

山梨大学 教授  
(社) 農協共済総合研究所 客員研究員

渡 辺 靖 仁

福山平成大学 教授

佐 藤 皓 一

## 目次

1. 課題
2. 高齢化社会の推計
3. 対策の推移
4. 経路依存性と都市農村問題の取り扱い
5. 対策のための提言
6. おわりに

## 1. 課題

周知のとおり、2012年4月から、改正介護保険法が施行されている。この改定は、「高齢者が住み慣れた地域で、医療・予防・介護・生活支援のそれぞれを、切れ目のない一体的なサポートとして受けられる（「地域包括ケア」）体制の確立を目指すためのもので、介護保険法が制定されてから2回目の大きな改定となった。地域包括ケア体制の強化という方針自体は、2006年の介護保険制度改革の重点のひとつであった。今回の改定もその延長線上にある。この改定内容については、すでに多くの解説がある（例えば中央法規出版2011）ので、本稿ではその主要な目的の紹介にとどめる。施行後まだ短期間しか経過していないことから、改定の方針に則った事業が十分展開されるには至っていない。このため、この改

定の評価にはいまだ定まったものはない。しかし地域包括ケアの持続可能性に関するいくつかの論点ははっきりしてきた。本稿では、政策当局の考える高齢化社会対応施策の流れを概観しながら、改正介護保険法の施行後3ヶ月を経た状況をこの流れに位置付け、その施策の限界を指摘し、今後のより安定的な高齢者支援システムのあり方について考察する。あわせて、協同組織の機能についても付言する。

## 2. 高齢化社会の推計

平成24年版高齢社会白書（平成24年6月15日閣議決定）によれば、我が国の総人口は平成23（2011）年10月1日現在、1億2,780万人であり、うち、65歳以上の高齢者人口は過去最高の2,975万人（前年2,925万人）となった。65歳以上を男女別にみると、男性は1,268万

人、女性は1,707万人で、性比（女性人口100人に対する男性人口）は74.3である。総人口に占める65歳以上人口の割合（高齢化率）は23.3%（前年23.0%）、「65～74歳人口」（前期高齢者）は1,504万人で総人口に占める割合は11.8%、「75歳以上人口」（後期高齢者）は1,471万人で総人口に占める割合は11.5%である（P. 57参考表）。

平成24年1月の高齢化率の将来推計では、高齢者人口は、いわゆる「団塊の世代」（昭和22（1947）～24（1949）年に生まれた人）が65歳以上となる平成27（2015）年には3,395万人となり、その後も増加する。平成54（2042）年以降は高齢者人口が減少に転じるが高齢化率は上昇する。平成72（2060）年には、高齢化率は39.9%に達し、2.5人に1人が65歳以上、75歳以上人口が総人口の26.9%となり4人に1人が75歳以上となる（P. 57参考図）。

この結果、平成22（2010）年には、高齢者1人に対して現役世代（20～64歳）2.6人が支える構図が、平成72（2060）年には、高齢者1人に対して現役世代（20～64歳）1.2人で支える状況に至る。

前回の将来推計値（平成18年12月）に比べて高齢化率は2060年で1.3ポイント下がったが、極めて高い水準であることに変わりはない。

### 3. 対策の推移

#### 1) 概観

もちろん、このような高齢化の進行に関する懸念と議論は、1995年12月に施行された高齢社会対策基本法の成立経過とその背景にあったものである。こうした状況と認識は別段

新しいものではない。その対策がそもそも介護保険制度であり、また高齢化対策の地域ケアシステムの構築であった。そして2008年の診療報酬改定以降、政策当局は、病院での終末治療と死亡を減らし、介護施設や在宅などでの看取りを増やすための取り組みを続けている。今年4月の在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院の「強化型」の設置は、その方針の明確な形となって現れたものである。

高齢化対策の地域包括ケア体制を構築する方針もまた、2006年以降のものであり、今年4月の改定で急にかじを切ったわけではない。しかしその対策を加速させることとなった。その理由のひとつには、既往の対応策の展開がハード面ソフト面ともに難航したことによると推測される。

#### 2) ハード面の困難さ

いうまでもなく地域包括ケア体制には、ハードとソフトの両方の充実が必要である。ハード面では、2006年以降、小規模病院を療養型病床に転換することを国は推奨してきた。主に財政負担の軽減という理由からである。また、入所者1人当たり月間費用が約41万円である介護療養病床から、同約31万円の老人保健施設（いわゆる「新型老健」）への転換も図ってきた。こうして小規模の療養型病床と老健を要介護者の受け皿として機能させようとしてきた。しかしその後の経済の低成長と介護保険給付の予想額のかさ上げから、その実現の可能性が低くなってきた。このため一旦は増やした療養病床を減らす方向に変更した。特に大規模病院の急性期療養病床を減らし、回復病棟という名称の短期入院機能を

営む設備に転換させ、長期入院を抑制して在宅へ戻す誘因をつけるため、3カ月を超える長期入院の診療報酬単価を下げた。早期退院の推奨である。この措置により病院で看取られなくなった事例の頻発が懸念されているのは、すでにいくつかの報道でも取り上げられている<sup>(注1)</sup>。あわせて、医療機関や老健への入所が難しい要介護者高齢者への対応として、民間資金の導入による受け皿作りを企図した。それが民間のサービス付き高齢者住宅である。

### 3) ソフト面の困難さ

ソフト面では、高齢化対策の地域連携ケアシステムのモデルが必ずしも順調ではなかったことがあげられる。

地域連携ケアシステムのモデルとしては、愛知県高浜方式・広島県尾道方式・御調町方式が著名である。それぞれ優良事例として全国で紹介されることが多かった。しかし運営の一部に無理があり、いずれも持続可能性に困難な状況に直面している。その骨子を述べよう。

