

社会保障制度の本質と機能

- 自助・互助・共助・公助と地域包括ケアシステム -



田中 滋（たなか しげる）

慶應義塾大学名誉教授

明治安田生活福祉研究所 特別顧問

■略歴

- 1971 年 慶應義塾大学商学部卒業
- 1977 年 ノースウェスタン大学経営大学院
修士課程修了
- 1980 年 慶應義塾大学博士課程単位取得退学
- 1981 年 慶應義塾大学院経営管理研究科助教授
- 1993 年 慶應義塾大学院経営管理研究科教授
- 2014 年 4 月より現職

■専門 医療経営学、医療経済学

■主な著書

「地域包括ケア サクセスガイド:地域力を高めて高齢者の在宅生活を支える」(メディカ出版、2014 年)、「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、2011 年)、「会社と社会を幸せにする健康経営」(勁草書房、2010 年)、「MBA の医療・介護経営」(医学書院、2008 年)、「ヘルスサポートの方法と実践」(東京大学出版会、2007 年)、「医療制度改革の国際比較 講座 医療経済・政策学;第 6 巻」(勁草書房、2007 年)、「保健・医療提供制度 講座 医療経済・政策学;第 3 巻」(勁草書房、2006 年)、「医療経済学の基礎理論と論点 講座 医療経済・政策学;第 1 巻」(勁草書房、2006 年)

【要 旨】

- 先進国では 1970 年代から 90 年代にかけて健康寿命後の余命を生きる、つまりケアを必要とする高齢者が著しく増加した。それを受けて日本でつくられた言葉が「介護」である。
- 社会保障制度の歴史は新しい。人類誕生以来、自助、および集団内の互助が行われてきた。次に文明の発生と共に一部に公助が生まれ、近代にいたってそれが英国などで制度化された。19 世紀も末近くなって、まずはドイツにおいて防貧・社会の安寧維持のための共助が意識され、その制度化としての社会保障制度創設と進んだとの理解が正しい。
- わが国では 2000 年には介護保険制度の運用が開始された。介護保険では、高齢者が尊厳を保持し、有する能力に応じて自立した生活を可能な限り自宅でおくることが重視されている。
- 2025~2040 年にかけて後期高齢者数が高止まる。その時期に備え、医療・介護・予防・住まい・日常生活という 5 つの視点からの高齢者ケアに取組み、さらに障がい者や児童など何らかの支援を要する人すべてを対象とした「地域包括ケアシステム」の構築を推進する必要がある。

本稿は、2015 年 6 月 10 日に実施された講演「社会保障制度の本質と機能-自助・互助・共助・公助と地域包括ケアシステム-」に基づいて編集を行なった。

I 介護という事象の出現

1970 年代から 90 年代にかけて、日本・フランス・ドイツ・北欧・オーストラリア・オランダなどで、人類史上初めて多数の健康寿命後の人達が現れた。徳川家康のように世界史上 70 歳まで長生きした人は珍しくなかったが、彼らは亡くなる 1 ヶ月前まで活動的だった。なぜなら、例えば癌については体の表面近くに出るまで分からないなど病気が発見されず、他方、多くの人は衰弱したらすぐに死んでいたからである。このため、たくさんの人が健康寿命後も生きた時代はなかった。それまで「依存人口」とは子どものみを指していたが、健康寿命後の余命を生きる高齢者が新たに加わったのである。

現在の日本では、20 歳過ぎの女性の約半数は 90 歳まで生き、かつ平均すると 12 年間もの健康寿命後の人生を送る。男性は女性に比べ弱いので、健康寿命後の人生は 9 年位とやや短い。健康寿命後の人達は、介護施設で暮らさざるを得ないなど、不自由な生活を余儀なくされる。これが人類史上初めての経験であることは、「介護」なる言葉が 25 年前の広辞苑になかったことが証明している。今日、介護という言葉は一般的になったが、当時は辞書にも掲載されていなかった。

