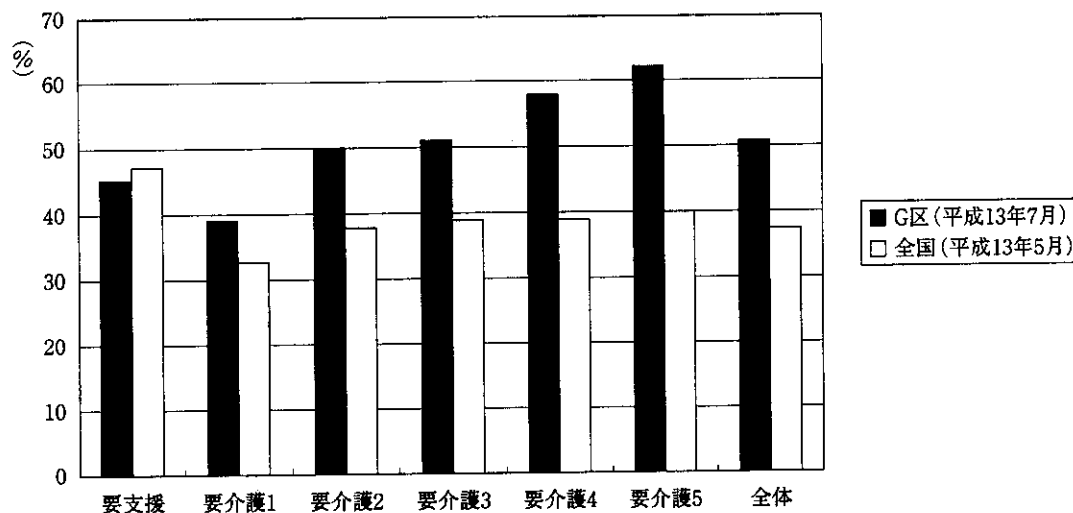


表 2-5-6 G区と全国の利用割合の比較 (単位：%)

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	全体
G区(平成13年7月)	45.1	39.1	49.9	51	57.8	62.1	50.6
全国(平成13年5月)	47.2	32.6	37.8	39	39	39.6	37.5

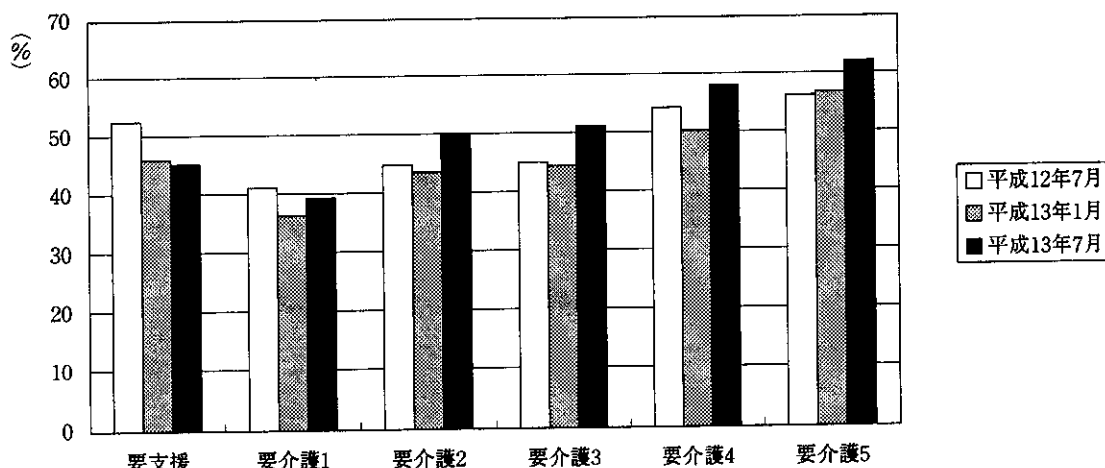
出典) G区のデータは、表2-5-5より。全国データは、社会保障審議会第1回介護給付費分科会(平成13年10月22日)資料(国保連平成13年度5月審査分)より。

図 2-5-2 G区と全国の利用割合の比較



出典) 表2-5-6より筆者作成。

図 2-5-3 要介護度別利用割合の変化



出典) 表2-5-5より筆者作成。

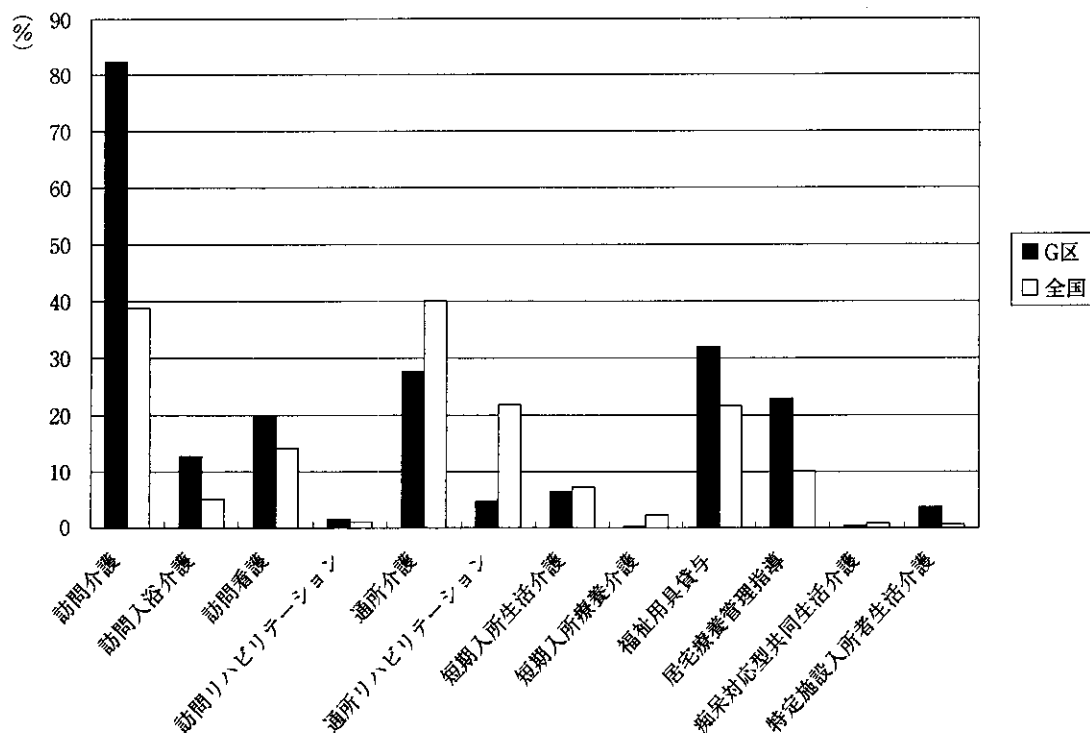
また、G区では、居宅サービスのうちどのようなサービスを利用している人が多いのか、表2-5-7及び図2-5-4で確認しておく、訪問介護を利用している人が居宅サービス利用者の82%にのぼり、全国的な傾向と比較しても訪問介護利用者の割合の大きさが際立っている。その他、福祉用具貸与、居宅療養管理指導の利用者の割合が全国水準よりも大きい、逆に、通所介護、通所リハビリテーションの利用者の割合は全国水準と比較して小さい。