愛知県高浜方式は、高齢者のうち働くことが可能な者がボランティアとして福祉ケア活動に参画していた。みな生き生きとその活動を行い、地域からも施設からも感謝されていた。ところがこれを行政が今後のモデルと位置付け、行政サービスに組み込んだことから、本来のボランティア活動が変質する。ボランティア活動の基礎にある自発性・独自性が、制度に組み込まれることによって損なわれたのである。このプランを立案した行政官と運用にあたる行政官とが、認識を共有でき

たとは言い難い。行政はあくまで規則をつくりこれに準拠したシステムティックな運用をする。不公平感の除去と一般的な妥当性の確保のためである。このため、ボランティアの分担する役割を明確なものにした。ところがこの役割の明定によって活動は義務的な要素を帯びる。そして運営担当の行政官がボランティア活動をする高齢者を、あたかも地域サービスの部品のように扱ってあれこれ指示する局面が見られたことから、参加者にモラル上の問題が生じた。その結果参加する高齢者が減少して制度としての運用は困難なものとなった。

尾道方式は、介護保険制度が始まる6年前から、地域医療連携とケアマネジメントの融合による包括的・継続的サービス提供モデルを構築してきた。「主治医機能」を最も重要と位置づけ、この機能を最大限に発揮できる環境整備が地区医師会とこれを支える急性期病院の役割であること、加えて、「高齢化率の高い医療圏で、最大限に主治医機能を発揮するには、地域において、多職種協働による包括的・継続的なサービスが柔軟に提供できるシステム作りが必要であるとの方向性を明示した。また、多職種協働を実効ある形で進めるためには、関係者間の共通認識の醸成が不可欠と考え、医師を含めた多職種が参加する系統的な講演会の開催を行ってきた」(川越2008) 先駆的な事例である。

しかしながら、この「主治医制」からいくつかの課題が見えてきた。第一に、初診患者は、主治医にかかるのではなく当該医療圏の中の一番高度な医療機能持つ病院を受診する。厚労省の「主治医からの紹介状による急

性期病院受診」とは逆行する患者の意識である。尾道方式を支えるべき急性期病院では紹介状とともに初診患者の受け入れを行っている。軽度であれば地域の主治医に戻すというこの初診患者の逆紹介は公平性と診療力の観点からすると解決の困難な問題である。第二に、主治医の専門分野によっては、他の専門医を紹介するシステムに変貌する。紹介先の診療科それぞれで初診料がかかるなど、患者の金銭的な負担増となった。そもそも地方圏の開業医は基本的に皆包括的な主治医だったのであるが、これに役割分担を強いる結果をもたらした。医療・介護者のコミュニケーションを円滑にする会議でも、医師には指導料として手当が出るが介護関係者は無償である等のことから両者の関係がぎくしゃくするものとなる。また、介護保険サービスの利用は、本来、事業者自由選択制であるにもかかわらず、尾道方式においては、地区が限定され地区内で完結される方式を強めている。このようなことから、理念は素晴らしいものの、その持続可能性に難点が生じるものとなった<sup>(注2)</sup>。

#### 4) ソフト面の困難さの共通項

先進事例とされるモデルの展開に持続可能性が必ずしも確保されないことについては、共通項がある。3つ掲げる。

ひとつは、モデルとなったことの自己評価である。これが高ければ、過去の成果に安住して組織は停滞する。低ければ、次の一手を考え続けて疲弊する。中庸の維持が難しい。また、本稿で掲げた事例ではないが、一部の人の功名心によって関係する他の多くの人た

ちの気持ちを損なうこともある。例えば、関係者が多数にわたるのにもかかわらず、成果の本を出版してみたら登場人物が4～5人で、リーダーのみが仕切ったという書きぶりになっていると、そのリーダーの過剰な自己評価ゆえに他の多くの関係者が離反する。

第2には、モデル化に伴う定型化のもたらす問題である。先進事例の実行内容を、他の組織でも学び、やりやすくする目的で、その活動の定型化が行われる。普及の便宜のためである。しかしすぐに移植できるものは、形式的な要素が多い。形式を機能させるノウハウや展開のための仕掛けは人についている。この移植は、移植先における人材育成そのものである。だからこそ小さな組織にも研修が必要なのである。すぐ後に述べるように、現在、介護業界では研修自体が困難である。このため、モデルとその形式的なマニュアルを提示されても移植にまで至らないことがほとんどであろう。

第3に、組織内でのいわゆるコンフリクトの制御である。組織内のメンバー間におけるコンフリクトは、組織活動の成果を左右することがおおいにある(徐2012)。生かしてもすれば殺してもするのである。民間の事業会社であれば、タスクフォースをつくるなどしてこれを意図的に操作したり発生させたりする。成果を得るための要素のひとつとして考慮する。ところがこれは、職務に関する権限とチェック&バランスのルールを設計する際には組み込みの難しいものである。従ってモデルを定型化する際に明記する活動要素からこぼれ落ちやすい。さらに行政が民間の組織に参与する場合、このあたりの微妙なコンフリク



トが見えないケースが多い。むしろ、一般的な妥当性を確保するために除外した方がよい要素と考えられるであろう。行政に柔軟な発想がないとは言わない。しかし、住民に近い段階の行政において、コンフリクトを踏まえて活動を組織的定型的に誘うのは、その得意分野ではない。

