

地域社会における高齢者福祉サービスと公的介護保険

——岩手県衣川村を事例に——

The welfare service for old age in the community and the public care insurance system

丹 下 晴 喜
Haruki Tange

《要 約》

高齢者福祉サービス事業は、「高齢社会」への対応として導入される公的介護保険制度のもとで、どのようなサービスを提供するのと言う問題を突きつけられている。

岩手県衣川村における高齢者福祉の基盤整備は、一方で、その先進的な経験の蓄積において、「医療・保険・福祉サービスの一体化・統合化」というひとつのモデルを提供するとともに、他方で、この一体化・統合化が公的介護保険制度のもとでもつ課題を提示している。それは、サービス供給者としての自治体がサービスを差別化しなければならない、制度的に行われる要介護認定のなかで介護の緊急性に対応しなければならない、介護を支えるボランティアの育成や高齢者自身の自立意識形成を行わなければならない、などの課題である。

この課題の克服は、公的介護保険制度のもとで、衣川村が地方自治の精神を堅持し、高齢者に対して必要なサービスを提供し、その生活を擁護できるかどうかの試金石となっているのである。

はじめに

公的介護保険制度が2000年4月から施行される。介護保険の導入は、現在進行中の社会保障改革に先鞭をつけた高齢者福祉制度の改革であり、来るべき高齢者社会に向かう国民の生活や家族のあり方、地域社会のあり方を規定するものである。また、国や地方の財政のあり方に影響を与える改革である。

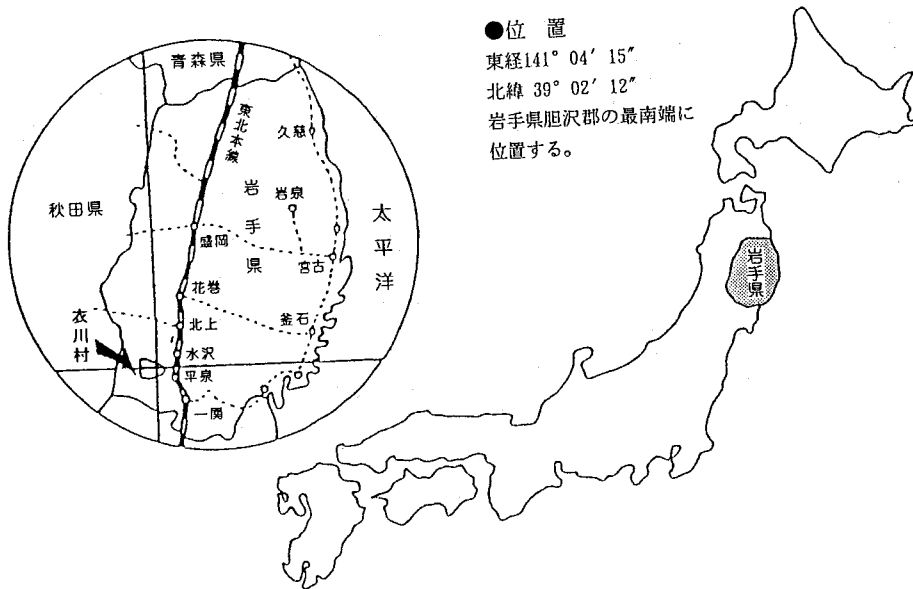
介護保険制度は、その構想段階から問題を指摘されていた。しかし、この構想が実現される直前になっても、それらの問題は解決されていない。そればかりか、多くの市町村においては、施設福祉・在宅福祉を問わず、混乱が生じることが予想されている。それは、社会福祉の基盤整備が遅れている自治体のみならず、これまでの制度のもとで比較的基盤整備を進め、その地域の高齢者福祉において先進的な経験を蓄積してきた自治体においても、これまでの到達を再構成しなければならないような状況をもたらしている。

筆者は、1998年秋、財団法人郵貯資金研究協会から研究助成を得て、岩手県衣川村における高齢者福祉サービスの調査をおこなった^{注1}。衣川村の高齢者福祉サービスは、現行の措置制度のもとで「保健・医療・福祉の一体化・総合化」という到達を築いているが^{注2}、そこでも今回の介護保険の導入は、その到達に新しい課題を提起している。そして、この課題を実現できるかどうかは、地方自治体が、自治の精神を守り発展させ、高齢者に対して必要なサービスを提供し、その生活を守れ

注1 本論文は、その研究成果に加筆修正をしてまとめたものである。

注2 本稿執筆後、二本立『保健・医療・福祉複合体』(医学書院、1998年)に多くのことを学んだ。詳しくは展開できないが、本稿は、中山間部の自治体国保診療所が社会福祉法人と連携をとりながら、「複合体」化する過程の事例研究である。さらに、公的介護保険によってもサービス供給を行う事業体の参入が期待できない中山間部の自治体において、複合体が地域づくりにどのような役割を果たすかを展望した研究の一部である。

図1-1 衣川村の位置



るのかどうかの試金石なのである。

以下、衣川村の高齢化の現状と保健・医療・福祉の一体化・統合化のプロセスについて概観し、最後に公的介護保険導入後の課題について述べてい。

1. 衣川村の概要と高齢者問題

1-1 衣川村の概要

胆沢郡衣川村は、岩手県の南部に位置し、周囲60km、面積163.58km²におよぶ広さの自治体である。南は平泉町と一関市、北は胆沢町と前沢町に接しており、西方の高檜能山に源を発する衣川および南股川の流域に農地と人家が広がっている。岩手県の県庁所在地である盛岡市までは80km、近隣の水沢市までは21km、一関までは16kmの位置にある(図1-1参照)。

衣川村は、地形的にみれば、西部を標高600mから900mの奥羽山脈に囲まれた里山型山村である。村内には、媚山・高檜能山・国見山等がある。積雪期間は1月から3月までで、積雪量は中

心部で40cm、奥羽山脈の奥地に行くと1m以上に達する。年平均気温は10.5℃で、北国の寒さの厳しい村のひとつである。

衣川村の基幹産業は農業であり、村の総地積163.58km²の約1割、17.79km²が田畑として利用されている。農家戸数は932戸で、1980年の984戸から減少傾向にある。農家のほとんどが兼業であり、最近では、米を中心に畜産、野菜、ハトムギ等を組み合わせた「衣川型複合経営」が目指されている。村の8割、137.62km²を占める森林においては、水資源涵養林「不拔の森」の指定やブナの植林・育林等の保全が行われる一方で、生態系に配慮した多面的なリクリエーション空間としての活用等が行われている。

また工業振興については、既存の工業団地の整備拡充が進められている一方で、東北自動車道や東北新幹線の利用に便利な立地条件を生かし、農林業や商業観光と結びついた地場産業の育成がはかられている^{注3}。

