

1) 施設サービスと在宅サービスの関係

本論では、施設サービスと在宅サービスの関係を分析するために、下記のような新たな6変数を作成した。

- ①老人保健福祉計画における施設サービスの達成率
= (特別養護老人ホームの達成率+老人保健施設の達成率) /200
- ②老人保健福祉計画における在宅サービスの達成率
= (ホームヘルプの達成率+デイサービスの達成率+ショートステイの達成率) /300
- ③老人保健福祉計画における全体の達成率
= (施設サービスの達成率+在宅サービスの達成率) /200
- ④介護保険事業計画における施設サービスの見込み率
= (介護老人福祉施設の見込み率+介護老人保健施設の見込み率) /200
- ⑤介護保険事業計画における在宅サービスの見込み率
= (訪問介護の見込み率+通所介護の見込み率+通所リハビリの見込み率+短期入所(生活介護・療養介護の合計)の見込み率) /400
- ⑥介護保険事業計画における全体の見込み率
= (施設サービスの見込み率+在宅サービスの見込み率) /200

それぞれの変数の記述統計量は、表1-2-6の通りである。また、全体の度数分布は、図1-2-15から図1-2-20のようにになっている。なお、図中のカテゴリーは、やはり四分位法で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1-2-6 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

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	分散
老人保健福祉計画の達成率						
施設サービス	335	33	463	103.31	31.73	1007.043
在宅サービス	228	35	444	106.60	44.80	2007.012
全体	184	45	301	103.74	28.85	832.085
介護保険事業計画の見込み率						
施設サービス	410	97	206	115.59	14.89	221.640
在宅サービス	281	102	479	133.73	33.14	1098.363
全体	270	105	360	127.17	23.32	543.873

