区に住んでいますが，新宿区の開業医の平均年齢は七十何歳です。たとえば慶応大学の小此木先生のお父さんがお医者さんで91歳ですが，90歳まで開業していた。さすが91歳になって今年はやめたそうですけれど，開業医をやめたという届はまだ出していないといっておられました。そういうように80とか90とかいう方がやっていらっしゃるので，注射を打って，お薬を出すぐらいしかできない。

そういうことで，往診というか，在宅医療ということを考えた場合，開業医制度，家庭医制度というものももうちょっと充実しないといけない。これは緊急な問題だと思う。

最後にいいますと，いままでお話ししたのはいわゆる事後的対応策ですが，予備的，予防的な対応策も欠かせないわけで，学校教育，社会教育，退職準備教育というものに，老化とか，老人介護とか，死の問題を入れるということが必要ではないかと思う。

現在ライフサイクルにおいて，介護期というのが出てきたといっていいのではないか。いろいろな調査を見ると，50歳以上の人は何らかの形で，直接手をくだすか，くださないかにかかわりなく，親とか祖父母の介護に一度は直面している。ゼロという人はいまは皆無に近い。親が子供のときに亡くなるという方はほとんどいないと思うので，ライフサイクルにおける介護期の出現というふうに考えて，それを組み込んだ生涯設計とか，人生設計をする必要があると思う。

それから，介護はどうしても女性ということになる。世界中どこでも介護の主力は女性だが，いまその女性の職場進出が非常に進んでいる。就業年数も年々延びてきている。専門職，管理職に就く女性も増えてきている。いまのところは介護のために職を辞めるという女性がたくさんいるけれど，これも辞めない人がだんだん増えてくるだろうと思う。そういうことを考えると，いままでは地域を中心に医療，福祉サービスが考えられていたが，これからは企業福祉というものも組み込んで，そのへんでどういう図式を考えるか，まだ具体的な案はありませんが，何か地域と企業がうまくつながるようにできないものだろうかと思っています。

ひとつの考え方として，在職中企業の医療サービスは進んでいて，診療とか，人間ドックとかをやられているので，そういうデータをそのまま地域医療につなげられないかということを考えていますが，これもまた医師会などの関係で難しいようだけれど，何とかしたいなあと思っています。

私の話はこれで終わらせていただきます。

【レポート】

# 老人介護政策の課題

日本社会事業大学社会事業研究所教授 古瀬 徹

昔，厚生省にいて，全国の介護サービスの現場の方にお会いすることが多かった。その場合よくお聞きした話だが，老人ホームにお客さんが見えると，最初お茶を出す，ところが飲まない人がいる。寮母が出したお茶は飲まないといって飲まない。それから，老人クラブなどの元気な老人のグループ，元学校の校長先生であったり，しかるべき社会的地位の方々がそこにはおられますが，そのグループが老人ホームのなかをドヤドヤと歩いて，「われわれはあんなふうにならなくてよかった。ああなったのは入った人が悪いのだ」という，こういう議論を声高々として歩いている。そうい

う似たような話をよく聞きました。あるいは，ホームペルパーの方々から聞いた話です。これはいまではだいぶ良くなったと思うけれど，ホームヘルパーの方々が市役所にいる，これは在宅だから外に出る仕事なので机もろくに用意をされない。ロッカーなどもあまりなかったということがよくありました。

介護サービスに関する国の政策としては，昭和38年にできました老人福祉法が中心的役割を今日までもってきた。この法律では特別養護老人ホームの入所などを中心にして規定がある。その後，日本の介護サービスを実質的に支えてきたのは，私は特別養護老人ホームのスタッフであり，ホームヘルパーの皆さんだと思うので，本来ならこのような研究会なども，そのような現場のなかからの発言をもって，問題提起とするのがふさわしいと思います。本日は，便宜私がお話をするようにということで，ここ数年介護政策をめぐる動きは大変大きいものがあるので，それを垣間見ましたことをご報告して，とりあえずの責をふさぎたいと思います。

老人政策に関する厚生省の政策体系はしばしば厚生白書なり，あるいは多くの研究書でも引用されているように，施設と在宅という2つの大きい柱に分けて，施設のなかを通所と入所，在宅のほうを在宅サービスと社会参加という，こういう4つの柱で説明するのがならわしである。しかし，このような問題の立て方はそろそろ現実の政策においても崩れてきていて，それらを全体に見渡したシステムが必要になってきているかと思う。松原先生なり，袖井先生なりからご報告があった，介護サービスの受け止め方についての問題提起は，

