

地域包括ケアシステム とまちづくり

公立大学法人埼玉県立大学理事長・
慶應義塾大学名誉教授

田中 滋

かつて「要介護者」はいなかった

本日のテーマは「地域包括ケアシステムとまちづくり」です。高齢者問題から話を始め、これから人々がどのように社会に参加し、貢献するかを考えていきます。

そもそも「要介護者」の存在はいつから社会問題として認識されるようになったのでしょうか。人類が誕生して約700万年、その中でもホモ・サピエンスに進化してから約20万年と言われていますが、20世紀後半までの20万年間、要介護者は統計的に有意な数と言えるほどの存在はなかったと思われる。「要介護者」とは、病人あるいは看取り期の人の定義とは視点が異なり、身体あるいは精神的な虚弱化ゆえに生活面に支障をきたしている人を指します。かつては疾病悪化から死に至る期間が短く、今で言う要介護期間があまり長くなく、急性症状と看取りの間の状態が意識されなかったのでしょうか。

「介護」という言葉がいつごろから使われてきたかを調べてみると、広辞苑（1983年・第三版）には「病人などの介抱、看護」として説明されています。明らかにこの頃はまだ介護と看護の区別がついていません。看護とは、看護師が行う医学的な管理を含むケアを指す医療的行為の一端です。これに対し介護とは、人の生活と生きる意欲を支えることです。要介護状態の配偶者や親、友人に対し、「また一緒に良い時間をすごそうね」という声かけも、広く捉えた介護の一部にあたります。

何らかの事象があれば、どの文明圏でもそれに対応する言葉が作られていきます。さもないと会話が成立しません。日本語には、雨にかかわる言葉が多い点が特徴です。「梅雨」や「五月雨」、「篠突く雨（しのつくあめ）」などの表現のほか、擬音語では、「ザーザー降る」、「しとしと降る」などたくさんの言葉があります。雨が多い日本の風土に由来しています。他方、日本語には砂に関する言葉は少ない。

だからもし、介護という事象が昔からあったら、おそらく清少納言や紫式部は文章に残したでしょう。しかし、“すみじき（したくない）ものは介護”など記された日記や小説は書かれていません。亡くなる状況や病気は記されていますが、心中物の浄瑠璃で知られる近松門左衛門は、“介護心中”の物語は書きませんでした。『四谷怪談』の鶴屋南北も同様で、息子に殺された要介護状態だった老母が、亡霊になって夜な夜な出てくる類の戯作は作られなかった。世間にそうした事象がほとんど無かったがゆえと推論できます。

医学・医療の発展と死亡率低下について

近代医学が発達する時期は19世紀後半からで、人類史全体から見るとごく最近の変化です。150年ほど前から、細菌学者のロベルト・コッホやルイ・パスツール、さらには志賀潔らが病原菌を特定し、ある程度の対策ができることがわかりました。やがて20世紀にはペニシリンが発見され、まずは乳幼児、児童の死が激減していきます。

さらに医学だけの進化にとどまらず、19世紀後

田中 滋 (たなか しげる)

学 歴

1971年 慶應義塾大学商学部卒業
1975年 慶應義塾大学大学院修士課程修了
1977年 ノースウエスタン大学経営大学院修士課程修了
1980年 慶應義塾大学大学院博士後期課程単位取得退学

職 歴

1977年 慶應義塾大学ビジネススクール助手
1981年 慶應義塾大学大学院経営管理研究科助教授
1993年 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
2014年 慶應義塾大学大学院経営管理研究科名誉教授
2018年 公立大学法人埼玉県立大学理事長

主な公職

2008年 全国健康保険協会運営委員会委員長
2013年 社会保障審議会委員
2014年 医療介護総合確保促進会議座長
2016年 医療計画の見直し等に関する検討会座長代理



半から、西欧や北米は資本主義経済が主流となり、生活の豊かさが増し、支配層でなくとも以前より高い栄養水準を享受できるようになりました。感染症に罹って死ぬか死なないかは体力次第の面もあります。明治時代の日本では、コレラの一流行ごとに約1,000人が亡くなっていました。治療手段が未発達だったためだけではなく、下痢症状に耐える体力が乏しかったからでもあります。

