

地域包括ケアシステムの実現に向けての提言

中西 啓文

キーワード：地域包括ケアシステム、高齢化、エージングインプレイス、看取り、死生観

1. はじめに

わが国では、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行している。65歳以上の人口は、現在3,000万人を超えている。国民の約4人に1人が高齢者である。2042年の約3,900万人でピークを迎え、その後も、75歳以上の人口割合は増加し続け、75歳以上の高齢者は2025年には2,179万人、2055年には2,401万人、4人に1人に達する事が予想されている。このような状況の中、団塊の世代（約800万人）が75歳以上となる2025年（平成37年）以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれている。また、3,000万人が暮らすわが国は、年間130万人が亡くなる「多死社会」でもあり、看取りが大きな社会問題となる。このため、厚生労働省は、2025年（平成37年）を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している。

地域包括ケアシステムの最終目標は住まい・医療・介護・予防・生活支援の一体的な提供である。高齢化社会の中で、今後、特に問題となるのは認知症高齢者の増加とその対応である。認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、早急に地域包括ケアシステムを構築していく必要がある。人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じている。したがって、地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じてテーラーメイドで作り上げていく事が求められている。高齢化はまさに現在進行形であり、

各自治体はシステムの構築を行いながら、現実の諸問題に対応していくといった並行作業を強いられている。

わが国における人口減少、少子・超高齢化の進展は、地域コミュニティの持続可能性に大きな危機をもたらしつつある。1つは自治体の消滅である。元総務相で東大の増田寛也客員教授らによると2040年には全国1800市区町村の半分の存続が難しくなるとの予測である。また国土交通省も全国6割の地域で2050年に人口が半分以下になると試算している。二つ目は年齢別人口構成の不均衡である。高齢者だけの町、男女比が不均衡な町、子どもがいない町がはたしてまちとしての機能が維持できるのだろうか。地域住民が安全にまた安心して暮らせるまちづくりのために、行政と地域住民との柔軟で活発なコミュニケーションと合意形成、また、従来の行政に過度に依存しない民間とのパートナーシップに基づく新たな事業スキームが必要である。地域包括ケアシステムの構築如何により高齢者の未来のみならず、日本の未来も大きく左右される可能性がある。そこで、本論文では喫緊のテーマである地域包括ケアシステムに関して理解を深めるために、まず高齢者をとりまく現状の課題認識を行い、次に地域包括ケアシステムの構築に向けた提言を行いたい。

2. 地域包括ケアシステムの実際

「地域包括ケアシステム」とは、地域住民に対し、保健サービス(健康づくり)、医療サービスならびに在宅ケア、リハビリテーション等の介護を含む福祉サービスを、関係者が連携、協力して、地域住民のニーズに応じて一体的、体系的に提供する仕組みである。すなわち、ソフト(事業)面では、その地域にある保健・医療・介護・福祉の関係者の連携によりサービスが提供されることであり、ハード面では、そのために必要な施設が整備され、地域の保健・医療・介護・福祉の資源が連携、統合されて運営されることである。

わが国において地域包括ケアシステムはいつ、誰が、どのように始めたのであろうか。地域包括ケアシステムの日本における開祖は広島県御調町(現在は尾道市に合併)の公立御調病院の山口昇院長である。1970年代、ケア開始のきっかけは要介護要治療患者の増加であったという。脳血管疾患等で救急搬送され、緊急手術で救命し、リハビリによって退院した患者が、1、2年後に寝たきり状態になって、再入院してくるケースが増えた。その多くが褥瘡をつくり、おむつをあてた状態で、しかも痴呆症状が進んだ状態になっていることが多かった。共稼ぎ等による家族介護力の低下、おむつ失禁を余儀なくされる不適切な介護、自宅の療養環境の問題、さらに日中の家族不在

により家に閉じこもりがちになることによる認知能力の低下など、複合的な要因が原因としてあげられた。

山口医師は、このよう状況に対応するために、医療を自宅に届ける出前医療、訪問看護、保健師の訪問、リハビリテーション、さらに地域住民による地域活動の充実、などの活動を導入するとともに、1980年代には病院に健康管理センターを増設し、ここに町役場の福祉と保健行政を集中させて、社会福祉協議会も移設し、文字通り保健医療介護の一体的な推進体制を構築することになった。利用者の生活課題を発見し、その課題解決を目指して、現場に必要なサービスを創出した。さらにこのサービスが有効に機能するように、サービス提供体制を地域で統合、これを円滑に実施する体制を構築するために、行政組織の統合まで行った。御調町では、御調病院のほかに、町設置の特養ホームや老健施設があり、それらの施設間の連携により“地域包括ケア”が成り立っていた。山口昇医師はそれらの施設の責任者を兼ね、さらに御調町の保健福祉管理者という行政部門の責任者でもあった。医療と介護両方への視野をもって、これらの施設を中心に“地域包括ケア”を実現したのである。