表 1 A Classification of Services for Older Persons

| Degree of impairment | Community-based (地域ケア) | Home-based (在宅ケア) | Congregate residential and institutional-based |
|---|---|---|---|
| I Minimal | Adult Education (成人教育／老人大学)<br>Senior Centers (老人福祉センター)<br>Voluntary Organizations<br>Congregate Dining Programs<br>Individual and Family Information and Referral, Advice, and Counseling | Home Repair Services<br>Home Equity Conversion<br>Share-A-Home<br>Transportation (移送サービス)<br>Telephone Reassurance | Retirement Communities (Sun-City など)<br>Senior Housing<br>Congregate Residential Housing with Meals |
| II Moderate | Multipurpose Senior Centers<br>Community Mental Health Centers<br>Outpatient Health Services<br>Case Management Systems (Social/Health Maintenance Organizations, etc.) | Foster Family Care (養護委託)<br>Homemaker (家事援助サービス)<br>Meals-on-Wheels (給食託配サービス)<br>Case Management for Family Caregivers and Elderly Impaired Members | Group Homes<br>Sheltered Residential Facilities<br>Board and Care (Domiciliary Care) Facilities<br>Respite Care (ショート・ステイ，ナイト・ステイ) (デイ・サービス) |
| III Severe | Medical Day Care<br>Psycaiatric Day Care<br>Alzheimer Family Groups (ぼけ老人を守る家族の会) | Home Health Care (訪問看護)<br>Protective Services<br>Hospital Care at Home | Acute Hospitals<br>Mental Hospitals<br>Intermediate (Health Related) Nursing Facilities<br>Skilled Nursing Facilities<br>Hospice Care in a Facility |

出典：Models of Services for the Eldery, S.S. Tobin & R. Tosend (ニューヨーク州立大学) p. 551.
Monk, Abraham (コロンビア大学)編 "Handbook of Gerontological Services" Van Nostrand Reinhold, New York, 1985, 所収.
"……there is no absolute way to classify the geography of services.……The boundaries between classes of services, ……, are obviously quite permeable." (p. 550)

そういった点についての基礎的な素材を提起されたものと思う。

資料のなかに幾つか表を付けているが，25頁の表1をご覧ください。これはアメリカの老年学の教科書によく使われているということで，勉強をしてみました。マトリックスがあって，左側のほうは程度の軽いものから，中くらい，それから重いものにいく。右側のほうは地域をベースにしたサービス，それからホームベース，それから施設と，こうなっている。

日本ではまだ概念が十分整理しきっていないと思われるのは，先ほどの厚生省の施設，在宅という二分論の影響も大変大きいのだが，しばしば在宅と地域ケアというものの概念の整理が十分でないように見受けられる。

アメリカで一般的に使われている教科書によると，在宅ケアというのは自分の家で，あるいは借りているところでもいいが，サービスを受けるというやや物理的な意味で用いられることが多いのだが，それと施設的なサービスを含めて，第1の地域ケアという概念で包括をして，そこにあるようにこれはアメリカは連邦政府なので州政府によってさまざまに違うけれど，このような形でマトリックスが埋めてある。日本で介護サービスが論じられるときには，この最後のほうのシビアというところに該当するものが多いと思うけれど，先ほど袖井先生のお話にもあったように，これは連続した概念として，把握をすべきかと思う。モンク先生の注にもあるように，これは便宜なものであって，固くそれぞれの概念を論ずることはないということをいっておられる。

日本の介護サービスの質を議論するときに，これは大変不思議なことだが，何をもって介護サービスが充足されたか否かということについては，まだ基本的な了解がないように思う。しばしば用いられる数字は，特別養護老人ホームの整備率である。今日予算定員では16万人ぐらいのベッド数になっているけれど，65歳以上人口に対する比率でいくと，大雑把にいって1％ということになる。

表の2に，これはスウェーデンの1985年の数字だが，ホームヘルプと施設ケアの利用率の推移というデータがある。これは65歳以上人口の比率に対して在宅サービスの中心である，ホームヘルプを受けている人と，施設ケアを受けている人はどのくらいかという，非常に基礎的な数字だが，日本のいまいった1％に相当する数字はほぼ1985年では6.7％に相当すると思う。

これは大変に注意を要する。日本でもそうだが，スウェーデンの場合も概念に入り組みがあるので，大雑把にそのような数字かという程度でとらえていただくほうがいい。なお，ご覧のように1975年に8％の人が施設ケアを受けているわけで，これが6.7％に下がっている。下がっているけれど，それに対して日本の1％という数字は，圧倒的に不足しているということになると思う。

