

3章 地域福祉と地域介護支援行政

新田 照夫

1節 介護保険制度実施の下での自治体独自の介護支援行政

介護保険制度が実施されて半年が過ぎた現在、介護保険の対象から漏れたり必要なサービスが介護保険で補えない高齢者を自治体がどう支援するか、あるいは地域全体でどう支えるか、という点が問題になりつつある。とくに家庭でも大きな施設でも対処できず、グループホームといった小規模施設へ送られてくる高齢者は、痴呆性の要介護度が重くなる傾向があり、こうした痴呆性高齢者を抱える小規模施設にたいして現行の介護保険制度では十分な支援が難しいという問題がある⁽¹⁾。病院や大きな施設などでは個々の高齢者の症状に応じた対応が難しく、画一的な対処しかできないのが現状である。特に個室に閉じ込められた高齢者が精神的な不安を訴え、また社会的関係を断ち切られた高齢者が痴呆症状を悪化させることは今日では他方面から指摘されているところである。多くのグループホームではできるかぎり日常生活に近い生活をするようサポートしたり、また何らかの役割や仕事をできるように支援している。こうした援助が「高齢者の社会性と責任感を大切に保持する介護」につながり、痴呆の進行を遅らせたり予防することにつながっていることは今日では次第に明らかにされているところである。こうした小規模事業所を自治体が積極的に受け入れるためには、痴呆予防の観点から独自の施策が必要になってくるであろう。

第二の問題点として、高齢者の大半が老齢年金を頼りにして暮らしている現状では、65歳以上の高齢者に対する介護保険の自己負担金が次第に重くなりつつあることをあげなくてはならない。高齢者の自己負担を軽減するためにも「寝たきり」を減らすなどにより地域全体として高齢者の医療費や介護費を軽減することが重要になってくる。それぞれの自治体が「元気なお年寄りが住みまちづくりの創造」をめざして積極的に「まちづくり」事業を推進する必要がある

のではなからうか。地域全体が「福祉のまちづくり」を推進するためには、ボランティアを通じて地域社会の介護に関係する諸セクターとの連携を強化し、地域福祉のシステムを充実していくことができる核が必要になってくる。小規模施設は、こうした「草の根の公共性の高い事業」を行う核になり得る可能性を持っており、自治体がこれらの小規模施設をどのように受け入れるかが今後の課題として残されているように思われる。そこで長崎県内の各自治体と全国の先進地と言われている自治体を例にこうした課題について考察してみたい。

2 節 地方自治体の介護支援行政

(1) 介護に関する「一つの典型的自治体モデル」の抽出（長崎県の場合）

平成12年9月中旬から10月中旬にかけて、長崎県内79自治体を対象に「介護支援行政」の現状に関する調査を行った。調査項目は以下の6点である。

(※次頁資料参照)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">①要介護保険認定者等の実数②自立判定者以外に自治体独自の介護予防・生活支援事業対象者数③地域内の諸法人への介護事業委託状況④自治体として特記すべき事情⑤国からの交付基準について⑥自治体として困っていること、あるいは国などへの要望 |
|---|

回収率は約95パーセント（県下全79自治体のうち75自治体からの回答）であり、ほぼ長崎県全体の状況が把握できた。まず、各自治体の総人口に占める65歳以上の高齢者の割合（高齢化率）は表1の通りである。同表によると、長崎県では人口1万人以下の自治体が52あり、県下の自治体数全体の69.3パーセントを占めている。これらの自治体は高齢化率が25パーセントから30パーセントが大半を占め、この規模の自治体がどのような「介護支援行政」を実施するかが長崎県全体の傾向を左右すると言えるのではなからうか。また人口1万人から2万人の自治体は14あり、これは高齢化率が20パーセント前後の自治体内である。人口2万人から4万人の自治体は4で、高齢化率が15パーセント以下の

介護予防・生活支援事業についてのおたずね。

(もし自治体名をご記入いただけるならばお願い致します：_____)

※印を付している欄は別紙等を追加し記入いただいても結構です。

- 平成12年4月1日現在の貴自治体は
 - 総人口(_____ 人)のうち65歳以上の人口は(_____ 人)で、
高齢化率はほぼ(_____ %)である。
 - 65歳以上人口のうち介護保険事業の「要介護認定者」等は何人でしたか。
(できれば段階毎の数を教えて下さい。)(平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日現在)
 - 要支援(_____ 人)、
 - 要介護1(_____ 人)、
 - 要介護2(_____ 人)、
 - 要介護3(_____ 人)、
 - 要介護4(_____ 人)、
 - 要介護5(_____ 人)、
 - 自立判定者(_____ 人)
- 上記の自立判定者以外に「介護予防・生活支援事業」(以下、この事業という)の対象と見なされるのは何人ぐらいでしょうか。(_____ 人：ダブルカウントしない実数)
- ところで、貴自治体で取り組んでいるのはこの事業のうちどの事業種目ですか。
(該当するものにすべて○印しをおつけ下さい。)
 - 配食サービス、
 - 外出支援サービス、
 - 寝具消毒サービス
 - 共同生活支援事業、
 - 軽度生活援助事業、
 - 住宅改善指導事業
 - 理美容サービス、
 - 活動支援通所事業、
 - 介護予防各種教室
 - 指導員派遣事業、
 - 指導短期宿泊事業、
 - その他自治体独自の事業(※ _____)
- この事業の実施に当たっては、実施を市町村社会福祉協議会、社会福祉法人、医療法人、民間事業者、特定非営利事業法人、農業協同組合及び農業協同組合連合会等の法人に委託することができるようになっていますが、貴自治体で委託している法人があれば教えてください。
※事業種目と法人名： _____
- この事業の実施に当たって貴自治体が他の自治体と比べて特記すべき事情があれば教えてください。

