

さらに、本調査の限界として、介護認定調査員による訪問調査であったことがあげられる。A市では、在宅介護支援センターの相談員も介護認定調査に携わっており、本調査の調査員が同時に担当の介護支援専門員でもある可能性がある。そのため、必ずしも利用者の評価を反映していないおそれも存在する。このような反省から、次回の調査は郵送で実施することが予定されている。

⑥ サービスの充足状況

A市では、訪問介護の利用の伸び率が高いものの、参入事業者も多く、量的にはほぼ充足されている。しかしながら、時間帯等の指定や質の高いホームヘルパーの派遣など利用者の希望を考慮した場合、利用者の希望にあった訪問介護サービスを確保することは必ずしも容易ではない。

また、量的に充足されていないサービスも存在する。訪問リハビリテーションや訪問看護、療養型病床群などの医療色が強いサービスが充足されていない。また、短期入所や訪問入浴も、事業者が少なく、週2回必要な入浴を週1回にとどめたり、申し込んでも予約でいっぱいのため半年先しか利用できないというケアマネジャーの声も聞かれる。

また、施設サービスも充足されているわけではない。介護保険が実施される直前の平成12年2月現在、A市には特別養護老人ホームの入所待機者が254名存在した。介護保険実施後は、入所待機者の把握はなされていないものの、特別養護老人ホーム利用者は介護保険実施前と比較しても、必ずしも増加しているわけではない。このような事態に対処するために、A市では平成13年度、新たな特別養護老人ホームの開設を予定している。

5) 介護保険実施にともなうサービス供給主体の変化

訪問介護サービスについては、介護保険施行前、社会福祉法人や福祉公社を除いては、家政婦紹介所が数カ所あるにとどまっていた。平成12年11月現在、市内には、訪問介護サービス事業者が21カ所存在する。その内訳としては、医療法人1、財団法人2（福祉公社1を含む）、営利事業者（株式会社・有限会社）18、特定非営利活動法人1である。ただし、特定非営利活動法人については、介護保険実施時は有限会社であり、その後、特定非営利活動法人となった経緯がある。このように営利事業者の参入がきわめて多くなっている。なおA市においては、平成13年2月現在、撤退した訪問介護事業者は見られていない。

次に、訪問介護事業者以外のサービス事業者の主だったものについてみると、訪問入浴介護事業者は、3事業者で、いずれも営利事業者である。通所介護サービスは、8事業者によって提供されている。その内訳は、市立1、社会福祉法人6（市関連法人1含む）、財団法人（福祉公社）1となっており、営利事業者は参入していない。

訪問看護事業者は10事業者。その内訳は、医療法人7、営利事業者1、財団法人1、日本赤十字社1となっている。通所リハビリテーションは、5カ所で、医療法人4、財団法人1である。このうち医療法人1と財団法人については、介護保険施行にともない、地域の医療機関によって開設された老人保健施設からサービスが提供されている。この老人

保健施設1施設については、開所に際して、市が土地の借り受けを行うという経緯があった。

なおA市では特別の事業者参入推進の方策はとっておらず、指定事業者以外の事業者の把握も、現在は行っていない。しかしながら、事業者連絡会については参加をオープンなものにしており、市に相談等があった事業者には参加を案内している。

6) まとめと今後の課題

①A市の介護保険に関する主な特徴

A市の介護保険実施体制に関する主な特徴としては、次の三点をあげることができる。第一に、自治体行政が介護保険制度の問題点を把握した上で、措置時代のサービス水準を維持するための体制づくりに力を注いだことである。第二に、サービス供給主体や関係機関の連携体制に自治体が積極的にサポートを行っているということである。第三に、このような地域のケア体制を展開していく上で、在宅介護支援センターがリーダーシップをとっていることを指摘できる。

②今後の調査・分析の課題

ア) サービスの利用状況を巡る要因の分析

A市では、サービス利用限度単位に対する利用単位の割合（利用割合）は、約60%であり、他の自治体が約40%程度にとどまっていることを考えると、他自治体よりもかなり高いことがわかる。この理由としては、居宅サービス利用促進事業による利用者の自己負担の軽減が大きいと思われる。とほいうものの、ほとんどの利用者にとっては、保険料の負担もあわせて自己負担の金額は措置時代よりも増加しており、負担額が増加したことに関する相談が、ケアマネジャーに寄せられている。にもかかわらず、A市において、全般的に訪問介護サービスの伸びが大きな理由としては、利用者による措置時代のサービス水準の維持への要望によるものと考えられる。また、介護保険実施前からホームヘルプサービスを利用していたことによるサービス利用への心理・社会的な抵抗の少なさも訪問介護サービスの利用を促しているのではないかと考えられる。

しかしながら、必ずしもすべての在宅サービスが訪問介護サービスと同様に伸びているわけではない。サービスごとに伸び率にばらつきが見られている。このようなサービスごとのばらつきの要因としては、居宅サービス利用促進事業に該当しないサービスについては、自己負担の大きさが強く影響していると考えられる。また、サービスの供給量の差異も見逃せない要因である。利用可能なサービスが不足していることにより、利用を希望していても実際には利用できない状況を生み出していると考えられる。

今後は、このサービスごとの利用状況の差異の原因を探るために、ケアマネジメント機関、サービス提供事業者、利用者など多角的な側面から、利用状況についての分析を進めていくことが課題と思われる。

イ) サービス供給主体の役割分担と連携

A市におけるサービス供給主体をめぐる特徴として、社会福祉法人、福祉公社、医療法人、営利事業、NPOなど多様なサービス供給主体が多様なサービスを提供していることがあげられる。また、介護保険サービスにとどまらない幅広いサービスも存在する。例えば、新たに始まった「テンミリオンハウス事業」や「レモンキャブ」は、地域の住民団体やNPO、ボランティアによって運営されており、介護保険だけでは充足されないニーズに対するサービスを地域の特色を生かして提供している。

これらのサービス供給主体には、それぞれ特色があると考えられるが、各サービス供給主体は地域でいかなる役割を持ってサービスを提供しているのだろうか。今後は、様々なサービス供給主体をピックアップし、それぞれの運営状況やサービスの利用状況、サービス提供に際しての役割分担等について調査を行うことが求められる。

ウ) 介護保険実施後の在宅介護支援センターの役割

在宅介護支援センターは、在宅保健福祉の相談援助機関として、要援護高齢者や介護者の相談に応じ、ニーズに対応した各種の保健福祉サービスが総合的に受けられるように関係行政機関やサービス実施機関とのサービスの適用調整を図る施設である。単にケアプランを作成する機関ということなら、在宅介護支援センターに限られたものではない。しかしながら、在宅介護支援センターに対しては、地域において関係機関や地域住民との連携を図る役割を果たすことや、介護保険に該当しないサービスも含めた総合的なサービスを活用することが求められている。

A市において地域のケア体制を整備する上で、在宅介護支援センターが果たしている役割は決して小さくないと考えられる。今後は、在宅介護支援センターや他の関係機関への調査、ケース検討会の参与観察などの調査研究を行うことで、介護保険実施後の在宅介護支援センターの役割について分析を進めていきたい。

