

ただし、サービス提供に直接関連するケアマネジメントについては、自治体の責任は、法律的には明示されていない。したがって、自治体自身が居宅介護支援事業者とならない限り、サービスを提供するケアマネジメントには直接の責任を負わないものとなっている。

それゆえ、法律上は、自治体はケアマネジメントに対して、直接の責任は持たない。しかしながら、ケアマネジメントをめぐる状況を考慮すれば、ケアマネジメントを適切に実施する責任は、地方自治体に対しても同時に問われなければならないはずである。

しかしながら、介護保険を運営していくなかで、自治体がケアマネジメントの現状についていかなる認識を持ち、そのサポートのためにいかなる対策を実施しているかについては、十分に明らかにされてこなかった。

本報告は、以上のような問題意識から、自治体質問紙調査の分析を通して、自治体がケアマネジメント、なかでもケアプラン作成を行う上での問題点をいかに認識し、ケアプラン改善のためにいかなる対策を行っているかについて明らかにすることにより、ケアマネジメントに対する自治体のサポートのあり方について検討を行うことを目的としている。

(2) 研究の方法

調査対象は、全国の市町村及び特別区3252団体の介護保険担当である。調査の実施期間は、2000年12月11日から2001年1月31日であるが、その後に着した回答も本報告の分析の対象としている。回答数は、1361票で回収率は41.9%であった。

調査の項目については、第一点目として、ケアプランの作成状況にかかわる問題について探るために、7つの問題点について、それぞれ「かなり問題がある」「一部問題がある」「特に問題がない」「わからない」で評価を依頼した。

第二点目として、ケアプランの改善を図るための対策6点について、「すでに実施している」「今後実施したい」「実施は考えていない」で質問を行った。

分析の方法としては、人口規模によるクロス集計を実施した。人口規模によって、事業者の参入状況が変化するものと予想される。例えば、人口規模が大きいほど、多くのサービス事業者、特に営利法人が参入するものと考えられる。そのため、事業者間の競争や競合が生じ、ケアマネジメントに大きな影響を及ぼすことが予想されるためである。

調査の分析にあたっては、統計パッケージソフト SPSS Ver. 10を使用した。

(3) 結果と考察

1) ケアプラン作成における問題点

① 全体的な傾向

「ケアプラン作成における問題点」は、表1-5-1のとおりである。

「ケアプラン作成における問題点」のうち、「かなり問題がある」「一部ある」を合わせた回答が最も多かったものは、「オ. ケアマネジャーにとって給付管理業務の負担が大きすぎる」76.8%である。この項目については、「かなり問題がある」だけに関しても31.4%を示しており、給付管理業務の負

表1-5-1 ケアプラン作成における問題点

	実数 (%)				
	かなりある	一部ある	特にない	わからない	無回答
ア. 利用者の意向が、ケアプランに十分反映されていない	7(0.5)	275(20.2)	846(62.2)	198(14.5)	35(2.6)
イ. ケアマネジャーが、利用者のニーズを把握する力量に欠ける	24(1.8)	329(24.2)	784(57.6)	190(14.0)	34(2.5)
ウ. ケアマネジャーが、特定のサービス事業者のサービス利用を優先させている	39(2.9)	370(27.2)	742(54.5)	173(12.7)	37(2.7)
エ. ケアプラン作成時に、サービス事業者との調整が十分行われていない	18(1.3)	334(24.5)	839(61.6)	135(9.9)	35(2.6)
オ. ケアマネジャーにとって給付管理業務の負担が大きすぎる	427(31.4)	619(45.4)	170(12.5)	110(8.1)	35(2.6)
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	77(5.7)	546(40.1)	532(39.1)	171(12.6)	35(2.6)
キ. ケアマネジャーの一人当たり担当ケース数が多すぎる	215(15.8)	638(46.8)	353(25.9)	118(8.7)	37(2.7)

N=1362

担当が自治体職員にも大きく認識されていることがうかがわれる。

次いで「キ. ケアマネジャーの一人当たり担当ケース数が多すぎる」が「かなり問題がある」「一部ある」を合わせて、62.6%を占めている。ここでは、一人のケアマネジャーの担当するケース数については明らかになっていないが、自治体職員から見ても、ケアマネジャーが担当するケース数は多いものと思われる。

上位2つに比較すると「かなり問題がある」「一部問題がある」の合計は、やや下がるが、「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」が45.8%を占めている。これは、ケアマネジャーが給付管理業務等の業務負担が多いことや、担当ケースが多いために、ケアプラン実施後にサービスが利用者に提供することを定期的、あるいは必要に応じて、フォロー・アップすることが困難であることを示しているものと思われる。

そのほかの「ア. 利用者の意向が、ケアプランに十分反映されていない」「イ. ケアマネジャーが、利用者のニーズを把握する力量に欠ける」「ウ. ケアマネジャーが、特定のサービス事業者のサービス利用を優先させている」「エ. ケアプラン作成時に、サービス事業者との調整が十分行われていない」については、いずれも「かなり問題がある」「一部問題がある」を合わせても、2割から3割程度にとどまっている。

② 人口規模別の問題点

次に、人口規模ごとの分析を行った。カイ二乗検定の結果、すべての項目に有意差が見られた(表1-5-1ア～表1-5-1キ)。

「ア. 利用者の意向が、ケアプランに十分反映されていない」については、「かなり問題がある」と回答した自治体は、いずれの規模の自治体も1%以下と非常に少ない。「一部問題がある」と回答した自治体は、人口10万～30万人未満の自治体で33.1%と最も高く、次いで人口30万人以上の自治体

で30.3%と続いている（表1-5-1-ア）。

表1-5-1-ア 「ア. 利用者の意向が、ケアプランに十分反映されていない」×人口規模

	合計	かなりある	一部ある	特にない	わからない	無回答
5,000人未満	201(100.0)	2(1.0)	27(13.4)	146(72.6)	22(10.9)	4(2.0)
5,000～1万人未満	323(100.0)	2(0.6)	43(13.3)	230(71.2)	39(12.1)	9(2.8)
1万～3万人未満	369(100.0)	2(0.5)	80(21.7)	221(59.9)	56(15.1)	10(2.7)
3万～5万人未満	129(100.0)	1(0.8)	28(21.7)	76(58.9)	20(15.5)	4(3.1)
5万～10万人未満	140(100.0)	0(0.0)	36(25.7)	76(54.3)	25(17.9)	3(2.1)
10万～30万人未満	124(100.0)	0(0.0)	41(33.1)	63(50.8)	17(13.7)	3(2.4)
30万人以上	66(100.0)	0(0.0)	20(30.3)	25(37.9)	19(28.8)	2(3.0)
全 体	1361(100.0)	7(0.5)	275(20.2)	847(62.2)	198(14.5)	35(2.6)

P<.001

「イ. ケアマネジャーが、利用者のニーズを把握する力量に欠ける」については、人口30万人未満の自治体では、「かなり問題がある」「一部問題がある」を併せて、いずれも半数に満たないが、人口30万人以上の自治体では半数を超えている（表1-5-1-イ）。

表1-5-1-イ 「イ. ケアマネジャーが、利用者のニーズを把握する力量に欠ける」×人口規模

	合計	かなりある	一部ある	特にない	わからない	無回答
5,000人未満	201(100.0)	1(0.5)	21(10.4)	152(75.6)	23(11.4)	4(2.0)
5,000～1万人未満	323(100.0)	5(1.5)	50(15.5)	215(66.6)	44(13.6)	9(2.8)
1万～3万人未満	369(100.0)	6(1.6)	86(23.3)	221(59.9)	46(12.4)	10(2.7)
3万～5万人未満	129(100.0)	4(3.1)	37(28.7)	63(48.8)	22(17.1)	3(2.3)
5万～10万人未満	140(100.0)	2(1.4)	47(33.6)	62(44.3)	26(18.6)	3(2.4)
10万～30万人未満	124(100.0)	4(3.2)	49(39.5)	51(41.1)	17(13.7)	3(2.4)
30万人以上	66(100.0)	2(3.0)	36(54.5)	14(21.2)	12(18.2)	2(3.0)
全 体	1361(100.0)	24(1.8)	329(24.2)	784(57.6)	190(14.0)	34(2.5)

