

A がそれぞれ1ヶ所となっていた。なお、平成12年度については人員配置を2人体制で維持していた。

平成13年度にはさらに増設され、12ヶ所となっている。まず、E市役所いきがい福祉課に中央在宅介護支援センターが新設され、虐待等の困難ケースや痴呆症の利用者に対する要後見ケースへの対応にあたっている（なお、平成14年度より後見のための予算措置を行っている）。平成13年度より、指導性や調整能力および情報の円滑な提供、交換の観点から、この中央支援センターが従来の市保健福祉サービス公社委託の支援センターに代わって基幹型のセンターとなっている。新設を加えた委託先の内訳は、S福祉事業団が3ヶ所、市社協が3ヶ所、市保健福祉サービス公社、社会福祉法人H会、社会福祉法人A会、社会福祉法人T会、株式会社Aがそれぞれ1ヶ所となっている。なお、平成13年度については人員配置が1人体制となっている。

E市において、在宅介護支援センターは介護保険制度施行前から自立認定者を含めた介護サービスの総合調整に取り組んできたが、介護保険制度施行後は居宅介護支援（ケアプラン作成）事業を実施しないセンターとして、公正・中立な包括的ケアマネジメントを実施する機関として運営されている。2000年10月にまとめられたE市の在宅介護支援センター事業検討会による「E市における在宅介護支援センターのあり方について Ver. II」では、「地域ケアの要としての課題」が以下のように整理されている。

- (1) 包括的ケアマネジメントを支援する機能（ケアマネジャーへの地域情報の提供、ケアプラン作成支援、ケアプラン・ケアマネジメントの自己評価の支援、ケアマネジャーのスーパーバイザーとしての役割、ケアプラン作成業務と認定調査）
- (2) 地域ケア会議の開催（ケース検討会、地域ネットワーク会議、制度、政策調整の場）
- (3) 介護予防・自立生活支援（非該当・自立と認定された人への支援、要支援・要介護と認定されている人への支援、要介護認定を受けていない人への支援、高齢者独居、高齢者のみの世帯の現状把握と支援、健康づくりの支援、住宅改修の支援、福祉用具・機器活用の支援、セイフティーネットの役割）
- (4) 障害者の介護・自立生活支援への対応

それでは、以上のような支援センターの機能や役割は具体的にはどのように取り組まれているのか。例えば、(2)の地域ケア会議については全ての保健福祉エリアで開催されている。その運営は保健センターの地区担当保健婦、在宅介護支援センター、社協地区センターなどが担っている。この会議には3つの機能が期待されている。1つは個々のケース対応であり、2つは地域ネットワークにおけるサービス調整にあり、3つには地域でのサービス開発と政策レベルへの提言である。とりわけ、後の2つが機能する場として、保健医療福祉関係者だけでなく、民生委員をはじめ地域ボランティア等が参加した「地域ネットワーク会議」の開催を進めているが、未だ実態が伴わない現状がある（介護保険課への聞き取り調査より）。この「地域ネットワーク会議」の運営は、ブロックごとに社協が設置している地区センター（コミュニティワーカー配置）と協働して進めることになっているが、この運営方法も1ブロック（K地区）に先例があるのみで、今後の実践課題となっている。次に、(3)の介護予防・自立生活支援の取り組みとしては、平成12年度に介護保険サービスを利用していない要

支援、要介護認定者に対し、家庭訪問による実態調査や介護相談を実施してきた。また、平成13年3月から6月にかけては独居高齢者の実態調査を実施し、介護予防や地域での見守りネットワーク構築などの取り組みを行っている。

このように、支援センターは、ケアマネジャーやサービス提供機関との日常的な情報交換を可能にする地域ネットワークの形成をはじめ介護予防、自立生活支援など、地域ケアの中核として機能強化を図ってきている。生活支援関連事業については、実質的なサービス決定権を市から付与され、地域介護予防・生活支援システムの中で、自立認定者（非該当者）への継続的な関わりが保てる体制になっている。

4) 医療との関わり・動き

医療との関わりであるが、介護保険課によれば、医師会とは懇談会という形式で年3回ほど関わる程度であり、その他、介護認定審査会への協力といった関係があるに止まっているのが現状であるという。また、サービス供給者の変化として、最近、市内のIクリニックや総合病院のK病院が居宅介護支援事業に乗り出してきているとのことであった。

なお、E市における介護保険実施と医療との関わり・動きについて、例えば、主治医とケアマネジャーとの連携、サービス担当者会議の実態把握は次年度の調査課題としたい。

(4) E市における介護保険実施体制の特徴と今後の調査の課題

E市における介護保険実施体制の特徴を整理すると、①旧・措置時代の主要な三事業者－E市社会福祉協議会、S福祉事業団、市保健福祉サービス公社を中核とした実施体制となっていること、②在宅介護支援センターから居宅介護支援事業を完全に分離し、「地域ケアの要」として介護保険と地域支援との連動を模索していること、以上の2点に集約できる。

これらを踏まえ、今後の調査の課題は、①主要な三事業者に対する個別のデータ収集と綿密な聞き取り調査を実施していくこと、②市内12ヶ所の在宅介護支援センターに対する個別のデータ収集と綿密な聞き取り調査を実施していくことが考えられる。ただし、②については「地域ケア会議の開催」に見られるように、多様な関係者の関与が想定されるため、調査対象をあえて支援センターに限定せず、社協地区センターをはじめ民生委員、地域ボランティア等にも視野を広げた調査研究を進める必要がある。

さらに、①および②の調査と並行させ、今年度調査の残された課題となっていたE市における介護保険実施と医療との関わり・動きについて、その実態把握を試みていきたいと考える。

【参考文献】

- 兵庫県社会福祉協議会（2001）『県内社協活動の現況 平成13年度版』同協議会
黒岩卓夫ほか（2002）「特集・在宅ケアを定着させるために」『月刊総合ケア』第12巻 第3号、
pp. 5 - 29
地域介護予防推進事業介護予防プラン策定手順検討委員会編（2001）『介護予防プラン策定手順検討

委員会報告書「地域ですすめる介護予防」兵庫県社会福祉協議会介護予防研究会
在宅介護支援センター事業検討会（2000）「E市における在宅介護支援センターのあり方について
Ver. II」

4. F市 - 医療基盤の強い地方都市における介護保険サービスの展開 -

鍋山 祥子

【要約】

介護保険開始以前より、全国的にも高い医療整備水準を持っていた地方都市F市における、介護保険サービスの供給体制を調査した。F市の介護保険サービス供給体制の特徴として、まず、保健・医療・福祉サービスを一つの法人が複合的に提供するという「複合的サービス提供」、次に、サービス供給事業者には医療法人が多く、介護保険メニューのなかでも訪問看護などの医療系サービスの計画達成率が高いという「医療中心のサービス供給体制」、最後に、特に介護療養型医療施設の整備が厚く、全体的な「施設利用率の高さ」を挙げることができる。また、介護保険や市による自立支援事業の他に利用できるサービスの幅が少なく、住民の自発的な立ち上げによるNPO的な高齢者介護サービスもみられない。その理由は、医療サービスが福祉サービスの代替的役割を担ってきたことにより、市民のあいだに福祉に対する欠乏感が薄いからだという見方もある。そのような医療中心のサービス体制が組まれている地域において、今後増加する在宅ケアへのニーズはどのようにして満たされていくのか、また、高齢者本位の医療と福祉の協働はいかにして実現されるのか、これらを今後の調査課題として設定した。

(1) 自治体の概況

F市は本州の南西、中国地方に位置する県庁所在地であり、各所に散見される古代遺跡などから、比較的早くから人々の営みのあった地域として知られている。四方を低い山に囲まれ、豊かな自然を保有する356.9平方キロメートルの土地に、現在、約14万人、5万6千世帯が暮らしている。