表 2-5-7 居宅サービス利用者に占める各サービス利用者の割合

	G区（平成13年7月）		全国（平成13年5月）
	利用者数 （人）	居宅サービス利用者に 占める割合（%）	居宅サービス利用者に 占める割合（%）
訪問介護	2,357	82.5	38.7
訪問入浴介護	351	12.3	5.2
訪問看護	565	19.8	14.1
訪問リハビリテーション	40	1.4	1.1
通所介護	783	27.4	40.1
通所リハビリテーション	129	4.5	22.1
短期入所生活介護	184	6.4	7.1
短期入所療養介護	5	0.2	2.3
福祉用具貸与	910	31.8	21.6
居宅療養管理指導	653	22.8	10.3
痴呆対応型共同生活介護	4	0.1	0.7
特定施設入所者生活介護	100	3.5	0.7

出典) G区のデータは、区提供資料より。全国データは、社会保障審議会第1回介護給付費分科会（平成13年10月22日）資料（国保連平成13年度5月審査分）より。

図 2-5-4 居宅サービス利用者に占める各サービス利用者の割合



出典) 表 2-5-7 より筆者が作成。

最後に、施設サービスの利用状況について見てみよう。G区の施設サービス利用者は、表 2-5-8 からわかるように、平成12年4月から増加している。図 2-5-5 に示しているように、G区の平成13年7月時点の施設サービス利用者の内訳は、介護老人福祉施設の利用者が75.3%、介護老人保健

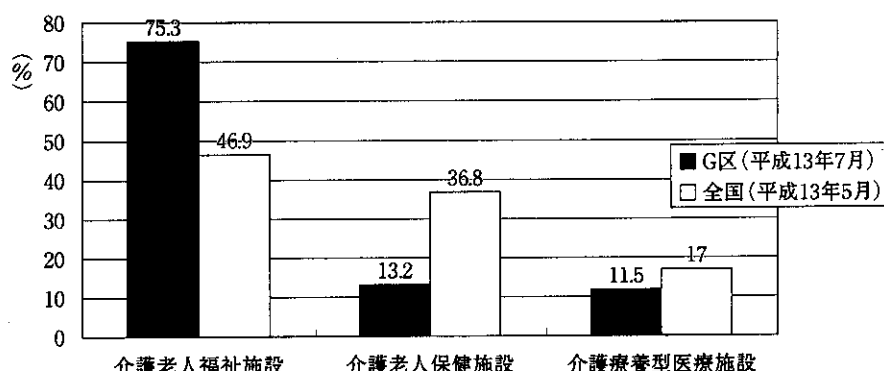
施設の利用者が13.2%、介護療養型医療施設の利用者が11.5%となっているが、全国的には3施設の利用者の構成比はそれぞれ46.9%、36.8%、17%であるから、介護老人保健施設や介護療養型医療施設といった保健・医療系の施設より、介護老人福祉施設が施設サービスの中心となっている点にG区の特徴がある。

表2-5-8 G区の施設サービス利用者数（単位：人）

	平成12年4月	平成13年3月	平成13年7月
介護老人福祉施設	833	904	911
介護老人保健施設	138	153	160
介護療養型医療施設	121	135	139
合計	1,092	1,192	1,210

出典) G区提供資料。

図2-5-5 施設サービス利用者の内訳（G区と全国の比較）



出典) G区については、表2-5-8より。全国データは、社会保障審議会第1回介護給付費分科会（平成13年10月22日）資料（国保連平成13年度5月審査分）より。

3) 平成12年度の計画実施状況

G区の平成12年度の計画実施状況を見るために、事業計画上の平成12年度の給付費見込みと平成12年度の給付実績を比較したものが表2-5-9である。それによると居宅サービスと施設サービスの達成率がそれぞれ75%と80%、全体では78%の計画達成率となっており、概ね計画どおりに実施されている。

主な居宅サービスの種類別に達成率を見てみると、訪問看護、通所リハビリが100%を超えているが、これらのサービスについては、計画段階で基盤整備が進んでおらず、目標値が低かったためであると思われる。他方、量的にG区における居宅サービスの中心をなす訪問介護の達成率は70%と若干低めであるが、これは他のサービスの基盤整備が整うまでの代替的役割を訪問介護に期待し、必要量に対して120%の供給率で目標値が設定されたためである。区によれば必要量（1,617,450千円）に対する計画達成率であれば、85%となる。

施設サービスの中で事業計画との落差が最も大きかったのは介護療養型医療施設であり、計画達成率は35%に止まった。これは、区内の療養型病床群の介護保険への切り換えが進まなかったことによ

るもので、もしこれが予定通りであったら、全体の計画執行率は90%前後になっていただろうと、区では分析している。

表 2-5-9 平成12年度の計画達成率（単位：千円）

	事業計画 (A)	平成12年度実績 (B)	計画達成率 (B/A)
居宅サービス 合計	3,737,922	2,786,145	75%
施設サービス 合計	4,851,692	3,888,575	80%
総合計	8,589,614	6,674,720	78%
訪問介護	1,961,485	1,378,487	70%
訪問入浴	186,786	150,296	80%
訪問看護	161,518	199,266	123%
通所介護	373,223	330,280	88%
通所リハビリ	16,830	38,088	226%
短期入所生活介護	162,268	149,151	92%
短期入所療養介護	18,030	7,494	42%
介護老人福祉施設	2,860,177	2,913,608	102%
介護老人保健施設	434,929	430,893	99%
介護療養型医療施設	1,556,586	544,074	35%

出典) G区提供資料より筆者が作成。

(5) 介護保険実施体制と新しい行政の役割

1) 相談体制、要介護認定、居宅介護支援をめぐる G 区の役割

介護保険実施以前の体制では、行政（保健福祉サービス事務所等）が居宅サービスなどの援助計画（ケアプラン）を策定し、その計画に沿って事業委託された民間事業者がサービス提供していたが、介護保険への移行に伴い、区はケアプラン作成を民間の居宅介護支援事業者の役割として位置付け、区として居宅介護支援事業の指定は受けていない（従って、保健福祉サービス事務所では介護保険のケアプラン作成は行われていない）。

