

量」を「需要量」と記載している場合もあるが、本稿では項目名を「必要量」に統一する。また、介護保険事業計画における「供給見込み量」とは、市町村がこれまでのサービス提供の実績や、サービス事業者の参入状況などを勘案した上で、供給可能と予想されるサービス量である。これには、事業者から最大限のサービス提供を見込んだ場合のサービス量と、事業者から見込めるサービス量のうち市町村が実際に供給を予定しているサービスの量との2種類が考えられ、自治体の計画においても、これらの量を別個に記述している場合があった。本稿では、自治体のサービス計画に焦点をあてるという観点から、後者、すなわち自治体が供給を予定した量を、「供給見込み量」項目として採用している。

また、施設入所のサービス計画量については、供給見込み量のみ入力したが、これは多くの計画において必要量と供給見込み量の区別がなされておらず、供給見込み量が算出されているとみなしたためである¹。

イ. サービス量の単位

介護保険事業計画に記載されているサービス量の単位は、各市町村によって異なっている²。本稿では、市町村間の比較、および、介護保険制度以前の実績（老人保健福祉マップ・データ）との比較を可能とするため、在宅サービスの単位は「高齢者100人当たりの年間利用回数（短期入所は年間利用日数）」、施設入所の単位は「高齢者100人当たりの年間入所者数（＝入所率）」に統一した³。また、充足率は、パーセント（％）単位である。本稿でのサービス量に関する記述、および、図表でのサービス量に関する数値は、すべてこれらの単位によるものである。

③サービスの分類

介護保険事業計画における居宅サービスのなかから、「訪問介護」「訪問看護」「訪問リハビリ」「通所サービス」「短期入所」「訪問入浴」の6つを選定した。「通所サービス」には、計画の「通所介護」と「通所リハビリ」の両方が含まれる（介護保険制度以前は両者の区別は無い）。また、「短期入所」には、計画における「短期入所生活介護」と「短期入所療養介護」の両方が含まれる。施設入所については、介護保険事業計画における「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）」「介護老人保健施設（老人保健施設）」「介護療養型医療施設」のうち、介護保険以前の状況との比較が可能な長期入所施設として、「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）」のみを分析対象とした。

3) 手続き

分析対象とした市町村数が80程度と、統計的な分析に十分な数とはいえないため、あくまで関連や差についての探索的検討を主眼とする。検討の内容と具体的な検討事項、検討の手法は以下の通り（表2-1-2）。

表 2-1-2 サービス量の検討内容

| | 検 討 内 容 | 検 討 事 項 | 手 法 |
|---|---|--|--|
| 1 | 計画年次の推移に伴い、サービス量（必要量と供給見込み量）や充足率はどのように変化するか。 | 介護保険開始以前（平成10年度）、計画初年度（平成12年度）と計画最終年度（平成16年度）の3時点での、サービス量、充足率の推移を概観する。 | サービス量、充足率の平均値、度数分布をみる。 |
| 2 | 介護保険の前後、計画年次の進展に伴い、自治体間のサービス量の格差は拡大するか、縮小するか。 | 上記3時点での、必要量、供給見込み量の「ばらつき」を概観する。 | 各サービス量の標準偏差および変動係数。 |
| 3 | 上記1、2は、自治体の一定の属性による違い（地域差）が見られるか。 | 市部、郡部、特別区ごとに差がでるのか、みる。 | 市部・郡部・特別区の平均の差を、一元配置の分散分析。 |
| | | 保険制度開始以前の供給実績のレベルによって、違いがでるか、みる。 | 老人保健福祉マップの実績ランク別に、計画量の平均の差を、一元配置の分散分析。 |
| 4 | サービスの量的整備の段階で、サービス間に代替や補完といった関係が見られるか。 | サービス間の関連の有無、関連の3時点での推移を概観する。 | 2サービス間の相関を、供給見込み、必要量についてみる。 |

(2) 結果

1) 市町村におけるサービス整備の量的規模

介護保険制度によって市町村が確保する責任を負うことになるサービスの量的な規模について見ていく。いわゆる在宅サービス3本柱といわれてきた訪問介護（ホームヘルプ）、通所サービス（通所介護、デイサービス）、短期入所（ショートステイ）の3つについて、介護保険制度の以前と以後で、市町村として整備すべき量がどの程度変化するかみてみよう（表2-1-3、表2-1-4）。

表 2-1-3 介護保険以前の実績および計画の必要量

(高齢者100人当たりの年間利用回数)

| | | h10供給実績 | h12必要量 | h16必要量 |
|------|--------|---------|--------|---------|
| 訪問介護 | 平均 | 155.52 | 855.55 | 1228.35 |
| | 増加率 | 1.00 | 5.50 | 7.90 |
| | (標準偏差) | 92.25 | 368.94 | 404.51 |
| | (変動係数) | 0.59 | 0.43 | 0.33 |
| 通所 | 平均 | 228.84 | 439.35 | 517.92 |
| | 増加率 | 1.00 | 1.92 | 2.26 |
| | (標準偏差) | 119.36 | 167.25 | 133.34 |
| | (変動係数) | 0.52 | 0.38 | 0.26 |
| 短期入所 | 平均 | 38.90 | 140.73 | 174.22 |
| | 増加率 | 1.00 | 3.62 | 4.48 |
| | (標準偏差) | 20.28 | 60.66 | 77.77 |
| | (変動係数) | 0.52 | 0.43 | 0.45 |

表 2-1-4 介護保険以前の供給実績と計画の供給見込み量

(高齢者100人当たりの年間利用回数)

| | | h10供給実績 | h12供給見込量 | h16供給見込量 |
|------|--------|---------|----------|----------|
| 訪問介護 | 平均 | 155.52 | 782.66 | 1194.57 |
| | 増加率 | 1.00 | 5.03 | 7.68 |
| | (標準偏差) | 92.25 | 355.12 | 396.37 |
| | (変動係数) | 0.59 | 0.45 | 0.33 |
| 通所 | 平均 | 228.84 | 284.84 | 416.79 |
| | 増加率 | 1.00 | 1.24 | 1.82 |
| | (標準偏差) | 119.36 | 167.25 | 133.34 |
| | (変動係数) | 0.52 | 0.59 | 0.32 |
| 短期入所 | 平均 | 38.90 | 101.76 | 151.12 |
| | 増加率 | 1.00 | 2.62 | 3.88 |
| | (標準偏差) | 20.28 | 54.60 | 77.20 |
| | (変動係数) | 0.52 | 0.54 | 0.51 |

訪問介護の場合、平成10年度の供給実績は平均156回（高齢者100人当の年間利用回数）である。介護保険事業計画の必要量については、制度開始年度（平成12年度）で約856回、第一期計画終了時点（平成16年度）で約1228回と、それぞれ平成10年度実績の5.5倍、7.9倍、供給規模を拡大する必要があるとしている。供給見込み量については、平成12年度で約783回、平成16年度で約1195回と、それぞれ平成10年度実績から5.0倍、7.7倍の供給拡大が見込めるものと予測されている。

通所サービスの場合、平成10年度の供給実績は平均229回（高齢者100人当の年間利用回数）であり、計画の必要量では、平成12年度で約439回（1.9倍）、平成16年度で約518回（2.3倍）まで、供給規模を拡大する必要があるとしている。供給見込み量をみると、平成12年度で約285回（1.2倍）、平成16年度で約417回（1.8倍）の供給が見込めるものと予測されている。

