

特集：ケアの社会政策

鼎談：ケア政策の行方を考える

高橋 紘士*¹，宮島 俊彦*²，宮本 太郎*³，森田 朗*⁴

Ⅰ 政策におけるケアとその課題

森田：

本日はお忙しい中をご出席くださり、ありがとうございました。国立社会保障・人口問題研究所では、『季刊社会保障研究』と『海外社会保障研究』という2冊の雑誌を出しておりますが、来年の6月刊行号から統合して新しい雑誌として創刊いたします。創刊号の特集の一つとして、「ケア政策の行方を考える」という内容の鼎談（ていだん）を企画いたしました。

本日の鼎談につきましては、先生方にご自由にお話しいただきたいと思っております。テーマについては「ケア政策」としてしておりますが、具体的には社会保障・社会福祉制度の中で現物給付になっているものから議論を進めていただきたいと思っております。過去の政策の資料を付けさせていただきましたが、将来2025年に向けてのお話を伺えればうれしいと思っております。

宮本：ちょっと確認させていただいてよろしいですか？ケア政策という言葉は大事な言葉だと思うんですけど、あまり使われないですね。そもそもケアという言葉が法律に入ったのは最近のことと考えていいと思うのですが。

森田：できればその辺から議論をしていただきたいと思っております。私自身は、今日は専ら進行役に徹

して司会をやらせていただくつもりです。

それでは最初に、早速ご発言がありました。が、「ケア」というのはどういうことなのか。ここでの企画の主旨も含めて、これは言い出しっぺと言ったら失礼ですけれども、高橋先生から最初に口火を切っていただければと思います。

高橋：ケアというのはご承知のとおり極めて広範な意味があります。その中から、時代時代で制度政策に馴染む分野が切り出されて、ケアの制度となり、政策となっていった事情があります。どのようなケアを政策化していくかについては、その時の情勢によっていました。したがって、ケアをそのまま介護保険と置き換えて議論をしようというのではないというのをまず申し上げておきます。



ただ、介護保険といえどもまさに日本のケア政策のイノベーションだったわけで、介護保険がこれからのケア政策の根幹であることは確かです。

地域包括ケアの議論は当初、介護保険改革のキーワードとして登場したという事情があります。しかし、後で宮本先生から議論があるかと思いますが、地域包括ケアの包括化の議論もそうですが、ケアの対象とケアの内容をオープンエンドに議論をして、その中でケア政策の将来を考えるという

*¹ 一般財団法人高齢者住宅財団 理事長

*² 内閣官房社会保障改革担当室 室長

*³ 中央大学法学部 教授

*⁴ 国立社会保障・人口問題研究所 所長

ことかなと思いました。そういう意味では、介護保険はもちろん重要ですが、介護保険には収斂できない部分、言い換えれば、介護保険制度が導入される以前からわが国では社会福祉事業というものの中に閉じ込められてきたケアが、少しずつパンドラの箱のように開きつつある。また、医療では、長期療養の関わりでキュアとケアの識別ということが議論されるようになりました。あるいは治す医療から支える医療という言い方もあります。そうすると、「支える」というとまさにケアではないかという議論もありますし、そこも含めて、ケアというのを広い世界で考えたほうがいい。

ケア論というのはギリシャ神話のクーラの神話から始まって、この神話をハイデガーが「存在と時間」のなかで引用したように、哲学の領域からも議論がある。哲学や倫理の問題であると同時に、経済社会システムの視点からみると資本主義の行く手に、ケアを必要とする人口の増大という予期せざるごとがおこっています。特殊法人時代の社会保障研究所の所長だった馬場啓之助先生が、「資本主義の逆説」ということを仰っていました。能力主義や業績主義を基本原理とした資本主義が豊かな社会の段階に達してみたら、その中に膨大な依存人口を抱えることになる。これは「逆説」という以外の言い方はないと述べておられました。要するにディペンデントポピュレーションやその他の依存リスクに対するサポートの仕組みを制度化していくこと。実は社会経済政治の文脈のなかで、制度化しやすいものから始まって、制度化し、これを総称して、「福祉国家」というものが成立してきた。しかし経済成長の減速が象徴する資本主義の成熟化によって、これまで前提としてきた社会制度が崩れ始めて来ているので、そこから辺をどういう形で再構築するか。そんな文脈の中でもう一度議論が起こってきている。現物給付の体系が必要となると同時に複雑化し、財源投入が必要であるにもかかわらず、資源制約と財源制約がますます厳しくなるという背反する現実があって、それをどうブレイクスルーするかということが、これからのケア政策ということを考える

と争点になり続けていくのかなというふうに思いました。

もう一言だけ申し上げると、おりしも、社会保障制度国民会議で、1970年代モデルと、2025年代モデルという大変興味深いパラダイムが提供され、2025年が地域包括ケアをメインストリーム化していくという視点で議論を展開した。地域包括ケアという概念が個別政策の概念でなく、社会保障全般の政策を嚮導する概念になってきた。

一方、宮本先生のご専門である福祉政治的な働き方をすると、現在のシステムを作り出している1970年代のステークホルダーと、そういう形でいろんな地域の萌芽的なさまざまな制度はあるとしても、いまだ2025年モデルというのはメインストリームに実はなっていない。とすると、1970年代モデルと2025年代モデルの対立というかコンフリクトというか、そんなことも念頭に置きながら、少し大胆に2025年の行方を占うというのが、たぶんこの特集および、この鼎談のテーマかなと思います。

森田：ありがとうございました。企画の意図、狙いをお話いただきましたけれども、それにつきまして、続いて宮本先生どうぞ。



宮本：「ケア」という言葉は、非常に多様に定義されていて、時間を分かち合うとか、悲しみを共有するとか、潜在力を引き出すとか、自己実現を支

えるとか、非定形的・非定量的な意味をもたされてきたと思います。行政が政策化する領域とはこれまで思われてこなかったというところがあるかもしれない。

ところがこれを家族やコミュニティにゆだねていると、社会の持続可能性そのものが維持できないような状況に追い込まれてきている。次世代を育てる、あるいは現役世代が家族のケアに手をとられて十分な力を発揮できなくなってしまうということも含めて、ここを支え直さなければいけないということが明らかになった。今、高橋先生が1970年代モデル、2025年モデルというお話をされ

ていましたが、これまでの日本の生活保障・社会保障の仕組み、つまり1970年代モデルには積極面もあったと思います。特に男性稼ぎ主が十分に働けるような状況を作ったという点では、国際比較の点からもポジティブな面があったと思います。けれども、その分、このケアの領域が私的世界に閉じ込められてしまったという部分もあって、なおのことケア政策というのが2025年モデルのポイントとして浮上してきたのかなと思うんです。

さきほど申し上げたように、ケアというのは非常に定量化・定形化が難しいサービスであります。自立とか自己実現という問題に関わっていくわけです。ここで想起しておくべきことは、1970年代モデルから2025年モデルへの変換のプロセスでケアが浮上してきた中で、基礎構造改革が代表するような「措置から契約へ」という、政治学的に言えば準市場型の改革、これが矢継ぎ早に行われてきたということだと思います。言うまでもなく97年成立の介護保険制度が嚆矢になったわけですが、基礎構造改革が2000年であって、2003年の支援費制度が2006年の障害者自立支援法になり、そして2015年の子ども子育て新制度も、準市場的な方向へと転換をしてきました。

これはなぜだったのかということ、先ほどのケアの本質ということに関わっているわけです。ケアに関わるこうしたサービスは、行政が画一的に目標を決めて達成するわけにいかない。そうなってくると、当事者が自由にサービスを選択し、供給者あるいは専門家、家族と熟議しながら、自分が必要なサービスを決めていくことができるような条件づくりが求められるわけですね。さらに、ケアというのは元気になるためのものでありますので、もともとその元気をなくしている人達が主要な対象になるということからして、そこに一般市場のような自己負担がかかってはそぐわない。ここに準市場というのが浮上してきたのだと思います。

ただ、この準市場がケアのシステムとして浮上してくる中で、いくつか2025年モデルを目指すにあたって具体化していかなければならない課題も浮上しています。

第一に、「自立とは何か？」ということですが。介護保険が高齢者の自立を掲げて以来、障害者の自立、困窮者の自立、そして女性と母親の就労という目標が掲げられてきたわけですが、では自立についても何を目指していくかが問われています。一般的には生活自立みたいな次元で考える見方もあるし、本当に労働市場の中での自立という次元で考える場合もある。いずれにせよケアの目標設定にかかわる点です。

第二に、ネットワークをどう繋ぐかという問題です。準市場という仕組みの宿命だと思うんですけど、いろいろな供給主体がかかわっているわけです。そこで誰かがケアマネジメントみたいな形で結び合わせて、当事者と供給主体の共同作業としてケアを実現していく必要がある。ところが、ネットワークが次々に作られてきたわけです。介護の地域包括ケアシステム、障害者の自立支援協議会、困窮者支援の支援調整会議といったように、たくさんのネットワークが作られてきている。ところがこれは70年代的な縦割りのシステムがそのまま、その中でネットワークが作られて、増殖してきた。ここをどうもう一回束ね直すかという問題が出てきたのだと思います。

