

介護保険における 従事者問題の現状と課題

佐藤 進

新潟青陵大学福祉心理学科

The Present situation of the Care worker's labor conditions and the Contemporary problems

SUSUMU SATO

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY
Professor , Dr of laws (L・L・D)

Abstract

This article analyses care workers services supply problems to the service users under the operation of the care insurance law management of some local cities and villages including and the care services workers service problems of quality and quantity provided by care service workers. At present, socialisation and expertisation of care service for old people's are becoming a very important problem. But the all care work services is not only supported by Niigata, socialisation of care work but also by care worker's service supply ethic.

Key words

- ・ diversity of contract of care work services
- ・ care work service workers and the present situation of provided services.
- ・ the cities and villages as the administrators of the care insurance and its service benefits conditions

要 旨

本論文は、日本における介護保険制定後その実施5ケ年、介護保険運営主体である新潟県ほか幾つかの県の各市町村における公・私の介護保険給付サービス（施設・在宅諸サービス）との提供事業主体（公・私の）に雇用されている介護サービス従事者の労働諸状況とその当面している介護サービス提供をめぐる諸問題の分析を試みている。

キーワード

- ・ 介護労働の契約にみる多様性
- ・ 契約サービス提供関係当事者 提供従事者とサービス契約利用者
- ・ 介護保険制度運営主体の市町村とその介護就業

はじめに

1997年介護保険法制度は、その法実施準備期間をへて2000年法の実施をみた。そして、2003年制度実施後その見直しを契機に保険料の引き上げを行った。これは、介護保険法制度と後の高齢社会の進行と要介護認定実施に伴い、在宅、施設入居者の要介護認定の進展にみる要介護高齢者の増加とともに、その当初の援護層の増加予測とかかわる介護保険諸給付の増加と介護保険財政の見直しにかかわる措置であった。この結果、この保険料値上げに伴い、介護保険運営者の各市町村ははじめ第一号、第二号被保険者にこの取扱をめぐる給付と負担に対する多くの疑義を発生させたことは否めない。

この負担引き上げ要因は、高齢要援護者の援護ニーズの変化と、そのニーズ充足による各給付費の増加がいうまでもなく、介護従事者、関係団体のリクエストである介護報酬引き上げにあったことはいうまでもない。ことに介護をはじめ関係従事者の報酬引き上げは、当初から日常生活支援や、保健医療関係支援をはじめ多様な支援に対し、そのサービス対価の評価の区別から各種の不合理がみられ、その是正は急務であったのである。この点わが国の在宅ヘルパーの介護報酬、その人件費の改善はじめその体系化を急務とさせたことは、日本の介護保険法の母法ともいべきドイツ介護保険法制度と同様に、介護報酬費の改訂がそのドイツの労働経済事情ともかわり、またドイツの介護労働の量、質ともかかわって、従事者の介護報酬アップ、そして関連する保険料アップがみられたことは周知の事実であり、わが国においても創設時その討論が見られたのである。このことは、わが国においていかにバブル経済の崩壊、そして財政金融改革による社会保障制度、社会福祉の構造改革による合理化が展開がみようと、当初から高齢者の在宅、入居施設における需給のアンバランス下の対人サービスにかかわる高齢者の介護の量、質の低下に関連する介護報酬関連の解決を、介護の社会的外部化の動向ともあわせて放置しえなかったことはいつまでもなかったのである。

本稿では、介護保険制度の運営に必要な不可欠な介護にかかわる対人サービスの担い手である福祉人材である従事者問題はサービスの担い手の資格基準などの画一化にあわせ、介護サービス契約にもとづく多様なニーズに対応する画一的なサービス提供で完結するものではないのである。たとえば、日常生活介護1時間、そしてそのコストに対応する契約による画一的サービス提供は、生産労働の場合とは事情が異なり、終業ベルによるサービス提供で終了するものではない。生産労働と同様に介護労働は、契約にもとづく契約労働の提供でとどめうるものか否かは、その介護状況にもよろうが、介護は「まさに介護労働」であると考えられよう。利用者との対人サービス提供にかかわる相談、援助にあわせて、介護による利用者との信頼関係を前提として利用者の要援護ニーズの充足プラスがその付加価値に加わっているといってもよい。このような介護をめぐる労働の性格とその評価とあわせて、介護労働は従事者の対人サービス性にかかわっているのである。

介護従事者問題研究会（仮称）は、2003年6月発足し、現行の法のもとでの多様な介護サービスの多様な職場にかかわる福祉専門従事者の当面する問題と、その利用者にかかわる人材擁護の介護福祉労働の在り方を中心に検討した問題を以下に指摘ことにしている。

なお、各関係市町村ならびに研究参加の従事者については、研究会の研究の必要上すべて具体的な固有名詞をさけ、記号を付することにしたことをおことわりしておきたい。

1 介護保険制度運営にかかわる従事者の位置

介護保険制度は、第五の公営社会保険であったが、介護保険制度の運営は国ではなく、市町村の運営に委ね、経済保障（所得保障）の公的年金制度とは異り、その保険者は、国、都道府県、国民健康保険組合連合会などに加え、運営者として各都道府県の市町村に委ねたのである。そして政府は民営化促進により、公的な事業者に加え営利、非営利の民間事業者の介護関係サービス提供事業者の介護サービス産業への参入を奨励促進した。それまで

わが国の対人サービス界におけるサービス提供は、寧ろ自治体、および社会福祉法人などへの委任による公的措置行財政制度であり、この行財政は社会福祉構造改革によりサービス両当事者（利用者と事業者との間の）の自由な対人サービス提供契約による有償サービスの制度化へと変革され、需給不足の介護サービス提供化促進のために民間部門参入が奨励されたのである。

法は、対人サービス＝現物給付を説明しているが、利用者からみれば介護サービス給付に対する現金給付であり、これはサービス給付率は9割で、必ず自己負担1割であり、さらに自己負担は法的給付をこえると負担をすることになるのである。

「介護給付費」は、在宅、施設サービスに対し、つぎの様に区分されているのである。

(1) 居宅介護サービス費(2) 特例居宅介護サービス費(3) 居宅介護福祉用品購入費(4) 居宅介護住宅改修費(5) 居宅介護サービス計画費(6) 特例居宅介護サービス費(7) 施設介護サービス費(8) 特例施設介護サービス費(9) 高齢介護サービス費など)

しかし居宅サービス費用（通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、痴呆対応型共同介護、特定施設入所者生活介護費）は除かれている。なお居宅介護サービス費用は、訪問介護、訪問入浴介護、訪問介護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、福祉用品貸与などは区分がみられ、その費用につき区分がみられることになる。

ただ、これらの職務に従事する人は介護職員であり、これらの多様な職務に従事する職員のサービス報酬について、どのような職分の職員がこれらの作業報酬を受けとり、どのような服務態様の職務遂行に服すのか、今日必ずしも明確な基準とそれに関する定めがあるわけではない。恐らくサービス提供事業者は、個々にサービス提供事業者との契約によって従事者の職務とその内容の服務条件、その法定報酬により給付を行ってきているのであろう。

以上にみるように、在宅ケアと在宅通所サ

ービス施設といわれる関係施設で多様なヘルパーの職務（デイサービス、ショートステイ、デイリハビリテーション施設など）がみられることになり、これは被保険者のサービス・リクエストによってその契約、就業サービス内容も異なり、介護報酬にも差異がみられてくるのであろう。このような職場での服務に即応して提供されるサービスも、被保険者のリクエストに対して対応ができるよう法がきめこまかく定めるものに即応にしようのかという問題がおこることであろうし、これをめぐる契約紛争が、各都道府県の基幹社会福祉協議会によって処地がされているかにも問題がある。

介護保険法の法定給付サービスは、前述のように被保険者のリクエストによる、いわゆる給付契約にもとづくものであっても、両当事者の契約による対人サービスであり、前述のように画一的でないために、提供事業者の契約や従事者の対応に委ねられ法によって規制していないものも多く、ここでは後述のように法をこえる従事者の苦悩がみられることになる。

これらの諸問題に対し、いかに両当事者間の契約による服務そして画一化の介護報酬が十分対応できるかはまさに問題で、看護労働も同じ問題をかかえていることであろう。介護と看護、職業、の関係サービスの連けいが強靱されようと、職務間のデマケーションの違いと法的規制の違いのある法体制のもとでは、公的にして良心的なサービスの提供とその対応も至難な問題であろうか。

そこで以下、関係従事者の実践的な新潟県下の市町村の介護現場の対応をめぐる、具体的問題の記述に移ることにする。（佐藤 進）

2 介護現場の実態と現場就業の課題 在宅介護支援センターを通じての K市の福祉

W・S

() K市の地勢

K市は日本海に面した新潟県のほぼ中央に位置し、冬は北西の季節風が吹きかなりの積雪になる典型的な日本海側気候の地域である。

総人口85846人そのうち65歳以上の老年人口は、20272人、高齢化率は23.6%となっており老年人口、高齢化率は年々増加の一途をたどっている。

世帯数別で見るとK市全世帯数29485世帯の中で高齢者世帯数（65歳以上の単身高齢者世帯、高齢者のみ世帯、高齢者と児童のみ世帯をさす）は、4148世帯で総世帯数の14.1%を占めている。こちらも年々増加傾向にあるが、それと同時に在宅での介護力の弱い世帯が増加している事をも意味している。

() 介護保険の実施状況

介護保険の実施状況としては、2736人が要介護認定を受けている。内訳としては要支援354人、要介護1が782人、要介護2が484人、要介護3が365人、要介護4が398人、要介護5が353人となっている。在宅者数（介護保険施設入所者数は含まない）は2156人おり、多くの要介護認定者が在宅で生活している。以上がK市の高齢者数、介護保険実施状況である。

() K市の在宅介護支援センターの状況

在宅介護支援センターについて簡単に説明したい。在宅介護支援センター運営事業は在宅の要支援高齢者等や、その家族に対し在宅介護等に関する総合的な相談に応じ、ニーズに対応した各種の保健・福祉サービスを調整し福祉の向上を図る事を目的としている。

この事業の利用対象者は、おおむね65歳以上の要支援高齢者及び要介護となるおそれのある高齢者とその家族、親族としている。これらの内容を一言で表すとすれば「高齢者に関する総合相談窓口」となるのではないだろうか。また実施主体は、市町村とされているが、適切な事業運営が確保できると認められる地方公共団体、医療法人、民間事業者等に委託する事ができる。K市では市で設置している基幹型支援センター（地域型支援センターのとりまとめ役）が1ヶ所と、地域型支援センターとして特別養護老人ホーム設置が2ヶ所、デイサービス設置が2ヶ所、老人保険施設設置が1ヶ所、医療機関設置が1ヶ所の合計6ヶ所が市より委託契約を結んで活動している。それぞれに担当地区が振り分けられ、主にその区内での活動となっている。市や

基幹型支援センターとの連携がしっかりとなされているため、市内の高齢者の把握やケース発見時の対応等すみやかに行われている。

支援センターの業務内容は、多岐に渡る。主なものとしては、地域内の要支援高齢者等の心身の状況及び家族等の実態把握とニーズの評価 担当地区内の要支援高齢者及びその家族に関する基礎的事項、サービス利用意向や今後の課題を記載した台帳の整備 各種保健福祉サービス、介護保険サービスの情報提供と積極的な利用についての啓発 在宅介護等に関する各種相談の受付 要支援高齢者等の家族から相談を受けた場合、訪問等により指導や助言を行う等があげられる。 、 は、個別訪問を通して把握する事が多い。K市では、個別訪問を要すると思われる要支援高齢者のリストアップを民生委員が年に1回行い、それに基づき支援センターが訪問するというシステムになっている。支援センターでは対応が困難な問題があれば、基幹型支援センターへ連絡する事により保健師等へつないでもらう事もでき、相談内容により適切な担当者へとつながるような形態ができています。

K市の支援センターは、介護保険制度が開始され、ケアマネジャー職種の登場により役割が大きく変化した。制度前まで支援センターで担っていたケアマネジメント的部分の業務は、ケアマネジャーへと移行し、支援センターは運営事業を再編成する必要があった。現在の支援センターは、もっぱら介護予防としての働きを強く求められている。業務としては、要介護状態になる危険因子の高い者に対して介護予防プランを作成し適切な介護予防サービスを利用できるように支援したり、地域住民へ痴呆の理解と早期発見を呼びかけるため痴呆予防講話の開催、骨折による寝たきり等の要介護状態を防ぐため体力チェックや筋力トレーニングを取り入れた転倒予防教室を行ったりと介護予防業務に力を入れている。これらの業務の成果は、長期的な視点での観察を要するため今後も続けていく事となるが、徐々にこの介護予防業務イコール支援センター業務となってきているように思う。

() 介護保険運営からみた支援センター事業との関係

介護保険制度と支援センター業務は、直接的には関わりはない。先にも述べた通り支援センターは、市からの委託業務であり介護保険サービスの中には位置づけられていない。しかし地域をまわり、介護保険サービスの利用希望者とケアマネージャーをつなぐ役割として介護者は介護保険制度に間接的に関っている。K市では介護保険サービス利用者に対し、ケアマネージャーが不足しているという現状にある。そのため地域から介護保険サービスの希望者が発生した場合、すみやかにケアマネージャーに引き継ぐという事が難しい。また、高齢者単身世帯や高齢者のみ世帯では介護保険制度についての理解が困難である上、ケアマネージャーの選択という作業が発作するため、サービス利用に至るまで利用希望者は非常に労力を要してしまう。この現状のもとでは、できる限りサービス希望者に身近な制度であるよう仲介役として、支援センターはあるべきだと感じている。

