

# 終章 地域包括ケアシステムの展望へ

## ① はじめに

私たちの社会はこれまでどの社会も経験したことのない超高齢社会に向かって進みつつある。このような状況に私たちはどのように対処してゆけばよいのだろうか。これは、ここ数十年来日本社会が抱えてきた課題である。もちろんヘルスケア政策についても、高齢化要因を考慮に入れた政策でなければ実効性のある政策たり得ない状況が続いている。ただし、私たちは同時に高齢化を考えるうえで一つの「落とし穴」があることを常に意識している必要がある。すなわち、将来起きることはさらなる高齢化だけでは決してないということである。社会構造の変化、価値観の変化、技術条件の変化などが並行して生じる。通常社会学者が未来予測に躊躇するのは、このように変化する社会的変数が多く、これらを包括的に考慮することが難しいためである。もし、高齢化という要因のみに依拠して未来の計画を立てることが正当化できるとすれば、それは、高齢化が起ころいさえすれば他の要素を考慮せずとも導出できる帰結に議論を絞り込んだ場合に限られる。

翻って地域包括ケア政策はどうかというと、筆者の理解するところでは、上の「落とし穴」に落ちた政策の典型のようにみえる。政策の基礎になった地域包括ケア研究会の「報告書」\*1をみるとよくわかるように、将来的な変化として考慮に入れているのはもっぱら高齢化に関する人口推計である。もっとも、人口推計は社会科学の中ではよく当たる将来予測であり、これを元にして政策を立案することそれ自体は必ずしも間違っていないといえるかもしれない。だが、後に立ち入って議論するように、実際のところ高齢化から地域包括ケアシステムを導出しようとする試みは成功しないのである。

では、地域包括ケア政策は間違った政策ということになるのだろうか。実はより地域的でより包括的なケアに向かってヘルスケアを再構築してゆく方向性は大枠としては決して間違っていない。つまり、現状は、誤った論理によって少なくとも方向性としては正しい政策が導かれている状況なのである。思うに、政策立案に際して、世界的なヘルスケアの潮流が参照されたためにこのようなことになったのであろう。ヘルスケアシステムが地域ケア化する潮流、また保健・医療・福祉などヘルスケア関連の諸システムが統合化される潮流は、いずれも地域により多様性を含みつつも、世界的潮流である。この潮流に合理的な根拠があり、またその根拠を日本社会においても見出すことができる限り、地域包括ケア政策にも一定の合理性が認められることになる。つまり、地域包括ケア政策は、高齢化に対応する政策としての建前をとりつつも、その基本コンセプトの部分については、諸外国のモデルが外挿されることで成り立っているといえるかもしれない。

\*1 地域包括ケア研究会 [2010].

総論

1章

2章

3章

4章

5章

6章

7章

8章

9章

10章

11章

12章

13章

14章

15章

終章

このような状況はどのように評価されるべきだろうか。政策そのものが的外れでないのならそれでよいではないか、といえるだろうか。もちろん、政策そのものが的外れであるよりはずっとよい状況である。だが、決して健全な政策状況であるともいえない。たとえてみるならば、この状況は、天動説で星の運行を説明している状況に似ているといえるだろう。一見して星は天動説を支持するように動いているようにみえる。だが、仮説の根幹が間違っているために、辻褃を合わせるために複雑な論理立てが必要となったり、恣意的な仮定を追加しなければならなかったり、そもそも辻褃を合わせるができなかったりするような事象が陸続と現れてきてしまう。そして、天動説を使い込んでゆけばゆくほど、議論を根拠づけるのが難しくなってゆくという経過を辿るのである。

