

「地域包括ケア実現と医療・介護一体改革の新潮流」

～経済再生の成長分野として期待される

医療・介護と関連サービスの成長戦略～

平成25年4月15日(月) 15:00～ 17:00

ベルサール九段 4階 ROOM4

主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



講師

天野 克夫

(あまの かつお)

保健・医療・福祉サービス研究会 会長

講師経歴

■ 略歴

昭和38年 天野法律事務所勤務。熊本天水町の町長歴任。

昭和62年 医) 社団寿量会(熊本機能病院)にて企画広報部長、老人保健施設清雅苑の施設管理長、同老健施設デイケアセンター長歴任。

平成6年 保健・医療・福祉サービス研究会専務理事 就任。

その後、当研究会代表として活躍すると同時に多数の病院・施設の理事・顧問を兼務し現場実践の中にこれからの医療福祉経営のあり方を研究。

平成22年 4月、保健・医療・福祉サービス研究会 会長に就任。

現在に至る。

全国各地で「これからの高齢者施設の運営と介護事業戦略等をテーマに講演活動を行うと共に、病院、老健施設、特養ホームなどの経営指導を实践展開中。

氏の国際的な見識と、豊富な法律知識、行政経験に基づく医療福祉政策への長期ビジョンや経営戦略の講演は、経営戦略策定や現場の経営改善に活かされると好評を博している。

■ 著書

執筆多数、現在、医療福祉経営情報誌「Vision と戦略」に「介護事業の新戦略」を連載中

■ 主な講演テーマ

- 1、これからの保健・医療・福祉サービスと事業経営
- 2、介護報酬改定に対応した今後の介護事業戦略
- 3、介護保険施設(特養・老健施設・療養病床)の経営戦略
- 4、地域密着型サービス事業の地域展開と開設運営
- 5、小規模多機能型居宅介護と認知症通所介護の開設運営と経営戦略
- 6、地域包括ケア時代の医療・介護の新事業戦略
- 7、アベノミクスと医療・介護事業経営の将来

はじめに

皆さん、こんにちは。お忙しい中、ご参加いただき、心からお礼を申し上げます。今日、ご出席の皆様は、医療関連サービス業界の方々で、言わばプロの方です。私は、医療や介護領域の専門家や経営者の方々より、むしろ皆様の方が、はるかに実態をよく見ておられているという認識を持っています。意外に中にいると見えないのです。これは各領域にある、いわゆる「専門ばか現象」です。特に、医療の世界では、それが激しいのです。日本で福祉から始まった介護の領域でも、それが非常に激しいのです。私が参考にするのは、関連団体の皆様方の見方や考え方です。これを一番大事にして注目しています。そのようなことで、皆様方は専門家であるという立場で、講演というよりは、私の考え方を一部参考にしていただければと思います。お話をいたします。決して、私が皆さんより詳しいとか、専門家であるという認識は持っていません。

この団体も厚生労働省関連ですが、厚生労働省は、昨年くらいから、色々な場で盛んに地域包括ケアを言っています。最初は、介護の領域だと思っておりましたが、最近は医療まで入っています。ケア&キュアとして、地域包括ケアあるいは地域医療包括ケアを、少なくとも12、3年後あるいは20年後の超高齢社会における医療関連の一つのモデルケースとして描いています。厚生労働省は、いつ頃からそれを考えていたか。それが何を意味するか。それを今日のテーマとして客観的に見ていきます。

高齢者介護費用の推計と厚生労働省の施策

高齢者介護費用の推計

本日お配りした資料の冒頭の大半は、いかにして今、超高齢社会に進んでいるかというものです。1970年頃から日本では、高齢化、長寿長命化が始まり、かつ少子化が同時に進行しました。2025年までに全ての団塊の世代が75歳以上になります。そしてその方々が、2035年から40年で、その生涯を全うします。1年ほど誤差がありますが、昭和21年から24年までに生まれた団塊の世代は4割ほど多いのです。その方々が全て25年に75歳以上の後期高齢者になります。このことが問題になっています。

後期高齢者になると、要介護重度となる確率が違います。大変なケア体制になっていくわけです。80歳くらいになると、なおそれが高まります。そして、ターミナルケアを受けるか、施設で亡くなるか、病院で亡くなるか。大半は在宅で亡くなるにしても、その生涯を全うすることの大変な時について、厚生労働省がどのようなグランドデザインを描いているか。それはいつ頃から始まっているのか。そういうことを見ながら考えなければなりません。

実は、介護も医療関連サービスなのです。要介護高齢者は、反面から見ると医療の対象者です。反面から見ればまた介護の対象です。逆もまた真なりです。医療と介護が同時に必要なのです。キュア&ケアの対象なのです。分断して見るのは間違いです。

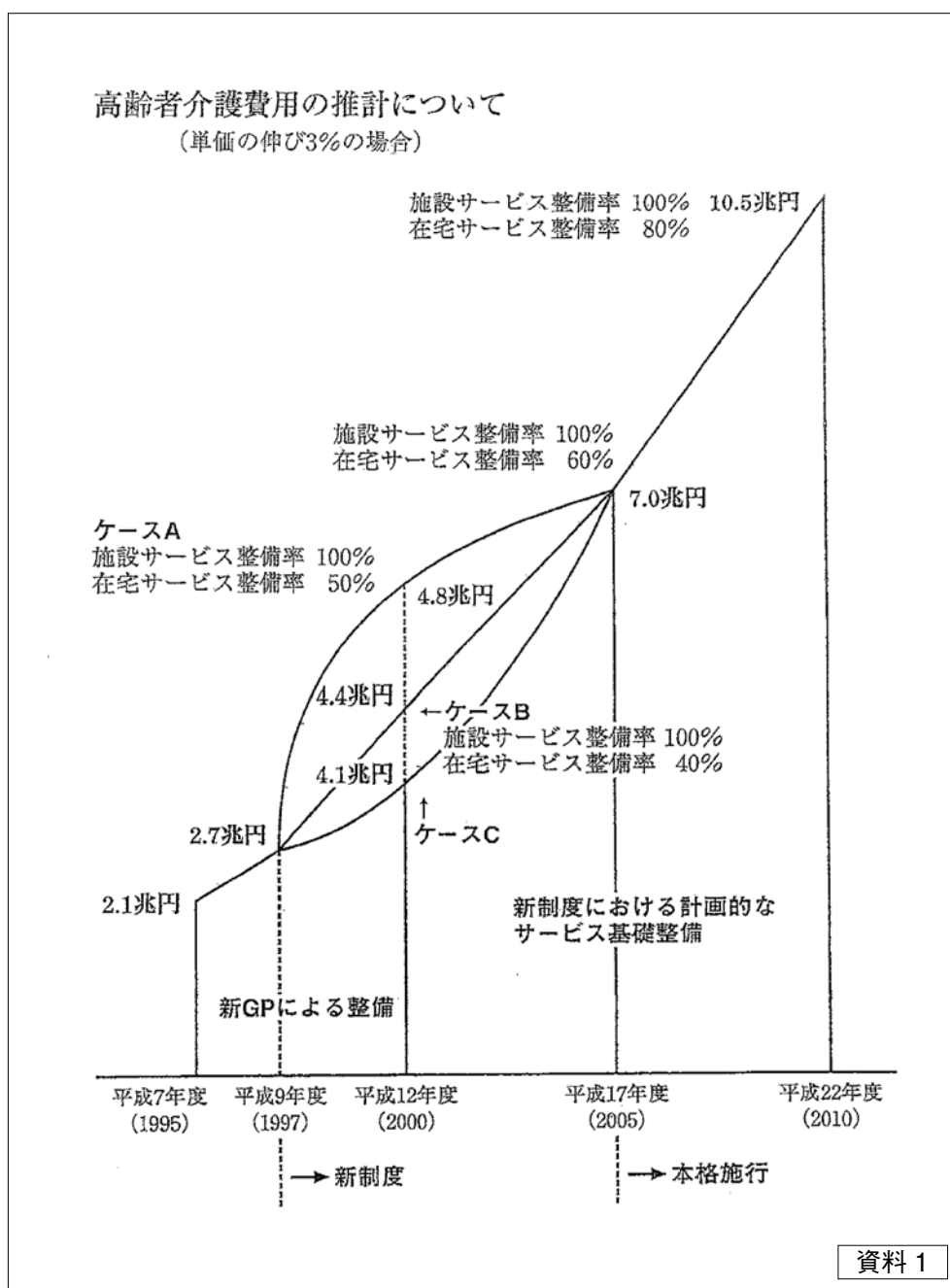
国は、少なくとも急性期の入院だけを医療の対象としています。それもできるだけ治療に収斂しています。短く無駄を省くということです。そして、急性期以外の領域を、日本に10万近くあるクリニックに担当させようとしています。少なくとも介護においては、クリニック中心の介護体制をつくるという流れがあります。それがいつ頃できたかということをお話しします。

資料1をご覧ください。高齢者介護費用の推計です。つい十日ほど前ですが、厚生労働省の人口問題研究所は、2040年における高齢者数は、ほとんどの地域で40%近くになると発表しました。想像を絶するようなことは誰もが承知して