## 5) 改定の方向

このように政策当局がモデルとして推進しようとした事例の、持続可能性の困難さとそもそものハードルの高さから、今回の改定に見られるように、高齢者を早期退院させて居宅分野などのハードサービスを民間資金でできるだけカバーし、ソフトサービスの経費圧縮を図る方向が明示された。市町村などの自治体はプレーヤーから管理・監督へ質的転換を図っている。地域福祉の中核として掲げる「地域包括センター」も大部分は委託方式であり、自治体が直接設置した件数は少ない。受託先の多くは「地区社協」となっている。このため、その組織の属性が公共組織体なのか収益事業を行う事業体なのか従来に増して不明瞭となってきた。憲法25条（生存権、国の生存権保障義務）は、国に義務を課しているにもかかわらず、介護保険制度施行以降、当事者となることから回避し一定の財政資金の投入とその管理監督にシフトしようとする姿勢が鮮明となっている。例えば、窓口指導は強化され要介護者に対する支給限度額管理（支給限度額の80%使用）は厳格化されている。

## 4. 経路依存性と都市農村問題の取り扱い

医療・介護は政策的な影響を強く受ける経路依存性が極めて強い典型的な制度ビジネスである。政策当局も、公共部門で可能なことと民間部門が主に担うところ・補完させるべきところを勘案しながら、制度設計を行っている。しかし、政策当局が設計しようとする制度に見合う誘因が措置されているかどうかは、特に介護ビジネスに関しては、事業者側の収支判断が入ることによって評価が分かれる。

例えば、今回の改定で、「24時間対応の訪問介護・看護サービス」が介護保険のメニューに新たに加わった。しかし今年度内の実施を見込むのは、全国の市区町村（広域連合含む）の12%である<sup>(注3)</sup>。

同サービスは、ヘルパーや看護師が1日に複数回、トイレ介助などの時間に合わせ、利用者宅を訪問するほか、緊急時の呼び出しにも応じる。しかし、定期巡回サービスおよび随時訪問サービスによって行う密度の濃いサービスがどれだけ実現可能か、というメニューの内容そのものへの疑義に加えて、採算性と人材確保、特に夜間もオペレータの連絡で随時訪問するためのスタッフの確保がどれだけ可能か、という制約の大きいものである。従って、民間の事業者の参入は一部の都市部に限られ<sup>(注4)</sup>、現在のところ（2012年6月末）様子を見ているところが多い。

また、「地域包括ケア」体制は、「介護・医療・福祉に加え住宅などといった生活支援を生活圈域（30分以内に駆けつけられる）の

中で適切に提供する」(厚労省)ものとされている。この「30分以内」をどのように考えるべきであろうか。おそらく、地方圏の中山間地などの集落は、その対象からかなりの割合で落ちていく可能性が高い<sup>(注5)</sup>。「24時間対応の訪問介護・看護サービス」の採算を確保するには、高齢者の居住地域の集約が必要であり、その集約の場を民間資金で賄おうとするのが、政策当局の意図なのであろう。

長びく低成長と経済社会の変化によって、もはやこの国では、医療過疎や買い物難民は、地方圏の中山間地域の問題ではなく、全国の都市の問題にもなっている。埼玉県・千葉県<sup>(注6)</sup>の医療過疎の報道・情報提供が目につくようになってきた<sup>(注6)</sup>。買い物難民対策は、山梨県甲府市など首都に近い地方圏の都市でも市街地中心部の住民相手に行われている<sup>(注7)</sup>。小田切2010が指摘したとおり、都市農村の対立の構図は、都市自身の問題を注目させる方向で展開されている。ここには、財政資金などの国の所得再分配政策において、農村部ではなく都市部に対する傾斜の意図が見え隠れしている。今回の改正による措置は極めてわかりやすい代表例である。

さらに問題を複雑にしているのは、行政組織の広域合併である。20~30万人を抱える都市においても、合併により吸収した外延部に過疎地域が含まれるのはもちろん、ドーナツ化現象が進み中心部にも過疎地域を抱えている。しかし、民主主義による課題解決は「多数の」要望に高い優先順位を与えるのが原則である。結果として過疎地域は、部分的な対策はあっても必ずしも十分な再分配を受けることができないままに切り捨てられる。この

全国の縮図が市町村内においても顕在化している。

## 5. 対策のための提言

今後の高齢者対策についていくつか提言したい。

### 1) 担い手に高齢者も

最も大きいものは、高齢者のケアの担い手対策である。そのヒントは、持続可能性に困難が見られると紹介した高浜方式である。行政の過度の関与と無償利用を外し、高齢者の意思を尊重しながらの社会参加を促す。

『介護保険事業状況報告』(平成21年度 厚労省)によれば、65~74歳で要支援の認定を受けた人は1.2%、要介護の認定を受けた人が3.0%である。75歳以上では要支援の認定を受けた人は7.5%、要介護の認定を受けた人は21.9%となっている<sup>(注8)</sup>。これは、いわゆる後期高齢者になると介護認定率が高まるデータとして使用されることが多いものである。しかし、働くことのできる潜在人口の多さとして評価すべきであろう。もちろん政策当局もこの点は認識している。平成24年版高齢社会白書では、厚生労働省「中高年者縦断調査」(平成22年)を用い、「団塊の世代」を含む60~64歳では、仕事をしている人のうち56.7%が65歳以降も「仕事をしたい」と考えており、「仕事をしたくない」人(16.6%)を大きく上回っている。60~64歳の全体で見ても、65歳以降に「仕事をしたい」人は44.0%で、「仕事をしたくない」人(31.4%)を上回っており、現在の65~69歳の就業率(36.3%)と比べても高い割合となっている」こと

が紹介されている。あわせて、内閣府「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」(平成20年)で高齢者の退職希望を引用し、「年齢をみると、65歳までに退職したい人は3割に満たず、残りの約7割の人は「70歳以降まで」または「働けるうちはいつまでも」働きたいと考えている」ことを示し、「我が国においては、高齢者の高い就業継続意欲が必ずしも実際の就業に結びついていない」と指摘する。

