

次に、自治体が居宅介護支援事業者の指定を受けた理由について自由記述で回答したものを分析する（図1-3-8）。認定調査と同様、まず公平性や中立性を保つために行政が計画を立てるべきだという「自治体ならではの価値」を見出している自治体、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、計画を自治体自らが立てることで、民間の指導やサービスの質の管理をするという理由や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、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」をあげる自治体もあった。認定調査と計画作成が一貫して担える、円滑に実施できるという事業者としての利点があげられているところが、認定調査の場合との違いといえよう。

さらに、自治体が居宅介護支援事業者の指定を受けている場合には、他に委託先がないなどの消極的な理由のほかに、緊急時や困難ケースなど、民間では十分に対応することが難しいケースへの対応を考えて指定を受けている場合がある。緊急にサービス提供を要する場合、もし、介護保険法が想定しているように、自治体が要介護認定を行い、民間事業者が居宅サービス計画を立てるとすると、緊急にサービス提供を要する場合などの対応は困難になると考えられる。また、民間事業者が、引き受けを躊躇するような困難ケースの場合、特に、介護保険給付ではなく、老人福祉法での措置入所が必要なケースの場合は、到底、民間で対応することは難しいと考えられるが、そのようなケースの対応について、指定事業者となっていない自治体ではどのように対応しているのかについては、今後の検討が必要である。

表1-3-6 自治体の要介護認定と指定居宅介護事業の関係

		問12						合計	
		不明	指定を受け、策定している	指定を受け、策定したことがある	指定を受けているが、策定はしていない	指定を受け、検討中	今後も指定を受ける予定はない		
要介護認定	不明	度数	15	3	1	1	0	18	38
		横%	39.5%	7.9%	2.6%	2.6%	0.0%	47.4%	
		総和の%	1.1%	0.2%	0.1%	0.1%	0.0%	1.3%	
	すべて委託している	度数	1	11	0	5	3	178	198
		横%	0.5%	5.6%	0.0%	2.5%	1.5%	89.9%	
		総和の%	0.1%	0.8%	0.0%	0.4%	0.2%	13.1%	
	委託しているが、職員も行っている	度数	15	249	6	35	13	598	916
		横%	1.6%	27.2%	0.7%	3.8%	1.4%	65.3%	
		総和の%	1.1%	18.3%	0.4%	2.6%	1.0%	43.9%	
	すべて自治体の職員が行っている	度数	2	56	1	16	2	133	210
		横%	1.0%	26.7%	0.5%	7.6%	1.0%	63.3%	
		総和の%	0.1%	4.1%	0.1%	1.2%	0.1%	9.8%	
合計	度数	33	319	8	57	18	927	1362	
	横%	2.4%	23.4%	0.6%	4.2%	1.3%	68.1%		
	総和の%	2.4%	23.4%	0.6%	4.2%	1.3%	68.1%		

次に、居宅介護支援事業所の指定と要介護認定の委託との関係（表1-3-6）についてみると、「自治体も認定するが民間にも委託」で「指定を受ける予定はない」がもっとも多く43.9%、ついで「自治体も認定するが民間にも委託」で「指定を受け策定している」が18.3%となっている。また、要介護認定をどのように行っているかによって、指定や作成の割合をみると、要介護認定をすべて自治体職員が行っているところでも、居宅介護支援事業者の指定を受け、計画を作成しているところは26.7%と1/4強にとどまる（表1-3-6）。

③居宅サービス計画の把握

それでは、自治体は、居宅サービス計画の作成に関わらないとしたら、居宅サービス計画の内容をどの程度把握しているのだろうか。本調査では、半数以上が「ほとんど把握していない」（53.2%）と回答し、「すべて把握している」自治体は9.4%にとどまった（図1-3-9）。自治体自らが居宅介護支援事業者の指定を受け、介護支援計画を策定しているかどうかとのクロスでは、計画策定をしている自治体でも43.3%が「ほとんど把握していない」と回答し、一方で指定を受ける予定もないという自治体で6.9%が「すべて把握している」となっている（表1-3-7）。また、自治体自らが要介護認定調査を行っている自治体でも、ほとんど把握していないという回答が半数以上となっている（表1-3-8）。

図1-3-9 居宅サービス計画の把握

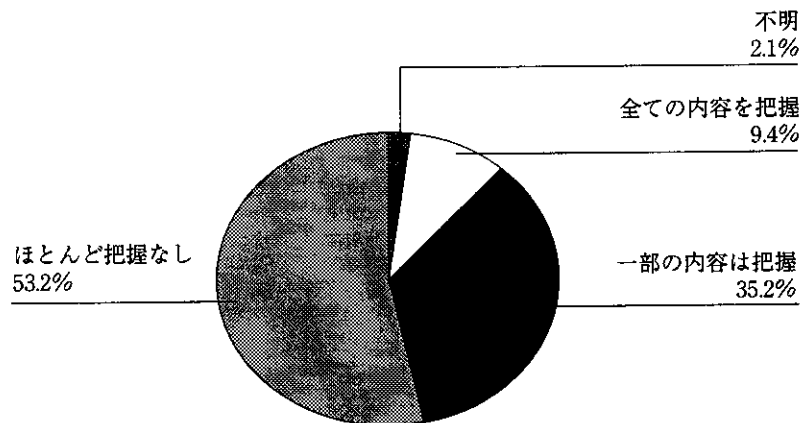


表1-3-7 居宅介護支援事業者の指定と居宅サービス計画内容の把握

	問19				合 計
	不 明	全ての内容を 把握している	一部の内容は 把握している	ほとんど把握 していない	
問12 不明	9 27.3%	4 12.1%	7 21.2%	13 39.4%	33 100.0%
指定を受け、策定している	6 1.9%	50 15.7%	125 39.2%	138 43.3%	319 100.0%
指定を受け、策定したことがある	0 0.0%	1 12.5%	3 37.5%	4 50.0%	8 100.0%
指定を受けているが、策定はしていない	0 0.0%	7 12.3%	27 47.4%	23 40.4%	57 100.0%
指定を受けることを検討中	0 0.0%	2 11.1%	9 50.0%	7 38.9%	18 100.0%
今後も指定を受ける予定はない	14 1.5%	64 6.9%	309 33.3%	540 58.3%	927 100.0%
合計	29 2.1%	128 9.4%	480 35.2%	725 53.2%	1362 100.0%

表1-3-8 要介護認定の委託と居宅サービス計画の内容の把握

	問19				合 計
	不 明	全ての内容を 把握している	一部の内容は 把握している	ほとんど把握 していない	
問11 不明	11 28.9%	3 7.9%	7 18.4%	17 44.7%	38 100.0%
すべて委託している	4 2.0%	14 7.1%	65 32.8%	115 58.1%	198 100.0%
委託しているが、職員も行っている	12 1.3%	84 9.2%	333 36.4%	487 53.2%	916 100.0%
すべて自治体の職員が行っている	2 1.0%	27 12.9%	7.5 35.7%	106 50.5%	210 100.0%
合計	29 2.1%	128 9.4%	480 35.2%	725 53.2%	1362 100.0%

