

The 2005 reform of LTC: Integrated Community Care Support Centers



- Once the care (support) level is decided, a personal Care Plan is created, which combines packages of care and support within the limit of services for each category. The creator of the Care Plan varies depending on the category.
- The Care Plans for those eligible to receive care services and requiring care level 1 to 5 are created by Long-Term Care Support Specialists (Care Managers) at in-home long-term care support businesses or care facilities.
- The Care Plans for those eligible to receive preventive services and requiring support level 1 to 2 are created at Integrated Community Care Support Centers (地域包括支援センター: 地域总括支援中心) .
- The Integrated Community Care Support is a scheme created in line with the emphasis on the preventive services when the law was revised in 2005. It serves as the center for elderly care, and is responsible for care management to prevent long-term care, creating Care Plans for preventive long-term care services, providing consultations to the elderly and their family, protecting elderly rights and early detection of abuse.

The Increase in the number of Integrated Community Care Support Centers



年	Number of Integrated Care Support Center	Number of municipalities that set the center	The ratio of the municipalities with the center(%)	Management type	
				Municipalities	NPO
2012	4328	1580	100	29.7	70.3
2011	4224	1585	100	30.9	69.1
2010	4065	1589	100	30.9	69.1
2009	4056	1618	100	32.7	67.3
2008	3976	1657	100	35.4	64.6
2007	3831	1640	98.2	36.3	63.7
2006	3436	1483	87.8	36.8	63.2

Source: the author's tabulation based on Health and Welfare Bureau for the Elderly, Division of the Health Planning for the Elderly, "Total result of long term care insurance clerical work investigation, 2012", Long term care insurance latest information, Vol.302, November 2012, and "Report of investigation research concerning the business realities in Community General Support Centers", April 2012.

Economic implications of the 2005-2006 reform of LTC insurance



- By the introduction and increase of the Integrated Community Care Centers, united management of the region inclusive support center and the preventive approach in long term care support office came to be done to do management continuously.
- It improved to the grasp of the situation concerning a high risk group (volume of information) for the municipality who was the insurance person of the long term care insurance so far.
- Furthermore, the system of making public that administrative divisions offer information for the user to compare, to examine the nursing service and the office and facilities, and to choose appropriately (system of the nursing service information making public) was introduced by the administrative divisions (prefectures) in the 2005-2006 reform of LTC insurance.
- By these reforms, asymmetry of information between the administrative divisions and the municipalities reduced.
- This implies that the commitment of the municipality (agent) to the administrative divisions is strengthened.

Empirical Analyses of Effect of Introduction of Integrated Community Care Center (System) on the financial status of LTC insurance



- **Date** (Pooling Cross Section Date classified by 47 prefectures) : “Long term care insurance business situation report”, “Basic Survey on Wage Structure”(Ministry of Health, Labour and Welfare) , “Local finance statistics annual report”(Ministry of Internal Affairs and Communications), and “Report on Prefectural Accounts”(the Cabinet Office)
- **Estimation Period**: 2001(fiscal year)~2012 (fiscal year)
- **Estimation method** : Pooling Cross Section(OLS), Fixed effect model, Random effect model, Instrumental Variable method
- **A dependent variable (the change rate to the previous year's value)**
- LTC expenditures (the expenses for LTC service + Expenses for Prevention) : “dexpemditure” (The name of the variable of the regression is shown in the quotation mark. It is similar as follows.)
- Expenses for LTC service: “ dcareservice”
- Long term care insurance supply expense reserve fund possession: “ dcareexpenditure”
- **Explanatory variables (Change rate to the previous year's value)**
- Rate of aging (the rate of the persons older than 65 years of age to total population): “rpop65”
- GDP classified by prefecture “dgdg”
- The dummy variable of Leman shock: “dleman”(a dummy variable after Leman shock)
- The number of user of preveinting care service: “persons~p”
- The number of user of LTC service: “persons~c”
- Monthly average wage for the medical and welfare service sector: “dmtnwagem”
- The dummy variable of Introduction of Integrated Community Care Center: “d2006” (a dummy variable after the introduction of the Integrated community-based care)



Estimation Results (1) OLS (2)Fixed effect (3)Random effect (4)IV

	(1) dexpend~e	(2) dexpend~e	(3) dexpend~e	(4) dexpend~e
rpop65	-0.493*** (-7.07)	-2.054*** (-8.12)	-0.493*** (-7.07)	-0.395*** (-5.54)
dgdg	-0.0985 (-1.61)	-0.0150 (-0.28)	-0.0985 (-1.61)	-0.112 (-1.82)
dleman	0.0146** (3.20)	0.0506*** (9.66)	0.0146** (3.20)	0.0138** (3.00)
personon~p	-0.000000317 (-1.53)	0.00000115*** (4.65)	-0.000000317 (-1.53)	-0.000000963*** (-4.22)
personon~c	2.90e-08 (0.38)	-0.00000166*** (-6.79)	2.90e-08 (0.38)	0.000000291*** (3.41)
dmtnwwagem	0.00871 (0.39)	0.0194 (0.99)	0.00871 (0.39)	0.00307 (0.14)
d2006	-0.0339*** (-6.99)	-0.00807 (-1.19)	-0.0339*** (-6.99)	-0.0297*** (-6.05)
_cons	0.197*** (12.02)	0.617*** (13.30)	0.197*** (12.02)	0.167*** (9.82)
N	564	564	564	564
R2:	0.3148	0.3148	0.0834	0.3003

t statistics in parentheses
 * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001
 Source: the author's estimation



Estimation Results (1) OLS (2)Fixed effect (3)Random effect (4)IV

	(1) dcarese~e	(2) dcarese~e	(3) dcarese~e	(4) dcarese~e
rpop65	-0.558*** (-7.40)	-2.266*** (-8.53)	-0.558*** (-7.40)	-0.444*** (-5.74)
dgdg	-0.301*** (-4.54)	-0.210*** (-3.67)	-0.301*** (-4.54)	-0.316*** (-4.75)
dleman	0.0541*** (10.96)	0.0946*** (17.21)	0.0541*** (10.96)	0.0531*** (10.70)
personon~p	-0.000000458* (-2.04)	0.00000122*** (4.69)	-0.000000458* (-2.04)	-0.00000122*** (-4.93)
personon~c	6.28e-08 (0.76)	-0.00000194*** (-7.55)	6.28e-08 (0.76)	0.000000371*** (4.01)
dmtnwwagem	0.0145 (0.60)	0.0276 (1.34)	0.0145 (0.60)	0.00792 (0.32)
d2006	-0.0649*** (-12.38)	-0.0368*** (-5.17)	-0.0649*** (-12.38)	-0.0599*** (-11.28)
_cons	0.211*** (11.92)	0.681*** (13.96)	0.211*** (11.92)	0.176*** (9.55)
N	564	564	564	564
R2:	0.4310	0.1183	0.4310	0.4168

t statistics in parentheses
 * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001
 Source: the author's estimation

