HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	社会保障制度改革下の農協高齢者福祉活動に関する実証的研究
Author(s)	大友, 康博
Citation	北海道大学大学院農学研究科邦文紀要, 24(1), 67-112
Issue Date	2001-11-15
Doc URL	http://hdl.handle.net/2115/12199
Type	bulletin (article)
File Information	24(1)_p67-112.pdf

Instructions for use

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

北大農邦文紀要 24(1)：67～112，2001

社会保障制度改革下の農協高齢者福祉活動に関する実証的研究*

大 友 康 博
（北海道大学大学院農学研究科　農業経済学講座**）

Study on Social Services for Elderly by Agricultural Cooperatives in the Reform of Social Security System in Japan

Yasuhiro OTOMO
(Agricultural Economics, Graduate School of Agriculture, Hokkaido University)

目　　次

第Ⅰ章　序論…… 67
A．問題意識…… 67
B．既存研究の整理…… 68
C．課題の設定と論文構成…… 69
第Ⅱ章　社会保障制度改革下における農協高齢者福祉活動の意義…… 70
A．本章の課題…… 70
B．医療保険制度改革の方向と医療機関の経営行動…… 70
C．介護保険制度と高齢者福祉サービス供給機関の経営行動…… 72
D．小括…… 75
第Ⅲ章　農村部における高齢者福祉問題と農協高齢者福祉活動の意義…… 76
A．本章の課題…… 76
B．農村部における高齢化，医療，福祉サービス供給基盤の整備状況…… 77
C．農村部の生活実態と福祉課題：北海道栗山町を対象に…… 79
D．小括…… 86
第Ⅳ章　農協高齢者福祉活動の現状と課題：福島県を事例として…… 87
A．本章の課題…… 87
B．福島県における農協高齢者福祉活動の特徴…… 87
C．行政，社協との連携による高齢者福祉活動の現状…… 88
D．高齢者福祉事業の現状…… 92
E．小括…… 95
F．補節　県中央会，県連合会の高齢者福祉事業…… 95
第Ⅴ章　担い手の視点による農協高齢者福祉活動の課題…… 99
A．本章の課題…… 99
B．農協高齢者福祉活動推進の批判的検討… 99
C．農協高齢者福祉活動の担い手の構造と生活実態…… 100
D．担い手からみた農協高齢者福祉活動の現実…… 102
E．農協高齢者福祉活動による教育効果と新たな活動の萌芽…… 105
F．小括…… 106
第Ⅵ章　社会保障制度改革下における農協高齢者福祉活動の展望…… 106
A．各章の要約…… 106
B．農協高齢者福祉活動の展望…… 107
引用・参考文献…… 109

第Ⅰ章　序　　論

A．問題意識

わが国の社会保障制度は1998年の介護保険法の成立にみられるように，変革期にある。この変革の背景には家庭や地域の持つ扶養能力の低下，社会福祉に対する国民の意識の高まり等により，福祉ニー

＊　北海道大学博士論文（2000），博士（農学），Doctoral thesis submitted to the Graduate School of Agriculture, Hokkaido University(2000)

＊＊　現在の所属：社団法人農協共済総合研究所

ドが多様化，個別化し，従来の画一的なサービス供給体制では十分に対応していくことが困難になっていることもあげられるが，それと同時に国の社会保障制度全体に対する財政支出の抑制という目的達成が背後にあることを見過ごしてはならない。

国は社会保障制度の見直しの試金石として，高齢者福祉制度を大幅に見直し，利用者の応益負担，営利法人を含めた法人一般にサービス供給主体になることを認めた規制緩和，供給主体の選択を利用者の自己責任に委ねるという，介護保険法を成立させた。

介護保険においては，40歳以上の国民から保険料を徴収することとしたために，国の財政負担は現行の高齢者福祉に対する2分の1に対し，介護保険では4分の1まで減らすことができる。また，規制緩和により公的部門に替えて多様な供給主体を参入させることにより，国や自治体はサービス基盤投資，運用経費を節約できるというメリットが生ずる。例えば，国は厚生省・介護保険制度実施推進本部『全国介護保険担当課長会議資料NO. 8『民間活力の活用について』の中で，「介護基盤に対する住民の期待に応えるために，民間活力の活用による在宅サービス基盤整備が重要な役割を持つとし，民間活力の活用により競争原理の導入によるサービスの質の向上，コストの効率化が図られることが期待される」[1]としている。

国はモデル事業を利用しながら，積極的に民間企業，農協，生協，住民参加型非営利組織等を在宅サービス供給体として，動員しつつある。農協についてみれば，厚生省・介護保険制度実施推進本部『全国介護保険担当課長会議資料NO. 5介護保険事業計画・基盤整備について』の中で「農村地域等において介護サービスの基盤整備を推進するためには身近な協同事業組織である農業協同組合等による在宅サービスの取組を推進することが重要である」[2]として農協を農村地域の介護サービス供給体として明確に位置づけている。

農協系統は全国農業協同組合中央会(以下，全中)が中心となり，国の高齢者福祉政策である新高齢者保健福祉十ヵ年戦略（新ゴールドプラン）策定と同時期の1993年農協法改正と同時に，高齢者福祉活動を全国一斉に推進している。介護保険に関しても，ホームヘルプサービス，デイサービスなどの介護給付対象となる在宅サービス供給を農協の新たな事業として位置づけようとしている。

しかし，このように全国の多くの農協において展開されている高齢者福祉活動が政策にただ従って在宅サービス供給基盤となることが，果して農協経営，組合員，地域住民にとって意義があることなのかということである。確かに組合員には高齢者福祉，介護サービスの顕在化，潜在化したニードが存在しえ，組合員のニードに基づいた活動，事業を展開することが使命である農協が高齢者福祉活動，事業を展開することは意義があるといえよう。しかし，必ずしも組合員のニードに応えない介護保険制度に盲従することは使命に反することであり，介護保険制度を批判し，改革する立場で活動，事業を推進していく必要があると考える。

B．既存研究の整理

農協高齢者福祉活動に関する既存研究の整理を行う前に，活動の契機となる農村における高齢者福祉問題に関する研究について触れておく。

農村の高齢化によって生ずる農村の高齢者福祉問題では田端[3]（1972）が採り上げられる。田端はまず第1に日本の高齢者は経済成長政策過程で国の福祉政策の立ち遅れにより取り残された階層として放置されてきたとし，国の政策を批判している。次に国勢調査データ分析を基にして関東臨海・近畿臨海など生産性の高い地帯では老齢人口比率が低く，生産性の低い農村地帯では老齢人口比率が高いことを挙げて，高齢者問題は地域的問題であると指摘した。そして具体的な福祉サービスとして，老人ホームなどの施設福祉も大切ではあるが家族とともに，地域社会のなかで生活しつづけられる在宅福祉の重要性，それを支えるヘルパー(当時は老人家庭奉仕員)の充実を訴えている。

さらに田端[4]（1982）は地域の社会福祉計画に対する住民参加が，行政から住民に要請された行政主導型住民参加形式となっていること，住民自身も行政依存体質という問題があることを指摘した。また田端[5]（1984）は施設福祉から在宅福祉への転換が本来の目的から離れて，わが国では福祉費用の削減になるという観点から注目されていること，その在宅福祉サービスは農村においても多様なメニューが供給されつつあるが，相互の連携がないこと，地域特性に基づいて計画，立案実施されているとして福祉政策に批判を加えている。

このように，田端は国の福祉政策を批判的に捉え，地域福祉論の観点から農村の高齢者福祉問題を分析

した。しかし，田端の一連の研究においては，農村の高齢者福祉サービスの担い手は行政や社協を想定しており，農協がその担い手になることは想定していない。

農協高齢者福祉活動に関する既存研究は以下のとおりである。

木村[6]（1985）は北海道名寄市を事例として，地域農業を支える高齢農家に対する農協の役割を論じている。しかし，その役割は高齢農家に対する営農支援と高齢者の蓄積した営農，生活技術・知識を世代間で交流する学習会，高齢者向けの購買活動の展開，商品の開発，除雪といった自立高齢者を対象とする福祉サービス供給があげられており，要介護高齢者に対する介護サービス供給については触れられていない。

蟻塚[7]（1986）は農村における要介護高齢者が増加する傾向にあり，その受け皿となる福祉施設は臨調・行革路線で抑制されており，農家世帯の家族介護力が期待できないとした。そこで，蟻塚は農協には組合員の生活問題を主導的に取り組む運動体としての役割があり，要介護高齢者向けの福祉活動に取り組む必要があるとして，農協を介護サービス供給主体として位置づけた。さらに，蟻塚[8]（1992）は，1989年の国のゴールドプランをうけて，その実現のために農協の高齢者福祉活動はさらなる進展が必要であるとした。

1992年農協法改正以降，農協高齢者福祉活動が全国的に展開されてから，実態調査に基づいた研究がみられるようになった。柄澤・三本松[9]（1993），佐藤[10]（1993）そして横川・坪井[11]（1995）の研究があるが，3者に共通して，農協が単独で組合員の福祉ニードに応える高齢者福祉サービスを供給することは現実的ではなく，行政，社協，厚生連病院との連携，あるいは生協との連携により実施すべきであるとしている。

最後に，介護保険制度と農協高齢者福祉活動の展開に関する研究は蟻塚[12]（1999），村田[13]（1998）がある。蟻塚[12]（1999）には介護保険制度に対する批判はみられず，いわば容認の立場をとっている。そして農協を含めた協同組合は，介護保険制度を契機にして事業化はともかくとして，介護保険事業計画への参入，学習などの体制準備が望まれるとしている。

一方村田[13]（1998）は，介護保険制度が，必ずしも介護の社会化を実現するものではない等，批判する立場をとっている。また，介護保険制度において農協は福祉市場化戦略の単なる担い手としてではなく，地域福祉活動・事業のあくまで一環として介護保険サービスを位置づけ，地域における介護保障の担い手となることが望まれるとしている。

しかし，既存の農協高齢者福祉活動に関する研究のほとんどは，農協を高齢者福祉サービスの供給体として位置づけており，組合員の利益を守るという協同組合本来の視点が欠けている。介護保険制度施行に向けてサービス供給は市場原理に委ねられる状況にあり，利用者は自己責任においてサービスを選択，消費することが要請されようとしている。従って利用者の利益保護の必要性が高まることが予想され，農協は福祉サービスを消費する組合員の利益を保護する，サービス需要体としても位置づけられる必要がある。

さらに，農協は事業体と同時に運動体という性格を持つ。農協がサービス供給体として位置づけられるならば，地域の福祉計画への参加，参画なしには進めることはできない。サービス需要体として位置づけられるならば，サービスの消費者である組合員の福祉ニードを反映した保健，医療，福祉政策を国や自治体に要請や提言することが求められる。このように農協は参加，提言といった政治的活動が要請され，運動体として位置づけられる必要がある。

本論文では農協高齢者福祉活動をサービス供給，需要そして運動の3つの側面から捉える。

C．課題の設定と論文構成

本論文の課題は第1に社会保障制度改革のうち，高齢者福祉に関係がある医療保険制度改革の方向と介護保険制度について，その問題点を事例を用いながら明らかにする。第2に現行の農協高齢者福祉活動の意義，問題点を事例を用いて明らかにする。そして第3に社会保障制度改革下の農協高齢者福祉活動の展開方向を示すことである。

本論文の構成は以下のとおりである。

第II章は，医療保険制度改革と介護保険制度によって供給側，需要側に生ずる問題を考察する。2000年以降に施行予定の医療保険制度改革がその目標の1つとして掲げている長期入院の是正，介護保険制度の認定審査によって生ずる特別養護老人ホーム（以下，特養ホーム）からの退所者問題そして認定審査，ケアプラン策定，サービス供給を同一の法人が関与できることによる介護サービスの独占の問題等について事例に基づいて考察する。そして，制度

改革下における農協高齢者福祉活動の意義について考察する。

第Ⅲ章は，農村における高齢者の生活実態と福祉課題を明らかにする。農村部は都市部に比較して少子高齢化が進展し，介護負担が高まること，そしてそのような地域であるにも関わらず，医療，福祉サービス供給基盤が不足していることを統計分析と北海道栗山町を事例にして，その実態を明らかにする。そして，農村部の農協高齢者福祉活動の意義について考察する。

第Ⅳ章は，現行の農協高齢者福祉活動の事例を通じて，その活動の意義，問題点を明らかにする。事例は主に福島県における農協高齢者福祉活動を用いる。その理由として，1992年農協法改正前，全中が全国一斉推進する前から主体的に高齢者福祉活動を展開してきたこと，高齢者福祉の施設福祉，在宅福祉両方の活動事例が存在すること，そして農協の事業として展開している事例が存在するからである。

第Ⅴ章は農協高齢者福祉活動の担い手の分析を行う。担い手の属性，個人生活と高齢者福祉活動の両立，担い手からみた農協高齢者福祉活動の課題を析出する。

第Ⅵ章は全体の要約及び結論とする。

第II章　社会保障制度改革下における農協高齢者福祉活動の意義

A．本章の課題

1998年の児童福祉法改正，介護保険法の成立を皮切りに，社会福祉基礎構造改革，医療保険制度改革，年金制度改革など，わが国の社会保障制度は変革期に入っている。これら改革のキーワードは財政支出の抑制，利用者の応益負担，経営・利用の自己責任，民間活用，規制緩和，市場原理の導入である。この改革により，供給側，利用側の双方に様々な影響を与えることが予想されている。

現在，農協が農村部の介護サービス供給体として政策的に位置づけられ，高齢者福祉活動が推進されている。しかし，改革を批判的に捉え，改革に伴う影響を考慮せずして受動的に単なるサービス供給体としての活動を展開していくだけでは，農協が組合員の利益を保護するという目的を達成しえないという危惧がある。

本章は，社会保障制度改革のなかで，高齢者福祉と密接な関係がある，医療保険制度改革と介護保険制度に絞って，制度改革下で予想しうる医療，福祉サービス供給機関の経営行動の課題を明らかにする。さらに，そのような状況下の農協高齢者福祉活動の意義について考察する。

表1−1　要介護高齢者　施設別分布（1993年推計値）

（単位：万人）

	寝たきり	痴呆性	虚弱	合計
在宅	46.8	5.0	87.0	138.8
特別養護老人ホーム	12.7	2.5	3.6	18.7
養護老人ホーム	0.4	0.6	5.2	6.2
軽費老人ホーム	0.0	0.0	1.7	1.7
有料老人ホーム	0.1	0.3	0.4	0.8
老人保健施設	2.2	1.6	2.1	6.0
病院	27.7	0.0	0.0	27.7
合　計	90.0	10.0	100.0	200.0

注）小塩隆士『社会保障の経済学』日本評論社1998年，174ページより引用

表1−1は要介護者の施設別分布状況を示したものである。この表をみると，わが国の要介護者は特養ホームや老人保健施設などの施設入所者の数が少なく，在宅または病院へ長期入院している者が多いことが理解できる。この要因として，高齢者福祉基盤が未整備であるために，病院を福祉施設の代替としていることが考えられる。また，独居高齢者など，退院できる身体状態であっても介護者がいない等の事情により，長期入院をせざるを得ないということも考えられる。いずれにせよ，わが国では病院が1つの高齢者福祉施設として利用されており，このことが社会的入院として社会問題化すると同時に，現在，医療費を上げる1つの要因とされて，是正されようとしているのである。

医療保険制度改革は，退院の促進により長期入院を減らし，福祉施設や在宅へ移行させることにより医療費を低下させ，制度を維持することが企図されている。介護保険制度は要介護認定により保険給付額に上限を設け，さらに供給可能なサービス量，種類を限定することで結果的に施設から在宅へ移行させる作用を持っている。しかし，このことが医療福祉サービス供給機関の経営そして利用者に様々な課題を与え，それらに起因する社会問題を発生させる可能性を持っている。

B．医療保険制度改革の方向と医療機関の経営行動

a．医療保険制度改革の方向と医療機関の経営に与える影響

厚生省の「21世紀の医療保険制度（案）」[*1]によれ

ば，急速な高齢化の進展，医療の高度化により医療費が拡大するなかで，経済成長の停滞ないし低下により国民皆保険制度は危機に瀕しており，この制度を存続させるためには医療費の適正化が必要であるとしている。医療費適正化の具体策として薬価，診療報酬の見直し，そして社会的入院の是正が採り上げられている。

現行の医療保険制度において，特に問題となっている医療保険収支の赤字を是正するためには，一般財源からの補塡が見込めないとすれば，保険料の引き上げ，窓口での自己負担割合の引き上げ等による収入の増加か支出の削減(薬価，診療報酬の改定等)が考えられるが，いずれにせよ利用者，医療機関に負担を与え*2，その行動に影響を与える。

例えば自己負担割合の引き上げは利用者に直接負担を与え，利用者は医療機関を利用しないという行動を選択することで負担を軽減しようとする。その結果，医療機関の収入が減じることになる。1997年9月に健康保険法の1部改正が施行され，被保険者本人負担を1割から2割に増加する等*3，利用者に負担を与えることになった。

このような健康保険法改正前後の医療機関経営への影響を1医療機関の事例からみてみる。表1−2は北海道東部の帯広市にある，帯広厚生病院の健康保険法改正前後の患者数，収入を比較したものである。帯広厚生病院では外来新患者数2.9%，外来患者数1.3%の減少，収入全体をみると0.7%減少となった。

一方，薬価基準，診療報酬の改定は経営へ直接影響を与える。1998年4月に−1.3%の診療報酬改定，薬価基準改定が行われた。今回の診療報酬改定は一般病院における長期入院の是正に重きがおかれており，平均在院日数が短いほど入院時医学管理料を高く，長いほど低く設定するなど，在院日数の長い入院患者が多い病院の経営面に影響が出やすいものであった*4。また，薬価基準の改定により，いわゆる薬価差益が減少し，これも経営に影響を与えることになった。表1−3は帯広厚生病院の薬価基準，診療報酬改定前後の患者数，収入を比較したものである。入院時医学管理料の減少は見られなかったものの，入院診療報酬が2.0%減少し，収入全体は0.1%の増加に留まった*5。

向によれば，医療保険制度改革は長期入院の是正の方向にあり，今後一般病院は在院日数14日以内の急性期医療か介護福祉分野を含めた慢性期医療のどちらかを選択せざるを得ない方向に導くとしている*6。病院が前者を選択すれば，在院日数の短縮，すなわち退院の促進を図ることが予想される。

しかし，医療機関は，退院の前提として，本人や家族へ十分な説明をし，退院後の在宅医療，看護福祉サービス供給を何らかの手段によって保障する責任があろう*7。利用者は，自己の利益のみを追求する医療機関の経営行動を監視し，一方的な退院勧告等に対しては何らかの政治的活動が必要とされよう。

b．医療機関の介護福祉分野への進出

一方，医療機関の介護福祉分野への進出は，介護

表1−2　健康保険自己負担率　改定前後の収入比較
(北海道帯広厚生病院)

	改定前 1996年度下期 (A)	改定後 1997年度下期 (B)	増減 (B−A)	増減率
新患数	21,382	20,763	△ 619	△ 2.9
患者数	249,345	246,011	△ 3,343	△ 1.3
延入院患者数	122,271	123,826	1,555	1.3
外来診療収入	2,998,230	2,984,942	△13,288	△ 0.4
入院収入(計)	4,165,068	4,125,562	△39,506	△ 0.9
入院診療収入	2,344,747	2,274,159	△70,588	△ 3.0
入院料収入	1,582,672	1,610,399	27,727	1.8
給食料収入	237,649	241,004	3,355	12.1
収入(計)	7,163,298	7,110,504	△52,794	△ 0.7

注1）北海道帯広厚生病院内部資料より作成
注2）単位：人，千円
注3）増減率＝(1997年度下期−1996年度下期)÷(1996年度下期)×100(%)
注4）収入＝(外来診療収入)＋(入院収入)

表1−3　薬価基準，診療報酬改定前後の収入比較
(北海道帯広厚生病院)

	改定前 1997年度上期 (A)	改定後 1998年度上期 (B)	増減 (B−A)	増減率
新患数	18,185	19,174	989	5.4
患者数	217,405	226,185	8,780	4.0
延入院患者数	104,861	109,530	4,669	4.5
外来診療収入	2,613,584	2,631,799	18,215	0.7
入院収入(計)	3,669,806	3,660,595	△ 9,211	△ 0.3
入院診療収入	2,099,879	1,968,270	△41,609	△ 2.0
入院料収入	1,366,061	1,480,638	114,577	8.4
(医学管理	390,095	420,991	30,896	7.9)
給食料	203,866	211,687	7,821	3.8
収入(計)	6,283,390	6,292,394	9,004	0.1

注1）北海道帯広厚生病院内部資料より作成
注2）単位：人，千円
注3）増減率＝(1998年度上期−1997年度上期)÷(1997年度上期)×100(%)
注4）収入＝(外来診療収入)＋(入院収入)

保険制度により医療機関全てが介護保険指定事業者として「みなし指定」されるなどインセンティブが与えられている*8。例えば，認定審査に必要な「かかりつけ医の意見書」の作成や医師，歯科医師資格所有者は介護支援専門員（ケアマネージャ）試験の一部試験解答免除（60問中，20問解答免除）が認められているなど，医療機関と介護保険との結びつきは緊密である。ケアマネージャとは介護保険制度において，介護認定の基礎となる調査，サービス供給の種類と量を計画するケアプラン作成に携わることのできる職種である。表1−4はケアマネージャ試験の合格者数を示したものであるが，福祉職（社会福祉士，介護福祉士）より医療，看護職（医師，歯科医師，看護婦（士），准看護婦（士））の合格者が多い。このことは，介護保険制度が生活を重視する福祉という立場より，治療を重視する医療，看護の立場によって運用される可能性が高いことを示している。

二木によれば，わが国には私的病院・診療所が設立母体となっている，医療施設と何らかの保健・福祉施設の両方を開設し，保健，医療，福祉サービスを一体的に提供するグループ「保健・医療・福祉複合体」（以下，複合体）が存在しており，介護保険制度はこの複合体経営を有利なものにし，複合体が急増していくとしている*9。

