

日本の高齢者福祉の現状と課題

―地域包括ケア推進の観点から

林 芳 治

はじめに

旭川大学保健福祉学部コミュニティ福祉学科の林と申します。本日は「日本の高齢者福祉の現状と課題」が大きなテーマになりますが、非常に幅広く漠然としていますので、主に、各市町村で現在取り組まれている地域包括ケアを推進していくにはどのような課題があるか、という視点からお話しさせていただきます。

1. 日本の高齢者福祉の法体系

(1) 高齢者福祉の主要三法

日本の高齢者福祉の法体系における最初の法律は、一九六三年に制定された「老人福祉法」(昭和三十八年七月一日法律第一三三号)であり、こ

れが高齢者福祉の目的や理念を定めた母法(基本法)となっております。

この法律の特徴は、第一に、民間が声をあげて制定されたことであり、熊本市内の児童養護施設で施設長を務める潮谷総一郎氏が、条文を自ら作成し、一〇年かけて法制定を訴え、その実現に至ったという経緯があります。福祉に関わる法律の中でも他に類例のない制定のされ方です。先に言えば、現行の様々な高齢者福祉サービスは、そのほとんどが、国や自治体ではなく、家族や介護従事者など民間人のアイデアから生まれたものです。なお、「敬老の日」を高齢者のための祝日とするのは、「老人福祉法」第五条第二項が根拠になっていますが、これも国ではなく民間の声を受けて定められたものです。

第二の特徴として、高齢者福祉の目的や理念、国や自治体の責務、行政による福祉の措置などと合わせて、高齢者自身の努力義務を定めているこ

とです。第三条には「老人は、老齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して、常に心身の健康を保持し、又は、その知識と経験を活用して、社会的活動に参加するように努めるものとする」と記されています。

次に、「老人福祉法」の制定から約二〇年後の一九八二年、この年は一九七三年から実施されていた老人医療費の自己負担分の無料化が廃止された翌年ですが、「老人保健法」(昭和五十七年八月一七日法律第八〇号)が制定されました。それまで「老人福祉法」の理念において一緒であった高齢者の医療と保健を分離し、後者をあらためてこの「老人保健法」によって定め直したということです。同法は二〇〇八年に現行の「高齢者の医療の確保に関する法律」という名称に変わり、特定健康診査、特定保健指導のほか、後期高齢者医療制度についても規定しています。

なお、現行の後期高齢者医療制度の財源は、現

役世代の負担が約四割、税金等の公費が約五割、保険料が約一割という内訳です。現役世代の負担が重すぎるということが問題視され、制度の廃止論議も一頃ありましたが、今のところ存続しています。なお、七五歳以上を分けて別枠で医療制度を設けているのは世界中で日本だけです。

さらに、一九九七年に「介護保険法」(平成九年一月二七日法律第一二三号)が制定され、二〇〇〇年から介護保険制度が実施されています。以上に挙げた「老人福祉法」、「老人保健法」、「介護保険法」の三つの法律を「高齢者福祉の主要三法」と称します。

(2) 高齢者福祉の施策の具体化

日本の高齢者福祉は前出の主要三法を基本に推進されていますが、より具体的な施策を展開するための根拠として、一九九五年に制定された「高齢社会対策基本法」(平成七年一月一五日法律第一二九号)と、「高齢社会対策大綱」(一九九六年七月五日閣議決定)があります。

「高齢社会対策基本法」第八条第一項により、「高齢社会白書」の毎年の発行を政府は義務づけられており、高齢化の状況、政府が講じた高齢社会対策の実施の状況などが具体的に書かれています。

また、同法第九条第一二条により、日本政府が高齢社会対策の柱として実施すべき項目は、①就業(雇用)、②所得(年金)、③健康(医療と保

健)、④福祉(介護と生活自立支援)、⑤学習(生涯学習)、⑥社会参加の促進、⑦生活環境の整備の七つとされています。あわせて、第一三条により、政府は「高齢者に特有の疾病の予防及び治療についての調査研究、福祉用具についての研究開発等を推進するよう努めるものとする」とされています。なお、これらの七項目は日本の場合であり、例えばフランスでは「雇用」がない代わりに、「安全」や「司法」が挙げられています。

