

医療政策会議報告書

# 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

平成 28 年 3 月

平成 28 年 3 月

日本医師会長  
横倉 義武 殿

日本医師会医療政策会議  
議 長 田 中 滋

医療政策会議は平成 27 年 1 月 8 日開催の第 1 回会議において、横倉義武会長より「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」について諮問を受けました。本会議では、この諮問を踏まえて平成 26・27 年度の 2 年にわたり、鋭意検討を重ねてまいりました。

この度、平成 26・27 年度医療政策会議報告書として取り纏めましたので、ここに提出いたします。

## 医療政策会議委員

議長	田中	滋	慶應義塾大学名誉教授
副議長	長瀬	清	北海道医師会会長
委員	青木	重孝	三重県医師会会長
委員	池田	琢哉	鹿児島県医師会会長
委員	太田	照男	栃木県医師会会長
委員	嘉数	研二	宮城県医師会会長
委員	金井	忠男	埼玉県医師会会長
委員	川島	龍一	兵庫県医師会会長
委員	桐野	高明	国立病院機構理事長
委員	久米川	啓	香川県医師会会長
委員	権丈	善一	慶應義塾大学商学部教授
委員	二木	立	日本福祉大学学長
委員	野中	博	東京都医師会顧問（前東京都医師会会長）
委員	伯井	俊明	大阪府医師会会長
委員	柵木	充明	愛知県医師会会長
委員	松田	峻一良	福岡県医師会会長
委員	松田	晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教室教授

(五十音順)

## 小委員会（報告書執筆担当）

議長	田中	滋
委員	権丈	善一
委員	二木	立
委員	松田	晋哉

(五十音順)

## 目次

### はじめに

#### 第1章 パラダイムシフトほど大層な話ではないが切り替えた方が望ましい観点

(権丈 善一 委員)

1. はじめに
2. ダーウィン、マックス・プランクとパラダイムシフト
3. クーンにパラダイムシフトを着想させたもの
4. 社会経済政策を考える上でのスタート地点での観点について
5. 上げ潮政策、トリクルダウンという言葉が前提とする古い観点

#### 第2章 超高齢社会における地域の力：地域包括ケアシステム構築にあたって

(田中 滋 議長)

1. 地域包括ケアシステムとは
2. 前史
3. 地域包括ケアシステム論の登場
4. 自助・互助・共助・公助
5. おわりに

#### 第3章 高齢社会における保健医療分野の3つのパラダイムシフト論の真贋の検討

(二木 立 委員)

はじめに—私が「パラダイムシフト」という用語を使わない3つの理由

1. 「保健医療 2035」
2. アメリカの高名な経営学者2人によるパラダイムシフト的医療改革論

#### 第4章 高齢社会に求められる地域医療介護サービスのあり方

(松田 晋哉 委員)

1. はじめに
2. 地域包括ケア実現の「場」としての医療機関の重要性
3. 医療介護データの総合分析体制の確立
4. まとめ～高齢者を対象とした総合的なサービス提供体制の確立～

### おわりに

#### 付録（講演録）

1. 地域包括ケアシステムについての私の研究
2. 社会的共通資本としての医療・再論
3. 地域包括ケアの課題
4. 地域医療構想における医療データ活用

# はじめに

「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」という会長諮問に答えるべく、医療政策会議では2015年から2016年にかけての2年間6回にわたり精力的に検討を行った。二木委員と松田委員、ならびに外部講師（神野直彦前地方財政審議会議長と伏見清秀東京医科歯科大学教授）による地域包括ケア、地域医療構想、社会的共通資本論などに関する講演を受けて、毎回活発な質疑応答が繰り返された。そうした討議も踏まえ、かつ小委員会における会合での合意の下に、4名の委員が分担作業によって本報告の執筆を担当した。

第1章『パラダイムシフトほど大層な話ではないが切り替えた方が望ましい観点』は、トーマス・クーンが『科学革命の構造』によってパラダイムシフトという概念を提示するにあたり、社会科学の世界は想定していなかったことを明確に解き明かすところから始まる。その意味を理解していないがゆえに、歴史と制度に関する知見が不可欠なはずの政治経済学の分野において、過去との不連続を説く安易なパラダイムシフト論が目立つ実態に警鐘が鳴らされている。合わせて、ピケティの議論を引用しつつ、経済成長を冷静に捉える視点が提示され、さらにいわゆる「トリクルダウン論」と「上げ潮政策」の“あやしさ”が論破される、まことに痛快な論考である。

第2章『超高齢社会における地域の力：地域包括ケアシステム構築にあたって』では、2025年から2040年の「超高齢社会第一のピーク」を乗り越えるべく考察されてきた地域包括ケアシステム論がていねいに解説される。はじめに定義をめぐる考え方が紹介され、次に1970年代から始まる前史が、各地の先駆者に言及しつつ説かれる。続いて地域包括ケア研究会が重視してきた「自助・互助・共助・公助」の組み合わせの意義も説明されている。

第3章『高齢社会における保健医療分野の3つのパラダイムシフト論の真贋の検討』では、まずなぜ著者がパラダイムシフトなる言葉を使わないのか、理由を3つ学ぶことができる。その上で、昨年厚生労働省でとりまとめられた『保健医療2035』を取り上げ、公平にプラス・マイナスの双方を分析した評価が提示されている。章の後半においては、『医療戦略の本質』『医療イノベーションの本質』の2冊の米国経営学者の書籍が、著者の厳しい批評の対象となる。読者は、まさに「俎上に載せる」との言い回しが当てはまる、小気味よい料理との感想を持つだろう。

第4章『高齢社会に求められる地域医療介護サービスのあり方』は、地域包括ケアの対象である地域の間の著しい違いについて、詳細な数値の提示を通じて関係者に覚悟を迫る。続いて「場」としての医療機関の重要性が、ケアカンファレンス、施設機能双方についてわかりやすく説かれている。今後、サービスの複合化を含む統合的な提供体制を整備するにあたっては、医療介護データの総合分析体制の確立が不可欠であるとの指摘は、DPC政策を先導してきた著者の主張だけに説得力が高い。

## 第1章

パラダイムシフトほど大層な話ではないが  
切り替えた方が望ましい観点

権丈 善一委員

執筆担当者

## はじめに

会長から「パラダイムシフト」という言葉について語る機会を頂いたので、本稿では、この言葉と政策論の関わりについて、日頃から考えていることを書かせてもらおうと思う。

科学は非連続的に進歩するというパラダイムシフトを唱えたトーマス・クーン、そしてクーンの考えに強く反論をしたカール・ポパーの双方とも、実のところ、社会科学というものを、彼らが考える「科学」には入れていなかった。クーンの言葉にみるように、「科学」という言葉は、たいてい、明らかに進歩するという分野に使われる。現在、社会科学が科学であるかどうか問題になっているが、その際の議論の中心になるのは、この進歩ということである<sup>1</sup>となる。言うまでもなく、政策——社会政策、経済政策など——も、クーンやポパーなどの科学哲学者が「科学」とする世界としては想定されていなかった。クーンが物理学の学位を得た後に科学哲学の世界に入ったことから推察されるように、クーンがみていた世界とは、物理学のように進歩という言葉があてはまる世界であり、それは広く定義しても自然科学の世界であった。そしてその世界は、個々の研究者にとっては「パラダイムからパラダイムへと説を変えることは改宗の問題であって、外から強制されるものではない<sup>2</sup>」としても、時の推移とともにある仮説が別の仮説に入れ替わる形で進歩していく世界であって、いくつもの学派が同じ時代に併存し続けることを常態とする経済学のような不思議な世界ではない。

クーンは、社会学者との交流の中で、「社会科学の分野ではパラダイムというものが、はたしてできているかどうかさえ疑問である<sup>3</sup>」と感じていた。クーンが『科学革命の構造』を書いた1962年には、すでに、経済学の世界では19世紀末の限界革命、20世紀前半のケインズ革命などが起こったと言われていたのであるが、クーンはこれらについては一言も触れていない。つまりは、クーンが「パラダイム」や「パラダイムシフト」という言葉を用いたとき彼のあたまには、社会科学の中では最も「科学」に近いと言われることもある経済学でさえも念頭に置かれてなどいなかったのである<sup>4</sup>。

ところが、パラダイムシフトという言葉が多用されるのは社会科学の世界であり<sup>5</sup>、その言葉を頻

<sup>1</sup> クーン〔中山茂訳（1971）〕『科学革命の構造』180頁。

<sup>2</sup> クーン『科学革命の構造』171頁。

<sup>3</sup> クーン『科学革命の構造』18頁。

<sup>4</sup> サミュエルソンが『経済学』のなかに、経済学を「社会科学の女王（The Queen of the Social Science）」と紹介するようになるのは1970年の原著第8版からである。その前年の1969年にノーベル記念経済学スウェーデン国立銀行賞（通称ノーベル経済学賞）が創設されており、1970年の第2回受賞者はサミュエルソンであった。なお、サミュエルソン『経済学』の中での経済学を「社会科学の女王」とする記述は、1985年原著第12版で消されることになる（権丈（2012）「社会保障と係わる経済学の系譜序説——サムエルソンの経済学系統図と彼のケインズ理解をめぐって」『三田商学研究』第55巻第5号（2012年12月71-73頁））。

余談となるが、ハーバードで経済学を専攻する院生のうち、「経済学が社会科学のなかでもっとも科学的」だと考える学生の割合は、1985年の9%だったのが、2003年には54%に跳ね上がっているらしい（The power of self-belief: A new paper looks at how economists became so influential, The Economist Dec 6th 2014）。



繁に目にするのは政策、政治の場である。クーン自身は、パラダイムシフトを唱えた7年後にはこの言葉への批判に耐えきれずに、この言葉を使うのを止めて、意味を厳密に限定した disciplinary matrix（専門母型）という言葉に切り替えてさえいるのである<sup>6</sup>。そうであるのに、なぜ、社会科学の世界や、政策、政治の場ではパラダイムシフトという言葉が多用されるのか？そしてそうしたことは、世の中にどのような影響を与えているのか？こうした問に沿って、本稿では論を進めていこうと思う。

## ダーウィン、マックス・プランクとパラダイムシフト

恥ずかしながら、私はこれまで、パラダイムシフトという言葉一度だけ使ったことがある。それは、2004年年金改革における、給付建てから拠出建てへの変化に関してである。たとえば、次のような使い方をしている——2014年7月2日、同年6月3日になされた公的年金の平成26年財政検証シンポジウムの場において。

〔2004年に行われた年金改革〕04年フレームのもとで、日本の公的年金はそれまでの所得代替率60%程度を確保することを目標とした給付建てから、将来の保険料率を18.3%に固定するという拠出建てへと、時にパラダイムシフトとも呼ばれるような大転換を果たしました。パラダイムシフトとは言いえて妙で、給付建てから拠出建てに変わることで、専門家の間での問いの立て方が、それまでの「いかにして将来の保険料を低くするか」から「いかにして将来の給付を高くするか」に180度大転換したんですね。そして専門家のなかでも、そうした考え方の大転換についてくることのできない落ちこぼれが大量に出たという意味でも、パラダイムシフトであったわけです。専門家がみんな理解できるくらいの変化ならば、そんな大げさな呼び方をする必要もないわけですし<sup>7</sup>。

シンポジウムで、「専門家のなかでも…落ちこぼれが大量に出たという意味でも」と発言する際に意識していたのは、パラダイムシフトを唱えたクーンが、『科学革命の構造』の中で引用していた、ダーウィンとマックス・プランクの言葉である。

ダーウィンは、『種の起源』の終で特に詠嘆的な調子で書いている。「私はこの本に述べた見解の真

<sup>5</sup> 野家啓一（2008）『パラダイムとは何か』197頁

<sup>6</sup> クーン「補章——1969」『科学革命の構造』（1962）207頁では、訳者の中山茂氏により disciplinary matrix は「専門母体」と訳されているが、ここでは現代の科学哲学の専門家である野家啓一氏にしたがって「専門母型」の訳を用いている（野家啓一『パラダイムとは何か』223頁）。

クーンにとって痛かった批判は、クーンの科学革命観そのものには肯定的なマーガレット・マスターマンからの「『科学革命の構造』の中で」少なくともパラダイムは異なった22の使い方をなされている」（クーン「補章——1969」『科学革命の構造』206頁）であったようである。マスターマンからの批判を受けて、クーンが「パラダイム」から「専門母型」という言葉に置き換えた意味についての野家氏の説明は次である。

このマスターマンの分析は、クーンの「パラダイム」概念に内在していた多義性を白日のさらもとに晒した優れた考察であり、クーン自身も具体的証拠を突きつけられた以上、最終的には彼女の批判を受け入れざるをえなかった。そのため彼は「私の批判者たちに関する考察」をはじめとする論文のなかで、「パラダイム」という用語を撤回し、それを「専門母型（disciplinary matrix）」という新たな言葉で置き換えることを提案する。早とちりの哲学者たちにはしばしば誤解されているが、これはクーンがパラダイム論の敗北を認めたことではまったくない。彼自身が「この用語上の変更によつては、科学的成熟過程の記述は何ら変更されないことに注意すべきである」と明言しているように、これはパラダイム概念の曖昧さからくる混乱を避けるための用語上の措置であるにすぎない。もともとパラダイムに付与されていた概念内容はそっくりそのまま維持されているのである。クーンが「パラダイム」に代えて「専門母型」という用語を選んだのは、それが特定の専門領域に従事する研究者が共有するものであることを明示し（専門）、またそれが明確にされるべきさまざまな秩序だった要素から成り立っている（母型）ことを示唆するためであった（野家、223-4頁）。

<sup>7</sup> 権丈（2015）『年金、民主主義、経済学—再分配政策の政治経済学Ⅶ』143-144頁。

理性を確保しているが……多年の間、私と反対の観点から多量の事実を見てきた練達の博物学者を説得できるとは、決して思っていない……しかし、私は将来に、両者を公平に見うる若い新興の博物学者たちに、期待を寄せている」と。また、マックス・プランクは、『科学者の自伝』で生涯を顧みて、「新しい科学的真理は、その反対者を説得し、彼らに新しい光を見させることによって凱歌をあげるものではなくて、むしろ反対者が死に絶えて新しい世代が成長し、彼らにはあたりまえになってしまう時にはじめて勝利するのである」と淋しく述べている<sup>8</sup>。

ダーウィン『種の起源』は1859年初版刊行で、クーンによる引用は第6版1889年によっている。マックス・プランク『科学者の自伝』は1949年の刊行である。進化論を唱えたダーウィン、量子論の父とも呼ばれるマックス・プランク、そうした業績をイメージしながら、クーンはパラダイムシフトを論じていたわけである。

### クーンにパラダイムシフトを着想させたもの

ちなみに、パラダイムシフトを着想したクーンには、若き日に次のような経験がある。

クーンが物理学で博士論文を書いていた1947年に、17世紀力学の起源について講義をする機会があった。その準備のために、17世紀以前の先行者たちがガリレオやニュートンにどれほどのことを残していたのかを調べることになって、クーンはアリストテレスが『自然学』のなかで展開した古代の運動論と取り組むことになる。具体的には、「アリストテレス主義の伝統のなかでどの程度まで力学が知られていたのか」とか、「ガリレオら17世紀の科学者たちにどれだけ発見すべきことが残されていたか」<sup>9</sup>という問いを発し、その答えを読み取ろうとしたのである。しかし、結果は無惨なものであった。アリストテレスとその後2000年間続いた後継者たちは、近代力学について何一つ知らなかった。つまるところ、アリストテレスの『自然学』は、近代力学の発展にいかなる貢献もしていなかった。

ここからがクーンの非凡が示されるところなのかもしれない。普通の人であれば、アリストテレスを、ガリレオやニュートンの天才を際立たせるための存在と理解するに留まって、17世紀以降の物理学の進歩のようすだけを華々しく描いていくところであろう。ところがクーンは、次のような疑問を持つ。

物理学以外の主題を扱うときには、アリストテレスはきわめて鋭い博物学的な観察者であった。そのうえしばしば、生物学や政治行動のような諸分野において、彼の現象理解は洞察力に富んだ深いものであった。どうして彼特有のこの才能が、運動を扱うときに限って、失敗を犯すなどということがありえたのだろうか。どうして彼は、運動についてあれほど多くの明らかに馬鹿げたことを語るといことがありえたのだろうか。そして何よりも、いったいなぜ彼の見解は、あれほど長い間にわたって、あれほど多くの後継者によって、あれほど真面目に受け止められてきたのだろうか。読めば読むほど、私の疑問は深まっていった<sup>10</sup>。

<sup>8</sup> クーン『科学革命の構造』170-171頁。

<sup>9</sup> クーン〔安孫子誠 佐野正共訳（1987）〕『自伝的序文』『本質的緊張 1』vii。

<sup>10</sup> クーン『自伝的序文』『本質的緊張 1』viii。

そして、クーンは、

忘れられない（非常に暑かった）ある夏の日、突然これらの困惑が消え失せた。それまで格闘していたテキストのもう一つの読み方を与える一貫した基本原理を、私はたちまちのうちに悟ったのである<sup>11</sup>。

この体験のすぐ後に、クーンは専門を物理学から科学哲学に変更し、十数年後には『科学革命の構造』をまとめることになる。その途中で社会学者とも交流をしていた。

さらに大切なことは、ここで社会学者たちを主とする集団の中に住んで、私が育ってきた自然科学者の集団とのちがいという思いがけない問題に出会ったことである。特に印象づけられたことは、科学における正統な問題とか方法とはどのような性質のものか、について、社会学者の間では意見のちがいが多く、その範囲も広いことであった。歴史の上でも、また私の知己の間でも、自然科学にたずさわっている人たちが、このような問題に対して、社会学者より以上にしっかりした解答を持っているかどうかは、私には疑問であった。しかし、天文学、物理学、化学、生物学をやっているもののの中では、今日心理学者や社会学者の間に特にひろがっている基本的なことについての論争が生じることはない。この差異のみなもとをたずねようとして、私が以後「パラダイム」(paradigm)と呼ぶものの科学研究における役割を認めるにいたった。この「パラダイム」とは、一般に認められた科学的業績で、一時期の間、専門家に対して問い方や答え方のモデルを与えるもの、と私はしている<sup>12</sup>。

要するに、物理学者であり科学哲学者でもあったクーンの眼から見れば、パラダイムが存在しうるのが「科学」なのであり、自然科学とは違って専門家集団が揃って受容できるようなパラダイムの創造がこれまでなされてこなかった、そしてこれからもなされることがおそらくはなさそうな社会科学は「科学」ではないのである。一瞬、パラダイムシフトが起こったかに見えたケインズ革命も例外ではない。ケインズ経済学と新古典派経済学との間に、クーンの論敵であったポパーの言う「反証可能性」が保証されているわけではなく、そしてだからこそ、両者は激しく対立しながら、いずれも同時に存在できているのである<sup>13</sup>。また一時期、サミュエルソンの手によって両者を両立させた新古典派総合(neoclassical synthesis)なるものが打ち立てられたが、それも短期間に崩れている<sup>14</sup>。その後は、ケインズ経済学と新古典派経済学は、時の経済状況に応じて、一方が優位になったり、他方が優位になったりしており、両者とも、決して相手を打ち負かすことができないでいる。ジョーン・ロビンソ

<sup>11</sup> クーン「自伝的序文」『本質的緊張 1』viii-ix。

<sup>12</sup> クーン『科学革命の構造』iv-v 頁。

<sup>13</sup> ハイエクの呼びかけに応じて設立されたモンペルラン・ソサイエティ——自由主義を政界に広げ、共産主義と計画経済（具体的にはケインズ主義）に反対することを目的とした政治団体——の創設（1947年）にも関わったポパーは、新古典派経済学の流れに属している。この流れに属するポパーにしる、彼のLSEでの同僚であるライオネル・ロビンズにしる、若いときにマルクス主義運動に身を投じ、マルクス主義に幻滅して、その後、マルクスを否定するための学問の構築に情熱を注ぐという共通項がある。ポパーについては彼の自伝『果てしなき探求』、ライオネル・ロビンズならば彼の自伝『一経済学者の自伝』などを参照されたい。ちなみに、ポパー（誕生年1902年）は、ハイエク（1899年生）、ロビンズ（1898年生）について次のように語っている。

1949年に私はロンドン大学の論理学と科学方法論の教授に任命された。・・・イギリスでのこれら初期の時代に私が学びとることの最も多かった人たちは、ゴンプリヒ、ハイエク、メダウオー、ロビンズであった。彼らのうちの誰一人も哲学者ではない（ポパー〔森博訳（1996）〕『果てしなき探求』50頁）

<sup>14</sup> サミュエルソン『経済学』の中で、「新古典派総合(neoclassical synthesis)」が初めて使われるのは1955年の第3版であり、1967年の第7版でこの言葉は消える（権文（2012）「社会保障と係わる経済学の系譜序説——サムエルソンの経済学系統図と彼のケインズ理解をめぐる」『三田商学研究』第55巻第5号（2012年12月62頁））。



ンの言うように「誤謬を完全にうちのめす手続きに一般の同意を得たものが何一つないような学問にあっては、学説の生命は長い<sup>15)</sup>」のである。

もっとも、ケインズ経済学と新古典派経済学はクーンの言う通約不可能 (incommensurability) な仮説群からなっており、経済現象を眺める視点は起点から終点まで異なっている。それゆえに、「手にした学問 (つまり、ケインズ経済学と新古典派経済学) が異なれば、政策解が全く異なってしまう<sup>16)</sup>」ということになる。両者にそれほどの距離があるために、双方の世界が互いに相容れないパラダイムを持っていると言いたくなる誘惑にかられることもあるのだが、パラダイムシフトという科学革命たるためには、ケインズ経済学と新古典派経済学のいずれかが他を「完全に打ちのめす」必要がある。ところが現実の社会は、そうしたことを経済学に許してくれそうにない<sup>17)</sup>。となれば、社会科学の世界ではパラダイムシフトなど起こりようもないと言わざるを得なくなる。経済学を二分する流派の世界でもそうであるのに、それにも関わらずクーンの後世にあっては、社会科学、およびその応用分野とも考えられる政策の世界では、パラダイムシフトという言葉が氾濫していくことになる。その理由はなにも難しい話ではなく、社会科学が、クーンの言う意味でも、ポパーの言う意味でも「科学」でないために起こっているのである。つまりは、物理学などと比べていい加減なのである<sup>18)</sup>。

クーンは、科学の進歩を、「古いパラダイムの整備と拡張で得られる累積的な過程とは、はるかにへだたっている。むしろそれは新しい基本からその分野を再建することであり、その再建とは、その分野の最も基本的な理論的前提と、パラダイム的方法やその適用の多くを変えることである<sup>19)</sup>」とみなしていた。パラダイムという言葉のこうしたニュアンスが、社会科学者や、政治、政策の世界に生きる者にとって実に都合良く解釈されているのであろう。

政治経済学を政策に応用しようとするとき、あるいは逆に、政治経済学に政策現場でのダイナミズムを反映させようとするとき、そこではどうしても、いまに至るまでに累積されてきた歴史、制度に関する知見が必要となる。ところが、パラダイムシフトを掲げれば、それまでの累積的な過程である、歴史、制度の学習を経ることもなく、なにがしかのポジションを得ることができてしまう。そして政策の世界にあって、自分の名前のついた業績を求める政治家や研究者が、過去との不連続を特徴とするパラダイムシフトをさかんに唱えたいくなるのもうなずける。しかもその傾向は、政治家や研究者の競争が激しくなればなるほど強くなるわけである。その結果、何が起こるか？

つぎからつぎへと新しい政策の名前が生まれる。その内実は、いつも過去のもの寄せ集め。古くから指摘されていた問題はなんら解決していないにもかかわらず、政策の焦点だけがぼやけていく。

<sup>15)</sup> ジョーン・ロビンソン〔宮崎義一訳 (1964)〕『経済学の考え方』130頁。本文中の引用に続いて、ジョーン・ロビンソンは次のように言う。

教師はかれの教えられたところを教え、またかれの弟子たちは、教師に対して自然な尊敬の念をもっていれば、自分たちがほかならぬかれの弟子であったというだけの理由で、その師を批評する人々に反抗を示す。

<sup>16)</sup> 権丈 (2015)『年金、民主主義、経済学—再分配政策の政治経済学Ⅶ』19頁

<sup>17)</sup> ケインズ自身は、『一般理論』執筆中に、ダーウィンやマックス・プランクの業績にも似た、いわゆる後世の人が「科学革命」と呼ぶに相当する仕事をしているつもりがあったのかもしれない。本文中で紹介したダーウィン、マックス・プランクの言葉に通じるものを、ケインズも残しており——『一般理論』は、次の文章でもって閉じられている。

思想というものは、実際には、直ちに人を虜にするのではない、ある期間を経てはじめて人に浸透していくものである。たとえば、経済学と政治哲学の分野に限って言えば、25ないし30歳を超えた人で、新しい理論の影響を受ける人はそれほどいない。だから、役人や政治家、あるいは扇動家でさえも、彼らが眼前の出来事に適用する思想はおそらく最新のものではないだろう。だが〔最新の思想もやがて時を経る〕、早晩、良くも悪くも危険になるのは、既得権益ではなく、思想である (ケインズ〔間宮陽介訳 (2008)〕『一般理論 下』194頁)。

<sup>18)</sup> 別の表現をすれば、社会科学には、レイヨンフーブドの言うように「規範的叙述と実証的叙述との混合をつねに自ら警戒せねばならないので、この神聖な境界線をいったりきたり明らかに「飲んだくれ歩き」をする」(レイヨンフーブド〔中山靖夫監訳 (1984)〕『ケインズ経済学を超えて』321頁)ということもあろうし、ポパーが言うように「エディプス効果」(予測が予測された出来事に与える影響) (ポパー〔森博訳 (1996)〕『果てしなき探求 下』38頁)の側面もあるがゆえに、どうしても、規範的世界＝価値判断の世界と一応は独立でいられ、予測されることによって対象の行動が変わることのない自然科学のようにはいかないのであろう。

<sup>19)</sup> クーン『科学革命の構造』96頁

そして、国民はネコの目のように目まぐるしく変わる政策ネーミングの中で、何が起きているのかも分からぬまま。したがって、本当になされねばならない改革も、世論の後押しが得られないために実現できず、改革を阻む岩盤は、無傷のまま、時だけが流れていく。

社会科学、政策の世界では、パラダイムシフト、イノベーション、抜本改革、ポスト〇〇、脱〇〇といった、過去との不連続を許してくれる言葉であふれかえっている。たとえそこで言われている内容の、過去の累積的な過程を無視した歴史との不連続性が、論者の不勉強に帰することであったとしても、見栄えの良い言葉はそのことを隠してくれる<sup>20</sup>。そうしたシーンをいくどとなく私は見てきたわけであるが、その弊害は大きい。この弊害を避け重要な問題を本当に解決していこうとするのであれば、そうした派手な姿勢とはまったく逆に、問題が解決するまで愚直なまでにしつこく同じことを言い続けることである。次は、ウェーバーが『職業としての政治』に残した有名な言葉である。政治家に限らず、公共政策に関わる者たちはみな意識しておいてもよい言葉であるような気がする。そして、解決すべき問題に向けてみなが真剣に取り組んでいるときに、政策の焦点をぼかし、ずらす者が出てくることは、迷惑なだけである。

政治とは、情熱と判断力の2つを駆使しながら、堅い板に力をこめてじわっ、じわっと穴をくり貫いていく作業である。…現実の世の中が——自分の立場からみて——どんなに愚かであり卑属であっても、断じて挫けない人間。どんな事態に直面しても「それにも<sup>d</sup>か<sup>e</sup>から<sup>n</sup>わ<sup>n</sup>ず<sup>h</sup>！」と言い切る自信のある人間。そういう人間だけが政治への「天職」<sup>Beruf</sup>を持つ<sup>21</sup>。

## 社会経済政策を考える上でのスタート地点での観点について

さて、ケインズ革命という大きな経済思想上の変革があっても、なお、クーンの言う「通約不可能」なケインズ理論と新古典派理論のいずれもが存在していることを考えれば、経済学の世界でパラダイムシフトというような大げさなことは、とうてい起こり得ないだろうことは分かる。しばしば、経済政策や経営学、労務管理などで、ある種のブームが巻き起こることはにはあるが、それは大方、わずかばかりでも経済パフォーマンスがうまくいっている国の制度、政策が後付けの理論で持ち上げられ、それまでと同じ制度、政策であってもパフォーマンスが悪くなると貶されるという、だいたいそんなことが繰り返されているにすぎない。そうした中であっても、社会経済政策を考える上でのスタート地点で間違えてはいけないことがないわけではない。そうした話をしておこう。

まず、次の文章、○にあてはまる国はどこだと思われるだろうか？

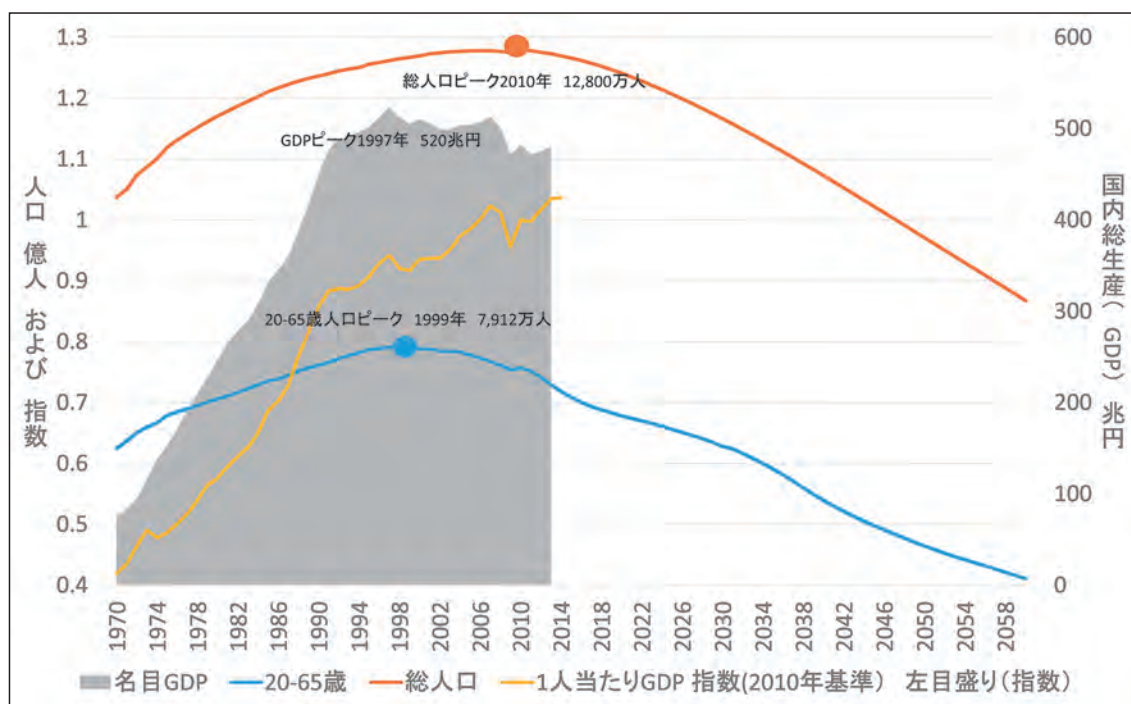
特に○は「栄光の30年」なるもの、つまり1940年代末から1970年代末の30年間について、かなりノスタルジーを抱いてきた。この30年は、経済成長が異様に高かった。1970年代末から、かくも低い成長率という呪いをかけたのがどんな悪霊なのやら、人々はいまだに理解しかねている。今日ですら、多くの人々は過去30年の「惨めな時代」がいずれは悪夢のように終わり、そして物事は以前のような状態に戻ると信じている。

<sup>20</sup> 類似の傾向は、ベーシックインカムという言葉の中にもみられる。制度・歴史の学習を迂遠に思う人たちにとって、ベーシックインカムは、社会保障論へのハードルの低い新規参入の入口となっている感がある。

<sup>21</sup> ウェーバー〔脇圭平訳（1980）〕『職業としての政治』157頁。

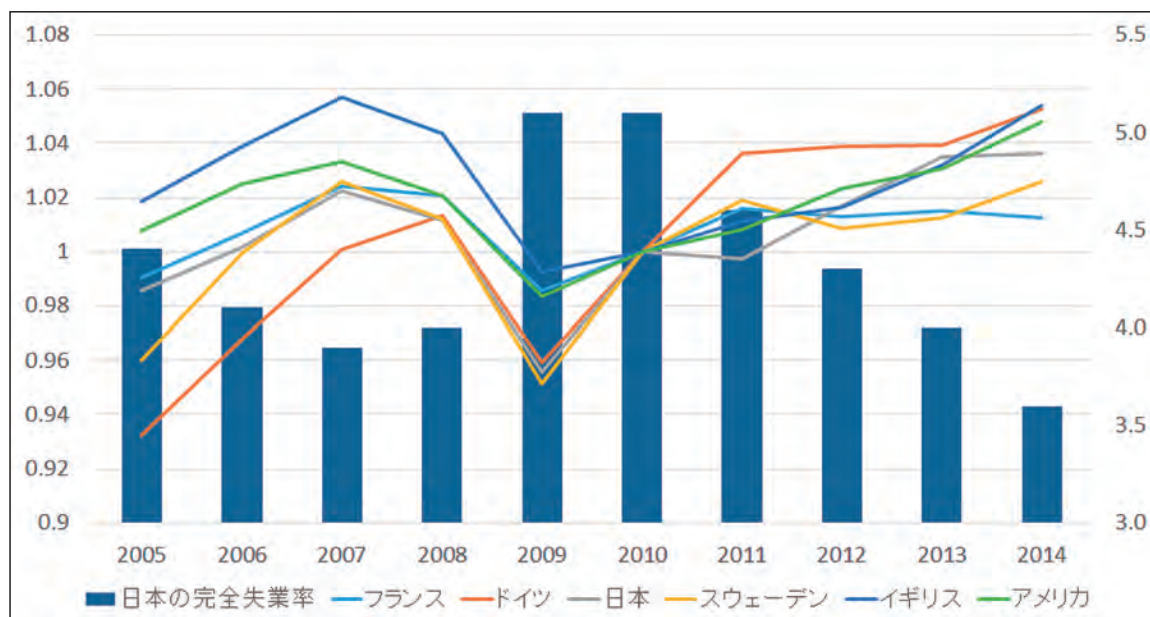
この文章は、2015年春に大ブームを巻き起こしたピケティ『21世紀の資本』の文章である<sup>22</sup>。この文章のみを目にした多くの人は、これは日本の話だと思ってしまうが、そうではなく、○に入る国は、ピケティの祖国フランスである。日本人が「物事は以前のような状態に戻る」と考えているようなことを、実は世界中の先進国の人たちが考えているというわけである。

図1 日本の人口と国内総生産（GDP）



資料：OECD Stat Gross domestic product (GDP), GDP per head, US \$, constant prices, constant PPPs, reference year 2010, Historical population data and projections (1950-2050)。

図2 GDP Per head, constant prices, constant PPPs, reference year 2010=1 と日本の完全失業率リーマンショック前後



資料：OECD Stat GDP per head, US \$, constant prices, constant PPPs, reference year 2010, 総務省統計局『労働力調査』長期時系列「完全失業率」

<sup>22</sup> ピケティ〔山形浩生等訳（2014）〕『21世紀の資本』102頁。



図1をみてもらいたい。この図には、日本の人口と国内総生産（GDP）を載せている。日本の20-65歳人口は1999年にピークを迎え、総人口は2010年にピークを迎えている。そしてGDP（2010年価格）は1997年がピークであった。しかしながら、1人当たりGDPは総GDPがピークを迎えた後も、穏やかに上昇している。次に、日本の1人当たりGDPの推移は、国際的にはどのような位置にあるのかを、図2でみてみよう。リーマンショック後の2010年を基準として、その前後をみればどうなるか。

日本の1人当たりGDPは、欧米先進諸国と比べて、そこそこに伸びている。そして日本の完全失業率は、生産年齢人口の減少の影響もあって、目下、90年代、2000年代と比べて低い水準にある。このあたりは、クルーグマンの目を通して見れば、「日本の労働力人口1人当たりの生産高（output per working-age adult）は、2000年頃からアメリカよりも速く成長しており、過去25年を見てもアメリカとほとんど同じである（日本はヨーロッパよりも良かった）<sup>23</sup>」ということになる。

ところが、日本人は、先のピケティの言葉を用いれば、「この30年は、経済成長が異様に高かった。1970年代末から、かくも低い成長率という呪いをかけたのがどんな悪霊なのやら、人々はいまだに理解しかねている。今日ですら、多くの人々は過去30年の「惨めな時代」がいずれは悪夢のように終わり、そして物事は以前のような状態に戻ると信じている」ようなのである。そしてそう信じているのは、日本人だけでなく、フランス人も、そして多くの先進国の人たちもそうなのであろう。では、はたして、本当に「惨めな時代」は終わり、物事は「以前のような状態」に戻るのだろうか？ ここも過去200年以上のデータに基づいているピケティの論を借りてみよう。

過去の成長は、たしかに目を見張るものとはいえ、ほぼ常にかなりゆっくりした年率で生じており、通常は年率1～1.5%程度の成長でしかなかったのだ。それよりも目に見えて急速な、年率3～4%の成長が起こった歴史的な事例は、他の国に急速に追いつこうとしていた国で起こったものだけだ。・・・細かい数字はどうでもいい。重要な点は、世界の技術的な最前線にいる国で、1人当たり産出成長率が長期にわたり年率1.5%を上回った国の歴史的な事例はひとつもない、ということだ。・・・この現実をぜひとも念頭においてほしい。多くの人々は、成長というのは最低でも年3～4%であるべきだと思っているからだ。すでに述べた通り、歴史的にも論理的にも、これは幻想にすぎない<sup>24</sup>。

30年の単位で見ると、年率1%の成長率は累積成長率として35%以上になる。年率1.5%の成長率は、累積成長率50%超だ。実際には、これはライフスタイルと雇用にとっては大規模な変化を意味する。具体的に言うと、ヨーロッパ、北米、日本が過去30年で見せた1人当たり産出の成長率は、1～1.5%であり、それでも人々の生活は大きく変化した。1980年にはインターネットも携帯電話網もなく、多くの人々は飛行機に乗ったこともなく、今日では普通に使われる先進医療技術の多くはまだ存在せず、大学進学者も少数派だった。通信、運輸、保健医療、教育の分野ではさまざまな変化が起きている。こうした変化はまた、雇用の構造にも強力な影響を与えた。1人当たり産出が30年で35～50%も増えるということは、今日生産されているもののかなりの部分——4分の1から3分の1——は30年前には存在せず、したがって職業や仕事の4分の1から3分の1は当時は存在しなかったということだ。

<sup>23</sup> Krugman, P. (2015), "Rethinking Japan," New York Times, October 20, 2015.

