

## これまでの介護保険制度は「利用者本位」ではなかった

小山 新潟県の長岡市で高齢者総合ケアセンター「こぶし園」(社会福祉法人「長岡福祉協会」運営)の総合施設長をしています。「こぶし園」はもともと特別養護老人ホームとして出発しましたが、現在は高齢者の地域での暮らしを支えるべく、在宅介護や配食サービスの拠点となる「サポートセンター」構想(もともと一〇〇床規模の特養だった「こぶし園」を分解し、長岡市内の各地域ごとに小規模多機能型のサービス拠点をつくり、暮らし慣れた地域社会の中でケアをおこなうことを目指したプロジェクト)を進めています。長岡市では、市内の一七ヶ所に通所介護や訪問介護などの機能をそなえたサポートセンターを運営しており、すでに施設入所している人びとも徐々に在宅支援に移行させて、従来型の特養はゼロになりました。

「高齢者を地域で支える」というのは「介護の社会化」を掲げた介護保険の理念の延長線上にあるものです。ただ、これまでの介護保険の運用が実際にそうした理念に即したものになっていくかどうかという点、そこには非常に大きな問題もあります。介護保険制度は施行後十数年を経て、現在大きな岐路に立たされていると感じています。

**上野** 介護保険制度はもともと利用者本位を趣旨として制度が立ち上がったにもかかわらず、実際の運用ではそうはなっていないというのが共通認識だと思います。小山さんも講演などでおっしゃっていますが、「家族がいること」が前提になっており、その家族の介護負担を軽減するこ

とが制度設計のもともとの政策意図であり、政策効果です。その意味ではねらいどおりになっているのですが、そもそも「利用者」とは誰を指すのかと問いたくなります。一方、制度施行から一〇年以上が経過し、世帯構成は様変わりしてしまっている。そのため、制度運用も、改めて本人中心に考えていかざるを得なくなっています。

**小山** そもそも介護保険制度の被保険者は本人ですから、中心に据えられるのは本人です。保険証も本人名義です。それでも「本人中心」になっていない背景には、二〇〇〇年三月三十一日ま

で運営されていた措置制度(高齢者や障がい者が自らサービス事業者と契約してサービスの提供を受けるのではなく、行政がその職権により必要なサービスの種類や提供機関を決定する制度)が、本人を度外視した家族救済のしくみだったということがあり、その名残をいまだに感じています。

嫁が孫の学費を稼ぐために働きに出なければいけない。そのため本人(高齢者)の介護ができなくなり、仕方なく家から出すと。これが措置制度の根幹です。周りの家族を助けるためにひとり犠牲にしようというものですから、本人の意向は顧みられていませんでした。

しかし、介護保険は本人のための制度です。それまでの措置制度とは真逆のしくみにしたにもかかわらず、そうやって



もともと特養だった「こぶし園」の建物は「サポートセンター深沢」として地域を支えている

いない。国がきちんとした説明をおこなってこなかったことも大きい。そのため社会はいまだに制度の趣旨を理解しておらず、本人もわかっていない。結果的に本人のために使う制度をあいかわらず家族の救済に使っている、という図式なのです。

**上野** 制度のタテマエとホンネがはじめからズレていました。最近の様子も変わってきていますが、介護保険制度初期の頃事業者に話を聞き、『利用者』とは誰のことを指すのですか？ ご本人、それともご家族？と尋ねると、言葉に詰まってしまう方もいました。タテマエは利用者中心、ホンネは家族支援でしたが、これだけ単身高齢者が増えると、だんだんタテマエにホンネを合わせないといけない状況になってきました。

**小山** 「施設から在宅へ」が進まない原因もここにあると思います。一九六三年に制定された老人福祉法の第一条第三項に特別養護老人ホームに入る理由が明記されています。

六十五歳以上の者であつて、養護者がないか、又は養護者があつてもこれに養護させることが不適当であると認められるものの養護を養護受託者（老人を自己の下に預かつて養護すること希望する者であつて、市町村長が適当と認めるものをいう。以下同じ）のうち政令で定めるものに委託すること。

端的に言うと「在宅で介護できない人を収容する場所」ということです。つまり特養は在宅側で「嫁の代わり」が見つかるまでの避難場所として設けていたものだったとわたしは理解してい

ます。介護保険制度になったのに依然として、家に帰れば家族がいるということを、想定しているのです。

**上野** 「避難場所」と言つても、そこから出て行けない袋小路ですね。

**小山** 嫁や妻が介護できなくても、特養を退所後には代わりにサービスで本人の生活を支える、介護できるしくみをつくるのが本来の制度の目的であるはずが、あいかわらず家族の力に頼ってしまつた。でも、現実にはとも働きや核家族化が進み、施設から出てきても在宅には介護者がいないのです。

大災害が起きた時も、まず体育館や公民館に避難してもらうものの、仮設住宅や復興住宅をつくって住まいの受け皿を用意します。いつまでも体育館にいてももらうことはせず、税金を投入して元の暮らしに戻つてもらう後押しをしています。介護も同じで、特養は一時的な避難場所。なぜ元の暮らしに戻す「介護版復興住宅」をつくらないのか、疑問なのです。

