

サーガラ叢書 8 真言宗大覚寺派青年教師会

介護される老い

日本の高齢者福祉の現実

講師 大熊一夫

● デンマークでの驚き

● 精神病棟に高齢者問題を見た

● 老後を支えてくれる自治体

● 介護される人々の問題へ

● 一歩踏み出した介護保険制度

● 縛られる老人たち

● 介護保険制度を視野に入れて

● 日本は三流福祉国

刊行に際して

昨年五月、本会でも介護保険制度の導入に先だち高齢者介護の問題を講習会で行いました。大熊一夫先生にご講演いただき、日本の高齢者介護の現状を教えていただく機会としたのです。それは介護サービスが大きな事業になると取り沙汰されるなかで、それをもつて安易に高齢者の介護がよりよくなるとは考えられなかったからです。

数年前に、きのこエスポワールの佐々木健先生によつて提示された痴呆性老人の問題が脳裏にありました。病人と施設との関係だけでは、問題は解決しない。人間というもの、の根源的存在を考えることなくしては、施設（制度）はうまく働かない。施設が十全たるものになるためには、その施設を支える私たち一人ひとりの心が豊かでなければならぬ。仏教でいう大悲が必要とされるのでしよう。

高齢者の介護に対して、私たち仏教者に何ができるでしょうか。これまでターミナル・ケア、生命倫理、国際援助などをテーマに講習会を開いてきましたが、それらには人の心が問われていました。今、高齢者介護の問題に関しても、人の心が問われています。介護を支えている人々の世界を理解することなく、また広い視野に立つてその世界を見なければ

ば、高齢者介護の問題は暗澹たるものになります。よりよい世界を顕現するためには、祈りが不可欠であると思うのです。清浄なる祈りが、これらの問題を解決へと導くと信じています。私たち仏教者は、高齢者介護の問題に関しても、弱者を支えている人々が、実は弱者によって支えられていることを説かねばならないと思うのです。そこには命あるものの共生の世界が見えてきます。

本書は介護保険制度が発足する前にご講演いただいた大熊先生のお話をまとめたものです。介護保険が始まる本年四月までに刊行したいと願っていましたが、さまざまな事情でその思いを果たすことができませんでした。しかし、本山からの助成金を契機として刊行に踏み切り、できるだけ早期に会員の皆さまにお届けしようと努めました。そのため大熊先生にはご無理をお願いして、ご校閲の労をとっていただきました。厚くお礼申し上げます。

合掌

平成十二年四月

会長 密 祐浩

目次

刊行に際して

密 祐浩 1

介護される老い 日本の高齢者福祉の現実

大熊 一夫 5

精神病棟に高齢者問題を見た

7

介護される人々の問題へ

12

縛られる老人たち

17

デンマークでの驚き

20

日本は三流福祉国

26

老後を支えてくれる自治体

33

一歩踏み出した介護保険制度

37

介護保険制度を視野に入れて（大熊先生に聞く）

43

介護に関する資料

54

あとがき

草津 栄晋 60

介護される老い

日本の高齢者福祉の現実

この講演は平成十一年五月に行われたものです

精神病棟に高齢者問題を見た

今、大学教授と紹介されましたが、本人は余り大学教官のつもりはありません。ジャーナリストのつもりであります。朝日新聞社に三十年くらい勤めておりましたので、そちらが本業です。大学教授になったのは去年の二月からで、再来年の三月三十一日で、私は退官することになっております。その後はまた、もとのジャーナリストに戻るつもりです。

今日、お話し申し上げることも、ジャーナリストとしての朝日新聞社時代の仕事が背景にございます。そこで見聞したこと、体験したことが、言ってみれば血となり肉となつてゐるわけで、その私の体験に基づいた話をさせていただけようかと思つております。

まず日本の高齢者問題がいかに厳しい状況にあるか、いかに大変な社会問題なのかということを申し上げようと思つております。次に、これも大事なことなのですが、解決の方法はある、ということもお話ししようと思つております。ついでに、今の日本がどういうところに差ししかつており、これからどういふ方向に行くのが望ましいかということについて、私自身の意見を述べさせていただけようかと思つております。

まず厳しい現実の話から始めます。

私が日本の高齢者問題に初めて遭遇したといえますか、私の意識の中でああこれが高齢者問題なんだとおぼろげながら感じたのには、重大なきっかけがありました。今から三十年近く前のことですが、私は精神病院に入りました。

当時、私は三十二歳の朝日新聞の記者でした。とにかくあの精神病院の鉄格子の中が見たいと思っていました。鉄格子の中には、患者が拘禁されている。自分の意思では決して出られない。鉄の扉と鉄格子で閉ざされた空間なのです。そこでは、いろいろな問題が起こっていました。

たとえば、ごく最近の例を関西であげますと、大阪府から「廃院」という珍しく厳しい処分を受けた安田病院があります。実は、私が取材を始めた一九七〇年の前年に、この病院は既に刑事事件を起こしておりました。職員が入院者を虐待する、患者が不審な死に方をするという事件があつたのです。

安田病院だけではありません。栗岡病院事件もありました。表面に出たものは、その二つの病院でしたが、当時、日本中の精神病棟でいろいろな問題があるということは、精神科医の間では大きな問題になっていました。

それまで、私はほとんどその分野については関心がなかったのですが、たまたま、その問題を耳にするチャンスがあつたのです。もう一つ関心を持ったきっかけは、酔っ払って

精神病院に連れて行ってもらったら拘禁してくれるらしいという話を聞いたことです。

拘禁してくれるらしいというのも変な話ですが、あの中に幽閉されるらしいということが分かったのです。これは聞いただけですから、本当にそんな乱暴な話があるのかなあと、その時は思いました。まあ駄目でもともと、とにかくやってみようという気になりました。

酔っ払って連れて行ってもらっただけで拘禁されるということですから、法治国家としては考えられないような大変なことです。もちろん、違法かどうかスレスレの問題であるということは最初から分かっています。アルコール依存症、いわゆるアル中の人なら確かに精神病院の中にたくさん幽閉されています。ですから、酔っ払って連れて行ってもらったというのには、アル中と見なされて拘禁されるということだろうと思えました。でも、法治国家ですから、厳密な法的ハードルがなければおかしいんです。もちろんハードルはあります。現在は精神保健福祉法という法律もあるのですが、それがかなりいい加減に使われていて、つまりいい加減な病院のいい加減な医師がいい加減な診断をすれば、そういう目に遭うという現実があったのです。これは実行してみる価値があると思えました。

一九七〇年二月のある朝、私はお酒をがぶがぶ飲んで、へべれけに酔っ払い、家族と会社の先輩に精神病院に連れて行ってもらいました。こう言くと勇ましく聞こえるのですが、実はその前からかなりウジウジしておりました。実行するのに三か月くらいはかかりまし

た。

会社の上司には言っておりませんので、皆が面白がりました。送別会をやってもらったり、いろんなことをして、「明日は精神病院に入つてやる」と思うのですが、朝になるとまた、やる気がなくなっている。こういうことを何度も繰り返しました。しかし、だんだん精神病院に入らないと会社に行きづらくなるという変な感じになり、ついに入ってしまったというのが本当のところですよ。

精神病院に入った顛末は『ルポ・精神病棟』という記事になり、朝日新聞の夕刊に一週間くらい連載されました。私が入ったのは東京の精神病院なのですが、確か大阪でも連載されたと思います。この記事は、私の口から言うのも変なんですけど、すごく影響が大きいものでした。大変反響があり、職場の電話が鳴りっぱなしになりました。「私もこんな目に遭った」という手紙がダンボールに二箱分くらい届くという事態になりました。そして、現在の日本の精神保健福祉法への改革にも、一石を投じるような仕事になったのです。

今日お話ししたいのは精神病院の問題ではなく、高齢者の問題です。実は精神病院に入ったときに、私は最初に高齢者問題に遭遇したのです。

私が精神病院に入ったときの部屋を想像していただきたいのです。四畳半くらいの独房です。床にトイレの穴が一つ空いているだけです。汚い万年床が一つあるだけの所にぶち

込まれ、そこで食事をとらされました。暖房もありませんから、昼間はうつらうつら寝て、夜起きているという生活をしました。

三度の食事の直後は廊下に出されました。そうしましたら、「不潔部屋」という部屋が三部屋ありました。「不潔部屋」という表札のかかった部屋があったのです。

そんな表札をかけることからしても、入院者のことを人間扱いしていないという証拠みたいなものです。その不潔部屋というのは、これまた不思議な構造をしております、廊下とその部屋は縦の柵で仕切られているのです。つまり動物園の檻そのものです。部屋と言わないで檻と言ったほうが分かりやすい。そこには脳軟化症と言われる人々と重症心身障害者と言われる人が五、六人ずつ入れられっぱなしでした。やはり万年床で全員おむつをしていますけれども、きちんと交換されてなく、すごい臭いを発しているという状況でした。そういう部屋が三つありました。

