

超高齢地域の地域包括支援ケアに関する一考察

仁 科 伸 子

要 約

本研究は、高齢化が進む中山間地域の小規模自治体を取り上げ、その地域包括ケアの課題と特性を考察したものである。本地域では、山地、山林が地区面積の大部分を占め、地域内及び熊本市などの就業地へのアクセシビリティが悪い。このため、若年人口の流出と少子化によって、高齢率は45%と著しく高い。2004年に三つの基礎自治体が合併して成立した新自治体であるため、広域に広がっている。

本稿では、中山間地自治体の地域包括ケアの課題として以下の4つが明らかになった。1) 本地域では、住み慣れた地域で住み続けたいという要求にこたえるための社会資源としてのアウトリーチサービスが供給されにくいことがあきらかになった。2) 中山間地域において、市場においては供給されにくいサービスの供給者は、JA、社会福祉協議会、社会福祉法人などの社会的使命を重視する非営利主体であることが明らかになった。3) 住民参加型の健康活動、及びエゴマの共同生産においては、町、日常生活圏域、集落、近隣という圏域ヒエラルキーにおける行政、社会福祉協議会、老人会、近隣住民の役割分担が有効に機能していた。特に、町村合併後は、町と社会福祉協議会の連携が重視されており、毎年共同で、町内30か所の集落において懇談会を実施してニーズの把握と施策の展開を行っている。4) 今後人口減少、超高齢地域における在宅ケアの充実には社会的な使命を重視する非営利活動の活発化を図る政策が求められていることが示唆される。

1. はじめに

本研究は、人口1万人程度の小規模町村における地域包括ケアの現状と課題を把握することを目的としている。本稿は、研究グループが北海道から九州までの各地域で分担して調査を実施しているものの一部である。中山間地域は、高齢化率が高く、社会資源が不足しやすく、地域包括ケアには工夫が必要である。中山間地域に立地する小規模町村の多くは、高齢化が著しく進行し、日本全体の将来人口予測 [内閣府 2019]の30年から40年先を先取りするような高齢化率となっている市町村も少なくない。このような地域における地域包括支援センターのあり方や地域包括ケアの実態を見ることは、日本全体の高齢化が進んだ際の対応策を示唆するものでもあり同時に都市部を想定してつくられている制度の課題を明らかにすると考えられる。

2. 沿革

(1) 地形

山都町は九州の中心部に位置し、その町域は、東西約 33 キロメートル、南北約 27 キロメートルにおよび、面積は 544.67 平方キロメートルで、県内自治体で 3 番目の広さとなっている [山都町、2019]。

阿蘇カルデラを形成する南外輪山のほぼ全域をおさめ、南側は九州脊梁山地に接している。山都町は、緑川を境に、右岸の南外輪山の準高原地帯と左岸の九州脊梁山地の山岳地帯に分かれ、右岸の準高原地帯は、阿蘇カルデラが形成されるときに噴出された火砕流堆積物に覆われている台地で形成されている [山都町、2019]。外輪山山頂部を水源とする小河川は、大小多数の谷を形成し、緑川と五ヶ瀬川に合流している。火砕流堆積物は、浸食作用に弱いため峡谷が形成されやすく、蘇陽峡、緑仙峡、内大巨峡などを形成している。一級河川である五ヶ瀬川、緑川は町内の山間部にある水源を源流とし、分水嶺を境にそれぞれ東西に流域を分ける [山都町、2019]。

標高は、200 メートルから 1700 メートルにあり、そのうち 200 メートルから 900 メートルにある居住域については、平野部との気温差は各月平均で 4 度ほど低く、準高冷地の気候となっている。

緑川左岸地域は、急峻な山岳地帯で、国見岳 (1739 メートル) を頂点として、西から目丸山、京丈山、高岳、三方山、向坂山、黒峰と続き、人の手が入っていない照葉樹林があり、ニホンカモシカも生息する [山都町、2019]。

(2) 人口

昭和 35 年には、人口 40,898 人、世帯数 7,942 世帯であったのが、人口世帯ともに減少し続けて、総人口は、15,149 人、世帯数は、5,594 世帯 (2019 年 10 月 1 日現在) となっている¹⁾。高齢化率は、約 45% となっており、日本の推計値における約 40 年後の高齢化率 [内閣府 2019] となっている。高齢者人口のうち、前期高齢者の占める割合は、37.9%、後期高齢者が 62.1% と後期高齢者の割合が高い²⁾。全国レベルでは、前期高齢者の割合は、51.8% となっており、前期高齢者より後期高齢者の比率のほうが低い。これらのデータからも山都町の高齢化がいかに進んでいるかがわかる。

また、将来人口予測によると、2020 年には、高齢者人口自体が減少するフェーズに入り、多死社会の先端を行く。

(3) 世帯状況

平成 27 年の国勢調査では、一般世帯数が 5,567 世帯、このうち、4,062 世帯が高齢者のいる世帯となっており、73% の世帯は高齢者がいる世帯となっている。この内訳をみると、単独世帯 16.7%、

1) 山都町は、2005 年に矢部町、清和村、蘇陽町の 3 町村が合併している。

2) 2015 年国勢調査データ

夫婦のみ世帯 19%、その他の世帯 37.3%となっている。高齢化が進み、人口減少と世帯の減少が同時に進んでいる状況である。

(4) 住民生活

地域は兼業農家が多いが、人口流出は高度経済成長期にすでに始まっており、日本経済の発展の恩恵を受けていない。人口の半分は、65歳以上の高齢者であるが、65歳ぐらいの住民は、地域の中心的な担い手である。夫婦のみ世帯と一人暮らしが中心的な家族形態である。一人暮らしでは、女性高齢者の一人暮らしが圧倒的に多い。年金収入者では、世帯構成員が減少すれば収入も減少するため生活に困窮する人も少なくない。地域の人々はほとんどが畑を持っており、働いている。しかし、品質管理や量、物流の面で、JAに出荷できない野菜も多いため、農業産品を即収入に結び付けることは難しい。つまり、就労が生活の改善に直接結びついていない状況である。

