

# 地域包括ケアシステムについての私の研究

日時：2015年4月8日14:00~16:00

二木 立（日本福祉大学学長）

日本福祉大学の二木です。大学は、高齢化の恩恵を受ける医療と違い、少子化の影響を直接受ける場所です。なおかつ医療のような「競争よりも協調」というような世界と違い、弱肉強食の世界です。日本福祉大学は、福祉の世界ではそれなりに伝統のある大学ですが、やはり地方の中規模大学の経営は本当に大変で、毎日悪戦苦闘しています。

今日は、「地域包括ケアシステムについての私の政策研究、2つの源流、法・行政的出自と概念拡大、そしてそれへの対応」と題して、いわば話題提供ということでお話をします。

使う資料は2つあります。1つは、「地域包括ケアシステム」の法・行政上の出自と概念拡大の経緯を探る<sup>1</sup>という論文(A論文)です。もう1つは、『安倍政権の医療・社会保障改革』の第3章第1節「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」<sup>2</sup>(B論文)です。

## 本研究の動機

まず、この研究をした動機と研究方法をご紹介します。と思います。

地域包括ケアシステムに関しては田中滋先生が権威であり、しかもどんどん進化をしているわけですが、今日はこのテーマについて、非常に厳正中立に、価値判断はほとんど入れずに、事実を正確にお話ししたいと思います。

なぜなら、事実が正確に伝わっていないからです。田中先生は地域包括ケアシステムの進化ということを強調されていますが、田中先生の2009年度の報告書がまだ

に引用されたり、その後の変化を無視したりといったことが多いのです。そのため、この十数年の歴史をきちんと整理したほうがいいだろうと思って書きました。

まず、B論文を書いたときに私が驚いたのは、2011年介護保険法改正時に、私が実際に聞いた2つのトンデモ誤解があったことです。

1つは、これは医師会系のほうでよく言われたことですが、地域包括ケアシステムは介護保険改革に過ぎないのだから、地域包括ケアシステムに注力すると介護保険の財源が増えて、結果的に医療費が圧迫されるというような否定的な言い方です。

それからもう1つは、逆に福祉系で、全国老人福祉施設協議会は、2012年の段階では、地域包括ケアシステムに全面的に反対していました。地域包括ケアシステムは「特養解体」だと言っていたのです。

それから、死に場所の問題です。今でこそ言われませんが、今から4年前に、2025年あるいは2030年には死に場所が決まらない人が47万人いるという、誤解を招くような厚生労働省の推計がありました。死亡難民が続出するなんて話があったので、そんなことはないですよということを書いたのがB論文です。

それから、A論文は3月に発表した論文です。B論文で地域包括ケアシステムのことは自分なりに書き尽くしたので、改めて書くつもりはなかったのですが、私から見ると誤解を招くような別の言説があったので書きました。

田中先生の委員会に、筒井孝子氏が当初からのメンバーとしていらっしゃいますが、公平に見て、地域包括

<sup>1</sup> 二木立「地域包括ケアシステムの法・行政上の出自と概念拡大の経緯を探る」文化連情報444号20-28頁、2015

<sup>2</sup> 二木立著「安倍政権の医療・社会保障改革」勁草書房 第3章第1節「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」2014

ケアシステムについて一番理論的にも実証的にも研究を積み重ねている方だと思います。彼女から『地域包括ケアシステムのサイエンス』（社会保険研究所、2014）をいただいたのですが、国策として地域包括ケアシステムが2006年に始まったという表現がありました。私が調べた範囲で、開始年には4説あります。2003年に始まったという説、2006年に始まったという説、2012年に始まったという説、最新は15年に始まったという説です。本当はどうなっているのだろうということを調べたのが1つです。

また、地域包括ケアシステムが議論されてから十数年経ち、この間、2回の政権交代もありましたが、地域包括ケアシステムは大きな影響を受けることなく、田中先生がおっしゃっているように変化・進化しています。しかし、そのことが十分徹底されずに、介護保険改革という最初からはっきりしたものがあって、厚生労働省がその準備を着々と進めてきたといういわば予定調和的な、あるいは単線的な理解が結構強いのです。そうするとどうしても厚生労働省がいかに力が強いかとか有能かとかという話になりますが、実際の政策の流れを見てみると、連続線上にはなく、ジグザグがあるということです。あるいは哲学的に言うと、偶然と必然が織りなしている。ということでこの辺りをきちんと調べ直そうと思ったわけです。

