

で言えば、まとめて言えば安心感かもしれない。そういう安心を感じられるようにし、在宅限界を引き上げ、急性期医療機能が看取りに追われて麻痺しないようにする。だからキーワードは「おおむね在宅、時々施設」です。循環的な利用でいいのだと思う。もし不安ならば、最期の3日間ぐらい、病院を含む施設を使ってもいいけれども、ベースは、80歳のときに、自分は一生自宅を捨てて施設に入るか、在宅で頑張るかにかかわる重い決意するのではない。

施設の持っている機能は、病院も含めて、小山剛さんがなさってきたことですよ。機能をまちに展開できるわけです。高度急性期のところは病院内部の力に頼るけれども、病院・特養・老健などが持っている機能は、訪問看護にしても、訪問診療にしても、地域に展開できる。地域に溶け込ませた連続的な機能にすることによって安心感を高めていけば、東京の要介護高齢者が地方に行くなどの案の意味がなくなります。機能でなく、施設という名称で考えるから出来上がる案にすぎません。地方から来た方ができれば元気うちに故郷に帰ることは大いに賛成しますが、一方、東京に代々生まれ育った人間をどこかに送る案は失礼な話だと思います。

東京に施設をたくさんつくれと言っているのではありません。機能をいかに確保するか。すなわち、施設に集約された機能をどのように地域に溶け込ませていくか。これも論点であると、お二人のつくってくださったレジュメをもとに考えました。

以上でございます。ありがとうございます。

【司会】 ありがとうございます。それではここからは大島先生、西村先生、そして田中先生に前にお出まし頂きまして、田中座長、よろしくお願い致します。

## 2. ディスカッション

【田中】 では、ここからいつものように座長になります。前回、2月で少し間があきましたが、この間、何もしていなかったわけではなくて、お手元に皆さんちょっと持って帰るのが重い報告書、昨年度のワークショップの資料や講演録、皆さんのご意見を全部まとめたものをつくり、今後についても議論してきました。今年度もさまざまな方を呼んで勉強会を始めるに当たって、まずは年寄り3人から始めることにしました。

どうぞ手を挙げて、質問でもいいし、我々の提起した論点に対して自分はこう考えるでもいいし、反論でもいいし、参加型で参りましょう。どうぞ。また、所属、氏名をお願いします。

【発言者A】 3月に福祉医療機構をやめました〇〇といいます。

西村先生に質問したいんですけども、先ほど資産のお話、これだけ東京にはまだ不動産、それから、金融資産、そういったものがたくさんあるというお話ありましたけれども、その資産の価値というのは、買う人がいて初めて資産価値というのが見込まれると思われんですけども、これから需要と供給ですね、買う人というのがどんどん減少していくのではないかという中において、資産価値というのが現状以上に確保できるものなのかどうかと。現に武蔵野市でしたっけ、リバースモーゲージのあれをやめるといふような話が数年前にあったかと思うんですけども、そういうふうな形で資産価値が減少するという、その危惧があるのではないかと思うんですが、ご意見をいただけたらと思います。

【西村】 時間の関係で飛ばしたんですが、結論を先に言うと、中古住宅市場をしっかりと整備するということが大切です。ご承知のように不動産は2つの機能を持っています。それは例えば次の世代に渡していくほんとうの資産としての不動産。もう一つは、毎日使うものとしての住宅。そこをスムーズに転換することによって、需要は私は減らないと。それができればね。もちろんさっき東京から出ていけて、それは賛成できないんですが、ある程度やっぱり私たちは、ある程度ね、そういうことも考えます。

例えば100坪の家を持っていて、かなり大きい、持っていて、そこで、夫もなくして1人になりました。そこでずっと住んでいるのはほんとうに便利かなというふうに疑うような一人暮らしの女性がいます。この人が当然一方ではその資産を、子供がいない場合は、さっきちらっと言ったのが、信託とか、いろんな制度があるので、それをお勧めしたいわけですが、子供がいる場合は残したいわけですね。そうすると、ある程度価値が、ある程度同等の価値を持った、もうちょっと小さい、しかもケアがちゃんとあるところへ移るといふ、需要と供給の関係で、そっこの広いところは、標準世帯のような、お父さん、お母さんと子供が2人という人がかわりにそこに住むというような形でマーケットは、きょう省略しましたが、日本がいかに中古住宅市場が整備されてないか。ちょっと正確な数字は忘れましたが、全体の取引、新築の取引の中、全体の取引

件数のうち、20%切ります。ところが、ヨーロッパ等は、これ、また公共住宅の話をほんとうはやりたいんだけど、時間の関係でそれは省略しますが、民間の私的財産としての不動産というのは、6割から7割ぐらいが、もちろん文化的に、機能何とかというのとか、文化が違うとか、そういう話あります。しかし、どう考えても、今より3倍ぐらいの中古不動産市場は整備することができるというふうに私は読んでいます。そういう意味です。

【発言者B】 東京都内のクリニックの〇〇と申します。大島先生に質問させていただきます。先生がおっしゃっていただいたこと、ほんとうに全体を見はるかして、これからのパースペクティブ、見せていただいたと思うんですけども、ことし、日本医学会総会で、ご承知のとおり、健康社会宣言2015関西が最終日に出されて、その第1項目が、井村さんが出されましたけれども、医療は治療から予防へとパラダイムシフトするということだったと思いますが、私、医療が、ほんとうに国から元気をなくする医療じゃなくて、国を元気にする医療になるためには、治療というところで、過負荷を与える状況から、予防というところに完全に軸足を移して、軽減化を図るということがあるように思うんですけども、その点についてはいかがが評価しておられますでしょうか。

【大島】 予防、特に一次予防ですね。一次予防が、いわゆる高齢社会とか高齢者を、焦点に置いた場合には、これは欠かせないことだと思います。一方で治療をどのように考えるのか。これはなくならないし、科学とか技術は宿命的に進歩し分化していきます。分化すればするほど幅は広がります。広がれば広がるほど専門家の数も必要です。これは避けられない。進歩、発展、前進という機能が避けられないことであれば、そういった部分と、これから、人口構造の軸が高齢者のほうに移って、需要がそこに集中してくるというような状況の中で、医療資源をどう算定し養成し配分してゆくの、全体の医療構想をどう考えていったらいいのかという設計図が必要になってきます。いずれにしても、一次予防というのはすごく重要になってくることは間違いないでしょうね。

実は、ちょっと私にもまだよく整理がついていないのですが、予防という話になると、健康の問題を含め医療界が中心になってやってきました。ところが、実は中京大学の北川学長は、私の同級生なんですけど、北川学長の話の聞いていると体育系が健康というものをどう考えているのか、もう全く違うんですね。

具体的に今整理して話すことができるほど私も整理がついているわけじゃないんですが、彼は、医療界が中心になってきた予防とか、その在り方について批判をするわけです。健康の概念とか健康に対する考え方そのものが違うということを非常に強調しています。話を聞いてみると、ほんとうにおもしろいというのか、我々が今まで医療界の中で予防だとか言っていたものと体育系の彼らが考えてきたものというのは随分違うなということがひしひしとわかってきます。

何が言いたいかというと、どうも医療界だけで、私たちが健康とか、予防をするためにどうするかということまで必死になってやってきたことを、ほんとうにそれでいいのかなということをやっと見直してみる必要があるんじゃないかと思っているのです。一次予防というのは絶対必要であるし、これはものすごく重要であるということ前提にしてそういったことが必要なんじゃないかなと今思っています。

【発言者C】 訪問看護事業協会の〇〇でございます。事実関係の質問を。大島先生のパワーポイントで3番目のパワーポイントの地域包括ケアの新規定ですが、これは厚労省の人に聞いたほうがいいのかもかもしれませんが、地域包括ケアの法律上の定義が、実は一括法のときに、私が見た限りでは、たしか主語が高齢者と限定されていたと思うんですが、それと介護保険法第5条第3項の関係というのはどういう形になるのかということなんです。法律上の地域包括ケアの定義は、高齢者が住み慣れた地域でという、そういう法律上の定義になっていますから、そこはどういう関係なのか。単純な質問なんですけど。

