

表 3-2-10 実施困難理由

	自治体数	%
法人負担が困難	12	48
他事業所に不公平	10	40
国の基準が曖昧	9	36
法人の申請がない	7	28
減免対象者がいない	6	24
近隣市町村との調整	4	16
事務作業が煩雑	3	12
他の低所得者対策がある	1	4
いずれもない	1	4
その他	0	0
不明	1	4

注、%は25自治体の割合

表 3-2-11 未実施理由

(9自治体のヒアリングより)

	自治体数	%
法人負担が困難	5	62.5
他事業所に不公平	1	12.5
国の基準が曖昧	5	62.5
法人の申請がない	0	0
減免対象者がいない	2	25
近隣市町村との調整	0	0
事務作業が煩雑	0	0
他の低所得者対策がある	1	12.5
いずれもない	0	0
その他	2	25

以上の調査結果より、分権化の点から、(1)自治体によって社福減免への対応が大きく異なり、社福減免の実施率は京都府下でもこれまで非常に低かったこと、(2)実施までの間に近隣自治体との調整や社会福祉法人等への働きかけ等の準備が必要であることが分かった。また、社福減免実施の困難理由も、(3)国の基準の曖昧さ、(4)減免対象者がいない、(5)近隣自治体との調整等が挙げられた。そして、民営化の点からも減免実施の困難理由として、(1)法人の財政負担、(2)他事業者との不公平、(3)法人の申請がない、が挙げられた。このように、社福減免の実施には分権化と民営化の観点から課題があることが明らかになった。

(5) 社福減免からみた介護保険制度の課題

最後に、社福減免の特徴と全国及び京都府下自治体調査によって把握された状況を踏まえ、社福減免と社会福祉の民営化及び分権化の観点から介護保険制度の課題を整理しておきたい。

1) 社会福祉の民営化による社福減免実施の課題

厚生省(当時)の資料によれば、「社会福祉法人による利用者負担軽減の主旨は、社会福祉法人の社会的役割として、あくまで法人自身の負担によって、生計の維持が困難な低所得者の利用援助を行ってもらうもの」であり、実施主体は実質上、社会福祉法人にある。つまり、国の低所得者対策が民間の社会福祉法人が申請するか否かにゆだねられている。よって、社福減免は低所得者対策までもが介護保険制度において民営化された一つの事例と言える。

介護保険制度の導入は、社会福祉の中に市場原理を持ち込み、他事業者の参入を促し、競争をさせることで、福祉サービスの質の向上を図っている。この場合、社会福祉法人に的を絞った低所得者対策は、制度的に社会福祉法人のみを有利に位置付けるため、市場原理からは格差是正が求められる。しかし、「社会的役割」に基づいて、介護保険制度においても認められている非課税措置等の社会福祉法人の位置付けを確保するには、他の事業者との何らかの格差が社会福祉法人に必要となる。市場

原理に基づく介護保険制度における社福減免はここに矛盾が生じる。ただし、社福減免は社会福祉法人の「社会的役割」として法人負担を前提としているため、この矛盾は幾分解消されるだろう。しかし、このようなあり方は社会福祉法人にとっては「飴と鞭」の関係にあると言えよう。

また、この結果、民間事業者の間でも以下のような点で減免の違いが生じることになる。

- ①社会福祉法人と社会福祉法人以外の法人、
- ②申請した社会福祉法人と未申請の社会福祉法人、
- ③減免対象サービスのうち社会福祉法人が適用としたサービスと適用しなかったサービス、
- ④減免対象となる訪問介護・通所介護・短期入所・介護老人福祉施設とそれ以外のサービス（例えば、デイケアや介護老人保健施設等）。

2) 社会福祉の分権化による社福減免実施の課題

社福減免は自治体間、法人間等において、その実施は非常に多様なしくみとなっている。そのため、利用者からみた場合、自治体によって減免が受けられる範囲に大きな差が生じる。自治体により異なるのは次の点である。

- ①社福減免実施自治体と社福減免未実施自治体、
- ②拡大措置がある自治体と拡大措置がない自治体、
- ③社会福祉法人等がある自治体とない自治体、
- ④介護費負担・食事負担・日常生活費負担全て減免する自治体と部分的にする自治体⁵、
- ⑤2分の1の軽減にとどめている自治体と全額免除まで実施している自治体⁶、
- ⑥社福減免と高齢ヘルパー軽減を併用している自治体と併用を認めていない自治体など⁷。

これらの社福減免の実施については決定権が自治体にあり、社会福祉の分権化の影響が端的に国の低所得者対策にも見られる。すなわち、これらの自治体間の多様性を鑑みれば、低所得の利用者の立場からすると、国の低所得者対策においても自治体毎に対象となったりならなかったりすることになり、不公平感が生じるおそれがある。それゆえ、近隣自治体間の調整が必要とされることも十分理解できる。逆に、利用者間で公平にサービス利用できるように調整を行っていたために、社福減免の実施が困難となっている自治体があり、結果的に低所得者が減免を受けられなかったという皮肉な結果となっている。このような国の低所得者対策における自治体間等の格差は社会福祉の分権化において、どこまで許容されえるのか否か議論の余地がある。

