

長寿社会における高齢者の介護・医療システムの適正化戦略

－ 介護編 －

研究調査報告書

平成 23 年 3 月



(公財)ひょうご震災記念 21 世紀研究機構

研究調査本部

ま え が き

戦後のベビーブーム期に出生した人びと、いわゆる団塊の世代が 15 年もしないうちに後期高齢者に到達いたします。この時点において日本は、世界にも希な長命国であることが寿がれる実質的な「長寿国」になっていなければなりません。そして同じく、遅かれ早かれ高齢化が進行し、追隨してくるアジア諸国の模範とならなければなりません。日本は、どのようにして超高齢化に適応し、そして活性的な長寿国へと展開していったのかは、必ず近隣諸国のモデルとなるはずです。

それでは、その長寿国になっているためには今後、どのような戦略が不可欠なのでしょうか。この報告書は、平成 21 年度において開始した当研究機構の大型プロジェクトである「長寿国につぼん活性化戦略」に関しての「総論」（平成 21 年 3 月当研究機構 HP 掲載）を受けて、本年度から新たにスタートした 4 つの各論のうちの 1 つである「長寿社会における高齢者の介護・医療システムの適正化戦略」に関する調査研究の成果を取りまとめたものであります。本報告書においては「介護編」を報告しており、「医療編」については別の報告書にて報告いたしております。

介護編では、市民による共助を進めるために、たとえば市民委員会の設立を提言しています。人びとを孤立させないために県下においてモデル地区を選定し、高齢者介護に関わる市民委員会の実施を提案しています。すでに三木市や小野市あるいは姫路市において実施に必要な土壌が育ちつつありますので、その再検討とともに新たな拡大化の提言でもあります。市民参加による多様な視点から地域ごとに地域密着のニーズ把握と地域資源の最大限の活用を市民のために市民によるコーディネートから生み出そうとする発想（提言）であります。それは画一的なサービスではない、また市民による直接的な参加を促すための大前提となる戦略であるといつてよいでしょう。

なお医療編は、(財)兵庫地域政策研究機構が研究分担費を提供し、兵庫県立大学経営研究科医療マネジメント専攻の後藤武特任教授および小山秀夫教授によって研究が進められ、両教授によって報告書が執筆されています。詳細については、その報告書（医療編）に譲りたいと思います。そこでの提言のなかには、兵庫県立大学にメディカル・スクール、すなわち医科専門職大学院などの医師養成機関の整備についても検討され、新たな提言がなされています。

最後になりましたが、本調査研究にご協力くださった多くの皆さまに、この場をかりて心から御礼を申し上げます。さらに詳しい内容については、ぜひ本報告書をご一読くださることをお願いいたします。

平成 23 年 3 月

長寿国につぼん活性化戦略
研究統括 野々山 久也

研究体制

研究統括	野々山久也	(公財)ひょうご震災記念 21 世紀研究機構研究統括 甲南大学文学部教授
上級研究員	足立正樹	神戸大学経済学研究科名誉教授
研究者(報告書執筆)	大床太郎	(公財)ひょうご震災記念 21 世紀研究機構主任研究員 神戸大学大学院経済学研究科研究員

目次

第 1 章 はじめに	1
第 1 節 日本の高齢者介護システムの課題と地域包括ケア	1
第 2 節 社会的介護リスクと不確実性	3
第 3 節 本研究の目的と構成	4
第 2 章 市民社会構築に係る既存研究	6
第 3 章 兵庫県下の地域に根ざした取り組み	9
第 1 節 兵庫県下の取り組み	9
1. 姫路市の取り組み	9
2. 三木市の取り組み	10
3. 小野市の取り組み	11
4. 養父市の取り組み	13
第 2 節 県下の取り組みの示唆	14
第 4 章 地方税収や社会保険と高齢者介護	15
第 1 節 井手英策氏インタビューより	15
1. 地方税収・社会保険と高齢者介護	15
2. 社会保険とリスク	16
第 2 節 インタビューから得られた示唆	16
第 5 章 介護システム適正化戦略	18
第 1 節 互助と共助を活用する市民社会構築	18
1. 互助と共助について	18
2. 公助・公共部門について	19

3. 自助・自助努力について.....	20
第2節 社会的介護リスクマネジメント.....	22
1. リスクと不確実性	22
2. 人間のリスクと労働者のリスク	22
第3節 実態調査への架け橋.....	23
第6章 インターネットアンケート.....	25
第1節 サーベイデザイン	25
第2節 集計結果	27
1. 組織への信頼項目	27
2. 介護充実度に係る認識項目	28
3. 主観的リスク	30
第3節 有償ボランティア需要の試算.....	31
第4節 結果のまとめ	34
第7章 おわりに	35
第1節 リサーチクエスションと適性化戦略提言	35
1. 家族介護者支援.....	35
2. 行政と地域連携の役割	35
3. 市民意識醸成のベストプラクティス	36
4. 医療制度との両立可能性.....	36
第2節 都道府県自治体への提言.....	37
第3節 今後の課題.....	38
謝辞.....	39

参考文献	40
資料	42
インターネットアンケート調査票及び単純集計	42
選択型実験のフォーマットと属性レベル	72

図表目次

図 1: 社会的介護リスクの定義 4

図 2: 新ナショナルミニマムと税収の概念図 16

図 3: 「地域社会と福祉についてのアンケート」組織信頼項目 27

図 3: 「地域社会と福祉についてのアンケート」福祉サービス充実意識項目 28

図 4: 介護サービス充実度と怖れに係る認知項目 29

図 5: 不安の具体的なイメージの有無と主観的リスクの見積り 30

表 1: 回答者自身が要支援・要介護状態になるシナリオの推定結果 33

第1章 はじめに

第1節 日本の高齢者介護システムの課題と地域包括ケア

いわゆる団塊の世代が75歳以上となる超高齢社会が2025年に迫っていることは、2000年度より施行されて10年が経過した現行の公的介護保険制度だけでは対応できないという事実をわれわれに突きつけている。まず、社会保障のサービスの供給サイドからは、社会保障財政が限界を迎えるであろうことを社会保障国民会議（2008）が示しており、2011年3月現在では社会保障・税一体改革の議論が始められている。そして、社会保障国民会議（2008）の結果を受けて、主に高齢者医療・介護サービスの需要サイドも視野に入れた検討として、地域包括ケア研究会が2008年度に開催され、それを受けて2010年3月に提言を含む報告書が策定・公開されている（地域包括ケア研究会、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社（2010）、以下、研究会報告書（2010））。そこでは、多様なニーズにきめこまやかに対応していくためには、医療保険制度や公的介護保険制度のみならず、わが国のケアシステム全体を再構築すべきことが示されている¹。

研究会報告書（2010）によれば、今後は特に高齢者介護サービス需要が急激に増加し、人材やコストといった資源の制約がより厳しくなると予想されるために、『『自助・互助・共助・公助』の役割分担（研究会報告書（2010）、p.3）』の明確化や再確認が喫緊の課題である。自助とは文字通りセルフケアであり、自ら提供サービス選択を行うことである。互助は権利性のない（自発的な）インフォーマルケアに対応し、住民主体の相互扶助やボランティアの自発的なサポートである。共助は権利性のあるフォーマルケアに対応し、受益者負担原則の明確な保険が当てはまる。そして公助は、権利性のないフォーマルケアに対応し、最低生活保障の部分といえる。高齢者介護についてみるならば、共助である公的介護保険制度のみならず、システム全体としてあるべき姿を問わなければならないことが分かる。研究会報告書（2010）では、国策としての地域包括ケアシステム構築が提唱されている。

地域包括ケアシステムとは、「ニーズに応じた住宅の選択を前提に、おおむね30分以内の日常生活圏域内（≒中学校区）において、医療・介護のみならず、福祉・生活支援サービス等が一体的・連続的かつ適切に相談・利用できる提供体制（『地域包括ケア』を考えるセミナー資料、P.6）」である。よりきめこまやかにニーズに対応することを目的としている。なお、研究会報告書（2010）によれば、高齢者ケア原則、すなわち「①住み慣れた地域や住居での生活の継続、②本人の選択、③自己能力の活用」が前提となる（研究会報告書（2010）、p.37）。

なぜ地域包括ケアシステムが国策として望まれるのか。その理由には、高齢者ケアシステムのあるべき姿、そして高齢者ケアシステムに係る資源制約の2点から迫ることができる。

研究会報告書（2010）によれば、高齢者ケアシステムのあるべき姿は、高齢者の尊厳や個別性の尊重を基本として、可能な限り住み慣れた場所で、在宅を基本とした生活の継続を支援することを前提とする。そして、個人の自立とQOL（生活の質：Quality of Life）の追求を可能にするもののひとつとして、医療や介護などが「個々にふさわしいサービスとして」「継ぎ目無く（Seamless）」提

¹ なお、ここでいうケアは介護のみならず、見守り等生活支援、介助、介護、リハビリテーション、看護、医療をすべて含んでいる。本稿ではこの定義に従う。介護のこのみ語る場合は別途明記する。

供されるべきであることを指摘している。上記のような地域包括ケアシステムは、この理念に適うものといえよう。

その一方で、高齢者ケアシステム構築に係る資源制約、すなわち高齢者医療介護サービスの必要人材数増加と労働力人口の減少という課題もある。家族介護者に過度の期待ができない実情や、少子高齢化という実態を受けて、どのようにケア従事者数を確保していくかということの検討を急がなくてはならない。ケア従事者数を確保しながら、「個々にふさわしいサービスとして」「継ぎ目無く」提供されるようなケアシステム構築のためには、それぞれの地域において包括的・継続的に社会福祉システムをつないでいく仕組みの構築が急がれる。地域包括ケアシステムは、そのような仕組みの構築を狙うものである。

したがって、地域の実情に対応した人材を確保して地域の多様なニーズに応えるためには、介護保険サービス・医療保険サービス・見守り等生活支援・成年後見等権利擁護・住居保障・低所得者支援といった多様なサービス提供システムを有機的につなげなければならないため、「地域」「包括」ケアシステムが国策として必要とされる²。

さらに、研究会報告書（2010）は地域包括ケアシステムのサービス供給体制として、高齢者が少しでも自立的な生活を送ることができるよう、できる限り住み慣れたところで継ぎ目なく提供される体制への提言をまとめている。地域の医療・看護・介護の連携、24時間365日の短時間巡回型である在宅サービスの充実や、住民主体のネットワーク・施設など地域に存在する資源の有効活用、地域包括支援センターを中心とした把握情報提供・相談事業展開、地域特性に応じて保険者である自治体が、ADL（日常基本動作：Activity of Daily Living）/IADL（手段的日常基本動作：Instrumental Activity of Daily Living）とケアの手間といったサービス担当者・全市民のQOLに基づく基準・報酬設定を行うことなどが求められる。国は介護保険の最低限の基準や財政調整の仕組み整備に集中することとしている。

そして、研究会報告書（2010）によれば、地域包括ケアシステムを構成する人材は、医療・看護・リハビリテーション・介護の専門職だけではなく、高齢者本人や住民ボランティアなど、自助や互助を担う様々な人々も含まれる。医療職である医師・看護師は、定期的な訪問診療と急変時対応、看取りなどの専門能力を活かした医療業務に集中する。医療の緊急性や必要性のレベルが低くなるに従って、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士といった専門職がリハビリテーションを実施する。介護職員は家事援助もさることながら、専門能力を活かした身体介護業務を行う。その上で、日常生活支援として、民間事業者やNPOなどが家事援助を中心とした支援を行うこととしている。

大床（2011）では、この研究会報告書（2010）の提言と、（公財）ひょうご震災記念21世紀研究機構においてとりまとめられた「長寿国につぼん活性化戦略」総論（以下、機構総論（2010））の提言は極めて親和性が高く、協働の可能性を確認した。機構総論（2010）は、従来の家族・家計部門、企業部門、公共部門それぞれにおける改革の展望を示すと共に、第4部門として「市民社会」の構築が喫緊の課題であることを示している。大床（2011）は、研究会報告書（2010）における互助・共助という機能が、機構総論（2010）の市民社会という組織で活用されるべきことを指摘した。すなわち、「互助と共助を活用する市民社会の構築（大床（2011）, p.46）」というキープ

² なお、地域包括ケアシステムは、野々山（2009）などが指摘している現代日本の家族ライフスタイルに係る変容にも対応できるものと思われる。

レーズで、双方の提言は連携が可能である。

地域包括ケアシステム構築に資する市民社会構築を政策提言に結び付けるには、地域の実情にあわせて実践する際に、どのようなことが必要となるのかという知見を明らかにしなければならない。そもそも可能なのか、可能ならしめる要素は何かに係る調査研究が求められているといえよう。

第2節 社会的介護リスクと不確実性

高齢者介護に係る諸課題はリスク概念を多分にはらんでいる。例えば、介護保険はその保険という性質上、リスクと切っても切れない関係にある(大床(2010))。したがって、リスク論の知見を援用して、介護リスクマネジメントという視点を加えなくてはならない。

従来の問題意識では、事業リスクに焦点を当てた介護リスクマネジメントが提唱されている(増田(2004), 増田・菊池(2003))。増田・菊池(2003)では、利用者視点からの介護事故リスク、事業者視点から業務・経営・存続・災害等リスクとして、豊富な事例検討とともに整理されている。とりわけ介護サービス市場を考えるならば、上記のようなビジネスリスクの検討は不可欠であるといえよう。

しかしながら、いわゆる「ヒヤリ・ハット」に代表されるような介護ビジネスリスクの意義・重要性は極めて自明であるように思われる。ビジネスリスクのみに重きをおいた(私的な)リスクマネジメントは既に多方面で検討されている上、従来の企業経営論や企業の社会的責任(Corporate Social Responsibility: CSR)の中の、法令順守や訴訟リスク回避の論法や知見を援用するだけで充分であろう。社会保険としての介護保険を考慮に含めて政策・制度を検討するならば、できる限り受益者負担原則を明確にして、(消費者)行動理論に基づいた社会的な「介護リスクマネジメント」を提唱しなければならないはずだが、筆者の知る限りでそのような議論は見受けられない³。

したがって、高齢者介護システム全体を考える上で、まずはビジネスリスクの範疇を超えて介護リスクという用語そのものの再定義をしなければならない。著者は、まず次の2つの介護リスク分類を提唱したい。

- ・介護「される」リスク: 自分自身が介護を受けなくてはならない状態になるリスク。広義には、自分と関わりの深い人のそれを含む。
- ・介護「する」リスク: 自分自身が介護労働を実施する状態になるリスク。家族介護者のみならず、ホームヘルパーなど有資格者も含む。

本研究では、この2つのリスクを社会の構成員ひとりひとりが有している「社会的介護リスク」と定義する(図1)。社会的介護リスクを考えることで、既存のリスクマネジメントの知見が応用でき、高齢者介護に係る諸問題解決に新たな地平が開ける。また副次的には、市民自らが介護サービス市場の需要側でありかつ供給側であるという認識が芽生え、自身の問題であるという意識が醸成されることも期待できる。

一方で、リスクは不確実性という概念と対をなす。前者は「どのような望ましくない事態が生じるか分かっている」際の確率であり、後者は「そもそもどのような望ましくない事態が生じるのか分からない」ことである。前者はリスクマネジメントの知見が応用できるが、後者はそれでは対応できない。

³ 社会保険は保険料収入のみならず、税も投入され(う)ることが、リスクマネジメントに係る検討を難しくしているのかもしれない。

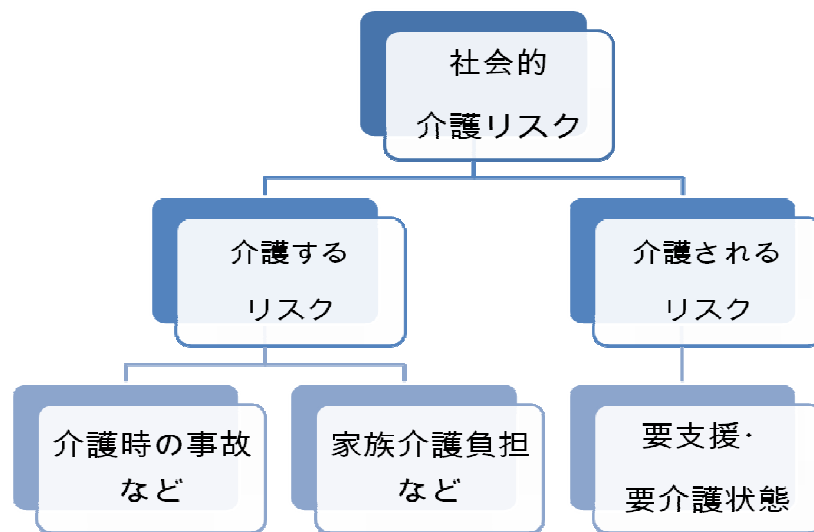


図 1: 社会的介護リスクの定義

もし人々が、例えば要介護状態になるリスクが急激に高まっていることを不安に思っているのならば、既存のリスクマネジメントの知見が介護システムにも応用できる。しかしながら、「そもそも～分からない」不確実性が不安の源泉であれば、リスクマネジメントでは対応できない。

したがって、まずは不安の源泉がどのようなものなのか、実態を確認しなくては、リスクマネジメントないし保険ですべて対応できるのか、すべて対応してよいのかが明らかにできない。社会的介護リスクやそれに係る不安の源泉の実態調査が求められているといえよう。

