

の別居を基本とする隠居形態を特徴とする「鹿児島家族的家族形態（西南日本型）」が広まっている西日本の小規模都市において、給付実績が高い傾向が見られると指摘されている（佐藤、1999b）。

日本でのサービスの利用量・供給量に関する研究からすると、地域格差は介護の必要性を反映した結果として現れているように思われる。サービスの地域格差の要因分析では、地域格差が介護の必要性に応じて生じているかどうか第一に明らかにされるべき点であろう。もし地域格差が主として介護の必要性を反映して生じたものであるなら、公正とか公平などの観点から見て、必要性以外の例えば財政的な要因などが地域格差に関連していても、その問題性は薄れる。もし、そうでないなら、地域格差を是正する手段を探るために、どのような要因によって格差が生じているのかをさらに検討する必要がある。格差要因を分析するためには、ベビングトンとデービスが行ったように、まず介護の必要性を捕捉するための指標をつくり、その指標値と実際のサービス給付の乖離を測定した上で、もし両者に乖離があればその要因について探るとというのが最も望ましい方法と考えられる。しかし、それを行うには実行可能性など先に指摘したような問題がある。そのため、上記の先行研究でもなされているような、介護の必要性に関する代理指標を設定して、それと実際に提供されているサービスとの関連をみるという方法がサービスの地域格差が介護の必要に応じて生じているのかどうかを捉える代替的な方法として有効である。ただし、この方法は、未充足の介護の必要性を考慮に入れておらず、供給されたサービスが必要性を十分に満たしているかどうかは不明であるため、サービスの地域格差と必要性に関するあくまで一次的な接近方法であると捉えるべきであろう。

先にレビューした先行研究では、介護の必要性に関係する変数として、65歳以上の高齢者の数、介護施策の対象者の数、脳血管疾患死亡者数、要介護度などが用いられてきた。いうまでもなく、介護の必要性に関する代理指標は必要度をより正確に反映したものが望ましいが、先行研究ではこの点に関して検討の余地があったと思われる。本稿では、さらに、従来よりも厳密な介護の必要性の指標として、介護保険で用いられている要介護区分による要介護度（要支援に1、要介護度1～5に2～6までの得点を与えて人数でウェイトづけした加重平均）と要介護認定者数（要介護認定数／65歳以上人口）を用いて地域格差と介護の必要性について分析した結果を示す。分析の対象は、介護保険実施後の全国の市部（特別区含む）における在宅と施設の介護サービスである。具体的には、2000年8月時点の292自治体と2001年8月時点の全国の259自治体の介護サービスについて分析した<sup>(3)</sup>。分析の手法は、要介護認定者一人当たりの各種介護保険サービス給付単位を従属変数とし、介護の必要性に関する指標、社会経済的変数などを独立変数とした通常の最小2乗法による重回帰分析である。変数の内容は表1-1-1のとおりである<sup>(4)</sup>。要介護認定者1人当たりのサービスの給付単位は、地域の要介護度が高ければ、当然多くなるし、要介護認定者数が多ければ、その必要を満たすためにサービス提供のための基盤整備や事業者の参入が図られて要介護認定者のなかでより多くのものがサービスを受ける結果、やはり増加するであろう。

分析結果は表1-1-2のとおりである。まず、在宅福祉サービスについてみると、要介護認定者一人当たりの訪問・通所サービスでは、2000年8月データに基づく分析をみると、要介護度のP値が.057と5%の有意水準に近かったが、有意な変数はなかった。2001年8月データでは、財政力指数と要介護度がプラスで有意であった。短期入所サービスでは、2000年8月と2001年8月のデータに基づく分析

表1-1-1 変数

訪問・通所	通所サービス単位数／要介護認定者総数
短期入所	短期入所サービス単位数／要介護認定者総数
介護老人福祉施設	介護老人福祉施設サービス単位数／要介護認定者総数
介護老人保健施設	介護老人保健施設サービス単位数／要介護認定者総数
介護医療施設	介護医療施設サービス単位数／要介護認定者総数
総人口	住民基本台帳の総人口（2000年、人）
65歳以上人口	65歳以上の者の全人口に占める割合（2000年、％）
課税所得	一人当たり課税対象所得（1998年、百万円）
財政力指数	基準財政収入額／基準財政需要額（1999年）
財政力指数 <sup>2</sup>	財政力指数の2乗
脱産業化	（転入者数－転出者数）／住民基本台帳総人口（2000年）、人口密度（2000年、人口／Km <sup>2</sup> ）、第1～3次産業就業者割合（2000年、％）、商業年間販売額（1998年、百万円）を元に因子分析を行って算出した第1因子の因子得点
都市化	（転入者数－転出者数）／住民基本台帳総人口（2000年）、人口密度（2000年、人口／Km <sup>2</sup> ）、第1～3次産業就業者割合（2000年、％）、商業年間販売額（1998年、百万円）を元に因子分析を行って算出した第2因子の因子得点
要介護度	要支援に1、要介護度1～5に2～6に得点を与え、要介護度別の人数でウェイトをつけた加重平均
要介護認定者数	要介護認定数／65歳以上人口

\* 脱産業化および都市化の因子分析結果は注参照。

で、課税所得、要介護度がプラスで有意であり、脱産業化と都市化がマイナスで有意であった。次に、施設サービスについてみると、介護老人福祉施設については、2000年8月データでは、財政力指数がマイナスで有意であり、財政力指数の2乗と要介護度がプラスで有意であった。また、2001年8月データでは、財政力指数がマイナスで有意であり、要介護認定者数がプラスで有意であった。介護老人保健施設では、2000年8月データでは、課税所得、脱産業化がマイナスで有意であり、要介護度がプラスで有意であった。また、2001年8月データでは、課税所得、脱産業化がマイナスで有意であった。介護老人医療施設については介護の必要に関わる変数はどのデータでも有意でなく、2000年8月データに基づく分析では、課税所得がマイナスで有意であり、脱産業化がプラスで有意であった。また、2001年8月データによる分析では、課税所得がマイナスで有意であり、都市化がプラスで有意であった。

介護老人医療施設を除いた介護サービスでは、本稿で用いた介護の必要性に関する変数が少なくとも1つは有意であったため、地域差は必要性を反映したものであることが分かる（ただし、介護の必要性に対する絶対的な充足度は不明）。介護の必要性という点からみれば、それらのサービスの供給上の歪みは小さいと考えられる。しかし、2001年8月データによる分析では、全ての施設サービスについて要介護度が有意でなくっている。これは在宅サービスの充実によってもたらされたものなのだろうか。この点を調べるために、2001年8月のデータに対して、今まで分析に用いてきた回帰式（各種の施設サービスを従属変数として、社会経済的変数や介護の必要性に関する変数などを独立変数と

表1-1-2 結果

①2000年8月

	訪問・通所	短期入所	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
総人口	0.001	-0.001	0.001	0.001	-0.001
65歳以上人口	-0.002	0.002	-0.003	-0.001	0.000
課税所得	-14.156	259.634**	691.737	-950.759*	-1642.108**
脱産業化	59.067	-54.767**	9.845	-325.589**	413.279*
都市化	-13.392	-23.961**	102.918	-69.846	296.196
財政力指数	1311.362	147.926	-4073.684**	1878.367	-442.292
財政力指数 <sup>2</sup>	-348.808	-118.435	1948.491**	-702.682	272.816
要介護度	531.976	298.064**	820.371*	919.910**	-307.771
要介護認定者数	1530.890	-223.655	-1637.214	-1038.507	647.206
CONSTANT	796.182	-1096.150**	1560.341	389.248	5403.305**
Adj R <sup>2</sup>	0.08	0.32	0.06	0.12	0.07

注) \*P&lt;.05.\*\*P&lt;.01.