Estimation Results (1) OLS (2) Fixed effect (3) Random effect (4) IV

	(1)	(2)	(3)	(4)
	dcareex~e	dcareex~e	dcareex~e	dcareex~e
rpop65	0.614 (0.74)	-0.0961 (-0.03)	0.614 (0.74)	1.033 (1.22)
dgdg	0.0505 (0.07)	0.515 (0.67)	0.0505 (0.07)	-0.00550 (-0.01)
dleman	-0.347*** (-6.36)	-0.292*** (-3.97)	-0.347*** (-6.36)	-0.351*** (-6.46)
personon~p	0.00000110 (0.44)	0.00000803* (2.31)	0.00000110 (0.44)	-0.00000168 (-0.62)
personon~c	-0.000000292 (-0.32)	-0.00000826* (-2.40)	-0.000000292 (-0.32)	0.000000834 (0.82)
dmtnwwagem	0.0768 (0.29)	0.113 (0.41)	0.0768 (0.29)	0.0526 (0.20)
d2006	0.255*** (4.40)	0.225* (2.36)	0.255*** (4.40)	0.273*** (4.71)
_cons	-0.125 (-0.64)	0.475 (0.73)	-0.125 (-0.64)	-0.254 (-1.26)
N	564	564	564	564
R2:	0.3148	0.0834	0.3148	0.3003

t statistics in parentheses

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

Source: the author's estimation

Estimation Results (1) OLS (2) Fixed effect (3) Random effect (4) IV

	(1)	(2)	(3)	(4)
	amountl~g	amountl~g	amountl~g	amountl~g
rpop65	2416.4* (2.52)	5474.4 (1.46)	2798.2** (2.67)	1146.6 (1.17)
dgdg	-6.014 (-0.01)	-1052.9 (-1.50)	-117.7 (-0.15)	169.2 (0.21)
dleman	-6.407 (-0.11)	-208.6** (-2.84)	-8.602 (-0.15)	5.260 (0.09)
personon~p	-0.00613* (-2.22)	-0.0361*** (-10.54)	-0.00905** (-3.18)	0.00240 (0.80)
personon~c	0.00446*** (4.23)	0.0363*** (8.90)	0.00557*** (5.03)	0.000912 (0.78)
dmtnwwagem	-126.3 (-0.46)	-137.7 (-0.58)	-121.0 (-0.45)	-51.52 (-0.19)
d2006	-369.3*** (-5.72)	-95.50 (-1.10)	-345.7*** (-5.39)	-434.8*** (-6.65)
_cons	-336.1 (-1.45)	-2889.7*** (-3.96)	-456.8 (-1.81)	72.15 (0.30)
N	469	469	469	469
R2:	0.1711	0.0732	0.1693	0.1507

t statistics in parentheses

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

Source: the author's estimation



Estimation Results (1) OLS (2) Fixed effect (3) Random effect (4) IV

	(1) lending~o	(2) lending~o	(3) lending~o	(4) lending~o
rpop65	51.76** (2.72)	238.5** (3.13)	85.49** (3.28)	34.40 (1.78)
dgdg	-2.678 (-0.17)	-14.71 (-1.03)	-7.365 (-0.50)	-0.283 (-0.02)
dleman	0.803 (0.72)	-4.678** (-3.13)	0.252 (0.23)	0.962 (0.86)
personon~p	0.000104 (1.90)	-0.000214** (-3.07)	0.0000209 (0.35)	0.000221*** (3.71)
personon~c	-0.0000297 (-1.42)	0.000372*** (4.49)	0.00000978 (0.40)	-0.0000783*** (-3.39)
dmtnwagem	-1.453 (-0.27)	-4.359 (-0.90)	-2.477 (-0.49)	-0.431 (-0.08)
d2006	-16.91*** (-13.19)	-16.69*** (-9.45)	-16.64*** (-13.26)	-17.81*** (-13.79)
_cons	6.529 (1.42)	-58.00*** (-3.92)	-2.343 (-0.38)	12.11* (2.56)
N	469	469	469	469
R2:	0.3309	0.0416	0.3240	0.3231

t statistics in parentheses

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

Source: the author's estimation

Concluding remarks



- According to the above-mentioned regression analysis, we found that the introduction of the integrated community care system reduced the growth rate of the long term care insurance expense and the growth rate of the LTC service cost, increased the number of long term care insurance supply reserve funds, and decreased the ratio to the entire municipality of the municipality that has received lending the long term care insurance finance stabilization fund.
- These results implies that by introducing the integrated community care system, a municipality can obtain more information necessary for running LTC system in its municipality through the activities of Community General Support Centers and the cooperation of medical treatment and long-term care, and share the information with administrative divisions, and asymmetric information between administrative divisions and the municipality has reduced.
- It leads to the commitment of a municipality that it manages LTC insurance efficiently to administrative divisions strengthens. And the situation of budget for LTC insurance may change from "A Soft budget" to "A Hard budget".
- As a result, we can think that the introduction of integrated community care system enables a municipality to manage the LTC insurance finance more effectively as we can see in the fact that the amount advanced of the long term care insurance finance stabilization fund and were decreased the ratio to the entire municipality of the municipality that has received lending the long term care insurance finance stabilization fund.
- However, the following note is in the above-mentioned regression analysis. There are not a lot of numbers of samples enough because we use data according to administrative divisions, which implies that the observes outcome show the aggregated effect and tendency. Future tasks are to advance empirical analyses that use data at the level of the municipality.

【References】

- Dewatripont, M. and E.Maskin(1995), "Credit and Efficiency in Centralized and Decentralized Economics", Review of Economic Studies, Vol.62, pp.541-555.
- Jean-Jacques Laffont, D.Martimort(2002), The Theory of Incentives: The Principal-Agent Model(Princeton University Press)
- 赤井伸郎(2006)『行政組織とガバナンスの経済学－官民分担と統治システムを考える』有斐閣
- 井堀利宏(2008)『「歳出の無駄」の研究』日本経済新聞出版社
- 内田和男(2002)「地域の高齢化と地方財政の硬直化」『経済学研究』北海道大学、第52巻第1号
- 遠藤久夫・山田篤裕(2007)「介護保険の利用実態と介護サービスの公平性に関する研究」(医療経済研究年間優秀賞)『医療経済研究』Vol.19, No.2, pp.147-166.
- コルナイ・ヤーノシュ(Janos Kornai)／盛田常夫編訳(1984)『「不足」の政治経済学』岩波書店
- 坂本忠次・住居広士(2006)『介護保険の経済と財政』勁草書房
- 佐藤光主(2011)『地方税改革の経済学』日本経済新聞出版社
- 鈴木亘・八代尚宏編(2011)『成長産業としての医療と介護－少子高齢化と財源難にどう取り組むか－』日本経済新聞出版社
- 田近栄治・菊池潤(2003)「介護保険財政の展開。一居室介護給付増大の要因」『季刊社会保障研究』第39巻第2号
- 田近栄治・菊池潤(2004)「介護保険の総費用と生年別給付・負担比率の推計」『ファイナンシャルレビュー』財務総合政策研究所、通巻80号
- 中井英雄・斉藤真(2010)『新しい地方財政論』有斐閣
- 西村周三監修/国立社会保障・人口問題研究所編(2013)『地域包括ケアシステム－「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』慶應義塾大学出版会
- 持田信樹(2013)『地方財政論』東京大学出版会

201501003A (資料1)

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」
平成 27 年度成果物

地域包括ケアのイノベーションに関する ワークショップ資料集

都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究
研究代表者 西村周三

一般社団法人 医療介護福祉政策研究フォーラム
理事長 中村秀一、理事 堀田聰子

平成 28(2016)年 3 月

目 次

1. 第8回ワークショップ 「地域包括ケアシステムの現状と展望－2015年・2025年・2040年－」	1
2. 第9回ワークショップ 「地域マネジメントⅡ：地域包括ケア推進に向けた自治体の現状と課題・展望」 ...	41
3. 第10回ワークショップ 「認知症とともによりよく生きる」	103
4. 第11回ワークショップ 「地域マネジメントⅢ：介護予防・日常生活支援総合事業を手がかりに」	189
5. 第12回ワークショップ 「地域包括ケアと住まい・住まい方」	263

