

高齢者医療福祉サービス試論

Essay on Health and Welfare Services for Elderly Persons

小池将文^{*1}

Masafumi KOIKE

要約

高齢者への医療福祉サービスの中心は、高齢者が老化という現象によって抱えることになる身体的、精神的、社会的課題への支援活動であり、いろいろな制度がかかわってくるが、その中核的な地位を占めるのは、医療保険制度と介護保険制度である。これらの制度によって高齢者に提供される医療、介護等の保険給付が、医療福祉サービスということになる。対人サービスという商品は、モノと比較した場合、無形性、生産と消費の同時性等の特徴があるが、医療福祉サービスでは、さらにその特徴として、高い専門性と倫理性、制度への依存性、ニーズの時間的無限性と継続性、リスクマネジメントの重要性があげられる。これらの特徴を踏まえた高齢者への医療福祉サービス提供のシステムについて、制度の変遷と現状を概観したうえで今後の高齢化の進展を考えると、必要なことは、サービス提供に必要な財源の安定的確保と高齢者が地域の中で安心して暮らせるようなコミュニティの再生である。

1. はじめに

「高齢者医療福祉サービス」というテーマで本学会誌の原稿執筆の依頼を受けた。学問的に論じる場合「高齢者」「医療福祉」「サービス」といった一般的に使われている用語であっても、論文のキーワードであれば的確に定義づけしておく必要がある。

「高齢者」の定義については、WHO では病気にかかりやすく死亡率も高くなる年齢のデータや平均寿命から65歳以上の人としており、高齢化率等の国際統計でもこの年齢を採用している。わが国の高齢者関係の諸制度も65歳以上となっている例が多い。また、以前は法律の名称等でも高齢者を「老人」と表記していたが、「老」の字がマイナスイメージを与えるようになったため「高齢者」と表現することが多くなった。人生の晩年である高齢者の場合、健康面、経済面、家族構成、社会関係等あらゆる点で個人差が極めて大きく、平均値で高齢者像を論じると現実との乖離を生じることがある。老年学では、身体の諸機能の低下による認知症等の老人病の発症率に着目し、前期高齢者(65~74歳)、後期高齢者(75歳以上)と表現することも多い。

「医療福祉」の概念は、医療・福祉ではなく医療と福祉を融合・一体化した概念としての四字熟語である。医療福祉学の構築をめざして川崎医療福祉大学が設立され、学長であった江草は「医療福祉学とは、生命の尊厳と生活の質の確立をめざす科学性、文化性、倫理性を重視する実践科学であり、その特質は、実用の学であり、人間の学である。」と述べている¹⁾。しかし、まだ学問的にひろく普遍化された定義として使用されるには至っていない。

「サービス(service)」という用語は外来語ではあるが、今日では一般的な日本語として使われており、広辞苑では①奉仕、②給仕・接待、③物質的生産過程以外で機能する労働・用益・用務とされているように、多義的に使用されている。

本稿では、これらのことを踏まえて論を進めていく。

2. サービスとは

清水滋¹⁾は「サービス」の用語の使用例を、①態度的サービス(笑顔で挨拶し接客態度が良い)、②精神的サービス(利用者本位の経営理念、お客様は

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科
(連絡先)小池将文 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学
E-Mail: mkoike@mw.kawasaki-m.ac.jp

神様), ③犠牲的サービス(値引き, おまけをする), ④機能的サービス(アフターサービス, 引越しサービス) の4つに分類している。ここでは, 市場で取引の対象となる④の機能的サービスの意味で使うことにする。

産業分類では, 農業・林業・漁業等の第1次産業, 製造業である第2次産業, その他のサービス業等を中核とする第3次産業の3分類が一般的に普及している。国連では国際比較等の必要性から国際標準産業分類を示しており, これに準じた日本標準産業分類は数次にわたり改訂されているが, 直近(2007年) のものでは, A から T までの20業種の大分類があり, 広義のサービス業に該当するのが, G・情報通信業, H・運輸業・郵便業, I・卸売業・小売業, J・金融業・保険業, K・不動産業・物品賃貸業, L・学術研究・専門技術サービス業, M・宿泊業・飲食サービス業, N・生活関連サービス業・娯楽業, O・教育・学習支援業, P・医療・福祉, Q・複合サービス業, R・サービス業(他に分類されないもの), S・公務の13業種である。2002年の改訂から, 「医療・福祉」が独立した大分類の項目になっている。サービス業というその典型として夜の巷の「水商売」を思い浮かべるが, 市場で取り引きされる「物財」以外の商品は極めて多様であり, サービス業とは何かを経済学的に簡明に定義することは意外と難しい。ここでは長田の「サービス経済論体系」²⁾に沿って, サービスの種類, 特徴を明らかにすることにする。

先進国の産業のソフト化・サービス化の流れの中で, サービスの品質確保のための評価手法の開発に関しては, 多くの研究が進められている。工業製品の品質確保と国際的流通のための規格の統一を目的に設立されたISO(国際標準化機構)は, ISO 9000シリーズでサービス業を含む品質マネジメントシステムに関する国際規格の認証制度をつくり, ホテル業等のサービス業を営む企業が数多くこの認証を取得している。わが国では, 社会福祉施設を運営する社会福祉法人でも取得するところが出てきている。また, 病院の医療サービスに関しては, 日本医療機能評価機構による第三者評価を実施している。サービスの質をどんな項目と尺度で誰が評価するか, その評価をサービス向上にどう生かすかは, かなり困難な課題であり, 不断の見直しが必要である。

2.1. サービスの種類

サービスとは何かについては, 経済学的には種々の学説があるが, ここでは「サービスとは, 人や組織体に何らかの効用・便益をもたらす人の活動であって, 市場で取引の対象になるもの」と定義しておく。したがって, 警察官の防犯活動や消防署の防災活動

等の行政(公務)活動および対価を伴わないボランティア活動は, この定義からは外れることになる。この意味でのサービスにはどのようなものがあり, 医療福祉サービスはどこに分類されるかを示す。