<sup>24</sup> ピケティ『21世紀の資本』99頁。

表 2-2 累積成長の法則  
ピケティ〔山形浩生等訳（2015）〕『21 世紀の資本』81 頁

以下の成長率は ……	以下の世代成長率 (30年) に等しく……	それは以下の乗数をかけるのと 同じで……	100年分の乗数は 以下の通りで……	1000年分の乗数は 以下の通り……
0.1%	3%	1.03	1.11	3.72
0.2%	6%	1.06	1.22	7.37
0.5%	16%	1.16	1.65	147
1.0%	35%	1.35	2.70	30,959
1.5%	56%	1.56	4.43	2,924,437
2.0%	81%	1.81	7.24	398,264,652
2.5%	110%	2.10	11.8	52,949,930,179
3.5%	181%	2.81	31.2	……
5.0%	332%	4.32	131.5	……

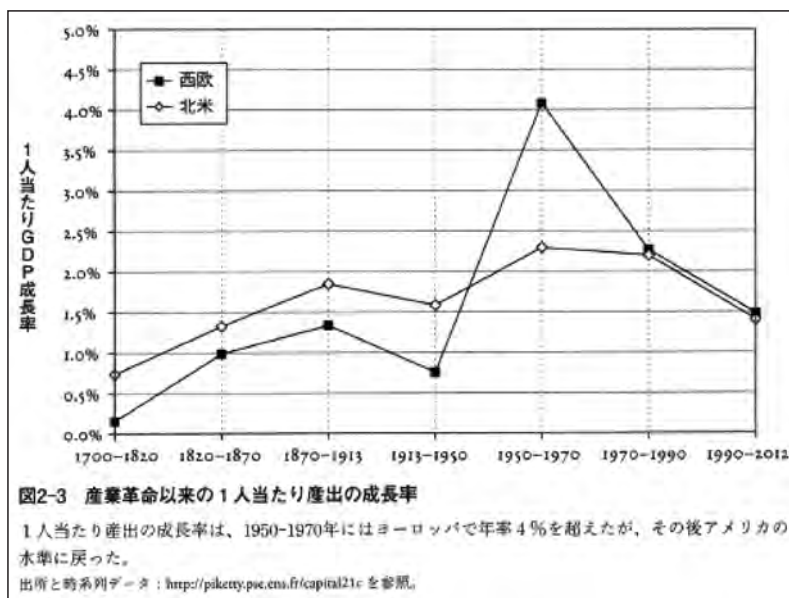
注：年成長率1%は、1世代（30年）の累積成長率35%に相当し、100年ごとに27倍になり、1000年ごとに2万倍以上となる。

これが何を意味するかというと、今日の社会は過去の社会、たとえば18世紀のように成長がゼロ近くか0.1%あるかないかの社会とは、かなりちがったものだということだ。成長率が年に0.1～0.2%の社会は、ある世代から次の世代へほとんどまるで変化がない状態で再生産される。職業構造も、財産構造も同じだ。19世紀以来、最先進社会がやってきたような、年率1パーセントで成長する社会は、深い永続的な変化を伴う社会となる<sup>25</sup>。

・・・

実は、1980年あたりに始まった経済自由化も、1945年に始まった国家介入主義も、そんな賞賛も責めも受けるいわれはないのだ。フランス、ドイツ、日本は、どんな政策を採用しようとも、1913—1945年の崩壊の後で、イギリスと米国に追いついた可能性がきわめて高い（この一文に誇張はごくわずかしかない）。せいぜい言えるのは、国家介入によって何も被害は生じなかったということだ。同様に、ひとたびこうした国々が世界の技術最前線に躍り出たら、イギリスや米国に勝る成長率は実現できなくなったのも、図2-3が示す通りこうした富裕国の成長率がおおむね同じくらいになったのも、不思議でもなんでもない。

図 2-3 産業革命以来の1人当たり産出の成長率  
ピケティ〔山形浩生等訳（2015）〕『21 世紀の資本』103 頁



ざっと言うなら、米国とイギリスの経済自由化政策はこの単純な現実に対してほとんど影響がなかった。それにより成長は高くも低くもならなかったからだ<sup>26</sup>。

<sup>25</sup> ピケティ『21 世紀の資本』100-101 頁。

<sup>26</sup> ピケティ『21 世紀の資本』104-105 頁。



そして、

表 5-1 富裕国の成長率と貯蓄率 1970-2010 年

国	国民所得 成長率 (%)	人口 成長率 (%)	1人当たり 国民所得 成長率 (%)	民間貯蓄 (減価償却後) (国民所得の%)
米国	2.8	1.0	1.8	7.7
日本	2.5	0.5	2.0	14.6
ドイツ	2.0	0.2	1.8	12.2
フランス	2.2	0.5	1.7	11.1
イギリス	2.2	0.3	1.9	7.3
イタリア	1.9	0.3	1.6	15.0
カナダ	2.8	1.1	1.7	12.1
オーストラリア	3.2	1.4	1.7	9.9

注：貯蓄率と人口増加は富裕国でもかなり差がある。1人当たり国民所得の成長率は差がずっと小さい。  
出所：http://piketty.pse.ens.fr/capital21c を参照。

表 5-1 は、最も裕福な 8 カ国の 1970—2010 年の成長率および民間貯蓄率の平均値を示している。第 2 章で指摘したように、1 人当たり国民所得の成長率（または 1 人当たり国内生産の成長率でもほぼ同じ）は、過去数十年間、ほぼすべての先進国でとても似通った数字になっている。数年単位で比較すると各国の差はかなり大きいこともあり、しばしば国家間の威信や嫉妬を引き起こす。だが長期間の平均を見ると、富裕国すべてがほぼ同じ比率で成長しつつあるのが事実だ<sup>27</sup>。

キャッチアップという「模倣」と「創造」は根本的に違う。その違いが、模倣ゆえに派手に達成できた高度成長と、創造ゆえに地道とならざるを得ない安定成長の違いをもたらすことになる。そして経済成長は重要であり、経済成長を達成するためにはイノベーションが大切であることは自明のことである。しかしながら、国や経営コンサルタントから言われなくとも、民間企業は絶えずイノベーションを起こす努力をしており、その成果として、富裕国に住む私たちは、1 人当たりで見ても年率 1 % 程度の経済成長を享受することができているのである。

いまのように「世界の技術最前線に躍り出た」日本で、かつてのような経済成長は起こせるものという観点から、国民が将来を選択するのと、そうではないという観点から選択するのでは、おのずと選ばれる社会経済政策に違いが生まれてくる。そうした選択に影響を与える根源的な観点については、パラダイムという大層な話ではないのであるが、いまこの国で、たしかにその切り替えが求められている。だが、そうした人間の意識の切り替えは簡単にできるものではない。しばらくは、古い観点、すなわち、「過去 30 年の惨めな時代」がいずれは悪夢のように終わり、政策のやり方次第で、「物事は以前のような状態に戻る」という観点の下に、政治は進んでいくのであろう。

## 上げ潮政策、トリクルダウンという言葉が前提とする古い観点

ところで世の中には、以前から、「上げ潮はあらゆる船を浮かばせる」という上げ潮政策というものがある。この言葉—A rising tide lifts all the boats—は、ケネディが大統領当時にスピーチで使っ

<sup>27</sup> ピケティ『21 世紀の資本』182 頁。

ており<sup>28</sup>、少なくとも 50 年以上の歴史がある。この上げ潮政策が経済政策として取り上げられることになるのは、レーガン政権下の 1980 年代であった。その時代、「金持ち優遇政策は、長期的には万人に利益をもたらすし、その利益は累進課税や再分配的な社会福祉政策という代案より大きい<sup>29</sup>」という解釈がなされ、サプライサイダーという経済学派による主導の下に展開されていった。そこでは、高所得者を優遇すれば成長が起こり、この上げ潮政策の下で低所得者の生活を向上させる方法としては、経済全体の成長の結果として、あたかもシャンパンツリーの一番上のグラスから下のグラスにシャンパンがこぼれ落ちるように、そのしずくが下の方にまでしたたり落ちる (trickle-down) ことが期待されたのである。このような、上げ潮政策とトリクルダウンがセットになった考え方には、上げ潮政策、つまり、高所得者優遇は成長を促す効果があるという前提がある。ところが、そうした政策を展開しても、別に、成長が加速されるわけではないということになれば、上げ潮政策とトリクルダウンがセットになった政策思想はどのような意味を持つことになるのであろうか。

もし仮に、上げ潮政策により成長が加速されている時に、トリクルダウンが起こらないのであれば、GDP が大きく伸びながら所得分配の格差が広がっていることになる。多くの人たちは、「トリクルダウンは起こらない」とか「トリクルダウンは起こっていない」という批判の言葉を、こうした状況を想定して使っているようである。しかしながら、上げ潮政策なるものを展開しようがしまいが GDP の伸びにさほどの変化がない場合、つまりピケティが指摘するように「1 人当たり国民所得の成長率は、過去数十年間、ほぼすべての先進国でとても似通った数字」である場合、トリクルダウンという言葉を使う余地はどこにあるのだろうか？

そこで起こっていることは、単なる格差の拡大でしかなく、この状況での上げ潮政策を構成する諸施策は、限られた一定のパイを高所得者に優先的に分配するための政策の言い換えに過ぎなくなる。先に述べたように、「世界の技術最前線に躍り出た」日本でも、かつてのような経済成長は起こせるものという古い観点から、そうではないという新しい観点に切り替われば、上げ潮政策やトリクルダウンという言葉の意味も、自ずと変わってくることになる。なお、私自身は、ある一定の技術水準の下での成熟社会に入り、恒常的な需要不足が続く日本のような国では、労働市場での一次分配の改善を図り、所得の再分配を強化し、社会サービスを充実させるほうが、わずかにでも成長力を高めるとは考えている<sup>30</sup>。

最後に——紀元前 3 世紀に、秦の始皇帝に不老不死の霊薬があると具申した徐福というのがいたらしい。始皇帝の命を受け、3000 人の若い男女と多くの技術者と五穀の種を携えて大船団で東方に出航し、そこで王となって秦には戻らなかったとのことである。社会経済政策を考える上で、ピケティの言う「過去 30 年の「惨めな時代」がいずれは悪夢のように終わり、そして物事は以前のような状態に戻る」という古い観点からスタートしているのではないかと思われる人たちが具申している様子を眺めていると、私は最後は出奔、いやとんずらした徐福のことを、不思議と思い出してしまうのである。

<sup>28</sup> Kennedy, J.F. (. 1963) ,“Remarks in Heber Springs, Arkansas, at the Dedication of Greers Ferry Dam.”October (. <http://www.presidency.ucsb.edu/ws/?pid=9455>)

<sup>29</sup> ジョン・クイギン〔山形浩生訳 (2012)〕『ゾンビ経済学』189 頁。

<sup>30</sup> 権丈 (2015)『年金、民主主義、経済学—再分配政策の政治経済学Ⅶ』18 頁の「図表 1-5 左側の経済学からみた経済政策」および権丈 (2015)『医療介護の一体改革と財政—再分配政策の政治経済学Ⅵ』第 17 講「合成の誤謬の経済学」等を参照。

## 第2章

超高齢社会における地域の力：  
地域包括ケアシステム構築にあたって田中 滋議長  
執筆担当者

## 1. 地域包括ケアシステムとは

## 1. 1 “定義”

地域包括ケアシステムを論ずるにあたり、現時点におけるテンタティブな“定義”を2つ紹介するところから始めたい。そもそも地域包括ケアシステムとは、科学の世界で使われる分析概念ではない以上、厳密かつ（パラダイムシフトが起きるまでにせよ）普遍的な定義が成立するわけではない。これは国・自治体、医師会・医療機関・介護事業者・社会福祉法人・医療介護福祉分野の専門職、さらに地元の学校や経済界など、ひいては住民全般を対象に、地域づくりの目標を多義的に示した“公案”なのである。当然、現実の取り組みが進展すると共に目標の表現も進化（変化？）していく。

なお、システムがある程度構築されている状態の下で、個々の患者・利用者に対する「適切なケアマネジメントに基づいて統合された一連のケア」を考える際は、「地域包括ケア」と表すことが多い。

定義の例として、2014年6月に制定された「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（通称は医療介護総合確保推進法）」を取り上げておこう。同法第2条によれば、『この法律において「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される状態をいう。』と定義されている。

## 1. 2 「植木鉢図」とその背景

次に、その1年前、地域包括ケア研究会が2013年春に取りまとめた図1を示す。これは一般に「植木鉢図」と呼ばれている。この図では、まず基盤を「本人・家族の選択と心構え」と記した皿で表した。65歳を超えた、しかしまだ75歳には達していない、団塊の世代への呼びかけを強く意識したメッセージである。作成者の意図としては、皿に記した家族とは主に配偶者（現行の結婚制度にとらわれなければ柔軟に「人生のパートナー」と解釈してよい）を指し、独立家計を営む成人した子供は別な主体と考えていた。この点を明確に伝えなかったため、皿の字句は世間に誤解を与え、「本人が好まない意思決定を子供が選択する状況を許すのか」といった意見を頂戴する。あくまで本人と配偶者（パートナー）のみを表している、と理解していただきたい。

その上に、しっかりとした「住まい」ならびに「住まい方（「どのように住むか」「誰と住むか」、あるいは「1人で住むか」等にかかわる決意を含む）」の2つを意味する鉢を描いた。植木鉢の中には、日常生活を支えるさまざまな支援が芳醇な（芳醇であってほしい）土による表現を試みた。とはいえ



図1 地域包括ケア研究会による植木鉢図



事実として住民の一部は、経済的な困窮状態や、孤立・虐待・ネグレクト等の問題に直面しているはずである。よって、社会福祉専門職による専門的支援や、互助（後述）による支援も、土を豊かにする機能としてここに記されている。以上の基盤を前提に、医療・介護分野の専門職が、連携を図りつつ行うプロフェッショナル・サービスを、期待を込めて瑞々しい若葉の姿で書き込んだ。

### 1. 3 「コミュニティ」と「統合」

植木鉢図に結実した考え方は、2つの独立した「ケアのあり方論」の組み合わせからなる。第一は「日常生活圏域を基盤としたケア＝Community Based Care」、第二は「地域を基盤としたケア＝Integrated Care」に他ならない。

ところで、「地域」という言葉自体は、前後の文脈に応じていかようにも使うことができる。たとえば、都道府県をまたがるような広大な範囲を指すケース（例：「九州地域」）も、反対に小さい身近な近隣コミュニティを指すケースも、どちらも珍しくない。

地域包括システムの「地域」とは、およそ徒歩30分圏程度にあたる「日常生活圏域」を意味する。具体的には、広さにもよるものの、およそ徒歩30分圏程度にあたる小学校区もしくは中学校区がおよそのサイズのイメージである。ただし、後述の地域マネジメントを扱う際などでは市区町村全体を意味する場合もありえる。

地域包括ケアシステムは、高齢者ケアに対する取り組みから始まるにしても、究極の目標は、地域において「何らかのケア」を必要とするすべての人が、可能な限り「尊厳ある自立」を図れるように支援する体制である。現に、進んだ市町村では、障がい者、こども、子育て中の親、虐待や孤立に悩む人など、幅広い対象にかかわる施策間の連携により、仕組みを共有できる姿が目指されるようになってきた。

つまり、地域包括ケアシステムの上位目的は、介護だけの将来像でも、高齢者だけのための将来像でも、ましてや介護保険の将来像でもなく、超高齢社会に備え、また子育てなども支援する新しい地域づくりと捉えてほしい。多世代交流・地域支え合い体制の構築と言い換えてもよい。その中心手段は、生活圏域ごと、および市町村域全体の課題把握と、当該圏域と市町村にすでに存在する資源のネットワーク・マネジメント（後述）である。決して新たな箱ものの作りや要介護者の地方移住策ではない。

ネットワーキングにかかわるキーワードは「統合」である。この「統合」という概念が、地域包括ケアシステムをめぐる論議の中ではもっともパラダイム（もどき？）に近い。統合もいろいろな種類に分けられる。①医療職と介護職が予後予測を共有するなどの臨床的統合、②「地域包括ケア推進室」や、急性期医療機関と回復期医療機関の戦略的提携等が代表する組織的統合、③そこで果たされる人材管理、情報管理、予算などの財政の連携にかかわる機能的（運営的）統合等が例として挙げられる。また、以上を支え、つなぐ機能を規範的統合と呼ぶ。「理念を明確化し関係者が共有すること」を意味する。

## 2. 前史

### 2. 1 長寿と虚弱高齢者

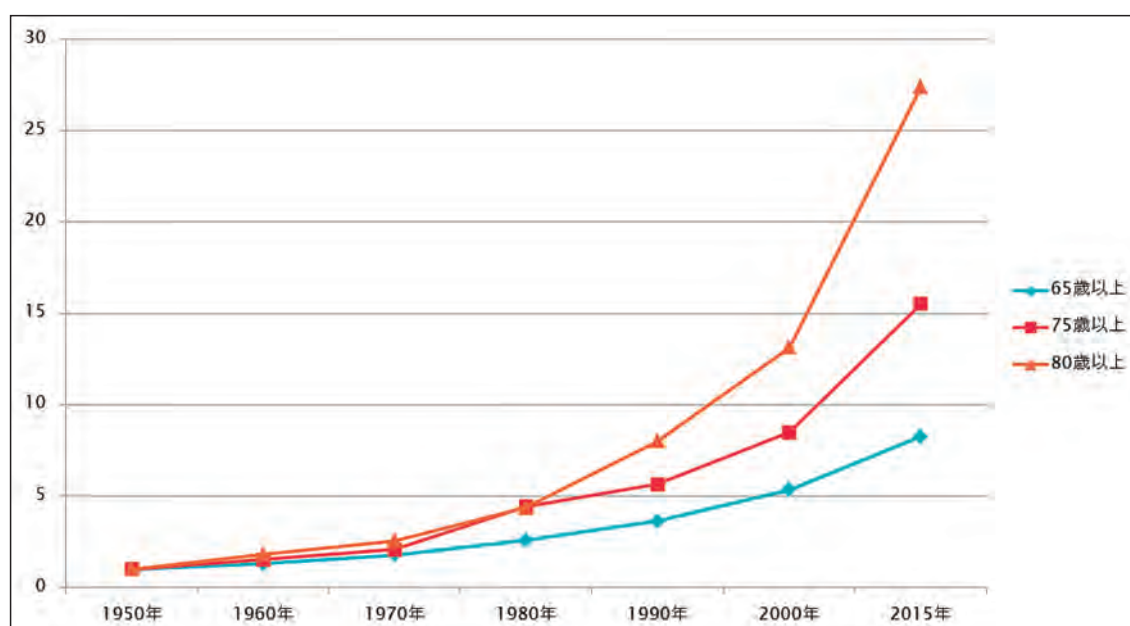
20 世紀後半の経済的先進諸国においては、高齢期への到達が、一部の富裕かつ体力に恵まれた人だけに起きる珍しい事象ではなくなった。普通人にとっても、65 歳超えが当たり前となった人類史上初のこの現象は、「長寿の一般化」と呼んでもおかしくないだろう。

長寿が一般化した理由は、下記①～④の条件の組合せが起きたからである…あくまで経済的先進国においては、との限定付きにしても。

- ①一部の特権層や富裕層のみならず、大部分の住民の平均的な栄養水準が著しく向上した
- ②上下水道や予防注射に代表される公衆衛生体制が整備された
- ③19 世紀後半以来の近代医学の開花と、それを用いる医療提供体制が発達・普及した
- ④社会保障制度の普遍的適用によって、発達した医療を多くの人が利用可能になった

長寿化について日本の高齢者人口動態を見てみよう（図2）。1950 年を比較の基準年にとると、2015 年には、65 歳以上人口は 8.3 倍、75 歳以上は 15.5 倍、80 歳以上は実に 27.4 倍と、驚くべき増加を示してきた。

図2 日本の高齢者人口動態②

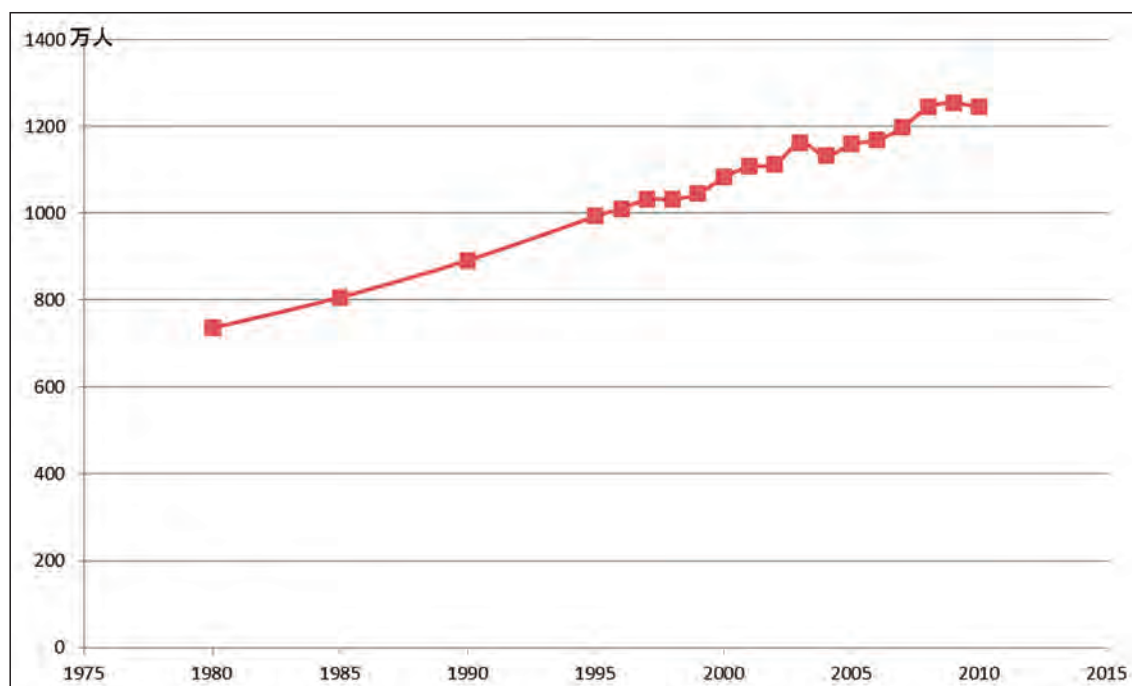


65 年間に 80 歳以上は 27 倍に！（1950 年＝1）

元データ出所：国立社会保障・人口問題研究所



図3 子供世代と同居する高齢者数



元データ出所：国立社会保障・人口問題研究所

長寿は、昔から人類の夢だったはずである。ところが、長寿を実現した国々は共通の課題に直面した。それは虚弱高齢者数の増大に他ならない。理由は、健康寿命の伸びが寿命の伸びに追いつかなくなってしまった事態に求められる。

よく、家族機能の低下や核家族化を介護問題発生の原因としてあげる声を聞く。しかし事実は異なる。1965年のわが国には、65歳以上人口は500万人しかいなかった。その80%が子供世代と同居していたので、子供世代（といっても中年や初老）と共に住んでいた高齢者数はおよそ400万人にすぎなかった。同居率は低下してきたが、図3に示すように、高齢者数の伸びが急速なため、子供世代と同居する高齢者数は一貫して増え続け、グラフには載っていないが2015年には1,300万人を超えたと推定されている。

## 2.2 介護保険法

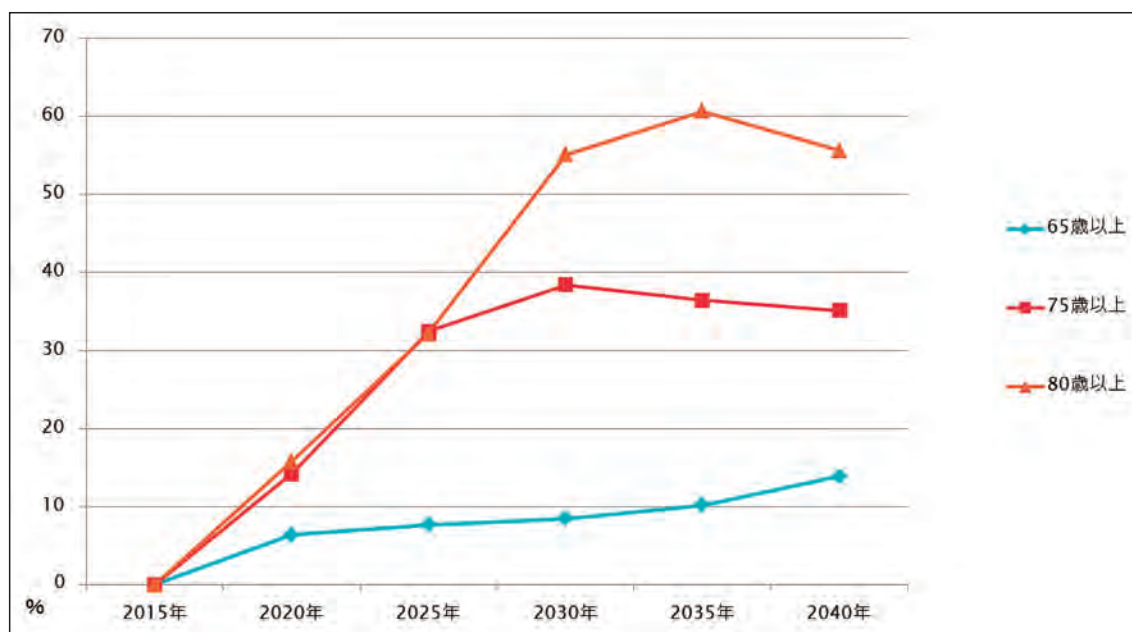
虚弱高齢者、なかんずく要介護高齢者の増大に対処すべく、わが国は、1989年以来、ゴールドプラン、新ゴールドプラン、ゴールドプラン21によって提供体制整備に努め、介護保険制度を発足させ（2000年）、保険給付サービスを広めるよう、自治体ともども力を注いできた。

その介護保険法には素晴らしい条文が含まれている。第一条では「尊厳の保持」「国民の共同連帯の理念」がうたわれた。

＜介護保険法第一章総則第一条＞この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

続いて「自覚に基づく予防」「要介護状態となっても能力の維持向上に努める」と規定されている。

図4 日本の高齢者人口予測



(2015年に比べて何%増えるか)  
2025年～2040年が第一の山場  
元データ出所：国立社会保障・人口問題研究所

＜同法第一章第四条＞国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

では、こうした法の精神に基づき、あとは本人が心構えを定めて（かかりつけ医やケアマネジャーの支援を得つつ）適切な選択を行うと共に、各自治体と介護事業者が質の向上と技術進歩を図ればよいのだろうか？ 残念ながらそれだけでは足りない。それは主にわが国人口のいびつな年齢構成に起因する。

日本の高齢者人口は、今後もしばらくの間増加が続き、団塊の世代が徐々に退場していく2030年～2040年に第一の山場を迎える（図4）。2015年を基準年として、今後高齢者人口が何パーセント伸びるかを見ると、これからも引き続き上の年齢層ほど増え方が多くなる、と予測されている。要介護状態になりやすい年齢層の方が今後もしばらく増加率が高い。ちなみに第二の山場は、団塊ジュニアが80歳を超える2050～2060年に訪れるだろうが、そこは本稿の対象外である。

### 3. 地域包括ケアシステム論の登場

#### 3.1 先駆者たち

介護保険発足後に明らかとなった認知症者の膨大な数、および2022年に始まる、団塊の世代の後期高齢化に伴う医療ニーズ・介護ニーズ増に備えて、社会保障改革国民会議を始め、各方面でさらなる議論が真剣に行われてきた。

筆者を含む研究者や医療・介護分野の専門職からなるメンバーは、2008年以降、地域包括ケア研究会を結成し、委員のみならず事務局・役所とも力を合わせ、分析概念や将来の方向を検討し、提言

を重ねてきた。ただし、その源には、日本各地で先駆者の方々が大変な苦労をされながら築いてこられた先進事例が存在している。研究会は、ゼロから案をねん出したのではなく、先進事例の観察・分析を元に、言語化・一般化する作業を実施したにすぎない。

2016年には参考とすべき事例は多数に上るようになってきているが、2008年時点における先進事例の代表は、まず1970年代から始まっていた広島県御調町（その後尾道市と合併）であった。国保病院が主導して行政と密な連携をとりつつ、保健と福祉に関する行政部門を病院長の下で一元的に管理運営する体制を実現した。その上で介護施設、福祉施設等を順次病院に併設し、わが国地域包括ケアシステム構築の先陣をきっていった沿革はよく知られている。次に広島県尾道市においては、市医師会が先導して医療職・介護職はもちろん、福祉職をも含む多職種協働体制が1990年代から構築され始めていた。その鍵として活用されたケアカンファレンスの先進性をめぐっても、すでに各種の研究が存在していた。さらに社会福祉法人長岡福祉協会こぶし園による、特別養護老人ホームのサービス機能を地域社会に面展開していった発想と実行力も忘れがたい。

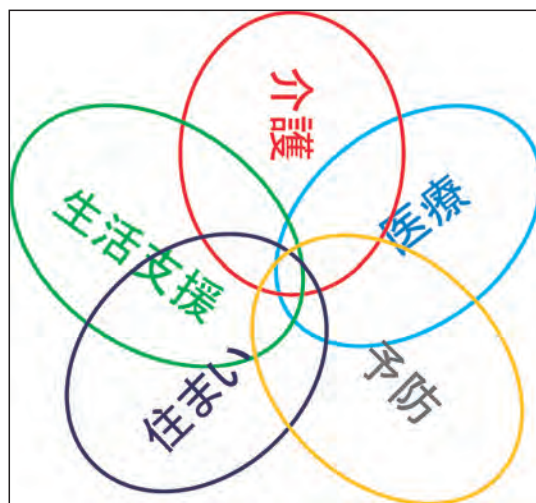
加えて、長野県上田市、東京都の稲城市と武蔵野市、埼玉県のと光市における取組などなども有名である。他にも先進事例はさまざまに存在するし、最初の御調町を始め、優れたリーダーの人名を上げるべきかもしれないが、紙面の都合上、紹介は以上にとどめる。いずれにせよ、先駆者のご努力には深く敬意を表さなければならない。

### 3.2 地域包括ケア研究会

2008年に発足した地域包括ケア研究会は、初年度に「5輪の花」図をバージョン1として世に問うた（図5）。この図の中心メッセージは、「虚弱高齢者の生活を支える要素は介護だけではない」につきる。多職種協働や、複数機関の連携、そして機能の重なり合いが不可欠であることを示している。

5年後の2013年、地域包括ケア研究会は「拡大植木鉢」図に到達した（図6）。先ほどの植木鉢の横に、利用者一人ひとりのケアプランを担当するケアマネジャーが、多くの職種がかかわるケアマネジメント・プロセスを示す台に乗って任務を果たしていく姿を描いた。植木鉢は個々の利用者を意味している。だから本来は、住民ごとにより皿も鉢も葉も、形と大小、そして丈夫さなどが異なると理解していただきたい。正確には地域にたくさんの植木鉢が存在しているのである。他方、図の左上で

図5 地域包括ケアシステム



Ver1.0「5輪の花」図（2008年）



図6 地域包括ケアシステム Ver3.2



「植木鉢」図・拡大版（2013年）

は、地域包括支援センターが主催する地域ケア会議が、それぞれの日常生活圏域で働く人々の課題解決能力向上を育む様子が表されている。

植木鉢の内部や周囲に登場する専門職の働きに加え、もう一つの、というよりもっとも重要な使命を担う自治体の機能も書き入れるべきと研究会では考えた。具体的には、図全体を取り囲む形で、自治体が展開する「地域マネジメント」と明記した。システム構築の目標は、圏域内のどこに住んでいてもケアが提供される体制＝ケア付きコミュニティ（英語では Aging in Place 概念）の構築である。地域マネジメントとは、介護保険料の徴収や要介護認定、保険給付などの制度が定める行政業務とは異なる。マネジメントにあたっては、当該地域に存在する多様な人や組織、つまり役所や役場には属さない地域の資源をネットワーク化していくコーディネーション力が求められる。

### 3.3 医療と介護の連続工程化

今から40年前の平均的入院患者は、基本的にエピソード由来の短期介入対象者によって占められていた。入院中に認知機能が低下する恐れや、IADLが悪くなる事態に対する方策も考える必要がほとんどなかった。

今、急性期病院では、そのような古典的な療養期入院患者の姿はほとんど見られない。現在では入院患者の過半、場合によっては3/4が高齢者となり、それらの患者は長期的で継続的なケアニーズも抱えている。75歳以上高齢者は、入院中に認知機能、ADL、IADLが低下し、長期的な医療ニーズを抱えた状態で退院せざるを得ないケースも珍しくない。そうした患者が増え、「日常生活に戻る退院患者率」で見ると急性期病院のパフォーマンスが低下してきた。

このような変化を受けて、急性期医療を提供する病院も「一連の医療介護の連続過程」の一環、すなわち地域包括ケアシステムの一員であるとの認識が広まりつつある。在宅医療に代表される生活医

療こそが医療の中心となる時代が変わったと捉えられる。急性期医療だけでは必要な過程は完結しない。介護だけでも、在宅医療だけでも完結しない。病院、診療所、老人保健施設、特別養護老人ホーム、各種の通所・訪問サービス、居宅介護支援事業所等々の間でのスムーズなインターフェイスと目標共有が問われる時代である。

## 4. 自助・互助・共助・公助

### 4. 1 それぞれの基本形

ここで、地域包括ケア研究会の始まりから議論の根底に置かれてきた考え方を提示しておきたい。それは、自助・互助・共助・公助をめぐる考え方である。この4つのヘルプは、財やサービスの種別ではなく、各々の財やサービスの生産に要する費用を、一体誰が負担するかによる区分を表している。

- ①自助：財・サービスの利用者本人（ないし本人と同一家計に属する人）の時間や資金投入によって、当該の財・サービスを獲得するあり方を言う。
- ②互助：ボランティア活動など、第三者のために財・サービスを提供する人や団体が、資金・労力をつぎ込んだり、工面したりするあり方を指す。
- ③共助：三番目の共助は、前回の医療政策会議報告書で詳しく述べたように、19世紀末のドイツに始まり、20世紀後半までに経済的先進国に普及した資金調達と配分方法である。具体的には社会保障制度の形をとる。機能としては、制度化された自助の連帯と見なせばよい。
- ④公助：中央政府や自治体の費用負担による財・サービスの提供を指し、税・公債などが財源となる。

医療・介護に関する自助については、自分の心身状態に関するセルフケアが基本であり、そのためには、生活や社会参加への意欲が基盤と考えられる。また、先ほどの介護保険法が示すように、自己能力の活用も大切な要素である。金銭面では、サービスの購入や日常の買い物など、市場経済・準市場経済の活用も自助の一つの形態にあたる。

互助は、制度による規定や利益動機が原動力ではない、人としての心がもたらすインフォーマルな自発的助け合いを指す。人類の始まりから、人は親子や兄弟を超えて助け合ってきたことだろう。そのような近隣同士、あるいは友人など顔見知りの間で自然に発生するタイプだけではなく、現代的なNPO・NGOやボランティアなど企画型の互助も増えてきた。なお地域包括ケアシステムの中では、支え手と受け手は互換的でありうる。「買い物支援を受ける高齢者が若い親たちの子育て支援を行う」などが典型である。ただし、社会の円滑油とはいえ、互助に加わる義務も、互助を受ける権利も法では定められない。定めがないのに自発的に行うからこそ互助なのである。金銭を通じる互助だけではなく、災害後のがれき片付けが典型であるような時間投入型互助も存在する。

他方、共助、なかんずく社会保険制度には、拠出の義務と、ニーズが発生した時に分配を受ける権利が法により定められている点が強い力となっている。ちなみに、金額ベースでは、わが国では互助を通じて集まる金額は（東日本大震災の被害が大きかった2011年を除き）年間6,000億円程度なのに比べ、共助の制度が集められる財源は60兆円を超える値に達している（給付は公費財源等による補助を含め110兆円）。

