

たかはし ひろし  
高橋 紘士国際医療福祉大学  
大学院教授

# 地域包括ケアシステムの 実現に向けて

## \*\*\*\* 未踏高齢化と少子化、 人口減少

\*\*\*\*

最近2025年問題というのが医療介護関係者の間で、議論されています。この年は、団塊の世代が75歳以上の後期高齢層に到達する年です。

2025年頃に日本の75歳以上人口は200万人を突破し、社会保障人口問題研究所の人口予測では2060年にいたるまで、2000万人台を維持します。ピークは2050年頃に2500万人を超えます。この頃に総人口が約9500万人程度と予測されていますから、実に4人に1人が75歳以上人口ということになります。

さらに、85歳以上人口の動向をみると、2030年以降2060年にかけて絶対数が増大し、後期高齢人口の高齢化ともいべき動

向も起こります。少なくとも団塊ジュニアと

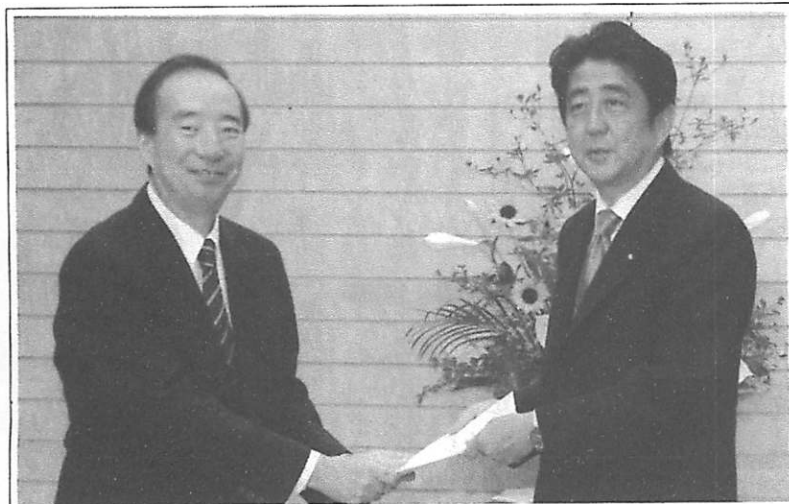
いわれる世代の高齢化が終息するまで、日本はこの国も経験したことのない、未踏高齢化ともいべきプロセスが待っているのです。これと対蹠的に少子化が進行し、現在1600万人程度の年少人口（15歳未満）は2050年頃に1000万人を割り込みます。

\*\*\*\*

最近、経済財政諮問会議の「選択する未来」専門委員会はこのような動向に対して、合計特殊出生率（一人の女性が生涯に生む子供の数）を向上させ、2060年頃には人口1億人程度の人口規模を維持すべきだという提言を発表し話題を呼んでいます。また、人口の再生産を担う20歳から39歳の若年女性の減少によって、人口が5割以上減少する自治体が896世帯にのぼるといふ推計が同委員会のメンバーである増田元岩手県知事が主宰する日本創成会議が報告しこれもショック

を与えました。

いわば、2025年を分水嶺として、超高齢化の進行を日本はどのようにマネジメントできるか、それは、超高齢化と同時に起こる少子化の原因である出産の抑制と人口の社会的流出による地域衰退をどう防ぐかという難問を解くために、2025年を超えて、21世紀半ばから22世紀初頭の人口減少を見据えながら、国の姿を現在どう描くかということが必要になります。このことは中長期的視野と現在の社会的意思決定を連動させるということ、かつてない試みを国家として行う必要があるということ意味しますので、「失われた20年」のなかで、長期的展望を喪失し、短期的対応に終始してきた日本社会にとって、あらためて、容易ならぬ事態に対処しなければならぬということ、とりわけ政治および社会経済の責任ある立場の方々には認識していただく



社会保障制度改革国民会議の清家篤会長（左）から報告書を受け取る安倍首相  
(2013.8.8/写真：共同通信社)

