

介護保険制度における第二号被保険者に対する サービス提供の実態に関する研究

～高齢者福祉サービスと障害者福祉サービスの今後の課題について～

介護保険制度における第二号被保険者に対するサービス提供の実態に関する研究

～高齢者福祉サービスと障害者福祉サービスの今後の課題について～

〈 研 究 者 〉

城戸 裕子

山梨県立大学 人間福祉学部 福祉コミュニティ学科

〈 共同研究者 〉

小佐々 典靖

日本社会事業大学 大学院 社会福祉研究科

目 次

はじめに	1
1. 本研究の概要	2
(1) 先行研究を中心とした現状の確認と課題の抽出	2
(2) 目 的	2
(3) 対象と手法	2
(4) 関連用語の定義と範囲	3
(5) 倫理上の配慮	4
(6) 構 成	4
2. 民間事業所に対するアンケート調査	5
(1) 調査概要	5
(2) 居宅介護支援事業所に対する調査結果	5
(3) 福祉用具貸与事業所に対する調査結果	29
3. 地域行政に対するアンケート調査	39
(1) 調査概要	39
(2) 介護保険関係部署に対するアンケート調査結果	39
(3) 障害者関係部署に対するアンケート調査結果	45
4. 考 察	49
(1) 介護保険制度が事業所に与える影響	49
(2) 介護保険と障害に関する現状	52
(3) 地域行政と事業所との関係	55
5. おわりに	58
〈引用文献及び主要参考文献・ホームページ〉	59

はじめに

わが国の高齢者問題は、さまざまな要因により複雑化している。65 歳以上の高齢人口の比率は、1950 年に総人口の約 5%であったが、2004 年には 19.5%となった。高齢者の増加傾向は今後も変わらず、2025 年には約 29%を占めると予想されている¹。2007 年の高齢者白書によると 65 歳以上の高齢者の人口は、過去最高の 2,660 万人(前年 2,567 万人)となり、高齢化率も 20.8%(前年 20.1%)と増加傾向を示している。山梨県においても、2007 年高齢者福祉調査結果によると 65 歳以上の高齢化率は 22.4%と報告されている。

高齢化を促す要因の一つである出生数も減少傾向にある。具体的には、2004 年の合計特殊出生率は 1.29 となり、過去最低を記録した。2006 年発表の厚生労働省人口動態統計によると合計特殊出生率は全国が 1.32 であり、山梨県は 1.34 となっている。ただし、明確な回復傾向を示しているとはいいがたく、初婚年齢の上昇、非婚化の増加等の要因を加味すれば、出生率は停滞あるいは減少傾向を示すことが予想される。

また、核家族の増加や同居率の低下も指摘されており、一人暮らし高齢者の増加、都市部の高齢化も顕著になると考えられる。介護は身近な問題であり且つ誰にでも起こりうる現実的な問題であること、介護者側の負担も多く、介護疲れから虐待や施設職員による不適切な処遇などの報道もされている。このため、高齢者問題への対応は難しく、様々な法律や制度が必要となると考えられる。その施策の一つとして介護保険制度は整備された。

しかし、介護保険制度についても様々な問題点が指摘されている。具体的には、利用料や財源などの制度設計上の問題や利用者が選択可能なサービス提供主体の不足などが指摘される場合が多い。また、一般的にはあまり注目されていないが、第二号被保険者と障害に関する問題も存在する。具体的には、同一サービスを受け介護保険料を納めているにもかかわらず、介護保険のサービス利用が出来ない場合があるというものである。これは、「制度の隙間」の問題と考えられ、その根底には、本質的な課題を包含していると考えられる。

このような「制度の隙間」の問題は、対象者別に発達してきた社会福祉制度全般に存在している。また、制度の隙間であるがゆえに実態把握は困難であり、対象となる範囲も不明確であるという問題も存在する。現在、介護保険が適用される第二号被保険者に対するサービスは限定されたものであるが、64 歳以下の障害を持つ者が介護保険を利用する唯一の機会である。このため、第二号被保険者の現状を明らかにすることは、高齢者と障害者に対するサービス提供の差異を明らかにし、これらの改善に役立つと考えられる。

¹ 財団法人厚生統計協会 (2006) p102

1. 本研究の概要

(1) 先行研究を中心とした現状の確認と課題の抽出

介護保険と障害者関係諸サービスに関する研究は、大きく 2 つに分かれる。1 つは介護保険法と障害者自立支援法(または旧支援費制度)のサービス体系の統合についての研究であり、もう 1 つは国や地域行政における財政問題である。

京極(2005)は、必要なサービスを提供できる統合的なシステムの理想的かつ現実的な例として、ドイツの介護保険制度を挙げている。松本(2006)は、その特徴として、以下の 3 点を指摘している。第一に介護保険制度によるサービスは加齢を原因とする障害等に限定されていないこと、第二に年齢差に関係ないサービス受給が可能であること、第三に要介護者の状況を勘案して介護と生活援助の双方のサービスが提供可能であること、である。ただし、これらが実現可能となるのは、介護給付と社会参加給付の制度的裏付けが介護保険法体系に統一されているためである。現行の日本の介護保険法体系下において、ドイツと同じ対応は困難であると考えられる。したがって、これらを現実の課題として検討するためには、高齢者と障害者のサービス体系の統合についての具体的な議論が必要となる。

現在のサービス体系の統合についての議論の中心は、障害者の生活支援に関する研究者や障害者関係団体等からのものが多く、その多くは悲観的である。これは現行の介護保険制度のサービスに障害者自立支援法によるサービスが統合されるという認識から発生していると考えられる。ただし、高齢者に対するサービスと障害者に対するサービスには提供内容の差異や理念の違いがある。また、その背景には財政面の問題が絡んでいる。このため、地域行政の財政問題についての検討も欠かせない。地域行政が主導する施策においては、財政基盤や地域差が存在するため、社会福祉学における研究成果のみの検討では充分とはいえない。

ここで問題となるのは、介護保険のサービス提供事業所からの提言等を含む特定疾病を持つ障害者やその他の障害を持つ者と介護保険の関係を明らかにしている研究がほとんど確認できなかったことである。このため、事業所側の受け入れ状況等の調査を行い、その現状と課題を把握することが必要となった。

(2) 目 的

本研究の目的は、介護保険法により山梨県で認可された事業所によって供給される特定疾病を持つ第二号被保険者(以下、特定疾病障害者と略す)に対するサービスについての現状を調査し、その課題を明らかにすることである。これに加え、その他の障害者に対するサービス提供可能性を確認することで、高齢者と障害者に対するサービス提供や今後の施策のあり方を示すことが可能になると考えられる。

同時に、地域行政と介護保険関係の事業所の調査を行なうことで、両者の関係を明らかにすることが可能となる。これは、地域における行政と事業所のより良い協働を実践するために必要な情報を提供すると考えられる。

(3) 対象と手法

1) 対 象

山梨県内の全市町村ならびに当該地域の事業所を対象とした。

山梨県は、総人口は平成 18 年度山梨県常住人口調査推計値によると、881,071 名、世帯数は 323,446 世帯である。周囲を急峻な山々に囲まれており、果樹等の栽培に適した自然条件が特徴である。更に首都圏から公共交通機関や車の利用で、2 時間程度の距離であるため、観光は勿論、都心への通勤圏内である。山梨県は 28 市町村(13 市、9 町、6 村)からなる。山梨県と全国の比較は、表 1 のとおりである。

次に、サービスを提供する事業所については、居宅介護支援事業所及び福祉用具貸与事業所とした。居宅介護支援事業所を調査対象とした理由は、介護支援専門員(以下、ケアマネジャー)が必ず所属する組織であるためである。また、福祉用具貸与事業所を調査対象とした理由は、特定疾病障害者を含む障害者が最も必要とするサービスが福祉用具貸与であると判断したためである。また、その他の事業所については、同一の利用者がカウントされてしまう可能性の指摘を受け、本研究の対象外とした。この点は、筆者らの先行研究と同一であり、比較可能である。

2) 手 法

市町村及び各事業所に対してアンケート調査を実施した。なお、アンケート調査の詳細については、次章以降にて詳述する。また、これらの調査に並行し、先行研究についての調査を行った。本研究は一次データの収集と分析を中心とし、二次データの使用は参考程度にとどめた。

表 1. 山梨県と全国の比較

	全 国	山梨県
総人口	127,770,000	892,693
高齢者総人口(65 歳以上)	26,604,000	199,983
前期高齢者(65～74 歳)	14,438,000	98,441
後期高齢者(75 歳～)	12,166,000	101,542
高齢化率(%)	20.8	22.4
40～64 歳総人口	43,063,000	293,000
40 歳以上人口	6,967,000	491,000
人口比率(%)	54.5	55.0
居宅介護支援事業所数 ²	27,547	311
福祉用具貸与事業所数	6,050	56

※ 人口については、総務省 統計局 平成 18 年 10 月 1 日現在推計人口 都道府県、年齢(5 歳階級)、男女別人口-総人口より抜粋。

※ 居宅介護事業所並びに福祉用具貸与事業所、全国の事業所数については、平成 18 年介護サービス施設・事業所調査結果報告(厚生労働省)を参考にした。

※ 山梨県の居宅介護事業所並びに福祉用具貸与事業所については、WAM-NET 掲載数とした。

(4) 関連用語の定義と範囲

特定疾病障害者とは、介護保険で定められた 16 疾病を持つ者を指す。具体的には、初老期の認知症、脳血管疾患、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病、脊髄小脳変性症、シャイ・ドレーガ

² 平成 18 年 介護サービス施設・事業所調査結果報告 厚生労働省

一症候群、糖尿病性疾病、閉塞性動脈硬化症、慢性閉塞性肺疾患、両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症、慢性関節リウマチ、後縦靱帯骨化症、脊柱管狭窄症、骨折を伴う骨粗鬆症、早老症、がん(がん末期)である。糖尿病性疾病と表記したものには、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病性神経障害の3疾病が含まれる。これらは、現行の介護保険法において規定されたものである。第二号被保険者の場合には、これらの疾病のいずれかを持つ者のみが介護保険によるサービス受給者となる。

次に、現行の介護保険制度における第二号被保険者は40歳以上64歳以下の者である。この年代に属する者は介護保険制度加入が義務付けられている。ただし前述のとおり、特定疾病による障害以外には介護保険によるサービスは適用されない。この状況は、いくつかの文献で既に指摘されている。京極(2005)は、障害者の介護保険料の負担と実際のサービス受給の状況の矛盾を問題としている³。この問題は、保険料負担とサービス給付の現状が適切ではないと考えられる点にある。なお、第二号被保険者への介護保険の適用は極めて稀であることが明らかにされている⁴。このため、これは介護保険制度が抱える問題点の一つであると考えられる。

障害は、特定疾病を含む広範囲のものとした。また、各種手帳制度や地域行政による施策には該当しない障害もある。具体的には、知的障害のない自閉症や高次脳機能障害等である。しかし、本研究において障害と表記する場合には、関係法規や手帳交付対象となる障害を指すこととする。また、障害者は、障害者手帳を取得し、地域行政等からサービスを受ける必要のある者を指す。これらの定義から外れた障害者については、障害を持つ者と表記する。

最後に、居宅介護支援事業所と福祉用具貸与事業所は、介護保険法に基づき、都道府県が認可した事業所である。

(5) 倫理上の配慮

本研究におけるアンケート調査を実施するにあたり、研究以外での使用はしないこと、基本的には統計処理を行なうこと、自由記述についても回答者の特定ができない形とすることを明記した調査願いを同封した。このため、一部の回答については、内容が変わらない範囲での表現の変更や地域が特定されないような処理を行なった。

(6) 構成

本研究は、以下の3部によって構成されている。

第一に、居宅介護支援事業所及び福祉用具貸与事業所に対するアンケート調査の結果を示す。

第二に、地域行政に対するアンケート調査結果を示す。

第三に、上記の調査結果を基に、本研究に関する考察を行う。本章において、第一と第二で示された結果を精査し、現状及び課題を示す。

³ 京極高宣 介護保険法の見直しと改革の方向性-社会保障審議会における審議内容をふまえて-総合リハビリテーション vol133. No.33, P17-16

⁴ 小佐々典靖・城戸裕子(2007)「介護保険下における障害者居宅サービス及び福祉用具供給の現実と課題」財団法人 フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団平成18年度(第17回)研究助成報告書

2. 民間事業所に対するアンケート調査

(1) 調査概要

調査対象は山梨県下にある居宅介護支援事業所(196 事業所)及び福祉用具貸与事業所(34 事業所)である。表 1 と事業所数が異なる理由は、2006 年(平成 18 年)4 月に施行された「介護サービス情報の公表制度」⁵において情報公表を行った事業所を対象としたためである。事業所への調査内容は基本的に同一としたが、業種の差異が影響する項目に関しては若干の修正を加えた。調査期間は、2008 年 1 月～2 月である。なお、回答内容は 2007 年 12 月末日現在のものとした。

回収率は、46.9%(108/230)であった。その内訳は、居宅介護支援事業所が 46.4%(91/196)、福祉用具貸与事業所が 50.0%(17/34)であった。調査票の項目は、5 項目に大別される。それぞれについては次項で詳述する。

(2) 居宅介護支援事業所に対する調査結果

1) 貴事業所の概要についてお聞かせ下さい

ここでは、10 項目について確認した。

① 貴事業所開設は何年ですか(図 1、表 2)

図 1. 居宅支援事業所開設年と事業者数

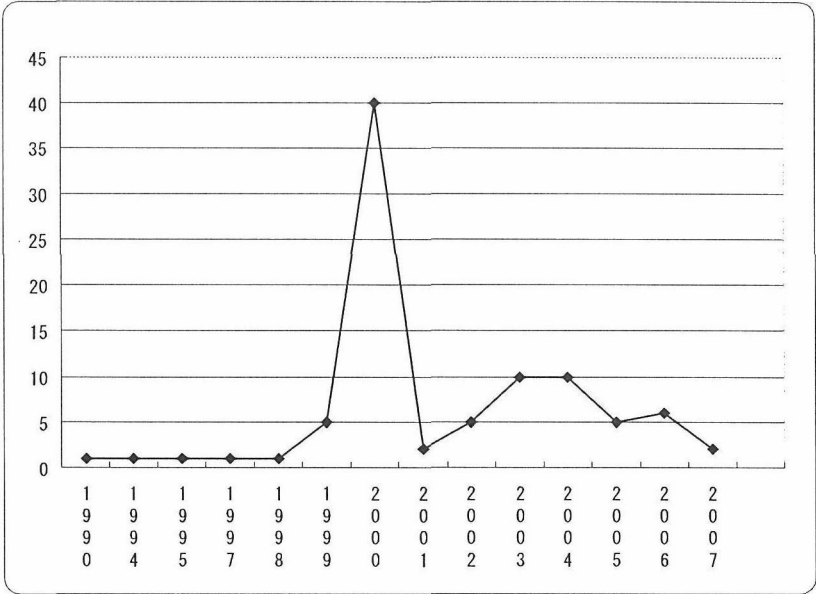


表 2. 居宅介護支援事業所開設年と事業所数

開設年	1990	1994	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	無回答
事業者数	1	1	1	1	1	5	40	2	5	10	10	5	6	2	1

⁵ 県内で基準日(平成 18 年 1 月時点)前一年間の介護報酬支払い実績額(利用者負担分を含む)が 100 万円を超える事業所について、基本情報・調査情報の報告、調査情報の調査、情報の公表が計画的に行われる。訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、通所介護、特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、軽費老人ホーム)、福祉用具貸与、居宅介護支援、老人福祉施設、介護老人保健施設の 9 サービスが対象であり、翌年 4 月、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護療養型医療施設の 3 サービスが対象として追加された。

事業所の開設年については、図 1 及び表 2 のように 1990 年、1994 年、1995 年、介護保険法制定の 1997 年、1998 年の開設が各 1 事業所、介護保険施行前年の 1999 年は 5 事業所、介護保険法施行の 2000 年は 40 事業所、2001 年は 2 事業所、2002 年は 5 事業所、2003 年、2004 年は 10 事業所、2005 年は 5 事業所、2006 年は 6 事業所、2007 年は 2 事業所であった。なお、無回答は 1 事業所であった。

② 職員総数(非常勤職員・パート職員を含む)は何名ですか(表 3)

職員総数は 503 名で、1 事業所あたりの平均職員数は 5.5 名であった。

③ ②のうち、常勤職員は何名ですか(表 3)

常勤職員は 194 名で、職員全体の 36.6%であった。

④ 介護支援専門員(ケアマネジャー)の在籍者数は何名ですか(表 3)

介護支援専門員の在籍者数は 247 名であり、職員全体の 49.1%であった。

表 3. 居宅介護支援事業所職員数(名)

職員総数(非常勤、パート含)		
常 勤	非常勤	職員合計
194	309	503
介護支援専門員		
常 勤	非常勤	職員合計
194	53	247

⑤ 福祉用具専門相談員⁶の有資格者は在籍していますか(表 4)

福祉用具相談員の有資格者が在籍しているのは、9 事業所であった。

表 4. 福祉用具専門相談員の事業所内有資格者

在籍あり	在籍なし	把握していない
9	82	0

⑥ 福祉用具プランナー⁷の有資格者は在籍していますか(表 5)

福祉用具プランナー有資格者が在籍しているのは、1 事業所のみであった。

⁶ 介護側と介護する側の双方の心理や身体状況などを理解し、病状や障害の度合い適切に見極めて、福祉用具の選定や使い方のアドバイスを行う者。厚生労働大臣が指定した「福祉用具専門相談指定講習会」において講義と実習を全 40 時間受講することが必要とされている。修了試験は課せられない。

⁷ 福祉用具を必要とする高齢者や障害者に対し、必要な福祉用具の選択を援助、適切な使用計画を策定、利用の支援、及び適用状況をモニタリング、評価まで行うことのできる専門家としてテクノエイド協会が提唱したもの。H18 年度で 9,029 名の研修修了者が存在する。

表 5. 福祉用具プランナーの事業所内有資格者

在籍あり	在籍なし	把握していない
1	84	4

⑦ 福祉住環境コーディネーター⁸(2 級以上)の有資格者は在籍していますか(表 6)

福祉住環境コーディネーター有資格者が在籍しているのは、19 事業所であった。なお、2 級以上としたのは、介護保険法に定められた住宅改修理由書の記載が可能となる有資格者を確認するためである。

表 6. 福祉住環境コーディネーターの事業所内有資格者

在籍あり	在籍なし	把握していない	無回答
19	70	0	2

⑧ 介護保険で要介護認定を受けている利用者は何名いらっしゃいますか

介護保険の認定を受けている利用者数は 5,359 名であった。各事業所平均利用者数は、59.2 名であった。そのうち、担当件数の最も多い事業所は 210 名であり、最も少ない事業所は 0 名(ただし、2007 年開設)であった。

⑨ ⑧のうち、第二号被保険者は何名いらっしゃいますか

第二号被保険者である利用者は 137 名であり、介護保険利用者全体に占める割合は 2.5%であった。第二号被保険者である利用者を担当していない事業所は、34 事業所であり、全体の 37.3%であった。

⑩ 介護保険の要介護認定を受けていない利用者は何名いらっしゃいますか

要介護認定を受けていない利用者については 113 名であった。主に地域包括支援事業所からの委託ケースの要支援認定者であった。

2) 介護サービス全般についてお聞かせ下さい

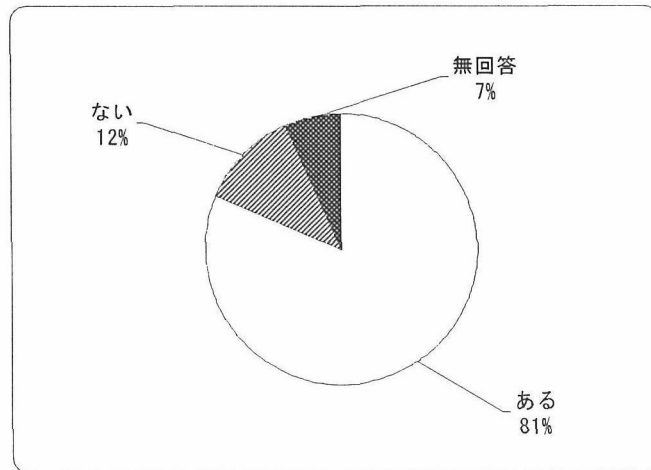
ここでは、5 項目について質問した。

① 介護保険法改正(2006 年 4 月より施行)が業務に与えた影響はありましたか(図 2)

介護保険法改正が業務に影響を与えたか否かを確認した。影響があったとしたのは 74 事業所で、全体の 81.3%であった。影響がなかったとしたのは 11 事業所で全体の 12.0%であった。なお、6 事業所は無回答であった。