地域包括ケアシステムについては、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(平成16年7月30日厚生労働省告示第307号)」においても、次のように定義されており、その重要性が示されている。『国民健康保険の保険者が運営する診療施設や総合保健施設は、地域における住民のQOLを向上させるため、保健医療の連携及び統合を図る地域包括ケアシステム(地域の保健、医療及び福祉の関係者が連携、協力して、住民のニーズに応じた一体的なサービスを行う仕組みをいう。)の拠点としての役割を担うことができるものであることから、これらの施設を運営する保険者(注:市町村)においては、当該施設との連携を図った保健事業の実施に努めること。』

2006年の介護保険法改正で「地域包括支援センター」が創設され、“地域包括”という言葉が法律用語となった。この地域包括ケアの創始から約25年後に介護保険制度が導入され、様々な介護サービスが導入された。平成23年6月改正され、24年4月施行された介護保険法第5条第3項に医療および居住に関する施策との有機的な連携を包括的に推進する旨が記されている。『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。』この法律

にもあるように、住み慣れた地域での生活の継続を本旨とした居宅でのサービス提供を自立支援の理念によって行うという理念が掲げられたものの、介護保険によるサービスのみでは地域の介護課題を解決することが困難であることも明らかになった。

2003年6月に公表された老健局に設置された高齢者介護研究会が「2015年の高齢者介護」と題した報告書で、介護保険と医療及び福祉等の諸制度が連携し、さらに専門職間の多職種協働と地域住民参加を包括的に実現するために、政策理念として「地域包括ケアシステムの推進」を提起した。将来の介護ニーズ爆発に対処するためには、従来型の病院施設完結型の医療介護を地域完結型に転換する必要性のあることが、その後組織された地域包括ケア研究会の検討のなかで明らかになってきた。

2013年4月に介護保険法において「地域包括ケア」に係る理念規定が創設された。さらに、2013年8月に公表された社会保障制度改革国民会議において、この地域包括ケアシステムの考え方が社会保障のサービス体系を再構築するための政策理念とされるようになった。地域包括ケアの構築はそれぞれの地域性に立脚しながら、医療福祉介護および住宅政策を包含し、さらに自助と互助をふくめたインフォーマル部門に目配りをしながら、介護保険法でいう要介護高齢者の尊厳の保持という理念を実現するために、地域生活の継続のためにシームレスな支援が行うことができる体制の構築を目指すことである。今、地域包括ケアシステムの構築と推進が全国津々浦々の地域でその特色を反映しながら、実践されることが求められている。もちろん、当時の御調町のように国民健康保険直営医療機関が地域包括ケア構築をリードできるような一元的な体制は例外的である。むしろ多様な事業主体が多元的に存在している地域が多い。今後地域包括ケアシステムの構築を目指してこれらの諸主体の調整と連携を図るためのプラットフォームの形成を目指し、地域住民の理解と協力を得ながら、課題の解決策を作り出せる体制づくりが急がれている。

3. 高齢者を取りまく現状の課題認識

3-1. 住環境の悪化ならびに介護施設や住宅の不足

住まいは、基本的な自分の「居場所」であり、個人のライフスタイルの基盤である。高齢者の多くが寝たきりになっても自宅で暮らしたいと希望している。身体能力が低下するとコントロールできる生活空間が狭まり、自室に限定されるのはもちろんのこと、近所づきあいの希薄さや、引きこもりなどがあると、高齢者は一層、隔離された環境内に追いやられてしまうことが多い。かつて日常的にみられた、オープンスペースでの交流、例えば、縁側で日向ぼっこ、長屋の軒先での立ち話などは今日の住環境

ではあまりみられなくなった。また公共建物内ではバリアフリーは一般的になってきたが、町全体でみるとバリアフリー・ユニバーサルデザインともまだまだ不十分な箇所が多い。例えば、歩道が狭くでこぼこで歩きにくい、自転車が猛スピードで歩道を走行している等、高齢者にとって市街地は決して安心できる環境ではない。また、信号機も極端に信号が変わる時間が短いものもある。さらに、歩道に電柱や道路標識、街灯などがあり、押し車は車道を通らなければならない、危険な状況である。バスや電車でも乗降の際に段差がある、いまだに駅にエレベーターやエスカレーターが設置されていないところも多い。このようにわが国では本来の意味でのまちづくりが欧米先進国に比べて立ち遅れている。

現在、高齢者人口に占める介護施設や住宅などの定員は 4%程度にとどまる。有料老人ホームは 2012 年時点で約 7,500 施設と 4 年間で倍増したが、まだまだ需要に追いついていない。厚生労働省によると、特別養護老人ホームに入りたくても入れない人(待機老人数)は 2013 年に全国で 52.4 万人に達するという。そのため、高齢者の 9 割以上は持ち家や一般の賃貸住宅などに居住し、要支援・要介護認定者でも施設などに入居できるのは 17%にとどまる。すなわち、要支援・要介護認定者のうち 83%は在宅でのケアを余儀なくされている。

3-2. 急速な高齢化

わが国では国民の 4 人に 1 人が 65 歳以上という超高齢社会が到来した。65 歳以上の老年人口は 1995 年の 1,826 万人から 2025 年の 3,300 万人までは急速に増加を続け、2015 年には 25%台に達し、その後も低出生率の影響を受け上昇を続け、2050 年には 32%に達すると推測されている。特に日本における高齢化の特徴は、欧米先進諸国に比較して高齢化の進行速度が速いことである。したがって、高齢人口の急速な増加の中で、短い準備期間内で、医療、福祉など増加する高齢人口の問題に対応することが必要急務である。

