

第16回損保ジャパン日本興亜福祉財団賞 受賞記念講演録

記念講演

『スウェーデンにみる高齢者介護の供給と編成』

大阪大学大学院人間科学研究科教授

齊藤 弥生

シンポジウム

「地域包括ケアシステムの確立に向けてのサービスの供給と編成のあり方」

コーディネーター：岩田 正美（日本女子大学名誉教授）

パネリスト：白澤 政和（桜美林大学大学院老年学研究科教授）

二木 立（日本福祉大学学長）

コメンテーター：齊藤 弥生（大阪大学大学院人間科学研究科教授）

（敬称略）

日時 2015年7月11日（土） 午後1時より

場所 グランドアーク半蔵門3階会議室「華の間」

2016年1月

公益財団法人 損保ジャパン日本興亜福祉財団

目 次

1. 主催者挨拶			
公益財団法人損保ジャパン日本興亜福祉財団	特別顧問	佐藤 正敏	1
2. 審査委員長挨拶			
損保ジャパン日本興亜福祉財団賞	審査委員長	岩田 正美	5
3. 記念講演			
『スウェーデンにみる高齢者介護の供給と編成』			
大阪大学大学院人間科学研究科教授		齊藤 弥生	7
資 料（受賞記念講演会資料集）			19
4. シンポジウム			
「地域包括ケアシステムの確立に向けてのサービスの供給と編成のあり方」			45
コーディネーター：岩田 正美（日本女子大学名誉教授）			
パネリスト：白澤 政和（桜美林大学大学院老年学研究科教授）			
二木 立（日本福祉大学学長）			
コメンテーター：齊藤 弥生（大阪大学大学院人間科学研究科教授）			
資 料（受賞記念シンポジウム資料集）			87
5. 第16回損保ジャパン日本興亜福祉財団賞贈呈式資料			
審査講評	審査委員長	岩田 正美	125
			（敬称略）
資 料	……	損保ジャパン日本興亜福祉財団賞受賞者	

第16回損保ジャパン日本興亜福祉財団賞贈呈式（2015年3月10日実施）



佐藤正敏 前理事長



岩田正美 審査委員長



受賞者 齊藤弥生氏



前列（理事長、出版社、受賞者、審査委員長）
後列（理事、審査委員）

受賞記念講演会・シンポジウム（2015年7月11日実施）



シンポジウムの様子

パネリスト（左から コーディネーター岩田正美氏
白澤政和氏、二木立氏、齊藤弥生氏）



記念講演会の様子

1. 主催者挨拶

公益財団法人 損保ジャパン日本興亜福祉財団

特別顧問 佐藤 正敏

皆さん、こんにちは。本日はお忙しい中、また、お暑い中、このようにたくさんの方々にお集まりをいただきまして、まことにありがとうございます。

ただいま紹介がありましたように、本来なら理事長の二宮がこの席でご挨拶をさせていただくべきなのですが、所用がございまして、6月まで理事長だった私がかわりに冒頭のご挨拶ということにさせていただきたいと思います。

まず、本日の受賞記念講演会・シンポジウムの開催に当たりましては、この後ろのパネルに載っておりますように、厚生労働省を初め、日本社会福祉学会、日本地域福祉学会、日本社会福祉系学会連合、日本社会福祉教育学校連盟の皆様にご後援をいただいております。ご後援・ご協力いただきました皆様にこの場をかりて厚く御礼を申し上げます。

当財団は1977年に創設以来、社会福祉の分野を中心に着実に財団活動を行ってまいりまして、38年目を迎えることができました。また、本年4月には日本興亜福祉財団と合併をいたしまして損保ジャパン日本興亜福祉財団、長い名前なのですが、として新たにスタートを切ることができました。新財団におきましても引き続き公益に資する活動を行ってまいる所存でございます。

当財団の活動につきましては、お手元の資料集の中にこういう1枚紙のパンフレットのコピーが入っております。これをちょっとごらんをいただきまして、私どもの事業の中身を知っていただきたいと思っております。裏面に当たるんですが、こちらに事業内容というのがございまして、そこに3つの柱がございまして、1つが、社会福祉事業、2つ目が福祉諸科学事業、3つ目が社会福祉学術文献表彰事業と書いてございます。社会福祉事業におきましては、障害者の支援あるいは高齢者の支援というものを中心にやっております。特に今はNPOが各地にできておりますので、そういったNPOの基盤強化支援、こういうものもさせていただいております。また、自動車なんですけれども、いろいろな障害者施設では特殊な福祉車両が必要でございますので、こういった福祉車両などの購入についても応援をしております。

また、福祉諸科学事業におきましては、学会の先生方の研究の助成、あるいは、今日行われるようなさまざまな講演会、こういうものを応援している次第でございます。

また、社会福祉事業の中に入らるんですが、海外助成というのを始めておまして、インド、ミャンマー、あるいは、タイ、こういうところのNPO団体に対する助成をしているところでございます。

さて、3つ目の柱であります社会福祉学術文献表彰事業の大きな事業の中身が損保ジャパン日本興亜福祉財団賞の仕組みでございます。この賞は我が国の社会福祉のすぐれた学術文献を表彰し、あわせて、研究費の助成を行うことで、優秀な研究者の育成並びに学術的レベルを向上させるということを目的としております。

賞の選考に当たりますには、まず、数多い社会福祉分野の文献の中から推薦者の皆様に候補文献をご推奨いただいております。それら候補文献につきまして、昨年度は日本女子大学名誉教授の岩田正美先生を委員長として、我が国の社会福祉分野を代表する6名の審査委員の先生方にご審査をお願いいたしました。審査委員の先生方には約4カ月にわたる、休日・夜間を問わない真剣な、かつ、熱のこもったご審査をいただきまして、ご専門のお立場から幅広く、また、奥深いご議論をいただいた次第であります。本賞の審査員の皆様にはこの場をかりて厚く御礼申し上げます。

ご説明してまいりましたような大変厳しいプロセスを経まして、昨年度見事受賞の荣誉に浴されました大阪大学大学院人間科学研究科教授の斉藤弥生様に対しては改めてお祝いを申し上げたいと思います。まことにおめでとうございます。

さて、本日の受賞記念講演会は、平成の初め、1999年の記念財団賞の発足時より今回で16回目ということになります。また、講演会に合わせて開催しておりますシンポジウムも、日本の福祉を、あるいは、社会福祉を論ずる場としてご好評いただいている次第でございます。第1部の講演会では、第16回損保ジャパン日本興亜福祉財団賞を受賞されました斉藤様にご講演をいただきます。第2部のシンポジウムでは、シンポジストとして、桜美林大学大学院老年学研究科教授の白澤政和先生、日本福祉大学学長の二木立先生にご登壇をいただきます。また、講演されます斉藤様にもお入りいただき、財団賞審査委員長である岩田先生にもコーディネーターをお願いいたしまして、「地域包括ケアシステムの確立に向けてのサービスの供給と編成のあり方」というテーマでご議論をいただく次第であります。

皆様方におかれましては、シンポジウムのご登壇を快くお引き受けいただきまして、まことにありがとうございました。本日もぜひご講演の後のシンポジウムで、活発な議論をよろしくお願いいたします。

なお、先ほどご案内がありましたように、講演会終了後には簡単な懇親会をご用意しております。本日も来場いただきました皆様方にご登壇の皆様との交流の場を設定するというところでございますので、お気軽にご参加いただければと存じます。

終わりになりますが、本財団の日ごろの活動をご指導・ご支援をいただきました皆様方に心から感謝を申し上げまして、私からの冒頭のご挨拶とさせていただきます。

どうもありがとうございました。

2. 審査委員長挨拶

損保ジャパン日本興亜福祉財団賞

審査委員長 岩田 正美

今お話がありましたように、損保ジャパン日本興亜福祉財団賞は 1999 年から始まり、今回の受賞で 16 回になります。このような長い期間、社会福祉研究の文献に対して賞をお出しいただいているということに、まず心より御礼を申し上げたいと思います。社会福祉を学ぶ者として大変心強く、また励みになる事業でございます。今後ともぜひよろしくお願いいたします。

さて、今回の斉藤先生の受賞理由については、この水色のパンフレット「受賞記念講演会・シンポジウム」に書いてあります。今日のご講演もありますので、内容についてはパンフレットとご講演に譲ります。さて今回受賞の「スウェーデンにみる高齢者介護の供給と編成」というのはこの本でございます。470 ページちょっとある大著でございます、審査員も厚さに圧倒されながら拝見させていただきました。ポイントだけお話ししますと、本書は高齢者介護サービスの供給だけではなくて、その供給を前提にしてそれらを組み合わせさせて体系化する作業を「編成」としたクリストファー・フッドたちの概念化に注目され、介護サービスの供給を前提に、介護者と高齢者がともに日常生活を組み立てていく作業を「編成」と呼び、この視点からスウェーデンの高齢者介護の過去から現在に至る過程とその課題を丁寧に解き明かした著書です。

審査委員会で評価された点は 3 点ございます。1 点目は、本書で用いられている諸概念は、主に政治学の伝統的概念や、スウェーデン社会福祉の歴史や政策の著名な既存文献に学びながら使われており、それ自体は決して新しいものではありません。しかし、それらをこの著書のテーマの介護の供給と編成に引きつけて整理し直し、非常に平易な表現と構成によって多くの方が理解できるように叙述されている。このことがまず評価されました。

第 2 に、スウェーデンというのは私どもは戦後から 1970 年代にかけての普遍主義モデルといいますか、ヘブンとしてのスウェーデン福祉というのがインプットされているものですから、その後の多元化の動向やその影響というものについて余り知らなかったわけですが、この著書はその多元化の影響をまず戦後から 1970 年代の今申し上げましたような普遍主義モデル、つまりサービスの選択できなかった時代、ただし、ここにはハーシュマンの言う発言オプションといいますか、発言ができる状況があった時代から説き起こし、

これが多元化の波の押し寄せる 90 年代以降、ハーシュマンの言う退出オプションが出てくる時代にどう変わっていったかを丁寧に論じています。しかし、スウェーデンのスウェーデンたるゆえんといえますか、コミューン自治が定着しているところでは、これもハーシュマンの言うロイヤルティが存在しているのではないか。こうした多元主義の影響とコミューンの自治の根強さの多様性が示唆されておりまして、ここがこれまでの日本におけるスウェーデンモデルの理解を大きく書きかえる作業と言えると思います。以上を具体的に示したものとして、本書第 2 部にオリジナルな斉藤氏の調査、さまざまなスウェーデンで起きた事件報道の政治学的分析があり、それらが仮説的な概念操作を、それだけに終わらせないものになっていると思います。

3 点目に、本書は誰がどのように高齢者を介護してきたのかという極めて素朴な著者自身の問いかけから出発しながら、スウェーデンを事例として、みずからこれに答えるべく具体的なサービス供給と現場での編成にかかわる変容を重視しつつ、それを一貫して描こうとした、素直な問題提起とその解明への姿勢にその価値があるという点においても評価されました。

もちろん一つの著書というのはさまざまな課題を抱えておりまして、課題についてもパンフレットには若干触れてありますが、審査委員会としてはぜひ今後は、日本とスウェーデンの介護供給と編成のあり方の本格的な比較研究を進めていただきたいという意見がたくさん出たということをご報告しておきたいと思います。

以上です。どうもありがとうございました。

3. 記念講演録

『スウェーデンにみる高齢者介護の供給と編成』

大阪大学大学院人間科学研究科教授 齊藤 弥生

ご紹介をいただきました大阪大学の齊藤弥生と申します。このたび「第 16 回損保ジャパン日本興亜福祉財団賞」という大変名誉な賞をいただき、いまだに信じられない気持ちです。また本日も、このような場で拙著にまとめた研究成果をご報告させていただけることを大変に光栄に存じます。損保ジャパン日本興亜福祉財団特別顧問の佐藤正敏様、二宮雅也理事長様はじめ財団の皆様、また審査の過程で拙著を評価して下さいました諸先生方に、心から御礼を申し上げたいと思います。本当にありがとうございました。

本日は「スウェーデンにみる高齢者介護の供給と編成」というテーマで話を進めてまいります。

【スライド2】まず本題に入ります前に、審査委員会からもご指摘いただいておりますが、いくつかの単語の定義について少しお話をしたいと思います。拙著のタイトルに「供給」(provision)と「編成」(organization)という語を使っています。「供給」は量的な拡大を意味する言葉で、拙著の中では介護サービスを量的に増やすことので、介護を社会化していく、外部化していくという意味で使用しています。それに対して「編成」は組織形成するという意味ですが、例えば予算編成、オーケストラの編成というように使われることがあります。編成は、東京大学名誉教授の森田朗先生(行政学)は、organization の訳語として「編成」という言葉を使い、「公共サービスの供給活動を構成する種々の作業を一定の関連性に基いて組み合わせ体系化すること」と説明しておられます。

拙著でも「編成」という語を介護サービスの組み立てという意味で使わせていただきました。例えて言えば、日本の高齢者保健福祉 10 年戦略(ゴールドプラン)に見るように、2000 年までにホームヘルパーを全国で 10 万人に増やすというサービスの量的拡大は「供給」面での課題として考えています。それに対して「編成」の考え方には、量的拡大がある一定のレベルまで到達したときに、サービスをどう組み立てて、より利用しやすくするのかという視点が含まれます。例えばホームヘルプの 24 時間対応をどう実現していくのか、小規模多機能型居宅事業をどう普及させるのか、本日のシンポジウムのテーマである地域包括ケアをどう築いていくのか、という問題が、今、介護サービスの分野で大きな課題であり、これを私は介護サービスの「編成」の課題として捉えています。

介護サービスの「編成」を考える場合、利用者の日常生活の組み立てや利便性、また、財政面での合理性を考えることが必要になります。介護保険制度は短期間に介護サービスの利用を拡大し、高齢者介護の社会化に大きく貢献しました。その一方で、制度開始から 15 年が過ぎ、日本の高齢者介護システムは、特に事業者間の競争が激しい都市部において「編成」がしにくいという課題が目立つようになりました。例えば 1990 年代に先進的な

自治体で始まった 24 時間巡回型ホームヘルプはほとんど姿を消してしまいました。介護保険制度のより日本社会における高齢者介護に対する意識は変わり、介護を支える環境は大きく変化しましたが、これからはさらに介護サービスの「編成」について議論する必要がある、という思いで、このタイトルを決めました。

【スライド3】また、「編成」と「ガバナンス」という語の使い方が不明瞭という指摘も多々いただきました。拙著の第1部は「高齢者介護の歴史的整理」として、戦後福祉国家の前の時代、つまり戦前の時代を扱っており、第2部は「供給の多元化と介護ガバナンス」として主に90年代以降の高齢者介護の変容を分析しています。「ガバナンス」という言葉が使用されるようになって久しいですが、研究分野によって使われ方が違う言葉でもあります。拙著では、先ほどの森田先生の説明を使用しています。森田先生はガバナンスの概念について、「構成員の主体的な参加と構成員の自己決定による共同体運営のあり方を意味する概念」と説明しています。スウェーデンにおいて介護サービスの編成のあり方、方向性を決めているのは、基礎自治体であるコミューンのガバナンスによるものです。特に6章にまとめたコミューンごとの制度運用が多様化している状況や、7章にまとめたケアマケア社の介護スキャンダルについてのコミューンの対応をみると、住民、自治体議員、関連団体といったステークホルダーが介護者・介護の質を確保するために積極的に発言し行動していることがわかります。自治体ごとに高齢者介護が住民の自治によって成立しているという趣旨で「ガバナンス」という語を使っています。「編成」は制度設計の視点による用語で、やや上から目線的なところがある部分がありますが、コミューンが介護サービスの「編成」をどのようにガバナンスしているかを分析したのが第2部です。ただ、ご指摘のとおり、十分に説明し切れていない単語であり、今後さらにわかりやすく説明できるよう努力したいと思います。

【スライド4】本日の話ですが、理論的な枠組みとして「発言」と「退出」という概念の話から、戦後福祉国家の中での高齢者介護の発展、さらに、90年代以降のグローバル資本主義と市場化の中での高齢者介護の変容、最後に拙著が示している今日の高齢者介護における論点についてお話いたします。

私がスウェーデンに留学したのは1989年で、高齢者介護の分野で民営化の議論が始まった頃です。その後ずっとスウェーデンの高齢者介護を調査研究をしてきたため、すべてを知っているかのような気持ちになりがちですが、私が自分の目で見えたものは100年を超える高齢者介護の歴史のなかで、わずか四半世紀の出来事に過ぎないということを感じます。戦前の議論にはスウェーデンの社会福祉において、普遍主義の考え方が形成されていくプロセスを見ることができ、実は読み物としては第1部のほうがおもしろいように思います。第1部は私の研究成果というより、私が直接、指導を受けてきたスウェーデン研究者の著書や論文からの引用が多いのですが、スウェーデンの高齢者介護を理解する上でとても重要な内容だと思い、整理してまとめました。ぜひとも読んでいただきたいと思います。

【スライド6】理論的な枠組みの話になりますが、拙著で用いている「退出」、「発言」、「ロイヤルティ」という概念ですが、これはアルバート・ハーシュマンというアメリカの政治学者が1970年に刊行した *Exit, Voice, and Loyalty* という著作を用いています。彼は当時のアメリカで台頭する新保守主義勢力に対し、全ての公共サービスが市場力で解決できるものではない、と問題提起をするのですが、そのときに企業や組織、国会の活性化と衰退のメカニズムをこの3つの概念を用いて説明しました。

皆さんのお手持ちの資料とはちょっと順番が逆になるのですが、まず「退出」ですが、「退出」はまさに市場原理の話であり、その商品やサービスに失望した人は他のものを選ぶという考え方です。嫌だったらそのサービスを選ばない。例えばおいしくないレストランや下手な美容室には二度と行かないというもので、人の「退出」行動により悪いものが淘汰され、質が向上されていくという考え方です。

これに対して「発言」は政治的解決を意味する概念で、その組織に所属する人たちが声を出して失意を表明し、改善しようと努力することを指しています。例えば学校などで学習環境をよくするために教員、生徒、保護者が話し合いをするという行為が挙げられると思います。近年では話し合いの前に、その学校に不満のある生徒や保護者は別の私立の学校に移ってしまう、という「退出」行動が増えているかもしれませんが、基本的にはみんな話合ってよいものをつくっていかうとする考え方です。

それぞれに弱点があるわけですが、まず「発言」は、他に選択肢がない場合には有効ですが、今の社会では全く選択肢がない状態というのは考えにくいと思います。発展途上国ではこのモデルの効果がみられても、資本主義国では選択肢がたくさんある中で「発言」モデルはなかなか機能しない。しかし「退出」モデルにも問題があり、「退出」モデルは人々に対し、自分で汗を流さずに、他にもっとよいものがあるのではないかという幻想を抱かせてしまうという、大きな問題を持っています。

スウェーデンにおいて戦後福祉国家の最盛期の高齢者介護は「発言」モデルで説明ができます。全ての介護サービスがコミュニティによる独占供給で、納税者である住民の声が政策を動かし、サービスに影響を与えるという形態です。ところが近年では「退出」モデルが部分的に始まり、介護サービスを選べるようにと、2009年から「サービス選択自由化法」が始まりました（詳細は後述）。それでも、スウェーデンが基礎自治体コミュニティを基盤とした高齢者介護を維持し続けているのは、「退出」と「発言」をうまく組み合わせたモデルを形成しているからというのが私の研究の1つの結論です。

両者が共存するために接着剤として、ハーシュマンは「ロイヤルティ」という概念を説明します。「ロイヤルティ」とは、組織に対する愛着と訳すことができますが、これがあから、基礎自治体を基盤とした高齢者介護は継続していると考えられます。「ロイヤルティ」があれば、市場的解決と政治的解決が共存できる、とハーシュマンは言っていますが、スウェーデンの高齢者介護の変容もこのモデルで説明できると考えます。

【スライド7】さらにスウェーデンの政治学者であるビクトール・ペストフはハーシュマン

の理論を用いて、対人社会サービスが市場解決に向かないことを説明しています。対人社会サービス、つまり、教育、医療、介護、保育といった継続的なサービスは、「退出」によって事業者を替えると高いコストがかかるという説明をしています。つまり、レストランや美容院であれば気に入らなければ別を探せばよいことですが、介護の場合、今の老人ホームが自分に合わないといって引っ越すこともできますが、それには大きなコストがかかります。これまでの人間関係を全部解消しなければならず、さらに新しい老人ホームに移っても、今以上によい条件に出会えるかどうかは全くわかりません。そのため、対人社会サービスでは「発言」、つまり、利用者や関係者が声を出してよりよいサービスを共に築くという作業が必要になります。対人社会サービスにおいて、市場解決には大きなコストがかかることを理解する必要があります。

しかし、高齢者介護サービスが市場化指向となる中でどのように利用者や関係者の声をサービスに生かすか、つまり、「発言」メカニズムをどう組み込むことができるかが課題となります。

こう考えてみると、日本の介護保険制度はサービスの増加には大きな貢献を果たしたものの、自分たちが動かなければよいサービスができないという 1990 年代にみられた、市民活動家たちの思いを忘れさせてしまったような気もいたします。誰かが自分に合ったサービスをつくってくれる、自分に合わなければ他を探せばいいという考え方が私たち自身にも強くなってきているように思います。「誰かがやってくれる」というのは幻想かもしれない、ということにそろそろ私たちも気づくことが大切です。

【スライド9】それでは、戦後のスウェーデンの福祉国家発展期における高齢者介護をまとめます。日本の私たちがいわゆるスウェーデンの高齢者介護として思い描く姿として最も近いものだと思います。まずは「発言」のモデルの時期に築かれた「オムソーリ」という概念についてご紹介します。スカンジナビア諸国では、介護を「オムソーリ」と表現します。「オム」というのは分かち合うという意味があり、「ソーリ」というのは痛むという意味があり、つまり語源から見ると、痛みを分かち合うというような意味になります。「オムソーリ」は主に3つの分野で使われていますが、1つは子供を対象とする「バーン・オムソーリ」で保育と邦訳していますが、ここでは子供の成長を支える「オムソーリ」が行われています。2つめは障害のある人を対象とする「ハンディキャップ・オムソーリ」で障害者福祉と邦訳していますが、状態を維持するための支援を行う「オムソーリ」です。3つめは、本研究が対象としている高齢者を対象とする「エルドレ・オムソーリ」ですが、これは身体的な機能の退化に寄り添う「オムソーリ」です。このように人生のステージにおいてそれぞれの「オムソーリ」があります。この3つの共通点は、対象者が「オムソーリ」を必要としていることです。元気な人同士がケアし合うことは「オムソーリ」とは言いません。「オムソーリ」は「ケア」と英訳されますが、私は「オムソーリ」は「ケア」とも違う概念だと思っています。英語の「ケア」は、例えば靴の手入れやペットの世話など人間以外にも使われますが、この「オムソーリ」は人間同士の行為にしか使われません。

また、家族の中で行われる介護や子育てにも「オムソーリ」という語は使われません。スカンジナビア諸国の戦後福祉国家が、社会の連帯で介護や子育てをするという文化を築いてきたことを象徴している単語のようにも思われます。

1980年代頃からスウェーデンの行政ではこの「オムソーリ」という語を使用するようになりましたが、その以前は「ヴォード」という言葉が使われていました。これは医療的や保護の意味が強い言葉です。そして、サービスという言葉はあまり使われませんが、利用者の権利が強い概念だと言われます。ヘルプは何でも使われる言葉です。

スウェーデンの高齢者介護の場合は、使用される言語の変化とともに、医療や管理重視の「ヴォード」から、専門職と利用者の対等な関係で築かれる「オムソーリ」の時代があって、今、「家事サービス」の時代という変遷があるかと思います。日本の高齢者介護の場合、「ヴォード」の社会から急速に「サービス」の社会に移ってしまった感じがします。スカンジナビア諸国に比べ日本では、専門職と利用者の対等な関係を築く時期がほとんどなかった分、利用者の権利性だけが非常に強調されていると感じる場面があります。

【スライド 10】オムソーリの文化が築かれていく中、グラフはサービス供給の状況を示しています。スウェーデンの介護研究者マルタ・セベヘリは、スウェーデンのホームヘルプの発展は3つの時期に分かれると分析しています。

まずは1960年代から70年代にかけてですが、これをセベヘリは「伝統的モデル」と呼んでいます。ホームヘルプが急増した時期で、ホームヘルプは老人ホームに比べて救貧事業にみられるスティグマがなく、利用者は急増しました。この頃はホームヘルパーと利用者の間には友人のような関係もみられ、ホームヘルプの責任者は相性が合う人同士をマッチングするというのが大きな役割だったようです。

1970年代に入り、ホームヘルプの合理化を視野に入れた政策が始まり、セベヘリはこの時代を「ベルトコンベア風モデル」と称しています。ホームヘルプの移動距離を短く、あるいは、移動距離自体をなくしてしまうために、サービスハウス、デイサービスなどの集合型サービスが増加します。グラフからもわかるように、1970年代半ばには65歳以上高齢者の約3割がホームヘルプを利用していたということですから、日本の私たちからは想像できないような状況が展開されていました。

1980年代には「小グループモデル」が始まり、これはコレクティブ方式と呼ばれ、日本でも一つのモデルとして紹介されました。小地域単位でホームヘルパーのチームが配置され、そのグループで責任を持ってその地域の人々の生活を支援するという形式です。利用者にとっては顔なじみの関係ができるので好評であったのはもちろんのこと、ホームヘルパーを専門職化し、魅力的な仕事にして、優秀な人材を確保しようという政府の戦略がその背景にあったと言われています。

ホームヘルプの供給と編成の流れを見ますと、第1期は間違いなく「供給」の時代であり、第2期、第3期には「編成」の考え方が生まれ始めたと言えます。

【スライド 11】介護サービス利用者数のピークは施設もホームヘルプも1970年代中盤、

1975 年頃でした。施設から在宅へということがよく言われますが、数字で見ると、スウェーデンにおける福祉国家の発展期にはホームヘルプはもちろん急増しましたが、施設も一定数は増えており、施設も在宅も両方が増加した時代とすることができます。2000 年代になると施設利用者が減少、ホームヘルプ利用者が増加というゼロサムの傾向が始まりますが、1970 年代まではすべてが増加していた時代でした。しかし、施設の性質は変わっており、内訳を見ますと（右側のグラフ）、古いタイプの老人ホームは減少し、サービスハウスや医療施設としてのナーシングホームが増加したことがわかります。

【スライド 12】1980 年代終盤以降はホームヘルプは重度者にターゲット化されていきます。週に 10 時間以上の利用者が 1986 年と 1994 年を比べるとかなり増えていることがわかります。この傾向は日本の介護保険改正(2014)の中で重度者にターゲット化されている傾向と同じ流れと考えることができます。

ここまでの話は、私たちがイメージする古き良き時代のスウェーデンの高齢者介護です。私が留学した 1990 年代初頭からはグローバル化の影響により 準市場化と「退出」モデルの時代になってきます。

【スライド 15】後ほど「ロイヤルティ」の議論をするために、スウェーデンの地方自治のモデルをご紹介します。

スウェーデンの行政機構は、国と広域行政である県（ランスティング）と基礎自治体コミューンの 3 層構造になっていますが、社会福祉の責任はコミューンが担っています。スウェーデンの行政構造を「砂時計モデル」と呼んでいます。社会福祉の基本法である社会サービス法は、「必要な人に必要なサービスを提供する上でコミューンが最終責任を負う」ことを規定しています。また社会サービス法は枠組み法と呼ばれ、日本の介護保険法のように詳細が厳密に規定されている法律とは異なる性質のもので、サービスの内容や料金はコミューンで決めることができます。スウェーデンでは税体系自体が地方税中心になっており、コミューンの自主財源の比率が高いということがコミューンの強い自治を支えています。

【スライド 16】この砂時計モデルですけれども、1990 年代半ば以降、大きな変化を示します。3 層構造の行政が 5 層構造に展開をしていきます。中央政府の上に国際機関、わかりやすく言えば、EU という国際機関の取り決めが大きな影響を及ぼすようになってくる。その結果、EU の政策を受けざるを得ない状況となり、中央政府の権限は相対的に小さくなる。また、ヨーロッパ内の都市間競争ということで、広域行政の権限が強まり、スウェーデン南部のマルメを中心に、また西部のヨーテボリを中心に 2 つのレギオンが形成される。そして、コミューンについては、福祉や義務教育等におけるコミューンの権限は大きいままではありますが、事業自体の民間委託が進むために、直営事業は相対的に小さくなっていく。さらに、後でストックホルムの話でご紹介しますが、コミューンより住民の身近なレベルで自治体区委員会を設置するコミューンが出てくる。一番小さい行政単位である自治体区に住む住民は 5 層構造の行政組織の中で生活しており、これを「花びんモデル」

と呼んでいます。この国と地方関係の変化も「退出」モデルに大きな影響を与えています。

【スライド 17】少し唐突に見えるかもしれませんが、これもスウェーデンの福祉を理解する上で重要な視点で、全国のコミュン議会の与野党分布を示した図です。スウェーデンでは4年に1回、9月の第3日曜日に総選挙が行われますが、国、県、コミュンの選挙が同日に行われています。スウェーデンの選挙のたびに社民党の勝利か保守系の勝利かが日本では報道されます。左の年号の下に下線があるのが保守政権、その他は社民党が政権をとった年です。注目したいのは、国会で社民党が勝とうが保守系が勝とうが、コムン選挙では一定の割合で社民党与党のコミュンがあり、保守系与党のコミュンがあるという事実です。例えばストックホルム近郊の所得層が高い地域では、国政選挙で社民党が勝っても、それとは無関係にずっと保守系が政権にあるコムンがあります。また北極圏のコミュンでは、国の政権交代に関わらず、ずっと社民党がコムンの政権をとっているわけです。特に2000年以降は高齢者介護については、コムン選挙においてどちらが与党かということで、高齢者介護の編成が異なるという現象が見られるようになりました。

【スライド 19】これは2000年から2010年の間に、介護の多元化がどのくらい進んだかを示すため、民間の供給率の推移を示しています。ホームヘルプ、介護付住宅とも2010年の民間供給率は全国平均19%で、ホームヘルプでは2000年に比べて12%増えています。この数字は自治体によっても大きな差があります。

【スライド 22】この表は高齢者介護サービスと障害者福祉サービスの推移を表していますが、先ほど1980年代までの施設サービスと在宅サービスの利用数の伸びを見ていただきましたが、「施設から在宅へ」と言いつつも、施設もそこそこ増えていたとお伝えしましたが、2000年以降は数字で見ても「施設から在宅へ」となっています。ホームヘルプは18%増加していますが、介護付住宅の利用者が19%減少しており、まさにゼロサムの関係になっていることがわかります。介護付き住宅は閉鎖されることも珍しくなく、今ではその代わりにデイサービスやホームヘルプ事業所などのサービス拠点の周辺にアパートが新築されて、重度の介護の必要な人たちはそこに住み、1日に複数回のホームヘルプを受けるというサービスの編成が見られます。

今日のテーマから少し外れますが、高齢者介護の予算が減少しているのに障害者福祉の予算が増加しているという点も興味深い点です。これは法律の性質の違いによるもので、障害者を対象とするLSS法（機能障害者法）は権利法でコムンに対してサービス提供義務が課せられています。社会サービス法は枠組み法でコムンの裁量が強い法律ですから、コムンの財政事情の影響を受けます。障害者福祉はコムンの財政事情の影響を受けずに利用が伸びています。

【スライド 23】さらにコムンによる違いも大きくなってきました。これは拙著6章で扱っている統計分析の記述統計量の表ですが、2003年時点の全290コムンの主要統計が含まれています。民間供給率もゼロから60%のコムンまであります。北部の過疎地域

のコミュニティには介護サービスの民間供給がゼロというコミュニティが複数あります。介護付き住宅の利用率も 3.5%から 13.1%というように異なります。例えば北極圏のコミュニティでは冬にはマイナス 30 度にもなるので、訪問介護より集合住宅がより必要になってきます。ホームヘルプ利用率も 4.2%から 16.4%までの開きがあります。コミュニティで介護サービスの編成を決められるため、このような差が現れます。

審査講評でご指摘いただきましたが、なぜ全 290 コミュニティの重回帰分析をする必要があったかということですが、スウェーデンでは介護のコストを下げるために民営化を行うと、当時の保守系政党はその必要性をさかんに主張していました。本当に民営化が介護サービスコストを下げているのかを検証したかったのが重回帰分析を行った背景にあります。1人当りのホームヘルプコストと介護付き住宅のコストと民間供給の多いコミュニティの関係では、何らの影響も見られませんでした。つまり、民間供給が多いコミュニティ、民間委託に力を入れているコミュニティがコスト削減に成功しているということは必ずしも言えない、ということがこの調査で明らかになりました。これを言いたかったためにこのような分析をいたしました。民間委託をしても、バウチャー制度にしても安くなるとはいえないということを見つけたことは大事なことで、高齢者介護の議論はイデオロギー論争になりがちで、事実の真偽を確かめる研究がほとんどないというエデバルクの主張を検証したことにもなるからです。

【スライド 24】「民営化すると安くできる」という議論のなかで、コミュニティごとにさまざまな方策が模索されますが、その多様な取り組みについては、ヒアリング調査の結果を拙著でまとめて分析しています。コミュニティにとっての 2000 年代は“民営化実験”を繰り返していた時期だったように思います。そういう中で 2009 年に「サービス選択自由化法」が施行され、高齢者介護システムに一種のバウチャー制度の導入が推奨されるようになりました。サービス選択自由化制度は法律で始まったわけではなく、1990 年代からストックホルム近郊の保守系与党のコミュニティでは既に導入されており、法律施行前でも約 1 割のコミュニティでは実施されていました。

日本の介護保険制度と少し似ている点は、利用者がサービスを選ぶということです。法律では「コミュニティは、利用者がコミュニティ直営か民間サービスのいずれかを選べるようにしなければならない」としています。日本の研究者である私から見て非常に興味深い点は、自主財源で行っているスウェーデンの高齢者介護はコミュニティの裁量が非常に強く、法律が施行されても半分のコミュニティで実施していないということです。2015 年の統計を見ますと、約 15%のコミュニティでまだ介護にサービス選択自由化法が導入されていない。法律が施行されても、まだ 50%の自治体で導入されていないということはなかなか信じがたいことですが、導入したが既に廃止したというコミュニティも 3カ所あるようです。

【スライド 25】拙著ではサービス選択自由化制度を採用する 2つのコミュニティの比較調査を扱っています。1つは人口約 85 万人のストックホルム、もう1つは人口 7万 5,000 人のヴェクショーです。

サービス利用を比較すると、大きく違うのがホームヘルプの家事援助サービスです。枠で囲ってありますが、ヴェクショーは全国平均レベルで、高齢者の 7.1%が家事援助サービスを利用していますが、ストックホルムはその半分の 3.0%という数字になっています。これはヒアリングで明らかになったことですが、2007 年に家事労賃控除という制度が導入されました。ヨーロッパでは移民の増加が社会的な課題となっているのはご承知のとおりですが、スウェーデンでは移民層の失業問題を解決するために、新たな産業として家事サービス産業の育成を考えてきました。そこで、掃除、洗濯、子供の送り迎えなどを家事サービス会社から購入すると、年間 5 万クロネ分（日本円で約 75 万円分）は半額が税額控除になるという制度が導入されています。これは子育て家庭に高い人気があり、また、所得が高い高齢者にも人気があります。所得の高い高齢者の場合、コミュニケーションのホームヘルプより価格が安く利用できます。サービス判定を受けずに安いサービスを使えるために人気があるだけでなく、ストックホルムではコミュニケーションが積極的に、高齢者に対して家事労賃控除で家事援助を購入するように奨励しています。これは介護サービスの私費購入の時代の始まりを感じる動きでもあると思います。

