

社会保障の課題検証

—介護保険制度への提言（特養待機・虐待問題）—

前 田 崇 博

序章 介護保険制度15年の沿革

筆者が創設に関わった人間福祉学科は本年で15年を迎える。個人的には、今年で学科長を務めて10年を超えた。この年月は、日本が世界で有数の「介護先進国」の頂点へ駆け上る期間と重なり、介護福祉教育の一翼を担えたことは感慨無量である。

しかしながら、この期間は同時に「福祉先進国」として頂上を極めることなく、下山していくプロローグでもあった。わが国の介護・福祉業界は、この相反するベクトルが交錯するアンビバレントな状態にある。中長期ビジョンはおろか、数年先にどのように進んでいくのか五里霧中である。

そこで、本論文では、介護保険の制度や法律を分析、注目されている介護系社会資源の現状を取材・調査することにより、社会保障制度の課題や問題を検証していく。

そして、僭越ながら、わが国が北欧やドイツとはまた違った日本型介護の「品格」をしっかり保てるよう提言もしていきたい。

特に、待機者52万4千人¹⁾を抱える大人気施設である「特別養護老人ホーム（以下、特養）」に注目して論を展開していきたい。特養入所は、大学に例えるならば『国公立大学』に入学するようなものである。狭き門、クオリティの高さ、名門というブランド力、その他様々な魅力などを俎上に上げて課題、問題を検証していきたい。

人間福祉学科が創設された2000年（平成12年）は、「介護元年」²⁾と呼ばれる年であった。高齢者福祉においては、介護保険制度が導入され、それまでの措置から契約に制度移行された。つまり、高齢者に施設やサービスを選択する「自己決定権」が初めて国から付与されたのである。それまで、わが国の高齢者福祉は、北欧の高福祉高負担型のものを志向する傾向にあったが、そのためには北欧同様に消費税を20%台まで引き上げることが絶対条件となる。軽減税率にしたところで、かなりの社会的反発が予想される。

そこでモデルにしたのがドイツの公的介護保険制度である。実は、わが国の社会保障制度、特に医療保険や年金保険はドイツのフレームワークを参考につくられている。両国の共通点としては、中小も含めた企業が比較的安定した社会で、それに比してサラリーマン人口が多い。また、アメリカのように給料からの天引きを極端に嫌がるサラリーマンが少ないということも共通している。その実直な国民性・社会システムを利用して導入されたのが、介護保険制度なのである。財源基盤が盤石な「超優良な社会保障制度」の構築で、5兆円規模の巨大マーケットが登場、わが国は一気に、

世界トップクラスの介護先進国となった。この時期のわが国の成功を観て介護保険導入を検討した国は多いが、結局体系的に運営しているのは後続国では韓国しかない。この韓国も堅固な企業立国である。現在、高齢者の介護保険制度を維持できているのは、世界中でこれら3か国だけである。弱者切り捨てなどの問題も多い介護保険制度ではあるが、制度の安定性という観点からは、社会保障制度を構成する5種の社会保険の中で、突出した成功例であることは否めない。

この介護保険制度は、3年ごとにその社会ニーズに応じて改正していくという計画が盛り込まれた試行的政策でもある。

この15年をその改革の系譜で振り返ってみる。

初の改正である2003年改正³⁾は、「認知症」に重点が置かれた。そのため、認知症対応型の社会資源を全国で建設していった。代表格が認知症対応型デイサービスで、急増して人口1-3万人で形成される「中学校区」に3-4施設が設置されることになった。因みに、本学が点在する中学校区には48のデイサービスが蒞められている。日本中でデイサービス送迎車が席捲する契機となる改正である。

2回目の改正は、2006年⁴⁾。この改正の柱は「介護予防」と「自己負担原則」である。

「介護予防」とは、介護状態になる前の高齢者を支援することで、要介護者を減らす施策である。当時は、「元気高齢者づくり」というスローガンも掲げられていた。具体的には、各地に広がったデイサービス等での「筋力トレーニング」や「転倒防止訓練」、さらに各施設や在宅での「口腔ケア」や「栄養指導」が強化されていった。高齢者の「健康」に着目した初めての高齢者福祉政策として現在も継続されて、地域によってはそれなりの効果を上げている。

また「自己負担原則」が厳しくなり、施設入所者からこれまで無料だった「食費」「居住費」を徴収することになる。在宅で生活している高齢者は食費や家賃を負担しているため、その平等性・適正化論理に則った改正である。1人当たり平均5-6万円の負担増になり、それによる施設退所者も増加した。

3回目の改正は、2009年。この改正の柱は「ターミナルケア」。特別養護老人ホームなどの入所施設での終末期介護を奨励、手厚く評価するシステムが導入された。この効果は絶大で「最期の時を過ごせる場所」として特養人気が不動のものとなる。

4回目の改正は、2012年⁴⁾。「地域包括ケア」がキーワード。増加する特養入所者を減らす政策が柱となる。地域において24時間態勢で介護や看護を提供するシステムが構築される。サービスに関しては北欧やイギリスをモデルとするものが強化・導入されることになる。まず、「24時間対応の定期巡回・随時対応サービス」。これは、早朝・夜間を問わず、訪問介護（ホームヘルプ）、訪問看護が提供されるサービスで、施設と同様、いつでも専門スタッフが駆けつける体制である。さらに先行実施されていた「小規模多機能居宅介護」に訪問看護が加わった「複合型サービス」が新設された。これは、いつでも泊まれる小さな老人ホームといった位置づけであり、増設されている。最も注目を集めているのが、「サービス付き高齢者向け住宅」である。これは、24時間型の介護付

マンションのようなものである。詳細は後述する。

そして、5回目の改正として、2015年、「地域医療・介護総合確保推進法」⁵⁾が施行される。この法律は、地域での医療と介護を体系的に提供するためのもので、これまで両者のセクショナリズムを打破する画期的なコミュニティ・ケアの基幹法でもある。在宅での医療・福祉、居宅での介護・看護を一体化する機能を有している。また、52万人にのぼる特別養護老人ホーム待機者対策の法律でもある。詳細は、本章で概説する。

本稿は、50年に1回とも言われる今回の社会保障制度の大改革に対して、筆者なりに現状を分析して提言をまとめるのが目的である。

構成としては、以下のように3章構成にする。

【序章】…介護保険制度15年の沿革

【本章】

- 第1節「地域医療・介護総合確保推進法」の課題…法律のフレームワークと意義・目的、課題や問題点を整理する。
- 第2節「特別養護老人ホーム神話」…特養への魅力と過大評価の現状について整理する。
- 第3節「特別養護老人ホームの待機高齢者問題」…社会問題化している待機高齢者という構造的な問題の背景因子を、直接取材も通して考察する。
- 第4節「特別養護老人ホームにおける高齢者虐待問題」…特養の最大の恥部であり、体質的な問題である虐待の事例を取材を通して考察する。
- 第5節「ポスト特別養護老人ホーム－新しい社会資源」…特養に代わるエースとして期待される各種老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などの新しい居住形態の課題・問題を整理する。