区が行政の役割として強く意識しているのは、要介護認定の訪問調査である。G区では、要介護認定のための訪問調査は保健福祉サービス事務所が担い、原則として区の職員が行っている（区外の施設を利用している区民に関しては、その施設に委託している）。一般に行政が認定調査を行うことには、認定調査の公平性を確保する意味があるが、G区では、それだけでなく、より広い意味を認定調査に持たせているようである。区としては、認定調査を自ら行うことで、高齢者の状態や提供されているサービスの状況を総合的に把握しようとしている。また、認定調査に限らず、高齢者宅を積極的に訪問し、介護保険サービスに限定されない幅広い相談に応じていくことを保健福祉サービス事務所、すなわち行政の役割として重視している。

このように保健福祉サービス事務所を行政の役割の「中核」として位置付ける姿勢は、在宅介護支援センターについての区の考え方にも現れている。介護保険制度下では、在宅介護支援センターも居宅介護支援事業を行うようになったが、居宅介護支援事業に力を入れるあまり、援助困難ケースへの

対応や介護保険外の支援を要する高齢者への対応が手薄になっているとも言われている。もちろん、G区も在宅介護支援センターには単なる居宅介護支援事業に限定されない役割を果たすことを期待しているが、基本的には、在宅介護支援センターは居宅介護支援事業に比重を置いても構わない、と考えている。介護保険施行を意識し、平成11年度に居宅サービスを提供する株式会社6社を含む9法人に在宅介護支援センターを委託したのは、居宅介護支援事業を念頭においてのことであった。

2) 居宅サービス供給体制におけるG区の役割

介護保険実施後の居宅サービス供給体制に関するG区の新しい動きとして注目されるのは、以下の3点である。

①事業者との連携

区は、「事業の質の向上に関する学習及び研究」、「行政との連絡調整」、「事業者間の情報交換」などを目的に、月に1回、指定居宅サービス事業者連絡会と指定居宅介護支援事業者連絡会を開いている。平成13年6月現在、居宅サービス事業者連絡会には、68の事業者が入会しており、居宅介護支援事業者連絡会には、平成13年7月時点で65事業者（オブザーバーとして参加する区外の17事業者を含む）が参加している。

②民間参入の促進

多くの民間事業者が参入し十分な供給量が見込まれる訪問介護のようなサービス（介護保険実施以前には区のホームヘルプサービスの事業委託先は8社ほどであったが、現在では事業者連絡会に所属しているだけで31社ほどある）については、特に参入促進を行っていないが、供給が不足すると予想されるサービスについては、区は参入を促進し基盤整備を図る必要を感じている。

例えば、事業計画において供給率の漸減が予想されている通所介護については、一般財源から通所介護施設開設のための補助金を出す介護基盤整備補助制度を設け、民間事業者への参入支援を行っている。介護保険実施前まで、通所介護は、区と社会福祉法人が設置した「在宅サービスセンター」（平成12年4月1日までに9ヵ所整備）で提供されていたが、上述の参入促進策の結果、平成12年度中に有限会社1社と株式会社1社がサービス提供を始めた。また、通所介護の事業者に対しては、1日あたりの利用者定員増と土曜日の開業を依頼し、移送代を補助することによって、サービス供給量の拡大を図っている。

③苦情解決制度とサービス評価

区の苦情対応窓口は、介護保険主管課と保健福祉サービス事務所に置かれているが、その他にも、区は、第三者機関による苦情解決制度のあり方について、介護保険の進行管理を行う地域福祉審議会（学識経験者、団体関係者、公募区民等からなる）に諮問している（平成13年9月に「中間まとめ」を答申）。

また、区は介護サービス評価事業の実施を計画している。これは利用者調査と事業者調査によって

構成され、評価対象事業者としては、一定数以上の区の被保険者にサービス提供を行っている訪問介護事業者が予定されている。

介護保険実施により区職員ホームヘルパーによる高齢者ホームヘルプサービスは廃止され（但し、介護保険外の高齢者生活支援ヘルパー事業としては存続）、また、1)で述べたように、介護保険実施以前は区が行っていた援助計画（ケアプラン）の作成も民間の居宅介護支援事業者が行うようになった。つまり、区は、介護保険の枠内の居宅サービス提供に関してはサービス提供者としての役割の多くを手放したわけだが、そのかわりに、事業者連絡会や参入促進策を通じた民間事業者への支援や、サービスの質の維持・向上や利用者保護の仕組づくりに新しく取り組んでいる。これらの動きは、介護サービスの「準市場」を機能させるための「条件整備」という新しい行政の役割として位置付けることができるだろう。

3) 施設サービスの供給体制における G 区の役割

基盤整備に多大な時間と費用を要し、都市部では不足することが予想される施設サービスの供給については、行政の果たす役割も居宅サービスの場合とは自ずと異なってくる。本報告では、介護保険実施後の施設サービスの供給に関する G 区の動向として、以下の 3 点に注目した。

①参入促進

今のところ、区内の介護療養型医療施設と介護老人保健施設の床数は少なく、平成14年度から介護老人保健施設の80床の追加が予定されているのみである。区は、サービスが不足していることは認識しつつも、両施設の参入促進については、区ができることは限られていると考えている。区は法人の参入希望があれば対応することになっているが、区の方からの積極的な参入促進策は今のところ行っていない。

②施設サービス需要の高まりと利用希望者のとりまとめ

G 区における施設サービスの中心をなす介護老人福祉施設の待機者実数は、平成11年度末では479人であったが、平成12年度には新しい施設が1施設開設されたにも関わらず、平成12年度末で583人に増加し、平成13年8月時点では約700人まで増加している。施設サービスの需要は介護保険実施後も高まっていると言える。

介護保険制度では、施設サービスの利用希望者は直接施設に利用を申し込むこともできるが、こうした施設サービス需要の高まりを背景に、G 区では、介護老人福祉施設の利用者を区の方でとりまとめるシステムを採用している。つまり、利用希望者は区に施設利用を申し込み、区は施設毎の入居順を示した名簿を作成している。そして、施設はその名簿の順番に従って入居させている。区が入居順を決める基準は必ずしも明確にされていないが、基本的には希望を聞いた上での申し込み順となっているようだ。区としては、区立（公設）の施設と、区が補助金を出している区外の施設については、区が入居者を決定する根拠があると考えている。また、社会福祉法人立（民設）の施設も区が利用者