第 3 節 本研究の目的と構成

本研究は介護編としてとりまとめるために、高齢者介護に係る課題に集中する。前節までで述べたことは 2 つ、すなわち地域包括ケアシステム構築に資する市民社会構築の実践方策と、社会的介護リスクマネジメントの可否の確認であった。それぞれについて以下に研究目的を設定する。

まず、高齢者介護システム全体の適正化戦略に焦点を当て、「互助と共助を活用する市民社会の構築」の実践法に関する提言をまとめる。サービス供給体制や人材に関しては、上記の研究会報告書(2010)で総括的に検討されているため、本稿では市民社会組織の実践法を導くことに集中し、インタビューや個票データ収集と整理を行う。

また、社会的介護リスクマネジメントに向けて、土壌を整備するための情報を整理する。可能なかぎり、人々は自身や家族が要支援・要介護状態に陥ることを不安に思っているのかどうか、不安だとしたらその源泉は何かについて迫る。主観的な指標に着目するために、個票データ収集と整理を中心に据えることとする。

さらに、自助や公助の役割や、公的介護保険の修正についても検討する。

本研究の企画段階において、筆者は以下のような 4 つのリサーチクエスションを立てた。括弧内には対

応する問題意識をおおまかに示した。

- 1) 介護の担い手の確保対策として、とりわけ家族介護者に対する支援策が求められている。在宅と施設など介護手段間に不公平感があってはならない。そのために、とりわけ家族介護者に対する支援の必要性和支援のあり方を探る(自助や公助)。
- 2) 在宅・施設などの公的介護保険サービスと家族・知人やボランティアなどの介護負担はお互いに補い合う関係である。よって、それらを総体的に捉え、行政と地域連携の役割を検討する(互助と共助を活用する市民社会の構築)。
- 3) 行政区での介護に係る取り組み方と、民間の人々のつながりが果たしうる機能も、お互いに補い合う関係である。介護とは市民自身の問題であるという意識の醸成によってこそ、その関係は強化できる。よって、行政区はもとより、民間の人々のつながりがどれほどの潜在能力を秘めているかを分析し、ベストプラクティスとして提示できるような方策を考察する(社会的介護リスクマネジメント)。
- 4) 超高齢社会に対応したあるべき介護制度を提示できたとしても、あるべき医療制度との関係は、高齢化社会を駆動していく両輪であるため、双方の両立可能性を探っていく(公的介護保険の修正)。

まず、1)については、以前に筆者が実施した Ohdoko and Zhang (2010) を中心に、既存研究や筆者独自のヒアリング結果を整理する。また、2)で互助と共助を活用する市民社会の構築を検討しつつ、自助で対応すべき部分、公助で対応すべき部分を洗う。

また、2)については、互助と共助を活用する市民社会の構築に係る実践的な処方箋を提示していく。既存研究事例のほか、兵庫県下における介護事業に係る取り組みの事例収集や、アンケートによる個票データから何が言えるのかを吟味する。

そして、3)については、社会的介護リスクマネジメントの可否を明らかにしていく。兵庫県下の介護予防事業に係る取り組みの事例収集を中心として、アンケートによる個票データと合わせて何が言えるのかを検討する。

最後の 4)については、本編とは別に策定される医療編との整合性を担保することで対応する。地域包括ケアシステムの一部として介護システムが機能するには、医療における保険診療や自由診療と親和性の高い発想が必要となる。したがって、本研究では公的介護保険の修正に係る提言を、簡便に触れる程度としたい。

本稿の構成は次の通りである。まず、第 2 章において、市民社会構築に係る既存研究として、市民審議会アプローチを整理する。第 3 章では、兵庫県下で筆者が実施した関係者インタビューから得た情報を整理し、市民社会構築や社会的介護リスクマネジメントに係る上記のリサーチクエスションと対応させる。第 4 章では、地方税収や社会保険に関して、筆者が独自に実施したインタビュー結果より財政学上の知見を補足する。第 5 章では、前章までと対応させながら高齢者介護システム適正化戦略を提示する。第 6 章では、インターネットアンケートで得られた実態・実証データを示して、できる限り第 5 章で描かれる戦略を支持する視点を補足する。最後に第 7 章において、とりわけ兵庫県を含めた都道府県自治体に向けた提言と今後の課題をまとめる。

第2章 市民社会構築に係る既存研究

市民社会構築について、市民審議会アプローチが様々な文脈でなされている。市民審議会アプローチは都市計画や環境問題の文脈で整理や手法開発が進んでいて、環境に係る市民活動も極めて活発であるため、多くの示唆が得られている⁴。

市民審議会アプローチのひとつとして、審議型貨幣評価 (Deliberative Monetary Valuation: DMV⁵) がある。DMV は、市民が協議によって地域政策を評価し、意思決定や合意形成を行う手法である。

Wilson and Howarth (2002) は、環境政策の経済評価の文脈で DMV の役割を整理した。Wilson and Howarth (2002) はまず、DMV は実行可能性を重視し、全員一致などではなく、自由かつ公平な審議のための手順と条件が重要であることを指摘している。また、施策に市民が置く価値に関してコンセンサスを導くことよりも、しっかりと議論することやコミットメントの方が大切であると示している。"Willingness to Pay (WTP)"よりも"Willingness to Say", すなわち、DMV においては、環境施策へどれだけ資金を提供する意思があるか、ということよりも、環境施策にどのような意見を出したいかということが重視されると述べている。

Howarth and Wilson (2006)は、民主主義、社会心理学、協力ゲームなどから理論的に発展してきた DMV に、経済学の WTP に係る議論を付与することで、公共政策の経済評価へと道筋を示している。また、DMV には"Workable Agreement", つまり実行可能性に着目した協議によって、グループとして皆が(ルールの下で)賛成する案を模索することが重要であると指摘した。

Spash (2008) は、DMV の提唱者でもあり、環境の経済評価に係る審議型の既往研究を整理して、DMV のあるべき姿を説いている。Spash (2008) によれば、まず、DMV は市民への情報提供や市民啓発を目的とはしていない。社会心理学に習熟したモデレーターやファシリテーターが専門技術で参加者の情報交換を促し、全員一致や多数決などの意思決定ルールを決めて、参加者が最終的に合意することが重要である。また、参加者から極端な意見が提示された際は、例外的意見として扱うべきではなく、なぜそのようなことが起こったのか、市民審議会の設定内容などを詳細に検討して明らかにすべきことも指摘した。

環境保全に係る市民審議会アプローチの実践として、Gregory and Wellman (2001) がワークショップ型の政策評価に係る実証分析を提示している。Gregory and Wellman (2001)は、オレゴン州ティラムックにおける国家的河口整備プログラム(National Estuary Program)の策定について、事例を詳細に解説した。まず、想定される政策案の選択肢それぞれについて、政策の帰結である便益と政策実施費用を明示した"Workbook"を作成している。作成には生物学者・生態学者・エンジニアら専門家集団が携わった。その後、専門のファシリテーターと、無作為に選んだ地元住民とを 5 グループに分けて構成した"Workshop"を開催し、市民による政策評価を実施した。同研究は環境の経済評価に係る有効に機能した事例として、Spash (2008) でも肯定的に評価されており、自然科学的知見と地域の市民参画をつなぐ政策意思決定手法として、DMV の有効性を実証している。

⁴ Ito et al. (2009) は既存研究を整理しながら、独自の審議会アプローチ研究についての知見を抽出している。また、都市計画に関する市民参加型の合意形成については、原科 (2008) が詳細に手順と実例を解説している。

⁵ "Discourse-Based Valuation"という言い方を採ることもあるが、本稿では DMV に統一する。

以上のような DMV によって、市民が政策評価や意思決定に積極的に参画することが可能となり、市民社会が構築されるものと思われる。行政が、いわば望ましい社会を市民に押し付けるというものではなく、市民が納得する地域政策が選ばれていくという利点を有する。しかし、市民それぞれの拠出金の量や税の使い道までも決定すると、議論の難航や各種の法整備が必要となるために障害が大きい。Gregory and Wellman (2001) の事例のようにファシリテーターを確保した上で、無作為抽出された市民が政策評価へ参画する形式であれば、将来的に可能性が開けると考えられる。また、同事例は専門家集団を中心として施策選択肢を複数提示しており、施策の費用や便益を明示した資料を作成しているため、参画した市民への徹底的な情報提供を行う工夫が必要である。

DMV のように政策評価を行わない手法として、市民陪審 (Citizen's Jury) がある。Huitema et al. (2007) は、オランダの実例を用いながら、実施・運営の要件を明示している。参加者の選定要件に関しては、陪審員の選定に定まった手続きはなく、「自分の関心を進んで表明すること」「情報を共有する意思があること」を満たしておけば十分で、オブザーバーの選定もそれに準ずる。意思決定ルールに関しては、理想的には全会一致で投票行動を含むことが望ましいが、全会一致にいたることを目的としてはならない。情報提供に関しては、訓練された陪審員が情報提供しながら審議するというよりも、オブザーバーが時には対立的な知見を提供するほうが望ましい。なお、オブザーバーは幅広い視野から情報提供のみ行わなければならない。公平性の要件に関しては、基本的には陪審員全員が等しく発言し、それをみなが拝聴することである。ただし、何らかのコンセンサスを得たいという目的が優先するならば、その限りではない。公平性とコンセンサスの獲得のどちらに重きをおくかは、司会を担当するモデレーター次第となる。

まずは市民陪審の形式によって、意思決定組織に市民が参加する形式を採るほうが現実的なものかもしれないが、理念的には DMV のような市民参加型の政策評価が希求される。市民陪審はどちらかと言えば公募市民によるものであり、参加者の意見に偏りが生じると予想されるが、DMV は無作為抽出市民で構成されるために、意見の偏りを緩和できる。DMV 実施の際に重要なのは、徹底的な情報提供がなされることを前提として、実行可能性ある施策に関してできる限り参加者全員が合意できるよう、社会心理学の技術をもったモデレーターやファシリテーターが議論を円滑に進めることである。

審議型のアプローチは医療福祉政策評価においても重視されている。Wilson et al. (2009) は、医療福祉に係る公的支出を検討する際に、多様な政策オプションの費用と便益の情報が提示された審議型のアプローチの重要性を指摘している。欧米諸国では、地域の医療福祉施策について効率的な公的支出を決定する際に、質調整生存年 (Quality Adjusted Life Year: QALY) に係る施策の費用対効果が多用されているが、不公平是正や国家的・地域的に優先される施策の設定、市民合意の担保なども考慮されなければならないため、QALY だけでは限界がある。その限界を緩和する手法として、多基準分析 (Multi-Criteria Analysis: MCA) した政策便益の加重スコア (Weighted Benefit Score: WBS) を用い、QALY に係る費用対効果の情報も加えるような混合アプローチが提唱されている。MCA, WBS, QALY とともに政策オプションの量的なランキング手法であり、Wilson et al. (2009) はそれらの既存研究例や利用実態を概観した上で、量的な政策オプションの優先順位情報を、質的な審議会アプローチに持ち込んで最終意思決定を行うことを推奨している。

定量分析された情報も提供された市民審議会アプローチによって医療福祉に係る地域施策の最終意思決定を行うことは、費用効率性、不公平是正、そして市民合意の担保にもつながることが予想される。しかしながら、MCA, WBS, QALY などを用いて、定量的に政策オプションの優先順位を付けるにはかなりの

統計解析技術が必要である。また、分析するデータは一般には利用が制限されているか、入手が困難であることが多い。市民社会構築に資する市民審議会アプローチの議論の場には、上記の定量分析が可能な人材も参加しなければならないと指摘できるだろう。

わが国の介護福祉施策に関しても、市民審議会アプローチを用いた事例は存在する。武田ほか(2010)では、兵庫県姫路市の介護サービスに係る改善協議会について、効果を整理したうえで官民協働の可能性を示している。改善協議会は、市民・介護サービス事業者・姫路市第三者評価機構を中心として、各関係団体と連携した組織を持つ。そこでは、認知症高齢者ケアに係る実践的な取り組みとして、認知症サポーターの育成を実施している。改善協議会の活動の効果としてネットワークの構築や地域資源の発掘などを挙げた上で、官民協働における課題をまとめている。まとめると、1) 政策決定における権限について議論や提言が法的拘束力を持つべきこと、2) 公共性とコンセンサスについて、改善協議会のような団体は、無用な軋轢を避けるために公共性や業界内でのコンセンサスが重要であること、3) 調査研究基盤とそれを支える財政基盤について、学術的な根拠を有した提言を行うには調査研究と資金が重要であるため、いわゆる参加者の「持ち出し」にならないような資金調達を検討すべきこと、4) NPO について、行政資料の確認・承認のような業務委託にならないよう、行政従属型の組織にしてはならないこと、5) 議論構造について、制度上の問題なのか、新たな改善の枠組みなのかを理論的に議論すべきであり、単なる行政批判にならないよう留意しなければならないこと、6) 市民参加である一方、行政も協働主体のひとつであるという認識が必要であり、行政も受身をとらないように留意すべきこと、7) 政策形成の初期段階での協力者に随時研究説明を行わなければならない、政策実施の段階で情報発信することには官民協働の本質を損なうこと、8) 抽象的な課題収集から具体的な提案までを請け負うべく、シンクタンクとしての機能は極めて重要であることを指摘している。

以上より、わが国の介護に係る市民社会構築にも、地域ごとに実施する市民審議会アプローチに一定の利用価値があり、用いる際にいくつかの注意事項があることが指摘できよう。まずは地域の介護に係る意思決定機関として、行政従属型ではない市民参加型審議会の創設支援を行い、無作為抽出された市民と社会心理学に習熟したファシリテーターの確保のもとで、DMV のような政策評価を実施することが求められる。創設に際しては、専門家集団と行政による複数の施策選択肢提示、施策選択肢の費用や便益に係る徹底的な情報提供手段構築、意思決定ルール明確化、実行可能性ある施策への合意形成、社会心理学に基づいた協議進行、行政や調査機関の情報提供の徹底、シンクタンク機能付与と定期的な情報発信などが要件であると考えられる。

第3章 兵庫県下の地域に根ざした取り組み

本節では、筆者が2010年度に実施した兵庫県関係者インタビューから得られた情報を整理する。

第1節 兵庫県下の取り組み

1. 姫路市の取り組み

介護に係る課題に市民が主体的に取り組める環境を整えている事例として、特定非営利法人姫路市介護サービス第三者評価機構(以下、姫路市第三者評価機構)が挙げられる。

公的介護保険が2000年度に導入されることを受けて、姫路市では1999年度から市民参加型の活動が模索され、民間の体験を活かした評価機関・マニュアルの策定と市民集会の実施が進められた。評価機関の形として、1) 福祉オンブズマン、2) 福祉相談員制度、3) 第三者評価機構という3つの提案がなされた。そして、福祉オンブズマンは監査や減点評価のイメージがあること、福祉相談員制度は広く一般的な制度ではないことが指摘され、住民への説明を充実させ、できる限り加点方式の評価体制を整えるために、姫路市第三者評価機構が設立されることとなった。2000年度に評価基準の検討、2001年度に介護保険施設9箇所におけるモデル事業の展開・評価基準の決定と評価員育成、2002年度に居宅サービス評価への展開が行われ、いくつかの修正を経て2004年度より現在の評価体制がほぼ確立されている。

姫路市第三者評価機構の趣旨であり、本研究にも意義深い点は、1) 評価を通じて介護サービス事業者のサービスの質を向上すること、2) 評価機構の取り組みによって利用者のサービス選択を支援することである。サービスの質への具体的な取り組みを可能にし、市民のサービス選択を促すという姿勢は、公的介護保険・民間事業者の二択ではなく、地域包括ケアや市民主導の市民審議会アプローチにも欠かせない。また、姫路市第三者評価機構の特徴として、1) 基準作りの段階から市民との協働を行い、2) 評価にとどまらずに事業者の体験の視点から介護・福祉に関わる事業を展開し、3) 姫路市介護サービス改善協議会の設立を通して、学術的根拠のある施策を提言している。

主に、姫路市第三者評価機構に関する以下のような長所が挙げできる。

- ・各事業所に集積するであろう、制度と利用者ニーズのミスマッチを丁寧に追うことができるために現利用者の意見を吸収することができる
- ・家族が利用者である市民、いずれは利用者になるかもしれない市民の視点も加味できる
- ・終末医療に強みのある事業者が加わっていたことから、認知症高齢者支援をはじめとした、機動的な事業展開が可能である
- ・行政の協力の下、学識経験者・関係団体等が自律的に課題研究と活動を実施できる

以上のような、いわばボトムアップ型の活動が可能である一方で、広域的な制度として実施することは難しい。広域的な公的介護保険制度よりも、市民に密接して具体的な問題解決に導くこと、介護サービス市場から自由に市民が選択する場合よりも、専門性ある人々がある程度選択肢を絞って有効な施策を提案することの好事例である。いくつかの施策代替案を示した上で、費用と便益を勘案するならば、純粋なDMV型に近づくものと思われる。

本研究のリサーチクエストに対応させれば、姫路市第三者評価機構は互助と共助を活用する市民社会の構築を実施しており、主に要介護状態に陥った場合の対策を市民審議会アプローチで検討しているといえよう。

