

がUターン者である。したがってUターン者を受け入れるために特別の支援策などを講じなくてもいいと農協は考えている。

安下庄漁業協同組合もまた、組合員数を維持するのが精一杯で、UJIターン者に関して積極的な取り組みはしていない。漁業協同組合の生産量は年々減る一方なので、乏しくなる生産量に対して、漁業者が増えれば1人あたりの生産高は減る。そうすれば、組合員の貯金や会費で運営している漁協の存続も難しくなると考えるからである。親が高齢になって帰ってくるUターン者ならまだいいが、Iターン者は正直困るという。

では橘町役場は高齢者の転入についてどのような認識を持っているのであろうか。企画課は、結婚援助金を支給するといった促進策を実施したこともあったが、平成13年3月でうち切ることになっている。果たして永住してくれるのか分からないという批判が高まったからである。実際には、お金をもらえるから橘町に来たというよりもむしろ、自然にそこにいて子どもができたから、援助金をもらえたという感じだった例もあり、効果的な政策とは評価できなかつたという。農業政策の面では、新規就農者に対する国からの支援策（経営資金融資に対する利子補給、品種更新費用や作業用機械購入に対する補助など）がある。

これに対して橘町保健福祉課では、住宅整備（空き家の調査）を行うとか、橘町人会を組織化して、地元を離れた橘町出身の人を対象として、機関誌「たちばなし」を刊行している。福祉の分野で、高齢者のためのサービスとして、ミカン園内の整備（あぜ道の整備、低木にする研究）、在宅の人のための緊急用電話（有線で近所の人とつなげている）の設置、園芸サロン（老人同士の集まり）、老人クラブの運営など、さまざまなプログラムを用意している。

第6節 高齢者モデル居住圏の現状と課題

以上の実態から周防大島高齢者モデル居住圏構想下における各町の転入高齢者の地域差組織化については、つぎのようなことがいえそうである。

(1) かなりの高齢者転入の潜在的ニーズは高いことを各地域は感じているが、受け入れ諸条件の整備には、住宅問題、農地問題、集落慣行問題などの解決が必要である。

(2) 行政の方がこうした問題については対応に苦慮している。しかし民間では積極的にこの新しい定住者の力を引き出して、戦力化する動きが出ている。特に郵便局、社会福祉協議会、農協などの動きは、地域再組織化に大きな役割を果たし得る。

(3) 転入高齢者は、ただサービスの受け手になるではなく、むしろサービスの提供者になりうる、地域社会をともに担いうる存在である。しかし地域再組織化がなされないと、単なる一時滞在者に終わってしまう。

(4) 転入高齢者の次の世代は、必ずしも定住するとは限らない。農村も確実に定住再生産的な社会状態から、流動的な社会状態へ変貌しつつある。

このような課題に取り組むことが、モデル居住圏の任務になるだろう。

小川全夫

(九州大学大学院人間環境学研究院)

平成10～12年度科学研究費補助金基盤研究(B)(2)研究成果報告書「高齢者の地理的移動と地域再組織化の過程」より

VI. 周防大島・柳井圏域の公的介護保険制度の社会的効果

1 公的介護保険制度の目標

公的介護保険制度が導入されて、その目標としたことがどれだけ改善されたか。思わざる結果を導き出してはいないか。評価と調整が必要な段階に入っている。

まず公的介護保険制度が目標としたところは、措置行政システムから社会保険システムへの移行である。これには、措置行政を守ろうとする側、公的サービスを守りながら目的税システムへ移行させようとする側からの反論があった。

被保険者は保険者となった自治体あるいは自治体の広域連合に保険料を払い、国や自治体は、税を投入して財源を確保する。介護サービス利用希望者は、介護サービスの利用に先立って、自治体に要介護度認定を申請する。介護サービス利用者は、自治体から派遣された認定調査員から主としてADLに関する調査を受ける。かかりつけの医者の診断書や、調査員による観察記録などが、要介護認定審査会にかけられ判定される。サービスを利用することができるようになった利用希望者は、自分の要介護度によって、保険が適用される利用限度額が定められていることを知る。そこで介護サービス利用希望者は、介護支援事業者に頼んで、あらためて介護をする上で知っておかなければならないADLだけでないさまざまな要素について事前調査(アセスメント)をしてもらい、保険が適用される利用限度額の中で、どのような介護サービスの組み合わせがあるかという観点から、介護計画を作ってもらう。介護サービスを利用しようとする者は、複数の介護支援事業者に以上のことを頼んで、選択することができる。また自分自身で介護計画を立てることも可能である。介護支援事業者の計画に基づき、介護サービス利用者は、個々の公的介護保険適用を受けた介護サービス提供事業者との間で契約を取り結ぶ。そしていよいよ介護サービスを受けることになるが、このとき利用料金が定められており、その1割を自己負担し、残りの9割が、契約の履行後に、保険から介護報酬として支払われる。

実際に公的介護保険制度が実施されると、いろいろな反応が現れ、サービスの利用状況などが明らかになるにつれて、当初の目標どおりにはなっていないのではないかという声も聞かれる。そこには、公的介護保険制度に対する過剰期待からきた幻滅という問題もあるが、明確に意図しながら、結果としては逆になってしまった現実もある。

