

自治研センター講演会

# 高齢者を取り巻く地域力の 可能性と限界

— 孤独死防止対策から見えること —

2014年2月15日収録



淑徳大学 総合福祉学部 教授

結城 康博

今日の話題については、県内でもう30回ぐらい話しています。

介護保険や孤独死対策は、千葉県庁・千葉市役所・柏市役所・松戸市役所、そして木更津の方ということで、とにかく県内は声がかかればどこにでも行くようにしています。ほとんどは民生委員の方とか、ケアマネージャーとか、自治体の職員、それから施設長の会などの集まりです。

私は明日から、ドイツの介護保険を見に行きます。1週間行ってくるのですが、帰って来るとまた、この話題で千葉県内をまわります。もしかしたら、どこかで聞いたことがあるかなと思うかもしれません。

## 市町村に権限移譲の介護保険改定

介護現場では、2015年4月に介護保険法が改正される予定で通常国会に医療法と介護保険法の法案が上程されています。あとで2人の介護現場の方とお話しますが、この1年間というもの、介護現場は制度改正で大変です。しかも、4月から消費税アップ分の報酬改定も行われます。

どう制度が変わるのか、自分の商売や利用者の生活がどう変わるのかと、もう本当に血眼になってやっています。制度改正というものは、実は利用者と介護で働いている人たちにしてみると非常に面倒です。

もう1つは、今回の制度改正は、市町村に権限を委譲するというのが特徴です。地方自治がご専門の宮崎理事長に怒られるかもしれませんが、私は地方分権が嫌いなのです。はっきり言って、介護とか医療に関してですが。

あとで怒られてしまいますが、私は、医療と介護については中央集権派なのです。先ほどのご挨拶で宮崎先生が言っていたように、雪かきでヘルパーを使うとか、融通のきくところに関しては、地方にあってもいいかと思うのですが。

今回の制度改正は、民主党政権の時の社会保障の制度改正を引きずっております。介護保険法は、色濃く地方分権が出ています。やはりこういう細かい制度改正というのは、政権が変わったからと



いって、簡単に変えられるものではありません。

ですから、例えばケアマネージャーの指定権限や監査は、県から市役所に全部移します。それから10人以下ぐらいのデイサービスという小規模デイについても、許認可権を全部市町村に委譲します。そして、今からお話をする要支援1・2のヘルパーのデイ部分の権限も、全部市町村に委譲します。

もう1つは孤独死です。今日は孤独死を少し中心にお話しますが、インフォーマルサービスである地域福祉の理念を介護保険の中に入れて、その責任を市町村に全部入れます。

私も毎年ドイツに行って介護保険や制度改正を勉強しますが、行政学で言うところの補完性の原理というのでしょうか。ヨーロッパも補完性の原理もやりますが、日本の言っている地方分権は、到底日本の実態には合いません。

## 市町村に福祉の専門職がいなくなっている

私は介護現場でずっと働いてきて、福祉現場、児童現場での経験もありますが、福祉に対する考え方については、ヨーロッパの考え方と日本の考え方はやっぱり違うと思います。あとはそれだけ市町村の職員が、福祉に対して問題意識が少ないということです。正直に言うと、福祉行政の専門職がいません。いまは全部委託をしていますから。

実は、介護保険というのは地方分権の試金石ですが、これは15年経って、さらにマイナスになっています。これは現場特有のほとんどの共通認識です。社会福祉学会やその辺りの研究者には、地

方分権を後押ししている人が多いのですが、現場では、ただ単に民間や市町村に丸投げをしているというところですよ。

特に、いまはケアマネージャーや施設の職員の方が、技術力は数段上だと私は思います。市町村の職員はほとんど福祉を知りません。いい例がケースワーカーです。ケースワーカーは、ほとんど毎年異動を希望しています。

おかげさまで、千葉市では淑徳大学生を採用していただいて、ありがとうございます。ようやく福祉職を採用していただいて、私のゼミ生も4、5人が入らせていただきました。千葉市も、この3、4年はようやく「専門職を採用しないと本当のケースワークはできないだろう」ということですが、それは千葉市だからできることです。大きな政令市ですから。私は特別区の公務員を13年やっておりました。千葉県には54市町村ありますが、ほとんど福祉の専門職を採用しません。

ヨーロッパでは役所をまわると、専門職は小さい自治体にもいます。ソーシャルワーカーとか、そういう人がいるのです。この行政組織に、専門職がないのに分権しても無理です。なぜなら、経済学部、法学部、教育学部卒等の事務職しかいないですから。かろうじて地方分権してもいい自治体は、専門職をきちっと雇っているところで、それはほんの一部です。だから、ケースワーカーが不正受給とかいろいろなことをやっているのは、事務屋が管理だけをやっているからです。

そういうことも含めて、ケアマネージャーもやったことがないし、ヘルパーでお年寄りの家にも行ったことのない自治体の職員は、今回の2014年の法改正で事業が来ても、それは無理なのです。介護保険・高齢福祉職場では、たぶん早く異動希望を出す人が多いと思います。そういう実態であるのに本当に現場の仕事ができるかと言うと、最終的には利用者とケアマネージャーやヘルパー、施設の職員が困ります。

今回の孤独死対策についても話しますが、審議会がちょうど1月21日から始まりました。1年間に13~14回ぐらい審議会に加わって、私なりに相当ドラスティックに意見を言ったつもりです。も

ちろん、厚生労働省とは仲がいい時もあるし悪い時もありますが、よく話をしました。じっくり話しました。審議会の議事録に出ていないところの倍ぐらい、私は話しました。

今回は、介護保険ができて15年経つ中での2番目の大改正です。それについて、これからお話をします。会場を見ると、60歳以上の方が結構いらっしゃるの、まもなく要介護者になる人もいるし、約10年以内に認知症になる可能性もある方がいらっしゃいますよね。

若い方については、自分の親の介護とか、介護離職などぜひ一緒に考えてもらいたいと思います。特に、労働組合にも私はよく呼ばれますが、組合関係の男性職員には孤独死予備群が多いですから。ここにも孤独死予備群がいると思います。男性の独り暮らしは圧倒的に孤独死が多いです。私はわからないですが、皆さんは熟年離婚されて孤独死になるかもしれないですし、そういうことも含めて、眠くならないようにお話をします。

基本的に、これからは独居高齢者が非常に増えていきます。いま、岩波新書の『在宅介護』という本を書いています。本に出てくる83歳の方を、私がインタビューしてずっと取材し、調査しています。介護保険の改定は、軽度者のサービスを切って、重度者に充てるのが、いまの大きな制度の流れです。

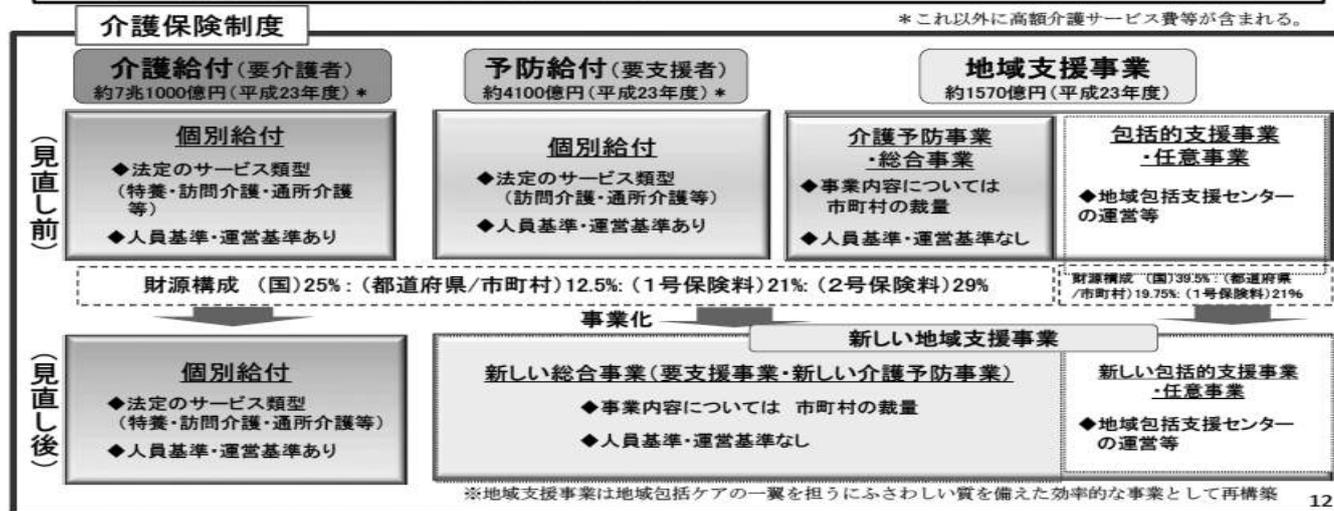
ドイツの介護保険は、要介護3からではないと介護保険が使えません。でも、日本の優れた点と言うと、市民運動からの要望とかいろいろな過程があって、軽度者からも介護保険を使えることです。日本の介護保険というのは、世界でも結構優れている制度だと私は思っています。軽度のうちからヘルパーなどを使って、独り暮らしを支えることにより重度化を防ぐというもので、これは良い制度です。

この83歳の方は、軽い認知症です。ヘルパーが定期的に入ることによって、独りで暮らしています。要介護1ですが、軽度者と言われているこの人たちに対して、ヘルパーの生活援助などのサービスが削減されると、おそらく重度化されてしまい、施設に入ってくる人が増えてきます。しかし、

## 介護予防給付の地域支援事業への移行(案)

- 要支援者に対する介護予防給付については、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスの提供をできるよう、地域支援事業の形式に見直すことを検討。
- 全国一律のサービスの種類・内容・運営基準・単価等によるのではなく、市町村の判断でボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人等の地域資源を効果的に活用できるようにしていく。
- 移行後の事業も、介護保険制度内でのサービスの提供であり、財源構成も変わらない。
- 事業への移行にあたっては、既存介護サービス事業者の活用も含め多様な主体による事業の受け皿を地域に整備するため、地域の実情に合わせて、一定程度時間をかけて行う。

