

地域包括ケア時代の医療・介護

～元気高齢者育成支援のためのソーシャルキャピタル～

研究分担者 櫃本 真聿（愛媛大学医学部附属病院総合診療サポートセンター）

**要旨**

超高齢社会においては、高齢者を社会的弱者としてケアする行政や医療・福祉を見直し、地域で自分らしい生活を送りさらに社会に貢献するいわゆる“元気高齢者”を、今後の重要な社会資源として育成支援していく体制へ切り替えていく必要がある。そのための「地域包括ケア」であり、生活を重視した地域資源総動員の地域づくりが急務である。

医療・介護においては、技術の進歩や環境改善の推進の一方で、疾患や障害によって人生や生活が途切れないように、医療・介護の目的を生活継続の観点に転換することが肝要であり、できるだけこれまでの生活に戻す役割が求められている。そして“してあげる”から“求められる”医療・介護へ、生活を見据えた“生活に戻す”ことを重視した対応へと展開し、本人・家族の力を引き出すような、病院・施設内はもとより地域資源全体をマネジメントする機能を強化しなければならない。ソーシャルキャピタルの醸成には、このように元気高齢者を育成支援する観点が重要であり、高齢者の働く場を増やすと共に、医療・介護は“生活資源”であることを意識して、特定の部門や職能が担うのではなく、多職種協働による生活重視の支援体制を整えることが大切である。

**A. 地域包括ケアシステムのねらい**

今後の方針の中核となる地域包括ケアシステムは、超高齢化社会の一大ポイントである2025年を目途に、医療と生活・介護の一体化（「介護」「医療」「予防」「住まい」「生活支援」の5大要素）を推進し、「自分らしい生き方・死に方」を自ら選択し実践する住民の“心構え（覚悟）”を基盤とした地域づくりを達成することにある。そのためには、医療は、診断・治療重視から生活支援重視へ、そしてQOL・QODなどこれからの医療の質の重要な指標を物差しとした体制の再構築に向けて、地域特性を重視した“医療を生活資源”としたパラダイムシフトが求められる。

医療や福祉だけでなく、地域資源が総動員して、元気高齢者を育成支援するための共通のベクトルに乗って、連携に留まらず統合して取り組んで行くことが大切であり、この考え方を基盤に、これからの医療施策が行われることを十分認識しなければならない。

**B. 地域包括ケアシステムを必要とする背景（表1）**

医療崩壊の解決の切り札が医師確保対策ではないことは言うまでもない。医療・介護システムへの患者・住民の依存度が高い中で、医療・介護費抑制策を断行した結果、患者・家族は医療者とのコミュニケーション不足による不信感を抱き、医療依存による激務を強いられ

た医療者は疲弊し、互いの信頼関係は著しく低下することとなった。医療崩壊解決の決め手は、医療者と患者・家族との信頼関係の再構築がキーであり、また患者・住民の医療への依存度を下げることにある。

医療崩壊時代に、以下のような背景から、地域包括ケアシステムの構築が必要とされている。

- 1) 人口問題・・・少子高齢化の進行，人口遷移  
寿命が延伸する中での健康寿命の短縮化
- 2) 経済問題・・・急増する医療・介護費，財政破綻問題・・・在宅医療推進だけでは限界
- 3) 健康の再定義・・・健康定義(WHO)の見直し  
QOD 死生観の醸成
- 4) 公助の縮小化・・・依存から自立へ，自助・互助・共助の賦活化

まさに国民皆保険制度や介護保険など、現行システムを堅持できるか、2025年までの取り組みがラストチャンスかもしれない。

#### 1) 人口問題

これからの日本の高齢化は、日本の既に高齢化したへき地における高齢化や、欧米諸国の高齢化とは異なり、徐々に進行するようなものではなく、「人口遷移」と言われるように、極めて急激な速度で高齢化が進行する。1980年まで長く続いた人口の内2割程度が50歳以上であった状態から、50年の短期間に、50歳以上が6割を占める状況に急変することになる。この急激な変化に、いかに対応できるかが、日本の命題であり、この状況はアジア全域へ広がる事が予測されており、世界のトップランナーとして注目されているところである。

人口遷移といわれる高齢化の進行は、1980年において、人口の約2分の1を占める生産年齢人口が、各々4分の1の成長期の子供達と隠居世代の50歳以上をさせる構造から、一気に、2030年には、隠居世代の50歳以上が過半数を超え、人口の3分の1を占める生産年齢に迷