④居宅サービス計画の作成状況についての問題点

居宅サービス計画の問題点について聞いたところ、「ケアマネージャーにとって給付管理業務の負担が大きすぎる」や「ケアマネージャーの一人あたりの担当ケース数が多すぎる」といった、利用者にとってというよりは、運営サイドの問題について「かなり問題」、「やや問題」とする割合が高かった（それぞれ合計で76.8%、62.7%）。その一方で、利用者に関わる項目については、おおむね「特に問題なし」の割合が高くなっている（表1-3-9）。

表1-3-9 居宅サービス計画の作成状況についての問題点

(%)

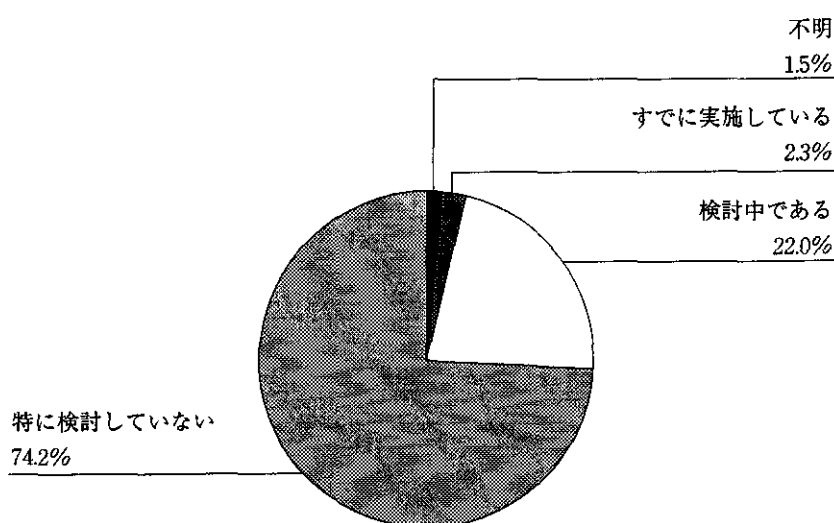
	かなり問題	やや問題	特に問題なし	わからない
ア 利用者の意向がケアプランに十分反映されていない	0.5	20.2	62.2	14.5
イ ケアマネージャーが利用者のニーズを把握する力量にかける	1.8	24.2	57.6	14.0
ウ ケアマネージャーが特定サービス事業者のサービス利用を優先する	2.9	27.2	54.6	12.7
エ ケアプラン作成時にサービス事業者との調整が十分に行われてない	1.3	24.5	61.7	9.9
オ ケアマネージャーにとって給付管理業務の負担が大きすぎる	31.4	45.4	12.5	8.1
カ プラン実施後のサービス提供状況の把握などのフォローアップが不十分	5.7	40.1	39.1	12.6
キ ケアマネージャーの一人あたりの担当ケース数が多すぎる	15.9	46.8	25.9	8.7

(N=1362、不明のパーセントは記載していない)

(3) さいごに～英国との比較を通して

今までみてきたように、サービス提供から撤退するだけでなく、介護認定や介護支援計画の策定やその内容把握にもあまり積極的ではない自治体も多い。そのために自治体が要介護者や高齢者一般のニーズ把握や緊急時の対応が難しくなることが考えられる。今回、分析したのは、介護保険サービス利用のいわば入り口部分であるが、サービス利用の出口である、サービスのアウトカム評価についても本調査では、あまり積極的でない態度が見られた。利用者へのアンケート調査を行う予定もない自治体は19.1%にとどまったが、施設や事業者に対する自治体独自の評価システムの実施については「すでに実施した」が2.3%、「検討中」が22.0%と少ない取り組みにとどまっている（図1-3-10）。

図1-3-10 サービスの質評価の実施



サービスのモニタリングや市場整備についても調査時点ではあまり積極的ではなく、民間業者まかせとなっているところが大きい。このような消極的な自治体の姿勢が利用者にもどのような影響を与えるかについて特に注意する必要があると思われる。

介護保険導入にあたっては、「介護保険制度は、民間事業者の参入と、その活力の活用を前提としており、介護サービスの供給基盤を整備するには、自治体は自らサービスを提供するのではなく、民間の参入とサービスのレベル維持のための誘導策や環境作りに努めることが重要である」との論調が大きくクローズアップされていた⁶。しかし、このような考え方はサービス提供にはあてはまっても、それ以前の部分には、そのまま応用はできないのではないだろうか。要介護認定や居宅介護支援計画は、サービスそのものではなく、利用者に必要なサービスを提供する前提となる部分であり、むしろ行政責任において行うのが適当ではないかと思われるのである。

介護保険によって高齢者を対象とする介護福祉における自治体の役割は、直接の供給者から条件整備者変わったといわれる。これは、イギリスのコミュニティ・ケアにおける地方自治体の役割変化を踏まえての議論だと思われる。平岡（2000）が指摘するように、最低限の介護保障を普遍的な介護保険で行うという普遍性の重視と、ケアマネージャーの全面的な導入という点で、イギリスと日本の目指す方向は近いように思われる。しかし、詳細をみると、その具体的な実施過程において、今回の検討から、イギリスのコミュニティ・ケア改革と日本の介護保険導入との違いとして次の三点が指摘できる。

まず第一は、自治体の担当部署内部の問題である。イギリスではサービスの計画・購入部門と、サービス供給部門、サービス監査部門とが根本的に分離されているのに対し、日本ではその分離が明確ではなく、多くの場合、全く同じ部局内ですべての決定がなされているということである。しかも、介護保険に対して、どのように自治体が責任を持つのがあまりはっきりしていないために、認定調査も行わない自治体、認定調査から居宅サービス計画作成まで行政の責任として行う自治体など、様々な対応となっている。

第二は、日本では介護保険と高齢者福祉の連続性について、自治体に委ねられており、必ずしも効率的に連携がなされていないということである。イギリスの場合は、日本の介護保険ではなく租税による公的サービスとしての高齢者福祉サービスの運営に関する変革だったので、このような問題はおこっていない。要介護高齢者の生活上のニーズのすべてをカバーするには、日本の介護保険は設計されていない。介護保障である介護保険と、日常生活の保障である高齢福祉サービスとが、ケアパッケージとなってはじめて、高齢者の生活全体をみることができると思われるのだが、日本の高齢者福祉全体をみると、むしろ、介護と日常生活の保障とが、分断されてきているように思われる。しかし、居宅サービス計画の内容を自治体が把握する方法が、介護保険の仕組みの中には含まれていないので、特別に自治体が調査したり、保険外サービスの対象になったりしなければ、自治体が、問題があっても気づきにくい。

第三は、ケア・マネージャーをどのような仕事と考えるかのちがいである。イギリスでケア・マネージャーになる場合、ほとんどがソーシャル・ワーカーの資格をもっているため、ソーシャルワークをベースとしてマネジメント手法や計画立案を行うことが多い（平岡：2000、159）。これに対し、日本では、ケア・マネージャー（介護支援専門員）はケア・プラン（居宅サービス計画）作成が主たる業務となっており、いかに公平で効率的なプランを作成するかということに焦点があるようにみえる。現在のように、介護支援専門員となる基礎資格が多岐にわたっている場合には、それぞれの専門

