

介護と医療とお墓の話



埼玉県総務部文書課 谷戸 秀昭

第1章 5,643,155人

この数字は、平成25年4月時点で、要支援又は要介護の認定を受けている者の数である¹。

この人数は、平成24年10月1日現在の兵庫県の人口（557万1千人）を上回っている²。

また、平成22年時点で全国の65歳以上の高齢者の認知症有病率の推定値は15%、約439万人と推計され、介護保険制度を利用している認知症高齢者は約280万人ともいわれている³。

こうした中、長野や東北で「ピンピンコロリ」運動への取組が行われ、埼玉県では「健康長寿」が3大プロジェクトの一つになっている。

もちろん、健康で長生き、長く病まないで極楽浄土へ逝くというのは、万人共通の願いだろう。しかし、「健康である期間よりも障害を持ちながら衰える期間のほうがどんどん増大し、障害期間・要介護が増加して、そして緩やかに最期を迎える。これが日本人の9割以上。急死率はわずか5%くらい」といわれている⁴。

現実には多くの人が、医療の高度化や現行の法制度の下、寝たきりになっても延命が図られることになる。つまり、介護と医療の問題は、ほとんどの人に関係がある問題であり、行政にとっては、まさに目の前に突きつけられた課題なのである。

本稿では、この介護や医療の問題に加え、その先にある「お墓」の問題も併せて取り上げてみたいと思う。

今は、各家庭に霊園・墓園の案内広告が入り、自分や親の入るお墓を真剣に探す人も多いと思う。しかし、少子化が進むと将来はどうなるだろう。一人っ

子同士の結婚では、誰がどちらの家の墓を守るのか。さらに、生涯未婚で子供がいなかった場合はどうか。

堅い言葉でいうと、民法第897条の「祖先の祭祀を主宰すべき者」、平たくいえば、墓守をする人がいなくなる無縁墓が増えるおそれがあるのではないか。そのような危惧から「お墓」についても本稿での論点の一つにしたいと思う。

さて、ここまで述べてきた上で、次章以降の記述に当たり、一言お断りしておかなければならない。残念ながら、筆者は、介護や医療、墓地の専門家ではない。このため、本稿では、これらの課題に対して方向を提示するに止め、専門分野の職員によるさらなる研究・提案を待ちたいと思う。

第2章 500人

この数字は、さいたま市内の、とある定員50人の特別養護老人ホームの入所待ち人数である。一人で複数の特別養護老人ホームへの入所を申し込んで待機している人もいるので、この入所待ち人数を額面どおりに受け取ってよいのかという問題はあるが、入所待ち人数が3桁の特別養護老人ホームはざらである。もちろん、実際の入所待ち期間は数字どおりの単純なものではなく、要介護度や家族の状況等によって変わってくるが、かなりの期間、待機している人が多いのは事実である。

一方、高齢者世帯（65歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯をいう。）は、全世帯の21.3%に達している⁵。

特別養護老人ホームへの入所を待ちながら悲鳴を上げる老老介護の世帯も多いのではないか。

それでは、老老介護や子供などの同居家族が勤め

を辞めなければ居宅での介護ができないなどの事情を抱えた人は、どうすればよいのだろう。

高齢者の入所施設では、介護老人保健施設やケアハウス等もあるが、所得などの状況、家族の援助の有無、医療的ケアが必要かどうかなどの要件があるほか、介護老人保健施設では入所期間が短期であり、ずっと住み続けることはできない。

次に思い浮かぶのは、介護付き有料老人ホームや最近急増しているといわれるサービス付き高齢者向け住宅である。

介護付き有料老人ホームの場合、立地条件や高サービスを売りにする施設は、入居一時金が数千万円、毎月の食費等も一人20万円以上など年金だけでは足りず、居宅を売っても追いつかない金額のものもある。ここまでいなくても、ある程度の質を求めるならそれなりの資産が必要となる。

一方、サービス付き高齢者向け住宅は、高齢者の居住の安定確保に関する法律（以下「高齢者居住安定法」という。）に基づく登録をし、同法所定の基準を満たして介護付き有料老人ホームに近いサービスを提供するもの、ホテルのコンシェルジュデスクのようなサービスを提供するもの、訪問介護事業所を併設し介護サービスを実態的に住宅とセットで提供するものなどバラエティーに富んでいる。優良な事業者が存在する反面、貧困ビジネス的営業が行われるおそれもあり、利用者側から見て選択が難しいという問題がある。