支援センターは、運営にあたり市からの委託金と各事業を行なった加算を財源としている。運営状況は、決して楽とは言えない。しかし様々な分野で専門性を重視し細分化がなされる風潮の中、広く浅い知識を持つ支援センターの存在は、必要であると感じている。今後支援センターがいかなる方向へ流れて行くとも、本来の「高齢者に関する総合相談窓口」という姿勢を崩す事なく、地域住民から支援センターに相談すれば道を示してもらえんと思ってもらえるよう臨機応変、柔軟な対応を心掛けつつ業務を行なっている。

A市の介護保険運営とホームヘルプサービスの現状

- ホームヘルパーとしての経験のなかで -

A・Y

はじめに

介護保険が導入されて、早4年が経過しようとしている。ホームヘルプサービスを取り巻く状況も介護保険前後ではずいぶん様変わりしてきた。

今、ホームヘルパーとして働いていて感ず

ること、考えることなどを、A市の現状、当事業所の現状とともに述べていきたいと考える。

1. A市の人口構成とその推移

A市の総人口は、市施行後徐々に減少し、近年28,000人前後で落ち着いている。また、高齢者人口(65歳以上)は昭和60年に比べ着実に増加し、平成14年では高齢化率も15.1%から24.3%と9.2ポイント高くなっている。(表1参照)

2. 介護保険サービスの全体的な利用状況
認定者と利用者数

高齢者人口に対する認定率はA市では13.2%、県全体では12.9%となっており県平均より高い。認定者に対する介護サービス利用者の割合を示す受給率はA市では81.3%、県全体では82.4%となっている。これは、家族介護があること、認定者でもまだ利用するほどではない、他人に家庭に入ってもらいたくないと考えている人が多いからといってもよい。(表2・3参照)

在宅サービスの現状

1人あたりの在宅費用額が91,058円で、介護サービス給付費の在宅と施設の比率が県全体では6対4であるのに対し、A市では5対5の割合で、比較的在宅サービスが利用されている。主要在宅サービス対利用率を見ても、訪問介護、訪問看護の利用率が高く、通所介護の利用率が低い状況にある。これは市内には通所介護施設が1ヶ所しかないが、近く3ヶ所となる事であるとあることが理由と考えられる。(表4参照)

施設サービスの現状

認定者における人数施設率は、A市では21.6%、県全体では31.4%となっている。また、特別養護老人ホーム入所待機者は、平成15.8.1現在、全部で145人、そのうち要介護度3以上の割合は70%ほどとなっている。(表4・5参照)

3. ホームヘルプサービスの現状と課題について

ホームヘルプサービスの内容と料金体制

居宅サービス計画に基づき、介護福祉士やホームヘルパー（2級以上、但し3級は報酬の減額対象）が要介護者等の自宅を訪問して、入浴・排泄・食事等の身体介護、調理・洗濯・掃除等の家事を行なう生活援助などのサービスを提供し、日常生活の手助けを行なっている。また、介護保険において、サービス提供は利用者本人にかぎられ、生活援助に含まれない業務は、直接本人の援助に該当しない行為（主として家族の利便に供する行為、または家族が行なうことが適当と判断される行為）、日常生活の援助に該当しない行為（訪問介護員が行なわなくても日常生活を営むのに支障が生じないと判断される行為）、日常的に行なわれる家事の範囲を超える行為とされてる。料金のほうであるが、サービス形態により身体介護、生活援助、身体生活（身体介護に引き続き生活援助が必要な場合）とわかれ、利用料金が異なっている。（表6参照）

実際にサービス提供をしていると、特に生活援助の部分で様々な利用者の要望を聞くことがある。なかには調理で訪問すると家族分の食事調理しておいてと依頼されるなどである。こういった場合は介護とは別として断らせているが、中にはこれを納得していただけない人もおられるので、お断りするのが難しいと感じることは多々あるのである。断ったり、言葉ひとつで、利用者との関係も変わることがあるので慎重に対応する必要があるのである。

利用者と援助種別利用者数と回数の推移

平成14年4月から平成15年3月までの利用者数は、年度末にかけて段々と減少している。これは、新規の訪問介護事業所が増えたことによるものだと考えられる。またA市は、豪雪地帯でもあり、冬季の1月、2月は1人暮らしの利用者の方が閉じこもりにならないためや、下肢筋力の低下を防ぐなどで施設へ冬季入所される人が何人かいるので利用人数が減るのがこの地域の特徴的といつてよい。（表7参照）

また、援助種別利用者数と回数の推移では、実利用者数は段々減少しているが、身体介護に関しては、1人当たりの利用回数が増えて

いることが特徴的である。（表8参照）

職員数と勤務状態

利用者のサービス希望時間は様々である。事業所としての営業時間は午前8時から午後6時となっているが、現在は午前8時から午後7時30分まで訪問を行なっている。また職員数であるが、平成15年10月1日現在常勤職員16名（うち1名育児休暇中）、登録パート（登録した時間に出勤する）29名となっている。

排泄介助や、調理、配膳などのサービスを利用される人は、やはり時間帯が重なることが多く、訪問者を確保するのが難しい時がある。そういった場合は、休みの職員が出勤して対応するか、どうしても無理なときは利用者に時間変更をお願いしケース調整を行なうことがみられる。

また、平成15年10月の1日平均件数は70件、1日平均出勤者数は、常勤職員7.4人、登録職員9.7人、うち午前8時から対応のケース6件（登録パート出勤可能者2人）、午後5時以降対応のケース9件（登録パート出勤可能者3人）となっている。登録パートの勤務形態は、自分が登録した時間に勤務できるという制度であり、登録者のほとんどが家庭の主婦であるため、早朝、夕方から夜にかけての時間帯や、土・日・祝祭日の出勤者がとても少ないこともあり、常に常勤職員が通常勤務時間を超過して対応しているのが現状である。そして限られた人員で対応しているため、本来なら真っ先に優先されなければならない利用者本位のサービスが、行なわれていないこともある。また、増員のための臨時職員募集を行なってもなかなか集まらない現実もある。実習生と同行訪問をしたときなどに、ヘルパーを目指しているのかたずねると、大体の人が、施設就職を希望しており、施設と違って1人で訪問することに対する不安を口にされる。次に勤務時間、給与面で見合わせているという方もみられる。1人で訪問するという事は、先輩の姿を見ながら仕事をする機会がないということである。実際に自分が行っている援助が果たして良かったのかどうか、またひとりで悩みを抱え込みやすいということもある。適切にスーパービジョンが

受けられる体制、職員同志の報告・連絡体制が取られる方法を確立し、今後ヘルパーを技術的、精神的にバックアップしていく体制づくりが重要になると思うのである。

また、今は自分では体力もあり、未婚なので既婚者に比べて生活に時間的余裕がある。逆に超過勤務手当が減ることのほうが、率直に言って厳しい生活になると思うのである。ただ、これから結婚して家庭を持ち、出産育児を行いながらもこの勤務体制の仕事を続けていけるかどうか、長く勤務できるかどうかと将来的に不安に思うことも事実である。出産・育児をしても働けるような職場づくりも後継者を育成する上では欠かせないのではないかと考えている。

A L S患者のたん吸引について

ホームヘルパーのできない行為に、医療行為がある。以前訪問したケースで、筋萎縮性側索硬化症（以下A L S）の50歳代男性のかたがみられた。その人のA L Sは、すべてにおいて全介助、人口呼吸器を装着し、常にたん吸引が必要な状態であった。私たちヘルパーは、主介護者（妻）が出勤日の午前中1時間、主に清拭と整容などの業務で訪問している。主介護者が不在のときは、同居されているほかの家族が介護しており、たん吸引が必要になると私たちが訪問していてもその部分はお願ひして吸引して頂くことになっている。

1時間の訪問中、たんが出て苦しいときは3回、4回とコールが鳴り、その度に家族の方にたん吸引をお願いしなくてはならず、大変心苦しい気持ちでいっぱいな時もあったのである。ある時主介護者から「ヘルパーさんはたん吸引やっちゃいけないんだらうけど、それでも一筆書いてもいいから、たん吸引してもらいたいのよ」と切実に言われたことがある。そのときは「申し訳ないのですがお引き受けできなくて」と答えるのが精一杯だったのを覚えている。

A L S等難病や、終末期の利用者など、医療の度合いが高まるにつれ、ますます介護だけでは、その人やその家族の生活を支えることが難しいと実感することが多々ある。利用者のすぐ傍にいても、たんが出て苦しい状態

を取り除く手立てがヘルパーにはなく、かといって家族の方の介護軽減に繋がる仕事ができるかといえば、介護保険では家族に対するサービスはできないため、家族の介護負担の軽減にもなっていない。利用者の方も、ご家族の方も、そして私たちヘルパーももどかしい気持ちを抱えながらいたのではと考えるのである。

この6月に、厚生労働省から「A L S（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養支援について」という通知が出された。その中で、その行為が危険なことにより、医師及び看護職員によるたんの吸引が行なわれるのが本来であるが、A L S患者はたんの吸引が頻繁であることから、上記のもの以外の家族が吸引を行っていることが現状であり、在宅生活を送っている患者及びその家族の負担を軽減するために、患者本人が、知識とたん吸引の方法を習得した家族以外の者に対してたん吸引の依頼をし、なおかつ家族以外の者が自己のたん吸引を行うことについて、文章により同意することによってたん吸引が行われる。なお、今回の処置は現状をかんがみ、当面やむをえない措置であって、ホームヘルパー業務として位置付けされるものではない、といった内容が発表された。これをみると、利用者対一個人としての契約であり、ホームヘルパーの業務ではないということである。私は訪問介護事業所に勤務しているので、先ほどの男性を例にとると、私がおの方と同意書を交わしたとして、ヘルパー訪問している最中にたん吸引を行ったとき、危険な行為をしている間だけ一個人として対応していることとなり、身分がとて不安定な状態になってしまうということがいえるのである。一歩前進したような内容となっているが、現状とさしてかわりがないように思うのである。今現在、在宅ヘルパーがたん吸引を行えないのは、ヘルパー業務ではないからである。まして、個人の責任を問われかねない場面も考えられるのに、法律で明記されていないということは、大変活動がしにくいと考えるのである。

やはりヘルパーとして考えることは、たん吸引は、高度な知識と技術の要する医療行為でありながら、特に資格のない家族は行うこ

とができる。医療行為の中にも、介護職にシフトできるものがあるのではないかとということ。最善な方法は、在宅医療のサービス供給体制が整うことだと考えるのである。今すぐに充実することは、難しいのが現状ではないのではなからうか。利用者とその家族が、大変な状態を何とか改善したいと願っているのは介護職も同じである。私たちヘルパーも目の前で実際に苦しんでいる利用者の方を、手をこまねいてみている現状は忍びないのである。ヘルパーとしての関わりを、一個人としての関わりということではなく、事業所単位の関わりとして、そして、ヘルパーの業務として、明文化されるのではないかと考える。

おわりに

人の生きる命の活動 = 生活を支える仕事と

して、このホームヘルパーという仕事につき早6年が過ぎようとしている。途中介護保険に制度が移行し、仕事の流れもずいぶん変わったが、利用者に対する思いは変わっていないのである。ただ、仕事をしていくと、難しい現実が待っているのも事実である。たとえば先ほどのALS患者のたん吸引といった、医療と福祉の狭間の問題、あるいは、同居されている利用者が家族の生活に左右されないとは言いがたい面もあり、利用者と家族の関係の狭間で、なにが利用者本位のサービスなのか混乱してしまうこともしばしばなのである。ヘルパーとして、自己研鑽を積み、利用者本位の在宅生活がすごせるよう、ヘルパーとして関わらせてもらいたいと思っている。

(表1) A市の人口構成とその推移 (単位:人、世帯)

区分	年		昭和60年		平成2年		平成7年		平成12年		平成14年	
	人口	比率	人口	比率	人口	比率	人口	比率	人口	比率	人口	比率
総人口 A	28,501	100.0	28,325	100.0	28,118	100.0	27,882	100.0	28,123	100.0		
40歳以上	13,911	48.8	14,746	52.1	15,389	54.7	15,808	56.7	15,942	56.7		
65歳以上 B	4,291	15.1	4,972	17.6	5,854	20.8	6,633	23.8	6,827	24.3		
65～69歳	1,488	5.2	1,643	5.8	1,937	6.9	1,945	7.0	1,879	6.7		
70～74歳	1,314	4.6	1,327	4.7	1,512	5.4	1,790	6.4	1,814	6.5		
75歳以上 C	1,489	5.2	2,002	7.1	2,405	8.6	2,898	10.4	3,134	11.1		
75～79歳	884	3.0	1,105	3.9	1,148	4.1	1,323	4.7	1,420	5.0		
80～84歳	479	1.7	559	2.0	783	2.8	884	3.2	944	3.4		
85歳以上	166	0.6	338	1.2	474	1.7	691	2.5	770	2.7		
高齢化率 B/A		15.1		17.6		20.8		22.7		24.3		
上越圏域		—		—		19.6		22.7		23.7		
新潟県		12.8		15.0		18.3		21.2		22.5		
全国		10.3		12.0		14.5		17.3		18.5		
後期高齢者比率 C/A		5.2		7.1		8.6		10.4		11.1		
新潟県		4.8		6.2		7.3		9.2		10.3		

※昭和60年～平成12年 国勢調査(各年10月1日現在)

平成14年 A市 住民基本台帳人口(4月1日現在)

全国・新潟県・上越圏域 高齢者の現況(新潟県福祉保健部福祉保健課)

※上越圏域とは、上越地域18市町村の数値

H.15.3 A市介護保険事業計画より抜粋

(表2) A市の要支援・要介護認定者数の推移 平15、9、12 A市健康福祉課

(1) 要支援・要介護認定者数

平成12年度末	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
1号被保険者	35人	156人	158人	125人	105人	116人	695人
2号被保険者	0人	3人	8人	5人	0人	7人	23人
計	35人	159人	166人	130人	105人	123人	718人