※ _____

- この事業の実施に当たって、国が用意している交付基準額は以下のうちいずれでしょうか。

①十分、 ②ほぼ十分、 ③不足している

- またこの事業の実施面で貴自治体が困っていることがあれば教えてください。

※ _____

- この事業について県、国、その他機関等への要望があればお聞かせ下さい。

※ _____

ご協力ありがとうございました。

表1：クロス集計（総人口／高齢化率）

上段：実数 下段：横%	合 計	総 人 口						
		5000以下	5001～ 10000	10001～ 20000	20001～ 40000	40001～ 100000	100001～ 500000	
全 体	75 100.0	21 28.0	31 41.3	14 18.7	4 5.3	3 4.0	2 2.7	
高 齢 化 率	10.00～15.00	2 100.0	— —	— —	— —	1 50.0	1 50.0	— —
	15.01～20.00	12 100.0	1 8.3	1 8.3	7 58.3	— —	2 16.7	1 8.3
	20.01～25.00	32 100.0	4 12.5	18 56.3	7 21.9	2 6.3	— —	1 3.1
	25.01～30.00	19 100.0	9 47.4	9 47.4	— —	1 5.3	— —	— —
	30.01以上	8 100.0	7 87.5	1 12.5	— —	— —	— —	— —

自治体と25パーセントの自治体に分かれている。人口4万人から10万人の自治体は高齢化率15パーセント前後の自治体で占められている。最後に自治体10万人以上の自治体は高齢化率が20パーセント前後の自治体で占められている。

このように長崎県では、総人口が2万人以下の自治体が県全体の約9割を占め、高齢化率も20パーセント前後（総人口1万人～2万人）、25パーセント前後（総人口5千人～1万人）そして30パーセント前後（同5千人以下）と人口規模が小さくなるにつれて高齢化率が高くなる傾向にある。また総人口が2万人から10万人までの自治体では、高齢化率が15パーセント以下の自治体も若干見られるが、長崎県については人口規模が大きいからと言って必ずしも高齢化率が低くなるとは限らない。ちなみに総人口10万人以上の自治体でも高齢化率が20パーセント前後であり、全国平均を上回っている⁽²⁾。

つぎに各自治体毎に、「要介護支援」から「要介護5」までの総数を「要介護者数」としてまとめ、これと「総人口」「65歳人口」「高齢化率」といった三つのカテゴリーとの相関関係を分析してみた。その理由は高齢化が進んでいる自治体だからといって、必ずしも「要介護者数」が多いとは限らないからである。独自に介護予防事業を進めている自治体では「生涯現役」の元気なお年寄りが多く、介護費・医療費も少なくて済む。高齢化社会を見越して、こうした自治

3章 地域福祉と地域介護支援行政

体独自の努力をしている姿を明らかにし、これからのあるべき高齢化社会のモデルを模索することが本研究の目的だからである。紙面の都合ですべてのデータを掲載できないことから、それぞれのクロス集計の中から特徴的なものだけを取り出すと表2から表4までとなる。

まず、長崎県内で一番多いのは総人口が5,001人から10,000人の自治体であり、ここでは「要介護者数」が201人から400人となっている。特に1自治体あたり300人前後の「要介護者数」が最も多い(表2)。次に高齢化率でみるならば、長崎県では「20～25%」の自治体が最も多く、ここでは「要介護者数」が「151～400人」と「800人」「1000人」の3グループに分けられる。自治体毎のデータを見るならば、高齢化率が「20～25%」の自治体は特別養護老人ホームなどの施設を抱えている自治体が多く、自治体外から同施設等へ高齢者が転居・入居してくることにより「高齢化率」と「要介護者総数」を増やしているものと思われる。同様の傾向は高齢化率が「25～30%」の自治体にも見られる。恐らく、これらの自治体内で「昔から居住する“要介護者数”」の実数は300人前後(総人口の3～6%)になるのではないかとと思われる。

表2：総人口／要介護者総数

総人口	要介護者数
②5000人以下	101～200
①5001人～10000	201～400(300)
10001人～20000	301～400
20001人～40000	801～1000

表3：要介護者数／高齢化率

高齢化率	要介護者数
30%以上	101～150
②25～30%	151～400、800(施設)
①20～25%	151～400、800、1000(施設)
15～20%	201～400、1500(施設)

※①は一番多数を占めるグループ、②は第二位のグループを示す。(以下同様)

表4：65歳以上人口／要介護者数

65歳以上人口	要介護者数
①1001～2500人	151人～400人(300)
②2501～5000人	301人～400人(300)

