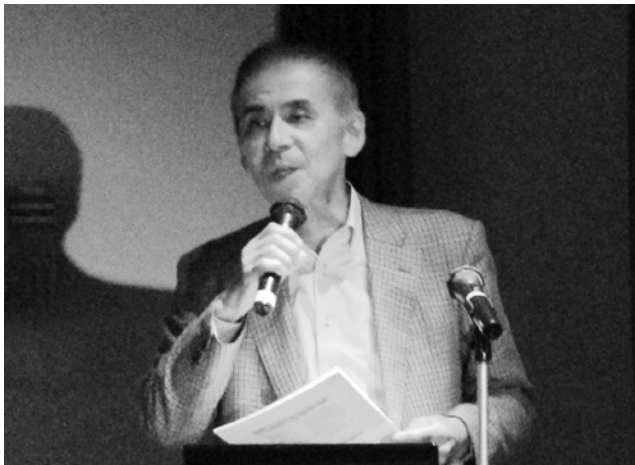


「地域包括ケアシステムから考える 「ポスト一体改革」時代の医療と介護」

令和元年9月2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

青柳 親房

(あおやぎ ちかふさ)

新潟医療福祉大学

社会福祉学部 社会福祉学科 特任教授

講師略歴

■ 略歴

- 昭和28年 北海道函館市生まれ
- 昭和51年 東京大学経済学部卒業 厚生省入省
- 昭和61年 三重県福祉部老人福祉課長・社会課長
- 平成8年 厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課長
- 平成10年 内閣参事官(中央省庁等改革推進本部事務局)
- 平成12年 厚生省保健医療局企画課長 厚生労働省健康局総務課長
- 平成14年 厚生労働省政策統括官付参事官(社会保障担当)
- 平成16年 社会保険庁運営部長
- 平成19年 厚生労働省九州厚生局長
- 平成21年 厚生労働省退官⇒独立行政法人福祉医療機構理事
- 平成22年 社会福祉法人こうほうえん理事・東京事業本部長
- 平成26年より現職(社会保障論、福祉行財政・計画・運営論)

■ 主要な著作・論文等

- 著書 社会保障の未来を考える(筒井書房 平成21年)
- 共著 東大がつくった高齢社会の教科書(東大出版会 平成29年)
- 概説福祉行財政と福祉計画(改訂版 ミネルヴァ書房 平成29年)

■ 関わった主な法律・制度改正

昭和60(1985)年 国民年金法改正(基礎年金創設等) 年金局係長・課長補佐
 平成6(1994)年 国民年金法改正(年金支給開始年齢引上げ等) 官房企画官
 平成9(1997)年 介護保険法創設 老人保健福祉局老人福祉計画課長
 平成12(2000)年 中央省庁等改革 内閣審議官(改革事務局参事官)
 平成13(2001)年 健康増進法創設 健康局総務課長
 平成19(2007)年 社会保険庁改革 社会保険庁運営部長

■ 携わった主な福祉施設・サービス(平成22年～平成25年)

特別養護老人ホーム、認知症対応型通所介護、保育園、就労継続支援(A型パン屋)
 ⇒東京都北区
 サービス付き高齢者向け住宅、保育園、老人福祉センター
 ⇒東京都品川区(区立小学校跡地)活用
 保育園・児童デイサービス(発達障害児等)⇒東京都北区(JR用地を借りて新設)
 小規模多機能型居宅介護・認知症対応型共同生活介護、保育園
 ⇒東京都江東区(指定管理)
 保育園⇒東京都北区(既存区立保育園を指定管理に移行)
 サービス付き高齢者向け住宅、小規模多機能型居宅介護、保育園
 ⇒東京都板橋区(東京都住宅供給公社の用地・建物を管理・運営)

皆さん、こんにちは。ただ今、ご紹介いただきました青柳です。よろしくお願ひします。簡単にご紹介をいただきましたが、元はたどってみますと、33年ほど厚生省、厚生労働省で役人をしていました。年金、あるいは医療保険、介護保険、いろいろ社会保障制度の企画や立案をやらせていただきました。これだけだとあまり大した履歴ではないのですが、私の自慢は三重県で、老人福祉課長を2年やらせていただき、厚生省でちょうど介護保険を作るときに、老人福祉計画課長を2年やらせていただきました。辞めた後に、社会福祉法人こうほうえんという、鳥

取県米子に本拠のある法人なのですが、ここで3年半、東京の保育園や老人ホームを作る事業、採用なども含めてやらせていただきました。今、大学で介護を含む話をさせていただいています。県の課長、国の課長、社会福祉法人という現場での事業、それで学校で教えているということで、おそらく介護の分野について、厚生省のOB、あるいは後輩あまたいる中で、これを全部クリアしているのは私ぐらいではないかと、あまり自慢にもなりません、少し自慢をしています。

今日は医療関連サービスの関係者の方々にこれだけお集りいただいた中で、お話をするわけですが、実を言うと、医療のほうはあまり得意ではありません。厚生省時代に医療で何をやったかと思い出してみたら、昔、保険局で保険課と企画課の課長補佐をさせていただき、それから社会保険庁で運営部長を3年間やりました。今は協会けんぽになってしまいましたが、当時は政府管掌健康保険でした。これの責任者をやらせていただいたぐらいしかありません。もう少し裾野を広げてみても、今は健康局になっていますが、当時保健医療局で総務課長をやったときに、ハンセン病の訴訟の扱いだとか、C型肝炎の検討会だとか、健康増進法を作るとか、それを2年間ぐらいやらせていただきました。医療関連は仕事ではそのぐらいしかやっていないと思います。しかし、実は患者としては、近年になってですが、結構経験させていただきました。60歳前ぐらいから、白内障をまずやりました。その後に喉頭がんと食道がんのがん患者になりました。喉頭がんのほうは内視鏡で少し取って、後で検査をしたらがん細胞だったということで、手術そのものは簡単だったのですが、終わった後、再発しないようにということで、1カ月半近くでしたか、毎日平日病院に通って放射線治療を受けました。こちらのほうが少し苦痛でした。5年たちましたので一応落ち着きました。

その後、2年ぐらいしてから今度は食道がんになってしまいました。こちらのほうもステージ1だったのですが、Bということで、内視鏡というわけにいかず、食道を取ってしまい、胃を持ち上げて増設してくっ付けて何とか生きているという状態です。こちら2年半ぐらいたちました。手術前には主治医には、随分脅されました。「青柳さん、この手術で死ぬ確率は1%ぐらいだけれども、食道という部分を取る手術なので、ひょっとしたら声が出なくなるかもしれません」と言われました。大学の先生をやっているのに声が出ないというのは、失業するのと同じことなものですから、「先生、何とか声だけは出せるようにしてください」とお願いしたら、祈りが通じたとみえて、こうやって声を出せるような状態になっています。

1 「ポスト一体改革」時代の社会保障を展望する

2 旧くて新しいテーマ「医療と介護の連携」をめぐって

3 改めて地域包括ケアシステムを考える

4 地域包括ケアシステムと地域医療構想の「はざま」で

5 「地域共生社会」のリアリティ

資料1

この手術のことで一つ付け加えるとするならば、手術そのものは12時間かかった大手術ではあったのですが、後で主治医に言われたのは、「肝心の部位の手術はうまくいったのだけれども、内臓脂肪がたっぷりたまっていたものだからそれを取るのに時間がかかってしまった」ということでした。それでたっぷりたまっていた内臓脂肪を取ってもらったものですから、そのときに体重が10キロ減り、それ以降、戻りません。大体二十歳当時の体重に戻ることができ、体重だけは若返ることができたとして少し喜んでいる次第です。

今、新潟で大学の先生として暮らしています。国会議員ばりに、金帰火来であり、金曜日に東京に戻ってきて、週末は東京で過ごし、火曜日の朝一番で新潟に戻って、平日、火、水、木、金と授業をやってという暮らしを、もう5年になりますが、続けています。

どのようなことを教えているのかとよく聞かれるのですが、教えている科目は、社会保障論と、福祉行財政計画運営論です。130人ぐらいの3年生を相手に授業、試験をやり、成績評価をしています。それ以外に選択科目で、福祉文化論という科目があります。何をやっていいのかと学部長に聞いたら、「好きなことをやってください」と言われたので、宗教と福祉とか、スポーツと福祉とか、建築と福祉とか、いろいろな文化的な活動を福祉と絡めて何とか時間をしのいでいます。いろいろな資料などを読みながらみんなで考えようというようなことをやっています。

あるいは共生社会論という科目が4年生にあります。4年生は、今、就職と国家試験を受けるのに大変なものですから、そのいわば気分転換用に何かないかということで、一念発起して、まずめったに大学の他の授業では読まない本を読もうということで、糸賀一雄さんの『福祉の思想』とか、その他、私が多少とも関わりを持った方々が書いたもので福祉というものはどういう観点を持って見たらいいのかということを中心に問い掛けるような授業をやったりして楽しんでやっています。

東京でも、拓殖大学という大学が茗荷谷にあります。そこの大学院で社会保障政策論という科目を前期に、後期には学部の授業で、高齢化社会と福祉という科目を引き受けさせていただいています。そのように日々を過ごして、あっという間に5年間たったというような次第です。

今日はすごく立派なタイトルにしてしまいました。『地域包括ケアシステムから考える「ポスト一体改革」時代の医療と介護』です。何をやるのかと、期待を持っていらした方には申し訳ないので、最初に申し上げておきます。確かに今日、医療と介護の連携という問題を昔からずっと考えているということで、話題提供したいと思っています。それから地域包括ケアシステムというのは、どこに行っても、今、自治体では地域包括ケアシステムという言葉が出てきます。私も実は新潟県で、地域包括ケアシステム推進委員会という委員会のメンバーになっています。しかし地域包括ケアシステムはどうやったら、何をやったらうまくいったということになるのか、何をやればいいのかというところがどうもまだ手探りで、皆さん、試行錯誤されているようにしか思えません。そこら辺について、こういうことをやったら地域包括ケアシステムがうまくいったことになるのではないかと、私が日ごろから考えていることをちょっと提起させていただき、皆さんにまたご批判をいただけたらと思っています。

今日、皆さんのお手元にもお配りした資料を見ながらやっていきます。今日の分はその後に追加したものとか、順番を入れ替えたものがあるので、皆さんのお手元のものとは若干違うところがあります。その点だけあらかじめ、ご了解いただきたいと思います。

新潟に行く前に勤務していたこうほうえんでは保育園を毎年のように作りました。北区、江東区、板橋区です。保育園は、みんな足りないと言いますでしょう。実は足りなくないのです。何が足りないかと言うと、ゼロ歳から2歳までの子どもたちを預かるものが足りないだけなのです。保育園を作ると、最初の

