

## 社会保障は1970年代モデルから 2025年日本モデルへ

地域包括ケアは唯一のソリューション

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 医療福祉学分野教授

高橋 紘士 氏



わが国は待ったなしの社会保障制度改革に取り組もうとしている。高度経済成長を背景としたいわゆる1970年代型の、病院医療と施設介護を軸とした社会保障システムから、医療・看護・福祉生活支援を地域で提供する新しい地域包括ケアシステムへの転換だ。容易ではない道のりを照らす指標は何か、医療福祉学が専門の高橋紘士氏に聞いた。

### アルミサッシと石油ストーブが 命を長らえた ...

—まず、地域包括ケアへと転換すべき1970年代モデルとはどのようなものでしょうか。

**高橋** 社会保障制度改革国民会議が「1970年代モデル」と「2025年日本モデル」を対比しています。

日本の高度経済成長がピークに向かっていった1970年代の半ばに、人の死に場所が、5割が病院、5割が在宅と半々になりました。それまでは8割が在宅、2割が病院でしたが、1973年には田中角栄内閣が老人医療費の無料化を実施したことが、8割が病院で亡くなるという今日の状況の遠因となっています。

また、1970年代は日本で長期療養が一般化する、言い換えれば寝たきり老人が発見される時期に当たります。「地域包括ケア」という言葉を日本で初めて使ったのは、広島県尾道市の公立みつぎ総合病院名誉院長の山口昇先生です。彼は脳外科の医師で、手術をして命を取り留め、リハビリテーションをして元気に退院した患者が、1年か2年後には寝たきりになって再入院してくるのを見て疑問に思い、看護師や保健師を総動員して退院患者の自宅を全戸訪問させました。すると、高度経済成長の中でお嫁さんも共働きをするようになった結果、退院患者におむつを当てて寝かせきりにして

おき、それでも手に余ると再入院させることがわかったのです。

その後、全国で同じような調査が行われ、やがて全国民生委員モニター活動が行われて、「寝たきり老人」という造語が生まれました。かつては、脳卒中で倒れるとそのまま絶命するか、生き残っても北風が吹き込む部屋で肺炎を起こし、寝たきりになるとまもなく亡くなっていました。つまり、日本大学の木下茂徳先生が「アルミサッシと石油ストーブが命を長らえる」と指摘したように、高度成長で生活水準が上がったことが寝たきり老人を生み出したのです。これは、豊かな社会が介護を必要とする人を増大させたという皮肉な結果です。

### 1970年代モデル ...

#### —病院・施設に流れすぎた社会保障給付

—1970年代モデルの現在への影響について、もう少しお話しいただけますか。

**高橋** 当時、ヨーロッパでは福祉サービスを普遍化して、サービスを量的に拡大しました。ところが日本の老人福祉は低所得者向けの施策であり、1980（昭和55）年からようやく在宅サービスが導入されても、中間層には問題を解決する方法がありませんでした。介護需要の爆発は特養機能弱体化と家族に負担を押し付けることになり、このことは



都市化と近代化が介護を社会問題化せざるを得ない状況を生み出したといえます。にもかかわらず、普遍的な介護保険ができたのは2000年で、そこには20～30年のタイムラグがありました。この空白を埋めたのが老人病院で、老人病院の療養環境は劣悪でしたが、他に手段がなく、老人医療費の無料化がその追い風になりました。

医療法人が長期療養病床を整備したり、社会福祉法人を創設し特別養護老人ホームの整備を行う例も目立ちます。今の社会福祉法人の3～4割は医療法人系で、医療福祉複合体という言い方が、二木立先生などが提唱されています。

こうして急速な施設依存が起これ、平成に至るまで経済成長が続いたため、社会保障給付を病院施設への投資に使って老人を受け入れる、いわば社会保障給付が病床拡大と新病院建設に投資される仕組みが構造化しました。そして老人病院でケアの質が低かったため、介護力強化病床などいろいろな改善策を打つとともに、1986(昭和58)年の老人保健法改正によって老人保健施設(中間施設)がつけられました。

介護保険法が制定された背景にはこうした社会的入院の増加がありました。また平成に入り、高齢化率23～24%と日本が世界で最も高齢化が進んだ国になったこともあります。2025年には75歳以上の後期高齢者が2,000万人を突破すると予測されています。

その一方で進む少子化も高度経済成長の帰結です。われわれは高度成長の中で、子どもを産み育てにくい環境をつくってきたのです。とりわけ大都市部では会社の遠くに住んで“痛勤”電車で揉まれるので、職場の近くの保育所に子どもを連れていくことは不可能です。また、日本ほど家計の教育費負担が高い国はなく、子どもの数が減るのは当たり前です。

池上直己氏とJ.C. キャンベル氏の研究によると、65歳以上の高齢者で3カ月以上入院している人と介護施設に入所している人を合わせると、日本では全体の4.7%で、ドイツ3.8%、イギリス3.9%に