短期入所の場合、平成10年度の供給実績は平均39回（高齢者100人当の年間利用回数）であり、計画の必要量をみると、平成12年度で約141回（3.6倍）、平成16年度で約174回（4.5倍）まで、供給規模の拡大をせまられる。供給見込み量では、平成12年度で約102回（2.6倍）、平成16年度で約151回（3.9倍）の供給が見込まれている。

こうして、従来の供給実績とサービスの計画量とを比べた場合、どのサービスについても、自治体全体として、介護保険制度以前よりもかなりの供給規模の拡大が、介護保険制度初年度より必要とされ、また見込まれていることになる。供給規模の拡大の程度が最も大きいのは訪問介護であり、実際に平成10年度実績より5倍近い供給が見込まれている。これに対して、通所サービスについては、介護保険制度開始初年度においては、平成10年度実績の2倍弱の供給で必要を十分に満たすと考えられているが、実際に供給の拡大が見込めるのは、平成10年度実績の2割増し程度でしかない。

このように、サービスの種類によって、供給規模の増加の程度は、必要という点でも供給見込みという点でも、かなりのばらつきが出る。介護保険制度のもとでは利用者数の規模自体が従来よりも相当程度拡大すると考えられるが、以上のことを勘案すると、利用者一人当たりに対する各種サービスの配分量の規模は、上記3サービスで同じ程度に拡大ないし縮小するわけではない。訪問介護では、

従来と同程度ないしはそれ以上の利用が可能となる供給規模を自治体全体としては整えることが目指され、また見込まれていると考えられる。これに対し、通所サービスは、利用対象者の増加に供給規模の増加が追いつかず、利用者一人当りの配分量は、必要という観点からも、供給見込みという観点からも、従来よりも制限的になりやすい状況が、計画段階から予測できる。

こうした状況をふまえた場合、今後の政策課題として、利用を希望するすべての人へのアクセスの保障、アクセスの公平性ということを指摘することができる。しかし、通所サービスの計画量に着目した場合、それとは別の課題の設定も、同様に重要になると考えられる。すなわち、限定的な供給資源を前提とした場合に、どのような対象にどの程度のサービス量を投入することが、最も望ましい政策効果を生むことになるかという、対象選定（ターゲティング）という課題である。アクセスの公平性と利用対象者の選定の間に、計画および実態として、いかなる関係がつけられているか検討すること、そして望ましい両者の関係を探ることが、政策研究の課題にもなろう。

2) 市町村間の整備の「ばらつき」

これまでみてきた数値はいずれも市町村の平均であり、実際の数値は市町村の間で当然ばらつきがでてくる。市町村における数値のばらつき、すなわちサービス格差の程度を変動係数によってみてみる（表2-1-3、表2-1-4）。平成10年度は、それぞれ0.59、0.52、0.52と、市町村の格差は3つのサービスでいずれも似たような水準である。しかし、介護保険制度の開始以降になると、市町村格差は、各サービスで異なった行方をたどる。訪問介護については、介護保険制度の開始以降、必要量、供給見込み量の両者ともに、市町村格差は次第に縮小する傾向を示す。通所サービスの場合は、必要量の市町村格差は年を追うごとに縮小するものの、供給見込み量では、介護保険制度実施当初の平成12年度には0.59と、格差はむしろ若干拡大し、その後の制度の経過に伴って縮小にむかうことになる。短期入所では、必要量に関しては、介護保険制度の実施に伴い格差は縮小されるが、制度年数が経過しても実施当初の格差が狭まる傾向はみられず、供給見込み量でみると、介護保険制度の前後で市町村格差はほとんど変わらないことになる。

3つのサービスを通じた格差の推移をみると、供給見込み量通りに実際の供給が行われるとすれば、介護保険制度の経過に伴い、短期入所における市町村格差が、目立つことが予想される。

3) 各サービスにおける充足率

各サービスの、必要量に対する供給見込み量の割合（＝充足率）をみてみる（表2-1-5）。

介護保険開始年度（平成12年度）の充足率の平均は、訪問介護と訪問入浴の場合は90%を超え、ほとんどの市町村で必要量を満たすことになる。しかし、短期入所では約75%、通所サービスと訪問看護では70%程度と充足率の平均はやや低下し、いずれのサービスも4分の1の市町村で充足率が6割を下回る。訪問リハビリになると、充足率の平均は56%とかなり低くなり、半数の市町村で充足率が5割以下にとどまる。充足率は、制度年数の経過に伴いすべてのサービスで改善され、5年後の平成16年度には、全サービスが80%を超える。但し、訪問リハビリについては、4分の1の市町村は依然として必要量の6割以下しか供給できる見通しがたたず、通所サービスでも4分の1の市町村で必要

量の3分の2程度しか供給できない見通しとなっている。

表2-1-5 各サービスの充足率(%)

| | 年度 | 有効度数 | 平均値 (%) | パーセンタイル | | |
|--------|-----|------|------------|---------|-------|-------|
| | | | | 25.0 | 50.0 | 75.0 |
| 訪問介護 | h12 | 79 | 92.3 | 92.8 | 100.0 | 100.0 |
| | h16 | 79 | 98.1 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 通所 | h12 | 78 | 71.9 | 54.2 | 74.0 | 99.1 |
| | h16 | 78 | 83.7 | 66.2 | 100.0 | 100.0 |
| 短期入所 | h12 | 78 | 76.8 | 57.7 | 82.9 | 100.0 |
| | h16 | 78 | 88.7 | 79.6 | 100.0 | 100.0 |
| 訪問看護 | h12 | 78 | 70.7 | 49.6 | 70.8 | 100.0 |
| | h16 | 78 | 89.3 | 84.3 | 100.0 | 100.0 |
| 訪問リハビリ | h12 | 74 | 56.1 | 24.9 | 49.7 | 100.0 |
| | h16 | 74 | 80.8 | 60.0 | 100.0 | 100.0 |
| 訪問入浴 | h12 | 76 | 98.2 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| | h16 | 76 | 99.8 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