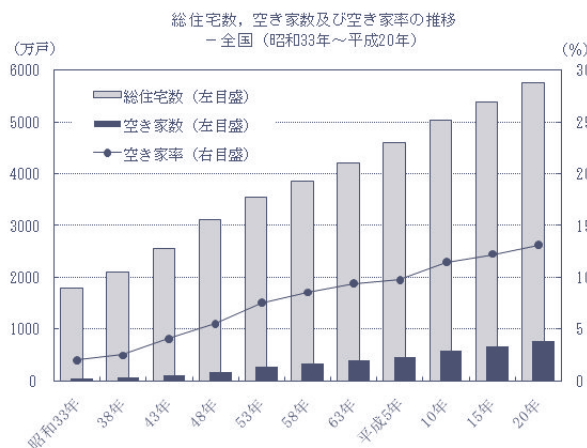
特に高齢者居住安定法に基づく登録をしていないなど行政の監視が行き届かない住宅について問題が生じた場合には、行政として同法はもとより社会福祉法その他の既存法令の解釈運用に意を尽くして解決に当たるとともに、条例の活用も視野に入れて入居者保護を図る必要があるだろう。

以上を踏まえ、いわゆる介護難民を出さないために行政として何かできることはないか。

例えば、公営住宅の活用はどうであろう。公営住宅法第45条では、社会福祉法人その他省令で定め

る者（医療法人、一般社団・財団法人、NPO法人）が、認知症対応型老人共同生活援助事業を行う場合に公営住宅を使用させることができると規定している。また、高齢者居住安定法第21条では、国土交通大臣の承認を得てサービス付き高齢者向け住宅事業の登録事業者に公営住宅を使用させることができると規定している。しかし、公営住宅を利用する場合は、空き部屋の確保のほか、古い建物では、住棟や共用部分等をバリアフリー仕様に改築する必要があるなどハードルが高い。

それでは、民間の「空き家」は活用できないだろうか。平成20年10月1日現在の空き家率は13.1%で、この数値は増加傾向である⁶。



出典 総務省統計局 平成20年住宅・土地統計調査（速報集計）結果

この点、空き家活用については、厚生労働省が一人暮らしの中低所得層の利用を念頭に置いた高齢者の住宅対策として検討を進めているようだが、本稿では、もう少し踏み込んだ提案をしてみたい。

以下、具体的に述べる。空き家と介護サービスを行うNPO法人や社会福祉法人を行政がコーディネートすることはできないか。例えば、固定資産課税や民生委員、福祉事務所などのチャンネルを持つ市町村が空き家情報を集約してこれらの法人向けに提供し、空き家を賃借したり購入したりして介護サービスの提供のために利用してもらう。空き家は、そのままでは介護に向かない場合も多いので、手すりやスロープの設置、トイレや浴室の改修が必要にな

る場合もある。また、介護用ベッドなどの設備も必要である。このため、NPO法人等が空き家購入資金や住宅改築資金等を金融機関から借り入れる場合は、行政が信用保証や利子補給をする。場合によっては、行政が空き家の所有者等に事業の趣旨を説明し、売買や賃貸借の価格を市場価格より低く押さえてもらおうというバックアップをする。こうした後押しをするに当たっては、ハード・ソフト両面で一定のサービス水準を満たしていることを条件とする。この一連の仕組みを例えば「認定高齢者住宅」とでも命名し、制度化すれば、要介護者やその家族に安心して利用してもらえるのではないかな。

「認定高齢者住宅」の事業実施形態としては、各法人単独での実施もできるが、民法第667条の「組合」がより効果的ではないか。「組合」として行政になじみのあるものとしては、公共工事の入札で登場する建設工事共同企業体（いわゆるJV）だろう。介護と建設工事ではまるっきり違うではないか、と指摘を受けそうであるが、利用したいのはその仕組みである。

例えば、医療法人、社会福祉法人、NPO法人などが「認定高齢者住宅」事業の実施を目的として組合契約を締結する。組合契約では構成員が出資をする必要があるが、その出資は金銭でも現物でも労務でもよいとされている。