います。これに対して、厚生労働省が意図的に計画的に整備を考えたかということで、この資料が非常に大事です。これは厚生事務次官、岡光さんが厚生省の老健課長あるいは老健局長当時にできたものです。これが今も生きています。極端に言えば、この通りに進んでいます。これはある意味では褒めるべきことです。驚くべき推定です。(資料1)

2000年に介護保険制度が創設されました。介護保険法は1997年に通っています。なぜ3年遅れたのか。それは市町村が保険者とされて反対

したからです。市町村は、特別会計であった国民健康保険の運営上の苦い経験をしています。その延長線上で介護保険を考えて、保険者になることに拒絶的な見方が主流でした。そのため3年遅れました。当時の新聞等を見ると、「迷走する介護保険」というテーマになっています。法律はできても、なかなか施行できませんでした。そこで、マイナス面は、国が面倒を見るなど色々な策を講じて、3年後の2000年に介護保険ができました。



高齢者の住まいの整備

資料1のグラフの見方で、何が大きかを申し上げます。2010年度、つまり3年前までの数字を見ると、介護保険ができた時から、施設サービス整備率は100%と書いてあります。それはプランニングとして、基本的には、もう施設を作らないということです。

また、介護保険は3年おきに報酬改定を行い、5年おきに見直します。診療報酬との同時見直しである第1回の大幅見直しの2006年も100%です。初年度が100%ですから、10年後も100%は当然です。そして在宅サービスは、2000年には50%、6年後には60%、10年経っても80%です。これを増やすことが最初から意図された計画線上で、この地域包括ケア体制が生まれています。

根底にあるのは、まず一つは、人口問題です。対象者の数です。次に、国のお金の問題があります。これは国家の財政と加入者が出す保険料の二つのお金の問題によって規定されます。そういうことを考えて、なぜ地域包括ケアというものに移ったかを理解する必要があります。医療・介護の専門の方々も、このことをあまり理解していません。間違った見解が多いです。厚生労働省のこの基本的な推定や施策が今も生きており、その通りに動いているという驚くべき結果をお話しします。

2006年に、地域密着型事業が創設されました。医療関連サービス事業者の皆様方は、従来は、介護と言えば、特養、老健、通所サービス、通所リハビリ、あるいは一般的な訪問介護があると見ていました。この数年の大きな潮流としては、小規模多機能居宅サービスなどがあります。それは市町村に権限のあるものです。

もう一つの流れとして、よく介護住宅ということを知ります。数年前から、サービス付き高齢者住宅というものがあります。その前から、高専賃あるいは有料老人ホームがありました。最近、何かと言えば「住宅」です。新聞でもその宣伝が出ない日はありません。セミナーも花盛りです。こういうことがなぜ起こったか。それは、まさに厚生労働省の、この計画です。厚生労働省が意図して誘導してできた結果です。決して、民間が自主的に自ら作ろうと思っ

たのではなく、旧厚生省時代から、日本における今後の伸びは、この段階から予想ができたのです。それに従って、このような地域包括ケア体制ができたということです。

地域包括ケア体制の確立

ご承知のように、2006年4月から、地域密着型事業を作って、12年の改定時から、地域包括ケアへと厚生労働省は旗を振りました。結果としてどうなったか。2000年の施設サービスは、特養と老健中心の大型施設サービスでした。これは原則として施設を作らず、在宅を作るのです。在宅サービスは、何も介護と訪問だけではありません。特に大事なことは、国が特養や老健の膨大な国家の財源支出あるいは保険財政の猛烈な伸びを抑えるために、このような長期プランを作ったということです。要介護高齢者はどんどん増えていきます。その対応が必要です。そこで、予算の合理的配分、重度、軽度、認知症などの棲み分けを行なったということです。

2006年の改定で、地域包括ケアの基礎的になる地域密着サービスができました。その行政権限は都道府県ではなく全て市町村としました。しかも中学校区を基礎単位としました。それまでは、特養や老健は、どこからでも、どんな遠くからでも利用できました。これを市町村ケアとしました。

ここで、読み取るべきことは、一つは財政の論理です。この間に、赤字国債が増加しました。国家が支出できる補助金は、先が見えています。国は補助金が出せる間は国の権限に収めます。過去、全てそうです。あらゆる省がそうです。補助金の支出が限界にくると、必ず「地方の時代」という言葉を使います。それがまさに、この施策です。つまり介護は地方の時代へということです。まず都道府県へ、更に市町村へと移す。その理由は、要介護高齢者は認知症高齢者が突出して多いということです。認知症高齢者は、大規模ケアでは駄目なのです。身近な場所、住み慣れた圏域で、家庭風な小さな単位のケアがいいのだということを盛んに書いています。当時、厚生労働省は詩を歌うように書いています。メダカが泳ぐ川のそばで、自宅の畳の上で

看取られるのがよいのではないかと、まさにメルヘンの世界のような表現をしました。

はっきり分かっていることは、膨大な要介護高齢者の増加に対して、物的にも予算的にも、今までのパターンでは対応できないということです。従って、この時代から介護の問題を、自助・共助・公助という問題に変えました。

日本の介護は、1963年の老人福祉法で生まれました。特養から生まれました。老健ができるまで日本の高齢者介護は特養一点張りで、他にはありませんでした。今、老施協が強い、社会福祉法が強いのは、その伝統があるからです。「介護＝特別養護老人ホーム」だったのです。1980年前半までは、各都道府県は、特養を二つ三つ作れば、それで間に合ったのです。ところが70年代、希望者が増え、皆が病院に押し掛けました。病院に行けば、皆、疾患名がありますから入院ができます。その後、日本の国民医療費は毎年1兆円ずつ上がりました。今は、国民医療費が34兆円、37兆円でも驚かないようになりました。日本は国民皆保険です。私の年は皆様よりはるかに高齢ですが、私の高校時代の国民医療費は、2～3兆円です。それで間に合っていました。高齢者の増加に応じて医療費が爆発的に増えました。そして介護が特養で間に合わなくなり、老健を作りました。老健を作っても間に合わないから、在宅と言い始めた。一般の在宅でも間に合わないが施設を作らない。

そこで、2006年に有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、高専賃ができました。厚生労働省が配したその政策では、従来の自宅でもない施設でもない「新しい住まい」と言っています。それまで、今のような住宅を、高齢者の住宅と思う人は一人もいません。それぞれが住み慣れた家です。街は街らしく、田舎は田舎らしく、一歩間違っても、都会のマンションです。家の前は誰でも行ける通路です。それまでは自宅でした。ところが2006年、厚生労働省は、膨大な要介護高齢者の激増を見越して、自宅でもない施設でない新しい第三の住まいを作りました。これが国の介護における住宅政策の始まりです。

恐らく、これは日本的現象です。外国には同

じようなものはほとんどありません。ある意味では、日本の官僚は非常に頭がよいと思います。国が補助金をあまり出さなくても済むからです。特養等をつくる補助金に比べれば微々たるものです。要するに、国が公金を使わずに済むのです。しかも、特養や老健は作らない。低所得の人については、老健や特養に入居できる補給給付制度を2006年から作りました。もし、これがなければ今、恐らく特養入所者の半分は入所できません。そのために、介護保険財政から、6千億円、7千億円と出ています。これは2年前に問題になっています。民主党政権時に社会保障審議会で、これは生活保護の方へ切り替えようという議論もなされています。しかしそれはもう無理です。生活保護自体も爆発的に伸びていますから、それに対応できません。

その後、自民党政権は、昔の自民党政権とは少し違い、生活保護は絞るという公約を掲げました。政権を取った途端に1割カットしました。大事に実行していた生活保護を自民党が1割ほどカットしたのです。これはかつてない珍しいことです。民主党は自民党から政権を奪う時に、逆に生活保護は1割プラスしました。

今後、間違いのないことは、高齢者が増え、要介護高齢者が増えるということです。医療費も介護費用も爆発的に伸びます。これは避けられないことです。年金の伸びも避けられません。つまり社会保障費の削減それ自体は避けられないのです。その中で、例えば、介護であれば軽度は若干負担を外す。あるいは重度に重点を置く。あるいは中度、軽度のサービスを転換しています。

医療については、どんどん入院は短くなっています。長くしてもお金にならないようになっています。こういう財政誘導型、つまり保険誘導型で全て行われています。どんなにカットしても介護は必要です。それは誰が担保するのか。それはまさに自助です。民間が「やれ」と言っています。

もともと、日本の高齢者施策は、特養しかありませんでした。これは公助です。入所費用も全て措置費でした。特養を作る時でさえ、3分の2、4億円、5億円の補助金を出していました。

恐らくこのプランニングは、岡光さんの流れでできたものです。旧厚生省はこのプランニングの通りに動いています。この認識が必要です。決して思いつきでも何でもないということです。

時代の流れは、公助から共助・自助へ

今回、自民党が政権を取った時に、自助ということを強調しています。まず、生活保護を1割カットしました。国際的に見ると、北欧諸国は完全に公助です。社会保障を税金で維持しているのは、デンマーク、スウェーデン、ノルウェー、フィンランド等の北欧国家です。国家GDPはたいしたことはありませんが、1人当たりのGDPは、これらの国がトップです。その代わりに、租税が高く所得の半分は租税で取られます。消費税もとうの昔から二十数%です。ただ、国家の負債が少なく、国家財政が安定しています。また、1人当たりの国土の面積が広く安定しています。これが公助の国家です。

