

高齢社会 — 自助・互助・共助・公助のコラボレーション



田中 滋 (たなか しげる)

慶應義塾大学大学院 経営管理研究科 教授

日本ヘルスサポート学会理事長、日本介護経営学会会長、医療経済学会理事、日本ケアマネジメント学会理事、「社会保障審議会介護給付費分科会」委員および同「調査実施委員会」座長、「社会保障審議会医療部会」部会長代理、中央社会保険医療協議会「医療機関のコスト調査分科会」会長、全国健康保険協会運営委員長、日本医師会医療政策会議議長

■略歴

1971年 慶應義塾大学商学部卒業
1975年 同大学大学院商学研究科修士課程修了
1980年 同博士課程単位取得退学
1977年 Northwestern 大学経営大学院修士課程修了
1977年 慶應義塾大学ビジネススクール助手、1981年 同大学大学院経営管理研究科助手・同研究科助教授を経て、1993年より現職

■専門

経済学を基礎とする医療政策及び高齢者ケア政策

■主な著書

『介護イノベーション』(編著 第一法規出版 2011)、「医療と経済」『現代経済事情』(所収 培風館 2011)、『会社と社会を幸せにする健康経営』(共著 勁草書房 2010)、「社会保障の役割と国民負担率」『財政と社会保障』(所収 東京大学出版会 2010)、「地域包括ケア：地域にお

ける医療・介護・福祉の一体的提供”(病院 69 巻 1 号 医学書院 2010)、『ディジーズマネジメントの実際』(監修 編著 日本医学出版 2009)、『MBA の医療・介護経営』(共編著 医学書院 2009)、「社会保障制度の変化”(社会保険旬報 2374 号 2009)、『在宅医療の経済的基盤』(共編著 中央法規出版 2008)、「ケア産業論」『ケアを実践する仕掛け』(所収 岩波書店 2008)、「高齢社会を支えていくのは誰か—介護保険・地域社会・政府・高齢者それぞれの役割”(社会保険旬報 2338 号 社会保険研究所 2008)、「介護保険と介護市場をめぐる政策の展開”(医療経済研究 19 巻 1 号 医療経済学会 2007)、「診療報酬と地域差”(病院 66 巻 9 号 医学書院 2007)、『ヘルスサポートの方法と実践』(共編著 東京大学出版会 2007)、『医療経済学の基礎理論と論点』(共編著 勁草書房 2006)、『保健・医療提供体制』(共編著 勁草書房 2006)、『医療制度改革の国際比較』(共編 勁草書房 2006)

I はじめに：2025 年がシステム構築の目標年

明治安田生活福祉研究所設立 20 周年記念特別号のコンセプトは「日本社会の今後 10 年を見据えて」と承知している。しかし高齢化をテーマとする本稿においては、10 年ではなく約 15 年先を見据えて記述を行いたい。なぜなら、次に記すように 2025 年こそが高齢者ケア政策分野のターゲットイヤーだからである。

2025 年には、頭数が他世代より圧倒的に多い 1947 年から 1949 年生まれのベビーブーマー、いわゆる団塊の世代が全員 70 代半ばを超え、75 歳以上人口の合計は史上空前の 2,167 万人という数に達する。ゆえにこれまでの社会システムの単なる拡大では超高齢化がもたらす重圧に耐えきれない。

何より、これから 2025 年までの期間に日本は 75 歳以上人口急増の最後の坂を登ることを確認しよう。2010 年には 1,422 万人だった 75 歳以上の高齢者数は、15 年で 745 万人も増えると予測されている。その前の 15 年間、1995 年から 2010 年に起きた 75 歳以

上高齢者の705万人におよぶ増大をわれわれは何とか乗り切った。しかし2025年にいたる期間は、勤労世代の20～64歳人口が92万人も減少する中で、かつ少子化対策や震災・原発対応に要する支出を優先させながらの努力を行わなければならない。高齢者ケア政策について明確な戦略が必要な理由の根本である。

なおその前の15年間（1980～1995年）では、75歳以上人口の増え方は351万人にすぎなかった。もう1つ前の期間（1965～1980年）に遡ると、増加数はさらに小さく177万人にとどまっていた。一方、2025年以降、75歳以上人口の伸びは突如ほとんど停止する。2040年までの15年間にはわずか48万人増、その次の15年には168万人増との推計が国立社会保障・人口問題研究所より示されている。65歳以上の全高齢者数も2040年からの15年には187万人しか増えないばかりか、その先の2055年までの15年間には206万人の減少が見込まれている。

これらの数値の変動から分かるように、1995年から2025年の30年間で最もきつい超高齢化進展期間なのである¹⁾。日本社会はこの「最後の急坂」の真ん中に位置している。2025年に備える一方、そこで急停止する高齢者増をも意識した、過剰な重装備を避けた適切なシステム構築が欠かせない。

加えて、2025年には、65歳以上の単身者世帯および65歳以上夫婦のみ世帯が、わが国全世帯数の4分の1を超える1,270万世帯を占めるにいたる。加えて、高齢者と同居する世帯がその他に634万世帯存在するだろうと予想されている。

もう1つ、高齢者人口は東京、神奈川、埼玉、愛知、千葉、大阪などの都市部で増加する（都道府県名は増加数順）。とりわけ大都会の内部より近郊での伸び率が高い。そして大都会近郊は、他の地理区分（大都会の内部・地方中核都市・地方の町・農漁村など）に比べると、人々の地縁も血縁も薄い土地柄が特色である。

団塊の世代は日本各地から学生としてあるいは勤労者として都会に集まった。彼らの多くは都心に出勤し続けたが、地価の関係で近郊住宅地に住まいを求め、そこに定住した。そうした住宅地において2025年には後期高齢者数が激増する。しかも近郊は都心部と違って商店街等の生活に役立つ機能が維持されている程度が低い。ゆえに近郊では現状のままでは、2025年のケアニーズ・生活ニーズに対処しきれない。この点、もはやそうしたニーズの急増が起こらない、すでに2010年時点で高齢者の増加がほぼ頂点に達している地方都市や農漁村とも事情が異なっている。

