

高くなれば、医療施設よりも在宅サービス中心型のサービス供給パターンがとられる可能性が高くなり、介護保険実施前病院一般病床数が多くなれば、在宅サービス中心型よりも医療施設中心型のサービス供給パターンがとられる可能性が高くなることを意味している。また、在宅サービス中心型を基準としたモデルでは、それと福祉施設中心型について、65歳以上人口がプラスで、介護保険実施前ホームヘルプ・デイサービス利用度、要介護度がマイナスで、それぞれ5%ないし1%水準で有意であった。これは、65歳以上人口が多くなれば、在宅サービス中心型よりも福祉施設中心型のサービス供給パターンがとられる可能性が高くなり、介護保険実施前ホームヘルプ・デイサービス利用度と要介護度が高くなれば、福祉施設中心型よりも在宅サービス中心型のサービス供給パターンがとられる可能性が高くなることを意味している（表4-2）。

以上から、本稿では、サービス間代替、補完仮説は明確ではなかったが、介護保険下でのサービス供給構造を説明する要因として、制度仮説は有用であった。2群からなる供給パターンでは、介護保険実施前ショートステイ利用数が福祉主導型へ導く要因として有意であったし、3群からなる供給パターンでは、医療施設中心型や在宅サービス中心型へ導く要因として、それぞれ、介護保険実施前病院一般病床数と介護保険実施前の在宅福祉サービス（ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイ）の利用度が有意であった。

なお、その他の変数としては、2群の供給パターンの要因分析において、65歳以上人口や要介護度が福祉主導型のサービス需要に結びつくことや、さらに、3群の供給パターンの分析においても、65歳以上人口の増加が在宅サービスや施設福祉サービスに対する需要を喚起していることが明らかになった。また、要介護度が高い地域ほど福祉施設介護パターンよりも在宅介護パターンがとられるケースが多いということも明らかになったが、これは興味深い点である。ただし、要介護度が高い地域ほど、医療介護パターンよりも在宅介護パターンがとられるという事態は確認できなかった。要介護度の高い地域は基本的に在宅介護パターンをとっているとは一概に言えないが、これは大都市部を中心に福祉サービスについて先進的な自治体が在宅介護サービスをより積極的に推進している結果を反映したものと考えられる。

図4-1 類型介護サービス供給パターン

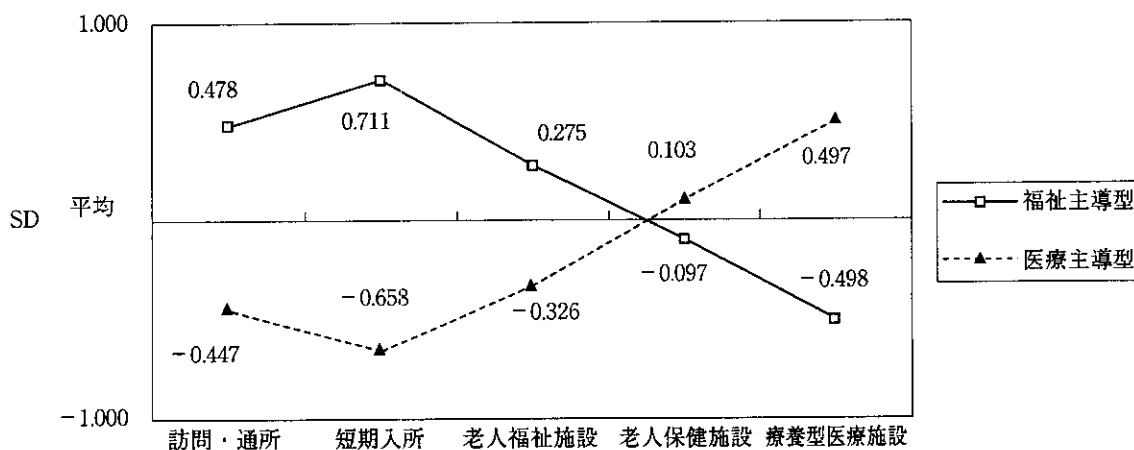


図4-2 3類型介護サービス供給パターン

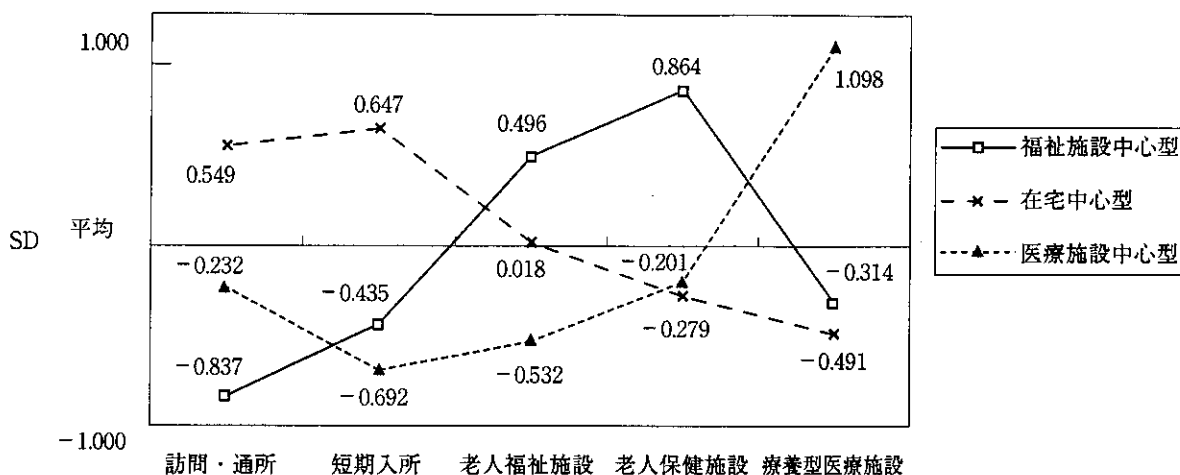


表4-1 ロジスティック回帰分析結果

第1式		
	回帰係数	オッズ比
総人口	1.07×10^{-6}	1
親族同居世帯	-6.039	0.0024
高齢夫婦世帯	-22.307	2×10^{-10}
高齢単身世帯	-17.802	2×10^{-8}
65歳以上人口	35.32	2×10^{15}
課税所得	2.361	10.605
財政力指数	2.059	7.841
公債費比率	0.113	1.1194
脱産業化	-0.096	0.9085
都市化	-0.4	0.6701
介護保険実施前病院数	-0.138	0.871
介護保険実施前病院病床数	-0.001	0.9994
保健婦数	-0.005	0.9955
介護保険実施前老健	-27.259	1×10^{-12}
介護保険実施前特養	-6.29	0.0019
介護保険実施前ショート	0.024	1.0243
介護保険実施前ヘルプ・デイ	0.196	1.216
要介護度	3.46**	31.824
定数	-19.529***	0.000
χ^2	4.13	
	(8 df)	

**P<.01, *P<.05

注) 1. 従属変数は、2類型介護サービス供給パターン (1 = 福祉主導型、0 = 医療主導型)
 2. χ^2 は Hosmer と Lemeshow の検定

