

図 2a.手段的ネットワークの特徴(複数回答)

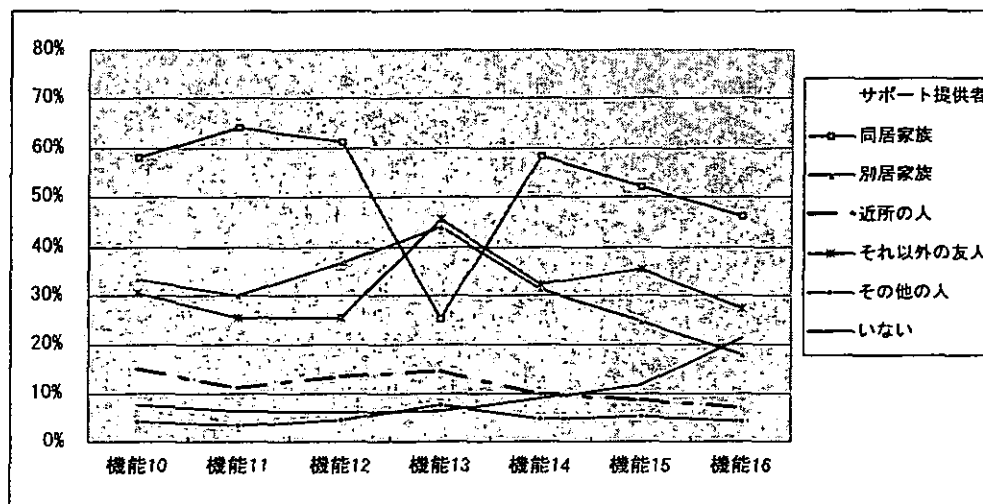


図 2b.情緒・余暇的ネットワークの特徴(複数回答)

#### (4)機能別ネットワーク類型をもとにしたSN型、RN型ネットワークの識別法

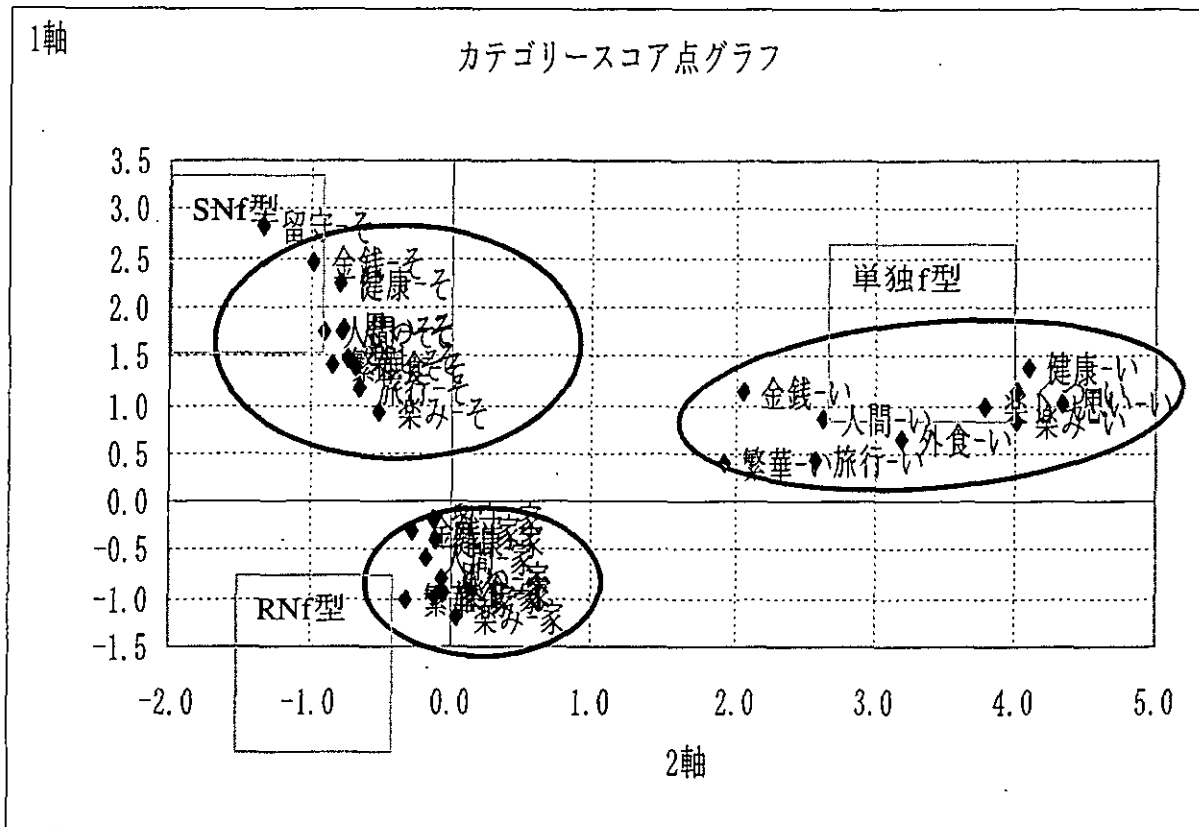
ここでは、機能提供者の回答パターンをもとにして、以下の手順によりサポータティブ・ネットワークをSN型、RN型に分類する。

まず、機能ごとにサポータティブ・ネットワークを、SN型とRN型に分類した。具体的には、サポート機能  $f$  の提供者として「同居家族」「別居家族」「近所の人」のみに依存する場合をRN型とし、「それ以外の友人」「その他の人」からもサポートの提供者が選択されている場合をSN型とした。尚、当初は、サポート機能の提供者がいない高齢者の存在は想定していなかったが、各機能において、5・10%程度存在していた。そこで、この高齢者を単独型と分類することとした。

次に機能ごとのネットワーク類型の相互関連を見るために数量化3類による分析を行なった。分析

は、機能をアイテムとして、ネットワーク類型をアイテムごとのカテゴリー変数として行った。図 2 はカテゴリー変数のカテゴリースコアの散布図である。図中、機能 f に関する3つのカテゴリーは、それぞれ SNf 型、RNf 型、単独 f 型と表記している。

図 2 機能別ネットワーク類型



SNf 型、RNf 型、単独 f 型は3つの群にきれいに分かれて分布している。すなわち、ある機能 f のサポータティブ・ネットワークが SNf 型である人は、他の機能 f についても SNf 型のサポータティブ・ネットワークを有する傾向があり、この傾向は RNf 型、単独 f 型にもある事がわかる。これらのことから、SNf 型、RNf 型、単独 f 型と分類された機能別サポータティブ・ネットワークの数をそれぞれの類型別にカウントし、SNf 型がもっとも多いときに、当該回答者のサポータティブ・ネットワークは SN 型と総合的に分類することとした。以下同様に、RNf 型がもっとも多いとき、単独 f 型がもっとも多いとき、それぞれ RN 型、単独型と分類することとした。

このネットワーク類型化にもとづき、集計を行うと、全サンプル中、SN 型は 13.2%、RN 型は 82.1%、単独型は 4.7% 存在することがわかった。さらに、これを地域別に集計した結果が表 3 である。高齢者のサポータティブ・ネットワークは RN 型がマジョリティではあるが、SN 型も1割強存在し、その割合は、地方都市に行くほど少なくなることが分かる。

表 3 地域別 SN 型ネットワークを保有する高齢者分布

対象地域	佐久市	西東京市	世田谷区	全体
人数	11人	22人	34人	70人
比率	6.4%	13.1%	21.9%	13.8%

## 5 SN型サポーター・ネットワークのストレス緩衝効果の検証

### (1) 第1過程転居ストレス緩衝効果の検討

第1過程転居ストレス緩衝効果の検討を行うにあたって、ここでは生理的、心理的ストレス反応を直接測定することに替えて、転居意志を測定することとした。転居をストレスフルなライフイベントとする事前評価がなされていれば、転居意思を表明する確率は小さくなることが予想されるため、これを第一過程のストレス反応の代理指標として用いた。ただし、高齢期における転居の背景因子を考えて、配偶者の死別や身体状況の変化等により、自立した生活が困難となり、介助・介護といった低次の欲求を充足するためにケア付き住宅への転居を選択する場合と、自立した生活は可能であるけれどもよりよい住環境を求めて転居する場合について設問を分けて聞いている。前者をケア付き住宅居住志向と呼び、後者を住環境改良志向とここでは呼ぶこととする。

ケア付き住宅居住志向者の比率を、SN型とRN型にわけて集計を行った結果、表4a.のようになった。これらの比率の差が統計的に有意であるかを確かめる為に $\chi^2$ 検定を行った結果、ケア付き住宅居住志向はSN型がRN型に比較して有意に高かった。

