

## 調査報告

# 介護保険準備・施行段階における都道府県の役割

## はじめに

介護保険法が施行されてから、約一年が過ぎようとしている。準備過程も含め、この間、ほとんど毎日のように、各地の市町村の介護保険をめぐる様々な話題が、新聞や雑誌等で大きく報じられてきた。一方、それに比べて、都道府県に関わる記事等を目にする機会は非常に少なかったように思う。介護保険の保険者が市町村であり、介護保険制度が、市町村中心に進められてきた福祉分野の「地方分権」の一つの到達点であるとすれば、それはきわめて当然かつ健全なことであるが、しかし、この準備・施行の過程で都道府県が果たしてきた役割は、小さくなかったし、またこれからも、都道府県には、都道府県としての重要な役割があるものと思われる。

本調査報告は、介護保険制度の立ち上げという場面で、都道府県がどのような役割を果たしたのか、ということ、都道府県が果たすべき2つの大きな機能——市場化が進行する中での市場の整備と、市町村を中心とした分権化が進む中での市町村の支援機能——の充足という観点から調査・検討したものである\*。

## 1. 福祉分野における都道府県の役割の整理

——市場化への対応と分権化への対応——

具体的な調査結果の検討に入る前に、ここで、福祉分野における都道府県の役割について、本稿がとっている基本的な考え方について、あらかじめ明らか

にしておくべきであろう。

周知のように、1980年代後半以降、社会福祉の分野では、「激変」といってもよい大変化が生じてきた。そして、その変化は、「分権化」と「市場化」という2つの言葉をキーワードに、現在も進行中である。まず、「分権化」に向かう制度改革は、1986年の社会福祉施設への入所措置等の団体事務化（都道府県の事務）を皮切りに開始。その後1989年の「今後の社会福祉のあり方」（中央社会福祉審議会合同企画分科会）で、市町村中心主義が明らかにされた後は、老人福祉・身体障害者福祉の施設入所措置権の町村移譲、市町村老人保健福祉計画策定の法定化（1990年、老人福祉法等の一部を改正する法律）、市町村を保険者とする介護保険法の制定（1997年）、地方分権一括法による更なる市町村への権限委譲（2000年施行）、市町村地域福祉計画の法定化（2000年社会福祉法、一部未施行）など、市町村中心主義を原則に展開している。

一方、「市場化」についても、1980年代から福祉サービス供給システムの多元化という形で始まった市場化への胎動は、1990年代後半、戦後社会福祉システムの中心的制度であった「措置制度」の是非が問われ、児童福祉法改正や、介護保険法制定を経、さらに社会福祉事業法が大改正されることにより、大きな潮流となり、現在に至っている。「契約」を基本とした新たな社会福祉供給システムの下では、利用者自身によるサービスの選択権、自己決定権をはじめとした、社会福祉の分野でこれまで軽視されがちだった自由権的市民権的諸権利を、改めて社会福祉分野の重要な価値として位置づけていくことが強調されている<sup>1</sup>。

このような中で、都道府県の役割も改めて問われている。従来から、都道府県については、その果たすべき役割について明確な位置づけがなされないまま、今日にいたっている<sup>2</sup>。分権型社会の主役として、市町村が脚光を浴び（本当の主役は市民だが）、市町村への権限移譲が進む中で、都道府県については、その空洞化が指摘され、時には、不要論も囁かれる。

確かに、社会福祉各法を読めば、具体的に都道府県が行うべき事務は、明らかである。たとえば、介護保険法においては、都道府県は、次のような多くの事務を行うことが明らかにされており、一見、それで都道府県の担う役割は明

確に見える。すなわち、都道府県は、「介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な指導及び適切な援助をしなければならぬ」く（介護保険法第5条）、認定審査会の共同設置に際して市町村相互間における必要な調整を行い（第16条第1項）、共同設置を行った市町村に対し、必要な技術的助言・その他の援助を行い（第2項）、市町村の要介護認定業務につき、協力その他必要な援助を行い（第38条）、委託を受けて審査判定業務を行う場合には、都道府県に介護認定審査会を置き（同条第2項）、居宅サービス事業者（第41条第1項）、居宅介護支援事業者（第46条第1項）、介護老人福祉施設及び介護療養型医療施設（第48条第1項、第2項）を指定し、介護老人保健施設の開設を許可し（第94条）、これらに報告を求めたり立ち入り検査等を行い（第76条他）、場合によっては、指定や許可を取り消すことも出来る（第77条他）。また、自ら介護保険事業支援計画を策定するとともに（第118条）、市町村介護保険事業計画の作成上の技術的事項について必要な助言をすることができる（第119条）。

しかし、これらの条文からは、果たして、それらの事務を行うときに、都道府県が、市町村のために、あるいはそこに居住する住民のために、どのような役割を果たすべきなのかということは、見えてこない。たとえば、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるための必要な指導や適切な援助とは一体どのようなものであるべきなのか、市町村介護保険事業計画の作成上求められる必要な助言とは、どのようなものなのか、といったことは見えてこないのである。これらは、都道府県の本来果たすべき役割がどのようなものなのかということ、社会福祉改革の流れの中に位置づけてみて、はじめてわかることである。

筆者は、この点につき、都道府県の役割は、「市場化が進行する中での、市場の基盤整備」と、「市町村中心の分権化が進行する中での、市町村をサポートする機能」の2つの役割に大きく分けることが出来ると整理した<sup>3</sup>。

すなわち、まず、市場化については、適正な市場を創出していくという重要な役割が都道府県にあると考える。本来、介護や保育などの福祉サービスは、排除性や競合性といった観点からは、市場での交換になじみやすいサービスで

あるものの、供給者側の供給可能な価格と、利用者側の支払い可能な価格の間に大きな乖離があったため、ごく一部（たとえば、高額所得者のみが利用できる高級有料老人ホームなど）を除いて市場が成立してこなかった。公的介護保険や新しい利用制度の仕組みは、保険や公費負担という手段を使い1割負担という低額でのサービス購入（介護保険の場合）を可能にすることによりこの乖離を埋め、市場でのサービスの売買を可能にしようというものである。

一方、現実にはこのような市場が期待通り成立するかどうかは別問題で、市場そのものが成立しないこともあるし、また、さまざまな要因による市場の失敗も起こり得る。たとえば、はじめから採算に合うことが見込めなければ複数の事業者が市場に参入することはないだろうし、その結果、利用者が望ましいサービスを選択することも出来ない。また、利用者の保護や公費の効率的な使用の観点から行われる需給の調整も、市場のメカニズムを一面では歪めるものである。さらに、介護サービスの提供に伴いがちな情報の非対称は、利用者の選択と健全な競争によるサービスの質の向上という市場の期待される効果を減殺する。

従って、このような市場の失敗を回避するための、いわば最小限度の市場の基盤整備的な役割が政府に求められるわけだが、この点で、都道府県の果たす役割は大きいと思われるのである。介護サービスの市場は、しばしば、市町村の区域を超えた範囲に広がるが、都道府県は、広域的な自治体として、市町村には難しいこのような市場圏全体を見渡した活動を行うことが出来る。また、都道府県は、事業者の指定や指定の取り消し、報告の徴収や立ち入り検査、改善命令等の権限を有していることから、効果的にサービスレベルの向上に関わることが出来る。さらに、このような機能を果たすための人的資源についても都道府県は、小規模市町村に比べれば、相当数の人員を専門的業務に就かせることが出来たり、過去からの専門知識の蓄積があるなど、通常、その量的・質的両側面で恵まれた立場にあるものと考えられるからである。

次に、分権化との関連では、市町村への権限移譲を受けて、市町村がこれらの権限を十分に使いこなすためのサポート機能が都道府県に期待されている。補完・媒介・支援機能といったサポート機能は、市町村が体力をつけていけば、

次第に縮小していくであろうが、現時点ではこの機能は、分権型社会の創出のために不可欠のものであろう。市町村を重視する分権化が進められたのは、住民に最も身近な基礎的自治体である市町村が、住民のニーズに沿った地域の福祉のあり方を決めていくことが重要だと考えられたからである。市場の基盤整備が都道府県の役割だとすれば、市町村の役割は、「地域のすべての人が、それぞれの自己実現のために、この市場を利用しながら、必要なときに必要な手助けを、現実を受けることができるよう、住民とともに考え、住民とともに実現していくこと」である。市場では調達できないものを別な手段で調達し、地域に生じる具体的な市場の失敗に対処していくことも市町村政府と住民の役割である。都道府県は、このような市町村政府の役割を支援していく役割をもっている。

以上が、筆者の考える都道府県の2つの主要な役割である。次章以降は、介護保険の準備・施行過程で、この2つの役割との関連で都道府県がどのように動いたのか、検討していくこととする。

## 2 市場化と都道府県の役割

### (1) 多様な供給主体が参入する市場の創出

介護保険制度の下では、特に在宅サービスについて、多様な供給主体が、それぞれの特色を生かしたサービスを武器に、自由に市場に参入することが予定されており、これによって、利用者の選択権が実質的に保障され、競争を通じてサービスの質が向上することが、期待されている。

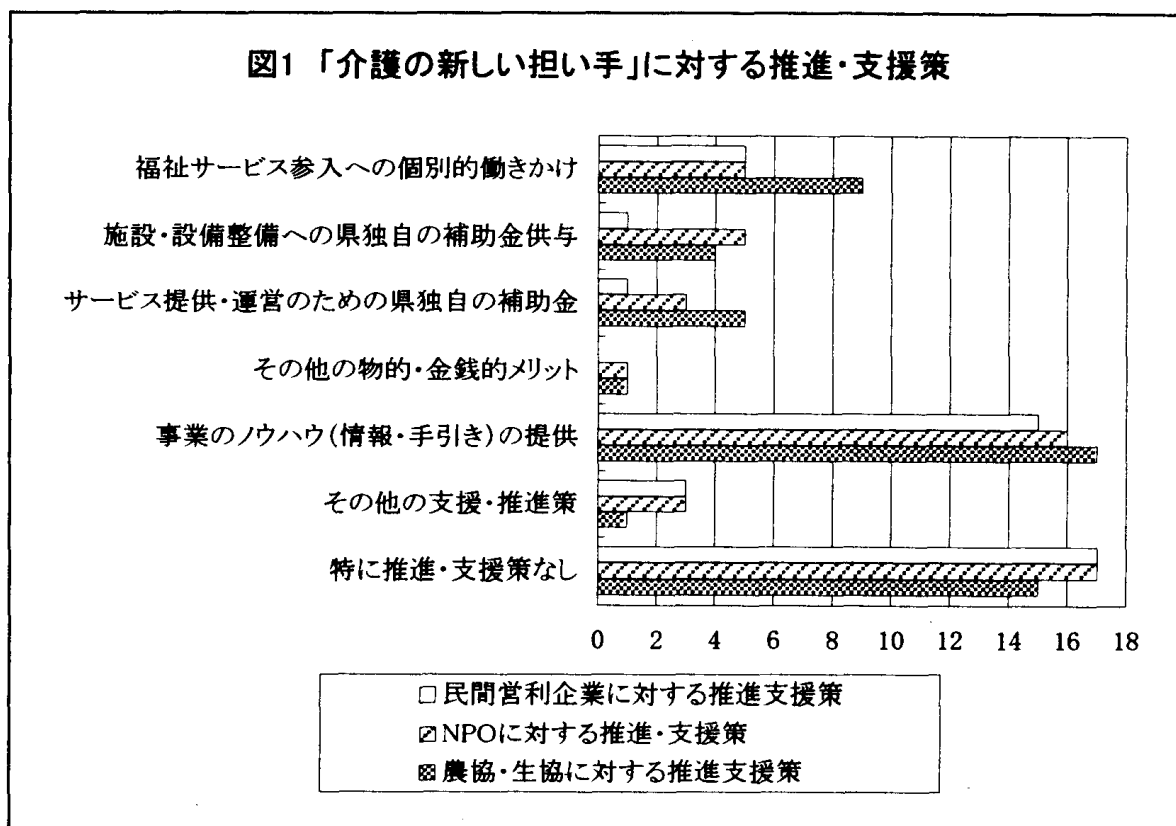
ただし、現実にはこのような利用者の選択が可能となるためには、十分な種類と量のサービスが、複数の供給主体により提供されることが必要となる。一方、現実には、低い介護報酬が多様な供給主体の介護市場参入の障壁になっていること、特に過疎地でその問題が深刻なこと、一方都会の激戦地では、破壊的な競争が、新規参入者や、サービスの質を追求する事業者にも不利に作用し、市場からの撤退を余儀なくさせることなどが危惧されてきた。また、既存事業者による「囲い込み」や市町村による既存事業者に対する過度の優遇が、競争的な

