

第III章 要援護高齢者への福祉行政のあり方

超高齢化社会を迎えるにあたり住民が最も心配しているのは、自立した生活ができなくなった時に、地域社会や公的機関がどの程度支援をしてくれるかであろう。

今後の公的支援のカギを握る介護保険制度が施行されて 1年半以上が経過した。

これまでの措置制度から契約制度へと大きく変化した介護の世界では、意図したような皆で支えあうしくみが円滑に機能しているのであろうか、発足後の課題はどんなところにあるのであろうか、それらの課題を解決するにはどのような方策を講ずるべきであろうか、また板橋区における実態と課題はどうなっているであろうか。

本章では、介護保険制度の区分に沿って、居宅サービスと施設サービスとに分けて現状と課題、改善方策を検討した。その際、必要に応じて板橋区の状況にとどまらず全国的な状況にも付言した。

1 在宅福祉サービスの現状と課題

平成 12年 4月から介護保険制度が施行され、介護の世界は、「措置制度」から「契約制度」へと大きく変化した。しかしながら、この介護保険制度は、超高齢化社会における社会保障構造改革の急先鋒として制度化され、走りながら考えることを是としているために、解決していかなければならない課題を多く含んでいる。興味深い一つの現象としてとらえたいのは、当分科会が行った板橋区高齢者意向調査(平成 13年 3月)において、介護認定を受けていない健常高齢者(1,466人)が将来必要な時に望む介護保険サービスは、60.8%が居宅サービスを希望するという結果となっているのもかかわらず、施設入所希望者が急増するなどの点である。「介護の社会化」を標榜する介護保険サービスが、その中心に在宅福祉サービスを位置付けているのは、当然の結果であるといえるが、現時点では、一見矛盾とも取れる現象が起きている。こうした状況の中で在宅福祉サービスが施行後どのような推移をみせ、現在何が課題であるかをこの章において、検討して見たい。

(1) 板橋区における在宅福祉サービス

板橋区が介護給付の対象とするサービスのうち、在宅サービスとしているものは、次のとおりである。

訪問介護 (ホームヘルプサービス)	訪問介護員(ホームヘルパー)が要介護者等の居宅を訪問して、入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上の世話を行う。
訪問入浴介護	要介護者の居宅を訪問し、浴槽を提供して入浴の介護を行う。
訪問看護	病状が安定期にあり、主治医が必要と認めた要介護者等に対し、看護婦(士)、保健婦(士)、准看護婦(士)、理学療養士、作業療養士が居宅を訪問し、療養上の世話、または必要な診療の補助を行う。
訪問リハビリテーション	病状が安定期にあり、主治医が必要と認めた要介護者に対し、理学療養士、作業療養士が居宅を訪問し、心身機能の維持回復と日常生活の自立援助を図るために、理学療法や作業療法などの必要なりハビリテーションを行う。
居宅療養管理指導	病院・診療所・薬局の医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士等が要介護者等の居宅を訪問し、療養上の管理と指導を行う。
通所介護 (デイサービス)	要介護者等が、サービスセンター等に通い、入浴、食事の提供、その他日常生活上の世話、及び機能訓練を受ける。
通所リハビリテーション (デイケア)	病状が安定期にあり、主治医が必要と認めた要介護者等が介護老人保健施設、病院、診療所に通い、心身機能の維持回復と日常生活の自立援助を図るために、理学療法や作業療法、その他必要なりハビリテーションを受ける。
短期入所生活介護 (ショートステイ)	要介護者等が、介護老人福祉施設及び老人短期入所施設等に短期間入所し、入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上の世話、及び機能訓練を受ける。

短期入所療養介護
(ショートステイ)

病状が安定期にある要介護者等が、介護老人福祉施設や老人介護療養型医療施設等に短期間入所し、看護、医学的管理下における介護、機能訓練、その他必要な医療、及び日常生活上の世話を受ける。

痴呆性対応型共同生活介護
(痴呆性高齢者のグループホーム)

比較的安定した痴呆の状態にある要介護者が、共同生活を営む住居において、入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上の世話、及び機能訓練を受ける。

特定施設入所者生活介護
(有料老人ホーム等)

有料老人ホームやケアハウス等に入所している要介護者等が、当該施設のサービス計画に基づいて、入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を受ける。

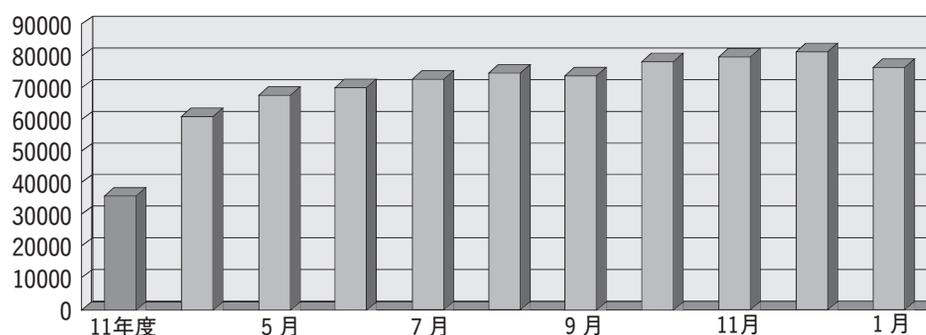
福祉用具貸与

要介護者等の日常生活の自立を助けるための福祉用具(厚生大臣が認める)を貸与する。

(2) サービスの利用状況

介護保険導入前後の在宅福祉サービスの利用状況を比較してみると 11年度と 12年度 1月分まででは、次のようなグラフになる。

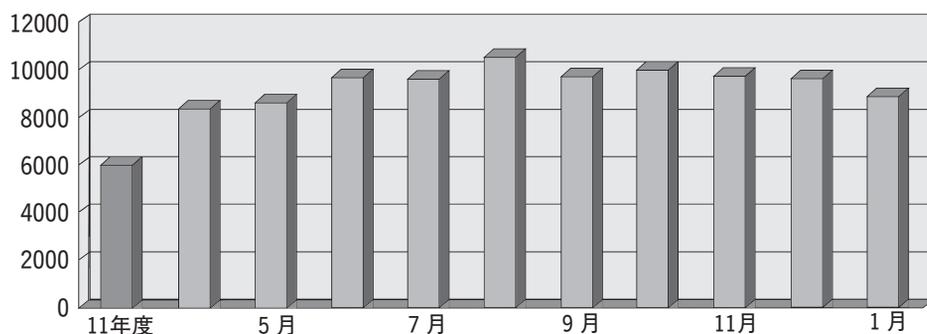
訪問介護 (回数)



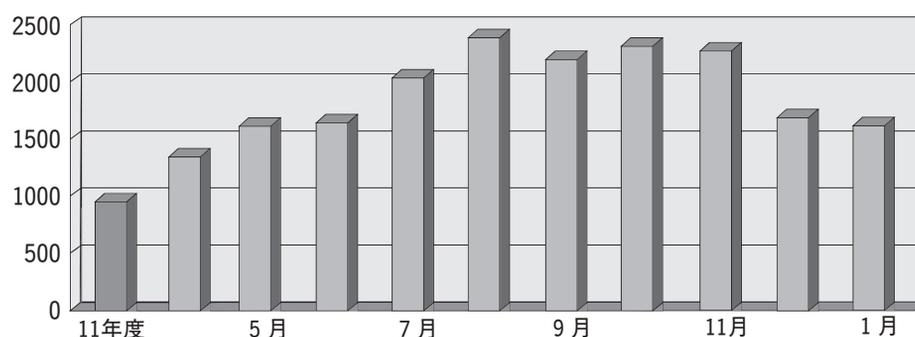
注 1: 11年度におこなわれていた訪問介護サービスと介護保険におけるサービスを直接比較することは難しいが、11年度に提供された、ふれあいサービス・事業者提供サ