しばしば日本においてはホームヘルプの数の議論がよく行われているが，このホームヘルプについては表の左をご覧いただくと，1985年にスウェーデンでは18.9％となっている。65歳以上人口の18％がホームヘルプサービスを受けている。そこで6.7％と18.9％を合計した25.6％が公的サービスを受けているということになる。

そうすると，ホームヘルプ，スウェーデンでいう18.9％に相当する数字は幾つだということだが，私は不勉強でよく文献その他を見ていないが，これに相当する数字は，行政側からも，研究者からも，まだ出ていないのではないか。

しばしばホームヘルプの数が新聞などで報道されるが，これは厚生省が国庫予算を組むときの予算上の定数である。したがって何人増えたとか，増やしたとかいう議論をしているけれど，いま日本にホームヘルパーが何人いるかという数字は実は出ていない。

表2 ホームヘルプと施設ケアの利用率の推移（スウェーデン）

| | ホームヘルプ | 施設ケア | 合 計 |
|---|---|---|---|
| 1965 | 12.8% | 7.2% | 20 % |
| 1975 | 22.8 | 8.0 | 30.8 |
| 1985 | 18.9 | 6.7 | 25.6 |

＊施設ケアには，サービスハウスは含まれない。

資料：A. Doyle: The Myth of Homogenity/Variations in Availability and Financing of Swedish Home Help and Institutionalization. Institutet för gerontologi, Jönköping. May, 1987.

なお，厚生省報告例というのがあって，そのなかで数字が出ている。それによると61年の報告では６万3,000人ぐらいの数字がリストアップされている。61年の段階では65歳以上人口が1,200万ちょっとだから，大変大雑把にいうと0.5%ぐらいになる。しかし，この厚生省報告例の数字は常勤，非常勤といった換算をしていないから，スウェーデンのこの数字に見合うのかどうかわからない。

いずれにしても，もしその数字を使うとすると，ホームヘルプサービスが0.5%，特養，ナーシングケアのサービスが１%，合わせて1.5%ということになる。1.5%とスウェーデンの25%という数字を比べると，圧倒的に差があるということはどなたの目にもはっきりする。

日本における介護問題の難しさは，よく指摘をされているとおり，このような状態に立ちいたるのには，非常に時間が少ないということである。スウェーデンはずいぶん時間がかかっていて，この数字でご覧のとおり1965年にはスウェーデンにおいてもホームヘルパーは12%だった。そうしてスウェーデンにおいてもある時期急に在宅サービスが展開されたかのように受け取られることが多いが，施設ケアが８%というレベルまでいくと，さすがに空きが出てくるということが出てくる。あるいは施設ケアの質についての論議が高まってくる。これはデンマークなども同じであるが，長い時間かかって，施設ケアというものをやってきて，７%とか，８%にきたところで反省が起きて，在宅サービスというものになった国に対して，日本の場合は特養もこの20年ちょっとです。法律は38年だが，全国各地で特養が建設されたのは50年代の後半からである。そしていま65歳以上人口に対してやっと１%である。89年12月に厚生省が発表した，いわゆるゴールデンプランというものを見ると，特養は1999年度の末において24万床という計画が公にされている。24万床というと大変多いようだが，その時期における65歳以上人口に対する比率としてはやはり１%である。ですからこの程度増やしても，20世紀末にはいまと同じ状態の施設ケアである。スウェーデンの状態で考えると，圧倒的に不足という事態は変わらない。

老人保健施設が登場をしたもっとも大きな要因は，その点を特養だけのスピードでは追いつかないということがある。当時すでに議論になっていたように，ここにご専門の二木先生がいらっしゃるのですが，日本でナーシングケアの供給量が少ないのを補っていたのは医療ケアの過剰である。これは地域によって違うが，ある地域においてはすでに過剰状態になっている。そして老人保健施設も厚生省の計画だと28万床ということになっているので，これを合計しても２コンマ何%ということで，圧倒的な不足である。

きのうの新聞に日本社会党が，重介護保障政策大綱というものを発表している。多くの新聞が取り上げたわけではないので，私はきのう社会党に行って資料をもらってきました。行って大変良かったと思うのは，社会党本部は選挙中でしたが，私は選挙にはあまり関心はありませんが，闘争本部のなかにあるというので，４階のど真ん中に行ってもらってきましたが，ほとんどの人はそれが新聞に出ているということを知らなかった。

しかし，内容を拝見すると大変良くできている。日本社会党がこのように介護問題について一応選挙の間にまとめたものを出すということは，時代の推移を感じたし，介護問題もあるところまできたと思いました。

