

表2-5-4 平成12年度と平成13年度の計画達成率

	2000年度計画達成率	2001年度計画達成率
居宅サービス		
訪問介護	70%	83%
訪問入浴	80%	89%
訪問看護	123%	135%
通所介護	88%	98%
通所リハビリ	226%	431%
短期入所生活介護	92%	126%
短期入所療養介護	42%	20%
施設サービス		
介護老人福祉施設	102%	105%
介護老人保健施設	99%	85%
介護療養型医療施設	35%	38%

出所) G区提供資料

(4) 居宅サービスの状況

1) 利用者数と利用率

表2-5-5により、居宅サービスの利用者数の変化を要介護度別に見ると、平成12年7月から平成14年8月までの間にすべての要支援・要介護度で利用者数が伸びている。その中でも要介護1と要介護2の増加率が最も高く、それぞれ1.7倍に増加した。サービス利用者に占める重度者(要介護4、5)の割合は、平成12年7月、平成13年7月、平成14年8月の時点で、それぞれ19.8%、21.8%、19.3%であり、20%前後で推移している。また、表2-5-6によって、平成13年7月と平成14年8月の時点での居宅サービスの利用率を見ると、いずれの時点でも要介護1が最も高く、要介護2と要支援が次に続く。平成13年7月からの1年間に増加傾向を示しているのは、要介護2～4である。他方、要支援では利用率が低下している。

表2-5-5 居宅サービス利用者数(太枠内の単位:人)

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
平成12年7月(A)	420	719	434	279	242	216	2,310
平成13年7月(B)	382	939	541	373	314	309	2,858
平成14年8月(C)	452	1,219	735	449	352	329	3,536
C/A	1.1	1.7	1.7	1.6	1.5	1.5	1.5
C/B	1.2	1.3	1.4	1.2	1.1	1.1	1.2

出所) G区提供資料

表2-5-6 居宅サービスの利用率（太枠内の単位：％）

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
平成13年7月(A)	60.2	65.8	56.9	51.1	40.5	40.2	54.1
平成14年8月(B)	56.4	65.7	63.9	53.6	42.9	39.9	56.2
B/A	0.9	1.0	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0

出所) G区提供資料。居宅サービスの利用率は、各要介護度の認定者(表2-5-1より)に占める居宅サービス利用者(表2-5-5より)の割合を示す。

2) 支給限度額に対する利用割合

支給限度額に対するサービス利用者1人あたりの平均利用額の割合を示す「利用割合」を要介護度別に示したものが表2-5-7であるが、この表から平成12年7月から平成14年8月までの2年2ヶ月間に、要支援、要介護1については利用割合が低下し、要介護2以上では利用割合が高くなっていることがわかる。また、特に、要介護3、要介護5の上昇率が高くなっている。

表2-5-7 居宅サービスの利用割合（太枠内の単位：％）

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
平成12年7月(A)	53	41	45	45	54	56	48
平成13年7月(B)	45	39	50	51	58	62	51
平成14年8月(C)	42	37	50	54	60	67	51
C/A	0.79	0.9	1.11	1.2	1.11	1.2	1.06
C/B	0.93	0.95	1	1.06	1.03	1.08	1

出所) G区提供資料

3) サービス利用の特徴

次に、平成14年度8月時点における訪問介護、訪問看護、通所介護、通所リハビリテーション（以下、通所リハ）の利用率（各要介護度の認定者に占めるサービス利用者の割合）から、G区における居宅サービス利用の特徴を探りたい。まず、表2-5-8とそれをグラフ化した図2-5-1で訪問介護と訪問看護の利用率を比較してみると、訪問介護は要介護1を頂点に要介護度が重くなるほど利用率が低くなっているが、訪問看護の利用率は、要介護度が重くなるに従って増加している。訪問介護と訪問看護が機能的に代替可能なものとして利用されていれば、同じ形のグラフが描かれるはずであるが、そうならないため、G区では、訪問介護と訪問看護は機能的に区別されて利用されているとみることができる。他方、表2-5-9とそれをグラフ化した図2-5-2を見ると、通所介護と通所リハの利用率のグラフは、要介護2と要介護3を山の頂点としてほぼ同じ形を描いており、機能的に代替可能なサービスとして利用されているとみることができる。

4) 居宅サービス事業者の参入状況

最後に、訪問介護と通所介護について、居宅サービス事業者の参入状況を表2-5-10で見ておきたい。介護保険実施以前、G区では、ホームヘルプサービスの約98%を民間事業者に委託し、通所介護につ

表2-5-8 訪問介護、訪問看護の利用者数と利用率（平成14年 8月）

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
要介護認定者数(A)	802	1,856	1,150	837	820	825	6,290
訪問介護利用者数(B)	403	973	486	286	243	246	2,637
訪問看護利用者数(C)	14	103	118	115	108	166	624
訪問介護利用率(B/A)(%)	50.2	52.4	42.3	34.2	29.6	29.8	41.9
訪問看護利用率(C/A)(%)	1.7	5.5	10.3	13.7	13.2	20.1	9.9

出所) G区提供資料

図2-5-1 訪問介護、訪問看護サービス利用率

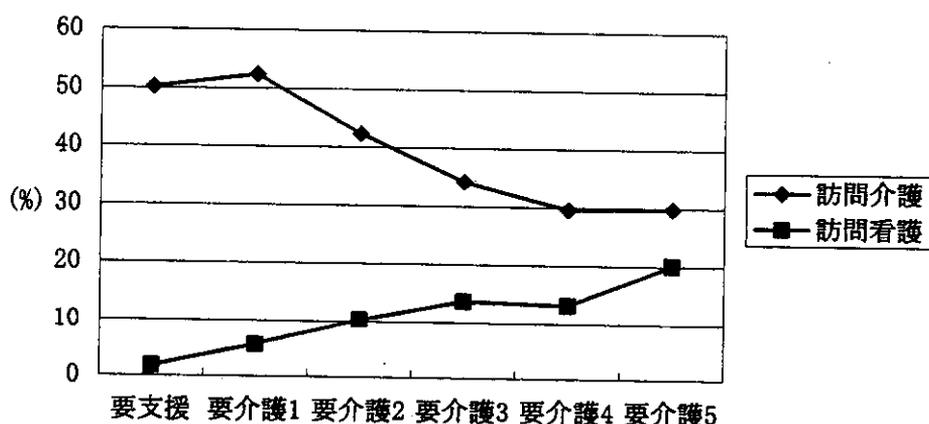


表2-5-9 通所介護、通所リハの利用者数と利用率（平成14年 8月）

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
要介護認定者数(A)	802	1,856	1,150	837	820	825	6,290
通所介護利用者数(B)	40	262	248	165	113	73	901
通所リハ利用者数(C)	6	50	58	41	26	11	192
通所介護利用率(B/A)(%)	5	14.1	21.6	19.7	13.8	8.8	14.3
通所リハ利用率(C/A)(%)	0.7	2.7	5	4.9	3.2	1.3	3.1

出所) G区提供資料

いては社会福祉法人（社会福祉事業団を含む）に委託していた。こうした介護保険実施前のサービス供給体制を反映し、介護保険実施後も訪問介護は営利法人を中心に、通所介護については社会福祉法人を中心にサービス提供が行われている。訪問介護は今年度に入り、新たに「営利法人」4法人が参入したが、「NPO法人・協同組合」1法人が撤退している。通所介護については、介護保険実施後、民間事業者が通所介護施設を開設する場合に補助金を出す（介護基盤整備補助制度）などの参入促進策が実施され、社会福祉法人以外の事業者が次第に増えている。平成14年度に入り「営利法人」1法人と「NPO法人・協同組合」1法人が新たに事業所を開設したが、逆に「社会福祉法人」1法人が、撤退している。