そこで、NPO法人は空き家の購入又は賃借・改築と管理を、社会福祉法人はヘルパーの派遣を、医療法人は訪問看護を、それぞれ提供するといった具合に、各法人が得意分野に特化してサービスを提供することによって、介護付き有料老人ホームに類似したサービスを提供することができるのではないかな。

サービス提供の主体を「組合」とすることによって、財産取得や事業の継続に伴うリスクを一者（社）で背負わなくて済むという利点がある。また、サービス付き高齢者向け住宅の事業主体の多くが株式会社であるのに対し、社会福祉法人等はいずれも非営利団体であるから、「低廉な価格でより質の高いサー

ビス」を期待できるのではないかな。さらに株式会社には、その法人運営について行政が関与するような法令はないが、医療法人や社会福祉法人、NPO法人には、医療法や社会福祉法、特定非営利活動促進法などの監督法令があり適切な法人運営が行政の監視の下、担保できるというメリットもある。

この「組合」の仕組みでは、行政は組合契約の締結を希望する者の情報の収集と提供を通じて事業をバックアップしていくことになる。

本稿で提案した「認定高齢者住宅」を地方公共団体が事業化する場合には、高齢者居住安定法等既存法令に基づく制度の枠内での運用とするか、これとは全く別の制度として設計・運用するか、という二つの選択肢がある。いずれを選ぶかは、高齢者の入所施設や住宅の整備状況、空き家の軒数、住民ニーズなどを踏まえて当該地方公共団体が政策的に判断することになる。

以上拙論を述べてきたが、筆者も、もちろん「認定高齢者住宅」だけで介護問題の全てが解決できるとは考えていない。特に要介護度が重い人は、特別養護老人ホームでなければ対応できないケースも多いだろう。こうした中、厚生労働省は、特別養護老人ホームの入居要件を要介護度が中重度である者に限定する見直しを進めている。

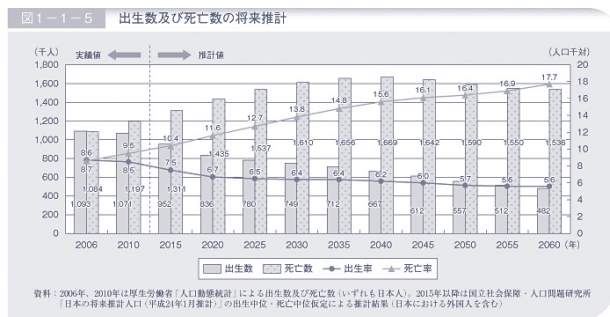
仮に、今後この方向で入居要件が改められても「認定高齢者住宅」は、特別養護老人ホームの待機者の列からはじき出された人たちを救うための受け皿の一つとなり得るのではないかな。

第3章 1,253,066人

この数字は、平成23年の死亡数（全年齢）である⁷。そして、今から17年後の平成42年（西暦2030年）の年間死亡数は、160万人に達する見込みである⁸。

死亡者が、どのような場所で最後を迎えているかということ、平成21年（西暦2009年）では、78.4%が病院であり、自宅は12.4%に過ぎない⁹。一方、

患者の入院先である病院の状況は、一般病床と療養病床の合算で、平成23年時点では、1,229,552床である¹⁰。



出典 内閣府 平成24年版 高齢社会白書（全体版）

平成23年の病院での死亡数を大まかに計算すると約98万人（平成23年の死亡数×平成21年の病院での死亡率）なので病床数（約123万床）の範囲内に収まっている。しかし、このまま、人生の最後を迎える主な場所が病院であると仮定した場合、平成42年の死亡者数160万人に、病院で最後を迎える確率78.4%（平成21年）を乗じると、1,254,400人となり、死亡数が病床数を上回ってしまう。もちろん、入院期間や病床利用率（いわば、病床の回転率）の問題があるし、今後、介護施設での看取りの増加や病床数の変化など不確定要素が多いので、ことはそう単純ではないだろう。しかし、病院の39.9%は、入院を要する救急医療体制を取っている¹⁰。病院には、高齢者の看取りだけでなく交通事故や急性心筋梗塞などへの救命救急対応や高度医療の提供という使命がある。この使命を果たすためにも病床は利用されているのであり、現在の約123万の病床では将来の高齢者の看取りまで考えると十分とはいえないだろう。

