えない。「広域方式」が「認定モレ」や「介護予防」についての方向づけを行うための、合意形成をとるのは困難な状況にあるため、その点でのイニシアティブが発揮されていない状況にある。ただし「知多北部」のように一定の方向性を示した広域連合もみられる。

「単独方式」を選択している自治体は一体化した計画の作成を実施しているため、とくに「自立」認定者への対応として重要な計画決定に関わる事項として扱われた。

#### D. 考察

「広域方式」は3つのタイプを代表する対象を選んでいるのに対して、「単独方式」では先駆的、特徴的な取り組みを採用している都市を中心に上げているため、比較に制約があるものの、アンケート結果と事例調査結果を結びつけると次のような比較項目が設定できる。

その1つは格差是正策をめぐる方法で、「広域方式」では、介護報酬に加算する是正策やサービス供給組織の対応が図られ、基準該当サービスの設定なども取り組まれている。これに対して、「単独方式」においても市域内での是正策の必要性とその具体的な取り組みが見られる。

もう1つの政策選択としては、「上乘せ」、「横出し」、税による「補完」があげられる。保険料の引き上げや政策の重点化が構成市町村間で調整することの難しさから「広域方式」での採用は見られなかった。「単独方式」の市町村において、「上乘せ」「横出し」をはじめ、介護保険給付を税による老人保健福祉計画のなかの同種事業によって補完しようとする選択がいくつか採用されている。

#### E. 結論

事例における両者の比較には制約を含むことになるものの、次のような結論を得た。

1) 「広域方式」の採用は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調査研究の有効性を高める結果となった。とくに三重県では格差是正面から社協の広域対応に積極的な対策を講じていたのは注目される。民間営利の事業者の参入は必ずしも実現性に乏しく、むしろ基準該当サービスの採用によって対応することが選択されていた。

2) 「広域方式」での「上乘せ」「横出し」は単独方式とは異なり、東海3県においては全く採用されないという結果となった。保険料の引き上げや政策の重点化が構成市町村間で調整することの難しさを物語るものであった。これに対して、「単独方式」の市町村において、「上乘せ」「横出し」を選んだのは7ヶ所である。とくに高浜市が注目される。事例研究の対象選定において、高浜市を選択するのは有効であり、今後の研究への期待が高まった。

3) 今回の計画策定では老人保健福祉計画との整合性の面で、「広域方式」が具体的な取り組みを示し得なかったのに対して、「単独方式」では介護保健給付の補完も含めて、自立支援や介護予防の計画化を相対的には進展させえた。

