

特 集

# 超高齢社会と介護労働



東京大学  
高齢社会総合研究機構 教授

**辻 哲夫**

神奈川県立保健福祉大学  
保健福祉学部 教授

**太田 貞司**

対談

## 超高齢社会を支える

## 超高齢社会とは

辻 最初にテーマである「超高齢社会」の定義は何か。必ずしも統一されていないと思っておりますが、2010年段階で、20%台前半の日本の高齢者（65歳以上）人口が、25%を超え、30%、40%と増えていく。これを「超」高齢社会といってよいと思います。

この「超」の意味は私なりに考えると、今、90歳近くまで生きるのが普通のことになり、長寿な高齢者が非常に多い社会でもあります。「人生90年社会」は、誰も経験したことがありません。

また、2005年に1,100万人だった75歳以上の後期高齢者人口は、2030年には倍の2,200万人に及ぶとみられています。短期間に後期高齢者が倍増する、高齢者の絶対量が増えるのです。この未曾有の状況こそ、超高齢社会ではないでしょうか。

このような傾向は、少子化が続くアジアの韓国、台湾、シンガポール、中国などの経済発展国では、日本と同様、超高齢社会になると予想されています。ヨーロッパをみると、高齢化先進国のスウェーデンは、将来的には約20%台半ばぐらいで横ばいになると予想されています。つまり超高齢社会になる中心はアジアなんです。とりわけ日本は、世界が経験したことのない、超高齢社会の先駆けであると考えます。

## 「老い」の変化

辻 日本の平均寿命は女性86歳、男性79歳です。これは若死にも入っていますので65歳以降の人の平均余命を考えると、「人生90年」とみるのが妥当です。

終戦直後は、平均寿命も短く、退職後間もなく死亡するイメージでした。その後、平均寿命は一挙に延び、現在は退職後、約20年間の「老後」がある。従来の社会システムでは想定外の社会が、あつという間にきました。

私の同僚の秋山弘子先生が、日本人の老いの姿を20年間調査した、興味深い資料を公表していま

す（秋山 2010）。それによると日本人は、平均的には、70代半ばから、自立度が徐々に下がり、大なり小なり虚弱な期間を経て亡くなるんですね。これが多くの日本人の老いの姿となっています。つまり多くの人は、医療水準が向上した長寿社会においては、寿命は長くなりましたが、最期は徐々に虚弱になって死を迎える、そこに認知症も加わる可能性が一般的なライフスタイルになってきています。

そんな社会における我々の生き方、死に方、そして社会システムは、まだ確立されていません。社会の意識とシステムがこの変化についていけないんですね。高齢者の増加が概ね上限に達する20年後の2030年までに、「老い」に関する意識をどのように変えていくか、今から早急に取り組むべき課題です。

## 高齢者をとりまく環境の変化

辻 高齢期における家族も大きく変化しています。

2025年には高齢者世帯のうち、一人暮らし世帯は4割弱、夫婦2人世帯は3割強で、合計7割になり、子どもと同居する世帯は、わずか3割と推計されています。日本は、基本的に親子は同居するものとして、社会をつくってきました。しかし15年後には、むしろ親子同居の世帯が少数派になります。そんな中、私たちの生き方、ケアシステムを、どう考えるべきでしょうか。

私はかつて厚生労働省に在職し、介護保険制度の設計にかかわっていました。介護保険創設当初、在宅ケアとは、同居家族によるケアを前提とし、それを応援するイメージでした。家族で介護ができなくなったら特別養護老人ホーム（特養）等の施設に移るとというのが基本モデルでした。

現実には、特養待機者は42万人もいます。それだけの人が特養を待っている状況です。

そして、これから20年間で高齢者は、大都市圏を中心に増えていくことが明らかです。地価の高い大都市圏では、短期間で土地を確保し、施設を

つくれるとは思えません。大都市圏における急速な高齢化に、従来の地方圏を中心とした施設を整備するシステムでは、対応しきれないのは明かです。やはりケアシステムを思い切って転換することが必要だと思います。

**太田** 同感です。かつて経験したことのない超高齢社会の到来に向け、新たなシステムをつくるべきでしょう。特に大都市のシステムをどうするかが課題ですね。

## モデルから見るケアの変化

**太田** 私は社会福祉の臨床の場面で、介護者問題を1970年代以後見てきましたが、老いに対する考え方、社会の意識、介護を巡る扶養の関係は大きく変わってきたと思います。この間の変化を、以下の4つのケアのモデルで考えるとわかりやすいと思います。

