

専門職を通して見た措置制度から介護保険制度への移行に伴う変化についての質的調査：これからの地域包括ケアを考えるために

松岡 洋子

(平成 30 年 12 月 5 日査読受理日)

Qualitative survey on the transition from the safeguard system to the long-term care insurance system from the viewpoint of professionals: For the future of community-based and integrated care

MATSUOKA, Yoko

(Accepted for publication 5 December, 2018)

要約

介護保険のスタートから 18 年が経過した今、2025 年を見据えて「地域包括ケア」が推進され、医療・保健・福祉・住宅などの一体的な運営はもとより、総合事業の開始とともに、自助に加えて地域における互助の重要性が高まっている。そこで、本稿では地域での助け合いがさかんであったとされる措置の時代に焦点をあて、介護保険への移行によってもたらされた変化とその背景要因を明らかにすることによって、これからの地域包括ケアに求められる方向性について考察することを目的とした。措置の時代に介護・看護・福祉専門職として働いた経験をもつベテラン専門職 12 名を対象に半構造的インタビューを行った。絶えざる比較法による分析の結果、措置の時代では「行政責任」「利用者罪悪感」「サービス不足で小マーケット」「ワンストップで質の高い公的サービス」「自己努力」「家族努力」「専門職支援」「助け合い精神」の 8 カテゴリーが、介護保険では「市場原理」「利用者権利意識」「サービス提供で儲かる仕組み」「お客様市場の拡大」「高まる依存心」「家族意識低下」「地域の枯渇」の 7 カテゴリーが生成された。サービス拡大による依存心の高まりからリエイブルメントへ、家族による介護サービス補完型の協力、意図的につくる地域の互助などが今後の重要な方向性として示唆された。

Abstract

Mutual aid in the community is emphasized in the context of ‘the community-based integrated care’ of the long-term care insurance. The purpose of this paper is to clarify the changes through the transition from the safeguard system era to the long-term care insurance era and to explore the required elements of ‘community-based integrated care’ in the future.

Semi-structured interviews with twelve veteran professionals who have worked more than two years in the safeguard system era were conducted. After the continuous comparison method analysis, eight categories in the safeguard system era, such as ‘users’ endeavors for independence’, ‘family members’ endeavors’, and ‘mutual aid spirit in the community’, and seven categories in the long-term care insurance era, such as ‘enlargement of customer market’, ‘enhanced dependence’, ‘exhaustion of community’ were generated. In conclusion three implications for the future were derived: push up to reablement from enhanced dependence, support from family members as supplement not as substitution, and community development with new concept.

キーワード：措置制度，介護保険，地域包括ケア，リエイブルメント，地域の互助

Key words：Safeguard system, Long-term care insurance, Community-based and integrated care, Reablement, Mutual aid in the community

1. 背景

1990年代の議論を経て、2000年に介護保険制度がスタートした。18年の経過のなかで、介護保険の利用者は約2倍に、給付費は3.6兆円から10兆円へと3倍に増加し、大規模な改革が継続的になされてきた。

2005年の改正では要支援認定が2段階となり、筋力トレーニング・栄養改善・口腔機能向上など予防的な視点が加えられると同時に、地域支援事業が創設されて「地域包括支援センター」が開設された。施設と在宅の間に位置する「地域密着型サービス」が創設されたのも2005年改正である。2012年改正では定期巡回・随時対応型訪問介護看護が創設された。現在、団塊の世代が75歳以上になりきる2025年を見越して「地域包括ケア」が進められ(三菱UFJリサーチ&コンサルティング,2015)、2040年を見据えた「地域共生社会」構想も出されている(三菱UFJリサーチ&コンサルティング,2016)。

「地域包括ケア」は重度の要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしく住み続けられるように、医療・介護・予防・住まい・生活支援が連携して一体的に提供されるシステムである。地域包括ケアではとくに、自分のことは自分で行なう「自助」、ボランティア活動や地域住民で支え合う「互助」に焦点が当てられている。とくに、地域包括ケアは植木鉢に例えて説明される。医療・保健・介護・予防など報酬が給付される制度的サービスを葉に例え、植木鉢の土(地域)が豊かな土壌でなければ制度が機能しないとしている。

中でも近年の大きな改正は平成26年介護保険改正であり、これまでの要支援者を対象とする「予防給付」が大きく改変され、全国一律の給付(要支援者の訪問介護、通所介護)が市町村事業としての「介護予防・日常生活支援総合事業(以下、総合事業と略す)」へと置き換えられた。具体的には、要支援の認定者の通所サービス・訪問サービスはこれまでの予防給付に係る報酬規程から切り離され、総合事業として自治体の裁量に任せられることとなった。総合事業は、「市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等の方に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするもの」と規定されており、具体的には交流サロンや見守り、安否確認、家事援助について、ボランティアなどの住民活動によって推進していくインフォーマライゼーションの方向が打ち出されており、平成27年度より3年間の移行期間を経て、平成30年度からの本格移行が義務付けられている(厚生労働省,2015)。

海外においても同じ方向であり、介護の社会化を戦後間もなく始めた欧米においても、高齢化の急激な進展と

予算の限界を背景として、近年では家族やボランティア活用に力点を移すインフォーマルケアへの期待が大きくなり、実践されている(国際長寿センター,2017)。

しかしながら、総合事業への移行についての状況調査によると(厚労省,2016)、住民主体のサービスが訪問型で3.9%、通所型で12.9%と極端に低く、本来の「住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進」という目的が達成できていない状況である。

こうした総合事業を取り巻く動きの中で、措置時代を知る専門職からは「措置の時代には地域での互助がさかんに行われていたが、介護保険が始まって互助の姿を見かけなくなった。地域包括ケアや総合事業は失った地域を取り返そうとしているようにも見える」という声を聞くようになった。実際問題として、地域包括ケアは「自助・互助・共助・公助」を基盤としており「自助・互助」の重要性が強調されている。また、総合事業は「地域の支え合い体制づくり」を推進することを目指している。