表1−4　第1回介護支援専門員実務研修受講試験合格者　（単位：人，%）

職　種	人　数	構成比
医師	8,889	9.7
歯科医師	1,582	1.7
薬剤師	8,437	9.2
保健婦，保健士	9,452	10.3
助産婦	306	0.3
看護婦（士），准看護婦（士）	30,701	33.5
理学療法士	2,963	3.2
作業療法士	1,471	1.6
社会福祉士	2,619	2.9
介護福祉士	10,288	11.2
視能訓練士	10	0.1
義肢装具士	29	0.1
歯科衛生士	1,352	1.5
あん魔，マッサージ指圧師，鍼師，灸師	1,416	1.5
柔道整復師	861	0.9
栄養士	1,551	1.7
相談援助，介護等業務従事者	9,763	10.6
合　計	91,690	100.0

注）『JA高齢者福祉対策推進情報』21巻，1998年，3ページより引用，原資料：厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室まとめ資料

その理由として，現行制度下においては，訪問看護は医療保険から，ホームヘルプサービスは公費から供給されるために両者を増やすことが可能であるが，介護保険制度下では両者は介護保険から供給されるために，一方が増えれば，一方を減らさなければならなくなり，医療機関，福祉機関間で競合が発生し，その調整のためにコストが必要となる。しかし複合体は両方のサービスを供給できるために，そのコストを削減できるとする。さらにわが国の高齢者は医療への依存が強いために，独立型の福祉施設よりも，病院母体の福祉施設の方が，利用者の安心感が高く，利用者の確保の点で有利となることや，介護保険制度下では経営の自己責任，各機関との競争が予想されており，その際，既に医療保険下である程度，他機関との競争や経営に熟知している複合体の方が，競争がなかった福祉施設と比較して経営能力が高いと考えられることを挙げている。

さらに，複合体の利用者に対するプラス，マイナスの効果を示している。プラス面として複合体は多様な保健，医療福祉サービスを継続的，包括的に供給することで，利用者にとって利便性，安心感を与えることを挙げている。マイナス面としては，複合体が利用者を自己の経営する施設に，「囲い込む」ことで利用者の施設選択の自由を制限したり，医療的ケアが優先され，福祉施設が本来追求するべき福祉ケア（生活ケア）が軽視されてしまう可能性があるなど複合体の持つ負の側面を指摘し，さらに，その対応として行政や医療専門職団体そして市民（団体）による監視が必要であるとしている*10。

制度改革により，医療機関は収益機会を求めて介護福祉分野へ進出することが予想されこれにより，高齢者福祉サービス供給基盤が充実していくことも考えられる。しかし，このことは利用者のニードにあったサービス供給がなされることを必ずしも意味しない。二木が指摘したように，利用者によるサービス監視，サービス供給機関への提言などの政治的活動を展開していく必要がある。

C．介護保険制度と高齢者福祉サービス供給機関の経営行動

介護保険制度に関する問題点は多くの研究者，実務者が言及している。それらは第1に保険料，利用料などサービス給付にかかわる費用の利用者負担の問題と第2にサービス供給の主体，供給量，質などサービス供給の問題の2つに集約できる。本節では，

後者に関して，特に介護認定，ケアプラン策定に伴う問題点について触れる。

a．介護保険制度下の特別養護老人ホームの経営行動

現行の措置制度においては特養ホームは入所者の身体的状態に関わらず一定の措置費を受給することができた。しかし，介護保険施行後は要介護度に応じて介護報酬が異なり，重度のケースほど介護報酬が多くなる。従って，経営という観点からみれば，重度のケースを多く入所させること，自立や軽度と判定された入所者に退所を促す経営行動が要請されるのである。

既に各都道府県において，施設の入退所モデル事業が実施されており，それによって生ずる課題を洗い出す作業が始まっている。表1−5は北海道で実施された特養ホーム入退所計画実践モデル事業の退所ケースを示したものである*11。事例の特養ホームの定員は50名であり，その約1割である6ケースがモデル事業対象者として選定された。6ケースの選定にあたっては，介護保険を意識し，身体の状態をみて，自立していると判定されるケースが選定されている。実際，今回の事業ではMさんのように，痴呆の程度が中程度であっても，身体状況が良ければ退所対象と選定されている。ただし，今回は本人の意向や家庭の事情，受入れ先の状況等を勘案して，Mさんを含めて3ケースは退所計画，実践の対象から外されている。介護保険施行後は，このような配慮は保障されない。

次に退所計画，実践の対象となった3ケースについてみてみる。Kさんのように偶然夫婦と同じ施設に入所できた場合は，本人にとっても退所は満足する結果となった。

Aさんの場合は，1人暮らし生活となるため，社会での自立生活のためのリハビリメニューが必要とされ，実施された*12。問題はこのようなリハビリにかかる様々なコストを誰が負担するのかということである。今回のモデル事業では本人と施設職員がそのコストを負担したといえるが，もし，本人や家族が全て負担することになれば新たな介護問題を発生させることにつながろう。

施設福祉サービスにかわって在宅介護サービスを供給するという，Wさんのケースは介護保険施行後は多く出現するケースであろう。今回はモデル事業ということもあって各機関との連携が十分にとれており，様々な在宅介護サービスを利用することができている。具体的には16日間にホームヘルプサービス滞在型（2時間5回），24時間巡回型（10回）ショートステイ1回，デイサービス2回，訪問看護3回，さらに授産施設に訪問して料理や軽作業を行うなど生きがいや，生活自立を目的としたメニューも実施された。

しかし，介護保険施行後はこのようなサービスを利用できる保障はない。第1に地域によっては，これらのサービスを供給する主体がない場合が考えられる。第2に，例え供給体が存在したとしても多種多様なサービスについて熟知し，各供給体の利害を調整できる能力を持ったケアマネージャや調整機構が必要である。第3に本人の所得や資産がサービス利用料の自己負担分を賄えるほど十分でなければならない。賄えない場合は，サービスを利用するために生活を切り詰めるか，サービスの利用を必要最低限に絞る，という選択を迫られるのことになろう。

そして何より最大の課題は，施設から在宅への移行に伴う，本人と家族に与える身体的精神的な影響である。Wさんは最終的には家族からの意向（家族の介護負担が高まったこと，在宅生活に対する他出家族からの反対）そして本人の身体的，精神的負担により，再度施設に入所することになったのである。すなわち施設から在宅へのシフトは例え在宅介護サービスが充実していたとしても，それだけでは本人や家族に経済的，身体的，精神的なコストを負担させるものであるといえ，そのようなコストを本人，家族負担から社会的負担に移行させ，分散を図る必要があるといえる。

介護保険制度後は特養ホームを安定経営するためには，収益確保という観点から，要介護度の高い高齢者を入所させ，自立度の高い高齢者を退所させるという行動が要請されるであろう。しかし，施設から在宅へのシフトは施設は勿論，本人そして家族へ様々なコストを負担させる。そのコストを分散させるために，施設は行政，在宅福祉サービス供給体など関連機関との連携が必要であるといえる*13。

b．高齢者福祉サービス供給の独占を許す介護保険制度の構造

図1−1は介護保険制度における，申請からサービス利用までの流れを示したものである。申請からサービス利用までには，大きく(1)訪問調査，かかりつけ医の診断(2)介護認定(3)ケアプランの策定(4)サー

表1−5　特別養護老人ホーム入退所計画実践モデル事業における退所対象者の状況

(1)　退所計画策定，実践対象とならなかったケース

	Hさん	Mさん	Tさん
性別・年齢	男性　77歳	女性　80歳	女性　77歳
持ち家の有無	なし	なし	なし
ADL	概ね自立	概ね自立	自立
痴呆の程度	知的障害あり	中程度	軽症
選定理由	知的障害あるも，身体的には自立している。	十分な働きかけがあれば自立度は高いと思われる。	記銘力障害あるが身体的には自立している。
入退所計画実践の対象にならなかった理由	養護ホーム等では知的障害者が環境に馴染むことが難しい。	ADLが自立していても密度の濃い精神的なケアが必要。養護ホームでの集団生活は困難である。	家族と相談したところ3年待機してようやく入所できたこと等から承諾できない旨の返答あり。

(2)　退所計画策定，実践対象となったケース

	Aさん	Kさん	Wさん
性別・年齢	男性　66歳	男性　82歳	女性　63歳
持ち家の有無	なし	あり	なし
ADL	自立	概ね自立	自立
痴呆の程度	軽度知的障害あり	軽症	境界
選定理由	介護認定すれば，ほぼ自立と認定される。	介護認定すればほぼ自立。	年齢的にも若く，介護認定すれば特養ホーム入所対象外と思われる
入退所計画実践の概要	本人の社会経験，収入等を勘案し精神障害者の生活寮入寮を検討。1人生活を想定したリハビリを実施。	養護ホームへの入所を検討。現在入院している婦人も養護ホームと併設の特養ホームに入所して，夫婦同じ屋根の下で生活できるように検討。	16日間在宅福祉サービスを実行。 ホームヘルプサービス 滞在型（2時間5回） 24時間巡回型10回。 ショートステイ1回 デイサービス2回 訪問看護3回 その他ナイトケア，授産施設での軽作業等。
実践の評価	生活する上で必要とされるリハビリの広域さと社会生活と施設生活の違いを痛感した。	対象者にとって，より良い生活環境が整えられ，精神的にも満足して頂くことが事業計画実践の上で最も考慮すべきポイントであることが明らかとなった。	家族の意向（介護者の負担増，家族の中での反対意見，本人の疲労介護保険施行後も今回と同じサービスを使えるのか不安）により，再入所。

注）北海道保健福祉部・特別養護老人ホーム帯広けいせい苑
『特別養護老人ホーム入退所計画実践試行的事業実践報告書』1998年3月より
筆者が一部要約して作成。

ビスの供給の4つの過程が存在する。どの過程も利用者に対するサービス供給量，種類を規定する役割をもっており，この過程が特定の法人に独占されれば利用者の効用が著しく損なわれる可能性が高い。

訪問調査は市町村または一定の介護支援専門員を保有する法人，介護支援事業者に委託できる*14。調

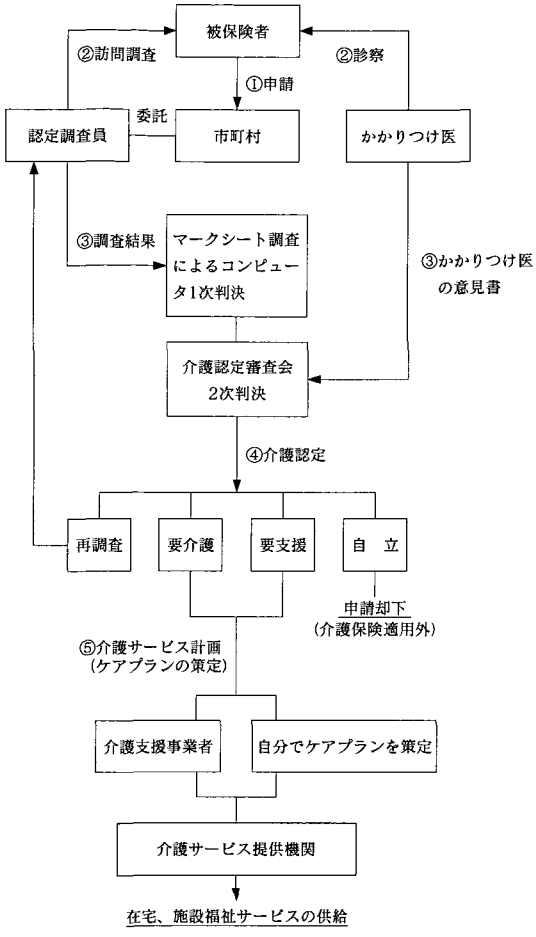

図1−1　介護保険制度　申請〜要介護認定〜サービス供給までのフロー

査員は申請者の心身状態を調査し，その結果はコンピュータ処理され，１次判定が下される。この１次判定結果とかかりつけ医師の診断書を基に，介護認定審査委員会により介護認定（２次判定）が行われる。審査員は判定に際して，必要に応じて調査員やかかりつけ医師を委員会に招集して意見を聴取することができるが，基本的には書類のみで要介護度を判定することになる。従って調査，診断の精度が要介護度を規定しており，調査，診断が不正に行われていれば，誤った判定を下す可能性が高い。

次に介護認定により，要介護度が判定され，介護給付額が決定する。この介護給付額の範囲でサービス量，種類を選択する。また，サービス供給機関を選択することができる。この過程はケアプランの策定といわれ，申請者自身が自分の意思に従って策定することが認められている。これが介護保険が利用者本位の制度として喧伝される部分である。

しかし，現実には申請者本人がケアプランを策定して，サービスを受給するケースは多くないものと考えられる。サービス量，種類，提供機関，単価等を把握，熟知している申請者は稀であるからである。従って，多くの申請者は介護支援専門員にケアプランの策定を依頼することになろう。その介護支援専門員の多くはサービス供給機関に所属しておりケアプランに基づいたサービス供給は，介護支援専門員の所属する機関から供給される可能性が高い。すなわち，申請者自身がサービス量，種類，提供機関などサービスに関する知識，情報を持ち，自分の意思でサービスを受給したという主体的な意識を持たない限り介護支援専門員によって，申請者の意思を反映しない，介護支援専門員やその所属される機関の意思を反映したケアプラン，サービス供給が行われる可能性がある。

介護保険法上では，調査の不正報告，サービス供給機関の虚偽報告等に関しては指定の取消し等の罰則があるものの，特定の法人によるサービス供給の独占を防いだり，また独占による利用者の利益侵害を防ぐ規定はない。介護保険制度では訪問調査，ケアプランの策定，サービス供給を市町村が他の法人に委託することを認めており，特定の法人がこの３つの全ての過程を委託できないようにする規定は存在しない。介護認定審査会の委員はその地域の保健医療機関，福祉機関より委任されるが，その中には訪問調査，ケアプラン策定，サービス供給を委託している法人の代表が委任される可能性がある。すなわち，理論的には，介護給付に関わる全ての過程を特定の法人が独占することが可能である。

一方，独占による弊害を監視する公的な制度は現段階では確立されていない。民間では市民オンブズマンによる福祉サービスの質に関する監視が一部地域で行われているが，特定の施設サービスなどを対象とし，その地域全てのサービスを監視することは行われていない。

D．小　　括

医療保険改革，介護保険制度は事例にみるように，医療，福祉機関が利用者より自己の利益を優先する経営行動を選択したとすれば，利用者の利益が大きく損なわれる可能性を持った制度改革であるといえる。農協高齢者福祉活動は，このような制度改革の

持つ問題を認識したうえで，組合員の利益を損なわないように留意をして，サービス供給体となることが求められる。

そして，サービス供給のみではなく，制度改革によって必要とされる組合員の利益保護を目的とする保健，医療，福祉に関する知識，情報収集，監視といった需要体としての活動，そして組合員の利益保護のための公的な制度，施策を早急に確立するよう国に対して要求する制度を運動体としての活動も必要とされているといえる。

注)

1．厚生省の医療保険制度改革案については，インターネット参照。
http://www. mhw. go. jp/topics/iryo-ho/kaikaku/html

2．日本の医療保険制度の分析については小塩[14]，池上・J.C キャンベル[15] を参照。

3．97年9月の健康保険の一部改正等については，インターネット参照。
http://www. mhw. go. jp/search/docj/topics/kenpo/tp0624-1. html

4．向[16] 31～33ページ参照。

5．この時期は外来新患者数5.4%，外来患者数4.0%の増加が見られる。この点について，病院側の説明によれば，健康保険法改正後の外来患者数減少に歯止めをかけるために外来患者に対し病院側への要望調査を行い，その結果不満の多かった待ち時間を短縮させる等の経営努力の成果であるとしている。

6．向[16] 34～38ページ参照。

7．事例とした帯広厚生病院は救命救急センター建設に約80億を投資，人口約36万人の北海道東部十勝地域のセンター病院となる方向を模索中である。救命救急センター稼働後は24時間体制で医師，看護スタッフを配置しなければならず，人件費等の追加投資が必要とされる。先に触れたように，医療経営の収入環境が厳しくなる中で，今後ますます収益管理が求められ，在院日数を短縮する経営行動，具体的には入院者の早期退院を図る必要に迫られよう。同病院では，24時間対応の訪問看護ステーションを併設しており，退院して自宅療養となった患者に対しケアをある程度保障する体制を備えている。

8．介護保険法71条を参照。

9．二木[17] 48～52ページ参照。なお，「保健・医療・福祉複合体」の分析に関しては，二木[18] を参照。また拙稿[19] で北海道帯広市の複合体の現状を明らかにしている。
帯広市では新ゴールドプランが策定された1993年以降，医療機関を母体とした複合体の形成がみられ，1996～1997年にかけて医療機関と併設されるかたちで在宅介護支援センターや老人保健施設，訪問看護ステーションが設立され，1998年現在，10ケースの複合体が形成されている。

10．二木[17] 55～56ページ参照。

11．北海道における特別養護老人ホーム入退所計画実践のモデル事業については，北海道保健福祉部・特別養護老人ホーム帯広けいせい苑[20] を参照。

12．例えば，煙草の自己管理と火の元の確認，着替えを自分で用意して風呂に1人で入る自分で洗濯機を使って洗濯し自分で干す，1人で商店まで行き，自分で欲しいものを，お金を自分で払って購入する等，社会生活への復帰の為のメニューである。本人の努力も相当であるが，施設職員の努力を評価したい。詳細は北海道他[20] 21～27ページ参照。

13．自治省は退所者の新たな入所先となる共同住宅建設等に財政支援を実施することを明らかにしている[21]。しかし，財政が逼迫している現在，退所者のための共同住宅を単独で建設し運営できる市町村は限られるであろう。

14．介護保険法27条を参照。

第III章 農村部における高齢者福祉問題と農協高齢者福祉活動の意義

A．本章の課題

1995年の国勢調査によれば，わが国の高齢化率は14.5%となり，高齢社会に到達した。しかし，都市部に比べて，年少人口（0～14歳人口）が少なく老年人口（65歳以上）のが多い農村部は少子高齢化が進展しており，それに伴って生活，福祉問題が顕在化している。

しかし，都市部に比較して農村部おいては医療，福祉サービス供給基盤が充実していないために，健康を害したり，要介護状態となれば本人は勿論，家

族や近隣住民の生活へ影響を及ぼすことが考えられる。さらに，同じ農村部にあっても行政機関，商店，交通ターミナル等が立地する市街地とその周辺部では人口構成は異なり，生活，福祉課題も異なるものと考えられる。例えば，医療，福祉機関をみると，都市部に比較すればその充実度は劣るとはいえ，農村部の市街地には立地している。しかし，周辺部には，経済性の観点から，立地することは少なく，周辺部の住民は市街地に出向くことが当然のこととされていた。医療，福祉機関経営の自己責任を要請する医療保険改革，介護保険制度下においては，ますますこのような傾向を強めることが予想され，周辺部に居住する住民にとっては深刻な影響を与えることが予想される。

本章は都市部，農村部の高齢化の状況，医療，福祉基盤の整備状況を比較した後に，農村部の生活，福祉問題を北海道栗山町を事例にして明らかにする。そして，農村部における高齢者福祉問題に対する農協高齢者福祉活動の意義について考察する。

B．農村部における高齢化，医療，福祉サービス供給基盤の整備状況

a．都市部，農村部の高齢化，要介護高齢者数推計値と介護負担

表2－1は全共連が厚生省の将来推計人口を基に，都市部，農村部の年齢階級別人口，要介護高齢者人口を推計したものである。この推計で定義している都市部，農村部は農林水産省農業統計情報部「農業地域類型の区分」の「平地農業地域」「中間農業地域」「山間農業地域」に該当する市町村を農村部とし，それ以外の地域に該当する市町村を都市部としたものである*1。

都市部，農村部とも年少人口の減少と老年人口（65歳以上人口）の増加が見られる。総人口は農村部においては減少傾向にあり2015年の農村部人口は1995年と比較すると5.3%減少する。都市部も2010年を境にして減少に転ずることが予想されている高齢化率（総人口に占める65歳以上人口）をみると農村部は1995年18.4%，2010年には人口の4分の1に達する。都市部は2005年に農村部の1995年とほぼ同じ18.6%となった後2015年には人口の4分の1に達する。

高齢化が進展するにつれて，要介護高齢者数も増加すると予想される。人数からいえば都市部の方が2～3倍多く予想されている。総人口に占める要介護高齢者の割合は都市部は1995年に1.3%，2015年2.7%となる。農村部は1995年1.9%，2015年2.8%となる。

介護問題を考えた場合，要介護者の人口に比較して介護者の人口が少ないほど介護負担は高いものと考えられる。生産年齢が介護者であると仮定し，生産年齢人口1万人当たりの要介護高齢者数をみると，1995年都市部では187人に対し，農村部は295人，2015年都市部では371人に対し485人と農村部の方が介護負担が高いと考えられる。

従って，農村部においては介護負担を軽減する福祉サービス供給基盤は必要であり，さらにそれをサポートする医療基盤が必要であるといえる。

b．都市部，農村部の医療，福祉基盤比較

表2－2は，都市部，農村部の医療，福祉基盤を比較したものである。病院，一般診療所数をみると全国平均29.7に対し，都市部105.3，農村部は4.5～8.6と，病院，一般診療所が都市部に集中していることがわかる。人口10万人当たりのベッド数，医師数とも都市部が農村部を上回っている。

一方，福祉基盤は農村部の方が都市部より充実しているように見える。特別養護老人ホームの設置数は都市部の方が多いが，高齢者1万人当たり入所定員数をみると農村部の方が多くなっている。ショートステイ，デイサービスセンターも農村部の方が都市部を上回っている。しかし，このことから単純に農村に福祉基盤が整っているとはいいがたい。その理由として，都市部の地価の問題，施設に対する偏見等により福祉施設が都市部よりもその周辺や農村部に立地してきたことがあげられる。また，施設は農村部に立地していても都市部出身の入所者が多いこともあり，必ずしも農村部の住民にとって，福祉基盤が充実しているとはいえない。しかも，特別養護老人ホームの入所には入所定員の約20%　の希望者が最長13カ月も待機しているという状況にある*2。