【第8回ワークショップ】

地域包括ケアシステムの現状と展望

— 2015年・2025年 2040年… —

1. 日時：2015年6月19日（金）18時30分～20時30分
2. 場所：国立社会保障・人口問題研究所 第4・5会議室
3. 講師（講演順）
 - 大島伸一氏（国立長寿医療研究センター 名誉総長）
 - 西村周三氏（医療経済研究機構 所長）
 - 田中 滋氏（慶應義塾大学 名誉教授）

第8回ワークショップ（2015年6月19日）

「地域包括ケアシステムの現状と展望－2015年・2025年・2040年...」

1. 講演・論点提起

【大島】 今日お話しするのは、復習のような話です。非常に大きな時代の転換期に、これからの指針を明快に示したという点で地域包括ケアというのはほんとうにすごいなと思っています。

それと、自分も関与しましたが、もう一つの指針として、社会保障制度改革国民会議の報告書をあげたいと思います。この二つが、これからの医療・介護の方向性を明快に示したと思っています。

地域包括ケアというのは、医者というか、医療が中心になって出してもいい話ですが、医師の側からこれが出てこなかったというのは一体何なのか。この話をし始めると時間がなくなりますのでしませんが、そこに今の日本の状況が明快にあらわれているのではないかなと思っています。

これは最初の田中先生の報告書です。おおむね30分以内に駆けつけられる圏域を理想的な圏域として地域の定義をしています。次のは法律ですから、これを法の中にきちんと体系化したものです。これも改めて説明する必要もない、地域包括ケアの5つの要素を示したものです。

地域包括ケアを改めてまとめてみますと、地域という場で、責任、計画、行動をきちんと明快にさせるという意味で、地域には場という意味と責任があります。そして、包括というのは手段でして、ケアが目的であると整理ができます。地域は、具体的には県というより、市町村と言いついていいだろうと私は思っています。地域包括ケア推進・実現の責任の主体は、地方行政と、そして職能団体にあると考えています。

地方行政は、全体のシステムの枠組みと、それから、特に量的な面、そして、効率性、有効性というようなことをよく考慮した上で制度設計をする。職能団体は、質、中身です。特に医療・介護という中身です。もともと職能について医師以外のものが触れると、従来から大変なことになります。医療の問題を役人が制度で、枠組みを決めて、医療はこうあるべきだなんていうような言い方をすると、医師団体は、医療の中身は我々がきちんと決めるのであって、行政が口出しするような話じゃないということで、下手に口を出せば大変なことになり、時には真っ向から対立するようなことになります。背景に診療報酬の話が絡むと更に複雑になる。これから地域包括ケアの中身の医療やそのあり方の問題を、どうするのかについては、医師を中心に専門職能団体が中身と質を決めていくという枠組みや構造は変わらないと思います。

包括というのは、生活にかかわる基本的な条件だと私は考えています。衣食住、そして、医、介護、住居が基盤である。そして包括的に連携をするということで個別の職種の集合というような書き方をしましたが、これをシステムとしてどう考えていくかです。

肝は行政です。行政がリーダー的な役割で牽引しているという例もあり、それでうまくいくな、それでもいいんですけども、そうではなくて、他の職種のなかから、リーダー的な役割を担う人がでてきて、全体をまとめ方向性を示して牽引していくということが重要だろうと思っています。

ケアというのは、これが言うまでもなく目的です。言葉で言えば、生活とか生命の安全、安定をどう保障するのかということです。前提は、衣食住の充足です、当たり前と言えば当たり前ですけども、そこに医療、看護、介護というものが手段として生活全体を安定させて、維持していくというような構造になっているのだと。

行動計画と書きましたが、これはどんな計画を立てても、具体的に実現するためにはこの過程が欠かせません。こういった過程に地域がどうかかわっていくのか、地域の中のいわゆる医療資源を含めあらゆる地域資源が、どうかかわっていくのかということ、地域包括ケアの計画のなかで、その地域に特化した具体的な姿として出してゆくことだと思っています。

地域というのは、地域社会であって、市町村です。そして包括というのは、医療、介護、関連職種、そして生活に関わる全ての職種です。方向は、広い意味での地域づくり、まちづくりということに集約されていくと思っています。そして基本的な鍵は連携という言葉に尽きると思います。

超高齢社会を考えながら、20世紀というのは一体何だったんだと言われると、科学技術至上の時代であり、個の解放、個の確立の時代であったと、私はこの二つを挙げます。その結果として、物が飽和状態になった。違った見方をすると、選択肢が拡大したということです。個の解放、確立という、要するに、100人いれば、100人それぞれの考え方が尊重されるということです。科学技術の進歩ということで、分かりやすい例をあげますが、以前は一つの臓器の機能不全というのは、例えば腎臓が悪くなったら、それはそのまま全体死につながりました。しかし、今はそうじゃないですね。その典型が脳死です。一つしかなかった死がいくつも出てきました。

技術が進むと死のあり方すら変わってしまって、治療とか生き方について選択肢が増えることになる。したがって、科学技術至上、個の解放、個の確立というのは、選択肢がどんどん拡大してきたということです。

一方で、都市化が進むという社会背景のなかで、超高齢社会が出現しました。都市の過密化の問題と、そして、農村の過疎化の問題とが顕著に見えてきています。その間も大きい問題ですが、過密化と過疎化がすごくはっきりした形で見えてきています。その結果として今何が社会のなかで起こっているのかというと、個と公共との対立というのか、これが折り合いがつかないような状況になってきて、個と公共との均衡がとれなくなって、至適な状況が見えなくなってきています。ここに今、そしてこれからの日本の混乱状態が集約されて出てきているのではないかなと思っています。

超高齢社会を考えると、私は貧乏ばあさんと不幸じいさんと言っているんですが、貧乏ばあさんというのは、前から長谷川敏彦さんが、特に女性では平均寿命がどんどん伸びて、収入が少ない、貧乏ばあさんであふれてくると。不幸じいさんというのは、いろいろアンケート調査をしてみると、女性よりも男性のほうにはるかに多く、自分が非常に不幸な状況にあると思っ

ているということが、非常に高い率で出てきています。これまでは高齢者を公的な扱いとして、従属人口だとか非生産人口という表現で示してきました。超高齢社会が進み、一億総活躍時代と言っているときに、よくもまあ、こんな言葉がいまだに残っていると思われるような言葉が残っています。まずこれを完全になくすところからスタートをして、そして、高齢者というのは高齢社会における最大の資源であると再定義をして、このことをまず共通の認識とすべきだと思っています。

超高齢社会における、高齢者は最大の資源、財産であるという根拠です。多様な経験、能力、多彩な経歴、人脈、社会的責任からの解放、生活必要経費の縮小、自由な発想、時間があります。そして大票田、高投票率ですから、私がもう少し若くて、時間とか元気があれば、高齢者を集めて、一大政党とまではいかななくても、相当なことができるんじゃないかなと思ったりします。こういった超高齢社会の中における高齢者は最大の資源、財産であるという考え方のもとに、新しい文化、社会、産業というものを創生していくということが欠かせないと思っています。

