

I はじめに

1. 研究の目的

2006年4月に介護保険制度が改正され、地域密着型サービス¹⁾や地域包括支援センター²⁾の設置がされるようになった。これらの機関の設置権限が市町村に置かれるようになったため、それまで介護保険サービスの設置権限がなかった市町村の権限が拡大した。従来の介護保険サービスの設置許可権限は都道府県にあったため、住民にいちばん身近な行政単位である市町村が介護保険サービスの量的コントロールを行うことが困難であった。このため、株式会社を中心とした民間事業者が人口の集中する大都市部を中心に参入してきた結果、サービスの地域差が拡大したといわれている。つまり、従来の介護保険サービスに関する地域差の要因としては、居住（高齢者）人口の分布やそれに起因される事業者の参入行動であったといえる。

しかし、地域密着型サービスや地域包括支援センターについては、設置許可権限が市町村に与えられたことから、量的にも質的にも市町村がサービスのコントロールをすることが可能になったといえる。つまり、これらの機関については、サービスの地域差の要因が従来の介護保険サービスとは異なることが予想される。市町村の権限が拡大した結果、市町村の行政施策がサービスの地域差に大きく影響しているものと考えられる。

そこで、地域密着型サービスや地域包括支援センターの設置および運営が軌道に乗ったと考えられる制度改正3年後の2009年4月現在における上記機関の状況を把握することで、サービスの地域差の実態とその要因を明らかにすることを目的とする。特に、地域密着型サービスについては、類似する従来の介護保険サービスと定量的な比較を行うことにより地域差に関する違いを明確化する。

その結果、今後のさらなる高齢化社会における公正な介護サービスの供給に対する指針を示したい。

2. 研究方法

まず、地域密着型サービスと地域包括支援センターの地域差について、定量的に把握を行う。地域差については、需要と供給の関係に注目しながら各サービスの充足度を把握することに努めた。その上で、基礎的なデータで最も詳細地域で集計が可能な市町村単位（一部、介護保険保険者³⁾単位）で把握する。

(1) 地域密着型サービス

地域密着型サービスについては、ジニ係数という指標を用いて地域差を定量的に測定する。ジニ係数とは、もともと社会における所得分配の平等・不平等を計る指標であるが、近年では地理学を中心（杉

¹⁾ 要介護状態となっても、また認知症や一人住まいであっても、できる限り住み慣れた地域で生活が継続できるように支援するサービスの体系である。「小規模多機能型居宅介護」、「認知症対応型共同生活介護」、「認知症対応型通所介護」、「夜間対応型訪問介護」、「地域密着型介護老人福祉施設」、「地域密着型特定施設入居者生活介護」という6種類のサービスがある。また、地域密着型介護予防サービスとして、「介護予防小規模多機能型居宅介護」、「介護予防認知症対応型通所介護」、「介護予防認知症対応型共同生活介護」の3種類のサービスがある。

²⁾ 高齢者の生活を総合的に支えていくことを目的に、保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーの専門3職種が中心となって、「介護予防に関するマネジメント」、「権利擁護」、「総合的な相談・支援」、「ケアマネジャーへの支援」などを行う機関である。

³⁾ 介護保険の運営に関しては、保険者がすることになっている。保険者は、一般的に市町村がなることが多いが、一部に関して複数の市町村で広域連合を構成して担っている場合がある。

浦 1997⁴⁾ など) に地域差を計る指標としても用いられている。本研究では、サービス供給側としてのサービス定員数(訪問型サービスについては事業所数)とサービス需要側としての要支援・要介護者数とでジニ係数を算出した。このジニ係数を用いて地域密着型サービス 6 サービスの地域差を測定する。また、同様の手法により従来の介護保険サービス(介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、通所介護、訪問介護)についても地域差を明らかにし、従来の介護保険サービスと地域密着型サービスとの地域差の比較を行う。

サービス供給側のデータは、独立行政法人福祉医療機構から提供を受けた「WAM NET」⁵⁾の事業者データを使用する。このデータについては、各介護保険事業者によるインターネットへの登録制になっており、事業者の基礎データ(住所、法人名等)、施設の基礎データ(住所、定員、従業者数など)などが掲載されている。「WAM NET」のデータについては、宮澤(2003)⁶⁾など介護保険サービスに関する定量的研究でも使用されており、本研究を遂行する上においても妥当性のあるデータといえる。事業者データについては、2009年4月1日現在のものを使用し、保険者ごとに6種類のサービスの定員数(訪問型サービスについては事業所数)を集計した。

サービス需要側のデータについては、厚生労働省「介護保険事業状況報告月報」における要支援・要介護者数の保険者別集計を使用した。事業者データと同様に、2009年4月1日現在のデータを使用する。

ジニ係数により測定された地域密着型サービスの地域差について、その要因を明らかにするために、全国の市町村を対象にアンケート調査を実施した。郵送方式により、2009年9月に配布し、2009年10月中旬までの回収とした。配布数は、2009年10月5日現在の1795市町村(市町村+東京23区)とした。回収数は876市町村、回収率は48.8%である(表1、2)。アンケートの内容は、地域密着型サービスと地域包括支援センター、日常生活圏域、地域介護・福祉空間等整備交付金など、2006年度の介護保険改正に関するものである(巻末アンケート用紙を参照のこと)⁷⁾。特に、介護保険事業計画における施設(定員)数目標と実際の施設(定員)数との関係、介護保険事業計画における施設(定員)数目標の算出根拠、計画どおりに施設(定員)数が整備されなかった理由などについて分析を行う。

(2) 地域包括支援センター

地域包括支援センターについては、全国の市町村を対象に実施したアンケート調査を中心に分析を行う。ただし、アンケート調査では全市町村の状況の把握はできないため、厚生労働省「地域包括支援センターの運営状況について」および社団法人全国保健センター連合会「地域包括支援センターのネットワーク化と業務の重点化・効率化に関する調査研究報告書」を参考に全国的な実態把握を行った。

しかし、これらの報告書では詳細まで把握することは困難なため、アンケート調査による把握を行った。各市町村における充足度を把握するため、サービス供給側としての施設数および職員数と、サービス需要側としての65歳以上人口から、1施設(職員)あたりの65歳以上人口数を測定した。サービス

4) 杉浦真一郎(1997)「広島県における高齢者福祉サービスと地域的公正」地理学評論, 70A, 418-432.

5) <http://www.wam.go.jp/>

6) 宮澤仁(2003)「関東地方における介護保険サービスの地域的偏在と事業者参入の関係—市区町村データの統計分析を中心に」地理学評論, 76, 59-80.

7) アンケート調査票のうち、問1の待機者数については、把握していない自治体が多かったため、集計・分析を省略している。また、問1と問2において地域密着型サービスのほかに介護予防地域密着型サービス(介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型共同生活介護)についても質問しているが、多くの自治体で地域密着型サービスの施設整備目標に介護予防地域密着型サービスの施設数も含んでいることが多かったため、介護予防地域密着型サービスについては集計・分析を省略している。

需要側を要支援・要介護者数ではなく、65歳以上人口とした理由は、地域包括支援センターが介護保険サービスにかかわらず地域の高齢者を中心とした住民が相談などに訪れるという性格を持っているからである。なお、65歳以上人口は2009年4月1日現在のデータを使用することから、住民基本台帳統計を用いた。

また、地域差の要因を明らかにするために、アンケート調査における施設数の算出根拠、施設運営の実態（直営・委託）、予算計上について分析を行う。

	回収数	発送数	回収率		回収数	発送数	回収率
北海道	83	179	46.4%	滋賀県	16	26	61.5%
青森県	23	40	57.5%	京都府	12	26	46.2%
岩手県	15	35	42.9%	大阪府	21	43	48.8%
宮城県	16	35	45.7%	兵庫県	24	41	58.5%
秋田県	11	25	44.0%	奈良県	5	39	12.8%
山形県	18	35	51.4%	和歌山県	12	30	40.0%
福島県	24	59	40.7%	鳥取県	6	19	31.6%
茨城県	28	44	63.6%	島根県	10	21	47.6%
栃木県	10	30	33.3%	岡山県	17	27	63.0%
群馬県	21	36	58.3%	広島県	15	23	65.2%
埼玉県	39	70	55.7%	山口県	8	20	40.0%
千葉県	43	56	76.8%	徳島県	5	24	20.8%
東京都	36	62	58.1%	香川県	10	17	58.8%
神奈川県	17	33	51.5%	愛媛県	13	20	65.0%
新潟県	18	31	58.1%	高知県	9	34	26.5%
富山県	11	15	73.3%	福岡県	13	66	19.7%
石川県	11	19	57.9%	佐賀県	9	20	45.0%
福井県	10	17	58.8%	長崎県	15	23	65.2%
山梨県	14	28	50.0%	熊本県	16	47	34.0%
長野県	36	80	45.0%	大分県	10	18	55.6%
岐阜県	20	42	47.6%	宮崎県	17	28	60.7%
静岡県	24	37	64.9%	鹿児島県	21	45	46.7%
愛知県	35	60	58.3%	沖縄県	14	41	34.1%
三重県	15	29	51.7%	総計	876	1795	48.8%

表 I - 1 都道府県別のアンケート調査回収率

	回収数	配布数	回収率
政令市	14	18	77.8%
中核市	25	41	61.0%
特例市	28	41	68.3%
一般市	400	683	58.6%
特別区	17	23	73.9%
町村	392	989	39.6%
合計	876	1795	48.8%

表 I - 2 自治体種別のアンケート回収率

II 地域密着型サービスの地域差の実態

1. 地域密着型サービス設置の有無

地域密着型サービスにおけるジニ係数の比較をする前に、まず2009年4月1日現在の各保険者における地域密着型サービスの設置状況を考察する。表Ⅱ-1は、各地域密着型サービスの未設置保険者を保険者の種類別に示したものである。これを見ると、「認知症対応型共同生活介護」は未設置率が14.3%と最も低く、町村の一部を除くとほとんどの保険者で設置されている。その一方で、「夜間対応型訪問介護」、「地域密着型特定施設入居者生活介護」、「地域密着型介護老人福祉施設」では、いずれも未設置率が90%を超えており、ほとんどの保険者で設置されていないことがわかる。それ以外の「小規模多機能型居宅介護」や「認知症対応型通所介護」についても未設置率が50%前後であり、町村部を中心にそれほど設置が進んでいないことがうかがえる。

6種類の全サービスについて未設置の保険者は全国で186保険者(12.0%)も見られた。そのほとんどは町村であり、町村の22.6%が地域密着型サービスを設置していなかった。

保険者の種別にみると、町村では「認知症対応型共同生活介護」を除くサービスで未設置率が高く、地域密着型サービスの設置が進んでいない状況が明らかとなった。この理由については、高齢人口が少ないこと、事業者の参入が少ないことなどが考えられるが、詳細については、アンケート分析で後述する。

	小規模多機能型居宅介護		認知症対応型共同生活介護		認知症対応型通所介護		夜間対応型訪問介護		地域密着型特定施設入居者生活介護		地域密着型介護老人福祉施設		全サービスを未設置の保険者数		保険者総数
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	
市	237	34.4	10	1.5	162	23.5	624	90.7	628	91.3	563	81.8	6	0.9	688
町村	666	83.8	211	26.5	587	73.8	794	99.9	779	98.0	776	97.6	180	22.6	795
特別区	9	39.1	0	0.0	0	0.0	14	60.9	19	82.6	22	95.7	0	0.0	23
広域	11	28.9	0	0.0	7	18.4	38	100.0	35	92.1	28	73.7	0	0.0	38
合計	923	59.8	221	14.3	756	49.0	1,470	95.2	1,461	94.6	1,389	90.0	186	12.0	1,544

表Ⅱ-1 地域密着型サービスの未設置保険者

資料：WAM NET（2009年4月1日現在）

注）データが不足していた京都府、大阪府、山口県を除く。

2. ジニ係数によるサービスの地域差の比較

表Ⅱ-2は、地域密着型サービス6サービスと従来の介護保険サービス3サービスのジニ係数⁸⁾を比較したものである。

まず、地域密着型サービスについてみると、「地域密着型特定施設入居者生活介護」や「地域密着型介護老人福祉施設」は、ジニ係数が0.5を上回っており、地域差が大きいことが見て取れる。ジニ係数の計算には、施設が未設置の保険者は含まれていないが、これらの2サービスについては施設を未設置の保険者が90%を超えるようになり、数字以上にサービスの地域差が大きいといえる。その他の3サービスについては、地域密着型サービスの中では地域差が小さいといえるが、ジニ係数は

⁸⁾ ジニ係数は0から1までの間で推移する。0に近ければ近いほど格差(本研究の場合は地域差)が小さく、1に近ければ近いほど格差が大きい。

	ジニ 係数	1定員(事業所)あたりの要支援・要介護者数			保険者数
		最大値	最小値	平均値	
小規模多機能型居宅介護	0.417	640.1 千葉県市川市	1.8 岡山県西粟倉村	47.3	621
認知症対応型共同生活介護	0.334	863.3 長野県諏訪広域連合	1.6 石川県川北町	40.5	1,322
認知症対応型通所介護	0.370	2,981.0 佐賀県伊万里市	5.0 新潟県関川村	136.3	788
夜間対応型訪問介護	0.428	46,701.0 福岡県北九州市	636.0 和歌山県湯浅町	12,095.5	73
地域密着型介護老人福祉施設	0.530	1,466.6 愛知県名古屋	3.9 岐阜県白川村	227.4	155
地域密着型特定施設入居者生活介護	0.665	9,113.1 神奈川県横浜市	17.0 茨城県境町	488.8	77
訪問介護	0.178	1,242.0 愛知県高浜市	6.0 東京都青ヶ島村	231.4	1,530
通所介護	0.154	71.3 高知県土佐清水市	1.3 山梨県鳴沢村	8.6	1,529
介護老人福祉施設	0.236	479.3 福島県いわき市	0.0 福島県檜枝岐村	10.4	1,433

