

介護研通信

と・と・と

保健と福祉と医療と

第21号 2011

福岡県地方自治研究所

## ととと21号メニュー

- 万事暴言「小泉政権発足から 10 年」 原 清一 .....1
- 現代社会の「孤立」と「連帯」 久塚 純一 .....2
- 介護保険制度の施行後 10 年間の経過に対応する  
今回の制度改正について 西依 信樹 .....8
- 保健事業の変遷に思う 野口 久美子 .....15
- 書評「年齢を重ねること」 片瀬 葉香 .....17
- 小さな保険者ですが頑張ります 友添 吉成 .....19
- エッセイ「山里の春におもうこと」 原 五月 .....24

# 万 事 暴 言 「小泉政権発足から 10 年」

志学館大学法学部准教授 原 清一

在任期間が5年5か月と戦後3番目の長期政権となった小泉純一郎内閣は、ちょうど今から10年前、21世紀になったばかりの2001年4月に発足した。あの「小泉フィーバー」は、まだつい最近の出来事のような気もするし、もうずいぶん昔のことのような気もするが、いずれにしても21世紀の日本政治の最初の10年間は、およそ半分を小泉元首相が1人で政権担当したことになる。残りの半分を安倍、福田、麻生、鳩山、菅の5人の首相が入れ替わり立ち替わりで政権を担当し、この間に自民党から民主党への政権交代も起こったことを考えると、小泉内閣が比較的安定した長期政権だったことが、改めて実感できる。

さて、その小泉内閣は、よく元首相自身が演説などで「官から民へ」などと訴えていたことから、一般に「小さな政府」を志向した「新自由主義」的な政権と評されることが多い。その評価は全体的には間違っていないのだろうが、しかし社会保障政策について言えば、小泉内閣は2003年に医療保険に総報酬制を導入してサラリーマンの保険料を引き上げ、翌年にはそれまで据え置かれていた年金の保険料の引き上げを決めている。もし「小さな政府」を国民負担が低い「安価な政府」と理解するならば、医療保険や年金の保険料引き上げを実施した小泉内閣は、むしろ国民負担を増やし、社会保険制度の財政再建を実現しただけで、必ずしも「安価な政府」を実現したわけではないことに気づく。小泉内閣は、確かにサラリーマンへの医療保険の給付を7割に引き下げ、診療報酬を見直し、また年金額を抑えるマクロ経済スライドを採用するなど、社会保障の支出面を削減したが、それによって保険料を減額したり、ゼロにしたりしたわけではない。

あるいは「小さな政府」を「安価」かどうかはともかく、政府の権限や役割をできるだけ縮小し、市場に任せることと理解したとしても、小泉内閣は、医療保険や年金の給付の縮小は図ったが、べつに公的保険制度そのものを無くそうとしたわけではなく、給付を抑え保険料を上げたことで、むしろ制度の持続可能性を高めた。例えば、自賠責保険（自動車損害賠償責任保険）と同じように、医療保険の加入のみを義務付けたうえで、保険そのものは民間の保険会社に引き受けさせるといった議論や、郵政や道路公団と同様に年金を丸ごと民営化して民間の生命保険会社にするといった議論を仕掛けたわけではない。

小泉元首相は、3つの内閣で厚生大臣を経験している。もちろん、彼は郵政大臣も経験しており、だからといって彼が郵政族議員だったということにはならないのだが、この3回の厚生大臣の経験が、小泉元首相の社会保障政策観にどう影響していたのか。もっと端的に言えば、現行の社会保険制度を守ろうとする厚生官僚たちと、小泉元首相とはどういう関係だったのか。自民党をはじめ、郵政や道路公団を次々と「ぶっ壊した」元首相は、既存の公的保険制度も「ぶっ壊そう」とは思わなかったのか。小泉内閣が、「高福祉高負担」を志向していなかったのは明らかだろうが、政権発足から10年目の節目に、小泉内閣に対する好き嫌いや支持不支持は別にして、「小さな政府」を志向した「新自由主義」的な政権という一般的なイメージから少し離れた冷静な考察が必要だろう。

# 現代社会の「孤立」と「連帯」

早稲田大学社会科学総合学術院教授 久塚 純一

## はじめに

介護保険法はその第一条で「・・・国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け・・・」としている。その一方で、高齢者の「孤独」や「孤立」が社会的問題として語られている。これらの「二つの相容れない(ような)事実」の存在は何を意味しているのであろうか。ひよっとすれば、私たちの暮らしている現代社会において、高齢者の「自立・自律」を過度に求めることは、「国民の共同連帯の理念」から遠ざかる結果を当然のように導くことになっているのではないか？このようなことが、ここにおいて考えてみることである。

ここでは、介護保険制度にかかわるそれぞれのアクターが、「国民の共同連帯の理念」という「ひとつの事柄」を見た場合、対象としての「ひとつの事柄」は、「異なった像」として結実するのではないかと、いうことを想定している。もう少し制度的に述べれば、「国民の共同連帯の理念」に基づいて設けられた介護保険制度は、「ひとつのシステム」であるにもかかわらず、①被保険者という立場から見た場合、②保険者という立場から見た場合、③指定事業者という立場から見た場合、それぞれに異なったものとして姿を現すことが可能なものとなっているのではないかと、いうことを念頭に置いている。

もちろん、「あっちから見ればこのように見えるが、こっちから見れば・・・」というようなことは、実際の生活でも頻繁に生じている。それでもよいのだが、ここで扱うのはもう少し体系的なことである。すなわち、それぞれの関係当事者の間で、「固定的な価値観」や「確固たる役割」が前提的に強く存在している場合には、「意味しようとしていること」と「意味されること」の間に大きな乖離が生じることがあり、逆に、それぞれの関係当事者の間で、「固定的な価値観」や「確

固たる役割」が不明瞭な場合には、「意味しようとしていること」と「意味されること」の間に生じる乖離は小さいのではないかと、というようなことについてである。

## I 日常生活と専門性

「このようなことを伝えよう」と思って発言したことが、相手には全く違うように解釈されることがある。また、「そんなつもりで書いたのではない手紙」が、受け取った側にとっては「ラブレター」と位置づけられることもある。確かに、発せられた「音声」や書かれた「文字」は一つであるにもかかわらず、「なぜ、そのように解釈するのか？」ということとはよくあることである。解釈どころか、「なぜ、そのように聞こえるのか?」、「なぜそのように読めるのか?」ということさえある。

なぜ、このようなことについて考えようとするのか? 日常生活に立ち返ってみよう。私の周りにはいるのは、私以外の人々である。それらの人々は、家族、友人というレベルのものから、全くの知らない人でありながら、しかし、すぐ隣に座っているというレベルの人まで様々なかたちで存在する。その人たちとの関係を観察すると、「しゃべり言葉」や「文字」で、いちいち、全部表現しなくても、通じているように思われるものもあれば、まったく通じていないように思われるものがあるということが分かってくる。「専門職の思考」や「専門職による用語法」もそのようなものである。専門職同士での分かり合えるような会話がある一方で、互いに同じ音声を発しているにもかかわらず、分かり合えないような関係もある。もちろん、「教師と生徒との関係」や「医師と患者との関係」もそのようなものである。

果たして、介護保険制度は「国民の共同連帯の理念」を具現化することになっているのであろう

か。この小論は、そのようなことについて、考える基礎を提供しようとするものである。

## II 「指定された」居場所

### 1 優先席

運転手：申し訳ありませんが、お爺さん。頼むから、優先席に座ってもらえませんか。

高齢者：どこでもいいだろ。優先席じゃないところに座りたいんだよ。

運転手：お爺さんがそこに座ってしまったら、どうなると思うの？若い人たちは、優先席には座りにくいし、座るところがなくなってしまふでしょ！！

このような会話があるか、ないかは別として、読者の多くはこのような場面に出くわしたことはあるだろう。そのとき、頭の中には、一瞬、「どうしよう。まずは、私が座ってしまつてはどうにもならない」なんて思いつつ、ここは、「立ったまま居眠りのフリでもして」という具合になり、「ま、いいか」とばかりに、「その場にかかわらない自分」を作り出したりしないだろうか。考えてみれば、その場の私を悩ませているのは、その場を規律する複数の考え方である。〈どこに座るのか？〉をめぐる激論から読みとれる価値軸は〈分離/統合〉ということになる。

たしかに、シルバーシートを巡っては昔から多くの議論がなされてきた。「優先的に確保されていれば、分断されてもよい」のか？「多少は窮屈だけど、一緒がよい」のか？実際には、両者の間で折り合いが付けられることになるが、基本的な軸は「分離/統合」である。気の毒なのは、一生懸命な「バスの運転手さん」である。運転手さんが、「すみませんが、優先席に」、「そうしないと、ほかのお客さんが、座られないのです」と発言する前に、私が何とかすればよかったのだが、かわることに躊躇してしまう。ただ、この場合は、出来事が「(ある程度)可視化」されているから、本質的なところまで深掘りせずに、はぐらかすこ

とが可能である。では、次のような場合はどうだろう。

### 2 優先席に座るべきは誰？

訳知りの(ような)乗客：きみ、きみ、申し訳ないけど、君は若いのだから、お年寄りに席を譲ってくれないかね。

このように言われた若い乗客は眠っているのか、下を向いたままで、知らん振りをしている。…そして、次の停留所でその若い乗客が立ち上がった…

訳知りの(ような)乗客：(もっと早く、席を譲ってくれても良さそうなものだ。…) さあ、お爺さん、席が空きましたよ。

若い乗客は、(降りながら、訳知りの(ような)乗客の耳元で)「私は、心臓病者なんです」とつぶやいた。

訳知りの(ような)乗客は、どんな気持ちだっただろう。「しまった」と思ったか？はたまた、自分を守るために「あの若者は心臓病者なんかではない!!」と思ったか？いずれにしても、彼にとっては善意のつもりだったのだ。それがひっくり返されてしまった。「それだったら、早く、心臓病者ですからといってくればよいのに」といえるだろうか。フーコー流にいうなら、「かつて、私たちは、一目見ただけで、つらそうな人を感じることができた」ということになる。福祉の大衆化は、「障害者にたいしては、このようにしましょ」ということは教え込んできたが、「障害者とは、一体誰のことか」ということについては教えてくれなかった。