平成13年3月末の高齢者数は約2万5千人で、高齢化率は18.1%（うち、後期高齢者が44.0%を占める）と、非常に高い高齢化率を示している。加えて、高齢者世帯は単独世帯比率と夫婦のみ世帯比率が高く、三世帯世帯比率は低いという状況（表2-4-1）にあり、今後の高齢者数の増加に比例し、家族の枠を超えた社会的な高齢者福祉の取り組みがますます重要になることは必至である。

（表2-4-1）65歳以上親族のいる一般世帯の家族類型

	全国	F県	F市
単独世帯	19.84	24.54	22.15
三世帯世帯	26.88	19.53	22.92
夫婦のみ世帯	26.41	31.25	30.83

（資料）総務庁統計局『平成12年国勢調査報告』

F市は今年度が調査開始年となるため、介護保険実施における地域の特徴を明らかにすることを主眼に、F市役所の介護保険課・高齢障害課・地域生活課、F市社会福祉協議会、指定事業者Aへの聞き取り調査をおこなった。

(2) 介護保険前後でのサービス供給体制の変化

1) 介護保険以前のサービス供給主体

介護保険施行前のホームヘルプサービスは、市直営の他、F市社会福祉協議会、市内6か所の社会

福祉法人、医療法人1か所及び、民間企業1か所に委託しておこなっていた。また訪問入浴は、民間企業1か所に事業委託のうえ、寝たきりである要援護高齢者と重度身体障害者等に対して実施し、デイサービスは市内6か所の社会福祉法人に委託していた。また、平成9年に県下初となるグループホームを市内1か所の社会福祉法人（定員9名）が開設し、事業委託をおこなった。施設福祉サービスについては、社会福祉法人が運営する特別養護老人ホーム4か所で定員320名が整備されており、2つの社会福祉法人と5つの医療法人が運営する市内7か所の老人保健施設では、定員550名が確保されていた。在宅介護支援センターの整備は順調で、平成11年度の整備目標を上回る7か所が開設され、6つの社会福祉法人と1つの医療法人によって運営されていた。

2) 介護保険以後のサービス供給主体

介護保険の開始に伴って、ホームヘルプサービス（訪問介護）から市（直営）と市社会福祉協議会は撤退し、平成14年1月現在、県知事の指定をうけた市内15の事業者が訪問介護サービスの提供をおこなっている。そのうち社会福祉法人が7か所、医療法人と民間企業がそれぞれ3か所、協同組合が2か所である。訪問入浴は社会福祉法人3か所と民間企業1か所の計4か所がおこない、デイサービス（通所介護）は7か所の社会福祉法人と1か所のNPO法人が実施している。また、介護保険の給付実績が見込みを大幅に上回った訪問看護については、医療法人10か所と公的団体（日本赤十字社）1か所、社会福祉法人3か所の計14か所がサービスの提供をおこなっている。グループホームも新たに2か所開設され、現在、社会福祉法人3か所が運営している。施設サービスとしては上記の特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）4か所と老人保健施設（介護老人保健施設）7か所に加え、介護療養型医療施設7か所（医療法人6か所と社会福祉法人1か所）が351名の定員を有している。

3) 介護保険外のサービス供給

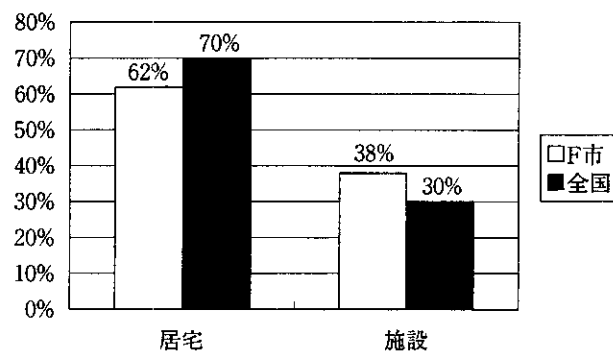
介護保険外でF市がおこなっている福祉サービスである生活支援サービスの主なものについて、その供給状況を整理しておく。生活支援訪問サービス（調理以外の日常生活上の軽易な援助）は、市社会福祉協議会と市シルバー人材センターの2か所に事業委託をおこない、平成12年度末利用者は実数で98人、平成13年度利用者は10月末現在で既に94人となっている。生きがい対応型デイサービスは、介護老人福祉施設併設のデイサービスセンター4か所と社会福祉法人（複合体A：（3）2）参照）のデイサービスセンター1か所の計5か所に委託しており、平成12年度末総利用回数は6,284回（登録者188人）、平成13年度は10月末の時点で3,885回（登録者192人）である。また、生活支援給食サービスとして、独居や昼間家族のいない高齢者と身体障害者に対する配食をおこなっており、平成12年度配食数は昼食21,898食（登録者166人）、夕食30,838食（登録者180人）となっている。昼食は社会福祉法人が運営する4つの在宅介護支援センターと市社会福祉協議会に、夕食は市社会福祉協議会のみ委託している。

(3) 介護保険実施状況

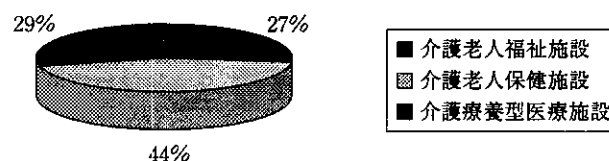
1) サービス利用状況

F市の介護保険料は月2,893円で県の平均レベルである。平成13年8月時点で、要支援・要介護認定者は3,567人であり、うち後期高齢者が84.5%を占める。ちなみに全国規模での後期高齢者比率は、平成13年7月時点で80.0%である。利用されているサービスの内訳は、居宅介護（支援）サービスが1,737人、施設介護サービスが1,063人となり、その比率を全国の同月データと比較すると（図2-4-1）のようになる。ここから、施設介護受給比率が高いことがわかる。また、利用している施設の種別比率は（図2-4-2）となり、全国の状況を表した（図2-4-3）と比較すると、圧倒的に介護老人福祉施設が少なく、介護老人保健施設と介護療養型医療施設、特に後者が多いことが特徴的である。

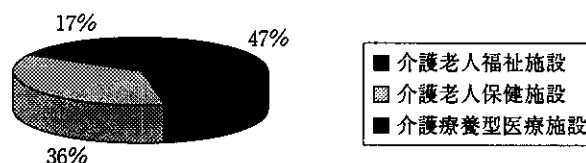
(図2-4-1) 利用サービス内訳 (平成13年8月)



(図2-4-2) F市の施設利用状況 (平成13年8月)



(図2-4-3) 全国の施設利用状況 (平成13年8月)



2) 事業者状況

基盤整備状況は順調であり、民間企業参入の要望については、市の担当者が「多すぎる」と感じているほどである。F市内に介護保険におけるサービス事業所を構えているのは全部で26法人。その内訳は社会福祉法人8か所、医療法人11か所、株式会社3か所、協同組合2か所、公的団体（日本赤十字社）1か所、NPO法人1か所である。事業所の変動は少なく、介護保険開始時からの変動として

は、居宅介護支援のみをおこなっていた有限会社1か所が撤退し、新たに訪問介護をおこなう株式会社1か所と居宅介護支援と通所介護をおこなうNPO法人1か所が参入した。

F市内の事業者の特徴としては、「サービスの複合化」を挙げることができる。このサービスの複合化は二つの方向で進んでおり、一つは、関連・系列法人とともに、あるいは単独法人で医療施設と保健・福祉施設の両方を開設し、保健・医療・福祉サービスを総合的に提供している、いわゆる「保健・医療・福祉複合体」と呼ばれるもの。もう一つは、施設に関わりなく、介護保険サービスのうち単一ではなく複数のメニューを用意しているところ、である。