【スライド 26】ストックホルムは行政の 5 層構造、つまり自治体区制度を取り入れています。ストックホルムコミュニケーションの中ではオステルマルム区では介護付き住宅で民間事業者のシェアは 94%で、ホームヘルプ事業者は 109 カ所もあります。高齢者は選択肢が多すぎて選べないという趣旨の意見が新聞によく出ていますが、ホームヘルプの民間事業者のシェアが 100%になり、逆に自治体直営のホームヘルプが選べないという状況も出てきています。ストックホルム全体ではホームヘルプの 6 割、介護付住宅では 7 割が民間供給となっていますから、この数字はある意味では日本を超える営利事業者のシェアであり、これまでのスウェーデンの高齢者介護の常識から見ると驚きでもあります。

【スライド 30】これに対して、ヴェクショーでは、ホームヘルプ事業者は民間事業者と自治体直営を合わせて 6 件しかありません。身体介護はコミュニケーション直営が中心に行い、民間事業者は 1 事業者だけが身体介護をやっています。残りの 4 件の民間事業者は家事援助だけをやっています。ヴェクショーでは家事援助には選択肢があったほうが良いと考えています。例えば多文化対応サービス協同組合という事業者がありますが、ここは主に移民の方がホームヘルパーとして雇用されており、13 言語以上の対応が可能ということ売りにして営業しており、利用者からは母国語で会話ができると好評です。身体介護はコミュニケーション直営で行い、家事援助には多様性を認めていくという、そういう介護サービスの編成をヴェクショーコミュニケーションは選んでいます。

ヴェクショーで事業者数が少ない理由は、ストックホルムに比べて参入規制が強いからです。信頼できる事業者しか認定しないという方針が強く、地域の事業者ばかりで、多国籍企業などの営利事業者はヴェクショーには参入していません。それに対してストックホルムは日本と似ており、事後規制型です。基本的にホームヘルプ市場は原則、全ての事業者が開かれており、サービスの質の管理は監査員制度やオンブズマン制度により対応しよ

うとしています。

【スライド 31】初めの理論の話に戻りますが、図9-2と書いてあるのが従来の古きよき時代のスウェーデンのモデルで、地区ごとに介護サービスの拠点があって、そこに住む人はその拠点のサービスしか選べない。まさに「発言」によって地域のサービスを改善していくというモデルです。そして、「退出」モデルと書いてある図は、日本を初め多くの国々がとっている形態であって、どのサービスでも選べます、という利用者の権利性と選択の自由が重視されているモデルです。そして、ヴェクショーの編成の形態は、「発言」と「退出」を組み合わせたモデルで、身体介護についてはコミュニケーションが中心に、家事援助には選択を入れている。ストックホルムの場合でも、A社、B社、C社、D社は民間企業ですが、24時間対応をする事業者は必ず各エリアに配置するという、「編成」の方針があります。

【スライド 32】私がストックホルムに滞在した2012年秋から2013年にかけて、連日のように新聞紙上で、ベンチャー投資系介護企業による介護スキャンダルが報じられていました。この新聞記事に書いてあるのはほんの一例ですが、ストックホルム中央駅からも近い、1990年代には多くの日本人が視察に行った施設「リネーゴーデン高齢者住宅」です。そこが今ではベンチャー投資系介護企業に委託されており、深刻な身体拘束の問題が発生しました。

【スライド 33】介護事業はそのほとんどが人件費で成り立っており、介護職員の給与に人数分をかけたものが人件費となりますが、総事業費が圧縮されると（つまり、委託料が減額されると）、スウェーデンの場合は職員配置基準がないため、事業者は職員数を削減します。ですから、総事業費の圧縮はサービスの質の低下に直結します。日本では職員配置基準があるので、総事業費の圧縮は職員の賃金カットや労働条件の悪化という形になるという構図です。

【スライド 34】スウェーデンでは介護スキャンダルが頻発しているかのように報道されていますが、でも、これをすべて真に受けてはいけないという部分もあります。介護スキャンダル報道は選挙のある年に増加するという研究分析もあります。スウェーデンの報道機関による過激な介護スキャンダル報道には驚かされますが、このジャーナリズムが社会サービスの質を改善するために、質の低下に敏感な市民による「発言」の行動を生み出すきっかけをつくっているともいえます。

拙著の7章ではカレマケア社による介護スキャンダル報道について約6カ月分の記事を分析しています。高齢者の虐待や様々な事故や事件に対して、各党の自治体議員や行政の責任者、介護事業者、市民団体がどのように動き、どのように発言しているかが、外国人の私にでもわかるように詳細に書かれているというのがスウェーデンの新聞の特徴で、それは介護システムにおいて、マスメディアの果たす重要な役割だと思います。スウェーデンにおける介護ガバナンスの事例として、住民の署名活動が地域の選出の自治体議員を動かし、カレマケア社への入札を取り消させたという事例についても7章で分析しています。

残りの時間、本書から見た論点ということでまとめさせていただきます。

【スライド 36】表は日本とスウェーデンの比較ですが、日本もスウェーデンも供給独占から供給多元化に移ってきた移行の過程を示しています。スウェーデンは財源調達を税方式のまま供給多元化に進みました。日本は社会保険方式を選びました。日本は事業者間の競争が強まり、介護サービス供給においては非常に市場性が高まりました。スウェーデンでもサービス選択自由化法が施行され、日本の介護保険制度にみられる事業者選択の自由に似た仕組みができましたが、大きく異なるのは、利用者と事業者の間には直接の契約関係がないということです。スウェーデンの制度は日本に比べて市場性が低くて、サービスはコミュンと事業者で結ばれており、利用者の選択は単に希望の表明に過ぎないと考えることができます。

【スライド 37】介護サービスの位置づけも異なっており、スウェーデンでは介護サービスは社会サービス法の中で規定された「社会サービス」です。日本では多くの人が介護サービスを社会サービスあるいは福祉サービスと思っていると思いますが、法律上は介護サービス費の支給であって、利用者個人は私的サービスとして介護サービスを購入しています。そして9割を保険がカバーしてくれるという仕組みです。そのために日本の介護システムは、スウェーデンに比べて市場性が非常に強い仕組みになっているということを理解する必要があります。

【スライド 39】そして、「ロイヤルティ」の話になりますが、日本でもスウェーデンでも介護システムにおいて「退出」メカニズムが進んでいることは明らかです。しかし、スウェーデンの場合、コミュンが運営する高齢者介護に対するロイヤルティがいまだに強いということがわかっています。グラフで明らかのように、7～8割の人は「介護は税金で行われるべき」と考えており、そのために「多くの税金を払ってもいい」と考えています。ただ微減の現象は少し気になるころではあります。

【スライド 40】供給主体としての政府、コミュン直営のサービスに対する支持も今でも強く、約8割の人が「国かコミュンがサービス供給主体であるべき」と考えています。これは保育に比べても高い水準になっています。ただ、こちらもやや減少傾向になる点は気になるころです。供給主体として、家族やボランティア団体への期待は全くと言っていいほどないことがわかります。

【スライド 40】スウェーデンの高齢者介護システムの論点を次のように考えます。

グローバル資本主義の進む中、「コミュン自治を基軸とした高齢者介護」は形を変えて残っています。そこには住民のロイヤルティ（＝コミュン税で運営される高齢者介護に対する信頼）が高いという背景があります。その中で論点として3つを挙げます。

1つめは、この「ロイヤルティ」はこのまま持続していくかという点です。先ほどもご紹介しましたが、家事労賃控除により、家事サービスを私費購入という流れが生まれてきており、利用者はより消費指向になっています。

2つめは、営利企業による寡占化の進行です。理想とされる福祉多元主義は、いろいろ

な事業者が競争して質の向上が目指されますが、市場の寡占化が進むと質が低下していく懸念があります。そして、グローバル企業による税財源の流出にどう対応するか。日本の介護保険制度の創設に向けた積極的な議論の中で、税金や保険料は地域で還元していくという議論がありましたが、グローバル資本主義の中では多国籍企業に税金や保険料が流れていくという現象が始まっているのは明らかです。

そして3つめは、これらに対してコミュン自治はどこまで対処できるのだろうかという点です。

そして、最後に日本の高齢者介護システムの論点ですが、日本ではスウェーデンに比べてグローバル資本主義の影響はまだ小さいとは言えますが、市場性が強い介護システムであることがわかります。また中央集権的で、政府の管理力が強い高齢者介護は形を変えて残っています。介護保険制度に対する国民のロイヤルティは今でも高いと思われます。

そのような中で次の3点を論点として挙げています。一つめに日本社会における介護サービスの位置づけです。法律上は日本において介護サービスは私的サービスですが、極めて公共性が高いサービスであるということを再度確認する必要があると思います。二つめに、市場性が強く、保険者の力が弱い仕組みの中で、どのような包括ケアシステムを構築していくのか。これは後ほどのシンポジウムの中で、先生方にご議論いただきたい論点の1つでもあります。そして、三つめに、介護保険制度の利用枠が縮小される中で、どのようにして国民の介護保険制度に対する「ロイヤルティ」を維持していくのかということが、これから大きな課題になってくると思います。

【スライド 42】拙著では、介護研究で重要な論点である、家族の役割にはほとんど言及することができませんでした。これを書くと 1,000 ページぐらいにもなってしまうかと思うので、また次の課題にさせていただきます。それから、歴史的記述についてはスウェーデンの著名な先生方の論文を多大に引用しています。この本を書くに当たっては、大学時代からの恩師である、早稲田大学名誉教授の岡沢憲英先生、それから、本書を推薦して下さった同志社大学教授の上野谷加代子先生はじめ、数え切れないほどの方々にご指導とご協力をいただきました。また身内の話にはなりますが、この本は大阪大学出版会の川上展代さんとの共同作品で、川上さんがいなければ最後までたどり着くことができなかつた1冊だと思っています。今回の受賞につきまして、改めてお礼を申し上げます。また最後まで本当にご清聴ありがとうございました。

第16回損保ジャパン日本興亜福祉財団賞
〔社会福祉学術文献表彰事業〕
受賞記念講演会資料集

齊藤 弥生 氏

受賞著書『スウェーデンにみる高齢者介護の供給と編成』

(大阪大学出版会 2014年2月)

日時 | 2015年7月11日(土) 午後1時～

場所 | グランドアーク半蔵門

主催 | 公益財団法人損保ジャパン日本興亜福祉財団

後援 | 厚生労働省・一般社団法人日本社会福祉学会

日本地域福祉学会・日本社会福祉系学会連合

一般社団法人日本社会福祉教育学校連盟

スウェーデンにみる 高齢者介護の供給と編成

大阪大学 齊藤弥生

損保ジャパン日本興亜福祉財団 受賞記念講演会 資料
2015年7月11日 グランドアーク半蔵門

17

「供給」(provision)と「編成」(organization)

供給: 要求や必要に応じて物をあてがうこと(広辞苑) → 量的な拡大 ⇒ 介護の外部化、社会化

編成: *organization* の訳語の難しさ。

- ・組織し、形成すること。例: 予算編成(広辞苑)
- ・「公共サービスの供給活動を構成する種々の作業を一定の関連性に基づいて組合せ体系化すること」(森田1986) → サービスの組み立て
⇒ 24時間対応ホームヘルプ、小規模多機能、「地域包括ケアシステム」などの設計、組み立て

「編成」と「ガバナンス」

- ・本書では「第2部 供給多元化と介護ガバナンス」として、「ガバナンス」という語を用いている。
 - ・「ガバナンスとは、構成員の主体的な参加と構成員の自己決定による共同体運営のあり方を意味する概念」（森田2007）
 - ・つまり、本書第2部のタイトルの趣旨は、「編成」のあり方を決めるのはコミュン（自治体）自身であり、住民、自治体議員、関連団体の意思決定への参加と積極的な関わりで、自治体ごとの高齢者介護が成立している、という趣旨である。
- （ただし本書では2つの用語について十分に説明しきれず、今後の課題としたい。）

本日の話

1. 理論的枠組み
- （2. 高齢者介護をめぐる戦前の議論）※本日は省略
3. 戦後福祉国家の発展とともに：「発言」
4. グローバル資本主義と市場化のなかで：「退出」
5. 本書からみた論点

※本資料で用いる図表はすべて拙著に掲載されたものである。

1. 理論的枠組み:「発言」「退出」「ロイヤルティ」

「退出」「発言」「ロイヤルティ」

すべての公共サービスの課題は市場力で解決できるものではない。(Hirshman 1970)

■**発言(voice)**: 失意を表明し、改善しようとする。(=非市場力(政治力))

+ 完全独占の状況下で効果を発揮。

- 先進国ではこのような条件は成立しにくい。 **福祉国家の最盛期**

■**退出(exit)**: サービスに失望した人は他を選ぶ。(=市場力)

+ 悪いものは淘汰され、質が向上される。

- 「もっとよいものがあるはず」という妄想を抱かせる。

品質志向の顧客ほど早く退出してしまう。

グローバル資本主義の時代

■**ロイヤルティ(loyalty)**: 組織に対する愛着

+ 品質に敏感な顧客の「退出」を一定の範囲で留める。

→ ロイヤリストは「発言」に望みをかけてその場にとどまる。

◎組織に入るための高い納付金、「退出」への厳しい罰金も「ロイヤルティ」を引き起こす

	散発的サービス	継続的サービス
分類	一般サービス	対人社会サービス
サービスの例	飲食サービス、散髪、クリーニングなど	保育サービス、教育、 <u>高齢者介護</u> 、障害者福祉など
継続性	なし（非継続的）	あり（継続的）
定期性	なし（不定期）	あり（定期的）
特質	1) 利用者と提供者の間に相互関係は必要ない 2) 利用者による選択が容易である	1) 利用者と提供者の間に相互関係を必要とする 2) 最低限の需要を満たすために（サービスが完全に無くならないようにするために）、提供者と利用者の安定的な関係の維持が必要
「退出」のコスト	簡単で、コストがかからない	極めて高い
不満の表明（=質回復のメカニズム）	「退出」オプション 市場解決メカニズム（競争）の機能により、悪質なサービスは淘汰される	「発言」オプション 市場解決メカニズムが機能しにくい

(出所) Peacock (1998) より作成。

3. 戦後福祉国家の発展とともに:「発言」モデル

「オムソーリ」(介護)の意味

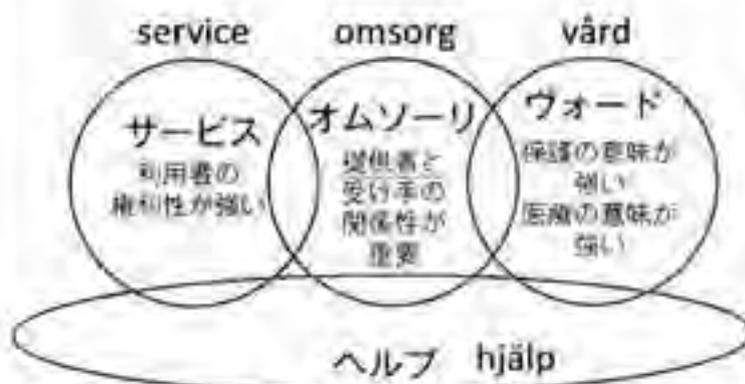


図4-1 介護職員/ホームヘルパーの仕事

●子どものオムソーリ (barnomsorg)
→ 成長をささえる

●障害者のオムソーリ (handikappomsorg)
→ 維持するために支援

●高齢者のオムソーリ (äldreomsorg)
→ 退化に寄り添う

3つの共通点は対象者が「オムソーリ」を必要としていること

利用率ピークは1970年代半ば 高齢者の27%がホームヘルプを利用

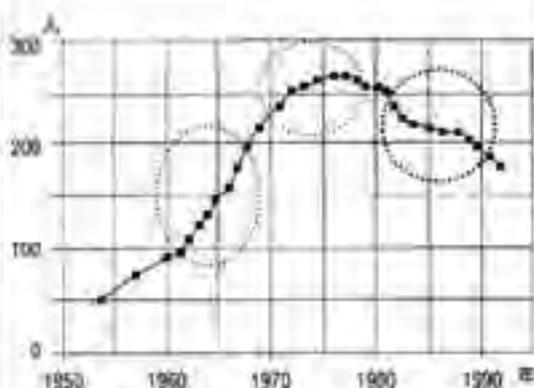


図4-3 ホームヘルプの利用者数の推移 (65歳以上1000人あたり)

(出所) Samtidsly 1980: 70

●**伝統的モデル(60年代)**
・救貧色がなく、高齢者に人気
・ヘルパーと利用者の強い関係

●**ベルトコンベア風モデル (70年代)**
・集合型サービスの開始 (デイサービス、サービスハウス)

●**小グループモデル(80年代)**
・小地域で担当者を決め、介護の継続性を重視
・専門職化による人材確保

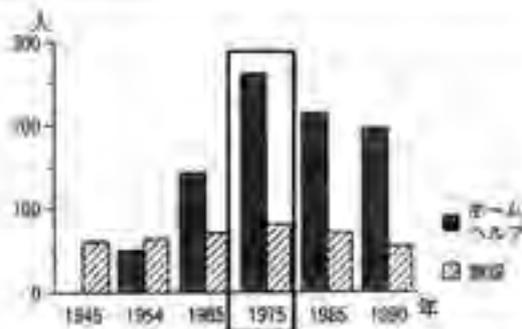


図4-5 ホームヘルプ利用者数と施設利用者の推移（65歳以上1000人あたり）

（出所）Szabetsky 1995：31
（原資料）図4-5と図4-11に同じ



図4-4 老人ホーム・長期療養病床・サービスハウス利用者数の推移（65歳以上1000人あたり）

（出所）Szabetsky 1995：30

■介護サービス利用者数は、施設（サービスハウスを除く）もホームヘルプも1975年頃がピーク。その後は減少。

40

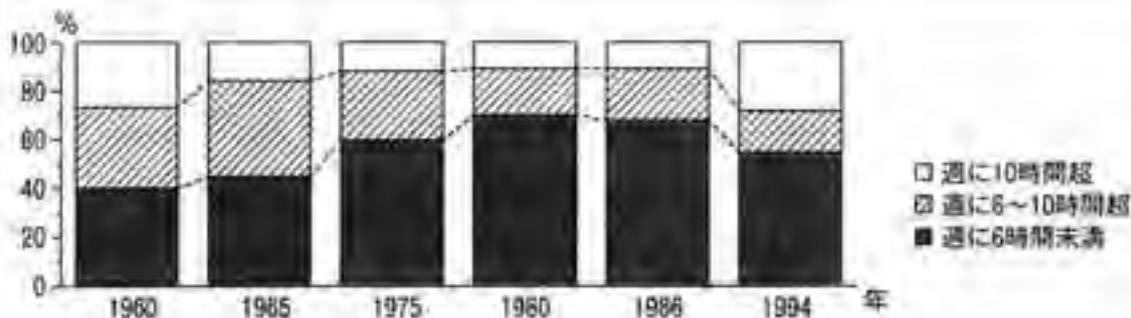


図4-6 ストックホルムコミュニティにおけるホームヘルプ利用者の利用時間別割合（65歳以上1000人あたり）

（出所）Szabetsky 1995：34

■80年代終盤以降、「10時間以上」増加
■ホームヘルプは重度者にターゲット化

41

(参考) 日本のホームヘルパー数
 1990年代までほとんど増えず、それ以降短期間に急増。

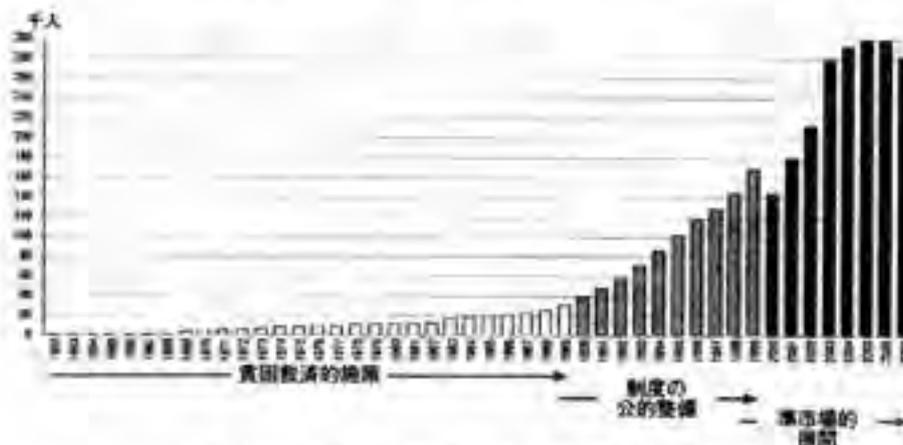


図4-11 日本におけるホームヘルパー数の推移

(引用) Saito (2010)

(原出所) 森 (1974), 北堀 3001-237, 厚生労働省統計より作成。

注: 2000年以降は統計手法が変わっているため、直前比較できない。

4. グローバル資本主義、準市場化の時代へ:
 「退出」モデル

スウェーデンの地方自治モデル

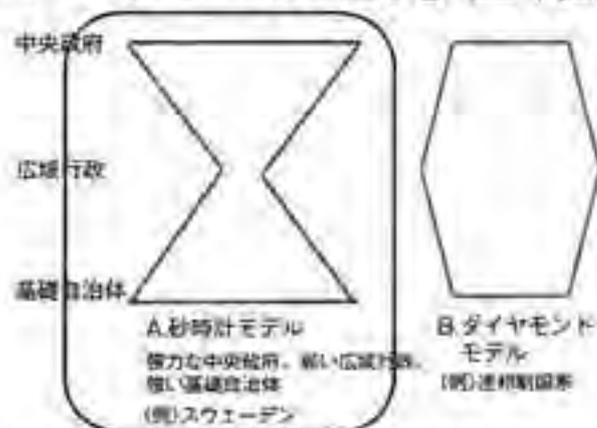


図5-1 国と地方の関係：2つのモデル

(出所) Jönsson 2006：65

■社会サービス法(1982)

必要な人に必要なサービスを提供する。
基礎自治体(コミューン)が最終責任。

■枠組み法

サービスの種類、料金
などは自治体で決める。

■自主財源

15

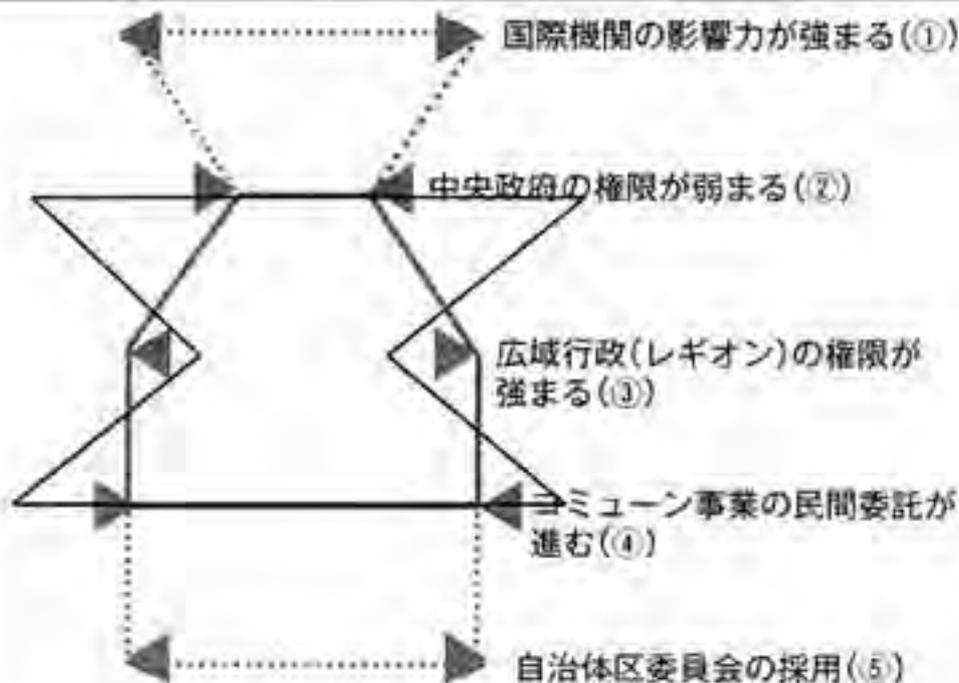


図5-2 スウェーデンにおける国と地方関係
(1990年代以降の傾向)：花びんモデル

(出所) Petersson 1998：69※数字は加筆

16

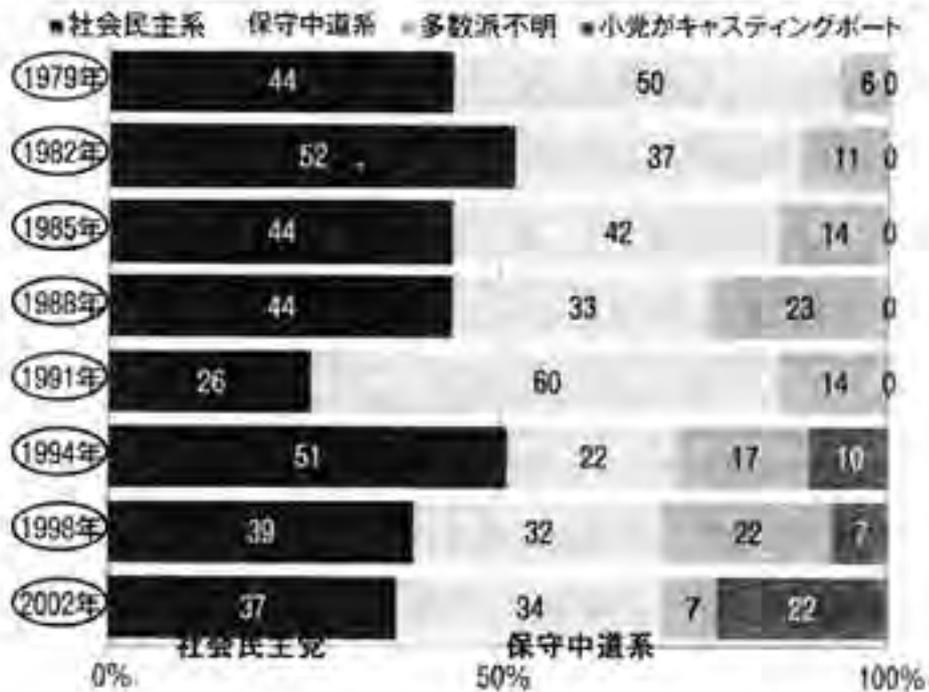


図6-1 コミューン議会与党の分布 (1979-2002)

国政選挙とコミューン選挙の結果は同じでない。
社会民主党が強いコミューン、保守中道系が強いコミューンがある。

17

1990年代の変化 表5-2：社会庁報告書（1999）の要点整理

内 容

- (1) 民間事業者による介護サービスを利用する高齢者は増加。
- (2) 「介護サービス判定分離型」の組織を採用するコミューンが、4倍強に増加。
- (3) 「介護サービス判定員」が増増し、「地区介護サービス主任」の名称が消えた。
- (4) 民営化のハターンは3つ、①「場所買い」②「公共購買（入札を通じた契約委託）」③「サービス選択自由化制度」。
- (5) ①「場所買い」は全国的に浸透しているが競争がなく、質の管理など、責任の所在もあいまい。
- (5) ②「公共購買（入札を通じた契約委託）」は都市部で増加しており、コミューンの入札制度が洗練されてきた。
- (7) ③「サービス選択自由化制度」の導入はまだ極小、しかし今後、増加の兆しがある。
- (8) 委託内容が、ホームヘルプ地区の運営など、より介護サービスの核心部へ。
- (9) 委託契約の期間は3～5年が一般的、再契約が多く、事業者の交代は少ない。
- (10) 民間事業者は大規模化し、9件の大規模民間事業者が委託総費用の70%を占めている。
- (11) 民営化の進行は3期に分かれる。
 - ①「前時代」②「契約委託の急増期」③「コミューン直営サービスと民間サービスの混在期」
 - (12) ①「前時代」は80年代以前で、コミューン直営サービスが介護サービス市場を独占していた。
 - (13) ②「契約委託の急増期」は90年代前半で、イデオロギー論争が多く、急増に伴う混乱もみられた。
 - (14) ③「混在期」は90年代後半、制度的な環境がより整い、イデオロギー論争は減少。

〔出所〕 Socialstyrelsen (1999) より作成。

表5-5 高齢者介護サービスにおける民間供給率の推移
(2000年, 2010年)

	2000年	2010年	変化の割合
—ホームヘルプ*	7%	19%	+12%
—介護付き住宅**	12%	19%	+7%

(出所) Szebehely 2011: 224

* ホームヘルプ総供給時間における民間事業者の供給率

** 介護付住宅総部屋数のうち民間事業者の供給率

19

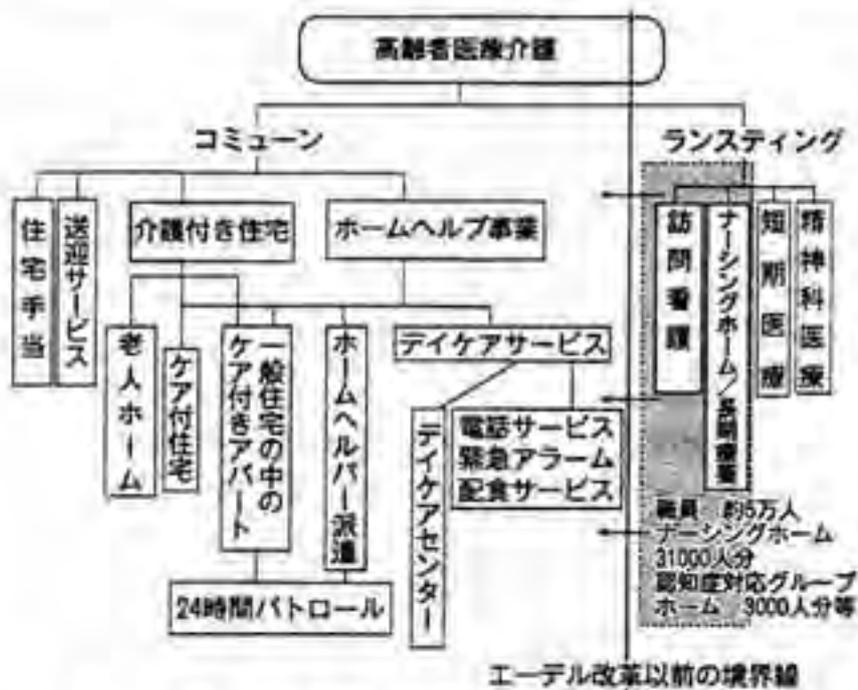


図5-4 エーデル改革（高齢者医療介護改革）の概要

(出所) 齊藤 1994: 153

(原出所) Johansson 1992: 90

20

表5-1 介護サービス民間委託の3つのパターン

場所買い	コミュニティが外部のサービスを購入する (例: 他のコミュニティや民間の介護付き住宅の借室を一定期間、費用を払って借り受ける)
サービス公共購買(入札)	コミュニティ直営サービスと民間サービスを競争させる (例: 入札による契約委託)
サービス選択自由化制度	利用者に事業者の選択を委ね、事業者間競争を促す (例: ハウチャー制度)

(出所) Socialstyrelsen 1999: 18より作成。

表5-3 「介護サービス判定分離型」を採用するコミュニティの数

1995年	1999年	2003年
40コミュニティ (14.0%)	170コミュニティ (58.8%)	237コミュニティ (81.7%)

(出所) Socialstyrelsen 1999: 22, 2004: 12より作成。

41

表5-4 高齢者介護サービスと障害者福祉サービス(LSS法対象)の推移
(2000年, 2009年)

	2000年	2009年	変化の割合
65歳以上高齢者			
—ホームヘルプ利用者数(人)	126,300	148,400	+18%
—介護付き住宅入居者数(人)	118,300	95,400	-19%
—両者の合計(人)	243,600	243,800	+/-0%
—高齢者介護サービス総支出(10億クローナ)	95.3	89.6	-6%
65歳未満の障害者(LSS法対象者)			
—ホームヘルプ利用者数(人)	14,500	20,400	+41%
—介護付き住宅入居者数(社会サービス法)(人)	5,500	4,400	-20%
—障害者福祉サービス利用者数(LSS法)(人)	42,400	56,800	+31%
—パーソナルアシスタンス(LASS)利用者数(人)	9,700	13,800	+42%
—障害者福祉サービス利用者数の合計(人)	72,100	94,200	+31%
—障害者福祉サービス総支出(10億クローナ)	37.0	61.3	+66%

(出所) Szabehely 2011: 219

1. 高齢者介護は予算減(-6%)、障害者福祉は予算増(+66%)
2. 高齢者介護利用者数において、ホームヘルプ増(+18%)、介護付き住宅減(-19%)

コミュニティ間の違い(2003) 表B-1 記述統計量

	位数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
民間供給率	290	0.0	60.0	8.2	8.70
介護付き住宅利用率	292	3.5	43.1	7.3	1.38
ホームヘルプ利用率	289	4.2	16.4	7.8	1.71
介護付き住宅コスト	276	251	682	495	72.6
ホームヘルプコスト	286	75	491	211	60.4
高齢化率	290	1.1	15.3	9.9	2.29
人口密度	290	0.3	4957.8	125.3	120.26
住民の年収	290	17.3	37.0	28.2	2.47

(注) 民間供給率：介護サービス年間支出に占める民間事業者が提供する介護サービスの割合（障害者福祉サービスも含む）
 介護付き住宅利用率：65歳以上高齢者で介護付き住宅に住む人の割合
 ホームヘルプ利用率：65歳以上高齢者でホームヘルプを利用する人の割合
 介護付き住宅コスト：介護付き住宅利用者1人当たりにかかる1年間の費用（千円ローズ）
 ホームヘルプコスト：ホームヘルプ利用者1人当たりにかかる1年間の費用（千円ローズ）
 高齢化率：コミュニティ人口に占める75歳以上人口の割合
 人口密度：1平方キロあたり面積の人口
 住民の年収：コミュニティ在住者の年収（中央値）（千円ローズ）
 すべての2003年の数字である。

サービス選択自由化法(2008)

・ サービス選択自由化制度

1990年代初頭からストックホルム近郊の保守系与党のコミュニティ(ナッカなど)で導入。

デンマークでも2000年代初頭に導入。

バウチャー制度の一種。

- ・ 法律では「コミュニティは利用者が直営か、民間のいずれかのサービスを選択できるようにしなければならない」とされている。制度設計は自由。

しかし法施行後も導入していない自治体も。

表9-15 ストックホルムコミュニティ ヴェクショーコミュニティにおける
介護サービス利用者の状況 (2010)

	ホームヘルプ利用		介護施設		介護付き住宅		介護施設以外での介護	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
ストックホルム	11,907	10.2%	4,687	4.1%	16,312	14.3%	8	0%
ヴェクショー	4,222	7.6%	1,027	1.7%	1,904	3.4%	967	1.7%
合計	16,129	13.9%	5,714	4.8%	18,216	15.6%	1,005	8.5%

	認知症ケア		介護サービス		介護付き住宅	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
ストックホルム	401	3.4%	1,289	11.2%	11,800	10.3%
ヴェクショー	10	0.2%	27	0.5%	1,000	1.8%
合計	411	3.4%	1,316	11.2%	12,800	11.1%

	ホームヘルプ		介護施設		介護付き住宅	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
ストックホルム	488	4.1%	1,980	17.3%	11,728	10.2%
ヴェクショー	48	0.9%	117	0.2%	1,000	1.8%
合計	536	4.5%	2,097	17.8%	12,728	11.0%

出典: Statistiska centralbyrån (2011), Sjukvård och äldreomsorg (2010), 4頁参照。
 ※ 介護サービスは、自治体職員によるものと民間事業者によるものとを区別して示している。
 ※ 介護付き住宅は、民間事業者によるものと自治体によるものとを区別して示している。
 ※ 介護施設は、民間事業者によるものと自治体によるものとを区別して示している。

ストックホルム市
(人口約85万人)
ヴェクショー市
(人口約7.5万人)

