

講演 1

医療・介護総合確保体制の構築

～地域包括ケアシステムと地域医療構想～

慶應義塾大学名誉教授

田中 滋



講演1では、慶應義塾大学名誉教授の田中氏に、地域包括ケアシステムと地域医療構想を中心にした医療・介護総合確保体制の構築についてお話しいただいた。

介護保険制度など社会保障の政策現場にかかわる田中氏は、日本の高齢者人口急増に対応するための医療・介護確保体制について解説。現在構築が進められている地域包括ケアシステムについては、それぞれの人口動向や経済、地域資源に基づいて地域ごとに異なる形になること、老健などの施設は病院のように循環型での利用に切り替えることなど、最新の動向を示された。

平成28年7月14日(木)15:50～17:10

はじめに

卸の皆さんは、地域包括ケアシステムについて聞く機会が珍しくないと思います。卸は間違いなく地域包括ケアシステムに役立つ存在です。

なお、製薬企業の人にも、地域包括ケアシステム構築にどう貢献できるかと尋ねられます。こちらには簡単な答えはありません。もちろん、製薬会社はシンポジウムを主催するなどして、急性期病院で働く医師に「地域包括ケアシステムとの関わりを知らない急性期病院も生きていけない」と知

らせることはできますが、メーカーの開発・生産部門や販売部門は日常生活圏域ごとの仕組みに直接は関係しないからです。

一方、卸は深く関係をもちえます。そこで本日は、地域包括ケアシステムの中での医療・介護について、取引先である医療機関も含め、知らないといけない事柄をお話します。

要介護者増加の理由

●20世紀に死亡率が大きく低下

地域包括ケアシステムは、高齢者のためだけのものではありません。児童や障がい者、幼児とその保護者までを当事者に含む概念です。一言でいうと「地域づくり」と表せます。ただし、取り掛かりはなんととっても高齢者です。理由は要介護高齢者の数が多いからです。

なぜ、要介護者が増えたのでしょうか。要介護者が増えた理由としては、第一に日本人がなかなか死ななくなった変化を指摘できます。病気になってすぐ亡くなっていた時代には要介護者はほとんど発生しません。元気老人を別にすると、高齢者には看取り過程の人か、病人しかいなかった。ところが、今は皆さんの両親、祖父母、例えば私のような60代後半だと、親世代には90何歳くらいの要介護者が多いのです。

要介護者は病人とはコンセプトが違います。がん治療中とか脳卒中で病院にいる方は患者である姿がメインですが、現在の急性期治療体制により命が救われても、ADLや認知機能が低下し、要介護状態が発生する事態も否定できません。

では、死亡率はどうして減ったのでしょうか。死亡率が低下したのは20世紀に入ってからです。理由の1つには平均的栄養水準の向上があげられます。人類が猿から分かれたのが約700万年前、ホモサピエンスが生まれてから20万年と言われます。それから、19世紀まで人間の寿命はほとんど変わりませんでした。庶民まで体力が付いたのは、20世紀になって以降です。



医療・介護総合確保体制の構築について話す田中氏

●公衆衛生の向上と医学の発達

2つ目の理由は、公衆衛生体制の整備で、上下水道が国内各地で維持できるようになったのも20世紀です。パリに下水道がきちんとできたのは19世紀の半ば、日本は20世紀になってからと思われる。近代的上水道がなければ水は汚いかもしれないし、下水がなければ衛生状態はもっと悪い。中世ヨーロッパでペストが何度も流行した歴史も当然でしょう。

19世紀半ばにパスツールやウィルヒョーなどにより細菌学が発達しました。当時の主要な伝染病のいくつかは細菌が起こすことが分かり、次に抗生物質による治療も可能となりました。結核に対する治療法もできた革命的变化を、皆さんも学生時代に教わったことでしょう。

●医療提供体制整備

3つ目は、20世紀になって近代的病院という新しい仕組みが機能し始め、後述の社会保障制度の普及と相まって、治療が一部の金持ちだけのものではなくなりました。近代医学を適用する医療提供体制の発達です。

19世紀までのヨーロッパの病院は、貧乏な行き倒れ者の収容所のようなところでした。中の上以上の階層では医者家は家に来るもの、上の階層では医者家は家で雇うものでした。日本もそうでした。20世紀になって病院こそが近代科学の塊になり、立派になっていく進化は、人類史上ではごく最近の出来事なのです。