⁸ 東京商工会議所が 1999 年 5 月にスタートさせた検定資格。

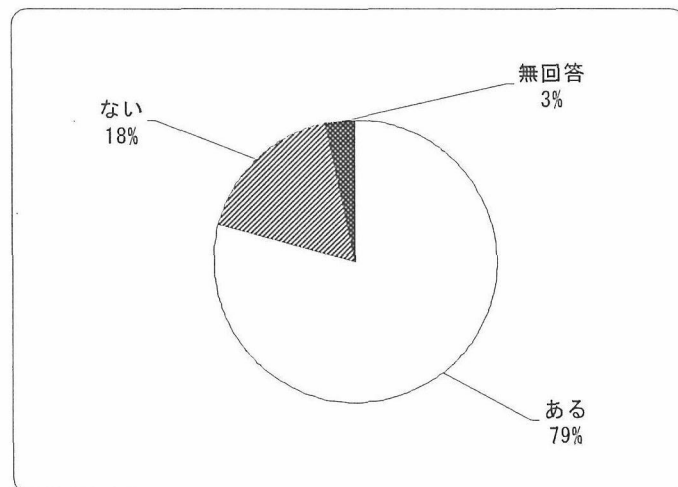
図 2. 介護保険法改正が業務に与えた影響



② 介護保険の改定(単価や認定基準の改定、2006 年 4 月～)が業務に与えた影響は、ありましたか(図 3)

次に、同時期に行われた介護保険の改定⁹の影響についても確認した。影響があったとしたのは 72 事業所で、影響がなかったとしたのは 16 事業所であった。ここでは 3 事業所が無回答であった。

図 3. 介護保険の改定(単価や認定基準の改定、2006 年 4 月～)が業務に与えた影響

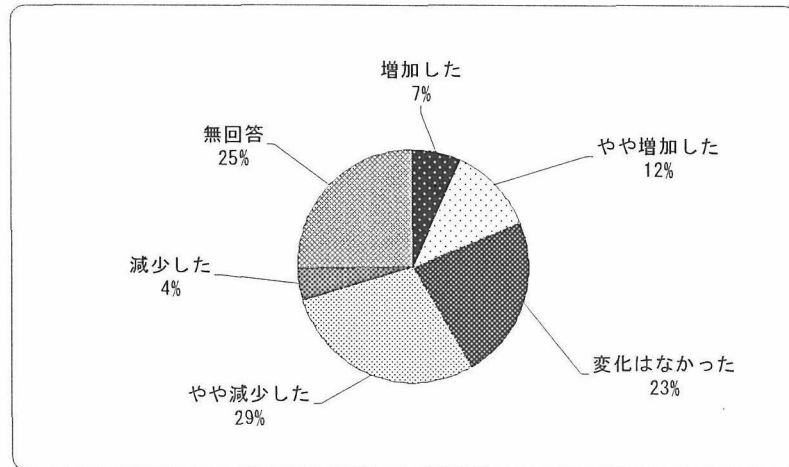


③ 2006 年 4 月以降、利用者数の増減はありましたか(図 4)

設問①、②を前提に、2006 年 4 月以降の利用者数の変化について確認した。調査票は 5 段階評価とした。「増加した」、「やや増加した」を合わせると 17 事業所で、全体の 18.6%となった。一方、「減少した」、「やや減少した」を合わせると 30 事業所となり、これは全体の 32.9%となった。

⁹ 単価や認定基準の改定である旨を記載。

図 4. 介護保険改正後の利用者数の変化



④ 介護保険に関するサービスにおいて、貴事業所の特徴的な取り組みや他の事業所よりも優れていると考えられるサービスを具体的にお聞かせ下さい

事業所の特徴や優位性について、自由記述形式で回答を求めた。

(以下、自由記述について、原文のまま掲載した)

- ・ 24 時間、緊急連絡体制可能である。防犯、防災マニュアル整備(ご利用者個々の連絡網の整備、協力員要請も必須で行っている)
- ・ 迅速に対応
- ・ 多様なサービス、申請時に相談に乗ります
- ・ 予防給付はしておりません
- ・ 包括支援センターと連携を密にしております
- ・ 利用者や家族の相談にはすぐに対応できる体制をとっている
- ・ 医療系のケアマネがいること
- ・ 地域の地域を中心に対応させていただいており、より地域へ密着した事業運営を心がけている
- ・ 年末年始 12/29～ 1/ 3 までに休むが併設の通所介護は毎日営業しているため常に連絡が取れる状況にある
- ・ 併設事業所と連携を取り、利用者様の要望に答えられるよう週 1 回は必ず検討会を行っている
- ・ 個々にあった対応を細かく行う
- ・ 受け持ちを本人申告により人数を決める(無理に新規をとらない)
- ・ 本人、家族との面接を密にする
- ・ サービス利用状況も自分の目で確認する
- ・ 他サービスや医療との連携(文書や TEL を使ってかり細やかに行っています)
- ・ リハビリ病院の併設であり、入院中よりご家族、家族にかかわりを持たせていただき退院後も顔見知りのケアマネジャーとして関わる事ができる
- ・ 入院中より在宅生活についてイメージしやすいようかわり、安心した在宅生活へつなげる

- ・ リハビリスタッフとの連携がとれる
- ・ サービス担当者会議の開催は医療保険で提供しているサービス事業者を含めて出席してもらい意見交換している
- ・ 本人、家族の納得のいくケアプランを作成している
- ・ 包括センターと同じフロアの事業所なので、困難ケースを担当することが多い
- ・ 料理を得意とするヘルパーが大勢います
- ・ 在介、権利擁護、地域ボランティア等、幅広い業務併設にて情報キャッチ、対応などの協力体制がある
- ・ 通所、訪問介護、訪問入浴事業もあり、サービス提供の連携がスムーズに出来る
- ・ 小規模多機能という形を取らず柔軟なお泊り(自主)をしている
- ・ 新規利用者の依頼を断らない
- ・ 丁寧な仕事をする
- ・ 週1回(毎週)ケアマネジャーでカンファレンスを行い、事例検討している
- ・ 年間の行事計画をたてている
- ・ 特別な取り組みや他より優れていると思えているものはありません。ほとんどの利用者様が事業所の近くに住んでおられるので急な問題が発生した時もすぐに訪問し、お顔を見て話し合いができるのは利点と思います
- ・ 特徴的な取り組みは別段ありませんが、利用者の立場に立った支援を調整しています
- ・ ISO9001 プライバシーマーク認証取得
- ・ 利用者様からの連絡は24時間、携帯電話(時間外)転送で受け、相談にのれます。対応も迅速です
- ・ 訪問看護ステーション併設なので、介護支援専門員は全員、看護師の有資格者なので医療依存度の高い利用者でも安心していただけます
- ・ 利用者、サービス事業者との連絡が常時とれるように常に個人用携帯(会社支給)を所持し、24時間対応している(土、日、祝対応の頻度は高い)
- ・ 特別養護老人ホームに併設している事業所であるため、ショートスティやデイサービスなど利用しやすい
- ・ 施設内の事業所なので施設での通所サービス系、短期入所の利用希望者が比較的多い
- ・ 今は利用者はいませんが、障害者サービスを利用する本人のこれからの介護保険制度利用に対応していくこと及び障害者の華族支援に主眼をおいて支援をする方針でいます
- ・ 管理者である私の方針としてケアマネジャーにただ従属するだけではないということがありますが、そのため、居宅介護支援との連携、ケアマネジャーが受けている研修内容ケアプランの作成方法など訪問介護の提供責任者に伝えています
- ・ 担当利用者数が現状は少ないため、より複雑なケースにも対応している
- ・ 介護老人福祉施設、短期入所、通所介護事業所を併設していること
- ・ 特別養護老人ホーム、デイサービスセンター、短期入所施設が併設されているため、これらの施設と連携を密に図ることが出来、介護技術は勿論、介護保険制度に関するあらゆるご相談に応じることが出来ます
- ・ 個別機能訓練の充実

- ・ 公立なので平等に業務にあたれる
- ・ サービス事業者の偏りが無い
- ・ サービス事業者や行政との連携
- ・ 法人内の CM との会議、研修
- ・ 外部研修の参加
- ・ 利用者の方々のきめ細かいニーズを介護計画に活かすためコミュニケーション(本人、家族)を多く取っている
- ・ ケアマネジメントを行うにあたり、独立性、公平性を保つために事業所として独立型(サービス事業を併設しない)にこだわっている。本来居宅介護支援事業所はこうあるべきだと考えています
- ・ 全員が訪問看護と兼務なのでターミナルケアが必要な方などのプランを得意としている
- ・ 独立のケアマネ事業所であり、中立、公平にサービスを紹介している
- ・ 利用者の自立支援のために1ヶ月の訪問日数は平均1人、3回/月実施している
- ・ 認知症ケアのためのセンター方式を活用している。事業所に対して、個別のリハビリプログラムの提案、実施により、症状の維持が図れている
- ・ 週1回、STによる言語療法を取り入れている
- ・ 機械浴が2台あり、座位、臥床にての入浴が可能、種類の異なるものを置いている
- ・ 本年度をもって閉鎖となりますので特におこたえすることはありません
- ・ 通って、泊まって、訪問、相談、トータルケアの提供、手作りの食事、景色の良いディルム
- ・ 女性ならではの特徴を活かし、親切、丁寧、利用者様の相談にゆっくりと対応するなど
- ・ NSが常勤しているので医療依存度が高い方の対応が可
- ・ 1ケースに対する個別対応はしっかり行っている
- ・ 母体施設が療養型病院であり、医療的サポートとバックがあること
- ・ 社会福祉士、介護福祉、保健師、看護師など、福祉系、医療系の基礎資格を持つ複数のスタッフで多角的に検討できている(事業所内カンファ)
- ・ 地域行政と密接に連携を図り、困難事例などの対応に取り組んでいます
- ・ 1人暮らしや困難家族に対し、施設全体で協力を整え、対応しています
- ・ 在宅医療を行っている診療所に併設されており、ケアマネも診療所の看護職と兼務していますので医師の連携がスムーズで、医療面の支援は迅速にします
- ・ 本人の意向を第一に尊重しつつ、家族間の調整を図る
- ・ 地域住民に密着したサービスを心がける
- ・ 本人の生活や習慣を大切にする
- ・ 1人のケアマネジャーが受け持つ利用者数が少ないため、1人1人の利用者に対して深く関わることができる
- ・ 利用者満足度調査を年1回実施している
- ・ 施設長(私)の自宅を改築して通所介護、訪問介護、居宅介護の3事業を行っている。季節の食材、安全な食材にこだわり、全て手作りの昼食を職員も一緒にとっている。職員を多く取り一人一人と接することを多く心がけている

- ・ 家庭的な雰囲気ですてきな時間を過ごしていただいている
- ・ 利用者さん一人一人の人生(生活)を大切にしている
- ・ 訪問看護ステーションとの兼務の中で、24h 体制があることが看護師さんがケアマネジャーということで安心につながっている
- ・ 施設内がいつも笑い声であふれている
- ・ 相手を尊重してつき合う(利用者さんに対しても同僚に対しても全員に対して)

⑤ 現行の介護保険について、問題点や不満な点をご教授下さい

現行の介護保険に対する問題点や不満を自由記述方式にて確認した。これらの回答はすべて無視することのできない重要なものである。これらを分類すると、費用対効果に関するもの、国や地域行政に対するもの、ケアマネジャーの業務に対するもの、事業所自身が抱える問題の4点となった。なお、詳細については考察で述べることにする。

(以下、自由記述について、原文のまま掲載した)

- ・ 居宅介護支援の報酬単価では、単独居宅介護支援事業所の運営は困難(具体的には現行35名の単価には人件費まで及ばない)
- ・ 減算対策の取り扱いについて、利用者ニーズにおいて同事業所でのサービスを希望されているにも関わらず、公平性という視点で振り分けを余儀されており、改正時、他事業所の多くは利用者を本人の意志に関わらず、減算回避のため振り分けざるを得ず、混乱が生じた。また減算対象が医療関連サービスには全くなく不公平感がある
- ・ 介護保険法改正により規制が厳しくなっている
- ・ 家族がいても事情が複雑だったり、一人暮らしで協力ができない人などケアマネの仕事が多くなっている
- ・ 認定が一定せず、予防と介護をいったりきたりで利用者が混乱する
- ・ 35件を限定されていますが、入院やサービス利用しない場合は給付に結び付けられず、運営が厳しい。書類など業務を合理化し40件もてるようにして欲しい
- ・ 要支援の方も包括より委託で受けているが1ヶ月の報酬単価が安い
- ・ 福祉用具のレンタル商品の利用の制限があり、市町村によっても相違があるので利用しづらくなった
- ・ 2006年の改正により、35件規定が出来、利用者の方々に対する業務の時間としては以前に比べ充実してできるようになっている。ただし、現行の法の中であると減算による法整備が中心となり利用者の方々の意向を逆行してしまうことがある。もう少し、ケアマネジャーを信頼しても良いのではないか
- ・ 介護予防サービスと介護保険サービスの相違点が利用者様(単位数、サービス内容など)には理解しにくいことが多い
- ・ 居宅介護支援業務の事務量が多い。利用者にかかわる時間が少なくなっている。報酬単価が安いと思う
- ・ 法律がどんどん変わり、覚え、慣れた頃には変わるので大変である
- ・ 保険料と利用者負担額について(保険料が上がる一方、利用者負担額が1割という現状に疑問)

- ・ 食費、居住費の自己負担額について(見直し検討が必要)
- ・ 居宅介護支援事業においての特定集中減算と特定体制整備加算について必要な減算と加算とは思えない
- ・ 介護予防報酬が低すぎる
- ・ 特定事業所集中減算制度は、農山村地帯(田舎)にはそぐわない
- ・ 民間活力を有効に活用することはよいことだが、どの事業所も経営は苦しい。介護を社会で支えるをスローガンに始まった介護保険法が現在は財政不足を理由に 必要としている人の枠を絞り込んでいるのはおかしい。保険料や税金が適切に必要としている人にサービスとして提供されるにケアマネの係わりは重要と思うがケアマネ自体、あと数年のうちにいなくなるのではと不安に思うことがある
- ・ 現行では介護保険と医療保険の併用は不可であるが、最低限の医療処置が受けられるよう配慮してほしい(入院中の高額な投薬などについて)
- ・ 書類や記録が多い
- ・ 民間事業所でケアマネジメントをする以上、倫理、理念を全うし難い状況もありえる(本来ケアマネジメントは理想を追求するのであれば行政がすることが望ましいのでは)
- ・ 予防が予防の機能をしていない
- ・ 要支援者は包括で担当、要介護者は居宅で担当のため、利用者が介護度変更のたび、担当変更、システム変更となり、大変な様子である
- ・ 軽度認定患者の福祉用具の制限が出来たことにより、ベッドを購入しなければならないケースが多い
- ・ 福祉用具の利用について検討する必要あり
- ・ 利用限度額が少なく、介護度いかに問わず独居の人などには厳しい=在宅希望の人でもお金持ちでないと家にいれなくなってしまう
- ・ 要介護と要支援でケアマネの変更になる時があり、利用者、家族が混乱することがある
- ・ サービス利用に向けて、アセスメントなど行い、他機関との調整を行っても何らかの理由でサービス利用できなかったときに報酬がないこと
- ・ 介護保険制度だけでなく、福祉全体がレベルダウンしている
- ・ 介護、保健、医療全て財源がないために障害者や高齢者にしわ寄せがいき、十分なケアがうけられないでいると思う(一例)慢性疾患に対するリハビリの打ち切り等
- ・ 調査内容を疑問に思う→介護度が変更されても本人の状態は殆どかわりないのに 2 段階も上下することがあり理解できない
- ・ 在宅で看ることの限界の人の行く場所がない→老健は 3 ヶ月しか利用できない、その後どうしたらよいか
- ・ 報酬と質の問題
- ・ 第 2 号被保険者の受入サービスがない
- ・ 要支援、高齢者の筋力低下や疾患、加齢による衰えに直面する中「自分で行う」個別性にどこまで応えられるか
- ・ 若年者や軽度者ほど多様な生活パターンがあり個別性は高い。それを尊重すると通り一遍の関わりでは無理がある

- ・ 健康な家族が同居されている利用者へのサービスが規制されているが家族にも事情があるので困っている利用者がいる
- ・ 要介護1の方にベッドの利用が出来ない
- ・ H12 年度制度発足当時の介護度は家族だけではなく、社会全体で看るというキャッチフレーズはどこへいったのでしょうか
- ・ 高齢者への自立支援とは何でしょうか
- ・ ケアマネは制度に合わせて、対象者の現実や要望を切り捨てていく一面もあることを痛感します
- ・ 地域密着型の考え方、利用者の自由な選択をうたいながら実際には町(市)外への希望者の受入ができないでいる
- ・ 集中減算(ケアマネ)の考え方、利用者サイドが良いと考える事業所、行きたいと考える事業所に集中してしまうことは仕方ないこと、その事業所の評価であろうに集中減算は納得いかない
- ・ 相互扶助制度でありながら富裕層はサービス選択が自由にできるが、低所得層は十分サービスを利用できていない、格差を感じる
- ・ 減免制度の対象にならないがギリギリの生活をしている人が自助努力の元に救われていない
- ・ ケアマネジメントの単価をもう少し上げてほしいと思います
- ・ とても沢山あると思いますが、介護報酬が低いこと(事業所の経営が困難)利用者側からすれば利用料金がタンク、経済的に必要なサービスが利用できない場合もあります。高額な年金をもらっている「お金持ちのお年寄りだけのサービス」なのではないか・・・?と思える時がよくあります
- ・ 介護保険別のサービスで利用できるものとできないものの判断が利用者にはできない場合がある
- ・ 介護報酬が少ないためか、介護職員の賃金が安く、職員の慢性的な人手不足があり、そのため、ケアの質の低下、利用者の十分なケアや選択ができない
- ・ H18 年 4 月より、甲府市は地域包括支援センターを地区に拠点づくりをしました。国の施策なので問題はないですが、相談に行く利用者の方々を自分の所の併設の居宅介護支援事業所に結びつけ、大きく拡大しています。本来の業務を考えていただきたい。私どもの小さな居宅事業所は新規が大変少なくなって生き残りをどうしてよいか考える毎日です
- ・ 介護保険の目指すところと実際の利用者及び家族の意向が食い違っており、プラン作成に難航する
- ・ 介護保険におけるサービスの質の向上は最も重要な部分であり、質の高いサービスが提供される事で要介護状態にある利用者の方々の状態の安定、向上が可能により、効率のよいものとなっていくと考えている。しかし、現実介護の現場で働く人達の賃金の低さ、非常勤等の待遇が多い現状では質の向上を求める事は非常に困難である
- ・ 運用にあたって定められた帳簿記録が膨大により、利用者本意、個の尊重が空念仏で第三者評価など、当事者以外への対策への対策のための業務に撲殺される
- ・ サービス提供事業者の質、量とも十分とはいえない。地域による偏りも大きい
- ・ 料金体系は対労働の内容に見合っていないで質の低下を招いている