生活の形態は、核家族から老老世帯、そして独居へと。これはほとんど決定です。これが標準的な生活の形態になります。これでいいのかと考えると、非常に大きな問題があります。老後をどう生きどう死ぬかという問題です。これが超高齢社会の最大の問題となります。

核家族、老老、独居という生活形態を変えることはできませんが、その中でどう老後を生き死にたいかです。社会保障の限界を認めたくて知恵を出すしかありません。地域全体の中で共存の仕組みを考える、あるいは、親、子供、孫が、できるだけ同じ地域の中に分散しながら居住していくというような考え方もあるでしょう。とに角いろんな考え方があると思いますが、地域社会全体でどのような居住形態が、持続的に地域のなかで安心して生きて、気持ちよく死を迎えられる社会なのか、これが最大の課題になるだろうと思っています。そして、新たな超高齢社会という今まで人類が経験したことのない社会形態の中で、人類の持続的な生存、あるいは世代サイクルに適した生活のどのようなあり方が望ましいかを、真剣に模索する必要があると思っています。

そして、あえて言いたいのは、不老長寿とか不老不死についてです。老化の研究をしている研究者にこういう話をしますと、例えば、よく例に出すんですが、長寿医療研究センターで新しい研究者を募集するときに、老化の研究のプレゼンテーションを聞いて、「ところで、先生は老化の研究をどういう目的でやっているんですか」と、私は意地悪な質問をします。そうすると、壇上で、ぎよっとなって、そんなこと聞かれたことがないなど。しばらくうーんと考えていて、7割から8割の人から出てくるのが、不老長寿を目指しますと。不老不死と言う人もいますけれども、

それがもっともよい答えのようです。STAP細胞で大騒ぎになったときも、不老長寿が実現できる可能性につながるという話がありました。メディアもこうした話を歓迎するようです。私は非常に危険だと思っています。そんなことが現実になったら、これは人類の滅亡につながります。ちょっと考えれば誰でもわかることです。

したがって、どんな社会を目指すかというような話では、まず不老長寿、不老不死なんて話は、論外のこととして、これは否定をします。そんなところから幸せな超高齢社会の実現などということはありません。これを共通理解にする必要があります。

日本の超高齢社会の特徴は、この2枚のスライドにはっきり出ています。一番上の山が、人口の数です。2010年前後のところで1億2,800万の頂点に達して、そして向かって左の1950年頃から、こちらの2060年までの約100年間に人口が4,000万から5,000万増えて、そしてまた同じところまで減ることが横線に線を引けばはっきりわかります。50年で増え、50年で減ったと。これが今向かっている社会です。

何が問題かという、あらゆる社会インフラは、この1億2,800万の頂点を目指して、全て整備をされてきました。それが人口が四、五千万増えて、また四、五千万減ると。その結果一体何が残るかという、極めて老朽化した水道、電気、道路、鉄道、あらゆるものがそうですよね。あらゆる社会インフラが老朽化して残ります。そしてこの背景のなかで、人口動態、人口構造ががらっと変わってしまう。高齢者が40%、50%になるという社会です。そうすると、これまでの生産人口とか、労働力が、これまでの計算でいけば当然足りない。要するに、1億2,800万用のつくり上げてきた社会インフラを一体誰がどう維持していくのか。こんなことは難しい方程式の問題ではなく、足し算、引き算で誰でもわかる話です。これが今日本が直面している最大の課題です。

これが人口構造の変化です。昔からこれを人口ピラミッドと言うんですね。1950年を見れば、人口ピラミッドと言って、何の違和感もない。ところが、2000年の形をピラミッドと言う人はいません。2030年になったらひっくり返っています。でも、これ、人口ピラミッドと言うんですね。しかし、さすがにこういう状態になって、人口ピラミッドというのはどうにも違和感があります。しかし、公式にはこの人口構造を示す図は人口ピラミッドと言われ続けています。ということは、これまではこの構造が変わらなかったということです。で、人類至上初めてピラミッドが変わった構造になるのです。これらが同じ社会かと言われて、この図を見て同じ社会と言う人はいないというのが常識的な感覚です。

いろいろと言われてはいますが、問題はこの三つです。人口構造が変化すること、人口が減ること、そして、変化が早過ぎることです。あえて言えば、こんなこと言ったらしかられるかも知れませんが、この事態に対して総合計画がないということです。少なくとも私には、総合計画が見えない。違った言い方をすると、総合計画が立てられないのかもしれないと思っています。起こっていることがあまりにも地域によって違い過ぎる。それを一括してこうだという計画に落とし込むというようなことは現実的には難しいを超えて不可能なのかも知れないと思ったりしていますが、少なくとも私には国が一体どういう超高齢社会を設計してゆこうとしているのかということが見えてきません。

医療について見てみます。医療については、よく言うのですが、医術で病気を治すことと、広辞苑に記されています。そして、病院の世紀の理論という、これは猪飼周平さんが書かれた。先進国では世界中が、20世紀は病院を中心にした医療を展開してきた。日本はその中でも特異的で、生まれてから死ぬまで全て病院でという医療を実現しました、今でも亡くなる人の80%以上が病院です。

ところが、病床再編、病床削減という、非常にドラスティックな計画を国が進めています。これから40万人ぐらいさらに亡くなる方が増えますが、そこで病床を減らすということになると、一体何十万人になるのかわかりませんが、その方達は一体どこで死ねばいいんだという、極めて生々しい話が出てきます。じゃあ、介護施設はどうかと。で、介護施設の実態は、半年待ち、一年待ちというところもあり、あっちもこっちもとにかく足らん、足らんという話ばかりです。心配ありませんというような話はどこにもない。

じゃあ、自宅はどうかということになります。自宅は、先ほど示したように、老老から独居というのが、これは必然的な流れになっている。ということになるとどうすればいいのか。これはもう地域包括ケアしかあり得ません。地域包括ケアを考えてゆく中で、この一点だけをとらえて

も、地域の中でどういう包括ケアを構築し推進してゆくかです。地域ごとに計画を立てて、設計をし実現していくということに全てかかってくるということが、この一点だけを見ても極めて明快です。

これまでの医療は、一臓器、一障害、一原因という治す医療です。腎臓が悪いという人が、肝臓も心臓悪いということは、ないわけではないけれども、そんなことはまれです。一臓器、一障害、一原因ですから、原因をつかまえたら、徹底的に最新の技術と最新の機器で治し切ります。その間隔離された病院という空間の中で最新の技術を駆使して行うということが非常に成立しやすい。資源を集約するというのも非常に理解しやすい構造です。

高齢者の場合には、老化という虚弱化していく過程に、生活習慣病のような慢性疾患が加わりますから、一つの臓器にターゲットを当てて、そこを徹底的に治療すればいいという治療の仕方では何ともなりません。こんなことは医療をやっている人間から見ればすぐわかるわけですが、ずっと一つの臓器を専門にして、一つの臓器の障害にターゲットを絞って、それを徹底的にやってきた者の考え方からいくと、今うまくいかないのは、技術、科学が未熟だからという考え方にどうしてもいきがちです。それを乗り越えればさらに新しい展開が得られるはずだという考え方が根強くあります。私も大学におり、自分もそれでやってきましたから、そういう考え方がよくわかります。そのような考え方は今もまだ大きな流れというか、大学人の考え方になっています。

しかし、ここまで社会が変わって来ますと、みんな気がつき始めています。しかし、それをどう転換してゆくのか。気がついていても、転換するということは大変なことです。今、そういうところに差しかかっているのだらうと考えています。