源氏物語が書かれた平安時代には、病気に対する最大の治療方法と考えられていた手段はお祈りでした。僧侶を呼んで護摩を焚く、それが医療行為の代表だったのです。僧侶を多数呼べるのは権力とお金をもつ上流皇族・貴族にかぎられ、庶民には縁が遠い話でした。ただし護摩は、精神面への影響は別として、特に治療に役立ったとは思えません。支配層は食を通ずる栄養状態が庶民よりよかったので、体力に基づく自己治療力が相対的には高かったにしても。

●社会保障制度活用

ところがペニシリンなどが使えるようになると、薬を投与すれば治り、主に資金面の理由で贖えなければ病態悪化を止められないとの違いが明白になります。つまり経済力によって明白に医療格差がつく。一方、医療を支配階層だけではなく皆が使えるようにする方法としては、事前の所得再配分では難しい。

とはいえ、有効な治療手段が存在すると知りながら、それを権力や資金を持つ階層だけが使える状態だと、社会が不安になりえます。「隣の子どものは助かって、なぜうちは助からないのか。お金がないだけの理由で」が理由です。

生活格差についてはある程度我慢できたとしても、また教会なり寺なりのお祈りについて特別扱いを受けるかどうかはさほど不満の元にならないにしても、命、子どもの命にかかわる階層格差は革命のエネルギー源になりえます。

そこで、ドイツ帝国創設の主導者ビスマルクは、帝国初代首相として行う内治政策の柱として、19世紀末に公的医療保険や公的年金、労災保険などの社会保険制度を活用する社会保障制度を創設したわけです。日本も20世紀に徐々に社会保障制度を導入していきました。

世界の経済的先進国では、米国を除き、社会保障制度によって、治療は、家計の経済力に寄らずほぼ誰もが受けられる体制を整えています。米国でさえ、オバマ大統領になってから普遍的な医療保障制度の導入によりやく取り掛かっている様子はご存知だと思います。

繰り返しますが、これは人類20万年のうち、主に最近のほんの50年間に起きた進展であり、世界ではまだまだ一部の国だけがそうした体制を作れているにすぎません。

●長寿者増と独居

誰もが医療を受けられるようになると、当然、長寿者が急増し始めます。以前は60歳の還暦、70歳の古希は特別なお祝いだったのに、今では当たり前のように長生きするようになりました。50歳代で死ぬケースでは、まだ子どもが育ち切っていないため、一緒に住んでいる可能性が高い。戦前の日本では、女性が第3子を産み終わってから後10～15年が平均余命だった。だからめったに独居にはなりません。

ところが今は、親が生きているうちに子どもが成人となって独立し、仕事の関係等で、別な県どころか別の国に住む状態も珍しくない。長生きして2人に戻った夫婦は、一緒に死ぬ確率は低いのでやがて独居になります。これは当たり前の推移で、家族機能が低下して高齢者を追い払うようになったわけではなく、「元気な高齢者が増えて長生きするので独居者も増えた」との理解から出発すべきです。

●元気高齢者だけではなく虚弱高齢者も増加

高齢者の総数が増えると、元気高齢者が増えるけれども、健康寿命後の高齢者もまた増えます。健康寿命後の高齢者とは、まさに人類史上新しい現象です。19世紀、20世紀まではそんな人はほとんどいませんでした。健康寿命が終わったら1か月、長くて半年で死んでいく時代には、一部の裕福な層を除き、社会全体にかかわる要介護問題は発生しません。

ところがいま、日本人の健康寿命後の寿命は、男性が9年、女性が12年あります。健康ではなく、健康でなくなつてから10年生きる。当然、最後の5年くらいは要介護状態になりかねない。元気でないだけではなく、行動や認知に不自由が生ずる。これらはすべて、人類史上初めての現象です。

こういう現象が社会問題化したのは、ヨーロッ

パヤ日本、オーストラリア、ニュージーランド、カナダ、アメリカ、韓国、台湾などの先進国からです。中国でも発生し始めたと聞きます。

●第二次大戦後40年間で高齢者数は4倍

1930年と2014年を比較した男女別データで死亡率の変化を見てみると、2014年の65～69歳の女性の死亡率は、1930年の2割以下、5分の1以下です。これはすごい現象だと思いませんか。男の死亡率低下はもう少し緩やかですが、それでも2割強まで下がりました。