図1-2-15 老人保健福祉施設計画の達成率（施設サービス）

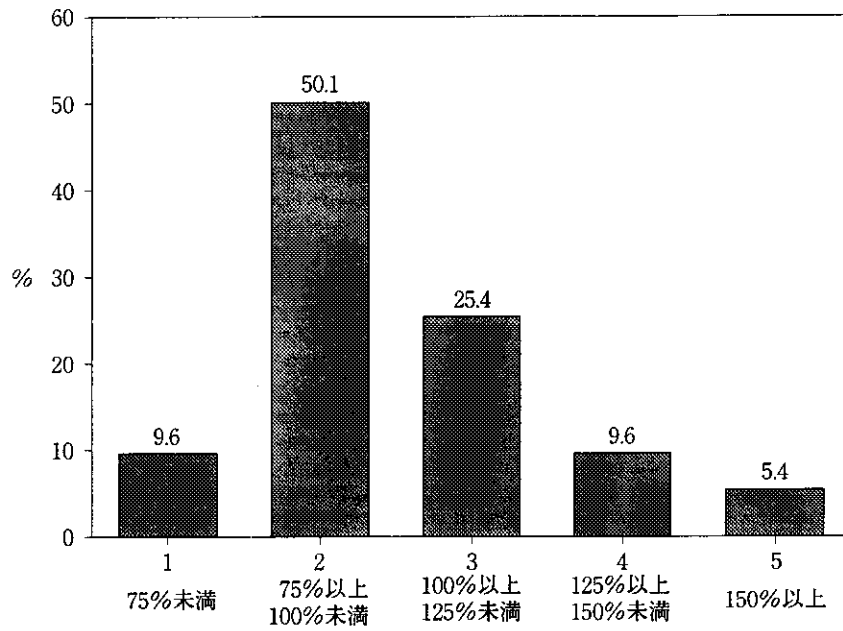


図1-2-16 老人保健福祉計画の達成率（在宅サービス）

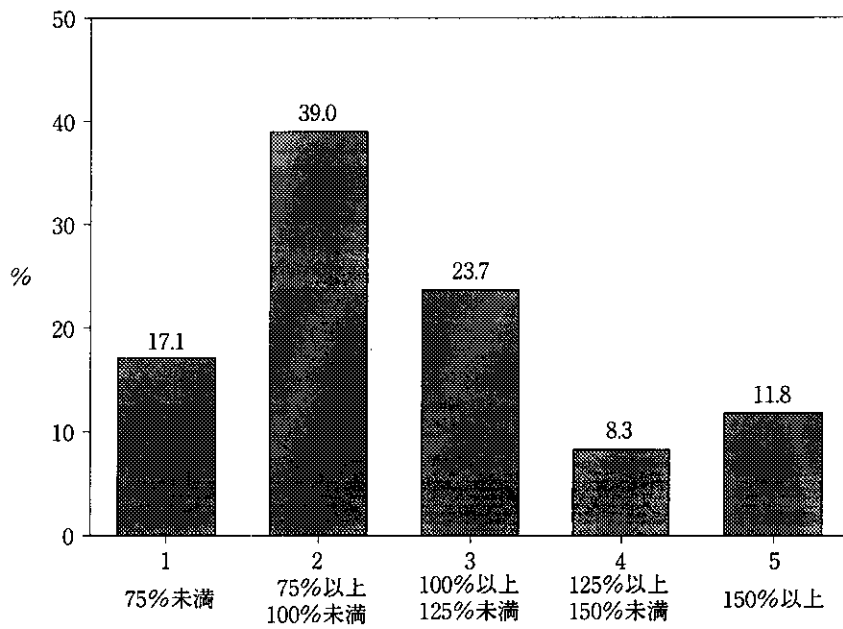


図1-2-17 老人保健福祉計画の達成率（全体）

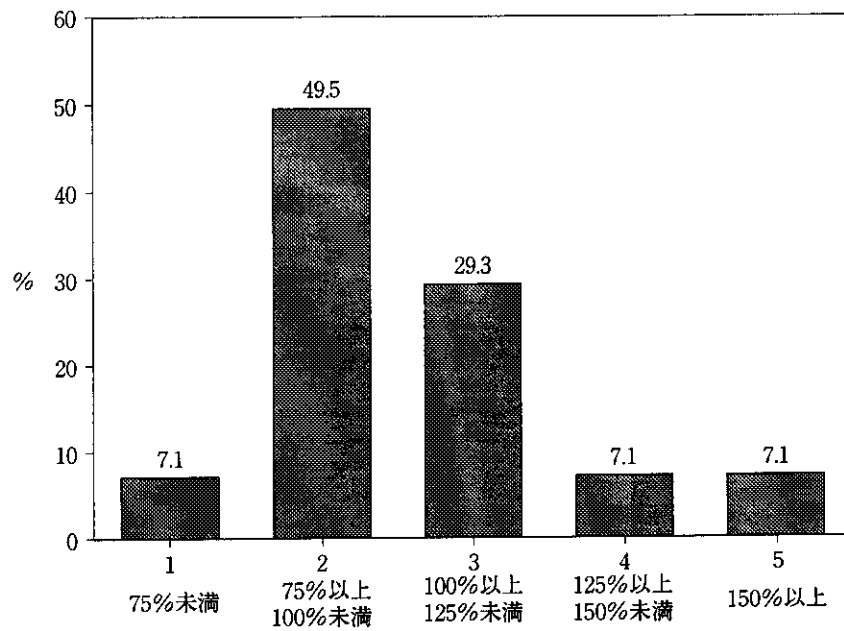


図1-2-18 介護保険事業計画の見込み率（施設サービス）

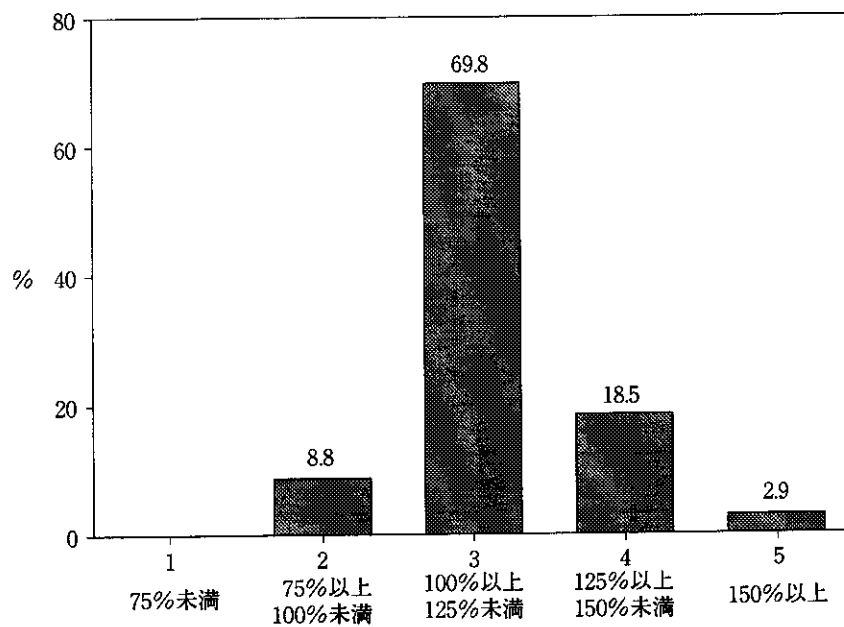


図1-2-19 介護保険事業計画の見込み率（在宅サービス）

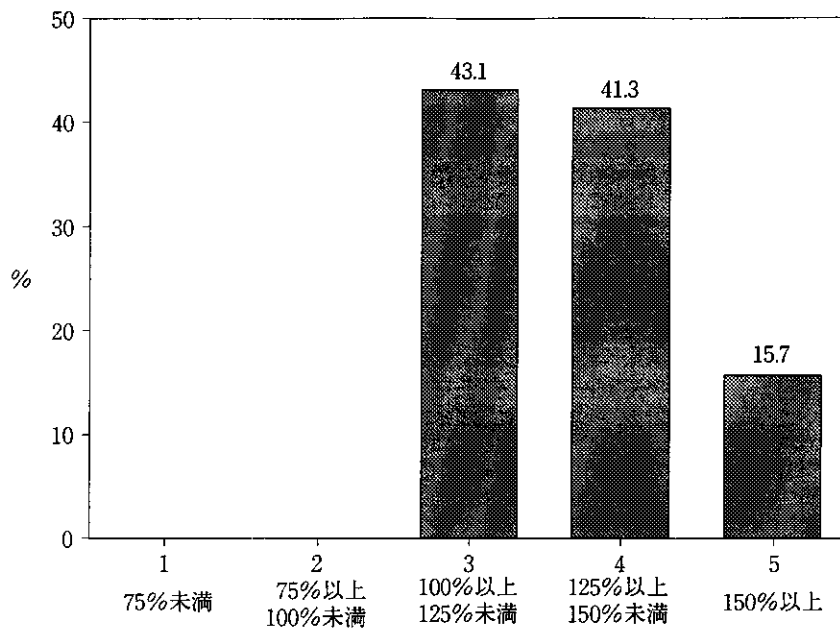
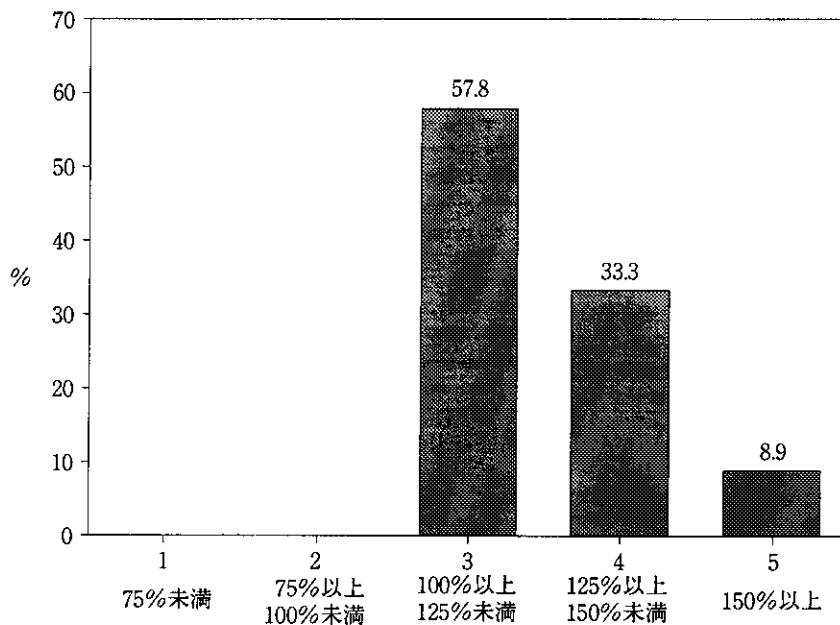


図1-2-20 介護保険事業計画の見込み率（全体）



6つの変数の記述統計量から全体的な特徴を見ると、老人保健福祉計画では、施設サービス、在宅サービス、全体の合計の達成率の平均値が103.31%、106.60%、103.74%で、いずれもほぼ計画の目標値が達成されている。また、度数も平均値のまわりに集まり、それほど大きく分散していない。ただし、図1-2-15から図1-2-17でも分かるように、全体の度数分布は、いずれも平均値の左側に偏っており、相対的には約半数の市が2「75%以上100%未満」の達成率になっている。

次に介護保険事業計画では、施設サービス、在宅サービス、全体の合計の見込み率とも、老人保健福祉計画の達成率に比べて平均値が高くなっている。また、施設サービスの平均値が115.59%、在宅

サービスのそれが133.73%であるので、相対的には在宅サービスの方を大きく伸ばそうとしていることが分かる。図1-2-18から図1-2-20は、この特徴を示しており、計画の見込み率がいずれも3「100%以上125%未満」に属しているところが多くなっている。

老人保健福祉計画における施設サービスと在宅サービスの達成率の関係をみると、統計的には両者に明確な相関関係は見られない。表1-2-7は、施設サービスと在宅サービスのクロス集計表であるが、これを見ても有意な相関性は析出できない。つまり、老人保健福祉計画の達成率に関しては、①「パラレル仮説」、②「トレードオフ仮説」ともに支持できないと考えられる。

表1-2-7 老人保健福祉計画の達成率（施設サービスと在宅サービスのクロス集計表）

	施設サービス					合計	
	1	2	3	4	5		
在宅サービス	1	5 15.2%	16 48.5%	8 24.2%	3 9.1%	1 3.0%	33 100.0%
	2	11 15.1%	34 46.6%	19 26.0%	7 9.6%	2 2.7%	73 100.0%
	3	3 6.8%	22 50.0%	13 29.5%	3 6.8%	3 6.8%	44 100.0%
	4	1 5.6%	8 44.4%	6 33.3%	2 11.1%	1 5.6%	18 100.0%
	5		9 56.3%	3 18.8%	1 6.3%	3 18.8%	16 100.0%
合計	20 10.9%	89 48.4%	49 26.6%	16 8.7%	10 5.4%	184 100.0%	