さらに，都市部には老人保健法に基づく，医療福祉施設である老人保健施設が医療機関と併設するかたちで立地している。1995年時点，老人保健施設の高齢者1万人当たり入所定員は全国平均59.1人に対して中山間地域では平均54.8人，山間では平均33.3人となっている*3。老人保健施設は通常，病院と併設されている関係上，医療機関が多い都市部に立地する傾向が高くなってしまうのである。

在宅医療を担う訪問看護ステーションの設置数も1995年時点，全国平均0.34に対して都市部が1.16，中山間地域では0.08になっている。また高齢者1万人当たり平均職員数は全国2.42人，都市部2.91人に対して，中山間地域では1.34人になっている*4。

表2−3は北海道における医療，福祉施設の設置状況を示したものである。全国と同様に医療施設の都市部への集中がみられる。全道の病院の70.9%，一般診療所の74.4%，歯科診療所の76.8%，訪問看護ステーションの58.8%，老人保健施設の65.2%が都市部に立地している。一方，福祉施設は，都市部への立地比率が特別養護老人ホームが30.2%，デイサービスセンターが33.5%であり，全国と同様に，医療施設に比較して都市部への集中立地はみられない。

農村部は医療基盤が未だ十分な整備段階ではな

表2−1　都市部，農村部・年齢階級別人口（推計）

			1995年	2000年	2005年	2010年	2015年	増減率
都市部		0〜14歳	15,125	14,196	14,055	14,183	13,908	− 8.0
		15〜64歳	68,170	67,904	66,465	63,915	60,466	−11.3
		65〜 歳	12,896	15,738	18,408	21,198	24,368	88.9
		計	96,316	97,838	98,928	99,295	98,741	2.5
		高齢化率	13.4	16.0	18.6	21.3	24.6	
	要介護老人数	在宅	865	938	1,044	1,187	1,387	60.3
		病院施設	410	585	715	804	863	110
		計	1,275	1,523	1,759	1,991	2,249	76.3
	15〜64歳人口1万人当たり要介護老人数		187	224	264	311	371	98.3
			在宅126	138	157	185	229	81.7
農村部		0〜14歳	4,889	4,405	4,184	4,128	4,031	−17.5
		15〜64歳	18,995	18,515	17,979	17,270	16,155	−14.9
		65〜 歳	5,364	6,133	6,596	6,926	7,512	40.0
		計	29,254	29,053	28,795	28,325	27,698	− 5.3
		高齢化率	18.4	21.1	22.9	24.4	27.1	
	要介護老人数	在宅	370	385	410	442	483	30.5
		病院施設	190	254	292	305	301	58.4
		計	560	639	702	746	785	40.1
	15〜64歳人口1万人当たり要介護老人数		295	345	390	431	485	64.4
			在宅194	207	228	255	298	53.6

注1）全国共済農業協同組合連合会『農村地域における要介護老人人口の将来推計』1998年3月より作成

注2）単位　年齢階級別人口，要介護老人数：千人，高齢化率：%，15〜64歳人口1万人当たり在宅要介護老人数：人

注3）増減率：(2015年の数値)−(1995年の数値)÷(1995年の数値)×100

く，福祉基盤は統計数値上では都市部を上回るものの，特養入所の待機日数にみられるように，必ずしも利用者にとって満足できる状態にはない。ことことが，農村部において入院を必要とする疾病や要介護状態になった場合は，都市部の医療，福祉基盤を利用するという要因の1つになっていると考えられる。しかし，都市部も確実に高齢化の進展がみられ，農村部の不足を補えるほどの医療，福祉基盤を整備することは財政上，医療福祉機関の経営上の問題から相当の困難が予想される。

さらに，介護保険制度，医療保険制度改革下においては以下のような課題を農村部へ与える。

第1に，介護保険制度において，申請時に必要となる「かかりつけ医」の診断書の作成医学的判断が必要とされる介護認定委員会の委員として医師が必要である。しかし，農村部にはこれらの業務を担当する医師が少ない，あるいは皆無な場合が十分想定され，市町村単位で制度を運営する際，大きな障害となる。

第2に，第II章で触れたように，介護保険制度や医療保険制度改革は施設から在宅への移行を促進するために，在宅医療，在宅福祉サービス供給基盤が整備されていない農村部においては退院した本人はもちろん，家族の介護負担を高める結果となる。

C．農村部の生活実態と福祉課題：北海道栗山町を対象に

農村部の生活実態，福祉問題を北海道栗山町の高齢農家を対象とした調査結果により明らかにする*5。栗山町は，北海道の中央部空知支庁の南部に位置する中山間地である。町の東は夕張山系に続く丘陵群，北はクッタリ山系の山地であるが，南西部は平野部がある。総人口は15,634人，65歳以上の人口は3,419人，高齢化率は21.9%で全道平均15.9%を上回る。(1997年10月現在)。

栗山町は行政主導で福祉のまちづくりをおこなっており，1988年の町立介護福祉専門学校の設立，ばらまき型福祉政策の見直し，商店街のバリアフリー化，福祉広報誌「くりやまプレス」による福祉情報広報活動，さらにTV電話を使った在宅福祉相談システム，市民による福祉政策モニター制度の構築などいわば福祉先進地といえる。

a．近隣農家，他出家族の協力による営農と生活の維持

65歳以上の高齢農家には個人差は多少あるもの

表2−2　医療・福祉基盤の地域間比較（1995年・1市町村当たり平均）

(1)　医療基盤

（単位：施設，床，人）

		市町村数	病院・一般診療所数	一般病床数	人口10万人当	医師数(1992年)	人口10万人当
全国		3,255	29.7	466	1,207	67.5	177.1
都市的地域		742	105.3	1,643	1,256	252.3	197.8
農村部	平地農業地域	757	8.6	151	984	17.1	112.2
	中間農業地域	1,022	8.5	143	1,137	14.9	116.4
	山間農業地域	734	4.5	59	939	5.9	89.9

(2)　福祉基盤

（単位：施設，床，人）

		特別養護老人ホーム数	特別養護老人ホーム入所定員数	高齢者1万人当	ショートステイ専用床数	高齢者1万人当	デイサービスセンター数	高齢者1万人当
全国		0.98	67.9	120.6	4.89	8.7	1.21	2.2
都市的地域		2.28	171.8	102.3	11.97	7.1	2.69	1.6
農村部	平地農業地域	0.62	39.8	145.7	3.06	11.2	0.77	2.8
	中間農業地域	0.67	42.6	161.8	3.18	12.0	0.84	3.2
	山間農業地域	0.48	26.9	181.2	2.00	13.5	0.69	4.7

注）栗田明良「中山間地域の高齢者医療・福祉問題」田畑　保編『中山間の定住条件と地域政策』(1999) 日本経済評論社より引用

の，壮年期，青年期の経営者と比較すれば身体能力の低下が認められる。従って農業経営，特に農作業は高齢農家だけで完結するには相当の困難が予想され，外部から何らかの支援が必要である。特に，同居後継者のいない高齢農家の場合は，その必要度は高いものと予想される。

今回の調査では，4戸（農家番号9，12，14，15番）が農作業の一部を外部に委託していた。委託先は農協のほか，近隣農家である。しかしながら，近隣農家も高齢化しており安定した委託先とはいえない。そこで農協などのフォーマルな委託先の充実が考えられるが，農産物の販売価格が低下するなかで，「委託したいが，現在の委託料の水準では頼めない。」（7番農家）という意向もあり，委託料の引き下げないし補助等により負担感を払拭させる施策がない限り，フォーマルな機関による委託の拡大はそれほど見込めない。委託とともに，重要な役割を持つのが，他出世帯員の「手伝い」である。表2−4に示すとおり，同居後継者なし世帯14世帯のうち，9世帯が他出世帯員の「手伝い」があると回答している。具体的な手伝い内容としては，耕起，移植，収穫である。事例地は他出世帯員の居住先からは比較的近距離にあり，このような家族の手伝いを受けやすい環境にあるといえる。事例地では農協や近隣農家と，他出世帯員などの家族により，高齢農家の営農継続が保障されているともいえる。

また，収入を確保し生活を維持するという目的で，農地を賃貸し賃貸料を得ることも高齢農家にとっては重要な生活手段である。8戸（5，6，7，11，13，15，16，17）が近隣農家に賃貸していた。近隣農家の存在が高齢農家の収入をある程度保障しているといえる。さらに賃貸料収入はリタイア後の収入確保手段としても想定されており，この点については後述する。しかし，これも借り手である近隣農家の高齢化や経営上の都合から解約もみられ，安定的な収入確保手段とはいえない。

表2−3　北海道における農業地域類型別医療，福祉施設設置数

地域類型	市町村数	医療施設						福祉施設	
		病院	一般診療所	有床診療所	歯科診療所	訪問看護ST	老健施設	特養ホーム	デイサービスセンター
都市部	20	466	2,414	792	2,057	116	75	73	104
		(23.3)	(120.7)	(39.6)	(133.8)	(5.8)	(3.7)	(3.6)	(5.2)
札幌	—	227	1,133	259	1,026	37	29	29	35
農村部	192	191	828	272	619	81	40	168	206
		(0.9)	(4.3)	(1.4)	(3.2)	(0.4)	(0.2)	(1.7)	(1.1)
平地	55	63	257	96	233	32	16	51	67
		(1.1)	(4.6)	(1.7)	(4.2)	(0.5)	(0.2)	(0.9)	(1.2)
中間地	65	73	302	98	213	33	13	59	74
		(1.1)	(4.6)	(1.5)	(3.2)	(0.5)	(0.2)	(0.9)	(1.1)
山間地	72	55	269	78	173	16	11	58	65
		(0.7)	(3.7)	(1.0)	(2.4)	(0.2)	(0.1)	(0.8)	(0.9)
合　計	212	657	3,242	1,064	2,676	197	115	241	310
		(3.1)	(15.2)	(5.0)	(12.6)	(0.9)	(0.5)	(1.2)	(1.4)

注1）病院，一般診療所，歯科診療所は1995年10月1日現在，訪問看護ステーション，老人保健施設及び特別養護老人ホーム数は1999年7月1日現在，デイサービスセンターは1999年4月1日現在の設置数
注2）有床診療所数は一般診療所数の内数
注3）かっこ内は1市町村平均
注4）農業地域類型は1995年農業センサスによる。
注5）医療施設，福祉施設設置数は以下の資料参照
・病院，一般診療所，歯科診療所
厚生省大臣官房統計情報部・保健社会統計課保健統計室監修『1997年版地域医療基礎統計』財団法人厚生統計協会 1997年5月 PP. 17-20
・訪問看護ステーション，老人保健施設，福祉施設
道新 TODAY 別冊『2000年北海道みんなの介護』北海道新聞社 1999年9月 PP. 181-200

表2－4　農作業の支援状況(営農中で同居後継者なし世帯)

農家番号	作業受託の有無	農作業手伝いの有無	他出世帯員					
			続柄	市町村	続柄	市町村	続柄	市町村
5	×	○	女	岩見沢	女	苫小牧		
6	×	長男○	長男	栗山	次男	岩見沢		
7	×	両者×	長男	札幌	長女	千歳		
8	×	次女○	長男	札幌	次女	由仁	三女	長沼
9	○	長女○	長女	札幌	次女	長沼		
10	×	長女○	長男	東京	長女	札幌		
11	×		長男	栗山				
12	○	長男○	長男	札幌	次男	札幌		
13	×	三者×	長男	札幌	次男	愛知	三男	東京
14	○	長男次女	長男	栗山	長女	千葉	次女	札幌
		三女○	三女	栗山				
15	○							
16	×	長女次女	長男	横浜	長女	北広島	次女	札幌
		三女○	三女	札幌				
17	×		長女	栗山	次女	旭川		
18	×	○	長男	札幌	次男	札幌	女	栗山
							女	長沼

注1）聞き取り調査より作成
注2）出生順が不明の場合，単に「女」「男」と記した。
注3）空欄は回答なし。

このように，高齢農家の農業経営，収入の確保は近隣農家，家族の支援が必要であることがいえ，近隣農家や家族の支援が無くなった場合，高齢農家の営農，生活の維持に影響を与えることが予想される。

b．健康問題と生活への影響

高齢者特に75歳以上の後期高齢者においては，今までの生活習慣，免疫力の低下，身体機能の低下が顕著となり何らかの疾病，機能障害を持つ可能性が高くなる。

今回調査した18戸中，12戸で経営主，妻，家族が疾病，機能障害を持っていた。同居後継者のいる農家では，家族が通院や家事援助を行うことで営農や日常生活への影響をある程度緩和することができる。しかし，同居後継者のいない夫婦世帯や独居世帯では大きな影響を免れえない。そこで，同居後継者のいない高齢農家で，疾病状態にある生活状態をみてみる（表2－5)。

1）経営主に健康上の問題があるケース（12番農家）

12番農家は4.7haの農地を所有，うち2haを水田，残りは休耕し緑肥として燕麦を耕作している。経営主（71歳）は近年，呼吸器障害（気管支及び肺）があり，酸素吸入を必要としている。体を動かすと微熱が出る等のため，農作業は1年間に30日程度，しかも軽作業しかできない状況になった。従って妻（69歳）が1年間150日農業に従事している。しかし，この面積では生活が困難であることから，妻は農外就業として土木関連作業に約6カ月従事している。冬期間は失業手当てを収入としている。しかしながら，公共土木工事の減少，さらに高齢のため求人が減っており，体力的にも困難になってきている。

生活用品の購入は妻が担当し，家事も妻が担当していることから農作業，農外就業そして家事労働と負担が大きくなっている。尚，行政や社協などの福祉サービスは一切利用していないし，要望もない。

このケースは，妻に負担が大きく出ているケースである。農作業に関しては他出家族からの支援があるとのことだが，農外就業，家事労働に関しては妻1人が負担している。近隣農家とは旅行をするなどコミュニケーションが確保されており，妻の精神面のケアに重要な役割を果たしているものと思われる。

2）経営主の妻に健康上の問題があるケース（10番農家）

10番農家は3.3haの農地を所有，ジャガイモ50

表2−5　農村部住民の健康問題と生産，生活への影響

		ケース　1 経営主に健康問題 がある	ケース　2 経営主の妻に健康問題 がある	ケース　3 経営主，妻共に健康問題 がある
経営主及び同居世帯員		経営主(71)　呼吸器疾患 妻(69)	経営主(71)　神経痛 妻(70)　入院(札幌)	経営主(73)　入院 妻(73)　肝機能疾患　義母(96)
他出世帯員		長男(44)札幌 次男(42)札幌	長男(47)東京 長女(一)札幌	長男(37)栗山　長女(43)千葉 次女(42)札幌　三女(41)栗山
農業経営	農地所有 作付 年間農業従事日数	4.7ha 2ha(水稲)残り緑肥 経営主 30日 妻　150日	3.3ha ジャガイモ50a カボチャ30a 経営主 170日 妻　0日	2.8ha 転作小麦2.8ha 経営主 0日(入院前200日) 妻　200日
他出家族との交流の有無		長男：農作業手伝いあり	長女：農作業手伝い，経営主の家事援助，妻の看病	長男，次女，三女：農作業手伝いあり
近隣農家との交流の有無		農作業委託あり 日帰り〜1泊旅行あり	以前は旅行をしていたが，取り止め。交流余りない。	農作業委託あり 除雪の援助あり
健康問題の生産及び生活への影響		経営主は軽作業のみ担当。妻が主体。さらに農外就業(土木)にて家計補助。しかし高齢のため求人減，身体に負担感ずる。 買い物，家事等も妻が担当し，と負担が大きい	妻入院のため労働力不足，作物を時間までに農協に搬出することが困難となり，庭先まで買いにくる業者へ販売。 自炊せず，コンビニ弁当を利用。	夫入院中のため妻が農作業担当，但し健康問題あり軽作業のみ。さらに，義母の世話，家事負担を感ずる。 車の運転ができないため市街地までの買い物に不便を感ずる。

注）聞き取り調査にて作成

a，カボチャ30 a の作付を行っている。

稲作は機械更新時期に，新規投資のメリットを感じなかったため数年前に止めている。経営主(71歳)は1年間170日程度農業従事し，農外就業はない。妻（70歳）が突然疾病のため札幌市内の病院に入院し，独居状態となっている。尚，本人も脚部に神経痛があり月2回札幌市内の病院に通院中である。労働力が減った為，作物を時間までに収穫，運搬することが困難となり，庭先まで買いつけにくる業者に農作物を全て販売している。

生活用品の購入は本人が最寄りの商店まで自動車を運転して出向く他，農協の移動販売車を利用している。本人は調理が可能で1人で自炊していると語っていたが，台所をみた限りでは自炊している気配はなく，実際は車で数分のコンビニの弁当を利用している模様である。札幌に他出している娘が入院中の妻の世話と経営主の家事援助を定期的に行っている。近隣農家とは妻が入院する前は旅行等をするなど交流があったが，最近はほとんどない。福祉サービスについては利用しておらず，要望もない。

このケースは，経営主が妻の突然の入院により，影響がでているケースである。特に生活面，食生活に問題がある。家事能力に乏しい男性は独居になった場合，特に食生活に影響を受け，健康を害する可能性が高い。さらにこのケースでは近隣農家との交流もなく孤立しており，精神面の健康問題が発生する可能性も高い。他出した娘だけが生活を支援している状態である。

3）経営主，妻ともに健康上の問題を抱えているケース（14番農家）

14番農家は2.8 ha の農地を所有し，全面小麦を作付している。1年間より稲作を止め，小麦作付けに切り換えた。経営主（73歳）は2年前に乾燥作業中の事故により入院，その後経過が不良で，入退院を繰り返している。妻（72歳）は肝機能障害により地元の病院に通院しているが，病状が若干悪化傾向にある。義母（96歳）は高齢であり食事の世話等の家事援助が必要であるが，健康上の問題はない。

経営主が入退院を繰り返ししているために，農作業は委託と他出家族の手伝いを得て，妻が主に担当しているが除草等の軽作業に限定される。

生活用品の購入は，経営主が入院する前は経営主

の運転により市街地まで出向いていたが，入院後は妻が運転できないために，なじみの行商か，バスを利用して通院と買い物を同時におこなっている。しかし，自宅からバス停留所まで距離があること，バス便が少ないこと，バス料金が高い等で身体的にも経済的にも負担を感じている。家事は妻1人が行っており，義母の世話も妻が担当している。

近隣農家との関係は，作業委託，除雪などで関係はあるが，生活面の支援はない。老人会の行事なども参加はするが，「気が疲れる。」として，あまり積極的に参加している訳ではない。また本人，義母とも福祉サービスの利用はない。

このケースは本来，少なくとも義母の介護に関して何らかの福祉サービスを必要とするケースであるが，全て個人（妻1人）で負担している。身体の健康は既に問題があるが，経営主（夫）の健康に対する不安の解消や義母の介護疲れ等に伴う精神面のケアがなされておらず，精神面の健康に問題が発生する可能性がある。

以上，3ケースに共通しているのは，生活問題に関しては営農のように近隣農家の協力を求めることは少なく，全て個人で，または他出家族の援助で対応していることである。また，福祉サービスを利用していないことである。明らかに個人，家族での対応には限界があり，このような状態が長く続けば，さらなる健康不安，そして生活への影響が深刻化するであろう。さらに本人は勿論，他出家族までその影響が及ぶことが考えられる。これら3ケースに，家事援助や食事サービス，移送サービスなどの福祉サービスが供給されれば，営農継続は必ずしも保障されないかもしれないが，少なくとも現在地での居住継続の可能性や生活の質の向上を図ることができるものと思われる。

c．リタイア後の生活設計

表2−6は，リタイア後の生活設計について調査したものである。まず，リタイア予定年齢であるが，各人の健康状態，農業情勢の展望によってかなりばらつきが出るものと思われたが，概ね75歳をリタイア年，すなわち「定年」と設定している。

リタイア後の農地処理の意向は全部売却2戸，全部貸付8戸，一部貸付ないし一部売却が3戸，未定が1戸であった。しかし，「農地価格の下落から売却は考えられず，当面様子をみる。」（農家番号13）「誰かちゃんと買ってくれるのなら売ってもいいが，買う人がいない。」（農家番号16）といった，本当は全部売却の意向がありながらも，現実には自分の希望

表2−6　リタイア後の生活設計（営農中で同居後継者なし世帯）

農家番号	現在の年齢	リタイア予定年齢	農地処理の意向			年間収入予想額(万円)					リタイア後の居住希望地		
			売却	貸付	一部	年金	賃貸	農外就業	その他	合計	現在地	子供の家	その他
5	68	70		○		100	12			112	○		
6	68	75			○	200	20		10	230			
7	71	78		○		200	180			380	○		
8	71	76	○								○		
9	71	76			○	100				100	○		
10	71	74			○	165			50	215	○		
11	71	未定		○									
12	71	未定		○		120	80？			200	○		
13	72	75		○		180	20			200	○		
14	73	75	未定	未定	未定	150				150	○		
15	73	未定	○			297	36			333	○		
16	73	76		○									降雪期は子供の家
17	77	80		○		140	30			170	○		
18	78	84		○		130			100	230	○		

注1）聞き取り調査より作成
注2）－は該当なし。空欄は回答なし。
注3）農地処理意向の「一部」とは，農地の一部貸付，一部売却の意向。
注4）年間収入予定額の「その他」は，子供からの送金，農産物の販売収入など。
注5）15番農家は農地処理は「全て売却」するとし，一方，年間収入予想額で「賃貸料」を見込んでおり矛盾がみられるが，ここでは本人回答のまま掲載することとした。

する条件で売却することができない為に，全部貸付と回答している者が含まれている。

リタイア後の収入手段であるが，年金，賃貸料が中心である。これ以外の収入手段として，他出家族からの仕送り，自家栽培の野菜等を販売して収入を得るといった回答もあるが限定的である。収入に関しては家族からの金銭的支援は希望せず，自立する意向があるものと思われる。

d．老後生活の懸念事項と相談相手

表2−7は，これからの老後生活の懸念事項と，そのような問題の解決のための相談相手について示したものである。

老後生活で不安な要因は，「病気や医療費，健康のこと」が最も多く，ついで「自分や配偶者の介護のこと」「農業経営の維持，後継のこと」であった。現実に病気や健康上の問題を抱えている高齢農家が多く，農業経営や農外収入の確保といった収入面の問題よりも健康問題を第1に考えているものと思われる。