戦後の1950年の死亡率は、長い戦争の影響もあって、戦前の1930年とあまり変わらない状況でした。ところがより近い1990年の死亡率と比較しても、2014年の死亡率は半分くらい、つまり最近25年間でもさらに死亡率は低下しています。いかに日本人が死ななくなってきたかが分かります。他の先進国も同様です。これは医学の成果であり、医学の成果を皆が使える社会保障制度の力であり、食の向上、生活空間がきれいになったこと、加えて日本では戦争がなかったなどの時代環境も寄与しています。

その結果、高齢者がどのくらい増えたか。1950年に比べ、1990年には65歳以上人口は4倍近く、75歳以上は6倍近く、80歳以上は8倍増えました。わずか40年間で。それまで日本の歴史、卑弥呼がいたころから1800年弱としても、その間に40年間で高齢者が4倍になった時期など一度もありません。信じられないほど高齢者が増加しました。医薬品業界の貢献のおかげでもあります。

政策対応：第1の局面

●介護提供体制の整備

こうした高齢者数増に比例して、20世紀の末にかけて要介護高齢者が増えていきました。その多くが、今では当然となった介護専門職による介入を受けられていない事態を放っておくわけにはいかなかったし、そのままでは家族が崩壊しかねない状況が浮かび上がりました。今も介護離職の問題が指摘されていますが、1990年当時はまだデイ



地域包括ケアシステムのあるべき姿について語る

サービスも、訪問サービスも、老健も、特養も少なく、要介護になったら家族で抱えこんで共倒れに向かう恐れが強かった。

それではいけないとの一定の合意の下、介護提供体制を整備しようと、1989年以来、わが国は高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略、ゴールドプラン、新ゴールドプラン、ゴールドプラン21により、特養や老健を増やし、ヘルパーを養成し、訪問看護ステーションやグループホーム等々をつくっていききました。

そして、提供体制がある程度できた時期を見計らって介護保険制度を導入しました。保険料を徴収するのであれば、保険事故、つまり要介護と認定されたらサービスが提供されなければ保険料負担者は納得しないでしょう。そのために11年準備して2000年4月から保険制度を施行し、1号保険料の公的年金からの天引きも始めました。住民から大きな反発はなかったところが、潜在していた介護ニーズの大きさをうかがわせます。

●介護保険法の理念は「尊厳の保持」

介護保険法には、日本の社会保障制度にかかわる法の中で一番、明確な理念が書かれています。まず介護保険法第1条に「尊厳を保持」がうたわれています。要介護で可哀そうだからお世話するものではありません。認知症になっても、身体的な機能が低下しても、人間としての尊厳を保持するために、残った能力を活用する自立に向けた支援を行う。



資料や事例なども交えて分かりやすく解説

要介護状態になれば身体能力が低下し、歩けなくなるかもしれない。手が片方麻痺するかもしれない。排泄をコントロールする能力が衰えるかもしれない。そのようにだんだん衰える中でも、まだ残る能力は大切です。「その有する能力」、つまり残った能力に応じて自立した生活を営むために、介護保険サービスを利用する。

給付に要する費用は住民の連帯を形にした介護保険制度によって助け合う。決して家族だけの責任ではなく、社会全体の問題である、との理解に基づきます。

第2条は、どこでサービスをするかについて、「可能な限り、その居宅において」と書かれています。居宅とは、住み慣れた自宅である必要はありません。サービス付き高齢者住宅、有料老人ホーム等も居宅に該当します。

●介護予防

第4条は、もっと素晴らしい条文が載っています。1997年によくこの法律が通ったと感心します。そこには、「国民は」とありますが、とりわけ団塊の世代は、と読んでください。「自ら要介護状態となることを予防」せよと明記されています。これは何を意味するのでしょうか。

2016年現在の90歳代は介護予防など知らなかった。若い頃は60歳代で人生を終えると想定していたでしょう。1920年代、30年代生まれの人にとって、自分の親や祖父母が、長生きと言われても、70歳程度、多くは60歳代で亡くなる姿を見ていた

以上、当然の想定だったと思います。だから、今で言う介護予防に努める知識がなかった。ところが、先述のように、医学・医療システムの発達、栄養水準の向上、高齢者向けの医療保障制度充実もあって、かつてない長寿、ただし長い虚弱期を含む長寿が実現しました。

一方、我々団塊の世代は予防すると意味を持つことを知っています。中年期のメタボ防止とか、女性は骨粗しょう症を防ぐとか、運動機能、体幹の機能を鍛えるといいという知識を知って、健康増進に努めているわけです。

不活発症とか栄養不足とか、サルコペニア、ロコモティブシンドロームなど、ある程度防げる事態が多い。他方、例えば、予測のつかないくも膜下出血で要介護状態になる事態の予防は難しい。交通事故や、若い頃からのリウマチの悪化も介護予防だけでは防げませんが。