どの国の文化でも、何かしらの事象があれば言葉は生まれるものと考えられる。明治初頭、福澤諭吉や西周達が「哲学」・「経済学」・「機関車」などの言葉を作った。普段ある現象・事象やコンセプトには名前があって当然だろう。例えば、日本には、萌木色・茜色など多くの色の名前が存在し、十二単の袖に見える全ての色にも名前がつけられている。これに対して、砂漠が広がる国では色の名前は多くはないが、その代わりに砂の種類に対する名前は何十種類もあると聞く。自分の周りに一定の事象が始終観察されれば、それを指す言葉が生まれるはずと想定できる。介護を表す言葉がなかった理由は、介護に相当する事象がなかったことを意味する。

なお、介護が社会の大きな問題になり始めた 1990 年頃、医師や看護師以外の介護人材とは、炊事・洗濯・掃除をする家政婦・派遣婦であり、家事人材のことだった。その人数は厚労省によると 10 万人にすぎなかった。

II 社会保障の歴史

1990 年代には「昔の日本家族は三世代で暮らす温かい家庭だった。嫁が世話をしてくれ、子どもの面倒もみていた」、「女性の社会進出が介護問題の原因だ」などの誤解が多くの人達によって主張された。我々が現在直面している状態を正しく理解するには、歴史的視点が欠かせない。

1. 最初は自助

700 万年前に類人猿と類猿人が分かれて以来、人類は 20 数種類発生したが、20 万年前に生まれた我々ホモサピエンスだけが生き残り、現在地球上に約 73 億人生存している。なお数万年前の人達の骨や遺跡・壁画などから、その頃でも看取りや看病があったと推測される。自然発生的に子どもが病気になれば看病をするが、結果は死ぬか元気を取り戻すかのいずれかであり、子どもが虚弱な状態で生き残ることはなかった。依存人口である子ども以外は、狩り・釣り・どんぐり拾い・キノコ摘みなど、食糧調達は自助に依った。仲間内 30 人位の集団で、転々としながら洞窟内で生きているときに、当然自然派生的互助はあったと推察される。飢餓と天災と疫病は死に至る大きなリスクだったろうが、親が死んだときにはその子は集団の中で暮らすケースが稀ではなかったと想定される。

2. 公助の出現

7,000 年位前（国によって異なるが、9,000 年前から 3,000 年前）に、人類は農業生産を始め、余剰作物を作ることができるようになった。小麦や米は、果物や生肉と違って高カロリーである上、長期保存が可能であるため、比喻で言えば、30 人の集団が 30 人分ではなく 50 人分の食糧を作ることができるように進化した。余剰生産物が生じたことで、食糧の生産に携わらない人が生きることが可能になった。

この結果、最初に登場するのは 2 種類の人達、戦う人と祈る人だった。また余剰生産物が生まれると他の集団を襲うインセンティブも発生する。飢餓・天災・疫病の他に、初めて敵というリスクが生じ、それへの恐れから治める人、祈る人が生まれた。祈りは医療の始まりでもあった。ほとんど効果はなかったろうが、病気の治療手段は祈りと、せいぜい薬草ぐらいだった。平安時代の源氏物語のような世界では、これも仮の例を使えば、お産のとき、お坊さんを 200 人位集めて護摩を焚いていた。天皇家だとお坊さんの数は 200 人位、中級貴族だと 5 人位、田舎の領主だと 1 人で、99%の庶民には 1 人のお坊さんも来なかった。当然治療の効果はない。一方、今で言う公助が初めて発生した。自助や仲間内の助け合いと違って、反乱を恐れた首長が、貧しい人達に対して慈悲の気持ちがあれば何らかの形で救いの手を差し伸べた。これが公助の始まりだった。

3. 公助の制度化

19 世紀初めにイギリス、やがてフランス・ドイツが続き、アメリカそして日本が 20 世紀に入って、近代資本主義経済と呼ばれるこれまでと異なる世界に入った。日本が本当の意味で近代化するのは明治維新の後、日清戦争で多額の賠償金を得てからであり、日露戦争の直前に日本の資本主義は発達し始めた。

