

わち、利用者の希望とその実現がどのくらい保障されているかということが関わってくる。先に述べた「本人が希望する」場合と「同居家族が希望する」場合との違いである。たとえ家族が介護の全面移譲(施設入所など)を希望し、それが実現されたとしても理想的とはいえない。そこまでいかなくとも、介護者の介護負担の最小化が「介護の社会化」の理想であろうか。おそらく、介護負担の内容のうち身体介護のような介護労働の最小化は「介護の社会化」の目指すところなのだろうが、気遣い・見守り・声かけを含む、主に精神的な支援に関わる負荷、負担の最小化が、この制度の目標になるとは思えない。実際の場面では両者は交じり合っているものなのだから、形式的かつきれいごとでいえば、全体の介護負担が介護者の生活に大きな妨げ(仕事を辞める、趣味を諦めるなど)にならないレベルで維持され、身体介護のような介護労働の比重が減って精神的な支援に比重が移っている状態が望ましいといえようか。

このような高齢者介護のあり方は、80歳を超え、自らも様々な心身の不調を抱えている思想家の吉本隆明の次のような発言に符合しているように思う。「いちばん理想的な介護は、一人暮しであろうとなかろうと、老齢年金が十分にあることだと思います。…炊事当番や洗濯、買い物をやってもらう…そういう人を雇えること」「老齢年金が十分だと仮定すると、老人介護の外堀は埋まります」「ただ、…内堀というか、介護をする人と受ける人の信頼感の問題が残ります」<sup>2)</sup>。

そもそも、「社会連帯による介護支援、支え合い」と「在宅介護の重視」の間には矛盾があるという指摘がある。在宅での介護実践力とは家族という私的なものであり、社会連帯による介護とは公的サービスであるため、介護保険制度を強化すればするほど私的な介護力を弱めるのではないかと、との危惧が生まれる。しかしながら、世帯構成や家族のありようは変化を続けており、介護保険制度を作ったから人々の心が変わったという問題ではなく、社会の構造変化による影響の方が大きいというのが筆者の考え

である。制度のせいばかりにしないこと、制度の使い勝手をよくすることが大切である。

理想ということでもう少し考えてみる。介護の社会化が最もよく実現される社会とは、どのようなものであろうか。突飛かもしれないが、生後まもなくから共同生活を続けるイスラエルのキブツを思いつく。キブツは性、年齢、出身階層に関わりなく、相互扶助と平等主義に基づく共同体の実現を目指したものである。キブツの高齢者版が目指す方向なのだろうか。社会主義的で日本の現状とはかけ離れてみえるが、海外の研究者の中には、以前の日本の医療保険制度や税制などは社会主義国なみの平等主義であるとの意見もあった。血縁関係のない大家族のような組織で、親密さばかりでなく自由を確保しようという姿勢があるそうである。日本では、農業・牧畜業を基盤とした理想的の共同体を目指すコミュン団体「ヤマギシ会」がある。家族介護が最小化、無化され、しかも相互扶助によって在宅生活の継続が可能な社会とは、このような社会を目指すことになるのか。そのような共同体がどこかに形成されても、その内部と外部の間には障壁が作られる。障壁は物理的にはないかもしれないが、観念的には必ず作られる。それは、どんなに理念が望ましく思っても、集団的相互扶助を維持するためには、構成員の信念と忍耐、裏を返せば絆を緩めようとするものや集団側から「裏切り」とみなされる行為への不寛容、組織による強制と懐柔が前提になるからである。愛国教育を制度的に行おうとしたり、憲法九条を変えようとする動きのはらむ危険性である。

## □ 国が介護保険にもっと予算を割くべきか

2006年度から始まった改正介護保険制度の改正の主な視点として、制度の持続可能性を高めることが掲げられ、増加の一途をたどった介護給付を抑制するという狙いが盛り込まれた<sup>1)</sup>。予防給付の導入という新たなサービスも開始された。しかし要介護者への社会支援のために生

表1 社会保障の国際比較(1998年)(文献3より引用)

