

## 【論文】

# 準市場の優劣論と介護保険制度導入後の結果(1)

児山正史

## 目次

1. はじめに
2. 制度の概要
3. 利用者の行為主体性
  - (1) 行為主体としての能力
  - (2) 公的責任・権利性
    - ①要介護認定（以上、本号）
    - ②サービスの利用
    - ③保険方式
4. 条件の充足
5. 良いサービスの提供
6. おわりに

## 1. はじめに

本稿は、準市場(quasi-market)の優位というルグラン(Julian Le Grand)の主張に沿って、日本の介護保険制度の導入後の結果に関する実証的な調査・研究を整理し、介護の選択制が他の方式と比べて優れているといえるかどうかを考察する。

準市場とは、サービスの費用を利用者ではなく政府が負担する(「準」)一方で、当事者(政府、供給者、利用者など)の間に交換関係がある(「市場」)方式である。準市場にはいくつかのタイプがあるが、日本では、利用者やその近親者が供給者を選択する型(利用者選択型)を指すことが多い。準市場の代表的な研究者であるルグランによると、準市場(利用者選択型、以下同じ)は、供給者に誘因を与え、利用者を行為主体として扱うことなどにより、競争・情報・いいところ取りなどに関する条件が満たされるならば、質・応答性・効率性・公平性などの点で良い公共サービスを提供する可能性が他の供給方式よりも高い。(児山2017: 143)

筆者はこれまで、社会福祉基礎構造改革をめぐる議論や介護保険制度の導入時の議論を整理し、介護の選択制について実証的に明らかにすべき点を挙げた(児山2016、同2017)。介護保険制度の導入

後の結果については、準市場の枠組を用いて分析した研究（佐橋2006、李宣英2015）や、2009年までに発表された実証的な調査・研究の一部を整理した文献（岸田・谷垣2010）があるが、準市場の優位というルグランの主張を踏まえて、多数の実証的な調査・研究を整理したものは見られない。

以下の各章では、介護保険制度を概観した上で、ルグランの主張に沿って、利用者を行為主体として扱うこと、良いサービスを提供するための条件の充足、良いサービスの提供について、実証的な調査・研究を整理する。なお、供給者に誘因を与えることについては、議論が見られなかったため省略する。

## 2. 制度の概要

2000年4月に介護保険制度が開始する以前は、市町村が要介護高齢者に対して居宅サービスの提供や施設への入所の措置をとることが規定されており（老人福祉法10条の4第1項1号、11条1項2号）、この規定に基づく制度は措置制度と呼ばれていた。

これに対して、2000年4月に開始した介護保険制度は、おおむね次のようなものだった。

介護保険は、被保険者の要介護状態等に関し、必要な保険給付を行うものである（介護保険法2条）。介護保険の保険者は市町村・特別区であり（3条）、被保険者は、65歳以上の住民（第1号被保険者）と、40～64歳の医療保険加入者（第2号被保険者）である（9条）。要介護状態に関する保険給付（介護給付（18条））を受けようとする被保険者は、要介護者に該当することと要介護度の区分（要介護状態区分（7条））について、市町村（特別区を含む（9条））の認定（要介護認定）を受けなければならない（19条）。要介護者とは、要介護状態にある65歳以上の者と、加齢によって生じた要介護状態にある40～64歳の者である（7条3項）。

保険給付は、被保険者の選択に基づき、適切なサービスが提供されるよう配慮して行われなければならない（2条3項）。要介護認定を受けた被保険者（要介護被保険者）が、都道府県知事が指定する事業者から居宅・施設サービスを受けたときは、その費用の9割を市町村から支給される（市町村が被保険者に代わって事業者を支払うこともできる）（41, 48条）。居宅サービスの費用として支給される額は、要介護状態区分に応じた支給限度額の範囲内であり、施設サービスの費用として支給される額は、要介護状態区分などを勘案して算定した費用の額に基づく（43, 48条）。

介護保険の費用の負担は、国が25%、都道府県が12.5%、市町村（一般会計）が12.5%、被保険者の保険料が50%（第1号と第2号は人数比で按分）である（121-6, 129条）。

なお、その後の改正により、上述の制度は主に次のように変更された。第1に、地域密着型サービスが追加され、その事業者は市町村長が指定することになった（2006年施行）（42条の2）。第2に、市町村から支給される費用の割合は、所得の額が一定以上の第1号被保険者については8割となった（2015年施行）（49条の2）。第3に、介護保険の費用の負担は、施設入居者の介護に係るものについては、国が20%、都道府県が17.5%となった（2006年施行）（121, 123条）。

### 3. 利用者の行為主体性

社会福祉基礎構造改革や介護保険制度の導入をめぐる議論では、福祉サービスの利用者は行為主体として行動する能力が不足しているという批判や、選択制への移行によって公的責任・権利性が低下するという批判があった。本章では、これら2つの点に関する実証的な調査・研究を整理する<sup>(1)</sup>。

#### (1) 行為主体としての能力

社会福祉基礎構造改革をめぐる議論では、福祉サービスの利用者は行為主体として行動する能力が不足していると批判された。この点は、介護の選択制を提案する側にも認識され、ケアマネジメントなどの対応策が示されたが、それに対する批判もあった(児山2017:145)。以下では、選択の過程と評価、ケアマネジメント、その他の対応策について、実証的な調査・研究を整理する。

##### ① 選択の過程・評価

選択の過程・評価については、選択の機会がどのくらい認知されているか、選択するのは誰か、契約するのは誰か、選択はどのように評価されているかを見ていく。

##### (a) 選択の機会の認知度

まず、都市部の5都府県の訪問介護利用者・家族等への2002年の2つの調査によると、訪問介護事業者を選んだり変えたりすることができることを知っていた割合は、利用者の7割、家族等の9割だった(シルバーサービス振興会2002:7-8, 39-40, 91)<sup>(2)</sup>。また、都市部の5都府県の訪問介護利用者・家族等への2009年の調査によると、訪問介護サービス事業所を変更できることを知っていた割合は78%だった(シルバーサービス振興会2009:30-1, 72)<sup>(3)</sup>。このように、事業者を選択・変更できることを知っていた割合は7~9割だった。

##### (b) 選択の主体

事業者やサービスを誰が選択したかに関する調査結果は多様であり(表1)、最も多く挙げられた主体は、利用者、利用者と家族等、家族等、ケアマネジャー(ケアマネ)の4つに分かれた。このような違いは、利用者の属性(在宅か施設か、要介護度はどのくらいか)、調査の方法(回答者は利用者か家族等か、選択肢に利用者と家族等が相談したというものが含まれるか)による。

第1に、利用者が選択したという回答が最も多かったのは、要介護度が低いか、利用者が回答した場合で、かつ、利用者と家族等が相談したという選択肢がない場合(1例を除く)である。第2に、利用者と家族等が相談して選択したという回答が最も多かったのは、この選択肢がある場合である(ただし、この選択肢があっても、利用者が施設にいるか、要介護度が高い場合は、家族等という回答が最も多く、また、1例は利用者という回答が最も多かった)。第3に、家族等が選択したとい

表1 選択の主体（最も多く挙げられた主体別）

最多の主体	居所	要介護度	主な回答者	設問	選択肢・回答 (%)				N	出典等
					利用者	利用者と家族等	家族等	ケアマネ		
利用者	在宅	—	利用者	事業者の決定	51	—	13	29	253	①
	在宅	—	利用者	ケアプランの決定	51	—	11	35	253	①
	在宅	～2	家族等、利用者	事業者の決定	38～51	—	9～35	24～29	68～140	①
	在宅	～1	家族等、利用者	ケアプランの決定	48～53	—	6～19	29～44	68～140	①
	在宅	2	家族、利用者	事業所の決定	26	21	20	4	179	②
利用者と家族等	在宅	—	利用者	事業者の選択	16～20	30～35	20～21	16～20	271～328	③
	在宅	—	利用者	サービスの選択	21～24	36～45	21～24	5～10	271～328	③
	在宅	—	家族、利用者	事業所の決定	19	23	18	5	652	②
	在宅	1	家族、利用者	事業所の決定	25	27	11	3	190	②
	在宅	3～4	家族、利用者	事業所の決定	7～8	25～26	19～24	6	85～107	②
家族等	在宅	—	家族等	事業者の決定	9	—	56	34	368	①
	在宅	—	家族等	事業者の決定	14	—	44	37	112	①
	在宅	—	家族等	ケアプランの決定	10	—	55	35	368	①
	在宅	—	家族等	ケアプランの決定	9	—	63	25	112	①
	在宅	4～	家族等、利用者	ケアプランの決定	7～15	—	47～61	30～37	75～132	①
ケアマネ	在宅	5	家族等、利用者	事業者の決定	8	—	64	28	132	①
	在宅	5	家族、利用者	事業者の決定	3	10	36	5	59	②
	施設	—	身元引受人	施設の選択	4	10	78	—	250	④
	在宅	3～4	家族等、利用者	事業者の決定	13～21	—	34～41	44	68～75	①
	在宅	2～3	家族等、利用者	ケアプランの決定	21～32	—	35～40	35～43	68～88	①

• 出典：①シルバーサービス振興会2002：7-8, 39-40, 57-62、②シルバーサービス振興会2009：30, 40, 62-3、③医療経済研究機構2001：33、同2003：3, 161, 163、④杉浦2005：218-9, 231。