#### 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。

# 「広域方式」と「単独方式」の計画項目選択等に関する比較研究

分担研究者 平野隆之 日本福祉大学社会福祉学部教授

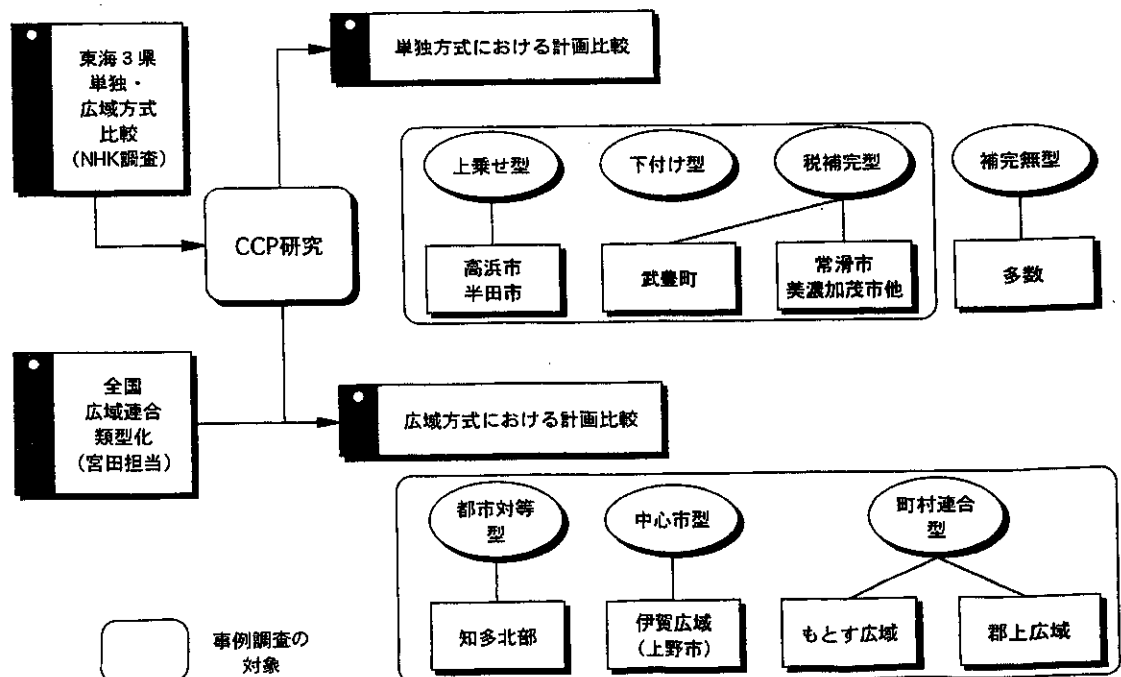
## A. 研究目的

介護保険事業計画における「広域方式」と「単独方式」の比較が大きな研究目的であるが、本研究分担では、その比較項目として、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といった諸項目を採用した。それぞれの方式が、どのような項目において有効性をもつのか、選択した方式におけるデメリットにはどのようなものがあるのか、などについて、アンケート調査と事例調査を通して明らかにしようとするものである。

## B. 研究方法

まず最初に全体の研究フレームを紹介すると、図のようになる。NHK に協力する形で実施した東海3県介護保険アンケート調査を踏まえ、「広域方式」と「単独方式」の事例調査研究を実施している。「広域方式」についての事例調査研究は、分担研究者の宮田が実施した全国的な「広域連合」の分析結果を踏まえて、3つのタイプの事例を東海3県のなから選んだものである。なお、「広域方式」と「単独方式」の事例調査による比較の場合には、広域方式では、3つのタイプを代表する組織を選んでいるのに対して、「単独方式」では先駆的、特徴的な取り組みを採用している都市を中心に上げているため、両者の直接的な比較には制約を含むことになる。

広域・単独方式の比較研究のフレーム



調査は、以下の3つの方法で実施した。

1) 東海3県における「広域方式」と「単独方式」を選択した市町村間での、基本的な介護保険対応の比較を行った。調査方法としては、分担研究者である平野がNHKに協力する形で実施した東海3県介護保険アンケート調査(2000年2月上旬実施)の再集計・分析を活用した。なお、東海3県における市町村と介護保険事業を広域連合等で実施する団体の両方を対象にして実施したものである。

2) 「広域方式」と「単独方式」の事例研究については、当該機関に対するヒアリング調査を中心に実施した。「広域方式」については、愛知県：知多北部(対等連合)、三重県：伊賀広域(中心市連合)、岐阜県：もとす広域(小規模連合)、郡上事務組合(小規模連合・一組応用)の4ヶ所を設定した。

「単独方式」については、介護保険事業計画の策定過程に関する把握を重視する必要があるため、本研究プロジェクトメンバーが計画作成作業に参加している市町村を取り上げ、愛知県：半田市、高浜市、常滑市、武豊町を中心に、春日井市(愛知県)、美濃加茂市(岐阜県)などを比較群に設定した。

### 3) 供給組織に関するヒアリング調査

広域対応の一環として注目されている広域社協の模索に関して、三重県については県下全域を対象としつつ伊賀広域と滋賀県：湖西広域(小規模連合)においてヒアリング調査を実施した。