1つ目は「がん末期の老老介護」。

2つ目は「一人暮らしで、脳卒中になったため日常生活に不自由がある人」。

3つ目は「一人暮らしの認知症で徘徊があり、地域社会からやや排除されがちな人」。

4つ目は「体は虚弱で不自由だが、近隣との関係はあり、子どもと同居しているが、日中独居で、実際の介護は受けていない人」。

これらは1990年代にヨーロッパの研究者たちが、各国の比較研究のためにつくったモデルです。生活の場面におけるケアの変化、施設と在宅の割合の変化、インフォーマルとフォーマルがどう組み合わさるかなどを考えるためにつくられました。

この20～30年、そして介護保険導入後の10年で、4つのモデルのケアの場、生活の中身、家族のかかわりなど、大きく変化したと思います。特に大きな変化が起きたのは、介護保険以降ではないでしょうか。

例えば、現在では2つ目の「脳卒中モデル」は、在宅でも十分支援できるレベルに達しました。QOL（クオリティ・オブ・ライフ）はかなり上が

ったと思います。また1つ目の「がん末期の老老介護」については、支援できるところと支援できないところがあります。在宅介護で十分な場合もあるし、そうでない場合もあります。そういったモデルをどのように考えていくか、そして解決するためのシステムを、全国につくる必要があるでしょう。とくに、大都市のモデルをどうつくるのかも今後の課題です。

## 求められるケアシステムとは

**太田** 辻先生は、このようなモデルについて、どのようなビジョンをお持ちでしょうか。

**辻** 厚生省（当時）が介護保険導入を構想したのは、21世紀初頭から家族介護力が急速に落ちると予測したからです。それは、「団塊の世代」およびそれ以降の世代の親が老後を迎えるタイミングです。

「団塊の世代」以降の特徴といえば、女性の社会進出が始まったことです。スウェーデンの社会システムは女性の社会進出によって変わりました。つまり介護保険導入にターゲットをおいた21世紀初頭は、女性の社会進出が始まった世代の親が虚弱になるタイミングで、家族の介護力が弱くなるタイミングと言い換えることもできます。その予測は当たっていたと思います。

私は現在、東大のプロジェクトでフィールドを2つ置いています。「大都市の高齢化」として千葉県の柏市、「地方都市の高齢化」として福井県の坂井地区（坂井市とあわら市）です。坂井地区では、「介護保険の導入によって、家族が施設に依存し始めた」という見方があります。共働き世帯が多くなる状況と介護保険の導入が一致していた。その結果、介護保険導入後の10年間で施設整備が進んだ。

もし施設がなければ、かなり悲惨な現象が起こり、大きな社会混乱を招いたのではないのでしょうか。介護保険ができて家族が介護をしなくなったのではない。ちょうど家族介護力が落ちる時期に、介護保険が対応し、何とか施設で受けとめてきた。

そんな印象を持っています。

一方で、介護保険を導入した当時から、「在宅ケアこそ本筋」との考えをはっきり持っていました。大部屋からユニットケアへの転換前後を、タイムスタディで調査した外山義さんのデータがあります（外山 2003）。大部屋から個室に移ったら、介護を受ける人は閉じこもるだろうと言われていましたが、実際には逆でした。ユニットケアに移したら、ベッドから離れて歩く量も、会話も、自立度も上がりました。閉じこもるだろうとの大半の予想を覆したんです。

私の解釈ですが、自分の住まいの空間とは、自分の日常生活を暗号化して織り込んだようなものです。その空間に人間の日常生活行動はビルトインされているんですね。その空間から切り離されると、それまでの日常的な行動をしなくなり、内向きになり、力も弱っていくのだとわかりました。

つまり、それまでの日常生活、その人らしい生活と時間を維持できるケアシステムこそ最良であると、ほぼ証明されたように思うのです。

認知症のケアも同様です。「宅老所」(民家などを活用し、小規模で家庭的な雰囲気ケアを行なう)の取り組みでも明らかなように、徘徊や暴力的行為といった行動障害は、疑似日常性のある、なじみの空間で過ごすことで、一気に落ち着きました。

## 「足に靴を合わせる」システムを

辻 介護保険の1回目の改革は2005年でした。基本的には地域密着型サービスを整備することとし、大規模施設を押さえるとの明確な方針を打ち出しました。地域密着型サービスの典型的なシステムとして「小規模多機能型居宅支援事業」を位置づけました。従来は、ケアする人が大変だから施設が預かるというイメージです。「靴に足を合わせる」発想です。

小規模多機能型居宅支援事業では、その人がその人らしい生活を送れるケアシステムをつくりました。日中に来ることが可能なら、デイサービスに来てほしい。逆に日中、独居で来られないとき

はホームヘルプで対応する。夜、家族が疲れてきたらショートステイを利用する。認知症が重い場合はグループホームというように、まさに「足に靴を合わせる」システムに転換しました。このような政策転換を、介護保険の先の改革は明確にしています。「その人の生活の場で、その人らしい生活を、いかに続けるか」、それを総合的なネットワークシステムでケアしていくという政策であると思います。

