

地域包括ケアシステムの理解・研究・構築にむけての論点

一 医療経済・政策学の視点から

二木 立（日本福祉大学）

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

はじめに—自己紹介、研究の視点と心構え

- リハビリテーション専門医出身の医療経済・政策学研究者。
- 医療経済・政策学の視点から、政策的意味合いが明確な実証研究と医療・介護政策の分析・予測・批判・提言の「二本立」の研究と言論活動。
- ※医療経済・政策学：「政策的意味合いが明確な医療経済学的研究と、経済分析に裏打ちされた医療政策研究との統合・融合をめざし」た学問（勁草書房「講座＊医療経済・政策学」）。
- 私の医療経済・政策学研究についての3つの心構え。
 - *医療改革の志を保ちつつ、リアリズムとヒューマニズムとの複眼的視点から研究。
 - *事実認識と「客観的」将来予測と自己の価値判断の3つを峻別するとともに、それぞれの根拠を示して、「反証可能性」を保つ：医療・介護政策の光と影を「複眼的にみる」。
 - *フェアプレイ精神。
- ※「客観的」将来予測：私の価値判断は棚上げし、現在の政治・経済・社会的条件が継続すると仮定した場合、今後生じる可能性・確率が高くと私が判断していること。（以上について詳しくは、『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房、2006）
- 新著：『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房、2014年4月。
 - *第2章「地域包括ケアシステムと今後の死に場所」（第1節＝【添付論文1】）。
- 2005年1月以降発表したすべての論文は、「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」に掲載（「いのちとくらし非営利・協同研究所」のホームページに転載）。

1. 地域包括ケアシステムのさまざまな源流を正確に理解する

- 政策（研究）面の2つの源流。
 - *1980年代以降の「保健医療福祉の連携と統合」論。
 - －前田信雄『保健医療福祉の統合』勁草書房、1990。
 - ～二木立『保健・医療・福祉複合体』医学書院、1998。
 - *2000年以降の介護保険制度改革：「介護（ケア）の社会化」から「ケアの地域化」へ。
 - －筒井孝子『地域包括ケアシステムのサイエンス』社会保険研究所、2014、第1章。
- 実践面の2つの源流。
 - *医療系：広島県公立みつぎ総合病院（山口昇医師）等の「複合体」、尾道市医師会等。

－高橋紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社,2014。

*福祉系：社会福祉協議会、社会福祉法人（特別養護老人ホーム）。

－大橋謙策・白澤政和編『地域包括ケアの実践と展望』中央法規,2014。

※「地域包括ケア（システム）」の命名者は山口昇医師だが、公立みつぎ総合病院の実践は "hospital-based"であり、"community-based"とは必ずしも言えない。

－広島県御調町のデータ。二木立『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房,2001,195-197頁。

○行政・法律上の「地域包括ケアシステム」の初出と変遷－3段階に区分できる（?）。

*2003年「2015年の高齢者介護」が「地域包括ケアシステムの確立」を初めて提起した。

－「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にかつ包括的に提供される仕組みが必要」。理念のみで構成要素は示さず&本文には「システム」という表現なし。なお、香取照幸老健局振興課長は「地域ネットワーク」という表現を併用していた（『介護保険情報』2004年2月号：7頁）。

vs 2004年社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」&2005年介護保険法改正は「地域包括ケア（システム）」に言及せず：介護予防＝新・予防給付&地域包括支援センターの創設。厚生労働省の法案説明図では、「地域包括支援センター（地域包括ケアシステム）」。

*2009・2010年「地域包括ケア研究会報告書」が初めて、地域包括ケアシステムの定義・5つの構成要素を示した。

→2010年社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」で採用。

→2011年介護保険法改正には「地域包括ケアシステム」の定義は含まれなかったが、法改正公布時の老健局長通知（2011年6月22日）に、法改正の趣旨として「地域包括ケアシステムの構築が必要」と5つの構成要素も明記。

*2013年「社会保障制度改革の全体像及び進め方を明らかにする法律」（社会保障改革プログラム法）の第4条4で、初めて「地域包括ケアシステム」が定義された。

「4 政府は、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、今後の高齢化の進展に対応して**地域包括ケアシステム（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をいう。**次項及び同条第二項において同じ。）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、次に掲げる事項及び診療報酬に係る適切な対応の在り方その他の必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。」