一方、地域包括ケアシステムにおける公助とは、生活保護や権利擁護など、社会福祉制度の働きが中心となる。医療・介護の専門性は、貧困や虐待、孤立等への対処とは違う。社会福祉制度の機能こそ、社会のセイフティネットの役割を果たす。なお公助は、経済学用語としての公共財の提供や、一



般行政業務とは別の概念にあたる。

#### 4. 2 共助・公助分野の連携

地域包括システムの要素の中でも、共助ならびに公助の世界に属する専門職同士の連携、例えば中重度要介護者に対する在宅医療・介護連携体制構築などは比較的分かりやすい。診療所医師、病院医師、訪問看護師、リハビリテーション職、介護職、福祉職、そしてケアマネジャー等の連携を図るため、まず自治体が主導する市町村レベルでの「顔の見える関係」づくりを図る→そこで職種団体の理解と賛同を得た上で研修を重ねる→圏域ごとの地域ケア会議等を通じて、個々のケースのために地域包括ケアを組み立てる、といったプロセスは、ひとたび当事者間の信頼関係が築かれ、一定程度まで言語の共通化が図れれば、専門職者同士だけに将来の進展が予測できる。

#### 4. 3 自助と互助の関係

一方、専門性が要求されず、診療報酬や介護報酬の対象でもなく、当然ながら基準等も基本的には存在しない互助資源を、地域包括ケアシステムの中に取り入れる過程は一般化が難しい。まさに自治体ごとの地域マネジメント力が育たなければ、地域包括ケアシステムが目指す「互助を含む統合された支援提供体制」は構築できない。互助をめぐる理解を深めるため、自助と互助の関係をまとめて整理すると以下のように表せるだろう。

▷自助には機会費用が伴う。一方、互助については、利用者にとって利用に伴う限界費用がはるかに低い、ないしゼロに近い。恩恵を受けることに伴う精神的負担感は別であるが。

▷高齢に伴って虚弱となり、「家事がおっくうになる、ゴミ出しが大変になった」状態は、自助のうち労働の機会費用が高まったと表せる。同じく、年金生活に入り、支出を節約する状態も価格負担の機会費用が高まったと表せる。

▷自助の機会費用が高まった状態になった際、それをやむを得ぬ事情（高齢や障がい）と社会が広く認めるなら、互助の相対的な価値が、当該高齢者にとっても、コミュニティにとっても高くなる。サービス利用にかかわる費用が共助の仕組みから給付される医療・介護と違い、生活支援については、上記のように限界費用が低い互助の利用は意味をもつ。

▷なお何を互助と位置付けるか、どこまでを自助と呼ぶかは価値観、暮らし方、文化によって異なりえる。

▷互助提供希望者の視点から見ると次の点も忘れてはならない。年金受給年齢の世代、特に男性が互助に加わろうとする場合、「困っている高齢者などを助ける」的な地域活動のみならず、共助の仕組みたる介護保険の世界で生きる中小零細事業所の補助的な労働支援も可能である。中でも企画・経理・財務・給与体系づくり・渉外・仕入れ等々は、元会社員や公務員にとってはお手の物のはずと思われ、若い福祉人材が専門能力を活かした介護業務に専念する時間を増やすためにも貴重な支援たりうる。

▷自治体が互助を巻き込んだ地域包括ケアシステム構築を目指すなら、鍵は外部化されず潜在している生活支援や上記の業務補助ニーズと、外部化されず潜在している意欲のマッチング＝見合いである。スケジューリング、報告／記録／評価、事故補償、個人情報保護、有償ボランティアなら支払の仕組み等々にかかわるマネジメントが欠かせない。

## 5. おわりに

医療、介護、障がい者支援者、児童ケア等に携わる事業者と専門職者は、地域包括ケアシステムに加わるとの自覚をベースに、これまで培ってきた専門的なケア機能を自事業所の利用者に提供するにとどまらず、圏域・市町村域や医療構想圏に展開していく姿勢が求められる。

住民もまたその意味を理解しなくてはならない。そのためには、「在宅か施設か」という「二分法思考」からの脱却が求められる。利用者の側から見れば、「在宅ときどき…必要に応じて…施設」「在宅、(高齢者の場合)最後は施設」、逆に「施設、最期は自宅」などの循環的利用が目指す姿だろう。各種在宅サービスと施設サービスは対比概念ではない。地域包括ケアシステムの中で、後者は前者を支える機能と理解すべきである。

- ・ 地域包括ケア研究会各年の報告書は以下のアドレスで閲覧およびダウンロード可能。

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/h0522-1.html>

[http://www.murc.jp/uploads/2012/07/report\\_1\\_55.pdf](http://www.murc.jp/uploads/2012/07/report_1_55.pdf)

[http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukail30423\\_01.pdf](http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukail30423_01.pdf)

[http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukail30423\\_s.pdf](http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukail30423_s.pdf)

## 入手しやすい参考文献リスト

- ・ 大橋謙策・白澤政和編集：地域包括ケアの実践と展望―先進的地域の取り組みから学ぶ、中央法規、東京（2014）
- ・ 高橋鉦士編：地域包括ケアシステム、オーム社、東京（2012）
- ・ 高橋鉦士編：地域連携論、オーム社、東京（2013）
- ・ 田中滋監修：地域包括ケア サクセスガイド：地域力を高めて高齢者の在宅生活を支える、メディカ出版、大阪（2014）
- ・ 筒井孝子：地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略、中央法規、東京（2014）
- ・ 東京大学高齢社会総合研究機構：地域包括ケアのすすめ―在宅医療推進のための多職種連携の試み、東京大学出版会、東京（2014）
- ・ 東内京一監修、宮下公美子：埼玉・和光市の高齢者が介護保険を“卒業”できる理由：こうすれば実現する！理想の地域包括ケア、メディカ出版、大阪（2015）
- ・ 二木立：地域包括ケアと地域医療構想、勁草書房、東京（2015）
- ・ 宮島俊彦：地域包括ケアの展望、社会保険研究所、東京（2013）

## 第3章

# 高齢社会における保健医療分野の 3つのパラダイムシフト論の真贋の検討

二木 立委員

執筆担当者

## はじめに—私が「パラダイムシフト」という用語を使わない3つの理由

会長から「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」という諮問を受けたとき、とまどいを感じました。その理由は3つあります。

**第1の理由**は、トーマス・クーンが提起した「パラダイム」という概念がきわめて多義的であるからです。この概念はクーンが提唱した直後からさまざまな批判が加えられた結果、クーン自身が後年、「これほど曖昧で、しかも重要な問題点を残すものはない」と認め、それに代えて、「『disciplinary matrix 専門母体』という言葉は提案」したからです（中山茂訳『科学革命の構造』みすず書房、1971、「補章－1969年」、206-207頁）。実は、私は同書を読む前、「パラダイムシフト（転換）」という用語の「格好良さ」に惹かれて、原著を読まないまま、「若気の至り」で、1985年（37歳時）に「ADLからQOLへ—リハビリテーション医学におけるパラダイムの転換」（『日本福祉大学社会科学研究所報』第36号、1985）という論文を書いたことがあります。しかし、1988年にクーンの上掲訳書を読んでからは、この用語を使うことは避けるようにしています。

**第2の理由**は、私が2001年に出版した『21世紀初頭の医療と介護—幻想の「抜本改革」を超えて』（勁草書房、2001）以降、医療の「抜本改革」論（これも一種のパラダイムシフト論です）を批判し、「部分改革」の積み重ねを主張しているからです。同書では、次のように書きました：「日本を含めた先進国では、医療・社会保障制度は、国民生活に深く根ざすとともに、立場によって利害が錯綜しているため、抜本改革（ハードランディング、ビッグバン）は不可能であり、部分改革（ソフトランディング）の積み重ねのみが可能なのである」（38頁）。これ以降、イギリス、アメリカ、韓国、そして日本で政権交代が行われましたが、いずれの国でも医療・社会保障制度の「抜本改革」は行われず、「部分改革」のみが行われました。この経験を踏まえて、私は「政権交代でも医療制度・政策の根幹が変わらないことは、（中略）主要先進国の1980年代以降の医療改革の『経験則』と判断するようになりました（『民主党政権の医療政策』勁草書房、2011、14頁。『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房、2015、95-96頁）。

なお、日本で最初に「抜本改革」論を批判し、「部分改革」の積み重ねを提唱したのは池上直己氏で、1996年に出版されたキャンベル氏との共著『日本の医療』（中公新書）で、次のように述べました：「医療分野においては理論よりも実践的な経験則が、また上からの抜本改革よりも当事者による地道な改善の積み重ねの方がそれぞれ効果的であるように思われる」（234頁）。この視点は、2015年から始まった「地域医療構想」策定精神—「地域の実情に応じた課題抽出や実現に向けた施策を住民を含めた幅広い関係者で検討し、合意をしていく」（「地域医療構想策定ガイドライン」）—にも通じ、きわめて先駆的と評価できます。

**第3の理由**（これが一番重要）は、わざわざ「パラダイムシフト」という用語を使うまでもなく、今後の日本医療（特に医療提供体制）の改革の大きな方向は、2013年にまとめられた「社会保障制度改革国民会議報告書」に包括的かつ明確に示されており、それ以降、それに基づいた改革が実施されつつあるからです。私は、特に以下の3つの視点・「転換」が重要と考えます。①「治す医療」から「治し・支える医療」への転換、②「病院完結型医療」から「地域完結型医療」への転換、③「医療と介護の一体的改革」。

①は、従来の「治す（のみの）医療」からの転換を求めているだけでなく、「治す医療から支える医療」（キュアからケア）への転換という「治す医療」の否定につながりかねない主張も否定しています。②で、注意すべきことは、「地域完結型医療」は決して病院医療の否定・代替ではなく、逆に、地域医療のなかでの病院の重要な役割とその強化を強調していることです。③は現在の医療と介護の「縦割り」的運用・改革からの転換と言えます。これは、国レベルでは2003年に初めて提起された「地域包括ケアシステム」が当初は介護保険制度改革の枠内で、しかも在宅介護偏重の改革だったものが、その後の10年間で徐々に、医療と介護の両方、施設ケアと入院・入所ケアの両方を包摂したものと「進化」してきたこととも対応しています。私は、敢えて「パラダイムシフト」という用語を使うのなら、今後の医療改革で求められている「パラダイムシフト」はこれら3点に尽きると考えています。

ただし、日本では、「社会保障制度改革国民会議報告書」の提起を無視した医療のパラダイムシフト論が少なくありません。私はその典型は「保健医療 2035」だと思います。さらに、最近ではアメリカの2人高名な経営学者（ポーター氏とクリステンセン氏）によるパラダイムシフト的な医療改革論の大著の翻訳が行われ、それに期待する方も生まれています。実際に、「保健医療 2035」をまとめる過程で出された外部からの意見のなかには、ポーター氏やクリステンセン氏の改革案を支持するものが少なくなかったと言われています。

そこで、本稿では、これら3つの「パラダイムシフト」論の真贋を検討します。

## 1. 「保健医療 2035」

「社会保障制度改革報告書」以降、日本で発表されたもっとも包括的な医療改革論は、塩崎恭久厚生労働大臣の私的懇談会が取りまとめた「保健医療 2035」です。これは、「2035年までに予測される需要の増加・多様化、グローバル化、技術革新に対応できるような、『保健医療 2035』におけるパラダイムシフト」が必要であると宣言し、「2035年の保健医療のあるべき姿」を提言しています。塩崎大臣も、これを受けて、2つのインタビューで「これまでの考え方を180度転換しなければならない」、「日本もパラダイムシフトをして、本当に国民のためになる保健医療とはどういうものなのかを少し長いスパンで考えてみるべき」と主張しています（『TKC 医業経営情報』2015年12月号：4頁、『週刊社会保障』2016年1月4日号：6頁）〔注〕。しかも、2015年12月7日の社会保障審議会医療保険部会・医療部会「平成28年度診療報酬改定の基本方針」には、「2035年に向けて保健医療の価値を高めるための目標を掲げた『保健医療 2035』も踏まえ、『患者にとっての価値』を考慮した報酬体系を目指していくことが必要である」と明記されました。

そこで、本稿では、まず「保健医療 2035」を検討します。



## 総論と「健康の社会的決定要因」強調は評価できる

「保健医療 2035」は冒頭、「人々が世界最高水準の健康、医療を享受でき、安心、満足、納得を得ることができる持続可能な保健医療システムを構築し、我が国及び世界の繁栄に貢献する」という目標を掲げています。次にそれを実現するための「基本理念：新たなシステム構築・運営を進めていく上で基本とすべき価値観・判断基準」として、「公平・公正（フェアネス）」、「自律に基づく連帯」、「日本と世界の繁栄と共生」の3つを示しています。さらに、「2035年の保健医療が実現すべき展望」として、「保健医療の価値を高める」、「主体的選択を社会で支える」、「日本が世界の保健医療を牽引する」の3つを掲げています。

このように崇高でしかも視野が広く、誰もが賛同できる「総論」を掲げた政府関係文書はきわめて珍しいと思います。このことは、委員の平均年齢が42.7歳と若々しく、しかも座長の渋谷健司氏（東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室教授）をはじめ「国際派」が多いためだと思います。

私が「保健医療 2035」の総論（「4. 基本理念」）で特に注目したことは、「自律に基づく連帯」の具体的説明で、「個々人の自立のみに依存した健康長寿の実現はなく、必要十分な保健医療のセーフティネットの構築と、保健医療への参加を促す仕組みによって社会から取りこぼされる人々を生じさせないことも保健医療システムの重要な役割である」と強調していることです（11頁）。この部分に限らず、「保健医療 2035」には「健康の社会的決定要因」を強調する指摘が随所にみられます。

「7. 2035年のビジョンを達成するためのインフラ」の「（1）イノベーション環境」で、「イノベーションは、単に技術革新を指すのではなく、新たな価値や新たなアイデアを創造することで、社会に変革をもたらすことにその本質がある」と広くとらえた上で、「保健医療分野のイノベーションを促すためには、基礎・臨床医学だけではなく、公衆衛生や疫学等の社会医学、医療経済・政策学、経営学、経済学、行動科学、工学などにおける、あらゆる知見を分野横断的に結集し活用する必要がある」（31頁）としているのも、高く評価できます。

私はさらに、「保健医療 2035」が医療分野への市場原理導入にまったく触れていないことに注目しました。

これらの点は、自助や自己責任、「公的サービスの産業化」等を強調する安倍政権の多くの公式文書とは対照的であり、見識があると思います。

## 5つのパラダイムシフトに新味はない

ただし、「保健医療 2035」が「2. 2035年の保健医療システムに向けて」の「（4）2035年までに必要な保健医療のパラダイムシフト」で示している5点（10頁）は新味がないか、時代錯誤と感じました。その理由は、以下の通りです。

第1の「量の拡大から質の改善へ」については、厚生省（当時）が1987年＝28年も前に「国民医療総合対策本部中間報告」で、「わが国の医療は、従来の量的拡大から質的充実の時代を迎えた」とほとんど同じ提起をしています。

第2の「インプット中心から患者にとっての価値中心へ」の「価値」は、報告書全体の文脈から費用対効果の改善、「投入される資源を最大限効果的・効率的に活用」すること（13頁）と理解できますが、これは医療経済学が伝統的に強調していることで、新味はありません。「国民医療総合対策本

部中間報告」も、「良質で効率的な国民医療」を提起していました。

第3の「行政による規制から当事者による規律へ」と第5の「発散から統合へ」は、「社会保障制度改革国民会議報告書（2013年）」が「Ⅱ．医療・介護分野の改革」で示した「データの可視化を通じた客観的データに基づく政策」、「医療専門職集団の自己規律」、「機能分化とネットワークの構築」等の言い換えにすぎないと思います。

最後に、第4の「キュア中心からケア中心へ」は、保健・福祉研究者により1980年代から主張されてきた古色蒼然たる「パラダイム転換論」です。ただし、キュアとケアは対立するものではなく、「社会保障制度改革国民会議報告書」は、「治す医療」から「治し・支える医療」（キュアとケアの両方を重視する医療）への転換を提唱し、現在では、それが政府・厚生労働省の公式見解になっています。例えば、「はじめに」で引用した「平成28年度診療報酬改定の基本方針」の「1．改定に当たっての基本認識」の冒頭の「超高齢社会における医療政策の基本方向」の2番目に「『治す医療』から『治し、支える医療』への転換」があげられています。

私が、古色蒼然どころか、時代錯誤と感じたのは、「パラメディカル」が2度も用いられていたことです（38頁）。この用語は1960～1980年代に使われましたが、「パラ（para）」には「副、準、助手」の意味があるため、医師（medical staff）に従属する語感があると批判され、1990年代以降は「コメディカル」（和製英語）に置き換えられています。

## 「リーン・ヘルスケア」等踊るカタカナ語

ただし、「保健医療2035」の特徴の1つはカタカナ語が非常に多く、しかもそれらの定義がきちんと説明されていないなど、言葉が踊っている個所が少なくないのが気になりました。その典型は、「4．2035年に向けた3つのビジョン」の「リーンヘルスケア～保健医療の価値を高める」、「ライフ・デザイン～主体的選択を社会で支える」、「グローバル・ヘルス・リーダー～日本が世界の保健医療を牽引する」のカタカナ語3連発です。私には、副題の日本語表現で十分であり、カタカナ語を使うことにより、読者・国民の理解を妨げると思えます。

例えば、「リーン（引き締まった、贅肉の無い）・ヘルスケア」は2000年以降、アメリカやイギリス等で病院経営改革の流行語になっていますが、昨年発表された膨大な包括的文献レビューは、「『リーン』は見込みがあるが、現在までに得られた知見からは、それが医療に導入された場合の肯定的影響や課題について最終的結論を引き出せない」と結論づけています（D'Andreamatteo A, et al : Lean in healthcare : A comprehensive review. HealthPolicy 119 : 1197-1209, 2015）。

歴史的に言えば、「リーン」は、日本経済が世界最強と謳われていた1980年代にアメリカのMITの研究者が日本の自動車産業の「トヨタ生産方式」を研究し、その成果を体系化・一般化した生産管理手法の一種であり、それを国レベルの「保健医療システム」の改革ビジョンとするのは論理の飛躍です。

## 「具体的なアクションの例」は寄せ集め

「保健医療2035」の量的中心は「6．2035年のビジョンを実現するためのアクション」で、これが各論に当たります。ここでは上述した3つのビジョンに沿って、「2035年に目指すべき姿」と「具体

的なアクションの例」が示されています。

しかし、大半はすでに「社会保障制度改革国民会議報告書」（2013年）で提起されたか、同報告書を踏まえて制定された医療介護総合確保推進法（2014年）や医療保険制度改革法（2015年）に基づいて、すでに実施しているか、検討を始めている施策です。それに財務省が経済財政制度等審議会「建議」等で求めている患者負担増や給付範囲の縮小が加えられており、国際貢献策（「（3）グローバル・ヘルス・リーダー～日本が世界の保健医療を牽引する～」）。28頁）以外、目新しさはありません。「保健医療 2035」は「はじめに」で、「これまでの発想や価値観を転換させ」る必要を強調していますが、各論レベルではそれが何を指すのか理解できませんでした。

これは私の「感度」が鈍っているかもしれないと思い、小黒一正委員（法政大学経済学部教授）のブログ（『保健医療 2035』政策提言の本質は医療版・前川レポートである）中の「かなり踏み込んだ提言」の例示を読みましたが、やはり理解できませんでした（<http://agora-web.jp/archives/1644797.html>）。

既存の施策・提言を超えた数少ない提言は、「保険者が、個人ごとの健康管理を的確にサポートすること」・「保険者は（中略）個人ごとの保健医療関連情報の統合と活用を推進する」ことくらいです（19頁）。しかし、このような形での保険者機能の強化は、個人のプライバシーを侵害する危険が大きいと思います。なお、権丈善一氏は、新著『医療介護の一体改革と財政』（慶應義塾大学出版会、2015、363頁）で、ご自身の10数年に及ぶ慶應義塾大学健康保険組合理事としての経験も踏まえて、保険者機能の強化そのものに疑問を呈しており、私も同感です。

## 財源論から逃げている

「7. 2035年のビジョンを達成するためのインフラ」についても、「6. 2035年のビジョンを実現するためのアクション」と同じ印象を持ちました。一番残念だったのは、「財源確保方策」で、「公費（税財源）の確保については、既存の税に加えて、社会環境における健康の決定因子に着眼し、たばこ、アルコール、砂糖など健康リスクに対する課税、また、環境負荷と社会保障の充実と必要性とを関連づけて環境税を社会保障財源とすることも含め、あらゆる財源確保策を検討していくべきである」と主張しながら、所得税の累進制、資産課税、企業課税の強化、及び消費税の再引き上げにまったく触れていないことです（35頁）。これは、それらに否定的な安倍首相・官邸の意向に配慮したものかも知れませんが、財源論から逃げていると言わざるを得ません。

## 2. アメリカの高名な経営学者2人によるパラダイムシフト的医療改革論

次に、アメリカの2人の高名な経営学者による医療改革論の大著（翻訳）を検討します。M・E・ポーター・他著『医療戦略の本質：価値を向上させる競争』（山本雄士訳。日経BP社、2009（原著2006））とC・M・クリステンセン・他著『医療イノベーションの本質：破壊的想像の処方箋』（山本雄士・他訳。中央経済社、2015（原著2008））です。両氏は共にハーバード・ビジネススクールの看板教授です。両書とも、「パラダイムシフト」という用語は用いていませんが、アメリカにおける既存の医療改革（の試み）を全否定し、それらに対置する形で、それぞれ「価値を向上させる競争」、「破壊的イノベーション」を提起しており、事実上の「パラダイムシフト」論と言えます。



ポーター氏については、塩崎大臣が次のように述べています。「大臣に就任してすぐ安倍首相からマイケル・ポーター氏（ハーバード大学経営大学院教授）が医療改革に取り組んでいると紹介をいただき、ご意見を拝聴しました。いろいろなことを仰っていましたが、医療のパラダイムシフト（これまでの価値規範、原理、思想の根本的な転換）を考えているのが世界の潮流であることがわかりました」（『週刊社会保障』2015年1月4日号：6頁）。

クリステンセン氏については、「保健医療 2035」で根拠文献の1つとして上掲書があげられていました（後述）。

### （1）ポーター氏等『医療戦略の本質』

ポーター氏は企業の競争戦略論の泰斗・世界的権威で、日本の経営学者・経営者にも絶大な影響力があります。日本での人気のほどは、2001年に、一橋大学大学院国際企業戦略研究科がなんと「ポーター賞」を創設したことでも分かります。私自身も、『保健・医療・福祉複合体』（医学書院、1998）で、複合体の経済的効果を検討した際に、氏の名著『新訂競争の戦略』（土岐坤・他訳。ダイヤモンド社、1982（原著1980））中の「垂直統合の戦略的分析」を大いに参考にさせていただきました。

本書は、このようなアメリカを代表する正統派経営学者と新進の経営学者が、アメリカ医療の抱える問題点と過去のさまざまな改革努力の失敗を包括的に検討した上で、「患者にとっての医療の価値を向上させる」新しいタイプの競争を全面的に導入することが、「医療を真に改革する唯一の方法」と主張し、そのための詳細な青写真を描いた大著です。ポーター氏は、『ハーバード・ビジネス・レビュー』誌2004年6月号（日本語版は同年9月号）に発表した論文「ヘルスケアにおける競争の再定義」で、医療改革の「骨格」を示しました。本書では、その後に行った膨大な調査と文献研究に基づいて、その「肉付け」がなされています。

### マネジドケアや「消費者主導の医療」を否定

私が本書を読んでもっとも共感したのは、第3章「改革はなぜ失敗したのか」です。この章では、過去20年間に行われたさまざまな改革努力がすべて失敗したと断罪されています。日本では、かつて、マネジドケアが医療保険への競争原理の導入あるいは保険者機能の強化として肯定的に紹介され、「本質は医療費資金のリスクマネジメント」（西田在賢『医療・福祉の経営学』薬事日報社、2001）と美化・普遍化（？）した方もいました。しかし、その実態は不毛なゼロサム競争＝ミクロ的な「コストの押しつけ合い」にすぎず、しかもマクロ的な医療費抑制にも失敗したと厳しく批判されています。さらに、本書では、最近、アメリカでマネジドケアに代わって流行しつつある「消費者主導の医療」（提唱者はヘルツリンガー氏。ポーター氏の同僚・ライバル）やP4P（医療の質に基づく支払い）に対しても、「失敗に終わることは目に見えている」と、きわめて厳しい評価をしており、興味深く感じました。



## 民間保険主体の国民皆保険を提唱

私が本書を読んでいちばん驚いたことは、医療分野への市場原理導入を強調するポーター氏が、第8章「医療政策と医療の価値を向上させる競争－政府の取るべき戦略」で、「真の医療改革を起こすには、すべての人が医療保険でカバーされるようなシステムに移行しなくてはならない」と断言し、「強制的な医療保険システムの成立」を主張していることです。ただしこの皆保険は、日本やヨーロッパ諸国のような公的制度ではなく、政府が低所得者には補助金を出して、国民全員が民間保険を購入できるようにするものです。また、「保険の適用範囲内の医療サービス」については「医療提供者の請求額と保険者からの償還額との差額を患者に請求することはすべて廃止すべき」とされていますが、適用範囲外の医療サービスとの併用（日本流に言えば、混合診療）は許容されています。なお、公平のために言えば、市場原理に基づく民間医療保険主体の国民皆保険（「医療保険加入の義務化」）を最初に提唱したのは上述したヘルツリンガー氏です（『医療サービス市場の勝者』シュプリングー・フェアラーク東京、2000、原著1997）。

## 医療の実態と医療経済学の研究成果を無視した無邪気な記述

他面、本書には、医療の実態と医療サービス研究・医療経済学の研究成果を踏まえていない無邪気な記述も少なくありません。例えば、本書の改革の前提条件は、「すべての病態に対するリスク調整後のアウトカムの評価法」が存在することですが、この分野の研究はまだ始まったばかりで、評価法が確立している病態はごく限られます。また、本書では、「医療における価値（value）とは、費用1ドル当たりの健康上のアウトカム」であることが強調されていますが、これは決して新しい概念ではなく費用効果分析で伝統的に用いられています。

本書では、経済学では峻別されている「効率（費用対効果）」と「費用削減」がしばしば混同して用いられていることも気になります。私も、リスク調整後のアウトカムの評価法が確立している病態では、「診療実績に基づいた適切な競争によって、効率が大幅に向上し、医療の質も大きく改善する」可能性はあると思いますが、それが低コストにつながる保証はありません。ましてや、他の産業の経験を医療にもそのまま適用して、「良質な医療ほどコストが低い」、「イノベーションによる医療のコスト削減」と主張するのは単純すぎます。

## 「競争」のみを強調し医療の地域性や医療機関の連携を無視

本書を読んで一番気になったのは、「競争」のみが強調され、医療の「地域性」やそれに基づく医療機関の「連携」に言及していないことです。前者が「過剰な地元主義」と批判され、医療機関が「地方・国全体で競争する」ことが「原則」とされているのも、他の産業の経験の医療への機械的適用と言えます。本書で、医療提供システム改革の柱として提唱されている病態ごとの「医療提供のバリューチェーン」は、一見日本の4疾患5事業の医療連携に類似していますが、同一グループの「統合型診療ユニットモデル」であり、まったく異なります。

**結論:** 本書は、経営学者の見た（診た）アメリカ医療（改革）論としては知的刺激に満ちているし、

日本の先進的医療機関が自院の「競争戦略」を考える上では参考ができる点があるかも知れません。しかし、すでに国民皆保険制度が確立している日本では、本書の説く「価値を向上させる競争」を医療全体の改革手段として導入することはできないと思います。

## (2) クリステンセン等『医療イノベーションの本質』

上述した「保健医療 2035」の検討では触れませんでした、それには医療イノベーションへの過剰な期待があります。例えば、「イノベーションサイクルが20年程度であるとされることも踏まえると、2035年の保健医療に関する技術は大きな進歩を遂げていることが予測される」（7頁）です。この一文の根拠に上掲書があげられ、しかも訳者の山本雄士氏は「保健医療 2035」懇談会委員でもあり、本書が「保健医療 2035」でも参考にされた可能性があると考え、検討することにしました。ただし、結論的に言えば、これは杞憂でした。

### 「破壊的イノベーション」とは？

「破壊的イノベーション」とはクリステンセン氏が約20年前に、ディスク・ドライブや掘削機業界等の詳細な事例分析に基づいて提唱した概念です。氏は、ビジネス・イノベーションは、高品質の製品やサービスを提供し既存市場を支配している大企業主導で行われるとのそれまでの通説を批判し、低コストかつ当初は低品質のビジネスモデルを持つ企業が市場の周辺から登場し、徐々に市場での地位を高め、実力ある競合相手を破壊すると主張しました（伊豆原弓『イノベーションのジレンマ―技術革新が巨大企業を滅ぼすとき』翔泳社、2001（原著1997））。

『医療イノベーションの本質』では、この破壊的イノベーションは①「牽引技術」（複雑な問題を単純化する技術）、②「低コストで革新的なビジネスモデル」、③「バリューネットワーク」（産業のインフラとなるネットワークであり、参加企業は、破壊的で相互補完的な経済モデルを持つ）の3つの要素からなるとされていますが、根幹を成すのは①牽引技術です（6-7、78頁）。

クリステンセン氏は、破壊的イノベーションをすべての産業に適用できる「一般モデル」・「理論」と主張し、この視点からさまざまな業界を検証しています。本書では、このモデルを適用して、医療が高価で手の届かないものになってきた根本原因を説明し、「コストを下げながら高い質を達成する」ための処方箋を提示しています。この前提として、クリステンセン氏等は「基本的問題は医療に特有のものではない」（208頁）と断言し、「医療問題の解決策を導き出すのに医療について学んでいない」とまで豪語しています（5頁）。

### 医療における破壊的イノベーション

破壊的イノベーション概念を医療に適用するに際して、クリステンセン氏らは医療を、感染症治療等の歴史を踏まえ、①直感的医療、②経験的医療、③精密医療（根本原因に対する効果的な治療）の3段階に分け、精密医療の段階の医療技術を「牽引技術」と定義し、それが「医療費全体を劇的に引き下げる」と主張しています（83-87頁）。

そして医療が「精密医療」の段階に達すれば、破壊的イノベーションにより、「疾患の治療は非常に高コストの専門職〔専門医〕からさほど高くない総合医や、最終的には看護師や患者自身へと移行し」、それに伴い「多くの感染症ですでに起きているように、国の医療費を抑制する」と主張しています（92頁）。この変化のキーワードは「専門職・医師のコモディティ〔日用品化〕化」です（104, 333頁）。

これに伴い、現在の医療で支配的な「（総合）病院のビジネスモデル」は破壊され、病院の大幅減少と「ソリューションショップ型病院」と「価値付加プロセス型病院」への分化、および医療費の発生場所の入院から病院の外来施設→診療所→患者の自宅への移行という破壊的イノベーションが生じるとしています。これらの変化全体を統合する管理者としては、カイザー財団等のHMOに代表される「統合型定額医療提供者」を最善とし、次いで大企業による従業員の医療管理を推奨しています（第6章）。

さらに、医療提供側の破壊的イノベーションと平行して、医療費支払い側も、出来高払いの医療保険から高免責額保険と健康（医療）貯蓄口座を組み合わせたものへと移行する破壊的イノベーションが進むとしています。その際、支払い側・提供側「双方の側面の改革が協調してなされない限り、どちらの改革も失敗に終わる」と警告しています（21頁）。

## アメリカ医療の現実と経営理論の両面から否定

以上、クリステンセン氏等の提唱する医療の破壊的イノベーション論を紹介してきましたが、読者はそれがきわめて思弁的・演繹的であることに驚かれたと思います。もちろん同書は単なる理論書ではなく、アメリカの医療界で生じている様々な革新的事例も多数紹介していますが、破壊的イノベーションという「レンズ」に合うものを恣意的に選んだという印象をぬぐえません。

しかも、本書で書かれた「予測」のほとんどは、本書の原著が出版された2008年以降、8年間のアメリカ医療の現実により否定されています。第6章の「サマリー」では様々な予測がされており、その中心は次の2つです（240-241頁）。①「統合型定額医療提供者が（中略）繁栄」し、「統合ができない病院チェーンや健康保険はシェアを失」う。②「非統合市場における包括的な保険商品は、健康貯蓄口座と組み合わせられた高免責額の“真の”健康保険にとって代わられる。これらの商品は（中略）2016年には〔民間医療保険市場の〕90%となる」。

しかし、①については、現実にシェアを伸ばしたのは、病院チェーン、医療保険それぞれの枠内での統合です。②については、健康貯蓄口座と高免責額の組み合わせへの加入者は増加していますが、2015年でも、雇用者提供医療保険加入者の24%にとどまっています（Kaiser Family Foundation, et al: 2015 Employer Health Benefit Survey）。

さらに最近、経営学研究者からも「破壊的イノベーション」を一般理論と主張するクリステン氏への批判が噴出しているそうです（Disrupting Mr Disrupter, The Economist November 28th 2015: 63）。

具体的には、①真の破壊的イノベーターが常に市場の周辺に存在する新参企業であるわけではなく、市場を支配している大企業であることも少なくない。②破壊的イノベーションが常に低価格であるわけではなく、高額で高機能なイノベーションも少なくない等です。これらの批判は、そのまま医療イノベーションにも当てはまると思います。②に関し、大半の医療技術進歩が医療費増加を招くことは、医療経済学の膨大な実証研究で確認されています。



## 日本医療にはまったく適用できない

しかも、クリステンセン氏等の医療改革案を日本に適用できない根本原因があります。それは、医療でも市場競争の徹底を主張する氏らの改革案では、日本の国是ともいえる国民皆保険制度は破壊されるし、社会保障制度改革国民会議報告書（2013年）が提唱し、今や医療提供体制改革のキーワードになっている「当事者間の競争よりも協調」、「医療と介護の一体改革」も否定されるからです。

上述したように、ポーター氏は民間医療保険主導の国民皆保険を提唱していますが、クリステンセン氏はそれにはまったく言及しないだけでなく、逆に第11章「規制改革と医療の破壊的イノベーション」では、「国営医療制度」に対する激しい批判を繰り返しています。氏は、民間医療保険と国営医療制度の二項対立に捕らわれており、日本を含めた多くの高所得国で導入されている社会保険制度と（租税による）国営医療制度の区別もできていないようです。

私は2000年に日本の保健・医療・福祉複合体とアメリカの「統合医療供給システム」（IDS）の比較を行い、「国際的にみてわが国と対極にあるアメリカの医療制度・政策を、その歴史的・社会的文脈を無視して、つまみ食いの的にわが国へ移植することは不可能である」と結論づけました（『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房、2001、288-289頁）。医療経営（改革）についても同じことが言えると思います。

## 「イノベーションサイクル 20 年説」は定説ではない

上述したように、「保健医療 2035」には「イノベーションサイクルが20年程度であるとされる」と書かれ、その根拠として本書があげられていました。確かに、本書の337-338頁に、「破壊的イノベーションの実現には20年から25年の時間を要することが一般的である」と書かれていること、およびそれに続いて、その「例」がいくつか示されています。ただし、これを根拠にして、「保健医療 2035」（7頁）で、一般論として「イノベーションサイクルが20年程度であるとされる」と書くのは、無理があります。そもそも、クリステンセン氏自身も、イノベーションには「持続的イノベーション」と「破壊的イノベーション」の2つがあると指摘しており、単に「イノベーションサイクル」と書かれていると、読者はその両方を含むと誤解します。さらに、私の知る限り、クリステンセンの「破壊的イノベーション」についての主張を除けば、周期的な「イノベーションサイクル」が存在するとの「定説」はありません。

逆に、権丈善一氏は上述した新著『医療介護の一体改革と財政』で、「進化を人為的に操作することが難しいことと同様に、シュンペーターの言うイノベーションを原因とする経済発展は、目指せば簡単に起こせるものではない」と喝破しています（215頁）。

最後に一言。「保健医療 2035」の「2035年のビジョンを実現するためのアクション」は、クリステンセン氏等の改革案をほとんど採用していません。これは「保健医療 2035」の見識を示すものと評価できます。



**【注】国会審議で保健医療政策の「パラダイムシフト」を用いたのは塩崎厚生労働大臣だけ**

国会会議録検索システムを用いて、「パラダイム」という用語が、国会審議で、いつから、どのように用いられているかを調べてみました。

この用語は2016年1月27日までに443回用いられていました。初出は、1984年2月15日参議院国民生活・経済に関する調査特別委員会高齢化社会検討小委員会で、三浦文夫参考人（社会事業大学教授）が「福祉のパラダイムを変えるべき」と述べました。最新の発言は、2015年9月2日衆議院厚生労働委員会と同年7月9日参議院厚生労働委員会で、塩崎恭久厚生労働大臣が「保健医療 2035」は「パラダイムシフト」であると述べました。「パラダイム」は福祉・医療に限らず、きわめて雑多な領域で、枕詞的・ファッション的に、しかも超党派的に用いられていました（例：人間社会、歴史、20世紀、戦後枠組、国際政治、資源配分、地域開発、経済学、技術、家族）。

「パラダイム」と「医療」の両方を用いた発言は41回ありましたが、医学・医療に直接結びつけていたのは12回だけで、しかも保健医療政策と結びつけて用いたのは、上述した塩崎厚生労働大臣の発言だけでした。それ以外は、特定看護師、医学（3回）、感染症（2回）、生物学、医学教育、社会保障制度、医療や福祉への予算配分に結びつけられていました。これらのうち、厚労（労働）省官僚が用いたのは1回だけで、2002年7月5日衆議院法務委員会厚生労働委員会連合審査会で、高橋亮治健康局長が「メディカルパラダイム」を用いました。