4) サービス量の地域差

①特別区、市部、郡部

サービスの計画量や充足の程度は、郡部、市部、特別区といった地域区分によって違いがみられるだろうか(表2-1-6)。

表2-1-6 サービス計画量の地域差（郡部、市部、特別区）
（高齢者100人当たりの年間利用回数）

| | | | 特別区 | 市部 | 郡部 | F 値 | 有意確率 |
|--------|-------|--------|--------|--------|-------|------|------|
| 訪問介護 | 実績量 | h 10** | 240.2 | 131.0 | 107.5 | 20.5 | 0.00 |
| | 必要量 | h 12** | 1222.7 | 786.8 | 557.0 | 34.5 | 0.00 |
| | | h 16** | 1533.2 | 1162.4 | 996.5 | 13.6 | 0.00 |
| | 供給見込量 | h 12** | 1170.0 | 730.8 | 441.0 | 53.0 | 0.00 |
| | | h 16** | 1501.0 | 1127.3 | 976.7 | 13.7 | 0.00 |
| | 充足率 | h 12* | 96.9 | 94.4 | 83.2 | 6.3 | 0.03 |
| h 16 | | 98.3 | 97.9 | 98.2 | 0.0 | 0.97 | |
| 短期入所 | 実績量 | h 10** | 22.3 | 41.8 | 49.9 | 14.5 | 0.00 |
| | 必要量 | h 12 | 140.5 | 151.2 | 122.7 | 1.4 | 0.25 |
| | | h 16 | 165.2 | 186.4 | 163.4 | 0.8 | 0.47 |
| | 供給見込量 | h 12** | 70.9 | 117.0 | 106.8 | 6.0 | 0.00 |
| | | h 16* | 113.6 | 168.4 | 159.7 | 4.1 | 0.02 |
| | 充足率 | h 12** | 59.6 | 82.1 | 87.4 | 10.3 | 0.00 |
| h 16** | | 74.0 | 92.9 | 98.2 | 13.5 | 0.00 | |
| 通所 | 実績量 | h 10 | 203.8 | 237.1 | 246.6 | 0.8 | 0.44 |
| | 必要量 | h 12 | 477.3 | 429.7 | 412.6 | 0.9 | 0.41 |
| | | h 16 | 535.7 | 515.2 | 502.2 | 0.3 | 0.71 |
| | 供給見込量 | h 12 | 265.8 | 302.4 | 271.6 | 1.9 | 0.16 |
| | | h 16 | 369.7 | 433.3 | 437.8 | 2.1 | 0.13 |
| | 充足率 | h 12 | 63.6 | 76.9 | 72.8 | 2.4 | 0.10 |
| h 16* | | 73.8 | 88.1 | 87.5 | 3.4 | 0.04 | |

サービスの必要量、供給見込み量について、訪問介護、通所サービス、短期入所のうち地域区分によって水準に格差がみられるのは、訪問介護と短期入所である。訪問介護の場合、介護保険以前のサービス供給の実績は、特別区が市部・郡部と比べて2倍近い供給水準にあり、郡部の供給水準は市部よりも低くなっている。同サービスの介護保険制度における必要量、供給見込み量についても、特別区>市部>郡部といった差の傾向は維持される。短期入所の場合も、介護保険以前のサービス実績には特別区、市部、郡部で格差がみられたが、その関係は特別区<市部<郡部と、訪問介護と逆になり、都市部のサービス量は市部・郡部の2分の1程度にとどまっている。介護保険制度における必要量の設定に関しては、特別区・市部・郡部といった区分による地域差はみられないが、供給見込み量に関しては依然として残っている。但し、介護保険制度以前は郡部の方が市部よりも供給水準が高かったのに対し、保険制度においては、市部の方が郡部よりも供給見込み量の水準は若干ではあるが高くなる。通所サービスの場合、介護保険以前のサービス実績、介護保険以後の必要量・供給見込み量のいずれに関しても、市町村ごとのサービスのばらつきは、郡部、市部、特別区といった区分によって生じる差とはいえない。

充足率については、訪問介護の場合、保険制度の開始年度においては郡部・市部・特別区による地域差がみられ、郡部では83.2%と、特別区の96.9%や市部の94.4%に比べて比較的低い水準だが、5

年後にはいずれの地域も充足率98%程度になり、地域格差も解消される見込みとなる。但し、充足率については、いずれの地域も介護保険制度の開始年度から高水準であり、サービスの必要量や供給量でみられたような都市部（特別区・市部）と郡部との2倍以上の水準の差は、充足率に関してはみられない。これは、郡部の供給見込み量が低水準であると同時に、「必要量」自体も低水準であるためといえる。

短期入所の場合、特別区、市部、郡部における充足率には、保険制度の開始においてもその5年後においても格差があり、平成12年度は、郡部平均が87.4%、市部平均はそれより若干低い82.1%であるのに対し、特別区の平均は59.6%という低水準である。また、平成16年度になると、郡部では98.2%、市部でも92.9%と、必要量がほぼ満たされる見通しだが、特別区では必要量の74%しか供給できる見込みがたっていない。短期入所をする必要性があり、かつ、サービスを希望している場合でも、都市部では4分の1の割合で短期入所サービスを受けられず、他のサービスか家族による代替・埋め合わせが行われたり、またはサービスや介護の水準そのものが低下したりする状況になると予想されていることになる。こうした充足率の地域差は、「必要量」の水準では地域差がみられなかったのに対し、「供給見込み量」には差が生じることを反映していると考えられる。

通所サービスの場合、介護保険以前の実績量や、計画の必要量や供給見込み量では、特別区・市部・郡部による差はみられないが、保険制度の年数が5年たった時点における充足率では、こうした地域差が有意になる。このとき、特別区の充足率は73.8%と、市部の88.1%や郡部の87.5%と比較して低く、短期入所の場合と同様の傾向がよみとれる。

介護保険制度においては、都市部では多くの居宅サービス事業者の参入が見込めるために特別区・市部での供給見込みが高まり、逆に、郡部などでは事業者の参入が見込めずにサービス不足になりかねないという批判・不安が、制度開始以前にみられた。こうした批判は、訪問介護についてはあてはまるが、短期入所や通所介護についてはあてはまらず、短期入所の場合はむしろ都市部でも供給水準の低さや、充足率の低さが目立つ。また、訪問介護については、郡部ではサービス量の水準自体は低いものの、充足率はそれほど低水準ではないため、「必要量の充足」という点で、それほど大きな問題を抱えていることにはならない。しかし、上述したように、郡部の充足率の高さは、必要量・供給見込み量がともに低水準であることから生じているものであり、「必要量」の定義や設定水準自体を問い直す必要があるかもしれない。

②介護保険制度以前の供給実績別

市町村を介護保険以前の供給水準に応じて、水準の高い方からランク1、ランク2・・・とグループ分けした場合、市町村のサービスの計画量や充足率に、介護保険以前の実績ランクによって違いがみられるかどうか、みていく（表2-1-7）。

表 2-1-7 サービス計画量の地域差（介護保険以前の供給実績ランク別）
（高齢者100人当たりの年間利用回数）

| | | ランク1 | 2 | 3 | 4 | 5 | F 値 | 有意確率 | |
|------|-------|-------|--------|--------|--------|-------|--------|-------|------|
| 訪問介護 | 度数 | 7 | 15 | 35 | 19 | 7 | | | |
| | 供給見込み | h12** | 1184 | 1067.6 | 759.6 | 497.7 | 659.6 | 12.36 | 0.00 |
| | | h16** | 1414.4 | 1391.2 | 1181.8 | 956 | 1264.9 | 3.67 | 0.01 |
| | 充足率 | h12 | 100 | 92.1 | 89.5 | 91.6 | 99.3 | 1.23 | 0.31 |
| | | h16 | 100 | 94.1 | 98.1 | 99.7 | 100 | 1.46 | 0.22 |
| 短期入所 | 度数 | 25 | 23 | 35 | | | | | |
| | 供給見込み | h12** | 134.7 | 99.2 | 79.9 | | | 8.8 | 0.00 |
| | | h16 | 179.8 | 142.9 | 136 | | | 2.63 | 0.08 |
| | 充足率 | h12** | 87.6 | 80.9 | 67.5 | | | 5.63 | 0.01 |
| | | h16** | 95.8 | 92.2 | 82 | | | 4.5 | 0.01 |
| 通所 | 度数 | 8 | 35 | 34 | 6 | | | | |
| | 供給見込み | h12* | 335 | 286.4 | 285.7 | 203.8 | | 3.24 | 0.03 |
| | | h16 | 430.3 | 428.2 | 405.8 | 394.4 | | 0.24 | 0.87 |
| | 充足率 | h12 | 82.1 | 71.7 | 70.5 | 66.2 | | 0.65 | 0.58 |
| | | h16 | 87.7 | 85.7 | 82.5 | 71.1 | | 0.73 | 0.54 |