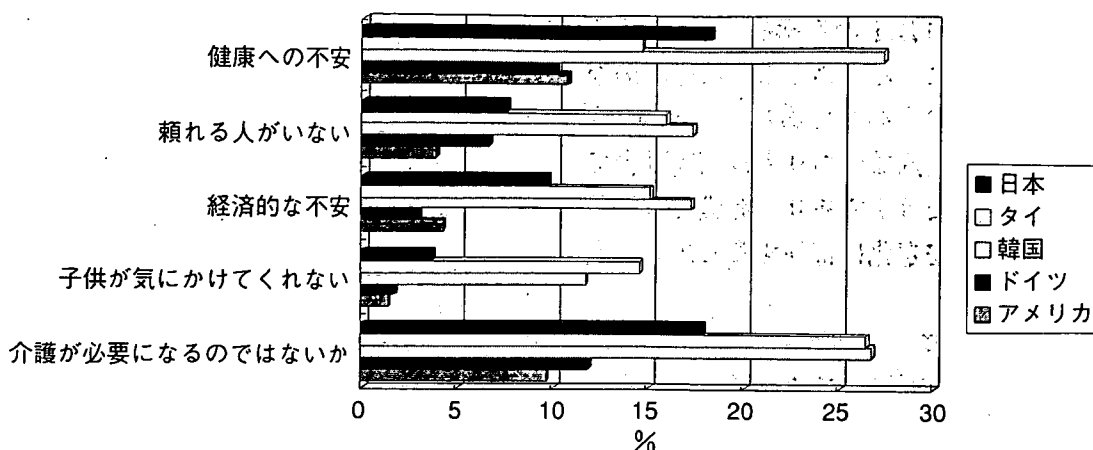
	公的社会 支出総額	高齢： 現金給付	保健	障害： 現金給付	家族： 現金給付	高齢・障害： 現物給付	家族： 現物給付	積極的 労働市場政策	失業対策	その他
GDP比 日本	14.66	5.67	5.65	0.32	0.21	0.31	0.26	0.25	0.50	1.50
(%) アメリカ	14.59	5.15	5.86	0.86	0.22	0.05	0.29	0.18	0.25	1.74
イギリス	24.70	9.77	5.62	2.64	1.73	0.81	0.49	0.31	0.32	3.02
ドイツ	27.29	10.46	7.80	1.05	1.93	0.75	0.80	1.26	1.32	1.94
フランス	28.82	10.59	7.27	0.87	1.46	0.66	1.23	1.30	1.80	3.66
スウェーデン	30.98	7.46	6.64	2.10	1.63	3.71	1.68	1.96	1.93	3.88
総額に 日本	100	38.7	38.5	2.2	1.4	2.1	1.8	1.7	3.4	10.2
対する アメリカ	100	35.3	40.2	5.9	1.5	0.3	2.0	1.2	1.7	11.9
構成比 イギリス	100	39.6	22.8	10.7	7.0	3.3	2.0	1.3	1.3	12.2
(%) ドイツ	100	38.3	28.6	3.8	7.1	2.7	2.9	4.6	4.8	7.1
フランス	100	36.7	25.2	3.0	5.1	2.3	4.3	4.5	6.2	12.7
スウェーデン	100	24.1	21.4	6.8	5.3	12.0	5.4	6.3	6.2	12.5

資料：OECD Social Expenditure Database 3rd Edition(<http://www.oecd.org>)

まれた保険制度を、介護の予防にも広げるのは制度の目的を履き違えている、自治体の一般保健施策で行うべきという基本的批判がある。改正後に行われた要介護認定更新の結果、予想を超える要介護度の引き下げが起こったり、ベッドなどの福祉用具が使えなくなるなど現場での混乱を引き起こしている。一方で、ほとんどの自治体で実施された保険料の増額は、平均的な年金収入に頼って生活しているサービス未利用高齢者の間に負担と不満を生み出している。

