

「地域包括ケアシステム 構築への政策展開」

平成26年11月10日(月) 15:00～17:00

日比谷コンベンションホール

主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



講師

高橋 紘士

(たかはし ひろし)

一般財団法人高齢者住宅財団 理事長、
国際医療福祉大学大学院 医療福祉分野 教授

講師経歴

■ 略歴

1944年生まれ

社会保障研究所 研究員、法政大学 教授、立教大学 教授を経て現職。

現職 一般社団法人高齢者住宅財団 理事長、国際医療福祉大学大学院 教授(2015年3月まで)
厚労省、国交省、総務省および、東京都、富山県をはじめとする地方自治体等で審議会委員等を歴任。
とりわけ厚労省老健局で「高齢者介護研究会」「地域包括ケア研究会」で地域包括ケアシステムの検討
に参画した。

■ 著書

- ・『地域連携論 ～医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援』(2013年 共編 オーム社)
 - ・『地域包括ケアシステム』
(2013年 分担執筆、西村 周三監修、国立社会保障・人口問題研究所編 慶應義塾大学出版会)
 - ・『地域包括ケアシステム』(2012年 編著 オーム社)
- ほか、多数。

■ 最近の仕事はホームページ参照のこと

➤ <http://takahato.com>

はじめに

ご紹介いただきました高橋です。医療関連サービス振興会主催の講演ということで、医療にかかわるさまざまなビジネスに携わっている方が多くいらっしゃるかと思います。

I.背景

なぜ地域包括ケアシステムという議論が行われるようになったのでしょうか。その背景についてまず述べます。

これからの日本の経済社会の方向性をみると、これまでの成長モデルでは立ち行かなくなります。それを随分無理をしてここまで引っ張ってきた為、1,000兆円を越え、世界の国に例をみない国債の発行残高になったのです。

私は、ちょうど昨日アメリカから帰国したのですが、アメリカも本当にひどい状況になっています。お金のある人はケアが安穩にいきますが、そうでない人は日本以上にひどい状況になっています。日本の特別老人ホームにあたるのはナーシングホームですが、1970年代に、ナーシングホーム・スキャンダルがあり、ひどい処遇をしていたので大問題になりました。その質をどうするかということで、連邦政府によるレギュレーションが入ったのですが、やはりどうもうまくいっていないようです。日本では介護保険も医療保険もすべての階層をカバーする普遍的制度ですが、ご承知のとおり、高齢者医療がメディケアという制度でカバーの範囲は広いのですが、介護に対応するメディケイドは低所得者に限定されています。アメリカの場合は、エスニック・マイノリティーの単純労働層が低所得者でナーシングホームを利用しています。

しかし、アメリカでも非常に独創的な実践がはじまっています。これはPACE (PROGRAM FOR ALL-INCLUSIVE CARE OF THE ELDERLY) という日本の地域包括ケアシステムと似たコンセプトですが、包括的支援をできるだけ在宅で提供しようとするもので、全米に目下相当普及しているそうです。アメリカには、最近日本での注目されている富裕層を対象とした、CCRC (Continuing Care Retirement Community) のように、自立型住居、支援付き住まい、スキルド・ナーシングホーム (前述のナーシングホームと区別するためにスキルドという語が付されます) をシームレスに提供できる高齢者向けの包括的支援の仕組みが多様な形態ですが急速にひろがっています。営利企業や非営利組織など経営形態も多様ですが共通のコンセプトはエイジングインプレイスで、支援を包括的に提供しようとするものです。最近では大学がCCRCを手がけるようになって注目されています。

面白かったことは、みんな必死になってストレッチをしたりマシーンに乗ったりして、おじいさんおばあさんたちが頑張っています。お金がかからないよう、それで何とか健康寿命を延ばしたいというのです。そういうサービスをきちんと提供するのが魅力であり、付加価値であるということです。それから、提供されるお料理がおいしいです。アメリカにはここにいる相当の方が行かれたことがあると思いますが、食事はひどいレベルです。レストランでさえ、ファーストフードの乗りです。行ってご覧になったとおり、太っている人が多いです。あの太り方は尋常ではありません。ファーストフードで栄養管理をしないとあのように太るわけです。アメリカの場合は、スリムできちんとやせた人はself-discipline (自制力) のある人で、いわばエリートはだいたいそうです。健康管理は基本的にセルフケアの重要な要素で、これに成功をした人たちが健康寿命を延ばし、対照的に低所得層の多くはどんどん太り、糖尿病やさまざまな多病になって健康寿命が短い為、総体的にみるとアメリカの平均寿命は短いのです。「あんなにお金をかけて、こんなに平均寿命が短い国はない」と言ったら、彼らも浮かぬ顔をしていました。

まさに地域包括ケアシステムの考え方と類似する考え方がアメリカでも登場していることに注意してください。

ちょうど私が滞在していた時に話題になり始めていたのが、『Dying in America』というレポートで、「アメリカで死ぬこと」という意味です。Institute of Medicineという大変権威のある研究機関が、5年がかりでアメリカ人の死に方を研究しました。これは面白いです。医者とソーシャルワーカーとサイコロジスト、約20名の大変有名なメンバーがチームを組んで、つい最近、報告書が出版されました。書評で、「アメリカで死ぬのは大変だ」という書評を読みました。その論調はエンドオブライフを医療の者にせず、より広い文脈で考えるべきという、重要な提言が述べられている600ページにわたる書物として、出版されました。日本でもこの本は近々話題になると思います。

私の感覚では、欧米から無前提に学ぶ時代は明らかに終わったと思います。日本の苦勞しているところと、アメリカの苦勞しているところは、ある意味では共通部分があります。ナーシングホームというのは、日本の特別養護老人ホーム、療養病床です。昨日、介護療養の廃止を先延ばしにするような報道が出ていました。私は大変憂慮しています。病院が墮落したのは長期ケア、ロング・ターム・ケアを医療で対応しようとしたからです。昔、日本医師会会長の武見太郎さんが、精神科病院の医療法人の経営者の人を「牧畜業者」と呼びました。彼らは、病院に入れて金をもらってむさぼっているだけだと当時の日本医師会長が言ったのです。

なぜ、療養病床を5年改革の時に廃止したほうがよいかというと、療養環境が改善されていない所は減算があったのに、彼らは改善しなかった為です。療養環境が悪くて、安くても、そちらのほうがもうかると思って全然改善しませんでした。減算をやめて、安くても上げた療養病床もあります。八王子市の上川病院と福岡県宮若市の有吉病院の療養病床が個室ですが、ほかは全部多床室です。多床室についていろいろなことを言う人がいます。一般病院は4人が標準ですが、どんなに長くいても3カ月です。3カ月は長く居すぎですが、報酬的にはだいたいそのようなものです。1週間、1カ月で退院するから、4人部屋で耐えられるのです。1年間以上、他人と4人部屋で、さらに特別養護老人ホームは5年近く他人と相部屋だと、重度化するの当たり前です。むしろ、病院が重度化させているのです。そして、彼らを出さなければいけないから、受け皿としての特別養護老人ホームをとという話なのです。

高齢者の社会的入院という議論があります。一般病院でも3カ月以上の長期入院をしている人は相当いますが、それを加味した日本の施設・病院利用率は約5%です。ヨーロッパの国は3.7～4%です。日本は対人口比で病院と施設を合わせた収容率は世界一なのです。私は入院だと思っていません、あれは収容です。それで、「特別養護老人ホームが足りない」と言っているわけです。これはコストに跳ね返ります。

ところで地域包括ケアシステムの構築をナショナルポリシーにしたのは、去年の社会保障制度改革国民会議の報告書です。ここで「1970年代モデルから2025年モデルへ」という文言があります。これは大変重要な指摘と考えています。

医療介護が重要ですが、その際、医療が何を含み何が医療ではないかを理解していない人が意外と多いです。最近、キュア(cure)とケア(care)を言い分けるようになりました。「ホスピタル」という言葉を、われわれは「病院」と訳して使っていますが、アメリカの「ホスピタル」と日本の「病院」は相当内容が違います。アメリカは基本的に急性期病院しかありません。アメリカというのは高コストの医療を行っている国です。

なぜ、地域包括ケアシステムが出てきたのでしょうか。社会保障国民会議が福田内閣の時から始まって、民主党政権があり、そして自民政権に復辟してからの長い道のりの中で、消費税をどうするかという問題と絡んで大きな医療介護改革の絵図が描かれました。もともと介護保険制度と

というのは、一言で言えば社会的入院対策です。ヨーロッパの先進国も含め、「どこの国にもキュア(cure)とケア(care)を分ける」「長期療養は病院ではやらない」という政策決定をしました。「施設」も縮小すると決めたのが、デンマーク、スウェーデンです。ロング・ターム・ケアというのは、高齢者だけではなく、精神疾患の人たちや知的障害者も含め、長い期間を経過して支援が必要な人々をどのように社会的なシステムの中でマネジメントしていくかということです。平たく言うと、「dependent population(依存人口)のマネジメント」と私は一言で定義しています。

人間というのは、誕生の時期から長い期間をかけて自立していきます。やがて自立の期間が経て、依存状態になって死に至ります。前半の約20年が誕生から身体的社会的、経済的に自立を獲得する長期の時間が必要になります。平たく言えば、自立するまで親に世話になるという仕組みで世界の文明は全部対応してきました。ところが、老いというのは実は人間社会だけです。最近、ネコの認知症とか犬の認知症というのが話題になっていますが、依存的な状態になり長期間生存を続けるのは、人間だけです。動物ではそういくことはありません。なぜなら、自分で餌が取れなくなったら死なのです。ところが、自分で食事ができなくなっても人は生き続けることができます。さらに言えば、働かなくなっても生存が継続している人たちはたくさんいます。なぜそのような状態でも生きていくことができるのか、様々な支援が機能するからです。

1. 日本の人口の推移

最近、経済社会諮問会議のワーキングチーム「選択する未来」が1億人の人口を維持する、そのためには合計特殊出生率を回復しなければならないというレポートが出ました。

資料1(P7)は厚生労働省がいつも出しているデータで、皆さんももう見飽きたかもしれません。私はこれだけで1時間半でもしゃべり尽くせないと思っています。

合計特殊出生率が急激に低下します。国立社会保障・人口問題研究所の予想がある過程に止まって、フラットで1.35に定着します。これを1.8ぐらいに戻して、やがて2.06に戻して、21世紀半ばには約1億人維持したいというのが「選択する未来」のレポートです。そうすれば、日本の人口は何とか経済をそれなりに賄えるようになると言っているのです。