### 3 「列を作る」ということ

若い女性：おばあさん、分かるかな。私たちは、みんな並んでいるのね。ですから、あなたも、一番後ろに並んでくださいね。

高齢の女性：私は年寄りで、足の具合も良くないから、永く立っているのはきついの。

分かりますか、このつらさ。

若い女性：つらいかどうかは知らないけど、体の具合や年齢に関係なく、先に来た人から順に切手を買うことができることになっているんだから。第一、私が「いいよ」って言っても、私の後ろの人たちが何というか。

このような会話がなかったかのように、高齢の女性は、割り込んだまま切手を購入した。それにしても、あの若い女性の発言は用意周到だった。「おばあさん(特別な対応が必要な人)」と語りかけ、「あなた(市民)」は並ぶべきだと、巧みに言葉を使っている。そのことが、さらに、迷いの言葉として現れている。自分にとっては「割り込みを許してよい(特別な対応が必要)」が、自分より後ろの人がこだわるかもしれない(早いもの順というルールによる)権利まで、自分は左右することはできない。結果として、面倒だから、後ろの人の権利にはかかわらないようにしよう、となったのであろう。一件落着、落着、落着のようだが、しかし、先ほどのバスの運転手のことが気にかかる。運転手は必死だったけど、郵便局員は何も言わずに、先頭にいたおばあさんに切手を売ってしまった。ということは、もし、若い人が割り込んだらどうなっていたらだろうか。民営化したあとどうなっているのだろうか。民営化は関係ないか。

### Ⅲ 「言語」の問題

#### 1 「風呂」と「FURO」

疲れ切って帰った私：ただいまあー。あー、疲れたあー。おーおい、風呂、風呂。聞いてないの!!FURO!!

妻：あなた、帰ってくるなり、馬鹿なことやめてくれない？

疲れ切って帰った私：何が…。

妻：だって、あなた、お風呂に呼びかけてどうするの。相当疲れてるのね。

会社から帰った疲れ切った私は、一瞬戸惑った。しかし、妻の発言は「ギャグか?」、「本気か?」。本気だったら、どうしよう。ここには、相当おもしろい論点がありそうだけど、残業続きの私には、これをどのように説明すべきか、これは相当に難しい。こんがらがった毛糸をほぐすかのように、あれが、ここにこうなっているから、まずは、これをこうやって。「どう説明したら、分かってもらえるのか?」

とりあえず、「おーおい、風呂」も、「オーオイ、フロ」も、“OOI FURO”も同じ音だ。しかし、その三つは“OOI FURO”というような形で表記される「単なる音声だけではない」ようだ。

言葉って何だろう。コミュニケーションって難しいものだ。ソシユールはえらかった。いろんなことを考えながら、何とか、風呂に入ることができた。「おーおい、風呂」って、そうなのか。わかったような、わからないような。それほど大きなことではないのだが、湯船につかって、試みに「おーい、お茶」って言ったら・・・どうなるかな。そんなのじゃつまらない。「きわめつけは、大井競馬場だ」なんて、ぶつぶつ独り言を言いながら、風呂から上がると・・・、息子が、塾から“ずぶぬれ”で帰ってきた。

## 2 全部言わなくても

妻：びしょぬれじゃない。

息子：だって、カサを持っていかなかったから。

妻：なに言ってんの。空を見て行きなさいよって言ったでしょ。人の言うことをよく聞きなさい。

息子：ボク、ちゃんと、空は見たよ。

妻：違うの。空を見て行きなさいということは、雨が降りそうだったら、カサを持って行きなさいということなの。

息子：だったら、「空を見て、雨が降るかもしれないと思ったら、自分で判断して、カサを持って行きなさい」と全部言ってくれなさいや。

私は、ニヤニヤしながら、このやりとりは、「おーおい、風呂」といい勝負だな、と思っていた。しかし、どうして、ぜーんぶしゃべらなくても通じてしまうことができるのだろうか？不思議なものだ。

### 3 文法

「子供をしつけるのも大変だね」なんてことを言ってみたって、「でも、あなたを育てるのより楽よ」なんてことを言われそうだと、というようなことを思いつつ、食卓について、ようやく晩御飯。2階から、受験勉強中の娘が、なにやら難しい英語をしゃべりながら降りてきた。かつては、私も英語は得意だった。ここは、なんとしても、団欒。団欒。楽しくやらなきゃ。

私：何食べる？

娘：私は魚。

私：ソレ、英語で言うとどうなるの？

娘：簡単ジャン!! “I am fish.” でしょ。

私：???

そういえば、わたしも、(フランスの、パリの、オペラ座の前の、ランセル本店の近くのキオスクでパリの地図を買おうとして、頭の中で「地図はありますか」だから…とばかりに、準備万端、ジュ、スイ、ヴァンタン)・・・Y a-t-il des plan de Paris? って言ったら、キオスクのおっさんから、投げ捨てるように、「道路の向こうにありませ」って、フランス語で言われて、むっとして、道路の向こうに行ったっけ。確かに、道路の向こう側には、パリの案内地図板があったけど。

嫌味のような解説をするなら、このような場合は、「(地図についての、キオスクのおっさんの所有権を意識して)地図を所有していますか?」といわなければなりません。英語で言えば、Do you have・・・? という表現になりますね。その結果、「そのおっさんの所有している地図」と「あ

なたの持っている貨幣」とが、売買契約の手段・対象として役割を果たすこととなります。

### 4 「意味」の生成

せつかくの食事の場だ。これ以上複雑にするのはやめよう。「新聞を取ってくれないかな」というと、息子が「はい、どうぞ」と渡してくれた。ここまでは良かった。新聞を開いてみると、娘が通っている予備校の大きな文字のコマーシャルが目飛び込んできた(実際には見たのであって、飛び込んではこない。当たり前か。ちなみに、フランス語では、「私は、大見出しの上に落ちた」というような、「ジュ、スイ、トンベ、スュール、アン、グラン、ティトゥル」となります)。「合格率が違います!!」だって。メマイがするくらい、めまいがしてきた。一体、これは、どういうことだ。「あれだけ信用していたのに。合格率が違いますだと!! あれは間違いだったのか?」

私：おい、合格率が違うんだと。

娘：何のこと？

私：何がなにやら、もうわからん。説明してくれ。

### 5 「固有名詞」/「普通名詞」と「シニフィアン」/「シニフィエ」

息子：ありがとう、パパ、宿題手伝ってくれて。すごいね。

私：すごいだろ。おまえは、パパがお父さんでよかったね。

娘：パパがお母さんってこともあるの？

私：(混乱したままで) ある。ある。うちの猫は「いぬ」って名前じゃないか。

娘：あっ、そうか。ということは、おばあちゃん、「みどり」さんだけど、「米寿」なんだ。

私：&%\$#

ここには「固有名詞」と「普通名詞」の関係、さらに「シニフィアン」と「シニフィエ」の問題

がクロスしている。ソーシャル入門ではないので、解説はやめておきますね。

## むすび…連帯することの難しさ

### 1 そこに至るまでの経験

太郎君は、無事に大学に合格した(とりあえずは、良かったね)。引っ越しをしたばかりだ。太郎君は、その部屋のことを結構気に入っている。太郎君は、自分の新しい部屋にクラスメートの次郎君を招待した。

太郎君：お疲れさま。さあ着いたぞ。

次郎君：わーあ、すごい。ボクの部屋みたいにごちゃごちゃしていない。すっきりして、きれいだね。うらやましいなあー。

太郎君：ぎゃあー、全部やられた。

次郎君：えっ、なに、なに。

太郎君：泥棒が全部持っていった。

太郎君と次郎君の決定的違いは、「家財道具が揃っていたこと」を知っていたか、否か(前提としての事実についての認識の差)である。当たり前といえば当たり前だが、ここには、「今」の状態を豊かに表現する比較研究についてのヒントが横たわっている。研究について言えば、「幾たびかの制度改変を経た現行の制度は、その経緯との関係で存在している」という、当然のことを意味することとなる。すなわち、「今のその人」の状況を生き生きと描けるか、否かは、「時間軸」を設定し、「そこでの今」を表現できるか、否かにかかっている。

### 2 分断する機能を発揮する「年金」

近年の年金をめぐる議論のありようをみることによって、そこに存在している複数の価値軸を見つけてみよう。

高齢者：年金をもらっている人にも、さらに負担させようとしている。ひどい話だ。

若者：私だって負担したくないよ。だって、納めても、その分もらえるかどうか分からないから。

高齢者：そうかなあ。私たちだって、ずっと納めてきたんだから、君たちも納めなきゃ。私たちは、もらう人で、君たちは負担する人。

この「年金を巡る議論」から読みとれる価値軸は「個々人/連帯」ということである。もう少し整理して、具体化してみよう。このような議論には、①「保険料を負担するのは、自分の年金給付を受給するためである」という考え方と、②「保険料は負担できる人々が負担し、所得の保障を必要としている人々が受給する」という考え方である。「負担できる人々」をどのような人々とするのか、という具体的な問題もあって、人々の議論は複雑なものとなってくる。極論すると「損得勘定論」が突出してきたり、「世代間の戦い」ということになってしまう。ここで少し歴史を振り返ってみよう。かつて厚生年金保険法は「女子」を被保険者から除外していた。これを「保険料を負担しないですんだのでラッキー」と考えるか、「差別されていた」と考えるか、議論は複雑なものとなりそうだ。