3) 社福減免と自治体の独自の減免措置

先述のように、既存の社福減免は実施が困難な点があり、同時に不公平な点もある。そのため、例えば、京都府京田辺市では社福減免と市独自の減免制度を組み合わせ、社福減免を拡大する措置を実施している。つまり、社会福祉法人以外の民間事業者（医療法人等）への減免制度の適用とそれに伴うサービス適用の拡大（デイケア等）及び減免に関わる法人負担の免除を行っている。これにより、法人間、サービス間等の不公平をただし、法人負担を免除することで減免の積極的な運用を図っている。このように自治体の独自減免と組み合わせ、既存の社福減免の不公平さを克服しようとする自

自治体もいくつかある⁸。東京都でも、「国の特別対策について改善を行い、より公平で利用しやすいものとする」ために、平成14年1月より社福減免の助成対象に社会福祉法人以外の民間事業者を加え、それに伴う適用サービスの拡大を行うことにしている（朝日新聞、平成13年10月11日等）。

このような自治体の取り組みは、自治体単独の独自減免だけでなく国の減免制度を取り入れるという点で、非常に煩雑な事務作業を伴うが、低所得者の要介護高齢者にとって不可欠な介護サービスの利用を阻害しないためには必要である。また、国の減免制度実施の促進及び自治体の一般財源の負担を緩和する観点から、当該自治体住民にとっては妥当な政策判断であると言えよう。現在広く利用されている高齢ヘルパー軽減は時限措置であり、その後の減免措置は社福減免しかないことを考えると、今のうちに社福減免が有効に利用されるような対策を講じる必要がある。その意味で、このような自治体の取り組みは国の制度が改善されるまで今後大きな取り組み課題となる。

4) 低所得者対策と社会福祉法人の「社会的役割」

ところで、このような社会福祉法人以外の事業者減免措置を適用しようとする場合、社会福祉法人の「社会的役割」がこのように利用されることには困難が生じる。低所得者であっても事業者や自治体によって減免措置が受けられないのは、「低所得者対策」の有効性を激減させると考えられるからである。低所得者対策のための減免制度は、社会福祉法人のサービスを利用しているか否かよりも、「低所得者である」ということだけで適用されることの方が合理的ではないだろうか。

ただし、もし低所得者であるということだけで減免措置が広く利用できるようになれば、社福減免によって示すことのできた社会福祉法人の「社会的役割」が確保できない。つまり、公平な低所得者対策と社会福祉法人の「社会的役割」の間に矛盾が生じることになる。このような矛盾を生じさせる社会福祉の市場化を前提とした介護保険制度において、社会福祉法人の「社会的役割」はますますそのあり方が問われることになるだろう。今後の社会福祉法人のあり方についてさらなる考察が必要である。

【注】

- 1 特に、民営化と分権化の観点から社会福祉政策の動態を分析したものとして、藤村正之（1999）『福祉国家の再編成－「分権化」と「民営化」をめぐる日本的動態』、東京大学出版会を参照。
- 2 平成13年4月1日現在、保険料助成をしている自治体は139、利用料助成をしている自治体は635におよんだ（平成13年5月28日厚生労働省資料）。さらに、読売新聞（平成13年9月25日）によると、平成13年10月からの保険料全額徴収開始に伴い、自治体独自で保険料を減免する自治体が305自治体にもものほり、平成13年4月から倍増している。
- 3 後のヒアリングによれば、町村内に社会福祉法人がない、施設等を共同設置したため他市町村と調整が必要などの意見があった。特に、同じ施設で同じサービスの利用者でも社福減免を実施している自治体とそうでない自治体の利用者間で費用負担に格差が生じるため、近隣自治体間で調整を行う必要があり、社福減免が実施できないという自治体が多かった。
- 4 アンケート調査の結果から、府の資料では実施済みの自治体であっても実際には実施していない（要綱を作成していない）自治体が4団体あった。
- 5 例えば、府下A市は要綱で「利用者負担とは…被保険者が法人に支払うべき負担額のうち、法人が実施する減

免対象費用の負担額とする」とし、対象費用の決定を法人に委ねている。また、B町では利用者負担には食事負担、日常生活費負担を除いている。

6 府下17自治体の要綱をみた限り、一律利用者負担を半額免除にしているのは1自治体で、半額から全額免除の範囲にしているのは9自治体、他は利用者負担の減免率については明示していない。

7 17市町の要綱を見た限り4自治体はこれを要綱により制限している。

8 京都府下では、その他C町も町の独自減免に加え、社福減免の公費負担額を拡大する措置を独自に採っている。D市でも市独自の減免制度を行っていたが、そのなかに国の社福減免制度（すなわち国・府の補助金）を取り入れることにしている。

3. 自治体行政と介護保険

武智秀之

【要約】

公的介護保険の理念と制度は大きく乖離している。供給体制は多元的というより供給主体の棲み分けであり、財政至上主義が供給量を規定する可能性がある。基盤整備に関しては計画と市場との矛盾、施設の他自治体へ補助金を給付する矛盾が解決されていない。ケアマネジメントへの支援、低所得者への生活保障、情報提供と苦情・相談、政策形成の役割を基礎自治体は担っている。基盤整備や条件整備だけでなく、積極的な役割を開拓している必要性に迫られている。

はじめに

ここでは、公的介護保険の理念と実態の乖離について指摘し、自治体の役割について検討することが目的である。2000年4月に介護保険法が施行されて約2年がたち、その実態を検証することが必要となっている。公的介護保険は試行錯誤の制度設計であったため、理念と制度との間には大きなギャップが生じており、しかも自治事務であるために国の制度設計と自治体の制度運用とは一致しない。特に、自治体行政として公的介護保険がどのように実施されているかに焦点をあてることにしたい。