それに対して、日本は、共助、保険です。2000年の介護保険は、共助を理念として、保険制度をつくりました。誰でも確実に高齢になる。それは誰でも要介護になる可能性があるということです。その保険制度の見本は医療保険です。日本の最たる特徴は、第二次世界大戦後にできた医療保険制度です。これはほとんどの保険者をカバーできるシステムでスタートしています。このおかげで、医療の供給はどんどん増えました。今や40兆円近い国民医療費になっています。もっと伸びます。その代わりに、多かれ少なかれ、医療サービスはほぼ満足した状態で受けることができます。しかも医療費は、通院と入院を分けていません。少し修正がありますが基本的に保険でみます。このような国は、恐らく世界中にあまりありません。

ところが介護保険は、最初から医療の真似はしていません。入所は全て保険で看ます。ところが在宅は限度を付けて、それ以上は看ないことになっています。医療で言えば、通院は一定額しか看ないということです。システムが違います。このことを強く認識する必要があります。

介護においては、医療の通院にあたる通所と在宅分野は限度サービスしか保険は出しません。それを法律上は標準的なサービスと言っています。ですから、入所でない限り、我々が受ける介護サービスは、いわば満足でないサービスなのです。

これを一番分かりやすい言葉で言ったのが、自民政権時代の梶添厚生労働大臣です。この人は、北九州の小倉で重度の認知症の実母を看取られました。自分の経験をもとに、在宅で要介護の方を看ようとすると、限度いっぱいの36万円を使っても足りない。70万円～80万円が必要だと言いました。施設にいれば、老健で40万円強、特養は30万円強で済みます。施設がよいに決まっているということ、大臣在任中から堂々と言っていました。

つまり、施設サービスは、公助を基本としていますから、一番利用者に人気があります。それも一番、自己負担が少ないものに人気があります。施設サービスの中で、特養の待機者が一番多いのは、もともと報酬が低く設定されているからです。しかも面倒な在宅復帰など面倒なことは言いません。亡くなるまでいられます。しかし、介護保険法では、亡くなるまでいられる、在宅をしないなどは一行も書いてありません。

私は、73歳を過ぎています。あと2年で後期高齢者です。しかしこれからはこの年では、もう年でもないのです。閉じこもってはいけません。なぜなら、当たり前前の時代だからです。

今日、申し上げたいことは、時代の流れは、公助から共助から自助に向かっているということです。本当は公助が一番望ましいです。全部、税金で見えてくれることが望ましいです。ですから、私は北欧型が一番よいのです。

アメリカの医療・介護事情

自助の典型はアメリカです。アメリカは、国家創設以来、その国民性もあり、とにかく自助を旨としています。頑張った者は、何億円取ろうが、それを褒めたたえる社会です。公助や共助を持ち出すと、必ず批判があります。銃規制もそうです。医療もそうです。クリントン大統領時代、ヒ

ラリーさんが、ホワイトハウスで日本の国民皆保険を真似しようと、膨大なスタッフを付けて企画しましたが、負けました。全米医師会とアメリカの民間保険業界に負けたのです。

もっと言えば、皆様のような業界の方が、アメリカでは制度を握っているのです。大臣ではなく業界が握っているのです。全米医師会と民間保険会社が立ち上がれば、上院下院の政治家が全部負けます。圧力団体が政治を握っているのです。これは事実です。今日はありのままを申し上げます。

医療関連サービス振興会も厚生労働省の関連団体ですから、申し上げにくいこともありますが、アメリカで一番の圧力団体は全米医師会であり、かつ民間保険業界です。それを共助、公助に持っていかれると、民間保険会社は仕事になりません。全米医師会も一貫しています。医療費は二桁上がっています。二桁上がるのは当たり前なのです。アメリカでは低所得層の方々が、大変な思いをしています。メディケア、メディケイドという連邦の制度はありますが、それが適用されるのは極めて、限られます。一般の低所得、中流の方が医療を受けたら、どれくらい負担になるか。日本の国民医療は極楽のような制度です。

日本でも、2000年から税金で行う政策よりも保険で行う政策に移りました。これからは否が応でも自助の領域がどんどん入り込んできます。つまり民間主導型に変わるということです。ですから、基礎部分は最低部分しか看ません。これが一番大事ではないかと思えます。

例えば、2012年に介護保険の5年ごとの見直しの2回目がありました。12年4月からは、地域包括ケアと言っています。この時の、社会保障審議会介護給付費分科会の資料を見ると、要介護2以下は介護保険から外すという意見が有力です。もし外さないのなら、2割から3割負担にしようということが議論されています。審議会ではこれが主流です。何がそれを止めたか。民主党は、選挙に負けると思って、彼らはそれを実行できなかった。自民党もそうです。しかし自民党は賢いですから、民主党が選挙で勝てると思って期待していたら、結局負けた。だった

らやるべきはやる方が勝ちだということを学習しています。今度、参議議員選挙で大勝しようものなら、間違いなくやります。なぜやるのか。結論は、やらなければ日本の国家財政が持たないのです。

私も山口によく行きますので分からないではありませんが、アベノミクスで雰囲気的には明るいですが、何か最近浮かれていますね。誰しも言っていることですが、それで日本の工業生産が上がっているのか。暮らしが良くなっているのか。最近のガソリン代には驚きます。始終、値段が変わっています。間もなく、色々な輸入関連物資が大幅に上がります。私達の生活は大変になります。税金も上がります。保険料も間違いなく上がります。消費税増税も目の前です。それはまだ序の口です。そんなものではありません。GDPの2.4倍などという負債は世界中にありません。ギリシャでさえ、たかが1.4倍です。

日本は1970年代から高齢化が進んできました。更にこれから30年間で急激に進みます。本来であれば、非常に豊かな高度成長期に、国家が借金を持たず、内部留保を国家が高めて、膨大な資金を持っていればよかったです。どの党も、今の負債を完全に解消する案はありません。誰もできません。

今日、私が皆様に言いたいことは、時の流れは、公助から共助から自助へと行くだろうということです。つまり限りなく目標はアメリカであるということです。

この20年以來、医療関係雑誌で学者の言うことはアメリカの話ばかりです。日本の医療制度改定は全てアメリカモデルです。その基本にあるのは合理化です。介護のケアプランも、アメリカから来ています。ナーシングホームでのMinimum Data Setです。あるいは、もともとアメリカでメディケア、メディケイドの下のナーシングホームで、連邦予算のお金を受けている人に不正があった。ケアプランの原点は、それができないように不正防止のためにできた制度です。あれを少し入れて今度は施設ケアができたのです。次に、在宅ケアの指導理念として、介護保険の原則的なものに「ツール」を変えたのです。

日本の国家の問題点

ある意味では、国際的に日本人の方が絶対に優秀です。例えば、アメリカの合理的制度を入れる。法律制度はドイツからとる。昔からの伝統です。そして理想は北欧からとる。ノーマライゼーション、個人の尊厳などはそうです。その三つを上手にかみ合わせて、今の医療・介護保険制度ができています。それは明治以来の日本の伝統です。ちょんまげを切り落とした封建国家、封建民族が、富国強兵の下に、昭和20年までに10年おきに戦争をして第2次世界大戦で終わりました。

私は昭和15年ハルピン生まれです。日本人は占領者で強かったのです。ところが15年からどんどん雲行きが怪しくなり、20年に強制的に引き上げて来ました。私の父は、高等法院の裁判長でしたから、当然、捕虜になって亡くなったと思っていました。自らそういう経験をしています。

何を言いたいかと言いますと、明治時代に封建国家が近代国家になり、台湾を占領し、朝鮮を占領し、中国を占領し、東南アジアを占領しました。最後に、大変厳しい外国との利害対決が起きました。それがアメリカです。米兵です。中国のマーケットで衝突したのです。

TPPなどは、それを思うのです。本当にマーケットが対立したら最後は戦争になります。そこで日本は真珠湾攻撃から勝負に打って出ました。その前に、アメリカは日本への石油の輸出を禁止しています。もうそれで日本はまいているのです。今の国力は、アメリカの3分の1ありますが、当時の日本の国力はアメリカの20分の1くらいでした。有名な当時の連合艦隊司令長官は言っています。最初は勝つが、あとは必ず負けると言っています。これが正しかったのです。人間の意志というようなものではなく、物量計算から言っているのです。武器の原則から言っているのです。

そのような大日本帝国が今や、小さな島根県沖の島を韓国からさえもどうにもできない。何も韓国人を侮辱しているわけではありません。正しいことを言っているのです。尖閣の問題も、これまでは話題にさえなりません。そうい

う島があることさえも知りませんでした。それで一步間違えば、攻めてくるのではないか。しかも本当に攻めてきたら大丈夫か。アメリカが手伝ってくれると思っていましたが、どうもこれも怪しい。手伝ってもらうためにTPPは全部言うことを聞こうとしていませんか。譲歩しないと書いていましたが、既に大幅に譲歩しています。自動車については完全に降参です。ゆうちょも降参です。農業はまさに完全自由化です。