（山井理恵・武智秀之）

（2）B市

1) B市の概況

①B市の地域特性

東京都の多摩地域に位置し、豊かな自然を残すB市は、都心から約30キロの郊外型地域である。江戸時代から農村として開発が進んだ地域で、昭和の初期からは学園都市として人口が増加し始めた。戦後には都市郊外のベッドタウンとして人口が急増し、昭和37（1962）年に市制を施行しB市となった。面積は20.46平方キロ、平成12（2000）年10月1日の総人口は約17.6万人、高齢者は約2.6万人で、全人口に占める高齢化率は14.5%と推計されている。

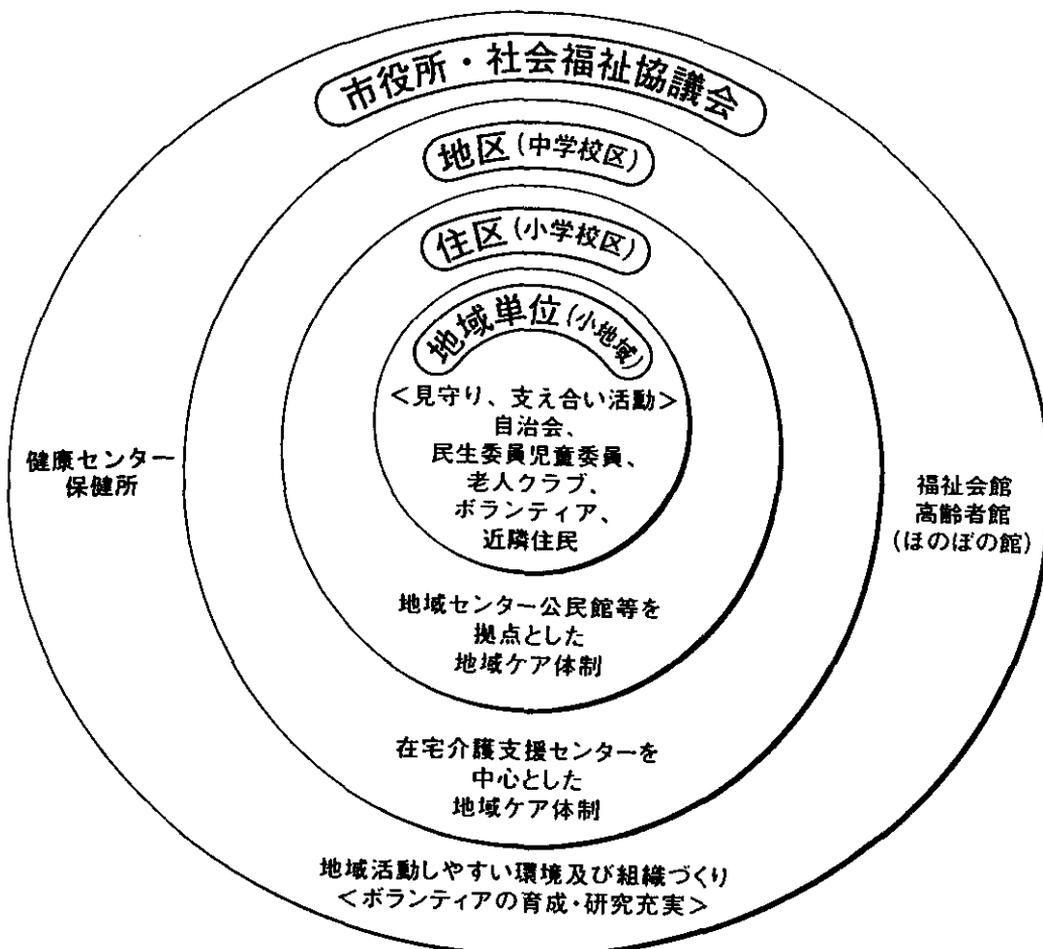
②B市の高齢者

以下に、市内に居住する高齢者約2,400人を対象に行った平成10年の調査結果から、

B市の高齢者の姿を概観しておく。生活環境については、高齢者のいる世帯の約45%が夫婦2人暮らし、約12%が一人暮らし世帯。約70%が土地付一戸建の持家で生活している。健康に関しては、約80%が「大変健康」「大病、障害なく普通に生活」「障害等はあるが外出は一人で可能」という回答をしているように、その大半が元気に暮らす高齢者である。その反面、約80%の高齢者が現在仕事には就いておらず、町内会や趣味活動、ボランティアなどの地域活動にまったく参加していない高齢者も約半数に上る。

これらの状況からB市では、高齢者をその心身機能の状態によって「元気高齢者」、「自立支援高齢者」、「要介護等高齢者」という3つのグループに分類し、それぞれを市の高齢者福祉課の業務係、同課の在宅サービス係、介護保険課が担当している。また、B市は、高齢者の心身機能に応じたきめ細やかな対応を目指し、地域福祉活動、介護予防の推進、地域ケアシステムの構築という三つの重点施策を掲げ、高齢者福祉の実現に取り組んでいる。

（図3 - (2) - 1）高齢者を支える地域福祉活動の推進イメージ



2) 介護保険以前のサービス供給体制

①地域ケアシステム構想

B市では、平成5年の「B市地域保健福祉計画」において「地域ケアシステム構想」を打ち出し、地域福祉活動を積極的に進めることによって、在宅保健福祉サービスの推進に取り組んできた。その背景には、もともと住民間の地域的な結びつきがあまり強くないという地域的特性が存在し、行政側の働きかけによる地域的紐帯の強化という目論みがあった。その地域福祉活動推進政策は、平成12年の「B市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」において具体化される。そこでは、高齢者を支える地域福祉活動の推進イメージとして、地域単位（小地域）・住区（小学校区）・地区（中学校区）・市役所ならびに社会福祉協議会という重層的な地域福祉体系が想定され、それぞれの区分特性にあわせたきめの細かいサービス体制が計画された。

具体的な計画進行の施策では、「高齢者保健福祉サービスエリア」として地区（中学校区）程度を範囲とする8つのエリアを想定し、それらのサービスエリアすべてに在宅介護支援センターを配置し、在宅介護支援センターを中心とした地域ケア体制を整えることとした。介護保険以前には市内に4カ所あった在宅介護支援センターは、現在7カ所にまで拡充されているが、そのなかには、エリアごとに在宅サービスの拠点的役割を果たす地域型在宅介護支援センター（6カ所）に加え、地域型在宅介護支援センターを統括・支援するとともに高齢者の相談に総合的に対応する役割を担う基幹型在宅介護支援センター（1カ所）があり、後者は市役所内に設置されている。

②介護保険以前の高齢者福祉サービス

ア) 行政サービス

介護保険以前のB市では、要介護高齢者等に対する在宅福祉サービスとして、ホームヘルプサービスの実施とともに、市内6カ所の「高齢者在宅サービスセンター」によるデイサービス・ショートステイ・施設入浴サービス・巡回入浴サービス・訪問給食サービス・相談助言を行い、高齢者の生活の活性化と介護をする家族負担の軽減を図ってきた。ホームヘルプサービスの供給は、市直営の他に、社会福祉法人と家政婦紹介所への委託によって実施されており、24時間の巡回型ホームヘルプサービスについては株式会社への委託が行われていた。