1-2 人口構成からみる高齢化

国勢調査(1995年)によると衣川村の人口は5,518人、総世帯数は1,312世帯である。人口は1955年の7,746人をピークに1975年頃まで減少傾

注3 『むらに生きる 1997/村政要覧 衣川』による。

向がみられたが、近年は横這い傾向であり、1996年が5,652人、1997年が5,601人、1998年4月1日現在では、5,598人で総世帯数は1,389世帯である。このように人口減少に歯止めがかかっているのは、村による公営住宅整備によって、近隣都市からの人口流入があったためである。年齢構成をみると、1995年時点の高齢者（65歳以上）は1,190人、後期高齢者（75歳以上）は489人で、高齢化率は21.6%、後期高齢化率は8.9%となっている。衣川村の調査によれば、1998年4月1日現在の

高齢者数は1,319人で、高齢化率は23.6%となっている。1998年9月現在の日本の高齢化率が16.2%であり、衣川村のそれは、日本の高齢化率の平均を上回っている（表1-1参照）。

なお、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」によれば、日本の総人口に占める65歳以上の高齢者の割合が衣川村と同じ23.6%に達するのは、2013年頃と推計されている。このことからすれば、衣川村の高齢化の現実は、日本の15年後の姿を示しているともいえるだろう。

表1-1 人口構成と推移

(単位：世帯、人、%)

対象年 区 分	昭和45年 (1970)	昭和50年 (1975)	昭和55年 (1980)	昭和60年 (1985)	平成2年 (1990)	平成7年 (1995)	平成12年 (2000)
世 帯 数	1,175	1,176	1,247	1,269	1,280	1,312	1,432世帯
総 人 口 (A)	5,773	5,378	5,596	5,579	5,508	5,518	5,243人
40歳以上 (B)	2,292	2,494	2,690	2,722	2,798	3,034	3,005人
65歳以上 (C)	528	569	727	852	963	1,190	1,187人
70歳以上 (D)	307	365	441	541	634	806	813人
75歳以上 (E)	153	184	252	296	372	489	494人
高齢化率 (C)/(A)	9.1	10.6	13.0	15.3	17.5	21.6	22.6%
岩手県	7.3	8.5	10.1	11.9	14.9	18.0	21.1%
全 国	7.1	7.9	9.1	10.3	12.0	14.5	16.9%
後期高齢者比率 (E)/(A)	2.7	3.4	4.5	5.3	6.8	8.9	9.4%
岩手県	2.1	2.7	3.4	4.4	5.6	6.9	8.6%
全 国	2.1	2.5	3.1	3.9	4.8	5.7	6.8%

(資料)昭和45年～平成7年：国勢調査による
平成12年

(出所)『研修資料 衣川村』による

：平成6年1月の推計による

表1-2 全世帯と高齢者のいる世帯の推移

区 分	昭和50年	昭和55年	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年
全 世 帯 数	1,176	1,241	1,269	1,280	1,312	1,432
高齢者のいる世帯数	468	564	642	710	802	952
高齢者の単身世帯数	9	11	15	40	61	86
高齢者の夫婦世帯数	16	27	45	49	72	92
子供との同居世帯数	443	526	582	621	669	774
割 合 (%)	39.8	45.4	50.6	55.5	61.1	66.5
県 の 割 合 (%)	15.4	28.6	30.6	34.5	38.7	

(資料)昭和50年～平成7年：国勢調査による
平成12年

(出所)表1-1に同じ

：推計による

世帯という点から高齢者みると、高齢者のいる世帯の割合は、1975年で全世帯数の39.8%・468世帯だったが、1990年には55.5%・710世帯、1995年には61.1%・802世帯になっている。さらに2000年には66.5%・952世帯になると推計されている。

また、このような高齢者のいる世帯のうち、高齢者の単身独居世帯および高齢者夫婦世帯の数は、1975年が9世帯と16世帯であるのに対し、1990年には、40世帯と49世帯、1995年には61世帯と72世帯となっており、住民基本台帳によれば、1997年では、前者が60世帯、後者は50世帯、1998年4月現在では、前者が68世帯、後者が46世帯となっている。すなわち、高齢者のいる世帯のなかで子供と同居をしている世帯は、1975年が94.6%であったのに対して、1990年が87.5%、1995年には83.4%となっており、さらに2000年には81.3%まで落ち込むと予想されている（表1-2参照）。

以上の数値からいえることは、第1に、1995年度までは高齢者のいる世帯そのものが増加し、それに対応して高齢者単身世帯と高齢者夫婦世帯、さらには子供との同居世帯も増加しているが、高齢者のいる世帯に占める子供との同居世帯は割合は減少しているということである。

また第2に、近年では、高齢者単身世帯の微増および高齢者夫婦世帯の減少という傾向から、高齢者単身世帯そのものの消失と高齢者夫婦世帯の単身世帯化という特徴が推定できるのである。

なお衣川村では、以上のような傾向はあるもの

の、平成12年には、高齢者の単身世帯と夫婦世帯は、それぞれ高齢者のいる世帯数の約1割まで増加すると予測している^{注4}。

2. 高齢者福祉サービスの機構と機能

2-1 高齢者福祉サービス事業の施設と機構

このような高齢化と要介護者の実態のなかで、衣川村ではどのような高齢者福祉サービスが提供されているのであろうか。ここでは、この点を高齢者福祉サービスを提供する組織という観点からみてみたい。

高齢者を支援する場合、重要なことは、各サービスを供給する主体の間での情報交換と連携である。具体的には、保健・医療・福祉のそれぞれの分野から支援対象を多面的に把握し、相互の情報交換をもとに対象にもっとも適合的な支援サービスを設計・提示・供給することである^{注5}。

衣川村の場合、このような高齢者福祉サービスは、「ふれあいいきいきセンター」という組織によってその多くが担われている。ここでは高齢者福祉サービスの特徴は、結論的にいえば、保健・医療・福祉のそれぞれのサービスが施設的・組織的に一体化・総合化されている点である。

まず、「ふれあいいきいきセンター」の施設についてである（図2-1参照）。「ふれあいいきいきセンター」とは、衣川村保健医療福祉総合施設であり、1998年9月末時点では、歯科診療所・内科診療所、外来・検査・病棟の施設部分（国保診療所）が完成しており、その他は建設中である。

「ふれあいいきいきセンター」は、これらの医療施設を中心に、その他衣川村の保健事業、各種保険業務、福祉業務、在宅介護センター業務を担う窓口を兼ね備えた複合的な施設として、設置されているのである。

