

営化された給付であり、低所得労働者の労働条件を脅かし、普遍的な行政サービスという原則を失わせ、自治体の権限を弱めかねないものであった(*ibid.*)。また、自治体の専門職によってアセスメントされ受給が決定されることから、障害者主導の選択・自立促進でなく、専門職主導、医学モデルの適用と批判する向きもある(田中 2003)。

以上のように、ダイレクト・ペイメントが普及しなかった背景には、需要者側の問題(雇用契約や管理が困難)と自治体側の支援と情報提供不足、医学・専門職モデル中心主義等がある。

3.4 インディビジュアル・バジェット制度

1) ‘IN CONTROL’ の成功

尚、2003年、潜在的利用者に対して、自治体が紹介することを義務づける法が施行されたのと同じ年に、障害者主導型サポートのパイロット事業‘IN CONTROL’が開始された。この‘IN CONTROL’の成功が、後のインディビジュアル・バジェットの構想に繋がったのである。

‘IN CONTROL’は、在宅の障害者を対象とした事業で、最初は、Valuing People Support Team, Mencap 等の当事者団体と自治体(社会サービス部)との共同によって2003年に開始された。この事業は、障害者自身が支援を主導的に導くこと(Self-Direct Support)を目的に、当初は6つの自治体で知的障害者を対象におこなわれたが、2006年には、80(イングランドの自治体の過半数)が実施している。事業は次の7つの手順を踏んでおこなわれる。

- ①個別の予算を設定する(どの程度の金額を現金給付(個別予算)として受けられるかを確認する)
- ②支援計画を作成する(自分に最も適した方法でニーズを満たす資金の遣いみちを探す)
- ③計画に同意する(アセスメントと支援計画に関し、自治体や他の資金提供機関との合意をとる)
- ④個別予算を管理する
- ⑤支援を体系化する(住宅、介助、福祉用具等必要なサービスや支援をくみたてる)
- ⑥生活をおくる(地域社会で家族や友人とともに生活をおくるための支援を受ける)
- ⑦見直しと学習(ケアマネジャーとともに実施状況を確認し、必要あれば修正をおこなう)

‘IN CONTROL’に関する2003~2005年度の最初の報告書(A Report on In Control's first phase 2003-2005)によると、Lancaster大学のHatton教授によるチームが、利用者の評価に対して6つの項目に関し、調査(事業の利用前と1年後の利用後の2回の質問票と面接による調査)をおこなっている。6つの項目とは、この事業が「市民権への鍵」と呼ぶもので、①自己決定、②指示(direction)、③費用、④住宅、⑤支援、⑥地域生活である。

①の自己決定(重要な判断に関するコントロール)では、利用者が生活していくにあたり、よい多くコントロールできるようになったことが回答された。これに関して利用前の42%の満足度が1年後には97%に改善された。②の指示の調査では、利用者が年の最初に、

その年に実施したい大きな変化（例えば、引っ越しする等）を記述し、1年度にその変化が達成されたかをみたが、1年未満に79%がそれを達成できた。また、生活に関するプランも当初は61%が満足していたが、利用者が管理するようになり90%に満足度が向上した。③の費用に関して、モデル事業は、伝統的なサービスよりも費用がかからないことが示された。費用については、利用前の45%が1年後には90%に満足度が向上した。④の住宅に関しては、1年以内に、施設入居者の全ての人が、自分の好きな居場所（家族との住まい、自己所有の住宅、通常の借家等）に移転した。住宅状況について、65%の満足度が95%に上昇した。⑤支援について、利用者が自分の好きに予算を使ってよいとなると、多くの人が介助者の雇用を選び、その数は利用前の3倍程であった。利用者は、デイサービス(day center)に行かなくなり、平均週1日未満となった。利用者は、自分に合う支援を探し求めたが、利用者の求めに合わせて供給者がサービスの提供方法を変化させるのには時間がかかった。支援に関する満足度も48%から100%に上昇した。⑥地域生活に関して、利用者は自分で支援を管理するにあたり、より多くの友人や社会との接点を持ち、満足度も65%から100%に上昇した。

以上のように、この試行的事業は、全ての尺度において利用者満足度を向上させ、生活における自律的な自己決定を大いに促進したことが報告されている。

2) インディビジュアル・バジェットの提案

このような‘In Control’の経験から、2005年、政府は、労働年金省(DWP)の報告書‘Opportunity Age’ (DWP 2005)および保健省の緑書‘Independence, Well-being and Choice’ (Cm6499, DH 2005)を発行して、インディビジュアル・バジェットに関する青写真を描き、同年11月には13地域で2年間のパイロット事業を開始した。その後、2006年には、保健省の白書‘Our Health, Our Care, Our Say’においてこの方針が強調された。今後、2007年には、Mental Capacity Bill 法案を議会で通過させ、対象を今まで認められていなかった認知症や精神障害をもつ、認知に問題がある人にも拡大し、さらに、2008年にはパイロット事業の結果が公開され、法案の提案と審議に入る予定である。

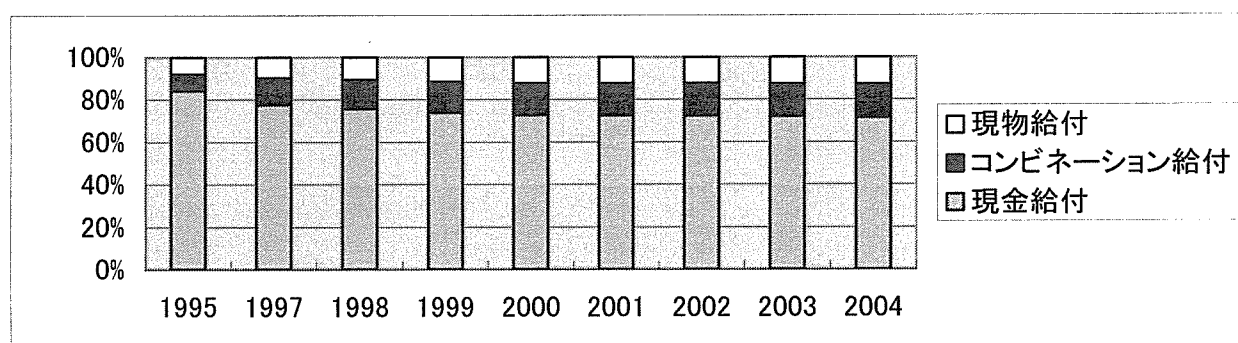
インディビジュアル・バジェットの特徵としては、以下の点が挙げられる(DWP 2005)。

- ①多様な資源および給付を受給者に一元化し、アセスメントを一本化したこと
- ②消費者主導の選択により、自分に適した包括的なサービスを購入できる柔軟な「個人勘定」であること
- ③選択の支援に関して制度化されたこと