②2001年8月

	訪問・通所	短期入所	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
総人口	0.001	-0.001	2785.353	-0.001	-0.001
65歳以上人口	-0.007	0.001	-0.001	0.002	0.003
課税所得	22.655	284.674**	0.006	-832.220*	-1127.316*
脱産業化	89.632	-72.537**	387.407	-214.661*	285.200
都市化	39.486	-77.610**	-154.361	-51.358	278.303**
財政力指数	2559.745**	-144.275	-98.817*	192.655	-15.636
財政力指数 <sup>2</sup>	-1135.986*	29.468	-2484.623	113.702	-87.433
要介護度	588.266**	508.361**	1118.767	529.194	-696.172
要介護認定者数	1258.421	-627.373*	266.785*	-1584.181	2760.889
CONSTANT	546.175	-1405.128**	2785.353**	2090.382*	5321.142**
Adj R <sup>2</sup>	0.21	0.36	0.08	0.09	0.10

注) \*P&lt;.05.\*\*P&lt;.01.

したもの)に、訪問・通所サービス単位(要介護認定者1人当たり)と短期入所サービス単位(要介護認定者1人当たり)を新たに独立変数として加えた式を推定した。その結果、介護老人保健施設では、要介護度が新たにプラスで有意となったが、それ以外の介護老人福祉施設と介護老人医療施設では、これらの変数でコントロールした式でも、要介護度や要介護認定者数などの介護の必要性に関する変数は有意にならなかった。そのため、介護老人医療施設に加えて介護老人福祉施設についても、

その利用は、介護の必要度というよりも、供給側の要因によって決定される度合いが増していると考えられる。これは、介護保険実施後、要介護者の施設志向が要介護度にかかわらずに高まったといわれていることを裏付けるものである。

その他の特徴的な点についてまとめると、短期入所や介護老人保健施設のサービス利用は、脱産業が進んでいない旧来型の都市で多いということがわかった。また、介護老人福祉施設のサービス利用は財政力に影響を受けているが、財政力の弱い都市で利用が少なくなっているのではなく、従来主張されてきた財政力の弱さが利用の減少に結びついているような関係にはないことがわかった。他方、介護老人医療施設は、要介護度や要介護認定者数とサービス利用との間に関連が見られなかったため、介護の必要性という点からみれば、その地域格差は最も歪んだ形で成立していると思われる。介護老人医療施設は医療施設の多い都市化の進んだ大都市部でもっぱら利用されており、供給サイドの要因がかなり大きいものと考えられる。

### (3) 結び

従来の介護に関するサービス評価の中心は、実験計画法もしくは準実験計画法などの手法によるコミュニティケアと施設ケアとの比較評価であった。それに対して本稿では、サービスの分配の公正という視点がサービス評価に際して重要であると指摘し、サービス提供における地域間の格差の問題を取り上げた。本稿の介護保険のサービス利用の分析結果からは、介護老人医療施設によるサービス提供の地域差が、地域的なサービスの必要性に基づかず、供給者側の要因によって生じていることが明らかになった。その他のサービスの地域差は、利用者の介護に対する必要性をある程度反映した結果生じているものと考えられる。そのため、サービスの分配の公正という観点から見た場合、その歪みは比較的小さいと考えられる。ただし、最終的に、これらのサービスの地域差が分配の公正の観点から問題になるかどうかは、各地域で提供されるサービスがその地域の介護に関する絶対的な必要性を満たしているのかどうか依存すると考えられる。これを検討する際に必要なのは、介護の必要度を測る指標をどのように設定するかということである。必要度を測る指標は、上記したように、ベビングトンとデービスらによるターゲット効率性などがあるが、こうした指標の精緻化は未開拓である。これは、今後の検討課題となろう。

### 注

- (1) なお、通常のパレート効率性とは、資源配分の際に、ある個人の効用を増加が他の全ての個人の効用を低下することなく行われる状態を意味する。
- (2) データは、2000年8月と2001年8月の介護保険事業状況報告である。調査対象は全国の市町村および東京都の特別区(3252団体)の介護保険担当課(係り)である。2000年8月のデータは、292自治体、2001年8月のデータは、259自治体であった(平成13、14年度厚生科学研究費補助金「介護サービスの供給システムの再編成の成果に関する評価研究」(研究代表:平岡公一(お茶の水女子大学))。なお、分析に際しては外れ値を検索してそれを除外した。
- (3) 従属変数のデータは注(2)と同じである。独立変数のデータは「国勢調査報告」、「住民基本台帳人口移動報告年報」、「全国都道府県市区町村別面積調」、「個人所得指標」、「事業所・企業統計調査報告」、「市町村決算状況調」であ

り、これらは、総務庁統計局『統計でみる市区町村のすがた』の2002年版に市町村ごとに記載されている。

- (4) 脱産業化と都市化に関する指標は、産業構造などの変数に対して因子分析の結果得られたものである。因子分析における因子負荷量などは表のとおりである。

表 因子分析結果

	因子負荷量		
	1	2	共通性
(転入者数－転出者数)/人口	0.498	0.291	0.332
人口密度 (人口/総面積km <sup>2</sup> )	0.767	0.225	0.638
第1次産業就業者割合	-0.803	0.012	0.645
第2次産業就業者割合	-0.038	-0.995	0.992
第3次産業就業者割合	0.395	0.869	0.911
商業年間販売額	0.535	0.134	0.304

注) 因子分析は、主成分法により固有値1以上の因子を抽出した後、バリマックス法による因子軸の回転を行った。

因子	固有値	寄与率	累積寄与率
1	2.67	44.53	44.53
2	1.15	19.19	63.72

## 参考文献

- Arber, Sara., Ginn, Jay. 1993. "Class, Careing and the Life Course." In *Ageing, Independence and the Life Course*, edited by Sara Arber and Maria Evandrou. Jessica Kingsley Publishers.
- Bebbington A. C., Davies B. 1980. "Territorial Need Indicator: New Approach Part II.", *Journal of Social Policy*, Vol.9, No.4, pp.433-462.
- Bebbington A. C., Davices, Bleddyn. 1983. "Equity and Efficiency in the Allocation of the Personal Social Services.", *Journal of Social Policy*, Vol.12, No.3, pp.309-330.
- Caldock, Kerry. 1995. "Domiciliary services and dependency: A meaningful relationship?" In *Social Policy and Elderly People*, edited by Frank Laczko and Christina R Victor. Avebury.
- Challis, David., Knapp, Martin., Davies, Bleddyn. 1998. "Cost Effectiveness Evaluation in Social Care.", In *Evaluation 2nd (eds.)*. by Joyce Lishman. eds. Jessica Kingsley Publishers.
- Coward, Raymond T., Netzer, Julie K., Mullens, Russell A., 1996. "Residential Differences in the Incidence of Nursing Home Admissions Across a Six-Year Period.", *Journal of Gerontology: Social Sciences*, Vol.51B, No.5, pp.258-267.
- Davies, Bleddyn. 1968. *Social Need and Resources in Local Services*. Michael Joseph.
- Davies, Bleddyn., Challis, David. 1986a. *Matching Resources to Needs in Community Care*. Ashgate.
- Davies, Bleddyn., Challis, David. 1986b. *Case Management in Community Care*. Gower. (窪田暁子、谷口政隆、田端光美訳『地域ケアにおけるケースマネジメント』光生館、1991)