→この定義は、2014年「医療介護総合確保法」第1条でもそのまま踏襲された。

2. 地域包括ケアシステムそのものを正確に理解する－拙著・拙論をベースにして

○2011年介護保険法改正時に出された2つのトンデモ誤解。

*地域包括ケアシステムは介護保険改革で、今後介護費が増えて医療費が圧迫される。

*地域包括ケアシステムは「特養解体」（「全国老協だより」No.18,2012）。

○地域包括ケアシステムを正確に理解する上での2つの留意点。

*厚生労働省の「地域包括ケアシステム」の説明は「進化」・変化している。

—古い文書（2009・2010年「地域包括ケア研究会報告書」等）のみの批判は知的怠慢。

*しかし、過去2回（2009年と2012年）の政権交代の影響は全く受けていない。

(1)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【添付論文1】

○第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。

*社会保障制度改革国民会議報告書（2013年8月）：「地域包括ケアシステムという名のネットワーク」。

*主たる対象は都市部説の初出は、田中滋氏→宮島俊彦老健局長も退任直後に追認。

○第2：[厚労省は2012年から]医療・病院の位置づけを軌道修正。

*2009・2010年「地域包括ケア研究会報告書」は、診療所の医療（往診）を想定。

*2012年に香取照幸政策統括官が「入院機能を持った病院も組み込むことが必要」と明言。

○第3：[厚労省は2012年から]医療法人等のサービス付き高齢者向け住宅開設を奨励。

*私は、当初から、地域包括ケアシステムは「複合体」への新しい追い風になると予測。

（二木立『TPPと医療の産業化』勁草書房,2012,第4章第3節「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」）

○第4：今後も死に場所の中心は病院で、老人施設等が補完。

*厚生労働省は現在の「自宅死亡割合」（12%）を今後高めることは困難と認識している。

→「切れ目のない在宅サービスにより、居宅生活の限界点を高める」（2012年2月閣議決定「社会保障・税一体改革大綱」。「限界点」の初出は2010年社会保障審議会介護保険部会「介護保険の見直しに関する意見」）。

& 「自宅以外の在宅」での死亡割合を増やす。

*厚労省のこの判断が合理的である3つの理由（『安倍政権の医療・社会保障改革』126頁）。

(2)2014年「地域包括ケアシステム研究会報告書」の変化を正確理解する【添付論文2】

○3つの変化。

*第1：急性期医療・病院の役割を明示。

*第2：在宅と医療機関での「看取り」を強調。

*第3：入所施設を「重度者向けの住まい」と位置づけ。

○2009年第1回報告書以来の3つの不変化。

*第1：2回の政権交代の影響が全くない。

*第2：「自助・互助・共助・公助」の4区分。

※2006年「社会保障の在り方に関する懇談会報告書」が提起した、共助＝社会保険とする「自助・共助・公助」の新3区分説では、伝統的共助＝「地域社会が持つ福祉機能」の居場所がなくなるので、「互助」に言い換えた。

*第3：「全国一律の画一的システムではなく、地域ごとの特性に応じて構築」。

3. 地域包括ケアシステムによる費用削減は公式には主張されていない

—過去20年間の実証研究と論争の成果

○過去の地域・在宅ケア促進政策では、医療・社会保障費抑制が目標（の一つ）とされた。

○しかし、過去20年間の実証研究と私自身の研究・主張でそれは否定された。

- * 「欧米での地域ケアの費用効果分析の概要」(『日本の医療費』医学書院,1995,186-197 頁)。
- * 「地域・在宅ケアは入院・施設ケアに比べ安くはないー費用効果分析の結論」(第 51 回日本リハビリテーション医学会学術集会・教育講演) **【添付論文 3】**。
- 地域包括ケアシステムの研究書を量産している筒井孝子氏も認識・記述を変えた。
- * 2012 年：地域包括ケアシステムの「評価の焦点をコストの削減に置くことが重要な視点になる」、「コスト削減のモニタリングを可能にしていくことが求められる」(「なぜ地域包括ケアシステムか」『こころの科学』161 号：42-48 頁)。
- * 2014 年：integrated care の「コストに関するエビデンスは十分とはいえない」(『地域包括ケアシステムのサイエンス』65 頁)。

