

- 12) Maslach,C.,1976” Burned-out human behavior” 5(9):16-22
  - 13) Maslach,H,&Jackson,S.,1981”The measurment of experienced burnout.”Journal of occupational behaviour 2:99-113
  - 14) 田尾雅夫,1989「バーンアウトーヒューマン・サービス従事者における組織ストレスー」『社会心理学研究』4(2):91-97
  
  - 15) 久保真人・田尾雅夫,1991「バーンアウトー概念と症状、因果関係についてー」『心理学評論』34(3):412-431
  - 16)Maslach,C.,& Jackson,S.E.,1984 "Patterns of Burnout among a national sample of public contact workers." Journal of Health and Human Resource Administration,7:189-212  
Pines,A., Aronson,E., & Kafry,D.,1981 ” Burnout:From Tedium to Personal growth.” Free Press
  - 17)田尾雅夫,1980「看護婦におけるプロフェッショナリズムの態度構造」病院管理 Vol.17 No.4:43-50
  - 18)田尾雅夫,1989「バーンアウトーヒューマン・サービス従事者における組織ストレスー」『社会心理学研究』4(2):91-97
  - 19)田尾雅夫・久保真人, 1996 『バーンアウトの理論と実際』誠信書房
-

資料 1

24時間ホームヘルプサービス利用者への聞き取り調査票

利用者氏名：\_\_\_\_\_ 年齢：\_\_\_\_\_

家族構成：

病名・身体状況：

24時間ホームヘルプサービス利用期間：

他の利用サービス：\_\_\_\_\_ 介護認定：\_\_\_\_\_

<利用に至る経緯>

- ・ 利用以前に24時間ホームヘルプサービスがほしいと思ったことがあったか
- ・ 24時間ホームヘルプサービスのことを誰から（何から）知ったか
- ・ 利用以前の利用者・介護者の身体的・社会的・心理的側面
- ・ 利用以前の介護の実態（どのようなケアを行っていたか）
- ・ 利用開始に対するためらいや不安はなかったか
- ・ 利用を決めたきっかけは何か

<利用状況>

- ・ サービスの内容（安否確認・オムツ交換・医療機器の作動確認等）
- ・ 利用する時間帯・回数
- ・ 利用料について
- ・ 鍵の管理
- ・ 他に利用しているサービスとの関連
- ・ サービス提供者に対する印象（連携等はできているか）
- ・ 利用によって楽になったこと

- ・ 利用によって心配になったこと

- ・ 知人への紹介

#### <ホームヘルパーに対する要望>

- ・ ケア内容に満足しているか

- ・ ヘルパーが変わるとケアの内容が変わるようなことはないか

- ・ 利用者の意見を言いやすい環境になっているか

#### <在宅療養に対する不安>

- ・ 急変時の対応

- ・ 介護者自身の身体に対する不安

- ・ 機器管理に対する不安

- ・ 経済的不安

---

## 第9章 周防大島高齢者モデル居住圏構想と福祉分権的多元主義

### 第1節 増大する地方自治体の福祉需要

周防大島高齢者モデル居住圏構想は、周防大島が高齢者の多い地域であることに即している。実際、日本における人口構造が多産多子型であったときの福祉需要は、今のような少産少死型段階のそれとは異なっていた。したがって当時の福祉需要に対応するためのサービス提供の体制からの脱皮を図らなければならない。特に公的サービスによって福祉需要に対応する体制は、福祉国家をうたっていた国々においても修正を余儀なくされている。脱福祉国家の試みは、その中央集権的体制から地方分権的体制へ、および一元的サービス供給体制から多元的サービス供給体制へとという分権的多元主義へと向かっている。周防大島における高齢者モデル居住圏構想もまたそうした性格を有している。

福祉について分権的体制を整えるという流れは、ゴールドプランや公的介護保険制度といった要介護高齢者福祉の分野で特に進んだといえる。しかし福祉需要は、要介護者だけでなく、健常者からも発生する。また、高齢者だけでなく、また障害者・児童・失業者・外国人だけでもなく、あらゆる人々からも発生する。周防大島では高齢者に的を絞った構想を打ち出しているが、それは決して高齢者のみを対象にはしていない。

要介護高齢者を対象にした福祉需要に応えるために、共同事務から広域連合そして自治体合併へと進んでいる周防大島の過程は、分権的体制を整える上で、必要なことがなにあるかを示している。以前のように中央集権的な体制の中において、市町村は末端行政と位置づけられていたが、現在では市町村は都道府県や国と対等な位置にある。しかしそれは法的な位置づけであって、現実にもそのような機能を果たせる行財政力があるかどうかの問題になる。要介護高齢者に対するサービス提供の財源を公的介護保険という新しい制度の下で、市町村を保険者としたことで、少なくとも財政基盤は整備されたが、運営する行政力の面からいえば、これまでのような小さな自治体の枠組みでは、社会保険運営が不安定になるので、支払い対象になる数に比べて保険料を支払う被保険者の数をできるだけ多くすることが肝要である。それは広域連合や合併へとという方向に向かうことを意味している。

高齢者から生じる福祉需要は、公的介護保険制度で、すべて対応できるものではない。どこの自治体でも一般税を使った高齢者福祉サービスを講じている。周防大島でも、高齢者モデル居住圏構想に基づいて、公的介護保険制度ではカバーできない領域の需要に対応する事業を各種講じている。

