

第8分科会「福祉国家と福祉社会」報告原稿（配布資料）

福祉国家体制の再編と市場化——日本の介護保険を事例として

平岡 公一（お茶の水女子大学）

1. はじめに

社会サービスの供給体制の多元化と市場化が、福祉国家体制の再編の戦略の一つとして多くの先進諸国で用いられていることは、今日ではわが国でも広く知られるようになっており、そのような改革の方向が望ましいことであるかどうかについては、多くの議論が行われている（河野、1998；Johnson, 1999；宮本、1999）。しかしながら、そのような方向性をもつ改革が福祉国家体制の将来にとってもつ意味であるとか、多元化・市場化されたサービス供給体制が実際にどのように機能しているのかといった点の検討はまだ十分に行われていないように思われる。そもそも、そのような検討を行うための議論の枠組みそのものができあがっていないのではないだろうか。

このような問題意識から、報告者は、昨年「社会サービスの多元化と市場化」という論文をまとめて発表し（平岡、2000）、この問題に関する基本的な論点の整理を試みたが、本報告では、そこでの検討結果をもとに、特に「市場化」（すなわち、市場メカニズムの導入）の側面に焦点をあて、社会サービスの市場化を分析する際の基本的な視点を確認するとともに、市場化を目指す改革の一つと考えられている介護保険制度の導入を事例としてとりあげ、疑似市場論を介護保険制度のもとでの介護サービス供給システムの分析に活用する可能性をさぐってみたい。その際には、特に、介護サービスにおいて市場メカニズムが有効に働くことが望ましいという価値前提をおくことなしに、介護サービス供給システムの機能の分析のためのツールとして（モデルとして）、疑似市場論が活用可能であるかどうか注目するとともに、筆者が、昨年度から3カ年計画で取り組んでいる「介護サービス供給システムの再編の成果に関する評価研究」の一環として実施した全国の自治体に対する質問紙調査の結果、および自治体の事例調査の結果の一部も紹介することにしたい。

2. 市場化のレトリックやイデオロギーと市場化の現実の区別の必要性

報告者は、海外の福祉政策の動向をめぐる（主としてノン・アカデミックな）日本での論議では、市場化の進展の度合いが、誇張して伝えられることが少なくないと感じている。

スウェーデンにおいても、「1980年代末以降、疑似市場の導入が、公共部門の支配的な特徴となっている」（Blom, 2000, p.29）といわれ、対人社会サービスにおける民間部門からのサービス購入が拡大しているが、対人社会サービスにおいては、主流は自治体によるサービスの直接供給であり、また、「疑似市場」と呼ばれるものも、実際には、疑似市場の条件を満たしていない場合がある（Blom, 2000；Daatland, 1997）。最も体系的に市場化（と民営化）を進めようとしてイギリスの場合も、自治体によるサービス購入は必ずしも競争入札に基づくものではなく、利用者がサービス事業者を選択できる範囲も限定されている。1999年時点においても、入所施設の定員の17%が自治体直営である（Department of Health, 2000, Table R2）。

海外の福祉政策の動向に関する情報のゆがみの問題は別としても、一般的に、何らかの制度改革による市場化の実現の程度（あるいは予想される市場化の程度）が実際よりも過大に評価される傾向があるのにはそれなりの根拠がある。近年の先進諸国の政治状況のもとでは、市場化を目指す改革であると主張することは、改革の正統性を獲得する上で、有効であることが少なくないのである（Blom, 2000, p.30）。

3. 市場化と類似・関連概念の区別

市場化と多元化、民営化、自由化（規制緩和）、有料化といった類似・概念の区別も必要であり、これらの事象が、相互に関連して発生しがちであるとしても、論理的には独立した次元に属するものとみるべきである。近年、先進諸国で実施された社会サービスに関わる制度改革は、大雑把に言えば、このような概念で示される方向性に基づくものであるとしても、市場化、多元化、民営化、自由化（規制緩和）、有料化などのそれぞれの程度と、その組み合わせのパターンはさまざまである。

例えばイギリスの1990年代初頭のNHS改革を例に取ってみれば、「内部市場」の導入という限定された形で市場化を進めたものの、それは、有料化を伴わなかった。NHS病院等のNHSトラストへの移行は、民営化といえなくもないが、限定的な性格のものであった。わが国の介護保険の導入にともなう低所得層の利用者負担の引き上げは、市場化、多元化、民営化、自由化のいずれの論理からも引き出せることではない。逆にいけば、低所得層の利用者負担を大幅に軽減しても、市場化、多元化、民営化、自由化の方向性と矛盾するとはいえない。

4. 疑似市場の理論

疑似市場（quasi-market）の理論とは、公共サービスに市場メカニズムを導入した場合、そこで生まれる市場が、①供給サイドが、組織特性や行動原理の異なる多様な組織で構成されることになる、②需要サイドに対しては、保険財源を含む公的資金が相当程度投入される、③消費者に代わる第三者が、サービス購入の決定で重要な役割を果たすという点において、「疑似」的な性格のものにならざるを得ないという認識を前提にして、経済学の理論に基づいて、そのような疑似市場において、市場メカニズムが有効に機能する条件を明らかにし、また現実の疑似市場の作動の状況を分析するために開発された理論枠組みである（Le Grand and Bartlett, 1993; 駒村, 1995）。この理論については、すでにいくつかの論文でわが国にも紹介されており、報告者も別の論文（平岡, 2000）でとりあげたこともあるので、ここでは、ル・グランドとバートレットの『疑似市場と社会政策』（1993）に基づいて、いくつかのポイントだけに触れておこう。

疑似市場において市場メカニズムが有効に機能しているかどうかを評価する場合には、その評価の基準を示す必要があるが、ル・グランドとバートレットは、効率性、応答性（responsiveness）、選択の機会の保障、公平性をあげている。

市場メカニズムの有効に機能するための条件としては、次の5つの問題領域に関して、次の点があげられている。（Le Grand and Bartlett, 1993, pp.13-34; 平岡, 2000, pp.45~47）

- ① 市場構造……市場が十分競争的であるためには、サービスの購入者と供給組織の数が十分多いこと、市場への参入と市場からの退出が容易でなければならないこと、価格が需給に応じて柔軟に調整されることが重要。
- ② 情報……サービスについての十分な情報を購入者と供給組織の双方が容易に入手できることが重要
- 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。
- ④ 動機づけ……供給組織の行動が、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重要。

5. 疑似市場の理論と介護保険制度のもとでのサービス供給システムの設計：若干の論点の提示

続いて、疑似市場の理論を適用して、介護保険制度のもとでのサービス供給システムの分析を行う場合に、どのような論点があるのか、考えてみたい。そして、その際には、イギリスの対人社会サービスの供給システムとの比較も行ってみよう。というのも、疑似市場の理論は、イギリスの一

