



# 3章

## 大都市型 高齢化時代における 介護保険と 地域包括ケア

国際医療福祉大学大学院 医療福祉学分野教授

高橋紘士

2012年8月9日講演

## ◆ 地域包括ケアシステムの意味

地域包括ケアが今回改正された介護保険法で法定化されました。この第五条に付加された第三項は、介護保険の給付の規定以外のことが入る書かれてある条文で、読めば読むほど面白い。このことは後に述べることにします。

さらに、ご承知のように「社会保障と税の一体改革」の中で、医療と介護の方向性を、とりわけ長期ケアについては、医療から介護へ、施設から地域へと、はっきりとした道筋が見えてきました。この考え方は社会保障制度改革国民会議の議論でも踏襲されるはずで、このように地域包括ケアシステムの構築は介護保険の議論から始まり、医療介護の改革を主導する政策概念になりました。

これはいいかえると、長期ケアを中心に、従来型の病院や施設への依存から、地域包括ケアによる対応ということになります。その方向性をニーズが急増する都市部で、どのように構築していくのかというのが大きな課題です。

地域包括ケアという概念を初めて提起したのは、広島県御調町（現在は尾道市）の山口昇先生のいわゆる「みつぎモデル」\*です。公立みつぎ総合病院は、国民健康保険直営の医療機関で、一元的な医療の提供主体です。しかも町の行政部局とも密接な関係がある。故

\*みつぎモデル

山口昇『実録寝たきり老人ゼロ作戦』（2012年 ぎょうせい刊）に、この経緯が詳しく述べられている。

に、福祉・介護のトータルケアというか、いわゆる包括的ケアを一元化できる、そういう基本的な条件があったわけです。

ところが、都市部にはそのような条件はありません。それぞれの事業者が多角的に分立し、それぞれの行動様式で動いている。多様な事業者がそれぞれの利害で行動し、部分最適をめざすため、結果として体系化は約束されていません。

さらに、多様な事業者がそれぞれ3の事業の利害を集約する業界団体に組織化され、既得の利害を維持するべく、自分たちの利害に抵触すると見なされる政策には抵抗するのが常です。「病院の世紀の理論」を書いた猪飼周平氏が指摘するように、これらの事業者の多くは私的所有原理で動いています。ですから、医療・介護サービスの、それぞれの私的利害が制約となり、システムの転換を行うのが非常に難しくなる。転換するためには、コストがかかるようになる。こうした問題は、これからの日本の医療や介護の政策推進だけでなく、すべての領域で、重要な課題です。このような既得権益を維持するための財政支出が膨大な財政赤字の一つの要因とも考えられます。

医療や介護領域では、望ましい方向に誘導する政策手段は、診療報酬や介護報酬と医療や介護のサービス提供体制の政策的改変ですが、これだけでは大きな改革には不十分かもしれません。

経済成長の時代には、その果実を社会保障に振り向け、社会保険制度のもとでサービス提供基盤が整備され、それぞれの事業者が果実を受け取ることにより、サービスの整備に

\*猪飼周平「病院の世紀の理論」(2010年 有斐閣)。

大きな成果をあげてきましたが、この成功モデル自身が重荷になるという状況があります。

## ◆——コミュニティ・ビジネス

昨年度から、厚生労働省の老健事業の補助金で、高齢者住宅財団が研究調査を行いました。高齢者の、低所得・単身・要介護高齢者の問題について検討し、報告書を公表しました。その研究の結論として、「地域居住支援法」のような法制を提案し、低所得高齢者についても、地域での居住継続が可能にしていくことが必要で、そのための制度的整備が不可欠であるという提案をしました。

その研究で我々が参考にしたのは、生活困窮者のための包括的支援を実践し、実績をあげている「ふるさとの会」というNPOです。この「ふるさとの会」をビジネスモデルとして見ると、いわゆる貧困ビジネスと変わりません。生活保護の生活扶助と住宅扶助を組み合わせ、さらに介護保険や障害者福祉の制度的給付をうまく使うと、支援が持続的継続的な事業として成り立つわけです。

これが貧困ビジネスと異なるのは、その事業活動を透明性を持って社会に公開するということをポリシーとして実現していることです。

社会貢献としてのコミュニティ・ビジネスとして事業化するのか。それとも、自己完結的に社会保障給付をブラックホールのように吸い上げてしまうのかという2つのベクトル

\* 高齢者住宅財団『低所得者の住宅確保と介護施設の将来像に関する調査検討』（平成23年度）および、『低所得者の住宅確保に関する調査検討』（平成24年度）。

いずれも [http://www.koujuuzai.or.jp/html/page01\\_03\\_01.html](http://www.koujuuzai.or.jp/html/page01_03_01.html) で入手できる。

がありますが、前者が、「ふるさとの会」のビジネスモデルです。この「ふるさとの会」については、のちほど触れます。

実は、精神病院などの医療法人も、施設経営型の社会福祉法人のビジネスモデルも社会保障給付を活用して事業展開をしているという点では同じです。拘束をし、不必要な多量の薬剤を投与して収益を上げたり、相部屋の雑居部屋特養などは、実は貧困ビジネスと同等のものです。

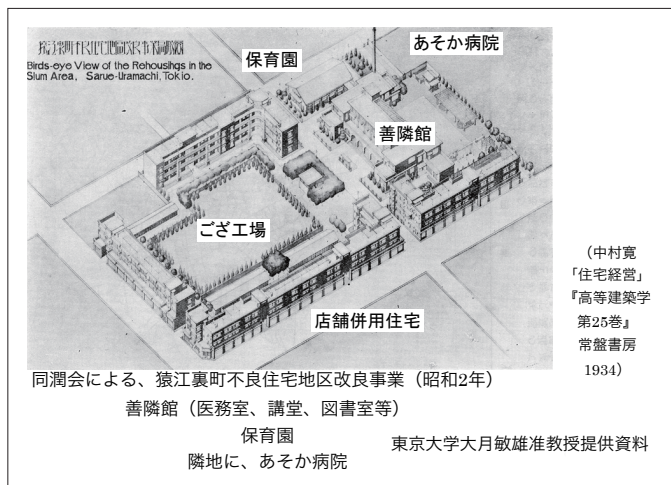
介護保険では営利企業が参入しましたが、市場原理で動くほうが、非営利で動くほうが、これからは、サステイナブル、つまり持続可能な供給システムをどう作るか、ということが課題になります。収益優先というよりも、営利企業でも非営利企業でも、国民の負担による社会保障給付によって事業活動を行っている以上は、事業の持続可能性を確保しながら、事業展開をするという意味で、社会企業的な性格がますます必要になります。

日本では、既存の医療法人や社会福祉法人が社会保障給付を、むしろ営利的に利用し、行動してきたという逆説があるような気がします。

#### ◆ 包括的支援を実現する事業体のイメージ

日本では、医療と福祉と住宅の制度体系がそれぞれに分断されていますが、これを今後

【図1】近代（戦前期）の仮設住宅・復興住宅の経験<昭和>



どのように考えるか、大きな課題です。なぜならば包括的支援のシステムは、まさに医療福祉介護居住などのサービスが切れ目なく提供されることが必要だからです。

関東大震災の復興のときに組織された有名な同潤会には、社会事業部というのがありました。

これは東京大学大学院の大月敏雄准教授が提供してくださった資料ですが、震災復興で手がけられた不良住宅改良の事例です（図1）。

まず店舗併用住宅を作り、その隣に授産場と託児所があります。これと近接して、病院が建設され、中心部に善隣館というのが位置しています。

善隣館というのは、金沢市に残っていますが、生活に困窮した人々の救済を行

う拠点として、町内単位で作られました。現在、金沢市では、保育所や地域包括支援センターを経営する社会福祉法人の名称として、今日までこの名前が残っています。

この善隣館は、今日でいうと地域福祉センターのことです。そして、その横に病院がある。つまり、住宅、住まい、就労、生活の場としての住まい、地域生活の拠点としての善隣館が中心に位置しているということが注目すべき点です。

最近では、衣食住に代えて、医職住という表現が使われ始めていますが、まさに包括的支援の理念が制度が確立していなかった社会事業の時代に実現されていたわけです。

また、オランダでは、社会福祉法人と医療法人と住宅供給法人を統合したような社会企業体ともいえるべき事業体が、ケアと住居を一体的に提供しています。このような社会企業が地域包括ケアの実現のためには必要だと考えます。

私もは、このような包括的支援を実施している事業体を「地域善隣事業体<sup>\*</sup>」という名前で提案しました。まだまだ夢のまた夢であります。ただし、それに近い原初的な形態として、「ふるさととの会」の実践があるように思っています。

大都市では、やはり社会福祉法人には限界を感じます。東京都で社会福祉法人改革に何年もかわりましたが、なかなかうまくいきませんでした。優良といわれている社会福祉法人の理事長に「なぜ小規模多機能居宅介護を手がけないのか」と尋ねたら、「収益が上がらないから」という答えが返ってきたことがあります。