従来、障害者・高齢者に関する給付の種類としては、社会保障給付の中の現金給付（付添手当（65歳以上）、障害者生活手当（65歳未満）、在宅医療福祉の現物給付はNHSまたは自治体社会サービス部、介護施設における入居費用については自治体の資産調査による措置、住宅改修やシェルタード・ハウジング等は他の資金、といったように多様な資金の出所と給付の種類があった。この新しい制度では、個人の名義による銀行口座のように、これらの給付を全て一元化し、利用者の選択とコントロールにより、いつ、どのように資金を遣うかを決められるようにする。一元化される給付の種類は、自治体から現物給付される社会的ケア、Supporting People Funding（住宅の確保や自立生活に関する基金）、「自

立生活基金」、Disabled Facilities Grant (住宅改修補助金)、Integrated Community Equipment Services (福祉用具の支給)、Access to Work (就労支援補助金) の予定である (図 2.)。また給付の方法は、①現金給付 (今までのダイレクト・ペイメント制度と同様)、②サービスの委託 (間接的な支払い)、③自治体による委託 (従来と同様のサービスの現物給付)、④ (①～③) の中から組み合わせ、の 4 つの給付の方法から選ぶことができる (図 2.)。新たなしくみはダイレクト・ペイメントに比べて、フレキシブルで、個別化され、統合されていることが特徴である。例えば、現金の管理が困難であると考えられる利用者には、ケアマネジャーか第三者機関が立ち会う。ダイレクト・ペイメントは、社会的サービスだけが対象であったが、インディビジュアル・バジェットは、住宅や他の保健医療福祉ニーズもカバーすることができる。ひとつのモデル事業では、予算を一定期間プールし、本人が必要な出費にまとめて充てることもできる。さらに、専任のクライアントマネジャーを配置し、ケア契約 (Care Concordat) を高齢者、クライアントマネジャー、第三者 (介護者や独立した擁護団体等) の間で合意する。さらに、独立した支援・権利擁護窓口を設置し、利用者の権利が保護されるためのしくみを強化する。

図 2. ドイツ介護保険の在宅サービス受給者比率の推移



(医療経済研究機構主催、日独社会保障シンポジウム 2006 (2006 年 10 月 4 日) Heinz Rothgang 教授資料から)

3) インディビジュアル・バジェットの課題

インディビジュアル・バジェットの課題については、いくつかの先行研究で指摘されている。ハドソンら(Hudson & Henwood 2006)は、以下の課題を挙げている。

①全国統一のかローカルかという問題

中央政府は、質の定義・規制について統一しようとする意図があるが、実際には現金給付について各地域で多様な形態が進展しており、地域間でしくみを統一することは困難である。一方、現在のダイレクト・ペイメント制度のように地域による利用格差が大きく、国内でもポータブルでない (移動の際に給付を継続できない) 制度となる可能性もある。EU 拡大に応じて、社会保障給付が国境を越えてポータブルな給付となることが求められるなかで、給付方法や水準の統一が課題である。

②給付・受給要件の多様性と重複

同じ対象者を扱っていても、受給要件の決定、利用者の状況のアセスメント、支払い等については、それぞれの資金や給付により、手続きや方法が異なる。例えば、自立生活基金に関しては所得を考慮しないが、ダイレクト・ペイメントについては所得を判断に用いる。このように異なっているアセスメントを統一することは非常に困難である。また、受給要件の適否のアセスメントと、ケアニードと必要なケアの内容のアセスメントは分けるべきである。

③裁量と公共性

一部の利用者は、資金の使途に関して最大限の自由度を求めると考えられるが、税等の公費による支出であり、使途の公共性・公益性を確認しなければならない。

④支援の必要性

現金給付により、当事者本人の積極的な自立生活が促進されるような使途に遣われることが必要である。そのためには、雇用される介助者の役割は重要であるが、現在のダイレクト・ペイメント制度の普及が拡大しない理由であるといわれる、介助者の発見、雇用の組織化に対する不安を取り除く必要がある。

この他にも、アセスメントから適切なケア量を見込み現金給付額を決定することが困難である、必要なサービス量に見合った現金給付の額をえられるかどうか分からない（必要な公的サービスが整備されないまま、現金給付は低い額に抑えられる）という可能性も指摘されている。

保健省の緑書(DH 2005)に対し、高齢者からは、「選択支援が機能することが必要」という意見が寄せられ、高齢者がアクセス支援を望んでいること、そのためには自治体が（介助者の雇用等給付に関する）仲介的な支援システムを構築すべきという見解が報告されている。特に高齢者の場合、雇用管理等についての障害が大きいことが報告されており、支援システムをいかに構築できるかが今後の鍵となる。

第4節 むすびにかえて：消費者主導型現金給付の可能性

利用者選択のしくみを強化することにより、事業者の効率性と質を向上させるという言説は、わが国の介護保険制度における政策形成においても議論されてきた。利用者と事業者の間で対等な関係で契約を結ぶにあたり、ケアマネジャーによる利用者選択の支援や、地域福祉権利擁護事業および成年後見制度による利用者保護のしくみなどが整えられてきた。また、選択にあたっては、事業者のサービスの内容や質に関する情報が整備されていることが前提となるが、平成18年度からは「介護サービス情報の公表制度」が実施され、全国共通の標準化された情報基盤が整えられつつある。しかし、現金給付の導入について、介護保険法改正の際に具体的な議論はされていない。

一方、イギリスでは、事業者情報の基盤整備については充分発達していないものの、現金給付の拡大を政策的にすすめている。政府のすすめる「選択」と「コントロール」は、二つの参加（政治的参加・経済的参加）に置き換えて説明することもできる。つまり、患者・利用者は地域の政策立案・執行に参加してもらう（政治的な参加）。それとともに、市場参入の条件を緩和し供給を多様化した市場で、事業者の情報を公表して選択を保証する（経済的な参加）。こうしてエンパワーされた消費者は市場で選択権を行使し、消費者から選択されることで事業者の費用効率やケアの質の改善が促されるという考え方が政策の背景にある。

イギリスにおいて、1997年に導入された（高齢者には2000年以降に適用）ダイレクト・ペイメント制度は、対象となる介護者から近親者が除外される、介護者を雇用する手続きが困難等、制度の欠陥から全国的に拡大せず、地域によりその利用率に大きな差があった。こうしたダイレクト・ペイメント制度の欠点を補い、新たに広範なサービスへの活用とアセスメントの統合を目指してインディビジュアル・バジェットの法制化が2008年に予定されている。この特徴は、利用者が施設・在宅にかかわらず、包括的に一人一人に適した医療・福祉・住宅等のサービスを、現金給付・現物給付・混合給付により支給する柔軟な「個人勘定」をケア受給者に持たせるものである。さらにクライアントマネジャーによる契約・管理の支援や独立した権利擁護窓口の設置により利用者の保護を図ろうとしている。