連の社会サービスの制度改革の特徴に即して、理論構築を行っているのであるが、イギリスの対人社会サービス供給システムと日本の介護サービス供給システムは、報告者の設定した類型（平岡、1998）でいえば、「サービス購入型」と「利用者補助型」、Blom（2000）の類型でいえば、「購入者－供給者モデル」と「利用者選択モデル」という違うタイプに属するものであるからである。

（1）市場構造

日本の介護サービス供給システムにおいては、本人・家族にサービスの選択権が与えられ、在宅サービスへの参入規制も緩和されたので、一般的に言うと、購入者と供給組織の数は、イギリスとの対比でいえば、十分多く、より市場が競争的になる傾向があるといえる。しかし、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。

ケアの継続性、生活の継続性という理念に立てば、特に施設サービスにおいては、退出に対する規制の撤廃は適当でなく、現に規制が行われている。

イギリスの場合と決定的に違う点は、日本の場合、中央政府によって、価格の上限規制が行われている点である。また、割引を行う場合にも一定の制約があり、価格への規制は強いといえる。措置制度のもとでは、需給バランスとはほとんど関係なしに措置費が決定されるしくみであったのに対して、現行制度のもとでは、中央政府は、需給バランスを考慮して、介護報酬額の設定を行うものと考えられるが、サービスの種類・内容への規制が強いことと合わせると、市場への政府の介入の範囲はかなり広いとみることができる。

（2）情報

情報の非対称性は、現段階ではかなり大きいが、今後、介護への人々の理解が進むにつれて、医療よりはずっと情報の非対称性は弱いものになるというのが一般的な見方かもしれない。しかし、実際には、現状では、供給組織の側も介護に関する専門知識をもっているとはいえない場合もあり、供給組織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、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不十分であり、そのことが政府が広範囲に介入して、市場制度の枠組み作りの役割を果たさざるを得ないことの根拠となっているという見方もできる。

しかし、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、日本の場合には、情報の非対称性は著しいといえるのであり、ケアマネジャーが、それを是正し、利用者が供給組織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。ところが、ケアマネジャーが、サービス供給組織に所属することも認められており、その場合には、情報の非対称性がいっそう拡大する可能性もある。それを是正するために、政府は、別の方法で市場にさらに介入せざるを得ないのである。

（3）取引費用と不確実性

利用者の側からみた場合、介護そのものに内在する不確実性（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））、および上述のような意味での介護について持ち合わせている情報の限界は、取引費用を高める要因であり、こ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。一方、ケアマネジャーによる情報提供やケアマネジメントの実施は、不確実性を低める役割を果たすことが期待される。

（4）動機づけ

非営利組織の中には、利潤動機がその活動の主たる動機になっていないものが数多くあるとみるべきであろう。サービス供給組織の経営者の動機づけや行動原理については、イギリスで Wistowら（Wistow et al., 1996）が行ったような聞き取り調査を行って明らかにする必要がある。

（5）クリーム・スキミング

現状では、要介護認定の方式自体でさえ未完成であるくらいなので、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容易ではないと考えられる。自治体ではなく、個人がサービスの購入者になる日本では、イギリスに比べて、クリーム・スキミングが発生しやすい状況にあるといっていだらう。そこで、それを防止するために規制に頼らざるを得ないという側面があるだろう。

(6) その他の論点

さらにもう二つ論点をあげておきたい。

一つは、要介護高齢者と家族（介護者）の間の利害の不一致の可能性についてである。家族社会学では、近年、家族間に愛情関係があることをアプリアリに前提にして家族間の利害対立を軽視する家族観は否定されている。高齢者虐待という極限的な場合を取り上げるまでもなく、介護者と本人の間で希望するサービスが異なる場合があることなどは経験的に明らかなことである。介護者と本人を、疑似市場において単一の行動主体のように扱うことの問題性も考慮すべきであろう。

もう一点は、ケアマネジャーの果たす役割の重要性と、その位置づけの曖昧さについてである。以上みてきたところでは、ケアマネジャーの行動は、疑似市場のメカニズムが有効に機能するかどうかを左右する重要な要因であることは確かであるが、介護サービスの供給システムのなかでの位置づけはあいまいであり、利用者の権利の擁護者、第三者購入者(the third-party purchaser)、サービス供給組織の利益の代弁者等のいずれにもなりうる位置にいる。

以上の議論は、疑似市場の理論を用いた分析のための出発点を示したものに過ぎず、筆者にとって、本格的な分析はこれからの課題である。このような分析を進めるためには、自治体単位、団体・組織単位、個人単位の量的・質的データを組み合わせて分析を進めていく必要があると考えられるが、次に6では、昨年度、報告者を代表者とする研究グループが実施した介護保険の実施状況に関する全国の市区に対する質問紙調査のデータ、及び大都市部の自治体の事例調査の結果から、介護サービスの疑似市場の状況に関してどのような知見が得られたかを紹介したい。

6. 介護サービスの疑似市場の状況：自治体の質問紙調査と事例調査の結果から

(1) 自治体質問紙調査¹の結果から

この調査は、2000年12月から2001年1月にかけて郵送法により実施した。調査対象は、全国の市町村および東京都の特別区(3,252団体)の介護保険担当課(係)であり、回答の記入は、担当課長の判断に基づいて担当課の職員が行うよう依頼した。ここで用いるデータは、1月31日までに調査票が返送されてきた自治体に関するものであり、有効票は、市・区部が425(61.2%)、町村部が878(34.3%)であった(平岡ほか、2001)。町村部の回収率が特に低かったため、ここでは、主として市・区部の集計結果をとりあげる。

表1には、「介護保険における居宅サービスにおいて、以下のような傾向がみられますか」という質問に対する回答結果を、市・区の人口規模別に示した。

まず、市場メカニズム導入のメリットとされてきたことに関する質問をみていくと、エの「利用者の選択の幅の拡大」については、「かなり」もしくは「一部」あるという回答が9割を越えており、人口規模が大きいほど「かなり」という回答の比率が高くなっている。

カの「競争によるサービスの質の向上」については、「わからない」が3割強と多く、「かなりある」は、1割を割っている。

ウの「事業者間の価格競争」については、人口規模と関わりなく、「ほとんどない」が圧倒的多数

¹ この調査は、報告者に加えて、以下の共同研究者の参加により行われた。武川正吾(東京大学)、藤村正之(武蔵大学)、鎮目真人(北星学園大学)、和気康太(明治学院大学)、高橋万由美(宇都宮大学)、吉原雅昭(大阪府立大学)、山井理恵(山野美容芸術短期大学)、平岡佐智子(青山学院女子短期大学)、藤沼敏子(総合研究大学院大学)、木下武徳(同志社大学)