表4. サポート・ネットワークがケア付き住宅居住志向に及ぼす影響の検討

#### a. ネットワーク類型別比較

	比率	$\chi^2$ 検定
SN型	27.9%	**
RN型	15.3%	

#### b. 性別別比較

	比率	$\chi^2$ 検定
男性	16.3%	n.s
女性	18.6%	

#### c. 年齢別比較

	比率	$\chi^2$ 検定
前期	19.1%	n.s
後期	14.9%	

#### d. 補助具使用状況別比較

	比率	$\chi^2$ 検定
不使用	16.8%	n.s
使用	19.1%	

#### e. 学歴別比較

	比率	$\chi^2$ 検定
低学歴	16.6%	n.s
高学歴	18.1%	

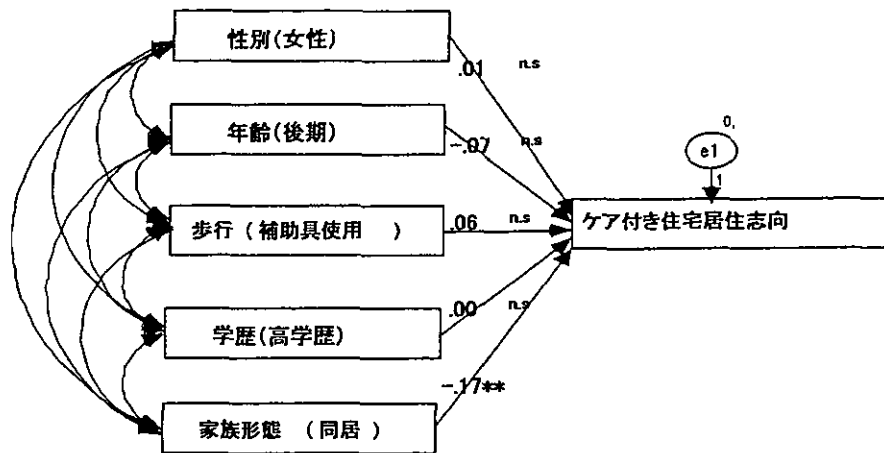
#### f. 家族形態別比較

	比率	$\chi^2$ 検定
単身	34.7%	**
夫婦	18.2%	
同居	12.8%	

有意確率(両側)\*\*:  $p < 0.01$ , \*:  $p < 0.05$ , n.s: not significant

表4bから4fは、性別、年齢、身体状況、学歴、及び家族形態と、ケア付き住宅居住志向の関連を見るために、それぞれケア付き住宅居住志向者比率の差の検定を行った結果である。性別、年齢、補助具の使用状況、学歴による有意な差は認められなかったが、家族形態については有意が見られ、同居世帯群でケア付き住宅居住志向が最も低い事がわかった。

これらの5変数がケア付き住宅居住志向に及ぼす独立の影響を検討する為に、共分散構造分析(重回帰モデル)を行った。各パスにおける標準化係数を図3に示した。共分散構造分析の結果、ケア付き住宅居住志向に有意な効果をもつ変数は、家族形態だけであった。同居世帯群で負の影響が認められた。同居世帯では既に介助・介護へニーズが充足されているためと考えられる。



有意確率(両側)\*\*:  $p < 0.01$ , \*:  $p < 0.05$ , n.s: not significant

図3 属性がケア付き住宅居住志向に及ぼす影響の検討

次に、SN型ネットワークの緩衝効果を検討する為に、家族形態からケア付き住宅居住志向間のパスに等値制約をかけた場合とかけない場合のモデルの適合度を比較した。等値制約は、ネットワーク類型別に2群(SN型  $W_{0i}$ , RN型  $W_{00i}$ )に分けて比較を行った。制約なしをモデル1、 $W_1$ に制約を与えたモデルをモデル2とする(表5)。AIC基準は、モデル適合度が良くなるほど小さくなる指標で、2以上の差があるかどうかの判別の基準とされている。緩衝効果があるとするれば、モデル1の適合度が高く、 $W_{01} > W_{001}$ となるはずであるが、上述の基準に従えば両モデルの適合度にはほとんど差が出なかった。ただし、 $W_{01}$ と $W_{001}$ を比較するために、表6にモデル1における変数間のパスにおける標準化係数を示した。RN型では有意に家族形態(同居)の負の効果が認められたが、SN型では有意ではなく、有意に $W_{01} > W_{001}$ となっている。RN型高齢者は、同居しているか否かがケア付住宅指向に影響をもち同居の場合有意にケア付住宅指向は低くなるのに対して、SN型の高齢者は同居していても同居していない高齢者とケア付き住宅居住志向比率は同じであることが分かる。家族への依存が少ないSN型高齢者は、ケア付住宅への転居に対する抵抗が少ない事がわかる。

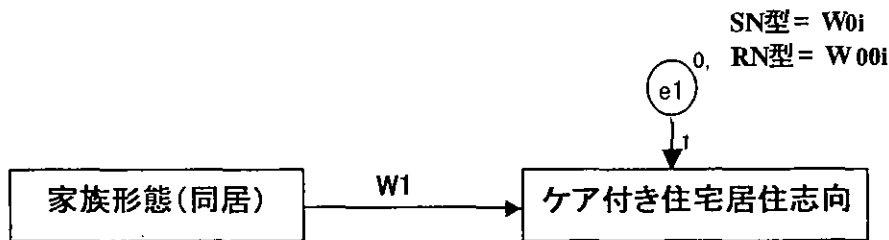


図4 ケア付き住宅居住志向仮説検討モデルA(SN型ネットワーク緩衝効果)

表5 ケア付き住宅居住志向仮説検討モデルAの適合度(SN型  $W_{0i}$ , RN型  $W_{00i}$ )

	AIC	制約条件	AIC
全サンプル	10.00	1 制約なし	20.00
		2 $W_{01} = W_{001}$	18.98

表6 モデルAの変数間におけるパスの標準化係数

全サンプル パス		標準化係数	
W1 家族形態 (同居 → ケア付き居住志向)		-0.17 **	

モデル1 パス	標準化		係数差検
	SN	RN	SN-RN
W1 家族形態 (同居 → ケア付き居住志向)	-0.08 n.s	-0.19 **	-0.973 n.s

	切片		切片差検
	SN	RN	SN-RN
ケア付き居住志向	0.366 **	1.423 **	0.353 n.s

有意確率(両側)\*\*:  $p < 0.01$ , \*:  $p < 0.05$ , n.s: not significant

(2)住環境改良志向仮説の検討

住環境改良志向者の比率を、SN型とRN型にわけて集計を行った結果、表7aのようになった。住環境改良志向者の比率はSN型がRN型に比較して高い傾向があるが、 $\chi^2$ 検定を行った結果これらの比率の差は統計的に有意ではない。

表7 SN型ネットワークが住環境改良志向に及ぼす影響の検討

a. ネットワーク類型別比較

	比率	$\chi^2$ 検定
SN型	29.0%	n.s
RN型	25.3%	

b. 性別別比較

	比率	$\chi^2$ 検定
男性	28.9%	*
女性	21.4%	

c. 年齢別比較

	比率	$\chi^2$ 検定
前期	28.4%	**
後期	19.4%	

d. 補助具使用状況別比較

	比率	$\chi^2$ 検定
不使用	27.2%	*
使用	16.1%	

e. 学歴別比較

	比率	$\chi^2$ 検定
低学歴	23.7%	n.s
高学歴	29.6%	

f. 家族形態別比較

	比率	$\chi^2$ 検定
単身	33.3%	**
夫婦	30.1%	
同居	20.1%	

有意確率(両側)\*\*:  $p < 0.01$ , \*:  $p < 0.05$ , n.s: not significant

ケア付住宅志向で行った分析と同様に、性別、年齢、身体状況、学歴、家族形態の5変数について、住環境改良志向者比率の差の検定を行った。その結果、男性が女性に比較して、前期高齢者群が後期高齢者群に比較して、補助具不使用群が補助具使用群に比較して、単身世帯が同居世帯に比較して、住環境改良志向が有意に高いことがわかった。ただし、学歴については有意な差は認められなかった。

これらの5変数の独立の影響を検討する為に、共分散構造分析(重回帰モデル)を行った。各パスにおける標準化係数を図5に示した。統計的に有意であった性別、年齢、家族形態と住環境改良志向間のパスに関しては、女性、後期高齢者群、同居世帯群で負の影響が認められた。補助具

の使用状況と住環境改良志向間のパスが統計的に有意ではなかったのは、補助具の使用状況と年齢で正の強い相関関係が認められ、年齢の見せかけの効果があつた事によると考える。