必要があります。

ところで、昨年8月に報告書を提出した、社会保障制度改革国民会議が社会保障のあり方について「1975年モデルから2025年モデルへ」ということを提起しており、「男性労働者の正規雇用・終身雇用と専業主婦を前提とし、年金、医療、介護を中心とした1970年代モデルから子供子育て支援、経済政策、雇用政策、地域政策と連携し、非正規雇用の労働者の雇用安定・処遇改善をはじめとするすべての世代を支援の対象とし

て、その能力にに応じて支え合う全世代型の社会保障としての2025年モデル」へと転換をはかると述べています。

その上で、さらに「QOLの向上という観点から様々な生活上の困難があっても、地域の中でその人らしい生活が続けられるよう、それぞれの地域の特性に応じて、医療・介護のみならず、福祉・子育て支援を含めた支え合いの仕組みをハード面、ソフト面におけるまちづくりとして推進することが必要である。」として、地域包括ケアシステムの考え方にたつた社会保障の再構築を主張しています。

この考え方は、今後の高齢化の進展が後期高齢層の高齢化に象徴されるように、様々な支援が必要な状態の高齢者が急増すること、またそれだけではなく、近年の社会経済環境の激変のなかで、児童虐待、青年の引きこもりに象徴される社会的不適応、認知症高齢者の増大と一般化なども含めて旧来型の対応のしくみがうまく対応できていないという現実のなかで、地域ぐるみの包括的な支援システムを対象別の制度の垣根を越えて構築する必要があると言うことも意味します。これは地域包括ケアの包括化という表現を使うこともできますが、当初、要介護高齢者への対応の仕組みとして考えられた地域包括ケアの考え方が、より広く拡大してきたということの意味します。

次にこの事情を少し考えてみましょう。

## \*\*\*\* 地域包括ケアシステムの 考え方と発展 \*\*\*\*

地域包括ケアという言葉は元々1970年代の半ば頃、広島県の御調町（現在は尾道市）の山口昇医師がはじめて使われた概念です。脳卒中などで入院され、手術の結果、命をとりとめたが障害のある方がリハビリテーションの結果お元気になって退院されたのに、その方がしばらくして、寝たきりの状態でもしかも認知症の状態でも再入院されるというところが重なったことに気がつきました。単に治療を目的とする医療だけではこのような状態には対応できず、患者さんの生活を支えるための保健師の訪問や在宅福祉サービスの導入、さらに日々の人間関係の維持もできるような地域住民のボランティア活動なども含めて、包括的な支援の仕組みが必要だと考え、町の福祉部健康部等を統合し、一元的な支援体制の構築を实践され、その実践に地域包括医療（ケア）という名称を与え、いわゆるみつき方式として、世に知られ全国モデルにもなりました。

その後、厚労省老健局が設置した高齢者介護研究会が2003年に「2015年の高齢者介護」という報告書で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、医療をはじめ様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み」としての地域包括ケアシステムの概念を提起し、さらに2010年に設けられた地域包括ケア研究会では地域包括ケアシステムを「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、予防のみならず、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ことができるような地域での体制と定義する。」として、地域包括ケアシステムの構成要素をあらわかにし、その結果、2012年に改正された介護保険法の5条第3項には地域包括ケアの法的規定が盛り込まれました。

すなわち「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。」という規定です。これは大変重要な規定で、介護給付を中心とする介護保険制度だけではなく、要介護者の

地域での生活の継続には多分野の専門サービスだけではなく、広く、医療、居住の政策、さらに日常生活支援の充実が重要であると法で明示したところが重要です。

さらに、地域包括ケアシステムとは、「本人および家族の選択に基づいた住まいと住まい方の基盤のうえに、必要な生活支援と福祉サービスに媒介されながら、保健・医療・福祉・介護・リハビリテーションなどの専門サービスが包括的に提供される体制」と2013年の地域包括ケア研究会の報告書で定義しました。

このような介護保険のあり方論とともに、社会保障と税の一体改革のなかで医療と介護の将来像の検討のなかで、「医療から介護へ、病院から地域へ」というキーワードによって地域包括ケアシステムの構築がとりあげられ、この延長線上に、昨年8月に報告された社会保障国民会議の報告において、地域包括ケアシステムの構築が社会保障全体におけるサービス部門の方向性をあらわす概念として使われました。