具体的な就労場所をどうするか。この白書ではボランティアの希望が高いことをさかんに紹介している(厚労省2012、p70/71など)。だがこれにはなんらかの意図があるのであろう。行政コスト削減が期待できる高浜方式の拡大普及を意図している可能性があるかと推測する。

しかし本稿の提案では、高浜方式はとらない。65才以上の高齢者が、その意思と希望に合わせて、実際にヘルパーもしくはその一部のサービスの担い手として登場する方が、より継続しやすいと考える。社会に必須の労働の提供を、無償かつその者の使命感に依存して行うのは無理がある。自分の意思で働き、その誇りを満たせるような報酬を合わせ提供しなければならない。週に1~2日、もしくは3時間単位などでヘルパーや施設宿直者等として働き、年金と併せて生活するのである。実は、「年金+月に5万円程度の現金収入」は、地方圏における集落の持続可能性を高めるモデルとしてすでによく知られている(小田切2009)。また、高齢化の著しい漁村においても、「年金+近海漁業における海産物販売収入」のモデルがあり、地方圏の都市部

でも「年金+直売所収入」という例がある。特に農村部においては、その必要性は高いであろう。

今般の消費税の増税があっても、7万円の基礎年金を賄うのはおそらく難しいという試算がすでに多数なされている。また、現在120万人いる介護労働者は、将来250万人必要と厚労省は試算する。仮に250万人とすると、今の介護保険制度における保険料と税金の折半による運用は難しくなるのではないか。というのも、現状の介護保険料は40才で5千円程度であるが、これよりも上昇するのは負担感が大きくなりすぎ、制度の持続性が問われる事態になる可能性があるからである。

こうした場合に、制度としては、当たり前のことであるが、給付を絞るか対象者を絞るかのふたつの道がある。後者は、団塊世代が高齢者入りすることから今後は当面増える見込みしかない。前者は、ひとつの方法は、外国人労働者を(低賃金で)導入するケースであり、従来から水面下での検討があった。実現になかなか難しい問題があることは周知のとおりである。そうであるならば、むしろ社会保険の枠組みを変え、働ける高齢者は働くという仕掛けを制度化していくほかないのではないか。その方法が、本節前段で述べた、「年金+月に5万円程度の現金収入」による高齢者の健康維持と高齢者同士の介護による給付の圧縮である。高齢者ヘルパーの経費(時間単価)を圧縮しつつ、介護福祉士などのこれを本来業務としている人の賃金を上げて専門家として育て、制度の持続可能性を高める方法である。

## 2) そのハードル

これには、ふたつの壁がある。世情を形成する心理的なものと、金銭に関する制度的なものである。

世情を形成する心理的なものとしては、いわゆる「老人が老人の面倒を見るのは悲劇である」という主張である。動けるうちは何でも使うと言った冷たい社会というイメージが大きい。これによって高齢者の多くの就労は閉ざされた。なかには大家族の場合、家の中の仕事も取り上げられることも多かった。そのため、社会との関わりで自分のポジションを確立することができずに認知症に至る例には枚挙にいとまがない。本稿の提案は、こうしたことを避け、あくまで本人の誇りを満たすための就労であることを指摘しておきたい。

さらに付け加えるならば、この国のかたちを体現した介護制度の検討にも資すると考えている。というのも、この国は、欧州のような階級に由来するクラブ社会でもなく、米州のようなエリート中心主義の社会でもない。この国は、欧米の基準からすればエリートでも何でもない普通の人たちが日常的に頑張るといって極めて希な特性を持っている。普通の人たちが無理矢理引退させられるのではなく、その力を発揮するステージをつくる。それがこの提案の第一の眼目なのである<sup>(注9)</sup>。

制度的な壁は年金である。継続的な雇用関係があると、年金の削減払いがある。これは働ける高齢者の意欲を削ぐことおびただしい。もっとも、「年金支給の停止措置まで受けながら生涯現役を全うしようとする高齢者の気持ちをひどくくじけさせる仕組みが至る

所に存在する。」<sup>(注10)</sup>。政策当局の、年金受給者にはほかの収入を原則として認めないという基本方針は、扶養の社会化の発想に基づくのだろう。建前としては理解しやすい。しかし高齢者の場合、例えば勤労者の主婦(夫)の扶養控除制度とは、そもそもの限度額・収入の水準に加えて、その趣旨も異なる。この建前によって多くの活動誘因が毀損されている。現代の高齢者向けに年金制度も含めた見直しが必要と考える。

もちろん、働ける高齢者の提供するサービスの質も厳しく問われなければならない。この点では、専門家の指導が欠かせない。ところが介護の現場の現状では、専門家の育成が難しいのである。次にこの対策を述べる。

## 3) 小規模施設の継続性

訪問介護や通所介護施設は小規模であることが多い。このため、よく働く人とそうでない人の差が歴然としやすい。労働条件も必ずしも良い方とは言えない。従って、若いヘルパーなどは理想と使命感と奉仕の精神にあふれて仕事についても、小規模施設であることから、一人何役もこなすことが求められる。また、ヘルパーとしての資質を磨き能力を向上させるためにも、一定の水準で教育研修を行わなければならない。ところが教育はOJTが中心となるうえ、小規模施設故に研修会に出したくても、シフトに穴を開けることができず座学の日程が確保できない。このため、充電することの難しい職業となり、日々の労働に疲弊して30才過ぎに退職していくケースが極めて多い。この種の人的サービスの質は人についている。従ってある程度訓練した人