の創出を妨げているとの点も指摘されてきた。

そのため、介護保険制度が期待通りの効果をあげるためには、多様な供給主体がそれぞれの得意分野で活躍できる土壌づくりが重要な課題となる。その点で、先に挙げたように、都道府県の役割は重要である。

この点につき、福祉の比較的新しい担い手と位置づけられ期待されている農協や生協、NPOそして民間企業に対して、道府県がどのような推進支援策をとったのか聞いた結果が、図1である<sup>4</sup>。このような質問を行った趣旨は、NPO、農協、生協、民間企業等の福祉の新しい担い手の参入が、福祉の分野に風穴をあけ、新しい風を吹き込むことへの期待が高い一方で、一般にこれらの団体の新規参入は非常に厳しいものになると推測されており<sup>5</sup>、新しい供給主体による多様なサービスの供給が、介護保険制度を支える要の一つであることからすれば、都道府県としても、新しい供給主体を育てていくために、相当程度のことをすべきであると考えていたからである。

特に推進・支援策なし、という回答が民間企業及びNPOで17、農協・生協で15もあったということは、道府県が、少なくとも意識的にはあまり積極的に



対応しなかった、ということを示すものかもしれない<sup>6</sup>。しかし、個々の回答には、それぞれ支援のあり方として参考になるものが含まれているので、以下、みていこう（表1参照）。

回答の中で、最も多かった推進・支援策は、「事業のノウハウ（情報、手引きなど）の提供」で、民間企業に対しては15、NPOに対しては16、農協・生協に対しては17の道府県が、それぞれこのような支援策をとったと回答している。具体的な例は、表1のとおりであるが、ほとんどが特に対象を限定しない、事業者・起業希望者一般向けのものである。またその手法は、インターネットを利用した情報提供や事業者説明会のような不特定・特定多数を対象とする一方的情報提供、事業者相談会や連絡協議会のような情報交換の場づくり、個別の相談やアドバイスの提供などさまざまである。回答の中には、相談会・連絡協議会等の双方向的な情報交換の場や、個別の相談・アドバイスが、具体的な事業の立ち上げにつながったケースがあり（1-⑤⑪）、より具体的な支援が新規事業の立ち上げに有効に働いた例として注目される。また、連絡協議会を常設したところでは、協議会が情報提供の場から質の向上を目指す活動の場へと変化する兆しを見せたり（1-⑥）、圏域単位の協議会が、ケアマネージャー研修や事例研究の活発な活動の場になりつつある（1-⑨）など、常設の連絡会・協議会が、県、市町村、事業者がともに問題に取り組み、圏域や県域単位でのレベルアップをはかる活動の場になりつつあるという事例も見られた。

次に多かった回答が、事業を立ち上げてくれそうな組織等への「個別具体的なはたらきかけ」である。回答数は、農協・生協が9、民間企業、NPOがそれぞれ5となっているが、より積極的に個別的な働きかけを行った事例は、すべて農協に対するものだった。たとえば、「農協に対しては、圏域ごとに、個別にまわり、事業への参画を要請した。他の団体（NPO民間企業）に対してももちろん説明会や集団指導の場では説明をしているが、やはり関わり方には濃淡がある。」（2-②）、「民間等の参入がかなり難しいと予測し、相当農協には肩入れした。県上層部が、農協として事業が出来ないかということをお県農協のトップにお願いした。結果的に数カ所で事業が立ちあがっている。一方、個別の民間企業については、なかなか肩入れすることは出来ない。農協にはやは

り公的性格がある。」(2-①)といったものである。これらの回答からは、農協が、特に農村地域、中山間地において公的性格をもつ福祉サービスの重要な担い手として、期待されていること、一方、個々の民間企業に対しては、その私的な性格から、県としての個別的働きかけが難しいととらえられていることが、うかがえる。民間企業に対するこのような態度は、一般に、他の推進・支援策についても見る事が出来る。

また、施設や設備充実のための道府県独自の補助金供与は、NPOに対して5、農協・生協に対して4、民間企業に対して1となっている。このうち4例は、いずれも既存施設を改修して、痴呆性高齢者のグループホームやデイサービス事業所などを作る場合に、その改修費用を支援する事業(他事業もあり)となっている。国庫補助の対象となっていないために道府県が補助金を供与するというものである<sup>7</sup>。支給先は非営利のところに限定されているものが3、営利非営利を問わないものが1である。

一方、サービス提供・運営のための県独自の補助金を供与するものは、農協・生協に対するものが5、NPOに対するものが3、民間企業に対するものが1となっており、こちらの方は、内容はさまざまである(参照表1)。このうち4-①②は、中山間地において、農協によるサービスを促進するために、過去にモデル事業に補助を行った例であり、4-③④は、辺地における住民参加型、ボランティア型サービスを支援するもの、そして、4-⑤は、特に採算にのりにくい地域において、より充実したサービス(24時間巡回サービスや休日のデイサービスなど)の提供を開始する場合に人件費を補助するものである。

それ以外の推進・支援策としては、介護サービス支援融資があった。これは、指定事業者に対して、介護保険の設備・運転資金について融資するものである。また、農協婦人部等非営利団体がボランティア等で配食サービスや一声サービス、ヘルパー研修などをする場合、地元市町村が活動経費を補助する場合に、その一部を県も補助するというものもあった。



表1 「介護の新しい担い手支援の回答事例」

## 1 事業のノウハウの提供

## ○幅広い広報

①「ホームページを開設し、制度等の説明。」

## ○セミナー等開催

②「新規事業者のためのセミナーを2回開催、200人の参加者があった。」

## ○手引き書を提供

③「手続きについての手引き書を作り（対象者は限定せず）、説明会で配布した。」

④「グループホーム立ち上げのための手引き書を作り、団体への説明会の時などに配っている。」

## ○事業者相談会

⑤「平成11年11月～12月に、事業者相談会で、事業者、市町村、県が集まって地域のニーズについてなど具体的な話をした。事業者と市町村とのやりとりはかなりできたようで、市町村との関係がその後も続き、実際のサービスにつながった例もあった。対象を民間企業に限定したわけではないが、結果的には集まったのは民間企業だけだった。」

## ○事業者連絡会・研修等

⑥「市は独自に事業者連絡会をつくっているが、町村についてはそのようなものを作るところがなかったため、圏域を単位にして事業者連絡会を作り、町村にはいってもらった。これまでは、情報提供が主だったが、今後は質の向上を目指していくとすることに重点を移していく。」

⑦「介護保険推進連合会をつくってもらい、介護支援専門員だけでなく、すべての事業者にはいってもらい、そこで研修をしている。県は、ノウハウの提供、研修などをして、支援をしていく。福祉と医療の垣根がとれることを期待している」

⑧「過去のことだが、中山間地の市町村で連絡会を立ち上げ、県も定期的に出席してノウハウを提供するなど支援をした。出席者は社協、農協が多かった。」

⑨「圏域単位に研修部会をつくり、事例研究を行っている。」

## ○専門の相談員

⑩「参入促進センター（財団）が（ビルの1階部分を借り切り）、専門の相談員を置き、具体的な相談に乗っている。」

⑪「平成11年度の単年度事業として、介護サービス起業指導者派遣事業を実施。ボランティア団体等がノウハウを持っていないため、社協の経営相談員に委託して法人の立ち上げ等についてのアドバイスをした。約30件の相談があり、実際に数カ所の立ち上げがあった。」

## 2 個別的具体的はたらきかけ

①「当県においては、民間等の参入がかなり難しいと予測し、平成11年度には、かなり農協に肩入れした。上層部では、農協として事業が出来ないかということをお農協のトップにお願いした。農協の方でも、そういう意向はあった。一方、個別の民間にはなかなか肩入れ出来ない。農協にはやはり公的性質がある。結果的には数カ所で事業が立ちあがった。」

②「農協に対しては、圏域ごとに個別に回るなどして、かなり事業参画を要請した。他

の団体に対しても、集団指導や説明会の場で説明はしているが、やはり濃淡はある。」

### 3 施設・設備整備のための県独自の補助金

- ①「痴呆対象のグループホームを作るときに、既存の民家などを改造する場合、施設の補修・改修費を500万円の2分の1を限度として、補助金。対象は限定していないが、実際に申し出があったのは、NPOだけだった。」
- ②「既存の施設を改修して、痴呆性のグループホームなどを作るときに、その改修費用に補助をだす。」
- ③「痴呆性老人グループホーム整備事業・ヘルパーステーション整備事業（工事費、建物を新築することよりも効果的と認められる場合は、既存他建物の改修・改築費）、デイサービスセンター等整備事業（既存建物改修工事）、介護保険サービス車輛購入事業」
- ④「国庫補助の対象にならない、痴呆対応デイサービス、24時間サービスを既存の事務所などを改装して行うものについて、市町村が補助する場合に、県も施設整備の補助をするというもの。既に整備が進んでいるため、あまり要望はなく平成12年度は2カ所だけ。対象は、非営利のものに限る。」

### 4 サービスや運営に関する県独自の補助金

- ①「民間等の参入がかなり難しいと予測した。農協では、過去にホームヘルパーの養成研修等を行っていて、組合員に高齢化の問題意識がかなりあったことから、モデル的に山村地域に補助を行った。」
- ②「農協については、過去、モデル事業で、2カ所に対し、ホームヘルプ、福祉用具貸与、訪問入浴について補助をした。たとえば、10ヶ町村をエリアとした農協が事業を開始するとき、初期投資として必要なヘルパー車、入浴車、ヘルパー研修などを補助。（現在はなし）」
- ③「介護保険以前のものだが、県単の生活支援事業で、公民館ボランティアに市町村が補助する場合に、その運営費を県も補助するというものがあった。」
- ④「辺地サービス事業として、市町村が、NPO、住民参加型サービスの立ち上げを支援する場合に、県も補助するという補助事業を、平成11年度に設けた。平成12年度の実績はなかった。ほとんどの市町村が社協に頼んだり、自前でやったりしていて、市町村として、そこまでは取り組まない、ということではないのか。市町村は今でもハード重視で、ソフトに対してはあまり目を向けない。」
- ⑤「加算地域における在宅サービス促進特別対策事業費補助金として、訪問介護サービス時間延長事業（訪問介護について、新たに24時間サービスや早朝・夜間帯にサービス時間を延長して巡回型派遣を実施する事業・人件費）、通所介護ホリデイサービス事業（日帰り介護について、新たに平日以外のサービスを実施する事業・人件費）、訪問入浴サービス事業。民間事業者への助成含む。」

### 5 その他の支援・推進策

- ①「指定事業者にたいして、介護保険の設備・運転資金について融資するというもの。実績はかなりある。」
- ②「農協婦人部等非営利団体がボランティア等で配食サービスや一声サービス、ヘルパー研修などをする場合、地元市町村が活動経費を補助する場合に、その一部を県も補助する。」