\*これ以外に高額介護サービス費等が含まれる。



(出典) 社会保障審議会介護保険部会資料

いまは財政的にお金がないので、軽度者からサービスを切って、負担を増やそうという流れがあります。

### 「軽度者は自助互助で」との方向

特にこういう自立に関して、社会保障では自助・互助・共助・公助がありますが、ある程度軽い方は「自分でできることはやって下さい」とい

うのが、いまの日本の社会保障の哲学です。最初は自助ということです。こういう軽い方はなるべくサービスを使わないで、自分でやれるところはやって下さいというのですが、私の哲学では、自助というのはある程度の外のサービスを使って、1人でそれをうまく使いながら、独りで暮らしていくのが自立だと思います。つまり、サービスを使って1人でやっていくという考え方が、非常にあやふやだと思います。

### 都道府県別の高齢者(65歳以上)人口の推移

	2010年時点の 高齢者人口(万人)	2025年時点の 高齢者人口(万人)	増加数 (万人)	増加率	順位
沖縄県	24.3	35.3	11.1	+46%	1
埼玉県	147.0	198.2	51.2	+35%	2
千葉県	133.9	179.8	45.8	+34%	3
神奈川県	183.0	244.8	61.8	+34%	4
滋賀県	29.2	38.5	9.3	+32%	5
(愛知県)	150.6	194.3	43.7	+29%	(10)
(東京都)	267.9	332.2	64.3	+24%	(13)
(大阪府)	198.5	245.7	47.2	+24%	(16)
山口県	40.6	45.1	4.5	+11%	43
和歌山県	27.4	30.3	2.9	+10%	44
秋田県	32.1	35.3	3.2	+10%	45
高知県	22.0	24.2	2.1	+10%	46
島根県	20.9	22.6	1.8	+8%	47
全国	2,948.4	3,657.3	709.0	+24%	

## 千葉県の介護資源は不足している

これは、2015年に独り暮らしと老夫婦世帯がとも多くなるということです。首都圏の、埼玉・千葉・神奈川はかなり独り暮らしが多いですが、特に千葉県は情けないことに、すべてワースト5に入ります。施設の数、看護師・医師の数がそうですし、もう千葉県は何をやっているのだろうというふうに、私はいつも言っています。千葉県は、これだけ独り暮らし高齢者が多くなるのに、これからどうするのかということです。これは、ぜひ自治研センターで研究してください。この問題は労働問題としても深刻です。

結果的に独り暮らしのお年寄りというのは、遠く離れていると思いますが、まだ娘や息子がいます。そういう方が、結局は仕事を辞めて看なければいけないということも、実は出て来ます。

民主党政権時代に、日本の社会保障費というのは110兆円でした。7割をお年寄りに使っていて、3割が現役世代で子育てに関してでした。ある程度限られたお金なので、お年寄りの方よりも、子どもの方に少し配分を厚くした方が良いのではという考え方がずっとあって、いまもあります。

しかし、実はお年寄りのサービスを拡充することによって、結局その子どもや孫にとって、親の介護負担が減ります。だから、ファミリーで社会保障を考えていかないと、単純に二分法では考えられません。

ただ、お年寄りの中で1億円持っている人もいますし、私の時に年金は70歳からかもしれませんが、私も含めて企業年金や共済年金で毎月25万円ぐらいもらっている人がいれば、その人は負担を増やしてもいいと思います。お年寄りの中でも、多少の再分配機能は果たすべきだと思います。お年寄りの社会保障を削減して現役世代にまわすということですが、例えば女性が1人いたとします。保育園と学童保育をいくら拡充しても、ちょうど55歳代ぐらいになると、親の介護に直面して、仕事を辞めなければいけません。ですから、いまの介護離職というのは、非常に深刻になっています。

おそらく、千葉県はこれだけ独り暮らしが増えていて、他の埼玉・神奈川・東京に比べると、介護資源が圧倒的に少ないです。だから、これは非常にピンチです。特に松戸市、柏市、我孫子市の辺りの団地はちょうどベッドタウンですし、船橋市辺りでは高度経済成長期の大型団地をたくさんつくっています。柏市では、豊四季台団地とかいっぱいあります。千葉県の北西部では、独り暮らしのお年寄りが、URも含めてですが、たくさん住んでいます。

ほとんど、子どもたちと同居をしていません。あの辺りでは孤独死が非常に増えています。県南部の房総の方が、漁業とか農業に従事している三世代家族とかが多く、一人暮らしの方は少なくなっています。

国が言っている互助とか家族の支援というのは、もしかしたら木更津市とか君津市とか大多喜町の方が、まだあるかもしれません。ですから、千葉県もこれから大きく2つの高齢者施策が必要です。一番深刻なのは、財政力が豊かだと言われている船橋市とか松戸市とか柏市など県北西部で、圧倒的に増加する独り暮らし高齢者対策を急がなくてはならないと思います。もちろん、鴨川とかそちらの方もそうなのですが。

簡単に申し上げますと、これからの高齢者の介護の構造は4つに分けられると思います。だから、

### ①独居高齢者（要介護者）

- ・天涯孤独で、身寄りもない
- ・娘や息子は、遠距離でキーパーソンはいる

### ②老夫婦世帯

- ・老夫婦が、自分の親を介護
- ・老夫婦で、配偶者が要介護者で、その配偶者が介護者である

### ③二世帯

- ・50代の娘もしくは息子が働きながら、親の介護（日中独居）
- ・50代の娘もしくは息子が親の介護を理由に介護離職して介護

### ④三世帯

- ・嫁が看ている昭和型の世帯
- ・夫婦は共働きだが、三世代家族で要介護者

千葉県もこの4つのうちの地域性について、ある程度マップでこれからどの範囲の人が強いか見分けることだと思います。①、②の独居高齢者や老夫婦世帯が圧倒的に多く住んでいるのは市川市や松戸市、柏市の辺りです。これから、次々と急速に増えてくると思います。そして、県南の房総の方は、多少まだ④の三世代が住んでいると思います。

うちの学生は、房総の方からよく通って来るのです。一番多いのは木更津市や茂原市、いすみ市で、あの辺は三世代で住んでいるという学生も結構います。隣におばあちゃんの家があって、隣が私の家だというぐらいです。

もう1つ増えているのが、この③の二世代です。先ほど言った介護離職です。最近増えています、50歳代の娘で結婚をしていません。こういう娘や息子が、働きながら親の介護をしていたり、介護離職をして親を看るといった二世代タイプです。こういう家族形態のマップみたいのをつくっていくことが必要です。千葉県というのは、非常にこれが混在している県です。

東京もそうです。東京の23区は、①と②になっていて、三多摩地区もこうなのです。東京は、どちらかというと、あまり④というのは少ないです。埼玉も、どちらかというとさいたま市から東京寄りには①と②です。東松山市とか久喜市の方になってくるとまた別です。こういうことを、まず頭に入れておいた方がいいかと思います。

もう1つは、家族に関係なく、いまだたい65歳以上の人のうち300万人ぐらいは認知症と言われています。ですから65歳以上は、10人に1人は必ず認知症になります。在宅のケースで1番問題なのが、認知症で独り暮らしです。もしくは、老夫婦でどちらかが認知症です。

この認知症と独り暮らしは最大の支援が必要ですが、実は支援が通りにくいのです。私はエコノミスト(2014.2.4)で「ジニ係数では把握できない格差」と題する記事を書きましたが、ジニ係数をみれば一応所得の再分配は利いていると、厚労省はいつも公表します。年々こういう独居で認知症の人にはサービスが行き届きません。地域包括

支援センターという介護の相談センターが入ることによって、ようやく家の中がゴミ屋敷で、グジャグジャしているのがわかった家もあるわけです。

本当は支援が必要なのに、支援の手が差しのべられていない人たちが、いま非常に増えています。これをどうやって把握しなければいけないのかは喫緊の課題です。

昔の役所は措置制度でした。私が役所に入ったのは、まだ措置時代の1994年です。1994年時代の役所の現場力があれば、事務職であっても、その当時の役所であれば地方分権をしてもよかったと思います。しかし介護保険に入って、次々とすべて民間に投げてしまいました。措置を全部なくしてしまいました。

1994年に私が入った頃は、事務職とはいえ、ケースワーカーでも結構専門的に仕事をしている人がいました。事務職なのですが、何かすごく職人芸のケースワーカーに、私は非常に怒られたりしました。私は当時24歳でしたが、その人は当時50歳ぐらいの事務職のケースワーカーで、ベテランでその道20年とか30年という方でした。

最近入ってくる公務員とか、2000年から入ってくる人というのは、事務職系の職員は非常に割り切っています。だから、役所には本当にこういう潜在的なニーズを引っ張れる能力があるのです。現在ではこれを引っ張っているのは、結局民間の人です。なぜなら、そのノウハウをみんな役所が投げてしまっているからです。

全部が全部ではないですが、一部の役所はやはり措置的な要素は必要だと考えて、現場をもっている自治体もあります。ただ、オールジャパンの1,700の市町村を考えた時に、これは少ないのです。投げたままになっているから、現場力が非常に低下しています。これは認定者数が非常に増えているという話です。

## 介護は若者の問題でもあり労働問題でもある

先ほど言った介護を理由に、転職とか離職をしている人が年間10万人以上いて、特に女性の数が相当数います。これから少子化対策で日本の労働

力が低減するにあたって、結局50歳のベテランの職員が、介護のために離職し、辞めなくてはいけない状況です。

これは、労働政策上の見えない損失です。これをどうするかということもあると思います。先ほど言ったように、高齢者サービスを手厚くすることによって、間接的に現役世代や若い世代へのメリットがあると私は思っています。

もう1つ、介護現場の特徴で言えるのは、男性介護者が増えていることです。男性の介護者は息子や夫です。この20年間で男性介護者は倍になっています。男性介護者が仕事を辞めて、息子が仕事を辞めて介護をします。すごく家事が長けている人もほんの一部いますが、やはり苦手なのです。