高齢社会における民間活力への期待

国家があるのは国民の生活を守るためです。この現状を見て、日本の国家として、これから一番重要なことは何かということです。

有効投票権を持つ国民の大半、つまり政権を決めるのは、高齢者か高齢者予備軍です。20歳以下はわずかしきません。その数は半減します。高齢者及び高齢者予備軍の意思決定がこれから施策を決定します。そうすると、その方々の医療介護を守るしかありません。これから医療事業も、高齢者の医療事業でなければ商売になりません。珍しい難病や子どもの病気は数が少ないので、学問的な値打ちはあっても産業にはなりません。産業、商売として成り立つのは、あくまで大勢の人、一番売り上げが大きい高齢者のところだけです。桁が違うということを、皆さんお分かりだと思います。どこの病院も高齢者だらけです。



私は熊本県の出身です。八代というところがあります。そこで、医師会が病院と老健と特養の三つを放射状に作っています。みんな高齢者が入っています。私はわざと会長に言いました。「玄関の看板を入れ替えたら、専門家は分かるけれど、普通の人は誰が見ても分からん」と。全く同じ状態の方が入っています。問題は、近々、合理化が始まるということです。つまり医療に急性期治療がある人はベッドを使ってはいけない。治療が固定した症状になった場合は介護ができます。そうすると医療系は使わない。更には、重度以外はベッドを使わない。それは不本意であるけれども、自助努力あるいは自宅中心で、在宅で行う。軽度は、ベッドは使わない。通所でさえ低い金額に下げていくあるいは外す。そうしないともう持たないのです。

もう一つ、国家が財政的に補助金で縛って、完全に統制する見込みがなくなった。したがって、一番高齢者の方のことがよく分かってお世話ができるのは地方だ。地方の時代だから、市町村がしなさいというところで、地域包括ケアができたのです。しかし、地方自治体も中二階の都道府県があって、二つに分かれています。こちらも財政的には国家並みです。しかも、一番、数が多く、歩の悪い保険制度である介護保険と国民健康保険は、市町村の特別会計なのです。

私は、よく大分県に行きます。大分市や竹田市がありますが、大分市だけが人口50万人で、小さな藩が沢山ありました。そういう都市がまだ沢山あります。豊後小野市という市があります。そこは人口が3万人か5万人ですが、先日、その市長はじめ5、6人が、厚生労働省に直訴に来ました。最近、サービス付き高齢者住宅がどんどんできています。その建設を禁止してくれということです。特養、老健までいいが、それができると、在宅の介護保険と在宅の医療保険がどれだけ上がるか。介護保険料は現在で7,000円を超えています。今まで不足分を一般財源から繰り入れをしていたが、もう出せないということです。

京都市でも繰り入れの赤字が百億円に達しています。一般財源から補てんをしていたのです。本来は、保険者から徴収するのが本当です。徴

収しようにも払える人がいません。

日本の政治は、中央から地方に至るまで、税金を上げることには恐怖感を持っています。政権が選挙に負けるからです。ですから、みんな自分の時には上げないのです。あの勇猛果敢な小泉元首相でも自分の在任中は絶対に上げないと公言していました。言わないより言う方が正直だと思います。言わない方がおかしいです。

この辺りを境に、日本の財政事情、日本の国力、そういう色々なものを見た時に限界が来ています。これはもう強制的に変えざるを得ない時に来ているのだということです。ですから、全てをバラ色に見てはいけません。関連業界として、バラ色とバラ色でないところを、短期で修正しながら持っていくことです。

自助であるということでは、民間の方が絶対に有利です。民間の皆さんに仕事が入ってきます。例えば、介護保険制度ができて一番伸びたのは、通所介護、通所リハビリでした。デイサービスという文字をあちこちで見ますね。とにかく連れて来れば、1人1万円になるわけです。昨年からそれを抑えに掛かってきています。次回は、対象そのものが変わります。給付が制限されます。これから社会保障の抑制が入ってきます。抑制されたサービスは、民間が維持するしかありません。

とてもではありませんが、贅沢な収入に慣れ親しんだ医療業界、介護保険業界では対応できません。この業界は、悪いと言っても、まだよいのです。今時の世の中で、個人からお金を取らず、わずかな自己負担だけで、黙って報酬が入り込んでくる。しかも相場に増減がない。法定で固定されています。産業界にそういう商品はありません。過剰生産になると値崩れを起こす。そういう世界です。民間の皆さんは、それを戦い抜いているのです。そういう世界が医療・介護の半分の領域を占めるようになります。この変化は、これから急ピッチで来ますから、この業界が初めて動く年になるのではないのでしょうか。

例えば、要支援1、2という介護保険認定後の予防サービスがあります。2006年から、予防サービス以外に特定高齢者と言って、高齢者の5%

の人口に予防サービスを受けるように国が設定しています。これが遅々として進んでいません。

リハビリテーションも一番効果があるのは軽度です。医療費も介護費も一番掛からないのは軽度です。軽度が一番効果的です。市町村は財政負担を避ける前に、公金の合理的な運営のために、軽度に重点をおいていきます。

例えば、中国地方のある市では、市が予防センターをつくり、民間のフィットネス会社に業務を委託しています。フィットネスの会社は、今までは個人の財布からお金を頂いていましたが、通所介護の指定を受けて新予防給付の要支援1、2は介護保険から特定高齢者の予防は地域支援費より市から委託を受けて事業化しています。しかも機械器具も、こちらの方がはるかに優秀です。特養や老健など、この業界の機器は貧困たるものです。狭い、暗い、場所も悪いです。予防の人が、明るく予防活動をしようとするれば、フィットネスの方がはるかに優秀です。医療・介護業界でも、フィットネスを上回る明るいものを作っています。ある程度、自立できている元気な人は、あんな暗いところには行きません。これからは明るくないといけないということです。これはまさに民間業界の問題です。皆様方のパイがどんどん進行しています。おだてているわけではありません。

長崎県佐世保市のある法人は、アツギのストックキング工場跡地を借りて予防センターをつくりました。2年で1日120人が来ています。月単位の定額も、ばかになりません。月の賃貸料は七十数万円です。30台くらい止められる駐車場がある広い敷地です。最初、理事長は、こんな運動場のように広いところで大丈夫かと真っ青になりましたが、今は満足されています。多くの方が来ているからです。みんな予防をしたいのです。誰も病気になりたくないのです。寝たきりになりたくないのです。できるだけ元気な時代を長く続けたいのです。人生設計の中で、これが一番大事です。誰もこれを願っています。そのようなサービスをする場所が、今はないのです。医療・介護業界の予防は駄目です。死に絶えています。私は、このことを本音で言いたいのです。民間の斬新な考え方でやらなけ

れば駄目なのです。こういう隙間が沢山発生していますし、今後これが時流の流れで拡大するのです。

長寿長命時代と少子化社会の定着

例えば、資料2を見てください。簡単なことだけを申し上げます。2035年、約22年後にどうなるか。75歳以上の方が、福岡で89万人です。現在の福岡の人口は、140万人です。巨大都市はどれもそうなります。想像できますか。12年後の2020年に、団塊の世代が75歳以上になります。その数は想像を絶します。要介護、重度高齢者が増大します。そのことがまだピンときていないのです。架空概念だからです。もっと言えば、人間が80歳90歳まで生きる社会、子どもを産まなくなる社会は歴史上ないのです。モデルがないのです。日本でも1950年から2050年の間だけです。1950年からじわじわと増えていき、今がピークで、最大ピークが2042年にきて、あとは平行になります。人口が減りながら高齢者は増えていきます。高齢者以外の人口が減るからです。(資料2)

これからの課題は、労働力が半減に向かうことです。支え手、保険料や租税を払う人がどんどん減り、受け取る方がどんどん増えていきます。そして膨大な借金を払わなければいけない。合理化以外にありません。このことは、両政権党は分かっています。それを正直に言わないだけです。何とか引き伸ばしています。政権党は自分の党が次期選挙に勝つことに勢力を注いでいるのです。日本国家ということは、考えてないと言えは嘘になるかもしれません。考えているのだろうけれども、少なくとも、次期選挙に焦点があるということが現実です。その点、企業というものは、ずっと先も考えていると思います。2年で終わったらあとはどうなってもよいという計画ではないと思います。国家も間もなくそうならざるを得ないところに追い込まれていきます。

日本の国民金融資産は、1,500兆円と言われています。最近、株が50兆円ほど伸びて、1,550兆円と言われています。そのうち、高齢者が、直

接使える権利を持った金額は幾らか。色々な試算が出ています。私は1,000兆円を軽く超えると見えています。団塊の世代は、他の世代よりも4割ほど人口が多い。この世代こそ、日本史上最初にして最後の年金保有者です。一番充足しています。その後は減る一方です。この世代が高齢になると、貯金を取り崩します。金融資産を取り崩していきます。