【終章】…介護保険制度への提言

本章

第1節「地域医療・介護総合確保推進法」の課題

この法律は、団塊の世代が後期高齢者（75歳以上）となる2025年以降を念頭に入れた「地域包括ケアシステム」を各自治体で構築するための法律である。

社会保障制度が開始されて初めての介護と医療を地域社会という受け皿で運営していこうとする非常に珍しい法律という側面もある。90年代のスウェーデンのエーデル改革、イギリスのコミュニティケア法に理念的には似ている。施設、病院から地域、在宅へというシフトを明確に定義づけたもの

と言える。また、介護保険の2012年以降の改革、つまり「地域包括ケアシステム」のムーブメントを法的にバックアップするためのものである。

この法律は、決して「特別養護老人ホーム増設」を計画している訳ではない。特別養護老人ホームをより厳格な介護施設へと特化するとともに、それ以外の様々な「選択肢」を国民に示しているのである。

この法律の基盤となったのは、介護保険制度の2012年度改正⁴⁾である。そのためその改正の骨子を鑑みながら概説する。この改正には以下のように6つの柱がある。

- ① 医療と介護の連携 ②介護人材確保 ③高齢者の住まい整備 ④認知症対策の推進
- ⑤ 市町村の主体的取組 ⑥保険料の上昇である。

この内、本稿の論点と関係しているのは①と③である。

まず、「医療と介護の連携」は、地域包括ケアシステムの構築であり、介護・看護・医療の小地域での連携による受け皿づくりである。北欧などでは、税金が高いため、施設や病院で生活しようが、自宅で暮らし続けようが、そこに「平等」原則が存在する。つまり、自宅で暮らす場合、施設や病院にひけをとらない24時間態勢の介護・看護サービスを提供することが必要となる。

具体的には「24時間定期巡回・随時対応型の訪問介護・看護」である。これは、ホームヘルパーや訪問看護師が昼夜の区別なく訪問するもので、体位変換や水分補給といった軽微な介助も定期巡回で実施する。また、体調不良、転倒などの不慮の事故についてもスクランブル発進といった随時対応もする。これは利用者がペンダント型などの発信端末機を携帯し、有事の際はスイッチを押すだけでオペレーションセンターに連絡できるようになっている。まさに、24時間365日態勢で自宅での生活を支援するシステムである。また、もう少し踏み込んだ「準施設」のようなものも強化される。「複合型サービス」と呼ばれるもので、小規模多機能居宅介護に訪問看護が加わったものである。つまりデイサービスとショートステイ、ホームヘルプの複合体であった小規模多機能に、訪問看護が加わったもので、居宅介護系人気4種の結合体という最強の布陣でもある。小さな老人ホームのような佇まいのものもあり地域での人気も高い。

また、地域包括ケアシステムの主軸となっているのが、「中学校区」である。人口1－3万人を生活圏域として一つの福祉・医療の展開小地域と設定されている。これは、一連のゴールドプランで、デイサービスやホームヘルプステーション、訪問看護ステーションが整備されてきた経緯があり、再注目を浴びている。30分程度で自宅に専門家が訪問可能なのも即応性の観点からも評価できる。

次に「高齢者の住まい」についてであるが、老人ホーム一辺倒の政策から転換がはかられる。これまで、わが国の高齢者福祉は老人ホームか、居宅介護かの二者択一であったが、その中間形態が登場したのである。「サービス付き高齢者向け住宅」で、介護付きの集合住宅である。これまでも、高齢者専用賃貸住宅（高専賃）、高齢者円滑入居賃貸住宅（高円賃）、高齢者向け優良賃貸住宅（高優賃）等の三種があったが、乱立低賃は否めなかった。そこで、政府の肝いりで2011年に『高齢者住まい法』が施行された。これは、厚生労働省と国土交通省の合同立法で、この三種を「サービス

付き高齢者向け住宅」に統合し、2020年までに60万戸を建設予定である。特別養護老人ホームの待機者が52万人以上であることから、その「受け皿」として期待されている。

この高齢者向け住宅という形態は、欧米諸国よりかなり遅れている。入居者は、全高齢者のわずか0.9%である。北欧やイギリスは、8%を超えていて一つの介護・福祉形態との位置づけになっている。2020年には、全体の3～5%になると予想されている⁶⁾。

さて、本題の『地域医療介護総合確保推進法』だが、これらの改正内容をオーソライズする役割を持っている。さらに、以下の3点を強化する方針だと睨んでいる。

- ① 利用者負担の引き上げ⁷⁾…本人の年金が年額280万円以上の場合、自己負担が1割から2割に引き上げられる。例えばデイ系であれば、一回あたり単純計算で1,000円が2,000円に跳ねあがる訳で、週に3回利用の場合、12,000円から24,000円になるといった具合である。このような利用者負担増は、介護報酬を増やすだけの目的でなく、利用の抑制が主目的である。ただ、年金が月額20万円そこそこで富裕層といえるのだろうか。また、世帯単位の収入ではないことも理解できない。例えば、夫婦で年金が年額500万円とする。夫280万円で妻120万円ならば、夫2割・妻1割となる。しかし、夫も妻も250万円ずつならば、二人とも1割負担で済むことになる。あくまで個人査定である。現在の利用者でそれに該当する人は、全体の20%で50万人にあたる。

さらに、高齢者福祉では初めてミーンズテストが実施される。これは生活保護の専売特許である資産調査であるが、預貯金一千万円以上だと過酷なことになる。特養入所者であれば、個室は現在月額4万円だが、それが6万円に値上がりする。食事代は倍増の4.2万円に跳ねあがる。「その貯金で別の所を探して」と暗に仄めかされているようなものである。

- ② 入所基準の厳格化…特別養護老人ホームは現在要介護1～5の人が対象になっているが待機者が各施設数百人待ちという現状を踏まえて、新規申請に関しては要介護3～5「中重程度」に限定されることになる。現在の待機者は、正確には52万4千人。そのうち、引き続き待機できる要介護3～5は、34万5千人¹⁾。一方、対象外となってしまう要介護1・2は、17万8千人¹⁾である。この17万人以上の人が『介護難民』になってしまうのである。特別養護老人ホームを重介護に特化した施設にするためであるが、あまりにも衝撃的な「線引き」でもある。
- ③ 介護予防サービスの市町村への移管…介護予防とは、要介護になる前段階の人が対象で、健康増進や生活支援系のサービスである。対象は、要支援1・2で杖歩行やまだら認知症などの初期症状の方たちである。その中で、現在実際にサービスを利用しているのは150万人¹⁾であり、来年からケアプランが見直されることになる。

移管対象となるのは、介護予防の中で人気トップ2のデイサービスと訪問介護のみである。全国一律サービスから市町村の独自サービスに移管されると各地域の実情で運営されることになる。これまでの社会福祉法人一辺倒から、NPO法人やボランティア団体に任せても良い

ことになっている。都市部では、デイサービスが大きな収益をあげているが、地方では送迎のガソリン代金など経費ばかりかかり赤字に転落している所も多い。撤退による地域格差が憂慮される。一方、訪問介護については、数年前のコムスの事実上の倒産によって地方からの撤退が加速していて既に地域格差が顕著である。また都市部でも問題がある。特にデイは、都市部の地域によっては満杯状態でコストがかかっている。自治体によっては気晴らし利用者をよく思わないこともある。デイサービスは、わが国発祥ではないが、「日帰り」の介護・福祉サービスは日本が世界のトップを走っている。もはや、『福祉文化』の一つとして全国津々浦々の地域生活に定着しているが、そのシステム自体、継続は難しくなっている。

