

政策論としての地域包括ケアシステム： 横展開は可能か？



田中 滋

埼玉県立大学理事長・慶應義塾大学名誉教授

横展開の意味

全国の自治体でそれぞれの工夫と努力による地域包括ケアシステム構築が進められている。とはいえ、構築の進展状況については自治体ごとに大きな差が存在する実態は否めない。こうした実態に対し、「先進事例・好事例を調べ、そこから学んで横展開すればよい」と説く提案を耳にする。この主張はもっともらしく聞こえるかもしれないが、実は落とし穴が存在する。それは、先進事例・好事例として取り上げた実例の「出来上がった姿」を真似してもその通りにはなれないことである。

例えば、「観光都市として有名になるために、京都市の現状に似せようと、今からまちの中に神社仏閣をたくさん建てても、歴史が伴っていないければ無駄な努力に終わる」が分かりやすいだろう。「隣のうちは幸せな夫婦に見えるから、その夫婦が楽しんでいる趣味（テニスと美術鑑賞？）を始めても、別の夫婦にとって幸せへの道とはかぎらない」も同様である。以上の2つは冗談にすぎない馬鹿馬鹿しい例と誰にでも理解できる。しかし、地域包括ケアシステムの好事例探しについては、しばしばこうした「出来上がった姿」の紹介が行われているように思えてならない。

把握すべきポイントは、アウトカムではなく、構築プロセスにおける時間をかけた取り組みである。例えば、自治体職員の会議ファシリテーション力を向上させるための連続セミナーとか、未来志向の生活支援コーディネーターの探し方・選び方や、その活動を支援する体制構築のための勉強会などがあげられる。

そもそも地域包括ケアシステムの横展開を模索するためには、政策論のレベルから見た3つの側面を理解しなくてはならない。以下に各側面の違いを描写する。

3つの側面(1) 高齢者ケアの統合

第一は、医療介護保健分野における、専門職協働および専門事業所間連携に関する側面である。具体的には、①個々の要介護者を対象とした多職種の専門職によるケアプランと予後予測の理解共通、②地域の仕組みづくりにかかわる医療機関・介護事業所による情報共有と連携の推進、の2つがあげられる。

要介護リスクは、がんや心疾患と同じく、長寿が当たり前となった経済的先進国においては、ある程度普遍的な確率事象と考えられる。また、客観的に観察できるケアの方法論（例えばユマニチュード）、あるいはケアマネジメント技法の骨格に関しても、がんや心臓病の治療と同様、文化や社会階層を超えた普遍的妥当性が相対的に強いと言えるだろう。さらに、医療サービスと介護サービスのかなりの部分は社会保険制度からの給付で賄われるため、利用者の経済力の影響は弱められている。よって地域包括ケアシステムのこの側面における先進事例は、医学を背景とする新しい治療方法のように、かなりの程度は横展開可能である。

ただし、多職種協働・事業所間連携の手段と異なり、病院、介護施設、居住系サービス、集合住宅、在宅サービス等の「ケアの場所」の組み合わせ形態は、地域ごとの経済水準、人口密度、受療や高齢者ケアにかかわる歴史の違いに応じ、異なった在り方が発達していく。

3つの側面(2) 日常生活支援

第二は、住民の日常生活支援に関する側面である。他地域に日々通うことも珍しくない勉学期や就労期とは異なり、85歳以上の超高齢者の日常生活のほとんどは、住みか近くの圏域で営まれるだろう。そして一つ一つの生活圏域は、

それぞれの気候風土や文化・伝統の深淺を反映して出来上がっている。また、住民の年齢構成も経済力も千差万別であり、互いの付き合いの濃淡もさまざまである以上、課題も資源も異なる。よって生活支援を主眼に置く地域包括ケアシステムのこの側面は、圏域ごとの独自性が強く表に出る姿をとって当然と思われる。したがって、冒頭に述べたように「好事例の出来上がった姿の真似」はあまり意味を持たず、単純な横展開は主たる普及手段とはいえない。

超高齢期になると「これまでの自分らしい暮らし」の継続が徐々に難しくなっていく。それでも役割を持ち、自分でできることはたとえたとどしくとも自分で行なう誇りを失ってはならない。ただし、超高齢者の暮らしを支えるためには、介護・医療など専門職が受け持つサービスとは性格を異にする、日常生活支援体制をまちぐるみでつくっていく、地域包括ケアシステム第二の側面構築が不可欠となる。