## C. 研究結果

### 1. 東海3県(256市町村)NHK調査の再分析から

#### (1) 東海3県における「広域方式」の選択状況

東海3県(256市町村)における「広域方式」と「単独方式」の比較研究において、まず、全ての事務を広域連合等が実施する「広域方式」の市町村は80(31%)で15の広域連合等によって運営されている。要介護認定に関わる事務を広域連合等によっている市町村を含む「単独方式」の市町村が176(69%)である。同じ東海3県といっても、愛知県では全ての事務の広域方式は少なくそれ以外の単独方式が多く、岐阜・三重は全国的にみても広域方式が多く見られた。

保険料額については、「単独方式」の単純平均額が2586円に対して、「広域方式」の単純平均額は2669円と若干ではあるが高くなる傾向を示している。

東海3県の広域方式・単独方式

	広域方式	単独方式	合計
愛知県	4	84	88
(構成比)	4.5%	95.5%	100.0%
岐阜県	49	50	99
(構成比)	49.5%	50.5%	100.0%
三重県	27	42	69
(構成比)	39.1%	60.9%	100.0%
合計	80	176	256
(構成比)	31.3%	68.8%	100.0%
市	9	49	58
(構成比)	15.5%	84.5%	100.0%
町	46	107	153
(構成比)	30.1%	69.9%	100.0%
村	25	20	45
(構成比)	55.6%	44.4%	100.0%

(2) 市町村別の「広域方式」と「単独方式」の選択状況

「広域方式」の選択をおこなった市町村は、58市のうち9市で16%、153町のうち46町で30%、45村のうち25村で56%である。明らかに市での選択比率は低く、村の選択比率は高くなっている。脆弱な介護資源基盤となる村をカバーする機能をもとめて「広域方式」を町村が選択していることが明確となっている。なお、「広域方式」を構成する80市町村の比率は、9市(11%)、46町(58%)、25村(31%)、単独方式では49市(28%)、107町(61%)、20村(11%)となる。

(3) 介護保険の運営に対する不安

次に介護保険の運営に対する不安の面についてみると、「広域方式」(構成市町村回答)・「単独方式」別と都市・町村別に運営不安の有無を比較すると、町村においては広域・単独共通して、運営不安の回答が高くなる傾向を示している。「広域方式」を選択したとしても現段階では町村にとって運営上の不安の大幅な軽減に至っていないことがわかる。

介護保険の運営への不安

			区分				合計
			単独・市	単独・町村	広域・市	広域・町村	
不安	大変不安	度数	3	32	1	22	58
		区分2の%	6.1%	25.4%	12.5%	30.6%	22.7%
	やや不安	度数	39	87	5	48	179
		区分2の%	79.6%	69.0%	62.5%	66.7%	70.2%
	不安はない	度数	7	7	2	2	18
		区分2の%	14.3%	5.6%	25.0%	2.8%	7.1%
合計		度数	49	126	8	72	255
		区分2の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

不安な内容については、「広域方式」・「単独方式」別に大きな違いがあり、平均で最も高い「ケアプランの作成」不安は、広域連合等そのものの回答としては最も高く、逆にサービス不足の不安はきわめて少なかった。これに対して、広域を構成している市町村(表では「広域自治体」と表現)では、サービス不足とくに施設面での不安がとくに高い傾向にある。「広域方式」によって策定される「介護保険事業計画」においては、「地域」は広域全体となるため、構成の個々の市町村における現状や資源格差は計画策定上軽視される傾向にあることが影響しているといえる。

不安の要因

	単独自治体 N=161	広域自治体 N=76	広域連合 N=15
a.在宅サービスの不足	74(46.0%)	27(35.5%)	3(20.0%)
b.施設サービスの不足	71(44.1%)	43(56.6%)	2(13.3%)
c.保険料の徴収	60(37.3%)	21(27.6%)	1(6.7%)
e.ケアマネージャーの確保	15(9.3%)	14(18.4%)	2(13.3%)
d.要介護認定	17(10.6%)	8(10.5%)	2(13.3%)
f.ケアプランの作成	102(63.4%)	38(50.0%)	13(86.7%)
g.苦情への対応	51(31.7%)	28(36.8%)	3(20.0%)
h.その他	24(14.9%)	11(14.5%)	6(40.0%)



