

# 過疎地域における介護保険

高 嶺 欽 一

Public Care Insurance in Depopulated Area

Kinichi TAKAMINE

はじめに

1. 過疎化の進行と人口の高齢化
2. 要介護者と介護サービス提供計画
3. 過疎地域における介護保険の問題点
4. 介護保険制度の将来

おわりに

## はじめに

介護保険制度の抱える問題点のひとつとして、地域間格差が指摘されてきた。制度の発足前には保険料の金額の違いが喧伝されたし、規模の小さい町村の保険財政が問題視された。制度発足後は自己負担を抑えたいためのサービス利用抑制が全国でみられ、また運営面で市町村独自の保険料減免措置が主として中央政府の批判を受けている。人口の少ない地域で果たして所期の目的通りに制度運営ができるのかという懸念もある。

この小論では、鹿児島県大口市の高齢者に目を向けながら、過疎地域での介護保険制度運用の問題点を検討する。社会保険制度が機能するには、一定の量の被保険者が確保できて保険料収入とサービス給付への支出がバランスすることが条件になる。保険料を払う人が必然的に少ない過疎地域で、全国一律方式の介護保険制度がうまく機能するかどうかについて考えようというものである。

## 1. 過疎化の進行と人口の高齢化

### (1) 過疎の進行

過疎とは、と改めていうまでもなく周知のことだが、その特徴をかいつまんで整理すると、「地域の人口が、その地域の維持に必要な数を大きく割って減少して、地域社会が本来もっていた機能を果たしていくのがかなり困難になった状態」をいう。日本では、大戦後の高度経済成長期に農村から都市部へかつてない規模で人々が移住し、その結果ほとんどの農山村地域で過疎化現象が生じた。人口移動は政府の工業化推進政策に基づく農村から都市部への労働力移転政策の結果でもあったが、人々の移動が急激でかつ予想をはるかに超える数であったために、農山村の活力は急速に失われ、農村共同体と呼ばれた農村地域の社会的機能は衰微した。集落自体が崩壊したところもある。国土庁(現国土交通省)が1997年に実施した調査によると、高度経済成長の始まった1960年から95年までの36年間に、全国で551の集落が消滅した。住む人がいなくなったために自然消滅し、あるい

は住みなれた集落を離れて他へ移転したためである。さらに1,063の集落が消滅すると予測され、当面は消滅はしないが衰退していく集落は5,561を数えるという。鹿兒島県では山間部の2,016の集落のうち22が10年以内に消滅するだろうとみられ、他にも60ほどの集落がなくなる可能性があり、衰退すると予想される集落数は286という状況だ。

過疎地域では、人口の過度の減少のほかに、残っている人々の高齢化、出生数の激減が共通した特徴をなしている。その当然の成り行きとして、人口の自然減が自然増より多い、つまり死ぬ人の数が生まれてくる赤ん坊より多いのが常態になった。その結果、人口減少は社会減（転出）とともに自然減も大きな要因になった。2000年10月の国勢調査によると、47都道府県中10県で人口の自然減が記録された。鹿兒島県では自然減になっている所が96市町村中85市町村に上り、うち69市町村で人口が減っている。過疎地域は二重の要因による人口減少を余儀なくされている実態にある。

高齢化の進行も急だ。鹿兒島県の高齢化率の上昇をたどると、1975年（昭和50年）には11.5%だったのが1985年（昭和60年）に14.2%になり、1995年（平成7年）には19.7%、2000年（平成12年）には22.4%に上昇した。市町村別では2000年3月現在で上甕村の46.2%を最高に40%以上が4町村を数え、30%以上は大口市など33市町村に達している。20%以下は9市町にすぎない。

1970年代になってようやく政府による過疎対策がとられるようになった。1970年に議員立法によって過疎地域対策緊急措置法が制定され、対策事業の財源として他の公債より条件をよくした過疎債の発行などが実現した。しかし過疎化の進行はやまず、10年の時限法であった過疎対策法はその後もいくらかずつ装いを変えて延長され、2000年4月には4回目の過疎対策法になる過疎地域自立促進特別措置法が施行された。

ちなみに鹿兒島県で過疎対策法の適用を受けた団体は96市町村のおよそ4分の3ほどに上る。第1期の過疎地域対策緊急措置法で71（5市＝大口、阿久根、加世田、垂水、西之表市＝を含む）が過疎地域の指定を受け、第2期の過疎地域振興特別措置法では73（1期と同じ5市を含む）が、第3期の過疎地域活性化対策特別措置法では72（同じ5市を含む）が、そして2000年4月からの過疎地域自立促進特別措置法では68（大口市など4市を含む）が指定を受けている。

人口の減少と高齢化は、地域の産業に深刻な影響を及ぼす。高度成長期から問題にされてきた農林業の衰退はその典型である。次項で大口市の実態を例示しながら具体的にみていくが、農業従事者の急減、後継者難、経営面積の縮小、生産力の低下は歴然としている。山林の荒廃もつとに指摘されてきた通りである。要するに農林業は確実に衰退していつている。

## （2）大口市に見る過疎地の姿

大口市は過疎対策法ができた当初から適用を受けている。典型的な過疎地域である。

まず大口市の現況を概観しておく。

現大口市は、いわゆる昭和の町村合併で、旧大口町、山野町、羽月村、西太良村が一緒になって、1954年（昭和29年）に生まれた。鹿兒島県北部の内陸部に位置し、熊本・宮崎両県と境を接する。伊佐平野と呼ばれる盆地に肥沃な水田が広がり、隣接の菱刈町とともに「伊佐米」の産地として古くから知られる農業地帯である。山野地区はかつては「伊佐ヒノキ」の産地でもあった。最盛期には6つの製材工場が操業していて活況を呈していた。現在は1つだけが残って孤塁を守っている。