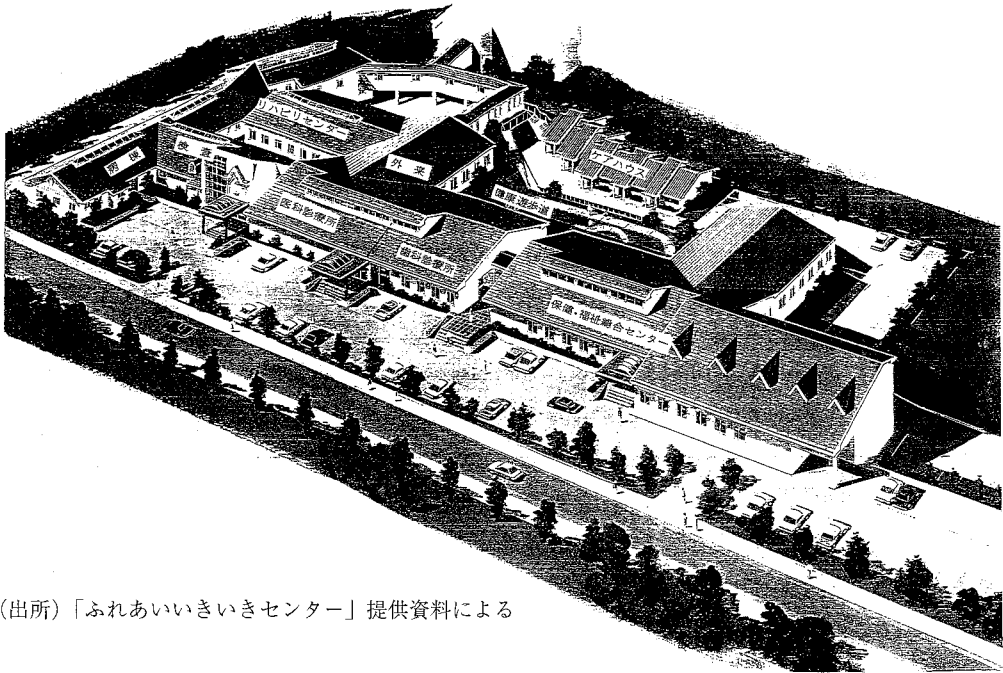
またこの施設の北側に、社会福祉法人羽衣会の運営する「特別養護老人ホーム羽衣荘」と「羽衣荘デイケアサービスセンター」が立地している（図2-2参照）。

次に、このセンターの行政機構上の位置および

注4 『研修資料 岩手県衣川村』の「Ⅱ 老人福祉行政について」による。

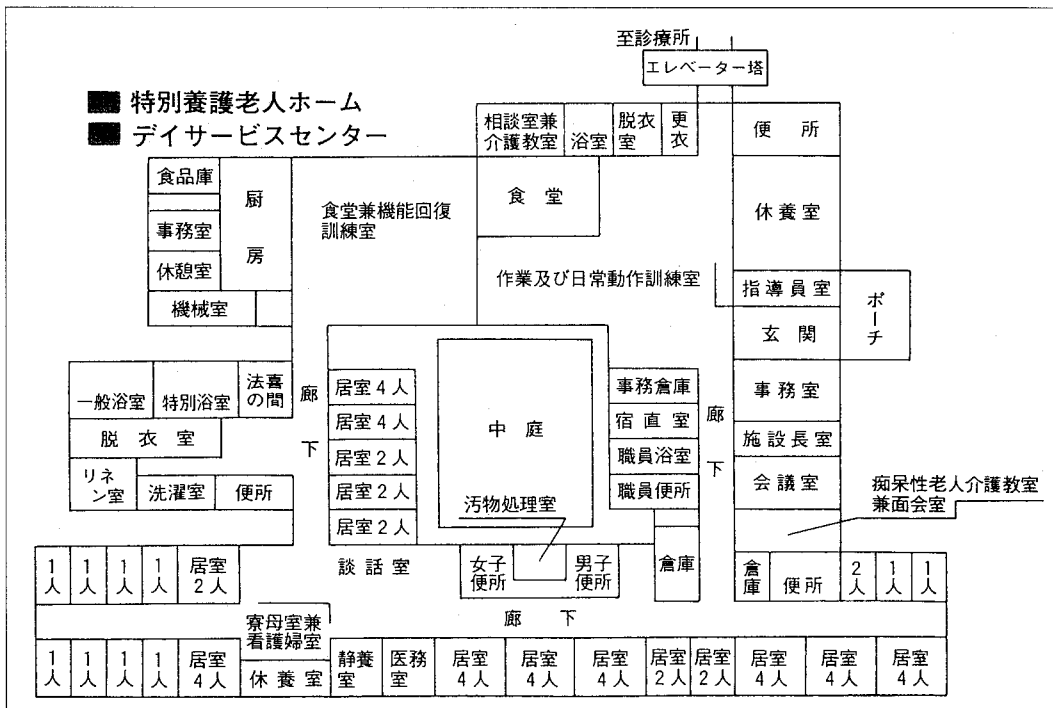
注5 岡崎祐司は、高齢者福祉は、介護問題のみではなく、高齢者の生活基盤の脆弱化・生活能力の低下から生じる生活問題を対象としており、これとの関連で高齢者福祉の実践を、①生活危機への緊急的対応と措置、②生活基盤強化のための相談・援助・サービス、③高齢者の生活能力の回復と文化的な生活実現に向けた人間発達のための諸活動とし、さらに④保険・医療・住居・労働・教育など関連する領域との結合や専門職との協力という課題があるとする。重要な視点であると思う。岡崎祐司「地域福祉の課題と介護保険事業計画」（『経済』No42 1999年3月号）による。