• 調査地域・時期：①都市部の5都府県・2002年、②都市部の5都府県・2009年、③6市・2001～02年（4回）、④岐阜県・2003年。

• 注：家族等は同居者・親族を含む。要介護度「—」は区別なし。②の選択肢は、利用者とケアマネ、利用者と家族とケアマネ、家族とケアマネもある。

う回答が最も多かったのは、利用者が施設にいるか、要介護度が高いか、家族等が回答した場合である。第4に、ケアマネジャーが選択したという回答が最も多かったのは、要介護度が中程度で、利用者と家族等が相談したという選択肢がない場合である。なお、設問の表現（事業者・事業所・ケアプラン・サービス、選択・決定）による違いは見られなかった。

#### (c) 契約の主体

次に、事業者が契約内容を説明する相手や、契約書への署名者に関する調査結果を見ていく。

第1に、契約内容の説明相手については、まず、東京都の訪問介護事業所への2003年の調査（有効回答757）によると、誰に対して契約内容の説明を行うことが多いかという質問に対して、利用者本人に説明しているという回答が8%、利用者本人に説明しているが、理解できない利用者が多いので家族に立ち会ってもらっているというものが49%、原則として利用者本人に説明しているが、理解できない利用者については例外的に家族などに説明しているというものが38%だった（新井他編著2006：63, 102-3）。また、北海道の老人福祉施設への2004年の調査（回答146）によると、契約の説明の相手方は、必ず利用者に行ったという回答が1%、利用者に対して行ったが、家族に立ち会ってもらったというものが13%、利用者に対して行ったが、理解しづらいと思われるときには家族に対して行ったというものが36%、原則として家族に対して行ったが45%だった（佐藤みゆき2006：35, 38）。このように、利用者だけに説明するという回答が1割未満、利用者と家族に説明するというものが在宅で5割、施設で1割、例外的に家族に説明するというものがどちらも4割、原則として家族に説明するというものが施設で5割だった。

第2に、契約書への署名者については、まず、上記の東京都の訪問介護事業所への調査によると、契約書への署名は誰がどのようにすることが多いかという質問に対して、利用者本人という回答が34%、本人に頼まれて家族が本人の氏名を署名したり、代理人として家族がその氏名を署名するというものが25%、利用者の理解力が落ちているため、家族などが本人の氏名を署名したり、家族などが代理人としてその氏名を署名しているというものが41%だった（新井他編著2006：103）。また、上記の北海道の施設への調査によると、契約書への署名者は誰かという質問に対して、本人が署名という回答が17%、家族が本人の氏名を署名が32%、家族が代理人として署名が20%、以上2つの併記が28%だった（佐藤みゆき2006：39）。このように、利用者が署名するという回答が2～3割、家族が署名するというものが7～8割だった。

#### (d) 選択の評価

最後に、利用者・家族が選択の際に困難を感じたか、選択制をどのように評価したかを見る。

第1に、選択の際の困難については、まず、都市部の5都府県の訪問介護利用者・家族等への2002年の2つの調査によると、事業者を決めたときに簡単だったか難しかったかという質問（最大3つまで選択）に対して、ケアマネジャーが決めてくれたので簡単だったという回答が34%・39%、

初めから決めていた事業者があり簡単だったが28%・24%、アドバイスしてくれる人がいたので簡単だったが28%・22%などであり、簡単だったとする5つの選択肢の合計は111%・100%だった。他方、何を基準に選べばよいかわからず難しかったが13%・18%、情報を入手できなかったので難しかったが10%・20%など、難しかったとする4つの選択肢の合計は30%・46%だった（シルバーサービス振興会2002：71-3）。次に、都市部の5都府県の訪問介護利用者・家族等への2009年の調査（集計652）によると、事業所を選ぶ時に困ったことがあったかという質問（いくつでも選択）に対して、特に困ったことはなかったという回答が72%、どの事業所を選んだらよいかわからなかったが15%、どこに相談すればよいかわからなかったが12%などであり、困ったことがあったとする4つの選択肢の合計は36%だった（シルバーサービス振興会2009：67）。また、東京都の1市の利用者・家族への2011年の調査（集計139～140）によると、情報収集などの時に大変だったことや困ったことがあったかという質問に対して、あったという回答が25～39%（情報収集39%、認定申請34%、事業所選択33%、ケアプラン作成25%）、なかったという回答が60～74%だった（利用者と家族の回答に大きな違いはなかった）（李恩心2014：54-5, 66-7）。このように、選択の際に困難がなかったと回答した利用者・家族等は6～7割だった。

第2に、選択制の評価については、6市の在宅介護サービス利用者・家族等への2001年の調査によると、措置によるサービスから介護保険への制度変化のうち、利用者が事業者を選べる仕組みと、利用者がサービスの種類・回数を選べる仕組みについて、利用者の回答は、良くなったがそれぞれ42%・43%、どちらともいえないが34%・33%、無回答が23%・24%であり、家族等の回答は、良くなったが62%・65%、どちらともいえないが30%・32%などだった（悪くなったはいずれも2%未満だった）（医療経済研究機構2001：38-9）。このように、事業者やサービスの選択制を、利用者の4割、家族の6割程度は良くなったと評価しており、利用者の6割、家族の3～4割はどちらともいえないか無回答だったが、悪くなったという評価はほとんどなかった。

以上、選択の過程と評価に関する調査結果を整理してきた。まず、利用者・家族等が選択の機会を知っていた割合や、選択の際に困難がなかった割合、選択制を肯定的に評価する割合は比較的大きく、4～9割程度だった。逆に、利用者が単独で契約内容の説明を受けたり契約書に署名したりする割合は比較的小さく、1割未満～3割だった。他方、利用者が単独で事業者・サービスを選択した割合は、利用者の属性や調査の方法によって多様だった。そして、利用者が単独で契約や選択を行わない場合には、利用者と家族等が共同で行ったり、家族等が単独で行ったり、ケアマネジャーが行ったりしていた。

このように、選択の際に家族等が重要な役割を果たすことがあったが、利用者と家族等の意思が一致するとは限らない。全国のケアマネジャーへの2011～15年の隔年の調査（集計1,868～4,772）によると、ケアプランの作成について困難と感じている点（12～16項目、複数回答）として、利用者と家族の意見に違いがあり調整が難しいことが1～2位（43～48%）だった（三菱総合研究所2012：90、

同2014：1-3, 83, 厚生労働省2016a：ii, 137)。利用者とケアマネジャーの関係については次項で述べる。

## ②ケアマネジメント

介護サービスの利用者の選択を支援するために、ケアマネジメントの制度が設けられた。ケアマネジメントとは、要介護者が居宅サービスを適切に利用できるよう、ケアプランを作成したりすることであり、ケアマネジメント事業者が指定を受けるためには、ケアマネジャーが一定数以上いるなどの要件を満たす必要がある<sup>(4)</sup>。しかし、この制度に対しては次のような批判もあった。第1に、ケアプラン作成に対する介護報酬が安いいため、ケアマネジャーが短期間でできるだけ多くの人のケアプランを作ろうとして、機械的・画一的なケアパックになる、第2に、ケアマネジメント事業者がサービス事業者に併設され、ケアマネジャーが利用者の利益よりも自分の属する事業者の利益を代弁する、第3に、専門家であるケアマネジャーが主導権を握り、本人や家族が形式的に同意することになる、という批判である（児山2017：146）。以下では、ケアマネジャーがどのくらいの数の利用者を担当しているか、ケアマネジメント事業者に併設された介護サービスの利用を促しているか、ケアマネジメントの過程や結果に利用者の意思を反映しているか、利用者からどのように評価されているかを見ていく。

### (a) ケアマネジャーの担当利用者数

ケアマネジャーの担当利用者数については、それを制限する制度を見た上で、実際の利用者数や、利用者数に対するケアマネジャーの評価に関する調査結果を整理する（表2）。

第1に、ケアマネジメント事業所が置かなければならない常勤のケアマネジャーの数は、介護保険制度の開始時には利用者50人に1人だったが、2006年の改正（同年4月施行）により35人に1人となった。なお、2005年の改正（2006年4月施行）により、要支援者のケアプランの作成はケアマネジメント事業者から地域包括支援センターに移された（沖藤2010：150-1）<sup>(5)</sup>。

第2に、ケアマネジャーが実際に担当している利用者数の平均は、全国のケアマネジメント事業所への3年毎の調査によると、2002年の59.3人から2011年の26.8人まで減少した後、2014年の31.6人に増加した。また、全国のケアマネジメント事業所への隔年の調査によると、2003年の42.4人から2007年の23.6人に減少し、その後は増減して2015年には34.6人となった。

第3に、担当利用者数に対するケアマネジャーの評価については、全国のケアマネジャーへの隔年の調査によると、業務遂行に関する悩み（14～15項目、複数回答）として担当利用者数が多いことを挙げた割合は、2003・05年の約2割から2007年の4%に減少した後、2015年の12%に増加した。また、同じ調査によると、ケアプランの作成について困難と感じている点（12～16項目、複数回答）として、利用者・家族の意見を十分に聞く時間がないことを挙げた割合は、2011～15年に12～14%だった。

以上のように、ケアマネジャーの担当利用者数の基準が変更された2000年代中頃に、実際の利用

表2 ケアマネジャーの担当利用者数

年	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	出典等
基準 (人)	35														
実際的人数 (3年毎調査) (人)	59.3			37.6			26.9			26.8			31.6		①
実際的人数 (隔年調査) (人)		42.4		不明		23.6		29.3		26.7		36.2		34.6	③
業務遂行の悩み：担当利用者数が多い (%)		23.2		20.0		4.2		6.0		10.0		11.0		12.3	④
ケアプラン作成の困難：時間がない (%)										14.3		14.1		12.3	⑤