表4-2 多項ロジスティック回帰分析結果

	第1式		第2式		第3式	
	回帰係数	オッズ比	回帰係数	オッズ比	回帰係数	オッズ比
総人口	-1.17×10^{-6}	1	9.22×10^{-7}	1	$-2.10E^{-06}$	1
親族同居世帯	16.554	2×10^7	-22.369	1.93×10^{-10}	38.923	8.02×10^{16}
高齢夫婦世帯	-52.204	2×10^{-23}	-31.674	1.76×10^{-14}	-20.53	1.21×10^{-9}
高齢単身世帯	3.213	24.858	-6.685	0.001249	9.899	19902.16
65歳以上人口	9.443	12623	45.561*	6.12×10^{19}	-36.118*	2.06×10^{-16}
課税所得	2.034	7.6452	2.693	14.7715	-0.659	0.517566
財政力指数	0.321	1.3787	0.971	2.641904	-0.65	0.521873
公債費比率	0.028	1.0287	0.077	1.080049	-0.049	0.952439
脱産業化	-0.013	0.9874	0.112	1.118697	-0.125	0.88263
都市化	-0.956	0.3844	-0.239	0.7872	-0.717	0.488256
介護保険実施前病院数	-0.128	0.8799	-0.145	0.86528	0.017	1.016874
介護保険実施前病院病床数	-0.0004	0.9996	-0.002*	0.99823	0.001	1.001362
保健婦数	0.088	1.092	0.023	1.02317	0.065	1.067299
介護保険実施前老健	74.036	1×10^{32}	32.497	1.3×10^{14}	41.539	1.1×10^{18}
介護保険実施前特養	79.687	4×10^{34}	101.406	1.1×10^{44}	-21.718	3.7×10^{-10}
介護保険実施前ショート	0.02	1.0206	0.029*	1.029457	-0.009	0.991385
介護保険実施前ヘルプ・デイ	-0.826*	0.4377	0.228	1.256533	-1.055**	0.348346
要介護度	-1.427	0.24	1.631	5.107468	-3.058*	0.046984
定数	-1.165		-12.42		11.256	
χ^2	122.33** (36df)					

**P<.01, *P<.05

注) 1. 第1式の従属変数は、医療施設中心型を基準モデルとした福祉施設中心型、第2式の従属変数は、医療施設中心型を基準モデルとした在宅サービス中心型、第3式の従属変数は、在宅サービス中心型を基準モデルとした福祉中心型。

2. χ^2 は尤度比検定。

(5) 結び

福祉サービス供給パターンについて分析した結果、福祉主導型と医療主導型からなる供給パターンと福祉施設中心型、在宅サービス中心型、療養型医療施設中心型からなる供給パターンが抽出された。また、福祉供給パターンの決定要因として、制度仮説が有用であることが明らかになった。制度仮説が有用であったというのは、本稿で用いたデータが介護保険実施後間もなくの8月時点であったことを考えると、当然の結果といえよう。ただし、今後も制度仮説が依然として有用であったならば、介護保険によってもサービス供給パターンは変わらず、自治体間格差は温存されることになる。制度仮説は制度変化を捉える上で、今後一層検証すべき仮説といえるであろう。

今後の検討課題は、サービス供給パターンを形成する個々の福祉サービスの決定要因について分析することである。要介護者一人当たり福祉サービス単位はサービス受給者数/要介護(要支援)認定者数×サービス単位数/サービス受給者数というそれぞれの要素に分解でき、このうち、サービス受

給者数／要介護（要支援）者比はサービスのカバレッジを意味し（ただし、表出されかつ専門家の判断による必要に対するカバレッジに限定）、サービス単位数／サービス受給者数比はサービス限度額に対してどの程度までサービスを受給しているかといったサービス充足度を意味すると捉えることができる。そのため、サービスの供給パターン→サービス受給者数／要介護（要支援）認定者数、サービス単位数／サービス受給者数というルートにしたがって分析することにより、介護サービス供給構造をより詳細に把握できると考えられるであろう。

注

- (1) 坂田周一、1988、「老人ホーム定員及び家庭奉仕員数の地域格差の分析」『日本社会事業大学社会事業研究所年報』No.24、塚原康博、1990、「社会福祉支出決定メカニズムの計量分析」『季刊社会保障研究』Vol.26 No.2、三重野卓、1995、「社会保障のコスト・ストック・マンパワーの比較分析（上、下）」『ESP』No.277、同、No.278。齊藤眞、中井英雄、1996、「福祉支出の地域間格差」『季刊社会保障研究』Vol.27 No.3、佐藤秀紀、中嶋和夫、1999、「在宅老人福祉サービス実施状況の市町村間格差に関連する社会的要因の分析」『社会福祉学』第40-1号、飽戸弘、佐藤誠三郎、1986、「政治指標と財政支出－647市の計量分析－」、大森爾、佐藤誠三郎編著『日本の地方政府』、東京大学出版会、佐藤秀紀、中嶋和夫、安西将也、1995、「クラスター分析による都道府県別にみた老人保健・福祉事業の類型化」『厚生指標』第42巻9号、佐藤秀紀、1999、「全国656市における在宅老人福祉サービス実績の類型化とその要因」『厚生指標』第46巻7号。鎮目真人、2001、「介護サービス供給に関する自治体類型とその成立要因に関する研究」平岡公一、武川正吾、武智秀之、鎮目真人『介護サービス供給システムの再編成の成果に関する評価研究』厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業報告書。
- (2) 佐藤秀紀、1999、前掲論文等参照。
- (3) 実際のデータソースは、総務庁統計局『統計でみる市区町村のすがた』の2000および2001年版のFD、『厚生白書』平成12年版CD-ROM、厚生労働省のWEBページの「老人保健福祉マップ」の各年版である。
- (4) 冷水豊、1989、「痴呆性老人の家族介護に伴う客観的困難の類型」『社会老年学』No.29、p.19。

参考文献

- 飽戸弘、佐藤誠三郎、1986、「政治指標と財政支出－647市の計量分析－」、大森爾、佐藤誠三郎編著『日本の地方政府』、東京大学出版会
- 三重野卓、1995、「社会保障のコスト・ストック・マンパワーの比較分析（上、下）」『ESP』No.277、同、No.278。
- 坂田周一、1988、「老人ホーム定員及び家庭奉仕員数の地域格差の分析」『日本社会事業大学社会事業研究所年報』No.24
- 齊藤眞、中井英雄、1996、「福祉支出の地域間格差」『季刊社会保障研究』Vol.27 No.3
- 佐藤秀紀、中嶋和夫、1999、「在宅老人福祉サービス実施状況の市町村間格差に関連する社会的要因の分析」『社会福祉学』第40-1号、
- 佐藤秀紀、中嶋和夫、安西将也、1995、「クラスター分析による都道府県別にみた老人保健・福祉事業の類型化」『厚生指標』第42巻9号、
- 佐藤秀紀、1999、「全国656市における在宅老人福祉サービス実績の類型化とその要因」『厚生指標』第46巻7号。

- 冷水豊、1989、「痴呆性老人の家族介護に伴う客観的困難の類型」『社会老年学』No. 29
- 鎮目真人、2001、「介護サービス供給に関する自治体類型とその成立要因に関する研究」平岡公一、武川正吾、武智秀之、鎮目真人『介護サービス供給システムの再編成の成果に関する評価研究』厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業報告書。
- 塚原康博、1990、「社会福祉支出決定メカニズムの計量分析」『季刊社会保障研究』Vol. 26 No. 2

2. 老人保健福祉計画と介護保険事業計画による介護サービスの整備状況

和 気 康 太

【要約】

本論は、全国調査として実施された「介護保険実施に伴う介護サービスの変化に関する調査」（2000年度）のデータ（市部）を用いて、老人保健福祉計画の達成率と介護保険事業計画の見込み率に関して分析を行い、その特徴や相互の関連などについて論及している。

老人保健福祉計画の達成率では、「ホームヘルプ」や「特別養護老人ホーム」などの5つのサービスで、また介護保険事業計画の見込み率では、「訪問介護」や「訪問看護」、「介護老人保健施設」や「介護療養型医療施設」などの8つのサービスで、サービス別に特徴や差異があることが分かった。さらに、本論では「パラレル仮説」と「トレードオフ仮説」という2つの仮説を立ててデータ分析をした結果、介護保険事業計画の施設サービスと在宅サービスの間にはパラレル仮説が、また上記の2つの計画の施設サービスの間にはトレードオフ仮説、在宅サービスの間にはパラレル仮説が成り立つことが分かった。