性に判断を委ねるよりは、このように、統一的判断基準を持って、計画を作成する方針の方が計画の質は保たれるだろう。もちろん、介護保険が導入されて、まだ一年半であり、最初の保険請求での問題や、次々に変わる給付内容や対象などを考えれば、日本において、ケア・マネジメントの方向性を語るのはまだ早いのかもしれない。しかし、ソーシャル・ワーカーなど専門職としての職業倫理が先にあることが多いイギリスのケアマネージャーに比べ、日本では居宅介護支援事業者の職員として働くという側面が強く、居宅介護支援事業者がサービス提供事業者と併営されていることがおおいために、結果としてサービス事業者とより密接に関わりながら仕事をしているといえるだろう。

最後に、日英両国において、改革の大きな目標のひとつは供給主体の多元化、具体的には、民間企業やボランティア組織によるサービス供給を促進し、提供主体としての行政の役割を縮小することにあつたが、イギリスでは、促進のためのインセンティブとして特別移行補助金などの措置がとられたのに対し、日本では、特にそのような措置はとられなかったことである。確かに、介護保険導入をにらんでの補助金の算定方法の改定は、行政サービスの委託化を促しはしたが、それまでの蓄積がない民間企業や経営基盤の脆弱な市民団体にとっては、進むも大変、とどまるのも大変という状況をうんだ。

このような日英の比較から考えられるのは、実際には、日本の介護保険は、自治体が独自性を発揮するには中央による統制が強く、国民健康保険のように、定型化された仕事をこなすだけで済ますほどには専門性が確立されていない領域のサービスだということである。今後は、いかに「介護」という領域の専門性を高め、自治体の独自性発揮の場を増やしていくかが、重要な課題となってきたと思われる。

表1-3-10 英国コミュニティ・ケア改革との比較から

	英国のコミュニティ・ケア	日本の介護保険
行政の部門の分離	企画・購入、供給、監査が分離	一体の度合いが強い
保険と福祉の連続性	連続している	断絶する場合も少なくない
ケアマネージャーの仕事	ソーシャル・ワーク・ベース	居宅介護支援事業者の職員
ケアマネジメントの独立性	サービス事業者と対等	サービス事業者と密接
サービスの質の確保	独立した全国的組織が分担	保険者の役割
供給主体多元化のインセンティブ	直接的（特別移行補助金など）	間接的（補助算定方式の変更など）

参考文献

- 介護保険実務研究会（1999）『介護保険 準備は万全か：市町村のための実務対策』ぎょうせい
 石川・自治体問題研究所編（2001）『介護保険の公的責任と自治体』自治体研究所
 介護保険実務研究会（1999）『介護保険 準備は万全か：市町村のための実務対策』ぎょうせい
 鏡論（2001）『自治体現場からみた介護保険：分権時代の高齢者福祉改革』東京法令出版
 川村匡由（2000）『新・介護保険総点検』ミネルヴァ書房
 高橋信幸（1999）『介護保険事業計画と福祉自治体』中央法規
 平岡公一（1999）『社会福祉の日英比較』安部・井岡編『社会福祉の国際比較：研究の視点・方法と

検証』有斐閣

- 1 本調査は、全国の市町村および特別区の全市区町村3,252団体の介護保険担当あてに調査票を郵送し、回答を依頼した。実施期間は2000年12月から2001年1月であったが、その後到着した回答も本報告の分析には含めている。回答数は1,362票で回収率は41.9%であった。
- 2 鏡論（2001）「自治体現場からみた介護保険：分権時代の高齢者福祉改革」、東京法令出版、108。
- 3 介護保険法27-2（市町村は、前項の申請があったときは、当該職員をして、当該申請に係る被保険者に面接をさせ、その心身の状況、その置かれている環境その他厚生省令で定める事項について調査をさせるものとする。この場合において、市町村は、当該調査を指定居宅介護支援事業者等に委託することができる。）
- 4 介護保険法27-4（第二項後段の規定により委託を受けた指定介護支援事業者等の役員若しくは前項の介護支援専門員その他厚生省令で定める者又はこれらにあった者は、正当な理由なしに、当該委託業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない）および（27-5第二項後段の規定により委託を受けた指定居宅介護支援事業者等の役員又は第三項の介護支援専門員その他厚生省令で定める者で、当該委託業務に従事するものは、刑法（明治四〇年法律第四十五号）その他の罰則の適用については、法令により公務に従事する役員とみなす）
- 5 介護保険実務研究会、189、表5-1を参考に作成。
- 6 介護保険実務研究会、189。

4. 介護サービス市場の状況

平岡 公一

【要約】

介護サービス供給システムの再編成の成果の評価にあたっては、市場メカニズムの有効な機能を促進もしくは阻害する要因がどの程度作用しているかを、地域的な介護サービス市場の実態に即して分析することが必要である。この課題への第一次的接近として、自治体質問紙調査で介護サービス市場の状況について尋ねた質問の回答データを、マクロ統計データと結びつけて分析した。回答データからみれば、価格競争はほとんどおきておらず、競争によるサービスの向上の効果もそれほど明確には認知されていない。しかし、市場化の弊害とか市場の混乱とみられる現象は、しばしば話題にされるほどには深刻な問題になっていない。このような介護サービスの状況には、地域差がみられ、また今後変化が起きてくる可能性があることにも留意する必要がある。

(1) 課題

介護保険制度に関わる政策論議においては、介護保険制度の実施に伴う介護サービス供給システムの再編成が、市場メカニズムの導入を意味するものだという見方が広く受け容れられている。

たしかに、介護保険制度のもとでは、サービス利用者は、サービスを供給する事業者を自由に選択し、事業者と契約をむすぶことでサービスを利用する。サービス事業者の間には、競争原理が作用する。このような消費者の選択、消費者と事業者の契約、事業者間の競争という現象は、自由な競争市場の基本的な構成要素である。

しかし、介護保険制度のもとの介護サービスの市場は、サービス購入費用の大部分が保険料と公費によってまかなわれるものであり、サービス供給組織において非営利組織のウェイトが高く、また、政府による相当な規制・介入が行われているという点からみて、「疑似市場 (quasi-market)」的な性格が強いと考えられる¹⁾。

社会サービスの疑似市場に関する経済学的な研究では、疑似市場において市場メカニズムが有効に機能するための条件として、5つの問題領域に関して、次の点があげられている。

- ① 市場構造……市場が十分に競争的であるためには、サービスの消費者と事業者の数が十分多く、市場への参入と市場からの退出が容易でなければならず、価格が需給に応じて柔軟に調整されなければならない。
- ② 情報……サービスについての十分な情報を、消費者と事業者の双方が容易に入手できることが必要である。
- ③ 取引費用と不確実性……不確実性を減らすことなどによる取引費用の抑制が重要である。
- ④ 動機づけ……事業者の行動が、少なくとも部分的には利潤動機に基づくものである必要がある。
- ⑤ クリーム・スキミング……公費の支出額と実際の費用との関係がケース間で違うことによりクリーム・スキミングが発生しないようにすることが必要である。

このような観点からみると、5つの条件のうち、④はともかくとして、その他の条件に関しては、わが国の介護サービスの「疑似市場」にも、次のような意味において、市場メカニズムの有効な機能を妨げる可能性のある要因が存在していることに注目する必要がある。