- 出典：①指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準2条、②厚生労働省2011a：10、同2011b、同2014：1、50、③厚生労働省2005：4、三菱総合研究所2014：3、25、厚生労働省2016a：3-7、133、④三菱総合研究所2014：3、15、厚生労働省2016a：45、⑤三菱総合研究所2012：90、同2014：83、厚生労働省2016a：137。
- 調査対象・N：②全国のケアマネジメント事業所・600～1,531 (2008年以前は不明)、③全国のケアマネジメント事業所・606～1,648、④⑤全国のケアマネジャー・1,868～4,890。

表3 併設サービスの存在・利用

年	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	出典等
併設サービスがない事業所 (%)		5.9		6.2		10.8		10.5		10.6		10.2		9.8	①
併設サービスを利用 (%)	66.0							48.8							②
併設サービスのみを利用 (%) (A)		26.3		25.7		21.6		20.2		15.2		16.7		9.1	③
併設・併設以外のサービスを利用 (%) (B)		24.6		33.1		27.6		28.5		27.4		26.2		19.5	④
併設サービスを利用 (%) (A+B)		50.8		58.8		49.2		48.7		42.6		42.9		28.6	

- 出典：①厚生労働省2016a：10、②シルババーサービス振興会2002：48、③シルババーサービス振興会2009：70、④三菱総合研究所2014：24、厚生労働省2016a：185。
- 調査対象・N：①全国のケアマネジメント事業所・606～1,447、②都市部の5都府県の利用者与家人等・750、③都市部の5都府県の利用者与家人等・652、④全国のケアマネジメント事業所・308～2,704。
- 注：②は事業所経由 (67.9%、N=638) とモニター (55.4%、N=112) の加重平均 (調査方法は本文注2を参照)。

者数やそれに関する悩みも減少した。これらは近年増加しているが、2000年代前半よりは低い水準であり、利用者数が多いという悩みや時間がないという困難を挙げるケアマネジャーは1割程度である。

#### (b) 併設サービスの利用

ケアマネジメント事業者が介護サービス事業者に併設され、ケアマネジャーが自分の属する事業者の介護サービスの利用を促すという批判については、併設サービスの利用を抑制する制度を見た上で、併設サービスがどのくらい存在し、どのくらい利用されているか、ケアマネジメント事業者やケアマネジャーが併設サービスの利用を促しているかどうかに関する調査結果を整理する。

第1に、ケアマネジメント事業者は、ケアマネジメントの提供に当たって、サービスが特定の事業者に不当に偏することのないよう公正中立に行わなければならないことが当初から定められていた（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準1条）。また、2003年には、ケアマネジメント事業者とその管理者は、ケアマネジャーに対して、特定の事業者のサービスをケアプランに位置づけるべき旨の指示を行ってはならないことも規定された（25条）。さらに、2006年には、ケアプランに位置づけられたサービスのうち同一の事業者によって提供されたものの割合が、正当な理由なく9割を超えた場合、特定事業所集中減算として介護報酬を減額することも定められた（この割合は2015年に8割に引き下げられた）（指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準 別表 注6、厚生労働大臣が定める基準<sup>83</sup>）。なお、正当な理由とは、事業者が少数・小規模であること、利用者の希望を勘案したことなどである（会計検査院2016：15-7, 77-8）。

第2に、併設サービスの存在については（表3）、全国のケアマネジメント事業者への調査によると、併設サービスがない割合は、2003・05年は5%程度、2007～15年は10%程度だった。

第3に、併設サービスの利用については（表3）、まず、都市部の5都府県の訪問介護利用者・家族等への2002年の調査によると、担当のケアマネジャーとホームヘルパーが所属する事業者が同一である割合は6～7割であり、同様の2009年の調査では5割だった。次に、全国のケアマネジメント事業者への調査によると、利用者が併設サービスのみを利用している割合は、2003・05年は25%程度、2007・09年は20%程度、2011・13年は15%程度、2015年は10%程度だった。また、併設および併設以外のサービスを利用している割合を加えると、2003～09年は5～6割、2011・13年は4割、2015年は3割だった。なお、21都県のケアマネジメント事業者への2012・13年度の調査（各2,200程度）によると、ケアプランに位置づけられたサービスのうち同一の事業者によって提供されたものの割合が9割を超えた事業者が1割近くあったが、そのうち約8割は正当な理由があると認められて特定事業所集中減算の適用を受けなかった（会計検査院2016：79-80）。このように、併設サービスのみを利用する割合は当初の25%程度から1割程度にまで減少し、併設サービスを利用する割合も当初の5～7割から3割に減少した。

第4に、ケアマネジメント事業者やケアマネジャーが併設サービスの利用を促しているかどうか

については、ケアマネジメント事業者の姿勢・方針、併設サービスの存在とその利用との関係、サービス事業者の選択におけるケアマネジャーの役割と併設サービスの利用との関係を見ていく。

まず、ケアマネジメント事業者の姿勢・方針については、大阪府のケアマネジメント事業所の管理者への2007年の調査（有効回収816）によると、利用者にサービス事業者をすすめるときの姿勢として、連携がとりやすいのでどちらかといえば同じ傘下の事業者をすすめると回答した割合は21%だった（森2008：140, 145）。また、全国のケアマネジャーへの2011～15年の隔年の調査によると、ケアプランの作成について困難と感じている点（12～16項目、複数回答）として、事業所の併設サービスをケアプランに入れるような事業所の方針があることを挙げた割合は5%程度だった（三菱総合研究所2012：90、同2014：83、厚生労働省2016a：137）。

次に、全国のケアマネジメント事業者への2003年の調査によると、各種サービスがケアマネジメント事業所に併設されている場合の方が、利用者がそのサービスを利用する割合が大きかった（社会保障審議会2004：120）。

最後に、サービス事業者の選択におけるケアマネジャーの役割と併設サービスの利用との関係については、まず、都市部の5都府県の訪問介護利用者・家族等への2002年の調査によると、ケアマネジャーとホームヘルパーが同一の事業者である割合は、サービス事業者をケアマネジャーが決定した場合（55%）の方が、利用者・家族が決定した場合（81%）よりも小さかった（シルバーサービス振興会2002：63）<sup>(6)</sup>。また、都市部の5都府県の訪問介護利用者・家族等への2009年の調査によると、ケアマネジメント事業所とサービス事業所が同じ法人・グループである割合は、サービス事業者をケアマネジャーが決めた場合（40%）やケアマネジャーと相談して決めた場合（40%）の方が、利用者や家族が決めた場合（54%）よりも小さく、同様に、サービス事業所を選ぶ時にケアマネジャーの話を参考にした場合（41%）の方が、参考にしなかった場合（60%）よりも小さかった（シルバーサービス振興会2009：71）。

以上のように、併設サービスが存在するケアマネジメント事業者の割合は9割程度であり変化はないが、併設サービスだけを利用する割合は1割程度、併設サービスを利用する割合も3割程度にほぼ半減した。また、各種サービスがケアマネジメント事業者に併設されている場合の方がそのサービスを利用する割合が大きかったが、逆に、サービス事業者の選択におけるケアマネジャーの役割が大きい方が併設サービスを利用する割合は小さかった。

#### (c) ケアマネジメントの過程・結果

次に、ケアマネジメントの過程や結果に利用者の意思を反映しているかどうかについて、利用者・家族等（本項では利用者等という）への調査の結果を整理する。以下では、ケアマネジャーが利用者等との連絡・相談を行っているか、利用者等の状況・意思などを把握しているか、利用者等に説明しているか、利用者等による選択を支援しているか、利用者等の意思を反映したケアプランを作成しているかを見ていく。

第1に、ケアマネジャーと利用者等の連絡・相談については（表4-1）、ケアマネジャーが自宅を訪問した割合、相談にのった割合は9割以上、定期的に訪問した割合はおおむね7～8割だった。

第2に、ケアマネジャーによる利用者等の状況・意思などの把握については（表4-2）、話を聞いた割合、生活状況を確認した割合、サービスについての不満を聞いた割合は9割、希望を確認した割合は8割、サービスのモニターを行った割合は4～5割だった。

第3に、ケアマネジャーから利用者等への説明については（表4-3）、制度、サービス、利用料、契約について説明した割合はおおむね8～9割（一部の調査の利用者の回答では6割）だった。また、ケアプランとその変更に関する説明は4～7割程度だった。

第4に、利用者等の選択の支援については（表4-4）、複数の事業者が紹介された割合、事業者を選べた割合はおおむね5～7割（一部の調査の利用者の回答では3割）、利用者の立場で一緒に考える割合、必要に応じて判断する割合は9割以上だった。他方、利用者等の意思を無視したり、無断でサービスを導入・変更する割合は1～2割だった。

第5に、ケアプランやサービスに利用者等の意思が反映した割合は9割であり、不必要なサービスがあるという回答はほとんどなかった（表4-5）。

以上のように、ケアマネジャーは、利用者等との連絡・相談、利用者等の状況・意思などの把握、利用者等への説明、利用者等による選択の支援、利用者等の意思の反映をおおむね7～9割程度実施していた。なお、実施した割合が比較的小さかったのは、サービスのモニター、ケアプランの説明、複数の事業者の紹介、その中からの選択であり、おおむね4～7割程度だった。