このほか、高齢者の尊厳と権利を守るという趣旨で、さらにいくつかの法律が定められています。

高齢者虐待の防止の推進、養護者の負担の軽減などの観点から、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」(平成一七年一月九日法律第一二四号)、いわゆる「高齢者虐待防止法」が二〇〇五年に制定されました。これに先行して、判断能力が不十分な人を保護し、自立した生活を支援する「成年後見制度」が二〇〇〇年に導入されており、同法ではその積極的な活用が推奨されています。あわせて、成年後見制度と同様の趣旨の制度として、社会福祉協議会を実施主体とする「日常生活自立支援事業」も二〇〇七年に現行のかたちで整備されています。

また、高齢者等の移動や施設利用の利便性と安全性の向上の促進を図る目的で、「高齢者、障がい者等の移動の円滑化の促進に関する法律」(平成一八年六月二日法律第九一号)、通称「バリアフリー新法」が二〇〇六年に制定されています。

このほか、二〇〇一年には、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」、いわゆる「高齢者住まい法」という住居の面での高齢者支援を進める法律も制定されています。近年増加しているサービスタ付き高齢者向け住宅(以下、サ高住)はこの法律を根拠にしています。

2. 日本の高齢者福祉の特徴

(1) 公的な高齢者福祉が求められる背景

現代の日本社会において公的な高齢者福祉の整備が求められる背景としては、第一に、家族の介護機能の低下という問題が挙げられます。この問題は大都市への人口集中や少子化、地域のつながりの希薄化などに伴うものであり、それは都市優先・経済優先の偏った国の諸政策がもたらしたこともあります。

第二に、明治期以降、家族の中で介護は女性が行く、家を守るのは女性という明治政府の施策の影響であり、つまり、これも国の施策がもたらしたことです。十年ほど前に発見された江戸時代の文書に、武士は午前中は城に出仕し、午後は親などの介護のために帰宅するという内容が書かれています。江戸時代までは介護は直接的には男性が担い、そのための介護休暇が認められ、女性

は道具の準備などのサポートを行っていたようです。これが明治期以降に大きく転換し、今日に至っているということです。

第三に、戦後のマイホーム主義の弊害があります。日本では戦後一貫して、一軒家のマイホームを持つことが良いことだという風潮が強く、それを進めた結果として、一軒家を持って、子どもが成長して家を出てしまい、老夫婦だけが残されるという悪循環をつくっています。イギリスやスウェーデンでは、個人のライフサイクルに対応する多様な形態のアパートメントを充実化するという住宅政策を実践してきましたが、日本はそのような住宅政策を実施してこなかったため、その結果として現在、独居老人問題や高齢夫婦世帯の問題が他国に比べて深刻化しています。

(2) 民間発の福祉サービスの開発

先ほどもご説明したとおり、日本の場合、現行の高齢者福祉サービスは、そのほとんどが民間や家族のアイデアからつくり出されたものです。

例えば、デイサービス（通所介護）は、東京都にある緑寿苑という特別養護老人ホーム（以下、特養）の職員が一九七〇年代に考案したシステムです。ショートステイ（短期入所）は、香川県にある香東園という特養の職員が考え出したサービスです。

また、ユニットケアは、島根県にある特養の家

族の会が、少人数の高齢者が集まる家庭的な雰囲気、少人数の職員によってケアを行ってほしいという声をあげて、それが実現に至ったものです。

さらに、ホームヘルパーも同様です。その起源は聖徳太子のいた飛鳥時代に遡り、この頃、食事の世話、着替えの手伝い、排泄物の片付けなど、今で言うホームヘルプサービスを担っていたのは、「侍」という職名の男性でした。これも、当時の大和朝廷ではなく、支援を必要とする人の立場に立つて民間人が発案したものです。後に「給仕」という職種が生まれますが、奈良時代には「給侍」という字であり、「給侍条」という法律もありました。「侍」は江戸時代まで存続し、明治時代に一度消えましたが、戦後になり、長野県諏訪市の婦人団体が「家庭養護婦派遣事業」を始めたことで復活しました。