この報告書を読んで、私はリスペクトがないと思いました。なぜなら、日本の社会では1970～1980年代以降、子供を産むなという社会をつくってきたのです。平成になってから、派遣労働といういかがわしいものをつくり、人件費を安く上げました。調べましたら、本当に派遣業者の持ち分が大きいのにびっくりしました。派遣業法も改正をしようとしています。労働者の手取りは、200万円ほどしかありませんが派遣業者が相当上前をはねているのです。派遣村を記憶している方がおいでかと思いますが、工場労働者に住宅をあてがって置いて、もう要らないからと首を切った途端、住宅を失った為にポンとすぐに生活保護に落層するという、先進国であり得ないことを行ってきました。実は、そのおかげで非婚率が上がりました。いわば団塊ジュニアの世代は、非婚率が上がってシングル化が進み、不正規雇用がとて多くなっています。この人たちに子供を産めと言えますか。そこにきちんとした対策をうたないから、安心して子どもを育てる環境が整わないのです。東京の町は子供を産まなくてよい社会構造だと思いませんか。都営大江戸線は、昇りにはエスカレーターがついていますが、下りの階段がいたるところにあります。赤ちゃんがいて、バギーを持って、おむつのバッグを持って、あの階段を下りられますか。エレベーターがありますが結構わかりにくい不便なところが多いですね。

日本は高度経済成長の時期に団塊の世代を大都市部に集めました。それをビジネスモデルとして見事に大成功したのが、東京都下の私鉄です。遠くに住まわせて、通わせて、そこで不動産やショッピングセンターなどを通じて経済成長で増えた給料を吸い上げるという構造を実に見事につくりました。しかし、あのような長距離通勤で、働く女性の子育ては困難ですね。通勤時間が長

ければ自ずから長時間保育を余儀なくされます。児童福祉は当初非常に制限的な仕掛けがずっと続いていたので、待機児童問題がいつまでも解決しませんでした。幼稚園と保育園を一体化したことも園は長い議論のすえやっと最近です。あれは1970～1980年にやっておかなければいけないことだったのです。豊かな時代にきちんとした対策をうてなかったことに忸怩たるものがあります。

あのレポートで、冒頭でまず、女性たちに謝るべきです。私たちは子供を産みにくい社会をつくってしまいました。しかし、「これから頑張りますので」というべきです。まだ大胆な財源投入をしなければなりません。さすがに消費税の再増税を見送っても子育て支援は当初の予定どおりのようですが、子育て支援政策はもっとも政策効果のある時期を失したと思います。

社会保障などを伸ばさなければいけない立場の政党が、消費税増税に反対し続けてきたのです。スウェーデンは中道右派政権ができて、いろいろなものをカットして福祉水準が下がったと思ったので、彼らは増税策を採る社会民主党を支持しました。現在の日本ではちょうど教育と親の介護が中核世代に一緒に襲い掛かります。残念ながら文部科学省の予算削減で国立大学の授業料は上がるばかり、奨学金も給費は少なく貸与がおおい。その意味で教育に非常にお金がかかる国になってしまいました。社会保障も同様ですが、税を財源とする社会的支出の抑制が皮肉なことに消費税反対論の原因であるという、思えば、矛盾するような状態が日本ではつくりだされてしまいました。負担増ができなかったことが、赤字公債発行による国債発行残高を巨額なものにして、その結果必要な財政支出を制約する、しかし増税が困難になるという結果をもたらします。消費税は景気変動に中立的なので、強力な財源調達能力があるしくみなので、高齢社会に適切な税制なのです。また、この間所得税の累進制を弱め、資産課税も不十分、法人税の税率切り下げなどの政策がとられていることが問題です。

医者養成コストは、防衛医大で任官辞退すると最高額5,000万円返納とかいてありました。東京女子医大が6年の授業料は年間500万ぐらい、慶応大学で年間350万円ぐらいです。授業料だけでそのぐらいかかるのです。これに私学助成で医学部には相当額の補助がでていますが理工系学部約倍の授業料です。日本は給費制度奨学金がプアで、貸与の奨学金の割合が高いのです。ハーバード大学の医学部も、ほとんどの学生は奨学金です。日本から留学できるのは、それがあからずです。米連邦政府のフルブライト奨学金もそうですが、それ以外に、大金持ちたちは自分の出た大学に寄付をするのが当たり前です。また、いうまでもなく、ヨーロッパの大学の殆どは、公立大学で基本的に授業料は低額ないし無料です。これは教育費が社会支出として明確に位置づけられているからです。もちろんこれを可能にしているのが付加価値税などの税制です。社会的に共通の教育、住宅、医療などは国民が共同で負担するということが家計の負担は著しく日本と比べ少ないのです。だから欧米では消費税負担への抵抗が日本と比べ小さい尾です。社会的消費と私的消費のバランス、また、社会的共同資本という概念でこの問題を提起して、市場主義の限界を指摘したのが昨年なく亡くなられたノーベル経済学賞の受賞の最右翼といわれた宇沢弘文さんです。

医師の再生産の費用が社会的負担されず、私的な家計で負担されるとすれば医師の世襲率が高くなり、医療でそのコストを回収するという行動様式になります。家業的医療法人の行動様式の一部はこれで説明がつくと思います。

また、負担増への抵抗がある限り、1,000兆円を越える巨額な公債債務残高のもとでは、これから医療・福祉をはじめとする社会保障費は相当抑制路線にならざるを得ないということです。

そのようなわけで、医療介護の一体改革でも「川上・川下」という言い方をしました。退院促進を急激に進めるといいう診療報酬上の誘導がすすんでいます。あわせて病床機能の再編を目指した政策の第一歩として、今回病床機能の公表制度が導入されました。この将来の方向に注目したいと思います。

高齢化率の話はいまさら申し上げませんが、絶対数に注目してください。問題は、15～64歳人口の生産年齢人口の縮小が急速に進行しているのです。

藻谷浩介さんの『デフレの正体』をお読みになった方はどのくらいいらっしゃいますか。一昨年の大ベストセラーです。あれを読まずして、医療の今後を語るなかれといたいと思います。人口減少地域で、対人口比の病床数が高い地域は病床の調整が早晚必要になります。しかも、人口が80万人から70万人、60万人に減っています。どこが減っているかということ、税金と保険料を担ってくれる生産年齢人口が縮小しているのです。

社会保障制度は、階層の再配分と同時に水平的再配分を行ってきました。例えば、国民健康保険は25%の国費を入れています。介護保険制度では2号被保険者の46歳以上のお金を入れています。地方交付税は見事な水平的再配分の仕組みなのですが、これから都市で急激に高齢者が立ち上がるということは、そこで食うようになります。そうすると、今まであった配分余力がなくなり、従来のように地方にお金は回ってきません。総じて、人口収縮をしている所は、もともと高齢化率が高く医療需要も大きい所なので、それがうまく回らなくなると思われます。

今、この世を謳歌しているのは医療法人経営者です。勤めているお医者さんより医療法人経営者の収入は巨額だそうです。医療法人にMS法人をつくり、全ての社会保障給付を全部吸い上げる仕組みをつくって、関連の社会福祉法人をつくりました。そういう形で社会保障給付を吸い上げると言う事業を1970年代からつくり上げたのです。その結果として、病院で80%も死ぬという、世界ではどこにもないシステムがつくられました。

気が付いてから「遅かった」ではないのです。世の中で責任のある立場の方は、本音は言えません。今、何が始まっているかということ、1970年モデルで成長したさまざまな既得権益のシステムと、これから現れる2025年、いや2050年と言ってもいいかもしれませんが、その闘いなのです。それは、皆さんにとってこれからのマーケットの構造をどう読むかということにつながります。

日本社会全体が上手にダウンサイジングをしないと夕張市のようになります。夕張市は、特殊事例だと皆さん思っているかもしれませんが、あれは実に普遍的な事例です。人口12万人が1万人になりました。私は先々週、福岡県の大牟田市に行ってきました。大牟田市は20万人が10万人になりましたが、何とか持ちこたえています。持ちこたえている秘密が分かりました。地方公務員と地域の医療福祉の専門職の人たちと地域住民が、連合戦線を張って協働の仕組みをつくりながら何とか持ちこたえているのです。

1973年にオイルショックがありました。1970年代は面白い時代です。あの時に、池田内閣のブレーンで下村治という人がいました。日本開発銀行、元大蔵官僚で、佐賀県人で本当に骨のある人です。人品、人となりも素晴らしい人です。彼は誰よりも強気の高度経済成長論者だったのに、1973年のオイルショック以後、ゼロ成長論者に転換しました。1955年の戦後体制が始まって、60年代のオイルショック以降、エネルギーの元である石油が政治的な商品になってしまいました。その場合、経済成長はエネルギーを自由に手に入れることが可能なのに、それが政治的商品になった途端に、誰よりも日本の成長力を見通した人が「基本的な条件が失われた」と言ってゼロ成長論者になりました。