- Evandrou, Maria., Falkingham, Jane., Le Grand, Julian., Winter, David., 1992. "Equity in Health and Social Care.", *Journal of Social Policy*, Vol.21, No.4, pp.489-523.
- Kane, Rosalie A., Kane, Robert L., 1987. *Long-Term Care: Principles, Programs, and Policies*, Springer.
- Le grand, Jullian., 1982. *The Strategy of Equality*. George Allen and Unwin.
- Rossi, Peter H., Freeman, Howard E., Lipsy, Markp. W. 1999. *Evaluation 6th ed.* Sage.
- Sundström, G., Thorslund, M. 1994. "Sweden: Ideals and realities of old-age care in the Welfare State" In *Eldercare, Distributive Justice, and the Welfare State*, edited by Derek G. Gill and Stanley R. Ingman. State of Univ. of New York Press.
- Tydegård, Gun-Britt., Thorslund, Mats. 2001. "Inequality in the welfare state?: Local variation in care of the elderly-the case of Sweden.", *International Journal of Social Welfare*, 10, pp. 174-184.
- Vetter, N. J., Jones, D. A., Victor, C. R., 1981. "Variations in care for the elderly in Wales, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 35, pp.128-132.
- Victor, Christina R., Evandrou, Maria. 1987. "Does Social Class Matter in Later Life?." In *Social Gerontology: New Directions*, edited by Silvana Di Gregorio. Croom Helm.
- Weissert, W. G., Cready, C. M., Pawelak, J. E., 1988. "The Past and Future of Home- and Community-based Long-term Care.", *The Milbank Quarterly*, Vol.66, No.2, pp.308-388.
- 加藤昌弘ほか、2000年、「老人福祉対策の都道府県、市町村格差の推移」『厚生指標』第47巻、第4号
- 斉藤慎、中井英雄、1991年、「福祉支出の地域間格差—市町村歳出決算の老人福祉費を中心として—」『季刊 社会保障研究』Vol.27、No.3
- 坂田周一、1996年、「社会サービスにおける地域格差と公正—課題と方法—」『季刊 社会保障研究』Vol.32、No.3
- 柵木靖子、1992年、「在宅福祉施策自治体間格差の要因分析—奈良県下の市町村を対象にして—」『季刊 社会保障研究』Vol.28、No.1
- 佐藤秀紀、中嶋和夫、1995年、「老人家庭奉仕員数における都道府県格差」『日本の地域福祉』8号
- 佐藤秀紀、中嶋和夫、1999年、「在宅老人福祉サービス実施状況の市町村格差に関連する社会的要因の分析」『社会福祉学』第40—1号
- 佐藤秀紀、1999年a、「全国656市における在宅老人福祉サービス実績の類型化とその要因」『厚生指標』第46巻、第7号
- 佐藤秀紀、1999年b、「全国656市の地域特性分類と在宅老人福祉サービス実績の関係」『日本保健福祉学会誌』6号
- 杉澤秀博、山崎喜比古、園田恭一、1989年、「東京都におけるねたきり高齢者と身障者に対する在宅福祉事業予算の地域差」『厚生指標』第36巻、第6号
- 武田真治、藤崎清道、府川哲夫、中原俊隆、近藤健文、1998年、「全国市区町村における在宅老人福祉

事業の費用』『厚生指標』第45巻、第11号

塚原康博、1990年、「社会福祉支出決定メカニズムの計量分析」『季刊 社会保障研究』Vol.26、No.2

塚原康博、1996年、「人口の高齢化と地域福祉政策—在宅福祉サービスの実証分析—」『季刊社会保障研究』Vol.32、No.2

中谷陽明、1989年、「老人福祉におけるケースマネージメント—米国での効果測定が意味するもの—」『社会福祉研究』第46号

## 2. 介護保険事業計画における医療系サービスと介護系サービスの関連

和 気 康 太

### 【要約】

本論は、全国調査として実施された「介護保険実施に伴う介護サービスの変化に関する調査」（2000年度）のデータ（市部）を用いて、介護保険事業計画における医療系サービスと介護系サービスの関連について分析を行い、その特徴や関連する要因などについて論及している。本研究の分析結果から、介護保険事業計画のサービス見込み率では、相対的に介護系よりも医療系のサービスを伸ばそうとしていること、またサービスの見込み量では、医療系サービスの規模が全体的には介護サービスの6割程度になっているものの、訪問看護のそれは2割程度であること、また在宅の通所系サービスでは医療系の通所リハビリと介護系の通所介護にサービスの提供方法が大きく2分されていることが分かった。なお、平均値で分析すると上記のような結果になるが、個別のデータを見ると、市によって医療系サービスと介護系サービスの関連は、かなり多様になっていることも分かった。

### （1）本論の目的と方法

#### 1) 本論の目的

昨年度、筆者は本研究の報告書において、「老人保健福祉計画と介護保険事業計画による介護サービスの整備状況」に関する研究報告を行った。

その主な論点は、われわれが実施した「介護保険全国調査」(\*)の市町村別のデータを集計してみると、第1に老人保健福祉計画の達成率と介護保険事業計画の見込み率は、各サービスごとにかなりの違いが存在している、第2に老人保健福祉計画と介護保険事業計画の関連を分析すると、老人保健福祉計画で施設サービス（特別養護老人ホーム、老人保健施設）の達成率が高かった（低かった）市ほど、介護保険事業計画で施設サービス（介護老人福祉施設、介護老人保健施設）の見込み率を低く（高く）設定しており、「トレードオフ」の関係が析出できる、第3に在宅サービスでは、老人保健福祉計画のホームヘルプの達成率の高かった市ほど、介護保険事業計画で訪問介護の見込み率を高く設定しており、「パラレル」の関係が析出できるの3点であった。つまり、老人保健福祉計画による保健福祉サービスの実際の達成率と介護保険事業計画における介護サービスの見込み率の間には、サービスによって異なるパターンが見られることが分かったのである。

しかしながら、昨年度の研究報告のまとめでも言及したように、本研究にはまだいくつかの課題が残されている。そこで、本年度の研究報告では、そのなかから「介護保険事業計画における医療系サービスと介護系サービスの関連」というテーマを取り上げ、「介護保険全国調査」のデータを用いて分析を行うことにした。具体的には、介護保険事業計画で取り上げられている8つの代表的なサービスを、医療系のサービスと介護系（福祉系）のサービスに分けて、それらを市町村が介護保険事業計画のなかでどのように伸ばそうとしているか、あるいはそれらのサービスが相互にどのような関連をもっているか、などについて分析し、その結果について論及する。

(\*)：本研究事業において全国の市区町村を調査対象として実施された「介護保険実施に伴う介護サービスの変化に関する調査」（2000年度）のことである。



## 2) 分析の視点と方法

本論における分析の基本的な枠組みは、図1-2-1の通りである。

この方法では、「初期値」、「目標値」、「実績値」の3つが、いわばキーワードとなるので、ここではそれらを中心にして、分析の視点を簡潔に説明しておくことにしたい。

計画の「初期値」とは、老人保健福祉計画または介護保険事業計画が策定された時点で、それぞれの計画で規定されている高齢者保健福祉サービスがどの程度、利用者に提供されているかについて示した数値である。また、「目標値」とは、厚生労働省や都道府県が示した指針（ガイドライン）や、市区町村などが実施した高齢者保健福祉に関するさまざまな調査データなどをもとに、市区町村が目標とした年次に個別の高齢者保健福祉サービスをどの程度、利用者に提供するかを具体的に示した数値である。さらに、「実績値」とは、そうした目標値が個別にどの程度、実現されているかを示した数値である。ただし、介護保険事業計画は、現在進行中であり、2003年4月以降にならないと実績値のデータを用いることはできない。

次に、「達成率」とは、上記の計画上の目標値に対して、それが実際にどの程度、実現されたかを示した数値であり、本論では目標値を実績値で割った数値を百分比（%）で示している。また、「見込み率」とは、平成14年度の介護保険事業計画の目標値（見込み量）が平成12年度の目標値（見込み量）に対して、どの程度に設定されているかを示した数値であり、本論ではやはり前者を後者で割った百分比（%）で示している。

## 3) 標本の特性

調査対象は、既述のように全国の地方自治体（市区町村）3,252カ所である。

また、市区町村別の有効回収数および回収率は、表1-2-1の通りである。この表からも分かるように、本調査の標本（サンプル）は、特別区と市（政令指定都市も含む）についてはいずれも回収率が約7割となっているものの、町村については3割程度で、標本としては市部（特別区も含む）に偏ったものになっている。