が退職すると、その人についていたノウハウも併せて消えていき、介護の現場にノウハウが蓄積されない。ノウハウが蓄積されなければその業種の人に専門家としての高い賃金は払えない。原則最低賃金に近い水準からの扱ひとなる。これでは負のスパイラルである。このように低賃金の長時間労働で研修の時間もなければ、専門家の育成は極めて難しい状況となる。小規模施設は小回りが利くメリットもある。しかしこと専門家を育成して持続可能性を高めるには、人材に対する投資が必須である。その困難さが小規模施設の決定的な問題である。

地域包括ケアシステムは地域独占の可能性を示唆するなどの事業者の誘因が提示されているところであるが、小規模事業所によってカバーされている構図には変わらない。また、30分以内での訪問を可能とする地区割りも行われるであろう。従って地域に複数の小規模施設が存在する。

そこで小規模施設間の人事交流を提案する。人を研修に出せない小規模施設が、それぞれ人を期間を決めて授受しあうのである。地域内相互レンタル制度といってもよい。一般に、人事異動が必要なのは、組織の固定化を排するためである。小規模施設の離職率の高さは、この固定化した組織に入れない、もしくはこれになじめない人が一定の割合でいることにも遠因があろう。人は集まると必ずといって良いほどグループを作る。グループの結束を高めるためにグループ外の人を必要とする。これを受け入れることを潔しとしない場合には、高潔で心優しい人ほど組織を辞めていくことになるかもしれない。

従って人事交流では、各施設において大黒柱となっているエリートを出す必要はない。むしろ各施設の「荷物」になっているような人を出し合うことで良い。交流期間が短期かつ明確なものであれば、交流先の各施設内におけるグループへの誘いの程度も限定されるであろう。また、小規模施設の運営はそのリーダーの資質にも影響されやすい。なかには、情実的な運用と受け止められるケースもあろう。ところが人間関係には組み合わせの妙がある。A施設ではネガティブな評価でも、B施設では逆となることもあるのではないか。交流人事によって異なる環境で学び、また、新しい視点と出会いも期待できる。こうして高い離職率の歯止めとなる可能性が高まる。そうすれば、5～6年で退職するばかりではなく、長く勤務して専門家としてのノウハウを蓄積し、承継できるようになる人材が増えると考えられる。このようにうまく循環すれば、ノウハウの向上に応じた高い賃金を提供することができ、彼らが専門職として高齢者ヘルパーにも一定水準のノウハウの提供が可能となる条件を整えることとなる。

地域の協同組合は、このような場合、人事交流の事務局になり得る。その格好のきっかけを提供することができる。行政もその後押しをすれば、介護の人材使い捨ての汚名を晴らす一助となるであろう。地域の社会福祉協議会も、その研修会のテキストをつくって講師派遣をするなどをすればその組織の本来目的に沿うであろう<sup>(注11)</sup>。

#### 4) 資本によるノウハウの蓄積と全国展開

介護業界の人材難は今に始まったことでは

ない。施設単体での採用は、規模の限界がある以上に、安定的な雇用を望む勤労者からもネガティブなものとなることがまま見られる。また、日本の特養の8割は一種の同族経営であり、残りの多くは農協など出捐者の関連団体の位置づけとなっている。このため地域・職種横断的に手広く行うのが難しい。しかし介護に関する各種施設を、ケア付き住宅を皮切りに取りそろえることによって、介護度の変遷に応じた施設とサービスを切れ目無く提供すること、これによって持続可能なビジネスモデルをつくることは、経営的に有望と考える。

実際に、持ち株会社を作ってそこに複数の特養から小規模多機能施設までをぶら下げるところもある。持ち株会社で採用を行い、一定の水準の人材の確保に成功している。人材の配置は東京と神奈川の特養などの施設で行い、人事ローテーションと研修を可能なシステムを構築している。

ここでふたつの道がある。ひとつは、前節で述べた地域における人材交流を基礎として、人と人とのつながりを核とした地域ケアの面的な成長の促進である。これをコーディネートできる組織として協同組織は手を挙げてもよいのではないか。

もうひとつは、地域間のケアの面的な成長のための投資である。資本によるノウハウの蓄積を図るためのものである。このとき、人と人とのつながりを核とした地域ケアの面がある程度形成されているのであれば、これに対する経営的な共通のプラットフォームを提供するという視点から資本を呼び込むことが検討されてよいのではないか。都市部だけで

の運用ではなく、地方圏での持続可能な運用を実現するために、この種の投資による施設と人の結びつきは貴重なものとなると考えられる。

さて、この資本の投入の必要性を言うには、もうひとつ理由がある。高齢者の日常生活、特に地方圏の高齢者の食の問題である。集落機能があるうちは、近隣の農家の野菜のお裾分けなどが日常的にあると考えられるので、一人暮らしの高齢者でも彩りに富んだ食事が可能であろう。しかし集落機能が失われると、日々の食材と食事に困ることになる。例えば、島根などでは、保温機能を持った1台1億円の自動車を走らせ、暖かいお弁当を高齢者の自宅に届けるサービスをしている。しかしながら、このシステムでは経費がかかりすぎて持続可能性に乏しい。

比較的検討の選択肢に乗りやすいと考えられるのは、週に1回、冷凍のお弁当を一週間分まとめて高齢者の自宅に届け、高齢者がこれを好きな順番で食べるというものである。この場合、地方圏でも活用が可能なコールドチェーン（ヤマト宅配便などがすでに実施している）の維持と、高齢者の自宅の冷凍庫の整備、主菜からご飯、サラダまで、一度に電子レンジで解凍する技術が求められる<sup>(注12)</sup>。モデルはある。フィンランドでは、一人暮らしの高齢者宅に主菜を5日分一度に届けるコールドチェーンを15年前に実現していた。主菜が一番手間がかかるが、他は自分でできるという前提での供与である<sup>(注13)</sup>。山岳や急斜面の多い地形という国情から、このコールドチェーンの構築は公共部門が主導的に行っていた。交通事情の困難さのために民間企業で