平成13年度末	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
1号被保険者	82人	192人	198人	120人	119人	124人	835人
2号被保険者	1人	6人	9人	4人	1人	6人	27人
計	83人	198人	207人	124人	120人	130人	862人

平成14年度末	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
1号被保険者	102人	264人	211人	138人	113人	134人	962人
2号被保険者	2人	10人	10人	5人	3人	8人	38人
計	104人	274人	221人	143人	116人	142人	1,000人

(表3) 認定を受けたにもかかわらずサービスを利用しない理由 (複数回答)

No	項目	人数	%
1	家族が介護してくれるから	51	42.5
2	まだ利用するほどではないから	69	57.5
3	他人の世話になりたくない、又は、他人が家の中に入るのがいやだから	25	20.8

平15、3 A市介護保険事業計画より抜粋

(表4) 【基本指標比較表；平成14年6月分】

		県全体	市部全体	A市	備考	
保険者数		108	20			
基本指標	人数指標	認定者数	655	2,168	898	
		認定率	12.9%	12.9%	13.2%	対高齢者人口比率
		受給実人員	540	1,793	730	介護サービス利用者
		受給率	82.4%	82.9%	81.3%	と対認定者比率
	重度率 (要介護3以上)	人数重度率	48.1%	48.2%	49.6%	認定者のうち、重度
		施設重度率	76.0%	76.1%	71.3%	認定者(要介護3以上)
		在宅重度率	35.4%	35.1%	43.6%	の比率
	施設	人数施設率	31.4%	31.8%	21.6%	施設入所者と在宅者
		重度施設率	49.5%	50.2%	31.1%	の比率。
		軽度施設率	14.5%	14.7%	12.3%	施設、在宅それぞれの
	在宅	人数在宅率	68.6%	68.2%	78.4%	重度認定者と軽度
		重度在宅率	50.5%	49.8%	68.9%	認定者の比率
軽度在宅率		85.5%	85.3%	87.7%		
基本指標	費用指標	費用施設率	60.5%	60.9%	49.7%	介護サービス給付費
		費用在宅率	39.5%	39.1%	50.3%	の施設と在宅の比率
	1人あたり	1人あたり施設費用額	330,541円	333,245円	326,596円	利用者1人あたりの
		1人あたり在宅費用額	98,527円	99,730円	91,058円	介護サービス給付費
		1人あたり総費用額	171,368円	173,973円	141,985円	

対支給限度額比率	対支給限度額比率	平均	43.1%	43.8%	36.6%	
		要支援	44.2%	43.4%	34.2%	
		要介護1	35.9%	36.4%	24.2%	
		要介護2	43.5%	43.9%	30.7%	
		要介護3	45.3%	45.5%	39.1%	
		要介護4	47.7%	48.3%	43.3%	
	要介護5	46.1%	48.4%	45.4%		
	分 布	3割未満	40.5%	40.4%	51.9%	
		3～6割	33.5%	32.9%	30.5%	
		6～9割	17.7%	18.1%	12.8%	
9割以上		8.3%	8.6%	4.8%		
サービスの利用率と水準	施設サービス利用率	介護老人福祉施設	45.6%	41.1%	51.3%	施設入所者のうち、施設種類ごとの比率
		介護老人保険施設	40.2%	42.4%	31.3%	
		介護療養型医療施設	14.2%	16.5%	17.5%	
	主要在宅サービス利用率	訪問介護	35.1%	38.4%	47.6%	認定者のうち、主要在宅サービス利用率
		訪問看護	12.0%	13.7%	14.0%	
		通所介護	54.4%	50.4%	41.2%	
		通所リハ	14.0%	14.3%	14.5%	
	要介護5のサービス利用率	訪問介護	40.7%	40.3%	62.5%	
		訪問看護	43.7%	48.3%	48.6%	
		通所介護	52.5%	48.7%	43.1%	
		通所リハ	10.8%	11.4%	8.3%	
	利用水準(平均費用額)当該サービス分	訪問介護	40,898円	44,656円	47,790円	各サービス利用者1人に対する介護サービス給付額
		訪問看護	31,262円	33,495円	23,883円	
		通所介護	58,459円	58,229円	37,159円	
通所リハ		52,642円	55,681円	53,277円		
ケアプラン	複数ケアプラン率(介護度別)	要介護1	37.5%	39.9%	44.1%	介護度別の複数サービスの取り入れている割合
		要介護3	65.5%	67.1%	66.0%	
		要介護5	87.1%	88.8%	93.1%	
	複数ケアプラン率(主要在宅サービス別)	訪問介護	66.0%	65.2%	74.3%	利用サービス別の複数ケアプランの割合
		訪問看護	93.5%	93.2%	98.8%	
		通所介護	61.7%	64.9%	75.3%	
通所リハ	67.5%	71.0%	67.9%			

平成15. 3 A市介護保険事業企画より抜粋

(表5) 特別養護老人ホーム待機者資料

2003/8/28 A市健康福祉課作成

基準日：平成15年8月1日現在

(単位：人)

(待機期間)	要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	合 計
1年未満	1	10	5	15	8	18	57
1年以上、2年未満	0	11	8	13	12	15	59
2年以上	0	4	4	6	10	5	29
合 計	1	25	17	34	30	38	145

(注1) 対象者はA市の介護保険被保険者(基本的にA市に住所がある者)

(注2) 要介護度は基準日の直近

(注3) 待機期間は、複数施設に申し込んでいる場合は、もっとも古い申込日から基準日までの期間

(表6) ホームヘルプサービス内容と利用料金

- サービス内容
 - ・家事援助 居室の掃除、洗濯、買物、調理など
 - ・身体介護 入浴介助、清拭、通院介助、排泄介助など
- ご利用料金
 - 介護保険の法定利用料に基づく金額（1割分）をいただきます。
 - ・主なサービスの利用料金

提供時間	サービスの種類		
	身体介護	生活援助	身体介護に引き続き生活援助が必要な場合
30分未満	231円	—	身体介護の料金に対し、生活援助30分ごとに83円ずつ加算される。
30分以上1時間未満	402円	208円	
1時間以上1時間30分未満	① 584円	② 291円	
これ以上30分ごとに	①+83円	②+83円	

(表7) 平成14年度訪問介護事業月別利用者数一覧表

年月	H14/4	H14/5	H14/6	H14/7	H14/8	H14/9	H14/10	H14/11	H14/12	H15/1	H15/2	H15/3
利用者数	145	153	151	153	150	154	160	148	143	131	131	132

(表8) 介護種別利用者数と訪問回数

	実利用者数	生活援助		身体生活		身体介護	
		延べ利用者人数	延べ回数	延べ利用者人数	延べ回数	延べ利用者人数	延べ回数
H.14.10	145	60	742	66	391	216	1191
H.15.02	131	49	583	49	303	127	992
H.15.10	120	60	611	57	364	115	1163

※平15.4月以前は生活援助が家事援助、身体生活が複合型であった。

〈参考資料〉

平14年度A市の福祉

平15.3 A市介護保険事業計画

厚生労働省 看護師等によるALS患者の在宅療養支援に関する分科会

第1回～第8回議事録及び報告書

介護保険導入後の在宅介護の就業現場とその今後の課題

- I町の在宅介護の例を通じて

T・A

I町の高齢者数等の現状

私が住み、勤めているI町の総人口は昭和55年の9008人から、平成12年の段階では7534

人と減少している。それに伴い世帯数も減少しており、平均世帯人員は昭和55年の4.17人から平成12年には3.75人と減少し、核家族化の進展が我が町でもうかがえるのである。高齢化の推移を年齢階層別にみると、40～64歳は昭和55年の3,256人から平成12年には2,592人と減少している。65～74歳（前期高齢者）は

昭和55年の906人から平成12年には1,143人と増加、75歳以上（後期高齢者）は昭和55年の444人から平成12年には950人と増加している。高齢化率は当然のように、昭和55年の15%から平成12年は27.8%となっている。また全国と比較すると、全国は17.5%になっており、10.3ポイント以上の開きが見られる。そして、第1号被保険者は、前期高齢者・後期高齢者共に増加しており、後期高齢者の割合が高くなってきており、中でも85歳以上の階層で著しい増加が見られるのである。それとは逆に第2号被保険者は企業の不況動向ともかわり減少傾向にあり、特に50～54歳の占める割合が多くなって来ている。

I町における現状（平成13年10月）の要支援者・要介護者数と割合は、下記の表に示すとおりである。総認定者割合（40歳以上の人口に占める要介護認定者割合）は、5.08%、総認定者割合（高齢者数比）は11.18%となっている。

施設サービス利用者数は、44人であり、施設別利用者数は、介護老人福祉施設29人、介護老人保健施設14人、介護療養型医療施設1

人となっている。居宅サービス利用者数は193人となっている。

介護従事者と利用者との関係

私の勤務する施設は、一般型25名定員・痴呆型10名定員の第一ゼイサービスセンター（6時間営業）と、一般型20名定員のデイサービス（6時間営業）・8床の基準該当短期入所施設の第二からなっている。私は在宅介護を支援する場で介護の仕事をしている。一介護職員である。

私達、通所施設で働く職員が行える在宅介護の支援として、家族の介護負担の軽減がある。また、外に出て同異地区の方々との社会交流による痴呆の悪化の防止、ADL低下防止の為に機能訓練や手作業、自宅で入浴できない方の為の入浴提供、そして、利用者さんが家では話せない愚痴や悩みに傾聴する事、家族の悩み・相談事を聞く事等があり、それらを総括して、その人が、なるべく長く在宅で過ごせるように支援をするのである。

介護保険が導入され、私達介護従事者と利用者の関係は、契約という対等の関係になった。利用者はサービス（内容・頻度）を選ぶ

		要支援	介護度1	介護度2	介護度3	介護度4	介護度5	合計
40～64歳	(人)	0	2	2	0	0	1	5
	(%)	0.00	0.08	0.08	0.00	0.00	0.04	0.19
65～69歳	(人)	1	4	0	4	1	1	11
	(%)	0.18	0.74	0.00	0.74	0.18	0.18	2.03
70～74歳	(人)	2	4	4	6	4	3	23
	(%)	0.34	0.68	0.68	1.02	0.68	0.51	3.90
75～79歳	(人)	4	8	9	11	8	1	41
	(%)	0.84	1.67	1.88	2.30	1.67	0.21	8.58
80～84歳	(人)	3	22	16	10	8	9	68
	(%)	0.97	7.14	5.19	3.25	2.60	2.92	22.08
85歳以上	(人)	8	25	18	15	13	15	94
	(%)	3.24	10.12	7.29	6.07	5.26	6.07	38.06
前期高齢者	(人)	3	8	4	10	5	4	34
	(%)	0.27	0.71	0.35	0.88	0.44	0.35	3.01
後期高齢者	(人)	15	55	43	36	29	25	203
	(%)	1.45	5.32	4.16	3.48	2.81	2.42	19.65
総認定者割合(%)		0.38	1.37	1.03	0.97	0.71	0.63	5.08
総認定者割合 [高齢者数比](%)		0.83	3.00	2.26	2.13	1.57	1.39	11.18

事ができ、従事者は選んでもらえるようなサービスを提供しなくてはならないのである。それは、利用者主体の個別化されたサービスといってよい。

サービスを利用するにあたって出てくるのが、介護報酬である。介護報酬は、介護度によって区切られ、決められており、それに伴う負担金も分けられている。介護度が低ければ少ない数しか使えないが、1単位はきわめて安いのである。逆に高ければ、たくさん使えるのであるが、1単位はまた高くなる。一部負担で良いとは言え、利用者にとってこれは負担になっていないとは言えないのである。

現行制度と介護保険におけるサービス給付状況

介護制度が始まった当初は、1週間に1回の利用という方が多かったのですが、最近では1週間に2回、3回という方が増え、毎日利用になっている方もいるのである。そこから単純に判断すると、サービスの給付が増えた、という事になっていると考えるのである。しかしサービスの利用は、介護度によって料金・単位(回数)が違い、一部負担ですむとはいえ、限度額を超えた利用は全額自己負担となるわけで、利用者本人や家族の意向に添ったサービスを利用出来ているかと言われると疑問に思ふのである。結局はお金がかかる...ということになると、利用を最小限にと考える方、使える限度額をめいっぱい利用する方もいるが、そこにはお金の絡みがある事は切っても切れないのである。また、もう少し利用したいが、限度額を超えてしまうので諦める方もみられるのである。

特に痴呆のお年寄りを持ち、日中家が不在になる家族は、本人の安全の為に毎日のようにサービスを利用したいということとなる。が、痴呆を持っている方の場合、痴呆加算といって、一般の痴呆を持っていない方より負担が高くなる。その為、より一層思うように、サービスを利用出来なくなっているのである。その為、私の施設では今年の4月より、一般型と痴呆型との利用料金を同じにし、その差額を施設が負担する事で、たくさ

ん利用してもらえるようにしている。その後は、痴呆の方の利用が格段と増えたのである。他には家族の仕事の関係によって、営業時間外の朝早くに来られる方、遅くに帰られる方がいるので、それに合わせたサービスとして「延長」も行っている。その場合の送迎は、家族となり、延長料金(全額負担)がかかってくる。