介護保険の近年の動きが、失った地域の互助を取り戻そうとしているのであれば、以前の助け合いはどのような内容であったのか、措置制度のどのような特徴を背景に成り立っていたのかを明らかにすることは、介護保険施行後18年が経ち、「地域の支え合い体制づくり」を推進する総合事業がスタートする今日において、それを成功させていくためにも意義ある研究であると考えられる。

2. 文献レビュー

措置制度とは、介護サービス利用や施設入所について、行政の判断で措置を行なう制度である。自分が抱える生活課題を解決するサービス利用について個人は相談することはできるものの、自己決定や個人の権利に基盤を置くものではなく、弱者を保護するというパターナリズムに立脚する制度である。2000年にスタートした介護保険は利用者の自己決定に基づき、サービス事業者との契約によるサービス利用が原則であり、「措置から契約へ」「措置制度から社会保険方式」への社会福祉基礎構造の大変革が行なわれたものとして位置付けられている。

変更のポイントは次のようにまとめることができる。まず、措置制度では低所得者や独居高齢者などの家族支援がない者が対象とされていたが、介護保険では家族や所得の状況に関係なく、要介護認定で認定された者が対象とされた点である。第2に、措置制度の下では、行政が必要なサービスの種類・時間量・時間帯・事業者を決定していたのに対して、介護保険ではサービスの受給は要介護認定とケアマネジメントを通じたサービス事業者との契約を基本として対等な関係が保障されている点である。第3に介護保険は保険料を支払って社会連帯の

一部を担い、サービス利用料の1割を自己負担して社会サービスの利用主体として位置付けられている点である(松田ら,2013;堀田,2010;佐藤,2010)。

介護保険におけるサービス利用の権利保障,サービス選択の自由と利用者の権利擁護は措置制度の対極にある。また介護保険は、「利用者の権利と選択権が保障されていない硬直的な制度」である措置制度に対する批判に立脚している(伊藤,2003)という論者も存在する。

以上のように,介護保険は「措置から契約」へのパラダイムシフトを実現するものである。しかしながら,その変化を制度比較の視点から説明する文献はあっても,「(在宅サービスが広がった1980年代には)住民の助け合いが普及していた」(北場,2005)と記述する文献は見られるものの,措置制度と地域における互助との関係,あるいは措置時代の互助の具体的な内容について論じたものはほとんどない。しかも,現場の人間の語り(ナラティブ)によって分析している文献は皆無に等しい。

3. 調査概要

3-1. 目的

そこで本研究では,介護保険が施行される以前の措置の時代に遡り,措置時代から介護保険法が施行されてからの変化について,その背景要因に着目しながら,実際にそのプロセスを経験してきた方々の語りを通して明らかにし,これからの地域包括ケアに求められる方向性について「地域の互助」も含めて考察することを目的とした。

3-2. 調査対象

調査対象は以下の二つの基準を同時に満たす方から選定し,介護保険に関わる専門職12名にインタビューを行った。ここで言う専門職とは,介護保険の指定居宅介護事業所でサービス提供にあたる介護・看護・福祉の専門職である。

①介護保険事業の中でも,居宅介護支援,訪問看護,定期巡回・随時対応型訪問介護看護,小規模多機能型居宅介護などの在宅生活者を対象とした介護保険サービスに従事している,または従事したことのある社会福祉士,看護師,介護福祉士,ヘルパー2級以上(介護職員初任者研修),サービス提供責任者であること。

②措置の時代の経験が2年以上あること。措置の時代を2年以上経験しているということは,19年以上のベテランであるということである。

インタビュー対象者は,表1のとおりである。

■表1 インタビュー協力者一覧

| 名前 | K氏 | Mさん | H氏 | Mさん | Tさん | Iさん |
|---------------|---------------------------|--------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------|
| 年齢(性別) | 40代(男性) | 60代(女性) | 40代(男性) | 60代(女性) | 60代(女性) | 60代(女性) |
| 所在地 | O市(地方都市) | N市(中核都市) | K市(地方都市) | K市(地方都市) | K市(地方都市) | K市(地方都市) |
| 現在の仕事と現職の就業年数 | 小規模多機能型居宅介護(サービス提供責任者),5年 | NPO法人理事長,11年 | 社会福祉法人にて施設・在宅統合主任,13年 | 居宅介護支援事業所のケアマネジャー,10年 | 小規模多機能型居宅介護(サービス提供責任者),5年 | 退職後,民生委員,訪問介護ヘルパー,5年 |
| 資格 | 介護福祉士 | ヘルパー2級 | 社会福祉士 ケアマネジャー | 介護福祉士, ケアマネジャー | 介護福祉士 | (寮母) |
| 措置時代の経験年数 | 2年 | 5年 | 5年 | 12年 | 15年 | 17年 |
| 過去の経験 | 特養,小規模多機能のサービス提供責任者 | 家族介護,訪問介護 | 障害者福祉,特養,在宅介護 | デイサービス,ケアマネジャー | 特養,小規模多機能 | 特養(昭和60年より) |

| 名前 | Mさん | Jさん | Kさん | Iさん | Nさん | Oさん |
|---------------|------------|------------------|--------------------|--------------------------|--------------------|---------------------|
| 年齢(性別) | 50代(女性) | 50代(男性) | 60代(女性) | 50代(男性) | 40代(男性) | 50代(女性) |
| 所在地 | K市(地方都市) | N市(地方都市) | K市(政令指定都市) | K市(政令指定都市) | M市(首都圏近郊) | T市(首都圏近郊) |
| 現在の仕事と現職の就業年数 | グループホーム管理者 | 定期巡回随時対応型訪問介護責任者 | NPO法人の居宅介護支援事業責任者 | 地域包括支援センター統括所長,主任ケアマネジャー | 一般社団法人職員,ケアマネジャー研修 | 訪問看護事業所 |
| 資格 | 介護福祉士 | 介護福祉士 | 介護福祉士 | 介護福祉士, ケアマネジャー | 介護福祉士 | (寮母) |
| 措置時代の経験年数 | 2年 | 5年 | 13年 | 8年 | 7年 | 8年 |
| 過去の経験 | 特養,グループホーム | 特養,訪問介護 | 特養,養護老人ホーム,ケアマネジャー | 養護老人ホーム,訪問介護,定期巡回サービス | 在宅介護支援事業所,ケアマネジャー | 病院看護師,訪問看護事業所にて訪問看護 |