を占めている。

以上みたところでは、選択の幅の拡大という制度設計上から予想された結果が生じたのは当然であるが、価格競争は起きておらず、サービスの質についても、必ずしも顕著な変化がみられないという結果になっている。

制度設計の欠陥として一部で批判の対象になっている「単価の低いサービスへの利用の集中」については、アの結果をみる限り、かならずしも広範にみられる現象ではないようである。

むしろ、制度設計上の問題として、自治体の担当課の関心を引いているのは、利用者負担の問題のようであり、イの結果では、7割近くの自治体が、「サービスの利用を控える傾向」がみられることを認めている。

オの「事業者側が利用者を選ぶ傾向」は、クリーム・スキミングにつながる現象であるが、これについては、3割弱の自治体が、その問題の存在を認めている。

情報の非対称性から生じると考えられる「質の悪いサービスによる利用者の不利益」については、8割が「ほとんどない」と答えており、深刻な問題とは認識されていないようである。ただし、30万人以上の都市では、「わからない」という回答が、24.6%と特に高く、大都市部において自治体がサービスの利用状況を十分把握できていないことがうかがわれる。

一方、5の(2)でとりあげた介護に関する共通理解の欠如に係わる問題といえる「消費者意識の行き過ぎ」については、区の結果をみると、人口規模が大きくなるにつれて、「一部ある」という回答の比率が、急激に増加している点が注目される。

ケの「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」については、小都市、特に人口3万から5万の都市で目立っている。その具体的な内容は明らかでないが、事業不振による営利的事業者の撤退が、この規模の都市で多く発生したのではないかと想像される。

以上の点からみると、市場化批判の論拠としてよくあげられてきた「質の悪いサービスによる不利益」については、今のところ、特に問題になっていないという状況である。むしろ「事業者による利用者の選択」「供給体制の不安定」が、一部の地域とはいえ、問題化しているといえるようである。

ただし、以上の結果は、あくまで自治体の担当課の認識に基づくものであり、それと、実際に地域の実際の状況の間にズレがないかどうかは、事例調査と、その他の資料を用いて検証していかなければならないと考えている。

なお、表2には、5において疑似市場の作動のあり方に大きな影響を及ぼすと考えられるケアマネジメントの状況について、「貴自治体の管内でのケアプランの作成状況に関して、どのような問題がありますか」という質問文によって尋ねた結果を示してある。

その結果の詳細の解説は、ここでは省略するが、「利用者の意向が、ケアプランに十分に反映されていない」「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」という現象が広範に起きていることがうかがわれる結果となっており、ケアマネジメントが、情報の非対称性の問題を解決する役割を十分に果たしていないことが明らかになっている。ただし、これも、自治体担当課の判断に基づく回答の結果であり、詳細な聞き取り調査等により、その妥当性を検証する必要がある。

(2) 自治体事例調査²の結果から

² この調査は、報告者に加えて、以下の共同研究者の参加により行われた。武川正吾（東京大学）、武智秀之（中央大学）、高橋万由美（宇都宮大学）、吉原雅昭（大阪府立大学）、山井理恵（山野美容芸術短期大学）、中根真（関西福祉大学）、森川美絵（東京都立大学）、藤沼敏子（総合研究大学院大学）、鍋山祥子（山口大学）、村山浩一郎（一橋大学）、木下武徳（同志社大学）

この研究プロジェクトでは、自治体質問紙調査と合わせて、介護保険制度の実施状況や介護サービスの供給・利用状況についてより立ち入った分析を行うために、首都圏・関西圏の自治体の事例調査を実施した。2000年度の報告書では、A市・B市・C市・D市について、介護保険以前のサービス供給体制、介護保険実施体制、介護保険実施に伴うサービス供給量・利用割合の変化を中心に中間報告をまとめた。以下に、いくつかのポイントだけを紹介する(平岡ほか、2001、16～18頁)。

サービス供給量 どの自治体でも、介護保険実施後、在宅サービスの供給量が全般に増加する傾向がみられるが、増加の程度は、サービスの種類や要介護度によって異なる。もともとサービス水準が高く、利用者負担の減免を行っているA市では、要介護度が高いほど利用割合が高い傾向がみられるが、むしろ要介護度が低い層で利用割合(=利用単位/利用限度単位)が高い自治体もある。

福祉ミックスの変化 どの自治体でも営利事業者等の新規参入がみられるが、介護保険実施時に、それまで利用していたサービスをそのまま続けることを前提にケアプランが作成される傾向が強かったため、今のところ、既存の事業者のシェアが減少する傾向はみられない。営利事業者やNPOの活発な参入がみられない地域では、社会福祉協議会や福祉公社等の既存の事業者による寡占に近い状況もみられる。

ケアマネジメントの実施体制と連携・調整 ケアマネジメントの実施とサービスの連携・調整の課題への対応のあり方は、さまざまであるが、介護保険実施前のサービス供給体制、およびケアマネジメント、連携・調整の実施体制に影響されるところが大きいという傾向がみられる。介護保険実施前に、在宅介護支援センターを拠点とするサービス供給、およびケアマネジメントと連携・調整の実施体制を整備してきた自治体では、現在までのところ、おおむねその体制が維持されているといつてよい。

7. おわりに

1) 本報告の基本的な問題意識は、市場化そのものを批判したり、介護サービスにおいて市場メカニズムを有効に機能させるための方途を探ることではなく、市場化(市場メカニズムの導入)の名の下で実施された改革によって生み出された社会サービスの供給システムが、どの程度、またどのような意味において「市場」的な性格のものであるのかを実証的に分析することの必要性と可能性と有用性を明らかにしたいということであった。本報告は、そのような問題意識の提示にとどまっているが、介護保険制度のもとでの介護サービス供給システムの調査研究に取り組む中で、その分析のために有効な枠組み、方法を見出していきたいと考えている。

2) その分析の視点に関して一つだけここで指摘したいことは、介護(サービス)の概念を、普遍的・固定的なものにとらえて、その性質について論じるのは妥当でないということである。むしろ、ここ数十年間の介護をめぐる政策展開のなかで、介護(サービス)の概念は、政策的に構築されてきたのであり、介護に関わる諸現象の一部が切り取られて介護(サービス)と名付けられたのだという視点が重要であろう。そのような意味において、介護の概念は国際的にも同一ではなく、また今後の政策展開のなかで変わってくる可能性がある。