表Ⅱ-2 施設定員と要支援・要介護者数のジニ係数及び1定員(事業所)あたりの要支援・要介護者数

資料：WAM NET および介護保険事業状況報告月報（いずれも2009年4月1日現在）

注）WAM NET のデータが不足していた京都府、大阪府、山口県は除く。

n は実施保険者数。

夜間対応型訪問介護および訪問介護については、定員ではなく事業所数を用いている。

0.3 を上回っており、従来からの介護保険サービスと比較すると地域差は大きいといえる。

サービスの地域差の内容について明らかにするために、1定員当たりの要支援・要介護者数⁹⁾をみると、ほとんどのサービスにおいて最小値で最もサービスが充足しているのが町村部で、最大値で最もサービスが充足していないのが大都市となっていることがわかる。このことは、特にジニ係数が高い「夜間対応型訪問介護」、「地域密着型介護老人福祉施設」、「地域密着型特定施設入居者生活介護」についていえることである。また、これらの3サービスはサービスの未設置保険者の割合が高く、90%を超えるサービスでもある。

つまり、町村部については多くの保険者でサービス自体が設置されていなかったが、1か所でもサービスが提供されると人口が少ない分サービスが充足するといえる。その一方で、大都市ではサービス自体はあるものの、それ以上に人口が多いためサービスの充足度としては低くなっている。このことから、町村部ではサービスの未設置保険者を減らす必要性がある一方、大都市においては（高齢）人口数に応じた施設（定員）の増設が今後重要となる。特に、ジニ係数が高かった「夜間対応型訪問介護」、「地域密着型介護老人福祉施設」、「地域密着型特定施設入居者生活介護」を中心に整備する必要がある。

しかし、このように地域密着型サービスについて未設置保険者が多く、またサービスが設置されていたとしても地域差が大きいことには、さまざまな要因がある。これらの要因について、次章にて保険者へのアンケート調査から明らかにする。

⁹⁾ 数字が大きいほどサービスが充足していないといえる。

Ⅲ 地域密着型サービスの地域差の要因

前章で明らかとなった地域密着型サービスにおける地域差の要因について、全国の市町村を対象としたアンケート調査から明らかにする。

1. 第3期介護保険事業計画における施設整備目標（理想）と現実との差異（問1）

まず、各市町村における地域密着型サービスの整備状況を把握するために、地域密着型サービスが創設された2006年度、つまり第3期介護保険事業計画における整備目標数と計画が完了した2009年4月1日現在の実際の整備施設数との差異（理想と現実）について考察する¹⁰⁾。また、整備率についても同様に考察する。

表Ⅲ-1において、施設整備目標と実施設数が等しい市町村の割合についてサービスごとにみると、「認知症対応型共同生活介護」（79.4%）において最も値が高かった。特に、人口規模の小さい市町村

	人口規模	整備目標＝施設数		整備目標<施設数		整備目標>施設数		整備目標平均	施設数平均	整備率平均(%)	市町村総数
			%		%		%				
小規模多機能型居宅介護	30万人以上	5	11.1	1	2.2	39	86.7	18.87	7.56	44.9	45
	30万人未満	22	21.2	2	1.9	80	76.9	6.20	3.18	53.7	104
	10万人未満	44	40.0	2	1.8	64	58.2	2.94	1.81	64.1	110
	5万人未満	69	39.9	4	2.3	100	57.8	2.00	1.04	52.0	173
	1万人未満	9	39.1	0	0.0	14	60.9	1.13	0.48	39.1	23
	合計	149	32.7	9	2.0	297	65.3	4.83	2.34	55.8	455
認知症対応型共同生活介護	30万人以上	12	26.1	4	8.7	30	65.2	38.83	35.59	94.0	46
	30万人未満	79	69.3	4	3.5	31	27.2	11.44	10.98	97.7	114
	10万人未満	113	83.1	6	4.4	17	12.5	5.96	5.82	99.8	136
	5万人未満	253	85.8	11	3.7	31	10.5	3.68	3.31	99.4	295
	1万人未満	90	91.8	3	3.1	5	5.1	1.37	1.35	98.5	98
	合計	547	79.4	28	4.1	114	16.5	7.43	6.95	98.7	689
認知症対応型通所介護	30万人以上	7	24.1	3	10.3	19	65.5	19.90	13.76	79.2	29
	30万人未満	39	42.4	8	8.7	45	48.9	6.36	4.89	82.9	92
	10万人未満	62	63.9	7	7.2	28	28.9	2.78	2.22	90.7	97
	5万人未満	98	69.5	7	5.0	36	25.5	1.80	1.43	82.9	141
	1万人未満	20	80.0	1	4.0	4	16.0	1.08	0.96	88.0	25
	合計	226	58.9	26	6.8	132	34.4	4.46	3.36	84.9	384
夜間対応型訪問介護	30万人以上	11	36.7	0	0.0	19	63.3	2.90	1.53	47.3	30
	30万人未満	18	36.7	0	0.0	31	63.3	1.33	0.45	38.5	49
	10万人未満	1	5.0	0	0.0	19	95.0	1.10	0.05	5.0	20
	5万人未満	4	17.4	0	0.0	19	82.6	1.26	0.22	18.8	23
	1万人未満	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1.00	0.00	0.0	1
	合計	34	27.6	0	0.0	89	72.4	1.66	0.60	31.2	123
地域密着型介護老人福祉施設	30万人以上	5	15.6	1	3.1	26	81.3	3.22	1.25	35.5	32
	30万人未満	20	34.5	0	0.0	38	65.5	1.90	0.88	47.6	58
	10万人未満	17	47.2	0	0.0	19	52.8	1.33	0.67	46.2	36
	5万人未満	21	58.3	0	0.0	15	41.7	1.22	0.75	63.7	36
	1万人未満	5	71.4	0	0.0	2	28.6	1.00	0.71	71.4	7
	合計	68	40.2	1	0.6	100	59.2	1.85	0.87	49.3	169
地域密着型特定施設入居者生活介護	30万人以上	2	14.3	0	0.0	12	85.7	3.00	0.93	26.5	14
	30万人未満	11	39.3	0	0.0	17	60.7	1.43	0.71	49.4	28
	10万人未満	5	45.5	0	0.0	6	54.5	1.27	0.73	54.5	11
	5万人未満	10	66.7	0	0.0	5	33.3	4.13	0.93	67.1	15
	1万人未満	2	100.0	0	0.0	0	0.0	1.00	1.00	100.0	2
	合計	30	42.9	0	0.0	40	57.1	2.29	0.81	50.9	70

表Ⅲ-1 第3期計画における施設整備目標と実施設数の比較および施設整備率

資料：アンケート調査

¹⁰⁾ アンケート調査では、整備目標および実施設数のほかに整備目標および実定員数も質問しているが、定員数目標を立てている自治体が少なかったため、施設数のみで考察を行う。

ほどその傾向が顕著である。それ以外のサービスについては、「認知症対応型通所介護」（58.9％）で過半数となっている以外は、いずれのサービスも50％を超えていない。これらのサービスでは、いずれも人口規模が大きい市町村ほど整備目標に達していない割合が低かった。

施設整備目標を実施設数が上回っている市町村については、「認知症対応型通所介護」（6.8％）で最も高いものの、すべてのサービスにおいてその数値は低くなっている。

その一方で、施設整備目標に実施設数が達していない市町村については、「夜間対応型訪問介護」（72.4％）で最も割合が高く、「小規模多機能型居宅介護」（65.3％）、「地域密着型介護老人福祉施設」（59.2％）、「地域密着型特定施設入居者生活介護」（57.1％）でも過半数となっていた。「夜間対応型訪問介護」においては、人口規模が小さい市町村ほど整備目標に達していない割合が高かったが、それ以外のサービスにおいては人口規模が大きい市町村ほどその割合が高かった。

このように、全体的に施設整備目標に実施設数が達していないサービスが多かったが、その実態を把握するために、市町村ごとに施設整備率（実施設数÷施設整備目標×100）を算出し、その平均値を示した。「認知症対応型共同生活介護」（98.7％）や「認知症対応型通所介護」（84.9％）では比較的整備率が高いものの、「小規模多機能型居宅介護」（55.8％）や「地域密着型特定施設入居者生活介護」（50.9％）では半数程度、「地域密着型介護老人福祉施設」（49.3％）や「夜間対応型訪問介護」（31.2％）では整備率がかなり低かった。

市町村の人口規模別にみると、「夜間対応型訪問介護」では人口規模が小さいほど整備率が低いが、それ以外のサービスでは、人口規模が大きいほど整備率が低くなっていた。各市町村の整備目標平均と施設数平均をみると、双方とも人口規模に比例して施設数が多くなっており、小規模自治体においては施設数平均が1を下回っているサービスも見られることから、次のことが指摘できる。「夜間対応型訪問介護」では小規模市町村を中心に施設自体を建設できなかった市町村が多く、それ以外のサービスでは、大都市部を中心に人口規模に合わせた施設整備目標までの施設整備に至らなかったことが推察される。

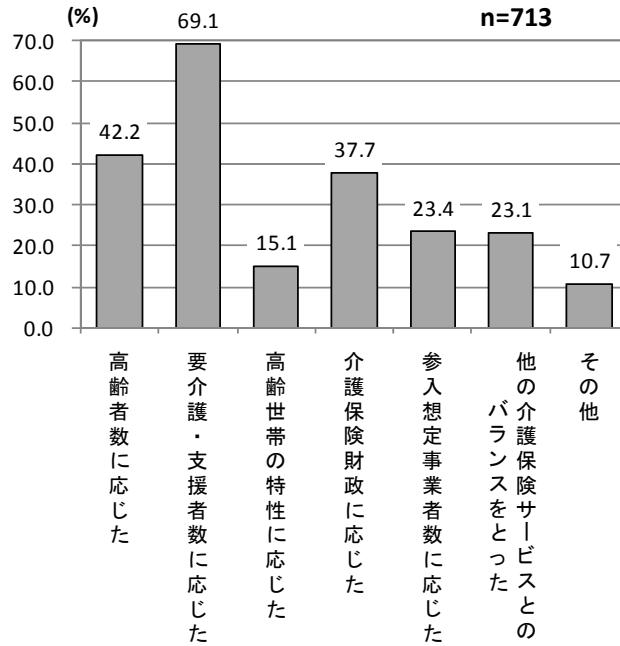
しかし、施設整備率については、施設整備目標を立てている市町村のみで算出したものであるため、そもそも施設を建設する必要がないとして整備目標を立てていない市町村が相当数存在するものと考えられる。表Ⅱ-1によると、「夜間対応型訪問介護」、「地域密着型介護老人福祉施設」、「地域密着型特定施設入居者生活介護」ではサービスの未設置保険者の割合が90％を超えている。特に、町村部においてその割合が高かった。つまり、整備率でみると大都市部で施設が足りていないように見られるが、それ以上に農山村部において絶対数が不足しているということがいえる。

2. 第3期介護保険事業計画における施設整備目標に用いた指標（問3）

前節において、地域密着型サービスの第3期介護保険事業計画の施設整備目標に対する整備率が低いことが明らかとなったが、そもそも、介護保険事業計画の施設整備目標はどのような指標に基づいて立てられているのであろうか。

図Ⅲ-1をみると、「要介護・要支援者数に応じた」（69.1％）が最も多く、次に「高齢者数に応じた」（42.7％）が多くなっている。このように、基本的にはサービスの利用者見込みに合わせて目標を立てていることがわかる。ただし、「介護保険財政に応じた」（37.7％）や「参入想定事業者数に応じた」（23.4％）のように、サービスの利用者見込みのほかに地域の実情から目標を制限せざるを得ない状況にあった市町村が少なからずあったことも示唆できる。

つまり、各市町村では、地域密着型サービスの利用者見込みに応じて施設整備目標を立てたものの、



図Ⅲ-1 第3期介護保険事業計画における施設整備目標に用いた指標（複数回答）

資料：アンケート調査

さまざまな要因で施設整備が進まなかったものと考えられる。その要因については次節で明らかにする。

3. 第3期介護保険事業計画における施設整備目標と実施設数が異なった要因（問2）

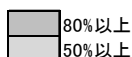
第3期介護保険事業計画における地域密着型サービスの施設整備目標に施設整備が及ばなかった要因について明らかにするために、施設整備目標と実施設数が異なった場合に、その要因を質問した。

表Ⅲ-2をみると、いずれのサービスにおいても「運営事業者の応募がなかった」が最も高い値を示していることがわかる。特に、「小規模多機能型居宅介護」（73.3%）や「夜間対応型訪問介護」（70.1%）においてその傾向が顕著であった。また、この傾向は人口規模が大きい市町村ほど顕著であり、「30万人以上」、「30万人未満」の「小規模多機能型居宅介護」、「30万人以上」の「認知症対応型通所介護」、「30万人以上」の「夜間対応型訪問介護」では80%を超える市町村において「運営事業者の応募がなかった」との回答があった。つまり、大規模市町村では、人口規模に応じた施設整備目標を立てたものの、採算性の確保の困難さなどから、施設整備目標に見合うだけの事業者の応募がなかったものと考えられる。このことは、「事業者の辞退・取消」がそれぞれのサービスで1割弱みられることとも関係している。