しかし農業と林業を主産業とする産業構造は現在もほとんど変わっていない。

合併で市制をしいた時には4万3,000人いた人口が、1960年には4万人を割り、その後も減少の一端をたどって、2000年の国勢調査では23,595人にまで減った。実に1万9,000人の減少である。その主因は高度成長期から続いている社会減で、1997年（平成9年）まで転出者が転入者より多い状態が続いてきた。人口減少には布計、牛尾両金鉱山の閉山の影響もあった。加えて昭和末期頃から自然減が顕著になり、1987年以降死亡者数が出生数を上回るようになった。このところは毎年130人前後の自然減をみている。つまり、大口市の人口は社会動態、自然動態の両面で減少を続けている。これは大口市だけでなく過疎地域全般に共通する現象である。

過疎化は地域全体で均等に進行するわけではなく、当然に地域内で差が生ずる。山間部では著しく人口が減少する一方で、中心地ではさほどの減少をみない。大口市では山間部の谷あい点に点在する集落から人口が流出していった半面で、市役所があり商店街がある中心市街地一帯の人口はあまり減っておらず、ほぼ横ばい状態にある。これには山間部に居住していた若い年齢層の人たちが中心市街地周辺に家を建てて移住したという事情も働いている。過疎地の高齢者問題を考える際に、「過疎の中の過疎」という二重構造にも目を向ける必要があるだろう。

### (3) 高齢化・高齢者の実態

高度経済成長期の人口流出は、まず若年層が出て行き、次いで中年層に広がり、さらには挙家離村の形で家族ごとふるさとを離れるという経過をたどった。年輩者も出ていったのである。しかし、親たちの多くは残った。その親たちが現在の高齢者である。大口市の高齢化率は2000年（平成12年）で30.37%と高い。75歳以上の後期高齢者の比率も13.94%である。若者は市外に出ていき、残った年輩者が高齢者になった結果である。表1をみると、年齢の違いによる人口動態の対照がよくわかる。

当然ながら高齢化にも地域差が存在する。高齢化を市内の4地区別にみると（表2参照）、山野地区の高齢化率ももっとも高く、次いで西太良地区、羽月地区、大口地区の順に低くなる。

表1 大口市の年次別人口構成

＝「大口市老人保健福祉計画」から＝

	昭和50年	昭和55年	昭和60年	平成2年	平成7年	平成10年	平成12年
	1975年	1980年	1985年	1990年	1995年	1998年	2000年
総数	28,165	27,418	26,646	25,700	24,754	24,246	23,588
率	100	100	100	100	100	100	100
高齢人口（65歳以上）	4,032	4,468	4,879	5,700	6,647	7,048	7,163
率	14.32	16.30	18.31	22.18	26.85	29.07	30.37
65～74歳	2,543	2,780	2,953	3,342	3,807	3,914	3,876
率	9.03	10.14	11.08	13.00	15.38	16.14	16.43
75歳以上	1,489	1,688	1,926	2,358	2,840	3,134	3,287
率	5.29	6.16	7.32	9.18	11.47	12.93	13.94
40歳以上	14,144	14,427	14,352	14,691	15,079	15,134	14,964
率	50.22	52.62	53.86	57.16	60.92	62.42	63.44
70歳以上	2,599	2,898	3,278	3,825	4,584	4,962	5,183
率	9.23	10.57	12.30	14.88	18.52	20.47	21.97
生産年齢人口	18,162	17,572	16,696	15,503	14,234	13,695	13,171
率	64.48	64.09	62.66	60.32	57.50	56.48	55.84
年少人口	5,971	5,378	5,071	4,497	3,873	3,503	3,254
率	21.20	19.61	19.03	17.50	15.65	14.45	13.80

（率は%。1975年から95年は国勢調査、98年は推計、2000年は予測推計による）

図1 小学校区別の人口の増減(1989~1998年)

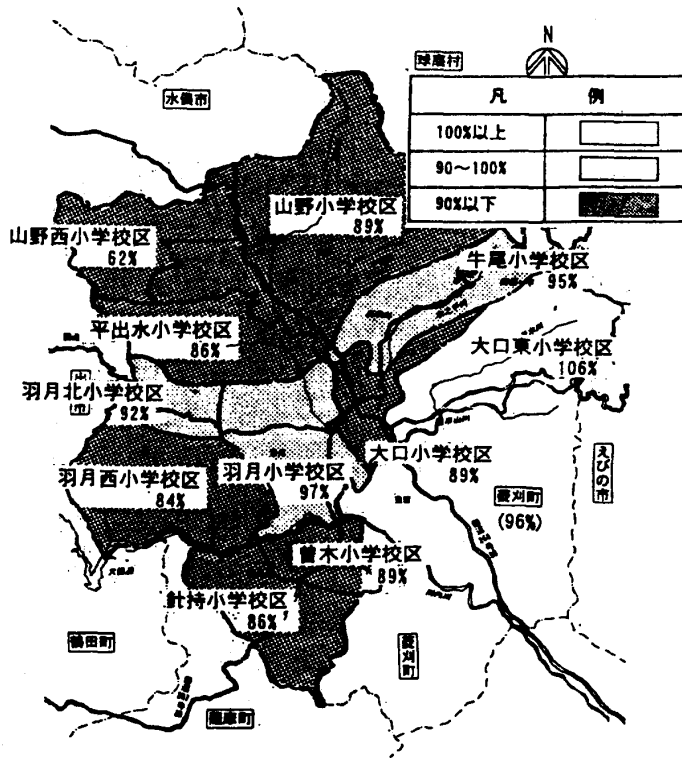
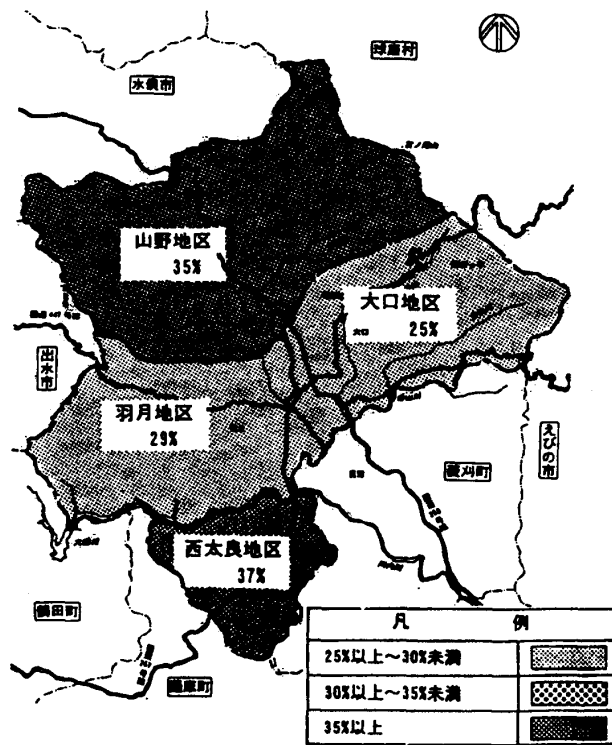