1) 75歳以上人口が全人口に占める割合は、2025年18.2%、2040年21%、2055年26.5%と引き続き増大していくが、それは分母の総人口が減少するため、分子側の数値は本文に記したようにあまり変わらない。

II これまでの進展を振り返る:政策

1. 提供体制整備

わが国高齢者ケアをめぐる政策進化の特徴は、介護保険制度の創設、すなわち「介護サービス利用に要する費用の原則 9 割保障導入」を通ずる利用者支援だけではない。それと合わせて、サービス提供体制の整備にも注力してきた展開が特記されるべきである。1989 年のゴールドプラン以来、新ゴールドプラン、ゴールドプラン 21 と、サービス提供基盤の準備も積極的に進められた。

この点は、受療費用保障と診療報酬支払いを扱う医療保険各法と、提供体制基本法としての医療法が別立てで、担当局も保険局と医政局に分かれている医療分野と異なり、老健局が一体的な議論を行いやすい長所とみなしてよい²⁾。

サービス提供側は、ニーズが需要に顕在化する様子を予測して、あるいは目の当たりを見て、提供意欲を具体的な供給に転化させてきた。20 年間で実現した提供量増加は下に示すようにきわめて印象的である（1989 年と 2009 年の比較）。

- ・訪問看護ステーション（0→5,700 カ所）
- ・居宅介護支援事業所（0→3.2 万カ所）
- ・認知症対応型共同生活介護＝認知症高齢者グループホーム（0→9,700 カ所）
- ・通所介護＋通所リハビリテーション（1,000 カ所→3.7 万カ所）
- ・生活介護短期入所＋療養介護短期入所（4,000 人分＝200 カ所程度→1.2 万カ所）
- ・特別養護老人ホーム（16 万人分→41.5 万人分）
- ・介護老人保健施設（2.8 万床→31.5 万床）

2) 社会福祉系統の法令に根拠を置く法人や資格と、それを扱う社会・援護局も関係するので、老健局と介護保険法だけですべてが律せられるわけではないが。

2. 研究会

わが国介護分野の歴史的な特徴として、制度設計のための討議が、審議会等での議論に先立って、大学人や官僚による積極的議論を基本に置く研究ベースで行われ、成果が活用されてきた点が挙げられる。

1994 年に大森彌東京大学教授を座長として検討を重ねた「高齢者介護・自立支援システム研究会」は、以下の①～⑤などを理論的な根拠と共に提案した画期的な研究会であった。自立支援システム研究会の成果はその後の審議会や国会での討議のベースとなった。

-
- ①公的医療保険の付加給付でもなく、公的年金保険の付加給付つまり現金給付でもなく、ましてや公費による公務員型サービスでもなく、独立の介護保険制度を新たに構築すること
 - ②その保険財政を1号保険料、2号保険料、国・都道府県・市町村一般会計の計5つの財源を用いて重層的に支えること
 - ③科学的な、つまり再現可能性の高い要介護認定を行い、介護の手に応じて要介護度を複数段階に分けること
 - ④1人ひとりの在宅要介護者ごとにケアマネジメントを担当するケアマネジャーが付くこと³⁾（ただし要介護者によるセルフケアマネジメントも可能）
 - ⑤サービス提供者のジャンル拡大、すなわち医療機関や民間事業者の参入に期待すること

また2003年に堀田力さわか福祉財団理事長を座長として研究を行った「高齢者介護研究会」の報告「2015年の高齢者介護」は、認知症問題と介護予防の重要性を指摘した。介護関係者はこの分野の根本理念が自立支援であることを共有してきたが、その自立支援に、「尊厳ある」との形容詞を導入した高齢者介護研究会の提言は大きな前進を要求したことがわかる。

- 3) 外部サービスを利用したことがないため、つまり未経験ゆえの利用差し控えを防ぐためにも、居宅介護支援事業所の助けが制度に組み込まれた。ケアマネジャーの支援を使いやすくするよう（少なくとも使い慣れるまでの間は）ケアマネジメント利用に関しては利用者自己負担を課さない設計がなされた。居宅介護支援にかかわる自己負担問題は今後も議論が行われるだろう。

3. 現金給付をめぐる

なお上記研究会の成果①にもかかわる現金給付論について一言説明しておくべきだろう。日本では、先述のごとくゴールドプラン以来、公的保険導入と保険料徴収にさきがけ、事前に11年をかけて提供体制を整備してきた。よって導入直後から現物給付(法制的には後述の「現金給付事業者代理受領方式」)が可能であった。

「ドイツ介護保険では現金給付が行われている。わが国でも見習うべきだ」という説も時折主張される。しかしドイツでは、1995年の保険料徴収開始時までには提供体制が整わなかったため、ケアを担当する家族（実の娘がもっとも多かった）を、事前届出と事後チェックの下に、労働対価としての現金給付の対象としたにすぎない。その悪影響は、初年度から介護認定に対する膨大な不服申請（「もっと重度に判定してほしい」となって表れた。これに対し日本における認定は初年度からきわめて少ない件数の不服申し立てしかおきず、それに対する事務処理コストも少なく済んでいる。

またドイツでも、その後の展開では、現物給付の方がプロによるサービスである以上、はるかに内容が優れているので普及していき、臨時避難措置としての現金給付割合は減

少傾向にある。そもそも、現金が本人に給付され、それによって介護サービスを購入しているわけではない。

実は日本の介護保険制度は、法的には要介護・要支援者に現金を給付している。ただし、現金が本人に渡されても介護サービス購入に向かわない恐れが強いと制度設計時に判断されたため、介護事業者が代理受領する方式が採用された。

この点がなかなか理解されていないため、「現金を給付し、利用者がそれを元に事業者を選ぶと市場経済機能が生きる」「介護サービスのみ購入可能なバウチャー(クーポン)を給付し、利用者がそれを元に事業者を選ぶ方が市場経済機能が使える」といった議論が、この分野に新たに興味をもった研究者や企業人、時に政治家から、繰り返し発表されてきた歴史がある。そのたびに介護保険サイドは次のように繰り返し説明を行い、多くの人には何とか納得を得てきたと言ってよい。