介護の現金給付に係わる動向からわが国への示唆がえられるとすれば、まずは、家族介護などインフォーマルな介護について社会的に認知し、家族介護支援策のひとつとして、インフォーマルな介護を金銭的に評価することである。わが国の介護保険給付の量からいえば、在宅介護は家族介護を前提としており、家族介護への制度的な支援は不可欠である（本沢 2001）。

また、高齢化が進むにつれ、将来的にますますケアの個別化、多様化がすすみ、消費者が多様な選択肢の中から自分に最も適したケアをカスタマイズし、選好にみあうパッケージを構築していくことが予想される。今後、わが国においても、団塊の世代の高齢化による高齢消費者層の出現や、障害者自立支援法による制度と介護保険制度が統合した場合の障害者のケアニーズへの対応として、ニーズの多様化、個別化に応じたケアの供給システムの再編が求められる可能性がある。イギリスにおける消費者主導型現金給付の拡大の目的は、まさに消費者選択が事業者のサービスを革新させ、供給を改革するイノベーションとなることである（DH 2006）。そのためには、ケアの質に関する透明性（情報基盤の

整備) とアカウントビリティが保障されていることを前提となる。さらに、利用者選択への支援や保護を充実させ、介護の現金給付に係わる課題(要介護状態に応じた適切な現金給付額の決定やインフォーマルな介護の質の管理)等への対応も求められるであろう。

文献

DH(Department of Health),2005, Independence, Well-being and Choice (Cm6499)

DH, 2006, Our Health, Our Care, Our Say: New Direction for Community Services(Cm6737)

DWP(Department for Work and Pensions), 2005, Opportunity Age

広瀬真理子, 2000, オランダの長期医療・介護保障制度, 海外社会保障研究, 131,47-55

堀真奈美, 印南一路, 2001, 米国医療におけるアカウントビリティの概念と動向, 会計検査研究, 23,33-51

Hudson B., Henwood, M.,2006, Independent living, Community Care(2006.11..09)

伊藤善典, 2006,ブレア政権の医療福祉改革,ミネルヴァ書房

Lundsgaard, J., 2005, Consumer Direction and Choice in Long-term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Car Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?, OECD Health Working Papers No.20(DELSA/HEA/WD/HWP(2005)1), OECD.

本沢 巳代子, 2001, 第2部第1章介護保障法の体系と構造—権利論の視点から, 日本社会保障法学会(編), 講座 社会保障法〈第4巻〉医療保障法・介護保障法,法律文化社

森川美絵, 2001,介護における「現金支払い」をめぐる「消費者主導」とジェンダー; アメリカの事例から, 社会福祉学, 42(1),114-124.

Newman J., Vidler, E., 2006, Discriminating Customers,Responsible Patients,Empowered Users:Consumerism and the Modernisation of Health Care, Jnl Soc. Pol.,35(2),193-209

OECD, 2005,Long-term Care for Older People, OECD(=浅野信久(翻訳), 2006, 高齢者介護, 株式会社 新社会システム総合研究所)

小川喜道, 2005,障害者の自立支援とパーソナル・アシスタンス,ダイレクト・ペイメント-英国障害者福祉の変革, 明石書店.

岡部耕典, 2006,障害者自立支援法とケアの自律—パーソナル・アシスタンスと

ダイレクト・ペイメント, 明石書店.

大谷強, 高木安雄, 2000, 論点 介護保険における現金給付, 社会保険旬報, 2049,30-31

Riddell, S., et al., 2005, The development of direct payments in the UK, *Social policy and society*, 4(1),75-86

Spandler, H., 2004, Friend or Foe? Towards a critical assessment of direct payments, *Critical social policy*, 24(2),187-209

杉野昭博, 1999, 対人社会サービス (3) 障害者, 武川正吾・塩野谷祐一編, 先進諸国の社会保障 1 イギリス, 東京大学出版会

田中耕一郎, 2003, 英国障害者運動と消費者主義-ダイレクト・ペイメントをめぐる議論を中心に-, 人間福祉研究, 6, 1-14.

田中耕一郎, 2005, 障害者運動と価値形成-日英の比較から, 現代書館.

田中耕太郎, 2000, 介護手当 (金銭給付) の意義、実施状況およびその評価, 海外社会保障研究, 131, 24-36

上原鳴夫, 2000, アメリカ医療における医療消費者運動, 病院, 59(7), 580-587

Ungerson, C., 2004, Whose empowerment and independence?, *Ageing and society*, 24(2), 189-212

吉田しおり, 2006a, イギリス 患者主導に基づく費用効率化, けんぼれん海外情報, 69, 7-11

吉田しおり, 2006b, イギリスにおける患者中心主義-選択の幅の拡大による効率化-, けんぼれん海外情報, 72, 10-14

第4章 介護老人保健施設における経営意識調査について

1. 調査の目的

本調査の目的は、介護老人保健施設並びに介護療養型医療施設に必要なマネジメント理論の構築並びに高齢者ケアにおけるケア提供者の労働状況等を明らかにすることである。2006年度より、介護保険施設にホテルコストが導入されたことから、介護保険施設のマネジメントは大きく変わろうとしている。一つの施設のマネジメントミスが制度が補填するという従来の医療保険制度方式では、介護保険制度の財政問題は解決できないだけでなく、そのような方式の継続はわが国の社会保障制度全体が破綻をも導きかねない。それゆえ、介護保険制度改定前に介護保険施設におけるマネジメントを研究することが重要であると考えられる。また、介護報酬改定等においてますます厳しくなる介護老人保健施設の経営実態を把握し、適切なマネジメントが実施できるような体制整備を行うことが、各老人保健施設にとっても重要である。

本調査はこのような趣旨から、全国老人保健施設協会会員に対しての「介護老人保健施設におけるマネジメントに関する調査」を実施した。

2. 調査方法

調査は平成19年2月の2週間に行い、全国老人保健施設協会会員施設3,237施設に対して調査票を送付し、最終的な回答施設数は891施設、回収率は27.5%であった。

調査結果は、Microsoft Excel、SPSS等によって解析を行った。

なお報告書の集計については、返送状況等の関係から最終集計前のものを使用した。

3. フェースシート集計結果

(1) 開設年次

■開設年次

	全体	昭和52年	昭和63年	平成1年	平成2年	平成3年	平成4年	平成5年	平成6年	平成7年	平成8年
調査数	876	1	21	43	47	31	38	37	44	49	77
構成比率(%)	100.0	0.1	2.4	4.9	5.4	3.5	4.3	4.2	5.0	5.6	8.8
	平成9年	平成10年	平成11年	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	無回答
	100	74	61	64	26	30	29	33	44	19	8
	11.4	8.4	7.0	7.3	3.0	3.4	3.3	3.8	5.0	2.2	0.9