を決めた方がよいという意向であったため、G区の介護老人福祉施設の利用者は、区がとりまとめることとしている。

③区立（公設）施設の役割について

現在、G区には介護老人福祉施設が6施設あり、そのうち3施設が「公設（区が建設し、区が設立した社会福祉事業団が運営）」で、残り3施設が「民設（区内の社会福祉法人が設置・運営）」である。

（3）3）で述べたように、介護保険実施以前のG区の公設施設では、介護・看護職員1人に対して利用者2.1人という高い水準の職員配置が実現していた。利用者3人に対して介護・看護職員1人以上を職員配置基準とする介護保険制度実施後も、区は一般財源から支出することで、介護・看護職員1人に対して利用者2.5人の水準を維持している。

区としては、区の一般財源から公設施設の運営に補助を出すことで、公設施設には援助困難ケースの受け入れなど民設施設以上に「公共的な役割」を果たしてもらうことを期待しているようである。現在、区では緊急対応のための短期入所生活介護のベッドを、ある程度の経営上の負担を覚悟の上で公設施設に確保してもらうことを検討している。

以上のように、区は介護保険実施後も介護老人福祉施設の入居希望者を取りまとめ、不足する施設サービスの配分を行うと同時に、公設施設を中心に引き続きサービス提供者としての役割を果たしている。介護老人福祉施設の入居者を区がとりまとめたり、公設施設についてのみ区が一般財源を投入したりすることについては、介護保険制度の原則とはかみ合っていないようにも見える。しかし、他方で、そのような区の役割が施設サービスの供給と利用を効果的で円滑なものにしているのであれば、介護保険制度の下での行政ないし公設施設の新たな役割として位置付けることもできるかもしれない。

（6）まとめと今後の調査の課題

1）サービス利用状況の詳細な分析

本報告では、（4）において、G区における介護保険実施状況を整理した。その結果、まず、G区の介護保険事業は、介護療養型医療施設など一部のサービスを除けば、全体としてほぼ計画どおりに実施されていることがわかった。サービスの「利用率」はほぼ全国集計値と同じであるが、居宅サービスの「利用割合」は全国的な水準よりも高い。また「利用割合」を要介護度別にみると、要介護度が高いほど全国水準よりも高くなっている。逆に、要支援の利用割合は全国集計値を下回り、次第に低下している。以上から、要支援など要介護度の低い人のサービス利用は伸びていないが、要介護度の高い人の利用は活発であることがわかった。サービス種別には、居宅サービスの中では訪問介護の利用が、施設サービスの中では介護老人福祉施設の利用が大きな割合を占めているのがG区の特徴である。今後、さらに継続してデータを収集し、区が独自に実施しているサービス利用者調査なども活用しながら、G区のサービス利用状況のより詳細な分析を行いたい。

2) 新しい「行政の役割」の効果

本報告では、G区が介護保険制度の実施に伴い自らの役割をどのように再定義し、また、実際にどのようにその役割を果たそうとしているのかを見てきた。G区は介護保険実施後、ケアプラン作成を全面的に民間事業者にしたが、他方で要介護認定のための訪問調査を通じて地域の要介護高齢者の状態把握に努めている。民間事業者が中心となっている居宅サービスの提供については、事業者-行政間あるいは事業者間の連携強化、不足するサービスの参入促進、サービスの質の確保と利用者保護といった介護サービス市場の「条件整備」の役割を強化しようとしている。そして、区が以上のような役割を果たす上では保健福祉サービス事務所の機能が重視されている。本報告では、同事務所の実際の活動について詳細にとりあげることができなかったが、今後、同事務所の活動内容とその効果について重点的に調査したい。

他方、区は、介護保険実施後も不足がちな施設サービスについては、介護保険実施前と同様、公設の介護老人福祉施設を中心にサービス提供者としての役割を維持し、入居希望者のとりまとめを行っている。こうした役割は、介護保険制度と整合しない面もあるが、逆に新しい制度の下でも積極的な意味をもつ可能性もあるだろう。施設サービスの分野で区がどのような役割を担い、そのことでどのような効果があるのか、介護老人福祉施設（特に公設施設）の運営に着目しながら、今後調査していきたい。

6. まとめ

平岡 公一・武川 正吾

【要約】

第2部の1～5の各章では、事例調査の対象とした自治体のうち、A市、D市、E市、F市、G区について、分析結果を報告したが、本章では、まずこれらの自治体のサービス供給体制の特徴について説明した上で、サービス供給量の変化、福祉ミックスにおける変化、自治体行政の取り組み状況、在宅介護支援センターの役割と機能というテーマに即して、事例分析で得られた知見のポイントをまとめた。さらに、来年度に自治体事例調査を継続する際の視点と課題について、福祉ミックスと介護サービスの市場の分析、介護サービス市場の形成と自治体の役割、および多様なサービス供給組織と市民参加という観点に即して、若干の考察を行った。

(1) はじめに

本章では、第2部の1～5の各章におけるそれぞれの自治体の事例分析の結果を整理するとともに、若干の分析と考察を加えることとしたい。

昨年度の報告書では、各自治体における介護保険制度実施前のサービス供給体制、介護保険の実施状況、介護保険の実施に伴うサービス供給量の変化、および福祉ミックスにおける変化といった点に重点をおいて、事例の記述・分析を行った。今年度の報告書では、各章で、平成13年度中のサービス供給をめぐる変化に加えて、在宅介護支援センターの役割や医療との関わりは必ず取り上げることとしたが、昨年度のように報告の構成を統一することはせず、それぞれの自治体の特性や担当者の関心に応じて、分析の主題や視点を明確にして記述・分析を行うこととした。

以下、(2)で、事例分析の対象とした自治体の特徴について説明したで、(3)において、サービス供給量の変化、福祉ミックスにおける変化、自治体行政の取り組み状況、在宅介護支援センターの役割と機能というテーマに即して、事例分析で得られた知見のポイントをまとめる。最後に(4)では、来年度に調査を継続するにあたっての分析の視点と課題について若干の考察を行いたい。

(2) 各自治体の特徴

本研究では、事例調査の対象とする自治体を選ぶにあたっては、人口規模や産業構造などの点で異なった特性を有する自治体の典型例を選ぶという方法をとるのではなく、むしろ、中程度の規模の都市で、サービス供給体制の面で違った特徴をもつ自治体を選ぶという方針をとってきた。