【田中】 どなたか厚労省の方いらっしゃるか？医療・介護総合確保法第2条の定義とこの定義について。

【発言者D】 厚生労働省審議官の〇〇です。よく言われるように総合確保法で書いたところは、高齢者と書いてあって、地域包括ケアが高齢者のものでしかないといって批判をよく浴びます。一方、介護保険法は被保険者と書いてあり、介護保険者の被保険者って40歳以上ですので、そういう意味でいうと、高齢者ではないんですが、そうはいっても、子供も含めた全体的な概念ではないんじゃないかというようなことがあろうかと思えます。ただ、法律の間における、たしか、

先生がやられた地域包括ケアの新規定が書いてあるんですが、地域包括ケアシステムという言葉そのものの規定は、今申し上げた総合確保法のところと、その前のプログラム法のところを書いて、そこまでは高齢者と書いてあるものですから、まだ概念として、法律上の規定において高齢者に限定しているんじゃないかというご批判はあろうと思います。ただ、介護保険法のと看、今改めてそういう指摘を考えたことがなかったので、40歳というのはどうだったかなと。すみません、上司が訂正します。

【田中】 ○○局長、お願いします。

【発言者E】 私が正確かどうかわかりませんが、介護保険のほうの規定は、これ、先にできたんですね。宮島局長のときにこの改正をして、初めて地域包括ケアとして該当する規定を入れた。しかし、そのときに、地域包括ケアシステムって何って、これ、定義するのは難しいですね、言葉自体。法律上にもないし、初めてある種のできてきた言葉だし、先ほど田中先生のお話にあったように、我が国が直面している事態って、人類が初めて経験している。我々が先頭ランナーとしてこの局面に立っているということなので、宮島さんがいろいろ努力されたんですが、法制局が、おそらくこんな言葉はだめだと言って入らなかったらう。

我々はなぜ入ったかという、大島先生がご参加くださった社会保障国民会議で報告書をまとめまして、これに入っているから文句あるのかと言ったら、そのまま通してくれた。それで入っている。そういうことなんです。

ただし、地域包括ケアは、根本的には全ての世代の問題だと思いますが、現実に直面しているのは、まず高齢者の課題を解決しなきゃいけないということではないかと受けとめております。

【発言者C】 それで、私の要望としては、高齢者に限定した理念じゃなくて、全年齢を対象にした基本的な概念だということ、ある時期には厚生労働省にその辺のところを整理していただきたいという要望でございます。

【田中】 ありがとうございます。いつも例に引く、私がかかわっている川崎市の地域包括ケアビジョンには、はっきりとそういうふうに書いてあります。地域包括ケアシステムは全年齢のものであり、市を挙げてであってとかなり具体的に書いています。だから、自治体のほうで進んでいるところはそうなりつつあります。中村委員長、何かありますか。

【中村】 Eさんの説明のとおりで、2011年の介護保険法の改正は、田中先生の研究会で、地域包括ケアを実現するということ、を最上位の概念に置いて、介護報酬なり、マンパワー政策なり、介護保険の制度を直していくということになりました。この改正で、定期巡回等のサービスを介護保険の給付に入れるとともに、地域包括ケアの理念を規定したわけですが、それは地域包括ケアの定義ではなくて趣旨を生かすという意味でこの条文をつくったわけです。

2013年12月に成立した「プログラム法」で初めて第4条の医療制度の規定で、医療提供体制の改革と地域包括ケアシステムを実現することによってということが書いてあって、その地域包括ケアシステムの説明をする必要が出てきたので、そこで括弧書きでCさんが言われた地域包括ケアの定義が書いてあります。そこで初めて地域包括ケアシステムが条文上定義されたという形になります。なぜそれが入ったかというのは、局長（発言者E）の説明が正解だと思います。

【田中】 ありがとうございます。

【発言者F】 日本医師会○○でございます。きょうお話を聞かせていただいて、今までわからなかったことがちょっとわかるヒントが見えたような気がしますが、医療機関の機能分化と連携、地域包括ケアシステムの構築の関係、別々に動いているとうまく整合性がとれなくなるんじゃないかという気がするんですね。中小病院以下は、地域のいわゆる支援もしたり、専門特化したり、あるいは地域によってはミニ中核病院みたいなところもあると思うんです。そういう形ではっきりしていくんですけど、いわゆる大病院と言われていたものが、地域によって実際はかなりの方が高齢者だったといった感じで、今、平均在院日数の短縮とか、いろんなことによって病床が空き出してきて、地域の機能を簡潔にするんだというんだけど、それが逆に院内を中小病院のケアミックスみたいな形にして、院内で病床稼働率を調整しようとするような動きが一部で出てきている。おそらくそういうことが進んでいくんじゃないかなと思うと、そこがうまく整合性がとれないと地域医療構想がうまくいかないんじゃないかなと思って、最後は公的と民間の闘いみたいな、そんな感じになって、非常にそこが混乱するんじゃないのかなということを懸念している。その辺、きょうおいでの厚労省の方々、どう考えていらっしゃるのかということと、もう一つは、さっき全年齢ということがありましたけれども、やはり私は少子化をどうとめるかという、

それもぜひ入れていかないと、高齢者はだんだんだんだん先細りの話なので、そうじゃなくて、我々の分野というのは、地方に若い方がたくさん来てくれるので、その人たちに子育てと仕事を両立しながら高齢者の介護をし、地域づくりもするというような、そういう視点をもっと持っていくと、広がっていったら、財務省にももっとものが言えるようになるんじゃないかなという気がするんですけども、いかがでしょうか。

【田中】 急性期医療、高度急性期医療と地域包括ケアの関係についてのご質問です。医療提供体制と地域包括ケアの組み合わせですね。診療所はもちろん地域包括ケアの一員だし、中小病院、老健はそうでしょうか。いかがですか。

【中村】 「一体改革」を担当してきた立場から経過を申し上げますと、今進んでいる改革は、社会保障と税の一体改革の枠組みでまず進められています。第2次安倍内閣もこの政策を継承しております。そのときは、社会保障の機能強化・充実を図ることとし、そのお金が要るので、それは消費税財源で対応するというのが前提であります。そうすると、医療、介護、年金、少子化対策の4分野に消費税を回すということが政治的に決定されました。そこで、その4分野についてはきちっと改革を明示する必要があります。そこで医療と介護の改革という形で、課題が整理されました。医療については、もうこれはずっと昔からの課題であります。病院、入院機能の分化と連携を徹底していくという医療改革があります。介護は、経緯からいって、地域包括ケアシステムの構築は、介護の分野で進んできたわけですが、「一体改革」の中で地域包括ケアシステムの構築が閣議決定され、つまり政府レベルで医療提供体制の改革とともに地域包括ケアシステムの構築が改革の2大目標になりました。社会保障制度改革国民会議の報告書で、提供体制の改革をメインに考えるべきであり、皆保険を維持するためには、医療が変わらなければならない、そこで提供体制の改革だと大島先生の議論で、国民会議の報告書が方向づけられ、医療と介護は消費税充当先としては4分野であったけれども、報告書では、医療・介護を一体的に考えていくという形になり、それが吉田審議官のポストを生んだと、こういう経過です。

そこで、この2つをどう整理していくかということなんですが、実は良質で効率的な医療提供体制を実現するために、病院完結から地域完結にしていく必要があります。当然、地域包括ケアシステムを構築していかなければならないという形になります。そういう意味では、地域包括ケアと良質で効率的な医療提供体制の確立というのは密接不可分です。しかも、医療改革のほうで進めてきた在宅医療の推進は、地域医療計画でも、5疾病5事業のほか在宅医療を記述するようになってきていましたので、医政局は在宅医療連携拠点事業をモデル事業で実施しました。これを、全市町村、全国で展開して行くためには、介護保険法の地域支援事業でやるしかなかったということで、今、医療と介護の連携の確保は市町村の事業になってきたわけです。

ですから、まさに田中先生がやってこられたように、地域包括ケアシステムの構築というものは医療政策と密接不可分になっている。その医療政策の中で、高度急性期医療とは1つのパーツになっていて、それが連続的に地域包括ケアにまでつながるという意味で、両立させて、一緒に解く必要がある連立方程式だというふうに、内閣官房で最近までやってきた人間としては、そういう頭の整理で臨んでいるということです。

