

表1-2-5 介護保険事業計画の医療系・介護系サービスの見込み量

	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	2	100	19.94	9.01	81.154
通所リハビリ・通所介護	285	1	664	112.37	96.12	9238.162
介護療養型医療施設・介護老人福祉施設	411	2	603	65.32	50.46	2545.807
在宅サービス(訪問系と通所系)	287	6	343	65.79	49.28	2428.362
在宅サービスと施設サービス(総計)	278	12	263	64.99	37.88	1434.906

5が「100%以上」で5分割している。ただし、⑦在宅(通所系)は平均値が高いので、カテゴリー1を「50%未満」、2を「50%以上75%未満」、3を「75%以上100%未満」、4を「100%以上125%未満」、5を「125%以上」にしている。

この結果から、⑥在宅(訪問系)の変数、つまり「訪問介護」のサービス見込み量に対する「訪問介護」のその比率を平均値で見ると約2割(19.94%)であり、全体の規模としてはそれほど大きくないことが分かる。また、最大値も100であるので、「訪問看護」の見込み量が最も高く設定されている市でも、「訪問介護」と同じ見込み量である。

⑦在宅(通所系)は、平均値が112.37であるので、相対的には「通所介護」よりも「通所リハビリ」でサービスが提供されるようになっている。ただし、図1-2-16からも分かるように、実際の度数分布は、比率の高いところと低いところに大きく分かれているのが特徴的である。すなわち、⑦在宅(通所系)では、「通所リハビリ」でサービスを提供する市と「通所介護」でそれを行う市に大別されているのである。

図1-2-15 訪問看護・訪問介護のサービス見込み量

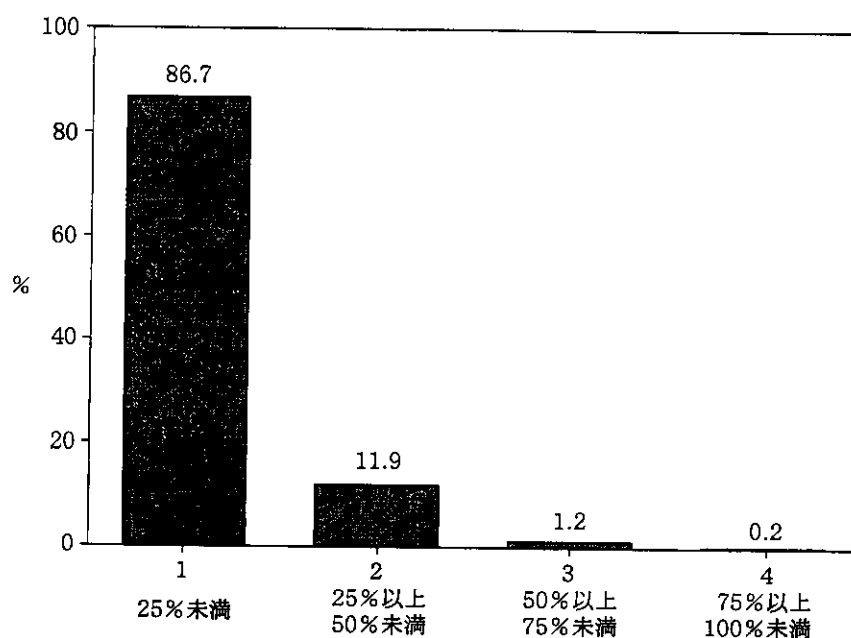


図1-2-16 通所リハビリ・通所介護のサービス見込み量

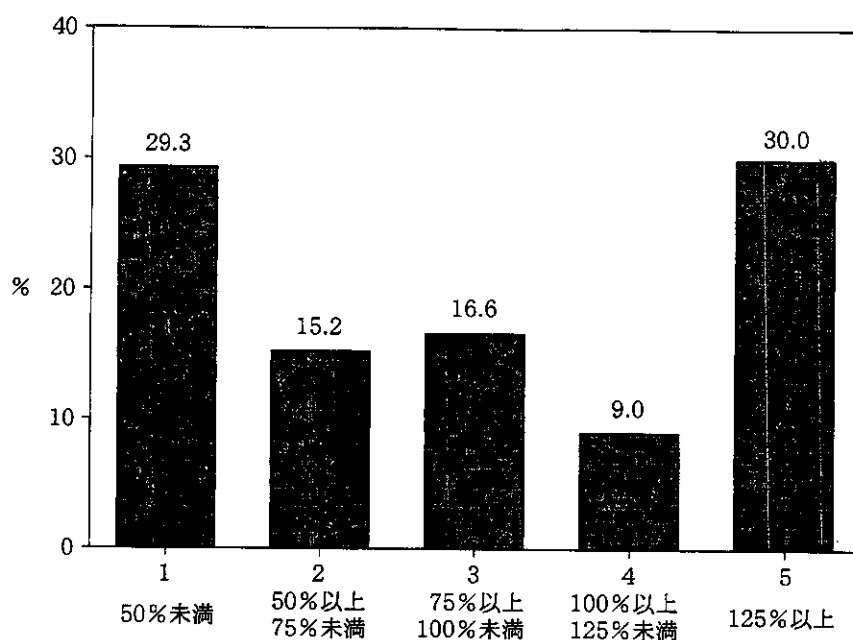
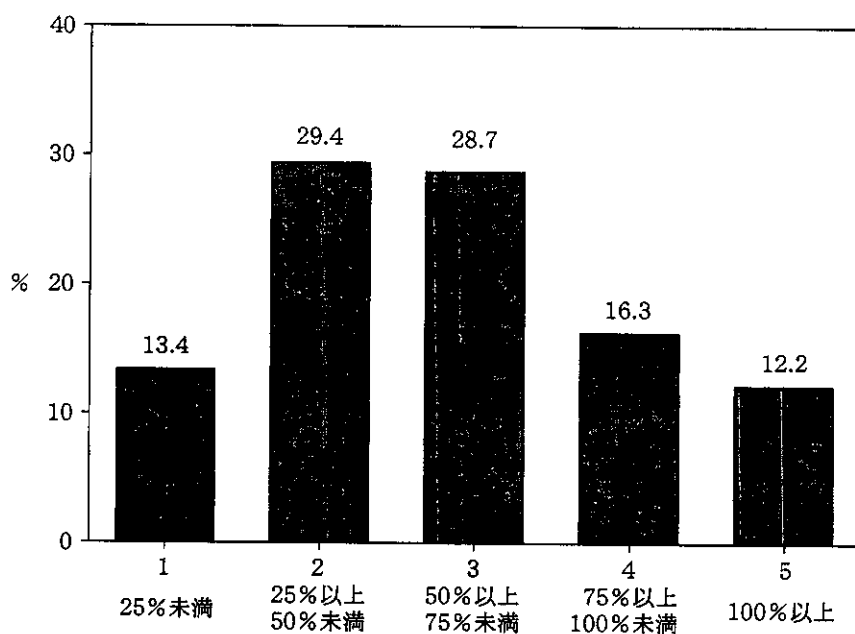