急速な高齢化により疾病構造は変化し要介護者の数も急増した。また家族制度など社会構造の変化もあり、核家族化が進み、単独世帯、夫婦のみの世帯、夫婦ともに 65 歳以上の世帯などが増加し、介護可能なものが少なくなり、在宅で介護する能力が減少している。2013 年の全国家庭動向調査によると「年老いた親の介護は家族が担うべきだ」との考えに賛成人は、74.8%(1998 年)から 56.7%(2013 年)に減少しており家族観に変化が読み取れ、高齢者の「介護」がますます重要課題になるとと思われる。

3-3. 孤立化する高齢者

高齢者は、伴侶、友人の死亡、核家族化、家族とのコミュニケーション不足などにより孤立化する傾向にある。高齢者の社会的孤立により以下のような問題が生じている。

①生きがいの低下

誰とも会話をしない、近所づきあいをしない、困ったときに頼る人がいないといった、社会から孤立した状況が長く続くと、生きがいを喪失し、生活に不安を感じることもつながる。

②高齢者の消費者被害

悪質業者は、高齢者の「お金」「健康」「孤独」というような不安を言葉巧みにあおり、親切にして信用させ、年金・貯蓄などの大切な財産を狙う。振込め詐欺、健康食品の送りつけ商法、電話勧誘による高額な商品の販売など高齢者の被害は増加している。

③高齢者による犯罪

高齢者による犯罪も増加している。警察庁によると、万引きで摘発される高齢者は年々増え、1999年に1万人、2004年に2万人を突破、11年からは高齢者が少年（14～19歳）を上回っている。犯罪を繰り返す高齢者に孤立化の傾向や認知症との関係も指摘されている。高齢者犯罪が取り上げられた法務省の「平成23年版犯罪白書のあらまし」によると、高齢者の検挙人員の増加傾向が著しく、平成23年は20～29歳の検挙人数を超え、この20年で約6.3倍にも増えてきた。高齢者の人口増のペースを上回る増加である。前科・前歴や受刑歴などがある人ほど、初犯者に比べ、単身者が占める割合が高く、また、親族や親族以外の人との接触機会が少ない。

④孤立死（孤独死）

孤立死とは誰にも看取られることなく自宅で息を引き取り、死後、2、3日以上たってから遺体が発見される死である。中には、相当期間経ってから発見される事例もある。ひとりの人が孤独死で亡くなると、多くの人が関わることになる。遺体発見後、警察、検視医、葬儀業者、僧侶、便利屋や遺品整理業者、行政の担当者、アパートの大家などである。一人の死に対して、手続きは煩雑であり、相当の労力手間が必要となる。独り暮らし高齢者が、急速に増えてきている。国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、今年、65歳以上で独り暮らしの人は、約600万人にのぼる。老老介

護、未婚や熟年離婚も増加しており、2035年には独り暮らし世帯が4割になる見込みである。今後、看取りの問題が大きな社会問題になると考えられる。

3-4. 認知症の増加と諸問題

いま「道に迷う」「金銭管理にミスが目立つ」などの日常自立度Ⅱ以上の認知症高齢者は300万人以上、65歳以上の10人に1人といわれている。さらに2025年には470万人を越えると想定されている。中核症状と呼ばれ、脳の細胞が壊れることによって直接起こる症状（記憶障害、見当識障害、理解・判断力の低下、実行機能障害、感情表現の変化）と周辺症状と呼ばれ、本人がもともと持っている性格、環境、人間関係などさまざまな要因がからみ合って、うつ状態や妄想のような精神症状が発症する。これらの症状のために周囲で起こっている現実を正しく認識できなくなり、日常生活への適応が困難になる。特に、しまい忘れやもの盗られ妄想、さらには被害妄想などの症状は周囲を疲弊させ、コミュニケーションがとれなくなり、一層孤立化の原因となる。

3-5. 終末期医療（病院で死ぬという事）

「生老病死」という言葉がある。仏教では四苦と呼ばれる。とりわけ「老病死」はこれにつけこむ資本の論理として、医療業界をはじめさまざまな業種が介入している。健康食品、アンチエイジング、医療、宗教、などなど。生ある者は老い、病に臥し、やがて死ぬという、万物共通の道理であるが、特に日本では忌み嫌われる対象になっている。

かつて看取りは主に自宅で行われた。病院の数も少なく、医師の往診が日常的だった昔は、患者さんは家で亡くなるのが当たり前だった。闘病生活の末、いよいよの時には、枕元に親族が集まり、皆で最期の別れをしていった。そして医師が家へ出向き、死亡確認をした。ところが高度成長期を通じて人はタタミの上では死ななくなった。昭和26年には82パーセントの人が自宅で亡くなっていたのが、平成に入ると20パーセントほどに減ってしまった。逆に8割近くの人が病院で死を迎え、家で亡くなる人が10パーセント程度になり完全に逆転減少がおきた。平均寿命の延びとともに明らかに人生の最期を長く病院で過ごす人も増えていった。わが国では欧米と異なり自宅に近い「ナーシングホーム」やケア付き住宅、いわゆる、安心して最期を迎えられる「第二の自宅」と呼ばれる施設が極端に不足している。

