

認知症高齢者介護と情報技術 2
平成 24 年度 報告書

社会福祉と情報技術研究会 著
藤波 努 責任編集

社会福祉と情報技術研究会について

■背景 平成 15 年 12 月に北陸先端科学技術大学院大学と金沢大学との間で「教育研究連携に関する協定」が締結され、両大学が教育と研究に関して連携を促進していくこととなった。本研究会は「平成 22 年度金沢大学と北陸先端科学技術大学院大学との教育研究活動の支援」事業に採択され、以降平成 24 年までの 3 年間、継続してそれぞれの大学から支援を受けている。

■金沢大学の構成員 (以下、敬称略)

森山 治

■北陸先端科学技術大学院大学の構成員

藤波 努

杉原 太郎

■その他の機関からの参加者

曾我 千春 (金沢星稷大学)

森山 千賀子 (白梅学園大学)

■経緯 本研究会は藤波が認知症高齢者の介護に情報機器を利用することから生じる問題について井上英夫教授 (金沢大学) に助言を求めたことが発端となって始まった。超高齢社会の到来に伴い認知症高齢者が増えつつあり、介護を担う人々の負担も重くなっている。状況を改善するひとつの方策として情報技術の導入が考えられるが、認知症高齢者の行動を把握するためにカメラやセンサーを使用することは本来人権保障の場であるべき施設で人権侵害が行われる恐れがあり、導入の是非、適切な運営、管理について検討が求められる。

■目的 本研究グループは社会福祉の分野に情報技術を導入する際に問題となりうること、およびそれらの問題に取り組んでいく上で考えるべき事柄を明確にする。

■活動の概要 今年度は3件のセミナーを開催し、上の問題を議論した。

- 題目: 介護報酬から考える今後の高齢者福祉
- 講師: 工藤 浩司 (石川県保険医協会・事務局長)
- 日時: 2012年7月7日

- 題目: 日韓介護保険制度研究 - 老人長期療養保険制度のこの一年
- 講師: 崔 太子 (KTCS 療養保護士教育院長)
- 日時: 2012年8月26日

- 題目: 韓国における高齢者介護現場への情報機器の導入
- 講師: 沈 明淑 (KTCS 訪問介護麻浦センターチーム長)
- 日時: 2012年8月26日

■謝辞 本研究会のメンバーのうち2名は以下の科研の代表者となり、支援を受けている。

- 「認知症高齢者介護支援技術の開発・導入における技術的・制度的課題の抽出 (課題番号 24616004)」(平成24年度科学研究費助成事業 (学術研究助成基金助成金) 基盤研究 (C)) 研究代表者: 杉原 太郎
- 「グローバル化時代における高齢者介護の質とローカル言語に関する研究 (課題番号 24530745)」(平成24年度科学研究費助成事業 (学術研究助成基金助成金) 基盤研究 (C)) 研究代表者: 森山 千賀子

セミナーでは、以下の方々にご参加いただき、討論に加わっていただいた。いずれも藤波研究室の関係者 (在校生、修了生) である。(敬称略)

- 高塚 亮三
- 水岡 隆子
- 寺井 紀裕

目次

第 1 章	介護報酬から考える今後の高齢者福祉	1
第 2 章	在宅福祉の村 泰阜村について	23
第 3 章	議論	29
第 4 章	日韓介護保険制度研究 - 老人長期療養保険制度のこの一年	39
第 5 章	韓国における高齢者介護現場への情報機器の導入	55
第 6 章	おわりに	63
6.1	まとめ	63
6.2	おわりに（締めにならないご挨拶）	65
6.3	当事者主体の介護について考える	67

第1章

介護報酬から考える今後の高齢者福祉

工藤 浩司 (石川県保険医協会・事務局長)

藤波 本日は「第1回社会福祉と情報処理研究会」にご参加いただき、ありがとうございます。当研究会の発端は5年ほど前に遡ります。私たちはカメラを使って介護の記録を取る装置を開発して参りましたが、介護の場に情報機器を入れることに関してはプライバシー保護など倫理的な問題もあることが明らかとなりました。情報処理技術を介護にどう適用していったらよいのかを考えたいという動機から二年前よりこの研究会を始め、金沢大学の森山先生をはじめとした社会福祉を研究されているグループと、われわれ北陸先端大の主に情報技術の研究開発に関わっているグループがいろいろな問題を議論してきました。

本日、工藤先生をお招きしましたのは介護報酬がどのように設計されているのか教えて頂くためです。ここ数年間、介護支援システムを研究してきましたけれども、介護は社会の制度に依拠して営まれているものですから、技術開発は制度から制約を受けます。仮に有用な機器が開発されたとしても制度が変わらなければ使われることがないでしょう。ですから、介護保険制度がどのように設計されているのかを勉強して、その上で今後の対応を考えていきたいと考えた次第です。それでは工藤先生、よろしく願いいたします。

はじめに

工藤 石川県保健医協会というところで働いております、工藤と申します。よろしくお願いいたします。

依頼されたテーマは「介護報酬から考える今後の高齢者福祉」ということで、介護保険制度の全体像と昨年の介護保険法の改正、それから今年の介護報酬改定を見て、介護報酬の課題を考えるという非常に大きな話です。できるだけ具体的にこの春に何が変わって現場にどのような影響を与えたのかをお話します。その話を通じて、介護保険の全体像に迫りたいと思います。ですから、テーマは「2012年介護報酬改定と『社会保障・税一体会改革』からみる今後の介護保障制度」としました。

石川県保険医協会は主に石川県内の保険医、保険歯科医の自主的な集まりです。保険医協会の会則には「国民医療の向上」を目的に掲げており、自主的に集まった医師と歯科医師が「医療を良くしていこう」という志のもと、知恵を出し合っているいろいろな活動をしている団体です。そこで私は事務局として働いています。したがって、私の中心的な研究課題は、医療保障制度ということになります。

さて、介護保険は医療制度と密接なかかわりあいがあります。介護保険導入前に医療保険で提供されていた高齢者に対する訪問看護のサービス、訪問リハビリテーションのサービス、デイケアと呼ばれる通所リハビリテーション、あるいは療養型のベッドに入院している人の入院医療などは、2000年4月から介護保険へ移行しました。「介護保険は医療に関係がある」というよりも、医療保障の一翼を担っている制度といえます。

私が中心的に研究しているのは診療報酬制度です。医師・歯科医師が患者さんに適切あるいは十分な医療を提供できるようにするにはどういう制度でなければならないかを考える上では、診療報酬の検討が不可欠であると思うからです。これと同じ視点で介護報酬の課題を整理・分析していきたいと考えています。

社会保障制度改革推進法が意味すること

つい先だって日本の社会保障の今後を左右する大きな法律が衆議院の本会議を通りました。「社会保障と税の一体改革関連8法案」です。6月26日に民主・自民・公明の3党合意に基づき衆議院本会議で可決して、参議院に回っています（注：8月10日に参議院でも可決し成立済み）。この法案について世間一般では消費税増税が中心に語られていると思います。消費税をどうするかは重要な問題ですが、今回の関連8法案の中に「社会保障制度改革推進法」という法律が入ったこと、この問題の重要性を見過ごすわけにはいきません。

「社会保障制度改革推進法」は全部で15の条文からなり、社会保障制度を今後どのように変えていくかという基本方針を明記しています。その内容は、今までの憲法25条に基づく「生存権の保障」と全然違ふかたちの社会保障制度改革を目指している。そういう意味で非常に重要な法案です。

この点を典型的に言い表している条文が第2条第1号です。「社会保障制度改革の基本の方針」が4号にわたり規定されており、第1号で「自助、共助および公助がもっとも適切に組み合わせられるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと」と明記されました。

社会保障の費用を抑制していこうという政策的な流れの中で、今までもこの類の文言は各種審議会とか政府報告書に当たり前のように出ていました。それが法律として初めて位置づけられたということになります。

憲法25条2項は、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、公衆衛生及び社会保障の向上及び増進に努めなければならない」と規定しています。この条文と真っ向から反した「家族相互、国民相互の助け合い」を社会保障の中軸に置くという、およそ考えられない法律案が衆議院の本会議で可決したわけです。

その改革推進法の中で、第7条では介護保険について今後どうするかということに触れています。「政府は、介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービスの範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図るとともに、低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制しつつ必要な介護サービスを確保するものとする」と規定しているのです。「すべての生活部面についての社会保障の向上及び増進」ではなく、「保険給付の対象となるサービスの適正化を図る」と。介護サービスの効率化を図る、重点化を図ると言っているわけです。

ポイントは「効率化、重点化」という言葉です。繰り返しになりますが、憲法25条2項にある「すべての生活部面についての社会保障」から「重点的に効率的」に社会保障を提供していくということ、これが一体改革と呼ばれるものの中身を象徴する言葉であると考えます。

一体改革のキーワードが「重点化・効率化」であるとすれば、今回の介護報酬の改定、診療報酬改定で何に重点的にお金が配分されたのか、どのような手段を使って効率化しようとしているのか、そこを明らかにすることが求められます。その部分を明らかにすることによって、今回の同時改定のどの部分が一体改革の具体化だと言えるのかを明らかにしようと思います。以下、このような視点で介護報酬をみていきます。

介護報酬とは何か

その前に、介護報酬とはというベースの部分の説明を簡単にしておきます。介護報酬は「介護サービス事業者が、利用者に介護サービスを提供した際に、保険者から事業者を支払われる額を定めたもの」です。まず被保険者（利用者）と保険者との関係を見ていきます。この関係には介護保険法に基づいた法律上の権利義務関係が発生しております。具体的に言えば利用者の側、すなわち被保険者の側は介護サービスを受けたいと思ったら、保険者（市町村）に対して要介護、要支援の認定を申請します。それを受けて市町村の側はコンピューターによる調査、それから二次判定を経て要介護認定するという手続きに移ります。

要介護認定あるいは要支援の認定を受けたら、「介護保険が使えます」ということで、被保険者に対して認定を通知します。認定を通知するだけでなく、保険者は被保険者に「介護の支援を要する状態があれば、保険給付を行う」という介護保険法上の義務が発生します。利用者と市町村はそういう権利・義務の関係となります。

次に、被保険者（利用者）の側はサービス事業者との関係（法律関係）に入ります。要介護認定を受けた利用者は、通常、居宅介護支援事業所に属しているケアマネジャーにケアプランを作ってもらいます。そして、それに基づいてサービス提供事業者と個別の契約を結んでサービス提供を受けるという関係になります。ですから、被保険者とサービス事業者の関係は私法上の契約関係ということになります。

サービス事業者はサービスを提供し、被保険者はかかった費用の1割を負担する関係になっています。「かかった費用の」というところで介護報酬が出てくるわけです。利用者とサービス事業者との関係を私法上の契約と言いましたが、全くの自由契約ではありません。介護保険という社会保障のシステムの中での介護サービスの提供なので、一定の質が求められますし、価格の自由競争をさせるわけにもいかないので法定価格を決める作業が必要になってきます。そういう意味で介護サービスごとの金額（介護報酬）を定める必要が出てくるわけです。それがサービス事業者と保険者との契約関係の中身となります。

サービス事業者はサービスを提供した上で、そのサービスにかかった費用を介護報酬の単位数表に基づいて計算します。かかった費用の内1割は利用者からもらいますので、9割を保険者に請求するかたちになります。保険者はその請求を審査して介護給付費の9割を支払います。ですから、保険者とサービス事業者との契約関係によって、社会保障たる介護保障を提供できるようコントロールする。その一翼を介護報酬は担っています。

数年前、一般の皆さんに介護保険のことを知ってもらうと同時に、その課題について知ってもらうことを意図して『どうする！あなたの社会保障』という本を共著で出しまし

た。そこから介護報酬の計算について具体例を挙げている箇所をお手元にくばってあります。これは、特別養護老人ホームにおける介護報酬の計算例で、利用者負担分をどのように計算するかを示しています。

介護報酬はサービスごとに単位という数値で表わされています。一単位の単価は地域により異なりますがおよそ 10 円です。例えば 100 単位であれば 1,000 円に換算します。特別養護老人ホームの場合、基本となる施設サービス費は 1 日単位で設定されています。これが、この本の出版当時は 789 単位です。入居した部屋の形態ごとにこの値は異なります。

介護報酬の体系は基本となるこのサービス費に加えて、さまざまな機能を評価した加算があわせて作られています。例えば「重度化対応加算（常勤看護師を 1 名以上配置し、なおかつ看取りに関する体制）がある場合には、基本サービス費に上乘せします」とか、「精神科医療療養指導加算（精神科医の定期的な療養指導）があった場合に加算します」とか、管理栄養士配置加算、栄養マネジメント加算、経口維持加算など、人員配置や機能に応じて上乘せするかたちになります。これを、一月単位で合計するわけです。

基本となる施設サービス費とこの加算で、 $(23,670 + 2,010) \times 10$ ということで、介護サービスにかかる費用が 256,800 円。そして、9 割が保険給付されるので利用者負担額は 25,680 円というふうに介護保険の負担が決まります。

資料の 2 番のところに「居住費・食費」と書いてありますが、これらは 2000 年の介護保険法制定当時は保険でまかなわれていたのですが、2005 年の法改正で保険給付外となりました。基本的にこれらは私法上の契約で料金を決めていいことになっていますが、所得に応じて利用者負担の限度額が定められており、その限度額と標準負担額の差額は介護保険で施設にお金を出すことで低所得者を援助しています。

この制度は居住形態あるいは所得の段階によって細かく分けられていて、この例の場合、ひと月の負担額が 24,300 円ということで、利用者負担額は併せて「49,980 円＋日常生活費」ということになります。

介護報酬の機能

介護報酬は介護サービス費用の法定価格を定めています。事業者が保険者に報酬請求できるお金は、被保険者から見ればそのお金を原資に自分の受ける介護サービスを規定することになるので、自分が介護保険でどのようなサービスを受けられるのかという介護サービスの中身に直結します。これは、量的にも質的にもそうです。従って介護報酬は介護保険で提供される介護サービスの水準を決めると言えます。

それともう一つ、介護報酬は介護保険で提供される介護サービスの範囲の決定にも大きく関与しています。介護報酬で評価されていないものは、保険で評価されない。先ほど一例を挙げましたが、2000年時点では特別養護老人ホームの基本施設サービス費の中に居住費・食費に関わる部分も評価されていました。それが除かれたということは、居住費・食費が保険外になったということを意味します。介護報酬が「ここまでは保険のみ。ここからは保険でみない」という線引きとして機能するわけです。

ですから、介護保険制度によって高齢者の介護が適切に提供できるのかという観点で介護報酬を見るなら、介護ニーズのある利用者に対して介護報酬が必要なサービスを充足しているか否かという観点で評価せざるを得ない。その介護報酬の水準で介護サービスが提供できるのか、できないのならば引き上げるべきということになるわけです。

ところで、実際の介護報酬の決定過程においてはどのような論点で議論されているのでしょうか。

一つは「介護費用をマクロに管理する機能」です。介護保険は財政上の厳しい制約がある中で介護保険給付費を支出しなければいけない。それをコントロールするには、介護報酬で抑えるのが一番やりやすいわけです。通常、毎年年末に予算編成が決まりますが、それに基づいてまずは大枠が決定するわけです。今年の改定率は1.2パーセントだったのですけれども、そういうかたちで介護報酬の改定率を上げ下げすることで介護費用総額の伸びを統御する機能があります。

二つ目は「介護費用の配分調整機能」です。介護サービスでどの部分に重点的にお金を配分するかという調整も介護報酬の分配によって可能となります。分りやすい例で言えば、在宅重視でいくのか、施設重視でいくのか。施設サービス費を削って在宅サービス費に回せば政策的には調整可能になる。あるいは重度者の介護に限定して軽度者の介護を保険から切り離していくという政策的な方針があれば、要介護度4や5という重度の人に重点的に介護報酬を付けて、それ以外の人にはマイナス評価するというかたちで、改定率の枠内で調整することにより介護費用を配分調整できる機能があるわけです。

介護サービス提供を政策誘導するのに、介護報酬は便利なツールです。国の側から、政府の側から見て、介護報酬を動かすということは、「今後、われわれはこういう介護保険制度にしていきたい」という青写真に近づける手段として最も効果的な方法です。現実的にはこういった論点で介護報酬が議論されていますし、われわれもそういう論点で議論されたものを批判的に検討せざるを得ない状況にあります。

以上が「介護報酬とは何か」ということの説明です。次は、今回の改定で何が変わったかを見ながら介護報酬の課題を見ていきます。

社会保障の重点化と効率化

2012年介護報酬・診療報酬同時改定の特徴は、「社会保障と税の一体改革の実現に向けた第一歩」と政府自らが言っていることです。では、「社会保障と税の一体改革」とは何かということですが、次のようにまとめることができると思われま。すなわち、

人口の高齢化、非正規雇用の増加など雇用基盤の変化、家族形態の変化、現役世代の減少、そしてこれらが必然的にもたらす社会保障費の急激な増大に直面している状況下において、すべての生活部面について国が社会保障を支えるのではなく、まず支えあう社会、ともに助け合う社会、これを社会保障の基盤であると捉え、それを基本理念として社会保障制度を変えていこうというのが、「一体改革」のアウトラインです。

「社会保障のすべての領域について重点化と効率化を図っていく。そのための財源として消費税を中心に充てていく。2025年に向けた改革目標を掲げつつ、政策誘導という意味では最も使い勝手のいい介護報酬、診療報酬を使って、重点化と効率化を始めていく。」これが今回の診療報酬・介護報酬改定のポイントです。

政府自らが重点目標として「施設から地域へ」、「医療から介護へ」を謳っています。お金をかけるところは、医療では高度急性期です。そして入院医療を機能分化させる。その結果、今まで入院していた患者さんが在宅に移りますので、在宅医療を充実させる。在宅医療の充実にあたってのキーワードが「地域包括ケアシステム」です。

一体改革の中身をもう少しイメージしていただくためにいくつか資料を付けています。昨年7月14日に社会保障制度に関する集中検討会議で、「社会保障、税一体改革における改革項目」という具体的なプランが提示されました。

2025年に向けて一般病床をきめ細かく機能分化していこうというのが大きな流れです。介護に関連するところでは、介護施設、居住系在宅サービス、在宅サービスをどのように整理していくかという観点からまとめられています。

「医療・介護サービスの需要と供給の見込み」というところを見ていただきます。パターン1の隣の2011年度という縦軸、これが現況です。その横に2025年度の数値があり、その中の一番左に「現状投影シナリオ」と書いてあります。これは2025年までの間、一体改革を行わずに今の制度のまま、自然増の伸びのままやっていったらどうなるかを推計したものです。その隣の改革シナリオというのは、今政府が考えている一体改革を実行したらこうなりますというものです。

医療の方では、現在、一般病床という一区分である病床を、高度急性期、一般急性期、亜急性期、回復期リハビリテーション病棟というように、きめ細かく分化させることを示しています。特に大事なものは、高度急性期を22万床と、今ある一般病床の107万床から

絞り込んでいることです。重点化の中身の一つである高度急性期医療にはお金を入れる。しかしそのお金をつぎこむベッドについては、限定的にすることにより効率化・重点化をしていこうとするものです。