ービス・24時間サービスの合計と 12年度に提供された身体介護・家事援助・複合型の合計

通所介護（回数）



短期介護（日数）



以上のグラフで比較すると、在宅 3本柱といわれている訪問介護・通所介護・短期入所すべてにおいて、増加していることがわかる。

(3) サービス利用率

ここで、要介護度毎の限度額に対する平均利用率を平成 13年 8月末現在の板橋区の調査によると、次のようになる。

要支援 54.5%

要介護 1 36.4%

要介護 2 45.0%

要介護 3 44.2%

要介護 4 50.8%

要介護 5 51.0%

となり全体としてみると 44.9%

の利用率となっている。これは、全国平均 43.3%に較べると若干高い割合を示している。

第 章でも触れているが、介護保険を利用しようとする人は、まず、保険者(市区町村)に申請をおこない、介護認定審査会の判定を受けなければならない。ここでの課題は、医療保険では必要なとき必ず診療は受けることができるのに対し、介護保険では、判定を受けて要支援以上の判定がでなければ、介護保険の適用は受けられず、「自由にサービスが受けられる」環境が整ったわけではないということである。保険料や 1割負担の支払い能力に対する重圧感の問題は後に述べることとして、要介護度別の高齢者の状態を例示すると次のようになる。

要支援 部屋の掃除や食事の支度などで手伝いが必要。排泄や食事はほとんど自分でできる。

要介護 1 生活の一部について部分的介護が必要。立ち上がり・歩行が不安定。排泄や食事はほとんど自分ひとりでできる。

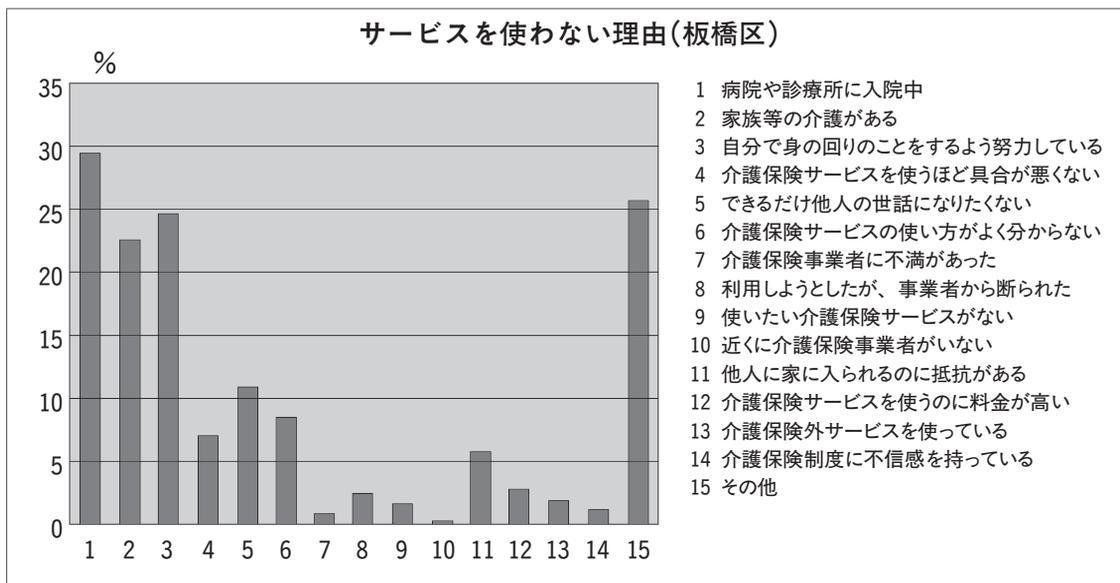
要介護 2 みだしなみや掃除など、身の回りの世話全般に一部または全介助が必要。排泄や食事に手助けが必要。「物忘れ」などの問題行動が見られる場合も多い。

要介護 3 みだしなみや掃除など、身の回りの世話が自分ひとりではできない。排泄が自分ひとりではできない。「物忘れ」「昼夜逆転」といった問題行動がみられる。

要介護 4 みだしなみや掃除など、身の回りの世話がひとりではできない。排泄がほとんどできない。移動の動作がひとりではできない。「徘徊」など問題行動が増える。

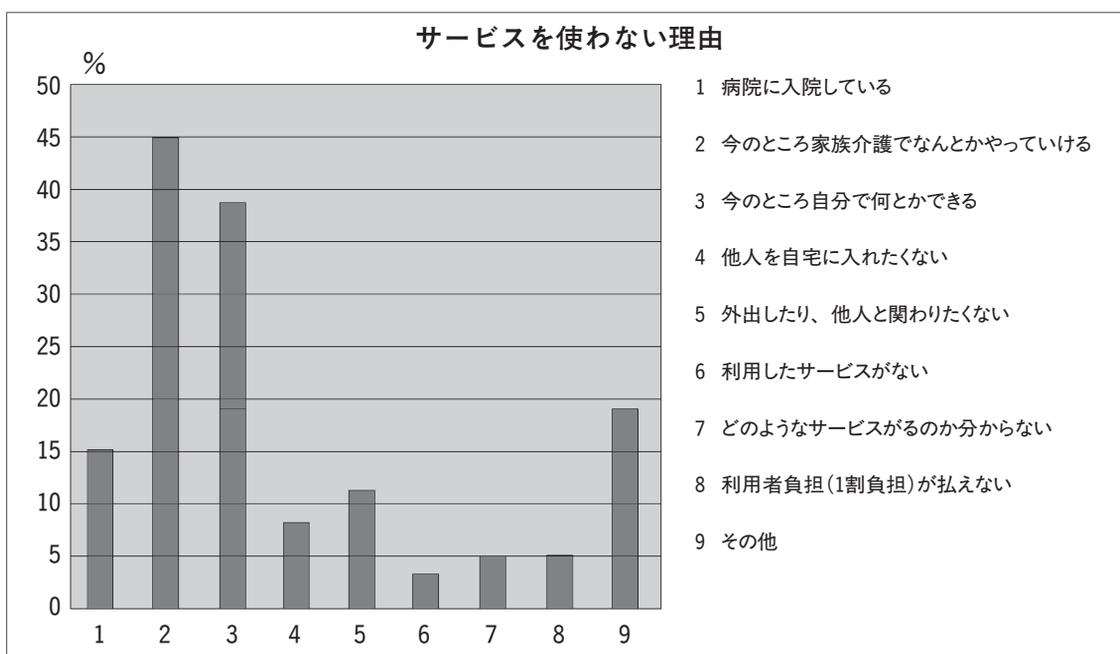
要介護 5 生活全般に渡って、全介助が必要。排泄や食事がひとりではできない。意思の伝達がほとんどできない場合が多い。

一般的には、高い要介護度の場合、利用限度額を使い切ったとしても在宅の高齢者を支えるには不十分ではないかといわれている。ここで、板橋区が平成 13年 1月 30日現在要介護認定を受けながら、介護サービスを利用していないまたは、利用を中止したと思われる人を対象におこなった「介護保険サービス利用意向調査結果」によると、使わない理由の状況は次のようになる。



病院等に入院加療中なので、介護保険が使えないという回答が多い。また、調査の対象者に自由意見を聞いたところ、入院中でも保険料を払っているのに、介護保険の適用が無いのはおかしいとの意見が多数寄せられている。施設サービスについては後述するが、病院経営の観点から、療養型病床群の指定介護療養型医療施設への転換が進まないのであれば、行政からの補助等も視野に入れて考えていかなければならないであろう。