4. 今後の社会福祉法人改革ー地域包括ケアシステムとも関わりがある

- 改革は 2 本柱：経営情報(財務諸表)公開と本来業務以外の社会貢献活動の義務化。
- * 後者の中心：低所得者、生活困窮者への自立支援・地域支援事業。
- * 「社会福祉法人への大逆風」は過剰反応&ピント外れ。
- 厚労省は規制改革会議の福祉分野への市場原理導入要求に対して、上記の改革を対置。
- * 2000 年代初頭の小泉政権時代の医療分野への市場原理導入論争と酷似。
- 社会福祉法人が自己改革をしないと、「免税特権」(特に介護事業への)等を剥奪される。
- * ただし、社会福祉事業の主役は今後も社会福祉法人：最後のセーフティネットの役割。
- 社会福祉法人に求められている新たな役割は「地域包括ケアシステム」への積極的参加。
- * それにより、大規模社会福祉法人&「複合体」はさらに規模を拡大する。
- * 新型法人＝「同じ地域にある病院・社会福祉施設を一つのグループとして経営することで、住民に対して医療及び介護サービス等を総合的かつ効率的に提供できるような、新たな医療・福祉法人制度」(自民党総選挙公約)が創設された場合、大半は大規模複合体が衣替えしたもの、または経営力・資金力のある複合体による既存病院・社会福祉法人の M&A により成立した法人である可能性が強い。
- vs 「メガ事業体」が地域の医療・福祉市場を支配することはありえない。
- (二木立「衆院選結果と第三次安倍内閣の医療政策を複眼的に考える」『文化連情報』2015 年 2 月号&「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」127 号(2015 年 2 月))

おわりにー(若い)社会福祉研究者・院生への期待と苦言

- 社会福祉の専門領域を問わず、最新の医療・福祉の政策動向をフォローしてほしい。
- * 論調の違う新聞を 2 紙読む：(朝日、毎日、中日・東京) & (日経、読売、産経)。
- * 社会保障・福祉の専門誌(紙)を 1 冊購読：『週刊社会保障』or『社会保険旬報』or「週刊福祉新聞」。
- 政策研究をする場合は、最近の動きだけでなく政策の歴史(研究書)も学んでほしい。
- 文献を読むだけでなく、医療・福祉の「現場」で起こっていることを知ってほしい。
- * ただし、例外的に悲惨な事例、超先進事例を一般化しない(印南一路「成功例の共通要因サーチの致命的欠陥」『Monthly IHEP』(医療経済研究機構)232 号：24-28,2014)
- * 「両極端に注目し、[二つの対比的な構造分析から、全体の構図を]立体的に組み立てる」(関満博『現場主義の知的生産法』ちくま新書,2002,120-122 頁)。

【添付論文1】

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つはそれ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:598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% [53.5%] 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 [90.5万人] 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強くあります。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6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）。

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」、高橋紘士編『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くられないよう、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、老人施設等が補完

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（池崎澄江・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 日に札幌で開か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」。田中滋氏と同じく、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、自宅死亡＝「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。

【添付論文2】

2014年「地域包括ケア研究会報告書」をどう読むか？

（「深層を読む・真相を解く」(34)『日本医事新報』2014年6月14日号(4703号)：15-16頁）

地域包括ケア研究会（座長：田中滋慶應義塾大学大学院教授）の「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書」（平成25年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業。以下、2014年報告書）が5月に発表されました。地域包括ケア研究会は2008年度に発足し、2009年、2010年、2013年、そして本年と合計4回、いずれも5月（名目上は3月）に報告書を発表して、地域包括ケアシステムの概念・理念の拡張・「進化」（田中滋氏）を主導してきました。