図2-5-2 通所介護、通所リハの利用率

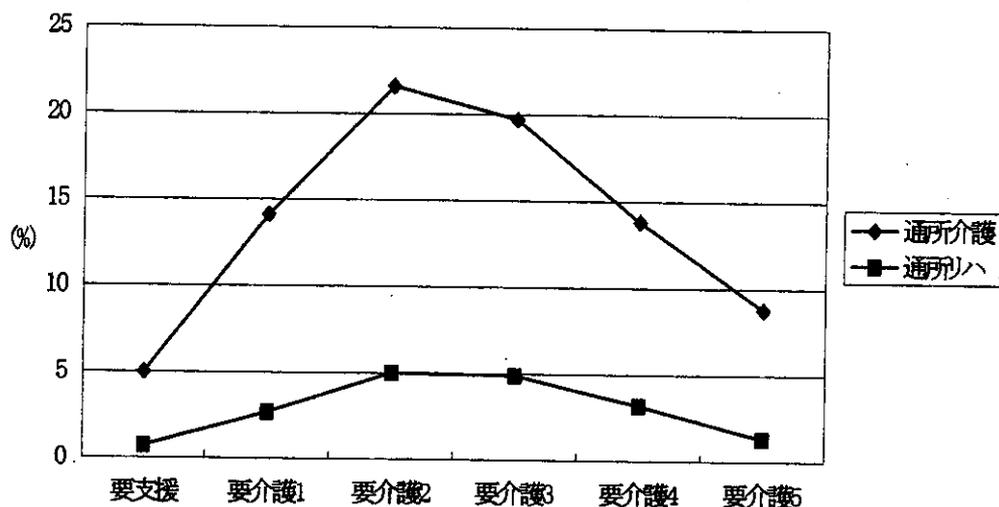


表2-5-10 法人別事業所数 (訪問介護、通所介護)

	訪問介護事業者		通所介護事業者	
	平成14年 3月	平成14年 8月	平成14年 3月	平成14年 8月
医療法人	1	1	0	0
社会福祉法人	1	1	10	9
営利法人	33	37	3	4
NPO法人・協同組合	2	1	0	1
民法法人	0	0	0	0
その他	0	0	0	0
合計	37	40	13	14

出所) G区提供資料

(5) 施設サービスの状況

G区の施設サービスは、介護老人福祉施設（6施設あり、そのうち3施設が、区が設置し社会福祉事業団が運営する公設民営施設）が中心であるため、表2-5-11にあるように、施設サービス利用者の7割以上が同施設の利用者である。平成13年7月時点に比べ平成14年8月時点では、施設サービス利用者が43人増加しているが、これは主に、平成14年度になって介護老人保健施設の増床があったためである。

次に、表2-5-12とそれをグラフ化した図2-5-3により、平成14年8月時点での要介護度別の利用者数と利用率（要介護認定者に占める施設サービス利用者の割合）を見てみると、すべての要介護度において介護老人福祉施設の利用者数が他の2施設よりも多いが、最も利用率の高い要介護度は、介護老人福祉施設では要介護4、介護老人保健施設では要介護3、介護療養型医療施設では要介護5となっており、利用者に占める重度者の比率は介護療養型医療施設が最も高い。

表2-5-11 施設サービス利用者数

	平成13年 7月		平成14年 8月	
	利用者数	構成比 (%)	利用者数	構成比 (%)
介護老人福祉施設	911	75	899	72
介護老人保健施設	160	13	207	17
介護療養型医療施設	139	11	147	12
合計	1,210	100	1,253	100

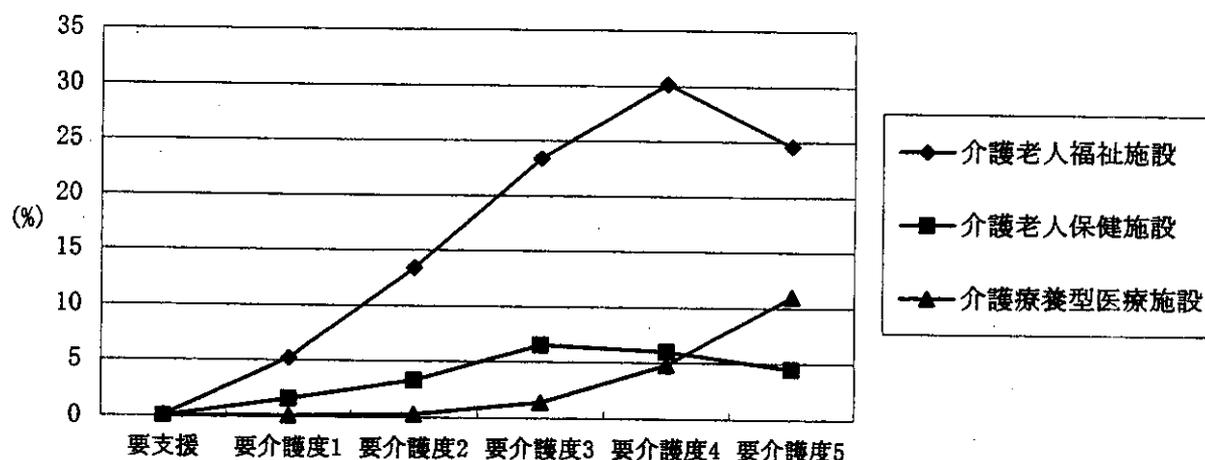
出所) G区提供資料

表2-5-12 施設サービス利用者数と利用率 (平成14年 8月)

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
要介護認定者数(A)	802	1,856	1,150	837	820	825	6,290
介護老人福祉施設利用者数(B)	1	97	154	196	248	203	899
介護老人保健施設利用者数(C)	0	29	38	54	49	37	207
介護療養型医療施設利用者数(D)	0	1	4	12	39	91	147
施設サービス利用者数合計(E)	1	127	196	262	336	331	1,253
介護老人福祉施設利用率(B/A) (%)	0.1	5.2	13.4	23.4	30.2	24.6	14.3
介護老人保健施設(C/A) (%)	0	1.6	3.3	6.5	6	4.5	3.3
介護療養型医療施設(D/A) (%)	0	0.1	0.3	1.4	4.8	11	2.3
施設サービスの利用率(E/A) (%)	0.1	6.8	17	31.3	41	40.1	19.9

出所) G区提供資料。ただし、施設サービス利用者は、この他に、介護老人福祉施設に「自立」が1名あり。

図2-5-3 施設サービスの利用率



(6) まとめ

以上、平成12年度以降のG区における介護保険実施状況の変化と、平成14年度の現状について見てきたが、最後にまとめとして、これらのデータからわかることを整理しておこう。

まず、要介護認定者数は、平成12年4月から平成14年8月までの2年5ヶ月の間に2,166人増加し、1.5倍になっている。特に、要介護1 (1.7倍)、要介護2 (1.7倍)、要介護5 (1.6倍) の増加率が高

い。サービス利用者数も居宅、施設を問わず増加傾向にあるが、要介護認定者数に対するサービス利用者の割合を示す「利用率」は各年度76～77%で大きな変化はない。要介護度別では、要介護2以上が利用率80%を超え、中でも要介護3、4の利用率が高い。

居宅サービスについては、要介護1、2の利用者数の増加率が最も高く、「利用率」も要介護1を中心に要介護度が軽い方が高い。他方、支給限度額に対するサービス利用者1人あたりの平均利用額の割合を示す「利用割合」は要介護度が重い方が高く、要介護2以上、特に、要介護3、5の上昇傾向が顕著である。つまり、全体としてみると、要介護1、2の利用者数の増加が目立つが、1人当たりのサービス利用量については、要介護度が重い方が伸びている。

