

いのかどうか検証する必要があるだろう。そのためには、担当地域ごとの在宅介護支援センターの相談員がどのような認識をもっているかなど、地域差にも考慮した聞き取り調査が必要だと思われる。

②地域福祉マップ、利用者調査、介護相談員などの事業の利用者に与える影響

C市は介護サービス適正実施指導事業（地域福祉マップ・介護相談員派遣）や利用者調査など、介護保険計画には当初盛り込まれなかった事業についても、いち早く実施するなど積極的に取り組んでいるが、その結果が、利用者の意識や利用行動にどのような影響を与えるかについては、今後の課題であり、引き続き、その経過を追っていきたいと考える。

③市担当課からの権限委譲

現在は、市担当課の役割が大きく、特に各施設や機関との連携、情報の共有については市が中心となっている。今後、市では、基幹型在宅介護支援センターにそのような役割を担って欲しいとの意向を持っている。また、介護予防と介護保険とを効果的に提供するためには、保健センターとの連携も重要であると考えられるが、現状では介護保険事業者と保健センターとの接点はあまりなく、介護保険や高齢者福祉に関する考え方にも相当の隔たりがあると、高齢者福祉や介護保険の担当者からは感じられている。そのため、連携していくには、かなりの働きかけが必要と思われる。このような基幹型在宅介護支援センターへの権限委譲、保健センターとの連携、そして、それらを基盤とした新しい体制へのスムーズな移行がどのように進展していくかが、今後の調査のポイントのひとつになるとと思われる。

（高橋万由美）

（4）D市

1）D市の概況

D市は、地理的に京都と大阪の中間地点にあり、日本の高度経済成長に伴い、1950年代後半から京阪神のベッドタウンとして市内各地で宅地造成が行われ、著しく人口が増加してきた。2000年（1月1日現在）に、D市の人口は19万1092人となっている。

戦後のベッドタウン化にともなって人口が増加してきたこともあり、まだ高齢化率（65歳以上人口比）は12.7%（1999年）と全国平均と比べてやや低くはなっているが、団塊の世代が急激に高齢化していくことは確実であり、高齢者の数は増加の一途をたどっている。それに相応して、0歳から14歳までの若年人口比率は15.2%（1999年）と低下してきている状況である。

2）介護保険実施前のサービス供給体制

①1990年代初期における高齢者保健福祉

まずは、D市における高齢者保健福祉サービスの提供について、介護保険実施前の流れ

を簡潔に見ていくことにしよう。1990年代前半までは家族介護や病院を除けば、主に高齢者福祉サービスの提供としては、D市嘱託職員のホームヘルパーと社会福祉法人の老人ホームが主な担い手であった。その後、在宅福祉が注目されるようになり、国の『高齢者保健福祉推進十か年戦略』（1989年）を受けて、D市でも1991年（平成3年）に『D市長寿社会プラン』を策定した。この中で、家事援助を主とした「登録家庭奉仕員」による臨時的短期間の派遣をD市社会福祉協議会（社協）に委託して実施すること、民間活力の活用の一環として日本老人福祉財団の有料老人ホームを中心とした高齢者コミュニティを標榜する「ゆうゆうの里」建設事業を導入し、推進していくことなど、在宅福祉と民間活力を利用した福祉供給システムづくりを提言し、実施してきた。

しかし、訪問介護については、D市嘱託職員ヘルパーが身体介護を中心に、社協の登録ヘルパーが家事援助を中心に行うという二元体制で行われていくことになったため、一人の要介護者が身体介護も家事援助も必要とする多くのケースに効率的に対応できなくなってきていた。また、訪問介護を提供できる時間が平日の朝9時から夕方5時までと柔軟な対応ができなかったなどの問題があった。このため、一元的に訪問介護を効率的かつ柔軟に提供するシステムをつくり上げていく必要が生じてきた。

②福祉公社の創設と役割分担

1994年から在宅福祉に関する供給組織の問題について検討してきた「D市在宅福祉サービス供給組織設立検討委員会」は、1996年に最終報告『新たな在宅福祉サービス供給組織のあり方について』を市長に提出した。この中で、「行政の持つ公共性と民間企業が持つ効率性を経営原理として、介護が必要となった高齢者の質の高い生活を実現するための保健サービスと福祉サービスが融合した介護サービスを効率的に供給する組織」として「公社」を創設することが提言された。そして、公社を設立するにあたり、D市の「保健福祉サービス供給のあり方」について言及し、「市、社会福祉協議会、福祉公社の各セクターはそれぞれの特性を生かして機能分担し、加えて社会福祉法人、民間企業なども含め、総合的な保健福祉サービスが供給できるシステムの構築を図ることが必要」として、それぞれの役割分担を次のように明確にした。

すなわち、「市は、市民の健康で文化的な生活を保障するため、高齢者の介護に関する保健福祉サービスの供給について責任がある」とし、ニーズ把握や評価、サービス供給組織の育成、サービスの質の確保など「保健福祉サービス供給システムの構築」を進めること、また、「地域の福祉社会の実現についても責任があり」、そのための「総合的な企画及び調整、基盤整備の推進」などに中心的な役割を果たすとしている。一方、「社会福祉協議会は、地域福祉システムにおいて、地域社会がもつ福祉機能を拡充、強化していくことに責任を持つ」とし、「住民主体による地域福祉社会の実現をコーディネートする機能を果たす」としている。さらに、「福祉公社は、高齢者の在宅での生活を支援する質の高い保健福祉サービスを効率的に供給することに責任を持つ」とし、「保健福祉サービスを調整し供給する機能を果たす」としている。

このように、市行政は主に条件整備に、社協は地域組織化、福祉公社はサービス提供というように明確な役割分担がなされることになった。後でも述べるように、介護保険実施に向けての高齢者保健福祉システムの制度設計である『D市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画』も基本的にはこの報告の提言に基づいて整備されている。

③ サービス供給整備の状況

その後、1997年にD市が全額出資して財団法人D市福祉サービス公社（福祉公社）が設立され、常勤ヘルパーと登録ヘルパーの派遣が福祉公社において一元化され、D市のホームヘルプサービスを一括して委託を受け、活動を開始した。

そこで、ホームヘルプサービス以外の主な高齢者保健福祉基盤の整備状況について、2000年3月に公にされた『D市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画』から読み取ると次のようである。在宅介護支援センターは福祉公社や社会福祉法人により9ヶ所、デイサービス事業も福祉公社や社会福祉法人で10ヶ所、ショートステイは6ヶ所（D市内のみ）が整備されている。特別養護老人ホームは社会福祉法人で4ヶ所、老人保健施設は医療法人と社会福祉法人で2ヶ所、ケアハウスが2ヶ所、養護老人ホームが1ヶ所整備されているという状況であった。その他、「ゆうゆうの里」も1997年に完成し、事業を展開している。