ですから、男性介護者で息子が親の面倒を看ているケースを私も持ったことがあります。ケアマネージャーとしては非常にやりづらいのです。いろいろうるさいですが「私がやっています」と言っても、実はやれてないことが結構あります。男性介護者だけのテーマで講演をすると、1時間半ぐらいかかってしましますが、とにかくこの率は増えています。

特にいま40歳代、50歳代はだんだん核家族化してきていますから、介護離職を理由に離婚ということもあります。お嫁さんがもう面倒を見てあげられないから「離婚します」ということもあります。

政府が社会保障制度改革国民会議の報告書でも謳っているように、自分のことは自分でやろうというのが自助です。2番の互助は、それでもダメだったら家族や地域で助け合っていこう、ダメだったら、社会保険である介護保険や医療保険を使いましょうというもの。そして、4番目の公助は生活保護を最後に使いましょうというもの。

おそらく、この1番、2番については、多少一部の地域では再構築できると思います。しかし、ほとんどこの1番と2番は低迷していくと思います。特に、千葉県はボランティアと一緒に活性化させようとしていますが、これに依存していくのは10年後、15年後はかなり難しいと私は思います。

## ボランティアの後継者づくりは難しい

我孫子市には、私は何回か行っていますが、この互助に非常に積極的です。NPOとかボランティアとか配食サービスとかサロンなどが活発です。

いま互助で活発化していくと、後継者問題は非常に深刻です。今後これをどうしていくかという、互助を活性化させるのは一応国の方針ですから、自治体は、このボランティアの人たちの後継者をつくらないといけません。後継者の皆さんを頑張らしてつくるのです。皆さんがボランティアをやるようになるのです。

私はいまマンションの管理組合の役員を担っていますが、今朝も雪かきを少しだけやってきました。任期中は何かボランティアをやらなくてはいけないと思っています。ボランティアを活性化させるのは、すごく大変だと思います。

いまからお話しますが、いまボランティアとして、このNPOのインフォーマルサービスを中心にやっている人たちは、だいたい70歳代前後です。私は東京の多摩センターの生活クラブとも仲がいいのですが、要するに、あの世代は50歳代ぐらいからボランティアを始めて、何か互助組織みたいのが活性化しました。

その当時の50歳代ぐらいの人は専業主婦だったという構図ですが、いまの時代に専業主婦などはほとんどいません。正直に言って、何かパートをしないと生活をしていけません。NPOをつくったり、よくわからないですが、我孫子市だと例えば婦人たちが手賀沼の浄化のための石鹸を使う運動を行っていました。松戸市の常盤平団地などでは、家賃値上げ反対運動とかあったのです。

互助が活発化している時は、まだ日本の高度経済成長期の名残があり、80年代90年代には、全国で言うと互助組織をいくつも見ました。表立っている自治会長やNPOの会長は男性ですが、いろいろなボランティア団体を見ると、支えているのは確かに女性です。男性は表には出ていますが、やはりそのボランティア団体を支えて仕切っているのは、ほとんど女性です。ですから、果たして

互助組織を再構築できるかです。

例えば、国はヘルパーのサービスを削減する代わりに、65歳以上の団塊の世代の人たちが再雇用も全部終わるから、男の人も女の人も含めて地域での買い物を手伝ったりしていきましようというように。でも、男の人が果たしてボランティアをやりませんか。はっきり言って、私は無理だと思うのです。いや、今日来ている人はできるかもしれませんが、私が見ているかぎりでは難しいと思います。

私は、基本的には自助・互助というのはなかなか難しいと思います。もちろん、再構築はするべきだと思います。ただ、最終的には、共助と公助を確実にしていけないといけません。自助・互助にあまりにも代替していくと、逆にまた自助・互助を低下させてしまう可能性があると思っています。

そこで、それに合わせて今回の改正のポイントをいくつかあげました。なお、4月から介護報酬が消費税分上がるので、ご参考にこれを見ていただきたいと思います。

いま、地方分権と絡めるのですが、この予防給付というのは、一番軽い要支援1・2の介護保険サービスです。こちらは要介護1～5の介護サービスです。介護保険がわからない人ということですが、要支援1・2というのはかなり軽いという考えです。要介護1～5というのは、まあちょっと介護が必要な区分で、大きく2つに分けられます。

今回は、この一番軽い区分である要支援1・2のところで、だいたい150万人ぐらいです。要介護が約400万人ぐらいです。この150万人のところで約8割が使っているのは、ヘルパーとデイです。だから、軽い人たち150万人のうち8割使っているヘルパーとデイを、給付から市町村の事業に移すのが、まず制度の改正なのです。

給付と事業の違いは、同じ介護保険のお金を使いますが、給付の場合は国が決めます。だから、これはどちらかというと中央集権です。社会保険であって、私が所属する社会保障審議会がある程度決めます。ですから、多少の融通はありますが、

基本的には国の決めたとおりにやらなければいけません。

しかし、今回、この150万人のうち8割使っているヘルパーとデイの部分を、地域支援事業に移します。地域支援事業に移すと、これは国のガイドラインとか指針はありますが、基本的にこのヘルパーやデイの人員基準や運営基準・利用料は、市町村の裁量になります。ここが大事です。

いまは要支援1・2のヘルパーとデイは単純な見守りなどの簡単なもので、例えば一番わかりやすく言うと、冬物と夏物をタンスから移動させるとかです。単純な雪かきとかは、原則ですがダメです。これは国が決めています。そういうのは公費でやるのではなくて、ボランティアとか、自費でやってくださいということです。

デイサービスもある程度の決まりがあります。専門職が何人かいないとダメとか、きちんと資格を持った人でないとダメとか、特に在宅に行く時は、ヘルパーの資格を持っていないとダメとか、国のきっちりとした施設の決まりがあります。

しかし、これでは融通が利かな過ぎるという話が出てきます。北海道から沖縄まで、融通が利かないから、ヘルパーの使い方は、もう市町村と地域に任せられた方がいいのではないかとあります。デイサービスのやり方も国がガチガチに決めるのではなく、市町村に対し、ある程度の国のガイドラインを示しますが、もう任せましよう。介護保険の中のお金は使ってもいいですが、運用の仕方は市町村に責任を持ってもらいましようということです。

## 地方移譲でいまより投入するお金が減る

非常にいいように聞こえます。しかし、いままで私は地方分権の歴史を見てきました。これは私が自治労の社会福祉評議会で現役の役員をしていた時のことですが、保育の地方分権、養護老人ホームの地方分権をずっと見てくると、地方分権をすると必ず地方に降りてくるお金が減ります。保育の場合もそうですし、養護老人ホームもそうです。今回のこの地域支援事業のヘルパーとデイについ

ては、第6期の2015年から2018年までのお金は保証しますが、第7期の2021年以降の3年間は、いまよりもお金が減る仕組みに今回なっています。

日本の地方分権の悪いところは、いままでのケースでいくと、地方に移すと必ず財源が減ります。地方に委ねても、上手くいくかどうかはわかりません。何で減るかという、財務省も国も、その時について減らしたいのでしょうか。ですから、全部は保障しません。

今回もそうなると思い、私は反対しました。それには2つの理由があります。財源が減ってしまうという点と、本当にこの人員基準、運営基準や利用料で、いまの市町村1,700自治体がこのマネジメントをできるのかということです。広域連合でやっているところもありますから、保険者でいうと1,500保険者となりますが。

利用者のデメリットが無い程度にできるのかどうかを、私は審議会で発言しました。できる場所もありますが、多分できないだろうと。介護サービスに関してできる所とできない所の地域格差があって、良いのだろうかということです。

介護保険というのは、やはり一定程度のサービスを、北海道から九州まで、そんなに差がなくやるべきであり、それが社会保険だと私は思っています。しかし、ここは事業なので、実は地域福祉の要素を入れています。社会保険の中に地域福祉の要素を入れているのです。

たぶん、県内でも柏市と大多喜町とでは、今度とはがらりと変わってくると思います。自治体の現場力と自治体の企画力によって違いが出てきます。これは本当にそう思います。正直に申し上げれば、松戸市や柏市や市川市や千葉市なら、いくら現場力がなくても、多少国のガイドラインをきちっと見て、現場のニーズも調査をして、現場の意見も聞くでしょう。

では、小さい自治体はと言うと、もしかしたらやらないかもしれません。逆に小さい自治体だからこそ、住民イコール公務員だから、もっとやるという所もあるかもしれません。例えば、御宿町だったらやるかもしれません。ああいう小さい所だったら、町役場の職員がもう住民なわけですか

ら、役場の中で自分の親についてやっているようなものがあります。ですから、小さい大きいは変わりません。

## 介護サービスに地域格差があっているのか

ただ、私の言いたいのは、普遍的なサービスで地域格差があっているのかということです。だから、財源と地域格差というのは非常に大きい問題です。

今後、私の意見は全国の地方自治研究活動の方向に反しますし、私の意見は少数派だと思います。なぜかという、自治労も地方分権を進めているのだと思います。公園をつくったり、建物をつくったり、いろんなものをつくるというのは、私も地方分権の方がずっといいと思います。

けれども、介護とか医療は本当にいいのだろうかというのを、もう一度地方自治研究活動として考えていただかないといけないと思います。おそらく自治労社会福祉評議会では、私の考えとほぼ一緒だと思います。私が全国監事をやっている時に比べると、いま社会福祉評議会はあまりパツとしないので、働きかけています。当時は中西さんとか結構活動的なたくさんの方がいて、私もガンガンやりました。すみません、運動家みたいな話になってしまいました。

いまはっきり言って、退職者会が元気ですよ。現役の執行委員は、何をやっているのかと思っています。東京都の退職者会で話をしたら、72歳の人にすごく怒られます。後期高齢者医療制度のことについてですが、私は一言だけ「退職者会の方は、逃げきりで、勝ち組ですよ」と言ったのです。そうしたら、ワーツと言っていました。

私は、出身の新宿区職労に行ったり、都本部にもたまに行きます。また、来月には都本部の社会福祉評議会でも話をしなければなりません。何だか退職者会の方が、すごく元気ですよ。

社会保障審議会のときに、退職者会の中西さんとか川端さんたちは、必ず傍聴に来ていました。けれども、現役の方はあまり来ません。退職者会は、自分の生活に介護保険とかが関わっているか