それを見ると，ホームヘルパーの数を2000年までに19万人に常勤換算でするということで，その算式もいろいろついていました。この社会党案で決定的に問題だと思うのは，施設処遇が基礎的なケアとしていかに重要であり，いかに不足をしており，そこに勤務する人の待遇はどうなっているのか，そしてそこでサービスを受ける老人の人権をどう確保するかというレベルの問題にはまったく触れていないことである。在宅を中心としてはいるようだが，「重介護保障政策大綱」というわりには非常に基礎的な認識が足りないと思う。

それから，ホームヘルパーの数を計算する算式だが，65歳以上人口の2.18%という数字をもっている。これはいろいろ意見が分かれると思うが，もし本気に２%という数字で社会党が良しとすれ

ば，大変に認識は甘い。北欧の現状を考えると，まったく甘い。それにはそれなりの計算の根拠があったでしょうけれど。そして，制度として1987年に発足をしている介護福祉士の制度については，まったく触れていない。介護サービスについて，何が重要かという観点は，社会党の目ではいまはホームヘルプの数を増やせば何とかなるという，そういう論拠だと思う。おそらくこれは，玄人筋からはほとんど評価されないと思う。

新聞などはよく国の責任ということを書くのが好きだが，スウェーデンやデンマークにおいてなぜこのような高い社会的なケア率をもつことができるようになったかというところが重要である。それはスウェーデンやデンマークの官僚機構が良かったからではない。これは政治学の初歩的なことだが，社会全体として介護サービスのようなものに，どのような優先度を置くかという問題かと思う。

年金の制度を考えると，年金のように国のなかを移動するという場合，あるいは非常に長期にわたって，財政の計算をするという制度を構築，運営する場合には，国の運営責任は非常に重要になる。

しかし，いずれの国においても，医療サービスや福祉サービスのように，ふだんの日常生活のなかで起きてくるものに対する取り組みは市町村レベルである。そのことが徹底していないということで，北欧においても，イギリスにおいても，フランスにおいても，この数年行われているのはそのサービスの法的な主体を市町村に徹底をするということである。

さる1月22日に厚生省で行われた全国民生部長会議において，岡光老人保健福祉部長は老人福祉法の改正について指示をしております。専門紙の伝えるところによると，そのなかで老人福祉法改正の中心として，いま県が行っていますが，町村にも措置権を下ろす，それからすべての市町村が在宅ケアをするということを法律上義務づけるということを，いま検討作業中であるということを公にしている。その点について，松原先生がご指摘になったが，すでに厚生省はすべての市町村の当然の仕事として，介護サービスを受け止めるという時期にきていると思う。

私は多くの市町村におじゃまをする機会がありましたが，非常に熱心な担当の方がよくおっしゃっておられましたが，普通の市町村長には介護サービスを推進するという，基礎的な認識はまったくない。ここが北欧型のスタイルの介護サービスとまったく違うところだと思う。

日本での公私の役割分担の議論は大変観念的な議論もあって，それなりの概念の議論は意味があるのですが，介護サービスだけを取り上げて議論をするのは意味がないと思う。

ヨーロッパに多少お住みになるか，あるいは旅をされるとすぐわかることだが，ヨーロッパにおいては医療サービス，それから教育，テレビなどもその代表だが，テレビはイギリスは BBC 放送，西ドイツも ZDF（ゼット・デー・エフ）というのともう1本ありますが，公共放送です。フランスもそうです。デンマーク，スウェーデンもそうです。日本においてすべての局が NHK ということが想定できないと同じように，ヨーロッパのこれらの国においては商業放送が中心となるということは考えられない。医療サービスにおいても同様である。

介護サービスは医療サービスと非常に関連が深いが，この医療サービスの現状は，北欧においては，その費用負担においては社会保険方式を導入しているけれど，基本的には非常に強い公的サービスとして運用されている。

昨年の6月にスウェーデンに，4度目ぐらいになりますが，おじゃましたときに，一緒の班で行きました人達は，お医者さんなり，看護婦さんなり，ソーシャルワーカーという方々でしたが，その結論は，これは看護婦さんがいっておられたけれど，日本はデンマークのまねはできないということです。たとえば往診の話をすると，向こうは家庭医が非常によく機能していますから，お医者さんがまず基本的に地域の老人のケアというものを支えている。それがあって，その上に乗って，福祉サービスが展開しているので，その医療のところを学ばずにホームヘルプの数と仕組みだけを