イ) 住民参加型在宅福祉サービス団体

高齢者福祉の分野において1980年代以降、住民参加の視点から関心の高まりをみせている住民参加型在宅福祉サービス団体に関しては、B市内では5つの団体が活動を行っていた。そのうち、地域における会員相互の助け合いとしてサービスの提供をしていた2つの団体は、介護保険施行後も従来どおりの活動を続け、介護保険外での家事援助を中心とする非営利の援助活動を行っている。また、生活クラブ生協を母体とするワーカーズコレクティブ1団体は、介護保険を契機としてNPO法人となった。基準該当サービス提供事業者として介護保険でのホームヘルプサービスの提供を開始した。しかし同時に、これま

でのような会員に対するサービスの提供も介護保険外で引き続き行っており、介護保険と介護保険外の両方での存在意義を追求している。一方、1日10人以下の規模でデイサービスを提供していた1団体は、介護保険を機にNPO法人となり、指定通所介護事業者としての認定を受け、介護保険での運営を開始した。最後に、介護保険の給付対象サービスにはならない配食サービスの分野において活動を行っていた1団体については、障害者の社会復帰訓練の場を提供するという目的も持っており、介護保険実施後も引き続き、地域の高齢者や障害者、病人などに食事の提供をおこなう活動を続けている。

3) 介護保険実施体制

①介護保険事業

ア) 概況

これまでのところ、市では介護保険全体として「順調」であるという認識を持っている。介護保険料の基準額は月3,000円で全国平均レベルに位置し、訪問通所と短期入所をあわせた居宅サービスの基盤整備率も平成12年10月実績で43.7%と、全国平均よりも若干高い。市では基盤整備率好調の理由を、各利用者の利用率が伸びているのと同時に、老人保健施設の需要の伸びによるものと分析している。

イ) 要介護認定

平成12年9月末までで、要支援・要介護認定を受けた人の合計は2,605名。その内訳は、要支援293名、要介護1が763名、要介護2が473名、要介護3が401名、要介護4が362名、要介護5が313名となっている。要介護認定は、市内6カ所の地域型在宅介護支援センターによって行われている。要支援・要介護と判定された高齢者が約2,600名いるにもかかわらず、実際のサービス利用者は2,000名を下回っている。これについて平成12年11月に市が実態調査をおこなった結果、その理由は当該高齢者の「入院」によるものが大半で、その他は住宅改修などの単発的なサービスのみの利用であることが明らかになった。

ウ) ケアプラン

要支援・要介護者がサービスを受ける際に必要なケアプランを作成する指定居宅介護支援事業所は市内に20カ所あるが、そのなかでも地域型在宅介護支援センター6カ所において市全体の約5割が作成されている。また、市が利用者からケアマネジャーの紹介を依頼された際には、高齢者保健福祉サービスエリアを考慮して、利用者の居住地区内にある在宅介護支援センターを紹介するようにしている。介護保険の要とも言われ、その役割が重視されているケアマネジャーへの働きかけとして、市ではケアマネジャーや在宅介護支援センターの相談員との連絡会合「ケアネット」を平成13年2月に発足させた。今後、市主導の形で年10回程度の実施を計画しており、ケース検討会を含め、ケアマネジャー間での情報の共有やスキルアップに役立てたいとしている。

また、地域において医療・保健・福祉サービスの提供機関が、スムーズに連携・調整を図ることを可能にするため、基幹型在宅介護支援センター内には「地域ケア会議」が設置

されている。その地域ケア会議に取り込む形でサービスごとの事業者連絡部会（在宅介護支援センター運営部会、自立支援サービス部会、在宅サービス部会、施設部会、居宅介護支援事業者部会）が開かれており、地域ケア体制の充実を目指して、しばらくの間は市主導で実施する予定にしている。

エ) 苦情・相談体制

B市では、健康福祉部の高齢者福祉課の相談係に基幹型在宅介護支援センターが併設されており、そこにある「高齢者総合相談窓口」にて高齢者福祉に関する苦情・相談窓口の一本化を図っている。つまり、介護保険関連のものでなくとも何らかの苦情や相談があれば、一本の電話で総合的に対応してくれるというしくみである。利用の回数はおおむね1日5～7人ほどである。特に、介護保険関連の苦情の内容としては実際のホームヘルプサービスの実施内容に関するものが半数以上を占める。「高齢者相談窓口」では、それらの苦情などに基づいて調査を実施し、当該事業者との調整を図っている。利用者にとっては、サービスを受けている事業者に対して直接的に苦情を言いにくいという理由から、第三者的な立場から苦情・相談に対応してくれる機関として相談窓口を利用している様子が見えてくる。しかし、各事業者に直接入ってくる苦情などを含め、市内で発生している苦情を全体的に把握するためのしくみが未整備なため、今後は「ケアネット」などを通じて、苦情把握に努める予定という。

②その他の高齢者保健福祉サービス

B市では介護保険以外での高齢者福祉サービスについても力を入れている。それらは大きく、介護保険の対象とはならない非該当（自立）者へのサービスと、介護保険の対象者をも含む一般的なサービスとに分けることができる。

自立支援的意味合いの強い、介護保険の非該当者を対象としたサービスとしては、家事援助中心のホームヘルプサービスを受けることができる「生活支援ホームヘルプサービス」、週1回地域センターなどで行われる「生きがいデイサービス」、6ヶ月に7日間を限度とした短期入所ができる「生活支援ショートステイ」、自立した生活をするために役に立つ用具の給付が受けられる「自立支援日常生活用具の給付」、健康に不安のある40歳以上の対象者に保健指導をする「いきいき訪問」が実施されている。

また、一般的サービスとしては、週3回昼食または夕食を配達する「訪問給食サービス」や、65歳以上の寝たきりの高齢者を対象とする「おむつ代助成」に加えて、「自立支援住宅改修給付」「福祉電話の貸与」「緊急通報システム」などが用意されている。

③今後の課題

介護保険によって事業者から提供されるサービスの質の評価や、介護保険事業計画の進行管理についてのしくみは未整備であり、今後の課題となっている。具体的には、計画進行管理については、次期の介護保険事業計画策定時に委員会を設けて、そこで実施していく予定であり、また、介護保険事業計画に記載されている「介護サービスオンブズマン委