特養待機者42万人のうち、要介護4～5の人は約半分。さまざまな人がいるのに、ほかに行くとところがないからと、すべて特養待機者としてくくられます。もし、一人ひとりの虚弱度に応じて在宅ケアをするシステムが整備されれば、特養待機者はずいぶん減るはずで。逆に、一人ひとりに応じた在宅ケアシステムを開発しないことには、特養待機者は増え続けます。

「4人部屋でもいい」との意見もあります。しかし4人部屋では仕切りはカーテンなので、人が訪ねて来たら会話が筒抜けです。おしめを替えるときの匂いも。それが、これから高齢期を迎える世代が生涯を過ごす場所でしょうか。我々はそのあたりを真剣に考えて、ケアシステムを構築していくべきです。

ただ問題は財源ですが、それがしぼられているから混乱が続いています。財源の問題は後ほどの議論にしましょう。

## 「日常生活」を考える

太田 外山さんたちの取り組みは、介護者問題ではなく、要介護者本人を、その生活を見据えています。そこに大きな転換があったと思います。70年代、80年代には、寝たきり老人・寝かせきりの施設がたくさんありました。90年代が大きなターニングポイントでした。

介護保険の第1条では、「日常生活を営むこと」を支援するとあります。「これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ日常生活を営む」となっていますが、日常生活を営むという当たり前





のことを考えるようになってきました。日本の社会は90年代になってようやく、要介護者の日常生活というものを、本当に、実践的に考えるようになりました。そのための、介護者やケアワーカーの力も少しずつついてきたと思います。

しかし、「日常生活」とは、わかるようでわかり難い言葉です。「日常生活とは何か」について、戦前には議論があります。しかし、当時議論されたのは「日本人一般の日常生活」であって、「障害を持つ人の日常生活」「高齢者の日常生活」についての議論が始まったのは、80年代からだと思います。

実践的に進んだのは90年代でしょう。その具体例が、「宅老所」やグループホームでの実践です。私たちは今、障害を持つ人の日常生活をどう理解し、日常生活を支えるシステムをどう構築するかという問題に直面しています。日常生活を支えることへの社会的な合意をつくり、財源も含めどうすべきか。これから未曾有の超高齢社会に立ち向かう我々の課題でしょう。

## 包括ケアシステムの課題

太田 辻先生たちがゴールドプランにご尽力され

ていた時期は、日本では在宅と施設を整備する方向性が打ち出されました。世界の先進国では、ちょうどその頃、高齢者ケアが地域ケアへと転換し、「エイジング・イン・プレイス」という考え方がかなり浸透した時期です。その意味では日本の1990年代は、施設と在宅の両面に目を向けて、大きな方向転換ができた有意義な時期だったと思います。

ただ問題は、施設やサービス付き高齢者住宅など自宅でないところで暮らす高齢者をどの程度とするのか、介護保険が持続可能で、しかも安定したシステムをどのようにつくるかが問題です。そのためには、地域にどんな仕組みをつくるべきかが大きな課題です。

これには大きく言えば3つの視点があると思います。

ひとつは、要介護者自身の日常生活です。同時にまた家族介護者の日常生活も大事です。

従来介護保険は、家族介護者の問題が弱かったと思います。もっと要介護者と家族介護者の日常生活を多くの人に理解してもらう必要があります。人間として暮らしていくということの、お互いの認識が必要ではないでしょうか。

もうひとつは施設、もしくはサービス付き高齢者住宅です。これら高齢者比で何%整備するかも課題です。次期介護保険事業計画では、介護保険施設そのものの参酌標準はつくらないことになりましたが、高齢者比で3~5%の高齢者向けの住宅を整備するとしています。しかし、全国一律的にはいかないでしょう。

要介護者と家族介護者を支える在宅と施設等の地域包括ケアシステムが必要です。在宅と施設等のバランスをどう捉えるか問題です。

3つ目は、フォーマルとインフォーマルのサービスの組み合わせをどうするか。今度の改正案でもその問題が提起されていますが、安定して在宅で生活するためには、フォーマルとインフォーマルのサービスをどう組み合わせるかです。地域包括支援ケアシステムを考える上では、それが大事でしょう。

## 日常生活を支えるシステム

辻 人間は、歳をとって、最後は亡くなります。その過程で、太田先生がおっしゃった虚弱な4パターンの状態を念頭において、それに対するシステムをつくるべきです。その期間をできるだけ短くするためにも、介護予防は非常に大きなテーマだと思います。

3つの視点のお話も印象的でした。障害のある人の日常生活を考える、その発想が大切です。私が厚生省で老人福祉課長を務めていたのは80年代で、当時、たくさんの特別養護老人ホームを見ました。みんなベッドに寝たきりで、恥ずかしながら、それが当たり前だと思っていました。