一方、社協は1991年に家事援助中心の訪問介護により事業型になりつつあったが、福祉公社の設立により転換し、本来の事業である地域組織化活動（コミュニティワーク）を中心に事業を展開していくことになる。そのため、D市における社協が支援する住民の地域活動は、特に、後でも述べるように、学区社協、ふれあいサロン、地域参加型リハビリテーション事業などを中心に、非常に活発になっている。

3) 介護保険制度実施体制

① 計画に見る「高齢者保健福祉を担う主体」の位置づけ

先述のように介護保険が実施される直前に出された2000年の『D市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画』でも、介護保険実施前の市、社協、福祉公社の基本的な役割分担は変更はなされなかったが、本計画において「民間事業者」と「市民」が加えられ、「高齢者保健福祉を担う主体の役割」として以下のように記述されている。

「D市は、市民生活に一番近い基礎的自治体として、市民の健康で文化的な生活を保障するための高齢者保健福祉のさまざまな仕組みを整備し、総合調整をしていかなければなりません」。

社会福祉協議会は「住民活動を調整し住民の協働を進め、さまざまな社会資源の育成と連携を推進して住民主体による地域社会の実現を調整する」としている。

「福祉サービス公社は、健全に介護保険制度を運営する上で重要な役割を果たす」とし、「十分に健全な民間事業者が育つまで、ホームヘルプサービスを中心とした、在宅での介護を支援するさまざまなサービスの提供について、中心的な役割を果たし」、「これまで以

上に、公共性と効率性を追求して介護保険制度における模範となるようなサービス提供者となることをめざす」としている。なお、「市場で提供されない高齢者介護を支援する公的なサービスについては、引き続き、市の委託事業として、あるいは公社の独自事業として提供を続けます」としている。

そして、「民間事業者」については、介護保険制度において「従来の市が直接または社会福祉法人などに委託していた形態から、社会福祉法人以外の医療法人、民間企業や非営利組織などの多様な事業者が直接利用者にサービスを提供する形態に変わり」、「民間事業者は、介護保険法の精神に従い、質の高いサービスを公正に市民に提供していくことが期待されます」としている。

最後に、「市民」については、「明るく豊かな高齢社会は、市民一人ひとりの理解と参画なくして実現することはできません」として、「市民一人ひとりが自らの責任において選択し生活をしていくことが基本」であり、これは「まちづくりにおいても同様」であるとしている。そして、「市民参加のもとに、介護保険制度をはじめとする高齢者保健福祉制度の充実を図り、D市民にもっともふさわしい、明るく豊かな高齢社会づくりを推進していきます」としている。

こうして、『D市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画』において、市、社協、福祉公社、民間事業者、市民と、D市におけるすべての「高齢者保健福祉を担う主体」が明確に位置づけられることになったのである。

②介護保険制度の実施体制

D市の介護保険課は保険料係と給付係（21人）と介護認定係（10人）で構成されている。職員が合計31人と介護保険課の擁する職員数は他市に比べても多いようである。その一つの理由は、認定調査を民間施設の調査も含めて、すべて直営で行っていることにある。認定調査員はすべて看護職の資格をもった非常勤の市職員である。また、認定審査会は、医療系2人、保健系1人、福祉系2人の計5人で構成され、9個の合議体が設置されている。

なお、D市では、介護保険の上乗せ・横だしサービスは行っていない。それは、行うにしても保険料が高くなり、利用者の利益になると言い切れないからである。これらのサービスについては介護予防生活支援事業等で対応していくことにしている。独自施策としては「健康いきがい課」で住宅改修を行っている。

介護保険課と民間事業者とのかかわりは、介護支援専門員連絡会での説明会を通して行っている。ただし、この連絡会は市が主催しているわけではなく、あくまでもケアマネジャーの自主的な集まりであり、市が世話役として資料提供等を通して支援しているのみである。しかし、2001年2月末現在でまだ3回しか行われていない。また、現在のところ事業者連絡会は設置されておらず、設置される予定もない。その理由は、事業者との連絡はそれぞれの事業者のケアマネジャーが参加している介護支援専門員連絡会で十分にまかなえているからである。そもそも、サービスの供給量の調整などは、基本的に市場に任せ

るというのが介護保険の主旨であって、行政が介入して、調整するということはできないということである。ただし、保険者としてサービスの量とその質の確保に責任を持っており、2001年2月現在、各事業者には職員が訪問し、介護保険制度の実施状況について把握するために調査を行っているところである。

4) 介護保険実施にともなうサービス供給量の変化、利用割合等

① サービス供給量の変化

現在のところ、介護保険関係のデータはまだ未整理なものが多く、市民に公開できるようにはなっていない。しかし、そのような制約の中でも、介護保険が始まって以降、全体としてはサービス量は確実に伸びているようである。例えば、まだ概算であるが、1999年度の月平均と2000年度11月だけでも比べてみると、週当たりの訪問介護は約140%、デイサービスは約130%、訪問看護は約110%、ショートステイは約150%に増加していることが分かっている。

一方、要介護度別の介護保険サービスの利用限度額に対する利用割合の推移についてもまだデータが未整理の状態ではあるが、1999年度の月平均と2000年度11月の一月と比べると、全体平均は利用限度額の40%強、一番高いものは「要支援」で50%弱、一番低いものは「要介護1」で35%前後であり、他はその間にある状況である。この理由は厚生省の言うように、もともと利用限度額が高めに設定されているからだ。D市では認識している。次の「サービス利用状況等調査」を見れば分かるように、サービスにはまだ余裕があり、サービスの量的な整備は、現在のところニーズを満たしていると考えられるからである。ただし、もう一つの調査「在宅サービス利用実態アンケート」で、利用料の負担の重さを訴える声があることも注意する必要がある。

② 「サービス利用状況等調査」

D市では、市内の指定居宅サービス事業所、介護保険施設、指定居宅介護支援事業所に対して、2000年9月に、サービス利用状況について調査している（「サービス利用状況等調査」）。本調査では、各サービスごとにそれぞれの事業所に、1週間若しくは1ヶ月に最大提供可能回数や人数を尋ね、それに対して実質の1週間若しくは1ヶ月に提供している回数や人数を尋ねている。そうすることで、現在の実質のサービス供給量に対して、後ままだどれくらいサービスを提供することができるのか、それぞれの事業所の回答から明らかになっている。ここでは、一例として訪問介護の調査結果から、詳細な分類を簡略化して、最大提供可能回数から実際の提供回数を差し引いたもの(C)、合計数及び構成比を作成して示すと以下のようなになる。