●要介護になったらリハビリ

そして「要介護になった場合においても」、お世話をするとは介護保険法のどこにも書いてありません。要介護になったら、リハビリテーションを行うと定められているのです。要介護状態になったとしても、要介護3なら3、要介護1なら1でとどまって一生を送ればいい。だからリハビリ、機能訓練を行うのです。

このリハビリテーションは、手術後に実施する急性期リハや、体を痛めたスポーツ選手が行うような強度で苦しい運動療法とは違います。嚥下機能とか、右手が使えなくなったら左手で調理をするとか、トイレがうまく使えなくなったらセンサー付き器具を使って操作するなど、残った能力の維持向上に努めるリハビリです。

●介護保険開始後も要介護者は増加

介護保険給付サービスが普及した結果、1990年代まで各地で見られた、寝たきりで褥瘡が体の各所に発生し、清潔も保てなかったような要介護状態はほぼ解消できました。いまは要介護になっても、ケアマネジャーが的確なケアプランをつくり、それに基づく適切な介護サービスを利用すれば、

家族環境や家計の経済力がよほど悪くないかぎり、
幕瘡だらけや不潔にはならず、一応の生活を送れ
ます。

ではその結果、日本の介護問題は解決したの
でしょうか。残念ながら違います。介護保険が発足
した2000年から昨年度に至る要介護者数の推移を
見ると、当時の200万人から600万人に増え、今な
お要介護者数は増加し続けています。つまり要介
護状態になっても介護サービスを利用すれば悲惨
にならずに済むようにはなったけれど、要介護者
の発生増という根本的趨勢そのものは止められて
いないのです。

●家族機能低下説は誤り

要介護者増の理由としては、核家族化によって
家族機能が低下したからだとか、日本の高齢者が
虚弱化しているからだとか、日本の介護提供体制
が衰退したゆえ、などが理論的可能性、仮説とし
ては成り立ちえますが、本当のところはどうで
しょう。

まず、高齢者保護にかかわる日本の家族力は、
通説と違って向上しています。自分の子と同居す
る高齢者数のデータを調べると、1980年約700万
人、2014年は約1400万人と倍増してきました。つ
まり、高齢者に対する家族力は低下していません。
さらに前の1960年には、子と一緒に住む高齢者は
たった約400万人しかいなかった。

当時は3世代同居率が高かったにしても、親世
代も若く、40歳代、50歳代だった。例えば「サザエ
さん」の波平さんは50歳代で現役サラリーマンの想
定です。決して高齢者、ましてやサザエさん、マ
スオさんやフネさんが介護する要介護者ではあり
ません。当時の3世代同居者の多くは、高齢者を
抱えていたわけではないのです。

最近50年間、65歳以上の高齢者が子と住む数
が増え続けています。つまり、高齢者を迎える日本
の家族力は向上していると言ってよい。

●高齢者の体力と介護サービス提供量

次の仮説、高齢者は弱くなっている、はどうで
しょうか。高齢者の体力・運動能力の推移を検討し

ます。まず6分間歩行で何メートル歩けるか、男
女別に65～69歳、70～74歳、75～79歳と5歳刻み
の3グループのデータを見ると、15年間ですべて
のグループで向上しています。平均値で見て、15
年戻すと丁度5歳下くらいの体力があることにな
ります。つまり、いまの高齢者は元気になってい
るのです。

3番目の日本の介護提供体制衰弱説はあてはま
るでしょうか。介護サービス提供体制については、
2003年から2014年にかけて、事業所数も在
所者数も右肩上がりです。特養のベッド数は10
年間で35万床から45万床に増えました。老健の
数も入所者数も増加してきました。

また、介護職員数に関しては、1990年には10
万人だったのが、2000年に55万人、いまは約
200万人に近づいています。介護人材不足といわれ
ますが、人数が減った事態は一度もありません。
少ない年でも5万人、平均では毎年9万人ずつ
介護従事者は増え続けています。つまり介護提
供体制が衰退しているわけではないのです。介護
従事者処遇改善交付金もつくられました。しかし、
介護需要の伸びの方が大きいために不足が続いて
いると理解すべきです。