表1は、山都町の世帯収入分位を熊本県、全国と比較したものであるが、100万円未満、100万円以上200万円未満、200万円以上300万円未満という低収入分位に占める割合は、全国及び熊本県より高い。特に、収入が100万円未満の層は、全国の2倍を上回っている。このような点から、中山間地域の生活の課題が見えるが、経済生活の困窮は、高齢期の介護や社会的関係性の維持などに少なからず影響を与えると考えられる。

表1 収入分位

	山都町	熊本県	全国
100万円未満	13.2%	7.4%	5.9%
100～200万円未満	19.3%	15.6%	12.1%
200～300万円未満	18.2%	18.0%	16.2%
300～400万円未満	13.8%	14.8%	14.3%
400～500万円未満	9.6%	11.1%	11.6%
500～700万円未満	11.2%	13.1%	14.7%
700～1000万円未満	8.6%	8.6%	10.8%
1000～1500万円未満	2.9%	3.3%	4.9%
1500万円以上	0.6%	1.1%	1.7%

データ出典：平成30年住宅・土地統計調査

3. 先行研究

中山間地域における地域包括ケアシステムや介護保険をテーマとした研究は、既に複数あるが、これらの多くは、ある特定地域をフィールドとした実践事例研究となっている。これは、高齢者ケアのための資源が地域によって異なることや実践を分析することを抜きに研究ができないという社会福祉研究の性質上、特定のフィールドを考察する必要があるためである。このため、各々の研究者が足を

運んで地域を考察し、地域を熟知した上で実践や調査結果を分析することになる。したがって、ある特定の地域を対象にした地域研究が多く、国の機関や委託機関が実施している介護保険コスト関連の研究を除いては、マクロな研究が少ない。

研究の内容は、細川(1997)、高尾(2000)のように2000年の介護保険法施行以前にその課題を予想した研究と、小松(2016)、坂本(2016)、田中(2013)、竹川(2012)のように介護保険法施行以降の研究に分かれるが、これらの研究の結果は大きくはずれていない。

その課題は、まず、各地域における社会資源およびサービス量の不足を指摘するものである。高尾は、「民間事業者は過疎地域では採算が取れるだけの利用者の数が確保できない、ヘルパーの移動距離や設備投資の問題があり、民間事業者が参入するためにはコストの問題を解決しなければならない」とサービス市場の成立の難しさを指摘し(高尾 2000)、また、小松は、互助的活動のリーダーとなる人材の不足を指摘している[小松 2016]。

介護保険の導入を目前に社会サービス資源の構築を目指したゴールドプランによって、デイサービス、ホームヘルパー、特別養護老人ホームが整備された。農村地域では、JA(農業協同組合)が介護人材育成や施設整備に貢献した。JAは、山間の過疎地域な企業が参入していない地理的条件の厳しい地域においてもサービス提供をしており、これは採算性を度外視して地域貢献として実施している[小田 2012]。小松が研究対象としている地域では、ホームヘルパーの養成のための講座が開かれ、資格取得者がいたがホームヘルパーを必要とする高齢者の数が少なくフルタイムの仕事として成立していないために、資格は持っているものの別の仕事をしつつ時間があるときに、ボランティアとしてホームヘルプをしている状態が指摘されている[小松 2016]。

坂本(2016)、竹川(2012)及び田中(2013)は、住民の同士の互助や見守りの組織作りに言及している。坂本は、複数の地域においてアンケート調査を行って、互助的組織への参加意識の有無について、影響する因子として「身内の介護の経験」と「過去の地区活動への参加」をあげているが、これは地域によって異なり、互助組織の立ち上げには、それぞれの地域で決め細やかな対応が必要であるとしている。竹川は、見守り組織づくりについて、地区単位(集落や校区などの生活圏域)を範囲とすること、住民と専門家との共同、及び、拠点となる共同住宅などの住まいの整備が必要であるとしている。地域包括ケアシステムでは、住まいがもっとも基盤となる拠点とされながら、これに関しては、建築系の研究に委ねてきた傾向があるが、竹川論文では共同住宅整備に言及しているところが特徴である。田中の論文では、住民主体型の見守り機能をもった地域包括ケアシステムの構築可能性について言及しており、過疎地域においてもこのようなシステム構築は可能であるとしている。細川(1997)は、介護保険導入以前に実施した過疎地域にある1村のアンケート調査の結果、住民の互助に加えて、介護が必要となった単身高齢者のために入所施設が必要であるとしている。この点は、竹川(2012)が指摘している共同住宅の必要性と共通した目的を持っていると考えられる。このように、複数の研究者によってそれぞれ対象としている中山間地域の高齢者の生活やエイジング・イン・プレイスに関する課題が示されてきた。