【発言者F】 総論的にはそうなんですけれども、例えば500床の急性期の大病院があって、高度急性期をやろうと思っても、その患者さんが実際そんなにいなかったと。そうなってくると、じゃあ、病床を減らすか、在宅支援をするかということ、そう簡単にはいかないと思うんですね。上から下までみんな在宅支援みたいになっちゃって、逆行すると思うし、特に大病院、急性期の大病院がどう進んでいったらいいかというのが大きな問題なんじゃないかなと思います、地域によっては。

【発言者E】 佐久総合病院の分割移転ですね。地域を支えてきた大病院が、まさに先生が言われた2つの機能を建物としても分けてしまって、片方は上に上がって、佐久二次医療圏どころか、3つの二次医療圏全体の患者を引き受ける高度急性期になり、そこは生活医療を全く行わないと。一方で、もともとの本院のほうは、昔から言われてきたとげが刺さっても佐久病院の哲学を残して、地域の生活医療だと。建物としても分離してしまって、法人格として両方提供するというのはありだと思うんですけどね。ほんとうの高度急性期って、そんな大きくなくてもいいのかもしれないんですけど、そういう事例がないわけではないので。

【西村】 ちょっと思いつきだけで恐縮ですが、要するに、さっきからずっと機能の話と入れ物の話を分けようという話が出ていて、おそらくこれから急性期病院についても、入れ物として

の急性期病院と機能としての急性期病院はちょっと分ける必要があって、入れ物が大きいからどうとか、小さいからどうとかいう話は、これから小さくしてくださいというふうに迫るしか私はないと思う。ただし、例えば教育機能、あるいは、最近勉強したばかりで、まさに地域で入ってきた段階、入退院管理、入ってきた段階でこの人をどこへ帰すかという入退院管理とか、要するに、今まであまりやってこなかった、急性期病院という名前だったんだけど、僕らもそういうイメージを持っていましたが、でも、ほんとうは急性期病院にやってほしいことをちゃんとやっていなかったということ、これから機能として洗い出して、それをお願いしていくということで、最終的に、特に東京なんかこんなたくさん要りませんよねというふうにならないようなあり方が考えることができる。

もったも、思いつきだけなのですが、医学教育という観点、どう考えても、根本的に改革を迫られていますよね。手術が上手にできたらそれでよいというような時代ではなくなっているの、そういうことを含めて、僕が今気がついていない機能も含めて、従来担っていた機能で、これはやっぱりぜひ残したいという機能を表に出して、そしてそれを担ってもらおうという方法を生み出すというのかなと、私は素人で、偉い方の会議には関係していませんから、というイメージです。

【大島】 F先生に質問されて、私が戸惑ったのは、今の制度と、それから、私自身の考えが必ずしも一致しているわけではないんですね。私はいつも単純な考え方しかしないので、それを制度にぶつけると、いつも混乱が起きるんですね。混乱が起きても言うべきだと思うと動いてしまうんですが、お話のようなことについて現実の制度と状況が、高度急性期と、それから在宅ケアなども含めた全体の状況が制度上どういうふうに仕組みられているのかという話になると、途端に私は自信がなくなっちゃうのです。それは中村さんがきちんと説明されたと思って、深く考えもせず安心して私は聞いていたんです。私が考えていることは極めて単純でして、世の中が変わってくれば、当然医療の中身も変わってくる。医療の中身が変わるなら、全体の医療資源をそれに対してどういうふうに手当てしていかなきゃいけないか。これについては制度は全然考えていません。私は医療需要と医療資源、技術水準を考えれば、どうあるべきかという総合計画の絵が、そんなに難しくなく描けると思っています。描いたら、現実と一体何が違っているのか、その乖離は何故あるのかと。その乖離を埋めるには、原則的にソフトランディングでゆく。革命的变化を起こすようなことではありませんから。しかし、確実にやり切るということは確認しておく。例えば今病床数減らすということが大変な問題になっていますが、減らすということが、結論として、理にかなっており政策的にも決定されたら断固としてやり抜くというのが私のスタンスなんです。経営とか利害も含め、いろいろあるけれども、何年までにどうすると決めたら、関係者がそれに向かっていくしかないというのが私の考え方ですし、今までもそういうやり方でやってきました。

もち論、社会の状況によって、やり方が過激だとか、非常にソフトだとかいうのはあるとは思いますが。私の理解では、今の状況というのは相当腹をくくってやらなければいけないと思っています。そして、ほんとうに重要な制度設計のコアは地域にありますから、地域ごとに相当違っているものが出てきて当然ですから、国のこれまでの制度と、地域でどうあるべきかという考え方に乖離が出てきたときにどうするかということですが、あくまで地域優先で考えるべきだろうと、私は思っています。国と地域が正面からぶつかったときにどうするか、その時に地域を優先できるかどうかというのは考えたことはないんですが、しかし、それが地域にとってほんとうに必要なことであれば、どのようにも工夫してやればよいというのが私の考えなんですね。乱暴ですね。

【田中】 大島先生が革命家でなくなったとは、随分温和になられたのですね。どうぞほかの質問を。

【発言者G】 ○○ケアセンターで理学療法士しています。西村先生と田中先生にお尋ねしたいんですけども、特に最初、西村先生の資料で、介護費と医療費が85歳を超えるとぐっと上がるというのはすごくイメージがわくんです。田中先生も、その辺の年代からが非常に重要だとおっしゃっていて、それも全く同感です。そう考えていったときに、じゃあ、なぜ介護費がこんなに上がるんだという、圧倒的に施設費ではないかと想像するんですが、どうですか。

あとは年齢で考えると、圧倒的に認知症が増えているのかなと。田中先生のおっしゃっていた在宅時々施設ですとか、ここの介護費のところを少し削減していくとか、そういうことを考えていくと、認知症対策も不可欠になってくると思います。おっしゃっていたことを実現するには、

どう考えていけばいいのか、ヒントを頂けませんか。

【西村】 私も当然施設ケアが多いから90歳ぐらいになると上がると思っていたら、実は意外に違います。やっぱり訪問介護、いわゆる在宅系も結構なウエイトを占めているということがわかりました。それは1つね。

次は、まだ有意な差が出るかどうか微妙なので、仮説として申し上げますが、訪問看護を株式会社がやっているところは、ある程度需要を喚起している可能性があると思います。ただ、私が今話を必ずしも否定的に申し上げることができないのは、90歳を超えた人を誰が、家族が面倒を見るのかという話で、逆にそこにもっと資源を投入することは必要だと思えますから、あえて株式会社がいけないという短絡的な結論は出しません。

しかし、とにかく単なる施設に入ったらという話ではなくてというのが現段階。さらに、かなり都道府県別でこの差が大きいということも非常に興味あるデータで、これは誰かやってほしいんですが、十分な答えが出ていません。しかし、ここに書いたように、家族との関係とか、それから、実はやっぱりどう考えても全体として介護のやり方を、1人の人間を連続的にどういうふうにお世話をしていくかということをしつかり見据えて、要するに例えば10年計画のケアプランができるような状態をつくりだすには、実はデータが相当集まってないと、推測とか予測ができないわけですね。だから、そういうことをデータ集めが先決で、それが無いのに、あまりいいかげんなことを言うのは控えたいと思いますが、とにかくここは、いろんな日常生活がみんな絡んでいるので、簡単に要するに90歳を超えたらもうかかるんだということを断定的に言うのは、ほんとうリスクだと私は思っています。

いろんな工夫で、一人一人のデータでずっと、例えば最低でも1年ぐらいフォローして、この方はどういう経過をたどって、どうやって最後幸せに亡くなりましたというような事例を集めることによって、そのとき、従来のデータ、費用のデータはある程度集めることができますが、そのとき、必ず経済学者は、それにやや終始する傾向があって、そのときの家族の満足度、あるいは、某有名病院においてほんとうに手厚いケアを受けて、お金を自分で払ってという場合の満足度と、ほんとうに少ないお金で貧しい人がそれなりに幸せにやって、しかも、むしろこっちのほうが幸せだったかもしれんというような事例を、エピソードアプローチという言い方をしたいんですが、それをやると、今の答えがわかるかなと思っています。答えになっていませんが、すいません。