そして、2002年度からは社会福祉法に基づいた市町村地域福祉計画を策定する時代に入り、高齢者だけでなくすべての住民から発生する福祉需要に応える体制づくりが方向づけられるようになってきている。広域合併の論議と重なったために、市町村地域福祉計画策定ははかどっていないところが多い。特にこの計画策定にあたっては、住民参加を義務づ

けていることもあり、外注してすますということができないので、市町村職員は腰を落着けて、その作業に従事できる環境にないという声がある。周防大島でもその例にもれず、市町村地域福祉計画を策定する作業は遅れているが、新町における課題になるだろう。

市町村行政は、計画を策定するとしても、実際の福祉需要に対応したサービスを提供するにあたっては、一元的に公共サービスとして提供するのではなく、多角的にさまざまな非営利組織や営利企業などが競争的にサービスを提供できる条件を整える方向にある。公的サービスの提供が、とかく「措置行政」として、サービス利用者にとっては屈辱的な扱いにさらされることへの批判を込めて論じられる傾向にあるので、これを解決するためには、サービス利用者と提供者の「契約」に基づくサービス利用を増進すること以外にはない。公的介護保険制度の導入とともに、NPO法が導入され、公的介護保険の介護報酬の対象となるサービスを提供できる組織は大幅に拡充されたことは、このような「契約」によるサービス分野を確立するためであった。

しかし、これまでは公務員が措置にあたって、サービス利用者の審査を行っていたが、契約ということになると、サービス利用者が供給者と対等な関係の中で契約できるかどうか重要な問題となる。そこで、ケア・マネジメントという業務を専門的に担って、サービス利用者を支援するケア・マネージャー（介護支援専門員）という職制を新たに設けることになったのである。このことは、福祉需要に応えるサービス供給を多元化することと同時に、それを担う人間の責任を公務員型から専門職型へと転換する意味を含んでいる。日本における福祉の分野では、医療の分野に比べると、専門職制度が著しく遅れており、福祉業界では長い間、専門職の確立に向けて努力をしていたが、医療業界との関係や公務との関係で、なかなか認められずにきたといえる。ところが、公的介護保険制度の導入に際し、ケア・マネージャーという職制を敷いたことで、業務独占型の新しい専門職が成立したのである。これには医療職をはじめとして、かなり多様な基礎専門資格に基づいて、一定の試験と実務研修の後に、都道府県知事から認定を受けることになっている。

しかしながら、アメリカにおけるケア・マネージャーは、基本的には大学院修士課程以上を修了した者に与えられる資格であるのに対して、日本では実務体験を条件として考えざるを得なかった。日本では、社会福祉の専門職養成が著しく遅れていたのである。そこで、完全な福祉の専門職を育成するのは間に合わないとして、いわば準公務員（たとえば自動車学校の教官）と同じような発想で、ケア・マネージャーを認定するという便法が取られたといえる。ケア・マネージャーが専門職としての力量を高められるかどうかは、現在さまざまな面で問われているところである。山口県では、公的介護保険研究大会を設置して、医療事業者から福祉事業者まで網羅して、ケア・マネジメントの力量を高めるための努力をしている珍しい県であるが、周防大島地区でも、ケア・マネージャーの研究会組織ができあがっている。ケア・マネジメント学会も設立されたこともあり、今後は学会が専門職の力量向上に責任を負うことになる。

## 第2節 高齢者モデル居住圏構想と市町村地域福祉計画策定

### 1 地方分権の現段階

地方分権のさきがけとして、ゴールドプラン以降、高齢者保健福祉計画策定、そして福祉関係8法の改正へと、高齢者対策は市町村の責務とされてきた。そして要介護老人対策の財源として、公的介護保険制度が導入され、市町村はその保険者になることで、今の体制が作られた。

この過程で、絶えず問われたのは市町村の力量であった。特に町村は、市と違って行政力が弱く、これまで福祉行政の多くを都道府県に依存していたこともあって、なかなかこの地方分権時代に対応するところが難しかった。高齢者保健福祉計画を外部のコンサルタントに丸投げしたと批判される事態を招いたところも多いが、それは、なによりも、それまで町村として独自に福祉計画を担える体制が整えられていなかった結果である。

公的介護保険制度が導入されても、これは社会保険であり、保険料と介護報酬の支払いのバランスが崩れたならば、保険料の問題として跳ね返ってくるので、あまりにも人口規模が少なく、高齢者の比重の高い自治体では、いつもバランスの不安を抱えることになる。周防大島が公的介護保険制度の導入にあたって、広域的な取り組みを始め、広域連合にまでたどり着いたのは、社会保険を安定的に運営するためであったといえる。

広域連合は、これまでの事務組合と違って、ある程度市町村を超えた権限を発揮できる体制として法的な整備が行われたのであるが、しかし、それでもなお市町村の屋上屋を架す組織になるという面は整理できず、財政の逼迫する公的部門においては、ついに広域連合を超えて、広域合併を推進する方向へと転換されたといえる。広域合併に反対する市町村の中には、広域連合で広域的な業務を処理すればよいという考え方のところもあるが、実際には、事務手続き上、広域連合ではあまり合理化が進まないという反省の上で、合併へと進んできたという歴史的展開を無視することはできないだろう。