2. 三木市の取り組み

2006 年の介護保険法改正によって導入された介護予防、すなわち、「要介護状態になることをできる限り防ぎ」、「要介護状態にある場合は現状悪化をできる限り防ぐ」という活動全般について、三木市地域包括支援センターでは「みっき☆いきいき体操」を導入した。2007 年度に三木市の介護予防検討会において、既に介護予防事業に先駆的に取り組んでいた高知市や大東市の視察を通じて、運動機能向上の有形・無形のツールの整備を行うことで介護予防を実現させる取り組みを実施する運びとなった。要支援認定者の主治医の意見書を調査し、理学療法士などを加えて検討したところ、変形性関節症に代表されるロコモティブシンドロームが顕著であるため、市内各地で行われていた運動機能向上の取り組みを統合し、かつより効果的に行うために、「みっき☆いきいき体操」を整備・随時修正しつつ、現在継続的に活動を展開中である。

このような三木市の取り組みは、有効な社会的介護リスクマネジメント実施のプロトタイプであると考えられる。

まず、1) 地域包括支援センターは介護予防を「要介護状態に陥るリスク」・「要介護者を周りの人々で介護することになるリスク」の低減として捉えている。すなわち、長生きすればいずれは介護が必要になるため、その際に要介護者にとっても介護者にとっても必要となる筋肉群を同定し、少しでも適切に残しておくことで、要介護者自身がより自立・自律し、家族などの介護負担を軽減する事業こそ介護予防であるという考え方をもち取り組んでいる。

次に、2) 同センターは飽くまでも地域活動のサポートを行うという姿勢を貫いている。行政は体操を整備・修正して普及させる様々な「しかけ」を施してはいるものの、基本的には市民の自主性を尊重している。実際に、体操を習得した人々が率先してロコミ・地域の祭りなどでの宣伝・体操実施の際のお手伝いを行っていることから、市民の自主性の重要性が見て取れる。インタビューでは、女性によるロコミが最も奏功しているとのことであった。

また、3) 介護予防においては、活動の完全性よりも継続性が優先されるという考えのもとで「しかけ」を施している。単発的に体操教室を実施運営して、それで終わりにするのではなく、断続的に理学療法士や運動指導員によってレクチャー・フォローを行うことで、いわば我流になりがちな体操を随時補正している。

さらに、4) 体力などのデータを収集・解析することで、どの程度効果が上がっているかを定性的・定量的に事後評価する体制を整えている。年度ごとにアンケート調査も実施することで、何がよかったのか・何が足りないのかを定期的に把握し、如何に実践に結びつけるか・継続性を向上させるかを検討することを怠っていない。

もっとも注目すべきは、5) 要支援認定者に限定せず、あらゆる高齢者層に普及させようとしているところであろう。多少なりとも筋力が衰えている可能性ある人々（二次予防事業対象者）はもとより、腰痛に悩んでいる人々でも行える体操の整備を狙っているため、介護予防事業対象者の裾野を拡大し、社会的介護リスクを総体的に低減させるような事業展開を行っている。

体操参加者の声として顕著なのは、「夜に良く寝られるようになった」「やっついてとても楽しい」というものであった。事業が始まったばかりで定量的・医学的にはまだ効果を同定するにいたっていなくとも、このような声の上がる事業が成立していることは、本研究のリサーチクエストに対応させれば、市町村自治体主導の社会的介護リスクマネジメントを実践する土壌が育っているといえよう。なお、現在は女性が体操参加の大部分を占めているため、今後は男性をどのように交えていくのが課題であるとのことであった。

3. 小野市の取り組み

小野市地域包括支援センターでは、関西国際大学や市の教育委員会と協働して、介護予防に係る一般高齢者施策を展開している。前者とは主に介護予防教室・身体的な介護予防に関して、後者とは主に認知症予防に関して協働している。

まず、介護予防教室として、2006年度から「いきいき教室」を導入している。鍼灸など東洋療法を取り入れた「楽しく体操くらぶ」を実施している。2009年度までに延べ566人の市民が参加した「楽しく体操くらぶ」のスタッフとしては、健康チェックを行う鍼灸マッサージ師、保健師や看護師といった有資格者のほか、2007年度から2008年度にかけて養成した市民の介護予防サポーターも参画している。現在介護予防サポーターとして、「ふれあい楽しくサークル」という登録制度には、30代～60代の男女を合わせて67名の市民がボランティア登録している。登録サポーターは1グループ6名を基本として、1年ごとにグループのリーダー・サブリーダーを変える形式を採っている。介護予防教室は、「いきいき教室」「楽しく体操くらぶ」に、コミュニティセンターに既に存在していた介護予防の講座を加えると、2007年度から2009年度にかけて参加者が3倍と活動実績を伸ばしている。

次に、身体的な介護予防の具体的な対策を提案してきた。2006年度に、小野市の伝統産業であるそろばんを利用した「そろばん体操」を創作し普及につとめている。2008年度には、さらにロコモティブシンドロームに係る転倒予防を狙い、理学療法に根ざした「おの楽しく体操」を作成し、2009年度には普及を推進するほか、医学的な効果の調査分析を実施している。体操参加者モニターのデータを用いた調査分析に抛れば、最大下一步幅が如実に向上しており、腰痛・尿漏れ・便秘・足がつるなどの各症状が改善され、筋力向上につながっている。

さらに、認知症に係る介護予防対策を実施している。「腰・膝楽しく体操」講座のほか、認知症予防テキストとして計算・音読・書き取りのテキストを教育委員会と協働で作成して配布している。利用者の質的調査によれば、「記憶力向上」、「行動面での意欲増進」、「ゆったりとした気持ち」の順に効果が感じられている。また、2009年度に、専門的な知見の講演である「現代セミナー」を実施したところ、男性の参加意識の高さが確認されている。

上記の取り組みに関して、参加者の身体機能に幅があることや、参加者が固定的で男性参加者が少ないことなどを独自に整理している。前者については、例えば体操を「ゆっくりコース」「チャレンジコース」と区分していくこと、後者については呼びかけ・各町への出前教室推進などを対策として挙げている。また、介護予防教室の効果を継続的なモニタリング調査で明らかにすることも検討している。さらに、費用対効果を介護給付額で検証したところ、教室参加者の介護給付費は、たとえ教室費用を合わせたとしても、教室不参加者の介護給付費に比して、極めて少ないことを示している。

以上の取り組みにおいて興味深いのは、まず介護予防サポーターのグループについてである。1グルー

ブ6名という、いわば「目に見える関係」の築きやすい人数構成、リーダー・サブリーダーを定期的に変更することで得られる個々の意識啓発効果のみならず、リーダー同士のミーティングがもたれるなど、互助を活用する市民社会構築という副次的効果も期待できる取り組みといえる。また、企画・ツールの策定と実施・調査分析と課題整理という、PDCA (Plan-Do-Check-Action) サイクルが実現されつつあることも注目に値する。本研究のリサーチクエストに対応させれば、市町村自治体主導の社会的介護リスクマネジメントを、研究機関としての大学と協働で実施しているプロトタイプであるといえよう。モニタリング調査も継続的に実施されており、今後の調査結果によって、「真の」費用対効果分析を行えることが期待される。

4. 養父市の取り組み

養父市地域包括支援センターでは、2008 年度に実施した要介護原因調査で、認知症と関節疾患が主な原因であることが確認された。前者については、3000 人を優に超える認知症サポーターを養成して、認知症の正しい理解や早期発見・治療を促進し、地域での見守り支援体制を整備している一方で、後者については介護予防サポーター養成のための研修と、介護予防教室「元気のコツ(骨)教室」という介護予防事業を展開している。本研究では、介護予防サポーターに焦点を当ててみたい。

養父市の介護予防サポーター研修は、介護予防に係るきめこまやかな対策を講じるためには行政のみでは限界があり、普段の生活や地域づくりが欠かせないことから、地域住民向けに実施されている。地域住民それぞれが、例えば寸劇による認知症理解促進、マジックショーなどボランティア活動による認知症予防、体操レクチャーによるロコモティブシンドローム緩和など、できることから地域づくりのための活動を実施するように、研修修了生として送り出す制度である。

研修は 1) 認知症に係る理解と認知症予防のための頭の体操、2) 介助予防としての「養父市元気もりもり体操」や「やぶからぼう体操(手作りの棒を利用した体操)」、3) 嚥下障害対策に係るセミナーを実施した後、4) 地域でどのような活動ができるか、どうすれば活動しやすいかを参加者でグループワークを行い、5) 研修後のフォロー研修を実施するという形式を採っている。2007 年度から現在までに 180 名のサポーターが養成されており、現在ではサポーターを中心として新たな市民活動が行われている。

養父市の介護予防サポーター研修において注目すべきなのは、男性の参加意識が非常に高いことである。高齢化率が非常に高い(2010 年 3 月 1 日現在で 32.0%)一方で、70 代の 9 割強、80 代の 7 割程度、90 代の 3 割強の市民は屋外での仕事などを通じて極めて活動的であることなどが影響していると考えられる。農林業従事者や市外で就職して定年後に帰養した人々は活動的かつ地域づくりの意識が高いため、三木市や小野市のように女性中心の活動とはならず、活動的な高齢男性が中心となって参画しているものと思われる。

また、但馬長寿の郷などの総合施設があることで、理学療法士など有資格者のアドバイスが容易に得られる環境であることも興味深い。養父市地域包括支援センター・社会福祉協議会・但馬長寿の郷などとケアマネジャー連絡会が地域ケア連絡会を構成しており、専門知識の共有による介護予防事業の円滑な展開が行われている。ケアマネジャーは個々のケアプラン策定に関わっていることから、サービス利用者のニーズもくみ取ることができよう。

本研究のリサーチクエスチョンに対応させれば、養父市の取り組みもまた市町村自治体主導の社会的介護リスクマネジメントの一例である。とりわけ、男性の参加意識が高い山間地域のプロトタイプであるといえよう。加えて、現場に近いケアマネジャーが地域ケア連絡会に、参加していることで、サービス利用者ニーズの把握も可能ならしめていると思われる。

第2節 県下の取り組みの示唆

以上の県下の取り組みは、3つのタイプに分類することができる。すなわち、1) 姫路市のように交通の利便性が高い都市地域での取り組み、2) 三木市や小野市のように伝統産業とニュータウンが並存する郊外地域での取り組み、3) 養父市のように男性の参加意識が高く有資格者のアドバイスの得られる施設も存在する山間地域の取り組みである。

本研究のリサーチクエストに対応させれば、姫路市第三者評価機構が市民審議型アプローチをとっていることから、都市地域における介護システム適正化戦略として、互助と共助を活用する市民社会構築を検討する必要がある。住民の自治組織が少なからず機能低下に陥りがちであると言われて久しい都市地域では、まず市民社会構築のための処方箋を描かなければならない。また、三木市・小野市・養父市では、地域包括支援センターを中心として介護予防に実績を上げてきたことから、郊外地域や山間地域では、社会的介護リスクマネジメントをより円滑に実施するための支援策を講じる必要がある。

また、郊外地域では、三木市ではロコミの効果があり、小野市では介護予防サポーターの組織化が見られることから、介護予防事業に関して互助を活用する市民社会構築も狙うことができよう。一方で養父市の事例のように地域ケア連絡会にケアマネジャーが参加していることで、山間地域においてサービス利用者のニーズを把握するという意味で、共助を活用する市民社会構築も狙えるものと思われる。

第4章 地方税収や社会保険と高齢者介護

本節では、筆者が2010年11月25日に慶應義塾大学において実施した、井手英策氏インタビューによって得られた知見を筆者なりに整理する。井手英策氏は、神野・井手(2004)などにあるように、社会保障やそれに係る財政改革研究に造詣が深い。また、当機構で2010年9月24日に実施された「時代潮流を語る」第4回において、『説得力ある政府』は以下にして実現可能かー公共性の再建と税財政改革」と題して、ユニバーサリズムと消費税の完全地方財源化に係る示唆深い報告をしていただいた。そこで筆者は、互助と共助を活かす市民社会構築や社会的介護リスクマネジメントに欠かせない、地方税収や社会保険に係る知見をヒアリングした。

第1節 井手英策氏インタビューより

1. 地方税収・社会保険と高齢者介護

まず、現在注目されているケアシステムとしてのスウェーデン方式や、社会保障財政としての消費税特定財源化が、わが国の高齢者介護システム適正化に必ずしも適うものではないことから議論を始めなければならない。各国の社会保障制度を概観すると、他国の基本方針は教会組織の既存リソース(活動・施設など)があればこそそのシステムであって、日本がそのまま真似できるわけではない。そして、”Non Affectionation”から照らして、とりわけ予算を議会で話し合う議会制民主主義の意味をなくすような、特定財源での福祉は避けるべきことも合わせて指摘できる。

そして、高齢者介護を含む社会保障財源論には、「人が生きていくことを保障する」とこと、ナショナルミニマムの(再)定義が必要である。まず介護福祉に関して、「人が生きていくことを保障する」とことに対する公的扶助は国の財政調整機能や地方財源のかさ上げで賄うべきであること、手段の例としての消費税収の完全地方財源化は、偏在性が少なく安定的に税収がある消費税の特性を活かせることが指摘できる。また、新たに(新)ナショナルミニマムを定義することで供給すべき(介護福祉などの)行政サービス量が決まり、必要な財源の量も決まるという視点を改めて強調しなければならない。

その上で、負担分任原則、すなわち「みんなが必要なサービスはみんなでお金を負担しよう」ということを徹底的に実現した財政システム構築を議論すべきである。保険に関しては権利性があるために受益者負担原則が徹底していることから、「居住しているところのサービスは、居住している住民でお金を出し合おう」というような地方課税実現のパッケージで財源を確保することになろう。例えば、地方の一般財源を(所得税ではなく)消費税でかさ上げすること、「人が生きていくことを保障する」のは公的扶助を中心とすること、より豊かな(介護福祉などの)行政サービスを求める際には住民の求めに応じて、地方自治体に権限として残されている住民税の超過課税で賄うこと、さらに、地方税の収入はすべて地方財源とし、住民のニーズに即応すべきことなどが指摘できる。

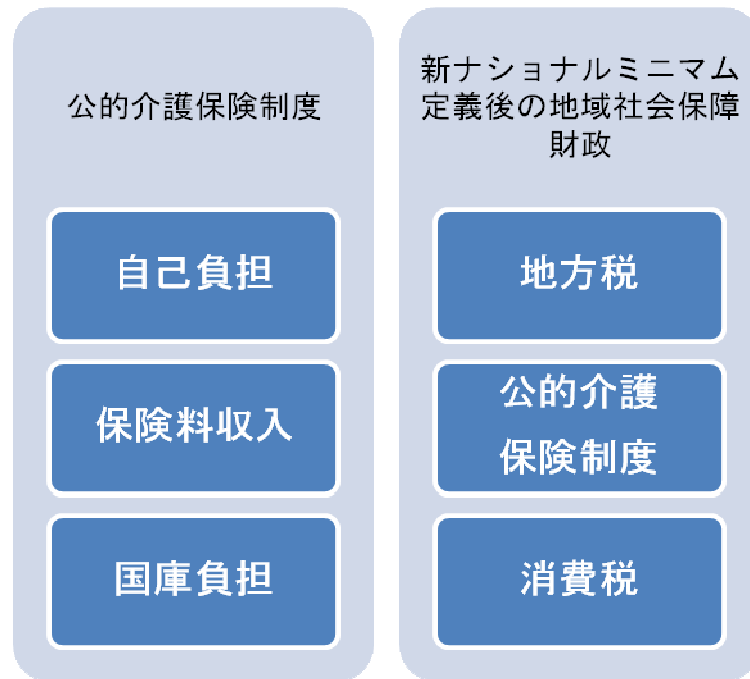


図 2:新ナショナルミニマムと税収の概念図

図注:金額の大きさはこの図には反映していない. 現状の公的介護保険では, 国庫負担 45%, 保険料収入 45%, 自己負担 10%で財源が賅われているのは周知のとおりである.

2. 社会保険とリスク

まず社会保険の対象リスクの前提を整理しなければならない. 社会保険が対象としているのは, 労働者のリスク, すなわち, 働かない/働けないことで所得が減ってしまうなどのリスクであって, 人間のリスク, そもそも生きていけないリスクに対する支援ではない⁶. また, 日本以外の社会保険は労働者のリスクに対応した現金給付中心であること, 日本の(社会保険の中でも)公的介護保険は, 実は人間のリスクも含めた保険になっているのではないかということも示すことができる.

その上で, 公的介護保険の適正化の第一歩としては, 対象リスクを労働者のリスクとすること, 人間のリスクは税を用いた公的扶助の枠組みで対応することが重要であろう. これは, 上記にもあった「人が生きていくことを保障する」こと, ナショナルミニマムの(再)定義が必要であることにも対応している.

第 2 節 インタビューから得られた示唆

以上のインタビューから得られた本研究への示唆は, 主に 3 点である. すなわち, 1) ナショナルミニマムの再定義によって人間のリスクを(国家的な)公的扶助で支えるべきこと, 2) 社会保険である公的介護保険は負担分任原則を徹底した労働者のリスクに対象を限定すること, 3) 国が地方自治体に税源移譲を含

⁶ なお, 働かない/働けないことで所得がゼロになる場合は, 労働者のリスクではなく, 人間のリスクとして捉えるべきであろう.