先ほどの高齢者の発言を振り返ってみよう。「私たちは、もらう人で、君たちは負担する人」という発言に対して、「負担できるのであれば、一緒に負担しましょうよ」というか、「はい、分かりました。私たちが負担しますから、あなた達はあっちに行ってください」というかは、その後の社会の構造を決定的に別の姿にしてしまう。

「私は、もう終わったので、残りは、あなたの仕事」という発言に対して、「できるなら、一緒にやりましょうよ」という発言ができるような仕事場であるか、「はい、分かりました。私がやりますから、あなた達は帰ってください」という発言しかできない仕事場であるかは、その後の仕事場の構造を決定的に別の姿にしてしまう。



### 3 「働きたい」 / 「休みたい」

では、働くという場面ではどうであろうか？一方では、非正規の労働者やフリーターのことが問題とされ、同時に、リストラのことが問題とされている。前者についていえば、今まで多くの人々がなしてきたような、定期的な働き型を望まない人々もいることも事実であるのに対して、後者の場合は、今まで多くの人々がなしてきたような、定期的な働き型を望んでいるのに、それができなくなっている人々が問題とされることになる。

フリーターの息子：リストラされたんだって？

リストラされた父親：明日から、どうしよう。もう、死にたいよ（さみしい、どうしよう）。

フリーターの息子：いいじゃん。自由な時間ができたから。

リストラされた父親：何考えてるんだ。俺のおかげでフリーターができてんだぞ（うらやましい）。

この父親の感覚も複雑だ。一方には、「不要な人になりたくない。みんなと一緒に働きたい」と

いう感覚があるのだが、それと同時に、「なぜ、私だけがはたらいで、あなたは自由な生き方をしているの？」という感覚があるのである。今の若い人たちも、ひよっとすれば、「働かないはずだったのに」、「働くことが生き甲斐」になり、「リストラされて、働けないなら、死んでやる」となるのであろうか？ここに潜んでいるは、「働くという限定的な価値の世界」の中で、「自分は必要とされている」という感覚である。では、「みんなと一緒にいる」という感覚が実感できる世界をどうすれば再構築できるのであろうか？

これからの福祉に求められることは、まず、制度の中に、「まじめに関わっているのは自分だけではない」ということが実感できる装置が備わっていることである。これについては、「友人・家庭・地域」、「職場」、「国の中」、「国際的」というそれぞれのステージで考えなければならないであろう。制度を維持することを意図して、費用面や負担面での「連帯」のみを強調し、気がつけば、「分断」や「排除」を増幅させるようなことになっていないであろうか。急がなければならないのは、結果として「連帯」が実現されるようなシステムの構築である。



# 介護保険制度施行後10年間の経過と今回の制度改正について

元久留米市職員 西依 信樹

## (はじめに)

介護保険制度は、『個人の尊厳』を理念に『自立支援システム』を創る事が魅力であった。

現実のシステム構築のなかで、右往左往しながらも、通所リハから“生きがい”を“認知症の人”が高血圧や糖尿病のように“付き合いながら”生きる道を示してくれた。

今次の制度改正に期待しながら現場の視点から改正について考察してみたい。

## (制度1～計画と保険料～)

介護保険は2000年に発足したが、概ね5年ごとに『大きな制度の見直し』が行われ、3年ごとに各市町村（保険者）は、国が定める大枠に基づき、管轄する地域の高齢者数や介護需要等から『介護保険事業計画』（介護保険料）を定めてきた。

事業運営期間	事業計画		保険料
2000年度 2001年度 2002年度	第一期	第一期	} 全国平均 2,911円
2003年度 2004年度 2005年度			
2006年度 2007年度 2008年度	第三期	第三期	} 全国平均 4,090円
2009年度 2010年度 2011年度			
2012年度 2013年度 2014年度	第五期	社会保障審議会・政府の議論 ① 国の負担、保険料を一定額に抑える。 ② 地域包括ケアシステムの実現 ③ 高齢者の住まい整備・施設サービス充実 ④ 認知症対策 ⑤ 介護人材の確保	5千円を超えない。 介護療養病棟廃止の延長、特別養護老人ホームに社会医療法人参加等。

- 2015年は『団塊の世代』が65歳以上に。
- 2025年は『団塊の世代』が75歳以上（後期高齢者）に。
- 介護保険料（65歳以上1号被保険者）を年金額から推計すると、『市民税課税、合計所得金額200万以上500万未満』と想定すれば、5千円×1.5×12月の9万円（年額）と試算される。年金生活の夫婦世帯にはずっしりと重く感じられることになる。

国は社会保障制度審議会の議論を踏まえ『大きな制度の見直し』『介護報酬』等を行い、市町村は計画策定委員会の議論を踏まえ実施計画を定め、制度管理や実務処理を行う。介護保険制度は『地方自治の試金石』ともいわれたが、国⇒都道府県⇒市町村という一方通行のシステムを、少なくとも双方向にすることすらできていないのが現実だと思う。『地方主権』は論理上の問題があるとしても、『地方分権』には国も積極的ではないが（省庁間の未調整として示される等）、当の市町村も『国の意向に沿う』ことが優先されること

が多く、地域事情に合わない『制度改正』に振り回され、『地方分権の確立』を求める地道な展開は個別的で組織的に対応する企画・能力は育成されてこなかった。

⇒『高い保険料』を積極的に推進した自治体もあったが、結局『給付と負担』のバランスの評価（理解）は困難だったのだろうか。⇒ただ熊本県は、『地域ケア』的な展開が見られる。『熊本モデル』認知症疾患医療センターの整備は、医療系サービスを中心に基盤整備が進んでいる。（別紙参照）

## （制度2～要介護認定作業について～）

①要介護認定は、申請の受付、認定調査と一次判定、主治医の意見書、審査判定資料の作成、要介護認定審査会、認定そして当該人に通知する。

②認定審査会は、状態区分の二次判定を行い（要

支援1 要支援2 要介護1～5、非該当）を判断し、その判定の有効期間を定める。

⇒新規申請は『6月』、更新申請の場合『12月（24月）』と通常は定める。

⇒申請件数や審査件数を算定する基本データになる。

## 全国の実施状況（厚生労働省）

	2000年4月末	2003年4月末	2010年4月末
被保険者数	2,165万人	2,398万人	2,895万人
認定者数	218万人	348万人	487万人
申請件数	269万件	547万件	@ 500万件

（@ 500万件説明）2004年度から要介護更新申請の有効期間を最大24月としたため、2008年の申請件数は2003年より少ない。⇒調査事務費（調査員の人件費）や認定審査会事務費が節約できたことになる。

⇒調査員（2000年269万人と2003年547万人が2倍の件数、調査員を2倍配置することは容易ではない。調査事務費の全額保障から二分の一へ減額そして廃止（＝交付税化）した国の施策変更が現場の

困難・解決の道を狭めたのは間違いない。すでに終わったことだが）

③更新申請は60日前から申請するが、この有効期間の設定をめぐる過去いくつかの現実的な問題が発生した。

i 『6月の介護を要する状態』の人が申請するのが原則なので、新規申請の6月期間、更新申請の12月は短期間ではないか、という基本的な問題である。

ii 有効期間の設定は、利用者によれば更

新手続きが面倒である（ケアマネージャの手間も多い）、保険者にすれば調査員の人事管理コストや審査会の開催事務が改善できない、というものである。主治医からは『毎回同じ状態を記載するのは省力化できないか』という苦情である。

- iii 市町村は事務費補助経費の二分の一（実際はもっと低かったが）が補助金から交付税化され不透明になってしまった。多くの自治体は、有効期間を延長（最大12月）し申請件数・審査件数を削減し人件費・事務費の増加を抑えてきた。
- iv 国もこの事情を了解し、12月を24月に延長したことがある。その効果は②の通りである。『状態の変化した人』は区分変更申請で対応が可能であることから実害は少なくできる（事務改善である）。しかし2006年の改正時には逆行してしまった。要介護1を要支援2と要介護1に分離することを定めた結果、要介護1→要支援2、要支援2→要介護1に結果変更になった場合原則6月と短縮されたのである。要支援1、2、要介護1は認定者数の約半数ぐらいいるために、保険者の認定事務一挙に増加してしまった。作業は遅れる、人件費はかさむ、調査能力の低下などの懸念が生じた。

⇒認定調査は要介護認定システムの“要”である。書類審査が原則であり、一次判定ソフトの補完する最大の武器である。主治医意見書の多くが『診断名』のみ参考になるという現状では、調査書の出来如何で大きく判断がぶれる。その割には評価が低い現状には不満が残る。CMがCPに調査書を丸写しするという実態もあるが、区分限度支給額を設定しているからには、調査員の待遇・能

力改善を配慮してもらいたい、と考える。

ただ、今回の資料でケアプランチェックを医療系の目で見たとものを評価し、福祉系のものを『問題あり』と判断するのは、バイアスのかかりすぎではないか。

⇒今回、修正する案が示されている。問題は、各保険者が『事務処理』のために調査体制や審査体制の準備を行う。申請から30日以内の判定が原則であり、保険者の判断にのり白が少なくフレキシブルな方策がないが、『認定費用』は減額できるので有効な地方対策である。一つのアメといえるだろう。