3) 報告者は、介護をすべて市場化することはとうてい無理であり、また、フォーマル(ケア)化することさえ限界があると考えている。また、介護保険制度のもとでも、介護保険サービスを補完する公的なサービスやボランティアなサービス、あるいは住宅対策等の関連施策の重要性が明らかになり、介護保険サービスとそれらのサービス・施策との連携や一体的提供の必要性が明らかになっている。そのようなことをふまえると、介護サービス供給システム全体を「疑似市場」として概念化することは不適切であり、疑似市場システム的なサブ・システムを含む計画システムとして概念化することが必要だと考えている。しかし、他方で、介護サービスの市場の作動のメカニズムについての政策担当者の理解の不足により、意図に反して効率性を低めるような政策的介入(あるいは不介入)を行うことは、避けることが望ましい。介護サービスにおいて市場メカニズムを有効に

機能させるための方途を明らかにすることを目的として行われる経済学的なアプローチの研究は、その観点からみると有用であり、そのような研究の成果は十分活用される必要がある。

【文献】

- Blom, Bjorn (2001) "The Personal Social Services in a Swedish Quasi-market Context", Policy and Politics, Vol.29, No.1, pp.29-42.
- Daatland, S. O. (1997) "Welfare Policies for Older People in Transition? Emerging Trends and Comparative Perspectives", Scandinavian Journal of Social Welfare, 6, pp.153-161.
- Department of Health (2000) Community Care Statistics 1999: Residential Personal Social Services for Adults.
- 平岡公一 (1998) 「介護保険体制の創設と福祉国家体制の再編——論点の整理と分析視角の提示」『社会学評論』第 49 卷第 3 号、389～406 頁。
- 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。
- 平岡公一・武川正吾・武智秀之・鎮目真人 (2001) 『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 平成 12 年度総括・分担研究報告書』お茶の水女子大学文教育学部応用社会学講座。(この報告書の入手を希望される方は、平岡まで、メール等でご一報ください。)
- Johnson, Norman (1999) Mixed Economies of Welfare: A Comparative Perspective, Prentice Hall Europe.
- 駒村康平 (1995) 「英国における社会サービスへの市場メカニズム導入政策の研究体系」『海外社会保障情報』No.112
- 駒村康平 (1999) 「介護保険、社会福祉基礎構造改革と準市場原理」『季刊社会保障研究』第 35 卷第 3 号、276～284 頁。
- 河野真 (1998) 「福祉多元主義のゆくえ：利用者主体の福祉改革と新自由主義的改革の動向をめぐって」『季刊社会保障研究』第 34 卷第 3 号、268～280 頁。
- Le Grand, Julian and Will Bartlett (ed.) (1993) Quasi-Markets and Social Policy, The Macmillan Press.
- 宮本太郎 (1999) 「福祉国家の世紀と政治学——新しい福祉政治へ」『20 世紀の政治学』岩波書店、35～52 頁。
- 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。
- Wistow, Gerald, Martin Knapp, Brian Hardy et al. (ed.) (1996) Social Care Markets ----- Progress and Prospects, Open University Press,

(注記) 本報告は、平成 12 年度厚生科学研究費補助金・政策科学推進研究事業による研究助成を受けて実施した「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」(主任研究者 平岡公一 H12-政策-011) の研究成果の一部である。

(連絡先) お茶の水女子大学文教育学部社会学研究室 平岡公一

112-8610 東京都文京区大塚 2-1-1

電話・fax 03-5978-5246 メール hiraokak@cc.ocha.ac.jp

表1. 各市・区における介護サービスの利用、供給状況(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
ア.費用(単価)の安いサービスに利用が集中しがちである					
3万人未満	5.6	30.6	50.0	13.9	100.0 (N=36)
3万人以上5万人未満	2.7	26.0	53.4	17.8	100.0 (N=73)
5万人以上10万人未満	0.8	29.9	47.2	22.0	100.0 (N=127)
10万人以上30万人未満	2.6	33.3	37.6	26.5	100.0 (N=117)
30万人以上	—	31.1	37.7	31.1	100.0 (N=61)
合計	1.9	30.4	44.4	23.2	100.0 (N=414)
(参考)町村部	2.0	25.5	56.0	16.6	100.0 (N=859)
イ.利用者負担が高いためサービスの利用を控える傾向がある					
3万人未満	—	66.7	25.0	8.3	100.0 (N=36)
3万人以上5万人未満	4.1	73.0	16.2	6.8	100.0 (N=74)
5万人以上10万人未満	1.6	64.1	24.2	10.2	100.0 (N=128)
10万人以上30万人未満	2.6	67.5	19.7	10.3	100.0 (N=117)
30万人以上	1.6	70.5	11.5	16.4	100.0 (N=61)
合計	2.2	67.8	19.7	10.3	100.0 (N=416)
(参考)町村部	5.9	62.3	25.3	6.4	100.0 (N=860)
ウ.事業者間で割引による価格競争が起きている					
3万人未満	—	2.8	91.7	5.6	100.0 (N=36)
3万人以上5万人未満	—	5.5	86.3	8.2	100.0 (N=73)
5万人以上10万人未満	—	3.1	88.3	8.6	100.0 (N=128)
10万人以上30万人未満	—	1.7	88.9	9.4	100.0 (N=117)
30万人以上	—	3.3	78.7	18.0	100.0 (N=61)
合計	—	3.1	87.0	9.9	100.0 (N=415)
(参考)町村部	—	3.4	85.4	11.2	100.0 (N=857)
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					
3万人未満	33.3	47.2	11.1	8.3	100.0 (N=36)
3万人以上5万人未満	47.3	48.6	4.1	—	100.0 (N=74)
5万人以上10万人未満	48.4	44.4	4.0	3.2	100.0 (N=126)
10万人以上30万人未満	49.6	42.7	3.4	4.3	100.0 (N=117)
30万人以上	54.1	34.4	1.6	9.8	100.0 (N=61)
合計	48.1	43.5	4.1	4.3	100.0 (N=414)
(参考)町村部	28.2	51.5	16.6	3.7	100.0 (N=862)
オ.事業者側が利用者を選ぶ傾向が起きている					
3万人未満	2.8	13.9	72.2	11.1	100.0 (N=36)
3万人以上5万人未満	2.7	28.8	56.2	12.3	100.0 (N=73)
5万人以上10万人未満	3.1	29.7	47.7	19.5	100.0 (N=128)
10万人以上30万人未満	—	29.9	56.4	13.7	100.0 (N=117)
30万人以上	—	31.1	47.5	21.3	100.0 (N=61)
合計	1.7	28.4	53.7	16.1	100.0 (N=415)
(参考)町村部	0.9	22.4	62.9	13.5	100.0 (N=862)