それからもう1つ、私は日本福祉大学という福祉系の大学にいる医療経済・政策学研究者なので、余計に感じるのですが、地域包括ケアに関しては、研究者でも関係者でも、医療分野の方と福祉分野の方の理解に非常に大きな断絶があるのです。それぞれの論文を読むと、医療関係者ですと福祉の話、福祉関係者ですと医療の話が全く出てこない。たまたま私は日本福祉大学にいますから、福祉系、特に地域福祉の研究者と日常的に交流をしているためそのことを自覚するわけですが、なかなかそのことが知られていないのです。

そこで、医療系のことを書いているある研究者に、「地域包括ケアシステムには福祉系もあるんですよ」とアドバイスしたら、「じゃあ文献を出してください」とすぐ怒られたので、このことから、1回きちんと調べて事実を明らかにすることに徹しました。ですから、A論文はほかの論文以上に可能な限り中立的、公平に書いたつもりです。

## A 論文の研究プロセス

まずこのA論文では、とことん文献検索をするということで、私が書いた『安倍政権の医療・社会保障改革』で集めた論文を全部見直しました。それから地域包括ケアシステムの新刊書を全てチェックしました。それから、2003年以降の厚生労働省等の公式文書と高官の発言の収集・分析もとことんやりました。主に使ったのは、『介護保険情報』のバックナンバーです。それから、社会保障審議会介護保険部会などの議事録・資料を第1回から全てチェックしました。Control Key+fを使うとキーワードの使われ方が全部わかるようになっていきます。ここで、2004年から2008年が地域包括ケアシステムに法・行政的な空白があるという、全く予期せぬ事実を知りました。

それから、CiNiiと医学中央雑誌という2つのデータベースでもいろいろ調べました。このプロセスのなかで、2004~2008年が地域包括ケアシステムの法・行政的な空白、あるいは停滞期間となっていることを知りました。簡単に言うと、公式文書に全く出てこないのです。ということがわかって、その「裏」を取るために、名前は秘すということで厚生労働省の関係者、局長級の方3人、課長級の技官、ノンキャリアで介護保険中心に10年やっている方、課長級の方、介護保険部会委員の方、地域包括ケアシステムの研究者等々に、「こういうことがわかったんだけどどう思いますか」という問い合わせをしました。

皆さんとは信頼関係があり、私の「ニューズレター」の読者なのですが、全員からちょっと意外な回答がありました。「この仮説のとおりですよ」と支持または容認です。立場上ははっきりそこまで言えないけれども、空白と言うとちょっと言葉がきつから、潜伏期とか準備期と言ってほしいけどな、なんて言う人もいましたが。

これに基づき、まず『日本医事新報』に書きました。『日本医事新報』は原稿を入れると2週間で載せてくれるのですが、その代わり見開き2ページより1行もオーバーできないのです。だからまず、いわば速報として『日本医事新報』2月14日号に載せて、その反響を聞いて、少し長く、3倍か4倍にして『文化連情報』3月号に載せました。今後引用される場合には、『日本医事新報』ではなく『文化連情報』を引用していただければ幸いです。

そして、この研究の教訓です。厚生労働省の地域包括

ケアシステムの説明は変化・「進化」している。それを正確に理解するためには、「歴史を学ぶ」必要がある。「歴史を学ぶ」必要があることは、研究一般でも政策研究でも普通に言われることですが、改めてこのことの大事さを感じました。私自身の医療経済・政策学の研究方法について詳しくは『医療経済・政策学の視点と研究方法』（勁草書房、2006）に書いていますから、お読みいただきたいと思います。

## A 論文のポイント

2 番目に、両論文のポイント、と言っても、時間的に A 論文のほうが中心になると思うのですが、話します。

まず、「[「地域包括ケアシステム」の法・行政上の出自と概念拡大の経緯を探る](A 論文) ですが、一番強調したいことは、地域包括ケアシステムには「保健・医療系」と「福祉系」の 2 つの源流があることです。大きく 2 つですから、もっと細かく分けると、医療系と保健系ではまた微妙に違います。3 つに分けたほうがいいのかどうかちょっと悩みましたが、結局 2 つに分けました。この点については 27 ページの補足を見ていただきたいと思います。