表3-(4)-1 訪問介護の例

事業所	1週間最大訪問可能回数 (A)	(A)構成比 (%)	1週間平均訪問延べ回数(実質) (B)	(B)構成比 (%)	(A)-(B)= (C)	(C)構成比 (%)
A	165	3.5	50	1.5	115	8.0
B	530	11.4	358	11.1	172	12.0
C	1425	30.6	1033	32.0	392	27.3
D	1455	31.2	1081	33.5	374	26.1
E	23	0.5	36	1.1	-13	-0.9
F	250	5.4	211	6.5	39	2.7
G	260	5.6	126	3.9	134	9.3
H	480	10.3	258	8.0	222	15.5
I	28	0.6	28	0.9	0	0.0
J	48	1.0	48	1.5	0	0.0
合計	4664	100.0	3229	100.0	1435	100.0

この表からも読み取れるように、各事業所が訪問介護を1週間に訪問できる最大回数から実際に訪問されている回数を差し引いてみると、全体で1435回がまだ訪問可能であるということである。このようなことから、D市としては、訪問介護に関しては既にサービス量は確保していると考えている。ただし、この表では①滞在型、巡回型での量の区別をしていないこと、②訪問がまだ1400回以上可能だといっても、時間帯によっては非常に込み合っていること、③事業所の所在地という地域性を考慮していないことなどの理由から、当然この表からだけで訪問介護の実態がすべて明らかになっているわけではない。ある事業所にヒアリングに行ってみても、ホームヘルパーもそのコーディネーターもかなり多忙を極めているところもあるのが実情である。

なお、この表において、実際の訪問回数として(B)構成比でそれぞれ30%を占めている2つの事業所(CとD)は、福祉公社の事業所である。各種のメディアやD市でのヒアリングでも明らかであるが、措置制度の時からある事業者のサービスを利用している人はそのまま継続して同じ事業者のホームヘルプを利用されることが多い。福祉公社の関係者によれば、高齢者はなじみのホームヘルパーという人との関わり、地元地域との関わりを重視し、あまり変化を好まれないということである。したがって、D市では福祉公社のサービス提供が多くなるわけである。計画にあったように福祉公社は「ホームヘルプサービスを中心とした、在宅での介護を支援するさまざまなサービスの提供について、中心的な役割」を果たしているといえよう。しかし、D市としては、福祉公社にはまだ介護保険外の福祉サービス事業について委託してはいるものの、介護保険サービスについては公社も一民間事業者として、その他の民間事業者と同様に見ているという。

その他、訪問介護と同様にその他のサービス、特に通所介護や介護支援事業者の状況の結果を見ても、特定の事業者に偏る傾向があつて、その事業者では利用が一杯の状態になっていることが伺える。施設サービスに関しては、2001年に介護老人福祉施設が一つできる予定であり、現在の施設待機者は解消されると見込まれている。

③「介護保険 在宅サービス利用実態アンケート」

D市では、在宅サービスの利用状況を把握するために、要介護認定を受けている在宅の被保険者に対して、郵送による無記名のアンケート調査を2000年8月後半に行っている（「介護保険 在宅サービス利用実態アンケート」）。対象は、要介護認定を受けている在宅の被保険者2164人に対して、要介護度別にそれぞれ3分の1ずつ抽出し、722人に対して調査している。有効回答は520人であり、回収率は72%であった。

この調査には多くの質問項目があり、さまざまなことが明らかになっているが、まず、サービス利用に関しての利用者の評価に関して要約して述べておきたい。第一に、要介護認定の結果についての評価である。「おおむね、納得している」（64.8%）、「納得していない」（9%）、「どちらとも言えない」（20.6%）と、6割以上が納得していると答えている。第二に、ケアプランの評価についてである。「ケアマネージャーが希望どおりのプランを作ってくれましたか」という質問で、「はい」（71.9%）、「いいえ」（2.7%）、「どちらとも言えない」（18%）と、7割の人が希望どおりと答えている。

なお、本調査では、他の自治体でよく行われているような、サービスに関して満足しているかどうかを直接尋ねた質問項目はなかった。ただし、「介護保険サービスを受けたことにより、よかったことがありますか？」という複数回答可能な質問項目がある。実際に、介護保険サービスを利用していると答えた人は全体の81.2%であるが、その利用している人のなかで、よかったことが「ない」と答えた人の割合は17%となっている。逆にいえば、83%の人が満足しているか、どちらでもない、ということになる。

次に、サービスの変化と利用者負担等について明らかになったことは次のとおりである。第一に、介護保険実施前後でサービスが増えたか減ったかについてである。「サービス量が増えた」（24.7%）、「サービス量が減った」（10.7%）、「変わらない」（61.4%）となっている。第二に、サービス量が減った人のその理由についてである。それは、「支給限度で制限されているため」（48.4%）、「利用料が高いため」（30.3%）が主な理由を占めている。第三に、利用者負担についてである。介護サービスの利用者負担（自己負担）について、「高い」（22.9%）、「低い」（5.6%）、「どちらとも言えない」（50.7%）となっている。

5) 介護保険実施にともなうサービス供給主体の変化

①民間事業者参入の状況

D市の場合、1994年（平成6年）に作成した老人保健福祉計画の目標値では介護保険制度開始前（1999年）に、主なサービスについてはほぼ達成していたため、民間事業者の誘致は特には行っていない。しかし、今後サービスが足りないということがでてくれば、D市として誘致を行う用意はしている。

なお、介護保険実施前にすでに参入予定の民間事業者は設立されており、介護保険が実

施されて以降は民間事業者の参入はなく、既存の事業者において関連したサービス事業を2、3増やした程度である。一方、介護保険実施後、撤退した事業者がある。その事業所の利用者については別の事業者に引き継がれることになった。また、「ゆうゆうの里」は2000年2月時点で空室がまだあるという。

②民間事業者間の競争と連携

あるケアマネジャーの話によれば、D市においては事業者ごとの提供能力や実質の提供量に差があるとはいえ、現在のところ他のサービス事業者とは活発に競争する関係にはなっていない。特に、在宅福祉では介護サービス利用者のことを考えれば、大きな施設の事業所でなければ、ひとつの事業所だけでは利用者が必要とするすべてのサービスをカバーできない。そのため、いくつかの介護サービスの事業者がかかわらないと良いサービスが行えないことになる。例えば、その事業所に通所リハビリがあったとしても、一番近くにある全く別法人の通所介護でも使えるように、プランを立てるようにしていかなければならないという。そのようなこともあるので、利用者や家族の状況などについては、別の事業所とでも情報の共有化を図っている。また、ある事業所にいる医者が認定の際に多くの申請者の意見書を書くので、別の事業者を利用する際にもその利用者の状態について情報提供することもあり、そういう意味でも情報のやり取りは行われていることもあるという。このことは市内の他の事業所に聞いても同様であり、現在のところは、競争というよりも介護保険実施前と同様な事業者間の連携が行われているようである。