もともとわが国の社会保障は給付と負担の両者とも小さいのが特徴で、その不足分を、職域別の社会保険や家族介護による生産の場(企業福祉)と生活の場(家族福祉)の自発的協力に大きく依存してきた。しかも、その限られた社会保障の大部分は老齢年金と医療に支出され、障害者などへの給付は低水準で推移してきた(表1)<sup>3)</sup>。例えば、スウェーデンでの高齢・障害者への現物給付は日本の5～6倍あり、対GDP比だと10倍以上になる。このデータは1998年のものであり、2000年以降高齢者への現物給付は介護保険による介護サービスによって大きく増加しており、障害者についても措置制度から支援費制度に変更され、個人のサービス選択が可能となっている。利用者自身による選択と応益負担の流れである。

問題は、ますます血縁的支援が難しくなっている中で、1人ひとりの要介護高齢者、障害者が求めるサービスを利用しながら生活していけるか、ということである。健康で自立した生活をしている高齢者の多くは、現在の年金水準で生活していけるかもしれないが、市区町村税非課税世帯のような低収入の高齢者や要介護高齢者、障害者に対しては、国レベルで現在よりもさらに強い負担の軽減策を講じる必要がある。その点に関しては広く他諸国の状況と比較検討して、国がもっと予算を割り、給付水準を高めるべきである。ただし、要介護高齢者や障害者への支援を強め、その理解を深めていったとしても、福祉サービスを経済の基盤にすることはできない。経済を左右しているのは、高齢者、障害者も含めた消費者による消費量であり、市場中心の原理であることは変わらない。消費者・利用者による(サービス)選択と支払い・費用負担という構図は基本になる。現在、特に国へ求めることは、障害者への現物給付水準を引き上げることと自治体の裁量の自由度を増やすこと、自治体へ求めることは、自治体間のサービス施策展開競争を重点課題とすることであると考えている。



注) それぞれの不安に対して「いつも不安に思う者」の割合、「介護の必要」については「不安になることがよくある者」の割合

図2 高齢者の不安感の国際比較(文献6より引用)

## □ 介護者はなぜ消耗しているか

介護者の消耗感や負担感などは陰性の心理状態であるが、これに関連して人々に広くみられるのがうつ症状や不安である。60歳以上を対象とした内閣府調査によると、約7割の人々が将来の生活に不安を感じており、1999年から2004年の5年間に4.3ポイント高くなっている<sup>4)</sup>。また、親が高齢になったときの扶養意識は1960年代以降一貫して低くなっており(毎日新聞人口問題調査会の1963~1994年定点観測)、同居規範は生まれたコホート差や性差がみられるものの、やはり1998~2003年で減少している<sup>5)</sup>。老親扶養意識や不安感は、実際介護を担うときの消耗感や負担感などに影響を与えるであろうから、介護保険導入以降も介護者の情緒的消耗が悪化した(図1)のは、介護保険制度に欠陥があるのか、社会の変化が上回っているのかといえ、主に後者の影響である可能性がある。もちろん、社会不安の増強も政府・国の政治がよくないからだということもできる。また、介護保険サービスが介護者の情緒面に与える陽性効果はほとんどないといえる。

不安に関して面白いことは、現在のような“国民総不安症”的状況は日本に独特のものではなく、国際比較調査によると、健康、孤独、家計などすべての不安について米国、ドイツを

上回るものの、韓国やタイに比較してみると明らかに低く、孤独に対する不安(独りぼっちで頼るものがいない不安)などでは、むしろ米国、ドイツに近い水準にあることである(図2)<sup>6)</sup>。国際比較をするとき、少数家族の欧米のデータばかりでなく、日本を凌ぐ勢いで高齢化が進んでいる大家族制のアジア諸国にも眼を向けることが意味をもつだろう。

## □ おわりに

マクナイトは「ケアは愛の仮面(the mask of love)を着けている」と述べた<sup>7)</sup>。ほとんど仮面のようにも見えるが、それでも家族介護の意識、扶養規範は厳然として存在する。われわれが要介護高齢者とその家族に行ったインタビュー調査では、サービスを消費することや値踏みすることに頓着せず、要介護高齢者の置かれた状況に見合った配慮、無関心を装った配慮のもとで介護保険サービスを利用している人々がおり、このような家族にとって介護保険はその役割と意義を十分発揮しているように思われた<sup>8)</sup>。われわれは現在の消費社会から逃れる術はないけれども、生活の中の欠乏や不足を操作的なニーズに置き換えて埋めようとするあまり、経済状態を憂いたり他者を値踏みしたりするのは得策ではないだろう。他者性というものが匿名性の