大熊由紀子さんが「寝たきりは『寝かせきり』だ」との見方を日本に持ち込み、離床運動などをしたところ寝たきりの人の数は本当に減少しました。

かつては、病気の原因がわからないとき、「病気になったら亡くなるものだ」としていた時代がありました。病気の原因がわかり、感染症ならその対応をすれば長生きできるとわかって、人間の生活はよくなりました。同様に、かつては「弱ったら寝たきりになるものだ」と考えられていたんですが、今では体を動かせばその期間は短くなるとわかった。

それではその人の日常生活を極力維持するケアシステムを、今後どう展望すべきか。一番いいのは、その人の生活の場で生活を続けることです。

これについては私なりに整理をすると2つあって、ひとつは新潟県長岡市の「こぶし園」の小山氏が言われているように、特養で行われる24時間ケアシステムが、地域で面展開すればいいのではないかと思います。特養では日中は、ホールや食堂で過ごす。そこに来られない人には、その人の部屋に訪問介護に行く。定期的に、1日4回なら4回行くわけです。

一番難しいのは随時の対応です。最も呼ばれるのは排泄です。例えば、お互い連絡がしっかり取り合えて、「10分間待ってください」と伝え、車



で10分で行くことが了解事項になれば、施設に入る必要はありません。一人暮らし世帯もしくは夫婦だけの世帯が当たり前になる時代には、このように地域に24時間対応の総合的なケアシステムを展開するべきだと思います。

生活の場で住み続けるためには、もうひとつは、バリアフリーの住まいが必要です。やはり高齢者が集住した形態でのケアつき住宅が一定程度必要だと思います。それをどの程度整備すべきかについては、今後検討して方向性を出していく必要があります。

## インフォーマルケアの役割

辻 問題は3つ目の視点、フォーマルとインフォーマルの組み合わせについてです。フォーマルサービスには財政負担がかかるので、インフォーマルサービスが必要だ、と見られがちですが、もっと本質的な分担論であるべきです。

介護の問題は、新しい問題です。かつては高齢者が要介護状態になったら、感染症で比較的早く亡くなっていました。ところが今はそうではない。つまり要介護期間は長期化しています。しかも戦

後、平均寿命は20数年も延びています。つまり介護者も20数歳、年をとった人が担っているということです。これは社会がかつて経験したことがない状況です。介護を家族の責任とするには、あまりに重い問題です。超高齢社会においては、介護を相当程度外部システムで支えなければいけません。家族の人生も大切に、その平和も脅かされようとしています。しかも、子との同居はわずかなり、同居していても子ども世帯は共働きで日中独居が増えます。

介護サービスは、家族がいる・いないにかかわらず、在宅で基本的には24時間対応型という方向に向かうでしょう。通常は朝、昼、晩、寝る前、そして随時です。このようなケアシステムに向かうのが、今後のフォーマルサービスのあり方だと思います。

ですが、家族の役割も重要です。例えば「電球を取りかえてほしい」「家具を置きかえてほしい」などに応えたり、様子が変わっていないか身近な者が電話などで頻繁に確かめたりする、これらは身近な近親者の仕事です。日常生活のうち、介護というフォーマルな労働以外の部分は、家族や身近な人々の役割が重要です。

スウェーデンでは、介護が社会化されたにもかかわらず、家族が非常にコミットしているそうです。日常生活のうちコミットする時間は、トータルとしては別居している家族が最も長いと聞いています。そこに高齢者のメンタルな面も含めた幸せがあります。

「生きてさえいればいい」ではいけません。その人が幸せに生きるためには、家族など身近な人々と交わり喜び満たされることが大切であって、そこにインフォーマルサービスの大きな役割があります。要介護者にとっても、家族にとっても、友達や地域とのつながりも必要です。それは人の生活の質を支えるものだから、両立させるべきです。逆にこのように家族や地域の人々が行動できることを保障するためにも、フォーマルなサービスが必要なわけです。

例えるなら、これからの一人暮らしや夫婦だけ

の高齢者世帯中心の超高齢社会における在宅介護サービスとは、「主食」の部分に当たります。人は、主食があるから最低限生きていけますが、それだけで健康で心豊かな生活は成り立たない。必ず副食も必要です。それが家族であり、インフォーマルサービスで、それは基本的な役割であると思います。

小規模多機能ケアの実践で、興味深い事例を聞きました。在宅から高齢者専用賃貸住宅に移し、24時間対応にしたら、家族と同居している時と比べ、自分のきょうだいや親戚、地域の人の訪問が増えた。要は在宅での介護は、安心感がある一方、同居していない人にとっては家族への気兼ねもあった。でも一人暮らしだと訪ねやすいんですね。