<sup>\*</sup>地域善隣事業体  
前記の高齢者住宅財団2012年度報告書を参照。

実は、社会福祉法人は、最近話題になったように、収支差を積み立てて巨額の資金を丸抱えしているところがあります。

理由はいろいろあるでしょうが、非課税法人の特権をむさぼるような社会福祉法人の改革については、大きな困難があるように思われます。

大阪の老人施設協議会は、資金を拠出し合って社会貢献事業を実施していますが、このような試みが一般化しないものかと思っています。

## ◆——人口の長期動向と超高齢化の予言の書

ところで、東日本大震災と阪神・淡路大震災は、日本の人口の転換点で起こった象徴的な出来事でした。人口減少社会における初めての大きな災害であったわけです。

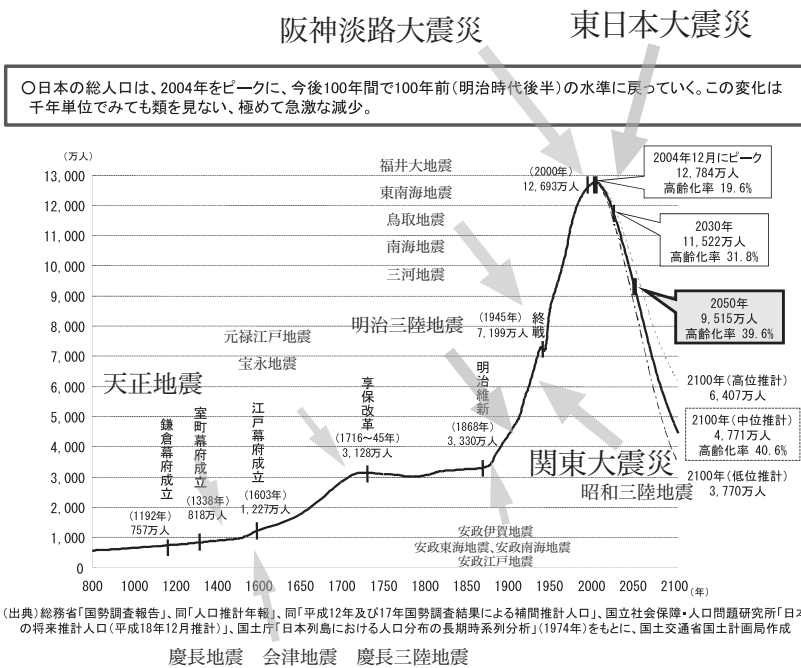
戦後50年は、実は例外的な静謐期で、このときに高度経済成長が可能になった。高度経済成長が進んだ基礎的要件は、静謐期だったからともいえるのではないかと思っていますが、このことに注意する人は殆どいないようです（図2）。

しかし、過去の歴史をふり返れば、ほぼ半世紀に一度のサイクルで震災の多発期があったのですから、これを見れば、しばらくは震災の多発期になると推定されます。

人口減少社会の中で、今まで我々が前提にしていたシステムが疑わしくなっているにもかかわらず、やはり政治というのは再分配ですから、成長を前提とした政策に狂奔する。



【図2】我が国の人口は長期的には急減する展開に



(出典)総務省「国勢調査報告」、同「人口推計年報」、同「平成12年及び17年国勢調査結果による補間推計人口」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」、国土庁「日本列島における人口分布の長期時系列分析(1974年)をもとに、国土交通省国土計画局作成

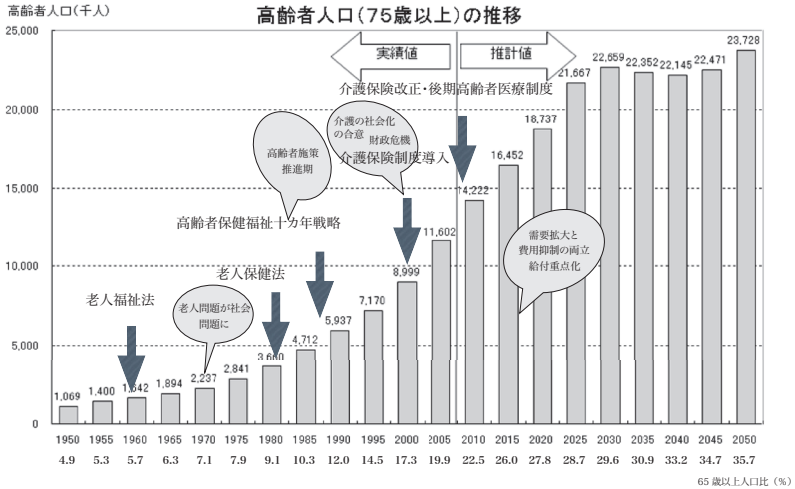
慶長地震 会津地震 慶長三陸地震

そうなりますと、我々の社会のサステイナビリティとは何かを問い直さざるを得ないと思いますが、残された時間は、人口高齢化や震災のことを考えてもごくわずかです。

サステイナビリティ問題の裏にあるのが、75歳以上の2000万人時代です(122頁/図3)。この図には過去の高齢者関係のトピックスも付け加えてありますので、高齢化のどの段階で、どんなことが起こったか参考にしてください。

1972年に出版された有吉佐和子の「恍惚の人」

【図3】75歳以上人口の推移



資料：2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」

を受けて、1974年に大阪医科大学の公衆衛生学の教授を務めていた吉田寿三郎医師が「日本老残〜20年後の長命地獄」という本を書いています。当時、この種の本としては多くの読者を得ました。「恍惚の人」のはしがきの「茂造（主人公）」という自然の淘汰に反抗した存在」という表現に着目した吉田医師は、認知症高齢者などの「死ぬに死ねない高齢者」の急増がもたらす個人の苦しみと社会の負荷について警鐘を鳴らしています。

1970年代、75歳以上が200万人位しかいなかった時代に、20年後の日本は大変なことになると予言している。今や2025年には、高齢者は当時の10倍、2000万人になりますから、まさに日本の超高齢化の重みを指摘した先駆的な書物です。

\* 「日本老残〜20年後の長命地獄」  
本書は、小学館から創造選書のシリーズの一冊として刊行された。

この書物が発刊されて20年後には、介護保険が導入されました。普遍的な社会保険としての介護保険が導入されたのは、まさに介護の問題が国民全体の問題になったからです。

75歳以上の高齢者が2000万人という時代は、さらに団塊ジュニアが後期高齢期になる2050年代まで続くわけです。団塊の世代は、それなりに資産蓄積をした世代ですから、まだ逃げ切れる。

問題は、その次の団塊ジュニアです。非婚率がものすごく上がっており、子供の数も減少しています。いわゆる非正規雇用が拡大した世代です。このことに視野をおきながら議論をする必要があります、まさに国家百年の計が必要です。

高度経済成長時代の標準的なモデルでは、大体35歳で持ち家を取得します。ローンを20年とか、めいっばい組んで家を取得するというパターンですが、データを見てみると、最近はそのいうことができる人が減少する傾向があります。

親の資産を受け継げればよいのですが、そうでなければ、非婚、非持ち家、非兄弟・姉妹、要するに一人っ子、二人っ子の、ないない尽くしの世代が2050〜60年に出現する都市の高齢者です。

団塊の世代は、それなりに自助努力が可能ですから、まだ対応可能かもしれません。先程も言いましたが、問題は、その次の世代をどうするか、ということですが、これは、そのポリュームが巨大だけに、相当早く考えておかなければいけないはずなのですが、日本は

早く考えるというのは不得意でありまして、そういうことを含めて、これからどうするかという議論をせざるを得ない。ありていに言えば、この団塊ジュニア世代を泉下に送り込んだあとは、人口は縮減するが安定した社会になります。

実はその頃、韓国、中国、インドなどの国々が日本が辿った高齢化の経験をするようになるので、まさに日本は世界最先端の実験国家といえるかもしれません。

私は1944年生まれですから、2030年までは生きていないと思いつつ、しかし、コンパクトになった日本がどうなるか、21世紀の初頭には日本は江戸時代の人口規模に戻ると予測されているので、どんな社会になっているかを見極めたいという社会学者としての願望があります。

