

# 地域包括ケアであるべき根拠とはなにか

猪飼周平

一橋大学大学院社会学研究科准教授

## 1. はじめに

地域包括ケアは何のために必要なのだろうか。地域包括ケアは、自治体関係者や医療・福祉関係者にとっては既定路線のようにみえているかもしれない。そしてそのような目からは、もはや地域包括ケアが何のためのケアなのかということはどうでもよいことのように思われるかもしれない。

だが、そのような人びとに、上の問いが問われたとすると、おそらく次のような多様な答えが返ってくるだろう。すなわち、長寿化・疾病構造の転換によって病気を抱えながら生活する高齢の人々が増えた、医療費を節減するためには病院から患者をできるだけ早く退院させ地域に戻さなければならない、高度に高齢化した社会に対応するためには、自助・共助・公助のすべてが機能しなければならない、本来人間は自宅で亡くなった方が幸せであるはずだ、人間は自立すべき存在でそれを支えるのが地域包括ケアだ、などなどである。さらに、それらの答えをそれぞれよく吟味してみると、それがなぜ地域的で包括的なケアを目指さなければならない根拠となるのか、うまく説明がつかなくなってしまうのだろうか。

つまるところ、地域包括ケアの必然性の根拠については、ケア関係者の間ですら決して合意されてはおらず、またそれぞれが挙げる根拠についても、よく吟味されたものとして主張されてきたわけではないのである。

その結果、厚労省が「地域包括ケア」を熱心に推進している一方で、政策の受け皿となる基礎自治体の方では、「地域包括ケア」が何のために行われるのかがわからないので、困惑したり、何の目的でそれが行われるのかについての認識をもたないまま、言われるがままに与えられた政策パッケージを実施しようとしたりしている。もちろん、目的や理念がなくとも、政策パッケージを実施すれば良好な地域包括ケアが構築できるというのであれば、このような形で状況が進行しても大過ない。だが、後述するように、地域包括ケアとは政策パッケージとして表現できるようなものではない。それはあくまである目的にしたがってケアシステムを構築すると、結果的に得られるものにすぎない。ここでもし、地域包括ケアが何のために行われるのかについての認識を欠いたまま、政策パッケージを実施

するとすれば、それは顔というコンセプトを欠いたまま目や鼻や口を並べるのと同じようなもので、必ずしも顔になる保証はないのである<sup>1</sup>。

このように、地域包括ケアの構築を目指すためには、地域包括ケアに関する混乱を収めて、将来のヘルスケアが地域包括ケアでなければならない理由を把握しておくことの重要性は大きい。そこで、以下では地域包括ケアの必然性について、従来からの議論を含めて整理してみたい。

## 2. 治療医学の敗北説と医療費抑制説

まずヘルスケアを地域包括ケアへと移行させる主要な力として、医療界で一般的に支持されている説明を検討してみよう。それは、長寿化・疾病構造の転換によって、生活習慣病を抱える高齢者が患者の中核を成すようになったことを主因とする説明である。生活習慣病は基本的に完治しないので、患者は病気を抱えながら生きなければならず、とすれば治療に際しては同時に患者の QOL を考えなければならない。治らない患者の QOL を高める上でもっともよい環境が在宅的環境であるとするれば、地域包括ケアが望ましい、という論理で地域包括ケアにたどり着く。この説は、治療医学の限界の先に地域包括ケアがあると解釈することからここでは「治療医学の敗北説」とよんでおこう。

一見するとこの説は、地域包括ケア化をよく説明してくれるようにみえるかもしれない。だが、実はこの説では地域包括ケア化を十分に説明することはできない。第 1 に、この説が正しいためには、時代が下るにしたがって治療医学で治せない患者の割合が増えなければならないが、それはおそらく事実と反している。時代を遡るほど、むしろ慢性感染症患者、様々な身体的な不具合、不調、障害を抱えた人々、精神病患者が治療できないまま放置されていたと考えるべきである。これは、時代を遡るほど治療医学の有効性が小さかったことからみて当然のことである。第 2 に、生活習慣病についても医学の進歩は一定の恩恵を生み出し続けてきている。その意味では、事実として治療医学は敗北しつつあるというよりも、生活習慣病に対しても挑戦を続けているというのが正しい理解であろう。

これらは、いずれも治らない患者の存在が QOL を重視するケア姿勢を生み出すという単線的な理解が、十分な説得力を持たないことを示している。

地域包括ケアを必要とすることを主張するもう 1 つの仮説は、主に行政によって主張されているもので、ケアに関する資源の効率的な活用を目指すと自ずと地域包括ケアになる