当初公的介護保険制度に期待されていたことは、

- 1 介護の社会化、普遍化、ノーマライゼーション、家族介護の支援
- 2 給付と負担のバランス、市町村を保険者とする地方自治、認定された要介護度に伴うサービス利用限度額の明示、利用料の本人1割負担
- 3 利用者本位の医療・保健・福祉の総合的サービス、ケア・マネージャー設置、権利養護、成年後見人法
- 4 社会的入院解消、在宅サービス強化
などであった。

2 介護の社会化をめぐる評価課題

(1) 要介護出現率と家族介護率

公的介護保険制度の下で、全国の65歳以上高齢者2,227万人のうち、要介護要支援老人は270万人、介護サービスを利用した者200万人、したがって家族介護に頼るものが70万人いるという結果をどう評価するのか。

おそらく要介護老人の出現率12%程度というのは、予想通りといえるだろう。そのうち74%が社会サービスを利用したということは、社会的ニーズに充分応える制度であったといえるだろう。しかし要介護状態になっても、家族介護のみで老後を過ごそうという高齢者が26%いるということは、ドイツの公的介護保険では取り入れられながら、日本では取り入れられなかった現金支給の仕組みについて、再検討する必要があるといえるだろう。

周防大島高齢者モデル居住圏構想推進協議会は、公的介護保険制度の発足にあわせた周防大島高齢者保健福祉計画策定に協力しているが、その計画策定のための平成10年度に実施した高齢者保健福祉基礎調査では、地域内の高齢者10,058人のうち要介護老人を1,244人であったとしている。これによると要介護出現率は12.4%であり、全国的な水準とあまり変わりはないといえる。

しかし、この地域の福祉基盤としては、特別養護老人ホームの定員が190人（平成5年度に策定した高齢者保健福祉計画における平成11年度の目標値）しかないので、到底施設入所型でのサービス提供は十分にできない状態といえる。

したがって、この地域の高齢者は独居が多いため、要介護状態が進行すれば、子どものところに引き取られ、家族介護に依存することになる。高齢者をめぐる転出状況の調査が必要となるだろう。

(2) 休息介護利用率

家族介護者の休息介護 respite care の取り組みとして、事前の利用意向調査では、当初相当強く期待されていたショートステイの利用率が、公的介護保険制度の導入時には伸びなかった。そこで一部のベッドを特別養護老人ホーム用のベッドに切り替えること、ショートステイ利用の基準を見直すことなどの調整が行われたという結果をどう評価するか。

ショートステイが、これまでは本来の目的とは違って、特別養護老人ホームの入所待ちの場所として利用されてきたが、公的介護保険制度の導入で、本来の目的通りの利用率が浮き彫りになったと考えることができる。しかし、別の見方からいえば、休息介護の社会的ニーズはもっと高いはずであるが、それをショートステイのプログラムに結びつけられなかったケアマネジメント上の問題、あるいは公的介護保険制度の中での利用しにくさといったプログラム上での問題であるともいえる。

周防大島の高齢者保健福祉計画で、在宅3本柱といわれるホームヘルプサービスは実施回数23,218回、デイサービス実施回数24,742回、ショートステイベッド数42、実施回数1,180回という目標値が示されたが、既に平成9年度でホームヘルプサービスは38,267回と目標値をはるかに上回っていた（計画進捗率164.8%）。デイサービスについては進捗率69.1%（19,175回）、ショートステイのベッド利用率は61.2%であった。この時点で既にショートステイの利用率の低さが示されているので、対策を講じる必要があったのかもしれない。町によっては、「寝たきり老人等介護者リフレッシュ事業」などを組んで、ショートステイの利用促進を図るとともにリフレッシュ券を提供するといった努力もなされていた。

ショートステイについては、特別養護老人ホームの定員への転換、ケアマネジメントの手続き上の改善なども行われたが、「ショートステイに入った後のレベルが一段と下がって帰ってくる」という家族介護者の思いをどうするかという根本的な検討が、必要になるだろう。

柳井地区のショートステイ利用状況（単位：％）

	転換前	転換後	利用枠拡大後
柳井地区	27.8	33.3	38.0
山口県	23.7	32.5	43.4

平成13年4月調べ

柳井地区サービス利用の見込みと結果

	平成12年見込み	平成13年3月
居宅サービス	2180	1805
施設サービス	1332	1237

（3） 家族介護者負担感

在宅サービス利用が、女性の家族介護者の負担をかえって増大させ、女性のライフプランには、なんら効果がなかったという声をどう評価するか。

他人を家の中に招き入れることに対する日本人特有の歓待と警戒の精神については、マレピト信仰としてよく知られているが、ホームヘルパーを自宅に迎え入れる時に、汚れている状態であっては失礼だと感じて、必要以上に部屋を片付けようとする家族介護者がいるということは理解に難くはない。このような家族介護者が在宅サービスを利用したためにかえって忙しい思いをするということはあることである。

こうした感情の反対の動きは、「お金を払うのだから、できるだけいろいろなことをしてもらいたい」ということになり、庭掃除までホームヘルパーに頼むという状況を生み出す。ケアマネジメントにおいては、こうした家族介護者への情報提供と納得を踏ま

える手続きが必要になる。介護保険制度に伴ったケアカンファレンスなどの取組みで、家族介護者も交えて行うことなどは、推奨されるべきだろう。

周防大島高齢者モデル居住圏構想においては、ケアマネジメントに対する総合的な支援態勢の確立を目指して、「援助困難ケース」の検討会などといったかたちで対応しようとしている。