また、平成 13年 8月末厚生労働省調査において、サービスを使わない理由は次のようになる。



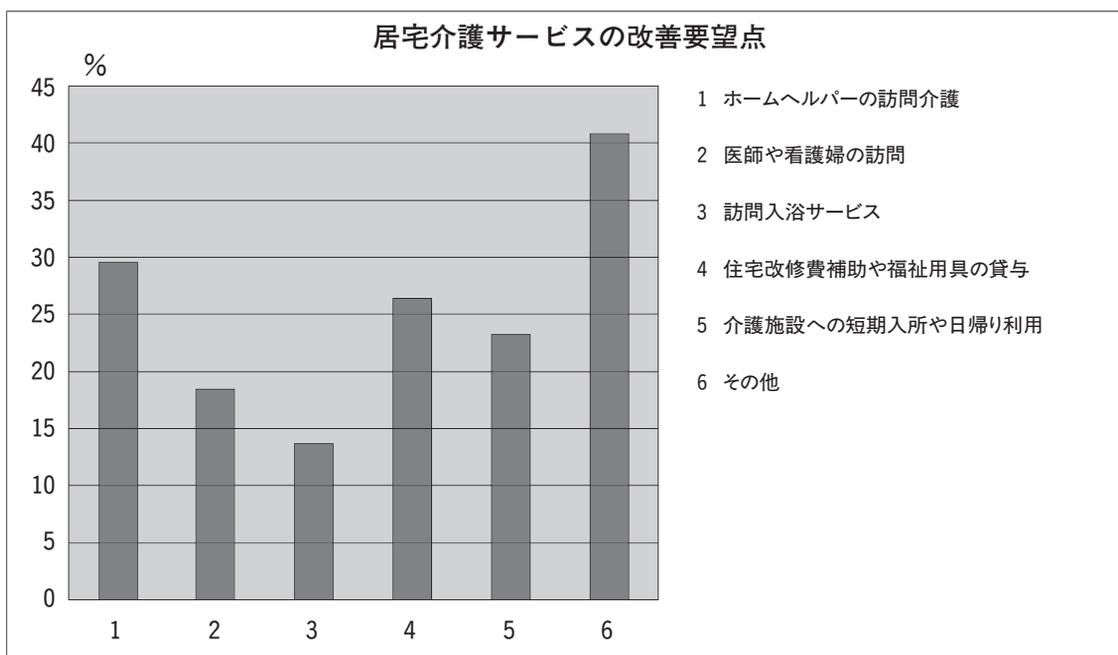
「今のところ家族介護で何とかやっていける」という回答が 45%を占めている。

家族介護の負担緩和が目的の一つであるにもかかわらず、介護の社会化が進展していない感を受ける。先ほどの調査結果から、サービスの供給量が増加している一方、家族介護に重点が置かれているということは、介護保険を使いやすい人がより積極的に利用している可能性を否定できない。

介護保険サービスが使いやすい人とはどのような人なのであろうか。一般的に考えられることは、要介護認定がきちんとあてはまり、使いたいサービスが用意され、限度額一杯に保険を利用できる人(いわゆる中産階級が多いと言われている。)であろう。そう考えていくと、現在介護保険に矛盾があるとすれば、要介護認定が不正確で、使いたいサービスが用意されておらず、保険料及び一割負担が重く、サービスを使いたいけど支払えず使わない人がいる、ということである。

(4) 居宅介護サービス提供のあり方

また、当分科会でおこなった調査において、居宅サービスを現在(平成 13年 3月)受けている 126人に介護サービスの改善要望点をたずねたところ、下表の結果となった。



ホームヘルパーの訪問介護に対するものが 29.4%にのぼっている。約 45%しか利用されていないサービスに対し、約 30%が何らかの要望を抱いているとすれば、大雑把な計算ではあるが、100%利用された場合、その内、約 66%もの人が要望を抱いていることになる。

個別的な意見・感想として「心からの介護を受けることが難しくなった。」「ヘルパーさんがすぐ変わるので、いちいち説明するのが面倒だ。」「ヘルパーの掃除の仕方が納得いかない。」などの不満が散見できる。

主観的な問題も含め複雑ではあるが、サービスに対する満足度という点では、受け手側や社会全体が介護に対し、意識を変えていく必要もある。まず、業者側とすれば、ケアマネージャー等が考える望ましいプランが一部負担の関係で、利用者の希望により、安価な家事援助サービスに変わってしまっているならば、質より量の経営にならざるを得ない。大々的に売り出しをはかり、鳴り物入りでサービスを開始した、コムスンやニチイ学館等の事業縮小がそのことを物語っている。

また、受けて側においても、従来の「措置制度」が「丸抱えの福祉」を行ってきたため、何でもしてくれるのが、良いサービスだとの思いこみがある。「草むしり」や「窓拭き」「家族の洗濯」をヘルパーに依頼する人が多く、厚生労働省がサービスの具体例を公表したのもその現れである。

行政側でも、厚生省令に定める指定基準に基づき都道府県の指定を受ける指定居宅サービス事業者、指定基準を部分的に緩和した一定の基準を満たす事業所で区市町村が必要と認める場合に保険給付の対象となる基準該当サービスの事業者に分けて事業を推進しているが、今後、介護が本来持つ身体的・医療的なものと、精神的なものの概念をはっきりさせ、場合によっては、ある程度区別をして、供給を考えていくことが、より良いシステムとして介護保険を確立させていくことにつながるのではないだろうか。

保険料を納め、介護保険が施行されたから、高齢者介護が完成されるわけではない。高齢者の尊厳ある個人の生活を保障するためには、まず本人の「心の自立」、次に人とのつながりや心の交流などメンタルな面は、家族や友人、地域やボランティア、つまり、社会を構成している個人一人一人がおこなう「互助」の精神が必要なのである。

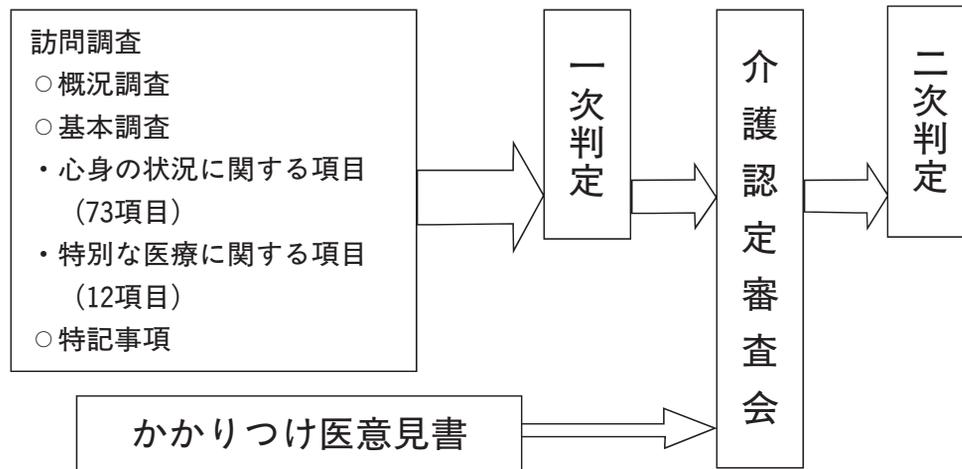
専門的な身体介護サービスは、時間制や巡回型にして市場原理の働く団体が効率よくおこない、メンタル的なサービスは、NPOなどの非営利団体が行えるよう環境を整備していくことが、より良い介護の方向であろう。

(5) 今後の在宅福祉サービスに対する提言

介護保険をより使いやすく、不公平感を払拭するためには、以下のような方策を用いていくべきである。

㉞ 介護認定及びケアプランのチェック

介護認定の流れを図示すると、次のようになる。



要介護度の判定においては、まず訪問調査が行われる。この訪問調査については、高齢者が、通常より張り切ってしまうので認定が軽いものになる。痴呆症の場合、落差が激しいので 1度の訪問では正確な判断がつきにくい。1次のコンピュータでの自動判定に付いては、要支援の者が要介護 1の者より介護サービスを多く利用していることから要支援と要介護 1の判定に逆進性があるのではないか、などの問題点があげられている。また、利用料の 1割支払いが負担となって、ケアマネージャー等が考える望ましいケアプランが、利用者の希望により安価なサービスに変わってしまっている可能性が指摘されている。