第三に、財源問題です。準市場という視点からして、公的な財源が基本になるべきですが、どこまで自己負担を要請するのか。ある程度の自己負担はもうやむを得ないわけですが、それがどんどん増えていくと、市場に非常に近づいていくという面があります。準市場的な制度と市場的な制度の間を振幅するなかでどこに着地点を見出していか。

大きくこの3つくらいの課題というのが2025年モデルを展望すると、浮上してきたというように思います。

森田：ありがとうございます。それでは宮島さん。今後を含めましてお願いします。



宮島：もうお二人で問題点の提起とか今までの経緯についての話がほとんど尽くされたと思うので、私の頭の中の整理でお話しします。地域包括

ケアということが言われたわけですが、その中には二つの側面があって、一つはその考え方をみたい話です。考え方というのは、例えばデンマークの高齢者ケアの三原則でいうと、自立の支援、自己資源の活用、継続性の原則といった、ケアの在り方そのものに関する考え方というのをどうとらえたいのだろうか。このことは宮本先生もおっしゃった自立とは何かというような問いとつながっていく。ケアそのものの在り方を問うというのが一つ、今の時点での問題としてもあるのだろうなと思っています。

もう一つは、地域包括ケアシステムという、英語だとCommunity based integrated care systemで、システムということです。一つは、Community basedですから地域に根差したということを行っている。次にIntegratedということで、統合されたケアのシステムだと言っている。システムというのは、ネットワークではなくて、一つのメカニズムというほどではないですけど、システムとしての形を持っている。ネットワークですと、よく言われる地域連携とか多職種連携というものことになる。このことをどう考えていったらいいのかと思うのです。

地域に根差したということが言われてきて、この地域性というのがケアのベースとして求められて来た。この地域の中に医療のサービスもあれば福祉のサービスも介護のサービスもあって、それらがその地域をベースにしてどういう形で提供されるのかという、「地域に根差した」という側面。「統合された」と「システム」というのは似たような話なのですが、統合の方でいうと、最近、地域医療ビジョンというものが出てきて、地域包括ケアシステムは、もともと在宅ケア中心の考え方じゃないかと言われてきたのが、最近は病院や施設も含めたものとして考えるようになってきてお

り、外縁がかなり広がって来ていると思っています。

2025年まであと10年なんで、そろそろ先の展望の整理などもしないといけないとも思っています。

森田：ありがとうございました。もう後は自由にご発言いただきたいと思います。高橋先生、二巡目をお願いします。

II ケアシステムの統合のあり方

高橋：今の議論を私なりに解釈してみると、一つは垂直的統合とでもいうんでしょうか、一つの提供主体でサービス提供を全部丸抱えする。これは施設・病院モデルがそうで、在宅もそれに近い形でやっていくのか。あるいは分散型システム、多様な地域主体を想定して、先ほどおっしゃったネットワークを組む、水平的統合とでもいうものでやっていくのかという、選択肢があるのかなというふうに思います。制度政策的にも実践的にも、厄介なケアの問題の一つは、日本ではこれまで医療というシステムが介護を丸抱えにしてきたことです。逆に言う抱え込まざるを得ない理由は、社会福祉と言われていたものがレジデュアルな性格が強く、所得制限が非常にきつい制度だったために、1970年代以降、公費に依存した社会福祉制度ではなく、経済成長からのサープラスを社会保険の仕組みを経由して投入して、そのなかで医療がケアを抱え込んで、社会的入院というものを生み出して、療養病床を中心に、さまざまな病床過剰問題が、地域的な跛行と格差を伴いながら起こった。

ここをどうするのかという議論が一つ非常に重要なポイントで、上手にやらないとコミュニティベースにはならない。日本福祉大学の二木立さんが「医療福祉コンプレックス」と呼んだような、単一事業体が全てを抱え込むようなモデル。政策のレベルとメゾの組織論のレベルで、これをどう克服するかという議論は、大きな利害対立を覚悟しなければいけない。

もう一つはまさに準市場の話で、要するに政府

の公共支出として社会保障、社会保険という仕掛け、言い換えると保険料という仕掛けによって財源調達をして、それをケア政策に使ういままでのシステムの前提条件が崩れてきているのではない。少なくとも70年代、80年代通りにこれからはいかないことだけは明らかです。しかも介護需要爆発が起こってますから。これは障害や子育ての領域あるいは、社会変動の結果としての生活困窮者の問題などを含めてだと思えます。財政、それから人的資源制約がたぶん70年代、80年代に比べて、少なくとも21世紀に入って急激にきつくなっていて、その中でどういう財源調達やシステムのインテグレーションを求めるのかという課題が深刻になっている。

そういう難問を現在、日本のケアシステムは抱えていて、それはステークホルダーの議論と共に、非常に複雑化している感じがあって、それをどう整理し考えるのか。これは政策決定の話でもあるし、一方でこれからのビジョンを考える上での研究の作業としても非常に重要なテーマになってくるのか。どうも最近気になるのは、レジデュアル（残余的、補充的）モデルへの先祖帰りがいろんなところで起こり始めていて、介護離職があるから施設に入れるという。本来は結びつかない議論ですよ、誰がどう見たって。介護離職に関しては、ワークライフバランスの問題とか、介護休業制度について非常にきめの細かな議論をしなければいけないのを、施設入所で解決すると言っている。施設はまさにレジデュアルで、まさに自立を損なうようなケアを克服できていない。逆に国民の目から見ると、施設や病院への依存から脱却が困難で、これに代わる地域居住での代替的なモデルが提示されきていない。だから施設の増設に説得性があるような形の現実があって、その問題をどういうふうに解いていくのか。そこら辺が、今気になっている所です。

宮本：今高橋先生がおっしゃったことの尻馬に乗る形で申し上げると、ケアというのは、それ自体リベラルというよりも、ある意味では保守的な面のある支え合いだと思うんですね。リベラルが悪いというわけじゃないんですけど、ケアという

のは、支援者と非支援者の一対一の関係というよりは、もっと面の関係というか支え合いの関係です。さっき宮島先生がおっしゃったように、コミュニティベースドということの意味はまさにそこにあるのかなというふうに思うんです。

さらにここで大事なのは、先ほどレジデュアルへの先祖帰りという話がありましたが、今ケアが浮上している背景というのは、これまでありがちだった支える－支えられるという二分法が成り立たなくなってきた、やっぱり支える側も何かのケアを必要としてそれで力を発揮する。他方で、支えられる側も積極的に社会参加をして、その認め、認められる支え合いの関係の中で、自己実現とか自立が可能になってくるわけなんです。そういう広がりがあるケアにおいて非常に重要になって来ている。

ここにキュアからケアへという話もかかってくるわけですね。キュアといたら病気を治すということだったのですが、今みんなどこか調子が悪くて、100パーセント元気にならない。それが家族のケアで疲れているのであれ、そのときの自分の心と体の弱まりであれ、経済的な問題であれ、何かケア的なサポートがあることで地域を支える力を発揮することができる。そうなってくると、ますます支え合いの関係の中に人々をどう招き入れていくのかというのがケアの非常に重要なテーマになってくる。

もう一つは、これは宮島先生も高橋先生も言及されたインテグレーションの話です。垂直的な統合と水平的な統合という話も出て、まず垂直的な統合、要するにおそらく介護・医療で言えば、急性期から回復期、安定期のようなつながりをどうつくっていくかということがあります。同時に、水平的な統合が非常に重要で、最初医療と介護から始まって、住宅、介護予防、生活支援と広がってきて、さらにはさきほど地域包括ケアの包括化という私の主張をご紹介いただきましたが、今度の新しい総合事業などでは、前期高齢者や生活困窮者の雇用のような仕組みもかかわってくる。

こういう水平的な統合というのは、実はもう準市場改革が始まったときから運命付けられてい

た。これまではそれぞれの縦割りの中でネットワークが打ち出されるという形で折り合ってきたんですけども、だんだん本当の連携というのを実現せざるを得なくなっています。

この垂直的・水平的統合については4つくらいの連携のパターンというのが現れているのかなというふうに思います。

一つはケア会議モデル。和光市のコミュニティケア会議では、介護・医療など多職種が一堂に会して、当事者一人ひとりに即した支援プランの検討をしています。同市では平成30年までにはこのコミュニティケア会議を、子ども部門・生活困窮者部門・障害者部門も組み込んだ本当の水平的な統合の会議にしていくという構想をもっています。これは一つの方向なのかなというふうに思うんです。

二番目が、相談窓口、ワンストップサービスをまとめ上げるかたちです。富士宮市が一つのモデルです。同市では市役所に福祉総合相談課を設置し、地域包括支援センターを軸に、ここに今度の困窮者の自立相談支援の窓口、障害者や子ども関連の窓口などもつなげていって効果を上げています。富士宮市の課長さんは、「うちは困難事例ほど職員が燃えます」と言っていました。手元に支援のツールがそろってきているということで、それが非常に大事なんだろうなと思います。