次に，相談相手であるが，介護については家族が最も多い。病気や健康に関しては専門職である保健婦，行政（町役場）とする回答が多いのに対し，介護に関しては家族内で検討しようとしている。介護に関しても専門職との相談が本人にとっても，介護者にとっても重要なものといえるが，今回調査では，病気，健康ほど専門性を感じていないのか，プライベートな問題と捉えているのか，専門職との相談が皆無という結果となった。

e．要介護状態時の介護方法

表2−8は，本人ないし配偶者が要介護状態となった場合の介護方法について示したものである。アンケート全回答数36戸のうち，子供など家族に頼むとした，家族介護希望者は17戸，ホームヘルパーや特別養護老人ホーム等の福祉サービスの利用希望者も17戸と同数であった。希望する福祉サービスは在宅福祉サービス（ホームヘルプサービスの派遣）より，特養ホームや老健施設など施設福祉を希望する回答が多い。この背景には，従来，北海道ではその地理的条件等もあって，施設福祉を先行させてきたため，福祉イコール施設入所というイメージをもたれやすいものと考えられる*6。

しかし，施設入所に関しては「義母が要介護状態となり，医師や保健婦などから施設入所を勧められたが，本人がかわいそうなので，保健婦の指導を受けながら自分で介護をした。」（農家番号16）というような施設入所に関してスティグマ感を持つ者も少なからずいる。このケースは，当時，在宅福祉サービス基盤が未整備であったため，福祉サービスの選択肢が施設入所か家族介護の2つに限られており，本人ないし介護者のニードを満足させるためには後者を選択せざるを得なかったという事例である。自宅でも介護サービスが受けられるような在宅福祉サービス基盤整備や情報提供が行われていればこのケースの介護負担を軽減できていたと考えられる。

表2−7　今後の老後生活に対する懸念事項とその相談相手

相談相手	今後の老後生活に対する懸念事項						
	農業経営	農外収入	病気健康	介護問題	その他	無回答	合計
家族	4	3	6	4	0	2	19
近所の人	2	0	1	0	0	0	3
農協	0	0	0	0	0	0	0
保健婦	0	0	2	0	0	0	2
普及員	0	0	0	0	0	0	0
社協	0	1	1	0	0	0	2
民生委員	0	0	1	0	0	0	1
町役場	0	0	2	1	0	0	3
公民館	0	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	0	0	0	0
いない	2	0	0	0	0	0	2
無回答	0	0	1	0	0	1	2
合　計	8	4	14	5	0	3	34

注1）アンケート調査より作成。
注2）有効回答のみで集計したので，合計数値は他表と一致しない場合がある。

表2−8　老後，親族との同居予定と希望する介護方法

回答者ないし配偶者が要介護状態となった場合の希望する介護方法	老後，子供や親族と同居予定					合計
	現在地で同居する予定	子供の居住地に同居する。	子供以外の親族と同居する予定	子供や親族と同居する予定なし	無回答	
1）子供（嫁）など親族に頼む	10	2	0	4	1	17
2）ホームヘルパーの派遣を頼む	0	1	0	2	0	3
3）特別養護老人ホームや老健施設などを利用する	2	2	0	9	1	14
4）無回答	0	2	0	0	0	2
合　計	12	7	0	15	2	36

注1）アンケート調査より作成。
注2）有効回答のみで集計したので，合計数値は他表と一致しない場合がある。

f．町の福祉施策，サービス供給の現状

先述のように，栗山町は行政主導で，福祉のまちづくりを行っている。しかし現在展開している「くりやまプレス」による情報提供，ボランティア活動の推進等により，自立・互助の住民意識を啓発した後は，行政は住民と連携して福祉施策，サービスを供給することが想定されている。住民1人1人が町の財政，高齢化の状況，医療，福祉施策を理解することにより，より住民のニードを反映した施策，具体的な医療，福祉サービスを住民と行政が連携して供給することを目標としているのである。

勿論この背景には，高齢化の進展と財源不足により，行政が住民ニード以上のサービス供給をすることを抑え，財政負担の大きい施設福祉からより負担の少ない在宅福祉中心に転換を図ることが要請されているからである，と解釈することができる。例えば，栗山町ではバリアフリー住宅の建設に最高30万円の奨励金を補助する「人にやさしい家づくり事業」やリフォームヘルパー（住宅改良相談員）によるバリアフリー住宅の施工，改良相談など在宅介護を誘導する施策が展開されている。「人にやさしい家づくり事業」の実績をみると1995年時点で新築26件，改修12件であった。特別養護老人ホームの建設には数十億円の建設費が必要とされており，バリアフリー住宅の普及による在宅介護の推進は経費節減効果がある。在宅介護の推進には介護者，要介護者の介護負担を軽減するための住宅改造が必須であり，ただ単にホームヘルパーの人数を増加させている他の多くの地域に比べればより介護者の立場を踏まえた，先進的な試みであるといえよう。

さらに，独居高齢者，高齢夫婦世帯向けに緊急連絡，安否確認，コミュニケーションの確保を目的としたTV電話を導入のモデル事業を実施し，実用に向けた検討がなされている。これは，農村の周辺部に居住する高齢者の安否，コミュニケーション確保を従来の会話（電話）に加えて，表情（TV映像）を把握することで，より充実させようとする試みである[*7]。相談員とのコミュニケーション確保により，痴呆の早期発見，孤独によるストレス軽減，鬱病の防止等の効果も期待でき，住み慣れた場所での居住を保障できよう。

町の医療，福祉基盤の設置状況をみると，市街地に集中している。栗山町の医療機関は1996年時点で，総合病院1，一般診療所2，歯科診療所6であるが，1つの診療所を除いて全て市街地に立地している。また，老人保健施設や特養ホーム，ショートステイ，デイサービスセンター，在宅介護支援センター，そしてホームヘルプサービスを供給している社会福祉協議会（以下，社協）など福祉基盤は全て市街地に立地している。

従って，農村部の周辺部に居住する者は疾病や要介護状態となった場合，市街地に出向くことが要請

されている。一部の福祉施設では送迎を実施しているが，片道1時間を要する地域もあり，要介護者や介護者にとっては経済的，身体的な負担を強いることになる。このことが，福祉サービスを利用することを躊躇させる要因になっていることも考えられる。事例地において，施設福祉から在宅福祉に移行するというのであれば，行政側はサービス供給基盤を市街地に集中させるのではなく，周辺部の住民にも利用しやすいように地域内に分散させる施策を高じる必要がある。

行政による住民の福祉ニード把握方法は，相談など対象者が出向いた時に聞き取る他は町の福祉計画立案時の住民調査，老人クラブや民生委員からの聞き取り等である。社協も住民の開催要望に基づく地域懇談会やヘルパーからの聞き取りに限られる。住民調査は3～5年間隔で行われているが，その間の住民の福祉ニードの変化，介護問題の深刻化に対処できない状況にある。

D. 小　括

農家調査の結果から，高齢ゆえの健康問題が発生しており，生産や生活に影響を与えていることが明らかとなった。福祉サービスを利用することで生活の質の向上，健康の維持を図ることができるが，利用はみられず，家族で対処しようとしている。

この背景には，高齢者の福祉サービス利用に対するスティグマ感や偏見等，利用者側にも課題があろう。しかし，ニード把握にしろ，サービス利用にしろ，基本的には必要とする者が「出向く」ことを当然とする行政，医療，福祉機関の対応にも課題はあろう。

福祉分野についてみれば，必要とする者が「申請する」ことにより，サービス供給が行われてきた「申請主義」が，「申請しない」者には，福祉ニードがない者とみなし，さらにサービス供給を行わなくてもよい，基盤整備をしなくともよいとする風潮を生んできたことを否めない。事実，施設の立地をみても，住民側の利便より，サービス供給側の経営に有利な配置が行われている。

現在，事例地の農協は「行政がやるべきこと」として，あるいは個人の問題として高齢者福祉活動に関して静観の立場をとっている。しかし，静観や無関心という立場は組合員の利益を損なうことに繋がることに留意しなければならない。農協はこのような状況に対し静観するのではなく，少なくとも行政に対し，組合員の福祉ニードを地域の福祉施策へ反映させるような要請活動を展開することが必要であると考える。

農村部における農協高齢者福祉活動の意義は，行政や社協，医療，福祉機関から疎外されやすい組合員のニード対応と利益保護にある。具体的には，地域内のサービス基盤の格差，国や自治体の保健，医療，福祉政策の動向を把握し，組合員の利益を保護する需要体としての活動，それらの改善，改革を行政や医療，福祉機関に要請し，具体的な政策の施行，サービスを供給させるといった政策活動をする運動体としての活動，そして行政，医療，福祉機関と連携し，組合員のニードに対応した福祉サービス供給を担う供給体としての活動という3つの活動があげられる。

注)

1．全国共済農業協同組合連合会[22] 18ページ参照
2．栗田[23] 131ページ参照
3．栗田[23] 132ページ参照
4．栗田[23] 125～126ページ参照
5．調査は，以下のとおり，アンケート（郵送法）と調査票による訪問調査を並行して行った。
　1）1995年の農業センサスから，町内の65歳以上の経営主421戸より営農中の79戸（約19%）に対してアンケート調査を実施した。（1997.10～11）
　2）アンケート回答者は40戸（回収率約50%）であり，さらに無作為抽出により18戸を選び訪問調査を実施した。（1997.12）アンケート回答者40戸のうち，30戸は同居後継者なしの世帯，10戸は同居後継者ありの世帯である。訪問調査農家18戸のうち，14戸は同居後継者なしの世帯，4戸は同居後継者なしの世帯であった。

　アンケート回収率が低い原因としては，アンケートの内容に関して戸別に説明を行わなかったこと，配付から回収までの期間が約20日程度と短かったこと，また福祉先進地として全国から頻繁に各種調査が入っており，調査慣れがあったためであると思われる。さらに，アンケート各項目に関して未記入，誤記入等が散見された為，本章では主に訪問調査の結果を使用することとする。調査結果の詳

細は，北海道地域農業研究所[24]を参照。

6．北海道と全国の特養ホーム整備状況を比較すると1995年の特養ホーム定員率（定員/65歳以上人口）全国が1.2人に対し北海道は1.8人である。詳細は北海道町村会[25] 4ページ参照。

7．財団法人　電源地域振興センター[26]参照。

第IV章　農協高齢者福祉活動の現状と課題：福島県を事例として

A．本章の課題

近年，農協による高齢者福祉活動が全国的に展開されている。農協の高齢者福祉活動の現状をみると，農協が養成したホームヘルパー数は3万7,529人，「助けあい組織」といわれるボランティア組織は全国42県に348組織ある（1996年度末現在）。ホームヘルプサービス業務を社協や行政から受託した農協が19，給食サービスを受託した農協が15，デイサービス等を自主運営する農協が10ある（1997年7月末現在）。さらに社会福祉法人設立など農協が関与した特別養護老人ホームが15施設ある（1997年7月末現在）。

本章は農協高齢者福祉活動による高齢者福祉サービス供給を，福島県の3農協の高齢者福祉活動を事例として，その現状と介護保険制度施行後の課題を明らかにする。さらに補論として，県中央会，県連合会が農協高齢者福祉活動に果たした役割，高齢者福祉事業の課題について述べる。

B．福島県における農協高齢者福祉活動の特徴

福島県における農協高齢者福祉活動の特徴として，農協高齢者福祉活動のマンパワーであるホームヘルパー養成数，ボランティア活動基盤となる助けあい組織数がともに全国1の実績であることが挙げられる（表3−1）。さらに，ホームヘルパー派遣の公的受託が1993年（みちのく安達農協東和総合支店，旧福島東和町農協），施設建設を行政が，運営を農協が担当する公設民営によるデイサービスが1997年（いわき市農協），社会福祉法人を設立，特別養護老人ホームの開設が1988年（会津みどり農協本店，旧会津坂下農協）と全国に先駆けて，高齢者福祉サービス供給に農協が関与したことが挙げられる。

福島県の農協高齢者福祉活動は，1992年の農協法改正，1993年，全中が中心となって全国推進する以前から自主的に行われていた。具体的には1988年に県内でも高齢化率が高く家族や地域の介護力が低下しつつあった会津西部地域*1の農協女性部から「ねたきり高齢者の介護について，講習会ができないか」というニードに対して，県中央会会津支所の生活指導員，農協女性部役員，会津坂下厚生総合病院の婦長による介護知識，技術講習会を発端とする。その後，1989年から1994年までに県内6カ所で「家庭看護と健康づくり大学」*2という名称で介護知識，技術講習会が開講された（表3−2）。

このように，福島県の農協高齢者福祉活動は組合員，特に女性部会員の福祉ニードに対して，農協や中央会，厚生連が介護知識，技術講習会の開催とい

表3−1　農協ホームヘルパー養成人数，助けあい組織設置数（単位：人，団体）

ホームヘルパー養成人数（全国上位　5位）			
1級	2級	3級	1〜3級合計
1. 富山　14	1. 福島　955	1. 福島　3,126	1. 福島　4,081
2. 栃木　4	2. 長野　857	2. 愛知　1,686	2. 愛知　2,136
3. 石川　4	3. 岩手　746	3. 鹿児島　1,606	3. 神奈川　2,115
4. 島根　4	4. 神奈川　662	4. 神奈川　1,452	4. 鹿児島　1,992
5. 長野　2	5. 愛知　450	5. 青森　1,382	5. 青森　1,617
全国計　29	全国計　8,149	全国計　29,306	全国計　37,529

助けあい組織設置数（全国上位　5位）

1. 福島　44
2. 宮崎　27
3. 秋田　25
4. 岩手　20
5. 長野　18
全国計　348

注）『JAグループ高齢者福祉活動の取組み現状』（全国農業協同組合中央会）より作成（1997年7月1日現在）

表3−2「家庭介護と健康づくり大学」受講者の推移　（単位：人）

講習会場	地域	1989	1990	1991	1992	1993	計
白河厚生総合病院	県　南	34	16	22	30	30	132
塙厚生病院	県　南	33	28	25	30	30	146
高田厚生病院	会津・南会津	32	36	33	40	40	181
坂下厚生総合病院	会津・南会津	31	51	46	40	40	208
双葉厚生病院	双　葉	33	29	36	30	30	158
鹿島厚生病院	相　馬	28	32	33	30	30	153
かしま病院	いわき	32	38	—	—	—	70
総合保原中央病院	県北・中	—	38	30	30	30	128
合　計		223	268	225	230	230	1,176

注）農協共済総合研究所『JAにおける高齢者福祉活動事例集Ⅰ』1994年3月P 117より作成。

う具体的な施策で応えるかたちで展開したのである。従って，1993年以降，全国一斉のホームヘルパー養成講習，助けあい組織の組織化など，全中を中心とするトップダウンにより，必ずしも組合員，女性部会員のニードを把握しないかたちで開始，展開してきた他の多くの都道府県の農協高齢者福祉活動とは違った背景を持っているといえる。

また，福島県の場合は「家庭看護と健康づくり大学」を契機にして中央会の生活指導員農協の生活指導員，農協女性部そして厚生連病院との人的ネットワークが形成された。この人的ネットワーク資源が1994年以降福島県で開催されるようになったホームヘルパー養成講習，助けあい組織の組織化そして高齢者福祉サービス供給を比較的スムーズに展開することに寄与したとも考えられる。

しかし，「家庭看護と健康づくり大学」に関わった人物の異動や組織機構の変更等により，1994年以降は次第に全中の施策を採用するようになり，福島県としての独自性を喪失しつつあるのが現状である。

C．行政，社協との連携による高齢者福祉活動の現状

農協が活動基盤とする農村地域の多くは，高齢者福祉サービスの基盤が未整備の地域である。そのような地域では行政や社協等による高齢者福祉サービスは，財政面やマンパワーに限界があり，住民の福祉ニードを満足させるような高齢者福祉サービスの質，量，種類の供給には限界がある。そのような地域で農協が高齢者福祉活動に参入し，行政や社協社会福祉法人等と連携することにより，ある程度，組合員や住民の福祉ニードを満足させる高齢者福祉サービス供給を図ることができるものと考えられる。

a．会津坂下町における農協高齢者福祉活動

会津坂下町は福島県の西部，会津盆地の西部に位置し，会津若松市，喜多方市，会津高田町，柳津町に接している。町の人口は1997年1月1日現在19,936人である。人口は年々減少傾向にあり特に生産年齢人口が減少しており，15〜29歳の世代が就職や進学，結婚等により他市町村や県外へ他出している。高齢化率は1990年が18.4%，1997年は23.5%となった。

1）旧会津坂下農協の高齢者福祉活動

旧会津坂下農協の高齢者福祉活動は・社会福祉法人，特別養護老人ホームの設立・農協女性部によるボランティア活動・農協ホームヘルパー養成講習により資格を取得した者をメンバーとするボランティア組織である，助けあい組織の活動，そして・高齢農家が生産した野菜の直売の4つに大別できる*3。

社会福祉法人の設立は1986年10月に8農協（会津坂下，坂下信用，高郷村，湯川村，柳津町，三島町，昭和村，会津金山町）と福島県厚生農業協同組合連合会の寄付により基本財産を形成して社会福祉法人両沼厚生会設立が認可され，1987年4月に特別養護老人ホーム会津寿楽荘が開設された。また同時にショートステイ事業も開始した。その後1991年に特養部定員を50から80へ増床，ショートステイ定員を6から20へ増床さらにデイサービス事業，ホームヘルプサービス事業を町から委託した他，在宅介護支援センターが開設された。

農協が社会福祉法人を設立した契機は第1に農繁期になると介護が困難になるという農協組合員の声があったこと，第2に設立以前，会津西部に特別養

護老人ホームが少なかったことがあげられる。設立前，1983年をみると会津西部には会津若松市，喜多方市，塩川町，会津高田町に計380床の特養ホームがあったが満床状態にあり，会津坂下町がある河沼郡管内の農協や坂下厚生総合病院に対し特別養護老人ホームを設立するよう呼びかけ，社会福祉法人が設立されたのである。施設建設にあたっては国，県，8町村の行政と8農協県厚生連の農協組織が資金を供給した[*4]。

この施設を利用して農協女性部部員やホームヘルパー資格取得者からなる助けあい組織によるボランティア活動が展開している。旧会津坂下農協の女性部部員は会津寿楽荘の開設以来，現在まで月1回5～6名が食事や入浴介助，シーツ交換や窓の清掃等のボランティア活動を行っている。施設職員が専門の業務（介護）に集中できるよう，ボランティア活動は施設職員の手が届きにくい業務を主に担当している。さらに，坂下厚生総合病院に併設されている老人保健施設等でも活動が行われている。

2）行政，社協との連携・会津坂下町の登録ヘルパー制度

しかし，女性部，助けあい組織ともに，その活動の担い手は農家婦人であり，農繁期等は活動を中断せざるを得ない状況にある。また，農協が在宅福祉サービス供給を事業化することは，経営能力がなく行っていない。しかし，費用をかけて養成したホームヘルパーを地域に還元することができないという課題を持っている。このような課題を少しでも解決するべく，行政，社協と連携をとることにより農協が養成したホームヘルパーを地域で有効活用する試みが登録ヘルパー制度である（図3－1）。

町は1994年より登録ヘルパー制度を導入した。登録ヘルパー制度導入の背景には①町内の若年層の他出等により常勤ホームヘルパー確保が年々困難になることが予想されていたこと，②従来，ホームヘルプサービスは月～金曜日の9時から17時に限定されており介護者や要介護者から休日や早朝のサービス供給を求めるニードがあったこと，そして③農協が養成したホームヘルパーの有効活用があった。こ

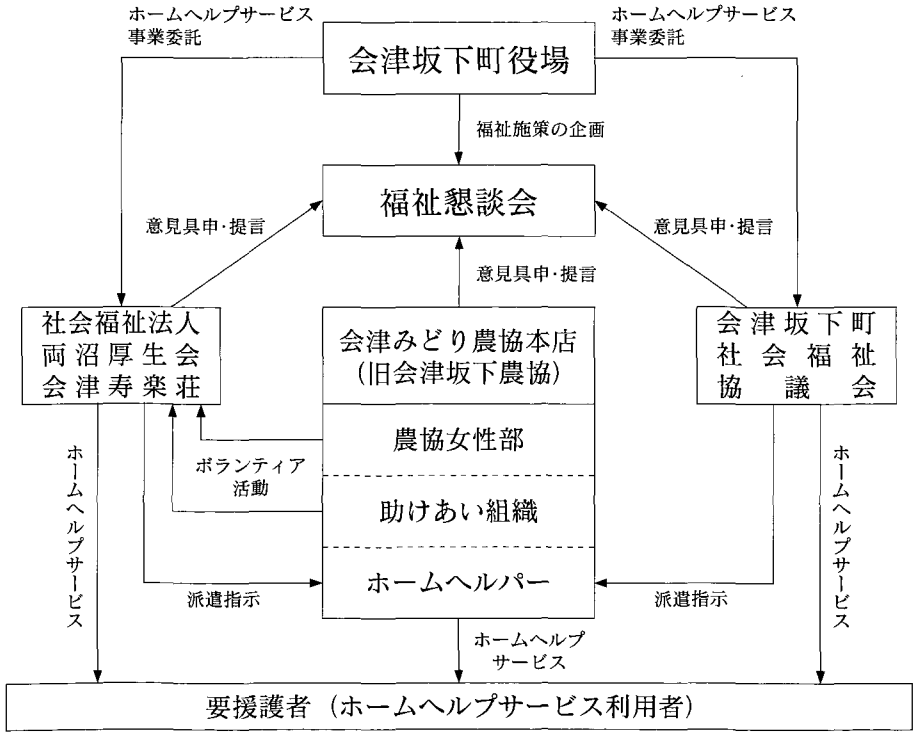

図3－1　会津坂下町・農協、行政、社協の連携
注）聞き取りにより作成

の制度の施行により資格を持ち，活動の意思がありながらも農作業等の関係で常勤では活動できない人材の発掘と有効活用を図ることができた。1997年現在，町には常勤ホームヘルパーは11人，非常勤ホームヘルパーは12人おり，非常勤12人中11人が農協が養成したホームヘルパーである。稼働状況をみると会津坂下町社協の登録ヘルパーは5人，登録者全員が活動しており活動時間は常勤120時間に対し，月60〜100時間である。町では1996年2月から巡回型の12時間ホームヘルプサービスを県のモデル事業として開始し，将来的には24時間巡回型サービスを展望しており，今後ますます農協養成のホームヘルパーの活躍の機会が増えるものと考えられる。