・介護サービスの利用状況はほとんど同じだが、「家事援助」だけ異なる。

『家事労賃控除』(2007) 民間の家事サービスを購入する場合、半額分を税額控除(年間5万クローナまで)

参考)ストックホルムでは65歳以上の5%が利用(2012)。

表9-16 ストックホルムコミュニティ(自治体別)の介護サービス事業者と利用者(2011)

ストックホルムコミュニティ内の自治体別	人口(人)	高齢化率(%) (75歳以上人口の割合)	ホームヘルプ 利用者数(人) (内は民間事業者の利用割合)	介護付き住宅 利用者数(人) (内は民間事業者の利用割合)	ホームヘルプ 事業者数(力所) (内は民間事業者数)
バンセビュー・シーヌ地区	44,691	9.2%(12.4%)	551(76.2%)	223(72.5%)	62(62)
スボンゴ・チンシェ地区	37,478	11.0%(12.0%)	283(42.6%)	194(59.8%)	84(82)
ヘッセルビュー・ベリンギョ地区	65,219	15.3%(16.6%)	1,205(52.0%)	489(67.1%)	91(87)
ブロンヤ地区	65,620	14.1%(15.0%)	1,145(51.0%)	476(57.3%)	91(89)
ヴァンゲスホルメン地区	61,047	14.2%(14.6%)	1,019(87.9%)	447(69.8%)	58(53)
ノルマルム地区	66,812	13.5%(13.6%)	970(76.2%)	414(79.5%)	96(92)
オステルマルム地区	65,328	12.4%(16.4%)	1,431(68.4%)	730(94.3%)	92(89)
セーデルマルム地区	121,650	14.7%(14.1%)	2,061(79.2%)	770(76.7%)	109(107)
エンシェド・オーンボ・ファンテム地区	30,620	13.1%(13.3%)	1,687(42.9%)	553(53.6%)	103(101)
スカルブネック地区	63,533	12.4%(12.2%)	898(29.7%)	329(52.3%)	87(79)
ファクシェ地区	81,750	17.3%(16.8%)	1,186(58.3%)	574(87.3%)	93(86)
エルヴンシェ地区	25,130	12.7%(14.0%)	399(100.0%)	142(100.0%)	89(88)
ヘーゲルスタン・リリエホルメン地区	74,096	12.3%(14.3%)	1,110(53.5%)	560(76.7%)	94(83)
シェールホルメン地区	23,862	14.4%(14.4%)	623(50.6%)	221(49.1%)	90(87)
ストックホルムコミュニティ全体	567,072	14.2%(14.7%)	14,534(61.4%)	6,207(72.0%)	210(188)

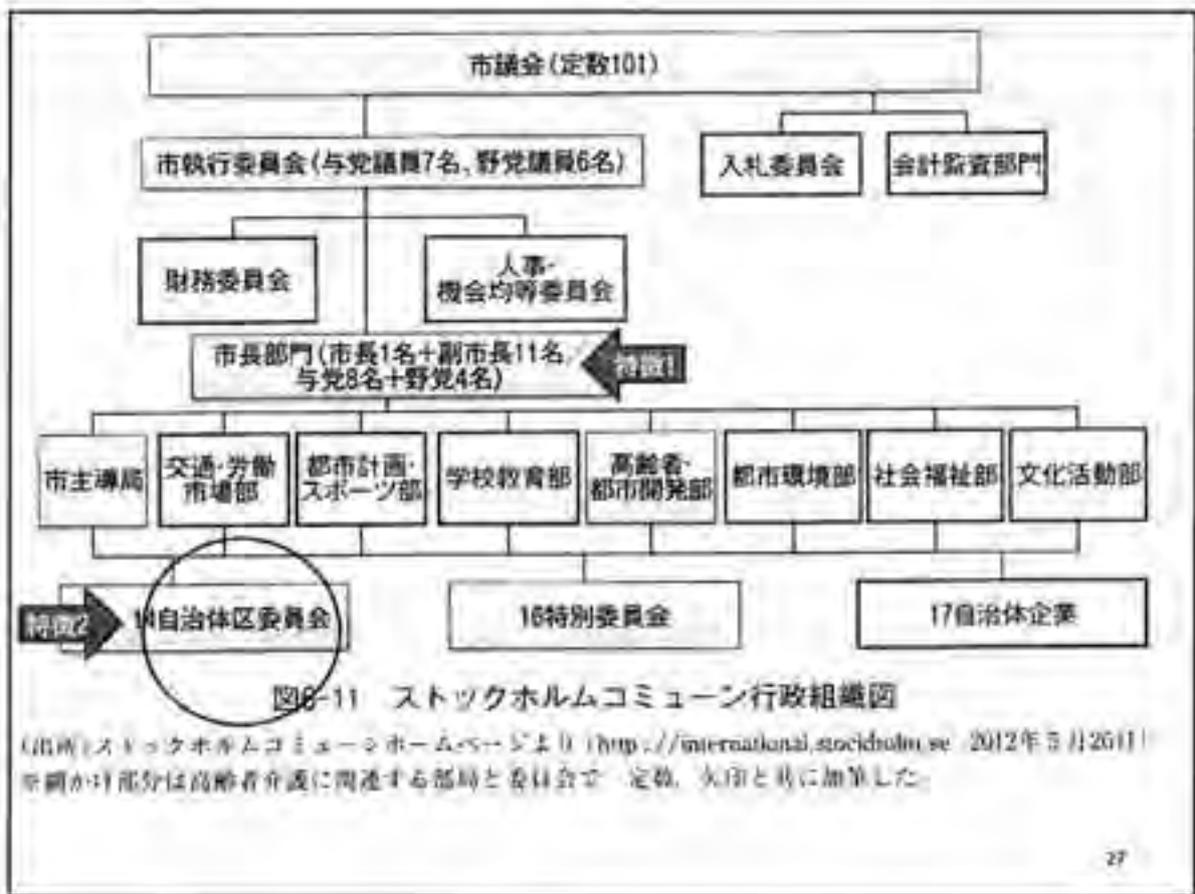
ストックホルム市の「サービス選択自由化制度」2000年代初頭に導入

介護付き住宅:民間事業者のシェア94.5%

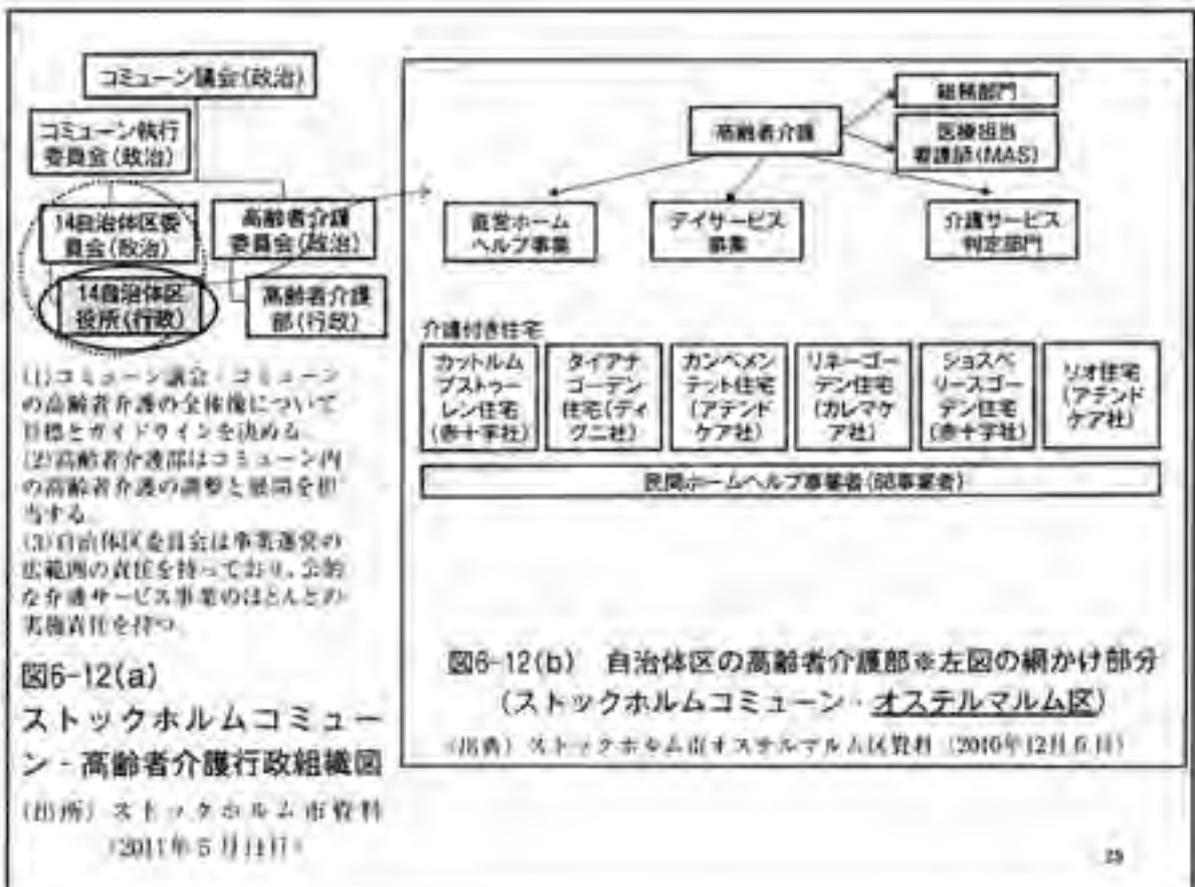
ホームヘルプ事業者の選択肢が109カ所も

ホームヘルプ:民間事業者のシェア100% =自治体直営がない

(出典) Statistiska centralbyrån och Statistiska AB (2011), 20頁参照



27



28



図6-13(a) ヲクショー・コミュニケーション行政組織図
 (出所) ヲクショー・コミュニケーション会社(2011年3月21日)
 ※新がけは高齢者介護に関係する委員および課長

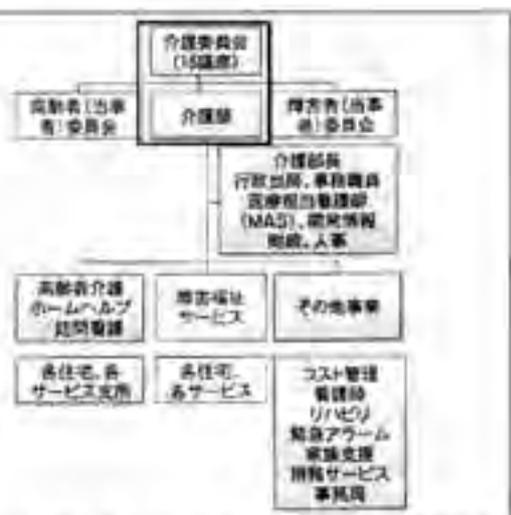


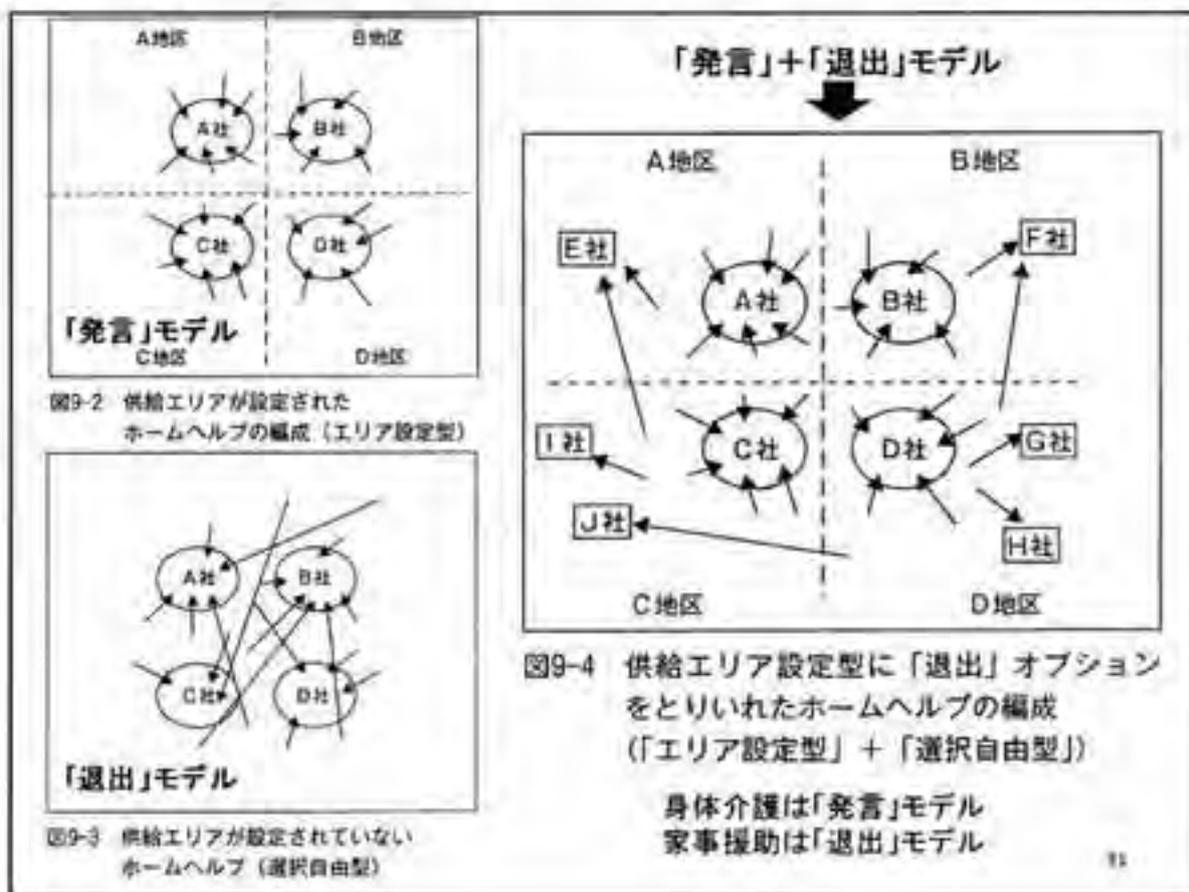
図6-13(b) ヲクショー・コミュニケーション介護委員会組織図
 (出所) ヲクショー・コミュニケーションホームページ(2011年3月18日)

表6-17 ヲクショー・コミュニケーション内の介護サービス事業者とその概要(2011年11月)

事業者名	法人格	職員数	家事援助サービス	身体介護 訪問看護	付加サービス*	サービス 可能エリア	サービス 時間帯	事業者プロフィール** サービスの特徴
コミュニケーション直営	自治体	375	○	○	○	全域	24時間	コミュニケーション事業との連携 介護保険給付の充実
パートナーズケア(株)	株式会社	40	○	○	○	19地区	8:00-16:00	身体介護・訪問看護も提供できる唯一の民間事業者
ホームケア(株)	株式会社	8	○	○	○	21地区	8:00-16:00	全職員が外国人出身、利用者の言語でサービスを提供
ホームメイド(株)	株式会社	400 (全10)	○	×	○	21地区	8:00-16:00	1997年設立、家事援助サービスでは全国先駆け
多文化対応サービス協同組合	協同組合	25	○	○	○	全域	8:00-16:00	多言語(13言語以上)対応
ベテランパートナー(株)	株式会社	40	○	○	○	全域	8:00-16:00	「高齢者が高齢者をサポートする」。職員の経験が活か

* 付加サービスは介護サービス判定を超えた分のサービスを意味し、自費で購入するサービスを指す。
 **事業者プロフィールは各事業者が掲載した文章からの引用。
 (出所) ヲクショー・コミュニケーション・ホームページ (http://www.vaxjo.se) 2011年11月15日より作成

- ・ホームヘルプ事業者は6事業者(直営を含む)
- ・身体介護は「直営」+1事業者
- ・4事業者は家事援助のみ
- ・参入規制型
 cf. 事後規制型の例 ストックホルム: オンブズマン、監査の強化



DN.STHLM

De som under sina år som landsstingsråd har Filipa Reinfeldt systematiskt undvikit att tala med medier i besvärliga frågor. Att ledande politiker vägrar att prata med journalister är ett hot mot demokratin.

リネーゴードン高齢者住宅で

Den sjuke mannen hittades fastbunden i sin säng. Då hade han skrikit på hjälp

療養中の男性がベッドに拘束された状態で見つかる。彼は1時間あまり、助けを叫び続けていた
(2012年1月26日DN紙ストックホルム版)

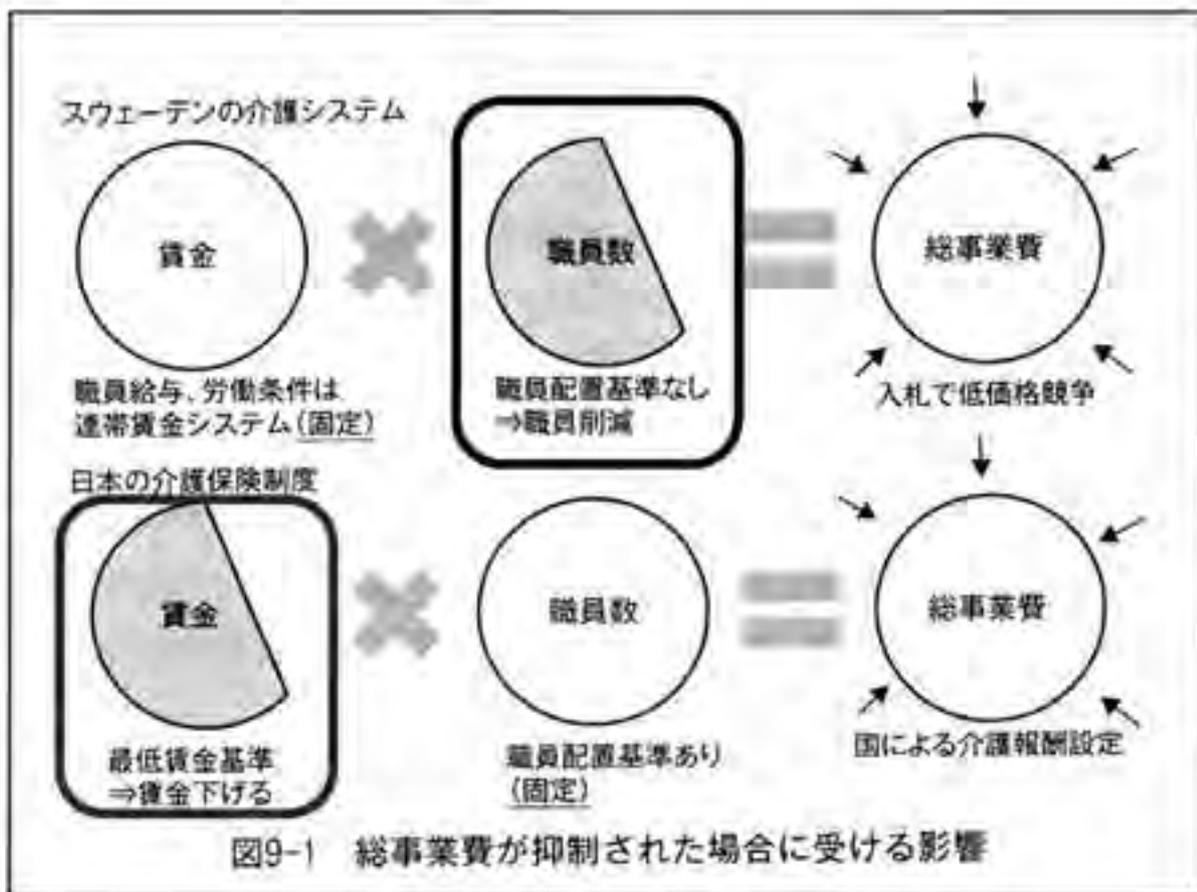


表7-2 「介護スキャンダル」という語が含まれる記事の数

	AB	DN	Expressen	SyD	合計
1995	2	1	0	0	3
1996	0	0	0	0	0
1997	10	6	18	2	36
1998	15	15	48	23	101
1999	3	6	8	10	27
2000	2	4	3	3	12
2001	4	1	3	1	12
2002	9	9	9	6	33
2003	3	4	1	3	11
2004	2	4	1	1	8
2005	1	2	1	2	6
合計	51	55	92	51	249

選挙の年に介護スキャンダルの記事が増える傾向がある。

(出所) Jönsson 2011: 15
 AB: アフトンブラーダート紙(夕刊紙)、DN: デーゲンズニイヘナル(日刊紙)、Expressen: エクスプレッセン(夕刊紙)、SyD: スvenska dagbladet(日刊紙)
 ※欄外は総選挙の年

5. 本書から見た論点

15

	供給独占 (運営) ←	→ 供給多元化
税方式	<p>サービス主体 行政主体が委託を受けた事業者*</p> <p>*行政指名で、事業者の主体性は弱い</p> <p>スウェーデン：コミュニティ運営 日本：国、自治体、社会福祉法人</p> <p>法形式 行政行為</p> <p>財源 行政内で予算化。 委託費 (積立費) として事業者へ</p> <p>スウェーデン：コミュニティの年間予算 日本：国・都道府県・市町村からの積立費</p>	<p>サービス主体 コミュニティ運営または民間事業者 募集として自由参入 (ただしコミュニティによっては「参入競争」が強いケースも)</p> <p>法形式 行政主体と事業者間は委託契約 利用者と事業者間の契約関係はない 利用者は事業者を自由に選択 (「希望の表明」)</p> <p>財源 コミュニティの年間予算、コミュニティが決める 利用者料金 介護報酬はコミュニティごとに決定</p>
社会保険方式		<p>サービス主体 行政直営サービスと民間事業者 両者は同等扱い</p> <p>原則、自由参入</p> <p>法形式 利用者と事業者の契約 利用者は事業者を自由に選択</p> <p>費用 費用は公定 (介護報酬) で、 保険者 → (利用者) → 事業者 ※現物給付化で保険者から直接、事業者へ</p>

(出所) 星 (2010) をもとに行成。

16

介護サービスの位置づけ 社会福祉サービスか、私的サービスか?

スウェーデン:

1. 社会(福祉)サービス(法律上)

日本:

1. 社会(福祉)サービス(多くの人の意識???)
2. 「介護サービス費の支給」(法律上)

利用者個人は私的サービスとして購入

⇒スウェーデンに比べて、市場性が強い

37

「発言」「退出」「ロイヤルティ」 税財源による介護への支持は今でも高い

「以下の事業は、税と雇用税で運営されるべきである。」
(「はい」という回答)

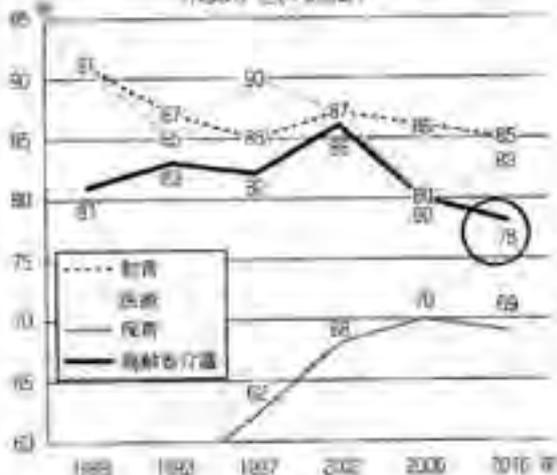


図1-3 望まれる財政システム

「以下の事業に税は使われるなら、より多くの税収を払ってよい。」
(「はい」という回答)

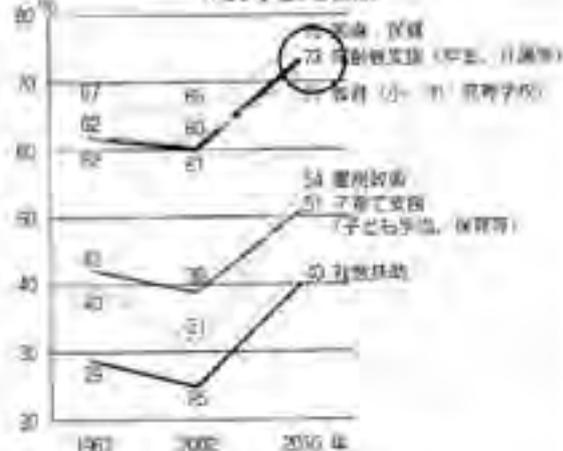
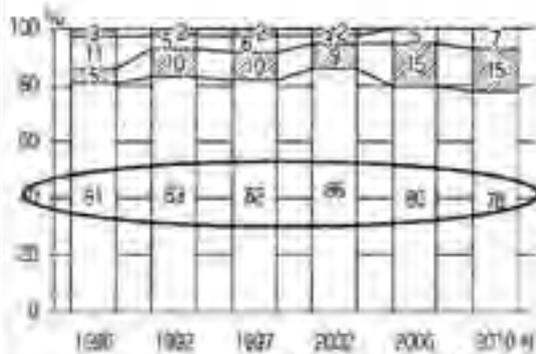


図1-4 増税についての考え

(出所) Staffas 2011より作成

「発言」「退出」「ロイヤルティ」 供給主体としての政府への支持は今でも高い



出典：コムニオン 自治体調査 17年度版 調査 自治体ランディア団体版

図1-1 望まれる供給主体 (高齢者介護)

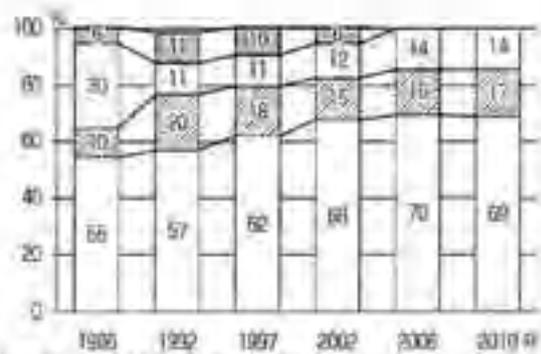


図1-2 望まれる供給主体 (保育)

(出所) Stafflors 2011より作成

本書からみた

スウェーデンの高齢者介護の論点

グローバル資本主義の進む中、「コムニオン自治を基軸とした高齢者介護」は形を変えて残っている。そこには住民の「ロイヤルティ」(=コムニオン税で運営される高齢者介護に対する信頼)が高いという背景もある。



図0-1 スウェーデンにおける福祉国家の移行 (1990年頃→2010年頃)

1. 「ロイヤルティ」は持続するか?
(cf. 家事労賃控除で、利用者はより消費指向に??)
2. 営利企業による寡占化の進行 → 質の低下??
3. グローバル企業による税の流出 (ex. 租税回避地)
4. 2と3に対して、コムニオン自治はどこまで対処できるか。

本書からみた

日本の高齢者介護の論点

グローバル資本主義の影響はまだ小さいものの、市場性が強い介護システムを持つ。「国の管理力が強い高齢者介護」は形を変えて残っている。住民の「ロイヤルティ」(=介護保険で運営される高齢者介護に対する信頼)は高い。

1. 日本社会における、介護サービスの位置づけは?

(法的には私的サービスでも、極めて公共性が高いものである。)

2. 市場性が強く、保険者(自治体)の力が弱いしくみの中で、どのように包括的なケアシステムを構築できるか。

3. 介護保険制度に対する「ロイヤルティ」をどう維持できるか。

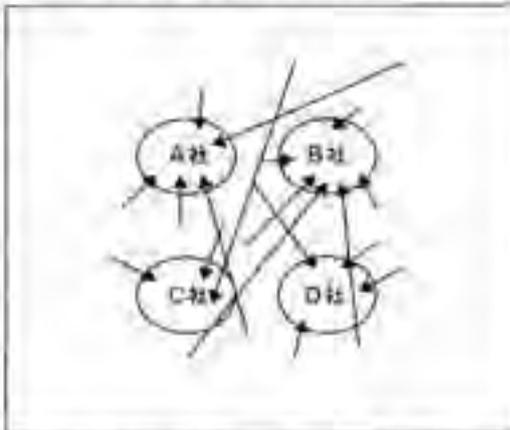


図9-3 供給エリアが設定されていない
ホームヘルプ(選択自由型)

41

本書の限界

1. 家族の役割に言及していない。

北欧諸国における高齢者介護研究は公的セクターの研究が中心で家族介護に関する研究が少なかった。しかし1990年代以降、重要な研究テーマとされており、筆者にとっても今後の研究課題である。

2. 歴史的記述(第1部)についてはエデバルク、セペヘリの論文と著書に依拠している。今のスウェーデンを理解するには歴史的変遷についての理解が不可欠であると考え、両研究者の承諾と、また長年にわたる議論のもとで引用している。

42

4. シンポジウム

『地域包括ケアシステムの確立に向けてのサービスの供給と編成のあり方』

コーディネーター：岩田 正美 氏（日本女子大学名誉教授）

パネリスト：白澤 政和 氏（桜美林大学大学院老年学研究科教授）

：二木 立 氏（日本福祉大学学長）

コメンテーター：斉藤 弥生 氏（大阪大学大学院人間科学研究科教授）

岩田 これからの進行を務めさせていただきます岩田でございます。

まず、このシンポジウムの狙いですが、先ほどの斉藤先生のご講演にありました供給と編成という2つの言葉に触発されまして、「日本における地域ケアシステムの確立に向けてのサービスの供給と編成のあり方」というテーマにいたしました。これは皆さんももちろんご承知のように、ちょうど団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向けての緊急課題として地域包括ケアシステムというのが厚生労働省によって提示され、2011年の介護保険法の改正で地域包括ケアシステムの構築に努めるべきという規定が正式に置かれたわけです。

ちなみに私も団塊の世代のトップランナーでございまして、そうか、2025年には大変なことになるんだなという思いをしておりますが、この地域包括ケアシステムを構成する要素としては、「介護とリハビリテーション」「医療と看護」「保健と予防」、それから、「福祉と生活支援」、そして、これが若干新しい要素ですが、「住まいと住まい方」という5つが提示され、これを根幹で支える要素として、本人と家族の選択と心構えが挙げられています。これは家族の変容ということを前提にした選択と心構えという意味ですが。さらに、財源負担の観点から言うと、「自助」「互助」「共助」「公助」の4つが示されています。この「互助」と「共助」というのは従来大体一緒に使われていたわけですが、近年こうした観点から、「互助」は自発的なもの、「共助」は社会保険、「公助」が税という、財源の観点からの整理がされて示されているわけです。

しかし、もちろんこの具体的な展開は地域事情に応じてそれぞれの地域が構築していくことということになっているわけですし、これは先ほどの斉藤先生のご報告でもありましたように、結局地域のケアを一体誰がいかに供給し、そして、いかに編成していくかという具体像が今まさに問われている。ただ、それが必ずしもどこの地域でももう既に鮮明になっているというわけにはいかない段階だろうと思われまます。

これはコーディネーターとしてはやや入り過ぎの議論になりますが、斉藤先生の編成という考え方について触発されまして、若干補足的に発言させていただきたいと思いますが、先ほどのケアの編成というのは、そのサービスを提供する側と利用する側の日常生活の共同的作業という非常に印象的な言葉があったわけですが、そもそも生活をこうした資源のシステムとして捉えて、その資源の中でも編成資源ということを強調した研究者がおります。これはイギリスの都市人類学者を標榜しているサンドラ・ウォルマンという人なんですけれども、このピンクの表紙の冊子の2ページをちょっとごらんいただきますと、2ページの下のほうに書いてあるように、生活は資源がもちろん必要なわけで、物的な構造的な生活資源として～これは労働、資本、地位という生産の三要素のアナロジーですけれども～サービス、収入、住宅を挙げています。これはまさに今の包括ケアの考え方とも重なっていますね。ところが、生活というのはこれらを編成していく編成資源、つまりソフトな資源というものが実は必要で、これは時間、情報、アイデンティティーという3つの資源であると言っています。時間というのは、住んでいる長さとかケアの時間、あるいはその変化というようなことを恐らく示してしまっていて、情報というのは、ここでのケア、制度の情報等も入ります。それから、アイデンティティーというのは、どうやって暮らしていくかという、その人のまさに選択の根幹になるわけですね。こういうような研究があります。

地域包括ケアシステムにおいては、「本人と家族の選択と心構え」は「意欲や意欲づけ」というようなこととして強調されているわけですが、実は特にこの編成資源と関連しているという感じがいたします。どうやって暮らしていくか、どこで暮らしていくか、誰と暮らしていくか、どのようにしたいか、どのように死んでいくか、そういうようなことと関係している。つまりサービスを利用する側の生活の編成やプロセスとしての生活変容ですね。つまり年をとっていくこと、あるいは家族の変容、あるいは要介護度の変容というものとかみ合っていかなければ、なかなかうまくいかないように思います。

これからのシンポジウムは以上を前提にしまして、地域包括ケアの供給と編成に的を絞って議論していきたいと思います。

二木先生には特に地域包括ケアの非常に重要な要素としての医療・看護と全体のシステムを見通した供給と編成について、白澤先生には地域での個人の生活サポートの観点から供給と編成について語っていただきたいと思います。このお二方の議論に後で斉藤先生にコメントをいただき、また、質問票がお手元にあると思いますので、フロアからたくさん

の質疑をお寄せいただくことを期待しております。これを使って後半の議論をしたいと思
います。

それでは、早速お2人のパネリストの先生たちからのそれぞれのご報告をお願いいたし
ます。まず、二木先生、よろしくお願ひいたします。

二木

地域包括ケアシステムにおける供給と編成 ー医療経済・政策学の視点から

二木 立（日本福祉大学学長）

はじめに

地域包括ケアシステムは今や「国策」とも言われるようになってきています。ちなみに、こ
れは国の公式表現ではなく、厚生労働省の宇都宮啓保険局医療課長（当時）が、2012年
10月4日、日本医師会・社会保険指導者講習会での講演「地域包括ケアシステムと医
療・介護の連携」で用いたのが最初だと思います（『週刊社会保障』2012年10月15日号：
32頁）。

そのためもあり、地域包括ケアシステムについての講演やシンポジウムは花盛りで、本
年7月12日に開かれた「第16回損保ジャパン日本興和福祉財団賞受賞記念シンポジウ
ム」でも、「地域包括ケアシステムシステムの確立に向けてのサービス供給と編成のあり
方」がテーマとされました。ここで「編成」とは、斉藤弥生氏が上記受賞作『スウェー
デンにみる高齢者介護の供給と編成』で森田朗氏に依拠して用いている“organization”の
訳語で、（介護）サービスの量的「供給」に対して、「サービスの組み立て」を意味します。

以下は、このシンポジウムでの私の報告を再構成し、加筆したものです。まず地域包括
ケアシステムの歴史を2つの視点から述べます。次に、地域包括ケア「システム」の実態
は「ネットワーク」であり、主たる対象は都市部であることを強調します。最後に、医療
経済・政策学の視点から、今後の地域包括ケアシステムの供給と編成について、医療・医
療費と関わる3つの留意点または論点を提起します。最後に、今後、地域包括ケアシステ
ムを確立する上での2つのブレーキについて述べます。

1. 地域包括ケアシステムの歴史ー2つの源流と法・行政面での「進化」

まず、地域包括ケアシステムの歴史を2つの視点から述べます。

(1)「保健・医療系」と「福祉系」の2つの源流

最初に指摘したいことは、地域包括ケアシステムの源流は1つではなく、大きく分けて「保健・医療系」と「福祉系」の2つがあることです(1)。「保健・医療系」の源流としては、広島県の公立みつぎ総合病院、同じく広島県の尾道市医師会、民間病院中心の「保健・医療・福祉複合体」等があげられます。「福祉系」の源流としては、社会福祉協議会や社会福祉法人（大半は特別養護老人ホーム開設）による地域福祉活動があげられます。小林甲一氏（名古屋学院大学）も、地域包括ケアシステムを「医療重視・医師会主導型」（または「医療重視・医療機関主導型」と「福祉重視・行政主導型」）に二分しています(2, 3)。ただし、これらは概念的区分であり、各地で行われている地域包括ケアシステムは非常に多様です。