このような考え方で、事例調査の対象となる自治体を選んだため、今年度の報告書で、とりあげた5つの自治体も、A市、D市、E市、G区が大都市圏に位置している一方で、F市は地方都市という性格が強いという違いものの、いずれも人口規模がおおよそ13万～25万の範囲に入る自治体である。しかしながら、サービス供給体制の面では、これらの自治体は、かなり異なった特徴をもっている(なお、昨年度の報告書でとりあげたB市、C市は、目立った新しい動きがなかったり、調査の進行が遅れているという事情から、これらの自治体についての報告は、来年度の報告書において行うこととした)。

A市は、在宅サービスの整備において先駆的な取り組みを行ってきたことでよく知られた自治体であり、財政力に恵まれていたこともあり、介護保険実施前から在宅サービスがかなり高い水準に達していた。介護保険の実施にあたっては、主要な3つの在宅サービスについて、利用者負担を3%に軽減するという独特の対応を行っている。

D市は、介護保険実施前のサービス水準は、ほぼ平均的な水準といえる自治体であるが、介護保険実施前から、在宅介護支援センターと福祉公社を中心に計画的に在宅サービスの供給体制が形成されてきており、介護保険実施後も、福祉公社と、実績をもつ社会福祉法人を中心とするサービス供給体制が維持されてきたという特徴をもつ。

E市は、介護保険実施前からホームヘルプの委託先を公社、株式会社、個人事業者にも広げていたため、サービス供給の多元化はかなり進んでいるが、その一方で、在宅介護支援センターの委託先である主要な三事業者と行政で構成される連絡会が、行政に対して一定の影響力を保っているという特徴をもつ。福祉オンブズマン制度の導入や、事業者の組織化、介護サービスの総合調整への取り組みなどで行政の積極的な取り組みが目立つ自治体でもある。

F市は、医療機関の整備水準が高く、医療機関の介護サービス分野への進出が早くから進み、「保健・医療・福祉複合体」を中心とした医療主導型の介護サービス供給体制が整備されてきたという特徴を持つ。

G区では、特別養護老人ホームのうち半数が、区が設置し社会福祉事業団が運営する施設であり、介護保険実施前は、ホームヘルプを一部直営で実施しており、サービス供給体制には、行政主導型という側面がみられた。しかし、在宅介護支援センターの運営や、ホームヘルプを営利事業者に委託するなど、民間営利事業者の参入促進にも積極的であった。介護保険実施以降も、民間事業者の参入促進に努める一方で、介護サービスの「条件整備」や、総合的な生活支援という点で、行政の積極的な取り組みが目立っている。

表2-6-1 各自治体のサービス水準に関する指標

	A市	D市	F市	G区
居宅サービス受給者率（H13.8、要介護・要支援認定者に対する比率）*	60.7	52.1	48.7	52.5
施設サービス受給者率（H13.8、要介護・要支援認定者に対する比率）*	21.2	20.7	29.8	20.9
平成10年度在宅介護力指数**	58.0	53.1	44.3	52.8

* 「介護保険事業状況報告」より算出

** 高橋紘士監修『地域介護力データブック』中央法規、2001年

表2-6-1には、「介護保険事業状況報告」のデータを入手できたA市、D市、F市、G区について、介護保険のサービス水準の指標としての「居宅サービス受給者率」「施設サービス受給者率」と、在宅サービスの「基盤整備」の水準の指標としての「在宅介護力指標」（高橋、2001、平成10年度の時点のデータ）を示しておいた。

これをみると、確かに、A市の場合、介護保険実施前から在宅サービスの水準が高く、介護保険のもとでの在宅サービスの水準も、他の自治体よりかなり高いことがわかる。ただし、そのことにより施設サービス受給者率が、他の自治体より低くなっているわけではないことにも注意する必要がある

る。

一方、F市の場合、A市とは対照的に、介護保険実施前の在宅サービスの水準は低く、介護保険のもとでの在宅サービスの水準も、他の自治体よりやや低い。その一方で、施設サービス受給者率は、他の3自治体より10ポイント近くも高く、施設サービス中心のサービス供給体制になっていることがうかがわれる。

D市とG区は、これらの指標はほぼ同じ値をとっており、どちらもA市とF市の中間に位置しているといつてよい。

(3) 事例調査の分析結果のポイント

1) サービス供給量の変化

各章の分析でも明らかにされているように、どの自治体でも、在宅サービスの供給量（利用量）は、平成12年度から13年度にかけて、全体としては相当に増加している。要介護認定者数や居宅サービス受給者数などについても、順調な増加傾向がみられる。

ただし、サービスの種類によって供給の伸び方に違いがあり、伸び悩みが目立ったり、特定のサービスの供給が停滞している場合もある。

表2-6-2には、データが得られたA市、D市、E市、G区について、介護保険事業計画における平成12年度の目標値（供給見込み量、または必要量）に対するサービス供給量の実績の割合を、「達成率」として示してある（詳細は、各章の該当箇所を参照）。データが欠けているところもあって、情報が十分ではないが、自治体により、サービスの種類によって、達成率にかなりの違いがあることがわかる。

表2-6-2 介護保険事業計画における平成12年度の計画目標の達成率（%）

	A市	D市	E市	G区
居宅サービス				
1. 訪問介護	129	100	74	70
2. 訪問入浴介護	61	99	140	80
3. 訪問看護	50	51	65	123
4. 訪問リハビリテーション	41	25	9	-
5. 通所介護	111	94	67	88
6. 通所リハビリテーション	116	54	111	226
7. 短期入所生活介護	52	54	33	92
8. 短期入所療養介護	28	38	60	42
9. 福祉用具貸与	584	-	-	-
10. 居宅介護支援	82	-	-	-
11. 居宅管理療養指導	282		70	-
12. 痴呆対応型共同生活介護	-	-	33	-
13. 特定施設入所者生活介護	203	-	89	-
14. 福祉用具購入	87	-	-	-
15. 住宅改修	157	-	-	-

施設サービス				
1. 介護老人福祉施設	98	81	97	102
2. 介護老人保健施設	108	113	103	99
3. 介護療養型医療施設	33	84	11	35

(出所) 本報告書の表2-1-5、表2-2-4、表2-3-4、表2-5-9 (詳細は、それぞれの表、および関連する本文の説明を参照)

療養型病床の介護保健施設への転換の遅れにより介護療養型医療施設の達成率は、全国的に低い傾向がみられるが、首都圏のA市・G区は、ともに3割台の達成率にとどまっている。これに対して、D市とE市は、同じ関西圏でも極端な達成率の差が出ている。また、この表には示していないが、医療主導型という特徴をもつF市は、介護保険開始後1年を待たずに供給量の目標を上回っている(第2部4章の(3)を参照)。