一つ目の「保健・医療・福祉複合体」としては、市内に5つの存在を確認することができる。その事業展開の様子をまとめると（表2-4-2）のようになる。

（表2-4-2）市内の「保健・医療・福祉複合体」の事業展開

名称	地区	居宅介護支援	訪問介護	訪問入浴	訪問看護	訪問リハビリ	通所介護	通所リハビリ	介護 短期入所生活 介護	短期入所療養 ホーム	グループ 施設	介護老人福祉 施設	介護老人保健 施設	介護療養型医 療施設
社会福祉法人A	W	○	○		○		○			○				
社会福祉法人A	V	○	○	○			○							
医療法人A	V	○			○	○		○	○				○	
社会福祉法人B	U	○	○	○			○		○			○		
医療法人b	U	○			○	○		○		○			○	○
社会福祉法人C	X	○	○		○		○		○		○	○		
医療法人c	X	○			○	○		○		○			○	○
医療法人D	Y	○	○		○			○		○			○	
医療法人E	Z	○	○		○	○		○		○			○	

注) Aはすべて同じ名称を使用しているが、BbとCcは異なる名称を使用しており、法人の関連性は名称からはうかがえない。

これら5つの複合体は、事業展開状況からさらに三つに分類することが可能である。まず医療法人DとEについては、もともと病院を開設していた医療法人が介護老人保健施設を併設し、医療サービスを中心にしながらも、訪問介護などの福祉サービスも併せて複合的に提供している事例である。次に、BbとCcの組織は同一敷地内に社会福祉法人と医療法人を持ち、介護保険のすべての施設サービスを含めたほとんどのサービスを提供している。また当然のことながら病院も併設していることから、要介護者に医療が必要になった場合の対応も自施設内で可能であり、典型的な大型複合体である。最後にAの組織は、施設サービスというよりも、在宅サービスを中心的にした事業運営をしており、地域的な展開をすることによって、まさに地域に密着した多様なサービス提供を目指している。

さらにE以外の複合体にはそれぞれ在宅介護支援センターも置かれており、このような「複合体」をサービス提供者として選択することは、要介護高齢者にとって「何があってもお任せできる」という大きな安心感につながっている。そして、この利点を行政側も強調し、複合体のサービス提供

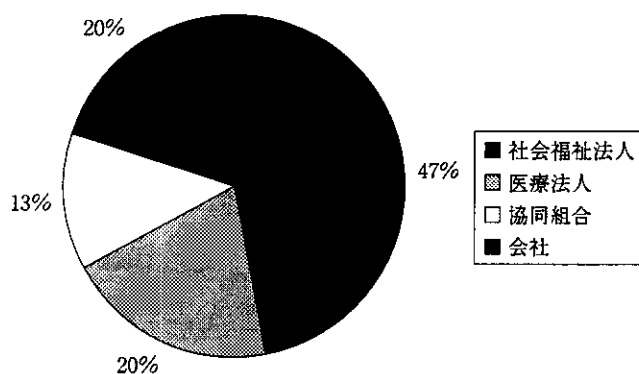
については非常に好ましいという印象を持っている。

上記の複合体を1つとしてカウントすると、市内で介護保険サービスを提供する全法人の72.7%が単一ではなく複数のサービスを提供しており、また、訪問介護などの福祉系サービスと訪問看護などの医療系サービスを併せた複合的サービス提供をおこなっている法人は31.8%にのぼる。さらに、ケアプランの作成をおこなう居宅介護支援サービスを実施していない法人は27.3%しかなく、介護保険サービスのうち居宅介護支援サービスのみをおこなっているのは市社会福祉協議会一か所だけである。そのあたりのケアマネージメントの中立性への影響については、今後、詳細な聞き取り調査等によって明らかにする必要がある。

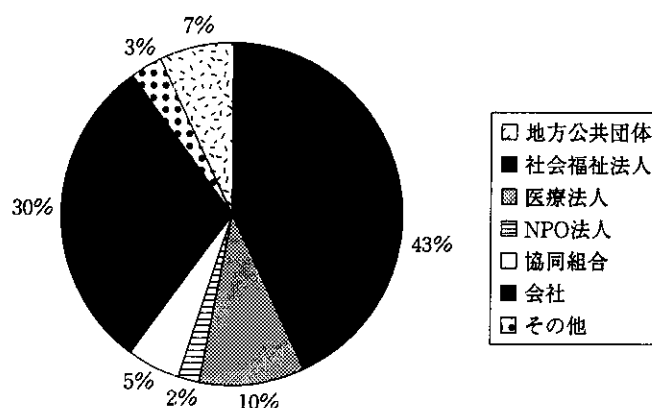
次に、法人の種類について、訪問介護サービスと訪問看護サービスのそれぞれについての比率を平成12年10月の全国のデータと比較してみる。(図2-4-4・図2-4-5・図2-4-6・図2-4-7)一瞥しただけではわからないが、(図2-4-6)のF市内で訪問看護サービスをおこなっている社会福祉法人の詳細をみると、そのいずれもが病院を併設しているか医療法人と社会福祉法人を併せ持つ複合体である。さらに、公的団体としてカウントした日本赤十字社のサービスも実質的には病院が母体となっている。これらの事業者状況からF市の特徴として、福祉ミックスがあまり進んでいないこと、具体的には医療法人が多く、逆にNPO法人が少ないことを挙げることができる。

F市(F県の傾向としても同じことがいえる)では、介護保険以前から民間非営利団体(NPO)の高齢者福祉への取り組みがほとんどなく、介護保険への参入の動きもみられない。現在、介護保険

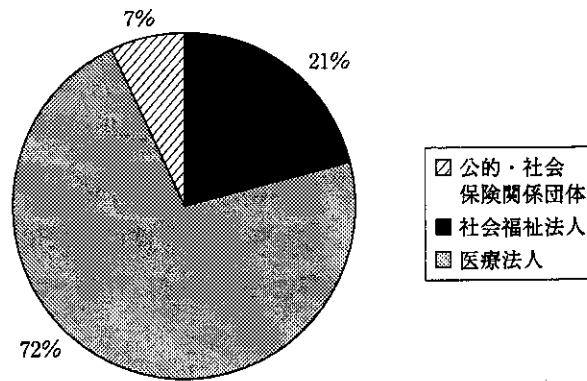
(図2-4-4) 訪問介護サービス提供事業者 (F市)



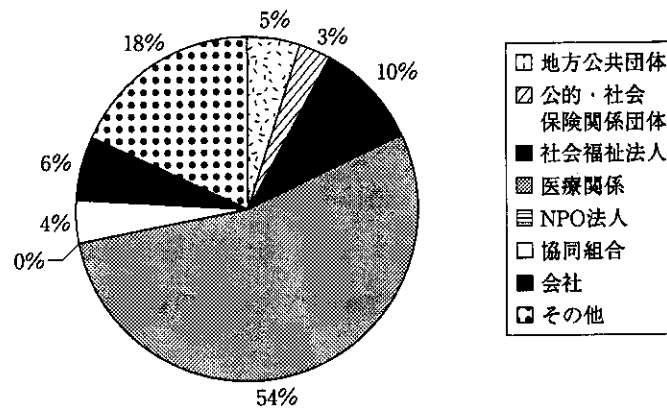
(図2-4-5) 訪問介護サービス提供事業者 (全国)



(図2-4-6) 訪問看護サービス提供事業者 (F市)



(図2-4-7) 訪問看護サービス提供事業者 (全国)



サービスを実施しているのは、唯一、もともと重度障害児・者と親たちのグループとして始まったNPO法人のみであり、平成13年秋から介護保険の通所介護と居宅介護支援サービスの提供を始めている。