P<.001

その理由としては、人口が多くなるほど、参入している居宅介護事業者が増加し、ケアマネジャーの数も増加する。しかしながら、ケアマネジャーの養成が急務であったために、利用者のニーズを把握するなどのケアマネジャーの力量が必ずしも一定していないのではないかと考えられる。

特定の事業者による「囲い込み」につながる「ウ. ケアマネジャーが、特定のサービス事業者のサービス利用を優先させている」については、全体的には「かなり問題がある」「一部問題がある」をあわせて3割にとどまっていた。ただし、人口規模別に分析を行った場合、人口規模が多くなるにしたがって、「かなり問題がある」「一部問題がある」の回答が増加する傾向にある（表1-5-1-ウ）。

表1-5-1-ウ 「ウ.ケアマネジャーが、特定のサービス事業者のサービス利用を優先させている」×人口規模
実数 (%)

	合計	かなりある	一部ある	特にない	わからない	無回答
5,000人未満	201(100.0)	3(1.5)	20(10.0)	156(77.6)	18(9.0)	4(2.0)
5,000～1万人未満	323(100.0)	6(1.9)	69(21.4)	208(64.4)	31(9.6)	9(2.8)
1万～3万人未満	369(100.0)	14(3.8)	93(25.2)	203(55.0)	48(13.0)	11(3.0)
3万～5万人未満	129(100.0)	6(4.7)	49(38.0)	50(38.8)	21(16.3)	3(2.3)
5万～10万人未満	140(100.0)	4(2.9)	54(38.6)	53(37.9)	24(17.1)	5(3.6)
10万～30万人未満	124(100.0)	5(4.0)	51(41.1)	49(39.5)	16(12.9)	3(2.4)
30万人以上	66(100.0)	1(1.5)	32(48.5)	16(24.2)	15(22.7)	2(3.0)
全 体	1361(100.0)	39(2.9)	370(27.2)	742(54.5)	173(12.7)	37(2.7)

P<.001

特に、人口30万人以上の自治体では、「かなり問題がある」「一部問題がある」を合わせると半数を占めている。この原因として、人口規模が大きいほど、多数のサービス事業者が参入し、事業者間で競争が生じる。そのため、事業者の経営者や管理者が、ケアマネジャーに対して、所属事業者のサービスを優先してケアプランに組み込むように圧力をかけることが多くなるのではないだろうか。

「エ.ケアプラン作成時に、サービス事業者との調整が十分行われていない」については、人口30万人未満の自治体では、「かなり問題がある」「一部問題がある」を併せて、いずれも半数に満たないが、人口30万人以上の自治体では半数を超えている(表1-5-1-エ)。人口規模が大きく、多くの事業者が参入していると、ひとつのケアプランの中に複数の事業者によるサービスを組み込むことが多い。そのため、調整を複数のサービス事業者に対して行うことが求められるが、現実にはそれが困難であるためと考えられる。

表1-5-1-エ 「エ.ケアプラン作成時に、サービス事業者との調整が十分行われていない」×人口規模
実数 (%)

	合計	かなりある	一部ある	特にない	わからない	無回答
5,000人未満	201(100.0)	3(1.5)	25(12.4)	155(77.1)	14(7.0)	4(2.0)
5,000～1万人未満	323(100.0)	3(0.9)	52(16.1)	232(71.8)	27(8.4)	9(2.8)
1万～3万人未満	369(100.0)	0(0.0)	84(22.8)	238(64.5)	37(10.0)	10(2.7)
3万～5万人未満	129(100.0)	1(0.8)	43(33.3)	64(49.6)	17(13.2)	4(3.1)
5万～10万人未満	140(100.0)	5(3.6)	44(31.4)	68(48.6)	20(14.3)	3(2.1)
10万～30万人未満	124(100.0)	5(4.0)	48(38.7)	57(46.0)	11(8.9)	3(2.4)
30万人以上	66(100.0)	1(1.5)	34(51.5)	20(30.3)	9(13.6)	2(3.0)
全 体	1361(100.0)	18(1.3)	334(24.5)	839(61.7)	135(9.9)	35(2.8)

P<.001

「オ.ケアマネジャーにとって給付管理業務の負担が大きすぎる」は、「かなり問題がある」「一部問題がある」を併せて、いずれの自治体も7割を越えている。人口30万人以上の自治体で、「かなり問題がある」と回答した者が半数を超えている(表1-5-1-オ)。給付管理業務は、ケアプランに組み込まれた事業者の数に比例して増加していく。それゆえ、都市部において給付管理業務の負担

が特に指摘されているものと考えられる。

表1-5-1-オ 「ケアマネジャーにとって給付管理業務の負担が大きすぎる」×人口規模

実数 (%)

	合計	かなりある	一部ある	特にない	わからない	無回答
5,000人未満	201(100.0)	46(22.9)	96(47.8)	42(20.9)	14(7.0)	3(1.5)
5,000～1万人未満	323(100.0)	82(25.4)	146(45.2)	61(18.9)	24(7.4)	10(3.1)
1万～3万人未満	369(100.0)	111(30.1)	169(45.8)	43(11.7)	36(9.8)	10(2.7)
3万～5万人未満	129(100.0)	51(39.5)	57(44.2)	7(5.4)	11(8.5)	3(2.3)
5万～10万人未満	140(100.0)	48(34.3)	73(52.1)	4(2.9)	11(7.9)	4(2.9)
10万～30万人未満	124(100.0)	54(43.5)	50(40.3)	9(7.3)	8(6.5)	3(2.4)
30万人以上	66(100.0)	34(51.5)	22(33.3)	2(3.0)	6(9.1)	2(3.0)
全 体	1361(100.0)	427(31.4)	619(45.4)	170(12.5)	110(8.1)	35(2.6)

P<.001

「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」については、人口3万人未満の自治体では、「かなり問題がある」「一部問題がある」の合計が半数に満たないが、人口3万人以上の自治体では両者の合計が半数以上を占めている(表1-5-1-カ)。ケアプランが実際に適切に実施されているかを確認するよりも、ケアプランの作成や給付管理業務が優先せざるをえないことが窺われる。

表1-5-1-カ 「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」×人口規模

実数 (%)

	合計	かなりある	一部ある	特にない	わからない	無回答
5,000人未満	201(100.0)	10(5.0)	47(23.4)	123(61.2)	18(9.0)	3(1.5)
5,000～1万人未満	323(100.0)	14(4.3)	116(35.9)	155(48.0)	29(9.0)	9(2.8)
1万～3万人未満	369(100.0)	15(4.1)	146(39.6)	147(39.8)	50(13.5)	11(3.0)
3万～5万人未満	129(100.0)	15(11.6)	51(39.5)	36(27.9)	23(17.8)	4(3.1)
5万～10万人未満	140(100.0)	5(3.6)	79(56.4)	33(23.6)	20(14.3)	3(2.1)
10万～30万人未満	124(100.0)	13(10.5)	67(54.0)	25(20.2)	16(12.9)	3(2.4)
30万人以上	66(100.0)	5(7.6)	37(56.1)	8(12.1)	14(21.2)	2(3.0)
全 体	1361(100.0)	77(5.7)	546(40.1)	532(39.1)	171(12.6)	35(2.6)