図1-2-17 介護療養型医療施設・介護老人福祉施設のサービス見込み量



⑧施設は平均値が65.32であるので、「介護療養型医療施設」のサービス見込み量は、「介護老人福祉施設」のそれに比べると、約3分の2程度の規模になっている。また、全体の度数分布も平均値の回りに集まっており、大きな特徴は見られない。ただし、最大値は、⑦在宅（通所系）と同様、600を越えているので、市によっては、「介護療養型医療施設」のサービス見込み量を「介護老人福祉施設」の6倍以上の規模に設定しているところがあることが分かる。

⑨在宅サービスの合成変数と⑩在宅サービスと施設サービスの合成変数（総計）は、いずれも平均値が65.79と64.99であり、やはりサービス提供の見込み量という点では、医療系のサービスは介護系

図1-2-18 在宅サービス（訪問系と通所系）の見込み量

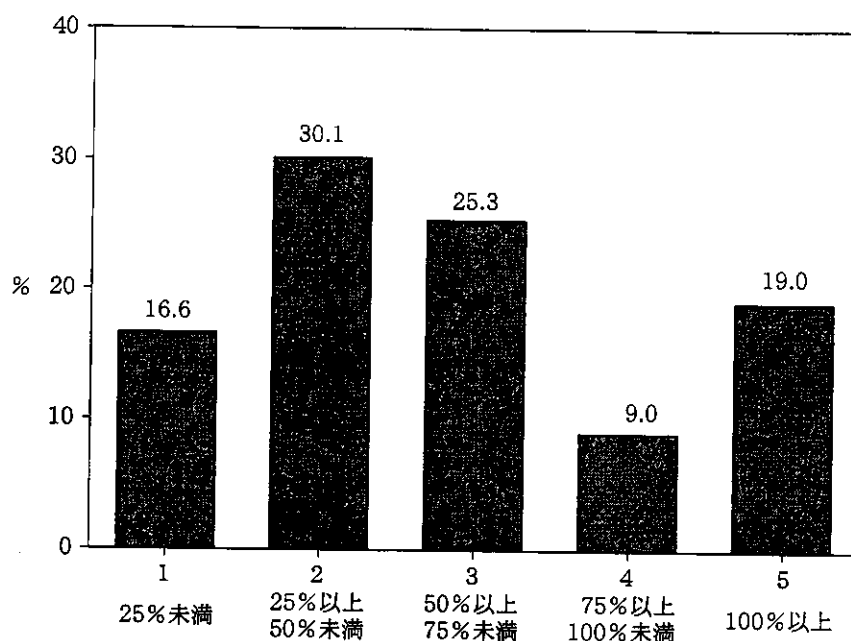
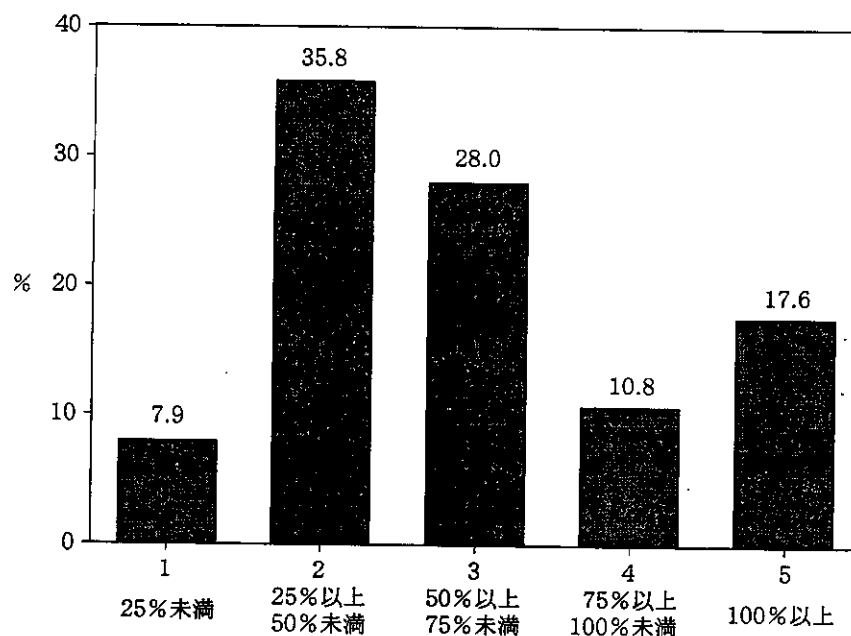


図1-2-19 在宅サービスと施設サービス（総計）の見込み量



のその約3分の2程度の規模になっている。また、全体の度数分布も平均値の回りに集まっており、大きな特徴は見られない。さらに、最大値は、⑨在宅サービスの合成変数が約3.5倍、⑩在宅サービスと施設サービスの合成変数（総計）が約2.5倍の規模になっている。

（4）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

1）医療系サービスと介護系サービスの関連

上述の結果から、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については、次の2つのことがいえると思われる。

第1は、介護保険の保険者である市は介護保険事業計画のサービス見込み率において、全体的には医療系サービスと介護系サービスをほぼ並行して伸ばそうとしている。この点でいえば、医療系サービスと介護系サービスの間には平行な関係が存在しており、昨年度の研究報告で述べた「平行仮説」が成り立っているといえる。ただし、個別적으로見ると、市によっては医療系サービスと介護系サービスのどちらかに大きく偏ってサービスを伸ばそうとしているところもあり、実際はかなり多様である。計画策定主体である計画策定委員会、あるいは^{プランナー}計画者が、当該地域のニーズをいかに認識し、どのようなサービスでそのニーズを充足しようとするのか、介護保険事業計画の策定過程における意思決定の結果は、厚生労働省から「参酌標準」が示されている一方で、広い意味での「地域性」を反映した多様なものになっている。

第2は、介護保険事業計画のサービス見込み量において、全体的には医療系サービスの規模は介護系サービスのその約3分の2程度になっているが、「訪問看護」の「訪問介護」に対する比率は約2割で、かなり小規模なものになっている。また、「通所リハビリ」の「通所介護」に対する比率は、平均値で見ると112.37でやや医療系サービスに偏っているものの、実際の度数分布を見ると比率が高低に分かれており、「通所リハビリ」が高い（低い）ところは「通所介護」が低い（高い）というトレードオフの関係が存在している。つまり、昨年度の研究報告で述べた「トレードオフ仮説」が成り立っているのである。このことから、在宅の通所系サービスでは医療系の「通所リハビリ」か、介護系の「通所介護」のどちらかで、市が地域のニーズに対応しようとしている状況が分かる。

いずれにしても、介護保険制度における医療系サービスは、「訪問看護」を除けば必ずしも小規模なものではなく、かなりの比率を占めており、しかも市は、介護保険事業計画において、相対的には介護系サービスよりも、医療系サービスを伸ばそうとしているのである。

2) 医療系サービスと介護系サービスの関連に影響する要因の分析

最後に、医療系サービスと介護系サービスの関連に影響を与える要因について分析してみよう。ただし、本論ではまだ明確な仮説を設定できないので、文字通り、データ分析からの探索的な段階に止まっている。