図2 地区別の高齢化の状況(1999年)



=大口市住宅マスタープランから=

表2 地区別高齢化率（1995年国勢調査時）

＝「大口市老人保健福祉計画」から＝

地 区	人口総数	65歳以上	率／人口	75歳以上	率／人口
大 口 地 区	12,558人	3,102人	24.7%	1,440人	11.5%
山 野 地 区	4,200人	1,365人	32.5%	561人	13.4%
羽 月 地 区	5,600人	1,448人	25.9%	562人	10.0%
西 太 良 地 区	2,396人	732人	30.6%	227人	11.6%
計	24,754人	6,647人	26.85%	2,840人	11.5%

主幹産業である農業の担い手について、高齢化の実情をみておこう（表3参照）。

農業就業者は1980年（昭和55年）から1995年（平成7年）までに2,400人ほど減った。しかし、60歳以上は2,300人前後で推移してほとんど変動がない。その結果、95年には全就業者数3,300人弱のうち実に70%が60歳以上という事態になった。ちなみに70歳以上は945人で、大口市の農業の30%は70歳以上が担っている勘定になる。こんな産業は農業以外ではありえないし、過疎地以外では考えられないことである。

表3 年次別・年齢別農業就業人口

＝「大口市老人保健福祉計画」から＝

年 次	総 数	15～19歳	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70歳以上
昭和55年	5,690	127	267	476	1,057	1,485	1,393	885
昭和60年	4,804	73	153	332	579	1,360	1,454	853
平成2年	3,872	52	73	229	325	926	1,447	820
平成7年	3,280	55	38	171	212	504	1,355	945

他の産業でも高齢者の就業が多く、全就業者に占める65歳以上の就業者比率は14.7%であり、全国平均の2倍の数値である。農業以外では、サービス業、卸小売業、建設業の就業が多い。次に、高齢者の居住形態である（表4参照）。

表4 高齢者の居住形態（1995年）

＝「大口市老人保健福祉計画」から＝

	全 世 帯		65歳以上のいる世帯	
	世 帯 数	構 成 比	世 帯 数	構 成 比
持 ち 家	7,366	76.1%	4,183	95.1%
公団・公営住宅	562	5.8%	106	2.4%
民 間 借 家	1,200	12.4%	90	2.0%
社宅等給与住宅	358	3.7%	5	0.1%
間 借 り	41	0.4%	7	0.2%
そ の 他	154	1.6%	9	0.2%
総 数	9,681	100.0%	4,400	100.0%

高齢者のいる世帯は4,400で、その95%は持ち家である。ほかは市営などの公営住宅や民間の借家住まいで、間借りは7世帯にとどまる。人口の少ない農村のごくふつうの居住形態とっていい。

このうち1,329世帯は独り暮らしの高齢者世帯であり、1,160世帯は高齢者だけの世帯である。合わせて25%は高齢者だけの世帯ということである（数値は1995年の国勢調査による）。高齢者だけの世帯の比率も地区によって違い、「過疎の中の過疎」地域ほど高い。若年層が市外に流出し、さらに市外には出なくても市の中心地区周辺に家を持って別居するからである。

市当局によれば、持ち家の多くが老朽化している状態で、改築・新築を迫られている。さらに高齢者対策としてバリアフリー化を進める必要があるが、所得の低い高齢者の多くはその費用負担能力が乏しく、容易には解決できない課題になっている。

所得の状況も確認しておく（表5参照）。

1996年度の大口市の1人あたり市民所得は190万2,877円であり、鹿児島県民所得232万3,000円の82%、国民所得312万1,000円の61%で、県、国の平均値とかなりの格差がある。

高齢者の所得はどうか。国民年金を受けている人について受給額をもとに推計すると、1人当たり平均で63万5,000円になる。月額5万円余りということだ（1998年度の数字）。福祉年金の老齢年金受給者の場合は月額4万円という計算になる。実際に、福祉の現場の話によれば、月々手元に入る年金額が3万円少々の人が少なくないようで、自分の持ち家で暮らしているとはいえ、暮らし向きはけっして楽とはいえないのが実情と思われる。

表5 大口市1人あたり市民所得

=「統計おおくち」から=

	平成6年度	平成7年度	平成8年度
市民所得（円）	1,814,943	1,868,369	1,902,877
県民所得（円）	2,232,000	2,252,000	2,323,000
国民所得（円）	2,991,000	3,033,000	3,121,000

#### (4) 社会基盤

この間、社会基盤の面でもさまざまに社会資本の後退が生じた。その代表例が鉄道の消滅であろう。

大口市には2本の国鉄線が走っていた。栗野町から熊本県水俣市までの山野線と川内市と大口市をつないでいた宮之城線である。大口はその結節点であった。両鉄道線は、国鉄が分割されて民営の日本旅客鉄道会社（JR）になる直前の1988年（昭和63年）に廃止になった。乗客減による赤字が理由だった。赤字ローカル線と総称された地方国鉄線は全国で廃止の対象になり、他にも大隅半島で志布志町と宮崎県都城市を結んでいた志布志線と、志布志町から鹿屋市を通過して国分市までの大隅線が、ほぼ同時期に廃止された。鹿児島県内で唯一の民営鉄道で薩摩半島を南北に走っていた鹿児島交通南薩線（伊集院町－枕崎市）も、一足早く83年に消えた。