ここで注意していただきたいことが2つあります。1つは、地域包括ケアシステムという用語の命名者は間違いなく山口昇医師（広島県公立みつぎ総合病院院長・当時）ですが、同氏が作り上げた「御調町モデル」は、氏自身が認めているように、「公立みつぎ総合病院を核とした」病院基盤のシステムであり、現在の地域包括ケアシステムで想定されている「地域基盤」のものではないことです(4)。行政が当初想定していた地域包括ケアシステムのモデルは、尾道市医師会の医療と福祉・介護の連携事業です(5, 6)。

もう1つ、地域包括ケアを先進的に実践している社会福祉法人の中には、医療機関（病院）母体の社会福祉法人—私流に言えば、「保健・医療・福祉複合体」傘下の社会福祉法人—が少なくないことです(7, 8)。例えば、厚生労働省のホームページの「地域包括ケアシステム」には「地域包括ケアシステム構築へ向けた取組事例」が10グループ紹介されていますが、社会福祉法人が主導していると説明されている3グループは、すべて医療法人母体です。私は、このような実態的には「保健・医療系」の地域包括ケアの方が、純粹の「福祉系」の地域包括ケアより医療と介護・福祉の連携がスムーズに行われているとの印象を持っています。

(2)法・行政的には2003年に出現し、2014年まで変化・拡大・「進化」

次に、地域包括ケアシステムという用語の法・行政的出自を簡単に述べます(1)。一言で言うと、法・行政的には、地域包括ケアシステムという用語は2003年に初めて用いられて以降2014年まで、変化・拡大・「進化」または試行錯誤し続けています。

まず、地域包括ケアシステムという用語の法・行政上の初出が 2003 年の高齢者介護研究会の報告書「2015 年の高齢者介護」であることは間違いありません。ただし、当時はそれは介護保険制度改革として提起され、様々なサービスのうち介護サービスが「中核」とされました。次に、意外なことに、2004～2008 年の 5 年間、厚生労働省は地域包括ケアシステムという用語を全く使わず、この時期はこの用語の「法・行政的空白（停滞期）」と言えます。この時期は、小泉政権の厳しい医療・介護費抑制時代と重なります。その後、地域包括ケアシステムは、2009・2010 年の「地域包括ケア研究会報告書」で復活しました。この背景には、福田・麻生自公政権および民主党政権により、「社会保障の機能強化」への路線転換が行われたことがあります。ただし、この時点では地域包括ケアシステムの構成要素に含まれる医療は診療所医療と訪問診療に限定されていました。2011 年の介護保険法改正では、地域包括ケアシステムの理念的規定が盛り込まれましたが、地域包括ケアシステムという用語は用いられず、それに含まれる医療も相変わらず診療所医療が想定されていました。

このような、今から見るとかなり狭い地域包括ケアシステムの概念・範囲を大きく拡大したのが、2013 年の「社会保障制度改革国民会議報告書」で、医療と介護の一体化、および地域包括ケアシステムにおける医療（病院）の役割を強調しました。この報告書でもう 1 つ注目すべきことは、「治す医療」・「病院完結型医療」から「治し・支える医療」・「地域完結型医療」へのパラダイム転換を提唱したことです。ここで注意していただきたいのは、報告書が「支える医療」（単なるケア）ではなく「治し・支える医療」（キュア&ケア）を、病院抜き・在宅医療偏重の「地域完結型医療」ではなく、病院を重要な構成要素として含む「地域完結型医療」を提唱したことです。これは、医療界・医療機関に地域包括ケアシステム構築への積極的参加を求めたメッセージでもあり、事実、この報告書を契機にして、医師会・病院団体の地域包括ケアシステムへの取り組みが急速に強まっています。

さらに、2013 年の社会保障改革プログラム法で地域包括ケアシステムは初めて法的定義を与えられ、2014 年診療報酬改定で「地域包括ケア病棟」が新設されました。さらに 2014 年の「地域包括ケア研究会報告書」は急性期病院と施設の積極的役割を初めて認めました(9)。

言うまでもなくすべての制度は歴史的産物です。私は、今後の地域包括ケアシステムの供給と編成を考える上でも、このような地域包括ケアシステムの源流と「進化」を踏まえ

る必要があると思います。逆に、歴史を無視して、主観的に自己の理想とする「あるべき（あるいは真の）地域包括ケアシステム」を空想的に論じるのは有害無益です。

2. 地域包括ケアシステムの実態はネットワークで主たる対象は都市部

第2に、各地で実践されている地域包括ケアは多様であり、全国共通の「システム」はなく、実態は「ネットワーク」であることを述べます。「システム」（制度・体制）という用語は、国が法律またはそれに基づく通知等により、全国一律の基準を作成して、都道府県・市町村、医療機関等がそれに従うものを連想させます。社会保障制度における代表例は年金「制度」、医療保険「制度」、介護保険「制度」です。医療提供「体制」は、これらも医療機関の自由度が大きいですが、それでも全国一律の診療報酬「制度」等により細部まで国の規制・監督が行われています。しかし、地域包括ケアシステムはこのような意味での「システム」ではなく、各地域で自主的に取り組むことが求められている「ネットワーク」です。ただし、前述した「御調町モデル」（「公立みつぎ総合病院を核とした地域包括ケアシステム」）は、すべてが公立の施設・事業で構成され、しかも一元的に運営されているので「システム」と言えます。

私自身はこのことを2013年1月に初めて指摘したのですが(10:p.98)、その後の調査で、厚生労働省における地域包括ケアシステムの初期の主導者（中村秀一氏と香取照幸氏）は、地域包括ケアシステムが最初に提唱された2003年からこの点を指摘していたことが分かりました(1)。

地域包括ケアシステムの実態がネットワークであることは、2013年8月に発表された社会保障制度改革国民会議報告書が「地域包括ケアシステムというネットワーク」とのストレートな表現を用いて以来、行政内外で広く認識されるようになっていきます。例えば、本年6月に発表され、2025年までに病院病床を大幅削減する必要があると提言して大きな注目を集めた官邸の社会保障制度改革推進本部「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第1次報告」は、地域包括ケアシステムと「医療・介護のネットワーク」をほとんど同じ意味で何度も用いています。

地域包括ケアシステムの実態がネットワークである以上、全国一律のモデルはないことになります。このことは、誰が地域包括ケアシステムの中心を担うかは地域によって違うことを意味します。原勝則老健局長（当時）は、2013年に、「医療・介護・生活支援といったそれぞれの要素が必要なことは、どの地域でも変わらないことだと思うが、誰が中心

を担うのか、どのような連携体制を図るのか、これは地域によって違ってくる」と明快に述べました（10:p.104）。

地域包括ケアシステムの供給と編成を考える上でもう1つ強調したいことは、地域包括ケアシステムの主たる対象は都市部であることです。このことを最初（2012年）に指摘したのは「地域包括ケア研究会」座長を長年勤めている田中滋氏（現・慶應義塾大学名誉教授）です：「このシステムで日本中をカバーできるとはもともと考えていない。そもそもこの戦略の主なターゲットは“都市”とその近郊である」（10:p.99）。現役の厚生労働省高官でこのことに触れた方はいませんが、宮島俊彦元老健局長は退任直後に同様な発言をしています：「そもそも『地域包括ケア』は、今後高齢者が急激に増える大都市圏を想定したものである。（中略）私のイメージはヨーロッパの城塞都市だ」（10:p.104）。なお、私の経験では、厚生労働省高官は退任直後に、現役時代には封印していた「本音発言」をしばしばします。

主な対象が都市部であるとの発言は一見農村部軽視にみえます。しかし今後の人口高齢化、特に後期高齢人口の急増が首都圏を中心とした都市部で著しいこと、それにもかかわらずこれら地域では他地域に比べて、人口当たりの病床数・老人施設定員がはるかに不足していることを考えると、合理的と言えます。

3. 地域包括ケアシステムの供給と再編を考える上での留意点・論点

3番目に、医療経済・政策学の視点から、今後の地域包括ケアシステムの供給と再編について医療・医療費と関わる留意点または論点を3つ述べます。

(1)厚生労働省は「自宅」での死亡割合の増加は想定していない

第1は、厚生労働省は地域包括ケアシステムを構築し、在宅ケアを大幅に拡充することを目指しているが、「自宅」（マイホーム）での死亡割合の増加は想定・期待していないことです。厚生労働省が目指しているのは、地域包括ケアシステムにより「居宅生活の限界点を高める」ことです。この魅力的なフレーズは、民主党政権時代の2012年2月の閣議決定「社会保障・税一体改革大綱」で用いられました（10:p.125）。2015年の「地域包括ケア研究会報告書」では「限界点を高める（限界点の向上）」が4回も使われており（36, 37, 37, 38頁）、今や地域包括ケアシステムの隠れたキーワードの1つになっています。私は、地域包括ケアシステムの究極の目的は、今後の「死亡急増時代」に「死亡難

民」が生じて社会問題化するのを予防することであり、「自宅死亡割合」の増加ではないと理解しています。

この点の間接証拠になるのが、厚生労働省老健局が 2008 年に発表した「死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計」です (10:p.103)。これは、2030 年に、自宅でも病院でも施設でも死ねない「死亡難民」が 47 万人 (死亡者の 28%) にも達するという誤解・無用な不安を生んだ問題ある推計ですが、1 つ評価できることがあります。それは、2030 年の自宅死亡割合は 2010 年と同じ 12%と想定したことです。私はこれはリアルな認識だと思います。私は、今後の単身者の急増、家族介護力の低下等を考えると、地域包括ケアシステムが構築されても、死に場所の中心は病院であり続け (ただし、割合は徐々に低下)、老人施設やサービス付き高齢者向け住宅等の「自宅以外の在宅」が補完すると判断しています。2014 年の「地域包括ケア研究会報告書」も「住まい」での看取りに加えて、「医療機関等」での看取りを初めて肯定的に位置づけました(9)。

先述した「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第 1 次報告」は、2025 年までに、「医療・介護のネットワーク形成」(ほぼ地域包括ケアシステムと同義)により、約 30 万人が病院から「介護施設や高齢者向け住宅を含めた在宅医療」に移行すると推計していますが、これは非現実的だと思います。

2000～2013 年の死亡場所の変化

ここで、2000～2013 年の 13 年間の全国の死亡場所別割合の変化を簡単に示します。医療機関 (病院と診療所) での死亡割合は 81.0%から 77.8%へと 3.2 ポイント減少しました。ただし、実数は 20.8 万人も増加しています。自宅での死亡割合も、13.9%から 12.9%へと 1.0 ポイント減少しています。厳密に言えば、自宅死亡割合は 2005・2006 年の 12.2%を「底」として、それ以降微増していますが、明らかに増加基調に転じたとは言えません。それらと対照的に老人ホームと老人保健施設での死亡割合は 2.4%から 7.2%へと 4.8 ポイントも増加しています。

このように全国レベルで見ると自宅死亡割合は 21 世紀に入ってから大きくは変化していませんが、都道府県別自宅死亡割合とその順位は劇的に変化しており、大都市部での上昇が顕著です (10:p.113)。その結果、2013 年は東京が 16.7% (23 区内 17.9%) でトップになりました。以下、②兵庫 16.4%、③千葉 15.8%、④神奈川 15.5%、⑤大阪 15.2%の順であり、トップ 5 が首都圏と関西圏で占められています。

大都市部における自宅死亡割合の上昇の要因として一般的には在宅医療・ケアの普及が指摘されますが、それ以外に「孤独死」の増加も見逃せません。東京都監察医務院の調査によると、2000～2011年の東京都区部における自宅死亡増加の4割は「孤独死」の増加によるものです(10:p. 122)。

従来、自宅での死亡は家族に看取られた麗しい死亡であるかの言説が振りまかれていますが、それは幻想です。それに対して、2013年の「地域包括ケア研究会報告書」は、今後、要介護高齢者が地域包括ケアの下で自宅生活を続ける際には、常に「家族に見守られながら自宅で亡くなる」わけではないという「本人と家族の選択と心構え」(覚悟)が求められると率直に問題提起しました。私は個人的にはこれに賛成です。ただし、そのような「覚悟」ができる強く自立した高齢者は必ずしも多くはないとも感じています。

なお、6月30日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2015」(「骨太方針2015」)では、「在宅や介護施設等における看取りも含めて対応できる地域包括ケアシステムを構築する」とされました。安倍内閣の「骨太方針2013」と「骨太方針2014」も地域包括ケア(システム)に言及していましたが、地域包括ケアシステムに看取りを含むと明示したのは「骨太方針2015」が初めてです。それに対して、2013年の社会保障改革プログラム法と2014年の医療介護総合確保推進法では、地域包括ケアシステムは「自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」とされ、看取りには言及していません。

以上をまとめると、私は、地域包括ケアシステムを推進し、「居宅生活の限界点を高める」ことには賛成ですが、それにより病院病床の削減や自宅での死亡割合を高めることは困難だと考えています。ただし、今後の死亡急増時代には、自宅での死亡実数が相当増加するのは確実です。

(2)地域包括ケアシステムと「地域医療構想」は相補的

第2の留意点または論点は、地域包括ケアシステムと「地域医療構想」(病院病床の機能分化と連携)との関係です。

地域包括ケアシステムの研究者や実践家の中には、地域包括ケアシステムの重要性を強調する余り、それが「上位概念」であり、地域医療連携はそれに含まれる「下位概念」であると理解している方が少なくありません。例えば、筒井孝子氏は「医療・介護サービスの適切な利用を支えるための提供システムのデザインが地域包括ケアシステムであり、地域医療構想は、この地域包括ケアシステムのうちの医療サービス提供に着目し、その改革

の方向性を示すとともに、P D C Aサイクルの工程による計画を記したものと説明しています。しかし、これは地域包括ケアシステムの過大評価・地域医療連携の過小評価で、誤りです(11)。

なぜなら、地域包括ケアシステムと地域医療連携は、法・行政的にも、実態的にも、同列・同格であり、相補的（車の両輪）だからです。法的には、「地域包括ケアシステム」という用語を初めて用いた 2013 年の「社会保障制度改革プログラム法」の第 4 条 4 で、「政府は、①医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、②今後の高齢化の進展に対応して地域包括ケアシステム（中略）を構築することを通じ、地域で必要な医療を確保するため」（以下略）とされ、「効率的かつ質の高い医療提供体制」の構築と「地域包括ケアシステム」は同格・同列とされています。①と②は私が便宜的に付け、①の具体化が現在の「地域医療構想」です。この扱いは、2014 年の医療介護総合確保推進法でも踏襲されています：「効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保」。ただし、法的には、地域包括ケアシステムと地域医療構想との具体的な関係・線引きは示されていません。

実態的にも、地域包括ケアシステムはまだ発展途上であり、各地域でのあり方はきわめて多様で、病院を含まないものも少なくありません。先述したように、この数年地域包括ケアシステム概念・範囲は拡大し、病院医療を含むようになっていますが、それは主として地域密着型の中小病院（概ね 200 床未満）であり、高度急性期を担う大病院は含まれていません。厚生労働省の担当者もそのように説明しています。

ただし、この点についての明示的な規定はなく、例えば、私の地元の愛知県では、藤田保健衛生大学病院や名古屋第二赤十字病院等の大規模病院が地域包括ケアに積極的に関わっています。また、大規模急性期病院が多い「地域医療機能推進機構（旧・全社連・厚生団・船保会が合同）も、「全国 57 病院が一丸『地域包括ケア』の牽引役を担う」とアピールしています（『Doctor's Magazine』2014 年 4 月号：13 頁）。私は、大病院の地域包括ケアへの関わりは、それぞれの病院・地域が決めればよいと思っています。この点でも、地域包括ケアはシステムではなくネットワークなのです。

前述したように、地域包括ケアシステムのなかで病院は「治す医療」から「治し・支える医療」の担い手に変化することが求められていますが、それにより、「治す医療」の役割がなくなるわけではなく、ましてや「病院の世紀の終焉」が生じるわけでもありません

(12)。政府が発表するどんな推計によっても、今後、病院の費用が国民医療費または医療・介護費の過半を占め、この意味で「病院の世紀」が続くことは確実です。逆に、武田俊彦厚生労働省大臣官房審議官は、本年4月の講演で、「救急の受け入れ体制は地域包括ケアと不可分」、高齢者の第二次救急の問題は「地域包括ケアシステムそのものである」と強調しています(13)。

(3)地域包括ケアシステムにより医療・介護費用が低下することはない

第3の留意点または論点は、地域包括ケアシステムにより医療・介護費用が低下することはない、です。

私は1980年代以来、30年以上、地域・在宅ケアの経済分析、費用効果分析を研究テーマの1つにしています。そして、少なくとも重度の要介護者・患者の場合には、地域・在宅ケアの費用が施設ケアに比べて高いことは、1990年代以降、医療経済学の膨大な実証研究により確立された国際的常識になっています(14)。今回、第16回損保ジャパン日本興和福祉財団賞を受賞した斉藤弥生さんの『スウェーデンにみる高齢者介護の供給と編成』にも、スウェーデンでも、エデバルグが「ホームヘルプは安く、老人ホームは高いとの神話」を批判し、「後期高齢者に対してはホームヘルプによる在宅介護は〔全室個室の〕老人ホーム介護より30%もコストが高いことを〔1987年に〕示した」と書かれています(15)。「地域包括ケアシステムについての国際的な研究動向」を詳細に検討した筒井孝子氏も、「コスト面での効率化に関するエビデンスは不明」、「コストパフォーマンスに関しては、未だ十分な研究がなされていない」と紹介しています(16)。

実は、厚生労働省は1990年代までは地域・在宅ケアを拡充すれば医療・介護費が抑制できるとの期待を持っていたようですが、21世紀に入ってからはそのような主張はしていません。私の知る限り、このことを最初に認めた厚生労働省の高官は佐藤敏信保険局医療課長(当時)で、2008年に、「在宅と入院を比較した場合、在宅のほうが安いと言い続けてきたが、経済学的には正しくない。例えば女性が仕事を辞めて親の介護をしたり、在宅をバリアフリーにしたりする場合のコストなども含めて、本当の意味での議論をしていく時代になった」と率直に発言しました(2008年11月14日公私病院連盟「国民の健康会議」)。

地域包括ケアシステムの批判者の中には、厚生労働省がそれにより医療・介護費の抑制を目指していると主張されている方もいますが、厚生労働省の高官で、そのような発言を

している方はいません。ただし、医療・介護の実態を知らない経済官庁や政治家にはまだ、地域包括ケアシステムで費用が抑制できるとの誤解・幻想が残っています。

おわりにー地域包括ケアシステム確立の2つのブレーキ

最後に、今後、地域包括ケアシステムを確立する上での2つのブレーキについて述べます。私が本稿で一番強調したいのはこのことです。

私は、佐藤医療課長が「女性が仕事を辞めて親の介護をしたり」する場合のコストに言及していることに注目しています。なぜなら、地域包括ケアシステムは「自助」の1つとして家族介護の拡大を前提にしていますが、それを無理に促進すると、現在年間10万人に上っていると言われている「介護離職」が増加し、それによりすでに生じている現役労働者の減少に拍車がかかる危険があるからです。これは、安倍政権が表看板にしている「アベノミクス」の第3の柱である「成長戦略」の重大な障害になります。私はこの面から、今後、地域包括ケアシステムによる在宅ケアの拡大にはブレーキがかかると予想しています。

なお、「自助、互助、共助、公助」の4区分を初めて提唱した2009年の「地域包括ケアシステム研究会報告書」では、家族の支えが「自助」と「互助」のどちらに入るかは示されていませんでした。しかし、民主党政権の末期に自民党主導でまとめられた「社会保障改革プログラム法」の素案の前文には、「自ら又は家族相互の助け合いによって支える自助・自立」と明記されていました(9:54頁)。最終的な法文ではこの表現は削除されましたが、家族の支援・介護を自助に含める考えは安倍内閣でも踏襲されていると思います。

もう1つブレーキになるのは、先述した「骨太方針2015」で、今後5年間、小泉政権時代を上回る医療・介護費の抑制が目指されており、それにより地域包括ケアシステム構築に必要な公的費用が相当圧迫されることです(17)。「骨太方針2015」の今後5年間の社会保障関係費(国庫負担分)の削減の「目安」は1.9兆円であり、医療危機・医療荒廃をもたらしたとして悪名高い「骨太の方針2006」の5年間の削減目標1.1兆円より、なんと7割も多いのです。

文献

(1)二木立『『地域包括ケアシステム』の法・行政上の出自と概念拡大の経緯を探る』『文化連情報』444号:20-28,2015。

- (2) 小林甲一・市川勝 「『高齢者保健福祉』から『地域包括ケア』への展開－医療・介護の連携をめぐって」『名古屋学院大学論集 社会科学篇』50(1):1-20, 2013。
- (3) 小林甲一・市川勝 「医療主導による地域包括ケアシステムの形成と展開－広島県尾道市におけるモデル構築を事例に」『名古屋学院大学論集 社会科学篇』51(3):1-18, 2015。
- (4) 山口昇 「地域包括ケアのスタートと展開」。高橋紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社, 2012, 12-37 頁。
- (5) 川越雅弘 「わが国における地域包括ケアシステムの現状と課題」『海外社会保障研究』62号: 4-15, 2008。
- (6) 片山壽 『父の背中の地域医療』社会保険研究所, 2009。
- (7) 二木立 『保健・医療・福祉複合体』医学書院, 1998。
- (8) 二木立 「日本の保健・医療・福祉複合体の最新動向と『地域包括ケアシステム』」。二木立 『T P P と医療の産業化』勁草書房, 2014, 165-180 頁。
- (9) 二木立 「2014 年『地域包括ケア研究会報告書』をどう読むか？」『日本医事新報』4703号: 15-16, 2014。
- (10) 二木立 『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房, 2014。
- (11) 筒井孝子 「地域包括ケアシステムにおける病院間後部門の今後のあり方」『病院』74(5):326-331, 2015。
- (12) 猪飼周平 『病院の世紀の理論』有斐閣, 2010, 205～232 頁。
- (13) 武田俊彦 「医療制度改革」『社会保険旬報』2605号: 12-18, 2015。
- (14) 二木立 「リハビリテーション医に必要な医療経済・政策学の視点と基礎知識」『文化連情報』436号: 16-24, 2014。
- (15) 斉藤弥生 『スウェーデンにみる高齢者介護の供給と再編』大阪大学出版会, 2014, 187-188 頁。
- (16) 筒井孝子 「地域包括ケアシステムに関する国際的な研究動向」。高橋紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社, 2012, 38-56 頁。
- (17) 二木立 「『骨太方針 2015』の社会保障費抑制の数値目標をどう読むか」『日本医事新報』4760号: 17-18, 2015。

岩田 ありがとうございます。医療、特に病院と地域包括ケアシステムのネットワークとの関係についてお話をいただきました。

それでは、続いて白澤先生にご報告をいただきます。

白澤 ただいまご紹介をいただきました白澤でございます。私に与えられましたテーマは、先ほどコーディネーターの岩田先生からもありましたように、生活者の立場から見た地域包括ケアシステムにおける供給と編成ということについてどうのように位置づけていくのかということです。先ほど斉藤さんの話では、供給と編成ということをスウェーデンの実態からお話をされたわけですが、なかなか編成という言葉そのものの持つ意味は難しい部分があると思います。編成は、いろいろな個別のものをどうのように組織化し一定の筋道を立てて形をつくっていくのかという意味だろうと思います。

厚生労働省が地域包括ケアをどう考えているのかというのは先ほど二木先生がお話しいただいたとおりなのですが、2014年に法律上位置づけられたのが、「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」です。ここで初めて地域包括ケアを定義づけたわけであります。この法律の第二条に、「地域包括ケアシステムとは、地域の実情に応じて」と、地域により個別的だということですが、「高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」ということです。こういう体制をつくるということですが、要するに形の上で介護・医療や介護予防や住まいがある。最終的なゴールはよくわかるわけであります。これは地域包括ケア研究会の報告書もほぼ同じようなことを言っているわけです。研究会では、住宅がまずあって、医療と介護があって、さらに生活支援サービスが日常生活の場であるということ。こういう地域の体制をつくる。結果として、こういうものがどうできるかというのが私たちにとって大変重要なことだと考えます。

これは先ほどからも出ている地域包括ケアの仕組みの図でございますが、本人の選択と心構え、ある意味ではこれは自助的な意味合いが大変強いと思いますが、それに住まいと生活支援サービス、医療のサービス、介護のサービス、これが日常生活圏域でできていて、30分程度で何かあったときに駆けつけられると。要するに結果としてこういう仕組みをどうつくるのかということだろうと思いますが、そのプロセスをそれぞれの地域でどう展開していくのかということで、私のほうで問題提起をさせていただきます。先ほどの話であれば、自助や互助や公助や共助、こういうような供給体制をどうのように確保し、利用者にケアを提供していくのか。こういう議論がなければ、あの地域包括ケアの図にはならないわけです。どうのように確保するのか。そして、同時にどのようにケアの供給体制を編成する、すなわちオーガナイズする。して、利用者に円滑にケアをデリバリーして

いく。これらの2つをつくり上げていくことがなければ、あのような図にはならない。

では、これはどういう形でできるのかということですが、私はこの両者を関連づけて議論することが不可欠なのではないかと考えます。要するに供給体制を確保することと、供給体制を編成する、この2つをどういように関連づけて展開していくかということです。そういう意味で、前者のみではケアの供給体制の適切な確保は大変難しいわけです。そういう意味で、多様な供給体制をオーガナイズして供給主体間の調整をする。要するに地域の中でいろいろな供給体制をオーガナイズしながら調整をしていって、バランスのとれた供給体制を確保していく。これを地域の中でどうつくり上げていくのか、日常生活圏域の中でどうつくり上げていくのかという問題と、同時に利用者に適切なケアを提供するかということです。多様な供給体制をオーガナイズして、利用者のニーズに合わせて調整する。こういうケアが円滑に提供できる仕組みをつくらなければならない。

ひとつは地域の中でどういろいろな団体が組織化するかという話であります。第2は1人1人の利用者に適切なニーズにどう応えていくかということです。これは、ケアマネジメントの仕組みをどうつくり上げていくのかということです。この2つを一体的にやっていくことによって、地域包括ケアは先ほど言ったような仕組みができてくるわけです。こういう議論をしなければ、単にこの図をどうするのかというだけでは話は進まないのではないかとというのが、私の冒頭での問題提起であります。

同時に、地域包括ケアというのは、よく comprehensive という言葉で海外では言われたり、integrated というように言われていますが、1つは、1人1人の利用者の対応するニーズを包括的に捉えるということです。多様なニーズに包括的に捉え、これに応える仕組みだろうと思います。同時に、ケアの提供者が包括的だということです。これは組織的にコーディネーションやオーガニゼーションをもってセルフケア、インフォーマルケア、フォーマルケアが包括的に対応できるような仕組みをつくろうということです。残念ながら、3つ目の利用者が包括にはなかなかない。これは子供から高齢者までを含めた全ての住民が対象だということです。残念ながら、そこは高齢者のみの議論に終わっています。これは介護保険財源という議論の中で進んでいるからだといえます。

さらには、包括的・継続的ケアと言われますが、後者の継続的ケアは、その1人1人が状況の変化に合わせて、あるいは、ライフサイクルで言えば、障害から高齢へという、こういう流れの中で、包括の議論はなされるべきである。こういう継続性を支えることが欠落している問題を持っていると思います。

そういう意味では、シームレスにサービスが提供できる、あるいは、ワンストップで、シームレスで、サービスが提供できるような仕組みをどうつくるのかというのが地域包括ケアシステムの原点なのだろうと考えます。そのためには、きょう斉藤さんがスウェーデンの話で供給と編成という言葉をおっしゃったわけですが、私たちは単にケアの供給をするだけでなく、ケアをどういうふうに編成をしていくのかについての議論が必要不可欠だと、こういうように思うわけです。

そういう中で、供給主体の議論として問題点を少しお話をしたいんですが、これは先ほど岩田先生がお話をした、介護保険になって供給主体論が大きく4つになりました。今までは公助、互助、自助という議論をしてきたわけですが、保険というところに共助を入れ、地域の支え合いを互助にするという、こういう整理をしたわけですが。私は介護保険というのは確かに保険料をとっているわけですが、半分はやはり税金で成り立っている。同時に、地方分権と言われながら、国がほとんど介護保険制度を規定してきているわけであります。そういう意味では国の責任は大変大きい。だから、これを本当に共助ということで議論するのかどうか。共助という議論になると、国の責任も大変弱くなる。ということで、私自身はこの公助、共助、互助、自助という議論の中で、保険部分は共助だとしていますが、税金で対応している部分は公助だと考えます。こういう整理をして、国としての責任も介護保険に入れていかなければ、大変無責任な介護保険制の議論になるのではないかと考えているわけです。

その中で、地域包括ケアシステムの供給主体をいかに確保していくのかという議論がほとんどなされていないわけです。先ほどの議論の中で申し上げた、今から生活支援サービスを1つの大きな柱にしていこうというわけですが、その生活支援サービスが具体的にどういうように確保され、そして組織化されて協働化していくかという道筋がとりわけ重要ですが、議論されていません。これをどうしていくのかということです。

実はこの図は、私が1988年ですから、30年ほど前に書いた図なのですが、当時から地域包括ケアといったようなことを考えられていたのだと思います。ケアマネジメントをやるとうやうや難しい事例が出てくるわけであります。そういう事例を地域で検討していく。これをケアカンファレンス、事例検討会とその当時言っていたわけですが。そこからケース・アドボケートという形で1つ1つのケースの問題解決を図っていく。例えばごみ屋敷の問題しかりだろうと思います。あるいは、虐待のおそれのあるケース。そして、そこから地域のニーズを明らかにして、地域の中で地域の課題を解決していこうということです。

例えば、ある地域でゴミ屋敷のケースが集積され3ケースもあったとしましょう。そして、その中ではどのような地域の課題があるかという、3つのケースに共通して、ひとり暮らしの高齢者が家の中で閉じこもって、なかなか外に出る機会が少なかった。そういうことをプロセスにしてゴミ屋敷化していったということが分かりました。そうすると、そこにはケースコミッティ（代表者会議）と書いてありますが、そこで地域のいろいろな機関や団体の代表者が集まり、地域のニーズである、ひとり暮らしの人が閉じこもって地域に出て行く機会が持てないことをどのように解決をしていくのかを検討します。そこから、例えばサロン活動が出てきたり、あるいは、見守り活動が出てくる。これをクラス・アドボケートというように呼んでおり、社会資源の修正・改良・開発をやっていかなければならない。

一方で、ケアマネジメントから生じてくる部分と、もう一方は、当然その地域社会にある団体や機関をどのようにネットワーク化していくのかと。きょうの私の副題にも「ケアマネジメントとネットワーク」を書きましたが、この両軸をもってどうサービスの供給の確保と同時にそれをどう編成していくのかというメカニズムを、こういう枠組みの中で考えていかなきゃならないのではないかと、30年ほど前に議論していたわけです。これが、まさに、地域包括ケアシステムを推進することになるといえます。

その右側の担い手である諸機関・団体の組織化をするのは、地域包括支援センターがこういう役割を果たしていくことになるのですが、例えば2006年にセンターができたときには、①から④の機能しかやっていなかったわけです。すなわち、介護予防業務、総合相談、権利擁護事業、ケアマネジャーの支援でした。ただ、私はその当時から論文にも書いてきたのですが、地域包括ケアネットワークを構築することが必要だということを国はセンターの設置運営で既に2006年に言っているわけです。ただ、このような形の中で供給と編成という議論になかなか対応することが2006年にはできていなくて、2013年にやっと地域ケア会議を地域ケア個別会議と地域ケア推進会議に分けて、地域包括ケア推進のツールだとかいうように位置づけにしたのです。今さっきの供給と編成という議論からすると、地域包括支援センターの失われた8年ということで、なぜ最初からこういうような供給と編成の議論に地域包括支援センターを位置づけなかったのか、こういうように思っているわけです。

これは国の図ですが、地域ケア会議は「地域ケア会議は地域包括ケアシステムの実現に向けた有効なツールである」ということで、地域で難しい事例を検討し、地域の課題・ニ

ーズを明らかにし、地域づくりを展開していくという、やっとうこういうことが 2013 年になって言われ、2006 年にできてからそういう議論がなかなか煮詰まらずにきたということです。やっとう、このような流れの図がここには出ているわけですが、これは先ほどの事例の個別課題であるごみ屋敷のような事例があって、そういう中でネットワークを構築して、地域課題を解決し、地域づくりをしていく。こういう仕組みが必要だといえます。これは二木先生が先ほどシステムではなくてネットワークづくりだということは、地域のいろいろな団体がそこに入ってかかわりを持っていくということなのです。

それで、30 年前の私の図をもう一回整理をしてみると、現代こういうような地域包括ケアシステム、そして、その中核に地域ケア会議を位置づけるとすれば、ケアカンファレンスが地域ケア個別会議で、ここで難しい支援困難事例を検討する。そして、ケースコミッティは地域ケア推進会議です。そして、左側はケアマネジャーの機能で、右側のネットワークから地域ケア会議を推進していくのが地域包括支援センターの機能だということです。

こういうことを考えてみますと、地域包括支援センターというのとケアマネジメントが両輪になって地域包括ケアシステムをつくり上げていくと。こういうように言えるのだろうと思います。

私はケアマネジメントもネットワークづくりだと申し上げるわけですが、例えばこれは 1 つの事例ですが、F さんという人にいろいろなサービスをつなげているわけです。しかし、ケアマネジャーはネットワークをしているとは思っていない。個人のニーズに合わせて必要な社会資源につなげる。結果として F さんを支えるネットワークをつくっているわけです。

地域のネットワークづくりは、いろいろな機関間の連携をどうするのか、矢印をどう強くするのか。これがネットワークづくりと言われるイメージ図ですが、これもケアマネジメントと一緒に、地域のニーズを明らかにしていろいろな活動して初めて。ネットワークができ上がってくる結果です。私はケアマネジメントも地域づくりも同じようにネットワークという結果としてあらわれてくるものだと考えています。そういう意味で地域包括ケアのスケルトン（骨組み）は、個人や家族に対する網の目づくりと、地域社会の中でいろいろな機関や団体の網の目づくりをし、そして、時には自治会や民生委員協議会、例えばごみ屋敷のための掃除に行くということで自治会の網の目をつくったり、民生委員協議会の網の目をつくることにあります。この下の 2 つの部分地域包括支援センターがやり、

上の部分をケアマネジャーがやる。そして、その連続性を確保することが地域包括ケアシステムのスケルトンではないかと、こういうように思うわけです。

ところが、残念なことに、ケアマネジメントはそれなりにP D C Aサイクルでケアプランをつくるのが随分できてきたわけです。一方、ネットワーキングという地域包括支援センターが機関間の連携をどうするのかというのは、正直なところまだ百人百様だといえます。ここがなかなか専門性が確立できていないのではないかといえます。この2つがP D C Aサイクルでうまく機能することによって、地域包括ケアシステムのスケルトンをつくり上げることができ、ひいてはきょうの議論であるサービスの供給の確保と同時に編成というような機能を果たすことができるのではないかと考えます。

地域ケア会議についてはカットしますが、地域ケア個別会議は支援困難事例をどういうようにみんなで解決していくのか。そして、そこから先ほど言った地域ケア推進会議である代表者会議でその地域課題をどういうように解決していくのかと。こういうことが連続性のあるものとして展開をされていくことが求められます。

きょうは2つ事例を用意したのですが、ある町で行われている地域支援計画表であります。ケアマネジャーのケアプラン用紙と非常によく似ていると思います。ケアマネジャーは個人のニーズに合わせて必要なサービスにつなげていくという方法であります。地域支援計画表は地域のニーズに合わせて地域の活動を展開していく方法であります。

ケアマネジャーの使っている居宅サービス計画書2は、私がつくった用紙なのですね。あのとき特許とっていたら、きょうはもうここにはいないと思いますが、そのときの思いと同じで作成したものです。地域のニーズを明らかにして、そして、それをどういうように解決をしていくのかというP D C Aサイクルの仕組みを計画表にしたもので、この計画表を地域のネットワーキングの中に入れていかなければならない。