つまり、都市、地方を問わず、当該自治体の姿勢によっては、デイも訪問介護も全くない無医村ならぬ『居宅介護皆無地域』が出現する可能性も高くなっている。

逆に、唯一期待できるのは『先進介護・福祉都市』の誕生である。やる気がある自治体も、これまでの全国画一原則では雁字搦めになっていてグローバルな発想があっても実行できなかった。今後は、介護報酬を安く設定したり、夜間や日曜祝日も稼働できる体制を自由に設定することができる。よい意味で自治体間の競争原理が働けば、スウェーデンのコミュニンのように地域に応じた介護・福祉体制、文化が開く可能性もある。

第2節 「特別養護老人ホーム神話」

わが国の特別養護老人ホーム（以下、特養）は、世界でも有数の介護サービスの質の高さで知られている。海外では、同じ形態のものではなく、敢えて比すれば病院色の強いナーシングホーム、自立生活を支援するケア付き住宅といった所である。よく北欧などの海外からの特養研修の案内役をするが、このように日常生活の隅々まで気遣いがある施設はないと驚嘆される。まさに『おもてなし文化』の賜物であり、デイと同じく、日本が世界に誇れる介護・福祉文化の代表格である。国内外問わず大人気で、一種「神話化」されるぐらい評価されている。

その特養の特徴を筆者なりに8つの魅力として整理してみる。

- ① 施設数が多い…8000箇所¹⁾を超えており、都市部では公立中学校区に確実に1-3施設ある。近接性が高く、住み慣れた地域の施設に入所も可能である。そのため、家族や知人・友人と没交渉になることなく、これまでの生活を継続できる。また、介護保険制度になってから自由に選択できるようになり、個々のライフスタイルにあった施設へ申請できるようになったことが人気の秘訣でもある。
- ② 入所者数…地域密着の30名未満の小規模のものから、200人以上のメガ施設まである。全国で約50万人が入所されている。待機者が多いのが問題になっているが、これだけの入所者を受け入れる老人ホーム体系もわが国が誇るものである。属性的には「要介護1-5」が対象となる。自立や要支援の方は入所できないが、1日あたり32分以上の介護時間が認められれば入所することができる。

特筆すべきなのは、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護という29名以下の小規模特養が地方の農村まで浸透してきていることがある。デイと違い地域各差はあまり感じない。さらに、居宅介護の柱である「デイサービス」や「ショートステイ」サービスを提供している施設、または相談機関の「地域包括支援センター」を併設している施設も数多くあり、地域の介護サービスの「一大基地」となっている施設が多い。

- ③ 運営…社会福祉法人という公益法人か、自治体の直営に限定されている。利益を優先する民間企業や、経営が必ずしも安定していないNPO法人は運営できないことになっている。

社会福祉法人は、福祉理念や活動実績のある比較的規模の大きい宗教法人、学校、病院、地域組織が認可を受ける公益法人である。また生命に責任を持つ「第1種社会福祉事業」、「公的施設」という厳格な基準があり、「ブランド性」が非常に高い。

特に、家族にとっては、この安心印というべきブランド効果を期待する傾向が強い。

余談になるが、筆者は20数年前、仏教系社会福祉法人の特養・デイに勤務していた。もともと、母体となる寺院が地域から信頼されており、また法人側もその信頼に応えるために、必要以上に利益を上げない「清廉性」を保つ努力がなされていたことに感銘を受けていた。博愛活動の一環のように感じていた。また、本学の姉妹社会福祉法人の持つ「城南特養ホーム」も、学校が母体だけに教育機関としての卓越した機能と慈善精神を兼ね備えている。両者ともに、全く違う魅力であるが、その地域で育んだ母体組織のブランド力を継承している。

- ④ 自己負担金…とにかく安いのが最大の魅力であろう。公的施設のため、入所金・入居一時金0円である。また毎月6～17万円の範囲の自己負担が多い傾向にある。私立の老人ホームである有料老人ホームが、未だに数百万円から数千万円の入居一時金、毎月15～30万円の自己負担金を徴収するのと比較しても際立って安価である。生活保護や低所得者を守る制度もあり、4～5万円程度の自己負担で済む場合もある。

- ⑤ 生活介護施設…『幸せな生活』『尊厳のある介護』が共通目標である。虐待の事実も報告されているが、最近では減少傾向であり、美味しい食事、多彩な行事やレクリエーションが充実している。幸せで、プライドの傷つかない施設処遇をしている所が急増している。

特に、レクリエーションは多彩になってきている。これまでのお遊戯批判から、大人向けメニューが充実。筆者の調査では、カラオケ、書道、絵画、図工、手芸、映画鑑賞といったものから簡単な体操やゲーム系スポーツ（風船バレー等）などが人気である。地域性なのか、京都では茶道の実施率が高く、茶室まで完備しているところも少なくない。また、テレビゲームを本格導入する施設やシアタールームを設営する所も登場している。さらに、団塊世代の入所で、パソコンがブームになっている所もある。施設の中に、カルチャーセンター機能を有しているようなものであり、満足度はかなり高くなっている。

また、季節ごとの行事も豊富である。お花見やお月見といった月例のもの、施設によっては毎週誕生日会を実施するなどの決め細やかな所もある。最近では、「パーティ」「施設内

居酒屋」などと称してアルコール解禁の日も設定されていることが多い。とにかく、楽しく生活してもらう工夫が満載である。

- ⑥ 職員…入所者100名に対して、介護職員31名と3：1⁴⁾の手厚い介護体制をひいている。また、看護師は3名、医師1名（非常勤が多い）と医療体制もなかなかのものである。その他、日常生活計画の調整をする介護支援専門員も必置となっている。

特に、最近の傾向では、介護職員の頂点になる「介護福祉士」の有資格に拘る施設が急増して、より質の高い介護体制を組んでいる。特に、介護福祉士が介護職員に占める割合が60%以上を超えている施設は、優良施設として自治体から評価され、高度な実習等の教育機関にも認定される。

- ⑦ 空間…新型特養は個室が原則で13㎡程度あり、愛用していた筆筒や仏壇の持ちこみも許可されている所が多い。また、措置の時代の主流であった4人部屋は全国的に激減しているが、大阪などでは依然人気である。個室より低価格なのはその理由であるが、それ以外にも「一人やったら寂しいやん」という浪速っ子気質も起因している様である。個室10戸前後で一つのグループとみなし、担当職員も固定する「ユニットケア」が大半の新しい施設で実施されている。台所やリビングも備えられていてより「自宅化」されてきている。

- ⑧ 入所期間…先述の介護保険改正によって終身利用可能となった。これまで、重病化すると退所か転院という寂しい選択肢しか与えられてこなかったが、最期の瞬間を過ごせる場所となった。そのための準備として看護師の24時間対応が必要になるものの『終末期ケア』の成功例が学会やマスコミ等で報告されて社会的評価も鰻上りである。良い意味で特養が『ホスピス』『ビハークラ』のような役割と任務も持つようになってきた訳である。