わが国では高齢者の終末期対応にも特徴がみられる。例えば、胃瘻造設の多さである。このような患者は一昔前ならとっくに自然死していたはずである。医療の進歩し

た現在、本人の意思に関係なく胃瘻造設され、病院や施設のベッドの上で、四肢が曲がったまま、会話なく意識なく生きながえる高齢者の数は60万人、毎年、新たに胃瘻を造設する高齢者は20万人とも言われている。胃瘻造設者の大部分は障害を持つ脳疾患患者か終末期高齢者で、目的は延命である。日本とは対照的に、欧米では終末期の高齢者や認知症末期の患者は胃瘻造設の適用外でありほとんどの高齢者が延命処置を拒否して自然死を選ぶ。延命治療、終末期医療に関する国民を巻き込んだ活発な議論もないまま、漫然と続けられている。今、全ての国民に老人医療に関する基本的な考え方の整理が求められている。

4. 提言

4-1. 基本的視点

ヒトに優しい地域コミュニティ構築をめざしたまちづくりが必要である

現状の課題認識において述べたように、高齢者が生活する上でさまざまな困難な状況が生じている。ハードとソフト施策の不備、不足が指摘されている。現在、各地域の将来人口や在住する年代の人口構成を予測したまちの将来に必要とされる都市機能、生活機能に係わるハードとソフトが融合した施策を展開し、将来にわたる安心・安全な地域コミュニティの構築をめざすことが求められている。かつては地縁団体として、自治会や町内会など活発に活動し、一昔前の地域コミュニティを支えてきた。人と人のつながりが希薄になった現在、新たな地域コミュニティの構築のために、医療・保健、福祉、教育、産業、都市計画、防災・減災など多様な分野に関して、地域の特性に応じて包括的にかつ横断的に対応することが重要となる。

決して一律ではない地域特性に応じて、将来の住民の各年代層の日常生活圏を想定した各種公共施設の配置やサービス利用方法など、高齢者のみならず各年代の地域住民全てが将来にわたって安心して暮らせる施策を実現する必要がある。ヒトに優しい地域コミュニティの構築には、住民の参加および組織化とエンパワメントが不可欠である。住民の参画に基づく住民自身による内なる高まりを保障する参加システム、住民と行政との柔軟なコミュニケーションが、持続可能な地域コミュニティを構築する上で、重要な要素である。また、地域コミュニティ構築において、多種にわたる個別支援、多様な事業、地域住民の参加をマネジメントする人材が必要であり、その担い手を育成する必要がある。コミュニティを基盤とした支援を展開することの必要性ならびに重要性を認識するとともに、対応する支援システムや人材育成が急務である。

4-2. 提言

(提言1) 保健医療介護計画と都市計画の連携が必要である

医療、介護・福祉、住宅が効率的に結び合わされたまちづくりが、今、求められている。例えば、柏市の「柏の葉」では地方自治体、大学、デベロッパーの共同作業として先駆的に取り組まれている。田中滋氏は5つの輪の構成要素である住まいが他の4つの土台にあるべきとし、ニーズ需要に応じた住まいがあって初めて地域包括ケアシステムが成立すると述べている。高齢者をはじめ全ての人に優しく、安全に安心して外出できるユニバーサル都市環境の整備が必須となる。各自治体では地域全体の将来人口や、高齢者等の年齢構成予測等に計画論的目標フレームの明示はある程度なされているが、地域の生活像、生業、コミュニティ等の将来のまちのあり方、方向性等、まちの将来に必要とされる都市機能、生活機能に係わる計画的視点は不足している。地域包括ケアシステムのゴールが住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることである以上、「第二の自宅」を自宅近くに造っていくことが必要である。しかしながら、これらに対応する土地利用計画、空間計画の検討が充分にはなされていない。例えば急増している「空き家」の利用、また一等地の駐車場の有効活用など、今後活発に検討されるべきであり、財政が逼迫した現在、スクラップ&ビルドではなく、リノベーションがますます推進されるべきと思われる。また、課題にて言及したように日本の都市整備や道路環境の政策は効率性と生産性を重視するあまり、今まで高齢者や障害者の生活の視点を欠いた環境整備を行なってきた。根本的に改める時期が到来している。ヨーロッパでは広場の文化と呼ばれるように教会を中心に機能的なまちづくりが行われ、教会がコミュニティセンターのような役割を担ってきた。教会の前には、皆が集まる広場が作られ、教会と広場を中心として、周辺に住宅が作られていった。今後、日本では保健医療介護施設を中心に据えたコンパクトなまちづくり計画が必要ではないだろうか。