医療介護のあり方としては、より具体的には、「病気と共存しながらQOL (Quality of Life) の維持・向上を目指す医療となる。すなわち、医療はかつての「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、実のところ医療と介護、さ

らには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない。」すなわち、疾病の治療を目的とした医療から療養を重視した医療のモデルを提起し、これと生活支援とあいまって住み慣れた地域や在宅で継続するモデルへの転換を即している。これが今回の「地域医療介護確保推進法」でいわれる「時々入院、いつもは在宅」というモデルへの転換の考え方です。

ということとは、地域社会のなかでどう生活を継続するかという条件の整備が重要となり、そのため、「地域内には、制度としての医療・介護保険サービスだけでなく、住民主体のサービスやボランティア活動など数多くの資源が存在する。こうした家族・親族、地域の人々等の間のインフォーマルな助け合いを「互助」と位置づけ、人生と生活の質を豊かにする「互助」の重要性を確認し、これらの取組を積極的に進めるべきである。」として、制度的なサービスと同時にその前提としてのインフォーマルサポートや互助の役割について言及しています。

これをみると地域包括ケアシステムは単なる制度サービスの整備だけではなく、地域づくりという面がクローズアップされます。

今回の「地域医療介護確保推進法」においても、地域包括ケアの考え方にしたがって、医療及び介護改革が進められようとしています。

介護保険においては、在宅医療と介護連携の推進を地域支援事業の充実によって図ること、また、予防給付を地域支援事業で実施することにより、保険者(市町村)の裁量を拡げると共に地域に即した取り組みをより充実させることが目指されています。また、特養は例外を除き要介護3以上の入所を原則とし、中重度者支援機能に特化しようとしています。このことは退院促進、中重度の入所に重点化することにより、より居宅での支援の強化に取り組む必要が高まることを意味します。

## \*\*\*\*\* サービスの基盤としての すまいと住まい方への 注目 \*\*\*\*\*

実践例を紹介してみましよう、福岡県大牟田市のS校区にあるS病院は長期療養病床を中心の病院で、「退院するには棺桶に入らないと出てこれない」と地域の人から言われるような病院でした。

このような事情はここだけではなく、多くの施設や病院でもいわれてきたことかもしれません。いわゆる社会的入院として、退院できるように病状が回復したものの、元の住まいには、戻れない方々が多数おられる。また、特別養護老人ホームの入所申し込み者の約半数は病院や他の介護施設での入所者です。病院の在院日数は日本では諸外国の倍以上

ですし、病院への入院は多額のコストが発生し、その費用は国民の負担になります。在院日数を短くするということは必要な治療を要する人に、資源を集中して使う合理的かつ効率的に社会的な財産としての医療機関を活用することにつながります。介護施設の場合でも同様で、真に必要な人に利用を集中する、その期間ができるだけ短くするというのがこれからの原則です。そうでなければベッドが長期間占有されることになって、無駄が生じ、これから急増する後期高齢者の時代に対応できませんし、実は、重度と思われた人が退院退所をすると、自立を回復するということもよくあることなのです。福祉先進国といわれる国々では寝たきり老人がいけないということがいわれますが、私の見聞でもこのことは真実です。

ところで、S病院に勤務する医療ソーシャルワーカーのSさんは入院患者さんは、地域に戻り在宅での生活をしたという願いを持っているけれども、退院の条件が整わないためにこれを我慢せざるをえず、やむをえず、入院を継続しているのだという実態を把握しました。

そして、地区社協と自治会と民生委員などの地域の人々にはたらきかけ、生活支援のためには地域活動を組織化し、生活支援活動を行うNPOを立ち上げることなどにより、退院

後の支援体制を整備する努力を行いました。実は地域の人々にとっても、地域に住んでいる人々に支援を行うことは、大事な役割と社会貢献につながり、住みやすい地域づくりにもなっていくという認識が高まりました。以前は普通におこなわれていた相互の助け合いがこのような場づくりを通じて復活してきたのです。