(4) サービス利用契約意識

福祉サービスを利用するとき感じていた負い目を、気にしなくてもよくなったという声をどう評価するか。

措置行政として福祉サービスが提供されていた時代には、「お上の世話になる」といった負い目を感じ、そうした生活を情けないことだとして、できるだけそうならないようにするという欲求の自己抑制が働いていたといえよう。現在でも、「お上の世話にはなりたくない」という思いを強く持っている人は多い。

しかし他方では、福祉サービスを利用するのは、国民として当然の権利であるという考え方が当事者団体を組織する人々には、よくみられる。公的サービスをめぐるこの負い目意識と権利意識の絡み合いは、費用対効果論を無視した道徳論、正義論として繰り返されるために、万人の幸福を実現するという理念のもとで、かえってモラル・ハザードに陥ることが多い。そこで、社会サービスを、擬似的であれ、市場の限定交換原則の契約関係に変えることが、モラル・ハザードを避ける方途と考えられるようになる。本当に必要ならば、それ相応の負担をしてでも手にいれるだろうという原則で、費用対効果観の契約意識を育成するのである。

公的介護保険制度の下では、人々は被保険者として保険料を払い、住民として税金を払う一方で、サービス利用者として利用料の1割を支払うのであるから、当然権利意識に下支えされながら契約意識が高まる。もう社会サービスは、お上の慈悲や恩恵・恩賜ではなく、民間の慈善でもなく、商品を選ぶようにして、購入する商品となる。そこには負い目もなければ、負担のない権利意識も無用である。しかし同時にそれは所得階層性を浮き彫りにすることを意味している。

「高齢者モデル居住圏構想」の地域を含む柳井地区では、要介護認定率13.4%で、国の12.0%よりは少し高い。しかし、実際に居宅サービスを利用した人は第1号被保険者(65歳以上の住民)の6.4%、施設サービスを利用した人は4.0%で、合計10.5%であった。その差の2.9%の人々は、家族介護のみに依存している層である。国の平均ではそれが2.3%であるから、この地区の人々はなおサービス利用への抵抗感が残っているといえるかもしれない。それが意識の問題であるのか、費用の問題であるのかは、仔細に検討する必要がある。また全国平均に比べると施設サービス利用者出現率が高いということは、後期高齢者が多いということや、山口県における施設整備率が高いこととも関係していると考えられる。

第1号被保険者に対するサービス受給者の割合（単位：％）

	居宅サービス	施設サービス	合計
柳井地区	6.4	4.0	10.5
山口県平均	6.9	3.9	10.7
全国平均	6.9	2.9	9.7

山口県資料：平成13年10月利用分

介護保険施設指定3施設定員の第1号被保険者数に対する割合（単位：％）

	介護福祉施設	介護保健施設	介護医療施設	合計
山口県	1.5	1.1	1.3	3.9
沖縄県	2.1	2.0	1.0	5.1
東京都	1.5	0.5	0.2	2.1
全国計	1.4	1.1	0.5	3.0

施設指定床数は厚生労働省老人保健局振興課調べ：平成13年9月1日現在

第1号被保険者数は長野県社会部高齢福祉課調査：平成13年8月末

(5) サービス水準満足度

特別養護老人ホームに、個室を求めたり、ユニット・ハウス化を求めたり、入浴回数を多くするよう求めたり、家具・家電用品を持ち込もうとする傾向が強まったという声をどう評価するか。

公的介護保険制度のもとでは、サービス利用者のサービスに対する満足度が、サービス事業者の選定に深く関わるようになる。「お世話になっているから我慢する」という意識から、「してほしいことをしてくれないなら止める」という意識に変化していく上に、実際に契約をして利用する人々の経済的背景を考えて、低所得者よりも中位、高位の経済力を持つ高齢者に訴求対象を広げようになると、当然、サービス事業者側の提供するサービスの水準は次第に高まっていく。これが費用対効果の面で採算が合う限りは、徐々にサービス水準の高まりを示すようになる。特別養護老人ホームの個室化やユニットハウス化などといった課題は、施設水準に対する満足度が次第に変化することを示している。施設水準だけでなく、設備水準についても、行動の自由度についてもますますこうした工夫が必要になってくるだろう。

「高齢者モデル居住圏構想」の地域におけるこの問題の状況については、今後ヒヤリングを深めていく必要がある。

3 給付と負担のバランス

(1) 階層間格差度

既存の措置費で在宅サービスを利用して暮らしていた人が、公的介護保険制度では、利用料が払えず、在宅サービスが使えなくなったという声をどう評価するか。

保険料や利用料1割負担という現金支出は、低所得者にはかなり重たい負担であるといえる。そこで、自治体によってはいろいろな軽減措置を講じてこの状況を改善しようとしている。

保険料を所得階層に応じて加算と減額を行うという仕組みは、国の基準では5段階である。

- ① 老齢福祉年金か生活保護受給者(第1段階)は基準額に0.5をかけた金額となる。
- ② 世帯全員が住民税非課税(第2段階)は基準額に0.75をかけた金額となる。
- ③ 本人が住民税非課税(第3段階)は基準額に1.0をかけた金額となる。
- ④ 本人が住民税課税者で年間所得が250万円未満(第4段階)は基準額に1.25をかけた金額となる。
- ⑤ 本人が住民税課税者で年間所得が250万円以上(第5段階)の場合は基準額に1.5をかけた金額となる。