（1）本論の目的と方法

1）本論の目的

わが国の社会福祉において、1990年代は社会福祉計画の時代であったといえよう。

1989年の「今後の社会福祉のあり方について」（厚生省福祉関係三審議会合同企画分科会）の答申に始まり、「高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略」（ゴールドプラン）の策定、そしてそれに続く社会福祉関係八法の改正と「老人保健福祉計画」の法制化（1990年）をひとつの歴史的契機として、わが国の社会福祉政策は、いわば本格的な「計画行政」の段階に入ったと考えることができる。

しかしながら、老人保健福祉計画（第1次）、あるいはそれに続く「介護保険事業計画」（2000年）は、地方自治体に計画の策定が義務化されているという点で、その他の障害者計画（1993年）や児童育成計画（1994年）などとは全く異なった位置を占めている。また、老人保健福祉計画は、その他の社会福祉計画が策定されていく際に計画の「理念型」になったという意味でも、先駆的な意義を有している。

こうした老人保健福祉計画や介護保険事業計画については、これまでさまざまな研究が行われてきているが、少なくとも社会福祉研究の領域に関していえば、それらは厚生省（現：厚生労働省）の通知・通達やその指針（ガイドライン）のコメンタールか、もしくは個別の計画事例の記述やその規範的な解釈が多く、実証的なデータ、しかも全国調査のそれを用いて研究されたものは数少ないといえよう。それは、調査研究の費用の面で大規模な「現地調査」がなかなかできなかったことと、社会福祉政策の研究者のなかに実証的なデータを用いて、社会福祉計画そのものを分析し、考察するという問題意識がやや稀薄であったからであると思われる。

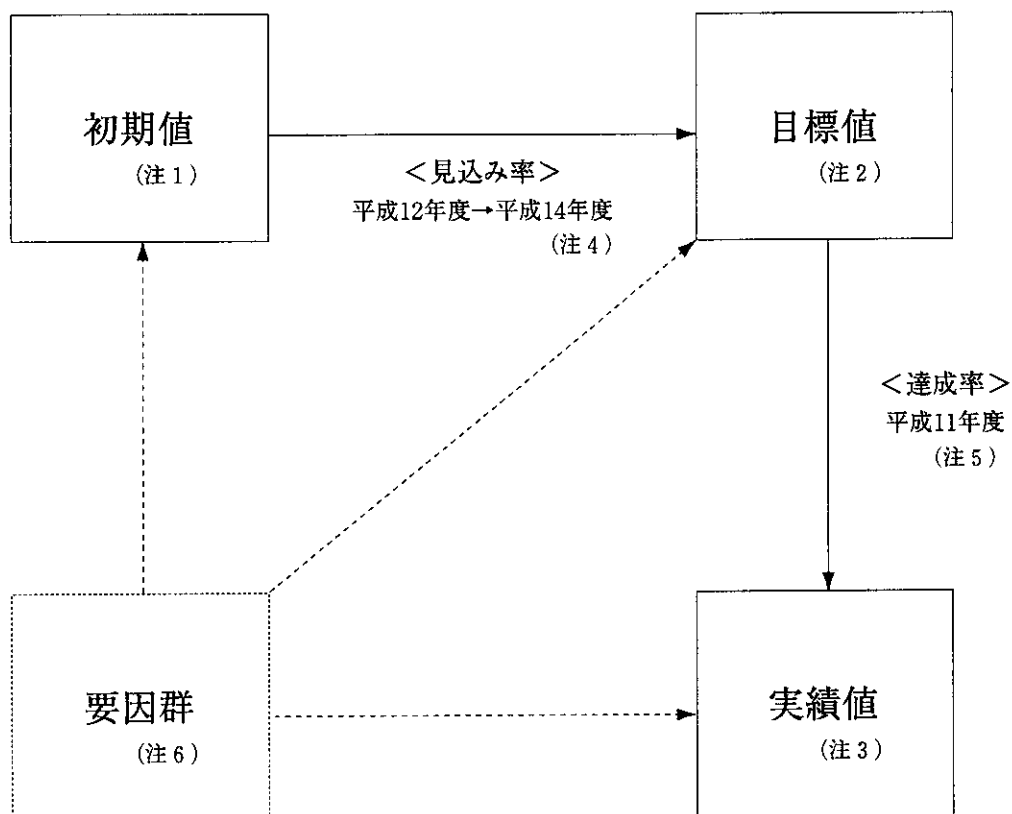
そこで、本論では1990年代の上述のような研究動向を踏まえ、本研究事業において全国の市区町村を調査対象として実施された「介護保険実施に伴う介護サービスの変化に関する調査」（以下、「介護保険全国調査」と記す）の質問紙のなかで、老人保健福祉計画と介護保険事業計画に関する質問項目のデータを用いて、その達成率や見込み率の特徴や関連要因などについて論及することにしたい。

2) 分析の視点と方法

老人保健福祉計画と介護保険事業計画については、さまざまな視点からの分析が可能であるが、本論では老人保健福祉計画の「結果変数」である高齢者保健福祉サービスの整備状況をもとにして計画の達成率を算出し、それが介護保険事業計画のサービス見込み率やマクロな社会統計データなど、どのように関連しているかについて分析を行う。

本論での分析の基本的な枠組みは、図1-2-1の通りである。

図1-2-1 老人保健福祉計画及び介護保険事業計画の分析枠組み



※老人保健福祉計画に関しては、「ホームヘルプ」「デイサービス」「ショートステイ」「特別養護老人ホーム」「老人保健施設」の5つを取り上げた。また、介護保険事業計画に関しては、「訪問介護」「通所介護」「通所リハビリ」「短期入所（生活介護、療養介護の合計）」「訪問看護」「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）」「介護老人保健施設（老人保健施設）」「介護療養型医療施設（療養型病床群等）」の8つを取り上げた。

(注1) 「初期値」とは、老人保健福祉計画または介護保険事業計画が策定された時点で、高齢者保健福祉サービスがどの程度、利用者に提供されているかについて示した数値である。

(注2) 「目標値」とは、厚生労働省や都道府県が示した指針（ガイドライン）や高齢者保健福祉に関する調査データなどをもとに、目標とした年次が高齢者保健福祉サービスがどの程度、利用者に提供されているかを具体的に示した数値である。

(注3) 「実績値」とは、目標値がどの程度、実現されているかを示した数値である。

(注4) 「見込み率」とは、平成12年度の見込み量に対して、平成14年度の介護保険事業計画の見込み量がどの程度に設定されているかを示した比率（％）である。

(注5) 「達成率」とは、計画の目標値が実際にどの程度、実現されたかを実績値を用いて示した比率（％）である。

(注6) 「要因群」として選択した変数は、①総人口、②高齢化率、③高齢者単身世帯の比率、④就業者の比率、⑤（住民一人あたり）財政規模、⑥財政力指数の6つである。

この方法では、「初期値」、「目標値」、「実績値」の3つが、いわばキーワードとなるので、ここではそれらを中心にして、分析の視点を簡潔に説明しておくことにする。

計画の「初期値」とは、老人保健福祉計画または介護保険事業計画が策定された時点で、それぞれの計画で規定されている高齢者保健福祉サービスがどの程度、利用者に提供されているかについて示した数値である。また、「目標値」とは、厚生労働省や都道府県が示した指針（ガイドライン）や、市区町村などが実施した高齢者保健福祉に関するさまざまな調査データなどをもとに、市区町村が目標とした年次に個別の高齢者保健福祉サービスをどの程度、利用者に提供するかを具体的に示した数値である。さらに、「実績値」とは、そうした目標値が個別にどの程度、実現されているかを示した数値である。ただし、介護保険事業計画は、現在進行中のため、実績値を算出することはできない。

次に、「達成率」とは、上記の計画上の目標値に対して、それが実際にどの程度、実現されたかを示した数値であり、本論では目標値を実績値で割った数値を百分比（％）で示している。また、「見込み率」とは、平成14年度の介護保険事業計画の目標値（見込み量）が平成12年度の目標値（見込み量）に対して、どの程度に設定されているかを示した数値であり、本論ではやはり前者を後者で割った百分比（％）で示している。