P<.001

「キ. ケアマネジャーの一人当たり担当ケース数が多すぎる」については、いずれの自治体においても「かなり問題がある」「一部問題がある」と回答した者の割合が、半数を超え、ケアマネジャーにとってもっとも大きな問題と認識されている。特に人口規模が大きいほど、「かなり問題がある」「一部問題がある」を併せた回答が多くなる傾向を示している。(表1-5-1-キ)。人口規模が大きくなるほど、利用者数も増加するが、ケアマネジャーの数も増加する。にもかかわらず、人口規模が大きいほど、ケアマネジャーの担当ケース数の多さが指摘されている。これは、都市化がすすむほど、諸経費が高騰し、それらの諸経費を捻出するために、ひとりのケアマネジャーに多くのケースを担当させるのかもしれない。

表1-5-1-キ 「キ. ケアマネジャーの一人当たりの担当ケース量が多すぎる」×人口規模

実数 (%)

	合計	かなりある	一部ある	特にない	わからない	無回答
5,000人未満	201(100.0)	30(14.9)	90(44.8)	67(33.3)	11(5.5)	3(1.5)
5,000～1万人未満	323(100.0)	49(15.5)	134(41.5)	111(34.4)	19(5.9)	10(3.1)
1万～3万人未満	369(100.0)	49(13.3)	189(51.1)	86(23.3)	35(9.5)	10(2.7)
3万～5万人未満	129(100.0)	24(18.6)	63(48.8)	26(20.2)	12(9.3)	4(3.1)
5万～10万人未満	140(100.0)	30(21.4)	64(45.7)	25(17.9)	16(11.4)	5(3.6)
10万～30万人未満	124(100.0)	17(13.7)	68(54.8)	23(18.5)	13(10.5)	3(2.4)
30万人以上	66(100.0)	16(24.2)	25(37.9)	11(16.7)	12(18.2)	2(3.0)
全 体	1361(100.0)	215(15.8)	638(46.8)	353(25.9)	118(8.7)	37(2.7)

P<.001

2) ケアプラン改善のための対策

① 全体的な傾向

「ケアプラン改善のための対策」については、表1-5-2のとおりである。

表1-5-2 ケアプラン改善のための対策

実数 (%)

	すでに実施	実施したい	実施せず	無回答
ア. 介護支援事業者連絡会等を通して、必要な情報を提供する	824(60.5)	337(24.8)	159(11.7)	41(3.0)
イ. 不適切なケアプランについて、直接、事業者に改善指導をおこなう	221(16.2)	704(51.7)	371(27.3)	65(4.8)
ウ. 地域ケア会議や事例検討会などでの協議、調整によって改善をはかる	661(48.6)	558(41.0)	95(7.0)	47(3.5)
エ. 研修の強化等によりケアマネジャーの資質向上をはかる	562(41.3)	536(39.4)	212(15.6)	51(3.7)
オ. ケアプランの評価システムを導入する	18(1.3)	454(33.3)	825(60.6)	64(4.7)
カ. 必要な場合には、県に連絡・要請をおこなう	154(11.3)	753(55.3)	381(28.0)	73(5.4)

N=1361

「すでに実施している」対策としては、「ア. 介護支援事業者連絡会等を通して、必要な情報を提供する」が60.6%と半数を超えている。次いで、「ウ. 地域ケア会議や事例検討会などでの協議、調整によって改善をはかる」48.6%、「エ. 研修の強化等によりケアマネジャーの資質の向上を図る」41.3%となっている。介護支援事業者連絡会や地域ケア会議、研修など、時間と場所を設定した構造的な場において、ケアマネジャーらを招集して実施されるタイプの方策が実施されている傾向が強く見られている。

「今後実施したい」対策としては、「カ. 必要な場合には、県に連絡・要請をおこなう」が55.3%と最も多く、次いで「イ. 不適切なケアプランについて、直接事業者に改善指導をおこなう」が51.8%となっている。これは、現在実施されている連絡会や研修会の成果を踏まえながら、それらの連絡会や研修会では解決できない問題を改善指導や県への連絡要請と言った方法によって補足しようと試みているのかもしれない。

「オ. ケアプランの評価システムを導入する」については、「すでに実施している」が、1.3%、「今

後実施したい」が33.3%にとどまっている。ケアプランの評価システムは、ケアプランの質を評価する方策として注目を集めている、にもかかわらず、全項目中「現在実施している」の割合が最も低くなっている。この理由としては、ケアプランの質を評価するためには、評価の基準が設定されていることが前提であるが、その基準が必ずしも明確に定まっていなかったためではないかと考えられる。

② 人口規模別の対策

次に、自治体の人口規模別にカイ二乗検定を実施した。その結果、「ア. 介護支援事業者連絡会等を通して、必要な情報を提供する」「イ. 不適切なケアプランについて、直接、事業者に改善指導をおこなう」「エ. 研修の強化等によりケアマネジャーの資質向上をはかる」「カ. 必要な場合には、県に連絡・要請をおこなう」について有意差が見られた（表1-5-2ア～表1-5-2カ）。

「ア. 介護支援事業者連絡会等を通して、必要な情報を提供する」については、人口5万人以上の自治体では、「すでに実施している」との回答が、8割を越えているが、人口1万人未満の自治体では半数以下にとどまっている（表1-5-2ア）。

表1-5-2ア 「ア. 介護支援事業者連絡会等を通して、必要な情報を提供する」×人口規模
実数 (%)

	合計	すでに実施	実施したい	実施せず	無回答
5,000人未満	201(100.0)	77(38.3)	66(32.8)	53(26.4)	5(2.5)
5,000～1万人未満	323(100.0)	157(48.6)	102(31.6)	51(15.8)	13(4.0)
1万～3万人未満	369(100.0)	218(59.1)	104(28.2)	32(8.6)	15(4.1)
3万～5万人未満	129(100.0)	93(72.1)	19(14.7)	14(10.9)	3(2.3)
5万～10万人未満	140(100.0)	116(82.9)	17(12.1)	3(2.1)	4(2.9)
10万～30万人未満	124(100.0)	101(81.5)	18(14.5)	5(4.0)	0(0.0)
30万人以上	66(100.0)	55(83.3)	9(13.6)	1(1.5)	1(1.5)
全 体	1361(100.0)	824(60.6)	337(24.8)	159(11.7)	41(3.0)

P<.001

「イ. 不適切なケアプランについて、直接、事業者に改善指導をおこなう」については、「すでに実施している」と回答した者が、人口5万人以上の自治体では、いずれも2割を越えている。（表1-5-2イ）

表1-5-2イ 「イ. 不適切なケアプランについて、直接、事業者に改善指導をおこなう」×人口規模
実数 (%)

	合計	すでに実施	実施したい	実施せず	無回答
5,000人未満	201(100.0)	28(13.9)	92(45.8)	73(36.3)	8(4.0)
5,000～1万人未満	323(100.0)	31(9.6)	175(54.2)	95(29.4)	22(6.8)
1万～3万人未満	369(100.0)	60(16.3)	186(50.4)	104(28.1)	19(5.1)
3万～5万人未満	129(100.0)	22(17.1)	75(58.1)	29(22.5)	3(2.3)
5万～10万人未満	140(100.0)	36(25.7)	72(51.4)	25(17.9)	7(5.0)
10万～30万人未満	124(100.0)	27(21.8)	62(50.0)	33(26.6)	2(1.6)
30万人以上	66(100.0)	16(24.2)	36(54.5)	10(15.2)	4(6.1)
全 体	1361(100.0)	221(16.2)	704(51.7)	371(27.2)	65(4.8)

P<.001

表1-5-2-ウ 「ウ. 地域ケア会議や事例検討会などでの協議、調整によって改善をはかる」

実数 (%)