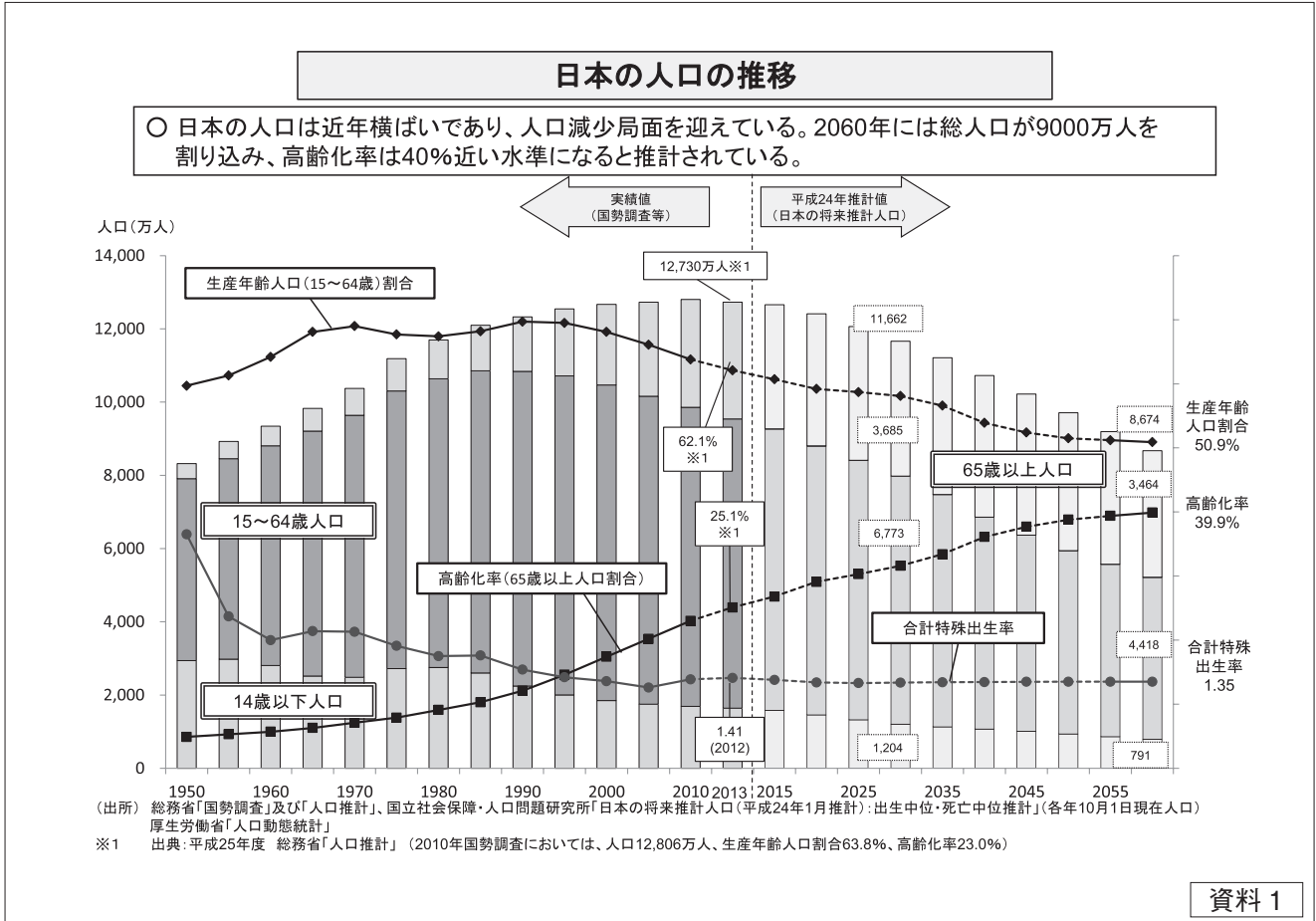
ところが、ほかの人たちはそういうことを考えませんでした。成長というのは社会の問題を解決するにはとても良い方法なのです。皆のお財布が膨らみ、そこからいろいろな所へ分けていくので、社会保障も成長できたわけです。日本では社会保障を何に使ったかということ、病院建設やICT(情報通信技術)等、それから皆様のビジネスチャンスが拡大しました。日本ほど高度な医療機器が普及している国はありません。その代わり、看護師やコメディカルの職種の給料はさほど高くはありませんね。医師にしても同様で、これがいわゆる医療崩壊といわれる事態がおきました。生産年齢人口が縮小して、やがては2050年の高齢化率が日本全体で4割近くになります。子供はどんどん減り、担税力が減っていますから、消費は縮むのが当たり前です。

藻谷浩介さんの『デフレの正体』の背景はこれです。実需の縮小を問題にした本です。ところが「藻谷は経済学を分かっていないやつだ」「経済学が人口で動くなるとんでもない」と批判をいうのです。確かに資本主義というのは、そういう形で金融資本主義化して実態経済とは違うところで自動運動しているようにおもわれますが、最終的には実態経済に拘束されていると考えた方がよいと思います。

実は、バブルがこれです。バブルは、オランダのチューリップバブルが歴史的に有名です。日本が大失敗したのは、土地をバブルの対象にしてしまったことです。アメリカは住宅でバブルとなりました。アラン・グリーンズパンの経済政策は、まさにそこでいろいろな不都合が起こったことをご承知の通りです。アメリカもバブルをやりながら問題を先送りしてきたのですが、日本も1970年以降の成長路線がこれです。

「安定成長」等いろいろ言いましたが、下村さんは、「日本人はよい思いをしたのだから、ここで我慢をしなければ駄目だ」と佐賀県人らしいことをたくさん書いています。しかし、それはもう受け入れられません。なぜならば、成長経済というのは、問題を荒立てないで解決する一番良い方法と信じられているからです。

経済成長は、逆に子供を産まないような社会をつくってきました。厄介なことに、経済が発展すると高齢化が進行するというのは鉄則です。1960～1970年辺りで、ヨーロッパが急速に高齢化しました。彼らはそれに対してどういう対応をしたかという、ユニバーサルな仕組みでこれに対処しようとして消費税増税をやりました。ヨーロッパに行かれた方はたくさんいらっしゃると思いますが、あまり気が付かないかもしれませんが、駅などの段差のあるところでは、上り下りのエスカレーターとエレベーターが必ず付いています。そのおかげで、障害者たちも車いすで平気で歩いているのです。1970年代にヨーロッパに行った有名な評論家が、「ヨーロッパは障害者の発生率が



資料 1

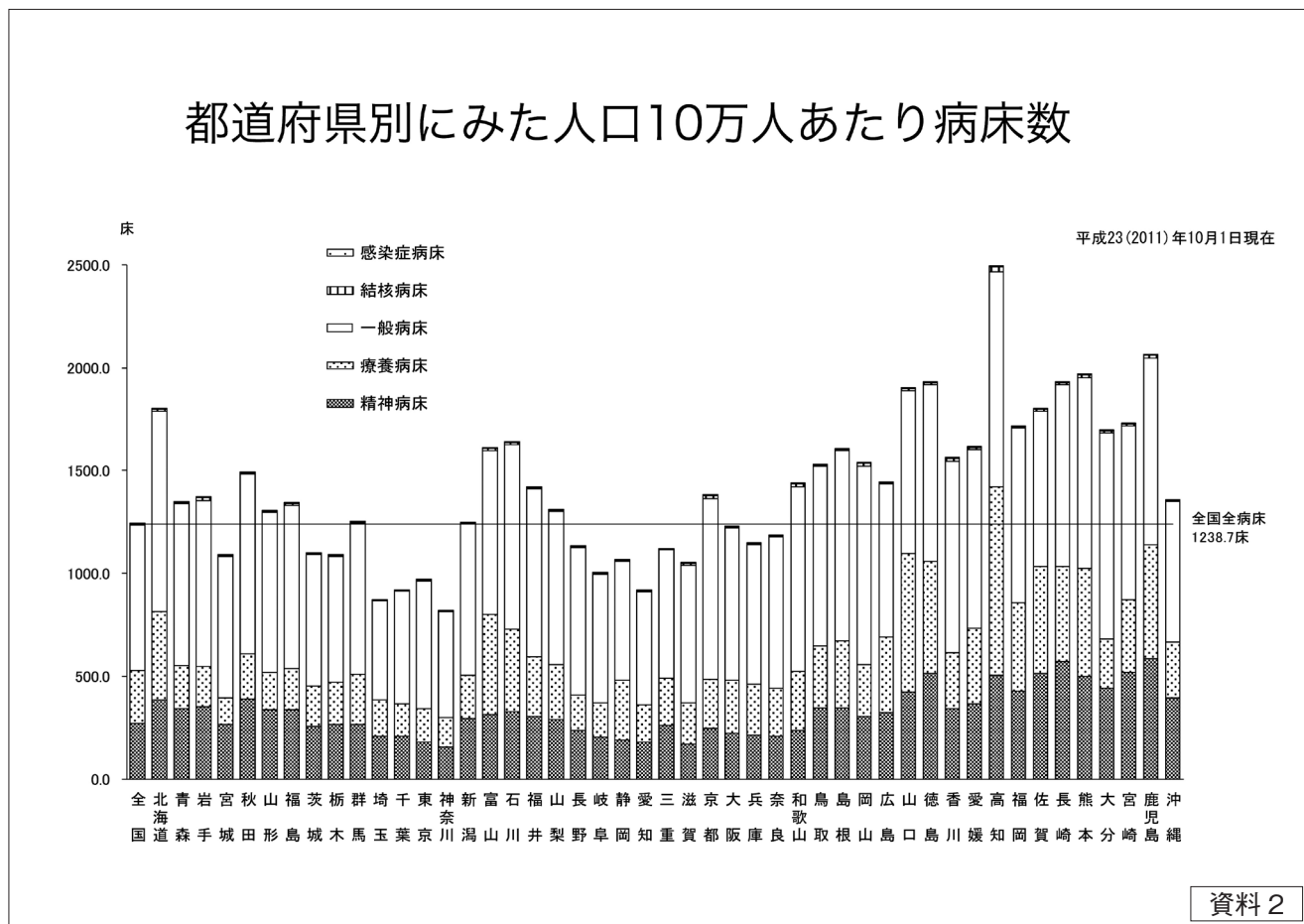
多いらしい」ということをまじめに書きました。そうではなくて、日本は公共の場に出られなかったのです。「イギリスには『イギリス病』というのがあって、関節が悪くなって出られなくなる」と、まじめにその経済評論家は書いていたのです。馬鹿としか言いようがありません。そういう人たちが経済政策に影響力を与えているのです。社会科学なので、いろいろなものを総合的に見なければいけないのに、表面だけを見ていろいろなことを言っているのです。

アメリカがレーガン大統領の時にやりました。減税すれば景気が良くなる等、トリクルダウン理論といって、お金持ちがたくさんお金を持てば、それが回り回って皆が幸せになるというようなことを、まじめな顔をしてフリードマン以下の学者が言いました。先にご紹介した宇沢弘文先生は、それにあきれて、日本に帰って自由主義経済学に徹底的に挑戦しました。あのままそういう転換をなさらなかったら、ノーベル賞を取っておられたでしょう。ノーベル経済学賞というのは、ノルウェーの銀行がお金を出しています。彼らは新自由主義で非常に親和的なので、反主流的な経済学者であるジョン・ケネス・ガルブレイスや宇沢弘文先生、ジョン・ロビンソンなど、ノーベル賞を取って当たり前のような人が一切ノーベル賞を取れませんでした。

こういう事態が起こっていて、どうするかということです。それから、高齢者の増大というのは何かということです。(資料1)

2. 都道府県別にみた人口10万人あたり病床数

資料2を見ると、やはり高知県などは療養病床、精神病床が人口比で見てこんなに多いのです。しかも、病院の病床というのは装置産業ですので、だいたい何十年で償却するのでしょうか。今作ってしまうと、30年後40年後まで使わなければいけません。施設もそうなります。これは、今後おそらく耐えられません。(資料2)



3. 大都市部は高齢人口が急増 施設は未整備

資料3は施設についてです。大都市は施設が足りないと言いますが、富山県、徳島県、石川県、鳥取県、新潟県、福井県、高知県までがとても施設が多いです。老人保健施設をどうするかというのも、今度の面白い議論です。また、療養病床が高知県はととても多いのです。資料3は介護療養のほうになります。(資料3)