③住民参加型の地域活動

D市では、介護保険実施前にすでに22の全小学校区に公募の地域ボランティアで「学区福祉委員会」を設置し、配食活動や交流活動、見守り活動などが行われている。また、全くのボランティアで住民が自発的に行っているミニデイサービスである「ふれあいサロン」が2001年2月現在73ヶ所と、多くの地域で行われており、住民活動の活発さが伺える。さらに、1997年から老人保健法の委託を受けて行っている「地域参加型（Bタイプ）リハビリ事業」も8ヶ所の地域で開催されている。D市社協は、これらの活動を支援していくことを通してD市の「生きがい、介護予防と地域での支えあい」を推進している。

ただし、D市の住民活動に関する注意点として2点を指摘しておきたい。第一に、老人保健法に基づいている地域参加型リハビリ事業は、介護保険実施以降は、介護保険法が優先されるので、認定審査で要支援以上に認定されてしまうと、本リハビリ事業は受けられず、介護保険サービスを利用しなければならなくなる。認定がなされた人でも、デイサービスやホームヘルパーが必ずしも必要ではないボーダーラインの人もある。そういう人たちの寝たきりや閉じこもりの予防はどうしていくのか、という問題が生じている。介護保険サービスとは異なり、本リハビリ事業は利用者1人に対してボランティアが2人以上の

人数で関わっており、1対1以上の対応が可能となっている。社協としては、高齢者に本リハビリ事業を有効に利用してもらいたいところであるが、ボランティアがやっていることなので、ボランティアの思いを受け入れつつ、もっと柔軟に対応ができるよう市と交渉していきたいと考えているところである。第二に、住民活動が活発といっても、社協や介護保険課が知る範囲では介護保険制度を焦点とした学習会や第三者評価、市民運動などについての活動はほとんどないようである。

6) まとめと今後の課題

①D市の介護保険実施体制に関する主な特徴

これまで述べてきたD市の介護保険実施体制に関する主な特徴としては、次の4点にまとめられよう。第一に、介護保険実施前のサービス供給システムが介護保険実施後にも大きな影響を与えていることである。介護保険実施前に主たるサービス供給主体であった福祉公社や社会福祉法人は介護保険実施後も大きな役割を占めている。第二に、サービス事業者間の競争も目立って起こってはいないことである。介護保険実施後に大きなサービス事業者が参入したということもなく、競争というよりも介護保険実施前と同様な事業者間の連携が保たれているようである。第三に、認定調査を市が直営で行っていることである。約20万人の自治体規模で、民間施設の認定調査も市の職員が出向くというのは、市が計画で言うところの高齢者保健福祉における「仕組みの整備」や「総合調整」を行う責任を明確に示すものだと考えられる。第四に、社協が支援する学区福祉委員会やふれあいサロン、地域参加型リハビリ事業を開催している地域は他市に比べても非常に多く、それに関わるボランティアもかなり多いと考えられるが、介護保険制度を焦点として目立った活動はない。

②D市における今後の調査課題

最後に、今後の調査課題として主に次の3点にまとめておく。

ア) D市における高齢者保健福祉施策の発展経緯

今回はまだ限られた資料の中で記述したのみであるが、介護保険実施の体制は本事例でも明らかのように、市、福祉公社、社協の役割分担を規定した介護保険実施前の体制の流れに大きく位置づけられている。そうであるなら、介護保険実施前の措置制度における高齢者保健福祉の状況について、さらに調べていく必要がある。

イ) 介護保険事業状況報告と市独自調査の分析

今回の報告までには、D市の介護保険の実施状況に関するデータ（介護保険事業状況報告等）がまだ未整理であったこともあり、詳細に分析を進めていくことが不可能であった。2001年度には本年度分は整理して公開されるので、それまでに他の自治体で公開になっているものでどのように分析が可能なのかを検討して、今後、分析を進める必要がある。

また、本研究会は、民間事業者に対して何ら調査する権限を有していないため、多忙を

極める民間事業者にとっては調査対象となることが敬遠されると予想される。一方、自治体は保険者として責任を持って、介護保険制度の実施状況を継続して調査していくと思われる。このような自治体の調査の結果は非常に貴重であり、有効に活用させてもらうようにしていきたい。特に、2000年9月にD市介護保険課で行われた「サービス利用状況等調査」は他の自治体と比べてもユニークな調査であり、介護保険実施による福祉サービスの供給状況を把握するのに非常に有効である。2001年度にもこのような調査が行われれば、2000年度との比較が可能となり、D市の福祉サービスの供給の変化を端的に理解できよう。

ウ) 民間事業者、サービス利用者への調査

本研究会の調査は介護保険実施の影響を探るものであり、サービスを提供している民間事業者との関係づくりは非常に重要である。さらに、利用者への調査となるといっそう重要となるだろう。しかし、上述のように、その調査はそれだけ困難なことが予想される。それをどのように克服していくのかが大きな課題だと考えられる。

まずは地域住民に対してアカウントビリティを有している公共的な機関からヒアリングを進めていくことが有効である。D市の場合であれば、自治体、社協、福祉公社、社会福祉法人などからヒアリングを進めていくことがある程度は可能であると思われる。

また、D市の場合、高齢者福祉に関する住民の福祉活動も活発であり、それに携わる民生委員や学区福祉委員、ボランティアなどから話を聞いたり、紹介したりしていただけるかもしれない。また、このような住民活動がどのように介護保険と関わっているのかもD市全体の介護保険実施の影響を見るためにも調査を進めていかなければならないだろう。

(木下武徳)

4. 結論と考察

4つの自治体の事例について分析してきたわけであるが、横断的な考察にはいる前に、ここで簡単にまとめておこう。A市は福祉行政の水準が高く、利用料減免のために相当な公費をつぎ込むことにより、利用が拡大している。要介護度が高い層での利用割合が高いことが注目される。B市は、他自治体ほど際だった特徴はないが、もともとサービスの基盤整備の水準は高く、NPOなどの多元化も進展していて、ほぼ順調に介護保険が実施されている。C市は、保険外サービスの提供、サービス評価など行政内部の取り組みは積極的であるが、サービス利用の拡大は今後の課題となっているのかもしれない。小都市でNPOなどによるサービス供給の多元化はすすまず、寡占状態ともいえる。D市は行政主導で福祉公社中心のサービス供給体制をつくってきており、その枠内で介護保険が実施されている。事業者間の競争というより協力関係が中心になっている。