以上、特養の様々な魅力を整理してきたが、旧・養老院として暗いイメージは完全に払拭されている。特に、介護福祉士の活躍でレクリエーションや行事などのプログラム活動が豊富になり幸福度は格段に上がっている。また、積極的な終末期ケア導入によって、死ぬまで安心して生活できる「安息の地」とも認識されている。

さらに、空間にしても設えやアメニティ機能が充実されてきている。ソフトウェアとしてもかなりの質の高さがある上に、公的施設なので圧倒的に安価。さらに、地域での信頼性の高い法人が運営するというブランド力も兼ね備えている。

このような様々な側面での「おもてなし」クオリティの高さが、かつ国際的にも評価の高い老人ホーム像をつくり上げた。そして、国民の間でも大人気となり、長く順番を待ってでも入所したいという「神話」となっているのである。

第3節「特別養護老人ホームの待機高齢者問題」

まず、特養の待機高齢者の実態について、制度的な欠陥、つまり構造的な問題として分析してみる。待機者は、正確には52万2千人に上る。前回調査のあった09年度から10万人、つまり24%も増加

しているのである¹⁾。政府としてもこの5年間手をこまねいていた訳ではなく、7万5千人分のベッドを増床しているが焼け石に水状態で直ぐに埋まってしまう。評価すべきことなのだが、「終末期ケア」を打ち出す施設が激増したことも入所者の自然循環のサイクルを悪くしている。ターミナルに着目したことは素晴らしい制度改正だが、皮肉にもそれが待機者を増やす速因にもなっている。

筆者なりの調査・研究を経て、待機高齢者の4つの問題・課題を整理してみた。

- ① 複数の施設で順番待ち…重複待機というか、ダブルカウントの問題がある。1人で3から4つの特別養護老人ホームの順番を待っている場合も多い。厚生労働省の統計でもいくつかの都道府県が重複でカウントしていることを明示している。そのため施設側も待機者全員の心身状態のことを把握していないことが多く、電話すら定期的につけない施設もある。待機者側からすれば、「不安」な気持ちで待っておられるにもかかわらず、施設側から「没交渉」のことも少なくなく、「あと何人で順番がくるの?」「どのくらい待てばいいの?」「私達、放置されているのでは」等の不安の助長に繋がっている。この疑心暗鬼の心情から、「複数施設待機」をされることも多い。
- ② 『要介護認定』…要介護のランクを決めるのは、あくまで「介護に要する時間」の算定で、高齢者本人の心身の状態の評価のみである。ドイツ風の表現では「生物体としての個体評価」だけなのである。つまり、家族の心身状態や介護体制は、聞き取り特記事項に記載して時間の算定の参考にするものの、介護時間として加算される訳ではない。「独居」や「老老介護」「認認介護」でも、「若くて元気な5-6人の介護者がいる家」でも判定は同じである。また、経済的なことや家屋のことも判定項目にないために、「貧困」でも「富裕」でも、「ワンルーム」でも「大豪邸」でも判定は同じである。さらに、介護期間も勘案されず、「介護状態1ヶ月」でも、「10年以上介護状態」でも判定は同じなのである。どのような環境に生活していても、あくまで「個体評価」を貫いている、あくまでドイツ型である。
- ③ 「認知症評価」…認知症の評価項目はあり、要介護認定に反映される。しかしながら、算定時間が格段に少ない。例えば、現在社会的テーマになっている「徘徊」される方は重度と思われるがちだが、身体面に問題がなければ「要介護1-2」と判定される傾向にある。また、介護時間に「見守り」の算定時間が少ないのも原因の一つである。
- ④ 特別養護老人ホームの「入所選考」…各自治体が「指針」を作成。各特養に配布。大阪府・大阪市や和歌山県は数値化してインターネットに公表していて分かりやすい。ただ都道府県、政令指定都市によって基準が違う。

I 【「要介護度」4-5の重度の方優先】

II 【「介護環境」独居や認知症、家族介護機能が優先】

III 【「待機期間」長い方が優先】

などで順位決定（頻繁に入れかわる）

家族などの環境要因がやっと加味されるが、どうしても「要介護認定」が優先されるという

制度的な矛盾が存在しているのである。

【要介護認定】 1 - 5の区分を判定 ・身体状況（日常生活動作など） ・精神状況（認知症など） ★あくまで、本人の「個体評価」 ★「家族」や「介護期間」は評価外	【入所選考基準】 待機順位決定 ・左の【要介護認定】 ・「家族」のこと ・「介護期間」「待機期間」 の総合評価
------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

個人的な意見だが、特養は家族の「レスパイトケア」の機能を持つ。つまり「家族福祉」的な観点がある施設である。そのため、要介護認定、入所選考には「家族項目」のプライオリティを上げて欲しいと考えている。

次に、筆者が個人で取材した【待機者インタビュー】をまとめてみる。

・事例1 【永久待機組】

77歳女性「独居」「要介護1」(右足が悪い) …「順番が来ても入りません。遠くで暮らす息子や娘を安心させるため。特別養護老人ホームの入所申し込んだら、二人とも物凄く喜んでましたわ。順番が来ても他人様に譲って、ずーと待機してますわ。これも、子ども孝行ですわ」

・事例2 【単独介護・老老介護による緊急入所】

82歳男性「老老介護」「要介護2」(認知症) →入所…介護者・妻「私も80歳。私が一人で介護していて、よく倒れていました。主人は一人で買い物も行けず、その時は、餓死する覚悟でした。そのことをケアマネジャーさんに報告していたら、1年も待たないで特養入れましたよ。悲惨な状態であることを他人様に言うのは恥ずかしいですけど、勇気出して良かった。今は、特養は近所なので毎日行っています。」

・事例3 【自立支援】

82歳女性「独居」「要介護2」(左半身不自由) …「右手でなんでもするの。料理もばっちりよ。ヘルパーさんは家に来るから嫌。デイサービスは人間関係が嫌なの。特養は将来のため。今はなんとか自立しているけど、子どもの世話にはなりたくない。身の回りのことできなくなったら、順位あがるでしょ。そのための待機。特養に入っても、できるだけ自分で生活していきたい。だから、リハビリ設備ばっちりのA施設待ってるの」

・事例4 【スティグマ意識…自分で頑張るといふ介護家族負担論】

78歳男性「要介護3」(認知症) →入所…介護者・長女52歳と二人暮らし「7か月の待機で入所しました。福祉のお世話になるのが嫌で、はじめは私が介護すると頑張ってたけど、認知症がどんどん進行して、仕事にも影響が出てきました。父が毎日どんどん壊れていく。失禁したり、紙を異食したり、徘徊したりと…限界でした。嫌で仕方なかった特養に入所したら、そのような認知症の行動がましになった。無表情だった父が笑顔で書道をしていたり。びっくりでした。あんなに介護頑張っていたのに、プロにはかなわないなあ」

・事例5【待機中のご逝去】

男性、96歳で逝去…同居家族「要介護1で2年以上待っていました。確かに認知症もなくある程度元気でしたし、私達が同居しているし…施設からほとんど連絡ない状態でひたすら待っていました。不安でした。年齢も考慮して欲しかったなあ」