計画の供給見込み量について、介護保険制度の開始年度（平成12年度）では、訪問介護、短期入所、通所サービスのいずれのサービスについても実績ランクに応じた差がみられる。介護保険制度から5年たった平成16年度になると、介護保険以前の供給実績ランクによって供給見込み量の水準に差がみられるのは訪問介護のみとなり、短期入所や通所サービスの供給見込みについては、介護保険以前の実績とは関係なく各市町村で水準が定まったり、市町村間でばらつきが生じてきたりすることになる。

供給見込み量の水準が、介護保険制度以前の供給実績と関係する場合、概ね、以前の供給実績が高いランクに属するほど介護保険制度での供給見込み量の水準も高くなり、以前の実績ランクが低くなるほど介護保険制度で見込める供給量の水準も低くなる、という傾向がある。しかし、訪問介護の場合、介護保険以前の実績が最低ランク（ランク5）のグループについては、やや異なった傾向を示す。すなわち、ランク5のグループは、介護保険制度開始時点（平成12年）では、ランク4のグループよりも高水準のサービス供給を見込んでおり、さらに5年後の平成16年度になると、これまでの実績では2つランクが上位のランク3のグループを上回る水準のサービスを供給すると見込んでいる。最低ランクの市町村が、介護保険制度にあたって、「従来の実績では1ランクも2ランクも勝っている他の市町村以上に」供給できるだけの訪問介護サービスの事業者参入を見込んでいるということは、これらの市町村が他の市町村以上に強力に事業者参入の環境整備をすすめる予定をたてているか、または、他の市町村以上に介護保険制度になればおのずと多くの事業者参入・サービス供給の大幅増が達成されると楽観的に考えているかの、どちらかということになる。

5) サービス間の関連

自治体計画における量的整備という水準で、サービス間に何らかの相互関係がみられるか、二つの

観点からみていく。第一の観点は、在宅サービスと施設入所間の供給バランスである。長期的な生活の場となる入所施設の代表は特別養護老人ホームであるが、この施設の量的な整備は、多くの待機者がいることから明らかなように、現在でも十分とはいえない。こうした整備の不足を在宅サービス部門の充実で補うという傾向が、自治体計画においてみられるだろうか。第二の観点は、在宅サービス内部の相互関係である。介護保険制度では、従来からの主要サービスである在宅3本柱（訪問介護、通所サービス、短期入所；ここでは「介護系」サービスとする）の他に、訪問看護、訪問リハビリテーションといった、看護・医療行為的な要素の強いサービス（ここでは「医療系」サービスとする）の整備の強化も図られている。これら「医療系」サービスは、「介護系」サービスと補完関係にあると想定できるが、どのようなサービスとどのように関係しているのだろうか。

サービス計画量の水準には特別区、郡部、市部といった地域差が少なからず影響することを考慮し、「特別区・市部・郡部」という地域差で統制したサービス間の関連をみる（表2-1-8）。

①施設入所（特養）と在宅サービスの供給バランス

特別養護老人ホームへの入所者数（見込み）の水準は、介護保険の開始年度（平成12年度）において、いくつかの在宅サービスと関連をもっているが、関連の仕方は在宅サービスの「必要量」の場合と「供給見込み量」の場合とは異なっている。

必要量では、特養の入所水準と関連しているのは訪問介護と訪問入浴で、訪問介護では正の相関、すなわち特養の入所水準が高ければ訪問介護の必要量の水準も高くなる傾向が、訪問入浴では負の相関、すなわち特養の入所水準が低い場合に訪問入浴の水準は高くなる傾向が、どちらも比較的弱い傾向ながら、あるといえる。

供給見込み量になると、特養の入所水準との正の相関関係にあるのは訪問リハビリとなり、訪問介護は特養とは有意な関連がなくなる。特養と負の相関関係にあるサービスは、通所サービス、短期入所、訪問入浴と、必要量の場合よりも増加する。これらのサービスは、特養の入所水準が低ければサービス水準が高くなる、ないしは、特養の入所水準が高ければサービス水準は低くなるという関係が、いずれも比較的弱い関連ながら見出せる。

これらから、以下のようなことが予想できる。すなわち、特養への入所を確保しにくい（入所水準の低い見込みの）自治体は、その代替・埋めあわせとして訪問入浴を充実させることを計画段階から必要と認識していたのかもしれない。また、特養入所に頼ることの多い地域では、通所サービスや短期入所や訪問入浴といった在宅サービスの充実が進みにくい状況にあり、こうした在宅サービスの水準の低さが施設依存の傾向をもたらしているのかもしれない。但し、施設入所と在宅サービスとの関連は、平成16年度においては必要量においても供給見込み量においても、全ての在宅サービスにおいて無くなる。

②在宅サービス内での相互関係：「医療系」と「介護系」

まず、従来の老人保健福祉計画において重点的サービスとされてきた、訪問介護、通所サービス、短期入所のいわゆる「介護系」サービス（在宅3本柱）について、相互の関係をみてみる。介護保険

表2-1-8 サービス間の関連 (「特別区・市部・郡部」地域差で統制) (偏相関係数)

| | | 訪問介護 | 訪問看護 | 訪問リハ | 通所 | 短期入所 | 訪問入浴 | 特養 |
|------|-------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|
| 訪問介護 | h12必要 | . | 0.56** | 0.30* | 0.25* | | | 0.25* |
| | h12供給 | . | | | | | | |
| | h16必要 | . | 0.55** | 0.39** | 0.33** | | | |
| | h16供給 | . | 0.30** | | | | | |
| 訪問看護 | h12必要 | 0.56** | . | 0.59** | 0.36** | | | |
| | h12供給 | | . | 0.27* | | | 0.23* | |
| | h16必要 | 0.55** | . | 0.54** | 0.45** | | | |
| | h16供給 | 0.30** | . | 0.50** | 0.34** | | 0.29* | |
| 訪問リハ | h12必要 | 0.30* | 0.59** | . | | | | |
| | h12供給 | | 0.27* | . | | | | 0.26* |
| | h16必要 | 0.39** | 0.54** | . | | | | |
| | h16供給 | | 0.50** | . | 0.28* | | 0.28* | |
| 通所 | h12必要 | 0.25* | 0.36** | | . | 0.43** | | |
| | h12供給 | | | | . | 0.25* | | -0.32** |
| | h16必要 | 0.33** | 0.45** | | . | | | |
| | h16供給 | | 0.34** | 0.28* | . | 0.28* | | |
| 短期入所 | h12必要 | | | | 0.43** | . | | |
| | h12供給 | | | | 0.25* | . | | -0.30** |
| | h16必要 | | | | | . | | |
| | h16供給 | | | | 0.28* | . | | |
| 訪問入浴 | h12必要 | | | | | | . | -0.36** |
| | h12供給 | | 0.23** | | | | . | -0.36** |
| | h16必要 | | | | | | . | |
| | h16供給 | | | | | | . | |
| 特養入所 | h12必要 | 0.25** | | | | | -0.36** | . |
| | h12供給 | | | 0.26** | -0.32 | -0.30** | -0.36** | . |
| | h16必要 | | | | | | | . |
| | h16供給 | | | | | | | . |