(1) 対物サービス

対物サービスとは, 物に働きかけることによって人または組織体に便益を与え市場価値を生み出すサービスをいい, 当然のことながらサービスを購入しても所有権の移転は伴わない。この意味での対物サービスは, 次の3つに分けることができる。

第1は, 物の維持・管理にかかわるサービスである。衣服のクリーニング, 家電の修理, ビルの清掃や警備, 機械・設備のメンテナンスなどが挙げられる。

第2は, 物の運搬・配達にかかわるサービスである。引越しや宅配のサービス, 運送業等が挙げられる。信書の配達である郵便事業もここに含まれる。

第3は, 物の賃貸・使用にかかわるサービスである。レンタルとかリースと呼ばれているもので, アパートやマンションの賃貸, DVD・CDのレンタル, ウェディングドレス等の貸衣装などが挙げられる。コインランドリーでの洗濯・乾燥機の使用や介護サービスの一つである福祉機器の貸与もこれに当たる。

(2) 対人サービス

対人サービスとは, 人に直接働きかけることによって, その人またはその人の属する組織体に便益を与え市場価値を生み出すサービスで, 次の2つに大別できる。

第1は, 個人または少人数向けのサービスである。家庭教師, 理美容, エステ, 司法の領域での弁護活動, 医療活動, 介護活動などが挙げられる。知識・技術に専門性を要求される場合が多く, 一定のレベルにあることを保証するため国家試験等による資格制度を設けていることが多い。近年拡大している人材派遣業は, 対人サービスの場合もあるが, 給食を作ったりコンピュータに入力したりする対物サービスといえるものもあり, 明確にどれかに分類できないものも増えている。

第2は, 特定または不特定の多数人向けの対人サービスである。ホテル・旅館の宿泊業, コンサート・演芸会, 競技場でのスポーツ観戦, 講演会, 映画上映, 動物園, 美術館, テマパーク, 電車・バス・飛行機等による人の輸送などが挙げられる。レストラン・居酒屋・水商売といわれるスナック等の飲み屋は, 料理やアルコール類の物の販売を組み合わせた不特定の多数人向けの接客サービス業といえる。趣味・娯楽関係の活動に属するものが多いが, 大学・専門学校等の教育産業は個人向け対人サービスを含

む特定の多数人向けサービスになるであろう。

医療福祉サービスは、病院や福祉施設の設備の利用、福祉機器のレンタル等対物サービスもあるが、その中核となるのは上記の個人向け対人サービスである。

2.2. 個人向け対人サービスの特徴

個人向け対人サービスは、市場で取引される場合、モノとしての商品と比較して、次のような特徴がある。

(1) 商品の無形性

前述したようにサービスとは活動そのものであるから、人の活動や機械の稼働によって生産されたモノと異なり、手に取って確認することはできない。また、影も形もない商品なので、作りおきしてストックしておくことも移動、流通させることもできない。人による活動自体が商品であるため、労働集約的な面が強く、業務の効率化や生産性の向上に一定の限界がある。

(2) 生産と消費の同時性

経済学的には、サービスの提供は「生産」であり、サービスの利用は「消費」ということになる。これが同時に行われるため、モノのように不良品だからといって返品することはできず、なかったことにするとか元に戻すとかができない不可逆的な一回性の商品である。美容整形によって変えた顔を、気に入らないからといって元に戻すというのは、新たな消費であって前の消費をなかったことにすることではない。したがって消費者に満足のいくサービスの品質を確保するために、サービス提供者に専門家としての技量が求められるとともに、最低基準としてのサービスのマニュアル化（標準化）が必要になる。マニュアルとは形式陶冶の理論といわれる手引きのことであり、サービス提供に必要な形・手順等を文書化し、それを反復訓練し身につかせる方法である。我々は、医療サービスにおけるインフォームドコンセントの説明やファーストフードショップでのマニュアル化された対応をしばしば経験するが、その形式的対応に違和感を覚えることも多い。マニュアルは最低基準という限界があり、現場では顧客の真のニーズを見抜く洞察力、相手の立場に立てる感受性・共感性、専門用語・業界用語を多用しない分かりやすい表現力等で対応することが求められる。

(3) 生産における消費者との協働性

人に働きかけることを内容とする商品であるため、消費者である顧客に生産に参加してもらう必要がある。理美容を例にすれば、顧客は、髪形を注文し、指定された椅子に座り、散髪や洗髪に何らかの形で協力する。サービス提供者とそのサービス利用者の

相互作用によって生産と消費は完結する。つまり画一的商品ではなく、顧客一人ひとりによってサービス内容の異なる極めて個別性の強い商品ということになる。このためサービス水準の確保に必要な標準化と、性別・年齢・性格等も異なる一人ひとりに対応すべき個別化の相反する要求を満たすことが求められる。

(4) 生産過程の重要性

工場で生産されるモノと違い、サービス商品は、活動の結果とともに、生産の過程そのものに重要な意味がある。(3)とも関連するが、プロとしての技量とともに、サービス提供の態度・姿勢が商品の品質の大きな要素となる。いくら技術の優れたカリス・美容師であったとしても、命令口調の横柄な態度で接遇されたのでは、高い評価は得られない。ホテルやレストランのアンケートによる顧客満足度調査では、施設設備の快適性や料理の味等の核となるサービス内容とともに、接客態度に関する項目がいくつ含まれている。サービス利用のリピーターになってもらうためには、ホスピタリティといわれる接遇態度（おもてなしの心、歓待）が不可欠である。ホスピタリティとは、専門職としての知識や技能に加えて、顧客を尊重し、大切にするという気持ちの表現であり、顧客の暖かい共感的態度で接して欲しいとの安心・安全の欲求、人間としての尊厳を傷つけられたくないとの自尊の欲求を満たす営みといえる。心理学の研究では、対人関係における印象形成で、言葉は7%の影響しかなく、残りは音声、表情、身振り手振りともいわれている。好感を得られるサービスを提供するためには、五感をフルに働かせる必要がある。