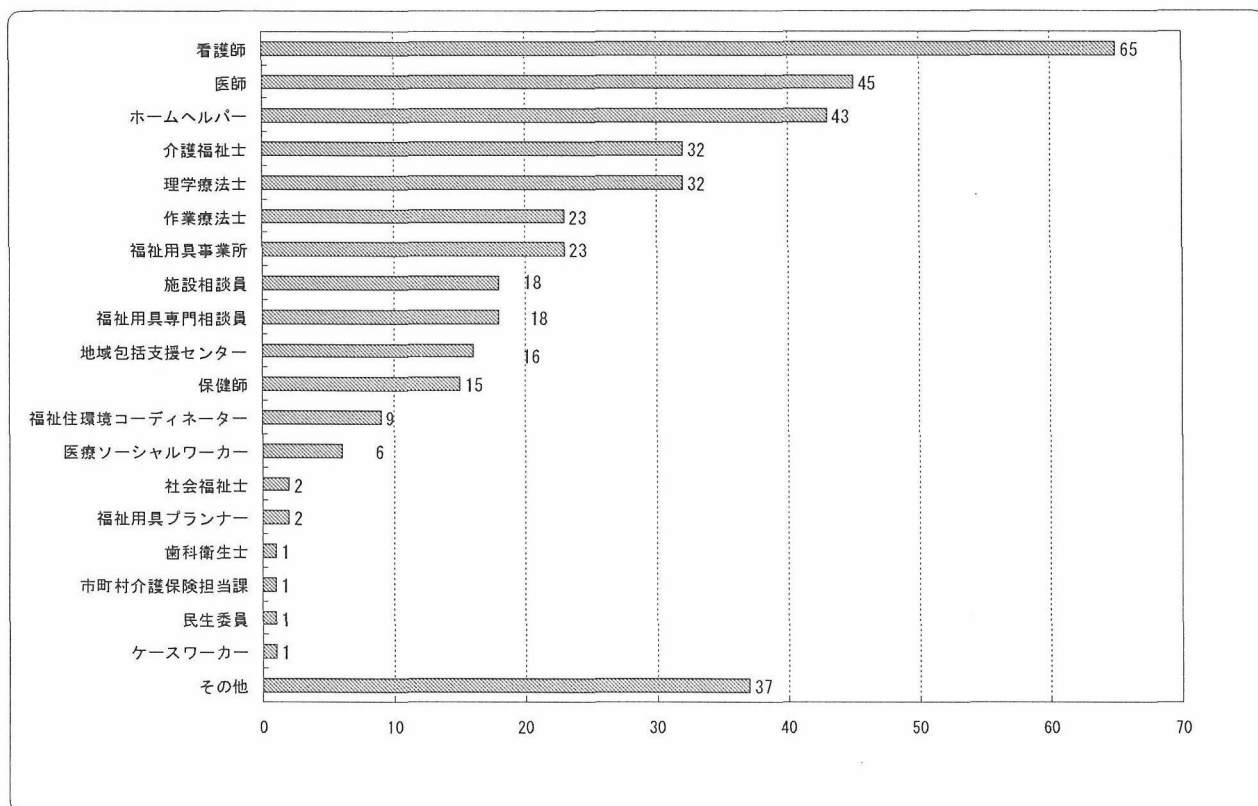
- ・ ケアマネジャー一人当たり 39 人と決められている事で長期入院者、個人的理由での長期利用中止者が多いと減収となる。いつ利用開始となるが不明なので予備の利用者を担当することができず、減収月が続く時が多々ある
- ・ 介護認定の方法(調査内容等)、又、サービス内容の制限
- ・ 介護保険サービスの利用により、現状維持されているのに介護度が下がり、利用サービスが減ると悪化、また QOL の低下が生じる。予防介護に移行した方が 3 ヶ月毎訪問等で見放されて悪化するのを待って再度、要介護状態になって居宅へ戻ってくるのはやるせない思いがする
- ・ 問題点-制約や条件が多過ぎる
- ・ 居宅が単体で運営できるだけの報酬の設定をしてほしい
- ・ 居宅の業務内容の対するばかりが多く、書類作成に時間が取られる
- ・ 施設等の介ゴ職員の給料が挙げられる報酬設定をして欲しい
- ・ 民間の営利企業の参入があることで「利用者本位」がどこまで貫けるか!ということ
- ・ 現場で働く従事者の働く形態が様々で不安定就労を生み出している面もある。介護報酬との関連もあるが、若い世代も安心して働ける職場や結婚、出産などに対応できる職場環境を整え、マンパワー確保、レベルアップを図ることが必要。行政による事業所チェックもより進めることが大切
- ・ 居宅介護支援・・・介護報酬(税額)の低い。売上が 40 万円程度では会社はやってはいけません。結果、併設事業所に頼らざるをえません
- ・ 訪問介護・・・ニーズは特定時間に集中するため、就業条件や希望とミスマッチをおこしています。また、利用費の生活には 20 万未満のニーズが多くあり、介護保険の内容では対応できない現状であります
- ・ 介護予防(保健に関連すべきでは)に関連する内容のものが介護保険の財源より支出されている
- ・ 制度改正(について財政に関することと内容に関することは区別して検討して欲しい)組織も複雑すぎる
- ・ 事業所に支払われる給付が少ない
- ・ 事務量が多く、マネジメントに力を注ぐことに集中できない
- ・ 通所介護、訪問介護、福祉用具貸与事業所に 90%以上のサービス提供による集中減算がある
- ・ 居宅支援の単価をあげてもらいたい
- ・ 民間の地域包括支援センターは介護予防の方が要介護になった場合は平等に外部の居宅介護支援事業所に振り分けてもらいたい
- ・ 低所得者の方にしわよせ
- ・ 医療保険を受けるような自由さが無い
- ・ 認定調査の均一が図れない
- ・ 要介護 2 と要介護 1 の認定が毎日変化する
- ・ 保険料の使いすぎでいくら財源があっても足りない
- ・ 認知症で 1 人では生活できない中、家族が外出する時も見守りでは制度が使えない点、家族が外出を制限するか自費で介護者を確保している

- ・ 認定にバラつきがあって実像と合っていないケースがある
- ・ 住宅改修に対するケアマネジャーへの報酬がない
- ・ 予防給付と介護報酬の間にいる人の認定結果が不透明で(状況に変化ないのに予防になったり、介護になったりする)その結果に本人、家族、ケアマネ等、振り回されている
- ・ 介護報酬が低いのにやることは山のようにある
- ・ 限度額にしばられ、ほんとに必要なサービスが使えない利用者がいる
- ・ 何もかも介護支援専門員にと丸なげ
- ・ 財政状態によって、保険者の考え方、事業所への指導に変化がある
- ・ 予防を重視したい方針はわかるが現実的でない。高い予算を使っている割には効果的でない
- ・ 事業所サービス情報の公開もほとんど意味がない
- ・ 介護報酬、給与、現場の大変さ
- ・ 1人の方に対する自立支援のために状態等の変化に応じた詳細なアセスメント、モニタリング、計画の見直しが必要であるが、時間の余裕がないため十分にできていない
- ・ マネジメント料が低すぎる。総仕事量を考えると介護度に関係なく最低でも1件15,000は必要と考える(30件を限度として)
- ・ 介護報酬が少なくなり、追加加算も含まれるようになったので送迎費の燃料代が重む(遠距離がおおいので)
- ・ 予防の人が増えてきたので全体的に収入減となり、職員数もギリギリでよゆ(原文まま)がなくサービス低下につながる
- ・ 書類作成が多すぎ、利用者さんとゆっくり話すことができない。又、やらなければいけないからとやる担当会議等ムダがおおい
- ・ 介護報酬できちんと事業が運営出来る限り、質の向上などあり得ない
- ・ 生活出来る給与体系⇒質の向上ばかり求められても白けてしまう
- ・ 介護保険制度と言うよりも政治の問題。意図のわからない経済援助よりも国内を立て直さない限り問題が先送りになるだけである
- ・ 介護報酬が社会的価値に対して低すぎる
- ・ 保険者によって介護認定の厳度が違う。又、福祉用具、訪問介護の上限も違っている。その市にあわせた利用方法があり、厚労省の発表と違ってることにとまどいを感じます
- ・ 本当に介護保険を利用したい方に対し、お金がなくて利用できないといった問題がある
- ・ 住民の方々、要介護認定申請が容易にできない→認定がなかなかされない→必要なサービスが必要な時期に提供されない→予防・介護給付の区別の区別についての理解が住民にはない、その説明も行政上では少ない
- ・ 重度のケースが多く、在宅～医療処置が主になり、入院となってしまう
- ・ 各種、書類が多く、手続きなどに時間がかかってしまう
- ・ 1人35人受け持ち、常に持ち続けるには無理がある→収入面では安定しない、常に赤字部門。責任多大であっても収入はない!
- ・ 訪問介護サービスの利用がいろいろな規制があり(同居の家族がいる場合、生活支援できないこと、通院介助が出来ない(院内)などなど)その利用者が必要なサービスが利用できない
- ・ 福祉用具に関しても本人のADL状態像に必要なであってもレンタルできないなど

- ・ 居宅介護支援事業所が経済的に自立できない
- ・ 軽度者への福祉用具貸与の制限
- ・ 訪問介護員による身体介護の制限
- ・ 病院受診時の通院介助の制限
- ・ マンパワーに対する低い評価(金額)
- ・ 記録など書類が多すぎます
- ・ 記録の簡素化を工夫していますが、なかなか時間短縮になりません
- ・ 「生活援助」中心の訪問介護を利用する場合、プランニングが難しくなってきた
- ・ 介護認定において、本人の状況や生活状況が考慮されていないことがある
- ・ 要支援認定者のサービス利用において、月単位の単位数によりサービス利用回数が決まってしまうことにより、利用者が希望しているサービスが提供しにくい
- ・ 予防がはじまり、利用者も混乱している。その支援にあたる事業者もその対応に苦慮している
- ・ ケアマネに対して求められている事が多すぎる。ケアマネとサービス事業所の責任に対しての格差がある。サービス事業所ももう少し、研修などして、介護保険の事を知ったうえでサービス提供にあたってほしい
- ・ 現行の認定調査では介護の手間が多くても認定に反映されにくい。(例えば寝たきりの方より、1人で歩け徘徊する認知症の方の方が介ゴの手間が多いが)
- ・ 居宅支援(事業所)として、地域住民が期待し(対応してもらえている部分)と1ヶ月分の(居宅の)給与率が各個人各個人をみているとつりあっていないところがある。特に居宅での介護に限界が来た時に施設入所を考えても施設入所をみつけたり、入所の順番が車での期間の対応に苦慮している
- ・ 要支援と要介護のサービス計画書の作成について
- ・ 使えるサービスの制限が多くなったため本当に必要な方にサービスが利用できない場合がある
- ・ 同居家族がいるヘルパー派遣に関して市からの指導が厳しくあった。その人により状況、人間関係などの相違があるためにひとくくりのわくでは決められない場合がある。介護保険は個別性を重視しているのに矛盾を感じる。福祉用具に関しても同様に感じる
- ・ 介護認定度が公平でない
- ・ 書類(記録)が多すぎて実際に利用者に係る時間がそれらにとられる
- ・ 通所介護でお迎えに行っても利用できない場合とか実際に来所されても2時間未満の場合は利用料金を請求できないなど、金銭的に大変なところがある
- ・ ケアマネジャーの報酬が上がったが、事業所の加算を取るためには専任でやっていく中では運営していく中では難しさが沢山ある。居宅のみならず各サービス提供者の地域の方を24h 365日支援していくということは施設内のサービスとは違う点、一人一人のかなりの努力があってなので、そこを評価すべきである

- ⑥ 介護保険関係で居宅介護支援サービスを提供する際、どのような専門職の方から依頼や情報提供を受けることが多いですか（下のカッコ内に、番号でご回答下さい。複数回答可）（図 5）

図 5. 居宅介護支援サービス時の情報収集専門職



様々な専門職からの依頼や情報提供があると考えられたため、複数回答とした。最も回答が多かった専門職は看護師で 65 事業所であった。次に多いのは医師で 45 事業所であった。また、ホームヘルパーや介護福祉士との回答が多かった。

その他の回答として介護保険改正時に設置され保健師、主任ケアマネジャー、社会福祉士の専門職が配置されている地域包括支援センターについても 16 事業所の回答が得られた。少数ではあるが、民生委員、歯科衛生士、ケースワーカーとの回答もあった。

3) 第二号被保険者及び障害を持つ方への居宅介護支援についてお聞かせ下さい

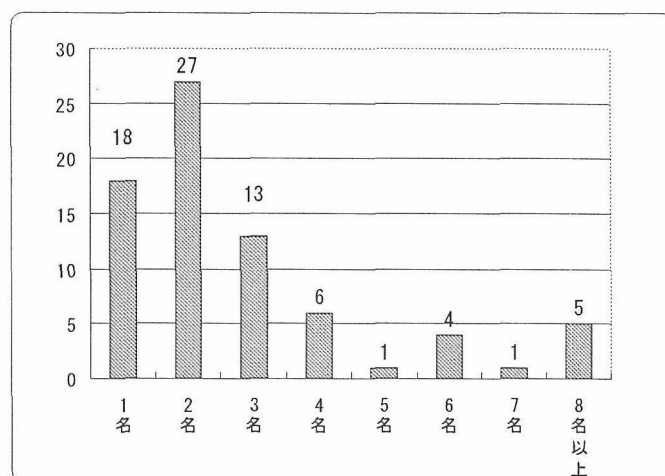
ここでは、第二号被保険者及び障害を持つ方へのサービス提供に関連する事柄を 9 項目について確認した。

① 第二号被保険者(特定疾病の方)に対するサービス提供が可能な職員の方は何名ですか(図 6)

第二号被保険者に対してサービス可能な職員数は、255 名であった。受け入れ可能人数が 0 名もしくは無回答が 16 事業所存在した。このことから第二号被保険者の受け入れ可能な事業所でサービス提供可能な職員数は平均すると 1 事業所あたり、3.4 名となる。受け入れ可能な事業所の

うち、サービス提供が可能な職員数の最頻値は2名であった。

図 6. 第二号被保険者及び障害を持つ利用者への居宅介護支援サービス担当可能職員数



② 特定疾病に関する特別な研修はありましたか(表 7)

事業所内で研修を実施したのは8事業所であり、外部の研修会等に参加したのは36事業所であった。特別な研修を実施していなかったのは37事業所であった。事業所内と外部研修会を併用したとの回答が3事業所あった。なお、無回答は7事業所であった。

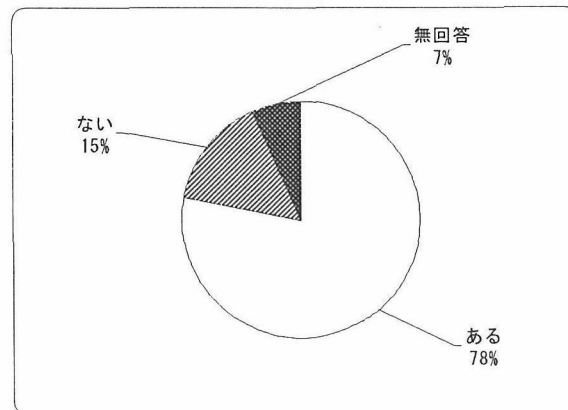
表 7. 特定疾病に関する特別な研修の実施

事業所内研修実施	外部研修会等に参加	特別な研修実施なし	事業所内研修と外部研修会を併用	無回答
8	36	37	3	7

③ 設立から2007年12月までに、特定疾病の方が居宅介護支援サービスを利用していたことはありますか(図 7)

特定疾病障害者について、71事業所で受け入れ実績があった。また、14事業所は受け入れ実績が無く、6事業所は無回答であった。

図 7. 特定疾病利用者の受入の有無



④ ③で「ある」とお答えの方にお尋ねします。対応されたすべての利用者の方の特定疾病をご教授下さい（下のカッコ内に、番号でご回答下さい。複数回答可）（表 8）

③で「ある」と回答した 71 事業所を対象とした。なお、これらは受け入れた人数ではなく、過去に 1 度でも受け入れた実績のある特定疾病は 1 事業所として表記している。

表 8. 特定疾病障害者受け入れ事業所数

特定疾病名	事業所数	特定疾病名	事業所数
初老期の認知症	12	慢性閉塞性肺疾患	5
脳血管疾患	46	変形性関節症※2)	10
筋萎縮性側索硬化症	11	慢性関節リウマチ	12
パーキンソン病	24	後縦靱帯骨化症	2
脊髄小脳変性症	17	脊柱管狭窄症	9
シャイ・ドレーガー症候群	3	骨折を伴う骨粗鬆症	9
糖尿病性疾患※1)	11	早老症	1
閉塞性動脈硬化症	6	がん（がん末期）	21

※1) 「糖尿病性腎症」、「糖尿病性網膜症」、「糖尿病性神経障害」の 3 疾病を指す。

※2) 正式名称は、「両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症」である。

⑤ 貴事業所の現体制で、特定疾病以外の身体障害者への居宅介護支援提供は可能ですか（図 8）

提供済みと回答した事業所は 17 事業所、提供可能と回答した事業所は 12 事業所、一部は提供可能と回答した事業所は 22 事業所、提供は困難と回答した事業所は 33 事業所、無回答は 7 事業所であった。

⑥ 貴事業所の現体制で、知的障害者への居宅介護支援提供は可能ですか（図 8）

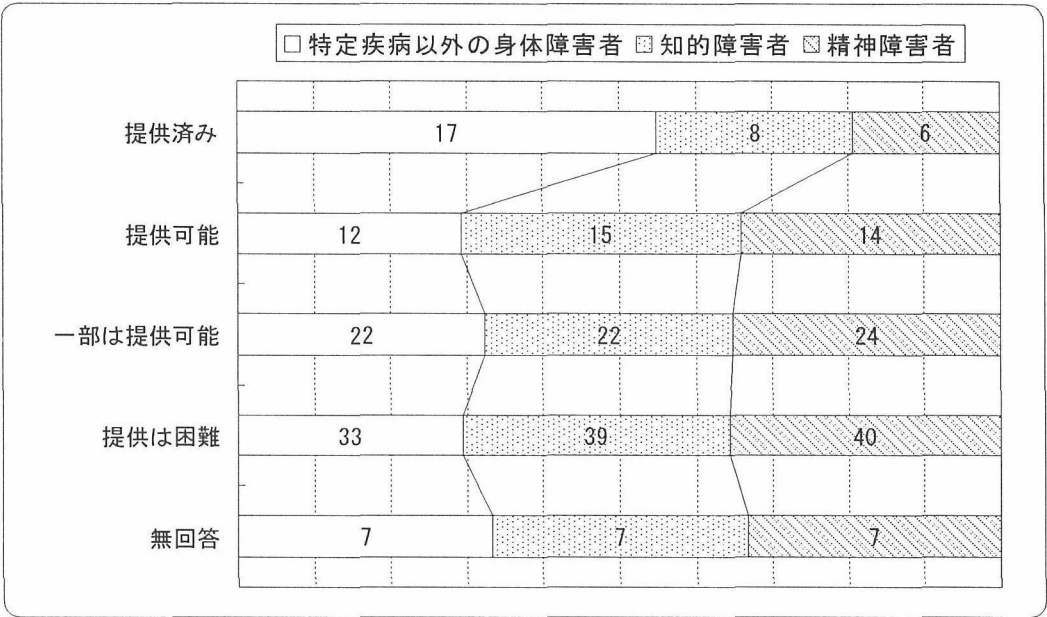
提供済みと回答した事業所は 8 事業所、提供可能と回答した事業所は 15 事業所、一部は提供可

能と回答した事業所は 22 事業所、提供は困難と回答した事業所は 39 事業所、無回答は 7 事業所であった。

⑦ 貴事業所の現体制で、精神障害者への居宅介護支援提供は可能ですか(図 8)

提供済みと回答した事業所は 6 事業所、提供可能と回答した事業所は 14 事業所、一部は提供可能と回答した事業所は 24 事業所、提供は困難と回答した事業所は 40 事業所、無回答は 7 事業所であった。

図 8. 居宅介護支援可能な障害区分



⑧ 貴事業所は、障害者自立支援法の居宅介護支援サービスの認可を受けていますか(表 9)

障害者自立支援法での居宅介護支援サービスの許可を受けている事業所は、8 事業所であり、70 事業所は許可をうけていないと回答した。

表 9. 障害者自立支援法下での居宅介護支援事業の許可の有無

はい	いいえ	無回答
8	70	13

⑨ 介護保険法と障害者自立支援法の統合について、居宅介護支援サービス側から見た問題点をお聞かせ下さい（記入者の個人的なご意見でも結構です）

介護保険と障害者自立支援法の統合について、サービス提供側からの意見を自由記述で、回答を求めた。なお、記入者の私見でも良いという前提条件を加えた。

(以下、自由記述について、原文のまま掲載した)

- ・ 高齢者と障害者は全く別だと思います。障害だけでも三障害、更に細々と違いはあるので現実的には有り得ない
- ・ ケアマネジャーの基礎職種も考慮しないで一律に専門分野と異なる方々のサービス提供については困難です
- ・ 介護保険法の利用者様と障害者自立支援法の利用者様では世代(年齢)の幅が大きく、個々人の考え方には違いがありすぎるのではないと思われる
- ・ 障害と一口に言っても幅が広く、小児から成人まででは自立に向けた取り組みも違ってくると思う。介護保険では老人を対象(一部は2号被保険者)であるため。統合するにはケアマネの知識等、専門職が必要となる。現状では難しいのではないかと思います
- ・ 統合してみなければわからない
- ・ 不勉強で自立支援法の内容がよくわかっていません。すみません
- ・ 将来的には良いとおもいますがサービスの限度額の考え方、サービスの質、量、共に不十分な現状ですので検討する余地があると思われます
- ・ 特に問題はないと思う。基本的には対称が誰であってもプランとする部分は自立支援なので障害者に対しての理解する研修やケースワークをして少しづつやっていけばいいのではないか
- ・ 介護保険の利用者様と障害者自立支援法の利用者では、世代(年齢)の幅が大きく、個々人の考え方には違いがありすぎるのではないと思われる
- ・ 介護保険の対象者同様に自立支援法対象者の方にもケアマネジャーがいて個別に支援できる体制が必要だと思います
- ・ 私たちの施設は狭いので一緒にのケアは難しいと感じる
- ・ 広い場所があれば一緒に良いとは思いますが、職員の数、又、それに対する賃金とかの問題があるように思う
- ・ 介護保険の利用者と障害者自立支援法の統合は困難だと思われるし、個人に対してのサービスの質が低下する懸念があると考える
- ・ 障害者の自立支援に対応するサービスの提供について(地域においても)理解と知識面の教育が進んでいかないと問題点すら明らかにされていないと思う
- ・ 介護保険制度下のサービスの理解や提供においてのマンパワーはあるも、障害者個人の専門的、知識や技術不足があり。十分に機能しきれていない。特定疾患のご利用者については最低の医療知識が必要であり、経験がない介護者が多いため、マンパワー不足である。※今後研修が必要と思われる
- ・ 障害者自立支援法(現行下)下のサービス利用計画作成者(障害者相談支援従事者が資格者(介護支援専門員とは違う)ではなく、研修修了者にての認定である為に経験不足から計画が実生活にあっていない
- ・ 統合は難しいと思います。高齢者は生活介護中心で、範囲もある程度決まっているが、障害者は若いし、未来が広いので狭い介護保険の枠では対応できない。訪問事業所にて障害者自立支援プランを研修している人がいるが、認可を受けるには年数が足りないみたいです
- ・ 自立支援法の対象者は年齢が幅広いので、サービスに結び付けにくい。個別対応ができない