図 2-1 衣川村保健医療福祉総合施設完成予想図



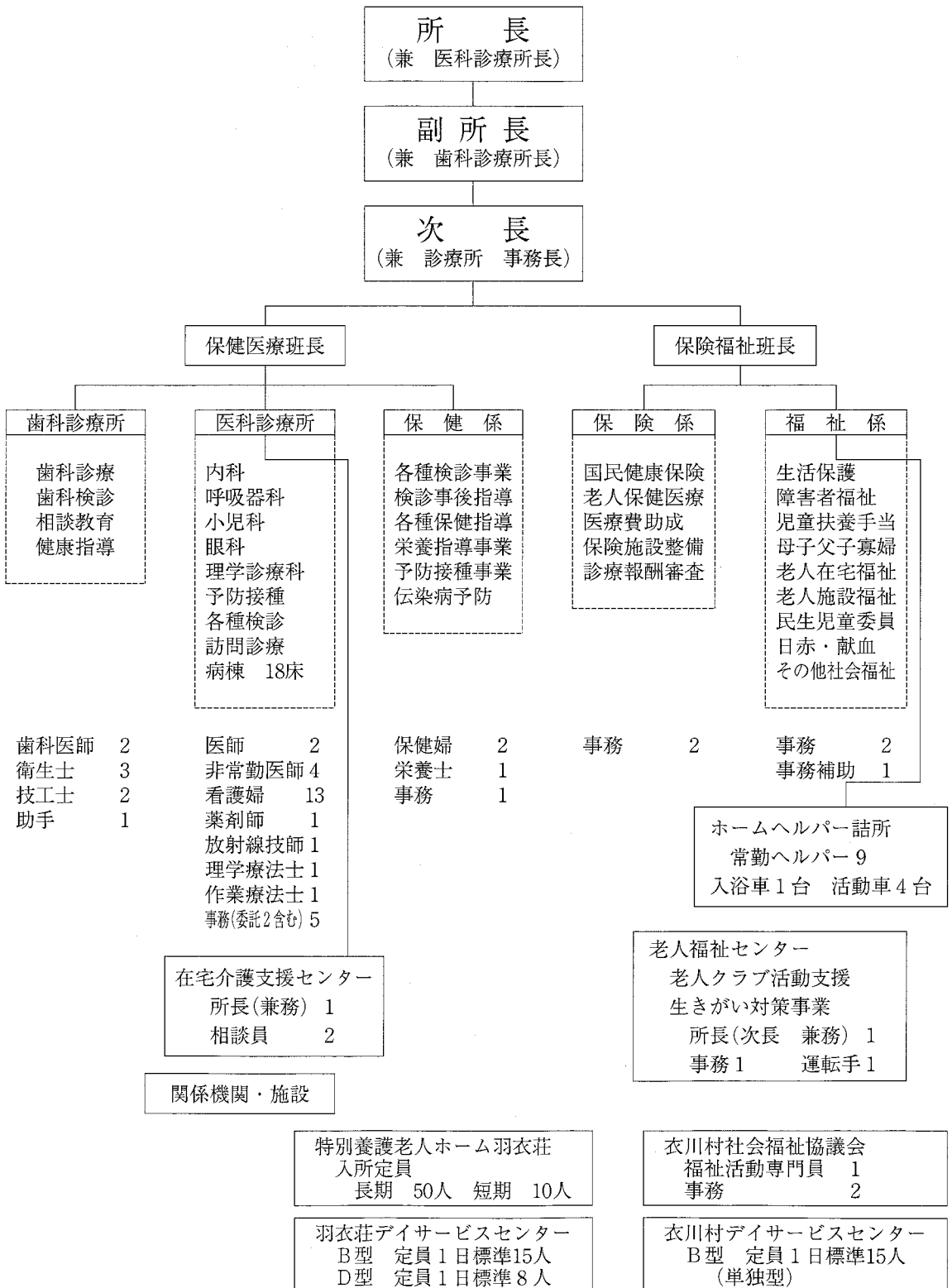
(出所)「ふれあいいきいきセンター」提供資料による

図 2-2 施設平面図



(出所)パンフレット『衣川村 羽衣荘 特別養護老人ホーム/デイサービスセンター』による

図2-3 衣川村ふれあいいきいきセンター組織図



(出所)『研修資料 衣川村』による

その内部組織についてである。センターは、村長・助役のもとに、総務課、経理課等の9つの課のひとつとして、保健医療と保険福祉を担う行政組織として位置づけられている。保健医療と保険福祉の業務は、もともとは保健課と村民課福祉系の業務として、それぞれ独立にセンターとは別の場所にある村役場において行われていた。しかし現在では、センターの病棟北側の部屋において、保健医療班と保険福祉班がその業務をおこなっている^{注6}。

この組織の特徴として重要なのは、行政上の業務に関して、医療現場の専門スタッフである医師が、所長、副所長として全体を統括している点である。後にみるように、医療と保健の現場専門家による統括という点が、高齢者福祉のニーズに柔軟に対応できる組織づくりにおいて重要な意味をもっているものであり、衣川村での高齢者福祉サービスの一体化・総合化は、これらの医師のイニシアティブによって実現したといっても過言ではない(図2-3参照)。

2-2 高齢者福祉サービス一体化・総合化のあゆみ

衣川村における高齢者福祉ニーズへの対応は、以上のような国保診療所と衣川村の行政機構の統合体(「ふれあいいきいきセンター」)、さらには社会福祉法人衣川会(「羽衣荘」)との連携によって行われている。すなわち、保健・医療と福祉の

実質的な一体化・総合化を特徴としているのである。このような一体化・総合化はどのような歴史的経緯のなかで実現されたのだろうか。

衣川村の高齢者福祉サービスの展開は、ふれあいいきいきセンターが国保診療所を中心に機能していることからわかるように、国保診療所の開設とその機能拡大のなかで充実されてきた。国保診療所は、まず戦後直後に開設され、一時期、医師2名体制を実現するまで発展した。しかし、基本的には不安定な運営を克服できず、1979年に休止状態に追い込まれた。その後、1986年に村内に個人病院が開業し、さらに同年、同村から20km離れた社会福祉法人への委託という形態で、デイサービスセンターが開設された。

1989年、医師1名の赴任に伴い、医療的裏付けを持った国保診療所が再開されることになったが、この時点でも後遺症を残す脳梗塞などの高齢者については、リハビリ施設を兼ね備えた他の自治体の病院に搬送するという形がとられていた。

1992年に入り、国保診療所の医師2名体制の実現を起点として、保健・医療・福祉サービスの体制的拡大と一体化・総合化は新しい段階をむかえることになった。まず同年、診療所に隣接する場所に、「特別養護老人ホーム羽衣荘」「羽衣荘デイサービスセンター」が設置された。設置のための主な財源は、日本自転車振興会と衣川村の補助金を中心であり、岩手県および周辺市町村からも補助金を受けている^{注7}。

国保診療所の側としては、当初からこれらの施設を村直営とし、一体的に運営することを計画していた。しかし、県からの指導によって、運営は社会福祉法人羽衣会が担うことになり、隣接した医療と福祉の施設の間に「民間と行政の『壁』」を残すこととなった。

この「民間と行政の『壁』」とは、実態的には、高齢者に対する総合的な支援サービスの提供をはかろうとし、そのために施設や組織等、様々な面での一体化・総合化をすすめるようとした国保診療所および衣川村と、補助金支出等を通じて社会福祉法人に対して指導的権限を持っていた岩手県老人福祉課との間の「壁」であった。

注6 すでにのべたように、ふれあいいきいきセンターは、現在、保健医療福祉総合施設に向けた施設建設・整備を行っている。将来的には、総合福祉保健センター(健康増進や集団検診、障害者福祉作業所、ボランティアルームなどを含む)と高齢者・障害者世帯のためのケアハウスの新築、眼科部門、病室、風呂、医局などの現行診療所機能の強化に向けた改築、リハビリ機能充実、診療部門・薬局部門の拡充、歯科保健センターの新築などの増築が計画されている。『研修資料 岩手県衣川村』「保健医療福祉総合施設について」による。

注7 『衣川村 羽衣荘 特別養護老人ホーム/デイサービスセンター』による。

また、衣川村の行政機構においても、福祉は村民課福祉係が、また保健・医療は保健課が管轄し、それぞれ村役場の窓口において村民への対応が行われるという衣川村の「行政内部の『壁』」も存在していた。

このような2つの「壁」は、国保診療所の医師を中心としたスタッフのイニシアチブによって、第1に国保診療所と社会福祉法人施設との間を廊下で結合し、施設の統一性を確保し、組織的交流を強化したこと、第2に保健課と村民課福祉係を新保健課として統合し、その機能をセンター内に移管したことによって、一応の克服をみた。このことによって、福祉は社会福祉法人管轄であるという限界はあるものの、基本的には、保健・医療・福祉の全体がひとつの指揮系統のもとに運営されるようになり、形態上、ふれあいいきいきセンターによって担われるというあり方が実現したのである。なお、この過程については後にさらに詳しくみたい。