同義語であればこれ以上の不幸はなく、「他者性とは…いまここにいるという意識に究極的な一貫性を与える当のもの」である<sup>9)</sup>。そのような生活を支える規範意識のあり方は消費社会である現在でも有効なはずであり、介護を経験している家族の生活安定化に寄与すると思われる。

## 文 献

- 1) 杉原陽子：介護の社会化は進んだか。訪問看護と介護 11：1106-1110, 2006.
- 2) 吉本隆明：老いの流儀。pp98-102, NHK 出版, 東京, 2002.
- 3) 松本 淳, 高端正幸：体系的な社会保障制度改革。希望の構想(神野直彦, 井手英策編), pp127-133, 岩波書店, 東京, 2006.
- 4) 内閣府政策統括官付少子・高齢化対策担当：平成16年度「高齢者の日常生活に関する意識調査」。[http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h16\\_nitizyou/index.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h16_nitizyou/index.html)
- 5) 日本家族社会学会全国家族調査委員会：平成15年度「第2回家族についての全国調査」。[http://www.wdc-jp.com/jsfs/committee/contents/NFRJ03\\_publishing.htm#NFRJ03\\_2005](http://www.wdc-jp.com/jsfs/committee/contents/NFRJ03_publishing.htm#NFRJ03_2005)
- 6) 総務庁長官官房高齢社会対策室：平成7年度「第4回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」。[http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h07\\_kiso/a\\_11.htm](http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h07_kiso/a_11.htm) (なお平成12年度の第5回調査では、この項目は「不安」ではなく「悩みやストレス」項目として扱われている)
- 7) McKnight J: The Careless Society: Community and Its Counterparts. Basic Books, NY, 1995.
- 8) 高橋龍太郎：量的分析と質的分析からみた介護状況と家族—幸せ(いと)ど報い待たねば—。介護体験の構造：在宅介護支援効果の最大化にかかわる要因の探求(課題番号14201025)平成14年度～平成17年度科学研究費補助金(基盤研究(A))研究成果報告書(研究代表者 高橋龍太郎), pp243-259, 2006.
- 9) イバン・イリイチ：生きる意味。pp274-278, 藤原書店, 東京, 2005.

---

(執筆連絡先) 高橋龍太郎 〒173-0015 東京都板橋区栄町 35-2 東京都老人総合研究所

日本医師会講演会 特別講演

地域ケア整備構想と

慢性期医療区分の考え方

杏林大学高齢医学講座  
鳥羽研二

2007.3.15

療養病床の入院患者のうち医師の対応が殆ど  
必要のない人が概ね 半分 (中医協資料)

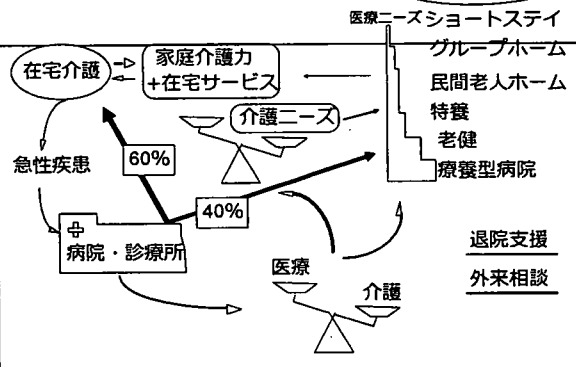
本当か？

直接医療提供；指示変更など  
多職種による状態像の把握  
継続指示  
チームカンファでの意見  
は含まれない

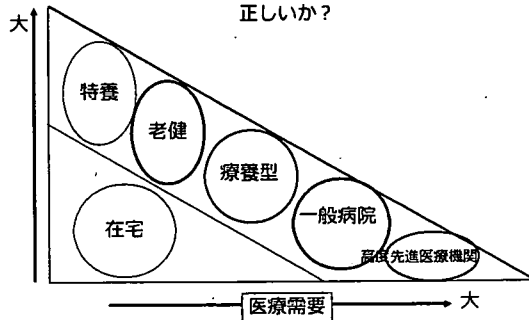
急性期医療の物差しでしか考えていない  
チームアプローチによる医療への無理解  
ベッドサイドでの機能維持 (ADL、認知、ムード) の理解不足  
寝たきりは手がかからない→手をかけないの間違い？  
老年症候群が置き去りにされている可能性