【田中】 介護とは、さっき局長も言われたように、世界が初めて直面した事象です。まだよくわからないときに何が起きたか。旧来の医療モデル、旧来の福祉モデル、旧来の家族モデルによって、いずれも不適切な対応をした。その結果、要介護状態の人をつくってしまった。そのつくってしまったものに対していわば後処理として介護が始まった。寝たきり老人をなくすが典型でした。今の90歳の人たちはまだそこが残っているから見かけ上高いのかもしれない。西村先生も言われたように、すぐれた法人で訪問ヘルパーたちに、予後予測と簡単な観察をきちんと看護師に伝えるようなことを教育していくと入院率が激減する。そういうエピソードベース、法人レベルでのエピソードベースのデータがあります。だから、現在の90歳の介護費がこれからも続くかどうかかわからない。少なくとも最期の2カ月はしかたがないかもしれないけれど、ずっと続くかどうかはわからない。なぜかという、後処理工程ではなくなってくるからです、私たちの世代になるとね。

他方、認知症については、今のところ答えはない。世界中ない。唯一言えることは、認知症こそが自助、互助、共助、公助の4つが全部必要であるとの認識です。身体介護だけで、家族もまあまあ中流階層だったら何とかあります。だけど、認知症には、全部が、まちの人も対応しなくてはならないので、これは4つ、まさに地域包括ケアシステムが本来一番適する話なので、自治体自体の力が問われると考えています。

【田中】 もう1問ぐらい、いかがですか。

【発言者H】 岡山と山口で医療法人を運営しております〇〇と申します。医師会などいろいろなところでいろんな活動をしているんですけども、必ず出るのが、国民に地域包括ケアという言葉がまだほとんど浸透していないということ。それから、社会保障が、財源がこれだけ危機的状況になることを多くの国民が知らないから、まだないものねだりの要求が大きいと。いつも、東日本大震災のときもそうでしたけれども、日本人というのは非常に知恵があって、大ピンチのときでも暴動が起きる国民でもないし、国でもないし、ちゃんと冷静に知恵を持って対応できる

と思うので、今こそ全国民がこの危機的な状況を共有して、そして考えていく。すなわち、キーワードは規範的統合だと思っています。ただ、限界集落で隣の家まで車で10~20分かかるところに訪問看護や訪問診療が今後投入できるかという、ほぼ不可能に近いと思いますし、ただ、それはどうしても票が絡むので、自治体のほうも、奥歯に物が挟まった言い方しかできない状況がずっと続いているのかなど。私は医師会の立場では、なるべくそういうことを発信していますけれども、もう時間がないと思っているので、要は国民とともに育む地域包括ケア、医療・介護というのが今一番大事なことで、結構いろんな県や郡、市、地区で、法律でも位置付けられていますからかなりこういう会合が今増えてきていて、我々の業界の中では非常に画期的になってきていて、でも一番大事なのは、どう国民とともに考えて育てていくかどうか。これがまだまだなのではないかと思っています。

一例でいうと、胃ろうをしない尊厳死というのは我が国では今、選択肢がほぼない状況で、いま、胃ろうを選択しない家族や本人が増えてきている結果何が起きているかという、現場では昔の胃ろうが普及する前の特養でよく見られたような経鼻経管栄養がすごく増えてきていて、胃ろうが普及してしまったために、今、経鼻経管栄養の方がみられる介護施設が激減しまして、結局、おうちに帰れない方は全部病院で、ほんとうは病院にいるべきでない方でも、経鼻経管栄養というだけで病気で長期入院が余儀なくされている。お互い煮詰まった状況が起きています。本来は腸が動くのであれば、腸から栄養をとるのが生理学的・医学的には妥当だと思いますけれども。

だから、いろんな問題がまだ片づいてない状況で、ですから、覚悟というところをどう国民と共有するのか。誰が発信して、どこで共有して、どういうディスカッションしていくべきなのか、ちょっと今いろいろ考えているんですけども。

ですから、地域包括ケアの住みなれた地域というのは自己の選択によるという定義ですから、もし脳卒中になって、すぐt-PAを受けたいのであれば、都市部の急性期病院の近いところに住むことを選択されたらいいかもしれないし、我が愛着あるふるさとで自然に囲まれて住みたいと、そのかわり、心筋梗塞等になったときは、病院には時間がかかるかもしれないけれどもというのは、それも選択だし、そのかわり、行政のほうには、ドクターヘリとか、日々の化学療法の通院であったり、必要な医療のアクセスをもうちょっと力を入れてほしいかなと思っているんですけども、そのあたり、いかがでしょうか。

【大島】 先生のお話は、現場ではすごく深刻な問題だと思っています。この10年間は臨床を全然やっていませんが、もともと臨床医ですから、よくわかります。自分の頭の中では整理はついていても、本人の希望とか、家族の希望とか、もろもろのことを考えると、先へ一步、進むのに、強制的だとか何かというのはとてもできるものではないというのもよく理解できるんですが、残酷な言い方に聞こえるかもわかりませんが、一方で、これからの高齢社会が一体どういう状況にあって、このまま10年、20年いくと、一体どういうことになるのかと考えると、私は、この10年間、そればかりやってきたものだから先が見えるんですね。多分先生も相当見えているだろうと思います。自分が今臨床の現場にいないから非常に無責任なこと言うわけではないんですが、見えてわかった人は、最悪を回避するために動くしかないと思っています。何もしなければ、間違いなく共倒れになります。手を打たなければ共倒れになると思っています。一つずつは地域の中では、こんな小さなことかもわかりませんが、この小さなことをどうやって広げるかということをしないう限り、間違いなく共倒れになることが。それも私には見えるんですね。だから、あえて残酷なことを言うようですが、それはやはりどうやって納得していただくのかというプロセスはもちろんあるんですが、しかし、方向はどうやって納得していただくのかということしなくて、納得してくれなければいいやという方策はないと私は思っています。

【西村】 ほとんど同じ、大島先生と同じ話なのですが、大きな話としてそういうことしかないということをいろんなところでしか言うしかない。それが1つ。しかし、もう一つは、今考えているのは、成功事例を見せること。成功事例という表現はよくないかもしれんけど、要するに、僕らって大体薄々お金かけ過ぎてちょっとやばいよねという感覚は持っている。そうすると、ちゃんとこうやったら満足した人生を終えることができる事例がたくさんあって、しかもお金もそんなかかっていませんよという事例。逆に言うと、きょう実は財政学者が来ておられるので、ここで反論されるかもしれないんですが、お金かけることはできないんだと言うと、人間って、いや、もっとかけてって思う、そういうものだと思うんですね。しかし、かけないでこんないい

ことができ亡くなった人がいましたよ。あるいは、かけないで、こんないい治療を受けてうまくいきましたよという事例をね。これはやっぱり日本人が一番不得意な気がします。いろいろ幸せに亡くなった事例、あるいは場合によって、救急車じゃなくて、別の方法で、救急車呼ばずに、同じ満足が得られる方法が、こんなあったよ、こんなあったよというのを見せるとか、いろんな、そういう意味の成功事例を見せるとよいと思います。

【田中】 H先生の岡山県医師会報も特別号を出しました。国民とともにつくる地域包括ケアシステムではない。正しくは住民とともにです。まさに自治体ごとなのです。川崎市では副市長が各区役所に指令して、区の地域包括ケア担当の人たちにまちに出よと。役所の中に座っているな。待っているな。毎日、まず診療所、民生委員や地域の事業所やNPOを回って、何が地域の問題かを御用聞きに行けとの指令をことし4月に出された。まさに住民を巻き込むためです。市役所ならばある程度、強制的とまではいかなくとも、質問ができますからね。このように住民を巻き込む努力をそれぞれのキーワードにしていく方向は大変よいと思います。ありがとうございます。