2年間は赤字です。なぜかと言うと、4歳児・5歳児はすぐにいっぱいにはならないのです。ゼロ歳から2歳はすぐにいっぱいになります。4歳児以降は、もうすでに他の保育園や幼稚園に入っていたりするのです。だから場合によっては3年間たないと保育園はいっぱいにならないのです。それが都内23区内の保育園の実態です。だから保育園が足りないというのは間違いなのです。足りないのはゼロ歳から2歳なのです。小池さんからもし意見を聞かれたら、「待機児童ゼロはすぐにできます」と、私は一度言ってみようかと思うのです。どうしたらいいかと言うと、公立の保育園でゼロ歳から2歳を全部受けてもらって、私立の保育園で3歳以上を受けてもらうようにすれば、おそらく待機児童ゼロは実現できると思います。公立の保育園は労働問題がいろいろあるのかもしれませんが、延長保育も乳児保育もあまり熱心ではありません。別に働いている人を責めるつもりはありません。しかしそのぐらいの抜本的な改革をすれば、一発で待機児童はゼロになるというのが、私の3年半の経験からの結論です。

その他、高齢者のサービスも特養はじめとしてやりました。以上何が申し上げたかったかと言うと、今日のお話は要するにこういう現場を踏まえての結論だということです。学者がよくないのは、やはりどうしても頭の中で考えて言うところがあります。霞が関の役人もそうです。私は一応少し現場を踏まえた意見だということだけ、最初にお断りしたいということです。

今日は、資料1にあるこの5つの話をしようと思っています。

1. 「ポスト一体改革」の時代の社会保障を展望する

社会保障と税の一体改革とは

「ポスト一体改革」の時代などというのはあまり聞き慣れない言葉です。皆さんはこれは何だろうと思ったと思います。ポスト社会保障と税の一体改革の時代という意味です。

この10年、社会保障は何をやっていたかと言うと、社会保障と税の一体改革をやっていました。今年10月、もうすぐですが、消費税が10%に上がると、やっとこの社会保障と税の一体改革が終わります。

資料2に年表風に整理してみました。2009年民主党政権、鳩山内閣が発足しました。12月に、社会保障改革の推進について

閣議決定を行ったときに、一体的に検討を進めて結論を得ると言うことが言われました。私は一体改革を素晴らしいと評価します。従来、私が厚生省にいたころ、財源の話は厚生省はあまり考えない、使い方だけ考えようと、財源の話は、大蔵省と自治省*で考えてもらえばいいという雰囲気がありました。一体でこれを考えるという雰囲気が非常に乏しかった、そういうことを脱却して、一体に考えなければいけないということです。それと何よりも、この一体改革に関しては、野党と与党が手を握る、これは素晴らしい

社会保障と税の一体改革とは...	
2009年 9月	民主党政権発足(鳩山内閣)
2010年 12月	社会保障改革の推進について(閣議決定) 「社会保障の安定強化のための具体的な制度改革案とその必要財源を明らかにするとともに、(その) 安定的確保と財政健全化を同時に達成するための税制改革について一体的に検討を進め、(略) 23年度半ばまでに成案を得、(略) その実現を図る」
2012年 8月	社会保障の安定的財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法等一部改正法、公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等一部改正法、子ども子育て新システム関連法成立
2012年 12月	自公連立政権発足(第2次安倍内閣)
2013年 12月	持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革推進法成立
2014年 5月	難病の患者に対する医療法成立
2014年 4月	消費税率引上げ(5%→8%)
2015年 6月	地域における医療及び介護の総合的な確保推進法成立
2016年 5月	持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等一部改正法成立
2019年 10月	消費税率引上げ(8%→10%)

資料 2

*自治省は地方税制度や地方交付税の配分を担当

しいです。

日本の歴史の中で今までなかったことだと思います。民主党の政権にしてみれば、そういう立派な仕事をしたのが、最後の総理大臣だったというのが大変残念だったろうと思います。しかしながら、日本国民にとっては、一体改革はよかったと思います。

その一体改革に沿って改正をずっと行ってきました。この10月に10%に上がれば、完成というところまで来ました。面白いもので、ちょうどその一体改革が完成する年に令和へと時代が変わる、年号が変わります。どこかで神さまが見ていたのかと思います。

一体改革によって実現した主な制度改正

一体改革でどのようなことをやったのでしょうか。簡単にですが、医療、介護、年金、子ども・子育てと書いてみると、資料3のようになります。整理して書いてみると、まさにこの10年、一体改革を追求してきた時代だということは、皆さんにも何となく実感として受け止めていただけるのではないのでしょうか。

ただもう少しワイドな面で見ると、この一体改革より前にすでに時代は変わっています。具体的には人口です。日本の人口は、2008年10月の1億2,808万4,000人がピークだったと言われています。昨年10月時点で、1億2,644万人ですから、もう200万人近く、160万人ぐらい人口が減ってしまっています。年間で26万人ずつ減っているのだそうです。

よく言われているように、人口が減少すると日本の経済社会の活力は低下します。活力が低下すると、年金や介護などの社会保障給付費が膨らんで、負担が重くなるのではないかと、皆さんも大体そのように思っているのではないですか。

そうかと思うと一方で、「そのようなことはない。もっと付加価値の高い製品を作って、国民1人当たりの生産力を高めれば心配は要らない」という意見もあります。ついこの間まで、藻谷浩介さんという人が、「人口が減るともう日本はデフレから脱却できない」と、それに対して吉川洋先生などの、「そのようなことはない。イノベーションさえ起こすことができれば、日本経済、日本の社会はもっと豊かになる。今まで長期のトレンドで見たとき、人口と経済成長率などは全然相関していない」という力強いご意見もあります。

いずれにしろ、日本人の人口が増大する過程で、経済の成長とか、社会保障の発展を享受してきました。これが高度経済成長のときに、われわれがたどった道筋でした。だからNHKの朝ドラの『なつぞら』などを見ていると、私も少しあの人たちよりは若い世代ではあるけれども、「こうだったなあ」と思います。ちょうど今日の『なつぞら』の舞台が昭和48年、私が大学2年生で、「これからオイルショックが来る」などと思いながら、今朝も見てきました。高度経済成長と同じ時代はもう来ない、これだけははっきりしているということだと思います。

一体改革によって実現した主な制度改正	
分野	主な改正事項 ()は改正法の成立年次
医療	難病患者医療法(2014)、地域医療介護総合確保基金創設、地域医療構想策定等(2014)、国民健康保険の安定化、後期高齢者支援金の総報酬割実施等(2015)
介護	地域医療介護総合確保基金創設、予防給付(訪問介護・通所介護)を地域支援事業に移行、一定以上の所得のある利用者の自己負担引上げ(2割)等(2014)
年金	基礎年金国庫負担1/2恒久化、老齢年金受給資格期間の短縮、短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大(2012)、被用者年金制度一元化(2012)
子ども・子育て	子ども・子育て支援法(子ども・子育て支援給付、子ども・子育て支援事業等)(2012)

資料3

社会保障費用の将来推計(平成24年3月)

では、肝心の社会保障はどうなるのでしょうか。これだけ制度改正しました。では、こういう制度改正をして、一体われわれは全て問題解決したのか、どういう状況に現在自分たちがいると考えればいいのかと、誰しも思うわけです。資料4が一体改革をやるときに、こういう見通しになるということで、厚生省が政府として作った将来推計です。少し内容が古くなっている分だけ、何となく紙も古くなっているので、変色して見えるところがあるかもしれません。

この将来推計ですが、非常に優れているということ、皆さんはご存じですか。これ以前にも厚生省は将来推計を何回もやっていました。決定的な違いがあります。何かと言うと、以前の推計は、制度改正をすることによって、これだけ社会保障の負担や給付を抑えるという推計だったのです。これは膨らむと書いてあるのです。負担も給付も増える、開き直りと言ったらそうかもしれません。しかし逆に言えば、まさに一体改革なのです。社会保障と税を一体改革でやって、消費税は増えるけれども、社会保障給付をこれだけ充実させるということ、これを将来推計として出したという意味で、これは画期的な推計なのです。

年度 項目	2012	2015		2025	
		(現状投影)	(改革後)	(現状投影)	(改革後)
保険料	60.6	65.7	66.3	83.9	85.7
公費	40.6	44.9	45.4	58.3	60.5
費用計	101.2	110.6	111.7	142.1	146.2
年金	53.8	56.5		60.4	
医療	35.1	39.1	39.5	53.3	54.0
介護	8.4	9.9	10.5	16.4	19.8
子ども・子育て	4.8	5.5		5.6	
給付計	109.5	118.7	119.8	144.8	148.9

(単位:兆円) 19

資料4

社会保障給付費の見通し(給付額と負担額(保険料負担と公費負担))

資料5は皆さんの手元にないので、申し訳ないのですが、2040年に延長した新しい推計を出しました。ここでも一体改革の考えは引き継いでいます。つまり社会保障を一生懸命やれば抑えることができるなどというのは幻想だということは、この税と社会保障の一体改革によって明らかになってきました。この新しい推計の注目すべき点は何かと言うと、今まで一体改革のときはターゲットを2025年に置いていました。2025年とは何かと言うと、団塊世代がみんな75歳以上になります。団塊の世代と言うと、私より少しお兄さんの世代です。私が1953年なので、ポスト団塊です。大学はじめ、狭き門をぐぐっと団塊の世代が広がっていただいて、そのところに滑り込んできた世代なものですから、あまり団塊の世代の悪口は言えません。

項目	2018年度		2025年度		2040年度	
	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)	(兆円)
給付額	121.3	21.5	140.4~140.8	21.7~21.8	188.5~193.3	23.8~24.1
負担額	117.2	20.8	139.2~139.6	21.6~21.6	185.9~187.7	23.5~23.7
保険料負担	79.2	12.4	81.3~81.6	12.6~12.6	106.3~107.3	13.4~13.6
年金	39.5	7.0		6.8		6.8
医療	22.1	3.9	①26.6 ②29.3	①4.1 ②4.1	①36.2 ②37.2	①4.0 ②4.7
介護	4.8	0.8	①26.0 ②25.8	①4.0 ②4.0	①36.4 ②36.3	①4.5 ②4.6
子ども・子育て	1.8	0.3	6.5	1.0	11.1	1.4
その他	2.0	0.3	6.9	1.1	11.6	1.5
公費負担	46.9	8.3	57.8~58.0	9.0~9.0	78.0~80.4	10.1~10.2
年金	13.2	2.3	57.8~58.0	9.0~9.0	78.5~80.3	10.1~10.2
医療	17.1	3.0	①22.2 ②22.0	①3.4 ②3.4	①32.1 ②30.9	①4.1 ②4.2
介護	5.9	1.0	①21.8 ②21.6	①3.4 ②3.3	①31.3 ②30.2	①4.0 ②4.1
子ども・子育て	6.1	1.1	8.0	1.2	13.5	1.7
その他	4.7	0.8	8.5	1.3	14.2	1.8
(参考)GDP	564.3	(兆円)	645.6		790.0	