・事例6【特養入所は宝くじー楽しく比較して待機しています】

72歳女性「要介護2」(右方麻痺) 長男家族と同居…本人「いざという時に頼みました。A施設はやさしい女性介護福祉士さんが一杯、B施設はハンサムな施設長がいてはります。職員もジャンプ系で若い。C施設はご飯がレストランみたいに美味しい」長男は「三つともショートステイを実験的に使ってます。どれに当たるか宝くじみたいに本人は待っています。待機の間、私達も施設のこと調べています。急に別れるより家族にも心の準備期間があって嬉しい」

以上6例を鑑みるだけでも、様々な社会的、構造的な問題が待機者の背景にあることが分かる。確かに「行列をつくる」ことが苦でない国民性は否めない。また、待機者はモンスター、クレーマーにならず真摯な姿勢で静かに待たれることが多い。

介護という公的サービス提供という観点からは失政と言わざるを得ない。保育所待機問題とも背景因子は重複している。わが国の介護も保育も世界的にその質の高さは誇れる。しかしながら、平気で大人数を待機させる殿様的な感覚は評価できない。基本的に、計画行政システムの機能が甘いのかもしれない。

第4節「特別養護老人ホームにおける高齢者虐待問題」

大人気の特養であるが、虐待事例は意外に多い。特養の影の部分である。

ただ、あまり報道されていないし、実際に顕在化してこない傾向が強い。被害者が認知症を患っていたり、被害者意識が軽薄であることがその理由である。ただ、筆者の面談調査では、「介護状態で下のお世話にまでなっているのに告発するのは悪い」という「スティグマ」の変形反応意識のような感覚で我慢されている者が非常に多く感じる。これも待機問題と同じで、日々文句を言わず、真摯に、静かに特養での毎日を恙無くすごしたいという入居者が圧倒的に多いためである。

まず、『高齢者虐待防止法』⁸⁾について概説する。2000年(平成12年)介護保険制度がスタートして、家庭や施設での虐待事件が少しずつ顕在化してきた。また介護保険は契約制度なのでそれを保障する「利用者保護法」が必要なのである。そこで、2006年(平成18年)高齢者虐待防止法が施行された。「児童虐待防止法」「DV防止法」と並ぶ刑法と密接な関係を持つ虐待防止の誕生である。また、この法律をモデルにして「障害者虐待防止法」(2013)も後に誕生している。

この高齢者虐待防止法は、65歳以上が保護の対象となり、加害者・虐待者を「養護者」(家族・施設職員)と呼ぶ。また、虐待を5類型に分類、つまり「身体的」「心理的」「ネグレクト」「性的」「経済的」の世界基準によって整理されている。

特記したい条文は、〔第7条〕とその関連項目で、最も虐待を発見する確率の高い施設職員の匿

名性やその後の保護を徹底している。換言すれば、「物言わぬ被害者」の代弁を加害職員の同僚に促したもので、全体を通して「内部告発」を奨励・支援している内容である。これは、見事な法律で、潜在化していた虐待という闇行為を暴露する一定効果が上がっている。

その〔第7条〕であるが、虐待を発見した者「発見者」は、高齢者が生命の危険や身体に重大な危険がある場合、必ず市町村の窓口（福祉課、福祉事務所、地域包括支援センター等）に通報しなければならないとしている。また「本人の同意のない場合」「疑わしい場合」も通報ができる。また、個人情報保護法23条の例外規定にも該当するという解釈（生命、身体、財産の保護のためには、本人の同意なしに第三者への情報提供が可能）もある。さらに、通報に誤りがあっても「虐待を受けたと思われる」という前提で罰則はなく、「匿名」での通報も可能と完全に内部告発者を守っている法律である。

次に、筆者が得た情報をもとに実際の虐待事例を本人や施設を特定できない形で報告する。個人的に、様々な法人・施設・社会福祉協議会の委員などを務めていて、様々な虐待事例が耳に入ってくる。また、教え子数百人が特養に勤務して、彼女達からの内部告発の報告を受けることも多い立場にある。ただ本稿では、ここ数年の事例で、全て当該自治体に報告または本人・家族に謝罪されたり、加害職員が退職したりして【事後解決済みの事例】に限定して記載する。

①【身体的虐待】

身体にあざ・傷・やけど/不自然な場所（頭、お尻、背中、手の平、足の裏）

継続的虐待痕…回復具合の違う傷がある

高齢者本人の状況…無表情/不安/悲哀/おびえ/感情が不安定 傷の説明が曖昧であったり、深く話はしない。

C1…〔73歳女性〕足の裏のかさぶた。施設で寮母に安全ピンをさされていたことが判明

C2…〔77歳女性〕手首に水泡。夜間に縛られていたとのこと

C3…〔66歳女性〕入浴拒否。着替え時に全身にタバコの継続的虐待痕。容疑者名乗り出る

C4…〔68歳女性〕ある利用者の職員が平手打ちを繰り返していたことを吐露

C5…〔77歳男性〕暴力を振るう大柄な利用者と職員が格闘、倒してしまう

C6…〔81歳男性〕風呂場で大暴れした利用者をタオルで包んでしまう

C7…〔88歳男性〕ベッドで暴れる利用者をさなぎの様に包んでしまう

C8…〔77歳男性〕徘徊癖のある人を寝袋で寝かす

C9…〔79歳男性〕後部座席でシートベルトせず、何回も転倒させる

C10…〔66歳男性〕「あっ、ごめん」と言いながら肘打ちを繰り返す

C11…〔70歳男性〕しばらく寝てろと、風邪薬3包

<コメント>全国的な統計では、最も報告の多い領域である。また、女性の被害者が多いのが特

徴であるが、私に報告のあったものは毎年60-70%が男性で「介護抵抗」が原因の者が多い。面談した職員は正当防衛を主張することが多いが介護職としては言語道断である。

②【心理的虐待】

著しい「暴言」や「侮辱」、「無視」などの拒絶的な対応をとり、精神的につらい思いをさせる。

- C 1…[75歳女性]「ちゃんとして/しっかりして/これくらい自分でして」の口癖の職員。自死念慮、うつの原因と3人の家族が訴える
- C 2…[77歳女性] 車中で「死ね」「殺したろか」
- C 3…[88歳女性]「よく入るわね」と繰り返し、無理やり下膳
- C 4…[81歳女性]「食べないと死ぬよ」といって無理やり口に突っ込む
- C 5…[72歳女性] ある職員だけ挨拶を無視。話しても「その話、何回も聞いた」と流す
- C 6…[71歳女性]「そのようなことするから長女さんに嫌われるのよ」
- C 7…[87歳女性]「綺麗にしたろか」と乱暴に入浴を促す
- C 8…[69歳女性]「また出ないの」「まだ出ないの」とさんざんトイレで言う
- C 9…[70歳男性]「さぶちゃん、こっちこっち」本人は一郎氏…?
- C10…[77歳男性]「これ何?美味しい?」(無理に発言を求める)
- C11…複数利用者に「…」無言介護
- C12…複数利用者にアセスメントを徹底的に。「宗派」「政党」…
- C13…複数利用者に「待っててください」連呼。スピーチロック
- C14…複数利用者に「私、おおほけ。物忘れ始まったみたい」と呆けという言葉頻発
- C15…「Aさん、大往生でしたね」と家族の前で大声で笑う