(1) 多元的供給は実現したのか

公的介護保険の理念のひとつは自己決定権の確立である。そして、その実施目的として在宅介護の推進や自立支援が強く強調されてきた。措置から契約へとかわり、多元的供給が実現することで被保険者の権利が確立するものと予想されていた。公的介護保険の被保険者は、65歳以上の第1号被保険者が平成13年5月の段階で2,252万人、40～64歳の医療保険加入者である第2号被保険者は平成13年度見込みで4,286万人とされている。

たしかに介護保険導入による利用量を比較すると、訪問看護は平成11年度が355万回、平成12年11月が539万回、平成13年5月が645万回と増加している。通所介護にしても、平成11年が250万回、平成12年が340万回、平成13年度が384万回と増加傾向は変わらない。短期入所は平成11年が91万8千日、平成12年が84万9千日、平成13年が109万2千日と漸増傾向にある。痴呆性高齢者グループホームはにいたっては、平成11年に266カ所しか補助されていなかった件数が、平成12年に870カ所、平成13年に1,312カ所と急増しているのである。

しかしながら、サービスの供給主体は介護老人福祉施設や介護老人保健施設に関して圧倒的に不足している。また、北海道など医療施設の供給過剰な地域を除き、療養型病床群の介護療養型医療施設への転換が進んでおらず、施設サービスはこの面でも不足気味である。居宅サービスの利用割合よりも施設サービスの利用割合の方が高く、ニーズは圧倒的に施設サービスにある。

むしろ居宅サービスについては、競争というよりも、供給主体の棲み分けが見られる。その原因は、初期投資と人件費が高いこと、ヘルパーの報酬単価が高くないこと、施設に関しては需要が供給を大

大きく上回っていること、などが考えられる。また、公的介護保険が導入される前からの制度継続という要因もあるものと思われる。

たとえば、通所介護事業は社会福祉法人、短期入所生活介護事業は社会福祉法人、福祉用具貸与事業は営利企業という棲み分けである。訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導といったサービスは、当然ながら医療法人が圧倒的な提供主体となっている。その例外は訪問入浴介護事業であり、そこでは社会福祉法人、社会福祉協議会、営利法人が競合している。これは多元的な供給形態の数少ない例とあってよいのかもしれない。

(2) 財政至上主義がサービスを規定するのではないか

平成13年度半ば以降、平成12年度の決算が各自治体で公表されている。各自治体で介護保険は特別会計で対応されているが、その歳入で最も多いのは第2号被保険者からの保険料（支払基金交付金）である。そのほかには国庫支出金、市町村一般会計からの繰入金、国からの繰入金、都道府県支出金がある。第1号被保険者からの保険料は平成12年度前半の半年は徴収せず、後半の半年は半額徴収であったため、その歳入にしめる割合はどの自治体でも低かったものと思われる。

結論からいえば、平成12年度は給付実績が高くなかった。療養型病床群の介護療養型医療施設への転換が進展しなかったため、医療保険財政から介護保険財政への移行が進まなかったし、なによりまして利用限度額の利用割合が40%を下回っていることが市町村財政にとっては赤字とならなかった大きな要因であった。

平成13年度は第1号被保険者の保険料収入が増加することが見込まれるが、しかしながら障害者や40～64歳の要介護者へ公的介護保険を適用することになれば、介護給付費は急増し、介護給付費準備基金積立金だけでは補填できなくなる。現在の保険料も大きく見直し、事業計画の策定も慎重な対応となるかもしれない。このような保険財政の安定を第一とする思考は財政至上主義として消極的・保守的な自治体対応となりかねない。

たとえば、自治体職員の思考としては、次のような傾向が見られる。療養型病床群と介護療養型医療施設を一本化し、医療保険で対応することを希望する。介護保険の適用も現状を維持し、障害者や40～64歳の要介護者へ拡大しないことを願望する。保険料よりも税を財源とすることを希望し、国の負担拡大を希望する。施設の整備は自治体の保険料値上げとなりかねないため、施設サービスよりも居宅サービスを重視する（日本都市センター2001）。

もしこのような思考様式が自治体職員の一般となり、このような財政状況の悪化を恐れる思考が自治体の将来設計を強く規定することになれば、これは介護保険の自己決定原則などの理念を大きく阻害することになる。

(3) 何が基盤整備なのか

公的介護保険に関して、保険者として保険財政の安定化をはかる役割のほかに、市町村行政の重要な役割は公的介護保険の基盤整備であり、サービス提供者の条件整備をおこなうことであると指摘されることが多い。しかし何をもって基盤整備というのか合意が得られていないし、計画的な基盤整備

の推進自体が介護保険の理念と矛盾することになりかねない。基盤整備の意味内容を確認することが必要なのである。

第1の矛盾は計画と市場の混在である。介護保険法では第117条で自治体が基盤整備のために介護保険事業計画を策定することを都道府県と市町村に要請している。介護保険事業計画においては、各年度における介護給付等サービス量の種類ごとの見込み、その見込み量確保のための方策、指定居宅サービスの事業または指定居宅介護支援事業の相互連絡、円滑な提供をはかるための事業などが策定されることとしている。