(注) 医療は、単独の伸び率の前提において、①および②を表示している。

資料5

2025年から2040年へ

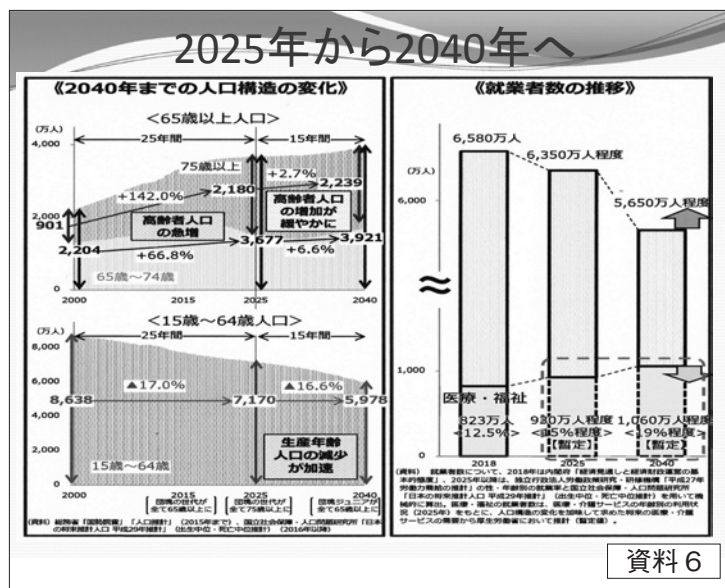
ところが今度2040年になっています。何となくターゲットが先に延びてしまっています。2040年は何ですか。確かに2025年というのは団塊の世代が75歳以上になって大変だということはありますが、2025年から2040年にかけては、実は今度は、高齢者人口の増加は緩やかになるのですが、内訳で見ると、85歳以上とか100歳以上の方がぼんと増えるのです。つまり高齢化問題というのが、量より質になってしまうのです。もちろん量も増えます。何よりも働き手がぐんと減るとというのが非常に大きなポイントではあります。量より質になる、つまり具体例を挙げると認知症の問題がより切実な問題になってくるのです。

この中に製薬メーカーの方がいらしたら大変失礼な言い方かもしれませんが、認知症薬の話です。ほんの10年前までは、10年たったら、きっと特効薬ができて認知症はぐんと減るのではないかと、私など非常に期待をしていました。βアミロイドでしたか、原因物質のほうまで分析が進んで、これを抑えることができればきっと認知症が減るのではないかとされていました。ところが今日では残念なことに、むしろ認知症薬を作っていたメーカーがどんどん撤退しています。10年やそこらではなかなか減らないという時代になってきました。85歳以上、100歳以上が増えると大変なことになるということです。

費用は増えるし、給付は膨らむのですが、それをどう使っていくと、85歳以上、100歳以上が増える時代にソフトランディングできるか、適合していくことができるか、これが2040年問題なのです。2025年問題と2040年問題の質的な違いを押さえるということがまず入り口です。やっと入り口に入ることができました。

資料6にあるように、「団塊の世代」が全て75歳以上になると、長年にわたって、日本の「生産年齢世代」を支えてきた層が「被扶養世代(年金受給世代)」に回ることになるため、社会保障給付(年金・医療・介護)の急激な膨張と負担能力の急速な低下が生じ、社会保障は危機を迎えるのではないかとということです。でも本当に大変なのは、2040年以降だということです。

『厚生労働白書』の資料編というのは今ウェブでしか見られませんが、最初のほうのページに人口の絵が必ず出ます。あれを見ているときに、一つ注目していただきたいのは、生産年齢人口です。15歳から64歳からの人口の比率は、長年にわたってほぼ安定的に推移したのです。それはまさに団塊の世代のお陰なのです。団塊の世代が20代だったころからずっと、30代、40代、50代、60代になるまで、大きなボリュームを占めてきてくれたお陰で、生産年齢人口比率は、50～60%で推移してきました。それが75歳以上になってしまうと、そううまくいかなくなるというのは、あのような絵でも分かるわけです。これが2025年問題と2040年問題です。



資料6

2. 旧くて新しいテーマ「医療と介護の連携」をめぐって

介護(老人福祉)と医療

古くて新しいテーマである「医療と介護の連携」の問題を考えていきたいと思えます。資料7をご覧ください。医療と介護の問題はどこまでさかのぼればいいのかというと、私は1963年の老人福祉法のところまでさかのぼってほしいと思っています。なぜでしょうか。老人福祉法の中に65歳以上の者に対する毎年の健康診査を市町村長に義務付けるということが、法律上書かれているからです。

ばかなことをやったと言う人がいます。ある意味ではそうかもしれません。65歳以上の人の健康診査をやったら病気を見付けるだけです。65歳までくれば何らかの病気を持っています。だから病人を一生懸命見付けて、高齢者を病院送りにするための規定ではないかなどと悪口を言う人はいます。しかし少なくとも老人福祉法がそういう健康診査というものを義務付けていた、ここで関わりをまず作ったわけです。そしてよくご存じの1973年の老人医療の無料化ですが、これは老人福祉法の一部改正でやったのです。医療保険の制度をいじったわけではなく、老人福祉法をいじったのです。これも「70歳以上の医療費無料化をやってけしからん。これを解決するのに何年かかったと思っているのか」と、私の先輩でもよく言う人はいます。確かに、一面当たっていると思えます。

ただこの問題を評価するときに2つ見てもらわなければいけない点があります。その1です。なぜ無料にしたのでしょうか。ご存じですか。ものの本にはこう書いてあります。当時の東京都知事、あるいは横浜市長といった革新系首長が無料化を先行してやった、だから国も遅れずにそれにそろえたというものです。半分当たっていますが、半分間違っています。

これをやった最大の理由は何だと思えますか。当時の健保の本人負担がゼロだったからです。当時の厚生労働大臣が、無料にして大丈夫かと言ったのに対して、健保の本人負担がゼロなのに、70歳になったときから負担してほしいというわけにはいかないということで、低きに着いたというのが、制度的な面から言うと真実です。

もう1つ留意してもらいたいと思うことは同じ年に、5万円年金というものが実現したということです。1973年当時の高齢者が、どういう青春時代を送り、どういう生産年齢人口としての中核時代を送ってきたのでしょうか。戦争が終わって、高度経済成長の中で必死になってきたのです。しかしここで高齢を迎えているという、例えば60歳だとしても1913年生まれです。ほとんど自分の資産形成をする余力などなかった人たちです。せっかく日本が豊かになってきたのです。この豊かになった果実をみんなで分かち合おうではないか、若いとき苦勞をした世代にもきちんと分かち合ってもらおうではないかというのが老人医療費支給制度や5万円年金の意味なのです。それを考えないで、今の若い人が「あのときに年寄

介護(老人福祉)と医療

1963(昭和38)年 老人福祉法制定(65歳以上の者に対する毎年の健康診査の市町村長への義務化)

1973(昭和48)年 老人福祉法一部改正法施行(70歳以上の者の医療費無料化)

1982(昭和57)年 老人保健法制定(医療保険各保険者からの拠出金、老人の一部負担、40歳からの健診等保健事業)

1987(昭和62)年 老人保健法一部改正法施行(老人保健施設創設)

1989(平成元)年 高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)策定

1997(平成9)年 介護保険法制定

2014(平成26)年 医療・介護総合確保推進法

資料7

りにそんな甘いことをしたから苦勞をしている」などと言うのは、間違っているのではないかと、私は言いたくなります。

高度経済成長の果実をどういう形でみんなで分かち合うかがテーマであったという問題がなぜ大事なのかと言うと、今の時代はそれの逆になっているからです。成長がほとんど見込めない状態の中で、逆に言えば、世代間でそれをどう分かち合うかということを考えなければいけないのです。ちょうど1973年当時の裏返しの状況に今あるのです。

マクロ経済スライドというものがあります。この間、年金の財政検証があり、また話題になりました。あれはいろいろ言うかもしれませんが、一言で言えば、どうやって世代間で分かち合うかという方法論なのです。おそらく経済は成長しません。しかしわずかでも成長する、わずかなその部分をどう分かち合っていくとうまくいくかというのがあの問題のテーマです。それは1973年当時に高度経済成長をどう分かち合うかということのちょうど裏返しになっているのです。そういうふうに説明しないと、今の若い世代は分かってくれません。今の若い世代が分からないということは、社会保障の将来に向けての持続可能性が危ういということなのです。だからこそ、この1973年の問題は声を大にして言わなければいけないと私は思っています。

この問題ですが、ご存じのように、老人病院は待合室のサロン化、あるいは老人病院そのものが非常に劣悪な療養環境の中に実施されたとか、それから何よりも医療費の膨張、こういったことを踏まえて何とか見直さなければいけないということで、1982年に老人保健法ができました。各保険者の拠出金で賄おう、あるいは老人にも一部負担をしてもらおう、何よりも40歳からの検診をやろうということになりました。65歳ではなく、40歳からやらないと予防にも何にもならないということになりました。87年には老人保健施設ができたり、89年にゴールド・プラン、97年介護保険法で医療介護の総合推進法まで一気に行ってしまわうわけです。