長期療養、慢性期のベッドについては、現在の23万床という推計に対して、現状投影シナリオだと34万床になるけれど、28万床にとどめるとしています。23万床から28万床に増えているものの、自然増を見込んで本当に必要と推計している34万床までは届いておらず、かなり抑制的といえます。

介護施設では、現在、特別養護老人ホームと老人保健施設を合すると92万人分のベッドがあるということですが、現状投影シナリオでは161万人分のところを、131万人分にとどめるとしています。

一方、特定施設とグループホーム、有料老人ホーム、それから昨年類型化されたサービス付き高齢者向け住宅など、さまざまな居住系の施設と呼ばれる領域があります。こちらについては、現時点で31万人分整備されていますが、現状投影シナリオだと52万人分となると61万人分としている。この点が大きな特徴です。

ここまでの話を要約すると、まず高度急性期のベッド数を抑え、長期療養のベッド数も抑えます。介護保険施設も抑えます。それで、今まで入院医療機関のベッドにいた人たち、介護保険施設にいた人たちが大勢在宅に出ていきます。その受け皿を居住系施設にやってもらおうというわけなのです。

今の政府においては、基本的に「新たに財政支出が必要になってくるような政策をする場合には、その分野で財政を切り詰めて、その分野でやりくりしなさい」という原則で財政運営されています。社会保障の分野についても、変な言い回しですが「社会保障を削って社会保障を充実させなさい」ということになっています。

高度急性期の入院医療では、当然職員も増やしていかなければいけない。「医療崩壊」という言葉に象徴されているように、病院勤務医の負担が重すぎるのが社会問題になっていることも考え合わせると、高度急性期医療における支え手の増強は不可避です。

在宅医療の利用者数は、2025年度には1.4倍になるとしています。居住系、あるいは在宅介護の利用者は、現状投影シナリオでは1日当たり約25万人増えます。当然そこに対するお金が必要になってきます。医療・介護従事者数は2011年度と比べて1.5倍から1.6倍程度に増やさなければいけない。このような重点対象がある以上、どこかで効率化しなければいけないとなるのです。

急性期医療の改革では、ベッド数そのものを減らすというわかりやすい改革もあれば、患者にはわかりにくい「平均在院日数」に関するものもあります。入院の診療報酬は、原則として看護スタッフと患者さんとの比率で決まっています。患者さん7人に対して、看

看護師さん1人、あるいは患者さん10人に対して看護師さん1人というような区分により、診療報酬の額が決められているのですが、この点のみが診療報酬を決める指標とはなっていません。例えば、一番高い基準の7対1ですが、その点数を算定するには別に条件があって、「そこに入院している患者の平均入院日数を18日以内に下さい」と規定しています。この条件によって、お金のかかるベッドにいるのはできるだけ短期間にして、別のベッドに移ってもらおうと政策誘導しているわけです。この平均在院日数要件を短くしていけば、おのずと急性期医療については効率化を図れるわけです。

在宅医療・在宅介護の推進については、入院・介護施設入所者を現状投影シナリオより約60万人減らそうとしています。そうすると、在宅介護が増えてくるわけですが、予防を徹底したり、ICTを活用して効率化することにより、要介護者を3パーセント程度減少させるとしています。

医師と看護師の役割分担の見直しについては、病院医師の業務量を減らすことが提起されています。今まで医師がやっていた仕事を下に下ろしていくということです。今まで医師がやってきた業務を看護師にやってもらう、あるいは、今まで看護師がやっていた業務をヘルパーにやってもらう。医師の業務への診療報酬・介護報酬上の評価と看護師等の業務への評価を勘案すれば、今よりも安上がりのシステムになるというわけです。

地域包括ケアシステムをどうみるか

ここまでの話を整理すると、次の通りです。

高度急性期医療に重点的にお金をかけるが、そのお金がかかる急性期医療を提供するベッド自体も減らす。急性期の期間も短縮する。短縮させるためにはどうするかというと、高度急性期から急性期へ、急性期から回復期へ、回復期から療養期へ、あるいは回復期から在宅へという患者さんの流れをできるだけスムーズにする。要はお金のかかるところから、お金のかからないところへいかに効率よく患者を流していくかというわけです。そういう意味での連携を診療報酬と介護報酬で評価する。最終的に行き着く先の在宅の受け皿として、地域包括ケアシステムを整備する。というわけです。

在宅医療・在宅介護について、もう少し具体的に見ていきましょう。介護保険法はほぼ5年に1度大きな見直しをすることになっています。2011年に介護保険法が変わったわけですが、厚労省からみたねらいは次のとおりまとめることができます。

一つは、地域包括ケアシステムの実現です。「日常生活圏内において、医療・介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供されるようにしよう」ということです。二つ目は、「給付の効率化・重点化などを進め、給付と負担の balan

スを図ることで将来に渡って安定した持続可能な介護保険制度を構築する」ということです。これは「地域包括ケアシステムを実現するためには効率化・重点化は不可欠である」と言っているわけです。

その上で、地域包括ケアシステムは、理念としては素晴らしいのですが、実現していく上で障害になっていることが3点あるとしています。

ひとつは「地域全体で介護を支える体制が不十分ではないか」ということです。二つ目は、「市町村が地域における介護ニーズを的確に把握できていないのではないか」、という点、そして三つ目が、「高齢者に配慮した住宅の整備が進んでいないのではないか」ということです。

第1の「地域全体で介護を支える体制が不十分」ということに対しては、24時間対応の定期巡回、随時対応型のサービスを創設するとされ、実際に今年の介護報酬改定で新たなサービス類型が作られました。

第2の「ニーズを的確に把握できない」ということに対しては、次のような仕組みをつくるとしています。すなわち、まだ要介護に至っていない要支援者に対するサービスについて、配食や見守りなど介護保険外のサービスと一体的に、総合的にやることでニーズを的確に把握でき、なおかつサービスを的確に提供できるのではないかと言っています。

第3の「高齢者に配慮した住宅の整備」については、この議論がされていた2010年の時点では、一方で有料老人ホーム、他方で高齢者専用賃貸住宅というように異なる法体系のもと、さまざまな類型があったのですが、それを「サービス付き高齢者向け住宅」と一元化し、高齢者の住まいを巡る体系を再編したらどうだろうと言っているわけです。

以上説明した「地域包括ケアシステム」について、その問題点を4点挙げます。

1つは、そもそも地域の自助・互助を前提に制度設計しているという点です。国にとって安上がりなサービス提供の再編に過ぎないのではないかということ。地域包括ケアシステムを提起した研究報告書の中では、最後まで自宅で過ごすことを「在宅限界を高める」と表現しています。

2つめは、生活援助や軽度者に対するサービスの保険外し、サービス提供の効率化などについてです。これらの意味するところは、居住系施設に集住してもらって、そこで一括してサービスを提供することによる効率化です。それからサービス提供の担い手側の役割分担の見直しもこの論点に関係するところです。

3点目の問題点として営利化が前提であるということ。サービス付き高齢者向け住宅の整備による高齢者の住宅保障がその典型例です。私的保険における介護保険の拡大による保険外サービスというか、新たなマーケットの創出もこの地域包括ケアシステムの視野に入っているのです。

最後に、地域主権改革との関連で、財政保障を含めた国の責任が大きく後退していく中で、地域包括ケアシステムと言うと聞こえはいいが、サービス提供体制の整備を事実上地域に丸投げすることになる、つまり、重点化・効率化が求められていく中でどうしても安上がりなサービス提供体制にならざるを得ないのではないか。総合的に言えばそういった課題があると思っています。

以上の法改正を受けて実施されたのが、今回の介護報酬改定です。ここまで述べてきた課題も視野に入れて概要を整理していきたいと思います。

2012年介護報酬改定の概要

「2012年介護報酬改定の概要」に話題を移します。まずは改定率の話です。今回の改定率は前述のとおりプラス1.2%と説明されています。しかしながら、改定の内容を少しみただけで、実際にはプラス改定ではないことがすぐにわかります。

前回の介護報酬改定の後、事業所で働いているヘルパーの報酬水準を勘案して、介護報酬とは別枠で介護職員処遇改善交付金が事業所に交付されることとなりました。国庫負担額は、年間およそ1,900億円です。これによりヘルパーの給料が平均して月1.5万円くらい上乗せされるということに（計算上）なったのですが、この交付金の取扱いをどうするかが今回の介護報酬改定で大いに議論がわかれました。結果として、社会保険というかたちを取る以上、介護報酬と別枠で事業所にお金を入れるというはおかしいのではないかとということになり、交付金という形態をやめ、介護報酬の中に組み込むことになりました。

介護職員処遇改善交付金について介護報酬をベースに換算すると、およそ介護報酬の2パーセントに相当する金額になります。それを介護報酬に入れるということは、少なくともプラス2パーセントの改定率にしないと実質プラスマイナスゼロにならないわけですね。ですが、実際はプラス1.2パーセントということで、形式的に言えば、この部分だけでマイナス0.8パーセントの改定率ということになってしまいます。

一方で、地域包括ケアの推進ということで重点的に評価すべきところはたくさんあります。そこにお金を付けなくてはならない中でマイナス0.8パーセントですから、効率化される部分もまた非常に多くなってしまったわけです。

一部の項目を重点的に引き上げるため、今回の改定ではベースとなる基本的な報酬の多くが引き下げられました。介護報酬の実質マイナス改定分をサービス全体の報酬から幅広く補っていく。これが今回の大きな特徴かと思っています。

訪問介護と通所介護

報酬の効率化について、より具体的にイメージしていただくため、訪問介護における生活援助を取り上げます。これはヘルパーによる家事援助を評価した介護報酬なのですが、今までは「20分以上1時間未満」と「1時間以上」の2つの区分により報酬が設定されていたところを「20分以上45分未満」と「45分以上」というように区分変更され、報酬も引き下げられました。

区分の単位を1時間から45分に短縮したことについて、見ていきましょう。この区分変更を導入する前提として、厚労省側はタイムスタディー調査を行いました。例えば掃除に何分、洗濯に何分、炊事に何分かかるというのをそれぞれ算出したのです。標準的な一人暮らしの例でそれらを積算していくと、1回の家事援助サービスは45分あれば十分だということになったのです。この議論のどこに問題があるかということ、生活援助を単なる家事代行だと位置づけている点ではないでしょうか。家事行為の寄せ集めが訪問介護の生活援助サービスであると言明してしまったとも言えるでしょう。

ヘルパーのサービスは家事を代行するだけにとどまりません。サービス提供を通じて当然に利用者とのコミュニケーションが発生しますし、その中で精神的なサポートの役割も担わざるを得ない。生活援助は単なる家事代行ではないということを、主張する必要があります。このまま家事行為の寄せ集めという理解が定着すると、最終的には介護保険のサービスから外されるということも考えられるわけです。専門職がやる必要のないものならば介護保険に位置付ける必要はなく、例えばNPOとかボランティアに任せてもいいのではないかという議論に進むことが容易に想像されます。生活援助の保険外しへの第一歩というのが、今回の「1時間」から「45分」への短縮に見て取れます。ヘルパーの専門性とは何かという点について、これから今まで以上に理論的に詰めていく作業が必要になると考えます。

次に通所介護、すなわちデイサービスを取り上げます。在宅介護を支えるものとして不可欠なサービスであり、また特養入所を待っている多くの人にとっても、ショートステイとともに非常に大切なサービスになっていますが、今回かなり重点化・効率化が図られました。デイサービスの介護報酬はケアプランに位置づけられたサービス提供時間ごとに報酬区分されています。例えば3~4時間だったらいくら、4~6時間だったらいくらというような区分です。今回の改定では、この報酬区分が組み替えられました。

例えば、ケアプラン上もっとも多く位置付けられる利用時間は6時間以上7時間未満です。日中のお預かりということを考えたら、自然とこれぐらいの時間になるのですが、今回の時間区分の変更でこの利用時間の報酬が実質引き下げとなりました。従来は、「3時

間以上4時間未満」「4時間以上6時間未満」「6時間以上8時間未満」という区分だったので、「6時間以上7時間未満」のサービス提供は、3番目のもっとも報酬の高い区分で算定されていました。今回の変更でどうなったかということ、時間区分が「3時間以上5時間未満」「5時間以上7時間未満」「7時間以上9時間未満」に変更され、「6時間以上7時間未満」のサービス提供が第2の区分で算定されることになってしまったのです。各区分ごとの金額はそれほど変わってはいないのですが、このように時間区分を組み替えられたことで、デイサービスの中で7、8割を占めている6時間以上7時間未満のサービス費が大きく削減されてしまったということになります。

短期入所生活介護（ショートステイ）については、一部の要介護度の高い人に対するものを除き基本サービス費がすべて引き下げられました。軽度の人を重点的に引き下げているわけです。認知症対応型共同生活介護、すなわち認知症対応型のグループホームの報酬については、スケールメリットを勘案して、複数のユニットを持っている事業所の基本サービス費を引き下げています。駆け足でしたが、以上が基本サービス費の全体的な引き下げにかかわる解説でした。

今次改定で重点的に評価されたもの

では、全体的な引き下げ傾向の中で、何を重点的に評価しているかというのが次の話です。

訪問介護については、長時間のサービスに対する報酬を引き下げ、短時間のサービスを引き上げています。訪問看護については、サービス開始時と看取りにおける評価、また、重篤な利用者に対するサービスへの評価、そして、連携に対する評価が行われています。先ほど一体改革を説明するにあたって、高度急性期から一般急性期へ、回復期へ、療養期へ、在宅へというようにお金がかかるところからかからないところへの流れを重点的に評価したと説明しましたが、結局、病院のベッドからいかに在宅にうつってもらうのが大切であり、その意味での連携に対する評価が大きなポイントになります。

居宅介護支援、つまりケアマネジメントに対する報酬については、医療との連携に対して重点的に評価されています。それから、先ほど申しあげた訪問看護開始時の重点評価。そして、訪問介護、訪問リハビリにおいては、ヘルパーが一定の医療行為をすることが可能になりましたので、そのヘルパーに対する指示等の評価が行われています。施設から在宅へ、医療から介護へという、まさに一体改革が求める連携を重点的に評価していると言えるでしょう。

全体的なサービス費の引下げの中で、重度者に給付を重点化して軽度者を切り捨てる。

連携については、施設から在宅へ、医療から介護へという流れにお金を付けるという理解をしていただいた上で、次に在宅医療における介護報酬・診療報酬がどのようになっているのかをお話しします。

在宅医療と介護報酬・診療報酬

先ほどの2025年までの改革シナリオにおいて、在宅療養の患者さんが1.4倍になるという数字を出しましたが、それに対応するため在宅医療提供体制の整備が必要となります。そこで、一定の要件を満たした診療所、病院を在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院と位置づけて、そちらについては同じ診療行為をしても高い点数を付けるというかたちで政策誘導を始めています。

特に、この4月から「機能強化型」の在宅療養支援診療所という類型が導入されました。常勤医師が3人以上、過去1年間の緊急往診実績5件以上、過去1年間の在宅看取り数5件以上といった条件を課していますので、いわゆる旧来の町の開業医が午後から往診に出掛けるようなあり方を評価するのではなく、在宅に特化した医師、診療所を評価するという方向に大きく舵をきっています。

現実問題として、2025年にかけて在宅で療養する高齢者が爆発的に増える中で、今までのように町の開業医が午前中に外来患者を診て、午後から近所を車で何軒か在宅を回るというような在宅医療を評価し続けるよりも、在宅療養に特化した診療所を類型化し、そこに重点的にお金をつぎこんでいこうという政策判断です。

これについてはいろいろな問題があります。何よりも、当初掲げていた地域包括ケアという理念からかけ離れていると考えます。往診とか在宅医療は、何も無いところから国が制度を作って始まったわけではありません。もともと地域医療を支える開業医がいて、そこに通院していた近所の高齢者が医院まで自力で行くことができなくなった時に、「じゃあ、ちょっと行ってあげるよ」というかたちで往診とか訪問診療をする。はじめに制度ありきではなくて、ニーズに対応する形で始まっているわけです。

このような在宅医療が、いま、診療報酬上、評価されにくい状況になっています。そして、地域の開業医が在宅療養支援診療所になることができなければ、そのかかりつけの患者は、別の在宅専門医からの往診・訪問診療を受けることとなります。地域包括ケアは中学校区内で医療・介護を完結させるという理念ですが、このような姿が果たして地域包括ケアなのかというところが課題としてあると思います。

それから在宅における医療スタッフの「役割」の変化についてです。

まず、居宅介護支援におけるケアマネジャーに対する評価ですが、医療との連携に対す

る加算が強化されており、入退院時のケアマネジャーによる医療への関与を重点評価しています。退院時、退所時の加算が今まで1回だったものが3回の算定が可能になっていたり、あるいは、医療機関の医師らとともに利用者の居宅を訪問してカンファレンスを行った場合の評価が新設されたりするなど、きめ細かく評価されているのです。

次に、地域包括ケアシステムにおける医師に期待される役割についてです。2009年5月に地域包括ケア研究会が「地域包括ケア研究会報告書」を出していて、政府の地域包括ケアシステム構想のベースになっています。これは政府が三菱東京UFJのシンクタンクに依頼して作成してもらったもので、その中で次のように書かれています。

在宅医療における医師の役割は次の3つに絞られています。一つ目は入院から在宅に移る際の包括的な指示、すなわち在宅療養開始にあたっての包括的な指示です。二点目は容体が急変したときの対応。三点目は看取り。在宅医療において医師が行うべきはこれだけで、あとはほかのスタッフで対応可能であると報告しています。

看護職員でも一定の指示があれば急変時の対応は可能だし、またヘルパーも特別養護老人ホームで一定の医療行為を現実に行うべきを得ないではないかというわけです。それが今回の改定で具体化されたわけです。

一方で、訪問看護についての介護報酬上の重点評価を見ると、定期巡回型の訪問介護看護のサービスを新設しています。また、複合型サービスも新設をしたということで、地域包括ケアにおける医療的な日常的管理の担い手は、医師ではなくて看護職員であるとしたことがはっきりしました。

ここで、2011年の法改正で導入された、定期巡回型訪問介護看護についてお話しておきます。

提供されるサービスは大きく分けて4つあります。通常は定期巡回サービスでヘルパーが居宅を巡回して日常生活の支援をする。加えて随時対応サービスがあり、利用者、あるいは家族から通報を受けて相談、援助などに行くサービスです。これは随時対応ですので、電話応答等もあるわけですが、訪問が必要であれば、随時訪問にも入ることになる。さらに必要があれば訪問看護サービスも同じ事業者で対応するという事です。定期巡回・随時対応型訪問介護看護という名称です。

24時間対応するために夜間の職員をどう確保するか。設定された介護報酬で事業所として成り立つのかという問題があります。それから、このサービスの介護報酬は基本的に一月単位で設定されています。24時間随時対応なので、出来高的な積み上げ方式を取りづらいので、一月当たりいくらという設定になっているのです。この点、手のかかる随時対応が必要な利用者ほど事業者にとっては費用がかさむことになるので、事業者側からの逆選択の可能性も否定できません。