これは国民会議の報告書です。

高齢化が進むにつれて、人口構造が変化して、疾病構造が変化し、医療需要が変化する。当たり前のことです。これからは、臓器別の専門医から総合医へ、医師、看護師、介護士の連携へと変わってゆきます。私はこれから中心になるのは看護だろうと思っています。看護の機能は生活を支えるということです。医者は何でもできるんですが、今では診断と治療というのが医師の基本的な機能です。総合医といっても、やはり診断と治療が欠かせない機能です。

これから地域包括ケア、あるいは医療・介護計画という方向に向かう医療の展開が成功するかどうかは、看護がどう動くか、あるいは看護がどう展開されて行くのかにかかっているのではないかと、私は思っています。

【司会】 ありがとうございます。医療の立場から、まず、これまで、そしてこの先の見通しをお話いただきました。次は医療経済の立場として西村先生からお願い致します。

【西村】 お手元にこういう資料があって、最初の2枚ぐらいがレジュメになっていまして、今ここでお見せするのは3枚目からです。基本的には、このスライドで、私が今どういうことに関心を持っているかをお話ししたい。例えば1人の人間が生まれてきて、一生にわたってその人がどういう食生活をして、どういう親から教育を受けて、どういう運動をして、そして、時々病気になって診療所へ、どういう診療所に行き、場合によっては入院して、どこで入院してどれぐらいの治療を受けて、そして、最後、ずっと行って、特に一番大事なものは、60歳ぐらいを超えた後、例えば89歳で亡くなるまでの間に、ここはかなり頻りに医療機関に行くわけですから、そこで、どういう医療機関でどういう治療を受けてということがずっと連続的に一この連続的というのがとても大事なキーワードですが、わかると、大島先生が言われたことをもうちょっとビジョンを明確にしていくということができないんじゃないかと思っているんですが、残念ながら、今言ったことは、多分日本では30年たっても無理。これは実は長谷川敏彦さんのケアサイクル論の話で、彼はサイクルという言い方をするから、いつも彼に私は、サイクルじゃなくて、ケアシームレス論と言うべきではないかと。つまり、どういうふうか1人の人間が、あるところでどういうふうかという話が欲しい。もしある方が65歳ぐらいで何か手術を要する病気になって、そこで入院して、その後どういう経路をたどるか。かなりよく似たケースで、どういう経路をたどるかで、その人の幸せも、医療費も、介護費も全然違うんだよという話をもっと具体的に示すことができる、私たちがいろんなことを考える素材が提供できるんじゃないかと思っていますが、実はこれは伝統的な経済学的手法だけでもだめで、かといって、今言ったように、満足度って、患者満足度、あるいは家族の満足度というのを指標はどういうものをとるかという、ほんとう

に世界中でいろんな議論があつて、これがいい、あれがいいという議論をやっているの、非常に難しいんですね。

そこでやむなく以上のことがわからないことを前提に、最初にまず年齢の話をしてします。私が言いたいことは、ほんとうは年齢じゃないんだということを言いたいんですが、残念ながら年齢という角度から切らないとなかなかイメージが伝わってこないということがあるので、やむなく年齢を使います。あるいは、ほんとうはどういう家族と一緒に住んでいるか、あるいは一人暮らしかどうか。きのうもちょっと勉強してきたんですが、家族で、共食か、孤食か。つまり、夫婦で一緒にご飯を食べるか、食べないかは全然健康に違うという結果で、夫婦一緒に住んでいても、食事を一緒にしないという人が増えていきますから、そこで健康が全然違うという話を東大の飯島先生から聞きました。

そういうことを考えると、家族と1つとっても、独居老人と家族がいるという場合は違うとわりと言うんだけど、もっと突っ込んでいくと、ほんとうは違うんだと。つまり、独居じゃなくて、二人暮らしでも、一方は食事を別々にとる家族と一緒に食事をする家族は違うという話になるんですね。

だから、そういう意味で、これから申し上げる最初のところは、よく隔靴搔痒という言葉を使いますが、まさに靴の外から、靴の上から足をかくようなことになるということはお断りしておきたいと思います。

そう言いながら、これから1つ申し上げることは、さっき大島先生が大体75歳以上をイメージしておっしゃいましたが、もっと私は実は細分化したい。これ、時間の関係で省略しますが、せめて5歳刻み。これ、言ったら、もっと1歳刻みのほうがいいんじゃないかと言う人がいますが、私はそれは今言った意味で違う。5歳刻みでこういう動向がこれから起きる。79歳から74歳の人が、今大体700万ぐらいいるのが、2020年、900万人になりますというような数字をベースに考えたい。何が言いたいかというと、要するに、65歳以上一括、あるいは75歳以上一括、85歳以上一括はもうだめよという話がまず最初。

まず85歳以上一括がだめだというのは、この絵を見ると、ちょっと説明が抜けて、要するに、介護保険の要介護・要支援の認定を受けた人で定義していますが、ここまでほんとう低い。ここで一気に上がって、ちょっとびっくりするぐらい、85歳以上になると上がります。しかも、もっと医療費、介護費で見ると、これ、赤が1人当たりの介護費、青が1人当たりの医療費ですが、このあたりはまだ介護費のほうが医療費よりも少ないですね、1人当たり。しかし、このあたりに来ると、介護費が医療費を上回っています。1人当たりね。ここの違いですね。これ、90歳を超える。さっきのグラフとあわせると、これ、1人当たりですから、まだここの人はそんな多くもないから財源としては大きくはないのですが、この1人当たり掛ける人数でかかった全体の介護費用、あるいは医療費を計算すると、ここは現状よりもはるかに、実はあと2035年ぐらいに、これは実は社人研おられる川越さんが最初にされたのですが、こういう状況を踏まえて、経済的な面から財源の確保をどういうふうに考えるかということを考える必要があるというのが最初の問題提起です。

ご承知のように、介護費用はもう10兆円に。最初スタート時点では3兆6,000万円。この間、65歳以上人口がどれぐらい増えたかということ、30%ぐらいしか増えていません。だから、そうじゃなくて、問題は、さっきのグラフでわかるように、60代、70代、あるいは80代前半ぐらいまで、まだそんなに実はかからない。しかし、それを超えるとすごい一気に増える。

だから、結論的な話を申し上げると、今政策のチョイスとして大きく分けると2つあると思います。1つは、一負担をすごい大きくして、3割ぐらいにして、受療、介護を受けることを制限するということが1つ。しかし、私はむしろ、2035年ぐらいを目指して、1人当たりの費用をどういうふうになくしていくかということが、むしろそっちのほうが、シミュレーションをやるといいと思うんですが、むしろそっちのほうが効果的ではないかと思っています。

そのために、今の社会保障のお金の使い方に、世代間の分配の偏りがあるので、つまり、高齢者にばっかり偏ったお金の使い方をしているということがあるので、これをいかに若い世代の子供・子育てにお金をどういうふうに使おうかということのシフトを考える必要があるということをお前提で考えるわけですが、それを、じゃあ、どうやって実現するかということをお考えるときに、従来は当然高齢者からどれぐらい負担を強いるかということをおイメージしてきましたが、もう一つ私は実はその選択肢が新たに最近浮かび上がっていると思っていて、それは、アベノミク

スの貢献でございまして、株価がめちゃくちゃ上がっていますから、要するに、日本全体の金融資産の大体6割を60歳以上が持っていますから、そこから、資産から何か公的財源をいただくという方法がないか。