こうした問題をクリアし、正確な判定を行うためには、複数の目でチェックすることが有効である。訪問回数を増やしたり、ケアプランをより質の高いものにしていくため、複数の人がかかわるようなチェックシステムの構築を提言したい。

㉟ 介護サービスメニューの拡充

現在板橋区が行っている介護保険外サービス（日常生活用具給付、生活支援ヘルパーの派遣、生きがい対応型ディサービス、配食サービス、訪問指導、住宅設備改造費の助成）を介護保険適用サービスにすることである。先の居宅介護サービス改善要望点の調査でも、ホームヘルパーの訪問介護に次いで、26.2%の人が住宅改修費補助や福祉用具の貸与に対し何らかの要望を抱いている。公共施設のバリアフリーも急がれる施策の一つではあるが、住居のバリアフリーもスムーズな居宅介護、あるいは介護予防のための環境整備の一つである。介護認定を前提とする介護保険システムの根幹に係わるため、

制度の改正が必要であるが、保険料を支払い、介護サービスを受けたいにもかかわらず、自立と判定され、困窮している高齢者の不公平感の払拭やサービス需要のニーズ、さらには介護予防のために、粘り強く国に働きかけていく必要性を強調しておきたい。

(ウ) 低所得者層の保険料及び一割負担軽減への検討

介護保険制度においては、減免の規定が医療保険に較べて非常に少ない。老人医療政策の失敗に鑑み、財源を何とか確保しようという行政の苦心の表れであろうが、年金暮らしの高齢者にとって保険料や利用料の1割負担は重たいものがある。これまで要介護5の妻を負担能力を加味した「措置制度」で支えてきた老夫婦が「措置制度」で月1万円しか支払えないとすれば、要介護度5で支給限度額が約36万円あったとしても、3万6千円は支払えないわけである。従って、自己負担1万円のサービスしか受けられず、かえって家族の介護負担が重くなる。ましてや保険料の負担もしなければならぬとしたら、介護保険とは何ぞやという不信感を抱いても仕方がないといえよう。また、減免されるために、生活保護を受けなければならぬとすれば、介護のために生活保護世帯になろうとする人がでてきてもおかしくない。「措置制度」を廃止し、自由な選択を可能にした制度であるにもかかわらず、生活保護という極めて行政権限の強い分野へ低所得者を押しやることは、理念の逆行であると言えよう。

従って、契約制度により、かえって選択幅が狭くなってしまった低所得者層には、何らかの手当が必要である。国は減免に対し、趣旨に反するとして消極的であるが、負担感の調査などをおこなって、負担軽減を検討していくべきであることを提言したい。

2 施設サービスの現状と課題

介護保険サービスの給付内容は、大別して要介護者の居宅でサービスを提供する居宅サービスと、施設に入所させてサービスを提供する施設サービスとに分かれる。

施設サービスは、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム、以下「特養」という。）介護老人保健施設（老人保健施設、以下「老健」という。）介護療養型医療施設（老人病院、以下「病院」という。）とに分かれる。

介護保険制度では、居宅サービスを基本とするようになっているが、施行1年後（平成13年5月時点）の全国的な利用実績を平成13年10月に発表された厚生労働省資料からみると、介護保険認定者数252万人、うち居宅サービス受給者134万人（53%）、施設サービス受給者61万人（24%）、利用者割合78%という概況である。このように居宅サービ

スと施設サービスの受給者割合はほぼ 2: 1であり、絶対数では居宅サービスの利用が多く、制度の基本的方向と一致している。

しかし、後述するように、市町村へのアンケート結果では施設サービスへの利用が制度施行前の予想よりも増えていることが伝えられており、また特養への入所待機者が多くいて、入所に長期間を要している状況がみられる。

これは、両サービスの選択は利用者の任意であることから介護をする者の負担が軽減される施設サービスの人気が高まったことや、施設サービスの利用が従来の措置制度から契約制度に変更し、利用しやすくなったことなどが背景にあるものと見られている。

介護保険制度になって制度上は、これまでの行政機関が援護の必要性を認定しそれを受けた者だけが給付を受けられる「措置制度」が廃止され、利用者が自由に給付内容を選択できる「契約制度」に改変されるとともに、契約制度の下では利用者は複数の施設に入所申し込みができ、条件が整えば当事者間で契約をして介護を実施していくこととなっている。

また、施設サービスの 3種類の施設の性格をみると、特養は医療よりも福祉を主体にしていて終生入所可能、老健は医療と家庭との中間的施設で原則 3か月の入所期間（更新可能であるがその基本的性格から 1年を超えて更新しているところはないとみられる。）病院は医療中心であるが老健よりは比較的長期に入院可能となっている。

要援護高齢者は在宅以外はこれら 3種類の施設に適宜入所しているが、軽度の者は病院から老健を経て家庭復帰をはたすことができるがその数は少なく、多くの者は複数の病院や老健の間を何回かまわった上で特養への入所を希望して待機しているとみられる。

平成 13年 10月に発表された厚生労働省の調査結果では、全国の施設類型ごとの施設数、利用者数と、その平均要介護度は、表 1のとおりである。

表 1 施設サービスの施設数、利用者数と平均要介護度

区 分	施設数	利 用 者	平均要介護度
特養（介護老人福祉施設）	4669	287305(47%)	3.44
老健（介護老人保健施設）	2789	225403(37%)	3.06
病院（介護療養型医療施設）	3954	104444(17%)	3.98
施設サービス 計	11412	612831(100%)	3.42

（注）施設数は平成 13年 9月分であり、その他は平成 13年 5月の国保連審査分これをみると、施設サービスの中では特養に施設サービス利用者の半分近くが収容され

ていることと、病院、特養、老健の順で要介護度が高い状況がわかる。

施設サービスについては、とくに終生入所可能な特養の人気が高く、措置制度時代から入所の順番待ちであった状況が、施設サービスへの希望増と複数申し込みによる仮需要とでもいべき需要増が重なって、一層入所ニーズが増え入所待ち期間が長期化している状況にあり、この問題への対応が最大の課題となっている。

この結果、とくに要介護度が高い等の事情から在宅介護が困難な入所希望者は一層不安を持って入所の順番待ちをしているものと推測され、中でも板橋区等の大都会における待ち期間の長期化には深刻なものがあると推測される。

以下では、施設サービスの需給のインバランスの実態や区民の意向調査結果を把握し、その結果をふまえた改善に向けての方策を中心に検討した。

(1) 施設入所待ちの実態

(ア) 介護保険制度以前の全国的入所待ち状況

まず、介護保険施行前の措置制度時代から入所が長期間の順番待ちとなっていた全国的な実態をみってみる。措置制度時代の全国的な入所待ち状況については、総務庁(当時)の行政監察結果による抽出調査した13都道府県の平成9年度における特養の入所定員と入所待ち人数(本人が希望し市町村も入所措置を要すると判断した者)があり、これをみると表2のとおりである。

表2 行政監察結果による抽出調査した都道府県の入所待ち状況

	入所定員 (A)	入所待ち人数 (B)	B / A %
北海道	15914	5681	36
東京都	23612	13896	59
茨 城	4776	1140	24
山 梨	1998	582	29
石 川	3015	1366	45
大 阪	13366	7623	57
滋 賀	2260	484	21
広 島	7079	4104	58
島 根	2900	1202	41
香 川	2983	600	20
高 知	3088	1172	38
福 岡	11462	1518	13
宮 崎	3388	950	28
計	95841	40318	42

上記監察結果では調査した 13 県の入所待ち人数は 40318 人となっているが、平成 6 年では 25069 人であったので 3 年後の平成 9 年では 1.6 倍に増加していること、これら入所待ちの人の居所は在宅が 3 割、老健等他の施設に入所中が 7 割とみられることも記述されている。