以上のデータから高齢者介護に関する長崎県の典型的な自治体モデルを抽出するならば表5の通りとなる。

表5：長崎県の典型的な自治体モデル

総人口	5,000人～10,000人前後
高齢化率	20～25%前後
65歳以上人口	2000人前後
要介護者数	300人前後（65歳高齢者の3～6%）

(2) 「生涯現役」の高齢者を育てる人口5,000人以下の農村部自治体

次に、要介護者1人を支える人口の割合を各自治体の「高齢化率」との関係で見ると、「高齢化率20～25%」の自治体グループが一番多数を占め、要介護者1人につき21人から40人までの人口（要介護者当人も含む）が支えている自治体と61人から70人までの人口が支えている自治体の二つのグループに分かれた。「高齢化率25～30%」の自治体についても同様の傾向がある。同じ高齢化率にもかかわらず、一人の要介護者を支えるのに一方では30人前後で、他方の自治体では70人から100人近い人口で支えているこの違いは、高齢化率が高いからと言って必ずしも「寝たきり」などを含む「要介護者」がその自治体に多いとは限らず、元気で「生涯現役」の高齢者が多いかどうかという相違を示しているのではないかと思われる。

表7は要介護者1人を支える人口と自治体規模との関係を示したものである。同表によれば、人口規模が5,000人以下の自治体に、要介護者1人につき90人以上の人口が支えている自治体と、40,000人から100,000人の自治体に要介護者1人につき60人以上の人口が支えている自治体が見えてくる（表7太文字数字）。恐らく、前者の5,000人以下の農村部自治体では要介護者が少なく、「生涯現役」の高齢者が多く、また後者の都市部の自治体では若い人口が多いためではないかと思われる。

国の施策はそのほとんどが都市部の規模の大きい施設を対象にしている。しかし大きな施設や病院では、一人一人の症状に応じた対処をすることが難しく、高齢者が施設や病院の中で孤立化・孤独化し、社会性や集団の中での役割を失うことにより痴呆症などが悪化するケースが多く報告されている。これからの高齢者福祉が介護予防の観点から実施される重要性が指摘されている今日、地

3章 地域福祉と地域介護支援行政

表6：要介護者1人を支える人口と高齢化率との関係

要介護者1人を支える人口	高齢化率
11～30、41～50	30%以上
②11～30、91以上	25～30%
①21～40、61～70	20～25%
41～50	15～20%

①は一番自治体数が多いグループ
 ②は二番目に自治体数が多いグループ
 (以下の表は全て同様)

表7：要介護者1人を支える人口と自治体規模との関係

総人口	介護者一人を支える人口
②5000人以下	②11～20人、①21～30人、 90人以上
①5001～10000人	③11～20人、①21～30人、③31～40人
③10001～20000人	③21～30人、①31～40人、②41～50人、
④20001～40000人	①21～30人、②41～50人、
⑤40001～100000人	41～50人、51～60人、 61～70人

※表7は以下に示す表8を要約したものである。

表8：要介護者1人を支える人口と自治体総人口との関係

上段：実数 下段：横%	合計	要介護者一人を支える人口 (要介護者も含む)									
		10人以下	11～20人	21～30人	31～40人	41～50人	51～60人	61～70人	71～80人	81～90人	90人以上
全体	75 100.0	— —	13 17.3	31 41.3	15 20.0	11 14.7	2 2.7	2 2.7	— —	— —	1 1.3
総人口	5000以下	21 100.0	— —	7 33.3	9 42.9	3 14.3	1 4.8	— —	— —	— —	1 4.8
	5001～10000	31 100.0	— —	5 16.1	16 51.6	6 19.4	3 9.7	— —	1 3.2	— —	— —
	10001～20000	14 100.0	— —	1 7.1	3 21.4	5 35.7	4 28.6	1 7.1	— —	— —	— —
	20001～40000	4 100.0	— —	— —	3 75.0	— —	1 25.0	— —	— —	— —	— —
	40001～100000	3 100.0	— —	— —	— —	— —	1 33.3	1 33.3	1 33.3	— —	— —
	100001～500000	2 100.0	— —	— —	— —	1 50.0	1 50.0	— —	— —	— —	— —

域のボランティアなどに支えられながら地域社会の中で介護事業を展開している地方の小規模施設を自治体独自の施策としてどう受け入れるかという点が、地域福祉の鍵になると思われる。長崎県の調査で浮き彫りにされた人口5,000人以下の農村部自治体で要介護者が少ない例は、「生涯現役」の高齢者を育てる介護予防の重要性を示すものではなかろうか。

(3) 自治体独自の地域介護事業について

長崎県の各自治体が取組んでいる介護関連の事業を全体として見るならば、多い順に「活動支援通所事業（63%）」「軽度生活援助事業（57%）」「配食サービス（55%）」等となっている（表9参照）。これを自治体の高齢化率毎に分類してみるならば、「15～20%」と「20～25%」のグループに「民間事業所」や「ボランティア」などへの委託事業が多く見られる。これに対して、高齢化率30パーセント前後や反対に10パーセント近くの自治体は町の社会福祉協議会などへの委託が大半を占めている（表10参照）。

表9：自治体の事業種目

(MA)

No.	カテゴリー	件数	% (全体)	% (除非)	% (除非不)
1	配食サービス	55	73.3	73.3	74.3
2	外出支援サービス	14	18.7	18.7	18.9
3	寝具消毒サービス	9	12.0	12.0	12.2
4	共同生活支援事業	1	1.3	1.3	1.4
5	軽度改善指導事業	57	76.0	76.0	77.0
6	住宅改善指導事業	2	2.7	2.7	2.7
7	理美容サービス	3	4.0	4.0	4.1
8	活動支援通所事業	63	84.0	84.0	85.1
9	介護予防各種教室	22	29.3	29.3	29.7
10	指導員派遣事業	11	14.7	14.7	14.9
11	指導短期宿泊事業	21	28.0	28.0	28.4
12	その他自治体独自の事業	18	24.0	24.0	24.3
13	1～12以外の回答	0	0.0	0.0	0.0
	無回答	1	1.3	1.3	
	非該当	0	0.0		
	サンプル数 (%ベース)	75	100.0	75	74