ただし、そこまでは誰も考えると思うんですが、そんな簡単じゃありません。資産課税というのはそんな簡単じゃありません。年々、あるいは月々のフローから税金をとるというのは、それでも難しいですが、資産からとることと比べるとわりと簡単です。そこで、やっぱり資産からどうやってとるかということを経済学をいろいろ工夫する必要があるって、しかも、それは単なる固定資産税。実はこれは1つの非常に大事なキーワードですが、固定資産税。それから、相続税、あるいは、贈与税というような話がありますが、つまり、いろんな税金のとり方の中に、例えば今私が申したように、要するに私たちが持っている財産というのは、もう一つ、不動産なんですね。不動産は、これ、日大の中川先生が計算したちょっと古いデータですが、17年ぐらいのデータなので、ちょっと古いので恐縮です。実はほんとうは株価が上がって、おそらくこの後、これ、やってみると大変おもしろくて、日本全体で東京周辺は上がっている。地方は下がっています。だから、公的な財産の価値はこれぐらいになって、ここから税金をとるという方法が1つ考えられるわけですが、それを、じゃあ、どうやってとっていくか。

例えば信託。後で紹介する信託制度をどういうふうに応用するかとか、あるいは、大島先生がさっきおっしゃったように、高齢者の住まい方ですね。つまり、東京周辺では、これから間違いなく独居の老人がかなり比較的大きな家に住んで、1人で、言葉は悪いけど、住宅を有効活用できずにお住まいになるという事態が発生します。こういう方からどういうふうな形で税金をちょうだいして、住みかえていただくかということも視野に入れるべきではないかと私は思っています。

次のページに行ってください、予定ではその前に、世代間の分配が大事だ、分配の偏りが大事だという話をしましたが、ほんとうはその前に、そんなこと言っている間に大変なことが起きるかもしれないという話を経済学者が結構たくさん言っていて、ほんとうはその議論もしたいんですが、これは後で質問があったらお話しするということで、つまり、国債価格暴落パニックが起きるかもしれない。それがあったらという話をしたいんですが、そういうことが起きたら、きょう、ギリシャと日本はどう違ってくるか、いろいろな議論をしないで、起きたら、粛々と、ギリシャのようにならないで、私たち高齢者の年金を減らし、そして医療費も抑えというようなことを、これからどこを優先的に削っていくかという議論はぜひ厚生労働省の方にお考えいただきたいと思っているので、それだけで飛ばします。

それから、もう一つ大きな話として、さっき大島先生がおっしゃった話で、今私が申した、要するに、私が言いたい話はこれに尽きるんですが、こういう人が結構財産持っています。でも、笑えるような話で悪いのは、こういう方が亡くなるとこの財産は誰がもらうかということ、実は比較的高齢の方がもらうんですね。こういう方もまた使い道がなくて、これぐらいの方がもらうと結構使うんですが、これぐらいの方がもらうわけです。そうすると、また使わないで眠っちゃうという可能性があります。それだけ、さっきの大島先生に付加して申し上げるのは、もう私たちはここまで生きる時代が来ているんだ。それを今さら、死んでいるというわけには、そんな簡単にいかないということを前提に制度の設計を考える必要があるという、これは大島先生の話の繰り返しになりますが、もうほんとうそういう時代がやってきている。だから、このあたりの方が亡くなって、財産を残して亡くなると、こういうところに行くので、経済としては全然回っていかないという話は、やっぱりもう一つ別の観点から深刻に考える必要があるということだけ申し上げます。

そういう前提で、課題1、財源の確保。あらゆるところから財源の確保を、介護保険の財源の確保をこれから考えていくしかない。1つ、これは先だって亡くなった小山剛さんの地域包括報酬という概念ですね。実はこれは、大体ご承知と思いますが、既にあるわけですよ、はっきり言って。つまり、介護保険という財源は、保険料と税金とから成っているわけですから、各地域、市町村でたくさん払っているところと少なく払っているということで、ある程度はサービスマンが多いところはたくさん払い、そうじゃないところはそうじゃないという仕組みにある程度はなっている。ところが、これが見える化されていない。ほんとうは実は地域包括報酬。その地域で、地域、市町村が1つの地域で全体として、市町村全体として一生懸命頑張ってコストを下げるということ。QOLを上げながらコストを下げるということに成功したら、それだけその市

町村が回っていくという仕組みになっている。なっているんですが、それが多くの国民にとっては、多くじゃなくて大部分だと思いますが、全然認知されていない。しかも、それは後でまた話題になると思いますが、要するに、市町村という1つの単位じゃなくて、もっと小さな単位でそういう問題を考えるということをしていないから。小学校区ごとにそういう考えが見える化されると、私のところでいろいろ頑張ってQOLを下げないで地域のお年寄りはもちろん面倒見る仕組みをつくったら介護保険料が安くなりますよという仕組みにすると、それはいいわけですが、まだそれは。逆に言うと、その一歩前進として考えられたのが小山さんの地域包括報酬というような概念になると思っていて、これはやっぱりもうちょっと具体化するというのがこれからの1つの課題。

そのときに当然、企業も社会の一員でありますから、事業主負担という観点からも、地域資源の利用負担という観点からそういうものに加わってもらおうというのが1つ。

それから、次、年金給付との連動。これは既に例えば住居費とか食費に関しては若干負担をお願いするという形で公平化が図られてきましたが、この概念をもうちょっと明確に、さらに居住における安心・安全のための負担を介護保険の中で見ると、そのために負担をお願いするというのも1つの方法ではないかと思っています。

さらに3つ目としては、これは特に大都市の問題ですが、それがさっき言ったここですね。やっぱり大都市においては、特に東京で一番厄介な、最近、あまりにも荒っぽ過ぎるようなので、私はとても賛成できないんですが、先だって出た東京の人に地方へ行きなさいという考えですね。確かに合理的に、物事を合理的に、経済合理的に考えたら、いろんな移るべきだという根拠はたくさんあります。要するに、土地も安いですから、今のうちに東京で持っている家売って、地方へ行ったら、経済的にはかなり楽な暮らしができますが、それは私なんか、特に自分が年をとって、しかも私は1つの例でありまして、東京に借家で住んでいて、京都に持ち家があります。それに移るとどういことが起きるかというのはすごいわかるので。でも、人間ってそんなに合理的ではなくて、さまざまな暮らしに伴う惰性もあるし、引っ越しするために片づけないといかんという問題も含めて、いろんなことがあるので、そんな簡単ではないということがありますが、他方で、経済的に考えると、大都市における財産というのは、私たちは私有財産として持っている。プラス、なかなか国民の意識は、法的財産を私たちは持っているんだという話が意識に入っていないですね。わかりやすく言うと、例えば公民館というのをどうやって私たちが、例えば年寄りや若い人がシェアして、これを使っていくかという発想をもっともっと広げていくことができるだけの資産が相当たくさんあるんだ。これ、全国ですから、実は東京だけをとると、人口当たりですごくたくさんの金額を私たちが持っているということになりますから、そういう大都市の私有財産としての住宅、そして、公的財産のセットで上手な使い方を考えるというのが大事ではないか。

以上が財源の話です。次、地方自治体。そういうことをいろいろ考えると、一番今大事なことは、地方自治体職員が今のような話にもっともっと積極的に関与して。例えば、先に答えを言うと、富山市はいわゆるコンパクトシティをある程度実現して、その結果、実は不動産価値が上がりました。不動産価値が上がって、その結果、固定資産税収入がかなり増えました。こういう工夫ですね。