なお、本論の分析では、老人保健福祉計画については代表的な5つのサービスを、また介護保険事業計画では、介護保険法に規定される8つのサービスを取り上げている。

3) 標本の特性

調査対象は、既述のように全国の地方自治体（市区町村）3,252カ所である。

また、区市町村別の有効回収数および回収率は、表1-2-1の通りである。この表からも分かるように、本調査の標本（サンプル）は、特別区と市（政令指定都市も含む）についてはいずれも回収率が約7割となっているものの、町村については3割程度で、標本としては市部（特別区も含む）に偏ったものになっている。

表1-2-1 市区町村への質問紙調査の実施結果

	調査対象数 (A)	有効回収数 (B)	回収率 (B/A)
全 体	3,252	1,303	40.1%
特別区	23	16	69.6%
市	671	409	70.0%
町	1,991	705	35.4%
村	567	173	30.5%
(参 考)			
市町村老人保健福祉計画の策定に関する全国調査 (1994)*	3,268	2,151	65.8%
保健・医療・福祉の連携システムのあり方に関する全国調査 (1996)**	3,255	2,042	62.7%

* 実施主体は、日本計画行政学会・市区町村老人保健福祉計画の評価研究専門部会

** 実施主体は、法政大学多摩地域研究センター・大原社会問題研究所

なお、本論では、町村部についてはさしあたりデータ分析の対象から除外し、市部に限定している。その理由は、上記のように町村部の標本が偏っていることと、町村部では介護保険事業を「広域連合」で実施しているところが多く、各町村別に正確なデータを把握できなかったことによる。

(2) 老人保健福祉計画の達成率と介護保険事業計画の見込み率

1) 老人保健福祉計画の達成率

老人保健福祉計画の達成率に関しては、「介護保険全国調査」の(問30)で、表1-2-2のような形式で尋ねた。今回の質問紙調査では、具体的には「ホームヘルプ」「デイサービス」「ショートステイ」「特別養護老人ホーム」「老人保健施設」の5つを取り上げたが、在宅福祉サービスの3つについては、市部によって統計の取り方が異なるため、A~Cのように3つの範疇に分けて尋ねた。

表1-2-2 老人保健福祉計画の達成率に関する質問表

問30. 貴自治体の平成11年度末までの老人保健福祉計画によるサービス目標の達成状況についておうかがいします。現時点でわかる範囲で結構ですので、以下の表の該当個所に適宜、数値をご記入下さい。

サービスの種類	単 位	目標値 (平成11年度)	平成11年度 実績値	備考(補足説明などが あればご記入下さい)
ホームヘルパー	A:人(ヘルパー数)			
	B:時間/年			
	C:			
デイサービス	A:人(1日あたり利用定員)			
	B:回数/年			
	C:			
ショートステイ	A:床(利用定員)			
	B:延べ利用日数/年			
	C:			
特別養護老人ホーム	床(定員)			
老人保健施設	床(定員)			

(注1) なお、平成5年度までに策定した『老人保健福祉計画書』や平成11年度の『事業報告書』などで、該当する数値がわかる資料があれば、別表に記入する代わりに、その部分のコピーを同封していただいても結構です。

(注2) 在宅サービスについては、AかBかどちらかの単位で回答をご記入いただければ結構です。それ以外の単位を採用している場合には、C欄にその単位を記入して、数値をご記入下さい。

(注3) 平成11年度の目標値が設定されていない場合には、目標が設定されている年次の目標値をご記入いただき、備考欄に年次をご記入下さい。実績値については、平成11年度の実績値をご記入下さい。

なお、AとBの両方を記入してあった市部について2つの統計量の関連性を検討してみたところ、有意な相関が見られなかった。つまり、ホームヘルプの場合でいえば、ホームヘルパー数の達成率と年間の時間数の達成率が必ずしも一致しておらず、ホームヘルパー数は計画の目標値を達成しても、時間数ではそれに達していない市が数多く見られたのである。そこで、今回のデータ分析では、原則としてBの範疇(時間、回数、日数)を優先することにした。そのため、たとえばショートステイ

では、半数近くが「欠損値」になっている点には一定の留意が必要である。

さて、上記の5つのサービスの記述統計量は、表1-2-3の通りである。また、それぞれの度数分布は、図1-2-2から図1-2-6の通りである。なお、度数分布については、四分位法で25%毎に区切り、カテゴリ1が「75%未満」、2が「75%以上100%未満」、3が「100%以上125%未満」、4が「125%以上150%未満」、5が「150%以上」で5分割している。

表1-2-3 老人保健福祉計画の達成率

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	分散
ホームヘルプ	437	81	325	141.65	30.55	933.280
デイサービス	359	3	352	80.42	41.56	1727.083
ショートステイ	233	8	1092	103.07	119.76	14343.268
特別養護老人ホーム	395	21	253	98.12	25.69	660.042
老人保健施設	337	15	833	108.29	57.23	3274.864