本論の分析では、介護保険事業計画における医療系サービスの介護系サービスに対する比率（％）を用いた上述の変数をそれぞれ従属変数とし、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つを独立変数として投入して、重回帰分析を行った。その結果は、表1-2-6および表1-2-7の通りである。（表中の数値は、独立変数間の影響を相互に統^{コントロール}制した標準偏回帰係数（ β ）を示している）

結論的にいえば、介護保険事業計画における各サービスの見込み率に影響している要因は少なく、在宅サービスの訪問系（訪問看護と訪問介護）では、④「就業者率」と⑤「財政規模」の2つが正の関係で影響している。また、在宅サービスの通所系（通所リハビリと通所介護）と、両者（訪問系と通所系）をあわせた在宅サービスの合成変数に、統計的に有意な影響を与える要因は析出できない。さらに、施設サービス（介護療養型医療施設と介護老人福祉施設）では、④「就業者率」がやはり正の関係で影響を及ぼしている。

表1-2-6 医療系サービスと介護系サービスの相関性に関する重回帰分析（1）
—介護保険事業計画におけるサービス見込み率—

	在宅サービス			施設サービス	総計
	訪問系	通所系	合計		
①総人口	-.040	-.030	-.077	-.049	-.099
②高齢化率	.012	-.123	-.142	.110	-.068
③高齢者単身世帯率	-.026	-.018	.007	-.166	-.064
④就業者率	.141*	.009	.013	.130*	.085
⑤財政規模	.138*	-.005	.071	.037	.072
⑥財政力指数	.016	-.054	.038	-.123	-.046
重相関係数（R）	.177	.114	.134	.233	.156

（注）表中の数値は、標準偏回帰係数（ β ）である。 * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

表1-2-7 医療系サービスと介護系サービスの相関性に関する重回帰分析（2）
—介護保険事業計画におけるサービス見込み量—

	在宅サービス			施設サービス	総計
	訪問系	通所系	合計		
①総人口	-.021	.009	.016	.040	.040
②高齢化率	.059	-.117	-.129	.052	-.095
③高齢者単身世帯率	.102	.493***	.511***	.044	.472***
④就業者率	-.042	-.052	-.045	-.247***	-.130
⑤財政規模	-.064	-.160*	-.170*	-.106	-.190
⑥財政力指数	-.009	.000	-.028	.146*	.024
重相関係数（R）	.152	.374	.389	.260	.401

（注）表中の数値は、標準偏回帰係数（ β ）である。 * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

つまり、④就業者率が高い、あるいは⑤財政規模が大きい市ほど、訪問系の在宅サービスの数値が高くなる、すなわち医療系サービスの介護系サービスへの比率（%）が高くなって、当該の市が介護保険制度のなかで相対的に医療系サービス（訪問看護）を伸ばそうとしていることが分かるのである。また同様に、④就業者率が高い市ほど、施設サービスの数値が高く、医療系サービス、すなわち介護療養型医療施設を伸ばそうとしていることが分かる。

この結果についてはさまざまな解釈ができるであろうが、大都市圏の近郊にある市部は、財政規模も比較的大きく、しかも大都市圏で働く人たちも多いために就業者率も高いと想定できるので、そういう市（保険者）は、介護保険事業計画を策定した時に結局、医療系サービスで基盤整備をした方が良く判断したからではないかと思われる。

次に、介護保険事業計画におけるサービス見込み量で同様の分析を行ってみると、在宅サービスの通所系（通所リハビリと通所介護）では、③「高齢者単身世帯率」が正の関係で非常に大きな影響を与えていることが分かる。また、この影響力が大きいために、サービス見込み量では、在宅サービスの合成変数や、在宅サービスと施設サービスの合成変数（総計）も、正の関係で大きな影響を受けている。さらに、⑤「財政規模」は、通所系の在宅サービスと在宅サービスの合成変数の両方に負の関

係で影響している。

つまり、③「高齢者単身世帯率」が高い市ほど、通所系の在宅サービスの数値が高い、すなわち医療系サービスの介護系サービスに対する比率(%)が高くなって、当該の市が介護保険制度のなかで、相対的に利用者(要介護高齢者)に医療系のサービス(通所リハビリ)を提供しようとしていることが分かるのである。

また、施設サービスでは、③「就業者率」と⑥「財政力指数」の2つが影響している。ただし、その方向性は逆であり、③「就業者率」は負の関係、⑥「財政力指数」は正の関係になっている。つまり、③「就業者率」が高い市ほど、施設サービスの数値が低く、介護系サービスの介護老人福祉施設でサービスを提供しようとしていることが分かる。また、⑥「財政力指数」が高い市ほど、施設サービスの数値が高く、医療系サービスの介護療養型医療施設でサービスを提供しようとしていることが分かるのである。

この結果については、サービス見込み率の場合と同様、さまざまな解釈ができるであろうが、高齢者単身世帯率が高い市部は、利用者(高齢者)の年齢層が比較的高いと想定できるので、やはり通所リハビリによる医療サービスの提供が重要であると、市(保険者)が介護保険事業計画を策定した時に判断したからではないかと思われる。また、施設サービスの場合は、サービスの見込み率と異なり、市(保険者)が、実際には介護老人福祉施設で利用者(高齢者)にサービスを提供しようとしている割合が高いからではないかと思われる。

<謝辞>

本論の分析にあたっては、介護保険全国調査のデータと、さまざまなデータベースの全国データをリンクさせた「データセット」を鎮目真人助教授(北星学園大学社会福祉学部)から提供していただきました。ここに記して、心から感謝申し上げます。

3. 自治体の介護保険実施体制の類型化

高橋 隆

【要約】

介護保険に対する自治体の準備や実施体制には、パターンがある。また、そのパターンにはそれぞれの自治体の社会経済的特徴に影響されているものと、別の要因によって影響されているものがあると考えられる。いずれにせよ、自治体の地域的特性に即してアプローチする必要がある。そのために、本章では自治体アンケート中の介護保険実施体制に関する設問の集計結果をもとに自治体の介護保険実施体制を類型化し、さらにその類型に影響を与えていると考えられる社会経済的要因を考察した。その結果、自治体の介護保険実施体制のパターンとして、6類型が存在することを発見した。また、多くの類型は人口規模や財政力など社会経済的要因によって影響を受けているが、住民参加や介護保険の円滑な導入、適正な運営、公開性、公平性の確保など行政的、政治的視点からでないと言明できない要素が存在するという示唆を得ることができた。

(1) 課題と方法

1) 問題の所在と分析の目的

介護保険は市町村特別給付など制度的な自由度に若干の余裕はあるものの、全国的に統一的な給付を行う社会保険として全国同時に実施された。一方、その前段階には福祉関係八法改正にともなう施設入所措置権の市区町村への移譲などを通じた施設サービスと在宅サービスの一元的な整備体制の推進があるが、その定着が不十分のうちに介護保険が導入されたという指摘がある^(註1)。

また、第3次臨時行政改革推進審議会最終答申（1993年）で地方分権の方向性として「住民への情報提供」、「参加機会の拡大」、「監査機能の充実」が掲げられて以来、各自治体はこうした改革に取り組むこととなった。さらに、「顧客ニーズ志向」、「効果・効率志向」、「現場の自律運営」、「積極的なマーケティング」等の改革を掲げる行政経営の考え方や、行政評価の手法も、濃淡はあるが各自治体にすこしずつ浸透しはじめている^(註2)。

