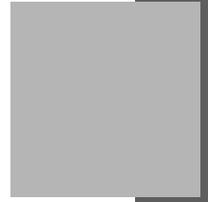


シンポジウム 2018



研究開発センターシンポジウム2018

テーマ 地域包括ケアの深化に向けた諸課題と対応策

日程 平成30年10月6日（土曜日）13時00分～16時30分

場所 埼玉県立大学 講堂（埼玉県越谷市三野宮820）

参加費 無料

開催趣旨

医療・介護・生活支援・予防・住まいで構成される地域包括ケアも、システム構築の段階から深化へ、さらには共生社会の実現へと向かっています。

本シンポジウムでは、第1部の基調講演を受けた上で、地域包括ケア及び共生社会の実現に向けた主たる課題（入院医療、多職種連携、地域リハビリテーション、地域共生社会）について、シンポジストからご講演いただいた後、課題と対応策について総合討論を行います。



第2部パネルディスカッションの様子

プログラム

司会：鈴木 玲子（埼玉県立大学研究開発センター長）

■開会あいさつ

萱場 一則（埼玉県立大学 学長）

■第1部 基調講演

「地域包括ケアシステムのこれまでとこれから」

田中 滋（公立大学法人埼玉県立大学 理事長）

■第2部 シンポジウム

講演1 「地域包括ケアシステムにおける入院医療のあり方」

迫井 正深氏（厚生労働省 大臣官房審議官）

講演2 「多職種連携・協働上の諸課題と対応策 ―ケアマネジメントに焦点を当てて―」

川越 雅弘（埼玉県立大学大学院/研究開発センター 教授）

講演3 「「地域共生社会」の理念と政策展開」

野崎 伸一氏（厚生労働省社会・援護局地域福祉課生活困窮者自立支援室長）

講演4 「地域包括ケアにおけるリハビリテーションの役割 ～私たちの実践～」

斉藤 正身氏（医療法人真正会 理事長）

■パネルディスカッション

座長：田中 滋（公立大学法人埼玉県立大学 理事長）

迫井 正深氏（厚生労働省 大臣官房審議官）

野崎 伸一氏（厚生労働省 社会・援護局地域福祉課生活困窮者自立支援室長）

斉藤 正身氏（医療法人真正会 理事長）

川越 雅弘（埼玉県立大学大学院/研究開発センター 教授）

■閉会あいさつ

朝日 雅也（埼玉県立大学副学長）

第1部

基調講演「地域包括ケアシステムのこれまでとこれから」

公立大学法人埼玉県立大学 理事長

田中 滋

ご来場の皆さま、こんにちは。本学理事長の田中でございます。

4月にこの大学に参りまして、埼玉県立大学の研究者・教員、職員、学生たちが頑張っている姿を見て大変うれしく感じています。

きょうは、これからの日本の内政にかかわる国策の柱であり、外交や軍事は別にして、人々の生活にとって一番大切な基盤と言える地域包括ケアシステムについて、講師の方々とは語り合います。その前に1時間ほどお話をさせていただきます。

この会場にいる学生たちは、それぞれの専門分野の勉強はしているでしょうが、地域包括ケアシステムのグランドヒストリーを学ぶ機会はまだ少ないでしょう。シンポジストの方々にとっては当たり前の知識かもしれませんが、初めての方は、地域包括ケアシステムがどういう経緯で出来上がってきたかをしっかりと捉え、その上で、将来の道を踏まえていくべきと考えます。

人類の歴史を振り返ると、高齢者ケアのニーズ急増は新しく発生した現象です。専門家や行政官を含む世の中が想定する前に、20世紀第四四半期に、ニーズ拡大が先に発生してしまいました。よって、どう対応したらいいか当時は分からなかったので、2000年までは多くのケースが社会的には放置され、家庭の責任に委ねられていた時代、あるいは現在の理解から見ると間違った処遇が珍しくなかった時代を経てきました。専門的なケアを受けられない未充足ニーズが激増している状態が見つけられ、議会や新聞等でこのままでは日本の家庭が崩壊すると指摘する声が1990年代半ばには大きくなっていました。

さまざまな検討や議論の過程を経て、2000年に介護保険制度が発足しました。そうすると、それまで隠れていてニーズが、経済学の言葉で表せば需要に変化し、保険給付に支えられた購買力を伴って、新たに作られた「準市場」に登場するようになりました。他方でサービス提供体制も整備されました。

では、高齢者ケア問題は介護保険制度発足によって解決したか。決してそうではありません。生活面

や住まい、何より介護予防を考えると、介護と医療だけでは人、すなわち社会的存在としてこの世で暮らすには足りません。だから、地域包括ケアシステム、すなわち生活圏域ごとに統合されたケアの仕組みが必要だとの共通の理解が広まってきました。今は、その進展過程の中にいます。

さらに、怖いことに、最後のほうで話をしますが、2025年以降、日本はとても難しい時期を迎えます。10年、15年前は2025年をターゲット年と捉えて議論してきましたけれども、実際は2025年を乗り切ればそれで何とかなるわけではない。2025年から40年は85歳以上の超高齢者が著しく増え、死亡者数もピークを迎える一方、働き手が急速に減っていきます。その中で、多世代共生、地域共生などの新しい目標概念が提示されています。こういう流れできょうはお話しします。

さて、一体、何が起こってきたか。授業で歴史を学んだ方にとっては当たり前の知識かもしれませんが、ホモサピエンスが登場して以来、19世紀後半に至るまでの20万年間、医療のあり方はさほど変わっていません。看病は行われたにしても、せいぜい使える薬草があった程度でした。

長い間、基本的に医療とはお祈り・スピリチュアルケアと不可分でした。やっと19世紀後半に近代医学が生まれます。病原菌の特定から始まりました。併せて平均的な栄養水準がよくなります。これは経済成長の成果です。経済の水準が低い国・地域では、豊かな国に比べていまだに病気にかかることと死に直結するリスクが高い。20世紀に入ると、経済的先進国では、栄養摂取の水準が高いため、感染症に罹患しても、医療の効果が出るまでの間、何日も持つ体力がある大人や子供が増えた。また上下水道が整備され、感染症予防の可能性がだんだん高まっています。

他方、病院なるものを人々が活用するようになったのも、基本的に20世紀に入ってからです。それまでの行き倒れ者収容所から、今の近代的な医学を患者に適用する病院に変わりました。

もう一つ、経済的側面における重要な変化は、普

遍的な社会保障制度の普及に他なりません。そもそも素晴らしいサービスがあっても、利用できなくて意味がない。多くの財は、支払い能力がなければ諦めるしかありません。けれども、社会保障制度の機能によって、支払い能力の影響を以前ほど受けずに、医療サービスを利用できるようになった。この変化は、19世紀の末、1880年代のドイツから始まり、日本では1961年に皆保険体制が完成します。半世紀以上かかりましたが、アメリカ合衆国を除く経済的先進国に順番に行き渡ってきました。