それでは、どこで最後を迎えればよいのだろう。考え方は、二つある。一つは病床数の増加。もう一つは介護施設や在宅での看取りの増加である。しかし、病床数の増加は医療法上、医師の増員を伴う。

医師数は、大学医学部の入学定員が国によって厳格に管理されているため、簡単には増やせない。そ

れでも、例えば、患者の治癒・退院を目的とした病院ではなく、病院より少ない医療スタッフで、手術や高度医療を実施せず、積極的な延命措置もせずに疼痛緩和に専念するなど安らかな最後を迎えさせることを目的とする医療施設を新たに認める方法も考えられるが、そのためには、医療法の改正はもとより、国民の死生観を根底から問い直す必要がある。

このため、地方公共団体ができる対応としては、二つ目の方法、すなわち、介護施設や在宅での看取りを増やす方法になるだろう。これは、「自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したい」と回答した者の割合」が60%以上⁹ という国民の希望にも沿ったものである。

現在、こうした希望に応えるための制度としては、24時間往診、看取りを行い、必要に応じて後方支援をする病院への紹介も行う「在宅療養支援診療所」がある。平成22年の在宅療養支援診療所数は全国で12,487である⁹。今後は、この数を増やすことが喫緊の課題となるが、24時間往診など医師の負担が重いことが問題となっている⁹。

在宅療養支援診療所を増やすには、地方公共団体が、地元の病院（医療法人等）に在宅療養支援診療所の開設を依頼し、これに補助金を交付する方法や地方公共団体が在宅療養支援診療所を直営で開設する方法もある。しかし、地元在宅療養支援診療所の開設を依頼できる規模の病院がない場合や採算性の観点から病院側が地方公共団体の依頼を受けてくれない場合もある。また、直営で開設する場合には、24時間往診体制に必要な医師・看護師の確保はかなりの困難を伴うだろう。

そこで、筆者は、この問題を解決する鍵として、「地域医療連携システム」を提案したい。

埼玉県では、加須市、久喜市など利根保健医療圏の7市2町で「とねっと」というシステムを稼働させている。これは、地域の中核病院、医師会、診療所、市町などを、IT技術を駆使してネットワーク化し、個々の患者の治療、検査、投薬などの診療情報

を共有しながら医療機関の役割分担を進めて大病院に匹敵する医療を提供しようとするものである。

現在、地域の医師会では、休日夜間急患診療所を開設しているところがある。そこで、複数の市町村、例えば、埼玉県地域保健医療計画における二次保健医療圏などの単位で地域医療連携システムを構築し、この医師会の休日夜間急患診療所にも地域医療連携システムに参加してもらい、地域の中核病院から医師派遣などのバックアップを受けて在宅療養支援診療所としての機能を持たせることができれば、地域の医療や福祉の向上に極めて有効ではないか。

24時間往診対応による医師の負担は、中核病院や地域の診療所の医師の輪番制で軽減する。また、地域医療連携システムで患者情報を共有できるので、在宅療養支援診療所に複数の医師が勤務しても在宅患者の容態の急変や看取りに対応しやすくなる。

しかし、こうした成果を得るためには、まず、地域の市町村が連携して、医師会や中核病院のまとめ役、住民への周知役をこなすとともに、医師会や中核病院とともに、地域医療連携システムの設計や費用負担の一翼を担う覚悟が必要となる。

この取組を効果的に進めるためには、地域の市町村と医師会、中核病院、場合によっては福祉施設を含めた協議会を立ち上げて検討を積み重ねるなどのステップが必要だろう。具体的な検討事項としては、システム設計、費用調達、在宅療養支援診療所の診療体制と必要人員、セキュリティ確保、プライバシーポリシー、住民などの利用者（受益者）にシステム使用料の一部負担を求めるかどうかなどである。これらに関係者間で地道に一つ一つ解決していくことが、地域医療連携システムの構築や在宅療養支援診療所開設の成否を分けることになるだろう。

なお、地域医療連携システムの構築に当たっては、例えば、公益社団法人国民健康保険中央会において開発を進めている国保データベース（KDB）システムで管理する診療報酬明細書等の情報が活用できないか検討してみる価値があるのではないか。この