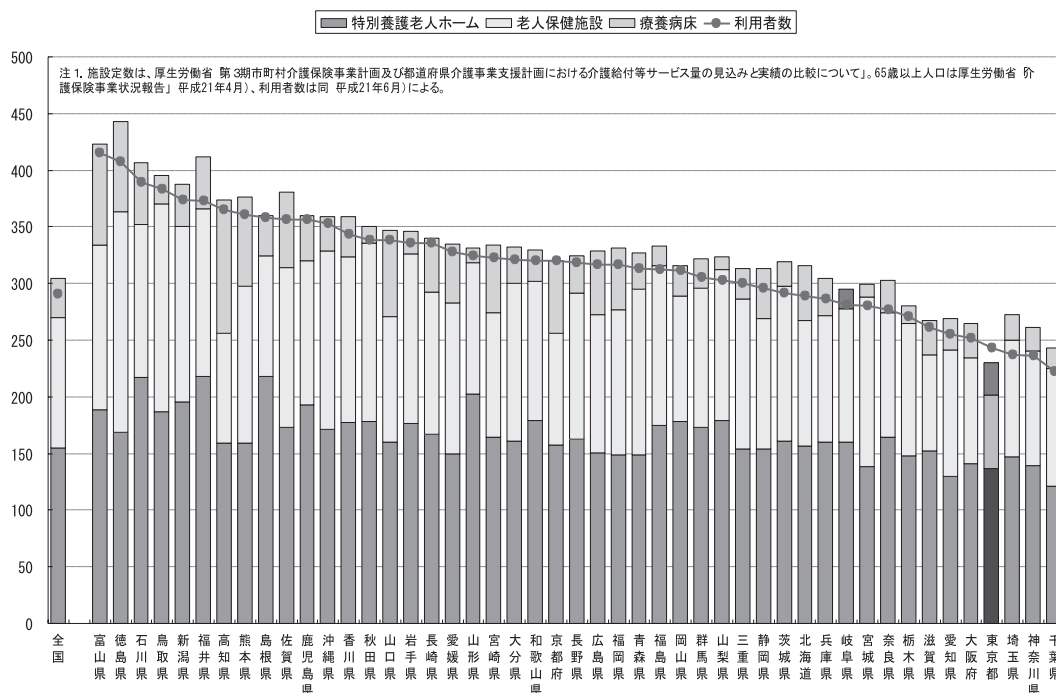
今、高知県が人口80万人を切ったはずですが、約100万人のサイズが、これから60万人なり50万人になります。皆さんのお仕事で最大の問題は、これからのマーケットがどうなるか、藻谷浩介さんの本ではありませんが、徹底的に人口の動態予測をきちんとしなければいけません。

藻谷浩介さんに言わせると、流通業界は、分かっている所と分かっていない所があります。ダイエーは、分からなかったから潰れたのです。大ショッピングモールを出店するという作戦を仕掛けた会社は、やがて大変なことになるかもしれません。車で動けて、相当集客があるものをつくってきたわけですが、高齢化して行かなくなったらどうなりますか。その前に、彼らは商店街を潰しました。地域を支える人たちというのは、商店、自営業の人たちなのです。中小企業もそうです。そういうものを、新自由主義の経済学で生産性が低いからと切り捨ててきて、それが将来うまくいかなかった途端に暗たんたる、荒涼たる光景が、アベノミクスが失敗した後に出現すると思っています。

伊東光晴さんの『アベノミクス批判』は大変良い本ですが、岩波書店から出たので、日本経済新聞を読んでいる人は読みません。最近、アメリカでも日本でもそうですが、同じ立場の本しか読まなくなっています。人に批判されることを大変嫌がる社会になってしまいました。私が社会保障研究所に入った時は、山田雄三という、小説家の城山三郎の先生で有名であり、高名な経済学者がいました。彼は近代経済学の立場で、マルクス経済学の社会批判力は非常に高く評価されていました。彼は、第三の道が何かということをいつも悩んでいました。「君、僕は悩んでいるのだよ」と、大学

大都市部は高齢人口が急増 施設は未整備

高齢人口1万人当たり介護保険施設定数と利用者数 平成21年4月



資料3

院を出たての若造に、60、70歳の碩学(せきがく)がそういう質問をなさるのです。「計画経済がよいか、市場経済がよいか、私にはまだ結論が出ていないのです」と言うのです。そういうことを、今の傲慢な経済学者がいうと思いますか。

客観的な現状をきちんと見て、どういう形でこれから行っていくのかということ。織田信長ではありませんが、撤退戦略が一番難しいのです。北陸辺りで戦に負けた時に、逃げ帰った話がありますが、その時にしんがりを務めたのが豊臣秀吉だったと思います。どこでも撤退戦略を見事にできるかどうかということなのです。日本の戦争がそうでしたが、あのように拡大して行って、戦況がうまくいかない時に上手に撤退戦略をやれませんでした。日本の高度経済成長はそれですと失敗し続けてきました。高度経済成長が大成功したソニーでさえ危ないのです。そのような話も含めて、これから私たちに起こっていくことに対して、どのようなソリューションがあるのかということ。ということです。

4. 死亡場所の国際比較

まさに70年代に病院死が増えました。

病院死は、日本が81%、アメリカは41%、オランダが35%です。日本は病院で死にすぎています。なぜでしょうか。これは、ホスピタルと病院が違うからです。日本は療養病床という不思議なものをつくって、入院が3カ月を越えるような人たちも入れるような仕掛けをつくりました。精神科病院は、20年、30年の入院です。そこで良いケアがされているかということ、そうではありません。拘束や、そういうことをやっています。

(資料4)

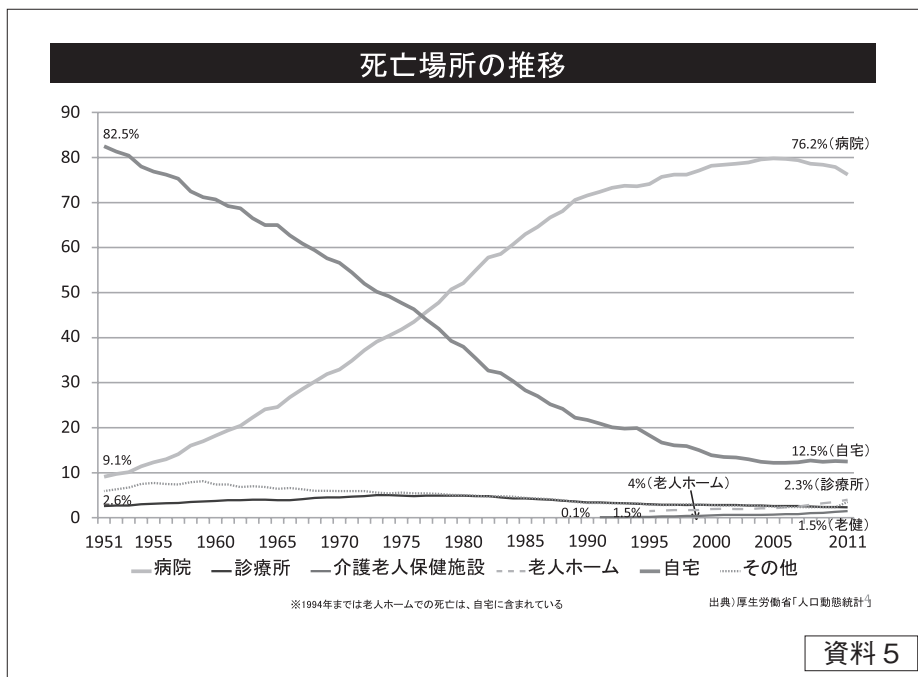
死亡場所の国際比較

国	自宅	病院	施設
日本	12%	81%	4%
アメリカ	31%	41%	22%
オランダ	31%	35%	33%

資料 4

病院とは何だろうかということに気付くエピソードがあります。イギリス王室のお産です。1日で退院してきました。今は正常分娩で日本はだいたい4～5日だそうです。ひと頃までは1週間が当たり前でした。イギリス王室でさえ、病院は1日しか使いません。これが彼らの病院の使い方です。

ところが、日本では、これは本当に政策責任が大きいと思うのですが、在宅死と病院死が5割5割だったのは、1970年代の半ばで、ま



さに高度経済成長の完成の時期です。47都道府県別のデータを見ると、1980～1990年にかけて急激に収斂(しゅうれん)してきます。高知県や鹿児島県は、もともと経済力がそれほど豊かではありません。それでも病院が造れるようになってしまったのです。これは皮肉なことに日本の社会保障の医療保険制度が見事に大成功したからです。

とりわけ1973年の老人医療無料化です。あの時はみんなに喜ばれましたが、それが日本の病院を墮落させました。誰でも入れるということで、今では過剰となる病床をつくりました。日本の政策金融、福祉医療機構や銀行もそうですが、病院融資というのは非常に割の良い仕事だということにこの時期からなっていました。(資料5)

それが失敗し始めたのが、大阪府の山本病院事件です。大阪大学の循環器のドクターを出られた方が病院を開設して、うまくいかなくなり不正請求に手を出したものです。大阪府の一人当たり医療費は日本一です。また、例えばサービス付高齢者向け住宅や、住宅型有料老人ホームなどです。低所得者を駆り集めて介護保険の不正請求まがいをする事業所や、生活保護の医療扶助、全部福祉事務所の嘱託員が審査するので甘いのです。それがビジネスモデルになったのが、大阪府の病院で生活保護者をぐるぐる回す話です。これは医療の墮落以外の何物でもありませんが、倫理の問題ではありません。倫理ではなくて、成り立たなくなればそうならざるを得ないわけです。これに似たことがこれからいろいろなところで起こります。

契約制度に移行しました。契約というのは本人の責任でお互いに相対契約で入ります。私は、「介護や医療は後の祭り型サービス」と呼んでいます。自動車なら買い替えられますが、手術は買い替えられません。その為、事前規制を非常に厳しく言って、質の担保をします。

オランダは、事前規制もさることながら、事後規制がとても厳しい国です。信じられないようなことが起こります。診療科の成績、手術の成績を全部調べて、手術の成績が悪い所は、その病院で「この手術は禁止」と出すのだそうです。そんな乱暴なことをよくやれると思います。彼らはボルダーモデルという言い方をします。オランダは堤防で囲まれた国です。土がありませんから、全部海拔マイナス何メートルの国なのです。そうしますと、堤防に一つでも穴が開いたら、全ての国民が生命の危機にひんします。オランダが土木の技術水準が世界一の国の一つなのは、まさに国土をつくっているからなのですが、それと同じだということです。さまざまな社会サービスのいろいろなものが、一つ手抜きをして質の悪いサービスが出たら、たちまちその質の悪さが普及するに違いない