●要介護者の増加は高齢者数増が理由

上記3仮説は否定されました。要介護者の
増加が止まらない理由は、高齢者が増え続ける
からなのです。高齢者の全体数が増えれば、元
気老人も多くなるけれども、要介護になる高
齢者数も増え続ける。なぜなら、死亡年齢が
遅くなれば、他の機能が低下して、立てない
状態になったり、排泄コントロールができな
くったりする人が増えるためです。

経済的先進国はすべて、この状態にぶつか
っています。人類が経験したことのない社会、た
くさんの虚弱高齢者が生きる社会に直面して
いるのです。どうしたらいいのか分からないから、
どの国もとても困っています。



田中氏に質問する参加者

政策対応：第2の局面

●団塊世代高齢化と地域差

では、今後はどうなるのでしょうか。2015年に比べ、後どのくらい高齢者が増えるのか、数値を把握しておきます。2022年から2024年の3年間で65～74歳はすっと減ります。理由は団塊の世代が75歳以上の層に移るからです。2025年はすでに団塊の世代が後期高齢者になり終わっているのです、75歳以上人口の伸びはここでほぼ止まります。そして2033年頃から65～74歳に団塊ジュニア世代が入ってきます。

戦後65年間で28倍になった80歳以上の人口は、さらに6割増え、1950年に比べ80歳以上高齢者は2030年には40倍に増えます。団塊の世代が80歳を超え始める2027年以降に対し、大いに危機意識をもつべきです。

ここで問題になるのは居住地です。団塊の世代が多く住んでいる都道府県は、関東の1都3県と愛知、大阪、兵庫、福岡に限られます。もうすでに青森や秋田、島根や鳥取では高齢者数はあまり増えません。増えるのは、団塊の世代が地方から出てきて居宅を構えた大都市近郊部です。埼玉県が後期高齢者の増加率が一番高く、10年間で倍になります。埼玉は提供体制を倍に強化する必要があります。秋田はいまのままでもいいというように、地域の違いが広がります。

●認知症の増加

認知症の問題も見落とせません。介護サービスのうち、身体的な分野であれば、今後の技術進歩を踏まえれば何とかなると思われます。それに対して、認知症についてはどうしたらいいかまだよく分からないのです。

認知「症」は病気ではありません。認知機能が低下する変化によってもたらされる様々な症状に対してどのように対応すればいいのか、そもそもの原因疾患にいかに取り組むべきか、世界のどこでもまだ探索中なのです。

●地域で新たな仕組みづくり

こうした厳しい高齢者増の将来予測を踏まえ、研究者と官僚は、力を合わせて第2の局面に立ち向かう戦略を構築すべく、「地域包括ケア研究会」を2008年に立ち上げました。以来、人類が初めて直面する新しい状態に対し、わが国がいかに対応したらよいかをめぐり、研究会では熱心な討議と研究を重ねてきました。

要介護状態が重く、看取りが近い方に対する対応は、基本的には家族と医療介護専門職の手に委ねることになるでしょう。それに対し、単に年を取って弱くなった、出不精、引きこもりになったといった人たちをどうするかは、介護問題ではなく、新しいまちづくり、地域づくり政策の一環と捉えるべきです。

そのためには、難しい言葉を使うと、規範的統合、すなわち新しい社会づくりの理念を地域単位で共有しないとイケません。明治時代とも昭和時代とも2016年現在とも違う、新しい地域の仕組みづくりです。それは要介護高齢者だけではなく、先述のように乳幼児とその保護者、障がい者など、何らかの支援によって自立生活に近づける人すべてを対象とする思想が基本にあります。

高齢期の人たちは、自分ができる何らかの社会貢献をしながら、ゆっくりと人生を過ごす段階を支え、できるだけ要介護にならないようにする。この視点もまた地域包括ケアシステムにとって重要と考えられています。

●男性の引きこもり防止

介護保険法には、先ほど説明したように「予防に努めること」と書いてありました。身体的にも精神的にも自立している高齢者が虚弱化予防に努める段階では、社会性を保つ力が大切だと研究者は指摘します。まちに出ていくこと、例えば、碁会所なり美術館なり寺巡りなりに出かける生活も虚弱化予防に役立ちます。男たちの多くは、定年退職したあと、出かける場所がないと閉じこもりになると警告する専門家もいます。

要介護に至る第一のステップは、社会的な関係性が切れる変化だそうです。定年前の男性は、会社以外で、あるいは年に1回の学校同窓会以外で、社会的関係性が自分にはどれくらいあるのだろうかとぜひ考えてみてください。独居でも構いませんが、退職後、自分には出かけていくところがあるのだろうか。