以上をまとめると、取り組むべき整理すべき研究課題は以下の2つの側面に集約される。

まずひとつは、日本全体の中山間地域の地域包括ケアシステムの実態についてマクロな視点で整理

表 2 中山間地域等地域包括ケアシステムの課題に関する先行研究の方法と概要

研究者 年	対象	研究方法	結論
[細川順正 1997]	大分県清川村 (2005年3月31日に 三重町・緒方町・朝地 町・大野町・千歳村・ 犬飼町と合併して豊後 大野市)	アンケート方式による 実態調査	高齢化と高齢者の増加に伴う介護予防、 介護、保健福祉サービスの資源の確保、 低・無年金受給者などの収入の場の確保、 段丘地の居住者の外出およびアクセシビ リティの確保、交流、助け合いなどの場 の確保、一人暮らしの増加に対応して自 宅で暮らせなくなった場合の入所施設の 整備が必要である
[小松理佐子 2016]	過疎地域 2 集落対象の 地域包括ケアシステム について	2 事例比較検証 成功事例の検証（離島 X のシステム構築）	民生委員、地域おこし協力隊、集落の中 の個人による共に暮らしながらの支援が 行われているが、熱心な個人の大きな負 担によって成立しており、継続性に課題 がある 離島では要介護認定をしても、ヘルパー の手が空いていない、副業であるなど資 源不足が深刻である X 離島の例を見ると、資源が乏しくかつ 事業採算性の難しい地域では地域住民が 必要なサービスを企画し、これに合わせ て行政が資源を提供するというプロセス が必要である
[坂本俊彦 2016]	中山間地域に暮らす 20 歳以上の住民 2,250 人へのアンケート調査	中山間地域 3 地域にお ける生活支援活動に対 する地域住民の意識、 態度に関するアンケー ト調査 2250 人を無作 為に抽出したアンケー ト調査の結果分析	住民参加の様態は地域社会ごとに多様で あり、その促進方法は地域社会の実情に 合わせて決め細かく検討のうえ住民自治 組織との協働によって実施すべき、参加 への影響として、身近にある事例からの 影響と共感が各地区に共通しており、そ のほか地域貢献意欲、交流深さ、身内介 護、年齢、地域活動への参加経験などが 変数として影響を与えていた
[高尾公夫 2000]	介護保険システムに ついて	介護保険制度導入に当 たつての実態から見た 仮説的提言	民間事業者は過疎地域では採算が取れる だけの利用者の数が確保できない、ヘル パーの移動距離や設備投資の問題があり、 民間事業者が参入するためにはコストの 問題を解決しなければならない、介護認 定調査を行う人材を確保できない恐れが ある
[田中きよむ 2013]	限界集落の住民主体型 見守りシステムの仕組 み	限界集落における高齢 者支援のための住民主 体の見守り活動の仕組 みの考察	生きがい、学習、食育、地域交流、介護 予防、孤立化防止、相談、見守り、役割 などの諸機能を地域特性に合わせて発揮 しながら高齢者の生活問題を解決してゆ く拠点作りは可能である
[竹川俊夫 2012]	過疎地域	過疎地域における地域 福祉システムづくりの 検討	見守り体制の構築に向けた地区単位の福 祉推進組織づくり、住民福祉活動と専門 的福祉サービスの協働による地域包括ケ ア体制、住みなれた地域に暮らし続ける ための新たな住まいとしての「ケア付き 共同住宅」の整備が求められる

する必要がある。つまり、日本の高齢者政策及び介護保険制度に言及し、さらに、中山間地域と呼ばれている地域は、山間部だけでなく沿岸部をも含んでおり、地理的、集落構造的、道路形状の特性がある。このために、さまざまなサービスの供給面で不利な条件を備えている。このような側面に関しては、データのみでは読み取れない部分として地域に密着したミクロな視点で課題を追求することが求められている。

マクロデータによる研究は、別途拙稿「中山間地域において地域包括ケアシステムによるエイジング・イン・プレイスを実現するための課題の検討」に置いて言及しており、本稿では、全国レベルでは40年先を行くような高齢化がすでに進んでいる山都町において、地域包括ケアの資源の状況、町やその他の民間組織の取り組み、地域の生活などを考察し、地域が抱える課題や、町の取り組みを分析することが目的である。

4. 研究の方法

本研究は、資料調査及び、地域包括支援センターの職員へのインタビュー調査によって実施された。本研究は、地域特性に応じた地域包括ケアシステムの経営効率性と統合化に関する実証的研究（研究代表宮城孝、研究課題番号17H02611）の一部として実施されており、研究倫理は、2019年8月1日法政大学大学院研究倫理審査委員会によって承認されている（研倫第190101）。

山都町におけるインタビュー調査は、山都町役場内に設置された地域包括支援センターにおいて、介護支援専門員、保健師、高齢者支援担当者の3者を対象に、2019年9月6日午後1時から約2時間実施した。その結果及び、入手した資料によって、本町における地域包括ケアについてその特性を取りまとめたものが以下のとおりである。

5. 研究の結果

5.1 山都町の第7期介護保険事業計画³⁾（2018年策定）

山都町は、典型的な中山間地域の町である。熊本県下の市町村の中では、高齢化率は第2位となっている。本計画の計画期間は、2020年までとなっている。

(1) 日常生活圏域

日常生活圏域の設定は、図1に示すとおり旧町村を基軸に、矢部地区、清和地区、蘇陽地区の3つとし、ケア会議に関しては、清和、蘇陽地区は合同で開催している。

3) 老人福祉法第20条の8及び介護保険法第117条

(2) 介護保険の現状

山都町の第1号被保険者の要介護（支援）認定者数は徐々に増加し、2012年1,400人から、2016年にはいったん1,618人となってその後下降し、2019年8月には、1,568人となっている。〔山都町、2018〕。2019年3月には第1号保険料が月額が7,000円となってとなつて、全国平均の5,514円、熊本県平均の5,684円と比較するときわめて高い。認定率は熊本県では2番目に高く全国では、88番目となっている。