スウェーデンでは、気づかい、よい意味で気にし合う関係を重視しているそうです。そのような関係から出てくるインフォーマルサービスは本質的なものであると思います。

**太田** 介護保険になって、主たる介護者が、予想以上に大きく変わりました。配偶者による介護の割合自体は、さほど変わっていません。しかし子どもの介護とお嫁さんの介護が、逆転しています。子どもの介護が多くなり、お嫁さんの介護は減っている。全体的に「老老介護」になっていますが、男性介護者も増えています。この先、家族介護をどう見るかは重要です。

## 長期ケアを支える安定したシステムの構築

**太田** もう一つ、長期的ケアを医療と社会的ケアと区分して考える必要があると思います。それとケアの場が大事ですね。医療とは、医療、看護、リハビリ等で構成されます。社会的ケアとは、身体介護、家事・生活援助、社会的諸活動への参加促進、そして、専門的な見守りで構成されると見えています。

この専門的な見守りのようなものもないと、うまくいかないと思います。介護保険がカバーしているのは身体介護と生活援助の一部なんですね。

残りをどうするか問題です。例えば社会的なつながりや近隣や親戚との関係の構築や、お墓参りをする環境をどうつくるかなど、そこが大きな議論になっています。食事・排泄・入浴だけでなく、社会的関係の日常生活をケアにどうビルトインするかが課題です。生活援助の中で、地域の人がどんな役割を持つのが、これから求められる「社会実験」ではないかと思います。

財政難だからと軽度の支援を切るのは危険です。地域包括ケアシステムでは施設等の割合がある程度決まっていますから、在宅でその割合を維持するシステムをつくらないとパンクします。つまり、特養待機者であふれてしまう。安定したシステムを、それぞれの自治体ごとにつくらないといけません。必要なときにケアを受けられる安心感を、家族もケアマネジャーも従事者もどのように持てるようにするかが課題です。

## ケアワーカーの位置づけ

**太田** 安定したシステムをつくるためにもう一つ問題になるのが、ケアワーカー、つまり介護職の位置が非常に重要かと思います。90年代と介護保険以降との違いは、職業としてのケアワーカーをどう確立するかが課題になってきたことでしょう。もちろんかつてもありましたが、より社会の正面の課題になってきました。専門職を養成しなくては、システム自体が立ちゆかなくなります。

私は、時々フィンランドに行きますが、日本がゴールドプランを始めたころ、フィンランドでは地域ケアへの転換がされ、新しいケアワーカー、新しい職業をつくりました。「ラヒホイタヤ」という、日本の介護福祉士、保育士（フィンランドと日本は教育制度が異なり、保育士助手）等を統合し、日常生活を身近で支援する新たな専門的な職業です。フィンランドではケアワーカーは安定した職業として認知されてきましたが、日本では徐々にかわってきていますが、あまり認知されていません。そして残念ながら、将来的に安定した生活を保てる賃金ではありません。その上、社会

的にはまだネガティブなところがあります。ケアワーカーがこのシステムの中でどんな役割を果たすかが、今後の検討課題だと思います。

**辻** その通りですね。生活援助や社会参加についての支援は重要です。そのような意味を含めた住まいケアの提供が重要で、在宅ケアを維持していく上で、ある程度のボリュームが必要だと、太田先生はそうにお考えですね。

**太田** そうです。

**辻** もうひとつは、それを埋めるべく、総合的な能力を備えたケアワーカーを育てていく必要があるでしょう。

そういった生活援助、社会参加の支援者をどう位置づけるか。そして公的な給付として、どこまで認めるかも大きなテーマです。介護保険、財源問題も含めて悩ましいところですが、未婚の単身世帯が増えている今、家族の代わりも公的な給付で行わざるを得ない状況になる。そこは時代の流れとして覚悟する必要があるでしょう。

「寝たきり」から「日常生活を支援」へという変化は、「医療モデルから生活モデル」へのパラダイムの転換です。生活を支える、自立を努力する人を支援するサービスに軸足が移っています。そうすると、医療モデルから生活モデルに、専門職のウェイトが変わっていくはずですが、医療モデルだけでなく生活モデルを重視する方向に向けて、将来的に必要な専門職の軸足がシフトしています。ケア関係でも、看護やリハビリのような医療系の職種だけでなく、生活を支える社会的な目を持った専門職の重要性が認められていくべきです。