2番目の変化は、公衆衛生にかかわる環境の改善です。上下水道の普及、予防注射なども含まれます。なお19世紀半ばまで、病院は、端的に言う行き倒れ者の収容所でした。経済的上流層は“お抱え医”を雇っていました。中流層には医師が往診しました。欧米にせよ、日本の小石川療養所でも、19世紀までの病院は貧しい人の収容所との色合いが強かったのです。今、病院は進化した医療を提供する花形です。

もう一つ、最も重要な社会的進化としては、社会保険など社会保障制度の創出と普及があげられます。アメリカ合衆国を除く経済的先進国では、普遍的な医療保障体制が当たり前となり、それに応じた医療提供体制が整えられていきました。

1930年から1960年の日本における乳幼児の死亡率の変化をみると、見事に減少しており、1970年くらいからは、世界で最も低い死亡率を続けています。日本が昔から死亡率の低い国であったわけではありません。1950年当時と今を比べると、何と100分の1くらいの低水準に下がるほどの医療の発達と社会保障制度のおかげです。

次のグラフは、ある年に亡くなった人の平均年齢推移を示しています。比喩的に言えばお墓に

入った人の平均年齢の変化です。1930年、死者の平均年齢は33歳でした。と言っても30歳代で亡くなるケースは少なく、単純化して説明すると、0歳、1歳の死亡と60歳の死亡の平均値が30歳代との計算結果にすぎません。この値は1960年によく60歳代になります。死者の平均年齢は、その後ずっと延び続けていますが、その主因は高齢者の年間死亡率が著しく低下を続けているためです。

「経済活動と自助・互助、さらに共助へ」

次に経済的な側面を考えてみましょう。8,000年ぐらい前からメソポタミアなどで定住文明が発生します。日本でも縄文時代、三内丸山では定住した遺跡が発掘されています。国内で稲作が徐々に広まり始めたと考えられる2,500年前ごろから、農業が食糧生産の中心になっていき、以来、列島住民の8、9割は農業・林業・水産業・牧畜業に携わってきました。

近世に入ると江戸や大阪、京都を始め、徒弟奉公型の商業や手工業も発達します。徒弟奉公で親元を離れた人はいたにしても、奉公先は疑似家族的な部分をもっていました。農民・漁民も、商人や職人も、自助こそが生活の要でしたが、地縁・血縁を中心に、職住近接の世界では一定の互助も自然発生的に行われていたはずでした。

イギリスで18世紀に始まった近代工業により、経済的先進国では、地縁・血縁から切り離された賃労働者が富国強兵競争の担い手となっていきます。製鉄所で働く熟練工、あるいは製糸工場で働く女子工員たちなどです。

近代工業の時代になると、地縁・血縁をベースとする互助は薄まります。製鉄所の労働者が病気になった場合、労働災害にあった場合、さらに退職年齢に達した場合、年寄りにも役割を持たせやすかった農村や漁村と違い、体力の低下した人向けの周延的な仕事が少なく、飢えるリスクに直面しかねない。今までになかった社会分断のリスクです。

生産過程や所得分配過程から疎外された労働者を放置すると、社会的な危機につながりかねないと気づいた為政者の一人はビスマルクでした。彼が危機感を抱いた背景には、貴族なり郷紳層なりブルジョワ層なりが起こしたそれまでの革命とタイプが異なる、1848年のヨーロッパ同時革命時における経験があると言われていました。

ドイツ帝国初代首相としてのビスマルクは、自助の連帯を制度化した社会保険を導入します。今では社会保険は、自発性にに基づく互助とは違う、共助と概念整理されています。義務としての保険料支払いを条件とし、給付を受ける権利性を明確にした医療保険、年金保険、労災保険が1880年代に始められました。そこから学んだ日本でも、1922年から組合健康保険がスタートしました。

人類が初めて経験する要介護者の発生

日本では、1961年からは、ほぼ全住民をカバーする公的医療保険体制が運用されています。皆保険制度以前には、医療ニーズがあっても、無保険ゆえの支払能力不足のせいで、医療サービスが受けられない、あるいは受けたい人が珍しくなかったはずですが、そうした状態を、「未充足ニーズ」と表現します。

皆保険制度発足後10年少し経た1970年代前半まで保険給付率が上がっていきます。特に老人医療は給付率100%に達しました。当然、医療ニーズにとどまったまま我慢する必然性は低下したので、容易に需要に転化されるようになりました。その結果、高齢者の死亡率が低下し、高齢者の平均余命が上がり続けていきます。