また、「夜間対応型訪問介護」では、「計画で想定したサービス需要が見られなかった」（40.2%）が比較的多く見られた。「夜間対応型訪問介護」については、サービスの認知度もそれほど高くないことから、サービス需要が生じなかったため、施設整備目標を立てたにもかかわらず施設整備をしなかった市町村が多く見られた。

その一方で、施設整備目標を実施設数が上回ったケースもみられるため、その要因についてみると、「サービス需要に対して施設が足りなかったため新たに公募した」がわずかではあるが、「認知症対応型共同生活介護」や「地域密着型介護老人福祉施設」などでみられた。この傾向は、特に小規模市町村において顕著にみられる。つまり、小規模市町村では施設整備目標をごくわずかにしか設定していなか

		目標に施設数が達しなかった要因								目標を施設数が上回った要因			その他	市町村数								
		運営事業者の応募が	運営を任せられなかった	応募があつたものの	計画で想定したサービス	介護給付費及び介護	施設建設時に困難	事業者の辞退・取消	整備延期	したため新たに公募	したため必要に	事業者から応募があつたが										
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%										
小規模多機能型 居宅介護	30万人以上	34	87.2	3	7.7	7	17.9	0	0.0	0	0.0	1	2.6	2	5.1	1	2.6	0	0.0	3	7.7	39
	30万人未満	68	88.3	2	2.6	10	13.0	0	0.0	0	0.0	2	2.6	2	2.6	2	2.6	1	1.3	1	1.3	77
	10万人未満	40	63.5	6	9.5	12	19.0	0	0.0	2	3.2	6	9.5	3	4.8	0	0.0	0	0.0	5	7.9	63
	5万人未満	72	63.7	4	3.5	27	23.9	5	4.4	8	7.1	4	3.5	2	1.8	4	3.5	3	2.7	4	3.5	113
	合計	214	73.3	15	5.1	56	19.2	5	1.7	10	3.4	13	4.5	9	3.1	7	2.4	3	1.0	13	4.5	292
認知症対応型 共同生活介護	30万人以上	16	53.3	6	20.0	1	3.3	0	0.0	0	0.0	2	6.7	2	6.7	1	3.3	0	0.0	5	16.7	30
	30万人未満	14	46.7	2	6.7	1	3.3	1	3.3	1	3.3	2	6.7	7	23.3	2	6.7	0	0.0	4	13.3	30
	10万人未満	6	28.6	2	9.5	2	9.5	0	0.0	0	0.0	2	9.5	4	19.0	1	4.8	0	0.0	5	23.8	21
	5万人未満	16	36.4	0	0.0	8	18.2	2	4.5	5	11.4	2	4.5	4	9.1	6	13.6	4	9.1	5	11.4	44
	合計	52	41.6	10	8.0	12	9.6	3	2.4	6	4.8	8	6.4	17	13.6	10	8.0	4	3.2	19	15.2	125
認知症対応型 通所介護	30万人以上	20	83.3	0	0.0	3	12.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.2	0	0.0	3	12.5	24
	30万人未満	36	78.3	2	4.3	7	15.2	0	0.0	0	0.0	3	6.5	4	8.7	2	4.3	0	0.0	5	10.9	46
	10万人未満	15	44.1	1	2.9	4	11.8	0	0.0	1	2.9	5	14.7	0	0.0	1	2.9	4	11.8	5	14.7	34
	5万人未満	21	39.6	1	1.9	14	26.4	0	0.0	3	5.7	2	3.8	2	3.8	3	5.7	0	0.0	13	24.5	53
	合計	92	58.6	4	2.5	28	17.8	0	0.0	4	2.5	10	6.4	6	3.8	7	4.5	4	2.5	26	16.6	157
夜間対応型 訪問介護	30万人以上	16	80.0	0	0.0	8	40.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.0	0	0.0	2	10.0	20
	30万人未満	21	77.8	0	0.0	11	40.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	3.7	0	0.0	1	3.7	27
	10万人未満	12	63.2	1	5.3	5	26.3	0	0.0	1	5.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	10.5	19
	5万人未満	12	57.1	2	9.5	11	52.4	1	4.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.8	21
	合計	61	70.1	3	3.4	35	40.2	1	1.1	1	1.1	0	0.0	0	0.0	2	2.3	0	0.0	6	6.9	87
地域密着型 老人福祉施設	30万人以上	20	76.9	1	3.8	1	3.8	0	0.0	2	7.7	0	0.0	3	11.5	2	7.7	0	0.0	3	11.5	26
	30万人未満	21	55.3	1	2.6	1	2.6	0	0.0	2	5.3	5	13.2	4	10.5	1	2.6	0	0.0	4	10.5	38
	10万人未満	10	47.6	1	4.8	2	9.5	1	4.8	1	4.8	2	9.5	1	4.8	1	4.8	0	0.0	2	9.5	21
	5万人未満	6	46.2	0	0.0	3	23.1	1	7.7	0	0.0	0	0.0	2	15.4	2	15.4	0	0.0	2	15.4	13
	合計	57	58.2	3	3.1	7	7.1	2	2.0	5	5.1	7	7.1	10	10.2	6	6.1	0	0.0	11	11.2	98
施設入居者 生活介護	30万人以上	6	50.0	0	0.0	2	16.7	0	0.0	0	0.0	2	16.7	2	16.7	1	8.3	0	0.0	2	16.7	12
	30万人未満	7	43.8	0	0.0	1	6.3	0	0.0	2	12.5	0	0.0	5	31.3	1	6.3	1	6.3	1	6.3	16
	10万人未満	2	33.3	1	16.7	1	16.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6
	5万人未満	3	75.0	0	0.0	1	25.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4
	合計	18	47.4	1	2.6	5	13.2	1	2.6	2	5.3	2	5.3	9	23.7	2	5.3	1	2.6	3	7.9	38



表Ⅲ-2 第3期計画における施設整備目標と実施施設数が異なった要因

資料：アンケート調査

注)「事業者の辞退・取消」、「整備延期」、「計画にはなかったが事業者から応募があった」はその他の中から多数意見を取りだした。

「1万人未満」の市町村は少数であったため、「5万人未満」に含めた。

ったにもかかわらず、サービス開始後に多くの利用ニーズが見られたことから新設したものと考えられる。

4. 募集形態と応募事業者数（問1）

前節において、地域密着型サービスにおける第3期介護保険事業計画の施設整備目標に実際の施設整備が及ばなかった要因として、運営事業者の応募がなかったことが多くあげられたが、地域密着型施設の事業者の選定はどのように行っているのでしょうか。

表Ⅲ-3をみると、「認知症対応型共同生活介護」以外については事業者を公募しているケースが多いことがわかる。認知症対応型共同生活介護については、小規模市町村を中心に非公募によって事業者を選定しているケースが目立つ。認知症対応型通所介護についても小規模市町村において非公募による選

		公募施設数 ／市町村	非公募施設 数／市町村	応募事業者 数／市町村	市町村数
小規模多機能型居宅介護	30万人以上	10.5	2.6	9.0	41
	30万人未満	4.7	0.6	4.3	101
	10万人未満	2.0	0.5	2.9	96
	5万人未満	1.5	0.4	1.9	110
	1万人未満	0.6	0.6	2.5	7
	合計	3.6	0.8	3.7	355
認知症対応型共同生活介護	30万人以上	7.2	6.0	12.4	43
	30万人未満	2.9	2.9	6.0	83
	10万人未満	1.6	2.0	4.5	80
	5万人未満	0.9	1.3	2.6	116
	1万人未満	0.2	0.9	1.1	37
	合計	2.2	2.3	5.3	359
認知症対応型通所介護	30万人以上	6.2	4.8	5.0	32
	30万人未満	2.9	1.8	2.9	72
	10万人未満	1.0	1.1	1.8	63
	5万人未満	1.0	0.6	1.6	68
	1万人未満	0.1	1.0	1.0	11
	合計	2.2	1.7	2.6	246
夜間対応型訪問介護	30万人以上	2.0	0.2	3.2	30
	30万人未満	0.9	0.2	0.9	35
	10万人未満	0.9	0.2	0.4	11
	5万人未満	0.9	0.1	0.5	9
	1万人未満	-	-	-	0
	合計	1.3	0.2	1.6	85
地域密着型介護老人福祉施設	30万人以上	2.7	0.2	3.7	30
	30万人未満	1.5	0.2	1.8	46
	10万人未満	1.0	0.2	1.3	29
	5万人未満	1.1	0.4	1.3	27
	1万人未満	-	1.0	-	2
	合計	1.6	0.3	2.0	134
地域密着型特定施設入居者生活介護	30万人以上	2.7	0.2	3.7	30
	30万人未満	1.5	0.2	1.8	46
	10万人未満	1.0	0.2	1.3	29
	5万人未満	1.1	0.4	1.3	27
	1万人未満	-	1.0	-	2
	合計	1.6	0.3	2.0	134

表Ⅲ-3 応募形態と応募事業者数

資料：アンケート調査

定が目立つことから、認知症対応型のサービスについては、サービスの特殊性から運営事業者が限定される上、さらに小規模市町村においては事業者が少ないため非公募としたケースが多かったことが考えられる。それ以外のサービスについては、事業者選定の透明性の確保から、公募による選定を行ったものと考えられる。

次に、公募した施設数に対する応募事業者数についてみると、それぞれのサービス全体ではいずれのサービスでも公募施設数を上回る応募事業者数がみられる。特に、「認知症対応型共同生活介護」では2倍以上の応募事業者数がある。これは、2006年度の改正介護保険法施行以前から存在する¹¹⁾ サービスであるため認知度が高いこと、入所型の地域密着型サービスの中でも介護報酬が高く採算性が見込めることから、さまざまな種類の事業者が参入しやすかったためと考えられる。しかし、他のサービスでは

¹¹⁾ 2006年度以前は都道府県に事業者の指定権限があったが、2006年度の改正介護保険法の施行により、地域密着型サービスとして市町村に指定権限が移行された。

公募施設数を応募事業者数が上回っているといっても、1施設未満というごくわずかな数値である。つまり、応募事業者数が上回っている自治体もあるものの、下回っている自治体も多くあることが推測される。

また、「小規模多機能型居宅介護」と「認知症対応型通所介護」では大規模市町村、「夜間対応型訪問介護」では小規模市町村を中心に公募施設数を応募事業者数が下回っている。「小規模多機能型居宅介護」と「認知症対応型通所介護」では多くの需要に対応した形で多数の施設を公募したものの、それに見合うだけの事業者の応募が見られなかったものと考えられる。「夜間対応型訪問介護」については、24時間訪問に対応できる体制の確保が可能な事業者が小規模市町村に存在しない上、介護報酬も低いことから採算性の確保が困難であるという理由から、地域外からの事業者の参入が見られなかったことが影響しているものと考えられる。

5. 市町村が独自に設置する地域密着型サービスに対する助成金・補助金（問5）

なかなか参入が容易に進まない地域密着型サービスに対して、市町村が助成金・補助金を出している

	設置している		設置していない		無回答	
30万人以上	17	27.4	45	72.6	0	0.0
30万人未満	15	11.8	111	87.4	1	0.8
10万人未満	13	8.6	139	91.4	0	0.0
5万人未満	15	4.5	304	90.2	18	5.3
1万人未満	2	1.1	124	66.0	62	33.0
合計	62	7.2	723	83.5	81	9.4

表Ⅲ-4 市町村が独自に設置する地域密着型サービスに対する助成金・補助金の有無

資料：アンケート調査

注）無回答には、地域密着型サービス自体を設置していない市町村も含まれる。

人口規模	助成金・補助金名	助成金・補助金を給付する条件
30万人以上	〇〇市社会福祉施設等整備費補助金	地域密着型介護老人福祉施設を整備する社会福祉法人に対して、1床当たり3703千円を補助（国庫交付金を含む）
30万人以上	〇〇市地域介護・福祉空間整備等補助金及び地域介護・福祉空間推進補助金	社会福祉法人及び医療法人で本市内に事務所を有する者
30万人以上	〇〇市地域密着型サービスに係る施設整備補助金	事業者が社会福祉法人かNPO法人であること
30万人以上	〇〇市小規模多機能型居宅介護事業所運営費等補助金	用途：人件費、賃借料、光熱水費等 対象期間：開設前2カ月から開設後6カ月の間の6カ月 補助金額：上限700万円/1事業所
30万人以上	〇〇市中山間地域地域密着型サービス等整備費補助金	〇〇市内の中山間地域において地域密着型サービス等の事業の施設整備を行うこと
30万人以上	〇〇市高齢者福祉施設整備費補助	1ユニット3000万円、2ユニット上限、地域密着型特養のみ
30万人以上	小規模多機能型居宅介護拠点整備促進事業補助金	10年以上の事業継続など
30万人未満	〇〇市地域密着型サービス拠点等施設整備費補助金	地域密着型サービス開設事業者による施設整備
30万人未満	社会福祉施設設置費等補助金	市民が優先的に利用できる社会福祉施設、地域密着型サービスは小規模多機能型居宅介護拠点
30万人未満	〇〇区介護保険サービス実施施設整備事業補助 等	事業を10年以上継続すること
10万人未満	老人福祉施設整備事業補助金	地域密着型介護老人福祉施設のみ
10万人未満	小規模多機能型居宅介護施設整備事業費補助金	県内事業者
10万人未満	介護基盤緊急整備補助金	小規模多機能型居宅介護施設の設置
10万人未満	社会福祉施設整備費補助金	新設・修理・改造・拡張等
10万人未満	地域密着型サービス拠点施設等整備補助金	第4期計画に計上され市民協議会で同意されたもの
5万人未満	地域密着型介護老人福祉施設整備支援事業補助金	市が整備を必要と認めた施設の整備
5万人未満	〇〇市地域密着型サービス拠点施設等整備事業補助金	〇〇市地域密着型サービス事業選定委員会により選定された法人
5万人未満	高齢者福祉施設整備事業補助金	小規模特別養護老人ホームの建設