## (2) 情報の非対称の解消とサービスの質の改善—評価システムの導入

市場の失敗が生じる典型的な場合として、情報の非対称があげられる。この点について、駒村（1999年）<sup>8</sup>は、特に、介護サービスについては、①「財・サービスに関する変更できない供給者の特性を、事前に消費者が知らない場合に発生する、『隠された特性』（経験財としての介護サービス）」、②「プリンシパル（購入者）が、エージェント（供給者）の行動を監視できない場合に発生する『隠された行動』」、③「プリンシパルがエージェントの行動を監視できるが、評価できない場合に発生する『隠された情報』」、④「プリンシパルがエージェントの機会主義的な行動に気づくが阻止できない場合に発生する『隠された意図』」の4つの情報の非対称性が生じる可能性があるとして整理した。要するに、介護サービスの利用者は、事前にサービスの内容や質を知ることが出来ないことが多く、その真の姿を知っていれば決して利用しなかったサービスを選択してしまう危険性が高い。また、サービスを受け始めてからも、サービス提供が、個人の家や施設という人の目の届きにくい、ときには家族の目さえも届かないところで行われるだけに、家族等が適切なサービス提供が行われているのか判断できない場合などが生じる。利用者の特性（たとえば痴呆であるなど）から、利用者本人が、悪質なサービスを受けていてもそれを判断できないこともあるだろう。さらに、受けているサービスの内容自体をきちんと認識はしていても、そもそも介護のプロではない利用者や、利用者の家族は、それが、本当に利用者にとって最もふさわしいサービスなのかどうか、判断できるとは限らない。家族の見ていないところでは、十分にケアが行われていないことを薄々感じていても、家族がそのことを強くいえず、また言ったところで改善されることが期待できない場合もあるだろう（かえってつらくあたられるおそれもある）。介護のように人対人の関係が密で、また地域密着型組織がサービスを提供している場合などは、いやだと思っても、地域や人間のしがらみから、いったんサービスを受け始めると、利用をやめる、となかなか言い出せないこともありうる。

このような場合は、介護保険に期待される2つの効果 — ①利用者が自分に合った良質なサービスを自ら選び、受けることが出来る。②良質なサービスが

選択され、悪質なサービスが駆逐されることにより、サービス全体の質が向上する。— のいずれもが期待できなくなる。そのため、このような事態をできるかぎり回避し、利用者や利用者の家族が、十分な情報を享受できるようなシステムづくりが望まれる。すなわち、第1に、利用者や利用者の家族が、サービスを受ける前に、自分がこれから利用しようとしているサービスが一体どのようなものなのか、ということを知ることができるようにしなければならない。第2に、それに加えて、利用しているサービスが、その人に最もふさわしいサービスなのかどうか、サービスの質のレベルは、他と比べてみた場合、どの程度なのか、といったことを利用者・家族が判断できるような情報を提供しなければならない。そのためには、サービスや事業者に関する詳細な情報が、利用者や利用希望者に対して提供されるとともに、サービスの善し悪しを判断するためのわかりやすい基準の提示や他の供給主体との比較も不可欠である。

このような意味から、施設や在宅サービスをあらかじめ設定された基準で評価し、その結果を比較可能な形で公開していく評価システムの導入は、重要である。また、このような評価は、みずからのサービスのレベルを他の事業者との比較の中で知り、自己改善に結びつけていくというインセンティブを強く与える点で、サービスの質の向上に寄与することが強く期待できる。そして、この点でも都道府県は大きな役割を果たしうる。というのも、都道府県という広域自治体であれば、市町村の区域を越えて活動する多くの供給主体を同一基準の評価の舞台にのせ、一覧可能な形で情報提供することができるからである。

このような趣旨で、各都道府県が、まず自己評価システムにどのような形で取り組んでいるのかを聞いた結果が、図2、図3である。結果は、施設サービスで、導入済みが6（14%）、導入予定が5（12%）、検討中が12（29%）、未検討が19（45%）。在宅サービスで、導入済みが2（5%）、導入予定が5（12%）、検討中が14（33%）、未検討が21（50%）であった。未検討がどちらも半分近いなど、一般的には、導入はまだあまり進んでいないといえる。第三者評価となると、図4、図5に見ることが出来るように、さらにその導入度合いは低くなっている。

インタビューで聞くことの出来た具体的な、導入や検討の状況は、表2のと

図2 施設サービスについての自己評価システム

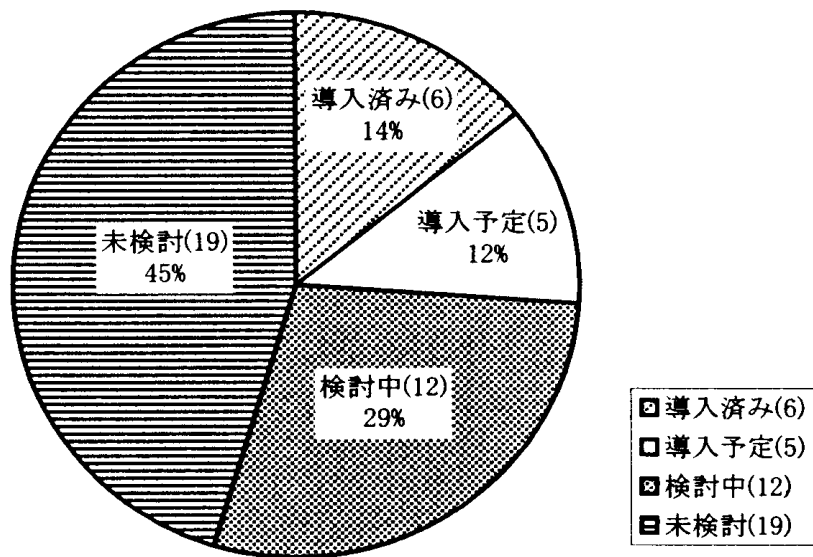
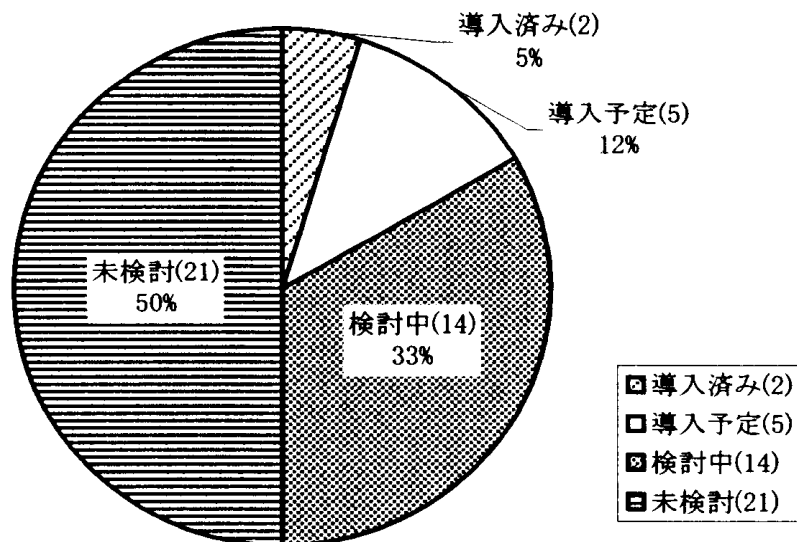
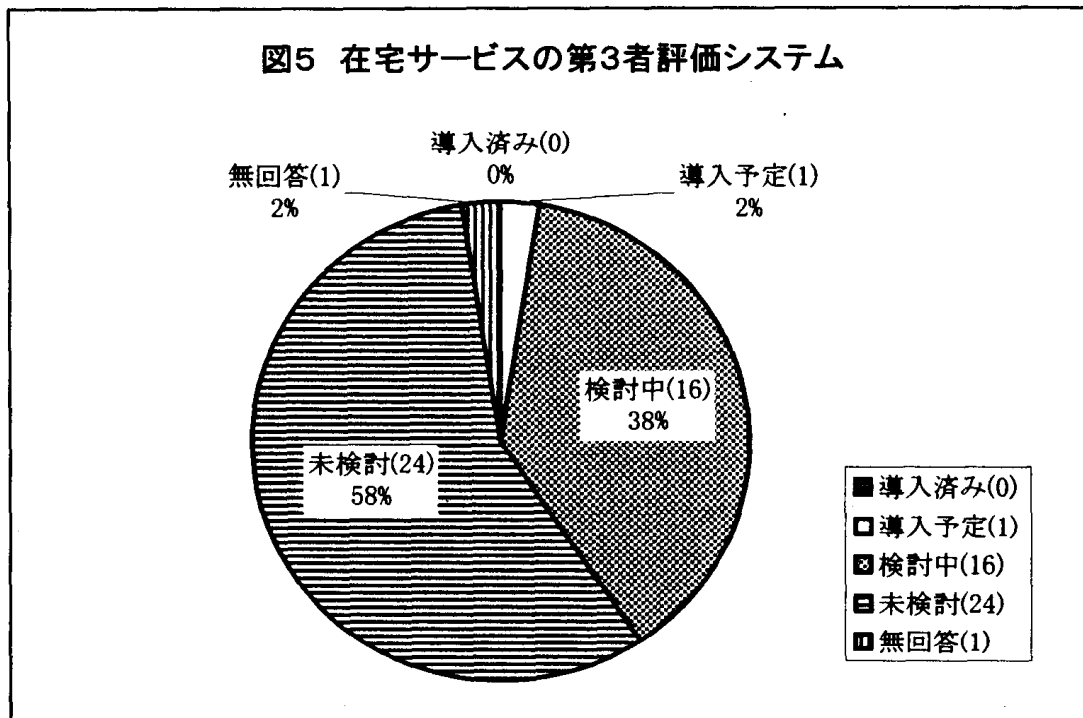
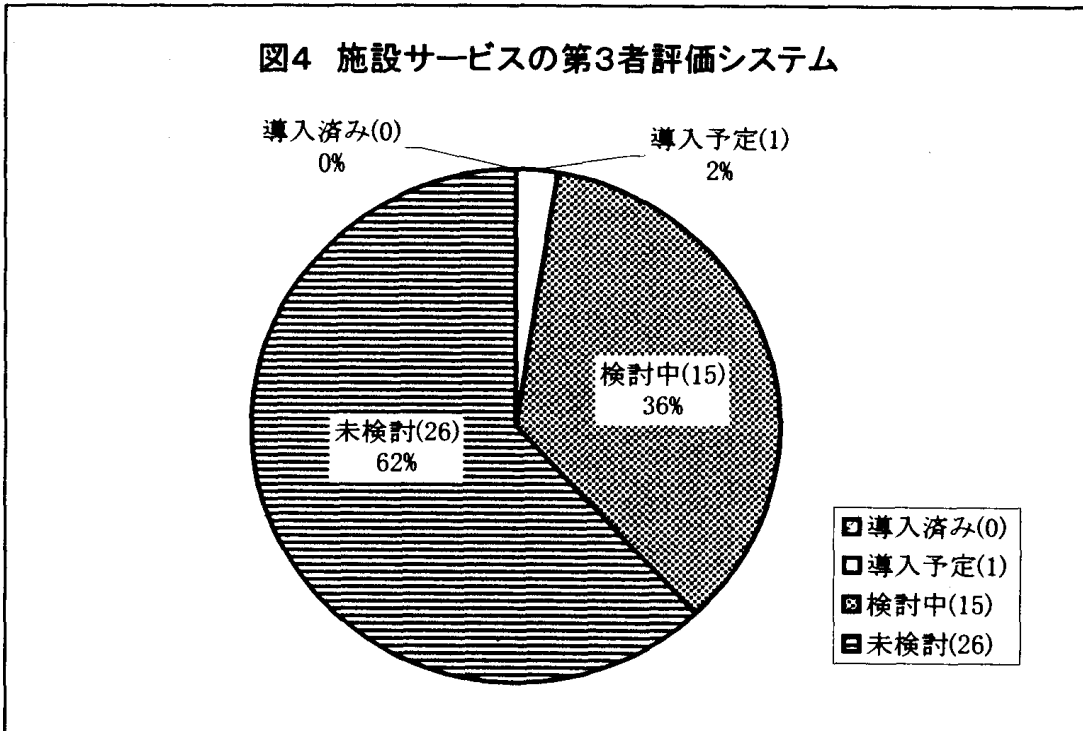