比べ高いのです。結局、10年かかっても仕組みを改善できなかったのです。これでは財政的にもつわけがなく、いよいよ負担の限界が見えはじめました。

## 2025年日本モデルへ —人間を回復する—

—それを転換すべき2025年モデルが目指すものは何ですか？

**高橋** 医療中心の長期療養モデルで廃用症候群に陥っていた高齢者を、個室で生活してもらい良いケアをすると元気になります。また、認知症に対するフランスのユマニチュードという手法が注目されています。ユマニチュードとは、「人間らしさを回復する」という意味です。できるだけインテンシブに治療やリハビリテーションを施して退院させるのです。日本の平均在院日数は世界最長です。それだけ長く病院にいるのは在宅でサポートする力がないからです。

これに対し、社会保障と税の一体改革の中では、高度急性期病院をつくって在院日数を短くし、早く退院させて地域でケアするという地域包括ケアの考え方を打ち出しています。

それにはいろいろなエビデンスがあります。ケアというのは本人のモチベーションの維持なのです。米国の老人医学でも、生活機能の低下は社会的環境とフィジカルな環境の両面からもたらされるといわれています。ですから4人部屋で寝かせきりにしたり、認知症の人を拘束するといったケアは最悪です。リハビリテーションは、自分が自宅に帰って元の生活に戻るのだというモチベーションがあるからこそ効果があるわけです。その意味で、介護保険が目指したのはまさに自立支援なのです。

そこで重要なのは人と人のかかわりです。長期間入院すると、人とかかわりが断ち切れ、地域から排除され、モチベーションが低下させられます。その上、国の財政負担も大きい。このような危機的な状況に対して、サービス付き高齢者向け住宅など、高齢者に地域で継続居住できるようにする住まいを重視する方向が打ち出されました。デ



ンマークの「高齢者福祉の三原則」（自己決定、生活の継続性、自己能力の活用）でもこれを明確に打ち出しています。

1970年代につくったシステムを根本的に転換しなければ、日本の医療介護以前に、高齢者の生活さえもが維持できなくなります。日本はそれほど危機的な状況にあると私は考えています。

## 社会保障給付を 病院完結型から地域完結型に ●●

—介護保険制度も長期療養モデルを壊すことはできなかったということですね。

**高橋** 日本は遅ればせながら2000年に介護保険制度をつくりましたが、居宅処遇が原則と言いながら、家族介護を前提とした居宅であって、単身者については必ずしもきちんとしたサービスが用意されませんでした。そこで、地域包括ケアという概念をつくり、2025年に向けて地域生活の継続を前提に24時間の訪問看護・介護サービスや小規模多機能など地域密着型サービスを整備する方向に転換し、介護療養病床廃止の方向性を2006年度改革で打ち出しました。しかしこれは一向に進んでいません。

いずれにせよ、地域包括ケアとはきれいごとではなく唯一のソリューションです。基本的には、社会保障給付を病院完結型から地域完結型に転換します。保健・医療・福祉複合体が住宅に手を伸ばしはじめていて、その多くは困り込みをねらいますが、最近ではケアの本質がわかる事業者も出てきています。

その一例に、福岡県大牟田市に長期療養を中心にした病院があります。同院勤務の社会福祉士が生活支援などをするNPOをつくり、空き家を活用して退院した人や地域の人の居場所や溜まり場をつくりました。その結果、在宅への復帰率は3割近くになりました。病床回転率が上がり病院経営的にもプラスになっています。

こうした例が全国で見られるようになれば、病院は急性期とリハビリテーションだけになるでしょう。とにかく早期に病院から出すというのが社会保障

改革の趣旨です。日本の社会保障費は38兆円です。額は決して多いとは思いませんが、無駄に使われている部分があるのも事実です。それを地域医療にシフトさせるための、今はせめぎ合いの時期だと思います。

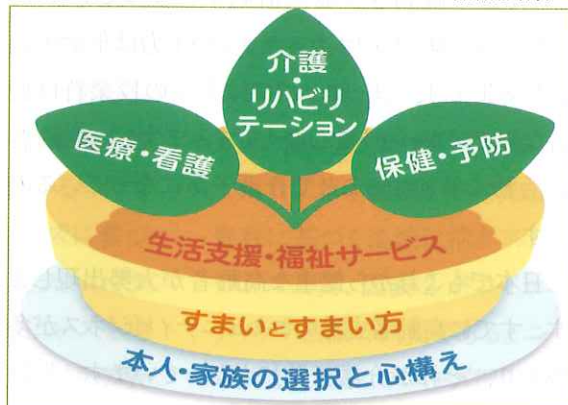
## 地域包括ケアに望まれる住宅の形 ●●

—早期に退院した高齢者の受入先はどのように考えられていますか？

**高橋** 病院が退院を促進するようになると、ある程度元気な人には住まいの受け皿が必要になります。しかも、モチベーションや社会関係性という観点からは共生型の住まいが本筋です。事業者が施設をモデルにしてサービス付き高齢者向け住宅を造っているのは間違いだと思います。