●自助・互助・共助・公助

地域包括ケア研究会が2008年の議論開始以来、重視してきたコンセプトが、「自助」「互助」「共助」「公助」の4つのヘルプのネットワークです。まず、社会の基本は自助に他なりません。自助の弱い社会は持続できないでしょう。

しかし自助だけでは人間の関係性が希薄になる恐れがあります。当然ながら人は昔からインフォーマルな助け合いを行ってきました。これを「互助」と言います。近代的な互助はボランティアやNPOの力も活用します。

次に、19世紀のドイツ帝国に始まり、20世紀に世界の経済的先進国によって広く採用された「共助」とは、自助をフォーマルに連帯化させた社会保障制度が中心です。わが国や独仏などでは社会保険制度を活用してきました。日本の介護保険もここに含まれます。

最後の「公助」は、生活困窮者や重度障がい者など、自分の経済力だけでは生きていけない人を、生活保護や障がい者福祉などで支えていく社会のセイフティネットを指す言葉です。社会福祉専門職に期待する分野でもあります。

●地域包括ケアシステムのイメージ

地域包括ケアシステムを分かりやすく示すために、私たちは2013年に愛称「植木鉢図」を世に問いました。まず基本は、高齢期をどう生きるかに関する本人の選択と心構えです。図では植木鉢を載せる皿で表されています。

どこに住むか、配偶者が死んだ後どうするか、誰と住むかなどを含む心構えです。それぞれ独り身になった老いた姉妹と一緒に住む形もありだし、子ども夫婦の近くに住む選択もあり得るし、3世代住宅を建てて独立関係を保ちながら一緒に住む決定もいいでしょう。また、どうなったら老人ホームや特養入居を望むかに関する選択も予め決めておきたい。もちろん1年ごとに体と気持ちの変化に応じて計画を変えても構いません。

皿に載る植木鉢が「すまいとすまい方」を象徴しています。続いて鉢の中の土が「生活支援・福祉サービス」です。なお2016年バージョンではここは「介護予防・生活支援」に変えました。受け皿がないと植木鉢は割れやすく、植木鉢が欠けると土は流れてしまいます。土が流れたら葉が育ちません。

葉で表される地域包括ケアシステムの大切な要素が、「医療・看護、介護・リハビリテーション、保健・予防」という3つのプロフェッショナルサービスです。「地域ケア会議」が水をやって、資源を育てていく。なお2016年バージョンでは、最後の要素を「保健・福祉」に変えました。さらに、傍らにはケアマネジャーが立って、個別の「ケアプラン」をつくる。

それら全体を自治体が支え、地域マネジメントに基づく「ケア付きコミュニティ」の構築を行う。地域包括ケアシステムの概念はこういう形に進化してきました。

●地域包括ケアシステムは地域ごとに形が違う

地域包括ケアシステムは、決して全国一律の標準的な姿にはなりません。これに対し医療、特に急性期医療は標準的な姿が求められます。がん治療の均てん化とは、日本中どの県でも一定の治療水準を確保しようとの理念を言っています。同じ部位のがんで、患者の年齢や体力、がんのステー



田中氏に質問する参加者

ジが同じなら、統計的に一定範囲に入る5年生存率にしていくことは可能でしょう。

急性期医療で投与する医療保険に記載された治療薬も、症状や患者像が類似ならば、地域性は考えられない。病気の種類には地域性がありえますが、同じ病気であれば使う薬、代表的にはt-PAの投与決定に地域ごとの生活文化の影響はないはず。手術も同様です。

ところが介護を含む高齢期の生活は、地域、さらには生活圏域によって大きな差が存在して当然です。川崎市でも7つの区ごとにそれぞれ生活の感覚が異なります。互助のあり方も生活資源の具合も違います。である以上、地域包括ケアは地域の数だけ、生活圏域の数だけ様々なパターンができるのです。

●介護保険財政の危機

団塊の世代は2022年から一斉に高齢化し始めます。さらに2022年には、介護保険政策にかかわる人にとって、とても怖い局面に突入します。介護保険被保険者数が減り始めるのです。

介護保険制度の強みは、保険料で5割、国費が4分の1、都道府県費が8分の1、市町村費が8分の1という五重の財源構成です。その5割を払う被保険者数が減る以上、たとえ給付費総額が変わらなくとも、制度を変えない限り、1人当たり保険料を上げざるを得ない。しかも現実には団塊の世代の後期高齢化によって、給付額は増える予想されます。分子が大きくなって、分母が小さ