このように、高齢者福祉や介護の問題というのは、人々にとって最も身近であるとともに、最も苦勞したり困ったりするものですので、困らないようにするにはどうするべきかという観点から民間で工夫が積み重ねられ、戦後には様々な福祉サービスが家族や民間人のアイデアに基づいて開発されてきたという経緯があります。現在は、介護保険制度の在宅サービスも含め、様々な福祉サービスが国の補助を受けて実施されていますが、これらもまずは民間発のアイデアと実践があり、次にそれらに対する先進自治体の補助があり、最後に国の補助が行われるようになるという流れ

です。

3. 日本の高齢者福祉の喫緊の課題

現在の日本社会において高齢者福祉が対応しなければならぬ喫緊の課題として、団塊の世代の退職と後期高齢者の増加への対応があります。

団塊の世代は一九四七～四九年頃に生まれた約八〇〇万人を指し、最も総人口に占める割合が高い世代です。この団塊の世代が二〇〇七～一〇年頃に定年退職期のピークを迎え、年金を受給し始める時期にさしかかり、公的老年年金制度の運用に大きな影響を与え、同制度の今後の恒久性をどう確保するかということも課題になっています。あわせて、団塊の世代の大量退職によって、企業等で技能や知識、技術などの継承が上手く行っていないという問題も起きており、その顕著な事例の一つが、近年事故が多発しているJR北海道になるかと思えます。

団塊の世代の特徴として、男性の場合、非常に一生懸命仕事をしてきた、いわゆる「会社人間」が多いということが挙げられます。高度経済成長期を支え、仕事をせざるを得なかった人々です。退職後に地域復帰をしても、地域に知り合いがないという状況に置かれるため、男性の多くは地域に馴染めず、「濡れ落ち葉症候群」といいますが、家に閉じこもってしまうという問題があります。先ほど挙げたマイホーム主義という考え方も団塊

の世代から広まったものであり、偏った家族主義が根強く、その裏返しとして地域とのつながりがいつそう希薄にしています。

一方、女性では専業主婦が最も多いのも団塊の世代であり、年金生活に入ってから家計補助のために働き出ようと思っても、なかなか賃労働に馴染めないという問題もあります。また、専業主婦に特有の問題として、「空の巣症候群」という鬱病の一種への罹患があります。子育てが終わり、夫が退職して家に居続けるようになると、今まで自分がしてきたことは何だったのかという思いが募るようになり、メンタルを病んでしまうのです。

団塊の世代のもう一つの特徴として、戦後教育の影響により、権利意識を強く持ち、知識欲が旺盛という側面がある半面、男女差別的な意識を植え付けられてしまっていることが挙げられます。これが退職後における地域のサロン活動や運動クラブなどへの参加状況に影響を与え、女性は比較的積極的に参加する傾向にありますが、女性ばかりが集まっているところに男性の多くは入ってきませんがありません。

このように様々な特徴や問題を抱えている団塊の世代が七五歳以上の後期高齢者になるのが二〇二五年頃です。七五歳以上になると、普通に生活しているなかでも自然と様々な病気や体調不良が出てきやすくなりますが、二〇二五年頃からそのような年代の人たちが日本社会に大量に出現します。彼らが引き続き元気に自宅での生活を続けら

れるようにするには、介護状態にならない取り組み（介護予防）、あるいは、多少の介護が必要な状態になってもそれ以上の悪化を防ぐことがまず必要です。そのために現在整備が進められているのが地域包括ケアシステムです。

4. 地域包括ケアシステムの概要

(1) 第三の道としての地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムとは、高齢者の自立支援を基本理念とする、地域を基盤とした統合型のケア（Community based integrated care）です。これは日本の高齢者福祉のコンセプトとしては、第三の道になります。