「日本の介護保険制度は要介護および要支援認定者に対し、物理的に現金を渡しているのではないが、介護サービスを妥当なケアプランに基づき購入できる購買権を付与している。たとえば要介護1であれば、(目に見えない)現金15万円強相当の権利を付与し、後1割追加して支払いを負担すれば自由に事業者を選んでよい仕組みとなっている。すなわち機能としては現金給付にほぼ等しい」が説明である。

Ⅲ これまでの成果を振り返る:分析

1. 反対論

この15年を振り返ると、介護保険という新たな社会システムの整備に反対した主な勢力として以下の3つの「原理主義」を指摘できる。

(1) 家族原理主義：大量の介護ニーズは20世紀最後の四半世紀の長寿社会において初めて出現した現象であるにもかかわらず、それをかつての三世代家族における嫁の家事負担や短期的な看病と識別できず、「家族は昔から老親の生活の面倒を見てきた。

(彼らが唱える順に) 頑張った嫁、妻、娘、息子にはご褒美として現金を給付すべき」などと主張した。古い体質の政治家などが声高に唱えていた時期は印象に残る。

なぜか彼らは「夫が妻を介護する状況」をあまり想定できないらしく、「頑張った夫に」が外れていた点が面白いところである。

(2) 福祉原理主義：「高齢者ケア、障がい者ケア、幼児ケア等の根幹は愛とハートに立脚しなくてはならない。ゆえに営利志向の民間企業の参入など許せない。弱者から自己負担をとるなど許せない。低所得者からも保険料を徴収するなど許せない」といったものが典型的なステートメントと言える。極端な場合、客観的な要介護認定にまで反対論を主張したりする。またケア標準という科学的思考においては当然の概

念も好まない。

(3) 市場原理主義：「市場経済に委ねればすべては効率的に資源が配分される。規制を撤廃し、自由な参入を認めるべき。もし要介護者を支援する必要があるなら介護サービス購入クーポンを配ればよい」などが代表的見解である。この主張は、医療とは違いきわめて規制が弱かった 1990 年代までの介護分野における市場未発達の原因が、「(要介護状態での生存期間の予測がつかない以上) 支出総額が不明であるため資金枯渇を恐れた高齢者が介護サービス購入に向けなかったゆえ」だったことを理解していない。もう 1 つ、サービス提供体制を公的に構築し、質を担保する視点が欠如しているケースが多い。何より社会保障制度が持つ「ニーズに応じて公平に配分する」機能を嫌っている。

介護保険制度推進派は、上記のそれぞれに対し、①介護の社会化、②科学的根拠に基づく介入、③普遍的 (universal) な制度を目指して努力し、基本的には勝利を収めてきたと評価して間違いないだろう。

2. 価値財

豊かな経済を実現した国々では、20 世紀後半になると、どこでも、医療や教育のように、公共財と私的財の双方にまたがる分野が大きく発展・成長してきた。ニーズの増大と、医学等の科学および政策面における対処策の発達、そして人権概念を基礎とする民主制の普及が主な理由であろう。そうした時代の変化を受けて、医療サービスへのアクセスが人権の不可欠の要素と位置づけられ、その費用 (の全部または一部) は社会全体で負担し、サービス利用がかなりの程度保障されるようになった。別な言い方をすれば、社会全体でファイナンシャル・リスクを負う体制が築かれた⁴⁾。さらに高齢者人口の増大、特に要介護高齢者の急増に対処すべく、また障がい者の人権をめぐる意識の進展から、経済的先進国の一部では、介護もまた社会全体でファイナンシャル・リスクを負う体制が築かれ始めた。

こうした合意が出来上がった社会では、医療については 20 世紀後半以降、介護については 20 世紀末ごろから「価値財」、言い換えれば、

「安定した社会存続のために、利用者・対象者への給付に要する費用の全部ないし一部を、社会が共同負担する仕組みを採用している私的財」

として扱うことをわれわれが決めた、と説明できる⁵⁾。現代の社会経済の中では、医療、介護に加え、障がい者支援、保育等の育児支援などの大部分あるいは一部分が、特別扱いの私的財、すなわち価値財と位置付けられているとみなしてよい。

価値財の機能は、「患者家計がもつ所得・資産などの経済力、もしくは患者本人の社会的地位や家計内の役割、性・年齢等によらず、必要な⁶⁾サービスの利用を原則として権利⁷⁾の一部とみなす」と表わせる。

-
- 4) なお医療については、傷病による受診の必要性の発生確率が年齢に比例し、かつ一般に家計の富・所得に逆比例するので、保険事故をカバーするだけでなく、集団どうしでは経済力の強いグループから弱いグループへの再分配の手段としても機能していることはいうまでもない。
 - 5) これに対し、公共財の性質としてあげられる非競合性・非排他性・外部性は、社会が思想信条に基づいて定める事柄ではなく、当該財の消費過程 and/or 生産過程に技術的に備わった性質である点が異なる。
 - 6) あくまで「必要な」、つまり客観的ニーズに基づくのであって、「利用者の希望のままに」(ウォンツ)に応じてではない給付とする制度設計が欠かせない。
 - 7) 経済力や地位にもとづく特典 (privilege) ではなく、権利 (right) である。

3. 社会保険が内包する権利性

日本の公的介護保険は経済的弱者にかぎった保護を目的とする制度ではない。要介護認定プロセスを経て、介護サービスもしくは介護予防サービスが必要な状態と客観的に判定された被保険者に対し、本人ないし家族の経済的状态によらず、社会的連帯の仕組みたる介護保険制度を通じて、尊厳ある自立を支援することが基本理念である⁸⁾。

社会保険制度が持つ利点は被保険者の権利性と代表性である。利用者側に対しては介護保険料納付の見返りとしての「権利性」を具体化する購買力付与が根本と言ってよい。保険料納付を条件に、被保険者はそれぞれの社会保険が定める「保険事故」状態(疾病・要介護など)に応じ、保険給付を受ける権利を行使できる。