	合計	すでに実施	実施したい	実施せず	無回答
5,000人未満	201(100.0)	99(49.3)	74(36.8)	21(10.4)	7(3.5)
5,000～1万人未満	323(100.0)	165(51.1)	120(37.2)	21(6.5)	17(5.3)
1万～3万人未満	369(100.0)	177(48.0)	154(41.7)	26(7.0)	12(3.2)
3万～5万人未満	129(100.0)	63(48.8)	55(42.6)	8(6.2)	3(2.3)
5万～10万人未満	140(100.0)	66(47.1)	62(44.3)	7(5.0)	5(3.6)
10万～30万人未満	124(100.0)	57(46.0)	56(45.2)	10(8.1)	1(0.8)
30万人以上	66(100.0)	29(43.9)	34(51.5)	1(1.5)	2(3.0)
全 体	1361(100.0)	661(48.6)	558(41.0)	95(7.0)	47(3.5)

n.s

「エ. 研修の強化等によりケアマネジャーの資質向上をはかる」については、「すでに実施している」と回答した者は、いずれの自治体でも3割を越えているが、人口30万人以上の自治体で75.8%と特に高い割合を示している（表1-5-2-エ）。人口が多いほど、ケアマネジャー数が増加し、力量のばらつきがみられていくと予想される。そのばらつきを均一にし、ケアマネジャーの資質向上を

表1-5-2-エ 「エ. 研修の強化等により、ケアマネジャーの資質向上を図る」

実数 (%)

	合計	すでに実施	実施したい	実施せず	無回答
5,000人未満	201(100.0)	67(33.3)	81(40.3)	44(21.9)	9(4.5)
5,000～1万人未満	323(100.0)	123(38.1)	124(38.4)	61(18.9)	15(4.6)
1万～3万人未満	369(100.0)	132(35.8)	153(41.5)	67(18.1)	17(4.6)
3万～5万人未満	129(100.0)	57(44.2)	52(40.3)	17(13.2)	3(2.3)
5万～10万人未満	140(100.0)	74(52.9)	52(37.1)	10(7.1)	4(2.9)
10万～30万人未満	124(100.0)	55(44.4)	57(46.0)	11(8.9)	1(0.8)
30万人以上	66(100.0)	50(75.8)	13(19.7)	1(1.5)	2(3.0)
全 体	1361(100.0)	562(41.3)	536(39.4)	212(15.6)	51(3.7)

P<.001

表1-5-2-オ 「オ. ケアプランの評価システムを導入する」×人口規模

実数 (%)

	合計	すでに実施	実施したい	実施せず	無回答
5,000人未満	201(100.0)	2(1.0)	59(29.4)	134(66.7)	6(3.0)
5,000～1万人未満	323(100.0)	5(1.5)	109(33.7)	190(58.8)	19(5.9)
1万～3万人未満	369(100.0)	6(1.6)	118(32.0)	224(60.7)	21(5.7)
3万～5万人未満	129(100.0)	2(1.6)	44(34.1)	79(61.2)	4(3.1)
5万～10万人未満	140(100.0)	2(1.4)	52(37.1)	78(55.7)	8(5.7)
10万～30万人未満	124(100.0)	0(0.0)	43(34.7)	78(62.9)	3(2.4)
30万人以上	66(100.0)	1(1.5)	27(40.9)	35(53.0)	3(4.5)
全 体	1361(100.0)	18(1.3)	454(33.3)	825(60.6)	64(4.7)

n.s

はかることが、人口30万人以上の自治体で求められているのかもしれない。

「カ. 必要な場合には、県に連絡・要請をおこなう」については、人口10万人以上の自治体で2割を越えているが、人口10万人未満の自治体では1割前後にとどまっている（表1-5-2-カ）。

表1-5-2-カ 「カ. 必要な場合には、県に連絡・要請をおこなう」×人口規模

	合計	すでに実施	実施したい	実施せず	無回答
5,000人未満	201(100.0)	12(6.0)	88(43.8)	92(45.8)	9(4.5)
5,000～1万人未満	323(100.0)	19(5.9)	184(57.0)	99(30.7)	21(6.5)
1万～3万人未満	369(100.0)	46(12.5)	207(56.1)	93(25.2)	23(6.2)
3万～5万人未満	129(100.0)	13(10.1)	87(67.4)	24(18.6)	5(3.9)
5万～10万人未満	140(100.0)	19(13.6)	86(61.4)	28(20.0)	7(5.0)
10万～30万人未満	124(100.0)	29(23.4)	64(51.6)	28(22.6)	3(2.4)
30万人以上	66(100.0)	16(24.2)	30(45.5)	15(22.7)	5(7.6)
全 体	1361(100.0)	154(11.3)	753(55.3)	381(28.0)	73(5.4)

実数 (%)

P<.001

人口規模が大きくなるほど、介護事業者連絡会や研修会などのケアマネジャーを対象とした場を設ける傾向が強くなっている。これは、人口規模が大きくなるほど、居宅介護支援事業所数も増加し、自治体が個別的な指導を行うことが困難になるためと予想される。したがって、時間と場所を設定した構造的な場での対策を実施せざるをえないためではないかと考えられる。

（4）調査結果から示されるケアマネジメントをめぐる課題

調査の結果から示されたケアマネジメントをめぐる課題として、次の三点を示したい。

1）介護報酬の見直しと業務環境の整備

ケアマネジメントを取り巻く状況としては、担当ケース数や給付管理業務等の業務負担を軽減することが最優先の課題といえよう。そのためには、担当ケース数を一定限度に押さえる、ケアマネジャーがケアマネジメント業務を専任で行う、給付管理業務を担当する専任の事務職員を雇用するなどして、ケアマネジャーの業務負担を軽減する環境づくりが必要である。

そのためには、現行の介護支援業務に対する介護報酬の見直しを行い、財政的な裏付けを行うことが必要である。また、見守りなど現行の介護報酬に含まれていない業務についても、評価を行うことも検討すべきであろう。そのような業務の軽減を行うことで、ケアマネジャーがひとつひとつのケースに対して、じっくりと時間をかけ、事業者との調整やフォローアップなど、ケアマネジメントの質を向上していくことが可能になると考える。

また、現行の介護報酬に含まれていない業務についても、評価を行うことも検討すべきであろう。

2）日常業務を支援するツールの開発

本調査の結果からは、ケアプラン策定の改善策として、研修会や連絡会などの構造的な場面においてケアマネジャーに対するはたらきかけを行うかたちの対策が多く実施されていることが明らかにされた。研修会や連絡会を開催することで、ケアマネジャーの力量を高め、必要な情報を提供すること

は重要なことである。

さらに付け加えるならば、構造的な場面における対策を設けるのみならず、日常業務を支援することもケアマネジャーの業務負担を軽減するには有効であると考えられる。自治体によっては、ケアプラン策定の対策として、『社会資源ガイド』や情報提供書、マニュアル等を作成しているところも見られている。また、IT化をすすめることで、ケアプラン策定や給付管理業務がより効率的となる。今後は、自治体が果たすべきサポートとして、会議や研修といった構造的な場面の設定のみならず、ケアマネジメントの日常業務をサポートするツールの開発に携わることも一つと考える。

3) ケアマネジャーの中立性の確保

ケアプランを作成するにあたって、ケアマネジャーは、中立公正であるべきとされている。しかしながら、ケアマネジャーの多くは、民間の事業所に雇用されている。そのため、ケアプラン作成に際しては、所属事業所や関連事業所のサービスをケアプランに組み込まざるを得ない。本調査においても、特に自治体の人口規模が大きくなるほど、ケアマネジャーが特定のサービス事業者によるサービス利用を優先する傾向が現れていた。本来ケアプランは、利用者のニーズや希望に基づいて作成されるものである。

しかしながら、一スタッフであるケアマネジャーが所属事業所からの「囲い込み」の圧力をはねのけることは非常に困難である。ケアマネジャーが中立性を確保するために、自治体がケアプラン作成に関して指導や監査などの何からの、チェックを行うような介入が必要と言えるかもしれない。

また、利用者に対しても、サービスやケアプランの作成方法等の情報を、より分かりやすく提供することがより必要と思われる。多様なサービスの存在やケアプランの作成方法について理解を深める利用者や家族が多くなることで、ケアマネジャーや事業者が利用者「に選ばれる」ことを目指さざるをえなくなる。