1994年に入り、在宅の福祉・医療サービスの総窓口として、在宅支援センターがこの施設内に設置された。これは、国が主張する在宅介護支援センターとは異なり、介護に限定されない在宅の福祉・医療サービスに関するさまざまな問題に対応することを特徴としている。すなわち、保健・医療から福祉にいたる流れのすべての局面に、この窓口で統一的に対応するというものであり、これによってセクショナリズムにもとづく住民の「たらい回し」が克服され、住民サービスの向上が図られたわけである。

以上のような施設の統合と組織的交流の強化、さらには在宅支援センターの設置にともない、医

療と介護を必要とする高齢者に対する個別の検討会が強化されることになった。検討会そのものは、デイサービス事業が開始された時点から保健婦、村民課福祉係等の担当者によって月1回行われていたが、支援センター設立以降、新たに羽衣荘の関係者等も含めて、在宅訪問・入浴サービス・訪問看護を行っている症例に対する毎週の検討会をはじめとする各種の検討会が定例化されている(表2-1参照)。

これらの検討会の強化によって、公的介護保険の導入への対応が可能になっただけでなく、時々刻々変化する高齢者の状況に臨機応変に対応し、ケアプランを作成・変更する体制が作りあげられることとなった。なお、このような体制づくりの財政的基盤として、在宅支援センターは、1994年度は岩手県から、1995年度と1996年度は長寿社会開発センターから、特養ホーム入所者など在宅復帰促進事業のモデル事業指定を受けている。

その後、在宅支援センターは、1996年度に全国診療施設協議会の24時間在宅ケアシステム研究調査事業(厚生省委託)のモデル事業指定を受け、1997年1月から2月までの期間に、24時間対応のサービス体制を実質的に確立した。この事業は、いきいきセンターおよび羽衣荘の全職員すなわち配膳スタッフから医療スタッフ、ヘルパーまでの全ての参加で取り組まれた。

聞き取りによれば、この事業によって、保健・医療・福祉の一体化・総合化は、単に高齢者にサービスを与えるということではなく、高齢者の生活を擁護するという視点から取り組まれなければならないということが理解されたということである。そしてそのような視点から、保健・医

表2-1 定例ケア会議等

月例ケア検討会議 週間在宅ケア検討会 ホームヘルプサービス検討会 個別ケアプラン検討会 民生委員協議会定例会出席	第3木曜日 午後4時～ 毎週木曜日 午後4時～ 毎月第4月曜日 午後1時～2時 必要に応じて随時 毎月10日
--	--

(出所)提供資料による

療と福祉が融合し、生活の多様性に対応した柔軟なサービスが供給されるようになったとのことである。

また、この事業による実践的経験を通じて、直接にサービス供給に関わらない職員も含めて全職員の意識改革が達成された。24時間対応のサービス体制の整備は、1997年度の県単独事業として継続している。

以上、保健・医療・福祉の一体化・総合化の経緯であるが、このなかで問題になったのが、すでに述べた「民間と行政の『壁』」およびその背後にあった国保診療所・衣川村と岩手県老人福祉課との間にあった「縦割り行政」の弊害である。次にこのような統合に際しての障害について、特に簡単にまとめておく。

2-3 一体化・総合化に向けた障害とその克服

すでに述べたように、特養・デイケア施設の設置が決まった段階で、衣川村としては、この施設を国保診療所のもとに村営とするよう計画されていた。しかし岩手県の指導によって、同施設は、社会福祉法人衣川会によって設置・運営されることとなり、隣接する保健・医療と福祉の現場が設置様態によって分断されるという、まさに「壁」が形成されたのである。

その後、施設が完成した段階で、両施設を廊下で直結するという計画が浮上し、このことについて法人側は難色をしめしたものの、廊下の設置そのものについては合意がなされた。しかし、そのための費用については、「廊下の設置は医療の場の方にのみメリットがある」ということを理由に県から社会福祉法人に支出される補助金が利用できないことになり、最終的には衣川村で負担することとなった。

次に、この廊下の設置によって建物の形態上の一体化が実現したことをきっかけに、人事の交流強化、具体的には両施設の看護婦の交流強化が図られようとした。ところがこれについても、福祉の場の看護婦は社会福祉法人の管轄、医療の場の看護婦は村役場の管轄であり、給与体系に差があ

るため交流は難しいという理由から、当初は交流が実現できなかった。

しかし、相互の施設での研修による個々の看護婦の技術向上の必要性が確認され、短期研修の実施という名目で年間2ヶ月、同じ人数を交流が行われることとなった。

また、国保診療所入院患者の食事を福祉の施設で供給することができないかどうかとも検討されたが、これについても簡単には実現されず、結局厚生省と協議を行い、福祉施設の定款を改正し配膳事業を行えるようにすることで、厨房施設を利用した診療所への食事供給を可能にした。

さらにリハビリ施設の共同利用についてであるが、当初、ふれあいいきいきセンターでは、医療の現場としての必要性から、また支援センターとしての必要性から、理学療法士の確保が考えられていた。しかし理学療法士を雇用し処遇するためには、リハビリ施設としての認定が必要となり、その条件として100㎡以上のリハビリスペースを設置・整備しなければならなかった。ふれあいいきいきセンター独自の建物の増設も行われたが、条件を満たすには施設的な限界があった。

他方、隣接するデイサービスセンターには、この基準を満たすリハビリ施設がすでに存在しており、この場を共同利用できるかどうかについて話し合いがもたれた。共同利用については「福祉の施設での医療行為は行えない」という理由から2年間にわたり実現できなかったものの、1994年、岩手県老人福祉課長と交渉のなかで、「現行規定では福祉の施設を医療に利用することはできないが、研究の上、利用できるように検討する、なお、規定の改正に先行して実質的な共同利用を認める」という結論に至り、これに対応して理学療法士の雇用も実現することとなった。

なお、この共同利用にともなって、村役場において保健課と村民課福祉係に分けられていた保健・医療・福祉の業務が、空室となった国保診療所側のリハビリ施設において統合的に実施されるようになった。

以上、一体化・総合化に向けた障害とその克服について簡単にみてきたが、このことによって高

高齢者福祉サービス事業はどのような効果を得ることができたのだろうか。

第1に、総合化のための組織改革・組織交流の過程で、スタッフの間でのセクショナリズムが克服され、それぞれの組織から高齢者を看るのではなく、高齢者の現状からそれぞれのサービスを検討・実施するという意識改革が行われた。そして、このことによって、多様な側面を持つ高齢者に組織を越えて対処するネットワークが形成されることになった。

また、それぞれの施設の看護婦が医療と福祉の双方に関わることで、看護・介護のそれぞれに関わる多面的な技術向上が達成されたということも指摘されている。

第2に、第1の効果と関連することであるが、人的・組織的交流によって、特に特養施設入所者に対する医療サービスの提供が積極的に展開され、後に見るようにその自立が支援されるようになった点である。これについては、視力障害によって障害者認定を受け、特養施設に入所した高齢者が、国保診療所の系統的な対応によって白内障手術を受け回復し、在宅復帰したという成功例がある。

第3に、これまでの行政の壁を取り除き、医療・保険と福祉の施設を統合的に利用することで業務を効率化し、総体としてのコスト削減を実現した点である。たとえば福祉施設における配膳事業が可能になったことで、食事を大量供給できるという効率化が行われ、さらに配膳作業や栄養管理における人件費のコストが削減できたのである。