*** 1%水準で有意 (両側) ** 5%水準で有意 (両側)

以前の供給実績において、地域差 (特別区、市部、郡部) で統制した上で2サービス間に有意な関連が認められたのは、通所サービスと短期入所の間であった。両者には比較的弱い正の相関がみられ (偏相関係数0.33, 両側検定1%水準; 表省略)、通所サービスの供給実績が高い市町村では、短期入所の供給実績も高い傾向があった。訪問介護と他の介護系サービスの間には、供給実績において有意な関連はみられなかった。介護保険制度以前にみられた通所サービスと短期入所との正の相関は、介護保険事業計画の初年度でも、必要量、供給見込み量の双方で引き続きみられる。但し、必要量では両者の関連は比較的強いが (偏相関係数0.43)、供給見込み量における関連は比較的弱くなる (0.25)。訪問介護については、計画の必要量に関しては、通所サービスと比較的弱い正の相関関係をみせるが、

この関連は供給見込み量になると有意ではなくなる。個々のサービス市場への事業者の参入という、介護保険制度に伴い生じてきた新たな供給側の要因によって、従来の供給実績や必要認識の上でみられる2サービス間の相乗的関係が実際の供給でも維持されるということが困難になるのかもしれない。

次に、「医療系」サービス同士の関連をみると、「医療系」の訪問看護と訪問リハビリの間には、計画の必要量において、かなり強い正の相関が、計画初年度（平成12年度）においても5年後（平成16年度）においても見られる。計画における「必要」の認識という点からみると、訪問看護と訪問リハビリは、個別的にはではなく、むしろ「医療系」としてまとめられた上で、その必要性が認識される（または、あまり認識されないでいる）傾向にあるのかもしれない。但し、計画初年度の「供給見込み」量では、両者の相関の程度は必要量の場合よりも弱められている。これは、両者は必要性という点ではまとめて認識されているが、供給の実現性についてはそれぞれのサービスで市町村ごとに差が生じているためと思われる。

最後に、「医療系」と「介護系」サービスとの関連をみる。必要量に関しては、訪問看護と訪問リハビリの両者は、訪問介護と有意な正の関連がみられる。特に、訪問看護は、訪問介護とかなり強い正の相関がある。これらの医療系サービスは、訪問介護に対して代替的というよりは、補完的な関係に位置付けられていることが分かる。訪問介護の充実を進めようとする自治体では、訪問看護・訪問リハビリといった訪問系の医療的サービスをあわせて充実しようとする傾向があり、量的整備の必要認識という次元では、訪問系のサービスは「全体として」水準が底上げされやすい状況、または、されにくい状況になる、といえる。但し、こうした訪問系における「介護系」サービスと「医療系」サービスとの正の相関は、介護保険の計画初年度の供給見込み量では有意でなくなる。

通所サービス、短期入所のうち、「医療系」サービスと何らかの関連をもっているのは通所サービスのみである。通所サービスは、訪問リハビリとはほとんど関連はないが、訪問看護とは、必要量において正の相関関係にある。但し、通所サービスの場合も、訪問介護の場合と同様に、計画初年度の供給見込み量では、こうした医療系サービスとの関連は有意でなくなる。

（3）結論と考察

以下では、これまでの検討をまとめ、今後の自治体の計画の再検討および策定にあたり課題となる事柄について指摘する。

1) 計画におけるサービス量（必要量、供給量）の検討から

サービスの種類によって、供給規模の増加の程度は、必要という点でも供給見込みという点でも、かなりのばらつきがある。通所サービスについては、利用対象者の増加に供給規模の増加が追いつかず、利用者一人当りの配分量は、必要という観点からも、供給見込みという観点からも、従来よりも制限的になりやすい状況が、計画段階から予測できる。

こうした状況をふまえた場合、今後の政策課題として、アクセスの保障、アクセスの公平性という課題のほかに、もうひとつ、限定的な供給資源を前提とした場合に、どのような対象にどの程度のサービス量を投入することが最も望ましい政策効果を生むことになるかという、対象選定（ターゲ

ディング)の問題が、重要になると考えられる。アクセスの公平性と対象の選定との間に、いかなる関係が現存するか、いかなる関係を構築すべきかという点の探求が、今後の政策研究の課題にもなるう。

市町村におけるサービス水準の格差については、各市町村で事業計画の供給見込み量の通りに実際の供給が行われた場合、サービスによっては、短期入所のように、介護保険制度の経過に伴い市町村格差が目立つことが予想されるものもある。

必要量の格差については、計画における必要量という概念のあり方自体を問題化する必要を示唆している。すなわち、計画における必要量の格差は、要介護度に応じて設定される標準サービス・モデルに、要介護者のなかで当該サービスの利用を希望する者の割合を乗じて算出するため、計画における標準サービス・モデルが市町村でそれほど違いのない場合は、利用希望率という需要サイドの要因に左右されやすいことが予想される。今回の事業計画では、サービス・モデルは市町村独自のものを利用している場合もあるとはいえ、かなりの市町村では厚生省の提示したモデルに準じていることから、必要量における格差は利用希望率という需要要因を反映している可能性が高い。したがって、多くの自治体計画で記載されている「必要量」は、必要なサービス量のうち「需要として顕在化した部分」を想定していることになるかもしれない。実際、計画において、「必要量」という項目の代わりに「需要量」という項目でサービス量を算出している自治体も少なからずあったことは、自治体計画において「必要量」と「需要量」が混同されていることを物語っている。「必要」が「需要」に置き換えられたまま、計画における必要充足の程度(「充足率」)が問題化されるならば、それは、自治体の計画を「需要と供給のバランス」という観点で検証することを可能にするが、「必要と需要」や「必要と供給」の関係・バランスといった事柄を問題化することを困難にする。このことは、政策・計画のキーであるはずの「必要」概念を曖昧にする一方で、「需要と供給」という、市場の概念によってサービスが問題化されていくという意味で、介護サービスの「市場化」の計画レベルにおけるひとつの側面といえるだろう。しかし、必要にもとづいた社会政策の重要性を踏まえるならば、「必要量」「需要量」「供給見込み量」という三者の区別を明確にした上で、それらの関係を明示するような事業計画の策定、およびその手法の開発が望まれる。

2) サービス間の関連の検討から

サービス間の関連について、自治体という単位でのサービスの量的整備という水準では、以下のことが言える。

第一に、施設と在宅サービスの供給バランスは、保険制度の開始時点において、一定の代替関係を伴いながら、地域の在宅サービスの供給状況に影響を与えると予想される。しかし、現在の中期的な計画の見直しにおいては、施設の不足または入所の抑制に応じて、施設入所の代替策として在宅サービスをどのように量的に充実・確保させるかという点が、意識的・積極的な検討項目の枠外におかれている可能性がある。施設・在宅の供給バランスという観点から在宅サービスの必要量を見直す視点は、今後の計画見直しでも求められてくるものではなかろうか。こうした視点を具体的にどのようにとり込んで計画量の算出をするかは、「必要」に基礎をおいた政策の研究上、実践上の課題であろう。