以上から、国会審議で塩崎大臣が保健医療政策の「パラダイムシフト」を用いたのはきわめて異例・史上初と言えます。

**参考文献（本稿の本文の元になった文献）**

- （1）二木立『『保健医療 2035』を複眼的に読む』『文化連情報』2016年3月号（456号）。
- （2）二木立「私はこう読んだ：ポーター『医療戦略の本質』』『日経メディカル』2009年12月号：163-164頁。
- （3）二木立『医療イノベーションの本質』をどう読むか？—日本にはまったく適用できない』『日本医事新報』2016年2月13日号（4790号）：15-16頁。

## 第4章

# 高齢社会に求められる 地域医療介護サービスのあり方

松田 晋哉委員

執筆担当者

## 1. はじめに

現在、国は2025年（平成37年）を目途に地域包括ケア体制の構築を目指している。地域包括ケアとは「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるような地域における包括的な支援・サービス提供体制」とされている<sup>1)</sup>。そして、日常生活圏域（おおむね30分の移動圏域）で、医療・介護・予防・生活支援・住を保障することで、「時々入院（入所）、ほぼ在宅」のケア体制を実現しようとしている。

広井は全国の自治体関係者を対象に地域の安心を保証する要素に関する調査を行っている<sup>2)</sup>。その結果をみると大部分の自治体で学校があること、医療機関があることが上位2つを占めていた。学校があることは「子供が地域にいる」ことであり、「将来の安心」を、そして医療機関があることは「もしもの時の安心」、すなわち「現在の安心」を保証するものである。とりわけ高齢化が進んでいる地域では、医療が保障されていることが住民にとっては重要な関心事になる。したがって、高齢社会における地域包括ケア体制の構築は地域で医療が保障されていることが前提となる。しかし、その内容は高齢化の進行に伴いこれまでとは異なったものになるだろう。なぜならば、慢性疾患をベースとして、急性期のイベントを繰り返す高齢患者が増えているからである。地域内に居住するこうした高齢者（多くは在宅及び介護施設に居住）を、日常的に管理しながら必要に応じて急性期の医療を適宜提供するという柔軟な仕組みが求められているのである。平成27年6月14日に公表された医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会（以下、専門調査会）における2025年の必要病床数の推計では、回復期病床の大幅な増加が必要とされているが<sup>3)</sup>、それは上記のような傷病構造の変化が影響している。現在の受療率を前提とすれば全体の人口減少下においても高齢者の絶対数が増加するために、多くの地域で急性期以後のケアニーズが増大する。しかもその様相には以下に例示するように大きな地域差がある。

例えば、高層マンションの建設が続く東京都江東区では図1に示したような人口ピラミッドになるが、これに対応して入院受療率は分娩を除いて2040年まで上昇し続け（図2）、外来受療率（図3）と介護需要も大幅に増加する（図4）。

他方、同じ東京都でも1960年代に大型団地の建設が進んだ多摩市ではすでに人口減少が始まっており、2020年位以降急速に減少していく。減少の主たる要因は後期高齢者の死亡数の増加である。同医療圏はこれから多死社会に突入していくのである。人口ピラミッドの変化をみると後期高齢者、特に女性の後期高齢者の増加と、著しい少子化の進行が予測される（図5）。このような人口構造になった場合、高齢者介護の担い手の確保が大きな社会問題となるだろう。患者の受療率をみると、外来は2040年まで総数で20%、循環器系疾患、筋骨格系疾患で50%、新生物と皮膚科疾患で30%程度の増

図1 江東区の人口ピラミッドの変化

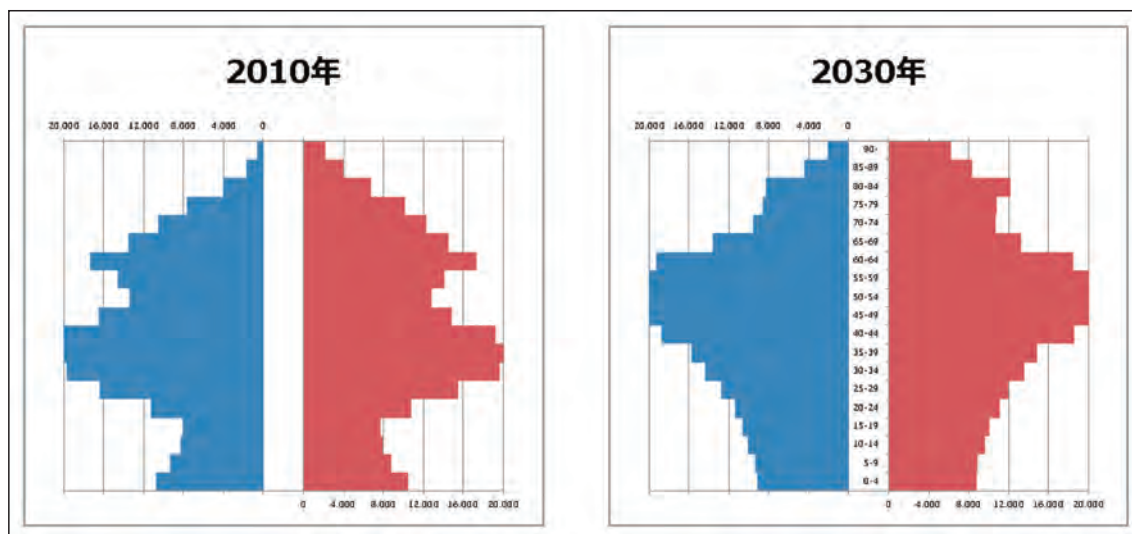
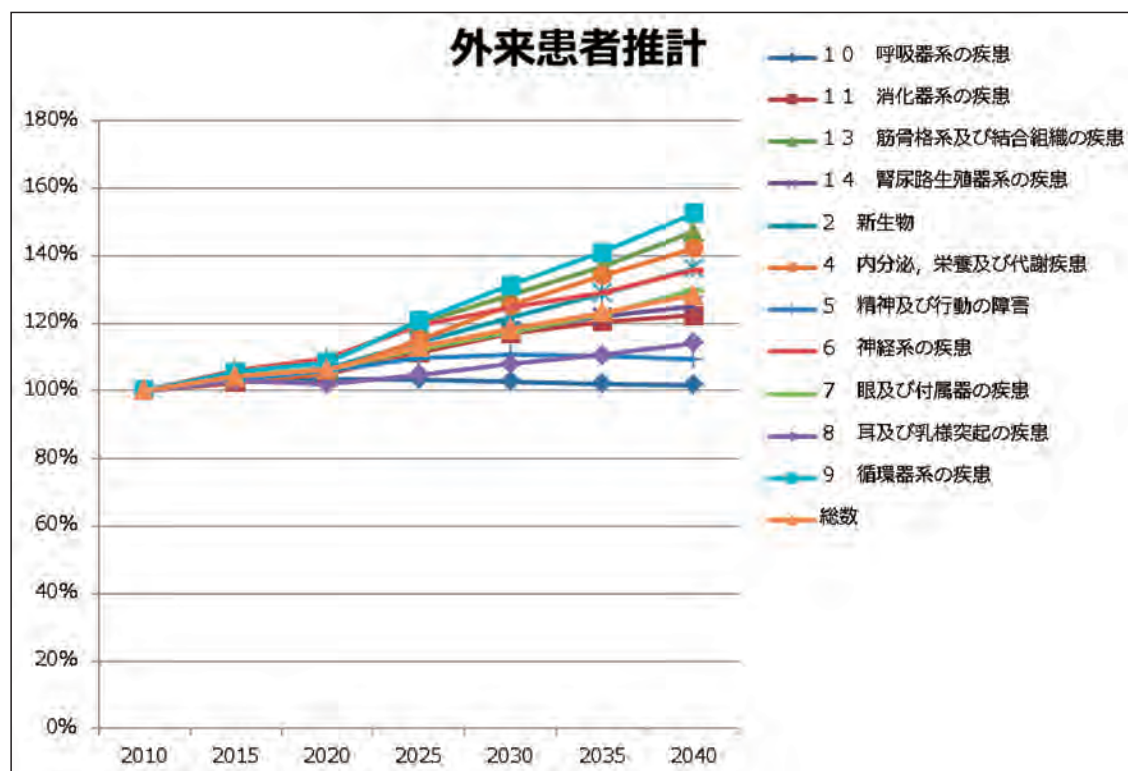


図2 江東区の傷病別患者数の推計（外来）



加が予想される（図6）。また、入院は2040年まで総数で患者数対2010年で約50%増加し、特に肺炎、脳血管障害、骨折、虚血性心疾患の患者が対2010年で約60%増加すると予想される。他方で妊娠・産褥・分娩は40%以上減少する（図7）。

こうした少子高齢化の影響がさらに大きいのは地方である。例えば、福岡県大牟田市の場合、すでに急速な人口減少が進んでおり、人口ピラミッドの変化からもわかるように増大する後期高齢者を少ない現役世代でどのように支えるかが多摩市以上に課題となる（図9）。また、外来受療率（図10）、入院受療率（図11）ともにすでに減少傾向にあり、介護需要も2025年から2030年にかけてピークになった後、急速に減少していく（図12）。

図3 江東区の傷病別患者数の推計（入院）

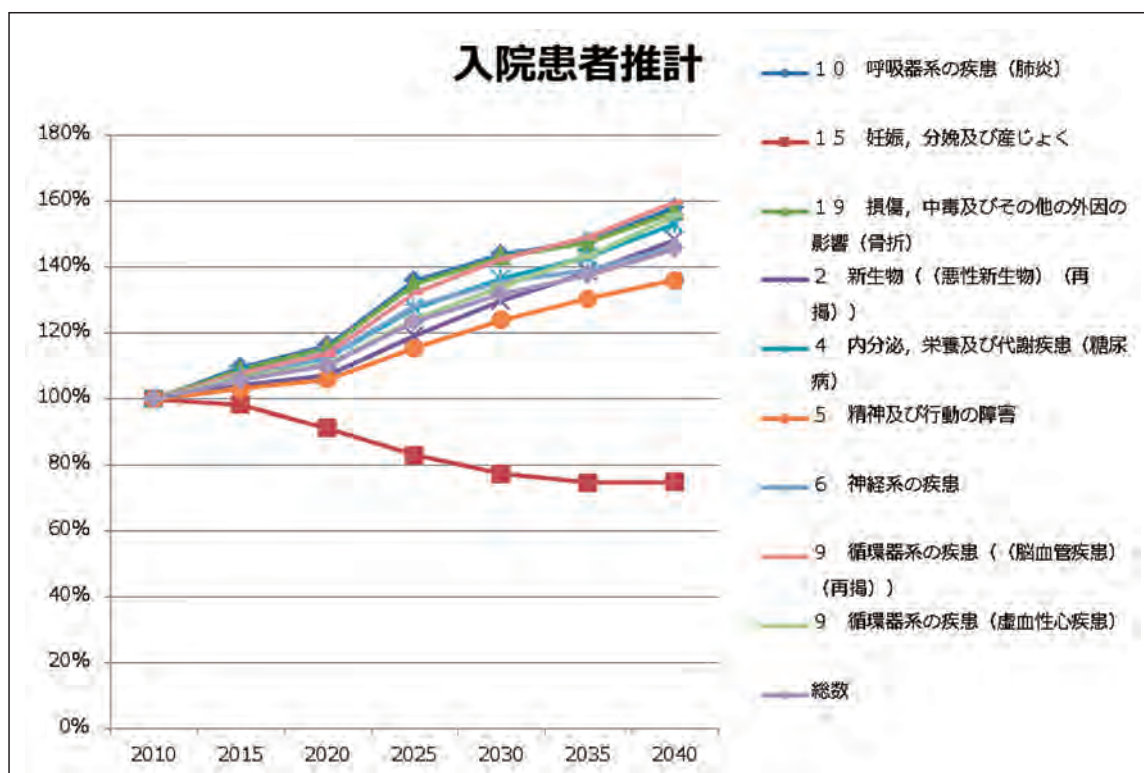


図4 東京都江東区の要介護高齢者数の推計

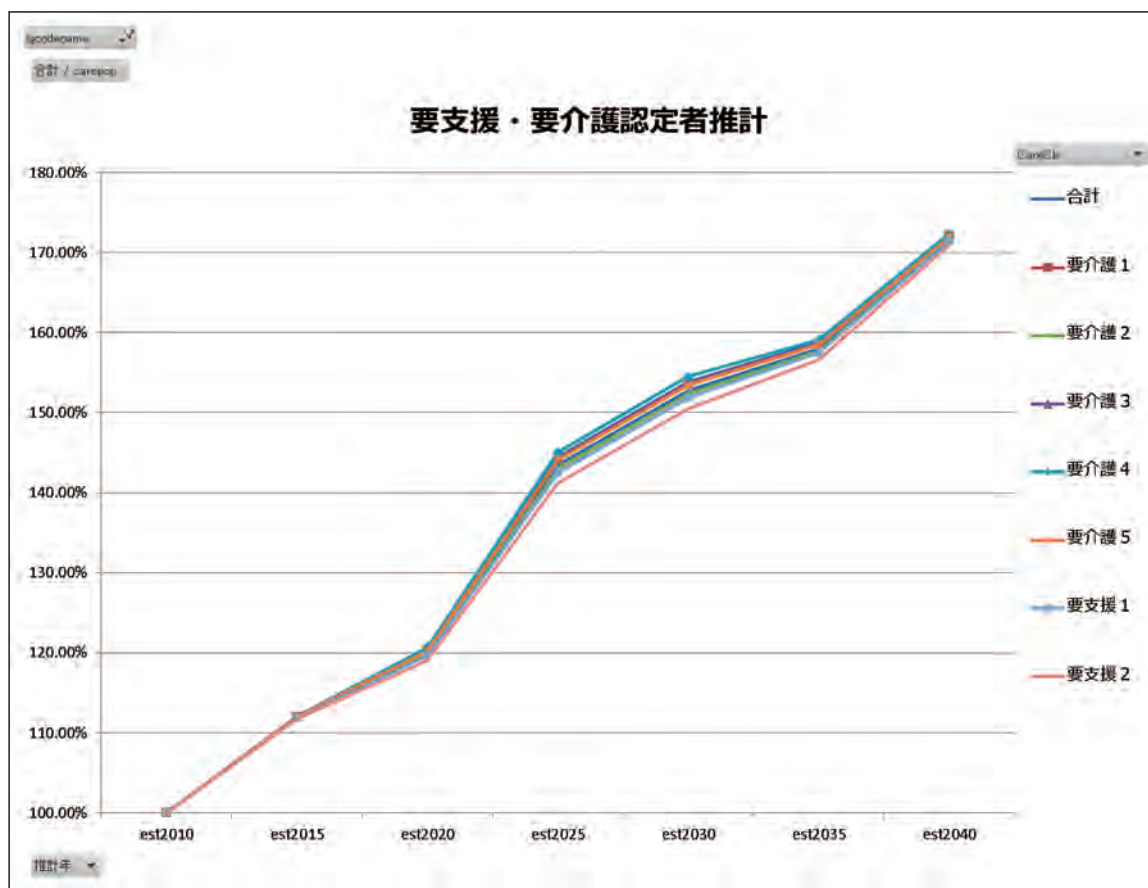




図5 多摩市の人口ピラミッドの変化

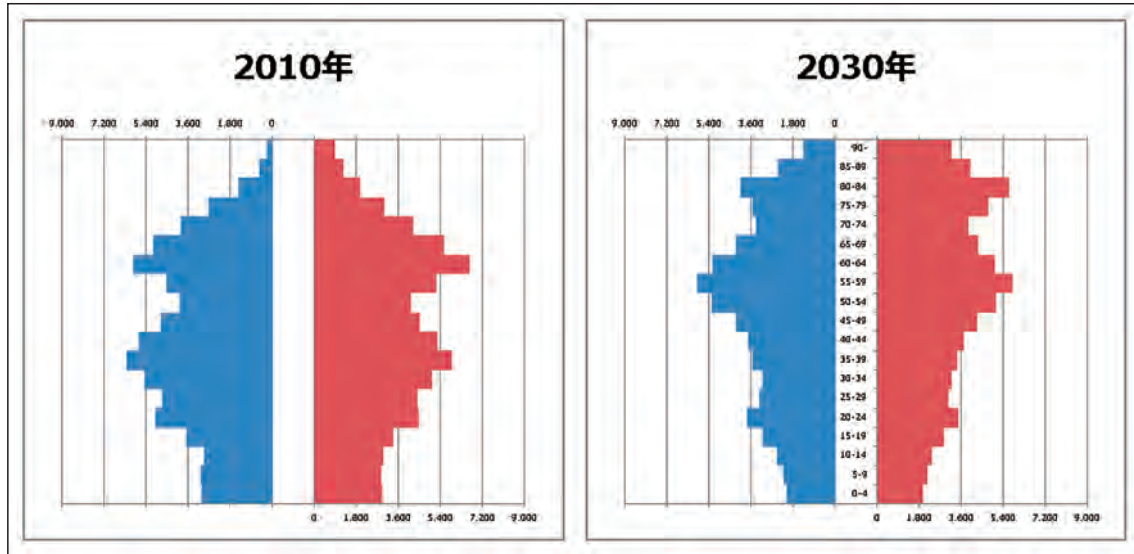
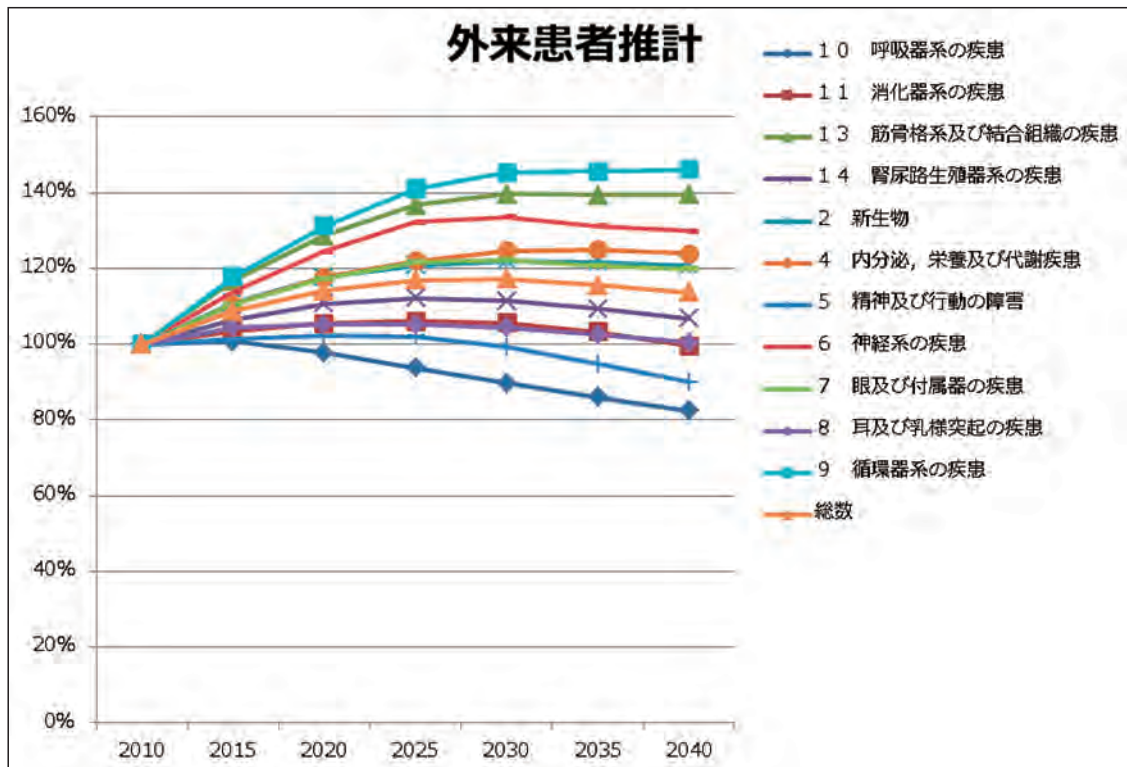


図6 多摩市の傷病別患者数の推計（外来）



上記のように地域によって対処すべき課題の量と内容に大きな差がある以上、地域包括ケア体制のありかたは地域の特性を反映したものにならざるを得ない。これは各地方の関係者に多様性を計画することを求める。すなわち、国が定めたマニュアルに従って計画を立てるだけでは意味をなさなくなるのである。これは多くの地域ですでに介護保険事業計画が形骸化していることから明らかである。十分な地域分析を行わないまま、国が配布するソフトウェアに数字のみを入れて計画らしきものを作っても実効性のあるものにはならない。

医療介護提供体制の大部分を民間事業者に依存している我が国の場合、関係者の経営判断を支援す

図7 多摩市の傷病別患者数の推計（入院）

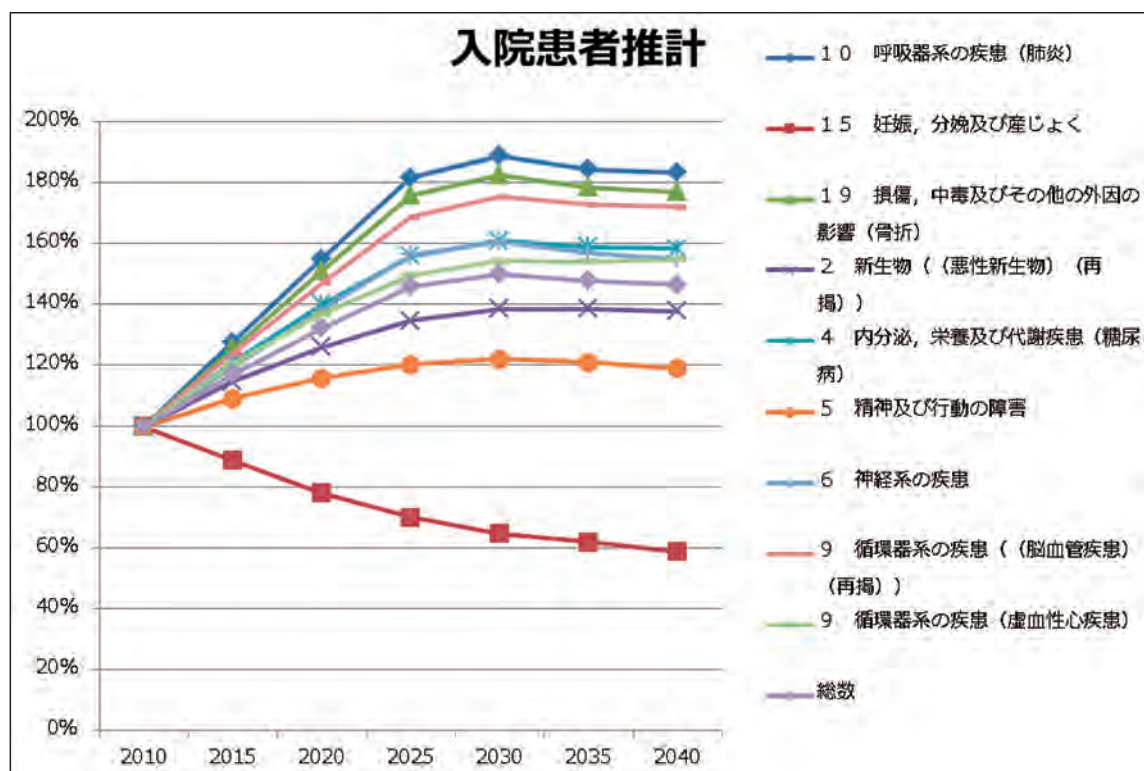


図8 多摩市の要介護高齢者数の推計

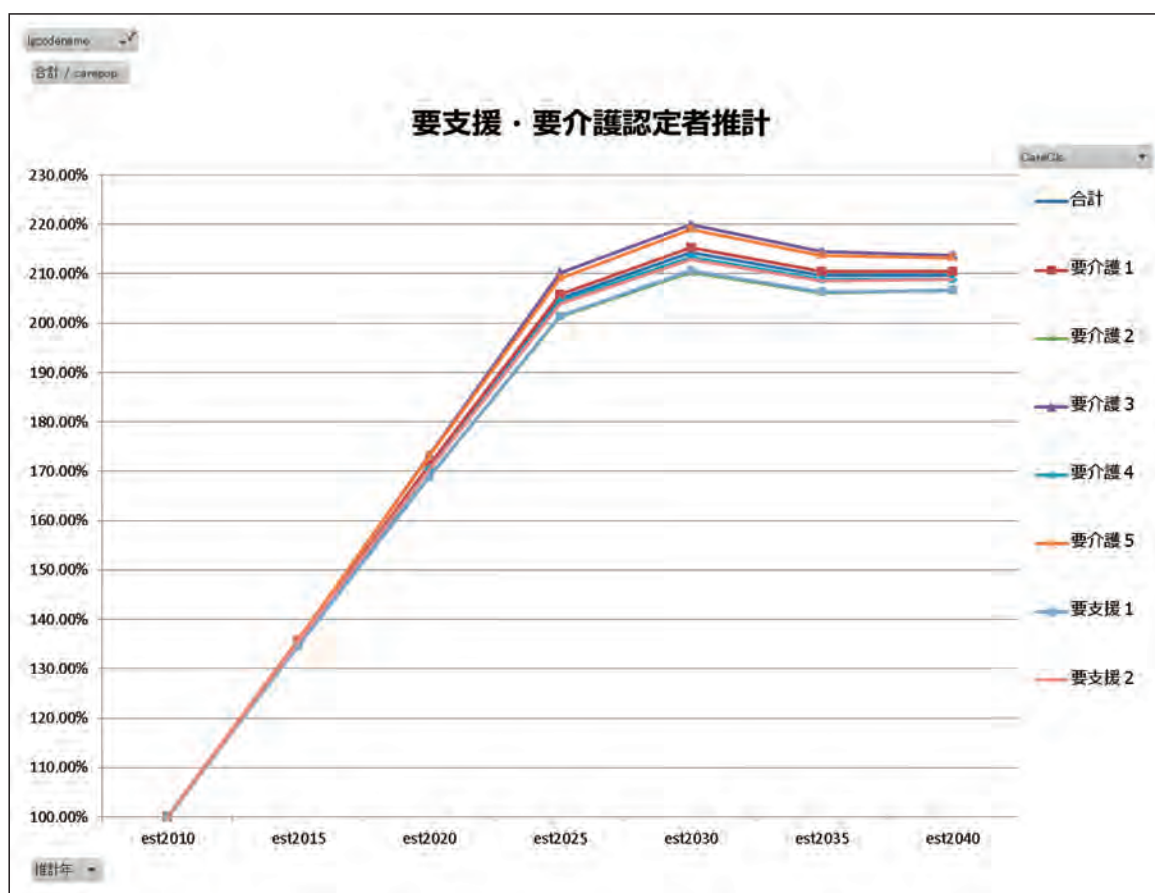


図9 福岡県大牟田市の人口ピラミッドの変化

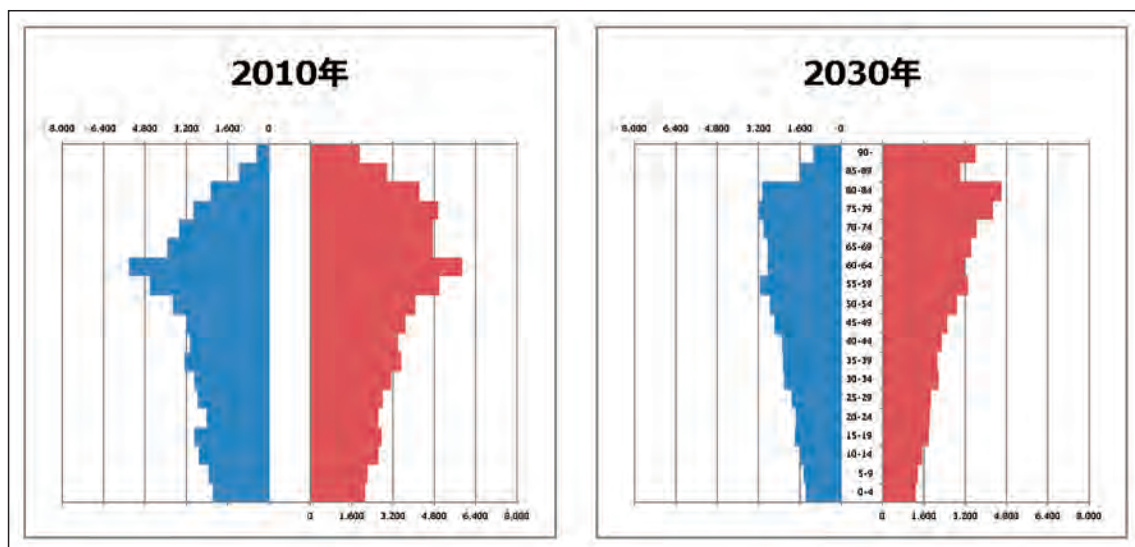
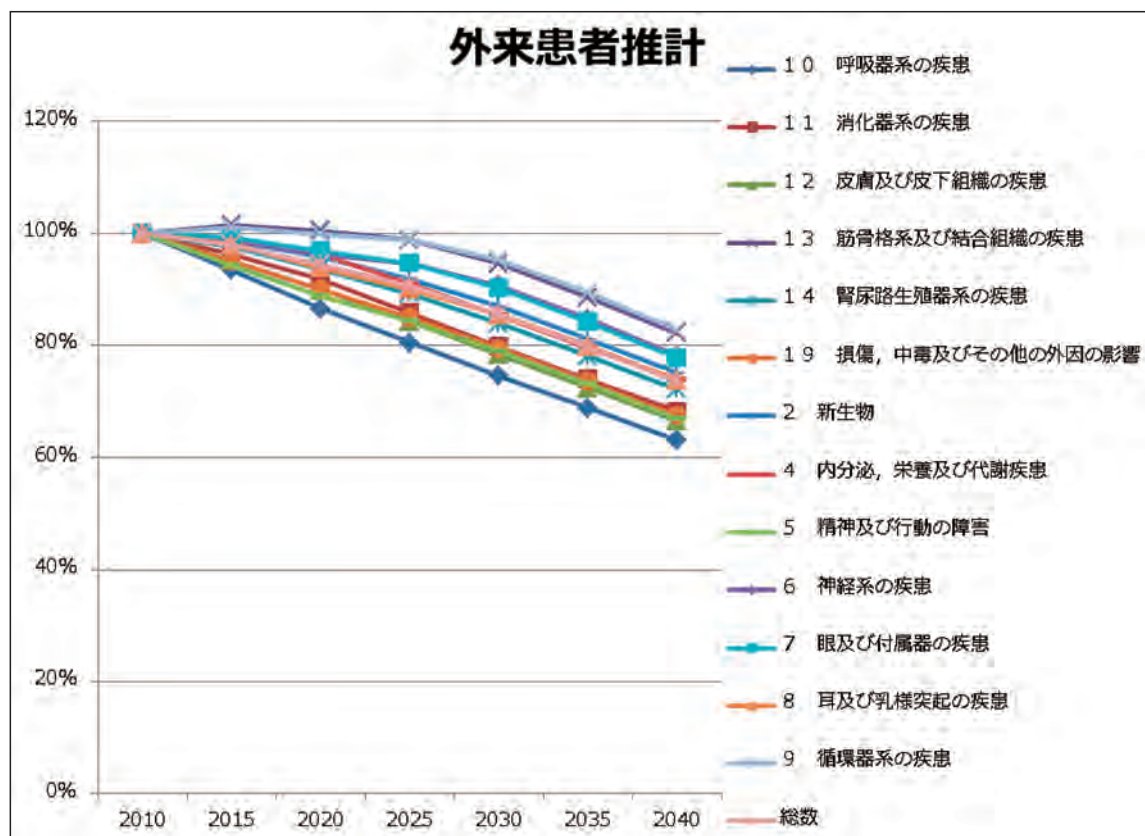


図10 福岡県大牟田市の傷病別患者数の推計（外来）



るための適切な情報提供が不可欠である。現在の医療計画や介護保険事業計画はそのような羅針盤になっているとはいいがたい。厳しい財政状況を反映して各施設の経営判断における余裕は小さいものになっており、より合理的な判断を可能にするための情報が必要となっている。

国は在宅ケアの推進を目指しているが、患者の高齢化と医療ニーズの高まりを考えると、そのための基盤を改めて整備することが必要になっているのである。すなわち、現在は入院で療養しているよ



図 11 福岡県大牟田市の傷病別患者数の推計（入院）

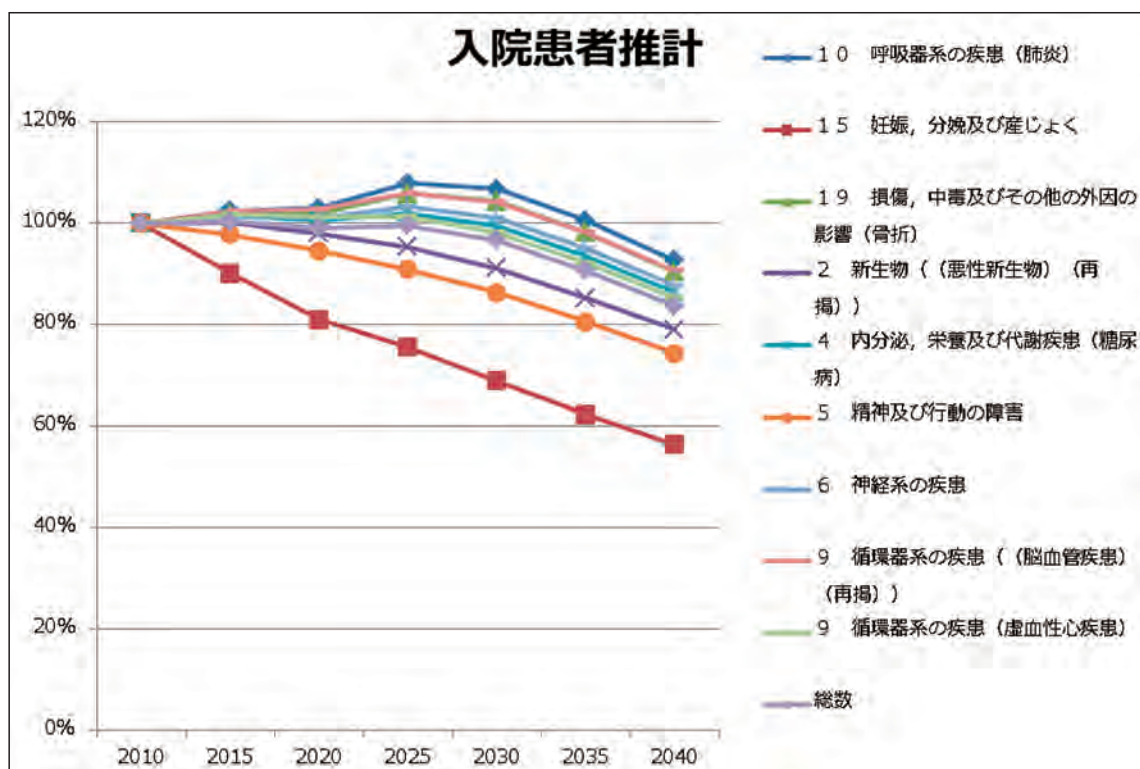


図 12 福岡県大牟田市の要介護高齢者数の推計

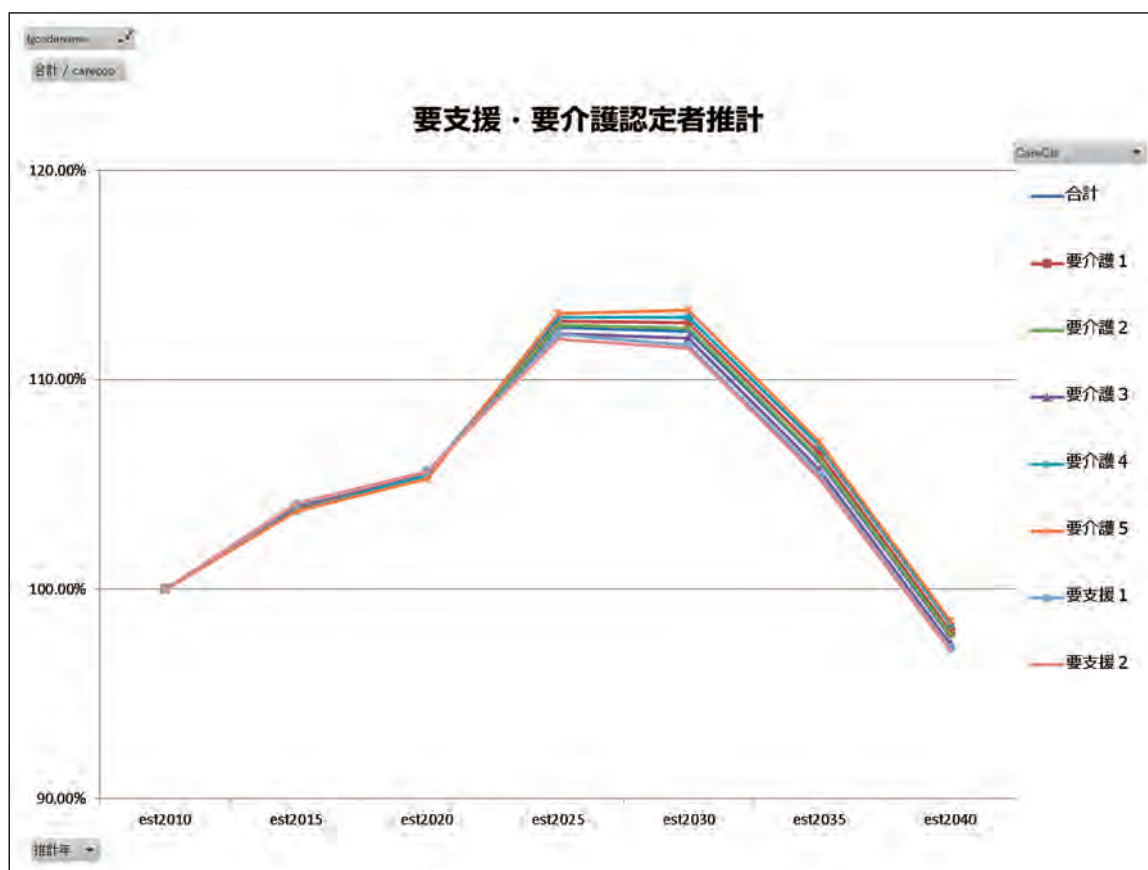




表1 複合的な傷病を持つ在宅要介護高齢者数の時系列変化（福岡県の1自治体データ）

年月	認知症＋ がん	認知症＋ 肺炎	認知症＋ 筋呼格系疾患	がん＋ 虚血性心疾患	糖尿病＋ 慢性腎不全
2011年4月	18	16	121	32	37
2011年5月	18	20	114	33	36
2011年6月	19	20	122	36	40
2011年7月	22	21	134	36	41
2011年8月	24	23	136	38	43
2011年9月	22	20	144	40	46
2011年10月	24	19	146	32	45
2011年11月	25	17	150	38	38
2011年12月	25	29	156	38	45
2012年1月	23	26	157	39	45
2012年2月	29	34	155	43	46
2012年3月	29	28	171	44	54
2012年4月	31	23	172	37	53
2012年5月	38	26	183	39	60
2012年6月	33	19	186	42	53
2012年7月	37	20	183	49	58
2012年8月	39	16	197	46	60
2012年9月	31	24	197	42	58
2012年10月	35	36	204	51	64
2012年11月	36	23	206	50	59
2012年12月	41	40	214	55	65
2013年1月	39	47	214	58	70
2013年2月	37	45	219	52	69
2013年3月	37	42	234	53	67