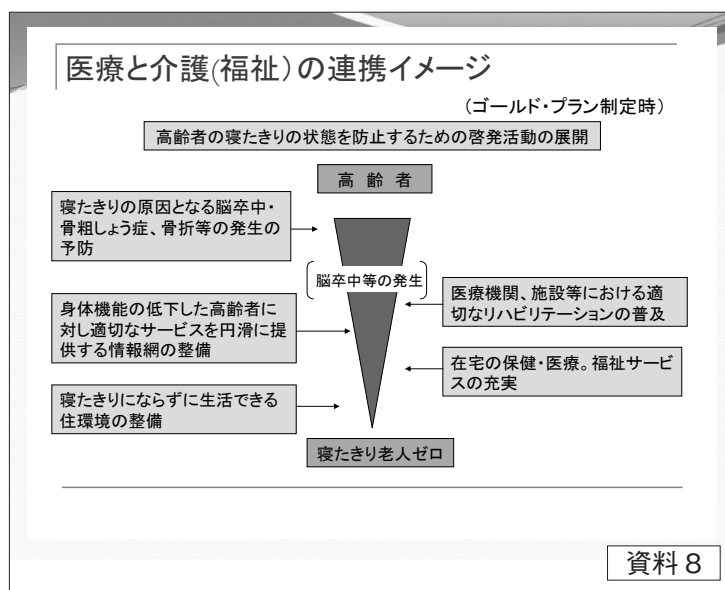
医療と介護(福祉)の連携イメージ

こういう流れの中で、では医療と介護の連携というのは何を追求してきたのかということです。資料8はゴールド・プランのときの医療と介護のイメージ図です。ゴールド・プランというのは、今の若い人などに聞くと、特養や老人保健施設をとにかく量的に増やそうとしたことなのだろうと、答えが返ってきます。

違います。最初1989年夏に厚生省が概算要求したときの考え方は、寝たきり老人ゼロ作戦だったのです。寝たきり老人ゼロ作戦で概算要求していったのが、暮れになって、時の大臣が何か名前を付けようという

ことで、金色に輝くゴールド・プランがいいのではないかとということで、ゴールド・プランになりました。

寝たきり老人ゼロ作戦というのは、何となく保健所を中心にした地域保健の仕事のようになってし



まって、この絵だけが残っています。もともと実現しようと思っていたことはこれなのです。

これは何かと言うと、脳血管疾患などを中心にした脳卒中などを念頭に置いた話なのですが、まず予防、そして適切な医療が行われたならば、リハビリを行い、最後にそれをきちんと居宅あるいは福祉施設でのサービスにつなげていこう、そして寝たきりにならずに生活できる住環境を整備していつ寝たきりゼロにしようという考え方です。おそらく医療と介護の連携というのが意識的に政策として打ち出されたのは、これが初めてではないですか。もちろん現場ではいろいろな取り組みが行われていたと思います。しかし医療と介護(福祉)の連携というものが政策として描き出されたのは、私を知る限りではこれが初めてです。

ちなみに今、介護という言葉が無意識に使ってしまいました。私が県の課長をしたのは1986年なのですが、そのときに「介護」とワープロで打つと、「悔悟」しか出てこなくて、今の「介護」は出てこなかったのです。日本語ではなかったのです。この「介護」というのは、皆さんもご存じのように、「介助」と「援護」という2つの言葉の合成語です。しかし今、介護というと、何となく介助のほうばかりです。3大介助、食事、排せつ、入浴というところばかりクローズアップされていて、介護における援護とは何か、ご存じの方はいらっしゃいますか。

いずれにしろ、医療と介護の連携というのは、先ほど言った1963年の老人福祉法からあるにもかかわらず、1989年にこういった政策で初めて打ち出されてきたある意味では、新しいテーマである部分もあるわけです。

■ 3. 改めて地域包括ケアシステムを考える

地域包括ケアシステムの展開(1)

次に地域包括ケアシステムを少し振り返ってみましょう。医療と介護というのは、地域包括ケアシステムの重要な要素でもあります。地域包括ケアシステム研究会が毎年のように研究報告書を出しておられます。その経緯を簡単になぞったものを資料9と10で付けてみました。「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供できるような地域での体制」をどのようなシステム、人材で構築するかを提案したものだという事です。

システムの基本理念を「植木鉢」に模して、本人・家族の選択と心構え、いわばこれを受け皿、前提として、「すまいと住まい方」をいわば鉢として置き、生活・福祉サービスをいわば土壌として、この土壌に対して、医療、介護・リハビリ、保健等のサービスがいわば実として実っていくという植木鉢がイメージ

地域包括ケアシステムの展開(1)

「地域包括ケアシステム研究会」による検討・提言(座長: 田中滋 慶應大学大学院名誉教授/事務局: 三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

- ①「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制」をどのようなシステム、人材で構築するかを提案
- ②システムの基本的理念を「植木鉢」に模して、本人・家族の選択と心構え(受け皿)を前提に、すまいと住まい方(鉢)を置き、生活支援・福祉サービス(土壌)に対して、医療、介護・リハビリ、保健等のサービスが展開されるという形で概念整理

資料9

されたわけです。

地域包括ケアシステムの展開(2)

その後、その中に、医療系サービスにおける地域包括ケアシステムの展開方法などについての話が出てきて、ここで医療と介護の連携がより地域包括ケアシステムと密接に結び付けられる転機が出てきます。最近では、例えば地域マネジメントの実践という形で地域包括ケアシステムを考えようということがあります。これも分かったようで分からないような言葉です。何をマネジメントするのでしょうか。

そのうち植木鉢が変わってきました。そして地域共生社会などという言葉が出てきてしまいました。どんどん言葉が出てきて、

何となく進化しているらしいのですが、相互関係が分かりにくいと思いませんか。地域包括ケアシステムをこうやって簡単にたどってみて、相互の関係、そしてそれを具体的にどう自分たちの地域の中で展開していくかがぱっとイメージできる人はすごいと思います。

最初の地域包括ケアシステムの絵と次の絵の違いが分かりますか。医療のところと福祉のところを見てください。最初のものは在宅の医療、あるいは在宅のサービスしか書いていないでしょう。新しい絵は、病院と福祉施設が書いてあるのです。これが違っていたというのが意味ですごく大事なところなのです。

地域包括ケアシステムという言葉聞いたとき、私はすごくよかったと思う点とやばいと思った点を両方感じていました。良かったと思った点というのは、地域包括ケアシステムというのは、新しいメニュー、新しい施設をやるという話がほとんどないということが素晴らしいのです。今までの厚生省の施策は、例えばユニットケアというものをやると何か問題が解決するような提案の仕方をしていました。ユニットケアというのは皆さん、何だと思いませんか。多くの人は、個室付きの特養だろうと言います。違うのです。ユニットケアというのは、ケアのやり方を、ユニット、小グループを作ってやるということがポイントなのです。だから個室でなくたってユニットケアはできるのです。最初にユニットケアを福島でやった人を知っています。彼は個室でないところでやりました。ユニットケアイコール個室というのは大きな間違いです。今日を限りに、ユニットケアイコール個室という図式を消してください。小グループ、ユニットを単位にしてケアするのがユニットケアの意味合いです。従って、個室でなくてもやろうと思えばできるのです。そしてやりました。あれなどは、まさにユニットケアと言った途端に、個室付きの特養になってしまったという一番よくないケースです。

地域包括ケアシステムの場合には、あまりこういうメニューをやるとうまくいくということがありません。これは非常に気に入った点です。それは何を意味するかというと、既存のメニューをどううまく組み合わせたら、自分の地域ではこれができるかということを考えなさいという話なのです。ある意味厳

地域包括ケアシステムの展開(2)

- ③ 医療と介護の連携、医療系サービスにおける地域包括ケアシステムの展開方法の提示
- ④ 地域包括ケアシステムにおける地域マネジメントの実践としての自治体の役割
- ⑤ 植木鉢における「本人の選択」の重視、介護予防と生活支援の一体化、専門職(ソーシャルワーカー等)が関わる分野としての「保健・福祉」の強調
- ⑥ 地域共生社会実現のためのシステムとしての地域包括ケアシステムの深化と進化
- ⑦ 2040年に向けた地域包括ケアシステムの再整理・再定義(生活支援サービスの事業化、在宅医療、住まいの多様化、専門職育成、ケアマネジメント)

資料 10

しいです。最初、地域包括ケアシステムを目の前に、各自治体が戸惑っているのではないかと言ったのはそこです。つまりこういうものを作ればこれで完成というものが無いのです。どうやったら完成するのでしょうか、どうやたらうまくいくのでしょうか。しかし、逆に言えば、そういう新しいメニュー、金太郎あめみたいにこういうものを作ればこれで終わりではないというところが、私が非常にこれだと思ったところです。つまり「俺のところの地域包括ケアシステムはこれだ」と言って、みんな胸を張って示せばいいと思ったということです。これはいいなと思った点です。

もう1つ、まずいいなと思った点です。厚生省が今まで「地域」という言葉を使って、ろくなことを言った試しがないということです。すごい言い方をしてしまいましたが、ここに厚生省の人はいないですか。大丈夫ですね。例えば「地域福祉」、あるいは「地域保健」、最近で言うと、「地域医療構想」まで言うてしまうと悪いかもしれませんが、いずれにしろ、打つ手がなくなったときに全部「地域」という名前をやって新しい装いにすればいいのではないかとというケースが少なからずあったのです。

ただ、こう言うておいてすぐにひっくり返すようですが、私は実は「地域」という言葉は好きなのです。なぜかと言うと、本来、地域で取り組まなければいけないものと、国とか厚生省でもいいのですが、制度で取り組まなければいけないものというのは別なものはずです。制度でこういうものを作ったから、地域での取り組みはいい加減でいいというか、後回しにしてもいいということはないはずです。

でもよく考えてみてください。介護保険を作ったときどうだったでしょうか。介護保険を作る前、私も県の課長をやっていたからよく知っていますが、各自治体、各地域が本当に自分たちのところで必要なものをどうやって整えていったらいいのか、みんな知恵を出し合って、いろいろな取り組みをしていました。社会福祉協議会が事業社協みたいな形で活発化したのはあの時期だけだったと思います。ところが介護保険を作るということになったら、これで全部解決するかのようにみんな思い込んだのか、あるいは厚生省がそう喧伝(けんでん)したのか知りませんが、それにばかり血道を上げるようになって、地域でそれまで取り組んできた独自の取り組みみたいなものは、予算がないということなのか知りませんが、みんな消えてしまいました。あれは何だったのでしょうか。

今、地域共生社会とかでいろいろやれとか言っている話とか、昔、地域がそれなりにやって事業が健全に発展していれば、こんなに大騒ぎしないで済むことばかりだったのです。予防だってそうです。地域包括ケアシステムという名前が付いたこの地域ということに対してのすごく大きな懸念が、私はこのシステムの問題が出たときにはありました。期待と懸念と両方はらんだ形でこの地域包括ケアシステムというのは提起されたわけです。先ほど言った医療のところと福祉のところ、それぞれ病院と施設が入ったということはどう考えたらいいのでしょうか。

結論はプラスなのです。医療機関との連携なしに、例えば在宅療養支援診療所というのは成り立ち得ません。在宅療養支援診療所をどれだけ知っているのかと言われそうなので先回りして言いますが、私が今住んでいるうちは女房の実家の庭をつぶして隣に家を建てたものです。