#### (4) 「上乘せ」「横だし」の採用

「広域方式」での「上乘せ」「横だし」は単独方式とは異なり、東海3県においては全く採用されないという結果となった。保険料の引き上げや政策の重点化が構成市町村間で調整することの難しさを物語るものとなった。これに対して、「単独方式」の市町村において、「上乘せ」「横だし」を選んだのは豊田市、半田市、高浜市、西尾市、日進市、多治見市、白川町の7ヶ所である。「上乘せ」「横だし」を総合的に実施したのが高浜市と日進市、住宅改修とショートステイの「上乘せ」としては白川町、住宅改修のみ半田市、ショートステイのみ多治見市である。横出し（おむつ代）は豊田市、保健福祉事業分（ミニデイ）を保険料にのせたのは西尾市である。

#### (5) 民間参入の状況

当初「広域方式」では形成される介護市場の規模が大きくなることが注目され、民間営利の事業者の参入が期待されることがいわれたが、アンケート調査結果を見る限りにおいてはそのような傾向はみられない。むしろ、基準該当サービスの設定を実施して、供給の拡大を図る傾向がみられる（10の広域連合等で計画）。広域連合等における基準該当サービスの種類は、単独方式に比較して多く、「訪問介護」、「通所介護」「福祉用具貸与」などが含まれている。

営利の民間事業者の参入の手応え

			区分				合計
			単独・市	単独・町村	広域・市	広域・町村	
参入 大いにある	度数		2	3		4	9
	区分2の%		4.1%	2.4%		5.6%	3.5%
ある	度数		35	59	1	23	118
	区分2の%		71.4%	46.8%	12.5%	32.4%	46.5%
あるが参入の実現に不安	度数		10	42	5	28	85
	区分2の%		20.4%	33.3%	62.5%	39.4%	33.5%
ない	度数		2	22	2	16	42
	区分2の%		4.1%	17.5%	25.0%	22.5%	16.5%
合計	度数		49	126	8	71	254
	区分2の%		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

## 2. 「広域方式」と「単独方式」の事例調査から

事例調査において、「広域方式」では対等連合：知多北部、中心市連合：伊賀広域、小規模連合：もとす広域、郡上事務組合において、それぞれの選択の目的に即して「広域方式」間での比較検討を行った。同様に、「単独方式」については、半田市、常滑市、高浜市、武豊町を中心に、さらに春日井市と美濃加茂市などを補強し、「単独方式」間での比較検討を実施した。それらを踏まえて、可能なものについては、「広域方式」と「単独方式」を関連づけながら両者間の比較を試みている。

### (1) 格差是正策の方法をめぐって

「広域方式」に期待されている地域格差の是正については、広域対応の施設（入所系）の活用面では調整が容易となることが予想される反面、訪問系・通所系においては移動時間との関連から費用面での支援課題が必要となる。これを正面から対応したものに「もとす広域」がある。当該広域連合では訪問介護に対して、

介護報酬の地域特例加算に加えて、税によるさらなる加算の導入を計画している。

ただし、基盤整備計画画において積極的な格差是正策の導入を図った「広域方式」の事例は見あたらなかった。広域連合での介護保険事業計画が市町村別での基盤整備計画として提出されない傾向にあるため、広域全体としては必要量をすでに充足する場合もみられ、また不足する場合においても、広域連合による整備責任が明確でないこともあって先のような傾向となっている。ただし、「知多北部広域」においては、「サービス供給量の確保については構成市町との定期的な協議を行い、サービス供給の基盤整備に取り組みます。また、必要に応じて民間事業者の参入及び行政による基盤整備の方策を検討します」と計画書（P68）に明記されている。

ところで、格差是正策として「広域方式」そのものを位置づけるとすると、「中心市連合」が有効な方法を示すということができる。以下、「中心市連合」の取り組みを取り上げておく。