しかし、こうした合併論議は、行政の効率化を図る動きであり、決して住民自治を確立する動きと必ずしも一致しないかたちで、論議されていることが多い。団体自治としての事務の合理化と地方分権の受け皿としての力量向上を目指す行政の立場は、住民自治の入れ物としての自治体を再編するという草の根の民主主義の立場とは、同床異夢の合併論議となる。いずれにしても、周防大島のように、広域連合を経験した上で、合併へと進んだところでは、行政の効率化という面では、広域行政に効果があるという確証を得たことであろう。

残された課題は、したがって、住民自治という課題である。組織としては地域審議会のようなものを核として、住民自治の新しいいれものをつくるべきだという声があるけれども、そのような経験を持っているところは多くない。したがって、これからの地方自治を考える場合には、住民自治の観点からすべてのことがらを再点検する必要が出てくる。

## 2 地域福祉の現段階

もう一方で、平成13年の社会福祉法によって、市町村が地域福祉計画を地域福祉計画を立案するという方向が打ち出された。しかし市町村地域福祉計画を立てるまでの猶予期間が2年置かれたにもかかわらず、ほとんどの自治体は、十分にこの計画を策定する準備に入ってはこなかった。またこの計画にあたっては、住民参加で策定することが謳われているが、逆にそれが重荷となって、合併を前にして業務量が増えている地域では、立案そのものを後回しにされる傾向があったのではないかといえる。地域福祉計画といえば、これまで市町村社会福祉協議会が取り組んできた計画であった。しかしこれからは、市町村が、税を背景にして責任をもった事業を展開するためには、法に準じた計画を策定することが必要になっているのである。

地域福祉のニーズも、それぞれの地域で多様な展開を示していると考えられるので、周防大島のようなところでは、なによりも、高齢者に関わる問題が強く現れるであろうが、むしろ高齢者が多数派になった地域においては、次世代育成の問題や、資産管理の問題など他の世代とのバランスをとる行政が工夫されなくてはならないだろう。

これらの多様な問題を福祉の対象として取り組むということになれば、なによりも、まず住民自らが、それに気づき、取り組みを始めるという展望がなければならない。場合によっては、アドボカシーを発揮する関係者を戦力として組み入れなければ、計画が効果をあげることはないだろう。また住民や関係者は、ただ意見を述べるというだけでなく、事業の実施団塊においても、ボランティアとして関わるといった積極的な対応が求められることになる。行政職員は、住民や関係者との連携を強め、協働するといった姿勢を示さなければならなくなる。

市町村合併に絡んで、住民自治組織をどのように作り上げるかという問題と絡んで、住民の日常生活にもっとも近いところにある地縁組織とともに、ネットワーク型でつながっているボランティア集団やNPO（民間非営利組織）などの組織なども入れた、つまりコミュニティ型組織とアソシエーション型組織の有機的連携を図る体制づくりがきわめて大きな関心事になりつつある。

市町村地域福祉計画の策定については住民参加で行うこととなっているが、その住民参加という方式が、高齢者の多い周防大島のような地域では、どのようにして可能なのが問われなければならない。「高齢社モデル居住圏構想」では、当初から住民参加型をめざしてきたが、なかなか地域福祉計画を立てるところまでにはいたらず、「島づくり研究会」の活動も、いま一步という段階で届かなかったことは、後期高齢者の多い周防大島における地域福祉計画の立案方法についての課題を提起していると考えてよいだろう。

合併論議が職員の地域福祉計画策定にむけての熱意をそぐものであるという考え方もあるが、むしろ地方分権の受け皿になった市町村が住民分権へと動けるような根拠づくりとしての市町村地域福祉計画を立てることが必要になっているという見方ができる。

### 3 住民参加の種々相

住民参加と言われている言葉は、participation、collaboration、involvement、inclusion などといわれる概念と重なり合っている。なぜ、このような概念が打ち出されたかといえは、現代社会が、いろいろな意味で、人々を排除 exclusion する状況があり、それが、ひとびとの不活性化 inactivity 状況を生み出しているという危機意識があるからである。

そうした排除が、計画立案の段階から生じているという認識に立てば、計画が本当に住民の各界各層、老若男女の考え方を十分に羽翼しているかどうかを確かめることが不可欠である。これまでの計画づくりでは、それに参加する人々が、一部の壮年男性に偏っているということになれば、それは決していい計画にはならないと考えるのである。したがって、場合によっては大人だっけでなく、子供の声が反映するような計画づくりでなければならないということになる。

しかし、実際には、子供の声をどのように汲み取るかということになると、それなりに子供の参加できる手法を開発しなければならない。また住民といっても、フルタイムの住民だけでなく、パートタイム的な住民もおれば、そのサポーターの意見も無視することはできないだろう。職員にしても、これまでのように、係に縛り付けられた業務を行うのではなく、現場に対応して、機動的に対応する地域担当型の業務を担うことだって必要になるだろう。

計画策定の参加者を募る方法としては、研究会募集型、部会割当型、ニューリーダーへの諮問型、ずぶの素人登用型、全員参加型、現場ワークショップ型などいろいろな工夫がなされている。いろいろな方法で、住民が気づいていることをみんなで共有し、その裏づけデータを収集し、それを処理して、取り組むべき課題を発見し、概念化するといったことが作業となる。

そして、その課題解決のために、お互い何ができるのかを考え、仕分けをして、分担することになる。それが協働の手がかりになる。何事においても、自分だけでできることには限界があると謙虚に受け止め、それぞれの得意分野で力を発揮してもらうことを懇請し、一緒に取り組むという姿勢が大切になってくる。