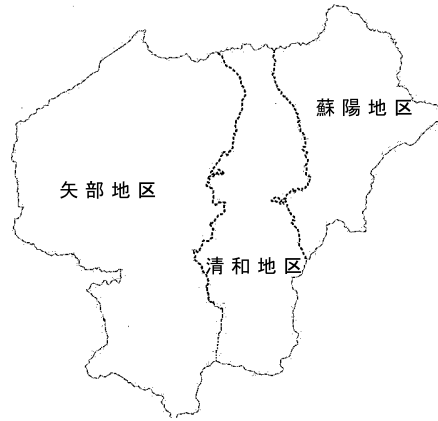


図1 山都町日常生活圏域

表3 山都町介護保険認定者数及び認定率の推移

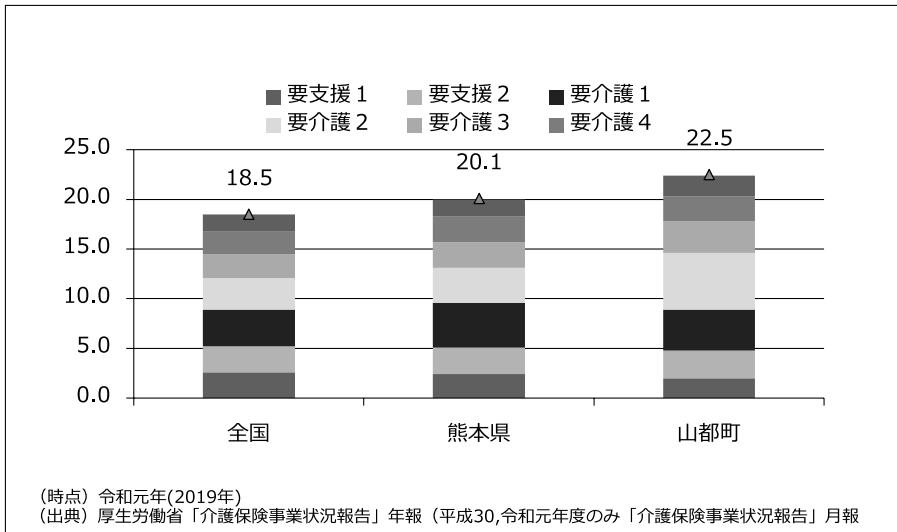
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 3月	2019 8月
認定者数(人)	1,400	1,546	1,535	1,563	1,618	1,603	1,574	1,539	1,568
要支援1	127	159	184	190	185	165	139	134	142
要支援2	218	246	261	271	274	242	218	183	193
要介護1	224	250	243	254	265	279	269	284	287
要介護2	277	286	322	340	333	367	360	390	400
要介護3	195	202	185	175	225	223	249	232	223
要介護4	200	218	197	185	179	190	196	185	175
要介護5	159	185	143	148	157	137	143	131	148
山都町認定率	20.8	22.9	22.5	22.7	23.3	23.1	22.5	22.0	22.5
熊本市認定率	19.7	20.2	20.3	20.4	20.4	20.5	19.9	20.0	20.1
熊本県認定率	17.3	17.6	17.8	17.9	17.9	18.0	18.0	18.3	18.5

出典：平成23年度から平成29年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告」

(3) 要介護認定の特徴

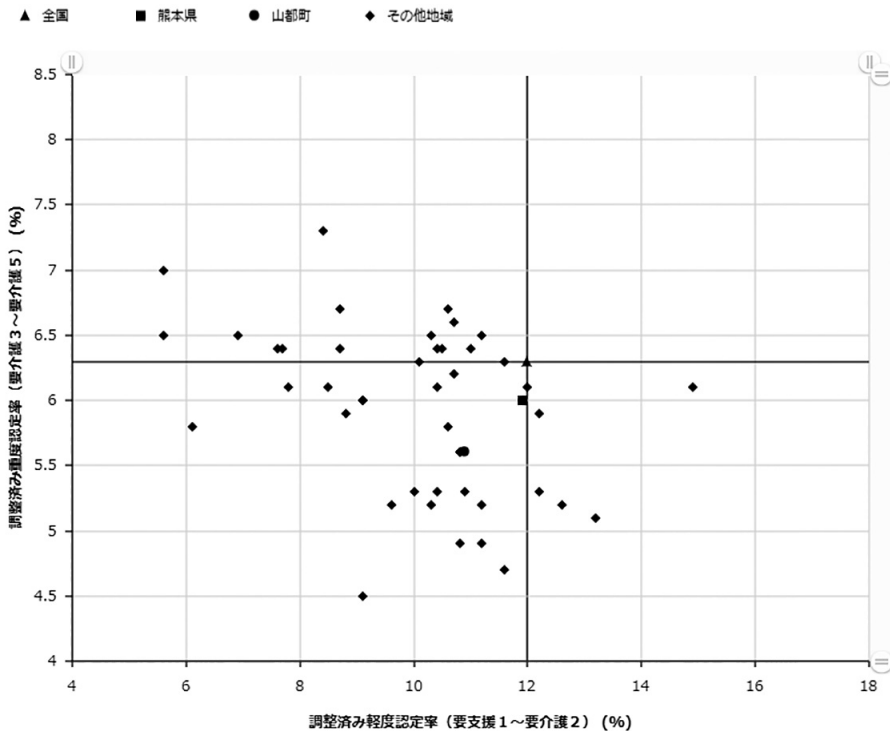
山都町の要介護認定率の特徴を見ると、全国、熊本県と比べて高いが、要介護2の割合が比較的に高い。したがって、在宅でサービスを受ける割合が高くなっていると考えられる(図2)。

要介護3から5を重度、要介護1から2を軽度として、それぞれの認定率を算出し、重度を縦軸、軽度を横軸とした分布図を作成したのが図3である。山都町の位置づけは、重度認定率及び軽度認定率ともに、熊本県及び全国より低くなっている。



出典：地域包括見える化システム

図2 介護保険認定率 (2019年)



データ出典：*地域包括見える化システムより図を作成

図3 介護保険認定の特性 (平成30年)

(4) 介護資源およびその利用状況

高齢化率、要介護者認定率ともに、熊本県や全国と比べて山都町が高いが、在宅介護資源の一日当たり利用状況を見ると、訪問系サービスが全国や熊本市と比較して低くとどまっている（表4）。反対に入所系サービスの利用は、全国や熊本市と比較して高い。また、居宅介護支援事業は入所型施設内で、同一法人が運営するものが多い。山都町内の介護資源の供給は、社会福祉法人、社会福祉協議会、JA、医療法人などが担っており、訪問介護事業など在宅サービスの柱となる事業においてJAが参入していることは評価できる。医療法人による入所系、在宅系の施設供給が目立つ（表5）。矢部、蘇陽には、往診、訪問介護の機能があるが清和にはない。訪問系サービス系の資源は、中山間地域において不足しているが、同じ町内でも清和町の在宅資源の不足がみられる。また、訪問系、在宅系の資源の不足は、結局のところ住み慣れた自宅で過ごす期間を短期化する要因となり得る。

表4 在宅介護資源の一日当たり利用状況

	全国	熊本県	山都町
訪問介護	24.1	23.9	21.9
訪問入浴介護	5.0	5.2	4.7
訪問看護	8.6	8.8	6.4
訪問リハビリテーション	11.4	11.2	8.5
通所介護	10.8	11.8	10.6
通所リハビリテーション	6.1	6.8	7.3
短期入所生活介護	12.0	10.2	14.5
短期入所療養介護	7.9	7.4	10.8
地域密着型通所介護	9.6	11.2	9.8
認知症対応型通所介護	10.7	12.2	0.0