学ぶということは，介護サービスのように大変幅の広いものを評価するには致命的に認識に不足があると思う。

いずれにしても白紙に，白い紙の上に，これが日本の理想だということを書くわけにはいかない。すでに一部の地域においては，供給過剰となった病院があり，あるいは特養においても油断はできない。地域によっては完全に供給過剰である。夏の間は空いているとかいろいろある。きわめて狭いところに数ヵ所の特養があるといったところもある。もちろん他方では，東京都の内部の区部のように，まったく足りないというところもある。

そういう地域差については，同じスウェーデンの表で28頁に表10というのがある。先ほどの表2と出典は同じだが，ちょっと概念の相違かと思うけれど，合わない点がある。先ほど平均値の話をしたが，85年の数字を見ると，スウェーデンにも市町村がたくさんあって，市町村で展開をすることになっているけれど，65歳以上で，先ほどいった20%近くのホームヘルプの受給率は8%から33%だが，これを年齢を80歳まで引き上げると，低いところでは6%，上のほうでは80%になっている。施設ケアはこれより多少幅は小さいが，いずれにしても市町村によって大変幅がある。

昨年スウェーデンに行きましたとき，厚生大臣にもお会いする機会があって，お聞きしましたが，地域において自分達の問題として，これは6%あたりのことを指していると思うけれど，それは事情によってそう高いサービスをする必要のない地域もある。要因はさまざまだが，スウェーデンにおいても，地域差は大変大きいということを示す意味でこの表を挙げました。

上の表9は日本のことだが，都老研の鈴木さんの積算だが，細かな幾つか定義の約束事があるが，65歳以上の人を含む，いわゆる高齢者世帯と，特養，病院，あるいは障害者の施設といったものを全部拾い上げて，比率で比べたらどうなるかということを公にされているが，そこに挙げたもので見ると，全国平均では4%ぐらいになっているが，低いほうの2%台と，高いほうの8%台とでは大変大きな差がある。

スウェーデンやデンマークの実態を知っている者には，北海道などの数字は高いようには見受けられないが，実は北欧と日本のものを比べる際には，基礎的な条件の違いがある。1つは先ほどいった医療，教育の問題である。これはどちらがいいという議論ではない。いまアメリカに行くと，チャンネルが200も300もある。ニューヨークの友達の家に行くと，日本映画だけをやるチャンネルまである。東京あたりでもいまは20ぐらいのチャンネルを見ることができる。しかし，そのどっちがいいかという，そういう問題ではない。日常生活に関連する，文化的価値に関連のある医療や，教育，テレビについては，アメリカ型のタイプと北欧型のタイプがある。これは大変大雑把な議論だが，そしてそのなかには幾つもの中間項があるということである。

もう1つ同居率だが，日本でも統計で高いように見えても，若夫婦が外に働きに出ていくために，老人は残されて，日中は独居であるということが，実践家の間から指摘をされているとおり，家庭介護にすべてを頼るという現状ではなくなっている。なくなっているけれども，統計の取り方でいろいろだが，相当数の人は家庭で3世代の同居ということが期待できる。特に地方においてはそういう現実がある。

スウェーデンにはそれに見合う概念がない。ど

**表 9**　高齢者世帯の入院・入所比率の県別格差

| | | |
|---|---|---|
| 高い県 | 高知県 | 8.7% |
| | 北海道 | 8.2 |
| | 熊本県 | 7.5 |
| 全国平均 | | 4.2 |
| 低い県 | 滋賀県 | 2.3 |
| | 茨城県 | 2.4 |
| | 栃木県 | 2.4 |

資料：鈴木　晃「高齢者の生活と住宅」(『年金と雇用』8巻1号) p. 24, 1985年国勢調査による。入院は3ヵ月以上のもの。

**表 10**　ホームヘルプサービスと施設ケアの利用率の市町村別格差 (1985年) (スウェーデン)

| | ホームヘルプ | | | 施設ケア | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 最低値 | 中位値 | 最高値 | 最低値 | 中位値 | 最高値 |
| 80+ | 6.0% | 42.7% | 80.0% | 9.0% | 23.6% | 37.0% |
| 65+ | 8.0 | 19.3 | 33.0 | 3.0 | 7.3 | 12.0 |

資料：表2に同じ。

うしても教えろということで，この間行ったときもしつこく聞くと，同居率は５％といっていました。しかしこの５％は日本の皆さんが考える数字と違う。つまり，障害者などを抱えているうちにお母さんのほうがずいぶん年をとって，その子のためにと思っているという数字が５％程度であって，一般に老人が３世代で住むという概念はない。イギリスは10％ぐらいだが，この10％や５％という数字と，日本における現状は質的に違うと思う。いまイタリア，西ドイツが３割ぐらいになっていると思うけれど，日本がそのようになる可能性はもちろんあるけれど，なぜ北欧でそのような公的サービスが高く出てきたかということについては，そのような背景があると思う。