#### （d）ケアマネジメントの評価

最後に、ケアマネジャーやケアプランに対する利用者・家族等の満足度の調査結果を整理する（表5）。ケアマネジャーについては、満足という回答が4～8割であり、どちらかといえば満足を加えたとほぼ9割以上となる。また、ケアプランについては、非常に・すごく満足が2～4割、満足が5割であり、どちらかというと・わりと・やや満足を加えると8～9割となる。

以上、ケアマネジメントに関する調査結果を整理してきた。ケアマネジメントについては、ケアマネジャーが短期間で多くの利用者のケアプランを作成する、併設サービスの利用を促す、利用者・家族の意思を反映しないという批判があった。しかし、ケアマネジャーが担当する利用者数は当初よりも減少し、利用者数が多いことや利用者・家族の意見を聞く時間がないことを悩み・困難として挙げるケアマネジャーは1割程度になった。併設サービスを提供するケアマネジメント事業者は9割程度あるが、併設サービスを利用する利用者は3割程度、併設サービスのみを利用する利用者は1割程度にまで減少した。ケアマネジメント事業者にサービスが併設されている場合の方がそのサービスを利用する割合が大きかったが、サービス事業者の選択におけるケアマネジャーの役割が大きい場合の方が併設サービスを利用する割合は小さかった。ケアマネジャーは、利用者・家

表 4-1 ケアマネジャーとの連絡・相談

分類	設問	回答	主な回答者	出典等
訪問	自宅を訪問した	はい96.8	主介護者	①
	サービス利用開始後の定期的な訪問	はい75.2	主介護者	①
定期的訪問	連絡しなくてもときどき訪問や電話	はい：葛飾03年72.4、05年74.5 はい：大館03年64.3、05年79.5	家族介護者	②
	相談にのる	はい92.9～97.3 要介護者2.5点、家族2.5点	家族介護者 要介護者、家族	② ③

• 出典（表4-2～4-5に整理したものを含む）：①平岡他2002：326-9、332-3、359-60、②日米LTCI研究会編2010：23-7、63-4、③九津見他2004：509-11、④石川他2004：65、69、⑤杉澤他編著2005：24、131-2、⑥高見他2005：297-9、⑦シルバハーサービジネス振興会2002：75-6。

• 調査地域・時期・N（同上）：①墨田区・2002年・748～774、②葛飾区と大館市・いずれも2003年と05年・葛飾192と大館88、③東大坂市・2001年・要介護者146と家族577、④東京都の1区・2000年・利用者515と家族503、⑤三鷹市・2002年・328、⑥倉敷市・2003年・324～325、⑦都府県・2002年・事業所経由638とモニター112（調査方法は本文注2を参照）。

• 注：回答の単位は記載がなければ%（表4-2～4-5も同じ）。③の点数は、全く・あまりない1、やや親身2、とても熱心3。

表 4-2 ケアマネジャーによる状況・意思などの把握

分類	設問	回答	主な回答者	出典等
話を聞く	話をよく聞いた	はい93.3	主介護者	①
	相談に対する傾聴の姿勢	はい：利用者86.3、家族93.8	利用者、家族	④
	親身に聞く	実施93.6	家族主介護者	⑤
生活状況を確認	生活状況を確認めた	はい92.5	主介護者	①
	希望する解決法を確認めた	はい83.8	主介護者	①
希望を確認	自分たちの意向や希望を伝えている	要介護者2.3点、家族2.4点	要介護者、家族	③
	サービスの関するモニター	はい：利用者37.9、家族48.8	利用者、家族	④
サービスのモニター	モニターリング	実施52.7	家族主介護者	⑤
	不満を聞く	はい85.3～94.3	家族介護者	②

• 注：③の点数は、全く・あまりない1、ある程度2、十分に3。

表4-3 ケアマネジャーからの説明

分類	設問	回答	主な回答者	出典等
制度・サービス	サービスや制度についてわかりやすく説明	はい91.6～95.6	家族介護者	②
	制度やサービスについての説明	すごく40.6、やや41.2	利用者	⑥
利用できるサービス	利用できるサービスを説明した	はい89.0	主介護者	①
	利用可能なサービスに関する説明	はい：利用者62.6、家族79.7	利用者、家族	④
サービス内容	介護保険で利用できるサービスの紹介	実施85.9	家族主介護者	⑤
	サービス利用前のサービス内容の説明	十分に44.4、ひと通り47.8	利用者・家族	⑦
	サービス内容の説明	十分に34.8、ひと通り57.1	家族	⑦
	サービスの種類や内容を聞いた	すごく40.0、やや39.1	利用者	⑥
	サービスの種類や内容を聞いた	要介護者22点、家族2.2点	要介護者、家族	③
	サービス提供表について説明	すごく40.1、やや37.3	利用者	⑥
	利用料について分かりやすく説明した	はい82.2	主介護者	①
	利用料に関する説明	はい：利用者59.5、家族78.8	利用者、家族	④
	利用料の説明	実施76.8	家族主介護者	⑤
	利用料の説明	すごく37.7、やや41.4	利用者	⑥
契約	契約について分かりやすく説明した	はい93.6	主介護者	①
	契約に関する説明	はい：利用者55.7、家族76.4	利用者、家族	④
	契約内容の説明	実施80.2	家族主介護者	⑤
ケアプラン	ケアプランについて説明	すごく29.9、やや27.1	利用者	⑥
	居宅サービス計画書を用いて説明	すごく21.8、やや21.5	利用者	⑥
ケアプランの変更	ケアプランの変更に関する説明	はい：利用者52.4、家族74.8	利用者、家族	④
	プランが変更できることを説明	実施76.1	家族主介護者	⑤

・注：③の点数は、全く・あまりない1、まあまあ2、十分3。

表4-4 ケアマネジャーによる選択の支援

分類	設問	回答	主な回答者	出典等
複数の事業者の紹介	2つ以上の事業者の紹介	はい：利用者29.8、家族47.9	利用者、家族	④
	複数の事業者の紹介	実施56.0	家族主介護者	⑤
一緒に考える	事業者がある程度自由に選べた	はい67.8	主介護者	①
	いつも利用者の立場になって一緒に考える	はい90.6～97.3	家族介護者	②
判断	わからないときや迷ったときは的確に判断	はい90.9～94.6	家族介護者	②
	判断や決定を強引に押しつけようとする	はい5.0～8.8	家族介護者	②
無視	サービス内容の変更にはあまり応じない	はい10.1～19.6	家族介護者	②
	説明のないサービスの導入	はい：利用者8.7、家族6.0	利用者、家族	④
無断	サービス内容が知らないうちに変わった	はい21.6	主介護者	①
	勝手にサービス導入をしない	実施87.2	家族主介護者	⑤

表4-5 ケアプランへの意思の反映

分類	設問	回答	主な回答者	出典等
意思の反映	受けたサービスの意味はケアプランに反映	要介護者3.1点、家族2.8点	要介護者、家族	③
	希望や意見に沿ったサービス利用	すごく33.0、やや55.9	利用者	⑥
不必要なサービス	不必要なサービスがある	本人1.3、家族0.2	利用者、家族	④

・注：③の点数は、全く・あまりない1、どちらかといえれば自分の意思2、大体3、すべて4。

表5 ケアマネジメントへの満足度

分類	設問	回答	主な回答者	N	出典等
ケアマネジャー	ケアマネジャーとその事業者に満足か	満足66.5、どちらかといえれば満足29.3	利用者・家族	638	①
		満足41.1、どちらかといえれば満足44.6	家族	112	
	ケアマネジャーの対応について満足か	満足65.5、どちらかといえれば満足24.4	主介護者	774	②
	ケアマネジャーの対応について満足か	満足58.9、どちらかといえれば満足33.1	主介護者	489	③
	ケアマネジャーに満足か	満足76.8、どちらかといえれば満足21.8	利用者	5,873	④
	ケアプランに満足か	満足52.7、どちらかといえれば満足34.4	主介護者	774	②
	ケアプランに満足か	満足51.9、どちらかといえれば満足38.0	主介護者	489	③
ケアプラン	ケアプランに対する満足度	非常に満足30.7、わりと満足56.1	利用者	515	⑤
	ケアプランにどの程度満足か	非常に満足21.9、わりと満足63.4	家族	503	⑥
	ケアプランに関する満足度	非常に満足21.3、わりと満足61.3	家族主介護者	328	
	サービスの種類・組み合わせ・内容	すごく38.0、やや52.5	利用者	324	⑦
	サービスの時間帯・回数	すごく39.5、やや50.9	利用者	324	

・出典：①シルバークサービス振興会2002：82-3、②平岡他2002：332、334、③平岡他2003：135、161-3、④厚生労働省2016a：161、⑤石川他2004：72、⑥杉澤他編著2005：134、⑦高見他2005：299。

・調査地域・時期：③墨田区・2002年、④全国・2015年。他は表4-1と同様（例えば、本表の①=シルバークサービス振興会2002=表4-1の下の⑦）。

族に対して、連絡・相談、状況・意思などの把握、説明、選択の支援、意思の反映をおおむね実施しており、ケアマネジメントに対する利用者・家族の満足度は高かった。

### ③その他の対応策

介護サービスの利用者は行為主体として行動する能力が不足しているという批判については、ケアマネジメント以外にも、成年後見制度、福祉サービス利用援助事業、例外的な措置制度などの対応策がとられた。これらの対応策については、効果を分析した調査・研究は見られなかったため、制度を概観した上で、実施状況を見ていく。

#### (a) 成年後見制度

成年後見制度は、精神上の障害により判断能力が不十分であるため、契約締結等における意思決定が困難な人について、判断能力を補い、権利や利益を擁護する制度であり、2000年4月に開始した(児山2016:29-30)。