この業界は、これからが本当の高度成長期です。マーケットが伸びるのは高齢産業だけです。ですから、厚生労働省がこのような団体を作って、医療関連サービス業界を組織された。大変、意義深いことです。最後は、この業界に頼るしかありません。税金では全て維持できません。同じお金を払うなら、皆さんの方へ振り向ける方が、効果があります。一番効果がないのは医

長寿長命時代と少子化社会の定着

1. 人類未経験の処方箋無き社会の到来
2. 20世紀後半(最後の4半世紀)にはじまり、21世紀前半に定着
3. 先進文明国に集中し(2極化構造)、日本は進行速度が世界一
4. 従来の社会システムは、労働人口の再生産可能な三角形人口ピラミッド型を前提として構築、21世紀後半(高度成長時代)はその典型
5. 人口増時代から人口減少の時代へ
2040年までは生涯未婚率が上昇、出生率は低下してその後安定(固定)して行くと推計
50年後に9000万人を割る日本、1000年後の日本は?
6. 少子高齢社会に対応可能な社会システム構築に向け、苦悩と混乱の真只中に位置している現代の状況

65歳以上人口の比率				75歳以上人口の多い都道府県 (2035年)	
高い自治体	1 島根	27.1	1 秋田	41.0	東京 211万人 神奈川 152万人 大阪 144万人 埼玉 124万人 愛知 118万人 千葉 112万人 北海道 104万人 兵庫 99万人 福岡 89万人 静岡 88万人
	2 秋田	26.9	2 和歌山	38.6	
	3 高知	25.9	3 青森	38.2	
	4 山形	25.5	4 岩手	37.5	
	5 山口	25.0	5 長崎	37.4	
	6 鹿児島	24.8	6 高知	37.4	
	7 岩手	24.6	7 山口	37.4	
	8 徳島	24.4	8 北海道	37.4	
	9 大分	24.3	9 島根	37.3	
	10 鳥取	24.1	10 愛媛	37.0	
(2005年)		→	(2035年)		(1000人以下四捨五入)
低い自治体	38 栃木	19.4	38 三重	33.5	
	39 茨城	19.4	39 岡山	33.4	
	40 大阪	18.7	40 大阪	33.3	
	41 東京	18.5	41 福岡	32.6	
	42 滋賀	18.1	42 京都	32.3	
	43 千葉	17.6	43 神奈川	31.9	
	44 愛知	17.3	44 東京	30.7	
	45 神奈川	16.9	45 滋賀	29.9	
46 埼玉	16.4	46 愛知	29.7		
47 沖縄	16.1	47 沖縄	27.7		

資料2

療業界です。2番目は介護業界です。医療や福祉は、とにかくもらって当たり前の世界です。そういう世界が間もなく崩れるということです。そして、少なくとも、民間主導型の医療・介護体制がとれなければ、日本が制度的に破たんします。

超高齢社会では、労働者が減ります。その労働が一番必要なのは医療・介護です。東北大学の病院管理学の教授が、10年前に、病院のベッドは減らざるを得ないと言いました。彼は正直にはっきりと言っています。若年労働者が減るので看護が減る。一方、必要とする看護は倍になりますから供給できない。従って、短く使って、効率的にシェアして、減らすしか方法はないのだと。これは医療だけの問題ではありません。介護も同様です。

高齢者の住まいの問題

住宅の問題に移しましょう。厚生労働省は、施設でもない、自宅でもない、新しい住まいをつくらうと言いました。当時はピンときませんでしたね。自宅か施設以外にありません。そして住宅という限りは公道に面しているか、あるいは、誰でも前を行き来できるところです。しかも部屋は複数だということが条件です。ワンルームでもある程度の広さが必要です。家のイメージが必要です。今のサービス付き住宅は、誰も家だとは思ってはいません。あれは施設の変形です。しかし、厚生労働省は賢いのです。それを作る時は、ほとんど補助金は不要です。そしてお金を持っている人はそちらに行ってくれということです。特養や老健に行ってくれるなということです。もう施設を作らないから負担が高いですね。そこで、在宅ケアで全部見てくれる。しかし在宅ケアには限度が掛かっています。重度になると足らなくなります。ですから、当初、厚生労働省は何と書いたか。私は今でも全て資料を持っていますが、厚生年金が25万円以上を対象に考えているということです。当時の厚生労働省はちゃんと抜け目なく書いているのです。これを今、この業界は忘れていません。国民年金の人が総て入るなどというのは幻想です。一步譲って20万円と言ってもよいです。

私は若い時に、町長をやっていました。町長と言っても、田舎のことで門番のようなものです。今は合併して市になっています。田舎に帰ると、当時採用した人が定年になったと挨拶に来てくれます。10年間、挨拶を聞いていて妙なことに気づきました。以前は、年金の額は、課長以上で30万円くらいと聞いていました。最近では20万～25万円だそうです。既に削減が先行しています。

医療・介護業界でも、医師やオーナーは別として、部課長クラスに、あなたの年金で高齢者住宅を利用できるかという質問をします。もう年金案内が来ているはずですから。そうすると「できない」と言います。自分ができないことを、誰に勧めますか。田舎の基礎年金だけの方に勧められません。

利用者にとっては、お金を支払えることが絶対条件です。事業者にとっては、お金は確実に受け取れることが絶対的な条件です。それがあってのビジネスです。こういう流れを基本的に認識しなければ、大きなミスに陥ることです。大成功をしている人は、成功するだけの条件があります。失敗する人も失敗するだけの条件があります。最近の流れでは、不成功の確率がどんどん増えています。それは、きちんとした分析が行われていないからです。

これからは、少し違うかもしれませんが、この20年来10年来、建設業界は大不況です。公共事業がどんと減っているからです。予算があっても、これほど安全な事業はなかったのです。彼らは、作って渡して、その代金を回収すればよいのです。あとの回収は、医療保険と介護保険、在宅医療と在宅介護の問題です。そのプランニングができないケースがあまりにも多いです。今日は、大まかな流れを皆さん方にきちんと言っておきたいのです。ただ、時流に乗ればよいというものではありません。時流の中で、自分のところにとって、確実なのは何かです。この見極めです。根拠です。それをきちんとして、それが緊急の課題だろうと思います。

**今後の高齢者の伸びは都市圏で高い。
今後は、首都圏域の人口密集地域で高齢化が
加速する。**

用意した資料を少し説明します。「レジメ」という資料をご覧ください。(資料3)

2035年、今から約20年後に、東京圏、大阪圏、名古屋圏の3大都市圏で、高齢者の50%を超える人がここに集中します。残りの3割は、地方の河川が真ん中を流れている、あるいは大盆地にある県庁所在地等の大都市、中都市に集中しま

す。それは日本の国土面積の4割もありません。残り7割は超過疎地帯です。集落の半分はなくなります。これをイメージしなければなりません。現在人々はこれがどうしてもイメージできないのです。何となく、少し減ってもあり続けると思っているのです。

私は、駅前のマンションに住んでいます。横に西友があって、10年ずっと買い物に行っています。最近行くと、動きにくいのです。高齢者だらけで歩くのが遅いのです。以前は、そうではありませんでした。今でさえそうです。

レジメ

1. 2035年、東京圏 28,5 %大阪圏 14,1 %名古屋圏 8,6 %と3大都市圏で高齢者 3725 万の 51,2 %に達する。今後の高齢者の伸びは都市圏で高い。今後は、首都圏域の人口密集地域で高齢化が加速する。
2. 高齢化への行政権限は国→都道府県→市町村自治体へ
3. 市町村自治体の格差（所得、財政力等）
4. 国法としての介護保険法と保険者としての市町村自治体
5. 2005年介護保険制度見直しと2006年度第3期介護保険事業計画の意味するもの
6. 財政危機と高齢者施策
7. 日本国土の特殊性、平野3対山岳地帯7、人口密集地帯3対過疎地帯7
8. 日本の医療介護モデルはこれまでも人口集積地帯のモデルであった。
9. 低所得者の激増、中流・中産の減少、生活保護の激増
10. 社会保障費、年金の見通しは？

資料3

何度も申し上げますが、2025年に、皆さんの事業範囲、その地域がどうなるか調べてください。想像を絶します。2040年を調べてください。超高齢社会に向かうわけです。それが今できていません。何となく、ちょっと見えるという架空のイメージで見ているのです。それはまさに架空です。あり得ません。それに対して、どう事業が変わるかです。

先ほど、国民金融資産の問題をお話ししましたが、極端に言えば、私は高齢者がお金を出すところしか産業は育たないと思います。それをいかに受け取るかが、これからの仕事の問題です。公的なお金を受け取るのは最小限度です。よほど重度か、緊急で、被保険対象者が死ぬ思いをするような場合です。あとは、どんどん共助を離れて自助になります。民間がこれを担当するしかありません。つまりアメリカ型に移行します。