④今回の改善案は、法律改正が見込めないなかではあるが『愚作である』と思う。

『24月延長』を積極的に導入すべきである。さもないと、市町村の人事政策を含め制度管理の見通しが立てられない。安易な委託論者はやむ得ないが、本当は計画期間3年、制度見直し5年を検討する価値はあると思う。

『個人の尊厳』を出発点にした『自立支援システム』への転換戦略の下に『要介護認定』を改善する道を拓くのが本筋ではないか。後日、『認定システムの抜本改善案』を提起したいと考えている。

### （制度3～認知症対策と地域包括ケアシステムの実現～）

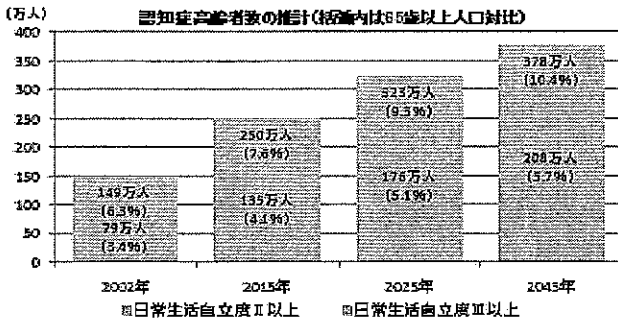
私は、2009年3月公務員を退職した。時間的余裕を持って、隣近所の情報に接する機会が増え気づいたことがある。③の世帯が数字より進行している、という実感である。その結果、日常生活における不便の増加や社会活動への参加が少なくなるなどに影響しているが、介護保険制度の利用には繋がっていない。むしろ①の75歳を超え80歳ぐらいから急激に家族（高齢者世帯）の変化がおとずれ、くも膜下出血・歩行困難・認知症など

## 今後の介護保険を取り巻く状況について

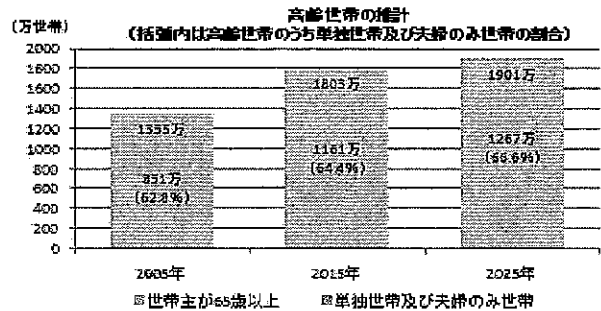
① 75以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2008年	2015年	2025年	2055年
75歳以上高齢者の割合	10.4%	13.1%	18.2%	26.5%

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の世帯のうち、単身世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



④ 首都圏をはじめとする都市部において、今後急速に高齢化が進む。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	秋田県	山形県	鹿児島県
2005年時点での高齢者人口	116万人	106万人	149万人	31万人	31万人	44万人
2015年時点での高齢者人口 (括弧内は増加率)	179万人 (+55%)	160万人 (+50%)	218万人 (+47%)	34万人 (+11%)	34万人 (+10%)	48万人 (+10%)

(出典：厚生労働省 HP)

で単身、家族分離が始まる。

これらの状況を、『地域包括ケアシステム』の充実、24時間対応の定期巡回・随時対応システム、小規模多機能型サービスと訪問看護の複合サービス、有床診療所や老人保健施設の活用等でカバーする考え方が提案されている。私はこれらの提案は実現困難ではないか、と思う。

i 『地域包括ケアシステム』の充実は、同研究会によれば『中学校区、概ね30分以内』を想定している。現実的には400世帯の管理でも困難ではないか。地域包括支援センターに一人配置では“役に立つ”ものにはならないだろう。

⇒ “包括センター”の設置状況を見ると確かに全国に市町村に設置されている。しかし、三職種が機能しているのか、疑わしい。ここに、認知症を専門とする1名を増員しても地域への展開(総合相談の発掘)・困難ケースの対応に対するバックアップシステムがない中で

は期待できない。

⇒ “日常生活圏”という設定が定着していない。既存の地域コミュニティ資源との連携はいきなり縦型から切り込んでも受け入れられない。連携の基盤(信用)を確立することが先決であろう。

⇒ 24時間巡回サービスは、理屈ではあっても、夜間対応型訪問介護サービスの失敗の総括が不明で現場段階での混乱は避けられないのではないかと。小規模多機能と訪問看護の複合化も意図がわからない。訪問看護事業の現状は停滞していると思うが複合化で充実するのだろうか、疑問である。

⇒ 有床診療所や老人保健施設の活用は、あっさり記載されているが、医療と介護の連携を求めるならばここがポイントではないかと思ってきた。

福岡市内に診療所なし、つまり訪問診療と訪問看護で24時間診療体制(ター

ミナルケアを含む) を実践している医師がいる。医師5名(常勤1名)と看護師そして10の診療機関と連携している。医療機関の機能と福祉の複合形態の管理者が不明だが、有効な手法と思われる。

ii 『認知症疾患医療センター』は全国150箇所の設置計画だったが、現在100程度になっているという。福岡県の展開は鈍いが隣の熊本は積極的である。それが熊本モデルといわれており、基幹型センターと地域拠点型センター(7)が機能分担しながら地域の開業医に診断・診療の支援を展開している。医療関係機関が介護と連携した地域を作ろうとしている。(別紙資料参照)

### (ある講演会における識者の見解から)

今回の考察は、社会保障審議会介護保険部会(平成22年11月30日)の介護保険制度の見直しに関する意見を基本に、その後マスコミや厚生労働省の作業状況(マスコミへのリーク?)を参考にしながら改正動向を探ってみた。

最後に、2月に行われたある集会の有力委員(S・K)の基調講演の感想(私見)を述べて、厚生労働省の『介護保険法等の一部を改正する法律案(仮称)のポイント』に沿って私見を述べたいと思う。基調講演は、1時間の設定で演題は『医療・保健・福祉連携を支える政策の動向』というテーマであったが、彼は、①政策とは何か?②政治とは?③今できることは?という三点に絞って話された。社会保障審議会の議論は多くは『両論併記』が多くなった。i 保険制度論 ii サービス提供体制 iii 報酬体系 を議論したが、与党・民主党の主張「PAY AS YOU GO」と「1号保険料は5000円以下」という縛りがかかり、厚生労働省の予算を組み替える知恵(政策)を深めることはできなかった。

現政府には、i 段取りを組むこと、ii 交渉をす

ること、という政治の基本的能力が不足している、と主張された。『八甲田山』の事例を引き、『準備しなかった側は被害をこうむり、準備した反対側は被害がなかった』と述べ、『精神論で解決する問題ではない』と締めくくった。

自民政権が中心に作ってきた過去の負債を、民主党政権は『コンクリートから人へ』とあるいは『埋蔵金や無駄の絞込み』を行ってきたが、現時点では『表層だけの改革』に終わっている。

以上から、現行の政治システム(たとえば社会保障審議会でも、別のシステムが提案されるなど、政策決定プロセスが不透明になっている状況)が機能不全状況と考えるならば、『原点に戻ること』が肝要であろう、と以下にまとめられる。

① 2025年の社会構造に対応するシステムを基本とする。

② 地域(中学校校区単位)で次の概念を基本に、システムを改善する。

i 自助	}	信頼のない共同は地域では無視されてしまう。
ii 互助		地域におけるの支援のしくみ医療・保健・福祉の関係機関の連携
iii 共助		を強化、役割分担を明確にすることが大切。
iv 公助		

③ マネジメントの必要性

ハードの管理はしてきたが経営(ソフト)の開発が遅れている。地域資源の『連携』を必要なニーズで結束することだろう。

先生の話しはいくつか考えなければならないことがあると思う。

『社会保障審議会』の評価と判断してきた結果(所産)に対する『政治判断』についてである。議論の到達点を踏まえる事、たとえ厚生労働省側に近い人選(によりバイアスがあるとしても)、野党感覚の域を出ない時の政権の対応は如何なものか、と思う。

たとえば『医療と介護』では、認知症対策を例に説明しよう。医療担当は『4疾病5事業』が重要課題とされ認知症（精神疾患）は中心課題ではない。一方、介護担当は200万人から300万人と推測される認知症高齢者（「老老介護」「認認介護」への状況の変化）に対応し、介護認知症グループホームから小規模多機能居宅介護や『認知症医療センターを150箇所設置』（残念ながら現在全国に100箇所と地域の解決策にはなっていない）という現状（課題）が残り、医療（かかりつけ医）が認知症対応ができない現状の改善が進展しない。『住まいの問題』で言えば国土交通省との開きが『機能合致』といえない状況がある。せめて生涯に要する家のイメージの統一を図ってほしいものだ。政府・民主党が国民生活を基本に考えるのであれば、基本的な方向としては『法改正』を含めた抜本の見直し（改革）を行うのが本筋であろう。しかし現状の政治状況では『できる』状況ではない、のが事実だろう。

したがって、現在は『頼りない地方行政（保険者）』であるが、国・都道府県・市町村の役割を見直し、権限委譲（役割分担の明確化）を行うことにより中途半端な『役人間のやり取りを排除』するシステムを“創設”することが『近道ではないか』と、考える。