データベースには、一般の被用者の健康保険に関する診療情報は含まれていないが、国保の被保険者の治療、検査、投薬等の診療情報だけでも地域の医療機関で共有可能となれば、地域医療連携システムの構築に有益なのではないか。そのためには、個人情報保護という壁は存在するものの、地方から国に、国保データベースの地域の医療機関への公開を積極的に働きかけていくことも必要だろう。

第4章 1,050,806人

この数字は、平成23年の出生数であり、合計特殊出生率（15歳から49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもの）は1.39である⁷。

これから「お墓」の話をするのだが、冒頭に出生の話をするのは、いささか奇妙さを感じるかもしれない。しかし、第1章で述べたように、少子化が進むと社会構造の変化に伴い、経済や福祉・年金などに影響があるのはもちろん、お墓にも影響が及ぶだろうと思料し、拙論を述べたい。

「先祖代々」という言葉が示すように、墓は、祖先の祭祀を主宰すべき者、多くは長男が承継し、次男などは分家して別に墓を建てるという考えが主流であった。

だが、少子化が進むと事情は異なってくる。一人っ子同士の結婚が増え、死後、いずれの家の墓に入るのか、別々に入るのか、どちらかの実家の墓に二人で入るのか、その場合、誰も入らなかった墓はどうなるのかという問題が生じる。

生涯未婚率（45～49歳と50～54歳未婚率の平均値であり、50歳時の未婚率）は、年々増加しており、平成22年は、男性が20.14%、女性が10.61%である¹¹。

未婚率が上昇している中、生涯未婚の者が増え、子供が生まれなかった場合はさらに深刻で、祭祀を主宰すべき者が不在となり、先祖代々のはずの墓は、無縁墓となりかねない。

さらには、少子化の進展による新たな墓地区画の

買い手の減少も懸念される。

無縁墓の増加による管理料収入の減少と新たな墓地区画の買い手不足による永代使用料収入の減少は、墓地の経営を圧迫する可能性があり、最悪の場合には墓地経営主体の破産も考えられる。

なお、墓地経営主体が破産した場合には、利害関係者（墓地使用者等）が多数存在し、改葬（既存の墓の移転）が問題になる。この場合、改葬許可は市町村長の権限であり、改葬先の案内等も含めて行政は住民や破産法人の財産（墓地用地）の買受人等から厳しい対応を迫られるだろう。

ところで、現在、墓地を経営することができる者は、墓地、埋葬等に関する法律（以下「墓理法」という。）の解釈運用上、地方公共団体、宗教法人又は公益法人に限られている。

民営墓地等は、宗派が決まっている場合が多く、石材店が指定されていて、利用者側が自由に選べない場合が多い。また、新たに墓を建立する場合は、百万円の単位で費用がかかるのが通常である。一方、地方公共団体が開設する公営霊園では、宗派を問わない扱いとなっており、墓石などの選択の自由度も比較的高くなっている。

こうした実態の中、最近では、樹木葬や海への散骨、納骨堂方式の拝礼所、永代供養墓など多様な祭礼方式も生まれてきている。

例えば、東京都が都立小平霊園に開設する「樹林墓地」（樹木の下に遺骨を共同で埋葬する墓地）は、埋蔵予定数10,700体、使用料は、1回限りで、通常の遺骨は一体134,000円、粉状遺骨は一体44,000円。その後の管理料はかからない。「死後は安らかに自然に還りたい、という多くの都民の皆様の思いに応えられるよう、樹林の下に共同埋蔵施設を設け、直接土に触れる形で遺骨を埋蔵します。」というコンセプトや使用料の安さ、管理料が不要であること等が受けたのか、NHKの報道によれば、今年、1,600人の募集に対し15,833人と十倍近い応募があったとのことである。

この事実は、従来の「先祖代々」とは異なる祭礼方式にかなりのニーズがあるという一例ではないだろうか。このことを踏まえれば、今後は公営の霊園でも、住民のニーズを的確に捉え、樹木葬や永代供養墓など「先祖代々」とは異なる多様な選択肢を提供していく必要があるだろう。また、個々人への墓地区画の販売とその後のメンテナンスという従来の方式によらない「樹林墓地」のような方式であれば、経営側の管理コストも低く抑えることが可能で、墓地経営主体の破産等の発生防止にもつながるのではないか。