本調査は平成 9 年時点であり、介護保険制度以前の措置制度時代に都道府県が把握していた数値であるので、市町村が入所措置の必要があると判断して待機しているものだけが集計されている。したがって市町村の入所判定では否定された者、判定待ちの者、特養の入所にかかる自己負担額から入所を断念した者等の入所希望者が含まれていないことに留意する必要がある。

仮に上表の人数に限ってみても、13 県平均で定員に対しその 42% の入所待機者がいることになっているが、県別に見ると福岡県が例外であるが東京、大阪、広島は比率が 6 割に近く、大都会ほど絶対量が不足している状況がうかがえる。

これを入所待ち期間に換算するルールはないが、一般には毎年入替え率は定員のほぼ 1 割～1.5 割程度と言われているので、これを仮に上記 13 県の数値にあてはめると（以下計算上は 1.3 割とする）と $40318 \div (95841 \times 0.13) = 3.24$ となり、全国的な入所待ち期間の平均はほぼ 3 年強というところである。都内では 4 年待ち、周辺部はその半分程度と一般に言われているのと比べても行政監察結果は同程度の状況を提示していると考えられる。

(イ) 介護保険制度施行後の全国的入所待ち状況

介護保険制度になって、居宅サービスと施設サービスとの選択の自由と契約制度への移行、施設サービスにおける複数施設入所申し込み可能等の制度変更により、施設サービスへの希望者が増えて入所待ち期間がさらに長期化しているものと推測されるが、これに関する直接のデータは見られない。

間接的なデータとしては、読売・朝日の両全国紙が介護保険制度施行 1 年を期して、平成 13 年春に実施した市町村へのアンケート結果がある。

朝日新聞（3 月 4 日、8 日）によれば、回答のあった 2630 自治体の 7 割が介護保険の給付実績が予算を下回ったと答え、その理由として訪問系サービス（居宅サービス）の利用が予想を下回ったことが第 1 位（複数回答）になっている。逆に、給付実績が予算を上回ったとする自治体（13%）では施設サービスが予想より多かったことが理由の第 1 位になっている。これらを総合すると、行政側が予想していたのよりも居宅サービスの利用が少なく、施設サービスの利用が多かったことがうかがえる。

読売新聞(4月1日、3日)では、朝日新聞に現れた傾向がより顕著になっている。給付実績が予算を下回る自治体が8割であり、その理由として居宅サービスの利用が少なすぎたとするものが56%と過半数になっている。また予算を上回る自治体は16%で、その62%が施設サービスの利用が多すぎたことをあげている。読売新聞記事では、施設志向の高まりは全国に広がっているが、福島市とその周辺9町では、特養への入所希望者が実質10倍に増え、4～5年待たなければ入所できない状態になり「このまま増え続ければ、本当に必要な人が施設に入れなくなってしまう」との行政担当者の声を報じている。

これらの両紙の報道から判断して、郡部も含めて全国的な入所待ちの実態は介護保険制度施行後一層長期化したことはまちがいないものと見られる。

(ウ) 板橋区における入所待ち状況

板橋区から提供された資料によれば、表3のように平成13年8月時点で、板橋区内の特養8カ所(表3注参照)の定員合計と待機者数合計はそれぞれ654人と2533人であり、施設により224%から685%と差異はあるが平均で定員の4倍近い待機者がいる状況がうかがえる。

表3 板橋区内の特別養護老人ホームの定員と待機者数

施設名	定員 A	平成 13年 8月時点待機者数 B	B / A %
区立みどりの苑	74		
区立いずみの苑	100	311	420
北東京寿栄園	130	312	312
三園ホーム	50	291	224
東京武蔵野ホーム	60	159	318
ケアポート板橋	100	411	685
若木ライフ		316	316
	70	339	484
ケアタウン成増		394	563
	70		
計	654	2533	387

(注) 板橋区内には、上表の8カ所の特養のほかに都の大規模施設である東京都板橋ナーシングホーム(定員485人)があるが、都全域を対象とした施設であるので、板橋区の状況を把握する観点から除外した。

おおよその傾向を判断するため全国と同様に定員の1.3割が1年間に入替えられると想定して計算すると、 $2533人 \div (654 \times 0.13) = 30$ となり、30年待ちという途方もない待

ち期間になる。待ち人数の中には当然複数申し込みしているものがあるので実待機者は仮に三分の一程度とみても待ち期間は 10年に縮まる程度である。

当分科会が平成 13年 2月に訪問した板橋区立特別養護老人ホーム「いずみの苑」においても、経営関係者は「定員 100人に対して現在の待機者番号は 260番。年間の入所者の入替は 10人程度と見られる。単純計算では 26年待ちだが複数申し込み等の事情から都区内の実際は 4～5年程度、三多摩地域では 1年程度の待ち期間ではないか」との説明を受けた。複数申し込み結果の待機者数しか数字がないので推測するしかないが、板橋区における特養の入所には確実に 4年以上待ちが相場となっており、それは介護保険制度施行後さらに長期化しているのはまちがいないと思われる。

(2) 板橋区民の意向

ここで、施設入所に長期間を要している点について板橋区民の意識や希望はどうなっているかを見てみる。

(注) 以下の調査結果をみるにあたり、注意しないとまらない点がある。それは、一般的に区民の意識調査等を行っても、区民の 16%が高齢者でありさらに要援護高齢者は区民の 2.0%でしかない。この中には居宅サービスでとくに問題のない人の方が多く含まれていよう。施設入所を希望し待たされている人やその家族の比率は高齢者の全体から見ればかなり低い。したがって、当然のことながら調査母体を一般化すればするほど、問題意識を共有する人は薄れていくことになる。入所待ち問題の改善に関する区民の意識や判断をどの範囲の人を対象に捕らえるかは難しい問題であり、その点を念頭に置きつつ以下の調査結果をみる必要がある。

(ア) 要援護高齢者の意識

今回の地域デザインフォーラム(地域連携研究)においては板橋区の高齢者 3000人を対象に意向調査を実施し 1667人から有効回答を得た。

これによれば、介護保険の認定を受けている割合は 11.4% の 190人、受けていない割合は 87.9%の 1466人である。全国的には 65歳以上人口 2252万人の 11.3% 253 万人が認定をうけており(平成 13年 5月)、今回の意向調査に現れた板橋区の割合は全国の割合と一致している。認定を受けている 190人は居宅サービスが 66.3% の 126人、施設サービスが 23.2%の 44人に分かれる(不明が 10.5% 20人いる)。全国の割合は居宅サービスが 53%、施設サービスが 24%となっているので、板橋区では居宅サービスの

利用者割合がやや低い。ちなみに、居宅サービス受給者 126人の介護保険制度の認定区分は要支援と要介護 1とが半分を占めているのに対し、施設サービス受給者 44人は要介護 4と要介護 5とで半分を占めており、比較的軽い人は居宅サービスを、重い人は施設サービスを選択している全体的傾向がうかがえる。

次に、施設サービス受給者 44人の入所先は過半の 23人が特養であり、他は老健に 14人、病院に 7人である。23人の特養入居者の入所待ち期間の回答は平均すると 2年程度であるが、4年以上の者も 3人いる。(回答のあった特養入所者は措置制度時代の入所なので、待ち期間の始期が本人の意識の上で明確でない点に留意する必要がある。)

他方、特養以外の施設に入所している 21人に特養への入所希望の有無を聞くと、9割(19人)が希望している。この中には要介護 3以上が 14人(希望者の 74%)いる。以上の施設サービス利用者の回答結果から次の方向が導き出せるのではなかろうか。後述するように板橋区の介護保険事業計画では高齢者の約 13%が要援護高齢者であるが今回の回答者では高齢者の約 11%が介護保険既認定者と答えており全国の割合とも一致しているので今回の回答内容を板橋区の要援護高齢者の平均的意向とみても大過ないと思われる。