これらのことから、全国一律に実施されたはずの介護保険であっても、各自治体レベルに目を移すと介護保険のソフトランディングに向けた実施体制には振幅がある。それは、介護保険実施以前における自治体個別の保健福祉に関する重点的政策課題や保健福祉基盤の整備状況、それを裏付けるさまざまな社会経済的諸条件、また広い意味での自治体改革に影響されているためであると考えられる。

そこで、本稿では自治体アンケート調査における介護保険実施状況に関するデータを使用し、各自治体における介護保険への取り組みの類型化を試みる。さらに、社会経済的指標を使用してその類型の背景を探る。最後に、自治体の人口規模によって類型に違いがあるかどうかを確認し、若干の考察を行う。

2) 分析の方法

制度の存続や変化の検討について鎮目真人は制度論的アプローチによる分析が有効としている

が^(註3)、本稿では探索的な検討を行うので特定のアプローチに基づいた検証仮説を提示しない。むしろ、介護保険の導入に対する各自治体の取り組み姿勢や重点的政策課題のパターンを発見することを分析の主眼とする。

本章の分析では、以下の調査データ（以下「自治体アンケート」）を使用する。

○調査名：『介護保険実施に伴う介護サービスの変化に関する調査』

○調査主体：『高齢者保健福祉サービス研究会』（厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業 代表
お茶の水女子大学教授 平岡公一）

○調査方法：全国の各自治体に郵送配布、郵送回収

○調査対象者：全国3,252市区町村の介護保険課または介護保険担当

○実査期間：平成12年12月11日～平成13年1月31日

○回収数と回収率：対象者数3,252自治体、自治体有効回収数1,361自治体、回収率41.9%

ただし、町村については、広域連合等により介護保険の共同実施を行っている場合が多いと考えられ、自治体を単位とする介護保険実施体制の統計的分析については適していない面があるため、ここでの分析対象は、区市に限定する。

「(2) 介護サービス実施状況から見た自治体の類型」では、各自治体の類型化を行う。まず関連する設問の回答をダミー変数化してスコアとする(表1-3-1)。そして主成分分析を行い主成分を抽出し、負荷量の解釈から介護保険実施体制の類型化を試みる。

「(3) 社会経済的背景の分析」では、社会経済的指標として人口規模や高齢化指標、都市化指標、工業化指標、財政力指標、保健福祉サービス指標を用いて、前節で行った各類型（各主成分得点）との相関係数による分析を行う。そして、各自治体の介護保険実施体制のパターンを規定する社会経済的背景の有無と程度を考察する。さらに、人口規模と各自治体類型（各主成分得点）の間で分散分析を行い、人口規模によって自治体類型に違いがあるかどうかを確認する。

(2) 介護サービス実施状況から見た自治体の類型

1) 介護サービス実施状況スコアの整理

表1-3-1は、「自治体アンケート」における介護サービス実施状況に関する設問をダミー変数化してスコアとしたものである。

表1-3-2は、表1-3-1に示した介護サービス実施状況に関する設問のスコアを、ポイントが低位あるいは0のものが高頻度の設問と、ポイントが高位あるいは1のものが高頻度の設問とにわけたものである。

まず、ポイントが低位、あるいは0のものが高頻度の設問を整理する。

第1は、「計画策定の住民参加」、「介護サービスに関する情報提供」、「評価システム」である。これらは、政策過程への何らかのかたちでの住民参加や、住民に対するサービス情報や評価情報の提供を意味する。こうした取り組みは、地方分権や行政経営など最近の自治体改革のトレンドと関係があるものと考えられる。

第2は、「事業者参入のための取り組み」である。これはサービスおよびサービス事業者の多様化に

表1-3-1 介護サービス実施状況スコアの整理

問6「計画策定の住民参加」(n=435)			問13「連絡会がある」(n=440)		
スコア(説明)	度数	%	スコア(説明)	度数	%
0(該当なし)	10	2.3	0(ない)	30	6.8
1(1個該当)	156	35.9	1(いずれかがある)	410	93.2
2(2個該当)	114	26.2	合計	440	100.0
3(3個該当)	76	17.5	不明(欠損値)	4	—
4(4個該当)	35	8.0	問15「特別給付実施状況」(n=444)		
5(5個該当)	19	4.4	スコア(説明)	度数	%
6(6個該当)	12	2.8	0(実施していない)	423	95.3
7(7個該当)	10	2.3	1(実施している)	21	4.7
8(8個該当)	3	0.7	合計	444	100.0
合計	435	100.0	不明(欠損値)	0	—
不明(欠損値)	9	—	問16「事業者参入のための取り組み」(n=438)		
問7「介護保険事業計画の進行状況」(n=418)			スコア(説明)	度数	%
スコア(説明)	度数	%	0(該当なし)	143	32.6
0(その他)	57	13.6	1(1個該当)	128	29.2
1(外部委員を含む委員会あり)	361	86.4	2(2個該当)	136	31.1
合計	418	100.0	3(3個該当)	26	5.9
不明(欠損値)	26	—	4(4個該当)	3	0.7
問11「認定審査委託の有無」(n=440)			5(5個該当)	0	0.0
スコア(説明)	度数	%	6(6個該当)	2	0.5
1(すべて委託)	63	14.3	合計	438	100.0
2(自治体職員と委託)	311	70.7	不明(欠損値)	6	—
3(すべて自治体職員)	66	15.0	問19「ケアプラン把握状況」(n=439)		
合計	440	100.0	スコア(説明)	度数	%
不明(欠損値)	4	—	1(把握していない)	277	63.1
問12「居宅介護支援事業者指定」(n=440)			2(一部把握している)	139	31.7
スコア(説明)	度数	%	3(すべて把握している)	23	5.2
0(その他)	363	82.5	合計	439	100.0
1(ケアプラン策定)	77	17.5	不明(欠損値)	5	—
合計	440	100.0			
不明(欠損値)	4	—			

表1-3-1 (つづき)