介護保険における権利性を守るために先に触れた重層的な財政的支えを備えさせた。介護保険制度は、利用者の自立支援を主目的とし、世代間の重層的な連帯の仕組みを明示的に組み込んだ初の社会保険でもある。大体のところは虚弱高齢者への一方的な施しであった措置制度とはまったく違う理念を基本におき、高齢者もまた連帯に加わる仕組みが導入された。65歳以上の1号被保険者も、40歳から64歳の2号被保険者と全国の1人あたり平均値では同額の保険料を負担する。

不幸にも介護ニーズの発生に直面した被保険者は、要介護認定プロセスを経て介護サービスの必要性が客観的に担保されるかぎり、利用期間に上限なく価格のごく低い割合を負担すれば介護サービスを購入し続けられる。長期のサービス利用に伴う支払い能力確保に対し、要介護者と家族が持つかもしれない不安感を保険給付によって小さくし、ニーズを需要に転化しやすくする方策である。

また、1号保険料は、市町村および特別区議会等で議決される代表制が組み込まれている。住民主権・地方分権の姿が目指されたと表わしてもよいだろう⁹⁾。加えて社会保険制度は、「顧客に選ばれた提供者だけが生き残れる」という市場メカニズムに特徴的な機能を通じ、社会福祉法人立を含む医療機関と介護事業者の経営努力を活かしやすい。もちろん、これらの利点はすべて、制度が的確に運営され、被保険者はもとより、保険者、事業者等の関係者が社会保険の意義を理解することが当然の条件である。

-
- 8) 高額介護サービス費など、一部ではあるものの本人ないし家族の経済力が影響する場合が存在する。施設入居者に対する補足給付は、まさに本人ないし家族の経済力に規定されるが、これは理論的根拠とは無関係に、いわば政治的判断で導入された仕組みなので、ここでの記述の外側の世界に属すると理解すべきである。
 - 9) 医療側を見ても、健康保険組合や協会けんぽの都道府県支部に見られるように、被保険者・事業主は保険運営に参画する仕組みを築きやすいことが分かる。

4. 準市場

準市場なる用語は、公的に、ないし公的な強い指令の下に提供されてきたサービスに一定の競争原理を導入する改革を言う¹⁰⁾。その結果創出される「市場」は、以下のような点で一般の市場と異なっているために、「準」という言葉が付加されているのである。

わが国介護サービスに関する準市場(quasi-market)とは、「自由な選択に基づくサービス需給出合いの場」と、「社会保険制度の本質的な性格に由来する公的介入」の組み合わせを指す。公的介入は具体的には、①サービス利用代金の定率補助(=介護保険給付)、および②保険給付単位および単価の公定制(=介護報酬)の2点を中心である¹¹⁾。すなわち、準市場の活用とは、社会の限りある資源が、公的配分と私的配分の双方の利点が組み合わさって活かされることを期待したわれわれの判断を意味している。

「準」がつく以上、一般の市場よりも事業経営者の意思決定に対する制限が強い。その違いの代表例は参入制限である。上述のように、かつてよりは規制が緩和されたものの、介護保険施設と居住系サービスに関しては、地域ごとに参入量に上限(参酌標準)が設けられている¹²⁾。参入量上限規制が課される理由は、介護分野では、財の性質から「公的保険によるサービス利用費用保障の導入と提供体制整備に伴い、ニーズでなくウォンツに基づく需要が喚起される可能性が医療より高い」との認識を否認ないためと説明できる。介護保険制度導入後、介護老人福祉施設への入居希望(いわゆる待ち行列)が急増した事態が典型である。なおこの点は後に再度触れる。

- 10) これに対し、公的セクターに属する部門同士がいわばヴァーチャルな「市場的取引」を行うケースは、擬似市場(「疑似」ではないことに注意)と表わす方が日本語の語感としてはふさわしい。かつてイングランドの国営医療制度改革において、費用担当部局にコスト意識を、病院間に競争意識を持ちこむために用いられた手法が代表である。
- 11) なお、保険給付率9割も介護報酬公定もどちらも厳密に表せば「原則として」が正しい。前者については高額介護サービス費等が適用されるし、後者については福祉用具貸与および購入費ならびに住宅改修費の支給があてはまらない。
- 12) これは、在宅系にも課せられる、従事者の資格や数をめぐる参入制限(主にサービスの質の保証を目的とする制限)とは別のタイプの規制である。

IV 成果

1. 介護保険サービスの利用

このような過程を経て進化してきた日本の介護保険制度は、2000年4月の発足以来、わが国高齢者ケアを推進するエンジンの役割を果たしてきた。事業者数の伸びは先に示したので、以下に利用者側について2000年4月と2011年3月を比べた2つの主要数値の上昇を示す。

- (1) 認定要介護者数 218万人→506万人。倍増以上であるが、これは決して日本の老人が弱くなったからではなく、遠慮なく外部資源利用希望を表明するようになったためである。自由市場では果たせなかった、「ケアマネジャーの助言つき買い物代金9割支援」の効果と言えよう。
- (2) 介護保険給付サービスの利用者 149万人→418万人。認定者数との違いは、医療保険適用の入院中、家族のケアで何とかなっている等の理由が指摘されている。

もう1つ、介護保険制度の働きにより、要介護者の家族が労働市場から退く事態の防止にも役立っている点を忘れてはならない。

2. 日本の介護分野の規模；金額ベース

次に日本の介護分野の経済規模を巨視的に把握しておきたい。以下に数値を示す。

- 2011 財政年度中に、介護保険制度から介護サービス事業者に支払われるであろう金額は 7.9 兆円（対 GDP 比 1.6%）、このほかに利用者自己負担額が 1 兆円弱で合計約 9 兆円となる。
 - ▶ <参考として>医療保険制度等からの医療費支払い額は 33.6 兆円（同じく対 GDP 比 6.9%）、加えて患者自己負担額が 5.3 兆円、年金などと合わせた社会保障給付総額は 108.1 兆円（22.3%）。
- 介護給付の財源：家計および雇用主による介護保険料負担額は 3.4 兆円（0.7%）、租税と公債を原資とする政府財源による負担額は 4.5 兆円（0.9%）と想定されている。
 - ▶ <参考として>医療・年金を含む社会保障全体では、公的保険料負担額が 59.6 兆円（12.3%）、政府財源による負担が 40 兆円（8.3%）。
- 介護保険料を含む社会保障分野の金額に比べると日本の税収は少ない。同じく 2011 財政年度の 3 大税収費目の予想額は下記にすぎない。
 - ▶ 所得税：13.5 兆円、法人税：7.8 兆円、消費税：10.2 兆円。
 - ▶ これに対し国債発行額は 1 年で 44 兆円を超える。