以下、4つの自治体を対象とした事例調査の結果とそのほかの資料を基にして考察を加える。

（１）要介護認定

従来の措置制度においては、供給側のサービス容量が圧倒的に少なかったため、行政機関がサービスの必要量と利用者を決定する仕組みであった。公的介護保険における自治体間格差がしばしば指摘されているが、公的介護保険が導入される以前はその格差がより大きく、要介護認定の基準も自治体でバラバラであった。ある自治体では家族要件を重視したり、ある自治体は身体要件と所得要件で、ケースワーカーないし入所判定委員会が要介護の是非とその必要量を判定していたりした。自治体によっては、在宅介護支援センターや委託先の福祉公社が、サービス提供の実質的な決定をおこなっていた例も存在する。

サービス供給側の容量が需要を規定していたため、施設のベッド数やホームヘルパーの派遣時間の制約条件が変化すると、それに従って自治体の基準も変化することがしばしばあった。都市部の自治体では、特別養護老人ホーム（現在の介護老人福祉施設）へ入るのに数年の順番待ちであるのが少なくなかったし、ましてや在宅介護のサービスは低所得者と生活保護受給者が優先されるのが実態で、中高所得者層は実質的に排除されることが少なくなかった。つまり、従来のような介護認定には、明示された基準が存在しなかったり、あったとしても自治体間で標準的で客観的なものとはいえなかったのである。

しかしながら、公的介護保険の導入によって、介護の必要度を判定するため一定の客観的かつ標準的な判定手法が導入された。被保険者から要介護の申請を市町村が受けると、調査員が訪問調査をおこない、全国統一の調査票によって、身体的機能、身体動作、日常生活動作、痴呆の度合い、特別な医療という 85 の調査項目を調べることとなった。この調査結果を組み合わせることにより、直接生活介助、間接生活介助、問題行動関連介助、機能訓練関連行動、医療関連行動というケア別の介護時間を推計し、時間区分によってコンピュータが要介護状態を判定する。これが第一次判定である。この第一次判定用コンピュータによる要介護認定基準時間の推計、調査員による特記事項の記述、そして主治医の意見書を総合的に検討し、厚生省が示す変更事例を参考にしながら介護認定審査会の委員たちが審査・判定をおこなう。これが第二次判定といわれるものである。この2つの段階を経て審査・判定の結果が被保険者へ通知される。

公的介護保険導入以前の基準の曖昧さを考えれば、客観的かつ標準的な基準を各自治体全部へ設定しようとした意義は大きい。しかしながら、現在の要介護認定の仕組みも十分ではない。問題点を3つ指摘しておこう。

第1の問題はコンピュータ・プログラムの欠陥である。第一次判定のコンピュータが介護時間の推計をするものであったため、痴呆性高齢者の要介護度が寝たきり高齢者など他の要介護高齢者よりも低くなる傾向がでてしまった。そのため調査員による特記事項によって実質的な修正が加えられ、特記事項がある場合は介護認定審査会での第二次判定で要介護度が上がり、なければ要介護度が上がらないということもおこったのである。調査員が特記事項に高齢者の状態を記述したかどうか、そして介護認定審査会がそれを採りあげたかどうか、が要介護度を大きく左右した。厚生省が適切・不適切の事例を示していたが、実際の判定作業ではその事例にあてはまらないものも多い。介護認定審査会の作業はきわ

めて重要であり、もし更新期間が6カ月のままであったならば、介護認定審査会の負担も少なくなかったであろう。この問題はコンピュータ・プログラムを改善すべきことを示しており、厚生省が示す事例もより多くしていくことが望まれる。

第2の問題は訪問調査員の訓練度にばらつきが存在することである。同じ高齢者の状態を85項目チェックするにしても、調査員によって判定が異なる場合が出てきた。とくに痴呆性高齢者を訪問調査する場合、痴呆の症状が出ているときと出していないときの差は大きく、判定調査も困難となる。この問題は調査員に対して訓練を強化する必要性が出てきている。イギリスにおいては自治体が認定調査をおこなっているが、日本の場合この調査員は委託することも可能であり、実際に民間団体に全部委託ないし一部委託している自治体が半数近くをしめる。もし、第一次判定をおこなう公務員ないし委託先によって認定の判断基準が大きく異なり実質的な裁量があるとするならば、そして第二次認定をおこなう介護認定審査会の判断が自治体によって大きく異なるならば、認定調査員や認定審査会委員を含めた統一的な研修事業の実施が必要ということになる。

第3の論点は標準化と自己統治との相克の問題である。地方自治体がおこなっている要介護認定の事務は自治事務であるが、その基準の解釈と運用に関しては厚生省の指導が細部に渡っておこなわれている点である。地方自治の観点からすれば、その解釈は地方自治体の裁量として考えるべきであり、基準はすべて法律や政令に列挙すべきであろう。もし省令・告示・担当者会議などで厚生省が指示・指導しているとするならば、地方自治法に違反する行為である。厚生省の解釈には公定力が存在しないと考えるべきであり、選択肢の中のひとつの解釈として自治体は考えるべきかもしれない。

（2）介護の実施体制と提供団体

紙おむつ助成事業や移送サービス事業で上乗せ事業をおこなう自治体も存在しているが、保険内で上乗せ・横出しのサービスをおこなっている自治体は極めて少ない。これは全国一般的傾向とも一致している。むしろ一般財源で様々なサービスをおこなっている。公的介護保険が導入される以前におこなっていた事業は全部ないし一部継続となっていることが多く、廃止されずに一般高齢者事業として実施されている。介護手当、入浴サービス、見舞金など介護保険と重複する事業などは廃止された自治体が少なくないが、介護保険を補完する事業、介護保険では範囲が及ばない事業については、一般会計を財源とする事業としておこなわれている自治体が多い。

自治体独自の介護サービスとしては保険内より保険外で特徴が見られることを指摘してきたが、保険内のサービスの中でも各自治体の特徴がよくあらわれているのは、むしろ低所得者対策と苦情処理・第三者評価対策である。低所得対策については減免措置を国の責任として考える自治体が多いため、各自治体独自でおこなっている自治体は少ない。逆にいえば、その是非はともかくとして、この部分に各自治体の考えや取り組みの積極性があらわれている。生活保護世帯以下の生活水準であるにもかかわらず、利用者負担をおこなわなければならない低所得層が存在するため、その低所得層を救済するための緊急的な対

策であった。

たとえば、野田市のように、要介護1を2つに区分し、6段階方式を採用している自治体もあるが、多くは利用者負担を軽減している自治体と保険料負担を軽減している自治体である。たとえば、訪問介護の自己負担分を3%に引き下げる、減免措置を柔軟化する、利用料の助成などがそれである。低所得対策を実施している自治体の中では、減免措置による方法より利用者負担の軽減策の方が多いい傾向があり、ヒアリングでもそれが確認された。ただし、政令市や大阪圏・名古屋圏の自治体には保険料自体を軽減する自治体も散見される。