65歳以上の人を5歳刻みの年齢階層別に見て、

1年間に亡くなる率を調べたデータを観察してみましょう。減少率が最上位の65～70歳未満の場合、2015年では、ほんの55年前に比べ、年間死亡率が6分の1に激減しています。なお90歳以上の層でも半減しているとわかりました。その結果、高齢者数は増大の一途を辿っています。前回の東京オリンピックの時、高齢者総数はたった約600万人だったのに対し、今はその5倍を超えました。

問題は、元気高齢者だけが増えるのではなく、健康寿命後の高齢者も増えた変化です。今日、経済力が高まり、医学水準が上昇し、要介護者も長生きできるほど平均的な栄養水準が上がりました。では、こうした変化を「めでたい」のひと言で片付けられるでしょうか。違います。高齢者の認知症、あるいは立てなくなったなどの介護ニーズに対応しなければなりません。経済的先進国が一斉に直面した人類史上初めての事象です。

こうした虚弱高齢者の急増に対し、当初は対応が分からず、例えば脳卒中で倒れた人を安静にしておき、褥瘡（じゅくそう）だらけにし、拘縮（こうしゅく）を引き起こしてしまいました。また、当時の市町村による支援は、要介護者に介護サービスを給付するのではなく“低所得を条件に”家事援助を提供するにとどまりました。たくさんの方の要介護者の発生およびその発見と、それが社会問題として意識されていった時代が1980年代と90年代だったのです。

増える高齢者と同居の実態

「昔の日本では高齢者が尊重されていたが、今はそうではない」というよく耳にする見解を取り上げます。昔、全部ではないにせよ、年寄りが尊重された最大の理由は、1960年以前までは高齢者数が少なかったからに他なりません。だから「古希」と名付けられたのです。

また、「三世代同居が多かった」と、「高齢者が子ども世帯と一緒に住んでいた」は同じではありません。かつての三世代同居の平均像は、現役の働き手でもある祖父母が40-50歳代、第二世代が20-30歳代、そしてその子どもでした。家族内の

誰かが病気になれば看病、誰かが末期と感じられれば看取りは行われたでしょう。第二世代、特に娘や嫁による家事担当も普通だったでしょう。ただし、繰り返しますが要介護状態で長く生きる人は庶民層ではありえなかった。昔は同居子ども世帯によって、健康寿命後の要介護高齢者があたたかいケアを受けていたという幻想は捨ててください。

類似の誤解として、「かつては高齢者が家族と一緒に住んでいたのに、核家族化により高齢者世帯が増えた」があげられます。そこで、子ども世帯と一緒に住んでいる高齢者の推移を確認します。すると、1964年には約500万人、1980年は約700万人、現在は約1,500万人と増え続けていると分かります。つまり、日本の家族力は低下どころか増強されてきているのです。にもかかわらず高齢者のみ世帯が増え、同居率が低下してきた理由は、高齢者数の急速な増加につきます。

なお、高齢者が家族と接し、精神的なサポートを得る方法は同居だけではありません。近居でもよいでしょう。SNS活用による距離を超えた親密感も構築可能です。

介護保険制度創設

新たに発見された未充足介護ニーズ増大という問題に対し、日本は1980年代から介護提供体制の整備を進めてきました。介護従事者と事業所を増やす10年間の準備過程を経て、2000年には介護保険制度が施行されました。以来、支払能力を得て介護ニーズが需要として顕在化し、それに対応して提供体制も著しく拡大しました。1989年と2006年を比べると、特別養護老人ホームの定員規模は16万人分から39万人分が増え、介護老人保健施設入居者定員は10倍になりました。訪問看護ステーションは1989年には1つもありませんでしたが、2006年には5,500、居宅介護支援事業所は3万、認知症グループホームは12万に拡大しました。通所サービスにいたっては26倍、ショートステイは70倍に膨らみました。2018年の介護サービス市場は10兆円を超えています。

このように、ひとたび「問題に対応しなければならぬ」との社会的合意ができれば、われわれはその解決に向かって努力する力を持っています。

予防と医療費

高齢者の多くは元気です。昼間、近郊ではハイキングを楽しんでいる人をよく見かけるのではないのでしょうか。城めぐりや、街中の美術館、博物館にもたくさん的高齢者が訪れています。よく食べ、フィットネスクラブなどで活発に体を動かしている光景は日常風景になりました。