くなる。しかも、分母はこの先当分増えない未来が確実です。

子どもが育ちやすい、生まれやすい環境をつくる政策が功を奏して子どもが増えれば、介護保険の被保険者は40歳以上ですから、40年後には増え始めるかもしれません。これは将来の話なので、変化をもたらす政策を導入できればあり得る未来ですが、もう生まれている世代の人口は増やせません。2022年から、日本は被保険者数が減り続ける介護保険財政の危機に直面します。

2025年、後期高齢者数は約2200万人に達し、2028年には日本人の平均年齢は50歳を超えるそうです。世界には、ミャンマーやフィリピンなど平均年齢20歳代の国がある中で、平均年齢50歳は高い。これはファクトとして受け入れざるを得ないので、これに合わせて政策をつくるのみならず、皆さんの経営のあり方も、地域貢献のあり方も、学校の仕組みも変えていかないとはいけません。

●2号被保険者数が1号被保険者数を上回る

介護保険は、国民健康保険と違い、先述のように五重の財源構成をとったから保険者間の財政格差、1号保険料格差が少なく済んでいます。この財源構成の肝は、40~64歳を2号被保険者と位置付け、その保険料を医療保険を通じて徴収して全国プールし、後期高齢者が多い保険者に持っていくようにしている点です。

ところが、団塊ジュニアも1号被保険者になり始めると、2号被保険者数が1号被保険者数より少なくなります。介護保険制度を設計したとき、40歳以上を被保険者にした理由の1つは、2000年の40~64歳と65歳以上の人口比が2対1だったからです。ところが、団塊ジュニアが年を取り始めるため、1対1どころか、たった34年で数値の大小が逆になってしまうのです。

2038年、いまから22年後には年間死亡数がピークになり、死亡者数はいまよりも40万人くらい増えて167万人に上るはず。このピークはしばらく続きます。また2039年にはおそらく日本の歴史上初めて、年間の女性死亡数が男性死亡数を上回ります。

これらはすべて予定された事実です。こうした確実な未来に恐怖心を抱かない首長や政治家はいないと思います。

●わがまちの将来像をつくる

こういう危機意識の中で何とかするためには、マクロの標準的施策に頼ってはいだめなのです。先ほど話したように生活のスタイルが違うから、市町村ごとに頑張らないといけません。

生活は、丘の上の大団地などコミュニティのないところと、コミュニティが残っている地域では、まったく異なります。大都会でも、商店街が生きている街は基本的に強い。人々がそこに集まるからです。ただ、それが県庁所在地の一角だけでは他の地域はつぶれてしまう。わが街、わがコミュニティはどうだろうという意識を、住民と役所が持たなければなりません。わが圏域(中学校区)とわが市町村の現状を把握し、2020年、2025年、2040年の将来像をつくれるかがカギなのです。

地域包括ケアシステムの対象

●新たな課題

地域包括ケアシステムの対象層はいくつかに分けられます。まず重度要介護者。ここは医療介護のプロフェッショナルが対応すべき層であり、連携・協働が不可欠の条件と言えます。この部分には、卸の皆さんも薬局などを通じて応援できるでしょう。在宅医療のカギは、訪問調剤と訪問看護と訪問口腔ケア指導です。もしそれらが機能するならば医師の介入頻度は相対的に少なくて済むと報告されています。

重度ではない要介護者は状態を悪化させないこと、まだ要介護状態ではない虚弱高齢者は要介護にならないこと、そしてそれ以外の多くの高齢者は虚弱化しないことが目標です。これらはすべて予防とまとめられます。次の段階に悪化させない努力と工夫が欠かせません。健康体操などはもちろん意味をもつでしょうが、それにとどまらず、社会との関係性を持ち、さらに社会に貢献する生き方が大事です。人は役割を担う在り方によって

喜びを得るからです。

例えば、改めて65歳から男性が家庭内の調理を全部引き受けるのも役割だし、近所の子どもたちに算数を指導するのもよし、元気ならサッカー教室で教えてもいい。もう少しビジネスで培った力を活かすのなら、地元の小さなNPOや社会福祉法人の経理や給与体系表の作成などを手伝う案もありえます。少額にせよ収入を得るのみならず、若い働き手に感謝され、さらについてデイサービスの体操に加わって健康を維持する。

これらの自由な工夫に基づく活動の支援を含む、「日常生活支援総合事業」が全市町村に義務づけられました。

●植木鉢図の進化

もう1つ触れなければならない課題があります。高齢者が多数に上れば、その中に貧困、孤立・虐待・ネグレクトなど、医療や介護とは別の問題を抱える人たちも浮かび上がってきます。医師・看護師・介護福祉士等は、こうした問題に対応する専門職ではありません。これらの問題には社会福祉機能の発揮が必要です。