表2 ふらて会の提供する地域活動

事業内容	実施日時	実施場所
認知症予防活動「生きがい塾」	毎週水・木曜日	八幡東区やすらぎの森ログハウス
ウォーキング	年7回	北九州市内
ミニ講座	月1回火曜日	西野病院内ロビー
猪倉農園	通年	八幡東区猪倉
子ども体操教室	毎週水曜日	八幡東区高見

うなハイリスク高齢者を今後は在宅ケアで診て行かざるを得なくなるという認識を持つことの必要性である。例えば表1は福岡県内のある自治体において医療レセプトと介護レセプトとを連結して、認知症があるがん患者で在宅介護を受けている者の数を経時的に見たものである。2011年4月に18名だった患者数が増減を繰り返しながら徐々に増加し2013年3月には37名に増加している。そして同期間に認知症がある肺炎患者数は16名から42名、認知症がある筋骨格系疾患患者数は121名から234名、がんのある虚血性疾患患者は32名から53名、糖尿病のある慢性腎不全患者は37名から67名に増加していることがわかる。このように今後複合的な医療問題を抱えた要介護高齢者の在宅ケアのニーズが増大するのである。

本稿では以上のような問題意識に基づいて高齢社会に求められる地域医療介護サービスのあり方に関する筆者の私見を論じてみたい。

## 2. 地域包括ケア実現の「場」としての医療機関の重要性

### (1) 情報共有の機会としてのケアカンファレンスの実効性向上

地域包括ケアはネットワークである。ネットワークが機能するためには自律的な専門職と当事者である患者及びその家族の意識的な相互交流が必要となる。そのためには情報共有のための場が不可欠である。地域ケア会議はそのような目的のために設定されたものであると考えられるが、現状のままでは形骸化する可能性がある。第一の問題点は医師が参加していない地域ケア会議が多いことである。地域包括ケアの重要な基盤の一つが医療である以上、医師が参加しない地域ケア会議というのはその実効性に疑問が残る。第二に、地域ケア会議では、しばしば処遇困難例が議論されるが、そのような検討会から得られる知見の多くは、介護関係者の日常業務とは遠いところにある。難しい問題を解くよりも、汎用性のある良問を数多く解くことの方が学力向上には有効であるのと同じである。もちろん複合的な課題を検討することで、異なる専門分野の実務者が連携する機会になることを否定するものではない。

その意味で地域包括ケアをきちんと動かしていくためには、まず介護保険や医療保険で規定されている各種の他職種によるカンファレンス、特にケアカンファレンス（担当者会議）をきちんと行う枠組み作りが最も重要であると考ええる。いわゆる尾道市医師会方式では医師の診療所に患者及びその家族を含めた関係者が一堂に会してケアカンファレンスを行うことがルール化されている<sup>4)</sup>。そして、このカンファレンスは患者が入院した場合にも入院時、退院前に行われている。カンファレンスの時間は1ケース15分以内というルールが決められており、参加者の負担感も少ない。このような短時間での討議が可能であるために、尾道市医師会方式では共通のアセスメント手法を用い、その研修会も積極的に行っている。現行制度で規定されているこうした情報共有の仕組みをしっかりと回していくことがまず地域包括ケア体制構築の前提となる。

### (2) 総合的サービス提供の場としての医療機関の重要性—施設機能の社会化—

以前、筆者らが福岡県で180日超入院・入所している独居高齢者で、退院・退所できるレベルにありながら退院・退所しない者の理由について調査した結果をみると、安心感がない、生きがいがない、経済的支援がないといった生活支援面での項目が有意なものとして検出された<sup>5)</sup>。リハビリテーションや慢性疾患の管理といった医療面に加えて、食事や入浴などの生活面のサービスも提供される医療施設・介護施設は、独居高齢者にとって「安心が保障」された場であり、したがって彼らがそこにと

どまり続けることは合理的な選択である。したがって、こうした社会的入院・入所の問題を施設側の努力だけで解決することは難しい。診療報酬・介護報酬で誘導したとしても、利用者側の意識が変わらなければ、退院調整に向けての施設側の負担のみが高まるに過ぎない。

医療機関が持っている高齢者の安心を保証する機能を地域に開放していくというプログラムが必要である。例えば、福岡県北九州市にあるふらて会・西野病院では年間の会費 3,000 円で表 2 に示したような種々のアクティビティを地域住民に提供している<sup>6)</sup>。病院外来やデイケアでリハビリテーションを行っても、それ以外の日に家に閉じこもってはいはその効果はないという西野憲史理事長の問題意識から同会ではこのようなプログラムを提供している。

これはいわゆる施設の「社会化」と総称されるもので、欧米の医療介護施設では以前から積極的に取り組まれているものである。具体的には、「社会保障制度の一環としての社会福祉施設（及び医療施設；括弧内筆者加筆）が、施設利用者の人権保障、生活構造の擁護という公共性の視点にたって、その施設における処遇内容を向上させると共に、そのおかれた地域社会のニーズを充足・発展させるために、その施設の所有する場所・設備・機能・人的資源などを地域社会に解放・提供し、また地域社会の側からの利用・学習・参加などの働きかけに応ずるという、社会福祉施設（及び医療施設；括弧内筆者加筆）と地域社会の相互作用の過程をいう」と定義されている<sup>7)</sup>。また、牧里は、施設の社会化を、①施設情報の公開、②ボランティアの受け入れ、③施設・設備の地域開放、④施設処遇の地域化、⑤施設運営の民主化の 5 つに分類している<sup>8)</sup>。

上記の西野病院における取組以外にも、茨城県常陸大宮市の博仁会志村大宮病院のまちづくりへの取り組み<sup>9)</sup>、広島県福山市の社会医療法人社団陽正会によるコモンズ新市（地域住民に開放されたオープンスペースの設置）<sup>10)</sup>、青森県青森市の石木医院によるコミュニティレストラン「浅めし食堂」など<sup>11)</sup>、このような社会化の取り組みは各地で広く行われるようになってきている。東京都稲城市における介護ボランティア制度における受け入れ施設の活動もこのような社会化の例である<sup>12)</sup>。

既存の医療・介護施設が診療報酬・介護報酬で規定されたフォーマルなサービスに加えて、インフォーマルなサービスをどれだけ事業体の「のりしろ」として持てるのか、そしてその「のりしろ」の総量がその地域でどのくらいあるのかが、おそらく地域の安心や品質を決めることになるのだろう。そうしたインフォーマルサービスの多くは低額の利用料を対価として払うものになると考えられるが、それが意味でコミュニティのメンバーシップを担保するものになるのかもしれない。さらに将来的にはそうした施設の施設債のようなものを購入するという形での支援もありうるのかもしれない。現在の施策との関係では、こうした事業を日常生活支援総合事業に位置付けることが課題となる。行政当局との連携が必要となる。

医療は地場産業である。地域の住民の支持がその健全経営のためには不可欠である。地域住民を支え、そして支えられる仕組みとして認識されることが、これからの少子高齢社会では特に重要になるだろう。ここで取り上げた各施設が先進的に取り組んできた施設の「社会化」はまさにそうした地域とのつながりを強化するものであると考えられる。

### （3）サービスの複合化

地域包括ケアの概念図が示しているように、高齢者が地域で安心して暮らすことができるためには「医療・介護・予防」が保障され、日常生活の利便性も高い「住まい」が必要となる。他の先進国は住宅政策を社会保障政策の一環として行ってきたのに対し、我が国は「持家奨励」を前面に打ち出した経済政策としてそれを行ってきた。そのために我が国では低所得者層、特に高齢者が長く住み続けることを前提とした公的住宅の整備がなされなかった。その結果として公的団地（多くは老朽化した



4－5階建てのアパート)に経済的に恵まれない高齢者が数多く存在し、閉じこもりや買い物難民といった種々の問題が生じている。いわゆる小泉改革によって政府系金融機関の住宅金融公庫は独立行政法人住宅金融支援機構になっており、自治体財政も厳しいことから高齢者に配慮した公的住宅の整備が、その必要性にも関わらず行いにくい状況となっている。

専門調査会の療養病床の必要数の推計に際しては、医療区分1の70%が入院以外で対応可能とされている。福岡県医師会が行った調査では医療区分1の51.4%の高齢者が「退院可能」、「条件が整えば退院可能」となっていたが、その条件とは「家族の受け入れ」と「十分な介護サービス」がそれぞれ63%と68%であった。いずれもそれが可能となる住居が必要となる。筆者らが福岡県で行った施設入所の要因に関する分析結果でも、「公的住宅に住んでいる者」は施設入所しやすく、その理由としてはバリアフリーでないこと、改修が難しいことが挙げられていた<sup>13)</sup>。

上記の分析結果は地域包括ケアを進めるためには高齢者にふさわしい「住まい」の整備が必要であることを示唆している。例えば、神奈川県川崎市のビバース日進町では1－3階が民間病院、4階が市のケアセンター、5－11階が川崎市住宅公団の高齢者対応住宅という複合体を整備している<sup>14)</sup>。また、平成27年10月に完成した福岡県飯塚市のサン・メディラック飯塚は1階が西鉄バスターミナル、2－4階が飯塚市医師会（急患センターと訪問看護ステーションを併設）、5階以上が62戸の住宅という複合施設になっている<sup>15)</sup>。高齢化の進む我が国では、今後各種施設の建て替えに合わせてこのような複合施設の整備を行っていくことも一つの解決策であろう。ちなみに、サン・メディラック飯塚はその建築に際して国土交通省の地方都市リノベーション事業の助成を受けている。

現行ではこのような複合施設を公的資金によって建設しようとする種々の規制をクリアすることが必要となる（例えば、入りの複線化）。それに対応することはコストがかかるが必ずしも利用者の利便性に資するものではないことから、適切な規制緩和が行われなければならない。その意味でも現在「療養病床のあり方検討会」で議論されている「新類型（既存の療養病床の一部を住居に転換し、療養病床と並置）」の今後の動向が重要であると考え<sup>16)</sup>。

### 3. 医療介護データの総合分析体制の確立

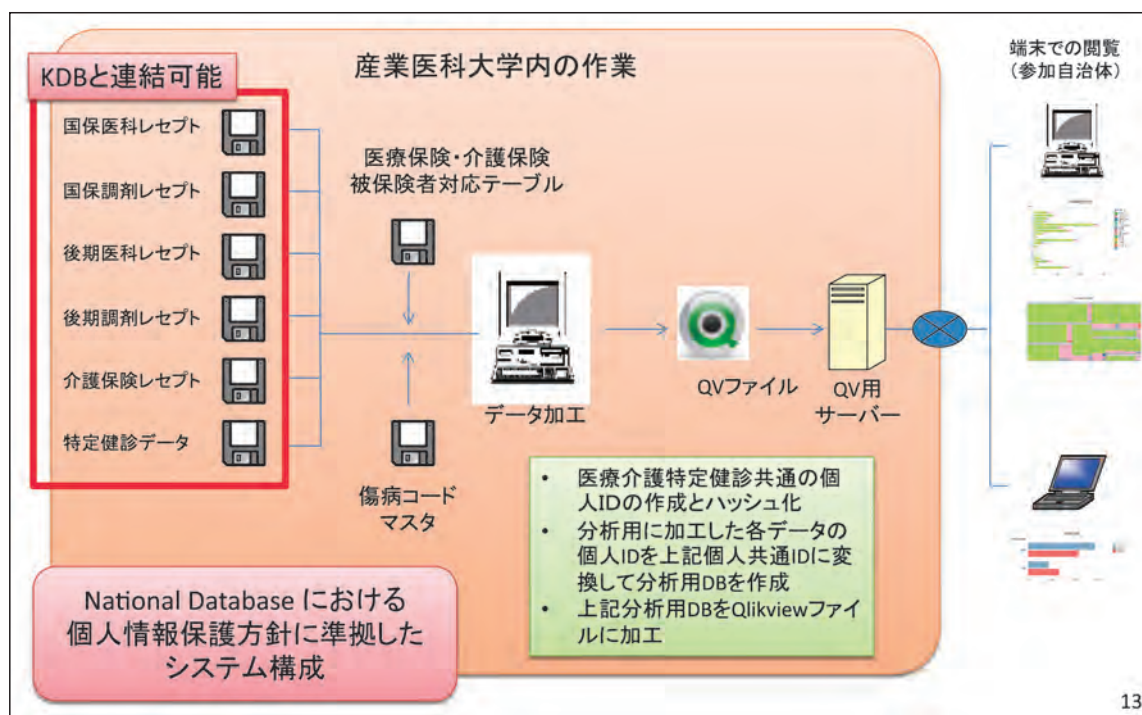
高齢化の進行は医療と介護とを総合的に提供する体制の整備を求めるものになる。しかも、それは住民の日常生活圏域（おおむね30分で移動できる生活圏域）で整備されなければならない。そのために、今後、各自治体は日常生活圏域レベルでの医療介護の総合的な計画（地域包括ケア計画）を策定することが求められるようになるだろう。このためには市町村（保険者）レベルで日常生活圏域を設定したうえで、医療介護の課題分析を行うための情報基盤を構築することが必要となる。市町村が保有する情報としては国保レセプト、長寿医療制度レセプト、介護保険レセプト、特定健診・特定保健指導関連レセプト、日常生活圏域ニーズ調査などがある。これらの情報を個人レベルで連結した上で圏域別に集計することで、各圏域の地域包括ケア策定のための課題が明らかにできる。

筆者はこうした問題意識から福岡県のいくつかの自治体で国保レセプト、長寿医療制度レセプト、介護保険レセプトを用いて、日常生活圏域ごとの分析を行うシステム、通称医療介護総合データ分析システム（Health Data Analysis System：HDAS）を試行的に作成してきた<sup>17)</sup>。以下、その概要について説明する。

図13は作成したシステムの概要である。被保険者番号、生年月日、受診年月、年度の4変数をキーに個人の識別を行い、医療、介護のレセプトを統合している。なお、個人情報の保護のために生年月



図 13 開発した医療介護総合データベース（HDAS）のシステム概要



13

日および被保険者番号は暗号化している。医療レセプトと介護レセプトはそれぞれ SQL server を用いて加工して、分析用ファイルを作成した。なお、可視化については business intelligencetool の一つである Qlikview を用いている。

以下、主な活用例を示す。

### ①地区診断

同じ市であっても地域ごとの医療介護のニーズは大きく異なっている。筋骨格系疾患で医療及び介護サービスを利用している率が高く、また基本チェックリストで運動機能の二次予防事業の必要性が高い高齢者が多い地域では、医療・介護の総合的な対策として運動機能向上プログラムを行うことが妥当であろう。このようなデータを用いた説明を種々の媒体を通じて行うことで、住民に二次予防事業の必要性を理解してもらうことが、効果的なプログラム展開の前提となる。上記の HDAS を活用することで、事業の効果を医療費・介護給付費の両面から経時的に評価することができる。また、こうした仕組みを持つことで、ハイリスクアプローチだけではなく、ポピュレーションアプローチの視点から行われた事業の効果を検証することも可能である。低経済成長下で財政が厳しくなっている今日、こうした事業評価をプログラムに内包させることは、地域包括ケアに関連する事業の説明責任を果たすために重要である。

### ②プログラム評価

筆者が協同で研究を行っている福岡県内の一自治体では、独自に開発した標準的なアセスメントシートを用いて二次予防事業対象者の評価を行っている。このアセスメントシートでは各項目に必要なサービスを示唆するためのトリガーが設定されており、この結果と対象者の希望を総合的に検討することで各対象者に提供する二次予防事業・生活支援事業を決定している。この事業の効果について HDAS を用いて評価を行った結果をみると、例えば配食サービスが必要であると判定された者でそ

れを利用した者と利用しなかった者で、その後の介護保険利用状況を介護給付費の平均で比較すると、前者は後者に比較して介護保険を使っていなかった。また、使っている場合でも配食サービスを受けた者はそうでない者に比較して要介護度は軽度であった。

また、このシステムを使って肺炎球菌ワクチンの効果を分析した結果では、接種者は非接種者に比べて有意に肺炎罹患率が低く、また罹患した場合でも軽傷で済んでいること、そして費用対効果分析でも有意に医療費節約効果があることが示されている<sup>18)</sup>。

以上のように地域包括ケアを進める上では、地域の課題を総合的に把握するための情報基盤が必要となる。それがなければPDCA サイクルに基づいた政策運営ができないからである。財政状況の厳しさを考えれば、地域の保健医療施策も費用対効果の評価が行われなければならない。そのためにはどうしても情報が不可欠である。しかしながら、医療介護情報は非常にセンシティブな個人情報である。したがって、その活用に関しては一定の制限をかけることが不可欠である。情報発出側の医療・介護関係者及び住民の意見なども踏まえたうえで、適切な運用ルールを定めることが、このような情報を利活用するための前提である。

#### 4. まとめ～高齢者を対象とした総合的なサービス提供体制の確立～

増大する高齢者ケアのニーズにどのように対応するかが、我が国の今後の重要な課題となる。しかも、前述のようにその対応の在り方は地域の状況に応じて多様なものにならざるを得ない。少子高齢化が進んだ地方の場合は、ケアワーカーの確保に加えて保険財政そのものが厳しいものになるだろう。他方、大規模な高齢化が進む都市部の状況も深刻である。日本創生会議は東京圏（一都三県）における後期高齢者が10年間で175万人増加というデータを示したうえで、介護施設や人材の余力があり、医療にかかる費用も比較的安い地方へ東京圏の高齢者が移住できるようにする環境の整備を提案している<sup>19)</sup>。しかし、地域包括ケアという理念から考えると、住み慣れた地域で老いて行くというAgeing in place が基本であると思われる。老いてから居住地を変えることのストレスは大きい。住み慣れた地域とは別のところで友人や家族と離れて暮らすことはQOL が保証された高齢者の生き方ではないだろう。特に地域とのつながりを持っている女性の場合は転居に対する躊躇は大きいだろう。

地域包括ケアとはこうした課題に応えるための地域ネットワークである。地域のニーズ及び提供可能なサービスに地域差がある以上、ネットワークの在り方は地域によって違うものになる。しかし共通して言えることはネットワークの構成要素である個々の組織・個人が主体的にかかわらなければ、それは機能しないということである。それは各人の地域に対する想いであり、したがって街づくりと連動したものでなければならない。現在、各地で策定が進んでいる地域医療構想では機能分化が強調されているが、行き過ぎた機能分化はかえって効率性を阻害する恐れがある。高齢者のニーズが複合的であることを考えれば、各施設の機能も一定程度ケアミックス的なものであることが望ましいだろう。また、医療と介護とを明確に分けることも難しくなっている。最近の老人保健施設の経営環境の厳しさはそのような矛盾による部分も少なくない。医療保険と介護保険との役割分担について再検討が必要であろう。その意味でも療養病床における新タイプのあり方の議論は重要である。

ネットワークが機能するためには、あるべき理想像が関係者で共有されたうえで、現状に関する情報が必要である。地域にどういう課題があり、そしてその現状、対策を行っている場合はその進捗状況が関係者間で共有されていなければならない。地域包括ケアは情報化を必要とする。PDCA サイクルに基づいた運営が求められるのである。

## 引用文献

- 1) 地域包括ケア研究会：地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～（平成 20 年度老人保健健康増進等事業）、<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522~1.pdf>（平成 27 年 11 月 10 日閲覧）
- 2) 広井良典：コミュニティを問いなおす—つながり・都市・日本社会の未来、東京：ちくま書房、2009.
- 3) 内閣府：医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第 5 回資料（6 月 15 日）[https://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/chousakai\\_dai5/siryou.html](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/chousakai_dai5/siryou.html)（平成 27 年 11 月 10 日閲覧）
- 4) 片山 壽：父の背中の地域医療「尾道方式」の真髄—カンファレンスがつくる地域包括ケアシステム、東京：社会保険研究所、2010.
- 5) Matsuda S and Tanaka M：Why does the Japanese Frail Aged Prefer to Stay in the Long Term Care Wards?, APJDM Vol. 4 (2)：41-48, 2010.
- 6) ふらて会グループ：NPO 法人生きがい創造塾、<http://www.furate.net/index.php?id=8>（平成 27 年 11 月 10 日閲覧）
- 7) 秋山智久：施設の社会化とは何か—その概念・歴史・発達段階、社会福祉研究, 23, 39-44, 1978.
- 8) 牧里毎治：施設社会化の到達点と課題、社会問題研究（大阪府立大学）, 33, 1, 119-151, 1983.
- 9) 医療法人博仁会：<http://www.hakujinkai.com/>（平成 27 年 11 月 10 日閲覧）
- 10) 社会医療法人社団陽正会ローカルコモンズ・ウィル：<http://www.teraoka-hosp.jp/localcommons/>（平成 27 年 11 月 10 日閲覧）
- 11) 朝めし食堂：<http://www.ikiiki-asamushi.net/asameshi-syokudou.html>（平成 27 年 11 月 10 日閲覧）
- 12) 稲城市：稲城市介護支援ボランティア制度、<http://www.city.inagi.tokyo.jp/kurashi/fukushi/kaigohoken/kaigosien/index.html>（平成 27 年 11 月 10 日閲覧）
- 13) 福岡県医師会：療養病床入院患者の状態像の把握に関する調査報告書、平成 27 年 12 月。（平成 27 年 11 月 10 日閲覧）
- 14) ビバース日進町：<http://www.kawasaki-jk.or.jp/houses/detail/2789>（平成 27 年 11 月 10 日閲覧）
- 15) 飯塚市医師会：<http://www.iizuka-med.or.jp/>（平成 27 年 11 月 10 日閲覧）
- 16) 厚生労働省：療養病床の在り方等に関する検討会第 4 回資料（平成 27 年 10 月 23 日）、<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000102205.html>（平成 27 年 11 月 10 日閲覧）
- 17) 松田晋哉：平成 26 年度厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「医療機関の病床区分や人員配置等に関する研究（H26－医療－一般－001 研究代表者・松田晋哉）」報告書、平成 27 年 3 月.
- 18) 松田晋哉・藤野善久：医療保険・介護保険レセプトと特定健診データの連結分析システムの開発、フィナンシャルレビュー、27 巻（3）：69-91, 2015.
- 19) 日本創生会議：[http://www.policycouncil.jp/pdf/prop04/prop04\\_digest.pdf](http://www.policycouncil.jp/pdf/prop04/prop04_digest.pdf)（平成 27 年 11 月 10 日閲覧）

## おわりに

以上4つの章を通じ、会長諮問「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」をめぐる理論、実態、そして展望が包括的に示されたのではなかろうか。

日本の高齢化の数値は、80歳以上人口の増大から分かるように、超高齢者ほど伸びが著しい。第一次団塊の世代は2028年から80歳を超え、2030年には（生き残っている）全員が80歳を超える。この世代の多くが人生を卒業するだろう2040年までの体制を、できるだけ早く、市町村ごと、さらには生活圏域ごとに設計しなければならない。それは、同じくできるだけ早く、社会の知恵と力を少子化対策に向けるためにも必要な努力なのである。会長諮問に示された文言、経済・文化・医学の総合力が求められる。

前回の報告同様、時代を先取りした医療介護提供体制を構築していくにあたり、日本医師会がこれまで以上に力を発揮し、貢献する姿への期待を最後に記しておきたい。



講演録

1. 地域包括ケアシステムについての私の研究

日本福祉大学学長

医療政策会議委員

二本 立 平成 27 年 4 月 8 日 第 2 回医療政策会議

2. 社会的共通資本としての医療・再論

東京大学名誉教授

神野 直彦 平成 27 年 6 月 12 日 第 3 回医療政策会議

3. 地域包括ケアの課題

産業医科大学医学部公衆衛生学教室教授

医療政策会議委員

松田 晋哉 平成 27 年 8 月 24 日 第 4 回医療政策会議

4. 地域医療構想における医療データ活用

東京医科歯科大学大学院医療政策情報学分野教授

伏見 清秀 平成 27 年 10 月 21 日 第 5 回医療政策会議

講演

# 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ところです。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。

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年度の報告書がい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。

<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

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」とすごく怒られたので、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いから、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环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てましたが、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 年にはコムス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っと変わり、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。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、昔流に言うとは、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、一歩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ね。」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 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麗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。

## 講演

社会的共通資本としての  
医療・再論

日時：2015年6月12日14:00～16:00

神野 直彦

(東京大学名誉教授)

宇沢先生とずっと一緒に研究をさせていただき、残されたさまざまな課題をいただいております。医師会でも、宇沢先生が医療は社会的共通資本だという観点からお話をされたと思います。私のやっている財政学の立場から、もう1回とらえ返すという意味で、「再論」と名づけさせていただきました。

この2カ月間、歳出カットのターゲットは2つ当てられているわけです。社会保障関係費と地方財政費です。地方財政費を減らすということと同時に、訳のわからないことを言い始めていて、公共部門の産業化、公共部門を市場化しろって、どういう意味なのか、財政学の観点では全く理解しがたいようなことが進められています。

日本はドイツから学んだ財政調整制度、交付税という財政調整制度を入れております。この、地域間の財政力格差を是正する財政調整制度を、ドイツが導入したときは、「ドイツは1つだ」というのが合い言葉なんですね。これは国家統合のための制度なのですが、これも成果主義に移行しようと。成果主義に移行して、財政力の強いところにますます追い金のように出してどういう意味があるのか、制度の根幹を歪めかねませんので、そうした点などに反論するのが忙しくて、火曜日に大臣に提出してまいりました。このように本分のほうで忙しかったものですので、古いレジュメで、うまく思い出してお役に立つようなお話ができるかどうかわかりません。レジュメを用意させていただいているので、ご覧いただければと思います。

## 1. 「社会的共通資本としての医療」を財政学で捉え返す

社会的共通資本は、宇沢先生のお考えでは、自然資本と物的なインフラストラクチャー。それから宇沢先生が非常に力を入れておられたのは、医療と教育に代表される制度資本。これらからなるのが、社会的共通資本だというふうに位置づけられております。したがって、医療は教育と並ぶ社会的な共通資本としての制度資本というふうに位置づけられているのです。これはいかなる所有形態、私的に所有されようと公的に所有されようと、いかなる所有形態であってもコモンズによって管理される必要がある。コモンズはもともと共有地という意味です。今の新古典派の経済学などを支えている1つの思想に「コモンズの悲劇」というのがございます。牧草地などを共有地にしてしまうと、みんな共有地だからと言って自分の飼っている家畜をどんどん食べさせて乱掘してしまって、私的な所有にしないと、適切な管理ができないということを指摘されている。しかし、世界中に共有地はいろいろなところにあるわけですが、国際コモンズ学会で調査すると、いかなる地域においても「コモンズの悲劇」というのは働いていない。

それはなぜかという、コモンズというのはフリーアクセスではない。つまり、とんでもないところに住んでいる人がやってきて、家畜を放牧するなんていうことはあり得なくて、その地域社会の人

たちが放牧させているので、コモンズはむしろ適切に管理されている。フリーアクセスではなく、顔と顔との関係等々が出来上がっている人々が管理しているので、適切に管理される。つまり、「コモンズの悲劇」というのは、実際にはコモンズという物的な共有地の上に、人間のコモンズが形成されていなかったときに、生じる悲劇だというふうに解説したほうがいいだろうと思います。したがって、世界の共有地では「コモンズの悲劇」というのは働いていない。

スウェーデンには自然享受権という権利が認められていて、私的な土地であろうと公有地であろうと、いかなる所有形態であろうと、自然を享受する権利を持っているので、だれでも自由に立入って自然を楽しんで構わない。所有権が非常に弱いというふうに言ったほうがいいかもしれません。子どもたちは安心して野イチゴを採りに森の中に入っていきますが、その土地が私的な土地であろうと公的な土地であろうと一切問題にならない。その代わり、みんなの土地、共有地ですから、皆が大事にするわけです。自然の美しさを守ろうとしますし、気品のない広告看板が私的所有地の森の中に存在するなんていうことはあり得ないわけです。それは共有地だからできるということですね。

宇沢先生がご指摘になっている医療も教育も、これは割り当て可能なサービスです。公共財という議論でいくと、財政が提供する公共財というのは、割り当て可能ではないんですよと言われるわけです。つまり、防衛というサービスは個々人に割り当て可能ではないでしょう。だから、市場では取引できないんですよと、こう説明されるわけですが、医療も教育も個々人に割り当て可能です。なので、市場でも提供することができるけれども、これはコモンズによって管理されなければならないというのが、宇沢先生の思想だというふうに考えていただければと思います。

宇沢先生は、私たちは、今、歴史の大転換期に生きていて、社会主義と資本主義を超えて人間の尊厳と魂の自立を可能にする経済体制を考えなければならない。これは1991年にヨハネ・パウロ2世が『レールム・ノヴァルム』、つまり法王が世界のキリスト教徒に出す回勅を作成するに当たって、宇沢先生にアドバイスを求められたのですが、宇沢先生はそのときに、「社会主義の弊害と資本主義の幻想」という副題をおつけになりました。これはヨハネ・パウロ2世の祖国ポーランドが社会主義の非人間的な抑圧から解放された瞬間に、何でも市場、競争と言い始めて、非常に不幸な状態になっている。そのことを慮って、そういう副題にされました。

それは、ちょうど100年前の経済危機のときにもレオ13世が『レールム・ノヴァルム』を出して、そのときの副題が「資本主義の弊害と社会主義の幻想」という副題だったからです。それは19世紀末の大不況の下で資本主義の弊害が明らかになっている。失業者が群れをなして、倒産が相次いでいると明らかになっているが、社会主義になれば救済されると説く者がいるが、それは幻想なんだという趣旨でした。

先生は、それをひっくり返してこれをテーマにしましょうと法王に持ちかけられたのですが、そのとき法王は、そうしようというように賛意を示されたうえで、宇沢先生に、「では、資本主義と社会主義を超えて人間の尊厳と魂の自立を可能にする経済体制はどのような特色を持っていて、どのような方法で具現化すればいいのか」というふうに問われて、宇沢先生もまさに目からうろこの思いだったというふうにおっしゃっています。

それで、宇沢先生が考え出したのが「社会的共通資本の経済学」という学問です。私の考え方では、近代社会科学をつくったのは、経済学を始めたと言ってもいいアダム・スミスの『諸国民の富』だというふうに考えていいかと思います。

しかし、アダム・スミスはもう1つの主著である『道徳感情論』で、共感を説いている。つまり、人間というのは、利己心とシンパシーという2つの側面を抱いた非常にアンビバレントな存在だと把握しているが、共感というのはだんだん落ちてきて、古典派の経済学等々が利己心、あるいはホモ・

エコノミックスというか、人間は経済人だということを説くようになったわけですが、それに対する社会科学の反論が起きてまいります。

その1つは、フランスで起きたコントという学者が名づけた社会学です。この社会学では、人間というのは個々人が砂のように存在しているのではなくて、そもそも社会というネットワークの中に存在しているんだという考え方です。

それと同時に、ドイツでは財政学が起きます。新歴史学派と言われているワグナー、それからシュタイン、シュモラー等々でドイツで財政学が誕生いたしますが、これも人間観は、ホモ・エコノミックス的な人間観は間違いがある。社会の中に埋め込まれているんだという考え方に立っているわけです。

このドイツの財政学が世界を席卷するようになって、アメリカからドイツに留学をして財政学及び新歴史学派の経済学を学びに行きます。イリーという人が一番有名ですが、イリーとかアダムスとかセリグマンとかいう人がドイツに留学をして、ドイツから新歴史学派の経済学を持ち込むわけです。イリーがアメリカの初代経済学会の会長です。そういうイリーとかセリグマンとかアダムスとかという人々がドイツの新歴史学派の経済学を持ち込んでアメリカに制度学派と言われている学派が誕生いたします。コモンズとかですね。宇沢先生が念頭に置いているソースティン・ヴェブレンという人ですが、ヴェブレン等々の人々が誕生いたしまして、アメリカの制度学派と言われている学問が登場するわけですけど、私はその前のドイツで誕生したドイツの財政学をやっておりますので、今日は、その立場から宇沢先生のこの「社会的共通資本としての医療」ということをとらえ返してみようというのが議論の始まりであります。

財政学では、私たちの市場社会は3つの経済組織から成り立っているというふうに把握いたします。それは、1ページ目の下に書きましたけれども、経済・社会・政治、これはドイツの哲学のトリアーデと言われている市場・国家・共同体、この3つから成り立っているというふうに把握いたします。これはもともと一体化していたのですけれども、この一体化していたものが市場社会になると三角形に分離するというふうに考えるんですね。この分離するのを、どうにかまとめようとするのが財政だというふうに考えていくのが財政学の考え方です。

私がおく大ざっぱにまとめてよければ、制度主義の経済学の考え方の特色というのは、市場の領域だけではなく、非市場の領域も取り込んで分析の対象にするということにあるのではないかと思います。

レジュメの2ページ目ですが、ドイツの歴史学派の考え方では、もともと人間の社会というのは共同体、集まることだけを目的にしている共同体という帰属集団しか存在していなかったというふうにとらえます。

ところが、共同体と共同体が接触をすると、そこで2つの反応が起きます。1つは戦争です。もう1つは平和です。平和というのは何かというと、市場を動かすということです。共同体の中には市場は入らない。共同体と共同体の間でしか市場は機能しないと、こういうふうにとらえていきます。

この共同体は、市場が大きくなっていくと、どんどん分解されて小さくなっていて、現在では残っているのが最後の共同体としての家族だけです。我々の経済学の分析では、個人と個人との間で市場の取引をやったことというのは人間は1回もないのです。さるかに合戦のように、お猿さんと蟹さんが出会って、柿の種とおにぎりを交換するというようなことをやったことは、人間は1回もありません。私たちはいつも共同体と共同体の間でしか市場の取引をやっていないんですね。

市場の領域が進入しない領域を共同体と言っておりますので、現在でも家族の中では市場原理は入らないはずです。家族の中で夫と妻ないしは親と子どもの間で労働を提供しろと、その代わりに賃金



を払う、というようなことは行われたい。そういう市場原理のようなものが動いたら、定義上、共同体ではないということになるわけです。今、どんどん共同体が小さくなっておりまうので、そういう家族はあるかもしれませんが、それは家族の体をなしていない。

なぜそういうことをするかという、私たち人間はニーズに応じて、つまり、必要に応じて配られないと生存ができません。生まれたての赤ちゃんとか、労働能力を失った高齢者は、必要に応じて配られていないと生きていけないわけです。市場原理というのは、購買力に応じて配りますから、購買力を持っている人には多く、持っていない人には少なく配るわけです。そうすると、何にも貢献しないために購買力のない生まれたての赤ん坊は、これはニーズがあっても、家族の中で配られていなければ死があるだけです。何か欲しいといえば、与えるとまた泣くからモラルハザードが働くとかといってやらなければ、人間の社会は成り立たない。そこで、私たちは共同体をつくって、必ず市場原理にさらされない領域をつくらないと、種としての再生産ができないということになっております。

したがって、市場では購買力に応じて配っていいということは、ニーズつまり人間が生きていく上で必要不可欠なものを超えるもの、つまり欲望は市場に任せていいということになります。ただし、ニーズは市場原理に委ねられません。家族ができなければ、必要に応じて配ることを強制力を使ってやれば財政がやる。ニーズの充足は、財政がやるしかないというのが、私たちの考え方です。