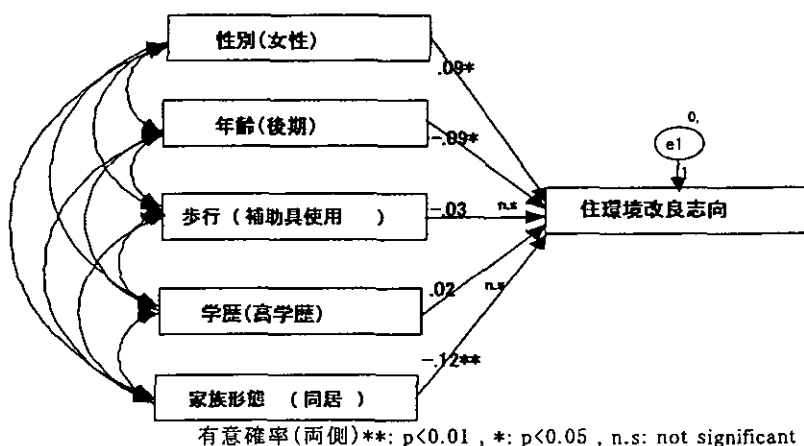


図 5.属性が住環境改良志向に及ぼす影響の検討

次に、SN 型ネットワークのの緩衝効果を検討する為に、性別(女性)、年齢(後期)、家族形態(同居)から住環境改善志向のパスに等値制約をかけた場合とかけない場合のモデルの適合度を比較した。等値制約は、ネットワーク類型別に 2 群(SN 型  $W_{0i}$ , RN 型  $W_{00i}$ )に分けて比較を行った。制約なしをモデル 1、 $W_1$ (性別)に制約を与えたモデルをモデル 2、 $W_2$ (年齢)に制約を与えたモデルをモデル 3、 $W_3$ (家族形態)に制約を与えたモデルをモデル 4、 $W_1$  及び  $W_2$  に制約を与えたモデルをモデル 5、 $W_1$  及び  $W_3$  に制約を与えたモデルをモデル 6、 $W_2$  及び  $W_3$  に制約を与えたモデルをモデル 7、 $W_1$  及び  $W_2$  及び  $W_3$  に制約を与えたモデルをモデル 8 とする(表 8)。

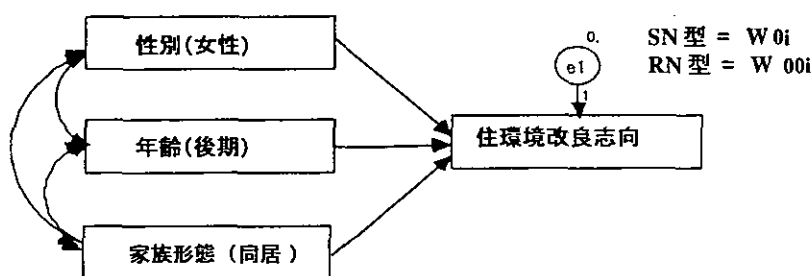


図 6 住環境改良志向仮説検討モデル(SN 型ネットワーク緩衝効果)

表 8 住環境改良志向仮説検討モデルの適合度(SN 型  $W_{0i}$ , RN 型  $W_{00i}$ )

	AIC	制約条件	AIC	制約条件	AIC
全サンプル	28.00	1	56.00	5	52.27
		2	54.27	6	52.29
		3	54.01	7	52.03
		4	54.02	8	50.30
					, $W_3=W_{003}$

表8から分かるように、全ての変数に等値制約をかけたモデルの適合度が最も高い。このことは、ケアつき住宅への転居は、介護・介助という低次欲求充足の必要性から生じており、高齢者にとってはやむをえざる選択であり、ただしその際にSN型ネットワークの保有は転居をストレスフルだと評価する心的反応を緩衝する働きがあることを示すものと解釈できる。一方、住環境改善という高次欲求の充足を背景要因とする転居は、そもそも自発的な行為であるためにネットワーク特性の差は一次過程の評価に影響を与えないものと考えられる。

### (3) SN型ネットワーク第2過程転居ストレス緩衝効果の検証

第二次過程における転居ストレス緩衝効果の検証にあたって、既存研究により高齢者の外出回数と主観的QOLは正の相関があることから、転居後の適応状況を示す指標として一週間あたりの外出回数を用いた。外出回数は、社会的適応状況を示す指標とも考えることができる。具体的には、選択肢は「ほぼ毎日外出する」から「ほとんど外出しない」までの5件法で質問し、これを1週間の外出回数に換算した(表9)。

表9 第2過程転居ストレス緩衝効果の測定

設問	現在、週に何回くらい外出されますか？	
選択肢 (1つ)	1.ほぼ毎日外出する	→週 7.0回
	2.週に4~5回	→週 4.5回
	3.週に2~3回	→週 2.5回
	4.週に1回	→週 1.0回
	5.ほとんど外出しない	→週 0.0回

表10は、高齢期の転居経験の有無を説明変数に、1週間の外出回数の平均値の差が統計的に有意であるかを確認する為にt検定を行った結果である。結果、高齢期の転居経験有り群は高齢期の転居経験無し群に比較して外出回数が有意に少なく、転居による否定的な影響が認められる。

表10 転居経験が1週間の平均外出回数に及ぼす影響の検討

無し	有り	P(T<t)
4.18 *	3.36	**

有意確率(両側)\*\*:  $p < 0.01$ , \*:  $p < 0.05$ , n.s.: not significant

次に、SN型ネットワークの緩衝効果を検討する為に、転居経験から外出回数間のパスに等値制約をかけた場合とかけない場合のモデルの適合度を比較した。等値制約は、ネットワーク類型別に2群(SN型  $W_{0i}$ , RN型  $W_{00i}$ )に分けて比較を行った。制約なしをモデル1、 $W_1$ に制約を与えたモデルをモデル2とする(表11)。緩衝効果があるとすれば、モデル1の適合度が高く、 $W_{01} > W_{001}$ となるはずであるが、上述の基準に従えば両モデルの適合度にはほとんど差が出なかった。ただし、 $W_{01}$ と $W_{001}$ を比較するために、表12にモデル1における変数間のパスにおける標準化係数を示した。RN型では有意に転居の負の効果が認められたが、SN型では有意ではなく、有意に $W_{01} > W_{001}$ となっている。RN型高齢者は、転居経験が外出回数を有意に低くするのに対して、SN型の高齢者は転居していても転居していない高齢者と外出回数は同じであることが分かる。家族や近隣への依存が少ないSN型高齢者は、転居前の人間関係を維持できるので、転居後社会的に孤立することがなく、社会活動を継続していることが反映しているものと考えられる。

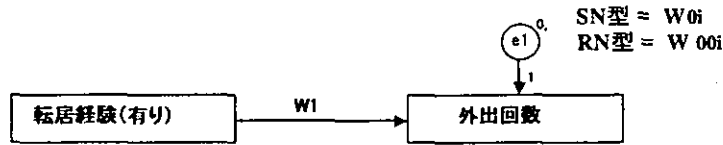


図7 社会的適応仮説検討モデル A (SN 型ネットワーク緩衝効果)

	AIC		制約条件	AIC
全サンプル	10.00	1	制約なし	20.00
		2	W01=W001	18.69

表11 社会的適応仮説検討モデル A の適合度 (SN 型 W0i, RN 型 W00i)

全サンプル	パス	標準化係数			
W1	転居経験(有り) → 外出回数	-0.17	**		
モデル1		標		係数差検定	
	パス	SN	RN	SN-RN	
W1	転居経験(有り) → 外出回数	-0.07	n.s	-0.18	**
		切片		切片差検定	
		SN	RN	SN-RN	
外出回数		4.602	**	4.089	**
				-1.446	n.s

表12 モデル A の変数間におけるパスの標準化係数  
有意確率(両側)\*\*: p<0.01, \*: p<0.05, n.s: not significant

都市近郊部と郊外部に立地する有料老人ホーム居住者の外出行動を比較検討した竹嶋(1996)は、ADL の低下を外出行動を抑制する大きな要因としつつ、周辺施設の魅力や目的地迄の距離等の立地条件の差異が外出行動に影響を及ぼしている事を指摘している。世田谷区と佐久市では、文化・商業施設の充実度、交通網の整備状況等の差異が特に顕著で、佐久市の SN 型及び RN 型が保有するネットワークに比較して、世田谷区の SN 型が保有するネットワークは高い転居ストレス緩衝効果をもつ事が考えられる。

この事を検討する為に、転居経験から外出回数間のパスに等値制約をかけた場合とかけない場合のモデルの適合度を比較した。等値制約は、地域(佐久市と世田谷区)に関してネットワーク類型別に 4 群(佐久市 SN 型 W01, 佐久市 RN 型 W001, 世田谷区 SN 型 W0001, 世田谷区 RN 型 W00001)に分けて比較を行った。制約なしをモデル 1、W1 に制約を与えたモデルをモデル 2 とする(表13)。AIC 基準で比較する限り、両モデルの適合度に大きな差はなかった。

そこで、地域ごとのパス係数の差を見るために、表14にモデル1における標準化パス係数を示した。標準化係数は、佐久市及び世田谷区の RN 型では有意に転居経験(転居経験有り)の負の効