## （厚生労働省の『介護保険法等の一部を改正する法律案（仮称）のポイント』）

社会保障審議会介護保険部会に配布された『介護保険制度の見直しに関する意見』

### 1. 介護保険法等の一部を改正する法律案（仮称）のポイント

#### ①医療と介護の連携

地域ケアシステムの実現  
（連携の一体性の確保）

#### ②高齢者の住まい

高齢者住宅政策の施設サービス・在宅サービス関連

### ③認知症対策

認知症センター（熊本方式の可能性）

### 2. 介護保険制度の見直しに関する意見

h 22・11・30 社会保障審議会介護保険部会

### 3. その他

現在の『政治状況』は、『6月の社会保障の一体的改革』でまとまる見込みは薄いだらう。従って、現行の事業内で『改善』することになるものと思われる。

私見を述べれば、以下の点に留意しておきたい。

●医療システムの改善に着目する。有床診療所の地域連携、具体的には地域の医師会に対する『連携実現プロジェクト』を県レベルまたは中核市レベルで行うこと。

●認知症に対する『医療提供側』の支援しくみ（熊本モデル）を明確にすること。

●高齢者の住まいは、もっと国民オープンな形で提案し議論を高めること。昔の貧困救済モデルや民間同レベルの住宅政策モデルと異なる論点（事業内容）を明確するには、かなりの時間を要すると思うが、生活基盤の確保という視点を貫いてほしい。『大きな家』の管理にソフトを失う高齢者イメージを創造すれば、政策課題は明確になると思う。

### （最後に）

2月18日、国会において『16名の小澤支持者の反乱』があった。2011年度の予算案や関連法案の成立は一段と不透明になった。『国民の生活』はただひたすらに継続していくので、国会劇場は『チャンチャンばらばら』でいいとしても、先がないのは『いかにもまずいな』と思ってしまう。40兆円の税収入と同額相当の借金（国債）が前提になっているので、究極の救済策は『増税かサービスの半減』を選択することになるのだらう。

最近『昔の厚生省の顔』が内閣府に異動しているのをTV等で見かけることが多い。『社会保障立国』のようなプランでもあるのだろうか？なけ

ればたとえば高齢者福祉、介護保険7兆円を4兆円に戻す計画、いや税に頼らないサービスを確保する道を模索するほかないのであろうか。

『政治に調整能力』がないのなら、地域社会で作るほかない。『地域通貨』の考え方で地域の医療システム・保険システムなど共同体の共通項を“まとめ”る“しくみ”を模索する時代が来たのかもしれない。

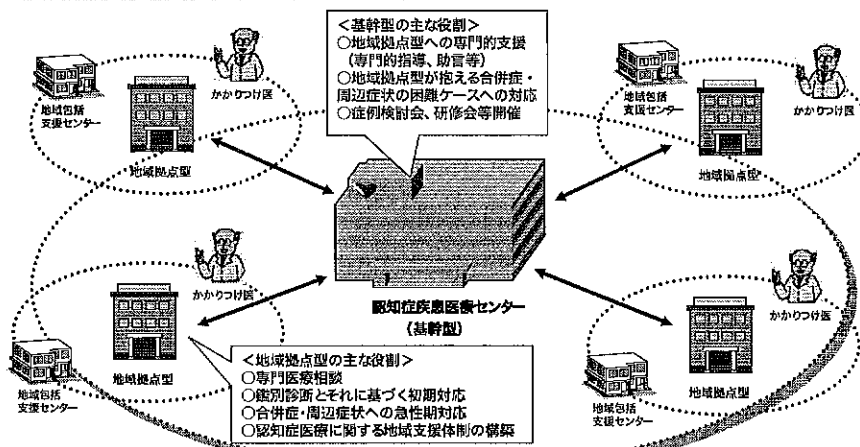
私の原点は、『個人の尊厳』の視点たち『自立支援システム』が医療・介護の世界で機能する社会である。日本社会の特徴である『言外の機微（真

の希望ともいえる）が尊重』される人間関係の共同社会である。機能分化とともに失われてきた人間関係の回復は、各技術体系の連携が、個人（個性）の尊重を導くものと信じたい。そのための改革は不断に行われなければならない、と思う。

改革といえば、これもTVで申し訳ないが、ある食品会社の代表が『不断の改革を行わないと消費者に見捨てられる』という言葉が、耳の底に響いた。安心と安定は違う、揺れ動く柳の葉にある種安心を感じるのは、人ゆえなのだろうか。

### 熊本モデル」認知症疾患医療センターの整備について

認知症の早期診断や診療体制を充実するために、地域での拠点機能を担う「地域拠点型」と、県全体を統括する「基幹型」の2層構造（「熊本モデル」）として、整備することとしている。



○県民がより身近な病院で受診し、認知症の早期発見や治療につなげることができる体制を整備する。

#### (追記)

3月11日に発生した東日本大地震は、原発事故も引き起こし未曾有の被害をもたらしている。国の対応はその復興支援に大きくシフトしており、そのため、各分野を取り巻く状況も大きく様変わりしてきている。本文も、大震災前に執筆したもので、この分野の状況も同様である。

政府は4月8日に、内閣府行政刷新会議がまとめた『規制・制度改革にかかわる方針』を閣議決定し、19日には、『東日本大地震に関連した各府省の規制緩和等の状況』も公表された。この中には、「介護サービス事務所の人員基準等の取扱い」なども含まれている。

お泊りデイなど東京都が案を示しているようであるが、施設建設を緩める方策と既存のサービスの拡大を図ることのどちらを指向するのか（保険外で宿泊サービスを行うが採算がとりにくいし、質が担保されないので管理が強化される恐れがある。撤退もあるようだ）。しかし、震災で不足している状況下では、急増案としての価値が出てくる。社会福祉法人の悪い面「お国が支援してくれるなら」というお題目を念ずればどうにかなる、と思う体たらくはあるが、「必死に戦うところもある」。国の救済策がなければ再建できない、などという泣きごとと古い体質（あ、親方日の丸ですな？天に唾してしまった）とはこの際オサラバしなければ。

とはいっても、地域の高齢化（弱体化）は進行している。原発に津波に毎日の地震で独居老人の気持ち折れる。コメが作りたい、魚がとりたい、これを高齢者対策事業という…とは後世の人か。



# 保健事業の変遷に思う

元 水巻町健康課 野口 久美子

特定健診・特定保健指導や介護予防事業の導入により、市町村で働く保健師の保健活動の在り方に大きな変化が出てきたように感じる今日この頃である。

私は、昭和48年4月に政令都市であるK市の保健所に就職した。当時、県と市町村の業務を政令市では、一体化させた活動展開していた。就職当時は、何もわからず、ただ先輩保健師の行動をみながら、見よう見まねで与えられた担当地区を、朝から晩まで家庭訪問に明け暮れていた若い私であった。任された地区においては、自分で地区踏査し、地区診断し、民生委員さんや組長さん、地域の婦人会長と顔見知りになり、地域での活動に意欲満々であった。保健師という公衆衛生看護を担う職種のもつ裁量の大きさに戸惑いながら一つ一つの保健活動を組み立てていった。

しかし、保健所では健康教育や健康相談の、予算や備品、カリキュラムについても衛生局(当時の名称)の指示指導の下に事業が展開されていた。昭和53年に政令市を退職し、私は人口3万人のM町に市町村保健師として就職し、新たな一步を踏み出した。27歳の私は、保健師として1名衛生課に配属された。昭和53年は、国保の保険施設として国保の被保険者に保健事業サービスを実施していた国保の保健師から一般会計の衛生課に身分移管され、住民全体に保健事業サービスを提供する保健師の活動の在り方が歴史的に大きく変わった時期でもあった。市町村に一人の保健師で一体どんな保健活動ができるのだろうか?衛生課の窓口では、し尿、ごみの受付事務に追われる毎日だった。まず地域に住んでいる人々の生活実態を把握することを優先課題にあげ、乳幼児の全戸訪問を開始した。妊娠7か月の大きなお腹を抱え、歩いての訪問は、しばしば田んぼのあぜ道に座り込むことも多かったが、住民の暖かさに支えられ

ていた。

何も事業が決められていないことは、又自由に保健事業の構築ができることに繋がった。行政職としての保健師が地域での様々な健康課題を施策化していく過程を当時の事務職の上司に叩き込まれた。予算の取り方、予算執行の仕方は自分が実施した保健事業の振り返りにもなり、お金(税金)を意識した活動と住民の思いを形にしていくことの大変さを実感し、どんなに未熟な保健活動でもまとめ、見える形にしなければ、自分一人の自己満足になってしまうと感じていた。

昭和58年に施行された老人保健法では、6つのヘルス事業が示され、健診や健康相談・健康教育が保健事業に占める割合が多くなり、直接サービスが見える形で展開され、保健師の増員へと繋がった。法治国家である日本の法律の整備が保健活動にも大きく影響することを身を以て感じた1年でもあった。2名の保健師で地区分担し業務分担を組み合わせた保健活動の幕開けとなった。電算も導入され、費用対効果の考え方が行政全体に広がった時期でもあった。

平成20年に、高齢者医療確保法が施行され、医療保険者に、特定健診・特定保健指導が義務付けられ、医療保険者の役割が明確化になった。自治体の役割が不明瞭になったように思われる。市町村の保健師は、2足、3足のわらじをはき分ける保険の種別を問わない地域活動との一体化が難しくなったように最近感じている。

例えば、具体的に一部の保健事業毎に考えてみると

母子保健事業(乳幼児健診等)・・・自治体  
感染症対策(予防接種等)・・・自治体  
生活習慣病対策(メタボ対策等)・各医療保険者  
生活習慣病対策(がん対策)・・・自治体  
精神保健対策(うつ・自殺等)・・・自治体

介護予防事業・・・自治体・広域連合（包括支援センター）  
その他

特に、メタボ対策を考えてみると、医療費の適正化という視点からの意義としては、

- ①保険給付と負担という保険制度の明確化
- ②特別会計の健全財政という観点から、予防や保健に財源が得やすい
- ③医療保険者に医療費の支払いのみならず、予防という考えが導入された
- ④保健事業の評価の指標を医療費の適正化でみていく