しかしながら一方において市町村に、事業量を計画づけることを要請していながら、他方でその事業主体は都道府県知事に認められたサービス事業者または市町村長に基準該当サービス事業者として認められたサービス事業者であれば、その自治体区域で事業展開を制約されない。そのため、きわめて事業量計画を予測することが困難なのである。その予測不可能であった典型的な例が介護療養型医療施設である。

第2の矛盾は施設の基盤整備として各市町村が補助金をだしておきながら、実際にその施設へ入所する住民は補助金を出している市町村住民とは限らないという矛盾である。施設の集中する自治体区域には他の自治体住民が居住することになり、住民票をおいていない住民に対して補助金を間接的に給付していることになりかねない。また実質は他の自治体の居住しながら高福祉水準の自治体に住民票をおき、福祉サービスを楽しむ例もある。いわゆる越境住民である。このように、誰が住民で、何が基盤整備なのかという確定は、現場レベルで難しい問題となっている。

(4) 広域自治体は役割を果たしているのか

近年の分権改革の結果、国の下請け的な執行機関の役割を果たしてきた都道府県がどのように変化していくのが重要となってきた。磯崎（2000）は府県改革に関する系譜を検討し、府県廃止論、道州制論、府県合併論の改革論争や、完全自治体論、半国家的性格論、機能的団体論、市町村連合論、成熟した主体論という多様な府県像を描いている。そして今後の府県像として、総合調整型、総合執行型、特定課題調整型、特定課題執行型の4つを理念型として分類している。今回の分権改革について、統一的事務規定や統制条例を廃止したこと、市町村への関与を法定化したことを積極的に評価し、逆に府県の基本的性格や市町村への関与について十分検討せず法技術的な記述に終わっていることを批判している。そして今後の府県のあり方として総合調整型と特定課題執行型の2つの側面をもった複合的政府が目指されている、と指摘している。市町村への関与が許されるのは、広域的機能と支援・媒介機能を果たす場合に限定され、原則として府県の自治事務として非権力的手法によっておこなうべきであり、市町村の府県政参加を保障することを条件とすべきと主張している。

公的介護保険の場合、実際には、助言指導、事業者・施設等への指導監査が実質的に都道府県により担われている役割と考えてよい。市町村からすれば、市町村への財政支援、人材養成・研修、保健・福祉・医療の広域的連携などで役割を果たすことを期待している。逆に、東京都がおこなっているような事業者への財政支援については、公正・中立に欠けるものとして批判が存在している。また、介護保険の場合は、市町村が都道府県に対して介護事業者に対する監督権限の移管を要求する場合が

ある。東京都の多摩地域自治体や北海道空知中部広域連合などが権限移管を要求した自治体の例である。ただし、このような積極的な役割を担おうとした自治体はむしろ少数であり、ある県では県庁から権限移管を打診しても基礎自治体からも要請がなかったという事実も存在している。基礎自治体は日常業務で追われているのが実状であり、多くの基礎自治体にとってはより多くの権限をもつことには消極的なものかもしれない。

(5) 基礎自治体の積極的な役割は何か

自治体特別会計で処理されている自治体事業としては、国民健康保険事業、上水道事業、下水道事業、老人保健医療事業、介護保険事業が主たるものであろう。介護保険は国民健康保険とならんで大きな予算規模の特別会計事業であり、介護保険特別会計への繰入金も億単位の予算規模となっている。一般的に、基礎自治体の役割としては、提供システムに関する計画や予算づけなどの基盤整備、公的介護保険対象外の人びとへのサービス提供、相談・苦情処理、ケアマネジメントへの支援、情報提供などがあげられる。また具体的な事業として、紙オムツ給付事業と移送サービス事業は、現在公的介護保険の法定外サービスとなっているが、法定サービスとすることを望んでいる自治体が多い。基盤整備については前述したので、ここではそのほかの役割について4点言及しよう。

第1にケアマネジメントの支援である。ケアマネージャーは本来の役割であるケアプランの作成よりも、書類の作成と処理に時間を費やさざるをえない。報酬単価が大幅に引き上げとなるなら別であるが、そうでなければ事務的処理の面を自治体が支援すること介護保険の条件整備として必要であろう。

また、医療・保健・福祉の調整をおこなうために、各自治体では地域ケア会議が開催されていることが多い。そこでは実際に市町村事務職員や保健婦が会議を主導している。ケース検討など処遇方針の共有化、サービス主体間の調整、サービス質向上のための研修などがおこなわれている。市町村の事務職員や基幹型在宅介護支援センターの保健婦によるケアマネジメント支援がより要請されるところであろう。

第2に住民の生活保障である。各自治体は保険者として保険財政の健全運営をおこなう義務がある。その意味では保険料未納の住民から保険料を徴収することは保険者としての務めであろう。しかしながら、自治体には保険者としての役割とは異なる側面も担っている。たとえば保険料減免や利用者負担減免が各自治体でおこなわれ、その財源として保険料財源が用いられていることに批判がおこなわれている。

もし保険料未納の住民が低所得者であったならば、強制的にとりたてるべき保険者としての役割よりも住民の生活を保障すべき自治体としての役割を優先することもありえる。本来的に所得保障は国の役割であるが、国が生活保護水準より低い所得の人びとに対して十分対策を講じていないため、自治体がそれを補完していると評価することもできる。保険の連帯原理から考えれば、すべての被保険者が保険料を払うことが理想である。しかしながら、その理想が制度と一致しない矛盾を現場レベルで解決しているともいえよう。これは生活保護の利用可能性を拡大することとも関係する。