これらの報告書は、今や「国策」（宇都宮啓保険局医療課長）とまで言われるようになっていく地域包括ケアシステムを理解するための「必読文献」ですが、医療関係者の間では認知度は高くありません。そこで、本稿では、2014年報告書の内容を過去3回の報告書と比較しながら検討し、2014年報告書の新しさ・「変化」と「不変化」を明らかにします。

急性期医療・病院の役割を明示

一番大きな変化は、2014年報告書が、初めて、地域包括ケアシステムの中に、急性期医療や病院の役割を明示したことです。

実は、2009年～2013年の報告書は、地域包括ケアシステムを主として、介護保険制度の枠内で論じていました。最初の2009年報告書から、医療は、地域包括ケアシステムの構成要素に含まれていましたし、「医療と介護等の各種サービスの連携」も強調されていましたが、その医療は診療所医療や「訪問診療」に限定されていました。2010年報告書は、「2025年の地域包括ケアシステムの姿」として、わざわざ「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」（27頁）を強調していました。2013年報告書の「医療・介護の連携に向けたイメージ」図（22頁）にも、病院は含まれていませんでした。

それに対し2014年報告書は、「“支援・サービス”を受ける場所」を「住まい」「医療機関」「住まいと医療機関の中間施設」の3つに分類した上で、「急性期の医療機関」、「急性疾患への対応」の重要性を強調しました。これは非常に重要な「進化」です。

在宅と医療機関での「看取り」を強調

第2の変化は、2014年報告書が「はじめに」で、今後の死亡者数の急増に触れ、本文でそれに対応した在宅と医療機関の両方での「看取り」を強調したことです。上述したように2009～2013年の報告書は介護保険制度の枠内での議論にとどまっていたためもあり、今後の後期高齢者や要介護高齢者の急増を強調する一方、死亡者数の急増にはまったく触れていませんでした。

2013年報告書は、「地域包括ケアシステムの理念」として、新たに「本人と家族の選択と心構え」（「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）を提起しました。本人

と家族にいわば「孤独死」の覚悟を求めるこの問題提起は大きな意味がありますが、まだ理念レベルの提起にとどまっていました。

それに対して、2014年報告書は、<看取り>を独立の項目とし、しかも、「『住まい』での看取り」だけでなく、「[死亡]直前まで『住まい』で過ごし、最期の2週間程度を『医療機関』等で過ごして看取る形態が今後も増加する」（20-21頁）と明示しました。この変化も現実的だと思います。

入所施設を「重度者向けの住まい」と位置づけ

第3の変化は、かつて否定的に扱っていた特別養護老人ホーム等の介護保険施設（入所施設）を、2014年報告書が「重度者向けの住まい」と積極的に位置づけたことです。

2009年報告書は、「大規模集約型や隔離型の施設から、地域生活に密着した施設に転換する」、「施設において提供される医療・看護サービスを必要に応じて外付けし、体系としては居宅サービスの一部を施設入所者が利用するという考え方を検討すべき」と大胆な問題提起をしました（13,22頁）。2010年報告書は、さらに踏み込んで、「施設を一元化して最終的には在宅を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」（42頁）としました。全国老人福祉施設協議会（特別養護老人ホーム等の開設者団体）はこれを「特養解体論」と呼んで、激しい反対運動を展開しました。

そのためか2013年報告書からは、サービスの外付け論は消え、逆に介護保険施設を「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」（14頁）と肯定的に評価しました。さらに2014年報告書は、介護保険施設を「重度者向けの住まい」と積極的に位置づけました（14頁）。

私が特に注目したのは、介護保険3施設のうち、法的には2017年度末の廃止が決定している介護療養型医療施設について、2014年報告書が「医療依存度・要介護度がともに高い要介護者を受け入れる施設として機能しているが、さらに、居宅で生活する医療依存度の高い要介護者に対する短期療養も含めた支援拠点としても期待される」（39頁）ときわめて高い評価をしていることです。

さらに、報告書の「参考資料①」の「看取り・ターミナルケア」（20頁）には「介護療養型医療施設では他施設と比較して看取り・ターミナルケアの実施が多い」との調査結果（従来型老健の6倍、介護療養型老健と比べても3.2倍）が載っています（おそらく厚労省老健局の提供資料）。私は、以前から、同省（特に老健局）は、本音では、今後の死亡急増時代の「受け皿」を確保するためには、介護療養病床を廃止するのは困難と考えていると推察しています。この資料はその現れかも知れないと感じました。