なお本研究の限界として、問題点の認識が自治体職員によるものであり、実際にケアプランの作成を行っているケアマネジャーによるものではないことがある。今後は、ケアマネジャー自身、利用者や家族がケアプランに対する問題点の評価に関する調査を行うことで、ケアプラン作成をめぐる問題点と対策について検討を深めることとしたい。

【文献】

伊藤周平 (2000) 『検証 介護保険』 青木書店。

鏡論 (2001) 『自治体現場から見た介護保険 分権時代の高齢者福祉改革』 東京法令出版。

白澤政和 (1998) 『介護保険とケアマネジメント』 中央法規出版。

東京都介護支援専門員連絡会議 (2002) 『介護の質を向上させるために－支援会議からの提言 (報告書)』。

『月刊ケアマネジャー／特集 改めて業務範囲を考える』 2000年2月号、中央法規出版、pp.14-29。

『月刊ケアマネジャー／特集 西暦2000年の収支決算』 2000年3月号、中央法規出版、pp.14-29。

6. 広域連合等、介護保険の共同実施の状況

藤村正之

【要約】

ここでは、介護保険制度の開始にともなって各自治体で新たな取り組みとなっている、広域連合や一部事務組合の設立や業務などの概況について、調査結果を確認する。おおまかに言えば、全体の7割ほどの自治体で共同の行政処理の取り組みがおこなわれており、そのかなりの部分が要介護認定にかかわる調査や審査会などの運営であり、多くの自治体では他の一般施策での経験に基づいて、そのような連合がおこなわれている。介護保険をめぐる広域連合や一部事務組合は制度開始直後の試行錯誤を試みる中で次第に有効なものとなっていくであろうが、中でも市町村の自治体レベルごとや連携業務内容ごとに問題や課題が微妙に異なることを理解していくことが重要であろう。

介護保険制度の開始は、自らの自治体の資源と力量をどのように位置づけ、複数の自治体間の関係を行政や住民がどのように考え、再編成していくのか、いかないのかという問題を提起している。介護サービスの現場提供性の重要度、老人保健福祉領域での過去の実績、地方分権への大きな流れなどに基いて、住民にもっとも身近な行政単位である市町村が、介護保険の保険者として位置づけられている。しかし、現在、全国に3000以上存在するこれらの基礎自治体は、その空間的規模、各種資源の保有度、専門職員の量と質などにおいて、千差万別の条件をかかえている。そのことが、自治体間関係の再検討をうながしている。なぜなら、保険適用に関してさまざまな専門性に基づく判断が求められ、さまざまな制度や人材を自治体ごとに準備・工夫するのではなく、自治体間での共同の制度設定や実施による効率性を図ることが選択肢のあり方として求められているからである。他方で、分権化を志向する大きな流れは、本格的な自治体合併の問題をも浮上させてきており、自治体間を媒介するような制度や方法を模索するのか、それとも自治体の存在そのものを作り替えていくのか、その動向はきわめて流動的でもある。本稿では、介護保険の諸相を探る本プロジェクトの1テーマとして、介護保険運用にあたって進められた、広域連合や一部事務組合の設立や業務などの概況を確認しておくことにする。

まず、ここで主題となっている広域連合や一部事務組合は、既存の行政体とは別個の包括的な行政体や単一機能的な行政体などを新たに創設する方法と位置づけることができる。それらの方法は、それ自体が基礎自治体をこえた広域行政をおこなっている都道府県行政とも異なり、区域を拡大して一括的な行政体を作り出す市町村合併とも異なる共同的な事務処理の方法である。都道府県行政でも市町村合併でもないところで、このような広域連合や一部事務組合の成立がなされていくところが、広域行政の必要性という問題と基礎自治体のもつ独自の責務という問題とがすりあわされてくる接点でもある。

介護保険における広域的な保険運営の取り組みとしてどのようなものがあるか確認しておこう。従前もいくつかの行政領域における自治体間関係の組み方としてあったものが、「一部事務組合」の形態である。そこにおける共同事務はいくつかありうるが、保険者たることを共同運営とした場合、地

方自治法に基づいて設置された一部事務組合が保険者となり、保険財政を1つにして保険料水準を揃え、協力してサービス基盤の整備を進めるという例があがる。また、「広域連合」は1994年の地方自治法改正で制度化されたものであり、近年複数の自治体の連合の組み方として志向されてきている形態である。こちらの方式でも、地方自治法に基づいて設置された広域連合が保険者となることが例示でき、広域連合には一部事務組合より多くの権限が与えられている。また、介護保険では「市町村相互財政安定化事業」という方法も用意されており、介護保険法に基づき、複数の市町村で高齢者の保険料率を統一し、高齢者の保険料でまかなうべき給付費に応じて各市町村に配分する方式である。それでは、本調査の広域連合や一部事務組合に関する設問の結果を確認していこう。

広域連合などの手法を通じて共同的な行政処理をおこなっているかどうかを問うと、全体では「そのような取り組みをしている」ところが68.7%、「そのような取り組みはしていない」27.3%となる。回答をしてきた中で、ほぼ7割の自治体がそのような共同的な行政処理の方式を取り入れている。取り組みをしている中でのその方法は、「広域連合を組んでいる」18.3%、「一部事務組合を組んでいる」24.8%、「市町村相互財政安定化事業を実施している」0.3%、「協議会方式などで一部共同実施をしている」25.4%となる。一部事務組合、協議会方式などが2割強、広域連合も2割弱あり、自治体ごとに置かれる諸関係や資源配置の状況により、共同の行政処理がさまざまな方法で模索されていることがわかる（表1-6-1）。

表1-6-1 広域連合等による事業実施状況 × 区市町村 %

	合計	広域連合を組んでいる	一部事務組合を組んでいる	市町村相互財政安定化事業を実施	協議会方式などで一部共同実施	そのような取り組みはしていない	不明
全体	1361	18.3	24.8	0.3	25.4	27.3	4.0
区	16	-	-	-	-	81.3	18.8
市	428	8.4	13.6	-	15.7	56.3	6.1
町	736	21.5	28.7	0.4	32.1	14.8	2.6
村	180	30.0	37.8	0.6	23.9	4.4	3.3

これらの共同的な行政処理の方法を区市町村別にみるとどうか。おおまかにみれば、町村部と区市部とにおいて、志向性の大きな違いがある。そのような取り組みをしている自治体が町では83.6%、村では92.8%なのに対し、市では37.6%、区部では実数も少ないがそのような取り組みはおこなわれていない。町村部では8割以上の自治体取り組み、市部ではそれが4割弱にとどまることになる。介護保険での共同の事業実施という方式の必要性が、町村部に大きな影響を及ぼしていることが強くわかる。共同で取り組んでいる自治体が多い町村部において、町部では「広域連合を組んでいる」21.5%、「一部事務組合を組んでいる」28.7%、「協議会方式などで一部共同実施をしている」32.1%となるのに対し、村部では「広域連合を組んでいる」30.0%、「一部事務組合を組んでいる」37.8%、「協議会方式などで一部共同実施をしている」23.9%となる。村部では、自治体ごとに保有する各種資源の限界や効率化を図る意味で、とりわけ広域連合や一部事務組合など実態的な再編成を志向せざるをえない背景があるといえよう。逆に、町部では広域連合や一部事務組合の方式が存在しつつも、

協議会方式などの採用が村部よりは多くなっている（表1-6-1）。

広域連合や一部事務組合など共同的な行政処理のどのような方式を採っているかによって、要介護認定における認定調査の担当者の位置づけにどのような違いがあるのでしょうか。全体の傾向としては、共同的な行政処理の方式がどのようなものであるかによらず、認定調査を「委託しているが、自治体の職員もおこなっている」がもっとも多く、6割弱から7割強の数値となっている。そのなかでも比率がもっとも高いのは、「協議会方式などで一部共同実施をしている」での72.8%である。そのおおまかな傾向の中で、行政処理の方式ごとの特徴としては、「すべて委託している」は、「広域連合を組んでいる」で18.5%、「一部事務組合を組んでいる」で17.5%と他の方式より高くなっており、逆に「すべて自治体職員が行っている」は、「そのような取り組みはしていない」での18.3%がもっとも高くなっている。これらの認識の前提となっているであろうことを確認するならば、共同的な行政処理方式を採っている場合、それらの新たな共同組織でおこなわれている認定調査も自治体側からみて外部への委託と理解されている部分があるであろうということである（表1-6-2）。