表Ⅲ-5 市町村が独自に設置する地域密着型サービスに対する主な助成金・補助金

資料：アンケート調査

注）本表には、アンケートによる回答の一部のみ掲載している。

ケースがどの程度みられるのであろうか。国による「地域介護・福祉空間整備等交付金」ではなく、市町村独自の助成金・補助金（国からの補助金に市町村が上乘せした場合は除く）に限って考察する。

表Ⅲ-4をみると、全体では助成金・補助金を設置している市町村は7.2%と1割にもみだっていない。国による「地域介護・福祉空間整備等交付金」を用いた助成金・補助金を使用している市町村は他に数多くあるものの、市町村の独自なものに限ってみると、厳しい財政下であってかごくわずかであった。市町村規模別にみると、比較的財政が安定していると考えられる大規模市町村の方が、設置している割合が高かった。「30万人以上」(27.4%)では、3割程度の市町村で設置していた。

次に、どのような条件のもとに助成金・補助金を設置しているのかについて考察する。**表Ⅲ-5**は、市町村が独自に設置する地域密着型サービスに対する主な助成金・補助金である。いずれも施設整備・修繕などに対するハード面での助成・補助である。また、すべての地域密着型サービスを対象とした助成金・補助金がある一方で、小規模多機能型居宅介護や地域密着型介護老人福祉施設などの特定のサービスに限定した助成金・補助金もみられる。これは、需要が多いことから施設整備が早急に望まれているサービスであることが予想され、特に小規模多機能型居宅介護を対象とした助成金・補助金が多くなっていることが特徴である。

6. 地域密着型サービスの配置計画（問4、問4-1）

市町村内において公平かつ効率的にサービスを提供できるよう、各市町村が地域密着型サービスの提供施設の配置計画を立てているかについて考察する。

表Ⅲ-6をみると、立てている市町村は53.6%と約半数にとどまっていた。市町村の規模別にみると、人口規模が大きくなるほど配置計画を立てている割合が高い。これは小規模市町村ほど施設数が少なく、1施設のみの場合も多いことから施設の配置についてそれほど考える必要がないことがうかがえる。そ

	立てている		立てていない		無回答		市町村数
	数	%	数	%	数	%	
30万人以上	55	88.7	7	11.3	0	0.0	62
30万人未満	117	92.1	10	7.9	0	0.0	127
10万人未満	109	71.7	43	28.3	0	0.0	152
5万人未満	149	44.2	171	50.7	17	5.0	337
1万人未満	34	18.1	95	50.5	59	31.4	188
合計	464	53.6	326	37.6	76	8.8	866

表Ⅲ-6 地域密着型サービスに関する施設配置計画の有無

資料：アンケート調査

注) 無回答には、地域密着型サービス自体を設置していない市町村も含まれる。

	施設の設置箇所までの詳細な計画		日常生活圏域単位の計画		保険者域の中での大まかな計画		その他		無回答		市町村数
	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	
30万人以上	0	0.0	42	76.4	9	16.4	3	5.5	1	1.8	55
30万人未満	5	4.3	92	78.6	19	16.2	1	0.9	0	0.0	117
10万人未満	2	1.8	76	69.7	31	28.4	0	0.0	0	0.0	109
5万人未満	2	1.3	102	68.5	42	28.2	3	2.0	0	0.0	149
1万人未満	2	5.9	13	38.2	16	47.1	1	2.9	2	5.9	34
合計	11	2.4	326	70.3	117	25.2	8	1.7	2	0.4	464

表Ⅲ-7 地域密着型サービスに関する施設配置計画の内容

資料：アンケート調査

注) 表Ⅲ-6において「立てている」と回答した市町村のみ。

の一方で、大規模市町村については、多くの高齢者が公平かつ効率的にサービスを利用できるよう配置計画を立てているものと考えられる。

それでは、地域密着型サービスの配置計画を立てている市町村は、どのような内容の配置計画を立てているのであろうか。表Ⅲ-7は、表Ⅲ-6において立てているとした市町村に対して、施設配置計画の内容を質問したものである。

全体的にみると、「日常生活圏域単位の計画」（70.3%）を立てている市町村が最も多く、次に「保険者域の中での大まかな計画」（25.2%）が続いていた。市町村の規模別にみると、大規模市町村ほど「日常生活圏域単位の計画」が多く、小規模市町村ほど「保険者の中での大まかな計画」が多くなっていた。これは、小規模市町村については1市町村につき1施設ということが多く、市町村域内の市街地などの利用しやすい場所に配置するなど大まかな計画になっているのに対し、大規模市町村では複数の施設が存在することから市町村域の中のさらに詳細な日常生活圏域ごとに各サービスの施設数などの配置計画を立てたものと考えられる。

その一方で、「施設の設置箇所までの詳細な計画」（2.4%）というかなり詳細な配置計画を立てている市町村はごくわずかであった。これは、用地取得の関係や既存の介護保険サービスの提供施設に併設する形で地域密着型サービスを提供するケースが多かったため、市町村が詳細な配置計画を立てることが困難であったからと考えられる。

7. 地域密着型サービスが創設された効果（問6）

地域密着型サービスが創設された効果については、「保険者に設置権限があることで施設数・定員数を調整できるようになった」（52.2%）が最も多くあげられていた（表Ⅲ-8）。特に、人口規模の大きい市町村において多くあげられている。このことは、「施設配置について細かく設定できるようになった」、「運営事業者を選択できるようになった」、「保険者内で事業者やサービス利用者等の情報を把握できるようになった」も同様の傾向がみられることから、権限移譲に対応できる大規模市町村においては、市町村の裁量で事業者の情報を得られるほか、その情報をもとにサービス量や施設配置、運営事業者などを調整できるようになったことが効果として多くあげられていた。

また、「認知症高齢者に手厚いサービスが提供できるようになった」（48.2%）も多くあげられていた。これについては、小規模市町村ほど多くあげられており、もともと認知症対応のサービスが脆弱であっ

	調こ保	設 施	よ 運	う サ 認	握 ビ 保	が サ	施 設	そ の	市 町 村 総 数
	整 と 險	定 設	う 営	に 知	で ス 險	が サ	設 選	他	
	て 者	置 配	に 事	な 症	き 利	っ ー	置 択		
	き 者	き 置	な 業	た が 齢	る 用	た ビ	の 幅		
	る 設	る に	者	提 者	よ 者	ス 選	が 広		
	よ 設	よ つ	を	に 業	等 事	択 の	が っ		
	う ・ 権	う い	選	に 業	の 情	幅 が	た		
	に 定	な 細	定	で 手	報 や	が 広			
	な 員	っ っ	で	き 厚	た が				
	数 有	か っ	可	い	サ				
	あ 者	た っ	る	よ	把				
	た 者	く	る	よ	！				
	を								
	%	%	%	%	%	%	%	%	
30万人以上	34 54.8	30 48.4	29 46.8	28 45.2	25 40.3	25 40.3	11 17.7	2 3.2	62
30万人未満	79 63.7	45 36.3	48 38.7	57 46.0	53 42.7	52 41.9	29 23.4	3 2.4	124
10万人未満	86 58.5	28 19.0	48 32.7	68 46.3	68 46.3	72 49.0	41 27.9	6 4.1	147
5万人未満	152 49.7	32 10.5	57 18.6	145 47.4	89 29.1	122 39.9	76 24.8	5 1.6	306
1万人未満	44 37.3	11 9.3	16 13.6	67 56.8	34 28.8	58 49.2	40 33.9	2 1.7	118
合計	395 52.2	146 19.3	198 26.2	365 48.2	269 35.5	329 43.5	197 26.0	18 2.4	757

表Ⅲ-8 地域密着型サービスが創設された効果（複数回答）

資料：アンケート調査

人口規模	効果におけるその他の意見
30万人未満	グループホームを含む施設系サービスについて、施設数、定員、事業者を選定できるようになった
30万人未満	事業者に対して指導及び監督を行うことができるようになった
10万人未満	事業者との情報交換の場が以前に比べよくなった
10万人未満	施設職員との距離が近くなった
10万人未満	利用者が住みなれた地域で、地域住民と交流しながら継続できるようになったこと
5万人未満	家族の負担軽減に有効になった
1万人未満	居住地限定のサービスであるため村民に対するサービスが手厚くなった
1万人未満	基準に若干の裁量もてるようになったこと

表Ⅲ-9 地域密着型サービスが創設された効果（その他意見）

資料：アンケート調査

た地域に地域密着型サービスが創設されたことで、認知症対応のサービスが強化されたことが要因として考えられる。

そして、「サービス選択の幅が広がった」（43.5%）も続いて多くあげられていた。このように、地域密着型サービスが創設されたことで、サービス量が増え、選択の幅が広がったことが効果として多くあげられていた。このことは、「施設選択の幅が広がった」にみられるように小規模市町村ほどその効果があったようだ。

その他の意見としては、表Ⅲ-9のとおりである。

8. 地域密着型サービスの課題（問7）

地域密着型サービスの課題については、「市町村職員の業務量が増えている」（72.0%）が最も多くあげられている（表Ⅲ-10）。これは、圧倒的に多く、また市町村規模による差異はほとんど見られないことから、地域密着型サービスの創設されたことで、市町村に権限移譲がされたことにより、市町村職員の業務量が膨大となったことが、全国の市町村において共通の課題となっているようだ。市町村に権限移譲されたことにより、市町村において高齢者福祉に関するさまざまな調整が可能となった裏返しとして、市町村職員の業務量増加が課題としてあげられている。

次に、「事業者に対しての監査や指導が困難である」（46.9%）が多くあげられていた。特に、小規模市町村において多くあげられており、小規模市町村においては地域密着型サービスに関する通常業務が膨大であることから、事業者への監査や指導まで手が回らない状況がうかがえる。

	市町村職員の業務量が増		待機者が多く出ている		まはサ ら公 な募 いし て・ も地 事業 に者 よ が つ 集		らサ ず 、 ビ 利 用 者 が 知 度 え が な 上 い が		て施 い設 ないの い経 営 が う ま く い っ		指事 導業 が者 困に 難対 でし ての 監 査 や		き事 ない業 者との 情 報 交 換 が で		そ の 他		市 町 村 総 数
	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%			
30万人以上	42	67.7	4	6.5	51	82.3	31	50.0	14	22.6	10	16.1	2	3.2	5	8.1	62
30万人未満	93	73.8	11	8.7	88	69.8	47	37.3	27	21.4	39	31.0	2	1.6	8	6.3	126
10万人未満	109	74.1	12	8.2	79	53.7	28	19.0	34	23.1	69	46.9	1	0.7	9	6.1	147
5万人未満	231	75.5	24	7.8	93	30.4	47	15.4	43	14.1	171	55.9	7	2.3	16	5.2	306
1万人未満	73	60.8	11	9.2	42	35.0	15	12.5	9	7.5	68	56.7	3	2.5	6	5.0	120
合計	548	72.0	62	8.1	353	46.4	168	22.1	127	16.7	357	46.9	15	2.0	44	5.8	761

表Ⅲ-10 地域密着型サービス課題（複数回答）

資料：アンケート調査

人口規模	課題におけるその他の意見
30万人以上	狭い行政区域内のみの利用とすることが、利用者、事業者にとって弊害となっている。せめて県単位とすべき
30万人以上	小規模多機能型居宅介護について事業運営の採算が合わない
30万人未満	サービス量の調整、質の確保
30万人未満	入所費用が高額である。事業採算性の面から地域密着型サービス事業参入を控える事業者が多い
30万人未満	介護人材の不足
30万人未満	地域とのつながりの持ち方
30万人未満	グループホームや小規模多機能型にも負担限度額制度、社福減額の適用すべき。生保受給者等が利用できない
10万人未満	住所や特例施設ではないことの認識のない事業者による転入・転居
10万人未満	不正と思われる住所異動が見受けられる
10万人未満	事業所数が多く、給付額に影響がある
5万人未満	行政区境の境界があると他市町村の人が近くにある施設でも入れない
5万人未満	保険料負担の福祉サービスであるにもかかわらず地域格差が生じる
5万人未満	他市町村の被保険者のサービス利用希望者が利用できないケースが生じている
5万人未満	地域内の利用だけでは経営が成り立たない
5万人未満	認知症などでは近くの施設を利用したがる家族もある。値段的に高いので利用しにくい
5万人未満	選定することにより事業者とのトラブルが生じる
1万人未満	利用料金が他の施設サービスと比べて割高である
1万人未満	小規模の村では困難
1万人未満	保険適用外の負担が多額となる