とかく住民参加といっても、「やらせ」ではないかという批判が寄せられることがある。しかし住民参加には、それなりの段階があり、もちろん「やらせ」に近い段階もあるが、最終的には自主管理にまで及ぶものである。周防大島における高齢者の中には、「とんぼの会（定年婦農者の会）など、既に自主管理にまでいたっている人々もいるが、まだ多くの人々は、参加の糸口をつかめずにいるのかもしれない。周防大島出身の民俗学者故宮本常一氏が、晩年ここに開設した郷土大学のような動きが、最近ようやく復活しようとしている。これからの動きは、住民が行政職員と専門家と一緒にあって、高齢社会に暮らしを維持できる社会づくりをめざすことに弾みをつけるものであってほしい。



## 参加のレベル

---

- 情報提供Inform 情報を供与する
- 協議Consult 市民の反応を分析し、解決策や意思決定に活かす
- 関与Involve 市民に働きかけて理解と配慮を深める
- 協働Collaborate 市民をパートナーとする計画立案から実施まで
- 権限付与・励起Empower 意思決定できる市民育成

## 子どもの参画

---

- 操られる→お飾りにされる→形だけ→仕事の割り当て、しかし情報なし→情報を得て意見を述べる→大人がしかけ、子どもが決定する→子ども自身を取りかかり、子どもを指揮する→子ども自身を取りかかり、大人と一緒に決定する

## 参加の諸形態1

- 討論集会 Charrette
- 継続的会合 Visioning
- 自由論議 Brainstorming
- 諮問委員会 Citizen's Advisory Committee
- 聴聞会 Focus Group
- 決定のための会議 Task Force
- ホットライン Hot Line

## 参加の諸形態2

- メイリングリスト Mailing List
- 意識調査 Opinion Survey
- 代表者聴聞 Key Person Interview
- 公聴会 Public Meeting/Hearing
- 現場視察 Site Visit

### 第3節 公務員と専門職と住民の協働

さて、市町村地域福祉計画の時代になったからといって、それが、市町村職員が直接公共サービスを提供して新しい福祉需要に応える体制を目指すのではなく、分権的多元主義といえるような方向に動くものだとすれば、公務員と専門職と住民の役割分担と協働があらためて問われることになる。

公務員はあくまでも法律、条例に基づいて税を用いて、正義を公平に課題を解決しようとする倫理で動く。これに対して専門職は、あくまでも専門的知識や技能を用いて、現場の課題解決を優先しようとする倫理で動く。前者は普遍主義、後者は個別主義的な価値基準に従っている。また住民参加でいわれるところの住民は、偉大なる素人として、共感や信頼に基づいて課題を解決しようとする。

これら別々の倫理に基づいて行動するセクターが、相互に協働できる可能性はあるのだろうか。

専門家間の連携については、高齢者介護に関してケア・カンファレンスを設けて、家族介護者まで交えて協議する場面を設けているところも出てきてはいる。この面での課題は、専門職にとってみれば、分業の上に成立している専門性の存在理由を超えて、ジェネリズムの領域にどう踏み入るかというコミュニティ・ワークの戦略が問われることになるであろう。専門職は、業務を独占した責任を果たすことが求めるが、クライアントからいえば、専門職間でたらいまわしされる解決方法ではなく、臨機応変に適切な処置をしてもらえ解決方法こそが望ましいのである。

また、公務員は自らが直接的にサービスを提供するのではなく、各種の民間事業者が適切にサービスを提供することができるようにガバナンスを発揮することが求められる。行政職員はこれまでの守備範囲を縮小することになる。そして直接的なサービス提供ではなく、間接的な関与に専心することになる。特に合併後の公務員の役割については、住民自治組織の再編と関連して、チームによる小地域担当制度を進めなければならなくなるだろう。イギリスでは、この体制をパッチ・システムという。

また住民は、自己都合が勝るボランティアという活動を超えて、一定の責任を果たすボランティアという領域をどう引き受けるかといった動機づけが問われるだろう。

そこで、専門職は住民の生活上の必要と地域政策立案者の仲立ちをするアニメーター（活気を与える人）としての役割が大きくなると考えられる。分権的多元主義はこうした動きをはらんでいる。

昨年度の調査の結果からみて、周防大島では、公務員・保健福祉専門職相互に人口の少子高齢化についての認識は共有してはいるものの、高齢者モデル居住圏構想の事業評価があまり高くなかった。これは構想がそもそも現場感覚を反映していたのかどうか問われているといつてよい。今後の合併後には、ますます専門職の現場感覚が、住民の生活に即して問われるようになり、そこから政策にも反映するルートを構築しなければならないだ

ろう。特に専門職の殻に閉じこもっているのは、人口高齢化に伴う生活の全般に関わる需要の動きに対応することはできない。高齢者モデル居住圏構想が、通常の保健福祉行政からは一歩踏み出た総合的な地域政策を目指していたことから考えると、まだ周防大島の専門職群は、十分に期待にそっている状態であるとはいえない。この状態では、市町村地域福祉計画を立案するときに、住民参加を得て、専門職の支援を付加しながら行政計画にまで練り上げるという作業は、なかなか実施が難しいといえる。

またこれまでは高齢化社会の課題といえば、寿命の伸びに注目していたが、現在では健康長寿という考え方から健康寿命の測定に関心が移っている。そして今後はさらに生涯現役社会づくりへと向かう動きにあるので、専門職はこの流れに即して住民の支援をしなければならなくなる。そもそも在宅介護を重視したゴールドプランや公的介護保険制度が、なお施設入所に傾斜している状況は、ケアプランの立て方の上でも課題が突きつけられていると考えてよいだろう。