第3として情報提供や相談苦情処理の制度設計である。相談苦情処理は多くの自治体で市町村の本

庁か基幹型在宅介護支援センターでおこなわれている。国保連や都道府県はほとんど役割を担っていないのが現状である。また、第三者評価の事業をおこなっている自治体はまだ少数であり、第三者評価の制度設計をいかにおこなうかが大きな課題となっている。自治体が住民に提供するものは、サービス事業者の事業内容に関するものが多く、サービスの利用手続きや方法、ケアマネージャーに関する情報を提供している自治体もある。しかしながら事業者に関する評価情報を提供している自治体は少ない。これは第三者評価自体をおこなっていないからであるが、この評価主体は第三者または当事者に限定するべきであり、自治体自身が評価することは望ましい。自治体はあくまで中立的な存在であるべきであり、格付けや認証では民間企業やNPOが積極的な役割を担い、多元的な評価機構が構想されることが望ましい（武智2001；2002）。

第4に、政策形成参加の役割を指摘しておきたい。まず、自治事務における地域の政策形成についてである。自治事務である限り、法令に反しない限りにおいて自治体の自己決定が尊重される。是非はともかくとして、低所得者対策や要介護認定の段階区分で自治体の創意工夫がされているように思える。前述したように、それは自治の側面から考えれば、むしろ積極的に評価すべき点である。政策形成主体としての自治体の力量が問われている側面でもある。

現在、厚生労働省の補助金事業として、介護予防・生きがい推進事業の推進がおこなわれているところである。具体的には各自治体の制度設計に委ねられているため、その内容はきわめて多様である。各自治体では、配食サービス事業、紙オムツ給付事業、住宅リフォーム補助事業、緊急通報システム設置事業、日常生活用具の給付事業、寝具乾燥サービス事業、在宅介護者激励金支給事業（家族給付）、移送サービス事業、軽度生活援助事業、介護教室開催事業などが地域の実情にあわせて実施されているところである。地域の事情にあわせた地域福祉システムの設計が介護保険事業計画の中で望まれているところである。

つぎに国政参加の問題である。地方自治法の改正によって、地方六団体は国に対して意見具申をする権利を有するようになった。厚生労働省の主催する全国主管課長会議で発言するだけでなく、全国市長会などで積極的に政策研究がおこなわれている。公的介護保険の場合、全国幹事会が組織され、金沢市・武蔵野市・高浜市などの担当部長・課長主導の下に問題点や改善点の意見交換、情報交換が積極的におこなわれている。その場には厚生労働省の課長や課長補佐などがゲストとして呼ばれ、自治体と意見交換がおこなわれている。上下関係というより対等の立場であり、問題の所在については基礎自治体の方が情報を多くもっていることもあり、国と基礎自治体とのコミュニケーションはますます大きくなるものと思われる。大きな枠組み設計の国、広域的調整の都道府県、制度運用の基礎自治体という役割分担がここに成立することになる。

実際に、介護保険法施行前に比べて短期入所サービスが利用できる日数が少なくなる可能性があるという指摘を受け、厚生労働省は訪問通所サービスと短期入所サービスの一本化した。また、ケアマネージャーが期待されている役割を担っていないという指摘を受けて、ケアマネージャーに対する支援策として介護支援専門員支援会議の開催や研修の実施などが講じられている。

おわりに

本稿では自治体行政としての公的介護保険に焦点をあて、その問題点を検討してきた。自治体の役割に焦点をあてたが、利用率を最も規定している家族要因については具体的に検討しなかった。家族や地域の役割を軽視するものではない。また、公的介護保険における理念と実態のギャップを強調してきたが、理念と制度が乖離することは他の行政分野でも見られることであるし、国の制度設計と自治体の制度運用が一致しないことは珍しいことではない。また、イギリスの例を引きながら基礎自治体は直接的なサービス供給から条件整備へと役割が転換していると指摘されるが、必ずしも消極的な役割だけが求められているわけではない。むしろ各自治体にはサービス提供や条件整備以外の側面で積極的な制度設計が求められているのであり、介護保険が自治事務である積極的な意義もそこにあるものと思われる。

参考文献

- 磯崎初仁（2000）「分権改革の焦点は都道府県にあり」西尾勝編『都道府県を変える』ぎょうせい
- 医療経済研究機構（2001）『介護保険による効果の評価手法に関する研究 報告書』
- 医療経済研究機構（2001）『介護保険による効果の評価手法に関する研究 資料篇』
- 厚生労働省監修（2001）『平成13年版 厚生労働白書』ぎょうせい
- 武智秀之（2001）「市場と信頼」『福祉行政学』中央大学出版部
- 武智秀之（2002）「自治体間競争と格付け・認証」松下圭一・西尾勝・新藤宗幸編『自治体の構想第4巻機構』岩波書店
- 栃本一三郎（2001）「介護保険」三浦文夫編『図説高齢者白書2001』全国社会福祉協議会日本都市センター（2001）『都市自治体における介護保険導入後の実態と課題』
- 宮武剛（2001）「介護保険の理念と現状の格差を問う」三浦文夫編『図説高齢者白書2001』全国社会福祉協議会

Paper presented at the 17th World
Congress of Gerontology, Vancouver
Symposium: Aging in Asia, July 05, 2001

第3部 資料

Long-term Care Insurance System in Japan

Koichi HIRAOKA

(Ochanomizu University)

The Long-Term Care Insurance Law that created a universal long-term care insurance system came into force in April 2000 in Japan. My presentation today consists of three parts. First, I will analyze the background of the introduction of this new insurance scheme. Then, I will describe some of the basic characteristics of the institutional design of this scheme. Finally, I will analyze the effects of this new scheme on the provision and utilization of long-term care services.