こうした変化によって何が起きたか。まず子供の死亡率が激減します。子供が死ななくなります。子供が死ななくなると夫婦当たり子供数が減ります。仮に子供が大人になれない確率が5割とだとすると、子供は5人、6人と産んでおかないと、次世代の労働力が足りなくなる。ところが、確実に育つようになれば、生産力の側面からだけ考えれば2人でいいことになり、夫婦当たりの子供の数が減ります。

若者が結核にかからなくなった変化も大きいですね。戦後、第1の死因は結核でした。次は脳卒中が死因の首位になりました。脳卒中等による大人の死亡率減に続いて高齢者の死亡率も低下し始めます。医学や看護学、介護サービスの発達により、今では高齢者は疾病やケガを経ても長生きできます。

いずれにせよ、人類史上初めて長寿が誰にとっても当たり前の社会が生まれました。長寿は昔はきわめてレアだった。政策研究大学院の島崎教授から教わった冗談は、「むかしむかしあるところにおじいさんとおばあさんがいました、今はどこにでもいます」です。昔話のスタイルが通じなくなった。

なお長寿者の多くは元気高齢者です。ただし、75歳の8割はまあまあ生活面では自立高齢者だとしても、そうではない方も2割おられます。健康寿命後に10年生きられる事態は人類史上、20万年間なかった初の現象なのです。

それをグラフでお示します。

これは、ある年に日本で亡くなった人の平均年齢が何歳だったかを計算した統計です。平均寿命ではなく、ある年に…比喩的に言えば…お墓に入った人の平均値は何歳だったか。左端は1930年です。1930年はさほど昔ではありません。学生から見ると1930年はものすごく昔と感じるようですが、すでに電気もありましたし、ラジオ放送も、東海道本線の特急列車も利用されていました。近代です。

その1930年に日本でお墓に入った人の平均年齢は何と32歳でした。ただし32歳で死ぬ人はほとんどいませんでした。この数字が生まれる理由は簡単で、乳幼児の死亡率が高かったためです。0歳

児、1歳児がたくさん亡くなり、さらに10歳ぐらゐまでの死亡も多かった。青年期まで達すれば、55～60歳ぐらゐまで生きる人が多いので、平均値が32歳になったと理解してください。

第二次世界大戦が終わって5年後の1950年でも、死亡者の平均年齢は40歳にとどまります。まだまだ子供たちが急性感染症等でたくさん命を落としていました。日本脳炎や赤痢や猩紅熱、あるいは盲腸炎等の子供を救えないケースが珍しくなかった。それが1950年での姿でした。

1961年に皆保険制度ができて2、3年のうちに全国にいきわたり、ようやく感染症にかかった子供たちや、結核にり患した若者の多くがペニシリン等を使えるようになりました。よって死亡者の平均年齢が上がっていきませんが、その後の数値上昇は、年寄りがさらに長生きするようになったからです。その結果、今ですと女性の平均死亡年齢は八十幾つに到達しました。今、ここにいらっしやる40代の女性のほとんど90まで生きてます。

次のグラフは5歳刻みで、1960年の値を100として55年間でどのくらい年間死亡率が低下したかを示しています。女性70-75歳では、1960年に比べて年間死亡率が4分の1に下がりました。たった55年間で70歳の女性が1年間に死ぬ率が4分の1に減ったのです。1960年に70歳はもうそろそろと思われていたかもしれませんが、今、70歳で亡くなられたら「お若い」という感じでしょう？ そのくらい激減しています。何と90歳以上でさえ年間死亡率は半分まで低下しています。

そのくらいお年寄りが医療の成果を受けられるようになった。それだけ医学が発達し、ケアの技術が発達し、医療保険・介護保険によりサービス利用費用が保障され、栄養水準が高い。この変化は人類史上とても新しい現象と捉えてください。

「昔、日本では温かい高齢者介護が一般的に行われていた」は幻想にすぎません。そもそも20世紀半ばまで高齢者が稀だったから、高齢期まで生きられた支配層では多少大切にされたかもしれないし、非健康寿命の期間は極めて短かったゆえです。

文明発生以来、人は病気になればお祈りするしかなかった。他に手段がないから。ちなみに医者はお祈りする人の集団から発生した、と専門家が記しています。エジプトでも古代中国でも。看取りはあったでしょうし、看病はしていたでしょう。あとは、今の日本にはあまり存在しませんが、スピリチュアルケアもあったでしょうね。傷病とか出産とか看取り等に対しては以上が手段でした。平安時代の歴史を見ると、例えば紫式部が仕えていた一条天皇の中

宮彰子の出産はどうだったか。父親の道長の力でたくさんのお坊さんと呼んでみんなで近くで護摩を焚かせたはずです。さらに隼人が木の盾を叩いたり、弓の弦を弾いたりして悪霊退散を図る。医学的にはほとんど何も効果はないにしても、悪霊を追い払う行為が医療の手段だった。

介護という言葉はすでに1983年の広辞苑に載っています。ただし当時は介護の意味はまだ分かっていなかったと思われます。介護とは「病人などを介抱・看護…」と書かれていました。これでは看護と変わりませんよね。介護、つまり生活を支えるニーズがまだ分別されていなかったのです。

ある国、地域に広く存在する物や事象に対しては、名前をつけないと住民同士の会話が成り立たないため、それを指す共通の言葉が自然に生まれてくるはずです。特定の事象に対して数多く言葉ができる理由は、その事象に多様性があるからと言えるでしょう。日本では雨の降り方のバラエティが多い。このところ、一層増えましたね。たとえばゲリラ豪雨とか。残念ながら美しい言葉にはなっていないけれども、いずれにせよ雨の種類が多いため、それを表す名詞、例えば水雨（ひさめ）、五月雨（さみだれ）、霧雨（きりさめ）、驟雨（しゅうう）、あるいはシトシトとかザーザーなどオノマトペが日本では大変多い。

また日本の自然は色合いも多彩です。葉の色が淡い緑から濃緑に変わっていく春先から夏、そしてゆっくり黄色や紅色にグラデーションを経て色づく初秋から晩秋。よって色を表す名前も多い。十二単の重ねの色にも一個一個に美しい名前が付けられています。たとえば茜（あかね）色とか萌黄（もえぎ）色など。この感覚は四季がゆっくり移ろう国の特徴です。一方、日本は砂漠がほとんどないため、砂を表す言葉は少ないと聞きます。当然、モンゴルなどに暮らす人に比べれば、微妙な砂の種類の違いを異なった名前と呼ぶ識別の必要性が弱かったからでしょう。

何が言いたいのか。もし介護状態が昔から珍しくなく存在していれば、介護状態を表す言葉があったはず。われわれが知っている書き物ではどうか。清少納言の随筆枕草子には介護にかかわる言葉は出てきません。事象としても触れられていません。紫式部による源氏物語にも介護問題は出てきません。