めた財政支援を実施し、ないし保険料収入や国庫負担の財政調整を行うことで、ナショナルミニマムの担保と地域住民ニーズへの即応が両立しうることである。高齢者の介護システム適正化戦略もまた、以上を念頭に「互助と共助を活用する市民社会構築」や「社会的介護リスクマネジメント」の実践法を描く必要があろう。

自助・互助・共助・公助の区分に照らせば、筆者は以下のようにまとめられるのではないかと考える。まずは公助によって人間のリスクに対する手当を、負担分任原則を徹底した共助によって労働者のリスクに対する手当を実施することで、新ナショナルミニマムというべき部分を支援する。その上で、地域によってより豊かなサービスを求める場合は、いわば「ローカルミニマム」として地方税収で負担分任原則を徹底し、互助の活用と合わせた地域別の社会保障システムを構築する。そして、それでも不足する点は自助に拠る他はないが、以上のように新ナショナルミニマムとローカルミニマム、仮に合わせるならば「シビルミニマム(Civil Minimum)」の定義が、国・地方の役割と資金源・財源の再分担パッケージとして検討されることで、いわば市民にとって酷な状況にはならないと思われるのである。

第5章 介護システム適正化戦略

前節まででは、介護システム適正化戦略を描くための情報を整理してきた。上記のように、国策として検討が進んでいる地域包括ケアシステム構築や、機構総論(2010)で示された「長寿国につぼん活性化戦略」と親和性を保つ介護システム適正化戦略は、互助と共助を活用する市民社会構築と、社会的介護リスクマネジメントに大別される。とりわけ前者については市民審議会アプローチが欧米諸国のみならずわが国でも一定の実績を上げている。また、兵庫県下において、市民社会構築に資する市民審議会アプローチが実践され、あるいはそれが実現できる土壌のある地域や、介護予防事業として社会的介護リスクマネジメントの実績を上げつつある地域が存在していることが示された。さらに、井手英策氏インタビューより、ナショナルミニマムの再定義によって人間のリスクを公的扶助で支えるべきこと、国と地方の役割や資源・財源の再分担のもとで、社会保険である公的介護保険は負担分任原則を徹底した労働者のリスク対応にすべきことが明らかになった。

本節では、以上を受けて概略的に介護システム適正化戦略を示し、後述するインターネットアンケート調査結果の分析へ橋渡しを行う。大前提としてあるのは、大床(2011)に記したように、いわば「まずは自分でできるところまで、それで無理なら次は受益者負担原則の徹底した保険で、保険で足りないところはボランティア労働供給で、どうしても無理なら生活扶助で」という発想である。

第1節 互助と共助を活用する市民社会構築

1. 互助と共助について

市民社会において、権利性のあるフォーマルケアである共助と権利性のないインフォーマルケアである互助は、研究会報告書(2010)の地域包括ケアシステムにおいても、対をなして補完し合う関係にある。双方が補完し合う組織は市民社会において他にない。

まず共助について、公的介護保険制度を概観すると、2000年度から施行して10年の間は、いわば市民に公的介護保険制度を受け入れてもらう期間であった。今後は、権利性のあるフォーマルケアとしての役割分担をより明確化しなくてはならない。

サービス給付の要件として、公的介護保険適用サービスはあまりに多様すぎるように感じられる。各有資格者がいる以上は専門能力活用に集中させ、専門業務を有資格者に明確に割り当て、限定的に保険適用をすべきではないだろうか。医療保険が医師や看護師など有資格者の実施するサービスに適用され、自由診療枠も設けられているように、公的介護保険の適用範囲もより限定し、「自由介護」とでもいうべき領域を設定すべきである。それで不足するサービスは、権利性のないインフォーマルな互助の活躍する場である。自由介護の領域は保険適用外であるため、共助以外の機能や民間の自由市場に任せることで対応してはどうだろうか。その上で不足する部分を互助で補っていくのである。

次に互助について、筆者は市民委員会の創設を提案したい⁷。NPO やボランティア労働として何が求められているのかについては、地域によって事情が異なると考えられる。地域にある人的・物的資源が異なり、同時にニーズも異なることが容易に想像できる現代日本社会において、共助・公助によって完璧かつ一様に対応することはもはや不可能である。そこで、まずは地域にある人的・物的資源や高齢者介護に係る各種サービスを綿密に把握し、活用する施策の評価及び意思決定機関として、市町村レベルで市民委員会を創設する。換言すれば、公的介護保険制度を超えて充実した介護を期待し、高額な民間サービスに頼るほど市民全員が負担できない場合、有償ボランティア労働などをどの程度利用するのかについて、資源制約とサービスの把握、そして地域施策選択肢作成と評価すべてを、無作為抽出された市民を中心とした市民委員会で協議するのである。現実的な実施手法として、複数の施策選択肢作成に市民を交えることは困難であると予想されるため、専門家集団と行政が一体となって作成するべきであろう。市民委員会において市民が中心となって資源・需要把握と合意形成や選択などの実践経験を積むことは、「互助と共助を活用する市民社会の構築」に資すると考えられる。

市民委員会による互助の活用に対する批判として、「国内で地域格差が生じる」というものが予想されるために、ここで整理して答えておく。まず、「サービスの地域格差」という意味での批判であれば、多様な市民が存在しているわが国の現状では、地域のサービス需給は容易に異なりうるため、自明として地域格差は生じる。それはむしろ、きめ細やかにニーズに応える成熟した福祉社会へ前進していると捉えるべきである。また、市民委員会も運営費用がかかるために「市民委員会の財政支援の地域格差」という意味での批判であれば、以下に述べる公共部門の役割分担で是正することが可能である。

さらに、市民委員会の「実行可能性」に係る疑問について、簡単な計算で応えておく。例えば、15 人で構成される市民委員会を創設するとしよう。そのうち、8 名を無作為抽出された市民(第 1 号被保険者 4 名・第 2 号被保険者 4 名)とする。7 名は仮に、都道府県庁職員 1 名・市町村役所職員 1 名・地域包括支援センター 1 名・NPO 団体 1 名・民間事業者 1 名・大学等からの有識者 1 名・シンクタンク 1 名としてみる。司会者は都道府県で社会心理学の専門家であるファシリテーターを用意し、議論が偏ったり争いになったりしないよう円滑かつ適切に会議運営をさせることが望ましい。会議は年 4 回開催する。最も費用がかさむ人件費は仮に日当 7,000 円として、ファシリテーターを除けば、 $15(\text{人}) \times 4(\text{回}) \times 7,000(\text{円}) = 420,000(\text{円})$ 。会場の準備やその他事務経費があったとしても、ある程度の人口規模で考えて、いくら公共部門の財政がひっ迫していても実行不可能な金額とは思えない。

また、養父市の事例にあるようなケアマネジャー参画の地域ケア連絡会は、ニーズ把握に極めて有効であると思われる。市民それぞれのニーズ把握は、如何に互助と共助を活用する市民社会が構築されたとしても困難であろう。また、市民それぞれのニーズの中には、自由市場の提供サービスで対応できるものも存在することが予想される。互助と共助の活用は、自由市場のサービス選択を阻害してはならず、その意味でも徹底的なニーズ把握を例えば市民委員会で行うことは避けたい。ケアマネジャーによって収集された現場のデータを活かす組織や仕組みは、市民委員会とは別途構築すべきである。

2. 公助・公共部門について

⁷ なお、この節からは、市民「審議会」ではなく、市民「委員会」とした。語感の中に、少しでも「行政に批判的な組織である」という色を与えないためである。

ここでは、上記の市民委員会など、実践的な市民社会を公共部門はどのように支援すべきかを整理・検討する。

まず、研究会報告書にもある地域の介護に係る資源等実態把握をすべき行政職員は、やはり市町村自治体に所属しているべきである。どのような人的・物的資源が活用でき、あるいはどれほどの需給のミスマッチが生じているのかという実態調査は、きめこまやかに行われなくてはならない。その情報は、例えば専門家集団との施策選択肢作成において徹底的に公開することが求められる。

次に、都道府県自治体は、各々の実情に合わせて、大きな視野での介護サービス需給を把握することが求められよう。なお、ここでいう介護サービスは、自由市場で提供されるものではなく、互助・共助・公助で賄うものである。なぜなら、自由市場の分野はむしろ産業活性化戦略に任せるべきだからである。市町村自治体が地域の実態把握を実施したのを受けて、より機動的に介護サービス需給に対応できるのは、財政基盤が大きくかつ国家政府より地元に密着している都道府県自治体である。いわゆる道州制は未だに議論段階であり、例えば関西広域連合も定着を目指している現状においては、都道府県自治体に対応する選択肢しかない。市民委員会の運営費用・市町村自治体の調査費用などは都道府県自治体を持つことで、「市民委員会の財政支援の地域格差」は速やかに解消されうる。

そして、国は公助としての生活扶助を実施しつつ、地方自治体間の財政調節を実施することが求められる。都道府県自治体がより機動的に介護サービス需給に対応するためには、国による税源移譲を含めた財政支援が喫緊の課題となろう。国債の格付けが下がった現状で避けられない国税の国民負担増とは、都道府県自治体の機動性を高める財政支援策とセットで検討すべきことは言うまでもない。

3. 自助・自助努力について

最後に、自助努力について整理する。

介護システムにおいて自助努力を語るときに、まず想起されるのは家族介護に係る諸問題である。例えば、「家族を介護している人が自殺した」という事例が挙げられる。また、Ohdoko and Zhang (2010) は、兵庫県三田市を対象としたアンケート調査を分析した結果として、家族介護者には一人当たり 1 時間当たり(週当たり)700 円弱に相当する負担感があることを実証している。地域包括ケアシステムが在宅ケアを中心にしており、その一端を高齢者介護システムも担う以上、家族介護という自助努力はシステム構築時にできる限り解消されなければならない。

家族介護に係る問題意識において、家族介護者の自殺防止策と負担感の軽減策はある程度分けて考える必要があるだろう。前者は児童・生産人口・高齢者といった様々な人の自殺防止策を合わせて総合的に考え、「人を孤立させない」方策を練らなければならず、筆者の現在の調査研究では提言が極めて難しいために本研究では割愛する。一方で後者の家族介護負担は、上記の市民社会構築・公共部門の役割分担の後に、それでも生じる家族介護負担がどの程度なのかを定量的に把握しなければならない。菊池(2010)では、とりわけ後者に関して、理念としての現金給付が意義深いことを確認した上で、社会保険—社会扶助という軸と、介護者—要介護者という軸に分類し、実際の事例研究を合わせて体系的に家族介護への現金給付の議論構造と意義を明らかにしている。Ohdoko and Zhang (2010) でも、家族介護負担に社会保険財源から現金給付を実施することで、かえって社会保障財源を抑制できる可能性を示した。ただし、市民社会構築・公共部門の役割分担の後に、それでも「システムの漏れ」として耐えがたい家族介護負

担があるのかを論じることの方が本流であろう。現金・現物のいずれを給付し、保険料収入・公的扶助のいずれで賄うのかに係る知見についても、やはり本研究の範囲を超える。

もうひとつ、独居高齢者・老老介護に係る自助努力も想起される。資金に乏しく家族さえいない独居高齢者や高齢夫婦に自助努力を迫るのは極めて酷である。しかしながらここでも、「人を孤立させない」方策や、所得再分配システム再構築の文脈で議論すべきであるため、本研究では割愛する。

以上の自助努力を除けば、やはり互助・共助・公助のみならず自助も果たすべき役割がある。高齢者本人ができる限りサービス選択することは、自身の生活の自律性も促す。また、自身の資金で極めて充実した介護サービスを受けるという形での自助は、「ビジネスチャンスを求めて資金、ノウハウ、人材、技術が福祉産業により多く流入し、そこには技術革新の契機も高まると予想される(機構総論, p.13)」ために、内需拡大の原動力となり、輸出産業の活性化も期待できる。それは長寿国につぼんの活性化にも適うものと考え

第2節 社会的介護リスクマネジメント

社会的介護リスクマネジメントに際しては、リスクと不確実性の概念整理と、人間のリスクと労働者のリスクの概念整理が重要となる。

1. リスクと不確実性

瀬尾(2005)などにもあるように、リスクとは望ましくない事態のシナリオ、頻度、大きさ(瀬尾(2005), p.127など)で定義される。すなわち、科学的知見に基づいて、「何が起こるか分かっている」状態と言える。それに対して、不確実性(Uncertainty)とは、科学的知見の欠落などによって、「何が起こるかということすらわからない」状態である。

社会的介護リスクマネジメントは、「何が起こるか分かっている」状態への対処である。リスクへの対処は、望ましくない事態発生の予防と、望ましくない事態が発生してしまった時の対処に分かれる。例えば、兵庫県下の取り組み事例などの介護予防事業は前者を、公的介護保険制度の介護事業は後者を手当てすることになる。不確実性のように、「何が起こるかということすらわかっていない」状態から生じる社会的不安は、別途の検討を要する。

介護予防という意味での社会的介護リスクマネジメントは、兵庫県下の取り組み事例インタビューから、地域包括支援センターを中心として、ロコモティブシンドロームや認知症への対策から進めることが現実的である。大学等研究機関やケアの総合施設が近くにあれば、それらから支援も求めることができるが、そこで重要なのは設備そのものではなく、有識者や有資格者の知見、アドバイスなど職能に関わるものであった。三木市・小野市・養父市とも、それぞれ限りある資金・資源でできる限りの事業を展開していたため、有効な支援策としては、有識者や有資格者の配置を中心とした地域包括支援センターの機能拡充であると思われる。

介護事業という意味での社会的介護リスクマネジメントについては、保険適用サービスポイントに関しての検討を要する。現状のサービス利用限度額の裏にはポイント制が存在している(堤(2010)など)が、それはたして実態に即した根拠のあるものなのだろうか。医療・看護・リハビリテーションと連携するためには、介護保険に係る基準・報酬規定も ADL/IADL などの自然科学的知見や、介護の手間などの社会科学的知見に明確な根拠を求める必要があり、社会保障財政上の操作であってはならない。なお、以上のようなポイント制の再構築によって、医療システムとの連携も可能である。

最後に、不確実性に係る社会的不安については、対処が非常に難しいが、カギとなりうるのは、中谷内(2006)にあるような、「信頼されるリスクマネジメント体制」(中谷内(2006), p.172)の構築と、信頼獲得のための価値共有であろう。専門家集団による説得的情報提供などよりも、不安を抱く市民と、如何に重きを置く価値を共有するかが重要である。筆者はここにも、上記のような市民委員会において地域社会の構成員全員で政策評価や合意形成していく経験が少なからず寄与するものと期待する。

2. 人間のリスクと労働者のリスク

井手英策氏インタビューで得られた示唆は、上記のとおり 1) ナショナルミニマムの再定義によって人間のリスクを公的扶助で支えるべきこと、2) 国が地方自治体に税源移譲を含めた支援を実施することで住民ニーズに即応すべきこと、3) 社会保険である公的介護保険は負担分任原則を徹底した労働者のリスク対応にすべきことである。

社会的介護リスクマネジメントは、主に労働者のリスク、すなわち働かない/働けないことで所得が減ってしまうことなどの対処に焦点を絞るべきであろう。そうすることで、「社会的介護リスク」＝「市民自身のリスクである」ということが徹底される。Fujisawa and Colombo (2009) においても、各国の介護に係る制度は労働者に係るリスクを中心として展開している。人間のリスク、そもそも生きていけないことへの対処は、公的扶助など公助の再検討で対応し、少なくとも市民にそのリスク全てへの対処を負わせるような国家であってはならない。

第3節 実態調査への架け橋

以上のいくつかの部分において、市民の意識調査でどの程度サポートされるかどうかを見極めるために、本研究では以下について確認することとした。

1) 望ましくない事態対処の委託先に係る信頼

上記の市民委員会は、市民の信頼を獲得するような組織でなければならない。「望ましくない事態が起こるかもしれない/起こってしまった場合に対処を任せることができるかどうか」というような、市民の「広義の信頼」(中谷内(2006), p.217, 図表 7-2 など参照)を獲得する主体は、市民と価値を共有し、「まじめ・公正・他者を思いやるなどの誠実さがあるかどうか」というような「狭義の信頼」(中谷内(2006), p.217, 図表 7-2 など参照)を獲得しなければならず、一般市民の目による「監視と制裁システム」(中谷内(2006), p.217, 図表 7-2 など参照)によって支えられる。とりわけ前者について、「リスク管理責任者と情報交換しながら政策立案」(中谷内(2006), p.220)することが重要であろう。

価値共有による「狭義の信頼」と「監視と制裁システム」は、市民委員会で達成できると考える。中谷内(2006)は市民参画に肯定的な知見を提供してはいないが、Gregory and Wellman (2001) の事例のように、ファシリテーターの確保、専門家集団による複数の施策選択肢作成、選択肢それぞれにおける費用便益情報の徹底した公開、無作為抽出された市民による意思決定という条件がそろえば、市民委員会は十分に機能しうと思われる。

では、とりわけ「狭義の信頼」について、どのような情報公開と価値共有の仕組みであれば、市民の信頼を獲得できるのだろうか。仕組みそのものに迫るのは仮想的な質問を含むため、アンケートでは、行政組織など考えられる組織が「市民目線で」物事を考えているかどうかを聞くこととした。同質問によって、市民委員会を機能させる上で重要な地域の実態調査をどのような組織により委託したいか、どのような組織と情報交換して価値共有したいかが示唆されるものと思われる。