三番目は外部拠点モデル。これは多様な形があると思うんです。よくNPOの人たちと話していると「縦割りを利用する」という言い方を聞きます。要するに縦割りをメニューとしてとらえて、外部から自分たちでその縦割りの制度を連結させて、包括的なメニューにしていく。地域で元気をなくしている人に包括的に対応できる形を作っていく。よく知られてきた例という、秋田県の藤里町での「こみっと」のような形です。腕利きの民間のコーディネーターが、外から制度を束ねていくというモデルかなと思います。

四番目が、小規模多機能モデル。これは地方創生の展開にも非常に大事だと思います。地方創生がいわゆるなかで、20万、30万規模の都市にサービスを集約していく構想が示されていますが、小

さな拠点ということも併せて言われるわけですね。雲南市などが旗を振って、小規模多機能自治ネットワークができています。要するにこれは過疎化も進み人口も減っているところで、都市にぶらさがるのはではなく、小さな拠点に介護、子育て、障害などいろいろなサービスを重ね合わせ、一体的に提供していく。これも一つモデルですね。

この四つくらいの連携の形が浮上してきていると思います。

宮島：今の宮本先生の議論の件に関連しているんですけど、一つは、ワンストップサービスの考え方で、対人サービスとして高齢者も障害者も子どもももうみんな同じように福祉サービスに結び付ける、高齢者、障害者、子どもとも、みんな同じ所へ来て下さい的なアプローチがあります。もう一つは、今の高齢者地域包括ケアとか、子育て総合支援センターのように、年齢層は高齢者とか子どもとか別々だけでも、そこに行けば高齢者に関しては医療も介護も生活支援も、住まいも、いろんな分野を総合的に提供できる、子育てでいえば、妊産婦の相談から始まり、出産、母子保健、小児医療、保育まで総合的に提供できる、そういう総合的な多分野の窓口になるというアプローチがあります。どっちを選択するのか。私はどちらかというと後者と思っているんですが、現実的には若干混乱もあるのかなという印象です。そこは少し議論してもらわなきゃいけない話だろうと思っています。

それから、地域性ということを考えていくと、医療法人でも社会福祉法人でも、強力な法人があって、それがあつた市のは全部行って引き受けたという展開をしているところって確かにあるのです。ただ、多くのところはそうではなくて、いろんな事業者が、たとえば介護保険の世界で言えば群雄割拠している。そういう群雄割拠みたいな状況が、多職種連携だけでサービスとして動いて行くかどうか。宮本先生のおっしゃった小規模多機能モデルというのはある意味会員制で、特定のところは小規模多機能の会員になって、そこが面倒みますよっていう形で全部覆い尽くせばいいじゃないかという、ある意味地域よりもさらに小

さい単位でカバーする論理ですよ。今、厚労省が進めているのは、地域包括支援センターごとに全国に1万ぐらいの日常生活圏域をつくって、その日常生活圏域の中で医療も介護も生活支援も、解決するシステムを作るというものです。その日常生活圏域の中で、そういういろいろなサービスが確実に提供されるように、どう各事業者を束ねていくか。あるいは企画競争入札をやってそのエリアは持ってくださいよとか、そんなようなことをやっていくのか。いろいろ地域という切り口と総合的なサービスを提供しましょうという切り口とを、どう組み合わせればいいのかという議論が、意外とあまりまだ進んでいないのではないかなという気がしています。

特に在宅医療は、ある意味の手引きを決めないと無理だと思います。日本医師会も今度、在宅専門の診療所もある一定の条件をもって認めるみたいですけど、地域と関係なく、在宅専門でぐるぐる回って、その局面だけやっていくみたいなサービスはやっぱりいいのかなと思います。「かかりつけ医とか在宅医療をやっていきましょう」と言っている以上は、「このエリアについては私たち医師会、あるいは医師会の会員である開業医の方たちが、ある役割分担の下に責任を持っていくんです」ということにならざるを得ない。

そして看護、リハビリ、もちろん介護もですけど、サービス提供の中身ごとにそういう形にしていけないと、なかなかこれからは難しくなったなと思います。今まではある意味やみくもにやっても良かった。圧倒的な需要があって高齢化も進むと分かっていたから、特養つくってもいいし、在宅サービスだってやっても別に悪いことじゃない。ただ、介護保険の供給の体制である程度もう充足されて来ましたから、今後はどういうふうサービスに需要を見合って効率的に整備していくかという時代を迎えたのだらうなと思っています。

高橋：実はその問題っていわゆる地域包括ケアのガバナンス問題なのかなと考えます。まさにこれは森田さんの専門の領域。というのは、たまたま最近短期間ですが、スウェーデンに行ってきた、

人口2万、3万ぐらいの小規模なコミューン（市）を幾つか見てきたんです。ご承知の通りあそこは専門職主義ですよ。政治家が委員長として制度運営の責任者になる、そして専門家主体の官僚機構が運用を行うという体制が確立している。結局、国は制度の枠組みを整備し、交付金などはあるとしても、自治体の自由裁量に任せる。財源は、地方所得税などで、自治体の財政自主権が保障されている。国はそのような枠組政策を形成すると共に、評価と監査を充実させながらやってきている。それと同時に、コミューンはある種の社会企業的な側面が随分あるなと思ったのですが、それと同時にもちろんレジデュアルな時代の措置とは違うけれども、コミューンが入所決定や利用決定を一元的に行う。かなり介護保険の認定に近いやり方をやっているらしい。だけど、それをやりながら継続的に資源開発もして、ネットワークも組んでいくっていう、ガバナンスの主体がはっきり自治体にある。勿論、それぞれの国々でもいろんな形があるけれども、今日本の自治体の力を考える上で、今までは縦割りの措置なり、縦割りでの一つ一つの制度運用で済んでいたからそれなりのパフォーマンスが維持できたと思うんですが、いろんなものを組み替えたり、ネットワークを組んだり、その中で評価をしたり、レビューをしたりという、今までの自治体はあまり得意でなかったような、そういう仕事もやらなければいけなくなっている。一方で国は相変わらず、地方主権といえども、重要なところでは権限を手放していない。

それから、例えば介護保険の介護サービスでいえばいろんな行動原理があって、それこそかなり収益を目指して行動する主体もあるし、そうでない、多様な行動主体もある。自由市場はそういうものが宿命なわけで、そこらへんを調整したりコントロールしたりする主体は、今の保険者としての自治体でいいのか。有名な和光市を箱庭モデルと呼ぶ人もいますが、多くの自治体、特に都市部では、サファリとか、仕切りのない荒野野みたくなところで事業所がうごめいているとしたら、これらの事業体群を日常生活圏レベルで、ど

うガバナンスできるか。

それから、先ほどお二人が興味深いことをおっしゃったのは、いろんな制度を利用して、横串にする。それは地域包括ケアで言えば、障害の相談するのもそうだし、生活困窮者支援もそうだし、そういった同じような相談所機能が制度ごとにバラバラできているのを、もう1回ワンストップで組み直すとか、サービスも共用化していかないとたぶんやっていけないとか、そういうことを国が言う前に自治体がやってくれないと、たぶん制度にはなっていない。そこらへんのプロセスをどう考えるのかというのは、結構大きな争点ではないかと思うんですけど。



森田：議論がだんだん面白くなってきましたが、たぶん読者の人が読んでなかなか理解できないような争点が混じっているとしますので、伺

った限りで少し整理させていただきます。二つのファクターがあるとしたら、一つはケアとはいったいどういったものなのかという点。哲学的、理念的な自立というのが目標のイメージとしてあると思います。もう一つは、現状がどうであるかという社会経済的な実態です。高齢化も含めて実態はどうかということです。

議論になっておりますのは、理念、哲学を実現するために、現状の下でどういう仕組みがいいかという制度論、政策論だと思います。その中でも、制度の枠組みをつくる話と、運用の話と、各種取り混ぜて今までご発言があったという気がしております。私自身は、医療関係に若干かわった観点から言いますと、やはり今の制度と現状との間にミスマッチというのが起こってきて、それまではケアのあるべき姿というのは議論しなくても比較的自明だったのに、揺れ動いてきているのかなという印象があったんです。というのは、例えば人口で言いますと、1960年ぐらいまでは65歳以上の人は数パーセントだったわけですね。そのときには、例えば高齢の人をケアすると言っても、多くの場合は家庭内でやっても一人一

人の家族の負担というのはそれほど重くなかったし、そこでケアされなかった人を公的にカバーしても、社会全体としてはそれほど大きな負担ではなかったと思います。けれども、だんだん高齢化が進んできますと、なかなか家族だけでは面倒を見きれなくなってくる。そしてケアを家族の外に出さざるを得ない。