果が認められたが、佐久市及び世田谷区 SN 型では有意ではなかった。さらに、4 群間で標準化係数の差の検定を行ったところ、世田谷区 SN 型と世田谷区 RN 型、世田谷区 SN 型と佐久市 RN 型の差が有意であるけれども、佐久市 SN 型と佐久市 RN 型の差は有意さが出なかった。これらの結果は、SN 型ネットワークの転居ストレス緩衝効果は、世田谷区の方が佐久市よりも高い可能性があることを示している。

表 13 社会的適応仮説検討モデル A の適合度  
(佐久市 SN 型 W01, 佐久市 RN 型 W001, 世田谷区 SN 型 W0001, 世田谷区 RN 型 W00001)

AIC		制約条件		AIC
全サンプル	20.00	1	制約なし	40.00
		2	W01=W001=W0001=W00001	39.44

表 14 モデル A の変数間におけるバスの標準化係数

全サンプル	バス	標準化係数	
W1 転居経験 (有り)	→ 外出回数	-0.17	**

モデル 1	バス	標準化係数			
		佐久SN	佐久RN	世田谷SN	世田谷RN
W1 転居経験 (有り)	→ 外出回数	-0.39 n.s	-0.26 *	0.132 n.s	-0.29 **

モデル 1	バス	係数差検定					
		佐S-佐R	佐S-世S	佐S-世R	佐R-世S	佐R-世R	世S-世R
W1 転居経験 (有り)	→ 外出回数	0.474 n.s	1.570 n.s	0.466 n.s	2.216 *	-0.02 n.s	-2.25 *

	切片			
	佐久SN	佐久RN	世田谷SN	世田谷RN
外出回数	4.47 **	3.946 **	4.327 **	4.244 **

	切片差検定					
	佐S-佐R	佐S-世S	佐S-世R	佐R-世S	佐R-世R	世S-世R
外出回数	-0.716 n.s	-0.180 n.s	-0.308 n.s	0.823 n.s	0.933 n.s	-0.174 n.s

有意確率(両側)\*\*:  $p < 0.01$ , \*:  $p < 0.05$ , n.s: not significant

## 6 まとめ

既存の転居ストレスへの適応過程に関する研究では、高齢期の転居が身心面の健康に否定的な影響を及ぼす事が報告されてきた。これらの研究では、高齢者の社会関係は居住地域や親族関係の連帯性を基盤とした関係であるために、転居によって社会関係が喪失するとの前提が置かれている。しかし、高齢者の中には機能代替性の高いSN型ネットワークを保有する者が存在し、今後このタイプの高齢者は増加することが予想される。本章では、Cohen.S & Wills.TA(1985)の提示したストレス緩衝効果モデルを用い、このSN型ネットワークは移動によって縮小しにくいために、高い転居ストレス緩衝効果を発揮することを検証した。

検証にあたっては、生理、心理的ストレス反応を直接測定することに替えて、転居意志と外出回数を測定することとした。転居をストレスフルなライフイベントとする事前評価がなされていれば、転居意思を表明する確率は小さくなることが予想されるため、これを第1過程のストレス反応の代理指

標として用いた。また、既存研究により高齢者の外出回数と主観的 QOL は正の相関があることから、転居後の適応状況を示す指標として一週間あたりの外出回数を用いた。外出回数は、社会的適応状況を示す指標とも考えることができる。分析データは、2章と同じ調査データを用いた。

その結果、ネットワークタイプは、住環境改善を目的とする転居志向とは関連はないが、ケアつき住宅への転居志向は SN 型が有意に高いこと、また子供と同居する高齢者が RN 型である場合には有意にケアつき住宅への転居志向が減少するのに対して、SN 型である場合には同属性の効果は有意差がなくなることを明らかにした。このことは、ケアつき住宅への転居は、介護・介助という低次欲求充足の必要性から生じており、高齢者にとってはやむをえざる選択であり、ただしその際に SN 型ネットワークの保有は転居をストレスフルだと評価する心的反応を緩衝する働きがあることを示すものと解釈できる。一方、住環境改善という高次欲求の充足を背景要因とする転居は、そもそも自発的な行為であるためにネットワーク特性の差は一次過程の評価に影響を与えない。

次に、「第 2 過程」の緩衝効果をみると、RN 型ネットワーク保有者では転居経験が外出回数を有意に減少させるのに対して、SN 型ネットワークの保有者では外出回数に優位な差がないことから、SN 型ネットワークの保有者は転居後も転居前のネットワークを維持して活動しているものと考えられる。

今回の分析は、サポート・ネットワークのストレス緩衝効果に焦点をあてている。しかし、SN 型高齢者と RN 型高齢者の違いは、価値観やライフスタイルの違いにも現れる可能性高い。今回は詳しく分析を行っていないが、アンケート調査を補完する意味でアンケート協力者に対して追加インタビューを行っている。その結果、以下のような高齢者像が浮かび上がってきている。SN 型高齢者は、子供との同居は望まない。しかし、子供との交流は活発である。したがって、安心を求めて転居するが、転居先として個別性の高い居住環境を志向する。転居しても、転居前の社会関係が維持できるので、転居に対する抵抗が小さい。転居後は、都市的アメニティの多い環境を積極的に活用する。一方、RN 型高齢者は、子供への依存傾向が強く、転居は好まない。転居せざるをえない状況に置かれた時には、軽費老人ホームのような共同性の高い環境を選択し、その中で社会適応する。すなわち、RN 型高齢者はストレスに弱いと考えてきたけれども、RN 型高齢者に適合的な住環境が存在し、転居先が適合的な環境であればストレスを低く押さえることが可能だと考えられる。

今後、高齢者のタイプと居住環境の適合関係を検討していくことが、政策上重要になるものと考えられる。

#### 参考文献

Brand, F & Smith, R : Life Adjustment and Relationship of The Elderly , J of Gerontology, Vol. 29, pp. 336-340, 1974

Cantor, MH : Neighbors and Friends; An Overlooked Resource in the Informal Support System, Research on Aging, Vol. 1, No. 4, pp. 434-463, 1979

Chiriboga, DA : Social Stressors as Antecedents of Change, J of Gerontology, Vol. 39, No. 4, pp. 468-477, 1984

Chiriboga. DA : The Measurement of Stress Exposure in Later Life , In Markides. KS & Cooper. CL (Eds), Aging, Stress and Health, John Wiley & Sons Ltd, pp.13-42 , 1989  
Cobb.S : Social Support as a Moderator of Life Stress, Psychosomatic Medicine, Vol. 38(5), pp. 300-314, 1976

Cohen.S & Wills.TA : Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis, Psychological Bulletin, Vol.98(2), pp. 310-357, 1985

Cutrona. C 他 : Social Support and Adaptation to Stress by the Elderly, J of Psychology and Aging, Vol.1 No.1, pp. 47-54, 1986

Eckert. JK : Dislocation and Relocation of The Urban Elderly; Social Networks as Mediators of Relocation Stress, Human Organization, Vol.42 No.1, pp.39-45, 1983

Everard. KN 他 : Relationship of Activity and Social Support to the Functional Health of Older Adults, J of Gerontology; Social Sciences, Vol.55B No.4, pp.208-212, 2000

Litwake. E & Szelenyi. I : Primary Group Structures and Their Functions; Kin, Neighbors and Friends, American Sociological Review, Vol.34(4), pp.465-481, 1969

Litwake. E : Helping the Elderly, Guilford Press, 1985

Selye. H : The Stress of Life, McGraw-Hill Paperbacks, 1956

Wellman. B : The Community Question; The Intimate Networks of East Yorkers' , American J of Sociology, Vol.84(5), pp.1201-1231 , 1979

Wirth. L : Urbanism as a Way of Life, American J of Sociology, Vol.44(1), pp.1-24, 1938

安藤孝敏 : 地域老人における転居と転居後の適応, 老年社会科学, No16, pp.172-177, 1995

岡村清子 : 高齢期における配偶者との死別と孤独感, 老年社会科学, Vol.14, pp.73-81, 1992

坂野達郎・澤岡詩野 : 居住形態が高齢者の選択的行動に及ぼす影響に関する研究、計画行政、2000

袖井孝子 : 社会老年学の理論と定年退職, 社会老年学, No.1, pp.19-36, 1975

竹嶋祥夫：立地条件の違いによる高齢者の外出 行動に関する研究，老年社会科学，第 15 卷，1996

野辺政雄・田中宏二：地方都市における既婚女性の社会的ネットワークの構造，社会心理学研究，第 10 卷第 3 号，pp. 217-227, 1994

八尋華那雄他：ホームズらの社会的再適応評価尺度，健康心理学研究，Vol. 6 No. 1，pp. 18-32，1993

前田信彦：都市におけるパーソナルコミュニティの形成；ソーシャルネットワーク論からの分析，研究紀要(6)，日本労働研究機構，pp. 35-50, 1993

前田信彦：都市居住高齢者のパーソナルコミュニティ；東京都におけるソーシャルネットワーク調査，研究紀要(11)，日本労働研究機構，pp. 17-44, 1996

# 第7章 地域において高齢者を支える制度・政策のあり方 ～在宅介護支援センターを取り巻く問題を中心として～

## 1 はじめに

本研究事業は、介護サービスと世帯・地域との関係について様々な観点から分析を試みるものであるが、その背景として、在宅において生活している高齢者を支える（介護に限らない）サービスを提供する枠組みが、特に公的な位置づけのあるサービスを中心にしてどのように構築されているのかについて、これまでの歴史的経緯から今後の制度・政策の方向性を含めて分析することは重要であると思われる。特に、近年、先進諸国の間では在宅ケアを基本とすべきというコンセンサスがほぼ確立し、その中で高齢者の自立性の確保、消費者としての高齢者の権利の尊重、地域における様々なサービスの整合性の確保等が共通の政策課題として挙げられてきている中<sup>1</sup>、我が国においても同様の方向性で政策が進められてきている。本章においては、そのような状況を踏まえつつ、制度・政策の面から地域の高齢者に対する介護・生活支援の在り方について、我が国の状況に即した分析を行うものである。