3-3. 調査方法

上記で述べた対象に対して,半構造的インタビューを行い情報収集することとした。

半構造的インタビューでは,探索的に新しい情報をできるだけ多く収集するため「措置の時代と介護保険が始まってからの違いはどんな点にあるでしょうか,何でも結構ですので,自由にお話してください」というオープン・エンドな質問を投げかけた。質問は一つで,聞きながら聞き「他にはありませんか」という質問を繰り返して,自発的な発言を促進した。介護・看護のベテランであるので,ほとんどの方が自発的に発言してくださり,インタビュアーは不明点を確かめ,発言を促した。

調査者としては,日常的に交流している専門職の方から得る情報に基づき,利用者の変化,事業所の変化,地域の変化の三側面から回答が得られるであろうと仮説を立てた。これら三側面の情報が満遍なく入手できるように留意し,自発的な発言がない場合はインタビュアーから促しを行った。また,三側面にこだわることなく先ほどのような「他にはありませんか」という促しを継続して,新しい側面の発見にも努めた。インタビューの所要時間は,1時間から1時間半であった。調査は,2017年10月,11月,2018年2月に行った。

3-4. 分析法

インタビュー内容は,倫理的配慮で述べるように調査についての説明をした上で許可を得て,ICレコーダーで録音してテープ起こしを行った。

分析法はグランデッド・セオリー・アプローチ(GTAと略す)の骨格をなす「絶えざる比較法」(メリアム,2004)を採用した。理論の検証に偏った社会学のありように対する批判に始まって,得られたデータ(情報)に密着し

て、そこから独自の理論や概念の生成をするのがGTAであり、福祉・教育の研究分野で現在広く用いられている。GTAの骨格をなすのが「絶えざる比較法」であり、これを採用した理由は次のとおりである。

日本では、M-GTA（修正版グランデットセオリー・アプローチ）として詳細に紹介されている（木下,2003；木下,2005）手法はソーシャルワーク介入による心理面も含む変容の過程を分析するのに適している。本研究では概念の生成を目指しているものの、介入による変容プロセスには焦点を当てていないので、継続的比較分析に力点を置く「絶えざる比較法」を採用することとした。この手法はGTAを開発したグレイザーとストラウスによって開発されたものであり、基本的特徴は共通している。理論的サンプリングや理論的飽和について、厳しい制約を設けていない点が特徴である。

分析の際には、「措置の時代のサービスと介護保険のサービスの違いは何か」を軸に据えて概念抽出を行なった。その際、措置時代の概念なのか、介護保険に関する概念なのかについて注意を払い、分別できるように別シートに書き込んだ。概念が抽出される毎に既出の概念と比較検討して、同じ発言内容は既出の概念に加え、異なる場合は新しい概念を生成した。次に各概念間の関係と比較し、似通ったものでカテゴリーを形成した。そして、措置時代と介護保険のそれぞれにおいて概念モデルを作った。概念やカテゴリーの命名に当たっては、発言されたリアリティある言葉を活用するように心掛けた（インヴィボ・コーディング）。

措置時代と介護保険のそれぞれの概念モデルを描く際には同類のカテゴリーが同じ位置になるように心掛け、措置時代と介護保険を比較しやすいようにした。全体の分析にあたっては、客観性を担保するために質的調査の分析経験のある研究者に協力を依頼し、2人以上での分析を原則とした。インタビューによる情報収集と分析、さらなるインタビューというプロセスを経て、新しい概念がこれ以上生成されないという理論的飽和を確認するまで情報収集と分析を繰り返した。

3-5. 倫理的配慮

インタビューを始める前に、協力者に調査の目的・方法・発表の形態、倫理的配慮について文書で用意し、口頭で説明して同意書に署名していただいた。

倫理的配慮については、インタビューは自由意志によるものであり、断っても不利益を受けないこと、録音を拒否できること、途中でも中断できること、話したくないことは回答拒否できること、研究結果はお知らせすることなどを文書で伝えた。さらに、結果は報告書や論文として公表すること、法人名や個人名は匿名性を確保す

ること、インタビュー記録は厳重に保管して公表後は破棄すること、などを同じく文書で明示した。

4. 結果

4-1. 概念図

絶えざる比較法で分析した結果、図1、図2のような概念モデルを描くことができた。措置の時代（図1）では、20の概念と8つのカテゴリー、介護保険の時代（図2）では17の概念と7つのカテゴリーが生成された。それぞれのカテゴリーを4つのコアカテゴリーにまとめて、措置の時代と介護保険の時代を比較しやすくした。

コアカテゴリーは（1）【基盤意識】、（2）【サービスのあり方】、（3）【本人・家族】、（4）【地域】の4つであり、図1（措置）と図2（介護保険）で共通している。カテゴリーは図中《 》で示されるものであり、図1（措置）で8カテゴリー、図2（介護保険）で7カテゴリーである。図中◆の印が概念であり、文による記述では<>（ゴチック）で示している。図1（措置）では20の概念、図2（介護保険）では17の概念がある。

まず4-2で、全体の流れをストーリーラインとしてまとめる。次に4-3では4つのコアカテゴリー毎に、措置の時代・介護保険の時代の順で、実際の発言を「イタリック」で挿入しながら記述する。