→広い意味での慢性期医療対応が必要なのに  
行政・マスコミ・医師の一部が医療不要のレッテル

介護保険成立後の  
高齢者医療・介護の流れ

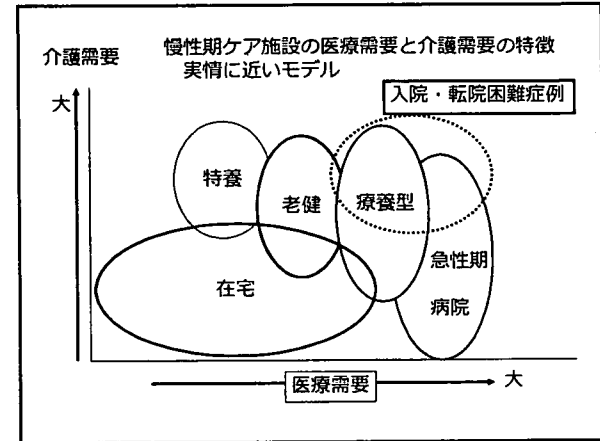
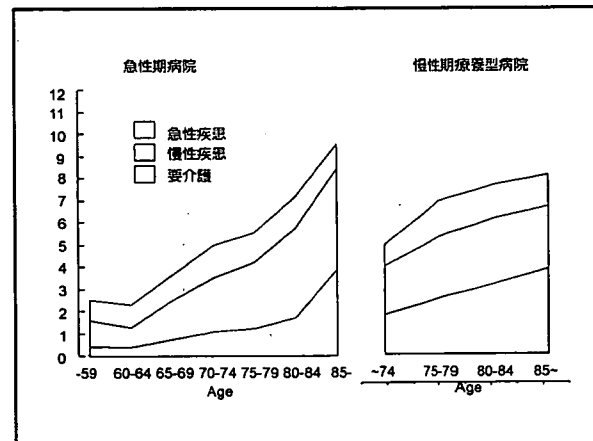
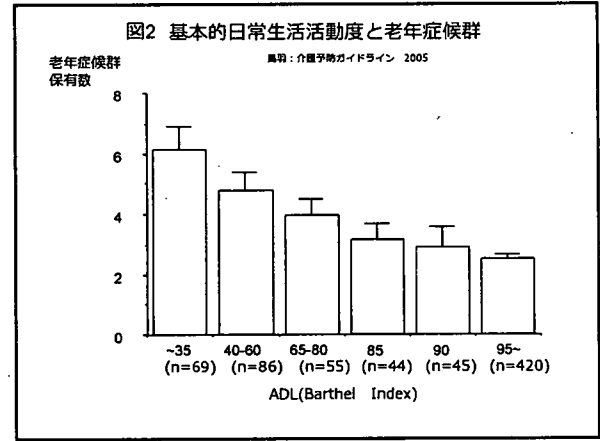
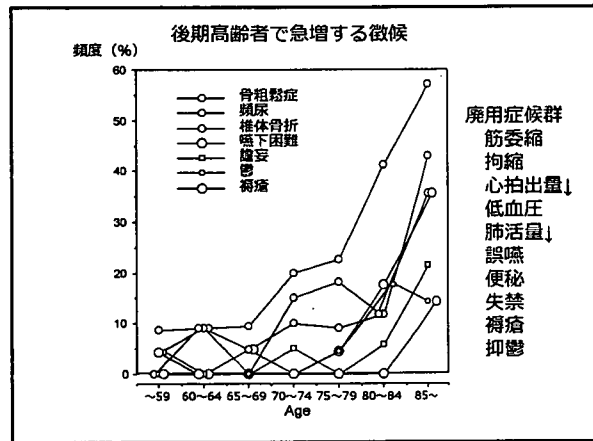
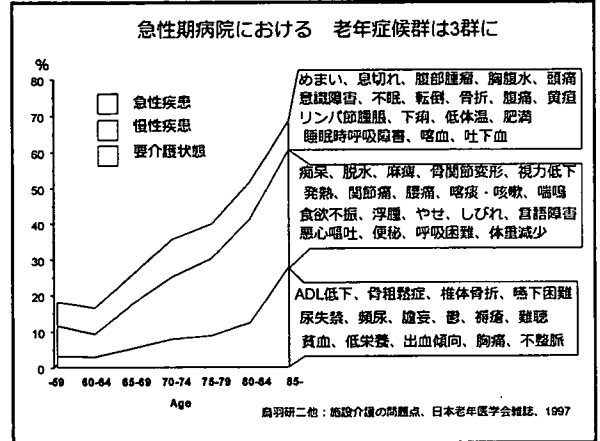
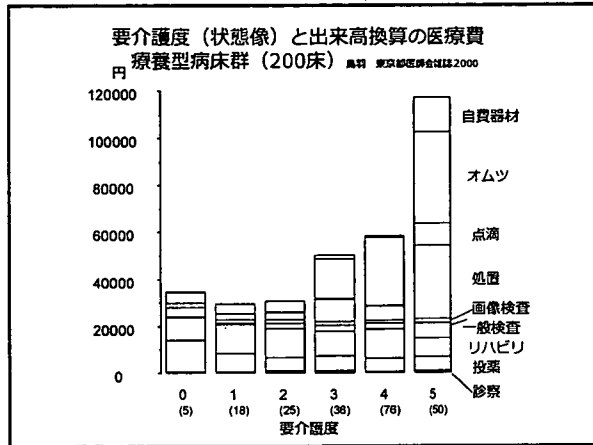