(2) 所在地

■県別所在地

	全体	兵庫県	北海道	大阪府	愛知県	新潟県	神奈川県	福岡県	東京都	千葉県	埼玉県
調査数	876	43	40	38	35	32	32	32	31	29	28
構成比率(%)	100.0	4.9	4.6	4.3	4.0	3.7	3.7	3.7	3.5	3.3	3.2
	長野県	茨城県	岩手県	広島県	静岡県	宮城県	熊本県	奈良県	大分県	群馬県	富山県
	25	24	24	23	23	22	20	20	19	18	17
	2.9	2.7	2.7	2.6	2.6	2.5	2.3	2.3	2.2	2.1	1.9
	岡山県	岐阜県	京都府	青森県	福島県	三重県	鹿児島県	山口県	秋田県	高知県	愛媛県
	16	16	16	16	16	15	15	14	14	13	12
	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.7	1.7	1.6	1.6	1.5	1.4
	山形県	山梨県	徳島県	石川県	長崎県	福井県	沖縄県	香川県	栃木県	和歌山県	鳥取県
	12	12	11	10	10	10	9	9	9	9	8
	1.4	1.4	1.3	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.0	0.9
	滋賀県	宮崎県	高知県	佐賀県	無回答						
	7	6	6	6	4						
	0.8	0.7	0.7	0.7	0.5						

(3) 老人保健施設開設者

■老人保健施設開設者 <SA>

	全体	医療法人	社会福祉法人	公立 (都道府県、市町村)	公的 (日赤、済生会、厚生連、北社事)	その他	無回答
調査数	876	617	145	36	22	50	6
構成比率(%)	100.0	70.4	16.6	4.1	2.5	5.7	0.7

(4) 定員数

■老人保健施設開設者 その他

	全体	社団法人	財団法人	生活協同組合	社団法人全国社会保険協会連合会	全国社会保険協会連合会	医療生協	協同組合	健保組合	国家公務員共済組合連合会	市
調査数	50	17	12	4	2	2	1	1	1	1	1
構成比率(%)	100.0	34.0	24.0	8.0	4.0	4.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
	宗教法人	地域医師会	地域連合	町立	特別医療法人	民間	無回答				
	1	1	1	1	1	1	2				
	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	4.0				

(5) 入所者の直近の平均要介護度

■入所者の直近の平均要介護度

	全体	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	無回答
調査数	876	-	28	596	195	-	57
構成比率(%)	100.0	-	3.2	68.0	22.3	-	6.5

(6) 入所定員数

■入所定員数【総床数】(IN→SA)

	全体	50床未満	50床以上 75床未満	75床以上 100床未満	100床以上 150床未満	150床以上 200床未満	200床以上	無回答
調査数	876	17	150	273	386	46	2	2
構成比率(%)	100.0	1.9	17.1	31.2	44.1	5.3	0.2	0.2

■入所定員数【うち個室】(IN→SA)

	全体	1床以上 5床未満	5床以上 10床未満	10床以上 15床未満	15床以上 20床未満	20床以上 50床未満	50床以上 75床未満	75床以上 100床未満	100床以上 150床未満
調査数	876	176	221	170	66	111	18	10	14
構成比率(%)	100.0	20.1	25.2	19.4	7.5	12.7	2.1	1.1	1.6

■短期療養入所定員数【総床数】(IN→SA)

	全体	1床以上 5床未満	5床以上 10床未満	10床以上 15床未満	15床以上 20床未満	20床以上 50床未満	50床以上 75床未満	75床以上 100床未満	100床以上 150床未満
調査数	876	75	71	64	14	12	4	7	8
構成比率(%)	100.0	8.6	8.1	7.3	1.6	1.4	0.5	0.8	0.9

■短期療養入所定員数【うち個室】(IN→SA)

	全体	1床以上 5床未満	5床以上 10床未満	10床以上 15床未満	15床以上 20床未満	20床以上 50床未満	50床以上	無回答
調査数	876	75	22	9	1	4	3	762
構成比率(%)	100.0	8.6	2.5	1.0	0.1	0.5	0.3	87.0

■通所リハビリテーション定員数【人】(IN→SA)

	全体	1人以上 10人未満	10人以上 20人未満	20人以上 30人未満	30人以上 40人未満	40人以上 50人未満	50人以上 60人未満	60人以上	無回答
調査数	876	12	55	186	167	200	71	138	47
構成比率(%)	100.0	1.4	6.3	21.2	19.1	22.8	8.1	15.8	5.4

■通所介護定員数【人】(IN→SA)

	全体	1人以上 10人未満	10人以上 20人未満	20人以上 30人未満	30人以上 40人未満	40人以上 50人未満	50人以上 60人未満	60人以上	無回答
調査数	876	7	8	8	10	5	1	2	835
構成比率(%)	100.0	0.8	0.9	0.9	1.1	0.6	0.1	0.2	95.3

(7) 入所者の要介護度

■入所者の直近の平均要介護度

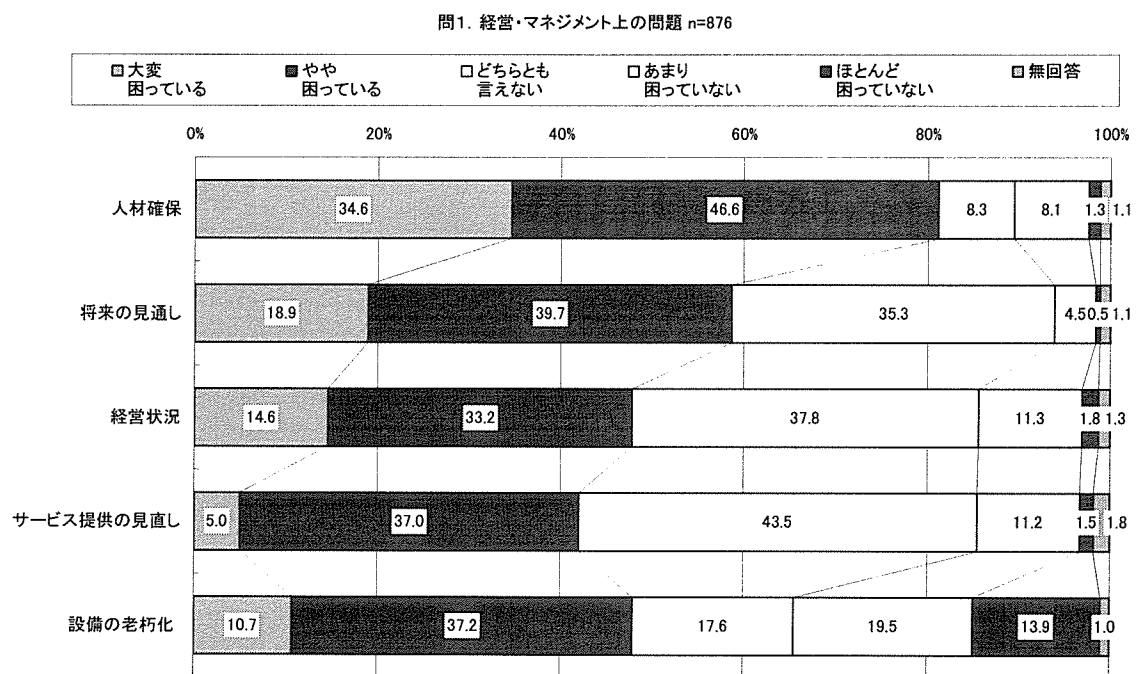
	全体	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	無回答
調査数	876	-	28	596	195	-	57
構成比率(%)	100.0	-	3.2	68.0	22.3	-	6.5