日本ではかつて、第一の道と第二の道も考えられていました。第一の道とは、医療サービスを提供できる介護福祉施設において、医療強化型ベッドを増床するという方向です。第二の道は、医療施設（病院）において、介護サービスを提供できる医療・介護強化型のベッドを増やすという方向です。しかし、第一の道も第二の道も資金面でも人的な面でもコストが非常に高く、持続性の確保が難しいために放棄され、これらに代わる第三の道として、地域の中で介護を提供するという地域包括ケアシステムが選択されたという経緯があります。地域包括ケアシステムを世界で最初に提唱したのはイギリスのブレア政権であり、日本はこ

れを模倣したということです。

とはいえ、先ほども述べたとおり、日本ではこれまで、経済優先の偏った国の政策や取り組みによって、都市部への人口集中と少子化、マイホーム主義の住宅政策、地域のつながりの希薄化などが進み、地域コミュニティを疲弊させてしまいました。地域包括ケアシステムの整備は、人口の集中する都市部でも難しく、人口の少ない過疎地域や郡部などではいつそう困難ですが、さらに疲弊した地域コミュニティの中で、その整備が本当に可能なのかという問題があります。

(2) 根拠法

地域包括ケアシステムの整備の推進は、現在、法律に基づいて行われています。

まず、二〇一一年に成立した「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」（平成二三年六月二二日法律第七二号）により「介護保険法」が改正され、地域包括ケアの理念規定が明記されました。

その後、二〇一四年には「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」（平成元年六月三〇日法律第六四号）、いわゆる「医療・介護総合確保推進法」が改正されました。これによって、地域包括ケアシステムの実現・推進があらためて同法の目的に掲げられました。

(3) 地域包括ケアシステムの姿

厚生労働省はウェブサイトにて「地域包括ケアシステムの姿」というイメージ図(図1参照)を掲載しています。

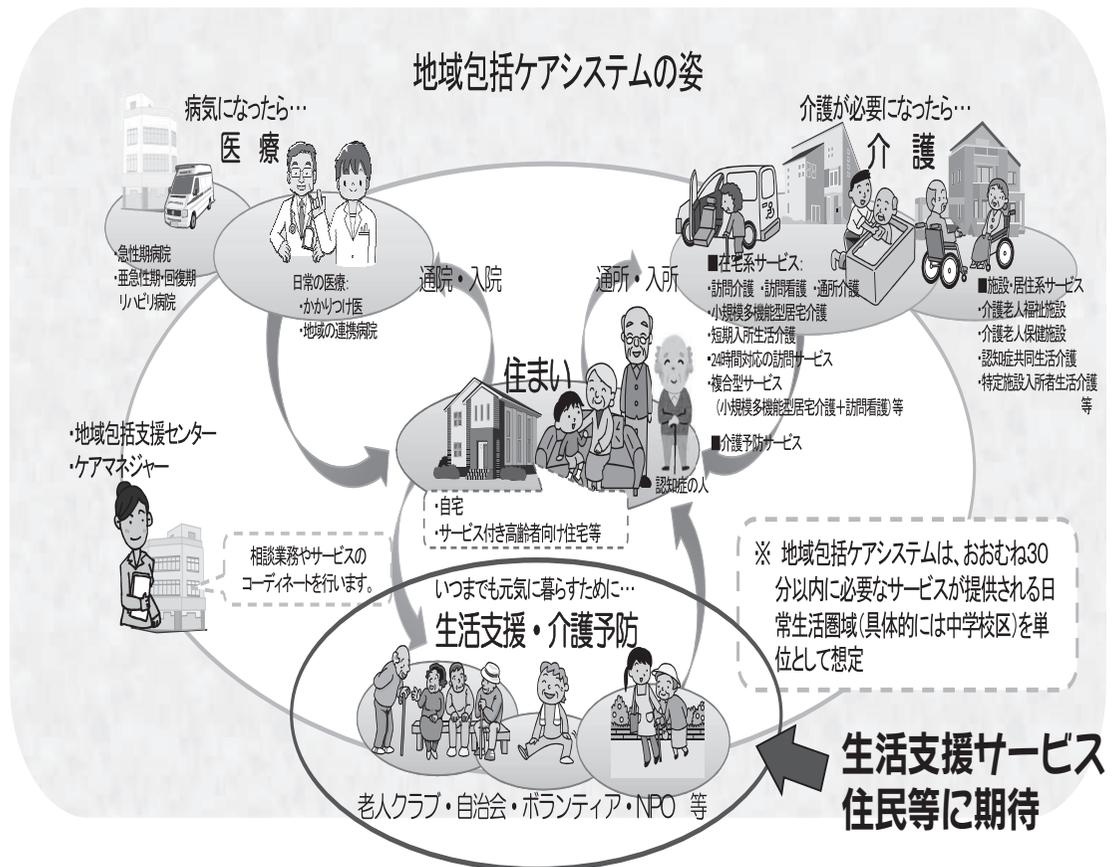
システムを整備する地域の単位として、「日常生活圏域」が想定されています。それは各高齢者の住まい(自宅、サ高住など)から三〇分以内に必要なサービスが提供される圏域であり、既存の中学校区とほぼ合致します。この圏域内で、以下の五つの分野におけるサービスの提供体制を充実させることとなります。すなわち、①医療、②介護、③住まい、④生活支援、⑤介護予防です。