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率(両側)
Pearson のカイ2乗	13.029 ^a	16	.671
尤度比	13.033	16	.670
線型と線型による連関	4.320	1	.038
有効なケースの数	184		

a. 15セル (60.0%) は期待度数が5未満です。最小期待度数は.87です。

対称性による類似度

	値	漸近標準誤差 ^a	近似 T 値 ^b	近似有意確率
名義と名義	ファイ	.266		.671
	Cramer の V	.133		.671
間隔と間隔	Pearson の R	.154	.076	2.098
順序と順序	Spearman の相関	.130	.072	1.765
有効なケースの数	184			.079 ^c

a. 帰無仮説を仮定しません。

b. 帰無仮説を仮定して漸近標準誤差を使用します。

c. 正規近似に基づく

一方、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見込み率を見ると、統計的には5%水準で有意であり、しかも両者には明確な相関関係が見られる。つまり、施設サービスの見込み量が高い（低い）ところほど、在宅サービスの見込み量が高く（低く）なっているのである。表1-2-8は、施設サービスと在宅サービスのクロス集計表であるが、これを見ても上記の傾向性が析出できるので、介護保険事業計画の見込み率に関しては、①「パラレル仮説」が支持できると考えられる。

表1-2-8 介護保険事業計画の見込み率（施設サービスと在宅サービスのクロス集計表）

		施設サービス				合計
		2	3	4	5	
在宅サービス	3	11 9.2%	92 77.3%	14 11.8%	2 1.7%	119 100.0%
	4	8 7.2%	80 72.1%	21 18.9%	2 1.8%	111 100.0%
	5	1 2.5%	23 57.5%	13 32.5%	3 7.5%	40 100.0%
合計		20 7.4%	195 72.2%	48 17.8%	7 2.6%	270 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率(両側)
Pearson のカイ2乗	15.219 ^a	6	.019
尤度比	13.893	6	.031
線型と線型による連関	12.001	1	.001
有効なケースの数	270		

a. 4セル (33.3%) は期待度数が5未満です。最小期待度数は1.04です。

対称性による類似度

		値	漸近標準誤差 ^a	近似T値 ^b	近似有意確率
名義と名義	ファイ	.237			.019
	Cramer の V	.168			.019
間隔と間隔	Pearson の R	.211	.062	3.538	.000 ^c
順序と順序	Spearman の相関	.201	.060	3.359	.001 ^c
有効なケースの数		270			

a. 帰無仮説を仮定しません。

b. 帰無仮説を仮定して漸近標準誤差を使用します。

c. 正規近似に基づく

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との関係

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との関係については、両者の間には統計的に有意な相関関係は見られない。表1-2-9は両者のクロス集計であるが、これを見ても、度数が各セルに分散しており、有意な相関性は析出できない。つまり、総体的にいうと、両者の間では①「パラレル仮説」と②「トレードオフ仮説」は、ともに支持できないと考えられる。

しかし、個別の高齢者保健福祉サービスについていうと、いくつかの特徴が見られる。

表1-2-9 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クロス集計表

	老人保健福祉計画の達成率					合計	
	1	2	3	4	5		
介護保険事業計画の見込み率	3	6 8.0%	36 48.0%	20 26.7%	6 8.0%	7 9.3%	78 100.0%
	4	3 7.7%	22 56.4%	10 25.6%	3 7.7%	1 2.6%	39 100.0%
	5	1 12.5%	3 37.5%	2 25.0%	1 12.5%	1 12.5%	8 100.0%
合計		10 8.2%	61 50.0%	32 26.2%	10 8.2%	9 7.4%	122 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率(両側)
Pearson のカイ2乗尤度比	2.937 ^a	8	.938
線型と線型による連関	3.235	8	.919
有効なケースの数	.204	1	.652
	122		

a. 8セル (53.3%) は期待度数が5未満です。最小期待度数は.59です。

対称性による類似度

		値	漸近標準誤差 ^a	近似 T 値 ^b	近似有意確率
名義と名義	ファイ	.155			.938
	Cramer の V	.110			.938
間隔と間隔	Pearson の R	-.041	.097	-.450	.654 ^c
順序と順序	Spearman の相関	-.051	.092	-.562	.575 ^c
有効なケースの数		122			

a. 帰無仮説を仮定しません。

b. 帰無仮説を仮定して漸近標準誤差を使用します。

c. 正規近似に基づく

まず、施設サービスでは、老人保健福祉計画の特別養護老人ホームと介護保険事業計画の介護老人福祉施設の間、同じく老人保健施設と介護老人保健施設の間に、それぞれ5%水準と1%水準で統計的に有意な②「トレードオフ仮説」が成り立っている。つまり、老人保健福祉計画で施設サービスの達成率が低かった市ほど、介護保険事業計画では逆に施設サービスの見込み率を高くしているのである。

次に、在宅サービスでは、老人保健福祉計画のホームヘルプと介護保険事業計画の訪問介護の間に0.1%水準で統計的に有意な①「パラレル仮説」が成り立っている。つまり、老人保健福祉計画でホームヘルプの達成率が高かった市ほど、介護保険事業計画の訪問介護の見込み率を高くしているのである。表1-2-10は、ホームヘルプと訪問介護のクロス集計表であるが、この表からも達成率と見込み率が見事に一致していることが分かる。

表1-2-10 ホームヘルプの達成率と訪問介護の見込み率のクロス集計表

		ホームヘルプの達成率				合計
		2	3	4	5	
訪問介護 の見込み 率	2	7 100.0%				7 100.0%
	3		101 100.0%			101 100.0%
	4			191 100.0%		191 100.0%
	5				108 100.0%	108 100.0%
合計		7 1.7%	101 24.8%	191 46.9%	108 26.5%	407 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率(両側)
Pearson のカイ2乗	1221.000 ^a	9	.000
尤度比	913.968	9	.000
線型と線型による連関	406.000	1	.000
有効なケースの数	407		

a. 7セル (43.8%) は期待度数が5未満です。最小期待度数は.12です。

対称性による類似度

		値	漸近標準誤差 ^a	近似 T 値 ^b	近似有意確率
名義と名義	ファイ	1.732			.000
	Cramer の V	1.000			.000
間隔と間隔	Pearson の R	1.000	.000	1.351E+09	.000 ^c
順序と順序	Spearman の相関	1.000	.000 ^c		
有効なケースの数		407			

a. 帰無仮説を仮定しません。

b. 帰無仮説を仮定して漸近標準誤差を使用します。

c. 正規近似に基づく

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への要因の分析

最後に、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影響を与える要因について分析してみよう。ただし、本論ではまだ明確な仮説を設定できないので、文字通り、データ分析からの探索的な段階に止まっている。

本論の分析では、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をそれぞれ従属変数とし、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つを独立変数として投入して、重回帰分析を行った。その結果は、表1-2-11と表1-2-12の通りである。

結論的にいえば、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影響を与えている要因は、統計的には後者における「高齢化率」(5%水準)だけである。つまり、今回のデータ分析の