【司会】 皆様、ありがとうございました。今年度も大体月に1回ぐらいのペースでワークショップを続けていきたいと思っております。きょうは、いつもは基調講演か、座長かという先生方にお話をいただいて、総論をディスカッションということでしたけれども、今回は、自治体から見た地域包括ケアシステムの現状と展望ということで、7月30日に開催致します。

— 了 —





### 地域包括ケアシステムの現状と展望

-2015年・2025年・2040年

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター

名誉総長 大島 伸一

2015年6月19日

地域包括ケアイノベーションフォーラム第8回WS（東京）

## 地域包括ケアシステムとは

- 「地域包括ケアシステム」は、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）で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「概ね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には中学校区を基本とする。

（地域包括ケア研究会報告書より）

厚生労働省 2

## 地域包括ケアの新規定

- 介護保険法第5条第3項

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。

厚生労働省 3

## 地域包括ケアの5つの視点

- 予防－介護予防
- 医療－在宅医療、訪問看護など
- 介護－生活援助（家事援助）、身体介護、基礎的医療ケア
- 生活支援－見守り、配食、買い物、虐待防止、成年後見
- 住まい－福祉は住宅に始まり、住宅に終わる

厚生労働省 4

## 地域包括ケア(1)

地域 場・責任(計画・行動)  
包括 手段  
ケア 目的

5

## 地域包括ケア(2)

地域 県・市町村  
責任主体  
地方行政(システム)  
職能団体(質)

6

## 地域包括ケア(3)

包括:生活に関わる基本的条件  
衣・食・住・医・介護 住居が基盤  
連携 個別の職種の集合 システム化  
1. 行政  
2. 地域リーダー

7

## 地域包括ケア(4)

ケア:目的 生活(生命)の安定  
前提 衣食住の充足・安定  
手段 医療・看護・介護  
行動計画(責任と期限)  
1. 到達目標 4. 連携体制  
2. 地域分析 5. 行動計画  
3. 地域資源 6. PDCAサイクル

8

## 地域包括ケア(5)

地域:地域社会 : 市町村

- 包括
1. 予防・医療・介護・生活・住居
  2. 医療・介護・生活関連職種



9

## 超高齢社会

- ・科学技術至上
  - ・個の解放・個の確立
- 物の飽和  
選択肢の拡大

都市化

過密化(都市)  
過疎化(地方)

個と公共

10

## 超高齢社会

貧乏婆さん  
不幸爺さん

従属人口  
非生産人口

最大の資源

11

## 超高齢社会

高齢者は最大の資源・財産

1. 多様な経験・能力
2. 多彩な経歴・人脈
3. 社会的責任から解放
4. 生活必要経費の縮小
5. 自由な発想・時間
6. 大票田・高投票率

新しい産業・文化・社会の創生

12

# 超高齢社会

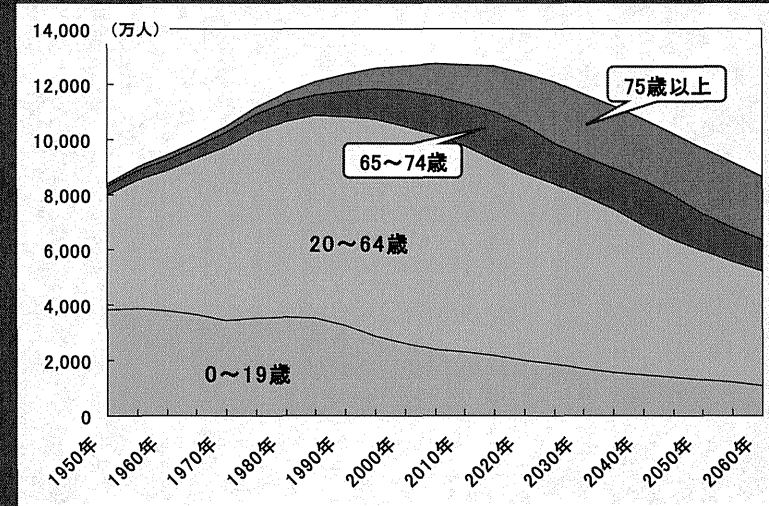
核家族 → 老々世帯 → 独居

生活形態の再編

人類の持続的生存  
世代サイクルに適した生活

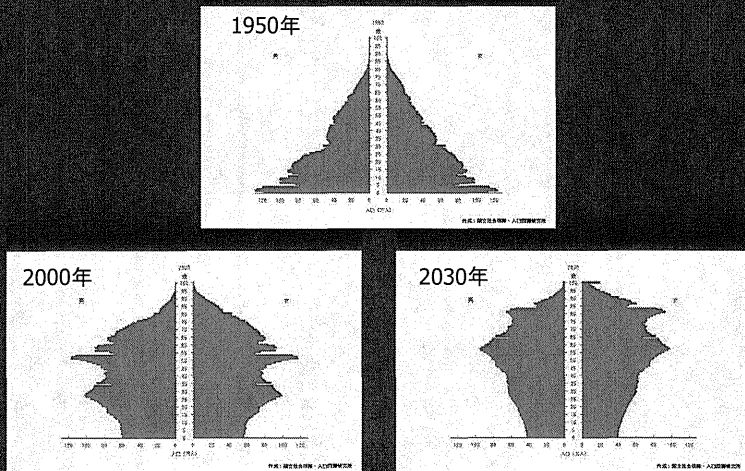
不老長寿・不老不死の否定

# 日本の人口動態



総務省 国勢調査(2010年まで実績値)  
国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口(2015年以降推計値)により作成

# 人口構造の変化



# 超高齢社会

問題は

1. 人口構造の変化
2. 人口の減少
3. 急速な変化



総合計画の欠落

## 20世紀の医療

1. 医療：医術で病気をなおすこと  
広辞苑
2. 病院の世紀の理論  
猪飼周平

17

## これまでの医療

—臓器—障害—原因  
||  
病院で治す

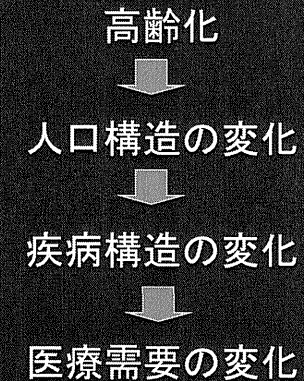
18

## 社会保障制度改革国民会議 報告書

1. 「病院で治す」から「地域全体で治し・支える」医療へ
2. 「病院完結型」から「地域完結型」の医療へ
3. 「治す」から「QOL、QOD」の医療へ
4. 総合医(かかりつけ医)中心の医療へ
5. 生活を基本にした連携の医療へ
6. 医師業務と看護業務の見直し
7. データによる評価システムの構築へ
8. 適切な場で適切な医療を提供できる  
医師の養成の責任が職能団体にある