たとえば、地域包括ケアは高齢者以外の支援を必要とする人々には適用されるべきか、財政逼迫を緩和する手段として用いることは妥当だろうか、住民が地域包括ケアを望んでいない場合に地域包括ケアを推進することは妥当だろうか、特養をはじめとする介護施設はどのようなものとして位置付ければよいのだろうか、等々。実際に市町村などで施策を推進しようとするとき、ケアシステムの供給方針を巡ってさまざまな問いや葛藤が経験されることになる。このとき、政策が正しい論理から導かれていれば、その論理を参照することによって、私たちは政策のディテールに一貫した目標や方針を与えることができる。だが、ここの部分が疎かになっていると政策が恣意的な目的のために流用されたり、政策が整合性を失ったり、予算消化することそれ自体のために政策が行われたりすることになりかねない。

概してヘルスケア政策の領域では、政策立案にかかわる広義の当事者には、実務家的性格をもつ人々が多い。彼らはいわば走りながら考える人々である。次々に生ずる事態に対応しながら政策を考える人々である。筆者はそのような立場にある人々の重要性を否定しない。むしろ、彼らは政策を「回す」うえで欠くことのできない役割を果たしている。おそらく地域包括ケア政策を巡って認識すべきは、そのような人々の奮闘や努力を支える知的な力の脆弱であり、それはとりもなおさず、筆者を含めたアカデミズムの脆弱に他ならない。現在の地域包括ケア政策に天動説のような説明が与えられているのであるとすれば、それを地動説によって置き換えるのは、筆者を含むアカデミズムの責務であるといえる。

本章では、この筆者に課せられている義務の一端を果たすべく、従来の地域包括ケアに関する議論を再検討しつつ、地域包括ケアはどのような目的のために実施されるべきケアシステムであるかについて議論してゆきたい。

## ② 高齢化に関する常識の再検討

高齢化するとなぜ地域包括ケア化しなければならないのだろうか。この問いについて、従来常識的に受け入れられている議論は次の二つに集約されるだろう。

### ① 治療医学敗北説

第一の議論は、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構成するようになったという認識から出発するものである。生活習慣病は基本的に完治しないので、このような患者に対しては単に医学的治療というケア目標は成り立たず、同時に患者のQOLを考えなければならない。ここから、QOLという生活的価値を実現するのに適合

的なケアシステムは地域包括ケアであるという帰結が導かれる。ここではこれを「治療医学敗北説」と呼んでおこう。

この説明は医療関係者の間では比較的説得力のある議論として受け入れられているようにみえる。だが、この議論にはおかしなところがある。それは、長寿化・疾病構造の転換によって治らない患者が社会に増えるという点である。実のところこの点は実証されていないどころか、あまりありそうにないことを主張しているといえる。基本的には時代を遡るほど患者は治らなくなる。今日であればちょっとした治療で治る病気や怪我の多くは戦前まで遡るだけで治らなくなってしまうのである。そこには、軽重さまざまなレベルの疾病・障害を抱えた人々がいたるところにいたというのがおそらく真実であろう。

たしかに、死因統計をみると時代を遡るほど急性感染症による死亡が増えてゆく。これまではこの事実から当時の病気の中心が急性感染症であったとイメージされてきた。そして、このような病気は治るか死ぬかであるから、QOLの重要性は低かったと考えられてきた。だが、このような推論には背後に一つ的前提がある。それは、急性感染症にかかっていない人々は壮健だったという前提である。だが、これは認識として正しくない。慢性感染症、性感染症、栄養不良、精神病、先天性疾患、事故、過酷な労働、迷信など人々の健康にとっての脅威は無数に存在し、それらの多くは、当時の医学によっては治らなかった。そして、多くの人々はそのような不健康を抱えながら生きていたはずなのである。

とするならば、上の論理に従う限り、時代を遡るほどむしろQOL重視の社会でなければならなかったはずである。だが、QOLの重要性の高まりが比較的最近のものであるということが事実であるとすれば、それは高齢化が原因ではないという結論にならざるを得ない。

また、今日的状況からも確認できることがある。すなわち、もし治療医学敗北説が正しいとすれば、より高齢化の進行している地域、たとえば、中山間地域などにおいて、よりQOL重視のケア文化が根付いているべきであるが、そのような事実は確認できるだろうか。この点について、おそらく、読者の多くは、それとはむしろ反対に都市部の方にQOLを重視する人々をより見い出すのではないだろうか。このことは、高齢化がQOL重視のケア文化と直接結びつかないことの一つの傍証となるものである。