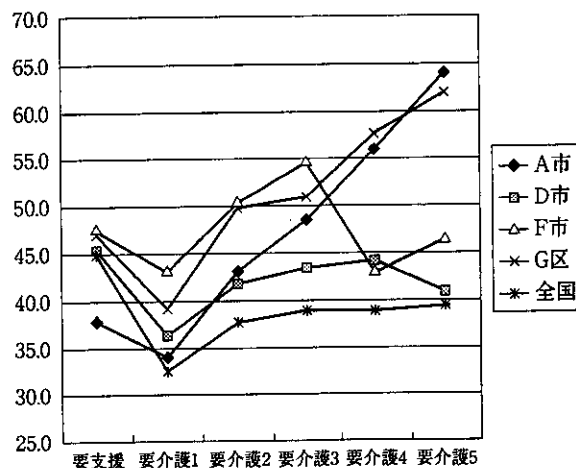
サービス供給の伸び方には、要介護度別の違いもある。表2-6-3には、データが入手できたA市、D市、F市、G区の要介護度別の居宅サービス利用割合(利用限度単位数に対するサービス利用者の平均利用単位数の割合)を、厚生労働省が発表した全国の利用割合(社会保障審議会介護給付分科会第1回会議資料)と合わせて示し、さらに図2-6-1で、これをグラフ化して示した。

表2-6-3 要介護度別の居宅サービス利用割合

	A市 (H13.3)	D市 (H12.4~H13.2)	F市 (H13.6)	G区 (H13.7)	全国 (H13.5)
要支援	38.0	45.4	47.7	45.1	47.2
要介護1	34.1	36.5	43.3	39.1	32.6
要介護2	43.2	41.9	50.6	49.9	37.8
要介護3	48.7	43.5	54.9	51.0	39.0
要介護4	56.1	44.2	43.2	57.8	39.0
要介護5	64.2	40.9	46.5	62.1	39.6
全体	46.3	41.2	47.7	50.6	37.5

(出所) 本報告書の表2-1-4、表2-2-3、図2-4-9、図2-5-5 (詳細は、それぞれの表、および関連する本文の説明を参照)

表2-6-3 要介護度別の居宅サービス利用割合



これをみると、これら4つの自治体の利用割合は、全国平均よりも高い傾向にあるが、4つの自治体間の違いも大きいことがわかる。

A市とG区は、どちらも、要支援の場合の利用割合は全国平均より低いが、要介護1から要介護5にかけて次第に利用割合が高まり、要介護度5では、6割を越えている。全体としてのサービス供給量も多いのであるが、他の自治体、あるいは全国的な傾向に比べて、A市・G区の場合、より障害の重い人にサービスが重点的に供給するという「ターゲティング」の機能が一定程度働いているとみることができる。

これに対して、F市の場合、要介護度1から要介護度3にかけての利用割合は高いのであるが、要介護度4と要介護度5では、利用割合が落ち込んでいる。これは、施設サービス受給率がF市で高いことによるものではないかと推測できる。

D市の場合、要介護度1から要介護5にかけて、全国の利用割合をいくらか上回っているが、基本的なパターンは全国のものとはほぼ同じであるといつてよい。

2) 福祉ミックスの状況

どの自治体でも、訪問介護サービスなどについては、事業所別もしくは事業者の種類別のサービス供給量のデータを持っていないため、福祉ミックスの変化を正確に把握するには、困難が伴う。

しかし、ヒアリングやその他の方法で得た情報から全般的な傾向としていえることは、介護保険制度が2年目に入り、当初見られた一部の営利事業者の事業不振による大幅な事業の縮小などの混乱がおさまる一方で、さまざまな事業者の参入がさらに進展し、利用者が、より積極的に事業者を選択しようとする動きが出始めており、利用者による選択と事業者間の競争のメカニズムが作用し始めてきているようである。

例えば、福祉公社による訪問介護サービスの寡占といえるような状況がみられたD市でも、営利法人や医療法人系の事業者のシェアが拡大するという現象がみられ、また、通所介護やグループホームなど施設系の在宅サービスにも多様な事業主体の進出がみられるようになっている。また、当然のことであるが、全般的に見て、社会福祉法人などの非営利組織に比べて、営利事業者の場合、新規参入、撤退、事業所の統廃合などが活発に行われている。

3) 自治体行政の取り組み

介護保険制度の実施にあたって、各自治体には、保険給付や保険料徴収に関する管理的業務に加えて、要介護認定や苦情処理、相談・情報提供など、必ず取り組まなければならない共通課題があるが、サービスの供給や調整などに関してどのような点に重点をおいて取り組むかという点については、自治体間でかなりの違いがみられ、ここで取り上げている5つの自治体は、それぞれ特色のある取り組みを行っていることが明らかになっている。

まずA市の場合、利用者負担の軽減措置、保険外の各種の生活支援サービスへの積極的な取り組みに加え、サービス評価への早い時期からの取り組みや「ケアマネジメントセンター」の設置、訪問介護員コーディネーターへの研修の実施など特色ある取り組みがみられる。D市は事業者の状況の把

握に力を入れており、平成13年度には、市職員が、自ら事業者を訪問してヒアリング調査を実施している。E市は、主要な事業者による「介護保険事業者連絡会」と、全事業者による「介護保険事業者協会」という二つの事業者組織を運営して、事業者との調整・連携に取り組んでいる。福祉オンブズマン制度の導入や、在宅介護支援センターでの介護サービスの総合調整への取り組みなども積極的である。F市では、事業者連絡協議会の部会活動が活発であり、医師会とケアマネジャーの連絡会議も組織している。G区は、認定調査を、保健福祉サービス事務所が直接実施し、行政が自ら、高齢者のニーズを総合的に把握することに力を注いでいる。また、施設入所の待機者が相当数に上るなかで、入所希望者の「取りまとめ」を行っている。

4) 在宅介護支援センターの役割

いずれの自治体においても、在宅介護支援センターの役割の重要性が改めて評価される一方で、介護保険制度のもとでのセンターの機能の明確化、その機能を十分発揮するための条件整備が求められる状況にある。

介護保険のもとでのサービス供給システムをめぐる議論でしばしば見落とされているのは、介護サービスを利用にあたって市民が最初に相談に訪れる窓口として在宅介護支援センターが、依然として重要な役割を果たしており、そのため、在宅介護支援センターが「ケースの送致者」としての役割を果たしているという点である。

このことは、センターの運営の委託のあり方次第では、事業者間の公平な競争を妨げたり、新規参入を阻害することにつながるという批判を招くことにもなるが、介護サービスの提供にどどまらない総合的な生活支援の実施という点で、在宅介護支援センターが果たす役割が大きいことは、広く認められているところである。