①市場構造について……施設サービスでは、参入規制・数量規制があり、また、在宅サービスでも、地域によっては、地理的条件から、供給組織の新たな参入が難しい場合もある。価格への規制に関しては、価格の上限規制が行われていて、割引を行う場合にも一定の制約があるなど、介護サービスの市場化が進んでいるといわれるイギリスと比較しても、政府による規制が強いといえる。

②情報について……現状では、情報の非対称性は、かなり大きく、事業者と利用者間の交渉や契約が適切に行われるための前提となる概念や用語の標準化、サービスを評価する視点や基準の共有ということも必ずしも十分でない。情報の入手に関して強い力をもつ自治体が主たるサービス購入者であるイギリスの場合と比べると、わが国の場合には、構造的に情報の非対称性が生じやすいともいえる。ケアマネジャーが、それを是正し、利用者が事業者と対等な立場に立てるよう支援することが期待されているが、ケアマネジャーが、サービス事業者に所属することも認められているという問題もある。

③取引費用と不確実性について……介護サービスについての知識の不足に加えて、介護そのものに不確実性が内在していること（要介護状態が持続する期間や、その間の状態の変化が不確実であること（大森、2000、233頁））は、利用者にとっての取引費用を高める要因であり、実際に、そのような要因がかなり広範に作用していると考えられる。

④クリーム・スキミングについて……現状では、要介護認定に関わる技術的な問題を考えると、介護報酬を、クリーム・スキミングが生じないように適切に設定することは必ずしも容易ではないといえる。

以上の点を前提にすると、介護サービスの供給システムの再編成の成果を評価するにあたっては、現実のサービス供給システムにおいて、市場メカニズムの有効な機能を促進したり、阻害する要因が、現実にもどの程度作用しているのかを実証的に明らかにすることが重要な課題となると考えられる。

本研究プロジェクトでは、介護サービスの市場に関する全国的なデータがほとんど入手できないことや、介護サービスの市場における地域性の強さを考慮し、自治体の圏域における介護サービス市場の事例分析と、介護サービス市場の状況についての自治体の介護保険担当者への質問紙調査のデータの分析を通して、この課題に接近することとした。

本章で報告するのは、自治体の介護保険担当者への調査により得られたデータの分析結果である。ただし、データの制約から、ここで分析するのは、在宅サービスの市場の状況に限定される。

（2）質問項目と単純集計結果

全国の市区町村への質問紙調査では、居宅サービスに関して、表1-4-1に示す8つの傾向がどの程度みられるかを尋ねている。

表1-4-1 介護サービス市場の状況（単純集計結果）

回答者数 = 1,361自治体	かなりある	一部ある	ほとんどない	わからない	不明
ア. 費用（単価）の安いサービスに利用が集中しがちである	2.1	25.2	54.4	16.2	2.2
イ. 利用者負担が高いために、サービスの利用を控える傾向がみられる	4.7	62.7	23.0	7.6	2.0
ウ. 事業者間で割引による価格競争が起きている	0.0	3.2	83.7	10.8	2.4
エ. 介護保険の実施前にくらべ、利用者の選択の幅が拡大した	33.9	47.8	12.0	4.2	2.1
オ. 事業者側が利用者を選ぶ傾向が起きている	1.3	21.4	61.9	13.4	1.9
カ. 競争によって、サービスの質が向上している	5.7	39.2	27.2	25.8	2.1
キ. 介護保険実施前にくらべ、質の悪いサービスによって利用者が不利益を被ることが増えている	0.1	6.4	80.2	10.9	2.4
ク. ヘルパーに不適切なことを頼むなど、利用者の消費者意識の行き過ぎによる問題がある	0.3	34.3	53.0	10.1	2.4
ケ. 事業者の急激な参入や撤退など、サービス供給体制が不安定になっている	0.2	10.4	84.9	2.4	2.1

アは、（専門的に見た）ニーズの内容よりも単価の安さを重視して訪問看護より訪問介護を、あるいは身体介護より家事援助を選ぶという現象が、実際にどの程度みられるのかを尋ねようとしたものである。

イは、原則1割の利用者負担が重く感じられるためにサービスの利用を控えるといった傾向がどの程度みられるかを尋ねようとしたものである。

アとイは、介護保険制度の実施によって、（一部の利用者について）利用者負担が増加したことに、利用者がどのように対応しようとしているのか、またそのような対応が、利用者のニーズ充足の阻害要因になっていないかという点を明らかにするための質問といえる。

ウは、事業者間で、割引による価格競争が起きているかどうかを尋ねようとしたものである。

エは、介護保険の実施前にくらべ、利用者の選択の幅が拡大したかどうかを尋ねている。

ウ・エと関連が深いのはカであり、カでは、競争によって、サービスの質が向上しているかどうかを尋ねている

これらウ・エ・カは、選択と競争の拡大、そしてその結果としてのサービスの質の向上や価格の低下という、市場化の第一の目的と考えられてきたことがらが、どの程度まで実現しているかを明らかにするために設けられた質問である。

一方、オは、事業者側が、対応しやすいかどうかとか、利益に結びつきやすいかという基準で、利用者を選ぶ傾向が起きているかどうかを尋ねているものである。一般の財・サービスに関しては、消費者の選別は、マーケティングの戦略として広く用いられているとあってよいだろうが、介護サービスに関しては、正当な理由のない利用者の選別は、倫理的に許容しがたいものであり、また、クリーム・スキミングに結びつきやすいという問題を伴うものである。

キは、質の悪いサービスによって利用者が不利益を被ることが増えているかどうかを尋ねたものである。介護サービスの市場化を批判するときの典型的な論点がこれであり、このような問題の発生を防ぐために、万全の措置がとられているはずであるが、果たしてそういう措置が有効に機能しているかどうかを明らかにしたいという意図もある。

クの「利用者の消費者意識の行き過ぎによる問題」は、ホームヘルプの不適切な利用の事例として、介護保険制度実施直後からしばしば問題視されてきた事柄をとりあげたものであり、そのような現象が、特定の事例に限らず、どの程度広くみられるものなのかを明らかにしようとするねらいがある。

最後のケは、介護保険実施直後に話題になった事業者の急激な参入や撤退などによるサービス供給体制の不安定化が、どの程度広くみられることなのかを、明らかにしようとするものである。

単純集計結果をみると、まず、市場化を批判する際の第一の論点とされてきた「質の悪いサービスによって利用者の被害の増加」(キ)については、「ほとんどない」が8割を越え、「かなりある」は1%を下回っており、全国的にみたときに、ごく限られた場合にのみ生じている現象であることがわかる。

事業者側が利用者を選ぶ傾向(オ)についても、「ほとんどない」が6割を越え、「かなりある」は1%強にすぎず、あまり深刻な問題とは受けとめられていないようである。

負担増に伴う問題に関しては、「費用(単価)の安いサービスに利用が集中しがち」という現象が、約4分の1の自治体で「一部ある」という状況になっているが、「かなりある」という回答は2.1%にすぎず、専門的な論議ではよく取り上げられるこの現象も、少なくとも自治体の担当者にとってはあまり深刻な問題と受けとめられていないことがわかる。