こんな目に遭うなら殺された方がはるかにましだと思ふような、本当にすさまじい風景です。人間扱いたくないというのは、ああいうものだと言つてしまえばそれまでなんですが……。鉄格子のはまつた閉鎖病棟の中にさらに檻のような部屋を作つて、そこに脳軟化症、今でいう痴呆性老人が入れられているという場面に遭遇したのです。

それまで私は精神病の人々に関心はあつたけれど、精神病院の中に痴呆性老人がそんな

かたちで集められているということは全く知らなかったのです。だから、あの場面を見なかったら、きつと、後に高齢者の問題を取材することもなかったと思います。そのくらい強烈な印象というか、全くショッキングな風景でした。これはいつか問題になるぞ、問題にしてやるぞ、と思いました。

私の高齢者問題に対する取り組みは、およそ三十年前にさかのぼります。でも、初めから日本の高齢者問題に立ち向かったというほど、多くの記事を書いていたわけではありません。その直後に二、三回は書きましたけれど、やはりタイミングというものがありません。当時は日本社会は高齢者問題を問題と認識していなかったのです。

なぜかといいますと、やはり今とは高齢化率が全然違う。今、確か日本の高齢化率は一七％くらいになったと思うのですが、当時はまだ一〇％にも届かないという時代だったのです。

介護される人々の問題へ

高齢者問題に関する記事が日本のマスコミにたくさん出てくるには、時間がかかりました。

日本社会が高齢化率一〇%に到達した時期から、いろんな問題が報じられるようになりました。別に一〇%を超えたからといって急に報じる意味はないはずなんですが、一応そういう言われ方をしました。

一〇%を超えたのは一九八五、六年頃ではないかと思えます。人口の予測がつかますから、将来、日本は大変なことになると言われました。二十一世紀の初頭には世界最高の老人大国になる。つまり四人に一人が老人である。この場合、一応、老人は六十五歳以上の人と定義しています。

赤ん坊まで含めて三人の若者で一人の年寄りを世話しなければならぬという時期が来るから大変だ、とまず言われ始めました。でも、その時、「別に将来大変なことになるのではない。今も既に大変じゃないか」と私は思いました。昔から大変だったんじゃないか、そう思いました。というのも、不潔部屋のことが頭にあつたからです。つまり社会として何も手を打っていない問題だということだけは、何となくその時から気がついていたのです。

朝日新聞の記者として、私に記事を書くチャンスがだんだん増えてきました。しかし書いたら何でも載るというのではなく、それなりの時代的背景があります。高齢者問題は今から十五年くらい前に、書くチャンスができてきました。

日本のお年寄りの状況といいますが、私の関心は今日演題として使われている「介護される人々」の問題に向かっています。つまり、人間は死ぬ直前は何時間だろうと、何日だろうと、何年だろうと、必ず人さまにお世話にならなければ生活がたちゆかない、そういう時期がある。ぽっくり死ぬ以外は必ずそういう時期があります。はっきり言えば、心臓病で倒れる以外はだいたいその前に介護が必要なんです。

特にガンならせいぜい数か月とか二、三年でしょうが、脳卒中、脳溢血などのように脳出血や脳血栓を伴った慢性病になりますと、何年、十何年とお世話される時期がついてくるのです。今やガンや心臓病で亡くなるのは、ある意味では幸福な死に方だと言われているくらいです。長々とお世話を受けると、なかなか幸福な状況にはならない。誰かのお世話になるということは、結局、お世話する側がくたびれてくる。ここが、高齢者問題の一番大変な点です。

お世話する側がくたびれてきて、大変な問題が起きる。じゃあ誰がお世話するかと言いますと、日本の場合は結局、家族です。別に、日本だけではなくどこの国でも、身内の病人、身内の障害者は身内が面倒をみるということが当たり前のことです。今までは社会問題として認識されていなかったわけですから、社会で何か手を打とうということには全然結びつきません。そうすると、誰がやるかと言えば、家族がやらざるを得ないのです。と

ところが、ここで問題がだんだんはつきりとしてきた。家族ではやりきれないことが分かってきた。うまくやる家族もいますけれど、結局、ギブアップせざるを得ない家族がたくさん出る。ここが高齢者問題の問題たるどころです。

家族ではどうにもならない事態が確かに来るのです。しかも高齢者問題の大変なところは、たとえば子育てと比べてみるとよく分かります。子育てというのは初めは確かに大変ですが、だんだん軽くなるのが普通です。そして、ある時にゼロになってしまう。高齢者問題は、だんだん重くなるに決まっているんです。先に行けば行くほど手がかかる。しかも、いつ終わるか分からないというさらに悲劇的な状況になる。来年まで頑張ればというなら、何とか歯を食いしばって頑張るのですが、お年寄りがいつ亡くなるか誰にも分からないとなると、これはかなり絶望的な厳しい状況と言うべきです。

では結局、どういう解決があるか？ 家族がギブアップした段階で次の解決策は、どこかお年寄りを預けるということになります。これ以外にはいい方法はない。その他にあるのは、日本だと大変憂うつな事件になりますが、介護疲れによる無理心中があります。これは本当に世界の先進国の中で日本だけの、日本特産の嫌な事件です。それから心中し損なったりということもあります。最初から死ぬつもりがなければ、介護疲れによる肉親殺人です。昔は九月十五日前後に多発したんですが、最近はもう一年中そういうことが起

きます。どこの県でも起きています。でも、これは極端な解決方法で、普通はお年寄りをどこかへ預けるといふかたちで解決が計られません。

この預けられるお年寄りの数は尋常ではない。ものすごい数です。正確な統計はないのですが、推測はできます。こういう方の行く先というのは、だいたい特別養護老人ホームです。これは貧富に関係なく、要介護のお年寄りが入る先です。現在、日本にはざっと二十数万分用意されており、でも、これでは全然足りない。実際に入りたいと思つてすぐに入れるケースはほとんど日本にはありません。福祉事務所に申請しても一年半は待つて頂かなければという話になります。もちろん、緊急性によつて順位は変わつてくるんですが、とにかく入りたいと思つた時に入れるものではないということだけははっきりしています。既に入つている方が亡くならなければ、入れないというのが当たり前ですからそうなるのです。絶対数が足りないのです。

すると、別の選択が働きます。医療機関にお年寄りが流れるということです。分かりやすく言うと、老人病院です。最近では老人保健施設という準老人病院、準老人ホームみたいなものが出てきました。それから冒頭に申し上げた精神病院、これもやはりお年寄りの行き先です。

分かりやすく言うと、老人ホーム代わりに使われる医療機関がものすごい数で用意され

ているのです。何人分という統計はありません。

お年寄りは皆病気持ちですから、病人と言えば病人です。けれども老人ホーム的に使われていると見れば、見られないこともない。そういう人が一杯いる。十年くらい前からそういう方が日本には三十万人くらいいると言われています。これは並大抵の数ではない。しかも家庭を離れてご本人が入られる先は、ここで私は敢えて「入れられる」と言いましたのも、残念ながら自分から入りたい先ではないんです。行きたくなくなるような立派なものというのは例外的なもので、ほとんどはとも行きたくなくなるような場所ではない。それをこれから詳しく申し上げます。

縛られる老人たち

まず、どういうふうに行きたくない場所かと言いますと、日本の場合はほとんどすべてが雑居が当たり前です。雑居も昔の修学旅行のように、皆で楽しんで一週間ワイワイと過ごすのならいいのですが、仲がいいも悪いも関係なく、他の人と同じ部屋で過ごさなければならぬ。これには新たにいろんな問題が生じます。

たとえば、一番よくある風景を思い浮かべていただきたいのですが、ポータブルトイレ

がベッドサイドにあります。つまり排泄の臭いと音を共有しなければいけないという問題です。あるいは、テレビのチャンネル権の問題もあるでしょう。他の人の騒音の問題もあるでしょう。痴呆のお年寄りが同じ部屋にいれば、自分の持ち物か他人さまの持ち物かも分からなくなる。物がなくなっただの、盗られたただの、そういう細かなトラブルまで入れますと、雑居は本当にいろんな問題を生じます。