## 2 医療費抑制説

第二の議論は、高齢化すると自ずと医療費が高騰してしまうのに対して地域包括ケアはケアコストを引き下げる効果をもっているために有効である、という議論である。この議論も、地域包括ケアの推進政策が始まった当初、厚生労働省がとった立場であったこともあり、比較的広く受け入れられた。ここではこの議論を「医療費抑制説」と呼んでおこう。

筆者の理解では、この議論も危うい。というのも、地域包括ケアによってケアコストが下がるかどうかは定かでないからである。実は地域包括ケアには明らかなコスト増の側面がある。それはケアを施設から地域に移すことによって、交通コストの増大、必要なマンパワーの増大、地域連携をコーディネートするコストの増大が避けられないからである。もし、同じ内容のケアを行おうとすると、施設よりも地域で行う方がコストは確実に増大する。つまり、地域包括ケアが全体として費用節約的な性格を有しているかどうかは、この明らかなコスト増を地域包括ケアの他の部分で吸収できるかどうかにかかっている。だが、それが成功するかどうかは今

## 総論

### 1章

### 2章

### 3章

### 4章

### 5章

### 6章

### 7章

### 8章

### 9章

### 10章

### 11章

### 12章

### 13章

### 14章

### 15章

## 終章

のところよくわからない。

医療費抑制説に分類できるコスト削減要因に関する議論には、おおまかにいって三つの議論がある。以下ではこれらを順に概観してみよう。

第一に、地域包括ケアの諸要素の中でケアコスト削減の期待がかかるのは、疾病・介護予防の効果であろう。実際、疾病・介護予防が適切に実施されるならば、ケアコストの削減効果は明らかである。その意味では、地域包括ケアを推進する多くの論者が主張するように、地域包括ケアにとって予防は中核的な政策であることは間違いない。

ただし、このような予防の大部分は地域包括ケアを伴わなくとも行い得るということに注意が必要である。いいかえれば、予防によってコストを下げればよいのであれば、予防政策をやればよいのであって、わざわざケアを地域化することでコスト増要因を背負い込んで効果を相殺する必要はないのである。したがって、予防によるコスト削減効果は、地域包括ケアを必然化するコスト削減効果からはひとまず除外しておく必要がある\*2。

第二に、地域包括ケアの「包括」部分、すなわちシステム統合的部分である。孤立的に作動しているシステムを統合的に作動させることができれば、システムの効率が全体として上がるというのは、どんなシステムについてもいえることであり、その意味では包括ケア化にコスト削減効果を期待できることはたしかである。筆者の理解では、諸外国におけるインテグレートドケアの議論はまさにこの部分を担っている。だが、実はこの議論の文脈から地域ケアは一般に導出されない。システム統合のメリットからは包括ケアの効果は説明できても、地域ケアの必要性は説明できないのである。つまり、インテグレートドケアが指示しているのは、基本的には地域包括ケアではなく、その「包括」部分だけの「包括ケア」のみなのである。

第三に検討すべきは、おそらく医療関係者の中ではもっとも強固に信じられている、高齢者を病院から早期に退院させ、地域に帰すことでケアが効率化するという効果についてである。この効果の論理的背景は次のようなものである。まず、高齢化とは医療必要度の相対的に低い患者が量的に増大するという認識から出発する。ここで、高齢者が病院の病床を占拠する状況となると、高齢者に対して濃厚な医療を提供するという非効率が発生してしまうので、高齢者を病院からできるだけ遠ざけるのが合理的である、というものである。

現状において、多くの病院では医療必要度の低い高齢者に対して、高度な医療的ケアが供給される傾向があることから、高齢者を、そのような不必要な医療的ケアが実施できない地域ケアに移行させることによって、ケアコストが全体として引き下げられる、というのはおそらく事実であり、これを裏書きするような報告も多数存在している。