第二に、様々なサービスの間には、代替や補完といった関係が、必要量の設定という次元において、計画における意識的な設定かどうかにかかわらず見出される。しかし、こうした関連が、供給見込み量になると有意ではなくなることも多い。個々のサービス市場への事業者の参入という、介護保険制度に伴い生じてきた新たな供給側の要因が、従来の供給実績や必要認識の上でみられるサービス間の関係を、実際の供給において困難にするのかもしれない。この場合、自治体が当該地域のサービス市場を規制ないし統制する力をもたず、供給見込みを必要量に近づけられないならば、サービス間の代替や補完関係の必要性が認識されていても、実際の供給状況ではそうした関係は実現しないことになる。サービス間の関係についての必要認識が、関係の実現性を伴わない計画上の文言で終わる場合、計画における「必要」概念の存在意義は危うくなる。自治体が、(必要量の水準自体を変更することによってではなく!) 必要量の充足に向けた環境整備・施策をいかに行うか、すなわち、サービス市場にどのような介入や規制をおこなっていくかが、計画の策定や、それに基づく保険料徴収という体制の正当性の維持にとって、重要になってくるだろう。

¹ この他、各市町村の人口、高齢者人口（65歳以上人口）なども収集した。

| | 項 目 | 出 典 | 備 考 |
|-----------------|-----------|--|-----------------------------|
| 市町村人口、 高齢者人口 | 平成12年 | <東京都>『社会福祉統計年報（平成11年度）』2000.12. 東京都福祉局。 <神奈川県>平成12年国勢調査（10月1日現在）の第1次基本集計結果（平成13年10月31日公表分）。 | 平成14年1月時点の都・県ホームページ上の公開データ。 |
| | 平成16年（推計） | 各市町村の介護保険事業計画 | |

- ² 訪問介護では「時間/週」「人/週」は「回/週」として、短期入所では「週1回」を「週7日」として換算した。
- ³ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入所者数には経過措置者数も含む。本稿では直接分析対象としていないが、「介護療養型医療施設」（療養型病床群）の入所者数は、介護保険の指定を受けた施設への入所者数として介護保険対象者の人数を入力している（医療保険対象者が別途記載の場合は、それを含めず、医療保険との区別がない場合はそのまま入力）。
- ⁴ ランクは、老人保健福祉マップの5段階のランクづけに準じている。但し、短期入所と通所サービスについては、5段階ランクでは各ランクの自治体数が少なすぎる（5未満）場合があったため、短期入所の場合は3段階（第1・第2ランク→ランク1、第3ランク→ランク2、第4・第5ランク→ランク3）に、通所サービスの場合は4段階（第1ランク→ランク1、第2ランク→ランク2、第3ランク→ランク3、第4・第5ランク→ランク4）に再編集した。
- ⁵ 需要、必要を区別した上で、必要という観点から社会政策を論じたものとして、武川正吾『福祉社会：社会政策とその考え方』（2001）有斐閣。

2. 社会福祉法人による減免にみる介護保険制度の課題

木下武徳

【要約】

介護保険制度導入に伴う大きな特徴として、(1) 高齢者の費用負担の増加、(2) 地方自治体が自治事務として保険運営を行う分権化、(3) 営利企業と非営利団体の参入を促す民営化が挙げられる。本稿は介護保険制度における国の低所得者対策である社会福祉法人による減免を通して、これら3点から介護保険制度の課題を検証する。まず、本減免制度の概要及び実施展開を説明する。次に、全国自治体調査と京都府下調査の結果から、本減免制度の実施困難な原因を明らかにし、介護保険制度における実施課題を検証する。この分析から、本減免制度は低所得者対策を民営化したこと、国の減免制度の実施内容が自治体間で大きく異なることが指摘される。最後に、本減免制度を有効な制度とするためには、本減免制度を補う自治体独自の取り組みが必要となること、また、社会福祉法人のあり方について一層の検討が必要になることが示される。

(1) はじめに

社会福祉基礎構造改革の先鞭を切った介護保険制度は、日本の社会福祉制度を考えていく上で大きな試金石となっていることは周知の通りである。ここでは介護保険制度の最も大きな特徴として次の3点が挙げられよう。

①費用負担の増加

措置制度から介護保険制度に移行したことにより、高齢の利用者には保険料と利用者負担が課されることになった。

②社会福祉の分権化

介護保険制度は法律上自治事務であり、特に保険料とその介護保険サービスの範囲や数量等は各々の自治体において決定されることになった。

③社会福祉の民営化

これまで措置制度の下、サービス提供については、自治体直営と社会福祉法人が支配的であったところに、営利企業や非営利法人の参入を促すことになった。

これら社会福祉の費用負担の増加、分権化、民営化というキーワードは、介護保険制度だけでなく、その後の社会福祉基礎構造改革の行方を明確に方向付けている¹。このような介護保険制度の一つの大きな課題は、費用負担の増加に伴う低所得者の問題である。費用負担の困難な低所得者に対して、独自に保険料や利用者負担の軽減をしている自治体が増えている²。この自治体独自の減免も分権化の一つの現われと言える。もちろん、国もいくつかの低所得者対策を講じている。

本稿では、その国が定めた利用者負担軽減のための低所得者対策の一つである社会福祉法人等による減免（以下「社福減免」とする）に着目した。なぜなら、介護保険制度の特徴である社会福祉の分権化と民営化の課題が国の定めたこの利用者負担に対する低所得者対策の具体的な実施状況を通して明らかになるからである。そのために、①社福減免の概要と特徴及びその実施展開を紹介し、②全国

自治体調査及び京都府下自治体調査の結果、特に社福減免実施の困難理由を通して、③社福減免からみた介護保険制度における課題を提示する。

(2) 社福減免の概要とその特徴

1) 社福減免の概要

厚生省（当時）の老人保健福祉局長通知「低所得者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の減免措置の実施について」（老発第474号、平成12年5月1日）における別添3「社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額減免措置事業実施要綱」の内容をまとめると、社福減免の概要は次のようである。

①社福減免の目的

「低所得で特に生計が困難である者について、介護保険サービスの提供を行う社会福祉法人等が、その社会的な役割にかんがみ、利用者負担を減免することにより、介護保険サービスの利用促進を図ること」。

②実施主体：市町村。

③減免対象となるサービス：訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、介護老人福祉施設。

④減免対象となる利用者負担：介護費負担、食事負担、日常生活費負担。

⑤減免対象者：市町村民税非課税であって、特に生計が困難である者。

⑥減免の程度：利用者負担の1/2軽減から全額免除まで。

⑦減免の前提：

ア. 減免を行う社会福祉法人等がその旨を都道府県及び市町村に申請すること。

イ. 対象となる利用者也市町村に申請し、確認証を受け取ること。

⑧減免分の費用負担：

各減免対象サービスに関して社会福祉法人等が利用者負担を減免した総額（B）のうち、まず当社会福祉法人が減免対象外の利用者負担と減免分も含めた総額の本来受領すべき利用者負担収入（A）に対する1%（a）を負担し、その1%を超えた部分（B-a）をそれぞれ法人と公費で折半（1/2づつ負担）する。なお、 $a \geq B$ の場合、全額法人負担となる。また、公費負担分は、1/2が国、1/4が都道府県、残り1/4を市町村が負担する。