- ・ 対象者や目的、目標が違いすぎるため、統合して行うのはむずかしいと思われる。また、それなりの研修が必要
- ・ 障害者の福祉には就労、社会参加など高齢者とは異なる特殊性があると思う。それらが統合され、対応することに不安がある
- ・ 障害者の方はこれまでの生活の中で自分(本人)の生活に対する価値観、意見をしっかり持っている方が多いと思います。又、福祉施策から介護サービスへの転換には抵抗がある要に感じます(自立支援法への抵抗はまだ強いように思っています)
- ・ 年齢を重ねればどんな障害を持つ人であってもすべて介護保険の対象となってくる。その連携が不十分なこと、また、知識不足(ケアマネ)もあり、支援の継続性の担保が難しいと実感している(私的な意見)
- ・ 障害者への理解不足がある
- ・ 使える社会資源が少ない
- ・ 研修会が少ない
- ・ 高齢(加齢～生理的老化)現症(原文まま)と障害(先天的、後天的)を一緒に考える事、そのものから無理がある。根本は異なる!障害を持つ物(原文まま)は、幼少～青年等、年齢も
- ・ 統合は出来ないと思います
- ・ サービスの幅が違うため、統合には問題が多くなると思う
- ・ 対象者の生活背景が明らかに違うため、おのずとサービス、社会資源に求められる内容にも差が生じる。統合する事、自体、財政的な面で考えているだけではないか? 又、サービス提供を行う側についても、質の向上は必要であるが、現行の報酬体系での人員確保は容易ではなく、果たして本当に有り得るのだろうか? 政治が悪い!
- ・ 老人介護と違って、年齢が幅広く障害の種類によって対応が違うので、介護の障害に対する基本を勉強してないので対応できない
- ・ 現状は実にわかりづらく、利用者に聞かれてもよく説明が出来ない。いっそのことすべての年齢に係わりなく、介護保険法一本化したらわかりやすく使いやすいかも・・・
- ・ 専門性が違うと思われます。双方を軽く担当することには同意できません
- ・ 障害者に対する勉強をしていないので、よくわからない。法律やサービスに対しても勉強不足
- ・ 障害者を介護保険の枠に納めるとしたら障害者福祉の根幹が崩れる。高齢者と同じような扱い(生きていくことへの支援ではなく、生かされている状態を維持する支援)ではなく、未来へ夢と希望を持つことが可能な仕組みでなければならないと思う
- ・ 現在、介護支援専門員の資格を持っているからといって、対、障害者のマネジメントをきちんとこなせるだけの力量があるとは思えない
- ・ 現行の介護保険において、達成可能なニーズ(生活)と障害者が希望しているニーズ(生活)に差があると思います。また障害者の方は(自立支援法でくられる)その方に応じたより高い専門性が求められ、現行の介護保険下で働いている職員では対応は難しいと思います(高い専門性には費用がかかります)。よって私見としては反対です(もしくは障害者のニーズを一部分にするとかどうですか)
- ・ 現在では、障害者に対する知識不足のため対応が困難と思われます

- ・ もともと両制度は目的が違うと思う。特に若い障害者にとっては「介護」というより、いかに社会参加し、可能性を引き出していくかが大切であり、仮に統合されても障害者サービスの中には統合不可能なものもあり、何を統合させ、何を独自制度として国の責任において(税財源で)充実させる必要があるのかという議論を通して、将来性をもって、教育と連動した形でのサービス提供が可能となる様にすべき。この部分に営利が入ってはならないと考える
- ・ 介護支援専門員の養成の中で、身障者や精神障害者に対する勉強をする機会がなく、適切なサービス提供ができるだけの知識がない。また、経験を持っている人も少ないと思うので高齢者との違い、障害者の特性を理解すべきである
- ・ 障害者の金銭的負担が多くなり、利用については制限されるのではないかと介護保険と障害者介護を一緒に扱うのは無理があるように思います
- ・ 年齢差や症状に違いが大きく、施設系サービスは同一事業所での対応は相当困難だと思われる。マンパワーの前に福祉用具の利用で解決できるケースも考えられるが介護保険では軽度の場合は利用が困難な制度になっている
- ・ 居宅介護支援事業所のケアマネの基礎資格(看護師、介護福祉士など)によって知識に個人差がある。個人的には統合については賛成であるが疾病や法律の知識を一定のレベルにする必要がある
- ・ CM がないことでサービス利用におけるマネジメントができていない。サービス利用希望が計画の元ではなく、特発的(原文まま)、気まぐれ的な印象を否めない
- ・ 介護保険については基本的な考え方としては医療保険と同様のものとして保険料を徴収し国の財政と合わせて報酬を出す制度であると思うのだが障害者自立支援方法については基本が異なり社会保障として国の財源で全て行われるべきものではないと思う。どちらも出来れば国の財源をベースとして保障していく事が望ましいのではないかとこの点は共通している
- ・ 居宅支援を行う研修を開催していただけると有難いです。知的障害者は接した経験が大切なので勉強させてほしいです
- ・ 老人対象のサービス(介護保険法)と若い人(障害者自立支援法)とでは感覚、意欲も異なるとされます。全部一緒にして考えるのは無理があるのではないのでしょうか
- ・ 保険料の算定をどのようにするのか?統合することで不利になる(必要なサービスが受けられなくなる等)ことがないのか?
- ・ 高齢者の要介護者と若い障害者を同じ法の中で支援していくのは難しいと思います。現状、2号被保険者の支援においても惑うことあり、専門家の養成、もしくは研修等必要と感じます
- ・ 障害者の認定がまず、むずかしい。レベルに対するサービス量についても誰が決めるのか、限度額設定は?
- ・ 費用負担やサービス内容から全て統合するのは難しいのでは・・・。また介護保険優先という考えもケースバイケースで対応してほしい
- ・ 介護、医療、保健の統合がより密接に行われないと統合にも利用者のニーズにこたえられるサービスが提供できないのではないかと懸念される。統合することによるメリットがあまり考えられない

4) 事業所と地域行政の関係についてお聞かせ下さい

ここでは、7 項目の質問を挙げた。①～④について、地方行政を県と市町村に分け、独自施策と情報提供状況についてそれぞれ質問を行った。充分、あまり問題ない、やや不足、不足の 4 段階で回答を求めた。

① 県からの情報提供状況について、いかがお考えですか(図 9)

充分と回答した事業所は 4 事業所、あまり問題ないと回答した事業所は 35 事業所、やや不足と回答した事業所は 21 事業所、不足と回答した事業所は 13 事業所、無回答は 18 事業所であった。

② 県の独自施策の実施状況について、いかがお考えですか(図 9)

充分と回答した事業所は 3 事業所、あまり問題ないと回答した事業所は 40 事業所、やや不足と回答した事業所は 28 事業所、不足と回答した事業所は 10 事業所、無回答は 10 事業所であった。

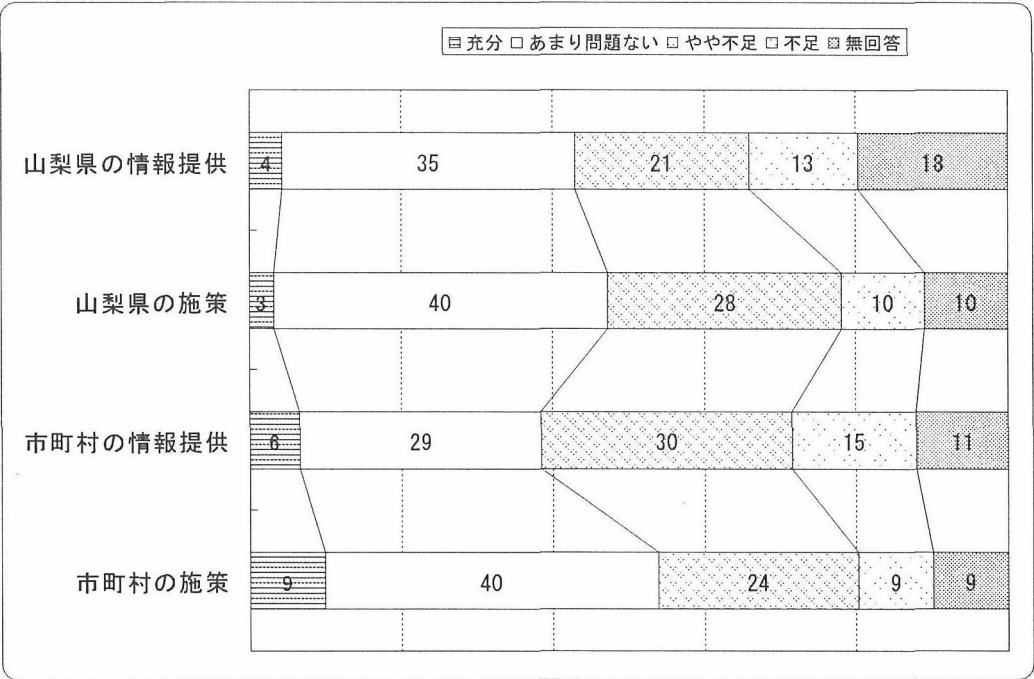
③ 市からの情報提供状況について、いかがお考えですか(図 9)

充分と回答した事業所は 6 事業所、あまり問題ないと回答した事業所は 29 事業所、やや不足と回答した事業所は 30 事業所、不足と回答した事業所は 15 事業所、無回答は 11 事業所であった。

④ 市の独自施策の実施状況について、いかがお考えですか(図 9)

充分と回答した事業所は 9 事業所、あまり問題ないと回答した事業所は 40 事業所、やや不足と回答した事業所は 24 事業所、不足と回答した事業所は 9 事業所、無回答は 9 事業所であった。

図 9. 地域行政による独自施策と情報提供について



⑤ サービス事業者会議など、地域行政が実施する会議には出席していましたか

地域行政との連携状況を会議の出席状況から、連携状況について確認した。連携会議などへの出席率は非常に高く、48 事業所がほぼ出席したと回答し、出席した方が多いと回答したのが 30 事業所であった。欠席した方が多いと回答した事業所はわずかに 3 事業所、殆ど欠席したと回答した事業所は 2 事業所であった。

⑥ 連絡や連携を密にとっている地域にある行政機関(国の管轄を含む)があればご教授下さい

地域にある行政機関の連携先としては、市役所の各課と在宅介護支援センター、地域包括支援センター、福祉事務所を挙げる事業所が多数を占めた。また、近隣市町村の福祉事務所を挙げている事業所もあり、福祉サービス提供に際し、地域を越えた連携が行われている現状を確認することができた。

⑦ 地域行政(地域包括支援センターを含む)に期待する役割をお聞かせ下さい

最後に、地域行政(地域包括支援センターを含む)に期待する役割について自由記述による回答で確認した。特に困難事例に対する対応に対する希望が多く、地域包括支援センターとの連携についての記載も多くあった。

(以下、自由記述について、原文のまま掲載した)

- ・ 利用者への情報提供をもう少しきちんと行って欲しい
- ・ 中立な立場で地域の事業所と協力体制をお願いしたい
- ・ 社会資源に地域格差がある。同じにして欲しい(例 オムツ支給、外出支援、理美容、布団乾燥、丸洗い・・・等)
- ・ 独居老人や身寄りのない老人の支援において保険事業者(CM、ヘルパー、ディスタッフなど)では出来ない所の援助・・・入退院支援、契約関係時
- ・ 家庭環境、生活環境、重度疾患など困難事例の場合は
- ・ 困難事例などの協力体制
- ・ 町独自施策(横だしサービス)の充実
- ・ 居宅介護支援専門員に対する研修の機会設定
- ・ ケアマネの相談場所であり、地域利用者の情報源でもある包括がもっと親しみやすくかわってもらうと助かります。今も十分かわってもらっています
- ・ 地域における要として介護保険分野、それ以外の分野をトータル的に支援する大変さもあると思いますが、あまり指導的な役割だけでなく、地域をコーディネートする機能を大いに発揮していただきたいです
- ・ 北杜市地域包括支援センターが地域ケア会議を隔月で実施している。自分のスキルアップや情報交換の場として活用させてもらっている。又、日常的にも相談に乗ってもらったりしているため、このような会議は今後も継続願いたい
- ・ 困難ケースのフォロー機能を充実してほしい。ケアマネが 1 人で抱え込んで(1 人の価値観)支援を行うことがないよう、支援センターから積極的に関わってきてほしい
- ・ 介護予防
- ・ 地域 CM の支援

- ・ 虐待等、総合的なケアマネジメント(地域の核)
- ・ 支援困難事例の相談、対応
- ・ 介護保険外サービスの充実、住民への啓蒙活動
- ・ 「介護難民」といわれるような、どこにも行き場がなくて困っている現場の状況をあきらかにし、制度改正の際に少しでも現状改善されるように働きかけてほしい
- ・ 現場に密着した対応を希望します
- ・ 2 ヶ月 1 度、地域の研修会を開催をしていただき感謝しています。地域の居宅事業所の紹介を地区の方にしてほしいです
- ・ 市からの情報提供については問題があまりないと思われるが市独自の施策が財政上の問題もあり、不十分ではないかと思う。お金をかけなくても地域住民の協力でできる様な方向に向く様な地域活性化の施策をすすめてほしいと考える
- ・ CM のスーパーバイザーを配置し、困難事例などの相談に乗って欲しい。地域に居住する高齢者、障害者など弱者を網らし、相談した時には機敏に対応して欲しい
- ・ 介ゴ保険(原文まま)の運用のエキスパートになって CM 連絡会などで指導して欲しい
- ・ 介護保険ではカバーできないサービス(たとえば受診時のタクシーほど)をもっと充実させてほしい
- ・ 予防に対する積極的な働きかけが必要と思われる
- ・ 認定には該当しないが、このままでは低下が目に見えている高令者に気づく人(機関の力不足)がないことや予防することが現状ではできない
- ・ 介護予防(要支援者)がはじまってから地域包括の方があまりにも忙しそうで声をかけるのを遠りよしてしまっている。あまりにも介護保険制度について理解していない市職員が多い。介護保険が始まる前の地域保健師の役割を発揮してほしい
- ・ 市民やサービス事業所が相談できる人材づくりの体制確保。ケアマネのバックアップ、否定するだけで対応はしない。確立した相談窓口
- ・ 居宅支援事業所の支援、サポートをしてほしい(例 サービス担当者会議に出席してくれるとか。困難ケースの相談にのってくれるとか)
- ・ 主に独居生活の高齢者や老々介護など生活に不自由となっている対象者の日常生活の配慮
- ・ 利用者の相談内容が多岐にわたるので、行政に問い合わせることが多い。どこまで相談内容の範囲とするのか迷う事もある。ケアマネジャーとして関与する範囲が明確でない部分があるので、線引きするほどではないが指導をしていただきたいと願っています
- ・ 介護予防の充実
- ・ 介護保険サービスを受けられない方への支援
- ・ 困難事例への対応のバックアップ
- ・ 認知症予防の取り組み等、介護予防支援
- ・ 新規利用者の調整機能(特に退院時からのサービス導入が必要な方に対して)
- ・ 介護予防支援事業の充実
- ・ 地域の介護支援専門員の相談助言、困難事例の受け皿
- ・ 介護保険ではサポートしきれない部分は地域行政に頼らざるを得ない
- ・ 独自の高令者、障害者施策の充実を期待します

- ・ 市(自治体)運営の病院内でのサポート(受診介助、相談、通院手段の充実等)
- ・ 高令の一人暮らしや夫婦2人暮らしの住民の生活実態の調査など行い把握してほしい
- ・ 介護保険外のサービスの充実を図り、柔軟な介護予防のアプローチの指導を求めたい
- ・ 24時間連絡がつく様に検討してほしい
- ・ 新しい情報や計画書等の質の向上、情報交換
- ・ 介護認定者へのマネジメントも行うべきと考える。主任ケアマネジャーがケアマネ支援を担っているが現状の把握がほとんどできていない。現場は様々な課題があり、継続が困難になっているケアマネも多い
- ・ ケアマネ研修の充実
- ・ もっとインフォーマルな支援をふやしてほしい
- ・ 要支援(予防給付)は包括支援センターで処理してほしい
- ・ 被保険者がいつでも気軽に相談できるセンターであってほしい
- ・ 介護保険制度で実施できない部分を行政で補ってほしい
- ・ 地域包括支援センターが設置されて相談窓口が明確になりました
- ・ 困難事例への対応、フォロー
- ・ 各市町村の包括支援と地域のケアマネとの交流の機会があるので、情報交換しやすい地域です。サービス事業所(ディやヘルプ等)との交流ももって頂き、サービスの質の向上につなげていってほしい
- ・ 困難事例の相談
- ・ 定期的に行政と事業所とのサービス事業所会議を開いてほしい
- ・ 地域の事業所を支援する役割を担ってほしいと思います
- ・ 県下の甲府以外での地域包括に行政の保健師さんがいて調整されているが委託業務の中でもきちんと行政が把握し、かじ取りをしていくべきだと思う
- ・ 介護保険外のサービス状況を知りたい
- ・ 行政との連系をとらないと解決しないケースに対して相談にのってもらいたい。特に虐待、一人暮らしの方の介護
- ・ 行政、地域包括の権限を重いものにして、家族、本人に指導出来る立場も必要ではないかと思う
- ・ 住民ニーズを把握し、福祉サービスの充実を計って欲しい(原文まま)
- ・ ケアマネの立場にたって考えて欲しい
- ・ 現場のことを知ってほしい
- ・ 地域の高齢者がもれることなく制度を利用できるように一般の方から特定高令者及び予防、要介護の方々を把握していただいた中で居宅支援事業所と密に連携をとってほしい
- ・ ケアマネ支援、地域社会の支援構築 etc・・・ありますが、現在の(甲府市)地域包括の体制、業務内容(少ない職員、多種多様な業務)では、多くを望むことはできません。職員が潰れてしまいます
- ・ “人権擁護”この役割を中心的に担っていただきたい
- ・ 地域連携(ネットワーク作り)医療、福祉
- ・ 認知症について地域住民への啓発、啓蒙を行い、地域で支援する体制を作る

- ・ 災害時の連絡体制や救助体制
- ・ 困難ケースへの対応
- ・ 相談業務だけではなく具体的なサービスは各居宅支援事業所にふられる。対応困難ケースは支援センター事体で受け持っていていただければ!と思う
- ・ 結局、プラン作成センターと化してしまっている。予防プランのあり方について、きちんとしない限り、本来、求められている機能など果たせるわけがない
- ・ 期待するものがない
- ・ 困難事例への適切なアドバイス
- ・ 具体的に役立つ手助け
- ・ 介護予防事業、我々ケアマネの支援
- ・ 困難事例への相談
- ・ お金のことばかりで申し訳ないですが、決められた費用の中で民間の居宅にはできることに限界があります。そのフォローアップや支援体制、また地域での横のつながりを強めるためのネットワーク構築の中心となり、一居宅、一ケアマネではできない支援を提供できるように体制をつくるのが地域住民への還元になり、より良い暮らしにつながると思います
- ・ 介護保険制度はやはり、低所得者層には負担となります。常に低所得者対策を視野に入れてほしい。在宅で本当に必要な人がサービスをうけ、在宅で人生の最期をすごせるように
- ・ 地域包括支援センターはあくまでも「公」の立場でちいきに入りこんで、地域のニーズを「出前相談」を始め、「個」に対する支援と同時に専門職の力量を生かして「介護、介護予防」をコンセプトにした地域づくりを進めてほしい
- ・ 以前からの在宅介護支援センターと何がどう変わったのか、よくわからない部分がある。一般の人などもっとわかっていないと思う。もっと PR して相談に気軽に立ちよれる場所にしてほしい
- ・ 相談者(利用者)を抱え込んでいる様子も感じられ、公共的立場で活動するのは無理があると思う、情報提供や制度については最新で、役に立ちやすいものを教えてほしい。複雑なケースでは包括で、そのまま受けてマネジメントしてほしい
- ・ 以前にも指摘された通り、ソーシャルワークを体系的に学んだことのある方は社会福祉士、保健師等ケアマネジャーの中では一握りです。にもかかわらず、ソーシャルワークを求められる現状があり、この点で地域包括支援センターの機能が重要となります。また私的な契約関係で成り立つ介護保険の利用者と事業所との間においては公権力(原文まま)の行使がかせれないところがあり、地域包括≠市長村というわけではありませんが地域行政に期待しています