普通に平穏な市民生活を送る居住空間としては、雑居空間というのは非常に貧しいものです。ところが、よく見ますと、日本中、要介護のお年寄りが入る先はほとんど雑居です。雑居に入れられたことそのものが虐待だと言ってもいいんです。

しかし、こんな次元のことではなく、よく見ると、もつとひどいことが要介護のお年寄りの身に降りかかっているんです。日本の場合は、たとえば縛るとか、閉じ込めるとか、薬で行動を抑制するなど日常的に行われています。

今から十二年くらい前（一九八七年）、私は神奈川県の一軒の老人病院を詳しく取材しました。とにかく、ああいう老人病院がどんなことをお年寄りにしてあげているのか、やっているのか、またお年寄りがどんな目に遭っているのかを克明に、定量的に知りたかったからです。噂は聞いていました。あまりいい目に遭っていないということはもちろん知っていたんですが、何人中何人がどんな目に遭うかを詳しく知りたかったんです。

一九八七年の夏、私は連載を書きました。その時、老人病院の取材に八か月くらいかかりました。母親に入ってもらおうかと思つたのですが、それもなかなかうまくいなくて、かなり時間をくつてしまいました。まず全入院者の医療記録が分かるくらいに詳しく調べたつもりでした。

二百十九人入っているお年寄りのうち、毎晩五十人くらいがベッドに縛りつけられているんです。毎晩、夕方六時から朝の六時まで十二時間ベッドに縛りつけられます。その縛り方も念が入ってしまして、大半の人が手足一本ずつベッドの柵に縛られる。あと胴体を一回ぐるつと回して両方の柵に縛り、たすきがけにして枕の下を通して上の柵に縛る。そういうふうに向向けに、ゆるく、しかし絶対に夜、起きれないように縛ります。縛られたつていいではないかという乱暴な人もいますけれど、私はそうは思いません。人間にとつて何が一番不愉快で、何が一番怖いかといつたら、身体を自由を奪われることです。私は昔、精神病院に入った時の体験からしても自信を持つてそう言えます。では、なぜ縛るかという、一つは、おむつをはずされたら困るからです。夜、勝手に動いて人に迷惑をかけるとか、ころんで骨を折つたら気の毒だとか、いろんなことを院長は言いましたけれど、本当に全入院者の四分の一を毎日十二時間も縛りつづけなければいけないのか。そこまでやらなければいけないのかどうか、ここが私のこだわったところですよ。

日本だけを見ておりますと、埒があかない。業界の人々に聞くと、こともなげにこれは必要悪だと片づけられてしまうことが多いんです。仕方がないんだと言われると、こちらも、じゃあこうしたらということが言いにくいんです。

私もよく言われました。「それなら、あなたやってみたらどうですか」と。でも今さらジャーナリストをかなぐり捨てて、介護職に転向するほどに私は甲斐性がありませんから、これはどうしたら話が進むのかなと思いました。もしかしたら、こういうことをやっていない国があるのではないかと思ったのです。かねがね北欧のスウェーデンとかデンマークの高福祉の噂は聞いていましたから、ああいう国々でもお年寄り縛られるんだらうかという素朴な疑問を持ったのです。

デンマークでの驚き

一九八七年、その老人病院の連載が終わった直後、私は生まれて初めてデンマークに行くことができました。もつと早く行きたかったのですが、朝日新聞がお金を出してくれなかったことや、いろいろなことがあり、やっと機が熟してデンマークに行くことができたのです。

デンマークでは特に有名な病院へ行ったわけではありません。たまたまその近くに日本人が住んでいたというそれだけの理由で、デンマークの田舎のごく平凡な老人ホームに行きました。行ってみて本当にびっくりすることが幾つかありました。

まず縛られたお年寄りがいない。そんなお年寄りを見ることができない。これについては後でお話しします。その他にも本当にびっくりしたことが、五つ、六つありました。

デンマークは、要介護のお年寄りの行く先として、日本と同じように特別養護老人ホームを用意しているのです。ただ介護付きのホームという名前になっています。これがふんだんに用意されていることが分かりました。老人ホームに入りたくても入れずに、お年寄りが病院に流れるという事態がほとんど起きていない。人口が五百万人くらいの国で五万室用意されていると聞かされて、これはすごいと思いました。日本の国に置き換えるとうまく分かります。一億二千万人だと、百万から百二十万室くらいのオール個室の老人ホームを用意していることになりました。トイレ付きの個室で、広さがだいたい二十二平米くらいと言われました。これは八畳くらいの個室と二・五畳くらいのシャワー・トイレ。それに、廊下からちよつと入ったあたりの空間もあります。こういう個室が当たり前です。日本の国に置き換えると、個室を百万室以上造っている国がこの地球上にあることが、私にとつては最大の驚きでした。

次に人手です。デンマークの国では、どこでもこういう施設で介護ないし看護のお世話の人手は一对一が当たり前です。ここがすごいところですよ。日本の現実を見ると、一对一がいかに大変なことが分かります。

日本の施設の基準をぜひ覚えていただきたいのですが、厚生省の基準では、日本の特別養護老人ホームの人手は昔から四対一のままです。お年寄り四人に対して職員一です。これは目の前でいつも四対一でお世話するというのではなく、職員には休日がありますから現実には目の前では十対一くらいになってしまいます。とにかく日本の基準は四対一、デンマークは一对一。四倍の差です。この四対一は低すぎるものですから、現実には施設独自の努力で三対一くらいが日本の水準と想っていた方がいいでしょう。デンマークは実に日本の三倍くらい人手をかけているということが分かりました。

お世話の人手を三倍もかけるといえるのは大変な違いです。日本の施設がとても貧しく見えるのは、お世話の人手がすごく薄いことに関係しています。職員さんがどんなに働き者で、どんなに親切でも、人手の差は別です。駄目なものはどうやっても駄目です。日本の基準では、人間らしいお世話ができるものではないということだけは、はっきりしています。あれで十分だという話は聞いたことがありません。ここに日本の福祉の底の浅さ、脆弱さが分かっていただけだと思います。日本の福祉の欠点を一つ述べよと言われたとき、人

手不足と書いたら、満点かも知れない。それくらいはつきりとした問題です。

デンマークで一対一のお世話が当たり前と言われて、とにかく私は感激しました。もう一つ感激したことは弱い人の立場をきちんを守るといふか、お年寄りの声を、お年寄りの意思を反映させる装置を持つてゐることです。これも感心させられた点です。

老人ホームでは自分たちで選挙して代表を選びます。そのお年寄りは職員の採用試験に立ち合います。つまり採用の試験官です。そこまでやっている老人ホームは日本では恐らくないでしょう。デンマークは国の法律で定めています。放っておくと、弱い立場の人は一方的にいろんな目に遭いますから、お年寄りも職員の採用試験に立ち合わせる。つまりお年寄りが試験官になるのです。そこまでやっている。それにもびつくりしました。

お年寄りの代表がサインしないと老人ホームの予算の一部が使えないというのもすごいことです。民主主義の成熟度の違いと言つてしまえばそれまでなんですが、当事者である弱者の声をきちんと反映させる。そういう装置があつたということも、やはり私にとつては驚きだったのです。他にも驚いたことは幾つもあります。その中で、ホームヘルパーがとつてもない数で用意されていることには驚きました。このことも日本に置き換えたら非常によく分かります。

私が取材に行つた一九八七年の時点では、日本のホームヘルパーは二万人くらいしかい

なかったはずですが。しかもこれは頭数で数えているものですから、実際にフルタイムでどれくらいの働き手があるのか分かりません。その時、一億二千万の人口の日本に、デンマーク並みのホームヘルパーを用意したとすると何人になるか、私は考えてみました。五、六十万人なんです。しかも、これはフルタイムの働き手に換算しての数です。実際に働くときには、頭数はその一・五倍くらいに増えるのが当たり前です。フルタイムというのは、デンマークだと週三十八時間くらい働くことを言います。こんなにホームヘルパーがいる国があるのかと思いました。

その時に言われたことは、ホームヘルパーというのは、介護される人に家族がいるいないに関係なく、必要な人をお世話する人手であるということでした。冒頭に申し上げましたように、高齢者問題は家族のお世話の問題です。家族がくたびれてギブアップするときに生じる問題とも言えます。これは世界共通のことです。それに対しデンマークはどのようになっているかという点、家族がいるいないに関係なく、ホームヘルパーがいるという点がポイントになっています。