介護サービスのモニタリングは実態調査の実施や連絡調整機関の設置という対応が一般的に見られるが、人口規模の大きな都市ほどこの整備状況は高い。ケアマネージャーや事業者に対する情報提供や連絡調整にとどまらず、第三者評価機関を設置しようとする自治体やオンブズパーソンの設置を試行している自治体もある。

ヒアリングをおこなった自治体が大都市圏に存在することもあり、提供団体は公的介護保険導入以前よりも量的に増加しており、その種類も多様化している。社会福祉法人、医療法人、NPO法人、ワーカーズコレクティブ、有限会社、株式会社など多元化している。在宅サービスに関しては、介護保険事業計画の整備目標には及ばないけれども、在宅サービスの状況は概ね利用水準を下回ることにはなかった。現在は利用割合が予想より低かったこともあり、在宅介護サービスに関しては供給不足問題がおきている自治体は少ない。ただし、供給量不足は潜在化しているが、もし利用割合が上昇すれば、供給量不足は顕在化していくかもしれない。また、施設サービスについては、介護老人福祉施設と介護老人保健施設に比べると、介護療養型医療施設が整備目標から見ると圧倒的に不足している傾向があり、医療型の療養病床群からの転換が進んでいないことが明らかである。

（3）供給量と利用割合

サービス供給量は、どの自治体においても増加している。とくに訪問介護や通所介護はその伸びが著しい。通所リハビリや訪問リハビリなど医療系のサービス供給量は、自治体によって増減の違いが見られる。介護保険計画の目標量からみると、医療機関の目標達成率はどの自治体も概して他の種目に比べて低い。保健・医療系のサービス供給量が他に比べて相対的に低い理由は、そのためかもしれない。

東京都における調査によれば、介護保険制度の実施前後を比較すると、サービスの提供量は訪問通所系に限定するならば、1.27倍に増加している。また、利用割合も50%程度にとどまっている。東京都が2000年に都内3区、7市、2町を対象として在宅介護支援センターの顧客データから任意抽出して実施した「介護保険制度実施に伴うサービス供給量の調査結果」によると、訪問介護は1.35倍、通所介護は1.27倍、短期入所は1.97倍、通所リハビリテーションは1.14倍の伸びである。また要支援は60.6%、要介護1は39.7%、要介護2は47.1%、要介護3は48.9%、要介護4は51.4%、要介護5は54.8%、平均で49.5%の利用割合なのである。

それに対してヒアリング対象とした4つの市で最も福祉サービス水準の高いA市では、2000年12月末で介護サービス種目すべてを平均すると、要支援が7割弱、要介護が4割強、要介護2が5割強、要介護3が7割弱、要介護4が7割強、要介護5が8割となっていた。全体では6割強という高い数字である。他の自治体が40%前後という利用割合であるから、その水準の高さは群を抜いている。さらにA市のサービスの伸び率を見ると、訪問介護は1.93倍、通所介護は1.15倍、通所リハビリテーションは0.91倍の伸びとなっている。要介護別に見ると、要支援は制度導入以前より減少しているが、要介護3と要介護4の伸びが2倍近い。

この理由は、前述の報告に論述されているように、A市の職員によると、「措置の時代では40時間までが無料（所得制限なし）であったが、ケアプランを作成する際にサービスの時間を同程度にしてほしいという住民の希望が多いこと、一般財源でおこなわれている介護保険居宅サービス利用促進事業によって自己負担が7%分軽減されて3%となっている」ことに求められている。A市においては、サービス利用限度額の約60%という利用割合であり、またホームヘルプの実績が政令市で一番高かったY市でさえ46%という利用割合であった。他の自治体が約40%程度にとどまっていることに比べると、A市やY市は他自治体よりも、利用割合がかなり高いことがわかる。他市より高い利用割合の要因は、サービス提供の水準に求めることができるかもしれない。しかし、それでも40%近い利用割合の説明にはならない。

低所得者負担や利用者負担の軽減を積極的におこなっており、大都市圏であるのでサービス供給は十分満たされている自治体においても、介護認定を受けた人の利用割合は100%にならない。公的介護保険制度を導入したにも関わらず、自治体で利用割合が40%近くにとどまり、一般的に低調なのはなぜか。

利用限度額自体が高い水準に設定されていると厚生省が説明するのに対して、1割の費用負担が大きいのであるとか、供給量が少ないからだ、という批判がしばしばされている。しかしながら、科学的に実証した研究は存在しない。たしかに、低所得者にとっては、1割の利用者負担や保険料負担は大きいかもしれない。過疎地での民間企業のサービス提供は少ないため、選択の自由が享受できていない場合もあるだろう。しかしながら、大都市圏を含めて日本全域で利用割合が低調な現象を説明することはできない。

公的介護保険をまったく利用していない人たちは、医療保険を利用して病院に入院しているか、自分の費用負担で有料老人ホームに入所しているか、在宅で家族の介護をうけて緊急時にショートステイを利用しているか、であろうと推測される。それゆえ、利用限度額がドイツの介護保険よりも高く設定されているという厚生省の説明もあり、利用割合を60%程度に見ていた自治体職員は多いと思われるが、それが全国平均で40%程度であったことの原因は複合的なものであろう。利用割合が予想よりも低かった理由は、利用者負担の負担感が多いこと、提供団体が過少であること、利用者が制度や手続きに不慣れなこと、利用限度額が高いこと以外の要因として、次のような要因が考えられる。

第1に、家族介護を要介護者ないし家族が希望しているので、介護認定を受けても公的

介護保険の適用されるサービスを利用していない可能性がある。とくに、過疎地や農村地域の自治体は、都市部の自治体に比べて、家族規範が強く反映している傾向があるかもしれない。もしこの要因が大きいならば、制度導入の是非は別として、ドイツのように家族に対する介護給付を導入すれば、利用割合はかなり高くなるだろう。

また、自治体の一般財源による家族給付事業の存在も無視できない。家族支援のために、家族介護を行う者（または家族介護を受ける者）へ現金給付をおこなっている自治体も少なくないので、もしその家族給付で十分であると介護をおこなっている家族が考えているならば、その自治体独自の家族給付が利用者限度額を低くしている原因かもしれない。

第2に、自治体の介護認定が緩く、または認定の変更によって、実際に必要なサービス以上の認定水準となっている可能性がある。もしこの要因があるならば、より認定を標準化・適正化させる必要があるかもしれない。認定作業を行っている調査員の研修と訓練がより重要な課題である。公務員のみが認定作業を行っているイギリスと異なり、日本の自治体においては認定作業を外部委託中心で市職員が一部を担当する形態が半数近くを占めている。認定作業をめぐる直営委託の差異と認定作業の客観性との因果関係は、今回の調査では明らかになっているわけではなく、今後の重要な研究課題のひとつである。