表1-2-11 老人保健福祉計画の達成率に関する重回帰分析

	標準偏回帰係数 (β)	相関係数 (α)
①総人口	.131	.044
②高齢化率	.056	.054
③高齢者単身世帯率	-.138	.004
④就業者率	-.030	-.030
⑤財政規模	.105	.094
⑥財政力指数	-.130	-.096
重相関係数 (R)	.177	

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

表1-2-12 介護保険事業計画の見込み率に関する重回帰分析

	標準偏回帰係数 (β)	相関係数 (α)
①総人口	-.028	.028
②高齢化率	-.256*	-.280***
③高齢者単身世帯率	-.031	-.244***
④就業者率	.042	.101*
⑤財政規模	-.006	-.176**
⑥財政力指数	-.006	.181***
重相関係数 (R)	.288	

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

結果からは、老人保健福祉計画では相関係数 (α) のいずれもが統計的に有意ではなく、また要因間の影響を相互に統制した標準偏回帰係数 (β) でも統計的に有意な要因は存在しない。一方、介護保険事業計画では、①総人口を除く5つの要因で相関係数 (α) が統計的に有意な結果になっているものの、標準偏回帰係数 (β) では上記のように②高齢化率だけが、要因として見込み率に負の影響を及ぼしている。つまり、高齢化率の高い市ほど、総体的に介護保険事業計画の見込み率を低く設定し、高齢化率の低い市ほど、逆に見込み率を高く設定しているのである。

このデータ分析の結果の解釈については、さらにいろいろな変数を投入してデータ分析を行い、かつまた他のさまざまな調査データなどとも照合させてみないと難しいが、現時点でいえる「仮説」は、高齢化率の高い市は就業者数なども少なく、財政的にも脆弱なところが多いので、介護保険事業計画で高齢者保健福祉サービスのサービス提供量を思うように伸ばすことが出来ないのではないかということである。そして逆に、高齢化率の低い市は就業者数なども多く、財政的には比較的余裕のあるところが多いので、計画者も将来の介護問題への対応策として、介護保険事業計画の見込み率を高く設定しているのではないかということである。

介護保険事業計画の場合、いわゆる上乗せ・横出しサービスは別として、基本的には厚生労働省が示す指針（ガイドライン）にしたがって、サービス提供量や介護保険料などが市区町村で決められていくが、それでも計画の技術的な面で、計画者の「裁量」（discretion）が入り込む可能性がかなりあるとも考えられる。

ただし、介護保険事業計画の見込み率は、実際にその市（地域）の高齢者保健福祉サービスがどの程度、整備されているか、つまり「初期値」がどれ位かによっても影響を受けるし、また医療系のサービス（介護療養型医療施設等）がどの程度、高齢者の保健福祉ニーズを充足しているかによっても異なるので、そうした点については、もう少し詳細なデータ分析を行った上で、また機会をあらためて論及することにした。

<謝辞>

本論の分析にあたっては、介護保険全国調査のデータと、さまざまなデータベースの全国データをリンクさせた「データセット」を鎮目真人専任講師（北星学園大学社会福祉学部）から提供していただきました。ここに記して、心から感謝申し上げます。

3. 地方自治体の介護保険実施体制

高橋 万由美

【要約】

介護保険における自治体の役割は、サービスを直接提供するというよりは、介護サービスを提供する関係機関との連絡・調整や適正利用の促進、利用者の保護になったといえる。しかし各自治体が、このような役割変化に対応してとった行動は様々である。本稿では、介護保険の導入に伴う役割変化に際し、自治体がどのような対応をしたかについて、特に、介護認定、介護支援計画の策定とその内容把握、介護保険によるサービスの質のモニタリング、サービス市場整備などに焦点をあてて、質問紙調査の結果から考察するものである。また、最後に、日英の比較を通して、日本の介護保険の特質について考察する。

(1) 課題の設定と研究の目的

1) 問題の背景

介護保険の保険者は市町村と特別区、または複数の自治体で組織する広域連合である。自治体が介護保険で保険者として行う主な業務には次のようなものがある（表1-3-1）。

表1-3-1 介護保険における自治体の役割

- 被保険者の資格管理（第9～13条）
- 要介護・要支援の認定（第14～16条、第27～39条）
- 保険給付（第18～26条、第40～69条）
- 保健福祉事業（第175条）
- 市町村介護保険事業計画の策定（第116～120条）
- 市町村における介護給付・予防給付の費用額の12.5/100の負担（上乗せ分を除く）（法124条）
- 介護保険に係る条例・規則の制定
 - ・介護認定審査会の設置と委員の定数（15）
 - ・上乗せサービスの居宅介護サービス費区分支給限度基準額等（43など）
 - ・居宅介護サービス費種類支給限度基準額（62）
 - ・市町村特別給付（62）
 - ・第1号被保険者保険料率（129）
 - ・第1号被保険者保険料普通徴収の納期（133）
 - ・保険料の減免（142）
 - ・保険料の賦課徴収（146）など
- 会計・経理事務

これで見ると、介護保険における自治体の役割は、サービスを直接提供するというよりは、介護サービスを提供する関係機関との連絡・調整や適正利用の促進、利用者の保護になったといえる。また、上記のうち、自治体が住民のみを対象として行うもので、自治体の独自性が発揮できるものといえ、サービスに関するものでは「市町村特別給付、上乗せサービス、保険福祉事業の実施」、保険料に関するものでは「減免、保険料の設定」、内容決定に関するものでは「計画策定委員会、認定審査会などの構成」程度である。

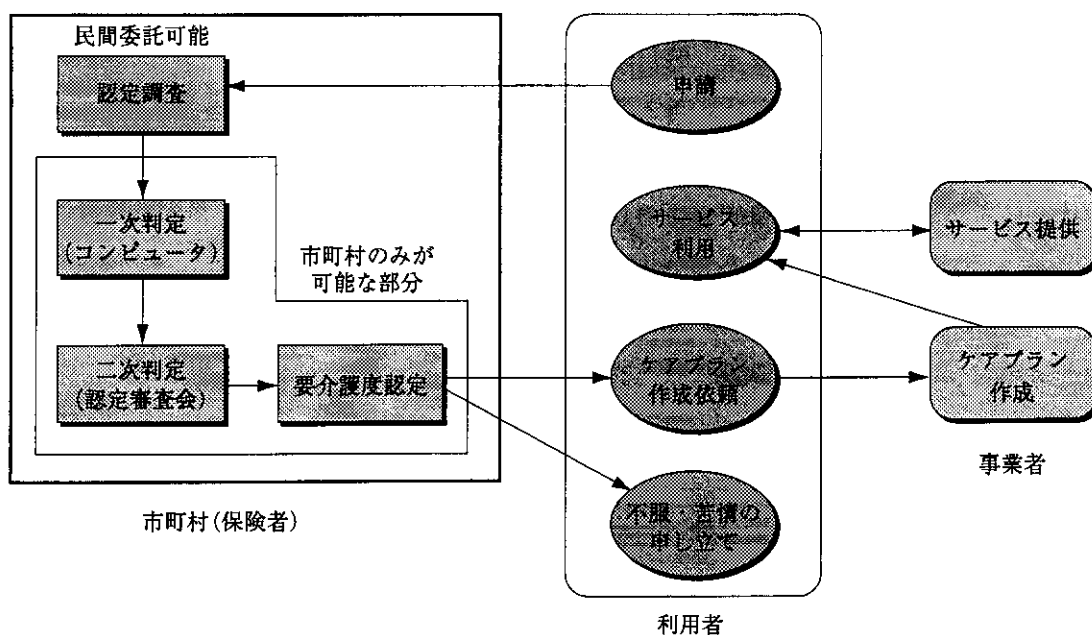
これは、介護保険導入以前の老人福祉に関する自治体の役割や権限と比較すると、非常に限定されたものといえる。本稿では、このような状況を前提として、介護保険の導入に伴う役割変化に際し、自治体がどのような対応をしたかについて、特に、介護認定、介護支援計画の策定とその内容把握、介護保険によるサービスの質のモニタリング、サービス市場整備などに焦点をあてて、質問紙調査の結果から考察する¹⁾。