日本には「介護地獄」という、とんでもない言葉があります。地獄というのはもとは仏教の世界の言葉だと思えますけれど、現世に要介護のお年寄りを抱えた家庭で発生する大変な事態を「介護地獄」と呼んでいます。デンマークには介護地獄はありません。もちろん

ん、そんな単語ありませんから、介護地獄をデンマーク語に翻訳しようとしてもうまくできないと思います。ついでに申し上げますと、「寝たきり老人」も日本の言葉です。日本ではやたらに寝たきり状態の人が多いのですが、向こうでこれを翻訳しようとしてもうまく伝えられないでしょう。

介護地獄がない。ないのは当たり前です。家族がいるいないに関係なく、介護が必要な人をお世話するホームヘルパーが十分にいるからです。日本が介護問題できちんとした備えをするときの、これが一つの目安になると考えていいと思います。

現在、日本のホームヘルパーも十万人を超えた段階です。しかし、まだまだデンマークの数の一、五分の一以下と考えていいと思います。日本が高齢者福祉政策を少々やっただといつても、まだまだ家族のご苦労が当てにされているんです。ここが大問題です。家族のご苦労が当てにされているうちは、本当の高齢化政策とは言えない。このことをぜひ心得ていただきたいと思えます。家族の介護労働を当てにしないで済むシステムを作った国があるということ、ぜひ覚えていただきたいと思えます。私もデンマークに行ってみて初めて、そういう国があると分かったのです。

先ほどの話に戻りますが、デンマークでは縛られたお年寄りがいないのかといいますと、本当に見当たらないんです。その後、十二、三回デンマークに行っています。かなりこた

わってその問題を取材して、その理由がだんだんと分かってきました。

デンマークではベッドに縛りつけられるお年寄りがゼロかというところ、ゼロではないというところは確かです。しかしその発生率は、人口五十万人くらいに一人いるかないかだということが分かりました。これは率としてはかなり低いです。これでは我々が日本からポツと行っても見ることはほとんどできない。日本の場合は、老人病院や老人ホームがたくさんありますけれど、そこへ行ったらすぐに見られます。ひどい病院になりますと、当然、やたらに目に入ってきます。ですから、いかに日本のレベルが低いかが分かると思います。現象として具体的な差がついているわけです。

日本は二流福祉国

私にも日本の介護レベルというものがだんだんと見えてきました。世界の中で日本の高齢者介護がどんなレベルなのか。日本は今でこそ不況だとか、沈没寸前だとか言われていますけれど、一人当たりのGNPの額は今でもたいしたものですよ。少なくとも北欧の人々よりは日本の方がずっと金持ちだと言えます。一人当たりのGNP、GDPの額で言えばそうです。だから、日本はそれなりの備えをしているだろうとヨーロッパ人なら思うでし

ようが、現実とは全く違う。本当に日本は対策が遅れています。

日本の高齢者福祉のレベルが世界でどのくらいの位置かというと、結論から言うとき借しいけれども三流です。二流にも届かない三流です。本当につかりするくらいレベルが低い。では、一流福祉国とは何をもって一流と言うのか？ 私なりの根拠を申し上げます。やはり一流福祉国というのは、国や自治体の責任においてと言っているんですけど、社会の責任において、国民の老後に責任を持っているということです。もっと具体的に言いますと、それに関する法律を持っているということです。

こういう種類の障害者はこういうサービスを受ける権利があります、というところまで法律で具体的に定めている。その法律は数多くあります。一番有名なものは、社会サービス法と呼ばれているものです。デンマークでは生活支援法と翻訳されることもあります。社会サービス法があるということは、落ちこぼれなく国民全員がそれなりに支えられるということです。老後の貯金をした人とか、金持ちしかいい目に遭えないというようなことではないのです。貧乏、金持ちに関係なく、必要な人にそれなりのサービスが用意されているということです。社会サービス法の目的です。ですから、この法律があるかないかで一流福祉国かどうか決まると私は思っています。

社会サービス法の有無によつて、結果として支えられ方が全然違つてしまします。この法律は、障害者といえども普通の人間として普通の市民生活が保証される法律と言ひ換えてもいいと思います。実際に、障害者が普通の市民生活を送つて居るのです。精神病の人でも大型の鉄格子の收容所に居るといふことはほとんどない。一昔前は知恵遅れとか精神薄弱と言われ、今は知的障害者と呼ばれて居る人々も大型收容所に入つてはいません。高齢者もそうです。個室が当たり前。人手も一対一。厚い人手で支えられています。当然縛られる人も少ない。

縛る、鉄格子というのは、日本では人手の代わりをして居ると考えていたのだら分かりやすいんです。人手の少ない国では鉄格子をはずそうと思つてもなかなか取り払えない。縛るのを止めようと思つてもなかなか止められない。というのは、あのギリギリの少ない人手と非常に深い関わりがあるからです。これは大事なポイントだと思ひます。つまり精神論だけで、こういうものがうまく取り払われるほど単純ではないのです。当然、世話するには人手がかかる。という事は、人件費もかかる。つまり社会の富のかなりの部分をそういうところにきちんと投入しなければならぬということだと思ひます。

このことにお金を使つて国が傾くくらいのものかというつと、そうではないんです。これは一例として皆さんに申し上げますけれど、介護地獄をなくせるホームヘルパーの数は五

十万人と申し上げました。一人のホームヘルパーの人件費を一年四百万円としましょう。これなら今の日本の水準ではそんなに安いものではないはず。四百万円の人件費で五十万人分は二兆円です。毎年、日本が二兆円を用意しますと、介護地獄をなくせるレベルのホームヘルパーが用意できるということです。二兆円は、今の日本にとってそんな大変な金額ではない。安いとは言いませんけれど、消費税一%分の税収と言ってもいいです。そう言えば分かりやすいですね。消費税五%分も必要ないのです。一%の税収まるまる二兆円をホームヘルパーの人件費に用意したとすると、だいたいデンマーク並みのホームヘルパーが手に入る。こう考えれば、そんなに大変なものではないと分かっていただけだと思います。

福祉をやると国が沈没するとよく言われますけれど、これはかなりいい加減な議論だということ、この試算でも分かると思います。実際に日本の医療費がどれくらいかと言いますと、総額は二十何兆円です。国の一般会計は確か七十何兆円です。そうして見ると、人間の最期をきちんと支える人手にかかる額が知れたものだとか分かっていただけだと思います。きちんとやらないで、けちっているから、いろいろな問題が起きていると見ることもできません。

一流、二流、三流にこだわりますけれど、では二流はどのあたりかという、ヨーロッパ

パの「EU」の主要メンバーがだいたい二流ではないかと私は思っています。ドイツ、フランス、ベルギー。オーストラリアもそうかも知れない。オランダは二流でもかなり一流に近い、あるいは一流に仲間入りしているかも知れない。二流でもかなり福祉国的ですが、一流福祉国よりはちよつと遅れているレベルです。でも、日本みたいにお年寄りが大変な目には遭つてはいない。

三年前にドイツに行きました。ドイツの老人ホームの事情を日本と比較してみました。日本は老人ホームに入りたいと思つても入れない。ドイツでは入りたいと思つた人が入れないほど老人ホームが少なくはない。またドイツの老人ホームでは、十六、七年前に居室の雑居を止めています。ここは大事なところですよ。日本のような四人部屋以上の部屋を止めています。だいたい二人部屋ないし個室です。今、その二人部屋がさらに改造されて個室がどんどん増えている。これがドイツのやり方です。そうして見ると、二流福祉国では、雑居を卒業するくらいのところまで来ていると思います。ただし、人手は一流国ほどではない。

ドイツでは、人手はちよつと二対一くらいに上昇してきています。デンマークが一対一、ドイツが二対一。つまり人手は半分です。日本に比べると四対一です。一流、二流、三流と、倍、倍の段がついていることが分かります。お世話する人手に関しては、まさにそういう

かたちで現れてきます。また、これは人件費の違いとも見られます。あるいは福祉に使うお金の違いと見てとることもできます。居室の快適さ・広さ、要介護のお年寄りのお世話の人手、これらで一流、二流、三流の段がつけられる。確かにドイツでも縛られるお年寄りはいます。ただし日本と違うのは、縛り方に非常に厳密な枠を決めていることです。裁判所に申請して、裁判官が現場に赴いてOKした時のみ縛れるのです。それくらいのことをやっています。だから縛られるお年寄りの数は日本よりは、恐らく桁違いに少ないと想像できます。でも、確かにデンマークよりは縛られる人は多くいるのです。そういうところでも一流、二流のはつきりとした段がついていることは分かります。