問21「ケアプラン実施対策」(n=415)			問25③「利用者アンケート」(n=437)		
スコア(説明)	度数	%	スコア(説明)	度数	%
6(6ポイント)	1	0.2	0(その他)	109	24.9
7(7ポイント)	4	1.0	1(実施済み)	328	75.1
8(8ポイント)	4	1.0	合計	437	100.0
9(9ポイント)	6	1.4	不明(欠損値)	7	—
10(10ポイント)	27	6.5	問25④スコア「評価システム」(n=435)		
11(11ポイント)	47	11.3	スコア(説明)	度数	%
12(12ポイント)	74	17.8	0(その他)	271	62.3
13(13ポイント)	67	16.1	1(検討中・実施)	164	37.7
14(14ポイント)	85	20.5	合計	435	100.0
15(15ポイント)	56	13.5	不明(欠損値)	9	—
16(16ポイント)	30	7.2	問28「苦情情報の活用」(n=415)		
17(17ポイント)	13	3.1	スコア(説明)	度数	%
18(18ポイント)	1	0.2	1(1ポイント)	12	2.9
合計	415	100.0	2(2ポイント)	12	2.9
不明(欠損値)	29	—	3(3ポイント)	26	6.3
問23「低所得者対策」(n=440)			4(4ポイント)	50	12.0
スコア(説明)	度数	%	5(5ポイント)	26	6.3
0(実施対策はない)	0	0.0	6(6ポイント)	39	9.4
1(1つ実施)	5	1.1	7(7ポイント)	84	20.2
2(2つ実施)	127	28.9	8(8ポイント)	42	10.1
3(3つ実施)	308	70.0	9(9ポイント)	82	19.8
合計	440	100.0	10(10ポイント)	22	5.3
不明(欠損値)	4	—	11(11ポイント)	7	1.7
問25①「介護サービスに関する情報提供」(n=434)			12(12ポイント)	13	0.3
スコア(説明)	度数	%	合計	415	100.0
0(実施なし)	1	0.2	不明(欠損値)	29	—
1(1つ実施)	225	51.8			
2(2つ実施)	140	32.3			
3(3つ実施)	55	12.7			
4(4つ実施)	12	2.8			
5(5つ実施)	1	0.2			
合計	434	100.0			
不明(欠損値)	10	—			

表1-3-2 介護サービス実施状況スコアの整理

ポイントが低位、あるいは0のものが高頻度の設問	ポイントが高位、あるいは1のものが高頻度の設問
<ul style="list-style-type: none"> ・問6スコア「計画策定の住民参加」(0-2ポイントで64.4%) ・問12スコア「居宅介護支援事業者指定」(0=[ケアプラン策定なし]で82.5%) ・問15スコア「特別給付実施状況」(0=[していない]で95.3%) ・問16スコア「事業者参入のための取り組み」(0-2ポイントで92.9%) ・問19スコア「ケアプラン把握状況」(1=[把握していない]で63.1%) ・問25①スコア「介護サービスに関する情報提供」(0-1ポイントで52.1%) ・問25④スコア「評価システム」(0=[ない]で62.3%) 	<ul style="list-style-type: none"> ・問7スコア「介護保険事業計画の進行管理」(1=[外部委員を含む委員会]ありで86.4%) ・問13スコア「連絡会がある」(1=[ある]で93.2%) ・問21スコア「ケアプラン対策実施」(11-14ポイントで54.4%) ・問23スコア「低所得者対策」(3=[3つ以上実施]で70.0%) ・問25③スコア「利用者アンケート」(1=[やった]で75.1%) ・問28スコア「苦情情報の活用」(7-9ポイントで50.1%)

注) 問11「認定調査委託の有無」はどちらともいえないので、表には入れていない。

かかわる取り組みの程度を意味すると考えられる。もっとも、介護保険法第2条第3項は「…適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮」しなければならないとしている。それにもかかわらず、こうした取り組みを積極的に行っている自治体がむしろ少数派であるという点は、実態が法の意図を反映していないことを示している。

第3は、「居宅介護支援事業者指定」、「特別給付実施状況」である。これは、サービスの向上に対する自治体の直接的関与の程度を意味すると考えられる。自治体自らが居宅介護支援事業者の指定を受けケアプランを策定している自治体は少数派であり、この点に関しては民間委託が進んでいることを示している。また、市町村特別給付を実施していない自治体が多数派であり、法で認められた給付の独自性を追求しようという自治体は少ない。

第4は、「ケアプラン把握状況」である。これは自治体がサービスの内容や供給量に直接的に関与する際、その原資となる利用者情報の把握の程度を示すものと考えられるが、この取り組みを行っている自治体は少数派である。

また、ポイントが高位、あるいは1のものが高頻度の設問については、以下のように整理することができる。

第1は、「ケアプラン対策実施」、「苦情情報の活用」、「低所得者対策」である。介護支援事業者に対するケアプラン改善指導や苦情処理、あるいは低所得者に対する利用者負担減免措置等、サービスレベルの全体的な底上げやサービスの質、量の平準化、適正化に関わる取り組みを行っている自治体は、比較的多数派である。

第2は、「介護保険事業計画の進行管理」、「連絡会がある」、「苦情情報の活用」である。介護保険事業計画の進行管理に関して、何らかのかたちで外部委員を進行管理のための委員会に加えている自治体や、連絡会をもっている自治体は、圧倒的な多数派である。また、苦情情報を何らかの方法で公開、

活用し介護保険のサービスレベルの向上や円滑な運用に生かそう、という自治体も多い。

さらに、スコアの傾向が高いとも低いともいえない設問として、問11「認定調査委託の有無」がある。認定調査を自治体職員が実施している理由として（付問：複数回答）、「自治体に関わることで公平をはかる」が全体の63.6%となっており、次いで「認定調査は自治体の責任である」が50.0%となっている。福祉サービス給付の「入り口」において「公平性」と「公共性」が担保されるべきか否か、という議論は政治的な含意がある議論であり、本稿ではこれを論じることはできない。しかし、そうした視点からの分析はいずれ必要であろうと考えられる。

総じていえば、住民参加のような政策過程に関わる施策や利用者の利便性のための施策、サービス事業者の多様化に関する施策よりは、サービス内容と供給量の適正化に関する施策や介護保険事業運営の公開性と円滑性の確保に関する施策を重視してきた自治体が多い。サービス提供主体の多様化やサービス内容、サービス供給量の急激な変化、サービス供給行政の急速な改革を避け、まず在来の介護サービス供給体制とサービス内容・供給量を前提として、住民と専門家の監視を受けながら介護保険を軟着陸させ、在来サービス供給体制の維持を図ろうとする姿勢をうかがうことができる。

2) 介護サービス実施状況スコア間の相関係数の整理

表1-3-3 介護サービス実施状況スコア間の相関係数（絶対値が0.3以上あったもの）

問7のスコア「介護保険事業計画の進行管理」 —問28のスコア「苦情情報の活用」	0.336
問19のスコア「ケアプラン把握状況」 —問21スコア「ケアプラン対策実施」	0.365
問21スコア「ケアプラン対策実施」 —問25④のスコア「評価システム」	0.366

注) $p < .01$ 。

表1-3-3は、表1-3-1で示した設問のスコア間における相関係数のうち、有意なものをあげている。問7のスコア「介護保険事業計画の進行管理」と問28のスコア「苦情情報の活用」のあいだ、問19のスコア「ケアプラン把握状況」と問21スコア「ケアプラン対策実施」のあいだ、問21スコア「ケアプラン対策実施」と問25④のスコア「評価システム」との間で、弱い正の相関が確認された。

住民や専門家の声を制度の円滑な導入と進捗管理に利用すること（顧客志向とマネジメント志向）、ケアプランを把握しケアプラン実施対策を実施すること（サービス水準の適正化・平準化）、ケアプランへの介入によるサービス水準の適正化・平準化の達成がサービス事業者評価の基準であること（行政評価の基準）が、これらの数値からうかがわれる。