老人保健法で実施していた基本健康診査の受診率は低率で、補助金の在り方も各種保健事業を何回実施したかに重きを置き、成果は問われなかったが、全住民に対して保健サービスを提供するという考えが根付いていた。特に生活習慣病対策が医療保険者に義務づけられたことによる課題もみえてくる。

例えば課題としては、

- ①健診や保健指導等が保険事故に対する給付という考えにマッチするのだろうか
- ②保険料（保険税）に保健事業が含まれているのか
- ③生活習慣病を個人の自己責任と考えるならば、保険料（保険税）試算の在り方にも影響がでる可能性があるのか
- ④健診を受けたくない人への強制にならないか
- ⑤県単位の国保になった場合、保健や福祉の統合化や集中化につながり、きめ細かな対応が難しくなるのではないか
- ⑥介護保険広域連合機能が合理的、効果的な運用に繋がっていない先事例がある（包括支援センター機能）

⑦その他

が考えられる。

時代とともに、保健事業の展開の仕方も変わってきた。目を見張るような速さで動いていく。昭和の時代は、仲間と一つの懸案事項をじっくり議論し方向性を見出していくプロセスを共有できたが、今は考える時間もなくなっただけ走りながら保健事業を実施せざるを得ない現実がある。毎日膨大な量のメールをチェックし回答に追われ、パソコンから目を離せない現実がある。保健師の家庭訪問件数が激減し、個人・家族・地域と繋いで考えていくことも難しい現状に愕然とする思いを募らせているのは私だけだろうか。地域に出ていく保健師の地域活動が減少し、机から離れられない現状に、一人ひとりの保健師は、心を痛めている。保健活動も法律に定められた事項が優先され、公衆衛生を担うものとしての裁量は減り、町独自の事業の実施は、難しい現状である。

保健の視点からの課題を思いつくままに考えてみた。

- ①健康問題を保険種別や年齢で区別してよいか
  - ②家族の中で保険種別の違いによる対応の違い
  - ③特定の人をターゲットにする保健活動でよいか
  - ④生涯を通じての切れ目のない健康づくりは
  - ⑤加入保険の変遷・・・元気な時は職域、退職後は国保・無保険に
  - ⑥国保は最終的に重症化している人々の寄り添う保険
  - ⑦保健事業にペナルティをかけるという考えでよいか
- 等が考えられる。

目まぐるしく変遷する保健活動に戸惑っている退職を3月に迎える保健師のつぶやきである。

# 『年齢を重ねること—高齢者のツーリズム・レジャー行動—』 イアン・パターソン [著]

九州産業大学商学部専任講師 片瀬 葉香

私たちの住む地球社会は着実に年を重ねている。国連の統計資料によると、高齢者人口は急速に増加しており、2050年までに60歳以上人口は世界全体で20億人に達し、全体比は2000年の10%から22%にまで増加すると予測されている。<sup>\*1</sup>

高齢者がツーリズム産業に及ぼす影響、及び負うべき責任に対する関心は、地球規模で今後ますます高まるであろう。例えば、1999年に60歳以上の国際旅行者は5億9,300万人を超え、この集団による休暇消費量は全体の3分の1を占めた。2050年までに20億人を上回る見込みである。<sup>\*2</sup>

こうした人口予測から、高齢者は若年世代に比べて定年後の余暇時間の使い方として旅行に高い優先順位を与えていること、また、加齢によって旅をしたいという欲求が必ずしも制約されるわけではないことが示唆される。実際、高齢者の旅行市場は若年世代の市場とは区別され、研究者やツーリズム市場関係者の注目を集めている。急速に拡大する高齢者市場の潜在的、効果的な需要を正確に理解し、ニーズに合った製品を提供することが、ツーリズム産業にとって重要な課題である。

以上の問題意識に基づいて、本書では、まず第1章で、レジャー(leisure)、ツーリズム(tourism)、及び高齢者(older adults)を意味する諸概念を定義し、高齢者のツーリズム・レジャー行動に関する研究動向と問題点を明らかにしている。第2章では、旅行動機に関する研究動向を辿り、高齢者のツーリズム・レジャー活動への参加の制約・阻止要因を探っている。第3章では、レジャー・ツーリズム研究における「年齢」の重要性を再検討するとともに、旅行行動の決定要因を多角的に分析し、「高齢者」集団とその旅行市場の多様性を明らかにしている。第4章では、世界規模での

高齢者人口の動向、及び選出国(アメリカ、カナダ、オーストラリア、ヨーロッパ、イギリス、ドイツ、日本、イスラエル、台湾、大韓民国)における高齢者の国際・国内旅行の発展とツーリズム・レジャー行動を検討している。第5章では、高齢者が旅行目的地に関する意思決定を行う際に利用する主要な情報源を考察している。第6章では、高齢者が旅行目的で利用する交通様式の特徴と関連旅行市場の動向、及び産業戦略を検討している。第7章では、高齢者が利用するパッケージ・ツアーを分類し、ツアー・ガイドの役割、高齢者がパッケージ・ツアーを選択する理由、特別な関心に基づく観光(special interest tourism)への需要動向を調査し、高齢者のニーズを考慮した旅程作成についてツアー・オペレーターへの提言を行っている。第8章では、アドベンチャー・ツーリズムを定義・分類し、団塊世代の嗜好と動機を探り、マーケティング活動への提言を行っている。第9章では、高齢者、特に団塊世代のレジャー教育への需要の高まりを、旅行と学習とを結びつけたエジュケーション・ツーリズムの動向、及び教育パッケージ・ツアー市場の可能性という観点から論じている。第10章では、アクティブリビング(active living)を求める傾向を、高齢者用宿泊施設の種類、定年後の移住に関する意思決定要因、過去の旅行経験が移住先決定に及ぼす影響、異年齢交流型の退職者コミュニティでのアクティブリビングの動向に焦点を当てて考察している。

本書は、21世紀のツーリズム・レジャー産業において、「高齢者」ニーズを的確に把握することがいかに重要かを主張するものである。高齢者とは決して同質な集団ではない。高齢化とは、多様な次元、世代、分野に関わる問題である。高齢者が何を求め、どのように行動しているかを知ることが、急速に変化する現代社会において「より

良く年齢を重ねる」(ageing well) ための道を探  
究することでもある。本書は、ツーリズム・レ  
ジャー分野の実務家・研究者にとって必読の書と  
言えよう。

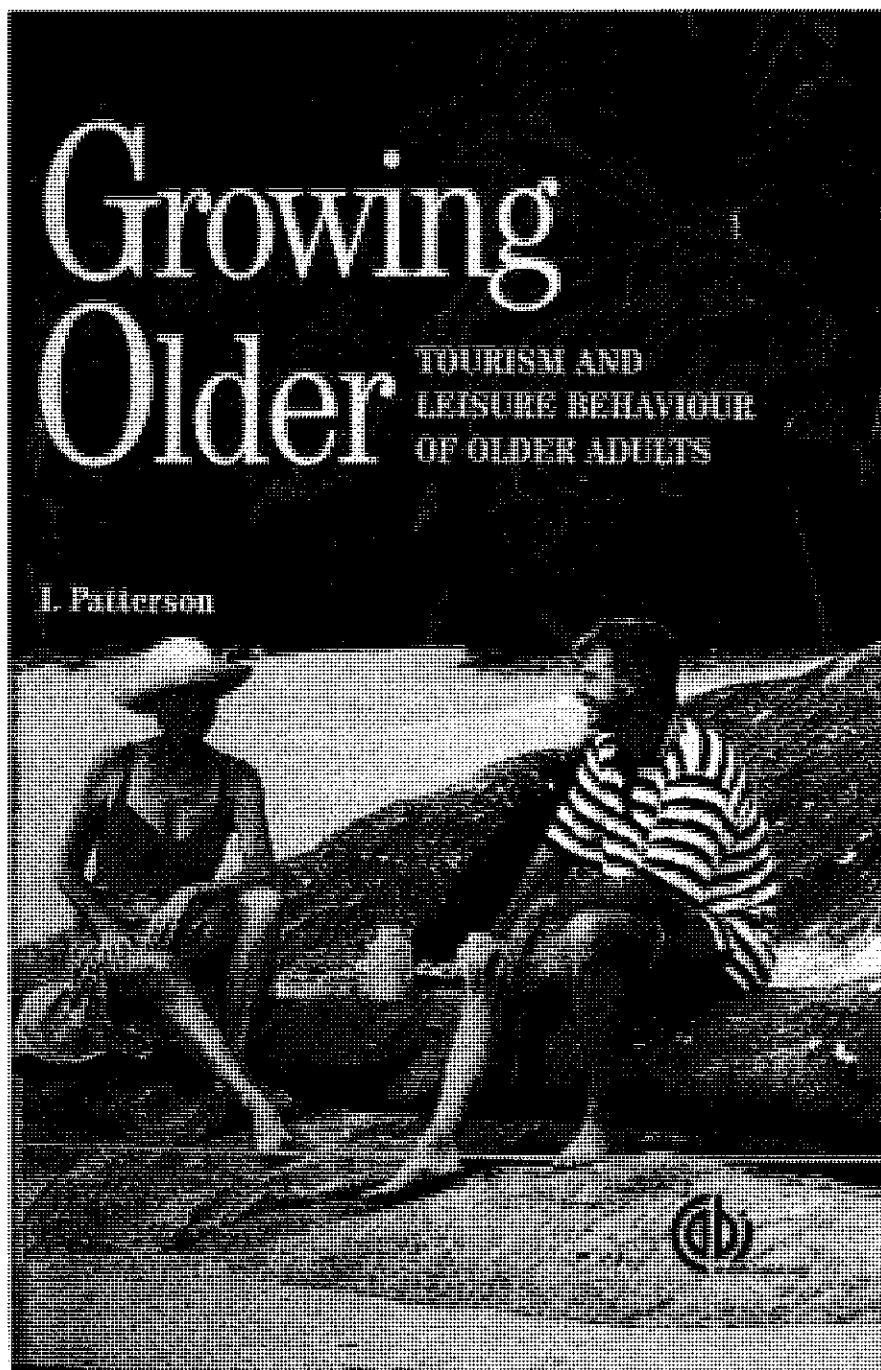
Patterson, Ian 2006 *Growing Older: Tourism and  
Leisure Behaviour of Older Adults*. Oxfordshire: CABI.