ところで、今では珍しくない75歳以上高齢者の数は、江戸時代においては統計学的にはゼロと有意差がなかったはずですが、21世紀には高い伸び率を示していますが、65歳以上に比べると増加が始まった時期は遅く、500万人になったのが1990年頃でした。今世紀に入ってから間もなく1,000万人を超えました。2025年まで増え続け、2022年～2024年は、団塊の世代が75歳を迎えます。よく「団塊の世代が後期高齢者になる2025年問題」と唱える方がおられますが、2025年は逆に、“後期高齢者数の伸びがびたりととまり、その後減少し始める年”が正しい認識です。

なお2050年を過ぎると団塊ジュニア世代が75歳に到達し、再度75歳以上人口年齢が少し増える時期が訪れます。

ここで予防と医療費の関係に触れておきます。「一般常識とは異なり、予防に努めると医療費が下がる関係はマクロでは見られない」が、世界の医療経済学者に共通の見解です。予防により発病を遅らせ、60歳代、70歳代の健康度を相対的に高める効果には皆が賛成しています。ただ「亡くなる前の半年」「亡くなる前の1年」など医療費がかかる時期は、予防の効果で平均寿命が伸びても最後には存在します。

予防活動により受診勧奨が行われると、受療を避けていた糖尿病患者などが受診する結果、医療費を増やす現象もありえます。適切な受診それ自体はよいことですが。「予防は医療費の後ろ

倒し効果を生み、充実した生活を楽しむ引退期を引き延ばす」が正しい理解と言えるでしょう。

世界の経済的先進国で、がんが死因の第1位でないのは唯一アメリカです。アメリカでは肥満の人が多く心臓発作等で、「がんになる前に」亡くなる可能性が高いからです。

予防と介護費

一方、介護については、予防によって将来の1人当たり平均費用を減らせるかもしれません。「平均寿命はあまり変わらないとの前提の下、介護予防によって健康寿命が延び、非健康寿命期間が短くなれば」が条件となります。

「虚弱化、要介護化は社会的つながりの減少・切断から始まる」とフレイル研究プロジェクトなどから報告されるようになりました。JAGES（日本老年学的評価研究機構）では研究が進んでおり、「転びやすい町」「転びにくい町」を示す統計が示されています。理由としては、高齢者が昼間に外出する場所、外出するに値する集会所や公園があるか、散歩の途中にベンチやトイレが設置されているかなど、環境要因が大きいそうです。健康は個人の努力だけの問題ではありません。

85歳以上人口と年間死亡者数の増大に備えて

85歳以上の層について述べます。2025年以降も急速に増え続ける年代は85歳以上です。今、500万人ですが、2035年には1,000万人を超えます。85歳以上だけで1,000万人とは、デンマーク、ノルウェーといった国々におけるそれぞれの全人口の倍にあたる、とても大きな数と意識して下さい。

食事・排泄・入浴は自立しているものの、加齢と共に重い買い物ができない、浴槽を洗えない、布団の上げ下ろしができなくなる段階が想像できますね。ただし、「買い物ができなくなったから、風呂が洗えなくなったから介護サービスを利用する」では、介護専門職人材が足りなくなるし、介護保険財政に悪影響を与えます。介護福祉士は、主に中重度者のケアとまちづくりにあたるべきで

す。生活支援のかなりの部分は、元気な高齢者の力なども活用できるでしょう。

家事ロボットも一層普及していくと予想されますし、生活環境としての住まいの進化にも期待しています。ケアの質と生鮮性を向上させるためには、生活環境の要素を積極的に考慮する必要があります。埼玉県立大学では、同じ埼玉県内で医学部を持つ埼玉医科大学、薬学部を持つ城西大学、建築学部を持つ日本工業大学と連携した研究と教育を行っています。

日本の死者数の推移については、年間70万人が死亡する時代が長く続きました。この先は140万人から160万人に近づいていきます。多死時代に備えるには何が必要でしょう。専門職による医療・介護サービスを利用しつつ、超高齢老親の生活を支える高齢の子供世代の支援も欠かせません。親が100歳ならその子どもたちも75歳前後の高齢者であるケースが増えます。

さらに、在宅医療体制構築については根幹から設計図をつくっておく作業も不可欠です。不可逆的な老衰過程やガン末期の場合、亡くなる数日前や1か月前の処遇や医療措置を前もって決めておく「人生会議」をできる限り多くの方に実践していただきたいですね。QOL（クオリティ・オブ・ライフ）だけでなく、QOD（クオリティ・オブ・デス）が問われる時代と言えます。