-
- 介護分野の市場規模は前述のようにおよそ 9 兆円である。これを他の主要産業と比べてみよう。各産業における付加価値額の産出規模（2009 暦年）は以下の通り。
 - ▶ 農林水産業：6.2 兆円、自動車を含む輸送用機械：10.5 兆円、電気機械：10.8 兆円、電気・ガス・水道：10.9 兆円、金融保険：25.2 兆円、建設：29.3 兆円、運輸通信：30.2 兆円、卸小売：55.5 兆円。

3. 日本の介護分野の規模：従事者数ベース

次に介護分野および医療分野の規模を従事者数で表わす（2011 年）。

- 介護職員：140 万人、介護分野に従事する介護職以外の職員（ケアマネジャー・理学療法士・作業療法士・事務員・厨房職員など）：66 万人。
 - ▶ <参考として>医療分野では医師 29 万人、看護師：141 万人、医療分野に従事する医師看護師以外の職員：85 万人。
 - ▶ 医療介護分野の全従事者数合計は 462 万人に達する。
- これらの数値を他の主要産業と比較する。各産業における従事者数（2009 暦年）は以下の通り。
 - ▶ 農林水産業：31 万人、輸送用機械：118 万人、電気機械：125 万人、金融保険：185 万人、公務員（自衛隊員・警察官・消防士を含む）：198 万人、運輸通信：361 万人、建設：506 万人、卸小売：1,066 万人。

V わが国高齢者ケアの課題

1. 介護従事者

とはいえ、わが国高齢者ケアをめぐるはまだまだ多数の課題が存在する。介護保険制度は、構築段階も発足直後の 4 年間も、求人倍率が低い状態で制度設計と運営が行われてきた。そのため、2005 年以降、景気回復に伴う都市部を中心とする急速な労働市場逼迫化によって、（すべての事業者が当てはまるわけではないが）低賃金、キャリアパス提示と訓練機会の欠如、事業者規模（事業所規模ではない）の小ささの問題等が浮き彫りになった。それらに対する施策の検討と介護事業者の経営上の対応が遅れているとの指摘が相次いだ事態は記憶に新しい。

なお 2009 年には、リーマンショック以降の経済不況対策もあって、介護従事者の俸給アップのための基金が各都道府県に設置された。2009 年 10 月から「介護職員の処遇改善やスキルアップに取り組む事業者に対し、1 人平均月額 15,000 円の給与引き上げに相当する金額を 2 年半にわたって助成」と定められた¹³⁾。

13) 介護従事者処遇交付金をめぐる検証については下記を参照。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/txt/s0303-14.txt>

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0303-9b.pdf>

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000z4ss-att/2r9852000000z4yl.pdf>

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001c1kj-att/2r9852000001c1nl.pdf>

なお原稿執筆時点では交付金を介護報酬に繰り入れるかどうかの議論が行われており、結論には達していない。

2. 在宅限界

在宅生活をあきらめる状態は「在宅限界」と呼ばれるが、日本での在宅限界はまだ低いと言えるのではなかろうか。もし特別養護老人ホームを欧米の Skilled Nursing Facilities と同機能を提供する場と捉えるならば、生活制限の多い施設での平均在所が4年という期間は、国際的に見てかなり高い値である事実は否定できない。もちろん、特養とは「ケア付きの安心できる住宅」だと思えるなら、そこでの暮らしも在宅に含まれることになる。しかし、多床室への入居は、ケアサービスの質が従事者の努力によっていかに高くとも在宅と呼ぶわけにはいかないだろう。

残念ながら現状では、地域の多くは高齢者の在宅生活を最期まで支えきれているとは言いがたい。支えきれていないがゆえに、いわゆる「特養待機者」の数となって表れている¹⁴⁾。特養待ち行列に加わる理由は何よりも不安感と言ってよい。施設では365日24時間サービスを受けているわけではないとはいえ、そこには365日24時間の安心感とバリアフリーの環境が用意されている（と思われている）。

そもそも施設サービスでも、入居者に対する実質の平均介護時間が長いわけではないとの研究も報告されている。ただし、緊急時対応を得やすいこと、それに伴う追加料金が発生しないことは確かだろう。緊急時対応については、ICTを使った工夫で安心感を持たせられるにしても、施設サービスは包括料金なのに対し、在宅は今のところ積上げ料金である点に違いが残る。逆に言えば、在宅でも365日24時間の安心感とバリアフリー環境を基本的に定額料金で提供できれば、住み慣れた住宅、少なくとも住み慣れた地域に住み続けることも今より容易となるはずである。

経済面では、在宅者の場合、区分支給限度額をいつも意識せざるをえない点も課題としてあげられる。施設ではコールボタンを押しても、そのたびの追加払いは不要なのに対し、在宅だと訪問回数ごとの支払が発生する報酬形態がとられてきた。また複数の事業者と契約する場合、契約書や重要事項説明書などの数も多くなる。プランを変更する際にも原則ケアマネジャーを通さなくてはならない。こうした各種手続に伴う、経済学用語で言う「取引コストが発生してしまう」などの不利さと割高感を指摘できる。また、安心感を求めている主体が要介護者本人であるのか家族であるのかの区別も不明確である。

さらに在宅事業者側も、あまりにも支払費目が細分化されていることによる不便さに直面してきた。先述の高齢者人口増に加え、これらの課題に対応するためにも、新たなケア体系の構築が求められたのである。