表Ⅲ－11 地域密着型サービスの課題（その他意見）

資料：アンケート調査

さらに、「サービス・地域によっては公募しても事業者が集まらない」（46.4％）も多くあげられていた。特に、大規模市町村ほど多くあげられている。これは、表Ⅲ－2、Ⅲ－3 でみられたように、大規模自治体においては、人口規模に応じて施設整備目標を多く立てたにもかかわらず、採算性の問題などから事業者の参入が見られなかったことが影響しているものと考えられる。

同様に、「サービスの認知度が上がらず、利用者が増えない」や「施設の経営がうまくいっていない」は、大規模市町村ほど多く課題としてあげられている。このように、大規模市町村においては地域密着型サービスの認知度が低く利用が進まないことで、事業者参入にも影響が出ていることが想定される。

その他意見としては、表Ⅲ－11 のとおりである。特に、事業者の指定権限が市町村となったことで、利用者が当該市町村に限定されることで、他市町村の住民が利用できず、採算性に影響が出ることや、逆に市町村縁辺部の居住者は自宅から再近隣の他市町村の施設を利用できずに非効率的であることが多くあげられていた。

9. 介護保険第4期計画における施設整備目標（問1）

今後の施設整備の実態を把握するために、第4期介護保険事業計画における施設整備目標について考察する。まず、第4期計画において施設の増設を計画している市町村については、「小規模多機能型居宅介護」（45.6％）が最も高く、「認知症対応型共同生活介護」（44.6％）が続いていた（表Ⅲ－12）。「認知症対応型通所介護」（25.4％）や「地域密着型介護老人福祉施設」（20.4％）は2割程度にとどまり、「夜間対応型訪問介護」（7.6％）や「地域密着型特定施設入居者生活介護」（7.9％）ではわずかであった。このように、全体的に第4期計画において地域密着型サービスにおける施設の増設を計画している市町村は少なかった。

しかし、市町村の人口規模別にみると、いずれも大規模市町村において施設増設の計画を立てている割合が高い。特に、「小規模多機能型居宅介護」、「認知症対応型共同生活介護」、「認知症対応型通所介護」においては8割を超える市町村で施設増設計画を立てているケースがみられる。

		施設増設計画無				施設増設計画有		現施設数	第4期施設整備目標	施設増設率	市町村数
		既存施設有		既存施設無							
		%	%	%	%	%	%				
小規模多機能型 居宅介護	30万人以上	1	2.2	3	6.7	41	91.1	320	778	2.43	45
	30万人未満	13	11.5	7	6.2	93	82.3	332	664	2.00	113
	10万人未満	24	16.9	25	17.6	93	65.5	196	472	2.41	142
	5万人未満	56	17.3	140	43.2	128	39.5	177	378	2.14	324
	1万人未満	7	3.8	165	88.7	14	7.5	10	24	2.40	186
	合計	101	12.5	340	42.0	369	45.6	1035	2316	2.24	810
認知症対応型共 同生活介護	30万人以上	2	4.9	1	2.4	38	92.7	1387	1816	1.31	41
	30万人未満	20	17.4	2	1.7	93	80.9	1270	1590	1.25	115
	10万人未満	51	39.2	3	2.3	76	58.5	776	975	1.26	130
	5万人未満	170	57.8	17	5.8	107	36.4	926	1185	1.28	294
	1万人未満	79	47.3	69	41.3	19	11.4	125	145	1.16	167
	合計	322	43.1	92	12.3	333	44.6	4484	5711	1.27	747
認知症対応型通 所介護	30万人以上	4	16.0	0	0.0	21	84.0	314	439	1.40	25
	30万人未満	32	36.8	3	3.4	52	59.8	383	520	1.36	87
	10万人未満	57	44.5	25	19.5	46	35.9	219	313	1.43	128
	5万人未満	96	31.5	154	50.5	55	18.0	212	314	1.48	305
	1万人未満	19	10.6	150	83.8	10	5.6	23	32	1.39	179
	合計	208	28.7	332	45.9	184	25.4	1151	1618	1.41	724
夜間対応型訪問 介護	30万人以上	7	16.7	17	40.5	18	42.9	33	64	1.94	42
	30万人未満	21	17.1	79	64.2	23	18.7	24	52	2.17	123
	10万人未満	2	1.3	133	88.1	16	10.6	2	22	11.00	151
	5万人未満	3	0.9	325	97.0	7	2.1	4	16	4.00	335
	1万人未満	0	0.0	188	100.0	0	0.0	0	0	0.00	188
	合計	33	3.9	742	88.4	64	7.6	63	154	2.44	839
地域密着型介護 老人福祉施設	30万人以上	1	2.0	19	37.3	31	60.8	33	148	4.48	51
	30万人未満	11	8.9	58	46.8	55	44.4	48	155	3.23	124
	10万人未満	12	8.3	96	66.2	37	25.5	23	83	3.61	145
	5万人未満	20	6.0	272	81.4	42	12.6	27	80	2.96	334
	1万人未満	6	3.2	175	93.1	7	3.7	6	13	2.17	188
	合計	50	5.9	620	73.6	172	20.4	137	479	3.50	842
地域密着型特定 施設入居者生活 介護	30万人以上	1	1.9	38	70.4	15	27.8	8	52	6.50	54
	30万人未満	11	8.9	93	75.0	20	16.1	19	48	2.53	124
	10万人未満	7	4.6	131	86.8	13	8.6	9	52	5.78	151
	5万人未満	6	1.8	312	93.4	16	4.8	11	32	2.91	334
	1万人未満	2	1.1	183	97.3	3	1.6	2	5	2.50	188
	合計	27	3.2	757	89.0	67	7.9	49	189	3.86	851

	80以上
	50以上

表Ⅲ-12 第4期介護保険事業計画における施設整備の状況

資料：アンケート調査

注) 現施設数は2009年4月1日現在

施設増設率についてみると、現状の施設数が少ないことから「夜間対応型訪問介護」、「地域密着型介護老人福祉施設」、「地域密着型特定施設入居者生活介護」において高くなっていることを除くと、「小規模多機能型居宅介護」(2.24)の増設率が高く、各自治体が重点課題としていることがうかがえる。また、「地域密着型介護老人福祉施設」については、大規模市町村において施設増設率が高いことも特徴である。

その一方で、施設増設計画無の市町村の中では、「認知症対応型共同生活介護」については、「既存施設有」(43.1%)が多いものの、それ以外のサービスについては「既存施設無」の方が多くなっている。つまり、現時点でも施設がないにもかかわらず、第4期計画においても施設整備計画を立てていないということであり、今後のサービスが見込めない自治体が多くを占めていることになる。この傾向は、「夜

間対応型訪問介護」(88.4%)、「地域密着型介護老人福祉施設」(73.6%)、「地域密着型特定施設入居者生活介護」(89.0%)で顕著であり、特に小規模市町村においては9割を超えている。

これまでも、小規模市町村におけるサービスの整備が課題となっていたが、今後も整備の可能性は極めて低いことがわかった。

10. 地域介護・福祉空間等整備交付金の使用用途と金額 (問 18)

地域密着型サービスの創設が、全体的に少なくなっており、また今後の増設計画も停滞気味である現状を踏まえ、市町村が国に申請することで交付金が給付される「地域介護・福祉空間等整備交付金」の使用用途と金額について考察する。なお、本調査では2008年度決算額に関して質問をしたため、それ以前に給付を受けたものについては除外されている。

全体的に使用用途をみると、施設整備に使用している割合が圧倒的に高い(表Ⅲ-13)。特に、地域密着型サービスの施設整備の割合が高く、なかでも「小規模多機能型居宅介護」(37.6%)に使用しているケースが多い。「小規模多機能型居宅介護」については、施設整備率が50%程度とそれほど高くなかった(表Ⅲ-1)。この理由は、事業者が運営事業者の応募がなかったことであるが(表Ⅲ-2)、需要が大きいとみて市町村が多く施設整備を行ったものと考えられる。それにより、施設整備率が50%程度まで上昇したわけである。この傾向は、大規模市町村において特に顕著にみられる。

また、「認知症対応型共同生活介護」(22.9%)についても、多く整備されている。「認知症対応型共同生活介護」については整備率が高かったが、地域介護・福祉空間等整備交付金の給付も整備率の高さに寄与しているものと考えられる。

施設整備以外では、施設内の「設備投資」(21.2%)に多く使用されている。特に、スプリンクラーの整備など防災面に多く使用されていた。

そして、次章で分析を行う「地域包括支援センター」の施設整備に使用されているケースは、1.6%とほとんど見られなかった。これは、地域包括支援センターの設置が2006年度中にほとんど完了しているためであり、その年度の交付金は使用されていたものと考えられる。

次に、給付額の平均について考察する。全体の平均は948万9,700円となっている。当然のことではあるが、大規模市町村ほど金額が高くなっている。「30万人以上」の市町村では平均2655万2,000円であり、施設整備の補助として利用できるが、「1万人未満」の市町村では292万9,400円と施設内の

	施設整備										設備投資	その他	給付平均 (千円)	給付市町村数								
	地域密着型介護老人福祉施設	認知症対応型通所介護	夜間対応型訪問介護	小規模多機能型居宅介護	認知症対応型共同生活介護	地域密着型特定施設入居者介護	地域包括支援センター	その他施設														
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%										
30万人以上	9	28.1	2	6.3	3	9.4	15	46.9	7	21.9	1	3.1	1	3.1	16	50.0	7	21.9	4	12.5	26552.0	32
30万人未満	12	20.0	13	21.7	6	10.0	31	51.7	15	25.0	0	0.0	1	1.7	21	35.0	8	13.3	7	11.7	23392.2	60
10万人未満	4	7.0	3	5.3	1	1.8	17	29.8	18	31.6	0	0.0	1	1.8	19	33.3	15	26.3	4	7.0	9510.6	57
5万人未満	8	11.3	10	14.1	1	1.4	28	39.4	12	16.9	0	0.0	0	0.0	23	32.4	14	19.7	5	7.0	4761.8	71
1万人未満	1	4.0	1	4.0	0	0.0	1	4.0	5	20.0	0	0.0	1	4.0	10	40.0	8	32.0	10	40.0	2929.4	25
合計	34	13.9	28	11.4	11	4.5	92	37.6	56	22.9	1	0.4	4	1.6	89	36.3	52	21.2	30	12.2	9489.7	245

表Ⅲ-13 地域介護・福祉空間等整備交付金使用用途と金額 (複数回答)

資料：アンケート調査

設備投資程度の利用と考えられる。実施に、使用用途を見ても、1万人未満の自治体は施設整備に利用している割合が総じて低いことがわかる。

11. 小括

地域密着型サービスについて、小規模市町村を中心にサービスが整備されていないケースが多くみられた。特に、「夜間対応型訪問介護」や「地域密着型特定施設入居者生活介護」、「地域密着型介護老人福祉施設」において顕著であった。しかし、サービスが整備されている市町村間においてもサービスの地域差が見られた。すべての地域密着型サービスにおいて、従来の介護保険サービスに比べるとジニ係数が高く、サービス地域差が大きくなっていった。その中でも特に、地域差が大きかったのは、「地域密着型介護老人福祉施設」と「地域密着型特定施設入居者生活介護」である。

市町村の規模別にみると、大規模市町村においてサービスの充足度が低い市町村が目立った。つまり、最もサービスが充足していないのは、施設がまったく整備されていない小規模市町村であるが、施設がある中では大規模市町村で充足度が低く、大規模な人口に対する定員数が不足していることが指摘される。

これらの地域密着型サービスの地域差の要因を明らかにするために、市町村を対象にアンケート調査を実施した。その中で、2006年4月に計画した第3期介護保険事業計画の施設整備目標に実際の施設数が達していない市町村が「夜間対応型訪問介護」、「小規模多機能型居宅介護」、「地域密着型介護老人福祉施設」、「地域密着型特定施設入居者生活介護」において多いことがわかった。施設整備率についても同様であり、50%程度もしくはそれ以下であった。「夜間対応型訪問介護」を除くサービスにおいて大規模市町村の整備率が低くなっていた。

この理由としては、人口や高齢者数などのサービスニーズを踏まえた施設整備目標を立てたにもかかわらず、サービスの運営事業者の応募がなかったことがあげられる。特に、大規模市町村においてこの傾向が顕著であった。また、事業者の辞退などがあったことからわかるように、介護報酬が低く設定されていることから採算性の確保が困難という理由で、事業者の積極的な参入が見られなかったものと考えられる。

今後については、第4期計画で増設目標を立てている市町村が比較的少なく、もともとサービスの充足度が低い「夜間対応型訪問介護」、「地域密着型介護老人福祉施設」、「地域密着型特定施設入居者生活介護」では、特に少なかった。また、もともとサービスの整備がされていない小規模市町村において、整備目標を立てているケースはほとんど見られなかった。一方、大規模市町村においては、「小規模多機能型居宅介護」、「認知症対応型共同生活介護」、「認知症対応型通所介護」を中心に増設目標を立てている。このため、今後地域密着型サービスの地域差はさらに広がることが予想される。