4. 単純集計結果

(1) 経営・マネジメント上の問題

現在施設で抱えている経営・マネジメント上の問題について、人材確保、将来の見通し、経営状況、サービス提供の見直し、設備の老朽化の5点について、どの程度困っているかをみると、「人材確保」や「将来の見通し」という点で困っていると答えた事業者が多かった。

「人材確保」の面で困っていると答えた事業者の割合は、81.2%（「大変困っている」34.6%、「やや困っている」46.6%）また「将来の見通し」の面で困っていると答えた事業者の割合は、58.6%（「大変困っている」18.9%、「やや困っている」39.7%）となっている。



■ 【Q1-1】 人材確保 <SA>

	全体	大変困っている	やや困っている	どちらとも言えない	あまり困っていない	ほとんど困っていない	無回答
調査数	876	303	408	73	71	11	10
構成比率(%)	100.0	34.6	46.6	8.3	8.1	1.3	1.1

■ 【Q1-2】 将来の見通し <SA>

	全体	大変困っている	やや困っている	どちらとも言えない	あまり困っていない	ほとんど困っていない	無回答
調査数	876	166	348	309	39	4	10
構成比率(%)	100.0	18.9	39.7	35.3	4.5	0.5	1.1

■ 【Q1-3】 経営状況 <SA>

	全体	大変困っている	やや困っている	どちらとも言えない	あまり困っていない	ほとんど困っていない	無回答
調査数	876	128	291	331	99	16	11
構成比率(%)	100.0	14.6	33.2	37.8	11.3	1.8	1.3

■ 【Q1-4】 サービス提供の見直し <SA>

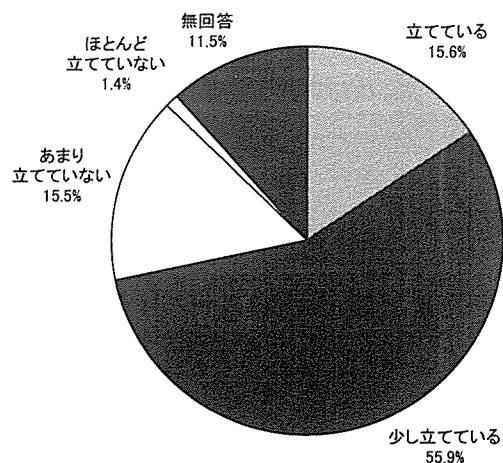
	全体	大変困っている	やや困っている	どちらとも言えない	あまり困っていない	ほとんど困っていない	無回答
調査数	876	44	324	381	98	13	16
構成比率(%)	100.0	5.0	37.0	43.5	11.2	1.5	1.8

■ 【Q1-5】 設備の老朽化 <SA>

	全体	大変困っている	やや困っている	どちらとも言えない	あまり困っていない	ほとんど困っていない	無回答
調査数	876	94	326	154	171	122	9
構成比率(%)	100.0	10.7	37.2	17.6	19.5	13.9	1.0

- 経営・マネジメント上の問題について、対応方策を立てているかをみると、「立てている」事業者が 15.6%、「少し立てている」(55.9%) とあわせると 71.5%と、7割以上の事業者が上記の問題に対して何らかの対応方策をたてていることがわかる。

問1-6. 問題への対応方策を立てているか n=876



■ 【Q1-6】 上記の問についての対応方策の有無 <SA>

	全体	立てている	少し立てている	あまり立てていない	ほとんど立てていない	無回答
調査数	876	137	490	136	12	101
構成比率(%)	100.0	15.6	55.9	15.5	1.4	11.5

(2) 施設の特徴

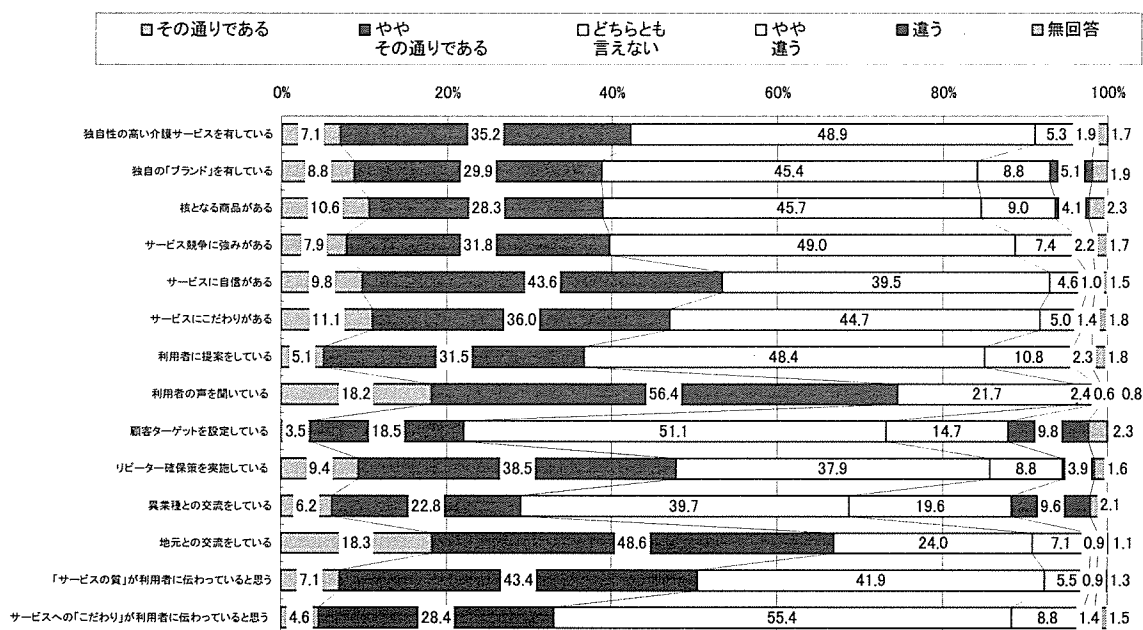
施設の特徴については、「利用者の声を聞いている」、「地元との交流をしている」、「サービスに自信がある」と答えた事業者が多い。