最初あったのは、措置という形で、どうしても私的なシステムの中でケアをされない人については行政がカバーしようという話だったと思います。けれども、そういう人たちがどんどん増えてきた。他方では少子化が進みますから、支える側も減ってきた。そこで最初は、人的に大変になってきたと言いつつ、お金のあるうちは、何とかやろうということだったと思うんです。だから、高齢者が増えてきても、かなり医療費が付けられるときは医療の中で面倒を見てきたわけですが、それが厳しくなってきた介護の話になってきた。

次の段階になると、お金も非常に厳しくなってきた。その中で、増えてくる高齢者にどういう形で限られた財源の中でサービスを供給するかが問題となる。医療ではとても高くつきます。では介護という話になるけれども、実際に中医協での議論を聞いていますと、医療と介護はなかなか線が引けないわけです。そこで地域包括ケアという話になりました。特に介護ケアの場合には人的サービスですから、一人一人違って非常にきめ細かく対人サービスをしなければいけないので、今度は財政的に非常にコストが掛かる。それをどういう形で供給するかは地域ごとに違う。そこで、地域で在り方を考えてくださいという形で、地域包括ケアというのが出てきたと思います。介護労働力といいますが、対人サービスでありながら、サービスの供給主体の人的資源が非常に厳しくなってきた、かつ財政的な資源が厳しくなってきた。その中で、どういう仕組みを考えていくのか。先ほど言っていたquasi-marketという形だったら、そこにマーケットメカニズムを入れて少し流動化しようということだと思のですが、完全なマーケットでない以上は、政策的コントロールが必要

になってくるわけです。けれども、措置のようにびしっと線を引いて「我慢しなさい」ということじゃないとしますと、そのコントロールが非常に難しくなってきた状況ではないかと思えます。そこはまさに高橋先生がおっしゃったように、やっぱりガバナンスと言いましょか、だれがコーディネーターか、コーディネーションをする仕組みがうまくないと、なかなか機能しないのではないかというのが私の感じているところですね。

先ほどからいろいろなモデルがありますけれども、宮本先生がおっしゃった4つの項目もそのコーディネーションの話に入ってきているのかと思えます。そういう整理をいたしました。

Ⅲ ケアの財源問題

宮本：これは高橋先生も前にお話しされたことなんですけれども、2005～2006年ごろ、介護保険制度を入れた方がいいがだんだんお金がなくなってきた中で地域包括ケアが打ち出されてきました。だから地域包括ケアとは安上がりなケアを求める悪しき発想だという批判もまたそこで起きてしまったわけです。

本来在宅で最後までというとお金が掛かるはずなのに、ちょっとそれは違う因果関係で出てきているんじゃないかというわけです。しかし、森田先生がおっしゃったとおり、この財政的な持続可能性と、社会の持続可能性というのをどう両立させるのか。ケアの質が担保されなければ、みんな元気が出せずに税金も払えないのだけれど、財政の持続可能性なき社会の持続可能性というものもない。両者の交点に、地域包括ケアという言葉があるということだと思うんですね。例えば、介護保険が実現するプロセスを見ても、1980年代の初めからしばらく増税なき財政再建路線が続く。そして80年代の終わりに限界が来る。やっぱり、きちんと消費税増税で財源を確保しなければいけないという議論になってきたときに、ただ負担増では支持が得られない。そこにケアを中心とした社会保障の強化という議論が出てきたわけですね。

具体的には、89年に消費税が入った後に、政権党が必ずしも選挙でうまくいかなくなり、当時の橋本大蔵大臣など中心に、ゴールドプランなど、きちんと消費税を使っていく道筋を示さなきゃいけないという議論になり、介護保険制度につながっていった。今回の一体改革についても、2000年代に入って構造改革路線が続いていましたが、改めて消費増税を含めて考えるべきだとなった時に、社会保障の機能強化が必要ということで、社会保障国民会議、安心社会実現会議、その後の社会保障制度改革国民会議につながる流れが生まれた。

何が言いたいかということ、ケアの強化というのは財政再建と一体になっていて、非常に不思議な関係にあるんです。

高橋：不思議といえば不思議ですね。

宮本：ケアをやるうとするんだけれども、当然その大前提になっているお金が足りないという話になっている。どうしてもどこかでこの循環を完結させなきゃいけない。循環を完結させるというのはどういうことかということ、やはり地域に手ごたえのあるケアを創出することです。介護でも、子育てでも、納税者が「きちんと税金が返ってきた」と、「これならば消費税率が10パーセントになっても、その先に行っても、このお金は回ってくる」という、そういう実感を持つような地域包括ケアにしていかなきゃいけない。それが、地域包括ケアと財政再建の逆説的關係というのを乗り越えていく方向なんだろうなと思うんです。

高橋先生はスウェーデンからお帰りになったばかりですけれども、まさにスウェーデンでは、税金が第二の財布でケアになって返ってくるという、そういう了解を確立しているわけです。ただ、スウェーデンは、実は60年代初めから始めて20～30年ぐらいかけてそういう合意を作ってきた。一方日本はスウェーデンが25パーセントぐらゐの消費税になった90年からこれを始めたというスタートラインの遅れもある。でもそういうことを嘆いてばかりではだめなので、ケアシステムを税の循環を感じさせる形でどう構築していくかということが問われているんだと思うんです。

高橋：介護保険って考えてみたら2000年にスタートしたわけですね。そうすると、ある意味では経済が不調な時期に、3.6兆円ぐらいと2倍以上にできた。

そのことが実は地域にさまざまな介護サービスの職場を作って、これは主に女性の労働をめぐる現実問題と関係している。そういう意味では、介護保険というのは介護給付にお金が地域循環することによって、まさに雇用創出、地域づくりの非常に重要なポイントになってきている。中村秀一さんが社会・援護局長だったときに、人口1万あたりにどのくらい医療や福祉の給付が投入されているかという、推計を公表したことがあります。これに、年金給付を入れると、たぶん今は1万人あたりで50億ぐらいだったか、正確にちょっと年金をプラスするとさらに増えるはずなんです。要するに、どうやって社会保障のお金を地域循環して、そこに雇用をつくるかということ。地域で生活するということは、一緒にそこでお店屋さんとか、いろんな生業にもお金が回るというシステムを形成した。

ところが、医療保障から社会保障から全部抱え込んで吸収するような垂直的統合の仕組みですと、地域に回ったとしてもごく一部です。そこらへんの議論をもうちょっときちんとする必要がある。一橋大学にいらした藤田伍一先生が、社会保障の統合的システムと分散型システムという概念を提起されたことがある。70年代モデルというのはたぶんそういう意味での分散型で、豊かさのサープラスを社会保障に投入するという、一方向モデルだったわけです。ところがこの方は、これは福祉レジームの議論にもなっていくと思うんですが、社会保障の統合システムは社会の中にお金が循環するようなモデルです。いままでの生き残っている古いタイプの社会保障観というのは、要するに社会を活性化させないで、むしろ衰退に向かうための仕組みであったとした社会保障抑制論がある。これは1970年か80年ぐらいに日本でまことしやかに言われた議論で、それをまだ、日本の官界や財界の人たちは今日でも、信じている。新自由主義経済学がそれに輪をかけているように思いま

す。ところが現実には、先ほどから出ているようにこれだけの高齢人口を抱え、それから、資本主義の逆説ではありませんが、まさに依存性リスクというのが子育ての問題やメンタルヘルスの問題から、障害の問題まで、さまざまに拡大した。そういう意味で言えば、新自由主義の原理に忠実に社会経済を効率化すればするほどそういう問題が巨大化してきた。これは前に言及した馬場啓之助先生のあの時代の慧眼だと思うんですが、そうするとそれを受け止めつつ社会の豊かさを上手に社会サービスに環流させるあり方が必要になる。これはトリクルダウンみたいなインチキな議論ではなくて、構造的な社会保障というか、ケアシステムの制度を活用するという、そういう視点をあらためて政策論としてきちんと打ち出さないと、ちょっと追いつかないと思います。

宮島：ある意味、財政単位とケアの供給単位というのを整えていかないといけないという問題がやっぱりあるのです。今までの日本の医療保険で言えば、国保は市町村単位でした。それから、今の協会健保は全国一本です。健保組合は昔から企業単位です。そうすると、市町村単位で考える医療と、全国一本で考える医療と、企業単位で考える医療とで、保険者単位ではまちまちで保険者による供給コントロールはほとんどなされていない。医療計画は昭和60年ぐらいに導入されましたが、これは保険者とは関係なく、都道府県という行政単位で考えられました。今回地域医療ビジョンというのが出てきまして、国保も財政責任は県単位化していくとか、後期高齢者も県単位の広域連合にしてきたという形で、財政単位と供給単位を県単位で合わせていくというのを、だんだんやってきたということです。

それからもう一つのほうのケアで言えば、どちらかといえばこれは市町村を中心に介護保険も組み立てているし、障害者福祉、それから子どもの新保育制度も市町村単位です。市町村単位の財政の中で、サービスをどうやっていくのだったという話になっている。それぞれの自治体が財政のファイナンスの話と供給の話をあわせて意識化できるように、だんだん持ってきているということ