我が国においても、少子高齢社会の進展の中で、高齢者のみ世帯や特に一人暮らし高齢者の増加、また、子ども等と同居している場合においても介護者の高齢化や介護が必要となる期間の長期化等を通じて、従来はもっぱら家族の中の問題と捉えられてきた高齢者の介護が社会的な問題と認知されるようになって久しい。<sup>2</sup>そのような経緯も踏まえ、2000（平成12）年4月から介護保険制度が導入され、高齢者介護の分野においてさまざまな成果を上げてきており、現在、制度導入後ほぼ4年が経過し、介護保険事業計画期間の第1期が終了して第2期に入っているところである。しかしながら、もともと「走りながら考える」ということを前提として導入された制度であることもあり、これまでに、いろいろな制度上の問題点が指摘されているということも事実である。そのような中、将来の高齢者介護のあり方を見据えたいろいろな報告書等がとりまとめられており、それらの報告書等の内容を紹介しつつその取り上げた論点についてさらに分析を加えることによって、地域において

高齢者介護・生活支援を進める体制のあるべき姿を浮き彫りにすることが可能であると考えられる。

なお、本章をまとめるに当たっての考え方は、2003（平成15）年6月にとりまとめられた「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」において「生活の継続性を維持するための新しい介護サービス体系」として位置づけられた4本柱、

- ① 切れ目のない在宅サービスの提供
- ② 自宅、施設以外の多様な「住まい方」の実現
- ③ 高齢者を支える施設の新たな役割
- ④ 「地域包括ケアシステム」の確立

に基本的には沿うものであり、こ

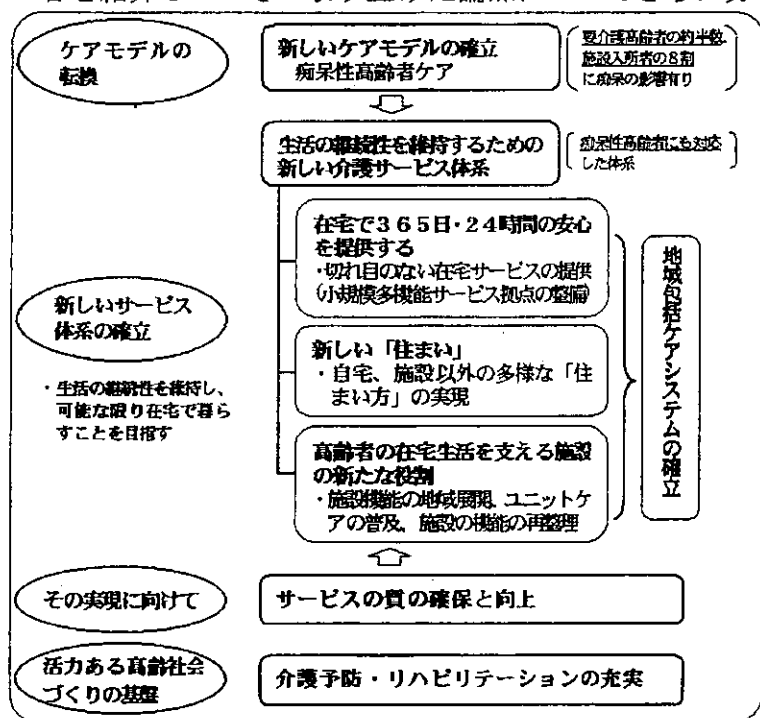


図1：基本的考え方の枠組みのイメージ  
（「2015年の高齢者介護」：厚生労働省HPより引用）

の4本柱を中心に今後の高齢者介護・生活支援の体系が構築されていくことになるものと考えられるが、特に本章においては、図1のように①～③全体を総括する位置づけとなる「地域包括ケアシステム」に関連した部分について、その重要な要素である在宅介護支援センターを取り巻く問題を中心として重点的に論じることとし、介護保険制度の周辺部分も含めたこれまでの施策の経緯、及び各地域において高齢者介護・生活支援を進める制度のあり方と今後の政策の方向性について分析する。

さらに、本章においては、「2015年の高齢者介護」において明示的に取り上げられているものではないが、介護保険制度導入に伴い介護現場において市場競争が進められている中で在宅介護支援センター的な機能のあり方についても考察を加える。これは、そもそも市町村において「高齢者の尊厳を守る介護」を行う体制を確保することが市場競争による介護サービスの提供という環境の中で可能なのかどうかという点を含め、ある意味ではより制度の根幹に関わる論点を含むものであり、最近の民間事業者の状況について紹介しつつ、それらと地域全体で高齢者を支える仕組みとの関係について分析を試みる。その上で、最後に、高齢者介護を支える上での自治体の役割の重要性について述べる。

## 2 地域において高齢者を支える制度・政策の歴史的展開：在宅介護支援センターの在り方を中心として

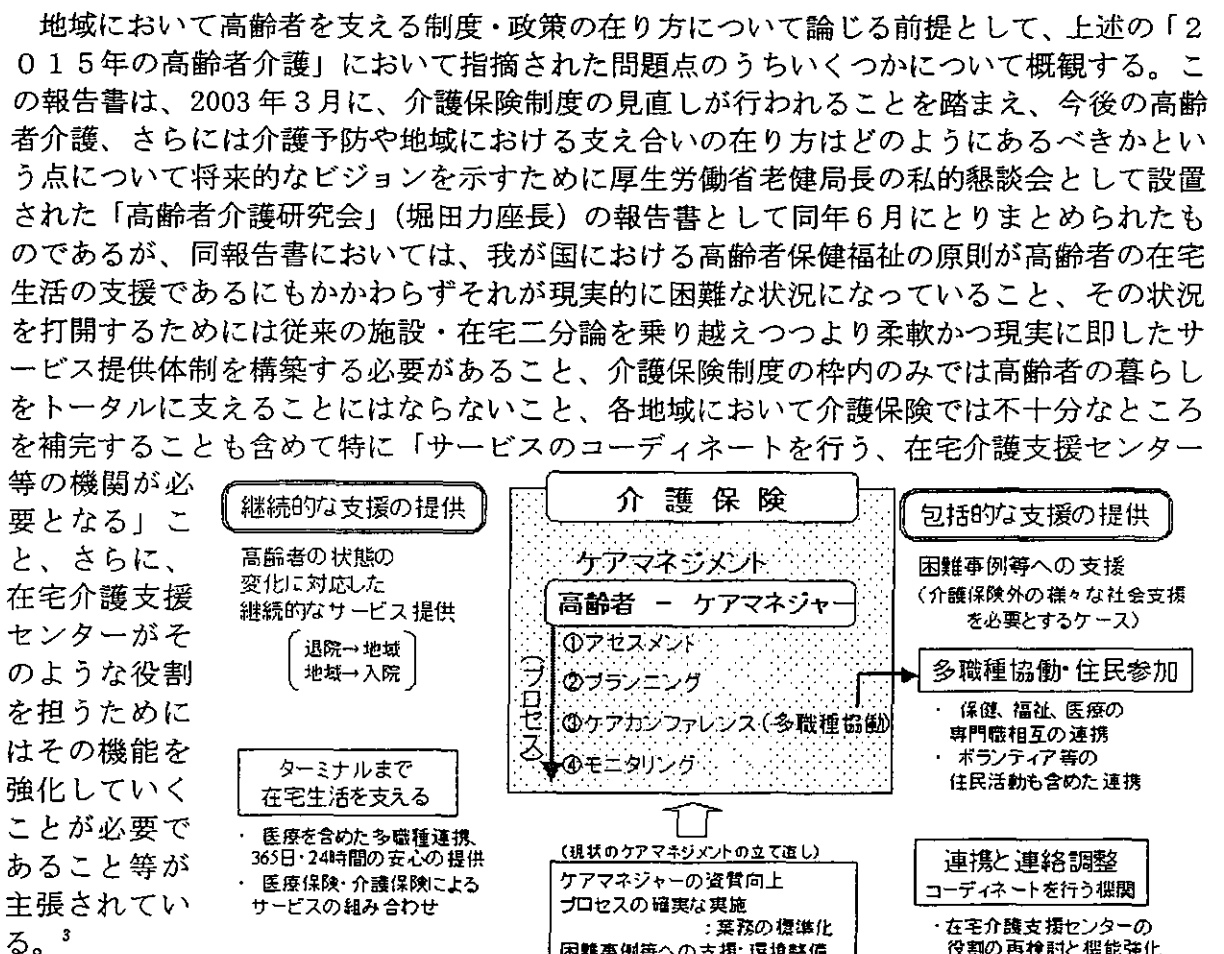


図2：「地域包括ケアシステム」のイメージ図

(「2015年の高齢者介護」：厚生労働省HPより引用)