女房の父親と母親は、在宅療養支援診療所にお世話になり、最期まで入院せずに自宅で亡くなりました。母親は末期がんで余命6カ月と言われ、7カ月生きましたが、一度も入院しませんでした。昔からかかりつけだった内科の若先生が在宅療養支援診療所をやってくれていたものですから、病院から、在宅でやるのならばと紹介されたのがそこだったのです。先生に往診してもらい、最期までそこで女房が看取りをすることができました。父親のほうは、昔、胃がをやって、心臓もちょっと持病があったりして、認知症もちょっと出ましたが、やはり自宅で亡くなることができました。在宅療養支援診療所というのは、本人にとっても、家族にとってもものすごくいいです。だから私は在宅療養支援派です。

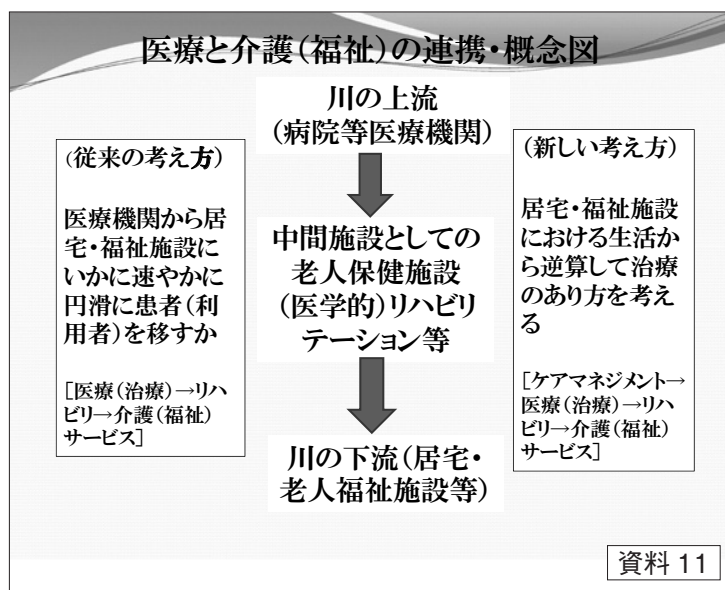
しかし在宅療養は、やはり医療機関のバックアップがなければできません。だからここにちゃんと位置付けるということは、逆に言えば、医療をきちんとこの地域包括ケアシステムに位置付けたということなので、それははっきり言って、最初の構想に比べれば前進なのです。

しかし老人ホームのほうはどうでしょうか。老人福祉施設のほうは、自分のところで併設して在宅サービスをやっているところとはともかく、在宅福祉という地域包括ケアシステムで果たすべき役割という観点に立ったときに、何ができるのかということには若干疑問があります。少なくともきちんと描き切れていないという意味で、実は医療に比べると福祉のほうには問題があるということ、取りあえずここでは述べておきたいと思います。

その上で、先ほどの植木鉢です。これは先ほど言ったように、2012年版が最初にできました。これは2015年に変わりました。この変わったことの意味というものはご存じですか。まずケアのところ。「本人・家族の選択と心構え」が、「本人の選択と本人・家族の心構え」になりました。「本人の選択」というものがものすごく重視されているという意味をどう考えるのでしょうか。「すまいと住まい方」はそう変わりません。「生活支援・福祉サービス」と「介護予防・生活支援」は、予防というものが枝葉ではなく、土壌のところに来ています。枝葉のところはいわば専門家による専門的サービスの意味なのです。つまり日常生活支援のレベルできちんと介護予防をやってくれということになってきたということなのです。その代わりに、ここに福祉というものが入っています。これはなぜでしょうか。ソーシャルワークなのです。今日、いらしている方は医療関連サービスの方が中心です。ソーシャルワークの専門性など何をいまさらやるのかというふうにおっしゃるのではないかと思いますので、後でまた少し私の考えをお示ししたいと思います。いずれにしろ、地域包括ケアというものが医療と介護の連携という観点から見たときに、大きく変わってきているということだけ、ここでは認識をしていただければいいかと思います。

医療と介護(福祉)連携・概念図

資料11はそもそも医療と介護の連携をどう考えるかということを模式図的に、勝手に私が描いたものです。先ほどのゴールド・プランのころの考え方は、「医療機関から居宅や福祉施設に患者をいかに速やかに円滑に移すか」、これが医療と介護の連携であると思われたと思います。今でもひょっとしたらこう思っている医療関係者はいるかもしれません。新しい考え方は、「居宅・福祉施設における生活から逆算して治療のあり方を考える」、なかなかここまでは行っていないかもしれません。川の上流、下流というたとえで言うと、上流から下流にどうやっ



てうまく流すか、そのうまく流すやり方として、例えば中間施設としての老人保健施設や、医学的リハビリテーションなどを組み合わせていこうと、これが医療と介護の連携であり、これをどううまく流すかが腕の見せどころということ。私などが教えている学生などでも病院関係に就職して、MSWになる

者もいますが、早く福祉施設に流せなどということと言われるというケースもあるようですが、そういう意味ではこれがまだ主流になっているのではないかと思います。

診療報酬・介護報酬における医療・介護連携の評価の例

勝手にこういうことを新しい考え方だと言うが本当かと言いますと、資料12です。診療報酬・介護報酬における評価の例を少し挙げてみました。例えば医療において、入院中の患者に対して、退院時に必要な介護サービス等の説明や指導などをケアマネジャーなどと連携して行い、ケアプランの作成につなげるような場合について、介護支援等連携指導料はちゃんと400点付きます。退院時ですが、在宅療養支援診療所の医療関係者ときちんと連携したときが一番高い評価になるらしいのですが、きちんとしたカンファレンスを行えば評価するとなっています。介護のほうもこれに対応する評価が付くようになっています。

診療報酬・介護報酬における 医療・介護連携の評価の例	
(介 護)	(医 療)
担当ケアマネによる入院患者に関する情報提供を行う。 (入院時情報連携加算/入院後3日以内又は7日以内で200~100単位)	入院中の患者に対し、退院後に必要な介護サービス等の説明・指導を行い、ケアマネジャー等と連携し、退院後のケアプラン作成につなげる。 (介護支援等連携指導料/400点)
退院時にケアマネジャー等が病院関係者と面談してケアプランを作成する。 (退院・退所加算/連携回数・カンファレンスの参加の有無で450~900単位)	退院時に入院医療機関の医師等が退院後の医療・福祉関係者等と退院後の療養に関してカンファレンスを行う。 (退院時共同指導料/在宅療養支援診療所の医師の参加の有無等で900~1500点)

資料 12

診療報酬の評価ができる前、実は私は、整形外科をやっている高校時代の同級生と高齢者介護について話したことがありました。私はもともとこういう考え方を持っていたものですから、「こういうふうにはやらないと駄目ではないか」と言ったら、一蹴されました。「そんなことを言うけれども、俺の知っているケアマネジャーでそういう話にきちんと相談に乗れるやつなどいない」と言われて、ぎゃふんとなってしまいました。

おそらく実態はそうだと思います。つまり、理想的には退院後にどういう生活を行うかということを考えて上で、ケアプランなども念頭に置いて医療を行うようにすれば、例えば胃ろうなどをぼんぼん作らないように済むのではないかなどと思います。命がかかっているような切迫したような状況でこういうことをのんびりやっている暇はないのだらうと思いますが、高齢者の医療は、だんだん悪くなっていくのがほとんどですから、そういう切迫したことを考えなくても、退院時のことを考えながら医療をやったほうが良いと昔から思っていたのです。

特に、後期高齢者医療の制度ができたときに、私はしめたと思いました。75歳を過ぎた人の療養後の状況をイメージしてみてください。軽い風邪にかかった人などは別にすれば、ちょっとした病気やあるいはけがをした高齢者は、まず75歳以上であれば間違いなく、要支援や要介護になります。要支援、要介護になったときに、どういう生活ができるのかということから逆算して医療をやってもらえれば、無駄な医療をしないで済みます。「日本は介護保険の制度が先にできていたから、後期高齢者医療は幸運だった」と思ったのですが、世の中、そうはならないのです。むしろ75歳で線を引くのはけしからんなどということが言われて、後期高齢者医療制度は生き延びるのがやっとでした。

診療報酬はこういうふうになっていますが、現場でどれだけこれが活用されているのでしょうか。活用されていないとすれば、何が原因なのでしょう。私はソーシャルワーカーを育てている身とすれば、

社会福祉あるいはケアマネジャーをやっている連中は、こういう発想をもっと持って関わっていかねければ駄目だというふうに言っていますが、それだけの実力を身に付けさせているのかと言われると、はっきり言って自信がないので下を向くしかないかもしれません。ただ気持ちは持っていてもらわなければ困るということで、こういう話をしています。私に言わせれば、こういうことを診療報酬や介護報酬できちんと評価するようになった時代になっているということだけはやはり受け止めなければいけないと思っています。こういうことを前提に医療と介護の連携を考えるというふうにならないと、いつまでたっても、資料11の左側の考え方で物事が進む、それでいいのかということなのです。

ここまで来ると皆さんはきっと思うのではないのでしょうか。「そういうことを言うが、ではどういったら右側のような考え方に持っていくことができるのか。そんなところでお前が偉そうに言っているだけでは、物事は変わらないではないか」と言われるでしょう。それを考えるのが、これからの話となってきます。

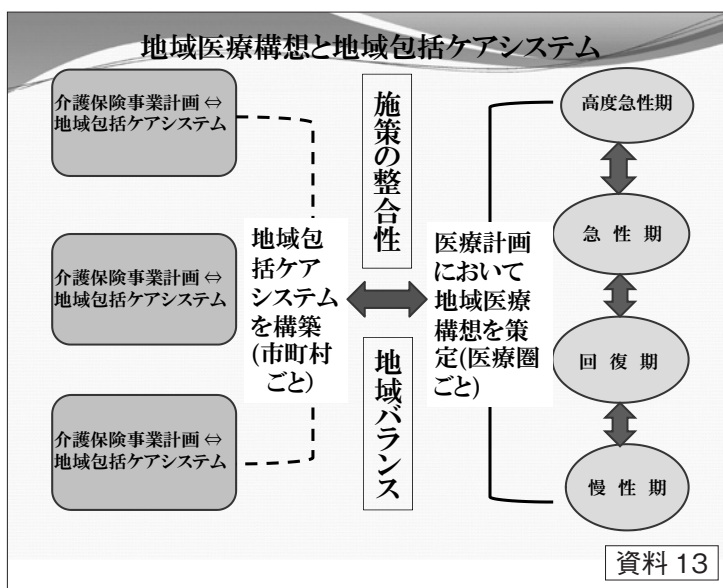
■ 4. 地域包括ケアシステムと地域医療構想の「はざま」で

地域医療構想と地域包括ケアシステム

資料13でまず概念整理だけしておきたいと思えます。地域包括ケアシステムと医療との関係で言うと、非常に概念的に描くところのことだと思います。地域包括ケアシステムは介護保険事業計画というものを裏打ちにして、それをいわば事業計画ベースとしては、事業計画と整合性を持つ地域包括ケアシステムというものが、各地域、各市町村ごとに作られていかなければいけない、市町村ごとに地域包括ケアシステムを構築するということが進められているわけです。