さて、ここで重要なことは、この事実が、地域包括ケアの必要性を保証するコスト削減要素であるかどうかであるが、この点を検討するには、次の反論に応答できるかを考えるのがよい。すなわち、「病院でのケアに無駄があるというのなら、病院から無駄をなくせばよいだけで、地域ケア化する必要はないのではないか」というものである。

まず、この反論は、筆者の理解では、政策の基本に叶っている。病院から高齢者が遠ざけられることで病院が高齢者に対するときに発生する無駄が減らせるという議論は、あたかも胃袋

\*2 もっとも、予防を二次予防・三次予防まで視野にいれて考えた場合、ケアの包括化によって予防効果をより増大させる政策は可能である。その意味では、包括ケア部分に限れば、予防と地域包括ケアには親和性があるといえる。

がなくなれば胃ガンにならないといっているのと同じようなものである。健全な胃を維持することこそが努力すべきことであるとするならば、病院についても、高齢者に対しても無駄なケアを投入しない病院制度を構築することこそが正論となるはずなのである。さらに、病院における無駄を減らすために、別のサービスに高齢者を移しても、移した先で別の無駄が発生するかもしれない。この点からも、すでにどのように無駄を発生させているかがわかっている病院を改革する方がよい、という議論には説得力がある。

それにもかかわらず、依然として病院からは医療必要度の低い患者を遠ざけるべきであるという主張がある。それが「病院とはそもそも医学的治療の場であって生活の場ではない」という主張である。この考え方によれば、高齢者に必要なケアが医療と生活の両面にまたがるのであれば、そのようなケアにふさわしい場は病院ではなく福祉施設や地域であるべきだ、ということになる。厚生労働省が旧厚生省時代から一貫してコミットしてきた「社会的入院」解消という政策目標は、上の主張を下敷きにしている。

だが、実は、この考え方が適用できるのは、病院の中でも、もっとも高度かつ集中的な人的・物的医療資源投下を必要とする一部の病院に限られる。一般には、高齢化とは、医療的ケアと生活支援的ケアの両方を必要とする当事者が大量に出現するという現象であり、ここで問われるべきは、この事態に適切に対応するのに、多くの病院を医学的治療の合理性のみを考慮する施設として、ニーズの複合性から切り離して運用することが、ケアの効率性を保証するか、という問いなのである\*3。もちろんこのとき効率的なのは、福祉施設においても病院においても程度の差こそあれ、医療的ケアと生活的ケアを当事者のニーズごとに供給する柔軟性を有していることであり、単に病院から在宅方向に高齢者を押し出してゆくことではない。

もっとも、高度な急性期医療を供給する病院においては、資本や人的資源の専門性・希少性

## 総論

## 1章

## 2章

## 3章

## 4章

## 5章

## 6章

## 7章

## 8章

## 9章

## 10章

## 11章

## 12章

## 13章

## 14章

## 15章

## 終章

\*3 この点、ケアの常識を否定している部分がありわかりにくいかもしれないので、以下少し補足的な議論をしておきたい。ここで問うべきは、生活ニーズと医療ニーズをそれぞれ抱える人に対して合理的なサービス供給とはどのようなものだろうかということである。この問いに対しては、次の三つの場合に分けて考えるとわかりやすい。

- ① 医療ニーズの充足に集中的な医療資源投入が必要な場合。
- ② 必要とされる医療密度は高くないが、生活ニーズの充足を医療サービスによって擬似的に代替するという無駄を排除することが困難な場合。
- ③ 必要な医療密度が低く、患者ごとに必要な生活ニーズと医療ニーズのバランスを過不足なく実現することができる場合。