3章 地域福祉と地域介護支援行政

表10：自治体で委託している法人

(数字はその事業に取り組んでいる自治体数)

高齢化率 (%)	委託法人名：事業項目
10～15	<p>社会福祉法人：軽度生活支援事業(3)、配食サービス(1)、活動通所支援(2)、介護予防教室(2)、寝具消毒乾燥サービス(1)</p> <p>民間福祉法人：活動通所支援(3)、介護予防教室(1)、指導短期宿泊(2)</p>
15～20	<p>社会福祉法人：配食サービス(8)、外出支援サービス(3)、活動通所支援(1)、軽度生活支援事業(8)、活動通所支援(6)、介護予防各種教室(2)、寝具消毒乾燥サービス(2)、外出支援サービス(1)、在宅介護リフレッシュ支援(1)</p> <p>シルバー人材センター：軽度生活支援事業(1)、</p> <p>民生委員協議会：友愛訪問委託(1)、</p> <p>民間福祉法人：活動通所支援(17)、軽度生活支援事業(6)、指導短期宿泊事業(4)、生活管理指導員派遣(5)、家事援助事業(6)、配食サービス(1)、生きがい対応型デイサービス事業(1)、移送支援(1)、高齢者世話付住宅生活援助派遣(1)、在宅介護支援センター運営事業(1)</p> <p>民間事業所：寝具消毒乾燥サービス(3)、一人暮らし高齢者訪問事業(1)、訪問美容サービス(1)、緊急通報体制整備(1)、日常生活用品給付(1)、独居老人等ごみ出し援助(1)、家族介護用品支給(1)、移送支援(1)</p> <p>長崎県中央農業協同組合：軽度生活支援事業(1)</p>
20～25	<p>社会福祉法人：軽度生活援助(23)、指導員派遣(5)、生活支援通所(18)、配食サービス(13)、介護予防各種教室(3)、寝具消毒乾燥サービス(1)、外出支援サービス(4)、住宅改善指導事業(1)、指導短期宿泊(2)</p> <p>民間事業所：理美容、配食サービス(2)</p> <p>民間福祉法人：生活支援通所(16)、配食サービス(5)、生活管理指導事業(1)、外出支援サービス(3)、指導短期宿泊(9)、軽度生活援助(3)、介護予防各種教室(1)、指導員派遣(1)</p> <p>農協：外出支援サービス(3)、生活支援通所(1)</p> <p>NPO：外出支援サービス(2)、生活支援通所(1)</p> <p>ボランティア：軽度生活援助(1)</p> <p>シルバーセンター：軽度生活援助(1)</p> <p>老人保険事業：介護予防各種教室(2)</p>
25～30	<p>社会福祉法人：軽度生活援助(13)、配食サービス(10)、共同生活支援事業(1)、介護予防各種教室(3)、生活支援通所(5)、外出支援サービス(2)、指導員派遣(1)、介護予防各種教室(1)</p> <p>民間福祉法人：生活支援通所(10)、配食サービス(4)、指導短期宿泊(3)</p> <p>民間事業所：寝具消毒乾燥サービス(1)</p>
30以上	<p>社会福祉法人：配食サービス(6)、生活支援通所(4)、指導員派遣、外出支援サービス(1)、軽度生活援助(3)、介護予防各種教室</p> <p>民間福祉法人：配食サービス(1)、軽度生活援助(1)、生活支援通所(5)、指導短期宿泊(1)</p>

表11：自治体で独自に取り組んでいる事業

高齢化率 (%)	事業項目
10～15	家族介護者対策事業
15～20	一人暮らしに高齢者訪問事業、交通安全杖給付事業、緊急通報体制整備事業、要介護4に月5,000円、要介護5に月10,000円
20～25	地域ケア一体体制整備事業、食生活改善事業、家族介護慰労事業、緊急通報体制整備事業(2)、登録ボランティア団体事業(2)、老人おむつ助成事業、在宅高齢者等介護激励金、家族介護支援対策事業、高齢者タクシー助成事業、町社協食事サービス：月1回、紙おむつ給付事業、在宅介護見舞金事業、リフレッシュ・スティ事業、虚弱老人生活支援事業
25～30	生活管理指導事業、緊急通報体制整備事業、短期入所追加支援事業、高齢者生活実態調査、ふれあい農園、高齢者福祉サロンモデル事業、高齢者食生活改善事業、レクリエーション講習会、シルバーカルチャースクールヘルシーウォーク、ふれあい会、ふれあい湯
30以上	デイサービス事業、ホームヘルプ、デイ・ショートステイ、介護日用費補助