3）町の老人保健福祉計画策定への参画

旧会津坂下農協は上述のような福祉活動の他，町の福祉計画に参画している。具体的には1993年に施行された会津坂下町老人保健福祉計画に，その基礎調査の結果分析，素案作成段階から参画している。また，会津坂下町では先述の会津寿楽荘開設を契，町の福祉関係者の情報交換，意見交換の場である「福祉懇談会」が1987年頃から定期的に開催されている。この懇談会は町，議会，会津寿楽荘，病院，社協，農協，身心障害者施設など地域福祉を担う組織から構成されており，さらに管理職だけでなくホームヘルパーなど担当者まで出席している「開かれた」懇談会である。先述の登録ヘルパー制度もこの懇談会で導入が検討された。

農協は地域住民である組合員から構成されている組織であり，農協の福祉計画への参画は地域住民の間接的な参画になるといえる。事例農協は組合員，地域住民の代表として，福祉計画への参画や福祉施策に対する意見具申，提言をしている。

以上，会津坂下町において，旧会津坂下農協は第1に組合員のニードによって社会福祉法人の設立，高齢者福祉施設の建設に関与し，現在の会津坂下町の福祉サービスの供給基盤形成に貢献した。第2に助けあい組織，女性部によるボランティア活動，ホームヘルパー養成講習により，福祉の担い手（マンパワー）の形成を行った。そして，組合員，地域住民の代表として，地域の福祉計画に参画し，組合員の福祉ニードを施策に反映するという役割を担っているといえよう。

b．東和町における農協高齢者福祉活動

東和町は福島県中通り地方の北部，阿武隈高地の北部に位置し，福島市より20 km，二本松市より16 kmの位置にある中山間地である。耕地は山間傾斜地の沢沿いにあり，気温格差が大きく地質も不良で，農業では条件不利地域である。町の人口は1997年1月1日現在8,900人である。東和町も会津坂下町と同様に人口が減少傾向にある。高齢化率は1990年が19.5%，1997年は25.2%となり，福島県の中通り地方では第1位の高齢化が進んだ町である。

1）旧福島東和町農協の高齢者福祉活動

旧福島東和町農協の高齢者福祉活動は①農協独自のボランティア活動（町内の特別養護老人ホームでの食事介助等，年4回の手作り弁当の配食，敬老会等），②東和町社会福祉協議会（以下東和町社協と略す。）の在宅福祉サービス（ホームヘルプサービス，移動入浴サービス，配食サービス）への参加の2つに大別できる[*5]。

当農協の高齢者福祉活動は1982年頃に農協女性部を中心とした健康管理活動から始まったが，その活動の目的は自分の将来に備えるための学習，家族（特に親）の介護に備えるための学習活動であった。地域の高齢者福祉向上を目的とした活動は1993年に県中央会主催のホームヘルパー養成講習3級修了者13名が資格を活かすため，助けあい組織「JAとうわふれ愛グループ・ひまわり会」を設立してから始まった。会津坂下町の事例とは異なり，助けあい組織設立とほぼ同時に農協と東和町社協，行政（東和町）の間で登録ヘルパー制度が検討，施行された。また，町内にある特別養護老人ホームでのボランティア活動や町内の独居高齢者を対象とした手作り弁当の配食サービスも同時に開始した。また，町内の高齢者を対象に福祉ニードを把握するためのアンケート調査を実施している。

1997年現在，助けあい組織のメンバー数は48名，全員が3級を取得，37名が2級を取得している。農協独自のボランティア活動の実績（1997年度）は特別養護老人ホームでのボランティア活動が10回，手作り弁当の配食サービスが3回（144食），昼食会1回（51食）であった。

2）行政，社協との連携－登録ヘルパー制度，移動入浴，配食サービス

東和町の登録ヘルパー制度は先述のとおり，農協，社協，行政が検討して1994年に施行された制度である（図3−2）。制度発足当時，東和町社協の常勤ヘルパーは1名，登録ヘルパーは12名であった。1997年

度現在，常勤ヘルパーは3名，登録ヘルパーは39名となった。登録ヘルパーの実働者は14人程度（約38%）である。登録ヘルパーは全員，農協の助けあい組織のメンバーであり，2級と3級の資格取得者である。現在は巡回型の2ケースに対して，常勤ヘルパーと連携してサービス提供を行っている。具体的には，あるケースに対しては月曜日から土曜日の午前と午後，2時間の身体介護を行っているが，常勤ヘルパーは火曜日と金曜日の午前中（週2回4時間），残り全て（週10回20時間）を登録ヘルパーが担当している。1997年度実績は926回1,124時間である。

移動入浴サービスは1994年度より開始され，移動入浴車の運転手1名，常勤ヘルパー（看護婦資格所有者）1名，登録ヘルパー2名が1組となり町内の主に寝たきりの高齢者宅を訪問している。助けあい組織のメンバーのうち6名が入浴介助に登録している。1997年度実績は221回である。

配食サービスは1996年まで社協の単独事業で週1回であったものが，1997年より町の補助事業となり週2回に拡大した。調理先は町内の飲食業者が担当，その配達を助けあい組織のメンバーが担当している。ただ配達してくるのではなく，必ず安否確認，状態観察を行い，異常時には役場（福祉課）や常勤ヘルパー等へ連絡することになっている。1997年度実績は63回である。

当町の財政は地域的条件もあり，歳入の約78%を地方税交付金等の依存財源に頼り，支出も人件費，公債費等の義務的経費が約47%を占め，政策的経費は限られている*6。それと同時に東和町社協の財政も行政からの補助金に依存し，自主財源に乏しく，活動財源が乏しいのが現実である。それゆえ，この地域の高齢者福祉サービス供給のためには農協行政，社協が連携することは有意義であるといえる。

例えば，社協の常勤ホームヘルパーはホームヘルプサービス以外の配食サービスや敬老会等への付添い等の業務も担当していたが，1998年度よりホームヘルプサービス事業の国の補助が人件費補助方式から事業費補助方式に転化したことにより，ホームヘルプサービス業務に専念せざるを得なくなり，それ以外の高齢者福祉サービスは農協の協力を得ないと維持できない状況にある。

東和町において，農協は第1に福祉の担い手（マンパワー）の形成，第2に手作り弁当の配食サービ

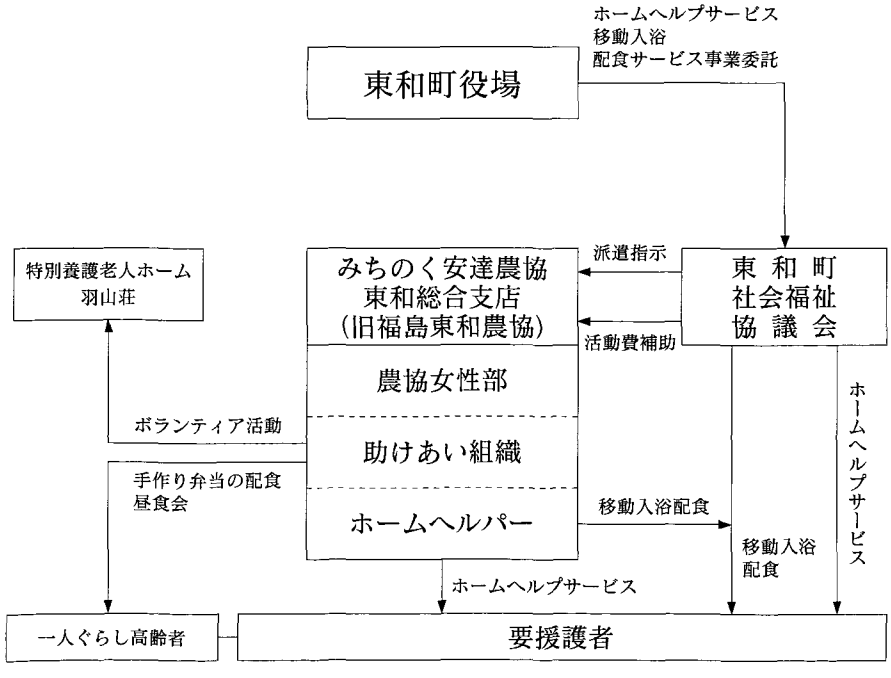

図3−2　東和町・農協、行政、社協の連携
注）聞き取りにより作成

ス，敬老会等での会食など独自の福祉サービスを供給し，行政，社協の供給すサービスに上乗せするかたちで，地域の高齢者福祉サービスの向上に貢献する，という役割を担っているといえる。

旧福島東和町農協は旧会津坂下農協よりも農協独自のボランティア活動の内容が充実し農繁期も活動の中断がなく，サービス供給面からみれば充実度が高いといえる。しかし，事例地には会津坂下町の「福祉懇談会」のような定期的に町の保健，医療，福祉施策に対して関係機関が提言したり，計画に参画する制度は確立されていない。また，農協自体も福祉計画への参画実績はなく，同農協の高齢者福祉活動はサービス供給のみに限定されており，福祉行政の末端施行機関として位置づけられる構造を持っているといえよう。

D．高齢者福祉事業の現状

旧会津坂下農協，旧福島東和町農協ともに，高齢者福祉活動は農協から様々な支援があるにせよ，あくまで別法人や助けあい組織の活動であって，農協の直営事業ではない。本節では農協が事業として高齢者福祉サービス供給を行っているいわき市農協の事例分析を行う。

a．いわき市の高齢者福祉施策の特徴

いわき市は福島県の南東部に位置し，総面積約1,230平方キロメートル全国1の広域市として知られている。1966年10月に平，磐城，勿来，常磐，内郷の5市と9町村の合併により誕生した。地形は西部が阿武隈高地の中山間地域であるのに対し，東部は海岸沿いの平地である。

市の人口は1997年1月1日現在361,252人である。人口数は年少人口の減少がみられるが生産年齢人口と老年人口が微増傾向にあり，全体として年々微増傾向にある。高齢化率は1990年が14.1%，1995年は16.9%であり高齢化が進展している。さらに，高齢化率は市内でも地域差があり，東部の平地は15～20%であるのに対し，西部の中山間地域は25%台である（表3－3）。

しかし，表3－4で示すように，高齢者福祉サービス供給機関は平，常磐，小名浜，勿来など旧市部に

表3－3　いわき市・地区別高齢化率(1998年4月1日現在)

地区名	世帯数	人口総数	老年人口	高齢化率
平	35,431	97,936	15,619	15.9
小名浜	25,383	78,020	12,793	16.4
勿来	18,133	56,122	9,793	17.4
常磐	12,814	38,777	7,886	20.3
内郷	11,413	31,609	6,022	19.1
四倉	5,163	17,716	3,984	22.5
好間	4,958	14,384	2,729	19.0
遠野	1,844	7,482	1,867	25.0
小川	2,347	8,301	1,798	21.7
久之浜大久	1,953	7,125	1,666	23.4
三和	1,146	4,715	1,189	25.2
田人	778	2,754	772	28.0
川前	566	2,037	524	25.7
合　計	121,929	366,978	66,642	18.2

注1）いわき市資料より作成
注2）単位：人，%

表3－4　いわき市・地区別高齢者福祉関連施設設置数（1998年4月1日現在）

地区名	特養ホーム	老健施設	デイサービス	ショートステイ	ホームヘルプST	訪問看護ST
平	3	1	4	3	1	1
小名浜	1	2	2	1	1	2
勿来	2	1	3	2	1	2
常磐	1	2	1	1	1	1
内郷	0	0	0	0	1	0
四倉	1	1	1	1	0	0
好間	0	1	0	0	0	0
遠野	1	0	1	1	0	0
小川	0	1	0	0	0	0
久之浜大久	1	0	1	1	0	0
三和	0	0	1	0	0	0
田人	0	0	0	0	0	0
川前	0	0	0	0	0	0
合　計	10	9	14	10	5	6

注）いわき市資料より作成

偏在し，高齢化が進展している中山間地域の立地は少ない。特に川前，田人地区には全く立地がない。従って，中山間地域に居住する高齢者が要支援，要介護の状態となり，高齢者福祉サービスを必要とする場合は，旧市部まで「出向く」ことが要請されている。

いわき市はホームヘルプサービス，養護老人ホーム等の設置運営を除いて，高齢者福祉サービス供給の大部分を民間に委託している。市側の説明によれば財政上を理由にして，今後も積極的に民間に委託する方針である。しかし，このことが，高齢者福祉サービス供給機関の立地を偏在させている要因の1つであると考えられる。市は1995年度いわき市老人保健福祉計画において，特別養護老人ホームの新設，増設について，地域バランス等を考慮するとしていたが，実際は平，勿来に新設され，西部への新設は見送られた。このことは，民間に依存した高齢者福祉サービス供給機関の設置運営という方式は，経済性の高い地域においては可能であるが，経済性の低い地域においては限界があることを示している。

b．いわき市農協による高齢者福祉事業

いわき市にはいわき市農協，いわき中部農協，遠野町農協の3農協がある。いわき市農協は1993年3月に平，いわき三和，小川，いわき大野，川前，久之浜町の6農協，1994年9月にいわき大浦，1997年3月に菊田，いわき南，田人の3農協，計10農協による合併農協である。

いわき市農協の高齢者福祉活動は，ホームヘルパー養成講習，助けあい組織活動と農協の事業である，デイサービスセンターの運営に大別できる。

ホームヘルパー養成講習の特徴として，いわき市ではいわき市農協のホームヘルパー養成講習会の開催に補助金を交付していることがあげられる。福島県の場合，福島県内の農協が開催するホームヘルパー養成講習には県と中央会が補助金を交付している。いわき市の場合は，1995年の市老人保健福祉計画策定時に，1999年度で常勤換算350人のホームヘルパーが必要であるとし，そのため市は1995年よりいわき市農協にホームヘルパー養成講習を委託し，補助金を交付している。

しかし，旧会津坂下農協，旧福島東和町農協と同様，資格取得者は必ずしも登録ヘルパーとなって地域で活動しているとはいえない状況にある。いわき市の登録ヘルパー293名（1998年現在）のうち90%はいわき市社協が養成したヘルパーであり，農協が養成したヘルパーは10%未満である。

デイサービスセンターは1997年よりいわき市三和地区に市が設置した施設を農協が運営する公設民営型で開設された。いわき市農協がデイサービスセンターを運営するように至った経緯は，市が公民館，市支所，在宅福祉サービス供給基盤（デイサービスセンター）という3つの機能を持つ，「いわき市地域交流センター三和ふれあい館」新設計画に際して，デイサービスセンターの運営について農協側に打診があったものである。いわき市とは先述のホームヘルパー養成講習から連携がとられており，このことが運営委託に結びついたともいえる*7。

事業内容は生活指導，健康チェック，送迎の基本事業の他，給食サービスや入浴サービスも提供している。定員は8名，対象は虚弱老人と，厚生省の基準ではD型（小規模型）である。職員は6名であり，すべて農協職員である。生活指導員や看護婦等は三和出身の有資格者を新規採用した。デイサービスの運営費の大部は委託料であり，その他利用者からの利用料収入，農協からの助成金からなる。現在の措置制度下では委託料で十分運営可能であり，農協からの助成金は14万円程度である。

しかし，介護保険制度下では運営に関して，大きな見直しが必要となるものと考えられる。表3−5は1999年8月厚生省発表の仮単価に従って収入見積もりを行ったものであるが，その結果，現在の利用人数8名では介護報酬が高い重度の高齢者が利用したとしても約250万円の収入不足が発生する。従って，定員の増加が必要である。

定員の増加であるが，当デイサービスセンターが介護サービス計画，いわゆるケアプラン策定が可能となる介護支援事業者の指定を受けたとすれば，利用者が要支援であっても現行より6名増の14人であれば収支が確保できる。しかし，ケアプラン策定ができなければ現在の約2倍，17人以上でなければ収支が確保できない。ケアプラン策定ができないとすれば，介護報酬が高い，重度高齢者の利用を増加させることが考えられるが，その場合は，現在より4名増の12人以上であれば収支を確保できる。

しかし，現在の人員で2倍の利用者や重度の利用者に対して適切なサービスを供給することは困難である。従って，職員のマンパワー不足を補うために，助けあい組織や農協が養成したホームヘルパー資格

表3−5　デイサービスセンター事業収支見積もり

(1)　1998年度収支見積もり

1日の利用者数	8	備　　考
収入総額(1)	21,298,000	
委託料	20,202,000	
利用料	960,000	@500円×8名×20日×12カ月（給食費）
助成金	136,000	いわき市農協からの助成金
支出総額(2)	21,298,000	
事務費	19,165,000	
人件費	17,979,000	職員賃金，社会保険，年金等
管理費	1,186,000	研修費，印刷代等
事業費	2,033,000	給食費，日用品費等
予備費	100,000	
収支　(2)−(1)	0	

(2)　介護保険施行の収支見積もり

1）利用者の状態が要支援の場合

1日の利用者数	8	14	17	備　　考
収入総額(1)	13,954,800	21,788,400	22,195,200	
介護報酬	13,954,800	21,788,400	22,195,200	
デイサービス	7,507,200	13,137,600	15,952,800	@3,910円×人数×20日×12カ月
給食	748,800	1,310,400	1,591,200	@　390円×人数×20日×12カ月
送迎	1,190,400	2,083,200	2,529,600	@　620円×人数×20日×12カ月
入浴	998,400	1,747,200	2,121,600	@　520円×人数×20日×12カ月
ケアプラン	3,510,000	3,510,000	0	@6,500円×登録者数（45名）×12カ月
支出総額(2)	21,298,000	21,298,000	21,298,000	1998年度支出総額
収支　(2)−(1)	−7,343,200	490,400	897,200	

2）利用者の状態が要介護3〜5の場合

1日の利用者数	8	10	12	備　　考
収入総額(1)	18,793,200	22,614,000	22,924,800	
介護報酬	18,793,800	22,614,000	22,924,800	
デイサービス	12,345,600	15,432,000	18,518,400	@6,430円×人数×20日×12カ月
給食	748,800	936,000	1,123,200	@　390円×人数×20日×12カ月
送迎	1,190,400	1,488,000	1,785,600	@　620円×人数×20日×12カ月
入浴	998,400	1,248,000	1,497,600	@　520円×人数×20日×12カ月
ケアプラン	3,510,000	3,510,000	0	@6,500円×登録者数（45名）×12カ月
支出総額(2)	21,298,000	21,298,000	21,298,000	1998年度支出総額
収支　(2)−(1)	−2,504,800	1,316,000	1,626,800	

注1）1998年度収支見積もりは，いわき市農協内部資料より作成

注2）介護報酬は1999年8月23日厚生省発表の介護報酬仮単価により試算

注3）ケアプラン策定は1998年度登録者数（45名）全員分を作成するものとした。

取得者等，何らかの人的支援が必要である。従って，追加人件費等を考慮すれば，上記見積もり以上の収入確保，支出削減が必要となろう。

収入不足を補うためには，利用者から利用料を徴収することも考えられる。しかし，介護保険施行により利用者は保険料の他にサービス利用の自己負担（介護報酬の10%）が課せられるため，さらなる負担を課すことは問題がある。

不足分を農協が負担することも考えられる。1997年度のいわき市農協の税引後の剰余金は1億5,192

万円であり，不足分を補填する財政力は保持しているといえる。定員の増加や利用者の増加は短期的には実現困難なので，介護保険施行後，農協は当面，現在以上の補填が必要となろう。

介護保険制度施行後の収支問題は事例農協に限らず，高齢者福祉サービス供給を事業化した農協全てが直面する課題である。さらに，高齢者福祉サービス供給の事業化は「新たな収益機会」ではないことを示し，介護保険制度施行後の事業経営の困難を予感させる。

E．小　　括

福島県における農協高齢者福祉活動は，高齢者福祉サービス供給基盤が不足した地域に住む組合員のニードに基づいて展開されてきた。事例とした3農協は，高齢者福祉サービス供給基盤の未整備や組合員の福祉ニードに対し，静観することなく，自らが供給体となり主体的かつ積極的に対応してきたといえよう。また，農協と行政，社協，厚生連病院との連携により，その地域の高齢者福祉サービス供給基盤を充実させる役割を果してきたといえよう。しかし，サービス供給体としての活動が顕著に見られるのに対して，旧会津坂下農協を除いては組合員のニード把握，地域の医療，福祉施策やサービスの監視，評価などの需要体としての活動や行政や医療，福祉機関に対して提言や要望をする運動体としての活動は十分展開されていない。

介護保険制度施行に向けて，サービス供給中心の農協高齢者福祉活動に見直しが迫られている。例えば，東和町では，介護保険制度施行に向けて，行政は社協を地域の在宅福祉サービス供給機関と位置づけ，デイサービスセンターの委託やホームヘルパーの人員増加など社協経営の強化を図る一方で，農協高齢者福祉活動との関係を見直しはじめている。また，いわき市農協の事例にみるように，介護報酬のみでの事業経営は困難が予想されている。

また，農協の広域合併も農協高齢者福祉活動に少なからず影響を与えている。事例とした旧東和町農協は広域合併により支所扱いとなったことで，経営層が本所に異動したために行政，社協との人的関係が希薄化している。さらに，合併農協は非収益部門とみなされる高齢者福祉活動の推進に対しては消極的であり，今後の高齢者福祉活動方針が出されていない状況にある。

農協経営の合理化は譲許さざるを得ない状況にあり，非収益部門である高齢者福祉活動，特にサービス供給の事業化については，その見直しは避けがたいものと思われる。しかし，組合員の福祉ニード把握や医療，福祉施策，サービスの評価，監視といった需要体としての活動や福祉計画への参画等の運動体としての活動は組合員の利益を守るという意味で継続していく必要がある。