もう1つは、その当時と同じ思いなのですが、なかなかこういうネットワーキングやコーディネーションという業務は見えにくいわけです。どういうようにして可視化して、みずからの仕事を社会に提示し、評価されるのか。例えばこれは岩手県、これはほかの地域ですが、こういうことが行われています。

こういうようなことをやっていけば、当然さまざまな新しいサービスが生み出されてくる。例えばこの地域支援計画書であれば、民生委員協議会が認知症の人の家庭訪問をする。こうなってくる。そうすると、新たなサービスが生み出されてくる。そして、今回生活支援コーディネーターという新たな職種が生まれてきております。恐らく民生委員の見守り

活動を具体的に展開する、そういう職種が置かれてきたことによって、供給主体が新たに加わってくる。こういうことを今からやっていく必要があるといえます。

私がこういうPDCAサイクルでの業務を申し上げるのは、私たちは地域包括支援センターで新たなサービスを生み出している活動をやっているセンターの調査をしましたが、その結果を見ると、まさにPDCAサイクルで仕事をしているわけです。地域との信頼関係づくりを基本にしながら、地域の問題や課題を発見し、アセスメントし、計画をつくっているわけです。こういうことから、先ほどのようなプラン用紙が必要で、同時に可視化することが必要だということに行き着いたわけです。

ただ、やはりケアマネジャーと違う部分も随分あります。ネゴシエーションといういろいろな団体との根回しや連絡調整という大変重要な役割が地域づくりにはあるということもご理解いただきたいと思います。

私はこういうことをすれば、サービスの供給と編成を確立していくことができるのではないかと考えます。ただ、1つ議論が残っている問題があります。きょう私は個別ニーズのところから地域ニーズの抽出という議論をしました。実はもう1つ、地域ニーズは、地域のニーズ調査分析の結果から、地域ニーズを導き出していく方法論がまだ欠けています。私はそういうことができれば、一方でケース・マネジメントという1人1人を支える仕組みと、コミュニティマネジメントという2つの仕組みでもって、地域包括ケアシステムが作り上げられていくのではないかと考えています。例えば介護保険事業計画や地域福祉計画などでの調査実態から地域ニーズを抽出していく方法論にまだ至っていない。こちら辺をどのように地域ニーズに抽出するプロセスに展開していくのか。こういうことが求められています。

最後に、先ほどのような話をもとに、供給と編成を整理したいのですが、多様な供給主体を開発し、編成してくというプロセスは、供給主体を編成の中から作り上げていく。その編成の中には地域のいろいろな団体でもって供給主体を組織化していき、そして、一方で、個人には1人1人のニーズに合わせたコーディネーションをしていく。そして、利用者に提供していく。あるいは、利用者からフィードバックして、支援困難な事例から編成を超えて、供給主体が新たに生み出されていく。こういうことが地域包括ケアシステムには必要なのではないかと。ある意味で、そういう意味で編成の意味は、1つは、個々人に対するニーズに応えるという意味合いでのケアマネジメント。また、古い文献を出してきていたのですが、1968年にマレー・ロスがコミュニティーオーガニゼーションのプロセスを

挙げています。要するに、どういうふうに地域ニーズを明らかにして地域づくりをしているのか。まさにケアマネジメントとコミュニティーオーガニゼーションを合わせて編成というように考えられるのじゃないかと、考えています。

最後になりましたが、地域包括ケアの供給と編成は切り離して議論できないのではないかと。同時に、編成が機能するためには、地域ケア会議が基本になるのではないかと。また、編成を介して再度供給主体の種類や質・量の議論が展開されるのではないかとということをお願いして、話を終わ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。

岩田 どうもありがとうございました。今の白澤先生のご報告では、供給主体の編成ということ、地域ケア会議を基本としながら、これは包括センターが主催するということですが、1つは、個人のコーディネーター、それから、地域のオーガニゼーション。これがコミュニティーマネジメントとケアマネジメント、プラス、ネットワーキングということになるんだと思いますが、そういうものを通してまた供給資源の充実や再開発がなされていくという、供給と編成の全体像をおまとめいただいたわけです。

それでは、これから 20 分ほど休憩に入ります。ほぼ時間どおりにいっていますが、20 分なので、15 時 45 分からでよろしいですかね。再開は、では 45 分からということで、この間質問用紙の回収を行いますので、ぜひ多様な質問をお寄せいただければと思います。特に二木先生のご報告では、地域の中でも今焦点が当たっているのは大都市であるということと、白澤先生のコミュニティーマネジメントあるいはケアマネジメントというものを地域のケア会議ですね、ここでやっていくという、この 2 つのイメージをどういうふうにつなげていくかということが非常に重要かと思えます。

ちなみに介護保険は全国どこでもサービスが受けられますので、高齢者も移動して行く可能性があります。その移動というのは、一時期とこかへ行って、一時期帰ってくるという、こういう移動ですね。介護保険制度というのはそれを可能にしてみましたので、ここでは地域というのが重要な要素になってくると思いますので、ぜひそのあたりの議論を後半でしていただきたいと思います。

それでは、45 分からスタートしますので、質疑表の記入と回収にご協力いただきますようお願い申し上げます。

では、前半はこれで終わります。ありがとうございました。

岩田 それでは、後半に入りたいと思います。後半のまず冒頭に斉藤弥生先生のほうから今の前半のお2人のご報告に対するコメントをお願いしたいと思います。

斉藤 ありがとうございます。二木先生と白澤先生という、この研究分野を代表される先生方のお話を聞き、本当に勉強させていただきました。今日は是非おうかがいしたいと思い用意してきた質問があるので、よろしく願いいたします。

まず白澤先生への質問です。介護保険制度は地方分権の試金石と言われながらも、国レベルでの管理性が強いという話をされておられたと思います。私も先生のお考えに全く同感で、地方分権の試金石と言いながら、介護システムにおいて自治的運営の文化は育ってこなかったと思います。例えば介護保険事業計画は3年ごとに更新されますが、これは4年ごとの統一地方選挙と合致するのを避けたともいわれており、日本の介護保険制度はできるだけ政治性を排除した制度とも言えると思います。

白澤先生はケアマネジメントのご研究をされてこられ、そして「地域包括ケアシステム」の中でのケアマネジメントの重要性をお話しされましたが、私には先生が最後に出された図が印象的でした。拙著の大きな研究テーマでもありましたが、誰が担うのか、誰が費用を出すのか、誰が決めるのかが、とても気になるところです。介護政策の方向性をみると、「誰が介護をするのか」（担い手）、「誰が支払うのか」（費用負担）の面から考えますと、戦後福祉国家の発展とともに公的財源の中で政府が担ってきた役割が、財源の縮小により「再家族化」し、「市場化」し、そしてスウェーデンの例にもあるように「私費購入化」への方向性が多かれ少なかれ、どの国にもみられるように思います。日本の介護保険制度の「地域包括ケアシステム」の議論の中でも「自助」の枠組みに、都市部では自分で介護サービスを購入できるという項目が入っています。こういう状況の中で、白澤先生が目指される地域包括支援センターの役割、ネットワークづくりはどのようなもので、何が鍵になってくるのかを是非お伺いしたいと思います。

二木先生のご報告の中で私の印象に残ったことは、「居宅生活の限界点を高める」という、この一言に尽きるのですが、私はスウェーデンの介護サービスの編成から学ぶこととはまさにこの点であると思っています。「居宅生活の限界点を高める」ために、ホームヘルプや訪問看護をどう編成するかという議論がどのように行われたか、それをこの本の中にまとめてきたつもりです。できるだけ高齢者が長く家で生活できることを考える必要があります。ぎりぎりまで自分の望む場所で生活できるようにということだと思いますが、

そのためには訪問看護、訪問介護のパワーアップをしなければならないと思います。例えば近年ホームヘルパーも一部医療行為ができるようになり、たんの吸引などはホームヘルパーもできるようになりました。今私は北欧の介護研究者たちとの共同研究で、とホームヘルプの国際比較研究をしています。これまでの分析で明らかになっているのは、北欧諸国に比べて日本のホームヘルプには、身体介護の重点化が言われながらも、掃除を含む家事が多い点です。スウェーデンやデンマークのホームヘルプでは、医療行為もあり、身体介護が仕事の中心になっています。ホームヘルパーの専門職としての社会的地位や労働条件を考えると、「在宅の居宅生活の限界点を高める」上で課題が山積していると思いますが、その点はどうかお考えでしょうか。それから、もう1つの質問は、地域包括ケアを考える中で、本日の二木先生と白澤先生のご報告をうかがいながら思いましたが、地域包括ケアの構築にあたり、何もこれは地域包括ケアセンターだけが中心でなくてもいいのではないかという気もいたします。これは例えば広島県御調町（当時）の場合でも、長野県佐久市の場合でも、今注目されている滋賀県東近江市永源寺地区の場合でも、診療所や医療機関が中心になった包括ケアが行われており、都市部でも名古屋の南医療生協の取り組みが最近注目されていますが、都市部でも医療機関や協同組合等が保健・福祉の連携の中で中心になる包括ケアもあるような気がいたしますが、そのあたりはどのようにお考えになるのでしょうか。すごく瑣末な質問だと思いますが、よろしくお願いいたします。

岩田 ありがとうございます。多分フロアのほうから質問が出たことの一部は今の斉藤先生からの質問ともかぶさっているところがあると思います。質問表の全部をご紹介しますながら1つ1つにお答えするというのはちょっと時間的にもできませんので、ある程度同じ傾向の質問に対して答えていただくというような形で、まずお2人に10分・10分いただいて、それでまたディスカッションをするというような形にしたいと思います。

では、白澤先生。

白澤 フロアからのご質問も斉藤先生からの質問もあって、どう答えていったらいいのか困っているのですが、フロアからの私に20枚ぐらいご質問いただいております、それとあわせて少しお話をさせていただきたいと思います。

1つ、きょうの議論の中で、これは斉藤先生のテーマでもある家族支援についての議論で、地域包括ケアシステムと家族支援をどう考えるのかというご質問です。それは今の話とも斉藤さんの質問とも関係すると思っているのですが、実は日本の介護保険は家族を支援するというのが法律上一切書いていないですね。ということで、現実には家族が介護

をして介護保険が家族を補っているにもかかわらず、その議論は全くないわけであります。これは当時樋口恵子さんなんかの現金給付反対論と亀井静香さんの現金給付という議論の中で、日本の介護保険はその話は全部シャットアウトして、玉虫色に進めてきて、家族は何もしないという前提の中で、介護保険制度がつくられてしまっています。その落差が極めて問題です。イギリスでも、介護者法という法律で、家族を支援することが目的になっている。ドイツの介護保険はまさに家族介護者を支援する法律で、介護者に対して現金給付があったり、レスパイトサービスがある。そういう意味から、もう一度家族を支援することをどう位置づけていくのかというのが、地域包括ケアシステムの中でも大変重要だと思っています。

じゃあ、先ほど斉藤さんの質問で、お金の議論をどうするのかという話になってくるわけですが、介護保険が半分公費と半分保険料というのがある意味で曖昧にしているのじゃないかという議論ともつながるのですが、私は逆にその曖昧さをうまく使って、もっと公費をどういうようにうまく入れ込んでいくのかという議論をしていかないと、なかなかうまくいかないのじゃないかと考えます。それは逆に言えば、利用者も考えなければいけない問題があって、当然公費になれば応能負担議論が出てくるわけですが、もう少し応能負担的な議論をしていかなければならないのじゃないかと思っています。そういう形で進んでおり、保険料も2割という議論が起こっているといえます。これは2025年を迎えていく中であって、今までのような一律的な議論ではいけないのではないかとというのが私の思いでございます。

2つ目に、ケアマネジメントはPDCAサイクルで進むようになったけれども、片一方のネットワーキングであるとかいうところがなかなか百人百様な要素が強いということも申し上げました。これは現実に地域包括支援センターなんかの活動を分析したらということでございます。そこは我々の今までの教育も十分でなかったのだと思います。例えばオーガニゼーションとかいう理念的な議論はできたけれども、実際にどのような方法で実践をするのかということを確認にするだけの素材がなかったといえます。やっとなんかということが教育できる時代を迎えたのではないかと思っています。そういうことが質問の中にございます。

それ以外にたくさんあるのですが、ネットワークの中で何を一番重要視するかという今の話ですが、私はやはり先ほどPDCAサイクルでということと地域支援計画表というのを提示したわけですが、ああいうように可視化するというのと、ニーズというものをき

ちっと掘り起こした議論をどうのように整理していくのかです。こういうことが一番ネットワークで何が大事かと問われると、やはりP D C Aサイクルでニーズをきちっと解決していく道筋、こういうことを地域であろうと個人であろうと展開していくことが大事なんじゃないかと思っています。

そういうようなことを言うけれども、地域包括支援センターにはそんな今介護予防ケアプランでてんでこ舞いの状態でケア会議を運営するような状態ではないのではないかとの意見があります。まさにとおりだと思います。それはやはり僕も実は全国の地域包括支援センター協議会の今回の法改正の政策委員長をしていて、厚生労働省にやはり要支援のケアプランはケアマネジャーに全て委ねるような仕組みに変えるべきだと、こういうことで言ったのですが、国はそうじゃなくて、地域包括支援センターがやるべきとのこと。私たちの考え方となかなか折り合わなかったんです。おっしゃるとおりで、やはり地域を見る人と個人を見る人をきちんと整理して、そこがどう協力をし合っていくかという仕組みをつくるべきではないかと思います。

それとあわせて、例えば斉藤さんが先ほど言ったことですが、地域包括支援センターが供給やネットワークという議論をしましたが、ほかがやってもいいじゃないかということについてです。そのとおりなのです。これは私と大橋謙策先生が編者で『地域包括ケアシステムの展開』という事例集を出させていただいています。その中で、例えば社会福祉法人が核になってネットワークをつくる、地域包括の業務を担っているというような事例もたくさんあります。だから、診療所でもしかりだと思います。ただ、それはどういう形で地域の中でコンセンサスをとっていくのかというプロセスがなければ、なかなかうまく地域の中に定着していくのは難しいのではないかとはいいます。

ほかに、今の話はそうすると地域包括ケアという話だけれど、生活困窮者の自立支援事業も同じことかという、私はきょう申し上げたように、高齢者の問題だけでなく障害者の問題も生活困窮者もこの議論の中では同じ議論であって、あえて税金をもう一度投入して、介護保険の保険料と合わせた地域包括ケアの仕組みを最終的には日本の中でどうつくるかという課題はあると思っています。

そういう中で企業も重要な役割を果たすと思います。そのとおりだと思います。例えば、東京の大田区なんかは、この地域のネットワークの仕組みの中に企業も全部入れてやっています。そういう中で新たな社会的企業づくりみたいなものも展開をしています。こういうことも十分可能な議論になってくる。ただ、机の上での議論と実際とはなかなか難し

い問題があると思いますが、理論的にはそのとおりだろうと思います。

ケアマネジャーが今後どうなっていくのかという話も出ていて、私はやはりケアマネジメントがかなめであるということは間違いのないと思います。例えば今韓国の介護保険でケアマネジャーがいないことによる弊害議論が随分起こってきているわけです。ただし、なかなか国の制度の仕組みにも問題があるわけです。ものを売る人と買う人が同じところにいるわけですね。サービス事業者とケアマネジャーが同じところにいる。こんなことやっているケアマネジメントの仕組みは日本だけです。イギリスだったら、それを分離するために、ケアマネジメントの仕組みを作ったわけです。私はそういうような仕組みに変えなければ、恐らく公正中立というようなことは守れない。ということで、制度側にも問題があるというように申し上げているわけですが、一方で、専門職としての位置づけで自分たちの倫理観というのもきちっと高めていくことも必要です。この両面で展開をしていかなければ、ケアマネジメント論が本当につぶされるかもわからない。そこをどういうように制度と専門性の確立の中で維持していくのかという課題を持っているのではないかと、こういうように思っております。

そして、お2人ほどから成年後見制度について出ているんだけど、この話はきょう一切なかったじゃないかという話ですが、これについても当然地域包括ケアという中で意思表示の十分できない人たちをどう支えていくのかという課題があるだろうと思います。そのときに後見人議論というのがあって、ドイツなんかのような市民後見人の制度をどうつくっていくのかというような課題も当然地域ケア会議の中の議論の1つの中で出てこなきゃならない問題だろうと思いますし、また、これはもう一度根本的に私たちが考えなきゃならない課題として、成年後見制度ができたのですが、後見人というのが少し安易に出されてはいないのか。もう少し本人の意思を大事にする成年後見制度。代理のところ委ねるということではなくて、本人がどこまでできるのかという議論をもう少し深めていく必要があると思っています。あるいは、そういうことを支える仕組みの成年後見制度にどう持っていくのかという議論が少し欠けているのではないかと。そういうことが地域の中で語られていけば、市民後見人についての議論が起こっていくのではないかとこのように思っています。

それと、いろいろな地域でNPOの方々がさまざまな活動をしている。そういうことをどういうように評価するかというご質問もいただいています。地域によって随分格差はあるのだろうと思うのです。私の住んでいる町も名張方式と言われて、民度が高いのです

ね、これは。ボランティアをする人、地域の支え合いをする人たち。例えばうちの家内でもお隣の家のゴミ出しをするのは当たり前みたいなのができ上がっている民度がある。それは地域によって全然違うと思うのですね。そういう意味では、私はその民度というものがどれだけあるかによって随分違うのだけれども、1点大事なのは、そこに専門職がどう関わっていくか。きょうの話じゃございませんが、地域の会議を介して、どういうようにして新たなものをつくっていくか、今後は生活支援コーディネーターができれば、その人がそういうものを生かしていくのか。民度だけに頼るのではなくて、そこに専門性をどの生かしていくのが今からの私たちの課題ではないかと思います。以上でございます。

二木 先ほど白澤さんにちらりと紹介していただきましたけれども、私は定刻主義者なんです。アメリカ帝国主義じゃなくて、時間を守るという意味でのね。先ほどの報告もお聞きだと思いますが、24分30秒で終わりました。そのかわり事前に5回読み上げ練習しています。10分ですか？　じゃあ10分の枠内で話します。

斉藤さんから出された質問が2点。これを優先してお答えします。その上で、出された質問でちょっと驚いたんですけれども、一番多いのが5通ぐらいあったかな。きょう一言も触れなかった地方創成会議の地方移住提案についてどう思うかというのがあるんですよ。だから、それは最低限お話しします。実は、これ、事前に用意した想定問答集で、これ出るだろうと思って『中央公論』のコピー持ってきたんですよ。当たったという感じでね。こういうのがプロのやり方ですから。

まず、斉藤さんから2点言われました。こういう場だから、せっかく議論を盛り上げるためにあえて言いますけどね、斉藤さんってスウェーデンのことに詳しい割に日本のことは本当に知らないんだなと思いました。もうちょっとスウェーデンの10分の1でも日本の制度・政策を勉強してほしいと思います。

心に残った言葉で、「居宅生活の限界点を高める」と言われて、うれしいというよりも、えっ、そんなことも知らなかったんですかという思いです。これは2010年それから12年、つまり民主党政権時代の介護保険改革、それから、社会保障・税一体改革で出てきた言葉なんです。これは歴史があるわけです。地域包括ケアシステムの、私、歴史話しましたね。美しい言葉で「進化」と言いましたけれども、はっきり言うと試行錯誤なんです。それを厚生労働省流に美しい言葉だと進化ですけどね。ということで、初めは地域包括ケアシステム、2003年から09年くらいまでは病院も無視、施設も事実上否定していたんです。だから、全国老人福祉施設協議会は当時地域包括ケアシステムは特養解体論だと大反対運

動やりましたよね。だけど、それでやってみてもうまくいかなかったんですよ。そのため、最後の最後まで自宅でやるのは無理だからということで、居宅生活の限界点を高めるということ。こういう文脈です。

その上で、斉藤さんはそれに対する対策として、在宅看護や介護のパワーアップが必要ではないかとおっしゃいましたよね。それは半分しか正しくありません。居宅介護生活の限界点を高めるためには、斉藤さんがおっしゃったような在宅看護・介護のパワーアップと、いざとなったら短期的な入院ができる、施設でお世話になれる、そういう体制もあわせて整備しないとイケない。一度退院したらもう二度と入院できない、二度と施設に入れないなんて思ったら退院しないですよ。だから、在宅ケアと入院を含めた施設ケアとの循環、両方が必要なわけで、在宅介護だけ強調するのはちょっと現実的ではないと思います。

それから、ホームヘルパーの国際比較ということをおっしゃいましたけれども、今聞いていたら、日本と北欧の比較、あるいは、スウェーデンの比較。これは国際比較と言わないんじゃないですか。国際比較というのは最低限カルチャーの違う3カ国でやるというのが普通なんでね。それぞれの国の歴史があるので、そういう歴史を捨象して、日本のホームヘルパーがスウェーデンに比べて云々とかいう議論は、私はナショナリストですから、しません。

それから、2番目ですね。地域包括支援センターが中心でなくてもよいのではないかという話ですね。そのことを私きょう強調したんですよ。実はそれで斉藤さんにぜひアドバイスしたいのは、政策を勉強する場合には、厚生労働省の建前の政策だけを勉強するのはいけません。あわせて実態、本音、それもきちんと調べないとイケないと思います。今は情報公開の時代ですから、いろいろな議事録を丁寧に読むとか、政府の高官のいろいろな文章を読むと、かなりの程度本音もわかります。そういう点で言いますと、白澤さんもおっしゃったように、地域包括支援センターが中心ですよと建前で言っていますが、厚生労働省の中でもそんなことを本気で考えている人はほとんどいません。なぜか。何人いるんですか、地域包括支援センターの職員は。あんなんでもそれぞれの地域をカバーできるわけじゃないじゃないですか。厚生労働省もそのことをわかっているから、地域包括支援センターじゃなくて、いろんな病院だっていい、診療所だっていい、エトセトラ、原勝則元老健局長も言っているわけで、そこをせっかく引用したのに、そこを言ってもらわないと寂しい。

さっき 2004 年から 2008 年までは地域包括ケアシステムの空白期だと言いました、行政

的。正確に言うと、そのときにできたのが地域包括支援センターなんです、2006年。どうということかという、厚生労働省はもっと大きな地域包括ケアシステムの絵を描いていたんだけど、予算的な、あるいは、小泉政権の時代ですから、そんな予算がないというので、まあ、アリバイ証明と言っちゃ失礼ですけども、いちじくの葉というか、それで地域包括支援センターをつくった。その結果、金が行かないから、白澤さんがおっしゃったように、8年ですか、空白ができた。こういう文脈なわけで、地域包括支援センターはなくせなんて私は言いませんけれど、あと、頑張ってる場所もあることはあるけども、それはあくまでもワン・オブ・ゼムですね。

それから、日本創成会議の地方移住の問題ですね。これはちゃんと読んできたんですよ。『中央公論』の7月号。3点だけ言います。

まず第1点。この提案が地方移住だけを勧めた、あるいは、それをメインに勧めたみたいな報道がありますが、それは間違いです。私は公平な紹介をしますからね。いろんな対策の最後に地方移住もあり得るよと言っているだけで、この計画、イコール、地方移住の勧めではありません。これが第1点。

第2点。無理です。なぜかという、日本の高齢者は、国際比較、文字どおり複数の国の国際比較で、定住希望が一番大きいんですよ。実際に地方定住した人に聞いたんですけど、夫婦で意見が一致しないのは幾らでもあるわけです。願望で5割の人が地方に住んでもいいよなんて言っているけども、願望が現実になったら苦勞しないですよ。夢は夢ということで。だから、これはごくごく一部の例外の人を除けば無理。

3番目。あと、そもそも地域包括ケアシステムと矛盾するじゃないですか。それぞれ住みなれた地域でやるんでしょう？ だから、あだ花ですね。あの会議は目立ちたがり屋の提案ばかり出すところなんですね。だから、こういうのに余り目を奪われないほうがいい。

ただし、1点だけ評価できる点があります。それはなぜ地方移住を勧めるか。それは在宅ケアを幾ら進めても、これからの要介護の高齢者の急増にカバーできないからだということ自体は私は一理あると思いますよ。ということでございます。

これで何分ですか。あと2分ね。

あと、きょうの話そのものところでいきますと、こういうのがありましたね。システムとネットワークはどう違うんですかというのがありましたけれども、システムというのは、この医療・福祉の文脈ですよ、国が法律を決めて、その枠組みで地方自治体・医療

機関が従うものです。例えば医療保険制度はまさにシステムそのものです。医療提供体制に関しては、医療保険制度に比べればやや自由度がありますけれども、全国一律の診療報酬エトセトラで、これはまさにシステムですね。

それに対して、地域包括ケアシステムは、理念しか語っていないんです。地域で自立した生活を続けるための支援だということなんでね。具体論は、さっきも言ったでしょう？厚生労働省の老健局長自身がそれぞれの地域でやってくださいよと言っているんですよ。なぜか？ 金がないからですよ。この世は金ですからね。ということで、システムとネットワークというのは全然違うわけです。

ちょうどいいですか。ジャスト 10 分ですね。はい、これで、申しわけありませんけれども、質問はまだたくさんいただいたんですけども、私を恨まないでください。10 分しかもらっていないんですから。

岩田 それでは、斉藤先生には先ほどのご講演の質問が来ておりますので、それと、もしも今の特に二木先生のご発言なんかに対して反論があれば、ぜひ厳しく。

斉藤 勉強不足というご指摘は真摯に受けとめなければいけません。しかし先ほどのホームヘルプの国際比較研究については、もう少し正確に申し上げます。OECD 統計による介護の国際比較研究も増えてきましたが、既存の統計だけでは把握できない介護現場の実態を比較しようと、先ほどの私の報告にも登場したマルタ・セベヘリ教授（ストックホルム大学）を中心に行っている調査研究です。ホームヘルプの仕事内容、ホームヘルパーの労働環境、仕事に対する考え方などを調査し、比較分析するものですが、もとは北欧 4 カ国で行われましたが、カナダ、オーストラリア、ドイツというように福祉国家レジームの違う国々での実施に広がり、2012 年に日本でも調査を実施しました。ホームヘルプと単語で、どの国も同じ介護サービスかのように議論してきましたが、この調査研究によってホームヘルプの中身が全然違うということがわかってきました。日本ではホームヘルプが身体介護にシフトしてきたかのように見えるけれども、特にスウェーデン、デンマークなどに比べると、仕事の内容として掃除や洗濯が多いことがわかります。また日本では利用者とお茶を飲む行為は原則禁止されていますが、デンマークでは利用者と一緒にコーヒーを飲むことがホームヘルプの大事な仕事になっています。ホームヘルプは人々の生活を支えるものであるから、そこに住んでいる高齢者の生活に寄り添って編成されているということが明らかになりつつあります。

それでは、いただきました 3 つの質問について、不十分かとは思いますが、お答えした

いと思います。

1つめは、今回の介護保険制度の改定で、要支援1・2の介護サービス（介護予防訪問介護、介護予防通所介護）が地域支援事業の一部になり、自治体の裁量でやるようになったが、スウェーデンとの違いはどこか、という質問です。一番大きな違いは財源の問題だと思います。今回の介護保険制度の改定では、要支援1・2の方への介護予防訪問介護と介護予防通所介護は自治体の責任で行われることになりますが、これについて厳しい言い方をすれば、軽度の人へのサービスの切り捨ての方向性を指摘せざるをえません。なぜならば財源が保障されていないからです。

それから、2つめの質問は「ロイヤルティ」への質問ですが、「発言」、「退出」、「ロイヤルティ」の分析からすると、大都市圏と地方ではどんな違いがありますかという内容です。先ほど二木先生への限界集落の質問と少しつながるかもしれませんが、特に「退出」、「発言」、「ロイヤルティ」の点からみえると、都市部にはたくさんの事業者があつて、「退出」オプションがあり過ぎます。だから、自分たちが汗を流して「発言」をしなくても、何か他にいいサービスがあるのではないかという、そういう気になってしまうところが怖い部分です。それから、都市部では多くの事業者が自分の事業に利益のある利用者を獲得しようと熾烈な戦いを行っています（もちろん、そうでない良心的な事業者もいます）。そういう市場競争の中でどのように介護のネットワークを築いていくのか。お客の取り合いが行われている介護市場で、ネットワークをつくっていくのはかなり困難であり、都市部では深刻な問題ということができると思います。

特に「ロイヤルティ」の問題になりますと、地方にはうらやましい面があつて、広島県御調町（当時）、長野県佐久市であるとか、地方に包括ケアの取り組みがあります。包括ケアの取り組みができるのは、医療機関や専門職と住民との信頼関係があるからです。地方では介護破綻の問題が深刻化するケースも出ていますが、都市部から見ると地方にこそ包括ケアができる可能性が高いと思う面があります。

3つめの質問は、「ロイヤルティ」についての質問ですが、スウェーデンでは高い税金を払っている自治体に対して住民はロイヤルティを持っているということですが、地域包括ケアの「ロイヤルティ」はどこに出てくると考えられるかという質問です。これもなかなか難しい質問ですが、私自身の今の考え方では、専門職と住民の間の信頼関係であるとか、そういった中で築かれていく部分があるように思います。例えば最近注目されている名古屋の南医療生協ですけれども、自分たちでお金を出して、自分たちで病院をつくる、

老人ホームをつくるという活動をしています。利用者と専門職が一緒になって自分たちが望む医療や介護をつくる、サービスのコ・プロダクション（共同生産）表現ができますが、そういった活動を通じて「ロイヤルティ」が生まれてくるとも思います。ですから、やり方次第では、地域ごとにいろいろな「ロイヤルティ」の形成が可能だと私は思います。

それから、家族についてですが、私の研究では今回家族について触れることができませんでした。というのは、20 世紀において、スウェーデンには家族に関する研究はほとんどなかったということもできます。1990 年代終盤に政府が「家族 300」というプロジェクトを立ち上げて、300 ミリオンクローナのお金を出して家族支援のモデル事業を始めてから研究がさかんに行われるようになりました。そういった研究資料にもこれからはきちんと当たっていきたいと思っています。特に再家族化の方向性が懸念される中で、この研究は重要になってくると思います。

スウェーデンと日本は非常に政治の仕組みも違うし、社会保障制度も違います。そういう中でスウェーデンの制度を日本に適応していくのは難しいのではないかというご意見をいただきましたが、全く同感です。スウェーデンの話をする、必ずいただくご意見です。私がスウェーデンを研究するのは、何で違うんだろうと考えることで、日本の課題や、介護が抱える本質的な課題が見えてくるからです。国際比較は制度を真似するためにあるのではなく、日本の課題を見つけ、解決策を考えるために行われるもので、諸外国の制度については今後も丁寧に研究していきたいと思っています。

二木 ちょっとよろしいですか、コメントして。

岩田 ありがとうございます。ちょっと待ってください。

それでは、あと 30 分ぐらいまだ時間がありますので、さらに論点を深めていきたいと思いますが、1つ確認されるのは、地域包括ケアはかなり試行錯誤的なプロセスを通して、空白期間もあって、まだ解がないと言いますか、どうやっていくかが各地域に試されているということはかなりはっきりしたと思います。

それから、もう1つは、都市部の問題。いろいろな成功例はどちらかといえば地方のほうにあって、スウェーデンでもやはり都市部の問題があって、都市部は退出オプションがたくさんあるし、企業も出やすいので、逆に言うとロイヤルティが非常に低いし、発言オプションも聞きにくいというか、発言しようと思わない傾向が出てきやすい。先ほどの地方創成会議の地方移住論というのは、二木先生がおっしゃったように、そう簡単なものではないけれども、放っておけば大都市の介護問題が非常にシリアスになるということは事

実であるということですね。

それから、もう1点は、病院と居宅というのを例えば居宅限界点みたいに考えるというよりは、病院と居宅を行ったり来たりするような、つまり包括ケアの中には病院も入っているというのは二木先生の強調点でありますし、それから、白澤先生も地域ケア会議の重要なメンバーとして当然主治医とか診療所とか病院というのが入っていると。それから、場合によってそういう企業が含まれることもあって、また、死ぬ場所も居宅で死ぬことが理想だというような議論はむしろ少なく、実際に居宅で死ぬ場合はむしろ孤独死的な方向を現実にはとっているのです、そこの関係を今後どういうふうに整理していくか。つまり、それは斉藤先生がおっしゃったように、もう1つはヘルパーがやる仕事の内容が例えばスウェーデンと日本ではかなり異なっていて、医療や看護がやる内容と介護福祉士やヘルパーさんがやる仕事の内容というのを厳密に仕分けなきゃならないのかどうかという、これは長い間議論されていることですが、やはりそういう問題もまだ依然あるということですね。

それで、編成の場合、お金の問題が大変大事だというのが斉藤先生の本日のご報告でもあったわけですが、これは白澤先生がやはり介護保険料の曖昧さということをおっしゃったわけですが、実は私は年金生活ビギナーでして、年金生活になった途端、介護保険料と、私はまだ任意医療なんですけれども、私の夫は国保になったので、この2つで基礎年金の大部分が割かれます。基礎年金はほとんど何の意味もない。他の保険料を払うためにあるようなもんなんです。こうなったらいい介護を受けなきゃと思いますよね。だから、これはロイヤルティに結びつきそうに見えるんですけれども、早晚広域自治体に移っていく可能性が高くて、基礎自治体とのロイヤルティが結びつくかどうかというのは、日本では岐路にありますね。

それから、さっきちょっと言いましたが、介護保険それ自体は、全国的な制度なので、どこへ行ってもサービスは受けられるんですね。それで、定住じゃないとすれば、例えばひとりきりのおばあちゃんを子供が順番でケアをするとか、どこかが見ているんだけど、時々気晴らしに違う子供の家へ行くというような、こういうことは結構実際ある。そのときに介護保険制度というのは割合いい働きをするわけですね。こういう移動というのは特に大都市部なんかでは結構ある。こういうような高齢者の生活のサイクルやこういう移動の状況とか、そういうことはどうなんだろうというのが私の疑問なんです。

それから、もう1つは、そういう例えば地域にケア会議があったり包括ケアセンターが

あったりしても、行方不明老人が相当多いというのがこのごろちょっと問題になっていますよね。子供も行方不明の子供が多いからというので慌てているわけですがけれども、子供の場合は、戸籍がない場合は追えませんけれども、一応就学年齢で学校へ来ていないというところで追うことができますけれども、高齢者の場合、追うことが非常に難しいですよ。

私などは全然自分の自治体にロイヤルティがなくて、この間市長にホームページからお手紙を出したんですね。非常に魅力に乏しい市だ、税金を払う気がしないというお手紙を出したら、この間返事が来ましたがけれども。それで、今考えているのは、高い税金を払うのはしゃくだから、ふるさと納税にたくさん払って、カニとか牛肉ももらったほうがいいかなという。そう考えている人は少なからずいると思うんですね。だから、租税の使い方それ自体がまた地方ばらまき型に今なってきましたが、牛肉とカニを考えるのは心が痛むから、もうちょっとましな、何もくれないけどましなことをやっているところにも半分、くれるところに半分、残ったのは自分の市が持っておけばいいかなというぐらいが今の私の年金生活開始何か月後の感想ですけれども、こういう私みたいなふらちな住民にとって地域包括ケアというのは何なんだろう……。

それから、だんだん弱くなって病院に入院して退院して、またケアされて、病院にまた入院して死ぬというようなそういうモデルが一応念頭に置かれていますが、私の友人ですけれども、母親の介護の準備を万端整え、地域の支援センターとも連絡をとった。いざ帰る前日に亡くなってしまった。私のあの準備は何なのか。非常に落ち込みまして、介護できなかった悔しさといいますか、まだ立ち上がれない状態にいる。そういう意味で言うと、生活というのは極めて多様だし、人間の衰えとか死の瞬間というものも極めて多様だと思うんですね。だから、そう簡単にモデルは描けないようなちょっと気がするんですけども。ともかく理念として出てきた地域包括ケアにおいて、地域というのは何か、特に都市でどう考えるかということですね。それから、病院といわゆる介護とか福祉・保健、日本の場合、特に予防が叫ばれていますけれども、こういうものを地域ケアというネットワークの中でどういうふうに取り入れていけるのかということを経験にそれぞれ。