しかしこのような仕組みだけでは不十分だとして、65歳以上の、いわゆる第1号被保険者の中で低所得者を対象とした保険料負担の減免措置を講じているところは、山口県下で6市町村あるが、「高齢者モデル居住圏構想」の地域にはない。

山口県下でサービス利用料の面での軽減措置を講じている状況は次のとおりである。

- ① 措置制度のもとで、ホームヘルプサービスを利用していただいた人々に対する利用料の軽減(1割負担を3%負担に)措置は、山口県下の全市町村で行っている。
- ② 社会福祉法人によるサービス(介護老人福祉施設、訪問介護、通所介護及び短期入所生活介護)の低所得の利用者に対しては、軽減措置(1割負担を5%負担に)を講じているのは、平成13年9月末時点で14市34町村(85.7%)107法人(77.0%)であり、引き続き全市町村で実施する方向にある。
- ③ 市町村において独自に利用者負担の軽減措置(利用者負担の7割を助成)をしているのが、山口県では「高齢者モデル居住圏構想」の地域にある大島町と東和町を含む1市9町村である。

所得段階別第1号保険者割合(単位:%)

	第1分位	第2分位	第3分位	第4分位	第5分位
柳井地区	1.5	46.8	30.2	15.9	5.7
山口県	1.8	35.6	35.3	19.3	8.0
全国平均	2.0	31.3	40.9	16.3	9.4

全国は平成12年4月1日、山口県は平成13年3月

(3) 保険料補足率

低所得の高齢者が、保険料と利用料の支払いがかさむために、利用を自己抑制するようになったという声をどう評価するか。

こうした声はよくマスメディアを通じて聞こえてくるが、実際には、かなり所得の低い「高齢者モデル居住圏構想」の地域を含む柳井地区では、むしろ県全体よりも徴収率は高くなっている。

保険料収納率（単位：％）

	特別徴収	普通徴収
柳井地区	100	96.2
山口県	100	94.4

山口県資料平成12年度

(4) 施設入所率

在宅サービスを利用するより、施設サービス利用をする方が、家族介護者としては負担が軽いし、金額的にも得であるという判断から、特別養護老人ホーム入所希望増大による大量の待機者リスト、老人保健施設入所（および入所契約の延伸）および大量の待機者リストが生じたことを、どう評価するか。

日本の老人福祉政策は、基本的にまだ家族介護を何とか維持しようとする基本にたっているようである。そのために施設よりも在宅を重視し、ゴールドプラン以後も基本的には、在宅（居宅）サービス重視の基本線は崩していない。けれども、欧米の水準に照らしてみると、施設サービスへの移行はもっと進むのではないかという予想がなされている。

日本の場合には、「施設サービスと在宅サービス」あるいは「施設ケアと地域ケア」が対立的に捉えられる傾向があるが、既に欧米では、施設を限りなく在宅の水準に近づける工夫をしており、また在宅の高齢者の住環境をできるだけ施設なみの水準に高めるという方針がとられている。

「高齢者モデル居住圏構想」の地域では、在宅介護の極限状態にあり、その後はどうしても圏域外も含めた施設介護に依存しなければならない段階にあるのかもしれない。それだけに、広域的観点から長期介護が可能な複合型施設群の設置を検討する必要があるだろう。

「高齢者モデル居住圏構想」地域における介護保険サービス提供体制の状況
(平成14年2月1日現在)

居宅介護支援事業		17事業者	
居宅サービス	訪問介護	6事業者	
	訪問入浴	4事業者	
	訪問看護ステーション	2事業所	
	通所介護	10事業所	総定員170人
	通所リハビリテーション	2事業所	総定員20人
	短期入所生活介護	4事業所	総定員43人
	短期入所療養介護	2事業所	
	痴呆対応共同生活介護	1事業所	総定員9人
	福祉用具貸与	3事業所	
	介護保険施設	介護老人福祉施設	4事業所
介護老人保健施設		2事業所	総定員100人
介護療養型医療施設		0事業所	総定員0人

(5) 介護労働成熟度

福祉労働者が、使命観をもって働くのではなく、賃金労働観で働くように変わったと
いうことをどう評価するか。

介護が家族内にシャドウワークとして隠されていた状況を、公的介護保険制度によつて、介護労働の社会化(外部化)を確立することができたといえる。これまでの医療職種に加えて、介護に関わる介護福祉士やホームヘルパーや介護支援専門員などといったさまざまな職種が今では周知される状況になっている。こうして利用者の側での契約関係の確立は、介護労働についても雇用契約関係の確立を促すことになる。

これまでの地方は、農林漁業を基幹産業としていたために、農地基盤の整備を基本としながら、ダム建設、道路建設、公共施設建設、災害復旧工事などといった公共事業に依存していたために、農業者よりも団体職員と公務員と土木作業員が職業として突出する地域になっていた。そこに新しく公的介護保険制度に触発された福祉産業の活動があつて、福祉職の増大が見込まれるようになっている。