---

<sup>1</sup> 筆者は、政策パッケージが不要だと言っているのではない。というのも、結果的であれ、地域包括ケア化に際しては、様々なケア資源の整備が必要になるからである。ただ資源の整備はあくまで地域包括ケアにとっての必要条件の 1 つと理解されるべきなのである。

という説明である。これを「医療費抑制説」とよんでおこう。

ここでは3点指摘しておきたい。第1に、病院において必要以上の医療が行われるのは、一義的に病院制度の設計上の失敗もしくは病院経営上の失敗に属しているのものであって、病院という施設に本来的に備わっている属性とはいえない、ということである。いかえれば、論理的には病院医療費を抑制する方法は、患者の退院促進を目的とした地域ケア化だけではないということである。

第2に、地域包括ケア化にはそれ自体としてのコスト増加要因があるということである。その主要なものは、ケアがカバーすべき領域が、地域社会全体に面的に広がることによってケアの効率が大幅に低下する可能性である。在宅ケアには移動コストの増加が必然的に伴い、またケアを面的にカバーするためのマンパワーの増強も必要となる<sup>2</sup>。医療費の節減を地域包括ケア化によって行った場合でも、節減効果のかなりの部分がこのコスト増要因によって相殺されかねない。

第3に、予防への取り組みが川下のケアコストをどの程度抑制できるかという問題である。論理的には、保健によって医療の必要性を減少させることができれば、医療費は減少させられる。だが、いまのところそれがどの程度の医療費抑制効果をもつかは定かではなく、上に述べた地域ケアに伴うコスト増を上回るかどうかは不明である。さらに、保健と医療には代替的な側面と同時に補完的な側面の両方がある。つまり、保健が医療を代替できる程度には限界があると考えなければならない。

以上から、地域包括ケアは医療費の抑制という目的にとって必須のケアシステムであるとはいえないことがわかる。筆者は、医療費の抑制をすべきでない、ということを目指しているのではない。きたる高度な高齢社会においては、医療費の節約による財政負担の軽減の問題はつねについて回ることになる。だが、それはかならずしも地域包括ケアとの直線的な関係に帰着するわけではない。医療費を引き下げの方法は地域包括ケア以外にもある一方で、地域包括ケアが医療費を引き下げかどうかは不透明なのである。

### 3. 社会的価値観の転換がもたらす地域包括ケア化

治療医学の敗北説、医療費抑制説のいずれもが、次代のヘルスケアが地域包括ケアであることの十分な根拠を与えないとすれば、地域包括ケアはいかなる意味で必然性を持ちうるといえるだろうか。

---

<sup>2</sup> もしマンパワーの増強を家族や地域社会の成員に依存した場合でも基本的には結論は変わらない。表面上はコストは発生しないようにみえるが、ケアに動員された人々はケアに参加しなければ行えたであろう経済活動の機会を失うのであり、それはマクロ的にみれば経済的損失を伴っている。

筆者は、2010年に『病院の世紀の理論』を上梓した。それは、国際比較的な枠組みの中で、医療にとっての20世紀の意義を、主に歴史的史料を利用して取り出そうとしたものである。本書に至る研究の過程で見出された知見の中に、地域包括ケア化に関するものも含まれている。それは、20世紀的な医療の秩序、すなわち治療医学的観点からみて最適な医療を行うことを究極的な目標として組み立てられた医療が、現在、QOLを究極的な目標をもつ医療へと変化しつつある、というものであった。

これは決して筆者の発見というわけではない。新しい目標の重要性には、かねてより少なくない医療の実践家たちは気づいていた。彼らは、「キュアからケアへ」、「医学モデルから生活モデルへ」、「ADLからQOLへ」というような言い方で、ヘルスケアの目標を、医学的治癒からQOLに転換することを求めてきた。これに対して、筆者が付け加えた点があるとするれば、彼らの運動は、単なる医療界における少数派のそれなのではなく、社会の価値観が、歴史的な時間の中で、QOLを究極的な目標とする医療を支持するように変化しつつあるということを反映したものである、ということである。

実は、この社会の価値観が医療の目標としてQOLを支持するようになるという状況に、ヘルスケアが適応しようとする、その供給システムは、結果として地域包括ケアシステムにならざるをえないのである。そして、筆者の理解する限り、このことこそが、次代のヘルスケアシステムが地域包括ケアシステムであることの決定的な根拠なのである。

以下この点を少し掘り下げてみよう。ヘルスケアの目標がQOLとなると、なぜ地域包括ケア化することになるのだろうか。地域包括ケア化を地域ケア化と包括ケア化の2つのダイナミズムに分解してそれぞれみてみよう。