包括ケアシステム)については図2のような形で示されている。これを見ると、基本的には介護保険制度上のケアマネジメントのみではすべてをカバーすることができないという認識を基本としつつ、他分野との連携の具体的な手法(「他職種協働・住民参加」等)や目的(「ターミナルまで在宅生活を支える」等)についても検討が加えられている。このような中、同報告書において具体的なポイントとして挙げられているのは、大きく分けて、①ケアマネジメントの質の向上、②介護保険以外のサービスも含めた様々なサービスのコーディネートを行う体制の強化、の2点である。

地域において高齢者を支える体制を構築する上で、サービスを利用する高齢者を支援するためにサービス提供の全体像について一定の調整・マネジメントを行うべきという前提に立てば、行政ベースで行うのか事業者ベースで行うのかについては別として、サービス提供全体について統括する何らかの主体が必要となることは論理的な帰結であると考えられるが、それを地域の中でどのように位置づけていくのかによって制度全体のパフォーマンスにも影響を与えるようになることが容易に想像できる。その意味でも、「2015年の高齢者介護」における指摘は正しいものであると考えられるが、今後さらに考えていかなければならない多くの問題があることも事実である。以下、本節においては、この「2015年の高齢者介護」において論じられた考え方を基本にしつつ、介護保険におけるケアマネジメントの在り方についても触れながら、より大きな観点に基づく地域における高齢者ケア・生活支援を進める体制について重点的に論じる。特に、「2015年の高齢者介護」においては、他職種との連携やボランティアによる住民活動等地域の様々な資源を統合した「地域包括ケア」のコーディネートを行う機関として在宅介護支援センターを例示しつつ、今後その役割を再検討して機能を強化していく必要性について指摘しており、本章では、そのような在宅介護支援センターが地域において担っている機能の在り方について中心的に扱い、その歴史的経緯と現状、さらに今後の方向性について概観する。<sup>4</sup>

## 2-1 介護保険制度導入以前の状況：在宅介護支援センターの創設と機能の拡充

### 2-1-1 「介護対策検討会」以前

我が国においては、そもそも1963(昭和38)年の老人福祉法の制定までは、高齢者福祉は生活保護の体系の中で行われてきており、しかも生活保護法の中でも「老衰のため独立して日常生活を営むことのできない要保護者を収容して、生活扶助を行う」ことを目的とした養老施設について定められていたのみであった。実態としても、養老施設の団体における諸活動や各種政策提言、また、1950年代に入ってから一部の自治体における「老人家庭奉仕員」の活動の開始等、高齢者介護に関する部分的な進展は見られるが、<sup>5</sup>地域において生活する高齢者のためのサービスのマネジメントを行うという考え方までは見ることができない。また、制定当初の老人福祉法では、福祉事務所に関して「①老人の福祉に関し、必要な実情の把握に努めること②老人の福祉に関する相談に応じ、必要な調査及び指導を行なうこと、並びにこれらに付随する業務を行なうこと」(原文ママ)と規定されており、そのような考え方の萌芽を見ることができ、この規定は老人福祉法の施行に関する分野について「福祉事務所本来の業務をさらに詳しく具体的に規定したもの」<sup>6</sup>と位置づけられているものに過ぎず、特に地域における高齢者のケアマネジメントがどうあるべきかという検討が行われたものでなかったという点において、現在のこの分野における議論の蓄積状況と比較するとはなはだ不十分なものであったと言えるであろう。実際に行われていた事業をみても、在宅サービスについては1962(昭和37)年度予算において老人福祉センター及び上述の老人家庭奉仕員に関する補助金が初めて計上され、1963年の老人福祉法制定でそれらが法律上位置づけられたにとどまっている。総じて言えば、その頃の状況は、サービス提供体制の整備充実が主眼であり、まだ「マネジメント」を行う必要性そのものについて認識されていなかったのではないかと考えられる。

しかし、時代を経るにつれて、1980年代始めまでには在宅サービスに関してほぼ現在と同様のメニュー（ショートステイ及びデイサービス）に関して補助金が予算化された。さらに、いくつかの審議会等において在宅福祉重視の考え方が示されたことに伴い、1986（昭和61）年度予算において国庫補助率の引き上げ等が行われ、また、同年12月の法改正においてショートステイ及びデイサービスの法定化が図られるなど、制度的な基盤が強化されるに至った。<sup>7</sup>このように在宅サービスが強化されていく中、それらのサービス全体についてマネジメントを行う必要性が認識されるようになっていたことは想像に難くない。<sup>8</sup>

## 2-1-2 「介護対策検討会」以後

介護に関して国のレベルで総合的な報告書がまとめられたのは、厚生事務次官の私的懇談会として開催された介護対策検討会（座長：伊藤善市東京女子大学教授（当時））が1989（平成元）年12月にまとめた報告書が最初であるが、同報告書では、施策のメニューは一応揃ったもののまだ介護が大きな老後の不安要素であるという認識の下で、在宅サービスの整備を進めるとともに、それらのサービス拠点と利用者をつなぐ機能を持つ機関として在宅介護支援センターの全国的な整備展開を提言している。<sup>9</sup>この提言に沿って厚生省<sup>10</sup>を中心として対策が進められたが、特に、同年12月には大蔵、自治、厚生3大臣の合意として「高齢者保健福祉十か年戦略」（いわゆる「ゴールドプラン」）が策定され、その中で在宅介護支援センターを10年間で1万カ所整備する（中学校区ごとに1つ整備）という目標が掲げられており、<sup>11</sup>ケアマネジメントの重要性についての認識がこの段階において政府レベルで確立したということが言えるであろう。<sup>12</sup><sup>13</sup>なお、その当時想定されていた在宅介護支援体制のイメージは図3のとおりであり、現在とは異なる部分もあるものの、現在の体制の基礎となる考え方はこの時点でできあがっていたということも言えるであろう。

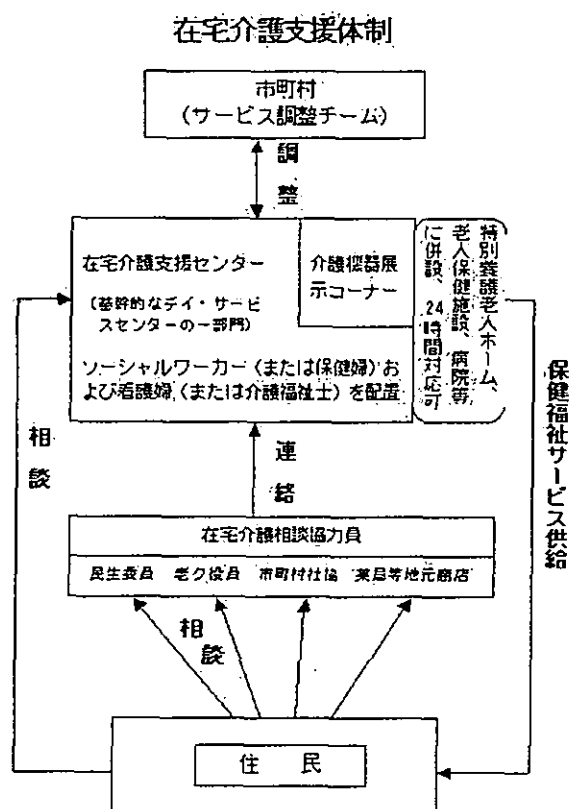


図3：在宅介護支援センター創設当時の在宅介護支援体制のイメージ(村川(1990)より引用)

また、「ゴールドプラン」策定に続いて行われた1990（平成2）年のいわゆる福祉関係八法改正の中で、それらの法的な位置づけについても整備された。具体的には、老人福祉法が改正され、当初は単に福祉事務所の業務とされていた老人の福祉に関する実情把握、相談への対応、調査・指導等の業務について市町村が「行わなければならない」と明記されたほか、特に相談への対応、調査・指導等の具体化を図るものとして、「介護支援相談」に関する条文（第6条の2）が追加された。その内容は次のとおりである。<sup>14</sup>