地域包括ケアシステムと言うと、必ず広島県の公立みつぎ総合病院の山口昇先生の実践と提唱が引用されますし、私もそのとおりだと思います。だから、地域包括ケアシステムはどうしても医療系、あるいは保健・医療系と思われるのですが、特に地域福祉の領域、それから前から脱施設化と言うか地域移行を目指していた特別養護老人ホームの実践など、福祉系の地域包括ケアシステムも結構あります。法律的な裏付けもあります。ですから、両方あるということを押さえる必要があると思います。

あと、この論文には書いていませんが、公立みつぎ総合病院の山口先生が地域包括ケアシステムの命名者である点はそのとおりだと思うのですが、少なくとも厚生労働省が当初考えていた地域包括ケアシステムとみつぎ病院のそれは相当違うと思います。公立みつぎ総合病院の地域包括ケアシステムは病院基盤で、病院、特養、老健があった上で在宅を後から付加しています。しかし少なくともオリジナルな地域包括ケアシステムは、地域密着型です。だから、田中先生も一時おっしゃっていましたが、広島県の尾道市の医師会とかのほうがむしろ近いと思います。山口先生の業績を否定するわけではありませんが、ネーミングの問題と実践は区別したほうがいいだ

ろうと私は思っています。

それから、「地域包括ケアシステムの出自と概念拡大の経緯」です。21 ページを見てください。今言ったように、山口先生を含めて実践的にいろいろなことをおっしゃった方はたくさんいらっしゃいますが、法・行政的なレベルでこの言葉が最初に使われたのは、間違いなく 2003 年の「2015 年の高齢者介護」です。それ以前の介護保険は自立支援一本やりでしたが、認知症者の増加などを背景にして、この報告書では高齢者の尊厳の保持が強調された。これについては非常に賛成なのですが、そこで地域包括ケアシステムという言葉も出てきました。ただこの場合には、あくまでも「介護サービスを中核にして、医療サービスをはじめとするさまざまな支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み」ということで、保健・医療・福祉という広い概念ではありますけれども、あくまでも介護保険改革の一環というニュアンスがあったと思います。

ただ、この点で忘れてならないことは、現在に至るまで地域包括ケアシステムの中心的な論客である香取照幸氏（現・年金局長）や中村秀一氏は、最初の時点からこれがネットワークだと強調しているのです。私は、システムという言葉がすごく誤解を招くと思っています。システムと言うと、どうしても上から決めるとか硬いというイメージありますが、この 2 人は最初の段階から言葉はシステムと使っているけれども、内容的にはネットワークで、地域ネットワークのなかでどうするかということ提起していたことは、やはり強調すべきだと思います。

次に、2004～2008 年が法・行政的空白期です。せっかく 2003 年に「2015 年の高齢者介護」が出ましたが、その後の法改正で政策の中心は介護予防に移行しました。だからこの「地域包括ケアシステム」の言葉が、この 2004～2008 年の 5 年間、介護保険部会の資料にも議事録にも全くないのです。これにはちょっと驚きました。

公平のために言うと、2005・2006 年の介護保険法改革では、地域包括支援センターが制度化されました。しかしこれはごく小規模の施設なので、これをもって地域包括ケアシステムと言うのは、ちょっと無理があると思っています。

問題は、なぜ 5 年も空白あるいは停滞、あるいは準備の期間があったかということですが、22 ページの真ん中の段落の一番左側から 23 ページに書いてあります。ここ

に書いていることは、匿名、名前や情報源は出さないということを約束したうえで、厚生労働省の関係者から確認したもので、私の勝手な推測ではありません。2004～2008年までの空白期前半は、ちょうど小泉政権の時代で、医療・介護費を中心とした厳しい社会保障費抑制を断行しました。5年間で毎年自然増を2,200億円抑制するとの数値目標が閣議決定され、医療費だけではなく介護費の抑制が至上命令になっていたのです。だから、せっかく2003年の報告書で格調高いことが書かれましたが、現実に行われた施策は、介護保険施設の食費・居住費の自己負担化、新予防給付による介護給付費の抑制、介護療養病床の突然の廃止方針、それからこれは実現しませんでした。介護保険の被保険者を20歳までに拡大する、ということでした。