員会」などの設置については、引き続き検討課題とされている。

4) 介護保険実施にともなうサービス供給量・利用割合の変化

では、次に介護保険実施によってサービス供給量がどのように変化したかについての考察をおこなう。

①訪問介護（ホームヘルプサービス）

介護保険実施直前の平成12年3月のホームヘルプサービス利用者は558名、利用時間の合計は10,643.5時間であった。それに対し、介護保険施行後5ヶ月経過した平成12年8月の実績では、利用者は約1.5倍の816名、利用時間では約2倍の19,687.5時間となっている。その内訳は、介護保険によるものが772名（19,383.5時間）、生活支援ホームヘルプサービスによるものが44名（304.0時間）である。ホームヘルプサービスの内容をみると、介護保険実施直前には介護中心型の利用者は167名（3,633.0時間）、家事中心型の利用者は391名（7,010.5時間）と、家事援助中心型の利用が2倍以上であった。介護保険開始後は、介護中心型の利用者数にはあまり変化がみられず8月時点で218名（3,293.5時間）であるのに対し、介護+家事型277名（6,961.0時間）と家事中心型522名（9,433.0時間）の利用者数・時間ともにその利用には大きな伸びがみられる。（表3-（2）-1）

表3-（2）-1 介護保険実施によるサービス量の変化1（訪問介護）

		3月	4月	5月	6月	7月	8月	
訪問介護(ホームヘルプサービス)	利用者	558	679	725	785	802	816	
	利用時間	10,643.5	13,891.0	16,954.5	18,405.0	19,002.0	19,687.5	
	介護保険	利用者		645	686	743	760	772
		利用時間		13,663.0	16,724.5	18,110.0	18,696.00	19,383.50
	生活支援ホームヘルプサービス	利用者		34	39	42	42	44
		利用時間		228.0	230.0	295.0	306.0	304.0
内訳								
介護中心型	利用者	167	188	200	218	218	218	
	利用時間	3,633.00	2,662.5	3,123.0	3,312.5	3,314.0	3,293.5	
介護+家事型	利用者		199	227	266	271	277	
	利用時間		4,025.5	5,417.0	6,367.5	6,654.0	6,961.0	
家事中心型	利用者	391	446	472	508	517	522	
	利用時間	7,010.50	7,203.0	8,414.0	8,724.5	9,033.5	9,433.0	
	介護保険	利用者		412	433	466	475	478
		利用時間		6,975.0	8,184.5	8,430.0	8,728.0	9,129.0
	生活支援ホームヘルプサービス	利用者		34	39	42	42	44
		利用時間		228.0	229.5	294.5	305.5	304.0

（注）介護保険の実績は10月審査分データであり、今後の審査確定に伴い、数値が変動する可能性がある。

現時点では、ホームヘルプサービス供給主体別のサービス供給量について明らかではない。しかし、既存の事業者のサービス供給量には急激な変化はみられないと思われるので、上記のサービス供給量の増加分がおおよそ新規参入事業者によるものとの推測が可能である。

②通所サービス（デイサービス）・短期入所（ショートステイ）

市内事業者からの市への報告によると、介護保険実施直前の平成 12 年 3 月のデイサービスの延べ利用者は 2,463 名であったが、介護保険実施後の平成 12 年 8 月の実績では約 1.3 倍の 3,187 名。ショートステイの場合、延べ利用者は 806 名から 1,001 名へと 1.24 倍の伸びをみせている（表 3 - (2) - 2）。

これらデイサービスとショートステイについては、介護保険事業計画策定当初、供給量の面で、その充足が問題視されていた。そこで市は、デイサービスを実施していた既存の施設に働きかけ、受け入れ定員の増加や土日開催などの既存施設の稼働率上昇によって対応した。ショートステイについては量的充足は困難ながら、使い控えなどの理由からか、利用者自体も伸び悩んでいることから、当面の混乱は避けられている。しかし、今後は家族の介護休養などの用途からショートステイの需要も増すと考えられるため、市としても引き続き基盤整備に力を入れることを予定している。

表 3 - (2) - 2 介護保険実施によるサービス量の変化 2（通所介護・短期入所）

		3月	4月	5月	6月	7月	8月
通所介護 （デイ サービ ス）	利用者 （のべ）	2,463	2,638	2,796	3,209	2,951	3,187
短期入所 （ショ ート ステイ）	利用者 （のべ）	806	583	710	671	681	1,001

（注）市内事業者からの報告数値による

③施設サービス

平成 5 年の「B 市地域保健福祉計画」策定後、市では社会福祉法人に建設費助成などを行い、市内 2 カ所に新しく特別養護老人ホームを建設した。あわせて、市外の施設に関しては、建設費補助による B 市民の入所優先枠確保などの働きかけを行ってきた。その結果、現在市内の施設としては介護老人福祉施設が 5 カ所、介護老人保健施設と介護療養型医療施設がそれぞれ 1 カ所となり、それらの施設には計 630 名ほどが入所している。市としては今後も、施設側に対しては B 市民の優先的入所を依頼するとともに、新たに 100 人規模の特別養護老人ホームを市内に建設する必要性を感じている。

④在宅サービスの利用割合（支給限度単位数に対する平均利用単位数の割合）

平成12月10月審査分のデータによると、平成12年8月時点での要介護度別の在宅サービスの利用割合（ショートステイを除く）は、要支援が197名で51.68%、要介護1が469名で35.41%、要介護2が272名で35.03%、要介護3が182名で43.27%、要介護4が105名で49.73%、要介護5が115名で46.21%、全体では40.94%である。これはほぼ全国平均を示す数値であり、介護保険におけるサービス体制についての市としての自信につながっている。

また、利用割合の月毎の変化については、要介護度が高くなるほど利用割合の増加率が高くなるという傾向がみられる（表3-（2）-3）。

表3-（2）-3 在宅サービス利用割合（支給限度単位数に対する平均利用単位数の割合）の変化

4月	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計・平均
人数	192	401	236	164	119	118	1,230
平均利用単位数 a	2,940	5,023	6,106	9,908	13,073	13,483	-
支給限度額単位数 b	6,150	16,580	19,480	26,750	30,600	35,830	-
利用割合 a/b	47.80%	30.30%	31.35%	37.04%	42.72%	37.63%	35.62%

6月	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計・平均
人数	197	448	251	177	121	120	1,314
平均利用単位数 a	3,180	5,449	6,843	11,076	15,031	15,440	-
支給限度額単位数 b	6,150	16,580	19,480	26,750	30,600	35,830	-
利用割合 a/b	51.70%	32.87%	35.13%	41.41%	49.12%	43.09%	39.66%

8月	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計・平均
人数	197	469	272	182	105	115	1,340
平均利用単位数 a	3,178	5,871	6,825	11,576	15,217	16,558	-
支給限度額単位数 b	6,150	16,580	19,480	26,750	30,600	35,830	-
利用割合 a/b	51.68%	35.41%	35.03%	43.27%	49.73%	46.21%	40.94%

（注）介護保険の実績は10月審査分データであり、今後の審査確定に伴い、数値が変動する可能性がある。

5) まとめと今後の調査課題

最後に、B市の介護保険実施体制における特徴と問題点を整理し、今後の調査の課題につなげることとしたい。その際、特にサービス供給システムの再編成という点を重視する。

① B市の介護保険実施体制における特徴と問題点

まず、B市では介護保険実施前後での在宅サービスの利用量が順調に伸びているのが特徴的である。特にホームヘルプサービスにおいては、介護保険実施前の約2倍のサービス量が提供されていることから、新規参入を果たした事業者の活躍を指摘することができる。