は採算性に疑問があることは容易に想像できる。しかしこのこと以上に、北欧諸国の場合、条件不利地において人の居住を維持するのは、主に国防のために政策の優先順位が極めて高いこともその後押しとなったのであろう(渡辺2011)。

我が国の場合にはどうか。「24時間対応の訪問介護・看護サービス」は、ある程度人口密集した都市部なら経営的に成り立つ可能性がある。しかし地方圏の農村部では訪問時間ばかりがかりすぎ、実現の可能性が乏しい。従って政策当局は、地方圏の場合、高齢者の住居も集約して24時間サービスの提供を可能とするように誘導しているように見える。効率からすれば至極もっともな論理であろう。また、措置制度ではない以上、民間の資本の導入による居住地集約とならざるを得ない。個人の意思での転居でなければならないのである<sup>(注14)</sup>。しかし高齢者は、住み慣れた土地を離れて転居し、そこで安静を強いられるとなると、環境の変化のために認知症を発症したり、すでにその潜在的な患者では転居をきっかけにその進行が早まったりしやすいという問題が指摘されている。政策的に認知症高齢者をかさ上げする可能性があることに付き疑問なしとしない。まだ動ける一人暮らしの高齢者は、好きなところに住む自由を与えるべきではないか<sup>(注15)</sup>。そのための最低条件として食事を週に一回供給するインフラとサービスを提供するのはどうか。これ自体が、介護関係の一連の住居・サービスを提供する資本の事業部のひとつとして検討されてよい。規模も期待できることから、全国ネットの協同組織が参入してもよいのではないか。

## 6. おわりに

本稿では、高齢化社会対策の政策の流れとその限界を指摘し、持続可能な高齢者支援制度を構築するために有望と考えられるものを提案した。高齢者で働く意欲があるものは多いことから、これを介護の担い手として位置づけ正当な対価を供与すること、そのための年金制度などの改変も措置すること、これがこの国の特性を踏まえた対策として有効であること、地域の小規模組織のリンクにより点を面に拡張すること、一定規模の投資により介護ビジネスの介護度に応じた隙間のない居住・サービスの提供を行う組織形をつくり、ノウハウの蓄積を図ること、冷凍食品宅配システムなど規模の利益も合わせ追求することを述べた。

2007年は団塊世代のピークが60才で大挙して退職することから、巷間、2007年問題と言われた。しかし彼らのほとんどが65才までの継続雇用を選択したため、その5年後の2012年が、シニアマーケットの拡大期と言われている(高城2012)。スーパーのPBでも、従来の低価格品の大量供与ではなく、シニア層向けに開発されたものが投入されたり、食の細かいシニア層向けに個包装のダウンサイジング化がなされたりするなど、このマーケットをめぐる商戦が始まっている。

本稿の提案の中では、働ける高齢者をヘルパーの一部として投入することから、このシニアマーケットに厚みを加える効果を持っていることを最後に付け加えておく。かつてはヘルパーとして活躍した地方圏の独居老人の冷凍食品宅配ネットワークも最低限の購買力



を持って維持されるのである。また、これは全国規模で展開可能であることから、規模の利益を享受できるとともに、システムとしても輸出可能である。今後高齢化が日本以上に急速に進む韓国・中国に対するビジネスの機会も獲得できる可能性があることを指摘しておきたい。

以上

#### 謝 辞

本文中には論考の方法をあえて掲げていないが、本稿は、愛知県・広島県等の関係する医療機関・介護事業者・その職員などの多くの人たちからの聞き取り調査に依拠する。その主張には、本質を穿つにもかかわらず、少数の意見にすぎないと行政や主流のNPOなどから通常は無視されるものも含んでいる。また、事態の先行的な動向と考えられる顕著な動きを得ているものの、あえて註にとどめた主張もある。地域的なバランスを考慮した結果である。くわえて、今までも多くの学恩をいただいた研究者からも多くの教示を得ている。その中で特に、永木正和筑波大学名誉教授の、『「地域通貨」・「デポジット制度」の運用の方法によっては、世代間のケアを繋ぐインセンティブを与える選択肢のひとつと考えられるが、必ずしも市場経済で供給できない財・サービスの創出という観点から、その前提として地域自立的な社会を構築する必要性が高いのではないか」というコメントをいただいていることを紹介しておく。地域通貨と中間組織の意義については、小生（渡辺）も検討した経過があるので、人口オーナス下におけるその考察をなんらかのかたちで整理することとし、現代日本の医療制度変更との関連を論ずるのは今後の課題としたい。

#### 注

- 注1 例えば、NHKクローズアップ現代 No.3205 2012年5月29日（火）放送「もう病院で死ねない～医療費抑制の波紋～」[http://www.nhk.or.jp/gendai/kiroku/detail02\\_3205\\_all.html](http://www.nhk.or.jp/gendai/kiroku/detail02_3205_all.html) 20120706
- 注2 愛知県厚生連・広島県厚生連からの聞き取り調査と討論による。なお、公立みつぎ総合病院の「寝たきりゼロ作戦と保健・医療・福祉の連携」については、<http://www.pref.hiroshima.lg.jp/uploaded/attachment/6248.pdf> 20120707 参照
- 注3 厚労省の、介護保険を運営する1,566市区町村の今後3年間の事業計画のまとめによると、12年度内に同サービス実施を見込むのは189市区町村（12%）で、14年度は329市区町村（21%）。都道府県別では、14年度の実施見込み市区町村が「34」と最も多いのは東京