採算が取れるかどうか分からないこのサービスに参入する事業者がいるのか。サービス参入については都道府県による公募制をとっているわけですが、現時点ではほとんど進んでいません。厚労省が2014年度における試算を出しているのですが、8割の市町村でこのサービスは提供されないだろうとしています。地域包括ケアの目玉とされているこのサービスの整備状況がこの程度であるということ指摘しておかなければなりません。

サービス付き高齢者向け住宅の整備促進

高齢者に対する居住についての公的保障について取り上げます。近年の制度の流れをみていくと、厚生労働省の側で高齢者の居住保障という発想から施策が行われてきたと言うよりも、国土交通省主導で進んできたという経緯がみてとれます。社会福祉事業というよりは営利事業者に向けて「高齢者向けのアパート、マンションについての需要の増大」につき、国土交通省がお墨付きを与えるかたちで高齢者向けの住宅が整備されてきたという状況です。

もともとは高齢者の入居を拒まない高齢者円滑入居賃貸住宅という類型を作りました。これは各都道府県により、一定要件をクリアしたものを登録したものです。その中からさらに要件を強化することによって高齢者専用賃貸住宅という類型を作りました。よく「高専賃」と省略して呼ばれています。

この高専賃が介護保険の特定施設になれるよう制度改正が行われ、近年、高専賃がクローズアップされてきました。介護保険の特定施設の典型例は、有料老人ホームです。老人福祉法上の一定の要件を満たしている高齢者向けの集住施設を介護保険の特定施設と位置づけ、そこの家賃や食費は保険外としたうえで介護サービスについてのみ介護保険を利用できるようにしたのです。そのような特定施設という枠組みに、全く別の考え方からスタートした高専賃が入ってきたのです。これにより、高齢者の居住保障を巡る話は混沌としてきたわけです。

別に国土交通省主導だから悪いと言っているわけではありません。高専賃の中でも「高齢者向け有料賃貸住宅」というのがありまして、これは高有賃と呼んでいますが、高有賃は国が一定の家賃を保障してくれる。これは大事なところだったわけです。そういう意味で、厚労省とは別の位置付けで高齢者向けの賃貸住宅について一定の整備はされてきたわけです。居住費、食費については自己負担ですけれども。

かたや有料老人ホームがあつて、かたや高専賃があるという、非常に分りにくい状況を整理しようと、昨年秋にサービス付き高齢者向け住宅という類型ができました。これは「サ高住」と呼ばれています。

一人暮らしで介護が必要な高齢者の居住保障は、昔で言えば老人病院とか、あるいは老人保健施設、特別養護老人ホームとかの施設サービスというかたちでやっていましたが、「サ高住」による高齢者の居住施設の再編は、今後の制度改革の方向はこちらにあることを示していると言えます。建築業の皆さんに対する大いなるビジネスチャンスであるとして、税制上の優遇や補助金等により、整備拡充を進めているところです。

いま、多くの建築業者は、サ高住に都合のいい土地を見つけたら、それを確保した上で、近隣のサービス提供者にさまざまな働きかけをしています。例えば、「これからここにサ高住を作るけれど、うちと契約しませんか」と近所の開業医に持ちかける。「うちと契約すれば、利用者さんが皆、訪問診療とか訪問看護の対象になり、患者増につながりますよ」と。まさに抱え込みですね。

先ほど申し上げた地域包括ケアの課題としての「居住保障」については、現実には公的保障の枠外で行われていること、この部分を改めて強調しておきたいと思います。

老人保健施設の見直し

介護報酬改定の話の最後に、老人保健施設を取り上げます。今回の改定において、施設サービス費についてはほとんど説明することはありません。基本的に施設サービスは減らす方向なのでやり方が単純なのです。基本サービス費用を全面的に引き下げていく、説明はそれで済むわけなのですが、老人保健施設のみは抜本的な体系的見直しが行われました。

2012年3月以前、老人保健施設は大きく2つの類型に分かれていました。ひとつは昔からある旧来型の老人保健施設です。もうひとつが介護療養型老人保健施設です。

介護療養型老人保健施設は、療養型の病院が老人保健施設に転換する際の類型として前々回の改定のときに設けられました。医療スタッフが比較的多く、その点を評価した老人保健施設であるわけです。この2つの区分がそれぞれさらに2区分されて、この4月から都合4区分になりました。旧来型の老人保健施設は従来型と在宅強化型に分かれ、従来型の基本サービス費は大幅に引き下げられました。旧来型の老人保健施設は在宅強化型に移らないと報酬上採算が取れない状況となっています。

この在宅強化型は在宅復帰要件が強化されているのが大きな特徴です。入所者の在宅復帰率は50パーセント以上、ベッド回転率要件は30.4を入所者の平均在所日数で除して得た数が0.1以上、要するにその老人保健施設に入所する利用者の平均在所日数が304日ということです。

もう一つの介護療養型老人保健施設は、従来型と、より高い報酬の療養機能強化型に

分されました。こちらについては、「喀痰吸引と経管栄養が実施された入所者の割合が20パーセント以上、かつ専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が20パーセント以上」というように、今後も老健として存続するためにはこのような重症度要件を満たす必要が出てきました。どちらの類型をとっているとしても、既存の老人保健施設に対しては非常に厳しい改定となっているわけです。

もともと老人保健施設は医療機関と在宅療養をつなぐ中間施設という理念のもとスタートしました。急性期の治療の後、在宅に戻るまでの間、リハビリを重点的にやって、在宅への架け橋になる中間施設という位置づけです。長期入院で医療費がかさむ中、このような施設が必要だということで類型化されたのですが、実際には、特別養護老人ホームの整備が追いつかない中、高齢者の施設サービスが必要だが税金からはお金を出せないという状況で、当時まだ比較のお金があった医療保険から高齢者の施設サービス費を捻出するために老人保健施設という類型を生み出したわけです。

ですから、老人保健施設の実際は、中間施設というよりも、特養への入居を待っている人のための入所施設としての機能を果しているわけです。特養の入所待機者がたくさんいることについては、厚労省自身も認めています。療養型のベッドであろうが老健であろうが特養であろうが「空いたから入れてもらっている」のが家族の心情です。特に老健については、ある老健を退所して次の老健に、その老健を退所してまた次の老健にというかたちで、老健を渡り歩いて特養への入所を待っている方も少なからずいる。在宅復帰という言葉がお題目に過ぎないと言ったら失礼ですけども、そういう現実がある中で、在宅復帰率の高いところしかお金を付けないということになったら答えはひとつです。老人保健施設がつぶれていく、なくなっていくということです。厚労省はそれでいいと考えているのでしょう。

今後の介護報酬を考える上で無視できない論点—むすびにかえて

以上、介護報酬・診療報酬の改定を重点化・効率化をキーワードに整理してみました。最後に2点ほどお話しをして終わりにします。一つは利用者負担増をめぐる議論です。

2011年の介護保険法改定が、社会保障審議会で議論されていた時点（2010年）においては、地域包括ケアを財政的に下支えする意味もあって、利用者負担の引き上げが具体的に提起されていました。この点については多くの反対意見を受けて改正法には取り上げられなかったのですが、その議論がまた始まっているということを紹介しておきます。

2011年11月に社会保障審議会の介護給付費分科会というところが、これまでの議論の整理というかたちで報告書をまとめたのですが、上記の負担増のメニューがほぼ全面的に

復活していることに注意が必要です。

高所得者の利用料の2割化、それから予防給付の利用料の2割化。また、ケアマネジメントに対する利用料負担の創設、これについては1,000円とか500円を徴収しようという具体案が出ています。また、施設サービスにおける多床室について、個室料負担を導入しようという案が出ています。そして、補足給付における資産・家族の負担能力等の勘案も提起されています。この補足給付というのは冒頭でも少し説明したのですが、2005年の法律改正で導入されたものです。この改正においては、特養、老健、療養型の3施設サービスにおいて居住費・食費を保険から外すことが大きなポイントでしたが、いきなり全額自費になったら低所得の人が大変だろうということで所得区分に応じて現金給付で補うという制度を創設しました。これを補足給付というのですが、現在は所得に応じて大きく4段階に区分されています。その所得の判断について、本人の所得はもちろんのこと不動産とか金融資産についても勘案する、それから、入所前の世帯全体の所得も勘案して利用者負担のどの段階に入るかを定めるという制度改定について具体的に話が進んでいます。さらに、要介護1か2の人で、施設サービスを利用している人に対しては、1割負担でなく、例えば2割負担にするという話が出ています。要介護1とか2の人は特養に入るべきではないということです。

そして、被保険者範囲の拡大も検討されています。今は40歳以上が介護保険の被保険者ですが、これを30歳とか20歳とかに拡大しようという議論が進んでおります。「介護保険の利用について年齢を問わない」という理念自体は大事なことで考えています。しかし、今の制度のまま対象年齢を拡大することは非常に問題です。現行の介護保険制度は40歳以上65歳未満の人であっても条件付きでしか介護保険のサービスを受けられませんが、その条件とは加齢に伴う疾病により必要となった介護のみを保険のサービス対象とするという制限です。つまり、若い人は介護保険の被保険者になったとしてもサービスを受けられないということです。今の制度のまま被保険者範囲を拡大するということは、単に若い人から保険料を徴収するだけになる。サービス対象者の拡大ではなく財政的な支え手の拡大のみを企図しているわけで、重大な問題をはらんでいます。以上、さまざまな利用者負担増メニューが目白押しで準備されていることに、注意を払う必要があります。

本日話したように、介護報酬のあり方は、実際に利用者が受ける介護サービスの質に直結しています。したがって、介護報酬をどのように変えていくべきかというような提起は、今後も継続的に進めていく必要があります。

しかしながら、もう一方で、残念ながら介護報酬を変えてもどうにもならない部分があるのも事実です。それは何かというと、介護保険という制度自体が保険給付を抑制する仕組みを内在的にもっていること、その部分が変わらないことには、いくら介護報酬を改善

したところで限界があるわけです。この点が診療報酬をめぐる議論とは大きく違うところだろうと考えています。最後にこの話をして終わりにしたいと思います。

この介護保険に内在する給付抑制の仕組みは、大きく言えば4点に集約されます。まずは、そもそも保険給付を受けるにあたり要介護認定・要支援認定という過程を経なければならないこと、サービスを利用できる人自体に制限が付いていること、これが1つです。2つ目は要介護認定・要支援認定を受けても、利用できる保険給付に上限が設けられている(区分支給限度額)こと。3点目は、必ず1割の自己負担が付いて回ることで、利用する人の財政力によってサービス利用の抑制が働くという点です。最後の4点目は、介護保険給付と保険料水準が連動するという点で、介護保険給付が上がれば上がるほど保険料が上がるという仕組みの中で、地域に暮らす住民は保険料の引き上げか介護サービスの充実かの二者択一を強いられるという問題です。この4点が相まって、介護保険制度はその保険給付の抑制を内在化しているのです。

これを改めることはすごく大変なことなのですが、議論の糸口となるのは「現物給付」という原則の徹底であると考えています。現物給付を貫徹することにより、給付抑制の仕組みを抜本的に改めていくことになるのは間違いのないと思っています。

医療サービスにしろ、介護サービスにしろ、人的サービスそのものを提供することは、所得保障とは明らかに違います。利用者それぞれの医療ニーズ、介護ニーズに「個別的に」対応しなければいけません。必要な医療、必要な介護は、患者や利用人一人一人必ず違います。この個別性をいかに保障するか、当然、定型的な給付では駄目です。介護にかかった費用の何割かを出すという今の介護保険のやり方では駄目で、利用者一人一人のニーズに合致した給付ということを考えれば、サービスそのものを提供する現物給付方式が最もふさわしい。そのように考えています。

現行の介護保険は現物給付制度ではありません。介護保険法は、要介護者・要支援者の介護を保障する仕組みをとってはならず、利用者が介護保険で利用した介護サービスに係った費用の9割を保障するという現金給付のシステムをとっています。あくまでも、その人が使った介護保険サービスにかかった費用の9割分を現金保障するという仕組みなので、1割の自己負担が発生するわけですが、介護保険で、その人の介護ニーズを丸ごと満たすことになってはいないのです。区分支給限度額を超えるサービスが必要であれば、その部分は全額自費で上乗せされるというわけです。このように保険に上限を設けることができるこの考え方を根本的に変えていかなければなりません。

この点を考える上で大いに参考になるのが、同じ社会保険という仕組みをとりながら医療保険が曲がりなりにも実現している現物給付の制度です。

もちろん、今の医療保険自体に課題がないわけではありません。日本の医療保険制度が

抱える課題は多々ありますが、現物給付という仕組みを維持しているところに注目すべきと思うわけです。医療保険において現物給付という原則を維持していることは報酬の決め方にも影響を及ぼします。個別ニーズへの対応が求められるので、ニーズにできるだけ合致するように診療報酬はおのずときめ細かく評価されなければならないことになります。一日当たりいくらとか、一ヶ月当たりいくらでは、個別の医療ニーズに対応できないからです。これにより診療報酬は原則として出来高払いという仕組みを今でも維持しているのです。残念ながら入院医療については、「1日あたりいくら」の定額化が進んでいますが、原則としては出来高払いを維持しています。介護報酬にも出来高的な発想を持ち込むとしたら、その理念的根拠は現物給付になるわけです。

現物給付という原則がもたらすものとして、もう一つ次の点を取り上げます。サービスそのものを提供することになっていけば、原理的にはその人のニーズはそのサービスにより完結しなければ意味がないということになる。したがって保険と自費とを組み合わせることはそもそも予定されないし、制度上予定してはいけないことになるわけです。これは医療保険では混合診療の禁止という言葉で表されていて、「保険と自費はミックスしちゃいけませんよ」ということになっていますが、これはまさに現物給付という原則から必然的に導き出されるのです。

現物給付という原理を掲げる、あるいは現物給付という原理からあるべき制度を考えると、いろんな原則が付随的に表れてくる。それら一つ一つを貫徹すると先ほど申しあげた介護保険が持っている給付抑制を内在している制度を一つ一つ解体していくことにつながる。

逆に言えば、現物給付ではないから給付抑制のシステムを内在化できるとも言えるわけです。現物給付という仕組みには医療保険というお手本もある。だから、今の介護保険制度のもとでより良い介護保障制度を目指すとしたら、1つの道筋としては現物給付の徹底ではないかと考えています。

ご清聴有難うございました。

第2章

在宅福祉の村 泰阜村について

森山 治 (金沢大学地域創造学類福祉マネジメントコース教授)

在宅で生活して亡くなっていくところまで責任を持って取り組むことで有名なのが、長野県の泰阜村です。自ら「在宅福祉の村」といっております。白梅学園の研究者が泰阜村に定期的に通っているということもあり、今回介護保険の改正にあわせて、介護のローカルモデルとして泰阜村を見直していくことを考えて、共同研究者である白梅学園の森山千賀子先生達と一緒に行ってきました。今日は2009年にNHKで放映された「在宅福祉の村は今」を見ていただきながら話していきます。

泰阜村では、介護保険制度が入ってきたことによって村のオリジナリティーが失われるという点が問題になっています。介護保険は、介護サービスの質を善くも悪くも均一化します。先ほどの工藤さんの話にもありましたように、福祉の原則は個別化であり、個別のニーズに基づいてサービスが提供されるべきものです。なぜかと言うと、人それぞれ生まれ育ってきた背景も違えば考え方も違うし、価値観も違うからです。個別のニーズにそってサービスを提供していくのが本来の考え方ですが、残念ながら介護保険はメニュー化された部分が大きく、個別ニーズを均一化させてしまうところがあります。

介護職、特に在宅のヘルパーさんたちの働きがいは、決められた時間をどう利用者さんのニーズに合わせてプログラムをしていくかというところにあつたと思います。長い一定の時間の中で、どう仕事を組み立てていくか。今は巡回型と言われていますが、介護保険制度が導入される前は滞在型なのです。

同じ家に行くにしても、前回サービスした内容に照らし合わせて、そこでの仕事の中身

が違って来る。二日前に行ったときにはご飯の準備をしてきたから、今日は通院の付き添いに行くとか。ある程度、裁量権としてプログラムを組み立てていく力が介護職に求められてきた。それが介護保険化することによってメニュー化していきますので、決められたものしかやってはいけないことになる。それは福祉サービスの相談援助者に備わる構成員を奪っているのではないかと私は考えています。

では泰阜村はどういうところか。番組を見ていただく前に簡単に説明しておきます。泰阜村のホームページを参考にしながら、いろいろ付け加えています。

場所は長野県の南部になります。下伊那郡の南東、天竜川の東側と言いますから、東海地域に近いエリアです。長野は非常に大きなところで、下のほうに当たります。かなり標高の高い、もともとは林業を中心とした、歴史的にいうと天領だったようですが、林業を中心とした過疎の村といえるかと思います。経済的にもそんなに豊かではなくて、戦前は分村というかたちで満州の開拓団にかなり大量に村民を出していったという経過があります。

村の中で飯が食えないといった理由から満州開拓団に行って、結果としてかなり多くの方が亡くなられていて、残留孤児の問題など、その辺の帰還事業にも積極的に取り組んできている村でもあります。戦前に村を挙げて村民を開拓団として出していますので、そういったことを反省し、きちんとした事業をしているところでもあります。

データによると平成24年7月1日時点で世帯数745、総人口が2,000人を切って1,852人しかいない大変小さい村です。子どもがどれくらいいるかといえば、小学校が村の中に1つで、平成24年度は児童数が74名です。うち8名は山村留学生というかたちで都会から来ている子たちです。昨年データで中学校は生徒数59名ですから、子どももそれほど多くいるわけではありません。

24年度の収入のうち半分は地方交付税に頼っていることからわかるように、自分のところの収益が限られているところです。あまり大きな産業もなく、特筆たる税の収入源もなく、自己財源でまかなえるような村ではないとご理解ください。

国立社会保障人口問題研究所のデータでも2005年以降人口が減り続けています。子どもの人口は若干維持しているのですが、高齢人口が少しずつ上がっていき、生産年齢の人口数が一定程度減少している。生産年齢の人口数はまだ維持できていますが、75歳以上の高齢者の割合が増えています。

この村は、介護保険制度以前から在宅福祉の充実を図って来たところに特長があります。介護保険以前は訪問介護に力を入れていましたが、当時、補助金があったとしても村としての支出もかなりあるわけです。それが、介護保険が入ることによって、半分が保険料として入るようになりましたので、村の負担は軽減されたという経緯があります。

財政負担が2分の1ぐらい浮いたところを削減するのではなくて、介護保険制度に上乗せした。介護保険の上限を超えた部分は、村が全部負担するわけです。例えば在宅生活をしている要介護5の人が介護保険を60万使って、上限が35万円だとしたら、超えた部分の25万円を村のほうで負担するということです。高齢者の一部自己負担となる分も半分から3分の2ぐらいを村のほうで負担することでサービスを上乗せしています。

村の福祉の理念としては、ノーマライゼーション、自己決定および社会参加が3原則として挙げられています。「介護する側の都合より、介護される側の気持ちを尊重して」といったことを行っています。そういった意味では厚生労働省や国の意向とは別の視点で、村を中心として在宅死につなげる福祉サービスを行って来ているところに特長があります。