す。

日本の財政構造というものの全体を見ると、やっぱり国が再配分しているから、地方のほうで自分たちのお金でどのくらいやっていて、実は他からどのくらい交付税とか補助金でもらっているのかという点が、なかなか分かりづらい。ただ、この議論をしてしまうと、小泉内閣で三位一体改革をやったことをどう評価するのかということになります。あの時は、地方のほうに3兆円規模で財源を移すから、各自治体のほうで責任を持った供給を行う。財源を国から地方に委譲するということを行いました。しかし、日本の財政構造は東京に税源が集中していますから、三位一体のような改革をやるとどうしても地方の方にしわがよってしまう。それで、やはり交付税や補助金で地方を支える、医療や介護の制度も地方にお金が流れるようになっていくということが当たり前のようにになっている。そのへんが非常に国と地方の行政責任というのを、見えづらくしています。そこはどうやって行くのかという話です。

宮本：今おっしゃった、見えやすくするというのは非常に重要だと思っています。さっき、私は準市場の制度が介護から始まって、障害、子ども・子育て、それから部分的には困窮者に至るまで広がってきたと言ったんですけれども、実は介護とそれ以後には決定的な分岐があって、介護は社会保険になりますね。同じケアでもこれはすごく多くの人が長期にわたって取り組まざるを得ない、そういうケアだったので、社会保険化が可能だったわけです。ところが、例えば子育てというのは、やはり多くの人が直面するんだけれども、なんとか5年頑張れば山は越える。つまり、育児保険というのも議論としてはありましたけれども、現実には難しい。障害もなかなか社会保険とつながらないわけです。介護まではケアが社会保険という形でリスクをシェアできたんですけれども、やはりその後が社会保険と税という形でまた分岐してしまっている。これも宮島先生がおっしゃったことにかかわるんですが、社会保険を半分税で賄うとか、財政調整だとか、連帯の中身がとても分かりにくくなっている。まず社会保険による連

帯というのが基本で透明度が高く、それが税の連帯につながるべきだと思うんですけど、そこが見えにくい。したがってケアを支える合意というのが根づきにくいという問題があるかと思えます。

森田：財政の話をしてみると、保険というのは要するにリスクの分散ですから、皆原則として同じリスクで、そのリスクの発現というのは非常に割合が低いということが、少ない保険料できちんとリスクをカバーできる前提になるわけです。ただ、現実にはどうかといいますと、結局保険金を受け取る人が大量になり、リスクの発現率が非常に高くなった。そうすると保険料は当然上がるわけですが、その保険料の負担がなかなか全員できなかつた。そうすると、だんだん保険が特定の人だけに限られて、保険金を払えない人は離脱してくる。日本の場合には、それを無理に保険原理でやってきたというのか、事実上は税と同じような形で支えているんですけど、税と何が違うかといったら、要するにそんなに累進的な形で保険料を適用できないわけです。現実にはある程度の累進性はありますけれども。

税だと所得税にしてもかなり傾斜を付けた形で負担に変えることができますから、仮にリスクが発生したとしても、保険原資を相当増やせる可能性があります。けれども、保険原則でやっている限りは、保険料のほうにはあまり傾斜をつけることはできない。しかし保険金のほうはたくさん払わなければならなくなった、というのが現状だと思います。それを別のところから補填しているという話ですと、結局、保険といういい仕組みのメカニズムが働かなくなってしまう。それでモラルハザードが起こってしまうというのが現実ではないかと思っています。これを今どうするか。

それから、先ほどおっしゃったように地方の話をしてみると、結局地方ごとにリスクの状況が違いますから。例えばリスク構造調整をやって、ある意味でリスクを調整し平準化する。そこまでは財政調整をやって、その上での効率化の努力と付加的なサービスというのは、それぞれの保険者が保険料を変えて行うという仕組みもあるんじゃない



かと。地方税というのは、そもそもそういう発想で賦課するというのだと思いますし、スウェーデンの場合も、大きくはありませんけれどもコミュニケーションごとに税率に差を設けることによって、経営努力を促している。要するに、保険料が高くなって、足による投票が起こったりするとまた是正効果が起こるだろうと。そういうメカニズムを入れているわけですが、特に日本国民は税金が嫌いなどがあるところがあって、それを税でやる代わりに社会保険でやってきたというところもあります。地方間で税率をどう変えるか。これが難しかったですね。「三位一体改革」のときも税源移譲が言われましたけれども、基本的にあれは税源を移譲してもらった以上は、それぞれの地方ごとに税率の変更をするというのが前提条件だったはず。けれども、そういう発想で税源よこせと言った自治体は皆無でした。税源移譲というのは何かといったら、税収移転を意味していたわけです。トータルで上がった税収を自分のところに、地方で使えるようにするというのを税源移譲という言葉で皆さん呼んでいて。私が、「税率を変えない税源移譲というのは意味がないんじゃないか」と言ったら、えらく怒られました。そのへんから、やはり完結した制度のメカニズムが、だんだん崩れてきた。今もそうです。政治学的に言えば住民を説得して税率を上げるよりも、国に陳情して補助金ないし交付税を増やしてもらったほうが、少ないコストで税収、財源を増やすことができますから。だから、「持続可能」というのは、ますま

す社会的情勢が厳しくなってくるときに、本格的に考えなければいけないところだと思います。保育所などでは、実際に待機児童の話が出てきた場合に、足による投票が起こっているようです。

Ⅳ 自助・互助・共助・公助

高橋：今気にしているのは、これからおこるであろう、地方交付税の税源の枯渇の問題です。今までは大都市部というか要するに税源をそこから地方に物理的に配分する水平的配分の巧妙な仕掛けなんだけど、実は高齢化だとかいろんな形で大都市の社会保障需要がものすごく増大して、経済成長の行方とも関係があるんですが、いままでのような再配分のメカニズムがうまくいってない。それから生産年齢人口が縮小していますから、当然所得税の税収にはねる。これもまだ、数字が具体的に出ているわけではないけれど、空き家問題というのは実は地方自治体の税源である固定資産税を直撃するはず。それでしかも空き家の発生原因のひとつは単身になった高齢者が施設へ入るということですから、空き家が出て、固定資産税が減って、施設を造って、整備費と介護給付費が増えるという、悪循環になっていて、そうすると、そして公共事業をこれからやっていると、それがうまくいかなかったときに、ある種の夕張市で起きたことが全国に波及するのではないかと。夕張は特殊事例だと思ってたら実はそうではないのではないかと。

ところが夕張市では興味深い話があります。最近話題になっている森田洋之さんの著書によると、夕張で高齢者に何が起こったかという、実は病院を廃止し、有床診療所に切り替えたなら病院への依存が弱まり、自助と互助が復活し、他方で自然死も増えたこと、それから肺炎の予防を徹底してやったということもあって、高齢者の疾病構造がガラッと変わった。炭鉱で皆さん厚生年金があるから、経済的な生活はそれなりに心配しないでもいい高齢者なんだけど、そういうことも含めて、財政破綻があったから市民が不幸になったかという必ずしもそうではないかもしれない。似たようなことがこれから頻々といろんなところ起こるはずで。そうすると、制度的サービスが動かなくなったときに、逆に何が起こるんだろうか。これはレベッカ・ソルニットが言った、大災害の後、自助と互助が復活したという話を思いださせます。

森田：災害ユートピア？

高橋：あの災害ユートピアの理論の日本版というか、災害ももちろんリスクは大きいわけだけど、災害ではないリスクに直面して自助と互助が復活というのが。あれは宮島さんが老健局長の時に、地域包括ケアシステム研究会を組織され、そのレポートの中に、自助、互助を初めて明示したのは。宮島：あれは亡くなった池田省三さんが言っていた・・・

高橋：そうです。サブシディアリティ（補完性）の原理。『季刊社会保障研究』に池田さんが執筆した論文がありますが、その議論を地域包括ケア研究会でお話しになった。

宮島：「互助」という地域でのインフォーマルな助け合いということを初めて出してきました。みんなが拠出する保険料でやるから、社会保険は共助だ。それから税金で強制的に徴収してきて給付する生活保護みたいなのは公助だということで、自助・互助・共助・公助の4段階を提起しました。私は結構このへんがクリアに物事を整理するきっかけになったと思っています。