3) 介護サービス実施状況から見た自治体類型

ここでは、スコア化された各設問をもとに、介護保険実施体制を類型化する。

分析方法は主成分分析で、第1主成分から第6主成分までを抽出した後、バリマックス回転を行い

負荷量を得た。分析結果は表1-3-4と表1-3-5に示したとおりである。

第1主成分は、問19「ケアプラン把握状況」と問21「ケアプラン対策実施」の負荷量がおおきい。また、問6「計画策定の住民参加」や問25④「評価システム」も負荷量が比較的に大きい。これらのことから、第1主成分は情報や政策過程の公開性、サービス評価といった広い意味での自治体改革を担保としつつ、サービス内容やサービス供給量の「適正化」あるいは「平準化」を通じた介護保険の「適正」な運営への取り組みの程度を示す成分であると解釈することができる。

表1-3-4 固有値と寄与率

主成分	固有値	分散の比率 (%)	累積寄与率 (%)
第1主成分	2.406	17.186	17.186
第2主成分	1.380	9.856	27.043
第3主成分	1.168	8.344	35.386
第4主成分	1.130	8.071	43.457
第5主成分	1.106	7.902	51.359
第6主成分	1.039	7.419	58.778

表1-3-5 因子負荷量 (主成分法、バリマックス回転後)

	第1主成分	第2主成分	第3主成分	第4主成分	第5主成分	第6主成分
問6「計画策定の住民参加」	<u>0.492</u>	0.285	0.065	0.133	0.084	-0.075
問7「介護保険事業計画の進行管理」	-0.027	<u>0.724</u>	-0.034	0.078	0.171	0.135
問11「認定調査委託の有無」	0.128	0.080	0.210	0.010	<u>0.810</u>	-0.026
問12「居宅介護支援事業者指定」	0.098	0.023	<u>0.791</u>	-0.166	0.215	0.076
問13「連絡会がある」	0.115	<u>0.548</u>	0.113	-0.341	-0.292	-0.111
問15「特別給付実施状況」	-0.031	-0.091	0.282	0.018	-0.226	<u>0.717</u>
問16「事業者参入のための取り組み」	0.220	0.250	<u>0.478</u>	0.205	<u>-0.443</u>	0.015
問19「ケアプラン把握状況」	<u>0.783</u>	-0.151	-0.057	-0.081	0.107	-0.020
問21「ケアプラン対策実施」	<u>0.756</u>	0.093	0.153	0.148	-0.078	0.083
問23「低所得者対策」	0.354	0.232	-0.389	-0.356	-0.127	0.294
問25①「介護サービスに関する情報提供」	0.045	0.152	-0.090	<u>0.706</u>	-0.008	-0.006
問25③「利用者アンケート」	0.050	0.213	-0.185	0.084	0.202	<u>0.675</u>
問25④「評価システム」	<u>0.410</u>	0.073	0.068	<u>0.532</u>	-0.083	0.211
問28「苦情情報の活用」	0.088	<u>0.719</u>	0.030	0.247	-0.045	0.054

注) 囲みは正符号で比較的大きい数値を、下線は負符号で比較的大きい数値を示す。

第2主成分は、問7「介護保険事業計画の進行管理」、問28「苦情情報の活用」、問13「連絡会がある」の負荷量がおおきい。問7は介護保険事業の進行管理に関する委員会に外部委員を受け入れているかどうかの変数であり、問28は苦情情報の公開や活用に関する変数である。また、問13は介護保険事業者の連絡会の有無を示す変数である。これらのことから、第2主成分は介護保険事業運営の公開性の確保の程度を示す成分であると解釈することができる。

第3主成分は、問12「居宅介護支援事業者指定」がもっとも負荷量が大きく、次いで問16「事業者参入のための取り組み」がおおきい。これは、自治体も含めた事業者の多様性の確保の程度を示す成

分であると解釈することができる。

第4主成分は、問25①「介護保険サービスに関する情報提供」と問25④「評価システムの負荷量がおおきい。これは、サービス内容と事業者にかかわる全般的な情報の公開性の確保の程度を示す成分であると解釈することができる。

第5主成分は、問11「認定調査委託の有無」の負荷量が正の方向におおきく、また問16「事業者参入のための取り組み」が負の方向に比較のおおきい。問11は自治体職員による要介護度の認定調査を行っている自治体のスコアが大きく、一方、問16は民間事業者の参入のための取り組みを行っている自治体のスコアが大きい。こうしたことから、第5主成分は、サービス提供の公平性と介護サービス市場の形成に関する自治体の認識の程度を弁別する成分であると解釈することができる。

第6主成分は、問15「特別給付実施状況」と問25③「利用者アンケート」の負荷量がおおきい。これは、各自治体において介護サービスの独自空間を確保するための取り組みの程度を示す成分であると解釈することができる。

(3) 社会経済的背景の分析

1) 社会経済的要因と各主成分得点との相関

前節では6つの主成分を解釈した。ここで、第1主成分得点を「サービスの適正化スコア」、第2主成分得点を「介護保険事業運営の公開性スコア」、第3主成分得点を「事業者多様性の確保スコア」、第4主成分得点を「サービス・事業者情報の公開性スコア」、第5主成分得点を「公平性確保—市場形成スコア」、第6主成分得点を「独自サービス空間スコア」とする。そして、それぞれのスコア軸の標準化された主成分得点と社会経済的指標とのあいだの相関係数を表1-3-6で示した。なお、社会経済的指標として、人口総数(国勢調査、1995年)、高齢者単身世帯率(1995年)、65歳以上人口数(1995年)、人口集中地区人口数(1995年)、第1次産業就業者割合(1995年)、財政力指数(1997年)、病院一般病床数(1997年)、老人保健施設入所定員数(1997年)、特別養護老人ホーム定員数(1997年)、100人あたりショートステイ年間利用人数(1997年)、100人あたりホームヘルパー年間利用回数(1997年)、100人あたりデイサービス年間利用日数(1997年)、1人あたり課税対象所得(100万円、1996年)を使用した。

「サービスの適正化スコア」では、統計的に有意な相関がある指標は見られなかった。これは、ケアプランの内容に自治体が積極的に介入してサービス内容や供給量を調節することは介護保険の「適正」な運営に欠かせない手段であるということ、および政策過程への住民参加やサービスの評価など広い意味での自治体改革に注意が払われていること、さらに、そうした施策は社会経済的背景とは関係のない一般的な介護保険政策上の課題であるということを示している。

「介護保険事業運営の公開性スコア」では、1人あたり課税対象所得と財政力指標に有意な正の相関が見られた。これは、住民の所得水準が高く財政力に比較的余裕がある自治体ほど、アカウントビリティに敏感な取り組みを見せるということを示している。

「事業者多様性の確保スコア」では、1人あたり課税対象所得に有意な正の相関を、また老人保健施設入所定員数と100人あたりデイサービス年間利用日数に有意な負の相関が見られた。これは、住民の

所得水準が高く、一方、施設サービス基盤の整備や利用も進んでいない自治体では、自治体と民間事業者による介護サービス市場の形成に比較的熱心であるということを示している。