成年後見の開始等の申立件数は、2000年度の7千件から2012年の3.5万件までほぼ一貫して増加し、その後は2015年の3.5万件までほぼ横ばいである<sup>(7)</sup>。また、利用者数は、2010年末の14万人から2015年末の19万人まで増加している(2009年以前はデータなし)。成年後見人等と本人の関係は、2015年には親族以外(司法書士、弁護士など)が70%、親族(子など)が30%だった。

成年後見の開始等の申立のうち、主な動機が介護保険契約であるものは、2000~01年度は2%台だったが、2002~05年度は3%台となった。2006年度からは件数で示されるようになり、2007年度の1.6千件から2010年の3.6千件まで増加した。2011年からは「介護保険契約(施設入所等のため)」と表記されるようになり、同年は1.0万件だったものが、2012年には1.2万件に増加したが、その後は2015年の1.2万件までほぼ横ばいである。(最高裁判所2001-2016)

このように、成年後見制度の利用者数は20万人近くまで増加したが、国際的な標準(人口の1%)、日本の認知症高齢者数(2012年で推計462万人)、ドイツの同様の制度の利用者数(2003年で110万人)と比べると少ないとされる(新井2010:5、宮本2016:2-3、中村2005:41)<sup>(8)</sup>。その要因としては、家族・親族やケアマネジャーが事実上の代行をしていること、制度が知られていないこと、費用がかかることなどが挙げられた(白井2005:38、宮本2016:5、田中2002:278、熊谷2009:26)。

これらの要因のうち、費用に関しては、基本報酬の目安は月額2万円(財産額が大きければ増額、特別困難な事情があれば付加報酬も)とされる(内閣府2016:9)。他方、高知県の高齢者・障害者への2001~02年の調査(回答145)によると、定額報酬はどのくらいが適当と思うかという質問に対して、5千円くらいが35%、1万円くらいが26%などであり、2万円くらい以上は14%だった(田中2002:270, 273, 286)。費用負担を軽減する制度として、成年後見制度利用支援事業が2000年に国の補助事業として始まり、2006年から介護保険法の地域支援事業の任意事業として位置づけられた(永田他編著2016:106、内閣府2016:11, 14)。成年後見制度利用支援事業のうち、後見人等の報酬への助成

を実施している保険者・市町村の割合は、2009年度の44%から2015年度の69%まで増加した（厚生労働省事務調査2010-2016）。しかし、全国の市町村への2012年の調査（回収914）によると、後見報酬等の助成の要件として、本人が生活保護受給者であることを課している割合が60%だった（全国社会福祉協議会2013：1、同2014：16）。また、全国の市区への2005年の調査（回収610）によると、成年後見制度利用支援事業を実施していた市区（53%）のうち、決算額1万円未満が53%であり、10万円以上は22%だった（日本成年後見法学会編2006：122, 129-30）。このように、成年後見制度を利用するための費用は高いと認識される水準であり、助成の要件は厳しく、助成事業を実施している自治体でも利用は低調だった。

#### (b) 福祉サービス利用援助事業

福祉サービス利用援助事業は、精神上の理由により日常生活を営むのに支障がある者に対して、無料または低額な料金で、福祉サービスの利用に関し相談に応じたり、助言を行ったり、福祉サービスの提供を受けるために必要な手続や費用の支払に関する便宜を供与するなどの援助を一体的に行う事業であり（社会福祉法2条3項12号）、2000年5月の社会福祉事業法等の改正（2003年4月施行）によって法定された。また、都道府県社会福祉協議会は、あまねく福祉サービス利用援助事業が実施されるために必要な事業を行うものとされた（81条）。この事業は、1999年から実施されたモデル事業の名称から地域福祉権利擁護事業と呼ばれていたが、通知の改正に伴い、2007年度から日常生活自立支援事業と呼ばれるようになった。（児山2016：30, 38、秋元・平田2015：134、伊藤2008：352）

日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）の新規契約件数は、2001年度の3千件から2015年度の1.2万件までほぼ一貫して増加し、各年度末時点の利用者数は、2001年度の4千人から2015年度の5万人まで一貫して増加した。2015年度末の利用者の内訳は、認知症高齢者等が2.3万人、精神障害者等が1.2万人、知的障害者等が1.1万人などである（全国社会福祉協議会2014：11、全国社会福祉協議会日常生活自立支援2014-2016）。

このように、日常生活自立支援事業の利用者数は増加しているものの、成年後見制度の利用者数（2015年末で19万人）よりも少ない。その要因としては、事業の存在を知らない、利用料が発生する、それが一因となって利用を拒否する、家族が援助・代理をしている、判断能力の不十分な人が自分で利用申請するという矛盾した制度になっている、事業を担当する人員が不足していることが挙げられている（萩沢2016：43-4）。なお、利用料は都道府県によって異なるが、通常は1時間当たり1,000～1,200円程度であるとされる（永田他編著2016：130）。高知県の高齢者・障害者への2001～02年の調査（回答145）によると、地域福祉権利擁護事業の利用料がいくらなら利用したいかという質問に対して、500円が28%、750円が8%、1,000円が23%、1,500円が15%、その他が25%だった（田中2002：274, 286）。

### (c) 例外的な措置制度

介護保険の給付は、被保険者の選択に基づき、適切なサービスが提供されるよう配慮して行われなければならない(介護保険法2条3項)。しかし、高齢者が、やむを得ない事由により介護保険法に規定するサービスを利用することが著しく困難であると認めるときは、市町村は、サービスを提供するなどの措置をとることが規定された(老人福祉法10条の4第1項、11条1項2号)。

全国の市区町村への2007年の調査(有効回答1,213)によると、老人ホームへの措置要綱があると回答したものは63%だった(佐藤嘉夫2008:19,23)。また、全国の市区町村への2003~04年の調査(回答2,589)によると、2002年11月~2003年10月の1年間に上記の措置を行った件数は合計619件(回答した市区町村当たり平均0.2件)だった(医療経済研究機構2004:147-9)。なお、全市区町村への調査によると、高齢者虐待への対応として2006~15年度に上記の措置を行った件数は年間588~924件(市区町村当たり年平均0.3~0.5件)であり、増加傾向にある(厚生労働省高齢者虐待2007-2017)。

しかし、この件数が十分かどうか、介護保険法に規定するサービスを利用できず、市町村によるサービス提供などの措置も受けていない被保険者がどのくらいいるかに関する調査・研究は見られなかった。

以上、利用者の行為主体性に関するケアマネジメント以外の対応策として、成年後見制度、福祉サービス利用援助事業、例外的な措置制度の内容と実施状況を見てきた。成年後見制度と福祉サービス利用援助事業の利用者は増加しているものの、依然として少なく、その要因としては家族が代行していることなどが挙げられた。また、例外的な措置の実施件数が十分かどうかは不明である。

本節では、利用者の行為主体としての能力に関する調査結果を整理してきた。介護の選択制に対しては、介護サービスの利用者は行為主体として行動する能力が不足しているという批判があった。介護サービスの利用者は多様であり、事業者やサービスを自ら選択する利用者がある一方で、選択できることを知らない利用者や、自ら選択しない利用者もいた。利用者が選択しない場合には、家族やケアマネジャーが選択することが多く、成年後見制度や福祉サービス利用援助事業の利用、例外的な措置の実施は少なかった。利用者と家族の関係については、両者の意見が異なることを半数近くのケアマネジャーが困難として挙げていた。他方、ケアマネジャーは、利用者・家族の意思を反映するような活動をおおむね実施し、利用者・家族の満足度は高かった。そして、利用者・家族の半数以上は選択の際に困難がなかったと回答し、半数前後は選択制について良くなったと回答した。利用者と家族の意見の相違以外にも、ケアマネジメントへの不満や選択の際の困難が比較的少数ではあるが存在し、また、例外的な措置が十分に行われているかどうかは不明である。しかし、介護の選択制について、悪くなったと回答した利用者・家族はほとんどいなかった。

## (2) 公的責任・権利性

措置制度から選択制に移行することによって、公的責任・権利性が低下するという批判があった。措置制度の下では、地方自治体が利用者を施設に入所させるなどの措置をとらなければならないことが規定されており、また、このことから、利用者はサービスの給付を請求する権利を持つという解釈が学説では有力であったとされるが、選択制への移行後は、措置は例外的なものになった。

これに対して、介護保険制度の導入により、公的責任・権利性は強化されるという反論もあった。まず、措置制度の場合には、施設が少なければ措置開始決定の数を減らすという行政裁量が認められていたが、要介護認定については、その基準を厚生（労働）大臣が全国一律に定め、各市町村に認定審査会が設置される点で、措置の必要性の判断よりも市町村の裁量が狭まり、また、認定に不服がある場合の審査請求・訴訟の権利も明確になったとされた。さらに、税方式から保険方式に移行することによって、保険料を負担する見返りとして、受給は権利であるという意識を持つことができると主張された。

しかし、要介護認定については、その基準を定める厚生（労働）大臣の裁量は広いという指摘や（伊藤2004：91）、認定審査会が市町村の財政状況などの影響を受けて過少に認定する可能性がある、要介護認定を受けても近くに事業者がなければ権利を行使できないという指摘もあった。また、保険方式については、サービスを受給できるのは保険料を納めた者だけの特権であると批判された。（児山2017：146-8）

以下では、要介護認定がどのように行われているか、利用者がサービスを利用できているか、保険方式がどのような結果をもたらしているかを見ていく<sup>(9)</sup>。