	かなり ある	一部あ る	ほとんどな い	わから ない	合計
カ.競争によってサービスの質が向上している					
3万人未満	2.8	36.1	33.3	27.8	100.0 (N=36)
3万人以上5万人未満	10.8	44.6	16.2	28.4	100.0 (N=74)
5万人以上10万人未満	7.0	51.2	17.8	24.0	100.0 (N=129)
10万人以上30万人未満	7.8	48.3	5.2	38.8	100.0 (N=116)
30万人以上	8.3	41.7	5.0	45.0	100.0 (N=60)
合計	7.7	46.5	13.5	32.3	100.0 (N=415)
(参考)町村部	5.0	37.3	34.7	23.1	100.0 (N=859)
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					
3万人未満	-	2.8	91.7	5.6	100.0 (N=36)
3万人以上5万人未満	-	4.1	80.8	15.1	100.0 (N=73)
5万人以上10万人未満	-	5.5	82.8	11.7	100.0 (N=128)
10万人以上30万人未満	-	11.1	80.3	8.5	100.0 (N=117)
30万人以上	-	9.8	65.6	24.6	100.0 (N=61)
合計	-	7.2	80.0	12.8	100.0 (N=415)
(参考)町村部	0.1	5.8	83.5	10.5	100.0 (N=857)
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					
3万人未満	-	36.1	58.3	5.6	100.0 (N=36)
3万人以上5万人未満	-	39.7	45.2	15.1	100.0 (N=73)
5万人以上10万人未満	-	35.9	46.9	17.2	100.0 (N=128)
10万人以上30万人未満	-	46.2	45.3	8.5	100.0 (N=117)
30万人以上	-	75.0	15.0	10.0	100.0 (N=60)
合計	-	45.2	42.5	12.3	100.0 (N=414)
(参考)町村部	0.3	30.4	60.3	9.0	100.0 (N=858)
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					
3万人未満	2.8	19.4	77.8	-	100.0 (N=36)
3万人以上5万人未満	-	31.5	65.8	2.7	100.0 (N=73)
5万人以上10万人未満	-	12.4	83.7	3.9	100.0 (N=129)
10万人以上30万人未満	-	12.1	87.1	0.9	100.0 (N=116)
30万人以上	-	4.9	91.8	3.3	100.0 (N=61)
合計	0.2	15.2	82.2	2.4	100.0 (N=415)
(参考)町村部	0.2	8.5	89.1	2.2	100.0 (N=861)

注:無回答のケースは除外して集計した。

表2. 各区・市におけるケアプランの作成状況の問題点(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
ア.利用者の意向が、ケアプランに十分反映されていない					
3万人未満	—	22.9	57.1	20.0	100.0 (N=35)
3万人以上5万人未満	1.4	27.4	56.2	15.1	100.0 (N=73)
5万人以上10万人未満	—	27.6	53.5	18.9	100.0 (N=127)
10万人以上30万人未満	—	34.2	51.3	14.5	100.0 (N=117)
30万人以上	—	32.3	37.1	30.6	100.0 (N=62)
合計	0.2	29.7	51.2	18.8	100.0 (N=414)
(参考)町村部	0.6	16.4	69.8	13.2	100.0 (N=855)
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					
3万人未満	—	27.8	61.1	11.1	100.0 (N=36)
3万人以上5万人未満	2.7	32.9	46.6	17.8	100.0 (N=73)
5万人以上10万人未満	1.6	36.2	42.5	19.7	100.0 (N=127)
10万人以上30万人未満	3.4	40.2	41.9	14.5	100.0 (N=117)
30万人以上	3.2	54.8	22.6	19.4	100.0 (N=62)
合計	2.4	38.8	41.7	17.1	100.0 (N=415)
(参考)町村部	1.4	17.9	67.4	13.3	100.0 (N=855)
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					
3万人未満	2.8	22.2	63.9	11.1	100.0 (N=36)
3万人以上5万人未満	5.5	45.2	34.2	15.1	100.0 (N=73)
5万人以上10万人未満	3.2	41.3	37.3	18.3	100.0 (N=126)
10万人以上30万人未満	4.3	41.9	40.2	13.7	100.0 (N=117)
30万人以上	1.6	50.0	24.2	24.2	100.0 (N=62)
合計	3.6	41.8	37.9	16.7	100.0 (N=414)
(参考)町村部	2.6	21.2	65.1	11.1	100.0 (N=853)
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					
3万人未満	—	22.2	69.4	8.3	100.0 (N=36)
3万人以上5万人未満	1.4	32.9	50.7	15.1	100.0 (N=73)
5万人以上10万人未満	3.9	33.9	47.2	15.0	100.0 (N=127)
10万人以上30万人未満	4.3	39.3	47.9	8.5	100.0 (N=117)
30万人以上	1.6	53.2	30.6	14.5	100.0 (N=62)
合計	2.9	37.1	47.5	12.5	100.0 (N=415)
(参考)町村部	0.7	19.6	71.0	8.8	100.0 (N=854)
オ.ケアマネジャー給付管理業務の負担が大きすぎ					
3万人未満	27.8	52.8	11.1	8.3	100.0 (N=36)
3万人以上5万人未満	42.5	42.5	5.5	9.6	100.0 (N=73)
5万人以上10万人未満	35.4	53.5	3.1	7.9	100.0 (N=127)
10万人以上30万人未満	43.6	41.9	7.7	6.8	100.0 (N=117)
30万人以上	54.8	32.3	3.2	9.7	100.0 (N=62)
合計	41.2	45.1	5.5	8.2	100.0 (N=415)
(参考)町村部	28.0	47.1	16.6	8.3	100.0 (N=854)
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					
3万人未満	—	44.4	44.4	11.1	100.0 (N=36)
3万人以上5万人未満	15.1	46.6	21.9	16.4	100.0 (N=73)
5万人以上10万人未満	3.9	57.5	23.6	15.0	100.0 (N=127)
10万人以上30万人未満	11.1	53.8	21.4	13.7	100.0 (N=117)
30万人以上	8.1	58.1	11.3	22.6	100.0 (N=62)
合計	8.2	53.5	22.7	15.7	100.0 (N=415)
(参考)町村部	4.6	35.5	48.4	11.6	100.0 (N=854)
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					
3万人未満	19.4	44.4	27.8	8.3	100.0 (N=36)
3万人以上5万人未満	19.2	49.3	20.5	11.0	100.0 (N=73)
5万人以上10万人未満	22.4	47.2	18.4	12.0	100.0 (N=125)
10万人以上30万人未満	12.8	56.4	19.7	11.1	100.0 (N=117)
30万人以上	25.8	38.7	16.1	19.4	100.0 (N=62)
合計	19.4	48.7	19.6	12.3	100.0 (N=413)
(参考)町村部	14.8	48.0	29.7	7.5	100.0 (N=854)

注:無回答のケースは除外して集計した。

介護保険実施に伴う介護サービスの変化に関する調査 調査結果の概要(改訂版)