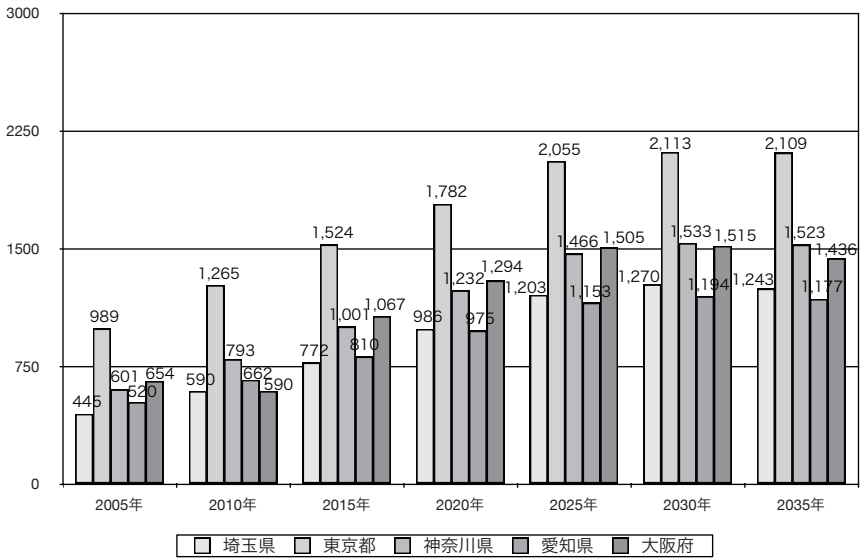
介護保険というのは、高齢者が900万人位のときに作られたものです。ですから、世の中的には、どうも75歳高齢人口は、せいぜい1000万人位しかないのではないかと、いう前提で、いろいろな議論が行われているように思います。

大都市、都道府県の75歳以上人口数のデータとして、埼玉、東京、神奈川、愛知、大阪などを中心に、これからが大都市高齢化の時代です(図4)。

65歳以上の人口で高齢者を見るのは、もしかしたら不適切かもしれませんが。高齢者白書でも、75歳以上とっております。吉田寿三郎先生は、老いてますます盛んな「老勢期」と、衰退する「老衰期」という言い方をされています。

3章 大都市型高齢化時代における介護保険と地域包括ケア

【図4】大都市都道府県の75歳以上人口（単位1000人）



	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年
埼玉県	445	590	772	986	1,203	1,270	1,243
東京都	989	1,265	1,524	1,782	2,055	2,113	2,109
神奈川県	601	793	1,001	1,232	1,466	1,533	1,523
愛知県	520	662	810	975	1,153	1,194	1,177
大阪府	654	590	1,067	1,294	1,505	1,515	1,436
小計	3,209	3,900	5,174	6,269	7,382	7,625	7,488
全国	11,639	14,222	16,452	18,737	21,667	22,659	22,352

小計	3,209	3,900	5,174	6,269	7,382	7,625	7,488
全国	11,639	14,222	16,452	18,737	21,667	22,659	22,352
5都府県のシェア	27.6	27.4	31.4	33.4	34.0	32.0	33.5

1970年代に高齢化社会の研究を始めた当時、東大に渡邊茂先生という工学部の先生がいらして、「高齢化問題の要諦は、老人非行をどうコントロールするか」だと。金を持っていて時間しかない高齢者が、なすことがなければ非行に走る、それを何とかしなければいかん、ということをおっしゃっていましたが、まだ研究者の仮免だった私には、大変印象的でした。まさに今このようになっています。

### ◆——地域を踏まえた長期展望の必要性

65歳以上のリタイアした人たちを、どういう風に社会的に活用するか。これは高齢者の居場所づくりの課題です。平成24年度の高齢者白書のために「<sup>\*</sup>高齢者の居場所と出番の調査」というのを実施し、いろいろな事例を収集し、掲載していますが、やはり65歳高齢者に様々な社会活動をしていただくというのを前提とすべきだと思います。しかし、ちよつと手遅れでは、という気もしますが、それでもいろいろな面白い活動を高齢者たちが作り出していることがこの報告をみると明らかです。

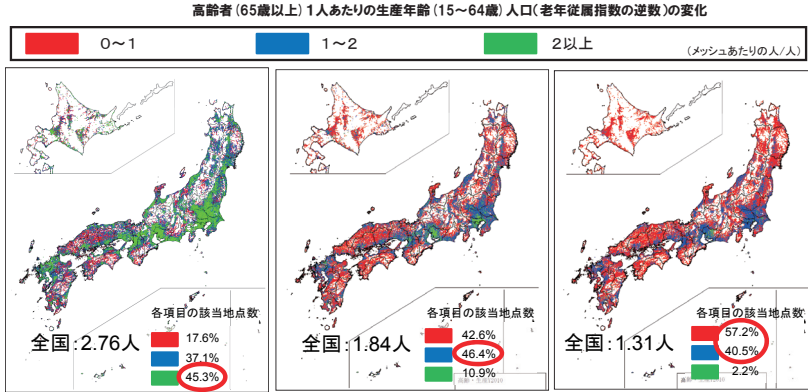
次にお見せするのは、国交省と国土政策局が行った<sup>\*</sup>推計の結果の一部です。

大都市の問題の裏には、やはり過疎地とそうでない都市部で、地域性をもって高齢化が「<sup>\*</sup>国土政策審議会」で長期展望の議論として行い、東日本大震災の1ヵ月ほど前に中間報告が

\* 1 内閣府「平成23年度高齢者の居場所と出番に関する事例調査結果」  
<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h23/kenkyu/zentai/index.html>  
\* 2 国土審議会「国土の長期展望 中間とりまとめ」(平成23年2月)  
[http://www.mlit.go.jp/policy/shingikai/kokudo03\\_sg\\_000030.html](http://www.mlit.go.jp/policy/shingikai/kokudo03_sg_000030.html)

【図5】人口が疎になる中、国土の大部分で地域の扶助が低下

○老年従属指数の逆数は「65歳以上の高齢者1人あたりの生産年齢人口」であり、いわば地域ごとの扶助力を見る目安となるが、現在3人弱のところ、2050年までには、ほとんどの地点において2人を下回り、地域内の相互扶助力が低下していくことが懸念される。



(出典) 総務省「国勢調査報告」、国土交通省国土計画局推計値（メッシュ別将来人口）をもとに、同局作成

出されました。

この中間報告では、無居住化が2割、75%以上減少が2割。国交省が持っている1キロメッシュのデータで、50年後にどうなのかという推計を行ったところ、日本全体として無居住化がどんどん進んでいく。このことを念頭に置かざるを得ない。

言い換えると、地域の扶助力の低下ですが（図5）、とりわけ九州、中国、四国の山間部で生産人口が減っているわけで、地域のサステナビリティがという意味では大きな問題を孕みながら事態が進行します。

一方で、ご承知のように医療・介護ニーズは急激に大都市で増加する。このコントラストを踏まえた議論が必要です。しかし、一部で論議されているよう

\*最近刊行された藻谷浩介他『里山資本主義』（2013年 角川書店）は、これらの地域での地域再生の興味深い事例が紹介されている。

に、増加する高齢者を地方で引き受けてもらうというような短絡的な議論は問題です。

図6（129頁）および図7（130頁）のブロック別の患者数や要介護認定者数のデータを見ても、地域ブロックごとに見ても大きな変動が起こります。地域に偏在している病院や施設は、成り立たなくなる。

一方、都市部では病床や施設の不足が進行する。病院や施設などの固定資本をどうやって見直していくか、というのがこれからの大きなテーマです。

単純に、これらを温存するために、大都市から要介護高齢者や病気がちの人を移動させるという話にはなりません。特養でいえば、1970年代の建物は、建て替えの必要が起こります。そのときに4人部屋の大規模施設をつくられたら、20世紀型の施設中心のケアが温存されることになります。そういうことを含めて、データを見れば一目瞭然です。

要介護認定者も2030年にピークになり、あとはフラットになります。地域別でどうなるかという点、東京圏などの大都市圏は急増ですが、ほかの地域では絶対数の増加は頭打ちになり、やがて高齢者人口は減少傾向に向かいます。恐らく、従来型のシステムは、基本的に2025年位で賞味期限切れになります。

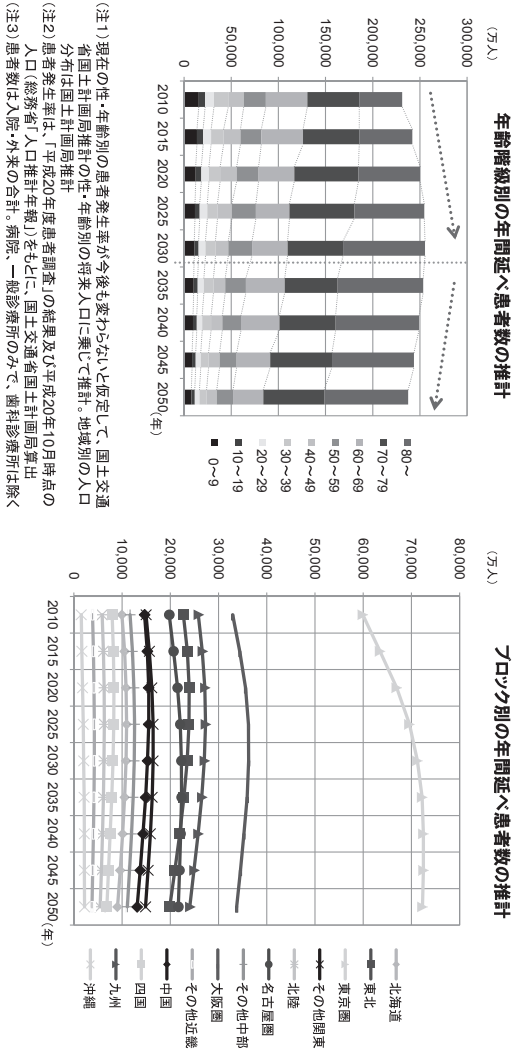
施設というのは何年使うのか定かではありませんが、40〜50年使うと、恐らく最後の頃には、がらがらになる。病院も恐らくそういう可能性がある。