ケアを支える力

適切なアセスメントを通じたケアプランづくりが常に出発点です。ケアプラン原案作成に当たってケアマネジャーをサポートするAI活用の研究も進められています。単に「できない行為を代わりにする」プランにとどまらず、改善予測・悪化予測に基づく専門的介入が組み立てられていくでしょう。

理学療法・作業療法の専門職によるリハビリテーションだけではなく、専門職の指導を受けた介護人材が提供する機能訓練も介護報酬による評価が行われていきます。合わせて、歯科の専門職が行う口腔ケア、言語聴覚士も加わる嚥下機能に

かかわるリハビリテーション、先と同じく専門職の指導を受けた介護人材が提供する機能訓練も評価されていくでしょう。

そもそも介護サービス利用の前に、高齢者に「自分が求められている、役立つ」と感じられる自己肯定感が強まると、生きる意欲にも、リハビリテーションを積極的に行う意欲に影響します。

医療職だけでなく、人の苦境を支え、地域づくりにつなげる社会福祉専門職の力もチームのメンバーとして協働していく姿が各地で見られるようになりました。閉じこもりやごみ屋敷問題は、医療職・介護職だけでは解決できません。

こうした専門職とは別に、自治体の方々は地元の企業、学校や商店街などの仲間づくりをしてください。大学生が、高齢者ばかりになりつつあるUR都市機構の空き家に安い家賃で住んでいるケースが報告されています。

高齢者も共生できるまちづくりに当たっては、小中高生も役に立ちます。専門職の力が欠かせない場面では大いに手伝っていただくとして、人を支えるまちづくりの主役は住民に他なりません。「住民」とは、住民票のある人だけに限らず、その地域に登校してくる生徒や学生、地元商店や企業に通う人も「住民」と捉え、まちで生活する時間を過ごしていれば、まちの構成員だと考えてください。

疎外を防ごう

ケアが必要になった人に対するプロフェッショナル・サービスは社会保障制度が費用の大部分を給付します。しかし、広くまちづくりの観点からすると、なにより一部の住民が何らかの理由で地域社会から分断される事態を防がなければ、いずれは社会のリスクが高まってしまふとの理解が大切です。

複合課題については、8050（ハチマルゴマル）問題と言われる世帯が典型で、80歳の要介護老親の年金収入に50歳の離婚後無職の子どもが頼り、さらに孫は障害を持つようなケースです。

郊外の団地では、地域包括ケアシステムづくり

で難しさを感じます。これまでや現在の生活環境は住民によって違います。加えて、団地住民の高齢化問題があります。新しいインセンティブをつけ互助をしていくためにも、皆さんのような市町村議会議員の力が必要です。地域ごとに事情は違いますから、唯一無二の策はありませんが。

社会的包摂を意識したまちづくり

誰もが地域における生活から排除されない、そんなまちづくりにとって地域包括ケアシステムは役立つ工程管理図に他なりません。地域包括ケア研究の最初は、中重度要介護者に対する医療・介護の切れ目ない連携から始まりました。やがて生活支援や予防を含むまちづくり論に進化していったのです。

地域社会においてそうした支援体制が機能するようになれば、活躍できる人はたくさんいます。子ども・幼児、障害を持った方、その親たちなども一体となって動けます。専門用語では社会的包摂と言います。

現時点における政策論のターゲットイヤーは2025年ではなく2040年に変わりました。そうした将来政策の戦略構想にあたっては、主たる対象を、子どもを産み育てる社会づくりに向けなくてはなりません。今後とも高齢者ケアは実務としてとても重要ですが、それにかかわる戦略構築段階はそろそろ卒業し、次世代のための政策を皆で討議する戦略構築に移るべきと考えます。

子どもの数が減っている最大の理由は、統計学的に見ると結婚率の低下です。理由は経済力が伴わないと結婚しない、できないためと言われています。団塊ジュニア世代の子どもは500万人規模と多くありません。今、団塊ジュニア世代は50歳ほどになりますが、生涯未婚率が男性の場合は全体の3分の1になりそうです。正規雇用に就いていない人の割合は3分の1に近づいています。同じ状態を下の世代に繰り返させていけません。だとすれば、子育て支援以前に、若者の経済力支援や社会参加支援が必要になるのかもしれない。みなさん、一緒に頑張りましょう。