あわせて、「介護保険法」の二〇〇五年改正により、すでに「地域包括支援センター」が設置され、ケアマネジャーなどの専門職が配置されています。センターは介護予防の事業の実施や、要支援者や要介護度の低い高齢者の地域における結びつきをマネージメントする機能・役割を持たされており、地域包括ケアシステムの中でも、相談業務や、介護予防サービスのコーディネートなどにおいて一定の役割を果たすことが構想されています。

(4) 五つの視点による推進

地域包括ケアシステムの推進にあたっては、以下の五つの視点が挙げられています。

〈図1〉



第一の視点は医療と福祉の連携強化です。医療と福祉の連携は一九七五年頃から言われ続けていますが、未だ連携が不十分です。その原因については、一概には言えませんが、医療側の消極性、福祉従事者の人員不足、教育の不十分さなどが指摘されています。

この点に関係して、今回の地域包括ケアシステムの推進において新たに可能になったのは、二四時間対応の在宅医療および訪問看護、リハビリテーションの充実強化です。ここではやはり、福祉従事者が医師や看護師ら医療関係者と上手く関係をつくっていくことを求められます。しかし、全く異なる教育を受けて社会に出てきた人たちが、いきなり仕事上の連携をするよう求められても、それは非常に難しいことです。

第二の視点は介護サービスの充実強化です。この関係で、特養、介護付ケアハウスなどの介護施設を二〇一二年までに一六万人分整備するとされ、それらは現在すでに完成しているはずですが、すでに高齢者の数がピークを過ぎた地域もあり、これ以降の施設整備は行われない見通しです。

第三の視点は予防の推進で、できる限り要介護状態にならないようにするため、介護予防や自立支援型の介護を推進していくことです。すでにこの十年ほど、各自治体や地域包括支援センターの保健師が介護予防の推進のために地域を日々走り回って、健康教室やリハビリ教室といった様々な活動を行い、疲弊してしまっています。介護予防

は大切なこととはいえ、その効果は一〇〜二〇年のスパンで見なければ測定できないものであり、担当する保健師などは本当に大変なのですが、今回の地域包括ケアシステムの中でもあらためてその強化が掲げられています。

第四の視点は、見守り、配食、買い物などの多様な生活支援サービスの確保や権利擁護です。現状では見守りや配食は民間事業者が担い、買い物の手伝いは主にヘルパーが担っています。しかし、こうした生活支援サービスは専門職があえて担う必要はないとの考え方のもと、地域包括ケアシステムの中では、見守り、買い物、ゴミ出しなどは、近所の人々がインフォーマルに担うことが構想されています。ただし、これが上手く行くのは元々地域のつながりが生きているところであり、そうではないところをどうするかという問題があります。アンケートをとるとわかりますが、人々の中にもインフォーマルな生活支援サービスの実施を望む声は低調です。