2) 介護保険における自治体の役割

介護保険の保険者が各自治体となったのは、今までの自治体ごとの高齢者福祉への取り組みの蓄積を生かしつつ、地域に合った介護サービスが提供されるように自治体が考えるべきだという考え方による。また、高齢者のサービス決定に関する決定権限が市町村に一元化されていたという地方分権の流れを踏まえたものでもある。このようなことから、介護保険は地方自治を考える試金石だといわれ、よりよい介護保険を求めて多くの市民が活動した。

しかし、介護保険の中で自治体が独自性を発揮できるものは少ない。従来の措置制度では、市町村がサービスの改廃の決定や利用できるサービスの種類や量を決定していたために、どの程度福祉サービスを提供すべきかは比較的容易に把握できた。しかし、介護保険では、事業者の活動の広域化やサービスメニューの多様化とその結果としてのケアプランの複雑化といった状況の変化のために、自治体が住民の利用するサービスの総量や種類をコントロールすることは難しくなった。さらに、行政による措置から住民の選択による利用へと仕組みが変わったことで、住民のニーズや利用実態を自治体が把握することは、極めて難しくなった。

図1-3-1 介護保険サービス給付開始までの手続き

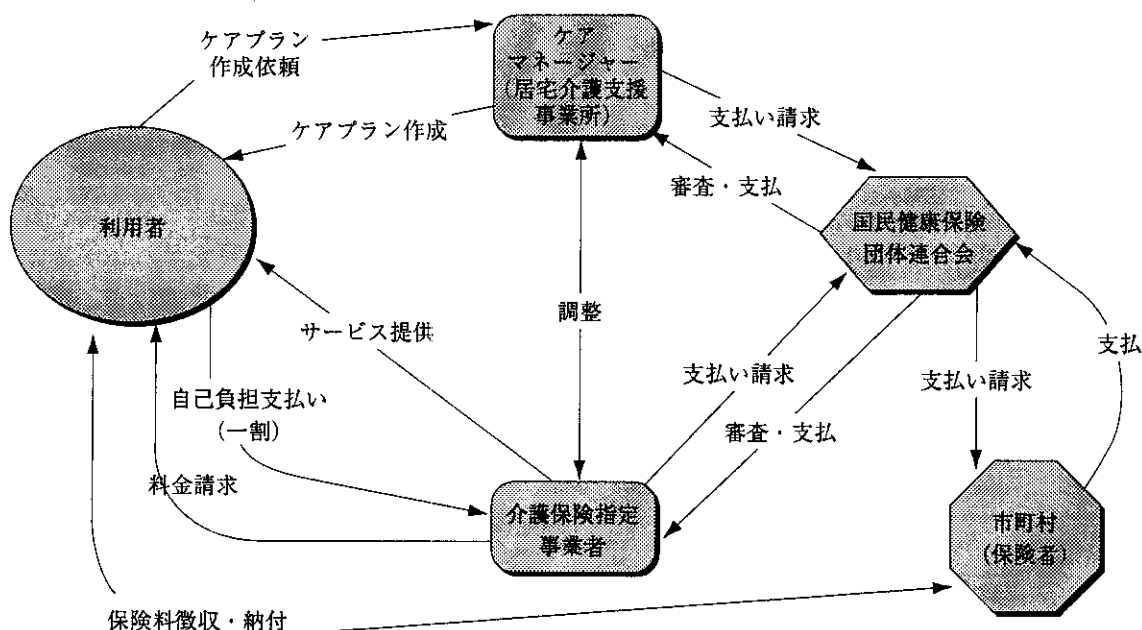


具体的な介護保険のプロセスに沿って整理してみよう。まず介護保険開始に至る過程を検討してみると、図1-3-1の左の四角の中が自治体が行う部分だが、訪問調査（要介護認定調査）は居宅介護支援事業者に委託できることができるために、実際に市町村（保険者）にしかできないことという

のは、申請者の情報が出てきた後の判定および認定の作業だけになっている。また、要介護認定審査会には、要介護認定の調査書やかかりつけ医の診断書といった資料が必要であり、自治体にその資料は残るが、それはあくまでも、認定用の資料であって、その資料を自治体とはいえ、他の目的にそのまま流用することは難しい。

さらに、要介護度認定後の介護保険運営の流れでも、直接、市町村が関与する部分が少ないことがわかる（図1-3-2）。積極的に、市町村独自で、サービスやケアプランの内容把握の努力をしなければ、市町村は、国民健康保険と同様、支払請求からしか、どのようなサービスが住民に対して提供されているかを知ることはできない。

図1-3-2 介護保険運営の流れ



このような中で、自治体が独自性を発揮する余地はあるのだろうか。前節でもみたように、独自性を発揮しうる領域は、サービスに関するものでは「市町村特別給付、上乘せサービス、保険福祉事業の実施」、保険料に関するものでは「減免、保険料の設定」、内容決定に関するものでは「計画策定委員会、認定審査会などの構成」にとどまる。また、介護保険は自治事務に入るが、介護保険法215条で、政令・省令、告示に委ねられている事項が191項目あり、それ以外にも実施前からの大量の事務連絡もあり、どの程度「自治」事務といえるのか疑問ではある。

しかも、現状をみる限り、サービスに関して独自の取り組みを行った自治体はごく少数である。本調査でも、上乘せ給付については、例えば訪問通所サービスの区分支給限度額の引き上げを行っていると回答した自治体は全体の0.7%（9ケース）と、まったく取り組まれていない状況であることがわかった。市町村特別給付（横だしサービス）についても、市町村特別給付を行っている自治体は全体の0.5%（69）と、上乘せ給付と同様、まったく取り組まれていない状況であることがわかった。

また、保険料については政策として徴収延期や半額徴収が採られたために、独自性を発揮する余地はなくなってしまった。最近では単独減免として、自治体独自に利用料を減免する自治体が出てきているが、それも厚生労働省からは、制度の根幹に矛盾するものとして、批判されている。計画につい

では今後見直しの時期にどのような委員会などが構成されるかにもよるが、策定委員会での独自の取り組みが介護保険計画に十分反映されないこともある。

表1-3-2 サービス市場の環境整備の取り組み

情報提供	講習会の開催	個別的な相談	法人化支援	低利の貸付	土地・建物の提供・貸与	その他	特に無し(行っていない)
29.7%(404)	4.9%(67)	24.3%(331)	1.0%(14)	0.2%(3)	3.2%(44)	2.5%(34)	56.9%(775)