One of the most important factors that influenced policy-making in the area of long-term care in the past two decades was the decline in the role of the family in the care of the elderly. What is important here is that the delay in the policy responses to this change in the 1970s and 1980s caused a series of serious problems, including sharp increases in the hospitalization of the elderly persons who did not need intensive medical care in the hospital, but had no other choice than to stay in the hospital for a long time because of the limitation of the caring capacity of their families. This phenomenon has been called "social hospitalization".

A fundamental policy shift occurred around the year 1990. In 1989, an ambitious 10-year plan, which was later to be named "Gold Plan", for the expansion of home care services as well as residential care services was formulated by the Government and implemented throughout

(1)

the 1990s.

Another important factor that led to the introduction of LTCI scheme was the government policy to promote welfare pluralism and their intention to introduce market mechanism into care services. The Government expected that further progress towards pluralization and marketization of care services would be realized through the introduction of social insurance-based financing system.

Thus, the Government's aims of the establishment of the Long-term Care Insurance were as follows (Masuda, 1998, p.58).

Firstly, the 'socialization' of care for the dependent persons. Secondly, the introduction of insurance-based financing system that would be a more stable source of finance for long-term care services. The third aim was the systematization and integration of medical, health and welfare services for the dependent persons.

And, the fourth was the separation of social care elements from the health insurance and curtailment of 'social hospitalization', which would save the health care insurance schemes from financial crisis.

Turning now to the institutional framework of the LTCI scheme, I will describe some of the basic characteristics of the institutional design of this scheme, especially focusing on the service provision and utilization under this scheme. I will omit financial aspects of this scheme, which are described in the handout that have been distributed.

First, the degree of dependence of those who applied for the assessment are assessed by the Panel set up by municipalities in accordance with the national guideline based on the results of

computerized first-stage assessment procedure.

Second, insurees judged by the Panel to be in need of care services are entitled to use community care services within the upper limits of the benefits set by the Government according to their degree of dependence, or they may choose to use institutional care services. They have rights to choose services and providers.

Third, comprehensive care management service is provided free of charge, although service users can choose not to use care management service.

Fourth, as a general rule, users are obliged to pay 10 percent of the cost for each service as a user charge. Service providers are allowed to provide service at discount-price, but they are not allowed to demand extra payment of the insurees for higher-quality services

Fifth, agencies that are granted the status of 'designated care service agencies', regardless of whether they are public, non-profit, or profit-making, can receive remunerations for the care services they provide in accordance with the criteria set by the Government.

Sixth, no cash benefits are provided for family caregivers regardless of whether they utilize long-term care services or not excluding exceptional cases.

Let me now move on to the last section of this presentation and look at some of the changes that have taken place in the provision and utilization of long-term care services as the result of the start of this new insurance scheme, using the data of the survey and the case studies of municipalities that I conducted with the research grant from the Ministry of Health Labor and Welfare, and other statistical information.

First, as this figure shows, rapid expansion of community care services, especially home help service and day care service, as well as group home service for the demented, was realized during the first half year of the implementation of this scheme. The number of home help visits increased more than 50 percent, and day care services more than thirty percent.

This rapid expansion of community care services was certainly the result of the improvement in the access to these services. Elderly households are now provided with much more information on long-term care services than before. Care management agencies serve as a single point of entry into various community care services.

Next, with the start of this new insurance scheme, profit-making agencies as well as new types of non-profit agencies have made inroads into the field of long-term care. Considerable expansion and diversification of independent (non-governmental) sector have taken place. The scope of user's choice has certainly been widened.

Then, what was the result of the introduction of the mechanism of competition into the long-term care services? It is generally believed that increased competition among the service providers have resulted in the improvement in the quality of care to some extent. However it is important to note that there is little sign that price competition would intensity. As this graph shows, according to the result of the survey of LTCI department of 444 cities, more than 80 percent of the respondents stated that there was little price competition in their city.

Having looked at some of the achievements of this new scheme, let me now turn to the problems arising from the implementation of this

scheme.

The first point to note here is that, although community care services have certainly been expanded, there are signs that demand for institutional care services are still increasing. This is partly because access to institutional care services has also been improved, but this may indicate that community care services under this new scheme are not very effective in preventing the institutionalization of the elderly.

Another point to note is heavy burden of user charges for low-income households. According to the result of the national survey of 444 cities that I conducted, more than 90 percent of the city officers in charge of LTCI responded that some additional measures should be taken by the Government to relieve the burden of user charge for low-income households.

Third, the criteria for the assessment of the degree of dependence have often been criticized for its tendency to underestimate the degree of dependence, especially for those with symptoms of senile dementia. Although, in my view, the validity, fairness and transparency of assessment process was considerably improved as compared with the system that had existed before the start of this scheme, it is certainly true that criteria of assessment needs major revisions.

Finally, care managers need more training and support. According to the result of the survey of 444 cities, about forty percent of local government officers viewed the level of knowledge and skills of care managers as quite often or sometimes inadequate. In addition, the greater part of the respondents acknowledged that the caseloads of care managers are quite often or sometimes too heavy.