アメリカの経済は、日本よりはるかによいのです。アメリカは農産物の8割を輸出しています。最大の農産物輸出国家です。日本はアメリカの輸出が止まったら、10日目には飢えて死にます。私は小学校1年生で終戦を迎えました。それから4、5年食料不足でした。全ての目的は食べることにありました。車などは当然ありません。いかにして日々食べるかです。正直に言って寒気がします。私は日本の農協と違って、農業業界擁護のために言っているではありません。今の日本の農業は既に半分は潰れています。平均従事者は64、5歳です。農地も既に都道府県一つくらいが潰れています。所詮成り立たないのです。膨大な関税を掛けて国家の補助金で助けています。今度も、自動車などの輸出品を売るから我慢してくれ、すまないけれども自由化する。その代わり補助金をたっぷりあげますからと言っています。参加している韓国では、たった3年間で、農業は4割落ちています。その代わりにサムスンその他は拡大しました。それも国家政策です。分からないわけではありません。日本は更にそれを大きく拡大した国家です。

農業協同組合は本来の協同組合ではないので、一度解散をして、民間で再現して会社にすればよいと考えています。民間の自主自立の運

営にすればはるかに活性化します。

アメリカは、石油があるからイラクなどを爆撃したと言っていました。最近では、爆撃をしなくても石油は自国で採れます。シェールガスなどは輸出しようとしています。考えると怖い国家です。

日本で今、底辺にあるのは、日米安保で、言う通りにならなければ守ってくれないから、とにかくアメリカの傘の下にいるためには、まず要求を聞こうということです。これは自民党批判ではありません。

ただ、高齢者の関連においては、正しくは「医療関連＝医療・介護関連」です。どちらも見なければなりません。このことを特に言いたいのです。急性期だけが入院治療です。あとは通院です。在宅医療です。介護と重なります。しかも介護の方がはるかに期間は長いのです。徐々に弱った段階で、少しずつ予防から入って行って、回数を少なくして行って、重度になるとほとんど全部介護になります。医療はその間も、短く見るようにどんどん変わっていきます。ですから医療だけをやってはいけけないのです。医療・介護のどちらもしなければ産業は安定しません。そういうことも考えていただきたいのです。

高齢化への行政権限は 国→都道府県→市町村自治体へ

2番目に、高齢化への行政権限は国→都道府県→市町村自治体へ移っています。これも冒頭に申し上げました。国家が租税を沢山持っている時は、全て厚生労働省頼みでした。都道府県、市町村側から厚生労働省に頼みに行くと、何でもパッと決まっていた。こういう時に岡光次官の事件が起きました。今は、あのような事件は起きません。そこまで国が強くないからです。特権も権限も国は持ちません。今は市町村の権限の方が強いのです。そういう流れを見なければなりません。大半の介護の権限は市町村に移っています。若干、都道府県の介入率が高いところもありますが、それは市町村が弱いからです。そして、今後、権限は必ず市町村に移ります。

北欧諸国やヨーロッパ文明国は昔からそうです。もともと国家が連邦国家です。アメリカ合衆国と言います。州が国家です。州国家が集まり連邦国家を作っています。イギリスもドイツもそうです。州政府があります。都庁や県庁とは違います。州の憲法を持っています。アメリカでは州ごとに死刑制度まで違います。あるところとないところがあります。執行方法も違います。州が国家なのです。

ヨーロッパの国家は、もともと地方自治体から成り立っています。頂点はフランス革命ですが、地方自治体が革命を起こして旧封建領主を倒して近代国家へと移行しました。そういう伝統があります。ですから、フランスの国歌は、フランス語で聞くと、とてもいい歌に聞こえますが、日本語に訳すと、「血の川を乗り越えて」という表現があります。日本の国歌とは随分違います。日本の国歌は平和です。「千代に八千代に」です。向こうは最初から国家そのものが闘争的です。国家制度が違います。原点が個人なのです。市民国家なのです。ですから地方自治体が強いのです。

私は40年くらい毎年、北欧に行っています。最初は教育問題で、文部省派遣で行きました。その後は、医療・介護関連で行っています。向こうは、介護は全て市町村権限です。都道府県や国家は関係ないです。医療だけが郡あるいは県単位です。介護は最初から市町村権限です。それは市町村の最大の責務なのです。

日本も市町村に移っています。2006年に、従来の介護保険事項の半分を市町村に移しました。しかし昨年度改定では100%にはなりませんでした。実際には、市町村が同意しないとできなくなっています。次回の改定では、ほぼ100%に移ります。その時に、中二階の行政団体である都道府県がどうなるか。これは今から議論が始まります。これだけネット社会になり、道路も整備されて、なぜそういうことを言うか。もう、都道府県だ、市町村だ、国家機関だと言っているのもとても無理なのです。ですから恐らく時間の問題です。市町村、自治体があるか国家があるかです。国家はますます守備範囲を狭くします。防衛などは国家単位ですが、生活単位

は市町村がやります。そして市町村のいわゆる特区以外は、全部民間が実施する時代に移行が始まっているのです。

今後増える医療・介護費用の大半は、民間サービスで産業化しなければなりません。その中の、特殊専門部分だけが医療介護の分野です。介護は分かりやすいと思います。軽度の方の通所サービスなどは、プロの仕事でしょうか。誰でもできると思われませんか。朝、車で送迎して、歌を歌って、昼食にあまり美味しくもないものを食べさせる。幼稚園のようなことをして、ちょっと運動したら、それをリハビリと言い、運動ができれば機械を投入して、その機械さえ使えばリハビリだと錯覚をさる。こういうことが横行しています。古いのです。このようなサービスは北欧にはありません。こんなことがいつまでも続くわけはありません。

民間はどの商売でも厳しいです。皆様方民間団体が厳しい物差しで再編成する時代が目の前に来ているということ、強く自覚しています。

今日は、当たり前の話をしようと思いましたが、名簿を見ましたら医療関連の専門家ばかりでした。色々つまらない話はしないでいいと思いました。資料を見れば分かりますから。ですから、ポイントは何かを、皆さん方に発信することが、今日、私に与えられた役割だと軌道修正しました。

アベノミクス「三本の矢」

人口の40%が75歳以上という超高齢社会は目に見えています。10年後には、50万～60万人の方が、病院にも入院できない。施設にも入れない。在宅でも死ねないという時代が来ると厚生労働省が言っています。多分、関連団体の方も厚生労働省の視点で見ていると思います。沢山資料が出ています。実はそれは50万～60万人よりももっと大きいのです。使えと言っても負担できるお金がないのです。年金はどんどん下がり租税が増える。生活物資も間違いなく上がります。

この20年間に給与がどんどん下がっているのは日本だけです。アメリカやヨーロッパ先進国は下がっていません。非正規労働者は既に3分

の1です。自民党政権になり、また働く人が移動しやすい政策と言っています。小泉元首相の時の非正規労働とはまた違った方策を考えています。一応、理屈は通ります。確かに、優秀な人が一つの企業に縛られず自由に移動した方が国家のために、三本の矢のためにいいのだということです。

「三本の矢」とは、毛利元就が、中国地方の領土を三人の息子(毛利、吉川、小早川)に分け与えた。その教訓状の中の言葉です。防府の毛利博物館にあります。私はその言葉が大好きです。安倍総理は山口です。明治以来の岸、佐藤、安倍、あの一族はオール政治家です。純粋政治家です。そして山口ですから、毛利元就の文章から「三本の矢」を出したのです。三本の矢は一般には、三人の兄弟が協力して、事に当たれば怖くない、団結せよという意味です。しかし、それは違います。教訓状の文章を読むと、もし子孫の中に無能の人がいたら、たとえ直系であっても財産を与え放逐せよと、でなければ家は持たないと書いてあります。言いたいことは、国家の財政でも厳しいことでもやる。放漫財政は認めないということと同じです。毛利元就の教訓状には、わずかな土地を与え放逐せよと書いてあります。当時、元就は日本の3分の1にあたる中国全土、九州、四国までを持っていました。

アベノミクスは景気づけを「三本の矢」と言っています。今時、弓で張って矢のように飛ぶ効率的政策は世の中に一つもありません。誰が考えようが、そんなことはあり得ません。

それから、日本には、1945年あるいは50年から1970年代まで、高度成長期が何度もありました。一つ良かったのは、アメリカを始めとする戦勝国が、アメリカ始め軍事費に巨額の金を投資し、産業に投資できなかった。日本は朝鮮戦争以来、降って湧いた景気で、産業のみに資本を投下できました。勿論、優秀さもありました。しかし優秀なのは日本だけだと思えるのは間違いです。中国、韓国、東南アジア、インド等を日本人は優秀でないと見ていました。とんでもないことです。優秀であると見るべきです。例えば、アメリカは明治初期の日本人を、優秀だとは誰も思っていなかったと思います。中国人

には、とても優秀な人がいます。しかも小中学校に行ってみると、その勉強ぶりは桁が違います。香港もシンガポールも韓国も同じです。それは凄まじいです。正直に言って、日本は甘えてしまって一番ボーっとしています。今戦争が始まって招集を掛けたら、全部逃げてしまうのではないかと思います。戦争になりません。学問も豊かになって向こうは力を付けてきます。インド人はもともと数字的な能力が高いと言います。日本はそれを最近、実感しています。

日本は明治から1980年まで高度成長で、最初は繊維から始まりました。生糸からです。極最近は自動車、コンピューターでした。ところが元の領域は次々に発展途上国に追い抜かれています。発展途上国が真似る。しかし、真似だけではなく成長・発展・進歩しているのです。日本の物は高いから売れない。負ける。軍門に下る。ずっとその繰り返しです。次は何かと言えば、「三本の矢」で、新しい産業を育成しようと言っています。