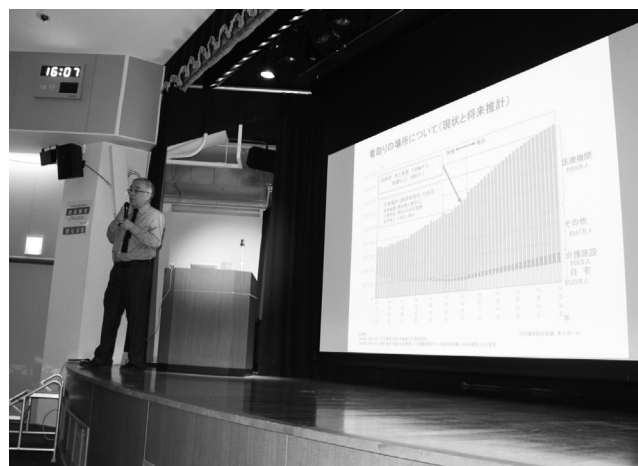
ので、それができないようにするのです。

安楽死法案(尊厳死法案)も随分誤解があります。日本で筋弛緩剤の事件がありました。ドイツやイギリスやいろいろな国でも、医者が手を出して人を安楽死させている事例が10%ぐらいはあるのではないかとことです。オランダでは、それを徹底的にオープンにするのが安楽死法案(尊厳死法案)の一つのポイントで、事例を徹底的に検証します。安楽死させた場合、それが本当にふさわしいものであるかを徹底的に検証する仕組みが入っているのだそうです。イギリスでもそうですが、オーディットといって、サッチャー首相以来の民営化が進むと、それに応じて質を担保するようないろいろな仕掛けを導入しました。アメリカは、SECという金融取引を監視する機関が膨大な組織を持っています。

日本では医療の評価機構がありますが現実はどう機能しているのでしょうか。日本では福祉サービスの第三者評価というか、介護保険制度の情報公表制度などありますが、なかなか期待した役割を果たしていないように思い残念です。このような分野の改善はなかなか進みません。医療介護福祉のサービスの質の担保がどうもうまくいっていないという印象があります。ヨーロッパ人は病院が大嫌いです。なぜかという、「ホスピタル」という語源は、平たく言うと、近代学が19世紀に成立する前は行き倒れの終了の場だったのです。精神科病院もそうです。『アマデウス』という映画の冒頭場面は、精神科病院の場面です。18世紀の精神科病院はああなのかというのを、今度DVDでご覧になってください。日本でいうと、養老院に似たイメージを彼らは持っています。フランスでは、在宅入院制度という面白い制度があります。インテンシブなケアを、在宅生活をしている人に提供します。その前提は、看護師の裁量権がとても大きいです。

注意しなくてはいけないのは、メディカルドクターやナースという言葉は、日本では「医師」や「看護師」と言いますが、実は制度的な構造やつくられ方が全部違います。それに気を付けないと、医師の行動の解析はできませんし、看護師の行動も分かりません。ドイツでは、医者は全ての国立大学で授業料は無料です。18歳でアビトゥーアを取っても入学はできません。何年か待つのが普通です。その間にさまざまな社会経験をしてから医学部に入るのだそうです。無料ですから、行動様式が全然違います。日本では、旧帝大出身の人は勤務医か大学教授で、私立医科大学出身の人は病院経営者なるというキャリアモデルがあるようです。そうしますと、そこで働く医者の行動様式と、授業料が無料の国の行動様式は全然違います。したがって、ヨーロッパでは総合医や一般医といわれる人たちが大きな役割を果たしています。

それから、日本の医療や介護や福祉の場合は家業であることが多いようです。政治家でさえもそうですね。



5. 看取りの場所について(現状と将来推計)

資料6は三代前の老人保健課の課長さんがつくった大変有名な推計です。2006年の死亡者が約90万人だったのが、2030年には約160万人になります。医療機関のベッドはそのままで、自宅死を1.5倍に増やします。介護施設も何とか2倍整備して看取りができるようにするとしても、その他が47万人出ます。これを新聞記者風に言うと、「ターミナルケア難民47万時代」となるわけです。

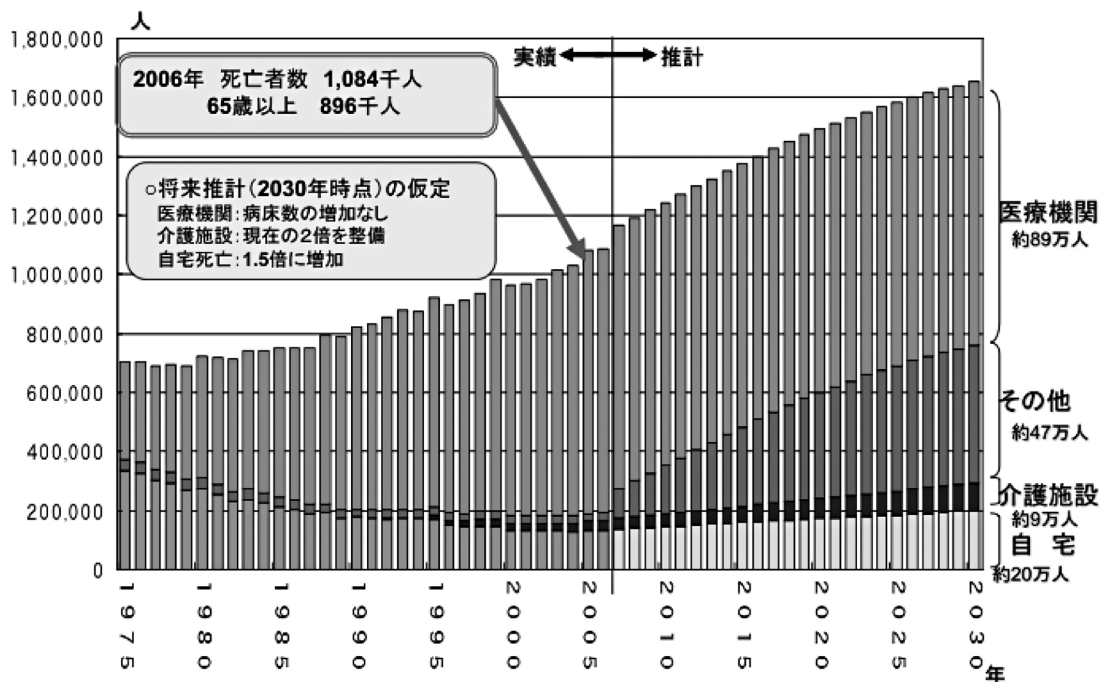
これはどのように見たら良いかという、私の大変敬慕する元日本医大の長谷川敏彦先生が、「エクストラポレーションではなく、バックキャストイングだ」とおっしゃっています。今までの過去をずっと回想して、将来を予測する時代はもう終わってしまったのです。

世の中はノベルティ、新規性というのでしょうか。新規性は、数量経済学ではできません。ジョン・メイナード・ケインズが、既に「計量経済学というのは学問にならない」と言っています。彼は『確率論』の本を書いている人です。なぜならば、経済学は人の現象であり、人が織り成すものです。それは従来の知識では分からないものが現れます。それをはっきり言ったのは、シュンペーターという学者です。イノベーションという原理を不連続的な変化と捉え、「資本主義はやがて成功によって死滅する」という大変面白いテーゼを出した人です。

医療も、バックキャストイングの方法でどのように見直すかです。そしてデータを読み直すことです。例えば、日本ではもう成熟化して行き渡ってしまったMRIのような機器は、世界の約4割を占有しているのだから伸びるわけがありません。そうしますと、陳腐化して買い替えさせるという構造で行うより仕方がないのです。日本のあらゆる商品は、意識的に陳腐化させて買い替えさせます。

ある経営者がとても面白いことを言いました。「取締役会で反対が多い提案ほど可能性がある」と言うのです。みんなが賛成するということは、もう世の中にその考え方が流布してしまっているということなのです。時期尚早だと言われるような、荒唐無稽(こうとうむけい)な提案のほうが世の中を見えています。したがって、企業は健全な赤字部門を持たなければなりません。これは私の

看取りの場所について(現状と将来推計)



【出典】
2006年(平成18年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
2007年(平成19年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

資料6

ウォッチングの感想です。

それからもう一つ、企業の社会的貢献という話があります。あれは、私はある種のサーチライトのようなものだろうと思っています。社会的貢献部門に、優秀な人材を出している企業と窓際族を出している企業で非常にはっきりしています。優秀な人材というのは、企業外の動きをいろいろな形でつかんで、今何が起きているのかをフィードバックできる能力です。トップクラスの経営者にもフィードバックできる能力というのは、将来囑望されている有能な人でないとだめです。出来の悪い人がいくら世の中のことを言っても、「なぜ本業に関係ないことを四の五の言うのか」という話になるわけです。私は福祉の仕事柄、社会貢献の企業の方を見ると、企業の差はとてもはっきりしています。「これは良い」と思っていたら、本当に良い企業なのです。

人材が豊かだということと同時に、戦略的な人員配置です。3:3:3の原則があります。組織は、1割のとんでもない人を含めた3割と、普通の人が3割、あとの3割は足を引っ張る人たちです。日本は急速に官僚化してきたという感じがあります。ビューロクラシーという言葉で「官僚制」と訳していますが、あれは間違いです。誤訳です。bureauというのは、「大きな事務所」という意味にすぎません。マックス・ヴェーバーがビューロクラシーと言った時は、プロイセンの官僚組織しかなかったので、何となく日本の人たちが「官僚制」と訳してしまったのだと思います。大企業ほど官僚的です。民間助成で、何とか財団というのがありますが、その仕事をしていると本当にそのことを痛感します

話を元に戻します。資料6の「その他47万人」というのは何でしょうか。エクストラポレーションの論理ではなく、バックキャストिंगで見ると、これは今までのシステムが将来機能不全を起こすというサインです。だから退院促進なのです。退院促進すれば回転率が上がるでしょう。それから、川上で議論を行い川下に持っていくという話です。「介護施設」と書いてあるけれど、おそらく脱施設化です。(資料6)



II.モデルの転換

1. 1970年モデルと2025年モデル

この世界で非常に面白い議論は、ケア論の書き直し(モデルの転換)をやらなければいけないことです。資料7は先ほど言いました、1970年モデルと2025年モデルの社会保障制度国民会議のもので、熟読玩味していただきたいです。さらっと書いてあるようで、なかなか意味の深いことです。会議のメンバーはよりすぐった時代感覚の鋭い方たち、特に経済学者の権丈さんが相当コミットしています。つまり、こういう前提が崩れているのだという話です。そして、「地域だ」と言っています。(資料7)