介護需要 慢性期ケア施設の医療需要と介護需要の特徴  
一般に理解されているモデル  
正しいか？



慢性療養の場所探しに  
なぜ困難が伴うのか？

家族の介護力以外の要素とは？



### 慢性期医療包括評価に関する意見

1. 医療需要と介護需要の分析から、現在の慢性医療・介護体制では、医療・介護双方の高サービスを要する高齢者が行き場を失い、急性期病院や在宅で療養している。  
→行き場のない、医療・介護双方の高サービスを要する高齢者に情報
2. ADL・医療サービスによる区分、給付の問題点  
急性期病院との連携  
早期退院支援を促進（医療区分3、ADL3のベッド数増加）  
早期退院支援を阻害（費用：自己負担増加）：家族の視点  
医療サービスが「点滴、機器など」医療材料の増加にとどまる恐れ。  
→区分による人員配置の義務化が必要：患者の視点  
慢性期における終末期医療のありかたの議論が不足  
→濃厚医療より家族を含むケアチームに軸足を：QOL、医療費の視点
3. 将来の課題：医療区分の算定には「時間」が主体  
対症主体のケア時間、医療費算定は、評価指標として慢性期の患者のニーズと合致しているか？  
（機能評価・機能予後を重視すべき）

### 療養型病床廃止と地域ケア整備構想について

Dr. Marjory Warren 1897-1960  
1923 26歳 Royal Free Hospital School of Medicine卒  
1926 29歳 West Middlesex County Hospital 手術4000例  
1935 38歳 714床の慢性疾患病棟 責任者  
機能評価で分類  
機能低下程度  
寝たきり（失禁なし）  
失禁  
錯乱（痴呆なし）  
痴呆  
インテリア改造  
歩行器、車イス開発  
チームケア（PT,OT,ST,MSW, Podiatrician）  
退院25%（3倍）  
714床→240床（余剰は結核、皮膚病棟へ）  
1947 50歳 英国老年医学会設立  
Medical Society for the Care of the Elderly  
1948 専門科としてgeriatrics国家認定

### 療養病床の問題点と転換の方策

厚生労働省の各部局を挙げての会議  
年金  
医療保険  
介護保険  
高齢者住宅  
→  
総額抑制が真のねらいで  
後期高齢者医療制度  
介護予防  
年金改革  
高齢者住宅整備 などの政策と連動