施設サービスの利用者は、平成14年8月時点で全サービス利用者の26%（残り74%が居宅サービスの利用者）を占めている。要介護度別に見ると、要介護度が高くなるほど利用者の割合が増え、要介護4、5では、施設サービスと居宅サービスの利用者がほぼ半々となっている。施設の種別別にみると、施設サービス利用者の72%が介護老人福祉施設の利用者である点と、介護療養型医療施設では、利用者に占める重度者の割合が他の施設より高くなっている点に特徴がある。G区では、訪問看護、介護療養型医療施設などの医療系サービスの提供量が少ないものの、それらの医療系サービスでは重度者の利用が多く、サービスの特性が活かされていると考えられる。

福祉ミックスの変化については、介護保険実施前のサービス供給体制（ホームヘルプサービスの98%を民間事業者へ委託）を反映して、訪問介護では営利法人を中心にサービス提供が行われ、新規参入も引き続き見られる。また、これまで社会福祉法人によって提供されてきた通所介護でも、区の参入支援策により、次第に営利法人やNPO法人等が参入するようになっている。不足がちな施設サービスの供給については、公設民営（区が設置し社会福祉事業団が運営）の介護老人福祉施設の比重が依然として大きい。居宅サービスの供給については、着実に多元化が進んでいると言える。

6. 事例調査結果の比較分析

平岡 公一・武川 正吾

【要約】

本章では、1～5章の分析結果をもとに、インテンシブな事例調査の対象とした自治体におけるサービス供給体制の特徴を整理するとともに、各自治体における介護サービスの供給・利用の状況と福祉ミックスの状況について分析することを目的としている。サービス供給・利用の状況に関する指標としては、計画目標の達成率、施設サービス受給者比率、在宅サービス受給者比率、在宅サービス重度者比率、支給限度額に対する利用割合などの指標が用いられ、福祉ミックスの状況については、法人種類別の事業所数のデータが用いられた。3年間にわたる事例調査の結果から、自治体の固有の条件に着目し、多様な質的データを活用する事例調査法が有効であることが明らかになり、また、社会的・経済的・政治的要因、財政的要因とともに、多様な制度的・政策的要因を組み込んだ分析枠組みの必要性が明らかになった。

(1) はじめに

本章では、インテンシブな事例調査の対象とした5つの自治体におけるサービス供給体制の特徴を整理するとともに、各自治体における介護サービスの供給・利用の状況と福祉ミックスの状況について、統計データを用いて分析することとしたい。

(2) 各自治体の介護保険実施体制とサービス供給体制の特徴

各自治体の介護保険実施体制とサービス供給体制については、昨年度・今年度の報告書でそれぞれの自治体ごとに詳細にわたる分析を行っているが、表2-6-1にそれぞれの特徴をまとめた。

介護保険実施体制とサービス供給体制については、どの自治体でも、ここ1年間で特に大きな変化が生じたということはない。そのため、昨年度の報告書の記述と一部、重複するが、ここ1年間の変化にもふれながら、それぞれの自治体の特徴を簡単に整理しておきたい。

A市は、在宅サービスの整備に早くから力を入れ、福祉公社などの先駆的な取り組みでよく知られた自治体であり、財政力の豊かさもあいまって、介護保険実施前の時点ですでに在宅サービスの整備については、相当に高い水準に達していた。

介護保険の実施にあたっては、訪問介護、通所介護、通所リハビリテーションの3サービスについて、利用者負担を3%に軽減する独自の施策を実施するとともに、高齢者福祉条例を制定し、生活支援事業を初め、保険外のサービスの提供に力を入れている。

全般的に見て、相当額の公費が投入され、介護保険実施後も高水準のサービス利用実績が維持されているのがA市の特徴といえる。平成14年度においては、ケアマネジャー研修センターを開設し、ケアマネジメントの質の向上を目指す施策を展開している。

D市は、介護保険実施前のサービス水準がほぼ平均的といえる自治体であり、介護保険実施後しばらくの間は、介護保険前のサービス供給体制を引き継ぐ形で、福祉公社と、実績をもつ社会福祉法人を中心とするサービス供給体制が維持されてきていたという特徴をもつ。しかし、多様な事業者のサー

表2-6-1 各自治体の背景要因、介護保険実施前のサービス供給体制、介護保険の実施体制、サービス供給の状況の特徴の比較

	A 市	D 市	E 市	F 市	G 区
A. 背景要因					
①地理的条件	東京都多摩地区	京都府	兵庫県	中国地方の地方都市	東京都特別区
②人口規模	約13万人	約19万人	約22万人	約14万人	約24万人
③社会経済的条件	住民の所得水準が高い	京阪神のベッドタウン	京阪神のベッドタウン	県庁所在地	都心部に隣接し住宅地が広がる地域
④福祉行政の展開の特質	福祉公社による先駆的な有償サービスの実施。高水準の在宅福祉サービスで知られる	1997年に福祉公社設立によるサービス供給体制の再編	主要三団体(社協・S福祉事業団・保健福祉サービス公社)を中心とするサービス供給体制	医療中心のサービス供給体制、「保健・医療・福祉複合体」の発展	区設・事業団運営による施設整備と保健福祉サービス事務所の整備による自治体主導のサービス供給体制。営利事業者の活用。
B. 介護保険実施前のサービス供給体制					
B-1. 介護保険実施前の在宅サービス供給体制の特徴					
①ホームヘルプの供給主体(委託先)	福祉公社、家政婦紹介所7、シルバークルセンター、ホームヘルプセンター	市(嘱託)→身体介護)、社協(登録ヘルパー→家事)、福祉公社(嘱託+登録ヘルパー)	社協、公社、S福祉事業団、福祉法人1、企業1、個人1(介護福祉士)。供給量は社協・公社・S事業団以外はわずか。	市社協、社会福祉法人6、医療法人1、企業1	区、家政婦紹介所、企業* 介護券方式はH10年度まで。 * 区直営の提供時間は2%程度
②ホームヘルプにおける対象の広がりやサービスの集中度	ホームヘルプ週40時間無料で無料				
③在宅介護支援センターの整備状況やその機能・役割	市関連法人の3センター(基幹型1)に市職員が派遣され、実質的決定権をもつ。市域を3分割して担当。他に2センター。	9センター(基幹型なし)	6センター(基幹型1、単独型1)。実質的決定権をもつ。	7センター	11センター(株式会社6)
④その他、特色ある施策	ホームヘルパーセンターの設置(2級ヘルパー養成)地域のミニデイサービスの整備(全町への整備計画)				総合的相談窓口としての保健福祉サービス事務所の設置(5地区)