2) 介護サービスに係る認知と市民の不安

そもそもわが国の介護サービスの充実に関して、人々はどのように感じているのか。日本全体としては、各報道機関のレポートが頻繁にあることを受けて、市民はわが国の介護サービス充実度が低いと予想して

いるのではないだろうか。

自らの居住地域と日本全体のように規模を変えて質問することで、介護サービス充実度に係る市民意識を抽出することとした。合わせて、市民が要介護状態になることに恐れを抱いているのかに係る意識を抽出し、不安の実態を垣間見ることとする。

3) 社会的介護リスクに係る主観的認知と市民の不安

人々は、果たして自身の社会的介護リスクを、どの程度であると見積もっているのだろうか。市民が要介護状態になることに具体的なイメージをもって不安を抱いているのかに係る意識項目とクロス集計することで、市民の不安の源泉を探る。

4) 有償ボランティア需要の試算

地域包括ケアシステムないし互助の活用では、有資格者ではない人のサポートにどの程度需要と供給があるのかに係る知見が必要となる。

本研究では、ホームヘルパーなど有資格者とは別に有償ボランティアを定義し、簡便に地域住民の需要を試算する。ボランティア労働供給については、労働貢献意思量(Willingness to Contribute Labor)として研究が進んでいる(Swallow and Woudyalew (1994))が、手法的な検討が成熟しきっておらず、高齢者介護の文脈では用いにくいために、本研究では割愛する。

第6章 インターネットアンケート

第1節 サーベイデザイン

前節に必要な項目を含め、以下に列挙するような質問項目を設定した(資料の調査票原案も参照)。

1) 性別・年齢・家族人数・就業状況といった社会経済特性項目

年齢については、後述の質問において、回答者自身が公的介護保険制度のサービス受給が可能な「65歳以上になった状況」を想定してもらう都合上、回答者年齢が64歳までのサンプルと、65歳以上のサンプルをここで分割できるように設定している。また、家族人数については、後述の質問において、回答者自身の同居家族の介護を想定してもらう都合上、独居であるサンプルとそうでないサンプルをここで分割できるようにしている。

2) 地域における活動と人的資源に係る項目

ボランティア労働供給に係る実態や、地域における人的な資源を把握し、今後に様々な分析を実施するためのデータベースとした。Saito and Urakawa (2010) や内閣府経済社会総合研究所(2005)を参考として構成している。

3) 組織に係る信頼項目

「市民の目線に立って物事を考えている」という表現をとり、価値共有に係る市民の考えを抽出している。

4) わが国の介護サービス充実に係る意識項目

そもそも一般の人々は、介護サービスの充実にに関してどのように考えているのかに迫る項目を設定した。

5) 高齢化に係る認識項目

高齢者人口のみならず、高齢化率も増加していることを認識しているかどうかを明らかにするように設定した。要支援・要介護認定者の増加傾向も合わせて示した。

6) 介護や介助ボランティア経験項目

「介護に関わる仕事をしてみたいと思ったことがあるか」という質問も設定し、今後に労働供給意思に係る分析を実施できるようにしている。

7) 公的介護保険制度に係る認識項目

公的介護保険制度について可能な限りまとめた情報を提供し、どのような情報が不足しているかどうかを明らかにするように設定している。

8) 要介護状態に係る認知項目

リスク認知研究において重視されているもののうち、「恐ろしいかどうか」「自発的かどうか(自分のせいと言えるかどうか)」に係る質問項目を設定した(中谷内(2003), Ch.4 など参照)。「恐ろしいかどうか」については、具体的なイメージ項目も設定し、可能な限り不安の源泉に迫れるようにしている。

9) 主観的リスク認知項目

上記の 5)において、高齢化の現状のみならず、要支援・要介護認定者の増加傾向の情報提供を行った上で、回答者自身やその家族に係る社会的介護リスクがどの程度見積もられているのか、イメージを付して質問項目を提示した。

10) 介護プラン選択型実験項目

公的介護保険制度適用のサービスのみならず、有償ボランティアによる介助サービスの需要関数を推定するための情報収集として設定した。仮定として、回答者は同居家族を在宅介護する/同居家族に在宅介護されること、公的介護保険制度適用は食事・入浴・排泄の介護に限定すること、家事援助・付き添い介助・生活支援を実施する有償ボランティアには利用者が全額負担することとした。その他選択型実験のフォーマットや、属性レベルは後掲の資料において示す。

有償ボランティアを含めたケアプラン選択セットを回答者に提示し、最も望ましい選択肢をひとつ選ぶ選択型実験の形式を採用した。質問は仮想的に設定し、主効果直交デザインによって得られた 16 プロファイルで選択セットを構成した。仮想性をできる限り軽減するために、現状の年間所得を所得制約として意識してもらい、「選択しない」ないし「現状のプラン」といったオプトアウト(Opt-Out Option)を設定した。

多くのサンプルを確保するために、筆者はインターネットアンケートによる社会調査を採用した。サンプルは兵庫県在住の男女、20 歳～69 歳のアンケート会社⁸の登録モニターとし、要支援・要介護認定者は割愛した。2011 年 1 月 7 日～1 月 12 日に実施し、2255 人の有効回答を得た。

⁸ 調査会社との契約上、非公開。

第2節 集計結果

1. 組織への信頼項目

あくまで比較的であるものの、より市民に身近な市町村自治体は都道府県自治体や国家政府よりも市民目線で物事を考えていると感じられている(図3参照)。市民目線での地域資源や実態調査に係る情報収集を委託されるのも、市町村自治体において他にはない。それら収集した情報を、例えば市民委員会に全て提供することで、徹底的な情報公開を通じた市町村自治体の信頼確保につながる。

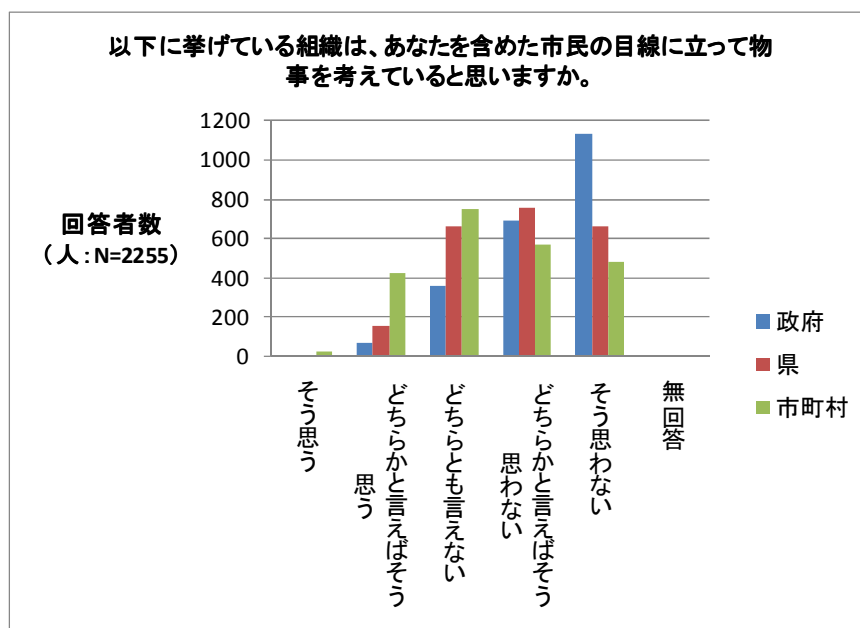


図3:「地域社会と福祉についてのアンケート」組織信頼項目

2. 介護充実度に係る認識項目

日本全体としては福祉サービスの充実に疑問を呈している回答が大半である一方で、自らが居住している地域については充実しているかどうかわからないという回答を中心にして分布している(図3 参照)。

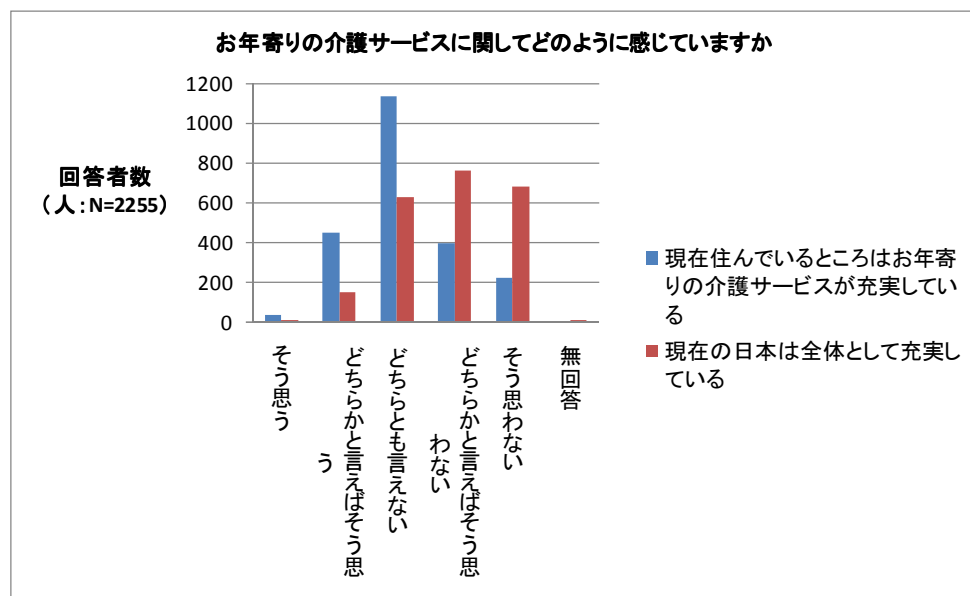


図3:「地域社会と福祉についてのアンケート」福祉サービス充実意識項目

次に、回答者自身が要介護状態になることに対して怖いと感じているかどうかを問う質問と、上記の介護サービスの充実度とクロス集計した(図4参照)。全体としては、現在住んでいるところの高齢者介護サービスが充実しているかの認知に関わらず、回答者自身が要介護状態になることを恐れている傾向が見て取れる。とりわけ、介護サービス充実度に対して「そう思わない」と回答したサンプルは、要介護状態になることに対して特に怖れを抱いていると思われる。

様々な報道機関その他のレポートから、日本全体の高齢者介護サービスが充実していないことはある程度判断できるものの、身の回りである居住地域周辺については人によって認識に差がある。しかしながら、身の回り的高齢者介護サービスをどのように感じていようと、ほぼ一様に要介護状態に恐れをいただいていることは、ひとりひとりが情報を収集することの限界や、仮に情報収集できても拭い去ることのできない不安があることを示しているのかもしれない。つまり、主に不確実性に係る不安が広がっていることが示唆される。

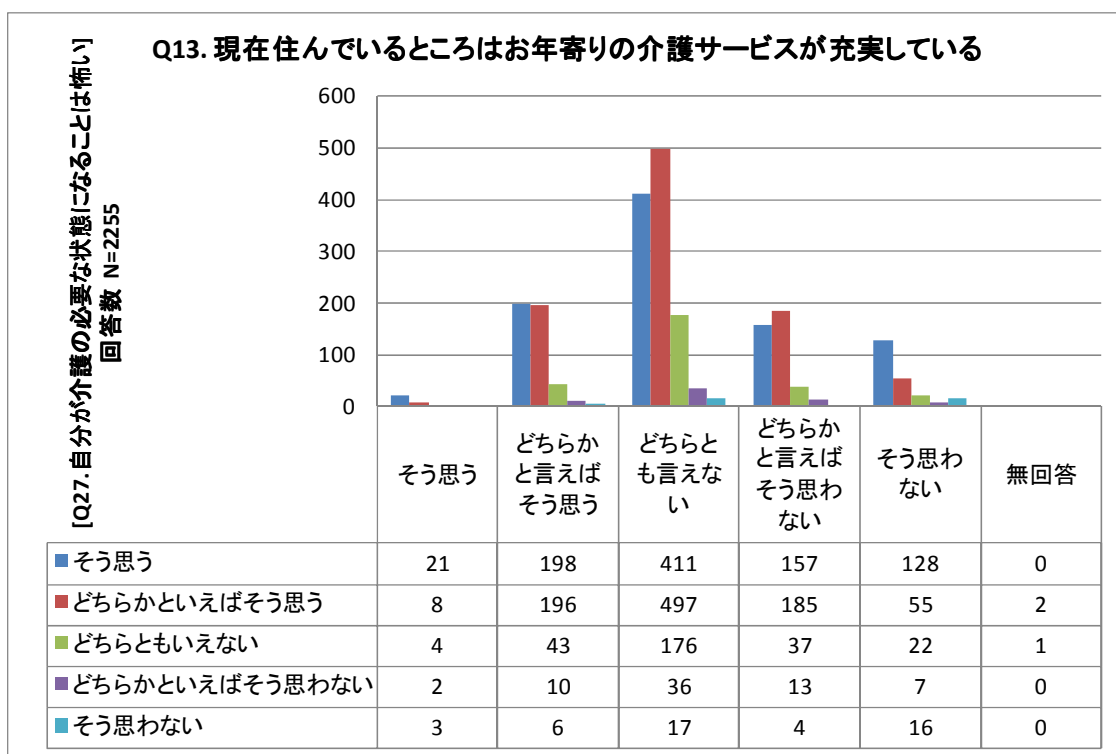


図4: 介護サービス充実度と怖れに係る認知項目

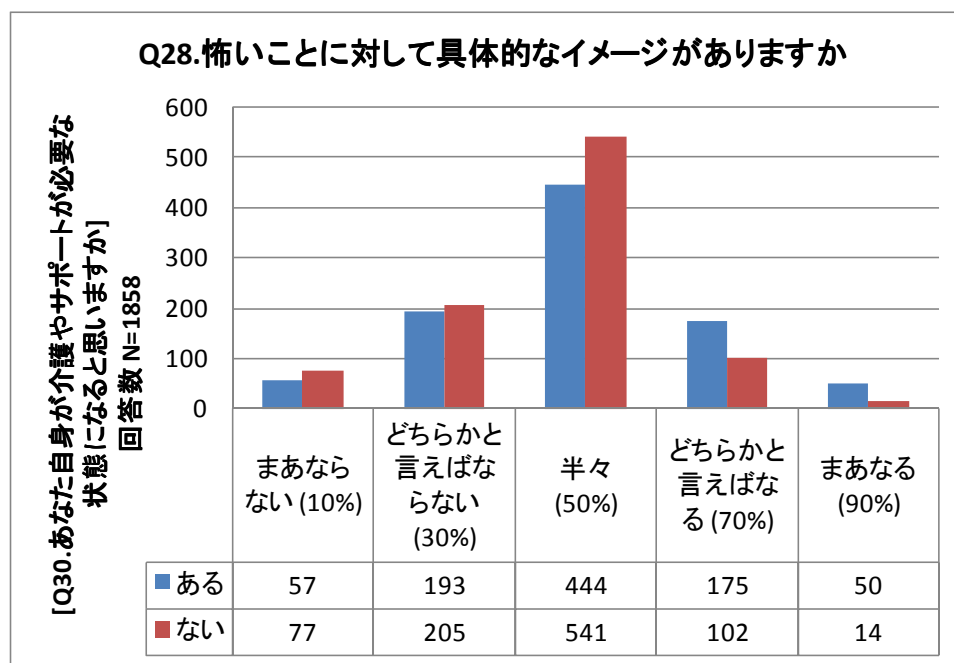
3. 主観的リスク

最後に、回答者自身が要介護状態になることに対して怖いと思うかどうか、という質問項目に、「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」と回答したサンプルに対して、怖いことに具体的イメージがあるかを質問した。その回答結果と、回答者自身が主観的に抱いている、要支援・要介護状態になりやすいかの見積りの回答結果をクロス集計した(図5 参照)。

具体的なイメージのあるサンプルは、なりやすさに対して「半々」という回答を中心として、ほぼ対称な分布を示した。一方で、具体的なイメージのないサンプルは、若干「まあならない」という側に偏りある分布を示しているものの、こちらも「半々」という回答が多い。

具体的にイメージできているか否かを問わず、自身の要介護状態に係る主観的リスクはほぼ50%を中心とした分布に従っている可能性が高い。高齢化や要支援・要介護認定者数の増加に係る説明は全ての回答者に提示していて、ある程度主観的にリスクを見積もることのできる情報を有しているとしても、多少見積りが大きいように思われる⁹。全回答者に公的介護保険制度概要を説明したために、詳細な情報提供効果の検証はできないものの、認定の必要性・サービス自己負担 1 割・保険料掛け金といった情報に限定して回答者に伝えた後に、それでも主観的リスクの見積もりが大きい。

回答者自身が要介護状態になることに対して感じている不安は、具体的な状態のイメージから来ている以上に、高齢化の実態や公的介護保険制度の情報だけでは主観的リスクの見積もりを有効に軽減できないことから来ているのかもしれない。あるいは、不確実性が不安の源泉の多くを占めているといえよう。



⁹ 大床 (2010) で示しているように、2009 年 7 月末時点でのわが国には、およそ 16.4%の要支援・要介護認定者が存在していた。仮にそれが増加していくとしても、50%の主観的リスク認知は大きいと思われる。