資料：厚生労働省

(5) 相談およびアウトリーチのあり方

山都町は、3町村が合併したこともあり、旧町村エリアの結びつきが強い。また、地域の社会福祉協議会の活動も活発である。矢部地区には、15の地区社協があり、清和地区には6つの地域福祉を支える会がある〔山都町 2018〕。蘇陽地区には、健康関連の取り組みを行う「健康ムラ長」があり、合併後は9つの自治振興区の健康福祉部の設置につながっている。これらを総称して30地区福祉会としており、地域密着型の組織が作られている。また、旧町村時代からの社会福祉協議会の活動の伝統などが残っているため、行政と社会福祉協議会との連携が欠かせない。毎年、地域包括支援センターと旧町に立地する社会福祉協議会支所は、各集落にアウトリーチを行って、地域の課題やニーズの把握を実施している。地域包括支援センターは、介護保険法に位置付けられた機関であるが、地域の中では、高齢者に限らず家族が課題を抱えている場合もあり、年齢にこだわらない支援が必要とされる場合は多い。地域包括支援センターでは、対応しきれないことも社会福祉協議会が対応をすることによって、きめ細やかな対応ができると町は認識している。

表5 山都町高齢者介護の社会資源

種別	総数 (定員)	公共	医療法人	社会福祉法人	協同組合	NPO	株・有・個人	備考
往診する病院	3	1	2					矢部広域病院、山都町包括医療センターそよう病院、野田医院
薬局	5						5	蘇陽調剤、はままち薬局、矢部調剤薬局、山都もみじ薬局、水の里調剤薬局
地域包括支援センター	1	1						山都町役場内直営
居宅介護支援事業所	6			5	1			ケアセンターやまと、彩雲居宅介護支援事業所、JA益城居宅介護支援事業、蘇望苑居宅介護支援事業所、風ノ木居宅介護支援事業所、矢部大矢荘居宅介護事業所
訪問介護事業所	3		1		1		1	JA益城たんぼぼ、訪問介護事業所ほへみ、訪問介護サービス事業所りんどう
訪問入浴介護事業所	1			1				矢部大矢荘訪問入浴介護事業所
訪問リハビリテーション事業所	1		1					彩雲苑訪問リハビリテーション
通所介護事業所	7 (175人/日)		6				1	蘇望苑デイサービス、ケアセンターそよかぜ(社協)、デイサービスセンターその風の里ほたる、大地、風ノ木デイサービス、デイサービスやすなが(トレーニングタイプ)、矢部大矢荘通所介護事業所「復健館」
通所リハビリテーション	3 (110人/日)		2	1				介護保険施設彩雲苑、瀬戸病院、通所リハビリテーション事業所ライフライン矢部
短期入所生活介護事業所	7 (96人/日)		4	3				特別養護老人ホーム蘇望苑、短期入所生活介護事業所風の里ほたる、短期入所生活介護事業所風の木、介護老人保健施設彩雲苑、老人保健施設ライフライン矢部、瀬戸病院、伴病院
認知症対応共同生活介護(グループホーム)	3 (36人)		1	1	1			グループホームすみれ、認知症対応型共同生活介護ひまわり、グループホームやまびこ、グループホーム緑仙館、
小規模多機能型居宅介護事業所	1 (25人)			1				小規模多機能型居宅介護さくら荘(JA上益城関連施設)
介護老人福祉施設	2 (150人)		2					特別養護老人ホーム蘇望苑、矢部大矢荘
介護老人保健施設	2 (120人)		3					介護老人保健施設 彩雲苑、老人保健施設ライフライン矢部
介護療養型医療型医療施設	2 (31人)		2					瀬戸病院、伴病院
地域密着型特定施設入居者生活介護	2 (58人)		2					地域密着型介護老人福祉そよ風の里ほたる、特別養護老人ホーム風ノ木
訪問看護ステーション	3		3					そよう病院訪問看護ステーション、伴病院、訪問看護ステーション山都
福祉用具貸与、特定福祉用具販売	1						1	山都介護サービス
高齢者住居系施設	3	1		2				ケアハウス光露館、山都町立養護老人ホーム浜美荘、生活支援ハウス清楽荘
特定施設入居者介護有料老人ホーム	3		1		1		1	有料老人ホームたんぼぼ、はーとふる、優心苑、
歯科診療所	4							せいわ歯科クリニック、そよう病院歯科、野田歯科医院、浜町歯科医院

山都町資料より筆者作成

6. 高齢者の地域活動状況

(1) 地域で高齢者がエゴマ栽培

2018年度より、高齢者がエゴマを栽培して、これを町がエゴマ油として製品化し、販売している。このきっかけとなったのは、介護保険料が高くなり、高齢者の現金収入の確保と介護予防により力を入れる必要性を行政が認識したためである。町長の発案によって、オメガ3脂肪酸がとれるとされるエゴマを栽培することが決まった。

（以下ヒアリング記録より）

山都町は、高齢化が進み、80、90代の高齢者も農業をしている。介護保険料が7,000円となると、払えない世帯も出てくるだろうと考えて、エゴマ栽培で少し年金以外の収入を確保できないかと考えた。エゴマの苗を熊本と県の補助金である地域福祉総合支援事業で購入し、2018年度は26軒の農家の庭先で栽培することにした。老人クラブを通じて声をかけ、やってみたいという人に苗を分けた。老人クラブが住民側の受け手となっている。集落内で共同でエゴマ栽培をするグループもいくつかあった。すると、畑仕事をして、一緒に休憩するときにおやつを食べたり、弁当を持って行って一緒に食べたりして、昔の農業（モヤイ）のようだねと高齢者たちは話している。

今年度は、41件の参加者がいる。エゴマ栽培を始めてすぐに、NHKの番組でエゴマ油が取り上げられると「自分たちの作っているエゴマはいいものだ」と高齢者たちに認識が広まって、かなり熱が入ってきた。エゴマの実を回収し、町がまとめ搾油工場に運んで、瓶詰の商品が出来上がった。1,300本ができあがり、1,000本を販売、99万円の収入となった。そして、この収入を参加者に分配した。

市販のエゴマは、実際のオメガ3脂肪酸の含有量が少ないものもあるが、本町の製品は品質が良く、熊本市内の病院が大量に買い上げていったとのことである。病院のギフトとして販売されているということだ。

老人会では、エゴマ部という部会ができて、補助金を使わずにエゴマ栽培することを検討している。地域包括支援センターは、住民自身が主体になって、町はうまくサポートしていけたらと考えている。