政治家が一番短期的で、事業経営者がその次で、一番長期的な視点に立つのは、実は行



【図6】医療・介護ニーズの変化①患者数の推計

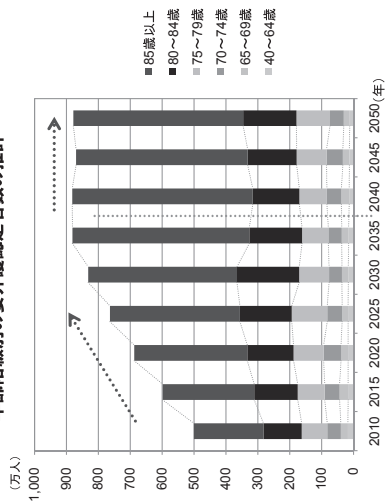
○患者数は、2030年頃までは全国的に増加するが、その後2050年にかけては、人口減少に伴い減少が見込まれる。ただし、東京圏は2030年以降もほぼ横ばいで推移。



【図7】医療・介護ニーズの変化②要介護認定者数の推計

○要介護認定者数は、85歳以上人口の大幅な増加により、2035年頃までに急増。特に、東京圏等の大都市圏で大幅に増加する。一方、地方圏では、2035年以降は概ね横ばいかやや減少する見込み。

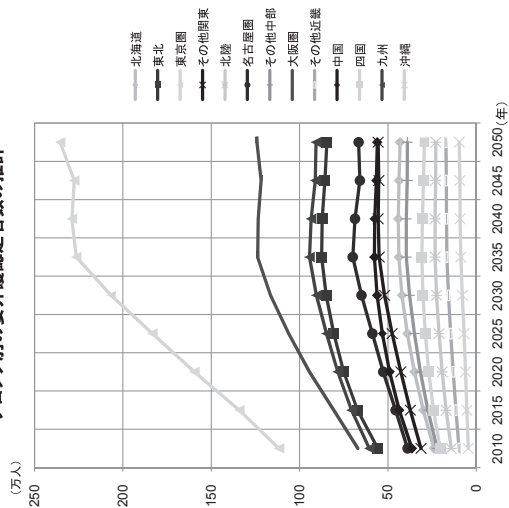
年齢階級別の要介護認定者数の推計



(注1)現在の性・年齢階級別の要介護認定率が変わらないと仮定して、国土交通省国土計画局推計の性・年齢階級別人口に乗じて推計。地域別の人口分布は国土交通省国土計画局推計

(注2)要介護認定率は、平成21年度末時点で作算し、厚生労働省「介護給付費実態調査月報」における要介護認定者数及び総務省統計局「人口推計」(平成22年4月1日時点)をもとに、国土交通省国土計画局算出

ブロック別の要介護認定者数の推計



政治家という気がします。少なくとも制度に責任を持つている行政官の場合に限りますが。私の感想では、国交省の国土政策審議会が、2050年の国土像を描き、それで何が見えてくるのかという議論をしたのは、短期的視野からしか見ない政治主導なるものに対する抵抗だったと感じています。

いずれにしろ、2030年以降、要介護者数はフラットになっていく。これが人口減少と一緒に起こるわけですから、それをどうするか。これが大都市問題なのです。大都市は、今まで高密度化で増大というイメージでしたが、このような過程を経て、いよいよ成熟し、縮小していきます。

私たちは成長の社会技術はあるのですが、縮小の社会技術というのを持っていないようです。ですから藻谷浩介氏が主張するように、成長の基盤が消失したのに、成長戦略によって経済成長を求めるのは、短期的には、バブルを起こして成功したように見えますが、結局この政策は失敗に終わります。

いろいろなサービスが人口何人位で成り立つか、というのをプロットした図表があります（133頁／図8）。

たとえば、スターバックスは大体人口5〜6万、フィットネスクラブは人口5万人位、一番小さいところで成り立つコンビニは200〜500人いれば成り立ちます。

\* 藻谷浩介「30年後の人口激減時代」『文藝春秋』平成25年7月号所収

では、医療サービスというのは大体何人で成り立つのか、そういうことを含めて、地域の人口減少とともに産業やサービス構造が非常に大きく変わる中で、どのようなビジネスモデルを考えればいいのかという議論が、これからの大きなテーマです。

医療・介護はヒューマンサービスであり、リアルサービスとして、その地域になくはないわけです。ということは、逆に言うと、ヒューマンサービスそのものが地域をサステイナブルにする。物の見方を逆にしたほうがいいと思っています。

### ◆——高齢者単独世帯が最多世帯類型になる時代

今後、高齢者単身モデルが標準モデルになります。そこでどういう発想をするのか、対処の仕方の逆転を起こすのか。たとえば、コレクティブハウスとか、シェアハウスがあります。

日本で有名になったのが「パリ・ソリデール」。2003年の夏、パリで一人暮らしのお年寄りが熱中症で大勢亡くなったことがきっかけでできたシステムで、家をシェアして、お年寄りとお若い人を一緒に住ませるといいます。パリ市が補助金を出していると聞きましたが、一定の条件の中でマッチング（同居の仲介）を行い、契約を若い入居者と高齢者との間に結び、もし折り合いが悪ければ組み合わせを代えることもするようです。最近制度化し、急速に普及している「サービス付き高齢者向け住宅」の場合は、厚生年



金と企業年金モデルで入居することを想定した仕組みですが、それなりに安価なものも普及し始めています。

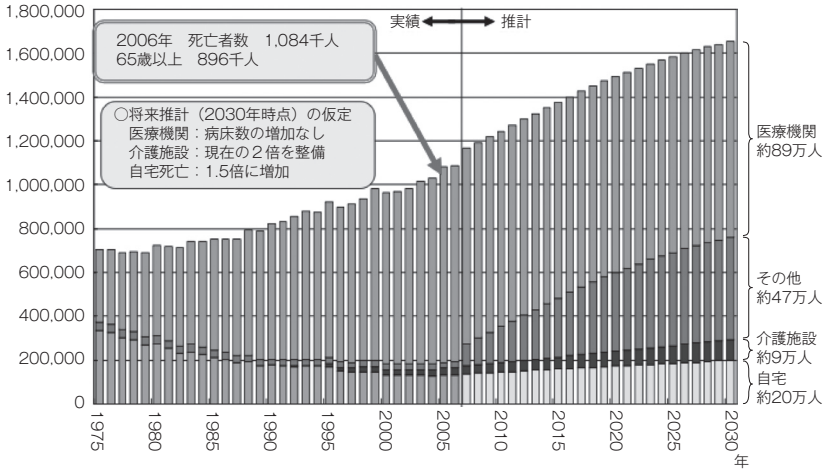
また、一人で住むのではなくて、複数の高齢者などがシェアして住むシェアハウスも注目されています。いろいろな住みこなし方が可能なはずですが、現在のサービスピ付き高専賃を見てがっかりするのは、独身寮の高齢者版みたいな設計をしている。これでは、問題があるのではないかと、高齢者がどのような生活を求めているのか、設計も含めて、発想の転換をしなければいけない。サービスピ付き高齢者向け住宅は、住戸指定なので、若年の単身世帯や子育て世帯も含め、共同型の住まいを考えても良いと考えております。

最近、鹿児島市でターミナルケアを手がけたり、注目すべき活動を展開している堂園晴彦医師が、国交省の「高齢者・障害者・子育て世帯居住安定化推進事業」の補助金を利用して建設された「NAGAYA TOWER<sup>\*</sup>」という賃貸住宅は、ソーシャルワーカーが常駐し、入居者間の調整も行えるようにした共同居住型の新しい試みとして、注目しています。園田眞理子教授と、「一人暮らし」から「とも（共、友、伴）暮らし」へという概念を考えましたが、まさにこのコンセプトが「NAGAYA TOWER」で実現しています。

いずれにしろ高齢単身世帯がマジヨリティ（多数派）になる時代が2050年の姿です。有名な看取りの場所についての、いわゆる鈴木推計（当時、老健局老人保健課長であった鈴木康裕氏による推計）といわれるものがあります。医療機関、介護施設、自宅以外で亡くなる「その他」と分類されるのが47万人です（図9）。新聞紙風に言うと、「ターミナ