第4に、特にリハビリ施設の共同利用によって、在宅高齢者と特養施設入所者との間の交流が行われることになり、このことで特養入所者が刺激を受ける一方で、特養施設そのものに対する在宅高齢者やその家族のイメージの転換が図られようとしていることである。

これまで特養施設は、住民から「姥捨て山」的なイメージでみられることが多く、高齢者およびその家族も、特養施設を人生の終期における居住施設として位置づける傾向が強かった。そのため特養施設そのものに沈滞的雰囲気があったので

ある。

特養施設が住民にそのような施設として理解されてしまえば、衣川村の人口と高齢化率および施設のキャパシティーからみて、将来的に需要に答えられなくなるのは明確であり、イメージを変えること、またなによりもその停滞的雰囲気を変えることが必要であった。すなわち、特養施設が高齢者の最終的な居住施設ではなく、彼らの自立を支援する施設であり、在宅介護への移行に向けた努力を促す場であるという点について、入所者とその家族、さらには将来的に入所の可能性のある高齢者を含む住民のコンセンサスを得る必要があったのである。いわば「回転する特養施設」であり、そのような性格の施設が衣川村および国保診療所のスタッフによって構想されていた。

そして、このような構想の観点からすると、リハビリ施設の共同利用は、特養施設に対し「外の空気をいれる」という点で入所者への刺激となり、また在宅の高齢者にとってはデイサービス以外に特養施設にふれる機会を拡大することで、以上のようなイメージを払拭し、特養施設施設の性格を理解するきっかけを提供したのである。

このように、保健・医療と福祉の総合化は、衣川村においては以上のような到達点を築いている。しかし問題は、公的介護保険制度が導入された場合、このような到達点が引き続き維持されるかどうかである。次に、公的介護保険制度導入のもとでの一体化・総合化の課題についてみてみよう。

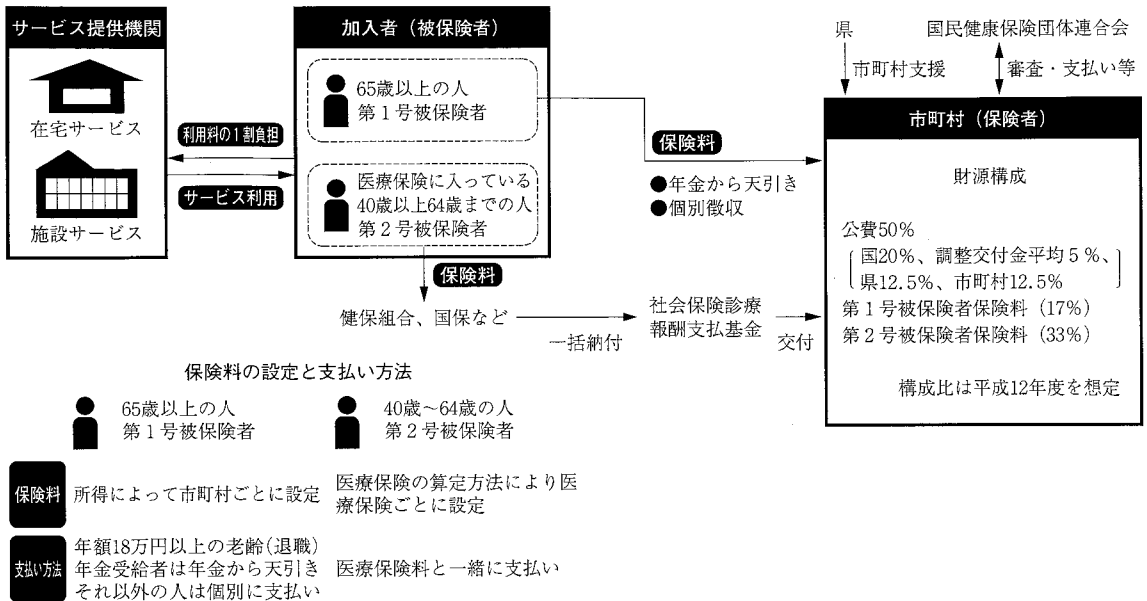
3. 公的介護保険とその問題点

3-1 公的介護保険制度とはなにか

公的介護保険導入後における保健・医療と福祉の一体化・総合化の課題を検討する前に、公的介護保険制度そのもの内容について簡単に見ておきたい(図3-1参照)。

公的介護保険制度は、高齢化率が上昇し、要介護高齢者が急増するなかで、介護を家族、特に女性に押しつけることで「介護地獄」と呼ばれるような事態が生じてきたこと、あるいは、医療機関

図3-1 介護保険制度の仕組み



(出所)愛媛県社会福祉協議会「介護保険 ゆとりある介護をめざして」による

への「社会的入院」の増大のなかで高齢者医療費が急増し、国民負担が拡大してきたこと、などを理由として、社会保障制度の構造的改革の主要な柱として政府によって提起されているものである。

同制度は、市町村および特別区を保険者＝実施主体に、40歳以上の年齢層を被保険者として2000年4月から実施される。

注8 第1号被保険者の介護保険料の額については、現在、各自治体で試算が行われている。日本経済新聞社の調査によると、各市町村の保険料見直しには、全国で5倍以上の開きがあり、都市部でも最低と最高で2倍近くの差があるとされている。厚生省は、保険料の全国平均が「2800円から3000円」（宮下創平厚相）としているが、以上のように格差は大きく、「格差はとては正できない」（全国市長会鶴見順社会文教部長）との声もある（『日経新聞』1999年4月8日付および7月17日付）。なお、厚生省は99年7月26日に第1号保険者保険料の全国調査中間集計を発表し、介護保険料の全国平均は2885円になるとし、最高額と最低額の格差は、およそ4.4倍になるとした（『日経新聞』1999年7月27日付）。

同制度では、利用者の負担は1割で、給付の財源は、公費50%（国が20%、調整交付金平均5%、都道府県・市町村が各12.5%の負担）、第1号被保険者17%、第2号被保険者33%の割合で負担することになっている。

保険料は、65歳以上の第1号被保険者は所得に応じて市町村毎に設定され、年額18万円以上の老齢（退職）年金受給者は年金から天引きされ、それ以外は個別に徴収される。40歳以上65歳未満の第2号被保険者は、医療保険の算定方法により医療保険毎に設定され、労使折半で医療保険料に上乗せして徴収される。国民健康保険に加入している自営業者は、半額、国が負担する^{注8}。なお、後者の給付は老化による要介護認定者に限定されるようである。

また、この制度を利用するには、市町村および特別区が設置する介護認定審査会（これは「都道府県に委託可能」とされている）によって、要介護認定を受ける必要がある。要介護認定とは、高齢者の状態を、機能訓練ができる要支援から寝たきり介護などが必要な最重度まで6つの段階にランク付けする作業である。この認定をもとに在宅