19

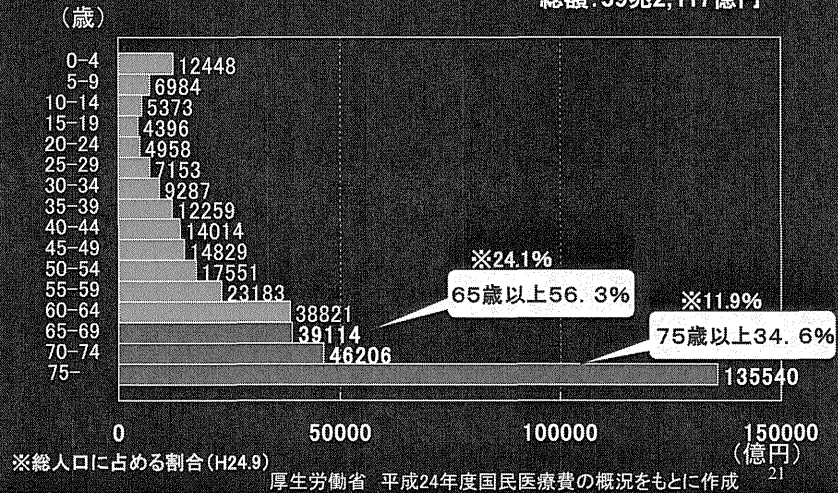
## 高齢社会と医療



20

# 国民医療費 平成24年度

総額: 39兆2,117億円



## これからの医療

1. 老化 + 生活習慣病
2. 全身と臓器の調和



臓器別専門医 医師  
 総合医  
 看護師  
 介護士

## これからの医療

1. 地域包括ケア
2. 医療・介護計画



1. 生活・自立
2. 地域・連携

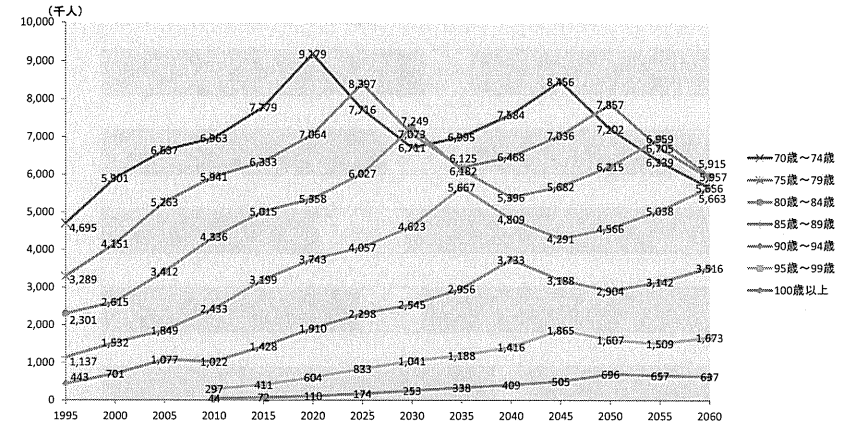


ご清聴ありがとうございました

# 地域包括ケアシステムの進化に向けて 私の考える検討課題

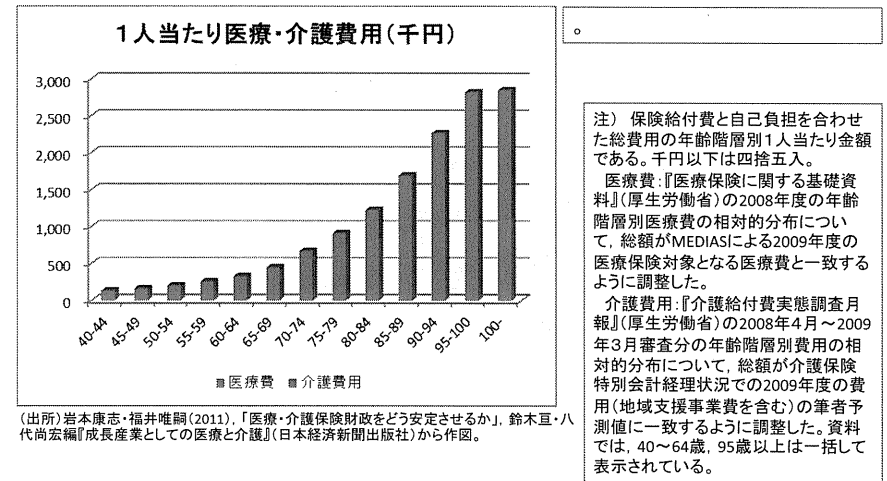
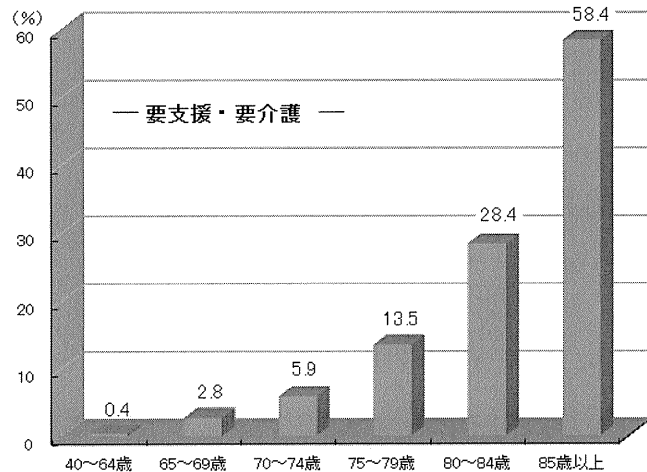
1. 財源の確保
2. 地方自治体職員の積極的関与のためのインセンティブ
3. 大都市問題 特に「サ高住」について
4. すまい
5. 看取り
6. 認知症対応

## 年齢別高齢者人口の見通し



資料出所:実績値(～2010年) 総務省統計局  
推計値(2015年～)国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口(平成24年1月推計)中位推計』

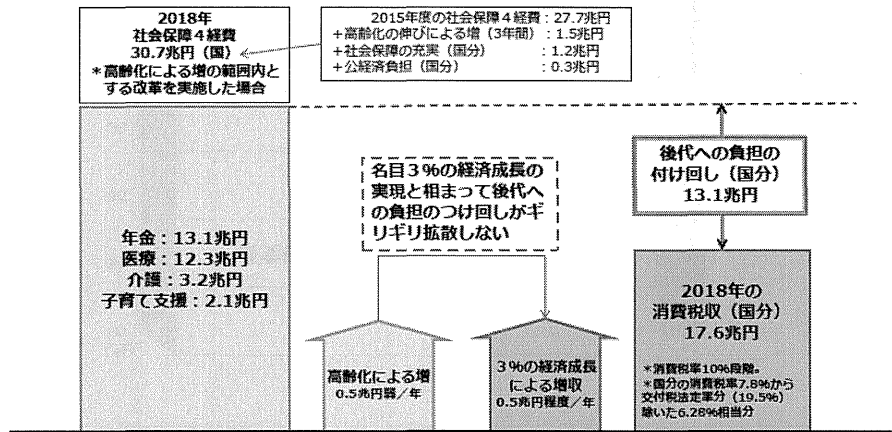
## 高齢期の医療・介護サービスは、80歳、85歳を超えてから急増する



注) 保険給付費と自己負担を合わせた総費用の年齢階層別1人当たり金額である。千円以下は四捨五入。  
医療費:『医療保険に関する基礎資料』(厚生労働省)の2008年度の年齢階層別医療費の相対的分布について、総額がMEDIASIによる2009年度の医療保険対象となる医療費と一致するように調整した。  
介護費用:『介護給付費実態調査月報』(厚生労働省)の2008年4月～2009年3月審査分の年齢階層別費用の相対的分布について、総額が介護保険特別会計経理状況での2009年度の費用(地域支援事業費を含む)の筆者予測値に一致するように調整した。資料では、40～64歳、95歳以上は一括して表示されている。

(出所)岩本康志・福井唯嗣(2011)、『医療・介護保険財政をどう安定させるか』、鈴木亘・八代尚宏編『成長産業としての医療と介護』(日本経済新聞出版社)から作図。

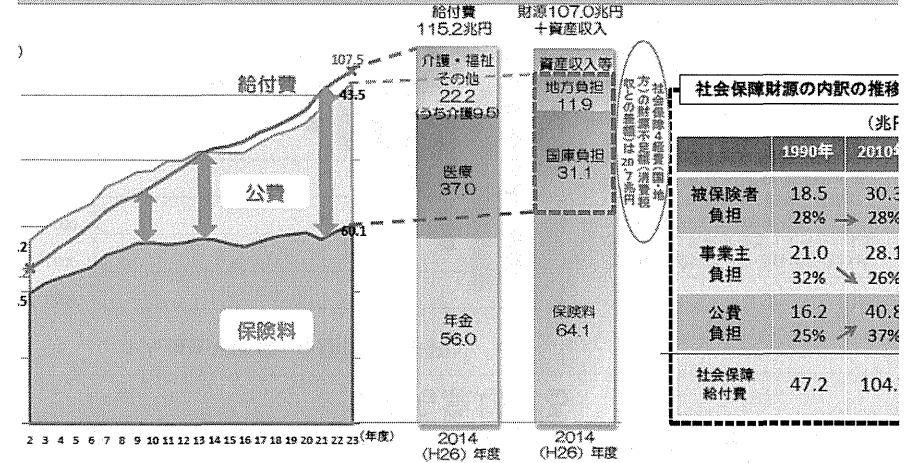
今回の社会保障・税一体改革の枠組みで見ると、引き続き社会保障給付費の伸びを「少なくとも高齢化による伸び相当の範囲内」とできれば、名目3%の経済成長の実現と相まって、後代への負担のつけ回し（社会保障4経費と消費税の差額）の拡散をギリギリ防ぐことが可能となり、制度の持続可能性確保につなげることができる。