これが2005・2006年で落ち着いたと思ったら、2007年にはコムソンの不祥事が起こりました。それまで厚労省は営利企業の参入をすごく強調していたのが、一転して規制強化にがらりと変わり、2008年の介護保険法の第2次改正はこれに追われたそうです。ということで、いかに厚生労働省が優秀であっても物理的に手が回らなかったということが1つです。

それからもう1つ、これはノンキャリアの現場をよく知っている人に聞いたのですが、この時期は、地方分権の時期です。平成の大合併で、3,000あった自治体を1,700まで減らしました。ほかの分野ならいざ知らず、介護保険業務に関してみると、自治体のスケールメリットは何もないのだそうです。だから、自治体は平成の大合併対応で必死の思いであったし、介護予防でも大変だった。厚労省の実務担当者もそれをよく知っているので地域包括ケアのことまではとても提起できなかったそうです。これが厚生労働省関係者からの意見を私なりにまとめたものです。

この点に関しては、情報をいただいた方には原稿を事前に送りまして、こういう表現でよろしいでしょうかとお聞きし、構わないという確認は得ています。

それから、2009・2010年、田中先生が座長の「地域包括ケア研究会報告書」が2009年の民主党政権への交代直前に出てきて、地域包括ケアシステムという概念・定義が復活しました。ただ率直に言って、この時点では医療は診療所医療だったと思います。それから、これは読み方によってですが、この報告書そのものというよりは、この研究会の委員の一部の方が、特養は在宅に移行する

と、特養解体論と誤解されるような表現を使っていた面もあると思います。

この時期は、麻生内閣の時期です。第1次安倍内閣がすぐ倒れて、福田内閣の時代から社会保障の機能強化が強調されて、その流れのなかで、地域包括ケアシステムが復活したと理解するのがよいと思うわけです。

それからこれは厚生労働省の方もおっしゃっていますが、2011年の介護保険法改正で地域包括ケアシステムの理念的規定が盛り込まれたと言われていています。ただこのときも、医療は診療所医療です。あと注意しないといけないのは、2011年の段階では、読めば地域包括ケアのことだとわかるけれども、法律上は地域包括ケアという言葉は出てきません。なぜだろうと思って担当者に聞いたら、当時は、内閣法制局がこの言葉を使ってはいけないと拒否したそうです。その後2～3年経つと、なぜか使えるようになりました。ということで、2009・2010・2011年で復活しましたが、まだ医療の役割が少し狭かった。

2013年の「社会保障制度改革国民会議報告書」では、権丈先生が中心になって、医療と介護の一体化と病院を含めた医療の役割を強調したこと、これが大きな転機になったと思います。しかも地域包括ケアシステムをネットワークと明確に位置づけました。

それから、これが一番大事だと思うのですが、「治す医療」・「病院完結型医療」から「治し・支える医療」—これは単なる「支える医療」ではありません—、それから「地域完結型医療」、この場合は病院を排除していませんから、病院も含んだ地域完結型へのパラダイム転換を提唱したのです。これを読めば、幾ら何でも地域包括ケアシステムは介護保険だとだれも思いませんから、報告書は医療界・医療機関に地域包括ケアシステム構築への積極的参加を求めたメッセージではないかと思っています。

会長の諮問は、「高齢社会における経済的・文化的・医学的パラダイムシフト」ですが、私はこれが一番のパラダイムシフトで、これを使えばいいと思っています。

ただ、大変残念なことですが、医政局の二川局長が、3月10日の全国医政関係主管課長会議でお話ししたときに、「これからの医療は「治す医療」から「支える医療」へ転換しなければいけない」なんて、先祖返りみたいなことを言っていました。

「治す医療」から「支える医療」というのは、昔流に言うくと、キュアからケアですね。しかし、キュアとケアは一体だというのが正しい理解だし、そういう理解でない

と、一步間違えると高齢者の差別医療になってしまうと思うのです。

それから2013年、安倍政権の時代です。社会保障改革プログラム法で、地域包括ケアシステムという言葉が初めて使われました。このときは内閣法制局が認めてくれたそうです。