育成どころか、医療・介護業界は、5年後10年後には、労働者不足で拡大できません。今のような低賃金では誰も来ません。これでも来ると思っていることが大間違いです。では、上げるためにどうするか。これは既に法で保証された護送船団方式の領域では駄目です。民間の厳しい戦闘方式体制を整えなければなりません。今日は、厚生労働省の関係団体だから、このようなお話をしています。学者や役人の意見だけでは駄目です。在野で見ている者の意見を聞かなければ、本当の改革はできないという持論を持っているからです。在野とは、皆さん方の関連業界の方々です。一番鋭く見えています。医療関連サービスですから、恐らく多かれ少なかれ医療機関や介護機関に行っていらっしゃるでしょう。特に、その辺のプラスマイナス、色々なことを皆さん方は知っていらっしゃると思います。

地域包括ケアの確立

本音は市町村も合併前の中学校区、前の町や村単位にもっていこうと思っています。なぜかと言えば、自助、互助はそこでしかできないからです。お互いに助け合う関係は都道府県単位ではできません。住み慣れた地域、昔の隣組ではありませんが、自助関係はそこでしか成立しません。また、訪問も通所もその方が合理的です。ロスがありません。今のような状況では在宅ケアは成立しません。介護保険制度ができて、ケアマネジメントと言って、多職種協働と言っています。それも身近なところでなければできません。ですから、当然、落ち着く先は圏域コミュニティということなのです。

では、これまで核となっていた巨大な施設はどうなるか。国の方針は、はっきりしています。重度の方、要介護度4、5の方を対象とする。ターミナルケアを行う。在宅で死ぬお金がなければ、その時は、老健や特養に入所する。貧しい人には補足給付を出す。いずれこれは生活保護に変わるかもしれません。それが非常に難しいところです。そういう流れは2006年から出しています。

昨年あたりから、厚生労働省の計画課長というような人が、全日病に行って、地域密着ケアも全て重度の対象にすると言っています。私達が想像する以上に、彼らは危機感を持っています。今後、急ピッチで重度の人が増えます。それを看ることが先決なのだ。そこに焦点を絞るしか解決法はないのだということを知っているのです。ですから、あれは暴言ではないのです。対象者は、要介護度4、5を中心にしなさいと言っています。それには、介護だけでは駄目で、入院治療でない医療も必要だということです。ですから、キュア&ケア体制です。地域包括ケア体制は、イコール地域包括キュア体制も並行しています。厚生労働省の10年後20年後30年後の概念は、そのようになっています。圏域ごとに高齢者の介護と医療をセットして見えています。そして急性期の入院治療だけは、今の病院を残すということです。入院以外の医療を担当するのは地域の診療所を中心としたクリニックです。つまり使い分け、機能分けです。合理化です。

病院と同じことをクリニックがやっても意味がありません。

そのように高齢者を軸として、大きく今変わろうとしています。しかも高齢者対象が医療介護産業商品の90%であります。今、70歳以上の医療費だけでも34兆円のうち18兆円です。これは間もなく20兆円になります。知る限り高齢者の医療介護費用は外から出てきません。あとは微々たるものです。ですから、私達は高齢者に絞る。基本的にはその中の重度に絞る。軽度は予防で絞っていく。二つしか戦略はありません。

認知症の問題

一つ、2006年で分かったことは、それまで介護の世界で、特に、リハビリテーションが大きく間違ったのは、身体だけが弱る運動能力、この歩く能力が弱ると、必ず、腕を上げたり、服を着脱したり、トイレに行けなくなります。お風呂に入れなくなる。食事を食べなくなる。つまり、目で見える、動く能力、ADLで見ていたのです。厚生労働省は長い間、国立社会保障・人口問題研究所も、今年で、認知症高齢者は20万人いないと見ていました。50～60年間、2006年まで、あと20年のピークでも、40万人以上はないと見ていました。

ところが昨年8月に、厚生労働省は、認知症高齢者の数は305万人と発表しました。しかも2025年には500万人近くに達する。そのうち6割は認知症自立度の3、4であると。これは誤差などというものではありません。20万と305万の差は約15倍です。これはミステイクです。この誤差で50年間、計画を立てて、認知症高齢者ケアをしなかったのです。ですから、2006年の改定で、認知症高齢者ケアモデルをメインとすると書いたわけですから。これからのケアは、人間は身体機能も落ちるけれども、精神機能も落ちる。当たり前です。生物は30歳くらいが頂点です。野球選手は運動機能でもっているから、40代で年寄りです。45歳でホームランを打ったなど、すごいことをしたら老人扱いです。ただ、精神が働くところは、機能は落ちても、経験がものをいいますから続きます。ただ、精神機能においては、脳細胞は30歳をピークに落ちてくるこ

とも分かっています。精神機能が落ちることも分かっています。それを経験でカバーしているだけです。

また、今、要介護認定者は、要支援まで入れて550万人とします。要支援を約200万人とします。要介護1～5までを350万人とします。そのうち、30万～40万人を除くと全部認知症です。6割は3,4です。しかも認知症の進行は早いです。このことを国ははっきり言わないのです。しかも認知症は、今の段階では殆ど治療できません。治療できないことが前提になっています。

これに対して、アメリカをはじめ、ヨーロッパ精神文明国は、認知症のケアやキュアあるいは治療に対して、薬品に対して、国家的命運がかかっているとして、膨大な国費を出しています。日本は、研究することを怠っていたのです。今、慌てて認知症ケアと言っています。それが地域密着、地域包括ケアという言い方です。その他、色々なことに絡んで、身近にあった方がいいということ。無駄がないですし、ロスがないです。しかも国費も必要ないからです。

そういうことで、今までの枠組みというものを、疑って、一度取り払って、再構築する時代に来ていることは間違いありません。専門家は、あまり信用してはいけません。専門家は、ときどき大きな間違いをします。小学校の時に、理科でガリレオの話を書きましたね。地球が回転するなどとは誰も信じませんでした。それを言えば、死刑に相当するほどでした。そういうことがあるのです。

認知症の問題も、まさにそうです。20万人しかいないと思っていたものが、今や350万人です。しかも進行が早いのです。

もう一つ、要介護状態は、要支援か要介護の認定を受けて亡くなるまで、平均で残存寿命は10年です。認知症は発表されていませんが、恐らく7年くらいではないかと思えます。発表しないから分かりませんが、もっと早いという説もあります。ですから今後、こういう事業を増やさざるを得ないのです。対応できないのです。一番対応できるのは、介護業界です。それ以外は、全て、対応していません。昔ながらのわけの分からないリハビリ論など、わけの分からな

い事業体系で行われています。これは根底から変える必要があります。少し激しい言葉ですが、印象深いように、こういう表現で申し上げたいのです。

市町村自治体の格差(所得、財政等)

レジメの3番目です。(資料3)市町村自治体の格差があります。逆に言えば、市町村が責任を持つということは、市町村ごとに格差が発生するということです。財政が豊かで理解があるところは、高齢者対応策が充実するであろうし、ないところはできません。それを当然のこととして容認しているのです。例えば、東京都で言えば、区ごとに違います。そういうことが既に起こっています。つまり地域密着、地域包括市町村時代に突入しているのです。

財政危機と高齢者施策

レジメの6番目です。(資料3)財政危機と高齢者施策です。今、財政危機の真ただ中にあります。過去もそうでした。これからもっと厳しくなります。アメリカでは、共和党と民主党が一時国家の行政がストップしてでもと喧嘩をしています。日本では見たことがありません。アメリカやヨーロッパは徹底してやります。国家の行政が行き詰まろうと、アメリカの軍隊が一部、動けなくなろうと、それは止めなければいけないという危機感の下にやっています。日本はそのようなことをやりません。やらないと、政権交代をするから逃げられるのです。向こうの国はやる時は凄まじいです。ヨーロッパ民族は合理的です。いい加減なことをしないのです。やる時は、徹底してやる。そこが日本は欠けています。

日本の最大の失敗は、高度成長期に浮かれて、大借金をしてお金を使ってしまったことです。浮かっている時は、お金は幾らでも稼げると錯覚して、返済できないほどの借金をしています。その時に、お金をためていれば、今役に立ったのです。ヨーロッパと逆です。その付けが現在回っています。

もう一つ、国家、人口問題、民族という問題で、古代四大文明から想起すべきは、文明がある世紀、100年、200年成長して完熟していくと、あとは衰退する歴史をたどっています。例えば、ヨーロッパは、かつてはスペインが握っていた、かつてはイギリスが握っていた、今は米国です。中国も古代には四大文明の一つでした。しかし明治時代は日本や諸外国から浸食されて衰れたものでした。今は違います。誰も中国と戦争をして、日本が勝つとは誰も思っていません。むしろ内心はみんなハラハラしています。中国は、宇宙船も上げています。当然、原爆、水爆は持っています。民族の興亡は歴史上あるのです。しかし、その中国さえも一人っ子政策で、間もなく日本がたどった少子高齢化の波を、これからジワリジワリ受けて、マイナス要因を抱くでしょう。歴史の流れは皮肉なものです。分かりやすく言えば、頂上に達すると、次は地獄に向かうということです。どうも国家というものには、そういう過程があるのです。ですから、常にいい時の状態だけで語ってはならないという鉄則があるようです。