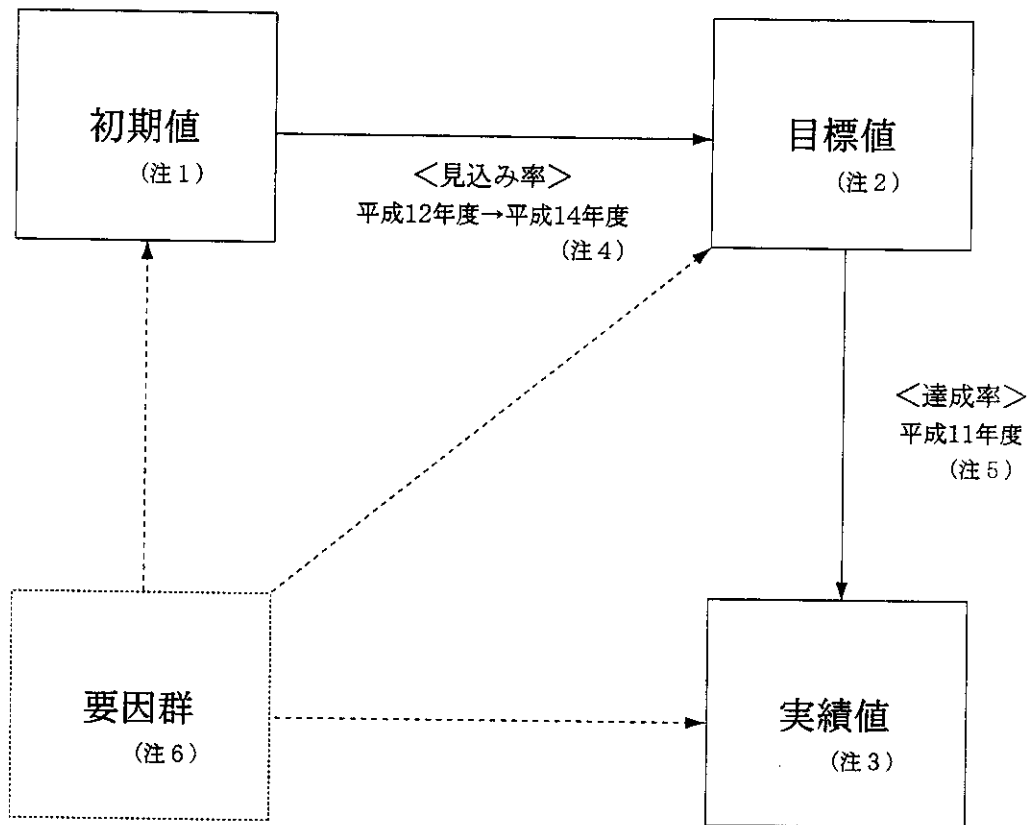
なお、本論では、町村部についてはさしあたりデータ分析の対象から除外し、市部に限定している。その理由は、上記のように町村部の標本が偏っていることと、町村部では介護保険事業を「広域連合」で実施しているところが多く、各町村別に正確なデータを把握できなかったことによる。

### (2) 介護保険事業計画の見込み率

介護保険事業計画の見込み率に関しては、「介護保険全国調査」の（問8）で、表1-2-2のような形式で尋ねた。今回の質問紙調査では、具体的には介護保険法に規定される高齢者保健福祉サービスとして、「訪問介護」「通所介護」「通所リハビリ」「短期入所(生活介護、療養介護の合計)」「訪問看護」「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（療養型病床群等）」の8つを取り上げた。なお、単位については、表のような形式で統一して設定した。

さて、上記の8つのサービスの記述統計量は、表1-2-3の通りである。また、それぞれの度数分布は、

図1-2-1 老人保健福祉計画及び介護保険事業計画の分析枠組み



※老人保健福祉計画に関しては、「ホームヘルプ」「デイサービス」「ショートステイ」「特別養護老人ホーム」「老人保健施設」の5つを取り上げた。また、介護保険事業計画に関しては、「訪問介護」「通所介護」「通所リハビリ」「短期入所(生活介護、療養介護の合計)」「訪問看護」「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(療養型病床群等)」の8つを取り上げた。

(注1) 「初期値」とは、老人保健福祉計画または介護保険事業計画が策定された時点で、高齢者保健福祉サービスがどの程度、利用者に提供されているかについて示した数値である。

(注2) 「目標値」とは、厚生労働省や都道府県が示した指針(ガイドライン)や高齢者保健福祉に関する調査データなどをもとに、目標とした年次に高齢者保健福祉サービスがどの程度、利用者に提供されているかを具体的に示した数値である。

(注3) 「実績値」とは、目標値がどの程度、実現されているかを示した数値である。

(注4) 「見込み率」とは、平成12年度の見込み量に対して、平成14年度の介護保険事業計画の見込み量がどの程度に設定されているかを示した比率(%)である。

(注5) 「達成率」とは、計画の目標値が実際にどの程度、実現されたかを実績値を用いて示した比率(%)である。

(注6) 「要因群」として選択した変数は、①総人口、②高齢化率、③高齢者単身世帯の比率、④就業者の比率、⑤(住民一人あたり)財政規模、⑥財政力指数の6つである。

表1-2-1 市区町村への質問紙調査の実施結果

	調査対象数(A)	有効回収数(B)	回収率(B/A)
全 体	3,252	1,303	40.1%
特別区	23	16	69.6%
市	671	409	70.0%
町	1,991	705	35.4%
村	567	173	30.5%
(参 考)			
市町村老人福祉計画の策定に関する全国調査(1994)*	3,268	2,151	65.8%
保健・医療・福祉の連携システムのあり方に関する全国調査(1996)**	3,255	2,042	62.7%

\* 実施主体は、日本計画行政学会・市区町村保健福祉計画の評価研究専門部会

\*\* 実施主体は、法政大学多摩地域研究センター・大原社会問題研究所

表1-2-2 介護保険事業計画の見込み率に関する質問表

問 8 貴自治体の介護保険事業計画によるサービス見込み量についておうかがいします。以下の表の該当個所に適宜、数値をご記入下さい。『介護保険事業計画書』で、該当する数値がわかる資料があれば、その部分のコピーを同封していただいても結構です。

サービスの種類	単位	平成12年度見込み量	平成14年度見込み量
訪問介護	時間/年		
通所介護	回数/年		
通所リハビリ	回数/年		
短期入所 (生活介護、療養介護の合計)	週/年		
訪問看護	時間/年		
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	床		
介護老人保健施設 (老人保健施設)	床		
介護療養型医療施設 (療養型病床群等)	床		

図1-2-2から図1-2-9の通りである。なお、度数分布については、四分位法で25%毎に区切り、カテゴリー1が「75%未満」、2が「75%以上100%未満」、3が「100%以上125%未満」、4が「125%以上150%未満」、5が「150%以上」で5分割している。

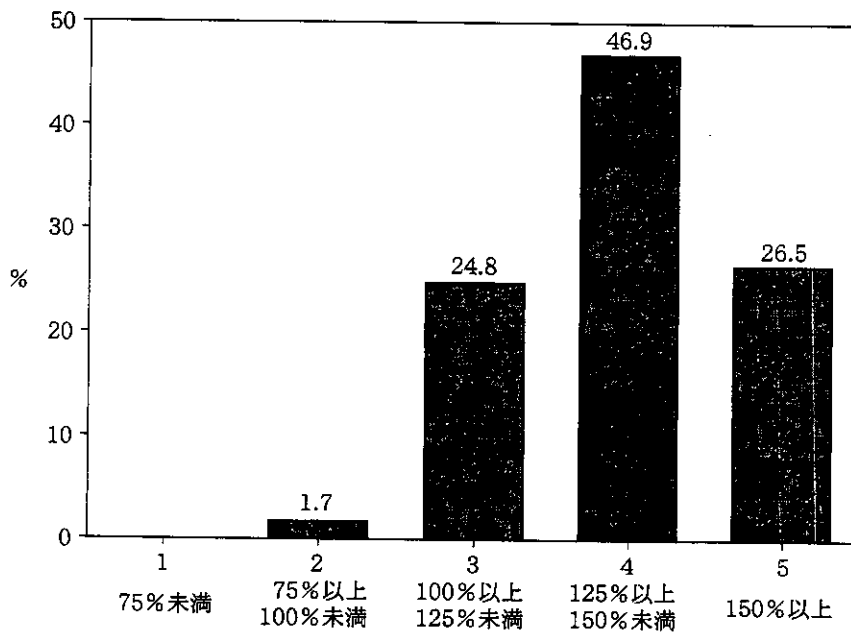
①訪問介護

訪問介護の平均値は142.73%で、計画の見込み率は、在宅サービスのなかで訪問看護に次いで高く

表1-2-3 介護保険事業計画の見込み率

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	分散
訪問介護	426	81	325	142.73	30.19	911.372
通所介護	288	56	332	128.05	30.51	930.629
通所リハビリ	286	77	1400	130.65	82.57	6817.544
短期入所	424	77	1306	132.32	81.05	6569.355
訪問看護	424	88	930	150.32	56.09	3145.751
介護老人福祉施設	412	92	258	113.60	16.74	280.239
介護老人保健施設	410	80	241	117.56	20.18	407.359
介護療養型医療施設	407	90	560	121.55	39.71	1577.026