2) 社会福祉法人が減免制度を担う根拠

なぜ社会福祉法人が減免制度を担うのか。その根拠を整理すると次の3つが挙げられる。

①社会的役割

要綱でも説明されたように、社会福祉法人の「社会的役割」が最も重要である。それには、(1)社会福祉法人には長い歴史があり、日本の社会福祉事業に大きく貢献してきたということ、社会福祉法人の設置・運営等について規制が厳しく、その財産も国に属しているとされること。また、(2)公益性の高い事業を営んでおり、特に、③でも述べるように、生活困難者に無料低額診療事業をしていること等が挙げられる。

②社会福祉法人の負担

(1) 社会福祉法人の負担により、法人の運営費や赤字補填の助成措置等経営助成策ではないことを示す。それに加え、(2) 社会福祉法人に対する建築補助等の公的補助金や固定資産税や法人税で非課税になった分を社福減免の一部負担で吐き出すことで、不公平という批判とは逆に、他事業者との競争が公平になる。

③医療保険制度の先例

社会福祉法第2条9項(旧法2条3項)に無料低額診療事業が規定されている。そこでは、介護保険制度実施前から、社会福祉法人が無料低額診療を行った場合、一定条件で社会福祉法人は税制面で優遇されてきた先例がある。

(3) 社福減免の実施展開

では、この社福減免はどのように創設され、実施されてきたのか。

①「介護保険法の円滑な実施のための特別対策について」

社福減免の創設については、介護保険制度実施の直前である平成11年10月6日に自民党政調会長による「介護保険抜本的見直し」発言が契機となった。これにより、介護保障の財源をどこに求めるのか(税か保険か)再度議論になった。しかし、介護保険制度の準備は既に進んでおり、容易に変更は困難であった。そこで、平成11年10月29日に自民党・自由党・公明党によって低所得者対策等を提言した「与党三党申し立て」がなされた。

それを受けて、平成11年11月5日に厚生省は「介護保険法の円滑な実施のための特別対策について」を発表した。このとき対策の中で注目を浴びたのは主に保険料の半年徴収なし及びその後1年間半額にする措置や家族への現金給付を認めた家族介護慰労金であったが、同時に措置時のホームヘルパー利用者の利用者負担を3%に軽減する措置(以下「高齢ヘルパー軽減」とする)や社福減免も提案されていた。

②平成12年4月1日における社福減免実施率

介護保険制度が実施された平成12年4月1日の自治体における高齢ヘルパー軽減の実施率は93.4%(3035団体)であったのに対し、社福減免の実施率は55.3%(1796団体)でしかなかった(平成12年4月24日厚生省資料)。つまり、約半数の自治体は実施していなかったのである。

③与党三党による「介護保険制度の定着へ向けた改善方策について」

平成12年10月からの保険料半額徴収を前に、低所得者対策の必要が再び議論され、平成12年9月27日に自民党・公明党・保守党の与党は「介護保険制度の定着へ向けた改善方策について」を発表した。その中で、「個々の利用者の状況に応じ社会福祉法人が利用者負担を原則として1/2に軽減する措置が講じられているが、全国的に十分には浸透していない状況にあることから、この措置について次の取り組みを行う」とした。

ア. 全国的な実施の推進

「この措置が全国的に実施されるようにする。また、市町村における利用相談窓口の設置など利用しやすい体制の整備を促進する」。

イ. 対象となる低所得者の範囲の拡大

それまでは第一号被保険者の2%程度と想定されてきた対象者の割合を「市町村が、地域の実情を踏まえ、第1号被保険者の1割程度までこの措置の対象とすることができるようにする」。

ウ. 社会福祉法人に対する協力要請

「社会福祉法人に対し、その社会的役割にかんがみ、軽減措置に積極的に取り組むよう要請する」。

④厚生省の要綱改定

上記、与党三党の意見を受けて、厚生省は平成12年11月24日に要綱の以下の3点について改定した（老発第787号、老計第50号）。

ア. 介護老人福祉施設への助成措置の拡大

「介護老人福祉施設に係る利用者負担を減免する社会福祉法人については、減免総額のうち当該施設の運営に関し本来受領すべき利用者負担収入に対する割合が5%を超える部分について、全額を助成措置の対象とする」。

イ. 対象事業所の緩和

「社会福祉法人が実施することが基本であるが」の前に「市町村又は」が加わった。また、社会福祉法人が存在していない地域で「例外的に」認められていた他事業主体への適用については、「例外的に」が削除された。そして、例外的に「社会福祉事業を直接経営する市町村をはじめ」他の事業主体にも認めていたのを「社会福祉事業を経営する」他の事業主体とした。

ウ. 対象者の拡大

「当該減免措置の対象者は、当該市町村における第1号被保険者の中で最も生計が困難な者から1割程度の範囲までとする」。

⑤平成13年4月1日における社福減免実施率

平成12年11月の要綱改定によっても、自治体における社福減免の実施率は低かった。平成13年4月1日現在の実施率は高齢ヘルパー軽減では99.3%(3227団体)であったのに対し、社福減免では68.8%(2235団体)に留まり、平成12年4月1日から13.5ポイント増加しただけであった。さらに対象者を1割程度に拡大する措置を実施しているのは19.8%(643団体)だけであった(平成13年5月28日厚生労働省資料)。

(4) 社福減免における全国及び京都府下自治体調査

1) 全国自治体調査

それでは、このように社福減免の実施率が非常に低い理由は何であろうか。これについては、本研究会が行った全国自治体調査が重要な手がかりとなった。この全国調査において社福減免の実施率を見ると全体で64.6%であった。表3-2-1から分かるように、人口規模が小さくなるほど、減免の実施率は低かった。また、実施していない理由を自由記述で記入してもらったところ、471の未実施自治体のうち、386団体から回答があった。それをコーディングした結果(なお、9団体については2つの理由が挙げられ、2カウントした)、未実施理由の圧倒的多数の40.2%(155団体)は「社会福祉法人と調整ができていないため」であった。次に、「対象者が少ないため」(9.3%、36団体)、「近

隣市町村と調整ができていないため」(4.9%、19団体)、「社会福祉法人の経営が不安定なため」(4.7%、18団体)、「社会福祉法人だけが有利になるため」(4.4%、17団体)、「減免の判断基準が不明確なため」(2.3%、9団体)、「別に独自に減免を行っているため」(1.8%、7団体)であった。あとは、「現在検討中・調整中」(11.9%、46団体)、「今後実施予定」(15.5%、60団体)、その他の理由(4.9%、19団体)となっていた。先述のように、人口規模の小さな自治体ほど、これらの理由に当てはまることが多いと考えられる³。

表3-2-1 人口規模別にみた減免実施状況(平成12年12月～平成13年1月)

| | 実施している | 実施していない | 合計 | 実施率(%) |
|---------------|--------|---------|------|--------|
| 5,000人未満 | 111 | 88 | 199 | 55.8 |
| 5,000人以上1万人未満 | 203 | 114 | 317 | 64.0 |
| 1万人以上3万人未満 | 226 | 137 | 363 | 62.3 |
| 3万人以上5万人未満 | 85 | 42 | 127 | 66.9 |
| 5万人以上10万人未満 | 98 | 40 | 138 | 71.0 |
| 10万人以上30万人未満 | 86 | 36 | 122 | 70.5 |
| 30万人以上 | 51 | 14 | 65 | 78.5 |
| 合計 | 860 | 471 | 1331 | 64.6 |