3つの「不変化」－政権交代の影響を受けない

以上、2014年報告書に現れた3つの「変化」を示してきました。しかし、4回の報告書には「不変化」（一貫していること）も少なくありません。私は次の3つに注目しています。第1は、この間の2回の政権交代の影響がまったくないことです。2009年報告書は麻生自公内閣時に、2010年報告書は鳩山民主党内閣時に、2013年と2014年の報告書は安倍自公内閣時に発表されましたが、地域包括ケアシステムについての基本的考え方の変化はまったくありません。私は、民主党政権発足時から、医療・社会保障政策は、政権交代の影響をほと

んど受けないと指摘してきました。地域包括ケアシステムはその典型と言えます。

第2の「不変化」は、2009年報告書が「自助・互助・共助・公助」という4区分を初めて提起して以来、2014年報告書までこの区分を一貫して用いていることです。実は、2006年以降、政府・厚生労働省の公式文書では、「自助・共助・公助」という3区分が用いられ、しかも従来「公助」とみなされていた社会保険を「共助」と呼び換える特異な解釈が導入されたため、伝統的な「共助」（近隣の助け合いやボランティアなど、インフォーマルな相互扶助）の位置づけが曖昧になっていました。研究会はそれを「互助」と呼び換えることにより、この矛盾を回避したと言えます（詳しくは、拙著『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房,2014,第4章第4節「『自助・共助・公助』という表現の出自と意味の変遷」）。

第3の「不変化」は、2009年報告書以来、「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システムである」（5頁）ことを、一貫して強調していることです。しかも、各年版の報告書は、さまざまな「ネットワーク」の形成を強調しています。私は、この指摘は非常に重要と思います。しかし、それならば、国により全国一律で定められるという誤解を招きやすい「システム」という用語は避け、最初から「地域包括ケア・ネットワーク」と呼称した方が適切だったと考えています。

【添付論論文3】

地域・在宅ケアは入院・施設ケアに比べ安くはないー費用効果

分析の結論

（「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ー効果的・効率的で公平なリハビリテーションのために」『文化連情報』2014年7月号（436号）：16-24頁より）

第4に、費用効果分析による地域・在宅でのケア・リハビリテーション（以下、地域・在宅ケアと略記）の経済評価（費用効果分析）で得られた知見を紹介します(9)。私は、医療の経済評価でもっとも研究の蓄積があるのはこの分野の研究であると判断しています。

実は、その結果は、時代により異なっています。1970～80年代前半までは、世界的にみても、地域・在宅ケアは入院医療・施設ケアよりも安価だという理解が一般的でした。ただし、これは、費用を医療保険で給付される費用や公的福祉・介護費用、つまり「マネーコスト」に限定した主張でした。当時は、地域・在宅での家族や近隣住民によるインフォーマルなケア・介護の費用（コスト）はタダとみなされていました。

それに対して、1980年代後半以降は、家族介護等を加えた「リアルコスト」でみると、地域・在宅ケアが施設ケアに比べて安上がりとは言えないこと、特に長時間の介護・ケアを必要とする重度障害者については、地域・在宅ケアの方が高くなるのが、学問的にも、政策的にも確認されるようになりました。さらに、1990年代以降は、公的費用（マネーコスト）に限定しても、地域・在宅ケアの方が高いとの研究が多くなりました。少し古いですが、1994年にワイザート等が発表した「地域基盤の長期ケアの効果についての研究」のメタアナリシス（対象は32研究。うち22はランダム化比較試験）では、地域ケアによるナーシングホームや病院への入院の抑制効果はごく限定的であり、地域ケア群の総公的費用（地域ケア費用と施設・入院費用の合計）は対照群に比べて平均15%高いという決定的結果が得られました(13)。その後も、この結論を覆すような厳密な個別研究も、メタアナリシスも発表されていません。例えば、グラボウスキーは2006年に、1994～2004年の11年間にアメリカで発表された、いくつかの新しい「非施設系長期ケアモデル」の費用効果分析の「最新文献のレビューと統合」を行いました。それらにより利用者と介護者の福祉と費用（マネーコスト）の両方が増えていることを再確認しました(14)。