ともあれ分権的多元主義の理念の成否は、専門職のアニメーターとしての役割が発揮できるかどうかにかかっている。絶え間ない研修が必要である。

## 第10章 専門職、行政職の保健福祉サービスに対する意識

### 第1節 問題の所在

高齢化の進行の著しい山口県大島郡において、高齢社会を先取りした島づくりを進め、高齢社会のモデルとなる「高齢者モデル居住圏」の形成を図るため、山口県は1998年3月に「元気・にこにこ・安心」の島づくり構想である「周防大島高齢者モデル居住圏構想」（以下、モデル居住圏構想と省略）を策定した。

本研究は、このモデル居住圏構想が公的介護保険制度の実施や地方分権、広域行政の推進という状況のなかで、いかなる課題に取り組み、どのような成果をあげているかを、福祉領域の動向を中心に評価することを目的としている。そのため、福祉、保健、医療等の専門職、行政職による高齢者モデル居住圏構想および保健福祉サービスに対する評価意識の実態を明らかにすることを目指して、大島郡内の専門職、行政職に対する意識調査を実施した。調査概要については、すでに昨年度の報告書にまとめられている（小川 2003）が、こうした専門職、行政職を対象とする調査は、次のような問題意識に基づいている。すなわち、「専門職が、地域の高齢者の生活に密接に関係しており、安心感のある生活を地域社会において継続するにあたって重要な役割を果たしている」ことをふまえ、「マクロな地域施策としての高齢者モデル居住圏構想を、日常の住民（高齢者）生活に対して媒介する機能を担う機関、人材として、これらの専門職を位置づけ」、こうした「専門職の評価水準を把握することによって、高齢者モデル居住圏構想の地域社会への波及のプロセス、また円滑な展開と効果を促進するにあたっての課題等の解明」（高野 2003:37）が期待されているのである。

そこで、本章ではこうした問題を検討するための手がかりとして、専門職、行政職の保健福祉サービスに対する意識、評価などと各属性との関連についての記述を試みることにしたい。

### 第2節 調査の概要

#### 1 調査対象機関等の概要

調査は大島郡内の保健、医療、福祉専門職、および役場職員などの行政職を対象として下記の通り実施された。調査票の配布対象機関等は、昨年度の報告書に示した通りである。なお、調査票の配布回収にあたっては、山口県大島社会福祉事務所のご協力をいただいた。

## 2 調査の概要

実施時期	2003年1月 2月
調査方法	各機関別に配付、各回答者から郵送による返送
対象	保健、医療、福祉関係機関専門職
配票回収数	大島地域：配票 780 票、回収 550 票、回収率 70.5%

### 第3節 設問の内容

本調査では、専門職、行政職の保健福祉サービスに関する意識を、以下の各設問によって把握している。

#### 1) 保健福祉サービスの量と質に対する評価 [問 48] [問 49] [問 50] [問 51]

まず、専門職、行政職の保健福祉サービスに対する現状認識の水準を把握するために、日本社会全体と大島地域の両者について保健福祉サービスの「量」と「質」について確認することとした。

具体的には、「あなたは日本社会全体でみた保健福祉サービスの『量』は、全般的にみて充分だと思えますか」という設問に対して、「1. 充分である」「2. どちらかといえば充分である」「3. どちらかといえば不足している」「4. 不足している」といった選択肢から択一回答を求め、また、「それでは日本社会全体でみた保健福祉サービスの『質』は、全般的にみて高いと思えますか」という設問に対して、「1. 高い」「2. どちらかといえば高い」「3. どちらかといえば低い」「4. 低い」といった選択肢から択一回答を求めた。

さらに、これらの設問の「日本社会全体」を「この地域」に置き換えたうえで、同様に回答を求めた。

#### 2) 社会保障、福祉サービスに対する信頼感 [問 52]

さらに、保健福祉サービスに関係する専門職、行政職が保健福祉サービスに対してどの程度の信頼感を抱いているかを確認するために、「国や自治体の社会保障や福祉サービスは、安心して暮らしていくための、心強い支えになっていると思えますか」という設問に対して、「1. そう思う」「2. どちらかといえばそう思う」「3. どちらかといえばそう思わない」「4. そう思わない」といった選択肢から択一回答を求めた。

上記の量と質に対する評価とこの設問は、仮に否定的な評価が高ければ、専門職、行政職の職務遂行上のモラルに影響を与えるものと考えられる。

#### 3) 介護サービス利用判断の自立と依存 [問 54]

福祉サービス利用は、利用者の選択と自己決定に委ねられつつあるが<sup>1)</sup>、これは介護サー

ビス利用の最終的判断者をどこに求めるかについての設問である。「高齢者に対する施設や在宅での介護サービス利用については、最終的にだれが決めるべきだと思いますか」という設問に対して、「家族・親せきや親しい友人」「高齢者自身」「介護サービスを提供する人や機関」「医師などの専門家」「その他」「わからない」といった選択肢から択一回答を求めたものである。

以下では、「高齢者自身」が判断すべきであるとするものを自立志向、「家族・親せきや親しい友人」を依存（家族）志向、「介護サービスを提供する人や機関」「医師などの専門家」を専門家志向と、便宜的に呼ぶこととしたい。