介護保険導入後の福祉サービス利用は、契約によって行われるわけで、本人やその家族が「利用したい」と思うサービスや、施設を選ぶ事が出来るがそうした時、利用したい施設・サービスが定員や予約でいっぱい受け入れてもらえないという事が出現し、サービスを受けられないという状況が実際出てくるのである。その場合、他の施設やサービスを紹介するのであるが、別のサービスでも良いと納得される方、しょうがないと妥協する方、他では嫌だからと諦める方と様々なのである。その状況が強く現れるのが、お泊まりのサービスを受ける時といってよい。緊急時に「サービスを利用したい!」となった時、空いていない為、他を紹介するのだが、大概決まって「こうゆう緊急時に何故利用出来ないのか!」と苦情が出てくる。先に予約の入っている方のサービスを無くす事はできないので、事情を説明し、謝罪し、お断りするしかないのである。緊急時の為、必ず1床空けておけば良いのですが、そうすると、今度は施設の運営に響いてきてしまう為、それが出来ないのである。結局施設・サービス提供側の都合になってしまっているように見え、とても歯痒く思うときがある。

介護保険制度と介護給付を巡る従事者の職務の現状

介護保険制度になって、利用者やその家族にとって少しは使いやすいサービスとして受け入れてもらえている様に思えるのである。契約をし、お金を払ってサービスを受ける。それが自分で選ぶ事が出来る。そこには家族の意向も色濃く出てくるが、それが全てではないのである。今でもまだ「福祉」や「施設」という言葉に抵抗を感じ、利用を拒否される方がいられるのである。福祉サービスは、年

をとったら誰でも利用して良いのだ、利用する権利があるのだという意識を持ち、気軽にサービスを利用して頂きたいと思うのである。

利用者主体、個別化されたサービスを提供していかなければならないのであるが、実際はそれが半分か、半分以下しか出来ていないのである。デイサービスに来て、その日、本人のしたい事・趣味をしてもらおう。そこまで出来たら...と思うのである。それが出来ている施設もあるわけで、決して出来ないというわけではないのである。出来ないのは、人材が足りていないからだ、と言ってしまえばなんにも解決しないし、実際人材が増やされても、結局個別化されたサービスが提供されていないという事が起こり得る。唯単に通常の仕事の能率を上げただけに陥ってしまう様である。人材を増やす前に限りある人材で、最大限のサービスを提供していく努力と創意と工夫が必要なのだ。これが現在の契約福祉と思うのである。

介護制度が導入された今の福祉の現場では、1にも2にも「質」が問われている。選ばれるサービス・施設、そうなる為の努力が必然となっている。その為には現職員1人1人がしっかりと自覚を持って利用者に良いサービスとは何かを考え、提供していかななくてはならない。施設・サービスの質とは、結局、そこに関わる職員の質になるといってよい。より良いサービスを提供する為には、内部の職種間での意識の統一が不可欠で、正規職員・臨時・パートと勤務時間・責務・給料等違う訳だが、利用者やその家族にとっては皆同じサービスを提供する従事者なのである。しかしその意識がある人と有っても薄い人、全く無い人がいてしまうのが私の勤める職場の現状といつてよい。内部研修を繰り返し、意識改革を目指しているのであるが、全員の意識統一には至っていないのが現状である。どうやって高いレベルの意識に統一させていくかということも一つの課題となっている。また内部だけにとどまらず、ケアマネージャーや、医療機関とのスムーズな連携もまさに問題である。

利用者にとって、在宅での生活はやはりど

んな施設より大切な場所だと考える。介護保険の制度とその理念の実施は、家族、ケアマネージャー、医療機関、福祉施設が情報交換を密に行い、利用者が在宅で死を迎えるその時まで、その人らしさを持って楽しく過していけるようにバックアップして行くことが大切であると考えるのである。

介護保険運営と在宅デイサービス制度 - K町の現場を通じて -

H・R

介護保険制度が始まり、福祉が「措置」から「契約」となった。その為、利用者の側が福祉サービスを提供する側を選択する時代となった。しかし、利用者が福祉サービス提供者を選択する為の情報はなお不十分であると考えられる。

私の勤務しているK町には、デイサービス事業が一つしかない。そして、デイサービスの利用者の地域内訳は、100パーセントK町在住の方である。その理由として、知っている人がいないと利用するのに不安があることや、町外のデイサービスに行っている人がいない為、他のサービス事業者の情報が不足していることがあげられる。

大きな市などは、デイサービスがいくつもあり、サービスを利用してもらう為に、競争意識を持って、サービスの向上をはかっている。その点でK町は他の所よりも競争意識がかけられている様に感じる。しかし、競争がないからといって、現状のサービスの提供の仕方に甘んじるのではなく、「利用している方にとって本当にニーズを満たすサービスを提供できているか」、「サービス提供の際に、利用者が不愉快な思いをしていることがないか」という意識を、サービスを提供する側が持ち、自己評価を行い、サービスの向上に心がけることが利用者に対し大切だと思う。

K町には、デイサービス事業が一つしかないことから、社会交流を目的とした方、入浴目的の方、家族の介護負担の軽減を目的とした方、痴呆の進行予防を目的とした方など、いろいろな目的の方が利用され、一緒に1日を過している。その為、頭のしっかりしている方が、痴呆の方と一緒に過すことにより、

ストレスを感じたり、不快な思いをしていることも現状としてある。

しかし、K町の近くには痴呆専門型のデイサービスが無く、利用するとなると、家族送迎をしなければならない事もあり、現状では利用しにくい状況にある。

また、痴呆症状が軽いうちは、一般型デイサービスの中で過す方が、症状を緩和したり、進行を遅くする、と言われていたことがみられる。一般型デイサービスを利用しているが、どのくらい痴呆が進行したら、痴呆専門型デイサービスに移行するか、家族も職員も判断に迷ったり、痴呆専門型サービスの対象だと考えられるほど重度化しても、家族に痴呆専門型デイサービスを利用することのメリットが理解されにくく、利用に結びつかない現状がみられる

しかし、同じ利用者として、サービスを利用しているにもかかわらず、事情がわかってしまう、頭のしっかりされた方が、痴呆の方と一緒に過す事により、ストレスを受けたり、不快感を感じたりすることは混合サービスとして問題だと思う。

そういう問題を解消していく為に、サービスに対する目的によって、サービスを選択できる様、サービスの多様化と関係サービス事業の多様化の充実が必要だと思う。

例えば、痴呆専門型のデイサービスがもっと身近にあれば、 のようにもっと利用しやすいと思うのだが。

また、社会交流が目的で要介護度の低い方などは、サテライト型のデイサービスがあれば、同じ目的の人が集まる事で、目的を達成しやすくなると思う。

まだまだ、現状では、利用者1人1人のニーズに全てこたえられていないのが現状である。

しかし、従事者として現状の中でどうやったら、ニーズを満たしていけるか、という視点で、サービスを提供していきたいとつねに思うのである。利用者が、発言していないから、ニーズが無いと思うのではなく、従事者としてニーズを引きだし、ニーズを満たす努力を忘れずに、サービスの質の向上に努めてゆきたいと思う。

介護保険制度と短期入所者生活介護の現状

- C市の特養ホームのショートステイ担当者として -

S・R

はじめに

私の住んでいるC市で行われている、介護保険サービスの給付状況と、私が特別養護老人ホームのショートステイ担当として働いて感じる事を以下に述べたいと思う。

(1) 介護保険制度と短期入所者介護の現状

() C市の人口と高齢化率

平成15年現在、C市の総人口は134756人、そのうち65歳以上の人口は、27903人である。高齢化率は20.7%で年々増加しており、今後も高齢化は進むと予想される。(表1参照)

() C市の要支援・要介護認定者数

平成15年現在、C市の要支援・要介護認定者数は第一・第二号被保険者を合わせ、4079人である。そのうち要介護一の方は1182人であり、全体の29%を占め、一番多い。(表2参照)

要介護認定申請状況は、毎月100件以上の新規申請があり、要支・介護認定者も増加している。(表3・4参照)

() 要介護度別のサービス給付状況

要介護認定を受けた人のうち、約8割の人がサービス給付を受けており、約6割の人は居宅サービスを利用し、約2割近くの人は施設サービスを利用している。又、要介護度一～三の人は居宅サービス利用者が多い。(表5参照)

居宅サービスのうち、利用者数が多いのは居宅介護支援に続き、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与の順となっている。短期入所生活介護の利用者は、居宅療養管理指導に続き全体の6番目である。(表6・7・8参照)

() 短期入所生活介護について

短気入所生活介護(以下ショートステイとする)は、日常的に介護する家族に代わり、要介護者を一定期間、生活の場を施設に変えることにより、家族も支援し、家族生活を安定させていくことを目的としている。

1日当たりの利用料金は、要介護度別に異

なる。食事代やレクリエーションに関わる費用は別料金である。(表9参照)

C市では、近隣市町村も含め、現在11カ所の施設で、ショートステイサービスが行われている。新しく開設予定の事業所もあり、今後増えていくと思われる。(表10参照)

又、養護老人ホームにおいて、65歳以上の原則として要介護認定を受けていない人を対象とした、老人短期入所という高齢者福祉サービスも行われている。(表11参照)

() ショートステイ利用理由

同居している要介護者は、介護者である家族の不在で、ショートステイを利用される事が多い。介護者休養のための利用は、半数以上を占めている。定期的なショートステイの利用により、介護疲れをとり、精神的にリフレッシュする事は、在宅生活を続けていく上で、大きな効果がある。(表12参照)

() 緊急時のショートステイ

～必要事に使えない現状～

在宅では、介護者自身の高齢化から老々介護の現状もあり、介護者自身の健康維持が在宅介護を支えていく上で重要である。介護者が突然、心身を病んでしまう等、何らかの理由によって介護者が不在となる場合、ショートステイが介護者交代の役目の一つとなるが、ベッドが空いていなければ、別の方法を考えなければならない。デイサービスやホームヘルプサービス等の利用により、在宅サービスをつなげたり、親戚の協力を求めたりする事で、介護者不在をまかなっている例もある。

又、C市には緊急用ショートステイのベッドが2床ある。特別養護老人ホーム2カ所に1床ずつ、緊急時用のベッドが用意されており、緊急時に備えている。

() ショートステイを利用することの現実

利用者は、ショートステイを利用することにより、施設内でたくさん的高齢者やボランティア、職員と接触したり、顔をあわせる事ができ、施設は社会交流の場となる。

実際のところ、家族の都合によりショートステイを利用する場合、施設に行くよりも、自宅にいる事の希望が強く、嫌々、渋々入所されている利用者がほとんどだと思ふ。在宅

と同じように、気兼ねなく過して頂く事が理想であるが、現実には難しい。同施設のリピーター利用の方は、利用回数を重ねるにつれて、施設という環境に慣れてくるという場合もある。

ショートステイを初めて利用される場合、色々な不安が生じる。不安が大きくなりすぎて、心身状態にあらわれるケースもある。ケア・マネージャーや家族からの情報をもとに、利用者の様子を見て、ケアプランを作成し、精神面のフォローも含め、職員による様々な対応や工夫を行うべく努力がなされている。又、利用前、利用中の家族からの話、支えとしての存在は大きい。しかし、緊急時に利用される場合、そのような家族からの対応が十分になされにくい。

リピーター利用の場合、施設側として、以前利用された時の様子がわかり、利用情報があるというのは、緊急ショートステイ利用時の受け入れ体制を整えやすい。利用者との契約も、初回時に済まされていれば、事務手続きも必要ないので、時間の短縮にもなる。家族の緊急時にそなえ、徐々にショートステイをお試し感覚で利用していく事は、顔なじみの利用者や職員もでき、施設という環境に慣れていく事につながると思う。又、家族、ケア・マネージャー、施設で余裕を持って、利用者の精神面へのフォローアップを行う事の意味は大きいと考えるのである。

しかし、ショートステイのベッド数が不十分なため、お試し利用も希望時に使えない現状である。

() まとめ

使いたい時に使う事のできるベッド数の確保と同時に、安心して利用できる受け入れ体制を整え、サービスの質をあげていく事は、家族を支援し、利用者が最も希望する、在宅生活を支えていく上で、重要な役割になると考えるのである。

表1) C市の要介護認定の状況

○人口、高齢化率等

(平成15年4月30日現在)

人口	高齢者人口			高齢者化率
	65～74歳	75歳以上	合計	
134,756人	15,079人	12,824人	27,903人	20.71%

表2)

○認定状況

(平成15年4月30日現在)

	1号被保険者				2号被保険者		合計	
	65～74歳		75歳以上		(40～64歳)		人数	比率
	人数	比率	人数	比率	人数	比率		
要支援	92人	13.5%	458人	14.2%	9人	5.1%	559人	13.7%
要介護1	207人	30.4%	901人	28.0%	74人	41.6%	1,182人	29.0%
要介護2	127人	18.8%	595人	18.5%	33人	18.5%	755人	18.5%
要介護3	78人	11.5%	372人	11.5%	20人	11.2%	470人	11.5%
要介護4	85人	12.5%	382人	11.9%	17人	9.6%	484人	11.9%
要介護5	92人	13.5%	512人	15.9%	25人	14.0%	629人	15.4%
合計	681人	16.7%	3,220人	78.9%	178人	4.4%	4,079人	100.0%

表3)