ずっと時代が下った江戸時代の近松門左衛門。心中を描く浄瑠璃が有名ですが、介護心中など書かれていない。なぜか。介護状態が続く人が世の中にほとんどなかった。看取りはありましたし、看病はしていたでしょう。しかし、今のような長期に

わたる介護、老々介護、本質は機能回復、機能訓練などといった課題が江戸時代にはまず存在しなかったがゆえと推理できます。

鶴屋南北が今もし生きていたら、きっと介護殺人で殺された老人の亡霊がどろどろと出てくる怪談をテーマとした歌舞伎狂言を書くかもしれません。しかし江戸時代には介護問題がほとんど存在しなかった。事象が普遍的なら言葉ができるとの理解から類推すると、事象がなかったと結論づけられます。

介護状態の高齢者が増えたのは1980年代。日本は漢字を使っています。漢字は造語能力が高い。だから「介助」と「看護」を合わせて「介護」という言葉ができたといわれています。今では「介護」は多くの人が知っている言葉になりました。

英語には介護を一語で表す単語はありません。日本と同じくイギリスにもアメリカにも介護事象がなかったからでしょう。今ではロングターム・ケアとかロングターム・ナーシングケアと呼ばれています。漢字なら短い言葉をつくりやすいけれども、アルファベットでは説明する複数の言葉をつなげて理解したのでしょうか。

病気もけがも昔からあったから、看取りと看病は昔から行われてきたけれども、要介護状態で人が10年以上生きられる事象が、世帯の経済力を問わず生じ始めた時期は、ほんの40年前にすぎません。昔は、よほど経済力があり、栄養水準も問題なく、基礎体力が強く薬の知識までもった家康のような人の場合は、75歳まで生きましたけれども、そういう人はレアでした。

話を戻すと、1980年ごろから要介護者は増えだし始めました。何しろ初めて経験する事態ゆえ、そうした高齢者をどのように処遇したらいいかわからなかったのです。日本だけではありません。北欧でも西欧でもそうだったのではないのでしょうか。初めて見る事象に対してどう処遇したら分からないとどうするか。初めて見る事象は、自然現象であれ、社会事象であれ、これまで知っている類似の経験を当てはめて対応するしかありません。

第一に、新しい事象である要介護状態と、昔からあった看病、看取りとの区別がつかず、要介護者に患者モデルを適用しました。治療は別として、それまでの患者処遇の第一は安静でした。脳卒中は今と違って脳出血が主でした。脳血管が1本切れた患者に対しては、別の血管も切れる事態を恐れ、絶対安静処遇が適用された。別な例では結核患者はどうだったか。支払い能力の高い家族だったら結核患者を空気のきれいな高原や海辺の療養所に入れ、栄養をとらせ、安静な療養生活をおくらせた。

皆さん方、子供の頃を覚えているでしょうか？ 熱が出たら動きまわっては駄目、「きょうは布団の中でおとなしくしていなさい」と言われた記憶があるはずです。表で友達の遊ぶ声が聞こえても、隣の部屋で兄弟や姉妹が楽しそうに騒いでいても、「○○ちゃん、きょうだけは寝ていなさい」と。同じく安静重視でしたね。ただし、風邪を引いた子供も、末期ではない結核患者も、静かに休んでいるとはいえ、寝返りはできるし、食事やトイレには歩いていっているから、褥瘡はできません。

ところが、要介護状態の方に寝たきり処遇をすると、まもなく褥瘡と拘縮が起きる。命にかかわる昔の脳出血患者に対しては、褥瘡と拘縮などあまり意識されなかったかもしれない。ところが、要介護高齢者の寝かせ切り処遇が長引くと、褥瘡がどんどん深まって骨まで行く。そうした事態が1980年後半、90年代に発見されていきました。

第二に、要介護を相対的に貧しい家計におきる気の毒な事態の一つと捉えた。昔の市役所・町村役場は、今でいう要介護者が発生した家計の所得水準が一定以下だと、家政婦派遣所等から人を送り込み、食事、炊事、洗濯を行なわせた。中所得以上だと全額自己負担でした。普遍的に適用される医療保険の世界では、所得が低い家計にだけ給付する形態はあり得ませんね。公費による措置型施策の限界だったと言えます。

第三は、やや保守的な立場から、「介護は嫁がするものだ」と唱える政治家などがおられました。専門性を必要とする介護サービス、しかも長期にわたる介護と、看病や看取り、あるいは嫁が担当していたケースが多かったかもしれない、親世代のための家事と区別がつかなかったのでしょう。

それに対して、このままではいけないと、先進的な医療人、社会福祉畑の方、厚生省、自治体、マスコミ、研究者などが気づき、1989年からはゴールドプランによってまずは介護サービス提供体制を整備していきます。

金銭給付だけの保険制度をつくるのなら、計算の世界なので、保険事故、この場合は要介護者の性年齢別発生率が把握できれば、保険料を算出可能です。しかし、医療や介護については、所得保障を目的とする年金制度とは違い、疾病や要介護状態になった際、現金を配られても助けにはなりません。適切な治療や介護サービスの利用が保障されなければ、人々は保険料納付が義務化される制度に賛成しないでしょう。だからサービス提供体制の構築が不可欠でした。先述のゴールドプランに始まり、新ゴールドプラン、ゴールドプラン21と、3本のプランを

通じて提供体制が整備されていきました。その上で保険制度の金銭面、つまり保険料徴収と保険給付が2000年にスタートします。

その結果、介護保険発足後6年目の2006年までに、ここに示すような提供体制の顕著な増大がおきました。特養は1989年の16万人分から39万人分と2倍半、老健は2.8万床から28万床と10倍、ゼロだった訪問看護ステーションが5,000事業所、同じくゼロだった居宅介護支援事業所が2.7万、グループホーム11.5万人分。通所系は1,000事業所から2,6万事業所、短期入所が4,000人分から28万人分と、いずれも見事な伸びが起きました。2018年までにはもっと数が増えています。

介護保険制度は、バブル経済崩壊後の長い不況のさなかにありながら、新たな保険料納付に納得いただき、それまでの2兆円程度だった介護分野を、あつという間に6兆円、7兆円の給付ができるようにしていきました。今では10兆円の産業分野です。自治体も提供者も大変な努力をされたと高く評価しております。

ではあとは、ケアマネジメントプロセスの進化、サービスの質向上、データマネジメント、ICT・IOT・AIの活用を含む一層の技術進歩を図ればよいのか？ それでよければ本日の講演はここで終わりです。しかしそうはいきません。

新幹線システムを考えてみてください。新幹線をつくるべきか、そのために国費投入をどれだけ行うべきか、つくるとしてどこを走らせるか、などは政策論です。一方、現時点における新幹線の車両開発、安全性向上、インターネットによる乗車券の予約・販売、顧客サービスの向上等々は、鉄道会社の業務に分類できるでしょう。つまり、介護分野でも鉄道分野でも、政策論の展開が主導すべき時代と、実際に事業を行う皆さんの努力に多くを任せればよい時代は異なるのです。