4-2. ストーリーライン（全体の流れ）

措置の時代には、行政は措置権者として<公金で困窮者を救う>という《行政責任》を全うすることに主眼を置いており、利用者には<サービス利用への罪悪感>や利用することへの<高い敷居感>があった。一方、介護保険では供給主体の多元化を目指して民間営利企業の参入が認められ、《市場原理》に基づいて<利益追求>が行われるようになった。人々は、保険料を払って社会サービスを利用する《利用者の権利意識》のもとにサービスを利用するようになり、<使わなきゃ損意識>が生まれるようになった。

提供されるサービスについては、措置の時代には公金であるためにサービスはミニマムにおさえられていたため、基本的に《サービス不足で小マーケット》であったが、サービスは社会福祉法人による独占のような形であったため《ワンストップで質の高い公的サービス》が展開されており現場からのフィードバック、決断ともに早かった。介護保険が始まると、サービスの種類も量も拡大したが、《サービス提供で儲かる仕組み》であるので、事業者は<全部してあげます>というような語り口で<大盤振る舞い>し、《お客様市場の拡大》という形でサービスが広がった。

本人・家族については、措置の時代にはサービスが限

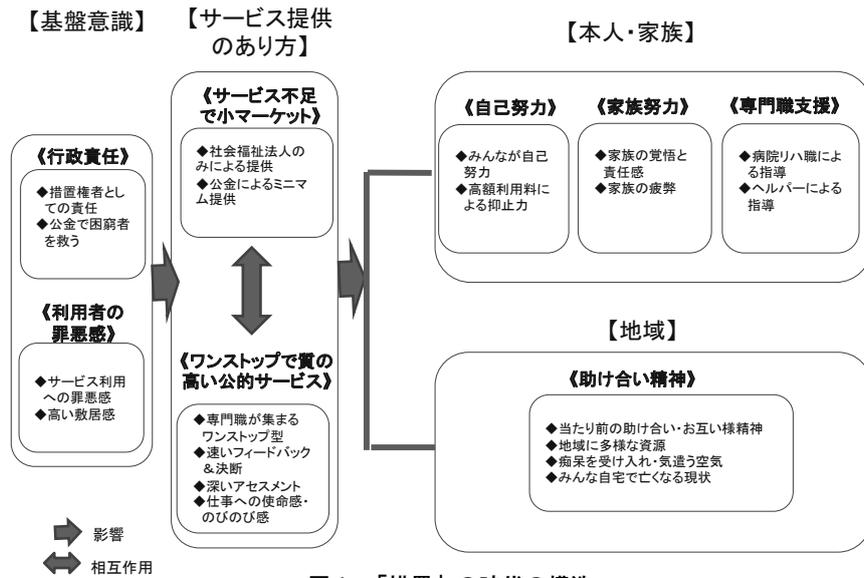


図1 「措置」の時代の構造

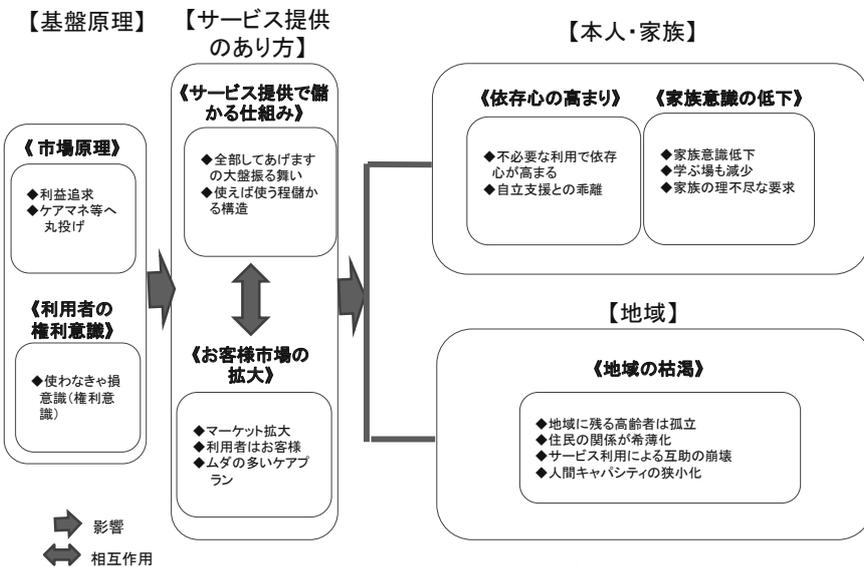


図2 「介護保険(契約)」施工後の構造

られているため、みんな《自己努力》せざるを得ず、子どもも覚悟して《家族努力》していた。そのため、病院の職員からリハビリ指導などの《専門職支援》を受けていた。介護保険サービスの開始で利用者の《依存心の高まり》が見られ、《全部してあげますの大盤振る舞い》サービスによって《家族意識が低下》するようになった。

地域では、措置の時代にはサービスが十分でないので、《当たり前の助け合い・お互い様精神》があり、《痴呆¹を受け入れ・気遣う空気》などの《助け合い精神》があった。介護保険が始まると、高齢者はデイサービス利用や施設入所できなくなり、《地域に残る高齢者は孤立》し、《住民の関係希薄化》し、《地域の枯渇》が進んだ。

1 2004年までは「痴呆」という言葉が使われていた。その差別的語感が問題とされ、2005年より「認知症」という言葉が使われている

4-3. コアカテゴリー、カテゴリー、概念

(1) 【基盤意識】の変化

措置とは《公金で困窮者を救う》ことであり、行政は《措置権者としての責任》をもって決定し行政機能が強かった。一方で措置される側には、《サービス利用への罪悪感》があった。「民生委員が地域を掘り起こして、困った人を探していく感じ。だから、サービス利用に対しての罪悪感がありました」「敷居が高い感じがありました」という発言に見られるように、措置サービスを利用することには社会的スティグマが伴い、《高い敷居感》があったのである。

これに対して、介護保険は国民の共同連帯として保険料を支払い、誰もが社会サービスを利用する権利を有するものである。サービス供給主体の多元化ということで民間営利事業者にも門戸が開かれ、《市場原理》で《利益追求》を重視する事業者の参入も含めてサービスが増