### 療養病床転換の支援

- 1) モデル地区での調査  
病床数、患者数（医療、介護療養）  
医療病床で、医療区分/ADL区分 9分類の患者数  
介護病床で要介護度別数  
病院築年数  
併設施設（病院、診療所、老健、特養、ケアハウス  
在宅系サービス）  
療養病床の転換意向と転換先施設  
医療療養病床、介護療養病床

### 療養病床転換の支援

- 1) モデル地区での調査 患者個表（1/3）  
病名  
医療/ADL区分  
要介護度  
障害老人自立度/認知症老人自立度  
自宅介護者の介護能力（昼、夜）  
特養/老健申し込みの有無  
所得区分  
医療処置（介護保険特殊医療）  
3ヶ月以内に急性増悪（急性期病院への転院など）  
この患者の望ましい療養環境  
一般病床、医療療養、介護療養、老健、特養  
有料老人ホーム、ケアハウス、GH、自宅

転換助成制度

地域密着型サービス整備などの市町村のニーズを踏まえ、予算内で採択  
(自治体の財政状況に依存)

或る県の場合 減少する病床数に対し  
創設 100万円/ベッド  
改築 120万円/ベッド  
改修 50万円/ベッド

地域密着型サービスを踏まえた新しい医療と福祉の連携サービスとは

1. 空間
2. 集約
3. 医療従事者 (マンパワー)  
医師  
看護師  
リハ職
4. 状態のモニター  
将来の課題
5. 行政サービス、地域活動 (NGO、ボランティア)の活用、これらの活動を医療系に広げるには
6. 看護職の裁量の拡大 (医療法の改正が必要)

地域ケア整備計画  
東京都

位置づけ  
今後急速な高齢化が進展する地域

老人保健施設、療養型病床が全国平均より少ない  
(老健：高齢者10万あたり650  
療養：高齢者10万あたり993床 (全国平均1532)  
多摩に多く、区部に少ない)

介護予防効果を踏まえた長期計画 (1)

平成18~26年度

前期高齢者 132万人 毎年約2~3万人増加  
後期高齢者 100万人 毎年約4万人増加

地域支援事業対象 76000人 (3.3%) → 18万人 (5%)

介護予防効果を踏まえた長期計画 (2)

平成18~26年度

要支援	要介護1	H18	H19	H20	.....	H26
自然体		18.6	19.7	20.8		26.6
介護予防後		18.6	19.9	20.6		25.6
地域支援事業効果		11.8%	15.7%	19.6%		
新予防給付効果		5.9%	7.9%	9.8%		
要介護2~5						
自然体		20.8	22	23.1		29.4
介護予防後		20.8	20.9	21.5		27.0

モデル地域における療養型病床アンケート調査結果  
(委員限り)

施設表 293施設より回収 (96.1%)  
北海道17/18 (既に多い地域)  
東京46/46 (今後急速な高齢化)  
新潟46/46 (高齢化地域)  
鳥取15/15 (高齢化地域)  
高知71/71 (既に多い地域)  
熊本16/16 (既に多い地域)  
神戸54/54 (今後急速な高齢化)  
北九州68/79 (既に多い地域)



医療療養病床の医療区分

	1	2	3	医療/介護
北海道	52	35	12	64/36
東京	44	44	12	56/44
新潟	41	43	16	33/67
鳥取	40	53	7	70/30
高知	37	51	12	60/40
熊本	55	30	16	51/49
神戸	30	49	21	67/32
北九州	32	48	20	62/38

介護療養病床：転換意向

	一般	医療	介護	経過	老健	他*	未定
北海道	0	6.4	29.6	0	42.8	0	19.9
東京	0	1.9	21.6	9.5	5	1.3	67
新潟	0	62.6	0	0	15.3	0	22.1
鳥取	0	35.4	0	0	0	0	64.6
高知	1.2	16.2	20.6	9.5	21.8	2.6	36.3
熊本	0	14.3	8.7	0	12.6	6.7	53.6
神戸	0	15.7	15.4	0	38.1	1.1	29.7
北九州	0	8.1	0	0	49.7	0	36.2