まず、ヘルスケアの地域ケア化については、以下の4つの理由を挙げるができる。第1に、人びとは特段の事情がないかぎり、生活のための環境として施設的环境よりも地域的環境を選好する傾向にある。いいかえれば、地域的環境においてケアをする方が、施設的環境におけるよりも生活にとって好ましいと生活者自身が感じているということである。第2に、地域的環境においては、元々の生活環境によって充足されていた生活要素を引き継ぐことができる。第3に、生活ニーズの多様性に対応するためには、支援側の社会的資源にも多様性が必要となる。地域社会はそのような多様性を有するもっとも普遍的な資源のプールとなる。第4に、当事者の生活ニーズに関する情報が、当事者の生活環境に集中しているために、当事者の生活の質を目標とするかぎり、支援主体も当事者の生活環境に対する十分なアクセスをもたなければならない。このとき、支援主体も地域的に活動することが効率的となる。これらを総合すれば、当事者のQOLを追求すればするほど、ヘルスケアシステムの重心は必然的により在宅方向に引き寄せられることになる。

次に、ヘルスケアの包括ケア化についてはどうだろうか。通常包括ケア化は保健・医療・

福祉の統合を意味しているが、もし可能ならこれらが統合的に動いた方が効果的である、というのはそれ自体としては自明なことにすぎない。実際、20世紀を通じて、包括医療や全人医療といった統合性の高い医療の必要が、20世紀を通じてさまざまな論者から指摘され続けてきた。だが、保健も福祉も生活を主要な対象とする活動であるのに対し、20世紀においては医療だけが異なる目的＝医学的な意味における治癒をもっていた。このために、その必要性・有効性の認識にもかかわらず、20世紀を通じて保健・医療・福祉を統合することは困難だったのである。一方、QOLを目標とする生活モデルの元では医療領域も究極的には生活ないしQOLへの貢献によって評価されることになる。つまりおよそ1世紀ぶりに保健・医療・福祉は究極的に一つの共通の目標をもつことが可能になったのである。このように包括化の障害が取り除かれればもとより包括化それ自体の有効性は自明であるから、時間の経過とともに包括化が実際に進展してゆくのが自然であるといえる。

かくして、社会がヘルスケアの究極の目標がQOLであることを認めるようになるにつれ、ヘルスケアシステムも、より地域的かつより包括的なケアシステムへと移行してゆくことになるのである。またいいかえれば、社会の価値観の歴史的転換、すなわちQOLを究極的なケアの目的とする方向への歴史的変化こそが、次代のヘルスケアが地域包括ケアでなければならない根拠であるということになるのである。

ところで、上で述べてきた社会の価値観の転換について一点補足しておくべきことがある。それは、この価値観の転換は、決してヘルスケア領域のみに起きている現象ではないということである。そもそも医療界に普及しつつあるQOLやそれを中核概念とする生活モデルは、直接的には障害者福祉の領域から流入してきたものである。WHOが障害分類モデルとして開発したICIDHが発表されたのが1980年のことであることからわかるように、QOLを究極的な目標として設定する支援モデルは、医療に先行して、障害者福祉の領域で1980年代初頭までには明確なコンセプト化が完成していたのである。さらにいえば、この生活モデル化は障害者福祉においてのみ見られる現象ですらない。本稿でこの点を詳しく議論する紙幅はないが、要するに、人々の生活を支援する領域＝社会政策の全領域で、1980年代までには支援モデルの転換が進展していたのである。実際、1980年代以降の社会政策に広く一般化した生活支援モデルである「社会的排除—包摂モデル」は、生活モデルと密接な類縁関係にある。医療においてQOL概念が浸透したのが1990年代であることを踏まえると、このことが意味しているのは、ヘルスケアの生活モデル化とは、社会政策の全域における支援観の変化という大きな潮流に、ヘルスケアが飲み込まれてゆく事態であるということである。ヘルスケアの福祉化といってもよい。

#### 4. 地域包括ケアとは何か

冒頭で現在の地域包括ケアをめぐる政策状況は、顔というコンセプトを欠いた目と鼻と口のようなものであると述べたが、その意味はもはや明確であろう。地域包括ケアにおける「顔」とはQOLのことにほかならない。人々のQOLを増進しようとする努力の結果として到達した地域包括ケアシステムであれば、それは歴史的潮流から由来するケアの必然性によって支持されるが、そのような努力を伴わず、形式的に地域性と包括性を帯びさせただけの地域包括ケアシステムは、歴史的必然性と無関係なケアシステムとなる。前者は、社会の価値観の長期的変化に適合するのに対し、後者は長期的には社会の価値観から乖離してゆく可能性がある。