この「調査結果の概要(改訂版)」は、昨年度(平成12年度)の研究報告書に収載した「調査結果の概要」の改訂版であり、平成13年2月1日以降に調査票が返送されてきた58ケース(団体)のデータを追加して、集計し直した結果をまとめたものである。

I. 調査の概要

(1) 調査の目的

本調査は、各市町村の介護保険制度の実施状況及び、制度実施にともなうサービスの利用状況や事業者の活動状況の変化、あるいは市町村行政の役割の変化について情報を収集・分析し、主に介護サービスの供給及び利用という面に関して、介護保険制度実施の成果と今後の課題を明らかにするものである。

(2) 調査方法

- ・ 全国の各自治体に郵送配布、郵送回収
- ・ 督促2回

(3) 調査対象者

- ・ 全国3,252市区町村の介護保険課または介護保険担当

(4) 実査期間

- ・ 平成12年12月11日～平成13年1月31日

(5) 回収数と回収率

- ・ 対象者数 (A) : 3,252 自治体
- ・ 自治体有効回収数 (B) : 1,361 自治体
- ・ 回収率 (C) : 41.9%

$$\text{※} C = B / A \times 100$$

(6) 報告書のみかた

- ・ 本報告書における図表の掲載にあたっては、調査票の文言を一部簡略化している場合がある。
- ・ 本文中に掲載したクロス集計表の単位は、特にことわりのない限り百分比 (%) を意味している。
- ・ 百分比 (%) は小数点第2位以下を四捨五入しているため、合計が100%にならない場合がある。

Ⅱ. 調査結果

1. 基本属性

(1) 人口規模

問2 貴自治体の平成12年1月1日現在の人口は、どのくらいですか。

図表 人口規模(SA)

	合計	5,000人未満	5,000人以上1万人未満	1万人以上3万人未満	3万人以上5万人未満	5万人以上10万人未満	10万人以上20万人未満	20万人以上30万人未満	30万人以上40万人未満	40万人以上	不明	
全体	1,361	14.8	23.7	27.1	9.5	10.3	9.1	3.2	1.0	0.7	0.7	
区市町村別	区	16	0.0	0.0	0.0	6.3	6.3	31.3	25.0	31.3	0.0	0.0
	市	428	0.0	0.2	8.4	18.2	31.5	27.8	9.3	1.9	2.1	0.5
	町	736	11.4	36.5	44.2	6.7	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8
	村	180	65.0	28.9	4.4	0.6	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6

〔全体の傾向〕

自治体の人口分布をみると、「1万人以上3万人未満」27.1%、「5,000人以上1万人未満」23.7%、「5,000人未満」14.8%と続いており、65.6%が人口「3万人未満」の自治体となっている。

〔区市町村別の傾向〕

自治体の区市町村別の割合は「区」1.2% (16自治体)、「市」31.4% (428自治体)、「町」54.1% (736自治体)、「村」13.2% (180自治体) となっている。

自治体の人口を区市町村別にみると、区部では90.8%が「10万人以上」である。

市部では「5万人以上10万人未満」31.5%がもっとも多く、「3万人以上30万人未満」が77.5%、町部では「5,000人以上3万人未満」80.7%となっている。また、村部では「5,000人未満」が65.0%であり、9割以上が人口が「1万人未満」の自治体となっている。

2. 介護保険事業計画

(1) 計画策定委員会の設置状況

問5 貴自治体では、介護保険事業計画の策定にあたって、自治体の職員以外のメンバーを含む審議会や委員会を設置しましたか。次のなかから、あてはまるもの一つに○をつけて下さい。

付問1 その審議会や委員会は、何人の委員で構成されていましたか。

付問2 そのうち、いわゆる「公募委員」は何人でしたか。

図表 計画策定委員会の設置状況(SA)

		合計	あらたに審議会や委員会を設置	既存の審議会や委員会を活用	庁内の組織だけで策定	その他	不明
全体		1,361	83.7	9.0	0.1	0.5	6.7
区市町村別	区	16	87.5	6.3	0.0	0.0	6.3
	市	428	81.5	12.1	0.2	0.5	5.6
	町	736	84.9	7.5	0.1	0.4	7.1
	村	180	83.3	7.8	0.0	1.1	7.8
人口規模別	5,000人未満	201	81.1	10.0	0.0	1.0	8.0
	5,000～1万人未満	323	85.8	8.0	0.0	0.3	5.9
	1万～3万人未満	369	84.8	6.5	0.3	0.5	7.9
	3万～5万人未満	129	87.6	7.0	0.0	0.8	4.7
	5万～10万人未満	140	80.0	12.1	0.7	0.0	7.1
	10万～30万人未満	124	80.6	12.9	0.0	0.0	6.5
	30万人以上	66	80.3	15.2	0.0	1.5	3.0

〔全体の傾向〕

介護保険事業計画の策定にあたっては、「あらたに審議会や委員会を設置」が83.7%と8割以上を占め、「既存の審議会や委員会を活用」は9.0%、「庁内の組織だけで策定」は0.1%となっている。

〔区市町村別、人口規模別の傾向〕

区市町村別では、市部で「既存の審議会や委員会を活用」が12.1%となっており、町・村部に比べて既存の審議会や委員会を活用している割合が多くなっている。

人口規模別では、人口5万人未満の自治体に比して、それ以上の人口規模の自治体で「既存の審議会や委員会を活用」の割合が多くなっている。

図表 審議会・委員会の委員数(SA)

		合計	3人未満	10～14人	15～19人	20～24人	25～29人	30人以上	不明	平均(人)
全体		1,261	3.5	22.2	37.9	21.2	6.8	5.6	2.9	17.4
区市町村別	区	15	0.0	0.0	33.3	26.7	26.7	6.7	6.7	20.5
	市	401	0.0	8.7	35.4	34.4	11.2	9.5	0.7	20.4
	町	680	4.3	27.2	41.0	16.0	4.0	3.8	3.7	16.1
	村	164	9.1	36.6	31.7	9.1	6.1	3.0	4.3	14.6
人口規模別	5,000人未満	183	11.5	39.3	30.1	9.8	4.4	0.5	4.4	13.8
	5,000～1万人未満	303	5.9	29.7	35.3	14.5	4.3	5.6	4.6	16.0
	1万～3万人未満	337	1.2	24.3	44.2	19.0	4.7	4.2	2.4	16.9
	3万～5万人未満	122	0.8	9.8	45.1	28.7	5.7	6.6	3.3	18.4
	5万～10万人未満	129	0.0	8.5	39.5	34.1	10.1	7.8	0.0	20.3
	10万～30万人未満	116	0.0	7.8	34.5	37.9	12.1	7.8	0.0	20.6
	30万人以上	63	0.0	4.8	23.8	28.6	23.8	15.9	3.2	22.5