<コメント>「死ね」「殺したろか」は忌避しなければいけない最悪の心理虐待用語。刑法に問われることもある。また、それ程トゲのない言葉でも、毎日かけられることによって自死念慮になったりすることもある。私の事例ではないが実際に自殺したケースもあり、その場合、自殺幫助である。

③【ネグレクト】

「介護」「世話」の放棄・怠慢。衰弱させるような減食。長時間の放置。介護者としての義務の不履行。

- C 1【以下全て複数利用者被害】…12時間に一回しかオムツ交換しない
- C 2…定刻にしかトイレ誘導しない
- C 3…拒食した場合、他の栄養補給をしない
- C 4…2日間連続で同じ服装で過ごさせる/洗濯していない服装のまま
- C 5…ごみ屋敷とかしても改善しない
- C 6…部屋から出さない。外出させない
- C 7…米とサプリメントだけの食事

C 8…耳掃除やひげ・つめの手入れをしない

C 9…異食をとめない

C10…テレビの前で12時間放置

C11…動物の調教のような生活指導

<コメント>この領域は、職員、利用者ともに虐待意識が低く、長期間に亘って繰り返されていることが多い。客観的な外部の耳目がないと顕在化してこない。もし、しっかりした第三者機関が組織されて、全ての特養を継続評価していけば、この領域の事例が身体的虐待を抜くと予想している。刑法には抵触しないが、「減食」等じわじわ寿命を縮めてしまうボティブローのような虐待である。

④【性的虐待】

わいせつな行為をすること。またはさせること。本人の苦痛になる性的な行為をすること。同意なく性的な行為をすること。最も顕在化してこない虐待でもある。

C 1【以下、人権配慮のため属性明示せず】…性器を意味もなく触る

C 2…本人拒否にもかかわらず異性職員が入浴介助

C 3…いやらしい本の代理購入

C 4…長時間裸のまま放置

C 5…性器の職員との見せ合い、触りあい

C 6…夜中、職員と一緒にAV観賞

C 7…着脱衣時、頼んでもないのに手伝ってくる

C 8…入浴時体型をからかう

<コメント>最もトラウマとして残ってしまう虐待である。特に、女性に被害者が多いが、その恥辱感から報告されないことが多く、実数は掴めていないに等しい。「わーお餅みたいなお腹」など体型をからかうぐらい大丈夫と感じている読者は、虐待の危険信号である。

⑤【経済的虐待】

本人の年金や財産を勝手に使っていくこと。一部悪質な「パラサイト」も含まれる。

C 1 [77歳女性]…クラブ活動終了後、毎回ジュースを無心してくる。

C 2 [72歳男性]…小口現金として家族から一定額を強制的に職員が預かる

C 3 [88歳男性]…職員が本人の財布数か月あずかり紛失

C 4 [91歳男性]…本人が望んでいるのにお金の説明を一切しない

C 5【複数利用者】…職員に暗にお年玉を要求されてしまう。

<コメント>この5事例とも典型事例で、法律施行前まで各地で慣行的に行われてきている。

特に、C 1はデイサービスの送迎では横行している。利用者やその家族が「お金」に感謝を込めて渡されるので、職員ばかり責められないが、清廉潔白な態度とは言いがたい。C 5などは、一歩間

違えれば「恐喝」である。

第5節「ポスト特別養護老人ホーム－新しい社会資源」

特養に代わるエースとして期待される各種老人ホームや介護設備の充実した住宅などの新しい居住形態の課題・問題を整理する。尚、施設数は、平成24年度に厚生労働省が報道発表されたものをその後の増減推計を加味した概数である。

まず、施設系社会資源であるが、介護保険法を根拠法とする介護保険適応の老人ホームでは2種類しかない。

一つは『介護老人保健施設』である。全国で約4000施設あり約35万人利用している⁹⁾。

特養に次ぐ入所者を抱えているが、特養入所待機者が多くいるのも特徴である。実は、特養待機者増加による制度破綻を食い止める役割を果たしている影の功労者でもある。

「中間施設」と呼ばれて、家庭と老人ホームとの通過施設としての役割もある。サービスで特に強化されているのは、家庭復帰のためのリハビリテーションである。老人ホームと病院の機能を兼ね備えていることから「中間施設」と呼ばれる。医療法人の経営が多く、介護職員と看護師のチームケアを主としており、医師、理学療法士も常駐している。また病院に併設、隣接していることも多く、医療ニーズの高い利用者には人気が定着している。但し、入所期間は概ね3か月単位である。延長は可能だが「終の棲家」となれないことが残念である。

そして、もう一つは、『介護療養型医療施設』である。全国で約1500施設、約7.5万人利用している⁹⁾。一時は、廃止の計画もあったが2017年までは存続が決定。医療型もある。医療法上は病院としての位置づけで、介護職員以外にも医師、看護師が潤沢で慢性期の病気にも対応できる強みがある。特養入所待機で使用されることもあるが、概ね原則3か月単位の期間がやはり致命的である。特養のコンセプトを取り入れて奮闘する所も多く、医療充実の老人ホームとしてその社会的任務を果たしている。

二つの施設とも、特養と同じく公的な介護保険施設のため、入居金は0円で、月額10-15万円程度で入所できる。但し、医療系の範疇にも入るため、期間限定で『終身利用』を前提に入所できないのが最大のアキレス腱である。

その他の施設系社会資源としては、老人福祉法を根拠法とする老人ホームがある。介護保険法では『特定施設入所者生活介護』というサービスに規定される。つまり、特別な『家』で生活しているという居宅介護の一種となっている。

最も歴史が古いのは、『養護老人ホーム』であり、四天王寺悲田院がルーツとされてるその後、「養老院」として全国に展開し、老人福祉法制定の1963年（昭和38年）に、介護設備のあるものを特別養護老人ホーム、身辺自立を前提とした環境のものを養護老人ホームとに分化させたのである。現在、全国で約900施設ある⁹⁾。環境的、経済的理由での入所が条件で、65歳以上の自立、要支援が入所の原則である。入所後、要介護になった者はしばらくは継続できるが、基本的に特別養護老人ホーム

ムに移ることになる。介護が必要になれば外部からヘルパー投入という形で対応している所もある。

高齢者福祉領域で、唯一残る措置施設で、入居金0円、利用料は応能負担で月額0-17万円である。

この施設は俄かに注目を集めている。実は、その歴史的経緯から特養と併設されていることが多く、外部から介護資源投入でそれなりの介護体制を構築している所もある。また、特養では入所中に元気回復して「自立」や「要支援」ランクになることも少なくないが、その場合、翌月に「強制退所」になる。特に、待機者の多い特養では猶予期間も短く容赦しない。その突然行き場を失った高齢者で帰る家も所持金もない場合は、福祉政策として、この養護老人ホームに優先入所できるのである。措置施設ならではの保護政策である。旧・養老院的な寛容さの残る施設として貴重な存在である。

より自由度の高いのが『軽費老人ホーム』で、完全な個人契約施設であり、生活寮または文化住宅みたいな佇まいである。養護老人ホームは行政が介在するが、軽費は個人選択で入所できる。要件も60歳以上で比較的元気な高齢者対象という漠然としたものである。「A型」は約200施設で食事付き。6-10万円程度。「B型」は激減して20施設程度で自炊原則、5万円程度となっている⁹⁾。