一方、利用者負担のためのサービスの利用控え(イ)については、「かなりある」こそ4.7%と低いものの、「一部ある」は62.7%にのぼり、多くの自治体において問題視されている現象であるといえる。(この調査では、第1部資料2の7(2)の集計結果に示されるように、大多数の自治体が、国による何らかのさらなる低所得対策の必要性を指摘している。)

次に、市場化のメリットといえる現象に関してみると、利用者の選択の幅の拡大(エ)は、「かなりある」が約3分の1、「一部ある」が5割弱を占めており、かなり広くその成果が認められているとあってよい。

競争によるサービスの質の向上(カ)については、「ほとんどない」は、27%強と少ないものの、「わからない」が約4分の1を占めており、「かなりある」が5.7%しかないことからみても、目に見える形での変化が認められまでには至っていないと考えられる。

割引による価格競争(ウ)については、「かなりある」と回答した自治体はなく、「一部ある」も3%にすぎず、全国的にみて、非常に限られた地域でしか起きていないものであることがわかる。

また他方で、事業者や消費者の行動様式の問題としてしばしば取り上げられてきたサービス供給体制の不安定化(ケ)や、利用者の消費者意識の行き過ぎ(ク)も、あまり深刻な問題としては受けとめられていない。制度の部分的改革にまでつながった「消費者意識の行き過ぎ」も、「かなりある」とみている自治体は、1%にも満たないのである。

(3) 人口規模別の分析結果

次に、このような介護サービスの市場の状況が、地域特性によってどのように異なるのかを、自治体の人口規模とのクロス集計を通して検討していきたい。

分析にあたっては、有効回収率が町村部で特に低かったことと、広域連合などによる介護保険事業実施の共同化が町村部ではかなり進んでいることを考慮し、ここでの分析は市区部を中心に行うこととし、そのような観点から、クロス集計は、「人口3万未満の市」「人口3万人以上5万人未満の市」「人口5万人以上10万人未満の市」「人口10万人以上30万人未満の市」「人口30万以上の市」「町村」という6カテゴリーで構成される変数との間で行うことにした。

クロス集計結果は、表1-4-2に示した。

表1-4-2 (1) 介護サービス市場の状況 (人口規模別)

	かなりある	一部ある	ほとんどない	わからない	合計	(N)
ア. 単価の安いサービスに利用が集中**						
3万人未満の市区	5.1%	30.8%	51.3%	12.8%	100.0%	39
3万人以上5万人未満の市区	3.9%	27.3%	50.6%	18.2%	100.0%	77
5万人以上10万人未満の市区	0.7%	29.9%	46.3%	23.1%	100.0%	134
10万人以上30万人未満の市区	2.5%	33.9%	38.0%	25.6%	100.0%	121
30万人以上の市区	-	31.7%	38.1%	30.2%	100.0%	63
町村	2.1%	23.3%	61.2%	13.4%	100.0%	897
全 体	2.1%	25.8%	55.6%	16.5%	100.0%	1331
イ. 利用者負担による利用控え*						
3万人未満の市区	-	69.2%	23.1%	7.7%	100.0%	39
3万人以上5万人未満の市区	5.1%	73.1%	15.4%	6.4%	100.0%	78
5万人以上10万人未満の市区	2.2%	62.2%	25.2%	10.4%	100.0%	135
10万人以上30万人未満の市区	2.5%	66.9%	19.8%	10.7%	100.0%	121
30万人以上の市区	1.6%	71.4%	11.1%	15.9%	100.0%	63
町村	5.9%	62.4%	25.3%	6.5%	100.0%	898
全 体	4.8%	64.0%	23.5%	7.7%	100.0%	1334
ウ. 割引による価格競争						
3万人未満の市区	-	2.6%	92.3%	5.1%	100.0%	39
3万人以上5万人未満の市区	-	5.2%	85.7%	9.1%	100.0%	77
5万人以上10万人未満の市区	-	3.0%	88.1%	9.0%	100.0%	134
10万人以上30万人未満の市区	-	1.7%	88.4%	9.9%	100.0%	121
30万人以上の市区	-	3.2%	79.4%	17.5%	100.0%	63
町村	-	3.4%	85.1%	11.5%	100.0%	895
全 体	-	3.2%	85.7%	11.1%	100.0%	1329
エ. 利用者の選択の幅の拡大**						
3万人未満の市区	33.3%	48.7%	10.3%	7.7%	100.0%	39
3万人以上5万人未満の市区	45.5%	49.4%	3.9%	1.3%	100.0%	77
5万人以上10万人未満の市区	48.1%	45.1%	3.8%	3.0%	100.0%	133
10万人以上30万人未満の市区	49.6%	43.0%	3.3%	4.1%	100.0%	121
30万人以上の市区	55.6%	33.3%	1.6%	9.5%	100.0%	63
町村	28.2%	51.2%	16.3%	4.2%	100.0%	900
全 体	34.6%	48.8%	12.3%	4.3%	100.0%	1333
オ. 事業者側が利用者を選ぶ傾向**						
3万人未満の市区	2.6%	12.8%	74.4%	10.3%	100.0%	39
3万人以上5万人未満の市区	2.6%	28.6%	54.5%	14.3%	100.0%	77
5万人以上10万人未満の市区	4.4%	28.1%	47.4%	20.0%	100.0%	135
10万人以上30万人未満の市区	0.8%	28.9%	57.0%	13.2%	100.0%	121
30万人以上の市区	-	30.2%	49.2%	20.6%	100.0%	63
町村	0.9%	19.1%	67.6%	12.4%	100.0%	900
全 体	1.3%	21.8%	63.1%	13.7%	100.0%	1335

(注) 1. 無回答ケースは除外して集計した。

2. カイ自乗検定の結果 $*p < .05$ $**p < .01$ (検定を行うにあたっては、適宜、カテゴリーを併合した。なお、ウについては、回答の分布が偏っているため、検定を行わなかった。

表1-4-2(2) 介護サービス市場の状況(人口規模別)

	かなりある	一部ある	ほとんどない	わからない	合計	(N)
カ. 競争によるサービスの質の向上**						
3万人未満の市区	2.6%	35.9%	35.9%	25.6%	100.0%	39
3万人以上5万人未満の市区	10.3%	44.9%	16.7%	28.2%	100.0%	78
5万人以上10万人未満の市区	6.6%	51.5%	17.6%	24.3%	100.0%	136
10万人以上30万人未満の市区	7.5%	47.5%	5.8%	39.2%	100.0%	120
30万人以上の市区	9.7%	41.9%	4.8%	43.5%	100.0%	62
町村	5.0%	36.9%	34.4%	23.6%	100.0%	897
全 体	5.9%	40.0%	27.8%	26.4%	100.0%	1332
キ. 悪質サービスで利用者の不利益*						
3万人未満の市区	-	2.6%	92.3%	5.1%	100.0%	39
3万人以上5万人未満の市区	-	6.5%	77.9%	15.6%	100.0%	77
5万人以上10万人未満の市区	-	5.9%	82.2%	11.9%	100.0%	135
10万人以上30万人未満の市区	-	10.8%	80.8%	8.3%	100.0%	120
30万人以上の市区	-	11.1%	65.1%	23.8%	100.0%	63
町村	0.1%	5.9%	83.5%	10.5%	100.0%	895
全 体	0.1%	6.5%	82.2%	11.2%	100.0%	1329
ク. 消費者意識の行き過ぎ**						
3万人未満の市区	-	33.3%	59.0%	7.7%	100.0%	39
3万人以上5万人未満の市区	-	37.7%	45.5%	16.9%	100.0%	77
5万人以上10万人未満の市区	-	37.0%	45.9%	17.0%	100.0%	135
10万人以上30万人未満の市区	-	47.5%	44.2%	8.3%	100.0%	120
30万人以上の市区	-	74.2%	16.1%	9.7%	100.0%	62
町村	0.4%	30.4%	60.0%	9.2%	100.0%	896
全 体	0.3%	35.1%	54.3%	10.3%	100.0%	1329
ケ. サービス供給体制の不安定**						
3万人未満の市区	2.6%	20.5%	76.9%	-	100.0%	39
3万人以上5万人未満の市区	-	29.9%	66.2%	3.9%	100.0%	77
5万人以上10万人未満の市区	-	12.5%	83.1%	4.4%	100.0%	136
10万人以上30万人未満の市区	-	11.8%	87.4%	0.8%	100.0%	119
30万人以上の市区	-	4.8%	92.1%	3.2%	100.0%	63
町村	0.2%	8.6%	88.9%	2.3%	100.0%	899
全 体	0.2%	10.7%	86.6%	2.5%	100.0%	1333