一方 19 世紀後半、パスツールやコッホが、伝染病の原因は神の怒りや悪魔ではなく、病原菌であることを発見した。病原菌を人々に広めないためには、ねずみや蚊を駆除して清潔にする必要があり、公衆衛生政策が始まった。上下水道がパリで作られたのも 19 世紀後半だった。このように 19 世紀後半に近代医学が発達すると共に公衆衛生政策が始まり、さらに公助が制度化された。イギリスの救貧法は、慈悲ではなく、貧しい人の集団を放置しておくで反乱の巣・不潔の巣・疫病の元となるので、その人達を最低生活水準まで救った方が近代社会としては安全だとのクールな考え方に基づくものだった。このような観点から公助が制度化された。

4. 共助の構築

19 世紀に入ると、それまでの農業・牧畜業・漁業・軽工業だけではなく、重工業を中心とした産業の発展が欧州に広まった。その中心は鉄鋼業であり、鉄を用いて鍋釜や鋏ではなく、機関車・橋・鋼鉄船などが作られるようになった。この時代に自助の概念が変わった。それまでは、農業生産・林業生産・牧畜業生産・窯業生産、さらに商業・軽工業においても、身分的に隷属して働いていた。重工業化により初めて身分的に隷属しない賃金労働者が発生した。彼らは酷使されてはいたが、少なくとも身分ではなくて労働だけをする初めての存在だった。

もう 1 つの特徴は、彼らが地縁・血縁とは切れた、都会や周辺の工場で働いたことだった。このため新たなリスクとして浮上した要素は、疾病に罹ったりけがをしたとき、もしくは失業したときに放置しておくで暴動を起こす可能性が否定できないことだった。他方、熟練工は富国強兵の中心ともいえ、その熟練を失うこともリスクだった。工場労働者の生活は新たな自助の形態の誕生といえ、農村・漁村とは異なり地域の自然発生的互助がなかった。貧しくなってから救うのは救貧である。救貧は公助により行われる。これに対して、貧しくさせないために病気の治療費や労災の費用を負担することを防貧と言う。防貧は共助が果たす新たな機能の発見と評価できる。共助は新しい人為的な制度であり、昔からあった救貧とは異なる防貧の仕組みが作られた。

5. 社会保障制度の目的

共助によって自助が連帯化される社会保障制度はビスマルクにより 1880 年代に創設された。今日の健康保険制度・年金保険制度・介護保険制度はこの共助の流れに属する。これは、人類の歴史でも非常に新しい政策であり、日本では 1922 年から始まった。

社会保障制度の目的は、社会主義に近づくことではない。アメリカの保守派などがオバマケアに反対する理由として「社会保障制度は社会主義者が考えたものである」と主張したが、それは間違いである。社会保障制度を考え出したのはドイツ帝国統一を主導したビスマルクに他ならず、彼には温かい心・憐憫の気持ちなど全くなかったのではなかろうか。彼にとって社会保障制度の目的は弱者保護ではなく社会安寧の維持・社会防

衛であり、熟練工を存分に働かせてオーストリア・イギリス・フランスおよびロシアに国力で勝つための手段だった。社会保障制度は、資本主義の発達に際しての社会のリスク管理として生まれたのである。

その背景は、1848 年の欧州同時革命だった。当時ウィーンではメッテルニヒが追われ、皇帝が交代させられた。フランスではナポレオン没落後、第二王政が復活しており、オルレアン家のフィリップが王になっていたが、最終的に王政は 1848 年に終焉した。この革命でプロイセン王家もしばしの間ベルリンを逃れ、ナポリ王家も逃亡するなど、各地で暴動が発生した。その主体には労働者も加わっており、これは初めての事態だった。それまで、反乱は薔薇戦争のように貴族が王に対して起こしたり、清教徒革命などのように地主（郷紳）層の力が中心だったりした。フランス革命はブルジョワによる革命と言えよう。しかし、初めて労働者も革命の主体になりうる状況を見たビスマルクは、社会安寧の維持のための保障装置として社会保障制度の意義を理解していた。