価格：\$ 125.00

---

※ 1 United Nations, Division for Social Policy and Development,  
Department of Economic and Social Affairs 2000 *The Sex and  
Age Distribution of the World Populations (1998 revision)*.

※ 2 World Tourism Organization 2001 *Tourism 2020 Vision:  
Global Forecasts and Profiles of Market Segments 7*. World  
Tourism Organization, Madrid, Spain.



# 小さな保険者ですが頑張ります — 地域密着型サービスの展開の困難とその対策 —

筑後市職員 友添 吉成

## はじめに

第4期介護保険事業計画（2009～2011年度）においても、地域密着型サービスを介護保険サービスの中核として、「より身近な地域」での高齢者を支える介護基盤の整備を図ることとなっている。しかしながら、本市のような事情の保険者にとっては、困難な課題も多い。本論では、当該サービスの展開にあたり、どのような観点が必要なのか、何をしなければいけないのか、考察してみたい。

## 1. 筑後市介護保険の沿革

本市は、人口約48,000人、介護保険被保険者数約11,000人の介護保険の保険者である。加えて面積は約43km<sup>2</sup>（7km四方に満たない）の狭隘な条件にある。

2000年の制度開始時に、大学の研究者などからは「人口5万人規模で面積も小さく、理想的な保険者モデルである。」と言われていた。確かに、施設や在宅両方に目が届きやすく、予防対策やサービスに対する利用者の声も把握しやすい。別の表現を使うなら「保険者が介入しやすい環境」にあるといえる。在宅サービス中心の計画を進めてきたことから、第4期事業計画期間の標準保険料は月額3,800円と県内で一番安く設定できている。

一方、平成の大合併で周りの市町村が、人口6～8万人（被保険者数約2万人）程度で面積の広い都市へと変わっていく中で、本市のような面積規模、被保険者数の保険者は県内でも少なくなってきた。

介護保険の受給者（要介護・要支援の認定を受けた者）は1,600人～1,800人（法施行後10年で変動あり）で、利用者が約1,200人、

うち施設入所者350～400人（受給者数と同様の変動あり、近年は減少傾向）。認知症対応型共同生活介護（以下「グループホーム」という。）は63床（2010年9月現在）である。

## 2. 2006～2009年度に起きたこと

地域密着型サービス（筆者註 ここでは地域密着型予防サービスを含んだところでこの言葉を使う。以下同じ。）は、介護保険法第78条の12及び法第115条の2の規定により、

- 市長村長が指定を行う
- 当該サービス事業所の所在する被保険者のみが保険給付を受けられる（所在市町村の被保険者のみが利用できる。）とされている。

このシステムは2006年の法改正に伴って導入された。これにより、保険者がより多くの権限を行使できるようになった。住民負担に影響を与えるサービス基盤整備について、被保険者により身近な存在である基礎自治体が指定を行うことは、理にかなっていると思われるし、サービスの質の検証という点で、指導や監査等の権限が与えられたことも良いことであると思つた。

しかしながら、本市においては、看過できない幾つかの現象が現れた。

### (1) 現象

#### ①サービス供給過多？（お客がいません）

第3期計画の最終年である2008年に、複数のグループホームで定員割れが生じた。一時は、2ユニットのホームで3人の定員割れが3ヶ月続くということもあつた。既存の事業者より、その状況でも第4期にグループホームの増床を行うのかとの批判があつた。

また、認知症対応型通所介護（以下「認知症デイ」という。）の単独型施設では、2006年開所から、2009年度末になるまで、各曜日とも満員になることは一度もなかった（毎日定員割れ）。筆者は、この認知症デイの施設長から、「他市の被保険者から自分のところを利用したいという要望があるのだが」と相談されたことがある（他保険者に営業にいつてよいか、との打診）。

### ②事業所参入の不活性化（誰も手をあげません）

第3期介護保険事業計画（2006～2008年度）においては、グループホーム、認知症デイ、小規模多機能型居宅介護（以下「小規模多機能」という。）を公募したが、事業参入が極めて不活性化状況にあった。小規模多機能については第3期計画期間中は応募ゼロであり、2010年現在でも未整備である。

こうした事業者の参入の手控えは、当市のみ状況ではなく、（自費建設ではどこも手を上げないので）国県の建設費補助金（「地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金」「福岡県介護基盤緊急整備補助金」）が用意されるようなこともあった。

麻生政権末期の2009年度に建設費補助枠が増加され、ようやく事業所参入が活性化してきた感があるが、それでも小規模多機能サービスをサービス単体でやれるというような事業者は存在しない。グループホームや有料老人ホームと併設の形でないと苦しいとの声はよく耳にする。

### ③事業所指定と市町村の能力（開設の後のリスク）

（地域密着型サービスに限らず、都道府県指

定のサービスにおいても同様のことがいえると思われるが、）悪質な運営を行う事業者は後を絶たない。比較的に地価が安いこともあって、「形を変えた不動産投資である。」などと言って、介護や福祉分野で全く実績のない人がしばしば営業にきたりする。筆者は、こうした事業者にビジネスチャンスを与えていいのかといつも思う。

近隣保険者では、グループホーム開設と同時に休業した事例がある。

また、建設費補助金の交付を受けた後、まともな運営を行わず事業所指定取り消しを受け、開設者が雲隠れしたため、資金返還に苦慮するといったケースもある。筆者は、事業所指定の担当の際、常にプレッシャーを感じていた。

指定の審査基準を厳しくする（自己資産比率や母体法人の外形標準的要件を付すなど）ことは、当市でも検討したことであったが、前項のような状況の中で、ハードルを高くすると更にサービス参入し難くなる事が考えられ、頭の痛い問題であった。

## (2) 問題の原因と対応策

### ①密着型ルール

地域密着型サービスについては、原則として、そのサービスが所在する市町村の被保険者しか使えないというルールがある。このことは、「自分たちが使うもののために、自分たちの保険料を（同一に）負担する。」ということからすれば、納得しやすい、とても良いことなのであるが、サービス提供主体である事業者からすればとても迷惑な話なのである。

表 法改正前のあるサービス事業所の利用者構成比

A市 対象6人	筑後市 対象7人
B市 対象2人	D市 対象3人

表に示したような利用者構成の小規模多機能事業所が筑後市にあったとする。2005年度までは、近隣の都市からの利用者も多く、広い地区を提供地帯としていたわけだ。ところが、法改正以後はいきなりマーケット規模が約3分の1に狭められたことになる。

また、1つのサービス主体で足りていた提供機関が4つ必要になるという矛盾も生じてくる。これは、デフォルメしたモデルなのだが、保険者規模（対象者数）が小さくなればなるほど事業所運営は厳しくなるわけである。

このことは、定員割れの原因であると同時に、事業所参入が活性化しない要因の一つであると思われる。

#### 【考えられる方策】

- ・近隣市町村との相互利用を促進する。
- ・グループホームも密着型特養も本質は「施設」である。住所地特例を適用するルールの方が合理的である。都道府県レベルでの調整が必要では？ このことを国県に要求していく。
- ・計画見直し時点では、本当に必要なサービス量であると捉え基盤整備をした、或いは基盤整備しようとしているのに、利用者がいないというのは別の原因があるはず、「利用者負担が高い」等の理由で利用手控えをしているのなら、それに対する対策を考えなければならない。

#### ②基幹サービスとの競合

地域密着型サービスは、本来、認知症に特化したサービス（グループホーム、認知症デイ等）やレスパイトケア（小規模多機能、巡回型訪問介護）などを目的とした「特別な」サービスであり、一般のデイサービスや特別養護老人ホームとは別の性格が期待される。

しかしながら、グループホームが特養の待機場所のように使われていたり、一般のデイサービスと比べて認知症デイの方が高い利用

料であるために、利用する人が少なかったりする。

利用者が欲しいと思っている機能は、デイに通ってもらい家族が休息できるとか、ショートステイを使わせたいとか、そうしたものであり、それは地域密着型サービスでなくとも充足される。小規模多機能が成功しないのはこんな理由によるのではないだろうか。

筆者は、利用者にしてみれば、地域密着型サービスに期待される専門性や独自性が魅力になっているのではなく、基幹サービスの代替的なサービスにしかかなりえていないように思えてならない。そうすると、当該サービスが根付く環境が本当にあるのかとも思える。

自省も含めて書くが、当市が「よその市には小規模多機能があるのに、筑後市にはない。だから1つは作りたい」といった理由で、基盤整備を進めようとしたことは大きな間違いであったと思う。

#### 【考えられる方策】

- ・昨年、当市のグループホーム協議会主催で、介護の日のイベントとして、入居者のお遊戯発表会を行った。保育所や幼稚園にも働きかけ、園児たちとの交流を行った。このように、地域向けのアピールは有意義であり、保険者サイドでのサポートが必要。
- ・計算療法や音楽療法、ナラティブ・アプローチなどに積極的に取り組んでいる事業者もあれば、一般のデイと全く同じメニューをやっているところもあり、事業者ごとの力量差が大きすぎる。新しい取り組みをしている事業者には側面的な支援を積極的に行う。同時に全体のレベル向上のため、保険者主催、または事業所協議会等が取り組む研修会等を充実させたり、相互の見学会を実施する。