では、三流はどうなのか？ ヨーロッパではだいたい、カトリックが強い国が福祉に弱いと言われています。というのは、もともと福祉制度はカトリックの活動の中でなされてきた傾向が非常に強いからです。ヨーロッパの歴史の中では、福祉は教会活動の一環として進められてきました。けれども逆にそれがあだになって、社会の責任においてきちんとやらないで、取り残された国々になってしまった傾向があります。カトリックの強いところというと、オーストリア、イタリア、スペイン、あるいはカトリックかどうかは分かりませんがギリシャも遅れています。日本は、この三流福祉国に仲間入りしているはずです。「縛る」という人権侵害行為が何ら社会問題にならないということ一つをとってみても、

またお世話をする人手が三対一とか四対一というレベルを見てもです。これを見ても、日本が悲しむべきレベルにあることが分かっていただけだと思います。

もう一つ、これは日本の風習と関わりがあると思うのですが、北欧がなぜそれほど進んでいるかという、女性の社会進出と非常に深い関わりがあると思います。最近の言葉で言うと性別役割分業で、男は会社で女は家庭を守るという、分業性をはつきりと出ている国では、女性の社会進出は進んでいません。やはり介護は主婦にお任せということになりやすい。介護は女なら誰でもできる女の仕事と思わせてしまうということもあるでしょう。北欧のように一九七〇年くらいの段階で、女性を社会の労働力として大量に使う政策がとられた国では、女性に代わる社会の備えがないとお年寄りの生活は成り立たなくなる。こういうことがあつて、非常に積極的に社会的な備えが進みました。

ドイツに行きますと、結構、日本と似たような分業性をはつきりしていて、いわゆる専業主婦がいます。こういう点でも介護政策が遅れる傾向があると見ることができます。ついでに申し上げれば、北欧の女性の大量社会進出の進出先は、実は福祉の労働市場です。分かりやすく言うと、自分の家のおじいちゃん、おばあちゃんの面倒をみる代わりに、プロとして全く知らないおじいちゃん、おばあちゃんの面倒をみるように変わったということです。家庭で主婦がお年寄りをみるときには無賃労働とみなされますが、これが月給を貰う労働者になって、どこかの

おじいちゃん、おばあちゃんの面倒をみるというふうに変わっているのです。もちろん、会社やいろんな部門に勤める女性もいますけれど、かなり大量の女性が福祉職場に進出している。女性の社会進出と高齢者福祉の充実というのは、実は表裏一体の関係にあるといつても間違いありません。逆に、女性が社会に大量進出してくれないと、本当の社会の介護支援体制はできないと見ることもできます。

老後を支えてくれる自治体

こうやって見ていくと、日本の老人福祉はかなり寂しいレベルだということが分かっていただけたと思います。しかし今、日本も大きな変わり方をしようとしていることは確かです。一九八〇年代、八九年までは、ほとんど無策の国だったのです。私がこうしてお話ししても解決策をうまくお話しできず、聞き手を奈落の底に落としてしまったままお帰りいただくということが当たり前だったのです。しかし、九〇年代に入ってから日本も変わり始めた、はっきり言えるようになりました。九〇年にゴールドプラン、正確に言いますと高齢者保健福祉十か年戦略。でも、ゴールドと言うにはちょっと寂しく、本当はアルミニウムみたいなペナペナのお粗末な国策が出てきました。さすがにこれでは不十分だとい

ことで、九四年には新ゴールドプランというふうに少し嵩上げされました。

もう一つ大事な変化がありました。九四年のことですが、高齢者福祉政策は自治体の仕事であると法律が変わったのです。それまでは霞ヶ関の厚生省が決めて、ただ下へ降りてきて、言われるまま、やってもやらなくても済んでいた。それが一応、高齢者福祉政策は市町村の仕事、責務であるということになったのです。これはすごく大事な変わり目です。皆さんがお住まいの自治体が皆さんの老後の責任を持っているということなのです。その自治体の市町村長、あるいは市町村議会が全責任を持っていると言っても間違いではない。福祉社会に変わる第一歩の、一番大事な法律と言ってもいいくらいです。九四年から、日本はそうになりました。

その時、厚生省から日本の市町村にもう一つ具体的な宿題が出されました。それぞれの町で高齢者保健福祉計画なるものをきちんと作れという宿題です。九四年の三月三十一日提出期限内で、日本の三千三百近い市町村にその宿題が出されました。それぞれの市町村は自分の町で、これだけのニーズがあるから、これだけのホームヘルパーを増やさなければいけないとか、いついつまでには老人ホームをこれだけにしますとか、そういう具体的な二十一世紀を迎えるに当たつての高齢者保健福祉計画を作らなければいけませんでした。そして、これをともかくにも提出しました。

その中でいろいろと問題が見えてきました。駄目な自治体はどういうことをやったかという、民間シンクタンク会社にそういう計画を丸投げして請け負わせました。シンクタンクと言うと立派に聞こえますが、業者と言うと何か問題がありそうに聞こえます。このシンクタンクは、まさに、調査・計画を企画する業者です。その結果、字面だけは立派な計画書が出まわりました。日本のかんりの自治体が実際にそういうことをやっています。そういう自治体はやはり駄目です。非常にレベルが低い。

業者は、本当に足で歩いてニーズを調べることはありません。日本の低い水準でだいたいの割合を計算して、この町は何人くらいヘルパーが必要でどのくらいであればまあいいというようなものしか出さない。こういう町はレベルが低い。市町村で役人がきちんと足でニーズを把握し、政策を積み上げた所はかなりいい線をとっています。日本の自治体にはすごいデコボコが生じ始めています。実は九四年から今日までの五年間で、自治体ではすごい差が出てきています。

ホームヘルパーがいるかないか分からない、全然やる気のない、眠ったような自治体もあります。反対に、有名なのは秋田県の鷹巣町で、人口二万三千人で高齢化率は二五％ですが、フルタイムのホームヘルパーを三十何人も備えています。そういう所もある。駄目な所はまだホームヘルパーが四、五人というレベルです。そのくらい、すごい差が出て

きているということですよ。

ついでに秋田県の鷹巣の例で言いますと、この町はついに町営の老人保健施設を造りました。それが四月十日にオープンしました。百十のベッドが全個室です。一人当たり二十平米でトイレ付きです。これは収容所と言われるものとは全く違う、きちんとしたお年寄りの居住空間と言えます。こういうものが、ついに日本の自治体に登場したというのが注目点です。

面白いのは、特に革命を起こしたわけでもないのに、やる気のある町長が出てきてきちんとしたことをやると、このレベルまでできるということですよ。これは非常に大事なポイントです。今の日本の予算制度、仕組みの中でも、これくらいのことではあるんです。この町について付け加えると、町民が目覚めて、町長と一体になって自分たちで政策を提案した。それを町長が予算化して、こういう仕組みができたということですよ。今日本で日本の国会議員も地方議員も市町村長も、皆選挙の時には「福祉」「福祉」と言いますけれど、本気でちゃんとした福祉をやる人というのはそうはいなかった。自民党から共産党まで口では「福祉」「福祉」と言います。口だけでは実際には分かりませんけれど、やった結果を見ればすごい差ができてきているということですよ。

この鷹巣町の例を見れば、デンマークにははるかに及ばないが、少なくともドイツのレ

ベル、つまり二流福祉のレベルにはもう届いていると見る事ができます。ですから、そういう意味では心配することはないんです。日本はいつまでも三流に甘んじなければいけない状況にはないことだけは確かです。それは当たり前です。経済力の点でどう考えても三流に甘んじるような国ではあり得ないからです。黙っていても二流までは普通にできるような国、本気でやれば一流の福祉だってやり得る経済力のある国です。

一歩踏み出した介護保険制度

もう一つ大事なポイントは二〇〇〇年の四月一日から介護保険が始まるということですが、今日ここで介護保険の講座をやるのはあまり面白くないと思います。それは別の機会に別の専門家に話していただきたいんですが、私なりのポイントだけ幾つか申し上げようと思います。

介護保険は介護の問題を社会保険で解決しようという制度です。これは分かりやすく言えば、医療保険の親戚と見てもいいです。医療保険は日本人全員が入っている。会社に勤めておられない人は国民健康保険か、何らかの健康保険の傘の下にいらつしやるはずです。その健康保険があるから、安心してケガもできるし、病気にもなれる、医者にもかかれる