図4 完成したエゴマ油

(2) 菜園（シャエン）名人おたっしや野菜

（以下ヒアリング記録より）

2019年8月からは、高齢者が栽培した野菜を販売するための事業を始めた。これもエゴマと同様に年金生活期における高齢者の現金収入を少しでも増やすためである。この地域では、庭先の菜園をシャエンと呼んでいるが、ここで作った野菜を道の駅に出荷する。グリーン農業という安全な農産品である証拠に、くまもんシールを貼る。この地域の高齢者はほとんどが長年自宅で食べる野菜を作っているため、野菜作りがうまい。しかし、車がない高齢者も多いので、社会福祉協議会が集荷に回って、道の駅に持っていくために集荷に回るモデル事業を始めた。このような事業を展開するには、社会福祉協議会との連携も欠かせない。シャエン名人の参加者は、70歳～90歳ぐらいである。山都町でも他の自治体と同様に、特別養護老人ホームをはじめとする入所施設は待機者はいるが、他の自治体に比べるとベッド数が多い。このため、介護保険料が高くなる。年金収入の少ない農家にはわずかでも、現金収入があることが重要と町は考えている。



図5 道の駅で販売される菜園の野菜

(3) はびねすポイント事業（介護保険事業）

高齢者の健康や社会参加に関係する活動を奨励するために、はびねすポイントという取り組みを行っている。この事業は、65歳以上の町民が、健康づくりや運動の習慣、積極的な社会参加を通じた生きがいづくりや仲間づくりを行うことで、健康長寿の町、日本一を目指す取り組みである。対象となる活動に参加することでポイントが付与され、500ポイントたまると商品券と交換することができる。この商品券は、地元の商店で買い物ができるコミュニティ通貨である。

本事業の対象となっている事業は以下のとおりである。本事業は、山都町の独自事業として実施されているが、健康長寿を目指す取り組みの一つである。これらの行事や事業に参加するとスタンプが押される。申請窓口は、高齢者支援係となっている。旧町には、行政の支所が置かれており、それぞれの地域で対応が行われている。

ポイントがたまると役場で商品券と交換するので、高齢者は、地域の中で自主的な事業としていきいき百歳体操などに通っているが参加するごとにスタンプを押すことになっている。地域によっては自治会長や老人会会長など地域の代表者がこのスタンプを押す係になっている。このように町の事業ではあるが、地域住民が中心となってそれを実施している様子が見られた。2019年6月から事業が

スタートし、3か月で600人が登録している。今年度は、一人1枚のスタンプカードの予算しか組んでいないが、来年度は2枚まで交換できるように検討している。

男性高齢者の参加が低いなどの問題を聞くことがあるが、本町の事業では男性も多数参加している。ポイントをためることで、社会関係性の強化、運動、筋トレ、食事の改善など介護の予防となるような活動が進むことを期待している。高齢化率が高い地域というようなことを住民にいうと嫌がる。最近、高齢者と言わず、幸齢者というようにしている。高齢者自身も「65歳はまだ高齢ではない」と考えている人が多い。

表6 はびねすポイント事業

種 類	ポイント対象事業	ポイント
健康診断の受診	特定検診・後期高齢者検診受診（集団検診・協力医療機関によるもの）	50
	がん検診	20
	後期高齢者歯科口腔検診（町内医療機関）	50
	上記検査により8020達成	100
	特定保健指導 1回	20
	特定保健指導によりメタボ脱出	100
	検診結果説明会への参加	20
	介護予防検診	20
介護予防事業への参加	認知症予防教室への参加	20
	地域サロンへの参加（月1回以上）	20
	通いの場への参加（週1回以上）	20
	健康づくりや介護に関する講演会への参加	100
	やまとふれあいスポーツクラブへの参加	20
	認知症サポーター養成講座への参加	20
	町フェス・福祉まつりへの参加	100
ボランティア活動	生活サポートセンターの協力員登録	50
	生活サポートセンターへの協力員としての活動	20
	介護予防運動サポーターとしての登録	50
	地域サロンのスタッフ活動・運営	20
	通いの場運営や体力測定スタッフとしての活動	20

出典：山都町幸齢者はびねすポイント事業パンフレット

(4) 健康と運動

最高齢地区の一つである緑川地区では、小学校跡地が災害避難所になっている。インターネットの光環境を整備しているので、YouTubeで、「いきいき百歳体操」を行っている。3か月程度続けることで効果が表れると言われているが、22名のうち5-6名には格段の効果が現れている。作業療法士も、短期間でこれほどの改善がみられるとはお驚きであると言っている。他の高齢者も、筋力などが低下した人はなく、少なくとも現状維持はできている。人によっては、避難所と近所の公民館の2か所で週2回体操している人もいるので、1年後の効果が期待されている。緑川地区は、山都町の中で

も大変不便なところだが、清流緑川の水源地である緑仙峡は、美しい自然に恵まれている。高齢者たちは、口々に「住み慣れた地域で暮らし続けたい」ということを言っている。お互いに支えあっているし、冗談を言ったりして明るい。「力を合わせて、どのような行事でもいっしょに参加される」「アップダウンの激しい山道でも、買い物袋を提げて自分たちで買い物に行き、甘えていない」「垢ぬけている人が暮らしている」と町の担当者は表現した。

矢部地区の浜町地域には、保健福祉センター「千寿苑」があり、光ファイバーのインターネットが設置されている。緑川地区と同じ条件があるが、地域の老人会で話し合った結果、「遠くまで歩きたくない」という意見と「そんなに素晴らしい体操なら遠くまで歩いても是非やりたい」という意見に分かれた。そこで一旦、いきいき百歳体操はしないということが決議されたが、近隣の老人クラブを対象に体験会を開いたところ、体験に来られたほぼ全員がいきいき百歳体操をやりたいということになった。そのため、今後自主グループを立ち上げる準備を進めている。

山都町はほとんどが山の中の集落であるが、商業地もわずかにある。健康診断をすると、農業地域とは違って、商業地域の住民は、脂肪が多く、筋肉が少ない体形の者が多く、このような地域こそ習慣的に外に出て運動する仕組みを作らねばならないと町は考えている。

7. 考察

山都町における地域包括ケアの取り組みは、以下のような特性を有する。

(1) 行政と住民の関係

小規模な町の強みを生かし、町と住民、サービス提供主体が一体となっている。行政の担当者は、地区のリーダーを熟知しており、その地域で起こっていることや、ディスカッションの経緯など細かなことにも注意を払っている。