図1-2-2 訪問介護の見込み率



なっている。また、標準偏差は30.19であるので、平均値のまわりに度数が集まっている。図1-2-2からも分かるように、全体の約半数は4「125%以上150%未満」のところに回答しているが、5「150%以上」とした市も26.5%あり、全体の約4分の1は、介護保険によって訪問介護を1.5倍以上にしようとしている。

#### ②通所介護

通所介護の平均値は128.05%で、計画の見込み率は、在宅サービスのなかで通所リハビリや短期入所とほぼ同じ程度である。また、標準偏差は30.51なので、訪問介護と同様、平均値のまわりに度数が集まっている。しかし、図1-2-3が示すように、全体の度数分布は3「100%以上125%未満」のところが非常に多く、約6割を占めている。訪問介護に比べると、やはり分布が左側に偏っているのが特徴的である。

図1-2-3 通所介護の見込み率

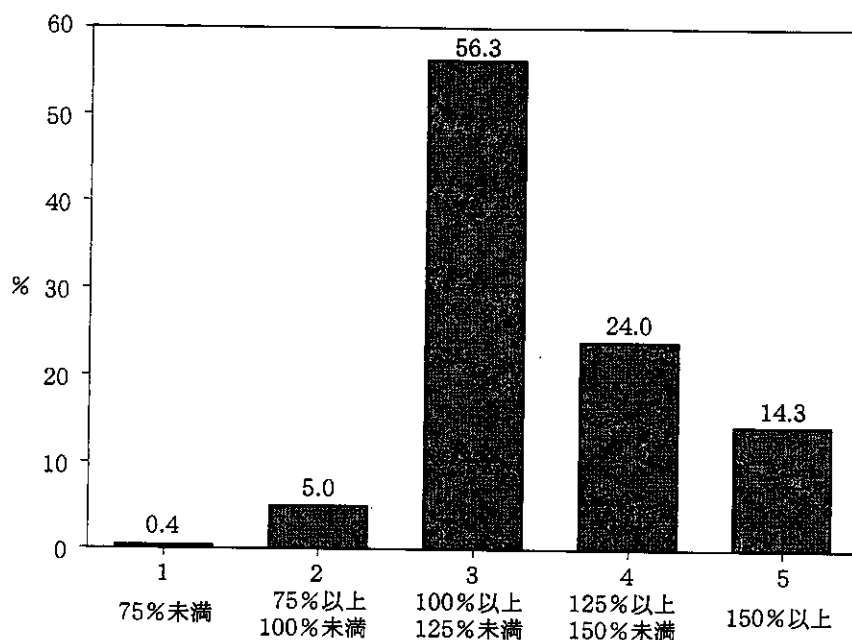
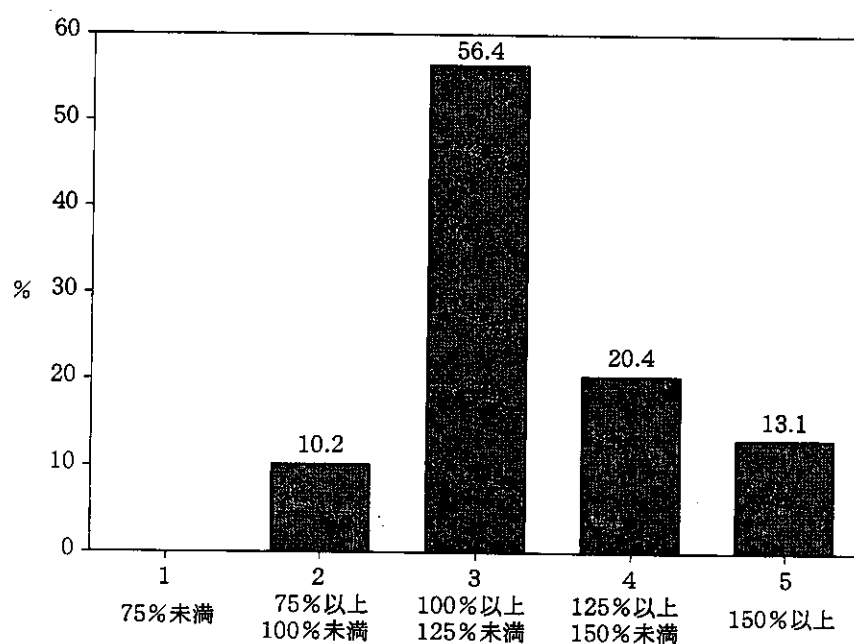


図1-2-4 通所リハビリの見込み率



### ③通所リハビリ

通所リハビリの平均値は130.65%で、計画の見込み率は、在宅サービスのなかで通所介護や短期入所とほぼ同じ程度である。しかし、標準偏差は82.57なので、訪問介護や通所介護と比較すると、全体の度数は分散しているといえる。図1-2-4はその特徴を示しているが、2「75%以上100%未満」と5「150%以上」にも、それぞれ1割程度の市が回答しており、全体としてはやや分化している。

### ④短期入所

短期入所の平均値は132.32%で、計画の見込み率は、在宅サービスのなかで通所介護や通所リハビ

図1-2-5 短期入所の見込み率

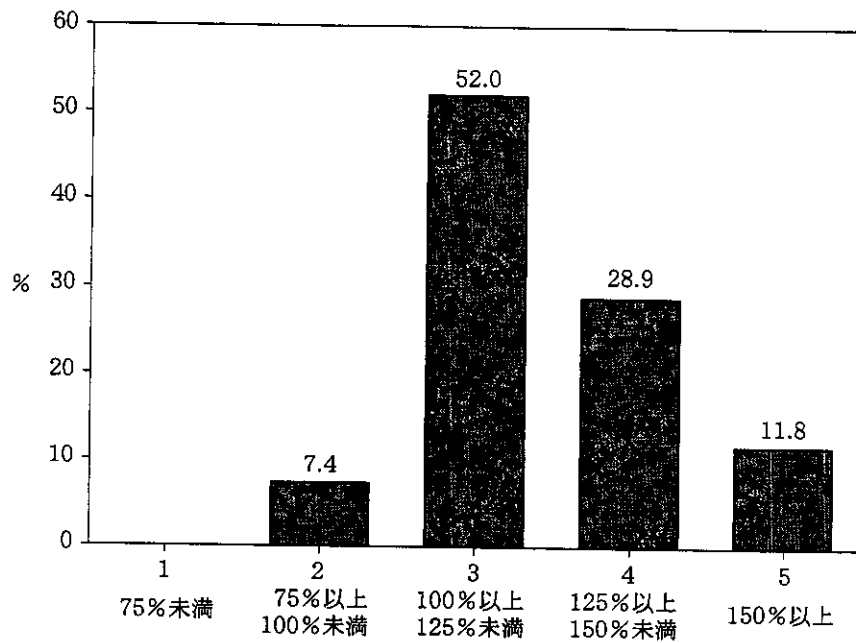
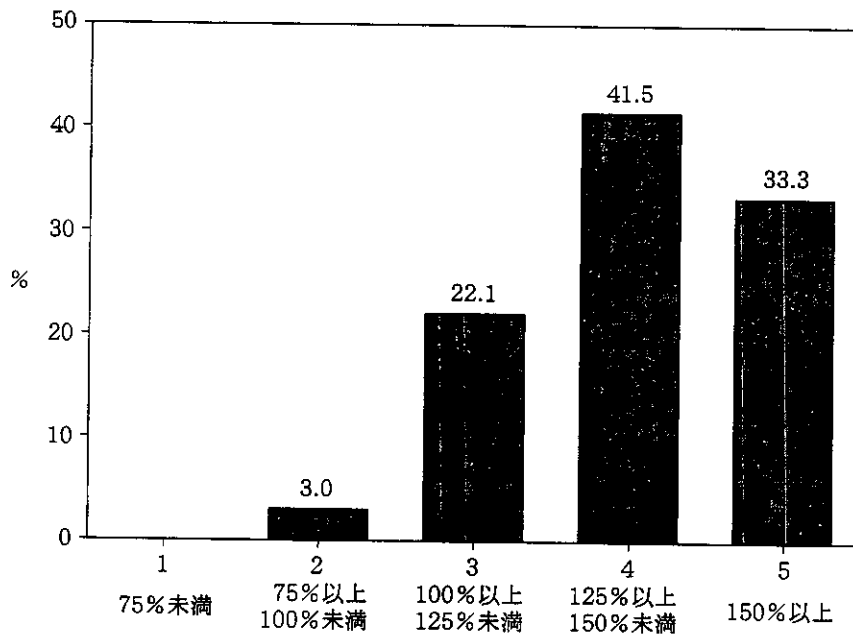