(3) 福祉用具貸与事業所に対する調査結果

調査結果の集計方法は居宅介護支援事業所と同様であるが、調査対象数と回答数の双方において絶対数が不足しているため、集計及び結果の提示には倫理上の配慮を行った。

1) 貴事業所の概要についてお聞かせ下さい。

ここでは、7項目について確認した。

① 貴事業所開設は何年ですか(表 10)

まず、事業所の開設年と福祉用具貸与事業を始めた時期の違いがある。福祉用具貸与事業の開始時期は、2000 年の介護保険法施行年が多く 4 事業所であった。

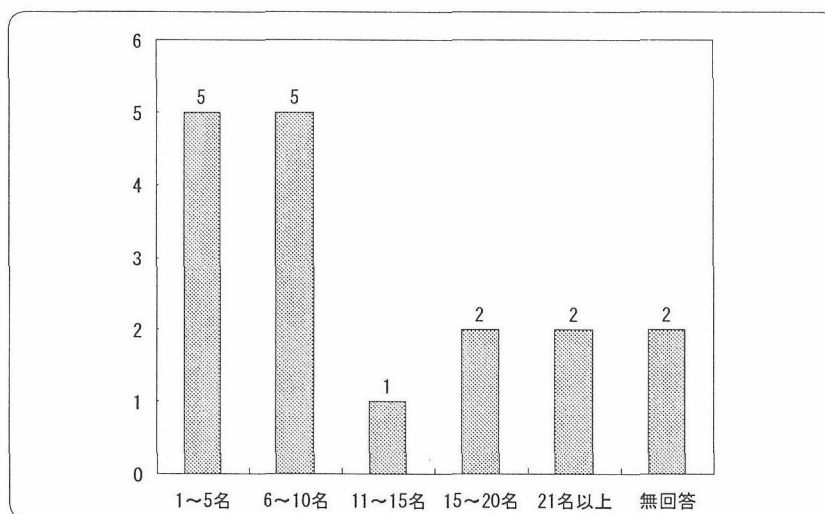
表 10. 福祉用具貸与事業所開設年

開設年	1948	1963	1993	1995	1996	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2007
事業者数	1	1	1	1	1	4	1	2	2	1	1	1

② 職員総数(非常勤職員・パート職員を含む)は何名ですか(図 10)

職員は、10 名以下の事業所が 10 事業所、20 名以下の事業所は 3 事業所、21 名以上の事業所が 2 事業所、無回答が 2 事業所であった。職員数を合計すると 144 名であった。なお、無回答の事業所を除き、回答のあった事業所数から算出した結果、1 事業所あたりの平均職員数は 9.6 名となった。

図 10. 事業所職員数



③ ②のうち、常勤職員は何名ですか

職員のうち常勤職員は、133 名であった。全事業所から回答があったが、前項の設問で無回答事業所があったため、職員と常勤との比較検討は困難と判断した。

④ 介護支援専門員(ケアマネジャー)は在籍していますか(図 11)

介護支援専門員在籍と回答した事業所は、3 事業所であった。

⑤ 福祉用具専門相談員の有資格者は在籍していますか(図 11)

福祉用具専門員は全 17 事業所に在籍していた。

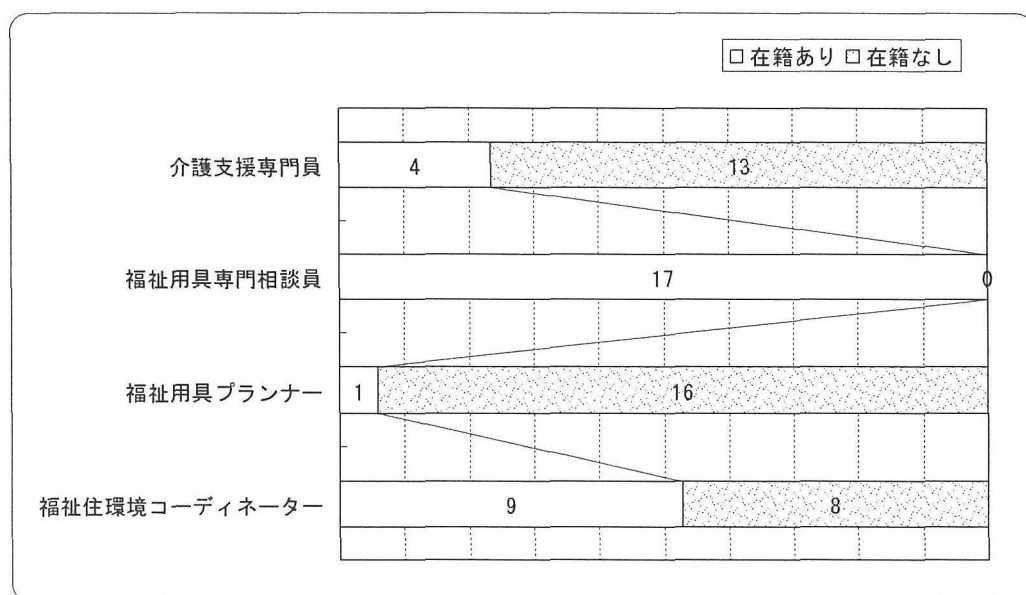
⑥ 福祉用具プランナーの有資格者は在籍していますか(図 11)

福祉用具プランナーは 1 事業所のみに在籍していた。

⑦ 福祉住環境コーディネーター(2 級以上)の有資格者は在籍していますか(図 11)

福祉住環境コーディネーター(2 級以上)の有資格者は、9 事業所に在籍してした。

図 11. 福祉用具関係資格取得者



3) 介護保険サービス全般についてお聞かせ下さい

ここでは、6 項目を確認した。項目は居宅介護支援事業所への質問と同じとした。

① 介護保険法改正(2006 年 4 月より施行)が業務に与えた影響はありましたか

全事業所が、介護保険法改正の影響があったと回答した。

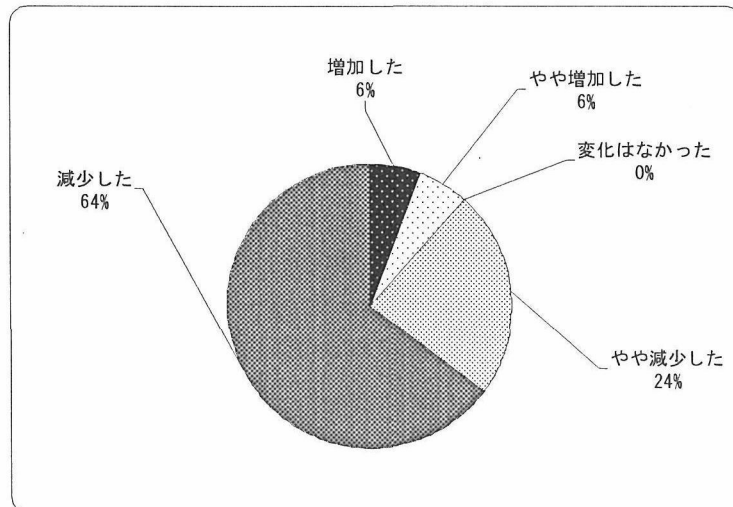
② 介護保険の改定(単価や認定基準の改定、2006 年 4 月～)が業務に与えた影響はありましたか

この設問に対しては、影響があったと回答した事業所が 16 事業所、なかったとしたのは 1 事業所であった。

③ 2006 年 4 月以降、利用者数の増減はありましたか(図 12)

この設問は、「増加した」「やや増加した」「変化はなかった」「やや減少した」「減少した」の 5 段階とした。介護保険法の改定により、利用者数が「やや減少した」「減少した」を合わせると 15 事業所であった。また「増加した」、「やや増加した」との回答は、それぞれ 1 事業所ずつであった。変化がなかったと回答する事業所は存在しなかった。

図 12. 利用者の増減 (2006 年 4 月以降)



④ 介護保険に関するサービスにおいて、貴事業所の特徴的な取り組みや他の事業所よりも優れていると考えられるサービスを具体的にお聞かせ下さい。

事業所の特徴や優位性について、自由記述形式で回答を求めた。

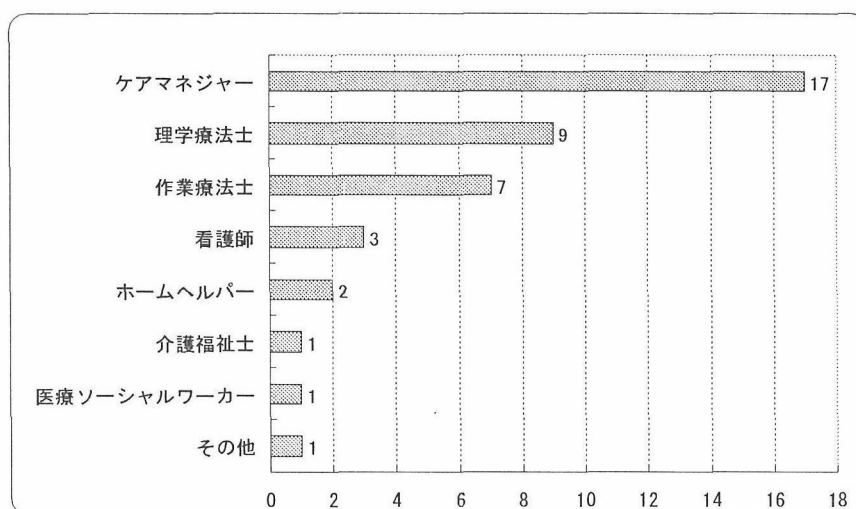
(以下、自由記述について、原文のまま掲載した)

- ・ 福祉用具専門相談員としての用具選定能力の向上に務めている
- ・ 納入後のアフターフォロー
- ・ 価格がこなれている(原文まま)
- ・ すぐ対応できる
- ・ 年中無休
- ・ 特になし(利用者負担金は必ず集金に伺う、利用者の状況を把握する)
- ・ 利用者本位のサービスの提供をモットーとして展回(原文まま)している
- ・ 迅速に対応、今日の仕事は今日中に!
- ・ 義肢装具士が5名いるので支援費制度との連携が取れる
- ・ 隣接している通所リハビリテーション、訪問看護ステーション、ヘルパー事業所、居宅介護支援事業所がある為、福祉用具を使用する際、その利用者への処遇をしやすい
- ・ 24時間体制で連絡を受け、即対応を心がけている
- ・ 必要なサービス、適切なサービスが受けられない(原文まま)
- ・ 迅速と丁寧をモットーに
- ・ 長い実務経験と事例を元に福祉用具と住宅改修をトータル的に利用者の身体機能、在宅状況などを住環境整備としてコーディネートしている。前身の会社は建築設備工事会社よりの転身です
- ・ 地域に密着した事業展開をしており、対応が早い

⑦ 介護保険関係で福祉用具を提供する際、どのような専門職の方から依頼や情報提供を受けることが多いですか(下のカッコ内に、番号でご回答下さい。複数回答可)(図 13)

様々な専門職依頼や情報提供があると考えられたため、居宅介護支援事業所と同様、複数回答とした。回答が多かった専門職種はケアマネジャーで、17 事業所であった。次に多いのは理学療法士で 9 事業所、作業療法士の 7 事業所であった。

図 13. 福祉用具提供の際の情報収集専門職

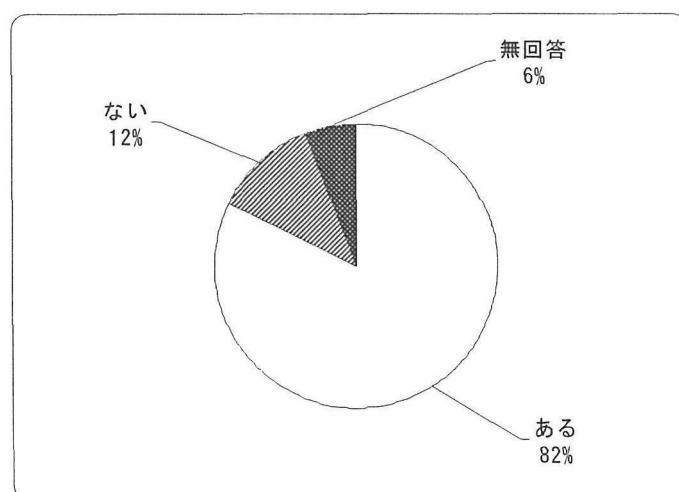


3) 第二号被保険者及び障害を持つ方への福祉用具提供についてお聞かせ下さい

① 第二号被保険者(特定疾病の方)に対して提供が可能な福祉用具はありますか(図 14)

この設問では「ある」と回答した事業所が 14 事業所、「ない」と回答した事業所は 2 事業所であった。回答がなかった事業所は 1 事業所であった。

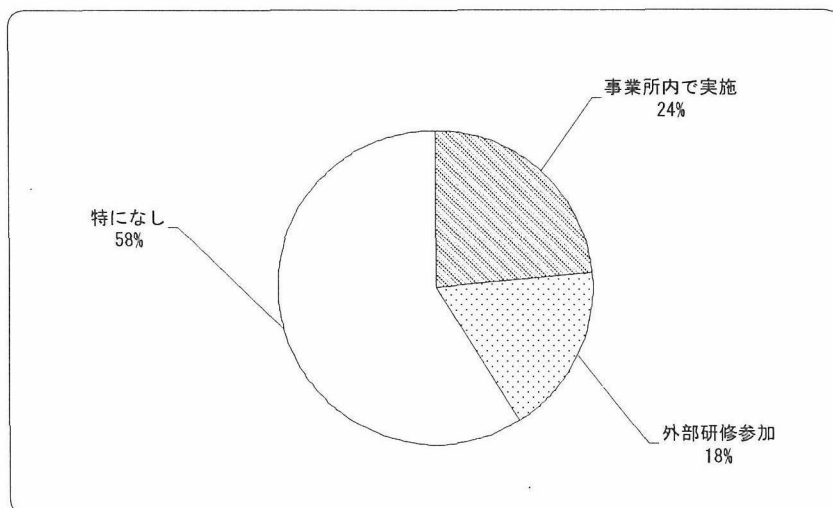
図 14. 第二号被保険者(特定疾病)への提供可能な福祉用具の有無



② 特定疾病に関する特別な研修はありましたか(図 15)

研修については、事業所内や外部研修参加の事業所は 7 事業所と全体の 4 割であった。10 事業所が「特になし」との回答であった。

図 15. 特定疾病に関する研修の実際



③ 設立から 2007 年 12 月までに、特定疾病の方が福祉用具を利用していたことはありますか

特定疾病障害者の福祉用具利用については、14 事業所が「ある」と回答し、「ない」と回答した事業所は 2 事業所、「把握していない」と回答した事業所は 1 事業所であった。

④ ③であるとお答えの方にお尋ねします。対応されたすべての利用者の方の特定疾病をご教授下さい(下のカッコ内に、番号でご回答下さい。複数回答可)(表 11)

表 11. 特定疾病障害者受け入れ事業所数

特定疾病名	事業所数	特定疾病名	事業所数
初老期の認知症	3	慢性閉塞性肺疾患	0
脳血管疾患	6	変形性関節症※2)	1
筋萎縮性側索硬化症	4	慢性関節リウマチ	6
パーキンソン病	5	後縦靱帯骨化症	0
脊髄小脳変性症	2	脊柱管狭窄症	0
シャイ・ドレーガー症候群	0	骨折を伴う骨粗鬆症	0
糖尿病性疾患※1)	1	早老症	0
閉塞性動脈硬化症	1	がん(がん末期)	8

※1) 「糖尿病性腎症」、「糖尿病性網膜症」、「糖尿病性神経障害」の 3 疾病を指す。

※2) 正式名称は、「両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症」である。

⑤ 貴事業所の現体制で、特定疾病以外の身体障害者への福祉用具提供は可能ですか(図 16)

提供済みと回答した事業所は 3 事業所、提供可能と回答した事業所は 6 事業所、一部は提供可能と回答した事業所は 1 事業所、提供は困難と回答した事業所は 7 事業所であった。

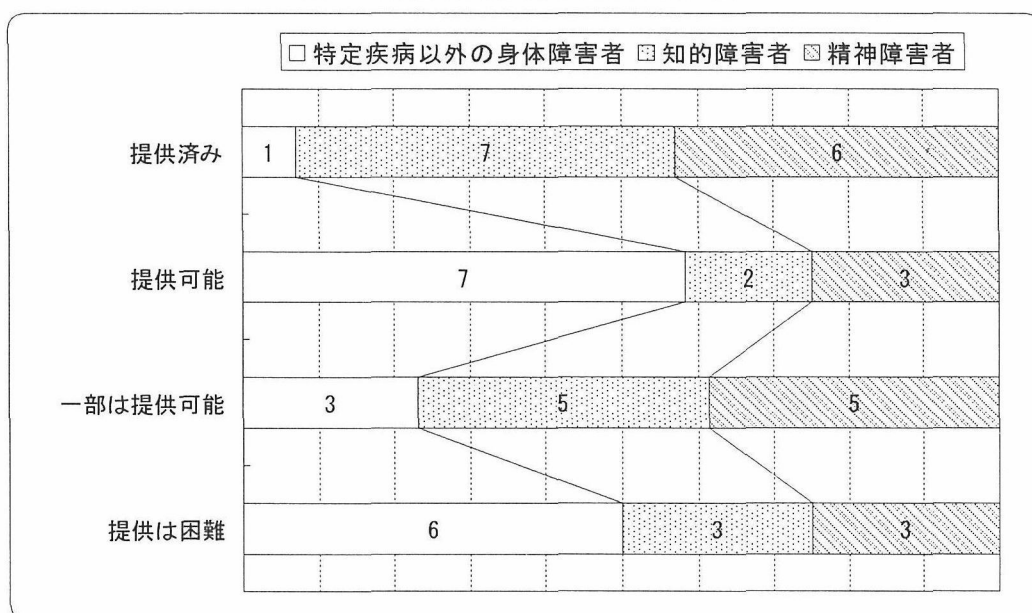
⑥ 貴事業所の現体制で、知的障害者への福祉用具提供は可能ですか(図 16)

提供済みと回答した事業所は 5 事業所、提供可能と回答した事業所は 3 事業所、一部は提供可能と回答した事業所は 7 事業所、提供は困難と回答した事業所は 2 事業所であった。

⑦ 貴事業所の現体制で、精神障害者への福祉用具提供は可能ですか(図 16)

提供済みと回答した事業所は 5 事業所、提供可能と回答した事業所は 3 事業所、一部は提供可能と回答した事業所は 6 事業所、提供は困難と回答した事業所は 3 事業所であった。

図 16. 福祉用具提供可能な障害区分



⑧ 介護保険と障害者自立支援法の統合について、福祉用具提供側から見た問題点をお聞かせ下さい。(記入者の個人的なご意見でも結構です)。

現行の介護保険に対する問題点を確認した。

(以下、自由記述について、原文のまま掲載した)

- ・ 利用者の数の多少に関係なく、必須資格者数が 2 名(常勤換算)と決められているのはおかしい。新規開設が困難、大手会社は充分対応し、サービスができていないか疑問
- ・ 要支援の方への福祉用具貸の幅が狭まった
- ・ 本人が貸りたくても自費になるケースが増えた(要支援の為)
- ・ 情報公開は認めるが、その費用は全く納得できない!!
- ・ 介護 1 では車椅子、介護ベッドが使えない。本当に困った人が助かる保険を望みます(在宅生活者はそれぞれレベルがちがい、介 1 のレベルで切られても困る)

- ・ 福祉用具については価格競争になっている。価格以外のサービス競争が現実利用者の事を考えると安い所に依頼するのが常となっている。真の競争現理が働いていない
- ・ 福祉用具のレンタル料金が業者によって異なること、一律化し、できる限り安くして、利用者負担率を10%から3%位にする
- ・ 2006年法改正により、介護度1以下の老人はベッド、車椅子等のレンタルが基本的には出来なくなりました。介護度1の方でも実際問題としてベッドがなければ生活が大変困難な方も多数居ります。この方達は自費でベッド(高価)の購入をし対応を図っています(弱者切捨)車椅子も同様、軽介護度の老人達こそ活動範囲を広げるためにも車椅子が必要と思う
- ・ 現場を見てほしい。中途半端な見解、市町村によって違う判断、要支援者、要介護者1の位置づけ
- ・ トレーサビリティはけっこうだが、目に見えない仕事が増えている。県の指導、事情の公表、厚生労働省 etc からの多数のアンケート
- ・ 現行の介護保険制度ではインシアティを持っているのがケアマネであり、我々、福祉用具貸与事業者は彼等から見れば一業者としか見ていない様である。特に看護師からケアマネになられた方にその感がある
- ・ 利用者と家族の負担が大きい
- ・ 介護保険制度がきびしすぎる。最初に比べ、見直し等、手間ばかりかかって利益が出てこなくなっている。もっと手をはぶかせてもらいたい!
- ・ 特定福祉用具について市町村によってみとめられるものとそうでないものの区別がさまざまであるので、ある程度統一するか、資料を作成してほしい