3つの側面(3) 社会的包摂

第三は、孤立や排除を防ぐ社会的包摂に関する側面である。日常生活について何らかの支援を必要としている人々は、虚弱・要介護高齢者、若年を含め認知症を持つ人だけではない。障害者とその家族、乳幼児・児童生徒とその家族、さらに経済格差拡大社会のなかでの困窮者も包摂を図るべき対象である。この側面においては、前二つの側面に比べ事例ごとの個性が強くなり、一般化は難しい。

社会的包摂の取り組みをめぐるには、共生社会という言葉が使われる。共生とは、もたれ合いでも、「みんなで同じ考え方を持とう」、あるいは「丸ごと」生活共同体論でもない。ましてや「みんなが同じ目標を持って全員で支え合う」という全体主義まがいの方向ではない。赤ちゃんからお年寄りまで、障害の有無を問わず、国籍や性的志向・性自認を問わず参加しやすい、多様性を認め合うゆるやかな視点に基づく多元的な社会を意味する。標語としては「みんな違ってみんないい」が優れている。

人口の年齢構造変化の大波

日本社会はこれからさらに大きな人口構造変化の波を迎える。それは 85 歳以上の超高齢人口の増加である。85 歳以上人口は、前回の東京オリンピックの年の 24 万人に比べて、2020 年には実に 25 倍、620 万人に達した。その先はもっと増え、2035 年には 41 倍の 1,000 万人を超える。(注)

85 歳を過ぎると、頻度の高い治療を必要とする複数の疾病を抱え、認知機能が衰えていく人が増える。超高齢者本人に対する家族の支援力に関しても、配偶者も同じく超高齢者、もしくは既に死亡、子供世代も 75 歳前後の高齢者といったケースが珍しくなくなっていく。「老老介護」「認認介護」が一般化する。

加えて、重い病気でも要介護状態でもなく、食事・排泄・入浴など家庭内生活は自立しているものの、家事や社会生活が不自由な状態の人も増加するだろう。そこで、日常生活支援ニーズが増大する。医療と介護のニーズに対しては、日本では仕組みづくりの努力が継続的に行われてきており、専門職種が連携・協働したサービスを受けやすい。一方、日常生活支援ニーズへの対応の多くはこれから作らなければならない。

超高齢者の過半は、自分でトイレに行けるし、お風呂に入れるし、ご飯も自力で食べられるが、買い物が高額になる。布団の上げ下ろしができない。見守り、安否確認がないと風呂に入って倒れる危険性も高まる。それまで杖について通院していた外来受診が難しくなる。車を使っていた人たちは免許証返納を迫られる。また、ほとんどがネットバンキングに変わると、超高齢者には金融取引がしにくいだらう。家電も ICT 化の程度が高まり、扱いが難しい。SNS に慣れないと社会的つながりが保ちにくいかも。SNS を使いこなせば外国にいる孫と気軽に話せるが、支援しないとできない人も珍しくない。つまり、日常生活支援ニーズが増える変化が超高齢時代の大きな特徴である。

これらは医療ニーズとは呼ばない。介護ニーズとも呼ばない。しかし「風呂を洗えなくなったから、運転ができなくなったから、介護サービスを利用する」では、介護保険料を納める人々に負担をかけすぎるし、介護専門職が重度者のケアに専念できる体制づくりに逆行してしまう。「通院が難しくなったから入院する」では、医療保険財政が苦しくなる。よって、前述の地域包括ケアシステム第二の側面の重要性が増していく。

横展開を「出来上がりの姿の模倣」ではなく、「構築プロセスからの学び」と理解すべき社会的背景である。

(注) 出所は総務省統計局年齢 5 歳階級別人口および国立社会保障・人口問題研究所人口統計年齢 4 区分別。1964 年の出所は厚生労働省老健局高齢者支援課(住民基本台帳による報告数)。ちなみに 100 歳以上人口について同じ時期を見ると、1964 年に 191 人、2020 年に 8.4 万人(440 倍)、2035 年に 25.6 万人(1,340 倍)と、よりすさまじい(?) 増加率が予想されている。