図1-2-6 訪問看護の見込み率



りとほぼ同じ程度である。また、標準偏差は81.05なので、通所リハビリと同様、全体の度数は分散している。図1-2-5からも分かるように、その特徴は通所リハビリとほぼ同じであるが、通所リハビリに比べると、4「125%以上150%未満」の比率がやや高くなっている。

⑤訪問看護

訪問看護の平均値は150.32で、計画の見込み率は、在宅サービスのなかで最も高くなっている。ただし、標準偏差は56.09なので、①訪問介護や②通所介護と比べると、全体の度数はやや分散している。図1-2-6が示すように、訪問看護の度数分布は右側へ偏っており、5「150%以上」の比率が33.3%に

図1-2-7 介護老人福祉施設の見込み率

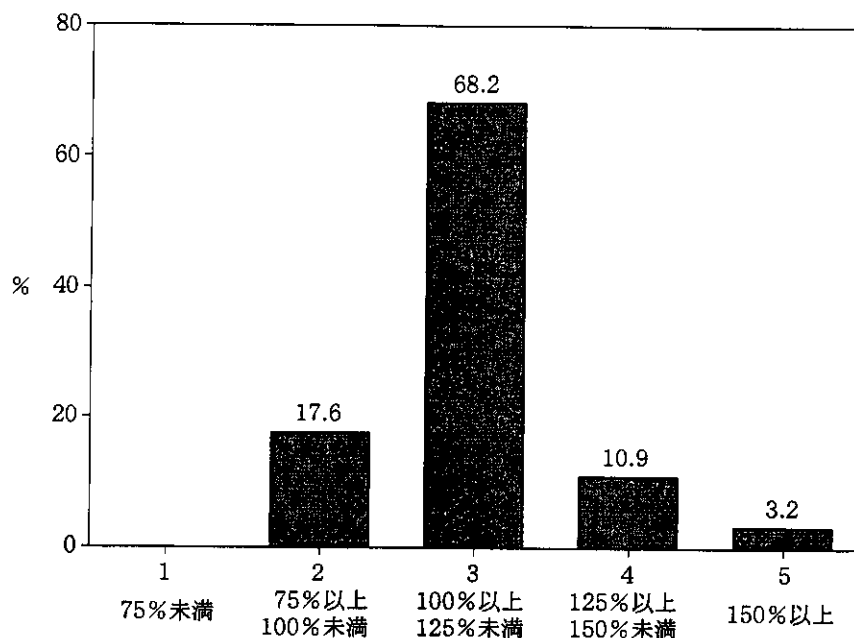
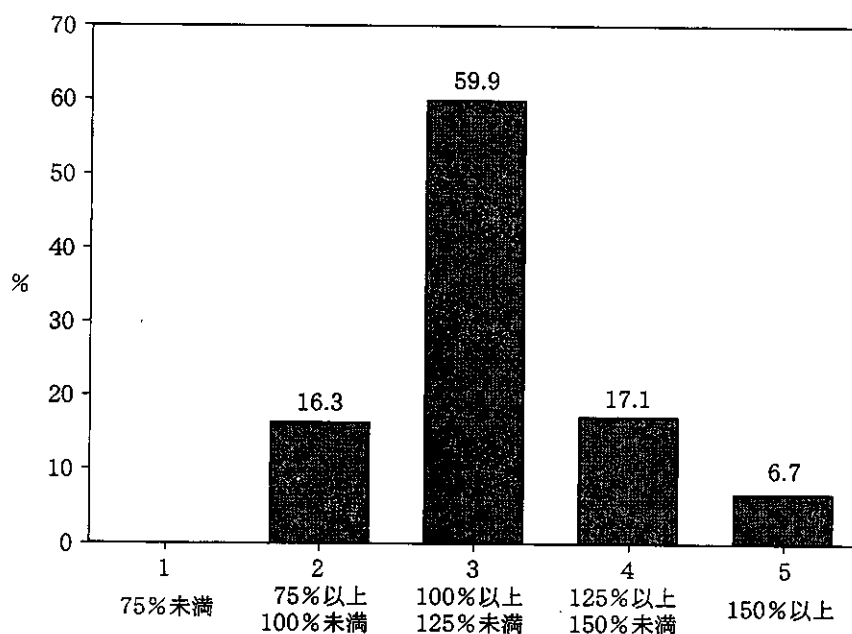


図1-2-8 介護老人保健施設の見込み率

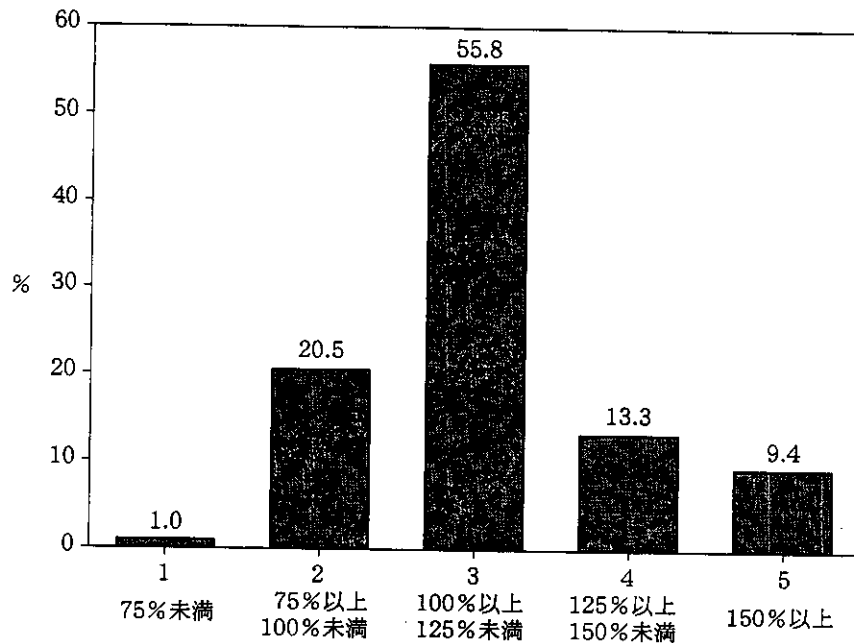


なっている。つまり、全体の3分の1の市は、介護保険によって訪問看護を1.5倍以上にしようとしているのである。

⑥介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

介護老人福祉施設の平均値は113.60で、計画の見込み率は、施設サービスのなかで最も低くなっている。ただし、標準偏差は16.74なので、⑦介護老人保健施設や⑧介護療養型医療施設に比べると、平均値のまわりに度数が集まっている。図1-2-7はその傾向を示しており、3「100%以上125%未満」が全体の約7割を占めている。なお、2「75%以上100%未満」、つまり施設の床数を今後伸ばさないと

図1-2-9 介護療養型医療施設の見込み率



した市が17.6%もある。

⑦介護老人保健施設（老人保健施設）

介護老人保健施設の平均値は117.56で、計画の見込み率は、⑥介護老人福祉施設よりもやや高くなっている。また、標準偏差も20.18で、同様の傾向にある。図1-2-8を見ると、⑥介護老人福祉施設に比べて3「100%以上125%未満」の比率が低い分だけ、4「125%以上150%未満」が高くなっている。なお、2「75%以上100%未満」、つまり施設の床数を今後伸ばさないとした市が16.3%もある。