白澤 試行錯誤にあるというのはそのとおりだと思うのですが、ただ、そこにやはり下手すればいろんな問題が起こってくるという思いがあって、きょう私は最終的なまちづくりはこの地域包括ケアシステムを持っていかないといけないのではないかという思いを申し上げたのです。

どういふことかという、やはり財源が大変厳しいわけだ。そういう中で今介護予防という名のもとで、例えば認定をコントロールするとか、こういうことがやはり市町村の中でも既に起こっているわけだ。それによって財源を抑えていくというようなことが、例えば地域ケア会議の中でも適正化事業のような形でやろうと思っただけだ。あるいは、やられている町もあるわけだ。そういうような危機的なものあって、きょうこういう話をさせていただいたわけだ。だから、一定の方向づけというか大きなゴールは、やはり地域包括ケアで一定コンセンサスを持ちながら、場所は地域包括ケアセンターであろうがどこでもいいんですが、こういうような一定の方向づけを持たないと、財源の削減という大変厳しい中で、結局サービスがなかなか使われないというような状況が起こってくるのではないかと心配するわけだ。そういうような思いがあっただけの話をさせていただきます。

根底に財源の問題があって、介護保険始まったころは生活全体を支えるという思いがあったのだと思うんです。ところが、今はやはり介護というよりも療養保険に移ろうとしている。これは先ほどの齊藤さんの話とも全部つながる話だと思います。今その財源でこの領域に置くのかということで、療養というところにウェイトが置かれつつあると。こういう状況だと思いますが、そんな中で都市部の中にも、私は今岩田先生が地域の中にふらちな人という話が出ていましたが、それは田舎にもふらちな人はいるわけだ。そして、やはり都会の中では都会の中のよさづくりというのをどう考えていくのか。企業があったり、あるいは、民度の高い人たちも一方にいる。ということで、都会は都会なりに、やはり今言うようにそれぞれの地域は違う。国も言っているわけだ。それぞれの地域の中でやってくださいと。

私は実はケアマネジメントでもストレングスモデルのケアマネジメントをやっていて、1人1人の強さというのをどう大事にして、問題というよりも強さを支えていくという考え方だ。やはり地域にもストレングスがある。こういうそれぞれの地域のよさを発揮しながら展開していくところに地域包括ケアシステムのつくる大きなポイントがあるのではないかと思います。

ただ、介護保険で一番残念なのは、先ほど言った家族支援というのがなかなか入れ込まれていないのではないかとこの思いが強い。先ほど二木先生も介護離職が10万人いると。介護保険始まる前も10万人だったんです。そういう意味で介護保険はつくるときの宣伝は「家族の介護不安を軽減するためにつくるんです」というのがメッセージだった

んです。介護不安軽減の調査を見ると、国は経年的に調査をやっているんですが、介護不安は、むしろ高まっているんです。家族の介護不安は経年的な調査結果でも高まっている。そういう意味では、介護保険は、介護者の不安軽減には余り効果を発揮しなかったといえます。もう一度私たちはやはり家族を支え利用者を支える。自立支援が余りにも強調される介護保険になったというような問題があるのではないかと。自立支援は大事だと思いますが、家族の支援も同じぐらい大事だといえます。そういう制度にもう一度どう持っていくかということ地域包括ケアの中で考えていかなきゃならないと考えます。以上でございます。

岩田 ありがとうございます。では、二木先生、どうぞ。

二木 何分いただけるんですか？

岩田 何でも好きなことを。しかし、テーマに沿って。

二木 もちろん。さっきの斉藤さんのおっしゃった地域包括ケア、むしろ都市よりも農村のほうがいいんじゃないかということで、広島県の公立みつぎ総合病院、それから、佐久総合病院を成功例として出されて、あと、南生協病院というののうち（名古屋）の地元ですからよく知っていますけれども、あれは都会の例で成功例で出されたと思いますね。

それぞれは成功例です。だけれども、全然普遍化できないんです。そもそも成功事例で物事を検証することはできませんけれども、例えば農村部で成功しているから、都市よりも農村部のほうがいいという保証は全然ないわけです。農村部で財源もないし、スタッフなんかもいない。例えば南九州なんてひとり暮らしが物すごく多いとかいうことで、そういう田舎のほうがいいという普遍化はやめたほうがいい。その上で具体的にやはり真理は細部に宿ると言いますからね。

まず、公立みつぎ総合病院のシステムですね。あれは文字どおり地域包括ケアシステムなんです。なぜか。町（今は尾道市）が全部一元管理なんです。町立病院、特養ホーム、老健施設、訪問看護、在宅ケア、その順番でつくっていったって、しかも、カリスマ的な山口先生、ある人に言わせると独裁者のといいますけど。信じられないと思いますけれども、町の福祉事務所をその複合体のほうに移したんです。だから、私流に言うと、公立の保健・医療・福祉複合体なんです。そして、一番大事なことは、金が物すごくかかっているんです。なおかつ、それだけ金をかけたにもかかわらず、要介護老人の在宅比率は類似町より低いんです。なぜか。特養・老健が充実していますから、そちらの入居率がほかの町よりずっと高いんです。実は歴史的に言いますと、公立みつぎ町のほうがさっき紹介した

尾道市医師会の活動よりもずっと古いんです。けれども、厚生労働省はなぜ公立みつぎ総合病院を地域包括ケアのモデルにしなかったか。極めて簡単ですよ。金がかかり過ぎるんですよ。あそこは立派だと思います。金のこと抜きにすれば。だから、今はあそこの研究をしている人を含めて、あれが全国モデルになるとは誰も言っていないと思います。

それから、次、佐久総合病院。これは長野県で、実は私も20年来毎年1回行っていたところなんですよ。それでよく知っています。900床の病院です。農協の病院です。農協は文字どおりシステムです。農協と厚生連が一体なんです。去年から今年にかけて病院の再構築といって、急性期病院と地域密着型病院に分けましたけれども、農協の病院ですから、農協から数十億の補助金をもらっているんです。こんなことは普通の病院じゃ無理です。あと、やっぱり公立みつぎと同じですけども、カリスマがいたんです。もう亡くなりましたけどね。若月俊一先生という全世界的に有名な先生がいた。あと、長野県は農協が全国で最も強い県の1つなんです。だから、そういうバックがある。だから、かなりシステムに近いんです。一部ネットワークもありますけどね。だから、これも佐久総合病院のやり方はすばらしいなということはあるけども、ほかには普及しないわけです。

それから、3番目、南生協病院。これは私の知多半島にあるからよく知っているんですけどね。これはおっしゃったように住民参加で美しいですよ。だけど、斉藤さん、その組合員のうち住民参加がどのくらいのパーセントかお聞きになりましたか？

斉藤 組合員が6割ぐらいと聞いています。

二木 いやいや、組合員が6割も参加していますか。

斉藤 はい。

二木 それはもう例外なんです。これは住民参加型の生協の実際の組合員のうち、住民が参加している、いろいろな保健とか福祉活動の割合をとった全国調査があります。ちょっと古いかな。10年ぐらい前かな。確かこれは先生と上野谷先生から本をもらったときに、そこでお知らせしたと。ペストフさんが日本に幻想を持っているというんでね。平均1%以下なんですよ。だから、いろいろサービスを利用という点では参加する組合員でも、実際自分が汗流してやる人というのはいいと少数なんです。都会なんかでも、神奈川とか千葉とか、割と白澤さん流に言うと民度が高いと言うんですか。私そういう言葉使わないですよ。意識が高いと言いますけどね。だから、南生協病院ではどのくらいの比率かわかりませんが、多分その比率はお金を寄附したとか生協債を買ったとかいう人も入っていると思います。これ、僕の想像ですけどね。実際にいろいろ汗を流した、サービスで

保健とか医療とかやっている人はもっとずっと少ないと思います。

ということで、事例をきちんと分析するのは大変結構です。全体的な文脈を無視していいとこりだけやると、かえって誤解を招くというふうに一言言わせていただきます。ほかにも言いますか、何か。

大事なことがあった。フロアからの質問に1つだけお答えします。追加。

介護離職を防止するプロモーションなどはどのように考えますか。これ、すごく大事です。この点に関しては、皆さんごらんになっていませんか。朝日新聞の介護特集がずっとあって、最後のまとめで私がインタビューに出ているんです。(2015年3月23日朝刊) その時に、同じ質問をされたんです。介護の問題、困難な理由の1つは離職ですよね。私はこう答えたんです。介護で離職の原因は3Kとか6Kとか言われていますよね。きつい、汚い、危険。あと、6Kというのもあるんですけどね。それは今から25年前、すなわち1990年前後に看護師について言われたこととまったく同じなんです。当時は看護婦と言っていましたけど。当時、看護婦の仕事にはそういう固有な厳しさがあるから、看護婦不足は運命的だと言われていたんです。それに対して私は違うと言ったんです。条件を変えれば看護不足はなくなるんだよと。どうですか、今皆さん。局所的には看護師不足と言いますけれども、今全国的にそんな看護師不足と言われたいです。そもそもこの25年で一番社会的地位が上がったのは看護職ですよ。政治的には医師会より強くなっていますよ。これには3つの条件があるんです。

1つは、当時は専門学校がほとんどだったのが、この25年間で何と入学者の8割が四大になったんです。社会的地位が上がって、人気の職業になっているんです。うちの大学がことしの4月に看護学部を開設して、その前にマーケット・リサーチをしましたけど、高校生の進路希望は、看護職1割、PT・OT5%、福祉2~3%。

それから、2番目は、これは厚生労働省が頑張って患者に対する看護師の密度をどんどん高くしたんです。今は7対1というものもあります。それが導入されてから看護師の離職は減っているんですよ。

それから、3番目の要因は、個々の特に大きな病院で院内教育、つまりオン・ザ・ジョブ・トレーニングを徹底的にやると同時に、看護協会がいわば段位制みたいなものですね。社会福祉でいくと認定社会福祉士みたいなもんです。それをどんどんつくった。

こういう3つの条件、つまり四大化がどんどん進んだ。それから、診療報酬が手当されて、看護の労働が相対的に楽になった。それから、それぞれの職場での人間関係を含めて

よくなったということで、今や憧れの職業になったんだから、それと同じことをやるしかないんですよ。

ただ、実際は養成施設を卒業した介護福祉士の国家試験がまた延びちゃいましたからね。本当は今年度からやるはずだったのがまた5年延びて、そのおかげでうちの大学は四大で介護学専攻があるから、国家試験に絶対通ると宣伝しようと思ったら、国家試験がなくなっちゃったから定員割れになっちゃって、本当にえらい迷惑なんですけどね。大体常識的に考えても、国家試験がない専門職なんて言えますか。そういう点でいろんな事情があるにしろ、短期的な視点から国家試験義務化の延期をやった介護業界の罪は重いと思いますよ。以上。

岩田 それでは、多分斉藤先生が今のご返答も必要と思いますが、ちょっと最後に今まで出てきかかっていたんですが、白澤先生の最初のご報告のところで、国交省の話も出てきまして、住宅のことですが、基本的に日本では今住宅余りと言われていて、もう過剰状態なんですね。だから、それをどういうふうに介護包括ケアネットワークの中で組み込むか。新しいサ高住をつくるのか、空き家はどうするのかというような話ですね。住宅のことを含めて、スウェーデンの場合、住宅も共同組合方式の提供もあると思うんですが、あと、10分なので、2～3分ずつ、斉藤先生のほうから。

斉藤 確かに先ほど申し上げた日本のさまざまな事例には、それぞれが取り上げられた時期があって、それぞれに特筆されたさまざまな条件があって成り立っているということは私も承知しています。しかしそれだけで全部を否定するのはもったいない。スウェーデンを見るときもそうですが、何かよい事例があるという、すべて完璧であることを求めてしまう。しかし完璧でなくても、そのちょっとしたよいところから、何か分かることもあります。どちらかといえば、私もこれまで、普遍化できるかできないかという軸でいろいろな事例を見てきたと思います。しかし私が今回この本をまとめる中で、スウェーデンのコミュニティを見て一番強く感じたことは、なんでもかんでも普遍化視点でみようとする事への疑問です。それぞれの地域にはそれぞれの地域の人たちが住んでいて、さまざまな条件があって、その中で生活に合ったものをつくってあげればいいわけです。教育分野でよく言われる「ローカルの知」を生かすことができる環境をつくっていくのが政府の責任だと思います。私は個別事例をきちんと見ていくことで、その介護やまちづくりの本質的な論点というのが見えてくると考えます。

今日はグローバル化についての議論はありませんでしたが、社会はどんどん動いていて、

日本でもグローバル化、特に介護人材の問題はもう目の前に迫っていると思います。先ほどスウェーデンの例で「オムソーリ」の文化が30~40年かけて作り上げられてきたところを、日本はショートカットで保護的な介護から消費的な介護にあつという間に移ってきた国です。そういう中で、日本でも現場で働く人たち、看護職、介護職の社会的地位を向上がなされてきました。これを逆戻りさせないことを慎重に議論していかなければならないと思います。介護というのは、サービスを提供する人と受け手とで、高齢者の生活を双方によって組み立てていく作業であることを、社会福祉の研究者として言い続けていきたいと思っています。

岩田 時間がなくなりましたので、1分か2分ぐらい。

白澤 1分でということ。地域包括ケアシステムというのは、私は地域で縦割りを横割りにする仕事だと思っています。ただし、国は縦割りでものを持ってくるわけです。国交省の住宅と厚生労働省の介護をどうマッチングさせるのか。それをマッチングし、横割りにすることが編成なんだろうと思います。編成は縦割りを横割りにする。そういう意味での編成機能が働いていないから、例えば困り込み的な議論があつたり、あるいは、本当に必要な人が必要な住宅に利用できない。あるいは、空き家がたくさんできてくる。サ高住をつくっても入らない。そういう編成の議論をもう少し横割りとしてどうしていくのが重要だと考えます。以上でございます。

二木 1点質問に答えますね。医療費は削減できないが、福祉系はやり方によって削減できるのではないかと。無理です。誤解のないように。医療だって福祉だっていろんな運営上の無駄はあります。それは減らす必要があると思います。ただ、福祉のほうは人件費比率がずっと高いですよ。医療は大ざっぱに言って5割です。福祉のうち、在宅は8割、施設でも6割ぐらいですよ。そして、機械で代替できないですよ。医療もそうですけれども、特に福祉は。だから、これは先ほど斉藤さんも話していましたよね。こういう形で費用削減するとなると、それは医療以上に介護・福祉のほうでサービスの質の低下につながると思いますよ。以上。

岩田 何か急がせてしまって申しわけありません。絶対言いたいということがあれば、よろしいでしょうか。

きょうのテーマはちゃんと答えが出るようなものでもないし、ここで答えが出たからといって、各地域の地域包括が成功するわけでもないの、そういうことを各地域で議論していただくための素材になればというようなことで仕掛けたわけですが、幾つか一致点と

いいですか、ここで強調されたことは、今のヘルパーさんを含めた人材のこと、また、人材絡みの財源のこともありますし、それから、システムというよりはネットワークである。今の縦を横にするというような。そうなると、いわゆる地域福祉計画とか地域保健計画とか地域医療計画とはどうなのかという問題も多分出てくるとは思います、そうした意味では、さっきコミュニティづくりのマネジャーという言い方がありましたけれども、そういうコミュニティづくりというのが最後出てくる可能性もあるかなというふうに思っています。ただ、今回のテーマである供給と編成の編成に引きつけますと、編成の管理者は誰か、編成者は誰かという問題が詰め切れてはいないと思うんですね。白澤先生は、ケアマネジャーあるいはコミュニティマネジャーというようなものが想定されるけれども、支援事務所にくっついていちゃだめだということになるかと思えますし、二木先生の場合は、それは病院であっていいし、地域によって中核にあるのはいろいろなタイプがあるのではないかということだと思うんですね。縦の資源を横につなぎ、なおかつ、その個々の介護ニーズに寄り添っていくという作業を一体誰が管理責任を負って、あるいは、財源コントロールもするかというのは実際上非常に大きな問題になっていくだろうと思います。きょうはそこまでの議論は難しかったわけですが、そこに行くさまざまな芽がきょうの議論の中に散らばっていたと思いますので、どうぞ今後この地域包括ケアに関しての議論がさらに進んでいき、また、具体的実践が進んでいくようお願いしております。

それでは、きょうのシンポジウムは以上で終了いたします。

どうもありがとうございました。

第16回損保ジャパン日本興亜福祉財団賞
〔社会福祉学術文献表彰事業〕
受賞記念シンポジウム資料集

日時：2015年7月11日（土）午後1時

場所：グランドアーク半蔵門

主催 公益財団法人損保ジャパン日本興亜福祉財団

後援 厚生労働省・一般社団法人日本社会福祉学会

日本地域福祉学会・日本社会福祉系学会連合

一般社団法人日本社会福祉教育学校連盟

目 次

シンポジウム『地域包括ケアシステムの確立に向けての サービスの供給と編成のあり方』

- ◇ シンポジウムの趣旨とねらい
コーディネーター 岩田 正美氏（横浜ジャパン日本興亜福祉財団賞審査委員長）
・・・ p. 90～p. 91

- ◇ パネリスト資料

- 二木 立氏
・・・ p. 93～p. 109

- 白澤 政和氏
・・・ p. 111～p. 124

損保ジャパン日本興亜福祉財団賞シンポジウム

地域包括ケアシステムの確立に向けてのサービスの供給と編成のあり方

シンポジウムの趣旨とねらい

厚生労働省によれば、地域包括ケアシステムは団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向けての緊急課題として提示され、2011年の介護保険改正で、地域包括ケアシステムの構築に努めるべきとの規定が正式におかれました。

この地域包括ケアシステムを構成する要素としては、「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」「福祉・生活支援」「住まいと住まい方」の5つが提示され、さらにこれを根幹で支える要素として、「本人と家族の選択と心構え」（家族の変容の下での選択）が挙げられています。さらに、財源の負担の観点から、「自助」「互助」（自発的）「共助」（保険）「公助」（税）の4つの組み合わせが示されています。

とはいえ、この具体的な展開については地域事情に応じてということとなっており、本日の斉藤先生のご報告で指摘があるように、地域でケアを、「誰がいかに供給していくか」だけでなく、「いかに編成していくか」の具体像は、まだ鮮明であるとは言いがたい状況にあります。

また、供給側における「編成」のありかたは、当然利用者の生活総体の「編成」と深く関わっています。この点について、若干触れておきたいのは、人びとの「生活」を資源システムととらえ、ロンドンのインナーシティで調査を行ったイギリスのサンドラ・ウォルマンの概念枠組みです。ウォルマンは、生活の資源システムは、①プロセスであること（変化する）、②資源の管理者が存在することをまず指摘しています。また資源システムとしての生活は①物的資源（住宅、お金や商品、家事サービス労働）と、これらを②編成する資源（情報、時間、アイデンティティ）で構成され、特に編成資源に着目することの重要性を指摘しています。

地域包括ケアシステムにおいて「本人と家族の選択と心構え」は、「意識や意欲づけ」として強調されていますが、実はこのような生活の側にある2つの資源、特に編成資源と関連しているのではないのでしょうか。ケアの包括的供給がどのように編成されて供給されるかは、それを利用する側の生活の編成や、プロセスとしての生活変容（家族、加齢、要介護度の変化等）とかみ合っていかなければ、なかなかうまくいかないように思います。

本日のシンポジウムは、以上を前提に、地域包括ケアの「供給と編成」に的を絞って議論していきたいと思います。二本先生には特に地域包括ケアの一要素としての「医療・看護」と全体のシステムを見通した「供給と編成」について、白澤先生には地域での個人の生活サポートの点から「供給と編成」について語っていただきたいと思います。このお二方の議論に、斉藤先生にコメントを頂き、さらにフロアから活発な質疑をお寄せいただ

くことを期待しています。なお、質疑は、細かい技術的な質問以外では、「供給と編成」に的を絞ってお願いしたいと思います。

参考

○斉藤弥生先生の論点

Hood の資源の割当+その編成の6つの要素 (斉藤 2014:389)

次元	両極の要素
①専門性	●全ての分野に専門職 \longleftrightarrow ●自分でする
②規模	●広域 \longleftrightarrow ●近隣
③契約形態	●直営・直轄 \longleftrightarrow ●実施契約・委託契約
④サービス供給者の数	●単一の供給源 \longleftrightarrow ●多数企業による供給
⑤財政基盤	●一般財源から包括的繰り入れ \longleftrightarrow ●特別財源 (特別税や利用料)
⑥供給企業の法的・組織的形態	●行政官僚制の \longleftrightarrow ●民間企業、独立企業

①～⑥の両極の間のさまざまな選択肢とその組み合わせによって多様な介護サービスの編成がありうる。日本では24時間対応の在宅介護が編成しづらい

○岩田の補足 (ウォルマン,S.生活資源論との重ね合わせ)

生活者からみた資源編成 (資源システムとしての世帯)

①プロセスとしての世帯	②資源の管理者
ライフサイクル変化	世帯成員の役割による分担
環境制約	親族の管理役
その世帯の戦略 (ストラテジー)	親族の動員役

物質的・構造的資源=ハードな資源	生活編成資源=ソフトな資源
①労働→サービス (ケアサービス)	①時間(住んでいる長さ、ケアの時間)
②資本→お金・商品 (介護の費用)	②情報 (ケアや制度の情報)
③土地→住宅 (介護の場)	③アイデンティティ (どう暮らすか)



生活のスタイルと生活力

サンドラ・ウォルマン『家庭の三つの資源』(福井正子訳 1996 河出書房新社)

(Sandra Wallman *Eight London Households*, 1984)

地域包括ケアシステムにおける供給と編成

一 医療経済・政策学の視点から

「パワーポイントなどは使わない。証拠題紙型電気紙芝居は嫌いだ。大量のプリントを配布する」（村上寛寛『「心理テスト」はウソでした。』日経BP社、2005、158頁）

二木 立（日本福祉大学学長）

1. 全国共通の地域包括ケア「システム」は存在しない、実態はネットワーク

(1) 地域包括ケアシステムの源流：「保健・医療系」と「福祉系」の2つ

- 「保健・医療系」：公立みつぎ総合病院、尾道市医師会、民間病院中心の「保健・医療・福祉複合体」等。
- 「福祉系」：社会福祉協議会、社会福祉法人（大半は特別養護老人ホーム開設）による地域活動。

＊注意：この用語の命名者は山口昇医師（広島県公立みつぎ総合病院院長・当時）だが、同氏の実践は「病院中心」で、「地域基盤」ではない。行政上のモデルは、モデルは尾道市医師会の医療・福祉連携事業。

○各地域の地域包括ケアシステムは多様システムではなく「ネットワーク」。

＊厚生労働省の主導者（中村秀一氏、香取照幸氏）は、最初からこの点を指摘。

＊全国一律のモデルはない。誰が中心を担うかは地域によって違う。

＊地域包括ケアシステムの主たる対象は都市部；後期高齢者が激増する首都圏対策。

(2) 法・行政的には「地域包括ケアシステム」は2003～2014年に変化・拡大・「進化」

- 2003年の「2015年の高齢者介護」が初出だが、介護サービスが「中核」。
- 2004～2008年は法・行政的空白（停滞）期：小泉政権の医療・介護費抑制時代。
- 2009・2010年「地域包括ケア研究会報告書」で復活したが、医療＝診療所医療。
- 2011年の介護保険法改正に理念的規定が盛り込まれたが、まだ医療＝診療所医療。
- 2013年の「社会保障制度改革国民会議報告書」が医療と介護の一体化、医療（病院）の役割を強調。
- ＊「治す医療」・「病院完結型医療」から「治し・支える医療」（not「支える医療」）、「地域完結型医療」（not脱病院）への（パラダイム）転換を提唱。これは、医療界・医療機関に地域包括ケアシステム構築への積極的参加を求めたメッセージ！
- 2013年の社会保障改革プログラム法で初めて法的定義、2014年診療報酬改定で「地域包括ケア病棟」&「地域包括ケア研究会」第4回報告書（2014年）も病院・施設の役割を初めて認めた。

2. 地域包括ケアシステムの供給と再編を考える上での留意点

(1)厚生労働省は、狭義の「自宅」での死亡(割合)の増加は想定していない

○厚生労働省が目指しているのは、地域包括ケアシステムにより「居宅生活の限界点を高める」こと。「地域包括ケアシステム」の究極の目的は、今後の「死亡急増時代」に「死亡難民」が社会問題化しないことであり、「自宅死亡割合」の増加ではない。

*厚生労働省「死亡者別、死亡者数の年次推移と将来推計」(初出2008)：2030年の自宅死亡割合は2010年と同じ12%と想定。

*「地域包括ケア研究会」2014年報告書は、病院と施設での看取りを初めて肯定。

○今後、「地域包括ケアシステム」が構築されても、死に場所の中心は病院で、老人施設・サ高住等の「自宅以外の在宅」が補充。

*社会保障制度改革推進本部・医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会「第1次報告-医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって」：2025年までに、「医療・介護のネットワーク形成(=地域包括ケアシステム)により、約30万人が病院から「介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療」に移行すると推計。

○2000～2013年の全国の死亡場所割合の変化。

*病院+診療所：78.2+2.8=81.0%→75.6+2.2=77.8% -3.2ポイント

*老老+特養：0.5+1.9=2.4%→1.9+5.3=7.2% +4.8ポイント

*自宅：13.9%→12.9% -1.0ポイント

(自宅死亡割合は2005～2006年の12.2%が「底」で、それ以降微増)

○都道府県別自宅死亡割合の順位は2000年代に劇的に変化。

*大都市部で増加：2013年は東京が16.7%(23区内17.9%)でトップに！以下、②兵庫16.4%、③千葉15.8%、④神奈川15.5%、⑤大阪15.2%…愛知12.4%(名古屋13.4%)。

*ただし、「自宅死」の相当部分は「孤独死」→在宅生活を続けるためには「本人と家族の選択と心構え(覚悟)」が求められている(「地域包括ケア研究会報告書」2013年)。

○私は、地域包括ケアを推進し、在宅生活の「限界点を高める」ことには賛成だが、それにより病院病床の削減や狭義の自宅での死亡割合(not実数)を高めることは困難だと考える。

(2)地域包括ケアシステムと「地域医療構想」(旧・地域医療ビジョン)は相補的

○法的にも、実態的にも、両者は同列・同格。

*地域包括ケアシステムに地域医療構想が丸ごと含まれるわけではない。

*病院の世紀が終焉し、地域包括ケアシステムの時代が始まるわけでもない。

○両者の関連は、地域によって異なる：地域包括ケアシステムには200床未満の中小病院の参加が想定されているが、地域によっては大病院も参加している。

(3)地域包括ケアシステムにより医療・介護費用が低下することはない

○地域ケア・在宅ケアの費用は施設ケアに比べて高いことは、医療経済学の国際的常識。

*スウェーデンでも、エデバルグが「後期高齢者に対してはホームヘルプによる在宅介護は[全室個室の]老人ホーム介護より30%もコストが高いことを[1987年に]示した」(齊藤弥生氏の受賞作：187頁)。

○厚生労働省も近年はそのような主張はしていない。

*このことを最初に認めたのは佐藤敏信保険局医療課長（当時）「在宅と入院を比較した場合、在宅のほうが安いと言い続けてきたが、経済学的には正しくない。例えば女性が仕事を辞めて親の介護をしたり、在宅をバリアフリーにしたりする場合のコストなども含めて、本当の意味での議論をしていく時代になった」（2008年11月14日全国公私病院連盟「国民の健康会議」、拙著『医療改革と財源選択』勁草書房、2009、131頁）。

*ただし、経済官庁や政治家にはまだ誤解・幻想が残っている。

文献（(1)と(2)は添付）

(1)二木立「『地域包括ケアシステム』の法・行政上の出自と概念拡大の経緯を探る」『文化連情報』2015年3月号（444号）、20-28頁。

(2)二木立「地域包括ケアシステムと医療・医療機関の関係を正確に理解する」。二木立『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房、2014、第3章第1節、98-105頁。

(3)二木立「『地域医療構想策定ガイドライン』と関連文書を複眼的に読む」『文化連情報』2015年7月号（448号）。（印刷中）

(4)二木立「病床『20万削減』報道をどうみるか？ー『専門調査会第1次報告』と『ガイドライン』の異同の検討」『日本医事新報』2015年6月27日号（4757号）。（印刷中）

【添付論文1】

「地域包括ケアシステム」の法・行政上の出自と概念拡大の経緯を探る

「二木学長の医療時評」(129)『文化連情報』2015年3月号(444号):20-28頁

はじめに

「地域包括ケアシステム」は、当初は介護保険制度改革として提起されましたが、その後、概念が変化・拡大し、現在では2025年に向けた医療・介護制度の一体的改革の代名詞となっています。ただし、この用語の法・行政上の出自と概念の変化・拡大の経緯を包括的に検討した文献はありません。そのためもあり、国が地域包括ケアシステムの準備を着々と進めてきたといった、予定調和的・単線的な理解が広く見られます。

私は、今まで、本「医療時評」等で、地域包括ケアシステムの概念が変化・「進化」していることを強調してきましたが、時系列的な詳しい検証は行ってきませんでした(1-4)。そこで、本稿では、2000～2014年に発表・決定された各種の政府(関連)文書(以下、政府文書)や介護保険法等の法改正、社会保障審議会介護保険部会・医療部会の「議事録」・「資料」、及び医療・介護専門誌に掲載された厚生労働省高官の発言等を網羅的・探索的に検討します。

主な調査結果は、以下の通りです。①地域包括ケアシステムの政府文書上の初出は2003年の「2015年の高齢者介護」です。②しかし、2004～2008年の5年間は、法・行政的には地域包括ケアシステムの展開はほとんどなく、「空白(停滞)期」と言えます。③地域包括ケアシステムは2009・2010年の「地域包括ケア研究会報告書」で復活・「復権」し、2011年に成立した介護保険法第三次改正で、その理念的規定が導入されました。しかし、地域包括ケアシステムの医療は事実上「在宅医療」に限定されていました。④厚生労働省の有力高官は2012年に地域包括ケアシステムにおける病院・医療法人の役割を強調する発言を相次いで行いました。2013年8月に発表された「社会保障制度改革国民会議報告書」も、医療と介護の一体的見直しを強調しました。2013年12月に成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」では、「医療制度」を規定した条項に、地域包括ケアシステムの法的定義が初めて導入されました。これらにより地域包括ケアシステムの医療には病院医療も含まれることが明確となりました。【補足】では、地域包括ケアシステムには「保健・医療系」と「福祉系」の2つの源流があることを指摘します。

2003年の「2015年の高齢者介護」が初出

地域包括ケアシステムの政府文書上の初出は、2003年6月に発表された高齢者介護研究会(厚生労働省若健局長の私的検討会)の報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて」です。そのⅢ、2「生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系」の(4)で「地域包括ケアシステムの確立」が、以下のように提起されました。「要介護高齢者の生活をできる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする様々な支援が

継続的かつ包括的に提供される仕組みが必要である」。このように、地域包括ケアシステムはあくまで介護保険制度改革と位置づけられ、介護サービスが「中核」とされました。

中村秀一老健局長（当時、以下、肩書きはすべて発言時）は、この報告書が発表された直後の対談で、地域包括ケアシステムの重要性を強調すると共に、「地域包括ケアシステムは、それぞれ地域の实情にあったいろんなシステムがあっていい」と述べました(5)。香取照幸老健局振興課長も、「地域包括ケア体制の構築」を特集した雑誌の巻頭インタビューで、「地域包括ケアは地域の力を紡いだ到達点」と位置づけるとともに、「介護保険だけで高齢者を支えることはできない。（中略）地域ネットワーク全体の中で、一人の人を支えていくという視点」が必要だと強調しました(6)。当時、厚生労働省内で地域包括ケアシステムを推進した中村氏と香取氏が共に、全国一律のシステムを否定し、「地域の实情にあったいろんなシステム」、「地域ネットワーク」を強調していたことは注目に値します。なお、香取氏のインタビューには地域包括ケアシステムについての初めての概念図も掲載されました。

2004～2008年は「法・行政的空白（停滞）期」

『2015年の高齢者介護』で提起された諸改革のうち「介護予防・リハビリテーションの充実」や「痴呆性高齢者ケア」等は、社会保障審議会介護保険部会（以下、介護保険部会）での議論と「意見」のとりまとめを経て、2005年6月に成立した介護保険法第一次改正（全面施行は2006年4月）に取り入れられました。

しかし、意外なことに、地域包括ケアシステムについては、第3回介護保険部会（2003年7月）で少し議論された後、2008年2月の第24回部会（2009年の政権交代前の最後の部会）までの5年間まったく議論されませんでした。介護保険法第一次改正に先だって介護保険部会が2004年7月にまとめた「介護保険制度見直しに関する意見」にも地域包括ケアシステムについての記載はなく、当然介護保険法第一次改正にも含まれませんでした（「地域ケア」、「包括的ケア」という表現はありました）。中村局長は、法改正に先立って、介護保険部会「意見」と法改正のポイントについて説明しましたが、それらにも地域包括ケアシステムは含まれませんでした(7,8)。

公平のたに言えば、介護保険部会「意見」では、「地域包括支援センター（仮称）」の創設が提案され、それは介護保険法第一次改正に盛り込まれました。しかし、その基本機能は「総合的な相談マネジメント機能」、「介護予防マネジメント」、「包括的・継続的なマネジメント」に限定されました。法改正についての厚生労働省の説明文書「新たなサービス体系の確立」には「地域包括支援センター（地域包括ケアシステム）のイメージ」図が含まれていましたが、その構成要素に医療は含まれていませんでした。

なお、社会保障審議会医療部会は2005年12月に「医療提供体制に関する意見」をまとめ、その「在宅医療の推進」の項には「介護保険等の様々な施策との適切な役割分担・連携を図りつつ、〔在宅医療が一二本〕患者・家族が希望する場合の選択肢となり得る体制を地域において整備する」等、内容的には地域包括ケアシステムに通じる提言が含まれていましたが、この用語は用いられませんでした。

2008年5月には、介護サービス事業者の不正事案を防止し、介護事業運営の適正化を図ることを目的とした介護保険法第二次改正が成立し、同月施行されました。しかし、この

ときにも地域包括ケアシステムへの言及はありませんでした。

以上から、2004～2008年の5年間は地域包括ケアシステムの「法・行政的空白（停滞）期」と言えます【注】。この時期のうち2004～2006年は小泉内閣が医療・介護費を中心とした、厳しい社会保障費抑制政策を断行した時期です。その象徴が2006年6月の経済財政諮問会議「骨太の方針」（閣議決定）中の、社会保障費の自然増を今後5年間、毎年2200億円抑制する方針であることは言うまでもありませんが、それ以前にも毎年のように同規模の費用抑制が行われました。

そのために、厚生労働省はこの期間、介護保険分野でも、介護保険施設の食費・室料の自己負担化や「新・予防給付」導入による介護給付費抑制、介護療養病床の（突然の）廃止方針、さらには介護保険被保険者の20歳までの拡大（これは実現せず）等の立案に追われました。さらに2007年には最大手の介護事業者コムスの不祥事が社会問題化し、厚生労働省はそれに対応した改革（2008年の介護保険法第二次改正）に忙殺されました。そのために、厚生労働省は、この間、地域包括ケアシステムの具体化にまでは手が回らなかった可能性があります。

上記「法・行政的空白（停滞）期」は、「平成の大合併」時代でもあり、市町村合併が進行していましたが、行政の広域化により介護保険の業務負担が減ることはありませんでした。そのために、厚生労働省の介護保険実務担当者は、2006年の介護保険法第一次改正により市町村の介護事業負担が増えた上に、さらにその負担を増す地域包括ケアシステムの具体化にはとても踏み出せなかったという事情もありそうです。