図3 在宅サービスについての自己評価システム



おりであるが、そこからは、次のような傾向を指摘できよう。第1に、「自己評価か第三者評価か」ということでいうと、圧倒的に自己評価を先行させているところが多いということである。概して道府県は、第三者評価には消極的であるといえるが、その理由としては、行政が第三者評価に関わることの困難性 — 正確な評価の困難性、事後的処理の困難性、情報公開の困難性 — があげ



られた (⑭⑮⑯など)。それに対して、自己評価は、行政の関与の仕方としては、よりソフトな手法であり、一方、サービス提供側に自己点検と自己改善を促すという効果もあり、ある程度の質の向上も期待できる。多くの道府県では、このようなことから、まず、自己評価から取り組んでいくという方針となったようだ。進展の具合だが、導入予定、検討中と回答したところの多くが、平成

表2 評価システムについての回答事例

## 1 施設の自己評価については、既に導入済と回答した道府県の状況

\*導入済みとの回答があった6県のうち、2県は、従来からの施設評価を継続中というもの

## ○従来のもを継続

- ①「これまでしてきた自己評価を、県の方で引き続き行っている。」  
 ②「施設サービスについて導入済み。ただし、導入済みの分は、介護保険施行前の平成8年から行っている分である。これについては、県独自の内容を加え、市町村に3年間取り組んでもらった。また、平成12年度以降は、自己評価を各施設で行ってもらっているところである。現在、項目について、介護保険に合わせてバージョンアップをしようとしているところであり、圏域ごとに検討会（事業者連絡会）を作り、基準や評価の仕方について検討してもらっている。まずモデル的に試行し、それを踏まえて本格導入の予定。健康増進等事業（10/10国の補助）の先導的の事業として補助金をもらっているのので、これを利用しながら事業を進め、平成12年度で方向を決めていきたい。」

## ○バージョンアップ版を導入済み

- ③「専門委員会を立ち上げて平成11年度に福祉サービス（特養・在宅（訪問入浴、訪問介護、デイサービス）についての自己評価基準を作った。」  
 ④「特別養護老人ホーム、老人保健施設、訪問介護、通所介護の4つについて既に導入済みである。県として評価基準を作り、現在は、施設等に、マニュアルを投げかけ、反応を待っている状況である。医療系の評価はやはり難しいと感じている。医学的知識がないと評価できないと言うことがあるし、他県にも例がないようだ。」  
 ⑤「すでに導入済み。平成12年、介護老人福祉施設、訪問介護の自己評価基準を策定している。」

## 2 施設の自己評価について導入予定と回答があった分の回答事例

- ⑥「ヘルパー協議会や特養などの団体と相談をしているところである。12年度中に内容を決めたいという希望を持っている。第三者評価については、国を待ってから検討したい。」  
 ⑦「従来のもを参考にしながら、新たに県独自のものをつくった。2001年4月から導入の予定である。まず、特養、老人保健施設でスタートすることとしており、現在参加を呼びかけているところ。ランク付けは難しいので自己評価でスタートする。」  
 ⑧「まずは自己評価から、ということで特別養護老人ホームと老人保健施設から始める。療養型については、今後検討していくことになる。自己評価については、東京都のものが進んでいて参考になった。サービス利用者が情報を入手できるようにするというのが目的である。」

## ○導入を指導している、と回答があったもの

- ⑨「国が平成12年5月に示した指導監査基準の「主眼点・着眼点」を示し、自発的に自己評価するよう自己評価の導入を指導している。」

## 3 施設の自己評価について検討中と回答があった分の回答事例

- ⑩「今年度（平成12年度）は、一地域でモデル的に検討を行った。また、施設の第三者評価についても検討はしている。当県では、1万人委員会の支部が活発に活動しており、そこで施設サービスの第三者評価についても検討している。」  
 ⑪「従来から老人福祉施設、児童施設、障害者施設について、県で、自己評価、第三者評価の基準を作り、平成11、12年度とやってきた。平成13年度に在宅の、平成14年度には

施設の基準の見直しをしていこうとしている。共通部分については、平成13年度にサービス評価部会をつくってもう一度検討し直すこととしている。」

- ⑭「自己評価について検討中である。兵庫県のものが参考になった。平成13年度に実施の予定。現在、評価基準を作り配布、老人福祉施設協議会などに諮っているところである。取り組むところについては、順次導入していく予定である。」
- ⑮「現在、新たに従来のものとは異なる自己評価の基準について検討している。事業者に示すことを検討している段階。第三者評価については、来年度検討を開始しようということになっている。」

### 3 第三者評価について特別のコメントがあったもの

- ⑯「県としては、介護保険施行前の特養の第三者評価（外部評価）は導入済みだった。（20万円の補助金を出して、特養・養護・老健7施設にやってもらっていた。）事業者からは、慎重にやるべきとの意見もあり、県としては、まず自主評価基準を作り、第三者評価についてはこれからの検討課題。国の動きも、高齢者については第三者評価というより利用者評価になりつつある。」
- ⑰「かつて、第三者評価をやってみたが、情報公開のところで引っかけり頓挫してしまった経験がある。第三者評価は難しい。」
- ⑱「第三者評価については、行政の後始末が大変、という感じがしている。」

### 4 公表についてコメントがあったもの

○すでに公表しているという回答があったもの

- ⑲「公開については、「すでに公表」としているが、まとめた結果を公表しているということで個別の結果は公表していない。」
- ⑳「結果は施設の自主公表に任せている。ただし、インターネットで公表の場を提供している。」

○公表を検討しているという回答があったもの

◇インターネットで公表する予定だとするもの

- ㉑「公開については、施設については、施設台帳をホームページにのせている。これに替えたものを作るかどうか、考慮中である。」
- ㉒「インターネットでの公開を考えている。そのほか、全市町村、在宅介護支援センターに台帳をおくつもりである。」
- ㉓「3月までに、公表できるものがどれかということについて協議していく。自己評価については、東京都が進んでいて参考になった。サービス利用者が情報を入手できるようにするのが目的で、項目を選定している状況。インターネット、ホームページに掲載することを考えている。掲載の方法だが、ホームページに自己評価の結果をのせてもらうよう依頼する。」
- ㉔「公表の仕方は、施設がワムネットにのせていくというやり方。県がサイトを開くので、そこに施設側が自己評価の結果を載せていく。公表の場を県が提供するというやり方。」
- ◇事業者に公表するよう依頼しているというもの
- ㉕「公表については、行政としては公表を行わず、事業者自ら公表するよう依頼している。」
- ㉖「公表については、県としては事業者、施設に公表するよう指導。県として個別の自己評価結果を公表はしない。老人福祉施設協議会等と結果を見てから話し合いをしていこうという判断をしている。平成13年にインターネットの受け皿は作るつもりで検討中。」
- ㉗「自己評価の結果は、各事業者において判断すべきものとされている。」



13年度、14年度中の導入を予定・検討している。

第2に、評価の対象となるサービスだが、特別養護老人ホームや老人保健施設、訪問介護やデイサービスなどが、比較的多数の道府県で評価対象サービスとされているのに対し、療養型医療施設、訪問看護サービスなどは、評価の対象としてほとんどあげられてきていない。福祉施設や在宅介護サービスについては、従来からのある程度の評価の蓄積があるのに対し、医療施設については、それがなく、また医療部分の評価は難しいとの判断があるのではないかとと思われる。

第3に、公表についてだが、全体的には、自主的に公表してもらうというスタイルが多い。中には、すでに早くから、施設台帳の一部をインターネットで公開している島根県のような例もあり（図6参照）、また、一斉公開を前提に

図6. ホームページで公開されている施設の概要

## 施設の概要

- 居室の状況：  
建物：1階建  
建物延床面積：2,898.58 平方メートル

	6人以上	5人室	4人室	3人室	2人室	個室	計	1人あたり床面積
室数	0	0	10	0	3	4	17	9.80 平方メートル

- (※居室面積の単位：平方メートル)
- 在宅福祉サービス状況：  
ショートステイ：10床、デイサービス：基本事業、通所給食・入浴、ヘルパー派遣事業：常勤職員1名 非常勤1名、介護支援センター：常勤職員2名
- 職員配置状況：24(1)名（介護福祉士有資格者：7名、社会福祉士有資格者：1名）  
(※(数字)は嘱託・外数)

	施設長	事務員	指導員・寮母	看護婦	栄養士	調理員	介助員	医師	その他
基準数	1	1	12	2	1	0	1	1	0
配置数	1	3	16	2	1	業務委託	1	(1)	0

## 入所者情報

- 入所者現員 : 入所: 50 名
- 平均年齢: 84 歳 ( 男性:86 歳、女性:84 歳 )
- 平均在所期間 : 0 年 4 ヶ月
- 日常動作 :

移動介助	12	食事介助	1	排泄介助	26
入浴介助	31	着替介助	27	整容介助	29
寝返介助	17	意志疎通不能	6	車いす使用	34
痴呆性	33	おむつ使用	13	じょくそう者	1

## サービス内容

- 食事:
  - 給食時間 : 朝食 8 時 00 分 夕食 18 時 00 分
  - 1 日当たり給食単価 : 750 円
- 医療:
  - 健康診断など :
    - 定期健康診断: 年 1 回
  - 囑託医の勤務状況 :
    - 週 1 回 (1 回あたり 時間)・科目 (内科)
- 入浴について :
  - 一般浴: 週 2 回、特別浴: 週 2 回
- おむつ交換 :
  - 常時使用者: 定期交換 6 回、夜間のみ使用者: 定期交換 3 回
- 入所者預かり金
  - 預かり金取扱規程: 有
- 売店・訪問販売 : 有

(出 所) <http://www.wah.pref.shimane.jp>  
 (島根県ホームページ)より「社会福祉施設 情報」に入る。

関係者と協議していることが推測できるものもあったが、これはかなり例外的で、多くは自主的に公表してもらおうという方法になりそうである。

ただし、その中でも公表への働きかけの度合いはかなり異なり、たとえば、「公表は各施設において判断すべきである。」のように、公表の有無を事業者側に全く任せるものもあれば、「なるべく公表してもらおうように依頼している。」「インターネットに公表の場を用意している。」と任意的公表を積極的に促しているものもある。

このような姿勢の差異は、評価を何のためのものにとらえるかに依るところが大きいように思われる。評価をあくまで、サービス提供側の自己点検・自己改善の道具と考える場合には、評価の公表は必ずしも必要ではない。逆に行政が勝手に評価の結果を公表するようなことは、サービス提供側の権利を不当に侵害することになりかねない、との判断がでてくるだろう。一方、評価を、利用者がサービスを選択する時のための情報と位置づける場合には、公表は、不可欠なものとなる。ちなみに、筆者は、評価と評価の公表は、先に示したように、介護サービスに生じがちな情報の非対称の改善のために不可欠と考えており、そのために都道府県は、積極的に関わるべきだと考えている。