IV 地域包括支援センターの地域差の実態

1. 地域包括支援センターの設置状況

地域包括支援センターの量的データについては、統計的に公表されているものはわずかである。筆者が確認できたものでは、厚生労働省の「地域包括支援センターの運営状況について」および社団法人全国保健センター連合会「地域包括支援センターのネットワーク化と業務の重点化・効率化に関する調査研究報告書」のみである。しかし、これらの資料は、全国レベルでの統計データは公表されているものの、本報告書が目的とするサービスの地域差を明らかにするために必要な市町村別のデータは公表されていない。このため、市町村を対象としたアンケート調査による把握が有効であるが、当然ながら回収率が低くなるため、全国的な設置状況を概観するには困難である。

そこで、まず本節では上記の報告書から全国における設置状況を概観する。その上で、次節以降においてアンケート調査より、地域包括支援センターの地域差について考察することとする。

地域包括支援センターの設置が可能となった 2006 年 4 月現在における地域包括支援センターの設置保険者¹²⁾ は、1,483 保険者であり、全保険者の 87.8%となっている（厚生労働省「地域包括支援センターの運営状況について」）。これは、地域包括支援センターの設置猶予期間が 2 年間与えられたことが影響している。全国のセンター数は、3,436 か所であり、1 市町村あたり 1.86 箇所が設置されているといえる。

地域包括支援センターの設置猶予期間終了後の 2009 年 1 月時点で調査を行った社団法人全国保健センター連合会「地域包括支援センターのネットワーク化と業務の重点化・効率化に関する調査研究報告書」によると、全保険者で地域包括支援センターが設置されていると報告されている。設置数は、全国で 3,998 箇所、1 市町村あたり 2.22 箇所に増加しており、地域包括支援センターの整備が進んだといえる。

2. 地域包括支援センターの地域差の実態（問 9）

地域包括支援センターの地域差の実態を明らかにするために、地域包括支援センター職員 1 人あたりの 65 歳以上人口を算出し、比較を行う。なお、65 歳以上人口については、2009 年 3 月末日現在の住民基本台帳統計を用いた。

各自治体の職員 1 人あたりの 65 歳以上人口の上位 10 市町村および下位 10 市町村を表 IV-1 で示した。最大値（最も充足していない）の市町村は、「東京都 A 区」（22,888 人）であった。全体的に値が大きい市町村は人口規模が「5 万人未満」が多いことがわかる。

反対に、最小値（最も充足している）の市町村は、「岡山県 B 市」（74 人）であった。値が小さい市町村の特徴はそれほどみられなかった。つまり、市町村の裁量でどの程度職員数を配置するかに関係していると考えられる。

この最大値と最小値を比較すると、309.3 倍の差があった。つまり、地域包括支援センターの充足度に関する地域差は全国で最大 309.3 倍あることがわかった。また、65 歳以上人口あたりの地域包括支援

¹²⁾ 同調査では、保険者単位で集計を行っているため、複数の市町村で広域保険者となっている場合も含まれている。

人口規模	市町村名	65歳以上人口 ／センター数
30万人未満	徳島県A市	58,710
30万人未満	青森県A市	53,429
30万人未満	群馬県A市	41,540
30万人未満	群馬県B市	40,573
30万人未満	愛媛県A市	32,442
30万人以上	千葉県A市	30,621
30万人未満	愛媛県B市	29,716
30万人未満	茨城県A市	29,216
30万人未満	大阪府A市	26,634
10万人未満	三重県A市	26,498
	∴	
1万人未満	北海道D村	395
1万人未満	北海道C町	348
1万人未満	北海道B村	347
1万人未満	沖縄県A村	310
1万人未満	奈良県A村	301
1万人未満	北海道A村	301
1万人未満	島根県A村	295
1万人未満	和歌山県A村	237
1万人未満	福島県A村	214
1万人未満	東京都A村	42

表Ⅳ-1 地域包括支援センター職員1人あたりの65歳以上人口の上位・下位10市町村

資料：アンケート調査および住民基本台帳統計（2009年3月末日現在）

注）職員数は、常勤と非常勤の職員数を合計した数値である。

人口規模	65歳以上人口／ 職員数:平均値	65歳以上人口／ 職員数:標準偏差	厚生労働省の基準以 下の市町村数		全市町村数
				%	
30万人以上	2,099.2	2,946.9	13	23.2	56
30万人未満	1,638.4	746.4	29	24.0	121
10万人未満	1,610.6	729.2	36	26.1	138
5万人未満	1,390.2	1,097.0	44	13.9	316
1万人未満	752.4	463.2	4	2.3	175
合計	1,376.0	1,198.8	126	15.6	806

表Ⅳ-2 自治体規模別にみた地域包括支援センター職員1人あたりの65歳以上人口と標準偏差および厚生労働省の基準以下の市町村数

資料：アンケート調査および住民基本台帳統計（2009年3月末日現在）

注）職員数は、常勤と非常勤の職員数を合計した数値である。

厚生労働省の基準とは、職員一人あたり65歳以上人口2,000人以上。

センター職員数の平均値は1,376.0人であり、標準偏差は1,198.8であることから、かなり大きな地域差がみられることが想定される（表Ⅳ-2）。

次に、市町村の人口規模ごとに、職員1人あたりの65歳以上人口の地域差を考察する。職員1人あたりの65歳以上人口の平均値をみると、人口規模が大きいほど値が大きいことがわかる。表Ⅳ-1では「5万人未満」の市町村で値が大きい場合が多かったが、これらは例外値であり、全体の平均としてみると、それほど高くはなかった。つまり、人口規模が大きいほど地域包括支援センターの充足度が低いということがいえる。

厚生労働省の職員配置の基準では、65歳以上人口3,000人～6,000人に職員3人となっていることから、職員1人あたりに換算すると1,000人～2,000人ということになる。この基準を満たしていない市町村は全体の15.6%にのぼっている。人口規模別にみると、「30万人以上」の市町村以外は厚生労働省

の基準をクリアしているということになる。しかし、厚生労働省の基準を下回っている市町村の割合では、「10万人未満」(26.1%)の市町村で最も多い。「30万人以上」(23.2%)や「30万人未満」(23.2%)の市町村でも20%以上の市町村で基準を下回っており、全体的に人口規模の多い市町村で基準を下回っている場合が多くなっている。つまり、これらの市町村では、充足度の向上が望まれる。

標準偏差についてみると、基本的には人口規模が大きい市町村ほど値が大きくなっているが、「5万人未満」の市町村についてはやや高くなっている。つまり、基本的に人口規模が大きい市町村において、充足度が低く、なおかつ地域差も大きくなっている中で、例外的に「5万人未満」の市町村では充足度の高い自治体が多いものの、地域差も大きくなっているということがいえる。

3. 地域包括支援センター運営費（問8、問9）

地域包括支援センターの職員数の算出根拠となっている、地域包括支援センター運営費¹³⁾について考察する。各市町村における地域包括支援センター1施設当たりの運営費についてみると、直営施設と委託施設の双方とも人口規模の大きい市町村ほど高くなっていることがわかる（表IV-3）。直営施設と委託施設とを比較すると、どの人口規模においても圧倒的に直営施設の方が高い。これは、人件費の換算が、委託施設よりも直営施設の方が高いことが影響していると考えられる。

前節において厚生労働省の職員配置の基準を下回っている市町村が15.6%もみられたが、直営施設においては運営費が比較的高いことから職員の確保が比較的容易であると考えられる。しかし、委託施設においては平均で2,000万円程度に運営費が抑えられていることから、地域包括支援センター職員数の最低基準である3人を確保するには困難であると考えられる。平均2,000万円ということは、1,000万円を切るような市町村もみられるということであり、職員1人の年収を500万円程度と考えても3人の

	直営施設		委託施設	
	運営費(千円)	回答市町村数	運営費(千円)	回答市町村数
30万人以上	72,685	13	28,256	53
30万人未満	72,451	44	25,738	99
10万人未満	64,376	86	22,699	68
5万人未満	40,876	231	19,980	88
1万人未満	17,093	122	9,005	41
合計	42,735	496	22,173	350

表IV-3 地域包括支援センター1施設あたりの運営費

資料：アンケート調査

	職員数/施設		施設数		直営施設					委託施設				
	平均(人)	回答市町村数	平均(箇所)	回答市町村数	平均常勤職員数		平均非常勤職員数		回答市町村数	平均常勤職員数		平均非常勤職員数		回答市町村数
					人	%	人	%		人	%	人	%	
30万人以上	4.6	56	20.0	62	5.5	46.9	6.2	53.1	14	4.0	91.8	0.4	8.2	50
30万人未満	6.9	121	5.4	127	9.0	72.8	3.4	27.2	46	4.4	88.2	0.6	11.8	99
10万人未満	7.3	137	2.4	152	7.1	75.8	2.3	24.2	92	4.3	90.2	0.5	9.8	65
5万人未満	5.5	316	1.4	337	4.8	78.8	1.3	21.2	246	4.0	91.8	0.4	8.2	87
1万人未満	2.5	175	1.0	188	2.3	85.8	0.4	14.2	133	1.9	87.3	0.3	12.7	42
合計	5.3	805	3.4	866	5.0	76.3	1.5	23.7	531	3.9	90.0	0.4	10.0	343

表IV-4 地域包括支援センター1施設あたりの職員数および常勤・非常勤職員の割合

資料：アンケート調査

¹³⁾ アンケート調査では、地域包括支援センター運営費に対する一般会計からの捻出およびその方法・金額について質問しているが、質問における定義が不十分であり、回答内容にばらつきがあったため、分析から除外している。

職員を確保することは相当困難である。

表IV-4において1施設あたりの職員数をみると、「1万人未満」の市町村を除くと、職員数の平均は4人以上となっており、「10万人未満」の市町村では7.3人となっている。つまり、職員1人あたりの給与は300万円程度となっていることが想定され、良好な労働環境が提供されているかはいささか疑問の残るところである。市町村の財政難からこの程度の委託費に抑えられていることが想定できるが、地域包括支援センターの充足度および質の向上のためには、委託施設においては委託費の増加が必要であろう。

次に、職員の就業形態について考察する。センターの職員の就業形態について、常勤と非常勤に分けてみると、当然のことではあるが、基本的には常勤職員の方が多くなっている。特に、委託施設においては、約90%が常勤の職員で運営されている。しかし、直営施設では全体で常勤職員が76.3%しかおらず、人口規模が大きくなるに従って常勤職員の割合が低くなっている。「30万人以上」の市町村においては、常勤職員が46.9%と非常勤職員より少なくなっている。これは、「30万人以上」の市町村では、市町村における施設数が平均20箇所と多く、その分多くの職員数を必要とすることから、できるだけ人件費を抑えるために非常勤職員を多くしていることが考えられる。それ以外の人口規模の市町村でも、常勤職員（公務員）は人件費が高くなるため、委託施設に比べて非常勤職員を多く雇用していることが想定される。

4. 地域包括支援センターの運営形態（問8）

地域包括支援センターの運営形態¹⁴⁾を明らかにするために、運営方式（市町村による直営、委託）および委託法人の種類について考察する。

まず、センターの運営方式についてみると、全体では「委託」（72.5%）が圧倒的に多くなっており、

	直営		委託		合計
	施設数	%	施設数	%	
30万人以上	91	7.4	1,147	92.6	1,238
30万人未満	103	14.9	589	85.1	692
10万人未満	162	44.4	203	55.6	365
5万人未満	310	66.7	155	33.3	465
1万人未満	145	76.3	45	23.7	190
合計	811	27.5	2,139	72.5	2,950

表IV-5 地域包括支援センターの運営形態

資料：アンケート調査

	社会福祉協議会		社会福祉法人		営利法人		民法法人		NPO法人		医療法人		その他		合計
	施設数	%	施設数	%	施設数	%	施設数	%	施設数	%	施設数	%	施設数	%	
30万人以上	150	13.1	614	53.5	44	3.8	101	8.8	13	1.1	205	17.9	20	1.7	1,147
30万人未満	122	20.7	317	53.8	19	3.2	24	4.1	3	0.5	98	16.6	6	1.0	589
10万人未満	56	27.6	85	41.9	2	1.0	5	2.5	1	0.5	44	21.7	10	4.9	203
5万人未満	64	41.3	60	38.7	3	1.9	4	2.6	1	0.6	18	11.6	5	3.2	155
1万人未満	21	46.7	20	44.4	0	0.0	1	2.2	0	0.0	1	2.2	2	4.4	45
合計	413	19.3	1,096	51.2	68	3.2	135	6.3	18	0.8	366	17.1	43	2.0	2,139

表IV-6 地域包括支援センターの運営委託先

資料：アンケート調査

¹⁴⁾ アンケート調査では、センターの種類（基幹形、地域型、サテライト（サブ）、事業者の選定方法（公募・非公募）、応募事業者総数について質問しているが、センターの種類については定義が不十分であり回答にばらつきがあったこと、事業者の選定方法や応募事業者数については、回答数が少なかったことから分析から除外している。

市町村の「直営」(27.5%)による運営は少数であった(表Ⅳ-5)。市町村の人口規模別にみると、人口規模が大きくなるにつれて委託の割合が高くなっている。「1万人未満」や「5万人未満」の市町村では「直営」の割合が「委託」よりも高くなっているものの、「10万人未満」、「30万人未満」、「30万人以上」の市町村では「直営」よりも「委託」の割合が高くなっている。特に、「30万人以上」の市町村では92.6%と「委託」による運営のセンターがほとんどを占めていた。この理由については、次節以降で分析を行う。