サービスか施設入所かが決められ、それに対応し現物給付が行われる(表3-1・表3-2参照)。

ところで、以上のような公的介護保険制度をこれまでの制度と比較した時、その主要な特徴は「『措置』から『契約』への転換」ということである。すなわち、介護サービスは、それまで行政機関が高齢者に与える「措置」から、高齢者が事業者を選び直接「契約」をして購入するものへと大きく転換することになる。

このことについてより詳しく見ておくと、現行

の老人福祉法に基づく措置制度では、措置対象者としての高齢者の利用申請によって、措置権者としての市区町村がニーズや所得を調査し、法が定める要件に当てはまるかどうかを判断し、受託業者としての社会福祉法人に介護サービスの提供を措置委託し、併せて措置委託費を支出することになる。この制度では、利用者は措置の対象者であり、サービスの種類や提供機関を自由に選択できず、また社会福祉法人は税制上の優遇や補助金を得ることができる一方で、非営利団体や民間企業

表3-1 介護度別サービス費平均月額とサービスのめやす

介護度	サービス費	サービスのめやす
要支援	6万円	週2回の日帰りで通うサービスを利用する
要介護1	17万円	毎日、ホームヘルパーなど何らかのサービスを利用する
要介護2	20万円	週3回の日帰りで通うサービスを含め、毎日何らかのサービスを利用する
要介護3	26万円	<ul style="list-style-type: none"> ●夜間(または早朝)のホームヘルパーなどのサービスを含め、1日2回のサービスを利用する ●医療の必要性が高い場合に、週3回の訪問看護を利用する ●痴呆の人については、週4回の日帰りで通うサービスを含め、毎日サービスを利用する
要介護4	31万円	<ul style="list-style-type: none"> ●夜間(または早朝)のホームヘルパーなどのサービスを含め、1日2～3回のサービスを利用する ●医療の必要性が高い場合に、週3回の訪問看護を利用する ●痴呆の人については、週5回の日帰りで通うサービスを含め、毎日サービスを利用する
要介護5	35万円	<ul style="list-style-type: none"> ●早朝、夜間のホームヘルパーなどのサービスを含め、1日3～4回程度のサービスを利用する ●医療の必要性が高い場合に、週3回の訪問看護を利用する

(注)・介護保険制度のサービス額は、平成10年度の単価にもとづく推計です。

・介護報酬の額はこれから決められるので、この額がそのまま介護報酬の額になるわけではありません。

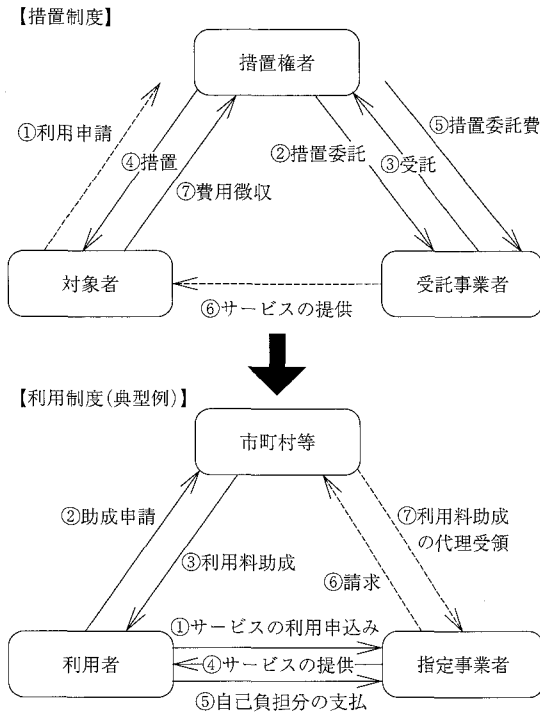
(出所)平成11年1月27日 全国介護保険担当課長会議資料、介護保険制度施行準備室監修パンフレットによる

表3-2 施設別サービス費平均月額と機能(食事は定額自己負担です)

施設	サービス費	機能
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	31.5万円	入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理および療養上の世話を行う
介護老人保健施設(老人保健施設)	33.9万円	看護、介護および機能訓練、その他必要な医療、日常生活上の世話を行う
介護療養型医療施設(療養型病床群等)	46.1万円	療養上の管理、看護、介護、その他の世話および機能訓練、その他必要な医療を行う

(出所)表3-1に同じ

図 3-2 福祉サービスの利用制度化の概念図



(出所)表 3-1 に同じ

は事業に自由に参入できないとされる。

これに対して介護保険法では、高齢者はケアマネージャーが作るサービス計画に基づいて、ホームヘルプや訪問入浴など個々のサービスについての提供機関である指定業者と利用契約を結び、自己負担分の支払いを行うと同時に、市町村に対して助成を申請し、利用料助成を得ることになる。公費負担は、措置委託費という事業者への

注9 この転換について岡本祐三は次のように述べている。『ここで強調しておかなければならないのは、これまでの行政による措置制度——社会不安の要因となる特定少数の困窮した市民を行政の権限で収容する——という消極的な方法ではなく、幅広い市民が誰でも使える、個別市民の要求に積極的に応えようとしていることである』。岡本祐三「介護保険制度の以後とケアマネージャーの役割」(岡本祐三・池田省三編『からだの科学臨時増刊 介護保険元年2000 ケアマネージャーと自治体の役割』)による。

補助から、助成金という利用者への支援にかわるのである。また、介護サービス提供事業への参入が規制緩和され、事業者間に競争原理が働くと考えられている(図3-2参照)注9。

3-2 公的介護保険制度構想当初からの問題点

このような公的介護保険制度に対しては、それが法案として提出された段階からさまざまな問題点が提起されていた。

第1に、国民負担に関わる問題である。政府はこの公的介護保険制度によって医療と介護を分離し、「社会的入院」を解消することで医療保険負担の削減が可能にするとした。しかし、診療報酬体系や薬価基準の抜本的改革、医薬分業の徹底などは行われず、公的介護保険制度による高齢者1割自己負担をてこに、老人保健に対する国民負担の増大が生じるのではないかと、ということである。また、被用者健康保険の自己負担増大の問題なども指摘されている。結局は、「介護保険を安易な増収策」としてとらえられ、国民負担によって医療保健制度の赤字解消を図ろうとしているのではないかと、ということである。

第2に、この制度が果たして効率的なものであるかどうかという問題である。制度設計においてモデルとなったとされるドイツ型介護保険の場合、疾病保険の保険者と被保険者が自動的に介護保険と被保険者となり、「医療と介護」や「事務と給付」が効率的に連携している。しかし、日本の制度の場合は両者が完全に分離されているため、非効率的な制度となる可能性がある。また若年の要介護者に対する救済もない、という点も問題である。

第3に、この制度では、介護において家族の果たしている役割が評価されないということである。わが国の公的保険制度は現物支給に限定されているため、制度を導入しても、施設や要員の不足によって、実質的に給付を受けることができない地域が生じる可能性が高い。また、これと関連して効率的介護の実現のためには、家族介護者の社会的認知や民間活力の活用が必要であり、従っ