それから日本で見逃されているのは，家政婦の存在である。これは歴史はホームヘルパーより古いが，この家政婦がどのような形で入っているのか，そういう実態については残念ながらいい文献，調査結果はほとんど出ていない。

それから，90年度予算案で厚生省が要求しているもののうちで，量的なものではなくて，サービスをできるだけどこかで，早い段階で相談をする拠点が欲しいという思想で要求しているものに，在宅介護支援センターというものがある。これは今世紀末に１万ヵ所ということで，10ヵ年計画に出ているけれど，今年は300ヵ所入っている。

先ほど袖井先生のお話にもあったように，介護を必要とする時間帯がまず朝であったり，深夜であったり，曜日は関係なしということで，いずれにしても24時間のサービスが必要である。日本でも医療や消防はこれをとっているけれど，そのようなことを市町村のサービスを基礎として，市町村の業務としながらも，市町村の職員に，あるいは市町村のサービスのなかで，朝早く，あるいは日曜日まで行うということは非現実的である。

したがって，何らかの意味のそういう拠点が必要であるということになる。これは厚生省が直接ヒントにしたかどうかわからないが，西ドイツなどではゾチアルスタチオーネンという制度があって，社会のセンターみたいなものだが，これは州によってそれぞれ名前も機能も違うけれど，どこかの地域で中心になって介護サービスをしているところに施設と人間を集めるという考えがある。

厚生省の在宅介護支援センターというものも，特養などに委託をすることを当面念頭に置いておられるようだが，もちろん老人保健施設であってもいい。地域によってさまざまなものがあるから，その地域においてすでに介護サービスの拠点となって，ある程度の専門家，ある程度のボランティアの集積をしつつあるところ，しそうなところ，そういったところに置く。そういう意味では西ドイツ型を採用している点があると思う。

そうすると，24時間のサービスを，制度を工夫して，全国に１万ヵ所もって，それが特養の制度の上に乗っかることになれば，サービスの基本は出来上がる。しかし，東京都区部のように非常に特養の少ないところは，いぜんとして問題は残るでしょう。

先ほどもちょっと触れたように，社会党案の問題というか，よく議論が出ているホームヘルパーが足りないという論議の盲点は，いま日本でホームヘルプが予算定員上３万5,000ぐらい入っているが，市町村ではこれを消化しきっていないという点である。それにはいろいろな理由があるが，それを単価が低いとか，サービスのPRが足りないという理由で説明する論者がいるが，これは非常に表面的な議論だと思う。

これは市町村によって違うけれど，単価も全国平均で，東京の感覚では高いとはいえないが，地域の実態によってはいまの単価でもやっていけるところがある。問題は公的なサービスとして，ホームヘルプサービスを受けることを，社会的な日常生活のなかで普遍化しているかどうかという点である。これはやはり時間がかかると思う。

もう１つ労働市場の問題である。ホームヘルパーを社会党は10年で19万人といっているが，それはさっきちょっといったように，北欧型のものを目指すとすれば，それでも足りないかもわからないのだが，ちょうどその時期というのは人口構成からいくと，40歳から45歳代，つまり介護をする側の人数がどんどん減って，介護をされる側の人数が高くなる。

昨年のいまごろだったと思うけれど，デンマークの現役の厚生大臣がお見えになって，東京で講演をされたが，あるいはご縁があった方もおられると思うが，大臣は非常に皮肉っぽくいっておられたが，日本のデパートに行ってみると，エレベーターに乗ると各階にお嬢さんがいてていねいに案内をしてくれる。新幹線に乗ると売り場で売り子達がていねいにあいさつをしてくれる。大変日本というのはサービスがゆき届いた国だと感心をして，その足で老人ホームにいって話を聞くと，スタッフの数が足りずぜんぜん数の計算が合わない，というそういう話をしておられました。

私もヨーロッパの生活との対比でいちばん感じるのは，そこのところである。労働市場が非常にタイトになっていて，すでに日常生活のなかで不法就労と思われるような外国人労働者が就業をしているという実態がある。そのような時期にあって，デンマークの大臣がいおうとしているのは，これは選択の問題だということだと思う。

ヨーロッパでゴルフをするとキャディーはいない。ですから私らが自分でキャディーをしなければいけない。有料老人ホームは風光明媚のところにある関係か，ゴルフ場と大変競合しているので，見た目がよくて，楽しくて，月給がいいということで，みんなゴルフ場のほうにいってしまうということである。もちろんゴルフに適した人達というのもおりましょうけれど，社会的なマーケットとして，人間の使い方として，そういうことを誘導できないということをしている限りは，介護マンパワーについての決定的な方策は出ないと思う。