		A 市		D 市		E 市		F 市		G 区	
B-2. 施設サービス供給体制の特徴											
①施設サービス(特養、老健、療養型等)の水準	2/3は市外に確保。特養待機者254名 (H12.2)							待機者はわずか。		4割強は区外に確保。待機者479人 (H12.3)	
②施設サービスにおける福祉ミックス	特養は、市設置社会福祉法人運営が1、社会福祉法人設置運営が3	特養はすべて社福法人	特養はすべて社福法人	特養はすべて社福法人				特養はすべて社福法人		特養は、区設置事業団運営が3、社福法人が3 (区設は2.1対1の人員配置)	
C. 介護保険の実施体制											
①介護保険実施にむけての取り組みの特徴	市長が、介護保険導入反対を表明										
②実施体制に関わる特色ある取り組み	・高齢者福祉総合条例の制定(保険外・介護外のサービス重視) ・利用者負担を、3サービス(ヘルプ、デイ、通所リハ)で3%に。7%は市負担。	・サービス事業者の状況把握(下記)に力を入れる。	・配食サービスに安否確認を含め、ケアマネと連携 ・地域ネットワーク会議の開催(社協の地区センターと協働)							条例により地域福祉審議会を設置し、介護保険を含めた、地域福祉全体に関する事業計画の進行管理や改定に向けた検討を行っている。	
③上乗せ・横だし給付	なし	なし	配食サービス	なし				なし		なし	
④公的サービス、生活支援事業等の特徴	・生活支援事業を実施	地域参加型(Bタイプ)リハビリ事業9箇所	生活支援事業を実施	生活支援事業を実施				生活支援事業を実施		生活支援助事業を実施	
⑤要介護認定の実施体制	調査：直営(嘱託)+委託(支援センター)	調査：直営(嘱託)	調査：直営+委託(主要3事業者)	調査：直営				調査：直営		調査：直営(区外施設入所者を除く)	
⑥ケアマネメントと相談援助、サービス調整の実施体制の特徴	・在宅介護支援センターが広範な役割(下記) ・ケアマネジャー研修センターを設立		在宅介護支援センターから居宅介護支援事業を分離(下記)							保健福祉サービス事務所による総合的な相談・調整の実施	
⑦在宅介護支援センターの機能											
センターの運営主体	社会福祉法人3、福祉公社1、公的団体1	社会福祉法人7、福祉公社2	直営1、社福法人6、社協3、営利法人1、福祉公社1	直営1、医療法人1						社会福祉法人4、社協1、医療法人1、営利法人6	
センター機能の特色(総合相談、困難ケースへの対応等のほか)	・地区別ケース検討会を企画・運営(研修、調査実施、資源調査ガイド作成を含む) ・スーパーバイザー的役割		・介護支援専門員への支援、スーパバイズを含む ・生活支援事業等の実質的決定権を付与され、自立認定者に継続的に関わり	・5つの「複合体」のうち4つが、センターをもつ。						ケアプラン関連業務が大部分を占めるが、区(保健福祉サービス事務所)から直接依頼される困難ケースのケアプラン作成を行っている。	

	A 市	D 市	E 市	F 市	G 区
センターにおける介護保険のケアプラン作成	・センターの新規ケースの一部を振り分け(送致)・ケース検討会での関係形成	・センターで現況ケースの約6割(H12.12)。→新規ケースの一部を送致。	・センターは、居宅介護支援(ケアプラン作成)を行わない	約8割のケアプランを作成	居宅介護支援に重点をおくのが区の方針(保健福祉サービス事務所が総合調整等の機能を担う)
基幹型センターの機能	特に他センターと区別なし	未設置	直営で、困難ケース、要見ケースに対応	地域型センターの統括支援機能、介護予防サービスの総合調整。	特に地域型センターとの区別はなし
⑧地域ケア会議の実施状況			・すべての保健福祉エリアで実施 ・個々のケース対応、サービス調整、サービス開発・政策レベルの提言の機能	・年間約30回開催 ・2地区ケア会議主催で、医師・ケアマネジャーの合同研修会を開催。	
⑨その他の連携・調整への取り組み	・主治医とケアマネジャーの連携に関する懇談会開催 ・事業者間の連絡のための統一的な連絡用紙の使用 ・介護サービス情報提供書の使用			・ケアマネジメント連絡会議(市・専門員・医師会)を月1回開催。 ・市・センター介護支援事業者・社協のネットワークで、要介護認定情報・アップラン情報共有	指定居宅介護支援事業者連絡会を月に1回開催。連絡会の中で、テーマを設定し医師による講義等を行っている。
⑩介護支援専門員連絡会		専門員連絡会(自主的な会合を支援)	介護保険事業者協会居宅介護事業支援部会(社協主導、スーパバイザー参加)、アロクことこの資源マップ作成	介護サービス提供事業者連絡協議会居宅介護支援事業部会	指定居宅介護支援事業者連絡会：月1回開催
⑪自治体による情報提供や苦情解決の実施体制	介護保険課内にサービス相談情報専門員4名配置。				保健福祉サービス苦情調整条例制定(H14.3)
⑫サービス評価、サービスの質の確保	満足度調査を実施(更新認定時) サービス評価検討委員会の設置、サービス評価モデル事業の実施	サービス利用実態アンケート調査実施。介護サービス実態把握調査実施。	福祉オンブズ委員会(施設サービスのみのみ)		介護サービス評価事業の実施を計画(利用者調査と事業者調査)。
⑬自治体による事業者の組織化や事業者への指導の実施体制	事業者連絡協議会	自主的なホームヘルプ事業者連絡会結成。	介護保険連絡会(社協・S事業団・公社)と介護保険事業者協会(全事業者)	介護サービス提供事業者連絡協議会：6部会、研修会等	指定居宅サービス事業者連絡会：月1回開催

	A 市	D 市	E 市	F 市	G 区
⑭事業者の参入促進策					介護基盤整備補助制度(一般財源):通所介護施設開設のための補助金。
⑮介護市場の状況把握		介護保険事業者調査実施。居宅介護支援事業者状況調査の実施。			サービス提供事業者調査を毎年実施
D. サービス供給の状況					
①供給量の確保 供給不足のサービスの状況	医療系サービスの供給不足 療養型の転換の遅れ 特養の待機が続く	医療系サービス(訪問リハ、短期療養)の供給不足 特養待機者増加	訪問リハ、グループホームの供給不足 療養型の転換の遅れ 特養待機者増加	訪問看護が見込みを上回る利用 介護療養型7施設(351名)。計画の見込みを超過 特養待機者増加	訪問看護、通所リハが見込みを上回る利用 療養型への転換の遅れ 特養待機者増加
②営利事業者の参入と撤退	参入が続く。しかし、H13年度に、支部の統合もあり。	実施前から参入。実施直後の新規参入はなし。撤退した事業者あり。 デイ、グループホームもあり。	参入が続く。	訪問介護に1社参入。居宅介護支援の1社撤退。	訪問介護に加えて、通所介護に参入が続く。
③住民参加型、NPO等の活動の状況	ミニデイサービス、移送サービスを住民組織、NPO、ボランティアが運営。	社協によるHotelふれあいサロン活動75箇所(うち高齢者58)		NPO事業者は1のみ。協同組合による訪問介護・居宅介護支援はあり。市民グループによるグループホーム(有限会社)	訪問介護ではNPO法人1、医療生協1。住民組織のミニデイ
④医療機関による介護サービスへの参入の状況				5つの「複合体」の存在(9法人、55事業)	
⑤その他、福祉ミックスの状況		福祉公社の事業所統合や職員体制の再編		市と社協は、ホームヘルプから撤退。既存の事業者の在宅サービスが拡大	区は、ケアプラン作成を行わない。公設施設の職員配置は2.5:1を維持(一般財源)。
全体的な特徴	◇高水準のサービスの利用実績の維持 ◇大幅な公費投入	◇公社中心のサービスの供給体制の動揺 ◇介護サービスの積極的取り組み	◇三事業者中心のサービス供給体制 ◇支援センターと居宅介護支援事業所の役割分担 ◇地域ケア会議、福祉オンブズ委員会等の取り組み	◇医療中心、施設サービス中心の供給体制 ◇「複合体」による総合的なサービス提供 ◇情報ネットワークの構築	◇保健福祉サービス事務所と支援センターによる二重の相談・調整体制 ◇公設施設への手厚い職員配置 ◇積極的な営利事業者の参入促進策

ビス供給実績が増加しつつあり、公社中心のサービス供給体制は動揺しつつある。行政の取り組みとしては、サービス事業者やケアマネジャーの実態把握に力を入れているという特徴がある。

ここ1年間の動きとしては、在宅介護支援センターにおける地域サービス調整会議の実験的な実施や社協における地域福祉活動の積極的な展開などがある。

E市は、介護保険実施前からホームヘルプの委託先の多元化を進めていたが、在宅介護支援センターの委託先である主要な三事業者中心のサービス供給体制が維持されてきたという特徴がある。福祉オンブズマン制度の導入や、事業者の組織化、介護サービスの総合調整への取り組みなどの点からみれば、行政の取り組みは全般に積極的といえる。介護支援センターでは居宅介護支援（ケアプランの作成）は行わず、センターの機能としては、ケアマネジャーへの支援や生活支援事業の実施に重点をおいているという特徴もある。