表12：自治体として特記すべき事項

高齢化率 (%)	事業項目
10～15	
15～20	・生きがい活動支援通所を地区公民館での通所事業として2箇所を実施
21～25	
25～30	<ul style="list-style-type: none"> ・配食サービスを毎日型(1日2食)、生きがい活動支援通所事業を介護保健事業利用者と一緒に実施 ・共同生活支援事業(グループینگ) ・介護保険の漏れ者対策について、とくにDSの「自立」判定者をどうするのか何度も検討し、従来から実施していた老人保健事業の機能訓練(通称リハビリB型)で対応することを決定し、これにより介護予防、生活支援率に予算面でも事業企画できた。
30以上	

また自治体で独自に取り組んでいる事業としては「緊急通報態勢事業」や「デイサービスへの補助」などがある。高齢化率25パーセント前後の自治体では「介護消耗品給付」「家族介護対策事業」などさらに細かな支援事業が組み込まれている(表11参照)。

さらに自治体として特記すべき事項としては「地区公民館を通所事業に活用」「配食サービスを毎日型に」「グループホーム支援事業」など国の介護保険制度では実施が難しい点を自治体がうまく補っている事例が見られる(表12)。

3章 地域福祉と地域介護支援行政

かつては社会福祉は国の救済事業として始まり、その対象者が増加すること自体が「社会問題視」される傾向があった。地域社会においても、社会福祉の支援を受けることは「家の恥」として受け止められ、極力世間に迷惑をかけないことが地域社会での常識とされてきた時代が続いた。しかし「高齢化社会」と言われる現代社会は、かつての農村時代と異なり、地域や家族の生活相互扶助機能が崩壊し、個々の家庭で介護をすべて行うことは不可能な時代になっていて、社会福祉を受けることを「家の恥」などとは言うてはおれぬ状態になっている。こうした中で、かつての農村社会と言われる人口5,000人規模の自治体においてさえ、「介護」というものを行政や町の社会福祉協議会だけに依存するのではなく、民間事業所やボランティア活動によって支えていこうとする動きが出始めている。このことは、「個々の私生活の中で協同できる部分は協同していこう」「個々のプライバシーは尊重しつつ、それを基盤にして協同社会を創造していこう」という意味で、社会の進歩の現れではなかろうか。また自治体としても国の事業とは関係なく、独自の事業として取組む傾向が出ているのは「社会保障としての国の事業」から「地域全体の協同事業としての地域介護」へと転換しようとしている点で注目すべき点であろう。

自治体が介護関連事業を実施するにあたり、現在困っている事項を自治体の高齢化率別に整理してみた(表13参照)。同表によれば、高齢化率が比較的低い自治体では「サービス事業者や対象者の不足」を上げ、高齢化率が高くなる自治体ほど「財源不足」を上げる傾向が見られる。

表13に見られるように、自治体が介護事業を実施する上で困っている理由の多くは、第一に、総人口数千人から1万人規模の自治体が単独で介護事業を取組むにはあまりにも財源が不足している点、そして第二に、これらの小規模の自治体は若者が流出する地域が多いことから、介護保険制度の対象とされなかった高齢者に対する介護予防施策に力を入れない限り将来的にもっと要介護者が増加し、地域の介護・医療費がどのくらい必要なのか予測すらできない状態であることなどが上げられる(表14：県・国への要望事項参照)。

介護保険制度が実施されて以降、地方の自治体は、一方では「生涯現役」で要介護者の割合が少ない自治体が存在し、他方では、これからますます要介護者が増加し、一自治体としてとても対応仕切れなくなるであろう。介護保険制

表13：事業実施面で困っている事項

高齢化率 (%)	事業項目
10～15	<ul style="list-style-type: none"> ・介護認定モデル事業を行っていたときに比べて、認定が甘くなっているために自立者数の見込が狂った。
15～20	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の自治体で対応するのではなく、県単位で事業展開が望ましい。 ・活動支援通所事業でのサービス事業者の不足 ・活動支援通所事業でのサービス事業者の不足 ・町の面積が広く対象者が点在していて現行の交付基準では赤字になってしまう。
20～25	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅介護センターの標準型、基幹型をはっきりして欲しい。 ・痴呆老人専用の（施設・在宅）事業所が少ない。 ・利用者（老人）に無理な勧誘が見られる。 ・実施予定額より実績が減少している。 ・現状では配食サービスが毎月50名前後、軽度生活援助事業と活動支援通所事業については申請がない。 ・現在のところ自立判定者が少なく、この支援事業を理解している人が少ない。 ・自立判定者と要支援、要介護者が同一場所でサービスを受けているため、混乱をまねくことがある。例えばサービス受給者が互いに介護者を比べるなど、サービス内容が統一できない。 ・介護保健の自立者を対象条件としているため利用者が少ない。 ・この事業の対象者が要援護高齢者及びひとり暮らし高齢者等となっている。事業の中身しだいで枠をこえて認めてよいのではないかと思う。例えばふれあい会食等は事業の主たる対象者だけのふれあいではなく子ども達とのふれあいなど。 ・住民が真に必要としているサービスを把握できていない状態であり、今後はその把握に努めたい。 ・軽度生活支援事業のサービス内容と介護保健の家事援助の内容との相違がある。
25～30	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者が広範囲に居住しているため、移送、配送が大変である。 ・どれぐらい実績が上がるのか見通しが不明である。 ・財政面で厳しいものがある。 ・在宅改修指導事業の実施を図る上で、適当な人材がいない。 ・外出支援サービスについて、実施したくともその対応、方法が難しい。 ・配食サービスについて制限がなかなか難しく歯止めができなく、誰でもサービスを欲しがり、かえって生活する意欲を消失させてしまう。 ・国の方針が不明瞭であるため、予算を計上しにくい。財政事情により町の単独事業としては実施が難しい。本年度も予定していた補助額から大幅に減少となる見込み。 ・今後いろいろな事業を実施したいが委託先が少なくて実施不可能な事業が多い。
30以上	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者が少ない。 ・現在は基準額内であるが、今後他の事業に取組んでいく予定であるが、基準額を越える予定で、財源的にも厳しい。 ・属島を抱えているため、小離島へのサービスが十分行き届かない恐れがある。