⑧介護療養型医療施設（療養型病床群等）

介護療養型医療施設の平均値は121.55で、計画の見込み率は、施設サービスのなかで最も高くなっている。ただし、標準偏差は39.71なので、全体の分布はやや分散している。図1-2-9はその特徴を示しているが、他の施設サービスに比べると、相対的に4「125%以上150%未満」や5「150%以上」のところに回答した市が多くなっている。なお、介護療養型医療施設でも、2「75%以上100%未満」と回答した市が21.5%もある。

介護保険事業計画で規定されている8つのサービスの全体的な特徴としては、在宅サービスでは、①訪問介護と⑤訪問看護の見込み率が高く、それ以外の②通所介護、③通所リハビリ、④短期入所は、やはり上記の2つに比べると低くなっている。また、③通所リハビリと④短期入所は、見込み率が高いところと低いところに分化している点が特徴的である。施設サービスでは、⑥介護老人福祉施設、⑦介護老人保健施設、⑧介護療養型医療施設のいずれも似たような特徴を示しているが、相対的には⑦介護老人保健施設、⑧介護療養型医療施設の順に見込み率が高くなっており、医療系の施設を介護保険で伸ばそうとしていることが分かる。なお、施設サービスでは、いずれも約2割の市が今後、床数（サービス量）を伸ばさないと回答している点には一定の留意が必要であろう。



### (3) 介護保険事業計画における医療系・介護系サービスの見込み率と見込み量

介護保険事業計画で規定されている医療系サービスのうち、在宅サービスとして「訪問看護」と「通所リハビリ」、施設サービスとして「介護療養型医療施設」（療養型病床群等）を取り上げた。また同様に、介護系サービスのうち、在宅サービスとして「訪問介護」と「通所介護」、施設サービスとして「介護老人福祉施設」（特別養護老人ホーム）を取り上げた。なお、「短期入所」は、今回の「介護保険全国調査」では医療系の療養介護と介護系の生活介護の合計で質問しているために両者の区別ができないこと、また「介護老人保健施設」は、もともと医療と介護（福祉）の中間施設であり、どちらかに分類するのはむずかしいことなどの理由から、今回の分析から外すことにした。

#### 1) 介護保険事業計画の医療系・介護系サービスの見込み率

医療系の「訪問看護」と介護系の「訪問介護」、同じく「通所リハビリ」と「通所介護」、「介護療養型医療施設」と「介護老人福祉施設」のサービス見込み率の関連を分析するために、下記のような計算方法で新たな変数を作成した。（いずれも％表示）

- ①在宅（訪問系）の変数＝（訪問看護の見込み率÷訪問介護の見込み率）×100
- ②在宅（通所系）の変数＝（通所リハビリの見込み率÷通所介護の見込み率）×100
- ③施設の変数＝（介護療養型医療施設の見込み率÷介護老人福祉施設の見込み率）×100

さらに、④在宅サービスの合成変数と⑤在宅サービスと施設サービスの合成変数を、下記のような計算方法で作成した。（いずれも％表示）

- ④在宅サービスの合成変数＝（在宅（訪問系）の変数＋在宅（通所系）の変数）÷2
- ⑤在宅サービスと施設サービスの合成変数（総計）  
＝（在宅（訪問系）の変数＋在宅（通所系）の変数＋施設の変数）÷3

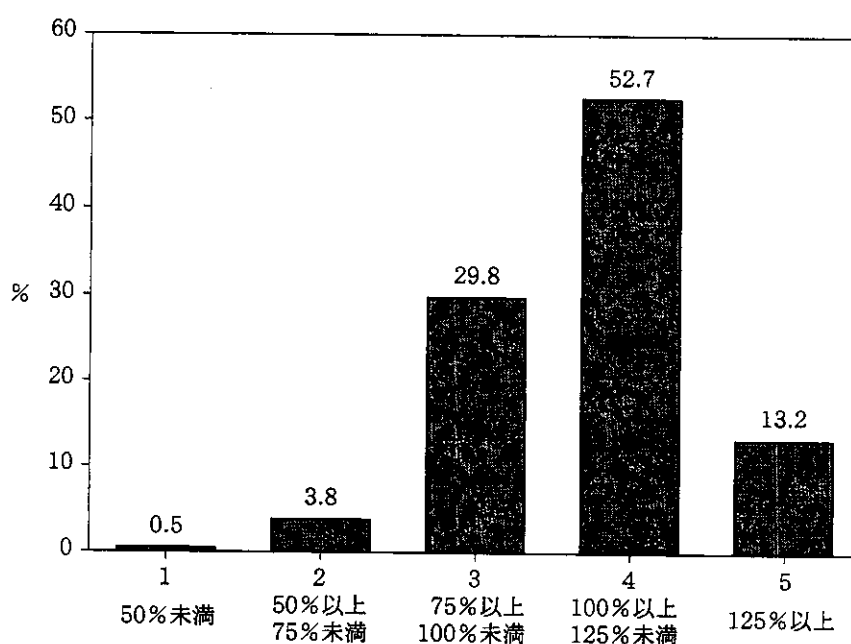
上記の5つの変数の記述統計量は、表1-2-4の通りである。また、全体の度数分布は、図1-2-10から図1-2-14のようになっている。なお、図中のカテゴリーは、四分位法で25％毎に区切り、カテゴリー1が「50％未満」、2が「50％以上75％未満」、3が「75％以上100％未満」、4が「100％以上125％未満」、5が「125％以上」で5分割している。

この結果から、介護保険事業計画におけるサービス見込み率という点では、①在宅（訪問系）、②在宅（通所系）、③施設のいずれのサービスにおいても、平均値が100を越えており、全国の市部は、相対的には介護系よりも医療系のサービスを介護保険事業計画で伸ばそうとしていることがわかる。ただし、その差は、最も平均値の高い施設サービスでも108.75であり、全体的にはほぼ同程度であるといえよう。また、同様の傾向は、④在宅サービスの合成変数、⑤在宅サービスと施設サービスの合成変数（総計）でも見られる。

表1-2-4 介護保険事業計画の医療系・介護系サービスの見込み量率

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差	分散
訪問看護・訪問介護	423	36	777	106.79	40.45	1635.851
通所リハビリ・通所介護	284	30	840	103.25	50.72	2572.967
介護療養型医療施設・介護老人福祉施設	406	40	560	108.75	37.39	1398.291
在宅サービス(訪問系と通所系)	283	59	485	104.19	29.12	848.086
在宅サービスと施設サービス(総計)	270	62	358	105.26	23.33	544.346

図1-2-10 訪問看護・訪問介護のサービス見込み率



なお、各変数の最大値を見ると、たとえば最も数値の高い②在宅(通所系)では840になっている。これは、あくまでも介護保険事業計画におけるサービス見込み率に限定されるとはいえ、当該の市が、5年間(実際には3年間)の計画期間中に「通所リハビリ」を「通所介護」の8倍以上の比率で伸ばそうとしていることを意味している。また、最大値と最小値をみると、②在宅(通所系)の場合、その差は実に28倍にもなっていて、地域によってサービス見込み率に大きな差のあることが分かる。

## 2) 介護保険事業計画の医療系・介護系サービスの見込み量

次に、介護保険事業計画のサービス見込み率ではなく、実際に提供されるサービス見込み量(平成12年度)で同様の計算を行ってみた。すなわち、医療系の「訪問看護」と介護系の「訪問介護」、同じく「通所リハビリ」と「通所介護」、「介護療養型医療施設」と「介護老人福祉施設」のサービス見込み量の関連を分析するために、下記のような計算方法で新たな変数を作成した。(いずれも%表示)