- 14) 現状の待機者数は本当に高齢者のニーズを反映しているわけではなく、施設に対する見かけ上の需要も多く含まれているとの梶本一三郎上智大学教授を中心とする研究の価値は大きい。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000011s4x-att/2r98520000011s82.pdf> および
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000011s4x-att/2r98520000011s8b.pdf> 参照。

VI 地域包括ケアシステム論の思想

1. 研究会

「個人の尊厳を地域の力全体で支援する仕組みを、団塊の世代が75歳を超え、要介護状態の発生率が高くなる前に創り始める必要がある」との問題意識は早くから先駆者たちにより指摘されていたが、2006、07年ごろには関係者間で共有されるようになった。そのための道しるべとして、2025年を目標年において提唱されたコンセプトが、「地域包括ケアシステム」に他ならない。

先に触れた闊達な研究会の伝統を受け、地域包括ケアシステムの基盤を考察するために、2008年度と2009年度の2年間にわたり、地域包括ケア研究会が開催された。同研究会は、合計28回の正式会合のほか、各回会合のための事前打合わせや、何度も書き直していった原稿のやりとりなど、多大な時間を投じて報告書を完成させた¹⁵⁾。

- 15) 地域包括ケア研究会報告書。
2008年度報告は <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/h0522-1.html> 、
2009年度報告は <http://www.murc.jp/report/press/100426.pdf> で見ることができる。

2. 思想

報告の背景には、自助・互助・共助・公助という4つの支援と役割分担、および協働を重視する思想が位置している。なお4つの順番は大切に、補完性の原理と呼ぶ。

すべての基本になる概念は「自助」である。自助のない社会は成り立たない。高齢になっても自己能力を活用する姿は尊厳の根幹と言える。自助とは、生活面では自分が主体となり、金銭的にも年金などの収入等によりできるかぎり自らを支えることを意味する。

しかし、他者、ひいては社会による支援のない自助だけでは、それまで暮らしてきた生活圏域での生活継続が難しくなるどころか、コミュニティの一体感が喪失してしまう危険性が高い。そこで次に重要となる要素が2番目の「互助」である。地域包括ケアにおいて互助に期待する役割は大きい。互助とはインフォーマルな相互扶助を指す。昔か

らの近隣の助け合いや現代的なボランティア・NPO 法人などによるインフォーマル・サポート、あるいはアメリカ流の寄附なども含まれる。

介護分野における互助の例としては、独居高齢者の見守り、楽しみのための外出支援や近隣の昼食会、保険給付外の家事援助、さらに認知症者を含む高齢者による保育や学童保育の支援などが考えられる。

3番目の「共助」は、制度化された相互扶助を意味し、日本ではしっかりとした社会保険制度がこれに相当する。社会保険制度の特徴はⅢ 3で述べた通りである。医療も、年金も、介護も、保険が定義する保険事故状態とみなされれば、所得や住居の具合、あるいは家族関係などとは基本的に関係せずに給付を受ける権利を主張してよい。

サービス提供側にとっても共助は重要な意味をもつ。専門的スキルを持つプロフェッショナルたる介護福祉士など介護従事者・ケアマネジャー・看護師・理学療法士・作業療法士・言語療法士等による介護サービスへの支払、それもできれば質を前提としたフルコストの支払を担当する点である。

以上でも生活を守りきれない場合の最後の守りが4番目の「公助」となる。貧困や家族関係の悪さ、虐待などの状況には介護保険制度では対処できない。困窮者などに対し、所得や生活水準・家庭状況などの受給要件を定めた上で、必要な生活の保障を行う社会福祉の機能が代表的である。また権利擁護関係も重要な側面に位置付けられる。なお、地域づくりを目的とした自治体の活動も地域包括ケアシステム構築の要である。

3. 地域包括ケアシステムとは

地域包括ケアシステムとは、「要介護者などの尊厳ある自立を社会が重層的に支援する」との理念の下に構築されるべき、次のような仕組みを指している。

- ①日常生活圏域内において、
- ②ニーズと需要に適切に応じた住みかの提供を前提に、
- ③介護サービス、予防を含む保健サービス、生活支援サービス、そして在宅医療機能を中核に持つ日常医療に関して相談・利用できる、
- ④一体的・連続的かつ継ぎ目のない (Comprehensive, Continuous and Seamless) 提供体制。

この背景にある原則は、(1)利用者の自己能力¹⁶⁾の活用、(2)本人の選択、(3)住み慣れた地域・住宅における生活の継続の3点である。

ところで、「地域」なる言葉はさまざまな範囲を指して使われる。医療分野における「地域 (Region)」の単位は、診療分野や救急の程度によるが、二次医療圏ないし都道府県が通常である。これに対し、介護分野における「地域包括ケアシステム」で用いられる「地域」は、日常生活の圏域 (community) と捉えてよい。これはおよそ30分圏内に相当し、一般にほぼ中学校区に等しいと考えられる。

日常生活圏域は平均すると総居住者数1万人になる。地域包括ケアシステム完成の目標年次である2025年には、うち高齢者が3,600人、その中の750人が要介護者、重い要介護者が100人ほどと想定される。同じく平均すると、診療所が内科を中心に他の診療科を合わせて10軒前後存在するだろう。訪問・通所介護事業所が数カ所、介護老人保健施設や介護老人福祉施設もあるかもしれない。他方、地域包括ケアシステムには急性期病院医療や専門性の高い外来医療などは入らない。中学校区に1つずつ急性期病院が存在する事態はありえない以上、当然と思われる。

16) 以前は残存能力という言葉も使われたが、言葉の響きからは「自己能力」の方が好ましい。

4. 3つの階層

なお地域包括ケアシステムについては、3つの層、すなわちケア方法論、マネジメント論、政策論に分けた把握が求められる。

第1層のケア方法論は、医学・看護学・介護学・福祉学などの諸科学を用い、1人ひとりの患者・利用者に対するケアが一体的に提供されるように努める現場の方法論である。ICF、ADLとIADL¹⁷⁾、「自立支援型介護」などの用語が頻繁に登場するだろう。