えた。しかし、利用者には「罪悪感がなくなって、使わなきゃ損！という気持ちが強くなった」「デイサービス利用の際、食事・入浴などをこの時間でやってもらわないと損だという意識があった。自宅では自分で入浴できる人がこのように考えるようになった。自分でできるのだから、ご自分でやってくださいと言っても、やってもらわないと損だという考えが高まった」「保険料払っているから、やってもらわないと損」という感覚が芽生えたのである。「措置の時代には家政婦さんに来てもらうと時間1500円前後していましたが、介護保険では1割負担で時間200円くらいで来てもらえるようになった」ことも「**使わなきゃ損意識**」を煽っている理由として語られた。

介護保険において、自治体は保険者としてその施行に責任を持っているはずである。しかし「介護保険の改正がある時もケアマネジャーが説明しますが、説明責任は行政にあるのではないのでしょうか。保険料が上がるなどの説明もすべてケアマネジャーがしています。丸投げの感じがします。ケアマネジャーはケアのマネジメントはしますが、説明責任までは（負うものではないのではないか）...」「相談窓口も役所にあるのではなく、地域包括支援センターが行うようになりました。行政の仕事は何なのか？と思うことがあります」「行政がケアマネに丸投げしている感があります」など「**ケアマネ等へ丸投げ**」する様子が語られた。

(2) 【サービス提供のあり方】の変化

措置の時代は、財源が限られていたのでサービスは絶対的に不足し《**サービス不足で小マーケット**》であった。「事業者が少なく社会福祉法人のサービスしかなかった。限られたサービスでやらないといけないので、みなさん自己努力していましたね」「公金だから必要なところだけしか（サービスを）入れられなかった。提供するのも社会福祉法人だけでした」「圧倒的にサービス量は少ないですよ」という発言から、**公金によるミニマム提供**しかできなかつたことが浮かび上がる。しかしながら、サービス量は限られていたとはいえ、《**ワンストップで質の高い公的サービス**》が提供されていた。**社会福祉法人のみによる提供**であるため、在宅介護支援センター²（以下、在介センターと略す）でのワンストップ・サービスが可能でスピーディで質の高い提供ができていた、という発言が複数見られた。「在介センターというス
2 在宅介護支援センターは要介護高齢者や家族などを対象に、身近なところで老後生活上の各種相談やサービスの連絡・調整が円滑に受けられるように努める機関として、1990年に創設されたものである。市町村行政の代替機能を担う機関としての位置づけである。」

テーションの中にプランを作る人、介護士、看護師、社会福祉士がいるので専門職がすぐにつながってチームで動くことができ、担当者会議を開かなくても朝のミーティングで情報共有ができる。特に困難ケースには効果的でした」「措置の頃は、決断も提供も早かったわねー」などである。また、「在介センターはステーションのようなものだから、チームでのアプローチ、ケアの継続性があり情報共有も早かった」「在介センターにはヘルパーがいて、利用者宅を訪問しているからフィードバックも早かった」「**決断も市の係長クラスと近いので『これでやって』と決断が速い**」「専門職が集まっているから、深いアセスメントができていたように思います」など、**専門職が集まるワンストップ型**＜速いフィードバック&決断＞＜深いアセスメント＞が挙げられた。さらに、「仕事じゃなくても利用者さん宅へ見に行く。デイの仕事は終わったけど、心配なのでヘルパー訪問時にデイの相談者が同行したりしていた」「介護保険では事業としての収益性のある程度意識しないといけません、措置では仕事の枠を超えてのびのび働いていたなって感じがします」など、措置行政ならではの**仕事への使命感・のびのび感**が挙げられた。

これに対して介護保険には、「訪問介護がいい例で、営利法人は利用者をお客さまにしました。儲かるので」と言われるように、《**サービス提供で儲かる仕組み**》が内蔵されている。**使えば使うほど儲かる構造**である。事業者は「大変ですよ？大丈夫です。私たちが全部します」と利用を促進し、**全部してあげますの大盤振る舞い**が始まった。その結果、「予防の人の家にも電動ベッドがレンタルで入っていました」「デイサービスはドル箱と言われました。100人の利用があれば、一回で100万円になるわけです」という発言に見られるように、**利用者はお客様**であり、**マーケット拡大**されていった。そして、利用限度額があるとはいえどんどん提供されて《**お客様市場の拡大**》へとつながっていった。その弊害として「アセスメントを適正に行わずに、**ムダの多いケアプラン**が多いです」「限度額ギリギリまで使い切ることに力を入れるケアマネもいて、組織トップからそのように指導があるケースもある」との発言も聞かれた。

(3) 【本人・家族】の変化

措置の時代には、「事業者が少なく社会福祉法人のサービスしかなかった。限られたサービスでやらないといけないので、《**自己努力**》していましたね」と言われるように、サービスは絶対的に不足しており財源も限られていて、利用者は提供されるサービスで生活しなければならいので**みんなが自己努力**していた。「措置の時代には家

政婦さんが時間 1500 円前後していました。介護保険では 1 割負担で時間 200 円くらいで来てもらえるようになった」という発言には、措置の時代には利用料が高額なのでサービスを利用せずにがんばるといふ<高額利用料による抑止力>があったことが伺われる。

また「措置の時代には、夫婦や親の世話をするのは当たり前という意識があった」「親の世話をする、という子どもの覚悟があった」「措置の時代は子の責任感があった」といふように<家族の覚悟と責任感>があり《家族努力》してがんばっていた。しかしながら、「がんばりすぎてつぶれる家族もありました。早く施設に入れてほしい、ということになります」といふように、<家族の疲弊>という問題も出現していた。さらに、「家族が家でみるしかない。脳卒中で倒れて入院したら、退院のあとは病院に理学療法士や作業療法士がいたのでリハビリしてくれた。医師や看護師も、家で介護の仕方を指導してくれていた」「ヘルパーも教えてくれた」といふように、世話を人が家族しかいないので、そうした家族に対して<病院リハ職による指導><ヘルパーによる指導>という支援があった。つまり、リハビリ目的で入院させたりした際に理学療法士などの《専門職支援》があり、家族がそれを学ぶことができたのである。