第3節 有償ボランティア需要の試算

本節では、インターネットアンケートで得られた選択型実験の結果から、有償ボランティアが提供するサービスに係る需要を推定する。推定には、以下に示すような、ランダム効用最大化理論(1式)と、選好の多様性と反復回数を考慮したランダムパラメータロジットモデル(2式)を用いることとした(Train (2009)参照)。

$$U = \beta x + \varepsilon \quad (1)$$

$$P_{ni} = \frac{e^{\beta_i x_{ni}}}{\sum_{j=1}^J e^{\beta_j x_{nj}}}$$

(2)

ここで、 U は回答者の効用関数、 β は選択セットのプロファイル属性の限界効用、 x はプロファイル属性、 ε は第一種極値分布に従う誤差項である。また、回答者 n が t ($t = 1, \dots, T$) 回目の選択型実験質問において選択肢 i ($i = 1, \dots, J$) を選ぶ確率は P_{ni} で表わされる。上記の推定によって、回答者の(序数)効用関数を推定できるだけでなく、プロファイル属性ごとに係る限界的 WTP という形での選好構造の計測も可能であるが、本稿では全体構成の整合性・簡便性を視野に入れて、効用関数を推定するにとどめる。

推定結果を以下の表1に示す。オプトアウトであるプランL(現状の公的介護保険のみ)と、「わからない/答えたくない」(「選択しない」選択肢)には、選択肢特有定数項を設定した。

有償ボランティアが来てくれる日数以外は 0.1%水準で有意に推定された。家事援助・付き添い介助・生活支援とも、平均パラメータから正の効用が推定されているため、統計的に有意な需要がみてとれる。家事援助・生活支援が付き添い介助よりも選好されているため、自分自身が要支援・要介護状態になった際に、掃除・洗濯・買い物や、高所作業・ゴミ出し・庭の草むしりなどについて、有償ボランティアを利用したい意思が示されている。また、有償ボランティアへの支払は負の効用を生じており、これは直観と整合的である。

標準偏差パラメータは回答者ごとの選好の多様性を表現している。有償ボランティアへの支払以外のプロファイル属性について、すべて有意に推定されているため、人によって有償ボランティア内容への需要に差があることが示されている。

また、プランLの選択肢特有定数項、「わからない/答えたくない」の選択肢特有定数項とも、有意かつ負に推定された。前者からは、現状回避傾向が見て取れる。後者からは、まずは提示した選択セットの情報負荷量が大きすぎたり、回答疲労が生じていたり、すべてのプランが無差別である場合は、この選択肢に有効にオプトアウトしていることがわかる。さらに後者の「わからない/答えたくない」にオプトアウトする際には不効用が生じるため、自身が要支援・要介護状態になれば、どのみち何らかの有料サービスを利用しなければならないようなイメージができていいると考えられる。したがって、現状の公的介護保険制度を超えたよ

り豊かな介護福祉サービスを求める傾向と、本研究でデザインした選択セットの仮想バイアスが軽減されている可能性が示された。

本研究では、上記に示したような仮定を置いていたりすることから、一概に結論付けることはできないが、有償ボランティアによる介護福祉サービスに一定の需要構造が示されたといえよう。今後は、この情報をいわばパイロットサーベイとして、より有効な需要構造の推定を行う必要がある。

表 1: 回答者自身が要支援・要介護状態になるシナリオの推定結果

変数	パラメータ値	t値
平均パラメータ		
家事援助	0.437***	6.390
付き添い介助	0.283***	3.947
生活支援	0.461***	8.470
日数(日/週)	-0.003	-0.036
有償ボランティアへの支払(円/月)	-2.254E-04***	-15.005
選択肢特有定数項		
プラン L	-2.520***	-17.057
わからない/答えたくない	-1.673***	-11.481
標準偏差パラメータ		
家事援助	1.711***	17.532
付き添い介助	1.135***	10.539
生活支援	1.247***	13.087
日数(日/週)	2.704***	27.671
No. of obs.	9020	
Halton Replication	100	
No. of Groups	2255	
Log likelihood	-9480.253	
Pseudo R-squared	0.242	
No coefficients	0.242	
Constants only	0.194	

注: 有意水準 0.1%; ***

第4節 結果のまとめ

本章では、2010年度実施のインターネットアンケートの調査結果から、本研究に有用と思われる集計・分析結果を提示し、考えうる示唆を述べた。以上をまとめつつ、最終的な提言の橋渡しを行う。

まず、市民委員会に関しての知見が得られた。市民目線での情報収集を委託する先としては、市町村自治体が都道府県自治体や国よりも信頼されうる。ただし、ひとりひとりが情報を収集することの限界や、仮に情報収集できても拭い去ることのできない不安があると確認されたことは、即座に市民委員会実施をサポートする結果とは言い難いため、実際にモデル地区選定などによって社会実験として検証を要するだろう。また、具体的な状態のイメージから来ている以上に、高齢化の実態や公的介護保険制度の情報だけでは主観的リスクの見積もりを有効に軽減できないことから来ている可能性のある市民の不安が、はたして市民委員会を通じてどの程度緩和できるかも、同様に社会実験が必要となる。

また、公的介護保険の適用を、食事・入浴・排泄の介護に限定した仮想シナリオのもとで、家事援助・付き添い介助・生活支援に係る有償ボランティアの需要関数を推定したところ、選好の多様性を含む需要構造が推定された。本研究では試算にとどめて提言には結びつけないが、在宅介護のシナリオを設定したことで、本研究はもとより、地域包括ケアシステム構築に資する実証的情報が得られたものとする。

第7章 おわりに

第1節 リサーチクエスチョンと適性化戦略提言

本節では、以上で述べてきた提言内容を、当初のリサーチクエスチョンと対応させて整理する。

1. 家族介護者支援

Ohdoko and Zhang (2010) で明らかになった家族介護負担の実態は、地域包括ケアシステムの一部である高齢者介護システムにおいても、できる限り解消されなければならない。例えば、Ohdoko and Zhang (2010) で示しているように、現金・現物給付双方を駆使した支援が必要となる。

これは高齢者介護システム構築・市民委員会創設などの他に、「人を孤立させない方策」の検討や所得再分配システム再構築を合わせた公助機能の再検討によって総合的に議論されなければならない。「労働者のリスク」対応に限定した共助での施策パッケージと、ナショナルミニマムの(再)定義と「人が生きていくことを保障すること」を主眼とした公助での施策パッケージで、果たしていずれを用いるべきかという議論が急がれる。

2. 行政と地域連携の役割

権利性のない互助と権利性のある共助双方の機能を活用するために、市民社会の実践的な構築が急がれる。

共助については、公的介護保険の適用サービスを厳格化し、有資格者がその専門技術活用に集中できるようにすべきであろう。そして、不足する部分は互助の活用で対応する。

互助については、市民社会構築の実践法として、高齢者介護に係る市民委員会の創設を提案する。共助という機能で不足する部分を、市民が地域の人的・物的資源制約や各種サービス情報の把握のもとで、協議していけるような会議組織によって、施策評価や意思決定をしていく。会議組織はできる限り無作為抽出された市民を中心として、市町村レベルで設置する。市町村自治体は市民目線での実態調査に基づいた情報提供を徹底し、都道府県自治体が介護サービス需給を幅広い視野で把握しあるいは施策を講じ、国は公助や税源移譲を含めた財政調整に役割を特化する。

とりわけ、互助に係る市民委員会は、都市地域・郊外地域において機能しつつある例が確認された。今後はモデル地区選定によって社会実験として実施し、その実効性や問題点を明らかにすることが必要となる。兵庫県で実施する際には、三木市・小野市・姫路市などで実行可能な土壌が整備されつつあると思われる。

3. 市民意識醸成のベストプラクティス

市民自身が介護する・されるリスクを総括的に捉える、社会的介護リスクマネジメントの実践を提案する。すでに介護予防事業の文脈で、郊外地域は主に女性、山間地域は主に男性の居住者が中心となって実績を上げつつある事例を確認した。いずれも地域包括支援センターが中心となって、低予算でロコモティブシンドロームや認知症に係る取り組みを行っているため、まずは同センターが充実するように行政支援策が必要となろう。

筆者が三木市・小野市・養父市に実施したインタビューより、同センターを運営し、あるいはアドバイスをを行う人材の効果によるところが大きい。とりわけ、ロコモティブシンドロームに係る有資格者や大学等研究機関の有識者のサポートが欠かせないため、同センターの外にそのような人材が不在の場合は、センター内に雇用する必要がある。

さらに、養父市の地域ケア連絡会のような、ケアマネジャーの参画する連絡組織は、自由市場で提供されるサービス以外のニーズ把握として有効に機能するだろう。

4. 医療制度との両立可能性

医療に自由診療があるように、介護にも自由介護領域、すなわち全額自己負担の領域が必要となる。それによって、共助を超えたより豊かなサービスに、有償ボランティアなど地域の人的資源を活かす資金が調達される。あるいは自由介護領域は、産業活性化にも資するものとなろう。

公的介護保険のサービスポイント制度を、ADL/IADL などの自然科学的知見や、介護の手間といった社会科学的な知見を基にした制度へと再構築することで、あるべき姿となった医療システムとの整合性が確保され、地域包括ケアシステム構築に重要な「継ぎ目のない」サービス供給体制が確立できる。

第2節 都道府県自治体への提言

本節では、兵庫県など都道府県自治体としては、どのような施策が可能なのかを提案する。

1) 市民委員会のモデル地区選定と実施

市民社会構築の実践法として市民委員会が一定の利用価値があると思われる。市民委員会を社会実験として実施したい県下の市町村自治体を募ってモデル地区とし、有効な施策となるかを継続的な運用で検証すべきである。形式としては、まず Gregory and Wellman (2001) のように、徹底した情報提供を受けた委員会組織で、ファシリテーターや複数の施策選択肢作成要員を確保し、地域高齢者介護施策の市民参加型評価を実施するべきであろう。その際には、多様な視点から研究蓄積のある当機構のリソースも活用できる。

2) 地域包括支援センター内外の人材確認と雇用

地域包括支援センター内外に、どのような有資格者や有識者が存在し、連携をとっているのかに係る実態調査をまず実施しなければならない。その上で、まず連携の可能性ある地域には、地域包括支援センター内に連携事務員を雇用すべきである。そして、連携できる人材のいない地域には、ロコモティブシンドロームに明るい有資格者を雇用し、社会的介護リスクマネジメントの実施に必要な土壌を整備しなければならない。市民委員会のモデル地区が選定されれば、その地域の地域包括支援センターには、社会心理学の専門技術を有するファシリテーターを常駐することも検討されたい。

以上によって、国策として検討されている地域包括ケアシステム構築の実践をいち早く行えるような土壌を整備することを提言する。また、上記の実現によって、副次的には成熟した地域福祉社会としての兵庫県の地位が向上し、福祉に係る多様な人材の流入も期待できよう。

第3節 今後の課題

本研究で用いたインターネットアンケートのデータを活用すれば、1) リスク認知や地域の人的資源と有償ボランティア需要との関わりや、2) 介護労働提供意思とその規定要因の分析が可能である。

また、上記の兵庫県への提言にもあるように、3) 市民委員会のモデル地区選定と実施や、4) 地域包括支援センター内外の人材確認が必要となる。どのような市民委員会の形式が機能するのかを実証的に明らかにし、地域包括支援センターの機能を地域の実情に応じてどのように拡充していくかに係る実践的調査研究が求められる。

まず、1)と2)については、筆者が今後公刊論文として公表を予定しているため、興味ある読者はそちらを待たれたい。また、3)については、高齢者介護に限定しなければ国内外で実践されつつある。4)は実際に実施されることが待たれる。当機構を含めた今後の調査研究や実際の実施検討に係る展開に譲ることとする。

謝辞

本調査研究を行うに当たって、多くの方々から支援いただいた。公益財団法人ひょうご震災記念21世紀研究機構の貝原俊民理事長、野々山久也、林敏彦両研究統括と機構の皆様には、そもそも本調査研究の機会と全面的な支援をいただいた。兵庫県健康福祉部社会福祉局高齢社会課の池内力氏には、高齢者介護制度とその課題に関して基本からご教授いただき、ヒアリング先をご紹介いただいた。神戸大学の石川雅紀氏、竹内憲司氏と石川・竹内合同ゼミの皆様には、アンケート調査票に係る有益なコメントをいただいた。立命館大学の寺脇拓氏には、アンケート調査項目に関する手法的アドバイスをいただいた。九州大学の浦川邦夫氏には、ソーシャル・キャピタルと経済学の関わりや医療保険制度に係る知見をご提供いただいた。同志社大学の中谷内一也氏には、リスク認知や信頼に係る知見とアンケート調査票設計に係るアドバイスをいただいた。慶応義塾大学の井手英策氏には、地方税収や社会保険に係る知見をご提供いただいた。

ヒアリングに快く応じてくださったヘルパーステーションだいとう所長及び姫路市介護サービス第三者評価機構理事長の田中洋三氏、近畿大学豊岡短期大学の武田英樹氏、姫路市介護サービス第三者評価機構の藤田益伸氏、三木市の巻野陽子氏、廣岡典代氏、小野市の松井俊明氏、大橋節代氏、和泉温美氏、養父市の正垣美登里氏、吉田由佳氏、インターネットアンケートに丁寧にご回答いただいた登録モニターの皆様を含め、ここに記してあらためて謝意を表する。

参考文献

- Fujisawa R. and Colombo F. (2009) The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand, *OECD Health Working Paper* No.44.
- Gregory R. and Wellman K. (2001) Bringing Stakeholder Values into Environmental Policy Choices: A Community-Cased Estuary Case Study, *Ecological Economics* 39: 37-52.
- Howarth R. and Wilson M. (2006) A Theoretical Approach to Deliberative Valuation: Aggregation by Mutual Consent, *Land Economics* 82(1): 1-16.
- Huitema D., van de Kerkhof M. and Pesch U. (2007) The Nature of the Beast: Are Citizens' Juries Deliberative or Pluralist? *Policy Science* 40: 287-311.
- Ito N., Takeuchi K., Kuriyama K., Shoji Y., Tsuge T. and Mitani Y. (2009) The Influence of Decision-Making Rules on Individual Preferences for Ecological Restoration: Evidence from an Experimental Survey, *Ecological Economics* 68: 2426-2431.
- Johansson K., Lilja M., Park M. and Josephsson S. (2010) Balancing the Good – A Critical Discourse Analysis of Home Modification Services, *Sociology of Health and Illness* 32(4): pp.563-582.
- Krinsky I. and Robb R. (1986) On Approximating the Statistical Properties of Elasticity, *Review of Economics and Statistics*, Vol. 68, pp. 715-719.
- Ohdoko T. and Zhang F. (2010) Caregiver's Preference for Alleviating Burden of Long-term Care of Japanese Elderly at Home, *Far Eastern Studies*, 9: 15-30.
- Saito T. and Urakawa K. (2010) The Choice Modeling Approach to Evaluation of Public Health Insurance System in Japan, mimeo.
- Spash C. (2008) Deliberative Monetary Valuation and the Evidence for a New Value Theory, *Land Economics*, 84(3): 469-488.
- Swallow B. and Woudyalew M. (1994) Evaluating Willingness to Contribute to a Local Public Good: Application of Contingent Valuation to Tsetse Control in Ethiopia, *Ecological Economics*, 11: 153-161.
- Train K. (2009) *Discrete Choice Methods with Simulation*, 2nd eds. Cambridge Univ.Press, UK.
- Wilson E., Peacock S. and Ruta D. (2009) Priority Setting in Practice: What is the Best Way to Compare Costs and Benefits? *Health Economics* 18: 467-478.
- Wilson M. and Howarth R. (2002) Discourse-Based Valuation of Ecosystem Services: Establishing Fair Outcomes through Group Deliberation, *Ecological Economics* 41(3): 431-443.
- 大床太郎(2010)「わが国における社会的介護リスクマネジメントの実現に向けて」,『HEM コメンタリーアーカイブ』No.3.
- 大床太郎(2011)「地域包括ケアと市民社会:高齢者介護システム構築に向けた展望」,『21 世紀ひょうご』10, 掲載決定済.
- 菊池いづみ(2010)『家族介護への現金支払いー高齢者介護政策への転換をめぐるー』, 公職研.

神野直彦, 井手英策 (2009)『希望の構想－分権・社会保障・財政改革のトータルプラン－』, 岩波書店.

瀬尾佳美 (2005)『リスク理論入門－どれだけ安全なら充分なのか－』, 中央経済社.

武田英樹, 藤田益伸, 小田研二, 田中洋三 (2010)「NPO 運営による介護サービス改善協議会の取り組み－NPO・行政協働による福祉政策づくりから－」, 『地域福祉実践研究』24: 62-69.

地域包括ケア研究会, 三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング株式会社 (2010)『地域包括ケア研究会報告書』, http://www.murc.jp/politics_c1/care/index.html (retrieved on Dec. 28th, 2010).

堤修三 (2010)『介護保険の意味論－制度の本質から介護保険のこれからを考える』, 中央法規出版.

内閣府経済社会総合研究所 (2005)『コミュニティ機能再生とソーシャル・キャピタルに関する研究調査報告書』, <http://www.esri.go.jp/jp/archive/hou/hou020/hou015.html> (retrieved on Sep. 1st, 2010).

中谷内一也 (2006)『リスクのモノサシ－安全・安心生活はありうるか－』, NHK ブックス.

中谷内一也 (2003)『環境リスク心理学』, ナカニシヤ出版.