\*NAGAYA TOWER  
<http://www.nagaya-tower.com> を参照。

【図9】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」

※介護施設は老健、老人ホーム

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

ルケア難民が47万人現れた」となりますが、この推計は「今のシステムではうまくいかない」というアラームを出しているわけです。

そういうことを含めたチャレンジングなテーマについて、我々は議論するとともに新しいシステムを創造しなければいけない。

◆「コミュニティケアの展開」

世界最長の在院日数と人口あたり過剰な病床数では、いよいよ持ちません。病院を機能分化するという政策方向が打ち出されているのは、ご承知の通りです。

従来のような医療と福祉を相互排他的に完結させるという議論は終わり、相互関連を踏まえて地域包括ケアシステムを構

築するという政策が出てきたわけです。

先ほど、介護保険法第5条第3項は、読めば読むほど面白い条項と申し上げましたが、要するに保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスというセットが1つある。

もう1つは、要介護状態に対する予防軽減の施策、それから地域における自立した日常生活の支援のための施策。これは介護保険給付と、介護保険給付外の介護保険にかかわるものと医療及び居住に関する施策を連携させる。

医療計画が都道府県単位に策定されていますが、在宅医療が中心となる時代では、これを市町村および日常生活圏レベルで、どのような計画を策定するか、という課題が浮上しています。しかしながら、今の市町村の医療対策、医師会対策でしかなかったわけですから、それをどうやって組み替えていくのか。

地方公共団体の政策的力量がこういう規定に耐え得るのかどうか、というのは非常に大きな論点であります。このよう課題を浮上させる条文だと思えます。

また、居住にかかわる施策も市町村までは及んでいません。基礎自治体レベルでの政策能力と日常生活圏レベルでの基盤整備の手法の開発が、介護保険事業計画同様、医療と居住の分野で必要になってくる、ということを意味します。

ところで「コミュニティケア」は、1970年代のヨーロッパで登場した概念です。それは理念であり、制度であり、処遇の方法論でもあります。イギリスでは、\*ピーター・タウンゼントという社会学者が、1962年に「最後の拠り所」という本の中で、施設ケ

\*介護保険法第5条第3項

国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。



アについての膨大な調査の結果を報告しています。施設ケアは、いかに人々の生活を制約し、自立心を損ない、管理的な処遇の中で不適切な結果をもたらすかということを徹底的に暴き出した本です。もっともこの施設は個室でしたが、それでもこのような指摘が行われ、このエビデンスの説得力が脱施設化の流れを創り出します。

それと、精神疾患の人々の病院での長期処遇からくるホスピタリズムへの反省があいまって、「コミュニティケア」という理念と方法が生まれることとなります。

20世紀の初頭に、様々な社会改革の基になったのは、チャールス・ブースなどの貧困調査ですが、タウンゼントはそれに匹敵するような調査を行い、「コミュニティケア」へと展開させました。

先ほどご紹介した「日本老残」の吉田寿三郎先生は、その当時、デンマーク、スウェーデン、イギリスに足繁く訪れていました。吉田先生は、これらの国々が創り出したシステムは理想郷のではなく、老衰期の高齢者の急増に対処するため、苦闘の産物であると喝破しておられました。

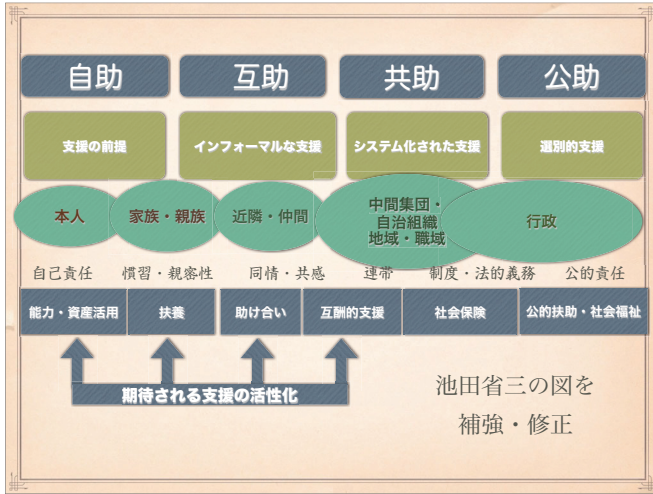
ちようど「収容ケア」をどうやめるかという議論の真つ最中で、その見聞に基づいて、提案されたのがヘルスセンターの構想です。

これは今日の「地域包括ケア」につながっていく議論なのですが、残念ながら予言の書はただちに受け入れられず、この考え方が主流になっていったのは、だいぶ後になってか

\*Peter Townsend

"The last refuge: a survey of residential institutions and homes for the aged in England and Wales" London: Routledge and K. Paul, 1962

【図10】 自助、互助、共助、公助



らでした。

いまでもって、政治的立場を問わず、施設や病院依存が席卷しているように思われます。すでに決着がついていたはずの、多床室問題が、プライバシーの守れる多床室という珍奇な議論も含めて、まだ残っていることは驚くべきことです。

### ◇ 自助、互助、共助、公助

自助、互助、共助、公助は、いろいろな議論の仕方があります。

これは、先頃逝去された池田省三さんがお作りになったものを整理したもので（図10）、メゾレベルの議論になるわけです。支援の前提となる本人、家族・親族が、日本では支援の前提から急激に期待されるものとして、互助が位置付けられ

ます。

ところが、制度そのものが自助と家族不要の存在を前提として考えてきましたから、高齢単独世帯がマジヨリテイを占めるような社会では、そもそもそれが成り立たなくなる。

近隣と仲間といったインフォーマルな支援をどう考えるのか。

「期待されるもので、必ずあるものではない」と言われていますが、この互助が重要な役割を果たすらしいということが最近わかり始めたわけです。

ヨーロッパでは、家族は地域での支援と並んで互助と位置付けられ、システム化された共助による支援があり、社会保険としての介護保険や医療保険はこれに位置付けられません。そして、これが成り立たないときに、補完するものとして、社会福祉制度のような公助システムがある。

### ◇——自助と互助を喪失した人々

これから自助と互助をどういう形で再活性化させるか。この議論は非常にややこしい議論です。自助と互助を喪失した存在としての困窮者、要するに所得を喪失しただけではなく、自助と社会関係資本としての互助を喪失した人たちが多く存在します。

従来、共助というのは社会保険、あるいは社会保険だけでなく中間集団の様々な互助組

織による共助機能があるわけですが、そういうものからものはじき出されつつある人たちは、公助を受け取らざるを得なくなりそうです。しかし、それを支えるだけの財政的な条件、人的条件がなくなっている中で、どう再編するかというテーマになっています。

また、どういう形で要介護高齢者などの意欲（モチベーション）にアプローチするか。意欲というのは、実は外から与えられるものではなく、様々な関係的な条件の中で喚起されるものですから、これをどういう風に組み立て直すかというのは非常に大きな課題です。公助の場合、パターナリズム（父親的温情主義・支配的）で様々なサポートが提供されますが、社会保険の場合、選択と負担があります。自助と互助を喪失したりリスクを抱えた人が、都市部を中心に多量に発生する時代が想定されるわけです。それを、どう考えるか。

### ◆——孤立した人々への支援

孤独死というのは、ご承知のように様々な社会的コストを発生させるようになりました。今までは私的な事柄で済んでいたわけですが、大きな社会的コストを発生させるようになったときには、たとえば、単身者がマジョリテイで世帯類型になったときに、それに備える社会的な仕組みというのは、実は思いのほかプア（貧困）です。

まず、病院の保証人の問題が発生します。成年後見制度ができましたが、通説によると

後見人は医療同意ができないということです。職権でお医者さんがやるとか、専門的な判断だという話になるのか、そこら辺はわからない。

それから亡くなってからの事後処理の問題があります。後見人は、死後の身辺処理はできないというのが法の原則です。現実には、事務管理という形でやらざるを得ない。生前の契約に基づいて、<sup>\*</sup>キーパーズのような処理業者が実施すれば良いのですが、それが可能な場合はどうするのか。現実には、いくつかのNPOなどが任意後見の枠組みで、このようなことを始めていますが、制度的整備は未熟ですし、問題も多々あるようです。

また、日本では、相続人のいない人に相続問題が発生したとき、相続財産を家庭裁判所が管理することになっていますが、このような事案が最近急激に増えているそうです。最終的には行政が処理する、ということになるのかとも思いますが、行政では限界があることも確かです。このような事案をどう取り扱うか、ある種の社会的コストを発生させるようになり始めています。恐らく、これから相当深刻な問題になるのではないかと考えています。

様々な制度が、いままで想定しなかった問題が起こってくるので、それをどうするか、ということを考える必要があります。

\* 吉田太一「遺品整理屋は見た!!」(2011年 幻冬舎文庫)

## ◆「ふるさとの会」の取り組み

冒頭に言及した「ふるさとの会」<sup>\*</sup>は、もともとは山谷を拠点として、炊き出しなどホームレス支援のボランティアグループとして1990年にスタートしました。今や様々な事業に取り組み、従業員は約240人、年間事業規模は9億円を超えました。