さらに積極的な対応を考えるならば、墓理法の解釈を拡大し、NPO法人や一般社団・財団法人、場合によっては株式会社にも墓地経営を認めてはどうだろうか。

このことによって、多様な祭礼方式の提供が活発になる可能性が高まるし、墓の建立等祭礼費用の価格破壊も期待できるのではないか。

現在、墓理法の解釈運用上、墓地経営の主体が地方公共団体や宗教法人、公益法人に限られているのは、公衆衛生や国民の宗教的感情の問題に加え、主として墓地の永続性の担保のためだと考えられる。もちろん、国民が安心して祭祀を営むためにも墓地の永続性の問題は、重要である。

このため、NPO法人や一般社団・財団法人、株式会社を墓地経営に参入させるに当たっては、一定額以上の安定した資本等を有することなどの運営基準を定め、これを行政が遵守させる必要があるだろう。また、旅行業の営業保証金の供託制度又はこれに類する責任準備金制度のようなものを墓地経営にも導入し、債務不履行に備えさせるということも必要かもしれない。

なお、墓地の運営基準やその遵守を確保するための報告徴収・立入検査、義務違反に対する罰則、営業保証金の供託義務等を設けることとする場合には、条例の制定を検討する必要があるだろう。

多様な祭礼方式の普及や祭礼費用の価格破壊は、

「墓を建てたとしても自分の後には墓を守る者がいない。」という者のニーズを満たすだけでなく、「先祖代々の墓を守る者が将来不在となる可能性があり既存の墓地から墓の移転をしたいが、移転費用等の関係でためらっている。」者のニーズをも取り込むことができるため、無縁墓の発生抑制について幅広い効果を期待できるのではないか。

以上

第5章 1人（あとがき）

この数字は、筆者自身のことである。

筆者の両親は、ともに80歳を超え、要介護や要支援の認定を受けているのだが、最近、父親が膝を骨折し、寝起きが不自由になって初めて気がついたことがある。それは、「畳に布団は、寝起きするのに体への負担が大きく高齢者に優しくない。（おそらく介護する側にも腰痛の発生などで優しくない。）」ということだ。

筆者は、かつて埼玉県福祉のまちづくり条例の立案審査に携わった経験から、自宅をバリアフリー仕

様にしたのだが、「畳に布団は高齢者に優しくない。」ということにまで思いが及ばなかったため、両親の部屋は和室に押し入れ付きである。

要介護になってからの介護情報も重要なのだが、高額な住宅ローンを組んで家を建てる时候にも「高齢者にはベッド」程度の情報が、永く住む上では貴重である。

まあ、病院や特別養護老人ホームは、みんなベッドなのだから「高齢者にはベッド」というのはある意味常識なのかもしれないが。

また、筆者には子供がいないため、家の墓が将来、無縁墓とならないためにはどうしたらよいかを真剣に考える時期が近づいていると感じている。

つまり、筆者自身、介護や医療、お墓の問題は、決して人ごとではないのだ。こうしたことが、本稿執筆の理由なのだが、本稿をきっかけに、今後、介護や医療、そして、お墓の問題についてのさらなる詳細な研究や具体的な政策提言が行われることを筆者自身、切に期待している。

脚注

- 1 厚生労働省 介護保険事業状況報告 月報（暫定版）平成25年4月分
- 2 総務省統計局 人口推計（平成24年10月1日現在）
- 3 「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」厚生労働科学研究代表者 筑波大学朝田隆教授
- 4 平成23年2月2日 第186回中央社会保険医療協議会総会議事録 川島孝一郎氏の発言
- 5 厚生労働省 平成24年国民生活基礎調査の概況
- 6 総務省統計局 平成20年住宅・土地統計調査（速報集計）結果
- 7 厚生労働省 平成23年人口動態統計（確定数）
- 8 内閣府 平成24年版 高齢社会白書（全体版）
- 9 「在宅医療の最近の動向」（厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室）
- 10 厚生労働省 平成23年（2011）医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況
- 11 国立社会保障・人口問題研究所 人口統計資料集（2013）