二番目に、市内でサービスを提供する事業者の多様性が挙げられる。ホームヘルプサービスの場合、社会福祉法人や民間営利企業を含め、現在市内に拠点をもつ指定訪問介護事業者は14社。その他、基準該当サービス提供をおこなう民間非営利の事業者や介護保険

外で活動を続ける住民参加型在宅福祉サービス団体もある。

三番目に、高齢者保健福祉サービスエリアを基盤とする保健福祉体制が整ってきているということがいえる。これには、介護保険制度の中核となる在宅介護支援センターの役割に加え、介護保険の周辺をかためるという立場で、介護保険事業には直接かかわらないものの、ボランティアの統括や介護予防を目的とした小地域活動に力を注いでいるB市社会福祉協議会の存在もあわせて評価することが重要である。

また四番目には、介護保険制度についての評価体制が未だ整備されていないことを課題として挙げることができる。これに関しては、行政主導という形にとられることなく、市民からの働きかけによる実現もあるという可能性も考慮しながら、今後の動向に着目すべきである。

② B市における今後の調査課題

これまでみてきたように、地域的なサービス供給体制やサービス利用に関連する数値などから判断する限り、B市では担当者の認識どおり比較的「順調」な介護保険の滑り出しを経験している。しかし、介護保険制度のもと、高齢者に対する具体的なサービスの実施がどのようになされているかの詳細な調査・分析をおこなう必要は大いに残されている。その際のポイントとしては三つをあげられる。まず第一に、市として用意している介護保険外のサービスと介護保険におけるサービスとの関連を詳しくみていくということ、つまり、多様なサービス供給システムが存在するなかで、高齢者個人を取り巻くサービスどうしがどのように関連性を保ちながら、高齢者の福祉に影響を与えているのかという点を明らかにすることである。二つ目は、多様なサービス供給主体が混在するというB市の特徴を活かし、多様な組織が同一地域における高齢者の福祉に対してどのようなスタンスでかわり、それぞれの独自性をどこに見いだしているのか、というサービス供給主体の存在意義についての分析である。三つ目は、地域で生活している高齢者にとっては、介護保険内外にわたる多様なサービス供給主体の存在がどのように影響しているのか、そしてそこにはケアマネジメントがどのようにかかわっているのかということもあわせて、サービス供給システムの再編を評価することである。

（鍋山 祥子）

(3) C市

1) 自治体の概況

C市は人口6万人弱で市としては小規模の自治体であり、市制施行は平成8年と当該県内でもっとも新しい市である(平成12年4月1日推計)。元々は稲作を中心とした農業地域だが、近年は、首都圏への通勤圏として、勤労者世帯の人口が増加中の自治体である。

人口構成でみると、高齢化率は9.5%と低い一方、15歳未満人口が15.9%を占めており、比較的若い人口構成となっている。高齢化率を前期・後期でみると、人口に占める前期高齢者の割合は5.9%、後期高齢者の割合は3.7%となっている。平成12年1月1日現在の

当該県の高齢化率は、前期高齢者が 12.05%、後期高齢者が 4.45%、合計が 16.5%となっており、比較してみると、全体の高齢化率が低いことに加え、特に前期高齢者の割合が低いのが特徴といえる。

老人保健福祉計画・介護保険事業計画のために実施された実態調査によれば、「健康で、普通に暮らしている」、「多少の病気や障害はあるが、普段の暮らしには支障はない」と回答した人をあわせると全体の約 95%となっており、大半の人は介護や介助を必要としていない。また、すでにサービスを利用している高齢者全員を対象とした調査も同時に行ったが、その対象者は在宅の要援護高齢者が 263 人、施設入所の要援護高齢者が 75 人となっていた。

2) 介護保険以前のサービス供給体制

①在宅介護支援センター

在宅介護支援センターは、平成 9 年度に 1 ヶ所(特別養護老人ホームに併設)が、平成 11 年に 1 ヶ所(社会福祉協議会が運営)が設置されていた。中学校区ごとにひとつのセンター整備を目指し、平成 12 年にはさらにもう 1 ヶ所が特別養護老人ホームに併設された(現在、中学校区は 4)。在宅介護支援センターの主な業務は、在宅での介護に関する住民からの相談受け付け(電話・面接・訪問)、住民への情報提供、市のサービス申請の手伝いや代行、行政から委託される調査業務などである。在宅介護支援センターには基本的にはサービスの決定権限はなく、サービスの決定はあくまで市担当係を通して行なうことになっている。現在は 3 つのセンターが、市内を住所で分割した 3 つの地域をひとつずつ担当している。各センターには、それぞれ相談員が 2～3 人配置されているが、そのうち約半数は介護保険の在宅介護支援専門員を兼ねている。

②自治体内の社会福祉法人や病院等と自治体の関係

自治体内の主だったところをみると、特別養護老人ホームを経営する社会福祉法人が 2 法人、病院が 2 ヶ所と社会福祉協議会があり、介護保険以前では、その 5 ヶ所が市内での主要な福祉サービスや病院のサービスの提供主体であった。このうち、前述のとおり、社会福祉法人 1 ヶ所、病院 1 ヶ所、社会福祉協議会では、在宅介護支援センターを併設している。もう 1 ヶ所の病院については、介護保険導入まで、市の福祉担当課とのつきあいはほとんど無かった。

③住民参加型等社会福祉法人以外のサービス供給組織の状況

C 市社会福祉協議会（以下、社協と略記）では住民参加型在宅福祉サービスに取り組んでいるが、平成 10 年度実績では、協力会員 55 人、利用会員 18 人と小規模な活動に止まっている。また、C 市を活動エリアとする生活協同組合が「くらしのたすけあい活動」を実施しており、それを利用している市民も若干いる。これら以外に市内に他に有償サービスを提供する団体はなく、高齢者を対象とする主なボランティア・グループも、施設での

ボランティア活動を中心に行うグループや月一回の配食サービスを提供するグループなど、生活を支える活動とはいえないグループが多い。ただし、移送サービスを行う団体が1つあり、社協のリフト付車輛を利用して、近隣の市町村への通院、通所のための送迎を行っている。

④高齢者福祉に関するサービス水準や利用率

C市は平成10年度までは、全て市雇用の非常勤ヘルパーによってホームヘルプサービスを提供していたが、介護保険導入に対応するため、平成11年度から全面委託とし、昼間のサービスは社協に、夜間及び休日は民間業者に委託された。市雇用のヘルパーのほとんどは委託先である社協に転職した。

社協に委託した経緯としては、社協側の要望としても、委託を望んでいたという事情があった。社協としては、法人化が遅かったこともあり、市民に対する社協の認知が薄く、市民に存在をアピールできる事業をやりたいということから、以前より市とヘルパー派遣の委託を協議していたが、実現には至っていなかった。しかし、介護保険導入が準備中の平成10年になると、市は直接提供から撤退したいと考えるようになり、事業者としての準備期間も考え、介護保険導入より1年早い平成11年度からの委託となった。委託先として社協を選んだ市の理由としては、介護保険の性格上、採算ベースに乗らないケースも出てくると思われるが、そういったケースに確実に対応できる事業者としてはやはり社協が適しているだろうという判断や、市雇用の非常勤ヘルパーの再雇用先として、社協が適しているという判断があったということである。社協としても、市でノウハウを蓄積しているヘルパーをそのまま引き継げるのは魅力であった。平成11年度は社協では、合計2,985時間のサービスが提供された。