惑をかけないようにするどころか、この生産年齢人口を支える状況となった。つまり1980年頃の生産年齢人口は、年を重ねても永遠に支え続けないと行けない事態となった。

2030年において、65歳以上の働ける時間（要介護者やそのお世話人口を除いて）が、65歳以上の働いている時間を遙かに超えるようになる。図1からも、65歳以上が生産年齢人口を支えていかなければならない時代の到来を明らかにしている。若い世代は次世代を産み育て、そして国際競争に立ち向かうことに専念し、地域づくりは65歳の「元気高齢者」が担うという関係が期待される。

#### 2) 経済問題

医療費は、高齢者の医療費の伸びを、若い世代の人口減少に併せた患者減少がある程度相殺し、2025年には想定よりもやや低いペース、約3割程度の伸びが推測されている(図2)。高齢者の尊厳死等“QOD”クオリティ・オブ・デス)を意識した医療が実践されることにより、この伸びをさらに縮小することが期待されている。

一方、介護費の伸びは著しく、介護保険創設時から25年間で約6倍に膨れあがることが予測されている(図3)。要介護者をお迎えに行くような従来の制度が見直され、要支援が介護保険の予防給付から、市町村主導の高齢者の健康づくりとして、内容をより充実させて切り替えられることにより、介護費の適切な運用が図られることを期待したい。

#### 3) 健康観 健康の再定義

WHOの健康の定義をみると、健康が手段ではなく目的とされ目指すべきゴールとして、頑強な身体作りや疾病対策を中心に進められてきたことが理解できる。健康寿命が介護保険の受給者となるまでと定義されていることと一

致する。しかし、超高齢社会においては、意欲を持って自分らしく生き、何らかの役割を担って社会に貢献することで、健康と感ずることが重要である。寿命が男女とも延伸し、世界一の長寿国となった日本で、健康寿命が徐々に短くなっている…つまり介護保険受給開始年齢が若年化している矛盾を考えると、新たな健康の定義を早急に行う必要性を痛感する。

WHOの健康の定義に応じて、頑強な身体づくりや疾病予防を重視して、出世や豊かな生活など未来を目指して頑張り抜くタイプがこれまでの第1トラックの健康観であった。しかし、定年後など、限られた時間を意識し、いかに自分らしく生きていくか、まさに死に方を意識した第2トラックの健康観が、社会的に認知されていく必要がある。今後第2トラックの健康観を持つ世代が急速に増えてくることは必至で、この健康観に対応できる、医療や介護その他地域社会づくりが求められる。

マズローの三角は、第1トラックの健康感にはつながるものの、第2トラックでは、限られた人生を意識し死と向き合うことで、まさに逆三角形となり、社会を支え貢献することへの自己実現へ発展する。第2トラックを十分意識した、まさに元気高齢者を育成支援することが、社会の大きな役割として期待される。

#### 4) 自助・互助・共助・公助 公助依存から共助へ

公助主導で進んできた我が国の体制は、今後自助・互助・共助が強調され、これらを十分行った後に公助が行われる方向へ大きく舵を切ることとなった。

長年の公助主導のために、自助以上に互助・共助が衰退してきており、これらを賦活化するコミュニティづくりが、今後の重要な施策となる。地域包括ケアシステムの根底には、住民が自助・互助・共助を重視した地域づくりへ主体的に取り組む心構え（覚悟）を持たなければ、

公助は期待できず、地域格差は当然生じるといった考え方がある。この覚悟を、脅しではなく、自らの使命として引き出すことが、地域包括ケアの実現を左右することになる。

また公的資金がつき込まれてきたこれまでの経緯から、国民の多くが医療制度も介護制度も公助であると考えている傾向が否めない。消費税の社会保障へのつき込みが更なる誤解を招くことになるが、どちらの制度も共助であることを再認識して、限られた資源をいかに活用していくのか、住民自身が考えていくことが必要である。

#### C. 医療の新たな目的

疾病を診断し治療を行うことを目的とした従来の医療の役割を果たすだけでは、元気高齢者として地域で意欲を持って地域貢献を担うレベルまでには至らず、社会的弱者として医療や介護などに依存した生活を送らざるを得ない高齢者を増やすことに繋がりがかねない。医療と福祉・介護そしてその他生活資源が、連携を超えて、元気高齢者を育成支援する共通のベクトルに乗って協働することが期待されている。元気高齢者を育成支援する等「支える医療」として、医療を生活資源として地域で活用することが、まさに地域包括システムのミッションと言って良いだろう。