そうだとすると、重要なポイントは、医療というのはニーズなのか欲望なのか。欲望であれば、市場に任せて構わない。市場というのは、ニーズを充足するのは不得意です。例えば、市場で外食をやっていたら、粗食にしろと言われる。つまり、油っこいものや塩分の多いものでニーズが満たされないと病気になる。

ところが、共同体というのはニーズを満たすのは得意中の得意ですが、欲望は満たせない。不得意です。

共同体のなかでは無償労働、unpaid work で相互扶助をしながら購買力ではなく必要に応じて分配をしていく。共同体の中でやっていたもののうち、早くから専門的能力を必要とする分野が出てきます。これが教育と医療ですね。

専門的な職業集団を必要とするので、それは早くから家族の中では供給するのが困難になります。通常の場合にはそういう相互扶助を、より大きな地域共同体で、教会などをシンボルにして相互扶助をし合うということで、教育とか医療を提供してきました。弘法大師も教育をすると同時に、お医者さんだったはずなので、医療も提供するというようなことを早くからやっていたということです。

したがって、2 ページ目の (4) を見ていただきますと、医療というのは医者がサービスの供給者であって、患者がサービスの需要者であって、それが市場の取引関係に基づいて提供されるということではない。我々の理論ではこの論理をのんだらだめなんですね。

医療というのは社会的共通資本だということは、医者と患者が共同体をつくって悲しみを分かち合う。これが医療行為である。つまり健康を取り戻すという共同作業を医者と患者が癒やしの共同体をつくって行うこと。これが社会的共通資本の考え方だというふうに考えています。

教育も同じことです。教育も教師が教育サービスの供給者であって、学生が需要者だという話ではないはず。特に大学はそうではなかったはずで、教える者と学ぶ者とが学ぶ共同体をつくってやってきた事業、これが教育のはずです。(4) のところで書きましたが、医者は医療サービスの供給者で、患者は医療サービスの需要者ではなく、あくまでも共同体の内部の悲しみの「分かち合い」であって、必要に応じて分配される。ただ、専門化しているの、専門家とそのサービスを受ける者だけでも、一緒に共同する。患者も参加しているということですね。市場で分配するということがなれば、購買力に応じて分配するというのをのんだというふうになるはずだということです。

先ほど、言いましたけれども、医療がなぜ出てきたのかというと、(5) のところで書きましたが、共同体のなかの相互扶助でやるということには限界があるわけです。

そもそも国家はどうして登場してきたのかというと、繰り返すようですが、人間の社会には共同体しかなかったのですが、共同体によって自発的に協力し合ってやっていくというのには限界があります。古代文明を生んだ大規模な灌漑・水利などは1つの共同体ではできませんので、古代国家というのは、共同体の自発的な協力で行われている限界を克服するために古代国家が出来上がってくるわけです。そのことによって強制的に協力を、顔見知りのない共同体同士を強制力によって協力させることによって大規模な治水や灌漑をやっていく。

したがって、医療がもしも政府の干渉を受けるとしても、それは教会などをシンボルにして行われてきた自発的な協力では限界があるので、政府が医療や教育を強制的に協力させることによって引き受けていく。そう考えざるを得ないだろうというふうに思います。

## 2. 医療の制度的条件としての財政

さて、そうなってくると財政が登場するのですが、そういう医療、つまり共同体の限界を政府が補完するようになった暁で医療をどう考えていくのかということですが、財政というのは public finance という言葉の翻訳語です。日本が明治時代につくり出しました。現在では、中国に逆輸出しておりますので、中国でも日本語を使っている。つまり、public finance を「財政」という言葉を当てております。public というのは「公」という意味ですし、finance というのはラテン語の「finir」からきていますが、「終わる」「決済をする」という意味で、これは貨幣現象を表します。

財政というのは公の貨幣現象ですが、3月の医療政策シンポジウムでも申し上げましたが、日本では公という概念がわからない。宇沢先生はいつも公というのを言われるときに、公園というのはゲートがつくったんだとゲートの話をされていた。ゲートは封建領主や貴族が独占している美しい庭園をすべての社会の構成員に開放しようとして公園を提唱する。このゲートの公園の思想に共鳴して、すべての学術を社会の構成員に開放しようとして博物館をつくり、美しい美術を社会の構成員に開放しようとしてつくったわけです。

したがって、市場原理が好きなイギリスでさえ大英博物館は無料です。ルールはお金を取っていますが、無料で開放する日もあり、すべての社会の構成員に開放するわけです。

日本は何をやったのかというと、真っ先に博物館と美術館を独法化しましたが、あり得ないと思います。公というのはすべての社会の構成員を排除しない領域というのがわかっていない。中国でさえ公が用いる電話（公用電話）というと、すべての社会の構成員が利用できる電話のことを言います。ところが、日本で公用車というと、官僚が利用する車のことを言っている。そうすると、公というすべての社会の構成員が共有しているものに、簡単に官というレッテルを張られるわけです。みんなのものなのに、官というレッテルを張られて、官から民へといって、簡単に公を私化してしまうというのが行われている。今も、公共部門の産業化と言っているのですが、簡単にそれは受け入れられてしまう。

民間の経済つまり市場経済と、財政という経済は、全く逆に動きます。民間の経済の主体である企業を取っていただいても、家計を取っていただいても、それは量入制出で動きます。入りを量って、出を制するんですね。

なぜそうなるのかというと、入りが市場原理で決まるからです。家計であれば、収入は賃金、つま

り労働市場が決定しますので、収入は市場が決める。それから、企業であれば、生産物市場の価格によって収入が決まりますから、市場が決めてくれるのです。その収入を家計であれば、医療費に幾ら使うとか、住宅に幾ら使うとか、教育費に幾ら使うかということ、後で決めざるを得ない。企業も同じことです。収入を設備投資に幾ら使うのか、原材料費に幾ら使うのかということ、後で決めざるを得ないわけです。

ところが、財政はすべての社会の構成員が共同意志決定で決めますので、政治過程で決めます。したがって、量出制入、つまり出を量って、歳出を幾らかと量って、収入をどのぐらいにするのかというのを後で決めるわけです。今、財務省も完全に逆を言っています。財政は出を量って入りを制するのであって、収入の範囲内でやれなんていうことは、財政ではありえないのです。

財政は民主主義の政治過程で決まりますから、どういう公共サービスをどれだけ出すのかというのが決まると、その収入はどのような税でまかなうのかということの後で決めるしかないのです。

入りをまず決めようとしても、入りはどうやって決めるのですか。決まらないですね。最初に入りなんか決められっこないわけです。入りの範囲内でも pay as you go と言っていますが、あれは源泉徴収制度の言葉です。

いずれにしても、入りは決まりません。決まらないのですが、日本人はなぜ入りが決まるのかというふうに思うのかというと、日本だけが永久税主義を取っているからです。ほかの国は一年税主義です。

つまり、毎年毎年必要なものを税で決めるのです。これを一年税主義と言います。ところが、日本では永久税主義ですから、予算が通ろうと通るまいと、永久に税金を納めます。これは永久税主義と言います。

なぜこうなっているのかというと、日本では、予算は法ではないという法構成を取っているからです。ほかの国は、予算も法律です。歳入法・歳出法という法律で予算は決まります。日本では、予算というのは法律ではないと規定していますので、法律よりも簡単に予算は通ってしまいます。

アメリカでもヨーロッパでも、歳入法・歳出法という法律として予算が決まります。すると、後法優先ですから、法律と違った予算が通れば、それは予算のほうに決定権があるわけです。ところが、日本では予算関連法案が通らないと、予算は執行できないことになる。

どうしてこうなっているのかというと、大日本帝国憲法の下では、法律と同じ効果を持つ勅令が出せました。予算は法であるという法構成を取ってしまうと、勅令事項が完全予算で変えられる恐れがあるわけです。そこで、そういうことが起こらないように、法律の下に予算を置いた。これが現在でも生きているわけです。

ヨーロッパの国々では、歳入法が通らないと徴税できないのですが、日本では歳入予算が通らなくても税法が執行されますので、歳入予算は全く意味がなく、単なる予測でしかない。

そうするともう1つ、医療を考えるうえで重要なのは、(3)のところを見ていただきますと、これは市場原理でやるのですか。それから、財政でやるとしても租税でやるのでしょうか、料金でやるのでしょうかという選択が問題になるわけですね。

これはスウェーデンの中学校2年生の社会科の教科書です。これを見ていただくと、予算についていろいろな見解があるというふうに書いてありますね。意見1を見ていただくと、「我々はコミューン税（コミューン税は、コミューンというのは市町村のことですので、地方税と考えていただければいいかと思います。）を1クローナ引き下げたい。」つまり、減税したい。途中飛ばささせていただきますけれども、「税金の軽減は、人々の選択の自由を拡大するんだ」。意見2では、「それは絶対だめだ。それはサービスの低下をもたらすだけだ。私たちが減税に反対するのは、より多くの保育園、よりよ



い学校給食、障害者にも利用しやすいユニバーサルデザイン、バリアフリーの町づくりを意味しているんだ」。意見3では、「我々は、税金を引き下げる代わりに料金を引き上げよう。そのほうが公正だからです。そうすれば、電気や水を浪費している者よりも節約している者のほうが、少なく支払うことになるからです」。日本のように公共部門が小さいと、ここを見ていただければありますが、電気や水と言っていますので、電気を公共サービスとして提供していない国というのは、アメリカでさえ幾つかの州は公共サービスとして提供していますので、余りないんですね。日本人は公共サービスを公共部門が提供するというのは嫌いなので、電気は民間が提供する。

意見4を見ていただきますと、「我々はいたずらな料金の引き上げはしない。それは、高額所得者を利するだけだ。料金を引き上げる代わりに、増税をしよう。それが大多数の者、子どものいる家族、年金者にとってベストだ」。それぞれこのように言っていて、スウェーデンではどれが正しいかという結論を教育の中で絶対教えません。真理はだれもわかっていないということを前提にしております。

例題も重要な点です。「次の言葉の意味は何ですか」。“予算”“比率税”“コミュン税収均衡化措置”（これは日本でいう交付税のことです）“長期予算”。ダブルバジェットになっていますが、それを説明しなさいと言って、最後に、「税か料金か。あなたは上に述べられた4つの意見のどれに賛成しますか、答えなさい」と。

では、税か料金か市場でやるのか、それをどうやって決めるのかということですが、レジュメの4ページ目、これもスウェーデンの教科書からですが、(4)の公共部門か民間部門かということを見てください。「なぜ、映画館のほうが水泳、プールよりも料金が高いのでしょうか。それは、映画館の料金は「市場原理」によって決まるからです。すなわち云々」と書いてあります。プールの料金は「補助料金」で、実際の料金の大部分をコミュン、市町村が支払っています。どうしてでしょう、というふうに聞いているわけです。

右側を読んでいただくと、一部の人々はこう言います。「補助料金など全部やめてしまえ。みんな民間に任せればいい。もしそうなればコミュン、市町村にとっては安上がりとなって、プールの管理もよくなるはずだ。そして、我々の頭ごなしにする政治家の権力も小さくなるだろう」。その後、ほかの人々はこう言います。「それは間違いだ。もし、何もかもが民間で運営されるようになれば、不公平は拡大し、住民の影響力は減少する」んだと、こういうふうに言って考えさせています。これは何を聞いているのかというと、最初の話に戻ります。欲望かニーズかということを聞いているわけです。映画館で映画を見るというのは、私たちスウェーデンの社会では欲望だと考えていいですね。欲望ですから、購買力によって配りますよと。お金持ちは映画館で映画を見まくり貧乏人は映画を見られません。そういう社会でいいですねというふうに聞いているわけです。

それに対して、ニーズであれば、これは税で必要に応じて配らなくてははいけませんから、必要に応じて配らなければいけないわけです。税で配るわけです。

ところが、プールで水泳するというのは、これはニーズでしょうか、欲望でしょうか。健康をよくするので欲望とは言えないような気もするけれども、泳がなければ生きていけないかということ、そうでもない。いや、実は生きていけないというのも考えている。スウェーデンでは、子どもたちは2つのことは必須です。水泳とスキーです。これがないと生きていけないというふうに言われているので、生きていけないかもしれないですが、いずれにしても、これは欲望と基本的なニーズの間とを考えていいでしょうか。グレーですねと。すると、市場価格よりも補助料金、つまり租税を投入して、市場価格よりも安い価格でもって提供するようにしますが、それでいいですねと。料金を使うときにはそういうことです。

日本は病院でも何でも公営事業でやるときに、儲かるためにやっているわけではないので、赤字を



出して当然です。黒が出るのであれば民間に任せればいいわけです。赤字だけれども補助料金を使ってやらなくてはいけないからやっているのであって、論理的に、そんなことを言ったらスウェーデンの子どもたちは選択できません。私たちは公共料金にもっていくのはグレーなので、市場で価格をつけてもいけないし、価格付けで提供してもいけないし、租税で提供するまでもないと。公立病院は本当に料金を取っていいのかなと思うぐらいですので、赤だからということは何の理由にもならないということです。

### 3. 医療の使命を見失うな

そうすると、医療のそもそものミッションというのがあって、それをまず考えなくてはならないはずである。医療改革の目的は、すべての社会の構成員の共同意志決定のもとに「悲しみを分かち合う」。つまり、共有するという制度をつくりだしていくということが目的のはずであると。

ところが、使命を忘れると、どういう医療費抑制の論理が展開しているのかといえ、高齢化が進むと医療費は膨張する、医療費が膨張すると社会保険財政には限界がある。限界というのは本来ないはずですが、限界がある。これは保険料と租税で賄われています。すると、患者負担、つまり市場の価格付けに近いような患者負担を引き上げようと、こういう論理になるはずですが。

消費税が先送りされましたので、今財務省が考えていることは料金の引き上げですので、国立大学の授業料を引き上げろとか、料金が引き上げられるわけです。しかし、料金を引き上げると、逆に増税は困難になります。スウェーデンやヨーロッパの多くの国々は、住宅費や教育費がゼロなので増税に応じる気はありますが、住宅を公共財であり、社会保障だと考えている国と考えていない国とでは違う。スウェーデンの家計簿を見ると、ほとんど出していない住宅費と教育費が、日本の家計を見ると2大支出項目になっているわけです。その場合に増税するというと、だれでも怒るのではないかな。

ただ、患者負担の引き上げの論理というのは、医療は欲望か基礎的なニーズかの中間だと位置づけられている論理だと考えられます。あるいは、もちろん欲望と考えているのかもしれない。

繰り返しますが、ニーズは膨張しません。欲望は限りなく膨張しますが、ニーズは膨張しません。私が大金持ちであっても、例えばタミフルを金にあかせて飲みまわるとかということはあり得ない。つまり、ニーズは埋められると、そこで打ちどまる。治れば打ちどまりますから、増えません。そこで終わるんですね。

もしも打ちどまらないものを医療費だってみなしているのだったら、それはそもそもニーズじゃなかった。例えばバイアグラはもともと欲望であってニーズではないので増えるわけです。

こうしたことが受け入れられるのは「コモンズの悲劇」が主張されるからで、それは日本の社会には、人間の関係としてのコモンズがないからです。コモンズというのは、土地の共有地の上に行われている人間の関係ですから、人間がお互いに助け合って生きていくという関係であり、それが消滅しているということを意味するだろうと思います。

新自由主義者が言うような「コモンズの悲劇」というのは働かないというのは、すでに述べたとおりであります。ここには私がいつも教わっている医療経済学者の人がたくさんいるのですが、医療費は市場原理に委ねれば委ねるほど高くなるのは周知のとおりです。医療を分かち合えば分かち合うほど、医療費は低くなるわけです。

#### 4. 「分かち合い」の仕組みとしての財政

さて分かち合いの仕組みとして財政があるのですが、重要な点は、市場原理というのは対価原則が働くことを言います。サービスが提供されると、そのサービスと反対側に貨幣の流れがある。対価が支払われるという関係です。

ところが、財政では対価原則を切ります。当然です。対価原則でやるのであれば、市場でやってもらえばいいわけですから、財政では等価原則、つまり全体の負担と全体の給付がイコールになるので、個々の給付と負担が結びつくということとはしない。これが財政の原理です。市場原理では対価原則でやっていますが、それと財政と組み合わせて社会全体を動かしますので、財政のほうは等価原則、つまり、全体の負担と全体の給付がイコールになる。

ところが、保険を考えてみてください。保険は損害保険でも何でも良いですが、私的な保険でやっています。ところが、保険は対価原則ではなく、等価原則にみえます。つまり、火災保険でも何でも、負担の全体と給付がイコールになる。

そこで私的保険は、市場原理、つまり対価原則に乗せるために負担を必ずリスクによって負担させます。リスクに応じて負担させることによって保険という、つまり等価原則でリスクをプールしているものを市場に乗せているのです。したがって、何か暇な人がいて、これを私的な年金であればこうなってしまうんだけど、年金の制度はこれだから変だという。しかし、計算してもらったけれども、ご苦労さまでしたと言うしかないんですね。私的保険というのは、リスクに応じて負担させるために保険数理学でリスク計算を必死になってやっているわけです。

そもそも社会保険というのは保険ではありません。私的な保険というのは、対価原則に基づくためにリスクに応じて負担させる。そのために保険計算をやっているのです。

したがって、日本人は保険料を納めたので損をしたと、目先の利益ばかりをいいますが、そんなことを言ったら、私的保険でも同じことですね。火災保険でも、保険料払っただけで損をしたから自分の家に火をつけるという人はいないはずですよ。

租税か社会保険負担かというときに、租税というのは、先ほど言いました財政の原理に基づく、3つの条件を必要とする貨幣の流れです。

1つは、強制性です。市場社会での貨幣の流れは任意です。強制的に貨幣を流されるということはありません。市場の取引を見ていただければわかりますが、市場での貨幣の流れは、いつも任意ですから、強制的に貨幣が流れていくということはないので、強制性があるということが租税のまず1つの条件。

もう1つは、無償性。ただでということですが、これは反対給付の請求権がないということの意味します。私はこれを払ったけれども、租税を払ったんだからサービスをくださいねということとはできません。これは無償性です。ただでという原則がなければ、租税と言わないのです。

それからもう1つ重要なのは、収入性。収入を目的にしています。

したがって、交通違反の罰則金は租税ではありません。強制的に取られて、何の対価もないけれども、収入を目的にしていないからです。これは租税ではなく罰金です。

それから、無償性に反対給付の請求権を持たせると、例えば使用料・手数料がそうですけれども、住民票をくださいと言って手数料を払いますから、反対給付の請求権がありますので、これは租税ではありません。

そのように考えていくと、社会保険は租税なのかというと、これは社会保険が皆保険になれば強制

的に全員参加しますから、強制性は満たしています。収入を目的にしますので、収入性を満たしていますが、無償性のところが合わなくなってくるわけです。無償性を実は社会保険にするということは、無償性のところが租税のように、「保険料を払っていても請求権はありませんよ」と言うと、保険に参加していけないものだから、請求権を持たせますよということになっている。

したがって、それは逆に「あなた払っていないですね」というと、サービスをもらえないということが生じる。今度は別な制度をつくらないと、別な制度で確保しないと、保険でやるとそういうことができてくるということです。つまり、社会保障負担は無償制を外す。つまり、反対給付の請求権がない。これ反対給付の請求権がないと言っていいかどうかというのも、ちょっと微妙ですね。

目的税というのは、税である限り、この目的のために税負担するので、反対給付の請求権があるように見えますが、反対給付の請求権はないのです。

例えば、日本だけがガソリンというか燃料課税で道路をつくりました。それで、目的税になっている。「あなた、自動車持っていないですね。ガソリン税納めていないですね。だから、道路を通行できません」ということはありません。目的税は、目的にされますけれども排除するということはないのですが、ここはちょっとおっかなびっくり言っているんです。社会保障負担は反対給付の請求権があるのか、ないのか。あるかないかによって、これは租税であるかどうか決まります。

それから「三つの政府体系」というのは、実際にもやっているところもありますが、政府を三つの政府体系に概念上整理したほうがいいということです。

1つは、地方政府というのは、教会などをシンボルにしながらお互いにサービスを提供し合っていたものを、強制的な地方税にしたものによって運営されるのが地方政府ですので、これはサービスを提供するということになる。教会がやっているということを代替する。

それに対して、社会保障基金というのは、そもそもが生産点で労働者たちがさまざまな組合などをつくって、お互いに賃金を失ったとき等の共済事業をやっていたのを、強制加入にしたという経緯がございますので、そういう社会保障基金、これは別な政府だというふうに考えたほうがいい。それぞれの政府のミニマムを保障するのが、中央政府だというふうに考えたほうがいいと思っております。

それは、国民から言えば、地方政府には地方税を納め、中央政府には国税を納め、社会保障基金という政府には社会保障負担、コントリビューションを納めるということがわかったほうが、どれをどういうサービスをどこまでそれぞれの負担でやるのかということを決定できるのではないかというふうに思っているわけです。

## 5. 「分かち合い」としての医療制度

そうすると、日本が分かち合いというかコモンズとして医療制度になっているのかというと、私たちのそういう目からすると、一番問題点なのは、医療保険制度が分立しているということです。

この分立している経緯は、そもそも日本の場合には、労務管理から始まっておりますので、各企業等々が労務管理、あるいは公務員もそうですけれども、そういうところから発生したものを、昭和13年、国民統合のために国民健康保険、これは事実上農民の保険だったわけですが、軍部が農民は国民だと言って国民健康保険にしたもので、それを戦後、国民皆保険にしているということです。労務管理と、それから市町村単位にしたときには、隣保扶助の精神、つまり地域コミュニティの相互扶助の精神を生かすということを考えてやっているわけです。ところが、現実には、国民健康保険というのはラストリゾートになってしまっているのです。すべてのいろいろな保険から落ちたり除外された



人々を受ける受け皿になっている。そうすると、余り分かち合いが見えてこないんですね。つまり、だれとだれとが仲間で分かち合っているのかって、よく見えなくなってきました。それを激しくしているのが場当たりの、こっちの財政が苦しくなるとあっちの財政にというふうに資金を移動させてしまっているからです。

それだけではなくて場当たりの税を入れているんですが、税がどういう論理で入ってきているのか、あまり判然としない。そもそも社会保険に加えて国税が入っていて、都道府県税が入っていて、市町村税が入っている。さらに、国民健康保険財政の赤字を補てんするために、地方自治体のほうは法定外の一般会計のほうから繰り入れをやってますし、それが常態化しています。

それから、よくわからなくなったのは、国民健康保険料で取ってもいいけれども、地方税でも取ってもいいですよとか言い始めているので、何が何だかよくわからなくなってきたということです。さらに加えて、医療保険間で財政調整を行っておりますので、さらにこれが退職者医療制度、老人保健制度等々ができてわかりにくくなってきました。

今回の医療保険の改革というのは、こうしたことを統合化していこうという動きとしては評価できるというふうに私は考えておりますが、保険運用と医療サービスの提供体制を広域自治体に統合化したのはいいのですが、これからどっちを向いていくのかというのが、私の場合にはちょっと見えていないかなと思っています。分立構造はいずれ統合していかないといけないと思いますし、それから社会保険方式はこのままでは無理で、好むと好まざるとにかかわらず、税のウエイトを増やしていかざるを得ないのではないかと思います。必要な医療を確保するというこのためにはですね。

ところが、日本は税負担が少ない。それでレジュメの6ページの下を見ていただくと、一番上の点々、左側に日本、右側に OECD。これは都合のいいスウェーデンとかドイツとかを取ってくるともってはっきりしますが、一番上の点々が租税全体の負担です。これを見ていただくと、日本は1973年から税負担が急激に上がります。これはなぜか。先進諸国は第二次世界大戦後福祉国家を目指しましたが、日本は基本的に目指さなかったと言っていると思います。ようやく福祉国家で国民統合を図ろうというふうに決意するのが、昭和48年の「福祉元年」と言われた年で、この年から税負担を上げていきます。急激に上げていっているのがおわかりいただけるだろうと思います。

ところが、日本は1990年から税負担を激減させている。先進諸国全部の平均で見ても、第二次世界大戦後、福祉国家で所得税と法人税を中心とする税制をつくりますが限界が生じてきます。税収面でも限界が生じますが、所得税というのは非常に不公平な税金だという批判が高まっていきます。それはお金持ちだという経済力は、所得だけではつかまらない。脱税も何もしないで所得の定義上ゼロの人でも、ベンツに乗っている人はたくさんいますよね。

カルドアという有名なイギリスの経済学者は、所得税は額に汗した瞬間にかかってくるけれども、膨大な財産を持っていれば、財産を食いつぶしていくと所得はないわけですから、財産を食いつぶしながらマハラジャのような生活をしている人々には税金はかからない。これはいかにも不公平じゃないか。このことがイギリスの何とか病を巻き起こしているんだ、活性化を失っているんだという批判をいたしました。

そうすると、カルドアが提唱したのは、支出税、1年間やった消費に累進的に税金をかけるという税金に変えなくては行けないと主張したのですが、それもちっと税務執行上の問題があってできないので、普通、ヨーロッパでやっているのが、所得だけではつかまらない担税力、経済的な能力を付加価値税を増加させることによって補完しようと。マハラジャのような生活をしてベンツを買えば、そのときにはちゃんと消費、買ったときに税金をかけますよということをやっている補完しようとしています。

それからもう1つ重要な点は、所得税というのは第二次世界大戦まではリッチマンズタックスと言われていて、金持ちが納めていました。日本で所得税を払っていたのは、就業者のうちの5%ですから、所得税払っているという大金持ちです。ところが、第二次世界大戦中にプアマンズタックス、つまり、多くの国民が支払う税金に変わってしまいます。どうして変えることができたのか。それは源泉徴収制度です。源泉徴収制度は、ドイツが一番早くて1930年代に入りますが、日本は41年。アメリカが42年で、イギリスが43年です。第二次世界大戦中に各国とも源泉徴収制度を入れました。すると何が起きたのかというと、みんな納めますが、所得によって捕捉率が違うんじゃないかということが、所得税は不公平だということで攻撃されます。日本で言えば、クロヨンサン、トウゴサンピン。給与所得者は10払わなくちゃいけないけれども、自営業者は5で、農民は3で、ピンは政治家で1割しか払わない。

そうすると、所得税に対する信頼性が揺るぎますので、だったらそういったことも消費税、付加価値税をやることによって補完できるだろう、つまり、所得税、法人税中心の税制を一般消費税である付加価値税で補強しようという動きをとります。

ところが、日本はそうではないのです。日本を見ていただくと、一番下の点線が消費税ですので、消費税を入れて所得税と法人税の減税をやります。結局、全体の税負担は所得税・法人税の減税が大きいものですから、減収してしまう。

ヨーロッパを見ていただくと、ヨーロッパは所得税や法人税を減税しないでそのまま維持しておいて消費税で租税負担率を上げていきますから、一貫して税負担率を上げていって、現金的な所得再分配ではうまくいかないようなサービス給付については、消費税を増税し租税負担率を上げることによってやっていこうということになっていくので、これは税負担率を上げつつ医療についても税方式を今まで以上に入れていかないと、やっぱりもたないというのが私の考え方であります。

それで、社会保障制度としての医療ということを見ると、これはそもそもの「分かち合い」であって、国家がやるにしてもこれは強制力を使ってやるものだ。今は保険方式でやっていますが、とはいえ保険方式にはそろそろ限界が見えてきていて、かなり租税方式、税方式を入れている。そのときにどういう論理で入れているのかということがはっきりしないと、何かずるずる入れているという感じになってしまいますので、これは少し整理をして税方式の入れ方を考えながらどういう方向に持っていくのか、医療サービスをどういう財政方式で支えながらやっていくのかという見通しとセットで広域自治体に保険とサービスの提供責任を担わせるということにもっていかないと無理かなという私の考え方でございます。

素人談議の域を抜けませんが、財政学のほうから見てということでお話をさせていただきました。ご清聴どうもありがとうございました。

## 「社会的共通資本としての医療・再論」(配布資料)

### 1. 「社会的共通資本としての医療」を財政学で捉え返す

#### (1) 医療＝教育と並ぶ社会的共通資本としての制度資本

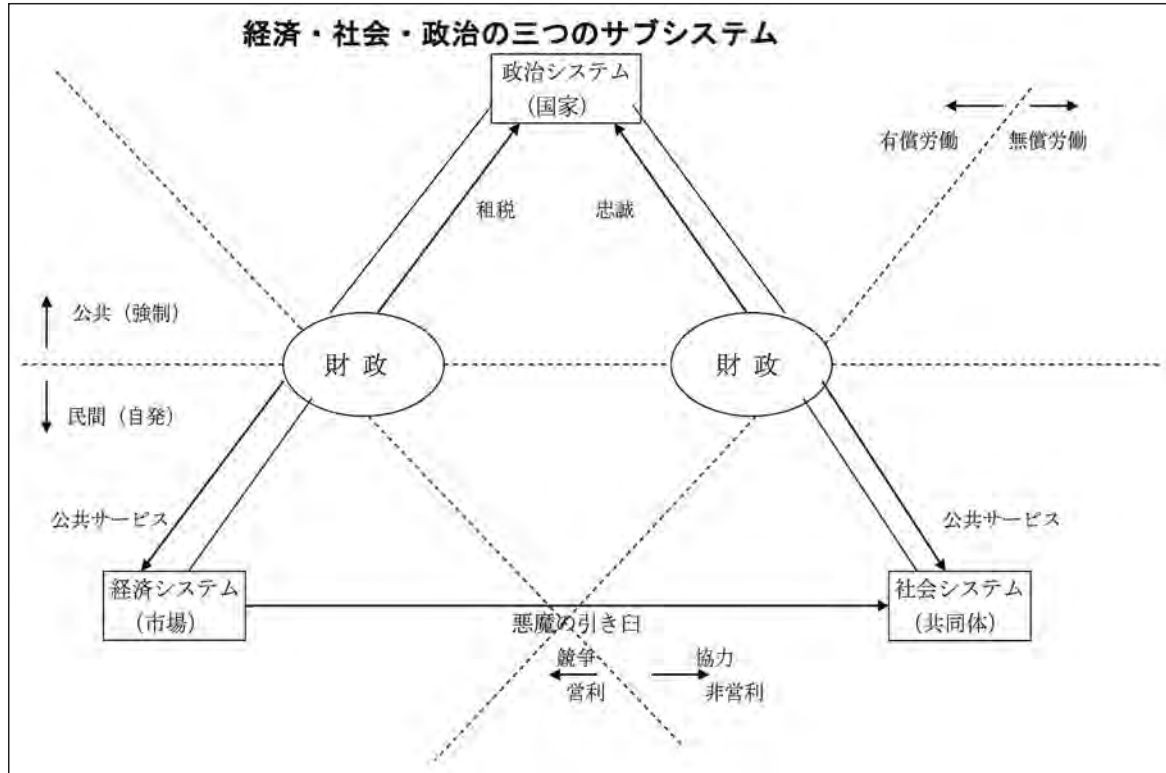
いかなる所有形態でもコモンズによる管理

医療も教育も割り当て可能なサービス

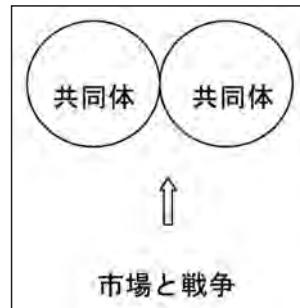
⇒市場でも提供可能だけれども、コモンズによる管理

#### (2) 制度主義の経済学を導き星とする「社会的共通資本の経済学」

図表 1



図表 2



＝市場の領域だけではなく、非市場の領域をも視座に入れる（図表 1）

（3）共同体＝市場の作用しない領域（図表 2）

・共同体＝必要に応じて分配される＝ニーズの充足

市場＝購買力に応じて分配される＝ニーズを越える欲望の充足

・共同体を分解する市場⇒最後の共同体としての家族

・共同体の相互扶助で専門家集団を必要とするもの

＝教会などをシンボルとして悲しみの「分かち合い」＝教育と医療など

（4）医療＝医者と患者で悲しみを「分かち合い」、健康を取り戻す共同作業を行う「癒しの共同体」を形成すること


教育は教師と学生との「学びの共同体」を形成すること

・医者は医療サービスの供給者で、患者は医療サービスの需要者ではない。あくまでも共同体内部の悲しみの「分かち合い」であって、必要に応じて分配される。市場で分配すれば購買力に応じて分配



図表3

第4章 コミュニオン



コミュニティ税の約3分の2はコミュニティが受け取ります。ランディング・コミュニティは3分の1、教会は1〜2パーセントです。

●……予算について、いろいろな見解がある

各政党がどういう考えをもっているかは、予算編成作業を通じて明らかにされます。すでに、専門委員会や理事会で、多数派と反対派の間で対立がはっきりと見られます。コミュニティ理事会が提案した予算案を議会が審議するとき、この対立は白日の下にさらされます。

▶意見1 われわれは、コミュニティ税を1クローナ引き下げたい。これは10万クローナの所得のある者の財布に、1,000クローナ多く入っていることを意味する。税金の軽減は、人々の選択の自由を拡大する。

▶意見2 それは絶対にだめだ。それはサービスの低下をもたらすだけだ。私たちが減税に反対するのは、より多くの保育園、より良い学校給食、図書館にも利用しやすい中央地区を意味している。

▶意見3 私たちは、税金を引き下げる代わりに料金の引き上げをします。その方が公正だからです。そうすれば、暖気や水を消費している者よりも節約している者の方が、少なく支払うことになるからです。バス料金、保育園料金、その他のいろいろな料金も同じです。

6. コミュニオンの予算

▶意見4 われわれは、いたずらな料金値上げはしない。それは、高額所得者を利用するだけだ。料金を10パーセント引き上げる代わりに、税金を75ウォーレ上げる。それが大多数の若く、子どものいる家族、年金者にとってベストだ。

課題

- 次の言葉の意味は何か。  
a. 予算 b. 比率税 c. コミュニオン税の強化機関 d. 使用予算
- あなたのコミュニティの収入と支出の構成を調べ、平均的なコミュニティと比較しよう。その違いは何に基づくのでしょうか。
- a. あなたのコミュニティでは税率はいくらですか。コミュニティ、ランディング、教会への配分はどうなっていますか。  
b. コミュニオン税は全国一律がよいという意見があります。その賛成者、反対者はどんな理由を挙げていますか。
- 税か料金か——あなたは上に述べられた四つの意見のどれに賛成しますか。

126 128

出所：『あなた自身の社会』—スウェーデンの中学教科書—、7-ネ・リンド・クワイスト、ヤンウェストル著、川上邦夫訳、1997、新評論

図表4

7. コミュニオンにおける民主主義

●……より民主的なコミュニティへの道

■コミュニティ地区委員会

現在のコミュニティが形成される過程で、2,000以上の小さなコミュニティが消滅しました。議員の数は20万から6万に減少しました。これに代わって、役場議員の数は増加しました。大規模なコミュニティには、多くの人が不満をもっています。彼らは、コミュニティの事業を決定し運営している人々と接触することが、とても困難になったと考えています。全ては中心地区で行われ、周辺の集落に住んでいる者には、それにたいして意見という機会がないのです。サービスも良くなっていません。コミュニティの民主主義の機能は悪化しています。

全ての人が、こうした意見を支持しているわけではありません。しかし、地方のコミュニティではコミュニティ地区委員会を設立して、住民の影響力を増進する試みをしています。コミュニティを適当な規模に分割し、それぞれの地区が一定の問題——地区住民に共通のもの——については独自の決定ができる、とするものです。

■地域の住民投票

あるコミュニティに、政治家たちがどう決定すべきか判断に迷うような特殊かつ重要な問題が発生します。そんなとき、住民はどう考えているかを住民投票で知ることができます。この投票結果は参考とされるだけです。決議する前の議員総会にこれからの方向を示すことになります。もっとも地域住民投票は、そんなにしばしば実施されるわけではありません。

■公共部門か民間部門か

何故、映画館の方が氷泳プールよりも料金が安いのでしょうか。それは、映画館の料金は「市場原理」によって決まるからです。すなわち映画館は、観客が払ってもよいと思う金額を料金としているのです。プールの料金は「補助料金」です。すなわち、実際の料金の大半をコミュニティが支払っているのです。どうしてでしょう。それは多くのコミュニティが、映画ではなくプールを住民サービスとして提供したいと考えているからです。

第4章 コミュニオン

一部の人はこう言います。  
「補助料金など全部やめてしまえ、みんな民間に任せればいい。もしそうなれば、コミュニティにとっては安上がりとなり、プールの管理も良くなるはずだ。そして、われわれの煩悩にもものを決める政治家の権力も小さくなるだろう」

他の人はこう言います。  
「それは間違いだ。もし、何もかもが民間で運営されるようになれば、不公平が拡大し、住民の影響力は減少する」

課題

- コミュニティの政治において「われわれと彼ら」という表現で区別されるものは何でしょうか。
- どうして一部のコミュニティには、地区委員会が置かれるのでしょうか。あなたの住んでいるコミュニティには地区委員会がありますか。その任務は何ですか。
- 地域住民投票とは何ですか。あなたの住んでいる所で、これまでにそれが行われたことがありますか。それはどんな問題についてでしたか。
- コミュニティの事業の中で民間で行うことのできるものがありますか。それは何ですか。また何故ですか。
- コミュニティの住民として、政治に影響を与えるにはどうしたらよいでしょう。どうしたらコミュニティの民主主義を改善することができるでしょう。討論しましょう。