度が小規模施設への適応において困難である中で、多くの地方自治体は介護事業において近隣自治体と合併して財源の母体を大きくしていくことを余儀なくされているように思われる。今日の国は明らかに行き詰り

しかし、大規模の病院や施設が高齢者の個々の症状に応じた対処において困難であり、他方で小規模施設が痴呆予防などにおいて効果を上げていることが明らかになりつつある現在、農村部の小規模自治体における小規模施設の事業を自治体がどう受け入れていくかといった研究が求められているのではなかろうか。

今後の

3節 全国の先進事例から

(1) 在宅ケアが充実している広島県御調町

広島県御調町は、三原市、尾道市、福山市に隣接し、やや内陸部で交通の要所に位置する総人口8,310人、高齢化率がほぼ28パーセントの町である。御調町の在宅ケアは「病院」「訪問看護ステーション」「介護老人保健施設」の三拠点が連携する形で、昭和54年より始まった（表14）。

第一の拠点は「町立総合病院」「御調町保健福祉センター」「基幹型在宅介護支援センター」から成る「総合医療センター」である。他の拠点と連携を取り

表14：御調町における在宅ケアの拠点⁽³⁾

-
- 1) 病院
 - 保健福祉センター
 - 基幹型在宅介護支援センター
 - | | |
|----------|----------------------|
| 訪問看護（介護） | （出前医療・福祉 |
| 訪問リハビリ | ハイレベルの医療（IVH、CAPDなど） |
 - 2) 訪問看護ステーション
 - 訪問看護

介護を主体とする看護
開業医が主治医のケース（主治医の指示）
高度医療（IVH、人工呼吸装置など）
 - 3) 介護老人保健施設
 - 地域型在宅支援センター
 - 老人保健施設を退所後の老人在宅介護支援センターに相談に来たケース
-
- 4) 住民参加 → 福祉バンク
 - ケア担当者会議（ケアカンファレンス） → ケアプランの作成
-

図1：御調町保健福祉センターの組織・機構

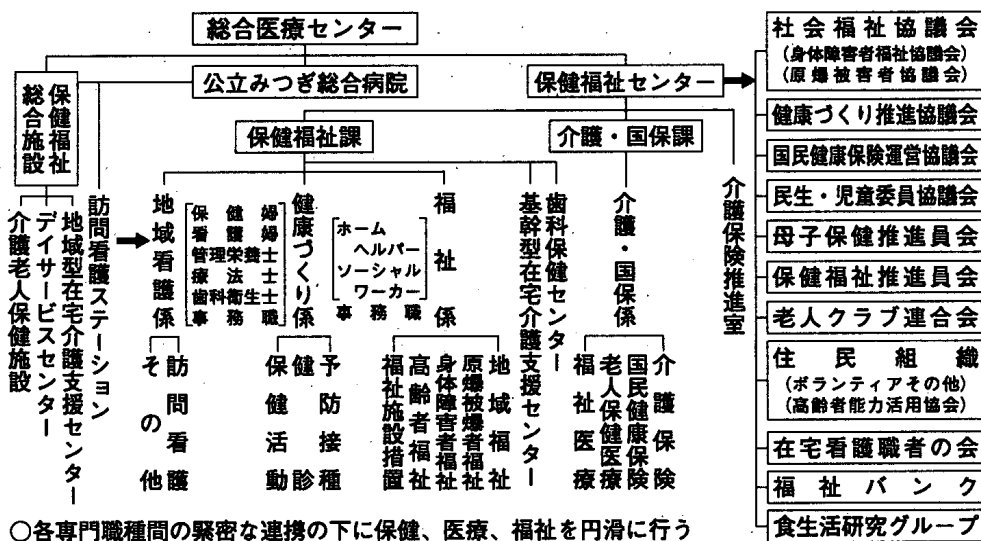
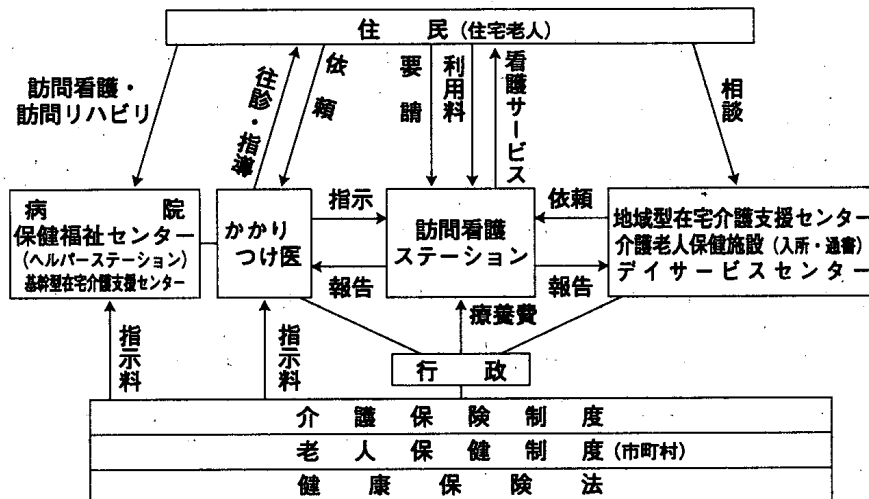