もともとサ高住というのは住戸指定ですから、50戸全部が高齢者である必要はありません。鹿児島市の堂園晴彦医師はそのような考え方で「NAGAYA TOWER」という賃貸住宅を造り、高齢者、学生、子育て世帯、障害者などが一緒に住まう形が実現しています。普通の住まいにサービスや介護、医療を入れるというのが地域包括ケアの概念です。それを表したのが有名な「鉢植えの図」で（図表）、地面（本人・家族の選択と心構え）があって、鉢（すまいとすまい方）がある。そして、そこに土（生活支援と福祉サービス）を入れると木（医療・看護／介護・リハビリテーション／保健・

●●図表 地域包括ケアシステムの5つの構成要素



出所：地域包括ケア研究会報告書（三菱UFJリサーチ&コンサルティング）「地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点」、2013年3月より



予防)が生えてくる。それが地域包括ケアのコンセプトであり、制度とともにインフォーマルな互助も重要です。重度者は医療・介護で支え、軽度者は地域が支えると誤解している向きがありますが、そうではありません。重度者こそが人とのかかわりや互助を求めています。

重い認知症の人でも自宅に帰って普通の生活をする、自立性を回復することがあります。認知症患者は拘束するとストレスでBPSD(行動・心理症状)がますます悪くなるのです。面白いデータがあって、地域の人たちの認知症への理解度が高い地域は認知症が疑われる人の受診率が高く入院率が低いそうです。そう考えると、専門家だけでなく、地域全体で認知症への理解度を上げていけば早期に発見して早期に対処する仕組みができるともいえます。

## 地域包括ケアのベースは地域活動 ●●●

—地域包括ケアで望まれる住宅の形はどのようなものですか？

**高橋** 直近の報告では、長期療養病院(介護療養型医療施設)の平均在院日数は482日、特別養護老人ホームは1,405日となっています。地域包括ケアの基本はそれをとにかく短縮し、地域で支援することです。問題は地域そのものが空洞化していることで、地域づくりとセットでやらなければいけません。地域には人材がいます。日本では、優秀で管理能力もあるのに結婚退職した女性たちがNPOで腕利きの地域活動家になっています。また、ヨーロッパのボランティアの主力は年金生活者と学生です。ヨーロッパでは大学の授業料は無料なのでアルバイトをしなくてすみますし、高齢者は活動に参加することで介護予防になっているのです。

日本でもこれから健康な高齢者が大勢出現します。すでに高齢者主導のコミュニティビジネスが多数あり、それが介護予防にもなっています。先ほど紹介した大牟田市の事例で地域サポートをしているのも高齢者です。認知症の発症予防は可能と

## 高橋 紘士(たかはし ひろし)氏略歴

特殊法人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。(一社)高齢者住宅推進機構理事、(公社)有料老人ホーム協会理事、日本福祉介護情報学会代表理事などを兼務する。その他、国および地方公共団体で各種検討会等の委員を歴任。著書に『地域連携論～医療看護介護福祉の協働と包括的支援』(2013共編)、『地域包括ケアシステム』(2013分担執筆)、『地域包括ケアシステム』(2012編著)など多数。

いわれていますが、リタイア後も生き生きと活動することで要介護になる時期を遅らせられるのではないのでしょうか。

徹底した地域活動で、27%だった要介護認定者を18%に下げたのが奄美大島の龍郷町です。地域活動と重度化予防、そして重度になっても社会との関係性を維持できる場を用意するなどの取り組みが地域包括ケアのベースになっています。そこで“互助”を再定義しようとしたわけです。今まで家族の責任とされてきたものを、もう一回地域に戻す作業をやらない限り、不必要な病床や施設が社会保障給付を独占することになります。

—国もまちづくりを資金援助したり、UR都市機構も建替えるなどして高齢者への配慮を始めています。

**高橋** 米国のシニアコミュニティ「CCRC」(継続的にケアを提供する高齢者コミュニティ)の手法を導入すべきとの議論もありますが、容易ではありません。

地域包括ケアは唯一無二のソリューションなのですが、それをドライブする基盤が地域にどれだけあるか。2025年モデルはまだその姿を現しておらず、最も関心を払うべき団塊の世代も意識は希薄です。2025年モデルをけん引する社会的・経済的条件は何なのかを真剣に考えなければいけません。山口先生は地域住民の参加がないと駄目だとおっしゃいました。従来型の構造にとらわれていては地域包括ケアシステムの達成は望めません。

—今日はたくさんのお話をいただき、ありがとうございました。

(聞き手：本誌編集専門委員 佐藤 由巳子)