## 介護と医療のかかわり

**辻** 医療の問題もあります。80歳台以上になって、肺炎などで入院する人がたくさんいますが、そういった人の入院は、寝たきりや、認知症発症の要因になることが多いのです。

在宅へ医療が及ばないことが、高齢者の生活を分断します。「何かあったら病院しかない」というシステムが、虚弱であってもその人らしい日常



生活を享受する幸せの、大きな障害になるのではないのでしょうか。在宅医療の普及こそが、日本のケアシステムに不可欠な要素です。

病院だけに医療機能が集中した結果、医療の現場は苦しんでいます。現在の医療のあり方を変えるためにも、在宅医療は必要です。そして医療改革のためにも、ケア政策の完成のためにも在宅医療が必要です。在宅医療の普及とは、今後の日本の改革論の大きなポイントだと思います。ですから柏市のプロジェクトでは、それに徹底的に取り組んでいます。

## 介護専門職のこれから

**辻** 介護福祉士を導入したときに大変重視したのは、寝たきりのお年寄りに対してボディタッチができることでした。しかし寝たきりのお年寄りは今、減っています。むしろ認知症支援、日常生活支援、そして医療行為とされている分野へのかかわり、幅広い要素を体得すべき状況になっています。しかし介護福祉士のカリキュラムは、それに対応しているとはいえないのが問題です。

**太田** そうですね。それに全体のシステムをコーディネートする人、例えばケアマネジャーや市町村の行政マンをどう育成するかも課題ですね。

介護福祉士は今後、どう進んでいけばよいのでしょうか。例えば、日常生活を豊かにするためには、医療的なケアの知識を身につけるのは大事だと思います。在宅医療・在宅ケアの推進を考えると、日本だけでなく、北欧でもそのような流れです。施設や病院ではなく、地域での生活支援をするために、ケアワーカーの役割として医療的なケアを身につけることは大事です。でもそれだけに特化すると、今後、介護福祉士は道を誤るでしょうね。

辻先生がおっしゃるように、生活を広げるという役割を持つべきではないかと思います。その意味でも、今のホームヘルパーのサービス提供責任者の役割はすごく大きいでしょう。サービス提供責任者は登録ヘルパーの要、ヘルパーの中のケアマネジャーのようなものです。だからかなり調

整するわけです。しかも、在宅が非常に難しいのは、本人のアセスメント、家族や近隣のアセスメント、地域の社会資源のアセスメント、3つを調整する必要があるからです。これは、施設ではないことです。そういう能力を身につけた人を、どう育てるかが重要です。介護福祉士をステップアップさせるとき、どのような方向に導くのか、どんな教育が必要なのかが、(現状の2年ではなく)3年コースも含めて課題になってきていると思います。

**辻** 日本のケアシステムの展望と、パッケージで議論する必要があります。介護福祉士は在宅ケアを念頭に置いてつくられた職種ですが、介護福祉士を導入した当時は、在宅の実習現場がありませんでした。

実習現場なくして、在宅介護のスキルを備えた介護福祉士は育ちません。だから介護福祉士の多くは、施設からスタートしています。

今ようやく在宅の現場ができました。本当の意味での在宅ケア、それを担う介護福祉士のレベルアップの方向性を、やっと議論できるようになったんです。

介護福祉士制度をつくった当時、教える場だけでなく、教える指導者もいませんでした。在宅介護の文化や専門性を育てるには、時間がかかります。

## 財源問題を考える

**辻** 介護保険に財源が入らないため、ケアワーカーの育成についてなかなか前向きな議論がしにくい。現場の介護労働者がやむにやまれず苦勞している現状を克服するには、介護保険の在宅ケアシステムに思い切って財源を投入する必要があります。向かうべき方向性と、それに対する強い意志を示さなければ、この方向は動き始めません。

一方、今の医療にはいろいろな問題があります。日本の社会保障のサービスシステム全体の動きを見ると、家族介護力が弱って、苦しんでいる人が多くいることがわかります。介護保険では施設に向かってしまい、その余波が病院にも及んでいま

す。病院が本来の役割を果たすためにも、在宅ケアシステムで家族介護力の補完をするとともに、今後は一人暮らし、夫婦だけの高齢者世帯に対する支援を強化すべきです。

在宅ケアシステムに向けた財源投入こそが、日本の老人家族を幸せにする道です。この緊急性の高い介護保険への財源投入について議論しなければ、なかなか対応が進まない。今は精一杯の可能性を求めています、現実には限られた財源でのやりくり以上の対応が出てきにくい。大切なのは財源を入れるという決意です。そしていつまでも、介護の分野に価値を見いだして働いている若者に甘えるのは、ほどほどにしなければいけません。

**太田** サービス提供責任者が、生活できる賃金を得られる、安定して働く仕組みをつくらないと、システムそのものが回らないでしょう。

## 地域での新しい取り組み

**太田** 今後は、地域の取り組みについての社会実験をいろいろやるべきです。たとえば、埼玉県和光市も街ぐるみで取り組んでいます。通常、要介護認定率は16%くらいですが、和光市は10%くらいです。それだけではありません。コミュニティでケア会議を開き、地域の問題は何か、ネットワークのどこが欠けているのかななどを、みんなで話し合いながら埋めています。