こうした観点からみると、先の質問の答えは否であると、私たちは介護保険ができてから気が付きました。2003年、当時の中村秀一局長の指示でつくられた高齢者介護研究会に始まり、2008年以降今でも続く地域包括ケア研究会に引き継がれる、概念構築の重要さに話は移ります。

日本の75歳以上人口を1920年から見ていきましょう。後で、迫井審議官が日本の人口の大きな趨勢の話をするかもしれません。現行の年金制度は65歳が代表的な節目ですが、介護問題を考えるべき境目の年齢は75歳です。

75歳以上は有史以来、おそらく統計的にはゼロ

と大して変わらない数値だったと言っても間違いはないと思われま。500万人を超えた年は、ついこの間の1980年代後半にすぎません。そこから見て取れるように急増を続けています。急坂であることがこの間の高齢者ケア問題顕在化の中心的理由でした。だから、私たちはこの大変な事態に対応すべく皆で頑張ってきたわけです。

そして、まもなく有名な2025年。「2025年は後期高齢者が増える年」といまだに間違った理解のもとに話す人を見かけますが、そうではなく、2025年は75歳以上人口の伸びが止まる年です。団塊の世代が後期高齢者入りする年は2025年にあらず、2022年からです。2025年以降は、第二次ベビーブーマーが入ってくる2040年ごろまで高原状態がしばらく続きます。2060年ごろがピークで、そこから先は減り始めます。

このように変化していくからこそ、それに応じた概念設定や設計図が必要なのです。たしかに、要介護度が重くなってしまって、医療ニーズも合わせ持つ方には医療と介護などの専門職の仕事に期待せざるをえません。でも、高齢者の全員が要介護者になるわけではない。「要介護になったら救います」と事後的対応だけではよい社会とは言えません。歴史上初めて高齢期が一般的になった世代の責務は、介護予防はもちろん、自分のできる方法による社会参加、活動、貢献ではないでしょうか。

2008年、先述の地域包括ケア研究会が宮島局長の発案によってつくられました。研究会ではまず、「高齢者にとって必要な要素は医療・介護だけではない」と、今では当たり前前に理解されている点を世の中に訴えました。生活支援、住まい、予防を、医療・介護と並ぶ3つの重点項目として示しました。

なお地域包括ケアシステムの実態はもっと前から存在していました。広島県の御調（みつぎ）町（現尾道市）でも、それとは別に以前からの尾道市内でもそうです。けれども、政策研究でこの用語を使い、それが世間に広まっていった始まりは2008年と考えます。医療・介護連携はコアであることの間違いないにしても、それだけでは人の生活の総体は支えられない。よって5輪の花図と呼ばれている図柄を提示しました。

2013年には図柄が立体化されます。植木鉢図と呼ばれています。立体化させた理由は、よく役所が使う、諸要素が高齢者を平面的に囲む関係ではなく、下にいくほど基盤としての意味をもつ縦の順序が重要と考えたからです。プロフェッショナルによる仕事を葉に象徴させ、自助を基本に時に互助が支援する生活を比喻としての土で表し、土が流れない

ためのしっかりとした囲いである植木鉢によって、住まいを表現しました。

さらに、植木鉢が欠けないための基盤として皿を明示しました。その皿に何と書いてあるか。当初は「覚悟」という言葉を使いましたが、強すぎると言われたので「心構え」を用いています。理由は団塊の世代に対する呼び掛けです。第二次大戦後のベビーブーマーの存在は日本に限りません。出征していった兵士たちが還ってきて一斉に結婚し、一斉に子供をつくった時期が、戦争にかかわったどの国も見られました。1947年ぐらいからしばらく子供がたくさん生まれました。日本ではたった3年間に800万人も生まれたので、団塊の世代と名付けられたことはご存知の通りです。

団塊世代の特徴の一つとして、人は老年期に、認知症を含め要介護状態になり得る可能性を普通に見ている人類史上初めての世代である点があげられます。それに対し、今の90歳前後の方は、自分が若い時あるいは中年期に、一部の例外は別として、長期要介護者を身近に見た経験がなかったと推定されます。その親世代、祖父母世代の多くが60歳前後で、短い看取り期を経て亡くなっていたためです。

要介護状態になる原因の一部は防げない不測の事態と言えますが、要介護になる時期を遅くする可能性や防ぐ可能性も、今ではわかるようになりました。それについては、やはり予防が必要でしょう。

個別の要介護事例については、ケアマネジャーがケアマネジメントプロセスと書かれた土台を活用して業務を担う。さらに、自治体、市町村が地域マネジメント力を発揮して地域課題に取り組む責務も明示しました。年寄りが弱ってしまったとしても、どこか山の奥などにつくった施設に預けるのではなく、それまでの生活圈域の中でケアが受けられるため移住しなくともよい「ケア付きコミュニティ」に変えていく責務です。英語では「エイジング・イン・プレイス」と呼ばれています。こういう図柄になりました。

次は、2015年に図はさらに進化します。どう変わったか。2つ入れ替わりが起きています。まず、福祉を葉、すなわちプロフェッショナルワークの中に位置付けました。人は、事情によってはヘルスケア専門職だけのサポートでは生きられない。孤立とかセルフネグレクトとか虐待などの事象に地域が直面した際、医師や看護師はその解決のための訓練を受けた専門職ではない。従って、社会福祉職の専門性を重視する必要性を痛感するようになったためです。

一方、予防は、最初の植木鉢図では専門家による

指導を強調しましたが、先に触れた団塊世代の責務を考えると、予防の根本はやはり本人、家族の力を踏まえなくてはならないと意見が一致し、予防は生活を表す土のほうに書き入れました。

介護予防は、体操教室的な運動が意味を持つ部分だけではなく、もっと大切な要素は人とのつながりであると、東大医学部飯島教授たちの実践研究から学びました。学生に「人はどのようにして虚弱化していくか」と尋ねると、「転ぶからですか」「目から衰えますか」などの答えが返ってきます。違いますね。なぜ転ぶか。歩かなくなるから。なぜ歩かなくなるか。出掛けなくなるから。どうして出掛けなくなるか。人と会う機会が減るから。とさかのぼっていきます。

人とのつながりの切断がある時点で発生する事態には、元役員、元教員、元サラリーマンなど、定年退職によって人間関係が非連続的に変わる職業の人が出会いやすい。開業医など自営業の方は相対的に大丈夫ですね。また、近隣住民と普段から気軽に話ができる地域力を持つ人には、知り合いのない場所への引っ越し以外、非連続に付き合う人が突如減る外部要因のリスクは低いのではないのでしょうか。

近隣の方と街角で立って30分しゃべれますか？隣人と道で出会った際の会話が、「犬、元気ですか」「はいおかげさまで」の3秒で終わっていませんか？こうした地域力の差が、会社や学校や役所でしか他者とつながっていなかった人の閉じこもりリスクを高くするそうです。さらに、もう一つ、現役時代に配偶者や子供や孫とどのぐらい会話ができていたか。できていないと、退職後、会話をする相手が一挙に減ってしまうので同じくリスクを高めるとも聞きました。この話を財界の会合などで披露すると、大体の方が下を向いてしまいます。なお会話はSNSでも構わないとのことなのでご安心ください。子ども世代はニューヨークなり上海なりバンコックなりに赴任中かもしれないからです。