大口市が過疎化の進行に無策であったわけではない。逆に過疎法を活用してさまざまに対策を展開した。道路網の整備を進めてきたし、農林業の近代化を重点的に進めて圃場整備はほぼ終え、畜

産や園芸作物などと組み合わせた複合経営を推進してきた。大型の畜産業ジャパンファームの存在は大口の畜産の特徴のひとつをなしている。企業誘致も実現し、IT産業、繊維産業、食品製造業など合計61の事業所が操業している。旧大口駅前一带の区画整理を実現し、商店街の近代化を図った。駅跡には「大口ふれあいセンター」を建設して市民に積極的に活用されている。観光の面でも、曾木の滝一带の観光地としての整備を進めたほか、奥十曾、桜の名所になった忠元公園などの整備に力を入れてきた。最近になって鶴田ダムに沈んでいた旧曾木発電所の石造りの建物を貴重な建築文化財として評価し直し、観光資源として売り出している。

それでも人口減少はやまない。国勢調査の資料に基づく将来人口の推計では、2025年頃には大口市の人口は2万人を割り、2035年頃には1万6000人台に落ち込んでしまう可能性がある（表6参照）。若年層の減少と少子化が相まって出生による人口の供給力が弱まり、一方で都市がつよい人口吸収力を持ち続ける。この構図が変わらない限りは、過疎対策法などを拠り所にした地元行政の施策には限界がある。

表6 大口市の将来推計人口（コーホート変化率法による推計）

＝「統計おおくち」から＝

国勢調査年	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年	平成32年	平成37年
総数	25,700	24,754	23,680	22,389	20,900	19,343	17,769	16,267
0-14歳	4,497	3,873	3,361	2,884	2,537	2,222	1,954	1,709
15-64歳	15,503	14,234	13,035	12,189	11,450	10,372	9,267	8,275
65歳以上	5,700	6,647	7,284	7,317	6,914	6,749	6,556	6,283
15歳以上	21,203	20,881	20,320	19,506	18,363	17,121	15,824	14,558
5年間増加数	—	-946	-1,074	-1,291	-1,489	-1,557	-1,574	-1,502
5年間増加率	—	-3.7	-4.3	-5.5	-6.7	-7.5	-8.1	-8.5
年平均増加率	—	-0.75	-0.88	-1.11	-1.37	-1.54	-1.68	-1.75
年齢別割合(%)								
総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0-14歳	17.5	15.6	14.2	12.9	12.1	11.5	10.9	10.5
15-64歳	60.3	57.5	55.0	54.4	54.8	53.6	52.2	50.9
65歳以上	22.2	26.9	30.8	32.7	33.1	34.9	36.9	38.6
15歳以上	82.5	84.4	85.8	87.1	87.9	88.5	89.1	89.5

資料：(財)統計情報研究開発センター

## 2. 要介護者と介護サービス提供計画

さて、そのような現実を抱える過疎地域で、介護保険制度が効果を発揮して介護を必要とする高齢者の救いになりうるのか。所期の目的通りに「介護の社会化」を実現できるのか。大口市を例に引きながらそれを考える。

### (1) 要介護者の実像

まず大口市の介護の実像を知るために基礎データをみておく。

### ①介護の必要な高齢者

1号被保険者（65歳以上）の数は2000年で7,281人、うち後期高齢者（75歳以上）が3,287人である。被保険者はある程度増えるが、市の予測では2004年からは漸減する。2号被保険者（64～40歳）は年々減少する趨勢にある。ただし後期高齢者は毎年80～90人程度ずつ増える見込みだ。

要介護認定者は介護保険制度が発足した2000年4月1日時点で1,103人で、1号被保険者の15%であった。後期高齢者は926人で認定者の84%を占める。介護度別では、要介護5が93人、同4が128人、同3が118人、同2が155人、同1が305人、要支援が304人である。なお申請は1,484人だった。

### ②要介護者の現状

大口市は介護保険実施に備えて高齢者全員を対象にした「ニーズ調査」を、1998年秋に実施している。それによると、在宅で何らかの支援サービスを必要とする人が660人存在し、一方、特別養護老人ホーム・老人保健施設・療養型病床群等に入所入院している人が426人だった。合計すると、要介護認定者の数とほぼ一致する。

### ③サービス提供施設

施設の数は、訪問介護（ホームヘルプサービス）3、訪問看護4、訪問リハビリ2、通所介護（デイサービス）3、通所リハビリ（デイケア）5、短期入所（ショートステイ）2、特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）1、老人保健施設（介護老人保健施設）1、グループホーム（痴呆対応型共同生活介護施設）2、療養型病床群（介護療養型医療施設）6である。隼仁会という医療施設が多分野の施設を併設している。サービス提供施設は国の定めた水準を超えて充実している。しかし、もっとも需要の多い訪問介護については山間部を抱えるなどの事情から民間業者の参入が望めず、またホームヘルパーが慢性的に不足している実情があり、山間部が多く効率がよくないために需要の伸びにかならずしも満足に応える状況にはない。

### ④サービス従事者

ホームヘルパーは常勤8人、非常勤31人、訪問入浴介護の車両1台、訪問看護は常勤26人、非常勤5人、ケアマネージャー32人の体制である。訪問介護のホームヘルパーは常勤者が1日4回で週6日、非常勤者は1日3回で週7日サービスを提供し、週あたり合計843回の介護に当たる計画になっている。

### ⑤介護保険会計

サービス提供に要する費用は、2000年度で1カ月あたり在宅分が6,026万円、施設分が1億0,607万円、合計1億6,643万円と算定されている。対して被保険者の治める保険料収入は2,121万円（保険料の平均は3,300円）、これに国が保険給付費の20%、県と市が25%を負担する。大口市は山間部が多いために以上のほかに国の調整交付金と県が管理する財政安定化基金からの拠出金を受けるので、これらの合計が収入になる。