○申請状況

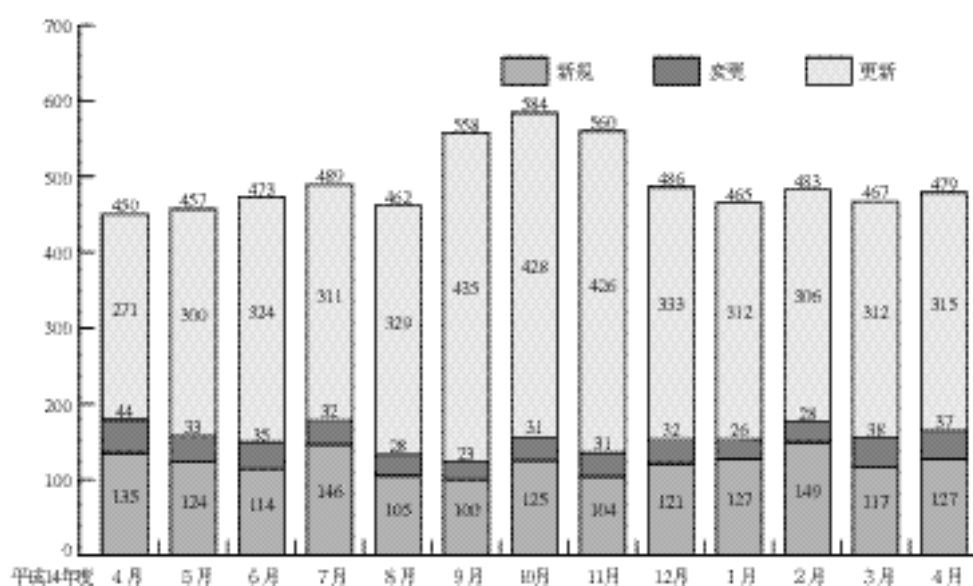


表4)

	新規申請		変更申請		更新申請		合計 件数
	件数	比率	件数	比率	件数	比率	
H11年度	2,810	100%					2,810
H12.4～9月	651	24%	95	3%	2,228	73%	2,692
H12.10～3月	545	19%	95	3%	2,228	78%	2,868
H13.4～9月	579	21%	99	4%	2,108	76%	2,786
10月	107	20%	27	5%	410	75%	544
11月	99	20%	31	6%	362	74%	492
12月	106	23%	22	5%	326	72%	454
1月	128	31%	26	6%	262	63%	416
2月	126	27%	30	6%	311	67%	467
3月	122	29%	20	5%	283	67%	425
H14.4月	135	30%	44	10%	271	60%	450
5月	124	27%	33	7%	300	66%	457
6月	114	24%	35	7%	324	68%	473
7月	146	30%	32	7%	311	64%	489
8月	105	23%	28	6%	329	71%	462
9月	100	18%	23	4%	435	78%	558
10月	125	21%	31	5%	428	73%	584
11月	104	19%	31	6%	425	76%	560
12月	121	25%	32	7%	333	69%	486
H15.1月	127	27%	26	6%	312	67%	465
2月	149	31%	28	6%	306	63%	483
3月	117	25%	38	8%	312	67%	467
4月	127	26%	37	8%	315	66%	479

※要介護認定者のうち、75歳以上の後期高齢者が78.9%を占めている。

75歳以上の後期高齢者は、要介護者が3,220人で、同人口の25.1%に達している。

65～74歳の前期高齢者は、要介護者が681人で同人口に対して4.5%である。

※介護保険制度がスタートして3年が経過したが、毎月平均で約120件近くの
新規申請があがってきている。

資料ホームページ
「介護情報（あんしんケアネットC）」

表5)

○保険給付状況

	認定者数		居宅サービス利用者		施設サービス利用者		合計	
	人数	構成比	人数	割合	人数	割合	人数	割合
要支援	399人	11.2%	228人	57.1%	6人	0.0%	228人	57.1%
要介護1	993	27.9	680	68.5	55	5.5	735	74.0
要介護2	669	18.8	440	65.8	116	17.3	556	83.1
要介護3	441	12.4	277	62.8	104	23.6	381	86.4
要介護4	487	13.7	257	52.8	167	34.3	424	87.1
要介護5	568	16.0	255	44.9	263	46.3	518	91.2
合計	3,557	100.0	2,137	60.1	705	19.8	2,842	79.9

※認定者のうちなんらかの介護サービスを利用している人の割合

居宅サービス利用率

要介護度	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
支給限度額	61,500円	165,800円	194,800円	267,500円	306,000円	358,300円	
1人当たり利用額	32,701円	59,968円	78,159円	106,521円	125,859円	149,686円	92,149円
利用率	53.2%	36.2%	40.1%	39.8%	41.1%	41.8%	40.8%

※居宅サービス利用者の支給限度額に対する利用率

表6)

○介護サービスの利用状況

区分	サービスの種類	年間延べ利用者数	月平均利用者数	月平均利用額
居宅サービス	居宅介護支援	22,128人	1,844人	7,569円
	訪問介護（ホームヘルプサービス）	10,546	879	45,426
	訪問入浴介護	2,709	226	44,718
	訪問介護	3,409	285	32,046
	訪問リハビリテーション	0	0	0
	居宅療養管理指導	6,940	579	7,633
	通所介護（デイサービス）	11,444	954	42,583
	通所リハビリテーション（デイケア）	2,586	216	37,665
	短期入所生活介護	3,530	295	68,409
	短期入所療養介護	666	56	66,476
	福祉用具貸与	7,874	657	11,258
	痴呆対応型共同生活介護	266	23	213,155
	特定施設入所者生活介護	53	5	181,900
施設サービス	介護老人福祉施設（特養）	3,380	282	298,992
	介護老人保健施設（老健）	3,942	329	267,390
	介護療養型医療施設（療養型）	1,176	98	357,327

平成14年度 C市のふくし

表7) 居宅介護サービス

平成14年度保険給付状況

(単位: 件、円)

	件数	介護報酬	保険給付費	1件あたり 給付費
訪問介護 (ホームヘルパー)	14,287	700,719,980	630,640,704	44,141
訪問入浴介護	3,137	160,150,730	144,135,657	45,947
訪問介護	3,655	127,591,810	114,839,901	31,420
訪問リハビリテーション	26	533,500	480,150	18,467
通所介護(デイサービス)	14,254	716,215,068	644,593,556	45,222
通所リハビリテーション (デイケア)	2,704	120,229,587	108,206,624	40,017
福祉用具貸与	12,475	165,535,540	148,981,986	11,942
短期入所生活介護	4,028	315,717,680	284,155,596	70,545
短期入所療養介護	1,037	85,550,680	76,995,612	74,248
居宅介護支援	27,356	206,126,720	206,126,720	7,535
居宅療養管理指導	7,102	59,743,500	53,769,150	7,571
痴呆対応型共同生活介護	328	80,478,257	72,430,430	220,824
特定施設入所者生活介護	77	14,986,714	13,488,027	175,169
福祉用具購入費	547	12,615,271	11,363,517	20,774
住宅改修費	457	56,608,766	50,992,815	111,582
居宅サービス計	91,470	2,882,803,803	2,561,200,445	28,000
介護老人福祉施設	3,836	1,264,618,800	1,134,465,354	295,742
介護老人保険施設	3,562	1,141,776,413	979,070,067	274,865
介護療養型医療施設	1,370	602,476,100	521,762,571	380,849
施設サービス計	8,768	3,008,871,313	2,635,297,992	300,559
合計	100,238	5,831,675,116	5,196,498,437	51,842
高額介護サービス費	3,921	0	23,509,784	5,996
審査支払手数料	99,327	12,624,454	12,624,454	127.1
特別給付(通所入浴)	26	858,000	772,200	29,700
総合計	203,512	5,845,157,570	5,233,404,875	25,715

資料 ホームページ「介護情報(あんしんネットC)」

C市の特別養護老人ホーム—運営状況

表 8)

○平成14年度平均利用率

月	稼働率
4月	90.1%
5月	84.2%
6月	83.2%
7月	85.1%
8月	83.9%
9月	80.0%
10月	77.5%
11月	83.7%
12月	82.3%
1月	89.9%
2月	87.0%
3月	90.9%

平成14年度実績報告

介護度別利用者数

	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	(延べ人数)
4月	2	11	18	12	30	47	120	145
5月	1	9	19	15	25	38	107	131
6月	1	15	15	13	26	40	110	132
7月	0	17	28	15	25	42	127	158
8月	0	17	23	15	23	37	115	143
9月	1	18	21	15	27	34	116	145
10月	2	21	15	20	19	29	106	128
11月	3	16	28	18	24	30	119	119
12月	3	18	27	26	18	35	127	127
1月	1	17	25	21	23	29	116	147
2月	0	13	20	23	21	27	105	134
3月	2	11	19	25	28	32	117	135
合計	16	183	258	218	289	420	1385	1644
—	1.2%	13.2%	18.6%	15.7%	20.9%	30.3%	100.0%	

表9)

利用料 (単独型短期入所生活介護1・介護看護職員の配置3:1)

基本 料 金	介護度	一日の料金	自己負担金(介護保険適用)
	要支援	8,310円	831円
	要介護1	8,750円	875円
	要介護2	9,460円	946円
	要介護3	10,160円	1,016円
	要介護4	10,870円	1,087円
	要介護5	11,570円	1,157円
加算	送迎代(片道)	1,840円	184円
実費 (保険外)	食事材料費	(朝:220・昼:280・夕:280円)	780円
	その他	レクリエーション・行事によっては別途料金がかかる場合があります。	

表10)

C市の短期入所生活介護

事業所名	所在地	定員数(内痴呆対応)
特別養護老人ホームI園	C市	20名(8名)
特別養護老人ホームS ¹ 園	C市	20名
特別養護老人ホームS ² 園	C市	30名(6名)
有限会社T	C市	20名
特別養護老人ホームO	A郡M村	10名
特別養護老人ホームM園	B郡X村	10名
特別養護老人ホームY園	B郡Y村	10名
特別養護老人ホームM園	B郡Z村	20名
ショートステイY	C市	21名
特別養護老人ホームM	D市	10名
在宅複合型施設M園	D市	30名

資料 「C市の介護保険・高齢者福祉サービスガイドブック」

表11)

ホーム＞高齢者の保健・福祉サービス＞高齢者福祉・居宅サービス＞
老人短期入所

おおむね65歳以上の高齢者を在宅でお世話している方が、病気やケガあるいは冠婚葬祭等でお世話ができなくなった場合に、高齢者を一時的に上越五智養護老人ホームに保護しお世話する制度です。

対象者

おおむね65歳以上で、身体上、精神上軽度の障害がある人。（原則として、介護保険制度の要介護認定を受けていない人が対象になりますが、状況によっては要支援に認定された人も利用できます。）

利用するには、市への利用者登録が必要です。

内 容

居宅における養護が困難となった場合に、当該高齢者を一時的に養護老人ホームに保護します。

入所期間は、原則として7日間以内で、利用料の自己負担は1日あたり1,730円です。

申請方法

老人短期入所利用証交付申請書を在宅介護支援センターを經由して、あるいは直接、市へ提出してください。

老人短期入所利用証交付申請書

問い合わせ先

お近くの在宅介護支援センター、民生委員、または、高齢者福祉課へお問い合わせ下さい。

資料 ホームページ「介護情報（あんしんケアネットC）」

表12)

利用事由状況

利用事由	人数	%	利用事由	人数	%
冠婚葬祭	54	4.6	家業・仕事多忙・農作業	106	9.0
介護者休養	606	51.4	介護者旅行	72	6.1
介護者疾病	103	8.7	一人暮らし	51	4.3
介護者看病・出産手伝い	30	2.5	共働き介護者不在	38	3.2
公的行事	9	0.8	その他(新築・介護力無し)	38	3.2
			計	1180	100.0

資料 Mの里 事業報告書（平15年）

介護老人福祉施設における現状と問題
点・今後の課題

- B市の特養老人ホームとユニット
ケアからみた現状と課題 -

W・W

1. 市の概要
2. 関係従事者の職務と内容
3. ユニットケアにおける現状と課題
4. 特養待機者増加の背景と新入所指針
5. これからの施設福祉のあり方

1. 市の概要

私が勤務している市（以下B市とする。）の総人口は約8万5800人である。なお、65歳以上の老年人口は2万300人であり、高齢化率は23.6%と4人に1人の割合で、高齢化は全国平均の約10年を先行している。75歳以上の後期高齢者は9730人で総人口に対して11.3%となっている。総人口は減少しているものの、

高齢者数は着実に増加しており、今後も高齢化率は上昇するものと考えられる。

要支援、要介護者数を見ると、在宅（病院・老人保健施設・グループホーム等を含む）では、寝たきり老人が26.9%、痴呆性老人を含む準寝たきり老人が32.5%、虚弱老人が40.6%となっている。一方、施設は新入所基準にもあるように、要介護度の高い人から優先的に入所してもらうということを受けて、重度化する傾向にある。

私が勤務する特養でも要介護4・5の利用者が全体の53%を占める。

2. 関係従事者の職務と内容

私が勤務する介護老人福祉施設（以下B特養とする）は、入所定員80名である。長期入所の他にショートステイ・デイサービス・居宅介護支援事業・在宅介護支援センターを併せ持っている。職員は77名（厨房の調理員は

【表1】関係従事者の職務内容（平成15年10月現在）

職 種	人数	職 務 内 容
園長	1	施設の運営管理全般
事務員	3	施設会計業務全般 職員の給料計算・福利厚生、利用者に関しては各種保険及び年金・預り金の管理（希望制）介護報酬と利用者負担金の請求及び受領等
生活相談員	5	利用者の生活相談及びお世話全般に関する事項 利用者の入退所、各種申告等の業務代行、関係実施機関との連絡調整、実習生・ボランティアの受け入れ等
介護支援専門員	1	いわゆる居宅介護支援事業の専任職員 当施設は今年開所し、現在は26ケースであるが、ケアマネの依頼は後を絶たず供給が追いつかない状態
看護師	6	利用者及び職員の健康管理、衛生管理・指導業務全般 医師（嘱託）の業務の補助、指示に基づく与薬、投薬管理、療養及び治療、通院・入院の付き添い、死亡者の処置等
機能訓練指導員	1	利用者の機能訓練及び機能減退防止に関する事項
介護員	59	利用者の日常生活の援助、介護等処遇全般 介護計画の樹立、利用者のクラブ活動・行事・機能訓練等の実施、利用者所持品及び生活用品の管理・保管・整理、担当居室の清掃・整理整頓等
栄養士	1	施設給食の運営総括※栄養士は法人と委託業者に各1名