図1-2-2 ホームヘルプの達成率

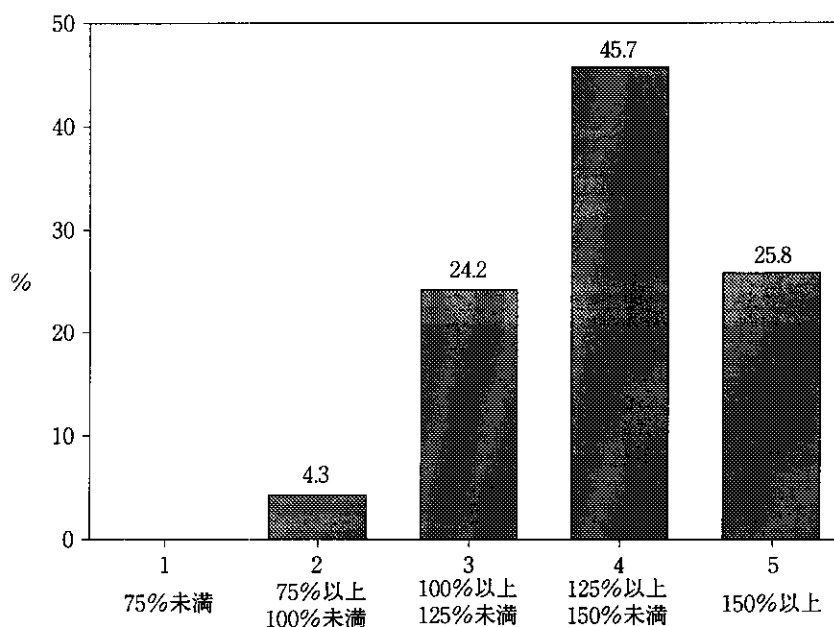


図1-2-3 デイサービスの達成率

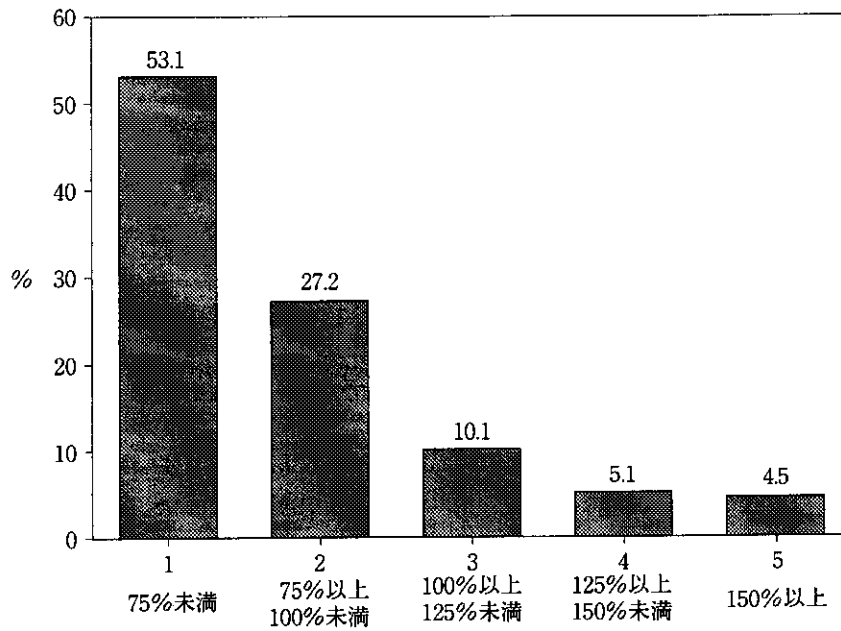


図1-2-4 ショートステイの達成率

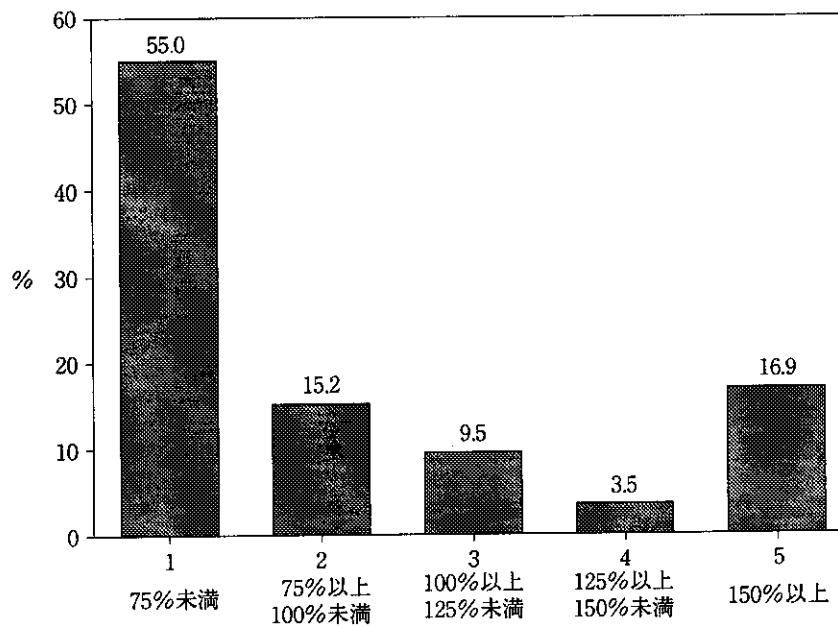


図1-2-5 特別養護老人ホームの達成率

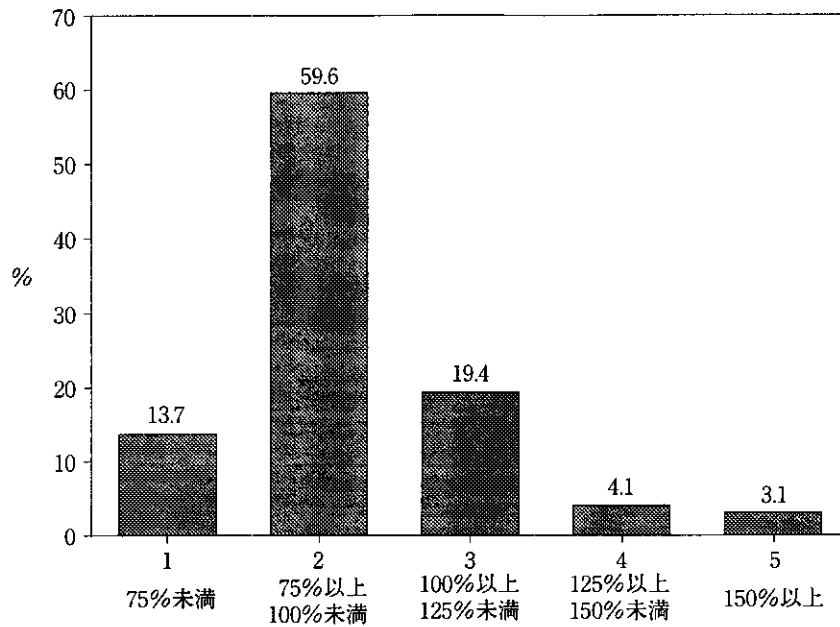
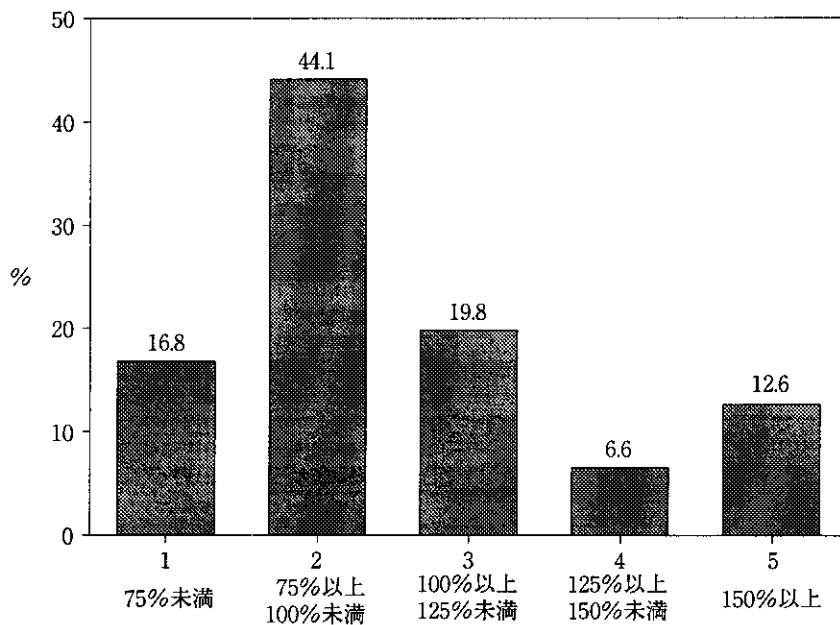


図1-2-6 老人保健施設の達成率



①ホームヘルプ

ホームヘルプの平均値は141.65%で、計画の達成率はかなり高くなっている。また、標準偏差は30.55であるので、全体の分布は平均値の近くに集まっており、平均値から左側に標準偏差分を引いても100%を越えるので、度数分布は図1-2-2のように大きく右側に偏っている。そのため、4「125%以上150%未満」が全体の43.2%を占めている。統計的には全国の95%以上の市が、計画の目標値を実績値が上回っている。

②デイサービス

デイサービスの平均値は80.42%で、計画の目標値のほぼ8割が達成されている。ただし、標準偏

差が41.56であるので、平均値から左側に標準偏差分を引くと38.86となり、統計的には全体の約半数の自治体が40%から80%までの達成率になっていることが分かる。また、度数分布を見ると、図1-2-3からも分かるように、やはり大きく左側に偏っており、全体的には1「75%未満」という達成率の低い市が多くなっている。

③ショートステイ

ショートステイの平均値は103.07%で、計画の目標値は達成されている。しかしながら、標準偏差が119.76であるので、全体の分布はかなり分散している。図1-2-4はその傾向を明確に示しているが、度数分布でみると1「75%未満」が全体の55%で圧倒的に多く、逆に5「150%以上」も16.9%でかなり多くなっている。ショートステイは、計画の達成率が大きく分かれている。

④特別養護老人ホーム

特別養護老人ホームの平均値は98.12%で、計画の目標値はほぼ達成されている。また、標準偏差は25.69であるので、5つのサービスのなかでは最も平均値のまわりに度数が集まっている。ただし、全体の度数分布をみると、図1-2-5からも分かるように、2「75%以上100%未満」のところ約6割を占めており、計画の達成率は、平均値（≒目標値）よりもやや低いところが多くなっている。

⑤老人保健施設

老人保健施設の平均値は108.29%で、計画の実績値は、目標値よりも1割程度上回っている。しかし、標準偏差は57.23であるので、同じ施設サービスである特別養護老人ホームに比べると、全体の度数分布はやや分散している。図1-2-6はその傾向を示しており、相対的には3「100%以上125%未満」と5「150%以上」の比率が、特別養護老人ホームと比較して高くなっている。