介護保険料の上昇に伴う住民の負担増に対応して、エゴマ栽培や菜園野菜の販売がはじめられた点は迅速であり、行政が住民の課題を把握しているからこそその授業展開であると考えられる。行政は、住民の課題に対応することを目指している。また、行政と住民の信頼関係が築かれている。新たにスタートした幸齢者はびねすポイント事業において、地域の住民リーダーがスタンプを押す役割を担っている点などは、その典型であるといえる。また、町は住民の自主的な決定に関して、それを尊重する態度をとっている。このような顔が見える信頼関係と、それを基盤とした迅速かつ、きめ細やかな対応は、小規模な町の長所であるといえる。しかし、この点は、事業計画の立案、事業展開における行政の担当者の力量によって変化がある点に注目しなければならない。つまり、町の規模が小さければどこでもこのような事業を展開できるわけではない。計画力、事業推進力、住民との信頼関係の構築など、担当者の力は重要である。

(2) 直営の地域包括支援センターのメリット

山都町地域包括支援センターは、町役場が直接運営している。このような直営方式によるメリットを考えてみる。首長のトップダウンのアイデアや行政の方針などに対して迅速かつ正確に対応できる。

また、エゴまづくり、はびねすポイント事業に見られるように、地域包括支援センターの事業である介護予防事業と行政の施策が適切に連動している。

反対に、山都町のような平成の大合併によって3つの町村が合併した自治体は、地域包括支援センターの地理的業務範囲が広域であることと、歴史的に培われてきた村落や旧町村域における伝統が失われることが負の影響を与える点も持ち合わせている。特に地域包括支援センターの地理的業務範囲が広大であり、かつ、アクセスがしづらい山村地域にもまたがっていることは、アウトリーチサービスの提供に対するデメリットである。この点について山都町では、旧役場に相談支援窓口を設置することで、対応している。

(3) 地域包括支援センターと社会福祉協議会との連携

社会福祉協議会は、もともと旧町村に一か所ずつ三か所あった。町村の合併により、社会福祉協議会も合併したが、三つの組織は、それぞれに地域の福祉の向上にかかわってきた。広域的な行政区域の中で地域密着型の対応を行うため、行政は社会福祉協議会との連携を実施している。毎年、地域包括支援センターは、社会福祉協議会とともに町域内において30地区に出向いて地区懇談会を実施し地域の実態やニーズの把握を実施している。社会福祉協議は、民生委員協議会や日ごろの活動を通じて、地域の実態を具体的に把握しており、住民とのつながりも緊密である。特に、町村合併によって、より広域的になった町域で地域密着型の事業展開を実施するためには、社会福祉協議会との連携は欠かせない。

菜園名人おたっしや野菜の事業では、高齢者が育てた野菜を地域の世話人が引き取り、道の駅で販売できるよう運搬する。事業を立案するのは行政及び地域包括支援センターの役割となっており、住民との直接の対応は、社会福祉協議会が行っている。このような役割分担が、適切に行われている点が事業を成功に導いている。

(4) 旧町村域の圏域重視と重層的エリア設定による地域包括ケア

行政窓口の配置、社会福祉協議会との連携など、旧町村圏域を重視した圏域設定は、山都町における行政と住民のつながりを形成している。より住民に近いレベルでは老人会、それより身近な近隣地域レベルでは、集落単位が住民の参加と共同性を担保している。このように山都町の地域包括ケアは、重層的に構築されている。この重層性が、広域圏における地域包括ケアの困難性を補完している。特にこの圏域設定は、健康活動、エゴま、野菜作りなど高齢者の自主的な活動を担う上で有効に働いている。他方、在宅ケアに関しては、サービス拠点の数は少なく、住民の活動との連携はあまり見られ

ない。

(5) 住民同士の関係性

山都町には、日常生活などで助け合うインフォーマルな関係性を有している集落がある。これと同時に、老人会、町内会など、伝統的地縁集団も活発に活動している。行政、社協、老人会といった縦のつながりと同時に、近隣地域における横のつながりがある。ある集落では、買い物など日常生活においても支えあっている例がみられたが、これらは、地域包括ケアシステムの中で構築されたものではない。住民間の自然なつながりによるインフォーマルなサポートシステムである。

エゴマづくりを通じた取り組みの中では、集落ごとの老人会のメンバーが、共同でエゴマづくりを行う例がいくつか見られ、農作業の際に、食事や休憩を共にして、「昔の農業（もやい）のようだ」と参加者からの声が上がっていた。エゴマづくりの広がりには、働く場も少なく、現金収入の少ない農村地域では魅力的な事業であるといえる。また、これを共同で実施することによる社会関係性の充実、高齢者の健康や長寿に役立つことが期待される。

(6) 地域包括ケアのための社会資源と供給事業者

人口減少が始まって早い段階では、全体の人口は転出によって減少するが高齢者人口自体は増加する。次に、高齢者を含めた人口全体が自然減により減少していく段階に入る。山都町の現状では、すでに、高齢者人口が減少する段階に入っている。このことは、今後のサービス供給に影響を与える。

山都町の社会資源の状況を見ると、入所系施設が中心となっており、アウトリーチ系のサービスや、在宅で利用できるサービスが少ない。このことは、介護保険制度のジレンマとでもいふべき現象であり、人口密度が低くサービス需要が低い地域では、供給が少ないという市場の原理が働いている。逆に、土地が安く、遊休地も多いため、初期費用を抑えられる入所施設は供給されやすい。町内で、訪問介護サービスを提供している事業者は、JA、社会福祉協議会、社会福祉法人など非営利組織が中心となっており、株式会社などの営利組織は参入しにくい状況とみられる。

町の日常生活圏域は3つに分かれているが、病院による往診、訪問看護、などの介護サービス資源などの圏域間でのアンバランスがみられる。

(7) 要介護認定率について

また、要介護認定2が熊本県、熊本市より高くなっており、要介護認定率のバランスを見ると、やや軽度の認定が多い傾向にある。社会資源の面からみると、居宅サービス系の資源よりも、入所サービス系の資源が充実しており、サービスニーズとサービス供給のバランスが不均衡になっている傾向がある。