F市は、医療機関の介護サービス分野への進出が早くから進み、「保健・医療・福祉複合体」を中心とした医療主導型の介護サービス供給体制が整備されてきたという特徴を持つ。介護保険制度のスタートとともに、市と社協はホームヘルプから撤退し、既存の事業者による在宅サービスの供給が拡大したという点も特徴的である。ここ1年間の特徴的な動きとして、一つの事業者が複数の介護保険サービスを提供するという「サービスの複合化」が一層進展している点があげられる。

G区の介護保険実施前のサービス供給体制は、公設民営（区設・事業団運営）による施設整備と保健福祉サービス事務所の整備という点では行政主導的な性格がみられたが、他方で、G区は、民間営利事業者の参入促進にも取り組み、独自のサービス供給体制を築き上げてきた。介護保険実施以降も、このような特徴が維持されているが、在宅サービスの供給における多元化は着実に進行している。G区では、介護支援センターの役割として居宅介護支援（ケアプランの作成）の業務を重視する一方で、保健福祉サービス事務所が総合調整の機能を担うこととされており、いわば二重の相談・調整体制が確立している点もこのG区のサービス供給体制の特徴となっている。

（3）サービスの供給量・利用量の状況

1）計画目標の達成率

各章で指摘しているように、各自治体における在宅サービスの供給量（利用量）は、平成12年度から14年度にかけて、全体としては大幅に増加している。ただし、自治体により、またサービスの種類により、その増加のテンポに違いがあり、また自治体によって一部のサービスの供給が停滞している場合もある。

表2-6-2には、介護保険事業計画における平成12年度・13年度の計画目標の達成率を示した。

大都市部のA市・E市・G区では、介護療養型医療施設の供給の伸びが見込みを大幅に下回っている。A市・D市・E市では、訪問看護・訪問リハビリテーション・短期入所療養介護で、やはり実績が見込みを大幅に下回っている。他方、F市では、施設・在宅とも医療系サービスの伸びが、順調である。療養型病床の介護保険施設への転換も順調に進んでいる。

こうした違いは、介護保険前のサービス供給体制の特性の違いの影響によるところが大きいと考えられる。

表2-6-2 介護保険事業計画における平成12年度・13年度の計画目標の達成率 (%)

	A市(H12)		D市		E市	F市		G区	
	12年度	13年度	12年度	13年度	12年度	12年度	13年度	12年度	13年度
居宅サービス									
1. 訪問介護	129	157	100	121	74	75	70	70	83
2. 訪問入浴介護	61	59	99	112	140	81	73	80	89
3. 訪問看護	50	55	51	52	65	137	100	123	135
4. 訪問リハビリテーション	41	13	25	19	9	—	47	—	—
5. 通所介護	111	111	94	95	67	110	116	88	98
6. 通所リハビリテーション	116	122	54	69	111	123	132	226	431
7. 短期入所生活介護	52	64	54	65	33	76	118	92	126
8. 短期入所療養介護	28	32	38	64	60	35	45	42	20
9. 福祉用具貸与	584	100	—	—	—	—	—	—	—
10. 居宅介護支援	82	91	—	—	—	92	100	—	—
11. 居宅管理療養指導	282	300	—	—	70	28	18	—	—
12. 痴呆対応型共同生活介護	—	—	—	—	33	93	108	—	—
13. 特定施設入所者生活介護	203	288	—	—	89	—	3	—	—
14. 福祉用具購入	87	143	—	—	—	—	—	—	—
15. 住宅改修	157	323	—	—	—	—	—	—	—
施設サービス									
1. 介護老人福祉施設	98	97	81	90	97	101	95	102	105
2. 介護老人保健施設	108	118	113	118	103	115	114	99	85
3. 介護療養型医療施設	33	31	84	82	11	93	92	35	38

(出所) 各自治体資料。

(注) 一印は、目標値が設定されていないか、達成率が算出されていないことを示す。

2) 施設サービスの供給量

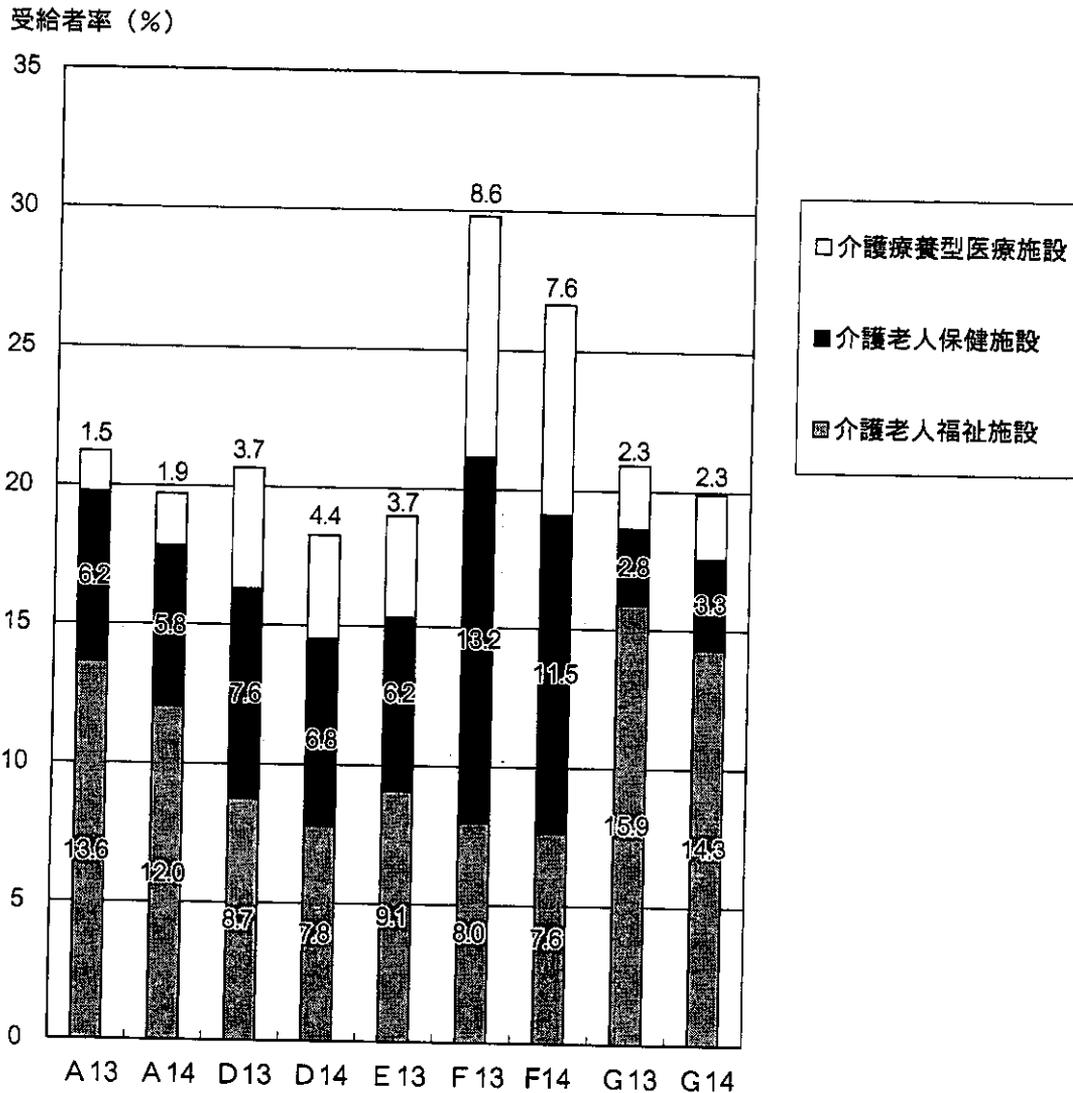
介護保険制度実施前のサービス供給体制の影響が残り残るサービス分野としては、施設サービスがその筆頭にあげられるであろう。