〔全体の傾向〕

介護保険事業計画策定のための審議会・委員会の委員数は、「15～19人」がもっとも多く37.9%、次いで「10～14人」22.2%、「20～24人」21.2%となっている。平均委員数は17.4人であった。

〔区市町村別、人口規模別の傾向〕

区市町村別では、区、市、町、村の順に委員数が多い傾向がみられ、平均委員数は区部20.5人、市部20.4人、町部16.1人、村部14.6人となっている。

人口規模別にみると、5,000人未満の自治体では「10～14人」、5,000～10万人未満では「15～19人」、10万人以上では「20～24人」の割合がそれぞれもっとも多く、平均委員数をみても、人口規模が大きいほど、委員数も多くなる傾向がみられる。

図表 公募委員数(SA)

		合計	0人	1人	2人	3人	4人	5人以上	不明	平均(人)
全体		1261	58.6	2.7	14.4	7.9	7.9	6.3	2.1	1.3
区市町村別	区	15	13.3	0.0	20.0	26.7	26.7	6.7	6.7	2.9
	市	401	40.6	1.5	21.7	12.2	12.2	10.5	0.7	2.0
	町	680	66.6	2.9	10.7	5.9	5.9	5.0	2.9	1.1
	村	164	73.8	4.9	11.0	2.4	4.3	1.8	1.8	0.6
人口規模別	5,000人未満	183	78.7	3.3	8.7	2.7	2.2	2.2	2.2	0.5
	5,000~1万人未満	303	66.3	3.0	9.6	5.6	7.3	5.3	3.0	1.4
	1万~3万人未満	337	63.5	3.3	12.5	5.6	6.5	6.2	2.4	1.0
	3万~5万人未満	122	52.5	3.3	18.9	12.3	7.4	4.1	1.6	1.3
	5万~10万人未満	129	41.9	2.3	20.2	9.3	14.7	10.9	0.8	2.0
	10万~30万人未満	116	32.8	0.9	28.4	16.4	11.2	9.5	0.9	2.1
	30万人以上	63	28.6	0.0	19.0	20.6	15.9	14.3	1.6	2.5

〔全体の傾向〕

公募委員数については、「0人」が58.6%と6割近く、次いで「2人」14.4%、「3人」7.9%、「4人」7.9%などの順で続いている。公募委員がいる（「1人以上」である）割合は39.2%、平均公募委員数は1.3人となっている。

〔区市町村別、人口規模別の傾向〕

区市町村別にみると、「0人」は区部で13.3%、市部で40.6%、町部で66.6%、村部では73.8%であり、平均公募委員数は区部で2.9人、市部で2.0人、町部で1.1人、村部で0.6人となっている。

人口規模別にみると、5,000人未満の自治体では「0人」が78.7%と8割近く、人口規模が大きくなるにしたがい「0人」の割合は少なくなる。5万人以上の自治体になると、公募委員が「1人以上」である割合が過半数を占めるようになり、人口規模が大きいほど、公募委員数も多くなる傾向がみられる。

(2)計画策定における住民参加の状況

問6 介護保険事業計画の策定に際して、貴自治体では次のような方法で住民参加の機会を設けましたか。次のなかから、あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

図表 計画策定における住民参加の状況(MA)

		合計	計画策定に住民が委員として参加	全住民を対象にした集会を行った	地区ごとに集会を行った	住民組織代表者との懇談会をもった	当事者団体等との懇談会をもった	福祉団体代表者との懇談会をもった	住民モニターを通して意見を聴取した	インターネットのホームページを活用した	その他	特に住民参加の機会は設けていない	不明
全体		1,361	77.4	11.9	37.3	14.0	15.1	23.8	4.3	0.8	14.0	5.2	4.3
区市町村別	区	16	93.8	56.3	81.3	37.5	18.8	12.5	31.3	6.3	31.3	0.0	0.0
	市	428	83.6	19.2	42.5	12.9	17.5	19.2	4.7	2.1	21.3	2.3	2.1
	町	736	74.0	7.2	31.9	13.6	14.1	24.5	3.9	0.1	11.4	6.7	5.4
	村	180	75.0	10.0	42.8	16.1	12.8	32.8	2.2	0.0	5.6	6.7	5.6
人口規模別	5,000人未満	201	75.1	9.0	39.3	18.9	15.4	33.8	2.0	0.0	5.0	5.0	6.0
	5,000～1万人未満	323	73.4	7.1	34.4	13.6	12.4	26.3	4.6	0.3	10.2	5.3	6.5
	1万～3万人未満	369	75.6	9.5	33.6	12.7	16.0	22.5	3.5	0.0	12.5	7.3	4.3
	3万～5万人未満	129	80.6	8.5	31.8	10.9	14.0	22.5	3.9	0.8	17.1	6.2	2.3
	5万～10万人未満	140	83.6	22.1	42.1	14.3	16.4	20.0	4.3	0.7	18.6	2.1	2.9
	10万～30万人未満	124	83.1	20.2	42.7	12.9	18.5	12.9	4.8	4.0	29.0	3.2	1.6
	30万人以上	66	84.8	28.8	59.1	16.7	16.7	19.7	12.1	4.5	24.2	0.0	1.5

〔全体の傾向〕

介護保険事業計画策定に際し、「特に住民参加の機会を設けていない」は5.2%であり、90.5%（全体から「特に住民参加の機会を設けていない」と不明を除いた割合）と約9割の自治体は何らかの住民参加の機会を設けたと回答している。その方法としては、「計画策定に住民が委員として参加」が77.4%と最も多く、「地区ごとに集会を行った」37.3%、「福祉団体代表者との懇談会をもった」23.8%が上位3位となっている。

〔区市町村別、人口規模別の傾向〕

区市町村別にみると、市部では町・村部に比べて「全住民を対象にした集会を行った」の割合が、町・村部では市部に比べて「福祉団体代表者との懇談会をもった」の割合が多くなっている。

人口規模別にみると、5,000人未満の自治体ではそれ以上の自治体に比べて、「福祉団体代表者との懇談会をもった」割合が特に多い。また、5万人以上の自治体ではそれ未満の自治体に比べ、「全住民を対象にした集会を行った」「地区ごとに集会を行った」の割合が多くなっている。

(3)計画の進行管理方法

問7 貴自治体では、介護保険事業計画の進行管理をどのような方法でおこなっていますか（あるいはおこなう予定ですか）。あてはまるもの一つに○をつけて下さい。

図表 計画の進行管理方法(SA)