ビスマルクは、1878 年に社会主義鎮圧法を成立させ、社会主義者を弾圧する一方、1880 年代に疾病保険、労災保険、老齢・障害保険を創設した。これらの制度の対象者、つまり医療を受けられたり、老齢年金を受けられたりするの労働者であるが、受益者は資本家だった。つまり、労働者が防貧策によって共産主義に傾倒しないようにすれば、資本家は安心して資本投下して工場を経営し利益を上げることができるからである。つまり、受益者と対象者は異なっていた。社会保障制度は社会主義に向かう政策とは無関係に機能する。実際、1920 年代のナチス勃興時、ナチスに最後までなびかなかったのは、カトリックと労働者だったと記録されている。極左を防ぐ装置は…最後は敗れたものの…極右への防波堤の役も果たすし、狂信的宗教も防ぎうる。

Ⅲ 介護保険制度創設に至る経緯

1. 虚弱高齢者の出現

日本など豊かな資本主義国家では、医学や公衆衛生が発達するとともに、栄養水準が上がり死亡率が低下した。明治時代、日本ではコレラで 1 万人が亡くなった年もあったが、現在南アジア等に出かけてコレラに罹って帰国しても 1 人も命を落とさない。なぜなら、コレラ菌が弱くなったのではなくて、日本人の栄養水準が高いからであり、下痢をしても死ななくなった。今でも高齢者は肺炎に罹ると亡くなりうるが、高齢者以外は大部分が治る。これは、栄養水準が高くなったことと、公的医療保険を国民全員が使えるようになったためである。19 世紀までは医療技術があっても、金持ちしか使えなかった。こうした成果は素晴らしい。

一方、予期していなかった帰結として、医療保険によって労働者層など広汎な人が医療を受けることができるようになると、虚弱高齢者が多数存在するようになった。決し

て女性の社会進出や核家族化が虚弱高齢者を生んだのではない。

2. 対応の失敗

当初、初めて直面した多数の虚弱高齢者に対する各国の施策が失敗した第1の要因は、医療モデルと考えられる。昔は病人を安静にしておくことが医療モデルであった。例えば結核患者は高原の療養所などで毛布にくるまって療養生活を送った。若い人は結核で毛布にくるまって寝ていても、じっとしていないので褥瘡(じょくそう)は起きないが、動けなくなった高齢者を放置しておくとも3日で褥瘡がひどくなる。1980年代、90年代の寝たきりの高齢者の特徴は、体が拘縮して褥瘡が深いことだった。

先進各国で起きた第2の失敗要因は、高齢者に対して「かわいそうだから助けよう、ご飯を作ってあげよう、掃除してあげよう」などの対応をすることだった。これでは要介護状態は改善しない。現在、介護とはリハビリテーションから始まると分かってきた。かつての福祉モデルは、自立支援に向かわなかった。

第3の失敗要因としては家族モデル、つまり「昔は良かった」歴史観の基づく誤解が挙げられる。女性が家にいれば何とかなるとの理解は正しくない。

これらの失敗の結果、寝たきり老人が発生した。「寝たきり」とは自然発生的な状態ではなく、処遇の帰結を表す状態であり、正確には「寝かせきり老人」だろう。今では「寝かせきり老人」にしないようにしているケアが専門職により提供されている。

極端な言い方をすれば、昔の高齢者はまだ働いている人か、もしくはもうすぐ亡くなる人だった。亡くなる人に対する看取りは昔も今も当然のごとく行なわれているが、これは介護ではなく、看取りという一種のスピリチュアルな儀式と捉えられる。

介護問題の発生原因として三世帯同居が少なくなったことが挙げられていた時期があった。そこで、高齢者と子どもとの同居の割合を見ると、1970年代には同居率は8割だったが、今は4割以下に下がった。しかし、中年ないし初老の年代の子ども達が親を放棄しているとの読み方は間違っている。1970年、日本に高齢者は500万人しかおらず、その8割が子どもと同居していたとすると、その数は400万人にすぎなかった。一方、現在同居率が4割を切ったといっても、日本全国で1,300万人もの高齢者が子どもと同居している。つまり今の方が家族の介護機能は強化されている。それにもかかわらず虚弱高齢者問題への対応が大変な理由は、要するに高齢者とりわけ虚弱高齢者が増えたからであり、原因は家族形態の変化ではない。