サービス市場の環境整備に関しても、事業者の新規参入促進の環境づくりを「特に行っていない」自治体が全体の56.9%を占め、環境作りを行っているとは回答した場合でも、環境作りの方法としては、情報提供や個別的な相談など、個々の事例に即した窓口での対応が多く、新しい市場の開発といったものとは程遠いことがうかがわれる(表1-3-2)。

このように、介護保険だけをみるかぎり、地方自治の試金石といえるような内容とはいえないのではないだろうか。介護保険導入2年目になって、介護保険給付対象外のサービスを提供する生活支援・介護予防事業に力が入れているのも、このような自治体の介護保険における自由度の低さが影響していると思われる。介護保険については、いかに制度として過誤なく運営できるかが非常に重要な課題となってきているが、一方、自治体が高齢者福祉にどのような態度をとっているかは、むしろ、生活支援・介護予防事業の取り組みに現れてきているようである。

(2) 介護保険における市町村の役割

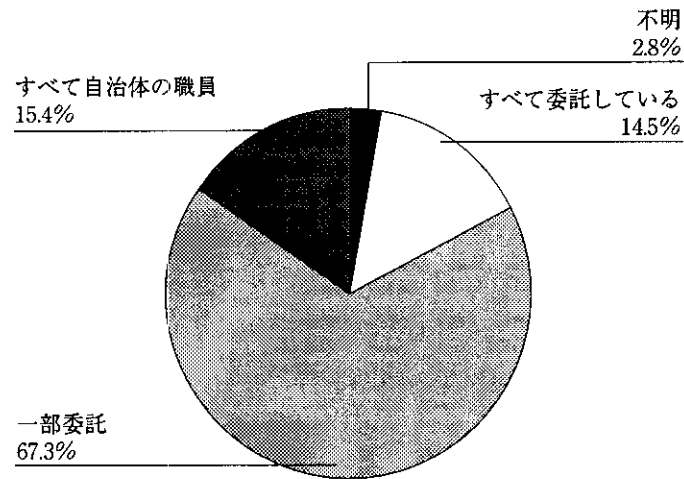
前節でみたように、介護保険においてそれぞれの市町村が独自性を発揮する余地は少ない。それでは介護保険に対する自治体の態度を何から伺うことができるだろうか。今回の調査結果の分析を通じ、要介護認定、自治体の居宅介護支援事業者指定といったプロセスに、自治体の役割変化への対応がみてとれるのではないかと考えた。これらの部分は、とりうる選択の幅は狭いものの、利用者が受けるサービスの質を左右するものであり、その部分に、自治体がどのように関わるかは、自治体が介護保険への移行に際して、どのような考えで臨んでいるかを知ることができるのではないかと考えられるからである。

1) 要介護認定

①介護保険の要介護認定の現状と問題点

要介護認定は、本来は自治体が行うべきとされているが、民間の居宅介護事業者に属する居宅介護支援専門員に委託することができるとなっている³。今回の調査では全体の14.5%が「すべて委託」、67.3%が「一部委託」、15.4%が「すべて自治体」で実施すると回答した(図1-3-3)。

図1-3-3 自治体の要介護認定調査実施



下表のように、自治体の職員が行う直営方式、民間事業者などに委託する委託方式、そして、一部は指定居宅介護支援事業者などに委託するが、市町村の職員も認定調査を行う併用方式（一部委託）とがある。それぞれの方式には、次のようなメリットとデメリットが発生すると考えられる。

表1-3-3 要介護認定の方式別にみたメリットとデメリット

	直営方式	委託方式	併用方式
内容	市町村の職員がすべて行う	指定居宅介護支援事業者などがすべて行う	一部委託、一部市町村職員
メリット	<ul style="list-style-type: none"> ・認定調査の質をコントロールしやすい ・介護保険に対する市町村の考えを直接説明できる ・貧困など他の問題の発見が早くできる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン作成がスムーズに行える（作成依頼も同一の場合） ・委託により直営よりも費用が削減できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・交互に実施すれば、市町村と業者の相互点検になる ・市町村が認定調査業務について経験できる
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> ・常勤職員でないかぎり、研修などは難しい ・住民に認定調査についての情報公開が難しい 	<ul style="list-style-type: none"> ・認定される要介護度が事業者の収入に直接結びつくので不正確になりやすい ・事業者の動向に左右されやすい（撤退などに対抗できない） ・市町村が認定について指導することが難しい 	<ul style="list-style-type: none"> ・固定的になれば、市町村と業者で差ができる可能性がある ・日常業務が煩雑になる

介護保険法が想定しているのは、まず第一に「直営方式」である。しかし、実際には、「併用方式」が主流を占めている。平成13年9月の全国介護保険担当課長会議の資料によれば、全国的にみた、認定調査委託の状況は、総調査件数に対し、委託件数は約六割となっている（表1-3-4）。

表1-3-4 認定調査委託の実態

総調査件数	委託事業者数	委託件数	うち施設入所	委託施設数	委託件数
418,802	29,996	252,887(60.4%)	86,012	16,984	52,246(60.7%)

〔2001年9月全国介護保険担当課長会議資料より〕

平成11年9月14日付で厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室より、各都道府県介護保険主管課（室）あてに出された「指定居宅介護支援事業者等の公正中立な実施について」（事務連絡）では、「要介護認定の認定調査は、本来市町村が行うべきものであり、介護保険法上も、市町村職員に代わって認定調査に従事する者を刑法その他の罰則の適用については公務員とみなす旨定めている。認定調査実施時に、居宅サービス計画作成の予約を行うこと、居宅サービス利用の予約を行うこと、特定の指定居宅介護支援事業者の広告を行うこと等の行為は、指定基準に違反するものであり指定が取り消されることがあり得るものである。このため、市町村が認定調査を指定居宅介護支援事業者等に委託する場合にあっては、サービス選択に不適切な影響がある行為を行ってはならないことについて、ご指導いただくとともに、万が一認定調査員としてあるまじき行為があった場合には、必要に応じて認定調査委託契約の見直し等の対応を含め、厳正に対応いただきたい。」と注意を喚起した。これは介護保険導入のための調査など準備の過程で、民間事業者に上記のような行為がみられたからである。

前述の通り、認定調査員として委託を受けた場合は、「みなし公務員」として、公務員と同じ守秘義務が課せられている。公務員の守秘義務とは、職務上知りえた情報を正当な理由なく第三者に提供してはならないということである。認定調査員として委託を受けた場合は、現に委託を受けている間はもちろん、委託契約期間が終了した後も、守秘義務が課せられ、第三者に正当な理由なくして、認定調査の過程で知りえた事実を他言してはならないということの意味する。ここでいう「正当な理由」の意味が問題となるが、正当な理由とは、他の法律で（漏らすことが）義務とされている場合、本人の承諾がある場合、または他人の正当な利益を保護することとの比較において、秘密を漏らす方が重要である場合、と解されている。