在宅サービスを充実していったことによって終末期等々にかかる医療費が比較的安く抑えられていることから老人医療費が低額で抑えられている。その結果、保険税も低額で済んでいる。予防に力を入れることによって医療費の使用を抑えてきたということでは、長野県は有名な県だと思うのですが、その中でも最もそういったことが顕著にみられる村です。

そういった村ではあるのですが、介護保険が導入されたことによって高齢者の意識が変化してきているのが課題です。制度が量的に充実してくると、その村で暮らす人たちですとか、それから村から離れた家族との関係性でもそういった考え方の問題がある。サービスの質をどのように高めていくのかということが新たな課題として出てきます。

お見せする番組は2009年に放映されたものです。

[以下、番組を見ながらコメント]

見ていただいて分るように、山にへばり付くような形で集落が点在しているような地域です。限界集落と言われているような、かなり高齢化と過疎化が進んでいるという問題もあります。すると、「寂しさ」という心情的なことが問題になってしまう。

道路等の公共事業にあまりお金を使っていないので、道の整備状況は大変悪いです。これから巡回型の介護・看護や地域ケアが具体化されることとなります。もともとその地域で生活していて、その中でケアを受けていくというところでは、こういったあり方が一つの方法かと考えます。ちなみに、事業者としては社協ぐらいしかありません。人口2,000人未満なので、民間のシルバービジネスが参入するほどの魅力はないといえます。

ここは介護保険制度が導入される前から重点的に福祉にお金を出していました。介護保険制度が導入されたことによって村の負担金が予算的に減ったとき、できた余裕を介護保険で足りない部分に回すようにして、サービスの質を保つことができた。

この村の高齢者はほとんどが国民年金に依存しています。1人あたり5万円ぐらいし

かありませんから、一定程度自己負担するといっても限界が出てくるわけです。

19箇所集落が点在しますので、車の運転ができないとほとんど移動できないところ
です。標高が高く、冬場は雪の問題も出てきますから、かなり厳しい。「景色が良くてい
いわ」と言うけれども、東京出身の私では、とても寂しくて住めないようなところ
です。

昔お医者さんについて往診に同行する機会があったのですが、地方の小さな町でしたの
で玄関は開けっ放しで、勝手に「診療所」とか言って、ガラッと入って行っています。家
族がいなくても適当に入っていっています。この辺が、北欧などの親子同居しない家族環
境と日本の家族環境との大きな違いだと思います。北欧は個人主義に密着している。対し
て日本は家族一緒という、そここのところの違いはかなりあると思います。

[ビデオ終わり]

よくテキストに、介護保険が当事者の権利意識を形成したと書かれていますが、身体に
障害を持つ人の支援や意識のあり方と比較していくと違いが出てきます。例えば、身体に
障害を持つ人の場合ですと、自己決定は当事者の主権だという意識が一定程度高まりつつ
あるわけです。それに対して、高齢者の場合は自己決定といっても家族の意志といった問
題がでてきて、自分で決定をしていくところになり得ていないと指摘されています。

泰阜村に着目するのは、「お金がないから、こんな小さな村では何もできない」という
ことに対する一つのアンチテーゼ、一つのローカルモデルだと思っているからです。自己
財源が乏しくとも村民の合意によって、どこにお金をかけていくのかを決める。そういっ
たような部分でひとつの参考例にはなるだろうと思っています。だからといってここに出
てくる例がいいかという、量的に拡充するときに心情的な問題が出てくるなど、必ずし
も理想郷ではない。

介護の問題はある方法を取ったら確実に解決できるというものではない。家族とのあり
方、個人主義的な意識のあり方も北欧と比べると異なっている中でどういう風にモデルを
作っていくか。

先ほど工藤さんのお話で2025年が問題にされていましたが、その前は2015年が問題に
されていきました。何かというと、団塊の世代が高齢期、いわゆる65歳以上に突入してい
くのが2015年です。その次の2025年というのは、その団塊の世代が後期高齢者になっ
てくる時期です。

後期高齢者になると、前期高齢者に比べて、格段に要介護率が高まってきます。75歳
を超えて80歳代になると、要介護率の出現率が圧倒的に増えてくるわけです。男性は寿
命が尽きて減っていくんですが、80歳代になると女性が圧倒的に多くなるということで、
2025年というのが一つの大きな節目で、そこまでに何をすべきか、国として考えざるを
得ないことなのです。

例えば介護保険が制度化される以前から泰阜村では巡回入浴車が山の上にも入って行って高齢者を入浴させたりするといった活動をしていたのです。人数に合わせて展開していたのですが、実は入浴はデイサービスに行ったほうが楽なのです。合理的に考えると、デイサービスに通ってくれば、お風呂も入れるし、お昼ご飯も供されるし、家族もレスパイトになるし、確かにデイサービスというのは使い勝手がいい。

しかし韓国の研究者からは、日本ではデイサービスが普及した結果、町の中からかなりの高齢者の姿が消えてしまったということが指摘されています。本来であれば町の中に介護が必要なお年寄りがいるはずなのに。それは異質ではないかと指摘されています。

本来は個別化して、ニーズに合わせてサービスを提供しなければいけないのですが、介護保険は逆に均一化を進めていく、画一化を進めていく。そうした弊害も出てきているのではないかと。海外の研究者からは、そういった問題が提起されていると考えます。(了)

第3章

議論

高塚 家で一日中1人でいることが不安というのは、山の中だけではなく、この辺にいる人も同様です。私はグループホームを経営していますが、近所のお年寄りらは、グループホームには誰かがいる、いざとなったらあそこへ行けばなんとかしてくれるから本当に心強いと言っています。

1箇所に集めるのではなく、分散させなければならないものがあるということに気が付いて、そういう方向に向かっていくべきです。不安だから預けたほうがいいだろうと、ただサービスを提供するだけではもう限界だということですね。

周りが声掛けなどの労をいとわなければ高齢になっても生活できる。ところが挨拶しても「おはようございます」だけで終わってしまうと、1日に数えるぐらいしかしゃべっていない。猫か犬か相手にしゃべっているかもしれませんが、それでは満たされない。どうしようもないというところが問題になっていると思います。泰阜村だけではなく、この辺のお年寄りも皆、それは感じているのではないのでしょうか。

森山 治 そうですね。関係性の希薄化というのは、家族だけではないですね。地域社会が本当に成立するのか。関係性が希薄化していくところに大きな問題があって、それを介護保険サービスなどの制度で解決できるか。そうではないだろうといった問題が残っていると思います。

金沢で、という話もされましたけれども、大都会はだいたいそうですし、いわゆる老朽化した公営団地群の問題などもある。その中で孤独死をさせないという運動はあって、松戸の常盤平団地などは有名です。

見守りや人と関わりを持つには「適度なお節介」が必要です。必ずしも心を許すような知り合いばかりではないところで関係性をつなげていく仕組みを作るとすると、それはお節介活動である。我々自身がお節介を嫌ったような生活様式を作ってきたところもある

が、人間関係性を少し考えなければいけない時代になっている気がします。

杉原 お二人の話を聞いていて、二点気になることがありました。

1つは主人公の声が不在のままあらゆることが設計されているような気がすることです。ただ、主人公の声というのは結構難しいという気がしています。僕は35歳ってすごい大人だと昔は思っていたのですが、自分がその年齢に達してみると全然そんなことがなくて衝撃を受けている。

年寄りになるというのも、何をどうしていったらいいのか自分でも分らない。頭で考えているのと実際に自分がそうになっていくのは違うだろう。周りからいろんな人が、特に先輩がいなくなったり。声を聞ける相手がいなくなり、自分が最終的に一番年上になるようなことを含めて、どうしていったらいいのか分らない。声にならない声みたいなものを読み取らないといけないと思うのですが、そこが全くない。「多分、こうだよ」というところのまま走って来ているところが疑問に思った点です。

それと、この研究会の主旨を考えると、情報技術をどうするかということも含めて、道具立てをどう関わらせていけるのか。あるいは、関わるのが適切ではないのかということが議論としてあるといいと思います。介護と道具との関わりについてお二人の意見を伺えるとありがたい。

森山 治 最初の点は、高齢者の心理的な要素もあると思う。その辺は、白梅の森山さんが介護専門ですからご意見伺いたい。当事者の意見が政策に反映されるかどうかについては、工藤さんのところが運動的な要素も持っているのでコメントいただけるとありがたい。

森山 千賀子 泰阜村には2002年頃から行ってありますが、福祉の充実が都会に住む家族にすれば「安心だから、いいわ」という気持ちになり、かえって家族を離していくというので、泰阜村では、2003年頃からは住民福祉課や社協のヘルパーさんたちが相当の議論がありました。家族にも何か役割があるでしょうというようなことも。2003年の頃は、入浴カーと一緒に乗せていただいて村をぐるぐる回りました。しかし、それができたのは2005年ぐらいまでです。2005年の介護保険の改正以降は、「デイサービスにもお風呂があるんだから、デイに行けばいいんじゃない」という発想に変わっていきました。それは、家族もそう言うし、ケアマネジャーもそう言う。要するに「デイサービスに行けばお風呂に入れる。いっぱいできたから、行って。みんながいるよ。」という形になっていったのです。

しかし、実態調査で学生がお宅に伺ったりすると、ベッドでご夫婦ともに寝てらっしゃるお宅などで、「本当は違う」という声を聞いてきます。「行かされるのではなくて、来てもらいたい」という思いもあるようです。でも、サービスがメニュー化してくるとそれが

できなくなってしまう。そして、2009年頃からは家族とどうつながるのかも現場でかなりの議論になってきました。

また、ケアプランの中に月1回やって来る家族を入れている自治体もあります。隣町にいたり、ちょっと離れているけど必ずやってくる家族は増えています。そういうことをケアプランに入れ込んで、家族、社会、地域がつながっていきながら、その地域で暮らすことを実現していく運動もあります。その中に福祉機器を取り込んでいく余地はあると思います。

森山 治 そこでの家族の扱いというのは、介護力を当てにしているのではなくて、「心情的なつながり」で家族をどう巻き込むかということですか。

森山 千賀子 そうですね。たとえば埼玉県三郷市は2025年に高齢化率が40%になります。団地に団塊の世代の人たちが多く住んでおり、呼び寄せ家族も多い地域です。しかし、同居するのではなくて、近くに独居でバラバラに住んでいます。そういう地域があって、それをまたどう繋いでいくのかということも現実の課題です。都市部でも同様の問題があるので、そのあたりを考えたいと思います。

森山 治 もう1つ、介護を必要とする高齢者には気持ちの問題がある。個人差があると思いますけれども。

森山 千賀子 社会的にみれば、関係性という点で言えば、人がそばにいてもつながっていなければ寂しいわけです。見た目では見えなくても、つながっていれば寂しくない場合もあります。グループホームの良さは、ひとつには壁を隔てているけれど人の気配がするという空間や環境があります。人が生きていけるか否かは、そういう関係性の有無にかなり左右されると思います。

工藤 気持ちの面はそうですね、現状では決まっていることをきっちりやることに対してしか行政からの支援がない。具体的には介護報酬の点数が付かない。いくら頑張っても上積みしたとしても、ポジティブに評価してもらえず、ギャップが生まれやすい。要するに、介護者とかボランティアが頑張っても、その分の報酬はもらえない。

森山 治 指摘された点はそのとおりだと思います。介護保険制度は、介護を受ける人の現状を維持したり、要介護度を軽減したりといったところにインセンティブがない仕組みです。

先ほどの質問に戻りますが、当事者の意見は、なかなか施策には反映されないものですか。

工藤 そうですね。レジュメの中では介護報酬の決定に当事者、高齢者の意見をどう反映させるかという話をしましたが、現実問題として介護報酬を決めている機関は、社会保障審議会の介護給付費分科会というところなんです。その構成メンバーを見ると、ほとんどが

「医師会から誰々。薬剤師会から誰々。介護福祉士会から誰々」など提供者側の職能団体の代表プラス市町村代表など保険者側の代表。それから、高齢者つまり利用者に関連するのは、全国老人クラブの代表と、「認知症をよくする家族の会」から入っている。

いずれにしても、高齢者の場合の当事者は、今でこそご本人ということになっていますけれども、少し前まで当事者という言葉の中に家族も実質的に入っていました。高齢者ご本人の自己決定をという話にすべきなのでしょうが、まずは介護給付費分科会の体制そのもののあり方を見直す必要がある。

例えば診療報酬は中央社会保険医療協議会で基本的に決めているのですが、そこは、支払側と療養担当者、公益委員の3者構成なのです。それぞれが7人、7人、6人という構成です。実態はともかくとして、それなりにバランスが取れている。私はあと1人患者の代表が絶対にいると、前々から言っていたのですけれども。そういうふうに、少なくとも3者構成で、保険者、事業者、当事者、公益委員という、中医協のような委員の配分とすべきだと思います。

森山先生が当事者に関して、障害がある人たちのことに触れていました。介護保険でいうところの要介護認定に当るものが障害者自立支援法にもあるのですが、国の審議会がその認定自体をなくせという意見を正式に出すくらい、当事者の関与にはインパクトがあると感じました。翻って、高齢者が実際に携わるにはどうすればいいのか悩んでいます。当面は、地元・自治体のレベルのいろいろな計画立案に、そういう方に入ってもらうよう、県なり市町村なりに働きかけることを考えてはいるのですが。

森山 治 これも人によって違いますからね。ただ、障害を持つ人たちの自立生活運動は、社会から排除されて、自分の置かれている環境を変えていくのは自分たちでやらざるを得ないという考え方に立ったときに、当事者意識が強調されるようになった背景があると思います。

障害を持っていれば当事者ということではなくて、誰かにやってもらえたら楽だとも思っている方は、その意味では当事者ではない。自分たちが置かれている環境がきちんとしたものでなければ、それを改善するために自分たちが声を上げていくことで改善していく。それには自分たち自身を変革していく必要もある。

彼らは社会の変革がなければ自分たちの生活環境の変革にはならないという意識を持っている。高齢の方々は「老いては子に従え」ではないですけれども、障害がある人らとは意識が違っていたのではないかと。ただ、今の高齢者は80歳代ぐらいで、団塊の世代の人たちより一世代古い人たちです。これから、戦後生まれの人たちが高齢になってきたとき、意識の上でどう変わってくるのかによって、変化が起きてくると思います。

さきほど工藤さんが言われたように、障害がある人たちの施策に関しては、いろんな障

害の人たちに当事者として入ってもらっています。僕も金沢市の審議会委員を務めています。ただ難しいのは、障害がある人が皆仲がいいかというと、仲は良くないのです(笑)。

例えば視覚障害を持つ方と身体障害を持つ方では利益がぶつかるわけです。そこら中に点字ブロックを貼られると、車いすの人は走りにくくてしょうがないですから、できるだけフラットなものを求める。でも、視覚障害の人は、境目も何もなかったら怖くて歩けない。

というように、必ず障害によって利害が対立しますので、私らのような第三者委員が「あんたらの言っていることは認めるけれども、こっちの言うことも理があるんだから、そこをどこで妥協する？」みたいなことをやる。そうすることで当事者の意見がある程度反映されると考えます。

当事者の意見がどう高齢者分野に反映してくるか。高齢者の介護保険だから要介護高齢者の人がその委員になるのかとか、認知症の方が委員になれるのかといった単純なものではない。元気なお年寄りの方は多分できるだろうが、介護が必要になったときと状況が違うから、その人がすべての高齢者の意見を代弁することにはならないだろう。

杉原 それに関係していることとして、もう1点教えていただきたいのですが、それは代表制の問題だと思うのです。おそらく最低限、三次元必要だと思います。

一つは、工藤さんがおっしゃったように、どこの集団に属しているかということから考えて、そこから代表者を出す。専門用語でいえば職種、あるいは所属準拠集団と言ってもいい。

もう一つは地域の持つ経済性、あるいはその都市の規模に応じて代表者を出す。日本の場合、都市の規模はほとんど経済性と比例するから。それは文化資本にも比例する。

もう一つは年齢というか、世代ごとに代表者を出す。例えば、当事者ということを考えたときに、納税者という意味でわれわれのような者が入っていくのですが、そういった声はあまり反映されない。そうすると、若者は搾取されることになる。要するに、まなざしの一方向性が気になる。

代行制を担保するという意味で職種はいいけれども、それはおそらく東京とか、そういう大都市から来た人たちではないか。さきほど紹介いただいた泰阜村みたいな所の難しさやしんどさみたいなものは反映されづらい構想になっているのではないか。それは、先ほど工藤さんがおっしゃった、現物支給ということから考えたときに、最終的に意外とその部分がクリティカルに効いてくる気がしたのです。

工藤 おっしゃるとおりですね。

杉原 なにか上げていく仕組みはないのでしょうか。

森山 治 なかなか決め手がないから模索している現状だと思います。では技術の問題に

ついて、どこがどう使えているかというところだと思うのですけれどね。

高塚 制度全体、システム全体という話になると、なかなか情報技術が見えてこない。例えば、森山先生がおっしゃったような車いすの人と視覚障害の人とが対立するというのは、視覚障害の人には超音波で常に障害物を捉えてそれを情報として発信して方向転換できるようなシステムを提供することも考えられる。これは情報技術の活用ということになって行くわけです。

それから、認知症の人の徘徊が大きな問題です。私は認知症の人がこれまで生きてきた裏打ちとして、家・家族・兄弟・親戚を求めて出ていくのは当たり前行動だと思っています。外出してもだいたい把握できますが、本人が混乱状態にあるときに徘徊を容認して事故に至ったとき、責任問題として「施錠しておかないから（事故が起きた）」と追究されることとなります。

そこをどう担保するか。私はGPSを使って自由に行かせる。本人が歩くのは5分か、せいぜい10分くらいですから、歩数などを勘案すれば7、800メートルぐらい離れた所にいるかと思っていますが、その道中を見ていない。本当にその間安全が確保されているかどうか、非常に不安です。

そこにたくさんカメラがあればもちろん安全確認できる。今の技術で可能ですが、そこをもう少し個別的に情報が得られるようなシステムにできるかどうか。町中に、カメラをたくさん付けると嫌がられますし。

その人に必要で、本人が認めれば情報を得られるシステムに持って行けるものが考えられます。健常な人は嫌だ、そんなことをしたら本人が困る、本人も嫌がるだろうと言われるかもしれませんが、どちらかといえばお年寄りからは「そうやってしっかり見守ってくれていて安心だ」という意見が多いのです。

寂しさというよりも、自分にもしものことがあったらどうしようという不安です。認知症が進んで、認知できる範囲が徐々に狭まると、ごく近くに人がいても誰もいないと思うようになる。ですから、常に声をかけることが非常に安心感を与えます。それでは、何か音声再生機を置いておいて定期的に声を再生すればいいかといえば、そういうものではないような気がします。やはり生の声こそが大事です。

森山 治 実際に、介護や看護を実践されている方も結構いらっしゃると思うので、そういった部分でご意見いただけますか。

寺井 自分は介護の現場に戻りましたが、現場で一番先に出てくるのは人手不足です。どうしても人が足りない、目が足りないというところがあって、居場所の確認であったり、安全・安心を確保していくために機器が使えると効果は大きいと思います。