表1-6-2 要介護認定調査の実施状況 × 広域連合等による事業実施状況 %

	合計	すべて委託	委託だが職員も実施	すべて職員が実施	不明
全体	1361	14.5	67.3	15.4	2.8
広域連合を組んでいる	249	18.5	58.2	14.1	9.2
一部事務組合を組んでいる	337	17.5	65.9	14.2	2.4
市町村相互財政安定化事業を実施	4	25.0	50.0	25.0	—
協議会方式等で一部共同実施	346	12.4	72.8	13.9	0.9
そのような取り組みはしていない	371	12.4	68.7	18.3	0.5

それでは、それらの共同的な行政処理のうち、広域連合と一部事務組合を組んでいる自治体に対して、その共同的な取り組みは介護保険での実施以前から組まれていたものであったかどうか問うてみた。それは、介護保険制度の開始が自治体間における共同の取り組みを一層促進したのか、それとも従来からの施策の中で形成されていた自治体間関係の枠組みの中に介護保険も取り入れられる形になったのかを明らかにしてみることになる。回答を全体でみれば、「介護保険ではじめて組んだ」16.2%、「介護保険以前から、他の社会保険・社会福祉関連施策のみで組んでいた」3.9%、「介護保険以前、他の社会保険・社会福祉関連施策では組んでいなかったが、他の一般施策では組んでいた」55.5%、「介護保険以前から、他の社会保険・社会福祉関連施策ならびに他の一般施策でも組んでいた」21.2%となった。一般施策で組んだ経験を持ち、社会福祉関係としては介護保険ではじめて共同の組み方をしたという自治体が5割強ともっとも多くなっている。また、介護保険での共同的な行政処理が自治体としてはじめて組んだ経験であるという自治体も2割弱というところであり、介護保険という制度が自治体間関係のネットワークの形成にあたえた影響が相当程度あることが理解できよう。なお、共同的な取り組みの組み方を市町村別でみると、「介護保険ではじめて組んだ」が市では10.6%、町では16.8%、村では18.9%となり、町や村になるほど共同的な行政処理そのものがはじめての経験であった比率が高くなっていく（表1-6-3）。

表1-6-3 介護保険実施前の連合状況 × 市町村

%

	合計	介護保険で初めて組んだ	施策のみで組んでいた	他の社会保険・福祉関連	他の一般施策では組んでいない	他の社会保険・福祉関連施策・一般施策で組んでいた	不明
全体	586	16.2	3.9	55.5	21.2	3.2	
市	94	10.6	4.3	56.4	24.5	4.3	
町	369	16.8	3.3	57.7	19.0	3.3	
村	122	18.9	5.7	47.5	25.4	2.5	

それでは、広域連合などの共同的な事務処理の方式において具体的におこなわれている業務はどのようなものであろうか。共同の事務処理をおこなっている自治体に限り、また複数回答を許したずねてみると、全体でもっとも多いのは、「介護認定審査会のみ共同設置」65.3%である。3分の2の自治体において介護認定審査会に限っての共同の取り組みがなされているということは、審査にあたっての医師など専門的判断をくださ人材を効率的に活用するという問題がもっとも緊要であるということをしめしていよう。これに続く比率としては、「要介護認定の共同実施」33.5%、「保険料の共通設定」13.4%、「保険財政の共同運営」12.2%などが高く、以下、「特養等の施設の共同運営」5.8%、「保険料の軽減」4.3%などがあがる。介護認定審査会のみ設置の数値よりは低くなっているが、要介護認定の共同実施が3割であり、利用者と接しつつ、公平で確実な判断が求められる介護認定が市町村にとってきわめて重要な課題となっていることがわらう（表1-6-4）。

表1-6-4 広域連合等で実施している業務（MA） ×市町村

%

	合計	要介護認定の共同実施	介護認定審査会のみ共同設置	居宅介護支援業務の共同実施	居宅サービスの提供	共同運営	特養等の施設の共同運営	保険料の共通設定	保険料の軽減	保険財政の共同運営	事業者育成への共同出資	その他
全体	927	33.5	65.3	1.5	1.2	5.8	13.4	4.3	12.2	1.3	4.6	
市	161	20.5	77.0	0.1	0.1	7.5	8.7	3.7	9.3	1.2	7.5	
町	604	35.1	64.1	1.8	1.2	4.3	15.6	5.1	14.1	1.5	4.3	
村	162	40.7	58.0	1.2	1.9	9.9	9.9	1.9	8.0	0.6	3.1	

これを市町村別にみても、「介護認定審査会のみ共同設置」は市で77.0%、町で64.1%、村で58.0%と市町村の順に低くなっていくのに対し、「要介護認定の共同実施」は市で20.5%、町で35.1%、村で40.7%と市町村の順に高くなっていく。一般的に地域が広範囲な割に人口が少ない町村部においては、介護認定審査会における専門家の効率的活用ばかりでなく、各世帯を訪問しておこなわれる要介護認定の調査員派遣などにおいても自治体間の共同の取り組みが切実な問題となっていることが理解できる。この他では、「保険料の共通設定」と「保険財政の共同運営」が町部において、各々15.6%、14.1%となっており、市や村より比率が高くなっているところが多少特徴的である（表1-6-4）。

また、共同的な事務処理の方式として具体的にどのような業務をおこなっているかごとに、要介護認定業務において改善すべき課題と考えているかをみてみよう。表では主な業務のみ取り上げているが、もっとも数の多い「介護認定審査会のみ共同設置」している自治体において他より比率の高い意見は、「かかりつけ医の意見書における記述をより適切なものにする事」51.2%、「二次判定において判定（変更）の一貫性が保たれるようにすること」39.9%である。これらで改善の意見が高く出ているということは、これらが介護認定審査会の判断に大きな影響をあたえている要因であるということをしめしてもいよう。他方、「保険料の共通設定」と「保険財政の共同運営」の業務をあげている自治体では、「訪問調査での実態把握をよりの確に行うこと」が他の業務方式をとっている自治体より高く、各々44.8%、48.4%となっている。また、「保険財政の共同運営」では「一次判定の方式（調査項目を含む）を改善すること」も73.7%と高い比率をしめしている。保険運営のほうで共同の処理方式をとっている自治体では、全体の動向を大きく規定する訪問調査や一次判定での改善課題を比較的重視しているということになる（表1-6-5）。

表1-6-5 要介護認定で必要な改善点（MA）× 広域連合等で実施している業務（MA）%

	合計	訪問調査の 的確把握	かかりつけ 医の意見書	改善 一次判定の	二次判定の 十分な審査	二次判定の 制約緩和	二次判定の 一貫性確保	その他	特に改善の 必要なし
全体	891	36.8	47.5	65.3	5.6	4.9	35.7	7.6	7.3
要介護認定の 共同実施	286	39.5	39.2	63.3	5.6	5.9	27.6	6.3	10.8
介護認定審査会 のみ共同設置	594	36.0	51.2	66.7	5.2	4.5	39.9	8.2	5.6
保険料の 共通設定	105	44.8	38.1	69.5	3.8	8.6	25.7	8.6	9.5
保険財政の 共同運営	95	48.4	40.0	73.7	4.2	8.4	25.3	10.5	9.5