3. 医療福祉サービス

3.1. 医療福祉サービスとは

「医療」とは、健康に問題を抱えた人への対応であり、基本的には医学を学び、国家試験をクリアした専門職としての医師、歯科医師が提供する医療サービスである医療行為をいう。一般的には、急性期医療と慢性期医療（長期ケア）に区分され、慢性期医療は治療に長期間を要することもあり、「療養」の用語を使用することもある。この医師の医療行為を補佐する専門職としての看護師の専門性は、ナイチンゲール以来の長い歴史をもつ。さらに、医学の進歩とともに医療行為の業務分化が進み、コ・メディカルといわれる医師以外の専門職が次々と生まれてきた。医療行為は、人の身体に触ったり、異物を挿入したり、傷つけたりする行為であり、利用者の同意を得ているとはいえ、形の上では暴行・傷害等の刑

事罰に当たるものが多く、また健康・生命にかかわるため、原則としてその技術・知識を有した人しか行えない業務独占資格になっている。

「福祉」とは、元来幸せとの意味であり「福祉国家」等多義的に使われる幅広い概念であるが、ここでは、社会保障制度の一領域である社会福祉サービスに近い生活に問題を抱えた人への対応の意味で使用する。歴史的には最大の生活問題は貧困であり、社会秩序維持のために恩恵的な、補完的行政(公的)サービスとして低所得者に対する衣食住にかかわる現物または現金の給付が行われてきた。その後、基本的人権としての生存権が憲法に明定されるとともに、生活に課題を抱えた児童(家庭)、障害者、高齢者等への社会福祉施設における処遇を中心とする社会福祉サービスが発展してきた。特に戦後の戦災孤児、戦傷病者の生活支援としての児童福祉、障害者福祉が公的制度として整備されていった。そして経済成長、核家族化の進行とともに家族機能の低下が進み、家族の役割とされてきた介護の社会化が社会福祉サービスとして制度に組み入れられ、社会福祉士、介護福祉士といった国家資格制度も生まれたが、これらは名称独占資格にとどまっている。

なお、社会福祉法では、福祉サービスという用語は特に定義なく使用され、かつ同法第5条では「保健医療サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図るよう創意工夫を行いつつ、これを総合的に提供する…」と保健医療サービスの用語も定義なく使用されている。また、介護保険法でも同様に、第1条の目的で「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため…必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」と規定されている。

ここでは、「医療福祉サービス」を、厳密な意味ではないが保健医療サービスと福祉サービスを総合的にとらえたもので、人が尊厳をもって生きていくことに生活面および健康面の課題を抱えた人を支援する諸活動としておく。高齢者、障害者、難病患者等は、長期療養のニーズと生活支援のニーズを併せ持つケースが多く、医療福祉関係のサービスを一体的に利用することが必要である。今日では、高齢者、

障害者、難病患者を、それぞれのサービスの受動的な利用者としてではなく、そのニーズを満たすために生活主体者としてサービスを利用する人たちととらえるようになっている。介護保険制度における「自立支援」の考えやWHOのICF(国際生活機能分類)における「医学モデル」と「社会モデル」の統合にも通底している考えといえよう。

広井³⁾は、高齢者ケアについては、医学、看護学、社会福祉学、心理学、教育学、哲学、宗教学等の学問がかかわり、それぞれの専門分野で体系化された学問により専門職が養成されているが、それはサービスを提供する側の論理に立って行われてきたと結論づけ、このような縦割りの、縄張りのなケアの現状を、消費者・利用者の視点から再構築しようとする意図で、「ケア学」を提唱している。これは川崎医療福祉大学の追求する「医療福祉学」と問題意識としては極めて近いものと思われる。高齢者の場合、要介護等の生活問題と老化による諸機能の衰えからくる健康問題を一体的にとらえて、利用者のニーズに適切に応えられるサービスを、利用者の視点から提供することが必要である。

介護保険制度の施行後、介護福祉士やホームヘルパーの福祉職が経管栄養、褥瘡の手当て、吸引・吸入、点滴、摘便等の「医療的ケア」をどこまでできるのかをめぐって、看護職との関係で問題になってきたが、2005年厚生労働省の通達により、医療的行為のうち難易度の低い11項目(爪切り、耳垢の除去、体温測定等)については、非医療行為とする線引きが示された。これに関連して広井は、その著書である「ケア学」³⁾のなかで、高齢者ケアにかかわる対応においては、対象とする高齢者自体が多様なニーズを持つ存在であり、医療、福祉、心理等の異なる分野がクロスオーバーすることは避けられないことであり、線引きにこだわるのではなく、それぞれの職種がその拠点とする分野(医療モデル、看護モデル、生活モデル等)をはっきりとち、その上で他の分野を貪欲に取り込み、積極的に「越境」していくことが必要だと述べている。筆者も同感である。

3.2. 個人向け対人サービスとしての医療福祉サービスの特徴

医療福祉サービスは、健康および生活に課題を抱えた人が尊厳をもって生きるための基礎的ニーズを満たすための活動であり、上記の個人向け対人サービスの特徴に加えて、次のような特徴を有する。

(1) 高い専門性と倫理性

人の生命、実存等生きていくうえでの根源的課題にかかわるサービスであるため、娯楽やファッション関連のサービス業等と比べてより高度で確実な

専門職としての技術，知識を身につける必要がある．そして高度な専門性と個別性の故にサービス提供者に幅広い裁量権が与えられていたが，今日ではEBM，EBN，EBCといわれる証拠（エビデンス）に基づく医療・看護・介護が求められ，主観的な満足度だけでなくサービスの客観的な有効性，科学性が問われるようになってきている．