(注) 1. 無回答ケースは除外して集計した。

2. カイ自乗検定の結果 * $p < .05$ ** $p < .01$ (検定を行うにあたっては、適宜、カテゴリーを併合した。)

まずアの「単価の安いサービスに利用が集中」については、「かなりある」「一部ある」の比率と人口規模との間に系統的な関連はないが、人口規模が大きくなるにつれて「ほとんどない」の比率が減り、「わからない」の回答比率が増える傾向がみられる。人口規模が大きくなるにつれて、実際のサービス利用状況を行政担当者が把握しにくくなるということをこの結果は示しているように思われる。

イの「利用者負担による利用控え」、ウの「割引による価格競争」についても、ほぼ同様の傾向がみられ、人口規模が大きくなるにつれて「わからない」の回答比率が増えている。

エの「利用者の選択の幅の拡大」については、人口規模が大きくなるにつれ「かなりある」の比率が明確に増えている。人口規模の小さい自治体では、多数の事業者が活動していて利用者がそのなかから自由に選択できるような状況は生じにくいということであろう。

オの「事業者側が利用者を選ぶ傾向」に関しては、町村や人口3万未満の市とそれより規模の大きい市との間に明確な格差があり、人口3万以上の市では、「かなりある」と「一部ある」を合わせた比率が3割前後になっている。

カの「競争によるサービスの質の向上」については、ア・ウ・エと同様に、人口規模が大きくなるにつれて「ほとんどない」の比率が減り、「わからない」の回答比率が増える傾向がみられる。どの人口規模の自治体でも、「かなりある」と評価している自治体は少ないが、ここでの人口規模の分類でいえば中程度の規模の自治体において「かなりある」もしくは「一部ある」という回答の比率が高い傾向もみられる。人口規模が小さい場合には、事業者間の活発な競争がおきにくく、他方、大都市では、状況がつかみにくかったり、すでに供給主体が多元化しているため大きな変化が認められないのに対して、中規模の自治体で、介護保険制度のスタートによる変化がはっきりとあらわれるということなのかもしれない。

キの「悪質サービスによる利用者の不利益」については、人口規模がおおきくなるにつれて、わずかながら「一部ある」という回答の比率が増える傾向がある。

クの「消費者意識の行き過ぎ」については、人口30万人以上の市区で「一部ある」という回答が極端に多いのが特徴的である。かなり広範囲にみられるかのように言われているこの現象は、むしろ都市的な性格が強い現象といえるのかもしれない。

ケの「サービス供給体制の不安定」については、「一部ある」の比率が、人口3万以上5万未満の市区で29.9%と特に高く、人口3万未満の市が20.5%とこれに続き、他方、人口規模の大きい都市では、その比率はかなり低いという点が特徴的である。おそらく、介護保険実施前には民間営利事業者がほとんど活動していなかった中小都市に営利事業者が進出を図り、業績不振により撤退するといった現象がかなり広くみられたということであろう。

(4) 主成分分析の結果

次に、以上みてきた各自治体における介護サービス市場の諸特性が相互にどのように関連しているのかを明らかにするために主成分分析を行った。

分析結果は、表1-4-3および表1-4-4に示す通りである。固有値が1以上の成分について、バリマックス回転を行った。

表1-4-3 介護サービス市場の状況：主成分分析の結果（固有値）

成分	固有値	寄与率	累積寄与率
1	1.760	19.553	19.553
2	1.369	15.215	34.769
3	1.074	11.933	46.702
4	1.006	11.176	57.878
5	0.874	9.706	67.584
6	0.835	9.276	76.859
7	0.780	8.664	85.523
8	0.744	8.264	93.787
9	0.559	6.213	100.000

表1-4-4 介護サービス市場の状況：主成分分析の結果（回転後の成分行列）

	成 分			
	1	2	3	4
ア 単価の安いサービスに利用が集中	0.106	0.754	-0.079	-0.062
イ 利用者負担による利用控え	-0.138	0.713	0.091	0.089
ウ 割引による価格競争	0.033	0.000	0.012	0.978
エ 利用者の選択の幅の拡大	0.823	0.093	0.053	-0.028
オ 事業者側が利用者を選ぶ傾向	0.108	0.284	0.526	0.146
カ 競争によるサービスの質の向上	0.832	-0.034	-0.041	0.069
キ 悪質サービスで利用者の不利益	-0.021	0.021	0.711	-0.111
ク 消費者意識の行き過ぎ	0.252	0.436	0.320	-0.060
ケ サービス供給体制の不安定	-0.043	-0.059	0.672	0.042

太字は、0.5を上回ることを示す。

回転法：Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

第一成分の負荷量は、「エ、利用者の選択の幅の拡大」「カ、競争によるサービスの質の向上」の値が高くなっており、市場の機能が有効に拡大しているかどうかという点に関わる成分であるとみることができる。

第二成分では、「ア、単価の安いサービスに利用が集中」「イ、利用者負担による利用控え」の値が高くなっており、利用者負担の増加に伴う弊害が生じている程度に関わる成分であると解釈することができる。

第三成分では、「オ、事業者側が利用者を選ぶ傾向」「キ、悪質サービスで利用者の不利益」「ケ、サービス供給体制の不安定」の値が高くなっており、介護サービス市場に利用者の不利益をもたらすような混乱が生じている程度を示す成分であると解釈できる。

第四成分の負荷量の値が高いのは、「ウ、割引による価格競争」のみである。

（5）人口学的要因・社会経済的要因等との相関

以上の主成分分析の結果に基づいて、各自治体の介護サービス市場の基本的な特性を示す3つの指標を構築し、それを用いて、介護サービス市場の諸特性と、その自治体の人口学的特性や社会経済的特性、あるいは、介護保険実施前のサービス水準との関連を分析することとしたい。

第一の指標は、「市場機能拡大スコア」であり、これは、エとカの得点の単純加算によって算出される（「かなりある」=3点、「一部ある」=2点、「ほとんどない」=1点として計算。以下同様）