高橋：先ほどの宮本先生もおっしゃった議論で言うと、支援者と非支援者を固定化するというの

は、あれは産業労働の論理ですよ。ものを作る人と消費する人を固定するっていう。ところが、宮本先生が最近生活支援労働という概念を提起されているんですが、それは一方向的な関係じゃなくて、相補的な関係であると。最近、富山和彦さんという方が企業をグローバルとローカルとビジネスと概念化し、それぞれの企業行動のロジックが異なるという課題提起をされていますが、このような雇用労働の層とは別に、僕はCと略称できるコミュニティレベルのビジネスというのがあるんじゃないかと思う。要するに、グローバルとローカルとコミュニティだと。そうすると、大手のチェーンの介護ビジネスの失敗は、ローカルで全国制覇をしようとしてひどいことを起こしたということだと理解できます。一方で、コミュニティレベルを想定して、そこには雇用労働と同時に、先ほど言った高齢者もそうだし、さまざまな生活支援労働の担い手を、年金をもらったらそういうところで働こう、それが実は非常に重要な介護予防になるというのは、近藤克則さんの調査でもはっきり分かっていますし、そういう意味では介護をそういう形での社会参加と捉える。これは自助・互助の復活と同時に生活支援の新しいタイプの働き方をコミュニティレベルで支えるということ。考えてみたら農業とか商業というのは一生働ける生業（なりわい）ですから、それを都市社会も含めて再構築するという議論も含め、これはケアの負荷を適正にしていくための一つの選択肢ではないかと思います。

宮本：そうですね。今おっしゃった、これまでの二分法、すなわち支える側・支えられる側に分けるという考え方はもう維持できない。これまでは支える側をまず優先して頑張らせる、これが保守とか自由主義の発想で、支えられる側をひたすら守ってあげる、これがリベラルだったんですね。どっちももうもたなくなっているわけです。結局、支え合いを支えるしかないんだというところに、さっきから出ている自助・互助・共助・公助という議論が出てきているんですね。ただし、自助・互助・共助・公助といったときに、棲み分け型の議論と連携型の議論があると私は言っている

んです。ここまでは純粹な自助だ、ここからここまでは共助で、ここから先は純粹な公助だ、これが棲み分け型です。私はそれは違うんじゃないかと思います。自助のための共助、公助というように、これらを連携させて、いかに支え合うかというところが問われてきている。

そこで、われわれが自助・互助・共助・公助をうまく組み合わせているなど感心するようなところはどこにあるか。これはさっきの宮島先生の議論とかかわるんですけど、実は大都市ではあまりないわけです。過疎化でかなり厳しいところに、そういうベストプラクティスというのが生まれてきている。さっきから挙がっている、藤里町だとか、雲南町だとかです。地方創生的な議論の中では、この先未来が保障されているという前提がないところで、逆にみんなががんばって、そこで今高橋先生がおっしゃったように、高齢者が逆に元気を出しちやったりしているんですね。系統的にむしろ将来持続可能などころではそれがなかなか出てこないという逆説があるんです。

森田：難しい問題ですけど、いわゆる社会の在り方として包括ケアをどのように支え合っていくか。その仕組みも重要ですけども、政策という話になりますと、やはり制度をどう変えるかによって、かなり変わってくるところがあります。いわゆる専門職の間の細かい仕分けみたいな部分がありますよね。それが流動的で柔軟な支え合いの構造に対して障害になっているような気がします。そのへんについてどうでしょうか。

例えば、在宅医療専門医を認めるというのは、前の診療報酬改定の際に議論がありましたが、あのときも、医師だからといって、診療所を持っていない者が車だけで回っているのはまずいんじゃないかという議論も出ました。それはもちろん特定の視点から出るわけですけども。ただ、ではそういう先生方が皆さん診療所を持っているかとか、在宅に頻繁に行ってくれますかということになると、なかなか今の診療報酬体系の問題や、「自分のところの診療所で外来の患者さんを持っていてそんなに在宅はできませんよ」といった話になってくる。そうすると、在宅で医療の

サービスを受けられない人が出てくるじゃないですか。その人たちには、たとえそういう診療所を持っていないにしても、お医者さんが往診に行くというサービスを、少なくとも質が低くてもサービスを供給する必要があるんじゃないかという議論になってきたんですね。例外的に条件を付けていろいろ認めましょうみたいな話になってきて。最初から本格的な在宅サービスを狙っていて、きちんとした診療所を持たないで在宅を中心にやっている方、都市部ではそういうのが出てきたわけです。それが結構患者さんのニーズにもこたえているというような声もあって、少しずつ変わってきた。

だからこの制度の在り方は、今までのあまり高齢者がいないときと言いましょか、そういうときの制度と、医療・介護の厳密な区分と、もう一つは、医療関係でいえば、医師、看護師、介護士の職能的な区分とか、その辺りがもう少し柔軟化すると地域包括ケアの選択肢も広がるんじゃないかという気がするんですけど、宮島さんのご意見はいかがでしょうか。

V ケアの質と専門性

宮島：私は老健局長をやっていたときから、基礎的医療ケアは介護福祉士もやってもいいようにすべきではないかと言っています。特別養護老人ホームでも、100人の入所者に対して、看護師が3人しかいないから、夜間は、介護職が経管栄養や痰の吸引をやらざるを得ない。それで、現場では違法行為だと思っけていても、介護職がやっている。それはもう認めざるを得ないのだから、一定の研修があったらやれるようにしてくださいという、現場からの要請で経管栄養や痰の吸引ができるようになったという話です。

外国の介護職だとインシュリン注射や軽い褥瘡（じょくそう）の処置などもやっていいようになっている。患者の家族はできるのに、介護職はできないというのでは、ケア職と言えるのかということにもなりかねない。

それから、看護師も医師の指示というのをどこ

まで厳密に考えるかということがあります。どちらかと言えば事後報告でもいいとか、ある意味自主性をもってやってもらう。それは病院という箱、あるいは施設という箱の中だったら、それはドクターがいて指示を仰ぐということですけど、在宅みたいな地域包括ケア、地域に出たフィールドになってしまうと目の前に利用者や、病気を持った人がいるということなので、そこはかなり柔軟にする必要がある。そういった点は、私は医療に関しては日本はまだかなり世界標準からずれているのじゃないかなと思っています。

森田：先ほど言ったガバナンスとマネージメントの話のとき、ケアマネジャーは置かれているわけですが、今の印象だとやはりお医者さんが一番偉いので、なかなかコーディネーターの言うことをきかないというのが問題かなと。確かに専門職としては偉いかもしれませんが、そこは役割分担だから。

高橋：日本の専門職って、やっぱり身分とつながっているから、縦系列の身分制専門職なんです。見事に1時間当たりの介護報酬単価で表現されていますね。だけど、どうもこれからの議論でいうと、たぶんコア職員というか、コア機能というのがあって、それはケアの世界では主役は従来型の医者じゃないですよ。唐澤剛さんは地域連携の要は「ふところが深く、威張らない医者」がいることと面白い表現で仰っていますが、ヨーロッパでは明らかに看護師ですよ。看護師のなかでもそういう管理看護師とか、マネージメント再教育を受けた人がやっている。

宮本：オランダのビュートゾルフ。

高橋：そうですね。そういうことを含めて。だけどもお医者さんはやっぱり近代医制以来の伝統がありますので。そして、やっぱり既得権益だと思って、自分はやらないことでも医行為だといって、規制をかけようとしていることがある。実は褥瘡（じょくそう）だってそうですね。看護師がやると言っても、看護師がやったらえらく高コストだしというので。褥瘡とかいろんな医行為といわれているものもそうだけど、どこかでこの議論は正面突破よりはゲリラ戦をやるよりしょうがない

し、現実には地域ケアのなかでは、まさに宮島さんがおっしゃったように箱ではないわけだから。たぶん、いつも宮島さんがおっしゃっているのは、医師の包括的指示を前提に現場の裁量権を拡げるというアプローチが必要になってくる。

それから、介護職員確保の問題は、施設と在宅ではたぶん構造が違うはず。それを施設の話として議論しているところがずいぶんあります。確か、現実、離職率も居宅のほうが低いはずですから。それは当たり前で、施設にいと24時間すべてのことが介護スタッフに要求として出てくる。これは感情労働論ではないけれども、最もフラストレーションがたまる。そこにコア職員がモチベーションを付けてタスクを与えてという形でやらせていかないと。ただだと世話をするモデルのところは明らかに離職率が高い。目標による管理をしたり、そういうきちんとしたテーマを与えながらという形でのマネージメント、人材管理のマネージメントとっていいんでしょうか、それはどうもうまくいっていない。

そうすると、地域の開かれた場所でのケアというのが、ある意味で言えば施設とは、何かというと釈迦に説法になりますが、1960年代、70年代、タウンゼント、あるいはゴフマン以来の施設論となる。たぶんデンマークやスウェーデンは施設を住宅化するっていう戦略で、まさにその施設の閉塞性を克服してきた。これらの国以外でもアメリカも含め多くの高齢化を経験している国々がそうなのです。日本では住宅だと思っていたら実は施設に近かったというのが最近のサービス付き高齢者向け住宅の実態のなかで指摘されている。

やっぱり地域の目というか、オープンな場で仕事ができる、先ほどの見える化というのもそうだと思うんですが、制度の見える化と同時に、仕事の見える化というのをどうしてもしないといけないなと思いつつ、少し感想を申し上げました。宮本：ある自治体で、どうやってお医者さんを変えていったのか伺ったことがあるんですけど、やっぱりコメディカル会議等に出てきてもらう。そしてコメディカルと一緒に議論してもらう。それがお医者さんにキュアから脱却してケアに移行