**上野** 「家族に戻す」のが目的でも、家族から「戻さないでくれ」というホンネも出てくるでしょう。

**小山** そうですね。わたしたちは「家族」のもとではなく「地域」に戻ってほしいと訴えています。地域社会の関係性は継続させ、その中で社会生活を営んでもらうという復帰の仕方です。定期巡回・随時対応型訪問介護看護（二七頁参照）といった二四時間体制で支えるしくみがあれば、このスタイルは十分可能です。実は同居家族がいる場合、「他人に自宅に入られたくない」という思いから、在宅介護サービスを敬遠するケースが少なくありません。その点、むしろ家族のい

る場所に戻らないほうが、在宅での介護はうまく進むように感じます。  
上野 わたしの調査でも、ひとり住まいだと他人が家に入ることの抵抗感がぐっと下がることかわかっています。「他人を家に入れたくない」のは、ご本人より家族のほうです。以前は独居高齢者というと、蛇蝎のごとく忌み嫌われ、撲滅すべきと言わんばかり。本人はどう思っているかなどは関係なく、一方的に憐みの対象になる。また、家族と同居していても実際には「日中独居」がかなり多い。三世代同居のはずなのに、日中は長時間、ひとりでいるというケースが山のようにある。戸建てでも集合住宅でも「在宅へ帰す」のはいいけれど、「家族に戻す」というのは違うなと思います。

小山 「地域に戻す」というのはそういう課題認識が出发点です。その意味では、理想の状態とは言わないまでも、かなり現実には即した形のサービス提供体制が整いつつあると感じています。これは福祉的な発想ではないかもしれませんが、独居世帯が増えることは、消費の増大にもつながるので。おまけに生活サービスを他人にゆだねており、サービスを提供してくれる人がその対価をもらっています。地域の経済活性化にも貢献する部分が大いのではないのでしょうか。

上野 わたしは「世帯分離のススメ」を提唱していますが、そうすれば人口が減っても世帯数は増えます。独居でも家電製品をはじめスタンダードパッケージは一通り必要なのだから、これこそ内需拡大の起爆剤になります(笑)。経済政策の面からも大きな効果が期待できるのに、なぜ世帯分離を阻害しようとするのかわかりません。

## 介護保険制度は高齢者が勝ち取ったものではない

小山 介護保険制度の立ち上げの際、「家族のための制度ではなく、自立のための制度なのだ」と、行政がもつとていねいに説明すべきだったと思っと思っています。その保険を利用する以上、家族の責任を問うこと自体が間違っているのです。

上野 わたしは少し違う考えを持っています。介護保険制度の制度設計者、施行者、要求した人たちは、いずれも介護をしていた世代なのです。彼らが「助けてくれ」と声をあげてできたもので、高齢者自身が「自分たちの生活を何とかしろ」と要求してできた制度ではない。高齢者が闘って勝ち取ったわけではないのです。一方、障がい者運動は本人のニーズが出发点となって権利を要求してきました。障がい者の運動に比べて高齢者の運動はまだ遅れていますね。

そのため、施設解体の流れも障がい者福祉が先行しています。高齢者福祉はいまだに「もっと施設を増やそう」という動きさえある。障がい者福祉の流れがどうして高齢者



「サポートセンター摂田屋」の外観。グループホームなどの機能の他に、地域への配食サービスやカフェテラス、キッズルームも持つ

福祉に広がらないのか、ナゾなんです。もしかしたら高齢者団体の側に、障がい者に対する差別意識があつて、ノウハウや経験を学ぶ姿勢が欠けているのではないかと思うこともあります。

小山 残念ながらそのような姿勢は高齢者団体だけではなく、社会全般にみられます。障がい者は何の変哲もない、普通の存在だといった教育はなされておらず、その結果、周りから偏見めいた話を聞かされて育ってしまうのです。

上野 脳卒中の後遺症を持っている人は中途障がい者ですから、障がい者認定を受けたらいいとアドバイスするのですが、本人も家族もイヤがります。この壁があるうちは障がい者福祉と高齢者福祉の相互乗り入れは難しいですね。

それでも介護保険施行後の時間の中で少しは社会的な認識も変わりつつあります。たとえば、この一〇〜二〇年間の社会変化に伴う家族における「嫁」の位置づけは劇的に変化しています。かつては介護の担い手といえば「嫁」でしたが、いまや「嫁」より「娘」や「息子」のほうが「介護されたい相手」の上位にきています。もはや「嫁」は戦力としてあてにできないという認識が定着しつつあるようです。一部の人は「困ったことだ」と思っているかもしれませんが、女性にとってはよいことです。この流れは後戻りすることはないでしょう。このことをとやかく言うほうが間違い。それに、そもそも今まで不当な負担を「嫁」が背負わされてきたと考えるべきです。仰天したのは、ある男性研究者が作成した「日本全国介護資源地図」です。都道府県の介護力を指標化したものですが、その根拠になつているのが四〇代無職既婚女性の対人口比でした。そんなものが「研究」の名において流通していることにあぜんとしました。