第二は、「負担増弊害スコア」であり、アとイの得点の単純加算によって算出した。

そして、第三は、「市場混乱スコア」であり、オとキとケの得点の単純加算によって算出した。なお、第四成分については、「割引による価格競争」の値のみが極端に高く、また、「割引による価格競争」の分布が偏っているので、ここでは、第四の指標は構築しなかった。

次に、それらの指標と人口学的要因・社会経済的要因等との間の関連をみるために、ピアソンの積率相関係数を、全ケースと市区部のケースのそれぞれについて計算した。その結果は、表1-4-5

に示した通りである。

表1-4-5 人口学的要因・社会経済的要因等との相関（ピアソン相関係数）

	市場機能拡大スコア		負担増弊害スコア		市場混乱スコア	
	全ケース	市区部	全ケース	市区部	全ケース	市区部
人口総数（人） （1995）	.207(**)	.138(*)	.070(*)	0.079	.084(**)	0.026
老年人口比率（％） （1995）	-.252(**)	-.122(*)	0.027	0.021	-.124(**)	0.077
高齢者単身世帯数 （％）（1995）	-.179(**)	-0.072	.083(**)	.172(**)	-.103(**)	0.077
人口集中地区居住人口 比率（1995）	.105(*)	0.117	.131(**)	.168(**)	0.009	-0.009
一人あたり課税対象 所得（1996）	.246(**)	0.071	-0.033	0.003	.141(**)	0.018
第1次産業就業者割 合（％）（1995）	-.271(**)	-.140(*)	0.024	-0.023	-.143(**)	0.014
財政力指数（1997）	.238(**)	0.114	-0.007	-0.051	.122(**)	-0.072
病院一般病床数（人 口10万対）（1997）	0.014	-0.072	-0.01	0.028	0.043	0.026
老人保健施設定員 （人口10万対）（1997）	0.006	-0.018	-0.044	0.002	0.000	0.000
特養定員数 （人口10万対）（1997）	-.125(**)	-0.056	-0.025	0.028	-0.047	0.038
高齢者100人当ショート ステイ年間利用人員（1997）	-0.061	0.037	-0.044	-0.107	-.098(**)	-0.086
高齢者100人当ヘルパー 年間利用回数（1997）	-.140(**)	-0.069	0.034	0.046	-.094(**)	0.014
高齢者100人当デイサービス 年間利用日数（1997）	-.188(**)	-0.007	-0.008	0.096	-0.058	-0.021

検定結果：* p<.05 ** p<.01

まず市場機能拡大スコアについてみると、このスコアは、全ケースで見れば、人口総数、人口集中地区居住人口比率、一人あたり課税対象所得、財政力指数との間に有意な正の相関があり、老年人口比率、高齢者単身世帯数、第一次産業就業者割合、人口10万対特養定員、高齢者100人当たりヘルパー年間利用回数、高齢者100人当たりデイサービス年間利用日数との間で有意な負の相関があった。このことは、人口が密集している大都市ほど、また、住民の所得水準が高い自治体や財政力の強い自治体ほど、介護サービスの市場機能が拡大する傾向があること、また、特別養護老人ホームやホームヘルプ、デイサービスなどの水準が低かった自治体ほど、市場機能が拡大する傾向があることを示している。

ただし、市区部のケースだけにしぼると、相関が統計的に有意な組み合わせは減る。人口総数、老年人口比率、第一次産業就業者割合という変数のみが、市場機能拡大スコアと有意に関連している。

負担増弊害スコアについては、有意な関連を示す要因は少なく、全ケースの場合に、人口総数、高齢者単身世帯数、人口集中地区居住人口比率の3要因、市区部のケースのみの場合には、高齢者単身世帯数、人口集中地区居住人口比率の2変数である。この結果は、人口が密集していたり、高齢者単身世帯の多い大都市部で、負担増に伴う弊害が起きやすいということを意味しており、注目すべき結果といえる。

市場混乱スコアについては、人口総数、一人当たり課税所得額、財政力指数との間で正の有意な相関があり、老年人口比率、高齢者単身世帯数、第1次産業就業者割合、高齢者100人あたりショートステイ年間利用日数、高齢者100人当たりヘルパー年間利用回数との間で負の有意な相関がみられた。住民の所得水準が高い自治体、財政力の強い自治体、在宅サービスの整備が遅れている自治体で、市場の混乱が生じやすいという結果だとすると注目すべき結果であるが、市区部ケースだけで分析すると、有意な相関はなくなってしまう。全ケースでの分析にみられた相関も、市区部と郡部の違いによって説明できるものが多いのではないと思われる。

(6) まとめ

わが国での介護サービスや福祉サービスの市場化に関する論議では、市場化の是非をめぐって意見が鋭く対立することが少なくない。その際に、市場化を支持する論者は、市場化を推進する近年の改革の成果を強調し、市場化を批判する論者は、その弊害を強調する。しかし、筆者は、改革によって実現した出現した新たなサービス供給システムは、制度設計の面からみても、(1)で論じたような意味での「疑似市場」的な性格が強いものであり、肯定的に評価するのであれば否定的に評価するのであれば市場化の程度を過大に評価すべきではないと考えている。

本章で行った分析の結果も、このような観点から市場化の現実を分析することの必要性を裏付けるものであったとあってよいだろう。

自治体の介護保険担当者に対する質問の回答結果をみる限り、制度設計からみて当然の結果ともいえる「選択の幅の拡大」は多くの地域で達成されているようであるが、事業者間の価格競争は、ほとんど起きていない。他方で、しばしばその発生が憂慮されてきた悪質な業者による消費者被害や、サービスの供給体制の不安定化は、限られた地域でみられる現象に過ぎない。「競争によるサービスの向上」の評価は分かれており、その一方で、「単価の安いサービスへの集中」や「消費者意識の行き過ぎ」「事業者が利用者を選ぶ傾向」も、マス・メディア等で広く論議されているほどには深刻な問題とは受け止められていない。最も深刻な問題点として受け止められているのは、「利用者負担によるサービスの利用控え」である。

もっとも、これらの点については、地域差がみられることにも留意しなければならない。

人口規模別に集計した結果では、消費者意識の行き過ぎによる問題が、主として(大)都市的な現象であることや、事業者の急激な参入や撤退によるサービス供給体制の不安定化が、主に中小都市でみられることが明らかになった。大都市では、介護サービス市場の状況を、行政担当者がよく把握できていない場合が多いことも確認された。しかし、その一方で、このような地域差の存在にもかかわらず、単純集計結果からあきらかになった市場状況に関する上記の傾向は、程度の差はあるとしても、

町村部、中小都市、大都市のいずれにもあてはまるものであることも確かめられた。

また、市場化が、言われているほどには現実に進展していないという分析結果になったのは、この調査が、介護保険制度がスタートしてから9ヶ月ほどしか経過していない時点で実施されたことによる面もあることは、確かである。第2部の事例分析で取り上げた自治体の中には、制度がスタートして2年目になって、事業者間の競争が活発になり、福祉公社による訪問介護サービスの寡占ともいえる状況に変化が生じてきた自治体もある（D市）。第三者評価をはじめとするサービス評価の取り組みが活発化し、サービスの質に関する情報を利用者が入手しやすくなれば、競争によるサービスの質の向上が実現する可能性が高まるかもしれない。もし仮に割引に関する規制が緩和されれば、価格競争が起きやすくなるであろう。