ケアマネジャーや地域包括支援センターの若い職員も育て、励まし合う。そんな仕組みが功を奏しているのでしょう。和光市独自の施策もありますが、見習うべきところだと思います。

地域包括ケアシステムそのものの安心感を、地域の人も、当事者である高齢者、そして従事者も一緒につくっていくことが大事で、そのメルクマール（判断基準）は、不必要な待機者を減らすことでしょう。

たとえば、北海道の美瑛町は人口約1万2,000人ですが、町ぐるみで高齢者が住み続けられる街づくりに取り組んでいます。中心になっている特別養護老人ホームで、小規模多機能でサテライトを

つくり、実際にはそれほど必要がないと思われるが、急いで特養に入ろうとする特養待機者が減ってきたといいます（安倍 2010）。町の人たちの行動が変わってきているといいます。

そういう社会実験をたくさんやるべきです。自治体も専門職も地域の人たちも、その力を学ぶことが介護保険の運営に必要でしょう。

## 行政に求められるコーディネート役割

**太田** 辻先生は厚生省時代、市町村サービス調整チームをつくられましたね。自治体が関係者を集めてチームをつくり、町の改善すべき点を話し合ってきたのが措置制度の経過です。

それが介護保険になって、サービスが市場化され、大きな変化があったと思います。調整はケアマネジャーに移りましたが、担当ケースのコーディネート能力のみです。それで地域をコーディネートする力をどこでつくるのか課題になり、地域包括支援センターが生まれたと思います。しかし地域包括支援センターでも、その力はうまく育っていないと思います。

全体をコーディネートしていく、その中でケアワーカーも育てていかななくてはなりません。ケアワーカーの役割を明確にしないと、システムもうまくいきません。

農林部であれば、介護保険の制度のなかで行政がやることも可能だと思います。しかし、大都市で新しい仕組みをどうつくるかは、これから考えなくてはなりません。

**辻** 地域のネットワークをつくるのは、結論から言うと行政だと思います。一方において、公務員による直接サービスがうまく機能しないため、基本的にアウトソーシング政策をとってきました。条文にはまず「行政が自分でやる」と書いてありますが、その上で措置制度時代の特別養護老人ホームも、社会福祉法人に委託する形でアウトソーシングが中心だったんです。

例えば在宅介護支援センターもあえて委託方式を位置づけました。地域包括もその措置制度の流

れで重要な機能ですね。

今、柏市と福井のプロジェクトで取り組んでいますが、地域のネットワークをどうつくるかは行政の問題です。行政自身がどのように問題を把握するのかということです。

和光市では行政が実態を把握しています。それで、地域をどう議論すべきかの仕掛けをつくる。システムコーディネーターも行政がやらなければならない。そしてシステムコーディネーターは、委託先の地域包括センターが走り回る。ただし、問題なのは、そのシステムコーディネーターを誰がどうやるのかという基本的な理念が政策として欠落していることです。ここをどう位置づけていくかでしょう。

その理念の確立は、在宅医療の導入を含めて、基本的には市町村がやるべきです。柏市のプロジェクトでは、在宅医療の普及をどう図るか、それをケアシステムとどうつなげるか、そのためのネットワークをどうつくるかは、全て柏市主導で進めるというモデル開発をやっています。一方、福井の坂井地区の場合、市町村に保健所がありません。したがって在宅医療の普及に県の力が必要です。

基本的には市町村が、県の医療政策と連携しながら地域の在宅ケアシステムや在宅医療をどう展望するか考え、関係当事者をネットワーク化して話し合わせるべきです。そこに焦点を当てて、私は今、柏と福井でシステム開発をしています。

いろいろ課題はありますが、ネットワークシステム形成はやはり行政の役割です。行政が、地域包括センターの仕事をしっかり位置づけ、それに足る人員配置ができる予算措置をしないことには何も始まりません。

介護保険のシステムを動かすためには、サービスの財源の確保はもちろん、地方行政におけるシステムコーディネーターを育成する、研修も含めた財源措置が必要です。厚生労働省にとっては大変ですが、こなすべきことでしょう。その方針さえ出せれば、動くと思います。

私に取り組んでいる在宅医療の普及という課題

については、市町村行政のシステムコーディネーター能力なくして進みません。国がそのマニュアルを示すことで、推進できるのではないのでしょうか。問題はそのマニュアルをどう作り、それを実施する地方の専門性を、どう育成するかです。