※生活相談員・看護師・介護員の人数はショートステイ・デイサービスを含む。

外部委託のため除く)である。各職種の職務内容は表の通りである(表1参照)。

3. ユニットケアにおける現状と課題

まずはユニットケアを実施している特養と従来型の特養の違いについて述べる。

(以下、ユニットケア施設をB特養、従来型施設をC特養と表記する)ハード面(建築構造面)の違いを以下の表にまとめた(表2参照)。

次にソフト面(対人面)での違いについてであるが、従来型の特養は、業務(排泄・食事・入浴の三大介護)をこなすことが精一杯で、毎日がマニュアル化してしまう。多くの職員で多くの利用者をケアするため、合理的ではあるが職員が機械化し、サービスを提供する主体が「人間」であるということをお忘れがちになる。施設で働く多くの職員は、この現実に長年疑問をいだいてきたことであろう。そしてその疑問、問題意識の中から生まれたのがユニットケアなのだろうと思う。ユニットは、小規模に分散されている。B特養

は、4ユニット利用者各20名で、職員は1ユニット9名配置されている。2.2:1の割合である。(ちなみに、従来型のC特養は2.7:1である)

ユニットの最大の特徴は、利用者・職員が小規模に分散、固定化されていることにより、今までかかわれなかった利用者の様々な部分に、より深く関わるができるという点だと思う。従来型の特養では実現できなかったケアを、形にできる可能性を持つユニットケア。可能性を現実のものにするためには、職員の発想の転換と、そこで生活する利用者とともに生活を築いていきたいかという想い、取り組みが必要になる。そこで、実際ユニットケアに取り組む中で見えてきた問題点と課題を後述する。

施設が今年春に開所し、この半年間で施設全体として行った行事は、納涼会のみである。開所1年目は行事やクラブ活動よりも、利用者の状態把握と各ユニットの基盤づくりに主眼を置いた。施設行事は少なかったが、各ユニットで様々な取り組みがあったのでいくつ

【表2】ハードの違い(B—ユニット型 C—従来型)

	B施設	C施設
開所年・定員	H15 長期80名/ショート20名	H2 長期100名/ショート20名
建物概要	3階建て 1F(デイ23名/ショート20名) 2F・3F(長期各40名/各階2ユニット編成=1ユニット20名)	2階建て 1F(長期42名/ショート20名) 2F(長期58名)
居室	1人部屋60名(60名) 4人部屋10室(40名) (4人部屋はパーテーションで仕切られた準個室)	4人部屋27室(108名) 2人部屋5室(10名) 1人部屋2室2名
食堂	9(1Fには20名用食堂が1箇所、2・3Fには10名用食堂が各4箇所)	2(各階1箇所)
トイレ	40箇所(2.5人に1箇所)	38箇所(3.2人に1箇所)
浴槽	一般浴槽3箇所 特殊浴槽2箇所 チェアイン浴槽2箇所 個人浴槽6箇所	一般浴槽2箇所 特殊浴槽2箇所 チェアイン浴槽2箇所
その他	各食堂に冷蔵庫・電子調理器・レンジ・食器棚が完備	各食堂に冷蔵庫

か紹介したい。ある利用者の「くじら汁が飲みたい。」という一声で行ったくじら汁作り、ユニット対抗ミニ運動会、屋内ボーリング大会、敬老会も一同に会してという形ではなく、各ユニットで利用者と家族、そして職員も加わって同じテーブルで食事をして敬老の日を祝った。また、日々ユニットを覗くと、利用者と職員が一緒になってベランダで洗濯物を干す姿、ユニット内を掃除する姿、食事の配膳をする姿等が見られる。自分の役割を得た利用者の表情はいきいきとし、職員が利用者から元気をもらっている。

次にユニットケアのメリット・デメリットについて対比させながら考えてみたい。

(1) 個室であることにより、利用者のプライバシーが守られている。言い換えればプライベートな空間が保証されているとも言えるだろう。居室には、今まで使っていた馴染みの家具等が持ち込めるので個性が出る。やはり、人間幾才になっても、一人になれる空間があるということは大切なことだと思う。しかし、個室ゆえのリスクもある。訪室しないと、利用者の変化を見落としかねないのである。従って、居室の清掃、ゴミ集め等は職員が携わり、たえず利用者の状況把握に努めている。

(2) ユニット単位のケアは、職員が利用者の状況、状態を把握しやすい。しかし、言い換えれば、従来型の特養よりも職員一人一人の責任が明確になり、言い逃れができなくなるということでもある。その人にあったよりよいケアを実現していくには、より一層の目配り・気配りが必要になる。利用者の状態の変化は必ずしも身体的な面だけではない。ユニットは生活単位が小規模であるため、利用者同士が顔馴染みになり、その中で気の合う仲間ができれば生活に楽しみを見出せるだろう。しかし、毎日同じ空間、同じ顔ぶれの中で生活していくうちには、目に見えないストレスを抱えている利用者もいる。実際、絶え間なく話しかける重度の痴呆高齢者に、周りにいる人がついていけない状況を目にすることがある。こういった状況が毎日のように繰り返されたらストレスになるのは当然だろう。よって職員は、心理面にも充分注意、配

慮をしながら利用者に関わることが必要になる。

ユニットケアは、従来型の施設では困難だった個別ケアを確立し、ケアを質的に向上させるという大きな可能性を持つことになると考えている。可能性を現実のものにできるかどうかは、職員の想い一つだ。いくらハード面が充実していても、「どういうケアをするか」「どんな生活にするか」という視点が常になければ決してよい支援はできない。開所して半年余り、各ユニットに特色が出てきている。良くも悪くも、職員の想いがユニットに反映される。今後は利用者のつぎやきを形にできる、その人が本当の意味でその人らしくいられる場所＝家づくりをしていけたらよいと思う。

4. 特養待機者増加の背景と新入所指針

現在、A市の特養待機者は300人余りいるとされているが、待機者が増え続ける背景には一体なにがあるのだろうか。介護保健制度が創設され、福祉が「措置」から「契約」へと変わり、国民の権利としてサービスを受けるといった意識が高まった。困った時は人目を気にすることなく（全くないとは言いきれないが）サービスを利用することができるという風潮が根付き、『福祉』が決して特別な人のものではないといった認識に変わってきたことを考えると、制度が果たした役割は大きいと思う。

施設に提出される入所申込書の中で、入所の希望時期についてみると、今すぐが73%、半年後5.8%、1年後と将来的にあわせて17.6%と圧倒的に「今すぐ」と希望しているケースが多い。要介護度別に見ると、要介護度が高くなるにつれて、将来的にという割合は減少するが、今すぐにと希望するケースに関しては、要介護度は関係ないようだ。在宅で生活する上で特別問題のない人も、施設に「今すぐ入りたい」と希望しているのだ。（本人が希望しているというよりは、家族の希望である場合が多いように思うが...）。これはA市に限ったことではないと思うが、主治医や担当ケアマネージャー、隣近所の人から

「特養は順番を待っている人がいっぱい、申し込んででもすぐには入所できないけれど、とりあえず申し込んでおいたほうがいいよ。」と誰もが口にする。まるで申込書の提出が、精神安定剤の服用であるかのように『とりあえず申込』は後を絶たない。このような現状の中で施設は、本来の特養の役割と高齢者が住み慣れた地域・在宅で生活していくために何が必要か、何ができるかを考えていかなければならないと思う。

平成15年4月から入所に関する基準を明示することにより、入所決定過程の透明性、公平性を確保し、施設入所の円滑な実施に資することを目的とした新入所指針が適用されている。A市では本人の状況（要介護度）、介護者の状況、特記事項（痴呆自立度、問題行動）について点数化し、その結果において点数の高いものを上位とする。なお、各施設には施設職員と職員以外の第三者で構成する入所検討委員会を設置する。入所待機順位を決定する上で必要とされる調査項目や入所検討委員会の開催頻度は各市町村で異なり、本人や介護者の状況・特記事項に加えて、在宅サービスの利用状況、担当ケアマネージャーの意見書を必要とする市町村もある。新入所指針の目的でもある入所決定過程の透明性、公平性を確保するためには、複数箇所申請している人の調査結果にバラツキがでないように各施設が、情報を突き合わせ点数を決定する厳密な作業や各施設の受入基準つまりガイドライン等の整備が必要と考えられる。（なお、ここでいう施設のガイドラインとは、例えば気管切開・透析・ASL-筋萎縮性側索硬化症患者等の受入をどうするかといったようなことをいうと考えてよい。）

そして今後、新入所指針に従って入所決定をしていくと、当然のことながら重度の利用者が多くなっていく。ユニットでケアすることにより、痴呆症状が緩和されたというケースもある。ユニットだからできること、ユニットケアの持ち味を最大限に生かすことを考えると、個人的には施設独自の入所基準があってもよいのではないかとと思うところである。

5. これからの施設福祉のあり方

前項で特養待機者の増加について述べたが、介護保険制度創設により施設入所を当然の権利として捉える利用者または家族が増えたことは明らかである。施設に入所すれば365日24時間体制で職員が見守り、いつ何があっても大丈夫だという安心感が買える点からいえば、やはり将来的には施設を希望したいという人が多いのかもしれない。しかし、その『安心感』を在宅生活でも保証できるとしたら、施設を選ぶ人はどれくらいいるだろうか。福祉サービスを使いながらできる限り在宅で生活することが介護保険制度の本来の目的でもあり、施設職員も忘れてならない大切な視点だと思う。特養もさる事ながら、老健にも特養の待機者と呼ばれる人たちが押し寄せ、特養化しているのが現実である。本来、老健は入院治療する必要のない、病状の安定した寝たきり高齢者等に対して、リハビリテーション等の医療ケアと生活サービスを提供する施設であるはずだ。治療が必要な人には、病院や介護療養型医療施設といった場所が提供されるべきである。まだまだ各施設またはサービスの整備が追いついていないため、本来果たすべき役割を果たせていないのも現実である。

実際私の勤務する特養であったケースであるが、入所当初は要介護1と判定されていた女性利用者（以下Dさんとする）が要介護更新認定調査の結果、要支援と判定された。Dさんは在宅で生活していた平成8年頃より物忘れが始まり、病院で検査を受けた結果、アルツハイマー型痴呆と診断された。老健施設への入所経緯もある。在宅や老健で生活されていた時は、火の不始末や過食行動等痴呆による問題行動が見られた。特養に入所してからは、状態も安定し特別目立った問題はなく、施設での生活に限って見れば要支援という結果は妥当であるように思う。家族は再調査の依頼をし、その結果についてはまだ出てないが、再度要支援と判定されれば退所となる。家族は就労していることから日中一人で生活させる事に強い不安を抱いている。しかし再度要支援と判定された時のことを考え、退所後のことについて、家族と施設とが思案して

いる状況である。ここで問題となるのは、要支援と判定され退所せざるを得ない状況になった利用者の受け皿がきちんと整備されているかということだ。その人の状態に合ったサービス、生活の場を適切に提供するという意味で介護保険、介護認定があることは理解できるが、基盤整備がなされていなければ当然行き場を失う高齢者が出てくる。行政・施設・住民が一体となって、その人がその人らしく生活できる場所づくりを考えていかなければならないと思う。

ユニットケアという視点から捉えた施設のあり方については、職員が利用者を介護の対象として見るのではなく、どれだけ一緒に暮らす生活者として見るができるかという点にあると思う。前記の3のユニットにおける現状の中で、各ユニットでの取り組みと利用者職員と一緒にやって行くことを紹介したが、最近ユニット内だけに留めておいたのではもったいないと感じる。ユニットは、そこで生活する利用者にとって大切な空間だ。しかしユニット以外の場所でホッと一息つける空間があったら良いと思う。施設に入ると、ちょっとした休憩スペースがあるのだが、ここを活用して誰でも気軽に立ち寄れる喫茶コーナーを作ろうと計画中である。気の合う仲間同士、喫茶店へ出かける気分でもらってもいい。家族との団らん、地域の人との交流の場にしてもらってもいい。「地域にひらかれた施設」とは、外部の人が施設の中に入ってくる（例えば施設見学や行事の開催）だけでなく、利用者が地域の中に出ていくことでもあると思う。これからも、『入口はユニット、出口は地域』という気持ちを持って利用者と共に生活していきたい。

<参考資料・文献>

- ・平成14年度 B市の福祉 - 老人福祉 -
- ・介護職人かわらばん 特集「ユニットケア」生活介護研究所発行

介護保険と地域福祉権利養護事業について

N・Z

W市の介護保険の現状と介護保険外ではあるが、それを支える制度として、「地域福祉

権利擁護事業」について取り上げることとする。

) W市の状況について

(1) W市について

W市は、新潟県のほぼ中央に位置し、金物の町として知られている。人口は平成14年度新潟県保健福祉課の統計によると、およそ8万4千人であり、新潟県内では5番目、平成15年7月にY市とK蒲原郡S町が合併したことにより、6番目に人口の多い市となっている。

この約8万4千人のうち、約1万8千人を65歳以上が占めており、W市の高齢化率は20.4%となっている。この数値は新潟県内111市町村の中では低い数字ではあるが、7%を超えると高齢化社会、14%を超えると高齢社会といわれる中、とても大きな数字である。約5人に1人が高齢者というような状況である。

このような状況で、核家族化が進んでいることもあり、65歳以上の単身高齢者世帯、65歳以上の高齢者のみ世帯が年々急激に増加している。W市では、今まで商店街のある街の中心部に若い人がいなくなり単身高齢者が非常に多いというような状況である。