3. 介護保険に向けた議論

1994年の高齢者介護・自立支援システム研究会では、①年金保険制度の付加給付にして現金を渡す案、②医療保険制度の中に別途の給付を組みこむ案、③公助を拡充して公務員もしくは社会福祉協議会などがケアを行う案、④民間保険の強制加入案、の4案も協議された。結論は、それらの候補ではなく、独立の介護保険制度設立こそ問題に対

処できるとの考え方だった。また、提供者には少なくとも在宅サービスに関しては民間も入れないととても足りないと了解された。

他方、それに先立つ 11 年間にゴールドプラン・新ゴールドプラン・ゴールドプラン 21 を通じて、特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・グループホーム・訪問看護ステーション・介護福祉士などの提供体制が整備された。保険給付が現金給付のみならば、保険事故の発生確率を掛けて給付金額さえ決めれば数理計算により保険料を算出できたが、保険料計算に先立って、提供体制構築が重視された。

前述のように 1990 年には介護人材は 10 万人しかいなかったが、病院以外の場所における近代的な介護の提供体制と、現金給付の事業者代理受領方式を採用した保険が作られた。医療保険と分けた理由は、医療は現金給付ではなく、必要な療養を給付する制度だからである。介護の場合は医療と違って最適概念が成り立ちにくいので、バーチャルなクーポンを付与する方式とし、事業者が代理受領する方式に決められた。

4. 介護保険制度創設

介護保険法案は 1997 年に国会を通過、2000 年に制度が創設された。その理念は自立支援である。国民健康保険制度などと違って保険料の地域差が大きくならないように、1 号保険料・2 号保険料・国庫負担・都道府県負担・市町村負担と 5 重の財源で成り立っている。高齢者の比率が高い、後期高齢者の比率が高い、所得が低いなどの理由で市町村ごとに保険料に差が出ないようにしてある。2014 年度、公的介護保険市場規模は 10 兆円になった。給付費ベースでは 9 兆円を超えた。介護分野で働く人の数は、介護福祉士やケアマネジャーなどで 180 万人に達しており、今や介護は日常の風景になった。

介護保険法第 1 条では、「尊厳」、「有する能力」が重要である。要介護状態で右手がマヒしたら、左手の力をつけて生きるべきとのコンセプトが重視されている。かわいそうだからお世話しましょうとは条文上どこにも書かれておらず、うまく歩行できなくなっても車いすを使って、移動しよう、外出しようとの考えを背景に持つ。「その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、・・・共同連帯の理念に基づき・・・」と記された条文が意味する機能は共助に他ならない。互助や公助ではなく自助の社会連帯である。

第 2 条第 4 項で「可能な限り居宅において」とされている。居宅とは、旧来の自宅に限られず、病院や特別養護老人ホームなどの施設以外の場所全体を含む。後述するが、施設とは生活が制限される場所を指すのに対し、居宅とはそれがあまり制限されない場所とみなして良い。制限とはプライバシーと自分の時間に対するコントロールを意味する。

図表 1 介護保険法第 1 ～ 2 条

- 第 1 条 : …尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき…
- 第 2 条 4 項 : …給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において…

生活が制限される施設の典型は刑務所だろう。そこではプライバシーはゼロであり、全く自由はない。なお一般の人が経験する可能性がある施設の代表は、急性期医療施設である。そこにはプライバシーがあまりなく、手術直後は医師や看護師が病室に出入りする。これは当然のことで、上位目標がプライバシーではなく救命と治療だからである。これに対して、介護とは生活支援であり、生活の条件を失わせてしまったら介護ではない。つまり、急性期医療の受療は日常生活から切り離された特殊な状態に置かれてもやむをえないが、介護とは日常生活を周りが支援することである。このため、介護はできる限り居宅でなされるべきと規定されている。

5. 介護保険の本質は予防

第 4 条は予防に関する規定で、大変重要な条文として強調しておきたい。現在の 80 歳代、90 歳代要介護者の多くは、若い頃、よもや自分が要介護状態で長生きすることではなく、60 歳位で死ぬと思っていた。そもそも看取りや看病とは別の要介護という状態も知らなかった。しかし、今では成人の男女が 90 歳前後まで生きることは普通のことであり、要介護状態になる可能性も低くはないことも知られている。