図2-6-1には、平成13年・14年における各自治体における施設サービス受給者率（要介護（要支援）認定者に対する施設サービス受給者の割合）を示した。平成14年のデータが入手できなかったE市を別にすると、どの自治体でも平成13年から14年にかけて、3つの施設を合わせた全体としての施設サービス受給者率が低下している。これは、要介護（要支援）認定者数の伸びが、施設定員の伸びを上回ったためと考えられる。

全体としての施設サービス受給者率は、F市が際立って高い。あとでみるようにF市の在宅サービスの受給者率と、在宅サービスの利用割合（支給限度単位に対する平均利用単位の割合。厚生労働省では、「利用率」と呼んでいる場合もある）は他の自治体より低く、F市のサービス供給体制は、医療系サービス中心であるとともに、施設サービス中心になっているとみることができる。

3つの施設の利用者数の相対的な比重には自治体間でかなりの違いがある。福祉系（介護老人福祉

図2-6-1 施設サービス受給者率
(平成13年8月、平成14年8月)



出所：E市は、同市資料による。その他は、介護保険事業状況報告平成13年8月分および平成14年8月分による。

注：施設サービス受給者率＝施設サービス受給者／要介護（要支援）認定者
A13はA市の13年8月、A14はA市の14年8月のデータを示す。
D市、E市、F市、G区についても同様の表記を行っている。

施設)と保健・医療系(他の2種の施設)という分類でみると、福祉系のウェイトが圧倒的であるG区と、保健・医療系のウェイトが高いF市との対照は顕著である。

3) サービスの「広がり」と「集中度」への着目

サービス水準の分析を行う場合は、サービスの総量に注目するだけでなく、広がり(cover)と集中度(intensity)の二つの要因に分解してみることの必要性が、イギリスなどの研究では強調されている。これは、サービスの総量が同じでも、いわば「広く薄く」提供されているのと、「狭く深く」提供されているのでは、その結果が異なると考えられているからである。

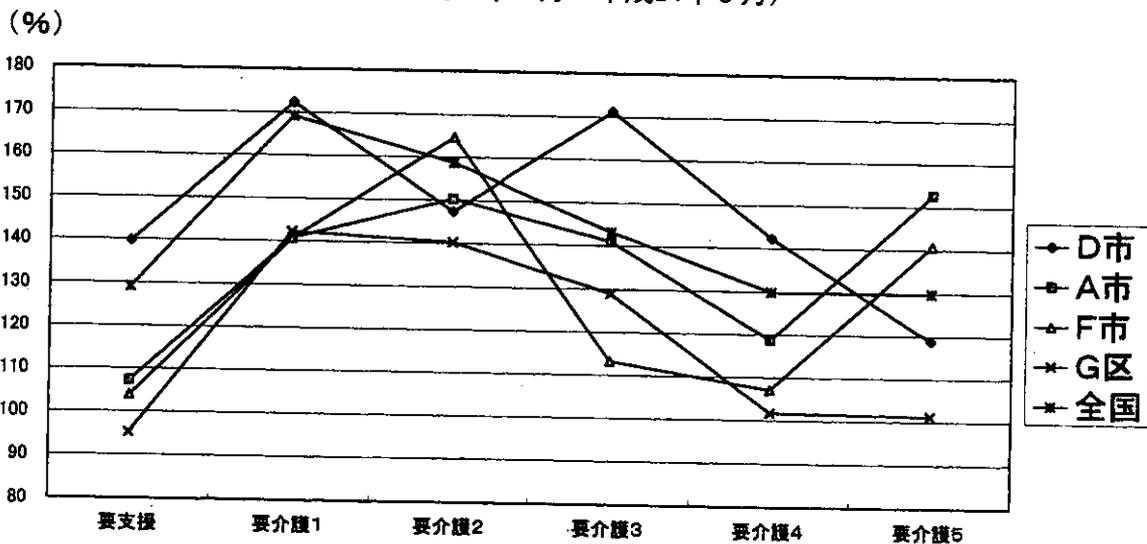
この点に着目して、これらの自治体のサービス量の変化を分析するが、その際には、広がり(cover)

と集中度 (intensity) をどのような指標を使って測定するかが問題になる。広がりの方は、概念も明確で、データも得やすい。サービスの受給者数あるいはその比率の変化によって、サービス利用の広がりという点で、改善がみられたかどうかを評価することができる。一方、集中度の方は、概念的にやや多義的な面があり、介護保険に関して自治体が持っているデータでは、集中度をそのまま測定しているといえるものはない。さしあたり、ここでは、集中度に関連すると思われる指標として、支給限度単位に対する利用割合を取り上げて分析することにした。

4) 在宅サービスの「広がり」

図2-6-2には、データの得られた4団体について、要介護度別の在宅サービス受給者数の伸びを、全国データと合わせて示した。

図2-6-2 在宅サービス受給者数増加率
(平成12年8月～平成14年8月)