もっとも、その一方で、介護サービスの利用につながる相談援助活動がウェイトが高まることにより、その他の業務が圧迫されるという現象も起きている。G区のように、居宅介護支援に重点化することをやむを得ないとみている自治体もあるが、居宅介護支援への傾斜を避け、センターの種々の機能の有効な活用をはかるための取り組みを行っている自治体もある。例えば、E市では、在宅介護支援センターでは、居宅介護支援は行わず、包括的なケアマネジメントの支援、ケア会議の開催、介護予防・自立支援などに重点をおいた活動を展開するという方針をとっている。また、A市の場合には、総合的な相談活動に加え、ケース検討会の企画・運営やケアマネジャーに対するスーパービジョンの機能の強化をはかっている。

(4) 今後の分析の視点と課題

1) 事例分析の必要性和有効性

前節では、サービス供給量の変化、福祉ミックスの状況、自治体行政の取り組み、在宅介護支援センターの役割という4つの論点に即して、事例分析の結果を整理したが、この4つの点のいずれに関しても、それぞれの自治体の状況にはかなりの相違がみられた。人口規模や社会経済的要因に関して類似の状況にある自治体の間でも、介護サービス供給体制には多様性があることが明らかになったと

いってよい。このような多様な各自治体の状況は、先進的な自治体の事例の検討や、統計データや事業概要等の資料の分析のみでは、把握は困難である。例えば、事業者の指導や組織化は、どの自治体においても取り組むべき課題であり、事業者側からも要望されていることがらではあるが、そのような取り組みが、介護サービスの「市場」の条件整備として有効に機能するのか、それとも「市場」の機能を妨げるのかといった点は、ヒアリング調査などを通じて収集した情報・資料の分析を行わなければ明らかにすることができない。

このことは、介護保険サービス供給体制の再編の成果を分析・評価するにあたって、それぞれの自治体に固有の条件に着目し、多様な質的データを活用する事例調査が必要であり、また、そのような調査方法が有効性を発揮することが期待できることを示しているといっていよう。

このことを踏まえて、当研究班では、来年度においても、前節でとりあげた4つの論点と、さらに今年度は分析が不十分であった医療との関わりという点に焦点を合わせて、自治体の事例分析を継続していくが、以下では、その際の分析の視点と課題について、やや違った角度から整理し、若干の考察を加えていきたい。

2) 福祉ミックスと介護サービスの市場の分析

介護保険制度の導入の主要な目的の一つが、福祉多元化の促進と介護サービスの市場の形成にあることは、あらためて指摘するまでもない。この点に関しては、更なる規制緩和を推進する立場、市民参加の拡大に期待する立場、営利企業による介護サービス市場の支配を危惧する観点、あるいは、「保健・医療・福祉複合体」の優位を予測する観点から、さまざまな議論が展開されてきたが、福祉ミックスにおける変化や、介護サービスの市場の機能について、客観的なデータ・資料を用いた分析は、まだ十分に行われていない状況にある。

このような分析を進めるにあたっては、介護サービスの市場が、かなりの程度、地域性をもつものであることから、自治体レベルでの事例分析が有効性を発揮するものと考えてられる。

もっとも、実際に資料を収集してみると明らかになることは、各自治体が共通に整備・公表しているデータで、福祉ミックスの状況や市場の機能の分析に活用できるのは、事業所数に関するデータくらいに限られるということである。したがって、この点に関する分析を進めるにあたっては、事業者単位もしくはケース単位のデータを独自に収集する必要がある。

このことから、来年度においては、自治体が独自に作成している資料や、ヒアリング調査の結果を活用するとともに、事業所を対象に調査を実施したり、自治体の協力を得て給付管理票のデータを分析するといった方法を活用することを予定している。

3) 介護サービス市場の形成と自治体の役割

前節でも述べたように、介護保険制度がスタートして2年近くが経過するなかで、利用者による選択と事業者間の競争のメカニズムが次第に作用し始めてきており、その意味で、介護サービスの市場が形成されつつある状況になってきている。しかしながら、その一方で、今年度の事例分析からも、介護サービスの市場化の限界や、市場を補完する自治体の計画機能の重要性が次第に明らかになって

きたという面も無視できない。

例えば、介護保険サービスのみでは充足できない生活支援のニーズへの対応や、複合的な問題を抱えたいわゆる「困難ケース」への対応において、在宅介護支援センターや自治体による公的サービスの果たす役割が重要であることは、今年度の事例分析からも明らかになっている。利用者によるサービスの「選択」が有効性を発揮するためには、ケアマネジメントの質的向上に向けての自治体の支援や、サービス評価制度による利用者への情報提供が不可欠であるという認識も、次第に広がりつつある。

このことは、「条件整備」における自治体の役割の重要性としてこれまで論じられてきたことであるが、その点についての分析を行うにあたっては、イギリスにおける介護サービスの市場化の評価研究（Wistow et al., 1996）で、市場の分析、市場の創造、市場の管理と規制という観点から自治体の果たす役割が分析されている点が参考になるように思われる。というのも、「困難ケース」であるとか、低所得層への対応のあり方を考える場合でも、市場の機能にどのような影響が及ぶのか、あるいは、どのような市場を形成しようとしているのかという観点が自治体にとって必要と考えられるからである。例えば、困難ケースや低所得層を、公的な機関や非営利組織が引き受けるという形での役割分担は、場合によると、営利事業者のクリーム・スキミングを許すことにつながるかもしれないし、非営利組織を不当に保護することになるかもしれないのである。

また、自治体の果たす役割は、サービスの直接供給から「条件整備」へ変わってきたと言われているが、事例分析の対象にした自治体でも、福祉公社による在宅サービスの提供や、事業団による入所施設の運営を通して、サービスの供給に関与している例がみられた。このことが、介護サービスの市場の形成に及ぼす影響も分析の課題である。

4) 多様なサービス供給組織と市民参加

今年度の事例分析の報告では、市民参加の状況については、特に重点的な分析を行っていないが、介護保険外の生活支援サービスを含め、市民参加にもとづく多様なサービス提供・援助活動が各自治体で展開されていることは確かであり、来年度においては、この点に関する分析も重視していきたいと考えている。

その際の分析の一つの焦点は、介護サービスの市場のなかで、市民参加型の運営を行う NPO 法人や協同組合等の組織がどのような位置を占め、どのようなニーズに対応できているのかという点の分析である。

また、このような組織がサービス事業者となることに伴う組織の運営形態の変化が、市民の自発的な活動参加のあり方にどのような影響を及ぼすのかという点も、分析の焦点となる。この点は、イギリス等で、「契約文化」の浸透による非営利組織の運営の変化という観で論じられていることがらとも重なるものと考えられる。

また、サービス事業者になることによる組織運営のフォーマル化が進展する一方で、各種の生活支援サービスを中心に、地域住民のインフォーマルな援助活動が活性化する動きもみられることから、フォーマルな非営利組織の活動とインフォーマルな活動との接点にも焦点をあてていくことにしたい

と考えている。

【文献】

小林良二（2000）「要介護認定とケアマネジメント」『季刊社会保障研究』第36巻第2号、167-175頁。

高橋紘士監修（2001）『地域介護力データブック』中央法規。

Wistow, Gerald, Martin Knapp, Brian Hardy et al. (ed.) (1996) *Social Care Markets: Progress and Prospects*, Open University Press.