図表 2 介護保険法第 4 条

- 第 4 条 : 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする

したがって「要介護になることを予防するために、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して」、例えばメタボリックシンドロームに陥らないようにする、女性の場合は骨粗鬆症にならないようにするなどの予防が欠かせない。条文では、「要介護になったらお世話をする」ではなく、「要介護になったらリハビリテーションを受ける」となって

いる。つまり、介護とは世話の提供ではなく、状態をよくする介入、悪化を予防する努力が中心に置かれている。要支援の場合、運動不足の人、メタボリックシンドロームの人、栄養不足が原因の人などは改善する場合も珍しくない。一方、リウマチや脳出血などで要介護3になった場合、要介護度が改善する可能性は低いかもしれない。しかし、その状態を維持する、あるいはその状態で極力自活する、壁をつたってでも他人に頼らずに1人でトイレに行くなどの自立を支援する機能が大切である。上位目的は要介護者の尊厳の維持に他ならない

上を向いて寝ているだけではなく、たとえ車いすでも座って起き上がる、幼い曾孫がきたら絵本を読み聞かせる、そのためにリハビリテーションを行なう。リハビリテーションとは理学療法士が担当する筋力トレーニング的な療法だけではなく、作業療法士が行なう日常生活機能の訓練や、言語聴覚士が受け持つ咀嚼（そしゃく）力の強化なども含まれる。

IV 地域包括ケアシステムの構築

1. いびつな年齢構成

これまで、少なくとも日本・デンマーク・スウェーデン・ドイツ・オランダなどとは何とか高齢化と介護の問題に対応してきている。では、後は介護の質の向上と技術進歩を図れば良いのだろうか。しかし、今後、日本・ドイツ・中国・韓国・シンガポール・イタリア・スペインなどの国々は、人口の年齢構成のいびつさ、中年世代の減少等の避けることのできない問題に直面する。この問題は、アメリカやフランスでは起きない。国内でもこの問題の影響の程度は地域で差が著しい。また、自治体によって首長・医師会長等の危機意識の程度が違う。

筆者は、自治体が地域包括ケアシステムを本格的に導入する際に講演を依頼されるケースが多いが、引き受ける条件として首長が講演会場で最前列に座ることを要請したりする。そして、講演の最後に「市長、覚悟なさいましたね」と言うことにしている。すると、周りのケアマネジャー達が感激し、「市長・医師会長が主導すると言ってくれた」とか、「市役所や医師会が本当に動き出してくれた」といった話を後から聞く。トップが理解すると物事はスムーズに始まる典型と言えよう。

2. 虚弱高齢者が抱える問題

虚弱高齢者とは、一昔前は寝たきり老人に代表されていたが、今では認知症が主たる問題になっている。認知症は、罹っている人とそうでない人に明確に区別される症状ではない。様々なレベルが観察される。ADL（日常生活活動）のみならず、IADL（手段的日常生活活動）も認知症にとっては重要な機能である。例えば、認知症者にとっては

最近のテレビのリモコンを使いこなすのは難しい。

さらに、大部分の虚弱高齢者は慢性疾患を患っており、日常生活機能が悪い。急性増悪・肺炎・圧迫骨折・転倒しての骨折等のリスクが高い。そして一部の高齢者は、貧困で孤立し虐待を受けている。虐待が多いケースは、独身で無職の息子と母親という世帯と報告されている。