また，個人の健康状態，生活状態等プライバシーや人としての尊厳にかかわるサービスであるため，サービス提供者に高い人権意識，倫理性が求められる．

とくに今日の医療福祉サービスの分野では，QOL（生命の質，生活の質，人生の質）の向上が求められており，自己決定・自己選択を尊重しながらサービス利用者の自分らしく生きたい，暮らしたいとの思いや願いに，向き合い寄り添う支援を実現するためには，前述した個人向け対人サービスの特徴の「生産と消費の同時性」の観点から，サービス提供者と利用者との間の信頼関係（ラポール）の形成が不可欠である．

（2）制度への依存性

わが国は，形式的には憲法第25条の生存権の規定により，健康及び生活に課題を抱えた国民のニーズに国として支援していく義務があり，これを実現するために，生活保護法をはじめ多くの法律が制定されている．実質的にも国民の安全・安心を国家目標に掲げるわが国を含む先進国といわれる福祉国家では，その財源，市場原理との兼ね合いなど制度設計に違いはあるが，医療福祉分野の公的制度によって，そのニーズに応えている．

健康や生活に問題を抱えた人が尊厳をもって生きるための基礎的ニーズを満たすためのサービスである以上，貧富の差でその提供されるサービスの量や質に大きな違いが生じないよう公平性に配慮した公的制度を設計する必要がある．その意味でも自由競争を前提とする市場原理とは一線を画する対人サービスであり，サービス提供者の活動に公的介入が避けられない．そして高齢化の進展とともに医療福祉サービスの需要が増大していくので，その財源調達等をめぐって制度改正が頻繁に行われるため，制度（医療保険制度，介護保険制度等）の理解が必須である．どのような制度改正でも，現状の問題を解決するために，理由があって実施されるものである．そして多くの場合，利害関係者の調整と妥協の上に成立している．改正内容を無批判に鵜呑みにするのではなく，改正理由に対し，なぜこのような改正になったのかを考えることが大切である．

（3）ニーズの時間的無限性と継続性

健康や生活に問題を抱えた人が尊厳をもって生きるためのニーズは，どんな時間帯でも，どんな場所でも発生する．これに応えるためには，24時間365日切れ目のない支援体制が必要となる．このニーズに応えるために，医療面では病院の入院病床，福祉面では入所型施設の整備により，生活の場から切り離してまとめて面倒を見るという方法がとられてきた．高齢者については，老人病院，療養型病床群，特別養護老人ホーム等であった．その後，ノーマライゼーション理念やQOLの普及，財政事情等の要因が相まって住み慣れた地域でニーズを充足できるような地域医療やコミュニティ・ケアの考えが主流になってきている．

いずれにしても，24時間365日切れ目のない支援のためには，深夜勤務や土日勤務を可能にする労働環境を整備する必要がある．アルバイトで対応できるコンビニと異なり，医療福祉の専門性を有する厳しい業務であるため，経済好況時の労働力売り手市場の場合は，その労働条件から人材の確保に困難を来すことが多い．特に，高齢者福祉の現場では，「人手が足りない」「忙しくて利用者にゆっくり向き合うことができない」「がんばっているけど先が見えない」などの理由により短期間で退職していく者も多い．3K（きつい・きたない・危険）とか6K（3K+ 休暇が取れない・婚期が遅れる・給料が安い）とか揶揄されるケアワークを誇りとやりがいのある仕事と社会的に評価されるものにし，思いのある人たちが燃え尽き症候群といわれる現象によって辞めたり気力を失うことのない仕組みにすることは，高齢化の進むわが国の大きな課題である．

また，糖尿病等の生活習慣病や認知症の患者の例で分かるように，多くの場合医療福祉ニーズはかなり長期にわたり，ときには一生続くことも少なくない．その間医師，看護師，薬剤師，管理栄養士，社会福祉士，介護福祉士等の多様な専門職がかかわり，利用者のニーズに応えるためチーム・アプローチの方法がとられる．適切で効果的なサービスを提供するためには，利用者の日々の状況・変化を正確に記録し，関係者間でその情報を共有することが不可欠である．

（4）リスクマネジメントの重要性

医療や福祉のサービスでは，ちょっとしたミスが命や健康被害にかかわる結果を引き起こす可能性がある．医療福祉の現場では，ヒヤリハットの事例を収集分析しマニュアル化して事故防止に活用しているところも多い．

医療福祉の分野は，以前はパターナリズム（父権主義）に支配され，弱い立場にある患者等サービス

の利用者は感謝の気持ちが強く、サービス内容にクレームをつけることはしづらい雰囲気があったが、近年サービス提供のあり方として利用者本位（患者本位）ということが強調されるようになり、苦情に対し誠実に対応する体制を整備することが求められている。このような文脈の中で、多くの医療事故がマスコミで大きく報道されたり、モンスターといわれるようなクレーマーが出現したりするようになり、医療現場の過酷な現状とストレスの増大からネット上に倫理観に欠ける誹謗中傷でしかない発言を匿名で載せるネット医師の存在も報告されている⁴⁾。

リスクマネジメントのシステム化を徹底するとともに、事故が起きた場合には、「逃げない、隠さない、誤魔化さない」方針のもとで、原因を究明し説明責任を果たすことが大切であると同時に、身体的・精神的疲れを溜めないで済むような労働環境を整備する必要がある。

4. 高齢者と老化

今堀⁵⁾によると、生物の寿命は大きく分けて3つの時期から成立している。第1は、生まれてから性成熟に至るまでの成長期である。第2は、子孫をつくりこれを育て上げるまでの生殖期である。第3は、生殖を終った後の余生とも言うべき後生殖期である。生物の役割は、その遺伝子を後世に残すことであり、その役割を終えると、多くの生物は後生殖期まで生きることは少ない。ところがヒトという種だけは、この後生殖期が際立って長く、先進国ではなお後生殖期が大幅に延長している。後生殖期という期間は、遺伝的に生存を保証された期間が過ぎてしまった時期であり、毎日使っている機械が劣化してくるようになり、人体のさまざまな機能が衰えてくる。これが「老化」である。