図2：訪問看護ステーションと他の機関とのかかわり



つつ「出前医療・福祉」「ハイレベルの医療活動」などを行なう等、保健・医療と福祉の連携・統合を図る組織・機構として注目される。その組織・機構は図1の通りである。この中でも特に「保健福祉センター」には現在、9人の保健婦、1人の管理栄養士、病院（在宅介護支援センターみつぎの苑：地域型、訪問看護ステーションを含む）に6人の保健婦が配属されている。

御調町における在宅介護の第二の拠点は「訪問看護ステーション」である。同ステーションは公立みつぎ総合病院内に老人訪問看護ステーションとして、平成4年5月に設立された。町立総合病院、かかりつけ医、在宅介護支援センターなどと連携をとりつつ、24時間の在宅介護を実施している(4)。

3章 地域福祉と地域介護支援行政

表15：在宅介護支援センターみつぎの苑活動状況⁽⁵⁾

(平成11年度)

相談件数	面接相談	671件	
	電話相談	1,526	
	計	2,197	
訪問実人員 322人 (町内205人、町外117人)			
訪問回数	保健婦(看護婦)訪問	129回	276 (38.8%)
	療法士訪問	15	
	ソーシャルワーカー訪問	132	
同好訪問	保健婦・看護婦＋療法士	5	435 (61.2%)
	保健婦・看護婦＋介護福祉士	23	
	保健婦・看護婦＋ソーシャルワーカー	84	
	その他の同行訪問	323	
	計	711	

★他市町村への依頼件数：129件
(他市町村保健婦、ヘルパー同行訪問も含む)

表16：福祉バンク訪問活動状況

○協力会員 1,683人 ○利用会員 206人 (H2年12月～H12年3月)
在宅福祉サービス活動内容

家事援助サービス		介護サービス	
掃除・洗濯	279件	移動の介助	170件
食事準備	492	排泄の介助	220
話し相手	920	食事の介助	110
庭の掃除・除草	405	整容	38
買い物	438	入浴の介助	25
外出の同行	170	着替えの介助	159
家屋の補修	82	身体全体の清拭	94
その他	303	湿布等(看護の介助)	33
		リハビリ・その他	680
計	3,089(66.9%)	計	1,529(33.1%)
総計	4,618		

訪問実人員 813人 訪問件数 50,442件 訪問家庭実数 250世帯
(協力会員の実稼働数) 訪問述べ人員 13,290人 訪問述べ時間 17,052時間

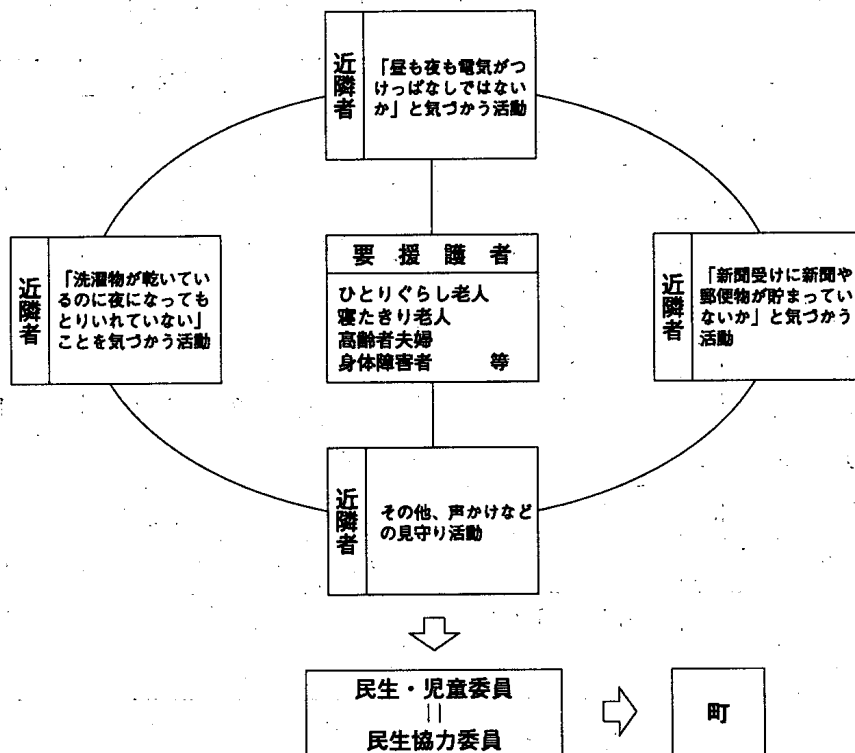
第三の拠点は「在宅介護支援センター」である。住民参加による地域包括ケアシステム（ネットワーク）を支える施設として多様な活動を実施している。