介護保険が始まると、「サービスが多いので、利用者はわかりづらさを感じていました」といふ意識がある一方で、「サービスが多様化して不必要に利用するようになって、依存心が高まりました」「調理や洗濯やそうじなど、一人ではやりにくいというだけでバンバン入れますから、どんどん頼るようになりますよね」「大丈夫です。私どもが全部します」と入っていくのであるから、<不必要な利用で依存心が高まる>のである。「自分でしなければ」といふぎりぎりのところでの努力がなくなっていった、ということである。これは「介護保険(の理念)とは真反対」「自立支援どころではないですよ」と表現されるように、《依存心の高まり》は<自立支援と乖離>するものである。

家族については、介護サービスを利用することができるようになったため、「ヘルパーさんが来てくれるので、家族が世話をするという心構えが少なくなった」「家族が介護について学ぶということもなくなった」。<家族意識の低下>が見られ、同時に、介護サービスの利用に伴って家族介護の必要が少なくなったため、<学ぶ場も減少>するようになった。同時に「介護保険を使わなきゃ損」といふ意識とともに「少し訪問時間が遅れると事務所にクレームの電話を入れたりする人も出てきました」「家族みんなの食事を作ってほしいという要求も初めのころにはあったんです」といふように、<家族の理不尽な要求>も聞かれるようになった。この根底には「保険

料を払っているのだから」といふ権利意識がある。

(4) 【地域】の変化

措置の時代には、「自分たちで何とかしよう!という気持ちがありました」「助け合い精神がありましたね」「助けられたり助けたりのお互い様精神がありました」といふ発言に見られるように、<当たり前の助け合い・お互い様精神>があった。サービス量が絶対的に不足しており、行政からのサービスは敷居が高く一部の人のものであったため、自分達でなんとかしなければならないという気持ちが多くの人にあったのである。また、「おかずを作りすぎたらご近所に配ったり、老人クラブの敬老会があったり、一人ぐらし高齢者を招いた園遊会などが開かれていました。盛んにやっていました」「近隣同士の見守りや助け合いは日常的にあつて、民生委員もそれを支えていました」など、<地域に多様な資源>が存在していた。また、「角のあのじいちゃん、ウロウロしているけど大丈夫かなあ〜と、近所の人が心配してなんとなく見ていました」と、地域にも<痴呆老人を受け入れ・気遣う素地>があり、それは「みんな自宅でなくなっていたからなあ〜。家の中がよく見えていた」といふ発言にあるように<みんな自宅で亡くなる>ことともつながる。

しかし介護保険サービスが始まると、高齢者はデイサービスに行くようになり、「なんか、町からお年寄りが消えたような感じがした。送迎車がさらっていく感じ」「デイに週4回行っている人には、声も掛けられなくなった」など、日中自宅にいないので声を掛けるにも掛けようがないような状況となった。また、「ヘルパーさんが来ているから大丈夫と思うようになりました」「みんながサービス利用するようになると、だんだん遠のく感じがしました」「地域のネットから漏れていくような感じがありました」と表現されるように<住民の関係が希薄化>し、お年よりは日常的な地域から姿を消し、介護保険サービスの制度空間へと移っていった。

介護保険によって有料老人ホームも建設されるようになり、「友人が施設入所することで、地域で孤立化する高齢者が多くなったように感じます」など、<地域に残る高齢者は孤立>するような傾向が指摘された。「サービスが入ると、互助は崩れます」「サービスが少ない方が、互助が育つと思う」など、サービスが入ることで互助が崩れていく過程<サービス利用による互助の崩壊>は複数の人から語られた。一方で、「措置の時代から地域の崩壊は始まっていた。地域を切り崩したのは介護保険ではなく、家族や地域を視野に入れない営利民間企業の利益優先の姿勢です」「地域力がなくなったのではなく、互助を必要とする場面がなくなったのではないか」といふ発

言もあった。加えて「今は、ボケたら火事出される！と言う見方をされます」「市の土地に小規模特別養護老人ホームを建てようとしたら、子どもを安心して遊ばせられないという声が出る。お年寄りからは、子どもがうるさいという声上がる。人間としてのキャパシティが小さくなったように思う」など、＜人間キャパシティの狭小化＞についての発言も見られた。

5. 考察

介護保険の導入は、国民全体の連帯責任によって超高齢社会における介護の問題を解決しようとしている点（伊藤、）、サービス供給主体の広がりによって供給量が一気に拡大して介護基盤が整った点、問題があるとはいえ家族介護が社会化される方向にある点（鈴木,2017）、地域包括ケアシステムの展開など、評価されている点も多い。しかし一方で、介護保険のサービス提供の現場で関わる専門職の質的調査からは、高齢者本人の依存性が高まり、家族の介護力は低下した。そして「自分達でなんとかせねば」と皆で助け合っていた地域では、介護保険のサービス利用や施設入所を通じて高齢者は地域から姿を消し、地域に残った高齢者は孤立して人々の関係も希薄化している認識があることが明らかにされた。これらは、措置から介護保険への移行の過程で見られた変化を専門職が主観的に捉えて語ったものである。本人・家族の変化についても、本人・家族を対象とした調査ではない。しかしながら、複数のインタビューからの発言があることや、分析も複数で行うなど客観性の確保に努めている。よって、信頼性のある傾向であるということはある。

本節では、コアカテゴリーにある「基盤原理」「サービス提供のあり方」を踏まえながら、「本人」「家族」「地域」の側面より、これからの地域包括ケアに求められる方向性について考察していく。

（1）「本人」：「自立」に向けた実効性ある変革への視点

介護保険法は、第1条（目的）に「……、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の協働連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、……」とあるように、その目的として「自立支援」を掲げている。しかしながら、本調査では介護保険の導入とともに依存心が高まっていった様子が語られた。