「利用者の声を聞いている」と答えた事業者の割合は、74.6%（「その通りである」18.2%、「ややその通りである」56.4%）

「地元との交流をしている」と答えた事業者の割合は、66.9%（「その通りである」18.3%、「ややその通りである」48.6%）

「サービスに自信がある」と答えた事業者の割合は、53.4%（「その通りである」9.8%、「ややその通りである」43.6%）

問2. 施設の特長 n=876



■ 【Q2-1】 独自性の高い介護サービスを有している <SA>							
	全 体	その通りである	やや その通りである	どちらとも 言えない	やや 違う	違う	無回答
調査数	876	62	308	428	46	17	15
構成比率(%)	100.0	7.1	35.2	48.9	5.3	1.9	1.7

■ 【Q2-2】 独自の「ブランド」を有している <SA>							
	全 体	その通りである	やや その通りである	どちらとも 言えない	やや 違う	違う	無回答
調査数	876	77	262	398	77	45	17
構成比率(%)	100.0	8.8	29.9	45.4	8.8	5.1	1.9

■ 【Q2-3】 核となる商品がある <SA>							
	全 体	その通りである	やや その通りである	どちらとも 言えない	やや 違う	違う	無回答
調査数	876	93	248	400	79	36	20
構成比率(%)	100.0	10.6	28.3	45.7	9.0	4.1	2.3

■ 【Q2-4】 サービス競争に強みがある <SA>							
	全 体	その通りである	やや その通りである	どちらとも 言えない	やや 違う	違う	無回答
調査数	876	69	279	429	65	19	15
構成比率(%)	100.0	7.9	31.8	49.0	7.4	2.2	1.7

■ 【Q2-5】 サービスに自信がある <SA>							
	全 体	その通りである	やや その通りである	どちらとも 言えない	やや 違う	違う	無回答
調査数	876	86	382	346	40	9	13
構成比率(%)	100.0	9.8	43.6	39.5	4.6	1.0	1.5

■ 【Q2-6】 サービスにこだわりがある <SA>							
	全 体	その通りである	やや その通りである	どちらとも 言えない	やや 違う	違う	無回答
調査数	876	97	315	392	44	12	16
構成比率(%)	100.0	11.1	36.0	44.7	5.0	1.4	1.8

■ 【Q2-7】 利用者に提案をしている <SA>							
	全 体	その通りである	やや その通りである	どちらとも 言えない	やや 違う	違う	無回答
調査数	876	45	276	424	95	20	16
構成比率(%)	100.0	5.1	31.5	48.4	10.8	2.3	1.8

■ 【Q2-8】 利用者の声を聞いている <SA>							
	全 体	その通りである	やや その通りである	どちらとも 言えない	やや 違う	違う	無回答
調査数	876	159	494	190	21	5	7
構成比率(%)	100.0	18.2	56.4	21.7	2.4	0.6	0.8

■ 【Q2-9】 顧客ターゲットを設定している <SA>							
	全 体	その通りである	やや その通りである	どちらとも 言えない	やや 違う	違う	無回答
調査数	876	31	162	448	129	86	20
構成比率(%)	100.0	3.5	18.5	51.1	14.7	9.8	2.3

■ 【Q2-10】 リピーター確保策を実施している <SA>							
	全 体	その通りである	やや その通りである	どちらとも 言えない	やや 違う	違う	無回答
調査数	876	82	337	332	77	34	14
構成比率(%)	100.0	9.4	38.5	37.9	8.8	3.9	1.6

■ 【Q2-11】 異業種との交流をしている <SA>							
	全 体	その通りである	やや その通りである	どちらとも 言えない	やや 違う	違う	無回答
調査数	876	54	200	348	172	84	18
構成比率(%)	100.0	6.2	22.8	39.7	19.6	9.6	2.1

■ 【Q2-12】 地元との交流をしている <SA>							
	全 体	その通りである	やや その通りである	どちらとも 言えない	やや 違う	違う	無回答
調査数	876	160	426	210	62	8	10
構成比率(%)	100.0	18.3	48.6	24.0	7.1	0.9	1.1

■ 【Q2-13】 「サービスの質」が利用者に伝わっていると思う <SA>							
	全 体	その通りである	やや その通りである	どちらとも 言えない	やや 違う	違う	無回答
調査数	876	62	380	367	48	8	11
構成比率(%)	100.0	7.1	43.4	41.9	5.5	0.9	1.3

■ 【Q2-14】 サービスへの「こだわり」が利用者に伝わっていると思う <SA>							
	全 体	その通りである	やや その通りである	どちらとも 言えない	やや 違う	違う	無回答
調査数	876	40	249	485	77	12	13
構成比率(%)	100.0	4.6	28.4	55.4	8.8	1.4	1.5

(3) 施設で重視している項目

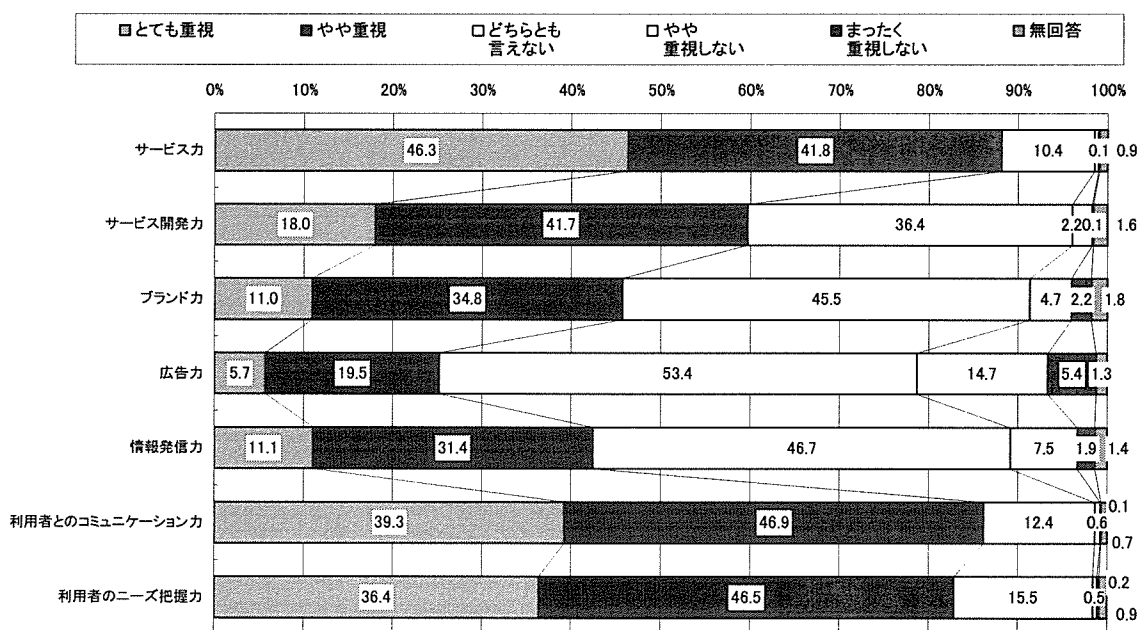
重要視している項目については、「サービス力」、「利用者とのコミュニケーション力」、「利用者のニーズ把握力」と答えた事業者が多かった。