		合計	新たに外部委員を含む 委員会を設置	既存の外部委員を含む 委員会で実施	新たに庁内組織を設置	既存の庁内組織で実施	計画進行管理の実施は 考えていない	不明
全体		1,361	48.0	21.6	2.1	10.6	11.6	6.1
区市町村別	区	16	68.8	6.3	6.3	6.3	0.0	12.5
	市	428	58.6	22.9	1.6	7.2	4.0	5.6
	町	736	44.3	21.9	2.3	12.5	13.7	5.4
	村	180	36.7	18.3	2.2	11.1	22.2	9.4
人口規模別	5,000人未満	201	31.8	28.4	2.5	12.9	18.4	6.0
	5,000～1万人未満	323	40.6	22.9	1.5	14.9	13.0	7.1
	1万～3万人未満	369	48.8	18.4	2.7	11.1	13.6	5.4
	3万～5万人未満	129	58.1	14.7	2.3	3.9	12.4	8.5
	5万～10万人未満	140	61.4	22.9	2.1	6.4	3.6	3.6
	10万～30万人未満	124	56.5	24.2	1.6	8.1	3.2	6.5
	30万人以上	66	63.6	21.2	1.5	7.6	1.5	4.5

〔全体の傾向〕

介護保険事業計画の進行管理方法としては、「新たに外部委員を含む委員会を設置」48.0%、「既存の外部委員を含む委員会で実施」21.6%、「既存の庁内組織で実施」10.6%などとなっており、新たに外部の委員を含む委員会を設置している（する予定である）自治体が約半数を占めている。

「計画進行管理の実施は考えていない」は11.6%と約1割であった。

〔区市町村別、人口規模別の傾向〕

区市町村別にみると、市部では「新たに外部委員を含む委員会を設置」が58.6%と約6割を占めている。町・村部では「既存の庁内組織で実施」が1割を超えて市部に比べて多く、「計画進行管理の実施は考えていない」は町部では13.7%、村部では22.2%であった。

人口規模別にみると、3万人未満の自治体では「新たに外部委員を含む委員会を設置」は3～4割台であり、「既存の庁内組織で実施」や「計画進行管理の実施は考えていない」が1割以上を占めている。一方、3万人以上の自治体になると、「新たに外部委員を含む委員会を設置」が6割前後となっている。

3. 介護保険制度における自治体の役割

(1) 自治体職員による要介護認定調査の実施状況とその理由

問11 貴自治体では、要介護認定における認定調査は、どのように行っていますか。(○は一つだけ)

付問 認定調査の一部もしくは全部を自治体の職員によって実施することにした理由は次のどれですか。(○はいくつでも)

図表 自治体職員による要介護認定調査の実施状況(SA)

		合計	すべて委託している	委託しているが、職員も行っている	すべて自治体の職員が行っている	不明
全体		1,361	14.5	67.3	15.4	2.8
区市町村別	区	16	6.3	87.5	6.3	0.0
	市	428	14.5	69.4	15.2	0.9
	町	736	14.3	67.8	14.3	3.7
	村	180	16.7	58.3	21.1	3.9
人口規模別	5,000人未満	201	16.4	62.2	15.9	5.5
	5,000～1万人未満	323	17.0	67.2	13.7	3.1
	1万～3万人未満	369	13.0	66.9	17.1	3.0
	3万～5万人未満	129	11.6	66.7	18.6	3.1
	5万～10万人未満	140	12.9	67.1	18.6	1.4
	10万～30万人未満	124	16.9	68.5	14.5	0.0
	30万人以上	66	10.6	83.3	6.1	0.0

〔全体の傾向〕

要介護認定における認定調査を「すべて委託している」は14.5%であり、「委託しているが、職員も行っている」が67.3%と7割近くを占めている。また、「すべて自治体の職員が行っている」は15.4%となっている。

〔区市町村別、人口規模別の傾向〕

区市町村別にみると、区部では「委託しているが、職員も行っている」が87.5%と9割近い。また、村部では「委託しているが、職員も行っている」割合は約6割と市・町部に比べると少なく、「すべて委託している」が16.7%、「すべて自治体の職員が行っている」が21.1%となっている。

図表 自治体職員による認定調査実施の理由(MA)

		合計	認定調査は自治体の責任である	委託だけでは調査員を確保できない	職員だけでは調査員を確保できない	職員の方が、研修などが徹底できる	自治体がかかわることで公平をはかる	申請者の状況を自治体が把握しやすい	その他の理由	不明
全体		1,125	50.0	20.4	45.6	12.5	63.6	31.1	9.2	0.9
区市町村別	区	15	66.7	26.7	26.7	20.0	80.0	40.0	20.0	0.0
	市	362	54.1	16.3	50.8	16.0	74.3	20.4	10.8	0.8
	町	604	47.4	22.0	45.7	11.3	59.4	33.3	7.8	1.2
	村	143	49.0	23.1	34.3	8.4	51.7	48.3	9.8	0.0
人口規模別	5,000人未満	157	45.9	27.4	38.9	10.8	47.8	39.5	8.3	0.6
	5,000～1万人未満	258	43.8	27.1	44.2	10.5	60.1	35.3	10.5	0.4
	1万～3万人未満	310	52.6	15.5	47.4	9.0	60.0	34.2	5.2	1.6
	3万～5万人未満	110	54.5	18.2	44.5	18.2	71.8	24.5	10.0	0.0
	5万～10万人未満	120	59.2	15.0	45.8	20.8	78.3	28.3	9.2	0.8
	10万～30万人未満	103	45.6	15.5	49.5	14.6	75.7	16.5	17.5	1.0
	30万人以上	59	54.2	20.3	54.2	15.3	72.9	16.9	10.2	1.7

〔全体の傾向〕

認定調査を自治体職員が実施している理由としては、「自治体がかかわることで公平をはかる」が63.6%と、公平性をはかる観点から、自治体職員が実施しているとの回答が第1位となっている。次いで「認定調査は自治体の責任である」50.0%、「職員だけでは調査員を確保できない」45.6%、「申請者の状況を自治体が把握しやすい」31.1%などの順で続いている。

〔区市町村別、人口規模別の傾向〕

区市町村別にみると、市部では「職員だけでは調査員を確保できない」「自治体がかかわることで公平をはかる」、町・村部では「委託だけでは調査員を確保できない」「申請者の状況を自治体が把握しやすい」といった理由への回答割合が、それぞれ全体を上回っている。

人口規模別にみると、1万人未満の自治体では「委託だけでは調査員を確保できない」「申請者の状況を自治体がかかわることで公平をはかる」、5万人以上の自治体では「職員だけでは調査員を確保できない」「職員の方が、研修などが徹底できる」「自治体がかかわることで公平をはかる」といった理由への回答が、それぞれ全体を上回って多くなっている。