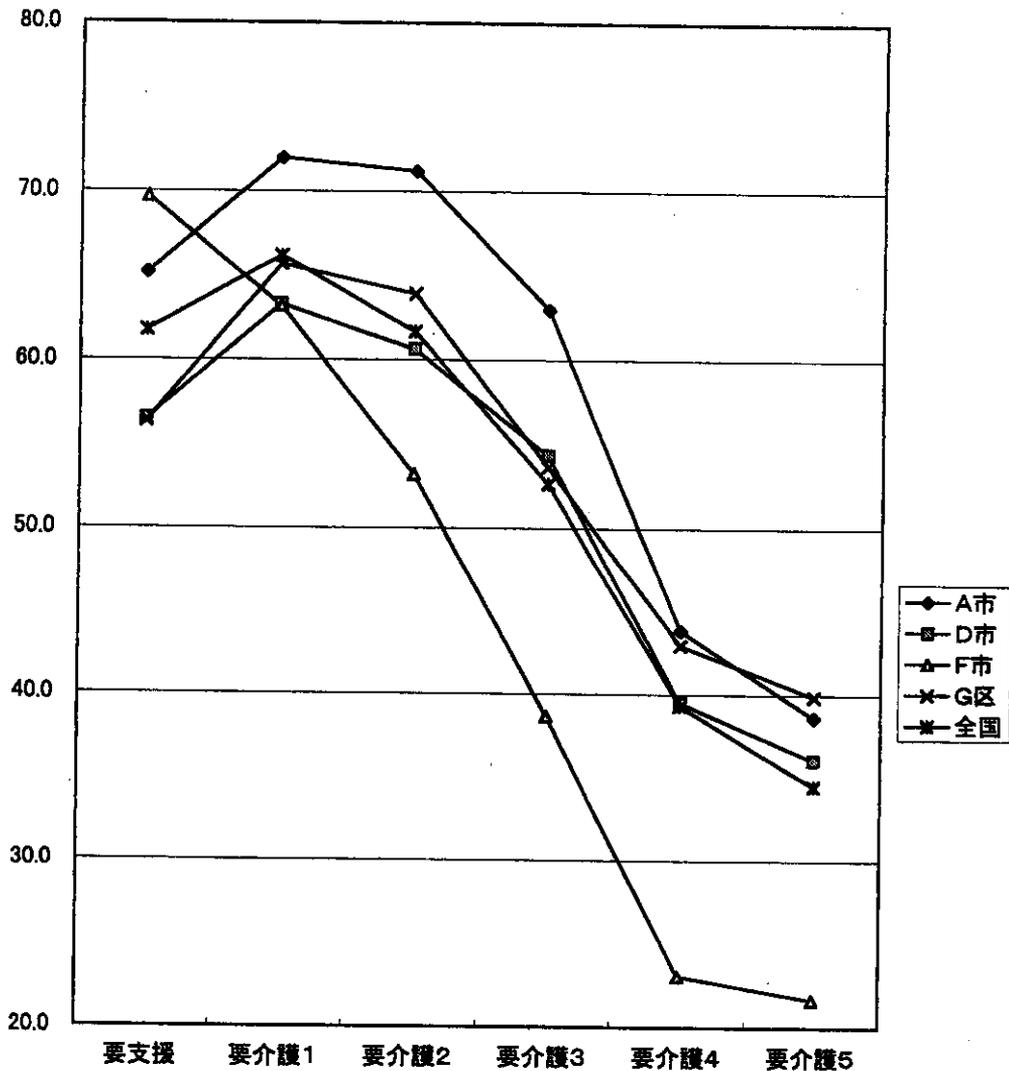
出所：介護保険事業状況報告平成13年8月分および平成14年8月分

この図をみると、要介護3から5あたりのところで、自治体による差が大きく、また変化のパターンに違いがあることがわかる。これは、施設の整備状況との関連によるところが多いのではないかと推測される。

次に、図2-6-3に、平成14年8月における要介護（要支援）高齢者中の在宅サービス受給者の割合を示した。

まず目につくのは、F市において要介護度3から要介護5にかけて在宅サービス受給者の割合が低いことである。これは、施設サービス受給者率の高さのためと考えられる。一方、A市は、全体的に利用割合が高いが、要介護度4と要介護度5では、G区とほど同レベルであり、全国との違いもそれほど大きくない。A市が、要介護者全体の利用割合において他の自治体を大きく上回りながら、施設サービス受給者率が、必ずしもF市を除く他の自治体より低いといえない原因がここにあると考えられる。

図2-6-3 在宅サービス受給者率
(平成14年8月)



出所：介護保険事業状況報告平成14年8月分

5) 在宅サービスの集中度

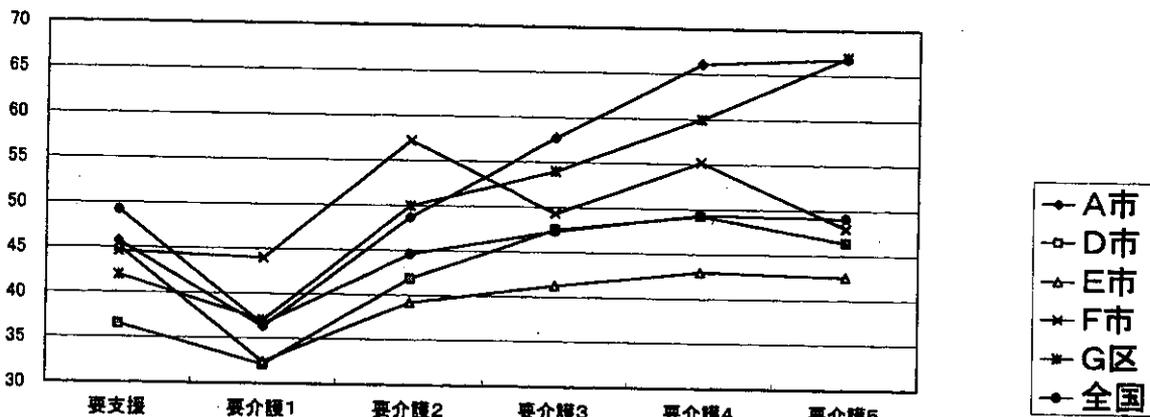
続いて、在宅サービスの集中度の指標としての支給限度単位に対する利用割合の分析に移りたい。

図2-6-4に、各自治体における要介護度別の支給限度単位に対する利用割合を、全国データと合わせて示した。

これをみると、自治体による要介護度と利用割合の関連のパターンの違いが、明確に読みとれる。A市とG区は、要介護度1から要介護5へと、利用割合がだんだんと増加している。

これに対して、F市は、要介護度2から要介護度3のところで急に低下し、要介護度4ではまた上昇するが、要介護度5のところでまた低下する。D市・E市の場合は、要介護度1から要介護度4にかけて利用割合が増加するが、50%には到達しない。要介護度が比較的高い層で、D市・E市・F市の利用割合が比較的低い水準にとどまっている原因については、さらに立ち入って検討が必要であるが、一つの考えられる原因は、これらの自治体、特にF市の場合には、家族介護が困難な層はすでに

図2-6-4 在宅サービスの利用割合
(要介護度別、平成14年8月)



利用割合 = (在宅サービス利用者の) 平均利用単位数 / 支給限度単位数

出所：各自治体の資料もしくは介護保険事業状況。全国データは、介護給付費実態調査月報

施設ケアに移行してしまっていて、要介護度4以上で在宅で残っている層は、あまりサービスが必要ないか、使おうとしない層だということにあるのではないかと推測できる。

6) 在宅サービスの重度者比率

次に、在宅サービス重度者比率（在宅サービス利用者に占める重度者（要介護度4～5）の割合）をみてみたい。これは、在宅サービスにおけるターゲティング（より深刻なニーズをもつケースに資源を集中させること）の程度の指標とみることができる。

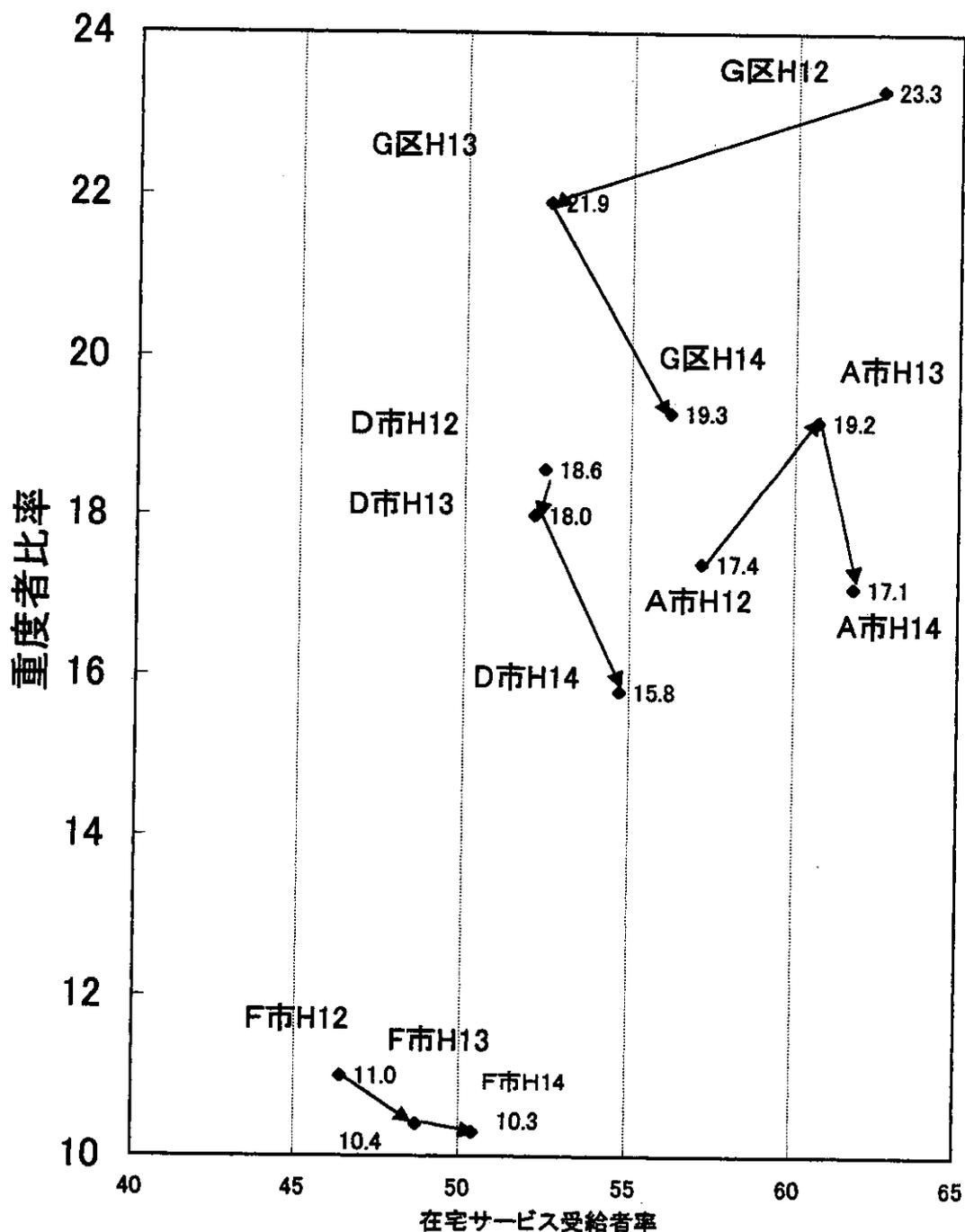
図2-6-5には、平成12年・13年・14年における在宅サービス重度者比率（在宅サービス利用者に占める重度者の割合）を、各年8月分の介護保険事業状況報告のデータを用いて算出し、同じ月の在宅サービス受給者率と合わせて示した。