なお、道府県のホームページの中で、詳細な評価項目を公開しているものとして、北海道がある<sup>9</sup>。また、ホームページ上に、任意で自己評価の結果を公表する場を設けているものとしては石川県の例がある。詳細な項目は、見る側にとって、サービスを選択する際に大きく参考になる内容だが（図7参照）、残念なことに、実際に、自己評価の結果を公表している事業所の数は極めて少ない。

自己評価を導入し、また任意ではあっても、インターネットなど道府県側の用意した情報媒体にのせてその情報を公表していくというその方向は、情報の非対称を克服していく第1歩として、高く評価したい。しかし、現状では、まだまだ情報の公表が、供給者側の論理 — 事業者の競争上の地位に不利に作用するかどうか — を過度に重視し、一方で、利用者側の利益 — 情報の非対称が利用者のサービスを受ける権利をどんなに阻害しているのか、市場をどんなにゆがめるか — を過度に軽視しているように思える。

図7. 入所施設（特養）及びショートステイ情報開示項目と記載

情報提供項目	サービス事業者による記載内容
<b>【料 金】</b>	
1. 利用料の支払い方法	1ヶ月毎に計算し、ご請求しますので、翌月15日までに下記のいずれかの方法でお支払い下さい。 1. 窓口での現金支払 2. 指定金融機関口座への振込 3. 金融機関口座からの自動引き落とし
2. 基本料金(1割負担)以外に実費負担するもの	1. 食事標準負担額760円程度/日(1食でも、3食でも同料金です。) 2. 喫茶利用料金:一品100円 3. その他 日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用及びインフルエンザの予防接種などの健康管理費でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担していただきます。
<b>【サービス利用手続関係】</b>	
3. 説明パンフレットの有無	施設パンフレットがありますので、ご請求下さい。
4. 施設見学	随時見学可能です。事前にご連絡いただければ担当の者がご案内いたします。  申込み TEL 0767-32-3888
5. 体験入所の可否(入所施設のみ)	体験入所可能です。ご連絡下さい。  申込み TEL 0767-32-3888
6. 管を使って食事を摂るような重度な方の利用	受け入れ致します。
7. 利用申し込みから利用開始までの標準的な期間	1年から1年半の入所待ち状態です。
<b>【サービス提供・生活一般】</b>	
8. 食事の時間帯	朝食 午前 8時00分～9時00分 昼食 午後12時00分～1時00分 夕食 午後 6時00分～7時00分
9. 食事の選択(メニュー)方式の有無	選択メニューが「お楽しみ食事」として有ります。 お楽しみ食事 月3～4回 他にもバイキング食・行事食等があります。
10. 食事の適温での提供体制の有無	管理栄養士による食事を適時・適温にて提供しています。  (温冷配膳車3台使用)
11. 入浴の状況	一般浴・中間浴(車椅子浴)火・木・土曜日

	特別浴(機械浴) 月・水・金・日曜日 週2回入浴日を設定しています。 設定日に入浴できない方には清拭を行います。
12. 入浴日以外の入浴の可否	原則として入浴は週2回です。 必要に応じてシャワー浴を提供しております。
13. 風呂のお湯の入れ替え回数	お風呂のお湯は毎日入れ替えています。
14. おむつ交換の方法	1日8回の定時交換及び必要に応じて随時交換します。
15. 着替えの回数	入浴時の着替え及び毎日の肌着替えまた必要に応じて随時行います。
16. シーツ交換の回数	週1回の定期交換 必要に応じて随時交換します。
17. 体位交換の頻度	身体の状態に応じて2時間毎に実施します。
18. 消灯時間	消灯時間は午後9時です。
【サービス提供・趣味、娯楽】	
19. 飲酒の可否	健康上問題がなければ(医師の指示による)園内での飲酒は可能です。
20. テレビ、新聞等の閲覧	テレビ: 食堂1台 談話室3台 デイルーム2台  新聞・雑誌等は食堂・デイルームに用意してありますので自由にご覧になれます。
21. 理容・美容	理容、美容ボランティアによる定期のカットまた有料での理髪を行っています。
22. レクリエーション・クラブ等の状況	
23. 私物の持ち込み	身の回り品の持ち込み可
【サービス提供・各対策】	
24. 機能訓練の内容	
25. 嗜好調査の実施	年2回の実施
26. 感染症予防のための方策	
27. 協力医療機関	協力医療機関 医療機関の名称 町立富来病院 所在地 石川県羽咋郡富来町地頭町 7-110-1 診療科 内科・外科・整形外科・眼科・婦人科 精神科・皮膚科・小児科  協力歯科医療機関 医療機関の名称 山岸歯科医院 所在地 石川県羽咋郡志賀町高浜町ツ部 73-7

28. かかりつけ医との連携	利用者のかかりつけ医・ソーシャルワーカーと連携し、緊急時には速やかに対応できるようにしている。
29. 終末の方への対応	本人、家族の希望に応じて終末まで利用できます。
30. 金銭管理の方法	家族等の希望に応じて、預り金規程に則り適正に(利用者毎に預金通帳で管理)管理します。
31. 専門家による定期的な処遇の見直し	
32. 事故発生に備えた保険の加入状況	万が一の補償のため損害保険に加入しています。
33. 利用者情報の管理方法	利用者管理台帳を情報管理責任者によりコンピュータ管理。
【サービス提供・その他】	
34. 送迎の可否(ショートステイのみ対象)	施設設備のリフト付きワゴン車にて送迎利用できません。
35. 利用者に対する看護・介護職員の割合	利用者3名に対して看護・介護職員が1名配置されています。
【利用者・家族との連携】	
36. 利用者・家族との相談や意見収集の方法	
37. 利用者・家族との連携・コミュニケーションを確保するために取っている方法	
38. 家族への介護技術指導の有無	
【事業の管理運営】	
39. サービス提供職員の雇用形態	常勤雇用
40. サービス提供職員の年齢別・性別状況・平均経過年数	年齢別 10代 2名 20代 16名 30代 7名 40代 10名 50代 5名  性別状況 男 6名 女 34名  平均経過年数 6年4ヶ月
41. サービス提供職員が保有する資格	看護婦 4名 介護福祉士 21名 ヘルパー1.2級 9名
42. 苦情対応方法	苦情受付窓口の設置
43. 苦情相談受付担当	苦情受付担当者 生活相談主任 岩本 繁  受付時間 午前8時30分～午後5時30分

44. 職員に対する対人サービス(接し方や電話対応)研修の実施状況	新任職員研修 採用時 中堅職員研修 年2回
45. 職員の研修状況	年2回
46. 災害等のマニュアルの作成状況	災害等緊急時のマニュアルを作成し万が一の場合に適切に対応できるようにしています。
47. 避難訓練の実施状況	消化・通報訓練 月1回 総合避難訓練 年2回 (内1回の夜間想定訓練) 避難時に速やかに対応できるよう訓練しています。
【施設概要】	
48. 施設の設立年月日	昭和59年6月22日
49. 事業の開始年月日	昭和60年4月1日
50. 土地・建物	土地面積 11,067.18 m <sup>2</sup> 建物面積 4,103.31 m <sup>2</sup> 建物 鉄筋コンクリート造瓦葺2階建
51. 施設概要	介護老人福祉施設はまなす園 定員100名 ショートステイはまなす園 定員 10名 居室 1,000.532 m <sup>2</sup> 静養室 1室 個室 4室 2人室 5室 4人室 24室 機能訓練室 84.644 m <sup>2</sup> 食堂 261.888 m <sup>2</sup>
52. 公衆電話	施設食堂ホールに設置(テレホンカード対応)
【その他】	
53. 開示情報の最新更新月日	平成12年9月1日

(出 所) <http://www.kaigo.pref.ishikawa.jp/wamappl/services.nsf/vSearch/2E37761F6A5BA62001/03/22>

### (3) サービスの質の向上に対する取り組み

これまで、市場のメカニズムをより正常に働かせることによる質の向上について考えてきた。しかし、これだけで、十分に利用者側の選択権や良質のサービスを受ける利益は守られるとは限らない。

在宅サービスについては、どんなに多様な供給主体の参入のために努力をしても、やはりそれが見込めない地域というのはあるだろうし、施設サービスについては、もともとそのような競争的な市場の形成が想定されていない。というのも、施設サービスについては、供給主体が限定されていることに加えて、都道府県は、特別養護老人ホームの認可、介護老人保健施設の開設許可、介護療養型医療施設の指定に当たり、介護保険事業支援計画、都道府県老人福祉計画に基づいて供給調整を行うこととなっているからである。もちろん、利用者側は、入所施設を割り当てられるわけではないから、近隣のいくつかの施設から自分の入所したい施設を選択することは可能ではあるが（遠方の施設も選択可能だが、実際に好んで遠方に行きたいと思う人はあまりいないだろう）、質の悪いサービスを提供する施設についても、既存のものについては、「供給量」として算定した上で、供給調整を都道府県が行うのであるから、需給の見込みが正確であればあるだけ、たとえ納得できないレベルの施設であっても、必要に迫られ入所せざるを得ない人がでてくることになる。そのような状況の下では、競争による質の向上は必ずしも期待できない。

そこで、より積極的に、サービスの質の向上のために、政府が、直接関わっていく必要性が生まれる。その際、法で定められている都道府県の報告の徴収、立ち入り検査、改善の勧告、指定の取り消しといった権限を有効に活用しながら、質の向上をはかることは、最も直接的かつ効果的な方法となるだろう。

この点で、都道府県知事は、介護保険法の第24条、第76条、第83条、第90条、第100条、第112条に基づいて、介護サービス事業者等に対して、指導及び監査を行うこととなっており、その方法及び内容は、「介護保険施設等指導方針」、「介護保険施設等監査方針」、これらに含まれる「主眼事項・着眼点」によりあらかじめ定められている。これらによれば、都道府県は、「集団指導」（対象となるサービス事業者等を一定の場所に集めて講習等の方法により行う）、「書面指導」（これらのサービス事業者等から書面の提出を受けた上で、一定の場所で面談方式で行う）、「実地指導」（サービス事業者等の事業所において実地に行う）を効果的に組み合わせて効率的、重点的に実施するものとされており、その頻度は、実地指導については、介護保険施設について原則2年に1回、介



護サービス事業者について原則3年に1回行われるものとされている。また、老人福祉法に基づく指導・監査の方法、内容も、同様に「老人福祉施設指導監査指針」及びそれに含まれる「主眼事項及び着眼点」により定められている。これらの「主眼事項・着眼点」は、かなり詳細なものである。

このように、介護保険制度が予定している都道府県による指導監査は、綿密・周到なものであるが、実際に、それを質の維持・向上につなげていくことができるかどうかは、それがどのように運用されるか、実際に指導を行う担当者がどの程度まで踏み込んで指導を行うかによって、かなり異なってくるように思われる。たとえば、実地の指導が事業者側の説明を鵜呑みにして、挨拶程度のものになれば、実際に現場で生じているさまざまな問題を見逃すことになる。利用者が事実上サービスを選択できない場合には、サービスの質の維持の確保が、もっぱらこの指導に依ることもあり得るとすれば、「主眼事項・着眼点」をより詳細に客観化・基準化し、あるべきサービスの質に近づけていく独自の工夫も必要になるし、必要に応じてチェック事項を独自に加えることも必要となるだろう。場合によっては、省令や通知で定められている基準そのものをより厳格なものに変えていく必要もでてくるかもしれない。介護保険施設及びサービス事業者に対する指導・監査は、今回の地方分権一括法において、いずれも自治事務とされており、都道府県は、いつでも自らの判断で、必要だと考えた指導・監査を行うことができるし、また、それが求められている。