それから2014年の診療報酬改定で、地域包括ケア病棟が制度化されました。それから田中先生たちの「地域包括ケア研究会」の最終と言っていいんですね、報告書は。

○田中議長 2018年の同時改定の前に、もう1回あります。

では第4回の報告書ですね。これで、病院や施設の役割も積極的に認められて、地域包括ケアシステムが特養解体ではないということが明らかになったと思います。以上がこのA論文のポイントです。

## B 論文のポイント

次に、『安倍政権の医療・社会保障改革』の第3章第1節、「地域包括ケアシステムと医療・医療機関の関係を理解する」(B論文)です。繰り返しになりますが、第一に実態はシステムではなくネットワークであるということ、それから、主たる対象は都市部であるということです。正確に言いますと、「都市部である」と断言している表現は公式文書にありません。104ページを開いていただけますか。宮島俊彦氏は田中先生たちと一緒に地域包括ケアシステムをきちっと位置づけた方ですが、彼が老健局長を退官した直後に札幌で講演したときに、ある参加者が「十勝というところは、人間より牛とかのほうが多いところなんですよ。」と質問したら、「地域包括ケアは都市部でやるんだよ」とズバットおっしゃっていました。私は都会が中心だからと批判しているのではありません。これからの人口高齢化、特に後期高齢者人口の急増を考えると、都市部に焦点を当てざるを得ないのです。

2番目は、厚生労働省は2012年から医療・病院の位置づけを軌道修正しています。それまでは診療所でしたが、200床以下の病院も位置づけました。私もこれは妥当だと思います。

3番目は、厚生労働省は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しています。つまり、自宅以外の在宅です。これも妥当だと思います。

4番目は、今後も死に場所の中心は病院で、老人施設等が補完すると思っています。冒頭でも言いましたが、今

後47万人死亡難民が出るというのはデマです。これからきちんと政策努力し、病院の機能分化と連携をすれば在院日数が短縮しますから、同じ病床数でも看取りは増えます。それから、特養や老健の看取りもどんどん増えていますし、自宅以外の在宅サービス付き高齢者向け住宅の看取りも、医療のバックアップがあればという条件付きではかなり増えます。だからそういう努力をすればよいと思います。

この本の第3章に、死に場所のデータを詳しく書きましたが、死に場所についての最新データを補足します。この本では2011年までのデータでしたが、最新が2013年です。これで見ますと、病院での死亡割合は76.2→75.6%で-0.6ポイントと微減です。自宅は12.5→12.9%で+0.4ポイントと微増です。一番増えているのは老健・特養で、これが5.5→7.2%で1.7ポイントも増えています。

それから、2013年の都道府県別自宅死亡割合は、東京都が16.7%で47都道府県のトップ、23区内はもっと高くして17.9%です。あとご参考までに、2位以下の順位を言いますと、2位：兵庫16.4%、3位：千葉15.8%、4位：神奈川15.5%、5位：大阪15.2%で、我が愛知県は12.4%です。だから、自宅死亡割合は2000年以降は都市部で増えているという流れは変わっていません。

ただしB論文にも書きましたように、ご注意いただきたいのは、「自宅」には、特別養護老人ホームや有料老人ホームは入りませんがグループホームやサ高住は入ります。今の死亡診断書の記述を前提にすると、区別がつかないのです。この医療政策会議で2~3年前に報告したときにも言いましたが、サ高住の多くは100床とか、特養や老健と変わらないものは幾らでもあります。

それからもう1つは、「自宅死」の相当部分は、いわゆる「孤独死」だということです。これは東京都監察医務院のデータに出ています。ただ誤解のないように、私は「孤独死」を否定しているわけではありません。1週間以上も発見されないのは困るけれども、本人が覚悟してそれなりの在宅ケアを受け、死亡して1~2日後に発見されるのであれば何の問題もないと思います。ただ、「自宅死」イコール家族に看取られる美しい死という誤解を振りまくのはやめてくださいと言っているだけです。

ですから、グループホーム、サ高住それから、いわゆる今問題になっている無届け施設は全て自宅扱いです。有料老人ホームはなぜか老人ホームに入るのが不思議です。