4) 事業所と地域行政の関係についてお聞かせ下さい

ここでは、7項目の質問を挙げた。まず、①～④について地方行政を県と市町村に分け、独自施策と情報提供状況についてそれぞれ質問を行った。充分、あまり問題ない、やや不足、不足の4段階で回答を求めた。

① 県からの情報提供状況について、いかがお考えですか(図17)

充分と回答した事業所は1事業所、あまり問題ないと回答した事業所は6事業所、やや不足と回答した事業所は5事業所、不足と回答した事業所は4事業所、無回答は1事業所であった。

② 県の独自施策の実施状況について、いかがお考えですか(図17)

充分と回答した事業所は1事業所、あまり問題ないと回答した事業所は7事業所、やや不足と回答した事業所は5事業所、不足と回答した事業所は3事業所、無回答は1事業所であった。

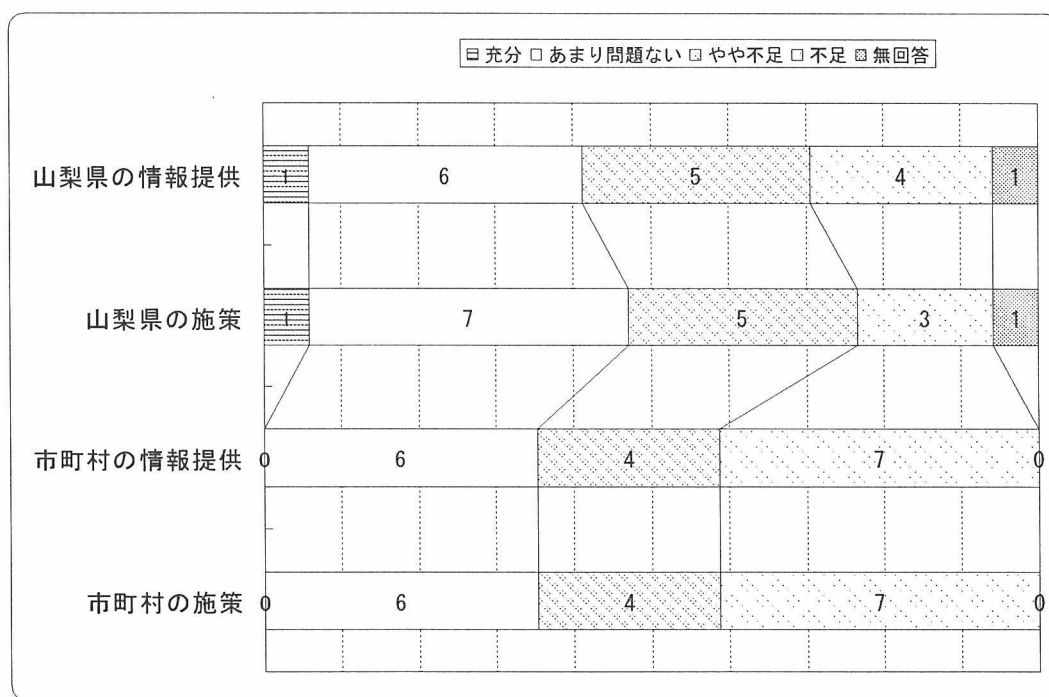
③ 市からの情報提供状況について、いかがお考えですか(図17)

充分と回答した事業所は0事業所、あまり問題ないと回答した事業所は6事業所、やや不足と回答した事業所は4事業所、不足と回答した事業所は7事業所であった。

④ 市の独自施策の実施状況について、いかがお考えですか(図 17)

充分と回答した事業所は 0 事業所、あまり問題ないと回答した事業所は 6 事業所、やや不足と回答した事業所は 4 事業所、不足と回答した事業所は 7 事業所であった。

図 17. 地方行政の施策と情報提供



⑤ サービス事業者会議など地域行政が実施する会議には出席していましたか

この設問では、ほぼ出席したが 5 事業所、出席した方が多いが 4 事業所、欠席した方が多いが 5 事業所、殆ど欠席したが 3 事業所であった。

⑥ 連絡や連携を密にとっている地域にある行政機関（国の管轄を含む）があればご教授下さい

この設問に関しては、殆どの事業所が市町村の担当課と地域包括支援センターを挙げていたが、居宅介護支援事業所の回答にはなかった「国保連」¹⁰、「サービス事業者協議会」が挙げられた。

⑦ 地域行政（地域包括支援センターを含む）に期待する役割をお聞かせ下さい

(以下、自由記述について、原文のまま掲載した)

- ・ 福祉用具の利用拡大になる様ならおおいに賛成です
- ・ 障害者には貸与できずに購入時の負担が大きくなる
- ・ 障害者自立支援法に問題が有と思っています。重度障害で大変困っている方々も多いですが反面、ペースメーカーを入れていられる方で障害一級を持っているのに週一回のペースで

¹⁰ 国保連合会は国保事業の実施者である保険者を会員とし、保険者の共同の目的を達成するため、診療報酬の審査支払業務・保健事業・国保事業の調査研究・広報活動を行う機関。平成 12 年度から介護報酬の審査支払業務及び介護保険サービスの相談・指導・助言（苦情処理）業務を行っている。

ゴルフが出来ていても、重度の方と同等の支援が受けられているのは正しい事なのでしょうか?同じ弱者でも区別は必要ではないでしょうか

- ・ 介護保険と同じトレーサビリティを求められたらたいへん手間です。当社 ISO9000 もやっているのでダブリます
- ・ 統合がどの様なかたちになるのか良く分からないが車椅子を例にとると一搬的老人の使用する車椅子と障害者方(原文まま)の使用する車椅子では併用は不可能と思われる
- ・ 今後の法整備の内容にもよるが、用具の選定は身体状況によりそれぞれである。障害者にはオーダーメイド的な観点が必要で介護保険(高齢者)は身体状況はある程度集約できるのでレンタルでもよい。この部分は一諸(原文まま)には出来ない
- ・ 百人百色の障害者はどのようにわけていくか? 高齢者とはぜんぜん違う。このところが1番大事。障害者を支えることのむづかしさを理解してほしい

3. 地域行政に対するアンケート調査

(1) 調査概要

本研究の対象となる地域行政は、山梨県にある全 28 市町村の介護保険関係部署と障害者関係部署である。調査期間は 2008 年 1 月～2 月である。なお、回答内容は 2007 年 12 月末日現在のものとした。

回収数は、介護保険関係部署が 16 市町村 (57.1%)、障害者関係部署が 12 市町村 (42.9%) であった。部分的に不適切な回答があったが、すべてを有効回答とした。この点についての処理については結果で示す。

調査票の内容は、4 つに大別されている。まず、介護保険関係部署については、市町村の概要、介護保険制度に準拠したサービス全般、第二号被保険者と事業所への対応、(介護保険認定)事業所の状況、である。次に、障害者関係部署については、市町村の概要、障害者自立支援法に準拠したサービス全般についての状況確認、障害者自立支援法と介護保険の双方で認可を受けている事業所への対応、障害者自立支援法関係の事業所の状況、である。ただし、設問の不備により、分析を中止した項目もある。詳細については、結果にて示す。なお、設問の構成や内容については、小佐々・城戸 (2007) における聞き取り調査と先行研究を参考とした。

最後に、一部で使用している山梨県全体の人口については、表 1 で示した数値であることを明記する。

(2) 介護保険関係部署に対するアンケート調査結果

1) 貴市町村の概要についてお聞かせ下さい。

市町村の概要をここでは、9 項目について確認した。

① 総人口をお聞かせ下さい

本調査における 16 市町村の合計は 668,618 名であった。これは、山梨県内の人口の 74.9%となる。

② そのうち、40 歳以上 (介護保険被保険者) の人口は何名ですか

合計は 369,215 名であった。

これは、16 市町村の総人口の 55.2%にあたる。なお、山梨県全体の 40 歳以上の人口比率は 55.0%であり、この比率に近似している。また、山梨県全体の 40 歳以上の人口の 75.2%となる。

③ 65 歳以上 (高齢者) の人口は何名ですか

合計は 153,701 名であった。

これは、16 市町村の総人口の 23.0%にあたる。山梨県全体の高齢化率と比較して、やや高い数字 (+0.6%) となっている。また、16 市町村の介護保険被保険者全体の 41.6%にあたる。本項における第一号被保険者数は、山梨県全体の 76.9%となる。

④ 高齢者関係の平成 19 年度予算をお聞かせ下さい

15 市町村から回答を得たが、公表を控えることとした。公表を控える理由は、本項から⑥高齢

者関係予算の前年比までは、設問に不備があったためである。また、これらの点は、⑥の要因である⑦にも影響を与えていると考えられる。

具体的には、設問を介護保険関係予算に絞らなかったこと、高齢者関係予算の定義があいまいであったことである。また、⑤高齢者予算比率における予算全体という表現も不適切であった。これは、市町村全体の予算に占める高齢者関係予算全体なのか、高齢者関係予算に占める介護保険関係予算なのかが不明確であったためである。回答のなかった1市町村は、これらの点を指摘していた。

また、財政規模の性質上、平均を算出することは好ましくなく、最高額および最低額を記述した場合には回答した市町村が特定される可能性が高いため、倫理上好ましくないと判断した。ただし、本項以外は大きな問題はないと判断したため、公表することとした。したがって、⑤高齢者予算比率及び⑥高齢者関係予算の前年比は、参考として示す。

⑤ それは予算全体の約何%ですか

④で記述したとおり、本項の回答は設問の不備によって大きな差が出た。したがって、大枠のみを参考として示す。

回答は、大きく分けて5%以下のグループと10~20%程度のグループに分かれた。

これは、前者が全体に対する介護保険関係予算の占める割合を示した場合と考えられ、後者が全体に対する高齢者関係予算の占める割合を示した場合ではないか考えられる。

⑥ 高齢者関係の平成19年度予算は前年と比較してどのように変化しましたか。最も近いもの1つに○を付けて下さい

±3%を基準に、3段階で確認した。

その結果、3%以上増は4市町村、±3%以内は5市町村、3%以上減は5市町村であった。なお、2市町村は無回答であった。

⑦ ⑥の要因は何であると考えられますか

本項は⑥の要因についての自由記述である。

まず、3%以上増加した原因は、以下の通りである。4市町村のすべてから回答があった。

- ・ 介護給付費の増加
- ・ 地域支援事業(介護予防の充実)
- ・ 地域包括支援センターシステム構築

次に、±3%以内の原因は、以下の通りである。2市町村から回答があり、その内容は共通していた。

- ・ 高齢者人口の増加(高齢化)

最後に、3%以上減少した理由は、以下の通りである。5市町村のすべてから回答があった。

- ・ 介護度の高い人の増加
- ・ 医療制度改革に伴う病院から介護施設等への移動
- ・ 介護保険事業特別会計繰出金の減少(制度改革に伴う施設介護サービス給付費の減少)
- ・ 一般会計から介護特例へ移った事業がある

- ・ 介護予防事業、配食サービスが介護保険特別会計の地域支援事業に移ったため

⑧ 主な地域産業はどれに該当しますか。最も近いもの1つに○を付けて下さい

主な地域産業は、農林水産業、製造業、建設業、卸売小売業、サービス業、その他の6業種に分類した。なお、これらは経済活動別分類(93SNA 産業分類)から抽出した。

最も多かったのは農林水産業という回答であり、9市町村であった。次にサービス業という回答が多く、4市町村であった。建設業、卸売小売業、その他と回答したのは各1市町村であり、製造業と回答した市町村はなかった。

⑨ 介護保険関連事業が地域産業に与える影響はありますか。該当するものに○を付けて下さい

あると回答したのは1市町村、ないと回答したのは15市町村であった。あるとした理由は、以下の点を指摘していた。

- ・ 雇用と消費

2) 介護保険制度に準拠したサービス全般についての状況をお聞かせ下さい

ここでは、7項目について確認した。

① 介護保険に関する独自施策はありますか。○を付けて下さい。あると回答の場合、具体的にお聞かせください

あると回答したのは3市町村、ないと回答したのは13市町村であった。あると回答した市町村の独自施策の自由記述は、以下の通りである。

- ・ 要支援者および要介護度1と認定された人でも、特殊寝台や車イス等の福祉用具が必要な人に、独自の判定基準を設け、判定会にて決定し、利用してもらっている(保険内)。また、低所得者へのレンタル料の補助を行っている(保険外)。
- ・ 低所得世帯に属する居宅介護被保険者の主たる介護者が事故・急病等により介護を行うことができない状態である場合であって、当該理由による介護保険サービスの利用により当該月の介護保険法第43条又は55条に定める支給限度額を超える利用があった場合の当該超過額については、本人の申請によりその100分の90に相当する額を支給する。
- ・ 被該当者に対する「軽度生活支援」及び「生きがいディサービス」

② 居宅介護支援事業所との打ち合わせ(定例会議等)の頻度はどれくらいですか。最も近いものに○を付けて下さい

月に1~2回程度、2~3ヶ月に1回程度、半年に1回程度、年に1回程度の4つに分け手確認した。なお、15市町村から回答を得た。そのうち、1市町村が複数(2つ)の回答を選択していたため、按分し加えた。このため、0.5という単位が出現している。

その結果、回答数が多い順に並べれば、月に1~2回程度と回答したのは6市町村、2~3ヶ月に1回程度と回答したのは5市町村、半年に1回程度と回答したのは3.5市町村、年に1回程度と回答したのは0.5市町村となった。

③ 福祉用具貸与事業所との打ち合わせ(定例会議等)の頻度はどれくらいですか。最も近いものに○を付けて下さい

月に1~2回程度、2~3ヶ月に1回程度、半年に1回程度、年に1回程度の4つに分け、最も近いもの1つについて確認した。

その結果、最も多かったのは、年に1回程度と回答したのは9市町村であった。半年に1回程度と回答したのは2市町村であった。また、月に1~2回程度、2~3ヶ月に1回程度と回答したのは各1市町村、であった。無回答は3市町村であった。

④ 各事業所との(定例会議等以外での)連携方法を具体的にお聞かせ下さい

回答方式は自由記述とし、11事業所から回答を得た。具体的には、以下の通りである。

- ・ 月1回診療所、社協、福祉担当者と話し合いをしている
- ・ 事業所は、週1回は必ず会議をしている
- ・ 必要に応じて実施している
- ・ 個別事例で必要な時に連絡・打ち合わせを行う
- ・ 本地域内をサービス提供エリアとしている事業者で組織する介護サービス事業者連絡協議会を通じ、本地域の介護保険事業者と連携を図っている
- ・ 個別に郵送にて対応
- ・ 地域内の介護事業者連絡会議を設置し、定期的に話し合いの場を設けている
- ・ 個別に対応している
- ・ 事例検討会、研修会、個別ケース等を通じて連携を図る
- ・ 困難事例の相談
- ・ ケアプランチェック
- ・ 定期的に(定例会議以外で)一事業所ずつ、情報交換会を行っています。その他は適宜
- ・ サービス担当者会議出席
- ・ 事業所研修会講師
- ・ 介護給付適正化事業での訪問
- ・ 個別事例で必要が認められれば、担当会議に出席
- ・ 利用者に何か問題等ある時、窓口や電話で連携をはかる

⑤ 各事業所との連携は充分だとお考えですか

充分、問題ない、やや不足、不足の4段階とした。

その結果、最も多かったのは問題ないという回答であり、10市町村であった。その他としては、やや不足と回答したのは3市町村、不足と回答したのは2市町村であった。また、充分と回答したのは1市町村であった。

⑥ 国からの(新施策や変更点などの)具体的な説明は充分だとお考えですか

充分、問題ない、やや不足、不足の4段階とした。

その結果、最も多かったのはやや不足という回答であり、7市町村であった。次に、問題ないが5市町村、不足が4市町村であり、充分と回答した市町村はなかった。

⑦ 国の情報提供時期や内容説明の時期についていかがお考えですか

適切、特に問題ない、問題がある場合が多い、不適切の4段階とした。

その結果、最も多かったのは問題がある場合が多いという回答であり、12市町村であった。次に、特に問題がないと回答したのは4市町村であった。その他の2段階の回答はなかった。

3) 第二号被保険者と事業所への対応についてお聞かせ下さい

ここでは、4項目を確認した。

① 現在までに、第二号被保険者の特定疾病について、事業所等を対象とした研修会等を実施した実績はありますか

ある、ない、不明の3段階で確認した。

その結果、あると回答した市町村はなく、ないと回答したのは15市町村であった。また、不明が1市町村であった。

② 第二号被保険者に対して、特定疾病に関する啓発・広報活動を行った実施はありますか

ある、ない、不明の3段階で確認した。

その結果、あると回答したのは5市町村、ないと回答したのは11市町村であった。

③ 居宅介護支援事業所において、第二号被保険者の特定疾病以外の障害者を受け入れているような事業所に対する指導等がありますか

16市町村のすべてが受け入れ指導をしていなかった。

④ 特定疾病を持つ第二号被保険者への対応について、障害者関係部署との連携はどのような形ですか。最も近いものに○を付けて下さい

定例の打ち合わせ、個別事例での打ち合わせ、特に事例はない、の3段階で確認した。

最も多い回答は、個別事例での打ち合わせを行なっているというもので、13市町村であった。特に事例がなかったのが3市町村であり、定例の打ち合わせを行なっている市町村はなかった。

4) 貴市町村における事業所の状況についてお聞かせ下さい

ここでは、5項目について確認した。

① 居宅介護支援事業所の新規認可数について、近年の動向に近いものはどれですか

急激な増加傾向、緩やかな増加傾向、横ばい、緩やかな減少傾向、急激な減少傾向の5段階で確認した。

その結果、横ばいが最も多く12市町村であった。緩やかな増加傾向が2市町村、緩やかな減少傾向が1市町村であった。なお、無回答は1市町村であり、他の回答はなかった。

② 居宅介護支援事業所の認可取り消し(又は廃業など)数について、近年の動向に近いものはどれですか

急激な増加傾向、緩やかな増加傾向、横ばい、緩やかな減少傾向、急激な減少傾向の5段階で確認した。

その結果、横ばいが最も多く13市町村であった。緩やかな増加傾向が2市町村であった。なお、無回答は1市町村であり、他の回答はなかった。

③ 福祉用具貸与事業所の新規認可数について、近年の動向に近いものはどれですか

急激な増加傾向、緩やかな増加傾向、横ばい、緩やかな減少傾向、急激な減少傾向の5段階で確認した。

その結果、横ばいが最も多く13市町村であった。また、緩やかな減少傾向と急激な減少傾向が各1市町村であった。なお、無回答が1市町村であり、他の回答はなかった。

④ 福祉用具貸与事業所の認可取り消し(又は廃業など)数について、近年の動向に近いものはどれですか

急激な増加傾向、緩やかな増加傾向、横ばい、緩やかな減少傾向、急激な減少傾向の5段階で確認した。

その結果、横ばいが最も多く13市町村であった。また、緩やかな減少傾向と急激な減少傾向が各1市町村であった。なお、無回答が1市町村であり、他の回答はなかった。

⑤ 各事業所に望まれることはどのようなことですか

回答方式は自由記述である。8市町村から回答があった。具体的には、以下の通りである。

- ・ 地域内の事業所が減少しているので、1人のケアマネがもつ人数も増加している。ケアマネには大変な状況ではあるが、ケースごと、また、本人・家族の希望を取り入れた計画を作ってもらいたい
- ・ 介護保険が継続可能な制度として、かつ利用しやすいものになるために行政、事業所が協力してすすめていきたい
- ・ 適正化に対する正しい認識(適正化というとサービスを減らしていくという考え方が多い)
- ・ 利用者の側に立ち、心の通ったサービスの提供を望みます
- ・ その人が、居宅において自立した生活を営むことができるよう、適正な計画をたてられる能力、観察力及び指導力
- ・ 福祉用具の貸与、販売については、利用者本来の希望にそっているのか疑問になることもあります。販売目的が主で、1割負担で済むとの説明をし、高額な物を提供しているところもあります。特にポータブルトイレについては、当初は3万円以下の物が主流であったが、ここ数年家具調の物が出てきて、金額は高額では10万近い物もあります。利用者の負担は1割ですが、保険者にとって、事前申請がないので、戸惑うこともあります。限度額内で済みますが、その点について改善と是正をお願いしたいです。限られた財源で量と質を向上させるのは大変なことだと思います。より良い制度で、誰のための制度なのか、なんのための制度なのか問題提起したいと思います