小山 介護を担ってきた嫁の切実な声は、わたしたちが在宅介護をはじめたきっかけでもありません。短期入所しか利用できなかった時代、家庭訪問に行くとお嫁さんが泣いている。彼女しか介護する人がいない、だけど腰痛でちよつと休みたい。それでも、これを声に出すと近所から「どうして嫁がいるのにお宅のお父さん・お母さんは老人ホームに休憩に行くのか」「どうして嫁がみないんだ」と。そんなもの、できるわけがないのに周りの人たちは「させる」と言う。

上野 自分たちも経験してきた苦労だから、そう言うのでしょうか。



「サポートセンター摂田屋」のカフェテラスに集まる子どもたち

小山 以前は子どもも多く大勢の嫁がいたので、みなで交代して面倒をみてきました。しかし現代社会ではひとりしか担い手がない。以前より厳しくなっているのです。そのことを理解せず、何か手伝っているかという、何もしていない。だからお嫁さんには「あんな役立たずたちの言うことに耳を貸すな」と言いました。これは根本的に考え方を改めてもらう必要があると考え、長岡市全域で「介護教室」と銘打って辻説法をして回りました。町内会に飛び込んで、会長に直談判です。「こういう講演会を開きたいから回覧板を回してください」と。最初はみなさん、怪訝な顔をしますが、それでも公民館や保育所、お寺などに人を集めてくれます。しらすみつぶしに市内を一周したら六年かかりました。

嫁ひとりに押しつけるなという話ですから、最初はみな、聞きたがりません。でも、繰り返しているのだんだん変わってくる。「アンタ、嫁ひとりでは面倒をみられないと言うけれど、じゃあ、具体的には何をしてくれるの?」という質問が嫁から出てくるわけです。そこで食事は三度届けましょう、二四時間、巡回しましょうというふうに積み上げていき、いまの形になったのです。

**上野** 地域のニーズを掘り起こしながら、市場を形成したのですね。

**小山** 講演会に来ていた人も多くは介護者で、その次が当事者である高齢者。「明日はわが身だ、どうしよう」という意識を持っている人たちが集まってきました。特に少し前の高齢者の方々には、要求できる場所をつくって話しやすい環境を用意する必要があります。その世代にとって要求すること自体が「悪」でしたから。

**上野** そうですね。ただ、同じ高齢者でも「おじいさん」と「おばあさん」では、置かれた環境はまったく違うということ。おじいさんのほうは「家族以外には自分の身体は触らせない」なんて威張っていますが、おばあさんのほうは他人の世話を受ける状態になった家にいられないのが実状でした。女性にとって在宅療養という選択肢はなかった。「戦力」にならないだけでも居場所がないのに、ましてひとさまのお世話になるなんて、身の置き所がないというのが日本のおばあさんたち。そんな人たちが権利を主張したり、要求したりするわけがない。高齢者は同居家族がいるばかりに家から追い出され、仮にひとりで暮らしていても、別居した家族から「ひとりでは置いておけない」と言われて自分の家から追い出される。持ち家があってもですよ。こんな理不尽なことが起きているのに、まだ家族にこだわるのかと言いたいです。これからはそうはい

きません。

## 「おひとりさま」意識の高い都市部高齢者の介護のあり方

**上野** 団塊世代の高齢化が進む中で、これからは従来とは違った介護のあり方が求められてくるでしょう。まず家族構成が大きく変わっている点に着目する必要があります。団塊世代においては、「子どもの結婚による世帯分離」が完全に慣行化しました。子どもが結婚退出したあとは夫婦世帯が圧倒的に多く、その夫婦もどちらかが先立てば単身世帯。否も応もなく「おひとりさま」です。子どもはいても、同居を申し出ることは、まずないでしょう。高齢者を戻すべき場所は「家族のいるところ」ではなくなります。

大都市圏に限って言うと、これから単身世帯が増えます。しかも持ち家率が高く、六五歳以上の世帯主のいる世帯では八五パーセント。被雇用者率が非常に高いので、年金は二階建て。さらに婚姻率が高く、婚姻の安定性も高い。熟年離婚は損だからあまり増えていません。なので夫を取れば残された妻も不動産持ちになります。そうなると、自分の家があるのにどうして高いホテルコスト（居住費）や家賃を払ってまで施設やサ高住（サービス付き高齢者向け住宅、三五頁参照）に行かなければならないのか、となります。しかも移動コストは都市部では農村部ほどかかりませんから、訪問サービスも利用しやすい。そういうわけで、団塊世代の老後に関しては、それまでに形成したストック（三六頁参照）を使い切れれば何とかなるだろうと思います。

小山 社会福祉法人「長岡福祉協会」は現在、地元・新潟県長岡市以外に東京都、埼玉県で事業展開しており、今春（二〇一四年）には千葉県に開設しました。ただ、首都圏で事業を進めるようになってつくづく思うのですが、都市部の介護事業者は地方で二〇年前に開発されたシステムを利用しているということ。わたしは「田舎の二〇年落ちの車に乗っているようなもの」と言っています。