第五の視点は、高齢になっても住み続けることができる高齢者の住まいの整備です。この点は厚労省と国交省が協力して進める取り組みであり、具体的には、有料老人ホームの建設の推進、サ高住の住まいとしての再定義などが検討されています。

以上の五つの視点を一体的かつ有機的に連動させながら、団塊の世代が七五歳以上となる二〇二五年を見据え、新しい高齢者福祉のシステムとして

の地域包括ケアシステムを推進していくこととされています。

(5) 四つの役割・機能

地域包括ケアシステムには四つの役割・機能があるとされ、それぞれを活かしてシステムを推進していくこととされています。この四つの役割・機能とは、「自助」「互助」「共助」「公助」です。以前より福祉の領域では「自助」と「共助」と「公助」の三つを考えてきましたが、今回の地域包括ケアシステムの構想において新しい要素は、「共助」に含まれていた「互助」を分離して強調したことです。

第一の「自助」は、自分でできるだけの生活をする力、自分自身の人生を自ら決定し、方向付けていく力です。具体的には介護予防対策などが中心になります。

第二の「互助」は、地域コミュニティにおける助け合いであり、これがなければ地域包括ケアは実現不可能とされています。先ほどから述べているように、これまで国の政策や取り組みによって地域コミュニティは壊されてきたのですが、これを地域包括ケアシステムの整備を通じてもう一度再生するということです。具体的には、サロン活動、見守り活動、ゴミ出しや買い物の手伝いなどの軽度生活援助事業、ボランティアなどがここに含まれます。その成否は地域のつながりが生きて

いるかどうかであり、地域コミュニティの再構築が非常に大きな課題になります。

第三の「共助」は、地域包括ケアシステムの中では、介護保険制度などに基づく制度や政策を指しています。しかし、特に過疎地域や郡部では、新規参入する事業者も少ないためにサービスの提供主体が確保されず、提供しうるサービスの内容や量が限られ、施設も不足し必要なサービスを十分に利用できない要介護者が出るという問題も発生しています。

第四の「公助」は、最後のセーフティネットとして行政だけが担いうる領域です。責任主体としては行政が四つ全てに関わらなければなりません。実施主体として行政が動くのは「公助」だけであり、生活保護制度などを通じて高齢者の生命や生活を守る役割を担います。

(6) モデル地域

政府は、モデル地域を参考に、各市町村において独自のケアシステムを構築するよう求めています。

国が挙げるモデル地域は、広島県の旧御調町（現・尾道市）です。ここでは一九七〇年代から、保健・医療・福祉の専門的なサービスを統合して提供するシステムが実践されています。

御調町が成功した主な理由は、みつぎ総合病院の院長自身がシステムの管理者、マネジメントの

総括者という位置付けになり、病院が医療・看護・福祉のサービス提供の中心になって、院内に実施機関を設置し、運営を効率化したからです。また、保険者である町とも効果的に連携しました。

地域包括ケアシステムは、結局のところ、医療、介護、住宅、公衆衛生、生活支援など、様々なサービス提供のマネジメントの効率性を高めることが大きな目的です。御調町はマネジメントの総括者を病院の院長にすることで成功したと言えます。しかし、現実には、病院がシステムの管理者や責任主体になかなかならないということが問題になっています。

5. 道内市町村の実践の現状

道内の市町村で地域包括ケアシステムの構築に取り組み、一定の成果をあげている市町村としては、私の知る限りでは、美瑛町、鷹栖町、網走市、足寄町などがあります。

美瑛町の場合、行政、特養を運営する社会福祉法人、国保病院の三者が連携しています。鷹栖町の場合も、行政、社会福祉法人、診療所の医師の三者が連携しています。

網走市の場合、行政と社会福祉法人が関わっていますが、今のところは医療との連携がやや弱く、一定の協力関係にとどまっています。

足寄町は、行政と町立病院の連携のほか、町が病院、福祉施設、相談窓口、住まいを一体化させ

た総合的な施設をつくっていることが大きな特徴です。また、足寄町では、地域包括支援センターを「ソーシャルワークセンター」と呼び、福祉全般の相談を受ける体制もつくっています。