ということになっていきます。たとえば重い腎臓病になれば人工透析が必要です。もし健康保険がないとしたら大変なことになります。一昔前だったら一年間に一千万円近くの医療費がかかったはずで、昔は人工透析は金持ちの医療で、金の切れ目が命の切れ目と言われました。今は人工透析は健康保険でカバーされる医療行為になっています。ですから安心して人工透析を受けられます。

それと全く同じような仕組みが介護の問題で新たに制度化されたということです。保険料も別途にとうとうということ。四十歳以上の人から平均して毎月二千五百円。結構なお金を介護の問題だけでとります。実際に二千五百円よりもっと高い町もあれば、低い町もある。なぜそうなったかと言うと、たとえば鷹巣町のようにきちんと備えのある所は、買う物がたくさんあるということ。一方、ある町に社会サービスの資源がないとすると、買い物する種がない。つまりホームヘルパーも少ないし、老人ホームもほとんどない。そういう所は保険料が安くなってしまう。だから介護保険のポイントとして面白いのは、保険料が安いからといって喜ぶにはあたらないうことです。サービスの所は保険料が高くなります。サービスの所は保険料が安くなるという現象があるということ。ぜひ覚えておいてください。

もちろん例外はあります。コストの高いものだけ用意されているのも困ります。京都は

老人ホームが少ない。そこへ今度、老人病院が介護保険に入ってきました。療養型病床群という名前で入ってくるんですが、これがたくさんありますと老人ホームよりコストは高いのです。たとえば京都双ヶ岡の老人病院が療養型病床群として入ってきたら、あそこに京都のおじいちゃん、おばあちゃんがどかんと行きますと、老人ホームより一人についてひと月で二十万円くらい高くなるはずですよ。そういう施設が町の中にたくさん用意されて、利用する人が一杯いると、その町の保険料は上がってしまうという現象があることも覚えておいてください。ですから、保険料が高いからといって簡単に安心してはいけません。もしかすると、わが町の備えがきちんとしているからかも知れないし、変にコストの高いものだけがたくさん用意されているからかも知れないのです。この二つを頭において保険料を考えていただきたいです。

この制度そのものに重大な欠点の一つあるということも申し上げなければいけません。これは四十歳以上の人だけが負担するということになっていきますが、四十歳以上の人だけが負担すると、母数が少ないですから、どうしても、それだけ保険料が高くなってしまいます。ある意味では保険の意味がちよつと損なわれているとも言えるんです。二十歳以上の人がきちんと負担すべき性格のものではないかと私は思っています。そういう意味では、社会の助け合いの仕組みと言うには、本当の意味で何かちよつと間の抜けたところがあるんじ

やないかと言えます。

介護保険制度には、こういう社会保険方式でよかつたかどうかという問題がもちろん根本にあります。これは本来、税金でやった方がいんじゃないかという議論があります。それは別に革新政党から出ているのではなく、たとえば自由党なんかはむしろ税金方式でやった方がと言っています。保守革新に関係なくそういう議論があります。北欧はきちんと税金方式でやっているということもあります。そこまで議論が戻ってしまうと何も始まりません。とりあえず待ったなしで、これでいこうと国会でも通つて動き出していますから、今さら議論を蒸し返してここから始めようというのは生産的ではありません。

とにかく今年の十月から申請は始まります。皆さんの周辺で介護問題が生じた方に対して、まず具体的にやらなければいけないことは、十月一日になればきちんと市町村の役場へ行つて要介護の申請をしないといふと勧めます。これをやらなければ何も始まりません。まずは申請して、お年寄りの要介護度をきちんと計る。それで要介護度が決まったら、下りる介護料が決まるといふ仕組みになつていくのです。これは今までは明らかに違います。重い人はひと月に三十六万円くらいのお金が返つてくると考えていいです。もちろんお金で返つてくるのではなく、サービスで返つてくるんです。そういう機構ですから、今まではかなり状況は違ふんですね。家族だけがくたびれて、どうしようもなくギブア

ツプという時代から、確かに来年の四月一日には一歩踏み出すということだけは間違いないのです。

ただし、新しい制度ですから、いろいろ間の抜けた、穴のあいたところはたくさんあります。今までは貧しい人のために福祉政策がありました。確かにこの介護保険は、これからはどちらかというと所得の低い人がおろそかにされるといふ問題を孕んでいます。それもきちんと市民が指摘すれば直り得ることではないかと言えます。そういう時期に今差しかかっております。介護問題はこの二、三年、激動の時代を迎えるということだけははっきりしています。

最後に、皆さんが檀徒さん、信徒さん、介護問題でお困りのご家庭に接触するとき、どのくらいの力を発揮できるかというと、はつきり申し上げて一つのお寺さんでは、解決が難しい問題がたくさんあると思います。一時間半話して分かっていただけだと思いますが、一家族ではどうにもならない、一個人ではどうにもならない大変な事態が介護の問題です。この大変さは金額に置き換えても分かります。要介護の人だから誰かのお世話にならなければいけない。そのお世話になる労賃をきちんと人件費に換算すると、ひと月に何十万円という大変な金額になることが分かります。それが一家庭、一個人にかかったら、相談をもちかけられても、そう簡単に「こうしなさいよ」と言って、明るい道が開けると

いうものではないということだけは残念ながら確かです。

来年の四月一日からはかなり状況は変わるはずですから、この様子を皆さんの心にしまっていたら、いろいろな話をしていただきたいと思います。やはり庶民は本当の情報をなかなか知ることができません。何度も言いますが、とりあえず十月一日から申請が始まり、二〇〇〇年の四月一日からはこの制度が本当に動き出すということをきちんとして、ぜひお話をさせていただきたいと思えます。

これで私の持ち時間が来たと思えますので、後は何なりと質問、ご意見を出していただけたらと思います。ご清聴有難うございました。

介護保険制度を視野に入れて（大熊先生に聞く）

司会　ここで休憩をとるところですが、せっかく白熱したお話になってきましたので、このまま質疑応答に入らせていただきます。質問等がある方はご質問いただきましたかと思いません。

谷　九四年に高齢者福祉政策を市町村の方で行うということになり、鷹巣町では、町が考えてされたというお話がありました。これから財政的な部分も市町村が責任を持つてやっついていかなければならないということですね。そうすると、高齢化率が高い過疎地域などではそれなりのレベルで生活していけるということになります。先のことを考えたり、企画を立てる若い人もいず、体力もなければ財政的にどうするかということも考えつかないという状態で進んでいくのではないかと思いますが、国として、財政的な補助はどういうことになるのでしょうか？

大熊　別に鷹巣町が特別に金持ちの町ではないことは確かです。全く平凡な田舎の町です。では、なぜそういうことができるかという点、恐らく何か別の政策を少し遅らせるとか縮小している。つまり田舎ですから土木事業が多い。そういうものをかなり抑えてその分の財政を介護にまわしているということが一つあります。莫大な起債、つまり多額の借金を町でしているかという点、多少はありますけれど、今の自治体の危険水域を超える赤字財政を覚悟してのことではないことも確かです。ですから、今までやってきたこと、常識的

にあるいは惰性でやってきたのを少し抑えて新しい分野を優遇させたということだと思えます。

介護保険料はその町のお年寄りが全部出すわけですから、お金がないから、貧乏な過疎の町だから何もできないということはずありません。日本全国おしなべてそれなりの同じお金が出てくるわけです。ただし厳密に言いますと、過疎の町のお年寄りの中には国民年金だけで暮らしているような、すごく貧しい方がいるんです。本当は生活保護で暮らしていたただかなければおかしいのに、生活保護を受けないで、国民年金だけという人がいるんです。これは矛盾したことで、この人たちが月々二千五百円の介護保険料を負担できるかという、まあできないです。その問題は確かにあるんです。まだ介護保険制度が始まるまでに一年弱ありますけれど、自治体独自の上積み政策で絶対に解決されなければいけない問題だということは確かです。

余りに小さな村では、ホームヘルパーの派遣業務がきちんと成り立つかどうかという問題は確かにあります。そのあたりの問題も残っています。田舎で過疎だから全くどうにもならない事態、お金が偏ってそこは何もできないという事態にはならないはず。むしろ今までよりは、目的がはっきりしたお金がお年寄りの数に応じてちゃんとプールされる仕組みになっていますから、それを使つてということではできると思います。今までも交