老人保健福祉計画で規定されている5つのサービスの全体的な特徴としては、在宅サービスでは、やはり①ホームヘルプの達成率が非常に高く、②デイサービスはそれに比べるとかなり達成率が低くなっている。また、③ショートステイは、全体の達成率は100%以上であるものの、達成率が高いところと低いところに分化している点が特徴的である。

施設サービスでは、④特別養護老人ホーム、⑤老人保健施設ともに、全体の達成率はほぼ100%に達しているが、相対的には⑤老人保健施設の方が10%ほど高く、度数分布もやや高いところが多くなっている。

2) 介護保険事業計画の見込み率

介護保険事業計画の見込み率に関しては、「介護保険全国調査」の(問8)で、表1-2-4のような形式で尋ねた。今回の質問紙調査では、具体的には介護保険法に規定される高齢者保健福祉サービスとして「訪問介護」「通所介護」「通所リハビリ」「短期入所(生活介護、療養介護の合計)」「訪問看護」「介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)」「介護老人保健施設(老人保健施設)」「介護療養型医療施設(療養型病床群等)」の8つを取り上げた。なお、単位については、表のような形式で統一して設定した。

表1-2-4 介護保険事業計画の見込み率に関する質問表

問8. 貴自治体の介護保険事業計画によるサービス見込み量についておうかがいします。以下の表の該当個所に適宜、数値をご記入下さい。『介護保険事業計画書』で、該当する数値がわかる資料があれば、その部分のコピーを同封していただいても結構です。

サービスの種類	単位	平成12年度 見込み量	平成14年度 見込み量
訪問介護	時間/年		
通所介護	回数/年		
通所リハビリ	回数/年		
短期入所 (生活介護、療養介護の合計)	週/年		
訪問看護	時間/年		
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	床		
介護老人保健施設 (老人保健施設)	床		
介護療養型医療施設 (療養型病床群等)	床		

さて、上記の8つのサービスの記述統計量は、表1-2-5の通りである。また、それぞれの度数分布は、図1-2-7から図1-2-14の通りである。なお、度数分布については、老人保健福祉計画の場合と同様、四分位法で25%毎に区切り、カテゴリー1が「75%未満」、2が「75%以上100%未満」、3が「100%以上125%未満」、4が「125%以上150%未満」、5が「150%以上」で5分割している。

表1-2-5 介護保険事業計画の見込み率

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	分散
訪問介護	426	81	325	142.73	30.19	911.372
通所介護	288	56	332	128.05	30.51	930.629
通所リハビリ	286	77	1400	130.65	82.57	6817.544
短期入所	424	77	1306	132.32	81.05	6569.355
訪問介護	424	88	930	150.32	56.09	3145.751
介護老人福祉施設	412	92	258	113.60	16.74	280.239
介護老人保健施設	410	80	241	117.56	20.18	407.359
介護療養型医療施設	407	90	560	121.55	39.71	1577.026