**太田** 市町村のコーディネーター能力の重要性は、本当に同感です。例をつくりながら社会実験をすることが大事だと思います。介護保険が始まった時、私は、全国的に介護保険料が高い北海道のある村のアドバイザーをしていました。村の人たちと一緒に勉強し、介護保険をどう運営するかみんな苦勞していました。また今は、首都圏のいくつかの町の介護保険の計画づくりにかかわっています。財源が少ない中で、介護保険を効率的に運用する、その能力を集団でつくっていくことは重要課題です。

**辻** ぜひ社会実験をして、地方の積上げをベースにしたマニュアルをつくっていただきたいですね。

## いまこそ価値観の見直しを

**太田** 人口が減少していく社会の中、介護職がしっかりと役割を果たし、それを地域の人たちが認めてもらうことが大切だと思います。介護職の離職率が高いのは、賃金の問題だけではないと思います。

**辻** 賃金の問題の手前にある価値観の問題ですね。例えば、弱いお年寄りにお金を使うのは無駄だ、との考えは間違っています。生きている以上、幸せになりたい、笑いたい。「老人の笑顔には価値がある」と考えれば、そこにお金を使うのはもったいないはずです。この問題は、私たちにとっては、「明日の自分」の問題です。

価値があると思うものに、お金を使う。価値を感じれば価格がついて、そこにお金が動きます。

経済では「欲望」「欲求」「需要」などと言うようですが、そのもとには必ず「価値観」がある。

人生90年。その終盤は、無駄な期間ではありません。その虚弱な期間が人生の大切な集大成のと



きとなるような幸せな姿をつくるために、人と人が支え合い、そこに社会システムがかかわる。価値観の転換が起こり、それを支えるケアワーカーを、素敵な仕事としてみんなが認め、お金をかけて、経済が回るわけです。そんな関係になってほしいと思います。

社会保障で経済が支えられるかどうかは別にして、少なくとも、社会保障は経済の足手まといではない。それが常識になりつつあります。その中で価値観を転換し、高齢者にお金を流せばいい。その流れは、今後50年間の国内需要を支えます。後期高齢者はあと20年ほど増え続け、その後30年ほど横ばいになります。

価値観の転換こそが必要で、その下で優れたケアワーカーを育てることが重要です。

**太田** 同感です。いろいろなシステムを構築してそれを示すことができるかどうか、私たちの役割だと思います。システムをどう運営するか、それが社会にどうビルトインしていくのかです。高齢者が増える今後30年は特に、そのノウハウを我々が身につけられるかどうかにかかっていると思います。

自分の日常生活を自分で行う。その「当たり前

のこと」を尊重し合える、そこに気遣いを持てる社会が求められています。

**辻** いい言葉ですね。日常生活における当たり前のことを、大切にする考え方ですね。

**太田** 本当の意味の自立支援とは、そうあるべきだと思います。

**辻** まさにその価値観が、これからの社会に必要です。

**太田** では、今なぜ「当たり前のこと」が大切か。ハルトゥーニアンというアメリカの研究者が『近代による超克——戦間期日本の歴史・文化・共同体』という本を書いています（Harootunian 2000=2007）。戦間期とは、第一次世界大戦と第二次世界大戦の間の時期のこと。近代日本の転換点とされ、その日常生活を追った本です。私たちも今、新しい社会に向けての日常生活をどう考えるかが、問われています。まさに、転換期ですね。

**辻** 虚弱な期間がここまで長くなる時代ですからね。年をとると元気が失われ、おっくうになる。一方、年をとった人は、弱ることを恐れ、神経質になる。

その虚弱な期間の日常生活を大切に、いかにハッピーにできるかは、重要な研究テーマです。

医療の問題をはじめ、今こそ、高齢者の生活をめぐる価値観を見直し、新しい時代へのパラダイムをつくり上げるべき時期だと、私は感じています。

※この対談は、2011年1月13日に行われたものです。

#### 文献

秋山弘子, 2010, 「長寿時代の科学と社会の構想」『科学』929: 59-64.

安倍信一, 2010, 「地域の必要に応えること——自治体と施設と住民たちの協働について」『地域福祉研究』38: 45-57.

外山義, 2003, 『自宅でない在宅——高齢者の生活空間』医学書院.

Harootunian, Harry D., 2000, *Overcome by Modernity: History, Culture, and Community in Interwar Japan*, Princeton: Princeton University Press. (= 2007, 梅森直之訳『近代による超克——戦間期日本の歴史・文化・共同体 (上・下)』岩波書店.)

つじ・てつお 東京大学高齢社会総合研究機構 教授。  
主な著書に『日本の医療制度改革がめざすもの』(時事通信社, 2008)。社会保障政策、高齢者ケア政策専攻。

おおた・ていじ 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部 教授。主な著書に『地域包括ケアシステム』(共編, 光生館, 2011)。高齢者福祉論、地域ケア論専攻。  
(ohta-t@kuhs.ac.jp)