## (2) 介護サービスの需給予測

介護保険によって提供される個々の介護サービスは法に定められている。これを法定サービスという。これ以外に保険者である市町村が独自に提供する法定外サービスもある。大口市は、老人福



祉法に基づいて策定した「市老人保健福祉計画」のなかの介護保険事業計画に、市が提供するサービスを示している。それによると、在宅サービス（訪問）にはホームヘルプ、訪問看護など5つがあり、通所サービスにはデイサービス、デイケア、住宅改修費・福祉器具購入費の支給など8つ、施設サービスとしては特別養護老人ホームなど3つがある。法定外サービスでは、おむつの支給、老人介護手当を支給、配食サービスなどを実施している。また保険福祉事業として介護方法の指導や予防のための事業などを実施している。

大口市の老人保健福祉計画は、およそ2年をかけてつくられた。1996年度を初年度とする市の第4次総合振興計画の一環をなし、過疎化と高齢化への備えに重点をおいた市当局の意気込みがにじみ出ている。それは市民を対象にした重層の調査を実施してそれに基づいて計画策定にあたったことに端的に現れている。調査は、一般調査と需要調査の2種類で、対象を高齢者全員、援護を必要とする高齢者、それに若年層に分けて実施し、それぞれのニーズを汲み上げた。調査の結果は中間報告、最終報告の形で2回にわたって市民に公開し、また地域ごとの市民との座談会を延べ200数十回開いて説明と意見聴取をおこなった。市は市民参加を重視して計画を練り上げたと言っている。

計画はサービスの需要および供給量を次のように想定している。

①需要 訪問サービスも通所サービスも年々増加する。ホームヘルプは2000年で週あたり824回という予測が2004年には1222回になり、訪問看護は183回が277回になる。通所型のデイサービス、デイケアは764回から818回に増える。ショートステイは35%増と見込んでいる。一方、特別養護老人ホームなどの老人福祉施設の入所需要は横這いという予測だ。

②供給量 ホームヘルプ・サービスは需要に応じた供給量の増加を見込んでいるが、訪問看護、デイサービス、デイケア、ショートステイなどは2000年時点の供給能力が2004年の需要予測を上回っており、十分対応可能だという認識である。大口市は過疎地ではあるが地域の中心地であり、医療機関などが一応整っていて高齢者ケアの需要増には余裕をもって対応できる状況にある。事業者には需要増はむしろ歓迎であろう。入所施設については定員と需要予測値がほぼ同じだが、需要増については隣接の菱刈町などと広域で需給を調整して対応する方針という。

### (3) サービス利用の実際

介護サービスが実際にどの程度利用されるのかは、1年程度経過を見なければ分からない。制度実施から間もない2000年7月時点で厚生省が行った全国調査では、在宅サービスの利用率は見込みの43%だった。要支援者の利用率は54%、要介護者で40%前後という。しかし、肝属郡根占町で介護保険特別会計に初年度から赤字が生ずる可能性が高いとして町当局が町民に実情を訴えたように、利用率が当初の予想を上回る事例もある。大口市では、制度発足から半年ほどの介護サービスの利用度はますますの状況のようだが、制度の周知度が高まるにつれて利用が増える傾向をみせている。在宅サービスよりも特別養護老人ホームへの需要が高く、見通しを上回って入所者が増えている。この地域の高齢者の実態を物語る事例とってよさそうだ。

将来を予測すると、高齢者の所得水準から保険料の負担、利用料の負担のためにサービス利用の自己規制が増えることが十分考えられる。減免の制度があるとはいえ、この2つの自己負担は決して軽いものではなく、生活費に食い込まざるをえないのが実情である。利用の抑制を生まないよ

うきめこまかく配慮していくことが求められよう。

### 3. 過疎地域における介護保険の問題点

さて、過疎地域で介護保険制度がはたして法が予定したようによく機能するのだろうか。

大口市は制度がスタートする際に、3つの問題点があると認識していたという。

①要介護の認定、②医療保険との整合性、③介護サービスと保険料、である。

①認定の問題点とは、要介護者の数の多寡に利害関係をもつ立場の人物が認定に当たると、認定が「あまくなる」ケースが生じがちであることを指している。特定の事業所に要介護者の「勧誘」をした事例があり全国的に問題視されているが、認定があまくなると介護保険の財政負担が野放図に増えて破たんを招くと懸念をもつのは当然であろう。

②医療保険と介護保険はきちんと棲み分けがなされているべきだが、実際にはそれが不明確で、当初の目的のひとつであった医療関係費の軽減効果が期待できない。これは1人の利用者が両方の保険を重複して利用しても、市町村には医療機関の監督権はなくチェックは不可能であるという指摘である。

③介護サービスと保険料の問題は財政運営の観点からの懸念である。端的にいうと保険料が低すぎるということである。高齢化率や所得水準が大きく違うなど地域によって条件に差があるのに全国一律で保険料その他の基準が示された。山間地を抱える大口市には調整交付金が支給されるなどの措置がとられたが、のちにも触れるように保険財政の先行き見通しは実際のところ暗い。

これらは保険者である行政の立場からの指摘ではある。介護保険制度はうまく運用して高齢者福祉に役立てたいが、根底には、過疎地域で社会保険方式の介護制度が計画通りに機能し続けていくのかという懸念がある。被保険者の減少が目に見えている一方で、要介護者は当分の間増えていく。保険財政が窮屈になっていくだろうことは誰にでも予測がつく。行政の懸念、疑問は当然といってよかろう。だから要介護の認定のあり方にも批判の目が向けられる。介護保険法施行前の介護が行政の措置として実施されていたときの「認定」も、いま考えるとあまかった、という「反省」も聞かれた。その結果が、自立と認定された人々の不満を生んでいるというわけだ。