(提言2) 行政と民間、多職種・多分野の連携とマネジメントが必要である

コミュニティを基軸とした計画、実践、マネジメントの実現のためには、地域に暮らす高齢者、障がい者、子どもを含むすべての人々が中心となるべき明確な計画論が必要とされている。また、地域の人々の生活を中心に、都市計画、住宅、医療、保健、公衆衛生、社会福祉、教育の諸分野が包括的に計画される必要がある。医療・保健・福祉職等が連携して、地域の特性に応じた地域包括ケア体制を構築しようとする懸命な取り組みを行っている地域もある。しかしながら多くの自治体ではその作業は遅延

している。構築にあたってこれまでの行政に過度に依存しがちな縦割りのシステムを、社会サービスのネットワークを基本とした多様な主体が参画・連携できる体制づくりに変える必要がある。今後の持続可能なまちづくりのためには、高齢化への対応、子ども・家族の健康や福祉・教育、地域の課題に応じた行政と民間、多職種・多分野の連携による相互補完的な協働作業が重要となる。例えば、地域における新たなコミュニティ形成や独居高齢者などが引きこもりがちなにならないようなまちづくり、建築の関係者と保健・福祉関係者によるハードとソフトが融合した取り組み、超高齢化や公共交通機関の復興の困難性に応じて、買い物や通院のニーズに対応するデマンド交通の整備や地域医療体制の構築などが求められる。そのために、行政と民間、また多職種・多分野が連携した取り組みを実践する必要性がある。

今まで、日本という安心安全な国を維持してきたのは 交番、駐在所、派出所など町のいたるところにある警察が設置している施設に寄与するところが大きい。このように、わかりやすく便利で気軽に足を運べる施設が保険医療介護面においても必要ではないだろうか。たとえば町のいたるところにあるコンビニエンスストア。生活必需品を多くとり揃え、宅配、コピーなどの各種サービスを楽しみ、気軽に道を訪ねたり、洗面所を借りたりできるのはコンビニだけである。今やコンビニは町の第二の交番といえるくらいの存在になった。最近、コンビニ大手のローソンは、介護が必要な高齢者を支援する店舗の展開を始めると発表した。介護事業者と提携し、ケアマネージャーが常駐して介護サービスを紹介したり、生活相談にのったりするらしい。今後、積極的に行政はこのような柔軟な発想をもつ民間との連携を行う事で、住民に密着したサービスが提供できるであろう。このように各地域の課題に応じた行政と民間の各分野における、多職種・他分野が連携する取り組みをマネジメントするシステムを、各自自治体内に試行的に構築し、その試行の段階に応じて評価・再構築していく柔軟な取り組みが求められる。

（提言3） マネジメントを実践する人材育成と、公平な事業スキームの確立が必要である

多くの保健医療介護関係者は都市計画、まちづくり、住宅施策については、自分達の専門分野とは無関係であると考えがちである。ケアマネージャー、ソーシャルワーカー育成においても都市計画、住宅、コミュニティに関する分野の学習を強化する必要がある。他方、都市計画の専門家の育成において、高齢者や、地域の保健医療介護を学ぶ必要がある。また地域やコミュニティを対象とした保健医療介護施策を総合的に計画・実践・マネジメントできる地域コーディネーター（コミュニティ・マネージャー）

の人材育成が急務である。また、マネジメントは専門性を必要とし、専門家が業務として成立し得る公平なスキームの整備が不可欠である。そのためには業務内容の明確化および業務の実施において責任と権限の明確化が必要である。地域包括システムの5つの要素が住まい・医療・介護・予防・生活支援である以上、地域コーディネーターは各々の知識をある程度、習得している必要がある。また、サービスを提供する以上、ホテルのコンシェルジュのような役割も期待される。そういった観点から、社会的地位、一定の報酬を担保に教育制度による新たな資格の制定が必要ではないだろうか。

国立社会保障・人口問題研究所の西村周三氏は、介護は単なるサービスの提供という側面だけでなく、誰がどの程度の報酬を得て生活支援するのか、すなわち、地域包括システムの中に雇用や経済の視点をいれることが大切であると指摘している。また、猪飼周平氏は地域包括ケア化が本当に医療費を抑制するかは不透明であることを前提に、地域包括ケアのイメージを3点あげている。①地域包括ケア化がケアの質の改善を意味しない。②地域包括ケア化は高齢化対策という枠をはるかに越える現象である。③地域包括ケアのコンセプトはQOLであり、客観的な指標が存在しない。つまるところ、地域包括ケア化の必然性の根拠についての認識は不明であり、それ自体、つかみにくいもの、すなわち口や鼻のない顔のようなものと形容している。個人的には、地域包括ケアは成熟した社会のあるべき姿であると認識しており、システムの効率性にとって鍵になるのは自己決定力であると考え、2025年まであと10年、本来のあるべき姿、すなわち、理想型である成熟した社会に地域包括ケア化は望むべくもないが地域包括ケア化を進める事でより成熟した社会をめざすといった逆転の発想をもちたい。いずれにせよ、実際に地域包括ケアシステムに携わる者は、常に、目的、経済効果、質、QOLなどの視点をもって、都市計画と保健医療介護計画をたてるべきであろう。