また、F県はもともと医療基盤が強いことで有名であり、厚生労働省発表の「国民健康保険の平成11年度の実績医療費」では、加入者一人あたりの医療費の全国平均が369,000円のところ、F県は2年連続の日本で495,000円と、もっとも安い千葉県の279,000円と比べると1.8倍もの高額となっている。保険局調査課の分析によると、その理由は高齢化が進んでいることに加え、医療提供体制が整っていることとされている。F市においても従来から医療基盤の充実はみられ、介護保険への医療法人の対応もスムーズであった。その一例として、介護療養型医療施設への転換がなかなか進まないという全国的な傾向に反し、平成12年度当初見込み給付件数と市内の介護療養型床数とを比較すると、F市では介護保険開始1年を待たずに既に103.8%を達成している。加えて、平成12年度の介護保険サービス給付実績をみると、当初計画達成率が最も高いサービスは訪問看護であり、週平均358回の実施をおこない、達成率は137.2%となっている。

3) 事業者ネットワーク

F市が他行政区から注目を集めているものに「F市介護サービス提供事業者連絡協議会」を挙げることができる。平成12年4月から市の「サービス事業者振興事業」の委託を受け、介護保険サービスを提供する事業者の振興をはかるとともに、各事業者間の連携を推進し、利用者が適切にサービスを選択できる市場環境の整備を目指して活動をおこなっている。構成メンバーは、介護保険のサービス提供事業所を市内に有するすべての法人（平成13年9月末現在、24法人、延べ93事業所）、市社会福祉協議会、市シルバー人材センターとF市である。各法人から選出された代表者が出席し、2ヶ月に1回の頻度で本部会議が開催されている。また、「施設サービス部会」「訪問サービス部会」「通所サービス部会」「短期入所サービス部会」「居宅介護支援事業部会」「在宅介護支援センター部会」の6部会においても月に1回程度の集まりが実施され、それぞれに定例会や研修会が開催されるなど、非常に活発な動きをみせている。

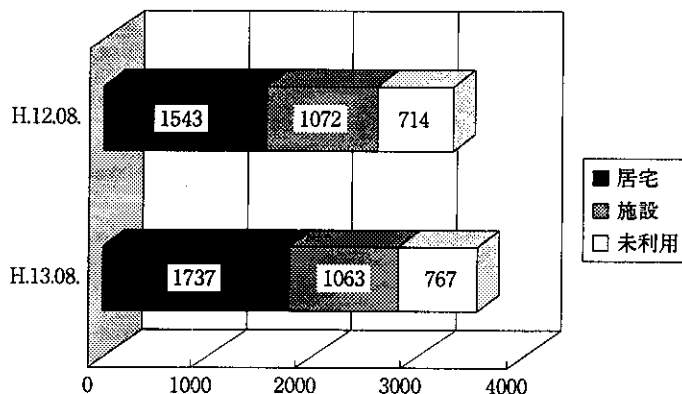
最近の動きとしては、ケアマネジャーから「医師との連携の必要性」を訴える声が多いことから、平成13年10月にF・K地区地域ケア連絡会議の主催による、医師会とケアマネジャーとの合同研修会が開催された。その場でのグループワークや意見交換によって、引き続き医師とケアマネジャーとの連携強化が望まれることが確認され、平成14年1月からは、医師会に会の進行をお願いする形で、行政とケアマネジャーとF市医師会（総合病院の医師・開業医）の出席による月1回の「ケアマネジメント連絡会議」が開催されることとなった。

(4) 利用特性からみるF市の介護保険体制

1) 利用率・利用割合

では、F市の要介護高齢者はどのように介護保険サービスを利用しているのだろうか。まずは、要介護（要支援）認定を受けたなかでどれほどの人が実際に介護保険のサービスを利用しているのかを、平成12年8月とその一年後の平成13年8月の介護保険利用状況を比較する形で（図2-4-8）に示した。グラフをみると、全体のサービス利用者数は増加しているものの、平成12年8月時点での利用率は78.6%、平成13年8月では78.5%と利用率自体はほとんど変化がない。これは、平成13年8月段階での全国の利用率が77.4%であることと比べても平均的な数字であり、F市が介護保険開始後早い

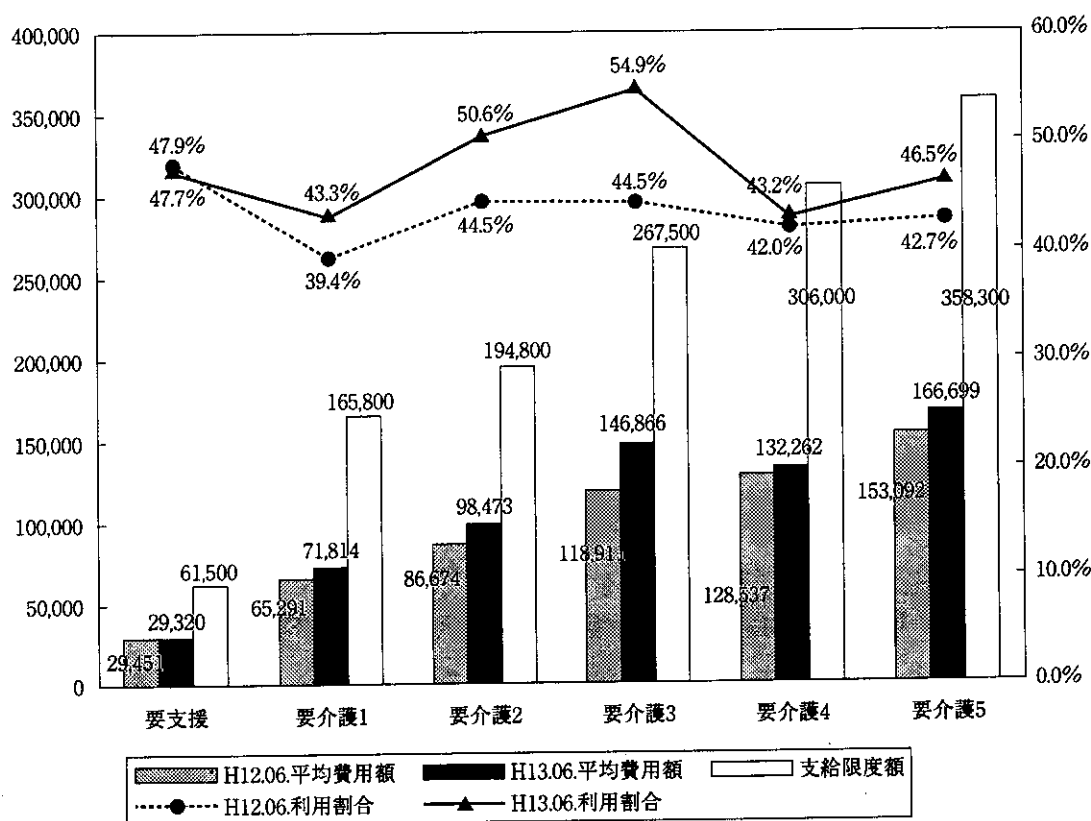
(図2-4-8) 利用率の推移 (F市 年間比較)



時期から安定的なサービス供給をおこなっていたことが伺える。

次に、サービス利用の進み具合を示すもう一つの指標である利用割合について、要介護度別の年間推移をグラフにした。(図2-4-9) F市では、全要介護度をトータルでみた場合の利用割合が、平成12年6月の段階で47.0%、平成13年6月では47.7%と増加傾向にある。前述の利用率の状況と併せて考えるならば、サービスを利用している人にとっては月日と共に介護保険のしくみに慣れ、サービス利用を拡大する方向にある、といえよう。また、要介護度2と要介護度3の利用割合の伸び率が高く、特に要介護度3については10.4%もの伸びをみせている。利用割合の増加と事業者との関連について、市の担当者は「特定事業者の新規参入などではなく、既存のそれぞれの事業所が均等にサービス量を増やしている」と分析している。