F．補節　県中央会，県連合会の高齢者福祉事業

補節では，既存研究では触れられていない県中央会，県連合会の高齢者福祉事業を福島県を事例にして，その現状と課題を明らかにする。福島県の県中央会，連合会は表3－6のように高齢者向けの各種事業を展開し，単協の高齢者福祉活動を支援している*8。

a．県中央会

福島県中央会はホームヘルパー養成研修の企画，運営と助けあい組織の組織化そして単協の高齢者福祉サービスの公的受託，事業化の支援を担当してい

表3－6　福島県中央会，各連合会の高齢者福祉事業概要

組織名	事　業　概　要
県中央会	ホームヘルパー養成研修の企画，運営。 助けあい組織（JA ヘルプゆう愛）の設置推進，運営指導。 介護用品選定委員。
県厚生連	ホームヘルパー養成研修への講師派遣，実習受入れ。 保健医療分野での活動（健診，老人保健施設，訪問看護等） 介護用品選定委員。
県共済連	ホームヘルパー養成研修の助成。在宅介護施設等への助成。 ボランティア共済。緊急ホームヘルパー活動の費用助成。
共済福祉事業団	県下全農協を対象とした保養検診の企画，運営。 JA ホームヘルパー交流研修会の企画，助成。
県経済連	介護用品，機器の取扱い。介護用品選定委員会の開催。 シルバー食材（いきいき）の宅配。 住宅のリフォーム。
県信連	JA の福祉ローン（介護機器の購入，住宅の増改築） 「福島県高齢者等住宅改造資金制度」の取扱い。

注）『JA 高齢者福祉活動の手引き』（福島県農業協同組合中央会）及び聞き取りにより作成。

る。

1）ホームヘルパー養成研修の企画，運営

福島県では1988年頃，当時福島県内でも高齢化率が高かった会津支所管内で中央会支所の生活指導員が声をかけて，単協の生活指導員，女性部役員と厚生連病院の婦長が集まって寝たきり老人の介護方法の講習を行ったのがホームヘルパー養成研修の先駆けである。その取組みは1989年に「家庭介護と健康づくり大学」という名称で県内6か所（支所単位）に広がり，ホームヘルパーの養成講習を開催した。その後，中央会は1991年度より厚生省指定の3級ホームヘルパー資格を取得する「JA家事援助ヘルパー養成研修」を，1994年度からは2級ホームヘルパー資格を取得する「JA介護ヘルパー養成研修」を開催している。この講習会を運営するために中央会は研修の講師の派遣を厚生連病院，厚生連病院がない地区では民間病院に依頼し，その協力を得ることができている。さらに，中央会は福島県に働きかけて補助金（県が農村地域ホームヘルパー養成研修事業として位置づけ，会場費の一部を補助。）を得ることができ，講習会開催費用の負担を軽減している。また，研修会場も受講希望者が通いやすいように1支所1か所ではなく，例えば郡山支所管内であれば郡山市だけでなく，田村や白河等，複数で開催している。養成研修は1回でも欠席すると資格取得ができないシステムであり受講希望者が受講しやすい環境を整えることも資格取得者を増やした要因の1つであろう。

2）助けあい組織の組織化，運営指導

助けあい組織は単協の生活指導員が事務局を担当，主にホームヘルパー養成研修を終えた者が「協力会員」として援助の必要な「利用会員」を助けるシステムになっている。福島県では助けあい組織を「JAヘルプふれ愛」組織と命名している。

中央会では組織化にあたって，会の規約のひな型を提供して1 JA1組織を目標に推進している。組織化できない単協に対しては，生活指導員だけでなく，組合長会や参事会を通して単協の経営層にも協力を促している。また中央会は助けあい組織の運営指導として単協が行政からホームヘルパー派遣等の業務委託する際の契約書のひな型の提供や行政に対して，助けあい組織やJA養成のホームヘルパーを利用するよう依頼している。

さらに，組織が抱える問題の解決，要望や意見吸収をはかるために中央会支所単位，県単位で様々な取組みが行われている。たとえば支所単位では支所管内の単協の生活指導員を集めて「高齢者対策会議」（年1回）や「生活部会」（2，8月を除く毎月）を実施する他，支所の生活指導員が直接単協を訪問して意見吸収や問題解決にあたっている。県単位では「JAふれ愛」組織運営研修会や「県下生活部課長会議」（農協の生活担当部課長と中央会地域対策課など管理職対象の会議。1997年より実施），そして中央会各支所の生活担当者会議が本所で定期的に行われており，単協の抱える問題を中央会支所，本所で吸収できるようなシステムが築かれている。

b．福島県厚生連

福島県厚生連は保健，医療の立場から高齢者向けの事業を行っている。具体的には高齢者の健康を管理するための健康診断，衛生講話，保健指導を行っている。施設面では介護が必要な高齢者に医療ケアを提供する老人保健施設を県内2か所（相馬郡鹿島町と河沼郡会津坂下町）に設置している。在宅医療の面では，訪問リハビリや訪問看護（会津坂下町に訪問看護ステーションを設立）を実施している。また，1998年4月に白河厚生総合病院が在宅介護支援センターを病院に併設して開設し，介護分野への進出がみられる。

農協の高齢者福祉活動への支援は，先述のホームヘルパー養成講習への講師派遣や各施設へ実習の受入れを行っている。助けあい組織との関係では，例えばJAそうま（相馬鹿島町）等では厚生連の老人保健施設や病院でシーツ替え，入浴介助などのボランティア活動を助けあい組織や女性部員が担っている。今後，白河市の白河厚生総合病院に助けあい組織のボランティア活動が行われる予定である。

c．福島県共済連，福島県農協共済福祉事業団

福島県共済連の高齢者福祉活動は，全共連でおこなっているホームヘルパー養成研修への助成，ボランティア共済，在宅介護施設等設置支援，介護福祉士養成奨学金制度の他に県共済連独自の「緊急ホームヘルプサービス活動」に関する費用助成制度がある。

ホームヘルパー養成研修への助成は，1994年度からはじまり，単協に対してホームヘルパー養成取得者に対し1級6万円，2級1万5,000円を上限に助成するものである。先述の県からの補助金とあわせて講習会開催費用の負担軽減を図っている。

ボランティア共済は助けあい組織のボランティア活動中に介護事故が発生した場合の保険であり，1997年現在1,063名が加入している。

在宅介護施設等設置支援は，農協が行政から受託して在宅介護施設を建設する際の建設費用への助成と在宅介護施設への機器助成である。建設費用助成の実績はないが機器助成は1996年に会津坂下町の寿楽荘，1998年にJAいわき市の2つの実績がある。

県共済連独自の「緊急ホームヘルプサービス活動」に関する費用助成制度であるが，「緊急ホームヘルプサービス活動」とは，病院等から退院後，行政の公的ヘルパー派遣までの間に単協の助けあい組織のホームヘルパーが家事援助活動を行うことである。これは有償となるが，その費用を共済加入した場合に助成をする制度である。この制度は共済推進の面からも助けあい組織活動を活性化させる面からも期待され1995年より実施されているが，残念ながら実績はないとのことである。今のところ利用がない理由は行政が認定するまでに時間がかかっていないのか，家族側で十分受入れできる体制が整っているのか，遠慮している為なのか調査中とのことであるが，介護保険導入後は認定に際して施設入所やサービス受給までに時間がかかることが予想され，その意味では介護保険施行を見据えた施策であるといえる。

福島県の農協，各連合会は農村地域住民の健康増進活動を事業とする財団法人を1980年に設立した。これが福島県農協共済事業団であり，厚生連と連携して保養健康診断を県下全農協を対象に実施している。農協の高齢者福祉活動支援としては，中央会との連携でホームヘルパー養成研修修了者に対して，他県の活動事例報告や新しい介護技術講習等を行う「JAホームヘルパー交流研修会」を開催し，講師派遣費用等の助成をしている。この助成は広域合併農協を対象としており，実績は1995年度は1農協，1996年度は3農協実施済であり，1997年度は3農協で実施する予定である。

d．福島県経済連

福島県経済連は購買事業の中で介護用品，機器の供給と食材の宅配サービスを行っている。介護用品，機器の供給は単にメーカーの用品，機器を単協に配送するのではなく，1994年より経済連が事務局となり経済連，厚生連，中央会，単協（8農協）からなる介護用品選定委員会をつくり取扱品を選定している。販売方法は「愛樹」という商品カタログにより介護家庭からの注文を農協担当者がとりまとめ，各家庭に納品する方法とプライバシーを勘案して介護家庭から直接受注，納品を行う方法がある。価格面は商系と十分対抗できるとのことであるが，販売実績は「ほとんど無い」状況にある。原因としては商品の性格上，販売目標を設定していないので単協の購買担当者が積極的に注文をとってくることがない，担当者が十分商品説明をしていない(できない)，注文してから届くまで時間がかかる，紙おむつは商系との価格競争に勝てない等があげられる。また，購買担当と生活担当が必ずしも同一でなく，各係間の連絡不十分等もあり購買事業と高齢者福祉活動の結びつきがまだ十分ではないとしている。そこで経済連では年1回「健康機器担当者研修会」により商品知識を単協担当者に身につけさせる他，「JAホームヘルパー交流研修会」等で介護用品，機器の説明会等を行い販売実績をあげるよう努力している。

食材宅配は「ふれあい食材」のいきいきコースをシルバー食材，高齢者向けとして1997年9月より販売を開始した。これは魚を中心とした1～2人用の食材を1日おきの週3回（日曜祝祭日等は除く）に宅配するシステムである。1カ月の料金は1万8,000円程度で地元産の食材も使用している。1997年10月の実績をみると，福島県全48農協のうちいきいきコース取扱農協数は10である。また，福島県全組合員戸数13万2,461戸のうち食材宅配利用戸数が2万3,448戸，いきいきコース利用者戸数は485戸である。

その他の高齢者向けの事業として，独居老人への給食サービスや住宅リフォームを検討しており，後者に関しては1997年「リフォーム担当窓口研修会」を通じて単協担当者に説明会を開催している。

e．小　　括

以上のように福島県の中央会，各連合会は高齢者向けの事業を行い，また単協の高齢者福祉活動を支援している。例えば中央会は単協に対してホームヘルパー養成講習希望者を募ったり，助けあい組織の組織化を指示するだけでなく，会場の複数設置や県に働きかけて補助を予算化したり受講者側にたって指導，支援を行っている。また養成したホームヘルパーや組織化した助けあい組織の活動支援のために，行政や社協に働きかけて仕事づくりの世話や現場の抱える問題点の解決まで踏み込んでいる。ホー

ムヘルパー養成数，助けあい組織数が全国1である背景にはこのような各連合会の単協支援があったものと考えられる。

今後の課題としては，第1に，各連合会間の連携である。各連合会，中央会の高齢者福祉事業は展開がみられているが，連携による事業展開はまだみられていない。そのため，生産，生活を含んだ総合的な高齢者福祉施策の策定，事業化ができていない。そこで1996年5月より共済連所有の保養所をデイホームに転換する目的で中央会，厚生連，共済連による「高齢者福祉対策事務局会議」が設けられた。その後，1997年9月より信連，経済連が加わり，「高齢者福祉対策検討委員会」を設けて連合会間の連携をはかる努力をしている。本委員会では現在介護保険導入に向けて県内単協連合会の高齢者福祉活動の行動指針づくり等の検討を行っている。

第2に連合会と単協間の連携である。先述したように，各連合会の連携が十分とれていないことから，単協への連絡，指示等が例えば，信連から信用課へ，共済連から共済課へ経済連から営農販売課へ，中央会から総務課などとばらばらに行われており，単協でも総合的な高齢者福祉活動の実現を困難なものにしている。この点については，各連合会間の連携促進と同時に，単協の各課間の連携を促進する必要があろう。

さらに，厚生連と単協の高齢者福祉活動との連携について述べれば，現在は，ホームヘルパー養成講習や助けあい組織による厚生連病院，老人保健施設でのボランティア活動しか連携は見られない。第1章で触れた，介護保険，医療保険改革により厚生連病院の経営に影響を与え，単協の高齢者福祉活動との連携を考えていく必要が出てこよう。

第3に単協の広域合併に伴って，中央会の機構改革が行われており支所が出張所に移行しつつあり，支所の生活指導員が他の部署に転属になっていることである。今まで支所の生活指導員がホームヘルパー養成講習や助けあい組織の指導にあたっていただけに，単協の高齢者福祉活動に何らかの影響を与える可能性もある。各支所の生活指導員が今まで築きあげてきた行政や社協，厚生連病院，単協との人的ネットワーク等の貴重な資源を損なわないよう，支所から単協へ確実に業務引継ぎが望まれる。

最後に，現在各連合会，中央会は全国の画一化された方針に従って事業を展開し，単協を指導している部分は少なからずある。しかし，かつての「家庭介護と健康づくり大学」のように地域条件を反映した，県独自の施策を単協との連携により企画，立案，施行していくことも必要であろう。

注)

1．福島県の高齢化の状況について簡単に触れると，1997年1月1日現在の高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）は福島県全体で18.1%，福島市周辺の県北管内が17.8%郡山市周辺の県中管内が15.8%，白河市周辺の県南管内が17.9%，会津若松市周辺の会津管内が22.0%，只見，田島周辺の南会津管内が26.7%，太平洋岸の相馬市，原町市周辺の相双管内が19.3%，そして，いわき市周辺のいわき管内が17.6%である。会津，南会津管内の高齢化率が高いのが特徴的である。また，阿武隈山地の町村も高齢化率が高い。

1985年の国勢調査によれば，県全体が11.9%に対し，事例地の会津西部では耶麻郡16.7%，河沼郡15.9%，大沼郡18.0%と高齢化率が高い。

2．家庭介護の健康づくり大学等，農協法改正前の福島県の農協高齢者福祉活動については農協共済総合研究所[27] 111～128p参照。

3．旧会津坂下農協の高齢者福祉活動に関しては拙稿[28]参照。

4．両沼厚生会の設立に関しては農協共済総合研究所[27] 1～23p及び福島県農協中央会[29] 936～938p参照。

5．旧福島東和町農協の高齢者福祉活動に関しては拙稿[30]，[31]及び全国共済農業協同組合連合会[32] 32～38p参照。

6．東和町の1997年度一般会計（決算）の歳入をみると，依存財源が歳入総額の81.4%（うち，地方交付税が歳入総額の55.5%）を占め，自主財源は18.6%にすぎない。また，財政運営の硬直性を示す指標である公債費負担比率は17.7%であった。公債費負担比率は15%が警戒，20%以上は危険といわれている。

7．聞き取りによれば，当時のいわき市農協の組合長が旧いわき三和農協の組合長であったことも委託がすすめやすい要因になったといわれている。さらに，1995年のいわき市老人保健福祉計

画の策定会議委員に県中央会いわき支所営農生活課長が任命されており，市側との連携がとれていたこともその要因として考えられよう。

8．本節は拙稿[33]を加筆修正したものである。

第Ⅴ章　担い手の視点による農協高齢者福祉活動の課題

A．本章の課題

本章は，第3章第3節にて採り上げた，みちのく安達農協東和総合支店（旧福島東和町農協）の助けあい組織，ヘルプふれ愛グループ「ひまわり会」のメンバー48名中，実際活動している18名より，活動時間の捻出，参加動機等の聞き取り調査結果を基に，担い手視点からの農協高齢者福祉活動の課題を明らかにする。

農協高齢者福祉活動の多くは，農家女性を中心によって担われており，農業労働，農外労働，家事労働を調整し，高齢者福祉活動に参加する時間を捻出するという個人の強い意思と努力，さらには家族の理解によって支えられているものと考えられる。この担い手視点からの分析を欠いては，農協高齢者福祉活動の本質の把握，そして今後の展望を描くことはできないものと考える。

B．農協高齢者福祉活動推進の批判的検討

1994年に策定された農協高齢者福祉活動基本指針によれば，農協高齢者福祉活動は，3段階で推進することとされた。その第1段階は担い手の養成とボランティ組織の組織化であり，それが農協ホームヘルパー養成講習修了者であり，助けあい組織である。第2段階は助けあい組織活動により実力をつけた後に在宅福祉サービス供給の事業化，第3段階は施設福祉サービス供給の事業化が目標とされている（図4−1）。

しかし，農協高齢者福祉活動等で資格を生かし，社会的活動に参加する者はそれほど多くはない。例えば，1998年9月末の全中の調査によれば，全国で助けあい組織に参加しているホームヘルパーは

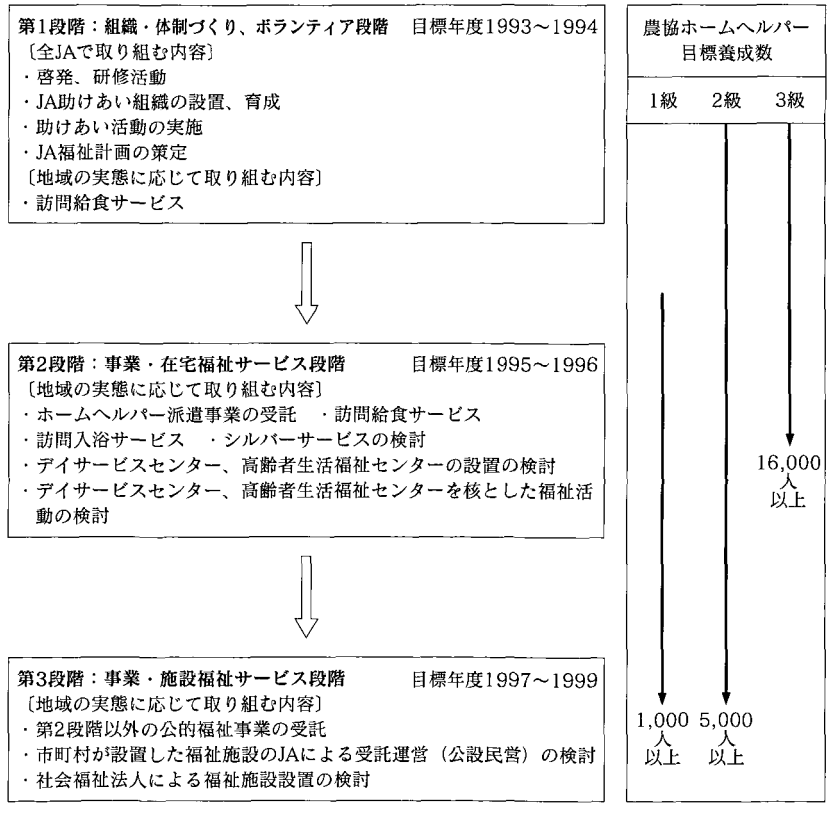

図4−1　農協高齢者福祉活動の段階的推進計画

注）蟻塚昌克『高齢者福祉開発と協同組合』家の光協会33 p. 1998年より引用

21,256名であり，農協が養成したホームヘルパー数の5割程度であるといわれている*1。助けあい組織の参加しているといっても，第2章第3節で事例としたいわき市農協のように，組織自体が学習会中心で社会的活動をしていない助けあい組織もあると考えられるので，資格を社会的活動に活用している者はさらに少ないものとみられる。岩手県中央会の調査では，農協ホームヘルパー養成講習にて資格取得した者716人のうち，資格を活用していないと回答した者は446人（62.3%）おり，さらに家族介護に活用していると回答した者57人をあわせると，503人（70.2%）であり，社会的活動に活用している者は3割程度であった*2。

農協ホームヘルパー養成講習の目的をみると，「農家・農村においては，急速に進んだ高齢化にともない介護を必要とする高齢者が増えつつあるが，家族の変化や農業生産の面からは家庭における介護力は退化している。これを補完するため，相互扶助を基本とするJAの機能を活かし，農村地域で活躍するホームヘルパーの養成ならびに，組織化による取り組みの一層の推進等を目的にこの研修会を開催する。」*3としている。

すなわち，農協ホームヘルパー養成講習の目的は，家庭介護を補完する，農村地域で活躍するためのホームヘルパーの量的確保と農協高齢者福祉活動の担い手の養成が目的とされ，あくまで地域で活動する，しかも農協の高齢者福祉活動，事業の担い手の養成にあり自分の家族介護や行政や社協など農協以外の組織で活動することは目的外とされているといえる。このことを端的に示す事例が全中のホームヘルプ養成についての一考察*4という一文である。この中で，「現在，JAグループではホームヘルパーの養成をすすめていますが，助けあい組織に参加している人はあまり多くありません。」として実態を示した後に「受講者の目的が，自分の介護のための学習であるのなら，できるだけ自己負担で研修をうけてもらい，地域のために助けあい組織で活動する前提で研修をうける方には，助成をするといった措置が必要」として，地域のために活動できない者を区別しようという意思がみえる。

しかし，活動したいという意思を持ちながらも，諸事情によりやむなく参加できない者がいたり，介護知識や技術を修得する機会が農協の養成講習しかないという地域も存在しうる。受講希望者のニードや地域で活動できない理由を把握せずに，区別していくことは問題がある。

また，農協高齢者福祉活動の人的資源に関して「現在育成に努めているJAのホームヘルパーをこの活動にとって重要な役割をもつ人的資源として位置づけ，組織化をはかっていくことから着手すべきである。少なくとも，JA以外のまたはJAの意向が何ら反映されない団体・企業に，JAが力を注いで育成・組織化したホームヘルパーの活動を委ねたりするようなことのないようにしたいものである。」*5と述べ，農協が養成したホームヘルパーが農協以外の組織で活動することに批判的である。

しかし，高齢者福祉サービスを供給できる力量が助けあい組織や農協に無い段階で，このことに固執すれば，ホームヘルパーは死蔵されることになり，地域に，その知識，技術を活かすことはできないのである。むしろ，助けあい組織や高齢者福祉事業が展開できない一時期においては，過渡期として社会福祉協議会や社会福祉法人等での活動は容認される必要があると考える。

C．農協高齢者福祉活動の担い手の構造と生活実態

a．ひまわり会の担い手の属性，家族構成

ひまわり会で，社協の派遣指示により配食サービス，入浴サービス，ホームヘルプサービスに従事している者は18名おり，全員女性である。年齢構成は30歳代1名，40歳代8名50歳代6名，60歳代4名である。平均年齢は51.8歳，最高齢65歳，最年少34歳である。