- ・ 利用者を第一に考え、質の高いサービスの提供に日々心がけていただきたい
- ・ 介護予防の視点によるサービスの提供
- ・ 対象者を中心に考えたサービス

(3) 障害者関係部署に対するアンケート調査結果

1) 貴市町村の概要についてお聞かせ下さい

ここでは、7 項目について確認した。

① 障害を持つ方(各種手帳保持者)は何名ですか

合計は、29,030 名であった。なお、これは 11 市町村の合計である。

② 介護保険が適用されている障害者は何名ですか

合計は、1,103 名であった。

ただし、これらは①の内数であるが、6 市町村のみの回答であるため、単純に比率を計算することはできない。また、倫理上の配慮から 6 市町村における比率も公表しないこととした。

③ 介護保険が適用されている障害者のうち、40 歳以上 64 歳以下の障害者は何名ですか

合計は 64 名であった。

これは、7 市町村からの回答であった。②の合計と母集団が異なることから、単純計算による比率計算は行なえなかった。

④ 障害者施策関係の平成 19 年度予算をお聞かせ下さい

合計は 7,309,476 千円であった。

ただし、財政規模に差があるため、平均金額に意味はない。なお、最高金額や最低金額を明示することは倫理上の配慮から行なわない。

⑤ それは予算全体の約何%ですか

平均は 3.1%であった。

最低値は約 1%であり、最高値は約 5%であった。

⑥ 障害者関係の平成 19 年度予算(金額)は前年と比較してどのように変化しましたか。最も近いもの 1 つに○を付けて下さい

±3%を基準に、3 段階で確認した。

3%以上増加と回答したのは 6 市町村、±3%以内と回答したのは 4 市町村、3%以上減少したと回答したのが 2 市町村であった。

⑦ ⑥の要因は何であると考えられますか

本項は⑥の要因についての自由記述である。

まず、3%以上増加した原因は、以下の通りである。なお、6 市町村のすべてから回答を得た。

- ・ 障害者自立支援法の本施行により、生活支援事業が拡大したため
- ・ 障害者自立支援法改正により、利用者負担額が軽減された事や事業所が新体系移行することによって、各種のサービスを受ける者が増えた
- ・ 障害者自立支援法により、国県が実施していた事業が、市町村の事業となったことによる。
- ・ 障害者福祉サービス利用者の増及び県からの事業移譲による事務費の増
- ・ 障害者の増加と福祉サービス等の利用割合が高くなっていると思われます
- ・ 障害者自立支援法の改正に伴う減額があったが、国の緊急措置により回復した。又、医療面においては、入院食事代の実費負担による扶助費の減額があげられる（決算では、障害者福祉費について昨年同様程度となる見込み）

次に、±3%以内の要因は、以下の通りである。なお、具体的な記述は1市町村のみであった。

- ・ 障害者自立支援法により行政の支出が増加した

最後に、3%以上減少した要因は以下の通りである。なお、具体的な記述は、1市町村のみであった。

- ・ 支援費から自立支援に変わったことによる減

2) 障害者自立支援法に準拠したサービス全般についての状況をお聞かせ下さい

ここでは、6項目について確認した。

① 各事業所との打ち合わせ(定例会議等)の頻度はどれくらいですか。最も近いものに○を付けて下さい

月に1~2回程度、2~3ヶ月に1回程度、半年に1回程度、年に1回程度の4つに分け、最も近いもの1つについて確認した。

その結果、最も多かったのは、年に1回程度であり、4市町村であった。また、2~3ヶ月に1回程度と半年に1回程度という回答は、各3市町村であった。月に1~2回程度と回答したのは、1市町村のみであった。なお、無回答は1市町村であった。

② 各事業所との(定例会議等以外での)連携方法を具体的にお聞かせ下さい

回答方法は自由記述である。8市町村から回答を得た。

- ・ 障害者自立支援法協議会を設立し、その中に事業部会を設け、定期的に話し合いを持っている
- ・ 圏域ネットワーク会議で当事者、保護者、行政、学校等関係機関相互に連絡を行っている定例会議は開催していないが、圏域ネットワーク会議で行政の福祉施策の進捗状況等の報告を行っている
- ・ 個々のケースに関しては、必要に応じ、事業所を召集し、連携を図っている
- ・ 相談等の個別事例での連携
- ・ TELを利用した連絡調整
- ・ サービス利用者の状況について、変化等があれば、電話で連絡。必要とあれば、本人、家族、事業者とのケース会議等で確認
- ・ 各事業所により連絡が入る

- ・ 本地域行政では介護保険担当と障害福祉担当が別になっていますので、該当者がどちらのサービスを使われるかの判断をするときなど、相方で話し合い、その後事業者との話し合いをします

③ 各事業所との連携は充分だとお考えですか

充分、問題ない、やや不足、不足の4段階で確認した。

その結果、最も多かったのは問題ないという回答であり、9市町村であった。また、やや不足が2市町村、不足が1市町村であった。なお、充分という回答はなかった。

④ 国からの(新施策や変更点などの)具体的な説明は充分だとお考えですか

充分、問題ない、やや不足、不足の4段階で確認した。

その結果、最も多かったのはやや不足という回答であり、8市町村であった。また、問題ないという回答と不足という回答は各2市町村であり、充分という回答はなかった。

⑤ 国の情報提供時期や内容説明の時期についていかがお考えですか

適切、特に問題ない、問題がある場合が多い、不適切の4段階で確認した。

その結果、最も多かったのは、問題がある場合が多いであり、10市町村であった。問題ないと回答したのは2市町村であり、その他の回答はなかった。

⑥ 介護保険における特定疾病を持つ障害者(40歳以上64歳以下)に対し、特別な施策はありますか

12市町村すべてがないと回答した。

3) 障害者自立支援法と介護保険の双方で認可を受けている事業所への対応についてお聞かせ下さい

ここでは、4項目について確認した。

① 現在までに、介護保険制度における第2号被保険者の特定疾病について、事業所等を対象とした研修会等を貴部署が主催した実績はありますか

ある、ない、不明の3段階で確認した。

9市町村がないと回答し、3事業所は不明と回答した。あると回答した市町村はなかった。

② 障害をお持ちの方に対して、特定疾病でも40歳以上64歳以下の場合は介護保険が利用できることについての啓発・広報活動を行った実施はありますか

ある、ない、不明の3段階で確認した。

11市町村がないと回答し、1市町村が不明であった。ここでも、あると回答した市町村はなかった。

③ 特定疾病を持つ方への対応について、介護保険関係部署との連携はどのような形ですか。最も近いもの1つに○を付けて下さい

定例の打ち合わせ、個別事例での打ち合わせ、特に事例はない、の3段階で確認した。

特に事例がないと回答したのは10市町村であった。また、個別事例での打ち合わせを行なっているのは1市町村であった。また、無回答が1市町村であった。

④ 障害者自立支援法によるサービス提供事業所に対し、介護保険制度によるサービス認可受けるよう、事業所に対して指導等を行うことはありますか。○を付けて下さい

ないと回答したのは11市町村であった。また、無回答が1市町村であった。

4) 貴市町村における自立支援法関係の事業所の状況についてお聞かせ下さい

ここでは、5項目について確認した。

① 新規認可数について、近年の動向に近いものはどれですか

急激な増加傾向、緩やかな増加傾向、横ばい、緩やかな減少傾向、急激な減少傾向の5段階で確認した。

その結果、横ばいが最も多く8市町村であった。緩やかな増加傾向が2市町村であった。なお、無回答は2市町村であり、他の回答はなかった。

② それはどのようなサービスに関するものが多いですか

ここでは、自由記述とした。4事業所から具体的な回答を得た。

- ・ 生活介護、就労支援(B型)
- ・ 在宅福祉サービス
- ・ 訓練等給付(新体系移行に伴う、事業所指定数件)
- ・ 居宅介護

③ 事業の認可取り消し(又は廃業など)数について、近年の動向に近いものはどれですか

急激な増加傾向、緩やかな増加傾向、横ばい、緩やかな減少傾向、急激な減少傾向の5段階で確認した。

その結果、横ばいが9市町村であった。無回答が3市町村であり、その他の回答はなかった。

④ (③について)それはどのようなサービスに関するものが多いですか

ここでは、自由記述とした。1市町村から具体的な回答を得た。

- ・ ホームヘルプ

⑤ 各事業所に望まれることはどのようなことですか

ここでは、自由記述とした。2市町村から具体的な回答を得た。

- ・ 制度の適切な理解
- ・ 各専門機関との連絡

4. 考 察

本章においては、居宅介護支援事業所、福祉用具貸与事業所、地域行政の調査結果をふまえ、その特徴並びに問題点について考察する。同時に、特定疾病障害者への対応の現状と地域行政と事業所の関係から、介護保険制度と障害者自立支援法の統合についての考察も行った。

(1) 介護保険制度が事業所に与える影響

1) 介護事業への参入

居宅介護支援事業所と福祉用具貸与事業所について、開設年とその数を確認した。居宅介護支援事業所は介護保険が施行された 2000 年の開設が圧倒的に多く、全事業所の 44.0%(40 事業所)であった。一方、福祉用具貸与事業所も同様の傾向が見られたが、その影響はやや少なく、全事業所の 23.5%(4 事業所)であった。介護保険法施行によって新規利用者の拡大が予想されたことから、この結果は妥当であると考ええる。

次に、近年の動向については、地域行政に対する調査からその傾向を確認した。地域行政に確認した理由は、現在の事業所に対する調査のみであれば、認可取り消しや廃業の傾向が確認できないからである。その結果、居宅介護支援事業所の新規参入の動向について「横ばい」との回答が最も多く、次に「緩やかに増加」という回答が多かった。この傾向は、許可取り消しについても同様であった。また、福祉用具貸与事業所に対しては、「横ばい」との回答が最も多く、次に「緩やかに減少」という回答が多かった。許可取り消しに至っても同様の結果であった。

このことから、介護保険制度下における居宅介護支援事業については、新規参入する動機が存在すると考えられる。具体的には、サービス対象となる高齢者の増加や一人暮らしの高齢者の増加などがその要因として考えられる。しかし、福祉用具貸与事業については居宅介護支援事業と比較して、新規参入の動機は高くない。これは、福祉用具の提供という事業の特性に起因していると考えられる。具体的には、福祉用具を利用する期間が比較的長期になる場合が多い点や対人サービスではないために事業所による差異が少ない点などであると考えられる。また、福祉用具貸与事業は広範囲の事業展開が可能であり、規模の大きい事業所が優位になる場合が多い。これらの要因により、新規認可数及び認可取り消し数は減少する傾向になると考えられる。

2) 事業所の独自性と対応

介護保険制度は、利用者が必要な介護サービスを選択することを前提に構築されている。そのためには、サービスを提供する事業所の整備が不可欠となり、従来からの福祉サービス提供者に加え、民間企業など新しい事業主体の参入が図られた。その結果、事業所の運営母体は多岐にわたる。ただし、ここでは、事業所が提供するサービスの差異や独自性が重要であると考え、この点について確認した。

居宅介護支援事業所については、54 事業所から回答を得た。最も多かったのは利用者対応に関する回答であり、具体的には「利用者対応は 24 時間」、「新規利用者を断らない」、「迅速な対応」などである。併設の事業所¹¹⁾があることに優位性があるとする事業所も多かった。具体的には、「通所、訪問介護、訪問入浴事業もあり、サービス提供の連携がスムーズに出来る」、「特別養護老人

¹¹⁾ 訪問看護ステーション、訪問介護事業所、地域包括支援センターなど。

ホーム、デイサービスセンター、短期入所施設が併設」などである。また、ケアマネジャーの基礎資格についての言及もあり、「医療依存度の高い利用者でも安心していただける」、「ケアマネも診療所の看護職と兼務していますので医師の連携がスムーズで、医療面の支援は迅速」、「全員が訪問看護と兼務なのでターミナルケアが必要な方などのプランを得意」などに代表されるように医療との連携を掲げている事業所もあった。最後に、少数ではあるが、「利用者、サービス事業者との連絡が常時とれるように常に個人用携帯(会社支給)を所持し、24 時間対応している」との意見もあった。なお、今回の調査対象において、1 事業所あたりの平均職員数は 5.5 名であった。利用者の介護ニーズは 24 時間体制で支える必要があり、家族と共に事業所も 24 時間体制で対応しなければならない。これらの結果から、事業所職員の過酷な勤務実態も明らかとなったと考えられる。

一方、福祉用具貸与事業所については、13 事業所から回答を得た。事業所の特徴として、対応の迅速さを挙げている記述が多かった。具体的には、「年中無休」、「24 時間体制で連絡を受け、即対応を心がける」という記述であった。次に、他サービス併設事業所があることの優位性を挙げている記述は 1 事業所のみであった。このことから、福祉用具貸与事業の独立性は保たれていると考えられる。しかし、居宅介護支援事業所などを含めた他事業所との連絡調整には多くの時間が必要であり、利用者のニーズへの対応を加味すれば、その勤務実態は厳しいものであると考えられる。

このように、サービスの質や顧客満足度の向上を支えるために事業所独自の創意工夫がなされている一方、事業所における勤務実態は厳しくなっていることが示された。また、介護保険制度内のサービスについては、制度的な拘束があるため、事業所の独自性を明確に示すことは難しい実態も明らかになった。

3) 人員配置の現状

居宅介護支援事業所において平均を超える職員を抱える居宅介護支援事業所は 5 事業所であり、残りの 87 事業所の職員総数の平均は、約 4.0 名であった。総人員に対するケアマネジャー常勤の割合は、4.2%~100%の開きがあり、平均 73.9%であった。非常勤の割合は、13.7%であった。

一方、福祉用具貸与事業所の人員に関しては、無回答事業所があったため、職員数と常勤との比較検討は出来なかった。

4) 2006 年 4 月以降の利用者の推移と事業への影響

2006 年 4 月は、介護保険法改正と単価や認定基準などの改定が重なったため、事業所にとっての大きな分岐点になったと考えられる。本調査の結果、そのどちらの影響も大きかったことが明確となった。

利用者数について、居宅介護支援事業所が「やや減少した」「減少した」を合わせた割合が全体の 32.9%であり、福祉用具貸与事業所も「やや減少した」「減少した」を合わせた割合が 88.2%となった。このことから、今回の改正及び改定は、居宅介護支援事業と福祉用具貸与事業には負の影響を与えたことが明らかとなった。

今回の大きな変化として、介護予防という新たな視点が導入され、給付も介護給付と予防給付に分かれた点をあげることができる。福祉用具貸与事業においては、改正前は要介護認定者であ

れば特殊寝台貸与は利用可能であったが、今回の改正により、一定の貸与品に関しては要介護度による制限が発生した。この改正に至る経緯は、2004 年（平成 16 年）7 月の社会保障審議会介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」¹²に述べられているように必要性に合わない福祉用具の提供などにより、自立を妨げ悪化の傾向に至るケースや費用の伸びが著しく、品目によっては価格が高止まりしているという事実があったためである。これらから、福祉用具貸与事業に対する負の影響は予測することが可能であった。

実際、これらの変更への不満並びに意見は福祉用具貸与事業所からも多く指摘された。ただし、居宅介護支援事業所からも同様の指摘が多かった点は、注目すべき点であると考えられる。具体的な指摘から、福祉用具の利用に対して要介護度による制限が設けられたことにより、居宅介護支援事業所の利用に対しても負の影響を与えたことが明らかになった。

5) 介護保険制度や事業所が抱える問題点

居宅介護支援事業所に対して自由記述で求めた回答を整理すると、ケアマネジャーの業務、費用対効果、国や地域行政に関連するもの、事業所自身が抱える問題の 4 点に集約された。

ケアマネジャーの業務は、介護保険施行後から、先行研究¹³でも多岐にわたる業務についての負担が指摘されていた。また法改正に伴い、居宅支援事業所勤務ケアマネジャーの担当件数が厳しく規定されたが、それが報酬に見合った業務量となっていないことがうかがえた。「何もかも介護支援専門員にと丸なげ」、「介護報酬が低いのにやることは山のようにある」、「時間の余裕がないため十分にできていない」などが挙げられる。

費用対効果についても仕事と介護報酬のアンバランスが厳しく指摘された。具体的には、作成書類の多さと複雑さにかなりの時間を要することやケアマネが担当する件数制限に対する意見が多かった。「各種、書類が多く、手続きなどに時間がかかってしまう」、「居宅介護支援業務の事務量が多い」、「35 件を限定されていますが、入院やサービス利用しない場合は給付に結び付けられず、運営が厳しい」等である。また、予防と介護給付について福祉用具貸与の制限が設けられたことについての指摘もあげられた。「要介護 1 の方にベッドの利用が出来ない」、「軽度者への福祉用具貸与の制限」、「福祉用具に関しても本人の ADL 状態像に必要であってもレンタルできないなど」である。

国や地域行政に関するものは、要介護認定や予防給付と介護給付に関する問題が最も多かった。具体的には、「介護認定度が公平でない」、「現行の認定調査では介護の手間が多くても認定に反映されにくい」、「予防・介護給付の区別の区別についての理解が住民にはない、その説明も行政上では少ない」などである。

事業所自身が抱える問題については、経営状況に関するものが多かった。具体的には、「居宅介護支援の報酬単価では、単独居宅介護支援事業所の運営は困難」、「居宅介護支援事業における特定集中減算と特定体制整備加算について必要な減算と加算とは思えない」、「民間活力を有効に活用することはよいことだが、どの事業所も経営は苦しい」などであった。さらに、「H12 年度制度発足当時の介護度は家族だけではなく、社会全体で看るというキャッチフレーズはどこへいっ

¹² 介護保険制度の見直しに関する意見 介護保険 平成 16 年 7 月 30 日 P44

¹³ 城戸裕子(2007) 認知症高齢者が地域で暮らす支援としての医療と福祉の連携について—連携についての医療と福祉の意識調査から— 日本社会事業大学大学院 修士論文 . P61-62

たのでしょうか」、「高齢者への自立支援とは何でしょうか」といった記述もあった。

これらの指摘の多くは、小佐々・城戸(2007)が明らかにした他県における調査結果と整合性があり、普遍的な問題であるといえる。

(2) 介護保険と障害に関する現状

1) 特定疾病障害者とその他の障害者へのサービス提供状況

特定疾病障害者の受け入れ実績のある疾病について整理した(表 12)。居宅介護支援事業所数は上位から、脳血管疾患、パーキンソン病、がん(がん末期)の順であった。次に、福祉用具貸与事業所は上位から、がん(がん末期)、慢性関節リウマチ、脳血管疾患、パーキンソン病の順であった。がん(がん末期)が上位に位置することは留意すべき点である。

がん(がん末期)については、2005 年介護保険法改正時に従来の 15 疾患に新たに加えられたものである。また、がんはわが国の死因順位の第 1 位を占め、在宅医療整備が推進されている昨今の現状からも潜在的ニーズは大きいと考えられる。

表 12. 特定疾病受け入れ事業者数(特定疾患別)

特定疾病名	事業所数 (居 宅)	事業所数 (福祉用具)	特定疾病名	事業所数 (居 宅)	事業所数 (福祉用具)
初老期の認知症	12	3	慢性閉塞性肺疾患	5	0
脳血管疾患	46	6	変形性関節症	10	1
筋萎縮性側索硬化症	11	4	慢性関節リウマチ	12	6
パーキンソン病	24	5	後縦靱帯骨化症	2	0
脊髄小脳変性症	17	2	脊柱管狭窄症	9	0
シャイ・ドレーガー症候群	3	0	骨折を伴う骨粗鬆症	9	0
糖尿病性疾患	11	1	早老症	1	0
閉塞性動脈硬化症	6	1	がん(がん末期)	21	8

※ 表 8 及び表 11 を整理した。このため、用語などは表 8 及び表 11 と同様である。

また、特定疾病以外の障害者に対するサービス提供の可能性を確認した。これは、介護保険事業以外の障害者サービス対応可能性を確認するためである。障害の対象は、身体障害、知的障害、精神障害の 3 分類である。回答はサービス提供済み、提供可能、一部は提供可能、提供は困難の 4 分類とした。

居宅介護支援事業所においてすべての障害に対し、提供可能と回答したのは 12 事業所であった。そのうち、すべての障害に対しサービス提供実績がある事業所はなく、すべての障害に対して提供が困難という事業所も存在しなかった。全体的に一部は提供可能または障害によっては対応可能とする回答の事業所が多かった。

一方、福祉用具貸与事業所については、特定疾病以外の身体障害者への提供が困難とする回答が多く、7 事業所であったが、知的障害者への提供を困難とする事業所は 2 事業所、精神障害者に対しても 3 事業所との回答であった。しかし、特定疾病以外の身体障害者に対してのサービス