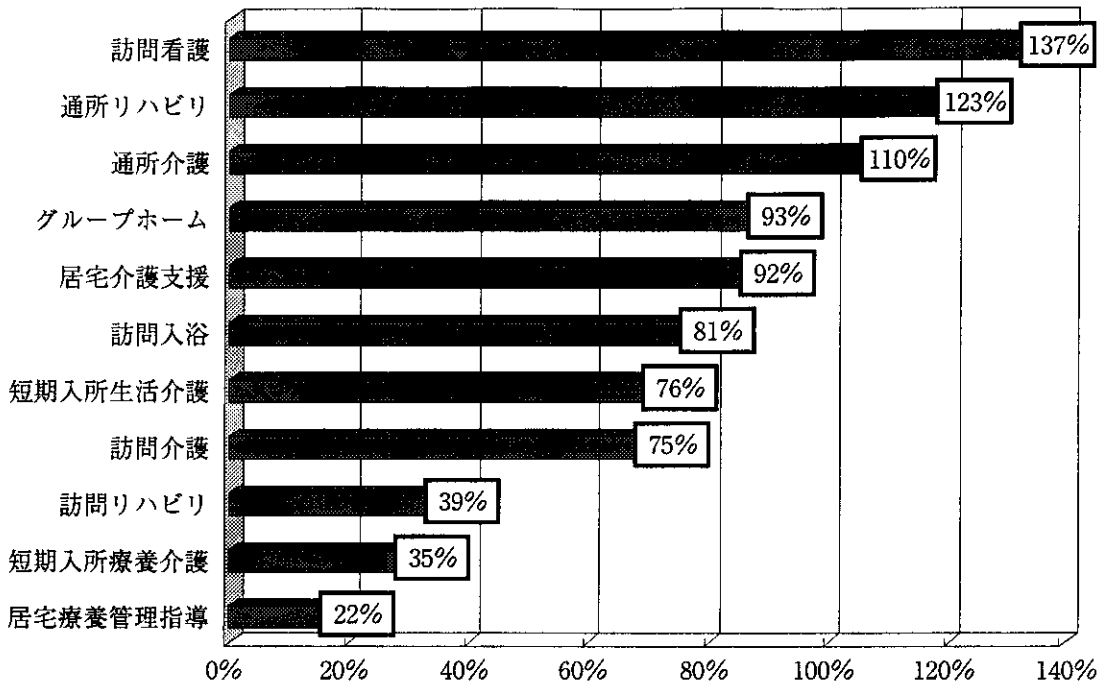
(図2-4-9) 要介護度別の利用割合 (F市 年間比較)



2) サービス別給付実績

では、居宅介護サービス別にはどのような利用特性があるのだろうか。平成12年度の介護サービス別給付実績を計画数値との比率、すなわち達成率としてグラフにすると(図2-4-10)のようになる。このなかで特徴的なのは、訪問看護と訪問介護の達成率の差である。訪問看護が137.2%であるのに対して、訪問介護は75.0%と当初計画を大きく下回っており、数字の上では、在宅介護の要といわれる訪問介護が、訪問看護によって代替されているようにも読める。また、通所系サービスが訪問系サービスを大きく上回っており、そのあたりからも施設基盤の充実が伺える。

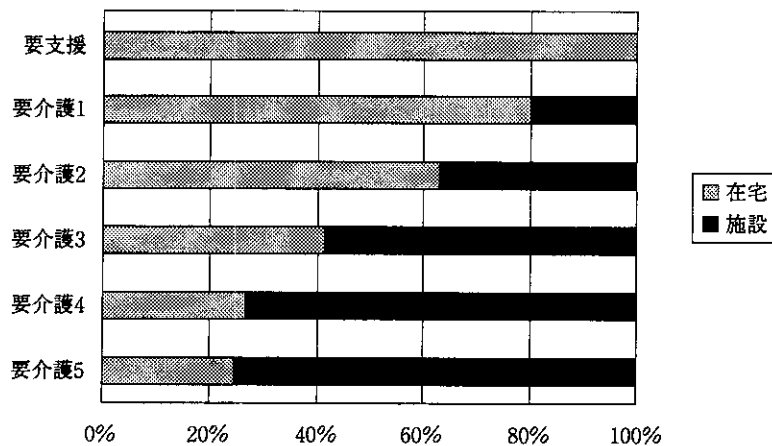
(図2-5-10) サービス別計画達成率 (F市 平成12年度)



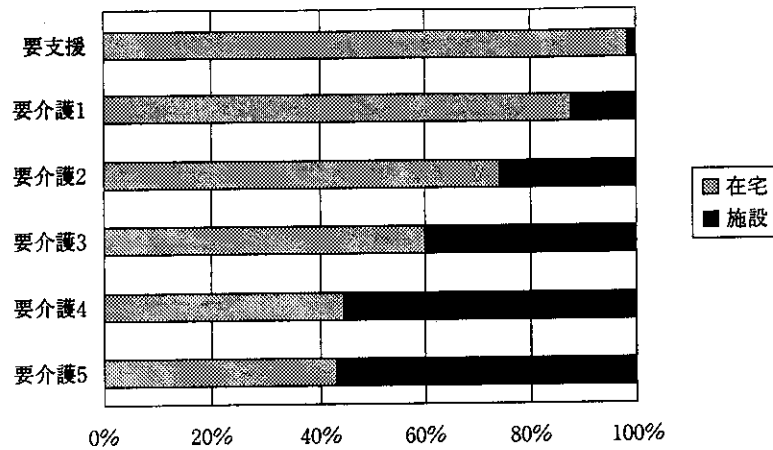
3) 要介護度別利用サービス分析

(3) 2) において指摘したとおり、F市ではもともとの医療の充実を背景とした、医療中心の介護保険サービス体制が整っている。それは、医療法人が整備した介護施設の充実にも結びついており、介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設の総床数の医療法人所有比率は60.7%となっており、医療法人と社会福祉法人のどちらでも設立可能な介護老人保健施設においては、その床数の70.9%を医療法人が持っている。また、社会福祉法人のみが設立可能な介護老人福祉施設の半分が、実は医療法人(病院)が母体となった複合体の所有である。このような医療法人の積極的な福祉への参入によってF市内の施設整備は充実しており、要介護度別の在宅と施設サービスの利用比率を示した(図2-4-11・図2-4-12)からは、全国に比べてより低い要介護度でありながら施設に入所しているケースが多いことがわかる。

(図2-4-11) 要介護度別利用サービス (F市 平成13年8月)

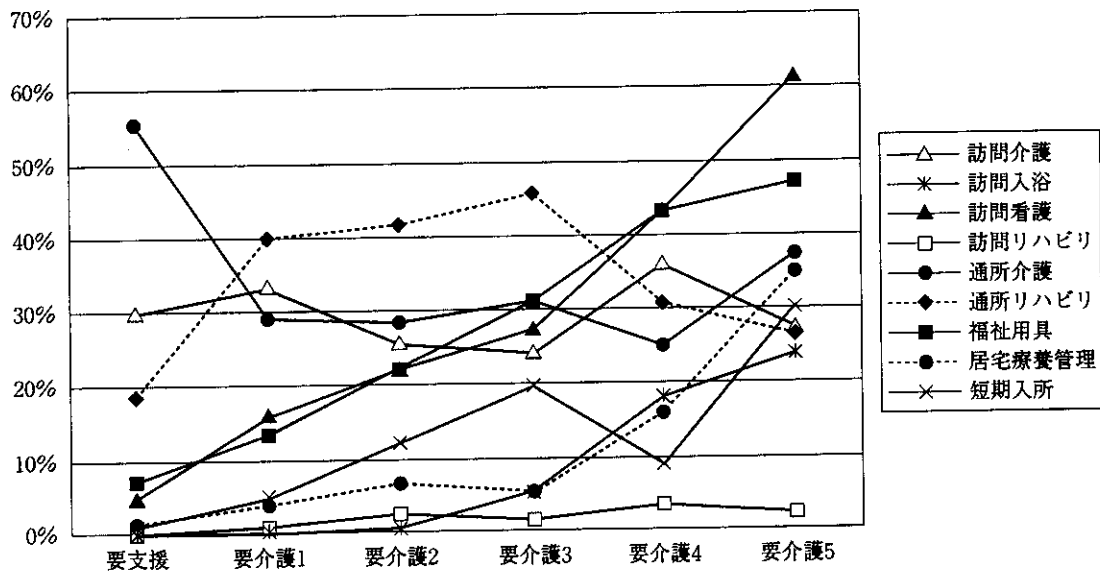


(図2-4-12) 要介護度別利用サービス (全国 平成13年7月)