地方はすでに高齢社会のピークを迎えている。ですから、そのためのしくみは試行錯誤を重ねながらでき上がっており、今後は、どう畳んでいくかが課題になっている。ところが、都市部は団塊世代を中心にこれから急に高齢者の人数が増えるので、さしあたって何かを用意しないといけない。そこで地方でうまくいったものを、とにかく使おうと。それでスタートし、やがて熟成させるのでしょうけど。

上野 わたしも地域に密着した医療・看護・介護の多職種連携の先進モデルをみてきましたが、パイオニアは目の前のニーズにひとつひとつ応えながら包括的なシステムをつくりあげるのに二〇年ぐらいかけていますね。

小山 地方と都市部では、コミュニティも異なります。田舎は一〇キロ四方に一〇〇〇人くらいと住居が点在している、横に伸びた二次元コミュニティであるのに対し、都市部は大型マンションなどひとつの建物に一〇〇〇人が入居している、縦に伸びる三次元コミュニティなのです。にもかかわらず、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の多くは地方と同じパッケージをそのままではめようとします。しかも長岡市では「施設から在宅へ」を進めて、やっと今年（二

〇一四年）四月にわたしじどもの特養を全廃できることになりましたが、都市部ではイチから「施設から在宅へ」をはじめなければいけないわけです。

上野 後発近代化には、発展途上国が近代化をすっ飛ばしていきなりポスト近代に行ってしまうようなことが起きます。工業化による公害などを経験せずに、ハイテク産業が勃興するといったよい面もあります。都市部では最初から集住していれば施設はいらないわけで、地方が経験した試行錯誤を経ずに、はじめから「脱施設」という可能性を期待したいですね。

小山 ただ、都市部と一口に言っても住宅地と集合団地の支え方は異なります。戸建て住宅が広がっている地域であれば、町内会一ヶ所につきサービスセンターをつくっていくといったように、地方と近いやり方が適している。一方、団地では一階に入れてしまったほうがいいかもしれない。

上野 特養も施設完結型でなく、特養が提供しているサービスをそこを拠点にして出前で地域に提供していただくという方式だといいですね。

小山 在宅で生活ができるための支援を受けられるしくみがあるにもかかわらず、行政や介護事業者、市民が、そのことを知らなかったり、使い方がわからなかったりすることが問題です。「ダメになったらどこかの施設に入るんだ」といった昔の幻想



サポートセンターの配食サービスの様子

をそのまま持ち続けているから、「最後はやはり施設をつくらなければいけない」といった発想になるのです。

**上野** 政治のトップはたいてい男性で、「自分の老後は妻がみてくれる」と思っています。施設志望より、もっとタチが悪いです（笑）。

**小山** そういう意識を根本的に改めるという意味では、わたしは「六〇歳強制離婚」を提唱しています（笑）。結局、奥さんにみてもらうことを前提にすると、男性は介護サービスが必要としなくなるのです。

そうなると、たいてい残されるのは女性ですから、「どこかに詰め込めばいい」という安直な発想が出てくる。六〇歳になったら全員、個別の生活に移行させてしまおう。男性も制度に頼らざるを得なくなる。なまじ夫婦でいるから介護保険制度を不要とする人が出てくるわけで、全員がひとりで生活しなければならぬ状況になったら、ひとり暮らしの高齢者を支える制度はすぐできますよ。

**上野** 本当にそう思います。わたしは一定の年齢になったら「家族は解散したほうがいい」と言い続けてきました。「他人に自分の身体は触らせない」と主張し、嫁や妻、娘をこき使う例がある。「お前はナニサマのつもりだ」と、本当にムカつきます。女性はそんなこと言えませんか。いまの七五歳以上の中には古い意識のままの方も一部いますけれど、そういう古い意識もだんだん変わってきています。

そのためには、やはり教育と制度の充実が必要です。その点で、介護保険制度は本当につくってよかったですと評価しています。税ではなく、保険方式で支えるというしくみも、権利意識を育てるのにすごく貢献したと思う。実際、制度立ち上げ当初は「こんな制度をつくっても、利用する人なんかいない」という地域がありました。いずれは制度のありがたみがわかるだろうと思っていたのですが、そのあたりの意識の変化は想像以上に早かったですね。行政も初期は利用者の掘り起こしをやっていたのに、急速に利用が拡大して、わずか三年後には利用抑制に転じていましたから（笑）。

### 地域包括ケアにふさわしい報酬体系を考えよう

**小山** 在宅介護やコミュニティケアに関しては、中にはコストが高くつくのではないかと方もいます。地域包括ケア（四三頁参照）システムのもとでは、巡回ひとつとっても移動距離が長くなって施設の方が効率がいいだとか。しかし、たとえばテレビ電話を使えば、一メートル先でも一〇キロメートル先でも変わりませんよ。一キロメートルの道路と一〇〇メートルの廊下を比べてどちらが短いかは自明ですが、これはオンコールの回数などの条件が同じ場合だけの話です。たとえ距離が近かったとしても一〇番目の呼び出しであれば、入所者はサービスを受けるまで長時間待たされます。一方、一〇キロメートル先に住んでいる人でも一番目の呼び出しであればすぐにサービスを受けられます。