人と接する、楽しい時間を共有し笑う、食事を一緒にとるなどは、脳の刺激になります。これが介護予防の第一歩にあたります。

植木鉢の皿からは、家族という言葉がなくなっています。本人の生活を定める責任主体は本人だからです。どこで住もうか、集合住宅や老人ホームに住み替えをしようかなどの事柄について、認知機能の低下によって周りのサポートが不可欠なケースは別として、基本的に、次世代の都合で決めさせてはいけません。なお皿の表記から消した「家族」について説明しておかなければなりませんね。長年連れ添ってきた異性・同性のパートナーは本人と一体と考え

ています。

次のスライドに、現時点における地域包括ケアシステムの対象を列記しました。第一は看取りです。ここには看取った後のグリーフケア対象者も含まれます。

2番目は中重度要介護者。この方たちは大体のところ医療ニーズを合わせ持っておられます。この方たちへの切れ目のない医療・介護サービス構築は、地域包括ケアシステムづくりの始まりだったので、皆さんもすでになじみで分かりやすいでしょう。医療職・介護職が専門性を発揮できることです。

次は軽度要介護者と要支援者。歩行に杖が欠かせないかもしれない。しかしこの方たちの生活にとって、医療・介護サービスの占める比重は低い。生活支援こそが悪化予防にとっても大切です。さらに3,000万人の元気高齢者。ちょっとしたきっかけで元気になれそうなフレイル初期の方もここに入れます。この方たちには支援の必要性よりも、むしろいかに楽しく地域社会に貢献していただくかが課題と思われれます。

地域包括ケアシステムは、先述のように高齢者ケアにおける医療・介護の切れ目のない連携構築が始まりで、そこには高い専門性を求めてきました。ただし、そうした専門職連携も、より広い視点で見れば人々の生活を支える仕組みの一部であるとの理解が深まりました。理解が深まってくると、地域包括ケアシステムは、障がい者や幼児・児童、その家族の支援にも役立つと関係者は気付いていきました。

自立とは、すべてを自分で行う姿とは限らず、上手に支援を使う生き方も自立の積極的な方法なのです。だから、上手に支援を使う力を持ってない社会的孤立者の支援も視野に入れるべきでしょう。歯科界が盛んに進めてこられた8020運動とは違い、最近8050問題として取り上げられるようになった家族状況、典型的には50歳の独身無職男性が80歳の親の年金で生きている世帯も放置してはいけません。

現状を引き延ばすと、男性の生涯離婚率が3割を超えると言われていています。独身でも社会的つながりが強ければ問題はないにしても、ニートのまま、地域とも職場ともしっかりと絆をもてないまま年をとるとどうなるか。

介護保険制度は10兆円を超える大きな財源とも言えます。また高齢者は数が多い。よって地域包括ケア論も高齢者ケアからスタートしました。しかし、システムができあがってきた地域では、社会を支える仕組みとして大いに活用すべきです。きょう野崎室長に来ていただいた理由は、地域包括ケアシステ

ムを高齢者のためだけのものにとどめたくない、と考えたからに他なりません。

障がい者とその家族はもちろん、近隣から孤立している人、自殺願望を抱える人、LGBTなどを理由に差別されている人、いずれも専門性をもった支援が必要です。目的は社会の中にインクルードする、「社会的包摂」なる言葉を使います。

以上を総括すると、地域包括ケアシステムとはまちづくりとほとんど同義だとわかります。ここまでが地域包括ケアシステム論の進化・深化に至る歴史でした。

なお尊厳ある死、クオリティ・オブ・デスに関する取り組みも各地で進んでいます。看取りを含め、医療的ニーズをもつ方々を支える新たな社会的機能として、4月から始まった介護医療院にも簡単に触れておきます。介護医療院とは、「生活とすまいを医療が支える」という新しいコンセプトの下に創設されました。病院のように医療が主ではありません。また介護療養病床からの転換先にとどまる機能でもない。

なお、厚労省は「施設から在宅へ」を政策目標としているとの間違った理解をしばしば耳にします。そうではなく「おおむね在宅、ときどき施設」と表せる循環的利用が自然な形でしょう。一大決意を求める二者択一論からは脱却したい。

働き方についても、専門職連携から多職種協働と言葉が変わってきましたね。鍵はケアプランと予後予測の理解と共有にあると考えます。後で川越先生からその辺は詳しくお話いただけるでしょう。強調したい点は、「生活のわかる医療職」「医療のわかる介護職」とまとめられます。生活が分かるとは、病気をもち、ADLやIADLが低下した人の日常生活が分かるにとどまらず、活動と参加のための医療であるとの理解ではないでしょうか。生活とは日常の買い物や炊事等の家事、そして家の中での会話や趣味活動こそが主であるにしても、急性期医療を担当する医師や看護師にそこまでは要求しませんが。

他方、医療が分かるとは、医学を学ぶのではなく、要介護者の状態変化に気づく力を言っています。気づいたら看護師など医療職に伝えればよい。

ところで、いまだに急性期医療では、医療安全の名の下に一部で高齢入院患者の拘束が行われています。介護保険分野では、拘束を行わないケアが標準になりつつあり、事業者には保険制度からのペナルティが伴うようになっていきているにもかかわらず。がんの病巣が取れたとしても、あるいは血栓が除去できたとしても、歩いて入院した人が立てなくなる事態が報告されています。

ADLが低下した、あるいは、認知機能が低下した状態での退院とは治したと言えないと声を上げる関係者が増えてきました。現在のDPC制度における評価はまだそこまでいっていませんが、いずれ治療成果の中に、身体機能と認知機能がどうなったか含まれるようになると期待しています。

軽度者の悪化予防については、ケアマネジメントプロセスの刷新にかかっています。その際、利用者の自己肯定感向上がもつ効果は大きい。できないこと、できないと思い込んでいること、しなくなったことを代わりに介護者が行うだけだと、衰えを加速させかねません。できる力を支援して強化する。有料老人ホームの高級なところは、昔はホテルのようなサービスを自慢していました。しかし、非日常であるホテル滞在と、生活の場である老人ホームは目的が異なります。できることを代わりに行うサービスは要介護度悪化策だと有料老人ホーム経営者が語るような進化が起きた。

私たちは介護保険ができる前から、介護のベースはリハビリテーションである唱えてきました。きょうは斉藤先生がおられるのでさらに強調していただければ。また元気高齢者であっても、フレイル予防、社会的閉じこもりの予防が大切であるとの理解に基づく地域ごとの取り組みも広まりつつあります。