「ふるさとの会」は、借家人の保証事業を行っています。単に家賃保証をするだけではなく、何かあったときの片付けもします。更生保護施設を持たない初めての更生保護法人も関連法人をもち、刑務所を出所した人々の支援も行っています。また、高齢者・疾病を持つ人々、そして障害者の非稼働層と若年困窮者の稼働層の生活支援を行っています。

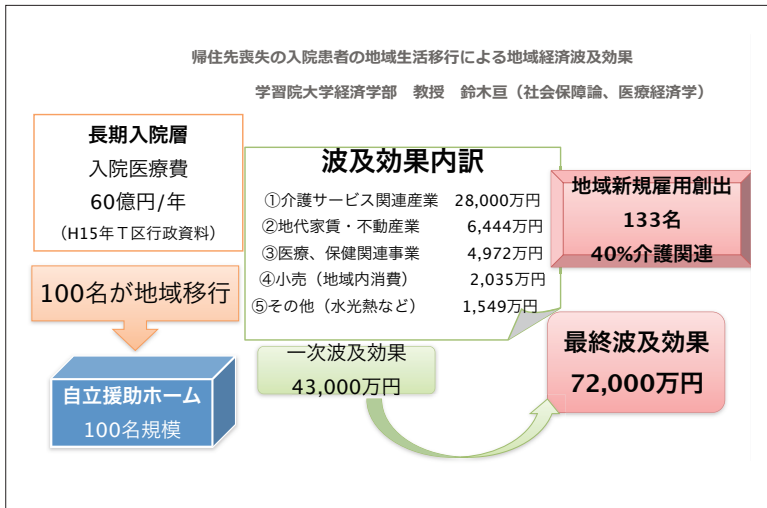
現在、支援している人たちは約1200人。その中で、貧困、単身・独居、高齢・障害（認知症や統合失調症など）、要介護の「四重苦」といわれる人々が約130人位います。もともとは自立支援、宿泊支援から始まりましたが、宿泊所、自立援助ホームなどの施設を開けると同時に、自転車で10〜15分位の所にアパートを借りて生活をさせ、さらに様々な日常生活支援を組み合わせたという仕組みを開発してきました。

自営業とか中小企業の人たちは家作を持っています。当時は商店に勤めていた単身の人たちや単身の労働者に貸していたけれども、それがどんどん空洞化していなくなります。

<sup>\*</sup>ふるさとの会  
<http://www.hurusatonokai.jp> を参照。



【図11】雇用創出・地域消費活性化



た。これらの事業を重ね合わせながら、地域生活が継続するような「互助づくり」も目指しています。

また、困窮者支援を担う若い稼働層の人たちを「ケア付き就労」によって、就労し収入を得る機会を提供しています。様々な日常的なサポートの仕方を研修によって学び、サポートの人材にしていくものです。稼働層と若年困窮者を就労させるための、中間就労と呼んでいます。組織的に展開することによって、その人たちが日常生活支援の担い手になるというようなことを試んでいます。

現在、生活保護費の半分以上が医療扶助の費用です。医療扶助のうち、精神疾患に相当額が使われ、社会的入院も相当多い。また、学習院大学経済学部の鈴木



亘教授が以前に、大変面白い推計をしています(図11)。

平成15年の台東区の古いデータですが、長期入院層が60億円。そのうち年間100名が地域移行すると、どういうことを地域社会にもたらすかというものです。

自立援助ホームを作ると、大体35〜40万円。仮に医療費を使うと、その12倍、100人分の約4億3000万円ある。精神病院に入ると、ブラックホール化するお金が精神病院および関連ビジネスに吸い込まれているわけです。

これを地域に出す。介護サービスに2億8000万円、地域雇用133人、40%は介護関連、地代家賃・不動産業に6000万円支払われます。

これが先ほど言った下町だと、自営業層の家作に落ちますから、まさに自営業層の人たちの老後保障になる。

それから、開業医のお医者さんに4000〜5000万円落ちる。地域内消費、小売に2000万円位落ちる。その他が1500万円。最終波及効果は、7億2000万円位。

要するに、社会保障給付を地域内循環させることが可能になります。

これに対して別の推計があります。この1000人を救護施設に入所させると、大体2億7000万円かかりますが、「ふるさとの会」でやりますと、大体1億6000万円で済みます。それも全て地域の中に落ち、さらに地域の雇用を作る。

大都市の中でも、このようなアプローチが非常に重要で、それこそが新しい意味の社会

事業だと思えます。NPOのように実践的に地域貢献型のシステムを、地域に網の目のように張り巡らす。それが実は老勢期の高齢者の仕事にもなっていく。

実際、そういうモデルは、団塊の世代の人たちが多摩市などでも始めています。そういうものを一般化させ、普及させるには、制度的な整備が前提条件ですが、都市型の支援システムを考えるに当たり、大変示唆的な実践であるといえます。

## ◆——福祉と経済社会

従来は、自立人口から依存人口へ資源を移転するという、経済社会と福祉を分離して、経済的余剰を再分配するシステムでした。これを福祉と経済の関係についての「分散型システム」と呼ぶことができます。このモデルは、施設も大規模化して相互排除型のシステムになっていく。これからの大都市では、少なくとも入所率を維持するだけでも高齢者は急増し、これに対応するのはすごく難しいわけです。それよりは様々な形で、地域社会で地域居住の考え方で支援システムを構築するほうが、現実的です。

この背景にある考え方は、経済社会と福祉を融合する「統合型システム」のモデルです。地域社会が医療やケアなどの広い意味での福祉的機能を内在化するような仕かけを構築することです。これが施設と居宅の連続化ということになり、「地域包括ケアシステム」になる。そうすると経済社会と福祉が相互補完して、社会保障給付が地域循環す

【図12】福祉と経済社会

- 分散型システム 自立人口から依存人口への資源移転システム
  - 経済社会から福祉システムが分離し、経済的余剰を一方的に福祉システムに配分する方式⇒社会的消費と階層消費のゼロサム化
  - 施設病院を大規模型にして、相互排除型システムとなる、福祉（対象別）医療が自己完結する。給付がブラックホール化する。⇒貧困ビジネス
  - 施設在宅分離システム
- 統合型システム 超高齢化、依存人口極大化への対応
  - 経済社会と福祉を融合、統合する、地域社会が福祉機能を内在化するシステム、施設と居宅が連続化する⇒地域包括ケア
  - 経済社会と福祉が相互補完する。社会保障給付が地域循環する。社会的包摂化が進む
  - 地域包括ケアの考え方で統合化する、この間をインフォーマルシステムがつなぎの役割を果たし、境界融合がおこる、居住システムが基盤となる

るといふ、社会的包摂化が成立するはず  
です（図12）。

樋浩一さんというニッセイ基礎研究所  
のエコノミストが「日本経済が何をやっ  
てもダメな本当の理由」という興味深い  
本を書いています。その中で「花見酒の  
経済」というのが、これからのポイント  
ではないかということ述べています。

日本経済が何をやってもダメな理由  
は、日本人が一番必要としている医療・  
介護の需要に経済政策上、応えようと  
してこなかったこと。これらの社会保障費  
を削減しろと言うだけで、きちんと応え  
るような経済政策がなかった。サステイ  
ナビリティとかかわることを含めて、経  
済社会と福祉の新しい関係、とりわけ大  
都市にはそういうシステムが非常に必要

\*2011年 日本経済新聞出版社刊

です。

自助能力のある人は、もっと自分の能力を活用してもらわなければいけません。介護保険で全てを完結させることはあり得ません。そういう意味で、混合給付が当たり前になるわけです。

一方で、生活困窮者の場合は、公助で補足することが必要ですが、給付という形だけでいけるのかどうか。

再分配という今までの仕組みでは、先ほど申しましたような様々な形で自助、公助の再活性化というアプローチをしなければ、恐らく、これからの事態には対応できません。

しかし、そこでどういう制度が必要かということになれば、住宅にかかわる社会保障制度を新しく作らざるを得ないだろうと思っています。様々な日常生活と組み合わせるような仕組みづくりは、今から始めても遅くはないのではないかと考えています。

■付記／地域包括ケアシステムの実践については、高橋紘士編『地域包括ケアシステム』（2012年 オーム社刊）を参照のこと。この書物では、本講演で取り上げた、山口昇氏の寄稿および「ふるさと会」「ホームホスピスかあさんの家」をはじめとする包括的支援を理解する上で参考になる実践例が収録されている。

◆ 質疑応答

——介護保険制度の仕組みと「ふるさとの会」の支援とは、競合が起こらないのかどうか、教えてください。

**高橋** 競合は起こりません。「ふるさとの会」で介護保険を活用できる場合は、これを当然活用します。生活保護受給者は介護扶助がありますから。「ふるさとの会」は、訪問看護は持っていませんから、訪問看護ステーションに依頼していますが、肝心の日常生活支援は介護保険には馴染みません。