（提言4）情報の共有化、ICTの最大活用が必要である

わが国では、現在、基礎年金番号、健康保険被保険者番号、パスポートの番号、納税者番号、運転免許証番号、住民票コード、雇用保険被保険者番号など各行政機関が個別に番号をつけているため、国民の個人情報管理に関して縦割り行政で重複投資になっている。一人一つの共通番号を持ってあらゆる行政サービスを包括するものは現在のところ存在しない。他の先進国同様、医療財源をできるだけ効率的にデータに基づいて使い、社会保障を行っていくには、番号制度が不可欠である。

「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」が2013年5月可決成立し、2014年1月には特定個人情報保護委員会がスタート、いよいよ

よ、実施に向けて急ピッチな取組みが行われる。税と社会保障分野に導入される行政手続番号利用法は、医療分野でも広く活用される可能性がある。政府も全国民に割り振る社会保障と税の共通番号（マイナンバー）を医療分野にも活用する方針で、本人が同意すれば、医療機関や介護施設が個人の医療情報を共有し、無駄な検査・投薬を避けられる。マイナンバーで集めた医療情報をビッグデータとして分析することで、過剰な検査などを省いて国民医療費を抑制し、新薬の開発に活用できる。税や年金分野ばかりか、医療分野での活用は、今後さまざまな方面で応用されるであろう。具体的には、二重の検査や不正な報酬請求防止、貧困ビジネスの防止、未収金の回収、さらに独居高齢者の情報、認知症の行方不明患者の身元確認、災害緊急時の安否確認等、である。個人は過去5年分くらいの医療データを保存することが重要であり、必要によりクラウド（データセンター）に照会できるような体制作りが必要である。また医療介護施設の情報もオンライン化で共有できるシステムが必要である。医療の場が病院から在宅へと変わる流れの中で、スマートフォンやタブレット端末の登場、クラウドサービスの浸透により、在宅分野におけるICTを利活用した情報連携は、今後大きく広がっていくと考えられる。

（提言5）地方分権の推進と高齢庁の設置が必要である

地域包括ケアシステムの構築は地域づくりでもある。また、社会保障の給付が地域社会に循環することによって、地域の活性化にも貢献する。その意味で地域包括ケアシステムの構築を推進することがこれからの地域政策の根幹に位置づけられる必要がある。国民がゆとりと豊かさを実感し、安心して暮らすことのできる社会の実現を目指し、地方分権改革を総合的かつ計画的に推進するため、平成18年12月15日に地方分権改革推進法が成立した。しかしながら、「未完の改革」と呼ばれるように、本改革は推進されていない。長期的に見ても、国が高齢者を制度で支えるというのは非効率で無理があり、地域コミュニティで支えあう社会構築の方が効率的である。東京一極集中から脱し、地方、地域それぞれが豊かな産業と豊かなコミュニティを創造していく時代にむけて、地方分権を迅速かつ大胆に進めていくことが必要である。地域包括ケアは地方分権の試金石とされる所以である。

内閣府特命担当大臣に少子化対策担当が設置されたように高齢者対策担当大臣を設置すべきではないだろうか。例えば、わが国の高齢者住宅は種類が多く複雑である上、管轄する省庁も厚生労働省と国土交通省に分かれるなど、一般の利用者にとっては非常に理解しづらく、住み替えを検討する際にも必要な情報が集約されていない、どこ

に相談にあってよいかわからないなど、不自由を強いられることも多い。わが国では、先述した住宅政策や国民の個人情報管理に関してもそうであったが縦割り行政の弊害が多く、極めて効率性が悪い。地域包括ケアのためにはクロスファンクショナルな組織構築が重要である。高齢化が進み、高齢期の居住の場としてこうした高齢者住宅を選択する高齢者が増加すると推測される中で、高齢庁を設置し、垣根を越えた専門家による仕組みづくりが必要ではないだろうか。

（提言6）Aging in placeを推進するために「住まい」の確立と日常的な備えが必要である

「エイジング・イン・プレイス（地域居住）」とは、日本流に言えば「住み慣れた地域で、その人らしく最期まで」ということである。欧米諸国では、戦後の経済成長を背景に大規模施設が建設されたが、1980年代には施設に代わる高齢者ケアの体系として「エイジング・イン・プレイス（地域居住）」という概念が登場した。その基盤となるのが自立型高齢者住宅である。日本においても、2005年特別養護老人ホームの国庫補助が打ち切れ、2006年からは介護保険に地域密着型サービスが登場して、制度上は「エイジング・イン・プレイス（地域居住）」の道程を歩み始めた。しかし、この概念に込められた「地域で自立して生きる」ための高齢者住宅の建設や在宅24時間ケアの整備は一向に進まないのが現状である。この考えを実践している国がある。北欧デンマークである。デンマークは、「高齢者は介護の対象ではなく、生活する主体」という理念と、高齢者三原則 ①住まいの継続性 ②自己決定の尊重 ③自己資源の活用から施設の建設をやめ住宅へ移行していった。そして「住まいとケアの分離」理論にのっとり、地域の高齢者住宅で、ニーズに合わせて在宅ケアを受けながら、最期まで地域で暮らせる地域居住を実現している。住まいとケアの分離では、まず「住まい」（住宅部分）を確立し、確立された「住まい」に対して、必要に応じて柔軟にケアを提供している。これにより、高齢者にとっての問題である転居をできるだけ少なくして、地域社会との関係を保ちつづけることができる。このように地域コミュニティの基本である「住まい」の確立なくしてケアの提供は成立しえず、医療介護関係者はこのことを銘記しなければいけない。