してもらい大きなきっかけだったということなんです。逆に、それでコメディカルがどんどん乗ってきてくれる。ただし今、このような連携はスムーズにはいきません。

例えば、今、地域包括ケアはまず地域包括支援センターからというんだけど、地域包括支援センターの多くは委託されているわけです。その委託されている人たちは、今度もまたちゃんと評価されて受託できるかということにまず気が行くわけです。ところが、介護予防は包括支援センターの一つの大事な仕事なんですけれども、住宅とか生活支援とかは、やはりセンターの公的な仕事の埒外になってしまうわけです。その部分を一生懸命やったら、何かマニュアルから外れちゃうんじゃないかという不安もものすごくある。これは高橋先生たちのグループも包括支援センターがどういうふうに地域とつながっているのかについて、非常に詳細な調査をされていますけれども、意外につながりが弱いわけですよ。そうなったときに、まずは地域包括センターを出発点にというんだけど、そこからスムーズに入っていくことが意外に難しくなっている。どういうふうにそこから広がっていきやすいのか、もし可能であればお二人から何か示唆があればと思うんですけれども。

高橋：最大のポイントは保険者がきちんとどれだけ規制するか、あるいは良質なケアを励ますかも含めて、保険者がポリシーを持っていなかったらいくら予算を付けたって人員が増えたってだめだろう。

そういう意味では、やっぱりいいベストプラクティスというものをきちんと確立しなければいけない。非営利法人であろうが営利法人であろうが要するにいいケアが実現できるかどうかが問題です。ただ、収益優先になると、給与や研修費などの人件費削減につながりやすいということを問題にしなければならぬ。

森田：白であろうが黒であろうが。

高橋：うん。白であろうが黒であろうが。これはケア事業者についてやっぱりきちんと評価をして、いいところをほめる。悪いところは退出させ

る。それから、やっぱり保険者がその問題の責任をとる。保険者がガバナンスを確立して、地域包括ケアというのはどういうふうに進めるんだというビジョンを、地域の事業者と地域住民にきちんと示せるかどうか。「本当かな、信用できるかな」なんて話になるけど、理想論だと言われようが、それを繰り返し繰り返し言わざるを得ない。私は地域包括ケアは理想ではなくて、現実的な唯一のソリューションだというふうに思っています。そういうことも含めたメッセージをあらためて出し続けなければいけないなというふうに思っています。

宮島：さっきから出ている和光市方式というのが、ある意味市役所主導でやっている方式で、東大が一枚かんでやっている柏市の方式というのは、どっちかと言うと医師会に乗ってもらったという感じですね。医師会主導でやってくださいという風に、市役所のほうをお願いしていったという感じです。ただ、市役所のほうも地域包括ケアの推進室みたいな専任の職員を置いて、医師会の各地区の担当の、医師会長はもちろんですけど市長と最初に在宅医療をやっていきましょうというような合意をして、だんだん多職種協働のワークショップ、医師、看護師、それから地域包括ケアの職員とか、それから薬剤師とかケアマネジャーとか、そういう人たちが個別のケースのワークショップをやって、お互いに議論をする。あとはドクターに訪問に同行してもらいたいな、そんな研修をやるというのでだんだんドクターが在宅医療をやるようにして、地域の担当を主治医、副主治医を決めていながら、その多職種協働の研修をやることによって、ほかの職種もそのエリアを担当するというか、そういう意識を持つ。その中に、地域包括支援センターの職員も入っているから、当然そういうつながりがエリアの中でできてくる。

医師会主体でやるのではなくて、和光市みたいに行政がガッチリやるよというケースもある。和光市の場合は、最初は医師会が入ってなかったはずですよ。どちらかと言うと、まずは介護予防のところで歯科衛生士と栄養士とPT、パラメ

ディカルみたいところで予防をして、どうやったら自立性ができるかというケア会議から発足した。

そういう取り組みを進めていくということで、私は今二つモデルがもう見えているのではないかと考えています。和光市方式を全県的に展開したのは大分県で、要介護2ぐらゐまで集中的に自立支援型のケアプランを作って、要介護度が進まない、あるいは要介護度が軽くなる、介護保険の適用が必要なくなるみたいな取組みが始まっているので、今回の地域支援事業の要支援の見直しの中で、どこまでそういう形ものが広まっていくかというのを、3年間ちょっと見ていく時期になっているのかなと思っています。

さっきから議論の中で、デンマークなどのヨーロッパの辺りで、なんで施設というのはネガティブな評価になってきたかというのは、やはり施設というのは支えられる側と支える側という二分法の世界だから。1つの問題は支えられる側といっても集団管理になりがちだということがある。今はあまりなくなりましたが、ご飯を一緒に食べるとか、お風呂に入る仕組みもベルトコンベア方式みたいな、昔の施設はそうでしたよね。今はそうじゃなくて、ユニットケアとかするところはかなり個別ケアが進んでいますけども。

ただ、デンマークのああいう議論の中で面白いのは、今度はそうやってじゃあ一人一人の人を大切にしましょうとか、そういうふうには施設で職員に教育してやらせると、今度は職員が召使い症候群になってしまうということ。人間関係として集団管理になるか、召使いになるかと、こういうのが閉じ込められた施設の世界だと。だから、自立支援とかそういう見方からすると、どうも施設っていうのは好ましいケアの提供ができないという本質的な議論が実はあるんですけど、日本ではそういう議論はあまりない。ユニットケアのころにはあったのです。それはどこかに消え失せているという感じがするんです。

宮本先生なんかもかかわっておられる、NPOのふるさとのお会あたりになると、生活支援ということではあるんですけど、お互い支援したり支援さ

れる関係ということで、今まで支えられる側だったという人も、ある意味自立性とか自主性を取り戻す中でケアというものが形成されてくるという在り方が、実は超高齢化社会でのケアの在りようとしては価値的にも高いし、おそらく私はエフェクティブでもあるというか、プロアクティブと言ったほうがいいのかもわからないですけど、そういうことをたぶん考えているんだろうなという気はするんですけどね。

Ⅵ ケアとしての住宅政策

高橋：全くおっしゃる通りだと思うんです。確か、ピーター・タウンゼントが1960年代には最後のよりどころで描いた施設、結局あれでも日本と違って個室ですからね。タウンゼントの調査データが全部残っていて、それを再調査した本が昨年出まして。ピーター・タウンゼントはその頃から写真をたくさん撮っていて、それをみていると、明らかにもう施設が生活の場になっているわけです。それからマトロン、要するに寮母さんは制服を着なくなっているわけです。それぞれ自由。寄り添っている人という感じで。

そして、もう一つこの問題が克服できていない最大の理由は、やっぱり川上・川下問題という、病院で重度の障害を作って、それをそのまま介護施設、半分は老人福祉施設に入れてしまう。特養待ちというのはまさにそうなんだけど、そうすると、どうしても脳卒中の寝たきり老人お世話型モデルで施設の体系が組み立てられてしまう。認知症なり、生活不活発病なり、脳卒中お世話型モデルでケアが行われるということになりますから。ユニットケア批判者が分かってないのは、ユニットケアが出たにもかかわらず、相変わらず川上からそういう人たちがどんどん送られてくる。実はこれから起こり得る問題は、たぶん在院年数が短くなる。リハビリテーションがきちんとやられれば、そういう形では退院して来なくなるはずで、そうすると、在宅に戻すか、在宅が無理ならば高齢者のいろんな住まいに戻していくかという議論になる。

そうなると、住まいを確保して、居住支援と住まい方支援しながら、そこに専門的サービスを入れるというのが、例の地域包括ケアの鉢植えの図の話になってくるわけです。ベースに選択があって、鉢が住まいと住まい方があって、それで葉っぱに専門サービスがあって、土があって、そこに生活支援と福祉サービスと書いてある。専門サービスでいきいきするためにも実は生活支援をそこに入れておかないと。そして、それを支える器としての住まいを用意しておかないと。ただこれは、新しく建設する必要はほとんどないので、空き家活用でいいと思う。ホームホスピスを運営している人たちが言っているように、やっぱり、住み続けてきた普通の民家環境の力というのはとても大きいのです。そういうものを引き出すんだという議論は正当な議論だし、そこらへんの議論をやっぱりしないといけないのに、相変わらず全国老人福祉施設協議会みたいに小規模特養はやめろという提言をするところもあって僕はびっくりしたんですが。それは1970年代の寝たきり老人モデルですが、2025年に問題になるのは、明らかに認知症と生活習慣病とか、そういう虚弱、あるいはフレイルと最近はまだ言葉を使うんだそうですが、意味が変わり始めています。すると、生活の継続性を尊重した住まいが必要で、その環境に合わせたケア実践があり、それに合わせたケア組織論があり、そしてそれを支えるケア制度論がある。そこらへんはいろんな今ある芽を、地域包括ケアの推進の中からいろんな実践事例が出始めているので、それをやっぱり総合化するような、2025年モデルの政策論というんでしょうか、それを早急に作る必要があるなというふうに思っているんです。