野々山久也 (2009)『論点ハンドブック家族社会学』, 世界思想社.

原科幸彦 (2008)『市民参加と合意形成－都市と環境の計画づくり－』, 学芸出版社.

ひょうご震災記念 21 世紀研究機構 (2010)『長寿国につぼん活性化への提言(総論)』, http://www.hemri21.jp/pdf/20100312_1.pdf (retrieved on Dec. 28th, 2010).

増田雅暢 (2004)『介護保険見直しへの提言－5 年目の課題と展望－』, 法研出版.

増田雅暢・菊池馨実 (2003)『介護リスクマネジメント－サービスの質の向上と信頼関係の構築のために』, 旬報社.

資料

インターネットアンケート調査票及び単純集計

地域社会と福祉についてのアンケート

公益財団法人ひょうご震災記念 21 世紀研究機構

協力：兵庫県・【調査会社】

皆様におかれましては、日々益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、この調査は、兵庫県と日経リサーチの協力のもとで、公益財団法人ひょうご震災記念 21 世紀研究機構が兵庫県下で実施するアンケート調査です。回答者である皆様は、日経リサーチのネット登録モニターから無作為に選ばれました。皆様のご回答は**地域福祉社会に関わる様々な問題を解消するための貴重な情報として活用されます**ので、ご協力いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

調査実施にあたりまして、個人情報保護の観点から、**住所・氏名などの個人を特定するような情報は、厳重な管理のもとで一切転用いたしません**。ご回答いただきました内容はコンピュータで統計的に処理されますので、ご回答いただきました方にご迷惑をおかけしないことをお約束いたします。どうぞ、ありのままをお答えください。

なお、中には仮想的な状況をご想像いただいて、選択肢をひとつ選んでいただく質問も含まれます。仮想的な質問は学術調査でよく用いられるのですが、回答者の皆様が答えに悩むことも、ままあります。統計的な分析のために、できる限りで構いませんので、**仮想的な質問につきましてもお答えいただきますよう、お願いいたします**。

最後に、いくつか回答方法の注意事項を列举いたします。

- 必ず、**モニターにご登録いただいている方ご自身**がお答えください。
- 回答内容により質問番号が飛ぶことがあります。気にせずにご回答ください。
- ご回答はお一人様一回に限らせていただきます。重複回答は謝礼の対象とならない場合がございますので、ご注意ください。
- 回答時間はご回答内容によって前後致しますが、**15 分**程度かかる場合があります。
- 回線の混雑などが原因で反応が遅くなることがあります。ご了承ください。
- 回答は、**平成 23 年 1 月 12 日（水）13:00**までをお願い申し上げます。
- 「その他」に当てはまる場合は、**カッコ内になるべく具体的に**ご記入ください。

まず、あなたご自身のことについておたずねします。

- Q1. あなたの性別を教えてください。(Single Answer: SA「(それぞれひとつずつ)」と挿入) N=2255 無回答 0

1. 男性 1141	2. 女性 1114
------------	------------

- Q2. あなたの年齢を教えてください。(SA) N=2255

1. 19 歳以下 0	5. 35～39 歳 320	9. 55～59 歳 178
2. 20～24 歳 139	6. 40～44 歳 285	10. 60～64 歳 217
3. 25～29 歳 221	7. 45～49 歳 305	11. 65～69 歳 116
4. 30～34 歳 228	8. 50～54 歳 246	12. 70 歳以上 0

- Q3. あなたがお住まいの都道府県をお選びください。(SA) N=2255 無回答 0

北海道…沖縄のプルダウン

兵庫県 2255

兵庫県以外は終了⇒サンプルから除外

- Q4. あなたと同居している家族人数(あなたも含みます)を教えてください。(SA) N=2255 無回答 0

1. 1 人 (ひとり暮らし) 251	5. 5 人 186	9. 9 人 0
2. 2 人 547	6. 6 人 41	10. 10 人以上 0
3. 3 人 638	7. 7 人 8	
4. 4 人 582	8. 8 人 2	

- Q4SQ1. そのうち 65 歳以上の方は何人いらっしゃいますか。あなた自身も含めてお答えください。(SA) N=2255 無回答 0

1. いない 1774	3. 2 人 178	5. 4 人 0	7. 6 人以上 0
2. 1 人 296	4. 3 人 7	6. 5 人 0	

- Q4SQ2. また、15 歳未満の方は何人いらっしゃいますか。あなた自身も含めてお答えください。(SA) N=2255 無回答 0

1. いない 1570	3. 2 人 286	5. 4 人 2	7. 6 人以上 0
2. 1 人 345	4. 3 人 51	6. 5 人 1	

Q5. あなたの現在の就業状況を教えてください。(SA) N=2255 無回答 0

1. 主に仕事 1239	3. 休職中 82	5. 通学や家事 407
2. 通学や家事のかたわらに仕事 214	4. 求職活動中 70	6. その他 243

「主に仕事」とお答えいただいた方に質問です。

Q5SQ1. その就業形態を教えてください。(SA) N=1239 無回答 4

1. 自営業主（飲食店・卸売小売店・農業など） 89
2. 自由業者（医者・弁理士・弁護士・会計士・税理士・作家など） 35
3. 家族従業者（飲食店・卸売小売店・農業などの家族従業者） 13
4. 会社と雇用関係のない在宅就労・内職 5
5. 勤め人（会社や団体に従業・勤務している人（雇用主と雇用関係にある人）） 1083
6. 委託労働・請け負い（雇用関係にない人） 10

Q5SQ2. その雇用形態を教えてください。(SA) N=1239 無回答 2

1. 常勤の職員・従業員（正規社員） 役職なし 592
2. 常勤の職員・従業員（正規社員） 役職あり 319
3. 常勤の職員・従業員（正規社員） 経営者 112
4. 契約社員 78
5. アルバイト・パートタイマー 77
6. 派遣社員（常用型） 23
7. 派遣社員（登録型）・日雇い・臨時雇用 13
8. 嘱託社員 23

Q6. あなたご自身は、身の回りのことなどで他の方からの支援または介護が必要な、要支援・要介護認定者ですか。差し支えなければお教えてください。(SA) N=2255 無回答 0

1. はい 0	2. いいえ 2255	3. 答えたくない 0
---------	-------------	-------------

Q6=1or3 は終了⇒サンプルから除外

あなた自身がお住まいの地域についておたずねします。

Q7. あなたは現在、以下のような活動をされていますか。

以下に挙げるそれぞれについて、「頻繁にやっている」～「全くやっていない」という5つから1つご回答ください。(各 SA) N=2255 無回答 全項目で 0

	頻繁に やっている	まあまあ やっている	どちらとも いえない	あまり やっていない	全く やっていない
自治会、町内会	69	389	179	392	1226
芸術・文化的な趣味	149	489	297	495	825
各種スポーツ	138	430	254	516	917
地域のボランティア	50	194	167	357	1487
NPO の運営	11	23	75	110	2036

Q8. 「地域のボランティア」について、「頻繁にやっている」・まあまあやっていると答えた方におたずねします。その活動をすることでお金をもらっていますか。(SA)

N=244 無回答 0

1. もらっている 26	2. もらっていない 218
--------------	----------------

Q8SQ1、Q8SQ2 は Q8=1 のみ

お金を「もらっている」と答えた方におたずねします。

Q8SQ1. そのお金は以下のどれに当てはまりますか。(Multi-Answer: MA 「(それぞれいくつでも)」と挿入)。N=26 無回答 0

1. 活動への報酬 15	3. その他 0
2. 交通費 17	(具体的に :)

Q8SQ2. その活動を運営しているところ (NPO など) にお金を支払っていますか。(SA)

N=26 無回答 0

1. 支払っている 4	2. 支払っていない 22
-------------	---------------

Q8SQ3 は Q8SQ2=1 のみ

Q8SQ3. お金を「支払っている」と答えた方におたずねします。そのお金は以下のどれに当てはまりますか。当てはまるものの全てにチェックをいれてください。(MA) N=4 無回答 0

1. 活動参加費 4	3. その他 0
2. 事故などへの保険拠出 1	(具体的に :)

Q9. 日常生活の問題や心配事について、相談したり頼ったりする人がいますか。以下に挙げるそれぞれについて、「大いに頼りになる」から「全く頼りにならない」までの5つの選択肢を1つご回答ください。(各 SA) N=2255 無回答は項目別に記載

	大いに頼りになる	ある程度頼りになる	どちらとも言えない	あまり頼りにならない	まったく頼りにならない
近所の人々 無回答 8	48	473	564	569	593
親戚 無回答 6	206	807	537	454	245
家族 無回答 3	946	870	269	101	66
友人・知人 無回答 9	335	1039	544	206	122

Q10. **あなたがお住まいの地域について**お尋ねします。以下に挙げるそれぞれについて「そう思う」から「そう思わない」までの5つの**選択肢を1つ**ご回答ください。N=2255 無回答は項目別に記載

(各 SA)

	そう 思う	どちら かと思 えな い	どちら かと思 えな い	どちら かと思 えな い	そう 思わ ない
最近、自分が犯罪被害者になるかもしれないという不安を抱くことがある 3	80	351	550	585	686
あなたの住んでいる地域の近隣地域で、落書きを見かける 9	65	283	305	753	840
あなたの住んでいる地域の近隣地域で、少年・少女グループがたむろして騒いだりしていることがある。 4	122	428	430	729	542
あなたの住んでいる地域の近隣地域で、違法駐車が停まっていることを見ることある。 6	346	762	457	426	258
あなたの住んでいる場所と、交番（あるいは警察署）との間に距離がある。 2	297	664	536	469	287

Q11. あなたが、必要であれば1週間以内に交流することができる人物（家族、友人、知人など）で、それぞれ以下の項目に当てはまるような人物はいますか。当てはまるものを全てお答えください。（MA）N=2255 無回答 0

(A)

インターネットについて多くのことを教えてくれる 874	☐
あなたのごみ出しを手伝ってくれる 1006	☐
あなたの家事を手伝ってくれる 1137	☐
バーゲンなどで安い商品を見つけたり、教えたりしてくれる 781	☐
新しい住居に引っ越しをする必要があるとき、住居探しを手伝ってくれる 633	☐
ある程度のまとまったお金を貸してくれる 613	☐
あなたが病気のときに買い物をしてくれる 1238	☐
自分が住居を留守にするとき、家の掃除やペットの世話をしてくれる 610	☐
法律に関係するアドバイスをしてくれる 365	☐
金銭上の問題について有益なアドバイスをくれる 426	☐
仕事上の問題について有益なアドバイスをくれる 546	☐
就職・就労に関して有益なアドバイスをくれる 391	☐
上記に当てはまるような人物はいない 451	☐

(B)

地域の新聞社や放送局に勤めている知り合いがいる 120	☐
専門的な職業（弁護士、医師、看護師、教員、スポーツ選手など）で働いている知り合いがいる 840	☐
あなたと政治に関して議論する知り合いがいる 440	☐
自分にとって、とても参考になる仕事をしている知り合いがいる 549	☐
故障車を修理することができる知り合いがいる 328	☐
信頼できる商売人の知り合いがいる 275	☐
園芸、ガーデニングが得意な知り合いがいる 505	☐
地方自治体で働いている知り合いがいる 515	☐
労働者を雇ったり仕事を紹介したりすることができる知り合いがいる 131	☐
健康・運動について多くのことを知っている知り合いがいる 461	☐
他国の言語で話すことができる知り合いがいる 523	☐
コンピュータを修理できる知り合いがいる 505	☐
地方の議員をしている知り合いがいる 208	☐
上記に当てはまるような人物はいない 654	☐

Q12. 以下に挙げている組織は、あなたを含めた市民の目線に立って物事を考えていると思いますか。(各 SA) N=2255 無回答は項目別に記載

	そう思う	どちらかと言えば そう思う	どちらとも 言えない	どちらかと言えば そう思わない	そう思わない
政府 1	6	68	357	692	1131
県 5	6	159	665	755	665
市町村 7	29	422	747	567	483
大企業 8	22	179	769	672	605
中小企業 12	35	328	898	553	429
大学などの 研究機関 8	16	177	838	674	542
マスコミ 14	9	119	657	652	804

Q13. お年寄りの介護サービスに関して、以下の項目についてどのように感じていますか。
(各 SA) N=2255 無回答は項目別に記載

	とても そう思う	まあ そう思う	どちらとも いえない	あまり そう思わない	まったく そう思わない
現在住んでいるところはお年寄りの介護サービスが充実している 3	38	453	1137	396	228
現在住んでいるところのお年寄りの介護サービスに満足している 10	25	219	1332	394	275
お年寄りの介護サービスが充実することはまちづくりに良い影響を与える 6	269	788	814	223	155
現在の日本は全体として充実している 11	13	154	630	764	683

Q14 は Q13「現在の日本は全体として充実している」で「とてもそう思う」or「まあそう思う」に ON のみ

Q14. あなたの意見は以下のどちらに近いですか。(SA) N=167 無回答 0

日本のお年寄りの 介護サービスの 質 が充実している		日本のお年寄りの 介護サービスの 量 が充実している
94	←あなたの意見に近いほうを選択→	73

Q15. お年寄りの介護サービスが充実している地域はどんなところだと思いますか。(SA)
N=2255 無回答 0

とても住んでみたいところ 413	どちらともいえない 583	あまり住んでみたくなところ 56
まあ住んでみたいところ 1176		まったく住んでみたくなところ 27

次に、高齢化に関する質問です。

まず、以下をご覧ください。

【日本の高齢化の現状】

日本ではお年寄りの数が図1のように増えてきています。

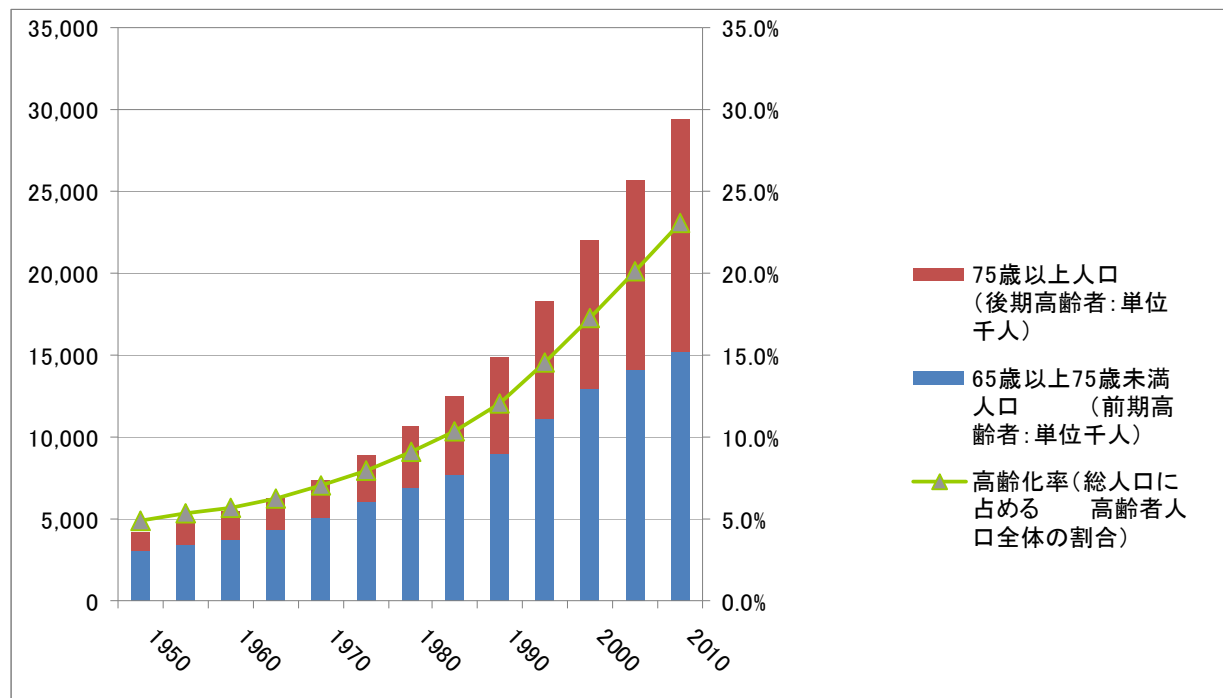


図1：日本のお年寄りの数

日本では、お年寄りの数自体が急激に増加している一方で、総人口に占めるお年寄りの割合である高齢化率も急激に増加しています。

Q16. あなたは、お年寄りの数自体が急激に増加していることを知っていますか。(SA)