まず、通常病院における平均在院日数削減政策などにおいて念頭におかれている論理は①の場合である。この場合、生活ニーズを犠牲にしても医療資源投入の効率性を追求することが合理的であり、医療資本・人的資源の回転を上げることが好ましいので、患者を早期に退院させる政策は合理性をもつことになる。もっともこの場合、たしかに患者はより在宅方向に誘導されることが合理的ということになるが、患者の多くは上でいう②の場合に該当するバックベッドに転院（移動）するのであり、これは直接地域ケアの必要性を導かない。

次に、現行の病院制度においては、多様な生活ニーズに対応することを想定していないため、制度変更できない程度の短期には、入院は医療の無駄を発生させてしまうので、超急性期病院のバックベッドに該当する多くの病院では、コスト的にみて短期的には②の状況となる。このため、短期的には患者が早期退院することは合理的であるといえる。だが、生活ニーズにも同時対応できるような病院制度が導入できれば、ここでいう無駄が発生しなくなり、それらの病院は③の場合に収斂することになる。

そして、③の場合については、それが「病院」と呼ばれる施設であるか否かにかかわらず、そこには必要なニーズを充足しているという意味において十分な効率性を達成しており、もはや早期退院を急ぐ必要はなくなることになる。

本文における主張は、現在日本の病院の中で①に該当する少数の病院以外は、短期的には②に、長期的には③に該当するため、無駄を排除した3の状態においては「病院は生活の場ではない」という議論は長期的には成り立たないというものである。むしろ、在宅ケアのコストを回避しつつ生活ニーズにも対応できる状態である以上、そのような「病院」については積極的に活用してゆくことが望ましい、ということになる。

が高いのでこれらの病院から必要のない患者を退院させることに合理性はある。だがこの場合でも、コスト的に有利なのは在宅ケアよりも施設ケアである。したがって、早期退院政策を、もっぱらコスト面での最適化を目指して推し進めると、結果としてできあがるケアシステムは地域包括ケアとは似ても似つかないものになるだろう。

総じていえば、高齢化すれば地域包括ケアが必要になるという議論には、合理的根拠は乏しいといわざるを得ないということになる（図1）。もちろん、現在の制度、政治、資源などの制約条件を考慮することで、高齢化への対応形式として地域包括ケアが正当化される可能性はあり、その点は別途検討する価値があろう。だが、上の議論が示しているのは、短期的な制約条件に縛られない長期的な将来を考えると、高齢化という要因から地域包括ケアを論理的に導くことは誤りであるということなのである。

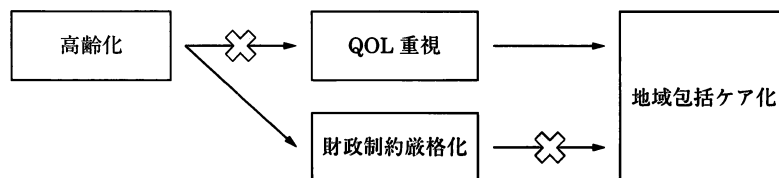


図1 高齢化と地域包括ケアの関係（通説）

### ③ 生活モデル、社会的排除、福祉社会

現在諸外国においては、ヘルスケアをより地域的に、また包括的に展開しようとする潮流がみられる。では、これは一体どのような根拠を有しているのだろうか。実のところ日本ほど高齢化がケアシステムへの改変圧力となっている国は他にない。つまり、諸外国において進行しているヘルスケアの地域化、包括化の流れは高齢化とは別の要因に駆動されていると考えるのが自然である。これを、日本のヘルスケア政策の関係者は、日本固有の文脈にその要因を求めたのではないかと。筆者には、すべて高齢化を起点として説明しようとするあまり、地域包括ケアを必然化する高齢化とは別の歴史的潮流を見落とす結果となったようにみえる。