#### 4) 施設志向と在宅志向 [問 53]

高齢者介護において、家族が果たしている大きな役割をここであらためて指摘するまでもないが、家族の小規模化などによって家族内介護を実現する条件は弱体化しつつある。こうした状況において、在宅生活を維持するためには、十分な保健福祉サービスが提供されることが前提となるが、サービス供給側にある専門職、行政職はこうした点をふまえて、要介護高齢者の生活の場として、施設と在宅生活とのいずれを志向しているのだろうか。そこで「身体が弱って日常生活に助けが必要になり、一人で暮らせなくなった高齢者がいるとします。その高齢者はどのように暮らすのがよいと思いますか」という設問に対して、「1. 施設に入るのがよい」「2. 家族や親戚と一緒に暮らすのがよい」「3. 場合による」といった選択肢から択一回答を求めた。

#### 5) 社会保障、福祉サービスにおける公私関係 [問 47]

保健福祉サービスの供給主体の多様化にともなって、従来からの公共部門に加えて民間営利部門によるサービス供給が幅広く認められるようになった。こうした状況に対して、専門職、行政職の評価を把握するために、「A 年金や医療や社会福祉サービスなども、なるべく民間部門（企業や民間非営利団体など）が供給したり運営したりすべきだ」と「B 年金や医療や社会福祉サービスなどは、なるべく公共部門（国や自治体）が責任をもって供給したり運営したりすべきだ」といった対立する意見に対して、「1. Aに近い」「2. どちらかといえばAに近い」「3. どちらかといえばBに近い」「4. Bに近い」といった選択肢から択一回答を求めた。

#### 6) 社会保障の再分配原則 [問 46]

また、公的介護保険制度の導入によって、高齢者介護に保険料拠出とサービス選択が導入された。貢献（業績主義）原則に基づいた給付に対する評価を把握するために、「A 社会保障の給付は、保険料などの支払いとは無関係に、それが必要となる度合いに応じて受け取れるようにすべきだ」と「B 社会保障の給付は、保険料などの支払いの実績に応じて、受け取れるようにすべきだ」という対立する意見に対して、「1. Aに近い」「2. どちらか

たとえば A に近い」「3. どちらかといえば B に近い」「4. B に近い」といった選択肢から択一回答を求めた。

#### 第4節 保健福祉サービスの特徴

上記したそれぞれの設問の検討に先立って、まず保健福祉サービスに認められる特徴について整理しておきたい（高野 2004）。

##### 1 利用者からみた特徴

まず、保健福祉サービスの利用者は身体機能や判断能力が充分ではない場合が多く、またその個人差が大きいことが指摘できる。介護保険制度では介護状態を要支援から要介護5までの6段階に介護認定しているが、制度開始直後の痴呆の評価をめぐる混乱からもわかるように、各々の高齢者の状態は変化が大きく一定せず、また個別性が高くサービスニーズも多様である。したがって、利用者が必要なサービスの質や量を判断するために一定の知識が求められるため、サービスの適切な利用に困難が生じている可能性がある。こうした状況に対応するために、社会福祉サービス利用援助事業として都道府県社会福祉協議会による地域福祉権利擁護事業などが実施されているが、いずれにせよ利用者の利益を守るための適切な支援が必要であり、専門職、行政職に期待される役割は大きいものと思われる。

第二に、保健福祉サービスの質や効果を明確に評価しにくいことが挙げられる。保健福祉サービスの評価が困難な理由は、ひとえに評価対象である保健福祉サービスが多様であり比較が難しい点にある。たとえば特別養護老人ホームなどの施設福祉サービスとホームヘルプサービスといった在宅福祉サービスとの評価基準は異なるであろうし、在宅福祉サービスに限ってみてもホームヘルプサービスと給食サービスとを横断的に評価することは難しい。したがって、保健福祉サービスの質や効果を一元的な基準でもって客観的に評価することには困難が伴う。また、多くの在宅福祉サービスは、利用者の居室内で提供されるため密室性が高い。結果として供給者と利用者との関係に外部の視点が入りにくいことも評価を難しくする一因となっている。

また、サービスを選択するにあたって適切な判断を行うためには、すでに指摘されているように保健福祉サービス内容に関する情報公開を充分に行う必要がある。この場合、サービスメニュー、職員数などを記載したいわゆる仕様書程度ではあまり意味がなく、利用者の不安に充分に応えるための質の高い情報公開の取り組みが求められている。

このように、利用者にとって評価尺度が曖昧であるために、サービスの質や効果についての評価を下すことが困難となる結果、少なくとも公的サービスである限りは一定の水準



を超えているのではないかという判断によって、以下に示す通り、利用者は社会福祉協議会等も含む公的なサービスに対して相対的な信頼感を示しているとも考えられる。

さらに、費用負担に関する課題がある。従来の措置制度では、多くの場合、利用者の費用負担は低廉であったため、民間営利部門に対してだけでなく、保健福祉サービスそのものに対価を支出することについて利用者側の理解が十分に得られていない可能性がある。しかしこの点は、介護保険制度による保険料負担とサービス費用の自己負担の導入によって、利用者とともに専門職、行政職の意識変化が進みつつあるとされる。