では、F市において介護保険のサービスを利用している人には、どのようなサービス利用傾向があるのだろうか。平成13年6月の利用実績をもとに、各要介護度における居宅サービス利用実人員のうち何割の人がどのサービスを利用しているのかを(図2-4-13)に表した。

(図2-4-13) 要介護度別居宅サービス利用状況 (F市 平成13年6月)



このグラフから分かるように、訪問看護、居宅療養管理、訪問入浴、福祉用具貸与、短期入所については、要介護度が高くなるに従って利用率が上昇している。また、訪問介護、通所介護、通所リハビリテーションは要介護度に関係なく平均的な利用がみられることから、在宅介護の基盤的な役割を担っていることが伺える。

(5) コミュニティと介護保険

1) 高齢者福祉の全体像

これまでF市の介護保険体制、ならびに市による生活支援事業の実施についてみてきた。しかし、地域で生活する高齢者にとって「コミュニティに住まう」ということは、それらの公的サービス+αが不可欠である。もう一つのF市の特徴として、この「+αの弱さ」を取り上げなくてはならない。

現在、介護保険や市の生活支援事業とは関係なく利用することができる訪問サービスは市内6つの団体が提供している。そのうち、市の生活支援事業である生活支援訪問サービスの委託先となっている市社会福祉協議会（社協ふれあいサービス事業）と市シルバー人材センターは「社協運営型在宅福祉サービス団体」と位置づけられるだろう。また、農業協同組合と福祉生活協同組合が運営している「協同組合型在宅福祉サービス団体」が二つあり、これらは介護保険における訪問介護サービスも併せて提供している。残る二つは、複合体に併設された有限会社運営による小規模なヘルパーステーションと家政婦紹介所、つまり「民間営利企業」ということになる。このように、F市には「住民互助型」と言われるような住民の自発的な呼びかけによって組織・運営されている団体はなく、住民による積極的なコミュニティ形成の動きは高齢者福祉に関してはほとんどみられないのである。

その理由について、各方面へのインタビューからたてられる仮説は、まず、もともと医療基盤が充実していたため福祉の不足を市民が感じなかった、というものと、次に、福祉施設が充足していたため在宅福祉サポートについて市民の欠乏感が薄かった、というものである。どちらも、「市民に福祉が足りないという認識自体がなかった」という点と、「在宅福祉への期待の薄さ」という点が共通している。これは、F市の介護保険実施状況において、実際に施設サービスの利用傾向が強いこととも一致する。しかし、今後の高齢者数の増加率に比べて施設床数の増加率は絶対的に低くなることに加え、冒頭の（表2-4-1）で確認したように、F市では単独もしくは夫婦のみで暮らす高齢者が現在でも全体の53.0%にのぼり、今後も増加するのは必至である。この先、それら的高齢者が「できるかぎり在宅で」と望むならば、「在宅福祉を支えるための資源が不足している」という認識が市民に芽生えることもそう遅くはないものと思われる。大都市から始まった「市民の参画によるコミュニティづくり」という動きが、この地方都市にあらわれる動きに今後も着目していきたい。

2) 在宅介護支援センター

地域福祉の中核としてその役割が期待されている在宅介護支援センターは、現在、基幹型1か所と地域型7か所が開設されているが、平成16年度までに地域型全10か所程度の整備を目標としている。現在開設されている地域型7か所は、いずれも多様な介護保険サービスメニューを用意している事業者者に併設され、うち5か所は医療・福祉系両方のサービスを複合的に提供している事業者である。F市ではケアプランの約8割以上がこれらの在宅介護支援センターで作成されている。

基幹型在宅介護支援センターは、地域型センターの統括支援機能、高齢者の介護予防サービスの総合調整機能の他に、地域ケアの総合調整機能を担っている。年間1,000件以上にもなる相談を受ける他、介護保険受給対象外者や介護支援専門員から相談依頼のあった要援護高齢者を中心に処遇の検討やサービスの調整をおこなう「地域ケア会議」を開いており、平成12年度には30回の開催をおこなった。

また、在宅介護支援センターの連携強化にも力を入れており、現在、F市と在宅介護支援センター7か所、居宅介護支援事業者2か所及び市社会福祉協議会をネットワークで繋ぎ、要介護認定情報、アセスメント情報、並びにケアプラン情報を共有している。平成13年度には、介護保険非該当者に関する情報についてもF市と在宅介護支援センターとの間での共有を可能にした。

3) 社会福祉協議会

市社会福祉協議会は、昭和26（1951）年の活動開始以来、地域福祉の担い手としての役割を担ってきた。それは、前述のような会員制による在宅福祉サービス事業から措置時代のホームヘルパー派遣事業、介護保険体制下の居宅支援事業などがあるが、ここではコミュニティづくりの観点から、市内16地区において実施されている福祉員による「見守り訪問活動」について概観する。福祉員制度は県社協の小地区福祉員設置要綱（昭和50年）に沿って進められ、市社協主導のもと昭和63年までに市内16地区すべてに福祉員が設置された。平成13年4月現在、市内の福祉員の合計は327人にのぼる。「小地区見守り訪問活動」は、平成6年にそれまで市老人クラブ連合会が市から受託していた「友愛訪問活動促進事業」を市社協が引き継ぐ形で進められ、現在、福祉員を中心とする428（1グループ4名以上で構成）のグループが2,009人の対象者（70歳以上の独居者、65～69歳までの虚弱な独居者など）の見守り活動をおこなっている。この見守り活動には、話し相手となることや、バス停や通院などの外出介助、またゴミ出しや買い物などの生活援助的な活動も含まれているため、高齢者が日常生活を営む上での細かいニーズであれば、この活動によってすくいあげることができる。また、対象者の生活状況やかかりつけ医、現在受けているサービス（介護保険内外ともに）について記入する「見守り訪問活動個別ケース票」の提出が定められており、これは高齢者個人に対する福祉提供の全体像を把握する上で重要な資料となる。しかし、これらの情報が吸いあげられ、市などによって一括管理されているということはない。今後、（5）2）でみたような、現在進められている在宅支援ネットワークに組み込むなどして、有効な情報ネットワーク化の推進が期待される。

（6）今後の調査課題

F市の介護保険体制の特徴をここでまとめると、複合的サービス提供、医療中心のサービス供給体制、施設利用率の高さ、を挙げることができる。そこで今後の調査においては、これらの特徴が介護保険運営や、サービスを受ける高齢者にとって、どのような影響を与えているのかを明らかにする必要がある。

そのためには、「介護サービス提供事業者連絡協議会」、特にそのなかの「居宅介護支援事業部会」に参加することによって事業者間の連携の様子を把握し、加えて、医療系・福祉系を併せた介護保険サービスを網羅的に提供している事業者に併設されたケアマネジャーとその他の事業者のケアマネジャーへの聞き取り結果を比較することによって、「複合体」の特徴、つまりメリットとデメリットについて分析する。