これをみると重度者率には、10～11%のF市から19～23%のG区まで、かなり幅があり、年次により最大2ポイント程度の増減があることがわかる。

F市は、3年間一貫して、他の自治体に比べて、在宅サービス受給者率が低いとともに、重度者比率も低い。これは、施設サービス中心の在宅サービス供給体制のあり方の反映と考えられる。

一方、G区は、重度者比率が最も高いが、平成12年から平成14年にかけて、その値は低下している。在宅サービス受給者率は平成12年から13年にかけていったん10ポイントほど減少した後に、平成14年にかけては再び4ポイントほど増加している。一方、A市では、平成12年から平成14年にかけて、在宅サービス受給者率比率が増加する一方で、重度者比率は平成12年から13年にかけていったん2ポイントほど増加した後に、平成14年にかけては再び2ポイントほど低下している。このような複雑な変化のパターンは、認定者数と在宅サービス受給率の変化の程度が、要介護度別に異なることによって生じたものであり、なぜそのような変化が生じたのかを明解に説明することは困難であるが、この図から、集中度の比較という観点からみた場合の4団体の位置をおおまかに把握することはできるといってよい。

図2-6-5 在宅サービス受給者率と在宅サービス重度者（要介護4・5）比率の推移
（平成12年、平成13年、平成14年8月）



図中の数値は、重度者比率。H12、H13、H14は、平成12年、13年、14年の8月を示す。

(4) 福祉ミックスの状況

福祉ミックスの変化に関しては、多くの自治体が、事業者の法人種類別のサービス供給量のデータを公表していないため、状況を正確に把握するのが困難である。

しかし、法人種類別事業所数については容易にデータを入手できるので、訪問介護と通所介護についての事業所数のデータを、表2-6-3に示した。

表2-6-3 法人種類別事業所数

		医療法人	社会福祉法人	営利法人	NPO法人・協同組合	民法法人	その他	合計
訪問介護								
A市	平成13.7	1		13	2	2		18
	平成14.10	1	1	16	2	2		22
D市	平成13.10	1	2	7	1	1		12
	平成14.11	2	2	4		1		9
E市	平成13.11		3	8	2	1		14
	平成15.1	1	5	15	3	1		25
F市	平成14.1	3	7	3	2			15
	平成14.9	4	7	3	2			16
G区	平成14.3	1	1	33	2			37
	平成14.8	1	1	37	1			40
通所介護								
A市	平成13.7		7			1	1(市)	8
	平成14.8		7			1	1(市)	9
D市	平成13.10		8	3		3		14
	平成15.1	1	8	3		3		15
E市	平成13.11		10	1	2	1		14
	平成15.2		11	4	3	1		19
F市	平成14.1		7	1				8
	平成14.9	1	7		1			9
G区	平成14.3		10	3				13
	平成14.8		9	4	1			14

(出所) A市、F市、G区は、各自治体資料。D市、E市は、WAMNETによる。

各自治体の資料とヒアリングの結果によれば、介護保険制度が3年目に入り、サービス供給体制が全体的に安定的に機能している中で、営利事業者の新規参入や撤退、事業所の統廃合などが活発におこなわれているものの、表2-6-3でみるかぎり、事業所数の急激な変化は起きておらず、それぞれの自治体の福祉ミックスの特徴はおおむね維持されているとよい。ただし、要介護（要支援）認定者の持続的な増加や、制度についての情報の普及にともなって、利用者による選択と事業者間の競争のメカニズムが作用しやすい条件が整ってきていることも確かである。

(5) 分析の視点と枠組み——まとめに代えて

本章では、事例調査の対象とした自治体について、そのサービス供給体制の特徴を整理するとともに、介護サービスの供給・利用の状況と福祉ミックスの状況についての検討を行った。

最後に、3年間の事例調査に基づく分析結果をふまえて、介護保険制度のもとでの介護サービス供給体制の分析の視点と枠組みについて、若干の考察を試みたい。

1) 事例分析の必要性和有効性

事例調査の分析から明らかになったことは、人口規模や社会経済的要因に関して類似の状況にある

自治体の間でも、介護サービス供給体制には多様性があり、介護保険のもとでのサービス供給状況にも多様性があるということである。このような多様な各自治体の状況は、これまでの研究にみられたような先進的な自治体の事例の検討や、統計データや事業概要等の資料の分析のみからでは、把握が困難である。それぞれの自治体に固有の条件に着目し、多様な質的データを活用する事例調査が必要であり、また、そのような調査方法が有効性を発揮することが期待できるといってよい。

2) 介護サービス供給体制の分析枠組みの必要性

これまでの事例調査の分析の経験からみる限り、社会的・経済的・政治的要因、自治体の財政状況などに加えて、制度的・政策的要因として、少なくとも以下の要因を組み込んだ分析枠組みが必要と考えられる。

- ①介護保険実施前の在宅サービス供給体制の特徴………ホームヘルプにおける直営と委託の比重、委託先の多元化の程度、対象の広がりやサービスの集中度、在宅介護支援センターの整備状況やその機能・役割など。
- ②介護保険実施前からの施設整備の状況
- ③介護保険実施前からの「社会的入院」の状況や、医療機関による介護サービスへの参入の状況………高齢者の長期入院率、「保健・医療・福祉複合体」の状況、介護療養型医療施設への転換の状況など。
- ④住民参加型在宅サービス提供組織、NPOの活動の状況
- ⑤ケアマネジメントと相談援助、サービス調整の実施体制………在宅介護支援センターの運営主体、センターと居宅介護支援事業の関係、基幹型センターの機能、地域ケア会議の実施状況や高齢者サービス調整チームとの連続性、事業者・ケアマネ連絡会の機能など。
- ⑥要介護認定の実施体制
- ⑦自治体による情報提供や苦情解決の実施体制
- ⑧自治体による事業者の組織化や事業者への指導の実施体制
- ⑨低所得者対策の実施状況
- ⑩広域連合等の広域的な保険運営の取り組みの状況

以上の枠組みに沿った分析は、自治体自身による政策評価にとっても有効と考えられるのであり、このような分析のために必要なデータを自治体が整備することが期待される。

3) 介護サービスの市場分析

介護サービス供給体制の分析を進めるにあたっては、介護サービスの市場の機能を分析する枠組みも必要である。この点については、さしあたり疑似市場論の枠組みが有効と考えられる。