付税というかたちで国から下りていますが、実際に交付税として来たときには井勘定で来ています。その使い方はそれぞれの自治体に任されています。たとえば十人分くらいはホームヘルパーをつけてもいいはずなのに二、三人しかつけていない、そういう町は実は日本にたくさんあります。それは市町村長の才覚というより、住民の要求の仕方とか住民や議会の目覚め方と非常に深い関わりが確かにあります。村の制度、町の制度として、もつときつちりとやってもらいたいというニーズがあれば、市町村長もそれに応えたやり方があります。苦勞されている家庭があつても、それでもこれは嫁が歯を食いしばってやるもんだと思ひ続けるという人が多ければ、政策としてなかなか出てこないという事は確かにありますね。

荒木 二つ質問があります。ホームヘルパーさんの職務と訪問看護ステーションに勤務する看護婦さんの職務にはどういふものがあるかお尋ねします。それと介護保険が導入された場合、当然、施設等においては経営ということが入ってくると思ひます。それによつて重度の要介護の方ばかりをとつていくような考え方がなきにしもあらずと思ひのですが、そのあたりのお考えをお聞かせください。

大熊 まずホームヘルパーと訪問看護婦の仕事ですね。これは厳密に言うとは違ひます。訪問看護婦のやっていることは主として医療行為、投薬から注射というところで、あまりべ

たつとはお世話をしていないです。数も少ないです。ホームヘルパーは食事、入浴、トイレというような、三大お世話をがっちりと担っている。それに派生する掃除とか買い物とかその他もろもろのこともやります。三つの柱、排泄、食事、入浴、この三つをやる主力バッテリーはまちがいないくホームヘルパーです。ホームヘルパーと訪問看護婦の数は比率でも全然違います。北欧を見ても十対一くらいの数だと思います。人件費も看護婦さんの方が教育期間が長いということもあって、高いということもあるんでしょう。この連携がうまくいっていないと無駄が出るということは確かです。

デンマークなどでは訪問看護婦に非常に大きな権限が与えられていて、ホームヘルパーのサービスの内容も訪問看護婦が決め、サービスのメニューをつくるということが行われています。日本はまだそこまできちんとした、上手な連携態勢にはなっていないです。というのも、訪問看護婦にもいろいろあり、個人の病院の訪問看護ステーションがあったり、自治体が経営するものがあったりで、日本の場合は完全に全住民を上手にネットワークの中にうまくおさめられないのが普通です。でも、訪問看護婦とホームヘルパーは二大お世話の柱ですから、連携をとってくれなかつたらうまくいかないというのは確かです。

二つ目の質問ですが、今、老人ホームが戦々恐々としている部分もそこです。今、施設に入っている人が要介護度が低くて入る必要がないと認定されたとしますと、そういう人

を入れておいても保険料からの収入はゼロになります。これがどのレベルに落ち着くのかはやってみないと分からないということは確かにあります。やってみないと分からないことはたくさんありますが、今の問題はその筆頭です。

もう一つ、日本中を見ますと、ものすごく重い人が集中している特別養護老人ホームがあります。ある地方では特養では重度の人だけを扱っています。東京都などは昔から言われていましたが、結構軽い人をたくさん入れてしまっている。地域差がものすごくあることも事実です。

それが今度は要介護度という日本全国一律の尺度でふるいにかけられます。もう一度老人ホームに入っているお年寄りをきちんと見渡した時にどういう結果が出るか、やってみないと分かりません。その時に要介護度の低い人が老人ホームに入っていたらどうするか。恐らく特別養護老人ホームは料金的に支えきれないと思いますね。それで今、ケア付きの住宅、軽費老人ホーム、わりあい元気なお年寄りのためのハウスができています。そういう施設で引き受けるのがいいんではないかということで、そちらの整備を急いでいる自治体もあります。いろいろです。介護保険が始まって最初の一年で何となく全体が見えますから、問題があればそこで浮上すると思います。

三矢 高齢者福祉政策は自治体の責任とおっしゃいましたが、デンマークやドイツなどで

も自治体の責任なのですか？

大熊 スウエーデン、デンマークなど、一流福祉国では国と自治体の仕事です。ドイツになるとかなりいい加減です。自治体ではなくて、社会保険の世界ですね。日本の医療の世界に似ていると考えたらいいのではないのでしょうか。たとえば日本の医療制度は構造上は自治体の責務にはなっていませんね。これと同じようなことがドイツでは起こっています。本当に自治体の責任でというのは北欧だけだと思います。あるいはカナダの一部の州もそうかも知れないです。

浅井 勉強不足でホームヘルパーさんのことをよく知らないのですが、ホームヘルパーというのは、実際には全員が介護福祉士の資格を持っているのですか？

大熊 いえ、日本の場合は種々雑多です。まず一週間くらいの講習で都道府県の責任において認められる三級ヘルパーがあります。次にレベルが上がって二級ヘルパー、それから一級ヘルパーがあります。だいたい一級のレベルとこの介護保険の介護福祉士のレベルは同じと見ていいのではないのでしょうか。その辺がまあプロらしいです。

浅井 ヘルパーさん自身の中でランク分けというのは実際にあるのですか？

大熊 給料に差をつけているかどうかということですか？ 差をつけている所はありません。介護福祉士の資格を取っている方が高いということもあります。

浅井 ちなみに介護福祉士の資格を取るとしたらどのくらいの講習を受けるのですか？

大熊 確か介護専門学校があります。二年だったような気がしますが、高校を出てからの専門学校で勉強してというのが普通ですね。今、日本の福祉の職場で若い人が増えたのは、あの種の学校がすごく増えたからです。若者の職場として定着しました。本当にきちんとした専門教育を受けたプロが大勢出てくれないと危なっかしい職場であることは確かです。女なら誰でもできるなんてとんでもない勘違いです。かなり高度な技術が必要とされます。

お年寄り一人ひとり全部癖がありますから、一番難しいのはおむつ交換の技術ではなくて、人の心を扱うプロとしての難しさがあります。癖のある人に対し、相手をたてて尊敬し、なおかつお世話するのはかなり難しい資質を要求される仕事です。そういうことがだんだん日本でも分かってくると思います。

草津 先ほどいただきました先生の名刺に「富士高原病院老人保健施設あらぎの施設オムブズマン」と書いてありますが、この肩書きはその施設に対する目配りや意見をおっしゃる立場という意味ですか？ もう一つは今、自治体では空出張問題とかがあり、市民オムブズマンがいろんな情報公開を求めています。介護保険制度についても地方自治体によっていろいろとレベルの差が生じるだろうということですが、市民オムブズマン関係がそ

ういう施設に対して目配りをしていくような動きは、もうどこかで始まっているんじゃないか。

大熊 これはいろいろです。少しオムブズマンについて申し上げます。

そもそもオムブズマンはスウェーデンから出てきたものです。北欧で最初に定着して今はニュージーランドとかオーストラリアでも盛んです。日本でも市民オムブズマンがあります。

北欧のオムブズマンと日本の市民オムブズマンとは決定的に違う点があります。市民オムブズマンは市民のボランティアの監視団体です。オムブズマンというのは、直訳すると監察官ですね。行政監察官です。行政というのは国の行政と地方の行政がありますが、両方です。デンマークのオムブズマンの場合は、デンマークの国会に所属するものです。立法府に所属している。大臣と裁判官を足して二で割ったような非常に強い権限を国王から与えられていて、その下に何十人かの部下がいるという、一つの役所として機能しています。これが本物のオムブズマンです。国が自分の行政のやっていることを自己点検するための機関、というのが本来のオムブズマンの役割です。

日本の場合は、そういうふうになっていない。オムブズマンは、本来は自分たちの社会のやっていることに自信のある国の仕組みだと言っていいのです。日本の場合は自信の持

てるようなことをやっていない。そのだらしな点をお目付けするための、市民のボランティア組織として、オムブズマンがあります。だから決定的に違うのです。

市民オムブズマンと、北欧の公的なオムブズマンとは全然別物だということを理解していただきたいです。日本でも別に市民オムブズマンでなく、自分の施設のやっていることを自己点検するためのものを、施設の中でオムブズマンとして位置付けることには、十分意味があります。一施設でもあり、一役所でもあり、国家でもあり、あるいは何もなければ市民のボランティアでもあるというのがオムブズマンの世界です。

介護に関する資料

● 介護保険の基本用語

保険者……市区町村のこと。

第一号被保険者……六十五歳以上の人。

第二号被保険者……四十歳から六十四歳までの人。

給付……保険制度に基づいてサービスを提供すること(56頁)。

● 施設・病院

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)……重度の介護が必要で、かつ、事情があつて家では暮らせない人のための生活施設。