2009・2010年の「地域包括ケア研究会報告書」で復活

実は、2008年6月に発表された「社会保障国民会議中間報告」では、「サービス提供体制の構造改革」の項で、「病院機能の効率化と高度化」、「地域における医療機能のネットワーク化」の次に、「地域における医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の実現」が提案されました。同時に発表された「社会保障国民会議第二分科会（サービス保障（医療・介護・福祉））中間とりまとめ」には、「地域包括ケア」についてのより詳しい記述がありました。ただし、共に地域包括ケアシステムという表現はなく、しかも同年11月の「社会保障国民会議最終報告」は地域包括ケア（システム）について全く触れませんでした。

地域包括ケアシステムが、厚生労働省内で復活・「復権」するのは、「地域包括ケア研究会」（老人保健健康増進等事業。田中滋座長）が2009年5月と2010年5月に「報告書」を発表して以降です。この時期は、2009年9月の民主党政権成立前後であり、福田・麻生自公内閣、鳩山民主党内閣とも、小泉内閣とは逆に、「社会保障の機能強化」を政策の大きな柱としていました。

2009年の「地域包括ケア研究会（2008年度、第1回）報告書」は、地域包括ケアシステムの定義を、以下のように初めて示しました。「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供されるような地域での体制」。2003年の「2015年の高齢者介護」が介護サービスを「中核」としていたのとは異なり、本報告書は「ニーズに応じた住宅が提供されること」を「基

本」とするとともに、「医療や介護」等の諸サービスを同格に位置づけました。しかも、前述した中村局長・香取課長と同じく、「地域包括ケアシステムは、全国一律の画一的なシステムではなく、地域ごとの特性に応じて構築されるべき」と強調しました。

宮島俊彦老健局長は「2009年報告書」の発表直後から、「地域包括ケアを推進する」ことを、さまざまな機会に表明しました(9,10)。「2009年報告書」が発表された2009年5月には、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」改正が成立し、同法の所管が国交省と厚生労働省の共同所管になりました。これを受けて、水津重三老健局高齢者支援課長は、今後の地域包括ケアの実現に向けて、自治体の福祉部局と住宅部局の連携を進めることに期待を寄せました(11)。

2010年5月に発表された「地域包括ケア研究会(2009年度、第2回)報告書」は、本文だけで55頁の大作(2009年報告書の28頁の2倍)であり、「2025年の地域包括ケアシステムの姿」とその「構築に向けた当面の改革の方向」を精緻に提起し、これ以降、これが地域包括ケアシステムについての「定番文献」となりました。

2011年の介護保険法改正に理念的規定

介護保険部会は、2009年12月の民主党政権成立前後の2年3カ月、まったく開催されていなかったのですが、民主党政権成立後に初めて開催された2010年5月と6月の第25、26回部会(部会長山崎泰彦氏)で、「地域包括ケア研究会報告書」をめぐって活発かつ肯定的な議論が行われました。その結果、2010年11月の介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」では、「地域包括ケアシステムの必要性」が初めて提起され、地域包括ケアシステムの定義として、『地域包括ケア研究会報告書』の定義がそのまま引用されました。

この「意見」に基づいて、2011年6月に成立した「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」(2012年4月施行。介護保険法第三次改正)では、第5条第3項に、以下のような、地域包括ケアシステムについての理念的規定が導入されました。「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」。

この規定には、なぜか、「地域包括ケアシステム」という表現は用いられませんでした。法改正と同月に出された老健局長通知「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律等の公布について」では、法「改正の趣旨」として、「高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるようにするためには、医療、介護、予防、住まい、生活支援のサービスを切れ目なく提供する『地域包括ケアシステムの構築』が必要である」と明記されました。これ以降、地域包括ケアシステムは、「医療、介護、予防、住まい、生活支援のサービス」の5つの要素から構成されることが確定しました。ただし、「通知」には医療についての具体的記述はありませんでした。

翌2012年2月に野田民主党内閣が閣議決定した「社会保障・税一体改革大綱について」

の「医療・介護等①」では、「医療サービス提供体制の制度改革」と「地域包括ケアシステムの構築」が同格で位置づけられました。閣議決定に「地域包括ケアシステム」という用語が盛り込まれたのは、これが初めてだと思います。

以上の改革を踏まえて、宇都宮啓保険局医療課長は、2012年10月の日本医師会・社会保障指導者講習会で、次のように述べ、地域包括ケアシステムは「国策」であると明言しました(12)。「地域包括ケアシステムについては、昨年の介護保険法改正の趣旨のなかでも触れられた。また、社会保障・税一体改革の中でも、『2025年に地域包括ケアシステムの構築を目指す』ということが言われている。つまりこれは、国としての目標、国策である」。宮島俊彦前老健局長も、「法律上は、2012年をもって、地域包括ケア元年ということになる」と主張しました(13)。なお、「国策」、「元年」は厚生労働省(元)高官による強調表現であり、公式の政府文書では使われていません。

2013年の「国民会議報告書」が医療と介護の一体化を主張

ただし、2009・2010年の「地域包括ケア研究会報告書」は、地域包括ケアシステムの医療として診療所レベルのものを想定し、ターミナル期を含めて「病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続する」ことを強調していました。しかも、「施設を一元化して最終的には住宅として位置づけ、必要なサービスを外部からも提供する仕組みとすべき」とも主張しており、これに対して老人福祉施設協議会(老産協)は「特養解体論」と猛反発しました(14)。

2013年5月に3年ぶりに発表された「地域包括ケア研究会(2012年度、第3回)報告書」は、地域包括ケアシステムの5つの構成要素の表現を緻密化する(介護・リハビリテーション、医療・看護、保健・予防、福祉・生活支援、住まいと住まい方)と同時に、これら5つの構成要素の基礎に新たに「本人・家族の選択と心構え」を加えました。また、2009・2010年報告書の「特養解体論」的表現は削除し、逆に、介護保険施設は「重度の要介護者を中心に地域の介護サービス提供の重要な役割を担っている」との肯定的位置づけを加えました。他面、医療については依然「在宅医療」のみを想定し、病院の役割については言及しませんでした。

それに対して、2012年に、厚生労働省の有力高官(香取照幸政策統括官、武田俊彦社会保障担当参事官、鈴木康裕保険局医療課長)は、地域包括ケアシステムでの病院・医療法人の役割を強調する発言を相次いで行いました(15)。特に、香取氏は、2012年6月の日本慢性期医療協会総会の講演で、地域包括ケアシステムの概念に「入院機能を持った病院を組み込むことが必要」、「これまでは有床診のような20床程度の小規模なサービスを考えていたが、もう少し規模の大きいものを考えないといけない」と明言しました(『日本医事新報』2012年7月7日号:22頁)。

2013年8月に発表された「社会保障制度改革国民会議報告書」も、地域包括ケアシステムと医療との関係を強調しました。同報告書は、「地域包括ケアシステム(の構築)」に15回も言及したのですが、ほとんどの場合、それを「医療機能の分化・連携」と併記し、しかも「医療の見直しと介護の見直しは、文字どおり一体となって行わなければならない」、「地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない」と強調しました。さらに、同報告書は、「地域包括ケアシステムというネットワーク」とのストレートな表現に

象徴されるように、「地域包括ケア」を「システム」ではなく、「ネットワーク」と位置づけました。

よく知られているように、「国民会議報告書」は、従来の「治す医療」・「病院完結型医療」から、超高齢社会に見合った「治し・支える医療」・「地域完結型医療」への転換を提唱しました。これは、医療界・医療機関に「地域包括ケアシステム」構築への積極的参加を求めたメッセージとも言えます。

「国民会議報告書」が地域包括ケアシステムにおける医療の役割を強調したことは日本医師会も歓迎しました。2013年8月の第46回介護保険部会は「国民会議報告書」と「地域包括ケアシステムの構築」について集中的に議論したのですが、高杉敬久委員（日本医師会常任理事）は次のように発言しました。「私は介護保険の部会に出て2年目であります。しかし、医療と介護に区別はないはずで、やっと医療が議論されたということにちょっと感動を覚えます。今回の国民会議のまとめにもそのことがふんだんに盛り込まれている。まさにこれからは本当に医療も介護も融合したものにしなければいけない」。

2013年の社会保障改革プログラム法で初めて法的定義

「国民会議報告書」の提言に基づいて、2013年12月5日に成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（以下、社会保障改革プログラム法）では、地域包括ケアシステムの法的定義が初めて、しかも「医療制度」について規定した第四条4に、以下のように導入されました。「**地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。次条において同じ。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制**」。「介護保険制度」について規定した第五条2一も、地域包括ケアシステムに触れました。

同法成立直後の2013年12月27日に発表された社会保障審議会医療部会「医療法等の改正に関する意見」は、医療部会の公式文書として初めて「地域包括ケアシステム」に言及しました。しかも、「医療機能の分化・連携」と「地域包括ケアシステムの構築に資する在宅医療の推進」をワンセット・同格で提起しました。

それに続く、2014年4月診療報酬改定では、「急性期後の受入をはじめとした地域包括ケアシステムを支える病棟の充実」をはかるために、新たに「地域包括ケア病棟入院料」が新設されました。診療報酬点数表に「地域包括ケア」を含んだ用語が用いられたのは、これが初めてです。

さらに、2014年5月に発表された「地域包括ケア研究会（2013年度、第4回）報告書」は、従来の報告書の提案を以下の3点で修正しました；①急性期医療・病院の役割を初めて明示しました。②在宅と医療機関の両方での「看取り」を初めて強調しました。③入所施設を「重度者の住まい」と積極的に位置づけました（4）。

最後に、2014年6月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」は、第一条（目的）で、「地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築する」ことを明記し、第二条で、社会保障改革プログラム法中の地域包括ケアシステムの定義を再掲しました。

2013・2014年の政府文書と法改正等により、地域包括ケアシステムは病院医療を含む医療・介護一体改革の中心的柱になったと言えます。

【注】「法・行政的空白（停滞）期」にも実践と研究は進んだ

私は2004～2008年の5年間を、地域包括ケアシステムの「法・行政的空白（停滞）期」と位置づけましたが、この期間にも全国の多くの地域で、「地域の実情にあった」地域包括ケアシステム・「地域ネットワーク」づくりがなされ、それらを踏まえた地域包括ケアシステムについての論文・レポートも多数発表されました。

CINii（国立情報研究所の論文データベース）で「地域包括ケアシステム」をキーワードにして検索したところ、1999～2003年の5年間には21論文しかヒットしませんでした。2004～2008年の5年間にはその6.2倍の131論文がヒットしました（2015年1月27日検索）。論文のテーマをみると、1999～2003年は、有名な広島県公立みづぎ総合病院の実践レポート等、ほとんどが医療機関を中心とした取り組みについての論文でしたが、2004年以降は、自治体、地域包括支援センター、社会福祉協議会、社会福祉法人、介護保険事業者等、多様な主体の取り組みについての論文が急増していました。

【補足】地域包括ケアシステムには「保健・医療系」と「福祉系」の2つの源流がある

「地域包括ケアシステム」は、広島県公立みづぎ総合病院の山口昇院長が、1970年代から開始した病院を核とした「訪問看護、訪問リハビリ等の在宅ケアによる寝たきりゼロ」作戦と「保健・医療・介護・福祉の連携、統合」の実践を元にして提唱した概念で、同病院のすぐれた実践・実績に着目した厚生労働省がそれを借用したそうです（ただし、山口先生は、当初は「地域包括医療・ケア」と呼んでいたそうです）(16)。

そのためもあり、医療関係者の一部には、地域包括ケアシステムは、「保健・医療系」が中心、特に自治体との結びつきが強い自治体病院が中心との理解がみられます。しかし、「保健・医療系」の取り組みには、それ以外に、民間病院主体の「保健・医療・福祉複合体」（複合体）が中心のものもあります。複合体は、単独法人または関連・系列法人とともに、医療施設（病院・診療所）となんらかの保健・福祉施設の両方を開設し、保健・医療・福祉サービスを一体的に提供しているグループで、その大半は私的病院・診療所が中心になっています（この定義からは、公立みづぎ総合病院は公的複合体と言えます）(17)。複合体は1990年前後に初めて登場し、その後急成長を続けています。2000年以降は、地方の大規模民間複合体の中には、他の諸法人と連携しつつ、保健・医療・福祉の枠を超えて、街づくりにまで積極的に取り組み、独自に地域包括ケアシステムを形成する例も現れています(18)。

さらに、「保健・医療系」とは別に、「（地域）福祉系」の地域包括ケアシステムの取り組みもみられます。具体的には、社会福祉協議会、特別養護老人ホームを開設している社会福祉法人、あるいはNPO等が主体となった、在宅ねたきり・認知症高齢者に対する「（保健・福祉）ネットワーク推進事業」や「地域ケアシステムづくり」等です。「福祉系」の地域包括ケアの先進的取り組みの事例集（17事例）としては、社会福祉学界重鎮の大橋謙策・白澤政和両氏が編集した『地域包括ケアの実践と展望』が必読です(19)。それ

の序章「高齢化社会助成事業の目的・愛護と地域包括ケア実践の萌芽」（大橋謙策氏執筆）には、1970年代以降の福祉行政・政策の変化・発展と「福祉系」の地域包括ケア構築の取り組みが分かりやすく整理されています。大橋氏によると、1990年の「社会福祉事業法改正」で、保健・医療・福祉の連携という規定が盛り込まれたこと、および2000年に成立した「社会福祉法」が個人の尊厳を旨として、地域での自立生活を支援することを目的に、保健・医療・福祉の連携を求めたことが、「福祉系」の地域包括ケアの法的基盤になったそうです（ただし、同氏は「保健・医療系」・「福祉系」という用語は用いていません）。

大橋氏は、高齢者福祉研究会が「地域包括ケアシステムの確立」を提唱する1年前の2002年に、それとほぼ同趣旨の「（保健・医療・福祉の連携を進める）トータルケアシステムの創造」を提起していました(20)。しかも、「地域包括ケアシステム」と異なり、「トータルケアシステム」は対象を高齢者に限定していませんでした。

【本稿の本文は、『日本医事新報』2015年2月14日号（4738号）掲載論文「『地域包括ケアシステム』の法・行政上の出自と概念の拡大」に大幅に加筆したものです。「補足」は書き下ろしです。本文中の地域包括ケアシステムの「法・行政的空白（停滞）期」の原因・背景は、当時の事情に精通している複数の厚生労働省関係者から得た非公式情報を参考にして書きました。】

文献

- (1) 二木立「日本の保健・医療・福祉複合体の最新動向と『地域包括ケアシステム』」『文化連情報』2012年3月号（408号）：28-35頁（『T P Pと医療の産業化』勁草書房,2012,第4章第3節）。
- (2) 二木立「医療・社会保障政策とリハビリテーション医療・ケアの行方」『地域リハビリテーション』2012年3月号（7巻3号）：212-213頁（上掲書第4章第3節補論）。
- (3) 二木立「地域包括ケアシステムと医療・医療機関の関係を正確に理解する」『文化連情報』2013年3月号（420号）：12-16頁（『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房,2014,第3章第1節）。
- (4) 二木立「2014年『地域包括ケア研究会報告書』をどう読むか？」『日本医事新報』2014年6月14日号（4703号）：15-16頁。
- (5) 中村秀一・石川治江「2015年の高齢者ケア—高齢者介護研究会の報告書を受けて」『介護保険情報』2003年8月号：6-11頁。
- (6) 香取照幸「地域包括ケアは地域の力を紡いだ到達点」『介護保険情報』2004年2月号：7-9頁。
- (7) 中村秀一「[社会保障審議会介護保険部会]報告書のポイントと介護保険制度改正のゆくえ」『介護保険情報』2004年9月号：7-9頁。
- (8) 中村秀一「介護保険法改正案のポイントは何が」『介護保険情報』2005年3月号：18-21頁。
- (9) 宮島俊彦「地域包括ケアを推進するために—研究会報告を受けて」『介護保険情報』2009年7月号：20-23頁。
- (10) 「全国介護保険・高齢者保健福祉担当者会議」（2010年3月5日）での宮島俊彦老健局

長挨拶、『介護保険情報』2010年4月号：6-9頁。

(11) 水津重三「地域包括ケアの実現に向け総合企画力の発揮に期待」『介護保険情報』2009年10月号8-11頁。

(12) 宇都宮啓「地域包括ケアシステムと医療・介護の連携」『週刊社会保障』2012年10月15日号：32-33頁。

(13) 宮島俊彦『地域包括ケアの展望』社会保険研究所,2013年3月,15頁。

(14) 全国老人福祉施設協議会「特養解体はここからはじまる」「全国老施設だより」No. 18(平成24年度特別号),2012。

(15) 二木立『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房,2014,100-101頁。

(16) 山口昇「地域包括ケアのスタートと展開」。高橋純上編『地域包括ケアシステム』オーム社,2012,12-37頁。

(17) 二木立『保健・医療・福祉複合体—全国調査と将来予測』医学書院,1998。

(18) 神野正博「地方の民間病院の立場から地域包括ケア構築を考える」『病院』2015年1月号(74(1))：28-32,2015。

(19) 大橋謙策・白澤政和編『地域包括ケアの実践と展望—先進的地域の取り組みから学ぶ』中央法規,2014。

(20) 大橋謙策「21世紀型トータルケアシステムの創造と地域福祉」。大橋謙策・他編『21世紀型トータルケアシステムの創造—遠野ハートフルプランの展開』万葉舎,2002,11-66頁。

【添付論文2】

地域包括ケアシステムと医療・医療機関の関係を正確に理解する

（二木立『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房,2014,第3章第1節,98-105頁）

2012年末の衆院選挙により自公政権が3年ぶりに復活しましたが、医療・介護提供体制改革については民主党政権のものが継続されることは確実です。私はその象徴が「地域包括ケアシステム」だと思います。これは前の自公政権時代の2008年に公式の検討が始まりましたが、民主党政権成立後も軌道修正されることなく2010年3月に「地域包括ケア研究会報告書」がまとめられ、その内容が「社会保障・税一体改革」に盛り込まれました。

ただし、医師・医療関係者の中には、地域包括ケアシステムは医療とは無関係で、逆にそれにより介護費が増えて医療費が圧迫されると心配している方が少なくありません。そこで本節では、地域包括ケアシステムそのもの、およびそれと医療・医療機関との関係を正確に理解するためのポイントを述べます。

1 実態は「システム」ではなく「ネットワーク」、主たる対象は都市部

地域包括ケアシステムそのものを正確に理解する上で、重要なポイントは2つあります。1つは、その実態は全国一律の「システム」ではなく「ネットワーク」であり、その具体的在り方は地域により大きく異なること、もう1つはその主たる対象としては今後人口高齢化が急速に進む都市部が想定されていることです。

「地域包括ケア研究会報告書」の段階では、この点は必ずしも明確ではありませんでした。しかし、その後、第1点については厚生労働省高官が、第2点については上記研究会座長の田中滋慶大大学院教授が、率直に語るようになっていきます。

第1点について、最初に発言したのは武田俊彦厚生労働省社会保障担当参事官（当時）でした。「[在宅について]あまり固定的に考えず、高齢者にとってどのような医療・福祉・生活のあり方が理想かを各地域で考え、その中に在宅医療をどう組み込むかを考えた方がいい」（『日本医事新報』2012年6月23日号：15頁）。最近では、古都賢一厚生労働省社会・援護局総務課長が、福祉関係者に多い連携に対する「制度化」・「標準化」願望（幻想）を批判して、「問題解決を制度に期待しても意味はない」と一刀両断で切り捨て、「暗黙知という見えない隙間を埋めることが地域における連携だ」と述べました（日本介護経営学会第8回学術大会、『介護保険情報』2013年1月号：24-25頁）。

第2点について、田中氏は、地域包括ケアシステムの「整備が特に急がれる地域」として「東京23区や大阪市、名古屋市といった大都市圏の“近郊”」を挙げ、その理由として、大半の地方や大都市部と異なり、大都市圏近郊の住宅地には高齢者ケアのインフラが整っていないことをあげました（「地域包括ケアシステムの全体像」『MMPG医療情報レポート』105号：4-9頁,2011）。さらに田中氏は「このシステムで日本中をカバーできる」とはもともと考えていない。そもそも、この戦略の主なターゲットは“都市”とその近郊である」と言い切りました（「同時改定は『医療と介護は一体』というメッセージ」『訪問看護と介護』2012年7月号：398頁）。

このように、地域包括ケアシステムの整備が全国一律で行われるわけではなく、その具

体的あり方、特にどのような組織がイニシアチブを取るかは、地域によってまったく異なるのです。

地域包括ケアシステムの主な対象が都市部であるとの田中氏の発言は一見「ドライ」にみえます。しかし今後の人口高齢化が首都圏を中心とした都市部で著しいこと、およびこれら地域では他地域に比べて、人口当たりの病床数・老人施設定員がはるかに不足していることを考えると、合理的とも言えます。例えば、2010～2025年の15年間に、75歳以上の後期高齢人口は日本全体では52.3%〔63.6%〕増加するのに対して、埼玉県では103.9%〔99.7%〕、千葉県では91.8%〔92.3%〕、神奈川県では84.9%〔87.2%〕も増加します。東京都はやや低く62.4%〔60.2%〕の増加ですが、絶対数の増加は106.7万人〔90.6万人〕と、他の道府県を圧倒しています〔国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口―平成17（2005）～47（2035）年―平成19年5月推計」91頁・表3から計算。

〔 〕内は、本節の元原稿執筆後に発表された、最新の推計である同研究所「日本の地域別将来推計人口―（平成25年3月推計）」27頁表Ⅱ-3の数値〕。

2 医療・病院の位置づけを軌道修正

医師・医療関係者には、地域包括ケアシステムは介護保険制度改革であり、医療、特に病院とは直接関係ないとの理解が根深くあります。法的に言えばこれは間違いとは言えません。実際に、2011年の介護保険法改正直後の老健局長通知（同年8月22日）では、「〔法〕改正の趣旨」で、「医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく提供する『地域包括ケアシステム』の構築」と述べている以外、医療への言及はありませんでした。

「地域包括ケア研究会報告書」も診療所の医療にしか触れていませんでした。しかも要介護状態の重度化等で「施設や病院に依存せざるをえない現状」が否定的に描かれ、「2025年の地域包括ケアシステムの姿」では、ターミナル期を含めて、「病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能になっている」ことを想定していました。

しかし、この点に関しては、厚生労働省高官が2012年から軌道修正を行うようになりました。それをもっとも直截に述べたのは、明晰な頭脳と率直な発言で知られる香取照幸政策統括官（当時、現・年金局長）です。氏は、2012年6月の日本慢性期医療協会総会の講演で、地域包括ケアシステムの概念に「入院機能を持った病院を組み込むことが必要」、「これまでは有床診のような20床くらいの小規模なサービスを考えていたが、もう少し規模の大きいものを考えないといけない」と明言しました（『日本医事新報』2012年7月7日号：22頁）。

私は、この軌道修正は現実的であると思います。そもそも、広島県御調町（当時）で1970年代に日本で最初に「地域包括ケア」を提唱・実践した山口昇医師は、「公立みつぎ総合病院を核とした地域包括ケアシステム」を想定していました（山口昇「地域包括ケアのスタートと展開」、高橋紋士編『地域包括ケアシステム』オーム社、2012）。

「社会保障・税一体改革大綱」（2012年2月閣議決定）の「医療・介護等」改革では「医療サービス提供体制の制度改革」と「地域包括ケアシステムの構築」が二本柱であり、両者は一体と理解するのが自然です。

3 医療法人等のサ高住開設を奨励

私が、地域包括ケアシステムと医療・医療機関との関係に関して注目しているのは、厚生労働省高官が、2012年から、医療法人等によるサービス付き高齢者向け住宅等の開設を奨励する発言を繰り返していることです。「粗悪な高齢者用住宅がつかられないよう、医療法人のような医療提供者が街づくりに関与するパターンがあってもいいと個人的には思っている」（武田俊彦氏、上掲誌）。「私は、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅のような集住系の施設に入ってもらい、そこに医療や介護サービスを付けて対応するしか方法がないと思っている。（中略）各医療法人が土地や建物、医療・介護サービスなどを提供することで、質や効率性を高めていくことが求められる」（鈴木康裕保険局医療課長（当時）、『日経ヘルスケア』2012年5月号：64頁）。

私はこのような率直な発言も現実的だと思います。と同時に、これらの発言の背景には、厚生労働省の以下のような思惑・危機意識があると推察しています。今後急増する死亡者を病院ですべて看取することは困難であるが、既存の老人福祉施設も財政制約上大幅には増やせない。かといって自宅での看取りを大幅に増やすことは困難なので、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームでの看取りを促進したい。しかし、粗悪なものが急増すると社会問題になるので、非営利でケアの質が担保されやすい医療機関を母体とするものを増やしたい。

ただし、有料老人ホームやサ高住の多くは実態的には「入所施設」に近いので、それらの整備については、国土交通省と厚生労働省との間に「温度差」があります。具体的に言えば、国土交通省が両者の整備に前のめりなのに対して、厚生労働省幹部の中にはそれに懐疑的な方が少なくありません。ともあれ、地域包括ケアシステムにおいて医療・医療機関が果たすべき役割が大きいことは明らかであると思います。

4 今後も死に場所の中心は病院で、老人施設等が補充

私は「地域包括ケアシステム」の推進には賛成ですが、それにより在宅ケアを拡充しても、今後の死亡急増時代に「自宅死亡割合」を大幅に高めることは困難であると考えています。この根拠については、本章第3節「21世紀初頭の都道府県・大都市の『自宅死亡割合』の推移」で、詳しく述べました。

今後の死に場所に関して誤解を与えかねないのが、2030年には、医療機関、介護施設（特別養護老人ホーム等の老人施設と老人保健施設）、自宅での死亡を除いた「その他」が約47万人（約3割）に達するとする厚生労働省「死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計」（図1）です。この推計には、次の3つの仮定が置かれています。①今後病床数の増加はないので、医療機関での死亡数は現在と同じ。②介護施設は今後2倍に整備されるので、そこでの死亡も2倍になる。③在宅ケア施策の強化により、自宅死亡は1.5倍に増加する（ただし自宅死亡割合は12%で一定）。

私は、仮説③はそれほど無理がないと考えますが、仮説①と②は、過去10～20年の趨勢に反し、大幅な過少推計だと判断しています。まず仮説①は、過去20年間（1990～2010年）に病院病床数が167.7万床から159.3万床へと8.3万床（5.0%）減少したにもかかわらず、同じ期間に平均在院日数が50.5日から32.5日へと35.6%も短縮したため、病院内での死亡者数は58.7万人から93.2万人へと34.4万人（58.6%）も増加した事実と矛盾します（本章第2節

「今後の死亡急増で『死亡場所』はどう変わるか」）、私は、今後、一般病床（急性期）病床の平均在院日数の低下は多くは望めないが、慢性期病床（療養病床）の平均在院日数は相当短縮可能であると判断しています。

次に、仮説②は、過去10年間（1999～2009年）に特別養護老人ホームの死亡数は1.7万人から3.6万人へと2.2倍も増加し、この増加の半分が定員の増加であり、残りの半分が定員に占める死亡割合の増加である事実と矛盾します（池崎渡江・池上直己「特別養護老人ホームにおける特養内死亡の推移と関連要因の分析」『厚生指標』2012年1月号）。2012年の診療報酬・介護報酬改定で鮮明になったように、今後も特別養護老人ホームや老人保健施設等（介護施設）での看取りを促進するための経済的誘導が図られることは確実です。それに対応して、介護施設では今後、定員増を上回る看取りの増加が期待できます。

そのために、私は、今後の死亡急増時代にも、死亡場所の中心は病院であり、それを介護施設や、医療機能のバックアップのあるサービス付き高齢者向け住宅が補完するようになるかと予測しています。

【補足】地域包括ケアシステムについての厚生労働省現・前老健局長の本音発言、社会保障制度改革国民会議報告書の記述、および「地域包括ケア研究会報告書」（2013年）の新しい概念図

本節の元論文執筆後に発表された（または私が知り得た）重要情報は以下の通りです。

宮島俊彦前老健局長は、退任5日後の2012年9月15日に札幌で開催された北海道介護支援専門員協会「ケアマネージャー実践セミナー」での講演で、十勝のような過疎地で地域ケアをどのように構築すべきかとのフロアからの質問に答えて、次のように述べました。「そもそも『地域包括ケア』は、今後高齢者が急激に増える大都市圏を想定したものである。当然、『30分以内で駆けつけられる…』が成り立つ。私のイメージはヨーロッパの城塞都市だ。城壁で囲まれた中に住み、そこから農地に通う。効率が良く福祉は充実するのだ。十勝のように分散した家を一軒一軒訪問してサービスを提供していたら、無駄が生じるのは当たり前。過疎地では、高齢者は可能な限り町の中心部に移り住んでいただく。サービス付き高齢者住宅はそのモデルだ。特養・老健など介護施設を核に、住宅や介護サービス事業所を集約させ福祉ゾーンを形成する」。田中益氏と同じく、地域包括ケアが「大都市圏を想定したもの」と率直に認めています。私の経験では、厚生労働省高官は退任直後に、しばしば、現役時代には封印していた「本音発言」をします。

原勝則現老健局長は、厚生労働省が2013年2月19・20日に開いた「全国厚生労働関係部局長会議」で、地域包括ケアシステムについて、こう説明しました。「『地域包括ケアはこうすればよい』というものがあるわけではなく、地域のことを最もよく知る市区町村が地域の自主性や主体性、特性に基づき、作り上げていくことが必要である。医療・介護・生活支援といったそれぞれの要素が必要なことは、どの地域でも変わらないことだと思うが、誰が中心を担うのか、どのような連携体制を図るのか、これは地域によって違ってくる」（『週刊社会保障』）2717号：22頁、2013）。私が知っている範囲では、厚生労働省の高官が地域包括ケアシステムの担い手には特定の決まった「中心」はないと公式に認めたのは、これが初めてです。

社会保障制度改革国民会議報告書（2013年8月6日）は、報告書全体で、以下のように、

地域包括ケア「システム」が実態的には「ネットワーク」であることを繰り返し指摘しました。しかも、医療と介護を一体的に扱いました。「医療・介護の地域包括ケアシステムの構築により、地域ごとに形成されるサービスのネットワーク」（12頁）、「医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築」（28頁）。「地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク。すなわち地域包括ケアシステム」（28頁）。ただし、「国民会議の審議の結果等を踏まえて」、8月21日に閣議決定された社会保障制度改革プログラム法の「骨子」および、2013年12月に成立した同法の規定からは、ネットワークという表現はすべて削除されました。

地域包括ケア研究会2012年度報告書「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」（2013年3月）」は、地域包括ケアシステムの新しい概念図（**図2**）を提起しました。具体的には、従来の5つの構成要素（「介護・リハビリテーション」、「医療・看護」、「保健・予防」、「福祉・生活支援」、「住まいとすまいかた」）の基礎に、新たに「本人・家族の選択と心構え」を加えました。これを加えた理由について、報告書は次のように述べました。「2025年には、単身又は高齢者のみ世帯が主流になることを踏まえると、仮に十分な介護サービスを利用し、地域社会の支えが十分でも、従来のような、常に誰かが家の中にいて急変時には救急車で病院に搬送され、病院で亡くなるといった最期ばかりではなくなる。むしろ、毎日、誰かが訪問してきて様子は見ているが、翌日になったら一人で亡くなっていたといった最期も珍しいことではなくなるだろう。常に『家族で見守られながら自宅で亡くなる』わけではないことを、それぞれの住民が理解した上で在宅生活を選択する必要がある」（3-4頁）。これは、家族構成の変化に対応して、在宅ケアを続ける本人・家族にいわば「孤独死」の「覚悟」を求めたものと言え、自宅死＝「家族による看取り」という情緒的で非現実的なイメージよりは、よほどリアルと思います。

地域包括ケアにおける供給と編成 —ケアマネジメントとネットワーキングの関係から—

桜美林大学大学院老年学研究科
白澤政和

介護保険にみる地域包括ケアとは

『地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律』

(2014年)

第二条 「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

『地域包括ケア研究会報告書』

ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制

地域包括ケアの仕組み



問題提起

- 地域包括ケアにおいて、
- ①どのようなケアの供給主体を確保し、利用者にケアを供給していくのか
- ②どのようにケアの供給主体を編成(オーガニゼーション)し、利用者に円滑にケアをデリバリーしていくのか
- 両者が相互に関連しており、両者を関連付けて議論することが不可欠である
- ①のみでは、ケアの供給主体の適切な確保は難しい。多様な供給主体をオーガナイズし、供給主体間での調整をすることで、バランスのとれた供給主体が確保できる。
- ①のみでは、利用者に適切なケアを供給することは難しい。多様な供給主体をオーガナイズし、利用者のニーズに合わせた調整をすることで、ケアが円滑に提供できる。
- 本発表では、地域包括ケアの①と②のあり方を、「地域での利用者の生活サポートの点から」議論する。特に、②をもとに、①が確立できることを報告する
- ➡ この議論そのものが「地域包括ケア」のあり方を示すことになる。

包括(comprehensive,integrated)の意味

①対応するニーズが包括

医療、介護、住宅、雇用、所得のニーズに包括的に対応

②対応する提供者が包括

人々のセルフケア、インフォーマルケア、フォーマルケアが包括的に対応する

③対応する利用者が包括

子どもから高齢者までを含めたすべての住民（現状は、高齢者のみ）

- さらに、「包括的・継続的ケア(comprehensive and continuous care)」で、継続的とは時間的な変化に対応
- 個々の利用者にワン・ストップでサービスが提供される
- シーレスにサービスが提供される
-  このためには、ケアの供給だけでなく、ケアの編成についての議論が不可欠である

①地域包括ケアは、どのようなケアの供給主体を確保し、利用者にケアの供給を考えているか

- 公助(税)、共助(保険)、互助(地域の支え合い)、自助(本人や家族の能力や資産)
- 介護保険や医療保険は本当の共助か？
- 供給主体の公助・共助に、厚生労働省の介護保険と医療保険に加えて国交省の住宅施策
- 供給主体の互助に、生活支援サービス
- 供給主体の自助の「本人や家族の自覚と心構え」の確立の方法
- 施設から住宅に移行
- 介護サービスから地域での生活支援サービスに移行
- <課題>
- 供給主体をいかに確保していくかの具体的な議論が、ほとんどなされていない。
- 供給主体の確保には、供給主体間が組織化し、協働化し、必要な資源を生み出していくシステム(編成)が必要である

②どのようにケアの供給主体を編成し、利用者に円滑なケアを提供していくか

出典「要介護老人を支えるネットワーク作り—社会福祉の観点から」白澤政和、『老年社会科学』第10巻1号, pp. 30~41, 1988年



②供給主体の編成に対する対応

- 地域包括支援センターが2006年に創設された際には、以下のような業務を課せられたのみであった。
 - ①介護予防(ケアマネジメント)業務
 - ②総合相談支援業務
 - ③権利擁護業務、
 - ④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務
 - ただし、2006年の「設置運営について」では、連携体制を支えるものとして「地域包括支援ネットワーク」を構築することが必要と記述されていた。
 - こうした業務からは、ケアの供給主体を編成することには至らない。
 - 2012年の法改正で、「地域包括支援センターの設置者は、包括的支援事業の効果的な実施のために、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、ボランティアその他の関係者との連携に努めなければならないものとする」と(第百十五条の四十六第五項)
 - 2012年の「設置運営について」で、地域ケア会議が明記された
 - 2013年の「設置運営について」で、地域ケア会議を地域ケア個別会議と地域ケア推進会議に区分し、地域ケア地域包括ケア推進のツールに位置付けた。
- ➡ 地域包括支援センターの失われた8年