「サービス・事業者情報の公開性スコア」では、人口総数、65歳以上人口、人口集中地区人口、財政力指数、病院一般病床数、老人保健施設入所定員数、特別養護老人ホーム定員数、1人あたり課税対象所得で有意な正の相関が見られた。また、第1次産業就業者割合で有意な負の相関が見られた。このことは、住民の所得水準が高く財政力にも余裕があり、人口が多く都市化が進み高齢化も進みつつあり保健福祉基盤も比較的整備された大都市部では、介護保険に関する各種情報やサービス事業者の評価情報など、利用者にとって有益であると思われる情報提供体制の整備に取り組んでいるということを示している。

「公平性確保—市場形成スコア」では、人口総数、65歳以上人口、病院一般病床数、特別養護老人ホーム定員数に有意な負の相関があった。このことは、人口規模と高齢化の程度が比較的小さく、保健福祉基盤の整備が進んでいない自治体では福祉サービス供給の公平性の確保に重点が置かれ、そうではない自治体では民間事業者の参入を積極的に支援し介護サービス市場の形成に重点が置かれるということを示している。

表1-3-6 各主成分スコアにおける主成分得点と社会経済指標との相関係数

	サービスの適正化スコア	介護保険事業運営の公開性スコア	事業者多様性の確保スコア	サービス・事業者情報の公開性スコア	公平性確保—市場形成スコア	独自サービス空間スコア
人口総数(人)	0.047	0.081	-0.023	0.198**	-0.134*	0.069
高齢者単身世帯(%)	-0.006	-0.094	-0.066	-0.089	-0.087	-0.070
65歳以上人口(人)	0.052	0.068	-0.024	0.206**	-0.148**	0.068
人口集中地区人口(人)	0.041	0.083	-0.013	0.189**	-0.130	0.054
第1次産業就業者割合(%)	-0.013	-0.082	-0.056	-0.164**	0.093	-0.119*
財政力指数	0.021	0.139*	0.060	0.200**	-0.037	0.138*
病院一般病床数(床)	0.083	0.064	-0.085	0.172**	-0.130*	0.039
老人保健施設入所定員数(人)	0.046	-0.014	-0.135*	0.133*	-0.079	0.053
特別養護老人ホーム定員数(人)	0.016	0.073	-0.082	0.191**	-0.146**	0.051
100人あたりショートステイ年間利用人数(人)	0.037	0.087	-0.053	-0.096	-0.026	0.002
100人あたりヘルパー年間利用回数(回)	0.047	-0.067	-0.017	0.004	-0.087	0.017
100人あたりデイサービス年間利用日数(日)	0.026	-0.068	-0.167**	0.013	0.029	0.021
1人あたり課税対象所得(100万円)	-0.025	0.154**	0.153**	0.250**	-0.022	0.112*

注1) 人口総数(人)、高齢者単身世帯(%), 65歳以上人口(人)、人口集中地区人口(人)、第1次産業就業者割合(%)は1995年の数値、財政力指数、病院一般病床数(床)、老人保健施設入所定員数(人)、特別養護老人ホーム定員数、100人あたりショートステイ年間利用人数(人)、100人あたりヘルパー年間利用回数(回)、100人あたりデイサービス年間利用日数は1997年の数値、1人あたり課税対象所得(100万円)は1999年の数値である。

注2) *は $p < .05$ 、**は $p < .01$ 。

「独自サービス空間スコア」では、財政力指数と1人あたり課税対象所得に有意な正の相関が見られ、第1次産業就業者割合に有意な負の相関が見られた。このことは、住民の所得水準が比較的高く財政的に余裕がある非農村部の自治体では、アンケートを実施して住民のニーズを把握したり、あるいは

そうした調査によるデータを踏まえて市町村特別給付を実施するなど、自治体独自のサービス提供に取り組んでいるということを示している。

2) 人口（4段階）と主成分得点の一元配置分散分析

ここでは、人口規模が自治体の介護保険実施状況のパターンに対して説明力を持つかどうかについて、検証する。

まず、ルビーン統計量による等分散性の検定を行った（表1-3-7）。その結果、 $p < .05$ で「介護保険事業運営の公開性スコア」、「サービス・事業者情報の公開性スコア」、「公平性確保—市場形成スコア」、「独自サービス空間スコア」に等分散性が成立していることを検証した。

表1-3-7 人口（4段階）による各主成分スコアの一元配置分散分析（等分散性の検定と平均値の差の検定）

主成分スコア	等分散性の検定 (Levene統計量)	分散分析 (F値)
「サービスの適正化スコア」	2.848*	0.631
「介護保険事業運営の公開性スコア」	0.327	1.604
「事業者多様性の確保スコア」	3.763*	0.786
「サービス・事業者情報の公開性スコア」	1.034	13.645**
「公平性確保—市場形成スコア」	0.289	1.694
「独自サービス空間スコア」	2.212	3.264*

注) *は $p < .05$ 、**は $p < .01$ 。

つぎに、各グループ間の平均値の検定をF値で行った（表1-3-7）。その結果、「サービス・事業者情報の公開性スコア」と「独自サービス空間スコア」に、人口階級間で主成分得点の平均値に有意な差があることがわかった。そこで、年齢階級間で主成分得点の平均値に有意な差がある、「サービス・事業者情報の公開性スコア」と「独自サービス空間スコア」の主成分得点平均値を検討した（表1-3-8）。

その結果、第1に「サービス・事業者情報の公開性スコア」では、人口規模がおおきくなるに従って主成分得点の平均値もまたおおきくなっていくことがわかった。前節の主成分得点と社会経済的指標との相関分析では、大都市部では介護保険に関する各種情報やサービス事業者の評価情報など、利用者にとって有益であると思われる情報提供体制の整備に取り組んでいることを発見した。人口規模に応じてそうした取り組みに濃淡があり、特に人口が30万人以上の大規模な自治体では熱心に取り組むが、10万人未満の小規模の自治体では取り組みが見られないということが、分散分析から確認することができた。

第2に、「独自サービス空間スコア」でも、人口が30万人以上の大規模な自治体の平均値が最も高いことがわかった。前節の分析では、住民の所得水準が比較的高く財政的に余裕がある非農村部の自治体で独自のサービス提供に取り組む傾向を発見した。そうした取り組みには人口規模に応じた濃淡があり、特に大規模人口を抱える自治体が熱心なのに対して、30万人未満の中規模以下の自治体では取り組みが見られないということが、分散分析から明らかになった。

表1-3-8 人口（4段階）による各主成分スコアの一元配置分散分析（主成分スコア平均値）

人口階級	度数	サービス・事業者情報の公開性スコア	「独自サービス空間スコア」
5万人未満	88	-0.4040299	-0.2161726
5万以上10万人未満	100	-0.1146018	-0.0195125
10万人以上30万人未満	96	0.2096420	0.0286588
30万人以上	50	0.5827453	0.3296544
合計	334	0.0067308	-0.0052108

（４）まとめ

自治体の介護保険実施体制の類型化の分析から、以下の発見を得ることができた。

①サービスの適正化に対する取り組み

多くの自治体は、介護保険の導入に際してケアプランへの指導・介入を通じてサービス内容や供給量におおきな変動が生じることを極力避けるような施策を講じている。そうした施策は、第1に自治体の介護保険事業計画における供給見込み量と実態との間の乖離を極小化するための、介護保険行政上の理由によるものと理解することができる。第2に、制度の導入により従来の措置制度におけるサービスと比較してその内容や供給量に急激な変動が生じると、利用者側にも自己負担などをめぐり混乱が生じかねない。そのような混乱は不公平感や制度不信を引き起こす可能性があり、新制度の導入による行政批判の発生を回避しようという政治的意図が存在するものと理解することができる。