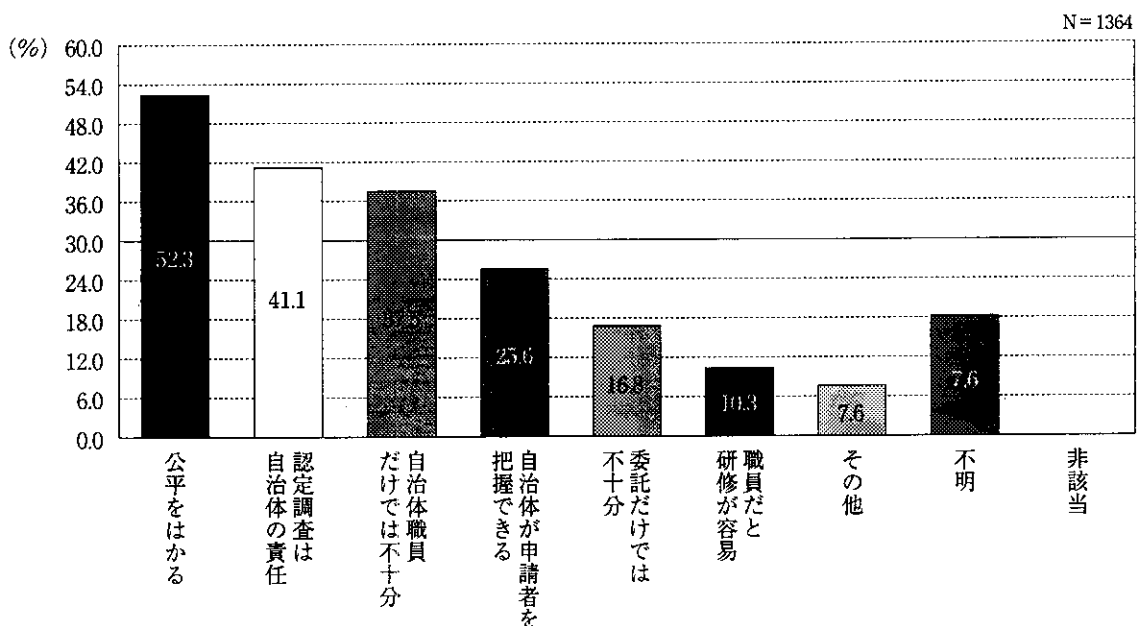
しかし、ここで大きな疑問としておこってくるのが、認定調査員における守秘義務の意味である。認定調査員は前述の通り、介護保険法によって、守秘義務を伴うとなっているが、民間の介護支援専門員に委託し、その介護支援専門員が認定調査と居宅支援サービス計画に必要な情報を得るための調査とを同時に行っている場合、一体、その認定調査員＝介護支援専門員が守秘義務を果たしているといえるのだろうか。前述の「指定居宅介護支援事業者等の公正中立な実施について」でも、「要介護認定の認定調査の際の居宅サービス計画作成に係る課題分析の実施」について「継続事例において、引き続き当該指定居宅介護支援事業者に居宅介護支援を依頼する意思があらかじめ明らかとなっている場合を除き、要介護認定の認定調査の際に併せて居宅サービス計画作成のための課題分析を実施することは原則として認められない」と、認定調査と居宅サービス計画作成のための情報収集を、明確にわかるように必要があることが指摘されている。さらに、「要介護認定等における留意点について」では、認定委託について、次のような点が強調された。

- ・認定調査はできる限り市町村職員に行わせることを検討する。
- ・市町村の常勤職員を充てることができない場合には、定年退職した保健婦・看護婦・ケースワーカー等を嘱託職員として雇いあげることを含めて検討する。
- ・事業者に調査委託を行っている場合でも、数回に1回は市町村職員が直接調査する。

②要介護認定を行う自治体の認識

以上のような要介護認定に関する課題を念頭におきつつ、要介護認定を行っている自治体の認識について分析を行う。

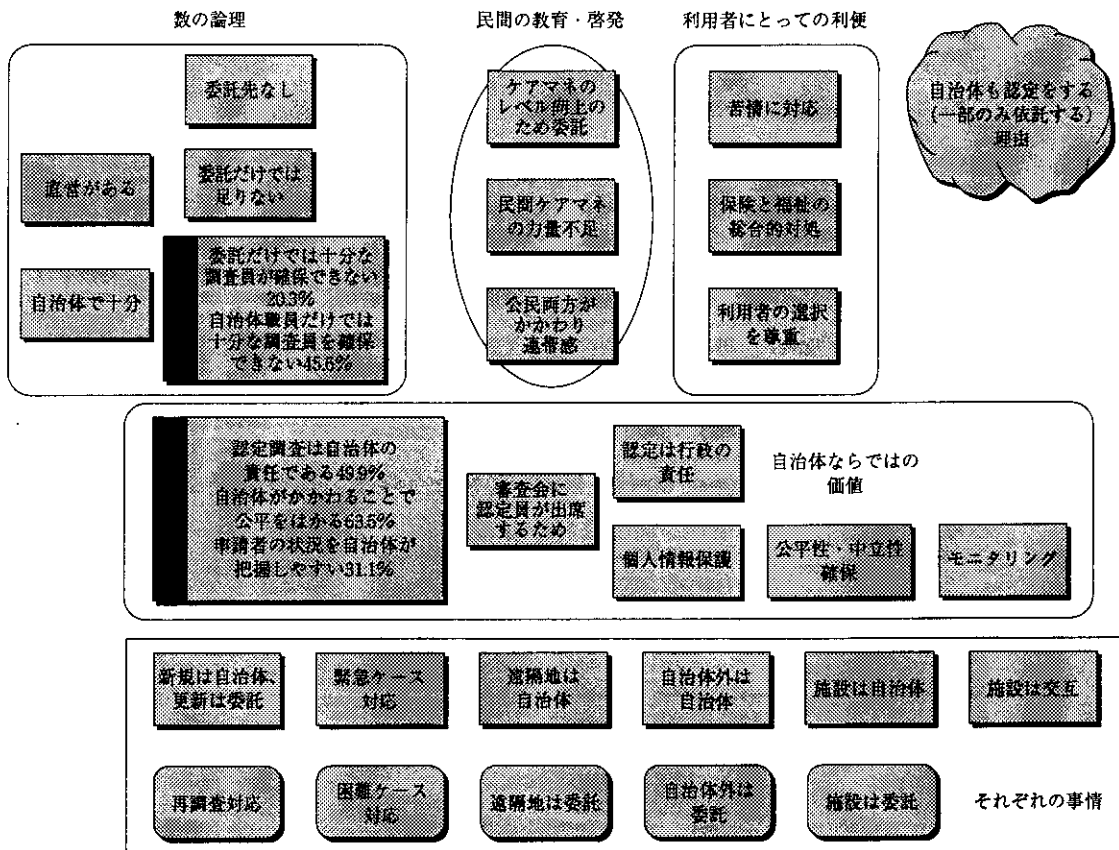
図1-3-4 自治体が要介護認定を行う理由（複数回答）



自治体が要介護認定調査にかかわる理由として、積極的に自治体の役割を評価したものでは、「公平をはかる」52.3%、「認定調査は自治体の責任だから」41.1%、「自治体が申請者を把握できる」25.6%、「職員だと研修が容易」10.3%となっている。また、どちらかだけでは不十分という理由で自治体がかかわっているのが、「自治体職員だけでは不十分」37.5%、「委託だけでは不十分」16.8%となっている（図1-3-4）。

自治体が認定調査を行っている場合について、自由記述でその理由を求めた回答の内容を分類したところ、図1-3-5のように整理できた。まず公平性や中立性を保つために行政でなければ認定調査は難しいと考え「自治体ならではの価値」を見出している自治体、委託できるような民間事業者がいなかったり、専門員の人数が足りなかったというような「数の論理」を理由とする自治体が多かった。また、本来自治体の仕事なのだが、民間に委託もすることによって民間事業者のレベルの向上などを期待する「民間の教育・啓発」や、苦情への対応、今までとの連続性、民間か行政かを利用者が選べるようにという「利用者にとっての利便」をあげるところもあった。