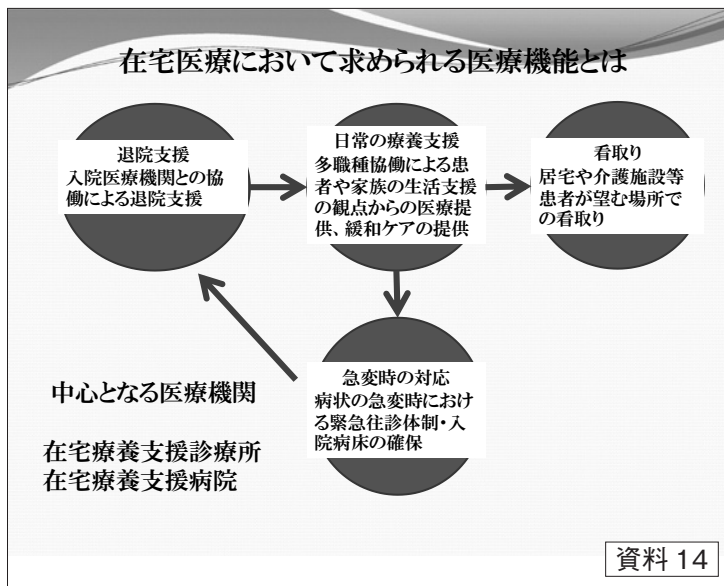
一方で、医療のほうはご存じのように、医療計画において、地域医療構想という形でこのようなそれぞれのステージごとに病床数を登録しろという話になっており、それによって地域医療構想を作っていく、一応、医療圏ごとにこういうものを作っていくということが求められています。作られたものがそれぞれ施策として整合性を持ち、あるいは地域の中においてバランスを取らなければいけないという状況に置かれているわけです。

しかしこれは絵に描くのは簡単ですが、実現は難しいです。片や地域包括ケアシステムは、市町村がある程度取りまとめるにしても、最後は日常生活圏です。他方、地域医療構想は医療圏です。全然範囲が違います。医療は都道府県が中心になって作り、介護は市町村が中心になって作るという違いもあります。単純に施策の整合性とか、地域のバランスなどと言っているだけでこれが結び付くわけがありません。どうやって結び付けるかという話をこの後、少ししていきたいと思えます。



在宅医療において求められる医療機能とは

その前に、先ほど少し在宅療養支援診療所の話をしましたが、在宅医療において求められる医療機能とは何でしょうか。資料14の出典は厚生省のものです。退院支援、日常の療養支援、急変時の対応ということを在宅療養支援診療所を中心にやってもらって、最期は看取りまでしてもらおうということが在宅医療において求められている医療機能なのです。こういう医療機能が果たせるように、先ほどの地域医療構想における例えば病床の再編ということが図られなければいけないのです。ここまではおそらく関係者の合意はできているでしょう。



しかしこれは地域によってやはりばらつきはものすごく大きいということも事実です。

東京23区で見ると、私のところは練馬区ですが、例えば板橋区、練馬区というのは機能しています。ところが北区はやはりこういう絵になっていませんでした。うちの両親はもう亡くなりましたが川崎在住でした。やはりこういう絵になっていないものですから、最期は、有料老人ホームが一生懸命世話をしてくれて、そこで亡くなりました。他方先ほど申し上げたように、一応こういう形で、女房の両親は人生を全うすることができました。地域によってそういう違いが出ています。

■ 5. 「地域共生社会」のリアリティ

「地域共生社会」実現のための克服すべき介護・医療における課題

I リハビリ信仰から「本人の覚悟」へ

それではどうやってこれを均霑化(きんてんか)していくことができるのでしょうか。ここで先ほどの地域包括ケアシステムの行き詰まりというか、今後の展開の形として、地域共生社会、そのためには例えば小さな拠点を作っていくとか、いろいろな福祉サービスを1カ所で提供できる形を作るというようなことを厚生省が提案しています。これはこれで必要です。市町村はどんどん人口が減っていきまますし、市町村だけで完結できなくなることも増えてきているという中で、いつまでも50人規模の特養を作らなければいけないなどとやっていたら経営が成り立たなくなります。ここは老人だけで障害者は駄目だなどということを言っていたら、どんどん空床が増えるばかりですから、これはもう当然です。

しかし、それだけで問題が解決できるだろうかということ、生意気にも3つぐらい解決の方向性みたいなものを考えてみたので、少し皆さんと考えることができないうか、これから少し残った時間でお話ししてみたいと思います。

まず、資料15です。「75歳を過ぎた「後期高齢者」は(医学的)リハビリをやっても傷病発生前の状態には戻れない!？」ということ。私は先ほど申し上げたように、食道がんをやりました。最初1週間ぐらいICUに入っているはずだったのに、後ろが詰まっているからということで、3日ぐらいで追い出されてしまいました。その後、一般病床に行ったら、まず、「今日はベッドサイドに立ってください」と4日目ぐらいに言われました。体中管を全部付けている状態ですが、立てました。「では明日から今度は車いすで自分で動いてください」と言われて、管を引っ張りながら、車いすで自分で動かなければいけなくなりました。もう1週間もたたないうちに、リハビリだということで、自転車をこいだり何だりが始まりました。60代でよかったです。主治医が「やはり若い人がやるとすぐに回復する」と、62歳のおじいさんを捕まえて若い人と言われてしまったのですが、周りを見ると、みんな私もより先輩ばかりです。女性も男性も70歳を過ぎているのではないかという方ばかりでした。自分でやってみて思いましたが、もう10年遅かったら、こんなに回復などできないと思いました。無理です。

ところがみんなリハビリテーションをすると元に戻ると思っているのです。家族も本人もです。逆にその元に戻るといことが怖いのは、例えば足が切断されたとなると、義足を付けても元には戻りません。だからある状態以上になり、元に戻れないということが明らかになると、逆に言えばリハビリテーションをやろうというインセンティブが働かなくなってしまうのです。これは怖いです。

「地域共生社会」実現のために克服すべき 介護・医療における課題

I リハビリ信仰から「本人の覚悟」へ

- 75歳を過ぎた「後期高齢者」は、(医学的)リハビリテーションによっても傷病発生前の状態には戻れない!?
- 公的介護保険制度の整備されている社会では、これを前提とした「高齢者医療制度」の構築が可能
- 退院後の要支援・要介護状態を見通した医療の開始・退院指導・在宅療養へのつなぎ(生活リハビリの重視(入院時から退院後までの連続性)、定期巡回・随時対応訪問介護看護サービスの活用等)
- 地域における要支援・要介護高齢者の日常生活には「自立」の覚悟だけでなく、支援を受ける「覚悟」が必要

資料 15

大分に国立リハビリテーションセンターがあるのはご存じだと思います。頸損などをやっている非常に重度な人専用のセンターです。そのOT、PTの連中と話をしたら、一番大変なのは何かと言うと、リハビリをやるという気持ちに患者がなってくれるまでに時間がかかるということです。大分は車いすマラソンがすごく盛んです。別大マラソンなどをやっているときに、一緒に車いすマラソンをやったりするのですが、例えば一番効果があるのは、前にやはり頸損をやったりした人で、例えば車いすマラソンをやっている人たちが来てくれて、ピアカウンセリングをしてくれることです。「自分も頑張ろうか」という気になるということです。それ以外は、もう俺は元に戻らないのだからと、なかなかリハビリをやるという気にはならないそうです。

そうすると医療保険で決まっているリハビリの期間が過ぎてしまうので、もっとやればよかったのにと、「青柳さん、医療保険の制度を変えてください」と言われました。「ちょっと待て。単純に医療保険の制度のリハビリ期間を長くすれば済むという話ではないだろう」と思いました。どうやって患者にリハビリテーションを一生懸命やろうという気になってもらえるかというのは、方法論に何か間違いがあるのではないのでしょうか。要するに傷病前の状態に戻るということを前提にしては駄目なのです。では何を目的にするのでしょうか。要支援・要介護の状態になったときに、どういう生活を送ることができるかということをやはりイメージしなければ駄目なのです。できないことばかり考えてしまうのです。そうではなく、「こういうこともできるようになる。ああいうこともできるようになる。こういうことをやろう」と、それを動機付けることができるかどうかということが実は一番リハビリが成功するかどうかのポイントなのです。

うちのおふくろは左足の大腿骨を骨折してしまい、歩けなくなりました。最初はやはりリハビリ病院に行って、なかなか食事も取らないし、その気になれませんでした。ところがある日、自分の妹たちが見舞いにやって来てくれて、妹たちと話をしたら、「私もまた元気になって妹たちと仲良くおしゃべりたい」と、そこから飯を食うようになって、リハビリもぐんと進んだということです。「こういうこともできるようになる。ああいうこともできるようになる。こういうことをやろう」ということを働き掛けるのが、本当はリハビリの仕事のはずなのです。OT、PTは申し訳ないけれども、そういう教育は受けていません。この中にいたらごめんなさい。

本当はこれをやらなければいけないのは、ソーシャルワーカーです。しかしそういう訓練をしていないのです。誰が悪いかと言うと、きっと大学の先生が悪いのだろうと思うので反省してしまいます。まず1つはそれです。

それから、先ほど言った公的介護保険が整備されている社会では、「後期高齢者」が傷病が治って、要介護・要支援になることにうまくつなげるという意味で、「高齢者医療制度」というものを特別な制度として若い人の制度と区別する意味があるはずなのです。だから退院後の要支援・要介護状態を見通した医療の開始・退院指導・在宅療養へのつなぎ(生活リハビリの重視)といったようなことをやらなければいけないという話になってくるはずなのです。だから先ほどの診療報酬や介護報酬でやっている最近の動きは私はこれにかなっていると思います。