介護サービスの市場をいかに有効に機能させるかを論じる場合であっても、介護サービスの市場化の問題点を批判的に検討しようとする場合であっても、現実の介護サービスの市場の分析は重要である。本章の分析で用いたデータは、介護保険担当者の主観的な判断による偏りが入り込んでいる可能性があるものであって、ここでの分析は、この問題に対する第一次的接近以上のものではない。今後、さらに自治体の事例調査のなかで、地域的な介護サービス市場の分析に力を注ぐとともに、要介護高齢者に対するパネル調査のデータも活用しながら、介護サービス市場の実態の分析を進めていきたいと考えている。

【文献】

平岡公一（2000）「社会サービスの多元化と市場化——その理論と政策をめぐる一考察」大山博ほか編『福祉国家への視座——揺らぎから再構築へ』ミネルヴァ書房、30～51頁。

Le Grand, Julian and Will Bartlett (ed.) (1993) *Quasi-Markets and Social Policy*, The Macmillan Press.

大森正博（2000）「医療・介護サービスの資源配分メカニズム」国立社会保障・人口問題研究所編『医療・介護の産業分析』東京大学出版会、229～262頁。

【注】

- 1 疑似市場の理論と、日本の介護サービスの市場の分析へのその適用可能性については、（平岡、2001）および本報告書第1部資料1を参照。

5. ケアマネジメントの実施状況

山井理恵

【要約】

本稿は、自治体の介護保険担当職員がケアマネジメントの実施状況の問題点をどのように認識し、いかなる対策を実施しているかを明らかにすることを目的としている。調査の対象は、全国の自治体3252団体、回収数は1361票で回収率は41.9%であった。

ケアマネジメントをめぐる問題点としては、ケアマネジャーの給付管理業務量の負担や一人当たりの担当ケース数など、ケアマネジャーの業務量の負担に関する問題が最も多く指摘されていた。また、人口規模が大きいほど、問題が認識されている。現在実施されている改善のための方策としては、介護支援事業者連絡会や研修会などの時間と場所を設定した構造的なものが多く見られた。

(1) 問題の所在・研究の目的

1) ケアマネジメントをめぐる問題点

2000年4月、介護保険法が施行され、我が国に本格的な介護支援サービス（ケアマネジメント）が制度的に位置づけられた。ケアマネジメントとは、利用者及びその家族が持つ複数のニーズと社会資源を結びつけるための方法である。

介護保険によるサービスを受けるに際しては、ケアプランと呼ばれる介護サービス計画を作成することが必要になる。このケアプランは、利用者や家族が自分たちで作成することも可能であるが、大多数の利用者は居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員（ケアマネジャー）にケアプランの作成を含むケアマネジメントを依頼している。

依頼を受けたケアマネジャーは、利用者宅を訪問し、利用者をめぐる問題についてアセスメントを行う。そして、このアセスメントや利用者の希望に基づき、ケアプランを作成する。ケアプラン作成にあたっては、ケアマネジャーは中立公正な立場で、利用者に情報を提供することが求められている。

しかしながら、幾つかの理由により、必ずしもこのような手続きでケアマネジメントが実施されているわけではないことが指摘されている。

第一に、我が国においては、ケアマネジャーの多くが、民間の居宅介護支援事業所に雇用されている。また、居宅介護支援事業所は、サービス事業所を兼ねることができる。したがって、民間の居宅介護支援事業所の一職員であるケアマネジャーが、利用者に対してサービスに関する情報を提供したうえで、利用者のニーズに基づいたケアプランを作成するのではなく、所属事業所や系列事業所が提供するサービスを、できるだけ多く組み入れたケアプランを作成する可能性を指摘できる。

一般に利用者の多くは、サービスに関する情報や判断材料を十分に有していない。他の事業者が提供するサービスとケアマネジャーがすすめるサービスを比較するなど、サービスの是非を判断することは難しい。そのため、ケアマネジャーがすすめるサービスをそのまま契約、利用することになるものと予想される。

第二に、介護保険業務における給付管理業務をめぐる負担の問題である。本来ケアマネジメントと

は、利用者のニーズを把握し、ケアプランを作成、その後のフォローアップやモニタリングなど様々な場面で利用者や家族とのかかわりを必要とするものである。

しかしながら、介護保険下におけるケアマネジメントにおいては、介護保険の支給限度額の管理や給付管理票の作成などの給付管理業務もケアマネジャーの役割となっている。これらの給付管理業務は、書類の作成や利用者との確認、サービス変更にもとづくケアプランや給付管理票の変更手続きなど多大な時間を要する作業である。

また、現行の介護支援業務の介護報酬では、介護保険の専任事務職員を雇用することは困難であり、ケアマネジャーが給付管理業務に多くの時間を割かざるをえない状況を生みだしている。

第三に、一人あたりのケアマネジャーが担当するケース数の多さをあげることができる。利用者のニーズを適切に把握し、ニーズにあったケアプランを作成、さらにフォローアップを行うには、ケアマネジャー一人当たりのケース数は、専任であっても30ケースから多くても50ケースが適切であるとされている。しかしながら、現実には一人のケアマネジャーが100以上のケースを担当している場合も報告されている。また、ケアマネジャーの半数以上が、ケアマネジャー業務専任ではなく、他の業務と兼任していることも指摘されている。

その背景には、先述したように、介護支援業務の報酬の低さがある。人件費や諸経費を捻出するためには、ケアマネジャーが多くのケースを担当せざるをえない。

第四に、ケアプラン実施後の業務に関する問題である。ケアマネジメントとは、利用者のニーズをアセスメントし、ケアプランを作成するにとどまらない。実際にサービスを提供する事業者との調整やケアプラン実施後のフォローアップなど、幅広くかつ継続的な業務も含まれている。しかしながら、ともすると給付管理業務が優先され、サービス事業者との綿密な調整やフォローアップを困難にしているものと考えられる。

最後に、ケアマネジャーの力量に関する問題をあげることができる。ケアマネジャーになるためには、保健医療福祉に関連する職種で一定の経験を持った者が、試験に合格することにより資格を取得することができる。

しかしながら、ケアマネジャーの資格を有する者の中には、在宅ケアにかかわる経験を有していない者も存在する。そして、ケアマネジャーの養成そのものが、介護保険を見越した促成栽培的なものであったことから、ケアマネジャーが利用者のニーズを把握するなどの力量を有していない者も多いことが予想される。

2) 自治体とケアマネジメント

このようにケアマネジメントをめぐるのは、さまざまな問題点が指摘されている。そのため、ケアマネジメントを適切にすすめるため、ケアマネジャーの資質の向上が求められている。しかしながら、ケアマネジメントを展開していく責任は、個々のケアマネジャーだけに帰するものではない。ケアマネジャーの所属する施設・機関の運営体制もケアマネジャーの業務に大きな影響を及ぼす。さらにはその施設・機関が存在する自治体のサービスの整備状況や連絡体制のあり方も、ケアマネジメントにかかわってくる。