60歳も過ぎれば、医療にかかるのは当然であり、75歳を過ぎれば介護にもお世話になることは十分考えられる。その状況を踏まえ、医療や介護に依存し、「べったり医療・べったり介護」とならないよう、「ときどき医療・ときどき介護」の状況をできるだけ長く続けられるように、医療も介護も、生活を重視した、“してあげる”サービス提供型から、“求められる”パートナー型へ、パラダイムシフトしていかなければならない。さらに「べったり医療・べったり介護」となったら、尊厳を重視して速やかに「看取る」支援体制も期待される。

#### D．今後の日本の社会資源は（**図3**）

これまでは生産年齢人口が日本を支え、高齢化率が地域の活力低下の指標のようにみられてきた経緯がある。超高齢社会においてその思い込みを大きく変革することが必要であり、地域包括ケア時代のミッションとして、日本の最大の社会資源を見直すことが大切である。

加齢や疾患（脳卒中や認知症など）により、要支援・要介護・要医療となり、べったり医療・べったり介護の社会的弱者となり、医療や介護依存が進行して自立性が低下し、自分らしさを見失った状態に追い込んでしまうといった「悪循環」を断つことが求められる。そして、むしろストロングポイントに着目し、社会的弱者としてケアするのではなく、ときどき医療・ときどき介護の中で、各々の能力を引き出し、社会に活かしていく体制づくりが、日本にとって最大の社会資源を育てることにつながると考えられる。高齢者は貴重な社会資源であり、元気高齢者を育成支援する社会づくりが不可欠であり、特に元気高齢者が働ける場づくりが急務である。地域の元気高齢者率が、地域の活性指標となると期待したい。

60歳以上の3分の2、そして70歳以上の過半数が、生き甲斐のためや、人々との交流や、そしてこれまでの経験を社会に活かしたいためなど、ボランティア活動など何らかの社会貢献をしたいと思っている状況がうかがえる。

#### E．ミッションは元気高齢者の育成支援

これからの社会の担い手は「元気高齢者」である。彼らが、自立し自分らしく生きていながら、弱った高齢者を支え、さらに子育てや国際競争の中で手一杯の若年層をも支えるといった元気高齢者の社会貢献が、日本のこれらを左右すると言っても過言ではない。元気高齢者（例えときどき医療・ときどき介護状態になっても、自分らしく意欲を持って生き、地域に

貢献できる高齢者等）を育成支援する地域づくりが、地域包括ケア時代のミッションと確信する。そのために医療はどうあるべきか。弱者ケア中心の医療・介護他、してあげる対策へのシフトを改め、地域生活にできるだけ速やかに戻し、地域で少しでも活躍できるよう支援することが、何よりも大切である。元気高齢者の働き場所の確保やそのための環境作り・支援を、社会全体のミッションとして、総動員で取り組むことが、何よりも望まれる。

既にこのような実践をしている市町村がある。例えば福島県伊達市の事例であるが、発展途上ではあるものの、元気高齢者を地域社会の最大の資源と位置づけ、その育成支援をミッションに、地域資源のリソースマネジメントに取り組んでいる。昨年度本研究班で報告した三重県のいなべ元気システムを導入し、地域に根付いた民間機関と連携のもと、市長の強力なリーダーシップと、行政の縦割りを超えたヘルスプロモーションを展開することにより、地域包括ケア時代に適応した、元気高齢者育成支援に取り組んでいる。元気高齢者による地域づくりを目指した、まさに今後地域に普及できるソーシャルキャピタル醸成のモデルになりうると考えている。

#### F．おわりに（**表2**）

前述の課題を背景に、地域包括ケアシステムが何故必要なのかを把握して、自分らしい生き方死に方ができる、地域コミュニティづくりのために以下のような取り組みが必要である。

- ・「元気高齢者」を地域で育成し支援、働く場づくり
- ・地域資源を総動員するための協議や実践の場づくり
- ・新しい健康観に基づいた支援体制の構築
- ・医療・介護が一体化して、生活資源として元気高齢者の生活・QOLの向上を支援