それでは、過疎地域での介護保険運営が抱える問題点を、大口市の現状をもとにして具体的に考えてみよう。

#### (1) 介護を受ける人に関して

①介護の必要な人が介護サービスを受けるのは、人としての権利である。そして介護保険制度では要介護者がサービス提供事業者を選択できることが大きな特徴になっている。しかし、現実には過疎地域では選択肢はごく限られている。運用開始前には民間企業の参入の動きがあったが、大口市に事業所を開設した1業者は撤退した。デイケア事業者も仕事をやめた。このような現実のもとでは、たとえ提供されるサービスが不満でも他の事業者に乗り替えることはできない。

②大口市の高齢者は市民10人あたり3人の割合であり、75歳以上の後期高齢者が多いという特性

をもつ。加えて、すでに触れたように独り暮らしや高齢者だけの世帯が多く、後期高齢者も独居者も増える傾向にある。このような状況から、老老介護になるケースが多く、公的介護への潜在的需要は必然的に多くなると考えられる。

③また、年金で暮らしている人が多く、所得による区分の第1段階である被保険者（市町村民税非課税で老齢年金および生活保護受給者）と第2段階（市町村民税非課税者）を合わせると、全高齢者の6割近くを占めるのが実情である。第2段階の被保険者のかなりはいずれ生活保護の対象になる可能性がある。低所得者の比率が高く、そのせいで保険料不納者が増える事態も予想される。保険料の全国プール制があるが、介護保険財政は楽観を許されない。利用抑制を招く要因にもなる。

④痴呆者が増える傾向にある。後期高齢者は身体の不具合の増加とともに、どうしても痴呆の発現率も高くならざるをえない。市の推計では高齢者人口が増えるのに伴って後期高齢者も増え、2000年の3,287人が2004年には3,623人になる見通しだ。痴呆者も当然に増えていくだろう。市内には現在2カ所の痴呆対応の共同生活介護施設があり、市はグループホームの整備や成人後見制度の導入などの施策を進めつつある。それとは別に、要認定作業の際に痴呆者の認定の問題点も指摘された。要介護者認定の公平性、中立性を高めるよう制度の充実が求められる。

表7 1号被保険者の所得区分と分布

＝「大口市老人保健福祉計画」から＝

所得段階	所得の状況	大口市	全国
第1段階	市町村民税世帯非課税でかつ 老齢福祉年金受給者及び生活保護受給者	2.6%	2.2%
第2段階	市町村民税世帯非課税者	55.0%	29.0%
第3段階	市町村民税本人非課税者	28.1%	42.8%
第4段階	市町村民税課税者のうち合計所得が250万円未満	11.2%	16.0%
第5段階	市町村民税課税者のうち合計所得が250万円以上	3.2%	10.0%

## (2) サービス提供事業者に関して

①措置制度のときと介護保険制度とでは給付費の入り方が違い、経営の安定性が下がったという不満があるようである。措置制度では月単位で措置費が安定的に給付された。介護保険制度ではサービス給付料がいわば出来高払い方式で支払われるので、サービス利用の増減が直接的に収入に影響する。競争原理が働きやすい仕組みなので、いきおい要介護者の獲得合戦に走る要因になっている、と指摘される。医師による意見書が甘くなる、ケアマネージャーが中立的になれない、などの批判がここから生ずる。

②ホームヘルパーには、活動の非効率性が大きな悩みになっている。介護を受ける高齢者の家が点在しているために移動に時間がかかり、どうしても効率が悪くなる。これには介護事業所が山間地域にないという事情もはたらいている。加えて介護費の単価が時間単位で設定されているので1人あたりの介護時間が制約される。その結果、話し相手になってくれなくなった、落ち着いて世話をしてくれなくなった、といった不満を招くことになった。移動時間が報酬にカウントされないた

めにヘルパーは「時間の無駄」と感じる。過疎地ゆえの悩みである。

大口市や宮之城町では、ヘルパーが事業所に出勤する途次に自宅に近い要介護者の所に直接出向いて、移動効率を高める工夫をしているが、移動に時間がかかるのは過疎地の宿命である。

③ケアマネージャーは書類作成を中心とする事務処理に追われて多忙をかこっている。これは全国共通の現象だが、過疎地域では移動等の効率の悪さからケアマネージャーが介護対象者の全員を把握できない事態が生ずる恐れがあると懸念されている。そうなると、介護を必要としながら制度にのれずに置きざりにされる人が出る可能性がある。

### （3）制度上の問題

介護保険制度のうたい文句は、介護が必要になったときに「介護が必要になっても、自立した生活を送れるように支援する」「必要なサービスを多様な事業者から自由に選んで利用できる」であった。また、介護を家族だけで支えるのではなく社会のみんなで支える「介護の社会化」が強調された。

過疎地域でもその通りに制度がはたらいているかという点、現実はかなり違う。

①サービスの選択肢は狭い。採算の面から民営の事業所が撤退したり事業所を縮小したりする事態も各地で生じている。鹿児島県内でも大手のコムスンが事業を縮小し、その1つが大口だった。公営の事業所も赤字を出すわけにはいかない。効率が悪く採算をとりにくい過疎地域では、「自由にサービスを選べる」ほどサービス提供者は多くないのである。

②サービス利用料の10%の自己負担が利用抑制の原因になっている現実があるが、後期高齢者が多い過疎地域では所得水準が低いことから、利用の抑制制度が他より高くなると考えられる。

③農村の風潮として、介護は家族がするのが当たり前で他人の手は借りたくないという考えが根強い。大口市も同様で、地域性として無視できない。「介護の社会化」のカベである。

④このことも手伝って、介護保険制度のうたう24時間介護は当地では無理であろうという認識が一般的である。夜中まで他人に入られるのはいやだと高齢者自身が考えるのだという。24時間介護はヘルパー派遣の面からも無理がある。移動に時間がかかって効率が悪いからである。安全面の問題もある。

### （4）財政の問題

制度上の問題点もっとも大きいのは保険財政のきびしさであろう。介護サービスの提供対象が多く、対して財政を支える被保険者は、現在はともかくとして、若年層の減少で年々減っていく。財政収支がひっ迫するのは目に見えている。行政当局からは早くも第2の国保化の懸念が語られる。