健康は、個人の努力だけではなくて、環境要因、社会的要因、Social Determinants of Healthが重要との研究が進んでいます。健康を主として個人責任に帰すると考える古い首長などが見られないわけではありませんが、本質的にはその人を取り囲む社会の力による影響も大きい。近藤克則千葉大学教授が主導されているJAGESプロジェクトの研究をHPなどでご覧ください。

子供たちも、障がいをもった方も、高齢者も、社会参加をし、貢献をすることの喜びが自己肯定感につながります。社会的包摂に基づくまちづくりにつながります。医療・介護分野の専門職連携を超え、異業種、異分野連携が役立ちます。商店街の力や、私たち大学の学生の力を含めて。進んだ自治体では、地域包括ケア推進会議といった場に、商工業、インフラ業、交通機関などの代表も入れています。

残りの時間で、これから先の話をしてします。

2025年までに今言った仕組みを大体つくっていけば、何とかなるか。2回目の問いですね。先ほどと同じく、答えはNoです。理由の第一は、超高齢者人口の急増です。グラフはこれは85歳以上人口の予測を示しています。

75歳以上人口は2025年に伸びが止まるとい

いました。止まります。ところが高齢者の年齢別死亡率が低下し続けているので、85歳以上人口が増えていきます。今の500万人が、たった20年で1,000万人になります。20年間で倍増し、デンマーク全人口の2カ国分に達します。これもまた新たな現象、高齢者の中の超高齢者増です。

この人たちの要介護状態への対応については、地域包括ケアシステムが各地で2025年には機能しているとすれば、さほど心配ないかもしれません。ただし、介護分野で働く人員数に関する懸念については後のシンポジウムで触れます。それは別として、ケア論については、AIやロボット、センサーの活用も当たり前となるでしょうし、ケアマネジメントや仕組みづくりにかかわるファシリテーションについては、川越先生が埼玉県内の市町村のみならず、全国を行脚して指導しておられるので、信頼しています。

問題は、85歳以上の方の多くが生活支援を必要とする時にどうするかです。食事、トイレ、風呂で体を洗うことは自分でできても、重い買い物やふろ掃除、洗濯ものを干す作業がしにくくなっていくステージの方が増える。こうしたニーズに介護福祉士のようなプロフェッショナルを割り当てると、ただでさえ不足している介護人材が足りなくなることは明白に分かります。

日本に住む人の平均年齢は今後も上昇し、2040年に日本人の平均年齢は五十幾つに達します。一方、生産年齢人口は2025年から40年にかけて急減します。よって、高齢者の就労率が上がるにしても、全体では働き手が減っていきます。以上を組み合わせると、当然ながら従属人口指数が上がり続けます。

もう一つの課題は死亡者数の増大です。2040年まで増加が続きます。75歳人口増の急坂は2025年までに終わりますが、死亡者数についてはしばしば急な坂を上らなくてはなりません。大正時代、スペイン風邪と呼ばれたインフルエンザのため年間140万人おおよぶ死亡者が出た時は別として、第二次大戦後はしばしば、毎年70万人台の死亡数の時期が続きました。その後1980年代から少しづつ年間死亡数が増え始め、2003年には100万人を超えています。2030年には160万人以上と予想されています

この人たちの亡くなる場所はどこか。3日前にどこでどう処遇するか、一月前にどこでどう処遇するかを想定しておかなくてはなりません。団塊の世代にとっては本人の決意も問うべきでしょうね。

この会場にいらっしゃる方の多くは医療・介護福

祉の専門職だと理解します。さらに、社会福祉、精神保健福祉、病院医療では当たり前となったMSの地域版などが地域包括ケアシステムにとって普通の存在になれば、専門職協働の将来については心配していません。本学が行っているインタープロフェSSIONALワーク、インタープロフェSSIONAL教育も力となるでしょう。

けれども、人々の生活、すなわち友人なり家族親族なりとの会話、一緒に食事など、共に過ごす時間に主軸をおいて考えると、新しい時代のまちづくりを設計する作業が不可欠です。19世紀前半までの農業・林業・漁業、あるいは小規模の商業や家内工業時代には職住近接であり、近隣住民との血縁関係や顔見知り度も高く、自助と互助が不可分なケースが多かったと思われます。

高度成長期以降では、職住近接は減り、新たに開発された郊外団地や宅地に住んで、都心のオフィスや商業集積地、工業地帯の工場などに通うパターンが主になりました。地域包括ケアシステムづくりが一番難しい地域は新興住宅地です。元は畑や山であったところに移ってきた人たちが住民である以上、住民同士は同じ小学校を出ていない、商店街もできていない、江戸時代から続くお祭りがなく、努力しなければ絆が弱い。

こうした地域でのまちづくりの主体は住民であるとの覚悟がなくては進みません。住民とは、住民票がある人と捉えるのではなく、大学や高校に通う学生や教職員、商店に働きに来る人もメンバーです。

新たな時代のまちづくりにあたり住民の力を引き出すために、厚労省は地域支援コーディネーターなる役割を奨励しています。人と人との関係性をリードする。うまくいっている地域支援コーディネーターは、まちづくりに対して面白い、飛んだ見解をもっている人のように感じます。お祭り騒ぎができる人、好きな人。一番駄目なのは元大学教授と県庁の元部長とかかもしれません(笑い)。一方、専門職者は支える人、サポーターです。研究者や公務員は黒子に徹する。

皆さまのお手元にお配りした埼玉新聞に、埼玉県を地域包括ケアシステム先進県にと願う鼎談が載っていますので後刻お読みください。

「地域を耕す」。文学的な表現ですが、本質を表すにふさわしいと考えます。きょうは、越谷の商工会議所の会頭も会場にお越しいただきました。そういう方が表に立ち、大学や役所が後ろから支えてこの地域を耕していく。かつて昔あった何かの復活ではありません。人類史上初の人口年齢構成にあった新しい責務なのです。

実際に、地域を駆け回っていらっしゃる専門職の方が異口同音に伝えるメッセージは、「地域と出会うと楽しい」です。この感覚を急性期医療を担っておられる医師や看護師にも早く分かっていただきたい。

最後に比喻を用います。レベルの高いケアを象徴する美しい花が咲いているとしましょう。しかし周囲が荒れ野のままだと、個別の医療機関なり社会福祉法人のご努力下、自分の利用者だけが救われた状態にとどまります。

地域包括ケアシステムは、2018年現在、各地で地域を耕している段階です。プラットフォームをつくっていると言ってもよい。進んでいるところもあるし、これからのところもあるかもしれないけれども、地域ケアシステムづくりとは、「荒地の一部に美しい花を咲かせましょう」ではありません。地域を耕し、全体に芽がでてやがて育っていく未来を築いていくための工程表なのです。2025年には各地で地域包括ケアシステムが当たり前になるように望みます。そうでないと2025年から40年を乗り切れないからです。