#### 1) 「中心市連合」の取り組み

「中心市連合」の採用は岐阜県と三重県において大いに推進された経緯がある。その結果三重県においては、事例として取り上げた「伊賀広域」をはじめ「紀北広域」、「紀南広域」などの例がみられ、岐阜県の場合には、「高山市・大野郡広域」以外にはみられない。

以下では、「伊賀広域」を例にして、中心市タイプのサービス利用のウエイトをみておこう。65歳以上の比率で見ると、中心市である上野市の割合は、13070/22080（59%）であり、これを平均的な数値としてみておく。なお、高齢化率でみると上野市も21.9%と構成市町村の平均と一致している。2つの村は、26.8%、28.1%とかなり高い水準となっている。

サービス利用者数のウエイトの現状をみると、中心市である上野市の利用者の割合が高いサービスから並べると（平成8月18日現在）、65歳以上人口比率の59%を上回るサービスは、ショート272/385（71%）、訪問介護471/715（66%）、下回るサービスは、通所介護（デイケアを含む）423/816（52%）、訪問看護95/202（47%）である。在宅サービス利用者総数の占める割合では、778/1393（56%）となり、先の見たようにサービスの間で違いはあるものの、高齢者数のウエイトとほぼ同じ水準といえる。今後広域的なサービス利用がある程度進むことによって、それぞれのサービスの利用割合は平準化するものと考えられ、「広域方式」によるサービス利用の格差是正が図られるといえる。地域的な立地が進んでいる通所介護では現時点でもほぼ平均値となっている。

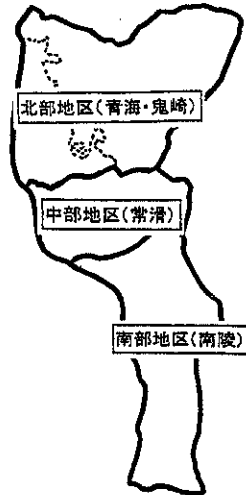
入所については、特養187/338（55%）、老健165/203（81%）、療養型病床群26/36（72%）、さらには特養の待機者数では31/42（74%）となる。施設サービス利用者の占める割合では、378/577（66%）となり若干高くなっている。老健の立地が現在のところ、広域連合域内の2ヶ所とも上野市にあり、他の町村にはないことが影響している。特養の待機者数を考慮すると、今後とも上野市の施設占有率は高まることが予想される。保健・医療系の施設が中心市に立地し、そのことが影響を与える面もあるが、都市部における方がより施設需要が高くなることを示すものであり、介護保険制度のもとではよりその傾向が進むとみることができる。

#### 2) 「単独方式」における地域格差是正

「単独方式」においても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過程のなかで論議されている。その事例としては、常滑市の計画では「介護エリア」の考え方を導入し、その

改善を計画化している。また、高浜市においては、「自立」対応の宅老所の整備において、これまで南部地域に集中していたことから、北部地域での整備が計画に盛り込まれている。

常滑市の「介護エリア」



<計画5>

- ① 「介護エリア」としては、図4-2のように北部・中部・南部の3エリアを設定し、介護施設等のバランスある配置を目指します。この区分は中学校区に対応した4つの校区のうち、北部の地域に位置する2つの中学校区を合わせて、北部エリアとして設定したものです。
- ② 北部地区においては、養護老人ホームを活用した北部拠点施設として再整備を図るとともに、特別養護老人ホーム等の関連施設の付置を進め介護保険に対応します。
- ③ 南部地区においては、大規模な施設よりは小規模な施設整備を、既存施設の活用も図りながら、「デイサービスセンター（通所介護）」の整備を検討します。

(2) 「広域方式」におけるサービス供給組織の対応

「広域方式」の選択においては、広域のなかで均一の保険料に対応する均一のサービスを手当することが広域連合としても避けて通れない課題となる。「広域方式」におけるサービス供給組織の対応策としては、それ以前の一部事務組合運営による特別養護老人ホーム等の確保の方法と、広域内の社会福祉協議会のサービス強化、そしてNPOや民間営利事業の参入促進と基準該当サービスの設定となる。事例調査のなかでは、広域内の社会福祉協議会のサービス強化と基準該当サービスの設定について、興味深い取り組みが把握されたので、それらを中心に紹介する。