References

- Hiraoka, K. (2001) "Long-term Care Insurance and Welfare Mix in Japan",
in Ochanomizu Joshi Daigaku Jinbunkagaku Kiyo (*Ochanomizu
University Studies in Arts and Culture*), Vol.54, March 2001,
Ochanomizu University.
- Masuda, M. (1998) "Shakai hoshou to seisaku (social security and
policy)," Shakai Hoshou Ho (social security law), 13, pp.55-71.

This study was supported by the Ministry of Health Labor and Welfare
through the Health Sciences Research Grants (Research on Policy
Planning and Evaluation).

第4部 要介護高齢者パネル調査の企画と実施

第4部は、要介護高齢者を対象とするパネル調査の企画と実施に関する研究報告で構成されている。この調査は、東京都内の自治体の要介護高齢者（要介護・要支援と認定された者）を対象に、平成13年度と平成14年度の2度にわたって実施するものであり、今年度については、調査の実施時期を1月～2月に設定せざるを得なかったために、ここでの調査結果の報告は、主要調査項目についての基礎的集計結果にどどまっているが、この調査の準備段階で、先行研究のレビューと、介護サービスの効果測定、費用－効果分析の理論と技法についての集中的な検討を行ったので、ここではその成果を報告することとした。

1と2は、先行研究のレビューを行ったものであるが、この分野の研究については、まだ欧米諸国での先進的な研究が十分に紹介され理解されていない状況にあるだけに、1では、幅広くさまざまなアプローチの研究を概観し、2では、代表的な研究について経済学的な観点から詳細に検討を加えている。3では、文献サーベイに加え、経済学的なモデルの設定と、研究課題の提示を行っており、特に介護者の就業との関連に着目している点に特徴がある。

4では、このような文献レビューと方法論的な検討に基づいて企画した調査の調査設計について解説している。

5は、調査の実施結果と主要な調査項目についての基礎集計結果をまとめたものである。

末尾に資料として調査票を収載した。

1. 介護サービスの評価調査に関わる先行研究

平岡 公一

【要約】

本章では、介護サービスの評価調査に関わる先行研究のレビューを行った。評価調査においては、(疑似)実験デザインを用いた研究が主流であるが、その実施の難しさと、さまざまな面での有効性の限界のため、(疑似)実験デザインに代わる方法も試みられている。ここでは、それらの研究の代表例を紹介した。また、質的な方法を重視する多元主義的な評価の考え方を紹介するとともに、成果の測定法に関する研究、費用推計に関する研究、さらにケアマネジメントの評価などそのほかの研究についてレビューを行った。

(1) はじめに

今回、介護サービスの費用-効果分析のための要介護高齢者パネル調査を企画するにあたっては、介護サービスの評価調査に関わる多くの先行研究を検討した。それらの大部分は、まだわが国の学界では、あまり知られていないものようであるため、ここでは、それらの内容を、若干のコメントとともに紹介したい¹⁾。なお、この先行研究のレビューは、あくまで今回の調査の企画に必要な範囲で行ったものであるため、包括的なものではなく、また研究動向の整理としては不十分なものととまるところをおことわりしておきたい。

(2) (疑似) 実験デザインを用いた大規模な評価研究

介護サービスに限らず、社会サービスの効果測定においては、当該のサービスの効果を、その他の要因の効果と識別するために、できるだけ(古典的)実験デザインを用いるのが望ましく、それが不可能な場合でも疑似実験デザインを用いるべきだという考え方は、評価研究が活発に行われているアメリカの学界でも、かなり広く受け入れられている。そして、実験デザインもしくは疑似実験デザイン(以下、この双方を指す場合には、「(疑似)実験デザイン」という表記を用いる)を用いた評価研究の多くの成果が生み出されており、介護サービスに関しても、1970年代から80年代にかけて地域長期ケアモデル事業に関する評価研究の成果(Nocks et al., 1986, ほか)が生み出された(ただし、評価結果そのものは、必ずしもポジティブな結果とは限らない)。これらの研究については、いくつかのレビュー論文(Hughes, 1985; Capitman, 1986; Kemper et al., 1987)や中谷陽明による紹介がある(中谷, 1989)。また、1990年代の研究を含めたレビュー論文もいくつか発表されている(Chappell, 1994; Wilkinson, 1996; Schultz and Martire, 1998)。

より精緻なデザインによる多面的な研究としては、イギリスのデーヴィスを中心とする研究グループによるケント・コミュニティケアプロジェクトの評価研究などの一連の評価研究(Challis, D. and Davies, B., 1986, ほか)がよく知られている。このグループの研究プロジェクトには、福祉の生産アプローチという新しい理論枠組みに基づいて調査の設計が行われ、費用測定のみ重点がおかれがちなアメリカの一連の評価研究とは違って、効果測定も重視され、介護サービスの専門的な視点に即してさまざまな効果指標を用いて分析が行われているという特徴がある。

これらのプロジェクトは、今回の調査の設計において、最も参考にしたものであるので、次章で、その内容について詳しく検討することとした。

(疑似) 実験デザインを用いた介護サービスの評価研究は、アメリカ・イギリス以外の国でも実施されている。例えば、ドゥ・クラークらは、1990年前後にオランダで実施された5つの実験プロジェクトの評価を行っている (de Klerk, 1995)。オランダに関しては、実験デザインを用いた老年医学的アセスメントの効果に関する研究も報告されている (Schrijnemackers and Haveman, 1995)