実際に現場にそういうシステムとか技術が入ってくることによって質の高いサービスが

確保できると思うのですが、一方でそれを使う人間の教育も必要になってきます。そこに対しての温度差は現場の人間の間でまだかなり大きい。そういうところをこれからどういうふうに変えていくのか。制度も含めてというところもありますし、現場で働いている職員の心情的な部分をどのように変えていくのが課題になるのではないかと思います。

森山 治 曾我先生、どうですか。

曾我 情報と社会福祉という視点に絞って話をすると、寺井さんもおっしゃっていたように、人材不足の根っこは解決していない。これを外して情報機器を導入するのは反対です。でも一方で、介護労働者がそれで安心だというようなことを考えたら、それもありかなというふうに心が流れたというのがあります。

現場の人にとってはしっかりとしたルール作りが必要だし、そこに人権の視点を忘れてはならないし、制度的に位置づけることが一番大事だと思いました。だから、「やりたいところでやればいいよ」というのではなくて、基準を厳しく設けていく必要があると考えています。

寺井 今の曾我先生のお話に補足します。今働いている事業所ですが、労働者の確保というところで人件費という部分がどうしても出てきて、「人件費を使いすぎだ」ということでこの7月からワンシフト削られたのです。それで、2人異動になって、ただでさえ人が少なかったのにさらに少なくなった。どうしても収入と人件費の兼ね合いが出てきて。ただ単純に人を増やすことができないジレンマがどうしても出てくる。人が足りない、目が足りないという部分はそういうところにも出てくるので、情報機器の必要性という部分にかかってくると思います。

森山 治 その辺は工藤さんが言われているように、制度自体の根本的な矛盾が根底にあると思います。

水岡 私は、医療技術が家族介護の中に取り入れられていくプロセスを研究しています。今回のテーマと、先ほどの寺井さんと曾我先生の間で議論になった現場での情報技術の導入について、二点コメントさせていただきます。

まず、現場で今必要だ。現場の方が苦勞されている。そして、それは情報技術を入れることで緩和されるかもしれないということはよく分るのですけれども、それはそれとして、理念としての方向性は持っているべきではないのか。

情報技術等を導入することによって介護は画一的になりかねないし、技術の導入は人員削減とのイタチごっこになってしまって、結局は介護職の現場が改善されないのではないのか。

それから高専賃に関して思うところがあります。岐阜県で問題になっていたと思いますが、高専賃は要するにアパートであるから、在宅介護としてケアマネジャーの方がケアプ

ランを立てて、ケアマネと医療者が一緒になって、医療費を限度額いっぱい請求しながら、利用者にやることは、胃ろうから栄養を注入して、とにかく寝かせておく。お風呂に入れるケアプランを立てていないから、アパートにはお風呂もない。そう事態に対する倫理的問題を、介護制度の中で誰がどこでどんなふうに考え、かつチェックすることが可能なのかが見えませんでした。

森山 千賀子 実は定期巡回随時対応型訪問介護看護は、始まったばかりということもありますが、やっていない地域が多いのです。考え方なのですが、利用する側とサービスを提供する側の合意に基づいてオペレーターが利用者に連絡する。オペレーターというかたちでの展開というのもあり得るかもしれません。医療では実際にテレビ電話の画面を持ちってやっていますよね。

森山 治 遠隔見守りみたいな感じですね。

森山 千賀子 こういうサービスもあるということです。これは合意の元で成り立っていますから、そういうことがあり得るのかなと思います。今のままでいくと、やれることが限られています。倫理的な問題とかいろいろな問題を越える1つの方法を検討する必要があると思います。

工藤 先ほどの岐阜県の件は、倫理的というよりも、むしろ制度の問題として倫理を超えています。具体的に言うと、要介護認定を受けている人の訪問看護は、原則として、介護保険でケアプランに位置付けないと駄目なのですが、その場合でも、医療保険の訪問看護を利用できる条件が2つある。一つは末期のがんや難病などの方です。

もう一つは、医師が患者の容体急変を認めて、「ケアプランの訪問看護では不十分で、連日の訪問看護が必要になった」という判断をし、その指示書を訪問看護ステーションに出せば、医療保険の訪問看護を提供できます。その仕組みを使って連日、医療保険で訪問看護ができるということで、岐阜の件は「容体が悪くなりました。連日の訪問が必要です」というのを、毎月出し続けていて連日入っていた。これは明らかに医療保険、診療報酬上の算定要件に合わない可能性がある話ですので、制度上、そもそもその医療機関に診療報酬請求権があったのかどうかという問題だったと思います。

森山 治 違法行為だったということですね。

工藤 そうです。それから情報機器についてですが、基本的には当事者である高齢者がそれで安全だ、安全を確保してもらえるのだというふうに思うかどうかだと思います。「介護労働者がこれで助かるか」という話とか、「家族が助かるわ」という話は、もちろん現実としては大問題だし、現実的にはそれを無視できなのかもしれないけれども、理念としては当然当事者だと思うんですよね。

そこで先ほどの議論に戻りますが、では、その当事者の意思をどうやってくみ上げてい

くのか。障害のある人は、まさに障害があるご自身が、主体的に一人一人当事者として手を挙げる人たちなのです。一方で、例えば、先ほど診療報酬のことで「患者も代表に」と簡単に言いましたけれども、「実際に病気を持っている人が審議会に出られますか」と言われたとき、それはなかなか困難ですよ。同じように、「高齢者が審議会に出られますか」と。「いや、出られるけれども、要介護状態ではない高齢者ですよ」ということになりますよね。

ですから、高齢者の自己決定が重要で、高齢者の意思をどのようにくみ取るかというところに、いかに最大限に力を注ぐかというところを出発点にしないと、社会保障関係の施策を検討する上ではまずいと思います。皆さんそう思っただけとは思いますが、一応念のために。情報機器の導入も、まずそこが出発点だと感じました。

森山 治 具体的にどうするのかということになると、なかなかそのくみ取りは難しい。

藤波 では、まとめます。今日の講演と議論は参考になりました。私は先週、オランダで関連学会に出席して、老年学と技術の融合のような話を聴いてきました。そこで二点、刺激を受けた点がありました。

ひとつは高齢化社会を考える視点に関するところで、これを高齢者の問題としては見ない。人口比の変化であるという見方をしていた。皆が長生きするから必然的にこういう状況が生まれているというように、もう少し広く問題を捉えて発表していました。ヨーロッパの状況報告でしたが、例えば子どもが少なくなるから教育システムが変わるとか、都市計画をやり直して都市のサイズを小さくしようとか、交通をどうするかとか。制度も含めてですけど、社会と都市をセットにして、どういうふうに設計したらいいか議論をしていました。それを聞いて、今いる高齢者をどうするかということだけを自分は考えていたと反省しました。

もう一点、具体的なことを言うと、特別な道具ではなくて普通にメールを高齢者の人が使えるのではないか。イギリスの事例なのですが、「家庭医にメールを送ってもいい」という実験をしてみた。通常ですと、お医者さんにメールを送って自分の病状について相談するのは禁止されているのですが、「せっかくメールがあるのだから、それを使ってみたらどうか」という実験をしたらしいのです。メールを送っていいグループと送ってはいけないグループに分けて実験した。

半年間くらい期間があったと思うのですが、結果どうなったかというところ、送ってもいいグループは節度を持って使っていて、期間中平均して2回だけメールを送った。それによって何が起きたかというところ、「むしろ家庭医を訪問する回数が減った」という結果が出た。根本に自分の症状がどのようなものかを知りたい、相談したいという不安があって、それがメールを2回送ることによってかなりの程度軽減された。具体的にはお医者さんを訪

問する回数が減った。つまり、経済的に見るとコストが下がったということです。

その発表で面白いと思ったのは、特別な物を使わなくても今ある物がそうやって使えるし、ルールさえできれば今でもできる対応がたくさんあるということです。そういう話でした。

それを日本に持って来て考えてみれば、現段階でやれることはたくさんある。単に制度だけが問題になっているのであって、そういう社会的な実験をいくつかやってみることで、期待した結果が出るということが示せれば、制度を動かしていくということもできるのではないかという気がしました。

今日は、在宅のほうに焦点が当たっていたような気がしました。確かに日本の社会が今後、そちらのほうに向かっていくのは必然ですが、少し広い視点で人口比の変化として見たときに、他の施策と組合わせて対処法を考えてみることはできる。実際に動かすのは難しいですが。それから、制度を動かすとしたら何か社会実験をする必要があって、そのためには特に新しいテクノロジーを入れなくてもできることが結構ありそうだと思います。

今日は、最後に森山千賀子先生から「在宅の人と直接対話できれば、今、機能していない制度が動くのではないか」というご示唆をいただきましたけれども、確かにテレビ電話を1台入れれば済む話なので、それを実際にやってみて、どのくらい利用率が上がるのかという実験をやる価値はあると思いました。以上です。

第4章

日韓介護保険制度研究 - 老人長期療養保険制度のこの一年

崔 太子 (KTCS 療養保護士教育院長)

韓国の介護保険

崔 「韓国の介護保険 — この1年間の動向」ということで、去年の末から最近までの動向をお話しします。はじめに韓国の介護保険について説明します。

日本では1997年に法案が通り、2000年に施行されましたが、韓国では2008年度に介護保険が導入されて、今年で5年目になります。高齢化という観点からは日本よりもかなり若い国です。高齢者が人口に占める割合は、10.6パーセント～10.7パーセント位です。介護保険を導入した時は、7パーセント～8パーセント位でしたので、日本の状況と大分違います。日本の場合、1970年時点で高齢化率がすでに7パーセントでした。その頃から介護や自殺の問題で色々大変だったのですけれども、そこから介護保険がスタートするまで20年あったという経緯もあります。韓国で介護保険を議論し始めた頃は、高齢化率が7パーセント以下でしたので、時期尚早ではないかとの意見も多々ありました。

韓国の介護保険は日本の介護保険から大きな影響を受けています。韓国に介護保険制度を導入するのはまだ相当早いという気がしたのですが、介護保険を担当した厚生省の方が東京にある日本社会保険財団という所で介護保険について学んで、帰国後、法案を準備した経緯もあります。そこからみると、制度の中身はドイツの制度も参考にしましたが、法

40 第4章 日韓介護保険制度研究 - 老人長期療養保険制度のこの一年

案策定まで、韓国の厚生省の方とか、施設の方が何十回と日本に通いましたので、仕組みとしては日本の介護保険の考え方がかなり入っていると思います。

日本では30年に及ぶ施設介護と在宅介護の歴史から介護保険が生まれたのですが、韓国は施設も在宅介護もほとんどない状況で介護保険が始まったので大変です。日本では施設が多数あって、在宅介護のノウハウもある状況で介護保険が始まりましたが、韓国では何もないところから介護保険が始まったので、介護保険と同時に施設も整備して、そこから在宅介護も始めたという感じでスタートしました。その副作用があって、数多くの課題が出てきています。

ある意味では「すごいな、パワフルだな」という感じがしますが、現場から見れば何の計画もないし、「これでいいのかな」という懸念も多々あります。そうはいつても介護保険が始まって5年目の今、国民・利用者からかなり良い評価を受けているのは事実です。

今、日本では高齢化が深刻ですけれども、韓国の状況はある意味、日本より深刻です。なぜかという、高齢化率が進むそのスピードが世界一だからです。今は11パーセントですが、それがわずか何年で17パーセント、さらに20パーセントになります。2026年には20パーセントに達する見通しなので、高齢化が進む速さからいけば世界一なのです。

韓国は経済的には世界11位~12位と言われていますが、急速な経済成長の副作用が色んなところに出ていて、そのひとつが高齢者の自殺が世界一ということと、それから高齢者の貧困が世界一という大きな課題があります。日本のように高齢者の年金が成熟していないことも問題です。そう考えると、少し早く介護保険を始められて良かったと思います。

私は日本で社会福祉を7年間勉強し、韓国に帰ってからは一時大学で教えていました。今は介護現場で人材を養成しながら訪問介護と入浴事業をやっております。1年間の動向を説明するなかで、自分達の日々の悩みもお話できればいいかなと思います。

この1年間の動向を2部に分けて報告します。前半はこの1年間の統計データをいくつか紹介します。後半は、この1年間の制度の変化や課題について報告します。

認定申請者と認定者の統計データ

まず、認定申請者と認定者の統計をご紹介します。高齢者人口の割合は10.6パーセントとなっております。これが6年後の2018年には14パーセントとなります。それが2026年には20パーセントになります。急速に超高齢社会になるので、この高齢化の問題をどのように解決するのかが国として頭の痛いところです。

認定申請者が62万3,309人で、これは高齢者の10パーセントに相当します。最終的に

認定を受けた人は高齢者の5.7パーセントです。この率が日本よりかなり低いと言われていて、韓国の1つの課題となっています。後ほど説明しますが、保険料が日本と比べるとかなり安く設定されていて、それが厳しい認定調査につながっています。

日本の介護保険では市町村が保険者ですが、韓国は地方分権の歴史が浅いので、地方の財政比率がとても低いのです。ソウルとか釜山などの大都市は大丈夫ですが、地方だと財政比率が低いので、保険者を市町村でやろうという議論はありましたが、日本と状況が異なります。

韓国では医療保険の保険者として、国民健康保険公団という組織があります。医療保険のノウハウが充分あるので、介護保険の仕組みは医療保険と同じです。韓国では、国民健康保険公団が保険者になっていて、全国统一組織です。各地域に支部がある体勢ですので、地域による違いはありません。

特に日本と違うのは、医療保険の加入者が介護保険の加入者でもある点です。そういう意味では財政面での余裕があると思いますが、元々韓国では医療保険の財政が大変です。介護保険の保険料は1人当たり、日本円で言うと320円～330円位です。多くても350円までいっていない。保険者としてはそれ位の保険料で利用者を拡大するのがとても難しい。だから認定調査が厳しくなるのです。その代わり介護保険事業所は次々と増えてくる。その供給と需要の問題が課題のひとつとなっています。

現在の認定者はそのような状況ですが、介護度を見ますと韓国は3段階です。日本は7段階ですけれども、韓国では介護度が1と2と3になっています。3の方が軽度、1の方が重度です。そして比率をみると介護度3が圧倒的に多い。介護度1は初年度だった2008年度以降安定していて、介護度2もあまり変化がありません。対して介護度3はどんどん増えている。ここにも保険者の意図があると思います。

2008年～2009年は保険者に認定調査の専門性があまりなかったもので、認定調査を受ける側に見れば良かったのですが、それが3年目～4年目になると保険者の専門性も高くなってきて、介護度1や2の認定を受けるのは難しくなった。逆に介護度1や2の人が介護度3にされたり、介護度3から認定されなくなったりといったことが起きている。そのことに対する苦情も多々あります。

最初から認定されなければ、あきらめてなんとか生活できるのですが、今まで介護度2あるいは3だったのに、年一回の更新後、認定されないということが多々起きています。そうなるといきなり生活を変えなくてはならない。私たち事業者ではどうしようもない。そこは保険者と市町村の連携が大切なところで課題のひとつとなっています。

保険者は独立組織です。認定するのは国民健康保険公団で、彼等は介護度3まで面倒みます。そこから落ちた人は市町村の老人福祉につなげるのですが、そこが整備されていな

42 第4章 日韓介護保険制度研究 - 老人長期療養保険制度のこの一年

いし、サービスも保険で使うものと異なります。たとえば認定を受けると1週間毎日使えるものが、週2回とか週3回だけになる。今までできていた生活ができなくなるのです。特に一人暮らしの高齢者だと家族は大変です。

そこは保険者と国民との間で社会的合意が必要なところかと思います。現実的に、保険料を上げない限り、利用者を増やせない。「これぐらい保険料を上げて、これ位利用者を増やしましょう」というように社会的に合意して利用者を増やす。その辺が公団が急いで解決すべき課題だと思います。

認定されたからといって全員がサービスを利用するわけではありません。統計的には9割がサービスを利用しています。うち6割が在宅介護で、施設介護を受けている方が3割、36パーセント～37パーセントです。割合からみれば、在宅と施設介護の割合が7対3位で、日本と似ています。でもこれから施設が数多く設立されて、在宅より施設介護の割合が高くなるのではないかという心配があります。

なぜかという、日本では法人しか施設を設立できないのですが、韓国は個人でも施設をつくれるので参入障壁が低い。施設にはグループホームから大規模なものまでいろいろな種類のものがあります。個人が施設をつくって介護保険事業として運営できるので、多くの人が個人で参入しつつあります。

いったん施設を作るとそれを維持しなければいけないので、在宅の人を施設の方に誘導するでしょう。私のように在宅事業をやっている者の立場からみれば、施設介護をどうするかという長期的な計画を国が早期に示さないと数年後には施設介護と在宅介護の割合が半々になります。施設介護の方が大きくなると財政的には厳しくなるのではないかと懸念されます。当初より施設介護の割合がかなり高くなっているのです、その辺が1つ心配の種類です。

それから、在宅介護の利用者がどのような種類のサービスを利用しているかを調べてみました。もっとも多いのが訪問介護事業です。これは大体85パーセントに達していますが、日本の方から見れば意外かもしれません。なぜかという、日本では訪問介護が4割っていないからです。日本での在宅介護サービスの利用率は4割を切っています。

またデイサービスの利用が日本ではとても高くなっています。韓国では逆に訪問介護事業が9割近くになっている。なぜだろうと考えたのですけれども、韓国ではまだデイサービスが普及していないのです。ひとつの原因として今の報酬では非営利でなければデイサービスが経営できないということがあります。

訪問介護は事務所さえあれば、誰でも初期費用なしで始められますが、デイサービスは相当広い場所とさまざまな設備が必要なので、個人と民間企業ではお金を工面できない。今の介護保険の報酬では運営できないのです。絶対運営できない報酬体系になっているの

で、韓国のデイサービスはほぼ 100 パーセント非営利団体によって運営されています。それらは社会福祉法人、医療法人などです。報酬が改正されない限り、一般企業あるいは個人がデイサービスセンターに参入するのは難しいと思っております。

日本では数多くのデイサービスセンターがあります。去年北海道に行って講義を受けたとき、「なぜ日本ではデイサービスセンターが普及していて在宅より利用者が多いのか」と質問しました。「それはケアマネージャーさんのせいだ」とのことでした。

ケアマネージャーさんがケアプランをつくる時に一番お勧めしやすいメニューがデイサービスだといいます。「本人以上に家族が喜ぶ」と。デイサービスを選択するのは本人以上に家族の影響があるし、ケアマネージャーさんからみても「一番勧めて喜んでもらえるメニューなので」という話がありました。

またデイサービスセンターの人件費というのは 5 割から 6 割だ。そうすると相当利益を出せる経営ができる。そういうところが今の日本のデイサービスセンターだと聞いて、韓国とは全然違うと思いました。今の報酬では赤字になりますから。

私たちも訪問介護と訪問事業だけやっていて、利用者の中に「デイサービスを使いたい」というニーズを持っている方がいたとき悩むのです。デイサービスにつなぐと自分達の訪問介護なり訪問入浴サービスが減るので、利用者のニーズを知っていても積極的につなげられないのが現実です。私としてはデイサービスセンターを持って、そこで利用者のニーズに合わせていきたいと思うところです。小さくともデイサービスセンターを持った方が、利用者のためにも、私たちのためにもいいと思っております。