都と大阪府。「0」は宮崎、沖縄の2県。2012年5月21日 読売新聞による。

- 注4 首都圏の「やさしい手」、札幌の「マザアス」（ミサワホームグループの介護事業者）など、参入の表明がニュースとして報道される状況である。  
例（高齢者住宅新聞2012年3月5日号掲載記事より）  
ミサワホームグループの介護事業者マザアス（東京都新宿区）は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（以下/24時間サービス）に参入する。平成24年3月1日に入居開始となった札幌市の大型高齢者施設内に事業所を構え、今年7月のサービス開始を目指す。今後新設する施設にも随時事業所を設けていく考えだ。
- 注5 もちろん、これに対応する自治体はある。例えば岡山県は4月から中山間地域に限定して1回の訪問ごとに250円を報酬に上乗せする独自の助成制度を創設した。
- 注6 例えば『選択』2012年7月「埼玉の医療崩壊が加速」、「千葉・埼玉・茨城に医師を増やす必要性（1）」医療ガバナンス学会MM 2010 vol.107など
- 注7 <http://www.sannichi.co.jp/GUIDANCE/news/2012/01/31094800.php> 20120706 山梨日日新聞
- 注8 [http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/pdf/1s2s\\_3\\_2.pdf](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/pdf/1s2s_3_2.pdf) 20120707
- 注9 いささか趣旨に異論を挟む人がいるかもしれないが、花森安治『一銭五厘の旗』暮しの手帖社；改版（1971/01）を掲げておく。
- 注10 例えば、柴田博氏は私学に常勤の医師で現役の教官であるが、後期高齢者になったとたんに、健康保険において私学共済から後期高齢者医療制度に移行すること、その掛金は私学共済のその2倍以上になること、後期高齢者医療制度には扶養の仕組みが無くパートナーが別個に国民健康保険に加入することとなるために毎月の掛金は3倍になる計算となるなど、いくつかの論点を指摘している。柴田2012「続不養生のすすめ－矛盾だらけの高齢者健診」2012年7月 選択
- 注11 経営基礎資源（情報、資金、権限、組織の住民認識）が異なるなかで、地区社協が協同組合や民間事業者と同質の介護サービスを提供する現状は、競争条件が同一とは言えず、アンフェアな事業運営といえる。
- 注12 野菜と主菜の冷凍品を同時に解凍する技術は難しい。主菜と副菜などを分割して製造・配送することも考えられないことはないが、コストと手間がかかる。年金と若干の上乗せ収入だけで維持できるシステムとしてはできるだけ簡易な方が望ましいからである。
- 注13 高城孝助女子栄養大学教授の研究会における発言。
- 注14 実はここにはもうひとつの論点がある。政策当局が高齢者を集約しようとしている民間資本による介護サービス付き高齢者住宅への入居契約では、介護施設に準じたものであるから、民間の賃貸借契約から除外されている。ところが介護施設そのものでもないことから、通常の高齢者住宅促進制度からもその趣旨が離れる。通常、重度の要介護者の場合、一人暮らしで生活保護を受給している人は、保証人がないと特養などに



は入居できない。このとき、高齢者住宅促進制度の趣旨を汲んで、自治体が保証人となって入居を可能とする。ところが、介護サービス付き高齢者住宅では高齢者住宅促進制度の趣旨から離れるので、自治体が保証人となることができずと解釈する地域が増えてきた。そうすると、生活保護を受けている要介護の独居老人は、この住宅に入居できない。特養や老健には順番待ちで入所できないうえに、民間の施設にも入れないこととなる。この人達が疾病などで入院しながらも、早期退院によって病院から出されてきた場合にはどうなるだろうか。訪問介護・看護や通所介護はあるかもしれない。しかし原則として、「経済力のない身寄りのない者は自宅でひとりで死になさい」ということになる。これが本年4月からの医療介護一体改革の本当の目的であったのだろうか。

もちろん、首都圏では、例えば自宅での看取りに備えた24時間の在宅医療事業は、いくつかの医療法人や診療所も手がけているし、内外の比較研究による条件と方向性の考察もある（大熊2012）。しかし地方圏の実情を踏まえると、医療・介護の拠点施設から移動に一定のコストと時間がかかり最低限のサービスすら受けられないのは、「本人の自己責任」であり、さらに「不便なところ」に「一人で住んでいる」「経済力のない人」は、その最低限のサービスすら受けられなくなる可能性を高める結果となっているのではないか。