また、介護保険でそれをやったら財政が持つわけがありませんし、標準的給付を旨とする給付体系には馴染みません。

介護保険給付で対応できる領域は、介護事業所を使いサービス提供します。しかし、介護保険に馴染まない、日常生活支援は別の仕かけを使う。

富裕層の場合は混合給付で、サービスを購入できるようにすれば良いのですが、支払い能力のない低所得の貧困層には、「ふるさとの会」のような事業モデルを成立するようにしていく必要があります。そのことが地域の様々なビジネスを活性化させるということにつながる、ということが興味深いのです。

支援には、制度化できない残余的な部分（レジデュアルな部分）があつて、これに個別

対応するという考え方で制度化したのが社会福祉です。今までは、それが、あるものとして、と言うと、変な言い方ですが、制度では対応できないニーズというものがああります。

私の師匠である三浦文夫先生が、昔、ドイツ語の表現を援用して、即自的 (für sich) ニーズと対自的 (an sich) ニーズという概念を提起されたことがあります。

即自的ニーズという、ある意味であるがままの、対象化できないニーズとも言うべきものです。その中から対象化できて、形式化し、外部化できるものが切り出されていき、対自的ニーズとして、形式化され、マーケットメカニズムに乗ったり、ソーシャルサービスに乗ったりすると考えました。

生活保護が問題なのは、要するにお金を給付しても、そこで自立が回復できないお年寄りが増大するということ。そこで自助、互助を回復させるアプローチが必要です。

秋山正子さんの「暮らしの保健室」も、その辺のところにかかわっていると思います。寄り集まった人と人とかかわることによって、人が元気になる。ニーズを対象化して枠を与えるような形で、それに対応するサービスを提供するという重要なソリューションの世界がある。

けれど実は、そうでないところに触らざるを得なくなり始めている。これは軽々に扱うと、とても難しい話になってくると思いますが、そういうことで言えば、新しいニーズに対し、一つのソリューションとして「ふるさとの会」の実践も開拓されたのだと思います。お答えになったかどうかわかりませんが。

——「ふるさとの会」は、誰かリーダーの方がいるのでしょうか。

**高橋** 水田恵さんという創設者がおります。彼の偉いところは、後継者を見事に育成していることです。良いNPOの特徴は、人材育成機能です。企業も同様で、エクセレントカンパニーとか、やはり人を育てる能力があるところとないところでは、大きく異なります。

また、NPOの場合は、やはり透明性だと思います。どれだけ自分のやっていることをオープンにしているか。この2つが重要ではないかと思えます。

——もう1点だけ、医療とのかかわりというか、現実的に「ふるさとの会」はどういう風に医療資源を地域につなげているのでしょうか。

**高橋** コミュニティワークというか、キーパーソンがいて、お医者様をちゃんとつかまえています。地域には面白いお医者さんが沢山います。医師会というよりは、一本釣りです。いいお医者さんを見つける能力もNPOの能力だと思います。

——フォーマルな支援システムが従来の考え方です。それが主体で、そこにインフォーマルなものを、お互いにどう足していくのかという考え方で来たが、どうも逆転しなければ、これからもたないだろう、という考え方になった。その中で、その基盤になるのがコミュニティづくりだとか、あるいは町づくりも含め一連の中で考えていかざるを得ないということでした。それは私も大体理解できるのですが、最後に「住宅に関する社会保障問題を改めて構築しないとだめではないか」という発言をされた。そこがちょっとよくわか

らないのですが。

**高橋** これからは、低所得の単身と要介護で現れてきますから、その人たちを施設に入れると、たとえば、群馬県渋川市に、都内の福祉事務所が生活保護受給者を送り込んでいた「たまゆら」事件がありました。入所者の多くは軽度者でした。ちょっとした障害があるために、従来の住まいの継続ができなくなった軽度の生活保護受給者をどうしようか、ということを送り込んだ。そして事件になった。

生活保護を受給している人は、住宅扶助がありますから、それなりに居住確保は可能ですが、生活保護を受給していない、国民年金層などの人たちは、働くことができなくなれば、直ちに居住を失うリスクを負います。それがドラマティックな形で起こったのが派遣村事件です。今後いろいろな形で起こるわけです。そうすると、やはり居住を確保するための経済的な条件は、社会保障でやらざるを得ない。ただ、それをどうやったらいいかというのが、これからの大きな課題です。

たまたま縁があり、子ども手当について国会に参考人として呼ばれたとき、「子ども手当よりは住宅手当を」と主張した。しかしながら住宅手当の給付機構をどう作るか。以前に国交省ベースの住宅手当という検討もしたそうですが、実現しませんでした。というのは費用がものすごくかかると同時に、給付の仕かけが必要になります。結局福祉行政によって、給付の仕組みを作る必要があります。ある種のミーンズテストも必要です。

また、生活支援付きの仕かけをセットにしなければならぬ部分があると思います。



ヨーロッパのような普遍的な住宅手当を作るには、消費税が25%ならばできると思いますが、これを可能にする政治的財政的条件は多分ないだろうと思う。

いずれにしても、国民年金層の人たちが借家の場合、たちまち居住困難に陥りますから、そこを何とかするような仕かけを考えざるを得ないのではないか、という議論です。ただし、制度設計はとて大変なことです。

——質問というか、悩みというか、自助、互助、共助、公助の概念の広がりをごどのように作つたらいいかということです。地域包括ケアシステムは政策論でもあり、地域マネジメント論でもあり、ケアの提供論として非常によくできています。その背景には、高橋先生がおっしゃられた自助、互助、共助、公助という4つのヘルプがあり、優れた思想的な分析概念が入っています。ところが、これが広がらない。

今年の経済財政白書で、自助、共助、公助という言葉を使っています。ここでの共助は社会保険、互助の概念が抜けています。

今この住宅の話にあつたように、互助と、それから社会保険制度を中心とする共助と、分析概念として、きちんと分けたところに意義がありますが、どうも世の中に広まらない。どうしたらいいか、いつも考えているのですが。

**高橋** やはり「社会保険とは何ぞや」という議論をしないとならない。歴史的に存在した様々な中間集団の相互扶助を政府が引き受けて、制度にしたものですね。

一方、インフォーマルという言葉は日本語になりにくい。インフォーマルは、形がないので非制度的と訳す。フォームというのは形式、定式と訳しますが。

それから、システムの話と、メゾというか組織の話と、ミクロなプラクティスの世界で、やはり自助、互助、共助、公助の配置を少し整理しなければいけないと思っっています。

システムをマクロレベルで考える世界、ミクロレベルで考える世界で分解すると、共助一本にするというのは、やはり無理がある。要するに社会保険というのは、パブリックセクターがコミットし、コントロールする総合システム化された知恵なのです。だから財源は、税金は入れないのが原則。それが成り立たないから補足する。

一方で、社会福祉というか、公助の存在感がなくなったからではないかという気がします。レジデュアルですから。ところが最近、生活保護制度の在り方が話題になったりしています。

高齢者福祉というと老人福祉法がありますが、老人福祉が消えてしまった。そういう問題ともかかわります。まずはレベルをきちんと考えて、それから相互関係を考える必要があります。

これまで自助、互助というのは、意識しなくてもよかった。ノーマルに作動しているという仮定があった。私は、最近、講演のときに「病院に行くには、元気がないと行けない」という話をします。というのは、なぜ病院へ行けたかという、付き添いがいるから

です。ですから病院の先生たちは、患者が診察室に現れて、診察室を出ていくまでを考えていればよかったです。ところが最近では、付き添いがいない人が増えた。それを介護保険でやるとか、やらないとかの話になるわけです。

つまり、我々が前提にして空気のようになっているものが、そうではないことに気がつき始めた。まだ気がついていない人は、まだ共助のみで考えていますが、互助と共助としての社会保険は異なるという立場です。

——私は災害支援に取り組んでいますが、今までの災害データを見ると、基本的に誰が助けたかという点、80数%は隣近所、地域社会です。専門家は2・数%しか助けていません。そういう実態があるということ、いろいろな地域で講演すると、大阪、名古屋、東京などの都市部で必ず帰ってくる反論があります。「それは、田舎町のあなたたちは隣近所のことを知っていて協力するだろうけど、都市部に住んでいる人はマンションの隣の部屋の人も知りません。だから全く関係ない」という言い方をされる方がすごく多い。そのときの話と今の話は、すごく近いと思っています。

本来、地域住民という意味合いは、ただ住所があつて権利があるのではなく、住んでいる共助社会の責任がある。この共助が全くなかったような気がしてならないのですが、これはどこの担当になるのでしょうか。

**高橋** シチズンシップ（市民としての身分）という話かと思いますが、市民とは何ぞや

というと、これはギリシヤ以来、義務を果たす人が市民です。義務を果たさない人たちの集団みたいになる。やはりそういうことじゃないですか。これは、政治哲学か公共哲学の話かもしれません。