第3部 介護保険実施状況の総合的分析

第3部は、第1部でとりあげている統計データ分析と第2部でとりあげている事例分析の中間的な性格の比較的少数のサンプルを用いたデータ分析の結果を報告している2つの研究報告と、自治体事例調査の結果をふまえ、他の種々の資料・文献も活用して、行政学的な観点から介護保険制度の運営における地方自治体の役割について検討している研究報告とから構成されている。

1. 首都圏自治体の介護保険事業計画におけるサービス必要量と供給見込み量

森川 美 絵

【要約】

この報告では、東京都と神奈川県自治体を対象として、介護保険制度直前（平成12年3月）に各市町村が公開した介護保険事業計画におけるサービスの必要量や供給見込み量の水準、必要量の充足の見通しについて、市町村格差、自治体の地域特性との関連や、保険制度開始以前のサービス実績との関連という観点から検討した。また、自治体計画における量的整備という水準で、サービス間に代替や補充といった相互関係がみられるか、施設入所と在宅サービスの供給バランス、および、在宅サービス内での「医療系」と「介護系」サービス間の関係について、若干の検討を行った。最後に、こうした検討をふまえ、自治体の計画策定および政策研究における課題について考察した。

（1）課題と方法

1）問題の所在

介護保険制度は、その効果として、介護サービスの供給量ないし流通量が全体として増加することが見込まれている。政府の公表データをみても、制度施行以降、サービス供給量は増加傾向にある。

こうしたサービス量の推移を政策評価の観点から議論する場合、論点のひとつとして、供給量の実態と、介護保険制度の計画時点において予測されるサービス量との整合性という問題がある。制度運営の主体とされる市町村自治体は、市民から徴収する保険料を、必要と予想されるサービス量（必要量）と実際に見込めるサービス量（供給見込み）にもとづいて算出する。そして、実際の事業運営にあたっては、供給見込み量を必要量に近づける政策努力、すなわち必要量の確保にむけた環境整備ないし誘導策・戦略の開発を行うことが求められる。制度実施以降の実際の供給実績が、計画時の必要量や供給見込み量と著しく異なる場合、事業運営の主体は、サービス計画におけるサービス量の設定自体の無理という、現実的な計画の策定能力に関する問題や、実現可能な計画の未達成という、計画の遂行能力に関する問題を抱えていることになる。計画にもとづいた保険料水準の算出と徴収が自治体において行われる以上、サービス供給の量的整備に関する自治体の計画策定能力や計画遂行能力上の問題は、保険料徴収や介護保険制度そのものに対する市民の不信を招くことにもなりかねない。「保険あってサービス無し」という文言が、制度批判として、また介護保険制度以前のサービス供給実績が乏しい地域や民間事業者の参入を期待しにくい過疎地域ないし郡部における制度の問題として、頻繁に取り沙汰されてきた経緯を踏まえるならば、計画における必要量、供給見込み量の設定は、市町村にとって重要な意味をもっている。

こうした背景から、本報告では、介護保険制度直前（平成12年3月）に各市町村が公開した介護保険事業計画における、各サービスの必要量や供給見込み量の水準、必要量の充足の見通しについて、市町村格差、自治体の地域特性との関連や、保険制度開始以前のサービス供給の実績との関連という観点から検討する。また、自治体計画における量的整備という水準で、サービス間に代替や補充といった何らかの相互関係がみられるかについても、若干の検討を行う。後者については、地域におけ

る供給資源の整備状況が、その地域のケアマネジメントないしケアパッケージのあり方とどのように関連しているのかを検討する際の基礎作業としても位置づけられるだろう。

計画量の分析は、介護保険制度の実施以後の供給実績量の分析とあわせて行うことで、より実際的な政策論に結びついていくが、ここではそうした作業の一貫として、主に計画量に焦点をあてた分析を行う。

2) データの収集

①分析対象

分析対象としたのは、東京都および神奈川県下の市町村である。市町村としての特殊性が強すぎるという観点から、東京都の島嶼部、および、神奈川県の二つの指定都市（横浜市・川崎市）は、便宜上、分析対象からはずした。また、データが未収集の市町村は、東京都で島嶼部以外に1つ（国立市）、神奈川県では、指定都市以外に5つ（横須賀市、平塚市、綾瀬市、大磯町、津久井町）あり、現時点で分析対象としたのは、これらを除いた83の市町村（そのうち当該分析項目のデータが有効であるもの）である。

②サービス量の項目

ア. 項目の設定と出典

市町村間で比較可能なサービス量の項目として、介護保険制度が開始される以前のサービス実績量については「供給実績」を設定し、インターネットで公開されている「平成11年度版・老人保健福祉マップ」の市町村別データを用いた。また、介護保険におけるサービス計画量については「必要量」と「供給見込み量」を設定し、それぞれ、各市町村が介護保険事業計画において算出した「必要量」と「供給見込み量」を用いた（表2-1-1）。

表2-1-1 サービス量・データの項目と出典

データの種類		項目	出典	備考
サ ー ビ ス 量	事業計画量の介護保険の	必要量	各市町村の介護保険事業計画における「必要量」ないし「需要量」	供給見込み量が必要量を上回る場合、供給見込み量には必要量と同一値を入力。
		供給見込み量	各市町村の介護保険事業計画	
		充足率	供給見込み量の必要量に対する割合(%)	
ス 量	前の実績量	供給実績	「平成11年度版老人保健福祉マップ」(平成10年度の実績)	インターネットで公開されている最新データ。

介護保険事業計画における「必要量」とは、各市町村が、厚生省の算定式に基づき、自市町村内の要介護高齢者数、要介護度別の標準的なサービス提供モデル、および要介護高齢者中の各サービスの利用希望者数（利用希望率）をもとに算出したもので、要介護高齢者のうち利用希望者すべてに標準的水準のサービスを提供することが可能なだけのサービス量、といえる。市町村によっては、「必要