図1-3-5 自治体も認定調査をする理由



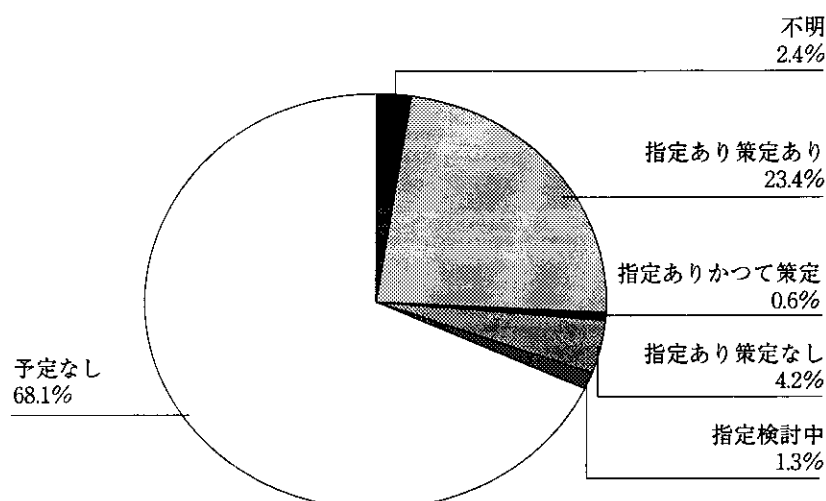
しかし、遠隔地、施設、緊急ケース、困難ケース、再調査などについて、自らが行うべきと考える自治体と、委託すべきと考える自治体とがあり、同じ条件でも、対応が様々であることがわかった。このような対応の違いが何によってもたらされているのかは、今回の調査からだけでは、分析することはできないので、今後の課題としたい。

2) 自治体の居宅介護支援事業者指定

①居宅サービス計画作成の現状と問題点

次に、自治体の居宅介護支援事業者の指定について検討する。介護保険の導入によって、自治体の役割が、サービスの立案・提供者から、条件整備者に変化したとはいえ、自治体が直接サービスを提供できなくなったわけではない。従って、自治体が居宅介護支援事業者の指定を受け、居宅サービス計画を作成することは可能である。今回の調査結果では、全体の68.1%は「指定を受ける予定はない」と回答し、指定を受けて計画の策定を行ったことがある自治体は24.0%にとどまった(図1-3-6)。

図1-3-6 自治体の居宅介護支援事業者指定の有無



自治体が居宅介護支援事業者になることのメリットやデメリットは下表のように整理できる。

表1-3-5 自治体が居宅介護支援事業者になることについて⁵

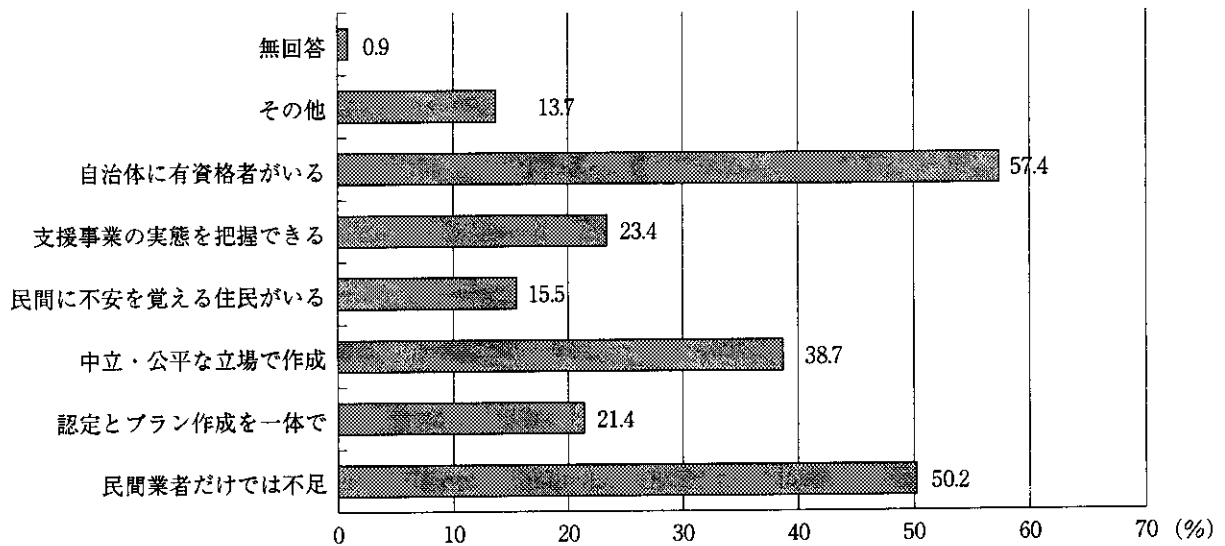
メリット	デメリット
<ul style="list-style-type: none"> ○申請者に対して公平・中立的な立場で、民間の介護支援サービス事業者を指定・提供できる ○介護認定申請時において、介護サービス計画作成などの相談に応じることができる ○自治体で保有する認定調査結果、介護支援情報等（個人情報本人同意必要）を活用できる ○介護サービス計画作成に伴う報酬を収入にすることができる ○利用者がどのようなニーズを持っているか把握することができる 	<ul style="list-style-type: none"> ○民間に比べてコストが高い ○民業圧迫、職員増を招く ○介護支援専門員資格取得のために、継続的に職員を養成、確保および人事を固定化する必要がある ○高度な技術性・専門性を確保するために、継続的な研修制度を確立する必要がある ○閉庁時間に要介護者の相談に応じられない ○介護支援計画により起因する事故等の対応は自治体が当事者となる

このうち、利用者のニーズ把握については、介護保険以前は、自治体の最も重要な役割のひとつであったので、自治体が居宅サービス計画作成に関わることは一定の意味を持つと思われる。

②居宅介護支援事業者の指定を受ける自治体の認識

指定を受けて計画策定を行っている自治体にその理由を聞いたところ、「自治体に有資格者がいる」(57.4%) や「民間事業者だけでは不足」(50.2%) が多いが、「中立・公平な立場で策定できる」という積極的な意義を見出している自治体も38.7%あった(複数回答)(図1-3-7)。

図1-3-7 自治体が居宅介護支援事業者となった理由



居宅介護支援事業者の指定を受け、実際にケアプランの作成もしている自治体では、そのような形式をとっている理由として、「他に事業所なし」、「円滑に実施するため」、「継続性を確保」、「困難ケースに対応」、「住民、支援の中核」、「質の重視」、「行政の責任」、「調整」、「補完」、「直営」、「ケアマネ人数確保」などがあがっていた。一方、指定は受けているが、実際には、ケアプランの作成をしていない自治体では、「継続性」、「緊急時に対応できるよう」、「ケアマネへの助言・指導を行う」、「ケアマネ人数確保」、「住民の選択の保障」、「事業者参入不透明」、「困難ケースに対応」などがあげられている。

図1-3-8 自治体が居宅介護支援事業者になる理由（自由記述）