「高齢者モデル居住圏構想」の中では、こうした福祉人材の確保問題はあまり意識されていないようであるが、この労働は地域雇用型の典型的なヒューマン・サービスであり、着実に雇用数を生み出すものであるから、もっと教育環境、労働条件、労働関係、労働環境などの面で工夫すべき課題であろう。訪問介護員は「周防大島高齢者保健福祉計画」策定時(平成11年3月)には66人であったが、この地域を含む柳井地区では、平成12年6月1日で173人から平成13年6月1日の224人にまで増加してお

り、目標年次の平成16年の320人まで増やしたいとしている。居宅サービスの利用が伸びれば、その目標は達成されるであろうが、もし利用が増えなければ、目標値は調整されることになるだろう。他の施設職員、保健婦、看護婦、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員などといった職種についても、その就業状況の調査が必要になるだろう。

(6) 福祉産業成熟度

公的介護保険制度の指定事業者が、経営における費用対効果の観点から、事業を起こしたかと思うとすぐ撤退するというような不安定な状況を作り出していることをどう評価するか。

措置行政から規制緩和がなされて、社会サービスの分野にかなり多様な事業者がビジネス・チャンスを見出したことは事実だろう。しかし、公的介護保険制度の内容が分かるにつれて、過大な期待を寄せていた事業所は撤退や縮小を余儀なくされた。市場競争の原則からいって、こうした参入と撤退が繰り返される事は当然のことであるということがいえるが、事柄がヒューマン・サービスに関わることだけに、社会的責任の問題は重要な検討課題になるだろう。長期介護になる可能性が強いサービスでは、長期にわたるサービス保証をどのように確保するかが課題である。

「高齢者モデル居住圏構想」の地域でも、いくつかの新規参入の動きはあったが、伸び悩んだといえる。市場経済の成熟度が高い大都市などに比べると、この地域は市場活動自体がなかなか成立しにくい状況にあるといえる。本来ならば、久賀高校介護コースや介護実習支援センターなどは、福祉産業開発と結びつけなければならないものだろう。しかし、利用者側が利用料を支払ってサービス利用の契約をする傾向が強まらない限りは、こうした人材養成機関の卒業生を安定的に雇用する福祉産業の成立は難しくなる。税と保険料を市町村が保険者となって運営する時代を迎えたのであるから、地域内経済循環を図る上からも、できるだけ地元で支払ったお金とそれに伴う税が、地元で使われるように仕組みを整える事が自治体としての勤めであろう。さらに圏域外からの利用者を増やすことも今後は大いに検討すべき課題になるといえる。

(7) サービス資源配分率と保険料

社会資源の配置状況の影響もあって、単独の保険者としての市町村の間で、給付の差、負担の差が大きくなっていることをどう評価するか。給付の差、負担の差を嫌うがための広域連合設置という動きをどう評価するか。

ゴールドプランで、老人福祉の基盤整備を市町村の責務とするという方針が決まり、さらに市町村を公的介護保険制度の保険者とする方針が立った時から、市町村は自らの行財政力事情からみて、広域行政の取組みを推進する方向が決まったといえよう。福祉施設の設置や人材確保あるいは保険料徴収とサービス利用契約といったいずれの面で

考えてみても、小さく区切っているのは採算割れをきたす可能性が高く、大きくまとめて運営の方が採算を取り易いからである。

ともあれ、公的介護保険制度の導入前において、既にサービス資源は市町村ごとに大きくばらついていたといえる。病院系が強い市町村、老人福祉施設系が強い市町村、社会福祉協議会系が強い地域などの特徴によって、公的介護保険制度導入後のサービス利用料の見込みが異なってくる。病院系が強い市町村では、利用料単価が高いために、保険料設定の場合に、どうしても高めの設定をしなくてはならなくなる。公的介護保険制度発足直前の調査では、全国平均は月額2,885円、最高額6,204円、最低額1,409円であった。自治体の保険者としての自主運営を原則としながら、このような保険料の違いを平準化するためには、どうしても広域行政に取組まなければならない。しかし自治体で独自の老人福祉に重点的に取組む行政を展開しようとする所では、平準化に抵抗することになる。独自の福祉政策を講じてきた自治体が広域行政に取組む場合にも、いくつかの選択肢がある。一部事務組合、広域連合、共同事務などである。

「高齢者モデル居住圏構想」では、当初、要介護認定の業務関連に絞って共同事務を執るという体制をとったが、平成14年度からは広域連合に踏み込むことを決定した。公的介護保険制度の導入時には、各町で保険料の試算をすると、それぞれの違いが出ていたので、生活行動圏として一体的な4町の中で保険料が異なるのはどうかという疑問が出され、各町で足並みをそろえた保険料の設定をして始まったが、やはり次第に介護報酬の支払いに差が出てくるようになると、平準化した保険料を維持するためにも、要介護認定だけでなく、サービス提供管理まで含めた業務全般を取り扱う広域連合に踏見込まざるを得なくなったということもできるだろう。