提供も3事業所が対応しており、全くサービスの提供がないわけではないことがわかった。

また、小佐々・城戸(2007)の調査では、有効回答の居宅介護支援事業所すべてが障害者自立支援法の認可を得ており、利用者が自ら事業所選択出来るという幅があったが、本調査では「障害者自立支援法の居宅介護支援サービスの許可を受けている」と回答した事業所が有効回答の10.2%であった。この結果、山梨県の障害者は介護サービスの選択の幅が狭くなっていることが明らかになった。その理由は以下の通りである。

介護保険が利用可能な障害者が介護あるいは介助サービスを利用する場合、第一に介護保険法の適用を受け、その上限を超えた場合には障害者自立支援法の適用を受けることになる。したがって、介護保険法と障害者自立支援法の認可を得ていない事業所を利用した場合、同じサービスを同じサービス主体から継続して受けることが困難な状況が予想される。この状況を望む利用者が多いとは考えられないため、サービス供給主体の選択肢は他の利用者よりも狭くなる可能性が高くなると考えることが妥当である。

2) 高齢者サービスと障害者サービスの統合について

介護保険法と障害者自立支援法の統合に関する設問として特定疾病に関する研修の実際、自由記述から考察する。特定疾病についての研修に関しては、表13の示すとおりである。

表 13. 特定疾患に関する研修の実際

居宅介護支援事業所				
事業所内研修実施	外部研修会等に参加	特別な研修実施なし	事業所内研修と外部研修会を併用	無回答
8	36	37	3	7
福祉用具貸与事業所				
事業所内研修実施	外部研修会等に参加	特別な研修実施なし	事業所内研修と外部研修会を併用	無回答
4	3	10	0	0

※ 表7及び図15を整理した。

表12で示したとおり、介護保険には16の特定疾病がある。サービス提供を円滑に進めるためには、疾病への理解が欠かせない。このため、事業所内研修や外部研修を行なったと考えられる。しかし、「研修の実施がない」と回答する事業所も多く、居宅介護支援事業所では有効回答の44.0%、福祉用具貸与事業所では有効回答の58.8%となっている。このことは、疾病特性への理解不足につながり、適切なサービス提供に至らないという状況が生じることが考えられる。福祉用具についていえば、必要とする障害は圧倒的に身体障害が多く、障害者自立支援法との統合が図られた場合を鑑みると今後の取り組みが問われるところである。

両法律の統合についての問題点は、居宅介護支援事業所並びに福祉用具貸与事業所ともに、サービス区分や支援内容の整備についての意見が圧倒的に多かった。居宅介護支援事業所の代表的な意見としては、各法律の統合という制度的な面よりもサービス区分や支援内容の整備が必要であるという意見であり、全体としては否定的な意見が多かった。具体的には、「高齢者と障害者は

全く別」、「統合は難しい」という意見が目立った。肯定的な意見には、「将来的には良い」、「特に問題はない」というものがあつたが、この場合にも障害に対する研修の実施やサービスについての検討が必要であることを示唆している記述があつた。福祉用具貸与事業所においては、法改正後の要介護度に対する福祉用具貸与制限についての不満やそのことにより利用者ニーズに対応できないジレンマが感じられる記述が目立った。「現場を見てほしい」という意見からも利用者へのサービス提供と法の狭間におかれている事業所の困難さがうかがえる。

介護保険法第一条では「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする」と要介護状態となっても尊厳を保持し、自立生活を営むという目的を掲げており、更に今回の改正では、自立という概念の下に、様々な見直しが行なわれた。介護保険法施行から問題点として、「もしかして使うかもしれない」、「要介護になった時のために」といういわゆるお守り申請という現象が起り、結果として要支援、要介護1の軽度者の大幅増につながったこと、施設と在宅と負担に差が生じているという不公平感、認知症高齢者、一人暮らし高齢者の増加などの問題を踏まえての改正であつた。

この改正で、地域密着、介護予防、サービスの質の向上などの視点が加えられたことで「要介護状態になっても住み慣れた地域で暮らす」という意味を含め、介護がより身近な単位で考えられるようになった点は評価できる。しかし、福祉用具貸与事業所からは、今回の改正によって、利用者に提供するサービスが劣化したと指摘されている。少数意見ではあるが居宅介護支援事業所からは統合に肯定的意見が認められたものの、福祉用具貸与事業所では肯定的な意見が全くなかつた。このことから障害者自立支援法との統合という事態になるとサービス体系や財政面で納得のいく体系を伴っていないと不満につながる可能性があると考えられる。

しかし、介護保険法と障害者自立支援法の統合が適正に行われるならば、利用者、事業所、地域行政のすべてに良い影響を与える可能性があると考えられる。居宅介護支援事業所と福祉用具貸与事業所の自由記述で指摘があつた書類の煩雑さにかかる時間や手間の軽減につながるからである。現在、介護保険法と障害者自立支援法の二つの法に基づいて利用者対応している事業所が存在し、同一事業所内での事務的処理並びに書類作成にはかなりの時間を要していることは、筆者らの行った聞き取り調査からも明らかになっている。これらが一元化すれば、負担軽減となりサービス提供の充実につながると考えられる。

3) 専門職間連携と利用者主体

居宅介護支援サービス及び福祉用具貸与サービス提供の際の専門職の情報提供並びに依頼について確認した。最初に、居宅介護支援事業所では看護師が圧倒的に多く、医師、ホームヘルパーの順であつた。このことから医療専門職に意見を多く得る反面、実際のケアに携わる介護職にも意見を多く得ており、医療と福祉両面での総合的視野でケアマネジャーが情報収集していることが明らかになった。一方、福祉用具貸与事業所では「ケアマネジャー」との回答が全事業所か

ら得られた。居宅介護支援事業所では看護師、医師などの回答が上位を占めていたが、福祉用具貸与事業所ではこれらの回答は少なく、医師と回答する事業所は存在しなかったことから、福祉用具貸与事業所が医師から情報を得ることはないと考えられる。福祉用具貸与事業所での回答のその他の意見で、サービス提供時の情報収集先として「来店の利用者」と記述があった。

「来店の利用者」という意見は、大変貴重なものであった。今回使用した調査票においては、サービス提供を前提とした利用者に関する情報提供者は、医療職または福祉専門職であると想定していた。しかし、サービスを利用するのは利用者自身である。この回答は、サービス提供を考察する場合、利用者を含めた幅広い視野で捉える必要があることを示している。高齢者サービスと障害者サービスの統合においても、専門職のみならず、利用者の視点は重要である。

4) 地域行政の関わり

特定疾病に関する啓発・広報活動実施については居宅介護支援事業所に対して「ある」と回答した市町村は5市町村、福祉用具貸与事業所に対して「ある」と回答した市町村はなかった。事業所対象の研修会開催については「ある」の回答が居宅介護支援事業所、福祉用具貸与事業所とも存在しなかった。

現行では、高齢者サービスの位置付けである介護保険は介護保険担当課、障害者サービスについては障害担当課という構造になっている市町村が多い。特に第二号被保険者は、疾病の特性や年齢的な背景からサービス利用については両方の担当課に係わらざるを得ない状況がある。現実問題として、介護保険サービスとは別に障害者サービスを利用する場合もあり、介護保険担当課のみでは対応が困難である。

今後、統合が考えられるとするならば行政のシステム構造の再構築も必要となると考える。

(3) 地域行政と事業所との関係

1) 地域行政と事業所の温度差

居宅介護支援事業所並びに福祉用具貸与事業所は、県並びに市町村の施策について「充分である」、「あまり問題がない」という項目を合わせるとほぼ半数となった。これは、情報提供についても同様のことがいえる。

また、市町村の情報提供並びに独自施策に対して福祉用具貸与事業所が「充分」と回答している事業所が存在しないことは特徴的である。この設問に対しての福祉用具貸与事業所では無回答がなかったことから、地域行政に対しての現状に対して明確な意思がうかがえる(図18)。

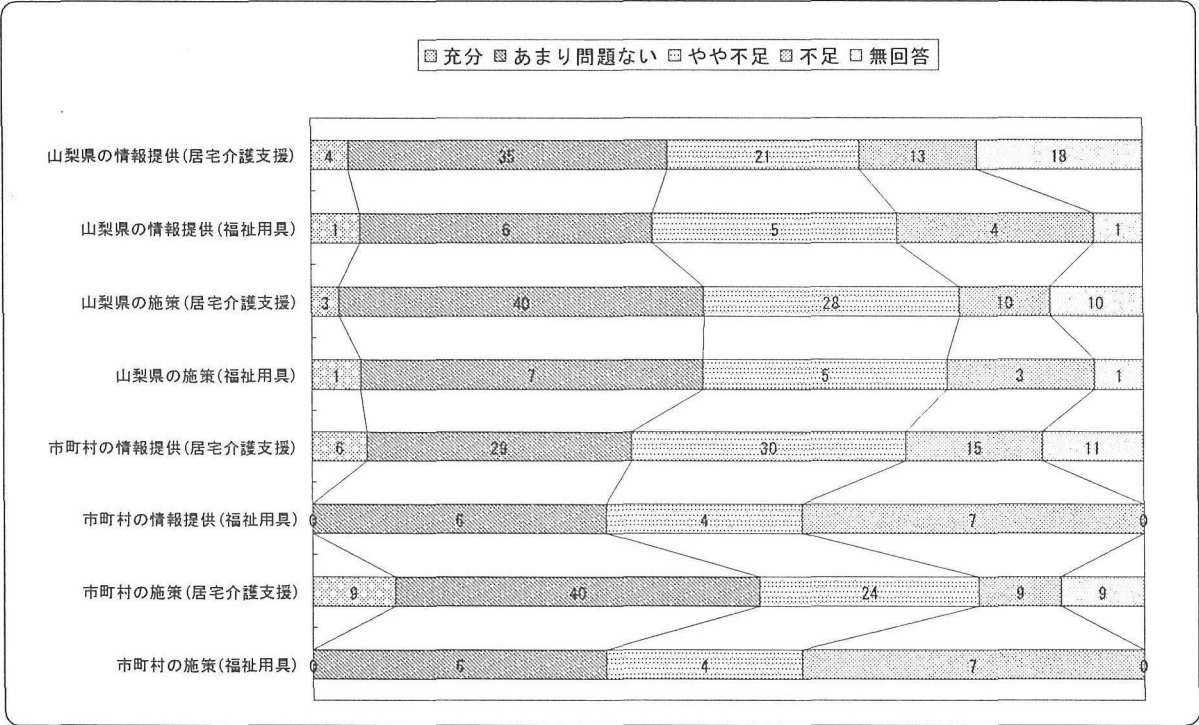
次に、地域行政は各事業所との連携状況に対して、介護保険担当課並びに障害福祉担当課とも問題ないという回答が多かった(図19)。

一般的に連携とは、情報の伝達がスムーズにいくことも含まれる。地域行政としては連携が充分に図れていると考えているが、事業所側は情報提供に不満があるという現状が明らかにされた。この結果、情報提供という点では、地域行政と事業所間に認識の温度差があると考えられる。ただし、現実の問題として、地域行政がすべての連絡調整を個別対応し、全体を網羅するのは限界があると考えられる。

それぞれの事業所に対して連絡や連携を密にとっている地域行政機関を確認したところ、「地域包括支援センター」との回答が目立った。このことから、地域行政が情報を発信する場合の中継

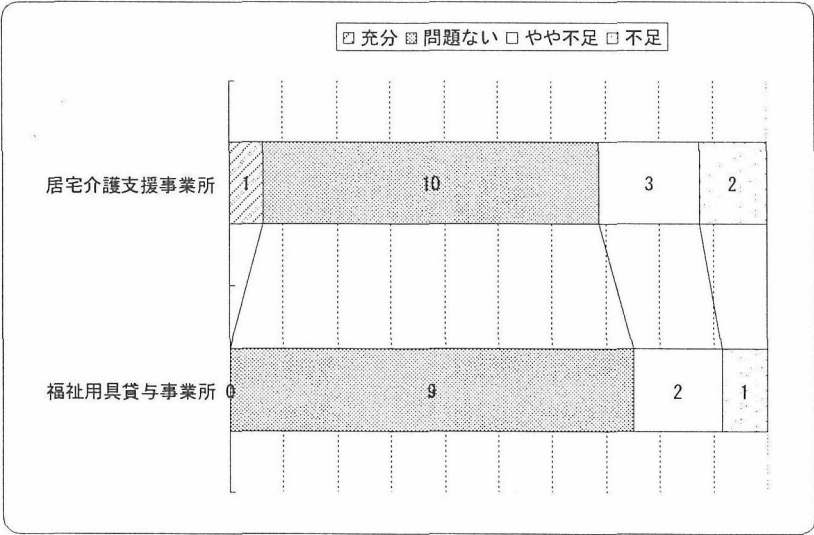
点として、今後は地域包括支援センターの活用も考えられる。

図 18. 地域行政に対する施策、情報提供に対する実際



※回答者は事業所である。

図 19. サービス事業所との連携状況について



※回答者は、地域行政（介護保険関係部署）である。

国からの施策内容説明や情報伝達時期については、地域行政側は施策内容説明に関しては「問題ない」と回答するが、情報伝達については「問題がある場合が多い」という回答が目立った。

サービス事業所への適切な情報伝達については各地域行政の担う責任がある。ただし、不正確な情報伝達は事業所の混乱を招く恐れがあるため、地域行政は正確な情報を伝えなければならない。このため、国からの情報伝達の遅れは、地域行政から事業所への情報伝達の遅れに直結する。これは、地域行政のみでは解決できない課題である。また、国政レベルの決定事項が市区町村まで正確に伝達するにはかなりの時間を要することも事実である。具体例として、介護保険法改正時期と介護保険料の見直しが同時期であった 2006 年 4 月以降、地域行政、サービス事業所の混乱が生じた事実がある。更にサービス事業所からの指摘で「現場を見て欲しい」というものもあり、地域行政には現場の感覚とそれに付随する問題意識を事業所と共有することが望まれている。それらを獲得するためには各種連絡協議会開催やサービス事業所との個別訪問等が考えられるが、地域包括支援センターを軸とした取り組みが有効なのではないかと考えられる。

5. おわりに

本研究の目的は、介護保険法により山梨県で認可された事業所によって供給される障害者に対するサービスについての現状を調査し、その課題を明らかにすることであった。

第二号被保険者で、特定疾患を持つ障害者に対しては障害者自立支援法より介護保険法が優先される。居宅介護支援事業所並びに福祉用具貸与事業所においても該当する利用者の受け入れがあり、特に問題はなかった。同時に、第二号被保険者並びに障害を持つ利用者に対してサービス提供担当職員が配置されている現状も明らかになった。

しかし、「介護保険＝高齢者」というイメージもあり、実際の利用者もその殆どが第一号被保険者であることから、実際に障害者の受け入れについては慎重であることも事実である。特定疾病以外の身体障害者への対応には提供可能、もしくは提供済みという回答もみられたが、知的障害者、精神障害者についてのサービス提供については、消極的な傾向が確認された。制度統合に対する自由記述でも、障害者と高齢者の差異を指摘する意見が多数を占めた。また、援助する側の知識不足も挙げられ、結果として統合は困難である、統合することでサービスの質の低下につながるという意見もあった。

介護保険制度は高齢者を中心とした介護サービスとして定着してきたが、サービス提供事業所の運営に関わる問題は山積しており、それに関わるサービス提供者の労働環境も改善されているとはいいがたい状況である。また、地域行政とサービス提供事業所間の連携も充分とはいえない場合も多い。これらを改善すれば、利用者に対してより良いサービスが提供されと考えられる。

昨年、本研究の先行研究として他地域で同様の調査を行っており、同じ傾向を持つ調査結果が得られている。したがって、本研究の結果は、一定の妥当性があると考えられる。ただし、地域特性や調査時期など複数の不確定要素が存在していることから、継続した調査の必要性があり、今後の経過を確認する必要がある。

福祉サービスの中心は対人援助職であり、利用者を中心に多職種連携が重要であると考えられる。しかし、各専門職の教育の背景も異なることで、認識の相違も生じることがある。事業所内外の人間関係や利用者との関係など、対人援助従事者に対する精神的ストレスや身体的ストレスは大きいと考えられる。その結果、対人援助職のバーンアウトなどをもたらし、利用者に対するサービスの質を低下させる可能性が高まる。

本研究では、事業所勤務者のストレス状態を把握することができなかったが、福祉サービス従事者のおかれている環境についても精査する必要がある。その上で、援助する側にとっては、年齢や障害を問わず、地域で暮らす人々への理解を深めることが社会的、物理的、人的環境を含めた生活環境整備や適切なサービス提供のためには必要であり、今後の課題であると考えられる。

本研究にあたり、地域行政、県内の居宅介護支援事業所並びに福祉用具貸与事業所の皆様に忙しい中、アンケート調査にご協力承り、誠にありがとうございます御座いました。

<引用文献及び主要参考文献・ホームページ>

- エイジング総合研究センター（2006）『図表でわかる少子高齢社会の基礎知識』中央法規.
- ヘルスケア総合政策研究所（2006）『介護経営白書 2006 年度版』日本医療企画.
- 井藤英喜（2005）『看護のための最新医学講座 第17巻 老人の医療 第2版』中山書店.
- 亀山幸吉（2003）「障害者施策の今後の展望を探る」『ノーマライゼーション』2003. 1, p14-17.
- 城戸裕子（2007）『認知症高齢者が地域で暮らす支援としての医療と福祉の連携について
ー連携についての医療と福祉の意識調査からー』日本社会事業大学大学院 修士論文、p61-62
- 小佐々典靖・城戸裕子（2007）「介護保険下における障害者居宅サービス及び福祉用具供給の現実
と課題」『第17回研究助成・事業助成報告書』財団法人フランスベッド・メディカルホームケ
ア研究・助成財団、p326-355.
- 厚生労働省：<http://www.mhlw.go.jp/>
- 京極高宣（2005a）「介護保険の見直しと改革の方向性 ー社会保障審議における審議内容を踏ま
えてー」『総合リハビリテーション』Vol. 33, No1, p17-16.
- 松本勝明（2006）「ドイツにおける介護給付と社会参加給付の関係」『海外社会保障研究』
No. 154, p16-25.
- 峯村芳樹（2006）「高齢者介護と障害者福祉の関係に関する視点」『海外社会保障研究』
No. 154, p4-15.
- 内閣府政策管轄官室（経済財政分析担当）編（2006）『政策効果分析レポート 2005』
- 中井清美（2003）『介護保険 地域格差を考える』岩波新書.
- 日本障害者センター編（2004）『障害者介護のあり方を問う ー支援費・介護保険統合の問題点を
考える』本の泉社.
- 尾上浩二（2003）「障害者の自立生活と介護保険の見直し」『ノーマライゼーション』2003. 1, p23-25.
- 尾上浩二（2005）「当事者の立場からみた課題と展望」『総合リハビリテーション』
Vol. 33, No1, p39-43.
- 大谷 強（2001）「障害者サービスと介護保険」『週刊社会保障』No. 2159, p24-27.
- 坂本忠次・住居広士編著（2006）『介護保険の経済と財政 新時代の介護保険のあり方』勁草書房.
- 坂本洋一（2003）「障害者介護の課題」『ノーマライゼーション』2003. 1, p18-22.
- 佐藤久夫（2003）「介護保険制度見直しの動向と障害者施策」『ノーマライゼーション』
2003. 1, p9-13.
- 総務省：<http://www.soumu.go.jp/>
- 武田雅俊（2005）『看護のための最新医学講座 第13巻 認知症 第2版』中山書店.
- 田中晃（2005）「障害福祉との統合問題」『総合リハビリテーション』Vol. 33, No1, p31-38.
- 田中きよむ（2005）「障害者福祉・介護保険制度改革に関する一考察 ー障害者自立支援法案・
介護保険改正法案をめぐるー」『高知論叢（社会科学）』第83号, p106-142.
- 山口厚江（2005）『高齢者介護ビジネスの社会的責任』文真堂.
- 山本 隆（2005）「介護保険制度における市町村の役割 ー準市場との対比を通してー」
『介護福祉学』第12巻第1号, p74-83.
- 財団法人厚生統計協会（2006）『国民衛生の動向 2006』第53巻第12号.
- WAM-NET (Welfare And Medical Service NETwork System)：<http://www.wam.go.jp/>

山梨県立大学地域研究交流センター 2007 年度 研究報告書

発行日：2008 年 3 月 1 日

著 者：城戸 裕子・小佐々 典靖

発 行：山梨県立大学地域研究交流センター

連絡先：〒400-0035 山梨県甲府市飯田 5-11-1

TEL 055-224-5261 (代)

印刷所：港北出版印刷株式会社 TEL 055-243-0548



University Center for Research and Exchange

山梨県立大学地域研究交流センター

〒400-0035 甲府市飯田 5 - 11 - 1
TEL 055-224-5310 FAX 055-224-5330