N=2255 無回答 0

知っている 1741	聞いたことはある 434	知らない 80
------------	--------------	---------

Q17. あなたは、高齢化率が急激に増加していることを知っていますか。(SA) N=2255 無回答 0

知っている 1743	聞いたことはある 422	知らない 90
------------	--------------	---------

次に、以下をご覧ください。

【日本の要支援・要介護者の状況】

日本では 65 歳以上で介護サービスを必要とされる人が以下の図 2 のように増えてきています。

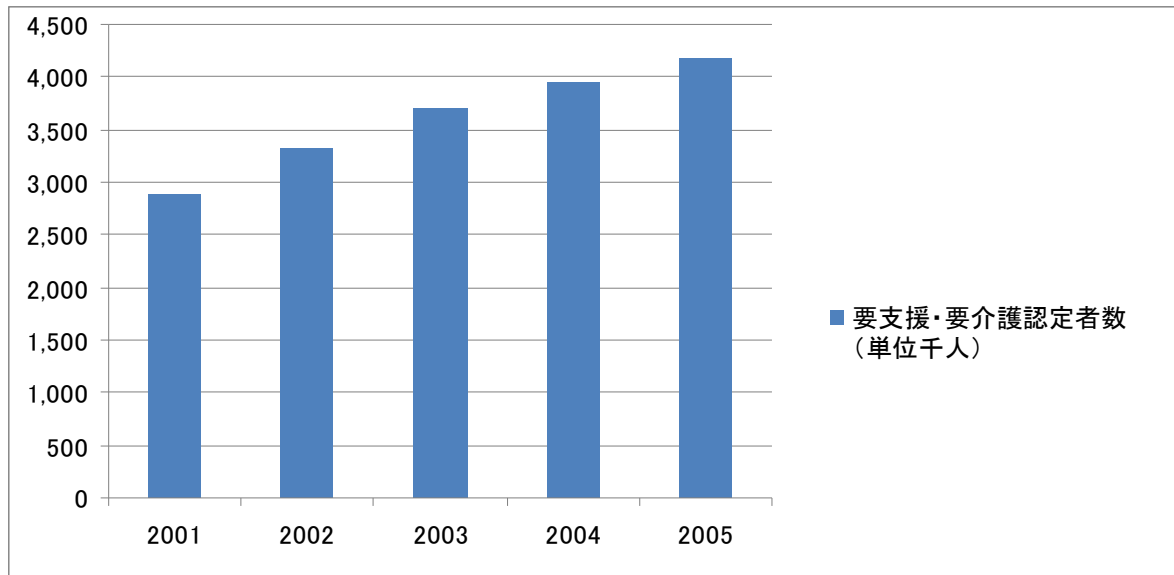


図 2：日本の要支援・要介護認定者の数

Q18. あなたは、以上のことを知っていますか。(SA) N=2255 無回答 0

知っている 1125	聞いたことはある 852	知らない 278
------------	--------------	----------

Q19. あなたと同居しているご家族に、介護サービスを必要としている 65 歳以上の方はいらっしゃるでしょうか。(SA) N=2255 無回答 0

1. いる 123	2. いない 2132
-----------	-------------

Q19SQ1 は Q19=1 のみ

Q19SQ1. あなたはその方を介護したことがありますか。(SA) N=123 無回答 0

1. ある 86	2. ない 37
----------	----------

Q20. あなたと同居していないご家族に、介護サービスを必要としている 65 歳以上の方はいらっしゃるでしょうか。(SA) N=2255 無回答 0

1. いる 489	2. いない 1766
-----------	-------------

Q20SQ1 は Q20=1 のみ

Q20SQ1. あなたはその方を介護したことがありますか。(SA) N=489 無回答 0

1. ある 210	2. ない 279
-----------	-----------

Q21. あなたは 65 歳以上の方のサポートをするボランティアをしたことがありますか。(SA) N=2255 無回答 0

1. ある 198	2. ない 2057
-----------	------------

Q21SQ1 は Q21=1 のみ

Q21SQ1. その方はプロの介護ヘルパーを必要としていましたか。(SA) N=198 無回答 0

1. 必要としていた 110	2. 必要としていなかった 54	3. わからない 34
----------------	------------------	-------------

Q22. あなたは介護に関わる仕事をしていますか。(SA) N=2255 無回答 0

1. している 85	2. していない 2170
------------	---------------

Q22SQ1 は Q22=2 のみ

Q22SQ1. あなたは介護に関わる仕事をしてみたいと思ったことがありますか。(SA)
N=2170 無回答 0

1. ある 318	2. ない 1852
-----------	------------

Q22SQ2. その理由があればお答えください。(FA)

--

次に、公的介護保険制度についておたずねします。

【公的介護保険制度】

日本では、平成 12（2000）年度から、公的介護保険制度が実施されています。公的介護保険制度は、あらゆる人が介護福祉士・ホームヘルパーの高齢者介護サービスを受けられるように導入されました。

公的介護保険制度には、以下のような特徴があります。

- ・[認定の必要性]**65 歳以上の方は要支援・要介護度の認定**を受けなければならない
- ・[サービス料金の 1 割負担]認定を受けた方は**介護サービス料金の 1 割を自己負担**する 例) 10,000 円分のサービスを受けたら自己負担は 1,000 円
- ・[介護保険掛け金]**40 歳以上のすべての方は介護保険の掛け金**を払わなくてはならない

要支援・要介護認定は、市町村やその委託を受けたケアマネジャーが行います。介護が必要な度合い（レベル）は、おおよそ、以下のようなイメージであるとお考えください。

表 1：要支援・要介護認定のレベルとイメージ

レベル	イメージ
要支援 1・2	入浴・排泄・食事は ほぼ自分でできる
	薬の内服・電話の利用・お金の計算などに 多少の手助けが必要
要介護 1	入浴・排泄・食事に 多少の手助けが必要
	薬の内服・電話の利用・お金の計算に かなりの手助けが必要
要介護 2	入浴・排泄・食事に かなりの手助けが必要
	薬の内服・電話の利用・お金の計算に かなりの手助けが必要
要介護 3	入浴・排泄・食事が 自分で全くできない
	薬の内服・電話の利用・お金の計算などが 自分で全くできない
要介護 4	入浴・排泄・食事が 自分で全くできない
	薬の内服・電話の利用・お金の計算などが 自分で全くできない
	自分で動くことそのものが 困難
要介護 5	入浴・排泄・食事が 自分で全くできない
	薬の内服・電話の利用・お金の計算などが 自分で全くできない
	自分で動くことそのものが 不可能

Q23. あなたは、以上のことを知っていますか。以下の各項目それぞれについてお答えください。(SA) N=2255 無回答は項目別に記載

	知っている	聞いたことはある	知らない
認定の必要性 0	989	774	492
サービス料金の1割負担 0	911	761	583
介護保険掛け金 0	964	656	635
要支援・要介護の状態がいくつかの段階に分かれていること 0	1240	651	364

Q24. 表1の説明で要支援・要介護の状態がイメージできましたか。(SA) N=2255 無回答 0

イメージできた 488	どちらともいえない 353	あまりイメージできなかった 142
まあイメージできた 1219		全くイメージできなかった 53

現在、要支援・要介護認定を受ける場合は、アンケートと主治医意見書をもとに、市町村にある介護認定審査会の審査を受けなければなりません。介護認定審査会は、保健・医療・福祉の学識経験者で構成されています。

認定の流れや概要は図3のとおりです。



図3：認定の流れ

Q25. あなたは、以上のことを知っていますか。(SA) N=2255 無回答 0

知っている 600	聞いたことはある 730	知らない 925
-----------	--------------	----------

Q26. 以上の説明をご理解いただけましたか。(SA) N=2255 無回答 0

わかった 524	どちらともいえない 376	あまりわからなかった 144
まあわかった 1146		全くわからなかった 65

介護に関するあなたの考えをおたずねします。

Q27. 以下の質問それぞれについてひとつお答えください。(各 SA) N=2255 無回答は項目別に記載

	そう思う	どちらかといえば そう思う	どちらとも いえない	どちらかといえば そう思わない	そう思わない
公的介護保険制度は介護福祉に関するさまざまな問題を解決している 0	30	448	866	609	302
自分が介護の必要な状態になることは怖い 0	915	943	283	68	46
自分は介護の必要な状態になりやすい 0	89	346	1330	342	148
自分の家族が介護の必要な状態になることは怖い 0	721	1030	378	80	46
自分の家族は介護の必要な状態になりやすい 0	166	466	1286	238	99
自分の家族が介護の必要な状態になることは自分のせいだ 0	29	107	830	583	706
介護の必要な状態になることはなった本人のせいだ 0	53	184	927	441	650

Q28 は Q27 の「自分が介護の必要な状態になることは怖い」で、

「そう思う」 or 「どちらかといえばそう思う」に ON のみ

「自分が介護の必要な状態になることは怖い」に「そう思う」「どちらかといえばそう思う」と回答された方におたずねします。

Q28. 怖いことに対して具体的なイメージがありますか。(SA) N=1858 無回答 0

1. ある 919	2. ない 939
-----------	-----------

Q28SQ1 は Q28=1 のみ

怖いことに対して具体的なイメージがある方におたずねします。

Q28SQ1. どんないことが自分でできなくなることをあなたは「怖い」と思いますか。

(各 SA) N=919 無回答は項目別に記載

	そう思う	どちらか といえば そう思う	どちらとも いえない	どちらか といえば そう思わない	そう思わない
食事 0	447	353	68	38	13
排泄 0	713	182	18	5	1
入浴 0	538	303	56	18	4
高所作業 0	168	184	249	188	130
散歩 0	236	317	218	102	46
買い物 0	307	371	161	58	22
その他（具体的に： _____）					

Q29 は Q27 の「自分の家族が介護の必要な状態になることは怖い」で、
「そう思う」 or 「どちらかといえばそう思う」に ON した回答者のみ

「自分の家族が介護の必要な状態になることは怖い」に「そう思う」「どちらかといえばそう思う」と回答された方におたずねします。

Q29. 怖いことに対して具体的なイメージがありますか。(SA) N=1751 無回答 0

1. ある 952	2. ない 799
-----------	-----------

Q29SQ1 は Q29=1 のみ

怖いことに対して具体的なイメージがある方におたずねします

Q29SQ1 自分の家族がどんなことができなくなることをあなたは「怖い」と思いますか。

(各 SA) N=952 無回答は項目別に記載

	そう思う	どちらか といえば そう思う	どちらとも いえない	どちらか といえば そう思わない	そう思わない
食事 0	509	319	68	37	19
排泄 0	735	198	12	1	6
入浴 0	647	255	29	16	5
高所作業 0	188	155	213	195	201
散歩 0	245	301	200	124	82
買い物 0	261	287	191	127	86
その他（具体的に： _____）					

ここからは、想像力を働かせてお答えいただく質問が続きます。

あなた自身の考えをおたずねします。

あなた自身が「●●●」介護やサポートをされることをご想像ください。

「●●●」部分は条件に合わせて文言を挿入

Q2=1/10（65歳未満）⇒「65歳以上になったとき」

Q2=11/12（65歳以上）⇒「今後に」

Q30. あなた自身が介護やサポートが必要な状態になると思いますか。どれくらいその状態になりやすいと思うかというなりやすさの程度をお答えください。(SA) **ブランク**

不可 N=2255 無回答 0

なりやすさの 程度	10%	30%	50%	70%	90%
イメージ	まあ ならない	どちらかと言 えばならない	半々	どちらかと言 えばなる	まあ なる
回答→	176	491	1195	312	81

あなた自身が介護やサポートが必要な状態になるかもしれないことについて、おたずねします。

Q30SQ1. もし、あなた自身が介護やサポートが必要な状態になるとしたら、何歳になったときになると思いますか。(SA) N=2255 無回答 0

ドロップダウンメニュー：65～1 歳刻み～84・85 歳以上

65 歳	101	75 歳	460
66 歳	4	76 歳	13
67 歳	13	77 歳	23
68 歳	21	78 歳	29
69 歳	8	79 歳	6
70 歳	430	80 歳	637
71 歳	7	81 歳	11
72 歳	30	82 歳	15
73 歳	18	83 歳	12
74 歳	7	84 歳	10
		85 歳以上	400

Q30SQ2. どんなことを、誰かにしてもらおうことになると思いますか。(MA) N=2255 無回答 40

誰かにしてもらおうことになると思うこと	回答↓
話し相手になってもらう	782
一緒に散歩してもらう	504
重い荷物を持ってもらう	1414
電球交換など高いところの作業をしてもらう	1291
代わりに買い物に行ってもらう	1060
食事をつくってもらう	1267
食事を食べさせてもらう	575
入浴をサポートしてもらう	946
入浴施設に連れて行ってもらう	678
排泄処理をしてもらう	753

Q31 は Q4=2/10 (同居人が 2 人以上) のみ

あなた自身の考えをおたずねします。

あなたのご家族が「●●●」介護やサポートをされることをご想像ください。

「●●●」部分は条件に合わせて文言を挿入

Q2=1/10（65歳未満）⇒「65歳以上になったとき」

Q2=11/12（65歳以上）⇒「今後に」

Q31. あなたのご家族が介護やサポートが必要な状態になると思いますか。どれくらいその状態になりやすいと思うかというなりやすさの程度と合わせてお答えください。

(SA) ブランク不可 N=2255 無回答 0

なりやすさの 程度	10%	30%	50%	70%	90%
イメージ	まあ ならない	どちらかと言 えばならない	半々	どちらかと 言えばなる	まあ なる
回答→	123	371	1284	341	136

あなたのご家族が介護やサポートが必要な状態になるかもしれないことについて、おたずねします。

Q31SQ1. もし、あなたのご家族が介護やサポートが必要な状態になるとしたら、何歳になったときになると思いますか。(SA) N=2255 無回答 0

ドロップダウンメニュー：65～1 歳刻み～84・85 歳以上

65 歳	68	75 歳	424
66 歳	4	76 歳	23
67 歳	10	77 歳	27
68 歳	11	78 歳	51
69 歳	3	79 歳	21
70 歳	317	80 歳	667
71 歳	10	81 歳	18
72 歳	11	82 歳	22
73 歳	17	83 歳	29
74 歳	11	84 歳	21
		85 歳以上	490

Q31SQ2. ご家族の介護として、どんなことをすることになると思いますか。(MA) N=2255

無回答 44

誰かにしてもらふことになると思うこと	回答↓
話し相手になってもらう	943
一緒に散歩してもらう	735
重い荷物を持ってもらう	1264
電球交換など高いところの作業をしてもらう	1192
代わりに買い物に行ってもらう	1248
食事をつくってもらう	1388
食事を食べさせてもらう	935
入浴をサポートしてもらう	1286
入浴施設に連れて行ってもらう	878
排泄処理をしてもらう	1000

コンジョイントに係る質問の挿入(Q32.~Q33.)

最後に、あなた自身のことをおたずねします。

Q34. 年金などを含めた、あなたの世帯の年間所得をお教えてください。(SA) N=2255 無回答 9

200 万円未満	184	600 万円～800 万円未満	429	1200 万円～1400 万円未満	60
200 万円～400 万円未満	457	800 万円～1000 万円未満	305	1400 万円～1600 万円未満	31
400 万円～600 万円未満	611	1000 万円～1200 万円未満	131	1600 万円以上	38

Q35. このアンケートの中で、「あなたのご家族」という言葉が何度も出てきました。あなたはどなたを想像してお答えいただきましたか。(SA) N=2255 無回答 0

配偶者	1052	配偶者の親（義父母）	115	配偶者の親戚（婚戚）	4
自分の親	1021	自分の親戚	25	その他	38
(具体的に：					)

Q36. あなたがお住まいの住所の郵便番号をお教え下さい。(数値入力 N：0～9)

			—				
--	--	--	---	--	--	--	--

Q37. このアンケートの感想をお持ちでしたらご記入ください。(FA)

--

Q32. その他にお考えのことがございましたらご記入ください。(FA)

--

質問は以上です。ご協力いただきまして、まことにありがとうございました。

選択型実験のフォーマットと属性レベル

介護福祉サービスの内容	
サービス項目	内容
公的介護保険サービス	食事・入浴・排泄などについてプロのヘルパーに介護してもらえる（単位：日/週）
公的介護保険サービスへの支払	サービス料金の1割と介護保険の掛け金を利用者が負担（単位：円/月）
有償ボランティア	家事援助（掃除・洗濯・買い物） 付き添い介助（会話・散歩・公共機関への行き来の付き添いなど） 生活支援（高所作業・ゴミ出し・庭の草むしりなど） を担当してくれる（単位：日/週）
有償ボランティアへの支払	ボランティアの方に支払う金額（単位：円/月）
あなたのご家族/あなた自身がする介護	プロのヘルパーやボランティアでは不足する部分を補う（単位：日/週）

回答例) プラン N が望ましい場合

		プラン M	プラン N	プラン L	
公的介護保険サービス ※プロのヘルパーにお願いする部分です。	内容	食事・入浴・排泄	食事・入浴・排泄	食事・入浴・排泄	わからない・答えたくない
	日数	2 日/週	2 日/週	2 日/週	
	支払	20,000 円/月	20,000 円/月	20,000 円/月	
有償ボランティア ※プロのヘルパーが来る日とは別です。	内容	家事援助	家事援助		
			付き添い介助		
		生活支援			
	日数	1 日/週	2 日/週		
	支払	7,000 円/月	11,000 円/月		
あなたのご家族/あなた自身がする介護 ※ヘルパー・ボランティアのサービスでは不足するところを補います。	日数	毎日(7 日/週)	毎日(7 日/週)	毎日(7 日/週)	
最も望ましいと思うものひとつ⇒		☐	☒	☐	☐

属性レベル

属性大項目	属性小項目	レベル 1	レベル 2	レベル 3	レベル 4
公的介護保険サービス	内容	食事・入浴・排泄			
	日数	2 日/週			
	支払	20,000 円/月			
有償ボランティア	内容	家事援助	付き添い介助	生活支援	
	日数	1 日/週	2 日/週		
	支払	5,000 円/月	7,000 円/月	9,000 円/月	10,000 円/月
あなたのご家族/あなた自身がする介護	日数	毎日（7 日/週）			