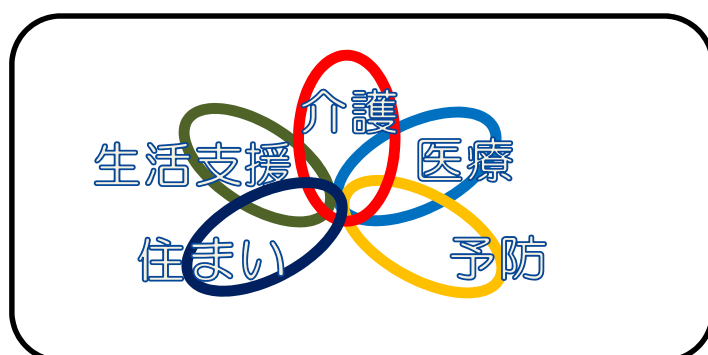
「2025 年には団塊の世代が後期高齢者になり、介護・医療費等社会保障費の負担が急増する」と説かれる「2025 年問題」が懸念されている。ところが、2025 年は、15 年ごとに 700 万人ずつ増えていった後期高齢者数の増加が止まる年にすぎず、その年に突如何かが起きたり、翌年にはそれが消えたりするわけではない。後期高齢者数が高止まりした状況は 2040 年まで 15 年間も続く以上、「2025～2040 年問題」と把握する方が正しい。

このような年齢構成変化、しかも地域ごとの著しい違いは史上初めての現象である。この危機意識の下、1994 年の高齢者介護・自立支援システム研究会の次に、2008 年から厚生労働省の老健局長・同局課長のほとんどが参加する地域包括ケア研究会が立ち上げられ、政策が立案されていった。

3. 地域包括ケアシステムの概念

図表 3 は、高齢者ケアについて分かりやすく表現している。この図は、高齢者の自立支援が介護だけでなく、医療の充実、多様な生活支援、要介護にならないような予防の推進、住まいの整備、この 5 つの視点の取組みがあって初めて成り立つことを最初に示した図として誇ってよい。

図表 3 地域包括ケアシステム「5 輪の花」図（2008 年）



さらに進化して、2013 年には植木鉢図＝フラワーポットチャートと呼ばれる図表 4 の植木鉢の図になった。高齢者ケアは、介護・リハビリテーション、医療・看護、保健・予防と表される 3 つのプロフェッショナルサービスに絞られた。

図表 4 地域包括ケアシステム「植木鉢」図(2013 年)



要介護1になっても日常生活の基本動作が自分でできれば問題はない。またたとえ要介護3になっても、厚生年金受給層でかつ家族関係も良ければ、介護保険給付サービスの利用により、(本人家族の精神面の苦渋は別として) 20世紀末の要介護者のように寝かせきり処遇を受ける心配はない。しかし、貧しい人・孤立した人には福祉サービスなどの支援も求められる。なぜならば、貧困・虐待・孤立といった状況においては、解決すべき多くの困難な問題が生じるが、医師や看護師はそれらの問題の専門家ではないからである。また、住まいが高齢者の生活にふさわしいかどうかとも問題となる。

この図表4の良い点は、植木鉢に立体感を持たせたところと自負している。役所が時折使う図では高齢者を真ん中に置き、その周りを医療や介護が取り囲むようになっている。しかし、そうした平面的な書き方ではなく立体感が大切と思う。ベースは本人・家族の心構えとして皿で示され、その上にまず住まいがしっかりとした鉢で表され、生活支援が芳醇な土で象徴され、その上でプロのサービスが草で描かれる。さらに、ケア付きコミュニティを作る自治体の力、地域ケア会議、およびケアマネジメントプロセスが組み合わさった構造により、地域包括ケアシステムの本質がよく表現されている。

4. 地域医療介護総合確保推進法

2014年6月、地域医療介護総合確保推進法(地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律)が成立した。第1条では「質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムの構築」が国策であるとうたわれた。この法律案は、我々にとって2014年に成立した法律案で最も重要と考えられる。第1条で

地域包括ケアシステムと医療とはセットであること、つまり「医療界の皆さん、介護は自分達には無関係な話だと思っは駄目です」「介護界の皆さん、医療人とは話しにくいなどと逃げては駄目です」等のメッセージを表現している。超高齢期には、少なくとも中重度要介護者に対する医療と介護のケアプランを統合しないと、2025 年から 2040 年を乗り切ることはできない。

第 2 条には医療、介護、予防、住まい、日常生活と記されている。これは、地域包括ケア研究会が作った「植木鉢」の図（図表 4）を法律用語に置き換えたと理解できる。このように、今後の政策の方向を知るには、政府が力を入れている研究会の報告書を読む努力も有効な手段となりえる。