8. まとめ

本研究は、中山間地域に立地する人口一万人以下の町村における地域包括ケアの課題について、一つの自治体を取り上げ、地域の実態を詳細にみることよっての課題を明らかにした。

第一に、地域包括ケアの事業目的であり、住民の願いでもある「住み慣れた地域に住み続けたい」という目標を達成するためには、地域におけるアウトリーチ型のサービスが不可欠である。介護保険は、導入当初から選択の自由と市場によるサービスの供給を提唱している。しかし、当然の結果として、土地が入手しやすく、アウトリーチ型のサービス提供が非効率な地域では、入所型の施設サービスに偏重したサービス供給が起こっていると考察された。このことは、サービスコストを押し上げ、保険料を上げて、高齢者の生活を圧迫する結果になっている。市場による社会資源の供給では、地域で望まれるケアを提供することが不可能であるならば、行政の介入によって、必要なサービスの提供を進めていくことが必要である。これについては、地域住民がニーズを表明することや、現場のケアワーカーやソーシャルワーカーによるアドボカーション、行政的的確な判断が求められる。

第二に、要介護認定率は、重度認定率と軽度認定率のバランスでみると、要介護2が熊本県全体や熊本市に比較して多い。山都町で比較的充実している入所施設に入るには要介護3以上のレベルとなる必要がある。したがって、要介護2と認定されている場合は、在宅でのケアを中心とした介護プランとなる。小規模多機能型居宅介護事業所、グループホーム、訪問介護といった在宅系のサービスを充実して、要介護2レベルのケアを充実する必要がある。

第三に、市場におけるサービスが困難な地域において、JAや社会福祉協議会、社会福祉法人といった非営利の組織が、アウトリーチ型のサービスの供給を担っている点は注目に値する。介護保険制度は、社会福祉サービスの供給に市場性を導入し、市場で供給主体が競争することによってよりよいサービスが生まれ、かつ選択されることを想定した[佐橋克彦 2002]。山都町のように人口密度が低く、サービスの提供に時間がかかる場所では、在宅系、アウトリーチ系のサービスが提供されにくい状況である。医療は、主に公立病院が中心となっている。他方、介護サービスに関しては、社会福祉協議会、JA、社会福祉法人といった営利を追求することを第一義的な目的としない主体が必要なサービスを担っている。このような現象は、アメリカ大都市における人口減少地域において、非営利組織や協同組合が必要なサービスを提供している状況と共通する[仁科 2019]。しかし、非営利組織も一定のコストや人件費は必要であり、この下ざさえをしつつ、中山間地域などでのサービス供給主体として非営利組織を生み出し、育てるような社会環境を整備していくことが行政に求められている。

第四に、圏域の設定とサービス提供についての考察は次のとおりである。町全域を含む広域レベルでの地域包括支援センターサービス圏域、日常生活圏レベル、集落、近隣地域レベルを目的に応じて使い分ける重層的な圏域設定は、介護予防事業としてのエゴマづくりや健康活動に関しては有効に働いている。また、日常生活圏における町と社会福祉協議会の連携による地域密着型の事業展開も、三町合併のデメリットをカバーして有効に機能している。

第五にエゴマや野菜づくり事業は、補助金の獲得、実施計画は行政が担当し、住民は長年の経験で得意とする農産物の生産を担い、社会福祉協議会が支援し、道の駅で販売するという連携と役割分担

が機能している。エゴマづくりの過程では、住民自身がかかわるのは農業生産の場面で、行政は、これらを集荷し、製品化するまでを担っている。2年目には、補助金なしで老人会自らが事業を担うことを表明するなど主体形成がみられる。さらには、また、エゴマの共同生産や「いきいき百歳体操」通して、リーダーシップ、主体形成、社会関係性の構築がみられる。

エゴマづくり事業の成功の背景として、農業を生業としてきた住民が共通に抱える生活課題として、高齢期の経済的な困窮がある。特に単身となって、年金収入が一人分になった際には、生活を維持することが困難な状態である。このニーズを町は的確にとらえて事業展開を実施している。エゴマづくりや、菜園での野菜作りの事業は、住民の経済的困窮に的確に対応している点が優れている。このような取り組みは、他の地域にも汎用性が期待できる。

本研究においては、一自治体のひとつの時期における状況を考察した結果であり、行政による市場の介入の必要性を示唆するには限界がある。今後、政策的な視点に立った広域的な実証研究により、検討を進める必要がある。また、要介護3に移行せず、軽度の要介護状態でとどまっている要因や社会資源との因果関係については、さらなる調査が求められる。

本研究は JSPS 科研費 17H02611 (研究代表者 宮城 孝) の助成を受けて実施したものです。

引用文献

- 細川順正 (1997) 「過疎地域における高齢者の福祉ニーズ 大分県清川村の実態調査から」、『研究所報/大分大学経済研究所』、144-194.
- 小松理佐子 (2016) 「過疎地域における地域包括ケアシステム構築の可能性」『日本福祉大学社会福祉論集』第 134 号 [『日本福祉大学社会福祉論集』第 134 号日本福祉大学社会福祉学部、p.31-47.
- Le Grand, Jullian (1991) “Quasi-Market and Social Policy, *The Economic Journal*”, 101 (408), 1256-67.
- 内閣府 (2019) 『令和元年高齢社会白書』
- 仁科伸子 (2019) 『人口減少社会のコミュニティ・プラクティス』御茶の水書房
- 坂本俊彦 (2016) 「地域包括ケアシステム構築における住民参加の可能性」、『厚生指針 第 63 巻第 7 号、2016 : 14-19.
- 佐橋克彦 (2002) 「わが国の介護サービスにおける準市場の形成とその特異性」『社会福祉学』42 (2)、139-49.
- 竹川俊夫 (2012) 「住民参加でつくる持続可能な地域福祉システム」『過疎地域の戦略』90-100.
- 高尾公夫 (2000) 「高齢者介護支援システムの研究」多賀出版
- 田中きよむ、水谷亮ほか (2013) 『限界集落の生活と地域づくり』晃洋書房
- 山都町 (2018) 『第 7 期高齢者福祉計画・介護保険計画』山都町役場.
- 山都町 (2019) 『山都町町政総合要覧』山都町役場