(2) 介護保険について

W市の介護保険についてはまず、介護保険制度施行時から被保険者数を比較すると、合計では増加傾向にあるが、第1号被保険者と第2号被保険者に分けてみると、65歳以上であり第1号被保険者の増加が著しく、40歳以上65歳未満である第2号被保険者は少しずつ減少している。W市の介護保険被保険者数の推計によると、このような状況が続くと見込まれている。

第1号被保険者の介護保険料の基準額は、月額3,654円である。6段階に別れている保険料の中の第3段階にあたり、本人が市民税非課税の場合がこれにあたる。割合では第1号被保険者の51%を占めている。次いで多いのは、第2段階である。世帯全員が市民税非課税の場合にあたり、27%を占めている。

第1号被保険者のうち、平成15年5月末の

数字で介護サービス利用状況としては、要介護認定を受けた人は2,684人でその内訳は、要支援が275人、要介護1が687人、要介護2が546人、要介護3が374人、要介護4が361人、要介護5が441人となっている。この認定者数のうち、居宅介護サービス受給者は全体で1,545人、要支援が154人、要介護1が458人、要介護2が372人、要介護3が216人、要介護4が168人、要介護5が177人となっており、施設サービス受給者数の全体は、671人、要介護1が55人、要介護2が96人、要介護3が119人、要介護4が156人、要介護5が245人となっている。

W市内の事業所数は、平成15年7月末現在で、訪問サービスが18事業所、通所サービスが19事業所、短期入所サービスが7事業所、痴呆対応型共同生活介護が1事業所、福祉用具の貸与が2事業所で、在宅サービス事業所は合計で47事業所、介護老人福祉施設等の施設サービス事業所が8施設、居宅介護支援事業所が27事業所あり、全体の合計としては、82の事業所がある。

事業所数についても、介護保険制度が開始されてから急激に増加しており、今現在も新しい事業所ができてきているような状況である。事業所の数が増えることより、利用者の選択の幅が広がるわけではあるが、利用できるサービスや、事業所などについての適切な情報提供や福祉サービスの説明がされていなければ利用者にとってはわかりにくく、選択することができないことになる。そこで、次にその福祉サービスの利用を支援するための制度である、「地域福祉権利擁護事業」について述べたいと思う。

地域福祉権利擁護事業について

(1) 地域福祉権利擁護事業のあらまし

福祉サービスが措置から契約へという考え方に移行しようという介護保険制度が始まる前、平成11年10月より、「地域福祉権利擁護事業が」スタートした。

この事業は、社会福祉法第2条3項12においては福祉サービス利用援助事業について規定され、第81条では都道府県社会福祉協議会が実施主体となり、行う福祉サービス利用援

助事業についての規定がされている。この事業は痴呆、知的障害、精神障害などにより判断能力が十分ではないため福祉サービスに関する情報が得られなかったり、手続きが一人では困難な在宅生活者のために、その支援をし、判断能力が十分でなくても地域で安心して暮らせるように、また支援を通してその人の権利を守ろうということを目的としてできた制度である。また、この事業が開始された当時は禁治産、準禁治産制度と呼ばれていた制度で、介護保険が始まった平成12年4月に内容が改正されてスタートした成年後見制度を補完することも目的としている。成年後見制度を補完するというのは、成年後見制度は、判断能力がなく、自己決定が困難な人が利用する制度である。利用にあたり、精神鑑定をする場合があるなど、利用するまでにかかりの経費がかかることもある。成年後見制度を使わなくとも誰かからの支援が少しあれば自分でできる（グレーゾーン）ような人が多いということで地域福祉権利擁護事業を利用してもらい、更に判断能力がなくなってきたときにスムーズに成年後見制度へつなげられるようにという意味もある。

この事業の実施主体は、都道府県社会福祉協議会であるが、実際の事業に携わるのは、都道府県社会福祉協議会より基幹的社会福祉協議会として委託を受けた社会福祉協議会が行っている。新潟県では事業開始にあたり、新潟県内111市町村を3つの地域に分け、新潟市、長岡市、上越市が基幹的社会福祉協議会として委託され、スタートした。

その後、平成13年度にK市とW市が、平成15年度にはR市とT町が新たに基幹的社会福祉協議会として委託され、現在、新潟県には7つの基幹的社会福祉協議会が設置されている。

(2) 地域福祉権利擁護事業の内容について

支援内容については、先程述べた「福祉サービスの利用援助」とそれに付随するものとして「日常的金銭管理」「書類等の預り」を3つの柱として開始となった。日常的な金銭管理とは、あくまでも日常の生活に必要なお金（生活費の払い戻しや、公共料金、税金、日

用品等の支払など)に関する支援であり、財産(定期預金の更新等の手続きや不動産の売買など)に関するものは対象とならない。また、書類等の預かりとは、紛失してしまうと困るような書類等(通帳、印鑑、年金証書、定期預金の証書等)を基幹的社会福祉協議会が預かり、日常のお金の出し入れに使う通帳と印鑑についてのみ、利用者が在住している地元の社会福祉協議会と覚書を交わし、その社会福祉協議会で保管し、その他の書類等については、基幹的社会福祉協議会が金融機関から貸金庫を借り、そこで保管するというものである。

対象者が出てから契約に至るまでの間に、本人に契約締結能力についての訪問や調査をしたり、連絡調整、支援計画等を作成するのが「専門員(各基幹的社会福祉協議会に1人ずつ設置)」であり、契約後、支援計画に沿って利用者に支援を行うのが「生活支援員(各市町村に2人以上登録されており、その選出については各市町村の社会福祉協議会が行っている)」である。生活支援員は、支援内容の3つの柱のうち、「福祉サービス利用援助」と「日常的金銭管理」を行う。また、原則として3カ月ごとに、専門員が訪問し、支援計画の変更の必要性があるかどうかを見直しするための支援計画の評価を行う。ただし、利用者に変化があったときなどは3カ月ごととは言わず、その都度対応する。

この事業を利用するための利用料は、専門員の訪問や調査、相談、支援計画の作成等については全て無料であるが、生活支援員の訪問は有料で、1回1時間につき1,000円の有料となる。1時間を超えた場合は30分ごとに400円ずつ加算される。その他、生活支援員が活動するための交通費(公共交通機関の場合はその実費、生活支援員の自家用車の場合は燃料費として1kmあたり20円で算出された額)と、貸金庫を利用する場合は貸金庫利用料(各基幹的社会福祉協議会ごとに異なるが、W市社会福祉協議会の場合は、金融機関の貸金庫利用料を、貸金庫利用者の人数で割り、算出した額となるため、金額が変動する)が必要になる。ただし、生活保護受給者については、これらの費用が全て無料となる。

利用するには、まず地元の市町村社会福祉協議会にて相談をし、その後、市町村社会福祉協議会から基幹的社会福祉協議会へ相談があがり受付ける。それから専門員が利用者を訪問する。専門員が訪問して行う手続きとしては、事業説明を行ったうえで本人が利用を希望したら、サービス利用申込書(資料1)を本人から記入してもらおう。また、契約締結能力があるかどうかを判断するために、契約締結判定ガイドライン(資料2)に基づくインタビューを実施する。このガイドラインでは、対象者が自分の現在の状況理解できているのか、福祉サービスを使う意思があるのかどうか、そして、地域福祉権利擁護事業の利用意思があるかどうかを問うものである。中でも、この事業の利用意思については、繰り返し質問する。それは地域福祉権利擁護事業が利用者の意思に基づいて支援する事業であるため、介護保険とは異なり、周囲(家族等)が本人のために利用を希望しても、本人が利用したいという意思がなければ利用できないということもあり、一度質問しただけでは本人の意思かどうかは判断しにくく、少し違う質問をしてから再び質問する。更にこの調査を行ってから約1週間後に再び訪問し、この事業の利用意思が継続しているかどうかを確認する。

契約締結能力があると判断が出、本人の利用意思がある場合は、そのまま支援計画の作成となり、担当の生活支援員を決め、契約となる。しかし、契約締結能力に疑義が生じた場合は、新潟県社会福祉協議会が設置しており、弁護士、医師、社会福祉士等から構成されている「契約締結審査会」に診査を依頼して、契約が可能かどうかを判断してもらうことになる。ここで契約が可能と判断されれば、支援計画の作成に移り、契約を結ぶことができるが、契約が不相当と判断された場合は、その制度へつながるよう支援をし、対応が終了となる。

また、地域福祉権利擁護事業が適切に行われていかどうかを新潟県内の福祉サービスにおける苦情相談窓口として新潟県社会福祉協議会に設置されている「福祉サービス運営適正化委員会」が運営監視している。

(3) 地域福祉権利擁護事業の現状について 地域福祉権利擁護事業の拡大

地域福祉権利擁護事業が開始となり、4年が経過し、契約締結数も伸びてきている。平成14年6月には、厚生労働省の地域福祉権利擁護事業に関する通知が改正され、福祉サービス利用援助を軸としながら日常生活上のさまざまな手続きを援助することや、新潟県では全国に先駆け、平成13年度より実施していたが、在宅生活者以外の人にも、また日常生活に不安のある高齢者にも援助を行う事業であることが示された。これにより、全国的に病院入院者及び施設入所者も利用が可能となった。

障害等が重複する場合もあるのだが、新潟県では地域福祉権利擁護事業の利用者を痴呆性高齢者、知的障害者、精神障害者の3つに分類しており、その中でも利用が多いのはやはり痴呆性高齢者である。

新潟県内の状況

新潟県内では、平成15年9月末日現在で契約締結延べ件数が269件、解約した人を除いた実利用者数は、201件となっている。

痴呆性高齢者の占める割合は、全体の約6割となっている。新潟県では知的障害者と精神障害者の利用に大差はないが、精神障害者の利用が若干多くなっていった。

また、この事業の利用者は非課税世帯、生活保護世帯が多く、家族等からの財産侵害や、お金が多くあるわけではないが、収入に見合ったお金の使い方が困難な人の利用が多くなっている。生活保護受給者は3人に一人の割合となっている。

最初の相談は、本人から挙がってくるケースはほんのわずかで、多くの相談が福祉関係者からのものとなっている。痴呆性高齢者の場合、在宅介護支援センターや介護支援専門員からの相談が多くなっている。

相談内容については、本人状況に関する情報提供が最も多く、次いで日常的な金銭管理に関する相談が多い。

W市社会福祉協議会の状況

W市社会福祉協議会の状況は、平成13年度より基幹的社会福祉協議会となり、W市を含め、18市町村を担当している。

基幹的社会福祉協議会となった際、新潟市社会福祉協議会より、3件のケースを引き継いだところから始まり、平成15年11月末現在で契約締結数は30件、実利用者は25件となっている。

契約締結者の内訳は、痴呆性高齢者が17件(57%)、知的障害者が8件(27%)、精神障害者が5件(16%)となっている。

このうち、死亡のための解約が1件、施設入所のため解約が2件、成年後見制度へ移行のため解約が2件となっている。この他、成年後見制度の手続きを進めているケースが数件ある。いずれも高齢者である。今後も地域福祉権利擁護事業から成年後見制度へ移行するケースが増えていくことが予想される。

ただし、成年後見制度を利用した方が良いと思われる利用者であっても申立てのできる身内等がない場合、市長村長から申立てできることになっているが、市長村長の申立ての予算を立てている市町村は、ほんのわずかである。

(4) 専門員として従事して

事業の理解と広報について

筆者は、平成13年の4月に地域福祉権利擁護事業の専門員としてW市社会福祉協議会へ就職した。始めのうちは相談もほとんどなく、何をしたら良いのかも分からない状態であった。しかし、徐々にこの制度も浸透してきたからか、昨年度から相談が多く入るようになった。また、ボランティア団体や民生委員児童委員協議会、精神障害者の家族会、介護支援専門協議会等から事業説明等を依頼されるようになってきている。その他にも様々な研修会で地域福祉権利擁護事業の事業説明が盛んにされているようである。この事業が少しずつではあるが注目されてきていることを実感している。

ただし、事業内容を誤解している福祉関係者も少なくない。そのために支援内容等を伝えると、地域福祉権利擁護事業でできること以上に期待している人から「それしかできないの?」とがっかりされることや、地域福祉権利擁護事業を利用しているのだからこの事業に任せきりになり、対応にとっても困ることがある。また、この事業名が「権利擁護」

という言葉が入っているためか支援内容以外のことを求められることもある。

利用者については個々によって本当に様々であり、この事業を利用する人は、ニーズも様々で対応が一人一人異なる。できることは限られているが、多問題な人が多く、他の関係機関との連携が欠かせないものとなっている。

利用者の中には息子からの財産侵害がある人や、最低限度の生活すらできていないような人もいる。しかし、地域福祉権利擁護事業の支援内容ではできることに限界がある事をなかなか理解してもらえないこともある。

事業内容を口頭で説明するだけで理解することは難しいことなのかもしれないが、正しく理解してもらえるように事業の広報活動を行う必要があると感じている。

利用者との信頼関係の大切さ

福祉関係者からの相談があった対象者については、初回の訪問時に事業説明をできる人はあまりいないのが現状である。私自身もそうであるが、高齢者にとっては特に、通帳と印鑑が自分の身を守るすべてであり、お金の出し入れや通帳と印鑑等の保管も第三者が行うというのは受け入れ難いことである。そのため、事業説明を行う前に私自身について知ってもらい、信頼関係を築くところから始めるため、契約を締結するまでに10回程訪問することも少なくない。信頼関係を築くことができると、初めて事業説明を行うことができ、契約を締結することができ、生活支援員に引き継ぐことができる。

しかし、信頼関係を作るためには、地元の市町村社会福祉協議会の担当者と専門員が訪問しただけではなかなか受け入れてもらえないのが現状である。普段その対象者と関わりがあり、既に対象者と信頼関係のできている介護支援専門員がホームヘルパーから対象者へ紹介してもらうことによって、信頼している人からの紹介ということで受け入れてもらいやすいことが多い。