板橋区の介護保険事業計画では要援護高齢者の 4分の 1程度が施設サービス利用者であり、他方今回の回答でも要援護高齢者(190人)のほぼ 4分の 1(44人)が施設サービス利用者であり全国の割合(24%)とほぼ一致している。とすれば、今回の回答で特養以外に入所していて、特養への入所を希望している 19人は特養入所者数 23人の 83%にあたるので、この「特養定員数の 83%」という割合が実際に板橋区内で入所希望をしている数を推測する場合に使用する係数とみても大過ないのではないかと考えられる。とりわけ要介護度で 3以上で入所を希望する者 14人(特養入所者 23人に比べればその 61%)がとくに入所の緊要性が高いのに待たされている人数とみてよいと思われる。

(注)要介護度 3以上としたのは、前述したように全国的な施設サービス利用者の平均要介護度が 3.42であるので、3以上をとくに緊要度が高いと仮定したものと

この回答結果を一般化してみれば、特養の定員の 8割程度の要援護高齢者が施設サービスを希望しながら他の施設や居宅で待たされていると言える。これを現在の板橋区の状態にあてはめれば、特養 8箇所合計で 654人の定員であるので実際の入所待ち人数 2533人(複数申し込みを含む)のうち 543人程度が入所希望なのに待たされている実数と推測できよう。このうち 400人程度が要介護度 3以上の緊要度の高い高齢者と推測さ

れる。

仮に 543人が実待機者とすれば、 $543 \div (654 \times 0.13) = 6.4$ となり、ほぼ 6年程度が実際の平均的な入所待ち期間と推測される。また、介護度 3以上の者だけが今後入所すると仮定しても入所待ち期間は 4.7年になる。

(イ) 健常高齢者の意識

なお、現在介護保険サービスの認定を受けていない高齢者 1466人に、将来希望する介護の形態が居宅サービス、施設サービス、その他、の中から選択してもらったところ表 4の結果であった。(年代別、家族人数別に詳しく見てみる)

表 4 介護保険の非認定者による将来の介護形態の選択

		合 計	居宅介護	施設入所	その他	不明
全体：上段 = 実数		1466	892	425	101	48
：下段 = %		100.0	60.8	29.0	6.9	3.3
年 代 別	65~ 69歳	449 100.0	255 56.8	157 35.0	29 6.5	8 1.8
	70~ 74歳	391 100.0	222 56.8	122 31.2	35 9.0	12 3.1
	75~ 79歳	277 100.0	180 65.0	63 22.7	20 7.2	14 5.1
	80~ 84歳	124 100.0	85 68.5	31 25.0	3 2.4	5 4.0
	85歳以上	84 100.0	63 75.0	12 14.3	3 3.6	6 7.1
家 族 人 数	一人	203 100.0	94 46.3	82 40.4	18 8.9	9 4.4
	二人	647 100.0	390 60.3	191 29.5	45 7.0	21 3.2
	三人以上	468 100.0	317 67.7	110 23.5	26 5.6	15 3.2

(注) 家族人数には本人を含む。

表 4の調査結果から得られる結論を書き出してみる。

現在、介護保険が非認定の 1466人の将来の介護形態の希望に関する全体傾向は、6割が居宅サービス希望、3割が施設サービス希望である。

この割合は、現在認定済でサービスを受けている 190人の割合に比べると、居宅サービスの割合が一割程度低く、その分施設サービスへの希望が多くなっている。

将来の介護形態の希望を年代別にみると、年代が高くなるにつれて、居宅サービスの希望が増え、逆に年代が低くなるにつれ、施設サービスの希望が増えている。
(昔の人ほど家族に依存する気持ちが強い)

将来の介護形態の希望を現在の家族人数別にみると、家族の人数が多い人程、居宅サービスの希望割合が高く、一人暮らしになると居宅サービスが施設サービスを若干上回る程度である。

このように板橋区民でまだ介護保険サービスを受けていない人(多くは健康な高齢区民と思われる)の将来の介護形態の希望は居宅サービスへの希望(61%)が施設入所サービスへの希望(29%)よりも上回っているものの、その割合は現にサービスを受けている人達よりも施設サービスの方にウェイトが傾いている(現状は居宅サービスが66%、施設サービスが23%)ことがうかがえる。その傾向は年齢が低い程また家族が少ない程顕著である。

以上の板橋区の要援護及び健常高齢者の意向調査の結果を大きくまとめてみると、次の2点が言えよう。

- 現在介護保険の認定を受けている要援護高齢者では、居宅サービスと施設サービスとの受給者の割合はほぼ3:1であるが、施設サービス受給者数の6割程度の数にあたる要援護高齢者が入所の緊要度が高いのにもかかわらず居宅にいて入所を待たされているとみられる。この結果、緊要度の高い人だけ入所させるとしても4.7年位の待ち期間になる。
- 現在介護保険未認定の健常高齢者の将来の介護形態についての希望を、居宅サービスと施設サービスに分けた割合でみると、ほぼ2:1になっており、現在サービスを受給している高齢者に比して施設サービスへの希望が増えている状況がみられる。

このような意向調査の結果からしても施設サービスの供給増は緊要な課題と言えよう。

(3) 入所待ち期間短縮化にむけて

(ア) 短縮化の必要性

これまで、板橋区における特養への入所待ち状況は確実に4年以上待ちとなっていること、次に、板橋区の高齢者意向調査結果から推測して、板橋区内の特養の定員654人に対し、2533人(複数申し込みを含む)が待っているが、543人程度が実際の待機者ではないかと推測され、そのうち400人程度がとくに要介護度3以上で緊要度が高いと推

測され、この者だけでも 4.7年程度の待ち期間になる旨、また現在健康な高齢者でも将来のサービスへの希望は施設サービスへの入所希望の割合が現状より高くなっていくことなどを指摘した。

このような状況からみて、特養への入所待ち期間の短縮化を図ることは板橋区のまちづくり上大きな課題でありその改善を切望している区民は少なくない考える。

とくに施設サービスを待っている人(家族)は、本人自身の要介護状態は当然として、介護側の家族事情(共倒れに近い家庭も含まれよう)などで在宅介護を継続出来なかったり、老健等他の入所施設から退所を迫られたりして、最後の拠り所として特養への入所を希望しているケースが多いとみるべきである。

今回の板橋区の高齢者意向調査でも、現在介護を受けている 126人の主な介護者は、男性では約 6割が配偶者、女性では 5割が子供となっており、高齢の奥さんが夫を介護し、嫁さんなどが姑を介護している実態が現れている。

現在、入所待ちの多くの人が過ごす老健は病院と家庭の中間的施設と位置づけられ、介護保険制度になっても基本的にはその性格は変わらないとされているため原則 3か月、長くても 9か月程度の入所期間で運用されており、ここで特養への入所を待っている要援護高齢者(板橋区の高齢者意識調査では施設サービス受給者 44人のうち 14人が老人保健施設に入所し殆どが特養への入所を希望している)や病院入院者は、たらい回し的な生活サイクルを余儀なくされていることを忘れてはならない。

もとより家族が介護を避け、いわば厄介払い的に特養への入所申し込みをするケースもあるが、前述した福島市の行政担当者がいうように「本当に必要な人」が、万策尽きて申し込みに来た時に、4年以上待ちを宣告するのが大都会の現実であり、宣告された人は待ち期間をさらに在宅、老健、病院等を渡り歩いて過ごさなければならないことになる。居宅介護や老健でのサービスを継続できがたい事情があって特養への入所を申し込みに来た人(家族)に対してさらに 4年以上我慢せよというのが大都会の高齢者福祉サービスの現状だとしたら、要援護の状態になった高齢者本人の心配はもとより、周囲の家族等の介護の苦労の問題もまちづくりの大きな課題で、さらには現在健康な高齢者にとっても大きな不安を投げかけることになるだろう。多くの区民は介護の当事者になり、特養を訪問してこうした説明を聞いて初めてこの厳しい現実を知ることになるのが現状である。