米沢慧氏はその著書「病院で死ぬのはもったいない」の中でいのちのステージを左右対称の項目立てて「往きの医療」と「還りの医療」とに分けている。「往きの医療」は救命や延命を極めようとする医療、すなわち、いかに死を遠ざけるかに寄与する医療、一方、「還りの医療」は老人介護を含む緩和医療やホスピスなど、そう遠くない時点で訪れるであろう死を受け入れながら還りにあるいのちのステージを支える医療の

あり方を示している。高齢化社会を迎えた今、「還りの医療」をサポートする体制作りが必須である。特に今まで「往きの医療」に慣れ親しんだ医療関係者はその意識を変革する時期に来ている。

多死社会を迎えるにあたって、病院での死から在宅での死に移らざるを得ない時代が到来する。「在宅死」の条件として以下の5点があげられる。①本人の意思、希望、決心 ②家族の意欲、体力、時間的余裕 ③医療福祉介護関係者の協力 ④住宅環境 ⑤経済力 である。自宅での看取りには本人と家族に信念と覚悟が最も重要で、そのために日常的な備え（心構え）を行うべきであろう。

5. おわりに

2012年から今年度までの第5期は、高齢者が地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった事項を重点的に取り組むべき期間とされている。特に重要なのは高齢者の居住に係る施策であり、住まいは、地域包括ケアシステムの最も基本的な基盤である。今後、単身高齢者の急増が予想される都市部においては、住まいの確保は急務である。具体例として、階段のない集合住宅の高層階に住む独居高齢者が骨折治療の後、認知症や廃用症候群にて、自宅復帰不可能になり、適当な施設もなく仕方なく病院で長期入院せざるをえない状況に陥っているケースや高齢者の夫婦では生活を支えるどちらか一方が入院した場合、もう一方が生活困窮に陥るなどの事由で夫婦とも入院させざるをえないケースなど、入院中、退院後を通じて住まいの問題は医療介護関係者を悩ませる。また住まい以外の問題として、医療や介護を受けている本人以上に、周囲の人間が疲労困憊するケースが多く、介護する家族への心のケア（配慮）も重要である。インフォーマルで医療や介護の悩みを相談し情報を交換する場所を提供している施設もあるが、まだまだ少数である。このように、解決すべき問題は多くあり、単に「ホーム・スイート・ホーム」のような理想論で厚生労働省の構想通りに「エイジング・イン・プレイス（地域居住）」を推進していくことができるのか懐疑的な部分も多い。行政は単なる自助、互助依存だけでなく、民間と協力して都市計画、まちづくり、住宅施策に関してさらなる事業スキームの整備を行うべきである。

地域包括ケアシステムの構築はまだ始まったばかりだが、受け止め方、取り組み方、進行の度合いに地域間でかなりの格差があるようだ。自治体をはじめ関係する各職種での在宅医療に関する人材不足は否めず、地域主体、行政の縦割りシステムの中で人

材交流など可能なのか不明である。居住地の市役所の担当者に意見を聞く機会があったが、なかなか医師会との連携がとれにくく、作業が進まないということであった。公立みつぎ病院の山口医師は何故 1970 年代に、地域包括ケアシステムの先駆けとなるようなサービスを提供することができたのだろうか。おそらくは目の前に現れた患者、家族に対する問題意識、そしてその解決策をみいだすために、必要性にかられて、各種サービスを開始したのであろう。そもそも医療と介護は完全に別物ではなく、お互いに相関関係にある。前述したように都市部では医療と介護の二重苦のみならず、福祉をあわせた三重苦に苛まれた高齢者は急増している。今後、しっかりとした地域包括ケアシステムの構築のために現実を見据え、医療と介護は切り離せない事を認識し、職種は問わず、第 2 の山口昇医師のような存在を主導者として育成する必要がある。

中川恵一氏は著書「死を忘れた日本人」の中で日本人はどこに死に支えを求めるのか、と問うている。現代の核家族化の中で、家庭において老いや死は縁遠く、また現代日本人の宗教心の希薄さは先進国の中でも際立っており、死を知り、死と向き合う事が、死を乗り越えて「よく生きる」ことにつながると説いている。また死生観の研究者であるカール・ベッカー氏は、現在みられる死の「ポルノ化」を危惧し、日本社会が死を正しく捉え直す必要があると述べている。医学が進歩し、多くの高齢者が胃瘻や不必要な延命処置などにより、自分の意志に反して、長生きできる、あるいはさせられる世の中になった。生と死は表裏一体である。わが国では生きる事のみが大事にされ、死は遠ざけられ、忌み嫌われている。実際の教育現場で、社会活動で高齢者施設を訪問する、授業で死生観について議論する、など、もっと老病死に関してのテーマで議論が活発に行われるべきではないだろうか。高橋紘士氏はマクロ論としてわがまちの介護や医療や福祉の課題の抽出からはじまり、この課題の解決のために、どのようなアプローチを行うか。そのために、先行する実践からヒントを得ることにより、地域自体が、地域課題にふさわしい解決策を探る必要があると述べた。ミクロ論として地域包括ケアシステムの構築のために地域に住むわれわれがすべきことは介護や医療や保健の現実問題を直視し、死について自分なりの考えをもつ努力をすることであり、死に方について考えれば、備えを含めて、生き方も変わってくるのではないだろうか。