もう1つ，日本と向こうの違いは，鉄道の切符です。日本のようにこれだけロボットなどの技術が進んだ国で，各駅で細かく，120円か，140円かというのを，いい年をした人が見張っている国はない。ヨーロッパはご案内のように，ずいぶん前から鉄道の改札はフリーです。時折検札官がきて，見つかったときは罰金は40倍とか取られるが，これはほとんどこない。それは鉄道を使う人は金を払う，それを信用している。それが社会だということである。

鉄道の方には申し訳ないが，限られた労働市場であるときに，その社会はどこに労働市場として傾斜をするかというのは，これは政策の問題も大きく寄与するが，世の中の考え方も大きく関係すると思う。

介護サービスについては，いろんな議論の仕方があるが，その議論が混乱しがちなのは，日本では1つのタイプのサービスに，1つのタイプの専門職というように頭から考えてしまうからで，それで介護か看護かといった議論をやっている。

たとえば，アメリカの看護職のサービスの人は，どういう仕事をしている人が何万人いて，その人達はどういう専門職としてのトレーニングを受けているかというデータを見ると，それぞれ幾つかの階層がある。老年医学を専門とする看護職，ドクターを取っている看護職，これは40人ぐらいいるが，これを頂点として，日本でいうとホームヘルパーに相当する，6ヵ月ぐらいの訓練で従事している人達が120万～130万人いる。それから大学を出た看護婦さん，2年から3年の看護婦さんと，それはさまざまである。それは当然のことであって，専門が分化をしてくるとそれに応じた看護婦が必要になってくる。

日本の場合，介護問題を非常に難しくしたのはこの専門職の考え方である。家庭の延長でいいという議論をしている限りは，議論は前進をしないのだが，幸いこのことについては，介護福祉士という国の制度ができた。すでに2回目の国家試験が進行中で，昨年度には3,000人弱の介護福祉士が誕生している。そのなかにはホームヘルパーも含まれています。

国の資格を取ってみても，専門性があるとはいえない，あるいは資格があるからといってケアの心が失われるという，こういう反論がある。これはもっともなようだが，日本のような資格でもって物事を決めていくという社会においては，その資格の世界からは縁がないとされた人達の，社会全体のなかでの位置づけは大変低いものになる。

医師の例を見てもわかるように，国家試験によって能力，知力を試されたからといって，その方に倫理観が十分と国がOKしたわけではないので，それは職業倫理によって，おのずから自律的

に決せられるものだと思う。

この介護福祉士という制度は，できたのは結構だけれど，先ほど19万人という数字があったが，どういう形でこれを生きた制度として，介護の専門職の地位の向上につなげるかという点については，残念ながら実証的な研究は大変足りないと思う。

私は昨年，ある地方の介護福祉士の学校で６時間教えたときに意見を聞き，昨年の暮れに東京都下の介護福祉士の養成校で講義をしたときにもアンケートを取ったのだが，長く実務を経験している人達が国家資格を取れなくて，２年制の養成課程を出た者が取れるという，その矛盾に養成校の学生自身が悩んでいるわけである。

白紙に書いて，立派な制度をつくろうと思うのは，それはそれでいいのだが，この制度のねらいは急速に専門職が必要になるという事態を迎えて，いまいる現有勢力で，ある程度のレベルにあると考えられる人達に，国家的な支援をしようということだと思う。

そういうスタンスを取ると，レジュメに幾つか書いているけれども，いちばん大きいのは，いまいったように実務経験の評価である。それから医療施設のようなところに勤務する者も受験資格に入れるということもある。

それから国家試験の技術的な方法だが，これは１つのヒントになった，西ドイツのアルペンプフレーガーという老人介護士という制度があるけれど，私は87年の３月に厚生省の担当官と西ドイツの介護福祉士の学校を見，いろいろ聞いてきた。日本のほうでは，いま伝えられるところによると，公にされてはいないけれど，試験の方法は知力を試すものである。単答式の試験である。

介護職のようなものについては，むしろビデオを見て，そのなかで判断を求めるとか，あるいは面接の評価は難しい点があるが，西ドイツでは面接を取り入れている。これは評価の方法である。制度がけしかる，けしからんという議論をしている暇はないと思うので，試験の方法について，介護の現場にいる人がどのような形で，その能力を試すことが可能であるかという議論が行われるべきである。