在宅で利用している人のもとに訪問するほうが、コストが高くつくという話ですが、この発想

には施設を新設する際にかかる費用が計算されていません。既存の施設をそのまま使い続けるというのであれば、コストは抑えられるかもしれませんが、アメニティーの問題もあるし、そうはならないでしょう。また、長岡市の例で言うと、介護保険は人口一万人あたりで八億円を使っています。全国平均は九億円弱のはずですけど。そのうち要介護認定を受けている人は四五〇人で、半数が軽度者ですから、それほどお金をかけなくてもすむ。八億円の枠内で、全員みましようということをずっと提案してきました。

**上野** 都市部では距離はなおさら問題になりません。新宿あたりですと、訪問看護師の移動は自転車で一五分以内。渋滞に巻き込まれないので車より便利です。ただ、施設を地域のサービスセンターとして機能させようとするのであれば、ロケーションの問題が出てきます。大都市圏で立地のよいところとなると難しい。最近では緩和されましたが、特養の建設基準は一定規模以上でなければいけないとか、運営する社会福祉法人も基本財産や基本金がなければならぬといった、大規模施設中心主義の行政も転換すべきでしょう。

## 地域包括ケアを支えるスタッフの給与は十分か

**小山** 介護サービスを必要とする人たちが在宅で生活し続けるためには二四時間型のサービスが不可欠です。しかし、二四時間型のサービスの普及はまだまだ遅れているのが現状です。よく「うちの町には二四時間サービスの需要がありません」という話を施設の関係者から聞きますが、そ

れはおかしなこと。施設があるのは二四時間サービスへの需要があるからでしょう。ならば在宅にも提供すべきです。

**上野** 地方ではホームヘルプ（訪問介護）の業務を担っているのは社会福祉協議会が多い。そこでは働き手は中高年女性が主力です。そういう方々が夜間勤務を担うのはなかなか難しいと聞きますが、いかがですか。

**小山** まず労働力の確保の問題についてですが、地方、都市部を問わず、全国のコンビニエンスストアには二四時間で若い年代のスタッフが勤務していますよ。つまり、労働力はあるということ。また、厳しいことを言うようですが、二四時間サービスを提供しないのは、提供したくないからです。昼間のアルバイトのような感覚で携わっているから、「夜はそんな暇はありません」と言える。それで夜間のケアは家族に押しつける。「家族ができないのだから、やりましょうよ」と言っても、やらない。意識を変えてくれればできますよ。

介護の人手不足については長年、指摘されていますが、介護保険制度が二〇〇〇年に施行されて以降、従事者数はものすごく増えているということを認識しなければいけません。たとえば、老人ホームの人員配置は一九八二年に立ち上げた当初と比べると二倍になっています。飛行機の客室乗務員でも喫茶店のウェイトレスでも、人員体制が二倍になった職場なんてありません。

また介護保険制度の導入でいちばん広がった職場は通所介護とホームヘルプ事業です。設備投資がそれほど必要なく、参入しやすかったから。そこで何が起きたかという点、犬の散歩や庭の芝刈り、掃除、洗濯など、それまで自分もしくは、近所で助け合ってやっていたものを、訪問介



護が押しかけてぶんどったというのが実態です。通所にしても世間話レベルのサービスしか提供できなかったりする。そうした軽度者ばかり対象にしていたら、サービス事業者の収入が低くなるのは当然です。

**上野** ただ、他の職種と比べると介護職の給与はかなり低いことは考慮する必要があります。また、ホームヘルプには身体介護（二四二頁参照）と生活援助（訪問介護のうち、身体介護から区別される介護サービスのことで、掃除、洗濯、調理などの家事や日常生活に関する援助を指す）の二類型がありますけれど、身体介護はマニュアル化できますが、生活援助はそうではない。どうしてここまで安いのか納得できないという声は多く聞きます。身体介護との一元化を進め、平均単価を引き上げられれば、事業としても安定できます。いまのままでは新規参入も難しいように思います。

**小山** 地域包括ケアというしくみの中で考えることができれば、生活援助でも重度者の身体介助でも、ひとまとめで考えられるので、給料も平準化できます。大手のホームヘルプを専門にしている企業の大半は正規職員が三割前後で七割はパートタイムです。理由は簡単で、午後三時に一件、訪問するだけだから。それで時給一五〇〇円。これは夜間も同様にお願いと、午前三時に一件。当然フルタイム雇用は難しい。そんな仕事だけをしていれば給料が安くなるのは当然です。わたしたちの法人は逆で、フルタイムの仕事ばかり。二〇歳の短大・専門学校卒の初任給は長岡市役所の職員より高いですよ。