以上、広域連合や一部事務組合の設立や業務などの概況について、調査結果を確認してきた。おおまかに言えば、全体の7割ほどの自治体で共同の行政処理の取り組みがおこなわれており、そのかなりの部分が要介護認定にかかわる調査や審査会などの運営であり、多くの自治体では他の一般施策での経験に基づいて、そのような連合がおこなわれている。介護保険をめぐる広域連合や一部事務組合は制度開始直後の試行錯誤をおこなう中で次第に有効なものとなっていくであろうが、その中でも市町村の自治体レベルごとや連携業務内容ごとに問題や課題が微妙に異なることが多少理解された。今後数年間、これらの課題は介護保険の運営を超えた市町村合併の問題と拮抗しつつ議論が進んでいくことになろう。

7. 介護サービスの質の確保と苦情解決の実施体制

－自治体の調査を中心に－

金 貞 任

【要約】

本研究は、介護保険サービス実施に伴って取り組まれている全国の自治体の介護サービスの質の確保策と苦情解決の実施体制に影響を与える要因を明らかにすることを目的とする。

相関関係の分析の結果、自治体の介護サービスの質の確保策には、人口学的要因、介護サービスの利用上の問題、介護サービスの普遍化、介護サービスの苦情の指標として用いた苦情件数が正の影響を与える要因として作用していた。しかし、苦情の内容として2番目に多かった「介護保険制度全般」は、介護サービスの質の確保策との間で負の相関関係を示していた。

自治体の苦情解決の実施体制の「計画を進行管理する委員会」「サービス事業者の連絡会」「市民」には、自治体の人口学的要因、介護サービスの利用上の問題、介護保険の普遍化の指標である外国語での情報提供、介護サービスの質の確保の指標が正の影響を与える要因として作用していた。しかし、介護サービスの苦情指標の「介護保険制度全般」は「計画を進行管理する委員会」との間で負の相関を示していた。

(1) 研究の目的

本研究の目的は、介護サービスの実施に伴って取り組まれている全国の自治体の介護サービスの質の確保策と苦情対策に影響を与える要因を分析することである。

日本では、世界に例を見ない勢いで人口の高齢化が進んでおり、高齢者人口の割合は2020年26.9%まで急増し、2030年に28.0%に達すると予測されている（厚生統計協会、2001）。この間、1997年には日本史上初めて高齢者人口が年少人口を上回り、2000年には年少人口14.7%、高齢者人口17.2%である。65歳以上のみの世帯は、大幅に増加し、2000年39.9%であり2.5世帯に1世帯が高齢者のみの世帯である（厚生労働省、2000）。このような状況の中で、在宅では、「老老介護」や「要介護高齢者虐待」という家族介護の限界が露呈してきており、高齢者の介護問題は老後の最大の不安要因になっている。高齢者介護の社会的支援が最も重要であることはもはや周知の事実である。

このような背景から、「21世紀福祉ビジョン」においては、誰もが介護を受けることができる新たな仕組みの構築が提言され、介護の社会化を目指し、1997年に介護保険法が制定され、2000年4月から実施されている。介護保険制度の導入は、1922年の健康保険法の制定、1961年の国民皆保険・皆国民年金の実現、1971年の児童手当法の制定、1982年の老人保健法の制定に並ぶ社会保障制度の重要な改革である。しかし、介護保険制度は、これらの社会保険制度と異なり、実施初年度から介護サービスの対象者として日本人のみならず永住外国人を含んだことに意義がある。

また、介護保険制度の導入にあたって、従来の福祉サービスのシステムと異なり、措置制度ではなく契約制度に依拠し、保険原理を導入することにより、利用者側の選択幅が拡大するなどサービス供給システムに関しても大きな改革が行われている。サービスの提供事業者側には、質の高いサービスの提供とともに、サービス利用者側に効率的で効果的なサービスを提供するための事業者間の連携体制が求められている。

しかし、介護保険制度は、介護サービスの利用者側の負担と介護サービスの利用への抵抗が、アクセスを阻害する要因として作用しているなど多様な問題がある。

以上のような現状にもかかわらず、自治体による介護サービスの質の確保と苦情解決への取り組みに影響を与える要因を明らかにした研究は皆無に近い。しかし、介護サービスの質の確保と苦情解決の取り組みへの影響要因を明らかにすることは、今後の在宅介護サービスの推進の方策を探るためにも重要であると考えられる。

(2) 調査の概要と分析方法

1) 調査の対象と調査期間

この点は、第1部の冒頭で述べているので省略する。

2) サービスの質の確保と苦情解決の実施体制に影響を与える要因

介護サービスは、医療と同様、自治体による質の管理が求められる。「質」とは、あるものをかたちづくっている内容のよしあしである（新国語辞典、1991）。介護の質の定義について、O'mally（1983；Phillips, 1990）は、虐待になる以前の最善策を縦断的に行なうことによって得られるものと定義し、「虐待」とは、身体的・情緒的支援が必要である者に対し介護者がケアを無視する異常の行動であると定義している。Phillips（1990）は、介護の質を、高齢者のニーズに応える程度としてのニーズの管理であると定義する。これらの概念に基づいて、介護サービスの質とは、要介護者のニーズにもとづいて提供されるサービスのよしあしであると定義する。

介護サービスの質の確保策に関して用いた指標は、1項目（施設や事業者のサービスに対して自治体独自で評価するシステムの実施）3選択肢（すでに実施している、検討中である、特に検討していない）から構成されている。高得点は、自治体が独自で介護の質の確保のため評価システムを実施していることを意味し、低得点は自治体が独自で介護の質の確保のため評価システムがないことを意味する。

介護保険に関する苦情対策の指標は、3項目（計画を進行管理する委員会、サービス事業者の連絡会、市民）5選択肢（プライバシー情報を除く全ての情報を報告、担当課で重要な点を要約した情報を報告、件数など統計的に処理したデータのみを報告、特に報告はしない、そのような委員会はない）から構成されている。高得点は、自治体がこれらの組織に苦情対策の情報を報告していることを意味し、低得点は、これらの組織に苦情対策の情報を報告していないことを意味する。

介護サービスの質の確保と苦情体制に影響を与えると考えられる指標として、自治体の人口学的指標、経済的指標、介護サービスの利用上の問題、介護サービスの普遍化、介護保険の苦情を用いた。それぞれの指標を用いる理由は次の通りである。

①自治体の人口学的指標

自治体の人口学的指標としては、区市町村の別、自治体の人口、介護保険第1号被保険者数、要支援・要介護者数を用いた。自治体の人口については、平岡（2001）がケアマネジャーの状況を人口階級別に分析し、人口階級別に分析することの有効性を明らかにしている。介護保険では、40歳以上の全国民から介護保険料を徴収するが、65歳以上の第1被保険者と40～64歳の第2被保険者の保険料と

では、その徴収方法や計算方法、金額などが自治体ごとに異なる。特に、問題になるのは65歳以上の人口の規模と要支援・要介護者の人口の規模である。自治体が介護保険の対策に取り組む時、自治体の人口規模の大小（特に第1号被保険者と要支援・要介護者）が介護サービスの質と苦情体制に重要な影響を与えると考えられる。

②経済的指標

自治体の経済的指標としては、在宅サービス事業費、施設サービス事業費、第1号被保険者の介護保険料の基準額を用いる。社会保障の財政的負担は、国家財政の重荷となっただけでなく、その負担が重くかかる中・上流階層にも大きな不満を生み出し、欧米における反福祉の保守政権の基盤を強化することともなった（隅谷、1991）。介護保険料額は、政令で定める基準に従って市町村が条例で定めているため、各市町村ごとに保険料が異なる。そのため、保険料の格差は、基本的には各市町村のサービス水準の格差によって生じることになる。一般的にサービスが整備されている地域では、保険料が高くなり、十分整備されていない地域では安くなる傾向がある（伊藤、2000：89）。北海道で、全国平均よりも高い保険料になっているのは、施設整備率が高いからである（横山、1999）。そのため、介護保険料が高い自治体は、介護サービスの質の確保と苦情体制を整備せざるを得ないと考えられる。