2) 京都府下自治体調査の結果

しかしながら、全国調査の社福減免実施状況やその未実施理由だけでは内容がかなり大雑把であったため、さらに詳細な調査をすることとした。ここでは、一事例として京都府下44市町村に対するアンケート郵送調査と訪問及び電話ヒアリング調査を行った。アンケート調査の対象は、京都府がホームページで公開した平成13年8月24日時点の社福減免を実施済み35自治体に、実施予定及び実施済みにも記載されていなかった1自治体を含む合計36自治体である。調査期間は平成13年9月12日にアンケートを発送し、第一次締切を9月25日とした。回答がなかった自治体には督促した上で、第二次締切を10月6日とした。有効回答は25団体で、有効回答率は69.4%であった⁴。また、ヒアリング調査は主に未実施の9団体に対して、10月3日から10日にかけて、未実施の理由等を中心に聞き取りを行った。京都府下アンケート調査の結果の概要は以下のとおりであった。

①要綱作成時期(表3-2-2)

制度実施の平成12年4月までに要綱が準備できたのは自治体の16%(4自治体)でしかない。平成13年3月と4月に44%(11自治体)の自治体が要綱作成した。これは、次年度実施に合わせたためと考えられる。

②減免の拡大措置(表3-2-3)

社福減免の拡大措置は68%(17自治体)と過半数の自治体で実施している。

③拡大措置の内容(複数回答可)(表3-2-4)

「減免対象者1割への拡大」、「介護老人福祉施設の公費負担拡大」は各実施率70%(12～13自治体)を占めているが、「社福法人以外への拡大」については11%(2自治体)のみであった。

表3-2-2 要綱作成時期（平成13年10月1日現在）

| | 自治体数 | % | 累積% |
|---------|------|-----|-----|
| 平成12年3月 | 2 | 8 | 8 |
| 4月 | 2 | 8 | 16 |
| 6月 | 2 | 8 | 24 |
| 7月 | 3 | 12 | 36 |
| 8月 | 1 | 4 | 40 |
| 10月 | 2 | 8 | 48 |
| 12月 | 2 | 8 | 56 |
| 平成13年3月 | 5 | 20 | 76 |
| 4月 | 6 | 24 | 100 |
| 合計 | 25 | 100 | |

表3-2-3 減免拡大措置

| | 自治体数 | % |
|---------|------|-----|
| 実施している | 17 | 68 |
| 実施していない | 7 | 28 |
| 不明 | 1 | 4 |
| 合計 | 25 | 100 |

表3-2-4 減免拡大措置を実施していると応えた17自治体のうち、その実施している内容。

| | 自治体数 | % |
|--------------|------|------|
| 減免対象者1割へ拡大 | 13 | 76.5 |
| 老人福祉施設公費負担拡大 | 12 | 70.6 |
| 社福法人以外への緩和 | 2 | 11.8 |

注、%は17実施自治体に対する割合

④自治体の独自減免（表3-2-5）

社福減免に加え、自治体独自の利用者負担の減免を行っているのは16%（4自治体）であった。

⑤近隣自治体との調整（表3-2-6）

近隣自治体と調整を行った自治体は40%（10自治体）であった。

⑥近隣自治体の調整内容（複数回答可）（表3-2-7）

近隣自治体と調整を実施した10自治体の中で、その調整内容は、「対象者」が60%（6自治体）、「実施時期」が50%、「減免割合」が30%、「財源」が20%であった。

表3-2-5 自治体独自減免

| | 自治体数 | % |
|---------|------|-----|
| 実施している | 4 | 16 |
| 実施していない | 21 | 84 |
| 合計 | 25 | 100 |

表3-2-7 近隣自治体調整内容

| | 自治体数 | % |
|------|------|----|
| 対象者 | 6 | 60 |
| 実施時期 | 5 | 50 |
| 減免割合 | 3 | 30 |
| 財源 | 2 | 20 |
| その他 | 1 | 10 |

注、%は10実施自治体に対する割合

表3-2-6 近隣自治体との調整

| | 自治体数 | % |
|---------|------|-----|
| 実施した | 10 | 40 |
| 実施していない | 15 | 60 |
| 合計 | 25 | 100 |

⑦法人が減免実施したきっかけ（複数回答可）（表3-2-8）

社会福祉法人が減免実施の申請を行った際のそのきっかけとして、「自治体の働きかけ」が80%（20自治体）、「法人が低所得者対策の必要性を感じていた」が48%（12自治体）、「他の法人が減免実施を承諾した」が12%（3自治体）、「措置時の関係」が8%（2自治体）、「法人がサービスの差別化を図ろうとした」が8%（2自治体）、「法人が参加する連絡会等で実施の方針が出された」が4%（1自治体）

治体)であった。

⑧自治体の働きかけの内容 (複数回答可) (表3-2-9)

法人に対して実施するように働きかけた内容は、「直接依頼」が85% (17自治体)、「依頼文書」が25% (5自治体)、「説明会」が15% (3自治体)、「減免を実施している社会福祉法人等の情報を積極的に公開して、実施のインセンティブづけとなるようにして、働きかけている」が10% (2自治体)であった。

表3-2-8 法人が減免実施したきっかけ

| | 自治体数 | % |
|------------|------|----|
| 自治体の働きかけ | 20 | 80 |
| 低所得者対策の必要性 | 12 | 48 |
| 他の法人が承諾 | 3 | 12 |
| 措置時の関係 | 2 | 8 |
| サービスの差別化 | 2 | 8 |
| 連絡会等で実施の方針 | 1 | 4 |
| その他 | 0 | 0 |

注、%は25実施自治体に対する割合

表3-2-9 自治体の働きかけの内容

| | 自治体数 | % |
|-----------|------|----|
| 直接依頼 | 17 | 85 |
| 依頼文書 | 5 | 25 |
| 説明会 | 3 | 15 |
| 情報公開による誘因 | 2 | 10 |
| その他 | 0 | 0 |

注、%は20実施自治体の割合

⑨実施が困難であった理由 (複数回答可) (表3-2-10)

自治体において社福減免の実施が困難であった理由は、「法人負担が困難」が48% (12自治体)、「他事業所に不公平」が40% (10自治体)、「国の基準が曖昧」が36% (9自治体)、「法人の申請がない」が28% (7自治体)、「減免対象者がいない」が24% (6自治体)、「近隣市町村との調整」が16% (4自治体)、「事務作業が煩雑」が12% (3自治体)、「他の低所得者対策がある」が4% (1自治体)であった。

⑩ヒアリングによる社福減免の未実施理由 (複数回答可) (表3-2-11)

京都府の情報によって8月24日現在において、未実施 (又は不明) であった9自治体へのヒアリングによれば、社福減免が未実施であった理由について、「法人負担が困難」及び「国の基準が曖昧」がそれぞれ62.5% (5自治体)、「減免対象者がいない」が25% (2自治体)、「他事業所に不公平」及び「他の低所得者対策がある」が12.5% (1自治体)であった。その他として、「町負担が重い」が25% (2自治体)あった。(なお、未実施とされた9自治体の内、3自治体は8月及び9月中に要綱作成していたことが分かった。)