て給付を「現物給付」に限定せず、「現金給付」も必要ではないかということである。

第4に、実施主体を市町村とすることについてである。政府の中央集権・補助金行政が長期にわたり、地方自治体の体力が低下している状況のもとで市町村が保険の実施主体となった場合、保険料徴収が困難になり、滞納の増大によって介護保険そのものが財政赤字要因になるのではないか、という問題である。

第5に、市町村において行われるとされていた要介護認定についてである。認定は、介護保険財政を直接に左右するものであるが、それが客観的に運営される制度的整備が不十分な自治体も現実には存在している。このため認定業務は「都道府県に委託可能」と修正されるにいたったが、これは、現状において実施主体である市町村が、制度運営上限界を持っているということを追認したにすぎない。また認定そのものが身体的な条件に偏重した機械的な分類であり、家族や住宅事情についての配慮がなされないという弱点をもっている。認定の水準如何では、実際に介護や特養施設入所を必要としている高齢者と制度上認定される高齢者とのあいだに乖離が生じ、高齢者介護問題の抜本的解決につながらないことになりかねないのである^{注10}。

3-3 導入を一年後に控えての問題点

さらに、介護保険実施を1年後に控えた今日においても、以下のような具体的な問題が指摘されている。第1に介護保険実施にあたって、その基盤整備が大幅に遅れているということである。これによってサービスを受けられないものが大量に存在する可能性がある。

第2に、介護保険の利用と提供にとってもっとも重要な介護認定についての問題である。認定の

注10 渡辺記安「欠陥だらけで「介護破綻」法案を廃案とし、問題点の洗い直しを」(『エコノミスト』第75巻第11号・通巻274号)による。

注11 横山寿一「福祉型の地域社会をどう築いていくか」(『経済』1999年3月号、No42)による。

基本調査をになう調査員の量と質が確保されない、調査票の内容と実態がずれている、などをはじめ認定作業の過程における問題点が指摘されている。

第3にこの認定と関連して、現在サービスを利用している人のなかに、介護保険の導入によって利用できなくなる人がでてくるということである。要介護度が重いか軽いかで、施設の収入は増減することになり、たとえば自立支援による機能回復によって要介護度が下がり、サービスの対象外となってしまうこともある。また、市町村では介護保険では不足するサービス供給部分を独自の事業で補うことが検討されているが、その場合の財源はやはり保険料に依存せざるを得ず、従って財政的に躊躇せざるを得ないという問題もある。

第4に介護保険制度の実施は、低所得者に大きな影響を与えるということである。保険料の過重負担はもとより、未納・滞納に際しては制裁が行われ、あるいは保険料を納めても1割の利用者負担があるなど、低所得者にはハードルの高い制度になっている。特に、現行の制度のもとで施設入所している高齢者には、利用料導入にともなう大幅負担増の問題があり、当面は経過措置があるものの、居住条件に関わる重大な問題を含んでいる^{注11}。

むすびにかえて——衣川村における高齢者福祉サービス一体化・総合化の課題——

以上、公的介護保険制度とその問題点について一般的に議論した。公的介護保険は、2000年4月から実施されることになるが、それに先だって今年10月には要介護認定を始めなければならない。まさに導入目前である。

このような状況のなかで、高齢者福祉サービスの整備が遅れている自治体からは、各種サービスの基準、介護報酬の未決定などによって「事業計画の予測がたたない」などのいらだちの声も聞かれている。事実、全国町村会は、1998年10月23日、「施行準備が整わない場合、実施時期を延期することも考慮にいれるべきだ」と、政府に対し

て申し入れを行っている。

他方、公的介護保険制度の導入は、整備が遅れている自治体にとって問題があるだけでなく、中央集権的な縦割り行政のもとでも先進的な経験を蓄積してきている自治体にとっても、対応しなければならない課題を提起しているのである。以下、衣川村の高齢者福祉サービスに提起されている問題について、そのいくつかを検討しておく。

まず第1に、公的介護保険制度のもとで、これまで供給してきたサービスの水準が維持できないという点である。介護保険制度の導入は、端的に言えば福祉サービスの有料化であり、これまで補助金でやってきたことに高齢者の負担が生じるということである。このことは、一方でこれまで行ってきたサービスを縮小せざるを得ないと言う状況を生み出し、他方でサービスを必要としてきた高齢者の所得保障をどうするのかという問題を提起することになる。

高齢者の側にある「福祉は与えられるもの」という意識の改革を図ることが必要とはなるが、それを努力するにしてもサービスを利用できない、あるいは利用しない高齢者の増加が予想され、またサービスを供給する側としても、補助金を前提に組み立ててきたサービスのうち「どれを残しするか」という選択を迫られることになる。

たとえば衣川村においては、これまで補助金を財源に雇ってきた8名の職員の維持が可能であるかどうか問題となり、人件費を削減したもとの、いかにサービス水準を維持するかについてさまざまな方策が検討されている。また、介護保険を利用するためにサービスを増やそうとしているが、介護保険はお金がかかるからいらぬという声が聞かれ、矛盾した状況が生じている。高齢者の「自己決定」という名目で、サービス供給者の側がサービス供給を差別化しなければならない可能性が生じるのである。

第2に、要介護認定の問題である。衣川村では、1997年度に施設介護者50人と在宅介護者50人を対象として要介護認定モデル事業が行われた。要介護認定については、当初、各市町村が認定審

査会を設置しそこで行うとされていた。これには一定の合理性が存在する。すなわち、要介護認定の場合、その数が非常に多く、これを広域的に行うとすれば認定そのものに相当数の時間がかかり介護の緊急性に対応できず、結局見切り発車的にサービス供給を行わなければならないということになる。しかし、この間、認定作業における自治体間が体力格差から、政府は、それを「都道府県に委託可能」とするようになり、さらに岩手県では「広域で行う」というように方針転換してきている。現行制度では、必要な場合は認定審査に先行してサービスを受けることができるかとされているが、現場での要介護度の判断が誤った場合、そのコストは誰が支払うのかという問題である。

第3に、介護のプロセスを支える継続的なボランティア組織の形成についてである。現在B型と呼ばれる「要介護予備群」高齢者に対するデイサービスは、デイサービスセンターの職員によって行われている。しかし、介護保険が導入されれば、デイサービスセンターあるいは村の施設は、重傷型の本当に介護が必要な高齢者に対応せねばならず、B型の高齢者については、自分たちでできることはやるという自立と相互扶助の意識を前提に、それをボランティア組織が支えるという形態で対応することが必要となる。

なお、衣川村では、このような高齢者の自立と相互扶助、それを支えるボランティア組織の形成に向けて、地域型サテライトデイサービスの取り組みが行われている。これは、小学校などの地域施設を利用し、従来のB型でデイサービスを利用している以外の高齢者をも対象とするもので、介護が必要になる前の段階から高齢者の自立化・組織化と若い世代も含めた住民支援体制の確立が目指されている。

以上、公的介護保険の導入は、医療・保健・福祉分野での先進地域においても、さまざまな問題を提起してきている。この制度が実際に運営されて以降、どのような問題が新たに発生するのか、それらに地方自治体は対応できるのか、具体的な点検が必要である。