そこで、今年5月には、先ほど触れたように地域包括ケアの模式図である植木鉢図に少し変更を加えました。住まいである植木鉢の中、自分たちが担う土の部分に当たる「生活支援・福祉サービス」から、「福祉」を葉の部分、つまりプロフェッショナルの仕事に移したのです。福祉の機能がないと、3000万人の高齢者のうち貧しい年寄りには支援できないと考え、医療・介護の専門職と同じ位置に福祉を入れました。

一方、プロだけの仕事と位置付けていた「予防」は、一部は指導を受けるにせよ、実際は多くの部分は住民自らが意欲をもって行う事柄なので、生活、すなわち土の部分に入れ変えました。

もう1つ、これは微妙な言葉の違いですが、土台になる受け皿部分の「本人・家族の選択と心構え」を、「本人の選択と本人・家族の心構え」に変更しました。選択するのは本人の権限です。家族が年寄りを老人ホームに入れる決定を行うのではない。「私が入りたい」人だけにすると変えました。こ

れが現在の形です。

●施設は在宅生活の安心の支え

地域包括ケアシステム構築にあたっては、施設と在宅の対比概念をやめなくてはなりません。涙ながらに自宅に別れを告げて施設入居、家族がまなじりを決して在宅生活を支える、はどちらも昔話にしたい。単に年を取ったら施設、と考えていたら、自立理念に会わないし、実務的にはこの国の財政も自治体の財政も、介護保険財政もパンクするからです。

急性期医療が必要なときには10日ほど入院し、その後回復期病院や老健を3か月くらい利用するように、施設は在宅生活の安心の支えとして循環的に使う。「おおむね在宅、ときどき入院・施設」がこれからのキャッチフレーズです。

●地域マネジメント

地域包括ケアシステム構築のためには、自治体は地域マネジメント能力の向上が必要になります。マネジメントとは、地域ニーズを調査・予測し、それに対応する地域のいろいろな資源をいかに組み合わせるかを考える手法です。市役所が庁内の人によって行う行政とは違います。市民の力、商店街の力、お寺の力、認知症のお年寄りを早く見つけてくれる小学生の力も地域資源です。

団塊の世代をおだて(?)、地域マネジメントを手伝うマネジャー役にしたり、体操教室の先生を市民主導で行うなどの取り組みも地域マネジメントの一環です。

ツールとしては、地域ケア会議という法定の手段もあります。また、地域包括支援センターを活用しましょう。

●首長の覚悟

地域包括ケアシステムをわが市、わが町でつくるかどうかは、究極は首長の覚悟によります。首長が本気になっているところは上手くいきます。川崎市、世田谷区、四日市市、桑名市など、すべての名前は挙げきれませんが、各都県にそれぞれ上手くいっているところがあります。

首長は、地域包括ケア担当に副首長を指名して地域包括ケアシステム部局をつくり、中核的職員を育て、医師会や専門職団体との連携関係を築き、住民を巻き込んでいきます。こういうことができる時代になってきたので、ぜひ取り組んでほしいと思います。

以上で、地域包括ケアの話を終えます。皆さまありがとうございました。

質疑応答

質問 地域包括ケアシステムが1中学校区に1つとすると、その中でかかりつけ医やかかりつけ薬局は何件ずつあればシステムが成立するのでしょうか。

田中 中学校区の人口が平均約1万人だと仮定すると、そのうち75歳以上約2500人、うち要介護者は300~500人くらいでしょうか。診療所は、都心のようなオフィス開業がないとすれば5~7軒。診療所が5軒ならかかりつけ薬局が成り立つのは5軒でしょう。急性期病院は少し広範囲になるので外して、あとは老健1か所、特養1か所がイメージです。

質問 医療機関の偏在を防ぐために、自由開業制はやめるべきでしょうか。

田中 医師の偏在は、まず都道府県単位で観察されます。さらに、若年医師が少ないから将来医師不足になるなど、年代別にも見られます。専門医制度についてはいま審議中ですが、就業場所や何科の医師になるかが問題で、そこには一定の配分政策が必要と思われます。他方、40代、50代の医師の開業に制限をかけられるかどうかは分からない。開業は経営上の意思決定なので、政府がコントロールするのは憲法レベルで難しい部分があります。