では、地域包括ケアを必然化する、高齢化とは別の、諸外国に共通する歴史的潮流とは何であろうか。それが、以下で述べる「生活モデル」化の潮流である。

「生活モデル」という言葉は、障害者福祉領域において1970年代後半頃から使われるようになったもので、その基本的なアイデアは、1980年にWHOが発表した国際障害分類（ICIDH）に明確な形で反映された。これは、1980年頃には生活モデルという考え方が、障害者福祉においてはほぼ国際的なコンセンサスに近い形で浸透しつつあったことを意味している。医療において生活モデルの考え方がQOLなどの用語とともに広まったのは、おおむね1990年代のことであり、およそ10年程度のタイムラグがある。その理由は、医療においては生活モデルとは大局的なケア観である「医学モデル」＝治療医学的治癒を究極的目標とするケアモデルが卓越していたためである。

以下、ICIDHに依りながら、生活モデルの特徴を確認しておく。ICIDHでは、障害には四つのレベル（病気／変調・機能障害・能力障害・社会的不利）があり、それぞれのレベルで解決の可能性があることが示されている。たとえば、脳卒中（病気）によって、手の麻痺（機能

障害)が残り、そのために字を書くことができず(能力障害)、結果、人々とのコミュニケーションに困難が生じた(社会的不利)としよう。QOLが対応しているのは、社会的不利の層=生活上の困難である(図2)。

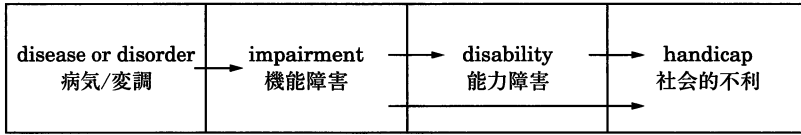


図2 国際障害分類(ICIDH)における障害モデル

さて、このICIDHの枠組みにおいて、医学モデルと生活モデルはどのように対比できるだろうか。まず、従来の医学モデルは、問題状況を病気/変調のカテゴリーでとらえることに対応している。これに対し、生活モデルは、問題状況を社会的不利のカテゴリーで捉えることを意味している。

だが、医学モデルと生活モデルの違いは、単にケア目標が違うだけではない。同時に重要なのは、問題の原因についての考え方の違いである。この点で、医学モデルの特徴は、医学モデルが病気/変調のカテゴリーに、問題の原因を還元していることである。ところが、そもそも原因という概念には「究極の原因」というものは存在しない。なんとなれば、どんな原因についても、その原因の原因を考えることができ、さらに原因の原因の原因、原因の原因の原因の原因…という具合にいくらでもより前提的な原因に遡及してゆくことができる。とすれば、医学モデルとは、医学によって健康問題を医学的原因に単純化することに特徴があるということになる。

これに対し、生活モデルは、単にケア目標を社会的不利(QOL)のレベルでとらえるだけでなく、障害の原因を因果の連鎖としてとらえる視点をもつところに特徴がある。リハビリテーションによって機能障害が緩和できるかもしれず、また、それが無理でも、代替的な方法や他者の助けによって字を書くことができるようになるかもしれない。また、セルフヘルプグループや他者の支援を受けることによって麻痺があっても人々との交流ができるかもしれない。要するに、生活モデルの最大の特徴は、QOLに貢献する要因をさまざまなレベルで捕捉し、各レベルで方策を考えるという点にあるのである。

このような生活モデルの多段的因果観は、現行の国債生活機能分類(ICF)においてはより一般化された形で表現されている(図3)。すなわち当事者個人の素因も環境もすべて健康状態の要因であり、また、要因同士は互いに影響し合っている、という生態系的な因果観がそこには示されているのである。そこでは、もはや本人に影響を及ぼす原因は無数にあることになる。そして、ICF的生活モデルを前提とすれば、原因を無数に抽出できることに対応して、本人の健康状態を改善する方法も潜在的には無数にあるということになる。

医学モデルの基本戦略は、原因を医学的要因のレベルに限定して把握し、それに対応する効果的な方法を集中的に探してゆくというものである。これに対応して、健康状態の改善方法も、高度かつ標準化された方策へとつながってゆく。これに対して、生活モデルの場合は、当事者のQOLを改善することに貢献する無数の手段を連動させてゆくという方策へとつながってゆくのである。そして、この観点からみると、医学も論理的には状況を改善する可能性のある無