夜間・休日については、民間会社に委託され合計851時間のサービスが提供された。これは介護保険導入にさきがけて、夜間・休日のサービス提供を始めることで、潜在的な需要を掘り起こし、介護保険導入とともにスムーズにサービスが提供できるようにしたいという意図によるものだったが、深夜の利用者が全くいないなど、利用が伸びず、結局、介護保険導入とともに委託を受けていた民間会社は撤退してしまった。

訪問入浴サービスは、平成10年度で利用者数41人、延べ利用回数は週あたり13回で、実施は民間会社に委託されていた。デイサービスは平成10年度で利用登録者が161人、延べ利用回数は週あたり103回、ショートステイは、同年度で延べ利用者数が143人、一日あたりの利用者が2人となっていた。

3) 介護保険実施体制

①実施までの体制

平成9年に介護保険法が成立し、介護保険に関連する通達などがではじめた段階で担当部局を決めることになったが、その時には、高齢福祉を担当している課の高齢福祉係で担当することにした。以降、現在にいたるまで、高齢福祉との連携を重視し、高齢福祉担当

課の中で、介護保険についての実務を担っている。現在は、同課の下に介護認定係(6人)、介護給付係(3人)、高齢福祉係(3人)の三係体制となっている。

老人保健福祉計画は平成5年に策定されており、介護保険計画策定時で、3年残っていたが、計画の面でも、高齢福祉と介護保険を一体化させるため、老人保健福祉計画と介護保険事業計画を一体として、老人保健福祉・介護保険事業計画を策定した。同計画は12年度から16年度の5カ年計画で、3年ごとに計画の見直しをする予定である。

②介護福祉総合条例の制定

C市では、介護保険条例を、厚生省が示した準則を元にしたいわゆる手続き条例でなく、高齢者、身体障害者、知的障害者、難病患者及び精神障害者に対する介護サービスを総合的に捉えた「介護福祉総合条例」の中の一部として制定した。この条例で介護サービスは「心身の保持増進のために行なわれるあらゆる施策及び日常生活が困難な者に対し、その能力に応じ、自己決定に基づいた主体的な日常生活(自己決定が困難な者の場合は成年後見人等の決定に基づいたその者にとって最も適切と思われる日常生活)が営めるようにするためのあらゆる施策」と定義されている。また、支援を必要とする市民が、どのようなサービスがあるのかを理解しやすいように、条例の中に介護保険によるサービスとその他のサービスを対象者別に一覧化し、条例実施規則の付表として、必要な申請様式なども含めたことで、市民にとって介護サービス全体がわかりやすい条例となっている。その背景には、情報公開条例が成立し、条例等をインターネットで公開することになっていたこともあって、市民が読んでわかりやすい条例にしたいという意図もあった。

総合介護福祉条例の内容については、福祉担当課の職員からなる検討部会の中でまとめ方についての方針が決まった。介護保険の準備が進む中、他の自治体の動向もみながら、総合介護福祉条例でいけるのではないかとということで準備をしていった。議会や市民へ特に内容を事前に諮ったということはなく、骨子をプレス発表し、新聞にもとりあげられてから、議会が知ったが、特に問題はなかった。

条例の策定にあたって、特に苦労したのは、申請様式の内容を再検討し、形式を統一することだった。例えば、同じようなサービスの申請でも、それぞれ違う申請様式を使っていたので、フォーマットからつきあわせて検討した。また、申請様式の中に記入すべき内容、例えば性別、家族構成などについて、本当に必要なのか、ひとつひとつ検討することも必要だった。最終的には所内の総務担当や法規担当も参加して、全体のチェックを行なった。作業はかなりのものとなり、4月になっても一部手直しを続けた。

③介護保険サービス供給見込み(表3-(3)-1)

ホームヘルプ、訪問看護など、計画策定時点で、すでに、必要サービス量を確保できているサービスメニューもあり、十分な供給ができると市では考えている。

表3-(3)-1 介護保険サービス提供に必要な人材及び施設数

	12年度	16年度	策定時	換算基礎
ホームヘルプ	26人	49人	43人	1日4時間週5日勤務
訪問看護	5人	11人	13人	1日4時間週5日勤務
訪問リハビリ	1ヶ所	1ヶ所	1ヶ所	
通所介護	3ヶ所	4ヶ所	3ヶ所	1日25人週5日
通所リハビリ	1ヶ所	2ヶ所	1ヶ所	1日30人週5日
短期入所生活介護	20ベッド	25ベッド	25ベッド	
短期入所療養介護	2ベッド	2ベッド	0ベッド	
ケア・マネージャー	10	12	18	利用者50人こひとり
特養(ベッド数)	76	96	74	市内2施設ベッド数合計139床
(ヶ所)	2ヶ所	2ヶ所	2ヶ所	市内での整備箇所数
老健(ベッド数)	32	34	28	広域的な利用者数
(ヶ所)	0ヶ所	1ヶ所	0ヶ所	市内での整備箇所数
療養型(ベッド数)	33	36	27	広域的な利用者数
(ヶ所)	1ヶ所	1ヶ所	1ヶ所	市内での整備箇所数

出典:老人保健福祉計画・介護保険事業計画。現況は策定時に整備済みの数。12年、16年度は必要見込み数。

④多様な保険給付外サービスの実施と介護保険との連携

介護保険での上乘せ・横だしサービス、市町村特別給付、基準該当サービスには取り組んでいないが、生活支援・介護予防事業や家族介護支援対策事業を軸に、多様な介護保険給付サービス以外の高齢者福祉サービスの制度がある(表3-(3)-2参照)。これらの給付外サービスが、介護保険のメニューと連携することで、高齢者の生活をより厚く支援することができるようにと考えている。このようなサービスの連携には、週に一回開かれる地域ケア会議が大きな役割を担っていると考えられる(地域ケア会議の詳細については後述する)。但し、実際の利用については、ほとんどのサービスで、計画時の見込みを下回っており、ニーズの十分な掘り起こしや住民への情報提供が不足している可能性がある。

表3-(3)-2 介護保険給付サービス以外の高齢福祉サービスの状況(平成13年1月実績)

	サービス名(内容)
生活支援サービス ひとり暮らし、高齢者世帯のためのサービス(介護保険認定とは関係なく受けられるサービス)	日常生活サポートサービス(週2時間までの家事援助サービス)
	ふれあいデイサービス(週1回のデイサービス)
	配食サービス(月～金まで一食250円で配食)
	買い物支援(生活協同組合の宅配システムの送料200円の補助)
	緊急時通報システム(一人暮らし対象)
自立支援サービス 介護保険で非該当認定となった人のためのサービス	乳酸菌飲料の宅配(一人暮らし対象、週に一度届け安否を確認)
	ホームヘルプサービス(週2時間までの家事援助サービス)
	デイサービス(介護保険と同様のデイサービスを週2回まで) ショートステイ(年間14日を限度でレスパイト的な短期入所)