各道府県においては、現在、介護保険法による上述の指導・監査を、国の方針に沿いつつ、順次導入・実施しているところであるが、それに関する設問<sup>10</sup>には、「質の維持・向上のために、指導体制の強化等は認識している。」「第三者評価基準などを参考にしながら、国の基準や運営基準より以上のものをこれからどうするか、内部で検討しようという状態である。」「独自の基準を設定するようなことはしないが、国の基準がない（又は解釈できない）部分等について、質の高いサービスを確保するため、指導を行っている。」「（「より厳しい」基準を設定はしていないが）県の裁量の範囲内で通常より厳しい指導をしている。」等の回答もあり、指導監査を、質の向上のために活用していく都道府県の積極的な取り組みが期待される。

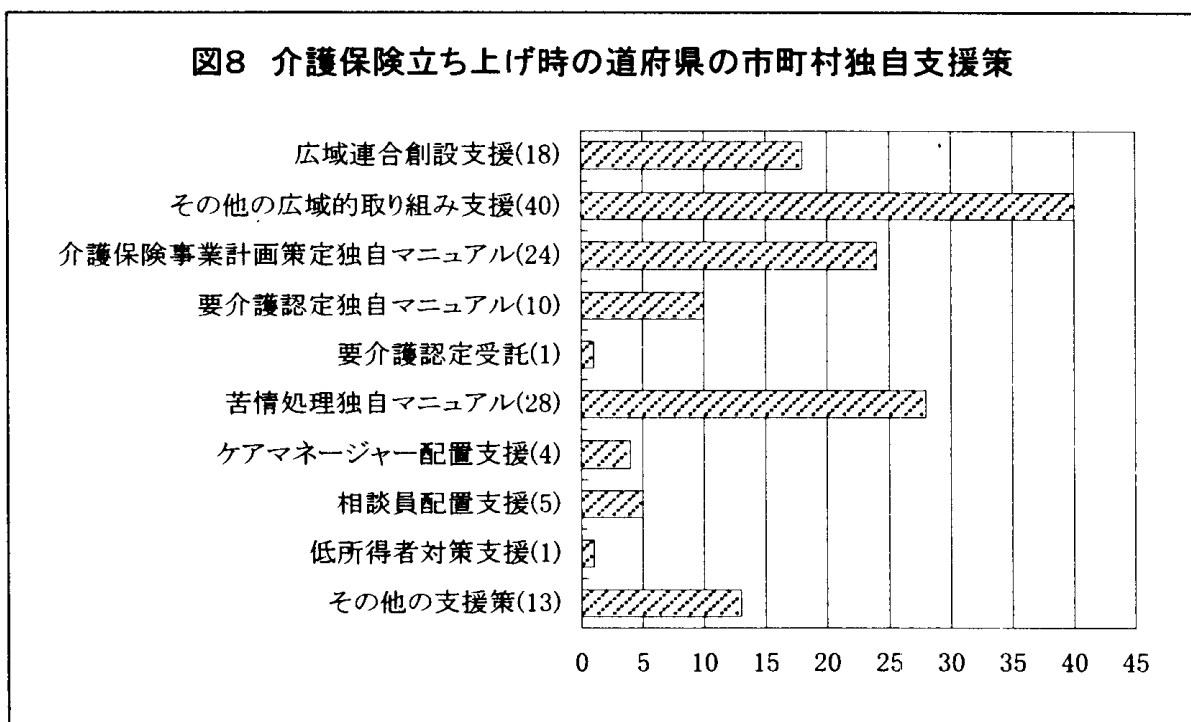
その他にも、道府県では、サービスの質の向上を図るために多様な試みを行っている。サービスの質の向上のために取り組んでいる事柄について聞いたところ、「利用者からの苦情・要望を反映する仕組みづくり」に関する取組みが複数の道府県からあげられた。すなわち、「介護サービス向上推進員を各市町村に設置し、利用者の意思・要望を事業者に伝える仕組みづくりを検討中」「苦情対応の仕組みの強化」「施設サービスに対する苦情相談員制度を実施」などである。また、大きな社会問題となっている身体拘束についても、「身体拘束禁止に向けた取り組みを検討中」「身体拘束ゼロ作戦推進会議設置」といった取組みがあげられた。さらに、痴呆高齢者がいきいきと生活する場として、大いに期待されながらも、利用者の特性や、施設の構造（小規模、人の目がはりにくい）から、場合によっては大きな人権侵害が起こる危険性もある痴呆性高齢者のグループホームについては、「痴呆性老人グループホーム管理者研修実施」「痴呆性老人グループホーム研修テキスト作成」「痴呆性高齢者グループホーム評価事業」などの対応がすすめられている。その他、「介護保険研究大会の開催」「ケアマネジメントのレベルアップのためのハンドブックの作成・配布」などもあげられている。

### 3. 分権化と都道府県の役割—市町村のサポート

前述のように、都道府県のもう1つの重要な役割として、市町村のサポート機能がある。各道府県は、介護保険をスタートさせるに当たって、実際、どのようなかたちで市町村を支援したのだろうか。新聞等で報じられた都道府県独自の市町村支援策のうち9項目をピックアップし、具体的にそのうちのどれを道府県が行ったか聞いてみた結果が図8である。これらは、大きく分ければ、介護保険の運営体制を強化するための支援、介護保険法上の市町村事務に対する直接の支援、それ以外の介護保険を円滑に運営するための支援に分けることが出来よう。

まず、保険者の介護保険の運営体制そのものを強化するための支援として、広域化を推進するさまざまな支援があげられる。図8からも明らかのように、

図8 介護保険立ち上げ時の道府県の市町村独自支援策



この点に関しては、道府県は概して積極的だったといえ、広域連合創設を支援している道府県が18、また、その他の広域的取り組みを支援している道府県は40にのぼっている。特に、中山間地を抱える県では、広域化は切実な問題であったようで、「小規模市町村が多く、単独でやっていくことは無理との判断から積極的に取り組んだ」という声も聞かれた。具体的な方策については、表3に示したとおりであるが、相当程度の財政支援に加え、人事交流などの工夫も見られる。

また、道府県は、市町村が、介護保険法上の市町村事務 — たとえば、介護保険事業計画の策定、要介護認定、苦情処理 — を円滑に行っていくために、さまざまな支援を行っている。道府県による独自マニュアルの策定もその一つであり、介護保険の準備過程では、新聞等で、道府県が独自のマニュアルを策定していることがさかんに報じられた。アンケートの結果からは、介護保険事業計画策定のための独自マニュアルを24の、要介護認定のための独自マニュアルを10の、苦情処理対応のための独自マニュアルを28（作成中1を含む）の道府県がそれぞれ作成し、市町村を支援していることがわかった。なお、要介護認定については、京都府が早い時期から市町村からの委託を受けて審査判定業務を行うことを決定していたことを除けば、法に規定されているような審査判定

### 表3 市町村に対する支援

#### 1 広域連合の支援

- ①「介護保険のためということではないが、広域連合が創設された場合には、1000万円を交付している。」
- ②「広域連合を創設したところに5000万円の交付金」
- ③「市町村課で広域連合創設の際に交付金をだしている。高齢福祉課としては、関係各課との連携を取りながらアドバイスなどの支援をしている。」
- ④「相談にのるという形での支援をおこなっている。」
- ⑤「人事交流などによる主に人的な広域連合支援を行っている。具体的には核となる市町村に県職員が出向し、周辺の調整などの支援をしている。」

#### 2 その他の広域的取り組みへの支援

- ①「介護保険事務を広域で行う場合に、県単独の交付金を供与するという形で支援している。認定事務のみの広域化の場合は150万円、サービス基盤整備等を共同で行う場合には、350万円、保険の一元化をしたところは、これら（150万円+350万円）に加えて4500万円、計5000万円の交付金を供与。広域連合でも一部事務組合でも、形は問わない。」
- ②「広域連合も含めて、広域対応しているところを3段階に分けて高齢福祉課の交付金の供与という形で支援している。具体的な額は、要介護認定事務だけを広域化するところは、2年で3000万円、安定化事業まで行う場合4000万円、保険者の一元化を行う場合には、8000万円である。この交付金は、県内に小規模町村が多く、単独での介護保険の運営が困難なため、総合支援交付金というかたちで創設したものである。  
結果的には、9つのブロックのうち6つが保険者の一元化を行った。」
- ③「介護保険広域化モデル事業（450万円）で、広域化を検討するモデル地域を指定し、重点的な支援を行う。」
- ④「すべての保険者が加入する介護保険推進協議会を設置した。平成12年は広報が中心だったが平成13年度は要介護者に対する実態調査をすることにしている。県もこれに2分の1の補助をすることになっている。」

#### 3 その他の支援

- ①「分野別の準備スケジュールを策定し、進行管理の支援を実施」
- ②「電算システムの開発支援」
- ③「地域介護のしくみづくり支援」
- ④「円滑な実施のための連絡協議会（市町村長レベル）の立ち上げ支援」
- ⑤「保険者との打ち合わせ会議」
- ⑥「ブロック別連絡調整会議により地域別指導支援体制」
- ⑦「市町村介護認定審査会委員として県職員（保健婦）を派遣」
- ⑧「介護保険サポーターズクラブ運営事業の実施」
- ⑨「認定調査員・審査会委員の研修会の実施」
- ⑩「広域的取り組みのための人事交流」
- ⑪「本庁に市町村支援班をつくり、振興局を通しながら支援」
- ⑫「圏域単位の現場職員研修、事例研究、ケア・プランナー研修」
- ⑬「本庁全職員に対する介護保険の研修、振興局全職員向けの介護保険研修」
- ⑭「サービスの質の向上のための評価マニュアル作成」
- ⑮「介護保険事業計画に住民意見を反映させるための支援」

業務の代行を行った道府県はなかった。自ら代わって事務を行うのではなく、あくまで、広域化の推進や技術的援助を通して、市町村を側面から支援していくという道府県の姿勢が表れているものといえよう。

それ以外の工夫としては、道府県独自に相談員を配置したところが5あったことが注目される。実際、小規模な町村では介護保険担当の専任職員を置くこともままならず、各市町村とも、介護保険という複雑な制度をいかに住民にいかに理解してもらうか、というところに多くの神経をつかったことからすれば、住民からの個別の相談に応じる相談員に対するニーズは多かったようだ。知事自らが率先して導入したという県もあったし、財源として緊急雇用対策基金を利用し、市町村、医療機関にのべ166人の相談員を配置した（相談件数1万件）という県もあった。また、相談員の配置が重要だとの認識から、国庫補助の枠内ではあるが、「配置に当たっては柔軟に対応する」とした県、「全保険者に配置できるよう予算措置をとった」と回答した県もあった。いずれも、個別に相談に応じる相談員の配置が重要だとの認識によるものである。

一方、介護保険の大きな問題として報じられてきた低所得者については、県独自の支援策を打ち出しているとは回答したのは、1県だけであった。内容は、訪問看護についても、一部低所得者の負担の軽減を図るというものである。

介護保険準備・施行過程におけるその他の支援策の主なものは、表3にあるとおりだが、圏域単位での市町村間、県市町村間の情報交換、調整をはじめとして、多様な支援が行われている<sup>11</sup>。最後まで制度の詳細が定まらない一方で、2000年4月施行というタイムリミットが迫る中、制度を円滑に立ち上げるために、道府県がさまざまな工夫を行ったことがわかる<sup>12</sup>。その背景には、「市町村数が多く、担当者も1人で多くの仕事を抱えている。そのため、力が分散してしまい、一つの仕事を集中的にするということができない。一方、県だったら介護保険室だけでも相当数の人数がいるので、かなりの仕事、支援ができる」（インタビューより）という認識があったものと思われる。国からの支援に独自支援を加えた相当程度の密度の濃い支援が市町村に対して行われたものと考えられ、たとえば、熊本県においては、その支援態勢は本庁介護保険準備室（平成12年4月から介護保険室）に13名（企画調整班、市町村支援班）配置