2015 (H27) 年度当初予算案を基準に消費税率引上げの効果が平準化する2018 (H30) 年度時点の社会保障4経費のうち国分について推計を行ったもの。消費税率1%当たりの費税収を2.8兆円と見込んで試算。  
税制抜本改革法に基づく所得者対策は社会保障の充実2.8兆円の一部として措置されると仮置きして機械的に試算。この検討結果により数値は変動し得る。  
社会保障の充実及び公経済負担の増分は、現行制度における各制度の国・地方の負担割合等に基づき機械的に試算。

わが国社会保障制度は、社会保険方式を採りながら、高齢者医療・介護給付費の5割を公費で賄うなど、公費負担財源で賄われる負担に相当程度依存している。

その結果、近年、高齢者医療・介護給付費の増に伴い、負担増は公費に集中している。これを賄う財源を確保出来ないため、給付と負担のバランス(社会保障制度の持続可能性)が損なわれ、将来世代に負担を先送りしている(行政悪化の要因)。

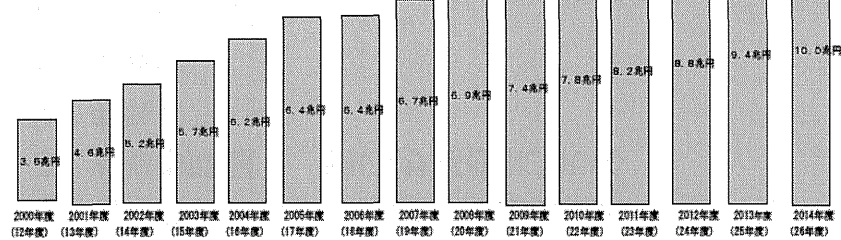


※) 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」。2014(H26)年度は厚生労働省(当初予算ベース)による。  
) 社会保障制度改革推進法では、「国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代に公平に分ちあう観点等から、社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源は、消費税及び地方消費税の収入を主とする」とされている(社会保障制度改革推進法第2条第4項)。

介護費用と保険料の推移

○ 総費用

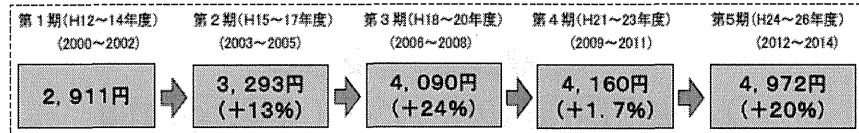
介護保険の総費用(※)は、年々増加



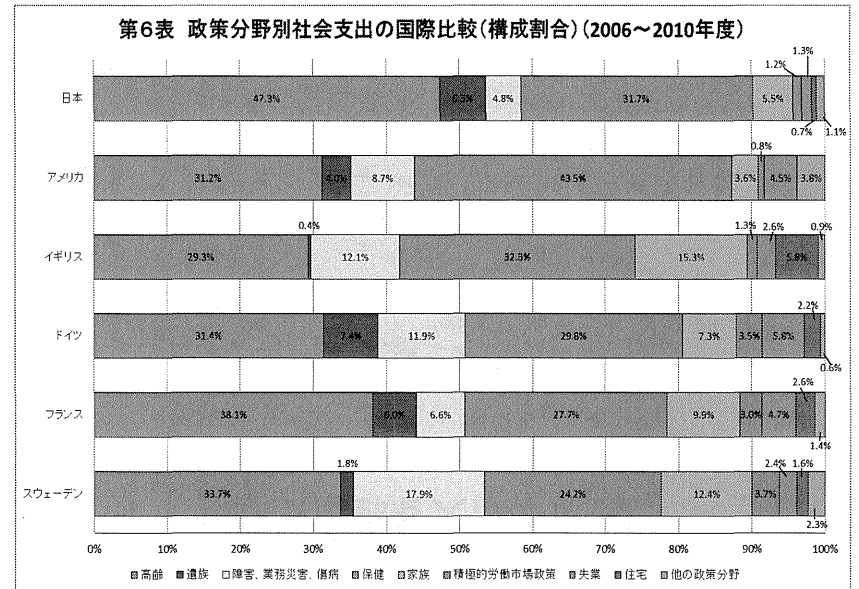
(注) 2000~2012年度は実績、2013~2014年度は当初予算。

※介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない(地方交付税により措置されている)。

○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均(月額・加重平均)〕



第6表 政策分野別社会支出の国際比較(構成割合)(2006~2010年度)





# コンパクト・シティと地域包括ケア 先進事例:富山市

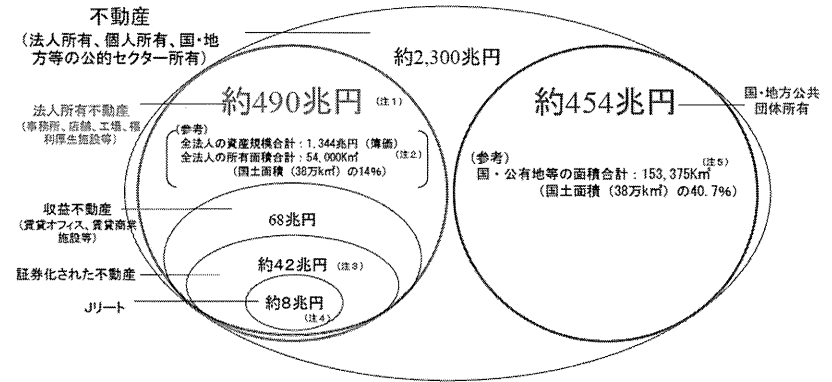
- ・ 超高齢社会での利便性の増加:超高齢者に優しいまち  
(ライトレールなどの輸送機関の整備)
- ・ 徒歩による運動機会→健康増進(介護予防)  
車社会からの脱却も
- ・ まちぐるみでの認知症ケア
- ・ 市財政への好影響の可能性:中心部集中は地価を引き上げる  
→固定資産税収入増
- ・ 更なる期待:高齢者の就業機会の提供、周辺都市との連携  
(ライトレール地域での多様な居住、6次産業化)

矢作弘

『縮小都市の挑戦』(岩波新書、2014)←デトロイト、トリノ

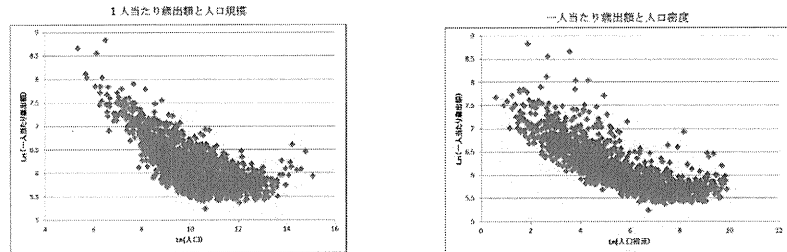
## 我が国の公的不動産の資産規模

○我が国の不動産の金額規模は約2,300兆円、そのうち企業所有は490兆円(国土面積の約14%)、国・地方公共団体は454兆円(国土面積の約40.7%)。



資料:国民経済計算年報(平成17年版)、土地基本調査総合報告書(平成18年)、不動産の証券化実態調査(平成19年)  
(「不動産」、「法人不動産」、「収益不動産」の資産額は平成15年1月1日時点、「証券化された不動産」、「Jリート」の資産額は平成19年度末時点)  
(注1)土地基本調査に基づく評価ベースの金額(平成16年1月1日現在) (注2)法人企業統計に基づく評価ベースの金額(平成17年度末時点)  
(注3)証券化された不動産については、累計の実績規模(平成19年度末時点) (注4)平成19年度末時点 (注5)道庁・水産等の数値を含む

## 特に少子化がもたらす行政サービス供給の非効率化



『成17年市町村別決算状況調査(総務省)、全国都道府県市区町村別面積調査(国土地理院)、平成17年国勢調査(総務省統計局)から作成  
市町村の一人当たり総出額に関する表層分析結果