しかしそれに一番欠けているのは何でしょうか。最後に書いてしまいましたが、「覚悟」です。この「覚悟」というのは誤解しないでください。要するに、自分で自立してやっていけと年寄りに言うのが覚悟ではないのです。覚悟というのは、「できることは自分でやりましょう。できないことは人に助けてもらいましょう。そのことによって生活を組み立てていきましょう」という意思決定です。覚悟というのは、自分でできることは1人でやっていけということだと思っているけれどもそうではありません。これは駄

目なのです。できないことを人に助けてもらうことまで含めて、覚悟を決めてもらわなければいけないのです。その覚悟は何のためかと言うと、まさに日常生活を豊かにどうやって暮らすことができるかということを作り出していくためなのです。

豊かな日常生活にももう一言加えなければいけません。人にあれこれやってもらうだけでは駄目なのです。寝たきりになっても、車いすを使うようになって、あるいは極端に言えば認知症になっても、地域社会のためにできることがあるかどうかというところがポイントなのです。最近地域福祉計画を作るときなど、ぜひこういうことからやってくれないかと私が地域にお願いしているのは、この地域をどういう地域にするかということを考えるときに、「あなたが必要だ」と言える地域を作ってくれませんかということです。認知症でも、寝たきりでも、車いすに乗っていても、「あなたが必要だ」と言える社会です。

こういう例を最近出しています。地域の中で、小学生でも中学生でもいいのですが、子どもたちが一生懸命器楽クラブなどの演奏か何かの練習をしています。へたくそです。しかしお客さんのいるところで聞かせないと上達しないわけです。いきなり発表会でやるといってもうまくいきません。だったら、老人ホームの食堂、ホールみたいところで、認知症のお年寄り、あるいは寝たきりのお年寄りに集まってもらって、そこで子どもたちに演奏をしてもらうのです。「へたくそ、いいぞ」と応援させる、してもらうのです。これはボランティアや何かで、「今日は子どもさんたちがやってくれるので、みんな、楽しみましょう。拍手しましょう」とよくやっています。違います。そのときにお年寄りに言ってほしいのです。「今日は皆さんが、子どもたちを応援してあげる、皆さんがボランティアをしてあげる日なのです」、ボランティアをしてもらうのではない、してあげるということです。そうやって子どもたちが一生懸命演奏する、へたくそかもしれません。でも「へたくそ、頑張れ」、そういう応援だったら、認知症のお年寄りだって、寝たきりのお年寄りだってできるでしょう。そういうことをやることによって、子どもたちが練習の場を得て、みんなの前でやっても上がらずできると、すごいではないですか。すごい貢献ではないですか。そういう発想でものを考えてほしい、考えようではないかということです。

引きこもりの人とか、いろいろ社会的問題のある人がいるかもしれません。「あなたが必要です。こういうことをしてもらえませんか」と声を掛ける地域であってほしいと思います。覚悟とは、そういう地域を前提にした覚悟なのです。だから、「俺はできることは自分でやる。できないことはやってもらう。そうやって地域の子どものために、あるいは他の人のために何かお役に立つことがあればやる」という覚悟を求めなければいけないのです。これがあると先ほどの植木鉢がうまくいくと思いませんか。これが第1の提案です。

II 市町村完結主義から広域的共同事業化へ

第2の提案です。資料16です。「市町村完結主義から広域的共同事業化へ」などと難しいことを書いてしまいましたが、要するに今までの1989年以来の厚生省の少なくとも介護の施策は、市町村で物事を完結させようという考え方です。ゴールド・プランももちろんそうだったし、介護保険もそうです。施設の整備などは広域的にやるから県がプランを立ててとはなっています。

もう市町村完結は無理です。人口が減少しているし、高齢化によって地域間の格差が拡大しています。財政力が落ちているということももちろんありますが、それだけではありません。高齢化が進んでも高齢者は減ります。だから市町村だけで完結的にものを考えようといっても、例えば特養の定員の人数を満たせなくなります。働き手も減るでしょう。そうすると市町村でやっても、これからは定員を満たせなくなります。

そうすると先ほど言った例えば小規模な施設を作るということももちろんあるでしょう。それから複数の介護サービスを提供できるようなものを作るということもあります。例えば1階は診療所、2階は保育園、3階は障害者の作業所、4階は特養などというものができても当然だと思います。いずれにしろ、市町村で完結して物事をやっていくのは無理になるのです。もともと複数の市町村にまたがる圏域を利用範囲にするのが医療ですから、市町村のさらに内部の地域、今度は日常生活圏ですが、そういったものをどう橋渡しするかということを考えないとこれからサービスは完結しなくなります。

ではどうやってやるのでしょうか。私は逆転の発想だと思います。どういうことでしょうか。市町村よりももっと小さい地域、市町村合併前の旧村とか町とかごとに、自分たちの地域の中に何かあるのか、一体何ができるのかということをもう1回きちんと見直して考えていこうではないかということです。あれをやろう、これをやろうではなく、自分たちが今置かれている状況の中で、何ができて何ができないのかを一つ一つの地域ごとに全部チェックしていこうではないかということです。「こういうことができる。こういうことをやりたいけれどもできない」ということを、今度は市町村の中でまとめ上げていくと、「この地域にはこういうことがあるけれども、できない」、それを都合し合うことができるのかどうか、あるいは知恵をお互いに提供し合うことはできないのか、それを今度はまた日常生活圏ぐらいの圏域に広げていくのです。つまり下からどんどん積み上げていって、自分たちのできることを広げていくというようなやり方です。今までは上からです。厚生省がこう言っているからこういうことをやろうというのは駄目です。下からやる、持ち上げないといけません。

皆さんはおそらく、仕事をされている中で、医療法人や社会福祉法人と付き合いがあると思います。ではその医療法人や社会福祉法人が地域の中でどういう役割を果たしているか、あるいは果たしたいと思っているか、お伺いになったことはありますか。私は社会福祉法人に長らく関わっているし、今でも三重県社会福祉法人の理事とか評議員をやっています。そうすると、地域によってすぐばらつきがあ

II 市町村完結主義から広域的共同事業化へ

- ゴールドプラン(1989年)以後の高齢者保健・福祉施策は市町村中心。介護保険も市町村が基本。(国は基本方針提示。都道府県は広域調整)地方分権も市町村合併の推進など同じ方向を指向。
- 総人口減少に伴い、市町村間における人口減少・高齢化の地域間格差が拡大し、市町村の財政力のみならず、医療・福祉サービス利用者の減少も進行するため、多くの市町村で域内のみを活動範囲とするサービス需要は不足する。
- 複数の市町村にまたがる圏域を利用範囲とする医療と市町村の更に内部の地域(生活圏域)を利用範囲とする介護(福祉。とりわけ在宅保健・福祉)の整合性をとることが重要

資料 16

ります。ある地域などは、昔からそうやって関わりがあるから、自分たちが何かをやりたいというときには、その社会福祉法人といつもつるんで「こういうことをやろう。ああいうことをやろう」、「ではこういうことで首長さんを突き上げようか」とやっているところがあります。それはもうその社会福祉法人、老人ホームが、自分たちのものになっているのです。

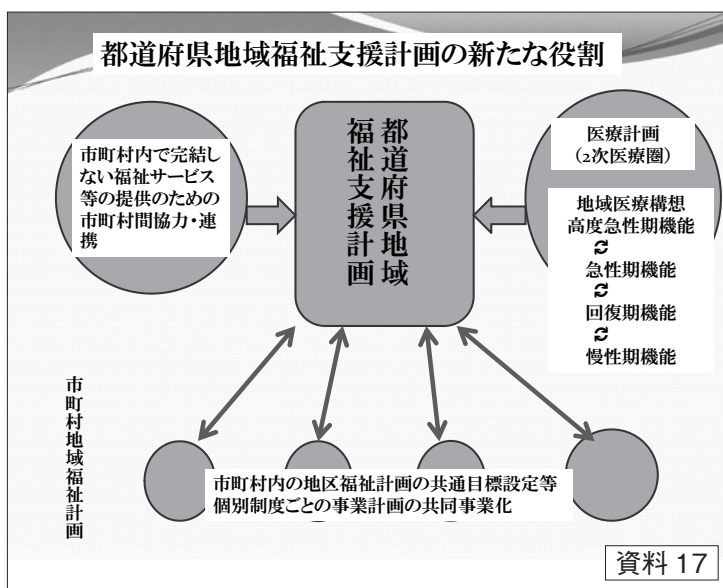
ところがそういうことができていないところもあります。社会福祉法人や医療法人が、「こういうことをやりたいのだけれども、この指とまれ」と言ってもなかなかとまりません。自分から「この指とまれ」とか、「こういうことをやりたい」と言うのでは駄目なのです。地域の人たちがやりたいと思っていることをうまくくみ上げてきて、それを手伝うという形でやるしかないのです。

そういうことまで含めて、自分たちの地域は一体何があって何が無いのか、何ができるのかということをもう1回足元をみんな自分たちでその地域ごとに見つめてみるというところから始めないと駄目なのです。

だから地域包括ケアシステムで日常生活圏ということを行っている以上、まずそこからなのです。「何があって、何が無いのか、何ができて何ができないか」です。

都道府県地域福祉支援計画の新たな役割

資料17で少し模式図で考えてみました。市町村地域福祉計画です。また大事なことを言うのを忘れていました。ではどうやって取り組んだらいいのかと言われるかもしれません。ところが、制度的にはそういうことをやるための枠組みはあるのです。地域福祉計画というものを市町村ごとに作ることになっています。ただし、介護保険の事業計画や総合支援法の計画がやはり法定の計画になって必須になっているのに対して、地域福祉計画は努力義務規定になっています。作らなくてもいいのです。作っていないところもあります。作っていないところに聞くと、「あのようなものは屋上屋を架すようなものではないか」、「あのようなものを作っても意味がないではないか」という声が出てくるのです。



介護保険事業計画や総合支援法の計画と別に地域福祉計画を作ろうと思ったらそうなるに決まっているのです。地域福祉計画の本質は違うのです。本来は市町村内の各地区の福祉計画です。まさに自分のところで何ができて何ができないかということを今度市町村でまとめてみたときに、市町村の中でどこが見えてくるのです。あるいは市町村の中ではどうしても解決できなくて、隣の市町村に協力を得なければいけないものが見えてくるのです。そういうものが見えるようにするために、本当は作るのです。見ていると、そう思って作っているところはあまりありません。

そういうものができてくれば、都道府県が地域福祉支援計画という形でやるべきものが見えてくるのです。先ほどの医療計画や地域医療構想といったものと、市町村内で解決しない福祉サービスの提供の