の上、各圏域ごとに、地域振興局の職員で構成される県の支援チーム（4－5名）が置かれるという手厚いものである。

一方、このような手厚い支援は、介護保険の円滑な立ち上げには寄与したものの、市町村を中心とした「分権化」の本来的意義を、ある意味では弱めた可能性もある。先に述べたように、市町村中心主義が、社会福祉の分野で掲げられたのは、「地域のすべての人々が、それぞれ自己実現のために、必要なときに必要な手助けをいろいろな形で、総合的に受けることができるよう、市町村政府が、住民とともに考え、住民とともに実現していく」ことが重要だと考えられたからである。

一方、道府県から配られる介護保険事業計画策定マニュアルをはじめとする各種マニュアルのおかげで、市町村は、苦勞して上のようなことを自ら考えないですむようになった。市町村によっては計画策定をコンサルタントに丸投げするところも多かったといわれており、そのような市町村は、ほとんどの準備を、自ら考えることなく機械的にこなしたともいえる。

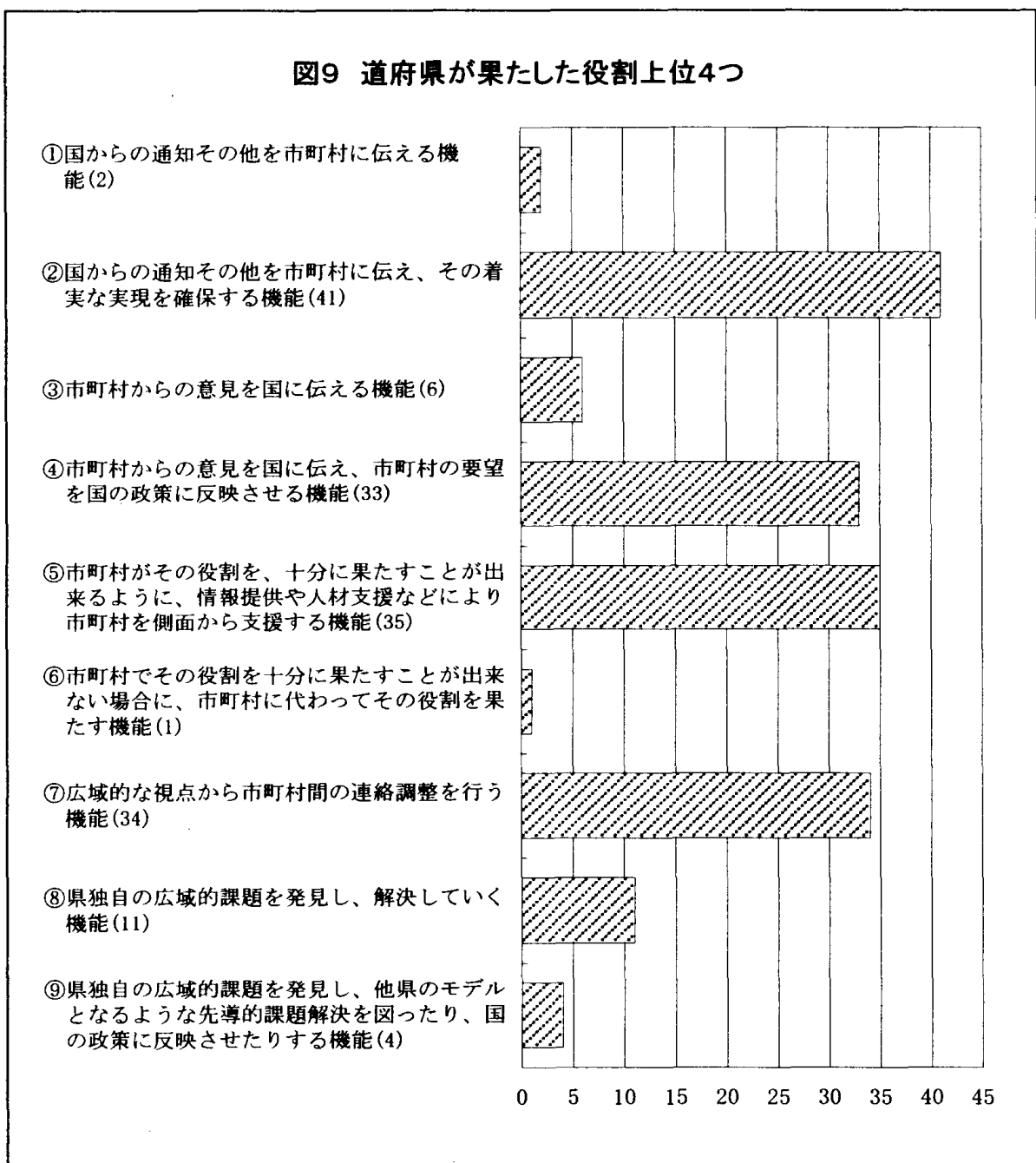
実際、個々の市町村担当者に与えられた仕事は、片づけきれないほど多く、国や道府県から次々に出される様式やマニュアルがなければ、介護保険のスタートがおぼつかなかったというのは確かだろう。その意味では、今回、道府県が、ノウハウを積極的に提供し、市町村を支援していったことは、評価すべきである。しかし、今後は、各市町村が、これらのノウハウを必要な改良を加えながら使いこなし、地域の福祉のあり方を、住民とともに、みずから考えていくことが重要な課題となる。介護保険第一巡目の支援が、ノウハウ自体の提供にあったとすれば、第二巡目の支援は、市町村のこのような自律的な政策形成をいかに支援するか、という観点から行われるべきであろう。

#### 4 都道府県の役割—主に市町村との関係で

アンケートでは、最後に、主に市町村との関係で、道府県がどのような役割を果たしてきたのか、また、今後、道府県はどのような役割を果たしていくべきか、回答者の個人的意見を聞いてみた。その結果が、図9と図10である<sup>13</sup>。

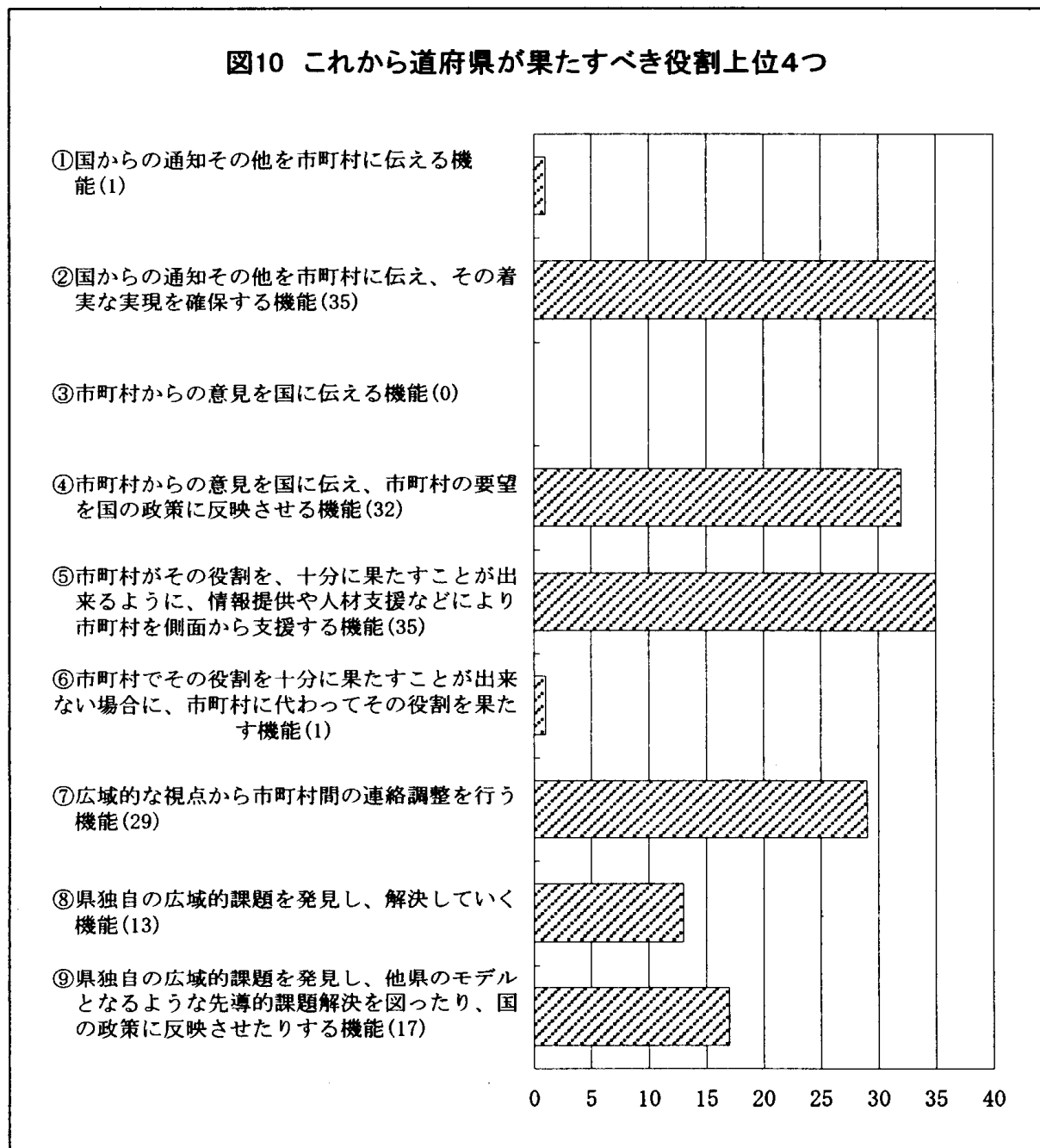
また、この結果を比較のために、一つの図にまとめたのが図11である。これらを見ると、道府県の担当者たちが、道府県の役割というものをどのように捉えているのかがわかる。まず、図9をみると、介護保険の準備・施行の過程で、道府県が、主として、「国と市町村の間の媒介機能」、「市町村の支援機能」、「市町村間の調整機能」の3つの役割を果たしてきたと考えられていることが明らかになる。特に、媒介機能については、国からの情報を市町村に伝える媒介機能（①と②）について、すべての道府県回答者が印をつけて回答し（42、

図9 道府県が果たした役割上位4つ



重複回答1人あり)、また、市町村からの情報を国に伝える媒介機能(③と④)についても39の道府県回答者が印を付けているなど、突出している。また、①と②を比べてみると、②が圧倒的に多く、道府県担当者が、通知等を着実に市町村に実現させることに、強く留意したことがわかる。一方、③と④を比べた場合にも、④の方が圧倒的に多く、市町村の擁護者として、国に相對する関係を道府県が意識したことがわかる。実際、個々の担当者へのインタビューのなかでは、県が市町村の要望をとりまとめ、国に対して要望を行った結果、国