次に、委託しているセンターについて、その委託先をみると、最も多いのは「社会福祉法人」(51.2%)である(表Ⅳ-6)。これは、地域において介護保険サービスを運営している事業者に委託するケースが多いからと考えられる。特に、人口規模の大きい市町村において「社会福祉法人」に委託している割合が高かった。

次に多いのは、「社会福祉協議会」である。ただし、これは「社会福祉法人」の傾向とは異なり、人口規模が小さいほど「社会福祉協議会」に委託している割合が高くなっている。これは、一般的な介護保険サービスの事業者の種類とも関係している。小規模市町村においては、市町村による介護保険サービスの提供が行われない場合は、民間事業者が営利性の追求が困難なことから参入が見込めないため、公共的性格を持つ福祉関係機関である社会福祉協議会がサービス提供を行うことが多い(宮澤, 2003)¹⁵⁾。このため、小規模市町村においては、社会福祉協議会に委託するケースが多いものと考えられる。

また、「医療法人」(17.1%)への委託も多くみられた。これは、比較的人口規模が市町村自治体において顕著にみられた。これも、地域における介護保険サービスの運営事業者と関係している。

5. 地域包括支援センターの運営形態の決定理由(問12、13)

(1) 地域包括支援センターの運営を市町村の直営にした理由(問12)

地域包括支援センターの運営を市町村の直営にした理由では、「保険者で責任を持ってやる業務だから」(76.4%)が圧倒的に多くなっている(表Ⅳ-7)。特に、大規模市町村においてこの傾向が顕著であり、「30万人以上」の市町村では92.9%と高くなっている。つまり、地域包括支援センターの公共性・

	る 保 険 者 だ か ら 責 任 を 持 っ て や	い 委 託 先 の 事 業 者 が 見 つ か ら な	業 務 の 効 率 を 上 げ る た め	地 域 と の 連 携 を と る た め	国 の 指 示 が あ っ た か ら	た か ら 支 延 が 直 営 だ っ	職 員 を 確 保 し や す い か ら	か 都 道 府 県 の 指 示 が あ っ た	そ の 他	回 答 市 町 村 数
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
30万人以上	13 92.9	2 14.3	5 35.7	8 57.1	0 0.0	2 14.3	5 35.7	0 0.0	3 21.4	14
30万人未満	38 79.2	6 12.5	16 33.3	14 29.2	5 10.4	9 18.8	6 12.5	1 2.1	6 12.5	48
10万人未満	89 84.8	29 27.6	32 30.5	35 33.3	12 11.4	18 17.1	21 20.0	5 4.8	6 5.7	105
5万人未満	194 76.1	64 25.1	73 28.6	98 38.4	21 8.2	66 25.9	49 19.2	3 1.2	9 3.5	255
1万人未満	97 68.3	52 36.6	28 19.7	57 40.1	11 7.7	50 35.2	40 28.2	2 1.4	3 2.1	142
合計	431 76.4	153 27.1	154 27.3	212 37.6	49 8.7	145 25.7	121 21.5	11 2.0	27 4.8	564

表Ⅳ-7 地域包括支援センターを市町村の直営とした理由(複数回答)

資料: アンケート調査

注) 「都道府県の指示があったから」は、その他の中でも多くあげられていた意見のため、項目立てして掲載した。

¹⁵⁾ 宮澤仁(2003)「関東地方における介護保険サービスの地域的偏在と事業者参入の関係ー市区町村データの統計分析を中心に」地理学評論, 76, 59-80.

人口規模	主なその他意見
30万人以上	虐待立ち入り、成年後見、やむを得ない措置など自治体専管事務との一体的で迅速な運営を図るため
30万人以上	給付の適正化
30万人未満	虐待対応等において迅速に対応できる等利点があるため
30万人未満	市以外での業務実施は不可能と判断
30万人未満	地域支援事業対象経費枠内で委託料捻出が困難
10万人未満	在宅介護支援センター運営の結果、相談から施策に結び付けた対応をしていくのが民間では限界があるため
10万人未満	市立病院のため
5万人未満	介護保険のみでなく全体的な業務であるので
5万人未満	直営の方が事業者への指導がしやすい
5万人未満	保険者として地域の現状を知る情報を得やすいため
1万人未満	委託先の人員不足

表Ⅳ－8 地域包括支援センターを市町村の直営とした理由（その他の意見）

資料：アンケート調査

公平性の観点から市町村が責任を持ってやるべきだとして直営にした市町村が多いものと考えられる。

次に、「地域との連携をとるため」（37.6%）が多くあげられている。「30万人以上」の市町村では、57.1%と特に高い値を示している。それ以外の理由ではいずれも30%を下回っているが、小規模市町村では「委託事業者が見つからないから」や「在支センターが直営だったから」、大規模市町村では「業務の効率をあげるため」が30%を超えており、市町村の規模によっては多くあげられている理由もみられる。大規模市町村については積極的な直営理由であった一方で、小規模市町村では比較的消極的な直営理由が多くなっていることが特徴的である。

なお、その他の意見については、表Ⅳ－8のとおりである。

（2）地域包括支援センターの運営を委託した理由（問13）

地域包括支援センターを委託した理由については、「直営では専門職員が足りないから」（72.4%）が最も多くあげられている（表Ⅳ－9）。特に、小規模市町村において多いことが特徴である。地域包括支援センターでは保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーの専門3職種を置くことになっているが、全国的にこれらの専門職が足りていないのが現状であり、市町村で公務員として確保するには困難な状況である。特に、小規模市町村が多いような地方では、大都市部以上に困難なようだ。「1万人未満」の市町村では83.3%が理由としてあげていた。このため、地域の社会福祉法人や社会福祉協議会等の福祉関連事業者でもともと働いている専門職を活用すべく、委託したことが考えられる。このことは、「業務

	ない直営からは専門職員が足り	経費削減のため	業務の効率を上げるため	事業者の方が地域を知つ	在支センターを委託して	施設を新規建設する必要	業務に専門性を要するか	その他	回答市町村数
	%	%	%	%	%	%	%		
30万人以上	36 63.2	14 24.6	33 57.9	11 19.3	42 73.7	9 15.8	30 52.6	4 7.0	57
30万人未満	76 71.7	38 35.8	57 53.8	20 18.9	56 52.8	11 10.4	60 56.6	4 3.8	106
10万人未満	52 73.2	21 29.6	34 47.9	12 16.9	44 62.0	7 9.9	38 53.5	4 5.6	71
5万人未満	68 73.1	23 24.7	37 39.8	18 19.4	48 51.6	8 8.6	46 49.5	3 3.2	93
1万人未満	35 83.3	10 23.8	17 40.5	6 14.3	29 69.0	7 16.7	21 50.0	0 0.0	42
合計	267 72.4	106 28.7	178 48.2	67 18.2	219 59.3	42 11.4	195 52.8	15 4.1	369

表Ⅳ－9 地域包括支援センターを委託した理由（複数回答）

資料：アンケート調査

人口規模	主なその他意見
30万人以上	民間の活力を活用するため
30万人以上	在支センターを核とした地域でのネットワークが構築されているから
30万人未満	24時間体制の確保
10万人未満	より地域に身近なところで相談窓口を設置するため
5万人未満	町が広範囲

表Ⅳ-10 地域包括支援センターを委託した理由（その他の意見）

資料：アンケート調査

に専門性を要するから」（52.8%）や「業務の効率を上げるため」（48.2%）が多かったこととも関係している。事務の総合性が問われる市町村よりも、専門性を要す業務であることから、社会福祉法人や社会福祉協議会等の専門的な事業者へ委託することで業務の効率を上げようとしたことが考えられる。

次に、「在支センターを委託していたから」（59.3%）が多くあげられている。この理由は、地域包括支援センターを市町村の直営にした理由にも含まれていたが、もともと地域の事業者へ在宅介護支援センターを委託していた市町村は、そのまま地域包括支援センターも同様の事業者へ委託したケースが多いことが予想される。

その一方で、一般的に委託の理由としてあげられる「経費削減のため」（28.7%）はそれほど理由としてあげられていなかった。

なお、その他の意見については、表Ⅳ-10のとおりである。

6. 地域包括支援センターの施設数の決定理由（問11）

市町村によって地域包括支援センターの数が異なっているが、そのセンター数の決定理由について考察する。最も多いのは、「日常生活圏域の数に合わせた」（62.1%）である（表Ⅳ-11）。つまり、1つの日常生活圏域に1センターという考え方である。特に、「1万人未満」の市町村において75.6%と高かった。これは、小規模市町村であることから、1市町村を一つの日常生活圏域と考え、そこに1施設を設置したところがほとんどである。

次に、「高齢者数に応じた」（50.0%）が多くみられる。特に、「30万人以上」の市町村で59.7%と高かった。これは、人口規模が多いことから、その高齢者数に合わせてセンター数を増やしたものと考えられる。そして、「財政状況に応じた」（23.5%）が続いて多かった。特に、小規模市町村において値が高くなっている。小規模市町村においては、財政的にも脆弱であることから、センター数を1施設ない

	た高 齢 者 数 に 応 じ		数日 に常 合生 活 わ せ 活 動 の 圏 域		た財 政 状 況 に 応 じ		たる就 職 員 を 数 期 に 待 応 じ き		数参 入 入 想 定 事 業 者		そ の 他		回 答 市 町 村 数
		%		%		%		%		%		%	
30万人以上	37	59.7	41	66.1	8	12.9	3	4.8	3	4.8	6	9.7	62
30万人未満	59	46.5	81	63.8	22	17.3	8	6.3	8	6.3	21	16.5	127
10万人未満	67	45.0	76	51.0	48	32.2	24	16.1	5	3.4	21	14.1	149
5万人未満	167	51.9	188	58.4	72	22.4	31	9.6	6	1.9	17	5.3	322
1万人未満	90	50.0	136	75.6	47	26.1	10	5.6	4	2.2	6	3.3	180
合計	420	50.0	522	62.1	197	23.5	76	9.0	26	3.1	71	8.5	840

表Ⅳ-11 地域包括支援センターの施設数の決定理由（複数回答）

資料：アンケート調査

人口規模	主なその他意見
30万人以上	在宅介護支援センターから移行
30万人以上	高齢者人口の過密に対応し一部の日常生活圏域について分割して増設
30万人以上	既存の在宅介護センター数
30万人以上	保健福祉ブロックの数に合わせた
30万人未満	旧市町村単位
30万人未満	民生委員地区割りをベースにしている、日常生活圏域の地区割りをベース
30万人未満	職員が1か所に集まることで方針の統一ができ、大きな力となる。職員間の連携に時間がかからない
30万人未満	既存の在介の機能を活かし、地域包括の業務の一部を委託するセンターランチ方式を採用したため。
30万人未満	地理的特性
30万人未満	要介護認定者数
30万人未満	民生委員協議会等の地域の団体の圏域と合わせた
10万人未満	市内9か所の在宅介護事業所との業務連絡を実施するため
5万人未満	要介護者・支援者数に応じた
5万人未満	合併前の旧町村の区域を考慮したもの
5万人未満	町村合併前の地域性
1万人未満	サービス需要に応じた

表Ⅳ-12 地域包括支援センターの施設数の決定理由（その他の意見）

資料：アンケート調査

し2施設程度に抑えざるを得なかったものと考えられる。

なお、その他の理由については表Ⅳ-12のとおりである。在宅介護支援センターからそのまま移行したケースや、民生委員の地区割に応じたケース、要介護認定者数に応じたケース、平成の大合併前の旧市町村の枠組みに合わせたケースなど、さまざまな意見がみられた。

7. 日常生活圏域の数（問15）

前節において、地域包括支援センター数の決定理由として、「日常生活圏域の数に合わせた」との回答が最も多かったことから、各市町村における日常生活圏域数について考察する。

まず、全体的な傾向としては、「1圏域」（45.6%）が最も多く、「2～4圏域」（27.7%）と合わせると、全体の70%以上となる（表Ⅳ-13）。つまり、ほとんどの市町村で4圏域以内と比較的少数の圏域数となっている。

市町村の人口規模別にみると、基本的には、当然ではあるが人口規模が大きいほど日常生活圏域数が多くなっていることがわかる。「30万人以上」の市町村では、「10～19圏域」（39.0%）が最も多く、「5～9圏域」（25.4%）、「20圏域」（27.1%）と合わせると、90%以上となる。その一方で、「1万人未満」の市町村では、「1圏域」（88.4%）が圧倒的に多く、2圏域以上の市町村はごくわずかに限られていた。

このように、基本的には人口規模に応じた圏域数の設定がされているようだ。

	1圏域		2～4圏域		5～9圏域		10～19圏域		20圏域以上		市町村数
	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	
30万人以上	0	0.0	5	8.5	15	25.4	23	39.0	16	27.1	59
30万人未満	4	3.4	30	25.6	59	50.4	24	20.5	0	0.0	117
10万人未満	25	17.4	72	50.0	43	29.9	3	2.1	1	0.7	144
5万人未満	182	59.5	102	33.3	20	6.5	1	0.3	1	0.3	306
1万人未満	153	88.4	12	6.9	5	2.9	1	0.6	2	1.2	173
合計	364	45.6	221	27.7	142	17.8	52	6.5	20	2.5	799

表Ⅳ-13 日常生活圏域の数

資料：アンケート調査

8. 日常生活圏域の設定指標（問 16）

日常生活圏域の数を決定する際の設定指標について考察する。

全体でみると、「地域性」（55.1%）が最も多いことがわかる（表Ⅳ-14）。これは、「地理的条件（地形等）」（45.9%）が3番目に多いことや「合併前の旧市町村単位」（3.4%）とも共通することであるが、歴史的背景も含めた地域性を考慮しながら日常生活圏域を設定しているものと考えられる。