支援の量が増えると高齢者は依存的になり安らぎの領域に入っていくことは、Lawton（1973）が明らかにした古典的理論「活動緊張理論」にあるとおりである。この時、Lawtonは過剰な支援は依存につながるが、度を越え

た支援の不足もまたリスクを生み、活動しようという意欲低下を招きかねない点を指摘し、ギリギリのところまで自立を促進するようなボーダーを捉えることの重要性を強調している。介護保険では、ケアマネジャーの力量によって左右される部分であるが、抑え気味のプランで自立度を向上させることへのインセンティブは設けられていない。それどころか、事業者にとってみれば要介護度が高く、介護の手間が多いほど、つまり要介護度が高いほど報酬が高く設定されているため、利用者の状態改善は介護報酬の減少につながる構造である。

実際に、平成29年6月の「未来投資戦略2017」では、効果が裏付けられた介護サービスについて、2021年度以降の介護報酬改定で評価する方針が出されている（官邸,2017）。また、平成30年度より本格開始された「介護予防・日常生活支援総合事業」では、要支援の人を対象として短期集中型のリハビリによって機能改善し、虚弱化を予防する総合事業C型がスタートしている。イギリスやデンマークでは、退院後や日常の虚弱化に対して、リハビリテーションをとおして元の状態に戻す「リエイブルメント」に国を挙げて取り組んでいる（国際長寿センター,2017）。日本においては、総合事業通所C型に取り組む事業所は総合事業通所型全体の4.7%（2,349）でしかない（NTT,2017）。

介護保険改正のたびに、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、制度の持続可能性の確保が謳われている。制度の持続可能性の視点からも、リエイブルメントなど自立支援に向けた実効性ある専門職の実践が望まれる。

（2）「家族」：制度的サービスの補完としての視点

介護保険への移行に伴う家族の変化については、「家族が支えなければならない」という意識や覚悟の低下についての発言が多く聞かれた。これは、「家族が支えなければならない」という意識からの開放であり、むしろ好ましいのではないかと評価できる。なぜなら、介護保険が「介護の社会化」を目標にかかげているにも関わらず、日本においては要介護高齢者の60%が家族からの介護を受けているのが現実であり、高齢者虐待の温床ともなっている（厚生労働省,2010）という現実があるからである。また、介護離職が社会問題化して久しいが、毎年約10万人が介護を理由に職場を去っている（樋口,2017）。

これらの観点より、本調査で見られた「家族が支えなければならない」という意識の低下は、より良い方向への誘導の可能性を秘めているとも考えられる。むしろ今、日本で考えなければならないのは、介護の社会化を成し遂げたオランダ・イギリスで進んでいる「再家族化」の方向性、つまり、制度に基盤を置きながらも、家族に再びケアにコミットしてもらおうという傾向である（国際長寿センター,2017）。

海外においては、戦後の社会福祉制度樹立の過程で介護の社会化に取り組んできた。オランダなどではそうした社会的基盤を背景として、再度、家族をインフォーマル資源の一つとして捉え、高齢者の機能が低下して生活行為ができなくなった場合は家族による支援も動員することが奨められている（国際長寿センター, 2018）。もちろん、家族に過重な負担がかからないように介護家族者支援の視点からも十分な配慮がなされている。この時、近隣の互助についても期待がなされており、家族のみではなくさまざまなインフォーマル資源の可能性を指摘している。「再家族化」を論議する時、家族のみに責任を再び負わせるのではなく、まず介護保険が基盤としてあって、誰もが働く権利を保障され、インフォーマルな家族介護は制度の隙間を埋める補完として位置づけられるべきであろう。

その際、日本では家族が介護に参加する時に、次のような課題が起こっていることも注意しなければならない。家族からの要望が多く強すぎて「介護職が家族に怯えている」という側面である（神戸新聞 2017 年 1 月 13 日）。図 2 では<家族の理不尽な要求>として出現している。家族とサービス提供者が対立するのではなく、「本人のためにも考え、ともに支える人」という視点で協働していく態度が必要である。

このように、要介護高齢者の家族は地域の一員として地域の仲間や専門職とつながっていく視点が求められる。それは、要介護高齢者に最も近い存在として、生活史や性格も含めて本人の生活の実態を最もよく知っているのは家族であり、その情報をオープンに開示して他とつながれば地域共通の課題発見や解決にきっかけになる可能性があるからである。これは、地域包括ケアの中で重視されている地域ケア会議³が目指す効果でもある。専門職は今後、こうした家族の意味や位置づけを踏まえた支援・サービス提供を求められるであろう。

(3) 「地域」：新しい時代の地域の互助の視点

措置の時代には、サービスの不足を背景に当たり前のこととして、地域の助け合いがあった。地域住民がお互いの存在を認識して暮らしており「知らぬ顔」はできなかった。互助は当たり前のものとして存在していたことが語られた。

しかし、「地域カテゴリー」の中で、介護保険スタートによる地域住民の関係性の希薄化が課題として上げられた。「週 4 回デイサービスに行くようになって、声掛けのしようがなくなった」という発言があった。これは公的

3 地域ケア会議とは、地域包括支援センターの主導で開かれる事例検討会議で、ケアプランの質の向上をめざすとともに、事例を通して地域の共通課題を発見して解決や政策提言に結び付けていこうというものである。

サービスが拡充される中での典型的な地域の絆の希薄化が、それを体験した人によって語られたものである。

しかしながら、「措置の時代に『地域の互助』があったというのは幻想であり、地域力がなくなったのではなく、互助を必要とする場面が少なくなったのではないか」という発言もインタビューで聞かれた。「介護保険スタートの時点で『地域の互助』が弱体化しかけていた」という声もインタビューで聞かれた。こうした複数の発言は、地域の互助の衰退の理由を単線的に介護保険導入に求めるには慎重でなければならないということである。また、ノスタルジックに「地域の互助があった昔に帰ろう」ではなく、介護保険サービスが個人個人の権利として利用できるようになった時代、再び互助を奨めようとする総合事業がはじまった時代の「新しい価値に基づく地域の互助を創造する」ことの重要性を示唆している。