また御調町では地域住民が参加する地域ぐるみの介護体制を組織している。「福祉バンク」と言われるものがそれであり、これは元気な時に寝たきりなどの要介護高齢者のめんどうをみて、自分が倒れたら介護してもらう仕組みで、1時間1点という点数制である⁽⁶⁾。

(2) 兵庫県五色町：保健・医療・福祉の連携とまちづくり

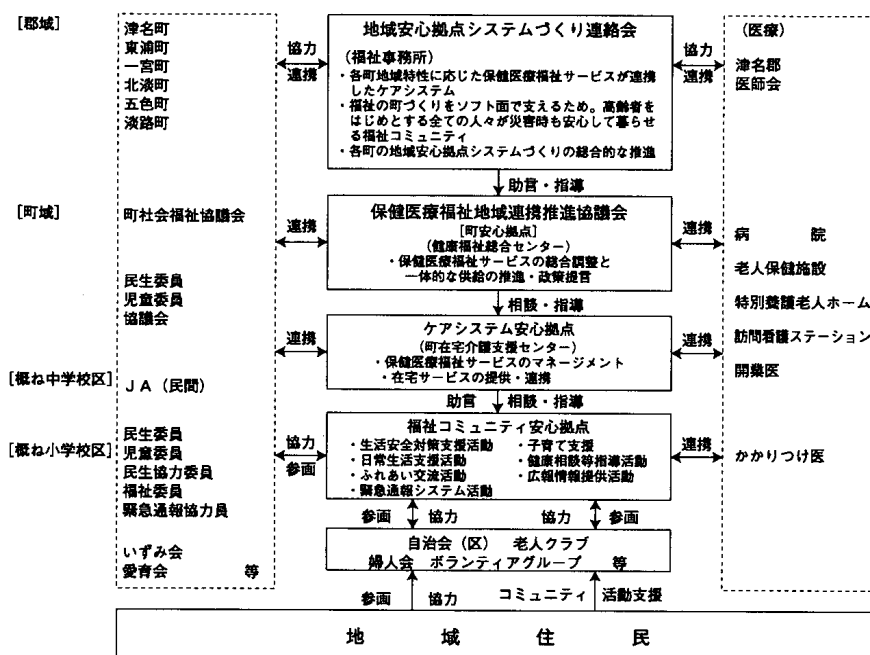
五色町は淡路島にある総人口11,430人、高齢化率25.98パーセントの町である。同町は「介護保険対象外サービス事業の整備」と「保健・医療・福祉の連携とまちづくり」において優れた実績のある自治体として注目されている⁽⁷⁾。高齢者介護、特に在宅ケアは公的制度のみでは限界があり、地域全体の共同した取組みに支えられることが求められる。五色町では十数年前より、地域住民の自主的活動（近隣の安否見守り活動）が積み上げられ、今日では住民の自主的組織と自治会活動との連携がうまく取れるまでに至っているように思われる。

図3：近隣の安否見守り活動



3章 地域福祉と地域介護支援行政

図4：福祉コミュニティ安心拠点作り概念図



例えば五色町では地域の福祉事務所が中心となって、淡路島内6町全体を包括する郡レベルで連携を推進する「地域安心拠 Point システムづくり連絡会」が組織されている。また各町レベルでは社会福祉協議会と連携する組織として「保険医療福祉地域連携推進協議会」が、さらには中学校区レベルでは農協等民間事業所と連携する「ケアシステム安心拠 Point」、最後に小学校区レベルで在宅介護支援センターを中心に「福祉コミュニティ安心拠 Point」が組織されている⁽⁸⁾。そして各地区の公民館、「地域の集会所等を近隣者による相互扶助の「福祉コミュニティ」の拠 Point として活用し、災害時や防災活動の拠 Point や避難所としても活用している。

このように五色町では、行政や大きな施設などでは個々の高齢者の生活状況に対応したサービスが困難な点を、地域住民の自主的生活相互扶助活動が支えている格好の事例ではないかと思われる。そしてこうした「福祉コミュニティ安心拠 Point の活動」が、個々の高齢者の生活情報を行政や病院、在宅介護センターなどに伝えるネットワーク、伝達、支援体制にもなっているのが注目される。

高齢者にやさしいまちづくりの先進事例と言ってもよいであろう。

注

- (1) 現行の介護保険制度も痴呆性高齢者向けデイサービス（デイサービス事業E型）とグループホーム事業に補助金を出し始めている。しかし居室面積の広さや定員（全入居者に個室の確保）、市町村の特別養護老人ホームなどとの隣接を条件にしているため、民家を活用して痴呆性高齢者を共同生活で介護している小規模グループホームが、制度の適応を受けることができず、運営に困っているという点がある。
- (2) 厚生省によれば2000年現在で高齢化率の全国平均は17.2パーセントとなっている。（平成12年度版厚生白書『新しい高齢者像を求めて－21世紀の高齢者会を迎えるにあたって－』より）
- (3) 広島県御調町保健福祉センター『御調町における保健福祉活動』平成12年、78頁
- (4) 公立みつぎ総合病院：「御調町における地域包括ケアシステム－寝たきりゼロ作戦と保健・医療・福祉の連携－、平成12年4月、6頁
- (5) 公立みつぎ総合病院：同上、6頁
- (6) 公立みつぎ総合病院：同上、7頁
- (7) 五色町『介護保険事業計画及び老人保険福祉計画』平成12年3月、93頁
- (8) 五色町『同上』94頁