最後に、利用者側にサービス利用にあたっての抵抗感が存在することも重要な特徴である。「福祉の世話にはなりたくない」といった抵抗感が、サービスの利用抑制につながっていることが知られている。実際には保健福祉サービス利用に対する極端な抵抗感は認められないのであるが、農村における抵抗感が根強く残存していることは経験的に知られている。また、抵抗感是在宅福祉サービスよりも施設福祉サービスに強く示され、在宅、施設ともに女性よりも男性の方に抵抗感を有するものの割合が高いとされている。また、三世帯同居などの拡大家族で抵抗感をもつものの割合が高いことも指摘されている（高野2003）。

## 2 供給側からみた特徴

一方、供給側からみた場合、保健福祉サービスは対人サービスであるために、労働生産性を向上させ、効率化を図ることが難しいといえよう。たとえば、ホームヘルプなどの在宅福祉サービスは利用者が点在しているために移動時間が大きいこともあって、施設内に利用者が集住している施設福祉サービスと比較して、効率的なサービス提供体制の形成は容易ではない。

また、対人サービスであることは労働集約型の形態となることを意味するため、利用者からの支持を得るためにはサービスの担い手の資質の向上が大きな課題となる。しかし、以下で示す調査結果（「高齢者に対する施設や在宅での介護サービスの利用については、最終的にだれが決めるべきだと思いますか」という設問に対する回答）をみると、「介護サービスを提供する人や機関」をサービス利用の判断者としたものは、ごくわずかな割合に留まっており、日本社会における保健福祉専門職への期待が必ずしも高いものではないことが示されている。保健福祉サービスの供給主体の多様化が進行するなかで、従来からの公共部門に加えて民間営利部門の存在感が増しつつあるが、公共部門と比較して民間部門への信頼感は、これまで必ずしも高いものではなかった。しかし、公的介護保険制度における介護支援専門員（ケアマネジャー）等の福祉専門職の活動を通じて信頼感は向上しつつあるとされる。いずれにせよ質の高い人材養成にはコストがかかり、一定の経験を積むまでにはある程度の時間も必要であることは事実であり、これらも効率化を図りにくい要因のひとつであるといえよう。

また、こうした状況には地域性が認められる。大島郡などの過疎地域では、利用者の絶対数が少なく、また都市部と比較して利用者が点在している場合が多く、効率化の実現は容易ではない。このような不採算地域からの民間営利部門の撤退をいかに防ぐかが課題であり、保健福祉サービスの安定性の確保が問われているといえよう。

さらに、先に指摘したように、費用負担が生じた場合に、結果的に低所得層がサービス利用から排除され、費用負担が可能な層と、不可能な低所得者層とに利用者が分断される恐れがある。

## 第5節 専門職、行政職の保健福祉サービスに対する評価意識

以上のような保健福祉サービスの特徴をふまえたうえで、各設問と回答者（専門職、行政職）の個人属性との関連を検討する。

表10-1

問48 日本社会全体のサービス「量」評価と各変数との関連

		充分である	どちらかといえ ば充分である	どちらかといえ ば不足している	不足している
全体		3.4%	25.0%	45.0%	26.7%
性別	男性	4.8%	24.7%	43.4%	27.1%
	女性	2.8%	25.1%	45.5%	26.5%
年齢10歳区分 *	30歳未満	1.7%	17.9%	47.0%	33.3%
	30～40歳未満	3.7%	18.3%	40.4%	37.6%
	40～50歳未満	3.7%	30.1%	44.1%	22.1%
	50歳以上	3.8%	30.6%	46.5%	19.1%
居住年数 **	5年未満	0.0%	15.0%	45.0%	40.0%
	5～10年未満	2.0%	20.4%	30.6%	46.9%
	10～20年未満	1.5%	23.9%	47.8%	26.9%
	20～30年未満	6.1%	28.7%	42.6%	22.6%
	30～40年未満	2.9%	30.0%	51.4%	15.7%
	40～50年未満	6.7%	28.3%	51.7%	13.3%
移動歴	50年以上	6.5%	41.9%	38.7%	12.9%
	移動歴あり	4.3%	24.4%	43.0%	28.4%
	移動歴なし	2.1%	29.8%	52.1%	16.0%
	その他	1.3%	23.1%	43.6%	32.1%
職種	事務職	8.0%	28.4%	46.6%	17.0%
	専門職	2.6%	24.2%	44.4%	28.8%
	その他	2.8%	22.2%	47.2%	27.8%
役職の有無 *	役職あり	7.5%	26.1%	41.8%	24.6%
	役職なし	2.1%	24.6%	46.1%	27.2%
職歴 *	3年未満		21.0%	42.9%	36.2%
	3～5年未満	3.4%	21.6%	46.6%	28.4%
	5～10年未満	4.5%	22.4%	44.8%	28.4%
	10～20年未満	1.8%	33.0%	43.1%	22.0%
	20～30年未満	8.1%	25.8%	46.8%	19.4%
	30年以上	10.0%	40.0%	45.0%	5.0%

\*p < 0.05 \*\*p < 0.01

ここで採用した属性変数は、1) 性別、2) 年齢（「30歳未満」「30歳以上40歳未満」「40歳以上50歳未満」「50歳以上」の4段階に区分）、3) 居住年数（「5年未満」「5年以上10年未満」「10年以上20年未満」「20年以上30年未満」「30年以上40年未満」「40年以上50年未満」「50年以上」の7段階）、4) 移動歴（「移動経験あり」「移動経験なし」に区分）、5) 職種（「行政職」「専門職」に区分）、6) 役職（「役職あり」「役職なし」）、7) 職歴（「3年未満」「3年以上5年未満」「5年以上10年未満」「10年以上20年未満」「20年以上30年未満」「30年以上」の6段階に区分）の7変数である。