高齢者医療福祉サービスの中心は、この病理現象と生理現象が混在した老化によって生じる健康・生活上の問題への支援であり、医療と福祉を統合させた「医療福祉」の概念でサービスを体系化すべき典型例といえよう。老化に関する研究は世界中で活発に行われており、老化を早めるリスクファクターや、老化を遅らせる要因も次々に明らかにされている。これら研究成果により、原理的には個体の生物学的寿命とWHOが提唱している健康寿命の差を縮めることは可能であり、70歳・80歳を過ぎても医療福祉サービスをほとんど必要としない高齢者もいる。しかし、現実には人口構造の高齢化の進展および医学の進歩等により、療養期間、介護期間が長期化し、医療需要、介護需要の増大に対応するためのサービスの供給体制確保とその財源調達に四苦八苦している

のが実情である。一休さんの詠んだユーモアあふれる歌「きのうまで 人のことだと 思いしに きょうはおいらか こいつはたまらん」のように、多くの人が老人性退行疾患の道を辿る。団塊の世代といわれる人たちが後期高齢者になるころは、わが国が世界でも例を見ない高齢・長命社会になることは明らかである。尊厳ある死に向かってソフトランディングできる医療福祉システムの構築が焦眉の急といえる課題である。

なお、後生殖期が何歳からかは、それぞれの人の遺伝的要因、生活習慣を含む環境的要因が複雑に絡み、個体差が大きく一律に定義することはできない。平均値としてある年齢あたりで有病率や死亡率が高くなるとかがあるとしても、一定の年齢で急に衰えがくるわけではない。65歳以上を高齢者とするのは、雇用制度や年金制度と関連して、高齢者に対する諸制度のわかりやすい基準を設定するための便宜的な扱いに過ぎない。制度の目的に照らして何歳に線を引くかは、その時代の社会経済情勢にも関連するものであり、冷静かつ理論的に検討する必要がある。老人扱いしてけしからんとか、老人の切捨てだとか感情的で不毛な論争にすべきではないであろう。先進国はいずれも高齢化の進行に対応した持続可能な社会保障制度の構築に腐心しており、老齢年金の支給開始年齢を、65歳から67歳あるいは68歳に引き上げることにした国もある。

5. 高齢者医療福祉サービスの仕組みと特徴

5.1. 高齢者医療サービスの仕組み

(1) 高齢者医療制度の沿革

わが国の場合、医療サービスは1961年の国民皆保険の実現により、保険技術を取り入れた職域別の社会保険を中核に公的な社会保障制度として設計がなされた。サラリーマンとその家族は政府または事業所別の組合を保険者とする健康保険へ、公務員は共済組合へ、農林漁業・自営業者は市町村を保険者とする国民健康保険へと加入した。ところが、時代の変遷とともに、農林業・自営業世帯は減少し、サラリーマンを定年退職し年金生活者になった高齢者世帯が次々に国民健康保険に加入するようになり、高齢者を多く抱える地域保険へと変貌していった。高度経済成長末期の1973年を政治的には福祉元年と位置づけ、福祉充実の一環として70歳以上の高齢者の医療費の無料化が図られた。これは、医療保険の自己負担分を公費(税)で負担する制度で、この政策により高齢者医療費は増大の一途をたどることになった。生活資金の中心が年金で所得レベルも低く、老化とともに高血圧、糖尿病等の慢性疾患を有しがち

な高齢者の増大は、老人医療費無料化政策と相まって国保の財政を圧迫し、保険者間の高齢者医療を支える構造的な不公平を是正するため制度間の負担調整を柱とする老人保健制度が1983年に創設された。また、サラリーマンが退職し国保に加入した場合に、その医療費を被用者保険で補填する退職者医療制度が1984年に創設された。

その後の長命化の進展による高齢者の増大とバブル経済崩壊後の1990年代のわが国の長期経済不況により保険者である健康保険組合側の財政状況が、老人保健法の財政調整による拠出金の出費のために著しく悪化し、この財政調整も見直しを余儀なくされる事態になった。国民医療費は年間30兆円を有に越えており、毎年1兆円程度増加してきた。政府の推計では、2030年度には総人口の3分の1の高齢者が医療費の約3分の2を消費し、その多くは後期高齢者の医療費になると予測されている。1997年以降、高齢者医療制度のあり方をめぐり、①医療保険を統合する一本化方式、②保険者ごとに最後まで高齢者の医療費を支える突き抜け方式、③保険者間の年齢リスクによる構造的課題を負担の公平の観点から調整する方式（老人保健法の考え）、④高齢者を対象とした独立保険方式の4つが議論されてきた。それぞれ一長一短はあるが、健康保険組合を有する産業界、国保の保険者である市町村、医師会等の診療側の利害関係者の調整を経て、妥協の産物として③と④を組み合わせた新しい高齢者医療制度が2006年に成立し、2008年4月から実施された。これにより老人保健制度および退職者医療制度は廃止された。この新制度のポイントは、次のとおりである。

- ①75歳以上の後期高齢者を対象に独立型の医療保険制度を創設し、原則的に老齢年金からの天引きにより保険料を徴収する。
- ②医療サービスの財源は、保険料1割、現役世代の加入する医療保険者からの支援4割、公費（税）5割とする。
- ③保険料徴収の責任は市町村、財政運営の責任は都道府県単位で全市町村が加入する広域連合の組織とする。
- ④65歳～74歳の前期高齢者については、老人保健制度と同様の財政調整を行う。
- ⑤医療保険者にメタボ健診等の生活習慣病予防の健診を義務づける。

この高齢者医療制度は実施後、後期高齢者という名称が老人の姥捨てをイメージすること、保険料賦課を世帯単位から個人単位に変更したことにより一部に大幅な保険料増となった人がいること、大切な生活費である年金から保険料が天引きされてしまう