1) 社協サービスの広域的対応

広域社協結成の具体的な取り組みを滋賀県の湖西広域において把握した。社協への赤字補填をめぐる構成町村間での温度差、事業ごとにおける社協の経営状況の違いや給与水準の相違など、同一の事業面のみに限定したとしても広域社協づくりの困難さについては、多くのことが指摘されている。

こうした状況に対して三重県では、平成9年度から3年間にわたって社会福祉協議会の広域サービス化を促進するために、「介護サービス広域化事業」の補助名で、概ね基準額1000万円（県2分の1負担）の事業額により、広域連合（認定事務のみの場合も含めて）を採用している群域・広域域で取り組まれてきた内容は、社会福祉協議会間の介護サービスのコーディネートの一元化と介護報酬の請求業務の一元化を目指した介護サービス情報の広域管理などが中心である。こうした成果をもとにサービス面での需給の広域的調整と広域的請求事務が実現する状況が作られている。

2) 「基準該当サービス」の設定

「基準該当サービス」の設定を実施して、供給の拡大を図る方式については、事例の4広域のうち伊賀広域を除く3広域で採用されている。それらを取り上げておくと次のようになる。

小規模連合である「もとす広域」では、「訪問介護」「通所介護」「福祉用具貸与」「居宅介護支援」、  
「郡上広域」では「訪問入浴」「通所介護」である。対等連合である「知多北部広域」では「訪問介護」「訪  
問入浴」「通所介護」「福祉用具貸与」「居宅介護支援」である。基準該当サービスの種類は、単独方式に  
比較して多くなる傾向にある。

### (3) 「上乘せ」「横だし」の選択

#### 1) 「広域方式」

すでに述べたように「広域方式」での「上乘せ」「横だし」は単独方式とは異なり、東海3県においては  
全く採用されていない。しかしながら、計画の策定過程において「上乘せ」「横だし」の採用を積極的に検  
討した経緯を見いだすことはできる。構成人口数が30万人に達する「知多北部広域連合」では構成市町が保  
健福祉の事業として実施していたサービスのいくつかについて、採用のメリット・デメリットが協議されて  
いる。上乘せサービスとしての住宅住宅改修費の支給、横だしサービスとしての寝具クリーニング・配食サ  
ービス・移送サービス、保健福祉事業としての資金貸付事業が取り上げられたが、構成市町による税での事  
業継続などの可能性もあり、広域連合として法定給付に重点をおき運営することから、結果としては次回  
の見直しの機会に判断は延期された。

#### 2) 「単独方式」

事例調査の対象のうち、半田市と高浜市は「上乘せ」あるいは「横だし」を選択している。とくに高浜市  
における「上乘せ」「横だし」は多くの政策指向を見いだすことができる。高浜市のそれは3種類ある。そ  
の1つは、支給限度額の上乗せで、とくに上乘せ割合が高いのが「要支援」「要介護1」の2つの層であり、  
その目的としては要介護の軽い層において、介護予防として悪化を防止する機能を重視してのことである。  
2つ目は、住宅改修における「横だし」である。本来ならば「上乘せ」となるところであるが、「自立」層  
をも対象に入れての拡大であるため、そのような位置付けになっている。財源のすべてを保険料に上乘せし  
たのではなく、17%としてその他の分については一般会計で補填することになっている。その3は、介護用  
品支給に関する「横だし」である。これはクーポン券方式で支給する仕組みを取り入れ、いかも市内の販売  
事業を活用することを推進する政策として位置づけている。

### <支給限度額>

(訪問・通所系サービス 円単位/月)

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
高浜市限度額	97,500	219,800	224,800	305,500	352,600	412,300
国基準額	61,500	165,800	194,800	267,500	300,600	358,300
独自上乘せ額	36,000	54,000	30,000	38,000	52,000	54,000
上乘せ率	58.5%	32.6%	15.4%	14.2%	17.0%	15.1%

注) 高浜市調べ