133 134

出所：『あなた自身の社会』—スウェーデンの中学教科書—、7-ネ・リンド・クワイスト、ヤンウェストル著、川上邦夫訳、1997、新評論

されてしまう

#### (5) 共同体の限界を克服する

政府は共同体の自発的協力の限界を克服するために形成される。古代国家を想起すれば、共同体の自発的協力では大規模な治水・灌漑が不可能なので、共同体同士を強制的に協力させて大規模工事を遂行するために政府が形成されたことが理解できるはずである。

教会などをシンボルにした自発的協力では限界があるので、政府が医療や教育を強制的協力で引き受けていくことになる。

### 2. 医療の制度的条件としての財政

(1) 「財政 (public finance)」とは、「公 (public)」の「貨幣現象 (finance)」

「公」=すべての社会の構成員を排除しない領域

(2) 民間経済は「量入制出」、財政は「量出制入」永久税主義と一年税主義

(3) 「市場」か「税」か「料金」か (図表3)

(4) 「基礎的ニーズ」か「欲望」か「グレー」か (図表4)

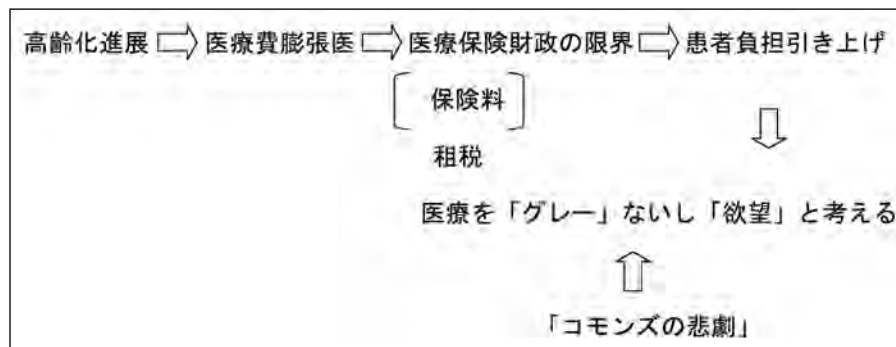
### 3. 医療の使命を見失うな

(1) すべての社会の構成員の共同意思決定のもとに「悲しみを分かち合う」制度を創り出すことが改革目的

(2) 使命を忘れた医療費抑制の論理 (図表5)

(3) 「コモンズの悲劇」は働かない (図表6)

図表5

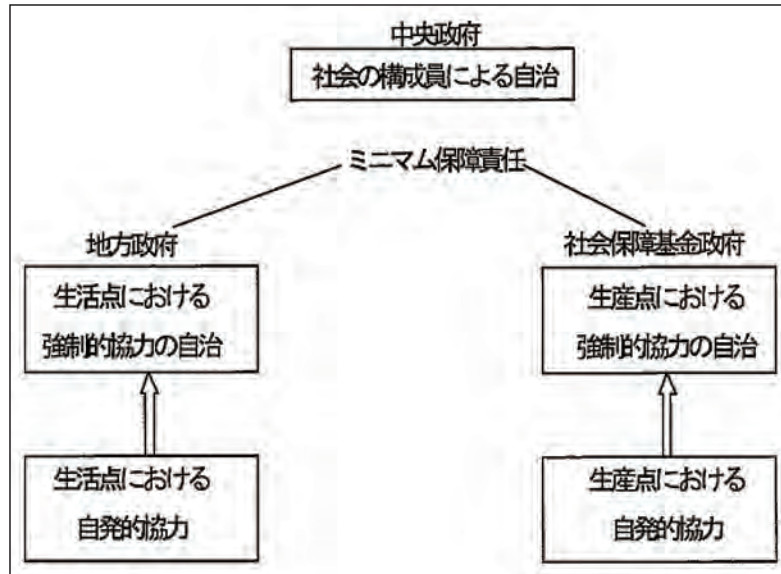


図表6

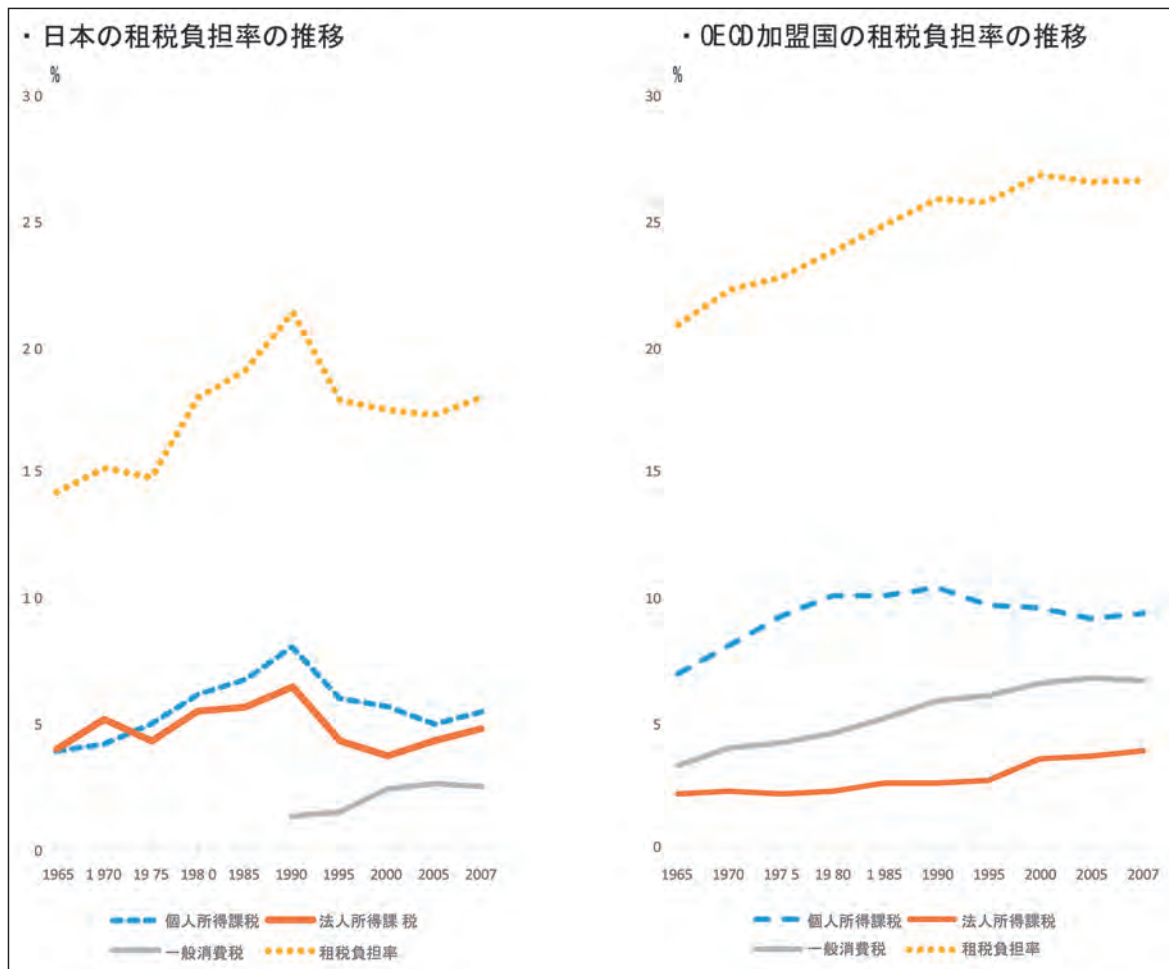
国	医療費支出(2012)			人口1,000人当たり(2007-2012)		
	対GDP比率(%)	公的医療費用支出の割合(%)	1人当たり(米ドル)	医師数	看護師・助産師数	病床数
アメリカ合衆国	17.9	46.4	8,895	2.5	9.8	2.9
キューバ	8.6	94.2	558	6.7	9.1	5.3
イギリス	9.4	82.5	3,647	2.8	8.8	2.9
スウェーデン	9.6	81.7	5,319	3.8	11.9	2.7
ドイツ	11.3	76.3	4,683	3.8	11.5	8.2
フランス	11.7	76.9	4,690	3.2	9.3	6.4

出所：総務省『世界の統計2015』

図表 7



図表 8





#### 4. 「分かち合い」の仕組みとしての財政

##### (1) 対価原則と等価原則

市場＝対価原則

財政＝等価原則

社会保険は「保険」ではないので等価原則にもとづく「保険」は対価原則にもとづかせるためにリスクに応じて負担する

##### (2) 租税と社会保険負担

・租税は三つの条件を必要とする貨幣給付

##### (1) 強制性

##### (2) 無償性

##### (3) 収入性

・社会保障負担は無償性を外す。つまり、反対給付の請求権がない。

##### (3) 三つの政府体系で考える（図表7）

#### 5. 「分かち合い」としての医療制度

##### (1) 分立する医療保険制度

・労務管理から国民統合へ→下からのコモンズが形成されていない

・職域別に分立している

・地域コミュニティを利用しようとしたために、市町村単位の国民保険

⇓

国民健康保険がラストリゾートになる

##### (2) 「分かち合い」が見えない仕組みの限界

社会保険方式に場渡り的に税方式を導入

・社会保険負担に加え、国税それに道府県税、市町村税という地方税を投入し、さらに国民健康保険財政の赤字を補填するために、法定外の一般会計からの繰り入れが常態化

国民健康保険料は地方税としても徴収できる

・医療保険制度間の財政調整

退職者医療制度、老人保健制度

・後期高齢者医療制度→医療保険の一元化

##### (3) 保険運営と医療サービスの提供責任の広域的自治体への統合（図表8）

・分立構造の統合化

・社会保険方式から税方式へのシナリオ

## 講演

## 地域包括ケアの課題

日時：2015年8月24日 15:00～17:00

松田 晋哉

(産業医科大学医学部公衆衛生学教室教授)

きょうは、私が福岡で行っている研究を中心にお話をさせていただきたいと思います。お話しすることは、1. 地域医療構想と地域包括ケア、2. 地域包括ケア、3. まとめになります。

## 1. 地域医療構想と地域包括ケア

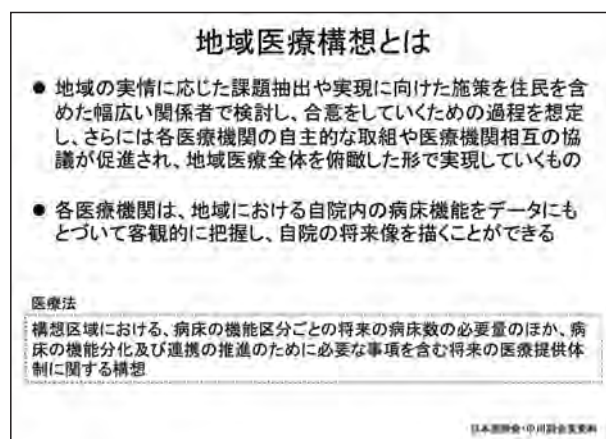
まず地域医療構想ですが、どちらかという病床規制の形でいろいろな議論がされています。そもそも地域医療構想というのは、図表1に中川先生のまとめが書いてありますが、それぞれの地域の現状、将来の課題、それに対応するために医療提供体制をどういうふうに考えていくのか、これが地域医療構想だろうと認識しています。

今回、私たちがやった推計結果が図表2の通り報告されました。新聞には「20万床の削減目標」と大々的に報告されましたが、私たちはあくまで、後でも申し上げるような仮定に基づいて推計を行ったということになります。基本的に、推計の仮定は何かということ、機能分化を進めるということ。それから日慢協からのデータが出てきましたので、医療区分1を70%入院外で対応する、それから療養病床の入院受療率の都道府県格差を縮小するという、こういう仮定のもとに推定を行った結果が図表2になったということです。

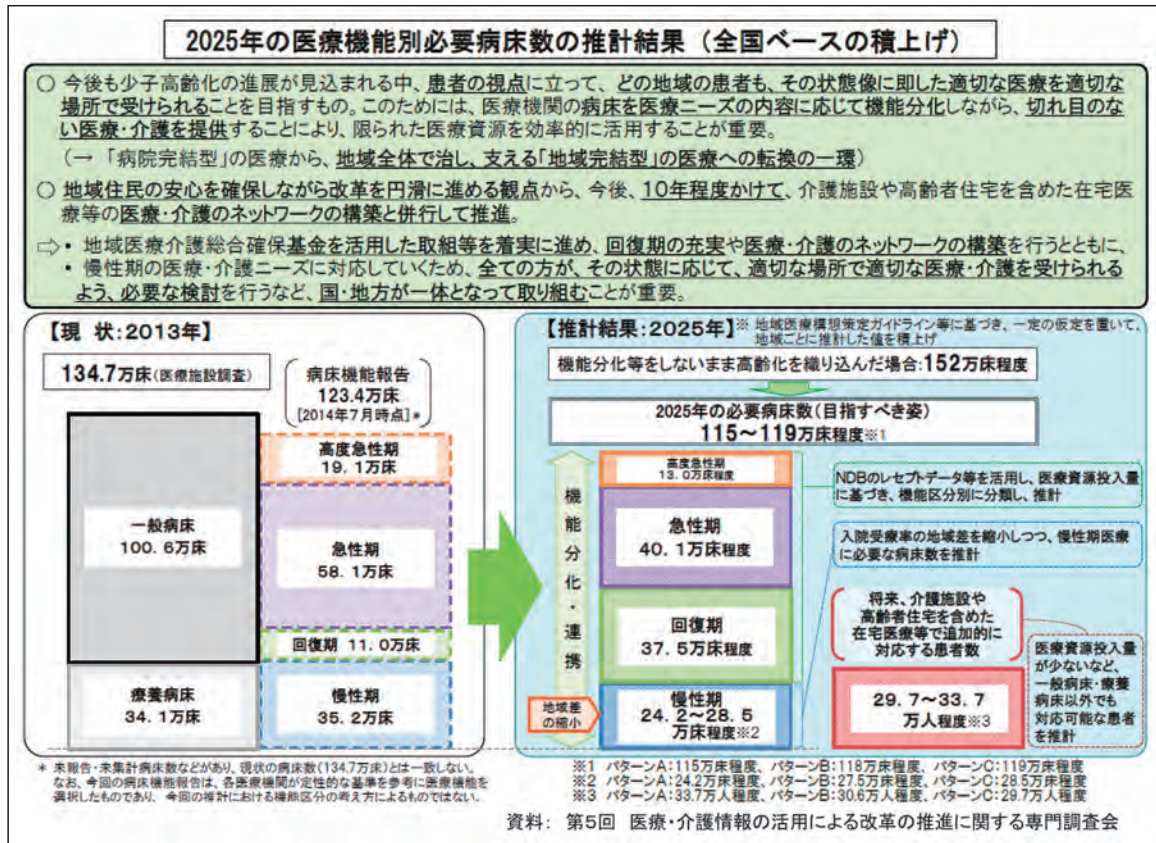
ここで、図表2の右側の図ですが、重要なポイントが幾つかございます。まず、1つは、何もせず現状を追認した場合には、一般病床だけで152万床ぐらいが必要になるということです。まず、これがきちんと明記されていることがポイントになります。

そのうえで、きょうは詳しく申し上げませんが、医療資源の投入量に応じて性・年齢階級別を見て

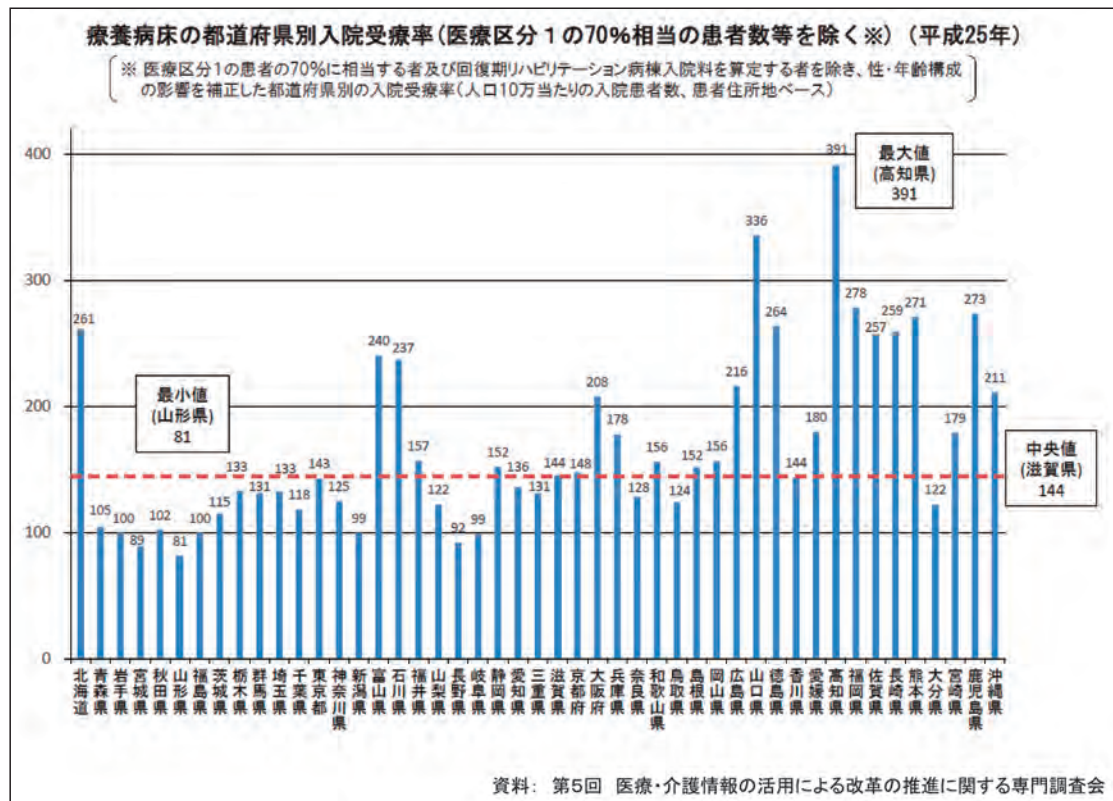
図表1



図表2

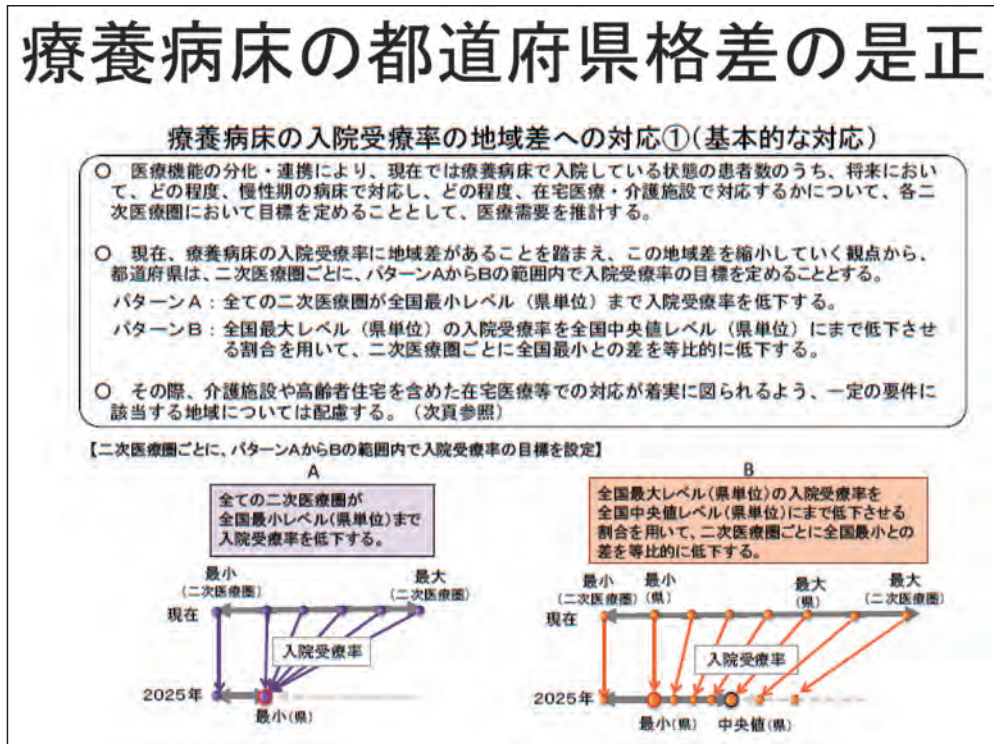


図表3





図表 4



いったときに、どのぐらいの病床数がそれぞれの病床機能区分で必要になるのかということを推計しています。

ポイントは、慢性期、現時点で療養病床で入院治療されている方は、この慢性期の病床数 24.2 万床～28.5 万床に加えて 29.7～33.7 万人いるということです。結局、この部分をこれから本当にどのように見ていくことができるのか、これが多分、地域包括ケアに関係してくることだろうと考えています。

療養病床の都道府県の受療率の差をどのように修正したのかということだけ簡単にご説明しておきます。**図表 3**が医療区分 1 の 70% 相当の患者数を除いて性・年齢階級別の療養病床の入院受療率を見た場合の都道府県の差になります。最大が高知の 391、最小が山形の 81、中央が 144 で、この格差が本当にそのように解消できるかどうかのエビデンスはありません。

ただ、仮にこの格差をこれから考えるような考え方で解消したら、療養病床というのはどのくらい必要になるのかということが、今回の推計で出されたということになります。

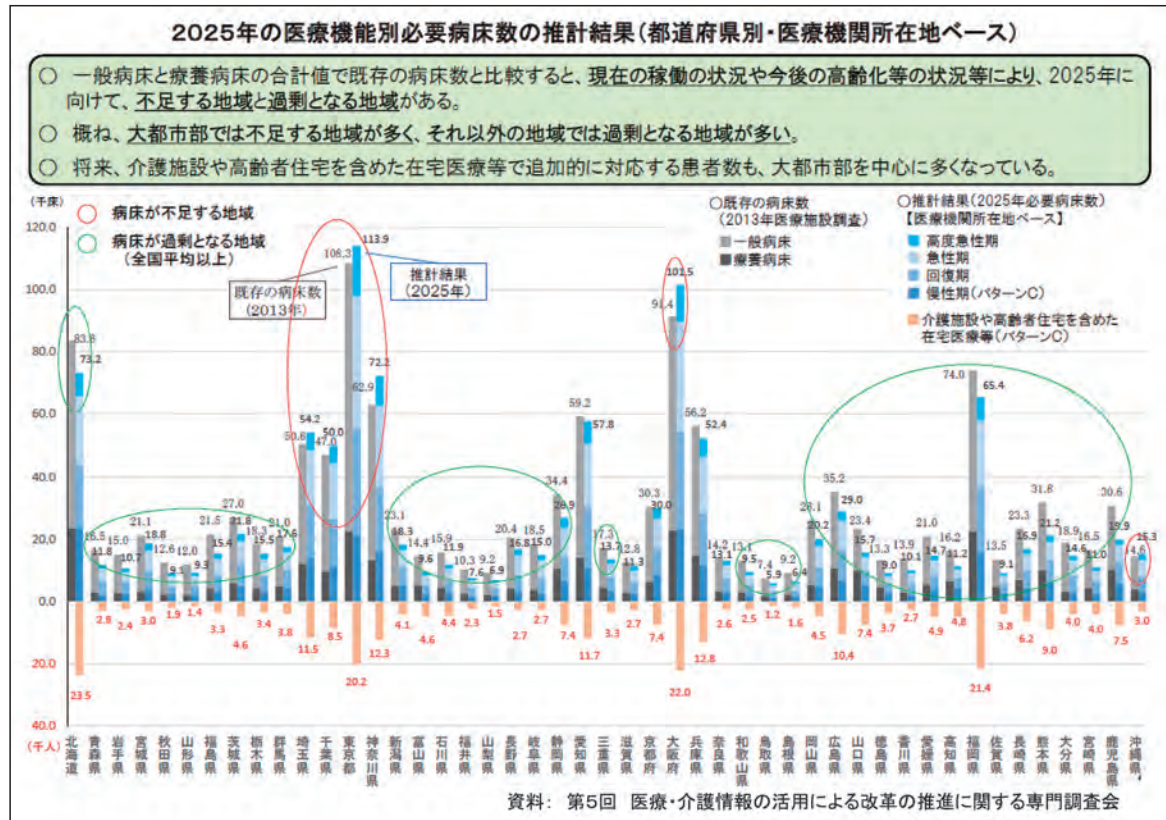
そのやり方は、基本的には 2 つのパターンです（**図表 4**）。

A パターンというのは何かといいますと、これは最小が 81 の山形県だったわけですがけれども、山形県の入院受療率よりも高い二次医療圏については、すべて山形県並みにするというを前提にした場合の病床数、これがパターン A になります。

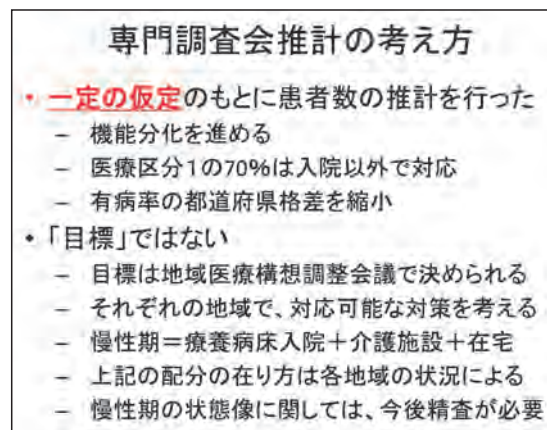
パターン B というのは、今度は、中央値と最大に着目しまして、高知の 391 を中央値の 144 にすると大体 4 割弱になるわけですが、これを山形県よりも受療率が高い二次医療圏すべてに適用した場合にどのぐらいの病床数になるか、そういうことをやったのがパターン B になります。

これ以外にはパターン C（特例）があるのですが、それは 2025 年にパターン B でやっても難しい場合は、2030 年にパターン B でやった場合にどのくらいになるのかということで推計すると、そういう形で推計が行われています（**図表 5**）。

図表5



図表6



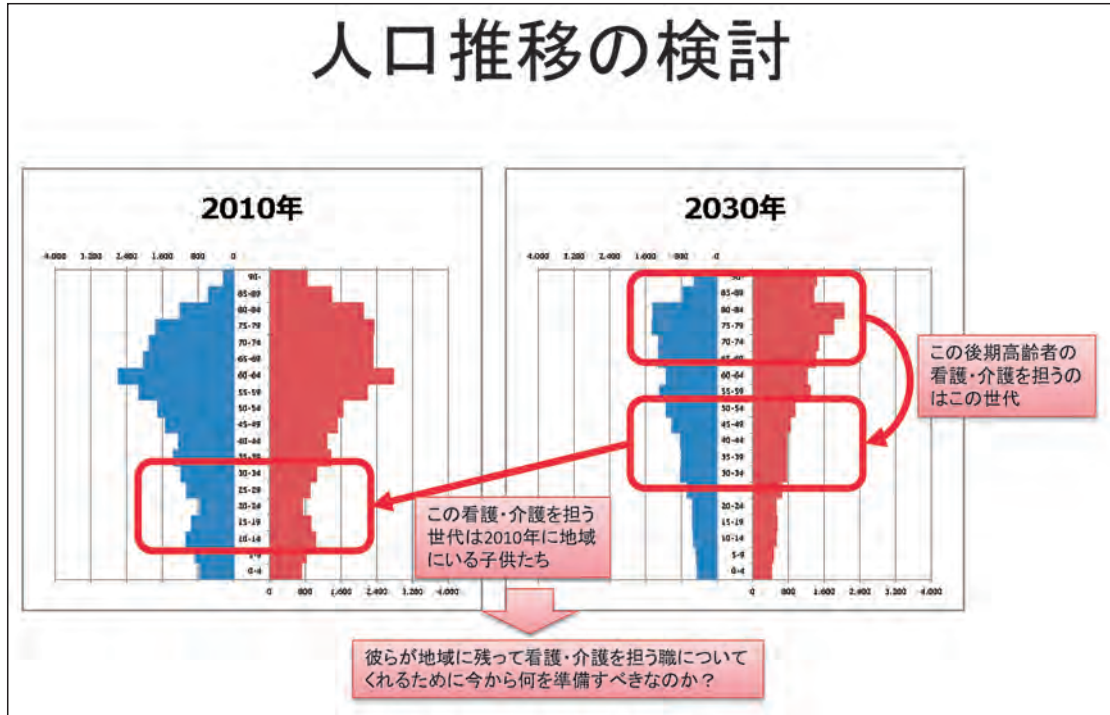
ポイントは、図表6に書いてあります。これはこのような仮定を置いてやったもので、研究会の報告書でも書いてありますが、これは目標ではありません。あくまでこの仮定でやった場合にどのくらいの病床数になるかということ推計したということになります。

ただ、ポイントは恐らく幾つかあると思うのですが、一般病床の推計に関しては、医療資源の投入量が今の性・年齢階級別の使用量と余り変わらないとすれば、回復期まで含めた一般病床の病床数の推計のずれはそれほどないだろうと思っています。むしろ大きなポイントは、後期高齢者が増えてきますので、慢性期の部分をどのように見ていくかということが、今後、一番大きな課題になるだろうと考えています。

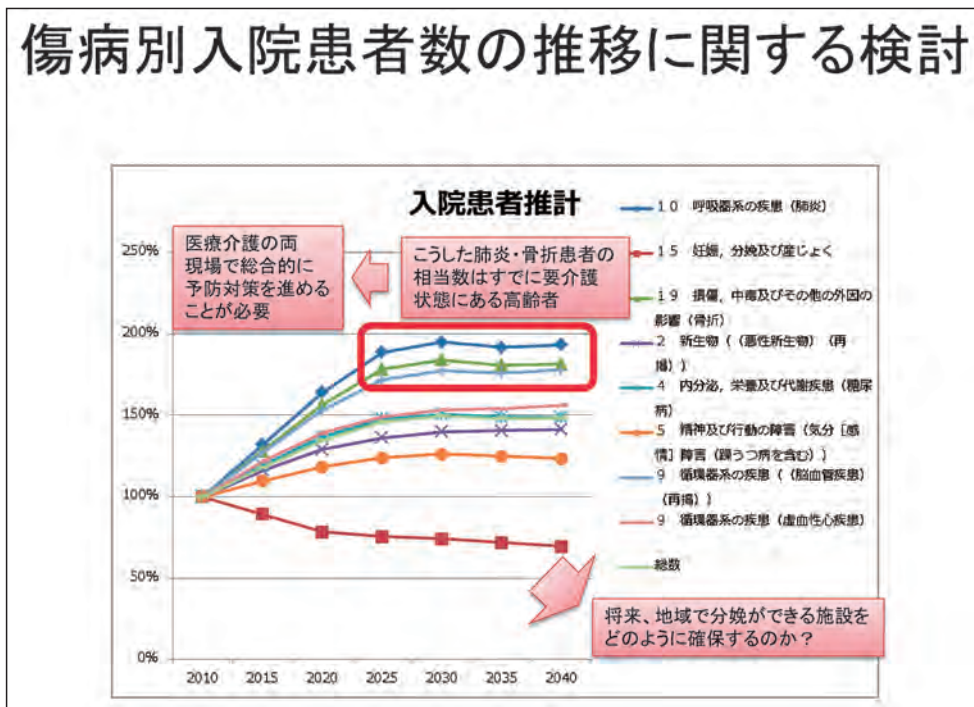
ポイントは、もし仮に「医療区分1」の患者の70%を退院させるとしたときに、これらの患者は



図表 7



図表 8



どこに行くのかという問題です。個人的には、これは難しいだろうと思っています。

介護保険が始まったときの療養病床に入っていた患者さんと、現在医療保険の枠組みのなかで療養病床に入っている患者さんでは、重症度が全然違います。ADL 区分で見たときの重症度もかなり重くなっていますが、それよりも何よりも高齢化が進んでいます。そういう意味で、なかなか地域の受け皿がない、家族の受け皿がないという状況があります。では果たして本当にこの 70% の患者さん



をどういうふうに見ていくのか、これを具体的に考えることが、地域包括ケア構想の一番重要なポイントになってくると考えています。

やはり多くの地域で人口推移が図表7のようになってしまうのは、考えなければいけないだろうと思います。福岡県でも半分以上の自治体はこういう形になってくるわけですが、2030年には75歳以上の、特に女性の後期高齢者が非常に増えてきます。80歳の後半になってきますと、男性は大体亡くなられてしまいます。すると、女性の後期高齢者の独り暮らしの人たちを、どのようにしていくのかということがとても大きな課題になってきます。

ただ、それを支えるための若者世代がどこでも少なくなってくるので、この2030年、2025年をどういうふうに乗りにいくのかということが、大きな課題になってくだろうと考えています。

また、傷病構造、年齢構造の変化は、傷病構造、傷病別の入院患者数の推移に大きな影響を与えてきます。今後、後期高齢者に発生する病態に基づく入院が増えてきます。図表8は、患者調査のデータと社人研の人口推計を組み合わせて推計したのですが、これから多くの地域で増えてくるものは、肺炎・骨折・脳血管障害になってきます。ただ、この肺炎・骨折・脳血管障害が増えてくるといふことの意味は、それぞれの病態でかなり違います。

まず、脳血管障害が増えると言っても、これは受療率です。受療率は基本的には新しく発生する「罹患率」×入院期間になります。脳血管障害の場合には、非常に入院期間が長いので、ある意味で脳血管障害の患者さんが新規発生として大きく増えるわけではありません。要するに、急性期、回復期、慢性期と積み上がってくるイメージです。

ところが、肺炎と骨折は、入院期間は短く、これから後期高齢者を中心にたくさん発生してきます。

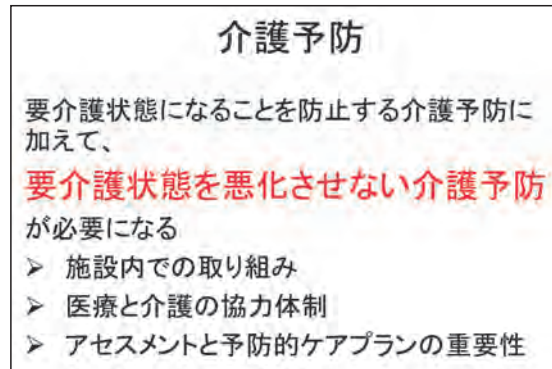
ただ、ここで問題になってくるのは、その肺炎・骨折の患者さんがどこから発生してくるのかです。すでにこれは急性期病院の救急部門で大きな問題になっていますが、最近、多くの患者は、すでに要支援・要介護状態である人たちが施設から搬送されてくる例が非常に増えてきています。またそうした患者のかなり多くが、認知症もおもちになっています。要するに、ベースに要支援・要介護状態がある人たちが時々いわゆる急性期のイベントを起こして、急性期に運ばれてくるといふ状況になってきています。恐らく、これをそのまま放置しておくと、すでに私どもの大学病院もそうなっていますが、急性期病院の救急外来はもたなくなってしまう。ある程度地域全体で、その肺炎・骨折を見ていくという仕組みをつくっていかないと、立ち行かなくなるだろうと思っています。

国の方針としては、要介護状態になることを防止する介護予防というのがかなり重視されているわけですが、すべての高齢者に対してその要介護状態を悪化させない介護予防の仕組みは介護施設内での取り組み等が必要になってくだろうと思っています（図表9）。

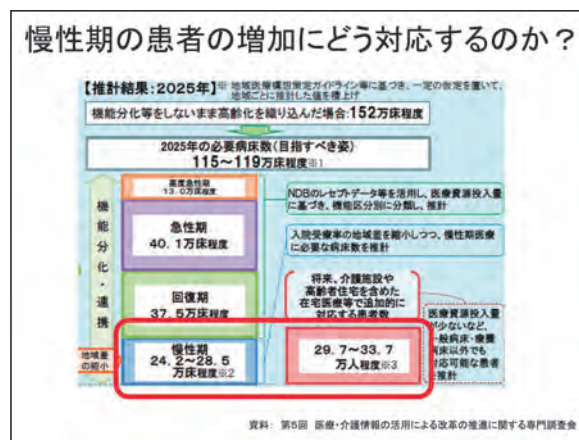
今年度から老健事業のなかで介護の質評価のプロジェクトが始まるわけですが、そのなかで、今までいろいろな文献を調べ、要介護状態を悪化する要因は何かという研究をしました。多くの場合は、これはメディカルなイベントです。肺炎が起こる、転倒が起こる、骨折が起こる、認知症が悪化する。あるいは、発熱をする、脱水をする。すると、そのようなメディカルなイベントをいかに防ぐかという観点からの介護予防の質評価が、介護保険のほうでのサービスの質評価の中心になると思います。そういうなかでどのようにやっていくかということが重要になってくる。要するに、アセスメントと予防的ケアプランをどのようにつくっていくのか。それから、後期高齢者がこれだけ増えてきた状況で、医療と介護を別々に考えるということの無理が来ているのではないかと思います。とにかく一番の問題は、この慢性期の患者さんの増加にどのように対応するのかということを実践的に考えるということが重要だろうと思っています（図表10）。

福岡県では、各医師会の先生方に集まっていたいて、模擬調整会議をやっております。そのなか

図表 9



図表 10



で一番のポイントになるのは、まさにこの慢性期の患者さんをそれぞれの地域でどのように見ることが出来るのかということを具体的に考えていただくことだろうと思っています。

例えば、黒木町という、かなり大きな山間部の地域があるのですが、そこには高齢者がばらばらに住んでいます。そのばらばらに住んでいる高齢者を前提として、それを在宅医療でやっていくこと、これは無理だろうと思います。