ら、傍聴に来るのかもしれませんが。

とにかく、地方分権はどうかということですが。ただ、たぶんいまの国会では、法案は間違いなく通ります。ここが1つのポイントです。ですから、ヘルパーとデイ以外は、基本的には旧状のまま残ります。

もしお金をかけたくなかったら、私が本当に新自由主義的な首長だったら、先ほど言った軽度者には「もう自分でやってください」と、利用料の自己負担を2割にしたっていいわけです。単価だって安くしたっていいわけです。正直にいうと、地方分権だからそれまでできるわけです。事業だから、それができます。

いまは給付ですから、おそらく、その格差が5年経って、10年経って出てくると思います。もう1つですが、給付というのは、基本的にプロの人にしかお金を出せません。ここが大きな違いです。要支援1のヘルパーとデイは、いまは国が基準で、合格して登録した人にしか、介護保険のお金を使ってはいけないと言っています。

しかし事業になると、運営基準とか人員基準は市町村次第です。例えば、いまヘルパーが1時間

の在宅支援に従事したとします。その中には買い物もあれば、見守りもあれば、掃除もあり、いろいろなものが含まれる1時間です。でも、それを例えば買い物の15分はボランティアにして、そこを切り売りします。

例えば、いまの単価が12,220円の時、事業だからということ、2,220円はボランティアのNPO団体にお金を支払っています。例えば松戸市だったら、松戸市互助何々事業という、オリジナルのものをつくっているのです。でも、お金は決まって減らされますから、プロでやっているいまの報酬から切り売りして、こういうボランティアが行ういろいろなサービスに渡すということです。第6期の3年間については、同じお金だからほとんど差はないでしょう。

第7期から減額になります。ただ、中にはヘルパーやデイの中で、いい加減にやっているところがあります。だから、もしかしたらプロでやっているところは、もったいないお金だったかもしれません。それを切り売りして、いままでは無償で、手弁当でやっているボランティアを、有償ボランティアでやれたらということです。逆に、そ

## 多様な主体による生活支援サービスの重層的な提供

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人等の多様な事業主体による重層的な生活支援サービスの提供体制の構築を支援

- ・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
- ・「生涯現役コーディネーター（仮称）」の配置や協議体の設置などに対する支援



(出典) OECD、Economic Outlook 2012(No.92)

う市町村のマネジメントができるのであれば、この制度改正は大成功です。

たぶん1,700市町村のうち、このインフォーマルサービスとフォーマルサービスのベストミックスは、どう頑張っても良くて2割ぐらいだけだと思います。あとはほとんどできないと思います。なぜかと言うと、ボランティアを活性化させて、育成する能力があるのかどうかだからです。

あともう1つです。ただ、国はこう言っています。ボランティアは地域でという考え方で、役所も一生懸命活性化させる主人公ですが、地域のことは地域の住民が対応しなければいけないのだと。だから、役所だけに頼らずに、困っているお年寄りがいれば、地域の人がボランティア組織をつくって、役所と住民が一体となって、こういうボランティア組織を使いましょうというのです。

私の解釈ですが、逆に言えば、もしそういう役所と住民意識がなかったら、おのずとサービスは減っていきます。それを、自業自得としていいのでしょうか。高齢者といっても虚弱高齢者もいれば、元気高齢者もいますが、元気高齢者はお金を使いやすくなります。この新しい介護予防事業のヘルパーとデイのお金は、使い方が自由ですから、声の大きい人ほどお金を獲得できます。声が小さいと、お金が獲得できません。

3つ目ですが、私はなぜ地方分権をあまり好まないかと言うと、障害者や要介護者が地方分権になっていくと、いまは全国画一の制度ですから、それなりに障害者や高齢者の声の一つになって強者に対してアクションできるのですが、人口1万人とか人口10万人の中では、その社会的弱者はごく少数派になってしまいます。声が出にくくなってしまいます。私は、そこに民主主義の問題点があるのかと思っています。

ただ、私がこう言っても、決まってしまったので、国はこういうふうにやります。私の理想は少し置いておきますが、これからぜひともやっていただかないとダメです。お金が減っていきますから。ですから、要支援1の軽度の人たちには、これをやらざるを得ません。私の感覚で言うと、2割の中にぜひ千葉県は入ってもらいたいと思います。

## 自己負担増でサービスを手控える高齢者が増加

もう1つは介護保険の自己負担が2割になります。手取り20万円の人、初めて自己負担2割になります。しかし、年金は下がっていきます。いま手取りで20万の人が介護保険の自己負担2割になっても、年金はだんだん下がっていきますから、おそらくサービスを手控えるでしょう。

いままでの37,400円という上限を超えればいいのですが、15,000円使っていた人が30,000円になるわけですから、デイサービスに2回行っていた人は、1回減らすことになるわけです。だから、私は手取り20万円というのは、少し低すぎる値かなと思っています。

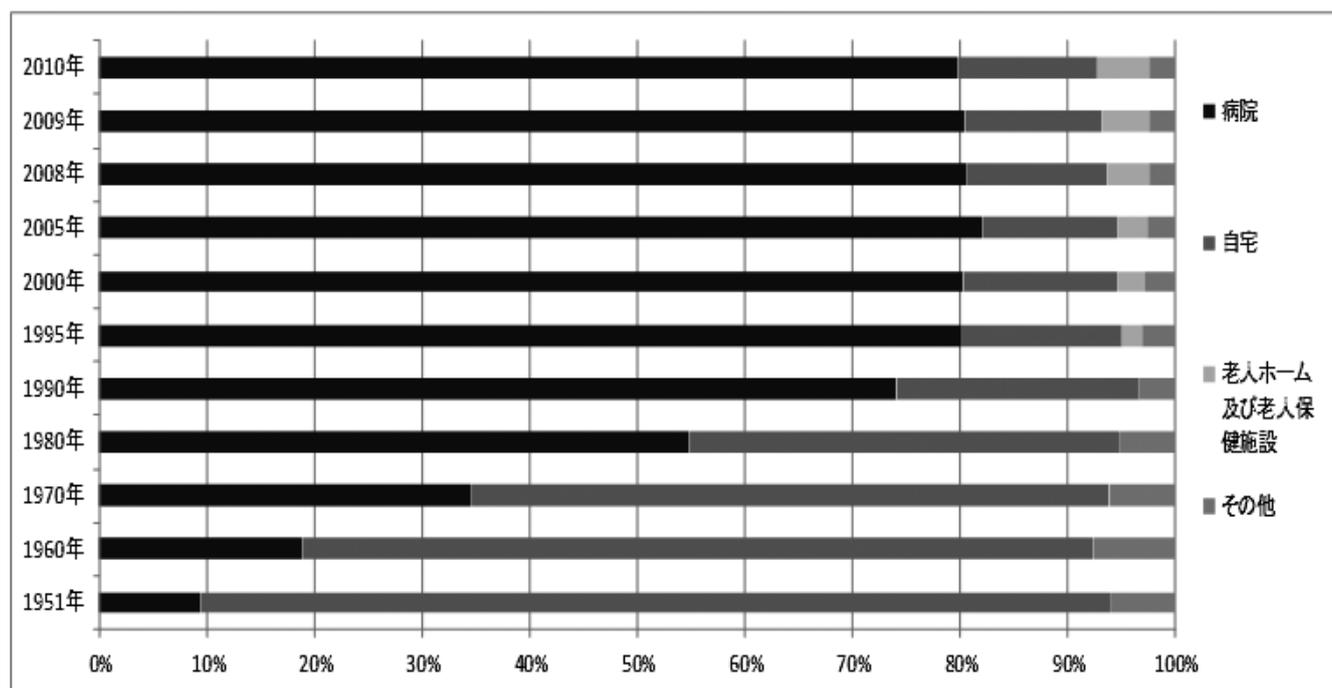
あとは特養が要介護3以上になっていきます。ただ、申し込みには例外規定を付けています。要介護1・2でも「申し込んでもいいよ」という例外があります。この指針は国のガイドラインになっていましたが、市が決めてくださいとしています。ここでまた地方分権の問題点があります。まず市が指針でバラバラになってはまずいから、バラバラにならないようにしてもらいたいのです。これからは柏市とか松戸市とかで、担当者が考えながら、ということですが、あまり越境するとまずいでしょう。

もう1つは、要介護認定というのは地方によってバラバラです。Aという町では要介護3ですが、Bという町では要介護2になってしまう場合があります。ここは非常に不安な点です。

あとは、今はやりの高齢者住宅というのがあって、そこに住所地特例という制度が導入されます。高齢者住宅というのは基本的に住宅なので、例えば隣の東京の江戸川区から市川市の高齢者住宅に引っ越してくると、介護保険に使うお金を市川市が負担しなければいけなくなってしまいます。しかし今度からは、江戸川区のお金が市町村にということで、もとい住所の自治体が払う制度になります。

介護人材は、いま非常に枯渇しています。先ほど言ったように、自助・互助というのは低迷せざるを得ないと思いますが、もうこれはこういう制

## 最期の看とりの場



出所：厚労省「人口動態統計年報 主要統計表」2011年12月より作成

度ですから、やらざるを得ません。決まった以上は、やらなければいけなのです。いま、だいたい65歳以上の高齢者で、死後4日以降に発見されるのは15,000人です。だいたいこれが死後2日以降だと、推定で27,000人とされています。だから、3万人ぐらいの人が毎年孤独死で亡くなっています。

これは突然死した人です。この人は脳梗塞か何かで助けを呼べずに、2週間後に餓死が原因で亡くなった方です。最近多いのが、先ほど言った分類の中では、シングル介護です。親の介護をしていて、自分が突然死してしまい、介護されている親はその死を気付かずに、二人で孤独死になっているというケースがいくつか見受けられます。

その意味で、これからは互助と、フォーマルなサービスとインフォーマルなサービスを見守る側ということで、地域の見守りが非常に大事になっています。私が先ほど言ったボランティアとか、インフォーマル・フォーマルなサービスを、自治体や住民がどうマネジメントしていくかということです。