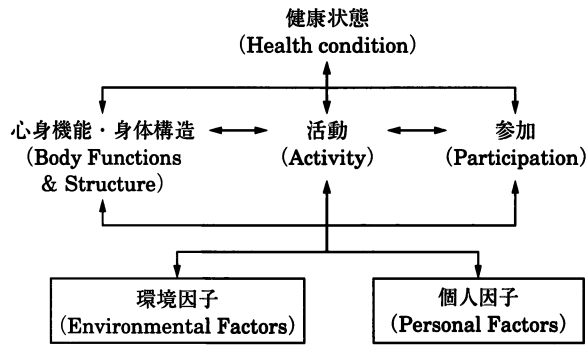


図3 国際生活機能分類 (ICF) における健康状態モデル

数の手段の一つの位置におかれることになる。

さて、すでに述べたように、生活モデルは医療の中で構築されたものではなく、ひとまず障害者福祉の領域で発達してきたものである。ヘルスケアからみれば、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。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みられる現象ですらない。実は、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。

1970年代初頭のオイルショックを経て、先進諸国では社会保障やそれを実施する国家である福祉国家の限界について、活発な議論がなされるようになった。その一つの系譜として、福祉社会論と総称されるものがある。そこでは、社会保障のような、生活の最低限（ナショナルミニマム）を一律に設定したり、所得を再分配したりするような「粗雑」な支援方法によっては、人びとの生活を十分に支えることはできない。むしろ、個人ごとにおかれている状況の違いをよく理解して問題があればそれを解決してゆこうという、きめ細かな支援に向かう必要性が主張された。そして、そのようなきめ細かな支援をなし得るのは、中央集権的な国家ではなく、より身近なさまざまな社会的な単位であると主張されたのである。この主張の系譜にあるのが、今日EUの福祉政策の中核となっているのが、「社会的排除」(social exclusion) に対する「社会的包摂」(social inclusion) 政策に他ならない。

実は生活モデルにおける問題把握の仕方は、社会的排除概念に代表される社会福祉論が想定する社会問題把握の方法と、基本的には同種のものである。すなわち、社会問題を抱える当事者を本人、環境にあるさまざまな要因が一種の生態系のような因果の網の目を構成しているとみる点で、ほぼ同じものである。つまり、1970年代後半～1980年代にかけて起きたことは、人々の生活を支援する領域＝社会政策の全領域における支援観の転換だったのである。

筆者の理解では、社会政策の全領域にわたる生活モデル化こそが、地域包括ケアの必要性を論理的に導く歴史的潮流なのである。そして、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、ヘルスケアにとってこの歴史的潮流とは、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という意味におけるヘルスケアの福祉化というべきものであった。



## ④ 生活モデルによる地域包括ケアの導出

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二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、以下の四つの理由を挙げることができる。第一に、人々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。第二に、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。第三に、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。第四に、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ぬ。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。

では、高齢化は地域包括ケア化とどのようにかかわっているのでしょうか。高齢化がもっと

も関与しているのは、財政面での影響である。高齢化はヘルスケア財政を強く圧迫する要因であることはたしかであり、ケアを効率化してゆくことを求める強い圧力となることもたしかである。上で議論したように、地域包括ケア化にはコスト面でみてさまざまな方向を向いた要素が組み合わさっており、全体としてコストが下がる保証は必ずしもないとするならば、社会的価値観に沿う形でケアが地域包括ケア化するとしても、それは同時に相当なケアの効率化と一体でなければ、持続可能性を保証することができなくなってしまうのである。

前節と本節の議論を総括すると次のようになる。1970年代後半以降、社会政策領域全体において生活モデル化が進行してきている。これに対しヘルスケア領域は、20世紀初頭以来医学モデルが卓越してきたこともあり、この変化の影響が他の福祉分野に比べて遅かった。だが、1990年代以降、およそ10年程度のタイムラグがあったのち、生活モデル的なケア観がヘルスケアにおいても流入してきた。この変化は、社会全体においてどのようなケアが良いケアであるかについての社会的価値観の変化であり、この新しい価値観にヘルスケアシステムが対応しようとする、おのずとより地域的な性格をもったケアシステムとならざるを得ない。これに対し、高齢化の影響は主に財政制約に関するものである。以上を踏まえて、図1を書き直すと図4のようになる。