人類の始まりから21世紀半ばまでのグランドヒストリーを話させていただきました。ちょうど時間ですね。

どうもありがとうございました。

地域包括ケアシステムの これまでとこれから

- 2018年10月6日
- 埼玉県立大学
- 研究開発センターシンポジウム
- 理事長 田中 滋

10/06/2018 版權 埼玉県立大学 田中 滋

1

日本社会における歴史的展開

- ~2000年: 放置されたニーズの発見
- ~2010年: 制度化: 需要顕在化 + 供給量増
- ~2025年: 地域包括ケアシステム構築
- ~2040年: 超高齢者と死亡数増・生産年齢人口減
→ 多世代共生社会

10/06/2018 版權 埼玉県立大学 田中 滋

2

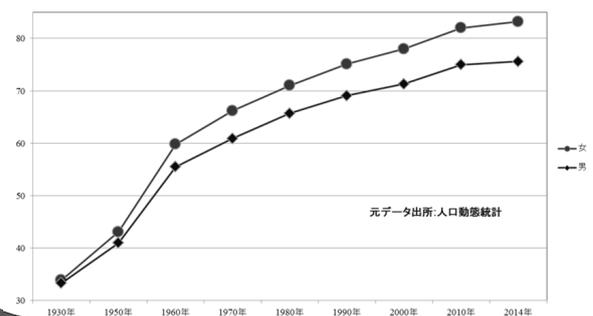
医療と社会：19世紀後半から

- まずは子供と若者の死亡率低下
 - 栄養水準向上
 - 公衆衛生体制発達：生活環境・感染症予防
 - 近代医学誕生→病院医療普及
 - 社会保障制度：創設→普及
 - 結核と脳卒中による死亡数激減
- 次に高齢者の死亡率低下
 - 人類史上初の長寿一般化(経済的先進国)
 - 元気高齢者増・高齢者世帯増
 - 健康寿命後の高齢者急増

10/06/2018 版權 埼玉県立大学 田中 滋

3

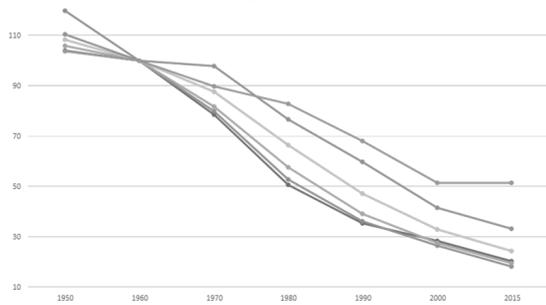
各年死亡者の平均年齢推移



10/06/2018 版權 埼玉県立大学 田中 滋

4

高齢者死亡率の急速な低下 (女性) 1960:100



10/06/2018 版權 埼玉県立大学 田中 滋

5

昔は要介護者をどう処遇していた？

- 文明発生以来
 - 傷病・出産・看取り等に対しては
祈り、医療、看病、世話、スピリチュアルケア
- 「介護」という言葉
 - 広辞苑1983「病人などを介抱・看護…」
- ある文化における事象と言葉
 - 雨、色、砂…
 - 清少納言・紫式部・近松門左衛門・鶴屋南北
 - 事象が先だと：漢字の造語能力活用

10/06/2018 版權 埼玉県立大学 田中 滋

6

要介護者急増

- 処遇未知①
 - 看病・看取りとの区別
 - 患者モデル＝安静
 - 象徴：寝たきり老人、褥瘡＋拘縮
- 処遇未知②
 - 経済的弱者救済モデル：措置
 - 家族支援モデル：責任論とご褒美論

10/06/2018 版權 埼玉県立大学 田中 暲

7

政策対応

- 提供体制整備
 - 1989年～：ゴールドプラン、新ゴールドプラン、ゴールドプラン21
- 介護保険創設へ
 - 1994年：高齢者介護・自立支援システム研究会
 - 1996年：老人保健福祉審議会報告
 - 1997年：介護保険法成立
 - 2000年：介護保険法施行

10/06/2018 版權 埼玉県立大学 田中 暲

8

提供量：1989-2006

- 特別養護老人ホーム：16万人分→39万人分
- 老人保健施設：2.8万床→28万床
- 訪問看護ステーション：0→5,500
- 居宅介護支援事業所：0→2.7万
- 認知症対応型共同生活介護：0→11.5万人分
- 通所介護＋通所リハ：1,000→2.6万
- 短期入所：4,000人分→28万人分

10/06/2018 版權 埼玉県立大学 田中 暲

9

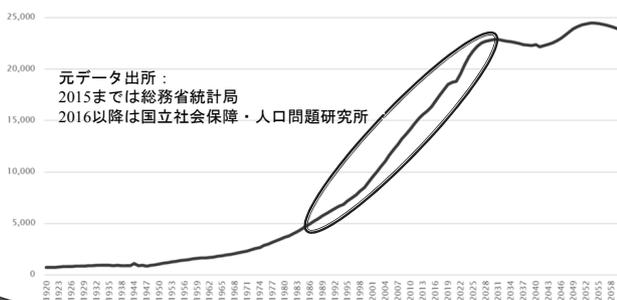
これまでを評価し、将来に向かう

- 介護保険は社会的イノベーションかつ強力な推進エンジン
- 自治体の努力
- 提供者の努力と技術進歩
- 今後はケアマネジメントプロセスの進化、サービスの質向上、データマネジメント、ICT・IOT・AI活用を含む一層の技術進歩を図ればよい?

10/06/2018 版權 埼玉県立大学 田中 暲

10

日本の75歳以上人口推移 1920-2050

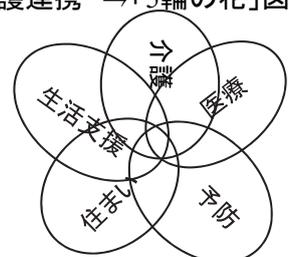


10/06/2018 版權 埼玉県立大学 田中 暲

11

地域包括ケアシステムVer1.0(2008)

- 高齢者の医療介護連携 ⇒「5輪の花」図



10/06/2018 版權 埼玉県立大学 田中 暲

12

地域包括ケアシステム Ver3.2 「植木鉢」図(2013)

- 立体化
- 「覚悟」
- 団塊世代は人類史上初めて
- 地域マネジメント



10/06/2018 版權 埼玉県立大学 田中 暹 13

地域包括ケアシステム Ver.4 新「植木鉢」図(2015)



10/06/2018 版權 埼玉県立大学 田中 暹 14

地域包括ケアシステムの対象

- 看取り(グリーンケアを含む)
- 中重度要介護者
- 軽度要介護者・要支援者
- 虚弱高齢者・元気高齢者
- 子供・障がい者・その家族など適切な支援があれば活躍できる人々
- 複合的福祉ニーズを持つ人々: 孤立・虐待・ネグレクト・セルフネグレクト・貧困・自死希求...
- まちづくり

10/06/2018 版權 埼玉県立大学 田中 暹 15

地域包括ケアシステム 対象・目標・手段

- 看取り(グリーンケアを含む)
 - 尊厳ある死、QOD
 - 医療者・介護者・家族の理解促進
 - ✓ 死=敗北? 「看取りは怖い」
 - ✓ 亡くなる場所は病院だけではない cf. 介護医療院
 - ✓ ACP