ここはプロがやる人たちで、ここは公務員や警察がやる人たちです。これは民生委員がやる人たち、自治会がやる人たちです。ただし、これはヘルパーやケアマネージャーや介護の専門職ですが、新聞配達や牛乳配達の人でも毎日関わっている、こういう人たちと協定を結んで、見守りをやっていくことが必要だと思います。

### 最終的には公務員が責任を取るべき

ただ、最終的には公務員である自治体や警察が、何かあったら責任を取るということです。たとえばピンポンと呼び鈴を押して、ヘルパーが行っても出てこなかったら、ちょっとガラスを割って踏み込むというように。そういうことは、この人たちではできません。ここには、公の立場である程度責任がある人でないと、なかなか踏み込めません。

やはり、これから大事なものは、人間はどこで死ぬかということです。自宅で死ぬのか、病院で死ぬのか、施設で死ぬのか、道で死ぬのか。これについても、いま介護保険の中で在宅介護を推進しています。在宅看取り率というものを、かなり国は出すようになっています。これも自治体にとって大きな課題です。

時間の関係であまり言えませんが、高齢者を取



り巻きながら地域力を活性化させることについては、私は反対しません。これはデータから言っていますが、低迷しつつある地域力を活性化させるためには、やはり最後は自治体だと思います。

法的なバックアップがない限り、ボランティアは集まりません。やはり、ボランティアには責任は取れないのです。だから公の福祉として、福祉制度の社会保険でもいいので、それを活性化させて、自治体職員が責任を取ることによって、ボランティアも映えてくることとなります。ですから、孤独死対策や認知症の早期発見の辺りを、ぜひやっていただきたいと思います。

### 地方分権なら自治体に福祉の専門職の採用を

最後に私が言いたいのは、もし本当に地方分権するのなら、福祉系専門職を1,700市町村にきち

んと採用するという事です。これをやらないと無理だと思います。これは、現場感覚で養っていくということです。地方分権化していくと、これはただもう委託されていってしまいます。

市町村はどうするかというと、いまでさえ生活保護は、ほとんど不正受給とか言っていますが、専門性の欠如が多分にあると思っています。おそらく、今回、介護保険も分権されることによって、高齢者現場は専門性の欠如により、次第にじわじわと衰退していってしまうのではないかと思います。

千葉県の54の市町村には、自治労としては、せめてそこで専門職を雇っていただけるように、ぜひ頑張ってくださいと思います。宣伝ですが、うちの大学にもちゃんと良い学生がいっぱいいますので。うちの大学は、基本的に地元の学生が8割です。少し駆け足でしたが、私の問題提起をさせていただきます。

### 筆者紹介

**結城 康博 氏** 淑徳大学 総合福祉学部 教授

<略歴> 淑徳大学社会福祉学部卒業、法政大学大学院修了、東京都北区・新宿区に勤務（介護関係の仕事に従事）、2007年より淑徳大学准教授、2013年教授、2013年から社会保障審議会介護保険部会委員（再任）

<専攻> 社会保障論、社会福祉学

<著書> 『介護—現場から検証—』『医療の値段—診療報酬と政治』（ともに岩波新書）、『日本の介護システム』（岩波書店）

# パネルディスカッション

2014年2月15日集録



司会

主任研究員

申 龍 徹

法政大学大学院公共  
政策研究科客員教授

パネラー

淑徳大学

総合福祉学部 教授

結 城 康 博

パネラー

自治労千葉県本部退職者会  
会長・ケアマネージャー

東 出 健 治

パネラー

(有)トータル介護サービスアイ  
代表取締役

大塚美知雄

○高橋秀雄（副理事長） パネルディスカッションの時間になりました。結城先生以外のパネラーの方を紹介いたします。まず初めに東出健治さんです。東出さんは、自治労千葉県本部の2代目の委員長で組合運動でも大活躍しました。千葉市職労の委員長さんもやられました。

ただ、東出さんは組合運動の顔だけではなく、千葉市の福祉事務所のケースワーカーを、30年以上やられて、最後は福祉事務所の課長さんでお辞めになりました。ライフワークとしてケースワーカーをやられた経歴をお持ちです。

現在も、自治労千葉県本部退職者会の会長をしていると同時に、第2、第3の職場でケアマネージャーとして、実際の現場に携わっています。そういう点でも、経験豊富な方です。

続きまして、大塚美知雄さんです。大塚さんも福祉の現場で長く働いた後、居宅介護事業所を起業し、現在は有限会社トータル介護サービス アイの代表取締役、社長さんです。介護の現場で実際に携わっているのと同時に、経営者としてご苦労なさっているということです。

進行役ですが、当研究センターの主任研究員の

申さんです。申さんについては、オールマイティーで、地方分権から福祉まで何でも得意な方です。多分この場でも、スムーズなコーディネートしてくれると思います。それでは、申さんの方にバトンタッチします。よろしくお願いします。

○申 龍徹（司会） これから、パネルディスカッションを始めたいと思います。結城先生の講演も、大変貴重な話でした。このパネルディスカッションですが、結城先生と東出さん大塚さんの三人で進めます。まず前半では、結城先生の講演の中から、2、3の議論になりそうな点について、質問の形でやりとりをします。後半は時間がどのくらいあるかわかりませんが、会場の皆さんと質疑応答という形で、進めたいと思います。

先ほど高橋さんから紹介もありましたが、最初に二人のパネラーの方から、自己紹介も交えて実際現場でどういう仕事をされているか、そして結城先生の話聞いてどういう感想を持ったのか、話していただきたいと思います。

では、東出さんから、どうぞよろしくお願いします。

## 介護現場からの報告

○東出健治 皆様こんにちは。よろしくお願いたします。私は要介護、認知症目前でございまして、あり方論はあまり話できません。ただケアマネージャーとして、高齢者と関わっていますので、介護サービスの現状について、お話をさせていただきます。後ほど結城先生には、今回の改正の課題である質と量の確保、特に質の低下をどう防ぎ改善したらいいのかということについて、お尋ねしたいと思っています。

まず、介護サービスの現状です。結城先生の資料に書いてありますが、独居高齢者と老夫婦のみ世帯の増加とあります。これは2025年では、単身世帯と夫婦のみ世帯を足すと65.8%ですが、ただ、高齢者と未婚の子どもが一緒の世帯がありますので、それを合計すると70%です。

大変末恐ろしいのですが、一言で言えば、地域とのつながりが失われ、それぞれの自助努力という言葉もありますが、介護力はこれから低減の一途を辿るであろうと、こういう顕著な状況にあります。

介護サービスには皆さんご存知のとおり、いろんな種類があります。大まかに言うと、特別養護老人ホームを使う施設サービスと、居宅で在宅サービスを使うものに大別されます。居宅で在宅サービスをお使いになっている方は、先生の資料からも推計できますが70%で、施設サービスは30%です。ですから、今日の介護保険制度は、在宅サービスとして機能しているという一面があります。

極論になるかもしれませんが、もう1つの先生の資料から推計できるのは、今回の制度改正の論議の中で、特別養護老人ホームは要介護度3以上でないと入所できないということです。この論点の根拠としては、介護度の軽い方、つまり要支援から介護の2までは介護保険制度の給付から外すということで、みんな「市町村の事業にさせなさい」という現実離れた極端な主張があったのです。

その中で「それは、ならん」ということで、結



城先生には大変なご奮闘をいただき、いまは要支援のみが地域支援事業となったわけです。要支援と要介護2までで利用している方は全体の70%ですが、この70%を介護給付から外し、地域支援事業にさせようという大きな流れがあったわけです。

そういう意味では、今回の結城先生のご奮闘・ご尽力に対しては、私のような現場のケアマネージャーとしても、さらには利用する当事者・高齢者の立場としても、そして自治労の元役員という立場からも、併せて御礼を申し上げたいと思っている次第です。

若干、ケースの事例だけ、紹介させていただきます。要するに、要支援は地域支援事業にさせるということに関わることです。

ある要支援1の方が、包括支援センターにサービス利用の仕方・手続きについて聞きに行きました。ところが、包括支援センターの若手職員から「こんなこともわからないのか」と説教され「俺はこれから二度と介護サービスなんか使わない」と言っていました。

ところが、天井の蛍光灯の電気が切れたので、替えようとして踏み台に乗ったところ、踏み外してしまい脊髄損傷で車椅子になってしまいました。要支援1から一気に、要介護度3になってしまったという事例です。

もう1つは、生活は自立しているのですが、初期で軽度の認知症があり、本人には自覚症状は全くありません。ただ、そのうちに、家の中を片付けられなくなってしまいました。3度の食事が2度になり、1度になってしまいました。決定的なのは、高血圧の薬を飲むのを忘れてしまったこと

で、脳梗塞に至ってしまい、先生のお話にあったように、言葉が出なくなって倒れていました。

たまたま週1回、ヘルパーが生活援助に行った時に、その状態を発見して、救急車で搬送しました。この方も、最初は要支援2だったのですが要介護1になり、脳梗塞になって重度化してしまったというケースです。

もう1つは、こどもヘルパーが週1回行っているのですが、ベッドと壁の間に挟まって身動きができなくて、2日間その状態でいました。ヘルパーが行って、偶然それを発見できたわけですが、こういった事例があります。

それから、高齢者世帯で暮らしているのですが、ご主人はこたつを寝床にしている、お尻に骨が見える程の、りんご1個分くらいの褥瘡<sup>1</sup>（じょくそう）ができていました。ただ、通院もままならず、サービスをどうしたらいいのかという状態でした。

訪問看護師やヘルパーが引き継いでいき、栄養を取ってその部分をきれいにしていれば、人間の回復力は素晴らしいもので、その褥瘡が改善されていきました。

軽度という言い方をされますが、介護サービスは、まさに高齢者にとってはライフラインで、命を支えるということです。そういう意味では、軽いか重いかそんなことは全く関係なく、サービスを程度で区分するのは致し方ないですが、これは軽いから地域支援事業で、これは重いから介護保険というのでは、人間は物ではありませんから体調がいい時も悪い時もあるのです。そういう意味で、人間というものを、そんなふうに区分していいのかということはありません。