③介護サービスの利用上の問題

介護サービスの利用上の問題として、居宅サービスの尺度とケアマネジャーに関連する尺度を用いた。

居宅サービスの尺度は、9項目（「安いサービスに利用が集中」、「費用の負担が高いためサービスの利用を控える」など）3選択肢（「かなりある」、「一部ある」、「ほとんどない」）から構成されている。全ての項目を単純合計得点化した。得点の範囲は9～27点で、得点が高いほど居宅サービスの問題が多いことを示している。信頼性係数 α は.87で信頼性を示す値としては十分なものであると考えられる。所得水準にかかわらず要介護者には基礎的な介護サービスを提供することを前提としても、限られた資源の制約を前提とすれば、介護サービス利用者によるサービスの選択に当たって、そのコストの違いが利用するサービスに明確に反映される（八代、1999：185）。要介護度は6段階に分けて設定されており、要介護度に応じて具体的な介護サービス内容が決定されるが、サービス利用費用の1割は利用者側の自己負担になる。サービスの利用者側は、要介護度ごとにサービスを利用する権利があるにもかかわらず、自己の経済的条件に基づいてサービスを選択せざるを得ない。

ケアマネジャーに関連する尺度は、7項目（「利用者の意向がケアプランに十分反映されていない」、「ケアマネジャーの一人当たり担当ケース数が多すぎる、など」）3選択肢（「かなり問題がある」、「やや問題がある」、「とくに問題がない」）から構成されている。ケアマネジャーに関連する「ア. 費用（単価）の安いサービスに利用が集中しがちである」、「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」、「オ. 事業者側が利用者を選ぶ傾向が起きている」、「キ. 介護保険前に比べて、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」、「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」、「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る」の項目は、「かなりある」=3点、「一部ある」=2

点、「ほとんどない」= 1点として計算した。次の「ウ. 事業者間で割引による価格競争が起きている」、「介護保険の実施前に比べ、利用者の選択の幅が拡大した」、「カ. 競争によって、サービスの質が向上している」の項目は、「かなりある」= 1点、「一部ある」= 2点、「ほとんどない」= 3点として計算した。全ての項目を単純合計得点化し、得点の範囲は7~21点で、得点が高いほどケアマネジャーに関連する問題が多いことを示している。信頼性係数 α は.90で信頼性を示す値としては十分である。介護保険の特徴は、保険の仕組みとケアマネジャーの仕組みを組み合わせた点にある（小林、2001）。しかし、民間のケアマネジャーは、身分保障や労働条件が不安定である。そのため、複合的な事業体（施設サービスと在宅サービスを兼備）に勤務するケアマネジャーは、利用者（要支援・要介護者）の囲い込みを行い、ケアプランの作成上、勤務先の利益を優先し、利用者側にケアプランの同意を要する場合、利用者側はサービスについての十分な知識と情報を有していないため受動的に従うしかないとも言われる。したがって、自治体は、居宅サービスの利用上の問題が多いほど、ケアマネジャーに関連する問題が多いほど介護サービスの質の確保と苦情対策への取り組みを積極的に実施することが予想される。

④介護サービスの普遍化

介護保険によるサービスは、普遍主義的なサービスといわれているが、利用料を負担できないためにサービスを利用できない人がいれば普遍主義は実現しない。そこで、低所得対策への自治体の取り組みが重要になる。また、外国人の利用が阻害されないためには、情報の提供が重要である。

介護サービスの普遍化の指標は、4項目（「介護保険制度実施以前から高齢者施策によってホームヘルプサービスを利用していた者への利用料の負担軽減」、「障害者施策によってホームヘルプサービスを利用している者への利用料負担軽減」、「低所得の在宅・施設サービス利用者に対して利用者負担の減免を社会福祉法人が行なった場合、法人に対して行なう措置」、「在住外国人に介護説明会または情報提供」）2選択肢（「実施している」、「実施していない」）から構成されている。高得点は、サービスの質の確保と苦情の対策を実施していることを意味し、低得点はこれらを実施していないことを表わす。

低所得層の第1号被保険者の要支援・要介護者は、介護保険料に加えサービスの1割を自己負担をしないと介護サービスの利用から排除され、「利用抑制」をせざるを得ない。それに加え、介護保険実施以前のサービス利用者側は、介護保険の実施によりサービス対象者から外されるかサービス内容が削られる可能性が十分ある。介護保険が実施される以前、多くの都道府県では、家族介護手当事業を行ってきたが、介護保険では家族への手当は保険の給付対象外になっているため、この手当に当てている財源を新たな低所得者対策に組替えるべきである（八代、1999：72~73）。

介護保険において、以前の社会保険制度とは異なり、制度の開始段階から在住外国人を対象にしたのは、介護保険が普遍化を目指す保障として評価に値する。しがしながら、在住外国人は、日本語の理解不足などの要因から介護サービスの情報入手の困難などがあり、介護サービスの利用側から除外される場合があるので、自治体による十分な情報提供が求められるのである。

このような介護サービスの普遍化に積極的に取り組んでいる自治体は、介護サービスの質の確保と苦情対策に積極的に取り組むことが予想される。

⑤介護保険の苦情

介護保険制度の苦情の指標は、苦情件数と苦情内容を用いた。介護保険制度は、見切り発車のため不平・不満が噴出し、国民の保険制度への不信が高まり制度自体の破綻につながっていくことさえ予想されている（伊藤、2000：241～242）。自治体は、介護保険制度が破綻することを防ぐためにも、介護保険制度の苦情対策に積極的に取り組まなければならないと考えられる。

介護保険制度は、40歳以上の国民の介護保険料と介護サービスの利用者側の1割自己負担が義務づけられており、措置制度とは異なり契約制度にもとづいて運営されている。そのため、消費者としての意識の向上により、介護保険制度をめぐる苦情が噴出することが予想される。したがって、自治体における介護サービスの質の確保と苦情対応は、これまで以上に重要な課題になり、介護保険に関する苦情が多いほどサービスの質の確保と苦情解決に積極的に取り組まざるを得ないだろう。

4) 分析の方法

分析方法としては、まず、これらの諸要因に関する自治体の現状を明らかにするために単純集計を行なう。

次に、自治体の介護サービスの質の確保策と苦情解決への取り組みに影響を与える要因を究明するために相関関係の分析を行う。

(3) 分析の結果

1) 自治体の特性

調査対象の自治体の特徴は、次の表1-7-1のように、町が54.1%で最も多く、それに次いで市31.4%、村13.2%順であり、区が1.2%で最も少ない。

自治体の人口は、1万未満が38.5%で最も多く、それに次いで1万以上～3万未満が27.2%であり、10万以上も14.0%である。

要支援・要介護高齢者は、100人～300人未満が36.9%で最も多く、それに次いで300人～500人未満の順であるが、3000人以上と100人未満はそれぞれ8.1%、6.8%を占めている。

第1号被保険者の保険料は、最低額が1,533円、最高額が4,612円、その差は3,079円であり、2,500円～3,000円未満が5割を占め最も多く、3,000円～3,500円未満が2割強の順である。

介護保険について自治体が受け付けた苦情は、0件が3割強（37.2%）を占めており最も高く、1～5件が23.4%、6～20件18.3%順であるが、61件以上も10.9%を占めている。

受け付けた苦情の内容は、1番目に多かった苦情としては介護保険料が51.6%、サービス内容が6.2%の順である。2番目に多かった苦情は、制度全般が23.2%、要介護認定が22.0%である。3番目に多かった苦情としては、要介護認定に関する苦情が20.6%で最も多く、それに次いでサービス内容が17.6%である。受け付けた介護保険の苦情内容は、3番目に多かった内容が1番目と2番目に多かった内容と重なっていることがわかる。興味深いのは、1番目に多かった苦情の内容が介護保険料であるが、利用者負担については割合が低くなっていることである。すなわち、介護保険が実施され、サービス利用者の負担が重くサービスを控える傾向があるのではないかとということが懸念されたが、この割合をみる限り必ずしも、利用者の負担の重さが不満として表明されているとは言えない。