1970年モデルと2025年モデル

「男性労働者の正規雇用・終身雇用と専業主婦を前提とし、年金、医療、介護を中心とした1970年代モデルから子育て支援、経済政策、雇用政策、地域政策と連携し、非正規雇用の労働者の雇用安定・処遇改善をはじめとするすべての世代を支援の対象として、その能力に応じて支え合う全世代型の社会保障としての2025年モデル」へと転換をはかること。

さらに「QOLの向上という観点から様々な生活上の困難があっても、地域の中でその人らしい生活が続けられるよう、それぞれの地域の特性に応じて、医療・介護のみならず、福祉・子育て支援を含めた支え合いの仕組みをハード面、ソフト面におけるまちづくりとして推進することが必要である。」

社会保障制度国民会議報告書

資料7

2. 生活機能を規定する諸要因の関係

結論を先取りして言いますと、地域包括ケアシステムというのは、基本的に社会保障の給付を地域に回して地域循環させることが眼目です。

それから重装備型から軽装備型にします。例えば、私はサービス付高齢者向け住宅にも直接かかわっていますが、全部新築で行ってきました。日本の住まいのライフサイクルがとても短く、約40年で建て替えます。50階建てのマンションに住んでおられる方は、早く売りに出したほうがよいです。建て替えができないので、不良債権化します。50階建てマンションの相当多くは投資物件ですから、これからボコボコ穴が開きます。また、地震が来たらアウトです。エレベーターは1週間止まります。先日、少し大きな地震があった時に、横綱の白鵬が一日下りられなくて稽古を休んだという話が出ていました。同時多発的に起これば、エレベーターは修復に大変時間かかりますから、50階建ての人は下りられなくなります。おそらく売る時は「大丈夫です」と言っているに違いないのです。日本は約50年おきに地震の多発期が来ています。高度成長期は、日本の静謐期と重なっていたのです。

地域包括ケアという議論で、まず申し上げたいのは、「cureの議論」と「careの議論」をはっきり分けましょうということです。急性期医療は単一エピソードです。一疾単一型ですから、やがて退院して元気になって戻ります。治療を施せば元気が出ます。時々、手術の失敗でお亡くなりになります。一定数は病院で亡くなります。アメリカですら3割いるのはその為です。『アメリカ人の死に方』という本の中では、急性期で死ぬリスクが徹底的に検証されています。ある州とある州は、異様に急性期病院の死亡率が高いというデータがあり、それが大問題になります。その州の病院のレベルがあつという間に分かるわけです。

cureの世界は一つの病気(ワンエピソード)なので、専門分化が非常に効果的です。これは長谷川敏彦先生に習ったのですが、19世紀プロイセンのフンボルト大学の病理学の創始者であるルード

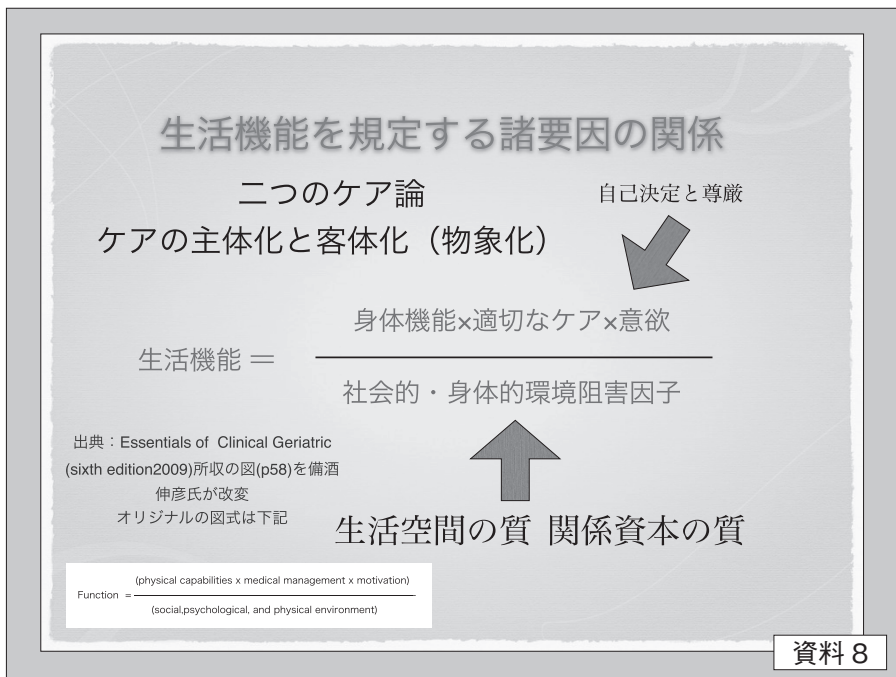
ルフ・ルートヴィヒ・カール・フィルヒョウが、「病気には必ず原因がある」と言いました。感染性の疾患を中心に実に見事に大成功したので、医療はこういうものだと思ってしまうのです。

ところが、高齢期になると人はやがて死にます。120歳まで生きる人はこの中にもほとんどいません。だいたい80歳～90歳です。60代で亡くなると運が悪いと思うようになりました。昔は61歳でしたから55歳定年が妥当だったので、だいたい5年か6年間年金

をもらいます。子供が30代だとすると、孫が小学校へ上がった頃です。これは3代目まで大丈夫だと思って立命して死んで、お葬式はにぎやかに行います。お葬式というのは世代の交代式でした。「会長の〇〇さんが亡くなったので、喪主は長男で社長の××さんがやります」というのは世代の交代式だったので、お葬式というのは高コストでお金を投じるに価値のあるものでした。したがって、葬儀屋は丸もうけです。葬儀社というのは本当に優良ビジネスです。しかし、お葬式はこれからどんどん増えますが、それと同時に家族葬になっていきます。私は死亡記事をきちんと見ることにしているのですが、だいたい90歳だと息子さんが70歳です。定年世代の老老葬式になるわけです。今は家族葬で、ワンロットは急速に小さくなっています。葬儀会社のビジネスモデルは、今、非常に大きく変わりつつあるそうです。その象徴が、互助会という仕組みが入ったことです。あれは家族葬に転換する象徴のようなシステムです。事ほどさように、deathビジネスの構造は変わりつつあるわけです。それは医療と全く同じはずなのです。

もう一つは、高齢者の場合は、多疾患多エピソード型です。だから病院は駄目なのです。今、病院が一番困っているのは、認知症とその他の病気の合併症で入ってこられる方です。寝たきりにする最大の原因は、口腔ケアです。食事をきちんと取らせていません。口腔ケアというのは、歯科とリハビリテーションのチームでやらなければなりません。がんの病棟に連れてくることのできる病院はほとんどないはずで、精神科病院で歯科治療なんて行っている所は、口腔外科がある所でさえ少ないです。そうしますと、尾道医師会会長の片山先生がおっしゃるように、高齢者にとっては在宅医療のほうがレベルの高い医療が提供できるのです。なぜならば、多疾患多エピソード型で、チーム医療型だからです。「チーム医療、チーム医療」と言う大先生がたくさんいますが、病院のチーム医療はチーム医療ではありません。地域の医療は本当のチーム医療です。

前にNHKスペシャルで、『新宿“人情”保健室』という放送がありました。秋山正子さんという訪問看護の大変な先達がいらっしゃいます。彼女は戸山団地の下で「暮らしの保健室」を行っています。NHKスペシャルがその1時間弱の番組を作りました。面白かったのは、肺がんで肺を切除した高齢者に、普段は秋山さんたちのいろいろなチームで、とにかく外へ出そう、体を動かそうとしていました。病院で医者に「あなたの肺の機能が最近とても低下しています」と言われた途端、彼はパジャマを着ます。その前まではシャツを着ている、「肺がんのあるヤマダタロウさん」だったので、それが「患者さんのヤマダタロウさん」になってしまい、パジャマを着て動かなくなります。そ



れをもう一回、一生懸命「外へ出ましょう、デイサービスに行きましょう」といってシャツを着せます。病院では、長期ケアの所でも寝間着を着せたがります。シャツを着て自由に動かれたら、管理が不行き届きになるから縛るのです。

認知症の比較をした時に、一番分かりやすいのは何をお召しになっているかです。病院は全部パジャマで縛ります。「たまたま身体機能の具合が悪いが、生活をしている人だ」というのが長期ケアの一つのポイントです。(資料8)

3. 死の3つの軌道

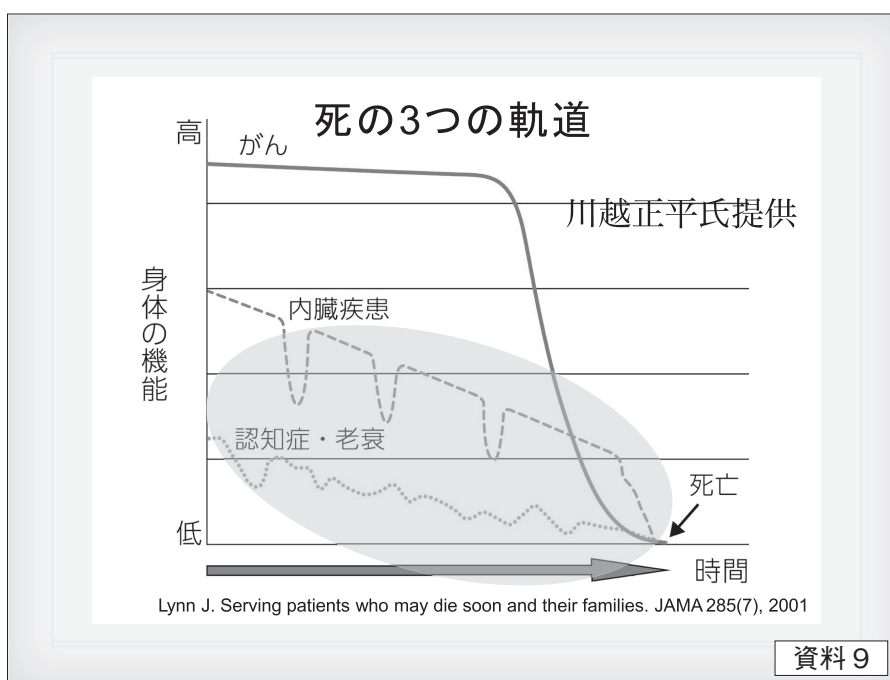
がんや内臓などのだらだら型の死がこれからどんどん増えます。一番よい死に方は何でしょうか。がんでしょう。なぜなら、自分の死期が分かるからです。資料9のグラフのように生活機能が急速に落ちますが、ここまではほとんど社会生活が可能です。だから歌舞伎役者もみんな最後まで頑張るわけです。ほかは、だらだら型で本当に始末が悪いのですが自分では選べません。