図1-2-11 通所リハビリ・通所介護のサービス見込み率

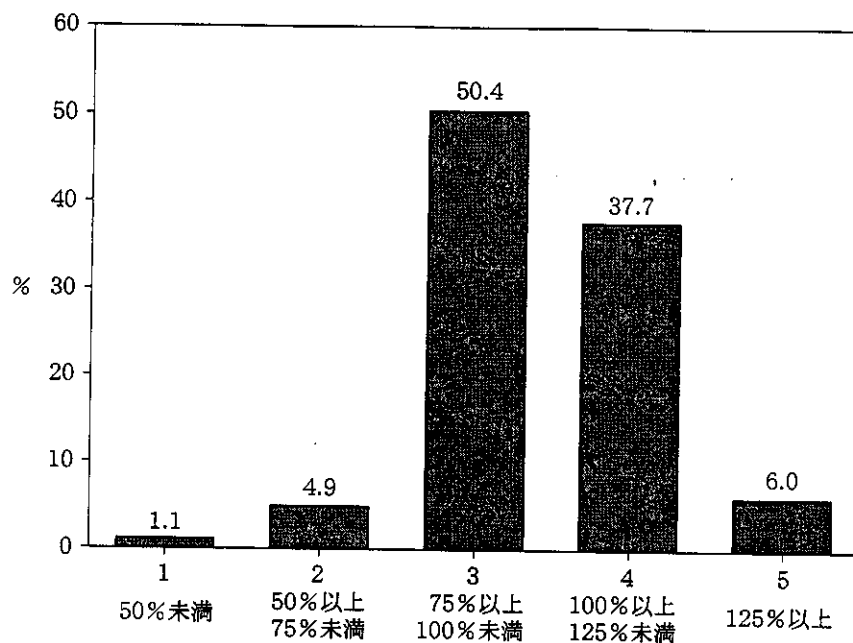
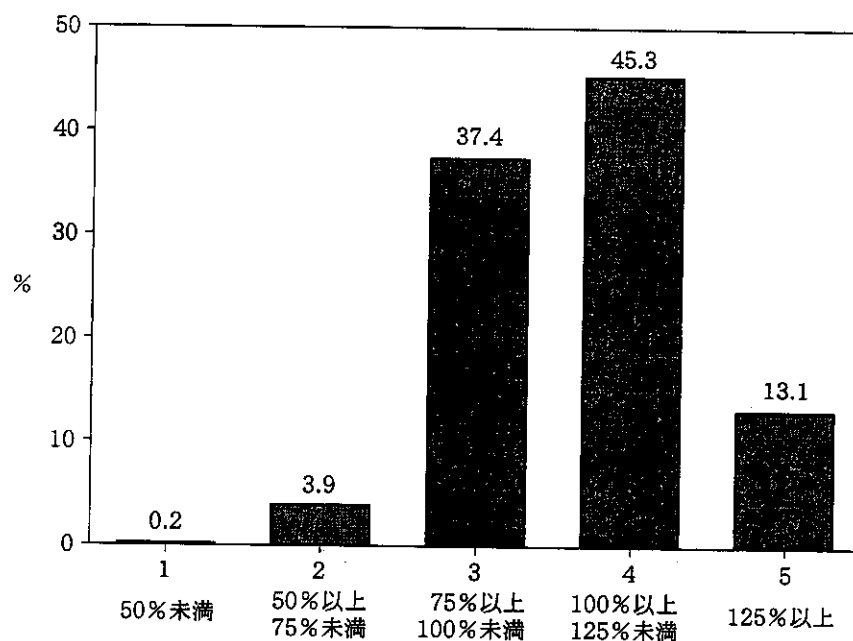


図1-2-12 介護療養型医療施設・介護老人福祉施設のサービス見込み率



⑥在宅（訪問系）の変数 = (訪問看護の見込み量 ÷ 訪問介護の見込み量) × 100

⑦在宅（通所系）の変数 = (通所リハビリの見込み量 ÷ 通所介護の見込み量) × 100

⑧施設の変数 = (介護療養型医療施設の見込み量 ÷ 介護老人福祉施設の見込み量) × 100

さらに、④在宅サービスの合成変数と⑤在宅サービスと施設サービスの合成変数を、下記のような計算方法で作成した。(いずれも%表示)

図1-2-13 在宅サービス（訪問系と通所系）の見込み率

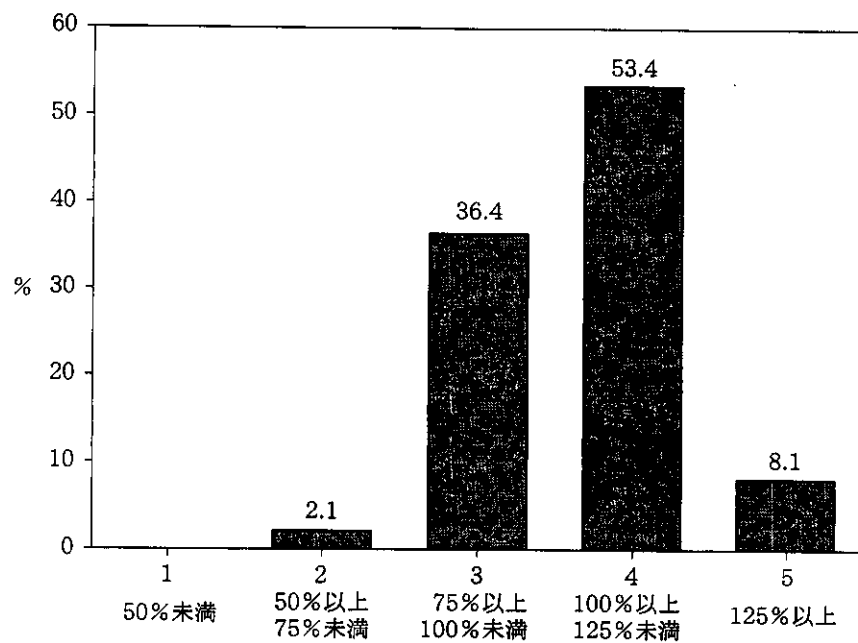
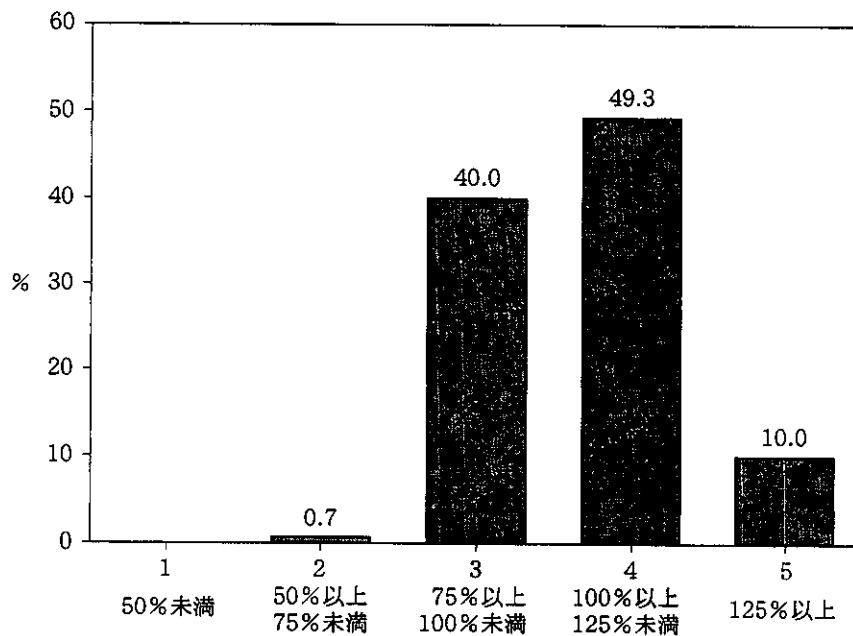


図1-2-14 在宅サービスと施設サービス（総計）の見込み率



⑨在宅サービスの合成変数 = (在宅（訪問系）の変数 + 在宅（通所系）の変数) ÷ 2

⑩在宅サービスと施設サービスの合成変数（総計）

= (在宅（訪問系）の変数 + 在宅（通所系）の変数 + 施設の変数) ÷ 3

上記の5つの変数の記述統計量は、表1-2-5の通りである。また、全体の度数分布は、図1-2-15から図1-2-19のようになっている。なお、図中のカテゴリーは、四分位法で25%毎に区切り、カテゴリー1が「25%未満」、2が「25%以上50%未満」、3が「50%以上75%未満」、4が「75%以上100%未満」、