4 利用者本位の医療・保健・福祉サービスをめぐる評価

(1) 利用者意向と家族介護者意向の一致度

利用者本位のサービス選択というが、実際に本人は入所をいやがっているのに、家族介護者が入所させたがって、入所待ちを大量に発生させている説をどう評価するか。

日本の場合には、この問題の解決はきわめて難しい。まず利用者本人の要介護度調査やサービス利用意志の確認が口頭で行われる時、できない状態であっても「できます」と答える傾向、利用した方がよいと思っても「まだいいです」と口癖のように答える傾向があって、日頃介護している家族からみてもどかしい思いをすることが多い。また利用者本人になりかわって、家族介護者がいろいろなことに意思決定する習慣がついており、サービス利用者も自分の意志をはっきりさせることなく家族の意志をもって自分の意志とする思考様式になっている人が多い。さらに多くの場合、家族の間で必ずしも判断が一致していない場合が多い。日常的に介護している家族員と、日頃は離れているが、サービス利用者のことを非常に気にしている家族員の間での判断の違いは、時としてサービス利用者本人の意思決定をさらに混乱させる。

また、公的介護保険制度の保険料が40歳以上から徴収されることになったために、実際に家族介護者自身も、保険料を払っているのだから、できるだけ有利なサービスを利用したいという考えになり、居宅サービスよりも施設サービスを選択する方を選ぶようになってきているともいえる。それは居宅サービスを中心にした制度にしたいというねらいからいえば、「設計ミス」であるという声もある。さらに施設サービスへの傾向を加速させたのが、特別養護老人ホーム入所は「申し込み順」とする方針が出されたことである。これは有力者の口利きや施設側の都合で入所を決めることを防止する目的で導入されたが、それならば、早めに入所を申し込んでおいた方が得であるという判断が働いたといえる。こうして入所待ち状況がいつそう加速したのかもしれない。

「高齢者モデル居住圏構想」の地域では、高齢化が著しいだけに、高齢者の単独世帯や老々介護の夫婦世帯が多い。したがって、本人の意思と家族の意思のすり合わせという前に、どうしても最終的には施設サービスに依存する傾向が強くなり、入所希望者は多い。しかしその需要に応じられるだけの資源が圏域内に備わっているとはいえない。また現在は高齢者が多くても、将来的には人口そのものが減少するから、あまり施設を大きくすることだけ考えると、それを維持することができない状況を将来に作り出してしまうことになる。そのために、現状でも多くの高齢者が圏域外の療養型病床群などに入院する傾向がある。

(2) モラル・ハザード度

介護サービスが、家族ではなく事業者によって担われるのが当然だという雰囲気を作り出し、インフォーマル・ケアが衰微しているという説をどう評価するか。

高齢者の介護は、基本的に個人の人生設計ということから考えると、自分が働ける時に働いて蓄積した信用と資金を使って、自分が働けなくなった老後を支えるということの基本原則とする。子供は成人するまでは親から支援してもらったのだから、子供が成人になってからは老親を支援することも基本原則である。だがそれは家族があつての話である。いろいろな事情でこの基本原則には合わない状況にある人々のためには、家族の有無に関係せずに支援する社会的な仕組みを作らなければならないというのも基本原則である。

人々はこの原則を、家族というインフォーマルな関係の無限連鎖の中で継承するのか、それとも法の制定と税負担に転嫁するか、あるいは限定交換による市場経済に委ねるかは、自由な選択ではある。しかしどの道、それなりの負担はしなければならないのである。負担を税とするのか、利用料とするのか、それともアンペイド・ワークで行うのかは、選択の問題でしかない。しかし一切の自己負担を免れて、サービスだけを利用しようという考え方が生まれるとすると、それはモラル・ハザードとなる。公的介護保険制度では、こうした動きはどこかでチェックする必要がある。

要介護（支援）認定者に対するサービス受給者の割合（単位：％）

	居宅サービス受給者	施設サービス受給者	全受給者
岩国	51.7	31.6	83.3
柳井	46.7	32.0	78.7
周南	53.7	30.3	84.1
防府	44.0	31.3	75.2
山口	49.7	33.4	83.1
宇部小野田	46.6	31.5	78.1
下関	47.2	29.4	76.6
長門	54.6	29.6	84.2
萩	43.1	33.4	76.5
県・計	48.5	31.2	79.6
全国	51.9	24.8	76.7

山口県：平成13年3月利用分。全国は平成13年1月利用分（暫定値）。

「高齢者モデル居住圏構想」の地域では、もともと欲求の自己抑制が強い人々が多い地域であり、なお遠隔地にいる家族や近隣の互助が強く機能しているので、高齢化している割には、国民健康保険の一人当たり医療費は、これまで必ずしも高いというわけではなかった。この地域を含む柳井圏域では、公的介護保険制度導入後、要介護（支援）認定者に対するサービス受給者全体の割合をみても山口県内の他圏域に比較して、必ずしも高くないことが分かる。しかし、居宅サービス受給者と施設サービス利用者の割合

をみると、後者の方においては、やや全国水準よりも高い利用となっており、子供の世代と別れて暮らす一人暮らし老人や老夫婦世帯が多い地域の特徴と考えることができる。この地域では、全体としてはモラル・ハザードは大きな問題にはなっていないといえる。しかし今後は、一人当たり介護給付費の平均・分散・標準偏差などを分析して、異常値を点検する作業が必要になるだろう。