——その辺をしつかり都市部に広げないと、互助という言葉だけ出しても、誰も参入してこないわけです。

**高橋** 先ほど、高度経済成長は静謐期だったと話しました。静かな時期でしたから、相互援助をしなくても生きられるような社会が50年続いたのだと思います。

阪神・淡路大震災の際のボランティア団体を見てわかるように、言葉だけでなく、非日常ということを経験すると、日常的な経験では、うまくいかななくなることがわかり、ごく自然に相互扶助が始まった。恐らく、50階建てのマンションの立派なところに住んでいる人たちが、エレベーターが止まったら、相互扶助が復活すると思っています。

——今の延長線上の議論で申しわけないのですが、現実の地域社会では、先ほど言われたように自助、公助というのがわからない。なぜかという介護保険が余りにも広がりすぎたといえますか、地域社会は介護保険で解決しようとしているわけです。

ところが、現実には、先生が言われたように介護保険がもう、ある意味機能しなくて、じゃあどうするかということになっている。今日とてもいいお話を聞き、貧困対策ではなく、地域の超高齢対策も含めてヒントがあると思いましたが、私は地域で生きているの

で、市町村行政と誰がどのようにすればよいのか、お伺いしたいと思います。

**高橋** 大変大事な質問です。私が「ふるさとの会」が面白いと思うのは、ものすごく普遍的な問題に取り組んでいる点です。生活困窮者問題というのは、普通とはちよつと違う問題だと言つて括弧に括る議論がずつとあつたのですが、「ふるさとの会」は、ある種普遍的な課題を先取りしています。

また、オランダは「マントルケア」という表現をします。わかりにくい概念なのですが、自助も互助も全部ケアのシステムに組み込んで、マントのように抱え込む。オランダ人というのは、堤防から命を守らなくてはいけないので、「宇宙船地球号」ではないけれども、やはり相互扶助的な感覚がないと生きていけない。そういう感覚があるから、互助的なものが非常にイキイキと生きている。

そういうものが日本の社会の中でも気になり始めていて、多分いろいろな形で、ある種のカルチャーレボリューション（文化革命）になつていくのではないかと気がします。

一方、北九州市の孤立死問題がありました。生活保護行政の、言つてみれば政治的な動きが問題だった。そこで「いのちをつなぐネットワーク事業」という仕かけを作りました。係長級の公務員を地域で動かすという実験を行いました。

イギリスには、インフォーマルサポートまで組み込んだ支援を行うという形で、「コミュニティソーシャルワーク」という概念があります。コミュニティに焦点を当てた社会福祉活動・業務の進め方で、地域で支援を必要とする人々の生活圈や人間関係、環境面を

重視した援助を行う。地域を基盤とする支援活動を見つけて、支援を必要とする人に結びつけたり、新たなサービスを開発したり、公的制度との関係を調整したりする。ある意味では公的ならず、行政が横に動くというか、行政の枠を超えて動く人たちがいます。

横に動く人たちが、地域と地域、人と人をつなげる。そういう機能を作って、うまく意識化すると、65歳の団塊の世代を再教育できる。お金があつて暇があれば、横に動いていくというコミュニティ・ビジネスは、可能性としてある。

ですから悲観し、評論家になるだけでなく、もう一度、高齢化社会の在り方を見直したらどうだろうか、と言いたい。

——介護保険が始まった当初、訪問介護に行くと「自宅に入るときは、わからないように入ってきてほしい」とよく言われました。ところが今は、利用者さんの家に訪問介護に入っているということを、地域の人たちに知らせながら入る活動へと少しずつ変わってきています。以前はユニフォームで入ると嫌われましたけれども、逆にユニフォームで入ることで「あの人たちは、ヘルパーさんかナースの人たちだ」ということを知らせる。「私たちはAさん宅に入っています」ということを、近所の方にお知らせしながら活動することになっています。というのは、突然、夜に伺ったりする場合、隣近所の人や「どうしたの？」と言う関係の中に、私たちのサービスがあるほうがいいと思っているからです。

私どもは介護保険で事業をしているほうなのですが、インフォーマルとフォーマルは絶

対に関係を持たないときでなくなっているという実感を持っています。

また、介護保険が始まったときは、経済のキーパーソンとケアのキーパーソンは、同じ家に住んでいる率が高かったのですが、今は、経済のキーパーソンは違うところに住んでいることが多く、その中でケアキーパーソンがいなくなったり、サポートキーパーソンがいなくなったりしているわけです。そこをつなぐ地域の人たちと、私たちが関係を持たないと、フォーマルなサービスはできなくなってきたのではないかとこの実感もあります。

「ふるさとの会」のような「つながる力」を形成するには、どのような機能を中心として、どうつながって行けばいいのか。私どもが企業体として入り過ぎると、抵抗感を持たれるような中で、どう関係を持っていけばよいのでしょうか。

**高橋** すごく難しい質問ですが、たとえば、デパートや化粧品会社などが作っている○○クラブがあります。要するに昔の産業社会学のように機能的、効率的な集団ではだめで、共同体的な関係がないと組織は成り立たない。クライアントを組織する上でも、機能的に単なるサービスを提供するだけでなく、ある種の共同的経験というんでしょうか、共同的経験を体験させることが付加価値になってくる、というところがあります。むしろ介護サービスでは、何故それができないのかと思います。

少し変な表現をして恐縮ですが、定形的なサービスというのは、ある器の中でしか機能しないわけです。その器の中の人々、要するに一人暮らしの人か、二人暮らしの人か、その条件の中で、サービスがどう機能するかということを考えた場合に、機能しにくい人

は、もしかしたら先ほど言った自助、互助の不足かもしれない。そこを何とかアプローチするということをやらざるを得ない。逆にそれがないと、サービスマ提供側も、つらいサービスマになっていく。

やりやすいものだけを残して、やりにくいものはお断りするというビジネスモデルもあるかもしれないけれど、その辺のきめ細やかなケアマネジメントが重要です。ソリユーションは、個々のことしかわかりませんが、そこら辺に問題があるだろうという気がしています。

——「四重苦」を抱えて、行き場所を失う高齢疾病障害者に対して、単身困窮者支援、医療連携課題、急性期、回復期、単身在宅を回るところで、保証人の問題もあります。が、病院に入るときも、出るときもかなりの支援が要ると思うわけです。

超高齢化した団地の中で相談を受けていると、全く同じ構図が出てきます。困ったとき、さびしいときの相談、プラス病気になったときの相談など多岐にわたります。制度利用についても、いくら説明されてもわからないので何度も何度も説明したり、一緒に書類を読んだり書いたりすることもあります。

そうした中で、受診予約や通院同伴の互助的な相談は、介護保険では、できません。単身高齢者のちよつとしたとき、たとえば、すぐ近くの病院につなぐにしても一人で行けない状態なので同伴すると、いきなりボランティアですが、雇用創出して、こういうことを



する人にお金がつくような仕組みにしているのでしょうか。

**高橋** いろいろなタイプがあるみたいです。ただ一つ、最近わかりだしたのは、共同居住、つまり「とも暮らし」をすると、そうした問題が相当カバーできるようになるということです。いろいろな組み合わせで「とも暮らし」をする。そうすれば、訪問ヘルパーさんが毎日3時間行く必要がなくなるとか、住まい方によるソリユーションがあるのではないか。いろいろな形で、いろいろなものを組み合わせていく中で、ちよつとした仕事的なものもあり得るかもしれない。そういう考え方です。

——親が寝たきりになったとか、呼吸器つけたけど、はずせなくなったとか、そういう状況になって初めて、40代、50代の娘や息子たちは「こんなことになるとは思わなかった」と言います。

京都の芸妓さんたちは、お一人暮らしの方が多いのですが、芸妓さんたちのグループで自助、互助があつて、最期の死亡確認に来るのは、お客様で来ていた医者がするといった地域が実際にあります。そういうようなところが復活していくだろう、という思いはあるのですが、やはり、今の40代、50代の人たちに、どういう風に生きるかをもっと考えさせなきゃいけない。

私は、看護管理者を対象にした講演の際に、「ぜひナース同士でシェアしましょう。同じ年代ばかりではなく、ひと回り下の世話してくれるナースも入れて一緒に住みませ

か」と言うと、ナースたちは初めて「それ、いいですね」という話になります。

そういうことを考える場面が医療者でさえもないので、一般の人たちに対して、そういうことを考えてもらうような機会を作って行かないと、現実的な行動につながらないのではないかと思いますが、いかがでしょうか。

**高橋** たとえば、自分のおじいちゃんの最期で失敗したから、おばあちゃんだけはせめてちゃんとしたい。仮に適切な施設へ入れたとすると、そこへ足繁く孫を連れて通う。そうした生活を通して、ある種の意識変容が次の世代へ残るのだと思います。そうした連鎖みたいなものが、これから意外と玉突きのように起こる可能性があるということ值得期待しています。

先ほど申しましたように、良いNPOというのは教育機能があります。市民教育ができます。悪いNPOは抱え込みます。市民セミナーにしろ、書籍にしろ、結局は口コミというか、ターミナルケアなどを媒介にして、世代間を超えた学習を構想することも必要だと思います。