老人福祉施設が山奥にあったものを、皆さん、そこを開放して、個人の家にもう1回帰ってもらって、そこで住もうということをする。そうしたら結果的にこっちのほうは全体として、だから、市町村全体としての不動産価値を上げるためにどうしたらよいかということを市民と協働して、説得しながらやっていくというのは大事で、それをやらないと、少子化がもたらす行政サービスの非効率性というのはすごい出てきます。それは間違いなく子供の数が減ると1人にかかるお金がすごいかかってきます。ですから、それをどうやって解決するかということが大事かと思っています。

そういう話で、あと、地方自治体職員をどういうふうにして今言ったような問題提起に関与してもらおうかという提案として、1番から4番を書きました。提言1は、1から4、提言2、それから提言3、サ高住についてもやっぱり、そこにほんとうにケアを実現できるような仕組みをどうやってつくっていくかというようなことに地方自治体の職員が関与してくれる体制をどうやってつくるかということが課題で、簡単に言うと、飛ばしましたが、施設を単位として物事を見る段階から、地域介護、あるいは地域医療という場合は、全体の機能をどうやって有機的に実現し

ていくかということに発想の転換をしていくということが大事ではないかと思えます。

最後、一言。かなり多くの今市町村で、医療、介護、福祉にかかわった職員の皆さんが、今、総務部とか、あるいは財務とか、いわゆる財政、地方自治体の財政にかかわる部署にかなり配置転換されておられます。僕はそういう方向は、もちろん副区長さんが秋山さんのところのようというのも1つのとても大事な形態だと思えますが、同時に、医療、福祉の担当者が、職員ですね、市町村職員、担当者がもっと財政との話し合いで、財政の仕組み。実はきょう、ここから後は一橋の佐藤さんが用意してくれているスライドをちょっと紹介して、要するに、今どういうお金が市町村に回ってきて、大体聞いたことあるでしょう。この商品券の発行とか、あほみたいな話だと私は思うんですが、まあ、それはおいといて、市街地の活性化とか、そういったことになり財源が今振り向けられています。さまざまな貧困者対策についても新たな措置が講じられています。そういうものをいかに有効に活用していくかということが今後大事な課題になるんじゃないかと思えます。

以上、どうもご清聴ありがとうございました。

【司会】 ありがとうございます。今回は今年度初回でもありますので、全体のディスカッションを始める前に、地域包括ケアシステムにかかわる議論を牽引してこられ、地域包括ケアイノベーションフォーラムでも座長をお務めくださっている田中先生に、まず昨年度の7回のワークショップでの議論も踏まえつつ今後の論点提起をお願いできればと思います。

【田中】 こんばんは。毎回座長はしゃべる機会が少なく、実はしゃべりたくてしょうがない(笑)。私は、お二人の講演にもう1個講演を加えるのではなくて、今年度の論点整理をせよと、イシューは何かをまとめよ、が堀田親分の命令です。したがって、西村先生と大島先生に早めにデータを送っていただいて、それをもとにつくったものです。

まず、お二人とも人口のことを言っておられました、まさに年齢別人口の捉え方は重要です。そもそも65歳以上を高齢者と呼ぶべき時代ではありません。75歳以上が後期高齢者との定義も時代錯誤です。また2025年問題との言い方も間違っています。2025年元旦には、私たち団塊の世代が75になりおわっている。だから2025年には、特段何も起きない。2024年末までに75歳に到達する団塊世代が76歳になるだけで、要介護者の数も大して変わらない。

2025年に何が起きるか。むしろ75歳以上人口の増加がほぼとまるのが大きな変化です。それまで15年間掛ける3、つまり45年間、15年ごとに700万人ずつ後期高齢者が増えて、合計2,100万人増加してきた趨勢が、ここでぴたっととまるのです。富士山を登ってきたつもりが、しばし高原状態になる。2030年がわが国75歳以上人口のピークです。そこから減ります。2040年には、団塊の世代の多くが人生を卒業し、一方、団塊ジュニアが増え始め、2055年に最大の人数になります。ファクトですね。二人も指摘なさらなかったもっと上の年齢層はどうか。80歳以上は2059年まで増え続けます。90歳以上はその先まだ増えます。最後生き残った人ってしぶといのでしょうね。8割以上が、女の人です。100歳人口は2050年に70万人に達し、ようやくここから減ります。つまり、75歳以上が増えるから2025年問題だとの理解はもうやめるべきなのです。

それより地域包括ケア研究会のターゲットイヤーは、今度は2025年から2040年にしようとして課長とも話しています。死亡数は、お二人も指摘になりましたが、2040年が最大です。20年間にわたってピークが続きます。2040年までは男性死亡のほうが上回り続けるのですが、2040年になると日本史上画期的なことに女性の死亡数が男を上回ります。どういうことか。団塊世代男性はそれまでに先に死んでしまっているからです。ここから女の人がたくさん死ぬのではなくて、男は先に卒業し終わっている。こういう趨勢はファクトです。この中でどのように考えていくかが論点です。

地域包括ケア研究会を大島先生に褒めていただき大変うれしく思います。地域包括ケア研究が2回にわたって出した分析概念は、まず池田省三さんが言われた、自助、互助、共助、公助という4つのヘルプと、医療・介護・保健・生活・住まいに関する5つの視点です。我々は6つ目も加えて、それが植木鉢図の下に書いてある、本人・家族の選択と心構えのお皿ですね。5つの視点プラス基礎としての覚悟。これも大島先生のところにたくさん書いてありました。これらが、地域包括ケア研究会が世に問うた分析概念の代表です。これらをきわめ尽くしていきましょう。

さらに、きょうお二人の用意してくださったレジュメから見ると、大島先生のご指摘の通り、

医療は変容している。臓器別医療、一臓器、一問題ではなくなっているとの洞察もあるし、西村先生が言われた高齢者の年齢区分も重要です。90歳、95歳を考えたいたら、65歳など準若者でいいのではないのでしょうか。高齢者の年齢区分を超高齢者に着目して分けようと西村先生が言われたのは正しい。社会問題を考えるときに、65歳の区分はどうでもよく、75歳でもまだ甘いかもしれない。社会システムをつくる上ではもう少しそこは考えなくてはならない。年金財政問題は別ですが、医療・介護の分野の年齢区分は変えていく必要があります。

分析概念はとても大切です。今回の介護報酬改定も、診療報酬改定も、キーワードは機能です。名称ではなく機能に応じた支払い。名称、具体的に例えば施設が大切かとか、在宅医療専門医を増やすとか、訪問看護師を増やすではなくて、確保すべきは在宅医療という機能であり、訪問看護という機能であり、高齢者が安心するサービスです。機能に着目すること、医療や介護の将来の基本はここです。ほかにも世の中には抽象的には機能で語れる制度論があります。社会保障制度は安寧・安全の確保から始まっています。ピスマルクは、社会の安寧・安全のために社会保障制度をつくりました。防貧による社会安定が目的で、弱者救済ではありません。

財の種別を語ると、新幹線のように便利さのための財もあるし、快適さが主機能となっている財もあるし、愉快さを提供する財、アミューズメントパークもあるけれど、医療・介護は基本的に私たちが生活を安心して送るためのサービスです。そのための機能は何かを話します。

地域包括ケアの手段を表す言葉は何か。抽象的には統合です。地域包括ケア研究会が今のところ達している重要な概念の代表は統合です。インテグレーション。統合も、規範的統合と表される理念の統合から始まって、臨床的統合や組織的統合などさまざまな段階を分けて考えることができます。