致命的なのは、夜間に職員が配置されていない点である。確かに、身辺自立された高齢者ばかりなので仕方がないが、夜間の機能は脆弱である。また、介護機能もないために、介護保険制度では対象除外されている。そこで登場したのが、介護対応型軽費老人ホームとも「C型」とも呼ばれる『ケアハウス』である。介護職員や介護設備が充実したものも多数建設された。必ずしも24時間職員がいるとは限らないが、自立型は、自立・要支援1-2対象、6-17万円/月、介護型は、要介護1-5対象、8-18万円/月と手頃な値段が受けて2000施設に迫る勢いである⁹⁾。但し、入居一時金は0-数百万円と開きがある。このケアハウスも、特養待機者が生んだ副産物でもある。

また、特養と一線を画し、独自の高級路線を邁進してきた老人ホームもある。『有料老人ホーム』である。これは、学校でいえば「私学」であるために、それなりの入学金、つまり「入居一時金」が必要となる。平均2000万円、最高3億円という時代が長く続いたが、その返金を巡るトラブルが続出した。そのため、政府は高額根拠を詳細に示す厳しい規則を作り規制に乗り出し入居のため、一時と比べれば安価となった。最近では、入居一時金0円の施設も登場してきたが、月額15-30万円の高基準は継続されたままの現状である。3類型あり、「介護付き」と言われる完全介護態勢のものは3000施設を越え、外部から訪問介護などを利用する「住宅型」は約4500施設ある⁹⁾。増加傾向で、特養の施設数を追い越すのは時間の問題である。一方、要介護になると退所原則の「健康型」は人気下落で10施設強を残すばかりである。基本的に富裕層を対象にした豪華なりゾート型ホテルタイプが席卷してきたが、特養待機者をターゲットにした安価な小部屋タイプも急増している。

介護保険では、老人ホームではない【居住系サービス】が開発されてきている。

その代表格が、『認知症対応型共同生活介護』、いわゆる『グループホーム』である。小規模の所もあるが、全国で9500か所を超えている⁹⁾。要支援2以上、要介護1-5の認知症の方が対象である。5-9名のユニットという小単位の生活フローである。認知症専門ケアが受けられることが魅力

で、特に「家事」などを利用者の能力に応じて役割分担されるプログラムなどが効果を上げている。月額10-20万円/月と比較的高額であるが入居一時金は0円から多くても100万円と抑制されている。

介護付きのアパートという感じの集合住宅で場所をとらず、地域の空きスペースで建設されている。但し、認知症限定、しかも要支援2以上という基準が狭き門としている。

比較的最近できた居住形態としては、2012年の『小規模多機能居宅介護・複合型』があげられる。この小規模多機能居宅介護とは、一か所で「通い」「訪問」「宿泊」をする。つまり、デイサービス、ホームヘルプ、ショートステイが同じ場所から提供される訳である。馴染みの深いデイサービスで宿泊する感覚である。それに、訪問看護を加えたものを『複合型』と呼ぶ。要介護1-5を対象としており、料金はパッケージで1万円から28万円、複合型で1.3万円から3.2万円が相場である。居宅介護の拠点で何でもこなしてくれる万能型の登場である。

そして、最も期待されているのは『サービス付き高齢者住宅』である。介護付きの賃貸住宅である。鳴り物の入りの登場で、厚生労働省と国土交通省連携の新成長戦略で2020年まで60万戸を計画している¹⁰⁾。対象者は、60歳以上、夫婦でも片方が60歳以上というだけで若い人も入居できる。さらに、要介護ランクは問わない。つまり、自立、要支援、要介護だれでも入居できる訳である。

部屋は、バリアフリー設計で、かつ介護が展開されやすい居室となっている。基本的に18-25㎡ある。介護サービスについては、外部から介護保険でヘルパーを投入する形となっている。また、「安否確認」と「生活相談」が義務化されていて、また24時間必ず職員に連絡できるシステムになっている。理論上「孤独死」のない住宅を目指している。

あくまで老人ホームではなく、賃貸住宅なので、入居一時金ではなく敷金という名称になり、家賃も9-15万円と手頃な設定になる。順調に進捗すれば、特養の待機者全てを受け入れることになる。

終章 介護保険制度への提言

本稿では、このように介護保険制度の発達史、特養の魅力、待機者の現状、虐待、ポスト特養の社会資源を鑑みることで、課題を検証してきた。

改めて思うのが、『介護保険』は、日本の風土に適した素晴らしい高齢者福祉制度ということである。北欧のような高福祉高負担を絶対に望まない国民性からも、また実直なサラリーマン社会という観点からも最適の社会保障であると評価している¹¹⁾。

しかしながら、問題もかなり内包して、その効果は半減していると洞察している。そこで最後に、制度の問題、課題を整理して、筆者なりの提言を実施したい。本章では、5節に分けて課題検証をしたので、それに呼応される形で、5つの提言を行いたい。

第1の課題、「地域医療・介護総合確保推進法」であるが、改悪との批判もあるが、ある意味これまでになく洗練されたものであると評価している。

一番、問題になっているのは、特養の新規入所者を『要介護3以上』に設定したことだろう。こ

れによって『要介護1-2』の待機者は難民化してしまう。筆者もこれだけは同調できない。現在の要介護認定はあくまでドイツ式の生物体として健康・個体評価で、家族や経済的な背景因子は加味されない。老老介護や認知介護で限界性の高い場合も多い。そこで提言としてはドイツ式と決別して、『要介護認定』に「介護者が疲弊」「貧困」など様々な項目を増やすべきだと思う。生活全般のアセスメントをして要介護を決めることこそ、「日本型介護保険」と言える。

もう一つ提言したいのは、特養の機能分化である。仕事柄、年間50施設以上の特養を訪ねるが、「軽介護棟」と「重介護棟」を分けている所が少なくない。つまり、「要介護1-2」と「要介護3以上」を分けて入所してもらうことも可能な筈である。また、平均介護度が4以上の所も多く、認知症ケアを得意としている。そのような特養を例えば『重介護型特養』として専門分化させ、逆に「要介護1-2」を対象としたミニ特養を作るのも一つの仮説として持っている。特養のすみ分けも提言したい。

第2の課題は、「特別養護老人ホーム神話」である。神話と書いたが、正直、これほどまで決め細やかなサービスが発展した老人ホームは他の国でないとされる。「おもてなし介護施設」として誇りに思っている。しかしながら、もう、劇的に増えないのである。

一つは建設費。小規模のものでも最低4-5億円かかり、利益最優先でない社会福祉法人では新設は難しい。また、介護職員が低賃金問題で集まらないのである。

そこで、提言であるが、本当に必要な地域での特養建設に際しては地元自治体だけでなく国庫からの補助を手厚くすべきである。居宅介護の方が安上がりというのが定説であるが、完全帰着型で合理形の特養が増えれば意外にコストが抑えられることもある。また、介護職員にも金銭的な補助が必要である。福祉財源全体でみると聖域とされている生活保護行政は無駄が多すぎる。ここの適正化をすれば介護の方にシフトできることは明白であり、実は生活保護の半分を占める高齢者対策にもなるのである。