#### ③市役所の力は？

介護保険制度において、市町村の役割が大

きくなったことは大いに歓迎すべきことであるが、当市のような保険者規模ではやれないことも多い。例えば、事業者参入を促進するための当市独自のインセンティブなどは、とても困難である。また、事業者指定等において、その法人が安定的な経営をやるかの診断能力や調査能力にも乏しい。

「介護保険は性善説でなければやっていけない。」とは、制度開始当初によく耳にした言葉であるが、筆者は、安易な民活万能論や、「安かろう、良かろう」といった理解の仕方などは、最初からおかしいと思っていた。グループホームの火災や虐待の問題等、保険者の指導がちゃんとしていけば防げたはずのことが未だに多く残っていることは、残念で仕方がない。

今後は、事業指定から指導までより厳しい態度で臨む必要があるし、そのためには事業所担当の能力が問われてくるだろう。一方で、行革の推進に伴い、これ以上はできないという程に職員定数が削減されており、人員配置は非常に頭の痛い問題である。

### 【考えられる方策】

- ・隣接の久留米市では、事業指定時の選定委員会に中小企業診断士を入れ、事業所の資金計画等が杜撰でないか、実現可能な計画であるか等のチェックをかけている。このようにチェック機能を強化することは大変重要で、指定事業者を選考するコンペティションを行うにあたっては、専門職の委員を外部招聘するなどの検討が必要である。
- ・今後の事業指定にあたっては、外形的要件のクリアや法人の自己資金比率を問うなど、要件を厳しくすることも必要。そのためには、「筑后市が求める地域密着サービス介護事業の担い手」等のヴィジョンを明らかにし、要綱等を整備し直さねばならない。
- ・開設者の資産（残高証明等）、母体法人の信頼性等、調査を行うことが重要。とりわけ、

介護や福祉事業面の実績確認については、保険者間で情報提供し合えるような関係を築くこと。こうした調査は住民の安全に関する事などで、情報漏洩にはならないと筆者は考える。

- ・コンプライアンスについては、きちんとした説明ができるよう、保険者側の担当職員も日々研鑽が必要である。

## 3. まとめ

当市の状況について語りながら、実は、平成の合併以後生まれた近隣の「新市町村」においても、同様の状況があることに気づいた。

それは、合併したからといって、法人住民税が急激に増収となったりしないことと同様に、介護保険事業に流れる給付費が一気に増大することはないからである。利用トレンドについても、合併で何かが変わるわけではない。例えば認知症デイを利用するのに、新しく市に組み入れられた片道25km先にある地区のセンターに通うか？ 答えはノーである。そういう点では、介護保険サービスは、元から「より身近な地域」を想定したものなのである。

合併でメリットがあるとするなら、事業者の活動（営業）地域が拡大できるという点である。グループホームの場合は、その利点を最大限に生かすことが出来る。しかしながら、既にサービス飽和になる地域もあり、その中での事業運営はかなり難しいようだ。

筆者は、地域密着型サービスの設計図は、マンション群が立ち並ぶ中核都市以上の保険者を想定したものではないかと考える。マンションの1階ホールが小規模多機能といったイメージである。それならば、かなり効率よく事業運営できるのかもしれない。しかし、その基本設計図をそのまま田舎にもってきて、上手く運用できるのか、未だに疑問に思うところである。

稲城市の石田光広福祉部長は、規制改革会議介護タスクフォースの中で、「施設サービスに



については、都道府県を保険者とし、居宅サービスや地域密着型サービスは市町村を保険者とする。」との意見を述べておられる。また、「住所地特例は廃止すべきで、都道府県が施設給付の保険者になればこの問題は解決する。」とも語っておられる。

これは、施設サービスの総量規制に対して、事業者や利用者サイドの不満が大きく寄せられている事に鑑みた一つの意見である。筆者は、これを読んで、地域密着型サービスもまた同様の問題を抱えているのだが、と思った。

地域密着型サービスは未だに実験的要素が大きく、高齢者の人格を尊重したサービスや独自のケアアプローチが行われているか、そのエビデンスがきちんと検証されているのか甚だ疑問である。単に基幹サービスの代替だけを行っているのなら、そんなサービスは必要ない、とは

何度も述べた。ともあれ、そういう実験的要素の大きいサービスであるのなら、国や県が指定や指導を行うべきなのかもしれない。また、グループホームなどは、ちゃんと「施設サービス」として位置づけるべきであると思っている。

最後に、様々な問題があるにせよ、地域内における社会保障の資源として、地域密着型サービスは重要なものであり、住民が真に欲するサービスとして定着させていかねばならない。

小規模都市で人員も専門的人材も不足だ、という言い訳はせず、知恵を出してこのサービスに取り組んでいかねばならない。

利用者の要望を正確に把握し、どのような基盤整備、どのような事業推進を行っていくのか、市町村職員の益々の能力向上が必須であるように思う。

## 説明と後日譚

本稿は、2010年に行われた愛知自治研に提出したレポートである。

この内容で発表を行ったところ、分科会会場で、前の高浜市長の森貞述氏ほかの皆さんから励ましの言葉を頂戴した。とても感激したし、いつかは介護保険の職場に帰らねばとの思いを強くした。

本稿でとり上げている筑後市の状況については、2年も前のことになろうとしており、些か記事が古くなっている。

### 後日譚として：

①2011年3月に小規模多機能型サービスが1か所オープン、本稿に書いたような状況や筆者の予測と異なり、一日平均14名程度の利用があるとの事である。

②グループホームの供給過多現象が再び起きている模様である。

このことから、住民が地域密着型サービスに望んでいるものが、見えてくるような気がするが最早枚数がない。それは、また別の機会に。

愛知自治研で言いたかったこと、本稿で本当に言いたかったこと。

「筑後市と大阪市で、筑後市と横浜市で、同じルールが適用されるのは不公平ではないか？」

## 山里の春におもうこと

原 五月

これは、先日、仲間数名と九州自動車道を一路高森の国民休暇村・南阿蘇へ日帰りのドライブに出かけた折の話である。

九州道は、春たけなわというには少し早く、やわらかな緑に彩られるなか、れんげ草や菜の花がパッチワークに広がっている。自然の豊かな営みの最中を浮遊しているかの様な感覚にひたりつつ車窓にゆられて走る。

そんな中、ふっと記憶に甦ったことがある。

今、私が走っている阿蘇・大観峰付近の山里での出来事である。この山里一帯は昔から、地区の水源地帯であるのだが、ここ数年、不法投棄が目立ってきているというのである。地元住民の人々は、姿の見えない心無い人々の行為に怒りを覚えつつも、目の前の不法投棄を防止するために粘り強く取り組むとの決意を固められていると聞いた。

その一角には、地区の簡易水道の水源地がある。昨春、野焼きの後にあらわになった原野で、中身不明の空の一斗缶が見つかったのを機に、住民の人々による水質汚染防止の行動が始められた。まず、投棄物撤去の大規模作業を初めて実施。これには、自然愛好者や阿蘇市、環境省職員などの人々も参加して、缶やビンなどを拾ったが、脱穀機、冷蔵庫、洗濯機などの大型廃棄物があった。これには、住民所有のクレーン車を動員して引き上げざるを得なかったとのことだった。回収量は、合計 1.6 トンにも及んだという。

地区の人々は、市に頼んで市道だった進入路を、地元で管理できる“里道”へ格下げし、生コンをドラム缶に詰め里道の出入口付近2ヶ所に鎖や看板を設置し封鎖した。しかし、その後も出入口付近の草地から雑誌や肥料用袋などの投棄物が見つかっている。さらに、モトクロス用のバイクを走らせ、原野にタイヤの跡を無残に残して行く部外者たちなど。地元の住民は「もっとモラルを持ってほしい。格下げしてまで守ろうとしている地元の思いをわかってほしい」と訴えられている。

地元では、パトロールを地道に続け、貴重な美しい野草花や豊かな水源地を、次の世代へ守り継ぐ使命を一步も引かず“この雄大な阿蘇の原野と共に生きる！”と。

車窓にひろがる美しい山里は、このような人々の暮らしをとおして生まれ、守られていることを改めて心に刻んだ旅だった。

## 編集後記

- ◆ 前回の発刊からちょうど1年。絵に描いたような年1回ペースで発刊した21号をお届けする次第。しかし、ISSN認証取得冊子の名に恥じないよう、22号は（多分）今年中に発刊することを宣言しておく。
- ◆ 今回は、介護保険制度施行後10年や保健事業の変遷、また、新自由主義の権化と考えられている小泉首相発足から10年後の別視点での考察など、若干盛りだくさんの内容になっている。
- ◆ その間に、首相は愛の鳩山氏から、市民運動出身の菅氏に代わったが、参議院選挙で与野党逆転して以降は、民主党政権の混迷が大きくなっているように見える。そして3.11。それを境に国政を取り巻く状況が一変した。その影響もあって、介護保険の制度によっては急速に進んでいるものもある。それについては次号で採り上げる予定だ。
- ◆ 本誌では、様々な視点から制度のあり方に焦点を当てようと試みている。これからも静かに、内容は多少ラディカルに、この誌上を通じて私たちの見方を問い続けていきたい。

春号	二〇一二年五月二十一日発行
	第二十二号(年四回程度発行)
表紙デザイン	石塚 優
編集人	久塚 純一
発行人	在宅介護研究会
発行元	福岡県地方自治研究所
	〒八二〇一〇〇〇一
	福岡市中央区天神五―四―二二
	地方自治センタービル三階
TEL	〇九二(七二二)四一六九
FAX	〇九二(七二四)二〇一〇