また、訪問看護サービスの計画達成率が訪問介護のそれを大きく上回っていることから、ケアプランの傾向として医療偏重のサービス組み立てがおこなわれているということはないのだろうか。あるとすれば、それは何故起きているのか。そして原因がサービス供給サイドの都合であるとすれば、高齢者の在宅生活に問題は生じないのか。現実問題として困難性が指摘されている医療と福祉との役割分担や協働が高齢者の在宅ケア現場ではどのような形で現れ、また、それらの葛藤を乗り越え、望ましい連携を可能にするために必要なしくみとは何か。このような視点から、介護保険体制における在宅ケアそのもののあり方を探ることを今後の研究課題とする。

5. G区 -介護保険制度と「行政の役割」の再構築-

村山 浩一郎

【要約】

本報告の目的は、東京都G区の介護保険実施状況を把握することと、行政の役割の変化に焦点を当てながら、介護保険実施前後のサービス供給体制の変化を明らかにすることである。

G区の介護保険事業は、介護療養型医療施設など一部のサービスを除けば、全体としてほぼ計画どおりに実施されている。サービスの「利用率」はほぼ全国集計値と同じであるが、居宅サービスの「利用割合」は全国的な水準よりも高く、要介護度別にみると、要介護度が高いほど全国水準よりも高くなっている。つまり、要支援など要介護度の低い人のサービス利用は伸びていないが、要介護度の高い人の利用は活発化しているという傾向が読みとれる。サービス種別には、居宅サービスの中では訪問介護の利用が、施設サービスの中では介護老人福祉施設の利用が大きな割合を占めている。

G区は介護保険実施後ケアプラン作成を民間に任せたが、区としては要介護認定のための訪問調査を通じて地域の要介護高齢者の状態把握に努めている。また、民間事業者が中心となっている居宅サービスの提供については、G区は、事業者-行政間あるいは事業者間の連携強化、不足するサービスの参入促進、サービスの質の確保と利用者保護といった介護サービス市場の「条件整備」の役割を強化しようとしている。他方、介護保険実施後も不足がちな施設サービスについては、介護保険実施前と同様、公設の介護老人福祉施設を中心にサービス提供者としての役割を維持し、入居希望者のとりまとめを行っている。今後は、地域の実状に応じて再構築された介護保険制度下のG区の役割がどのような効果をもたらしているか検討したい。

(1) 課題と方法

今年度から新しく事例としてとりあげた東京都G区については、介護保険の現況とその実施体制の特徴を明らかにすべく、次の2点を課題として調査を行った。第1の課題は、G区のサービス利用状況や介護保険事業の平成12年度実績などのデータから、G区における介護保険実施状況を全体として把握することである。そして、第2の課題は、行政の役割の変化に焦点を当てながら、介護保険実施前後のサービス供給体制の変化を明らかにすることである。

本報告を作成するためのデータは、主にヒアリング、各種会合の傍聴、会合やヒアリング時の配布資料、区から特別に提供していただいた資料、行政発行物（介護保険事業計画基礎調査報告書、地域福祉計画・介護保険事業計画、介護保険事業状況報告、健康福祉部事業概要）などから収集したものである。ヒアリング先は、G区健康福祉部長（平成13年8月20日、平成14年1月16日）、区内の介護老人福祉施設Aの介護係長（平成13年11月3日）、G区職員労働組合書記長（平成13年11月9日）である。お忙しい中、ヒアリングに応じてくださった方々に、そして、数回にわたる筆者の資料提供依頼にその都度応じてくださったG区健康福祉部に感謝申し上げたい。

(2) G区の地域特性

G区は東京都23区の南西部に位置し、都心部に隣接した住宅地が広がる地域である。平成13年4月1日現在、人口は241,947人、高齢者人口は41,405人、高齢化率は17.1%である。区が平成10年に行った介護保険事業計画基礎調査によれば、全国平均と比べて後期高齢者の比率が高く、家族構成で

は一人暮らしの高齢者の割合が高い。また、高齢者の年収が比較的高く、持家層の割合が高いのが特徴である。そのため、他地域よりも介護需要が相対的に高く、サービスが積極的に利用される可能性が高いと予想されている。

(3) 介護保険実施以前のサービス供給体制

1) 保健福祉相談・情報提供体制

G区では、区内を5つの地区に分け、各地区に保健福祉の総合的な相談窓口として「保健福祉サービス事務所」を整備してきた。平成8年度より整備を始め、平成11年度には5地区すべてに開設された。保健福祉サービス事務所には、ケースワーカー、保健婦、ホームヘルパーなどが配置され、保健と福祉の連携を図りながら、個人の状況に応じたニーズを把握した上で、サービスの申請受付、訪問、援助計画の策定、サービスの提供、再評価、地域の保健福祉活動支援などが行われていた。

一方、在宅介護支援センターは、平成10年までは2カ所のみであったが、平成11年度に9カ所設置され、平成11年度末には11カ所になった。その11カ所のうち、社会福祉事業団、社会福祉協議会を含む区内の社会福祉法人が事業委託先になっているものが4カ所、医療法人が委託先になっているものが1カ所あるが、残りの6カ所は、主に訪問介護などの居宅サービスを提供する株式会社が事業委託先となっており、この点が大きな特徴といえる。(平成12年度には、区内の社会福祉法人が事業委託先となる在宅介護支援センターが1カ所設置された。)

2) 民間事業者によるホームヘルプサービスの提供

介護保険実施以前のG区におけるホームヘルプサービスは、民間事業者によるサービス提供と公務員ヘルパーによるサービス提供が併用されていた。前者の方式には、平成9年度から始まったシルバーマーク認定事業者への事業委託方式と、それ以前から存在した家政婦等紹介所経由の介護券方式(有料職業紹介事業方式)の二つがあった。しかし、区では、介護保険制度の実施を睨み、より専門的な介護サービス事業者を育成するという観点から、平成9年度以降、次第に事業委託方式の比重を増やし、最終的に平成10年度までで介護券方式を廃止した。

以上のような民間事業者によるサービス提供に比べ、公務員ヘルパーによって提供されていたサービス量は非常に少ない。表2-5-1にあるように、介護保険実施直前の平成11年度におけるホームヘルプサービスの年間延派遣時間のうち98.2%(年間延派遣回数98.9%)が、事業委託された民間事業者(8社ほど)によって提供されていた。これに対して、公務員ヘルパーによるサービス提供は、1%台に止まっている。ただし、サービス量は少ないが、公務員ヘルパーは、委託に先立つ援助計画の作成、相談、援助困難ケースへの対応などにおいて重要な役割を担っていた。

このように、G区では、介護保険実施以前に、すでにホームヘルプサービスの大部分が民間事業者によって提供されており、訪問介護の分野では、介護保険実施後、民間事業者によるサービス供給が充分に見込める状態にあった。

表 2-5-1 平成11年度のホームヘルプサービスの提供実績

	年間延派遣時間 (時間)	延派遣回数(世帯)数(回)
委託	339,935(98.2%)	179,995(98.9%)
区のヘルパー	6,102(1.8%)	1,996(1.1%)
合計	346,037(100%)	181991(100%)

出典) G区提供資料より筆者が作成。

3) 特別養護老人ホームを中心とした施設サービスの基盤整備

G区の施設サービスは、特別養護老人ホームを中心に提供されており、介護保険が始まる平成12年4月までに区内には6施設が整備された。しかし、全体としては、区内の施設サービスは不足しており、区は区外の特別養護老人ホームに対する建設費補助により区外に一定の床数を確保していた。こうして、平成11年度までに区内360床、区外265床、合計625床が整備され、平成11年末の特別養護老人ホームの入所者数は784人であった。