「サービス力」と答えた事業者の割合は、88.1%（「とても重視」46.3%、「やや重視」41.8%）

「利用者とのコミュニケーション力」と答えた事業者の割合は、86.2%（「とても重視」39.3%、「やや重視」46.9%）

「利用者のニーズ把握力」と答えた事業者の割合は、82.9%（「とても重視」36.4%、「やや重視」46.5%）

問3. 重視している項目 n=876



(4) 施設に対する現状の満足度

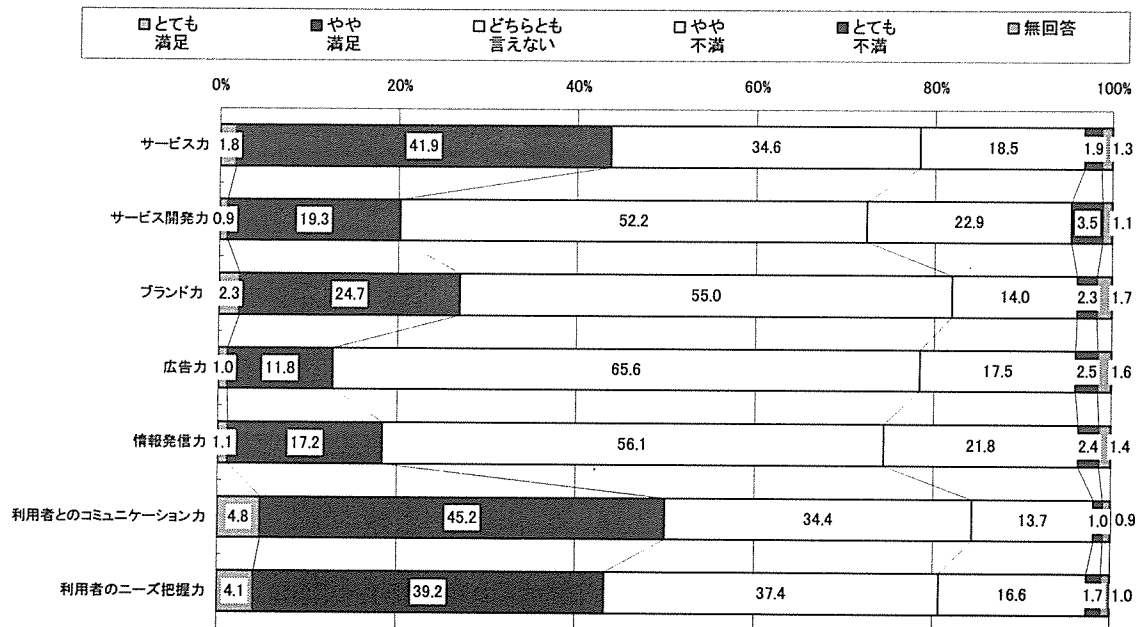
現状の満足度については、「利用者とのコミュニケーション力」、「サービス力」、「利用者のニーズ把握力」について満足していると答えた事業者が多かった。

「利用者とのコミュニケーション力」について満足していると答えた事業者の割合は、50.0%（「とても満足している」4.8%、「やや満足している」45.2%）

「サービス力」について満足していると答えた事業者の割合は、43.7%（「とても満足している」1.8%、「やや満足している」41.9%）

「利用者のニーズ把握力」について満足していると答えた事業者の割合は、43.3%（「とても満足している」4.1%、「やや満足している」39.2%）

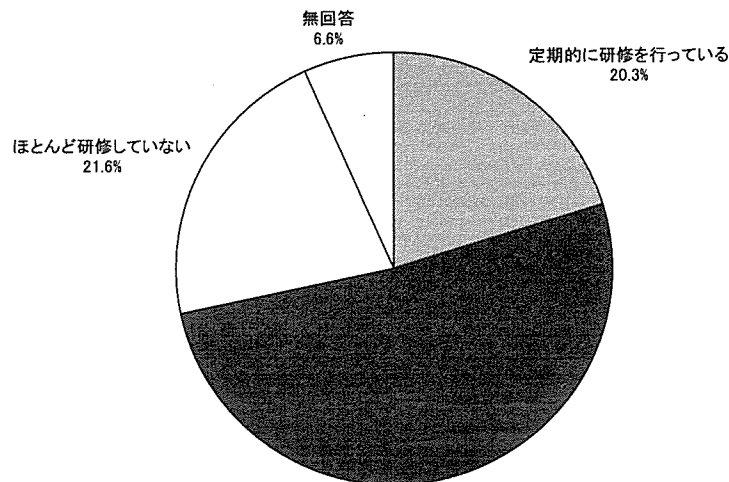
問4. 現状の満足度 n=876



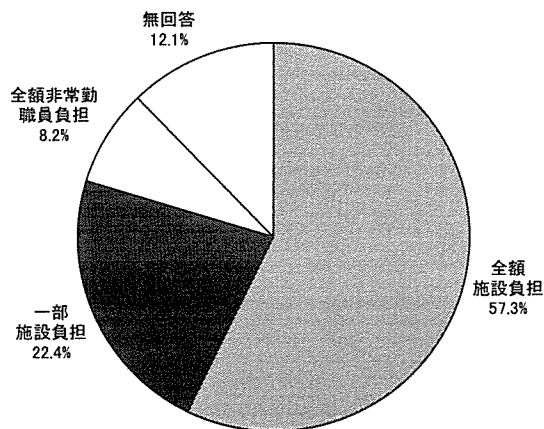
(5) 施設における非常勤職員の状況

非常勤職員への研修の有無については、「定期的に研修を行っている」と答えた事業者の割合 20.3%。「不定期で研修を行っている」と答えた事業者 (51.5%) と合わせると、71.8% と、7 割以上の事業者が非常勤職員への研修を行っている。

問5-1. 非常勤職員への研修の有無 n=876



問5-2. 非常勤職員への研修費用の負担の有無 n=876



■【Q5-1】非常勤職員への研修の有無 <SA>

	全体	定期的に研修を行っている	不定期で研修を行っている	ほとんど研修していない	無回答
調査数	876	178	451	189	58
構成比率(%)	100.0	20.3	51.5	21.6	6.6