地域ケア会議の推進

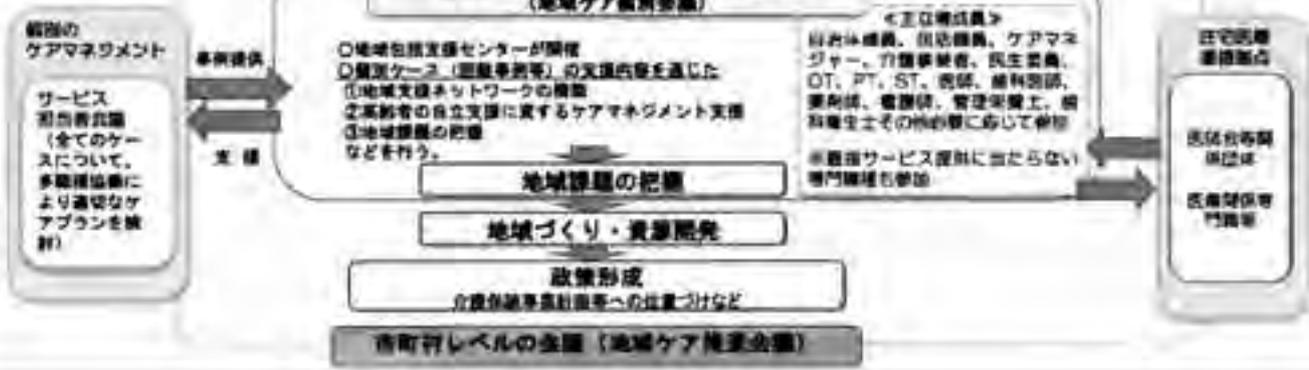
「地域ケア会議」(地域包括支援センター及び市町村レベルの会議)については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取組を進めることが必要。

具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。

このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づける。

- ・ 適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして位置づけ
- ・ 市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
- ・ 地域ケア会議に参加した者にする付随義務を規定 など

地域包括支援センター(※)レベルでの会議 (地域ケア個別会議)



「地域ケア会議」の5つの機能



「地域ケア会議」を活用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ

地域包括支援センターは市町村は、地域包括ケアの実現に向けた取り組みを進め、その中で課題を明らかにし、地域での解決が困難な課題を明らかにし、必要に応じて、市として課題解決の推進や市としての課題を関係者と共有することの地域ケア会議を開催する。市町村は、地域包括支援センターが抱える課題を市町村の課題と共有すること、地域課題を解決していくために、市町村レベルの課題を解決する。ここでは、市として解決した課題を地域ケア会議で共有し、市、市町村、市町村の専門機関や市民団体、市民企業等と連携し、市町村が抱える課題を解決していく。地域包括ケアの実現に向けた取り組みを進め、その中で課題を明らかにし、地域での解決が困難な課題を明らかにし、必要に応じて、市として課題解決の推進や市としての課題を関係者と共有することの地域ケア会議を開催する。市町村は、地域包括支援センターが抱える課題を市町村の課題と共有すること、地域課題を解決していくために、市町村レベルの課題を解決する。ここでは、市として解決した課題を地域ケア会議で共有し、市、市町村、市町村の専門機関や市民団体、市民企業等と連携し、市町村が抱える課題を解決していく。地域包括ケアの実現に向けた取り組みを進め、その中で課題を明らかにし、地域での解決が困難な課題を明らかにし、必要に応じて、市として課題解決の推進や市としての課題を関係者と共有することの地域ケア会議を開催する。



地域包括支援センターの機能強化

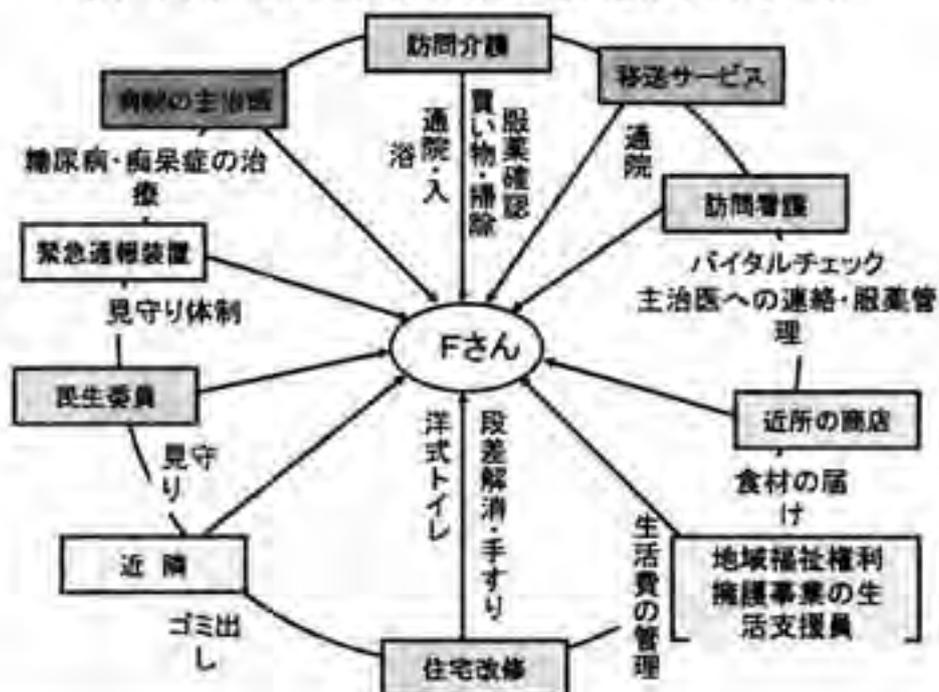
- 高齢化の進展、相談件数の増加等に伴う業務量の増加およびセンターごとの役割に応じた人員体制を強化する。
- 市町村は運営方針を明確にし、業務の委託に際しては具体的に示す。
- 運営等基幹的な役割を担うセンターや、機能強化型のセンターを位置づけるなど、センター間の役割分担・連携を強化し、効率的かつ効果的な運営を目指す。
- 地域包括支援センター運営協議会による評価、PDCAの充実等により、継続的な評価・点検を強化する。
- 地域包括支援センターの取組に関する情報公表を行う。



生活圏域での地域包括ケアの枠組



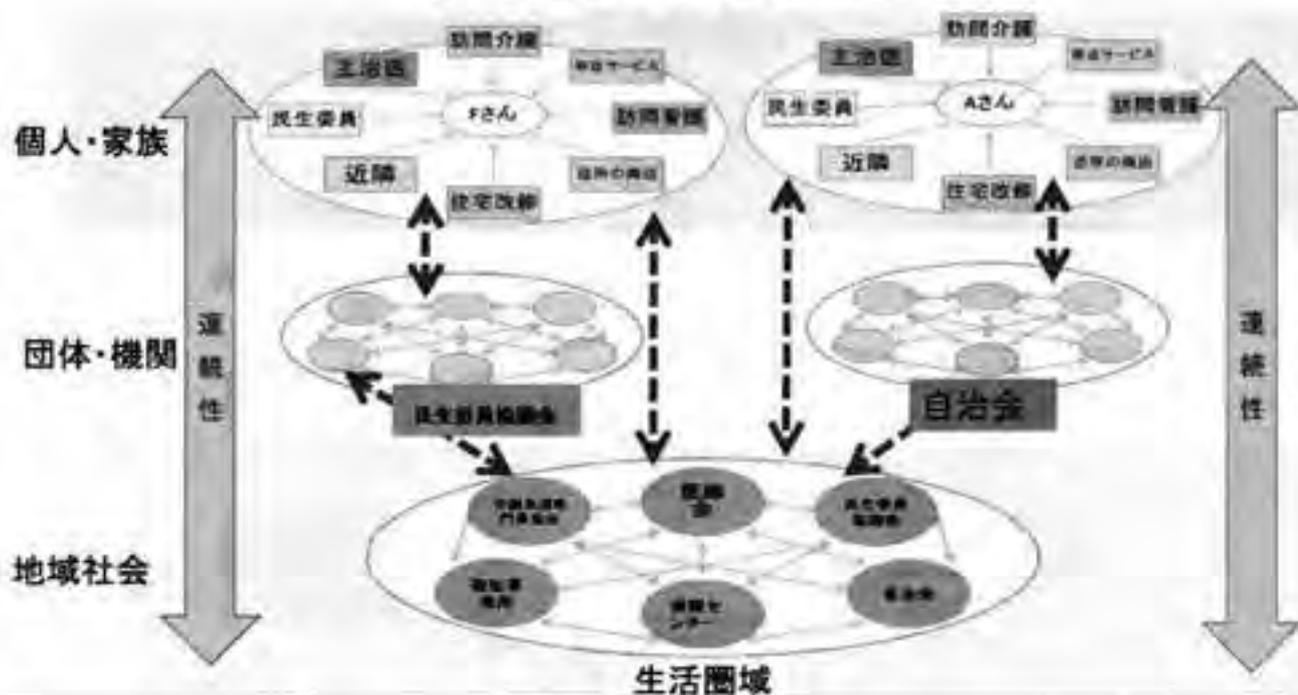
ケアマネジメントによる個人を中心にしたネットワーク



地域でのネットワーク



図「地域包括ケア」のイメージ図



地域ケアを推進する力

- コーディネーション＝ケアマネジメント
みんな同じ方法で、同じようにできるようになってきた
- ネットワーキング＝コミュニティ・ケア
地域の組織化というのは、百人百様→専門職ではない

地域ケア会議

- 市町村の地域支援事業の包括的支援事業の一環として、地域ケア会議を実施することを介護保険法に位置づける
- 介護支援専門員の協力や守秘義務の取扱い等について制度的な枠組みを設ける
- 地域ケア会議が十分に機能するためには、市町村の人材育成、マニュアル作成、好事例の共有など、国は市町村の支援に取り組む

支援困難事例の検討会

- 方法
- ケアマネジメント過程をもとに検討
- 参加者は個々の事例に関与している、関与が必要な者
- 地域包括支援センターが主宰しての地域ケア会議

代表者の会議

- 地域のニーズについて検討する
- アセスメント→地域支援計画作成→実施→評価の手順で実施される
- 地域の団体や機関の代表者の会議
- 地域包括支援センターが主宰する

表 地域の支援計画表の例

地域の目標: 被虐待者の早期発見・早期対応を推進する

ニーズ	目標	実施内容	担当・役割	場所	実施時期
要介護者に対して、必要なサービスを利用してもらう	要介護者や家族のニーズに即した介護サービスの提供を行う	① 介護保険制度の利用促進パンフレットの作成	地域包括支援センターと行政で作成し、自治会を介して配布 配布先: 高齢者のいる世帯		2012年8月 配布
		② 介護支援専門員の家庭介護者への支援方法のための勉強会の実施	講師: 大学教授 対象者: 介護支援専門員 事務局: 地域包括支援センター	市民会館	2012年5月 2012年10月
		③ 介護サービス未利用 要介護者についての、要介護者および家族の状況把握の実施	依頼者から情報を得て、地域包括支援センター職員が家庭訪問する 訪問後、地域包括支援センターで検討会を実施	未利用者の家庭	66ケースについて、2012年5月～7月に実施
要介護者をかかえる家族と地域との関わりをつくる	要介護者家族が地域との交流をもてるようにする	① 虐待事例についての、地域の役員に対する研修会の開催	講師: 地域包括支援センター 社会福祉士 対象: 民生委員、自治会役員 事務局: 民生委員協議会	市民会館	2012年8月 2013年2月
		② 認知症の人のいる家庭訪問活動の実施	民生委員協議会 事務局: 介護支援専門員会が連絡調整	要介護の認知症に人の家庭	月に1回

表1 地域支援計画表

地域の目標: 「認知症になっても地域で住み続けられるまちづくりを目指して」

地域のニーズ	目標	活動内容	担当・役割	場所	実施時期
認知症支援の地域支援体制をつくりたい	地域住民が認知症に関心を持ち、認知症になっても、安心して過ごせる地域づくり	行政、関係機関、地域住民から成るネットワーク連絡会を設立し、具体化を図る	委員: 民生委員、商工会、サービス事業者、自治会等の代表者、15名 事務局: 地域包括支援センター	町公民館会議室	年2回(5月、3月)
認知症に対する正しい理解を広めたい	認知症サポーター養成等を活性化し、地域住民へ認知症の正しい理解を広げていく	「町キャラバン・メイト連絡会」(仮称)を結成し、町内10カ所で養成講座を実施する	メイトへの連絡: 担当課 講座の手配: 民生委員 事務局: 地域包括支援センター	さわやかハウス2階会議室、町内自治公民館	発足: 8月 講座: 5月～12月
介護家族の介護負担を軽減したい	家族のニーズや地域性、時代に適した支援を検討し、実施していく	「介護者のつどい」の定期開催と男性介護者のための「介護講座」を実施する	内容の検討: 町内サービス事業者男性職員代表 家族への働きかけ: ケアマネジャー 事務局: 地域包括支援センター	町公民館会議室	6月～2月 5月から毎月(第2火曜日)

資料: 「岩手県矢巾町地域包括支援センター吉田均」認知症支援に取り組むネットワーク連絡会と四つの部会の取組『ネットワーク』124号、全国地域包括・在宅介護支援センター協議会会報、2015年、～9頁

生活支援サービスの充実

- 市町村が中心となって、NPO、民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人等の生活支援サービスを担う事業主体の支援体制の充実・強化を図る。
- 生活支援サービスを行う事業主体間のネットワークの構築、地域のニーズと地域資源のマッチングなどを行うコーディネーターの配置や協議体の設置

ネットワーキングの仕方

- 地域との信頼関係づくりを基本
- 問題の発見(地域ケア会議)
- アセスメント
- 計画の作成の検討(参加者も含めたもの・目的と実現に向けたスケジュール)
- 計画の実施
- 評価

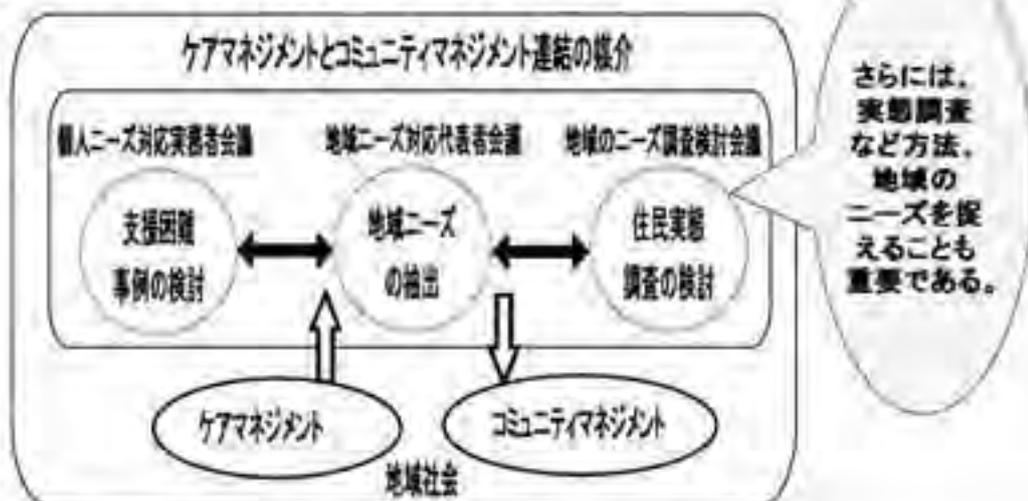
出典：『地域のネットワークづくりの方法 地域包括ケアの具体的展開』白澤政和、中央法規出版、2013年

地域支援計画実施に向けて

- 各団体への根回し(ネゴシエーション)
- 代表者会議での説明(プレゼンテーション)
- 確定した計画実施への支援(裏方の役割)
- 時期を決めた評価→再度アセスメント→計画の修正→実施、を継続していく

地域包括ケアの推進の枠組(ソーシャルワークの枠組み)

図1 地域でのケアマネジメントとコミュニティマネジメントの連結



まとめ

- 地域包括ケアの「供給」と「編成」は切り離して、議論できない。
- 「編成」が適切に機能するためには、「地域ケア会議」が基本になるのではないか
- 「編成」を介して、再度「供給主体」の種類や量質の議論が展開される必要があるのではないか。

審査講評

損保ジャパン日本興亜福祉財団賞

審査委員長 岩田 正美

《審査経過》

2014年度の「損保ジャパン記念財団賞」は、社会福祉関係学会役員及び（一社）日本社会福祉教育学校連盟加盟校の学部長その他の指定推薦者から、著書部門で31件26編の推薦を受けた。候補として推薦された著書は、2013年4月から2014年3月末日までに公刊されたもので、社会福祉を主なテーマとして論述されたものである。これらの著書について、計3回<2014年9月30日(火)、2014年11月1日(土)、2014年12月14日(日)>の審査委員会が開催された。

第1次審査では、推薦著書について、「審査に関する整理の視点」を基準に審査を行い、基準に該当する16編を第2次審査の対象文献として選考した。

第2次審査では、審査対象になった推薦著書に対しては各2名の審査委員が、精読し5段階評価と各自の書評を事前に書面にて提出した。その上で、審査委員会では、各書評を基に審査を進めた。その結果、第2次審査では、第3次審査対象文献（財団賞候補）として3編が選考された。また、著書の内容、年齢、研究歴等の状況を鑑みて、研究奨励金対象文献として2編が選考された。

第3次審査は、全審査委員がすべての審査対象文献を精読し、5段階評価と各自の詳細な書評を事前に書面にて提出した上で行われた。審査会では、各委員提出の書評を基に長時間にわたる議論を交わした。この厳正な審査の結果、審査委員会は斉藤弥生氏の著書「スウェーデンにみる高齢者介護の供給と編成」を財団賞として選定した。また、研究奨励金授与の対象として、堀智久氏の「障害学のアイデンティティ 日本における障害者運動の歴史から」を選定した。

第3次審査過程で財団賞候補として取り上げられたのは、斉藤氏の他、渋谷光美氏の「家庭奉仕員・ホームヘルパーの現代史 社会福祉サービスとしての在宅介護労働の変遷」および長谷川貴彦氏の「イギリス福祉国家の歴史的源流 近世・近代転換期の中間団体」の3冊であった。

渋谷氏の著書は、家庭奉仕員・ホームヘルパーの変遷を戦後から1980年代まで辿るもので、その主題の重要性が目立った。また関連資料を丹念に収集していることも評価された。一方で、在宅介護労働の「専門性」評価の議論と再評価の重要性があらかじめ強く訴えられ、それを強調する同じ表現の文章が続き、説得的な論文の構造になっていなかったこと、時代背景も含めて、その変遷過程の整理がまた、当事者やジェンダーなどについての論述が不足していることが指摘された。

長谷川氏の著書は、社会史の近年の成果を取り入れて、イギリスの旧救貧法展開過程における中間団体の役割を、地元史料に基づいて実証しようとした優れた研究書である。しかし、章ごとの分析手法の違いや論文構成にややまとまりが欠け、序章と終章での現代福祉国家への言及は飛躍がある等、一冊の著書として統一感に欠けていることが指摘された。

これに対し、斉藤弥生氏の著書「スウェーデンにみる高齢者介護の供給と編成」は、スウェーデンの高齢者介護を、その原則、歴史、供給体制とその編成、スウェーデン独自のコミュニケーション自治に基づく多様な取組みに関して包括的な検討を行ったものである。とりわけ日本のスウェーデン社会福祉の見方が、戦後から1970年代までの介護サービスの普遍的供給モデルから抜け出せていない点を指摘した上で、80年代半以降市場化を進めるスウェーデンでは、その介護システムはめまぐるしく変動し、その中で諸課題が生じていること、それにもかかわらず、サービス供給の

責任はコミュニケーションにあることは揺らいでいない等について、多くの文献だけでなく現地研究による豊富な実証結果によって示した点が、現代的示唆に富むものとして高く評価された。

これらの審査結果から、2014年度損保ジャパン記念財団賞として斉藤弥生氏の著書「スウェーデンにみる高齢者介護の供給と編成」を理事会に推薦した。

研究奨励金の対象文献の選考過程では、堀氏の他、園井ゆり氏の「里親制度の家族社会学 養育家族の可能性」が取り上げられ、養育家族という概念構成で、家族社会学の新たな地平を切り開こうとしている点、素直な質的調査による実証について評価されたが、家族を養育機能としてだけ取り上げてよいのか、等の疑問が出された。これに対して堀智久氏の「障害学のアイデンティティ 日本における障害者運動の歴史から」は、従来外国の「障害学」を参照して展開されてきた障害学の日本的展開に焦点を合わせ、論理的で説得力のある文章で論述されている点が評価された。

《選考理由》

「スウェーデンにみる高齢者介護の供給と編成」

(大阪大学出版会 2014年2月発行)

著者 齊藤 弥生

(所属 大阪大学大学院人間科学研究科教授)

本書は、福祉サービス（高齢者介護）の「供給」だけではなく、その供給を具体的に組み合わせ、体系化する作業を「編成」とした C.フッドらの概念に着目し、介護サービス供給を前提に、介護者と高齢者が共に日常生活を組み立てていく作業を「編成」と呼び、この視点から、スウェーデンの高齢者介護の過去から現在に至る過程と、その課題を、ていねいに解き明かした優れた著作である。

(本書の要旨)

本書は、「はじめに」で、研究の目的と構成を示し、第1章で分析のための理論的枠組みとして、エスピアンデルセン、ハーシュマン、ペストフ等の文献から学んだ諸概念と、それらの介護サービス分析への当てはめが検討されている。エスピアンデルセン等は、介護のような対個人サービスを「コスト病」と呼ぶが、これは介護のようなサービスを「外部化」する場合、常に無償の家事労働との競合関係におかれていること、ヨーロッパのような先進国では労働規制から労働集約型の対個人サービスのコストが高まることを意味している。これを前提に、政治学のハーシュマンの「発言」「退出」「ロイヤリティ」の概念を対人社会サービスに応用したペストフの議論を援用し、継続的サービスを要請される社会サービスは、「退出」「発言」オプションだけでは良いサービスが選択される可能性は低く、「ロイヤリティ」に基づく共同生産としての利用者のサービス参加の中で「退出」「発言」も併せて発揮されることができるとの示唆を行っている。さらに、戦後のスウェーデンモデルを、1) 戦後から1970年代までの「発言」の機能していた時代、2) 1990年代以降の「退出」オプションの取り入れ、3) 同じく90年代以降の「ロイヤリティ」を基盤としたコミューン自治の根強い存続、の三つを概観している。

続く第2章から第4章までは、「第1部高齢者介護の歴史的整理」として括られ、第2章では、19世紀終盤から20世紀半ばまでの老人扶養について論述、第3章では、戦後イギリスの影響を受けて、スウェーデンで社会政策が立ち上がるプロセスの中で、高齢者介護がどのように議論され、発展したかを論じている。第4章では、北欧諸国で使われる「オームソーリ（介護）」の概念を整理し、また1960年から1980年代のホームヘルプの拡大と編成の変容過程を分析している。

「第2部供給多元化と介護ガバナンス」は第5章から第9章までを含む。第5章ではEU指令の下でのサービス供給の多元化についての議論を整理し、政権正当の政策やイデオロギーが介護サービス供給にどのような影響を与えたかを論じた。これを前提に、第6章では3つの現地調査をもとに、異なったコミューンにおける供給多元化の状況を検討している。調査は、1) スウェーデン社会庁と統計局のデータベースを用いて全国290のコミューンごとの介護サービスの民間供給率、利用率、コストの分析、2) 7コミューンを対象とするヒアリング調査、3) サービス選択自由化法施行以降の法の運用状況を、ストックホルムとヴェクショーの比較調査である。

第7章では「カレマケア社」の受託する介護付き住宅で起こった死亡事故をきっかけに始まった一連の介護関連事件の報道を題材とし、グローバル資本の影響、コミューン自治との関連、マスメディアの影響等が分析されている。第8章では、ペストフの言うサードセクターとして、ソーシャルエンタープライズに注目し、90年代以降の多元主義化の中でその可能性を検討し、最後の第9章ではスウェーデンの高齢者介護の供給と編成を、フッドの6つの分類軸を介護サービスにあてはめて論点を総括し、併せて日本とスウェーデンの介護システムを比較検討している。

(審査委員会で評価された点)

第一に、本書で用いられている、政治学の諸概念や、スウェーデンの社会福祉の歴史や政策の議論は、著者が著名な既存の文献に学んだもので、それ自体新しいわけではない。だが、それらを本書のテーマである介護の供給と編成に引きつけて整理し直し、平易な表現と構成によって万人が理解できるように叙述しており、この第1部があることによって、後半(第2部)の供給多元化と介護ガバナンスの実証研究の結果をよく理解することができる構成となっている。巧みな構成であると評価できる。

第二に、第2部におけるオリジナルな3つの調査、第7章の「事件」報道の政治学的分析も、分かりやすく叙述されており、多元化の影響の大きさとともに、コミューン自治の根強さと多様性の両方が示唆されており、これまでの日本におけるスウェーデンモデル理解を、大きく塗り替える作業ということが出来よう。

第三に本書は、「誰がどのように高齢者を介護してきたのか」という筆者自身の素朴な問いかけから出発し、スウェーデンを事例として自らこれに答えるべく、具体的なサービス供給と「現場」での編成にかかわる変容を重視しつつ、一貫して描こうとした素直な姿勢にその価値がある

(課題)

以上のように、本書は優れた著書であるが、審査委員会ではいくつかの問題点も指摘された。まず第一に、本書の基本概念であり、タイトルにもあるサービス「供給」については理解ができるが、「編成」についての言及は十分でないように感じられる点である。いくつか、わかりやすい例、たとえば介護のサービスの担い手と受け手の共同作業のような表現で示されたり、第9章の日本との比較で24時間対応の在宅介護編成が描かれたりしているが、それが第6章の実証研究の軸になっているともいえず、また第9章のフッドの6つの軸は「供給体制(システム)」と表現されているが、筆者の論点では「編成」に変換されてしまっている。重要な概念であるため、「編成」の意味や定義を明確に示す必要がある。

第二は、筆者自身も叙述しているようにスウェーデンの歴史については、スウェーデンにおける既存研究に依拠しており、また各章での分析に使用される概念も筆者のオリジナルなものではない。すでに述べたようにそれを高齢者介護サービスの供給と編成に引き寄せて整理検討し直した点や、特に多元主義以降の分析は優れているが、やや他人の概念に依拠しすぎた印象もある。用語の使用法としても介護供給体制、編成の他、介護ガバナンスなどの多様な使用がありやや厳密さにかけるきらいがある。「編成」概念が深まりきらなかったのは、そのせいもあるだろう。

第三に、実証研究では重回帰分析などの統計手法も使用しているが、当然とも言える結果が示されている一方で、コミューンによる分散が大きいということだけであれば、もっと簡単に示す方法もあったのではないかな。

第四に、冒頭の日本のねたきり老人問題の提起の時期などの記載に誤りがあり、第9章での日本との比較を重視するならば、もう少し日本の介護問題についての的確な表現をすべきであった。また家族介護、老老介護、孤独死などについては、ほとんど触れていないことも、物足りなさを感じる点である。

これらの問題点はあるものの、すでに述べた本書の優れた点は、日本の介護研究にも大きな示唆を与えるものとして審査委員会は高く評価した。

どこの国においても介護問題は依然深刻な社会問題であり、日本も介護保険がそれを解決したとは到底言えない。普遍主義のモデルとして紹介されてきたスウェーデンの、多元化以降の介護サービスの供給と編成をめぐる多様な論点から、我々が学ぶところも大きい。著者には、本書を下敷きとして、今後本格的な日本との比較研究を望みたいとの意見が多くあった。

(結論)

以上の理由から、本書が 2014 年度損保ジャパン記念財団賞に相応しい著書であると審査委員全員が判断し、一致して推薦することを報告する。

損保ジャパン日本興亜福祉財団賞受賞者

	著者 受賞時職名	著書または論文名	
第1回 1999年 (平成11年) <著書部門>	社会福祉学博士 金子 光一氏 淑徳大学社会学部助教授	『ピアトリス・ウェップの 福祉思想』 (ドメス出版、1997年)	
	<論文部門>	医学博士・工学博士 筒井 孝子氏 国立公衆衛生院研究員、 国立病院・医療管理研究所研究員	「介護保険制度下における ケアシステムの未来」 (社会保険旬報、1998年)
第2回 2000年 (平成12年) <著書部門>	社会学博士 池本 美和子氏 日本福祉大学社会福祉学部助教授	『日本における社会事業の形成』 (法律文化社、1999年)	
	<論文部門>	社会福祉学博士 北場 勉氏 日本社会事業大学社会福祉学部助教授 平岡 公一氏 お茶の水女子大学文教育学部教授	「社会福祉法人制度の成立と その今日的意義」 (季刊社会保障研究、1999年) 「社会サービスの多元化と 市場化」 (『福祉国家への視座』、2000年)
第3回 2001年 (平成13年) <著書部門>	社会福祉学博士 大友 信勝氏 東洋大学社会学部教授	『公的扶助の展開』 (旬報社、2000年)	
	<論文部門>	社会福祉学博士 門田 光司氏 福岡県立大学人間社会学部教授 社会福祉学博士 松山 毅氏 日本福祉教育専門学校専任講師	「学校ソーシャルワーク実践に おけるパワー交互作用モデル について」 (『社会福祉学』、2000年) 「イギリス近世初期の慈善活動 の成立過程に関する一考察」 (『日本福祉教育専門学校研究 紀要』、2001年)

	著者 受賞時職名	著書または論文名	
第4回 2002年 (平成14年) <著書部門>	社会福祉学博士 田中 英樹氏 長崎ウエスレヤン大学現代社会学部教授	『精神障害者の地域生活支援』 (中央法規出版、2001年)	
<論文部門>	文学博士 田川 佳代子氏 愛知県立大学文学部助教授	「高齢者ケアマネジメントに おける倫理的意思決定」 (『社会福祉学』、2001年)	
第5回 2003年 (平成15年) <著書部門>	社会福祉学博士 坂田 周一氏 立教大学コミュニティ福祉学部教授	『社会福祉における 資源配分の研究』 (立教大学出版会、2003年)	
<論文部門>	社会福祉学博士 大原 美知子氏 東京都精神医学総合研究所 主任技術研究員	「母親の虐待行動と リスクファクターの検討」 (『社会福祉学』、2003年)	
	菊地 英明氏 東京大学大学院/ 国立社会保障・人口問題研究所研究員	「生活保護における 『母子世帯』施策の変遷」 (『社会福祉学』、2003年)	
	社会福祉学博士 寺田 貴美代氏 清和大学短期大学部専任講師	「社会福祉と共生」 (『社会福祉とコミュニティ』 東信堂、2003年)	
第6回 2004年 (平成16年) <著書部門>	心理学博士 山口 利勝氏 第一福祉大学人間社会福祉学部 (通信教育部)助教授	『中途失聴者と難聴者の世界』 (一橋出版、2003年)	
<論文部門>	社会福祉学博士 李 政元氏 関西福祉科学大学社会福祉学部 専任講師	「高齢者福祉施設スタッフの QWL測定尺度の開発」 (『社会福祉学』、2003年)	

	著者 受賞時職名	著書または論文名	
第7回 2005年 (平成17年) <著書部門>	法学博士 廣澤 孝之氏 松山大学法学部教授	『フランス「福祉国家」体制の形成』 (法律文化社、2005年)	
第8回 2006年 (平成18年) <著書部門>	菅沼 隆氏 立教大学経済学部教授	『被占領期社会福祉分析』 (ミネルヴァ書房、2005年)	
<論文部門>	社会福祉学博士 村田 文世氏 日本女子大学大学院人間社会研究科 博士課程後期	『『委託関係』における当事者組織 の自律性問題-組織間関係論に依 拠した理論枠組の構築-』 (『社会福祉学』、2005年)	
第9回 2007年 (平成19年) <著書部門>	社会学博士 星加 良司氏 東京大学先端科学技術研究センター 特任助教	『障害とは何か-ディスアビリティ の社会理論に向けて-』 (生活書院、2007年)	
<論文部門>	博士(人間福祉学) 金子 絵里乃氏 法政大学現代福祉学部 現代福祉学科任期付専任助手	『小児がんで子どもを亡くした母 親の悲嘆過程-「語り」からみる セルフヘルプ・グループ/サポー ト・グループへの参加の意味-』 (『社会福祉学』、2007年)	
第10回 2008年 (平成20年) <著書部門>	博士(学術・福祉) 大友 昌子氏 中京大学現代社会学部教授	『帝国日本の植民地社会事業 政策研究—台湾・朝鮮—』 (ミネルヴァ書房、2007年)	
第11回 2009年 (平成21年) <著書部門>	博士(文学) 金澤 周作氏 京都大学大学院文学研究科准教授	『チャリティとイギリス近代』 (京都大学学術出版会、2008年)	

	著者 受賞時職名	著書または論文名	
第12回 2010年 (平成22年) <著書部門>	博士(社会福祉学) 秋元 美世氏 東洋大学社会学部教授	『社会福祉の利用者と人権 — 利用関係の多様化と権利保障』 (有斐閣、2010年)	
第13回 2011年 (平成23年) <著書部門>	博士(教育学) 仁平 典宏氏 法政大学社会学部准教授	『「ボランティア」の誕生と終焉 — 〈贈与のパラドックス〉の 知識社会学』 (名古屋大学出版会、2011年)	
第14回 2012年 (平成24年) <著書部門>	博士(社会福祉学) 谷口 由希子氏 日本福祉大学福祉社会開発研究所 研究員	『児童養護施設の子どものための 生活過程 — 子どもたちはなぜ排除状態 から脱け出せないのか』 (明石書店、2011年)	
第15回 2013年 (平成25年)	博士(法学) 水島 治郎氏 千葉大学法政経学部教授	『反転する福祉国家 — オランダモデルの光と影』 (岩波書店、2012年)	
第16回 2014年 (平成26年)	学術博士(人間科学) 齊藤 弥生氏 大阪大学大学院人間科学研究科教授	『スウェーデンにみる 高齢者介護の供給と編成』 (大阪大学出版会、2014年)	

公益財団法人損保ジャパン日本興亜福祉財団の理事（2015年10月現在）

（敬称略）

理事長	二宮 雅也	（損害保険ジャパン日本興亜取締役社長）
専務理事	岡林 秀樹	（常勤）
専務理事	高野 茂	（常勤）
理事	秋山 弘子	（東京大学高齢社会総合研究機構特任教授）
理事	鴻 常夫	（東京大学名誉教授）
理事	大橋 謙策	（テクノエイド協会理事長）
理事	小林 光俊	（敬心学園理事長）
理事	清水 勉	（元日本興亜損害保険取締役専務執行役員）
理事	冷水 豊	（日本福祉大学・地域ケア研究推進センター研究フェロー）
理事	竹内 孝仁	（国際医療福祉大学大学院教授）
理事	田中 滋	（慶應義塾大学名誉教授）
理事	長嶋 紀一	（日本大学名誉教授）
理事	長谷川 和夫	（認知症介護研究・研修東京センター上席研究員）
理事	古川 貞二郎	（恩賜財団母子愛育会会長・元内閣官房副長官）
理事	森嶋 昭夫	（名古屋大学名誉教授）
理事	山口 浩	（常勤）
理事	和田 正江	（主婦連合会常任幹事）

第16回損保ジャパン日本興亜福祉財団賞の審査委員（2014年度）

（敬称略）

審査委員長	岩田 正美	（日本女子大学名誉教授）
審査委員	小林 良二	（東洋大学教授）
審査委員	芝野 松次郎	（関西学院大学教授）
審査委員	白澤 政和	（桜美林大学大学院教授）
審査委員	住居 広士	（県立広島大学大学院教授）
審査委員	水巻 中正	（国際医療福祉大学大学院教授）

損保ジャパン日本興亜福祉財団叢書 No. 86

第16回損保ジャパン日本興亜福祉財団賞受賞記念講演録

発行日 2016年1月29日

発行者 公益財団法人損保ジャパン日本興亜福祉財団
〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1

電話 03-3349-9570 FAX 03-5322-5257

URL <http://www.sjnkwf.org/>

Email office@sjnkwf.org