### ①要介護認定

要介護認定については、制度を概観した上で、基準がどのように設定されているか、認定審査会がどのように審査・判定しているか、認定結果を被保険者がどのように評価しているか、審査請求・訴訟の権利がどのように行使されているかに関する実証的な調査・研究を整理する。

#### (a) 制度

要介護認定を受けようとする被保険者が市町村に申請をすると、市町村は職員を被保険者に面接させ、心身の状況等を調査させる。また、市町村は主治医に対し被保険者の疾病の状況等につき意見を求める。市町村は、調査結果と主治医の意見書を用いてコンピューター判定（1次判定）を行った上で、認定審査会に審査・判定を求める。認定審査会は、厚生労働大臣が定める基準に従い審査・判定を行い（2次判定）、その結果を市町村に通知し、市町村はそれに基づき要介護認定をする（介護保険法27条、厚生労働省2009b）。

要介護認定に関する処分に不服がある者は、介護保険審査会（都道府県に置く）に審査請求をす

ることができ、それに対する裁決を経た後であれば、処分の取消しの訴えを提起することができる（介護保険法183-4, 196条）。

#### (b) 基準の設定

要介護認定の基準は、2003、06、09年に見直された。2003年には、運動機能の低下していない認知症高齢者の要介護度が低く判定されるなどの問題点を改善するよう修正され、2006年には、介護予防給付の創設に伴う変更が加えられた（三宅他2011：126）。

しかし、2009年の見直しでは、要介護度が低く認定されるようになったと指摘された。まず、調査の負担軽減のため調査項目を減らしたところ（厚生労働省2008：1）、その中に認知症に関連する項目が含まれており、認知症が軽度に認定されるようになると指摘された。また、調査員のテキストの2009年版では、起き上がりなどの動作ができるかどうかを判断する際に、実際に介助が行われているかどうかを基準としたため、介助されず放置されていても「できる」とされてしまうことや、座位保持が「できる」とされる目安が10分程度から1分程度に短縮されたことなどが批判された。そして、2006～08年の10・11月と2009年4・5月を比較すると、非該当（自立）の割合が、1次判定で3.3～3.4%から7.3%に、2次判定でも0.8～0.9%から2.3%に増加した（厚生労働省2010：6, 13）。

批判を受けて、厚生労働省は、要介護認定の更新申請者が希望する場合は従来の認定結果を選択できるという経過措置や、テキストの改訂（実際の介助が不適切な場合は適切な介助を基準として判断する、座位保持ができるとする目安を10分程度にするなど）を行った（厚生労働省2015：i-iii、同2009a：10）。その結果、10月には軽度認定の傾向が是正されたと言われており、非該当の割合は、2009年10・11月には1次判定で4.0%、2次判定で1.1%に減少した（厚生労働省2010：6, 13）。（沖藤2010：169-85）

このように、厚生労働省が要介護認定の基準を変更した結果、要介護者に該当しないと判定される割合が一時的に増加したことがある。

#### (c) 認定審査会の審査・判定

認定審査会の審査・判定については、どのような過程で審査しているか、コンピューターによる1次判定をどのくらい変更しているか、市町村の財政状況の影響を受けているかどうかに関する調査・研究を整理する。

第1に、審査の過程については、審査時間が短いことが指摘されており、1件当たり2～5分であるとされる（厚生労働省2004、佐橋2006：133、沖藤2010：167、伊藤2001：104）。ただし、審査会の準備のために書類を読む時間（1件当たり4分程度<sup>(10)</sup>）を加えると、合計6～9分程度となる。

第2に、認定審査会が1次判定の結果を変更した割合は（表6）、2000年の22%から2006～08年の28%台に増加したが、2009年4・5月には21%、同年10・11月には17%に大幅に減少し、2010年以降も毎年減少が続いて、2015年には11%となった。2009年度における変更割合の大幅な減少は、要

介護認定基準の見直しと関連していると考えられるが、その後も減少が続いた原因は不明である<sup>(11)</sup>。他方、変更に占める重度への変更の割合は、2000～08年は7割台だったが、2009年に8割台に増加し、その後も8割台が続いている。

表6 認定審査会による要介護度の変更 (単位：%)

時期	変更した割合			重度の割合 (B/A)
	合計(A)	重度(B)	軽度	
2000年4～6月	21.9	16.3	5.6	74.4
2006年10・11月	28.4	20.6	7.8	72.5
2007年10・11月	28.7	21.0	7.7	73.2
2008年10・11月	28.7	21.1	7.6	73.5
2009年4・5月	21.3	18.2	3.1	85.4
2009年10・11月	17.3	14.2	3.1	82.1
2010年	15.8	13.3	2.5	84.2
2011年	14.3	12.0	2.3	83.9
2012年	13.3	11.2	2.1	84.2
2013年	12.0	10.1	1.9	84.2
2014年	11.5	9.6	1.9	83.5
2015年	10.7	9.2	1.5	86.0

・出典：2000年は厚生省2000：1、2006～09年は厚生労働省2010：20、2010年以降は厚生労働省2016c：4。

第3に、認定審査会が市町村の財政状況の影響を受けているかどうかについては、実証的な分析が行われている。全国の市町村の2001～04年度のデータを分析した研究によると、各市町村の要介護認定率（第1号被保険者に対する要介護認定者の割合）の変化（2001～02年度、2003～04年度）と、各市町村の属する都道府県の財政安定化基金貸付割合（財政安定化基金からの貸付を受けている市町村の割合）の変化（2000～01年度末、2001～02年度末）との間に、統計的に有意な負の関係があった<sup>(12)</sup>。また、各市町村の要介護認定率の2001～02年度の変化と、各市町村の経常収支比率（経常経費に充当する一般財源の額を経常一般財源の額で割ったもの）の前年度の変化との間には、統計的に有意な関係はなかったが、要介護認定率の2003～04年度の変化と経常収支比率の前年度の変化との間には統計的に有意な負の関係があった。そして、これらの分析から、介護保険制度の導入から時間が経過するにつれて、保険者の財政状況が要介護認定率の変化に影響を与えるようになっていくと結論づけられている。(清水谷・稲倉2006：86, 89, 94)

しかし、財政安定化基金貸付割合は、各市町村が貸付を受けているかどうかではなく、各市町村の属する都道府県において貸付を受けている市町村の割合を示すため、各市町村の財政状況を示す指標としては限界がある（各市町村が貸付を受けたかどうかを示す全国データがないため、このような指標が用いられている（同上：86））。また、要介護認定率と経常収支比率との関係については、分析対象期間のうち1期目に統計的に有意な関係が見られず、2期目に統計的に有意な負の関係が見られたが、これを根拠に、時間の経過とともに財政状況が影響を与えるようになったと結論づけ

るのは早計であり、2期目のみに見られる一時的な関係である可能性もある。

以上のように、認定審査会の審査時間は比較的短く、1次判定を変更する割合は減少しているが、変更に占める重度への変更の割合は一貫して大きい。なお、認定審査会が財政状況の影響を受けているかどうかについては、データの制約等から明確な結論は出ていない。

#### (d) 認定結果の評価

要介護認定の結果に対する被保険者の評価については、まず、1府3県の2001年までの調査（回答34,188）によると、要介護認定について納得・おおむね納得の合計は77%、やや不満・不満の合計は10%だった。次に、1県の2001年までの調査（回答9,230）によると、要介護認定は妥当が65%、予想より高いが5%、予想より低い17%などだった（池田2011：319）。また、全日本民主医療機関連合会の加盟機関が主治医意見書を作成し、非該当とされた申請者への2002年までの調査（回答282）によると、認定結果について満足・やや満足の合計が37%、どちらともいえないが33%、やや不満・不満の合計が30%だった（相野谷他2002：52-4）。このように、要介護認定を肯定的に評価する割合は、全体の7割前後、非該当とされた申請者の4割程度であり、不満などの否定的な評価の割合は、全体の1～2割、非該当者の3割程度だった。

#### (e) 審査請求・訴訟

要介護認定に不服がある場合の審査請求の件数については、2000年6月末までに321件（うち取り下げ126件）、2001年度に220件（認容率38%）、2012年度に258件（うち取り下げ75件、認容率39%）、2000～04年度に要介護認定件数に対する比率が0.004～0.009%などの数値が示されている（池田2011：98、伊藤2008：304、衆議院厚生労働委員会2014年4月9日、厚生労働省モニタリング（適切運営）2005-2006）。これらの数値については、2000年6月末までの要介護認定の件数が250万件であったこと、厚生省は要介護認定を受けた人の約2%が審査請求を行うと予想していたこと、ドイツでは認定に関する不服申立が1995年（介護保険の開始年）に37万件、2005年に9万件あったことと比較して、非常に少ないとされる。その要因としては、日本ではドイツの混乱を見て緻密な認定方法の確立を目指したことが挙げられる一方で、裁決までに時間がかかるので市町村に要介護度の変更申請をする方がよいこと、不服申立制度が複雑で分かりにくいこと、行政側が審査請求を取り下げよう圧力をかけることなども挙げられている（池田2011：98、伊藤2008：304-11）。これらのうち、要介護度の変更申請は、要介護認定を受けた被保険者が、市町村に要介護状態区分の変更の認定の申請をするものである（介護保険法29条）。この件数は、2012年度に38万件（要介護認定の申請件数は550万件）、2014年度に42万件（同じく569万件）あったとされる。なお、変更申請が認められた割合は不明であるが、厚生労働省の担当局長によると、多くが認められたのではないかと考えているとのことである（衆議院厚生労働委員会2014年4月9日、厚生労働省2016b：2）。