次に「人口」（49.2%）が多くなっている。また、「高齢人口」（37.0%）も比較的多く、「要介護・要支援者数」（15.6%）もみられるように、地域包括支援センターや地域密着型サービスの利用者（見込み）数に応じて、また圏域ごとにそのバラツキが見られないような圏域設定をしたものと考えられる。

つまり、全体的に地域包括支援センターや地域密着型サービスの需要と各地域の地域性・地理的条件等を踏まえながら圏域設定を行ったものと考えられる。

市町村の人口規模別には、それほど有意な差はみられなかった。

なお、その他の回答については、表Ⅳ-15のとおりである。民生委員・児童委員協議会や地区社会協

	人口	高齢人口	要介護・支援者数	面積	地域性	地理的条件（地形等）	拠点施設（駅・公共施設等）
	%	%	%	%	%	%	%
30万人以上	29 47.5	25 41.0	5 8.2	6 9.8	36 59.0	27 44.3	13 21.3
30万人未満	61 48.0	50 39.4	24 18.9	24 18.9	71 55.9	58 45.7	31 24.4
10万人未満	55 36.4	61 40.4	23 15.2	25 16.6	97 64.2	87 57.6	30 19.9
5万人未満	161 49.8	109 33.7	45 13.9	52 16.1	163 50.5	136 42.1	34 10.5
1万人未満	105 60.7	64 37.0	28 16.2	33 19.1	93 53.8	75 43.4	29 16.8
合計	411 49.2	309 37.0	125 15.0	140 16.8	460 55.1	383 45.9	137 16.4
	合併前の旧市町村単位	学校区	行政区単位（市町村、区、地区等）	介護サービスの整備状況	交通事情	その他	市町村数
	%	%	%	%	%	%	
30万人以上	2 3.3	2 3.3	2 3.3	3 4.9	4 6.6	10 16.4	61
30万人未満	2 1.6	12 9.4	3 2.4	6 4.7	4 3.1	12 9.4	127
10万人未満	11 7.3	8 5.3	1 0.7	1 0.7	1 0.7	3 2.0	151
5万人未満	12 3.7	11 3.4	8 2.5	4 1.2	1 0.3	9 2.8	323
1万人未満	1 0.6	2 1.2	5 2.9	1 0.6	0 0.0	6 3.5	173
合計	28 3.4	35 4.2	19 2.3	15 1.8	10 1.2	40 4.8	835

表Ⅳ-14 日常生活圏域の設定指標

資料：アンケート調査

注）下段「合併前の旧市町村単位」以降はその他の回答から抽出したものである。

人口規模	主なその他回答
30万人以上	住民の生活の行動範囲
30万人以上	地区社会協議会単位
30万人未満	市のコミュニティ領域
30万人未満	民生委員・児童委員協議会の地区割り
10万人未満	在宅介護支援センターの管轄区域
10万人未満	保健福祉圏域に合わせた
5万人未満	高齢化率
5万人未満	財政状況
5万人未満	ボランティア団体の活動範囲
5万人未満	他の施策との整合性

表Ⅳ-15 日常生活圏域の設定指標（その他回答）

資料：アンケート調査

議会の地区割り、高齢化率、財政状況を考慮して圏域設定を行った市町村もみられる。

9. 日常生活圏域の設定の方法（問 17）

日常生活圏域の設定の仕方について考察する。

基本的には、日常生活圏域を「既存の行政区にそのまま設定」（57.4%）している市町村が最も多い（表Ⅳ-16）。特に、小規模市町村ほどその傾向が強い。小規模市町村については、1市町村で日常生活圏域を1圏域設定するケースがほとんどであるためと考えられる。

その一方で、中規模市町村（「30万人未満」、「10万人未満」）については、「既存の行政区を組み合わせ設定」（それぞれ50.8%、48.3%）が多くなっている。中規模市町村における行政区とは、地区や町内会区、学区等であり、1市町村の中を数圏域に分ける際に、行政区を組み合わせながら設定しているものと考えられる。

つまり、日常生活圏域の設定について、指標と方法から考察すると、地域包括支援センターや地域密着型サービスの需要や地域性・地理的特性を考慮しながら、既存の行政区をベースにそのまま設定する、もしくは組み合わせ設定しているケースがかなり多いといえる。

	の既存の行政区にそのまま設定		み既存の行政区を組み合わせ設定		ず行政区にとられ		その他		市町村数
	数	%	数	%	数	%	数	%	
30万人以上	29	48.3	16	26.7	5	8.3	10	16.7	60
30万人未満	51	41.1	63	50.8	8	6.5	2	1.6	124
10万人未満	63	42.9	71	48.3	7	4.8	6	4.1	147
5万人未満	223	70.1	54	17.0	30	9.4	11	3.5	318
1万人未満	138	82.6	14	8.4	11	6.6	4	2.4	167
合計	468	57.4	218	26.7	61	7.5	33	4.0	816

表Ⅳ-16 日常生活圏域の設定の仕方

資料：アンケート調査

10. 地域包括支援センターの課題について（問 14）

地域包括支援センターの課題についてみると、「業務量が膨大すぎる」（66.1%）が最も多くなっていることがわかる（表Ⅳ-17）。これは、職員に対する業務量が膨大であるということであり、特に予防ケアマネジメント業務の量が年々多くなっていることが影響しているようだ。要支援者や軽度の要介護者が利用する予防サービスの利用者は、年々増加しており、また他の事業者にも予防ケアマネジメント業務を委託できる件数も決まっていることから、業務量が膨大となってしまう。これらの業務が多くなることで、地域包括支援センターの本来業務である虐待などに対する権利擁護業務や、介護サービス以外のさまざまな地域資源を含めた包括的・継続的マネジメント、特定高齢者支援などに手が回らなくなるなどの声も多く聞かれる。また、「業務量が膨大すぎる」との回答は、大規模市町村において多く、「30万人以上」の市町村では75.0%が課題としてあげていた。これは、人口規模が大きくなればなるほど、その業務量も増大するからであると考えられる。

	施設数が足りない	専門職の数が足りない	地域との連携が困難	委託事業者との連携が取れない	業務量が膨大すぎる	センターの認知度が低い	利用者からの苦情対応	その他	回答市町村数
	%	%	%	%	%	%	%		
30万人以上	11 18.3	31 51.7	15 25.0	3 5.0	45 75.0	38 63.3	2 3.3	3 5.0	60
30万人未満	18 14.8	69 56.6	27 22.1	2 1.6	86 70.5	76 62.3	6 4.9	10 8.2	122
10万人未満	32 21.5	99 66.4	23 15.4	5 3.4	102 68.5	69 46.3	11 7.4	10 6.7	149
5万人未満	8 2.5	190 58.8	37 11.5	9 2.8	215 66.6	150 46.4	22 6.8	24 7.4	323
1万人未満	3 1.7	121 69.5	8 4.6	3 1.7	99 56.9	67 38.5	7 4.0	10 5.7	174
合計	72 8.7	510 61.6	110 13.3	22 2.7	547 66.1	400 48.3	48 5.8	57 6.9	828

表Ⅳ-17 地域包括支援センターの課題（複数回答）

資料：アンケート調査

人口規模	その他意見
30万人以上	市域が広域であるため、生活圏域も広く生活圏域ごとの実情、地域格差があること、予防支援業務に関わる事務量が多い。
30万人未満	相談があっても対応できるサービスがない等で解決が困難な問題が増えている
30万人未満	委託料の増額等、予防効果と活動の評価、委託事業者と行政側との連携のやり方、情報の活用
30万人未満	センター職員の資質の問題
30万人未満	要支援1、2のケアプラン作成業務に追われる。職員の専門性の向上を図る必要あり。
30万人未満	職員の力量不足
30万人未満	直営における主任ケアマネの確保
30万人未満	委託先事業所間の業務内容の格差
10万人未満	直営のため職員の異動がある
5万人未満	業務量に比べて予算が少ない
5万人未満	行政の縦割り組織が強く、組織見直しが進まず、予防事業がスムーズに進められない
5万人未満	予防プランと実態把握に追われ、じっくり介護予防施策などに取り組みことが難しい。
5万人未満	非常勤職員の募集をしても応募が少なく人材確保が難しい
5万人未満	包括業務に専念できるようケアプランナーの確保は必須。スタッフの育成、質の向上。
5万人未満	研修機会も乏しく情報を得にくい
5万人未満	職員定数等もあり正規職員が確保できないため
5万人未満	虐待や貧困、多重債務、家族の介護力低下等の問題を抱える困難事例が多くなっている
5万人未満	包括支援センターの組織の役割、使命に対する行政とセンター職員の認識にずれがあり、行政側としてはセンターに経営理念、運営方針がないことが課題ととらえている。
1万人未満	財源確保
1万人未満	人件費等の負担が大きい

表Ⅳ-18 地域包括支援センターの課題（その他回答）

資料：アンケート調査

次に、「専門職の数が足りない」（61.6％）が多くあげられている。地域包括支援センターには、保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーの専門3職種の配置が必要であるが、各地域においてこれらの3職種の資格保持者が少なく、また地域包括支援センター以外の介護施設ですでに勤務していることから、地域包括支援センターでの職員の確保に苦勞している市町村が多いと考えられる。特に、小規模市町村においてその傾向が強く、「1万人未満」の市町村では69.5％が課題としてあげていた。

また、「センターの認知度が低い」（48.3％）も多くあげられている。これは、大規模市町村において多く、「30万人以上」の市町村では63.3％課題としてあげていた。大規模市町村では、地域の事業者へ委託しているケースが多く、その場合には地域の介護施設等に地域包括支援センターを併設させている場合が多い。そうすると、そもそも地域包括支援センターという施設が2006年に新設されたばかりで認識が浅い上に、施設が住民生活から遠い場所に位置していることで認知度がさらに低下していることが考えられる。

それ以外の項目についてはそれほど多くあげられていなかった。また、その他意見については、**表Ⅳ-18**のとおりである。運営費予算の確保や職員の質・研修などの課題が多くあげられている。

11. 小括

地域包括支援センターは、地域密着型サービスとは異なり、未整備の市町村はみられなかった。しかし、職員1人あたりの65歳以上人口で見ると、その地域差は309.3倍であり、かなり大きいといえる。地域差の特徴としては、大規模市町村と小規模市町村での差が顕著となっていることである。特に、大規模市町村において充足度が低く、約2割の市町村で厚生労働省が定めた水準に達していなかった。

この要因としては、センター運営費と職員の確保の問題があげられる。大規模市町村においては、地域包括支援センターの運営を地域の事業者に委託するケースが多いが、その際の委託費が財政難等の理由も重なってかなり低く見積もられている。このため、人件費も削らざるを得ない状況となり、職員数が少なくなってしまう。また、委託費が比較的高い、もしくは直営であったとしても、地域包括支援センターで必要となる専門3職種（特に保健師）の人材が地域に乏しく、その確保に苦勞を要しているようだ。これらのことから、少ない職員で業務をこなさざるを得ず、また主要業務である予防ケアマネジメントの業務量が増えたこともあり、それ以外の権利擁護や包括的・継続的マネジメント、特定高齢者支援などの業務に手が回らないという課題も多くあげられている。

このような中で、地域包括支援センターの設置には、市町村の財政面が大きく寄与しているため、今後増設されることは考えづらい。

V おわりに

本研究は、2006年4月の介護保険制度改正により創設された地域密着型サービスと地域包括支援センターの地域差とその要因を分析することで、市町村の権限拡大がサービスの地域差に及ぼす影響を明らかにすることを目的とした。

地域密着型サービスについては、事業者の指定権限が市町村に付与されたにもかかわらず、実際には市町村の整備目標に達するまでの事業者の参入が見られなかった。つまり、市町村の権限が発揮されたケースはそれほど多くなかったと予想される。このため、従来の介護保険と同様に事業者の参入意向がサービスの地域差に大きく寄与しているといえる。その結果、サービスの地域差は今後さらに拡大することも予想される。これらの地域差を是正するためには、介護報酬を高くするなど事業者の参入が容易になるような対策が必要であろう。また、まったくサービスが整備されていない市町村については、財政的に厳しいかもしれないが、市町村が直営もしくは広域連合や一部事務組合などの複数市町村でサービスを提供していく必要もあるだろう。

地域包括支援センターについては、市町村の財政状況や施策に対する考え方がセンター整備に大きく影響している。つまり、市町村の権限拡大が大きく地域差に影響するものと考えられる。このため、各市町村がサービス需要に応じた政策をとり、センター整備や職員拡充をしていく必要があるが、一方で多くの市町村が財政難である以上、なかなか積極的な施策展開を図ることは困難となっている。その結果、財政力のある市町村とそうでない市町村の間で、サービスの地域差が拡大する可能性も否定できない。

このように、介護保険サービスにおける市町村の権限が拡大した中において、サービスの地域差の拡大を是正していくためには、事業者の参入意向や高齢者の分布などの地域的特性も地域差の要因となっていることを考えると、市町村の努力ももちろん必要ではあるが、介護報酬などの介護保険制度や地方交付税制度などの国と地方自治体の間を取り持つ政策など、総合的な視点に立って対策をしていく必要がある。