・医療・介護システムは公助ではなく共助であることを認識して、各依存への軽減対策

・かかりつけ医を、地域総合診療医としてマネジメント機能発揮できる「地域包括ケアシステムのリーダー」としての人材育成

そして、急性期医療重視ではなく、生活の場での医療を重視した、地域住民への「かかりつけネットワークの構築」を推進することが期待される。

G．研究発表

- 1．論文発表       なし
- 2．学会発表       なし

H．知的財産権の出願・登録状況

- 1．特許取得       なし
- 2．実用新案登録   なし
- 3．その他         なし

# 表1. 地域包括ケアを必要とする背景

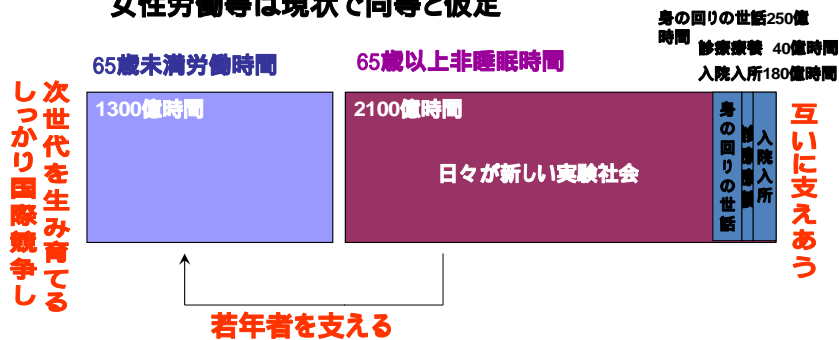
**医療崩壊** 医師不足対策では改善できない 信頼関係の再構築  
 医療・介護システムへの**依存度が高い**中での

**医療・介護費抑制策**の断行した結末

- **人口問題**・・・少子高齢化の進行 **人口遷移**  
 寿命が延伸する中での健康寿命の短縮化
- **経済問題**・・・急増する医療・介護費 財政破綻問題  
 在宅医療推進だけでは限界
- **健康の再定義**・・・健康定義(WHO)の見直し QOD 死生観の醸成
- **公助の縮小化**・・・依存から自立へ 自助・互助・共助の賦活化

国民皆保険制度他 現行システムを堅持できるか **ラストチャンス**

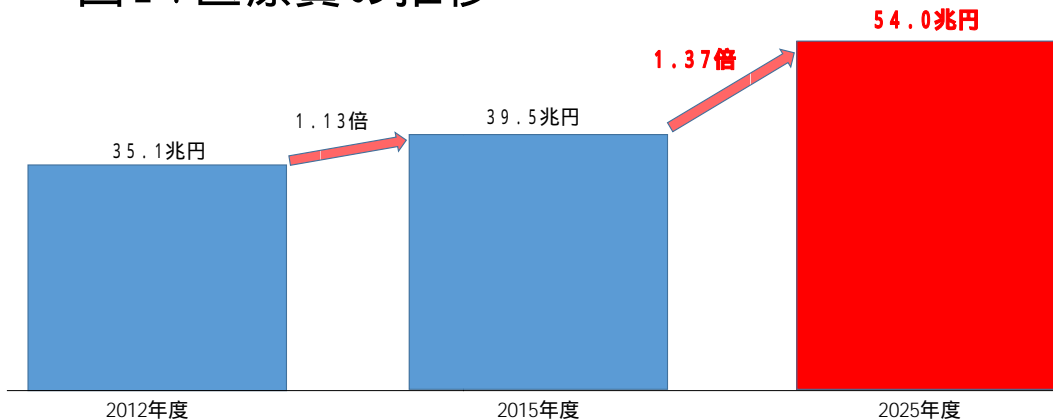
図1. 日本国で1年間に費やされる時間  
 年齢別に2030人口で推計  
 女性労働等は現状で同等と仮定



©Thasegawa  
 NIMSJapan

社会生活時間調査2006を用い、将来人口年齢別掛け合わせて推計

図2. 医療費の推移



社会保険料 : 109.5兆円

社会保険料 : 119.8兆円

社会保険料 : 148.9兆円

厚労省資料より作成(人口前提:日本の将来推計人口(平成24年1月推計)出生中位死亡中位、経済前提:内閣府「経済財政の中長期試算(平成24年1月)」)