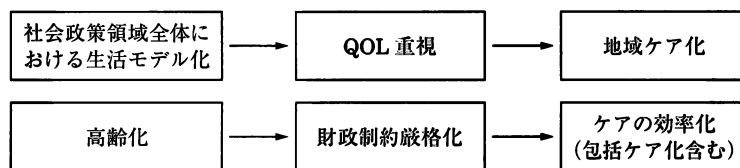


図4 地域包括ケア化の論理

つまり、地域包括ケアのうち、特に地域ケアの部分は、ケアコストが下がるという理由で必要とされているのではなく、良いケアに関する社会的価値観が歴史的に変化する中で、人々が望ましいと評価するようになってきているために求められているのである。だが、すでに上で議論してきたように、地域ケアは工夫なく展開すると高価につく可能性のあるケアである。さらに高齢化は地域ケアに投入できる資源を一層制約するであろう。とするならば、人々が求めるケア＝地域ケアを構築するためには、ケアの包括化を含むさまざまな手段を用いて、それをまともなコストで回るようにしなければならないであろう。これが、筆者の理解する限り、もっとも事実在即した地域包括ケアを巡る状況なのである。

## ⑤ おわりに

本章の議論から得られた知見でもっとも重要なことは、おそらく、生活モデルに沿った支援を行うことが目的であり、さまざまな手段を用いてケアコストを下げることは、生活モデル的なケアシステムを持続可能なものとするための手段である、ということであろう。もし、生活モデル的支援を損なうような方法でコストダウンをしてしまうと本末転倒になってしまう。現在でも市町村や都道府県においても、地域包括ケアについてはこの点での誤解が散見される。おそらく厚生労働省が当初「高齢社会を乗り切るには地域包括ケアしかない」といった説明をしていたことが影響していると思われるが、上でも明らかなように、地域包括ケアはそれ自体

としてコスト的に有利なケアとはいえない。それでもやるのだとすれば、人々に優れたケアとケア文化がもたらされるからでなければならないのである。

#### 参考文献

- 1) 猪飼周平：病院の世紀の理論，有斐閣（2010）
- 2) 地域包括ケア研究会「報告書」（2010）

総論

1章

2章

3章

4章

5章

6章

7章

8章

9章

10章

11章

12章

13章

14章

15章


終章

# 地域連携論

—医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援—

高橋紘士・武藤正樹〈共編〉



- 本書の内容に関する質問は、オーム社出版局「(書名を明記)」係宛に、書状または FAX (03-3293-2824), E-mail (syuppan@ohmsha.co.jp) にてお願いします。お受けできる質問は本書で紹介した内容に限らせていただきます。なお、電話での質問にはお答えできませんので、あらかじめご了承ください。
  - 万一、落丁・乱丁の場合は、送料当社負担でお取替えいたします。当社販売課宛にお送りください。
  - 本書の一部の複写複製を希望される場合は、本書扉裏を参照してください。
-  <(社) 出版者著作権管理機構 委託出版物>

## 地域連携論

—医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援—

平成 25 年 11 月 30 日 第 1 版第 1 刷発行

編 者 高橋 紘 士  
武藤 正 樹  
発 行 者 竹 生 修 己  
発 行 所 株式会社 オーム社  
郵便番号 101-8460  
東京都千代田区神田錦町 3-1  
電 話 03(3233)0641(代表)  
URL <http://www.ohmsha.co.jp/>

© 高橋紘士・武藤正樹 2013

組版 新生社 印刷 三美印刷 製本 協栄製本  
ISBN978-4-274-21464-6 Printed in Japan