第3に、療養型病床群の医療型から介護療養型への転換が進んでおらず、病院に入院している介護対象者が公的介護保険ではなく、医療保険の対象者となったままとなっている。介護認定を受けたにもかかわらず、医療型の療養型病床群、精神病院、有料老人ホームに以前のまま入っている可能性がある。介護療養型への転換が進まない理由は医療型の方が病院の報酬が高いからにはほかならないが、もしこの転換が進んでいないという要因が大きいならば、病院の転換をすすめるように介護報酬を引き上げるか、相対的に医療保険の診療報酬を引き下げるか、検討する必要があるだろう。

（4）おわりに：自治体の役割

公的介護保険の導入は基礎自治体にとって大きな負担を強いるものであった。財源や事務量の面で、自治体活動のあり方に大きな影響を与えたことは間違いない。しかもヒアリングの調査結果は、サービス供給量は概して拡大しており、提供団体も多様化しつつあるというものであった。ただし、もともと介護サービスを民間活動へ大きく依存していた日本においては、「直接提供から条件整備」という変化ではなく、「認定の標準化、提供システムの多様化、供給量の拡大」という変化が見られる。条件整備や基盤整備という役割については、2001年現在、各自治体は公的介護保険導入初年度であるため、まだ結論づけることはできない。各サービス種類の増減率や在宅サービスと施設サービスとの選好について、今回のヒアリング調査では明らかにされたとはいえ、さらに要因を分析する必要があるだろう。とくに公的介護保険導入初年度は利用者負担が軽減されていたため、次年度以降も、継続して変化の各側面を注視していかなければならない。

最後に指摘しておかなければならない点は、はたして自治体の役割とは何か、ということである。認定業務や直接的なサービス提供さえ、民間で実施している自治体もあれば、

両方ともに自治体が担っているところもある。その意味では、日本における介護保険の供給システムは、極めて多様なサービス提供システムとなった。問題はサービスを提供する団体への基盤整備事業である。在宅サービスをおこなっている NPO 法人を基準該当サービス事業者とし、介護老人福祉施設へ助成金を支出している。しかしその NPO 法人や施設には、助成金を出している自治体の住民だけでなく、他の自治体の住民も利用しているのである。間接的に他自治体の住民へ利益を配分していることになる。また、特定の事業者へ助成金や補助金を出すことは市場原理を歪め、結果として不公正な競争システムを形成してしまうことになりかねない。

従来は大都市部の自治体においては、特別養護老人ホームへの建設費補助による入所優先の確保がおこなわれてきた。利用者の選択の自由という原則が前提となっている介護保険のもと、このような補助金による基盤整備が継続されるのか、それとも補助金という条件整備から契約文化への移行が進むのか、さらに引き続き検討すべき課題のひとつである。また、利用者への情報提供や事業者へのモニタリング・第三者評価など、直接提供でない自治体の役割とは何か、という問題については、次年度以降の研究課題としたい。

【参考文献】

岡本祐三(2000)『介護保険の教室』PHP新書

Gerald Wistow, Martin Knapp, Brian Hardy and Caroline Allen(1994) Social Care in a Mixed Economy, Open University Press.

Gerald Wistow, Martin Knapp, Brian Hardy, Julien Forder, Jeremy Kendall and Rob Manning(1996) Social Care Market, Open University Press.

Kieron Walsh, Nicholas Deakin, Paula Smith, Peter Spurgeon and Neil Thomas(1997) Contracting for Change, Oxford University Press.

(付記) 本年度は、本研究に関する研究発表（論文発表、学会発表）は、行っていない。

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

介護保険実施による介護サービスの変化に関する
自治体質問紙調査：中間報告

分担研究者 武川 正吾 東京大学大学院人文社会系研究科助教授

研究要旨 自治体における介護保険の実施体制と介護サービス供給システムの再編の状況についての情報を得るために、全国の市町村と東京都の特別区全数を対象にして、平成12年12月から平成13年1月にかけて、郵送法による質問紙調査を実施した。有効回収率は40.1%であった。今回報告するのは、暫定的な集計結果に過ぎないが、要介護認定、進行管理、ケアマネジメントの改善、苦情解決とサービスの質の確保等に関する自治体の積極的な取り組みの状況が明らかになった。低所得者対策やケアマネジャーの負担の過剰等の問題点も指摘されているが、サービス供給体制の急激な変化による混乱は少なく、比較的安定的にシステム再編が進んでいる状況が明らかになった。今後、この調査データをマクロ統計データと結びつけながら、詳細な分析を行う予定である。

1. 研究目的

介護保険法は、1997（平成9）年末に成立し、2000（平成12）年4月から、施行された。介護保険に関する議論が、一部の研究者のあいだで始まったのは、わが国の場合、1980年代のことであるから、この制度に関しては、すでに20年近い議論の歴史をもっていることになる。また、社会保障制度審議会など、各種審議会等でその創設が提案されるようになってからでも、すでに10年近い年月がたっている。

しかし、長い期間にわたって、議論があったものの、制度の成立が日程に上ってからも、どのような制度にするかという点については、そう単純には結論が出なかった。法案の準備段階でも、保険者をどこにするか、保険料の事業主拠出をどうするか、家族による介護の扱いをどう評価するか、など、さまざまな論点をめぐって多くの議論があった。また、法案の成立後も、保険料の免除や現金給付の是非をめぐって論争があった。とはいえ、1997年末までにいちおうの結論が出され、その後、実施準備を進め、2000年4月からの施行となったわけである。

このように紆余曲折を経て成立したため、現行の介護保険制度は、どうしても試行錯誤

的な要素がともないがちである。また、施行開始してから1年も経過していない現時点では、このような特徴はさらに倍加されることになるだろう。この試行錯誤の現状を把握しておこうというのが、この調査の目的のひとつである。おそらく全国の市町村は、みずからの保険の運営を円滑化させるためにも、他の市町村における介護保険の施行の状況がどうなっているかを大いに知りたいところであろうから、このような調査をいち早く実施することについては、非常に大きな実践的な意味があると思われる。また、介護保険は5年後に見直しを行うことになっているが、そのさいの参考資料として役立ちうるのではないかと思われる。

この調査では、施行直後の介護保険の現況を知るために、介護保険事業計画の策定状況を探ねた。今日、すべての行政計画において問題の焦点となっている進行管理や住民参加についても注意を払った。また、市町村がどのような役割を果たしているかといった点についても多く探ねた。介護保険は、福祉サービスのなかに、医療のような一種の「準市場」的状况を生み出すための試みである。したがって利用者や事業者がどのような状況にあるかといった点が重要な論点となる。これらの事項についても調査した。さらにまた、介護保険では、ケアプランにいわば「目玉商品」的な意味があった。これらについての情報も取り逃がすことができない。そのほか、介護保険の準備過程ですでに問題となっていた広域連合、低所得者対策、苦情処理やサービスの質の確保、高齢者福祉関係事業についての情報を集めることにした。調査方法や調査項目の細目については、以下のとおりである。