第2層のマネジメント論は、法人経営、事業所管理、および自治体による地域経営の視点から、個別対象者に対する包括ケアを超えた、地域包括ケア「システム」を構築するための概念を指す。「部品の合計が製品ではない」のと同様、各種のサービス提供者を日常生活圏域ごとに組み合わせ、調整し、連動させるよう連携と協働を図る工夫と言える。当然そこにはコストと時間、さらにはマネジメント・リスクなどへの配慮が介在しなければならない。どちらかと言うと社会科学系統の用語が活用されるはずである。これまで介護・福祉分野ではあまり強くなかった思考経路かもしれない。

第3層の政策論の説明は不要であろう。地域包括ケアシステム運営費用を支える保険制度、報酬制度、提供者にかかわる質の担保のための基準等があてはまる。

17) それぞれ、International Classification of Functioning, Disability and Health（国際生活機能分類）、Activities of Daily Living（日常生活活動）、Instrumental Activity of Daily Living（手段的日常生活動作）の略。

VII これからの方向

1. 医療

訪問診療・訪問歯科診療・訪問看護・訪問リハビリテーション・訪問調剤が未発達なままでは、どんなに訪問・通所介護が発達しても、在宅限界を高めることはできない。介護保険を「生活お世話保険」に矮小化させないためにも、在宅医療とのリンクは不可欠

である。特にこれまで日本では弱かった End of Life Care や Quality of Death といった概念で表されるサービスの発展にとっての医療の重要性を改めて訴えなければならない¹⁸⁾。

また、訪問看護やリハビリテーション、療養病床による急性増悪対応入院の受入れ、「地域のベースキャンプ」としての医療機関再構築、在宅入院制など、地域包括ケアシステムにおける医療サービスをめぐる課題は多数指摘できる。

18) 広島県尾道市で構築されてきた地域ケアシステムがもっとも進んだ例と思われる。

2. 訪問介護

短時間巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護をベースとする複合型サービスがまずは取り入れられるようだが、今後の地域包括ケアシステム構築のためにはさらなる工夫が次々に求められるだろう。ここは基本的に共助の対象でよい。

3. 生活支援

要介護前の段階でも高齢化によりつらくなる日常行為の代表は買物やゴミ出しである。疾患に関しては医療機関に頼り、要介護状態に関しては介護サービスを利用する体制は一応できている。他方、日常生活に直結する行動がきつくなる段階の支援は、互助の活用を含め、地域包括ケアの一環として今後工夫していかななくてはならない。なお、買物の大部分を占める食材を運ぶ苦労の軽減の点からも、配食が最も重要な生活支援サービスと想定している。

次に、生活支援サービスの重要な要素としていわゆる家事援助サービスを論じておこう。炊事・掃除・洗濯は、手術や投薬などの医療および身体介護と違い、要介護者でなくとも誰でも、とりわけ忙しい子育て世代の共稼ぎ世帯などにとっては、もし1割負担で利用できるなら高い効用をもたらすサービスにほかならない。その観点からすると、保険事故状態（介護保険では要介護・要支援）と認定された場合のみの給付を前提とする保険理論に必ずしも合致しない。

そこで、介護保険給付対象から外すべきかどうかをめぐって、これまでも社会保障審議会介護保険給付分科会などいろいろな場面で議論がなされてきた。一方、自己能力活用を目指すリハビリテーション（例えば片麻痺の方が使える腕で家事を行う訓練）としての共同作業型の家事援助や、認知症者見守りの一環としての家事援助を重視する声も無視できない。また要支援者に対する家事援助が持つ要介護度悪化防止効果を唱える声もある。さらに、多くの高齢者が利用する医療サービスと違い、身体介護が必要となる確率の相対的な低さ（1号被保険者の2割未満）に鑑みると、保険料納付に対するインセンティブ確保のために家事援助給付が果たす意義を説く意見も有力と言える。

生活支援は、今後の地域包括ケアシステム構築努力の中で、自助・互助・共助・公助の組合せをフルに考えなくてはならない代表例である。

4. ケアマネジメント

ケアマネジメントに関しては、共助とそれ以外のサービスを組み合わせた目標支援型ケアプランが中心となっていくと期待されている。そのためにもケアカンファレンスの進化は不可欠である。ケアカンファレンスは提供者ミーティング(サービス担当者会議)でもケアプラン伝達会でも、さらに言えばケアプラン作成会議でもない。尾道方式のように、「①利用者本人と家族を含めたケアチームのメンバー全員が参加し、②ケアプランを事前に共有し、③介護・医療にかかわる情報のみならず今後起こりうる生活上・医療上の問題の対処方針を、④全員で確認・共有すること」が望まれるケアカンファレンスなのである。

5. 施設サービス

施設については、住みかサービスとケアサービスを「機能としては」一度それぞれ分離して捉え直し、その上で適切かつ柔軟な組合せを考える方向が求められている¹⁹⁾。現在の施設および居住系事業所のほとんどは、住みかとケアの2種類のサービスが基本的に自己完結型パッケージになっている。そうではなく、内付けサービスに加え、地域単位で外付けサービスをもっと積極的に工夫して利用できるようにしてもよいだろう。逆に施設で有用なケア人材を育ててきたのであれば、その人材を地域サービスにも提供するあり方も望まれている。

事業所ごとに、さらに職種ごとに配置人員を定める基準をゆるめると、次のような工夫が図れるはずである。日常のケアスタッフは、もちろん施設および居住系事業所に内付けされていなくてはならないが、医療系サービスは各事業所に24時間貼りつく形よりも、人材を多く抱える組織、病院や有床診療所が地域の医療サービスを担当し、必要な時に施設ないし居住系事業所に応援に行くあり方でもよい。地域単位でケアスタッフの充足を図り、ケア付き住宅ならぬケア付きコミュニティを築くという考え方である。