表10-2

問49 日本社会全体のサービスの「質」評価と各変数との関連

		高い	どちらかといえ ば高い	どちらかといえ ば低い	低い
全体		1.3%	30.5%	47.9%	20.3%
性別*	男性	3.0%	33.5%	40.7%	22.8%
	女性	0.6%	29.2%	51.1%	19.2%
年齢10歳区分*	30歳未満	0.9%	25.6%	46.2%	27.4%
	30～40歳未満	1.8%	20.0%	54.5%	23.6%
	40～50歳未満	0.0%	33.6%	50.0%	16.4%
	50歳以上	2.5%	37.9%	43.5%	16.1%
居住年数*	5年未満	0.0%	21.7%	55.0%	23.3%
	5～10年未満	0.0%	28.6%	40.8%	30.6%
	10～20年未満	0.0%	26.5%	55.9%	17.6%
	20～30年未満	2.7%	33.6%	42.5%	21.2%
	30～40年未満	0.0%	32.4%	49.3%	18.3%
	40～50年未満 50年以上	1.7% 2.9%	36.7% 55.9%	50.0% 35.3%	11.7% 5.9%
移動歴	移動歴あり	1.4%	29.6%	48.7%	20.2%
	移動歴なし	0.0%	37.2%	46.8%	16.0%
	その他	2.6%	25.6%	46.2%	25.6%
職種	事務職	3.4%	40.4%	44.9%	11.2%
	専門職	1.0%	28.6%	48.5%	21.9%
	その他	0.0%	28.9%	44.7%	26.3%
役職の有無	役職あり	2.9%	34.6%	41.2%	21.3%
	役職なし	0.8%	28.8%	50.3%	20.2%
職歴**	3年未満	1.0%	23.8%	42.9%	32.4%
	3～5年未満	0.0%	25.3%	54.0%	20.7%
	5～10年未満	3.0%	31.6%	45.9%	19.5%
	10～20年未満	0.0%	36.9%	47.7%	15.3%
	20～30年未満 30年以上	3.1% 0.0%	27.7% 65.0%	52.3% 30.0%	16.9% 5.0%

\*p < 0.05 \*\*p < 0.01

## 1 保健福祉サービスの量と質に対する評価

まず、日本社会全体でみた場合の保健福祉サービスの「量」に対する評価であるが、全体では、充足（「充分である」と「どちらかといえば充分である」との合計）が3割弱（28.4%）、

不足（「どちらかといえば不足している」と「不足している」との合計）は7割強（71.7%）となった。

さらに、「質」に対する評価は、高質（「高い」と「どちらかといえば高い」との合計）が3割強（31.8%）、低質（「どちらかといえば低い」と「低い」との合計）は7割弱（68.2%）となった。

このように、日本社会全体でみた場合、保健福祉サービスの量と質の双方において、必ずしも高い評価が得られているとはいえない結果となった。

各属性との関連をみると、量についての評価は、年齢、居住年数、役職の有無、職歴などとの関連が認められた。中高年層（40歳以上）、居住年数が長期、役職あり、職歴が長期のものの方が、そうではないものよりも充足しているとする割合が高くなった。

表10-3

問48 大島地域のサービス「量」評価と各変数との関連

		充分である	どちらかとい えは充分 である	どちらかとい えは不足 している	不足してい る
全体		4.7%	32.2%	44.3%	18.8%
性別	男性	7.3%	29.1%	41.8%	21.8%
	女性	3.6%	33.7%	45.3%	17.4%
年齢10歳区分 *	30歳未満	4.2%	22.7%	51.3%	21.8%
	30～40歳未満	4.5%	20.9%	50.9%	23.6%
	40～50歳未満	4.4%	39.3%	38.5%	17.8%
	50歳以上	5.1%	39.9%	40.5%	14.6%
居住年数 **	5年未満	0.0%	18.0%	55.7%	26.2%
	5～10年未満	4.1%	28.6%	40.8%	26.5%
	10～20年未満	1.5%	32.4%	54.4%	11.8%
	20～30年未満	7.0%	29.6%	43.5%	20.0%
	30～40年未満	2.8%	40.8%	39.4%	16.9%
	40～50年未満 50年以上	8.3% 12.5%	48.3% 37.5%	28.3% 43.8%	15.0% 6.3%
移動歴	移動歴あり	4.2%	30.9%	45.6%	19.3%
	移動歴なし	7.4%	37.2%	40.4%	14.9%
	その他	3.9%	32.5%	41.6%	22.1%
職種 **	事務職	10.3%	42.5%	35.6%	11.5%
	専門職	3.5%	29.9%	45.1%	21.5%
	その他	2.7%	35.1%	54.1%	8.1%
役職の有無	役職あり	6.7%	35.6%	39.3%	18.5%
	役職なし	4.1%	30.9%	45.9%	19.1%
職歴 *	3年未満	1.0%	27.6%	45.7%	25.7%
	3～5年未満	4.5%	23.9%	51.1%	20.5%
	5～10年未満	3.7%	32.1%	46.3%	17.9%
	10～20年未満	7.1%	36.6%	43.8%	12.5%
	20～30年未満 30年以上	7.9% 10.5%	38.1% 63.2%	33.3% 21.1%	20.6% 5.3%

\*p < 0.05 \*\*p < 0.01

これらの属性は、いずれも年齢と相関することをうかがわせており、日本社会全体でみ