入所待ち期間の短縮化に向けた多くの努力が必要とされ所以である。

(イ) 行政側が講じている施策

行政側も大都市の立地難等の事情のなかでかなりの努力をしている。例えば、都区外の特養と契約して都区民が入所しやすいようにする施策も実施されている。これはこれでかなりの成果をあげていると見られ、評価すべき施策である。三多摩地域や他県の特養では2年程度かそれ以内で入所できるというのはいざとなれば大きな安心感につながる。しかし、2年程度でもまだかなり長いし、また遠距離のため家族の訪問が困難となることから、本人の精神状態には悪い影響が出て、それを懸念する家族は遠方の特養を敬遠するのも実情である。そして何よりも本人がたとえ自宅ではなくとも住み慣れた土地で最後まで暮らしたいであろう。抜本的な改善方策は、やはり区内に特養を増やすしかない。

では、このように長期間入所待ちとなっている特養をはじめ施設サービスの供給（ベッド数）については行政側はどのような施策を講じているのであろうか。

特養の多くは社会福祉法人が設置・経営主体となっており、しかも契約関係になったために行政側の権力的関与が不可能であるが、行政としては上述した4年待ち以上となっている施設入所サービスをどの程度どのような方法で緩和しようとしているのであろうか。板橋区が平成12年2月に作成した介護保険事業計画では表5のように今後4年で施設サービスの供給量を2142床から2731床まで増加する計画になっており、このうち特養は918床から1193床に300床近く増加することになっている。

表5には参考として、厚生労働省資料から同じ期間の全国の増加率を掲記したので、これと対比してみると、板橋区の計画は全国の傾向に比べればかなり意欲的な計画であることがわかる。

表5 板橋区介護保険事業計画における施設サービス供給見込み量

	平成12年度	平成16年	増加数	増加率	全国増加率
特別養護老人ホーム (対高齢者人口比率)	918床 (1.17%)	1193床 (1.34%)	275床	30.0%	19%
老人保健施設 (同上)	544床 (0.69%)	764床 (0.86%)	220床	40.4%	27%
介護療養型医療施設 (同上)	680床 (0.87%)	774床 (0.87%)	94床	13.8%	19%
合計 (同上)	2142床 (2.73%)	2731床 (3.07%)	589床	27.5%	21%

これらの供給量について、同計画ではこれまでの実績に、今後具体化されている施設建設計画の床数を加えた実現可能な供給量のみこんでいると説明している。

供給量が実現度合いの高い数値であることはもとより歓迎すべきことであるが、施設サービスへの実際の需要に対してこの供給量がどのような意味を持つのかについては触れられていない。

ちなみに板橋区の介護保険事業計画のもととなっている高齢者数等については表 6 のように今後 4 年以内に大幅な伸びが見込まれている。

表 6 板橋区の高齢者数等の将来予測

項目	平成 12年度 (A)	平成 16年度 (B)	B - A / A %
・人口	510661	508432	0.44%
・65歳以上人口 (C)	78595	88945	+ 13.17%
・高齢化率	15.39	17.49	-----
・在宅要援護高齢者 (D)	7210	8173	+ 13.36%
・要支援と認められない 虚弱高齢者 (E)	723	823	+ 13.83%
・施設入所要援護高齢者 (F)	2142	2731	+ 27.50%
・要援護高齢者計 (G) (D + E + F)	10075	11727	+ 16.40%
・要援護高齢者率 G / C (H)	12.82%	13.19%	-----

(注 1) G, H 欄は、便宜上設けて名称を付したものである。

(注 2) 板橋区「介護保険事業計画」(平成 12年 2月) P.11より抜粋。

表 7に見られるように、4年後の板橋区では高齢化率は 17.49%、要援護高齢者数は 1652人増加して 11727人、要援護高齢者率 13.19%と見込んでいる。

しかし、(F) 欄の施設入所要援護高齢者の数値は、表 5の施設サービスの 3類型合計のベッド数であり、供給可能なベッド数の分だけしか施設入所要援護高齢者数を見込んでいないことを意味している。つまり、住民側が施設サービスを望み、入所待ちまでしている人数に対応する数量ではなく、受け入れ可能な人数だけが計上されている。

ここで論点のポイントを表 7に整理してみよう。

問題意識にそって表 7を説明すれば、現在(平成 12年)板橋区では 10075人の要援護高齢者がいる中で特養入所者 918人とその 6割程度(区民意識調査からみた推計値)の人数が介護度が高いのに入所できず待っている。これを合算した人数 1469(要援護高齢者の 15%)が本来特養に入所させてやるべき緊要度の高い人達であると考えられる。

表7 施設入所要援護高齢者に関する指標

需要に関する指標				供給に関する指標			
	平 12	平 16	伸び率		平 12	平 16	伸び率
A 高齢者数	78595	88945	+ 13.17	D 施設サービス	2142	2731	+ 27.50
B 要援護高齢者	10075	11727	+ 16.40	供給量			
C 施設入所要援護 高齢者	2142	2731	+ 27.50	E 特別養護老人 ホーム	918	1193	+ 30.00

要援護高齢者は4年後に11727人と見込まれているので、その15%の1759人が将来特養に入所させるべき人数と推測されるが特養のベッド数は1193床にしか増えないので566人が入所待ちになる。仮に定員の13%が年間に入替えられるとすれば $566 \div (1193 \times 0.13) = 3.7$ となる。現在の4年以上待ちが確実な状態が3.7年程度に短縮されることになる。現在板橋区側が有している介護保険事業計画により、特養のベッド数は全国の増加率(19%)をかなり上回って30%増加し入所待ち期間にはある程度の改善が期待されるが抜本的な改善に結びつくわけではなく、依然としてきわめて厳しい入所待ち状況が続くと言わざるをえない。

(ウ) 入所待ち期間短縮化の目標

上述したように、板橋区の介護保険事業計画では今後の高齢化の進展、とくに要援護高齢者の増加に対応してそれなりの努力をして供給量を増やそうとしていることは認められるが、現状における特養への入所待ち期間4年以上といった厳しい現実の大幅な改善につながるものとはなっていない。

他方、大幅な改善を図るとすれば、居宅サービスよりも施設サービスの利用者が増えることを意味するので介護保険制度の経営に与える影響等も総合勘案しなければなら

入所待ちは4年程度はやむをえない	入所4年待ちは早急に解決すべき課題
<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険制度は居宅サービスを基本としている。介護が濃厚な施設サービスへ、希望者全員が入所待ち期間が殆どなく入所できるようにすることについては、大都会では供給量を増大することが困難であるし、介護コストが増加することから介護保険の保険料の大幅な引き上げを要し、賛同を得難いと思われる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅を基本とするのはわかるが、入所待ち期間4年以上はひどすぎる。居宅サービスで介護できなくなった家庭が家庭崩壊や介護者の共倒れを起こす前に入所できるように、とくに大都会での対策を急ぐべきである。介護保険料や自己負担が若干増大しても入所を希望する者は多いとみる。

い。ここで特養への入所待ち期間 4年以上を大都会特有の事情からやむをえないもの
と考えるか、それとも今後の少子高齢化の急激な進展のもとで早急に解決すべき課題と
考えるか、いずれの立場に立つかについて頭の整理のために両論に分けて整理してみる。

(エ) 特別養護老人ホームへの入所待ちに関する両論

両極に分けてみると、それぞれ言い分があることがわかるが、行政のめざすべき方向
として少なくとも次の 3点はコンセンサスが得られるのではないと思われる。

大都会の 4年以上待ち等の現状に、行政が現在の制度下(選択自由、契約制度)で、
できるだけの誘導方策を講じないですますことは許されない。

他方で、在宅サービスを基本とする現行介護保険制度の根幹を変える程の施設サー
ビスの供給は、物理的にも困難であるし、保険経営上も適当でない。

したがって、板橋区がめざすべきは上記両論の中庸的な施策と思われるが、その場
合、「板橋区民の意向」でのべた要介護度 3以上で待機していると推測される 400人程
度の方達を収容するよう特養の増床を図ることが当面の課題ではないと思われる。