今後は、施設の根拠法が医療法であるか社会福祉法であるかに基づく類型よりも、それぞれの施設が果たしている機能を重視すべきと思われる。介護施設の本来機能は、リハビリテーションが充実した在宅復帰支援機能および在宅生活支援機能に他ならない。現行の介護保険施設の中では、老人保健施設を名称による類型ではなく、機能で定義する視点を強調しておきたい。すなわち、老人保健施設創設時以来期待される、中間施設としての在宅復帰機能、および入所者にかぎらず、通所とショートステイで在宅者にもリハビリテーション提供を果たす在宅支援機能をもつ主体が真の老人保健施設である。2025年に向けて、「やむを得ず特別養護老人ホームの順番を待つ人の臨時引き受け」機能や「終の棲家」機能を老人保健施設に要求してはならないし、そうした役割が主となっている事業所を老人保健施設と呼ぶべきではないだろう。

他方、進化してきた高度の介護サービスを提供できる介護福祉施設は、安心できる住

まいニーズに対応する機能を果たしていると捉えるべきである。当然ながら個室ユニットサービスの普及が前提と考えなくてはならない。住まいニーズへの対応が主である以上、リハビリテーションや主治医サービスは外付けも使えるようにした「ケアが組み合わされた集合住宅」の中で、専門性の高いタイプと位置付けられる。

19) 新潟県長岡市こぶし園の取り組みが有名である。

VIII 2025年の予想

1. 高齢者ケア分野のサイズ予想

社会保障・税一体改革をめぐって政府から提示されている 2025 年の予想を踏まえておこう²⁰⁾。

- 介護保険制度からの介護給付費は 19.7 兆円（対 GDP 比 3.3%）に増大する。
 - ▶ <参考として>医療保険制度等からの給付額は 53.3 兆円（8.8%）、公的年金給付額は 61.9 兆円（10.2%）、社会保障給付総額は 151 兆円（24.9%）。
- 介護給付の財源については、介護保険料負担額が 8.7 兆円（1.4%）、政府財源による負担額は 11.1 兆円（1.8%）との予想が示されている。
 - ▶ <参考として>医療・年金を含む社会保障全体では、公的保険料負担額が 89.1 兆円（14.7%）、政府財源による負担額が 61.3 兆円（10.1%）。
- 介護医療分野の従事者数は次の通り大きな増加が求められている。介護職員：2011 年の 140 万人が 238 万人に、介護分野に従事する介護職以外の職員（ケアマネジャー・理学療法士・作業療法士・事務員・厨房職員など）は 66 万人から 128 万人に。
 - ▶ <参考として>医療分野では医師 29 万人→33 万人、看護師：141 万人→200 万人、医療分野に従事する医師看護師以外の職員：85 万人→123 万人。
 - ▶ 医療介護分野の全従事者数合計は 2011 年の 462 万人が 732 万人に増えると見込まれている。この数値の確保には緻密な戦略が必要なことは言うまでもない。

20) <http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/kentohonbu/pdf/230630kettei.pdf>

2. ケア付きコミュニティの構築

地域包括ケアシステムの目標は「ケア付きコミュニティ」の構築である。できる限り住み慣れた地域での在宅生活（地域内の住みやすい集合への移住も含む）が継続できるコミュニティを指す。英語では Aging in Place と表される。なおこの概念には、高齢者・要介護者の地域参加、地域貢献も込められていると思われる。

ケア付きコミュニティとは、地域のどこに住んでいても…個別の家でも集合型住宅でも施設（＝「ケアが組み合わされた特別な住宅」）でも…同じ条件でサービスを利用でき

る地域を指す。住まいとして自宅か施設かを選ぶにあたって、どちらが安心か、安いかななどの要素が意思決定に関係しなくなる姿と言えよう。経済力と好みは人によって違う以上、生活の根本には個人の自由が存在する。しかし、住む場所がどこであっても、選べる介護や医療サービスの種類には差がないようにしたい。前述したごとく、施設に居住していても客観的ニーズが認められるなら外部サービスを使えて当然だし、反対に施設の持っている介護・医療サービスの資源は、地域にも展開されてしかるべきである。

以上の記述から明らかなように、地域包括ケアシステムをめぐる議論の本質は、日常生活圏域の中で、高齢者、障がい者、児童など、何らかのサポートを必要とする人々が、普通に暮らしていくことのできるシステムを築く、サービス提供体制構築論に他ならない。

最後に、繰り返すが、Quality of Care をふまえたケア付きコミュニティ構築努力に続くべきは、End of Life Care, Quality of Death の視点からみたシステムの設計である。2025 年は団塊の世代の死亡数が増え始める時だからでもある。

(本稿はジュリスト 1433 号 (2011 年 11 月 15 日号) に提出した原稿を元に、字数で見ると倍以上になる加筆を行ったものである。)

【主要参考文献】

- ・池田省三『介護保険論—福祉の解体と再生』(中央法規出版、2011 年)
- ・上野千鶴子ほか編著『ケア—その思想と実践 (全 6 巻)』(岩波書店、2008 年)
- ・上野千鶴子『ケアの社会学—当事者主権の福祉社会へ』(太田出版、2011 年)
- ・大熊由紀子『物語介護保険—いのちの尊厳のための 70 のドラマ (上) (下)』(岩波書店、2010 年)
- ・岡本祐三『介護保険の歩み—自立をめざす介護への挑戦』(ミネルヴァ書房、2009 年)
- ・片山壽『父の背中の地域医療—「尾道方式」の真髓』(社会保険研究所、2009 年)
- ・佐藤智編『明日の在宅医療 (全 7 巻)』(中央法規出版、2008 年)
- ・田中滋・柄本一三郎編著『介護イノベーション—介護ビジネスをつくる、つなげる、創造する』(第一法規出版、2011 年)
- ・堤修三『介護保険の意味論—制度の本質から介護保険のこれからを考える』(中央法規出版、2010 年)
- ・二木立『介護保険制度の総合的研究』(勁草書房、2007 年)
- ・結城康博『日本の介護システム—政策決定過程と現場ニーズの分析』(岩波書店、2011 年)
- ・和田勝『介護保険制度の政策過程—日本・ドイツ・ルクセンブルク国際共同研究』(東洋経済新報社、2007 年)