こと、この制度の運営主体である都道府県単位の広域連合の権限と責任が明確でないこと等の批判が噴出し、大きな政治問題になり、当時の政府は、2008年初めに制度の見直しを表明した。そして同じ年の夏の衆議院選挙ではこの制度のあり方が少子化対策とともに重要な争点になった。結果的には、民主党への歴史的政権交代で高齢者医療制度は廃止されることが決定的となり、再度新たな制度に向けた検討が進められているが、その方向ははまだ不透明である。どのような制度になるにせよ、慢性期医療の長期化により高齢者医療のコストが増大し続けることは避けられず、そのコストを誰がどのように公平に負担するかのルールを明確にし、社会的入院といわれる医療資源の無駄づかいを取り除くことのできる持続可能な制度設計が必要である。

(2) 医療サービスの提供主体

医療サービスの提供主体は、国および地方公共団体による公営の場合もあるが、歴史的には民間開業医がわが国の医療を担ってきたこともあり、民間医療法人が中心であり、議論はあるが株式会社等の民間営利企業の参入は認めていない。医療法により、医療機関には入院設備を有する病院と外来中心の診療所がある（19床以下の病床を有する小規模なものは有床診療所として診療所の扱いになっている）。病院の病床数については医療法により規制があるが、診療所については伝統的に自由診療制が採用されており届出により開設することができる。医療の供給は、医療保険の仕組みによる公定価格（診療報酬制度）になっており、いわば擬似的な市場のなかで競争が行われていると見てよい。元々開業医の診療所をモデルに、感染症・急性疾患中心の出来高払い型の診療報酬制度がつけられ、これをベースに改訂が続いたため、入院医療、チーム医療、高度医療等への評価が相対的に低く、わが国の今日的な医療ニーズに適切に対応できるシステムになっているとはいえない。

地域医療とか地域ケアという用語はさまざまに使われている。これについて詳しく論ずるのは別の機会にするが、高齢化の進行とともに、介護の問題とも関連して、地域の保健・医療・福祉の資源（保健所、病院、診療所、福祉施設、NPO等の機関と専門職・ボランティア等の人材）を、その機能・役割を明確にした上で、有機的に連携させるシステムを構築していくことは、緊急を要する課題である。

(3) 医療サービスの提供形態

医療サービス提供の形態は、大別すると、入院医療、通院医療（外来診療）、往診または訪問診療の3つになる。わが国の場合、他の先進国と比較して入

院期間が極めて長いという特徴が指摘されている。特に高齢者の医療福祉に関し、社会的入院の是正とQOL向上の観点からの住み慣れた地域で終末期医療を、との願いを実現するため、プライマリ・ケアの重要性から家庭医制度が唱えられ、医師臨床研修制度でもプライマリ・ケアの基本的な診療能力(態度・技術・知識)を身につけさせることを義務付けている。介護保険でも、訪問診療や訪問看護を制度化しているが、今後、地域医療とかコミュニティケアといわれる訪問系の医療サービスの提供形態を伸ばす政策が重要になってくる。

5.2. 高齢者福祉サービスの仕組み

(1) 高齢者福祉サービスの沿革

わが国の本格的な公的福祉サービスが始まったのは、戦後の憲法第25条の生存権規定による福祉関係法が制定されて以降といえる。社会福祉の推進は公的責任において実施されることになり、当初は、入所・通所型の施設サービスが中心であった。サービスの供給量が極めて少なかったため、行政がサービス利用の優先順位、サービスの種類・量等を定める措置制度と、すべてを公営で実施するのは土地確保や人材の確保が困難であったため、社会福祉法人という特別の法人制度をつくり、民間に委託する方式を採用した。

高齢者の福祉については、1963年に老人福祉法が制定され、身寄りのない低所得の高齢者向けの養護老人ホーム、常時介護の必要な高齢者向けの特別養護老人ホーム等の施設が整備されていった。高齢化の進展により、寝たきりや認知症の高齢者が増加するとともに、核家族化や共稼ぎ世帯の増加により家族の役割とされてきた介護機能が低下し、1990年代に入ると介護をめぐる心中事件や殺人事件が頻発し、大きな社会問題になった。公的な介護保障の検討が始まり、1996年に厚生省から「介護保険試案」が公表され、翌年末に介護保険法が国会で成立した。それまでにはなかった新しい考えや手法を導入し、国民生活に極めて大きな影響を及ぼす20世紀最後の大掛かりな新制度であり、3年間の準備期間を経て2000年4月に施行された。この法律の特徴は、次のとおりである。

- ① 介護の社会化として、社会保険の仕組みで介護給付の財源を保険料：公費(税) = 5 : 5 とし、1割の利用者負担を導入したこと
- ② 「措置から契約へ」の流れの中で、利用者がサービスを選択できる利用者本位の仕組みにしたこと
- ③ 医療ニーズの低い社会的入院を解消するため、保険給付の施設サービスに介護老人保健施設、

介護療養型医療施設を、居宅サービスに訪問診療、訪問看護を組み込み、医療と福祉の統合を部分的にはあるが実現させたこと

- ④ 介護ニーズの程度を判定するための要介護度認定を行う制度と、効果的な介護給付の組み合わせのプランをつくり実施するケアマネジメントの手法を導入したこと
- ⑤ 居宅サービスの提供主体に、株式会社を含む多様な法人の参入をみとめたこと

介護保険法では、その附則に、法律の施行後5年を目途に必要な見直しをすることを義務付けており、実施後の問題点の検討を踏まえて、2005年6月に大改正が行われた。

改正の主なポイントは、次のとおりである。

- ① 要介護度で軽度の高齢者が増大し、介護サービスの給付額も増えていったが、介護状態の改善に繋がっていない。このため、予防重視型のシステムに転換し、運動器の機能向上・栄養改善・口腔機能向上などの新介護予防給付を追加するとともに、適切に介護予防のマネジメントをするための「地域包括支援センター」を市町村に整備する。
- ② 在宅福祉・地域福祉へのシフトを目標にしていたが、安心感と割安感から特別養護老人ホームへの入居希望が殺到した。在宅要介護高齢者との公平の観点から、施設の個室・ユニットケアを進めるとともに、食事代・光熱水費等の居住費用は、低所得者に対する配慮措置は講じつつ、利用者負担とする。
- ③ 地域ケアを推進するため、地域密着型の新たなサービス体系(小規模多機能型居宅介護、認知症高齢者対応型デイサービス、地域密着型介護老人福祉施設等)を創設する。