	モザイク1		モザイク2		モザイク3		標準偏差
	偏差	標準偏差	偏差	標準偏差	偏差	標準偏差	
変動	13.84320 ***	0.13079	13.44041 ***	0.13820	13.40958 ***	0.13980	
人口	-1.22505 ***	0.02378	-1.08138 ***	0.04181	-1.07810 ***	0.04157	
人口密度	0.02028 ***	0.00189	0.04848 ***	0.00202	0.04824 ***	0.00201	
人口密度	-0.18194 ***	0.00676	-0.28187 ***	0.01769	-0.27249 ***	0.01769	
人口密度の2乗			0.01190 ***	0.00151	0.01055 ***	0.00152	
第2次産業割合	-0.00037 ***	0.00070	-0.00398 ***	0.00078	-0.00824 ***	0.00076	
第3次産業割合	-0.00073 ***	0.00076	-0.00130 ***	0.00075	-0.00165 ***	0.00074	
大都市圏非都市圏					0.10902 ***	0.02294	
変換係数 R	0.89036	0.89446	0.89577				
変換係数 R2	0.79354	0.80206	0.80241				
調整 R2	0.78207	0.79240	0.80185				
標準誤差	0.22291	0.21927	0.21818				
観測数	1840	1840	1841				

注1) 平成17年市町村別決算状況調査(総務省)、全国都道府県市区町村別面積調査(国土地理院)、平成17年国勢調査(総務省統計局)から作成。

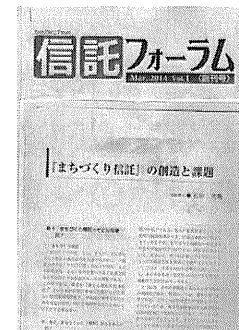
注2) \*\*\*は1%水準で有意であることを示す。

・人口及び人口密度に関する、最少効率規模は?  
・人口は7万人程度(林(1999)、中井(1988)など比較してもやや小さい)  
・人口密度は、現実的な全ての状況において、費用削減局面にある

出所:中川雅之「少子高齢化時代の都市のあり方」

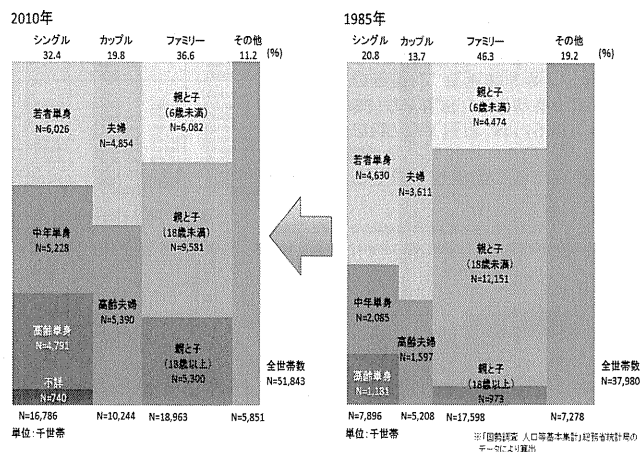
## まちづくり信託

- 1.不動産の物理的細分化
- 2.空き家の増加
- 3.不動産の権利関係の複雑化

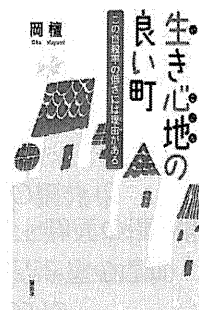


かつての「リバースモーゲージ」論がなぜ成功しなかったのか?

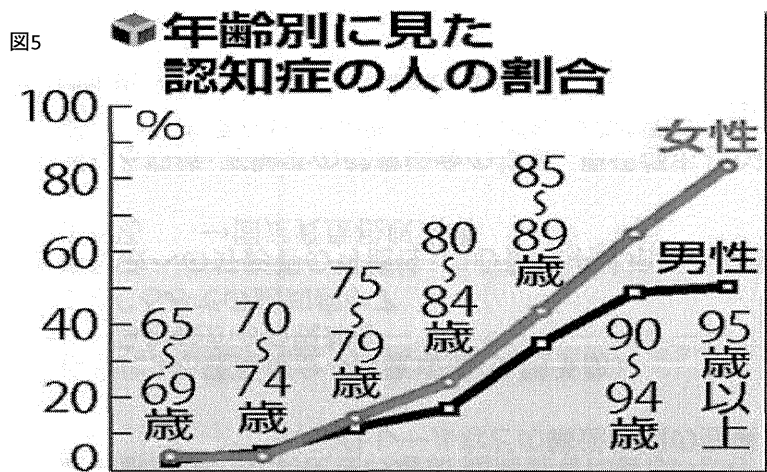
# 世帯の類型の変化



絆(つながり)の過度な強調を超えて!



- コミュニティはゆるやかな紐帯
- 身内意識が強くない
- 援助希求への抵抗が少ない(早期治療)
- 他者への評価は人物本位
- 意欲的な政治参加
- 主観的「格差感」が小さい  
自己効力感(self efficacy)



厚生労働省研究班(代表研究者・朝田隆筑波大教授)の調査結果  
 2012年の時点で「認知症」にかかっている人は推計で462万人で65歳以上の15%。

# 地域包括ケアシステムの現状と展望 - 2015年・2025年・2040年 -

- 2015年6月19日
- 地域包括ケア・イノベーションフォーラム
- 慶應義塾大学
- 田中 滋

06/19/2015 版權 慶應義塾大学田中 滋

1

## FACT: 今後の予想

- 65歳以上人口
  - 2040年：最大(3,870)、その後20年でΔ400
- 75歳以上人口
  - 2025年：増加趨勢急ブレーキ(700/15Yr.)\*3
  - 2030年：第一回ピーク(2,280)
  - 2045年：増加再開
  - 2055年：最大(2,400)

出所：国立社会保障・人口問題研究所データ

06/19/2015 版權 慶應義塾大学田中 滋

2

## FACT: 今後の予想

- 80歳以上人口
  - 2059年：最大(1,750)
- 90歳以上人口
  - 2060年：まだ増加中(583)
- 100歳以上人口
  - 2050年：最大(70)、次の10年で1割減
- 死亡数
  - 2040年：最大(166) <2030-50>
  - 2040年：女性死亡数

出所：国立社会保障・人口問題研究所データ

06/19/2015 版權 慶應義塾大学田中 滋

3

## すでに提示されている分析概念

- 自助・互助・共助・公助
- 5大要素
  - 住まいと住まい方
  - 生活支援と福祉
  - 介護・リハビリテーション：悪化予防
  - 医療・看護
  - 予防・保健

06/19/2015 版權 慶應義塾大学田中 滋

4

## 追加すべき分析概念の代表

- 医療の変容
- 高齢者の年齢区分
- 機能
  - 安寧・安全、便利・快適・愉快...
  - (在宅生活の)安心
- 手段
  - 統合
  - 業務種別と報酬対象事業所、報酬対象の単位

06/19/2015 版權 慶應義塾大学田中 滋

5

## 論点：「統合」の4つの側面

- 中重度要介護者＋看取り：医療と介護の総合確保
- 軽度者・虚弱高齢者：介護・日常医療と生活支援
- 基盤：住まいと住まい方
- さらに：地域づくり

06/19/2015 版權 慶應義塾大学田中 滋

6

## 論点その2

- ターゲット・イヤー
  - 2015年
  - 2025年
  - 次は？
- 統合の象徴
  - 商店街・祭り・小学校同窓生
  - これらと同様の機能をいかなる手段で構築するか

06/19/2015 版權 慶應義塾大学田中 滋

7

## 私たちは今「覚悟」を求められている

- 新たな自助
  - 覚悟：団塊の世代のみならず
  - 病院経営：まずは地域医療構想の下、2025年の立ち位置とリンケージ
- 新たな互助
  - 覚悟：自治体＝ネットワーキング・マネジメント
  - 参加者＝利用者、地域の事業者
  - 多様化：特に管理業務

06/19/2015 版權 慶應義塾大学田中 滋

8