それからカリキュラムだが，これはたまたま私は老人福祉論というのをやりましたが，多くの学生達は，学生といっても，これは40歳以降の主婦の方も多いわけで，一般的な学校というのを想定するのはまずいが，やはり実習とか，歌をうたうようなことも必要でしょうが，いずれにしても机上で考えられたような，大学における福祉系のカリキュラムをそのまま２年間当てはめるという色彩がある。

それからこれは，いわゆる名称独占といわれて名称だけを名乗ることができるということなので，医師や看護婦の業務独占とは違う。それにしても，たとえば施設長となるためには社会福祉士でなければいけない，あるいは介護福祉士を何年した者でなければいけないといった実定法からの縛りがない資格法というのは非常に珍しいと思う。

ソーシャルワーカーとして想定している社会福祉士という制度があるが，これは第１回は180人の合格者で大変厳しいものがある。私はその養成校の教務を担当しているのでよくわかりますが，大変に厳しい。それから実務経験の評価も大変に狭い。

ちなみに，社会福祉士という制度は韓国にもあって（韓国のほうが古い），ここでは社会福祉事業法の６条というところで，「施設長たる者は社会福祉士たるべし」という規定を置いている。こういうものでセットをしている。

人数を増やせばいい，何万人いる，計算すると3,000億円になると社会党案ではいっているが，お金の問題については別途財政の議論があるとして，どういう形で介護マンパワーの中核となる専門職を育成するのか。それはもちろん処遇の問題でもあるけれど，専門職としての中心的な成果を社会全体が見えるようにするという努力がされる必要があると思う。

それから，中期的な課題としては，そこに挙げたように，まず財政的な問題がある。たとえば西ドイツにおいては，先般12月に通った年金の改正法によって，92年から介護に従事していた期間は仕事をすることができないわけだが，その期間は

保険料を納入した期間という計算をフィクションとしてするということを決めている。さらに，これも西ドイツの例だが，在宅給付でホームヘルプをしたようなものを健康保険のなかで給付として認めている。これは89年，昨年の1月から動いている。従来のような社会福祉とか，社会保険という概念だけでこの介護サービスの財源問題を考えるというのには限界があるということを，こういうヨーロッパの例は示していると思う。

それから研究だが，たとえば今年度の厚生省の予算では，在宅介護給付の基金が昨年分と合わせ700億円，補正予算でついている。700億円の利子を回して，在宅介護の研究に回すということである。また，長寿開発研究センター，国立の老人研究所をつくる準備費が700万円入っているし，長寿開発研究費が10億円入っている。さらにこれは経過的なことだが，老人保健法の改正との関連で150億円の臨時的な経費があって，そのうちの81億円は研究費であるといわれている。

このように，在宅介護を中心に介護サービスに関する研究をする費用は大幅に国庫予算のなかで認められているが，問題はそれを研究する人がいないということである。あるいはそれを研究するための調整機関がない。

これはヨーロッパの経験を見るとわかるが，アメリカでもそうだが，介護サービスについては当然大学を中心に，現場の介護経験のある人達が研究をしている。研究とは日常の介護実践を集積をして，ひとつの体系とすることであり，またそのことをもって介護福祉士の養成施設などの教壇に立つということが要請をされていると思う。

アメリカの例などを見ると，国立の老人研究所ができると，それのネットワークということで各地に大学を中心に研究のネットワークが出てきて，これがサービスの標準化をするということに大きく寄与することになると思う。

あと数字は最近のものを幾つか載せているが，介護サービスについての中心の問題は，袖井先生の引用にあったが，老人に対する社会のスタンスである。日本でいま行われているような，言葉は悪いが，切り捨て的な発想をもっている国では，経済問題，相続の問題，住宅の問題，いずれもサービスを受ける老人側の利益となるという体系にはなっていかないと思う。

しかし，幸いなことに，たとえば私達は明治の半ばにおいて穂積陳重先生が『隠居論』という本を出している。穂積先生はすでに明治の半ばにヨーロッパを旅行されて，ヨーロッパでは年金という制度があり，それを見ると20世紀の発明として，飛行機があり，ラジウムがあると，日本ではいっているが，年金というふうな社会的な制度として，老人が老人であるからということで当然に，社会からサービスを受ける権利があるということ，これが20世紀の一大発明であるということをいっておられるわけで，すでにそういう先覚者がおられたのである。

私は日本における大学の研究というものが，それは法律学であれ，経済学であれ，同様だと思うが，もっとも緊急の課題となっている介護サービスのようなものについて，どのようなことをこれからしていくのかということを大きく問われているような気がいたします。

まとまりませんでしたが，斜から見た政策論ということでお許しをいただきたいと思う。どうもありがとうございました。