謝辞

本稿執筆にあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科 小山秀夫教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授をはじめ多数の教授陣にご指導を賜り謝意を表します。

参考文献（引用文献を含む）

- [1] 東京大学高齢者社会総合研究機構編著(2014)『地域包括ケアシステムのすすめ』、東京大学出版会。
- [2] 高橋紘士(2013)『地域包括ケアシステム』、オーム社。
- [3] 西村周三(2013)『地域包括ケアシステム』、慶應義塾大学出版会。
- [4] 朝倉美江、大田卓司（編著）(2010)『地域ケアシステムとその変革主体』、光生館。
- [5] 中村仁一(2012)『大往生したけりゃ医療とかかわるな』、幻冬社新書。
- [6] 島田裕巳(2014)『0葬』、集英社。
- [7] カール・ベッカー(2000)『生と死のケアを考える』、法蔵館。
- [8] 中川恵一(2010)『死を忘れた日本人』、朝日出版会。
- [9] 大橋謙策(2014)『ケアとコミュニティ』、ミネルヴァ書房。
- [10] 仁科伸子(2013)『包括的コミュニティ開発』、御茶ノ水書房。
- [11] 長坂健二郎(2010)『日本の医療制度』、東洋経済。
- [12] 大島伸一(2014)『医療のかたち、国のかたち』、グリーンプレス。
- [13] 筒井孝子(2014)『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略』、中央法規。
- [14] 内海聡(2013)『医学不要論』、三五館。
- [15] 松田真哉(2013)『医療のなにが問題なのか』、勁草書房。
- [16] 神戸市医師会報(2013)「かかりつけ医にできる在宅医療-在宅医療の負担感や困難への解決策」、在宅医療研究会。
- [17] 米沢慧 編著(2012)『病院で死ぬのはもったいない』、春秋社。
- [18] 与芝真彰(2013)『自立死』、幻冬社新書。
- [19] 堀文子(2010)『ひとりで生きる』、求龍社。
- [20] 猪飼周平(201)『地域包括ケアであるべき根拠はなにか』、未定稿。

引用ホームページ

- [1] 内閣府(2012) 共生社会政策「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査結果」
<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h22/sougou/gaiyo/>（2014年8月12日アクセス）
- [2] 総合調査「少子化・高齢化とその対策」（2005）高齢化社会に向けた住宅・居住環境対策
<http://www.ndl.go.jp/jp/diet/publication/document/2005/>（2014年8月12日アクセス）

- 日アクセス)
- [3] 長寿科学振興財団 HP(2014) 健康長寿ネット「日本における長寿社会」
<http://www.tyojyu.or.jp> (2014年8月12日アクセス)
 - [4] 国立社会保障・人口問題研究所(2013) 全国家庭動向調査
<http://www.ipss.go.jp> (2014年8月12日アクセス)
 - [5] 厚生労働省 HP(2014) 認知症の症状—中核症状と行動・心理症状
<http://www.mhlw.go.jp> (2014年8月12日アクセス)
 - [6] 内閣府(2011) 高齢者の社会的孤立がもたらす問題点
<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2011/> (2014年8月12日アクセス)
 - [7] 日本老年医学会(2012) 胃ろう栄養の適応と問題点
http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/pdf/review_geriatrics_49_126.pdf (2014年8月12日アクセス)
 - [8] 総合研究開発機構(2012) 老いる都市と医療を再生する
<http://www.nira.or.jp> (2014年8月12日アクセス)
 - [9] 厚生労働省(2013) 医療・健康分野における ICT化の今後の方向性
http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/senmon_bunka/iryuu/dai2/siryuu3.pdf (2014年8月12日アクセス)
 - [10] 東京財団(2014) 「ケア」のカギを握る分権化と住民自治
<http://www.tkfd.or.jp> (2014年8月12日アクセス)
 - [11] 内閣府 HP(2014) 地方分権改革
<http://www.cao.go.jp/bunken-suishin/> (2014年8月12日アクセス)
 - [12] 高齢者住宅経営者協議会(2013)
<http://kokeikyo.com/wp-content/uploads/2013/02/> (2014年8月12日アクセス)
 - [13] 厚生労働省 HP(2014) 地域包括ケアシステム
<http://www.mhlw.go.jp> (2014年8月12日アクセス)
 - [14] ニッセイ基礎研究所(2014) 人口1億人と地方経済
http://www.nli-research.co.jp/report/nlri_report/2014/report140626.pdf
(2014年8月23日アクセス)