図表 5 地域医療介護総合確保推進法

【地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律】

第 1 条：…地域における創意工夫を生かしつつ、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する…

第 2 条：…地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される状態をいう

5. 新しい自助

現在、働く人々、および団塊の世代には覚悟が求められている。団塊の世代は、2025 年から 2040 年にかけて次第に亡くなっていくだろうが、体が弱ったらどうするか、あるいは配偶者が亡くなったらいかに生きるか、どのように人生を卒業するかなどについて今から考えておかなければならない。また、医療や介護、福祉の経営者に対しては、法人経営のあり方が問われている。2015 年 2 月までに医療法改正案と社会福祉法改正案が作成された。医療・介護分野の市場規模が 50 兆円を超えるような状況になると、医療でも介護でも社会福祉でも、法人経営レベルでのガバナンス・業務の健全性・財務内容の透明性、さらに経営の効率化が重要になる。これらが不十分だとその財源たる社会保障制度への信頼を得ることができず、保険料や税金支払いのモチベーションが低下しかねない。

6. 新しい互助

新しい互助においては、顔が見える人同士だけではなく、顔見知りではない互助も不可欠となる。団塊の世代で元気だったら互助に加わろうと説かれるが、例えば外出支援・犬の散歩・庭の手入れなど、どこにニーズが隠れ、どこに資源が存在するかについて誰か信用力を持つ主体がマッチングしなければならない。

女性は70歳になっても80歳になっても近隣社会との関係性を保つ可能性が高いが、男性は企業・学校・役所等を引退後に引きこもりになる傾向が指摘されている。しかし、仕事関係以外の人と接するのは苦手にしても、大会運営やプロジェクトマネジメントなら得意と思っている男性は珍しくないだろう。そこで互助参加の1つとして、男性を地域包括ケア構築の地元担当マネジャーとでも呼ぶべき仕事を手伝わせると良い。

これらの新たな自助・互助・共助・公助を全部統合した姿が地域包括ケアシステムと総称される。

7. 施設と在宅

「施設(病院を含む)と在宅とどちらが良いか」「東京の施設準備が脆弱だ」などの議論は妥当ではない。施設の過不足にかかわらず高齢者が安心して暮らし、いざというときに施設を利用し、専門職に相談できること、そして高齢者自身が自分の残存能力を使ってよりよく生きていくための医療サービスや介護サービスによる支援などが欠かせない。必要なのは施設ではなく、それが有する機能であり、施設の持っている役割は様々な機能をパッケージ化したものと理解すべきだろう。

機能は分解できる。高齢者の生活を支える機能には、食事・看護・介護・リハビリテーション・相談などを挙げられるが、これらの機能を分けて地域ごとに確保していけば良い。このように機能を分化して利用する姿を、我々は「在宅ときどき施設」と表現している。

施設はときどき利用する場所である。普段は在宅療養、場合によって最期は施設という選択もある。最期の3日間、在宅での介護が辛いと思うなら施設でもいいかもしれない。逆に最期の3日間は自宅に帰る選択も良いだろう。そのために在宅介護の限界を上げていく。これまでは在宅医療で対処できるような人も病院を利用していたが、団塊の世代は人数が多すぎるので、病院機能を過剰利用すると急性期医療が機能しなくなる。そこで、施設の機能を分解してマネジメントする方向に進むべきである。施設を東京に数多く作るとか、東京の人を田舎に送るなどの発想は望ましくない。

8. 撫民と公平

驚くべきことに、日本では中世から「撫民と公平」（ぶみんとくびょう）なる言葉が使われていた。これは、「公平な負担を求め、民を安んずる」に近い意味で、まさに社会保障の本質を言い表す言葉である。社会保障の形式は、時代の年齢構成・社会問題・医学の水準などに合わせて変容するが、本質は変わらない。高齢者ケアは、決して高齢者がかわいそうだから施すのではなく、歴史的にも社会や産業の発展を側面から支える機能を果たしてきたのである。