注15 もちろん「動く認知症」対策とは別である。この論点については稿を改めたい。

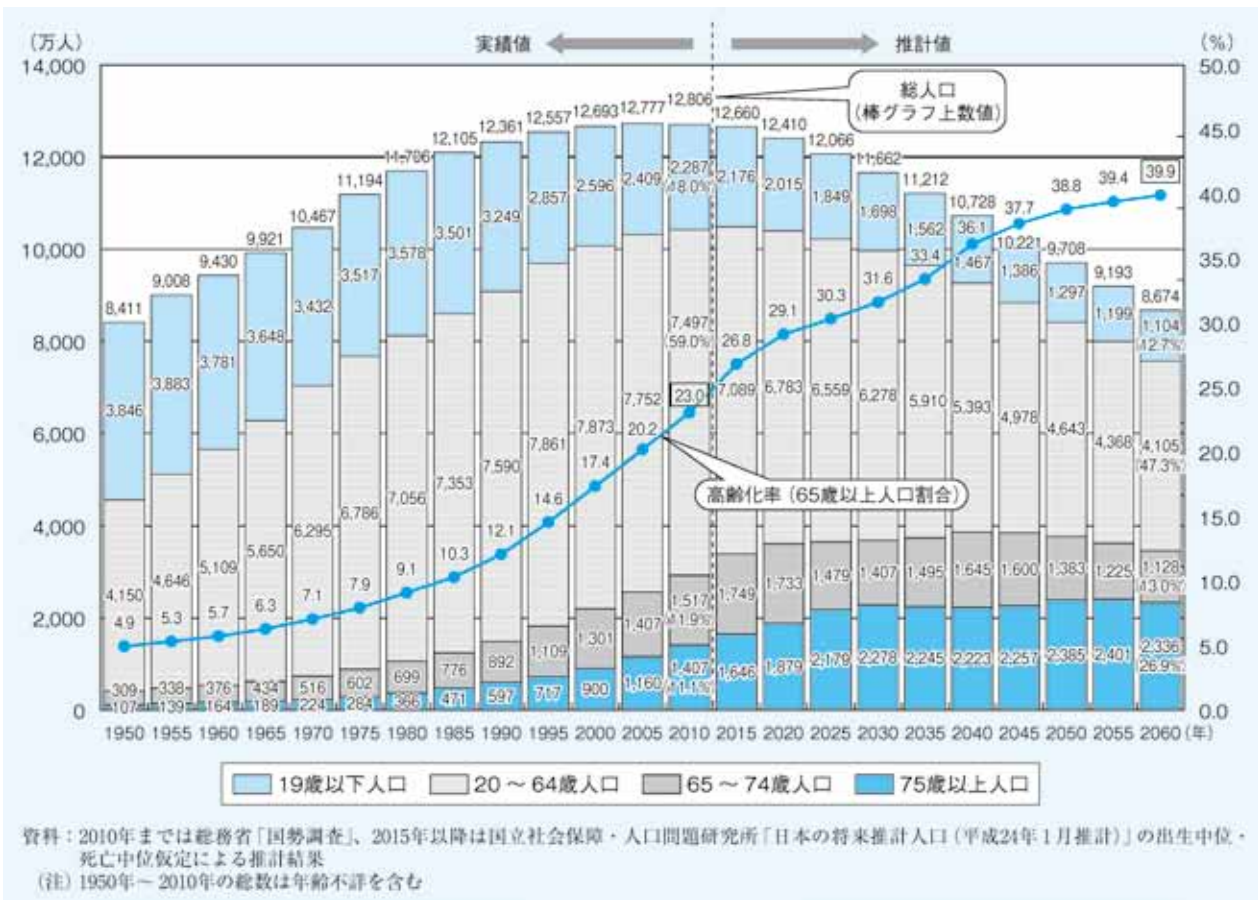
在宅医療・地域包括ケア

・渡辺靖仁2011『農業構造の変化と保障需要 日本保険学会関東部会（2011年9月9日）報告資料』

#### 引用文献・資料

- ・徐恩之2012「職能横断的なコミュニケーションにおけるコンフリクトのトランスファーの影響」『組織科学』組織学会vol.45 3.
- ・中央法規編2011『速報！改正介護保険法—平成24年4月からの介護保険はこう変わる』中央法規出版
- ・川越雅弘2008「我が国における地域包括ケアシステムの現状と課題」『海外社会保障研究』Spring, No.162国立社会保障・人口問題研究所  
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/18715002.pdf>
- ・小田切徳美2010「最近の農村政策の動向と背景」『共済総合研究』Vol.58農協共済総合研究所
- ・小田切徳美2009『農山村再生「限界集落」問題を越えて（岩波ブックレット）』岩波書店
- ・花森安治1971『一銭五厘の旗』暮しの手帖社；改版
- ・柴田博2012「続不養生のすすめ—矛盾だらけの高齢者健診」『選択』2012年7月号
- ・高城孝助2012「シニアマーケット対策とフードシステム」『日本フードシステム学会大会 ミニシンポジウム 報告要旨集』日本フードシステム学会
- ・厚労省2012『平成24年版高齢社会白書』
- ・大熊由紀子2012「わが国の在宅医療の課題と展望—欧米諸国との比較を含めて」『公衆衛生』（Vol.76 No. 7）特集

参考図 (出所:厚労省2012)



参考表 (出所:厚労省2012)

単位: 万人 (人口)、% (構成比)

		平成23年10月1日			平成22年10月1日		
		総数	男	女	総数	男	女
人口 (万人)	総人口	12,780	6,218	6,562	12,806	6,233	6,573
	高齢者人口 (65歳以上)	2,975	1,268	1,707	2,925	1,247	1,678
	65～74歳人口 (前期高齢者)	1,504	709	795	1,517	715	803
	75歳以上人口 (後期高齢者)	1,471	559	912	1,407	532	875
	生産年齢人口 (15～64歳)	8,134	4,095	4,039	8,103	4,068	4,035
	年少人口 (0～14歳)	1,671	855	815	1,680	860	820
構成比	総人口	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	高齢者人口 (高齢化率)	23.3	20.4	26.0	23.0	20.2	25.7
	65～74歳人口	11.8	11.4	12.1	11.9	11.6	12.3
	75歳以上人口	11.5	9.0	13.9	11.1	8.6	13.4
	生産年齢人口	63.6	65.9	61.6	63.8	65.9	61.8
	年少人口	13.1	13.8	12.4	13.2	13.9	12.6

資料: 平成23年は、総務省「人口推計」(平成23年10月1日現在)  
平成22年は、総務省「国勢調査」(構成比の算出には分母から年齢不詳を除いている)  
(注) 「性比」は、女性人口100人に対する男性人口