2. 研究方法：調査の方法と実施経過、および調査票の設計

（1）調査の方法と実施経過

この調査の対象、実施方法、実施期間等は、以下の通りであった¹。

1) 調査対象

全国の市町村および東京都の特別区全数（3,252 団体）の介護保険課（係、担当）を調査対象とした。

2) 調査の実施方法

調査の実施方法としては、各自治体の介護保険担当課（係）宛に、依頼状とともに、調査票を郵送し、回答を記入の上、調査票を返送するよう依頼した。回答の記入は、担当課（係）長の判断に基づいて、介護保険関係業務を担当する職員が行うよう依頼した（調査票の表紙を参照）。

回収率を高めるための催促については、当初は、一回行うことを予定し、回答送付期限

¹ この研究は、主任研究者・分担研究者に加えて、以下の研究協力者の参加により行われた。藤村正之（武蔵大学）、和気康太（明治学院大学）、高橋万由美（宇都宮大学）、吉原雅昭（大阪府立大学）、山井理恵（山野美容芸術短期大学）、平岡佐智子（青山学院女子短期大学）、藤沼敏子（総合研究大学院大学）、鍋山祥子（恩賜財団母子愛育会・中央大学）、木下武徳（同志社大学）

の直前に葉書で、回答協力の礼状を兼ねた催促状を送付したが、回収率が予想を下回ったため、回答送付期限を延期し、再度、回答依頼の催促状を送付した。

3) 実査期間

調査の実施期間は、2000年（平成12年）12月11日から2001年（平成13年）1月31日までであった。

4) 実査関連業務の委託先

調査票の設計は、当研究班の責任で行ったが、調査票の郵送、調査対象からの問い合わせへの対応、回収された調査票の整理、エディティング、コーディング、基礎集計等の実査関連業務は、コモン計画研究所に委託した。

5) 調査実施結果

調査実施結果は、以下の通りであった。

対象者数 (A)	3,252 団体
自治体有効回収数 (B)	1,303 団体
回収率 (C)	40.1%

$$\text{※} C = B / A \times 100$$

回収率には、区・市・町・村でかなりの差がみられた。特別区は、69.6%、市は、61.0%だったのに対して、町は、35.4%、村は30.5%と低かった。その原因としては、総括研究報告書の2（2）で述べられているように、町村の場合、広域連合等に加入している自治体が多かったということが重要な原因と考えられるが、このような回収率の格差がみられた以上、何らかの方法で集計結果を補正する必要があると考えられる。しかし、今回の報告書では、この点に関する検討を行う時間的余裕がなかったために、暫定的な結果として、補正を行っていない集計結果をそのまま報告することとした。したがって、以下の3の集計結果は、暫定的なものであることに留意されたい。

(2) 調査票の設計

1) 調査項目選択の基本方針

調査票の設計にあたっては、次の方針に基づいて調査項目を選定した。

① サービス供給に関わる項目への重点化

調査項目の主要な部分は、各自治体における介護保険の実施状況に関する調査項目であるが、本研究の目的に照らし、サービス供給システムに直接関連する事項に重点をおくこととし、保険財政等の事項に関する項目は最小限にとどめた。

② 関連部課の協力を要する調査項目の除外

調査対象の自治体への負担を減らし、回収率を高めるために、調査項目は、原則として、介護保険担当課（係）の担当職員が回答可能なものにとどめることとした。ただし、調査目的からみて、高齢者福祉担当課の協力が必要な項目も少数含めざるを得なかった（問29、問30等）。しかしながら、その他の部課の協力なしには回答できない質問は除外することとしたため、介護扶助や障害者福祉に関する質問は調査票に含まれていない。

③体系的な分析のために必要な調査項目の確保

回収率を高めるために、全体として質問数をできるだけ少なくするよう努めたのは当然であるが、マス・メディア等が行う調査とは異なり、この調査は、学術的な性格のものであり、多数の調査項目の回答の関連性に着目して分析を行うことを意図したものであるため、調査項目を極端に減らすことは避けた。

④自治体のもつ情報の限界

この調査が個人ではなく組織を対象にした調査である以上、一般的には、調査項目は、意見や態度に関する項目よりも、客観的な数値等で回答できる項目を中心にするのが望ましいと考えられる。また、調査目的との関連から、特にサービスの利用実績や、供給主体の参入・多元化の状況等に関する調査項目は重要な調査項目と考えられた。しかしながら、事前の自治体職員からのヒアリングで、これらの事項に関する正確な情報をもっている自治体がかかなり少ないことが明らかになった。そこで、調査目的からみて重要な事項であっても、一部の自治体しか情報をもっていない事項や、回答の際に資料の整理等にかかなり時間をかける必要がある事項、またデータの信頼性に問題が生じると考えられる事項については、調査項目に含めることを断念した。具体的には、次のような事項については、調査項目に含めることは困難であると判断し、それらの事項に関するデータの収集と分析は、自治体事例調査で行うこととした。

- ・介護保険実施前と実施後のサービス利用率、サービス供給量の変化
- ・介護保険実施に伴って新たに参入してきた事業者の種類と数
- ・当該自治体内で介護保険サービスを提供している事業者の種類

⑤他の方法でデータを入手できる事項の除外

自治体の人口構成や社会経済的特性に関する事項（人口の年齢構成、産業構成、医療・福祉施設の整備状況等）については、国・自治体の統計書やウェブ・サイトあるいはCD-ROM等を通してデータを入手できるので、回答の負担を軽減するため、最小限のものを除いて調査事項に含めなかった。この調査のデータの分析に当たっては、こうしたデータを含めたデータ・セットを作成して分析を進めることとしている。

⑥資料送付の依頼

調査項目によっては、調査票に回答を記入してもらうかわりに、資料の該当個所のコピーを添付してもらうほうが、回答者の負担の軽減になると考えられるものもあった。そこで、「介護保険事業報告」の「様式1-4の1。一般状況（続き）(11)～(13)」（要介護度別の認定者数、受給者数等）、「様式2の2。保険給付決定状況（1）介護給付・予防給付①総数」（要介護度別の給付件数、単位数、費用額、支給額）のコピーを添付するよう依頼した。ただし、これについては、自治体によっては、この文書を市民に公開していない等の理由で、協力してもらえない場合もあった。

2) 調査票原案の点検

この調査は、その性格上、調査対象の一部に対してプリテストを実施することは困難で