(3) (疑似) 実験デザインの限界と代替的な方法

このように (疑似) 実験デザインを用いて、施設ケアとの比較において在宅ケアの効果を測定しようとするような大規模な評価研究は、日本ではまだ行われておらず、今後、そのような研究が行われるのが望ましいことは確かである。

しかしながら、このような (疑似) 実験デザインに関しては、二つの点からその限界が指摘されている。

まず第一に、このような評価調査を実施することは、實際上、特別な条件に恵まれなければ、かなり難しい。

というのは、(疑似) 実験デザインを設定するためには、国もしくは自治体の行政機関が、実験的なプログラムを実施し、このような評価研究を行うことに同意しなければならない。その場合も、実験的なプログラムだからといって、その実施の方法が、(疑似) 実験デザインとしての条件を満たすようなものになるという保証はない。

さらにまた、在宅ケアでは、複数のサービスが一人のクライアントによって利用されることが多く、特定のサービスに焦点を合わせて「利用群」と「非利用群」を設定したとしても、そのサービスによるニーズ充足の度合いに応じて、他のサービスの利用の程度に変化が生じるということが十分予想される。そのような要因の効果は、多変量解析によってある程度まで統制することも可能だが、それでも、(疑似) 実験デザインの条件がくずれることは避けがたい。

第二に、グリーンら (Greene et al., 1993) によれば、仮に (疑似) 実験デザインの設定自体は可能だとしても、(疑似) 実験デザインに基づく研究には次のような限界がある。

- 1) 在宅サービスがある程度普及した今日では、まったくサービスを受けていないケースというより、ある程度サービスを受けているケースに対して、何らかのサービスを追加的に提供した時の効果を知ることが評価研究の目的になることが多い。あるいは、追加的なサービスをどの程度提供すると、どの程度の効果があがるのかを知りたいことも多い。ところが、(疑似) 実験デザインでは、すでに受けているサービスの水準や、追加的なサービスの量について、何十通り、何百通りもの組み合わせを設定することは実際上困難である。
- 2) サービスのパッケージを、実験群と統制群で比較するだけで、パッケージを構成する個々のサービスの効果が分析できない。
- 3) サービスの効果は、個人ごとに違うと考えられるのに、個人間の効果の差が分析できない。

このことから、グリーンらは、(疑似) 実験デザインに依存せず、多変量解析を有効に活用した方

がよいと指摘している (Greene, 1987, 1993)。

このような立場にたつて、グリーンらは、地域長期ケア事業の費用－効果分析を行うにあたり、イベントヒストリー分析の手法を利用し、12ヶ月にわたる要介護高齢者の属性・疾病・心身機能の情報とサービス利用実績に関する月別のデータを分析し、地域長期ケアサービスの利用が、ナーシングホーム入所の確率に与える影響を推計している。

デーヴィスからのグループの研究でも、(疑似) 実験デザインを用いずに、2回以上のパネル調査のデータを用いることで、費用－効果分析を行う手法を開発しており (Davies et. al., 1990)、われわれが今回行おうとしている費用－効果分析もこの手法を利用して行う予定である (詳しくは、2章を参照。また、(平岡、1993) でも、この研究を紹介している)。

ただし、デーヴィスらのグループの研究でも、従来型のプログラムと新たに開発されたプログラムという異なったタイプのプログラムのもとでのサービスの費用対効果の比較を行っており、プログラム間 (サービス間) 比較が行えるような調査デザインが有効性を発揮することもたしかである。

(4) (疑似) 実験デザインを用いた小規模な評価研究

前節で指摘した (疑似) 実験デザインの限界の第一点に関しては、あまり複雑ではない一つのサービスの効果を、比較的少数のサンプルを用いて検証するような場合には、回避しやすい面がある。例えば、特定の機関が実施する介護者教育が、介護の質を高め、介護者の負担感をどの程度まで軽減するかといった点に関する評価研究などは、特定の機関と研究者が協力すれば、比較的实施しやすいものだといえる。このような研究は、質的データを用いた分析と組み合わせることで、事業の内容、援助実践の方法の具体的な改善策の検討に結びつきやすいこともあり、わが国の場合、当面、このような研究を積み重ねていくのが現実的な課題のように思える。

比較的小規模なサンプルについて疑似実験デザインを用いて、介護サービスの事業評価を行っている研究としては、19組の matched pair を対象に痴呆性高齢者向けの集中的在宅サービスの効果を測定しているリオルダンらの研究 (Riordan and Bennett, 1998) などがある。

なお、成果評価を行う場合の (疑似) 実験デザインの方法論的な問題については、ヘイズレット＝ステューブンスらの論考がある (Hazlett-Stevens and Borkovec, 1998)。また高齢者を対象とする評価調査の方法の概要については、シュルツらの論考が参考になる (Schulz, 1998)。

(5) 質的方法の活用と多元主義的評価

以上でとりあげた研究は、大部分が量的なデータを用いて高度な統計的分析を行っているものであるが、介護ニーズの個別性を考慮したときに、質的なデータを利用し事例調査法を活用することが有効性を発揮することは当然予想されることであり、質的方法を用いた評価研究の成果も数多く報告されている。

また、少し違った観点からオーソドックスな評価研究の方法を批判し、それを補完する、もしくはそれに代替するものとして提唱されている評価研究の方法に、「多元主義的評価 (Pluralistic Evaluation)」という方法がある (Smith, 1995)。