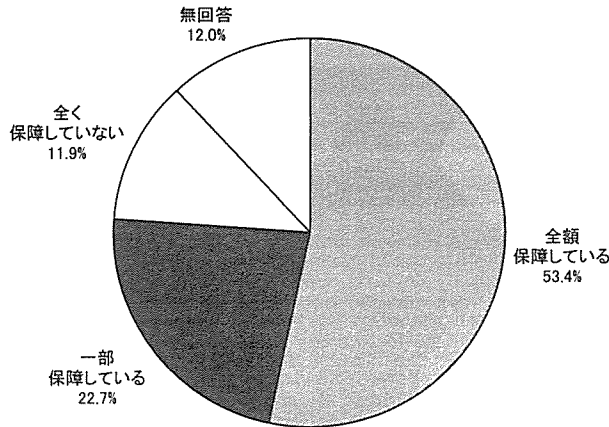
非常勤職員への研修費用の負担の有無については、「全額施設負担」と答えた事業者が 57.3%と 6 割近くを占めている。なお、「一部施設負担」は 22.4%であった。

非常勤職員の研修中の賃金の保障の有無については、「全額保障している」と答えた事業者の割合が最も多く 53.4%、次いで「一部保障している」と答えた事業者の割合が多く 22.7%であった。

■【Q5-2】非常勤職員への研修費用の負担の有無 <SA>

	全体	全額施設負担	一部施設負担	全額非常勤職員負担	無回答
調査数	876	502	196	72	106
構成比率(%)	100.0	57.3	22.4	8.2	12.1

問5-3. 非常勤職員への研修費用の負担の有無 n=876

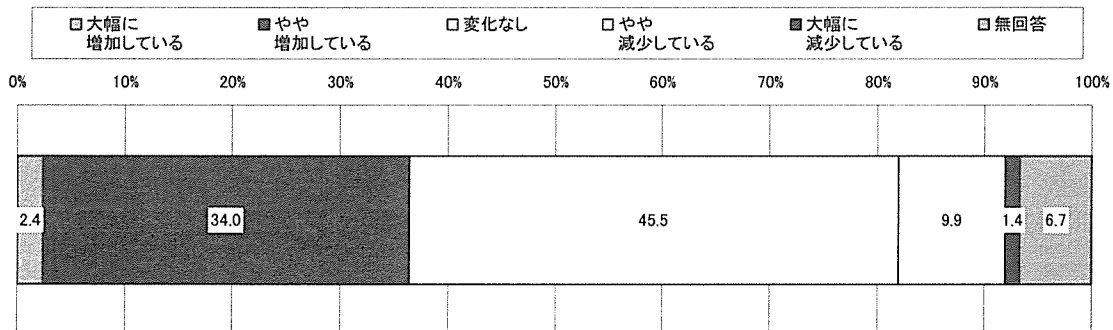


■ 【Q5-3】 非常勤職員の研修中の賃金の保障の有無 <SA>

	全体	全額保障している	一部保障している	全く保障していない	無回答
調査数	876	468	199	104	105
構成比率(%)	100.0	53.4	22.7	11.9	12.0

非常勤職員数の変化については、「変化なし」と答えた事業者の割合が最も多く 45.5%、次いで「やや増加している」と答えた事業者の割合が多く 34.0%であった。

問5-4. 非常勤職員数の変化について n=876



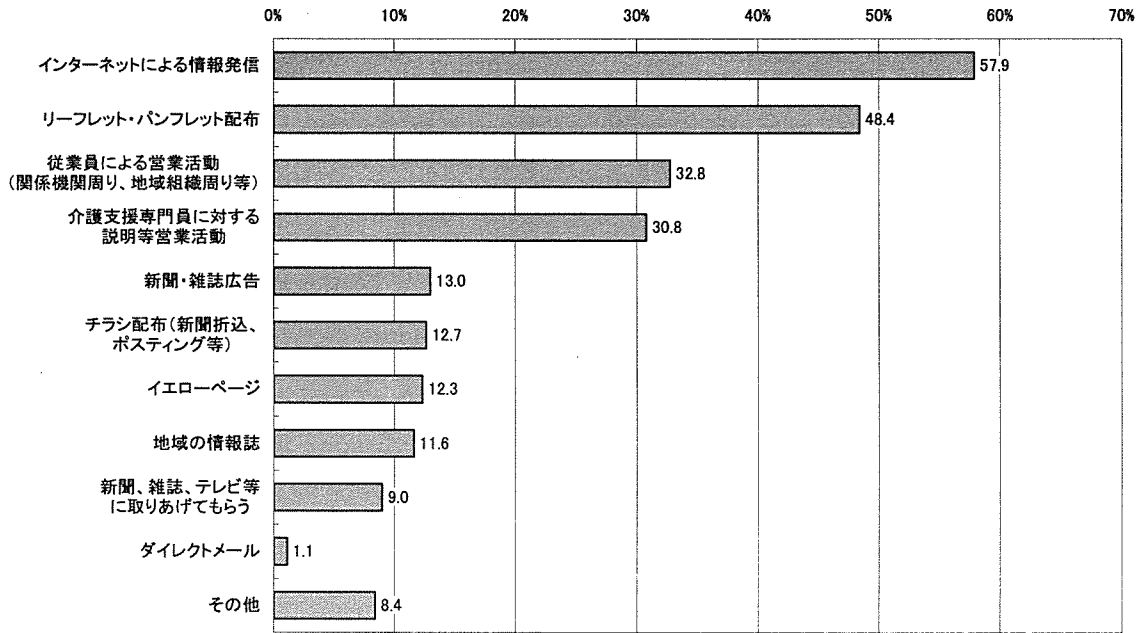
■ 【Q5-4】 非常勤職員数の変化について <SA>

	全体	大幅に増加している	やや増加している	変化なし	やや減少している	大幅に減少している	無回答
調査数	876	21	298	399	87	12	59
構成比率(%)	100.0	2.4	34.0	45.5	9.9	1.4	6.7

(6) プロモーション手段について

現在実施しているプロモーション手段については、「インターネットによる情報発信」が最も多く 57.9%、2番目に「リーフレット・パンフレット配布」が 48.4%、次いで「従業員による営業活動」が 32.8%である。

問6. 現在実施しているプロモーション手段について n=876



■【Q6】現在実施しているプロモーション手段について <NA>

	全体	チラシ配布 (新聞折込、 ポスティング 等)	新聞・雑誌 広告	インターネット による情報発 信	地域の情報 誌	介護支援専 門員に対す る説明等営 業活動	新聞、雑 誌、テレビ等 に取りあげて もらおう	リーフレット・ パンフレット配 布	ダイレクトメー ル	従業員による 営業活動 (関係機関 周り、地域組 織周り等)	イエローペー ジ	その他	無回答
調査数	876	111	114	507	102	270	79	424	10	287	108	74	75
構成比率(%)	100.0	12.7	13.0	57.9	11.6	30.8	9.0	48.4	1.1	32.8	12.3	8.4	8.6