そこで、分析結果に基づき、新しい時代の「地域の互助」とは何か、その可能性を考えてみたい。二つのポイントが挙げられる。

①地域住民が主体として意図的にシステムを作る

措置の時代には、互助は当たり前のこととして存在していた。しかし、その互助が崩壊した現在においては、互助を成り立たせるためには、有用なシステムを住民が意図的に創造していかなければならない。たとえば、愛知県豊明市では 2017 年「ちゃっと」という生活サポート事業を地域住民が立ち上げた。話し相手、電球交換、布団干しなど、ちょっとした困りごとを受け付け、コーディネートがそれを支援できる人に繋ぐシステムである。30 分 250 円の有償ボランティアとして住民自身が住民のために構築している。当たり前に存在していた互助を、このように住民主体の活動として意図的にシステムとして構築していくことが、これからの互助づくりのポイントであろう。かつての住民参加型福祉と異なるのは、超高齢社会に突入した現代では、70 歳以上の高齢者が支える側の主役という点である。その際、住民のみでシステム構築するのは難しく、行政・社会福祉協議会・NPO 法人などの外部の支援が有効に働く。

②高齢者本人のネットワークを活用した互助の醸成

さらに、高齢者本人のネットワークを活用した互助の醸成では、次のような例が挙げられる。広島県福山市鞆の浦にある小規模多機能型居宅介護「鞆の浦・さくらホーム」では、「介護をとおした地域づくり」を合言葉として、高齢者の見守りを地域住民や商店、民生委員に依頼し、まちを上げての支え合いを介護保険サービスをとおして展開している（羽田, 2015）。調査では、制度的サービス（介護保険）が地域の互助を崩壊させるものとして語られたが、これからは上記のような制度的サービスをとお

して地域の互助を再構築していく専門職のあり方が求められる。専門職が陥っている「できないことをしてあげる」サービスのあり方から、地域を巻き込みながら「『本人が望む』できる』を支える」自立志向や本人の幸福を重視する志向への発想転換が求められるともいえる。

総合事業の時代に「地域の互助」を醸成していくためには、過去の措置の時代へのノスタルジックな回帰ではなく、住民が意図的に主体的に互助のシステムを構築していくことが必要であり、専門職はマインド・チェンジを行なって、制度によって互助を崩壊させるのではなく、確実に自立を支援し、互助を活性化するようなサービス提供のあり方を工夫することが求められる。

6. 調査の限界と今後の課題

本研究は、措置の時代に介護に関する仕事の経験を2年以上持つ専門職12名を対象として行ったインタビュー結果に基づくものであり、この結果を一般化することはできない。今後、この結果を量的調査で検証するなどさらなる調査で信頼性を強化する必要がある。

また、「互助」に関する問題は地域性に左右される可能性が考えられるため、地域性を配慮した定性調査を発展的に継続する、あるいは、検証型の量的調査では地域性を配慮する、などの工夫が必要である。研究を継続して深めていきたい。

謝辞

本研究は、東京家政大学生活科学研究所の「総合研究プロジェクト温故知新（平成27年度～29年度）」の助成を受けて行われた研究にさらに調査（科研基盤研究C・17K04251の一部）を追加したものであり、温故知新研究の平成29年度報告書に加筆訂正したものである。記して感謝の意を伝えます。調査にご協力くださった事業所の皆様方に深く御礼申し上げます。

参考文献

- 1) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング：地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書（2015）
- 2) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング：地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書：2040年に向けた挑戦（2016）
- 3) 厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方」（2015）
- 4) 厚生労働省「平成28年9月公表 騒動事業の実施主体等（平成27年4月までに総合事業へ移行した保険者の状況）」（2016）
- 5) 国際長寿センター：平成28年度高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション等についての国際比較調査研究報告書，老人保健健康等事業による研究報告（2017）
- 6) 松田智行・田宮葉奈子，柏木聖代，森山葉子：介護保険制度導入前後における在宅サービス利用の変化，日本公衛誌，Vol. 60, No.9, pp.586-595, (2013)
- 7) 堀田義太郎（2010）「障害者政策および研究動向について」『保健医療社会学論集』21-1,9-16
- 8) 佐藤英晶：特別養護老人ホーム入所に関わるアカウンタビリティとアドボカシー，帯広大谷短期大学紀要，No.47, pp.1-10（2010）
- 9) 伊藤周平：社会福祉のゆくえを読む：介護保険見直し・保育制度改革・支援費制度，大月書店（2003）
- 10) 北場勉：戦後「措置制度」の成立と変容，法律文化社（2005）
- 11) Lawton, M. P. & Nahemow, L.: Ecology and the Aging Process. In Eisdorfer, C. & Lawton, M. P. (Eds.) The psychology of Adult Development and Aging, pp.619-674. Washington D.C.: American Psychological Association（1973）
- 12) 官邸：未来投資戦略2017（2017年6月9日）
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/miraitousi2017_t.pdf（2018年9月18日最終閲覧）
- 13) NTTデータ経営研究所：介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業報告書（平成29年度），（2017）
- 14) 厚生労働省（2010）「平成22年国民生活基礎調査」
- 15) 樋口恵子：その介護離職，おまちなさい，潮新書，（2017）
- 16) 国際長寿センター：平成29年度先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めたサービスの仕組みに関する国際比較調査』老人保健健康等事業による研究報告（2018）
- 17) 神戸新聞：高齢者の立場で改善を（はんしんの現場）～西宮市で介護の実態語り合うつどい～（2017年1月17日）
- 18) 羽田富美江：介護が育てる地域の力，鞆の浦・さくらホーム（2015）
- 19) 厚生労働省：地域包括ケアの深化・地域共生社会の実現（平成28年7月15日）
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000171017.pdf（2018年10月11日最終閲覧）
- 20) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング：地域包括ケア研究会報告書：2040年に向けた挑戦（2016）