**上野** なるほど。もうひとつ、在宅での介護という点に関しては近年、訪問も泊まりも包括払いのできる小規模多機能型居宅介護（二五二頁参照）が登場しました。ただ、重度者がある程

度抱えることができれば収入を確保できるものの、軽度者が多いと赤字になってしまふなど、経営の仕方が難しいという声もあがっています。実際、想定されていたほど普及していませんし、この点についてはどのようにお考えですか。

**小山** 小規模多機能型居宅介護を制度化したメンバーのひとりとして申し上げると、そもそも軽度者は主眼に置いていません。グループホーム（認知症の高齢者や障がい者などが、住みなれた環境や地域社会で生活を継続できるように、少人数で共同生活を営むための住居のこと）を設計した際に「軽度者だけを集め



サポートセンターからの訪問介護の様子

て困っておけば、人件費もかからず儲かる」という姿勢があまりに多かったからです。同じ轍を踏まないために、現在のような報酬体系になっているのです。軽度者をみてはいけないとは言いません。しかし、もともとは重度者をみてもらうためのしくみなんです。出来高でなく、包括支払いの定額制（二五二頁の「定額の包括払い」の項を参照）にしたのはそういうねらいがあります。

**上野** 小規模多機能包括契約定額制の制度ができた時のわたしの率直な感想は「イヤな制度ができたなあ」というものでした。事業者にとっていいことではないではありませんか。実際みてみると、小規模多機能型居宅介護のモデルとなった富山の「このゆびとーまれ」などの事業所はこの制度を利用していませんよね。デイサービス（通所介護）をやりながら、泊まりもカバーす

るといった方法をとっています。短期だったものがだんだん長期になり、いつのまにかグループホームのようになってしまっているケースもあります。

小山 それは制度でなく倫理の問題でしょう。

上野 ニーズに直面してそれに対応したら、結果としてそうやってきたのでしょう。「どうしても家ではみられない」という家族のニーズがあつて、それに応えているうちに住まいのようになってしまい、コストを意識するとサービスの質が落ちるというジレンマを抱えながら、現場の担い手は必要に迫られて対応しています。このぐらいいは十分予見できるのだから、この制度に手をあげる人が増えないのは当然だろうと思っていました。

小山 家族に頼らないでも生活できるようにするための在宅サービスというのは、フルタイムが必須だし、それにはそのつど払いでは絶対無理です。実際、施設や病院は月払い。それと同じサービス提供体制にしようと思つたら定額制しかありません。それで小規模多機能型居宅介護は定額制にしてみました。複合型サービスと定期巡回・随時対応型訪問介護看護も同様です。そうでないと、使い物にならないからです。

上野 それにしても事業者はなかなか増えませぬね。それに定額制だとケアマネ(三〇頁参照)がつかないのも問題です。外からの目が入りませんから。

要介護認定制度についてはどのようにお考えですか。

小山 正直に言うなら、あまり必要性は感じません。わたしは「ここに住んでいる人」が、高齢者だろうが、障がい者だろうが、全体を支えるしくみをつくりたいだけなので。要介護認定者だ

けを支えたい、というわけではないのです。

上野 ぼちぼち要介護認定制度についても議論していい時期にきていますね。

小山 財源の問題も絡んでるので難しいでしょうけどね。

上野 小山さんのお考えどおり、地域包括ケアを定額制という形で一括して引き受けるとなると、複数のサービスや機能を併せ持っている法人や企業などが、地域で必要となる在宅介護サービスを一手に引き受け、事業者にとつては地域の囲い込みにつながりやすく、利用者にとつては選択肢がなくなるといふ大きな問題が出てきます。

医療・看護・介護・在宅をパッケージで提供するという地域包括ケアシステムを、資金もノウハウも、専門職をも抱えている医療法人が主導しているケースも増えてきています。地域で在宅医療を展開している診療所の医師がリハビリ施設をつくり、老健(介護老人保健施設)を建て、訪問看護ステーションに手を伸ばし、ホームヘルプサービスも提供するようになるという例もあります。そうなると、利用者はその地域で暮らそうとするなら、否応なくその系列のサービスを利用しなければならなくなる。わたしは「社会的弱者の意思決定権が尊重されなければならない」という考えから「当事者主権」という考え方を提唱していますが、その観点から言っても、医療法人による囲い込みには違和感があります。

小山 五、六年前から医療系の方々の勉強会に呼ばれることが多くなっています。彼らも介護系事業者と手を組まないと地域をみることはできないことに気づいてきたのでしょう。訪問診療や往診、訪問看護はフルタイムではなくスポット的な業務であり、家族、特に嫁が家にいないと成

り立たない面もある。在宅での生活ができなくなると、患者は病院や施設に送られ、開業医に上ったのマーケットはなくなってしまう。だから開業医として地域に生き残るのであれば、患者さんに家においてもらわなければならない、介護が不可欠というわけです。こうしたケースは増えると思います。

いま、困り込みという指摘がありました。わたしは地域包括報酬ということで、エリア単位で報酬を設定する案を提唱しています。医療、看護、介護、住まいと大きなパッケージになると、一社だけでなくいろいろなところが手を組んで、サービスを一元化しなければならなくなります。業者変更は定期的な評価で利用者に決めてもらうことになります。