その結果、21世紀に入ってから、日本の厚生労働省の担当者もこのことを公式に認めるようになりました。例えば、佐藤敏信保険局医療課長（当時）は、2008年11月の全国公私病院連盟「国民の健康会議」での講演で、次のように述べました。「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」(15)。

なお、私は、元リハビリテーション医であることもあり、代々木病院勤務医時代から長年、重度障害者の地域・在宅ケアの費用について調査・推計するとともに、文献レビューを行ってきました。表「重度障害者の在宅ケア費用は施設ケア費用よりも高いことに言及した拙著

一覽」のポイントは、以下の通りです(15)。

『医療経済学』(1985)では、「脳卒中医療・リハビリテーションの施設間連携の経済的効果の試算」(シミュレーション)を行い、自宅退院患者の医療費に「生活費・介護手当の加算」を行った「『社会全体としての資源の利用』という枠組みでみる限り、重度患者[全介助患者]の在宅費用は、施設入所に比べて決して安くはない」ことを示しました。『リハビリテーション医療の社会経済学』(1988)では、欧米諸国での費用効果分析の結果を紹介して、「障害老人の在宅ケアは費用を節減しない」ことを示すとともに、その理由を説明し、今後求められるのは「在宅ケアと施設ケア両方の充実」であると主張しました。『90年代の医療』(1990)では、私が指導した日本福祉大学大学院生吉浦輪君(当時)の修士論文中の「寝たきり老人の在宅ケアのADL自立度別社会的総費用」データを紹介して、完全寝たきり群の社会的総費用は老人病院費用や特養費用を上回ることを示しました。『複眼でみる90年代の医療』(1991)では、在宅介護の大半を「外部化」した事例の金銭費用(マネーコスト)調査に基づいて、「在宅ケアは施設ケアに比べて安価ではない」ことを示すとともに、ある精神障害者団体が行ったシミュレーション調査に基づいて、精神病院に長期間入院している精神障害者を病院から退院させ、地域ケアに切り換えた場合には、入院時よりもはるかに多額の公的費用がかかることを示しました。『90年代の医療と診療報酬』(1992)では、予防接種ワクチン禍訴訟の原告(重度の脳障害児)の生活時間調査に基づいて、障害児が家族の手厚い介護により「寝かせきり」の生活を脱してより高いQOLを享受するためには、「寝かせきり」の介護より、はるかに「リアルコスト(介護時間と金銭的出費)」がかかることを示しました。『日本の医療費』(1995)では、「欧米諸国の地域ケアの費用効果分析の概要」を詳しく紹介し、「驚くべきことに、費用に家族の介護費用を含めず、公的医療費・福祉費に狭く限定した場合にさえ、地域ケアのほうが費用を増加させるとする報告が多い」ことを示しました。最後に、『21世紀初頭の医療と介護』(2001)では、わが国の実証研究データ(国民健康保険中央会、広島県御調町)を紹介して、「在宅ケアを拡充すれば施設ケアは減らせる、わけではない」ことを示しました。あわせて、「わが国の地域包括ケア最先進地域で、いわば介護保険を先取りした高水準の在宅ケアを提供している…御調町の経験は、今後わが国で介護保険制度により在宅ケアを大幅に拡充しても、施設ケアを減らすことはできないことを暗示している」と指摘しました。この指摘・予測は、介護保険開始後14年間の現実で実証されています。

文献

(9)二木立『日本の医療費－国際比較の視角から』医学書院,1995,第4章「医療効率と費用効果分析－地域・在宅ケアを中心として」(173-197頁)。

(13)Weissert WG, et al: Lessons learned from research on effects of community-based long-term care. J Am Geriatr Soc 42:348-353,1994.

(14)Grabowski DC: The cost-effectiveness of noninstitutional long-term care services: Review and synthesis of the most recent evidence. Medical Care Research and Review 63(1):3-28,2006.

(15)二木立『医療改革と財源選択』勁草書房,2009,131-132頁。