第2に、要介護認定処分の取消訴訟は、2007年3月までに提起されたことはなかったとされ、裁

判にかかる費用や時間などの問題が挙げられた（伊藤2008：311-4）。その後、2008年に訴訟が提起され、却下された例が1つある（東京地裁2008年12月18日）。

このように、要介護認定に関する審査請求・訴訟の件数は非常に少ないが、その解釈は分かれており、要介護認定の方法が緻密であることや、要介護度の変更申請が用いられていることも要因として挙げられている。

以上、要介護認定に関する制度を概観した上で、実証的な調査・研究を整理してきた。要介護認定の基準を厚生労働省が変更した結果、要介護者に該当しないと判定される割合が一時的に増加したことがある。認定審査会については、審査時間が比較的短く、1次判定を変更する割合は減少しているが、変更に占める重度への変更の割合は一貫して大きく、財政状況を考慮して過少に認定しているかどうかは不明である。要介護認定への不満は全体の1～2割、非該当とされた申請者の3割程度である。不服がある場合の審査請求・訴訟の件数は非常に少ないが、この点についての解釈は分かれている。

## 注

- (1) 介護保険法に利用者の選択を制限する規定があるという指摘もあったが（児山2017：148）、この規定がどのように用いられているかに関する実証的な調査・研究は見られなかった。
- (2) この調査は、調査票を訪問介護事業所経由で配布したものとモニターに郵送したものがあり（回収はいずれも直接郵送）、前者の回答者は、利用者258、家族・親族359、その他11、無回答4、合計632、後者の回答者は、利用者13、家族・親族99、その他2、合計114だった。選択の機会を知っていた割合は、前者の調査に回答した利用者が70.5%、利用者以外が87.4%、後者の調査への回答者が87.7%だった。（シルバーサービス振興会2002：7-8, 39-40, 91）
- (3) 回答者は、利用者181、家族360、ヘルパー・ケアマネジャー 96、その他7、無回答8、合計652だった。（シルバーサービス振興会2009：40）
- (4) ケアマネジメントの制度の概要は次のとおりである。居宅で介護を受ける要介護者が、都道府県知事が指定する事業者から居宅介護支援（ケアマネジメント）を受けたときは、その費用を市町村から支給される（介護保険法46条）。居宅介護支援とは、要介護者が居宅サービスを適切に利用できるよう、要介護者の依頼を受けて、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成したり、居宅サービスの提供が確保されるよう事業者と連絡調整を行ったり、施設への入所を要する場合には施設への紹介を行ったりすることである（7条18項）。この事業者（ケアマネジメント事業者）が指定を受けるためには、介護支援専門員（ケアマネジャー）が一定数以上いるなどの要件を満たす必要がある（79条）。
- (5) 要支援者とは、要介護状態となるおそれがある65歳以上の者と、加齢による要介護状態となるおそれがある40～64歳の者である（介護保険法7条4項）。地域包括支援センターは、市町村が設置することができ、地域住民の心身の健康の保持と生活の安定のために必要な援助を行う（115条の46）。
- (6) ケアマネジャーとホームヘルパーが同一の事業者であるという回答は433、うち、訪問介護事業者をケアマネジャーが決めたという回答は25.2%（109）、利用者が29.8%（259）、家族が41.3%（179）であり、同一の事業者ではないという回答は180、うち、ケアマネジャーが決めたという回答は47.8%（86）、利用者が

- 20.6% (37)、家族が32.2% (58)、同一かどうかわからないという回答は14、うち、ケアマネジャーが決めたという回答は21.4% (3)、利用者が35.7% (5)、家族が7.1% (1)だった(シルバーサービス振興会2002: 63)。従って、同一の事業者である割合は、ケアマネジャーが決めた場合は $109 \div (109 + 86 + 3) = 55\%$ 、利用者・家族が決めた場合は $(259 + 179) \div (259 + 179 + 37 + 58 + 5 + 1) = 81\%$ となる。
- (7) 集計期間は2007年度までは年度単位、2008年からは年単位である。なお、2005年度に1.8万件だったものが、2006年度に2.9万件に急増し、2007年度に2.1万件に減少したが(最高裁判所2001-2016)、これは、障害者自立支援法の成立により、精神障害者や重症心身障害児施設入所者も2006年10月から選択制に移行し、成年後見人の選任が必要となったことなどによるとされる(佐藤寛2006: 83、大塚2007: 53)。
- (8) 例えば、1つの県・圏域の認知症グループホーム7事業所への調査によると、認知症等により判断能力・契約能力が低下している利用者70人のうち、成年後見制度の利用者は3人だった(宮本2016: 4-5)。また、青森市のケアマネジャーへの2011年の調査(回答167)によると、日常の意思決定が困難またはできないケースが1,039件あったが、成年後見制度を利用または申請中のものは41件だった(石田他2016: 24-6)。
- (9) 公的責任が維持されるという主張として、老人福祉法により市町村は事業者との連絡・調整などの体制整備に努めなければならないことも指摘されたが(児山2017: 147)、この点に関する実証的な調査・研究は見られなかった。
- (10) 全国の市区町村・広域連合等(回答857)と全国の認定審査会委員(回答5,793)への2014年の調査によると、審査会1回あたりの件数は30件前後(市区町村等への調査では平均30件、委員への調査では30~34件が35%、25~29件が18%など)であり、事前の読み込みに要する時間は120分程度(委員への調査では120分以上が40%、30~60分未満、60~90分未満、90~120分未満がそれぞれ18%)だった。(三菱UFJ 2014: 3-5, 28-9, 55-7, 61-2)
- (11) 厚生労働省は、2003年度から、2次判定による要介護度の変更割合の地域差を是正するため、介護認定平準化研修事業を実施し、2007年度から、要介護認定の地域格差を是正するため、要介護認定適正化事業を実施した。また、2007年度の施策評価から、2次判定による変更率の地域格差の縮小を目標とし、2013年度の施策評価から、2次判定による変更率の平均値の縮小も目標とした(厚生労働省事業評価(認定平準化)2002、同事業評価(認定適正化)2006、同モニタリング(介護保険)2007, 2010-2012、同実績評価(介護保険)2008-2009, 2012、同事前分析(介護保険)2012-2015)。しかし、これらの事業や評価の開始時期と変更割合の減少の時期(2009年度以降)は一致していない。
- (12) 財政安定化基金とは、保険財政の不足について、市町村に資金の貸付などを行うために都道府県が設置する基金である。貸付は年度単位の財政不足について行われ、市町村は、借入を受けた中期財政運営期間(3年)の次の期間に償還する(介護保険法147条、増田2014: 499)。なお、ここで参照した研究では、要介護認定率の変化と前年度の財政安定化基金貸付割合の変化との関係(認定率に対する貸付割合の影響)を分析しようとしているが、2002年度と2003年度は別の中期財政運営期間に属し、データの連続性がないため、2003~04年度の認定率の変化の説明変数としては、2002~03年度ではなく2001~02年度の貸付割合の変化が用いられている(清水谷・稲倉2006: 89)。

## 参照資料

文中・表中では、資料の作成者名、発行年、ページを示した。ただし、法令はその名称と条番号を、国会会議録と判例は組織名と年月日を示した。また、同種の資料の各年(度)版を参照した場合、作成者名の後に資料名の略称を付記したものもある。同じ調査を複数回参照した場合、2回目以降は調査概要の記載ページの表示を省略した。

- 相野谷安孝、石川満、林泰則、山本淑子 (2002)『介護保険見直しの焦点は何か』(あけび書房)。
- 秋元美世、平田厚 (2015)『社会福祉と権利擁護：人権のための理論と実践』(有斐閣)。
- 新井誠 (2010)「成年後見制度施行10年を振り返って：制度の現状と課題」『法律のひろば』63 (8)、4-8。
- 新井誠、秋元美世、本沢巳代子編著 (2006)『福祉契約と利用者の権利擁護』(日本加除出版)。
- 李恩心 (2014)『介護サービスへのアクセスの問題：介護保険制度における利用者調査・分析』(明石書店)。
- 李宣英 (2015)『準市場の成立は高齢者ケアサービスを変えられるか：日韓の比較実証分析』(ミネルヴァ書房)。
- 池田省三 (2011)『介護保険論：福祉の解体と再生』(中央法規)。
- 石川久展、杉澤秀博、杉原陽子、中谷陽明 (2004)「介護保険制度下におけるケアプランの評価に関する研究：介護保険導入半年後のケアプランに対する利用者の満足度の評価の試み」『テオロギア・ディアコニア』(ルーテル学院大学) 38、63-81。
- 石田賢哉、笹原まい子、波田野隼也、長谷川さとみ (2016)「実態調査からみる青森市内の成年後見制度利用支援事業の現状と課題：青森市の介護保険サービス利用者を対象にして」『青森県立保健大学雑誌』16、23-30。
- 伊藤周平 (2001)『介護保険を問いなおす』(ちくま新書)。
- (2004)『改革提言 介護保険』(青木書店)。
- (2008)『介護保険法と権利保障』(法律文化社)。
- 医療経済研究機構 (2001)『在宅高齢者の介護サービス利用状況の変化に関する調査研究報告書』(医療経済研究機構)。
- (2003)『平成14年度 在宅高齢者の介護サービス利用状況の変化に関する調査研究 報告書』(医療経済研究機構)。
- (2004)『家庭内における高齢者虐待に関する調査 報告書』(医療経済研究機構)。
- 大塚昭男 (2007)『『成年後見関係事件の概況』を読む』『月報司法書士』428、53-4。
- 沖藤典子 (2010)『介護保険は老いを守るか』(岩波新書)。
- 会計検査院 (2016)『介護保険制度の実施状況に関する会計検査の結果について』。
- 岸田研作、谷垣静子 (2010)「介護サービス供給体制」、宮島洋・西村周三・京極高宣編『社会保障と経済 3 社会サービスと地域』(東京大学出版会)、127-148。
- 九津見雅美、伊藤美樹子、三上洋 (2004)「介護保険サービス決定における要介護者と家族の主体性に関連する要因の検討：利用者の基本属性による違い」『日本公衆衛生雑誌』51 (7)、507-521。
- 熊谷士郎 (2009)「福祉サービス契約における利用者の権利保障制度の現状と課題」『季刊社会保障研究』45 (1)、25-35。
- 厚生省 (2000) 厚生省老人保健福祉局老人保健課「要介護認定 二次判定変更事例集 参考資料」。
- 厚生労働省 (2004) 厚生労働省老健局総務課企画法令係「要介護認定関連資料」(第9回社会保障審議会介護保険部会、2004年2月23日、資料5)。
- (2005)「居宅介護支援参考資料」(第30回社会保障審議会介護給付費分科会、2005年10月4日、資料1-2)。
- (2008)「要介護認定一次判定ロジック見直しの主な経緯」(第6回要介護認定調査検討会、2008年11月25日、資料1)。
- (2009a) 厚生労働省老健局老人保健課「『認定調査員テキスト2009改訂版』の修正概要」。
- (2009b)「介護認定審査会運営要綱」(厚生労働省老健局長「介護認定審査会の運営について」、2009年9月30日、別添)。
- (2010)「要介護認定に係る集計結果について」(第4回要介護認定の見直しに係る検証・検討会、2010年1月15日、参考資料4)。
- (2011a)「ケアマネジメントについて(参考資料)」(第79回社会保障審議会介護給付費分科会、2011年9月