家族構成をみると，1世帯当たり人員は4.8人である。本人を含めて65歳以上の高齢者が同居している世帯は11世帯あり，うち8世帯は75歳以上の後期高齢者と同居している。そのうち3世帯は要介護状態の高齢者と同居していた。調査世帯は3世代以上同居が11世帯，2世代同居が6世帯と複数世代同居家族が多く，夫婦のみの世帯は2世帯であった。

職業をみると，18名全員は農業に従事していると回答したが，年間150日以上従事している者は7名であった。そのうち高齢者福祉活動は農外就業に含めないものとして農外就業を全くしていないと回答した者は1名であった。農外就業をしていると回答した者は14名おり，業種は製造業5人，卸売，小売業3人，保険業1人，公務1その他サービス業が4人である。尚1名が複数の農外就業をしていた。勤務地が町内の者が10名，他市町村の者が4名であっ

た。町内に弱電部品メーカーの工場が立地しており，ここに就業している者が多い。他町村といっても車で20分程度の離であり通勤の負担は少ない。

b．農繁期1日の生活時間と高齢者福祉活動時間の捻出

第Ⅳ章でふれたように，農家女性を担い手とする農協高齢者福祉活動は農繁期になると活動を中断せざるをえないことがある。そこで農繁期の1日の生活時間と高齢者福祉活動との両立についてみてみる。(表4－1，2)

農繁期の労働時間調整の方法として，家事労働時間を減らして，農業労働時間を捻出する行動がみられた。例えば，農家番号4，5は朝食のみ担当し，昼食は各自が職場等で自弁し，夜はJA宅配の利用により，家事労働時間を短縮している。また農家番号6は義母農家番号12は嫁が調理を担当し，家事分担により，本人の家事労働時間を短縮していた。また，農家番号2，8，11，13，14，18は農繁期に農外就業を止め，農業労働時間を確保していた。このように，農繁期には家事労働時間の捻出に各自，各家庭で調整しながら生活している。

次に，高齢者福祉活動への参加時間の捻出方法をみてみる。ここでは，ひまわり会が社協からの派遣指示をうける高齢者福祉活動をみる。その活動時間帯はホームヘルプサービスが月曜から土曜日，10：00，15：00開始で家事援助は1時間，身体介護は2時間のサービスを行う。入浴サービスは毎月3回，9：00～15：00，配食サービスは毎月3回，10：

表4－1　農協高齢者福祉活動の担い手の生活状況（年間農業従事日数150日未満）

農家番号	年齢	同居家族構成員数(本人含む)	農繁期1日の生活時間					農外就業		高齢者福祉活動への参加状況		
			労働時間			睡眠時間	食事休憩他	業種	勤務地	配食	入浴	ホームヘルプサービス
			農業	農外	家事							
1	34	夫　子2　義父母　義祖父母　8人	0	8.5	4	7	3.5	製造	町外	月1回2時間	—	—
2	42	夫　子3　義父　6人	9	0	4	6.5	4.5	サービス	町内	月3回6時間	—	—
3	45	夫　子1　義父　4人	0	8	4.8	7	4.2	製造	町内	—	—	月4回8時間（身体介護）
4	46	夫　子1　3人	2	8	2	7	5	製造	町内	—	—	月4回4時間（家事援助）
5	47	夫　子2　義祖父　5人	1.5	7.8	2.3	6	6.4	公務	町外	—	—	月4回8時間（身体介護）
6	48	夫　義父母　4人	3	8.8	2.3	6.5	3.4	サービス	町内	月3回6時間	—	—
7	48	夫　子1　3人	0	10	2.5	8	3.5	サービス	町内	—	—	月12回12時間（家事援助）
8	58	夫　2人	3.5	0	4.5	8	8	—	—	—	—	月4回4時間（家事援助）
9	58	夫　子1　3人	7.5	0	3.5	7	6	—	—	—	月5回25時間	—
10	59	夫　子2　嫁1　義母　孫3　9人	2.5	8	2.5	9	2	保険	町内	—	—	月11回11時間（家事援助）
11	62	夫　子1　婿1　孫2　6人	7.5	0	0	8.5	8	卸売小売	町内	—	—	月14回28時間（身体介護）
12	63	子1　嫁1　孫2　4人	3.5	8	1	8	3.5	製造	町内	—	月4回20時間	月5回5時間（家事援助）
平均：年齢50.8歳　総労働時間11.8時間			3.4	5.6	2.8	7.5	4.1					

注1）聞き取りにより作成
注2）農外労働時間には，高齢者福祉活動の時間は含まない。
注3）農外就業の就業形態は常勤，非常勤，臨時，パート全てを含む。

表4−2　農協高齢者福祉活動の担い手の生活状況（年間農業従事日数150日以上）

農家番号	年齢	同居家族構成員数(本人含む)	農繁期1日の生活時間					農外就業		高齢者福祉活動への参加状況		
			労働時間			睡眠時間	食事休憩他	業種	勤務地	配食	入浴	ホームヘルプサービス
			農業	農外	家事							
13	43	夫　義母　3人	7	0	3.5	7	6.5	サービス	町内	月4回8時間	—	—
14	45	夫　子1　義母　4人	8.5	0	4	7	4.5	卸売小売	町外	—	—	月8回16時間（身体介護）
15	51	子2　3人	8	4	4	6	2	卸売小売	町外	—	月3回15時間	月5回5時間（家事援助）
16	53	夫　母　子3　6人	4	0	4.8	9	6.2	—	—	—	—	月10回20時間（身体介護）
17	62	夫　子1　嫁1　義母　孫3　8人	9	0	3.5	8.5	3	—	—	—	月4回20時間	月5回10時間（身体介護）
18	65	夫　子1　嫁1　義父　孫3　8人	6.5	0	5	7.5	5	製造	町内	—	—	—
平均：年齢53.7歳　総労働時間11.9時間			7.2	0.6	4.1	7.5	4.5					

注）聞き取り調査による。注2〜4は表4−1と同じ。

00〜12：00であり，いずれにせよ日中であり農作業や農外労働と重複する時間帯であり，各自時間を調整して対応せざるを得ない。

活動への参加時間の捻出方法としては，1つは積極的に空き時間を捻出するというもので，農家番号3は，参加日は農作業を早朝（5時〜8時）に行ったり，土日曜日に農作業を集中して行うことで時間を捻出している。農家番号17は，参加日だけは家族に農作業を依頼して時間を捻出していた。次に就業先の休業日のみ参加するというもので，農家番号5は公務員であり，月〜金曜日は時間を捻出できないため，参加日を土曜日に限定している。農家番号7は月10日あるパートが休みの日に参加している。

ただし，活動時間が移動時間を含めても1回当たり最長2時間30分程度であり，ひまわり会のメンバーとしては，「2時間ぐらい，どうにかなる。」（農家番号13），「専業農家の方が時間を調整しやすい。要はやる気。」（農家番号14）と考えており，それ程調整に苦慮していないようである。さらに，ひまわり会の構成員は，農繁期が重なる専業農家だけからなるメンバーではなく，家族構成，就業先，就業形態等さまざまなメンバーから成り，メンバー全員が時間を捻出できないという事態を発生しにくいことが，農繁期にも活動を継続できる要因になっているものと考えられる。

D．担い手からみた農協高齢者福祉活動の現実

次に，高齢者福祉活動をホームヘルパー養成講習と配食，入浴，ホームヘルプサービス等の活動に分けて，それぞれ参加動機と懸念事項の調査結果から農協高齢者福祉活動の現実を把握したい。（表4−3，4）

1）ホームヘルパー養成講習の受講動機

ひまわり会のメンバーは全員，ホームヘルパー2級と3級の資格を取得している。しかし，図4−2で示すように3級で40〜50時間，2級は90〜130時間と講習時間が長い。さらに福島県では農協高齢者福祉活動の説明や介護用品の説明等の独自講習を3級に2時間，2級に6時間付加している他，講習会場が当地から車で30分かかる福島市までの通学が必要であった。講習を1日でも欠席すると資格取得ができないため，資格取得には本人の強い意志と家族の協力が必要である。

ホームヘルパー養成講習の受講動機をみると，過去に介護の経験があり，その際技術や知識不足で苦労したため受講したという回答であり（18人中6人），続いて自分の家族が高齢化しており将来に備えるため（4人）という回答であった。助けあい組織等に入って地域で活動すると回答した者は皆無であった。

次に，受講時の懸念事項であるが，講習に参加する時間の捻出（4人），そして，特にないが家族の理

表 4－3　農協高齢者福祉活動への参加動機と懸念事項（年間農業従事日数 150 日未満）

農家番号	年齢	ホームヘルパー養成講習の受講動機	受講時の懸念事項	配食，入浴，ホームヘルプサービス等，高齢者福祉活動への参加動機	高齢者福祉活動時の懸念事項
1	34	親戚がヘルパーの世話になっているを見て	講習期間が長い	施設より在宅福祉の方が重要だと思ったため	活動していることを会社や近所には言えない
2	42	義父のすすめ	講習会参加への時間捻出（家族に理解あり）	特になし。	特になし。
3	45	家庭介護の経験から必要性を感じて	会社を１週間休んだ（会社，家族に理解あり）	余暇の有効利用。収入を得たい	友人と遊ぶ時間がとれない
4	46	家族や近隣者が要介護状態になった場合に役立つ	特にないが，会社，家族の理解があった	余暇の有効利用	特になし。
5	47	退院者の看護介護の経験から必要性を感じて	特にないが，会社，家族の理解があった	取得した知識，技術を忘れないようにする為	ケースの対応（居留守をつかわれたりした。）
6	48	義父の介護のため	特にないが，家族の理解があった	特になし	ケースが不在時の対応（公衆電話がない。）
7	48	義父の家庭介護の経験から必要性を感じて	特にないが，家族の理解があった	取得した資格の有効利用	訪問時間が短縮され，ケースと十分会話できない
8	58	夫婦２人暮らしで，将来に備えて	特にないが，夫の理解があった	時間に余裕があり，社会的活動をしたい	自分の仕事と福祉活動の時間調整
9	58	長男の看護経験から	夫が当初，受講に反対したが，今は妻を自慢	寝たきり者とのコミュニケーションをとりたい	特になし
10	59	町の臨時ヘルパーの経験から	特にないが，家族の理解があった	特になし。	ケースの希望と自分の考えの調整が難しい
11	62	義父，義母の家庭介護の経験から必要性を感じて	特にないが，家族の理解があった	孫に世話がなくなり余裕ができた。	活動参加に対する他人からの批判
12	63	家政婦の経験，人の世話をしたいと思った	特にないが，家族の理解があった	養蚕がなくなり，収入を得たい。	訪問先家族からの中傷

注）聞き取りにより作成

表 4－4　農協高齢者福祉活動への参加動機，懸念事項（年間農業従事日数 150 日以上）

農家番号	年齢	ホームヘルパー養成講習の受講動機	受講時の懸念事項	配食，入浴，ホームヘルプサービス等，高齢者福祉活動への参加動機	高齢者福祉活動時の懸念事項
13	43	家庭介護の経験から必要性を感じて	農作業との両立（義母の理解あり）	特になし。	特になし。
14	45	将来に備えて	特にないが，夫や家族の理解があった	取得した資格を社会に生かしたい。	特になし。
15	51	近隣者からの紹介と自宅に高齢者がいるため	特にないが，会社，家族の理解があった	余暇の有効利用。資格を有効に使いたい。	近所の人からの中傷
16	53	農協女性部，生活指導員からの勧誘	特にないが，家族の理解があった	特になし。	特になし。
17	62	自宅に高齢者がいるため	特にないが，家族の理解があった	福祉活動は自分の性格に合う。時間的余裕がある	冬季間の車の運転介護時の身体的負担
18	65	義母の介護経験から必要性を感じて	特にないが，家族の理解があった	時間的余裕があった。	活動に対する中傷

注）聞き取りにより作成

(1)1991年度～1995年度カリキュラム

1級課程	360時間
講義	180時間
実技	100時間
実習	80時間

目的：ホームヘルプサービス事業における基幹的なホームヘルパーの養成
受講対象者：処遇困難ケースを担当するとともに2級課程及び3級課程修了者の指導等を行う者。

2級課程	90時間
講義	30時間
実技	46時間
実習	14時間

目的：主に寝たきり老人等の身体介護業務に当たるホームヘルパーの養成
受講対象者：主に寝たきり老人等の身体介護業務に従事する者。

3級課程	40時間
講義	16時間
実技	16時間
実習	8時間

目的：主に家事援助業務に当たるホームヘルパーの養成
受講対象者：主に家事援助業務に従事する者

＊受講は1、2、3級どちらから受講しても良い。
（ステップアップ者には免除科目あり。）

(2)1996年度以降のカリキュラム

1級課程	230時間
講義	84時間
実技	62時間
実習	84時間

目的：チーム運営方式主任ヘルパー等の基幹的ホームヘルパーを養成
　ホームヘルパーの資質の向上等のために1級課程の特定部分を継続養成研修として活用
受講対象者：2級課程修了者

2級課程	130時間
講義	58時間
実技	42時間
実習	30時間

目的：ホームヘルプサービス従事者の基本研修
受講対象者：ホームヘルプサービス従事者従事予定者

3級課程	50時間
講義	25時間
実技	17時間
実習	8時間

目的：ホームヘルプサービス入門課程として基礎的な知識と技術を修得
受講対象者：勤務時間の少ない非常勤ヘルパー及び福祉公社等の協力会員、登録ヘルパー等

＊1級は2級課程を修了した者のみ受講できる。
1級取得後も継続養成研修あり。

図4－2　ホームヘルパー養成研修カリキュラム
注）厚生省高齢者介護対策本部事務局監修
『高齢者介護保険制度の創設について』ぎょうせい 464～467 p.　1996年より作成

解，協力があったとする回答が多かった（13人）。

表出はしないが，ホームヘルパー養成講習で学んだ知識や技術が生活の場面で役に立っているかを聞いたところ，8人が「役にたった」と回答しており，具体的には，資格取得後に実際，家族が要介護状態になり，学んだ知識，技術を活かすことができたと回答している。全中からみれば本来の目的外の養成であるが，実際は組合員の生活の中で資格が活かされ，組合員の利益になっており，家族介護を目的とする受講者を区別，除外する積極的な理由はないと考える。

2）配食，入浴，ホームヘルプサービス等の高齢者福祉活動

高齢者福祉活動への参加動機であるが，余暇の有効利用（7人）のほか，取得した知識や技術の有効利用（2人），収入を得るため（2人）等があげられる。積極的に社会的活動をしたいためと回答した者は2人にすぎない。

活動時の懸念事項は，ホームヘルパー養成講習とは異なり，時間調整を挙げた者は2人だけであり，多くの者は活動参加のための時間調整を苦労とは感じていないようである。その一方では，活動に対する批判，中傷を苦労しているとの回答が4人あった。具体的には，「(近所から)自分の家にいる老人をほっ

ておいて，他人の世話を焼いていると陰口を言われている」(農家番号11)，「(介護をしている利用者の家族からヘルパーに対して) いいバイトになるね，と嫌味を言われる」(農家番号12)，「自分の仕事をやっていれば良いのでは」(農家番号15)等があげられる。福祉活動に対する誤解や，ヘルパーが介護者のストレスのはけ口になりやすい，資格を持つ者や家の外で自由に活動できる者に対する羨望がこれら中傷の原因と考えられる。担い手は活動時の肉体的ストレスは当然のこととして精神的にもストレスを負っており，活動を推進しようとする者は担い手の抱えているこのような苦労を理解しておく必要があろう。

E．農協高齢者福祉活動による教育効果と新たな活動の萌芽

農協高齢者福祉活動を通じて，担い手は，日常生活，自宅や職場では得ることができない経験をして，何らかの教育効果があったものと考えられる。そこで，以下，次に農協高齢者福祉活動による教育効果と今後の学習意向についてみてみる。(表4－5)

教育効果を大別すれば，介護に関する点と介護には直接関係ない点に分けることができる。前者の事例としては，介護の実態を感じとったり（農家番号1，9，12，13，14，17)，そこから自分なりの介護知識，技術を見いだしたもの(農家番号3，11，12，15，16，18) があげらえる。後者の事例としては，利用者から「漬物のつけ方や生活の知恵を学んだ」(農家番号4)，「物を大切にすることを学んだ」(農家番号7，8) があげられる。このように，高齢者福祉活動は一方的にサービスを供給するのではなく，サービス供給者自身も利用者やその家族から様々な感情，知識，技術を授かるという，相互的なものであることがわかる。

今後の学習意向をみると，高齢者福祉に関するさらなる知識，技術の修得を挙げた者は4人（農家番号2，3，10，14，17）であり，障害者福祉に関する知識，技術の修得（手話）が10人と多く，リハビリ医療に関する知識，技術の修得が3人であった。当地では公民館において手話教室が開催されているために，関心を持つものが多かったとも考えられるが，高齢者福祉活動を通じて，高齢者福祉に限らず，障害者福祉など福祉活動全般に対し関心を抱くようになっている。担い手のこのような意思をくみとっていくことにより，農協高齢者福祉活動は対象別，分野別という現在の縦割り福祉行政の壁を越えて，「農協福祉活動」に展開していくことも考えられよ

表4－5　農協高齢者福祉活動による教育効果

農家番号	年齢	活動を通じて感じたこと，学んだこと	今後の学習意向
1	34	独居高齢者の営農上の苦労を感じた。	手話を学びたい。
2	42	独居高齢者は想像より自立生活をしている。	リフレッシュ講習
3	45	ケースは家族より第3者の意見をよく聞く事	1級資格取得したい 手話を学びたい
4	46	漬物の漬け方や生活の知恵を学んだ	手話を学びたい。
5	47	他の活動メンバーとの会話が勉強になる。	手話を学びたい。
6	48	特になし。	介護保険制度の詳細について学びたい。
7	48	高齢者から，物を大切にすることを学んだ。	手話・ガイドヘルパー資格を学びたい
8	58	ケースから「物」の大切さを学んだ	リハビリの知識
9	58	介護者の精神的身体的負担を感ずる。	リハビリの知識，技術(資格取得)
10	59	他人の家庭も見ることが勉強になる。	老人食の調理，難病者の看護講習
11	62	高齢者の安否に気を配るようになった。	手話を学びたい
12	63	要介護者にとって入浴の大切さがわかった。	手話を学び，障害者の介護をしたい。
13	43	独居高齢者の孤独感	手話を学びたい。
14	45	介護者の方が，介護が上手であり勉強になる	1級資格と，会話可能レベルの手話
15	51	介護は近所の人より他所の人の方が良い。	リハビリ，手話を学びたい。
16	53	相手の気持ちになって物事を考える事は大切	手話を学びたい。
17	62	介護を家族で対処する傾向（特に男性）	病状や要介護度に応じた調理手法
18	65	訪問は，施しではなく学びにいく事である	特になし。

注）聞き取りにより作成

う。

F．小　　括

農協高齢者福祉活動の担い手の分析から，活動へ参加するために，各人は参加時間捻出に努力しているのと同時に，家族や就業先の理解と協力が不可欠であり，これが欠ければ活動維持は困難となることが明らかとなった。このことは，担い手が農家女性である現在の農協高齢者福祉活動の限界を示している。

全中は農協高齢者福祉活動の目的を，地域のため，農協の事業に資するために推進しているが，担い手は自分が将来介護者となることを想定して家族介護に役立てるために資格を取得し，その技術知識水準を保つため，あるいは余暇の有効活用の手段として高齢者福祉活動に参加していた。

担い手は，当初は地域社会に貢献するという意識をもってはおらず，むしろ活動に参加することによって，地域の福祉課題を身を持って捉え，問題意識を持つようになり，その結果，地域社会へ貢献しようという意識が後天的に芽生えているといえる。

さらに，活動は高齢者福祉に限定されることはなく，リハビリなどの医療，手話などの障害者福祉の分野へと自然に広がっていく可能性を示している。高齢者福祉もホームヘルプサービスなど介護保険の給付対象サービスに限定されず，老人食の調理や生きがいなどへの広がりが見られる。

さらに担い手の多くが，高齢者から知識，技術の伝承など，活動を通じて得られるものがあったとしており，このことから，農協高齢者福祉活動は，他のサービス供給機関にありがちな，一方的にサービスを対象に供給するのではなく，相互的な活動であるといえよう。

今後の農協高齢者福祉活動は，担い手視点から活動を見直すことにより，福祉全般を活動対象とするボランティア活動，サービス供給体となる方向など多様な展開が想定され，他のサービスの供給体にはない，特色を生かした活動を展開していくことが望まれよう。

注)

1．全中[35] 3ページ参照
2．岩手県農協中央会[36] 17～20ページ参照
3．福島県農協中央会[37]
4．全中[38] 14ページ参照
5．農協共済研究所・全中[39] 15ページ参照

第VI章　社会保障制度改革下における農協高齢者福祉活動の展望

A．各章の要約

本研究の課題は，第1に社会保障制度改革のうち，高齢者福祉と関係が深い医療保険制度改革と介護保険制度について，その問題点を明らかすること，第2に現行の農協高齢者福祉活動の意義，問題点を明らかにすること，第3に社会保障制度改革下の農協高齢者福祉活動の展開方向を明らかにすることであった。各章の分析結果を要約すると以下のようになる。

第II章は，医療保険制度改革，介護保険制度が利用者に与える影響について明らかにした。わが国の要介護者の多くは特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設入所よりも在宅または病院への長期入院が多いことを示した。医療保険制度改革や介護保険制度は病院の長期入院を解消させ，施設から退所を促進するという，施設から在宅への誘導政策である。従って在宅医療，在宅福祉サービス基盤が未整備な地域においては家族による介護負担を高めたり，行き場を失う要介護者の出現などの社会問題が発生する可能性がある。このことを北海道で実施された特別養護老人ホーム入退所モデル事業より明らかにした。

また，介護保険制度は，特定の法人による高齢者福祉サービス供給の独占を許容しており，利用者の利益が損なわれる可能性がある。しかし，現段階では，利用者に対する公的な利益保護制度は未確立である。利用者はその整備を求めるとともに自らが自己の利益保護のための制度を構築する必要がある。