他\*: 特養、有料老人H、軽費老人(ケアハウス)、GH

医療療養病床の転換意向  
地域差はあまりなし

医療療養のまま	63.5%
一般病床	5.5%
老健	3.1%
未定	24.2%

患者個表

医療療養病床

脳血管障害 32.8%、心疾患6.6%、認知症6.6%  
 要介護5 22.6%、要介護4 12.6%、未認定22.3%  
 単身・高齢者のみ世帯 54.3%  
 自宅率82% 低所得II 37%  
 日中夜間とも介護者いる 11%  
 特養申込 17% 老健申込 14%

介護療養病床

脳血管障害 51%、認知症14.7%  
 要介護5 51.8% 要介護4 29.6% 要介護1以下2.7%  
 単身・高齢者のみ世帯 45.6%  
 自宅率82% 低所得II 54%  
 日中夜間とも介護者いる 9%  
 特養申込 23% 老健申込 12%

患者個表

	医療療養病床	介護療養病床
医療処置		
内服	37	36
喀痰吸引	21	15
経管栄養	22	27
膀胱カテ	9	7
IVH	10	6
酸素	9	3
モニター	6	3
褥瘡(Ⅲ度以上)	5	2
気切	6	1
急性増悪(転院)	10	5

問題点

調査方法

(チーム医療、医療処置、急変)

受け入れ先施設

特養、老健は一杯

在宅の受け皿不足

在宅支援診療所は増加しているが

今後の需要の見通し

後期高齢者増加で、医療療養型のニーズは増える

日本老年医学会の基本的立場  
(後期高齢者の心身の特徴と医療の現状認識と問題点)

高齢者医療全体は、国民の福祉に貢献している

我が国は世界一の長寿国で、かつ、健康寿命も世界一である。

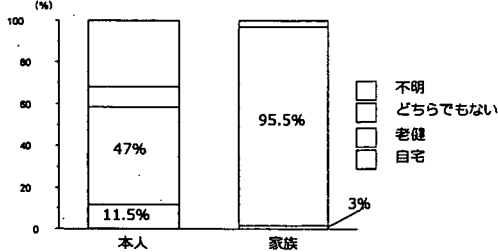
現状の医療費の総額、GDP比、今後の医療費の増加  
といった医療経済的視点以外は  
高齢者医療のマクロ的な欠点は見いだせない

在宅で元気な高齢者の調査を、  
寝たきり高齢者の希望に転用

85%の人が住み慣れた自宅で療養したいと考えている

実際に生活自立困難で廃用症候群が出ても  
この答えは変わらないのか？

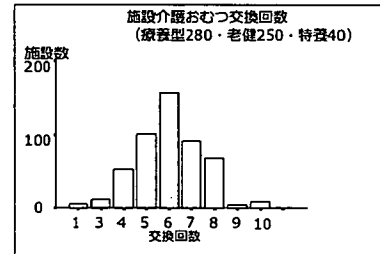
老健施設入所者、家族の退所指導時  
の希望療養場所 (n=各200)



本人、家族双方が在宅療養を希望した数=4人 (2%)

在宅寝たきり高齢者医療の語られない  
問題点

褥瘡  
疥癬  
オムツ



地域ケア整備計画においては、

高齢者の生活自立度と疾患・老年症候群に配慮し

高齢者本人に最適な、生活・療養場所が選択できる制度を

構築することが、国民の老後への安心をもたらす。

高齢者住宅単独では、十分な医療とケアの受け皿とならない

労働集約型の医療・ケアミックス施設の活用方法を再考  
すべきである

各国の施設介護

国 (年)	施設名	割合	合計	
日本 (2004)	介護保険3施設	3.2%	高齢者住宅 1.1%	4.3
英国 (1984)	老人ホーム	3%	退職者住宅 5%	8.0
スウェーデン (1990)	老人ホーム	3%	サビ*スワス 5.6%	8.6
デンマーク (1989)	老人ホーム	5%	サビ*スワス 3.7%	8.7
米国 (1992)	老人ホーム	5%	退職者住宅 5%	10