その一方で、取り組みが全く進んでいない市町村が道内にも数多くあります。その原因の一つは、地元の医師会の協力が取り付けられないことです。地域に福祉事業所、福祉施設、提供しうるサービスが充実していても、医療側の協力がなければ、地域包括ケアシステムの構築は進んでいかないとすることは明確です。また、福祉と医療の双方とコミュニケーションをとり、両者を上手くつなげるのは行政の役割ですので、この部分の不十分さもシステム構築が進まない原因になるかと思えます。

先ほども述べたとおり、地域包括ケアシステムはイギリスのブレア政権が最初に提唱したのですが、その効率的な運営を行うための方法論については国際的に認められたものは未だ存在せず、イギリスも含め、一国の全域でこのシステムが稼働している国も実はまだありません。ですから、日本の市町村は現在、旧御調町のような数少ない成功事例を参考にしながら、試行錯誤の中から自らのシステムをつくりあげなければならない状況に置かれています。

6. システムの推進における今後の課題

ここまでご説明してきたとおり、地域包括ケア

システムの推進は非常に難しい課題ではあります
が、これから克服していくべき問題点について整
理したいと思います。

第一に、地域包括ケアシステムに関する国の説
明が国民向けにも市町村向けにも不十分です。こ
のシステムには一般の人々が担うインフォーマル
な支援や取り組みが「互助」というかたちで組み
込まれています。ほとんどの人はそのことを知り
ません。市町村の担当職員の理解もまだまだ不
十分で、法律や制度に関する知識はあっても、具
体的な進め方がわからず困惑している状況が見受
けられます。

第二に、先ほどから述べているように、多職種
の連携体制の構築がまだその端緒にも着いていな
い市町村が数多くあるということです。医療と福
祉の連携には困難が伴うので、行政が中心となっ
てコミュニケーションを図っていくことが必要で
す。地域包括ケアシステムとは結局のところヘル
スケアシステムであり、要介護状態になっても自
宅で暮らせるようにするための仕組みですので、
医師が地域に出てくる体制をつくるのが最も大
切です。

第三は、これも先ほどから述べているように、
生活支援サービスなど、住民が担うインフォーマ
ルなサポートの内容にはミスマッチがあるので、
フォーマルなサポートとの振り分けにおいて再調
整を行う必要があります。あわせて、インフォー
マルなサポートを効果的に運用するための前提と

なる地域のつながりが崩壊しているので、その再
生にも取り組まなければなりません。

第四として、システムのマネジメントの責任者
は各市町村でそれぞれ考えることとなっており、
ここを曖昧なままにすれば、無責任体制が常態化
していく可能性があります。旧御調町のような成
功事例に倣うならば、マネジメントの責任者には
医師に就いてもらうことが最適であり、そのため
には医療機関との連携が不可欠です。そうであれ
ば、大学医学部での福祉教育の強化なども必要に
なると思います。

第五に、現実には地域包括ケアシステムだけで
はカバーしきれない問題も広がっています。すな
わち、貧困、介護の重度化、子からの虐待、認知
症などです。これら多重的な生活課題を抱えた高
齢者は処遇困難事例とされ、行政では担当者が不
在となりがちで、問題が複雑化して解決不可能な
状態になってから発見されるため、最終的には行
政が批判を浴びることになります。各市町村にお
いては、地域包括ケアシステムをどう構築するか
という狭い視点にとらわれず、住民の生活・生命
をどう守るかの視点に立った取り組みが求められ
ます。

各市町村における地域包括ケアシステムの推進
が本格的に提唱されるようになってからすでに十
数年が過ぎましたが、かけた時間の割には上手く
行っている事例があまりにも少なく、今後も楽観
視できる状況にはありません。地域住民の声、関

係機関や専門職の実態を分析することを通じて、
今後進むべき方向性を考えていくことが引き続き
求められています。

△はやし よしはる・旭川大学保健福祉学部
▽コミュニティ福祉学教授

本稿は、二〇一七年一月二〇日に開催した
「第三二回生活権研究会」の内容をまとめた
ものです。
文責・編集部