ところで、区内6施設のうちの3施設は、区が建設し区が設置した社会福祉事業団によって運営される「公設」の施設であるが、区は公設施設について独自の運営、設備、人員に関する基準を定めていたため、介護・看護職員1人あたりの利用者数が2.1人に維持されるなど、施設の職員配置やサービス内容が全国的に見ても非常に高い水準にあった。このことは、介護保険実施以前のG区における施設サービスの大きな特徴のひとつである。

(4) 介護保険の実施状況

以上でみたような介護保険実施以前のサービス供給体制とそれを支える行政の役割が介護保険実施後どのように変化しているかという点については(5)で見ることとし、次に、G区の要介護認定、サービス利用の状況、介護保険事業の平成12年度実績などからG区における介護保険の実施状況を整理しておこう。

1) 要介護認定の状況

東京都23区の中で最も高いレベルの保険料(基準額3,325円)を設定しているG区では、表2-5-2にあるとおり、平成13年7月時点で5,286人が要介護認定を受けており、要介護1(27.0%)、要介護2(18.0%)、要介護4(14.7%)、要介護5(14.5%)、要介護3(13.8%)、要支援(12.0%)の順で認定者数が多い。また、平成12年4月時点からの変化を見ると、要介護認定者総数は1,162人増加し、要介護5、要介護2、要介護1が構成比を伸ばしている。逆に、要支援の構成比は小さくなり、要介護4、要介護3の構成比もわずかに小さくなっている。

表 2-5-2 要介護認定者数の変化 (単位：人)

	平成12年4月末		平成13年3月末		平成13年7月末	
	認定者数	構成比	認定者数	構成比	認定者数	構成比
要支援	578	14.0%	637	12.8%	635	12.0%
要介護1	1,070	26.0%	1,306	26.2%	1,426	27.0%
要介護2	688	16.7%	871	17.5%	951	18.0%
要介護3	595	14.4%	701	14.1%	730	13.8%
要介護4	665	16.1%	775	15.6%	775	14.7%
要介護5	528	12.8%	689	13.8%	769	14.5%
合計	4,124	100%	4,979	100%	5,286	100%

出典) G区提供資料より筆者が作成。

2) サービスの利用状況

では次に、介護保険実施後のG区のサービス利用状況についてであるが、まず全体の状況から見ておこう。本報告では、要介護認定者数に対するサービス利用者数の割合を「利用率」と呼んでいるが、これは要介護認定を受けた人のうちどれくらい多くの人がサービスを利用しているのかを見るための指標である。G区の利用率は、表2-5-3にあるとおり、平成13年7月時点で77%である。平成13年5月時点での全国の利用率が77.2%であるから、G区の利用率は全国的に見て平均的な水準にあると言える。また、表2-5-4でサービス利用者の中の居宅サービス利用者と施設サービス利用者の割合を見ると、前者が70.3%、後者が29.7%となっており、これも全国的な数字とほぼ一致している。

表 2-5-3 G区及び全国のサービス利用率 (単位：人)

	認定者数 (A)	居宅サービス 利用者数	施設サービス 利用者数	サービス利用者 合計(B)	利用率 (B/A)
G区(平成13年7月)	5,286	2,858	1,210	4,068	77%
全国(平成13年5月)	2,524,289	1,337,181	612,831	1,950,012	77.2%

出典) G区のデータは、区提供資料より。全国データは、社会保障審議会第1回介護給付費分科会(平成13年10月22日)資料(国保連平成13年度5月審査分)より。

表 2-5-4 居宅サービス利用者と施設サービス利用者の割合

	サービス利用者に占める居 宅サービス利用者の比率	サービス利用者に占める施 設サービス利用者の比率
G区(平成13年7月)	70.3%	29.7%
全国(平成13年5月)	68.4%	31.4%

出典) 表2-5-3より筆者が作成。

次に居宅サービスの利用状況についてより詳細に見てみよう。表2-5-5は、平成12年7月、平成13年1月及び7月時点でのG区における居宅サービスの利用者数と「利用割合」についてまとめたものである。本報告では、各要介護度のサービス利用者1人あたりの平均利用額(単位)を支給限度額(単位)で除したものを「利用割合」と呼び、サービス利用者がどれほど多くのサービスを利用

しているかを表す指標としている。

まず、図2-5-1で要介護度別に居宅サービスの利用者数の変化を追うと、居宅サービスの場合、要介護1の利用者が最も多く、要支援以外の要介護度の利用者は増加傾向にあるが、要支援のみが減少傾向を示していることがわかる。

次に利用割合についてであるが、表2-5-6及び図2-5-2からわかるように、全国集計の値と比較してG区の利用割合は高く、特に要介護度が高い程、全国集計値との差が大きくなっている。このことからG区では要介護度の高い人のサービス利用が進んでいると言える。しかし、他方で、要支援の利用割合は全国集計値を下回り、図2-5-3に示された要介護度別の利用割合の変化を見ると、要支援の利用割合に減少傾向が見られる。

表2-5-5 居宅サービスの利用者数と利用割合

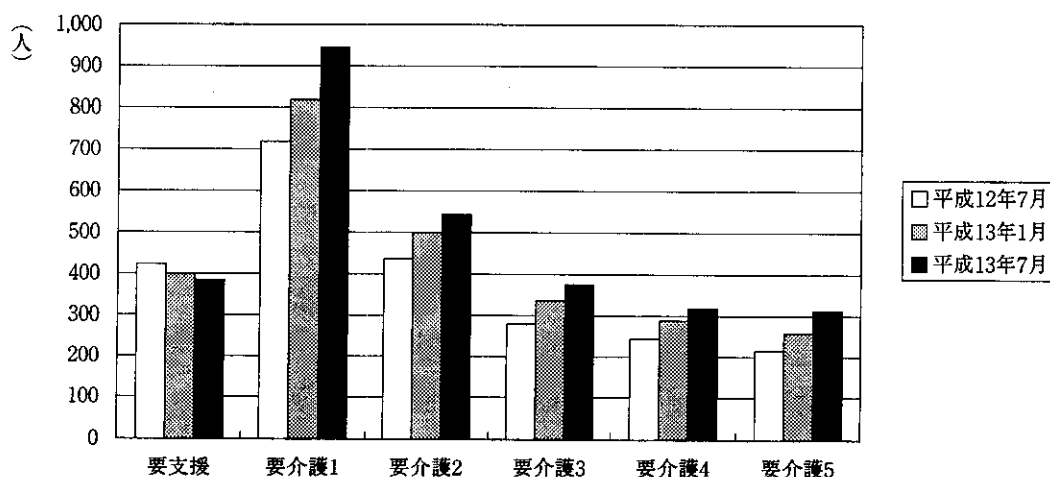
平成12年7月	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計・平均
人数	420	719	434	279	242	216	2,310
平均利用単位数	3,227	6,774	8,697	12,045	16,634	20,151	-
支給限度額管理	6,150	16,580	19,480	26,750	30,600	35,830	-
利用割合(%)	52.5	40.9	44.6	45	54.4	56.2	47.7

平成13年1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	402	816	494	336	288	256	2,592
平均利用単位数	2,820	6,061	8,529	11,897	15,391	20,357	-
支給限度額管理	6,150	16,580	19,480	26,750	30,600	35,830	-
利用割合(%)	45.9	36.6	43.8	44.5	50.3	56.8	45.5

平成13年7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	382	939	541	373	314	309	2,858
平均利用単位数	2,776	6,483	9,721	13,630	17,677	22,256	-
支給限度額管理	6,150	16,580	19,480	26,750	30,600	35,830	-
利用割合(%)	45.1	39.1	49.9	51	57.8	62.1	50.6

出典) G区提供資料。各月とも、平成13年9月審査分まで反映。

図2-5-1 要介護度別居宅サービス利用者数の変化



出典) 表2-5-5より筆者作成。