10/06/2018 版權 埼玉県立大学 田中 暹 16

地域包括ケアシステム 対象・目標・手段

- 中重度要介護者
 - 在宅限界の引き上げ、「施設から在宅へ」?
 - ✓ 「おおむね在宅、ときどき施設」、循環的利用
 - 多職種協働
 - ✓ ケアプランと予後予測の共有
 - ✓ 生活のわかる医療職
 - ✓ 医療のわかる介護職
 - 在宅医療

10/06/2018 版權 埼玉県立大学 田中 暹 17

地域包括ケアシステム 対象・目標・手段

- 軽度要介護者・要支援者
 - 悪化防止、生きがい
 - ケアマネジメントプロセスの刷新、AI活用
 - ✓ 課題解決→未来志向、できることは何か
 - ✓ 改善予測・悪化予測に基づくケアプラン
 - ✓ self-efficacy向上
 - リハビリテーション、広義の機能訓練

10/06/2018 版權 埼玉県立大学 田中 暹 18

地域包括ケアシステム 対象・目標・手段

■ 虚弱高齢者・元気高齢者

- フレイル予防・貢献
- 生活支援、すまい、社会的つながり
- cf. Social Determinants of Health

■ 子供・障がい者・その家族など

- 社会参加・貢献：社会的包摂
- 多世代・多様な人が共に生きる社会

10/06/2018 版權 埼玉県立大学 田中 暹

19

地域包括ケアシステム 対象・目標・手段

■ 複合的福祉ニーズを持つ人々

- 社会的包摂
- 早めの課題発見

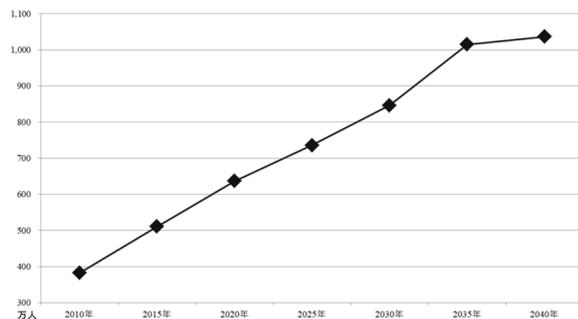
■ まちづくり

- 多世代共生社会
- 多層地域ケア会議
- 異業種・異分野連携

10/06/2018 版權 埼玉県立大学 田中 暹

20

日本の85歳以上人口推移予測

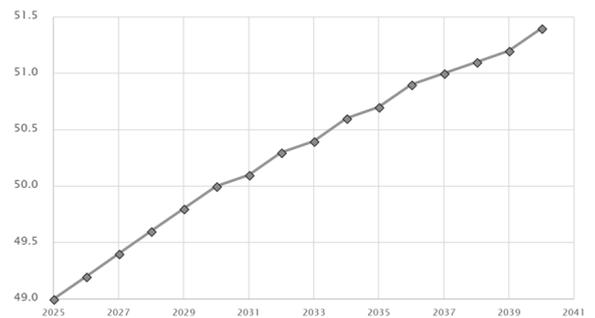


元データ出所：国立社会保障・人口問題研究所

10/06/2018 版權 埼玉県立大学 田中 暹

21

人口の平均年齢推移予測(歳)

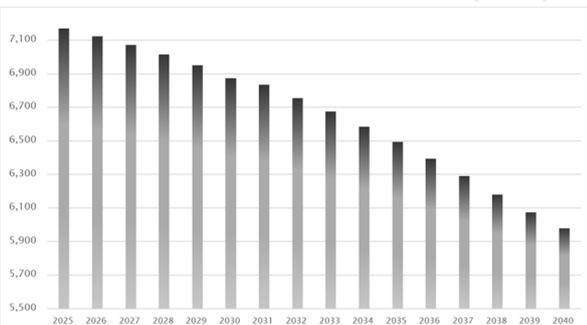


元データ出所：国立社会保障・人口問題研究所

10/06/2018 版權 埼玉県立大学 田中 暹

22

生産年齢人口推移予測(万人)

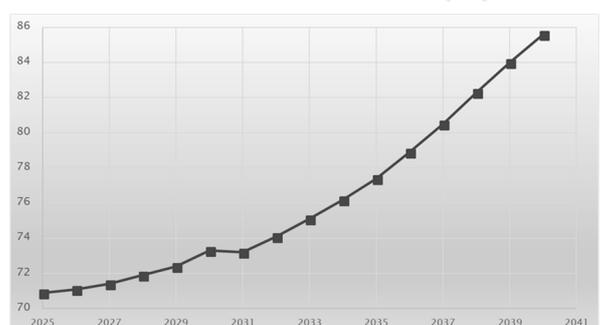


元データ出所：国立社会保障・人口問題研究所

10/06/2018 版權 埼玉県立大学 田中 暹

23

従属人口指数推移(%)

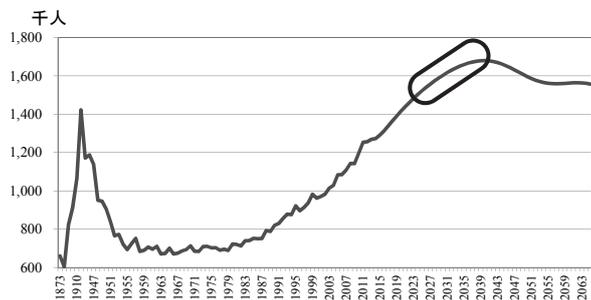


元データ出所：国立社会保障・人口問題研究所

10/06/2018 版權 埼玉県立大学 田中 暹

24

年間死亡数の推移と予測



元データ出所：国立社会保障・人口問題研究所

10/06/2018 版権 埼玉県立大学 田中 暁

25

共生社会に向けた地域包括ケアシステム構築の参加者

- 「異なる組織に属する」多(専門)職種協働
 - 医療職・介護職・ケアマネジャー
 - リハビリテーション職
 - 管理栄養士・調理師
 - 口腔・嚥下ケア: 歯科医師・歯科衛生士・ST
 - 薬剤師
 - 社会福祉士・精神保健福祉士、地域版MSW

10/06/2018 版権 埼玉県立大学 田中 暁

26

共生社会に向けた地域包括ケアシステム構築の参加者:人

- 主役は住民←住民とは?
 - 地域支援コーディネータ
- 専門職はサポータ
- 黒子
 - 研究者
 - 公務員

10/06/2018 版権 埼玉県立大学 田中 暁

27

共生社会に向けた地域包括ケアシステム構築の参加者:組織

- 医療機関
- 医師会
- 介護事業者等
- 異業種・異分野連携
- 自治体・大学...
- 「地域を耕す」「地域と出会うと楽しい」

10/06/2018 版権 埼玉県立大学 田中 暁

28