介護支援サービス 介護が必要な人、介護予防が必 要な人のためのサービス	訪問入浴サービス(介護保険の訪問入浴の上乗せ)
	寝具洗濯乾燥サービス(主に寝たきり高齢者対象)
	徘徊高齢者位置探知サービス(徘徊するおそれのある高齢者対象)
	住宅改善(介護保険給付箇所以外の改修費用の1/3額の補助)
	日常生活用具の給付・貸与(一人暮らし対象)
	紙はちまつ支給(社会福祉協議会会員対象)
	介護用品の貸し出し(社会福祉協議会会員で介護保険非該当者対象)

* 「徘徊高齢者位置探知サービス」は介護保険の保健福祉事業として行っている。

平成12年度に新しく導入された国庫補助事業である「介護サービス適正実施指導事業」にもいち早く対応し、その中の介護相談員派遣事業と地域サービスマップの作成に取り組んでいる。地域サービスマップとしては、事業者のリストと、介護保険制度や関連福祉サービスの解説を載せた小冊子を作成することにしており、現在事業者に対し、アンケートを実施中である。

介護相談員派遣事業は12月に10人を委嘱し、13年2月より活動を開始している。10人のうち9人は当該県が特定活動非営利法人に委託して養成した「介護保険サポーターズ」のメンバー、残りの1人は民生委員で、介護保険や相談業務についての研修を受けて、介護相談員として活動している。現在の活動内容は、介護相談員の受け入れを希望した施設を週に一回訪問して、利用者の相談にのるというもので、市内では介護福祉施設2ヶ所、療養型医療施設1ヶ所の合計3施設が受け入れを決めている。今後は月に一度、介護相談員連絡会を実施し、相談の報告や情報交換を行うとともに、将来的には、在宅サービスの利用者や、施設以外の事業所の訪問も実施していく予定である。

4) 介護保険実施にともなうサービス供給量の変化、利用割合等

①介護保険要介護認定等の状況

介護保険の要介護認定の状況を県の平均と比較してみると、県平均に比べて要支援と認定された人の割合が高く、反対に、要介護4や要介護5と認定された人の割合が低くなっている。

表3-(3)-3 介護認定者全体に対する要介護別認定者の割合(平成12年10月末)

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
C市	20.4%	21.7%	25.2%	13.7%	8.8%	10.2%	100.0%
(人)	46	49	57	31	20	23	226
県平均	10.0%	23.0%	20.1%	16.4%	17.4%	13.1%	100.0%

表3-(3)-4 主な介護保険給付サービスの状況

サービス名	調査項目	介護保険後				
		介護保険前 11年4月	12年4月	一年前からの 伸び率	12年11月	4月から11月 までの伸び率
訪問介護	利用者数(人)	24	58	241.7%	65	112.1%
	延べ利用回数 (224時間)*		544	-	744	136.8%
訪問入浴介護	利用者数(人)	20	32	160.0%	31	96.9%
	延べ利用回数	39	81	207.7%	104	128.4%
訪問看護	利用者数(人)	-	87	-	62	71.3%
	延べ利用回数	71	323	454.9%	205	63.5%
訪問リハビリ	利用者数(人)	20	3	15.0%	3	100.0%
	延べ利用回数	22	6	27.3%	10	166.7%
通所介護	利用者数(人)	86	95	110.5%	110	115.8%
	延べ利用回数	560	603	107.7%	660	109.5%
通所リハビリ	利用者数(人)	16	9	56.3%	19	211.1%
	延べ利用回数	45	52	115.6%	116	223.1%
福祉用具貸与	利用者数(人)	-	11	-	42	381.8%
	延べ利用品目	-	159	-	630	396.2%
短期入所 生活介護	利用者数(人)	15	15	100.0%	23	153.3%
	延べ利用回数	75	68	90.7%	178	261.8%
短期入所 療養介護	利用者数(人)	-	0	-	3	-
	延べ利用回数	-	0	-	21	-
介護福祉施設	利用者数(人)	72	73	101.4%	63	86.3%
介護保健施設	利用者数(人)	-	34	-	24	70.6%
介護医療施設	利用者数(人)	-	36	-	34	94.4%

備考：「-」は該当統計が不在か、計算が不可能なことを示す。また、介護保険後の利用状況は国保連の12月審査分までの累計で、確定値ではない。

*平成11年4月分は延べ利用回数ではなく、延べ利用時間

②供給量の変化(表3-(3)-4参照)

主なサービスメニューごとに、介護保険前と介護保険後のサービス供給量の変化をみると、訪問介護や訪問看護などが大幅に伸びている一方で、訪問リハビリのように大幅に供給が減ったサービスもある。また、介護保険導入後の8ヶ月の変化を、4月と11月の供給量の変化でみると、訪問看護をのぞき、居宅通所サービスではおおむね供給量が増えている一方、施設サービスでは、若干減少している。

③利用割合の変化(表3-(3)-5)

平成12年度10月分請求より計算した支給限度額における費用総額の割合をみると、要支援で65.7%、要介護1で37.9%、要介護2で37.0%、要介護3で31.8%、要介護4で33.3%、要介護5で35.0%、要介護5で37.1%となっている。全国平均と比較すると、要支援と認定された人の利用割合が高いという特徴がある。利用割合が平均4割であること

について、市では、全国的な傾向と比較してC市が利用控えをしているという様子もないので、特に問題とは考えていないということである。

表3-(3)-5 利用割合(平成12年10月分請求より作成)

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
人数	46	49	57	31	20	23	226
支給限度額	2,829,000	8,124,200	11,103,600	8,292,500	6,120,000	8,240,900	44,710,200
費用総額	1,857,280	3,076,880	4,104,835	2,638,065	2,037,720	2,886,224	16,601,004
給付額①	1,671,552	2,769,192	3,694,352	2,374,259	1,833,948	2,597,601	14,940,904
自己負担額	185,728	307,688	410,484	263,807	203,772	288,622	1,660,101
市負担額	22,431	54,356	28,803	16,324	3,539	17,657	143,110
利用割合	65.7%	37.9%	37.0%	31.8%	33.3%	35.0%	37.1%
給付額残額	971,720	5,047,320	6,998,765	5,654,435	4,082,280	5,354,676	28,109,196
超過利用額	48,830	0	60,950	0	320	0	110,100
超過利用件数	5	0	1	0	1	0	7
居宅支援費②	299,000	352,800	410,400	260,400	168,000	193,200	1,683,800
給付額計①+②	1,970,552	3,121,992	4,104,752	2,634,659	2,001,948	2,790,801	16,624,704