図10 これから道府県が果たすべき役割上位4つ

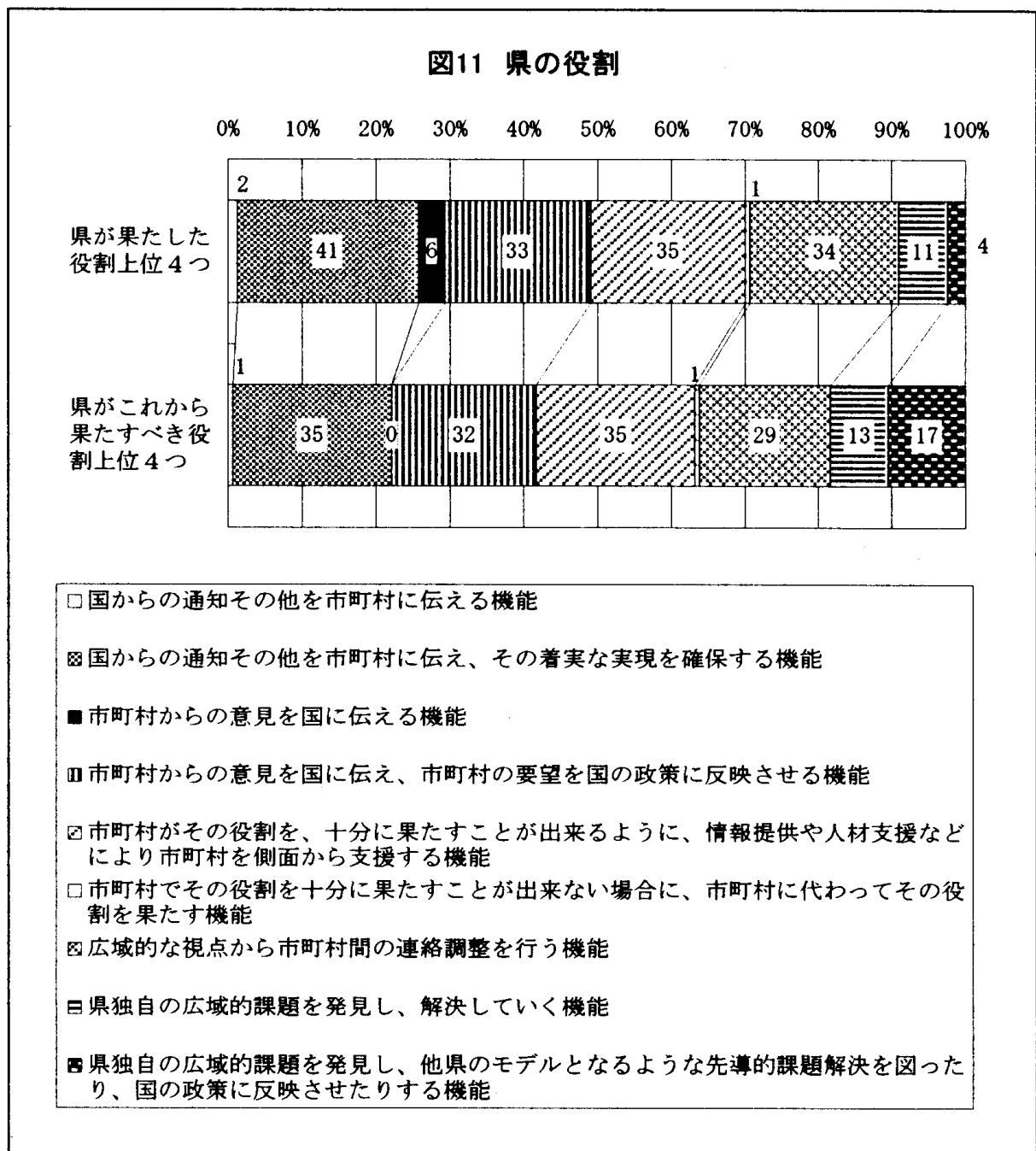




の方針が変更された例が複数示された。

また、多くの回答者が、市町村に対する支援機能(⑤)、市町村間の調整機能(⑥)に印をつける一方で、県独自の広域的課題を解決していく(⑨)という回答は少なく、介護保険における道府県の役割が、市町村を中心においた側面的・間接的なものであったと認識されていることがわかる。

一方、今後道府県が果たすべき役割になるとこれとはかなり様相が異なってくる。相変わらず、媒介機能(特に②と④)や調整機能(⑥)は数値としては



高いものの、全体としてはその数を減らし、代わって、県が独自の広域的課題を解決していくべきだという回答（⑧と⑨）が、総数としては媒介・支援機能には及ばないものの倍増している。他方、市町村の支援機能は、相変わらず重要な機能として位置づけられている。

このようにしてみると、全体的には、道府県担当者が、現在の道府県の役割を中間団体的なものだと認識し、一方、将来的には、広域的な自治体として、独自に、広域的課題に取り組んでいくような存在になるべきだと意識しているということが出来るように思う。

## おわりに

介護保険の準備・施行過程で、道府県が何をしてきたのかを、主に、市場の基盤整備と市町村のサポートという観点からみてきた。アンケートの結果からは、多くの点で、道府県が大きな役割を果たしてきた一方で、道府県の2つの役割の充足という点からは未だ不十分な点もあることがわかった。介護保険制度も施行後1年を経、開始期の混乱を乗り越え、安定した軌道に乗りつつある。その中で、道府県の2つの役割もますます重要になるだろう。道府県は、より一層、市場の失敗に目を光らせる「市場の万人」としての役割を果たしていくことが望まれる。また、これまで以上に市町村のエンパワメントを側面から支援していく機能も重要となつてこよう。

\*本調査報告は、筆者が、2000年12月に行った道府県介護保険担当者向けアンケートの結果（42道府県から回答一回収率91.3%）、熊本県介護保険室・福岡県介護保険室での訪問インタビュー及び、その他の道府県担当者への電話による追加インタビューにより入手した情報を分析・検討したものです。

ご回答いただきました道府県の介護保険ご担当の皆様、また、訪問インタビュー及び、電話でのインタビューにご丁寧にお答えくださった熊本県・福岡県をはじめとする各道府県の皆様に御礼申し上げます。（個別の道府県名については、新聞・雑誌・ホームページ等で既に個別の道府県名が挙げられている

ものについてのみ挙げています。)

1 たとえば、古川孝順は、これまで社会福祉の世界では、「生活自助」の義務が市民生活上の義務として強調され続け、いったん「福祉行政当局」により生活自助の能力を喪失していると判断され、福祉サービスを受けるようになると、生活自助原則の権利としての側面——自己決定の権利などの市民権的自由権的諸権利——は、みずから放棄したものとみなされてきたという（『社会福祉のパラダイム変換——政策と理論』、有斐閣、1997年、161頁）。

2 たとえば、参照、辻山幸宣『地方分権と自治体連合』敬文堂、1994年、第6章。今村都南雄「問われる都道府県の役割」『都市問題』第92巻第3号、2001年など。

3 参照、木原佳奈子「福祉行政における都道府県の役割」『都市問題』第92巻第3号、2001年。本調査報告書の都道府県の役割についての記述の一部は、上の論文に依る。なお、都道府県の機能を広域的機能とサポート機能の2つに分けて考えることについては、磯崎初仁（「分権改革の焦点は都道府県にあり—新しい「都道府県の形の創造」西尾勝編著『都道府県を変える！—国・都道府県・市町村の新しい関係』ぎょうせい、2000年、42頁以下）の示唆を受けている。磯崎は、新地方自治法第2条第5項により規定されている都道府県の機能—広域的機能・調整機能・補完的機能—と、これまでさまざまな論者により主張されてきた都道府県の機能—市町村自治の擁護・支援機能、先導性・総合性・行政技術の高度性、媒介機能—を整理し、府県の機能を、①広域的機能、②先導・補完機能、③支援・媒介機能の3つに分類し、②③を市町村をサポートする機能、①を府県本来の機能と位置づけた。

4 設問では、①生協・農協、②NPO、③民間営利企業のそれぞれにたいして、どのような支援を行ったか、図1に示した選択肢の中から選んでもらった。

5 これから新規参入しようというNPOや企業にとっての悩みの種は、事務所もなにもないところから出発し、すでに地域に根をおろし、しかも行政から手厚く保護されている社会福祉協議会などと同じ土俵の上で競争していかなければならないことである。既存の事業者による囲い込みもある中で、利用者からサービスの質で評価してもらえるようになるまで持ちこたえるのは、相当難しいものと予想される。

6 おそらく、事業者説明会等は、もっと多くの道府県で行われたはずだが、これが数字にあらわれてきていないということは、少なくとも意識的に新しい福祉の担い手を支援していく方策として取り組まれたのではないということが推測される。

7 これらはいずれも、特に対象を、NPOや農協などに限定したNPO支援策や農協支援策ではない。従って、実際にこのような策が講じられていても、「NPO支援策」として、回答してこなかった県もあると思われる。

8 駒村康平「介護保険、社会福祉基礎構造改革と準市場原理」『季刊社会保障研究』第35巻3号、1999年、278ページ。

9 <http://pref.hokkaido.jp/hfukusi/hf-kaigo/kijun.t.PDF>

10 施設・在宅サービスについて、「指導監査の強化を行っているかどうか」、「事業者の参入基準・施設基準・サービス基準に関して、国よりも厳しい独自基準を設定しているかどうか」を聞き、選択肢（導入済み、導入予定、検討中、未検討）から回答を選択してもらった。厳しい基準を既に設定しているというところはなかったが、本文にあるよ

うな回答が寄せられた。

11 このうち、介護保険サポーターズクラブは、県がさいたまNPOセンターに事業運営を委託、お年寄りや家族の相談に乗るサポーターを育てようというもので（埼玉新聞2000年2月3日）、50-60人の応募があった。

12 なお、介護保険以外の高齢者を対象とした県の独自事業（市町村に補助するものも含）をあげてもらったのが、表4であるが、これについても、住宅改築関係、元気高齢者のための事業のほか、介護手当金等、さまざまなものが見られる。

13 8項目の役割のうち、上位4つを選んでもらった。

#### 表4 その他の高齢者のための事業

##### 1 高齢者の住宅改築にかかわるもの

「高齢者等住宅増改築資金貸し付け事業」「在宅高齢者住宅改造助成事業」「福祉のまちづくり推進事業（住宅改修他）」「高齢者等住宅改造補助事業」「高齢者いきいき住宅改善事業」「住宅改造助成事業」「住宅改造支援事業」「長寿社会振興基金住宅改良事業」「高齢者及び重度障害者居室等増改築、改造資金貸し付け事業」

##### 2 高齢者のための生活施設、通所施設

「高齢者相互援助ホーム支援事業」「街角デイハウス支援事業」「ひとりぐらし老人共同生活支援事業」「単独型グループホーム整備への財政支援」「高齢者に優しい住宅改良促進事業」「民間社会福祉施設整備特別助成（社会福祉施設のびのび作戦など）」「福岡住みよか事業（住宅改造助成事業）」「高齢者居宅改修補助事業」

##### 3 元気高齢者のためのいきいき事業、予防事業、在宅高齢者の支援

「シニアいきいき活動事業」「県単介護予防生活支援事業」「高齢者いきいきサロン設置事業」「元気わくわく支援事業」「高齢者在宅生活総合支援事業」「いきいき高齢者支援事業」「在宅要介護者総合支援事業」「高齢者自立支援総合事業」「すこやか長寿支援事業」「介護予防生き甲斐対策サービス基盤整備事業」「高齢者生活支援・生きがい健康づくり事業」「ふれあいサロン推進事業」「在宅高齢者支援事業」

「生活支援ホームヘルプ事業」「緊急ショートステイ事業」

##### 4 介護手当金、お祝い金

「在宅寝たきり老人等介護慰労金支給事業」「とよの国敬老事業（敬老祝い品、100歳以上高齢者お祝い訪問）」「介護慰労金支給補助事業」「寝たきり老人福祉手当給付事業」（平成12年のみ）「重度痴呆老人介護手当給付事業」（平成12年のみ）「家庭介護者慰労事業」「在宅老人介護手当の支給」

##### 5 おむつ代支給等

「老人福祉医療助成事業（おむつ代助成）」「寝たきり老人紙おむつ支給事業」「介護用品給付サービス事業」「家族介護支援強化事業」

##### 6 地域福祉

「地域ぐるみの高齢者福祉のむらづくり事業」「コミュニティ・サポーター事業」「みんなでささえる地域福祉推進事業」

##### 7 その他

「雇用促進支援」「高齢者生き甲斐就労総合促進事業」「無年金外国籍高齢者等福祉給付費の支給」