老人福祉法第6条の2（当時）  
 「市町村は、第5条の4第2項第2号に規定する相談及び指導のうち主として居宅において介護を受ける老人及び養護者に係るものについては、当該市町村の設置する老人デイサービスセンターその他の厚生省令で定める施設の職員に行わせ、又はこれを当該市町村以外の者の設置するこれらの施設に委託することができる。」

この法律改正を受けて、1990年度から



老人デイサービス運営事業実施要綱の中に在宅介護支援センターが位置づけられ、各デイサービスセンターにおいて在宅介護支援センターとしての業務を行うことが可能となる（運営費が国庫補助の対象となる）体制が作られるに至った。さらに、1994（平成6）年の法律改正によって在宅介護支援センターが法律上「老人介護支援センター」<sup>15</sup>として初めて位置づけられ、次のような業務を行うものとされた。この段階に至って、地域において高齢者の生活を支える体制の構成要素が法的にもほぼ出そろったということが言えるであろう。<sup>16</sup>

#### 第20条の7の2（当時）

「老人介護支援センターは、第6条の2に規定する情報の提供並びに相談及び指導、市町村の行う介護の措置等及び老人の心身の健康の保持に関する措置に係る主として居宅において介護を受ける老人又はその者を現に養護する者と市町村、老人福祉施設、医療施設等との連絡調整その他の厚生省令で定める援助を総合的に行うことを目的とする施設とする。」

その後、在宅介護支援センターの施設整備に関する補助金についても1990（平成2）年度予算から計上されるなど<sup>17</sup>、国庫補助の観点からの支援体制が充実してきたこともあり、センター数は順調に増加し、1999（平成11）年度末の段階で6,645施設（65歳以上高齢者10万人当たり30.9施設）にまで整備された。これは、ゴールドプランにおける1万か所という目標値までは達成できていないものの、各地域における高齢者介護を支援する体制としてはそれなりのものが作られてきたとみていいのではないかと考えられる。また、各老人保健福祉圏域別でみると、65歳以上高齢者10万人当たり20施設を切っているところはほとんどなく（全体の5%程度）、全体の6割近くが10万人当たり30～40施設の範囲に収まっていることを見ても、各地域においておおむね均等にセンターの整備が行われてきたことが分かる。<sup>1819</sup>

## 2-2 介護保険制度導入以降の状況：在宅介護支援センターと居宅介護支援事業所の関係の不明確化とそれに伴う問題点

介護保険制度に関する検討の淵源をみると、上述の介護対策検討会報告書においても社会保険方式の可能性について言及されているなど、既に1990年代以前からそのような議論が行われていることが分かるが、より具体的なところまで踏み込んで検討を行ったものは、1994年12月にとりまとめられた「高齢者介護・自立支援システム研究会」報告書である。それ以降、介護保険制度の導入に向けた検討が進められ、最終的には1997（平成9）年に介護保険法が国会において可決・成立し、2000（平成12）年度から介護保険制度が導入されることとなった。この制度改革自体の評価は既に多方面で行われているが、本報告書においては、それまで在宅介護支援センターを中心として整備されてきた地域におけるケアマネジメント体制の中に新たな要素として取り込まれ、ある意味では現場レベルでの問題点を起こしている部分を中心に取り上げる。以下、介護保険制度が導入されることになった時点以降の在宅介護支援センターに係る動き及び制度導入後の介護保険法上の居宅介護支援事業所との関係等について概観する。

まず始めに、「高齢者介護・自立支援システム研究会」報告書の内容は介護保険制度の導入ばかりではなく、ケアマネジメントについても多くを割いてふれていることについて指摘しておく必要があるであろう。同報告書の考え方自体は、まさに介護保険制度におけるケアマネジメントの在り方の基礎を作り、独立した居宅介護支援事業所を創設する基となったものであり、大いに評価されるべきものである。しかしながら、既存の在宅介護支援センターの位置づけや業務実態等の問題点については具体的な記述は無い。唯一、「現在では、・・・高齢者のニーズに即した総合的なサービス提供に欠ける面がある。このため、在宅介護支援センター等の設置が進められているが、今後、サービスを総合的にコーディネートするための取組みをなお一層推進していくことが求められている」とされており、在

宅介護支援センターの枠組みのみでは十分に対応できないという認識であったことは見てとれる。<sup>20</sup>

そのような、いわば議論の出発点において在宅介護支援センターをどうするのが明確にならなかった中、介護保険法制定に向けた検討が進められたが、最終的には、介護保険法において独立したケアマネジメントを行う機関として居宅介護支援事業所が規定された一方で、同法施行に伴う老人福祉法の改正において、同法第6条の2（介護支援相談）中「・・・相談及び指導のうち主として居宅において介護を受ける老人及びその者を現に養護する者に係るものであって特に専門的知識及び技術を必要とするもの・・・」の例示の形で「・・・介護保険法に規定する居宅サービス、居宅介護支援及び施設サービスの適切かつ有効な利用に係るもの」という文言が挿入されたにとどまり、<sup>21</sup>法令上在宅介護支援センターの枠組みに抜本的な改正が加えられた形跡はない。これは、①地域の高齢者の実態把握や介護サービスの提供にまでは至らないような相談への対応等、②介護サービスの利用に関する情報提供や利用相談への対応その他の支援、③介護サービスのみでは対応できない困難事例（医療ニーズのある場合、権利擁護等の対応が必要となる場合）への対応といういわば3段階で構成されていた従来の在宅介護支援センターの業務の中から介護保険サービスに関連するものとして②の部分のみをいわば中抜きした業務を行う機関を創設したということであり、<sup>22</sup>居宅介護支援事業所の創設によって在宅介護支援センターの業務はどうなるのか、特に①と③についてはどこがどのような形で担っていくのか、また居宅介護支援事業所と在宅介護支援センターの関係はどうなるのか等についてはこの時点では明らかになっていなかった。

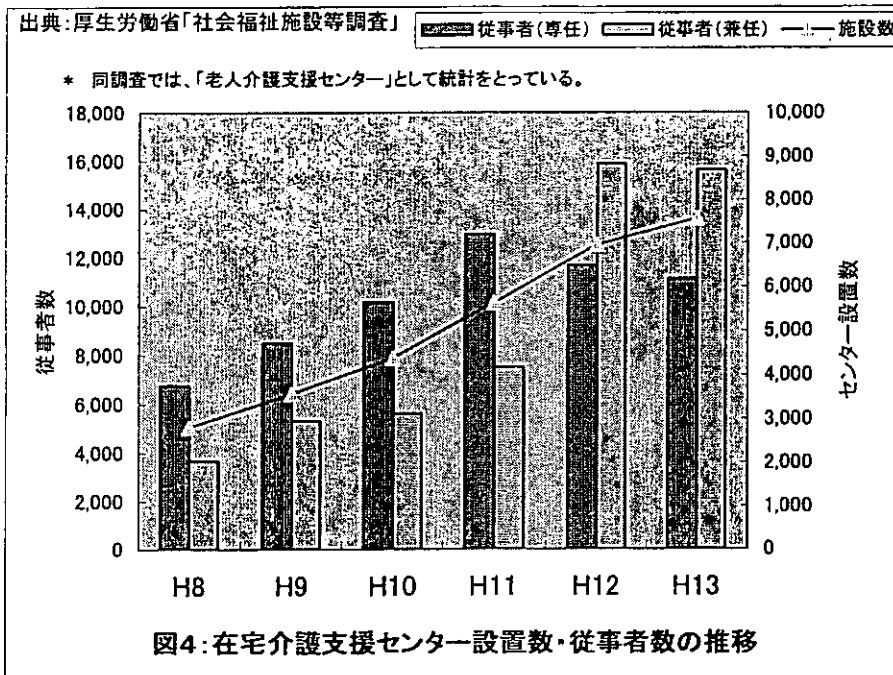
また、法令面での改正以外のものとして、予算上の位置づけの変更をみると、「介護保険制度導入後における地域の相談援助体制を整備し、在宅介護支援センターの機能強化を行う必要」<sup>23</sup>にかんがみ、1998（平成10）年度予算からは従来からの形態のセンター（「標準型」）に加えて「単独型」及び「基幹型」のセンターが創設された。また、この「単独型」及び「標準型」が2000（平成12）年度予算からは統合されて「地域型」とされた。このように、在宅介護支援センターが単独で活動するのではなく、複数のセンターで協働しつつシステム全体として高齢者のサポートを行うという考え方は正しい方向ではあるが、それ自体は在宅介護支援センターの枠組みの中で閉じた世界であり、居宅介護支援事業所との役割分担の在り方をどのようにしていくかといった点についてはやはりあまり明確にされていない。