そして、不動産業者と連携し、空き家を借り上げ、単身高齢者でも生活ができるよう、制度サービスとNPOの生活支援サービスを組み合わせ、「とも暮らし」ともいえる共同生活の仕組みを構築しました。単身で在宅復帰は無理だと言われた方が生活保護の住宅扶助を活用して住まいに戻ることができ、また、きめの細かな日常生活の支援があることによつて、在宅生活が実現したのです。この空き家だった住まいはそれなりに広いので、その一角に地域の居場所の部屋もしつらえると、地域の人々がいつも出入りする空間になり、関係づくりの場としても活用されました。

このような試みの積み重ねによつて、現在では病院からの在宅への退院率が年間4割を超える地域となりました。これは病院側としても病床の回転率があがるなどの、メリットがあるので院長以下経営陣も大歓迎することとなりました。さらに病院は地区の住宅地にあった土地を活用して、サービス付き高齢者

向け住宅を建設し、在宅での生活が難しい高齢者も安心して住むことのできる住まいを建設し、病気になるっても安心して住まうことができることから、入居率も高く病院経営としても安定し、地域も満足、病院の満足、利用者も満足といういわば三方よし（近江商人の家訓で、滋賀県東近江市ではこの名前にちなんだ医療福祉介護連携のネットワークがつけられ注目を浴びています。）の関係が創られることになったのです。

これがささやかな実践例にみえますが、地域包括ケアシステムを考えるヒントが沢山あります。私どもの研究グループでは厚労省老健局と協力して、地域包括ケアの取り組み事例集を「地域包括ケアシステム事例集成」として取りまとめましたが、このような特徴のある事例は全国の各地で取り組みが始まっています。もし興味があれば、厚労省のホームページでこの報告書が公開されていますので、参考にしてください。

単なる制度サービスにすべてを依存するのではなく、地域の支えあいを組み込むことによって、地域の方々の参画によって、支援を必要とする人々を支える。地域住民にとって生きがいのある活動の機会が生まれる。これが実は介護予防にもつながる。地域の家主さんにとっても、活用されていなかった住まいが生き返ることにもなる。これはまさに地

域包括ケアシステムが目指すものなのです。

## ++++++ 地域づくりと連動する ケアシステムへ ++++++

私たちは長い間、社会経済とケアなどの医療福祉を切り離したものとして、考えてきました。支援を必要とする人々は、医療機関や社会福祉施設で世話するのが、当たり前のことと考えてきました。

これは経済の果実の部分を医療福祉部門に再配分するという考え方でした。経済成長の時代に社会保障費用が充実しましたが、医療や福祉部門では、その充実分が病院や施設の整備に使われてきました。

先ほど1970年代モデルと言いましたが、この時期にそれまで、2割程度であった、病院での死亡が5割を超え、現在では7割5分近くになっていきます。今後病床増設は見込めませんから、いままでのようなことになる、満足なターミナルケアを受けられなまま死にいたるといことが、高齢者多死時代（高齢死亡者が現在の6割増しになる時代）を凌ぐことはできません。

一昨年「大往生するには医療に関わるな」という本がベストセラーになったように医療依存のターミナルケアは「QOD」（死の質）にはつながらないという意識が拡がったようです。在宅での死は、それに先立つケアの地

域化が必要ということを意味します。

また、地域でケア体制の整備を充実させるというのは実は増大する社会保障給付が地域を循環することにもつながります。ある推計によると、人口1万人あたりの地域に約40億円を超える社会保障給付費が費やされています。これに今後増大する年金収入を加えると大変な額になります。

地域ケアを充実させると、これらのお金が地域循環すると、地域経済の活性化につながります。他の地域の病院や施設に社会保障のお金を流すのではなく、地域包括ケアの仕組みを上手につくると、雇用を生み出します。また、先に述べたように互助が復活し、地域の関係的資本（最近金銭だけではなく人のつながりや絆も資産と考えるようになりました。）の充実につながります。

ひいては住みやすい地域づくりの必要条件がケアの充実ですし、その実現が地域包括ケアシステム構築ということになります。これを子育て支援の手法にもつなげていくこと、対象別ではなく、共生型の仕組みをつくること、子育てと高齢者支援を連動させることなど、地域でのこれからの努力こそが、2025年から2050年に向けた時代に備えることにもなります。

これが地域包括ケアシステム構築の目的でもあります。