大口市では、すでにみたように高齢者の数は増加している。しかし、総人口は減少の一途をたどっており、2020年代前半に2万人を割り、2035年には1万6,000人にまで減ると予測されている。高齢者人口も将来は減るが、2015年までは増勢にあり7,300人ほどに達する見込みである。その後の減少の度合いは総人口の減少と比べて緩やかであり、後期高齢者はあまり減らない。これらの事情から、介護サービス利用者の増加、保険料納入者の減少という構図を容易に読み取ることができよう。介護保険財政の先行きはきわめて心細いといわなければならない。

保険財政の赤字予測が、肝属郡根占町で早くも表に出た。

2001年1月13日付の南日本新聞は、町当局が介護サービスを受けている町民に支給されたサービス給付金支払い額を配布して、町の介護保険特別会計が初年度で600万円の支払い超過になるという見通しを伝えた。さらに、収支の均衡を保つためには保険料の引き上げが必要であることを説明した試算を示した。赤字が予想される理由については、介護の必要な高齢者が他に比べて多いのか、サービス基盤が整っているのか、利用意欲が強いのか、などが考えられるというが、明示はしていない。

根占町も過疎法の適用を受け続けている過疎地域である。人口は2000年8月時点で7,221人（同年の国勢調査では6,944人）、高齢者の数は2,405人である。高齢化率は33%で、大口市より高い。要介護の認定を受けた高齢者は496人、うち441人が在宅サービス、施設のサービスを受けている。4月の制度スタートから月を追うに従って利用度が増えていったという。町民に配布した「お知らせ」には、在宅介護の利用者数、施設利用者数、1ヶ月の延べ利用者数とも肝属郡の他町を上回っている実態を数字で示して、この状態が続けば、現行3,500円の保険料が4,000円ないし5,700円になることもありうる」と記している。南日本新聞によると、町当局はサービス利用を抑制する意図はないと説明したが、町民には利用を控える動きもあるという。

根占町の例が示すように、過疎地域では介護保険財政の基盤はとりわけ弱いといわざるをえない。利用が増える一方では財政を支える立場の被保険者、なかでも64-40歳の第2号被保険者が減るという宿命的な人口構造があるからである。

財政調整制度が設けられているから、保険料収入減がただちに財政破綻を招くことにはならないが、財政基盤の弱さは制度の根幹を揺るがす問題点である。

#### 4. 介護保険制度のこれから

鹿児島県は、介護保険制度実施から半年たった2000年9月に在宅サービスの利用実態について、要介護者を対象にアンケート調査を行った（サンプル数1,993人中1,538人が回答）。

それによると、サービスの内容に「満足・ほぼ満足」している人は93.1%と極めて高い。介護サービスで困った点や改善して欲しい点が「ない」人が86.1%を占め、「ケアプランに希望が反映されている」人が94.3%に達している。不満足な点は「サービスの質」「自己負担と質」「回数の不足」などで、「回数の不足」の理由には「負担が大変」「限度額を超える」などが挙げられた。これを見る限りでは、介護保険制度は少なくとも鹿児島県では満足感を持って迎えられているといえよう。

この調査とほぼ同時期に、南日本新聞社が同じく鹿児島県内の利用者と事業者を相手にアンケート調査をしている。その結果は、制度に関して「よかった」が利用者で53.7%、事業者では12.5%にとどまった。事業者は66%が「よく分からない」と答えている。

「よい点」について、利用者は「家族が助かる」「サービスを選んだり変えたりできる」「料金を払うので気兼ねなく利用できる」を理由とし、「悪い点」では、「（利用者が）利用料や保険料を払う」「利用限度額がある」「制度が分かりにくく手続きが面倒」が上位を占めた。「要介護認

定がある」と答えた人も多かった。介護サービスが「十分である」「十分ではない」は3対1の割合だった。この調査も、介護保険制度の評価度は県の調査よりは低い、まずは肯定的に受け入れられていることを示している。

保険料、利用料の自己負担については、「悪い点」のトップに挙げられた。この調査を行った時点ではまだ保険料の徴収が猶予されている。それでも自己負担に不満が集まった。調査結果は対象を都市部、過疎地域などに分けて示していないが、高齢福祉年金受給者の多い大口市の所得状況をもとに考えると、過疎地域では保険料・利用料の問題がもっとクローズアップされることだろう。制度の将来を大きく左右する要素といえよう。

事業者の挙げた問題点では、事務の簡素化をはじめとするケアマネージャー業務のあり方、それ故の悩みがトップだった。事務処理に追われて本来の活動ができていないこと、その割には報酬が低いことなどが大きな不満になっている実態がにじんでいる。

それでは、介護保険制度の過疎地域における問題点は何か。それを考えてみよう。

### （1）要介護者について

大口市の高齢者は独り暮らし、夫婦だけの世帯が多い。調査によると、自宅で自立して生活することを望む人が圧倒的に多いが、それだけ介護需要度は高い。しかし介護が必要になってもホームヘルパーの不足や山間地が多いゆえにヘルパーの移動効率が悪いなどの問題点を抱える。老老介護も少なくない。24時間介護には無理がある実情だ。市は地域ケア体制の構築を目指す、実現できても時間のかかる課題であり、自立が難しくなった独り暮らしの高齢者は中心部に住み替えてもらうことも考えている（市住宅マスタープランから）

### （2）低所得とサービス利用の抑制

大口市に限った問題ではないが、過疎地域の高齢者の所得水準はきわめて低い。介護保険法に示されている所得区分で住民税非課税世帯の第1段階、第2段階の人は大口市で57%に上る。根占町では62%である。全国平均の31%を大きく上回る。この所得階層の人たちには、保険料負担、利用料負担とも過重であり、利用の抑制を生む最大の理由になりそうである。利用の抑制が制度の趣旨に反することはいうまでもない。低所得者の多くが生活保護受給者になるという予測があるが、自己負担のために生活保護を受けるのは本末転倒であろう。被保険者で生涯介護保険の恩恵に与らない人が圧倒的に多いなかで、大きな不満を呼ぶ可能性が高い。