**上野** その時の業者選択は、指定管理者制度（公の施設の管理運営を民間の管理者に委託することにより、民間のノウハウを活用しつつ、サービスの向上と経費の節減等を図ることを目的とした制度）の委託事業者を指定するようなイメージですか。

**小山** はい。利用者は業者を選択する権利を持っていても、ほかに選択肢がないと機能しません。指定管理者制度のような枠組みに利用者代表に入ってもらい、一定数の反対が出たら業者は交代。これによって、困り込みも打破できる可能性が生まれます。

**上野** 在宅医療に対する関心が高くなる中、医療法人がUR（都市再生機構）と協力したり、あるいは自前だったり、方法はいろいろですが、住宅まで手がけるようになっていきます。地元の金融機関も積極的に融資しますよ。それによって志の高いNPO系の小規模団体が淘汰されていくのは残念です。利用者のほうも住まいから介護、医療までひとつの系列でみてもらえるという安心

感を求めがちですし。

**小山** 地方に大型量販店ができると、買い物客はそちらに流れてしまい、商店街が寂れてしまうのと同じ構図にみえますね。でも、それを選択するのは消費者ですよ。

**上野** おっしゃるとおりですが、選べるほどの選択肢があるかどうか。

**小山** それはみんで選択肢をつくるべきだと思う。わたしはいろいろ取り組んでいますが、「小山さんだからできる、わたしたちは無理」という言い方をする人がいる。はっきり言いますが、それは違う。「できない」のではなく「やらない」のです。条件も能力もそれほど違いはないはずなのに、介護事業者が簡単に「できない」と言ってしまう。これは我慢できない。

### 介護サービスは利用者が選ぶもの

**小山** 介護保険制度は社会保障のしくみのひとつであるということを認識していただかなければなりません。社会保障はまず、地域で生活できるサービス提供体制を確立することが第一義です。そこで提供されるサービスの質に問題があるなら、業者を変更する。第三者評価で毎年チェックを入れているわけですし、取り換えられるしくみも設けています。

**上野** デイサービスを研究するとよくわかるのですが、利用者は、隣近所にあるからそこへ行く、という行動をとりません。逆に隣だから行きたくないと言う人もいますし、事業所との相性もある。選択肢の幅があることは大事です。どこのデイサービスも男性利用者の割合が低い傾向がありま

すが、「夢のみずうみ村」(第7章に登場)のように、男心ががちりつかんで片道一時間以上かけて来る男性利用者がいる事業所もあります。そういう選択肢を確保しておくことはとても大事です。介護保険制度ではさまざまな事業者の参入を認めたことは、よい点であり、課題でもあるのですが、そこで比較と競争が起きるのは、利用者にとってはよいことだと思えます。たとえば小規模多機能型デイサービスで有名な富山県では現在「富山ケアネットワーク」(略称「ケアネット富山」)に所属する五五事業者がしのぎを削り、「高齢者の奪い合いをしている」とさえ評されているようですが、利用者の立場に立つならば、それは歓迎すべきことです。

**小山** 淘汰されることを前提に設計した制度であるはずなのに、実際にはそうなっていない。選択眼もまだまだ磨かれていません。

**上野** その選択を家族がおこなっているという課題もあります。「よい施設に預けられてよかった」と言う時の「よい」は、「家に戻さないでくれて助かった」という意味が含まれていることもあります。

### おひとりさまの最期を支える医療・介護・住まい

**上野** このところ都内で「在宅ひとり死準備セミナー」を何回か連続で開催していますが、おかげさまで大盛況です。出席者は六〇〇八〇代の女性が大半なのですが、たとえば、「死に際になって家族に枕元を囲んでほしいですか?」と尋ねても、ほとんどは「いいえ」です。希望する最

期の迎え方は様変わりしているのです。そうであるなら、誰からも「出て行ってくれ」と言われない「自分の住まい」を確保したうえで、医療・看護・介護のネットワークを整備することが課題になります。これがまさに地域包括ケアシステムですね。

わたしが昨年(二〇一三年)共著『上野千鶴子が聞く小笠原先生、ひとりで家で死ぬますか?』(朝日新聞出版)を出した医師の小笠原文雄さんは、そうした医療・介護・住まいのシステムを有効に機能させるために「トータルヘルスプランナー」(二〇四頁参照)という人材を育成しています。独居世帯の看取りは現在もおこなわれていますが、医師、看護師、ケアマネジャー、ヘルパー、あるいは家族の誰かが「キーパーソン」としての役割を果たしている場合にだけ成り立ちます。いまはさまざまな職種の人の善意に頼っているけれど、特別なスキルや能力をそなえていなくてもシステムを回せるようなしくみが必要になるでしょう。カリスマ的能力のある医師や看護師でなくても、務まる。そんなしくみが必要です。