施設と事業所の状況

次は、施設と事業所の状況です。現在、在宅と入所施設を合わせると約 1 万 5 千箇所です。うち施設が 3 割位で、在宅の方が 7 割となっていて、利用者ともたちよっと違います。これは施設の事業所の方なので。

施設の規模でいうと、定員 10 人未満の施設が大体 35.6 パーセント、定員 10 人から 30 人の施設が 28.6 パーセントというように、定員が少ない施設が多い。利用者の数と施設の数を見ると過剰供給です。在宅の方も同様です。在宅の方も定員 10 人未満が 41 パーセント、定員 20 人までのところを入れると 63 パーセントに上ります。利用者数に比べて、事業所なり施設がとても多いことが課題だと思います。

なぜ課題かという利用者確保が難しい。施設や事業所を運営していくためにどうすればいいかを考えた時、そこに悪い方法なり、不正なり、不当な行為が付いてくる。そういう構造があるわけです。実際、それで取り消しになるなど行政処分もある。現場の人間

44 第4章 日韓介護保険制度研究 - 老人長期療養保険制度のこの一年

からみれば、この供給過剰を解決するためにどうしたらよいか常問題です。国が全て悪いわけでもないし、事業所が100パーセント悪いわけでもない。その辺の整理はとても難しいと考えております。

続きまして、この1年間にどういうことになったのか説明させていただきます。1つは最近国が発表したもので、利用者の拡大です。先程の介護度1、2、3の、一番軽度の介護度3の利用者を拡大する政策として、今まで介護度3は認定点数が55から75までだったのですが、その55を2点引き下げて53点から介護度3に認定されるようになりました。

そうすると、統計的には大体2万4千人が該当するのですが、現場では増えたという実感がまったくありません。公団としては、2万4千人だからやり応えがあるかもしれないのですが、2万4千人に対して全国に事業所が1万5千箇所ですから「1事業所当たり1人か2人」という感じなのです。保険者である公団は積極的に公報するのですが、それ位のことでは利用者が増えるかといえば疑わしい。

先程申し上げましたように、現場ではもう少し利用者を増やした方がいいという考えがあります。それは予防のためです。日本では介護給付だけでなく予防給付もあります。韓国でも予防の大切さはわかっているのです。韓国の厚生省の方たちも公団の方たちも日本をみていて、何十回も日本に来ているので、予防の大切さは充分知っている。でもそれを政策として、制度として作るのはとても大変です。お金も相当かかります。

でも現場からみれば、重度になって生活できない状態になって、そこから認定を受けるのがとても残念だと思うのです。例えば介護度4などの段階を設定して、もう少し早い段階で日本でいう予防みたいなものがあれば良いと思います。介護度3になると生活が無理なのです。ですから2万4千人増ではなくて、もう少し根本的な解決策として介護度4を設けて、予防レベルでの支援ができればいいと思っています。

在宅事業所の評価

最近の動向の2番目が在宅事業所の評価です。日本の方にとっては意外かもしれませんが、日本でも内部評価とか第三者評価がありますが、それとは少し違うものです。在宅事業所評価というのは、保険者の国民健康保険公団が全国のすべての在宅事業所を一定の手法で評価するのです。それがちょうど来月から12月まで、9月、10月、11月、12月と4カ月評価するのです。

在宅サービスを提供している事業所は、義務として評価を受けることになっているのですが、評価結果で全国ランキングを付けるのです。A、B、C、D、Eとランクづけて、

A評価に対してはいろいろな加算があって、一番下のEについては厳しく指導が入る。事業所には本当に大変なことです。

普段のサービスを提供することが一番大事なことです、2年に1回、この評価期間になると全国の在宅事業所が何ヵ月もかけてそればかり用意する。現場からみると「本当に必要なのか?」と疑問です。なぜかという、介護保険が始まってまだ5年目で、全然落着いていない。事業所が高い評価を受けるレベルに達していないと思うのです。

自分たちが仕事していて、本当に評価していただきたいという気持ちになっていない。仕事の中身も公団が提示する手法とは全然違う。国全体でみた時に、このレベルの評価というのはまだまだ先のことではないかと思います。公団が何を意図してこれほど厳しい評価をするのか、とても疑問です。

家族ヘルパー制度

3番目は家族ヘルパーです。家族ヘルパーといっても日本にない制度なので、理解が難しいかもしれません。

国民健康保険公団から、「日本の家族ヘルパー制度を調べてほしい」と言われて、去年調べました。それで公団で職員らに日本の家族ヘルパーについて報告したのです。私が調べたところでは、日本はかなり厳しい条件でやっております。全部は覚えていないのですが5つ条件があります。

基本的に家族ヘルパーというのは、家族の一員がヘルパーの資格を取る、家族の一員が認定を受ける。そうすると家族でありながらヘルパーとして仕事をする、事業所から報酬として給料をもらう。それが家族ヘルパーです。日本でも認められますが統計としては0.4パーセントで非常に少ない。どういう時に認められるかという、家族だけでなく他人の介護を5割以上やることとなっています。他人の介護を5割以上やっている場合に限り、自分の家族を介護する時に認められるのです。韓国とまったく違います。

それ以外にも条件がたくさんあります。例えば地域に民間なり公的なサービスがないとか。でもサービスがない地域はほとんどありませんから、その時点で適用可能な地域がかなり限定される。日本でも市町村は、「家族ヘルパーを認めてくれ」と、厚生省に提案したようですけれども、厚生省としては家族ヘルパーを認めると市場がうまく回らないとか、インフラの整備が大変だということで認めていないのです。

韓国はどういう議論を経て5年前に家族ヘルパーを認めたのか、その辺はまったくわかりません。資料がないのです。

去年、この家族ヘルパー制度が大幅に変わりました。なぜ変わったかという、5年前

46 第4章 日韓介護保険制度研究 - 老人長期療養保険制度のこの一年

に家族ヘルパーを認めた時には、5年後の状況がこのようになっているとは想像もつかなかった。5年前は「家族ヘルパーを認めてもいいんじゃないの」と国会議員が提出して、「自分の家族のことで大変なのに、ヘルパーの資格を取って他のところに行ってお金を稼ぐのは変だ。だから家族ヘルパーを認めよう」というところから始まったんです。

それから4年経って、去年の8月に大幅に制度が改正されました。4年経ったら家族ヘルパー制度が5割を超えたのです。訪問介護利用の5割以上が家族ヘルパーでした。国はそこまで予期していなかったと思います。もちろん良いところはあります。韓国は親を大事にする、家族を大事にする国だ。儒教の精神があるから家族ヘルパーを認めてもいいという考えがありましたが、逆に悪いところが出ました。

それは何かというと、家族なのでヘルパーとしての自覚がない。同居だと一緒に生活しながら面倒をみるのですが、別居の場合は1日最大4時間まで介護できるのに介護に行かないんです。全国的にそういう状況がありまして、国としては「これは機能していないから縮小するなり、廃止するしかない」と判断し、去年8月に大幅に家族ヘルパーのサービスを減らしました。

今まで半分位に減らして、同居でも別居でも1日1時間しか認めてくれません。それも毎日ではなく、月20日までです。家族からみれば、本当に残念な改訂です。仕事を辞めて親を介護する人もいて、そういう人にとって改正前はとても良かったのですが、今は毎日介護しても1日1時間、月に20日しか認めてもらえない。その辺は良い制度を活用できなかった責任もあります。

そうするとどういう現象が起こるかということ、今まで家族に介護されていた人が施設に流れていく。それが一番心配です。今までは家族で介護すると月4万円とか3万円もらえたのに今は1万しかもらえない。そうすると「お金なんていいや、施設に入所してもらおう」と思ってしまう。4万円位であれば「親だから、配偶者だから、面倒みながら生活費としてもらえていいんじゃないの」と思っていたのが、1万円になると「1万円もらってこんな大変なこと、もういいや」と簡単に諦めます。

国が家族ヘルパー制度を縮小すると、施設の入所につながるのではないかと心配です。私たちの利用者の5割以上が家族ヘルパーで、彼等の生活をみていますが、本当に苦しい中まじめに介護をやっていて、もう少し報酬がもらえたらいい暮らしができるのにとっても残念です。

これから家族ヘルパーがどうなるのか心配です。家族ヘルパーに報酬を渡してくれ、5年後にどうなるか国として計画を出してくれと。そこが一番もどかしいところです。国が10年後の計画を出してくれれば、それに合わせて私たちも運営できるのですけれども、その辺の見通しがまったくつかない。いつも国には計画を提示してくれれば家族も事業所の

私たちも、もう少し計画を立てて仕事できると言っているのですが、まったく情報がありません。

ケアマネジメントの重要性

ほぼ最後になりますが、日本の介護保険と韓国の介護保険の違いはケアマネジメントにあります。日本の介護保険の目玉は、ケアマネジメントだと思います。韓国に介護保険を導入する時、このケアマネジメントはとても難しい問題でした。最初、日本のようにケアマネジメントを導入しようとして、モデル事業をやりました。1次モデル事業、2次モデル事業をやって、その時に、韓国の厚生省の方が日本のケアマネジメントに興味を持って大勢視察に来ました。

一番の興味は財政をどうするかです。財政は保険にしようと思いましたが、次は人材養成をどうするのか。その次は、ケアマネジメントだったと思います。ケアマネジメントをどうするのかといった時に、一方ではモデル事業をやって韓国的なケアマネジメントをつくってみよう。他方で、何度も日本の厚生省や市町村に出張して来て、日本のケアマネジメントが韓国でできるのか検討したのですが、最終的にケアマネジメントを導入しませんでした。

導入しなかった一番の理由は、日本のケアマネジメント制度のマイナス面が大きく作用したのではないかと。それはケアマネージャーが事業所に所属することです。そうすると事業所の経営なり運営のためにケアマネージャーが利用者にサービスを過剰提供する恐れがあり、ケアマネージャーの公平性とか中立性が確保できるかどうか懸念されました。日本のケアマネジメント制度をそのまま導入していたら、韓国の介護保険はだめになっていたかもしれません。

でも導入しなかったのも、韓国では介護の質が課題になっています。日本のようなケアマネージャーがいなくて、「認定を受けても誰がケアプランをつくるのか？」という問題があります。保険者である公団が調査して認定が出ると、まずスタンダードケアプランを保険者のところでつくるのですが、真に利用者のためのケアプランにはならないのです。

そこには、どのようなケアプランをつくったら財政の節約になるのかということが絡んできます。保険者なんだから当然です。利用者や事業所としては、どうしても限度額いっぱい使ってほしいと願うものなので、その調節がすごく難しいです。仕組みとしては、公団がスタンダードケアプランをつくって、それをもとに事業所がサービスを提供するのですが、日本のように限度額があります。今は限度額まで使えますが、公団としては自分たちがつくったケアプランを限度額として設定したい思惑があるので、今後どうなるかわ

かりません。

事業所を運営している私たちからみれば、「認定調査時に1時間位利用者を面接してつくるケアプランが、本当にケアプランなのか？」という疑問があります。この問題を解決するために、いち早くケアマネージャーを養成すべきだと思います。国は「ケアマネージャーの国家資格をつくらない」という方針を文書としては出してないのですが、立場としてはつくらないとのこと。

現場からみればケアマネージャーは必要だし、ケアマネジメントできる人を養成する必要があるので、ケアマネージャー協会を作ってケアマネージャーを養成しています。私たちがたまたまそこに携わっています。今、第1回のケアマネージャー養成をしていて、これから民間レベルでケアマネージャーを養成して、将来的にこれが国家資格になるまでがんばりましょうということで、協会ができたのが2カ月前です。これから楽しみです、大変とも思っております。

ヘルパーの問題

最後にヘルパーの問題を少し申し上げたいと思います。ヘルパーの資格を取った人は百万人以上います。ここ4年～5年で百万人以上ですが、実際に現場で仕事している人は35万人位です。正確にはわかりませんが、「百万人以上、資格を取った人がいるのにヘルパーが不足するのはおかしい」という意見もあります。資格を取ったからそういう仕事をするかというとは全然違うのです。現状はヘルパーが足りなくて、現場は大変です。

なぜ足りないかというと、資格を取って1回仕事してみたら、「思った仕事と違うじゃないか」みたいなところがありまして、その辺の問題をどうするのが大きな課題です。他の産業と比べて時給が低いかというと、そうでもないのですが、やはり仕事の大変さでしょうか。今も人材不足は大変ですが今後どうなるか。これから高齢化が進むなか、人材養成が間に合うかという心配はとてもあります。

韓国の厚生省が、今後の高齢者の伸びに合わせて人材養成をどうするのか、とても気になっています。移民労働のこともあわせて真剣に議論していかなければならないと思います。今、外国人労働者のヘルパーは割と少ないのですが、病院で看病する人の5割が中国の朝鮮族です。幸い言葉が通じることもあって、他の外国人よりは仕事しやすい状況だと思うし、彼女たちの故郷もほぼ韓国です。だが介護は言語だけの問題ではなくて文化も重要なので、看病する人の5割以上が朝鮮族になると、介護にも影響するのではないかと思います。その辺の政策があるかといえば疑問です。

2008年度に介護保険がスタートして、今年5年目になります。施設を開設する条件の

中に、社会福祉士とか看護師がいることというのがありますが、ヘルパーの場合は5年経歴があると施設なり在宅事業所を自分で開設できるのです。それがちょうど今年です。そうすると5年間経歴を積んだ優秀なヘルパーの中から、「わたしも事業所をやりたい」「持ちたい」という方が相当数出てくると思います。

先程述べた供給過剰の問題も含めて、ヘルパーさんの経歴をどのように管理していくのか。例えば1年目のヘルパーさんと、5年目～6年目のヘルパーさんとを同じく扱うのか。5年の経歴がある人は開設できるといった時に、その5年の基準というのは何なのか。そこはこれから国が提示してくれると思うのですが、ヘルパーの職も含めて報酬をどうするのか。その辺りがこの制度を維持するのに根本的な課題であると思います。

この辺で報告を終わらせていただきます。

事業所の設置基準

質問者 A 介護保険事業所の管理者です。療養病院を転換するところの話をもう少し説明していただけますか？保険料引き上げの可能性とありますが、そのときの社会的補助のあり方と、それから「社会的合意を得た」といった場合に、合意形成する主体とはどのような立場があつて、合意形成プロセスとしてはどのようなイメージをお持ちなのか。具体的になところを教えてください。

それから、ヘルパーさんが5年務めたら事業所を開設できるというお話しでしたけれど、最初のご説明では個人でも法人でも開業できるというお話しだったと思います。とするとヘルパー業務歴1年の人が開業できない、事業所が持てないのは何か制約があるのでしょうか。

崔 それは設置基準があります。ヘルパー歴1年の人が開設したければ社会福祉士、看護師を雇えばいいのです。でも経験5年となると、雇わずに一人で開設できるようになります。

法人より個人の方がかなり多いです。うちの地元も、人口50万人位ですけれども、介護保険事業所は55箇所あります。その55箇所の中で、社会福祉法人は3カ所か、4カ所位しかないのです。すると全体の9割は個人経営ということになります。個人と法人は現場でやってみるとあまり違いはありません。法人も民間の会社では小さい規模なので、個人経営に近い企業かと思います。

社会的合意

社会的合意については、とても難しいところです。韓国が2008年度に介護保険を導入

50 第4章 日韓介護保険制度研究 - 老人長期療養保険制度のこの一年

する時に、一番の心配だったことの1つです。それは、保険にしようと思った時に、税金ではなくて保険なので保険料を徴収する。そうすると韓国の全国で、特に農村漁村までサービス提供機関が出向できるのか。日本の社協みたいなものがないので大変なのです。

韓国はそれまで社会福祉は個人しかなく、社会福祉法人がとても少なかった。それが介護保険、社会保険で導入しようとした時に一番怖かったのはインフラです、在宅として。韓国政府は、全国を回りながら公聴会をしました。それはひとつには「介護保険を導入します」という公報活動だったのですけれども、もう1つの目的は民間に積極的に参入してもらうことでした。

民間に積極的に参入してもらうためには、国が何か出さなければならない。赤字を出してまで介護保険事業をやりたい人はいないから。その時国が出したのが、「これ位の利用者を確保すればこれ位の利益が出ます」、それが一番目玉だったのです。それが韓国の状況と合ったのです。そのとき韓国は、1つは失業、1つは定年、あと自営者の転職。そういう状況だったので、昨日まで違う仕事をしていたいろんな人が転職をしたわけです。

ですから今の供給過剰の問題は、半分は国に責任があると思います。「誘ったのは国だ」と言いたいのです。ところが国は「資本主義だ、自己責任だ」といいます。最終的に責任は誰が持つのか、とても難しいと思います。それ以前に、少しでも安定した経営ができる制度設計になっているのかということからスタートしないと、議論にならないと思います。

私が言っている社会的合意とは、社会保障の中で、国民が多額の税金を払って良いレベルの補償を得るのか、それとも税金を下げて少し低いレベルの補償をもらうのか。もらうことこそ社会的合意だと思うのです。韓国は国に対する信頼、信用、あと国民年金の問題があつて、「たくさん払いますから老後になったらたくさん良い補償をしていただきたい」ということができないのです。

国民からも事業所からも、「利用者を増やしてください」と言った時に、「では保険料はこれ位負担してもらいます」というのは、ある程度社会的合意ができると思います。その時の主体として、国民は難しいと思います。私たちの事業所が社会的合意を形成する中で1つの役割を果たすこともできると思うのですが、あまり出過ぎると自分達の経営が全面に出るので好ましくありません。

市町村の役割

質問者 A 公団というのは国だと思うのですが、最初の方で「地方自治体は財政力が弱い」というお話でしたけれど、日本でいう地方自治体や地方議会など、そういったとこ

ろはこういう議論に入ってこないのですか。

崔 私の専攻は地域福祉です。今の事業をやりながら地域福祉の視点からみると、とても残念なシステムです。なぜかという、連続性から見た時に、老人福祉は市町村がやって、介護保険は国民健康保険公団がやって、それらが対立するところをどうするのか。

一番の課題は、それらをどのように連携させるか。陰の問題は市町村の役割がないことです。公団としては市町村に力を入れてほしいのですけれども、市町村はそれどころではない。介護保険は公団の役割だと思っている。両者が仲良くいかないと、老人福祉が連続できないのですけれども、地域でみると公団と自治体がうまくいっていないところがありまして、市町村は介護保険にお金を出したくない。でも公団は、もう少し市町村に積極的になってほしいのです。

研究者の何人かは、介護保険で市町村の役割をどうするのかというのは、「お金しかない」と言っています。今は市町村が、生活保護者の保険料と自己負担金を払っているのですけれども、「今より何十倍市町村がお金を出したら、役割を果たすだろう」という。その辺は多分、あり得ると思います。お金を出していないから、役割としては事業所の指導監督位で、他人事だと思っているところがあります。