図1-2-7 訪問介護の見込み率

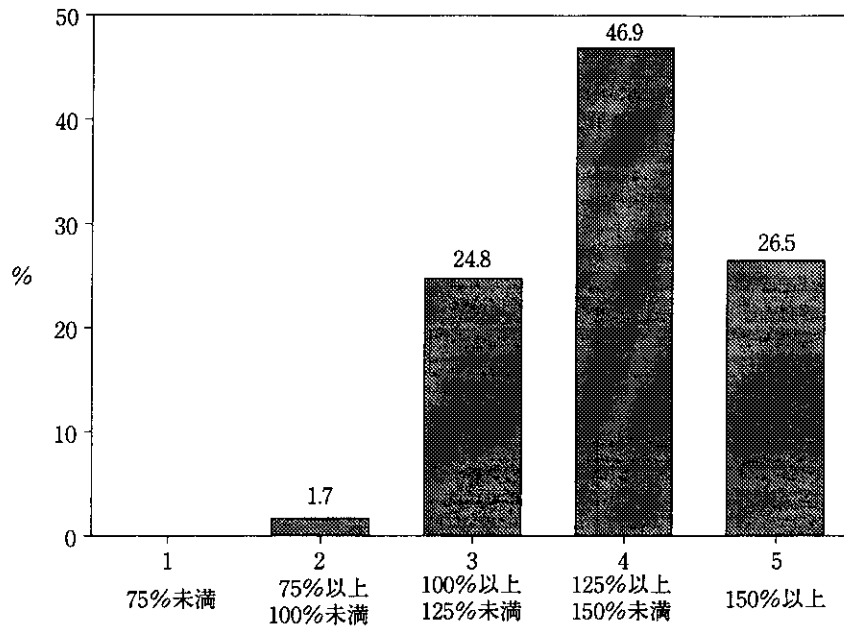


図1-2-8 通所介護の見込み率

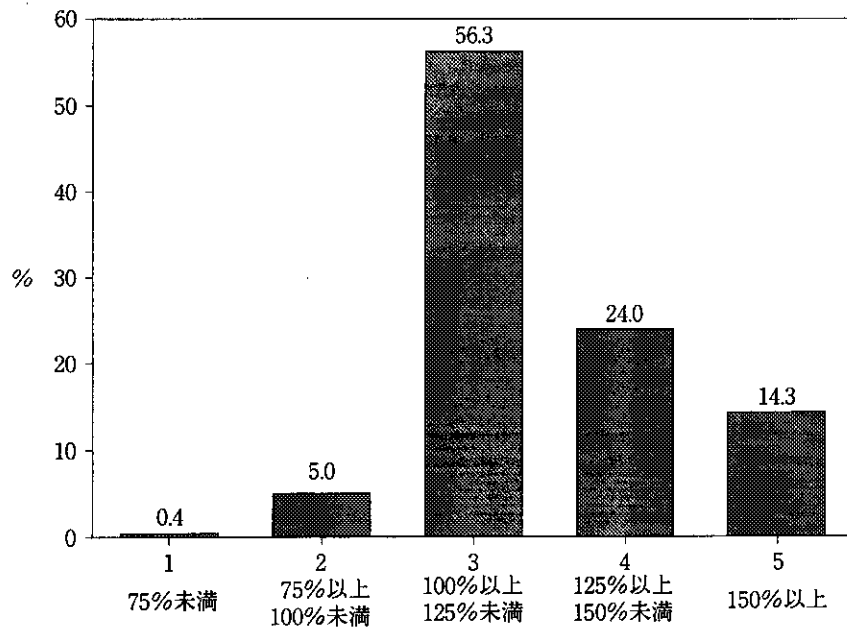


図1-2-9 通所リハビリの見込み率

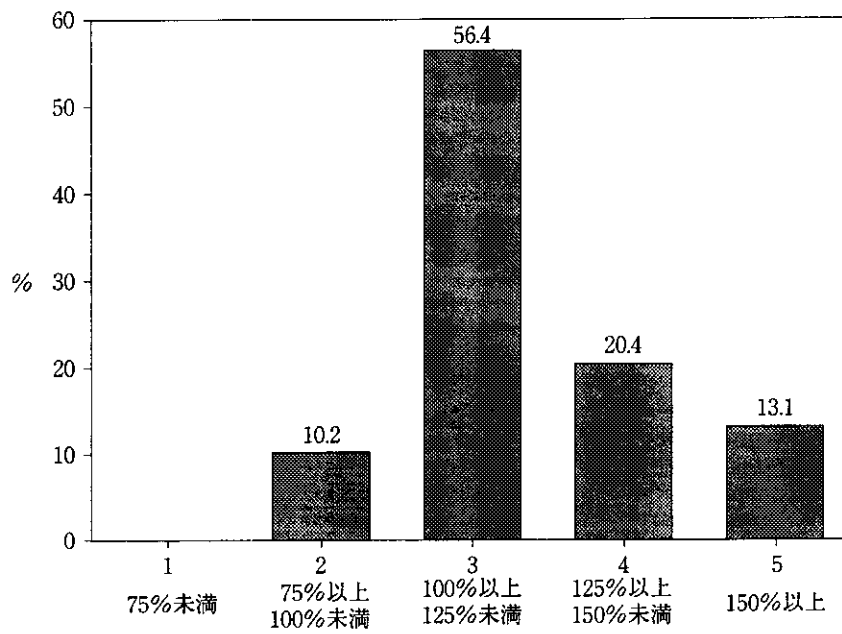


図1-2-10 短期入所の見込み率

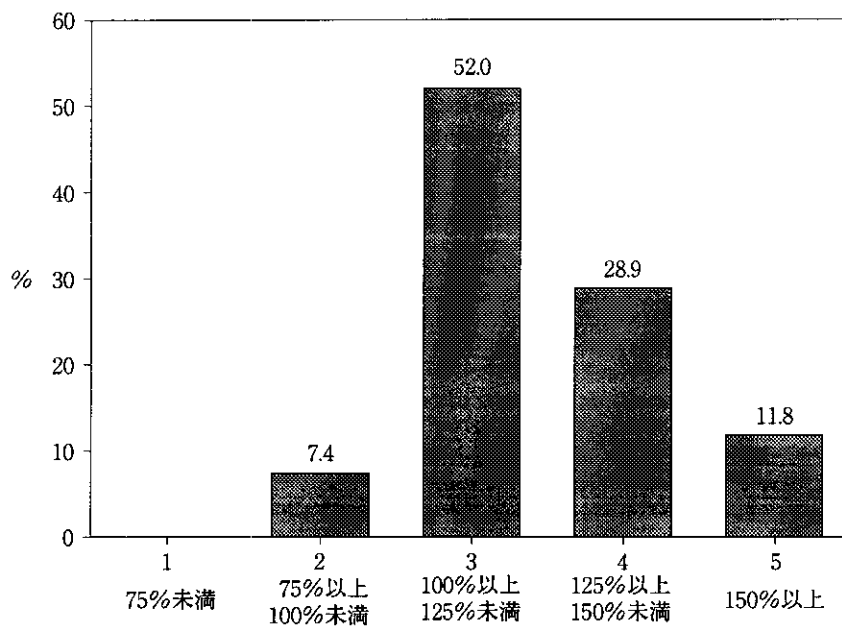


図1-2-11 訪問看護の見込み率

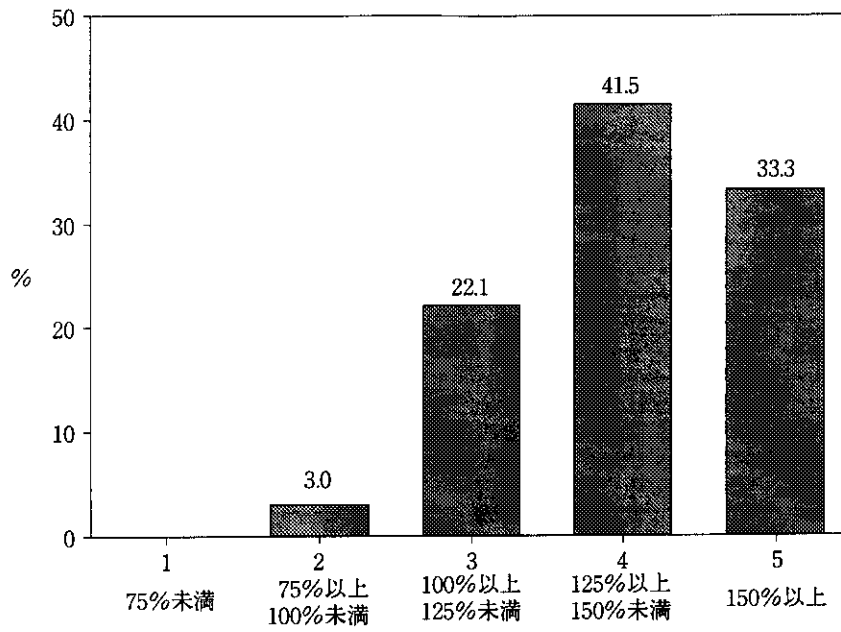


図1-2-12 介護老人福祉施設の見込み率

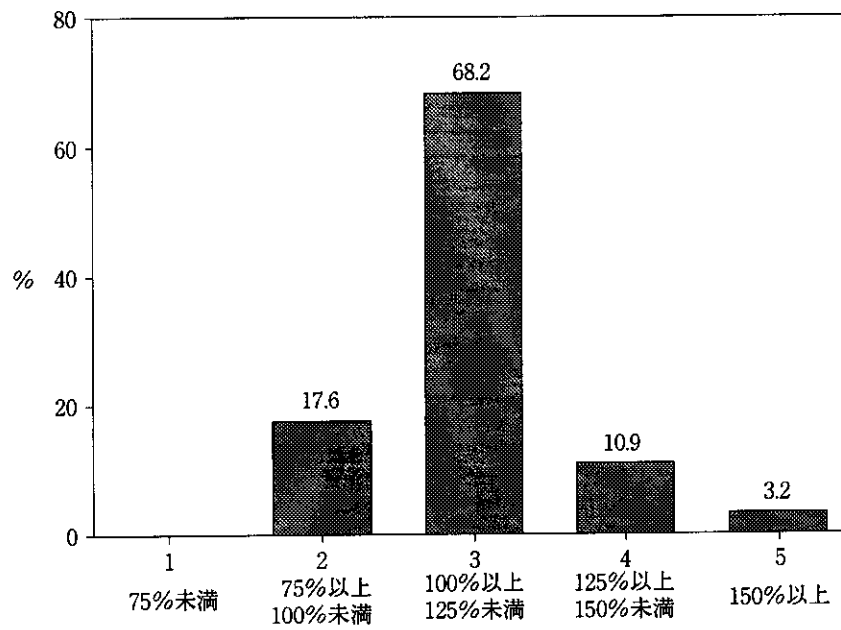


図1-2-13 介護老人保健施設の見込み率

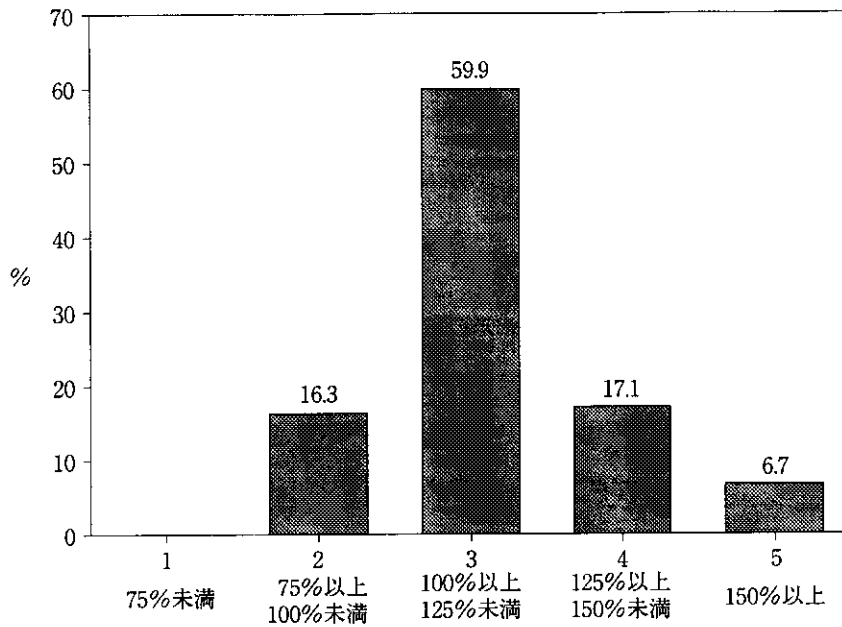
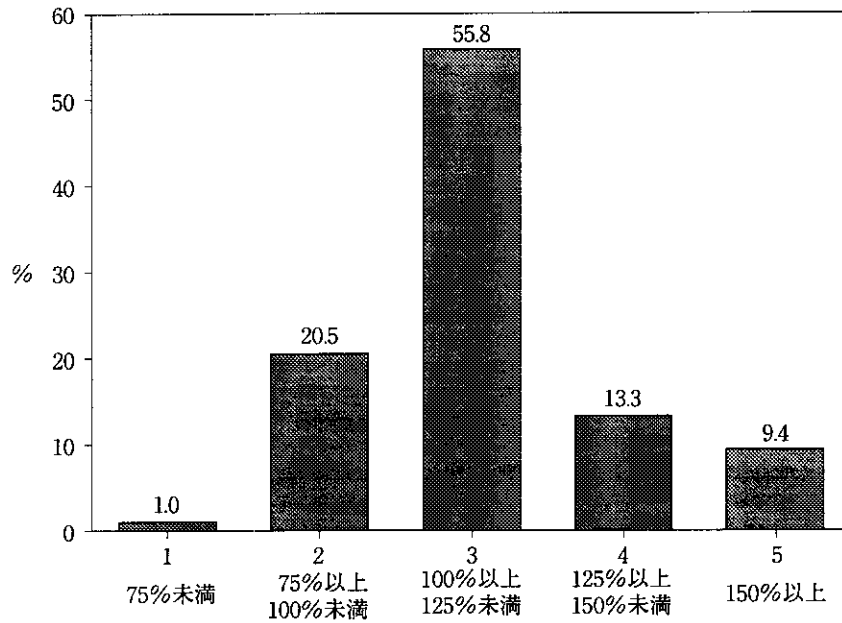