さらに具体的には、西村先生が言われたように、手段面では、報酬の単位をどうするかとか、業務種別と報酬対象事業種をどうするかとかを考えていく分析概念ももっと議論したいですね。

地域包括ケアをどのようにつくっていくのですかと問われるときに、地域包括ケアのレイヤーは一つではない。地域包括ケアは4つのレイヤーで成り立っています。

まず第1は、要介護度3、4、5の人と、要介護度とは別の次元かもしれないけれども、がん末期など看取り期の方。この人たちに対する医療・介護の総合確保があげられます。大島先生も言われたように、訪問看護が鍵となります。特にこれを中心とする機能。ここは、この中にもいられるプロフェッショナルな医療人、介護人の中でいかにインターフェースをよくして、連携を強め、プランと予後予測を共有すべき分野です。ここは進みつつある地域では大きく前進できています。よって将来についてはあまり心配していない。

数が次にずっと多い第2のレイヤーは、軽度要介護者、それから要支援者・虚弱高齢者です。この人たちは通院できるケースも珍しくない。外来に行くことができます。介護サービスを時々利用しながら自分で生活する。何より大切な課題は、この人たちが悪化しないための仕組みでしょう。悪化を防ぐためには、生活支援がないとだめです。要介護度4、5とか看取り期だと、生活ニーズもかなり限定されてきますが、要支援者は杖をついてでも買い物に行き、社会や他人との接点を持ち続けなくてはなりません。買い物先がないとか、買い物に行く坂道を上れないとか、出かける目的となる楽しみの集まりなどのほうが問題です。

それらの全ての基盤は、住まいと住まい方です。これが3つ目の統合レイヤーに当たります。富山の話をしていただきました。まさにここにも地域包括ケアの入り口の一つがある。

最後のレイヤーは、高齢者全般からさらに広がります。元気な高齢者も、障害者も、児童を抱えた親も含めて、地域づくり、居場所の確保です。ここを確保していかないと、65歳定年になると社会から切り離されてしまう人、特に男性がいます。会社をやめて、年金を受け取り、さらに企業年金がある。そして暇だと引きこもりになる人がおられる。引きこもりにならなければ何をするか。お寺めぐりと高尾山を黙々と1人で登っている男性が何と多いこと。そういう人たちは、大島先生が言われたように、まさに資源ですから、使っていく。こういう人たちの力をまちづくりに生かす。

この4つの層ごとに、誰が主役かが違うことがわかるでしょう。一番上のレイヤーについては、初期の場づくり、いわゆる顔の見える関係づくり期は別として、機能し始めれば市役所がそんなに口を出す話ではない。他方、下に行くほど、自治体の力が鍵になります。国でもないし、県でもない。基礎自治体が、互助の仕組みづくりをしたり、地域づくりを手伝ったり、生活支援の仕組みをつくったりしていく工夫を図らなければなりません。ここはお医者さんの仕事でもないし、

病院の仕事でもない。レイヤーの下に行くほど、地域住民を巻き込み、主役に変えていく自治体の力が地方包括ケアシステムでは重要です。これは論点として出しておいて、今後の行政の方々も含めた勉強会につなげたいと考えております。

論点では、さっき言ったターゲットイヤーも大切です。中村秀一さんが最初2003年に、高齢者介護研究会をつくられ、私たちも入れていただいて、2015年の高齢者介護なる報告をまとめました。2015年がターゲットイヤーだった。その後それなりに日本社会は進化したと思うけれども、できてないこともたくさんあります。

次に、2008年からの地域包括ケア研究会は、最初は2025年をターゲットイヤーにしてきました。理由は簡単で、その前年の暮れまでに団塊の世代が全員75歳以上になるからです。ただし、この分野で仕事してくるにつれ、2025年は大した年ではないなと思うようになってきました。団塊の世代が74歳から75歳に変わったからと言って社会は何も変わらない。むしろ次は、年間死亡数で見るか、80歳以上、85歳以上人口のピークで見るかの方が意味があります。つまり、2040年ぐらいをターゲットにした地域包括ケアシステムづくりに移らないとだめだと思う。2025年に向かっての話は、多くの自治体にとっての中間目標年です。

次に生活圏域を取り上げます。これも重要な論点だと思います。小学校・中学校区。生活圏域の統合の象徴は、生きているまちの象徴は次の3つです。第一に商店街が生きていて、人々が買い物に出歩き、お茶を飲んだり、そこで人と会っておしゃべりをしたりする。第二にお祭りがある。お祭りは、神社でもお寺でもいいですけども、古くから、たとえば江戸時代からのお祭りが行われ、人々が楽しみにしている。第三に地元小学校の同級生がいて集まれる。東京23区の内側の多くの地域にはこれが全部ある。

ところが、郊外の団地に行くとこれらがゼロでしょう。商店街なし。お祭りなし。駅前スーパーが主催していたお祭りは、駅前スーパーが撤退してしまうと、もうなし。そもそも誰も住んでいなかった丘を切り開いた住宅地では小学校の同級生がいない。みんな移ってきた住民だからです。これらは今さらつくれないので、こういう機能を新たに何に象徴させてどう新しく構築するかはおもしろい論点かなと考えています。

最後は覚悟です。覚悟しなくては地域包括ケアシステムはできない。この仕組みを必要とする超高齢社会は世界で初めてだからです。

基礎は自助でしょう。自助について、団塊の世代の覚悟は言ってきましたけれども、それだけではないですね。2040年になったら、団塊ジュニア世代の覚悟が求められます。合わせて経営者の覚悟。病院経営者はまだいいけれども、だめな人たちがいるし、社会福祉法人経営者の一部は最後、政府に頼ろうとしている。

加えて近代的互助の構築が欠かせません。小さいときから知っている間同士なら、隣のおばさんが年とって、隣のおばあさんになって、大変そうだからごみ出しを手伝いましょう、といった助け合いは自然発生的で大変結構です。しかし、団地で知らない人同士のところ、新興住宅地で、あるいは大都市の人間関係が希薄なところでは、互助は自治体がネットワーキング・マネジメントをしないと広がりません。実際に市の計画に取り入れている自治体はすごいなと思う。

大島先生が言われるように、互助の世界では参加者は利用者でもあります。団塊の世代以降の人は、あるところでは互助をする側であり、ある場面では受ける側でいい。いろんな局面があるから。いわゆる介護サービスのなことだけではなくて、小さい社会福祉法人とかNPOの管理業務を団塊の世代の元役人とか元社員が手伝う姿もよいですね。

役所の人の覚悟。厚生労働4局、つまり共助にかかわっている保険局、年金局、医政局、老健局。社会保険だけでは足りないので、基金をつくっていただきました。まさにここをイノベーション基盤にしていけないと、財務省と交渉できない。

最後のセイフティネットは公助と呼ばれます。社会・援護局の担当です。先ほどお二人ともお触れになりました。西村先生が数字を出された貧しい年寄り、大島先生が指摘された貧困、孤立、虐待、ネグレクトの人たちが、比率として増え、かつ数が多い。若いときより目立ちます。もちろん若い貧しい母子家庭も無視できませんけれども、年とってくるとはっきりと目立ちます。これらを全てあわせて自治体が仕組みづくりを行うきっかけとして、地域包括ケアシステムを活用する。

次に「おわりに」。施設と在宅を対比概念で捉える在り方はやめましょう。大切な概念は機能です。機能として私たちが求めているもののうち、施設にあって在宅にないものは何か。トータル