## 全国一律のサービスを期待する

まず第1に申し上げたいのは、年金・医療・介護保険制度は、社会保障制度ではないかということです。これはナショナル制度として、やはりオールジャパンでやるべきです。私も、先生同様に、地方分権は馴染まないし、やってはいけない

と考えます。

なぜなら、人間にとって住み慣れたところで暮らし続けるのは、誰もが持つ固有の権利なのです。それから、保険料を払っている高齢者は、昼でも夜でも、必要な時に必要な介護や生活支援サービスを受ける権利を有しています。

ですから、必要なサービスの量や全国統一の近似性を持った質の確保、そして制度全体をマネジメントする意味で、ナショナル制度であり、オールジャパンでなければできないことなのです。そういう意味で、先生の話聞いて意を強くしたことが第1です。

先生にお伺いしたいことは、地域支援事業のあり方についてです。先生がお話されたように、例えば要支援1の人は地域支援事業です。その方の状態が悪くなって要介護1になると、今度は介護の点数が給付になるのです。その逆もあります。要介護1の人の状態がよくなって要支援1になると、介護保険の給付から今度は自治体の事業になるわけです。高齢者の生活に、給付と事業が混在するというのは、果たして生活を支えることになるのかということです。

高齢者の生活を支える絶対条件は3つです。本人の自助努力と、周りの支えと、公助なのです。保険サービスなのです。この3つのうちどれか1つが外れても、高齢者の生活は支えられません。はっきり申し上げたいのですが、地域支援事業が本当の意味で高齢者を支えるものになり得るには、どうしたらいいのだろうかと思います。給付と保険が混在しています。

そして事業所に対しては、先生がいま話してくださったように「運営基準や利用料は自治体が定めなさい」という仕組みです。東金市の財政力と、浦安市の財政力は違うではないですか。それから、ボランティアとかNPOという使える社会資源だって、どうなのでしょう。混在のところもあるし、存在しない地域もあります。そういった格差が高齢者の生活の中に入ってくることは、ある意味で、保険料を払っている人の権利侵害ではな

1 長い間病床についていたために、骨の突出部の皮膚や皮下組織が圧迫されて壊死（えし）に陥った状態。（デジタル大辞泉）

いかと思います。

この地域支援事業を、今度の改正で何とか残すようですが、然らば民間事業所と行政と包括支援センターの役割に関して、まさに顔の見える連携を作るにはどうしたらいいのかということです。

私は昔、ケースワーカーをやっていましたが、行政の限界を申し上げます。行政の相談業務は、アウトドアなのです。つまり、ドアの外だけの関わりなのです。

ドアを開けて、靴を脱いで、その家に入ってその方と話をし、家族状況がどうなっているのか、収入はどうなっているのか、家族の支援はどうなのかということ、膝を突き合わせて話をし、高齢者の方が困っている心配事を、本当のところお互いにわかって、その上でどうするかということ、行政はやりません。やれないのです。はっきり言いますが、行政はドアの外までです。ですから、インドアということで、ドアを開けて話をする役割は誰がやるのかということです。

今日も雪で、鉄道が止まっているところがありますが、2本のレールがあるとすれば、行政のレールはどこまで、住民と高齢者と信頼関係をつくっていく役割はどこまで、だれが担うのかということです。そういうことをお互いに、特に全体としてマネジメントしていくのか、このマネジメントしていくのは誰かということです。こういったことについて、もう少しどうあるべきかという1つの具体的なものを、先生からお話いただくと、お互いにすっきりする気がしている次第です。以上です。

○申 龍徹 ありがとうございます。続いて、大塚さんからのご発言をいただいて、併せて答えるようにします。

## 介護支援事業所の経営側から

○大塚美知雄 東出さんほど、いいお話ができるかどうか分かりませんが、こういう場をお借りして、私が事業として行っている概要というか、仕事の中身について、皆さんにお伝えできればいい

ということで今回お受けした次第です。

私は平成9年から、有償ボランティア団体ということで、ホームヘルパー派遣事業を行ってまいりました。ただ、言ってみれば、ボランティアというのは責任の所在が明らかではないということで、周りの方たちからのご指摘もありまして、営利法人化して、有限会社という形で翌年に登録しました。それから15年経過して、現在に至っています。

私どもの事業は、訪問介護事業を中心としており、ケアマネージャーが10名おります。それから、福祉用具のレンタル販売、介護タクシー事業を行ってまいります。社員は現在72名で、そのうち20名が常勤職員です。50名が非常勤ということになりますが、そのうちの48名ほどが、パートのホームヘルパーとして業務を行っています。

皆さんもご存知だと思いますが、訪問介護という業務は、大きく分けて2つあります。身体介護と家事援助です。身体介護の方は、一言で言うと体に触れるような業務と言われていますが、トイレの介助とか入浴の介助のほか、買い物の同行や通院の介助をするのが主な業務です。しかし、今回、難病患者さんの痰の吸引というように、かなり身体的にハードな内容をともなった業務も行うということです。

それに加えて、家事援助というのは、体に触れない業務と言われていています。いろいろな業務があって、一言では申し上げられないわけですが、掃除・洗濯・食事づくりや買い物の代行というように様々な業務があります。

ただ一言で掃除といっても、掃除のやり方は、すべてその家庭により違うということもあります。そういうところも含めて、ヘルパーが1つ1つ確認をしながら、手順書をつくって訪問するということで、時間内に依頼されたことを終わらせていくのが業務になります。

## 家事援助を安易に捉えすぎでは

しかしながら、国の基本的な考え方は「家事は誰でもできる」ということです。私どもそれぞれ、皆にあるのかもしれませんが、家庭の主婦は専門

的な知識がなくても、どんなことでもこなしてやれていることがありまして、どちらかという、常に介護保険の中でも、やり玉にあげられるような業務だと思われているようです。

介護保険制度は平成12年に創設されたわけですが、その時点で3年に1回は報酬を見直し、5年に1回は制度そのものを改定するというように、最初から改定ありきという形で内容が定められています。私ども事業所としては、その変更には振り回されている状態で現在に至っています。

先ほど先生からお話がありましたが、制度の改定は、来年の27年4月が3度目で、報酬の見直しはちょうど5回目になります。ダブルで改定が行われるため、私どもは来年中に、今後どういう事業を展開すればいいのか決めなければならないということで、切羽詰まった状態にあることは事実です。

実はここでホームヘルパーが来てお話すれば、1番説得力があるかもしれません。家事援助というものは、ただ掃除をするだけではなく、その人その人の身体的な状況や精神的な状況も含めて、話をしながら、変化があるかどうかを確認していく業務にもつながっています。

訪問した時に、まずどんな状態なのかということで、顔を伺いながら「おはようございます。今日はいかがでしょう」と、身体的なことも含めてお伺いしながら、状況を把握していくということです。

体調の様子がおかしいというのであれば、すぐにケアマネージャーや、民生委員の方につながるということです。基本的に私どもの方では、ただヘルパーが決められた掃除をやって「はい、さようなら」ということではなく、そういう日常的な状況を常に把握して、記録して、変化を察知する業務が、大きくあると認識しております。

昨年の事例ですが、お伺いした時には、既にお亡くなりになっていて、第1発見者になることも3度ほどありました。しかし、それはあまりないことです。どちらかと言うと、事前に身体状況がおかしいと察知することが、私どもは常にできていると思っております。そのような形で、知識の

あるヘルパーがいろいろな形で身体状況を把握できるように、私どもも日常的に教育するというところで、研修会を受けていただく形にしています。

ボランティア団体を育成して、市町村でコーディネーターを育成しながら、例えば、いままでホームヘルパーが行っていたゴミ出しのためにボランティアが伺うとか、見守りをするためにボランティアが伺う形での方向性を、国の方では考えているのです。しかしながら、私どもが行っている業務に対して、あまりにも安易にとらえ過ぎているのではないかと考えています。

先ほど先生もおっしゃいましたが、決まったのだからこうせざるを得ないという話もあります。その辺は、事業として行っている私どもとしては納得がいかないところです。

話は長くなりますが、保険が始まった頃は「保険あってサービスなし」という批判を受けないために、裾野を広げるということがあって、事業所を次々と増やそうというのがありました。ヘルパーさんが自分の車に利用者さんを乗せて通院することもできましたし、長時間危険だからということで、ヘルパーが伺って認知症の方を在宅で見守りをするようなことも、当初は認められていたわけです。

今回で報酬改定は5回目になるわけですが、毎回、利用を制限されてきているという事実があります。当初は3時間、4時間の見守りも可能であったのですが、いまは家事援助が1時間半までしか認められなくなりました。前回の報酬改定では、45分までしか認められず、家事援助に関して言うと、徐々に制限されてきています。

基本的にヘルパーは、利用者が入院された時に伺っても仕事がキャンセルになりますから、収入には結びつきません。通常の賃金をいただいて働いている方より基本単価は高いのですが、利用者さんの状況によっては、仕事がなくなってしまうことが時々起るといふ事実もあります。ですから、あまり人気がないという業種です。いまだに言われていますが、募集しても応募もないというか、問い合わせもないような状況です。

そもそも介護保険というものは、施設に頼らな

いで、在宅で住み慣れたところに長く住めるよう公助で支えよう、社会的に制度をつくって行おうということで、できてきたのではないかと思うのです。それが15年経って、そういう信念みたいなものが、なくなっているのではないかという思いがあります。

今後、介護保険制度そのものが縮小していくのではないか、廃止になるのではないか、それとも医療保険と合体するのではないかなど、極端な話になりますが、事業所としてはそちらの方向にいくのではないかと、危惧しています。

ですから、来年中に今後の介護保険制度をもう一度見直しながら、事業所としては従業員の賃金を払わなければいけないこともありますので、生活を守っていくためにどうやって方向性を定めていけばいいか、いまは悩みの種になっています。質問になるかどうかわかりませんが、事業所の紹介ということで、終わらせていただきます。ありがとうございました。