高齢者への福祉サービスは、介護ニーズへの対応が最も大きなウェイトを占める。介護保険法は、要介護度の認定、介護予防給付、保険料の設定等高齢者の利用する制度として複雑すぎるなどの多くの問題点もあり、時代の状況とともに改正していく必要があるが、介護の社会化の仕組みとして良くてきた制度だと筆者は評価したい。特に、医療福祉の統合の点からは、ケアマネジメントという手法を導入したのは画期的であったといえる。ただ、保険給付額は施行後10年間で2倍以上に拡大している。中でもグループホーム、介護保険給付を組み込んだ介護付きの有料老人ホーム、外部の訪問介護サービスを利用する高齢者専用賃貸住宅の市場は、認知症があったり健康に不安はあるが家族に頼れない高齢者のニーズに応える形で急速に拡大している。高齢者ケアの

あり方として住み慣れた地域で暮らすことが望ましいと考え、施設の住宅化の流れは促進すべきということになるが、保険給付への影響を見極める必要がある。高齢化の進展による介護ニーズの増大とこれに必要な介護職員確保のための財源をどう方法で調達するか、税制とも関連して今後の保険料改定の際の大きな課題である。

また、要介護の状況になっていない多くの高齢者にとっての最大の問題は、社会との関わりを持たない孤立である。生きている意味をもてない状況のなかで生き続けることほど寂しく残酷なことはない。2010年の1月末にNHKスペシャルで「無縁社会 — 無縁死3万2千人の衝撃 —」というタイトルのドキュメンタリーが放映され、かなり大きな反響があった。かつて日本にあった地縁・血縁の絆が経済成長とともに失われ、その後の市場原理重視の競争社会のなかで会社組織の終身雇用制度も崩れ、リストラ等で社縁の絆も失くし、ついに多くの無縁死の人たちが発生しているという趣旨のものであった。生きている意味とか生きがいは個人のレベルの問題であり、行政が直接介入すべきことではないが、市場原理の中では解決できないものである。アメリカの政治学者パットナム教授が1990年代にソーシャル・キャピタルの用語を使った著書⁶⁾を発表し、これがベストセラーになり、今日欧米各国や日本で広く注目され、その内容を深化させる研究が盛んに行われている。「社会関係資本」と訳されており、絆の価値、信頼に裏打ちされた住民の関係、社会・地域の結束力などを意味する⁷⁾。このような市場を通さない価値が多いほど、犯罪も少なく、住民の健康状態も向上するなど豊かな社会が形成されるという理論である。医療福祉サービスからやはずれるが、引きこもりや高齢者虐待を防ぎ、地域ケアを有効に機能させるためには、住民の助け合いや繋がりを大切にするコミュニティの存在が欠かせない。まちづくり等のコミュニティ関連のNPOやボランティアの活動を行政が支援する仕組みを構築することが、高齢化の進むわが国に最も必要なことである。

(2) 福祉サービスの提供主体

戦後公的責任による社会福祉が推進され、その担い手は公的セクター(国公立、特殊法人等)と民間非営利セクターとしての社会福祉法人であった。社会福祉法人は、公的セクターに代わって社会福祉サービスを提供する特別の法人として、様々の公的な補助金を受け、また税法上も特別の恩典を付与され、運営されてきた。それが高齢者福祉に関しては、介護保険法の実施により、多様な主体の参入による競争でサービスの質の向上を目指す方針に大転換し、

一定の制限はあるがNPO、医療法人、さらには株式会社等の営利企業も保険給付としての介護サービスを提供できる主体となった。このような規制の見直しとともに、同じ土俵(条件)での競争でなければ公平でないとのイコール・ファイティングの議論が起こり、社会福祉法人のあり方が問われるようになった。

医療福祉サービスの特徴でも述べたように、福祉サービスは、貯蔵・流通のできない地域性の強い商品であり、地域の風土、歴史、人間関係の質などと強いかかわりを持つ。一法人一施設のようにあまりに小規模な主体では人材確保等経営に支障をきたす可能性は大きい。しかし、全国展開するような大組織が、画一的な職員研修で人材育成したからといって、いいサービスを提供できるわけでもない。むしろ地域の特性・資源を活かしたNPOによる宅老所、デイサービス、コミュニティ・ビジネス等のユニークな活動が注目を浴びている。このような活動を応援し、普及させるには何が必要かを明らかにしていくことが重要である。

(3) 福祉サービスの提供形態

一般的には、福祉サービスは、箱物といわれる施設をつくり、その施設に入所する入所型、居宅から施設に通所して活動する通所型、高齢者の居宅に訪問して介助やリハビリのサービスを提供する訪問型の3形態がある。介護保険法では、入所型を施設サービス、通所型や施設短期入所の利用は訪問系のサービスと同列の居宅サービスとしており、グループホームも居宅サービスとされている。また、福祉用具貸与という対物サービスもあり、さらに地域密着型という新たな形態が加わっている。特別養護老人ホーム等の入所施設でも、個室・ユニットケアが主流になっており、入所型といっても住宅で暮らしているのと変わらないような形態に向かっている。住み慣れた地域のなかで暮らすための地域密着型等いろいろなサービスが登場しており、従来の施設が在宅かという二元論的な分け方ではなく、サービスの機能に着目した整理の仕方を考える時期に来ているが、統計の継続性の観点からは安易に分類方法を変更するのも好ましくない。