ところで、本稿における論理を前提とするとき、地域包括ケアのイメージはどのようなものとなるだろうか。本稿の最後に、とくに現在政策的に推進されている「地域包括ケア」と異なる部分について、3点指摘しておきたい。

第1に、地域包括ケア化することが、そのままケアの質が改善されるということの意味しないということである。上でみた価値観の変化とは、ゲームになぞらえて言えば、ゲームの勝利条件の変更に対応する現象である。従来 of 患者の医学的治癒を目指す「ゲーム」においても、優れたケアをするケア主体とそうでないケア主体があったように、新しい「ゲーム」においても、優れたケアを実施する地域とそうでない地域が当然生まれてくる。しかも、どのようなケアが優れているかは、まだ誰も知らないのである。このことは、実践家・行政などによる探索の過程が長く続くことを意味する。これに対して、筆者を含む研究者も、実践家らによる試行錯誤を評価する態勢を整える必要がある。これは、現在行われている第三者評価とはまったく異なる態勢でなければならない。というのも、どのようなケアが優れているかが予め知られていない状況下での評価になるからである。おそらくこのような評価を実行可能なのは、アカデミズム以外にはないであろう。

第2に、地域包括ケアは高齢化対策という枠をはるかに超える現象であるということである。上で述べたように地域包括ケア化は、人が人を支援することに関わる広範な現象についての価値観の変化を背景に持っている。ということは、変化は決して高齢者医療・福祉にのみおこるはずがない。このことは、ヘルスケアに関わる人びとの多くが看過している点である。その意味では、厚生労働省が推進している「地域包括ケア」は、あくまで現在進行しつつある地域包括ケア化の現象の一部をフォローしているにすぎないということになる。また同じことだが、地域包括ケアは、高齢社会が過ぎ去ればもういらなくなるものでもない。高齢社会はやがて終わる。その後も社会が続くかぎりケアも存在する。地域包括ケア化とはそのような半世紀先にどのようなケア文化を残すことになるか、という問題に関わる現象であると考えべきである。

第3に、地域包括ケアの「顔」であるQOLは単に旧来の目標であった医学的治癒とは極めて性質の異なる目標であるということである。最大のポイントは、医学的治癒と異なり、QOLがどのような状況が最適な状況であるかを客観的に示すことができないところにある。QOLのオプティマムは、究極的には他人にも本人にも知ることができない。誤解をおそれずにいえば、それは「幸福」という概念に似ている。このことは、どのようなケアをすれば良いケアといえるのかを示す客観的な指標が存在しないということを意味している。

近代社会においては、幸福については「幸福追求権」という一種の自由権として保障しようとしてきた。それは、「人が幸福を追求するのは自由だ」、もっといえば「幸福が何を意味するかはわからないが、個人が自分の幸福を追求することを他人が邪魔することは許さない」というものである。筆者の予想では、このまま無防備に地域包括ケアを追求すると、QOLが幸福に準ずる扱いを受けるようになると思われる。すなわち、どのようなケアがよいかについての意思決定が、本人の自己決定に強く依存するケアシステムになるのである。だが、それは私たちにとってそれこそ不幸なことかもしれない。というのも、ヘルスケアシステムは、自己決定する能力が低い人びとを当事者としてとくに多く包含するシステムだからである。とすれば、地域包括ケアは、システム上の理由によって、本人に自己決定を強要するシステムになりかねないということになる<sup>3</sup>。このように、ヘルスケアの目標が変更されるということは、単にケアシステムの形が変わるというだけではなく、その作動の論理も大きく異なったものになっていることになるのである。

上で指摘したことは、いずれも地域包括ケア化が、通常考えられているよりもはるかに私たちの社会にとって基底的な現象として捉えなければならないことを意味している。そして、そこでは従来想像されてきたよりもはるかに多くの努力、創意、協同が必要となるであろう。だが、それらの奮闘がQOL化する社会の大きな変化に対する貢献である限り、次の世代の人びとに伝えることのできる文化的・社会的遺産としての価値を持ちうるのではないだろうか。

#### 参考文献

猪飼周平[2010]『病院の世紀の理論』有斐閣

猪飼周平[2011]「地域包括ケアの社会理論への課題 健康概念の転換期におけるヘルスケア政策」『社会政策』通巻7号

---

<sup>3</sup> 従来、意思決定を行う能力があるにもかかわらず、それを社会制度や社会関係がそれを阻害する、という条件を前提にその望ましさが議論されてきた。これに対して、地域包括ケアシステムにおいて起こる可能性があるのは、システム上の要請から自己決定の能力の有無にかかわらず自己決定が当事者に強要されるという事態である。