(4) 提言

そこでこれまでの研究結果のとりまとめとして三つのことを提言したい。

まず第 1は、行政側が管轄する地域の特養への入所待ち人数や入所の優先順位づけの実
態、待ち期間の実態等を把握すべきことである。

前述したように介護保険に移行して、特養への入所は、仮需要とでもいうべき数字だけ
が存在し実需は誰も知らない状態となっている。入所希望者も施設側も、行政区域と無関
係に申し込みをし、それを受け付けているために板橋区という特定地域での需給状況を論
理的に正確に把握することは不可能であるが一定の仮定をたて(例えば、区民が区外の施
設に申し込んでいる数と区内の施設が区外の人申し込みを受けている数とを同数とする
など)推計することは可能であろう。あるいは、区内の施設への入所申し込み人を名寄せ
することも検討すべきと考える。いずれにしても高齢者福祉サービスの充実をめざすなら
ば、まずは実態の把握から出発すべきである。

この項目を担当した研究員(東田)が居住する千葉県柏市では平成 13年度になって、市
が把握に乗り出して市内の特養への入所申し込み者に市から直接手紙を送り、介護の程度
や家族状況まで把握している。また、新規開設の特養が有る場合には市が入所待機者各人
に申込書の請求先を案内している。柏市側がどこまで契約関係の中にはいっていくのかは

不明であるが、今後の行政の役割の可能性を探る動きであり、問題解決への必要な第一歩であろう。

第 2の提言はぜひ供給増加のピッチをあげるよう行政からの誘導を積極的にしてほしいと考える。平成 16年までに特養を 275 床増加させる現行介護保険事業計画は区側の多くの努力の上になりたっているものと推測されるが、供給カーブをさらに上昇させる方途(上述した試算ではさらに 400床が最低限必要とされている)はないものであろうか。おそらく汗を流した関係職員が最も可能性を知っていよう。

その場合に、大都会のような立地事情では、一番検討してほしいのは、少子化に伴う小学校の建物や用地を活用できないかということである。すでに、視察させて頂いた「蓮の実教室」(高島六小)では数教室を借りて在宅要援護高齢者のためのデイサービスを提供しているが、給食設備もなく、風呂設備もないことから、利用者は伸びず、每日一桁程度の利用とのことであった。区側の説明ではあの程度の規模の施設活用でも、学校長が熱心でありまたその結果PTAも理解してくれたから実現できたとのことであった。

小学校は、もとより義務教育児童の教育目的のための施設であるが、少子化が進み、余裕教室を学校内の専門教室等としての利活用や社会教育のための利活用に回されている教室がかなりあるほかに、さらに余裕がある状態にある学校もあると聞く。

文部省は、余裕教室を食堂等の特別教育用、さらに社会教育用、そして教育目的を離れて在宅高齢者への通所サービス用と、逐次転用許容範囲を拡大してきた。そして最後に特養等の施設サービスへの転用がまだ許容されないで残っているようである。通所サービスと施設サービスでは質の相違は大きく周辺の環境に与える影響も相違するであろうから、転用にあたっては容易でない面が多いと推測されるが、ぜひ特養への活用を積極的に進める観点から問題点の検討に入ってほしい。

なお、大都会では児童数の減少が顕著な場合には学区割を見直して、1校まるまる廃校にし、他の用途への転換を図る案もあるようであり、教育面からの判断と、福祉面等からの要請の調和をどう図るか、地方分権下の基礎的自治体としての区の総合的判断が求められる課題として指摘しておきたい。

第 3の提言として、現在の介護保険制度における自己負担率の見直しを提言したい。本来であれば、介護度が高くて施設サービスを必要とする真のニーズと、在宅でも介護できるのに厄介払い的に施設サービスを求めたり、多くの施設に申し込みをしたりする仮需要とでもいうべきニーズを区別し、施設サービスの必要性の高い人で長期間待っている人

から施設サービスが提供されていくべきであろう。

しかし実際には本人の要介護度は客観的に段階分けができて、家族状況や家庭の介護の困難性等は優劣の判断が不可能であろう。そこで、居宅サービスと施設サービスの自己負担率が現在はどちらも1割となっているがこれに差を設けてはどうであろうか。

もともとサービスの濃淡をみれば、施設サービスの方が24時間介護スタッフ等の介護をうけており、居宅サービスよりも手厚い介護となっていることから自己負担率が若干高くなってもやむをえないのではないかと考えられる。また、特養では終の住処としての性格から、家賃相当分の負担をして頂くと考えて、その分の自己負担率を高めるというのも一つの論理と思われる。

このように自己負担率に差異を設けることは、介護の濃淡に応じた自己負担率にするともに、本来在宅で介護可能な人が施設サービスにこないようにする効果も発生するのではなかろうか。需給の調整は価格で行われるという経済原理を適用してよいと思われる。自己負担額の改悪として批判がでることも予想されるが、自己負担が多少増えても一刻も早く入所を望む多くの「本当に必要とする人」のために検討されるべき課題と思われる。もとより板橋区政の課題ではないが根本的な解決策の一つとして提言しておきたい。提言の最後に、施設サービスの質の問題について付言しておきたい。

本項では主として特養の入所待ち問題に絞って検討したが、その理由はこの問題が他の問題よりも群を抜いて深刻であり、また急を要すると考えたからである。

入所待ちの問題が仮にある程度改善されれば利用者にとって、次の問題は個別にみた施設サービスの質の評価の問題であろう。

平成13年10月に発表された厚生労働省の調査結果では、特養入所者の9割が痴呆であり、寝たきりの人は病院で85%、老健でも55%にのぼっている。痴呆かつ寝たきりが殆どであるという入所者の実態は、周囲の介護ケアを行う側が良質なサービスを提供することを必要とする。

しかし、介護要員や体制、入浴・食事等のケア、医療機関との連携、居室の環境、差額料金等の経費等、入所者からみたサービスの質への関心事項は数多いが、施設によって差異が大きいのも現実である。基本的には、家族等が足を運んで入所に必要な情報を得るしかないが、介護をしながらの訪問は困難な面がある。

そこで特養等のケア内容を評価している市民団体の活動があるので、これを行政が支援していくことも要介護高齢者本人やそれをかかえる家庭への大きな援助になるのではない

かと考えられる。

平成 13年 8月 9日付けの読売新聞では、例えば東京の「特別養護老人ホームを良くする会」(03-3358-9093) が「よりよい選択のための特養ホーム最新情報(東京都) 2001年版」を発行するなどの活動をしていることを伝えている。

行政が、民間において施設サービスを評価する活動を支援することには問題がないか検討しなければならないが、こうした情報こそ要援護高齢者をかかえる家庭が欲しい情報であり、これを育成することはそうした家庭への実質的な支援になるものと考えられる。

今後の施設サービス行政を検討する際の参考にして頂ければ幸いである。

終わりに当たり、本項目の研究員(東田)が受け持つゼミの学生(公共政策受講 3年生)に夏休みの宿題として、上述の研究に使用したデータを配付して、改善策を検討させた結果を参考までに付記しておきたい。

学生が提起した入所待ちを是正するための主な改善策は、

施設を増やすだけでは根本的解決にならない。現状では在宅介護ですむ人も施設サービスを利用しようとするから本当に施設サービスを必要とする人が長期間待つことになる。施設入所の際の基準(審査)をもう少し厳しくする必要がある。

学校用地の利用や、工場用地などにも補助金を出して施設設置を誘導する

特養だけでなく、年寄りの一戸建て住宅に数人集めて共同生活させる(注:グループホームのイメージと思われる)などであった。

現代の若者も問題意識を共有し、その解決に向けた方向はほぼ同一であったことを付言して終わりとする。