例えばアルツハイマーの場合、アミロイドベータは40代

ぐらいから脳に蓄積が始まっているのだそうです。逆の言い方をすれば、そのリスクがある確率で発症するにすぎないのです。どこが障害されているかによって、症状の出方が違います。最近の研究では、糖尿病とほぼ似た構造だということが分かり始めて居ると言うイギリスの研究がNHKスペシャルの認知症特集で紹介されていました。生活習慣病に近いのだそうです。早期に見つけて、早期に発症をコントロールすると、相当うまくいきます。それを日本では寄ってたかってBPSDにして、徘徊させているのです。つまり、ケアの質が悪いからです。家族が叱責するでしょう。物忘れをして叱責するというのはいちばん具合が悪いのです。

日本で唯一成功した認知症サポーターがあります。面白いデータがありまして、認知症サポーターの普及率が高い所では病院の受診率がとても高く、入院率がとても低いです。認知症サポーターの普及率が低い所では、受診率が低く病院入院率が高いのです。やはり最初に気が付くのは家族です。医者に行ってからでは遅いので、早めに見つけなければなりません。その為には、認知症というのはどういうものかというきちんとした知識を持っているかどうか非常に重要です。

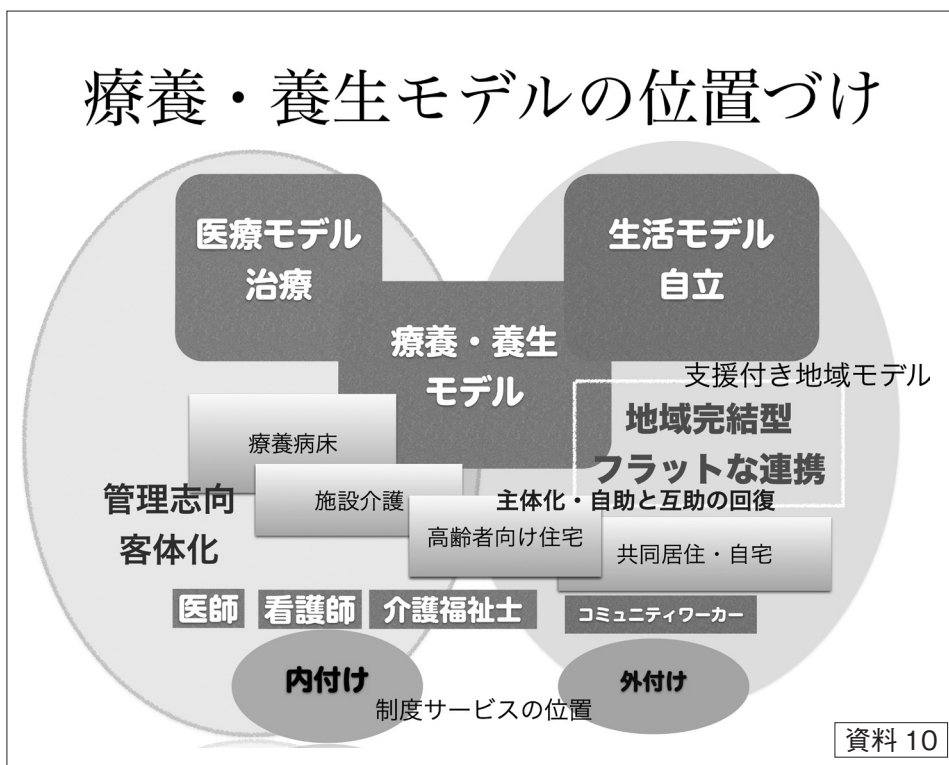
「認知症は国家戦略」という議論はずっとしています。安倍首相も、ついにこの間「新しい国家戦略をつくる」と言ってしまいました。認知症の人を精神病院に入れるような国家戦略をつくらないように願っています。(資料9)



4. 療養・養生モデルの位置付け

つまり、治療としての医療と、今まで医療が療養病床や施設介助を療養・養生モデルという形で組み込んできたものを切り離します。

そして、養生モデルです。これは兵庫県立大学大学院経営研究科教授の筒井孝子さんと議論をしていて、何か別の言葉をつくらうということで「養生」としました。セルフケアも含めたもので、地域の中で生活してもらいます。高齢者向け住宅や共同居住・地域の中に、サービスを外付けで



提供します。地域包括ケアシステムの話はこれに尽きます。

外付けにすると何が必要かという、気が付く人が必要なのです。これからはヨーロッパ並みになっていくでしょう。家族と同居はどんどん落ちて、50年代には高齢者の一人暮らしが最多所帯になるという予測が出ています。それは皆さんの世代です。団塊ジュニアの皆さんはそうなるのです。これは評論家の樋口恵子さんの名言ですが、「女性は三度老いと直面する」というのです。つまり、「嫁姑」「夫を看取り」「自分の老い」です。「男は無責任」というのが、樋口恵子さんの戦闘力の源です。「仕事だ、仕事だ」と言って、だいたいうちは見ません。「おまえに任せた」ということです。それから「先に逝くからおまえに任せた。後は知らない」という世界です。

介護保険制度導入の時に、家族で支え合うのは醇風美俗(じゅんぷうびぞく)だと言いました。あの時の政調会長が介護保険制度を止めようとしたのです。日本は江戸時代から大衆はみんな共稼ぎでした。醇風美俗論というのは旗本だけです。日本は大企業のサラリーマンだけがそうだったわけです。大企業にお勤めのうちは確かにそうでした。しかし、その頃は女中さんという家事使用人がいました。

これからわれわれは約100年の人生の中で、50歳ぐらいからは下り坂の人生をどう生きていくかです。アメリカに行って、お年寄りがストレッチをしたり、マシンに乗って必死にこいだりしている姿を見て、はっきり言って心が痛みました。だけど、そうやって彼らは健康寿命を延ばそうと必死の努力をしているわけです。健康寿命ということで、高齢者そのものを社会の担い手にしないと日本の社会はもちません。50代からの下り坂の人生にはどうしていったらいいのでしょうか。ヨーロッパでは高齢期のことを「第三の人生」と言うようになりました。第三の収穫の時期だということです。昔は、寝たきりになるいとまもなく人生50年で死んでいたわけです。これが80歳、90歳まで生きるようになりました。日本は世界で最長の寿命の国です。それをどうやって健康にサクセスフルエイジングしていくかということです。それを支えるケアサービスという議論に転換して、「予防、予防」といってもどうもうまくいきません。ここで必要なのは、寝たきりだった人が重度化しても良くなることです。不思議です。あとはお読みくださいと言っていくらいの前置きの話をしています。(資料10)

なぜ、地域包括ケアシステムという思想が出てきたのかというのは、まさに前置きを理解していただかないといけません。医療・福祉で「それが地域包括ケアシステムだ」とのたまう提案が今たくさん出ています。しかし、それでは財政的にもちません。38兆円のうち医療費でほぼ7兆円～9兆円ですが、人口比で2倍になれば2倍要るわけです。自然体で伸びていって、それだけの資源配分、財政配分はおそらくできないと思います。平成に入って以来、小渕元首相が「俺は世界の借金大王」と言って、堺屋太一が経済企画庁(現 内閣府)長官で大盤振る舞いの公債発行をしました。それからぐんと伸びて、民主党がそれに輪をかけました。あの時は、確かに景気後退がひどかったので財政出動せざるを得ないという、その当時の判断ではありました。しかし、後知恵にすると、成長経済が終わったということは、やがて成長経済で取り戻せるはずだとリフレ派は言っています。実は、取り戻せなかったから借金がたまったのです。つまり、「保証がないことをできるように言うのは詐欺だ」というのが、伊東光晴の著書『アベノミクス批判』の趣旨です。経済学の論理がないということです。「彼らは経済学をきちんとやっていない人と、アメリカへ行っていい思いをした人たちだけだ」と言っているような、大変面白い本です。そうすると、「医者要らずがよい、ケア要らずがよい」という話になるわけです。

『社会保険旬報』との11月、1月号に、夕張市の診療所の所長をされた森田洋之さんという方が論文を発表しました。12万人の町が1万人になり、市立病院の病床がなくなりました。在宅医療だけになったのです。それで何が起こったのでしょうか。高齢化率が46%です。老衰死が急激に増えています。そして肺炎で死ぬ人がとても減ります。在宅医療で肺炎のワクチンの話です。予防を徹底的にやりました。そして、肺炎死が減りました。がんやいろいろな病気が減り、老衰死が増えました。それから、皆さんがセルフケアを始めます。互助が復活します。そうしますと、一人当たりの医療・介護を合わせた額は、北海道平均に比べ、夕張市では一人当たりの額が落ちてきます。「医療崩壊のすすめ」という言葉で彼は講演しています。それを徹底したデータで解析した本なので、ご興味のある方はお読みください。これは夕張市の特殊論で片付けられない、大変示唆的な話です。医療があてにならないと、みんな自分でセルフケアをするようになるのです。そのおかげでみんな若返ります。

先ほどの秋山正子さんのNHKスペシャルではありませんが、病人は医者がつくっているのです。だからといって、不養生の勧めをするわけではありません。それから、救急車の出動回数がぐんと減ります。秋山正子さんの「暮らしの保健室」も、最大の効果は救急車が出動しなくなることです。不思議です。やはりいろいろな相談をし、悩みを打ち明け、調整をくれる人がいると、夜不安に駆られなくなるのです。これが救急車の出動回数を落としているのです。

ほとんど一人暮らしですが、近隣のネットワークをもう一回復活することで、何かあるとすぐに対応してくれる身近なものがあるということです。今度介護保険で総合事業が始まりました。軽度者を全部そちらへ移して、地域の創意工夫に任せるようなシステムをつくってほしいということです。

大牟田市の白川校区には、棺桶にならないと出られないと皆さんが言っていた、長期療養病院がありました。2代目の院長になって、これを何としなければいけないと思っていました。それと同時に医療ソーシャルワーカーが地域を組織化して、町内会をベースにNPOをつくっていろいろな看取りをします。それから、空き家を借ります。そこに出来る場所をつくるのです。NPOは、だいたい地域が高齢化してお年寄りの社会参加の場所になります。単に遊ぶのではなく、目的的に活動することが老化などを防ぐという形です。

大成功しているのは、鹿児島県の鹿屋市の柳谷集落(通称「やねだん」という集落が高齢化率40%以上です。鹿屋市平均の医療費が3分の1、介護保険費が3倍です。老人はおととし5人亡くなりました。4人はピンピンコロリで、1人は病院へ30日ということです。社会的な活動やモチベーショ