図3. 介護給付と保険料の推移

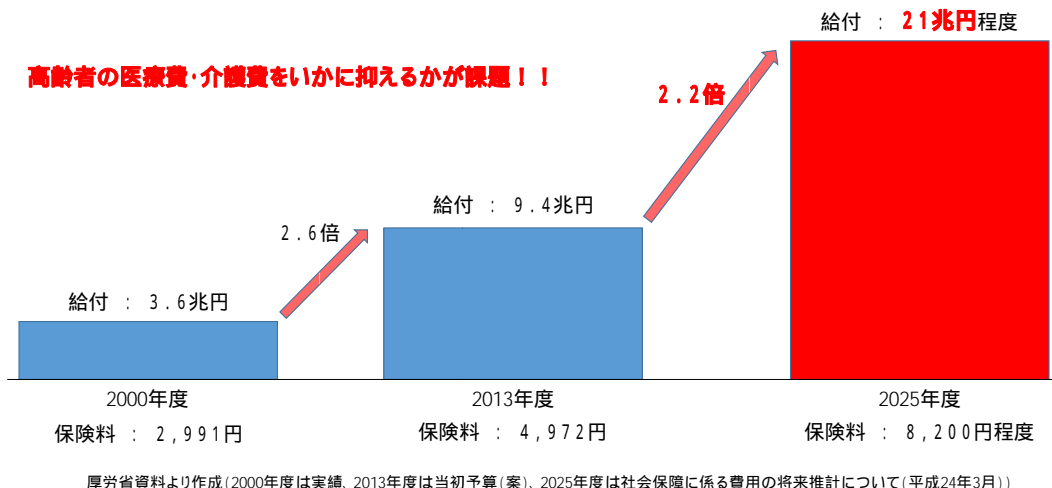


図4. 日本最大の社会資源！

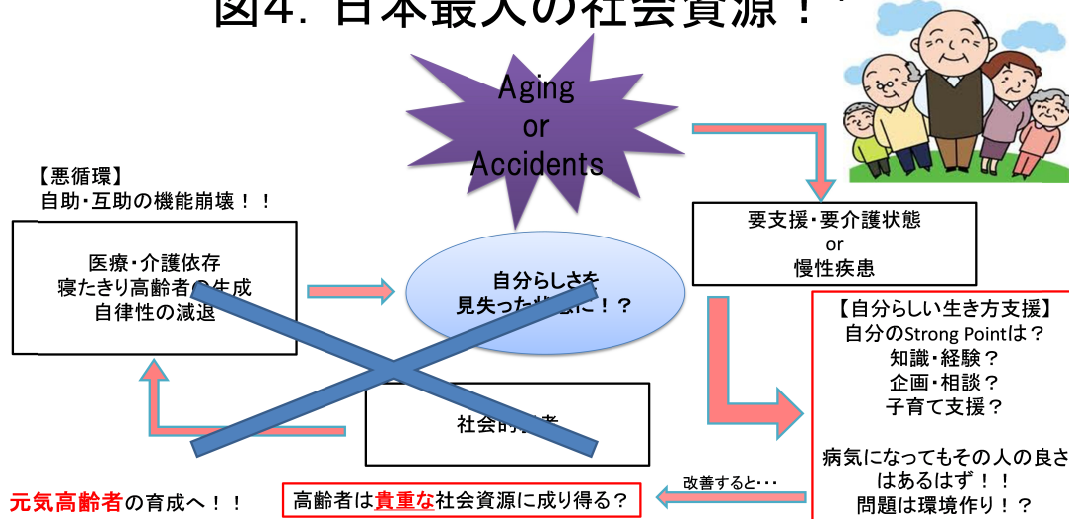


表2. 地域包括ケアシステムが必要なのか

前述の課題を背景に 自分らしい生き方死に方のための  
地域コミュニティ主体の地域づくり

- ・元気高齢者を地域で育成し支援 働く場づくり
- ・地域資源を総動員するための協議や実践の場づくり
- ・新しい健康観に基づいた支援体制の構築
- ・医療・介護が一体化して 生活資源として 元気高齢者の生活QOLの向上を支援
- ・医療・介護システムは公助ではなく共助であることを認識して、各依存への軽減を図る
- ・かかりつけネットワークの重視 マネジメント機能強化  
総合診療医に期待 地域包括ケアシステムのリーダー