**小山** その役割は特定の人が務めるというふうに固定しないほうがいいと思います。職種は固定せず、地域包括ケアの中で医師や看護師、ケアマネジャーでもいいんですけど、職種を固定しないでできる人が役割を果たせばいい。訪問看護師でも、得意な人とそうでない人がいますし、おっしゃった役割を現在のケアマネジャーに求めるのは難しいでしょう。ただ、わたしは地域包括ケアの中の住人になっていけば、それですむのではないかという思いがあるんです。

あと、何より強調したいのは、自分で選んだ生活の中で死ぬことは、別に悪いことではないということ。その人にかかわり続け、支え続けた中で亡くなるのはどうということはない。ケアマ

ネジャーは本来、そうしたメッセージを発信しなければいけない立場なのに、「ひとりで死ぬのはさみしいはずだ」と考えて病院に送ってしまうのです。

上野 たしかにケアマネが病院に誘導してしまうという声も聞きます。訪問看護師が「この人は自宅で最期を迎えられる」と思っても、ケアマネの方が「そろそろ病院へ」と判断するそうです。家で看取するという考え自体がないのかもしれないかもしれません。

## 「死にめに会いたい」コンプレックスを克服せよ

上野 最近、わたしは「孤独死」という言葉は使わずに「在宅ひとり死」と言い換えています。

いろいろな人に聞くと、そのための第一条件は「ご本人の強い意思」と言われますね。もうひとつ、家族の思いもある。「死にめに会えない」ということがすごく大きなトラウマになるんです。これを解消してあげる必要があると思う。わたしは「超高齢社会における死は、予期できる、ゆっくり訪れる死であり、何度でもお別れが言える」と訴えています。昨日、会えたのだからいいじゃないですか、と。そう語りかけると、みなさん、本当にホッとした顔をなさいます。最近のわたしに対する評価は「癒やし系」ですよ(笑)。

小山 わたしもそう思います。正直、本人がいくら「家で死にたい」と言っても、家族をはじめ周りが覚悟しなければできませんし、本人の気持ちも本当の最期になると変わったりします。

上野 行き先が病院だろうが施設だろうが、いまの暮らしを変えてよそに行くという決断のほう

がよほど覚悟が必要だと思うんです。暮らしとは慣性の連続だから、よほど思い切らなければ生活は変えられません。

オーストラリアで福祉系の仕事に従事している友人から聞いた話ですが、知り合いになったある独居の高齢者がいて、子どもはイギリスに住んでいたそうです。その子どもが会いに来て、「次に会えるかどうかかわからないね」と、さよならを言って帰国したあと、半年後にその高齢者が亡くなった。子どもに知らせて、来るかどうか聞いたところ、「もうお別れは言ったからそれでいい。そちらで処理してください」と返事が来たとか。もちろん愛情がないわけではないんですよ。そういう別れ方もあるんだということですよ。

日本人はひとりで暮らすということに慣れずにきました。ユニット型特養(ユニットケアをおこなう特養のこと。入居者一人ひとりの自立性を尊重するために、一〇人以下の少人数の入居者をユニットとして、専用の個室・共同生活室と職員を配置し、大規模施設でありながら小規模の生活単位でのきめ細かいケアを提供する)の研究の際に個室に入るのを拒んだ高齢者の話を聞くと、生まれてから一度も個室を持ったことがないという人でした。現在はそうではない。子どもの時から個室で暮らし、夫と死別してからもひとり暮らしが長い。そういう世代が出てきています。ひとり暮らしは生活習慣ですから、慣れの一つです。ひとり暮らしの住まいに他人やヘルパーさんに時々出入りしてもらい、ある日、誰もみていない時に息を引きとっていても、そういうものだと思え入れたいいいじゃありませんか。

小山 実際、親の死を看取ってあげたいというけれど、いつ死ぬかわからない場合もあります。

医者から「もって一週間」と言われた人が一年以上生きたケースは珍しくない。年休消化ではと

でも対応しきれません。そんな時、会社をやめてでも「死にめに会う」ことにこだわるべきなのか。もちろん「やめる」人がいてもいいけれど、「やめられない」人もいる。休みの時に会いに行って、「もう会えないかもしれないね」というお別れもあっていい。それを「孤独死だ、さびしい」というのはおかしい。

**上野** ミもフタもない言い方になりますが、死にゆく人はさびしいものです。このさびしさは何によっても癒やされません。ヘルパーさんが手を握ってくれても、気がまぎれる程度のものでしよう。死にゆく人のさびしさに、介護職や医療者が責任を感じる必要はない。死にゆく人の孤独そのものは、神様にしか癒やせないでしょう。そこに宗教が介入するのは本人の選択ですが、むしろ生きているあいだにどうかかわり、生きているあいだの生活の質をどう高めていくかが、重要です。孤独死の問題は生きているあいだから孤立した生であることが問題で、いま言った「ひとり死」とは切り離して考えるべきです。小山さんが進めているような地域の支えがあれば、少しも「孤独」ではない。予期できる死を迎えて何度でもお別れを言い、何度でも感謝し、ある朝目を覚まさなかった。それでいいじゃないですか。