それが、介護保険制度導入直前の全国厚生関係部局長会議（2000年1月）への提出資料をみると、事業内容の見直しを行いつつもセンターの役割は新たな分野を含めて今後とも大きいとした上で、次のような事業を3本柱として進めることを求めており、制度導入当初の最終的な厚生省の方針を見ることができよう。（以下資料の原文から抜粋）。

- (1) 今後とも要介護者に対する介護サービスの利用調整（ケアマネジメント）業務は業務の一つの柱である。このため、介護保険制度導入に伴い居宅介護支援事業者の指定を積極的に受けるよう指導をお願いしたい。
- (2) また、要介護認定における訪問調査は、在宅介護支援センターの公的な性格からみて業務の一つの柱となるべきものである。各市町村に対しては、センターを積極的に活用するよう指導願いたい。
- (3) 一方、介護保険外の業務としては、平成12年度予算（案）においては、在宅介護支援センターの運営費として、介護報酬の対象とならない総合相談、高齢者実態把握や要介護者以外の者等に対する保健福祉サービスの利用調整（申請代行）等に必要経費を計上しているところである。このほか、介護サービス適正実施指導事業や高齢者共同生活（グループリビング）支援事業等の一部は、在宅介護支援センターに委託して実施することができることとしている。センターにおいては、これらの介護保険外の業務も併せて行う総合的な機能が求められることとなる。

この厚生省の方針について別の言い方をすれば、この段階で、厚生省としては、在宅介護支援センターの位置づけは、居宅介護支援事業所の業務範囲を包含しつつ要介護認定の際の訪問調査、さらには介護保険外の業務（一般保健福祉サービスの利用代行を含む）

等も含んだ広範囲なものを想定していたということができよう。しかし、運営費用として市町村からの委託料と介護報酬という性格の違う財源の2本立てになることについてどのような影響があるのか、<sup>24</sup>個別ケースにおいて在宅介護支援センターと居宅介護支援事業所がどのように連携すればいいのかといった制度運営上の各論の問題は残さ



れたままとなっていた。さらに、居宅介護支援事業所の指定を受けることを想定した上で、地域型の職員配置の基準が2000年度から(それまでの標準型2人から)1人に削減されてしまった他、従来の人件費補助という形での定額補助ではなく、事業費補助の形での事業実績に基づいた加算を組み合わせた形に全面的に変更された。そのような状況に影響を受けてか、センターの職員配置に大きな変化が生じており、図4のように、センター設置数は介護保険制度導入後も順調に増加している反面、専任職員数は2000年から大きく減少し、かわりに兼任者が大きく増加した。これを各センターの平均的な配置数でみると、1999(平成11)年は(専任:兼任) = (2.30:1.33)であったのが2000年には(1.68:2.28)と逆転してしまったことになる。さらに、2001年には

表1: 在宅介護支援センターの業務内容(概略)

	地域型支援センター	基幹型支援センター
事業内容	<p>以下の事業を実施(※:任意)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○実施把握と介護ニーズ等の評価</li> <li>○サービス基本方針の作成(基礎的事項、支援サービス計画の内容、今後の課題等を記載)</li> <li>※介護予防プランの作成</li> <li>積極的に、介護予防サービス等を利用してきるように支援する</li> <li>○保健福祉、介護保険サービスの情報提供・利用啓発</li> <li>○在宅介護等に関する電話、面談相談</li> <li>○要介護高齢者等の家族からの相談対応、訪問等による指導、助言</li> <li>※要介護高齢者等の相談に対し、指導、助言、情報提供の実施</li> <li>※在宅改修希望者に対する相談、助言</li> <li>※介護予防教室、転倒予防教室等の開催</li> <li>※サービス情報マップの作成</li> <li>○サービス利用申請の受付、代行</li> <li>○相談協力員への定期的な研修、事業所の情報交換、連絡調整等</li> <li>○介護支援専門員へのソーシャルワーク援助</li> </ul>	<p>以下の事業を実施(※:任意)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○地域ケア会議の開催</li> <li>・地域型支援センターの民話、介護予防・生活支援サービスの開発</li> <li>・在宅サービス事業者及び事業者への指導、支援</li> <li>※ケアプラン作成指導等</li> <li>○在宅福祉サービス利用開始の時の支援センターへの提供</li> <li>○地域のインフォーマルサービスの開発、普及</li> <li>※要介護高齢者等の保健福祉サービスの利用調整</li> <li>○福祉用具の貸借・紹介、住宅改修等の相談・助言</li> <li>○地域型支援センターにより定規された高齢者情報の集約</li> </ul>
実施方法	<p>実施主体は市町村</p> <p>事業の運営を社会福祉法人、医療法人、地域福祉協会等、民間事業者等に委託可</p> <p>※事業の実施については、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、病院等に併設しているか、又は、特別養護老人ホーム等による遠方援助体制が地域の実情に応じて確保されていることを原則</p>	<p>実施主体は市町村</p> <p>市町村が直接実施又はこれに準ずる者に委託して実施</p>

\* 老人保健福祉法研究会(2003)p361より抜粋。

(1.47:2.07)と、全体として従事者数が減っている中で兼任の割合がわずかではあるがさらに大きくなっている。このように各センターの体制が大きく変わってきている中、そもそも在宅介護支援センター本来の業務とは何か、今後具体的な業務の進め方をどのようにしていくべきかといった点について議論される必要があると考えられる。<sup>25</sup>

なお、直近の時点での在宅介護支援センターの業務内容の概略は表1のとおりである。また、これらの業務を行っている最近の在宅介護支援センターの実態について、全国在宅介護支援センター協議会(2003)<sup>26</sup>に基づき概観すると、運営主体は社会福祉法人(社会福祉協議会を含む)が全体の6割を超え、市区町村も約2割ある(基幹型が多い)。全体の約8割が居宅介護支援事業所を併設しており、特に地域型において併設事業所は9割を超える。2001年度の市町村からの委託の方法をみると、基本事業費に事業実績を踏まえた加算の形態をとっているのは全体の6割弱、加算部分も含めて定額の委託費支払いとしているのは2割強となっており、委託費の平均額は約845万円(基幹型が約665万円、地域型が約1290万円)であった。額の多寡についてはここでは詳しく評価できないが、特に地域型については東京都内の市町村を中心に多額の委託費を計上しているところが多く見られるなど、地域によってばらつきが大きい状況がみてとれる。また、特に最近では、在宅介護支援センターとして介護予防・生活支援への取り組みに力を入れることが求められている状況にあるが、<sup>27</sup>その具体的な手法として期待されている「介護予防プラン」(介護保険におけるケアプランと同様に、介護予防・生活支援サービスの利用希望者の状況のアセスメントを行い、具体的なサービスプランの提示を行うもの。厚生労働省の事業実施要綱上、プラン1件ごとに委託費の加算を行う(参考単価として1件2000円が示されている)ことが定められている)の作成状況は全体の5割程度に止まっている。

一方、居宅介護支援事業所については、介護保険制度施行直後には指定事業所数が約2万事業所に達し、例えば2004(平成16)年2月末時点では約2.7万事業所となっている(独立行政法人福祉医療機構「ワムネット」登録ベース)。この事業所数は在宅介護支援センターが居宅介護支援事業所の指定を受けている場合も含まれるが、その数を差し引いても、ケアマネジメントを行う機関がそれだけ増えたということは今後の可能性を感じさせるものがある(その他のデータについては表2参照)。<sup>28</sup>しかしながら、そのような状況の中で、それら事業者が適切にケアプランを作成できていない場合が多いのではという指摘もあり、それらについては個別に厚生労働省等において取り組みを進めているところである。<sup>29</sup>そのような観点も含めて、在宅介護支援センターと居宅介護支援事業所の関係について検討していく必要があるものと思われる。

表2：居宅介護支援事業所の状況

(平成16年版厚生労働白書より引用)

(2001年10月1日現在)

事業所数(9月30日現在)	約2.3万事業所
介護支援専門員数	約3.9万人
1事業所当たり 介護支援専門員数	約1.7人
1事業所当たり 利用者数(9月中の利用者数)	約77.1人

出所：厚生労働省大臣官房統計情報部「介護サービス施設・事業所調査」(2001年)及び社会福祉・区  
域事業部「ワムネット」登録データより厚生労働省政策評価部統計課調査室作成

\*：「1事業所当たり介護支援専門員数」は、高次算定率者数。

\*：「介護支援専門員数」は、「介護サービス施設・事業所調査」の集計データを集計事業所数と異  
等換算後(ワムネット登録ベース)で計り直したものである。

### 2-3 小括：高齢者の在宅生活支援の役割を誰がどのようにして担うのか

介護保険制度導入後に発出された厚生労働省の関係通知をみると、居宅介護支援事業所との関係における在宅介護支援センターの役割について示唆を与える部分もある。例えば、在宅介護支援センター運営事業実施要綱(直近の改正：平成15年5月21日老発第0521003号厚生労働省老健局長通知)をみると、基幹型センターについては、