また、社会福祉法人の「特養独占」を考える時期ではないだろうか。有料老人ホームなどで実績のある企業の参入を認めればと考えている。一度、家電最大手のP社の有料老人ホームに行ったが誠実性の高い介護が実践されていた。企業＝営利、そして社会福祉法人の既得権の問題が背景にあるが、優良企業が参入すれば特養はさらに次のステージに進化していくと考えている。

第3の課題として、「特別養護老人ホームの待機高齢者問題」であるが、これは単純には上記特養増設という答えが浮かぶものの、現状では難しい。特養神話とも共通するが、一般国民の大半は「特養」しか知らない。いや、例えばテレビで素晴らしいグループホーム等の場面を観ても「特養」として記銘してしまうことも多い筈である。

また、社会学者としての穿った見方かもしれないが、わが国では「チケット1分で完売」や「全米が涙！」など大衆心理を煽ったイベントコピーが横行して、またそれに見事に乗せられている。その側面から分析すれば、この待機者問題もそれと同じ群集心理が根本にあるかもしれないと推察している。待機者が多ければ多いほど、価値がある対象物として評価されるという、決して健全で

ない「行政意識」や「社会風潮」が相まって、行列を長蛇化させている最大の背景因子かもしれない。「特養」しか目に入らないという不健全な状態なのかもしれない。

また、特養にも苦言を呈したい。今回取材して分かったが、待機高齢者に対して、没交渉、放置の施設が多く、もっと待機高齢者を大切にしたい。現状把握や支援体制の整備が必須である。「不安」「孤独」で待機させてはいけない。特に数百人待機の施設には高飛車の所もあった。もっと謙虚に連絡をとるモニタリング体制の必要性を痛感した。

第4の課題である「特別養護老人ホームの高齢者虐待問題」。これは筆者のライフワークで書きたいことはたくさんあるが次回にこのテーマだけで紀要を執筆しようと思う。そのため、骨子だけの提言となるが、これも特養に讒言したい。もっと介護職員を大切にしたいのである。私が現時点で面談した虐待被害者の多くは心身が疲弊していた。よく話してみると給与面の不満もあるが、職場での勤務評定システムがいい加減で、「評価されない日々」を送っていることが多い。その中の一人は「毎日、事故がなくて当たり前。しっかりやっても褒められない職場。ついイライラしてしまって…」と吐露した者もいる。

また、幾つかの施設とは継続的に虐待研修を実施しているが完全に減ってきたという報告ももらっている。こちらは「介護知識」「介護倫理」の伝授だけでの改善である。

特養神話の裏顔である「虐待」。これはその神話を支えている職員の「職場環境」改善という課題一つで解決できる問題だと強く提言したい。

第5の課題は「ポスト特別養護老人ホーム－新しい社会資源」。ざっと列記したが、多種多様であり、機能も役割もすみ分けられている。但し、認知度が低く、全てのサービス内容を比較検討できる者はプロでも少ないと思われる。提言としては公平な「情報提供」システム構築の一語に尽きる。このような情報説明は、しいて言えばケアマネジャーの役割であるが、大半がどこかの社会福祉法人等に属していることも問題である。中には、公平な情報提供をせず自法人のサービスを調整することもある。別に犯罪ではないが、モラルハザードであると言える。かなり横行していて「中立公平な情報」を得ることが難しくなっている。これは、行政、特に市町村に期待したい。地域にある社会資源をしっかり住民に提供することが使命であると思う。実は、介護保険制度開始前の1990年代後半、筆者は各地の市民向け講座に招かれ、公平に社会資源の説明をした。同業種の教員達も各地で説明会を開いている。これは、その地域に直接関係のない有識者が説明することで地域に蔓延する体質的な蟻りを超越できるからである。公務員がその役割を引き受けてもと思う。これだけ、カタカナの多い社会資源が増えた今日、自治体にその説明責任を果たす時が再来していると警鐘をならしたい。

このように長々と主張を繰り返してきたが、結論としては「介護保険」を大切に育んでいきたい一心からである。実は、理論的には、人間福祉学科も専攻科も介護保険制度の立派な社会資源なのである。換言すれば、介護保険が安定し、発展することが学科の繁栄に繋がっていく。特に、1000名を超える卒業生達が日々奮闘している介護保険の現場の発展が「介護先進国」だけでなく「福祉

先進国」としても国際的に評価されるかどうかにかかっているのである。

常に、卒業生の応援団であることを自負しているが、本稿を執筆することで介護保険制度自体を心から応援したいと決心した。

【謝辞としての結び】

最後に特筆したいのは、朝日放送の関係者への感謝の気持ちである。今年、縁あって『おはよう朝日』や『キャスト』に出演させてもらったことが、本稿執筆の契機となっている。私としては、このような各種老人ホームの比較や特養待機者問題は、授業の1テーマにしか過ぎず注目したことすらなかった。しかし、朝日放送のスタッフ陣と勉強会のようなものを重ねていくうちに、大きな社会問題、国民的な課題であることに気づかされた。これまで推進する立場にありながら、紙面で残すことを怠っていたことを猛省、まずは資料として残そうと紀要にこのテーマを選択した。2.3万字以上の紙面を頂戴したにも関わらず検証課題が多すぎて、各論概説集になったことは否めないが、このテーマの範疇のものを全て集めて活字にしたのは初めてである。しっかり抜刷を活用して情報発信の一助としていく所存である。

そして、熱意を持って接していただき、私の研究者としてのモチベーションを喚起してくださった谷口、平岩両ディレクター、中田記者には心より感謝の意を表したい。

【参考文献・資料】

- 1) 厚生労働省「特別養護老人ホーム入所申込者の状況」老健局高齢支援課（報道発表2014/3/25）<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000041418.html/>（2014. 4/2参照）
- 2) 拙著「これからの高齢者福祉」p 82『介護福祉総論』（久美）2000年
- 3) 拙著「生活介護系サービス」p 50『福祉教育論』（建白社）2004年
- 4) 拙著「介護保険制度」p 146『よくわかる社会福祉10版』（ミネルヴァ書房）2014年
- 5) 厚生労働省「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律について」<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei.html?tid=208577/>（2014. 6/2参照）
- 6) 厚生労働省「高齢者向け住まいについて」社会保障審議会第102回会議資料
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-SanjikanshitsuShakaihoshoutantou/0000048000.pdf>（2014. 10/5参照）
- 7) 拙著「ケアプランの算定基準」p 89『やさしく学ぶ介護の知識①』2009年
- 8) 「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成十七年十一月九日法律第百二十四号）」<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H17/H17HO124.html>（2012. 2/10参照）
- 9) 厚生労働省「平成24年介護サービス施設・事業所調査の概要」<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service12/>（2014. 5/20参照）
- 10) 国土交通省「サービス付き高齢者向け住宅」『住宅』http://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/house/jutakukentiku_house_tk3_000005.html/（2014. 4/8参照）

- 11) 拙著「介護保険制度」 pp 155-161 『社会福祉援助技術』(久美)2005年
(その他) 法体系整理は、拙著「老人福祉法」 pp 17-18 『高齢者施設用語辞典』(中央法規)2007年を参照