事業の問題点

地域福祉権利擁護事業が開始となってから4年が経過しているわけであるが、まだまだ手探り状態であり、改善の余地はたくさんあ

ると思われる。

まず第1は、「地域福祉権利擁護事業」という事業名が難しすぎるように思う。この事業名を理解している利用者が何人いるだろうかと思ってしまう。他県では愛称などをつけているところもあるようだが、新潟県ではまだである。判断能力が十分でない人を対象にした事業であるのに事業名が難しすぎて誰を対象にしているのか分からないような状況である。

第2に、7つの基幹的社会福祉協議会があり、各基幹的社会福祉協議会に1人ずつ専門員が配置されているわけだが、1人の専門員では限界がある。専門員の仕事としては契約までの手続き等が中心となるが、利用者との契約後も多問題の利用者が多いため、生活支援員での対応だけでは困難なことが多く、その都度訪問している。その他、管内の生活支援員や地元の社会福祉協議会に対して研修会を行ったり、リーフレットやポスターを作成し、管内へ配付したり、生活支援員の日々の支援のフォロー等、仕事内容が多いのが現状である。

第3に、地元の社会福祉協議会の位置付けについても曖昧な点がある。あくまでも地元社会福祉協議会は協力者ということになっているが、地元の関係者との連絡調整や生活支援員の選任等大切な部分を担っているが、この事業としてどこまで協力したら良いのかと悩んでいる担当者もいる。しかし、はっきりと決まっておらず、答えられないのが現状である。

第4に、実際に支援で活躍していただく生活支援員の確保が困難になってきていることである。事業開始時に新潟県社会福祉協議会から各市町村社会福祉協議会に対し、生活支援員を最低2名ずつ登録するよう通知があり、全ての市町村から最低2名ずつの生活支援員が登録しているが、生活支援員の高齢化等の問題がある。実際に生活支援員が痴呆になってしまったケースもある。また、登録はしているが、実際に活動はできないような生活支援員もいるのが現状で、利用者が出たときに慌てて探すようなことが多く、十分な研修が受けられないまま支援にあたっている生

活支援員が多くなっている。今後、生活支援員の確保について検討していく必要性がある。

第5に、利用者からは多様なニーズがあるが、生活支援員の専門性をどこまで求めるべきなのかという問題がある。生活支援員で福祉関係の資格を持っている人も中にはいるが、生活支援員を選任する際、特に資格を要件としていないため、多くは資格を持っていない人が多い。そのため、現在は生活支援員では大変なところは専門員が行っている。しかし、これから更に利用者が増加してきた際に専門員が行うのでは、1人1人に目が届きにくくなる可能性があると思われる。

この事業は、まだまだ改正されていくべき点が多く、問題点が出たときにすぐに対応できるようにある程度のマニュアルの整備をしていく必要があるのではないかと感じている。

(5) 今後の展望

最後に今後の未来の展望であるが、地域福祉権利擁護事業の利用者は、今後も増えていくことが予想される。事業自体もまだ手探り状態で変更等が今後もあると思われる。

現在は、福祉関係者の一部の人知っている事業のようにになっているが、今後、誰もが知っている事業として地域に定着していけるようにしなければならない。

このように多くの問題をかかえているが、措置から契約福祉へ転換した以上地域に定着させるだけでなく、利用者にとって利用しやすく、利用者の立場にたった支援ができるように、援助者の気持ちを利用者へ押しつけてしまうことのないようにしなければならないと考えている。

) 介護保険制度と地域福祉権利擁護事業の関連性について

介護保険制度が開始されてからは介護支援専門員が、利用者支援の中心的役割を担っているわけだが、地域福祉権利擁護事業についてもやはり介護支援専門員を中心に福祉サービスの1つとして支援をしていく必要がある。

しかし、利用者の中には要介護認定を受け

ていない利用者もいる。そのような場合は、定期的に地域福祉権利擁護事業の中で関わって利用者にとって要介護認定の必要な時期にすぐに受けられるように見守りも含め支援をしていく必要がある。

また、現在は65歳以下であっても、知的障害、精神障害の利用者が今後介護保険を必要とする時期が来ることになる。その時にもスムーズに介護保険が利用できるようにしていかなければならない。

福祉サービスを利用している利用者から、苦情や福祉サービスの相談を受けることがあるが、地域福祉権利擁護事業の「権利擁護」という言葉だけに着目すると、この言葉にはアドボカシ - (代弁機能) という意味があるが、専門員、生活支援員が利用者の良きアドボケイタ - (代弁者) となれるようにしていくことが介護保険制度の中での地域福祉権利擁護事業の役割となっていくのではないかとと思われる。

(様式1) *署名は原則としてご本人によるものとします。(それ以外の項目は代筆可)

資料1

平成 年 月 日

サービス利用申込書

(基幹的) 社会福祉協議会 様

サービスの利用を申し込みます。

ふりがな 氏 名	
住 所	〒
電話番号	()
生年月日・年齢	明治 大正 年 月 日 (歳) 昭和
申し込むサービス	福祉サービスの利用援助 <input type="checkbox"/> 日常的金銭管理サービスを含む <input type="checkbox"/> 書類等預かりサービスを含む

契約締結判定ガイドライン調査票		本人氏名	様			
評価・審査項目		選択肢によっては、その他、その理由を記入下さい。			選択肢	
2) コミュニケーション能力の概略評価						
①意思表示能力	aの場合：口頭・筆談・手紙、その他 bの場合：その他		a ●	b ★	c ▼	/
②理解能力	aの場合：口頭・筆談・手紙、その他 bの場合：その他		a ●	b ★	c ★	/
3) 契約の意思確認						
③契約内容等の確認	[本人の回答の概要とその時の様子を記載]	[本人の回答と認識している現状や事実と差異がある場合はその差異の内容を記載]	a ●	b ●		/
④契約の意思確認	[本人の回答の概要とそのときの様子を記載]	[本人の回答と認識している現状や事実と差異がある場合はその差異の内容を記載]	a ●	b ●	c ●	d ▼
5) 基本的情報の確認・見当識の確認						
名前の確認	[本人の回答の概要とそのときの様子を記載]	[本人の回答と認識している現状や事実と差異がある場合は、その差異の内容を記載]	a	b	c	/
生年月日	[本人の回答の概要とそのときの様子を記載]	[本人の回答と認識している現状や事実と差異がある場合は、その差異の内容を記載]	a	b	c	/
年齢	[本人の回答の概要とそのときの様子を記載]	[本人の回答と認識している現状や事実と差異がある場合は、その差異の内容を記載]	a	b	c	/
住所 *施設入居者・入居患者 の場合は、その施設	[本人の回答の概要とそのときの様子を記載]	[本人の回答と認識している現状や事実と差異がある場合は、その差異の内容を記載]	a	b	c	/
電話番号 *施設入居者・入居患者 の場合は省略	[本人の回答の概要とそのときの様子を記載]	[本人の回答と認識している現状や事実と差異がある場合は、その差異の内容を記載]	a	b	c	/
⑤基本的情報・見当識の確認（上記の総合的有無）			a ●	b ●	c ●	/
6) 現在の生活状況の概要、将来の計画、援助の必要性に関する認識						
生活での困り事	[本人の回答を記録で記載]	[本人の回答と認識している現状や事実と差異がある場合は、その差異の内容を記載]	a	b	c	/
*「cの」上書をしたときは下記3項目を省略。ただし、施設入居者・入居患者は省略する必要はありません。						
権利やサービス	[本人の回答を記録で記載]	[本人の回答と認識している現状や事実と差異がある場合は、その差異の内容を記載]	a	b	c	/
食事の準備	[本人の回答を記録で記載]	[本人の回答と認識している現状や事実と差異がある場合は、その差異の内容を記載]	a	b	c	/
風呂	[本人の回答を記録で記載]	[本人の回答と認識している現状や事実と差異がある場合は、その差異の内容を記載]	a	b	c	/
⑥日常生活の概要（上記の総合的有無）			a ●	b ●	c ★	/

2) 所管づきあい ※施設入居者・入居患者の場合は要否	[本人の回答を添削で記載]	[本人の回答と評価している現状や事例に差異がある場合は、その差異の内容を記載]	a	b	c	
3) 技術の習得	[本人の回答を添削で記載]	[本人の回答と評価している現状や事例に差異がある場合は、その差異の内容を記載]	a	b	c	
4) 研修会の出入	[本人の回答を添削で記載]	[本人の回答と評価している現状や事例に差異がある場合は、その差異の内容を記載]	a	b	c	
⑦ 社会生活の概要 (上記の総合的把握)			a	b	c	
5) 今後の生活希望	[本人の回答を添削で記載]	[本人の回答と評価している現状や事例に差異がある場合は、その差異の内容を記載]	a	b	c	
6) 収入源の不安	[本人の回答を添削で記載]	[本人の回答と評価している現状や事例に差異がある場合は、その差異の内容を記載]	a	b	c	
7) 能力低下後生活	[本人の回答を添削で記載]	[本人の回答と評価している現状や事例に差異がある場合は、その差異の内容を記載]	a	b	c	
⑧ 将来の予測、計画 (上記の総合的把握)			a	b	c	
⑨ サービスの利用意思確認	[本人の回答を添削で記載]	[回答が多くなる時の様子や理解の程度を記載]	a	b	c	
⑩ 地域福祉や専門職連携意識の再確認	[本人の回答を添削で記載]	[回答が多くなる時の様子や理解の程度を記載]	a	b	c	
7) 契約内容の理解						
⑪ 支援計画案の提示	[本人の回答を添削で記載]	[回答が多くなる時の様子や理解の程度を記載]	a	b	c	
⑫ 苦情の申立てについて	[本人の回答を添削で記載]	[回答が多くなる時の様子や理解の程度を記載]	a	b	c	
⑬ 契約について	[本人の回答を添削で記載]	[回答が多くなる時の様子や理解の程度を記載]	a	b	c	
8) 専門家への意見開会に関する同意のとりつけ						
⑭ 専門家への意見開会に関する同意のとりつけ			a	b	c	
10) 記憶、意思の持続の確認・契約の意思の再確認【1週前後の再訪問】						
⑮ 記憶、意思の持続確認・契約意思の再確認	[本人の回答を添削で記載]	[回答が多くなる時の様子や理解の程度を記載]	a	b	c	
12) 実施状況の検討と継続意思の確認【契約後の再評価】						
⑯ サービス実施状況の確認			a	b	c	d
⑰ 継続の意思確認			a	b	c	d

社会福祉協議会名	インタビュー実施者	役職	名命
インタビュー日時	所要時間	時間	分
場所	立命所(複製等)		

3 介護保険の運営実態

- 在宅サービスと入居施設にみる、従事者の就業にみる現実とその課題 -

(1) 介護保険制度は法制実施後一応法目的の実現にかかわって、在宅、施設入居者を通じ、高齢者介護を支えてきたことは各都道府県、市町村の介護運営実施に見ることができよう。しかし、わが国の高齢者介護は、家族制度が崩壊したといえ家族による内部的なケアになお委ねられていることは否定できない。この現実には前の医療的な行為にかかわってなお家族の介護行為に委ねられざるをえないこととして、これは介護関係従事者の職務行為の範囲内による行動でないことによることなどに起因することによっている。

高齢者をめぐる「介護」概念は、老人保険制度、老人介護制度との2つの領域が（これは、財源にもかかわって2つ分化されている日本の現状に分化し）、その上保健医療、看護と各種の社会福祉的介護との両関係職種との連携にまつことが予定されている。しかし現実には介護をめぐる人的、物的な環境未整備になお起因することが多く、当事者間の自由なしかも有償によるサービス利用契約によっていることは周知の事実である。

措置による低コストの権利の性格の弱いサービス利用ではない介護保健制度のホームヘルプをはじめとする在宅、施設ヘルプサービスは、本来運営主体が市町村であると否とを問わずサービスの需給の市場メカニズムによるバランスのとれた需給体制の維持が前提である。しかし、十分市場原理、契約原理に即した介護サービス提供体制は、わが国では未だ未整備である。しかし介護保健の地域における在宅・施設サービスはまさに、契約による従事者のサービス提供観に支えられた提供体制であることは前記の在宅・施設を問わず、その利用者への奉仕観に支えられているのである。

以上の具体的な関係市町村にみる在宅・施設関係サービス提供は、介護保健運営市町村の保健福祉環境整備事情にかかわって依然として格差が生じている事実の存在である。

介護保健制度は旧来の公的福祉制度（税による）による公的措置福祉措置とは異なり

「保険料拠出」= 保険給付という「契約福祉サービス提供制度」による仕組みによっており、一方的な申請手続きによる市町村の公的措置サービスにより給付するのと異なり、前記の在宅、施設を問わず、その利用者への奉仕観に支えられているのである。

これが現実である。準備期間をへて実施された介護保険制度は、内在していた高齢者の介護サービス依存数を顕在化させた。しかし今日ようやく介護労働市場は、政府の民営化促進による多様な民間事業者の創出を生み出した。しかし、一方介護保険制度の運営者は行財政合理化と介護環境整備への至難さから行財政責任の後追による直接介護サービス提供をさげ、地域住民福祉責任強調が目立っている。（2004. 1）

最後に

本論は、介護従事者問題研究会（仮称）の会員である、県内の下記研究者の方々の協力によって作成されたことに対し厚く感謝しておきたい。なお、参加研究者の氏名は、菊入清美、伊藤よし子、佐藤進、庄山絵里子、草間妙子、石坂聡子、山口却、川久保千里の諸氏である。

参考文献

佐藤 進「介護保険運営における自治体の課題」
（法律文化社）2003年11月）