○申 龍徹 ゲストのお二人の方から、自己紹介と活動の内容、それから、いくつか質問があったかと思います。それでは、質問について結城先生から回答をお願いします。

○結城康博 まずは、地域支援事業の給付と事業のことで、たぶん要支援2と要介護1を行ったり来たりする話になると思うのです。考え方としては、いま使っている認定を受けているヘルパーサービスは、原則認定を受けなくても「基本チェックリスト」という専門のアンケート用紙みたいなものに該当すれば、一応使えるということになります。いま使っている要支援1、2のヘルパーは、一応認定を受けたあと調査員が来て、お医者さんが意見書を書いて、審査しないと使えないのです。

そして、今度の2015年4月、もしくは2016年4月、2017年4月という1年後、2年後、3年後のスタートするタイミングについても、市町村で勝手に決めていいことになっています。ですから、皆さんの住んでいる市町村がいつから決まるのかは、市町村次第になります。これも地方分権です。

ですから、仮にいまのヘルパーとデイサービスを使っているだけの人は、ハードルが一旦低くなります。ただ、先ほど言ったように、サービスがどれだけ使えるか、どこまで使っているのかは市町村次第です。もちろん、国はガイドラインを出しますが。

そこが難しいというのでしょうか。本当は要介護1になってしまった方が、給付なのでサービス量もある程度獲得できるし、きちんとプロがやってくれるサービスが確保されます。要介護1にならない人は、とりあえず事業でやっていくことになります。

介護保険は、基本的になくなることは、私はないと思います。永遠にあると思いますし、医療保険と合併するというものもないと思います。ただ、先ほど言われていたように、今度は要介護1を事業にするとか、最悪の場合、要介護2までを国がやっている給付ではなく介護保険内の事業化にしていくことは、5年後・10年後・15年先は可能性として否定できません。

なぜかという、財務省の資料だけを追っていると、財務省では介護保険は2までは基準単位です。そういう財政制度審議会の報告書を出していますので、途中30歳から介護保険料を徴収するという案も、また浮上してくると思います。

とにかく、介護保険を持続可能にするためには、多くの人から保険料を徴収する仕組みをつくるのが1つ、使える層を薄くしていくのが2つ目で、これによって5年後、10年後、15年後も持続させていくということです。1番ピークになるのは、2045年の高齢化率で38%になるところがありますから、もしかしたら、それまでには最悪要介護3とかいうように、ドイツのようになってしまう可能性は否定できないかもしれません。

となると、事業所はだんだんと、重度化をターゲットにしていくようになっていくかもしれません。逆にそれをやることによって、もっと重度化の人が増えていくのではないかと、本末転倒であると、私は財政の関係者には言っています。以上です。

○申 龍徹 いま財政的な問題から伺いました。その場合、今日の講演の中にもお話があり、先ほど東出さんからも同じ意見が出されましたが、私から1つ加えたいと思います。おそらく社会福祉という場合、中央集権が良いのか、地方分権が良いのかというのは、それぞれ異論があると思います。

しかし、1番間違えてはならないのは、欧米との比較から、日本の現状はどうだという話をしてしまうと、それは直接的すぎるといことです。つまり、最初から比較のための前提要件がいくつか異なります。ですから、それを省いていきなり日本はダメだとか、いえるものではありませんし、十数年程度の分権改革によって、他国が行う保険の仕事をいきなり真似することはできません。

それから、国と地方ですが、財政上のあり方というのも随分違います。例えば、北欧の国では、中間団体としての県は役割が限定されていて、医療だとか福祉だけを行っているところがあるわけです。また、国が行うか、自治体が行うかという役割分担がしっかりしているので、そのようなやり方でも良いという話なのです。それぞれの事情を考慮しないでいきなり結論を持ってくるのは、誤解を招くのではないかという気がしましたので、そこだけ補足をさせていただきます。

いま質問が出ましたが、2順目に入ります。先ほど東出さんから出てきた包括支援センターの能力の問題、キャパシティの問題です。これは同時に、先ほど結城先生の方からも、自治体に任せるには現場に専門職員がいないという問題が出されました。それを踏まえて、少し具体的な質問をしていただければと思います。

## 地域ケア会議の充実を

○東出健治 先程は駄々っ子的な発言をしましたけど、ようやく上がっていた気持ちが落ち着きました。私は行政の方に頑張っていたきたいと思っています。千葉市の場合は地域包括支援セン

ターを「あんしんケアセンター」と呼んでいました、失礼ですが、特別養護老人ホームに丸投げをしているわけです。

その特別養護老人ホームは多種多様なサービス、施設サービスだけではなくて地域の在宅サービスまで行っています。言ってみれば、自分の大きな事業所がサービスをパッケージにして行っているところがあって、周りにいる事業所の多様なサービスが、なかなか利用できないという現状があります。

いったい包括支援センターは、行政をどんなふうにとらえているのかと伺いますと、グレーゾーンだと言っているという、こういう状況があるのです。そういう意味で、もう少し行政と包括支援センターには、もっと近くなって欲しいのです。

特にいまも問題なのは、在宅で嚥下障害<sup>2</sup>（えんげしょうがい）により、食物を飲み込めない人がいらっしゃるわけです。これについては、ややもすると胃に穴を開けて栄養を補給してしまうわけですが、こうすると人生の楽しみの食べることができなくなって、生活の質も一気に変化してしまうのです。

こういうところで、そのことの手当のためにケアマネージャーが悩んでいる時に、包括支援センターから「どこそこの訪問看護ステーションは、いまケアマネージャーが目いっぱいだけど、何とかかなるのではないですか」というようなアドバイスをいただくと、大変ありがたいのです。包括支援センターそれ自体が、地域の様々な福祉の資源を、必ずしも把握し適切にマネジメントしていない現状があって、行政もおんぶに抱っこなのです。

これは悪い例です。失礼ですが、一生懸命やっているところはたくさんありますから。その辺をこれから地域ケア会議ということで、包括支援センターと行政と事業所が一緒になって、在宅の認知症とか嚥下障害とかの人たちに対して、どう連携していくかということが重要になるわけです。

ここで先生に質問になります。地域ケア会議には、利用者・当事者の参加が想定されていないよ

2 病気や老化などにより、飲食物をうまく飲み込めなくなったり、誤って気管に入った物を吐き出せなくなったりする障害。（デジタル大辞泉）

うにしか受け止められません。

もし、地域ケア会議に本当に大切な肝心な利用者・当事者の参加ができなくて、どうやってケアプランをつくったらいいのでしょうか。あるいは、ケアマネージャーがつくったケアプランは、地域ケア会議の中で変更を求められますが、利用者がいれば一緒になって、そのニーズはどのサービスを使えば1番いいかの議論ができるのですが、当事者・利用者・家族が不在の地域ケア会議を開催して、いったいどのような連携がとれるのかという心配があります。これは素朴な疑問です。

参加できるということで、そこをきちんとカバーできる、フォローできるものがあればいいのですが、もしなければ自治体の皆さんもぜひ1つ、地域ケア会議を主催していくのは行政だと思いますから、このことを心していただければと、お願い申し上げる次第です。

○**結城康博** ありがとうございます。はじめに、地域ケア会議は何かという解説をします。地域包括支援センターは何かというと、役所が地域包括支援センターということで、いまおっしゃったように特別養護老人ホームを中心にしたもので、お年寄りのなんでも相談センターみたいな感じです。

千葉市では、役所は全部委託しているのです。それも良くはないのですが、ほとんどの自治体は民間に委託して、何でも相談をしています。その役所と何でも相談する拠点が、地域ケア会議という地域のネットワークをつくるための会議をやるのです。そのために、まずケアマネージャーさんから1つ事例を出してもらい、事例検討会で地域のネットワークづくりをやりましょうというのが、本当の趣旨なのです。

自治体職員には専門性はないし、地域包括支援センターも能力がないので、事例の重箱の隅をつつくことによって、これは使い過ぎではないかとか、もったいないのではないかとかと言って、実は批評会になっている傾向があります。

自治体の職員は、現場に出たことがないので、ネットワークをつくる能力がないのです。ですから、結局は書類とかそういうのでやっていきます。

地域包括支援センターも、実際は何でも相談屋なので、自分でケアプランを立てたことのない職員が、そこにいたりします。

もちろん、主任ケアマネージャーとかベテランの人は別で、最後は人によってしまいます。偶然いい相談員が包括支援センターにいたり、自治体職員にいればうまくいくのですが、属人的であり、組織として制度としては成り立っていません。

いまおっしゃったように、今回も役所に投げますから、地域ケア会議も法律でやらなければいけません。本当に能力のある自治体職員や包括支援センターでは、利用者さんと呼んだりするケア会議も稀にあります。それはいくつも見つかったことがあります。ただ、それは本当に稀です。働いている旦那さんをケア会議に呼んだりすることも、ないことはないです。

ただ、そこまで機転を利かせられる市役所の高齢福祉課の職員や、地域包括支援センターの職員がいません。はっきり言って「市町村は支援できない」と言った方がいいと思います。できるとすればそれは奇跡だと思います。

私の大学の系列の、淑徳共生苑という系列の包括支援センターが、地域包括支援センターを委託していますので、いつもそれで悩んでいます。

千葉市の高齢福祉課は、福祉職を採用してきているので、徐々に改善はしています。法学部や経済学部や、去年まで水道局にいた人とか図書館にいた人とか納税課にいた人に言っても、それは全く無理なのです。

千葉市役所の中での福祉研修もありますが、うまく言えませんが、この福祉は東出さんがいた時は、徒弟制度ではないですが職人芸みたいところがあって、それが介護保険でパーツと民間に広まったことによって、自治体の現場力がなくなってしまったというのが私の考えです。

○**申 龍徹** ありがとうございます。大塚さんにもう1度質問をお願いします。現在、介護保険に関しては、いろいろな改革の流れがありまして、大きな変化があります。地元の経営者の立場から、こんなことをやると経営圧迫になるのではないかと

もしかしたら会社をやめなければいけないという話になるかもしれませんが、その中でせっかく発言力のある結城先生の前ですので、ぜひこの点だけは考えて欲しいということがありましたら、お願いします。