介護施設の経営

質問者 B 介護保険のことを伺います。税金は国から 2 割位の負担ですか。

崔 はい、保険収入の 2 割以内です。

質問者 B 日本と比べると物凄く低くないですか。

崔 日本は保険と言いながら、いろいろところで税金が入る。それと比べると全然違うのです。

質問者 A 最初の方で、施設事業所の規模を話していただいて、50 人以上の施設が少ないとのことでしたが、あまり想像できません。例えば 50 人とか 70 人位の規模の施設というのは、どういう性格のものなのでしょうか。日本だと老健とか特養とか。こんなビルがあって、そこに大勢人が入っているイメージなのですが。

崔 同じ感じですが。韓国に老健はありません。日本の老健について韓国の厚生省も 2 回～3 回日本に視察に来ましたが、老健をつくることについては否定的でした。韓国の厚生省で検討したところ、「韓国では老健はいらない」という結論になりました。韓国では特養だと思っていただければよいかと思います。特養の中でも重度の特養と、専門の特養と、軽度の特養というふうに分かれていると考えていただければよいかと思います。グループホームも施設に入ります。

定員で分けて、定員10人未満9人までがグループホームで、10人以上は入所施設という言い方をします。そうすると小規模の方が多いということなのです。グループホームか小規模の方が多い。経営からみれば、今の報酬では30人未満は厳しいという統計になっています。少なくとも30人以上にならないと経営が厳しいです。

質問者 C 大きな、例えば70人以上収容している施設の経営母体はどういうところですか？病院ですか。

崔 介護保険の前はほとんど社会福祉法人でしたが、介護保険を導入してからは、7割位が個人です。個人が参入するという事は、小規模から入るということです。そこは10人か、15人か、20人。そういう施設がたくさんあるので、倫理的なことに関心がない人たちが開設しやすい。少しのお金があれば開設できるところが大きな問題だと思います。

50人、70人位の規模の企業法人なり社会福祉法人、医療法人がやっているところは、まだいいと思うのです。個人がやっている10人から20人の間の小規模のところは5割以上なので、ここが難しいところです。個人がやっているからといって、全てが悪いわけではないけれど、個人というのは利益を出したいというのが出発なので、出せるのかという疑問があります。個人がやっている50人以上、70人以上の施設もあると思いますが、その辺は法人じゃないと難しいところです。

介護保険制度の理念

質問者 D 高齢化に伴うさまざまな問題はまだこれからという状況で、介護保険料も高くないですし、進むべき方向性も明確でないなかで、介護を税金でやるのか保険でやるのか議論した末に、保険に決めた理由はどのようなことでしょうか。

それから介護保険の理念は何だったのか。日本の場合は、介護の社会化が大きなテーマだった。韓国は儒教の思想が強いので、そういうところから家族ヘルパーのような、韓国特有の制度ができないのかなと思いました。それが韓国の美徳で、それと家庭とがうまくかみ合っていけば、家族ヘルパー制度も決して悪くないと思います。今まさに悪いところと指摘された点は、日本において最初に議論されたことで、家族にお金を渡しても介護しないことが懸念された。けれども年間にして2万円程度のものを渡すということはあるわけです。そもそも韓国が介護保険制度というものをつくったその理念はどこにあるのかということをお教えしてほしい。

崔 「税金でやる」か「社会保険でやる」という議論は、それほど長くなかったと思います。もちろん社会福祉関係者の中では、韓国では高齢者の年金というのはまったく手が尽くされていないので、これを保険でやるとしたら「どうやって保険料を払って、さらに

プランはどうか」という議論はあったのですけれども、税金でやるという状況ではなかったのです。

ドイツも日本も社会保険方式でやっていたので、韓国もその辺の悩みはあまりなかったと思います。最初から社会保険でやる、社会全体でやることは割とすんなり決まったと思います。日本の介護保険は、かなり現場で介護が大変になって、「なんとか介護の社会化をやりましょう」という声は何重にもなって、それが90年に議論になって、2000年にスタートしたのですけれども、韓国ではその辺は背景が違いまして、まだ高齢化率がとても低い時期だったので、介護の問題が社会問題になっていなかったのです。

それにも係わらずスタートできたのは、上からの働きかけがあったからです。大統領の一言です。2001年だから多分2000年の介護保険の影響があったのでしょうか。2001年度に大統領がある演説の中で、「私たちも老人介護をスタートしましょう」と言ったのがきっかけだったので、日本とは背景が異なると思います。意見書の中で、「月々払えるんじゃないかな」という意見がかなり多かったのも、現場の介護の問題がそれほど深刻になっていなかったからと言えるのではないのでしょうか。

でも今思うと、老人自殺率が世界一ということは、理想と矛盾することが多いのです。なぜ家族・親を一番大事にする儒教の国が、世界中で自殺率1位になるのかを考えますと、そこには経済的な問題が出てくるのです。貧困と失業の問題が重なりまして、世界経済11位~12位と言っても貧富の格差はすごくあります。

例えば今の80歳代の高齢者は、自分の老後がこうなるとは、30年前に思っていなかったのです。子供を大勢育てて、老後は子供に面倒みてもらえるだろうと思っていたのですけれども、その子供が失業状態にあるので、親の面倒をみられないのです。そこから、親は介護で子供に経済的迷惑をかけたくない、また自分が惨めな老後を過ごすことに対する喪失感。そういうことが複合的に絡み合っただけで自殺率をここまで押し上げて来たと思うのです。時期は早かったのですが、介護保険は自殺率を下げる意味があると思うし、今になってようやく介護の社会化はとても良い制度だという声も聞かれるようになりました。在宅介護の大変さはとても深刻です。

質問者 D そうすると、経済政策によって大企業を育てて、それを国力として考えていくという政策があって、そのひずみをどうしようか。そういう形で介護保険がスタートしたという側面があるのでしょうか。

崔 医療保険の療養病院がものすごく増えてきたので、その長期入院をどうするのか、医療保険の財政問題もかなり影響したと思います。韓国は国民健康保険、医療保険の財政問題が深刻なのです。そこに療養病院が絡んでくる。根本的には医療保険の財政をどうするのかということであったと思います。

54 第4章 日韓介護保険制度研究 - 老人長期療養保険制度のこの一年

森山 治 ちなみに医療保険は一元化されたのですか。

崔 そうです。それまで、医療保険は組合がたくさんあったのです。公務員とか、教職員の組合、それから自営者の組合、オモニの組合とか、船に乗る人の組合とか、たくさんあったのですけれども、それらが全国一律一元化されたのです。そういう医療保険の一元化は世界的にみても珍しいことだと言われております。その一元化もなかなか大変だったのです。お金を積み上げてきた組合は当然反対しますし。でも農村とか漁村の人たちのことを考えると、やはり一元化は合っているだろうということで、時間がかかりましたが、最終的に医療保険は一元化されました。

第5章

韓国における高齢者介護現場への情報機器の導入

沈 明淑 (KTCS 訪問介護麻浦センターチーム長)

在宅サービス自動請求システム

沈 高齢者介護現場への情報機器の導入ということで、今日は在宅サービス自動請求システムと高齢者入所施設内の見守りカメラについてお話ししたいと思います。

まず、在宅サービス自動請求システムですが、これは去年(2011年)3月にスタートした事業です。「請求とか審査業務の簡素化」が目的ですが、背景としては事業所の不正請求を防止することが挙げられます。これは携帯電話でQRコードを読み込んで転送する技術を応用しており、サービス開始時刻と終了時刻、およびサービス内容を事業所と公団に転送して、リアルタイムに情報を確認できるシステムです。

2010年3月にモデル事業が始まって、2011年の3月から本格的な事業が始まりました。うちの事業所はその後9月から本格的に事業を始めて、うちも参入してやっています。この事業は自由参加ですが、ソウルでは90パーセント以上の事業所が参入しています。その中で、ケアワーカー療養法人というのですけれども、ケアワーカーの転送率は60パーセント強位です。

技術的な問題があって、スマートフォンでは転送できません。QRコードを読み取って転送した後、スマートフォンに履歴が残っていて、他の場所でそれを送れるそうです。そ

うという問題が解決できないので、スマートフォンは使えない状況です。韓国の場合、約6割がスマートフォンなので、ケアワーカーの転送率は下がり続けるのではないかと考えております。

事業範囲は主に在宅です。在宅介護と在宅看護、また入浴です。先ほどサービス内容を送ると言いましたが、それまではサービスを提供した後、記録をつけることになっていたのですが、システム導入後は記録はいらなくなりました。転送する時点でサービス内容、例えば「身体以外の何分」「サービス延長何分」というのが入力されるので、記録をつける必要はなくなりました。

転送に必要な機器を説明させていただきますと、まずケアワーカーの持っている携帯電話を公団に登録します。それからリーダーキーという機器がありまして、それを使って利用者さん宅にあるQRコードを読み取ります。ストラップみたいな感じになっているのですが、それを携帯電話に差し込んでQRコードの情報を読み取るのです。そのリーダーキーは1個2万8千ウォンで、事業所が購入して、ケアワーカーに配ります。

購入は事業所負担ですが、採用率を上げるために、最初のうちは公団が半額支援してくれました。私たちの事業所は1万4千ウォンで買ったのです。あと、TEMというQRコードが入っているカードがありまして、これは公団が管理しており、事業所が公団に申し込むと利用者さんのお家にこのカードを貼り付けてくれます。ケアワーカーが読み取り機を持って行って、そこから送る仕組みです。

この事業に参加すると、いくつかのインセンティブが付くのです。介護報酬を請求したら支給されるまで1ヵ月位かかっていたのですが、これに参入する事業所に対しては15日、ほぼ2週間以内に支給されるので、これは大変助かると思って使っています。

不正請求を防止するためにこのシステムが始まったわけです。以前はモニタリングといって、公団が利用者さん宅に電話して、本当にケアワーカーがその時間に仕事をしているかどうかを確認していました。実際にその都度電話していたのです。しかし、このシステムが導入されてからは、転送する家に電話モニタリングしないことになりました。そのことがインセンティブの項目に入っています。記録は確実に簡素化されました。

この事業を始めた当初、結構ケアワーカーから反発がありました。特にうちの事業所は家族ヘルパーが多くて、その中に高齢の方も多く、機械に対して拒否感があるらしく、「無理、無理」というすごい反発があったのですが、割と簡単な操作で送れるので、操作に慣れてからは、いちいち記録をつけなくてもいいというメリットが生きてきて、今は皆「これ楽だね」というような感想を持っています。

いくつかの課題がありまして、このシステムを悪用する事業所が増え始めました。携帯電話をケアワーカー名義でもう1台買って、それを利用者宅に置いておく。そして、利用

者さんと共謀して、利用者さんにデータを転送してもらう。カメラが付いているわけではないので、そういった不正をチェックできない。そういうことがあって、この事業がこれからどうなるかはわかりません。いつ中止になってもおかしくない状況です。

裏話ですが、このモデル事業を始める時は、QRコードを携帯で読む方式ではなくて指紋認識方式だったのです。それに対して「人権侵害だ」という議論があったため、いったん中止にして、最終的にQRコードを読み取る形になったのです。国の機関で、国家人権委員会というのがありまして、そこから指紋認証方式は「ケアワーカーの人権侵害だ」という勧告がありました。それで公団は急いでケアワーカーの同意書をもらったりといったこともありました。

見守りカメラ

沈 次は見守りカメラですけれども、研究論文などはレビューできず、電話インタビューという形で現場の情報をとりました。韓国では2008年度から介護保険が実施されたのですけれども、入所施設の方から聞いた話では、介護保険がスタートした後、急速に見守りカメラの設置が増えてきたそうです。背景としては、措置制度から契約制度に変わって以来、家族からの苦情がすごく増えてきたということがあります。

賠償保険というのがありまして、2年前からケアワーカーの加入が義務化されました。加入しないと減算されます。写真を証拠として提示すると簡単に保険料が取れるようになりました。以上二点がカメラ設置が増加した原因ではないかと言っていました。

今回電話インタビューした施設は7箇所です。その中で5箇所がカメラを設置していて、2箇所が設置していませんでした。カメラを設置している施設にインタビューした内容ですけれども、6項目について質問し、得られた答を整理しました。

まず設置場所についてです。主に出入口とカリビングルーム、廊下が多かったです。あとカメラを設置している5箇所の中で2つの施設では、利用者さんのお部屋にカメラを設置していて驚きました。この2箇所の中で、自分が諮問委員として関わっている施設があるのですけれども、5月の会議に出た時、「利用者さんのお部屋にカメラを設置するかどうか」が議題となり、諮問委員4人の中で2人が反対し、2人が許諾しました。その後何の報告もないので、問い合わせたら、「すでに設置した」という返事でした。それからお庭や玄関の門の外など、施設周辺にカメラを付けている施設もありました。

カメラの活用方法ですが、主に24時間ヘルパーステーションで見られる状況で利用していました。お部屋に設置したカメラで撮った映像は普段は見られないようにして録画のみしておき、必要な時だけ見るようにしているところがありました。

カメラ利用に関する原則を制定しているところもありました。例えば、職員以外は見ないとか、職員は自由に見られるけれども、それ以外は家族であってもすぐには開示せず、要求されたら会議を開いて相談するというところもありました。録画や再生に関する権限は、施設長とケア課長だけに与えている施設もありました。

設置の目的ですけれども、1番多かったのが「事故原因の把握」でした。誰もいないところで事故があった場合、いつ、どうやって事故が起きたのかわからないので、「事故原因を把握するために」設置しているという答えが多い。それから「職員の虐待防止のために」「利用者さんの転倒や、部屋で利用者さん同士のトラブルがあった時、迅速に対応するために」と答えた施設もありました。

ほかに「職員の様子を観察するために設置している」という回答があつて驚きました。「効果はありますか」と聞いたら、「居眠りする職員がいなくなった」という。利用者さんの隣に座って居眠りする職員がたまにいたけれども、そういうのが無くなったという報告がありました。それから「人手が足りないところを少しでも埋めるために」という理由が挙げられていました。

カメラを設置した効果ですが「事故原因の把握に一番効果があつた」ということです。それが次のこととつながるのですが、「原因が把握できるので、ケアや環境の改善につながる」と言っていました。これは、部屋で一人で転んだりする利用者さんがいる場合、転んだ状況をカメラで把握するということです。

実例ですが、車イスに乗ってトイレに入ろうとした時に転倒した利用者さんがいた。映像を見たら、トイレの中まで車イスで入らずに、ドアの外で立ち上がり歩こうとして転んだことがわかった。それ以降、トイレのドアを開けたままにして、「トイレの中まで車イスで入ってから立ち上がりなさい」と常に説明するようにして、転倒防止につなげているという回答もありました。

また「事故やトラブルがあつた時、迅速に対応できるのはとても大きい効果だ」との回答がありました。「目の届かないところにカメラがあるので、とりあえず安心できる」という答えもありました。

カメラを付けたことによるデメリットはありますかと聞いたら、「利用者さんと職員の人権の話」と言っていました。「人権侵害になるのではないかと常に悩んでいる」という答えもありました。また、「カメラに頼り過ぎて見守りがおろそかになる場合もあつた」という答えもありました。例えば、定期的に夜間巡回しなければならない決まりなのに、事務所でカメラを見つめて巡回しないということがあつて、「機械は良いところもあるが、人を安心させて過ぎてケアに穴ができてしまうことがある」と言っていました。

その他の意見としては、家族とのトラブルとか賠償金請求の時です。やはり文字記録よ

りはカメラ映像が参考になりやすいところがあって、「カメラは絶対必要」という答えがありました。利用者さんと職員の人権侵害で常に悩んでいるけど、やはり「安全のためにカメラは絶対必要だ。これからもずっと付けていく」という答えが多かったです。

他方、設置していない施設に理由を聞いたら、「なぜカメラを付けなくてはいけないのですか」と聞かれたところもある。「全然必要性を感じないから」とか、18人の利用者さんが入所している小さい施設では、「費用の問題が大きいのでカメラは設置しない」という答えもありました。また、「録りたい場面より録りたくない場面が多く、非効率的なので付けない」と言っていました。「録りたくない場面とはどのような場面ですか」と聞いたところ、オムツ交換だとか、着替えだとか、「利用者さんにとって、録られたくない場面が多々あるので付けたくない」という施設長がいました。

今韓国は、街中がカメラだらけと言っても過言ではないほど、カメラが流行っています。街角だとか、学校、病室など。学校は校内暴力防止のために設置する。公共施設など、あらゆるところにカメラが付いています。なぜかというと、犯罪予防になるとか、犯罪が起きた時、犯人を逮捕するのに大変カメラが役に立っているという事実があるからです。カメラ設置について、学校だとか公共施設での人権侵害であるといつて議論になったりするのはすけれども、今回のインタビューでは、「高齢者施設については人権より先に安全重視という考えが圧倒的に高いのではないか」という感想がありました。

人権の問題で悩んでいる施設長に、人権について質問したら怒りだして「ケアに自信がなければカメラを付けたとは言えません」という。「うちはケアに自信があるから」と、逆にケアの質の問題で言い返されました。

他に「職員の人権問題だ」というところもありまして、利用者さんを録る目的であっても、ケアワーカーも一緒に録られることになる。それで職員から「これは職員の人権侵害だ」と反発があったようですが、「あなたたちを監視するためではなく、利用者さんのために付ける」と説明したところ納得してくれたそうです。カメラ設置については、人権意識はあまり高くないように感じました。

それで、カメラを付けることについて、「利用者さんの許可とか同意書とかもらっているのですか」という質問をしたら、「えっ、同意書？」という反応でした。施設内に掲示したり、家族に告知しているという施設はありましたが、本人の許可とか合意が必要という認識が施設にはありませんでした。逆に「日本はどうなっているのか教えてください」と聞かれました。

賠償請求

進行：毎年、韓国を訪問していますと、日本人より機械好きというか、新しいものを好むところがあるので、情報技術の導入が早いし、診療報酬の中のデジタル化もかなり進んでいるところがある。大変おもしろいインタビューをしていただきました。ここにご出席の先生方のご専門ですので、日本はどうなのかというところに関してお返事いただけますか。

藤波 7軒インタビューして5軒がカメラを使っているというのは、割合としてかなり高いと思います。日本ではまだほとんど使われていないので、圧倒的に韓国の方が利用が進んでいると思います。

家族とのトラブルがあつて、賠償保険とか請求があるというお話しでしたが、そういうことは日本であまり聞いたことがありません。どういうケースでそういうトラブルというか、訴訟が起きるのでしょうか。

沈 事故が起きて怪我をしたり。

藤波 転んだりとかですか。

沈 そうですね。怪我をしたりすると家族が、「施設の責任だ。あなたたちがきちんと見守っていないからこういうことになったのだ」といって賠償を請求したりする。実は入院などの医療費は保障できるそうですが、それ以外の精神的な損害訴訟を要求する場合があります。裁判までいくところもあるそうです。これからはそういうのがどんどん増えていくのではないかと皆予想していました。それが怖いので、余計に皆がカメラを導入しているのではないかと思います。

藤波 一番わかりやすい理由はそこだと思います。もちろん利用者さんが一番大事ですけど、実際に付けているのは施設の方ですから、施設にとって何か良いことがあるということ。そうすると、そういう訴訟の問題に対する予防線を張っているのかなという印象は受けました。