5) 介護保険実施にともなうサービス供給主体の変化

①介護保険事業者の変化

居宅サービスに関しては、C市をサービスエリアとしている事業者でも、全くC市住民に利用されていない事業者も多い。結局は市内に事務所をおく事業所でなければ、サービス提供は難しい面が伺われる。現在のところ、昨年までほとんど社協にホームヘルプ事業を委託していたため、社協の事業高が他の訪問介護事業者に比べて大きくなっている。

今のところ、介護保険サービスを提供できるようなNPO法人及び任意団体は市内にはなく、準備中との話もない。在宅介護支援センターは、前述のとおり、介護保険導入にあわせて、新設し、3ヶ所となっている。介護保険導入にあわせて、社協が運営する在宅介護支援センターを基幹型として整備したい意向であったが、社協の経営的に難しいとの判断でいまだ実現しておらず、平成13年度からの取り組みに向け準備中である。

指定居宅介護支援事業者については、事業所を対象に、月に一度、居宅介護支援専門員連絡協議会を実施し、平均して一回20名ほどの出席となっている。この協議会で、市からの情報提供を行うとともに、介護支援専門員同士の情報交換などを行っている。

施設に関しては、すでにサービスを提供している社会福祉法人3ヶ所(うち1つは社会福祉協議会)と病院1ヶ所に加え、来年よりもう1ヶ所の病院も介護老人保健施設の建設をはじめめる予定がある。また、ケアハウス建設意向のある医療法人があり、建設に向けて県との協議中である。これらができる、施設に関してはほぼ整備できることになる。しかし、利用に関しては、市内に施設があっても、必ずしも市民が優先して利用できるわけではないので、施設の建設をもって十分な供給量を確保したとはいえないので注意が必要で

ある。当該県では、県の保健福祉圏に基づいた広域圏での整備を考えており、市の計画のためだけに施設整備をすることはできないのが実情である。

②利用者調査の実施と苦情への対処

C市は早くから、介護保険給付サービス利用者のサービス評価調査を計画し、平成12年8月から9月にかけて、在宅介護支援センターの相談員が担当区域の利用者を訪問し、聞き取りを行うという方法で第一回目の利用者調査を実施した。対象は市内在住の介護保険給付サービス利用者のほぼ全体を網羅している。評価はAからEの五段階評価である。

調査を担当した在宅介護支援センターの側としては、調査が、在宅介護支援センターの相談員が訪問調査する形になっているが、実際には相談員がケアマネジャーだったり、在宅介護支援センターが居宅介護支援事業者だったり、指定事業者だったりするので、正当な評価ができるのかという疑問がある。また、調査結果の解釈にあたっては、C市は利用者の人数が少ないので、一人の利用者の意見によって、評価が左右される傾向もあり、結果をどう扱うかは判断が難しい面がある。

アンケートに関する事業者の反応は、調査しないでくれといえ、サービスの質が悪いといっていることと同じという判断なのか、どこからも反対はなかった。市としては事業者が質を向上させるためのきっかけとしてくれればと考えており、特に結果にもとづいて指導することはない。しかし、利用者から指摘があった事項については、業者から改善をした場合には、改善の報告を市にするように依頼しており、ほとんどの業者が、調査の結果に基づき業務の見直しや改善を行っている。

第二回は平成12年12月から平成13年1月に実施し、内容として行政の介護保険に関するサービス評価も加えられた。事業者だけ評価するのでは、一面的であるという批判もあり、窓口対応や保険料など、保険者としての行政を評価する内容となった。このような利用者評価の結果については、市民が窓口で閲覧することもできるし、実費でコピーを渡すことができる。

苦情については特別に窓口は設けず、担当係が電話や窓口で対応するという体制になっている。3月から11月での苦情や相談の件数は、保険料に関する問い合わせを除くと10件で、全てが、事業者への問い合わせや、窓口での説明で解決している。保険料に関する問い合わせや相談は9月から10月で247件あり、ほとんどが徴収方法、保険料の額、保険料徴収に関係する制度内容に関するものであった。

③介護福祉推進協議会および地域ケア会議の開催

C市では介護福祉推進協議会を11月に設置し、今後は年4回開催する予定である。介護福祉推進協議会は、日常的な介護保険業務の問題を検討するというよりは、介護保険だけでなく、C市の介護福祉全般の方向性について議論する場として考えられている。主な役割は計画内容、進行管理、指導、助言で、協議会の構成は、担当課職員、在宅介護支援センター代表などのほか、市民公募委員も若干名参加している。

日常的な介護保険業務の問題を検討する場としては、地域ケア会議を、高齢、障害、保険センター、在宅介護支援センター、施設などの担当職員が集まって、週に一回開いている。また、介護保険だけでなく、高齢者や障害者に関する様々な福祉・保健サービスの連携やケース検討も地域ケア会議で行われている。介護保険事業計画の中では、地域ケア会議には広く事業者にも参加してもらうことになっていたが、実際は、内部の会議という感じになってしまっている。一応、支援事業者に声はかけているが、地域ケア会議の他に、居宅介護支援事業者を対象とした月一回の介護支援専門員連絡会が開催されていることもあり、地域ケア会議への外部からの参加はいまのところはない。

④他部門、他施設などとの関係

市としては、前述のとおり、社協の在宅介護支援センターを基幹型にしてほしいと思っているが、予算的に難しく、平成13年度に開設に向け準備中である。実現が難しい理由としては、現在は市の持ち物である市庁舎の隣の建物を借り受けて、社協の事務所としているが、その建物が狭く、福祉用具の展示や十分な相談スペースを確保できないということに加え、必要な専門職を雇うことでの財政的、組織的な負担が大きいのということである。他の2社会福祉法人との関係は、介護保険によって、措置ということがなくなったために、今までのような密な連携というよりは、一事業者との付き合いになってしまっているところがある。

市内の病院とは、介護保険導入にともなって、病院が介護保険事業に参入してきたため、以前より密接な関係となった。特に、現在、介護老人保健施設やケアハウス建設予定の病院と高齢者福祉担当課では、今までほとんどつきあいがなかったので、大きな変化である。

民生委員には、介護保険の利用はあくまで申請によるものなので、介護保険については民生委員の仕事だと思わないで欲しいと言っている。受給者の名簿を欲しいという民生委員もいるが、気が付いたら情報を提供する（とりあえず市のいきいき福祉課へ行くように）位の対応にとどめて欲しいとお願いしている。

住宅改修や生活用具貸し出しなど、高齢と障害と重なっているサービスについては、日常的に担当者レベルで話し合っただけで対応している。保健領域については、地域ケア会議に保健センターも参加してもらっている。介護予防の観点からも、保健婦との連携が必要と考えているが、実際には、個々のケースについての連携に止まっている。

6) 今後の調査、分析の課題

①利用における地域差の分析

C市は、総合介護福祉条例を策定したり、介護保険給付サービスだけでなく、様々な観点から高齢福祉サービスを準備したりするなど、市民のニーズに応え、使いやすいサービスを提供しようという意気込みが感じられる。しかし、実際には、利用する人が少なく、生かされていない制度も多い。地域特性から考えて、農村地域の高齢者および高齢者を抱える家族の利用したくないという意識から、利用が低いと推測されるが、その推測が正し