宮本：今の宮島先生と高橋先生のお話を私なりに理解すると、これまで支えられる側の施設と、支える側の私的な住宅、これの二分法でやってきたわけですね。ところが、その二分法も成り立たなくなりました。でもやはり日本は支える側の持ち家を奨励するような施策でずっと動いてきた。ところが今、二分法が成り立たなくなってきたところで、施設から私的な住宅に行くんじゃないんですね。その

中間ゾーンに地域的居住とでもいうべき新しい住まい方をつくっていく。地域的居住というとか何か分からなくなるけれども、例えば互助ハウスのような新しい住まい方だとか、宮島先生もおっしゃったふるさとの会のモデルに倣って言うならば、私的な住宅、アパートに、生活支援を付けることで、大家さんにうまいこと貸し出していただいて、それで家賃もちゃんと入ってくるという形で回していく。同時に、そこに地域サロンをつくることで、地域的居住に組み替えていく。新しいケア付き自立のための地域的居住というゾーンがここに広がっていて、これはケア政策をきちんと花開かせるためにも非常に重要な展開です。ところが、やっぱり縦割り行政の中で、この部分をどこの行政が推進するかというところで、非常に複雑な綱引きがあるようです。

高橋：付け加えると、それは非常に大都市向きなんでしょうね。

森田：そうですね。

宮島：すごく単純に言ってしまうと、今の話は、国土交通省は「住宅政策はおれたちがやっているから」という。それから厚生労働省はケアは自分たちがやっているという。しかし、両方でミックスしてやるということがなかなかできないという話ですよ。外国の場合は、住宅政策は社会保障政策そのものだから、賃貸住宅市場というのはある程度あって、そこに公的なかわりがあるって、ケアをくっつけるということが、行政的にはある意味やりやすい形になっているのだろうなと思うのです。

もう一つあるのは今の都会問題で、病院から出てきたときに、借家の人が行きどころがなくなるんです。大家が面倒見きれないというから自分の持ち家に帰ってくる人もいるけど家族がいない。あるいは家族がいても当面面倒看れないということになるんです。そうすると、特養が開いてないから、サービス付き高齢者住宅の東京都内じゃ高くは無理だからといって、その近郊の遠い候補を一生懸命探さざるを得ない。退院直後のところというのをもう少し政策的に扱う必要がある。退院直後の1カ月とか、在宅に戻ってきたら落ち着く

までは手厚くやるとか。看護とか介護を手厚く入って、それで1カ月ぐらいしてある一定のパターンができたらだんだん普通のサービスに持って行く。在宅に、持ち家に帰る人についてもう少しそれをやれば、かなり施設需要というのは減るなと思っています。退院直後集中支援ですね。

もう一つは、今言った借家の人です。借家の人というのは誰も面倒見なくなってしまうから、それこそ貧困ビジネスに行ってしまう。この話は、住宅が絡んでいて、ケアの話もあるけれども、ベースは住宅をどう確保するんだというところ。それがなければ上に乗っかっているケアが成り立たないわけですから。高齢者もそうですけど、母子家庭とか障害者とか、実は住宅のそういう問題というのは、日本の社会保障の中では意外と盲点になってきているという、そんな感じですね。子どもの貧困問題とか、いろいろな形でどうも出てきます。それから心配しているのは、やっぱり基礎年金の水準が下がったときにどうなっていくかという問題です。

高橋：今の議論は、ぜひ本誌でもとりあげて欲しいテーマです。やっぱり住宅を社会保障としてどう位置付けるかという議論は、ある意味では社会事業の創始の時代に戻ってことだと思っているんです。社会事業では不良住宅改良事業というのがありました。あったわけで、そこに住まいの場所と仕事の場所と、それからヘルスってものをどうするかという議論。そういうことを、例えば同潤会が大正大震災の復興事業で実験をしているわけで、それ以降、それこそバラバラになり、縦割りの制度になっていったのはそれなりの理由があったのですが。大正時代から大震災の後、社会保障が制度として確立する以前に同潤会を作ってチャレンジをやったわけだけど、もう一度その時代に学び直して議論をする時が来ていて、それがおそらく地域包括ケアシステムの意味なのかというふうに、あらためて思っています。

宮本：さっき申し上げたのは、確かに大都市が焦点なんですけど、地方でもやはり空間をうまく活用しているところがあります。例えば富山の「このゆびと一まれ」のいわゆる共生型福祉です。あ

るスペースに高齢者と子どもが一緒になったときに、そこに支え合いが生まれると。単にサービスが合理化されるのみならず、その支え合いでお互いが元気になる。ただ、そこにもスペースがあるんです。これは釧路なんかもそうですよね。冬月荘も行ってみると大きな空間があって、そこにいろんな人が入ったときに当たり前のように支え合いが生まれていく。都市でそういう新しい支え合いの条件をどういうふうに確保するか。そこができたときに、ともかく都市の介護・医療はお金が掛かるんだという前提もまた転換できるんでしょうね。

高橋：問題は、一番そういうことをやるのに抵抗するのは、行政ですから。さまざまケアのイノベーションをやるようにするってどういうことなのか。特区制度というのも一つの考え方だけど、従来型のシステムがどどんうまくいかないときは、シュンペーターじゃないけど、新結合というか新機軸で断続的にやらざるを得ない。準市場といっても、社会保障制度だから、ヨーロッパみたいにチャリティーが猛烈なお金が入るならまた別だけど、日本の場合はどうもそういうところも公的な財源に依存せざるを得ないという、不幸な事態。これだけ豊かだったら、ノブレス・オブリージュだったら、そういうお金はどどん出てきてもいい。要するにほろもうけしている人たちは、小指を動かせばその相当部分はチャリティーでまさにヨーロッパはそれでああいうセンターが住民で動かせるわけだけど。これは政策論ではないけども、だけどやっぱり政策のことを考えると、そういうことも含めた新しいチャレンジをどういう形で応援していくかということをやらないとイノベーションってできませんので、それも重要な視点かなと。

森田：もう大分時間が経ちましたので、そろそろまとめさせていただきたいと思います。

私自身が冒頭に問題提起をさせていただきましたけれども、やはり世の中のトレンドが、特に人口減少によって急速に変わってきていると思うんです。その制度とのミスマッチがいろんなところで出てきている。ところが、なんとなくがんばれば

ばまた元の路線に戻るんじゃないかという幻想があるという気がします。

地域包括ケアも、都市部も農村部もそうですが、私も社人研へ来て初めて痛感したんですけれども、人口減少っていうのは相当程度いろいろなところで利いてきますし、これから首都圏の高齢化も相当進んできます。かつては、首都圏の東京で働いている人たちが高い給料をもらって、地方税を払って、首都圏の自治体というのは豊かな地方自治をやっている、なおかつその人たちは国税もたくさん払って、その国税が地方交付税として地方へ回っていたという構図があると思うんですけれども、そういう人たちがリタイヤし始めますと、地方の税収自体が長期的トレンドで減り始めてくる。ということは、首都圏の自治体自体も財政的に苦しくなると同時に、交付税の原資も減ってくるという話になってくるわけです。

暗い話にならざるを得ないんですけれど、そのときどういうふうに対応をしていくかというときに、私自身は今の制度の枠を超えているような選択肢を考えるべきではないかと思えますし、その際、例えばですけど、ある程度サービスのクオリティーを下げて量も確保するということが必要なのか。そのへんは判断が難しいところですね。

それでも自分はもう少し高いクオリティーが欲しいという人は、自己負担してもらおうという仕組みにするかどうか。これは介護では制度的に可能ですけど、医療のほうは、分かりやすく言うと混合診療のような形、そういう議論がたぶん医療保

険財政がかなり苦しくなってくるともっと本格的に出てくるんじゃないかと思っています。それはやはり既存の保険制度のいいところだけを取りながら変えていくということになると思いますし、住宅の問題も、われわれの多くの国民の考え方というのは、現金は銀行に預金して、あとは不動産の資産なんですよ。それは最終的には値上がりするから、処分すればいろんな意味での財源、老後の資金になるということですから、銀行預金のほうは銀行がたくさん国債を買ってますからどうなるか分かりませんし、不動産のほうはある地域で急速に価格が下がってきています。そのときにどうするのか。そこで出た空き家をどのようにするかというと、制度的な問題としましては、リバースモーゲージもそうですし、いろんな形の仕組みを考えていかなきゃいけない。これは法律的に言うと、基本的な所有権の考え方そのものの原則を変えなければいけないのではないかと思います。

住宅も含めて人材の問題、いろいろと制度面で考えるべき問題の指摘があったということで、創刊号は締めくくらせていただきたいと思います。どうもありがとうございました。

(2015年11月26日収録)

(たかはし・ひろし)
(みやじま・としひこ)
(みやもと・たろう)
(もりた・あきら)