(3) サイコ・ソーシャル・サービス水準

介護は専門サービス以外の「家族の愛情」、「地域の見守り・助け合い」によって支えられていることの再確認をする元高槻市市長の発言があったことをどう評価するか。

公的介護保険制度の導入時、過剰ともいえるいろいろな期待がかけられていたが、次第にその設計上、バイオ・メディカルな性格が浮き彫りになってきたといえる。それは、ADLの低下した高齢者（特に寝たきり老人を想定）に対して身体的介護を行うのに必要な時間という考え方で、要介護認定調査の枠組みが設計され、ケア・アセスメントがなされ、介護報酬額の設計がなされてきた。そのことが明らかになるにつれて、これまで介護に携わってきた現場からは、介護はバイオ・メディカルなサービスであるよりも、サイコ・ソーシャルなサービスであるという声があがったが、それは公的介護保険制度外のサービスとして基本的には別扱いにされたといえる。そして、職を辞して妻の介護に専念するという道を選んだ高槻市の元市長の発言は大きな波紋を投げかけた。

だが、公的介護保険制度がバイオ・メディカルなサービスを中心に設計されたこと自体は決して間違いではない。社会的入院を解決するためには、医療サービスとの接点を明確にするためにも、一旦「医療と介護」の棲み分けと移行を円滑に行わなければならないからである。しかし他方で、サイコ・ソーシャルなサービスの問題をどのようにしていくのかという問題は残ったままである。その担い手は、家族なのかそれとも他の誰かなのか。そのサービスに対する費用弁償は、税で行うのか、ボランティアで行うのか、それともなにかそれらとは別の方法で行うのか。こうした工夫は、まさに地域の独自の取組み分野として残されているといえるだろう。

「高齢者モデル居住圏構想」では、若者の流出で、親子の支援関係が日常的には難しくなっている現状を踏まえ、金銭的にも貧しい状況を考えて、ボランティア活動に依存せざるをえないという判断に立っている。そこで、地域の支え合い活動を活性化するための「サロンづくり」に力を入れている。それは、高齢者がグループをつくって、お互いに寄り集い、情報交換しあう場を設営するものである。そこに県庁職員や郵便局員、JAや商工会や企業などのボランティア活動が結びつくように仕掛けよとしている。高齢者のサロン活動については、それなりの効果が現われている。今後は各種ボランティアのネットワークづくりの段階に入るので、その効果を見守る必要があるだろう。

(4) 逆選別度

利用者本位といいながら、逆に事業者側が、経営戦略の観点から利用者を選別する傾向を強めている（待機者リストから入所者を選択する基準）ことをどう評価するか。

措置制度から契約制度に変わって、利用者本位の原則が謳われたとしても、実際には需要と供給の間に均衡がとれているわけではない。それは実際の需要と供給のせめぎあいの中から自然に変化していくというのが、市場の論理である。措置から契約に変わったといっても、なお公的介護保険制度の下での社会サービスは、擬似市場でしかない。サービス事業者の自由な価格設定ができないからである。そして、施設サービスについては、なお参入の自由が制限されていることもあって、需要に供給が追いつかない「待機者」の存在が大きく取りざたされる。そしてその問題进行处理する時に、順番待ち優先という原則が出されている。しかし要介護度認定や、ケア・アセスメントという過程を踏んでいることを考え、本来の市場という性格からいえば、サービス事業者側にも選択の自由は保証されるべきかもしれない。供給側が少なすぎるものが根本的な問題であるといえるだろう。ただ、市場の原理に委ねると社会的弱者問題が生じることは当然なので、この問題をどう解決するかは、再び行政措置に跳ね返ってくる。

「高齢者モデル居住圏構想」では、この問題を真正面からとらえることはしていない。しかし、公的介護保険制度という現金が回る仕組みを構築したことで、かえってこの地域の住民の低所得性が浮き彫りになり、行政措置を発動しなければならない事態が進行することも懸念される。今後注意深く見守るべきことだろう。

5 社会的入院の解消についての評価

社会的入院を是正するとしながらも、なお老人医療費が増加を続けており、要介護度の高い利用者を囲い込む医療機関系の公的介護保険制度指定業者があり、家族介護者もなお医療系を選択する傾向があることをどう評価するか。

この問題は、なお医療制度改革と密接につながっているために、公的介護保険背戸単独では解決できない問題であるが、徐々に医療機関の側から、変化が見られている。医療保険と公的介護保険の適用ベッドの再配分や、医療費の丸め、標準入院期間の設定などといった改革が取組まれて、これまで入院していた高齢者が退院や、地域医療への移行を方向づけられている。しかし入院希望者の意識の問題がある。家族で介護できない場合は、「入院させております」という常套句を当然と考える状態が続く限り、社会的入院問題はなくなる。医療保険が効く入院の方が、自己負担が安く上がるということがある限り、利用者側が入所や居宅サービスを受けるよりも入院を希望するという行動パターンは変わらないだろう。その意味では、「医療と介護」の区別、「治療施設と生活施設」の区別をはっきりさせることは、サービス供給側だけでなく、サービス需要側の意識変革を必要としている。

「高齢者モデル居住圏構想」の地域では、入院の場合には圏域外の病院を選択する傾向が強く、特に長期入院をする場合には、他所に出る傾向があった。このような高齢者の移動の問題をどう評価するかは、さらに検討すべき課題であろう。