しかし，個人では保健医療福祉に関する知識，情報収集，監視そして制度改革へ向けた政治的活動ともに限界がある。このような目的を達成するためには組織化が必要であり，そのような組織として協同組合が考えられる。農協高齢者福祉活動の意義として，制度改革により損なわれる可能性がある組合員の利益を守ることが考えられ，利益保護を目的とする需要体としての活動，制度を利用者本位の制度に改革する運動体としての活動が必要であるとした。

第III章は農村における高齢者の生活実態と福祉課題を明らかにすることを課題とした。統計分析から都市部に比べて，農村部は少子高齢化が進展してお

り，将来介護負担が高まることが予想され，医療，福祉サービス供給基盤が必要であるとした。また，統計分析から農村部は都市部と比較して医療，福祉サービス供給基盤が不足していることを示した。医療，福祉機関経営の自立を要請する医療保険制度改革，介護保険制度下においては，ますますこのような傾向を強めることが予想される。

北海道栗山町の農家調査結果から住民には様々な福祉ニードがありながらも，行政や社協，医療，福祉機関は十分な対応ができていないことを示した。農村部における農協高齢者福祉活動の意義は，経済性の観点から行政，社協，医療，福祉機関から疎外されやすい組合員のニード対応と利益保護にある。サービス不足を関連機関との連携により補う，供給体としての活動のみならず，地域の医療，福祉施策，サービス供給の現状や組合員のニードを把握する需要体としての活動，それらを行政や医療，福祉機関に訴え，具体的な施策，サービスを展開させるといった政策活動をする運動体としての活動が必要であるとした。

第Ⅳ章は農協高齢者福祉活動を福島県の３つの農協の高齢者福祉活動を事例として，高齢者福祉活動の役割と介護保険制度施行後の課題を明らかにした。事例分析により，サービス供給基盤が不足している地域において，行政，社協，農協が連携することにより，地域住民のニードに対応した高齢者福祉サービスを供給が可能であることを示した。

しかし，広域合併等の農協経営の合理化や介護保険制度の持つ，経営の自己責任，市場原理の導入による適度の競争という性格がサービス供給機関を連携を結ぶより，独占を選択させる傾向を強めることで，このような連携が破綻する可能性があることを指摘した。

また，高齢者福祉サービス供給を事業としている農協は，介護保険制度施行後の収入源が委託金から介護報酬へ移行することで，収支確保が困難となることを示し，サービス供給中心の高齢者福祉活動の限界を明らかにした。

第Ⅴ章は，農協高齢者福祉活動を担い手の視点から，その課題を明らかにした。担い手の生活時間の調査結果から，担い手は家事労働，農業労働，農外労働時間を個人の努力ないし家族の協力により調整し，さらには農協高齢者福祉活動へ参加する時間を捻出していることを明らかにした。

現在の農協高齢者福祉活動が農協事業の利益追求のために推進されていることを批判し担い手視点から農協高齢者福祉活動の見直しの必要性を示唆した。担い手は自分が将来介護者となることを想定して家族介護に役立てるために資格を取得する等，自分の利益のために参加するが，活動を通じて積極的に地域社会へ貢献しようという意識が芽生えつつある。さらに，担い手は高齢者福祉に限定されず，リハビリなどの医療，手話など障害者福祉など幅広い分野へ関心を持つようになっている。このような担い手の意向を反映した活動を推進することで，他の福祉サービス供給体と違った特徴を持った福祉活動，事業を展開し，地域の福祉向上に資することができるとした。

B．農協高齢者福祉活動の展望

以上を総括すれば，わが国には都市部・農村部との間に医療福祉サービス供給基盤に明らかな格差があり，この格差を放置したまま，財政支出の削減という観点から国は国民の自己負担，自己責任を要請する介護保険制度，医療保険改革，年金改革，社会福祉基礎構造改革という社会保障制度改革を推し進めようとしている。

このような状況下，協同組合のもつ相互扶助を強調し，福祉活動を推進させようという動きがみられ，農協高齢者福祉活動もその政策の担い手となりつつある，といっても過言ではない。

組合員のニードを把握することなく，組合員の利益を損なう政策の担い手として展開していくならば，農協高齢者福祉活動に展望はない。現在の農協高齢者福祉活動は早急に見直しが必要であると考える。

第１に，今後予想される介護負担の高まり，農村部の医療，福祉サービス基盤不足の現状，組合員のニードを十分反映することがない行政，医療，福祉機関の経営行動，そしてこれを増幅させる社会保障制度改革から考えて，農協高齢者福祉活動は継続していく必要がある。しかし，その活動は高齢者福祉サービス供給体としての活動だけに留まらず地域の医療，福祉施策，サービスの監視，評価，組合員の福祉ニードの把握など組合員の利益保護を目的とする需要体としての活動，そして組合員のニードを政策やサービスに反映させることを目的とする運動体としての活動，この３つを併せて活動していく必要がある。

需要体，運動体としての性格を欠けば，農協高齢者福祉活動は単なる厚生行政を推進する活動に変質する危惧があり，サービス供給中心の活動は，いわき市農協の事例，担い手視点からの分析からもその限界が明らかである。

サービス供給についてさらに述べると，現在，高齢者福祉サービスは，厚生連の保健医療サービス同様，農協法において100%員外利用が認められている。確かに，サービス供給が不足している地域や利用者のニードを反映しないサービス供給が行われている地域において，農協がニードを反映したサービスを組合員は勿論，組合員以外の者に対してもサービスを供給することは，協同組合原則の「地域への関与」といった観点から評価できよう。

しかし，100%員外利用を認めることに関して，一方では農協が員外の利用者を積極的に開拓，確保し，それによって得られる介護報酬を農協の新たな収入源としていくといった，いわゆるシルバービジネスと同様の経営行動を採ることを許すという側面を持つ。全中は農協が高齢者福祉活動，事業を行う理由として，金融や生活購買事業など他事業への波及効果が期待でき，結果として農協の経営基盤の強化を図ることができるとしており，この考え方は介護サービスを供給するのと同時に，自社の介護用具を販売したり保険を勧誘するシルバービジネスの経営戦略と同一である。

確かに他事業への何らかの波及効果は期待しうるが，波及効果を得るために高齢者福祉活動，事業を推進するとすれば，本末転倒である。このように，利用者の利益を守るのではなく，農協の収益増強のために高齢者福祉活動，事業が推進されていくならば，組合員や員外の利用者は農協から離反していくことに繋がろう。

さらに，金融や生活購買事業が直面しているように，組合員以外の者を准組合員とすることにより利用者を拡大し，収益を拡大していくといった経営戦略は事実上破綻しつつある。これと同様の戦略を採用した高齢者福祉活動，事業もシルバービジネスとの競合に晒されることで金融や生活購買事業と同様の結果を招くことになろう。

第2に，活動の担い手を農家女性に局限することは許されない。これは第V章でふれた農業，農外労働，家事との両立を要する農家女性の肉体的，精神的負担の軽減が必要であるという倫理的な観点や性役割の問題にとどまらない。介護問題，医療問題など，これら社会保障制度の問題は「特別な人」の問題ではなく，国民全体が対象となる問題である。改革は，国民の無関心に乗じ，声を出すことのない対象者本人やその介護者の個人的な問題として矮小化し，自己責任を唱えることで国の責任を放棄する方向にある。この政策に無意識のうちに加担しないという意味で農協高齢者福祉活動は性別や年齢に限定されることなく幅広い層をその活動の担い手としていかなければならない。

第3に農協高齢者福祉活動は，農協単体の活動を推進，展開していく方向から各機関との密接な連携を前提とした活動を推進，展開していく必要がある。連携についても，サービス供給に限定せず，サービス監視，評価そして政策活動も含まれる。

連携を必要とする理由はサービス供給に関しても，監視，評価，政策活動に関しても，一定の保健，医療，福祉の知識，技術を必要とするからである。そのために，農協高齢者福祉活動と同じ意思をもった専門職との連携が必要である。さらに福島県の事例で示したように各機関とも単体ではマンパワーや財政面に制約があり，それを連携によって補うことで組合員や地域住民の医療，福祉ニードを可能なかぎり満足させるサービス供給体制を構築できるからである。

しかし，連携の目的はあくまで，組合員や利用者の厚生向上のための連携でなければならない。連携は制度を是認し，それによる経営面の影響を耐え忍ぶための，あるいは保健，医療福祉サービス供給体の経営安定のためのカルテルになってはならない。

社会保障制度改革下の農協高齢者福祉活動の展開方向とは，組合員や地域住民の利益を守り，医療，福祉ニードを関連機関との連携により，供給体，需要体そして運動体としての活動を通じて，具体的な施策やサービスによって還元するという，協同組合組織本来の役割を果たすことであり，この当然ともいえる経営行動を採用できるか否かが，農協に対して現在問われているといえよう。

謝　辞

本論文をまとめるにあたり，太田原高昭教授には，構想の段階から最終の取りまとめに至るまで，御指導と励ましを賜りました。ここに，心から感謝の意を表します。

また，坂下明彦助教授には，大学院入学から今日に至るまで，調査手法，データの分析手法など細部にわたって詳細な御指導と御助言を賜りました。心から深くお礼申しあげます。朴紅助手には，論文内容についてコメントを頂き，また温かい励ましを賜りました。心から深くお礼申しあげます。

そして，黒河功教授，出村克彦教授，三島徳三教授，長南史男教授，飯澤理一郎助教授，志賀永一助教授，山本康貴助教授，近藤巧助教授，久野秀二助手の諸先生からは有益なコメントを頂きました。心から深くお礼申しあげます。

さらに，井上誠司氏，菅沼弘生氏，山内哲人氏，小山良太氏，小林国之氏，趙　相元氏そして山田みちる氏をはじめとする協同組合学講座の皆様には本研究全てにわたって御協力を頂いた。そして他講座の大学院生の皆様には，温かい声援を頂いた。とくに柳　京熙氏，佐藤和夫氏，笹木　潤氏，小糸健太郎氏，松本浩一氏，杉村泰彦氏そして松田浩敬氏は知的刺激を与えてくれた。心から感謝したい。

本論文の作成にあたっては，社団法人北海道地域農業研究所の自主研究である，「農村の高齢化」研究会の成果が生かされている。本研究会の鈴木敏正教授，杉村宏教授，宮崎隆史助教授（以上，北海道大学教育学部），塩沢照俊氏（前北海道拓殖短期大学教授），高田哲助教授（名寄短期大学）そして協同組合学講座の先輩でもある田渕直子助教授（北星学園女子短期大学）の皆様に感謝の意を表したい。

そして，調査にご協力を頂いた福島県農協中央会，会津みどり農協，みちのく安達農協いわき市農協，会津坂下町，東和町，いわき市の高齢者福祉関係機関の皆様と社団法人北海道地域農業研究所の皆様に，感謝の意を表したい。

最後に，農村の保健，医療，福祉という研究テーマを与えてくれた亡き母，私を支えてくれた父，姉，そして保健，医療の知識を与え，日々遅筆の私を叱咤激励して本論文の完成を現実のものにしてくれた妻優子に感謝する。

引用文献

1．民間活力チーム：「民間活力の活用について」，全国担当課長会会議資料 NO.8，厚生省介護保険制度実施推進本部，1998
2．介護保険事業計画・基盤整備チーム：「介護保険事業計画・基盤整備について」，全国担当課長会会議資料 NO.5，厚生省介護保険制度実施推進本部，1998
3．田端光美：「農村における老人福祉問題」『農村生活研究』，**16**(2)，1972
4．田端光美：『日本の農村福祉』，頸草書房，1982
5．田端光美：「農村高齢者の福祉問題」『農村生活研究』，**28**(2)，1984
6．木村純：「道北における農村老人の生活実態と農協の生活福祉事業の課題と方向」『協同組合奨励研究』，**11**，1985
7．蟻塚昌克：「農村高齢者問題と農協福祉サービス供給システム試論」『協同組合奨励研究』，**12**，1986
8．蟻塚昌克：「福祉改革期における農協福祉サービス供給システム構築の方向と課題」『協同組合奨励研究』，**18**，1992
9．柄澤行雄・三本木政行之：「農村高齢者福祉対策に対する農協組織の役割と可能性」『協同組合奨励研究』，**19**，1993
10．佐藤百合香：「高齢者福祉サービスを核とした農協の生活総合センター機能の発展方向」『協同組合奨励研究』，**19**，1993
11．横川洋・坪井伸広：「高齢者福祉に果たすドイツと日本の協同組合の役割」『協同組合奨励研究』，**21**，1995
12．蟻塚昌克：『介護保険と協同組合福祉』，家の光協会，1999
13．市川秀彦・福永哲也・村田隆一：『農協がおこす地域の福祉　JA信州うえだの挑戦』，自治体研究社，1998
14．小塩隆士：「医療の経済学と医療保険」「医療制度改革の課題」『社会保障の経済学』，日本評論社，191-233，1998
15．池上直己・J.C.キャンベル：『日本の医療』中公新書，1314，中央公論社，1996
16．向：「環境激変下の一般病院の生き残り戦略」『高齢者福祉対策推進情報』，**14**，29-38，全国農業協同組合中央会，1998
17．二木立：「介護保険と「保健・医療・福祉複合体」」『経済』，**42**(3)，43-56，新日本出版社，1999
18．二木立：『保健・医療・福祉複合体　全国調査と将来予測』，医学書院，1998
19．大友康博：「農協福祉活動に関する実態調査帯広市」『農村の高齢化問題最終報告書』，北海

道地域農業研究所，48-65，1999
20．北海道保健福祉部・特別養護老人ホームけいせい苑：『特別養護老人ホーム入退所計画実践試行的事業実践報告書』，1998
21．日本経済新聞：「1999年1月24日朝刊」，1999
22．全国共済農業協同組合連合会：「農村地域における要介護老人人口の将来推計」『高齢者福祉対策推進情報』，**16**，3-24，全国農業協同組合中央会，1998
23．栗田明良：「第1部　第4章　中山間地域の高齢者医療・福祉問題」，田畑　保編『中山間の定住条件と地域政策』，日本経済評論社，1999年
24．北海道地域農業研究所：『農村の高齢化に関する調査研究報告書』，1998
25．北海道町村会介護サービス問題研究会：『過疎地域における介護サービスの課題と対策』，1998
26．財団法人電源地域振興センター：『平成8年度高齢者支援型総合情報システム構築調査報告書いきいきコール（北海道栗山町）』，1997
27．高橋紘士監修：『地域介護力』，105-115，中央法規，1998
28．農協共済総合研究所：『JAにおける高齢者福祉活動事例集Ⅰ』，1994
29．大友康博：「地域社会における農協高齢者福祉活動の役割」『北大農経論叢』，**54**，1998
30．福島県農協中央会：『福島県農業協同組合50年史　本編・五連編』，1997
31．大友康博：「農村地域における農協高齢者福祉活動の現状　福島県の2農協の事例分析」『日本の地域福祉』，**12**，1999
32．大友康博：「農業協同組合による高齢者福祉活動の展開」，日本協同組合学会第18回大会報告要旨，1998
33．全国共済農業協同組合連合会：『在宅介護モデル施設設置JA等におけるホームヘルプサービス事業に関する調査報告書』，1998
34．大友康博：「福島県連合会における高齢者福祉事業の現状」『地域と農業』，**30**，北海道地域農業研究所，1998
35．全国農業協同組合中央会：「助けあい組織の設立・活動調査結果について」『高齢者福祉対策推進情報』，**20**，全国農業協同組合中央会，1998
36．岩手県農協中央会農業対策部：「JA岩手県グループのJAホームヘルパーに対するアンケート調査結果」『高齢者福祉対策推進情報』，**18**，全国農業協同組合中央会，1998
37．福島県農協中央会：『平成10年度JA農村地域ホームヘルパー養成研修実施要領』，1998
38．全国農業協同組合中央会：『JA助けあい組織のすすめ』，全国農業協同組合中央会，1998
39．農協共済研究所，全国農業協同組合中央会：『JA高齢者福祉活動計画策定の手引き　基本構想（計画）具体化計画策定編』，1996

参考文献

1．相川良彦，叶堂隆三，岡本緒里，小林妙子：「中山間地における家族・集落構造と高齢者介護福祉」『農業総合研究』，**50**(1)，農業総合研究所，1996
2．蟻塚昌克：『介護保険と協同組合福祉』，家の光協会，1999
3．池上直己，J. C. キャンベル：『日本の医療』中公新書，1314，1996
4．一番ケ瀬康子：『高齢社会と地域福祉』一番ケ瀬康子社会福祉著作集第4巻，労働旬報社，1994
5．一番ケ瀬康子，小川　利夫，木谷　宣広，大橋謙策編：『社会教育の福祉教育実践』シリーズ福祉教育5巻，光生館，1987
6．右田紀久恵編：『自治型地域福祉の展開』，法律文化社，1993
7．右田紀久恵，松原　一郎編：『福祉組織の運営と課題』地域福祉講座2巻，中央法規，1986
8．右田紀久恵，牧里毎治編：『組織化活動の方法』地域福祉講座6巻，中央法規，1985
9．漆　博雄：『医療経済学』，東京大学出版会，1998
10．大泉豊秋：『農協は高齢化社会をどう支えるか』，家の光協会，1994
11．大友信勝：『検証　高齢者保健福祉計画　住民参加型へのアプローチ』，KTC中央出版，1994
12．小塩隆士：『社会保障の経済学』，日本評論社，1998
13．大橋謙策：『地域福祉の展開と福祉教育』，全社協，1986
14．大守　隆，田坂　治，宇野　裕，一瀬智弘：『介護の経済学』，東洋経済，1998
15．小川全夫：『地域の高齢化と福祉』，恒星社厚生閣，1996
16．Kasza, G. J., *THE CONSCRIPTION SOCI-*

ETY, Yale University Press, 岡田良之助訳：『大衆動員社会』, 柏書房, 1999
17. 河合克義：『ホームヘルプの公的責任を考える』, あけび書房, 1998
18. 川口清史編：『協同組合　新たな胎動』, 法律文化社, 1998
19. 協同組合福祉フォーラム実行委員会編：『福祉コミュニティを築く』, 中央法規, 1997
20. 田畑保編：『中山間の定住条件と地域政策』, 日本経済評論社, 1994
21. 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修：『高齢者介護保険制度の創設について』, ぎょうせい, 1996
22. 嵯峨座晴夫：『人口高齢化と高齢者』, 大蔵省印刷局, 1997
23. 坂本和夫：『医療を越えて　小諸厚生総合病院・地域保健活動の実践』, 日本経済評論社, 1990
24. 真田　是：『地域福祉の原動力　住民主体論争30年』, かもがわ出版, 1992
25. 下田　憲, 清水茂文：『地域をつむぐ医の心』, あけび書房, 1998
26. 社会保障研究所編：『社会福祉における市民参加』, 東大出版会, 1996
27. 杉岡直人：「農家高齢者の生活構造」『協同組合奨励研究』, 8, 1982
28. 鈴木　勉, 佐藤卓利, 松田　泰：『高齢時代の地域福祉プラン』, 北大路書房, 1995
29. 袖井孝子, 高橋紘士, 平岡公一編：『福祉と医療』日本の社会学15巻, 東大出版会, 1997
30. 武田　宏：『高齢者福祉の財政課題』, あけび書房, 1995
31. 趙　重文：『へき地医療の現場から』, 日本地域社会研究所, 1997
32. 日本村落研究学会編：「高齢化時代を拓く農村福祉」『年報　村落社会研究』, **35**, 農山漁村文化協会, 1999
33. 財団法人農政調査委員会：「人口高齢化と農村集落の構造変化」『日本の農業』, 203, 財団法人農政調査委員会, 1997
34. Pierson, C., *BEYOND THE WELFARE STATE ?* Basil Blackwell Limited,Oxford 田中浩, 神谷直樹訳：『曲がり角にきた福祉国家』, 未来社, 1996
35. 社団法人北海道地域農業研究所：『農村の高齢化問題　中間報告書』, 1998
36. 前田信雄：『保健医療福祉の統合』, 勁草書房, 1990
37. 松下　拡：『健康学習とその展開』, 勁草書房, 1990
38. 松永俊文, 野上文夫, 渡辺武男：『現代コミュニティワーク論』, 中央法規, 1997
39. 丸岡秀子監修：『変貌する農村と婦人』, 家の光協会, 1986
40. 三浦文夫：『社会福祉政策研究』, 全社協, 1996
41. 三塚武男：『生活問題と地域福祉』, ミネルヴァ書房, 1997
42. Lummis, C. D, *RADICAL DEMOCRACY* 加地永都子訳：『ラディカル・デモクラシー　可能性の政治学』, 岩波書店, 1998
43. 李　啓充：『市場原理に揺れるアメリカの医療』, 医学書院, 1998
44. Werner, D., David Sanders and Alice Brelsford, *The Politics of Primary Health Care and Child Survival, Health Wrights* 池住義憲, 若井　晋訳：『いのち・開発・NGO』, 新評論, 1998

(2000. 10. 23受付, 2001. 8. 7受理)

Summary

This paper analyzes the effects on elderly people of the reform of the social security system in Japan, in particular the medical insurance system and the social insurance system,and discusses the roles of Agricultural Cooperatives in rural areas in the present situation.

The main conclusions of this paper are as follows:

1) The aim of social security system reform in Japan is to cut back the social security budget.

This reform would impose a heavy burden on many people with regard to social security costs.

2) Although there are more elderly people living in rural areas, these areas have insufficient social welfare institutions. The reform will probably shift providers of social welfare services from the public sector to the private sector.

Private sector providers need to make a profit to enable to grow and prosper. Therefore, they do not attempt to expand their service into unprofitable areas such as rural areas.

3) Agricultural Cooperatives are expected to maintain members' welfare. For example, in rural areas, some of them act as social welfare service providers to meet the demands of their members.

Nevertheless, the reform makes their operation very difficult.

4) Although Agricultural Cooperatives are expected to be social welfare services providers, they will probably become political movement actors in social security policy in Japan. Because social security must respond to numerous needs of people, they do not have to respond to government needs.