日本国土の特殊性、平野3対山岳地帯7、人口密集地帯3対過疎地帯7

社会保障制度の危機

レジメの7番目です。(資料3)日本国土の特殊性です。日本国土は平野が3割、山岳地帯が7割です。外国は逆です。平野が多いのです。どこに住まおうが、保険証1枚で、標準的なサービスが受けられることに、公的保険の意味があります。これが受けられなくなると、保険料が払われなくなります。日本でも、それに対して、若い人の反抗現象が起きています。国民年金の未納がどんどん増えています。自分達は払っても、それが返ってこないと思っているのです。財務省の資料で、今の年金と、今の若い人が受け取る率には1億円の差があると言っているのです。国が正直に言っています。そういう時代です。それがもっと拡大する可能性があります。そうするとますます払わなくなります。社会保障制度が危機にあることは間違いありません。

日本は、これを根底から再構築しなければならない時代に追い込まれています。極端に言えば、国債が暴落して、一度ひどい目に遭わない限りは、真剣に取り組まないのではないかと思います。ほどほど何とか改革できれば日本は良くなります。

私は、医療法人にも介護事業者にも言っています。みんな昔のいい思い出、いい時代を思って、何とかなるだろうと切ない希望を持っています。企業の世界はもっと厳しいのです。大会社が簡単に倒れることがあります。もっと言えば、30年以上、一部上場で生き残ることは奇跡的なことです。そういう時代が当然になります。ですから、常時の見直し、常時の改革は、活動団体、事業団体として、欠かすことができないということです。しかも日本は、少子化の中に突入しています。膨大なる社会保障の対象者が2040年にかけて増えます。今までは、2人で1人、3人で1人を看っていたのが、間もなく、1.2～1.3人で1人を看るわけです。財政的にそれができるはずがありません。

それをどうするかという問題です。その移行過程の変化にどのように、医療関連サービスとして体制を整えるかということです。業種ごとに違うと思います。しかし基本的な視点や視座は、そこにあると考えています。しかし今、医療介護業界は指導者がいません。殆ど素人がやっています。だから伸びないのです。むしろ民間の方にこの業界に入っていただきたいと思っています。民間の厳しい過去の経験、競争の中で培われたものの進め方です。医療介護業界は、護送船団型です。今でも保険料が黙っていても入ってくるわけです。皆さん方は、手形も振って、一つ間違っただけで、不渡りが出ようものなら大変です。建設などは特にそうです。医療業界にはそれがありませんから平和ボケをしています。平和ボケも間もなく終わります。すぐそこに平和ボケできない時代の足音が近づいているのです。

低所得者の激増、中流・中産の減少、生活保護の激増

レジメの9番目です。(資料3) 低所得者の激増、中流・中産の減少、生活保護の激増です。この7、8年、日本では、相当なスピードで進行しています。これは確実です。気持ちだけ中産階級でいますが違います。実態は下層への転落が始まっています。人間は自分が中流と言われると満足します。貧困や下層と言われるのは嫌いです。たとえ貧困でも、意識的には中流と言われたいのです。上流は一握りです。世界で貧困率が一番高いのはアメリカです。金持ちも一番多いです。貧困率の統計で言えば、日本は世界で2番目です。アメリカ型自助システムというモデルですから、金持ちもできます。それはそれぞれ良さも悪さもありません。決して一概に悪いとは言えません。努力する人にとっては、こんな天国はありません。しかし、いったん落ちると絶望に近い世界でもあります。既に、経済システムは自助の世界に入っています。日本のTPP参加は更に自助型を促進させます。

もっと言えば、TPPに入ると自助システムは更に強化されます。私は何も反対と言っているわけではありません。政治論議をしているのではありません。現実問題を言っています。もう避けられません。政権党で衆議院を通されたら加入できるのです。参議院がもう少し増えれば憲法改正もできる。政治論議をしているのではなく、確実にこのまま進んでいくということを、申し上げているだけです。

生活保護が激増していることはご承知の通りです。もともと半分は、無年金の高齢者の生活保護でした。最近の特長としては、中産から下層への転落層の生活保護が増えていることが問題です。気位だけは高いけれども、実際は低所得者、ここに生活保護が発生します。しかも発生する確率は今後どんどん高くなります。例えば、フリーターという人にいます。失われた20年の時、大卒者の就職がありませんでした。こういう人が高齢者になった時、そこだけの生活保護を今の金額で試算すると20兆円になります。今の生活保護は3兆8千億円です。介護保険

が今年で8兆円強、医療保険が37兆円です。生活保護が20兆円、30兆円という時代が目の前に見えています。これは、4、5年前の厚生労働省の予想です。資料が出ています。そこは正直に出しています。決して悲観論ではなく、こういう具体的な数字を事業環境として関連サービスとしても認識が必要です。では、そこに必要な事業がどういうところにどう影響して、どうプラスがあるかどうマイナスがあるか。あるいはそこで新しい技術がどう発生するか。公的にできないから当然民間に回ってきます。そういう枠組みの構築が必要だということを、抽象論、一般論として提示しているわけです。

社会保障費、年金の見通しは？

レジメの10番目です。(資料3) 社会保障費、年金の見通しです。年金は確実に下がります。これは明瞭です。社会保障費は確実に上がります。避けられません。しかも社会保障費の徴収は強制です。従って、生活の可処分所得は、確実に下がっていきます。避けられません。そういう時代が進行します。特に、医療・介護の中で、一番大きい問題は年金です。年金問題の次は、保険業界、銀行などの金融関連ですが、それ以外に、次に挙がるのが、この医療・介護の問題です。社会保障費はどんどん増えていきます。避けられません。重度に優先的に支給されて、軽度はある程度幅広く、安くしてもある程度大量の数で事業をする方向に変わってくる。そして確実に拡大するだろうと見越して間違いないと思います。

日本の歴史の過去の人口を見ると、室町時代の人口は1千万人強でした。源頼朝、平清盛の時代はそうでした。江戸時代でも人口は3千万人台でした。明治維新まで増えても減ってもいません。平均寿命は、20歳や30歳です。明治初期に、60歳が定年であるということは、60歳まで殆ど生きていませんでした。これが急激に増えたのは、1950年代からです。60歳は、まさしく言葉通り還暦、祝うものでした。70歳は古希、「まれ」だったのです。ところが今、還暦などは、若者のうちです。古希も珍しくもないです。やっと

一人前は75歳からであると言っても言い過ぎでない人口構成の国が、もう目の前に来ています。誰も85歳まで生きることを覚悟しなければなりません。場合によっては90歳までかもしれない。当然、身体能力も精神機能も落ちていきます。しかし国家がある限り、都道府県、市町村がある限り、25条の最低限の文化的な生活を保障しなければならない。国家がある限り生活保障あるいは社会保障は消えない。この費用が何よりも優先適用になります。その中で、どのように事業を構築するのかということです。

金融資産も高齢者がダントツで多いです。団塊の世代の金融資産は恐るべき金額です。初めて、安定した年金を全額受け取っているからです。その後は減っていきます。若い人は本当にかわいそうです。



最後に

マーケットとして見た場合、これから始まるのは、高齢者産業の一番の花盛りの時代です。恐らく、1部上場、2部上場の巨大会社も参入してくると思います。例えば、日本の自動車技術などは、福祉機器を造れば負けられないと思います。組み立て産業のオーソリティーですから。あれだけ優秀な自動車の知恵を使い、本格的に一流企業がやれば、福祉機器も、すごい物ができる。本心からそう思います。やがて出てくるだろうことは間違いありません。

また最近、コンビニがよく新聞に載ります。大型スーパーよりもコンビニの方が、売り上げがよいということです。コンビニが介護事業をやったらどうなるでしょう。駐車場もあります。食事もあります。フラットです。いい場所にあります。24時間営業しています。厚生労働省は何かと言えば、24時間在宅サービス、24時間の安心と言います。私も大賛成です。それを最初にやったのはコンビニ業界です。あれをつくる時は、ダイエーやジャスコやヨーカドーなど、巨大なものでなければならぬと思っていました。ところが今や子会社のコンビニの方がはるかにいいです。誰もが必要とする24時間営業です。はっきり言えば、地域密着、地域包括ケアは、コンビニの形式に相当します。いずれも小さいです。国は今後20～30年間で、既存の大型施設と同等な量まで地域密着を増やそうとしています。小規模多機能を6倍に増やして点在させようという計画でいます。

そうすると、私達も矛先を変えなければなりません。特に過疎地帯は、小さいものでなければ成立しません。人がいない、物がいないからです。都市でも成立しません。土地が高いからです。賃貸料も当然高いので、投資先として小さいものでなければ成立しません。そういう経済的な理由があるので、その辺も含めて、きちんと考える必要があります。

ちょうど時間となりました。あとは資料を読んでおいてください。ご清聴ありがとうございました。