5.3. 医療福祉サービスと財源

医療福祉サービスや失業保障、年金等の所得保障の仕組みは、社会のセーフティネットであり社会保障制度と呼ばれる。社会保障制度は、企業等で働いて貢献原則に基づいて配分された所得から、税や保険料として強制徴収し、これを財源に平等原則に基づいて再分配する仕組みである。福祉国家といわれる先進国は、制度設計に違いはあるが所得再分配機能を有する社会保障制度を整備している。給付の面

からは、社会保障給付費の対国民所得比、負担の面からは、国民負担率（税と保険料の合計の対国民所得比）が国際比較の指標として使われる。わが国は、西欧先進国に比べ社会保障給付費の比率が相対的に低い、高齢化の進行が急速に進行するなかで、安心安全の社会を構築するためには社会保障制度を充実させる以外に道はない。そのためには、税または保険料を増額し、国民負担率を高める政策選択を避けるべきではない。これはマクロ的には、消費を活発にして経済に貢献することになる。

税も保険料も国民の所得から強制徴収するという点では同じであるが、どちらを財源とするかで制度的には大きく異なったものになる。社会保険として制度設計すると、負担と給付の対応関係がはっきりしており、保険料を負担した被保険者への保険給付なので、給付への権利性が強くなる一方で、保険料を納めないで給付は受けられないことになる。保険原理を貫くと、事業や家計が赤字でも保険料は必要経費であり納めなければならない。しかし社会保障制度である以上は、リストラなどで低所得になったとき、福祉原理を加味した保険料の減免措置等が必要になる。

これに対し、財源を税（公費）にする場合は、税収が落ち込んだり給付が増大したとき、高所得者に対する給付をカットするなどの措置が取られやすい。税には、所得税、相続税等の直接税と消費税等の間接税がある。EU 諸国の消費税は大体20%前後であり、高福祉を実現しているスウェーデンやデンマークでは25%になっている。累進的税である所得税に比べ、消費税は低所得者に負担感の大きい逆進税といわれている。このため消費税率の高い国では、食料品等生活必需品の税率を低くしていることが多い。クロヨンなどといわれる所得捕捉率の格差等の問題を考えると、消費に着目した税はより公平ともいえる。生活必需品への税率に配慮し、また社会保障給付の財源として所得再分配が行われれば、消費税の逆進性はかなり緩和される。

いずれにしても、セーフティネットとして機能する社会保障制度にするためには、その財源の確保を明確にすることが不可欠であり、負担増を避けて大衆迎合的バラマキ福祉を国債（借金）に頼って実施するというのは、やってはならない愚かな政策としかいいようがない。

スウェーデンでは、1992年のエーデル改革により高齢者については、医療よりも福祉重視の政策を採用し、社会的入院の解消、初期医療を担う看護師制度の導入、急性期医療後のリハビリを福祉の仕組みの中で対応などにより生活支援を充実させた結果、子どもに社会資源を手厚く分配できるようになったといわれている。

わが国の場合、社会保障給付費の7割は高齢者への分配であり、また、部門別では、5割以上が年金給付費であり、医療が32%程度を占め、介護や生活保護等の福祉関係のウェイトが低い。こうした構造を変えていくのは容易ではないが、年金と高齢者に偏重した社会保障給付の配分を修正していく必要がある。

高齢者への医療福祉サービスは、認知症、廃用症候群等老化に起因した慢性疾患を抱えた人の生活への支援である。急性期医療は医療保険で対応するとしても、慢性期医療は介護保険の中に統合していく方策はないものかと筆者は考えている。

6. おわりに

仏教の教えでは、人生の苦しみは生・老・病・死の4種とされている。高齢者への医療福祉サービスのあり方を考えると、この4つの苦しみのすべてに当てはまり、これに対応できる高齢者の「医療福祉学」を、サービスという観点からではあるが、体系的にまとめるには筆者の能力を遥かに越えており、執筆の依頼を安易に引き受けたことを後悔もした。しかし、「医療福祉学」の構築に多少なりとも貢献できればとの思いで、試論という形で不十分ながらまとめたものである。医療福祉学は、多くの学問が関係するマージナルな領域であると同時に、実践の学問である。様々の立場から建設的な批判をいただければ幸いである。

高齢者の分野では、ロシアの学者メチニコフが100年ほど前に提唱した老年学（gerontology）という生物学、心理学、社会学、哲学等が関係する学際的学問があり、国際的にもエイジングの研究等が推進されている。日本では1959年に日本老年学会が発足している。高齢者の医療福祉学もこの老年学と重なる部分が多いと思われる。老年学の進展をフォローしながら、医療福祉学の体系化が進むことを期待する。

文 献

- 1) 清水滋：サービスの知識。日本実業出版社、東京、1994。
- 2) 長田浩：サービス経済論体系。新評論、東京、1992。

- 3) 広井良典：ケア学 ― 越境するケアへ ― . 医学書院，東京，2000 .
- 4) 鳥集徹：ネットで暴走する医師たち . WAVE 出版，東京，2009 .
- 5) 今堀和友：老化とは何か . 岩波新書，東京，1993 .
- 6) ロバート・D・パットナム (柴内康文訳): 孤独なポーリング ― 米国コミュニティの崩壊と再生 ― . 柏書房，東京，2006 .
- 7) 稲葉陽二：ソーシャルキャピタル～ 信頼の絆で解く現代経済・社会の諸問題 . 生産性本部，東京，2007 .
- 8) 社会福祉法人経営研究会編：社会福祉法人経営の現状と課題 . 全国社会福祉協議会，東京，2006 .
- 9) 堤修三：社会保障の構造転換 . 社会保険研究所，東京，2004 .
- 10) 権丈善一：社会保障の政策転換 . 慶應義塾大学出版会，東京，2009 .
- 11) 川崎医療福祉大学創立10年誌編集委員会：川崎医療福祉大学創立10年誌 . 学校法人川崎学園，岡山，2001 .