沈 家族とトラブルになった時、キーパーソンと話がつく時もあれば、今まで見たことのない家族が突然現われて過大な要求をする場合もあるそうです。解決まで1年、2年とかかかるらしく、頭を抱えている施設もあります。そういう事例が1例でもあれば、施設が「そういうことを回避するためにうちも何かやらなくてはいけない」という気持ちになるのも当たり前と思うのです。契約制度に転換してからそういうのが増えていて、施設としてはそういう機器に目がいったのかもしれない。

崔 おそらくそういうことは介護保険になってからひどくなったのです。介護保険が始まる前、税金で老人福祉をやっていた時は、事故があつても阿吽の呼吸で解決できていたの

ですが、介護保険が始まって本人が保険料を払うようになって以降、事故が起きたときの損害の意識が高くなったのです。施設を運営する側としては、解決方法を探さなければなりません。

沈 でも安全第一主義になって、個室にまでカメラを付けていることには私も驚きました。
質問者 A 家族の方の反応はないのでしょうか。特に契約時に利用者に説明はないとのことでしたので。

沈 カメラがあった方が家族も安心するようです。「転んだ時にすぐ対応するために、こういうものを付けています」と説明すると安心する。なぜ高齢者については人権意識が低いのがわかりました。

質問者 B 見守りカメラの話題からは外れますが、ケアワーカーが入る保険がありますね。賠償保険加入の義務化というのは、どこが保険者でしょうか。

沈 民間の保険会社です。事故が起こった時に医療費など保証してくれる民間の損害保険みたいなものです。

質問者 B その民間の保険会社に関して、公団が「ここのあれに入れ」といった指導をするのでしょうか。

沈 ありません。個人ではなく、事業所が保険会社を選んで入ります。保険が負担になっている施設もあるようです。1回～2回請求して、お金もらったら、その次から保険料が上って大変だそうです。でも2年前から強制になって、加入しないと減算になるのです。

崔 公団としては、そういう仕組みをとってもらわないと大変ではないですか。

森山 治 前半で崔さんにお話しいただいたように、小規模で零細のところが多いから、保険上こういった非合理的な、かなりの負担があります。それで利益が上がればいいですけども、そのところはどうか。

沈 うちの場合は、リーダーキーも賠償保険も全部事業所負担です。でも、それを全部ケアワーカーに負担させている事業所もあります。保険料を分けて、ケアワーカーが半分、事業所が半分負担するところもあるようです。

第6章

おわりに

6.1 まとめ

杉原 太郎 (北陸先端科学技術大学院大学知識科学研究科助教)

本報告書は、金沢大学と北陸先端科学技術大学院大学の研究者が中心になって開催しており、2012年7月7日と2012年8月26日に開かれた「社会福祉と情報処理」研究会の市民講座をまとめた原稿である。特に認知症介護における制度面の課題を整理した。

1章では、石川県保険医協会事務局長の工藤浩司氏に介護報酬から見た認知症介護の課題について説明し、2章では金沢大学大学院 人間社会環境研究科教授の森山治氏による「在宅福祉の村」長野県泰阜村の福祉サービスの実践例が報告している。3章には、これらの発表を受けて会場で行われた質疑応答がまとめている。4章では、KTCS 療養保護士教育院長の崔太子氏によって韓国の介護保険制度が解説され、5章では KTCS 訪問介護麻浦センターチーム長の沈明淑氏から韓国における情報機器の利用実態についての聞き取り調査結果が報告されている。

この一連の市民講座で扱われた内容は、国の資金（社会保障費）不足、またそれを埋め合わせるために採られることになった政策、地域におけるつながりのあり方など非常に幅広いものである。取り上げられた議題はいずれも重要であるが、介護保険制度が保険給付を抑制する仕組みを内に秘めたものであること、介護を受ける人の声を反映できる仕組みが弱いことに注目したい。

工藤氏は、給付が抑制される理由について、

1. サービス受給者は認定を受けなければならないこと

2. 認定されたレベル以上の給付、すなわちサービスは受けられない（上限が定められている）こと
3. サービス受給者が必ず1割負担をしなければならないこと
4. 介護保険給付と支払う保険料の水準が連動していること

の4点を挙げた。これらは、定められた枠以内で提供できるサービスを、いかにきちんと果たしたかによって報酬が受け取れることを意味する。手続きをしっかりと守ることは重要ではあるが、そればかりが強調されると現場での創意工夫は生まれにくい。情報技術や機械技術が持ち込まれたとしても、省力化の目的のみに用いられる可能性が高くなる。機械やソフトウェアが代行できる作業はそれらに任せて、人にできること（例えば、コミュニケーションを中心とした観察能力）を強化しようとしたとしても、それに対する対価が得られる仕組みはない。それがたとえ介護の本質を支える技術・技能であったとしても、である。同様に、観察能力強化や知識共有といった介護の知的労働を支援する技術を導入しようとしたとしても、それらに対する支援は現状期待しにくい。

2点目の、介護を受ける人の声を反映できる仕組みが弱いことも、重要な課題と考える。現状の制度は柔軟性が低いため、地域や個人の個別性に対応できていない。森山氏が紹介した泰阜村の事例では、高齢化の進む村で培われてきた共同体が制度の浸透とともに失われていった。この国には、気候や営み、考え方には各々の地方による違いがある。また、同じ地域に属していても、大都市、小都市、山村・漁村では、生活のしやすさや経済状況などに大きな違いがある。もちろん、各々の地域で暮らす個人には異なる生活史があり、価値観があり、家族がある。現状の制度は、このような個別性に十分配慮しているとは言いがたい。また、制度を策定するにあたり、当事者やそれに近い人びとの声が反映されているのかということにも疑問が残る。

工藤氏が提案した現物支給の考え方は、個別性への配慮という点で大いに賛同できる。必要な人に、必要なものやことを、必要なだけ支援できるようになれば、何より介護を必要とする人にとっての支えになるであろう。さらに、その中で機械やソフトウェアといった道具が活躍できる余地も生まれる。今後も追求して行きたいアイデアである。

この国は、支援を必要とする人が社会に影響を及ぼすほどの割合（2012年8月時点で、24.0%が65歳以上（総務省統計局、2013））に達しており、今後ますますこの状況は進むと予測されている。このように社会全体が高齢化した状況を、人類は経験したことがない。世界に先駆けて様々な問題に直面することになっているので、高齢者介護を取り巻く諸問題と技術との関係については手探りで検討を続けるしかない。本報告書では、主に制度面からの課題を検討したので、今回はこれらの問題において技術がどのように位置づけ

6.2 おわりに（締めにならないご挨拶）

65

られうるかについて研究を進めて行きたい。

その際、他国の状況と対照することで、課題を鮮明にする必要がある。今回取り上げた韓国も高齢化が進んでいる国の1つである。まだ日本ほど深刻化していないようであるが、それでも「5年前には想定していなかった」問題が発生しているとの報告があり、今後の動向には注目して行きたい。

この国は、世界のどこよりも高齢化した場所であると同時に、世界のどの国にも負けない技術を持った大学や企業を数多く抱えた場所でもある。従って、介護における課題に対して技術を導入することで、今までより良い介護を受けられる可能性がある。人生を仕舞う時期の当事者と支える人びとにとってよりよい環境を提供できるよう、技術と制度の両面の可能性を追求して行きたい。

6.2 おわりに（締めにならないご挨拶）

森山 治（金沢大学地域創造学類福祉マネジメントコース教授）

今年度の研究会を終えるにあたって簡単なまとめを綴らせていただきます。

3年目を迎えた「社会福祉と情報技術研究会」では、今年度2回の公開研究会を開催しました。1回目は石川県保険医協会から工藤事務局長をお招きし、介護報酬を主としたテーマで講演いただきました。2回目は韓国から崔さん（KTCS 療養保護士教育院長）、沈さん（KTCS 訪問介護麻浦センターチーム長）をお招きし、韓国の介護保険制度である「老人長期療養保険制度」及び「韓国における高齢者介護現場への情報機器の導入」について韓国での現状について講演いただきました。多忙な時間を割いて研究会へご協力いただきました皆様に、この場をお借りして改めてお礼を申し上げます。

この他、研究会では、金沢大学での勉強会を兼ねた打ち合わせ、年末には特定医療法人財団健和会医療福祉調査室（東京）への訪問調査等の活動をおこなってきました。

研究会の活動費用としては、今年度も両大学から「金沢大学と北陸先端科学技術大学院大学との教育研究活動経費」として補助をいただき、さらに研究会を母胎にして科研費「認知症高齢者介護支援技術の開発・導入における技術的・制度的課題の抽出」（基盤研究C、代表、杉原太郎）を得ることが出来、研究の継続と発展が可能となっています。

さて、今年一年の研究会をとおして、来年度の課題は何であるのかを、研究会の議論を踏まえたうえでではありますが、個人的な意見として以下に述べさせていただきます。

1. 介護労働における感情労働論からの脱却

感情労働 (emotional labor) とは、Hochschild.A.R らによって 1970 年代に考案された概念であり、「顧客の適切な精神状態を作り出すために、職務に応じた感情の維持と表現をおこなうことが要求される労働」と規定されています。(『現代社会学事典』弘文堂、2012)

しかし、介護労働の固有性を感情労働に求めることは、上野が批判(上野『ケアの社会学』太田出版、2011)するように、介護労働が正当な報酬とそれに見合う社会的評価を得られた労働であり、自らが選択して働く職業であれば感情労働と規定されても問題はありませんが、わが国の現状は必ずしもその様な状況とはなっていないことを考慮しなければなりません。感情労働論とは別にもっとふるくから、福祉分野で従事する労働を「慈善」や「奉仕」ととらえて、正当な報酬と評価が伴わない過剰な労働を要求する姿勢が 21 世紀においても残っていたり、それを利用して人件費を浮かす経営者もいないとはいえません。介護労働を感情労働のみでとらえることには危険性が含まれていることに注意しなければならぬと考えます。

一見かけ離れているようにもみえますが、情報技術の導入が介護労働に対してどのような影響をおよぼすのか、感情労働を含めて、労働論として改めて介護労働を整理する必要があると思います。

2. 情報技術の導入と介護の質

介護労働を、単純労働として「安価な労働」と位置づけるのであれば、積極的に外国人労働者を導入していくことにより、わが国の介護労働力不足は解決出来るのかもしれませんが、しかし、筆者は介護労働を単純労働とは考えておりませんし、コミュニケーションによる信頼関係の成立が介護行為の前提として必要であると考えておりますので、わが国でしかほとんど使用されていない日本語を前提とした介護労働は、必ずしも外国人労働者の導入によって解決されるとは考えておりません。そして介護労働が正当な報酬とそれに見合う社会的評価を得られる労働として認められるためには、サービス利用者に対する介護サービスの「質」についての議論を抜きにしては語れないと考えています。

加えて情報技術の導入は介護の質の向上にどの様に関係してくるのかを整理する必要があると考えます。

以上雑駁な締めにはならないまとめで終わらせていただきます。

6.3 当事者主体の介護について考える

藤波 努 (北陸先端科学技術大学院大学知識科学研究科准教授)

ここ数年、介護への情報器機利用について考えてきて、問題の所在が少しずつ見えてきたように思う。介護には本人を始め、その家族や介護者、介護施設の経営者など様々な立場の人たちが関わっている。それぞれの立場ごとに情報器機に対する期待と反感、躊躇があるようだ。

介護者にしてみれば、ただでさえ忙しいのに機械まで使わなければならないのかという不満があるだろう。根底には仕事がきつい割に報酬が低いという問題がある。機械が導入されれば労働管理は厳しくなるだろうから、そんな環境下で働くのは割に合わないと考える人が増えても不思議ではない。情報器機を導入して効率を上げようとするならまずその前に給料を上げてくれというのは労働者として至極まっとうな主張であろう。

介護費用を負担している立場からみるとまた少し話が変わってくる。負担する側とは国や自治体であるが、そちら側から見るとこれ以上お金を費やせないからもっと効率を上げてコストを下げて欲しいという希望が出てくる。効率を上げてコストを下げるという点に対しては経営者・家族ともに反対しないだろうが、情報器機を導入する費用を考えると初期投資に見合った効果が得られることが保証されない限り、始めの一步を踏み出せないだろう。

他方、国は新たな一步踏み出したかに見える。まだ実情がどうなるかは定かではないが一年後には各種器機に介護保険が適用される。投資に見合う効果が得られるとなれば器機の導入が一気に進むだろう。仮にそうなったら介護者側は国の強硬な姿勢に押し切られた形となるが、そういった受け身の変化は幸せをもたらすだろうか？

介護に技術を入れようとする立場からは第一に耳を傾けるべき相手は当事者である認知症の人であったり、その家族、あるいは介護に関わる人たちなのだが、そういった人たちの意見を聞いて、よりよい技術を開発しようとしても、これら当事者や家族、介護者らの意見がほとんど顧みられないまま介護保険制度が次々に改定されていく現状を目の当たりにすると、いったい自分たちが真剣に討議していることに何の意味があるのかと徒労感に襲われる。

行政や政治に対して変化を望む者が声を大にして自らの要求を叫ぶのは現状を変える第一歩だが、どうもはっきりと声を出せていない気がするのは何が問題なのだろうか。原因についてはいろいろ言われているが、ひとつには当事者が自ら声を上げられないことが挙

げられるだろう。残念なことに認知症の人たちは自らの要求を明確に提示できない。

一般的には家族が代弁することとなるが、一緒に暮らす家族といえども本人のすべてを知るわけではないからあくまでも本人の気持ちを推測するに留まる。本当のところはわからないといった自信のなさが迫力不足につながっている点は否めない。中には親身になってくれる介護者もいるが、所詮赤の他人だろうと言われれば返す言葉もなく、引き下がるほかない。

認知症になるということはある意味、発言権を失い、人格を否定されることである。社会から疎外され、他者と自由に交わることができない。そういった状況を問題視して人権が侵害されていると弾劾することもできるが、正義がなされたとしても幸せな人生が保証されるわけではない。ドイツの介護施設に行ったことがあるが、入居者は「健常者と等しく」扱われ、個室を与えられ、自律的な生活を保障され、そして孤独に生きていた。

自分らしく生きる権利を保証しても認知症高齢者は孤独に追いやられてしまう。それは誇りに満ちた自立かもしれないが、果たして我々が人生の終わりにおいて望む生き方であろうか。個人主義は西欧社会の根本を成すものであるが、それはまた激しい孤独と裏腹なものである。神の前に一人立つ孤独と勇気が求められる。そのような強烈な自立の精神が、あいまいな日本の私たちの心情に適うものであろうか。

我々は「察して欲しい」と思って生きているのではないだろうか。道ばたで立ち止まって地図を見ていれば道に迷っているに決まっている。気の利いた人なら声をかけてくれてもいいものだと我々は期待しないだろうか。それは甘えなのかもしれないが、それでも「お互い様」の一言で納得してきたのが我々の文化ではなかつたらうか。

情報器機を駆使して介護を支援する「アウェアグループホーム」のコンセプトは要するに「察してやれよ」的なお節介であつたと思う。死角に入って見えないところに入居者がいれば見えるようにし、一人一人の日常的行動がよくわからなければ行動を記録して分析し、長期的な変化をみるといったことが認知症高齢者の気持ちを察することにつながるの信念が基となっている。

そうした「察してやれ」的なお節介を、プライバシー侵害であると非難しても議論は交わらないのではないか。我々（日本人）がそうした個人主義に基づく批判を聞いて腑に落ちるだろうか。個人の主権を侵害したか否かより、本人の気持ちを察することができたか否かを気にするのが我々の文化ではなかつたらうか。本人が何を言ったかを直接的判断材料とするのは「気が利かない」ことではないだろうか。

「察してやれ」的なお節介に対抗するものがあるとしたら、それは「余計なお世話」的な反感ではなかつたらうか。おそらく我々（日本人）の大多数はどこかで「プライバシー侵害」を「余計なお世話」と同義と捉えている。しかしその二つはまったくの別物である。プライ

6.3 当事者主体の介護について考える

バシー侵害とは、カメラマンが芸能人を追いかけて私生活を撮影するような事態を指す。それは余計なお世話とは何の関係もない。

日本中どこを探しても写真報道誌のカメラマン的視点で入居者の生活をのぞき見ようとしている介護者はいない。カメラやセンサーを駆使して入居者の生活をデータ化したところでそれはのぞき見ではないし、プライバシーの侵害にはならない。もともと我々（日本人）は西欧的な意味での自我だの主体だのといった意識は希薄なのだ。周りに甘えて生きるのが好きなのだから。問題になるとしたら「余計なお世話」かどうかだけである。

少し本質に近づいてきた。「察してやれ」的小お節介が求められるのか、「余計なお世話」だから控えるべきなのか、それは結局、適切な「距離感」を把握することにつながっていく。我々が認知症高齢者との距離をはかる場合、「全か無か」的な極端に陥っていないだろうか。つまり生活全般にべったりと張り付いていくか、放置するか、どちらがよいのかという議論に走っていないだろうか。実際には全人的関与と（善い）無関心の間に無限のグラデーションがあり、その適切な案配は時と場合と相手によって変わるはずである。

情報技術は全人的関与と無関心の間に無数のグラデーションを作り出すものだし、またその適切な案配を助言してくれもする。それは我々と認知症高齢者の人たちとの関係をよりよいものとしてくれると思う。ロボットを介した認知症高齢者の方々とのコミュニケーション体験や、カメラを使ったモニターシステムを使ってもらってきた体験からそのように確信している。

さてここで冒頭の話題に戻ろう。要点は介護の負担を誰が負担するかであろう。しかし少し沈思黙考すれば、そもそもそれは「負担」として計上すべきものなのかという疑問が沸き起こる。母を数年面倒みた者として、そこに負担が発生することは否定しないが、本来の（主に肉体的）負荷以上に周囲の無理解や、長年暮らしてきた家から切り離されることや、家族あるいは長年親しくしてきた友人らから疎遠となることが心の重荷になっていることは否定できない。

できる限り暮らしぶりを変えないで最期まで同じところで過ごすのが理想であるが、今のようなやり方はその理想を実現するだろうか。結局は人々を一所に囲い込むことになっていないだろうか。病院や土建屋を利する箱物行政から我々は脱皮するべきではなかろうか。認知症高齢者を特殊な人たちとみなし、隔離しようとする限り、そこから利益を得ようとする人たちが必ず存在する。技術は認知症となっても人を「同じ」人として存続させられる可能性を秘めている。そのような形で認知症の人たちを社会の一員として受け入れていくことが我々の進むべき方向なのではないかと考える。

そのためには我々の社会を大きく変えなければならないだろうが、その苦労は介護負担よりも遙かに有益で実りの多いものだと思う。施設に我々の生を預けてしまうのではな

く、主体的に生きる道をさがさなければならない。そこから当事者主体の介護が姿を現してくると信じる。

■問い合わせ先 本研究会に関する問い合わせは以下までお願いします。

〒923-1292 石川県能美市旭台 1-1

北陸先端科学技術大学院大学

藤波 努

電子メール – fuji@jaist.ac.jp