ための市町村間の協力や連携といったものをうまく結び付けるのです。どこか結び付けるものがないと駄目でしょう。介護保険の事業計画だけだったら、ある程度できるとは思いますが完結しません。私はそういう意味で都道府県の地域福祉支援計画というものをこういう観点でもう1回見直してみたら、本当に必要性が明らかになってくるのではないかと最近思っています。

ただし一番大事なのは何かと言うと、ここで言えば、この市町村内の地区内で、まさに地域包括ケアシステムレベルで、自分のところで何ができて何ができないかということをしちんと評価をするということです。その評価の前提になっているのは、先ほど言った個々人の覚悟なのです。覚悟があって地区内で自己評価がきちんとできてそれが積み上げられて初めてこういう絵になってきます。だから時間がかかるのです。しかしできるところからやっついていかないと、いつまでたってもこのようなものはできやしません。

Ⅲ これからの自助・互助・共助・公助を支える負担のあり方

資料18の第3の提案で最後に少し大きな話を書いてしまいました。「これからの自助・互助・共助・公助を支える負担のあり方」ということを考えました。今までの話が地に足の着いた話だったのに対して、最後までとめるつもりでやや大きな話にしてしまいました。なぜこういうことを書いたかと言うと、福祉の関係者はともすれば国がこれ以上負担を増やしたくないから、公助の部分をどんどん抑えていって、その部分を自助とか共助に回しているのではないかと考えがちだからです。

私はその発想はおかしいと思っています。というのは私に言わせれば、物事を公助でやろうが、自助でやろうが、国民が負担しなければいけない負担の大きさは全体としてはあまり変わらないと思っています。自助でやるといっても、結局負担をするのは一人一人の国民でしょう。公助でやるといっても、税金や保険料という形でみんなで負担しなければいけません。例えば公助でやれば負担が小さくなって、あるいは自助でやれば国の負担が小さくなるというのは、あまり意味がない話ではないでしょうか。むしろ問題なのは、その負担が特定の人に集中することによるいわばばらつきの問題だと思っています。公助というのは、その一人一人の負担を小さくするために、ばらつきをなるべく小さくしようとする取り組みなのです。自助というのは、ある程度そのばらつきがあっても仕方がないと、こういう種類のものは個々人の努力によってばらつきが出てくるものは仕方がないと思えるものは自助に回ります。そのばらつきを小さくしなければいけないものが公助に回るといっただけだと思っています。

よくよく考えてみてください。公助というのは、いわゆる自由市場経済の人たちからするとけしからんと言うわけでしょう。なぜかと言うと、公務員が関わってやるようなサービスは、補助金などの事務的なサービスも含めて、間接費用がかかって負担が増えるばかりではないか、だから減らすべきだという

Ⅲ これからの自助・互助・共助・公助を支える負担のあり方

- 社会全体の負担の大きさは国民負担率を下げても変わらない。「自助」が増えれば国民負担率は低下するが、特定の層(子どもや高齢者のいる家庭等)の負担が増えるだけ。「公助」が増えれば、「規模の経済」が働く余地は高まるが、事業運営等に係る間接経費も増大する。
- 「自助」か「公助」かは、社会全体の負担をどう分散させるかの選択。したがって、サービスの提供があまり特定の人に集中しないこととそのための負担が広く薄く分散されることが重要ではないか。
- 給付(サービス)の普遍性と自己(利用者)負担や財源選択(消費税、所得税の課税最低限)の均衡

資料18

のです。市場主義者はみんなそう言います。

しかし、逆に言えば、規模の経済を働かせるためには、ある程度やはり公が関わらざるを得ません。個人が一生懸命対応しているだけでは、例えば専門的な介護の技術を持った技術者は育ちません。それは例えば社会福祉、介護福祉などという制度を作って育てなければいけません。そのためにはこういう公のお金を使わざるを得ないわけです。あるいは介護保険というシステムみたいなものを作らないと、みんなが均霑(きんてん)してサービスを受けられなくなります。だから公助も要るのです。どんなにフリードマンやハイエクが頑張ったところで、公助をなくすわけにはいかないのです。

では自助はどうでしょうか。それは逆に言えば、フリードマンやハイエクに今度は肩入れするわけではないけれども、やはり非効率になるような形で膨らませばいいというものではない、自分でできることはまさに覚悟のレベルではやらなければいけないのです。一人一人が覚悟を持って生きていくという社会でなければ、「ポスト一体改革」の時代を乗り切れないということもまた事実なのです。

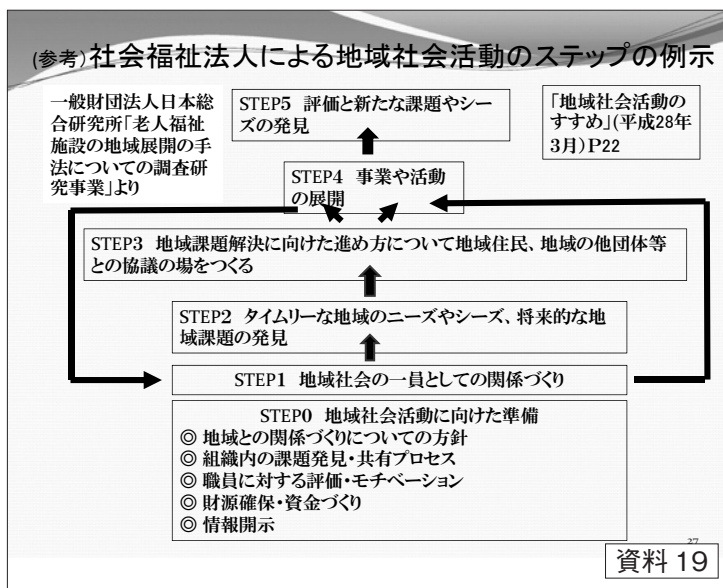
そうすると問題は、自助と公助の間のバランスです。バランスが取れているかどうかを重視していかなければいけません。「ポスト一体改革」の時代を見据えて議論は始まっています。年金は2,000万円問題があったりしたので、自助努力をもっと増やさなければいけないという議論が片方である一方で、もっと働ける人は働くようにしたらどうかとか、年金をもう少し遅く受けるようにしたほうがいいのではないかととかという議論をするのも、一つの方向です。あるいは介護保険については、もっと負担を見直すべきではないかという議論をするのも結構だと思います。

しかし忘れてはいけないのは、公助というのはあくまでもその負担のばらつきをどうならすかということが視点であり、自助というのはやはり覚悟を求めるものだという観点で、この自助・互助・共助・公助論というものをもう1回見直してみないといけません。そうしないと、変な負担の押し付け合い議論みたいなことになってしまわないかということ、私としては非常に懸念するわけです。

(参考)社会福祉法人による地域社会活動のステップの例示

最後に資料19は付録です。社会福祉法人が地域のために何ができるかということ、3年間、研究会をやりました。その結果、日本総研というところでの「老人福祉施設の地域展開の手法についての調査研究事業」の中で、「地域社会活動のすすめ」というものをパンフレットで作りました。具体的に、例えば社会福祉法人の中で、これから地域のためにいろいろ自分たちがやっていかなければいけないのだけれども、どこから手を付けたらいいかわからないようなところもあるというので、分かるようにと、実はこうやってチェックリストを作りました。

自分のところはこれができている、これはまだだということ、ステップごとにやっていくような形にしたら進められるのではないかと、少し取り組んでみました。



例えば皆さんが関わりのある社会福祉法人などにアイデア提供をするときには一つの参考になるのではないかと思って、最後に付録で付けました。

最後に一言。いずれにしても、医療と介護の連携というのは、後戻りできないテーマです。それに対して、皆さんが日ごろお付き合いのある医療法人あるいは社会福祉法人が、例えばどう地域との関わりを持つようとしているのかという観点を少し持っていただいて、皆さんのほうからさまざまなサジェスションやアイデア提供をしていただければ、まさに地域における医療と介護の連携がますます進むのではないかという期待を持っているという意味で、皆さんにお願いをして私の最後の言葉とさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

《講師から補足のお話》

皆さんにもぜひ問い掛けてみたいと思うのですが、医療という営みに対して、一体われわれはどこまで期待をすべきなのか、あるいは期待をすべきでないのかみたいなことをどうしても考えてしまうのです。

私自身も先ほど言ったみたいいろいろな病気をやりましたから、医療にはものすごく感謝の念があるので、別に医療の悪口を言うつもりはこれっぽっちもないのです。しかしそれと同時にやはり先ほどから繰り返しているように、患者、利用者の覚悟という部分がやはりないと、肝心の医療が生きてこないのではないかということをも痛切に思うのです。

その意味で、実を言うと、特養というものの中には、全国で言えば何分の1かになってしまうかもしれませんが、医療機関、病院をやっていた医者が、自分の患者をこれ以上病院では世話をできない、しかし見放すわけにはいかないから、社会福祉法人の特別養護老人ホームを作って、そこで最期まで見ようではないかというお気持ちで作った部分が少なからずあるのです。いい社会福祉法人という言われているものの中にも少なからずあります。

しかし、やはり医療と福祉・介護の機能、役割は分けていかなければいけないとことを非常に強く思うのです。分けていこうとする上で、医療関係者から言われるのは、福祉の関係者はもっと積極的に、あるいは主体的にきちんと利用者の生活を支えるという機能を果たしてくれなければ困るという言葉がおそらく返ってくると思います。従って、私は今の新潟という限られた場所ではあるけれども、そういうことを担える人材を1人でも育てたいということを、心の中に思いながら、一生懸命学生に接しているつもりです。

先ほどの地域包括ケアシステムの中で老人ホームは何をしているのだろうかと言ったのですが、やはり「社会福祉法人、頑張れ」というエールを送らなければいけません。そのためには、先ほど事例に出した「あなたが必要だ」と言える場所づくりのために、老人ホーム、社会福祉法人が地域のためにできることはたくさんあるだろうと、そして入所している、あるいは利用しているお年寄りがそうやって地域の役に立っている、「あなたが必要だ」と言われる存在になるということが、まさに施設におけるケアの究極の姿でなければいけないのです。「自分のところで大事に年寄りを抱えているだけがあなた方のやることか。違うだろう。あなたのところに住んでいるお年寄りが、地域の一員として、自分が関わっているということを喜びに持てるような持てるようなそういう老人ホームなり、そういう福祉施設サービスを提供してくれ」ということを痛切に思います。

皆さん、もし関わりがあるならば、ぜひそういうことを動機付けたり、「こういうことをやってみませんか」という働き掛けをしていただけないですか。これを本当に最後に私のほうから繰り返しになりますが、この場を借りてお願いさせていただきたいと思います。ぜひよろしくをお願いします。