図1-2-14 介護療養型医療施設の見込み率



①訪問介護

訪問介護の平均値は142.73%で、計画の見込み率は、在宅サービスのなかで訪問看護に次いで高くなっている。また、標準偏差は30.19であるので、平均値のまわりに度数が集まっている。図1-2-7からも分かるように、全体の約半数は4「125%以上150%未満」のところに回答しているが、5「150%以上」とした市も26.5%あり、全体の約4分の1は、介護保険によって訪問介護を1.5倍以上にしようとしている。

②通所介護

通所介護の平均値は128.05%で、計画の見込み率は、在宅サービスのなかで通所リハビリや短期入所とほぼ同じ程度である。また、標準偏差は30.51なので、訪問介護と同様、平均値のまわりに度数が集まっている。しかし、図1-2-8が示すように、全体の度数分布は3「100%以上125%未満」のところが多くなり、約6割を占めている。訪問介護に比べると、やはり分布が左側に偏っているのが特徴的である。

③通所リハビリ

通所リハビリの平均値は13.65%で、計画の見込み率は、在宅サービスのなかで通所介護や短期入所とほぼ同じ程度である。しかし、標準偏差は82.57なので、訪問介護や通所介護と比較すると、全体の度数は分散しているといえる。図1-2-9はその特徴を示しているが、2「75%以上100%未満」と5「150%以上」にも、それぞれ1割程度の市が回答しており、全体としてはやや分化している。

④短期入所

短期入所の平均値は132.32%で、計画の見込み率は、在宅サービスのなかで通所介護や通所リハビリとほぼ同じ程度である。また、標準偏差は81.05なので、通所リハビリと同様、全体の度数は分散しているといえる。図1-2-10からも分かるように、その特徴は通所リハビリとほぼ同じであるが、通所リハビリに比べると、4「125%以上150%未満」の比率がやや高くなっている。

⑤訪問看護

訪問看護の平均値は150.32%で、計画の見込み率は、在宅サービスのなかで最も高くなっている。ただし、標準偏差は56.09なので、①訪問介護や②通所介護と比べると、全体の度数はやや分散しているといえる。図1-2-11が示すように、訪問看護の度数分布は右側へ偏っており、5「150%以上」の比率が33.3%になっている。つまり、全体の3分の1の市は、介護保険によって訪問看護を1.5倍以上にしようとしている。

⑥介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

介護老人福祉施設の平均値は113.60%で、計画の見込み率は、施設サービスのなかで最も低くなっている。ただし、標準偏差は16.74%なので、⑦介護老人保健施設や⑧介護療養型医療施設に比べると、平均値のまわりに度数が集まっている。図1-2-12はその傾向を示しており、3「100%以上125%未満」が全体の約7割を占めている。なお、2「75%以上100%未満」、つまり施設の床数を今後伸ばさないとした市が17.6%もある。

⑦介護老人保健施設（老人保健施設）

介護老人保健施設の平均値は117.56%で、計画の見込み率は、⑥介護老人福祉施設よりもやや高くなっている。また、標準偏差も20.18%で、同様の傾向にある。図1-2-13を見ると、⑥介護老人福祉施設に比べて3「100%以上125%未満」の比率が低い分だけ、4「125%以上150%未満」が高くなっている。なお、2「75%以上100%未満」、つまり施設の床数を今後伸ばさないとした市が16.3%もある。

⑧介護療養型医療施設（療養型病床群等）

介護療養型医療施設の平均値は121.55%で、計画の見込み率は、施設サービスのなかで最も高くなっている。ただし、標準偏差は39.71%なので、全体の分布はやや分散している。図1-2-14はその特徴を示しているが、他の施設サービスに比べると、相対的に4「125%以上150%未満」や5「150%以上」のところに回答した市が多くなっている。なお、介護療養型医療施設でも、2「75%以上100%未満」と回答した市が21.5%もある。

介護保険事業計画で規定されている8つのサービスの全体的な特徴としては、在宅サービスでは、①訪問介護と⑤訪問看護の見込み率が高く、それ以外の②通所介護、③通所リハビリ、④短期入所は、やはり上記の2つに比べると低くなっている。また、③通所リハビリと④短期入所は、達成率が高いところと低いところに分化している点が特徴的である。

施設サービスでは、⑥介護老人福祉施設、⑦介護老人保健施設、⑧介護療養型医療施設のいずれも似たような特徴を示しているが、相対的には⑦介護老人保健施設、⑧介護療養型医療施設の順に見込み率が高くなっており、医療系の施設を介護保険で伸ばそうとしていることが分かる。なお、施設サービスでは、いずれも約2割の市が今後、床数（サービス量）を伸ばさないと回答している点には一定の留意が必要であろう。

（3）老人保健福祉計画の達成率と介護保険事業計画の見込み率に関する分析

老人保健福祉計画の達成率と介護保険事業計画の見込み率に関して、本論では次の2つの視点から分析を行うことにする。

まず第1は、老人保健福祉計画と介護保険事業計画における施設サービスと在宅サービスの関係である。施設サービスと在宅サービスは、コミュニティケアの観点からは基本的に相互補完の関係にあるが、計画の策定主体（計画者）は、限られた福祉資源のなかで、それぞれの地域の実状に応じて、①2つのサービスを同時並行的に伸ばそうとするのか、それとも②一方のサービスを伸ばす場合には、もう一方のサービスは伸ばさないようにするのか、すなわちトレードオフの関係にあるのかという点について、計画の達成率と見込み率を用いて分析する。

次に第2は、老人保健福祉計画の達成率と介護保険事業計画の見込み率の関係である。周知のように、2つの計画は全く性質の異なる計画ではなく、介護保険事業計画が「介護保険法」の成立に伴って、事実上、老人保健福祉計画の内容を引き継いでいるといってもよい。そこで、本論では計画の「継続性」という観点から、①老人保健福祉計画の達成率が高いところは、介護保険事業計画の見込み率も高いのか、それとも②老人保健福祉計画の達成率が高かった（低かった）ところは、介護保険事業計画の見込み率が低い（高い）のかという点について分析する。

なお、本論では仮に前者を①「パラレル仮説」、後者を②「トレードオフ仮説」と呼ぶことにしたい。