この地域のように、居宅サービス利用が限界にあるところでは、社会的入院の代替として、生活施設への入所が進められるべきであろうが、これらも現在の特別養護老人ホームのベッド数を増加させるという数量的な問題とあわせて考えるべきは、その多様な展開である。長期介護の継続性から考えて、住み慣れた自宅における在宅介護から、有料老人ホームや軽費老人ホームやケアハウス、高齢者生活福祉センター、シルバーハウジングへの転居と、入居者の状態に合わせてそれらの施設のユニバーサル・デザイン化を図ることなど、これからは住生活環境整備の問題、今後の他所からの入居者の動向予測などといった新しい課題を考える必要が出てくるだろう。

小川全夫

(九州大学大学院人間環境学研究院)

ようにサービス事業者による競争状態が生じているとは言い難い。現在のところ、複数のサービス事業者から選択してサービスを利用するという状況にはいたっていない。

第3節 要介護認定システムの広域的实施

介護保険制度実施当初から大島郡では4つの町が、介護認定審査会を共同設置し、周防大島高齢者モデル居住圏構想推進室事務局がその事務にあたり、要介護認定を広域に行っている。広域的な実施の利点として、次の2点があげられる。介護認定審査会の適切な実施が可能となるといえる。

- ① 特に精神科医師等専門職等の人材の確保が可能となる。
- ② 会議の安定的実施回数の確保でき、認定に要する時間が減少する。

周防大島では、特にテレビ会議によって、4つの町にまたがる広域での介護認定審査会が実施されている。特に「ペーパーレス」が実現され、それぞれの審査員の意見は、デジタル化されテレビ会議のディスプレイ上に表示される。そのほか、「1.5次判定」と名付けて1次判定資料を参考にそれぞれの審査員が事前に2次判定の意見を提出する方法をとるなどとして介護認定審査会の適正な実施に独自の工夫が行われている。

テレビ会議によって、各審査員の移動時間が縮小され、「1.5次判定」によって会議が合理的に実施されているが、テレビ会議システムの設備費用、端から端までの移動に1時間程度の地域において移動時間の短縮がどれだけ効果的であるのか、あるいはテレビ画面をスクロールしないと個人情報全体の全体像をみることができないなどの技術的な問題が感じられるデジタル化の是非など総合的に判断する必要があると考えられる。

第4節 保健医療福祉の専門職の研修における広域的取り組み

良質な介護サービス並びに介護支援事業の供給に関する公的支援の広域的实施は、郡社会福祉協議会、とりわけ大島社会福祉事務所に設置された地域福祉専門員による専門的支援が大きいといえる。昭和50年から大島社会福祉事務所には、地域福祉を専門に担当する職員が配置され、のち地域福祉専門員という名称で、2～3年の人事異動があるものの、相当な経験を有する福祉専門職が今日まで、郡内の地域福祉推進に大きく寄与している。(若尾半蔵「山口県における地域福祉」『日本の地域福祉』第2巻1988)

継続的な郡単位の研修会等の実施例

- ① 首長とのモデル居住圏事務局、県福祉事務所との政策協議
- ② 各町保健福祉職員と福祉事務所・保健所との連絡、調整
- ③ 介護支援専門員の組織化と研修

Ⅶ. 周防大島高齢者モデル居住圏構想と過疎高齢社会の福祉

第1節 はじめに

山口県大島郡の4つの町で構成する周防大島は、日本一の高齢化率の町東和町に代表されるように過疎化・高齢化という地域特性を有する。この地域での高齢者福祉の課題を考える場合、一つに公的な福祉サービスの供給についての課題、とりわけ介護保険制度実施の状況のあり方、二つに多くの元気な高齢者の生きがいや健康の進展、援助の方法が問われるといえる。

住民は過疎高齢という地域社会にあるからこそ、地域の問題を敏感に受け止め、旧来の住民関係も寄与し、相互に扶助すると考えられ、こうした実践を多々みることができた。ここでは、公的な福祉サービスの供給のほか、住民相互の活動が地域の生活課題解決に寄与していることなどを周防大島高齢者モデル居住圏構想との関連で述べていく。

第2節 介護保険制度広域的運営

周防大島における介護保険制度実施にあたっては、周防大島高齢者モデル居住圏構想推進室事務局が中心となって、4つの町の介護保険制度の広域的な実施を推進している。

介護保険制度における広域化とは、介護保険制度上、保険者は市町村と原則としているため、複数の市町村にまたぐ地域で介護保険制度を実施することを意味する。

介護保険法における広域化とは、次の4つの次元が考えられる。1番目に、介護サービスの広域利用について、2番目に要介護認定システムの広域的取り組みについて、3番目に良質な介護サービス並びに介護支援事業の供給に関する公的支援の広域的実施について、4番目に介護保険制度運営の広域化（保険者の広域化、広域的財政安定制度）があげられる。

周防大島では、2番目の要介護認定システムの広域的取り組みを平成11年度の制度発足当初からと4番目の介護保険制度運営の広域化（保険者の広域化）を平成14年から実施している。

3番目の良質な介護サービス並びに介護支援事業の供給に関する公的支援の広域的実施について、次々節にあげる柳井健康福祉センター第2福祉部（大島社会福祉事務所）とそこに事務局を置く大島郡社会福祉協議会が広域的研修を行っている。

1番目の介護サービスの広域利用については、今回特に詳しい調査を行っていないが、施設サービスにおいても居宅サービスにおいても大島郡内のサービス事業者がサービス提供を行っており、本上からのサービス提供事業者の進出はない。都市部にみられる