介護老人保健施設(老人保健施設)……退院後すぐに自宅で暮らせない人のリハビリ施設。

介護療養型医療施設(老人病院、療養型病床群)……慢性の病気、痴呆など治療を必要とする人のための施設。

ケアマネージャー……介護支援専門員。都道府県ごとに知事が認定する。一九九八年から試験と養成を開始。初年度は二十万人以上が受験、七万人が合格。受験資格は二十二種の専門職にお

いて実地経験が五年以上。

● 介護を支えるサービス

居宅サービス……在宅の人が対象のサービスで、要支援以上の人が利用可。訪問介護や施設へ行って受けるサービスも含む。

施設サービス……従来の特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群が行う介護関係のサービス。要介護1以上の人が利用できる。

訪問介護……身体介護や家事援助。ホームヘルパーや介護福祉士が行う。

訪問看護……床ずれの処置などの医療行為。看護婦が行う。

通所介護（デイサービス）……特別養護老人ホームに通って、世話を受けること。日中だけお年寄りを預かってくれる。日常生活動作の訓練や給食サービスもある。

通所リハビリ（デイケア）……介護老人保健施設や療養型病床群へ行つてリハビリを受けること。

内容はデイサービスとほとんど変わらない。

短期入所生活介護（ショートステイ）……家族あるいは本人の都合で介護老人福祉施設に一時的に入所すること。

短期入所療養介護……医学的な理由で、介護老人保健施設や介護療養型医療施設に一時的に入所すること。

介護保険制度のあらまし（四月一日現在）

● ——— 介護認定

①介護サービスを利用したい被保険者またはその家族が市区町村に申請する。なお、指定居宅介護支援事業者、指定介護保険施設、社会保険労務士に、有料で申請してもらうこともできる。

申請に必要なのは印鑑、介護保険証のみ。

②コンピューター判定、訪問調査員（市区町村の職員、民間のケアマネージャー）の訪問調査、主治医の意見書（無料）を参考に、介護認定審査会が介護認定の判定を行い、市区町村長がそれを追認する。調査員には、調査内容の守秘義務が課せられている。認定に納得がいかない場合は、認定結果が出た翌日から起算して六十日以内に、文書または口頭で都道府県の「介護保険審査会」に不服申し立てをすることができる。

ただし、緊急にサービス給付が必要な場合、要介護認定の効力は申請時にさかのぼって生じる。すぐに申請すれば、暫定的な介護サービス計画が作られる。費用は一割負担。申請すら間に合わない場合も、介護保険からサービスを受けられるが、この場合は利用者が利用料全額を支払い、認定後、九割が払い戻される。

③介護認定を受けると、ケアプランを自分で作成、（無料でケアマネージャーに作成を依頼可）

どのサービスを利用するか決める。そのプランでサービスの利用が始まると一割を負担する。

● 介護度の基準（介護に要するモデル的時間）

- ① 要支援 …… 日常生活はできるが歩行が不安定（25分以上く30分未満）
- ② 要介護1 …… 排便・入浴に一部手助けが必要（30分以上く50分未満）
- ③ 要介護2 …… 歩行・立ち上がりができない（50分以上く70分未満）
- ④ 要介護3 …… 日常生活に全面介護が必要（70分以上く90分未満）
- ⑤ 要介護4 …… 生活全般に全面介護が必要（90分以上く110分未満）
- ⑥ 要介護5 …… 過酷な介護が必要（110分以上）

● 介護保険の運営

市区町村が保険者となり運営は各市区町村ごとに行う。サービスの給付に必要な経費は保険料、公費、一割の利用料（原則）でまかなわれる。

● 保険料

四十歳以上のすべての国民が負担する。ただし、第一号被保険者は二〇〇〇年九月までの半年間は不要。その分の約一兆円は国が負担する。十月からの一年間は半額を払う。保険料は所得に応じて五段階に設定される。老齢年金が一定額を超える人は年金から天引きされる。第二号被保険者は四月から、加入している医療保険に上乘せされる。財政が悪化している健保組合については、

国が財政支援をする。厚生省の試算では、第一号被保険者の保険料は、市区町村によって変わるが、全国平均で二、八五五円／月。

● ——— 保険が適用されるとき

- ① 第一号被保険者は要介護状態にあるとき、あるいは虚弱で要介護状態になるおそれのあるとき。
- ② 第二号被保険者は脳血管疾患、初老期痴呆、慢性関節リウマチ、骨折を伴う骨粗しょう症など、十五種類の特定疾病によって要介護状態になったとき。

参考図書

—— 高齢者福祉などに関する図書

『家族を幸せにする老い方』 山井和則著（講談社）

『長生きをしてはいけませんか？ 子に頼らない老いを求めて』 沖藤典子著（講談社）

『「寝たきり老人」のいる国いない国 真の豊さを求めて』 大熊由紀子著（ぶどう社）

『医療と福祉の新时代 「寝たきり老人」はゼロにできる』 岡本祐三著（日本評論社）

『デンマークに学ぶ豊かな老後』 岡本祐三著（朝日文庫）

—— 介護保険に関する図書

『介護保険の教室』 岡本祐三著（PHP新書）

『すぐわかる介護保険』 牧 潤二著（ワニのNEW新書）

『利用者のための介護保険 Q & A 高齢社会をよくする女性の会編』（岩波ブックレット）

あとがき

本年四月に介護保険制度がスタートしました。長い間、家庭問題として残されてきた高齢者介護も、この制度によって社会全体で取り組むべき姿勢が示されたといえます。しかし、その制度には、まだまだ問題が残されているようです。

介護段階が適正に認定されていないのではないかと。また、この制度によって介護サービスが下がるのではないかとという問題も取り沙汰されました。それらの問題は、介護の現状に合わせて徐々に改善されることを期待しております。

さて、私たち仏教者の立場からは、介護の問題にどのように取り組むべきかという課題が残されます。介護される人の心と介護する人の心が、健全な状況であらねばならないことはいまでもありません。介護疲れによる悲惨な事件は、社会の問題として解決されねばなりません。それ以前の「心の通うやさしい」介護が行われるかどうかが問題になると思います。技術としてはビジネスとしての介護でもいいのですが、子どもが老いた親をよりよく介護したいという心を育てていかねばならないのではないのでしょうか。しつけと称して、児童虐待が行われている現代、社会全体の問題として高齢者介護を捉え、高

高齢者への感謝の心を育んでいくことが大切なのではないでしょうか。それが社会保障としての介護の制度を支えていくと考えられるからです。

本書では介護保険制度の導入を前にして、昨年五月に大熊一夫先生に高齢者福祉の現状をお話いただきました。日本の現状が先進国のレベルに達しているものであるかどうかを、高齢者福祉の整備された国と比較して講演していただきました。なお、介護保険制度の導入にともない、資料として介護保険の簡略な説明と参考図書などを掲載しました。

最後に、わかりやすく日本の高齢者介護の現状をお話いただき、また本書のために校閲の労をとっていただきました大熊一夫先生に、ここよりお礼申し上げます。

本書を読まれた方が一人でも多く、高齢者福祉に関心を寄せられ、よりよい社会の実現に共に努めてくださいますようお願い申し上げます。

平成十二年四月

台掌

草津 栄晋

大熊一夫（おおくま かずお）

一九三七年生まれ。東京大学教養学部を卒業後、朝日新聞社記者を経て、ジャーナリストになる。現在、大阪大学大学院（ソーシャルサービス論）教授。主な著書に『ルポ老人病院』『あなたの老いをだれがみる』（以上、朝日新聞社）『あなたの老後の運命は』（ぶどう社）などがある。

真言宗大覚寺派青年教師会理事

関東	東	教区理事	浅井	正法
東海	海	教区理事	田中	秀鳳
近畿	畿	教区理事	密	祐浩
近畿	畿	教区理事	奥川	純浩
淡路	路	教区理事	嘉原	唱光
中国	国	教区理事	竹原	善生
中国	国	教区理事	釋	義明
徳島	島	教区理事	荒木	義典
徳島	島	教区理事	谷	亮弘
四国第一		教区理事	水野	高憲
福岡		教区理事	堤	大恵
九州第一		教区理事	草津	栄晋

サーガラ叢書 8

介護される老い 日本の高齢者福祉の現実

平成十二年四月二十八日発行

発行所 真言宗大覚寺派青年教師会事務局

京都市右京区嵯峨大沢町四

大本山 大覚寺内 〒616-8411

電話 〇七五(八七二)〇〇七一

編集協力・制作 銀匙社

サーガラ
叢書 8

真言宗大覚寺派青年教師会