ンなどを上手に組織化することによって、ケア要らずになります。そして、社会的な活動の場がたくさんできます。これは小地域でのささやかな実験にすぎませんが、実はバックキャストिंगの手法からいうと将来の可能性を示すものです。

一方、病院は寝たきりにして、特別養護老人ホームの待機率が上がることをしてきましたが、どうもそれではうまくいかないのです。

5. 地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」


資料11は地域包括ケアシステムの定義で、有名な「鉢植えの図」です。地域包括ケアシステムの話をするとき必ずこれが出てきます。医療・介護の専門サービスというのは、やはりこういう土壌がないと育たないのです。これがなくて、全部医療・介護にいつてしまったら腐ります。そのような適切な生活や福祉サービスがあって、そこにすまいとすまい方があります。これも考え方は全部書いてあります。だから「自助・互助・共助・公助」という言い方になりました。

人間というのは不思議なもので、友達がいるからきちんとするということがあります。互助があるから自助があるのです。自助というのは、無理して頑張るという話ではなく、それを励ましてくれるネットワークがあるかどうかです。そして、制度がバックヤードで控えているというイメージです。本当に必要な人はレベルの高いケアをしてもらい、きちんとお金を払います。レベルが低くて寝かせておく人には、今までのように40万も50万も払う必要はないというのが私の意見です。そういうことも含めた考え方が書いてあります。(資料11)

地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

○高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す「地域包括ケアシステム」

地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」



「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。

【すまいとすまい方】

- 生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望にかなった住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

【生活支援・福祉サービス】

- 心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。
- 生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。

【介護・医療・予防】

- 個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される(有機的に連携し、一体的に提供)。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

【選択と心構え】

- 単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活の選択が常に「家族に見守られながら自宅で亡くなる」ことにはならないことについて、本人家族の理解と心構えが重要。

「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム

- 自分のことを自分でする
- 自らの健康管理(セルフケア)
- 市場サービスの購入

自助

- 当事者団体による取組
- 高齢者によるボランティア・生きがい就業
- ボランティア活動
- 住民組織の活動

互助

- ボランティア・住民組織の活動への公的支援

共助

- 介護保険に代表される社会保険制度及びサービス
- 一般財源による高齢者福祉事業等
- 生活保護

公助

【費用負担による区分】

- 「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間(被保険者)の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。
- これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。

【時代や地域による違い】

- 2025年には、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。
- 都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大。
- 少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。

資料 11

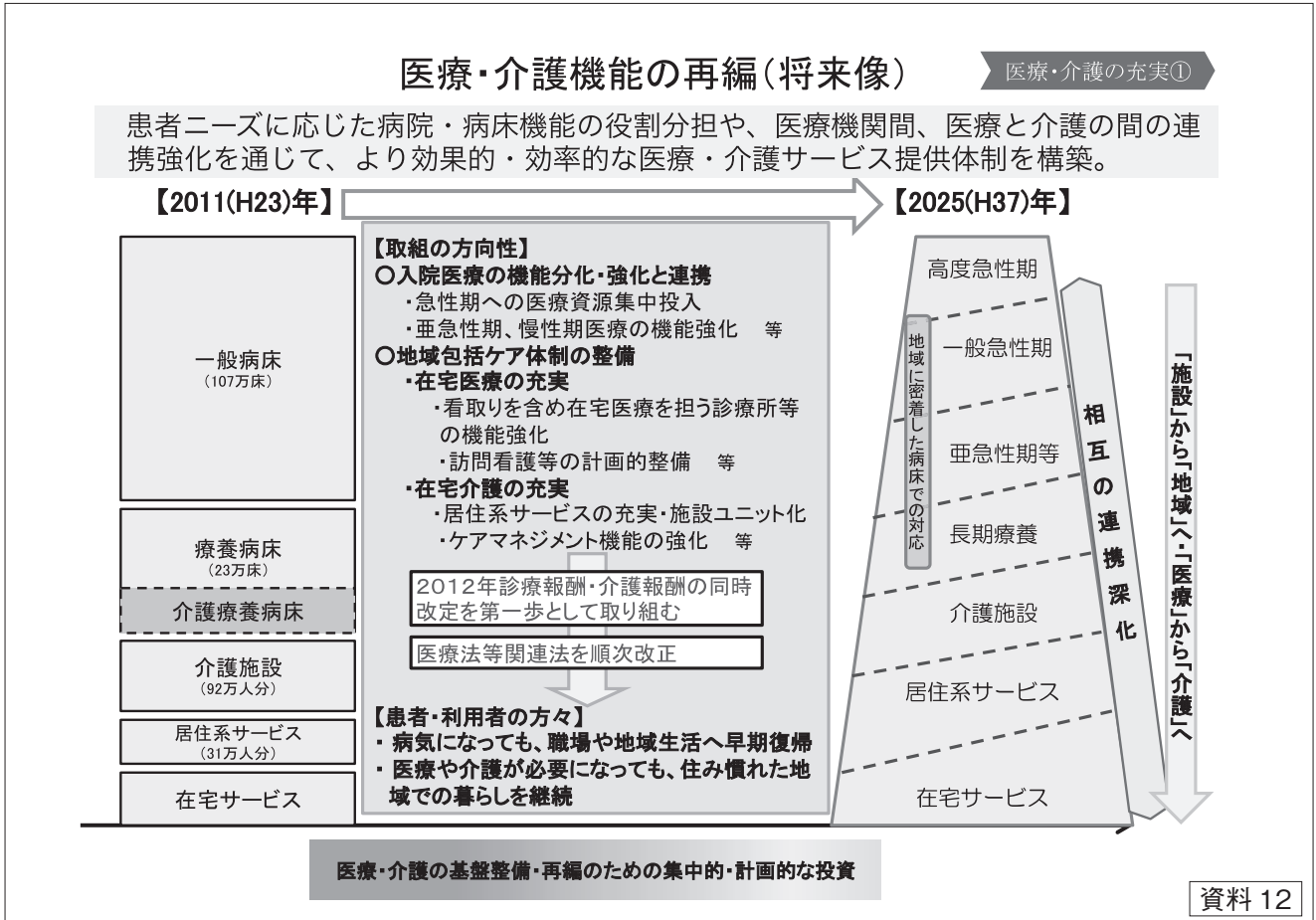
Ⅲ.医療介護の一体改革の方向

1. 医療介護機能の再編(将来像)

資料12もよく見ると思いますが、役人のポンチ絵だと思わないでください。一般病床を全部区切ってあったのが、一つのボックスにして波線で区切り、亜急性期や地域包括ケア病床というところでもない名前になりました。この名前を付けたのは、厚生労働省の誰だろうと思っているところです。長期療養をこのような形で一体化しています。施設から地域へ、医療から介護へ。長期ケアについては脱施設化でいくということですが、すぐにはいきません。なぜなら、1970年以来つくってきた強固な権益集団がたくさんあるからです。しかし、お金がもちません。これは一番大きいです。財務省的な発想ではなく、大事にお金を使う為にはどうしたらよいかと考えます。(資料12)

保険料は5,000円になるのが必至ですが、地域包括ケア会議などを徹底にやった埼玉県和光市は、保険料が増えません。私は和光市の介護保険委員会の委員長をしていました。試算が出て仰天したのですが、増えません。和光市は、ご承知のように団地があって、まだ若いことは若いのですが、高齢者が急激に増えて、公団の団地の高齢化率が4割から5割を超えたところが現れています。それでも保険料は増えません。周辺地域は全部1,000円アップだそうです。10年首尾一貫した政策を実施するとそういうことができるのです。つまり、政策にも異動のないスペシャリストがこれから必要なのです。

金融危機の時に日本の大企業がだめになったのは、日本の経営者の多くがジェネラリストであったからだという人がいます。ぐるぐる回って偉くなった人たちしかいなかったから、戦略的な決断ができなかったのです。日本の企業は大部分がそうです。ソニーの創業者は戦略的な決断をしました。それが大組織化すると、公務員・官僚制というのはそういうことです。『断絶の時代』という、



昔ベストセラーになった本がありますが、まさにこれからそういう時代がきます。バックキャストिंगというのはそういうことです。

医療関連サービス振興会の講演なのでいろいろな業種の方がお集まりですが、市場構造がガラッと変わります。そこは、それぞれの分野で徹底したマーケティングのやり直しをされたほうがいいと思います。本日申し上げた、75歳以上2,000万人時代という超高齢化社会は、世界のどの国も経験したことのない未踏の領域なのです。しかし、未踏の領域というのは、未踏の領域に合ったビジネスチャンスがあるはずですが、それは教科書にはありません、分からないのです。分からないから、皆さんと一緒に考えましょうということです。それを既成観念で、「昔やっていたから、うまくいっていたから」という議論は本当に通用しなくなります。95%は間違えていると私は思っています。しかも、予言者は常に受け入れられないのです。1970年代に吉田寿三郎先生という方が、『日本老残』という本を書きました。これから急速な高齢化が進むのに何をしたら良いかという、ほとんど地域包括ケアシステムと同じ提案をなさっています。『日本老残』は公共図書館でまだ置いてある所もあるので、お読みいただくことをお勧めします。それから、下村治も「成長は終わった」と1970年代で言っています。しかし、受け入れられませんでした。そのようなダイナミズムの中で、これから何をしたら良いかということ、それぞれの現場で考えなければいけません。

おわりに

1755年にポルトガルのリスボンで大地震が起こりました。祝祭日の日だったので、教会で多数の人が死にました。それで神様の摂理というのが当てはまらないということがそこで分かり、ヨーロッパの思想の転換が起こりました。ヴォルテールという人が『カンディード』という本の中でそのことを書いています。その最後に「私たちは、私たちの畑を、私たち自身で耕さなければいけない」という言葉を書いています。つまり、人様のいろいろなことではなく、自分の現場でリアリティーをどれだけつかみ取って、そこにかかわるビジネスモデル、ビジネスチャンスをつくり出すか。それはおそらく少数派でしかありません。しかし、少数派の要件は過去の歴史を見ると当たるのです。

それは、トップリーダーの資質にもかかわります。徳島県の日亜化学工業は、ノーベル賞をとった技術者を大げんかした末に出してしまいました。先代は自由にやらせたからそれができたわけです。イノベーションというか、そういうものをどのように行っていくかということは、これからの医療・介護の世界でもまさにそうです。そんな時代が来たのです。

これの中心概念として地域包括ケアシステムが出てきたということなのです。

脱線が沢山あるお話しをしましたが、地域包括ケアシステムのスピリットが分からないと理解していただけないと思い、そういうお話を申し上げました。どうもご静聴ありがとうございました。