- 5日、資料2-3)。
- (2011b)「平成23年介護事業経営実態調査の概要」。
- (2014)厚生労働省老健局老人保健課「平成26年介護事業経営実態調査結果」。
- (2015)『要介護認定調査員テキスト 2009 改訂版』。
- (2016a)「居宅介護支援事業所および介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業 報告書」(第11回社会保障審議会介護給付費分科会介護報酬改定検証・研究委員会、2016年5月24日、報告書(5))。
- (2016b)「保険者の業務簡素化(要介護認定等)(参考資料)」(第59回社会保障審議会介護保険部会、2016年6月3日、参考資料2)。
- (2016c)「保険者の業務簡素化(要介護認定等)(参考資料)」(第63回社会保障審議会介護保険部会、2016年9月7日、参考資料2)。
- 厚生労働省高齢者虐待(2007-2017)「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」。
- 厚生労働省事業評価(認定適正化)(2006)「事業評価書(事前) 要介護認定適正化事業」。
- (認定平準化)(2002)「事業評価書(事前) 介護認定平準化研修事業」。
- 厚生労働省事前分析(介護保険)(2012-2015)「実施施策に係る政策評価の事前分析表」。
- 厚生労働省実績評価(介護保険)(2008-2009, 2012)「実績評価書 介護保険制度の適切な運営を図るとともに、質・量両面にわたり介護サービス基盤の整備を図ること」。
- 厚生労働省事務調査(2010-2016)厚生労働省老健局介護保険計画課「平成21~27年度介護保険事務調査の集計結果について」。
- 厚生労働省モニタリング(介護保険)(2007, 2010-2012)「モニタリング結果報告書 介護保険制度の適切な運営を図るとともに、質・量両面にわたり介護サービス基盤の整備を図ること」(2007, 2010, 2012)、「モニタリング結果報告書 医療・介護一体改革推進、介護保険の適切な運営等を通じて、介護を必要とする高齢者を支援する」(2011)。
- (適切運営)(2015-2016)「モニタリング結果報告書 介護保険制度の適切な運営を図ること」。
- 児山正史(2016)「準市場の優劣論と社会福祉基礎構造改革論」『人文社会論叢(社会科学篇)』(弘前大学人文学部)35、25-41。
- (2017)「準市場の優劣論と介護保険制度導入時の議論」『人文社会科学論叢』2、143-156。
- 最高裁判所(2001-2016)最高裁判所事務総局家庭局「成年後見関係事件の概況」。
- 佐藤寛(2006)「静岡支部における成年後見集団申立事件への取り組み」『月報司法書士』418、83-84。
- 佐藤みゆき(2006)「介護保険サービス契約の実態と課題：北海道内の介護老人福祉施設の調査結果から」『司法福祉学研究』6、34-43。
- 佐藤嘉夫(2008)「介護保険下における福祉ニーズの特徴と福祉サービス管理の課題：特別養護老人ホーム入所申し込み待機者全国調査から」『月刊ゆたかな暮らし』311、18-27。
- 佐橋克彦(2006)『福祉サービスの準市場化：保育・介護・支援費制度の比較から』(ミネルヴァ書房)。
- 清水谷論、稲倉典子(2006)「公的介護保険制度の運用と保険者財政：市町村レベルデータによる検証」『会計検査研究』34、83-95。
- 社会保障審議会(2004)『介護保険制度の見直しに向けて：社会保障審議会介護保険部会報告・介護保険4年間の検証資料』(中央法規)。
- 白井典子(2005)「介護保険契約における成年後見制度の利用」『法律のひろば』58(6)、35-40。
- シルバーサービス振興会(2002)『シルバーサービス利用者の選択行動とニーズに関する調査研究事業 報告書』。

- (2009)『介護サービスにおける利用者のサービス選択要因に関する研究事業 報告書』。
- 杉浦真一郎(2005)『地域と高齢者福祉：介護サービスの需給空間』(古今書院)。
- 杉澤秀博、中谷陽明、杉原陽子編著(2005)『介護保険制度の評価：高齢者・家族の視点から』(三和書籍)。
- 全国社会福祉協議会(2013)全国社会福祉協議会 地域福祉権利擁護に関する検討委員会『総合的な権利擁護体制の構築に向けて：平成24年度 厚生労働省社会福祉推進事業「地域における総合的な権利擁護体制の構築に関する調査研究」報告書』。
- (2014)全国社会福祉協議会 地域福祉権利擁護に関する検討委員会・「地域における権利擁護体制の構築の推進に向けて」調査研究委員会『「権利擁護センター等」の具体化に向けて：厚生労働省 平成25年度セーフティネット支援対策事業(社会福祉推進事業)「地域における権利擁護体制の構築の推進に向けて」調査研究報告書』。
- 全国社会福祉協議会日常生活自立支援(2014-2016)『「日常生活自立支援事業」実施状況』。
- 高見千恵、忠津佐和代、中尾美幸、水子学、長尾光城(2005)「在宅高齢者の介護保険サービスに対する評価」『川崎医療福祉学会誌』14(2)、297-304。
- 田中きよむ(2002)「成年後見・地域福祉権利擁護制度をめぐる動向と意識：高知県の場合」『高知論叢』73、251-292。
- 内閣府(2016)内閣府成年後見制度利用促進委員会事務局「成年後見制度の現状」(第1回成年後見制度利用促進委員会、2016年9月23日、資料8)。
- 永田祐、堀善昭、生田一郎、松宮良典編著(2016)『よくわかる権利擁護と成年後見制度』(ミネルヴァ書房)。
- 中村康子(2005)「成年後見制度の利用に関する一考察：介護保険制度ドイツと日本の比較を通して」『北方圏生活福祉研究所年報』11、39-51。
- 日米LTCI研究会編(2010)『在宅介護における高齢者と家族：都市と地方の比較調査分析』(ミネルヴァ書房)。
- 日本成年後見法学会編(2006)日本成年後見法学会市町村における権利擁護機能のあり方に関する研究会編『「市町村における権利擁護機能のあり方に関する研究会」平成17年度報告書』(日本成年後見法学会)。
- 萩沢友一(2016)「日常生活自立支援事業の課題と展望：国民の権利保障の観点から」『人間社会環境研究』(金沢大学大学院人間社会環境研究科)32、37-52。
- 平岡公一他(2002)主任研究者 平岡公一、分担研究者 武川正吾他『介護サービス供給システムの再編成の成果に関する評価研究 平成13年度 総括・分担研究報告書』。
- (2003)主任研究者 平岡公一、分担研究者 武川正吾他『介護サービス供給システムの再編成の成果に関する評価研究 平成14年度 総括・分担研究報告書』。
- 増田雅暢(2014)『逐条解説 介護保険法』(法研)。
- 三菱総合研究所(2012)『居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査 報告書』。
- (2014)『居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査 報告書』。
- 三菱UFJ(2014)三菱UFJリサーチ&コンサルティング『要介護認定業務の実施方法に関する調査研究事業 報告書』。
- 三宅文枝、巻幡洋平、山岡喜美子、國定美香、石田博嗣、影山佳奈、住居広士(2011)「要介護認定基準の変更と影響の同期検証：2009年10月版と2006年版一次判定の較差」『人間と科学：県立広島大学保健福祉学部誌』11(1)、125-136。
- 宮本恭子(2016)「介護保険とともに高齢社会を支える成年後見制度の現状と課題：ドイツを参考に」『社会医学研究』33(1)、1-11。
- 森詩恵(2008)『現代日本の介護保険改革』(法律文化社)。