## 介護事業所の経営は厳しい

○大塚美知雄 そうですね。正直なことを言いますと、事業所を運営している者からすると、先生がおっしゃったとおり、介護保険制度は来年からこうなりますと、決まったらそれに従うしかないのです。小さな事業所ですから、こちらでああしてくれ、こうしてくれということを考える余裕がないといったら、おかしいかもしれませんが。

事業所といっても、千葉市内で小さいところもあわせて、8,000カ所くらいあるわけですが、いわゆる同業者組合のようなものではありません。自分たちでどうするかということを考えて、どういう方向でいくかを、それぞれが考えるしかないのが実情です。ですから、泣き言になってしまうのです。

従業員の方がいますから、その人たちの生活をどうやって守るのかという方向に、ものを考えないといけなくなります。介護保険制度の予防で要支援1、2の方は、事業が市町村に移ることになれば、おそらく自費負担がいままで1時間1割負担だったのが、定額で千円・2千円となる市町村が出てくる可能性もあります。そうすると、利用者も減っていきます。

自費負担が増えていけば、利用者が減っていく方向は明らかに見えていますから、それをいかに改善するかというと「家事援助はもう自費でやります」ということで、介護保険を諦めて、自費で業務を引き受けるということです。極端なことを言えば、いままでできなかったペットの散歩や部屋の大掃除なども含めて、自費できれいに仕事をこなしますという方向で持っていくしかないと思います。

先ほど先生もおっしゃいましたが、身体介護は介護保険で残っていくでしょうから、もう少し職員の研修を重ねて、例えばがん末期の方や胃瘻<sup>3</sup>（いろう）の方のお世話というように、在宅の仕事も引き受けられるような人材を育成するしかありません。両方の観点でやっていくしかないと思っています。

○申 龍徹 ありがとうございます。2、3点ほど議論を交わしました。あまり時間も残っていませんが、せっかくの機会ですので、会場との間の質疑応答をしたいと思います。おそらく、質問をお願いしますと言ったら、手を挙げないでシーンとするのが通常なのですが、今日のお話について、まだ出ていない論点もいくつかありますので、その中でぜひ質問したいという方がいらっしゃいましたら、手を挙げて質問してください。

## 会場発言

○大網祐弥 銚子市の大網と申します。結城先生に質問というか、ぜひお願いをしたいです。今日の話からは少し離れてしまっていますが、先ほどお話にありました生保のケースワーカーの関係で、いわゆる公助部分です。高齢者も入っていますので、こじつけで申し訳ないのですが、ぜひお願いしたいと思います。

先生も言われましたが、私も単なる事務職で、人事異動によって行ったケースワーカーを5年と5カ月、やっておりました。

大変言いづらいのですが、先生もおっしゃっていたので敢えて言いますと、二度と担当したくないというような、もしくは役所の中で人気投票をやったら、どこの市町村でも多分間違いなく最位ではないかという職場におりました。

先生が言われるように、専門職の増員については全面的に賛成ですし、できることなら義務化してもらいたいというくらいに思っています。どこも皆さん同じだと思うのですが、いま市町村の

3 口などからの食物・水分の補給が困難な場合、胃壁と腹壁に穴をあけてチューブを取り付け、外から直接胃に栄養剤などを注入する治療法。(デジタル大辞泉)

ケースワーカーは疲弊をしています。

ケースワーカーの配置基準はいまでもあると思うのですが、以前私が知っているのは、1人が最高で80ケースと言われました。私が最初に5年やったのは、いまからもう20年くらい前なのですが、その時は、一番いろいろな制度が変わる時で、ケース数が減っている時代でした。最初に受け持った時は70くらいあったのですが、最後に異動する時には50くらいまで減りました。

2010年に千葉で国体がありまして、そのために手伝いに7か月そちらに行きました。国体が終わったら、また同じケースワーカーに戻ったのです。それが、いきなり行ったら105ケースなのです。そうしますと正直なところ、実態調査はもう何もできません。

全てではありませんが、やっていることは国や県からの調査ものにずっと追われ、そして監査の資料づくりで、はっきり言ってケースワークではないのです。単なる事務をしているだけなのです。

これは大変言いづらいので、ケースの中には、本当に毎日、窓口に来られたり、電話などで30分、1時間と、同じ相談をしにくる方もいらっしゃいます。それで大体1日が終わっているのです。誇張でもないのですが、私の後輩が結構いま皆さんと同じ状況で、毎晩、毎晩やる気になれば明日の朝までやる仕事が毎日あるという状況です。

そういう状況の中で、実は組合の委員長をやっている時に、これは極論ですが、1人30ケースくらいにすれば、相手のために何でもできるし、いろいろなことを考えられると、人事当局に対し言いました。

現実に無理なのは承知の上です。例えば30ケースであれば、それこそ今日の話にもあった見守りではないですが、高齢者世帯で、金銭的な問題だけで健康状態はそれほど問題なく、本当に見守りをしていけばいいというケースも、現実には結構ありました。

そういう意味で、ケース数が少なければそういうこともできます。ホームヘルパーさんの代わりにはなれませんが、本当に簡単なことであればできるということで、1人当たりのケース数をとに

かく「減らしてほしい」と言ったのです。残念ながら難しく、特に年度途中で増えた場合には全く対応しきれずに、そういう状態に陥っていました。

先ほど話しました80が、まず30になることはあり得ないと思うのですが、ぜひ厚労省や県でこの基準を下げていただき、ケースワーカーが本当にそのケースのために仕事ができる体制づくりを、ぜひお願いをしたいと思っています。

現役のケースワーカーから、過去のケースのことを聞きたいと、いろいろ相談を受けます。その時に必ず言うのですが、やることをやろうと思って全部やったら、毎晩徹夜で寝られなくなるので、今日やらなくて明日でいいものは、とにかく明日に回した方がいいということです。明日の朝までにやらないといけない事なら仕方ないのですが、そうでなければ明日に回しなさいとアドバイスしています。本当にいま職場が疲弊をしています。先生の大学から、ぜひたくさん入れていただいて、専門職としてみんなそこへ配置してもらえよう、期待をしております。そういうお願いをしながら、この問題がぜひ解決していくことを期待します。質問ではなくてお願いになりますが、よろしく申し上げます。以上です。

○申 龍徹 ありがとうございます。他にどなたか質問ありますか。時間がなくなりましたので、質問はあと一人で終わりたいと思います。

○稲村ほなみ 我孫子市で働いていたOBです。私も結城先生にお願いです。私は同じ大学の卒業生なのです。すごい先輩なのですが、団塊の世代です。団塊の世代の人たちは、わりと千葉県内や東京などに、すごく福祉で就職ができた時代です。私たち卒業生は福祉職として仕事をしてきました。

まず職員のことなのですが、私が就職した頃は、県内では人口が増え、町から市に移行するという高度成長期で、福祉を知っている人ということで、わりと就職できた時代でした。私は主に障害福祉をやっていたのですが、生活保護のケースワーカーなどいろいろな方と、すごく訪問をしました。

最初の10年というのは、本当に訪問して、例え

ば保育園のこととか、母子家庭とか、いろんな方がいらっしやると、2人、3人のチームで訪問しました。そうやった時代がありました。例えば生活保護もそうですが、障害者でも、現に持っているケースがだんだん増えてしまい、地域に出られなくなった時代が、またやってきたわけです。

介護保険は、少しスタートの時点で仕事をしました。介護保険になった頃、我孫子市の場合、ある程度訪問できる体制をつくってはいたのですが、だんだん事業者の方に委託ということになりました。

ただ、我孫子市の場合、福祉職をかなり採用するという気持ちがありました。社会福祉士という制度ができた時に、社会福祉士をきちんと採用していて、障害者福祉法ができた時も、ちゃんと精神に対応できる職員も採用したという形で、ある程度は採用しているはずですよ。

私はもう退職しまして、いま退職者会の方で頑張っていますが、ただ、いま少し心配なのは正職員が減っているというか、もちろん職員としてはそれなりの数があるわけですが、嘱託職員が増えたりして、少し内訳が変わっているのです。全体として正職員が減っている中で、福祉職という採用もだんだん厳しくなっているのではないかと、少しその辺が心配です。

もちろん他の学部を出てきた方、あるいは高校卒業して入った方たちにも、とてもいい仕事をしている方がいらっしやいますが、福祉をやるについては、ぜひともある程度一定の割合で、福祉の職場には福祉を学んだ人を置くことを、何かの機会がある度におっしゃっていただきたいのです。それをよろしく願いいたします。

○**申 龍徹** それでは制限時間が迫ってきましたので、この辺で締めたいと思います。会議には県内の議員さんや自治体関係者の方が多くいらっしやいますので、結城先生のところの卒業生も、ぜひともいっぱい採ってもらおうようPRや協力をお願いしながら、本日の会とパネルディスカッションを締めたいと思います。

○**東出健治** もう一言いいですか。今度は退職会の会長という立場です。大網さんがおっしゃってくれたのですが、いま生活保護受給世帯の6割から7割は、高齢者世帯なのです。ですから、ケースワーカーの方に業務として見守っていただくことは、本当に大事なことなのです。ぜひともそれはお願いできればと思います。

私たちの時代には、福祉六法ということで、児童福祉、高齢福祉、障害福祉、生活保護と、全部やっていたケースワーカーなのです。そういう意味で、私たちの時代の連中がもし地域にいれば、どうか嘱託職員で採用して、その人たちの能力もぜひ活用してもらえれば、ありがたいと思います。

自治体の皆さんに申し上げますが、自治体には住民の手をすぐ握れる人がいるではないですか。看護師さん、あるいは保健師さんです。こういう人たちと、実際現場の地域支援センターを担える人たちが、そういう人材もいるのですから、もう1回そういう人たちが活躍できるよう、組合で接点をつくってあげて「頑張れよ」という激励してもらえれば、大変ありがたいと思います。

今日は若い人に来ていただきまして、ありがとうございます。高齢者を代表して御礼を申し上げます。引き続きよろしく申し上げます。

○**高橋秀雄** それでは、4人の方に、会場全体で、拍手でお礼をしたいと思います。

ありがとうございました。