### （3）サービスの提供に関して

サービス利用のケアプランを作成するケアマネージャーの問題にはすでに触れた。また、もっとも利用度の高いホームヘルプサービスを提供するヘルパーの慢性的不足や移動時間の非効率といった点にも触れた。ヘルパーの不足は見過ごせない。過疎地域では今も人口が減り続けており、そのためにヘルパーの充足はいっそう難題になると考えられるからである。ヘルパーの絶対数を確保できなければ、過疎地域では介護体制そのものが成り立たなくなる。「サービスと業者を選択して利用する」のが介護保険制度の根幹のひとつだが、制度が始まったばかりのこの時点で、過疎地域では選択肢がごく少ないというハンディを抱えている。山間地が多くてビジネスが成り立ちにくいために民間の業者の参入望めない地域である。大口市ではヘルパー養成研修を受けている人が一定数

いて、当面ヘルパー不足は生じない模様だ。しかし人口減少は構造的なものであり、この先、ヘルパー不足が生じない保障はないと考えられる。

#### （4）施設

大口市には特別養護老人ホームなどの施設は整っている。だが、全国的に見ると地域ごとの需給バランスはとれておらず、入所待機者が列をなしているとして、制度発足前から問題視されてきた。

大口市当局は、施設への潜在需要はかなり高いとみている。独り暮らしの高齢者が多いからである。高齢化率の高い地域ほど独り暮らしが多い実情から、そう遠くない将来、自立できなくなって施設を利用せざるをえない人が増えるであろうことは容易に想定される。施設の需要度は増していくだろう。しかし、国は在宅介護を優先して特養などの施設づくりを抑制する方針である。介護保険制度の発足で、自立と認定された入所者が特養から出て行かざるをえなくなった事例が各地で生じた。このような国の方針と、法で保障した介護を十分に受けられない過疎地域の要介護者の扱いが、食い違ってくる可能性がある。大きな問題点として浮上しそうである。

#### （5）財政の問題

過疎地域の介護保険財政が早くもピンチを迎えている事態を、根占町の例を引いて述べた。財政の見通しについては制度発足前から「第2の国保化」が懸念されていた。3年後の制度見直しの際には保険料引き上げが各自治体で提起されそうである。ほかにも被保険者の大半は保険料を払うだけで介護サービスは受けないなどの問題がある。介護を社会保険方式で行うのが妥当か、措置時代のように公的負担（税方式）がいいのか、といったベーシックな問題がいぜんとして存在する。大口市は、給付と負担の関係が明確になる保険方式がベターであるという認識で現行制度を前提に介護保険財政の健全化を図っていく方針である。しかし、宿命的に財政基盤が弱い過疎地域からは、税方式への復帰論が噴出する可能性は多分にある。

介護保険制度は、「介護を社会全体で支える」ことを目的に実施された。また、介護の必要な人が介護サービスを受けるのは、それまでの行政による措置制度とは違って、国民の権利であることも喧伝された。介護を社会全体で支えるには、措置方式ではない社会保険方式がふさわしいと政府は繰り返し説明した。これらについてはなお批判意見があるが、それは措いて、では介護の社会化が実現できているか、サービスの受け入れが権利として尊重されているか、を考えよう。

過疎地域の現状からは、その答えは「否」であると言わざるをえない。

サービス選択の余地がほとんどない、低所得の高齢者が多くサービスを受ける権利を放棄せざるをえない、その対策はないに等しい、保険財政の破たんが目に見える状況にある、等々、すでに触れた問題点が数多くあって、制度の先行きが懸念されるからである。

これらの解決策として、ひとつには広域化が検討されよう。あるいは市町村合併の契機として介護保険制度の存続問題が使われる可能性もある。しかし、それで過疎地域の介護保険財政の窮状が一息つくとしても、過疎の現状が変わらない限り、過疎ゆえの諸問題の抜本的解決にはならない。したがって、広域化では大きな効果は期待できないことになる。そもそも全国一律の基準に無理があり、過疎地域には合わないのである。

あとは制度の根底からの再検討にかかる以外に方法はないのではないか。それは、現行の社会保

険方式をとりながら過疎地域でも「介護の社会化」が実質的に実現できる道を選ぶのか、公的負担による制度をあらためて構築する方向を選ぶのか、ということである。

## おわりに

もう20年以上も前になる。老人福祉という表現で高齢者対策が始まった頃のことである。大隅地方でこんな話を聞いた。

ある町の福祉担当者が、独り暮らしの老女に支給している福祉費のなかで、ろうそく代が異常に多額であるのに気づいた。理由を聞くと、老女はこう答えた。

「年をとるとねえ、ご先祖様を拝むことのほかに私の生きている意味はないのよ」

胸を衝かれる思いで聞いて、鮮明に記憶に残している。

鹿児島は一部を除けばほとんどが過疎地である。大口市であらためてその実情に触れると、会ったことはない老女の姿がまぶたに浮かぶ思いがして、せつなかった。

介護保険制度をありがたがっている高齢者は少なくない。終の棲家に特別養護老人ホームの一室を得て安心しきっている老人も少なくない。それを思うと、この制度がうまく機能して、ほんとうにありがたい制度になるよう祈りたくなる。しかし、現実はそうではなく、多くの問題点を抱え、かつ制度の存続自体が懸念される状況にあるといっても、おそらく見当はずれではない。では、どうするか。3年後には見直しをする。それに向けて、今から真剣な議論をすることである。

本稿の執筆にあたって、隈元新市長をはじめ大口市の職員の方々、介護事業者の方々に資料の収集・提供、調査の便宜その他でご協力、ご好意をいただいた。感謝を申しあげる。

## 〈参考文献〉

『大口市老人保健福祉計画』 大口市（2000年3月）

『統計おおくち』 大口市（1999年12月）

『大口市住宅マスタープラン』 大口市（2000年12月）

『大口市過疎地域自立促進計画書』 大口市（1999年）

『介護保険の手引き』ほか大口市作成の各種資料

南日本新聞 1995年8月23日付、2000年10月15日付、2001年1月13日付