サービスの適正化に対する取り組みが人口や高齢化、都市化、財政力、保健福祉基盤状況などの社会経済的要因にかかわりなく一般的におこなわれている背景には、その政策意図に行政的、政治的要因が存在する可能性がある。

②広い意味での自治体改革との連動

「（１）課題と方法」で述べたように、近年、住民参加や情報公開、監査の重視といった地方分権化や行政経営的発想、また行政評価の手法など、広い意味での自治体改革の流れが徐々に自治体に浸透しつつある。この分析では介護保険事業計画への住民参加や施設・事業者のサービスに対する評価システムの導入に、比較のおおきなウエイトを見ることができた。その背景は社会経済的背景にかかわりがなく、その政策意図はさきにふれた自治体改革の実現という行政的、政治的要因が存在するものと考えられる。

興味深いのは、「サービスの適正化」という制度的な慣性の維持と、「自治体改革」という制度的な変動の促進という、一見すると相反するような政策潮流が共存していることである。ここに、介護保険の導入に対する自治体の政策の基本的な位置が存在するものと考えられる。

③介護保険事業運営の公開性

本章における分析では、財政力に比較的余裕があり住民の所得水準が高い自治体では、介護保険事

業計画の進行管理に外部委員を招致したり苦情情報を公開するといった、運営上の公開性を確保する施策に取り組む傾向があることを発見した。そうした自治体では、住民、つまり納税者への配慮が働きやすいものと見ることができる。

④事業者の多様性の確保

住民の所得水準は高いが高齢者福祉サービスの基盤整備が比較的進んでいない自治体では、自治体みずからが居宅介護支援事業の指定を受けてケアプランを作成しつつも、民間事業者を含めたサービス事業者の多様化に取り組む傾向があることを発見した。これは、一方で市場形成をうながしつつも、自治体がケアプランの作成に関与することによって市場を制御する施策として理解することができる。

⑤サービスや事業者に関する情報の公開性

高齢化が進み財政力に余裕があり、住民の所得水準も高く施設基盤もよく整備された大都市では、サービス内容やサービス事業者およびその評価に関する情報提供に積極的に取り組んでいることが発見された。市場が機能するためには情報提供が不可欠であるが、そうした施策が大都市に偏っていることは、介護サービス市場の形成を大前提とした介護保険の導入が、少なくともその初期段階において地域的に一様ではないことを示している。

⑥独自サービス空間の確保

介護保険法第62条は条例制定により自治体ごとに特別給付を行うことができる旨を規定しているが、そうした施策に取り組んでいる自治体は少数派で、しかも財政力に余裕がある大都市に限られていることが発見された。

⑦公平性の確保—市場形成の促進

人口が小規模で高齢化の進行が比較的緩やかな自治体では要介護認定調査を自治体職員が行う傾向があり、そうでない自治体では民間事業者の新規参入に積極的であるということが発見された。自治体職員による要介護認定調査は介護サービス給付を受ける際のいわば「入り口」における公平性の確保として理解することができ、一方、民間事業者の参入支援は市場形成を通じた利用者の選択の幅を拡大するものとしてとらえることができる。いずれにせよ、「市場」に対する自治体の認識が政策に反映していると考えられる。

平岡公一は、介護保険における介護サービス市場は通常の「市場」ではなく、費用の大半が公費によってまかなわれる「疑似市場」的性格が強いものとしている。そして、「疑似市場」において市場メカニズムを有効にするためには、「市場構造」、「情報」、「取引費用と不確実性」、「動機づけ」、「クリーム・スキミング」の問題をクリアする必要があるとしている。そのうえで、介護サービス市場をめぐる議論は市場の「成果」を強調する意見と「弊害」を強調する意見があるが、もともと「疑似市場」であるために市場化の程度を過大評価すべきではない、と指摘している^(註4)。

「疑似市場」であれ「市場」であれ、介護サービス市場の形成に対する施策が自治体によって差異があることは確かであり、しかも、この差異は人口規模や高齢化の程度によって影響されているらしいということも確かである。ここで問うべきは、介護保険の導入にともなう介護サービスの市場化が一部の自治体で住民の間に「不要」な社会不安を引き起こしているのではないか、という点である。それゆえ、行政側が介護保険の導入に対する住民の不安感を軽減させ、新制度の受容をうながすために「公平性」の確保を担保としているとすれば、介護保険法が想定している「多様な事業者からの供給」という供給構造の改革に制動をかけることにつながりかねない。

なぜ自治体によって施策に違いがあるのか、人口規模と高齢化の程度はどのようなメカニズムでそれに影響しているのかという疑問については、この研究からは明らかにすることができない。おそらく、情報や運営の公開性など、住民に対する啓蒙や住民と行政との議論、対話の程度など、政策過程や政治過程に関わる要素が存在すると考えられるが、その研究は別の機会に譲りたい。

以上、この研究から得られた発見にささやかながら考察を加えた。自治体の介護保険実施体制には人口規模、高齢化、都市化、財政力、保健福祉サービス基盤整備状況といった社会経済的要因が影響していることがわかった。また、介護保険の円滑な導入や定着のためのアンカーやスタビライザーとして、行政的要因や政治的要因が存在するという示唆を与えることができた。特に後者については、別の視点からなる新たな研究を期待したい。

【参考文献】

- 上山信一（1999）『「行政経営」の時代——評価から実践へ』NTT出版
- 鎮目真人（2001）「公的年金支出の決定要因——制度論的アプローチによる計量分析」『季刊社会保障研究』vol.37、No.1、国立社会保障・人口問題研究所
- 高寄昇三（1999）『自治体の行政評価システム』学陽書房
- 中野いく子（2000）「社会福祉と公私関係」『福祉政策の理論と実際』東信堂
- 並河信乃ほか（2002）『検証 行政改革——行革の過去・現在・未来』イマジン出版
- 平岡公一（2000）「社会サービスの多元化と市場化」『福祉国家への視座——揺らぎから再構築へ』ミネルヴァ書房
- 平岡公一（2002）「介護サービス市場の状況」『介護サービス供給システムの再編成の成果に関する評価研究（厚生科学研究費補助金政策科学研究事業 平成13年度総括・分担研究報告書）』

【注】

- （注1）介護保険の導入に伴う問題については、（中野 2000：81-2）を参照
- （注2）地方分権、行政経営、行政評価に関しては多くの概説書、導入書、建白書があるが、さしあたり（並河ほか 2002）、（高寄 1999）、（上山 1999）を参照
- （注3）社会保障制度の持続や変化に関する制度論の適用については（鎮目 2001：85-7）を参照
- （注4）疑似市場の性格については（平岡 2000：44-7）、介護保険の市場に関する議論については（平岡 2002：80-1）を参照

第2部 自治体事例調査の分析