そうすると、例えばその黒木町を抱えている久留米医療圏の場合には、在宅医療でそれを全部賄うことは無理なわけで、当然、介護施設や医療のほうで見ていかなければいけなくなるでしょう。要するに、それぞれの地域でどのようにその慢性期の患者さんをこれから見ていくのかということを実体的に考えていただくのが、今回の地域医療構想の会議でとても重要であろうと思っています。

ただ、残念ながら、いろいろな地域の資料が出始めていますが、それぞれの地域の傷病構造がどうなるのかとか、慢性期の患者さんがどうなるのかという議論を飛ばして、最初から私たちが作成した推計ツールを使って病床数の議論をやっていると思います。しかしそれでは、うまくいかないだろうと思います。まず、それぞれの地域でどういう傷病構造でこれからどうなるのか、それに対してどのように対応していくのかということを実体的に考えるというステップをやっていないとうまくいかないのかなと思っています。そしてそれが地域包括ケアの課題だろうと思っています。

次に、この「急性期以後」、特に慢性期の高齢者をどのように地域でケアするかが、これからの各地域の医療・介護のあり方を決めるだろうと思っています。そういう意味で、「地域包括ケア」体制をつくっていくことが大きな課題になると認識しています。

## 2. 地域包括ケア

地域包括ケアの最初に出された概念というのは、日常生活圏域、30分で駆けつけられる圏域ということですが、ここで医療、介護、予防、生活支援、住まいを保障していくということを考えるということになります（図表 11）。これからその計画と言っても完全に計画をつくることはできませんので、ある程度の基盤整備や指針づくりを各自治体がやっていくことになるのですが、少し心配です。というのは、今回の地域医療構想の策定過程を見ても、余りにも自治体のそうした対応能力が低過ぎるのです。本当に今のような地域マネジメントの状況でこの地域包括ケアというものが具体化できるかということに関しては、とても危惧しています。そういう意味では、医師会としてきちっとコミットしていくということが重要ではないかなと思っています。

今から、少し具体的事例でお話ししたいと思います。

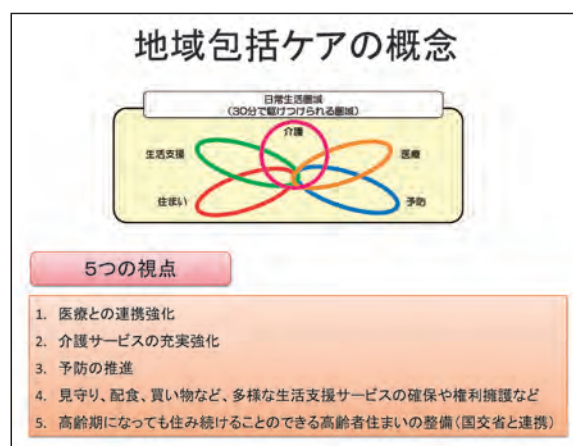
図表 12 は、私がずっと研究のフィールドにさせていただいている京築地域というところの人口推移を見たものです。大体、今、20 万人弱いますが、これが 2040 年にかけてどんどん減っていったって、今から 5 万人ぐらいさらに減っていくという状況になります。

かつては若い世代がどんどん出ていってしまいました。最近では、その出ていく量も減ってきたのですが、最近の人口減少の原因は、これから見ていただくと明らかにわかりますように、死亡です。要するに、多死社会に入っているということです（図表 13）。

この京築地域というのは、高齢化率が 30% に近い地域ですので、まさにこれからどんどん人が亡くなっていく社会になるわけです。人口構成も図表 14 のようになります。たった 20 年で急速に高齢化が進んでいきまして、前期高齢者よりも後期高齢者が多いという時代が、あと 10 年、15 年後にはやってきます。しかも、独り暮らしの後期高齢者が増えてくる。また、この地域は持ち家がかなり多い地域で、皆さんが一戸建ての家に住んでいる地域です。さらに、この地域では外来の受療率は下がってきています（図表 15）。理由ははっきりしていて、後期高齢者になると、診療所に通えなくなってしまうのです。この地域は民間のバス会社も、バスの運転をかなりやめてきていて、中山間部に住んでいる高齢者は足がないために、受療率を下げるということになっています。

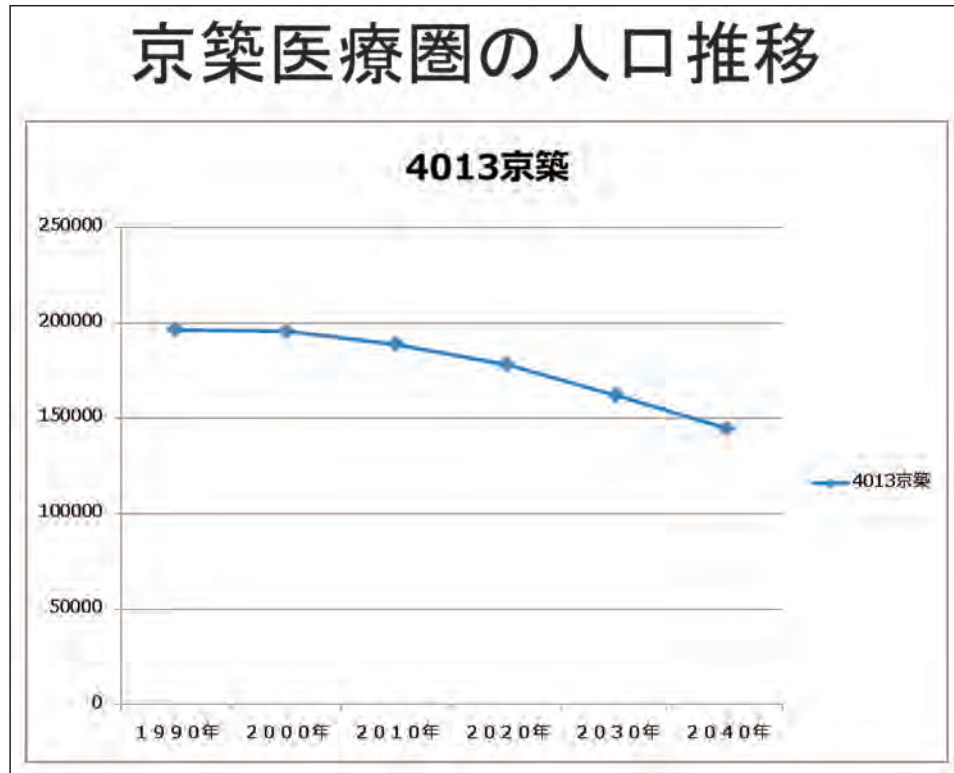
ただ他方で、入院患者はこれから増え、大体 10% ぐらいは増えます。ピークは 2030 年になります。何が増えるかというと、肺炎・骨折・脳血管障害が 20% ぐらい増えてきます。分娩はどんどん減っていきます（図表 16）。

図表 11

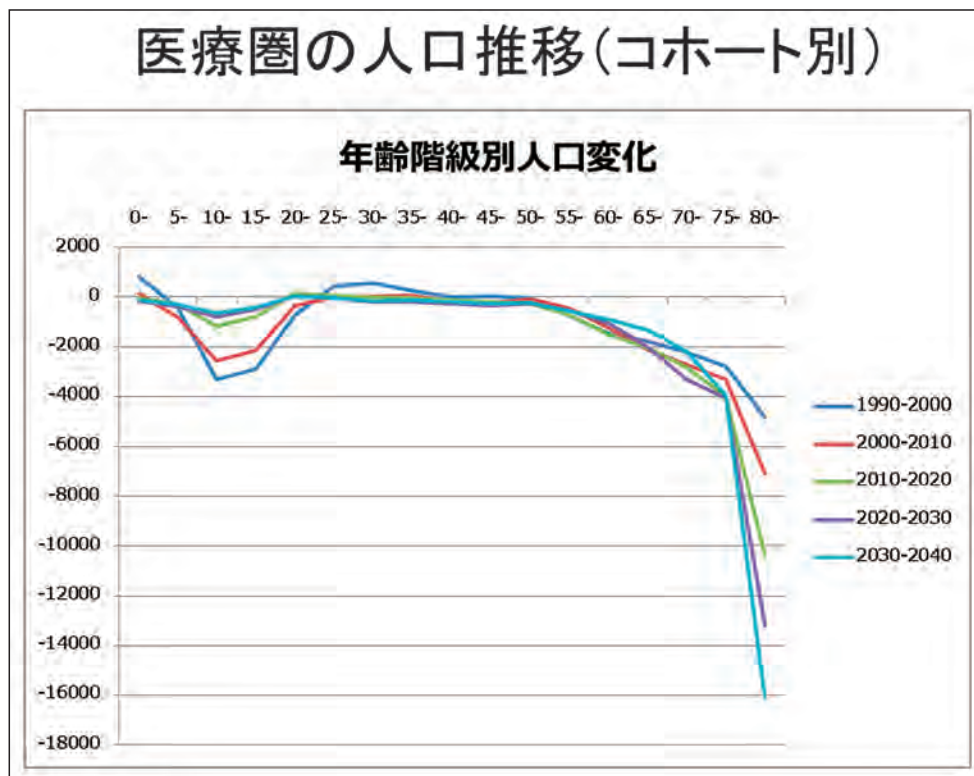




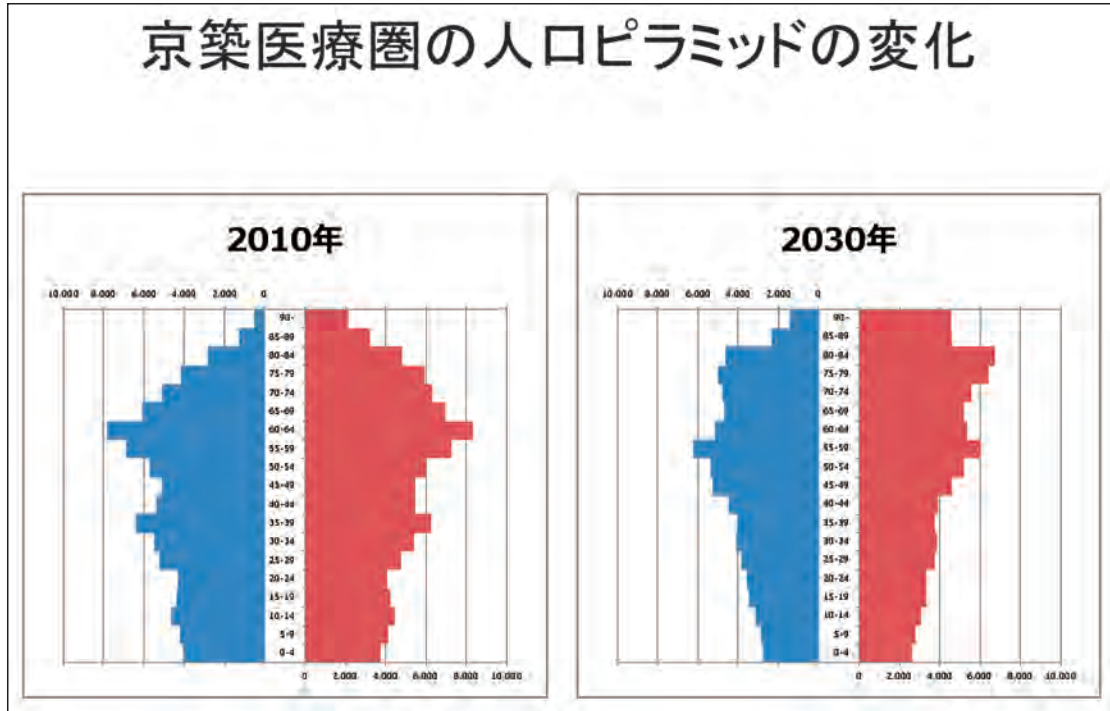
図表 12



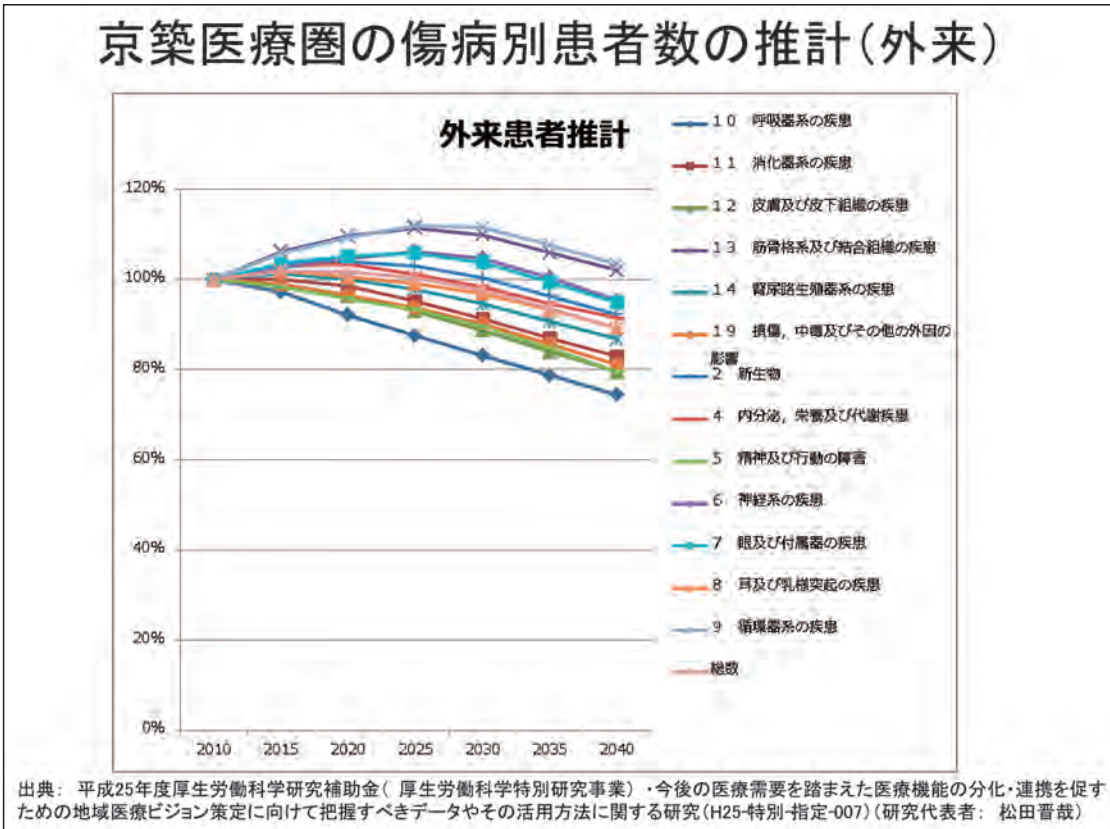
図表 13



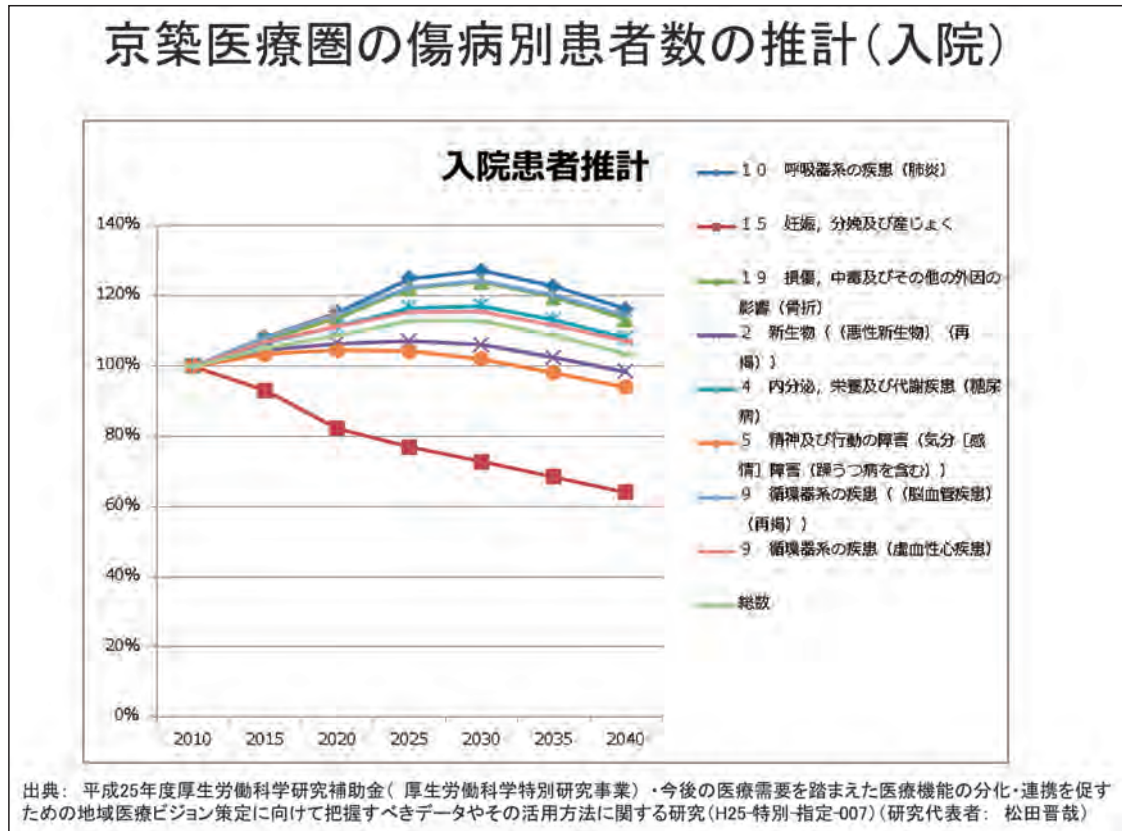
図表 14



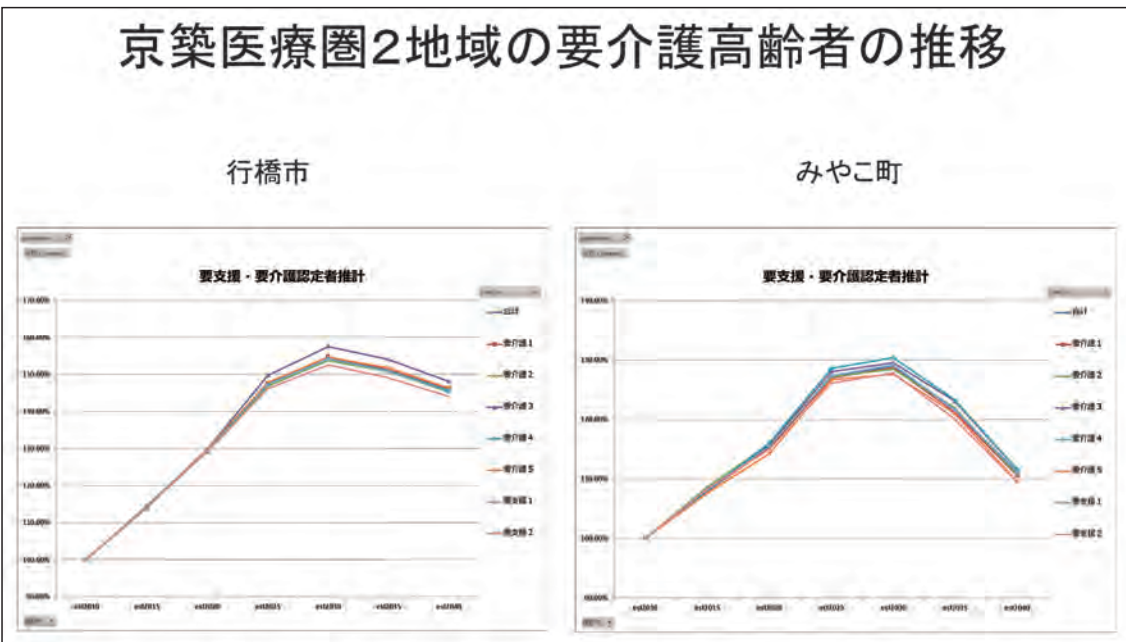
図表 15



図表 16



図表 17





同じように、要介護高齢者の推計もやってみました（図表 17）。この京築地域の中核都市が行橋市というところで、ここは特急も停まる一番の中核地域ですが、ここでも要介護高齢者の推移をみると、ピークとしては 2030 年になります。

それから、隣の少し農村地域のほうに入って、みやこ町というところになりますと、ここも 2030 年がピークになります。

ただ、この 2 つを見ていただいてわかりますように、都市化の進んでいる行橋市の場合は、そこからゆっくりと要介護高齢者が減っていきませんが、みやこ町やその他の京築地域の自治体に関しては、急速に要介護高齢者も減っていきます。つまり、2030 年をピークとして、そこから介護事業の需要も非常に落ちてしまうという状況があります。

これは非常に難しい状況でして、これから要介護高齢者が増えますが、増えることを前提に施設をつくるということが、少し難しい状況になっています。建てても 15 年たったらもうピークアウトしてしまいますので、投資部分が回収できない可能性があるわけです。そういう意味では、今ある施設を使ってどのように対応していくかということが一番の課題になってくると思います。

今回お配りしたソフトとはまた別に、1 年前に私たちの研究班で別途現状を追認した場合の必要病床数を推計するソフトをつくっています。図表 18 は現在の患者調査のデータと国立社会保障・人口問題研究所の人口推計でシミュレーションしたのですが、大体どのくらいの病床数が必要なのかということを推計しています。

例えば急性期で言いますと、一般病床、回復期まで含めると、大体ピークのところまで現時点でそのまま伸ばすと、300 床ぐらい足りなくなります。療養病床のほうも今のままの状態で行くと、大体 300 床ぐらい足りなくなります。両方とも 300 床ぐらい足りなくなるのですが、ただこの地域も病床過剰地域ですので、これ以上病床を増やすことはできません。

図表 18

京築医療圏における必要病床数と 平均在院日数の推計結果 (現在の入院率を前提としたシミュレーション)							
各年度推計病床数							
年度	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
高度急性期	385	402	412	424	421	406	386
一般急性期	962	1,005	1,031	1,059	1,053	1,014	966
回復期	577	603	618	635	632	608	580
医療療養	710	773	827	900	920	889	843
介護療養	174	192	208	231	237	229	217
精神	806	825	829	825	809	778	743
その他	17	18	19	19	19	19	18

病床利用率は、高度急性期 85%、一般急性期85%、回復期85%、医療療養95%、介護療養95%、精神90%、その他50%と仮定  
一般病床は高度急性期・一般急性期・回復期を20:50:30に分割  
医療圏内外の患者移動は考慮していない

各年度平均在院日数（現状追認シナリオ）							
年度	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
高度急性期	21.6	20.7	20.1	19.6	19.7	20.5	21.5
一般急性期	15.0	14.3	13.9	13.6	13.7	14.2	14.9
回復期	83.0	79.3	77.4	75.3	75.7	78.7	82.6
医療療養	147.0	135.0	126.1	115.9	113.5	117.4	123.8
介護療養	260.1	236.2	217.9	196.7	191.2	197.8	209.2
精神	332.4	325.0	323.3	325.1	331.2	344.4	360.8
その他	70.0	66.4	64.6	62.6	62.8	65.1	68.1

2010年の推計病床数で患者数の変化を踏うために必要な在院日数として推計

出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

今の病床で対応しようとするならば、何をしないといけないかというと、平均在院日数を短くしなければいけないということになります。急性期病床のほうは、2日程度短くしていただければいいので、そんなに問題なくできるだろうと思います。

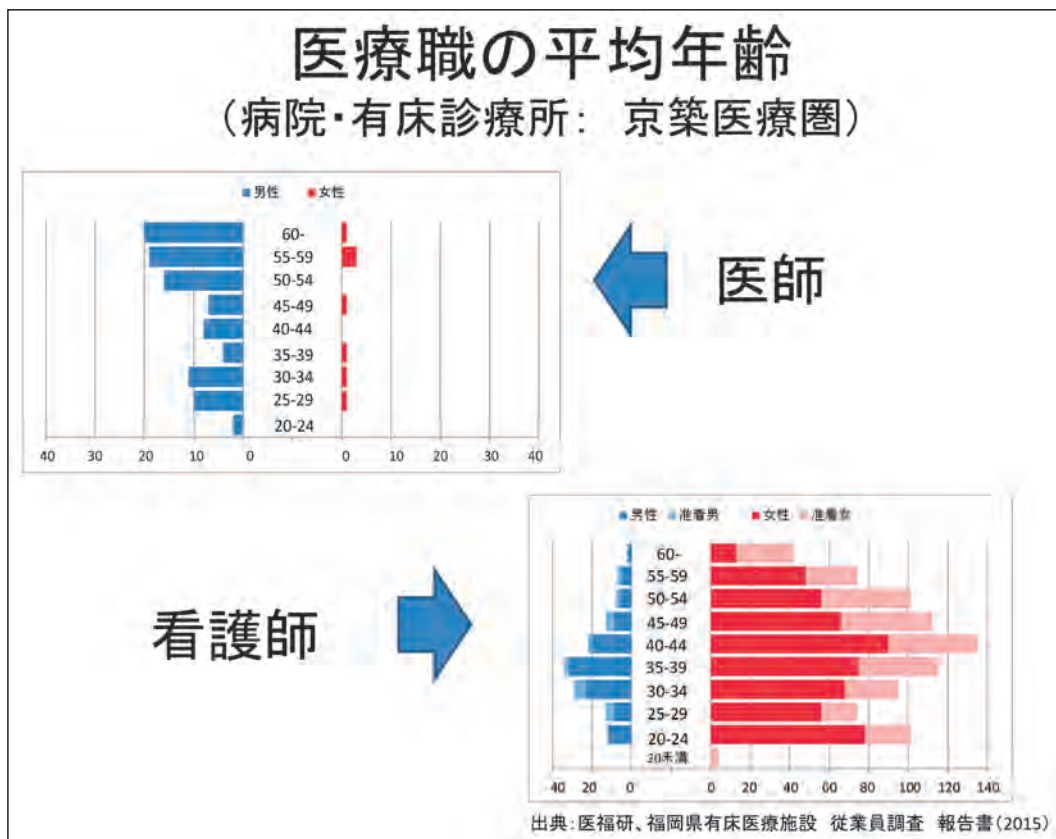
問題は、療養病床のほうで、1ヶ月～2ヶ月平均在院日数を短くしなければ、療養病床が足りなくなります。今回の調査会のほうから出す意見のとおりにはやらずに現状の病床でやろうとしても、在宅あるいは介護の受け皿をつくっていかなければ、要介護高齢者の行き場がなくなってしまうということになるわけです。

ただ、この地域はもっと厳しい問題があります。図表 19 は医療職の平均年齢を見たものです。福岡県は、病院・有床診療所の医師、看護師、薬剤師等の年齢調査をやっています。これが京築地域の病院・有床診療所の医師及び看護師の年齢の分布を見たものです。

まず、見ていただきたいのは、医師のところですが、50代以降の医師が4割ぐらいを占めているということです。この地域では、これから非常に深刻な後継者不足になります。それから、看護師も見てくださいとわかると思うのですが、40代が一番多く、45～60歳代というところの看護師がかなりいらっしゃいます。しかも、そのうちの半分は准看護師です。これが10年後、20年後どうなるかという話になってくるのですが、これから医師・看護師の確保がとて難しくなっています。もし、今、何もしないとなると、地域のニーズは残りますが、地域のニーズがあるにもかかわらず、医療職の確保が困難であるということで、病床を閉鎖せざるを得なくなってしまうと思います。

地域医療構想に関連して議論が続いていますが、すでに年間1万5,000床ぐらいつつ病床が減っていることの原因のほとんどが、後継者の不足と看護師の確保困難です。120万床という病床数は、センセーショナルではありますが、放っておいても120万床になってしまうだろうと思います。

図表 19



問題は、ニーズが残るのに医療職がいらないために病床が閉鎖されてしまうということであり、これは非常に大きな社会問題になるだろうと思います。そういう意味では、計画的にどのように配置をするのかということも考えていくことが重要だろうと思います。それから、この地域で問題なのは、准看護師がこれだけ今いるという状況ですが、これから准看護師の供給が非常に難しくなります。すると、いわゆる正看護師中心で組まなければいけないということになると、人件費がもたないだろうと思います。そういう意味で、こういう状況を踏まえながら2030年の医療提供体制、介護提供体制をどういうふうに考えるか。これが地域医療構想で重要なことだと思ひますし、地域包括ケアを考えるうえでも重要なことだろうと思ひます。このようにいろいろ分析をしました京築医療圏の医療・介護の課題は図表20にまとめたとおりです。

2025年、2030年がピークになるわけですが、このなかで肺炎・骨折・脳血管障害・認知症対策をどうするのかということがあります（図表21）。この増加する肺炎・骨折の対応をどうするのかということがとても重要なのですが、国の仕組みは、介護保険と医療とばらばらに動いてしまっていますが、介護予防といわゆる健康づくりというのは、本来、一体的にやらなければ意味がないだろうと思ひます。ところが、これがばらばらにされているので、そういう意味で、その予防戦略というもの、特定健診・特定保健指導も踏まえて、戦略的に見直しをすることが必要ではないかなと思ひます。

それから、これからの地域包括ケアを考えるうえで、とても重要な問題として認知症があります。福岡県のある自治体で、個人情報をもとて匿名化してハッシュ化したうえで医療のレセプトと介護のレセプトとをつないで分析をさせていただいています。当該議会の個人情報保護委員会を通してやって

図表 20

京築医療圏の医療介護の課題	
・ 高齢者、特に後期高齢の女性が増加する	
・ 2025年が医療・介護ニーズのピークになる	
－ 外来需要は減っている	
－ 入院需要は2030年がピーク	
・ 特に、肺炎、骨折、脳血管障害、認知症対策が重要になる	
・ 医療介護の連携を前提とした「予防」が重要となる	
・ 介護施設における「医療」の評価	
－ 多死社会への対応	
・ 在宅医療の提供体制	
－ 医療職・介護職の確保	

図表 21

増加する肺炎・骨折への対応	
・ 虚弱高齢者への予防的健康教育の必要性	
－ 口腔ケア	
－ 筋力増強プログラム（転倒予防）	
－ 栄養指導（科学的な食事指導）	
・ 介護予防の戦略的な見直しが必要	
－ 特定健診・特定保健指導事業を別々にやるのでは効果が薄い	



いますが、ここで何をやったのかというと、**図表 22** は介護保険で在宅介護サービスを受けている人たちがどういう病気をもっているかを調べたものです。

2011 年には、認知症でがんをもっていて、在宅で介護保険を受けている人が 18 名いらっしゃいました。それが 2013 年には 37 名に増えていて、直近ではこれが 60 名を超えています。要するに、認知症をもっていてがんで在宅介護を受けているという方たちがこれからすごく増えてくるわけです。

しかも、そのがんの場合、要介護度が要介護 1 ぐらいにしかならないので、施設への入所が非常に難しいという状況があります。このように複合的なケアニーズをもった人たちを在宅でどういうふうに介護していくのかということは、とても重要な問題だろうと思っています。

地域ケア会議がありますが、実際にはドクターがあまり参加させてもらえていません。医師抜きの地域ケア会議というのは結構つくられてしまっています。医療の進歩もありますが、これから後期高齢者が増えてくるといふことと、複雑な医療ニーズをもっている方の在宅ケアが必要となってくるといふことを認識しておかないと、とても難しいことになるだろうと思っています。実際に認知症をもっていて、糖尿病性の網膜症で、腎不全で透析を受けている人というのはかなり増えてきていますので、こういう人たちをどうするのかという課題があるだろうと思っています。

それから、**図表 23** は寺岡先生のデータをもう 1 回分析させていただいたのですが、看取りの問題です。看取りがどういう条件があれば可能であるかということ、介護施設を対象にして調査した結果を基にして、それをもう 1 回分析させていただきました。結局、看取りが可能であるためには医療対応があること。これが、看取りができるための条件だということが、意識調査等でもわかっています。

そういう意味では、今回、看護小規模多機能施設が介護保険に入りましたが、尾道市のように、いわゆる医療のサポートをもった在宅介護とか施設介護をどういうふうにやっていくかということが、

図表 22

複合的な傷病を持つ 在宅要介護高齢者数の時系列変化 (福岡県の1自治体データ)					
年月	認知症＋ がん	認知症＋ 肺炎	認知症＋ 筋呼格系疾患	がん＋ 虚血性心疾患	糖尿病＋ 慢性腎不全
2011年4月	18	16	121	32	37
2011年5月	18	20	114	33	36
2011年6月	19	20	122	36	40
2011年7月	22	21	134	36	41
2011年8月	24	23	136	38	43
2011年9月	22	20	144	40	46
...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...
2012年11月	36	23	206	50	59
2012年12月	41	40	214	55	65
2013年1月	39	47	214	58	70
2013年2月	37	45	219	52	69
2013年3月	37	42	234	53	67

図表 23

「看取り」が可能である条件の分析					
デイスサービス	標準化されていない係数		標準化係数 ベータ	t 値	有意確率
	B	標準誤差			
(定数)	.780	.129		6.027	.000
侵襲的医療行為_看取り条件無	.387	.139	.452	2.778	.009
訪問介護					
	標準化されていない係数		標準化係数 ベータ	t 値	有意確率
	B	標準誤差			
(定数)	.381	.175		2.179	.041
医療合計	.052	.009	.794	5.850	.000
ケアハウス・サ高住・GH・有料老人ホーム					
	標準化されていない係数		標準化係数 ベータ	t 値	有意確率
	B	標準誤差			
(定数)	.719	.278		2.588	.017
医療合計	.046	.016	.533	2.952	.007
小規模多機能施設					
	標準化されていない係数		標準化係数 ベータ	t 値	有意確率
	B	標準誤差			
(定数)	1.444	.202		7.131	.000
侵襲的医療行為_看取り条件無	.516	.213	.544	2.424	.030

看取りが可能であるためには「医療」対応が重要

これから大きな課題かなと思っています。ただ、これからやはり財源も厳しくなっていきますし、医療者もこれから従来ほど潤沢にいるわけではなくなります。

ここでもう1つ、医学部の入学者の3割以上が女子学生になってから、実は10年以上がたちます。今、すでに20代、30代の前半の医師の3割が女性になっています。福岡県で調べても、病院で勤務している20代、30代の医師の3分の1は、すでにもう女性になっています。そうしますと、これから10年後、20年後には、40代、50代の前半ぐらいまでの病院等で勤務する医師の3分の1が女性医師になるということです。

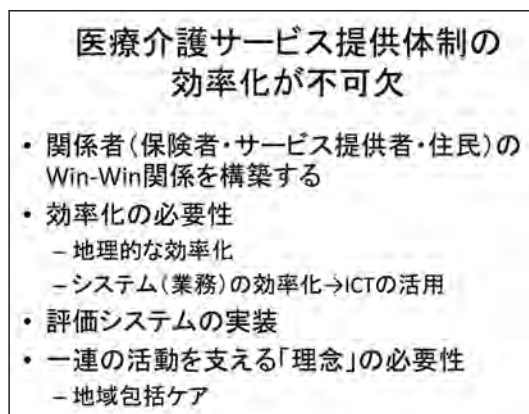
そうすると、今までのような男性を中心とした勤務体制がなかなか難しくなってくるだろうと思うのです。従来以上にワークライフバランスを考えた働き方を考えるようにしていかないと、病院の機能を維持できなくなってくるだろうと思います。

それに少し関連しますが、フランスはこの問題にすでにかなり悩んでいて、それに加えて35時間労働制というのが導入されました。医師はある程度緩和されたのですが、医療職の労働時間が長過ぎるということが問題になって、それを短くしようとするをやったわけです。その瞬間何が起こったかという、フランスでは深刻な医師不足になりました。特に病院の医師が不足してしまったということが起こってしまいました。

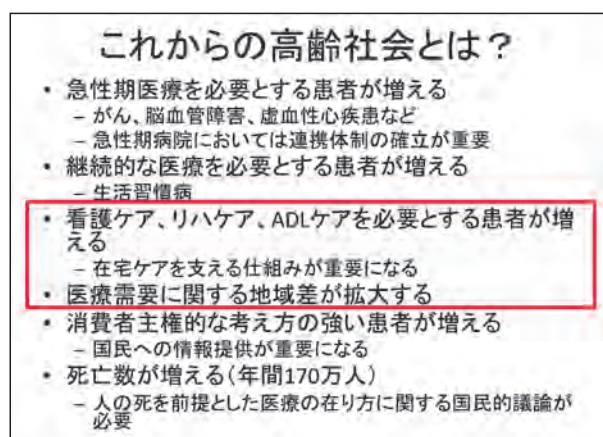
そういうことがありますので、せめてこの医療・介護サービス提供体制をどういうふうに効率化するかということも一方で考えていかないと、これからの高齢社会は乗りきれないのかなと思います。

いずれにしても、これからの高齢社会は、この看護ケア、リハケア、ADLケアを必要とする患者さんが非常に増えてきますので、これをどうするのか(図表25)。それから、医療需要に関する地域差が非常に拡大します。この部分をどう考えるかということで、やはりローカルなレベルで、医療・

図表 24



図表 25



介護を総合的に計画していく、評価をしていくという仕組みをつくっていかねばいけないだろうと思います(図表 24)。

そういう意味で、図表 26 はいわゆる熊本モデルですが、地域包括ケアを支えるためには、この地域包括ケア病棟をもった病院群をどういうふうこれから地域で整備していくのか、これが1つの鍵になるのだろうなと思っています。

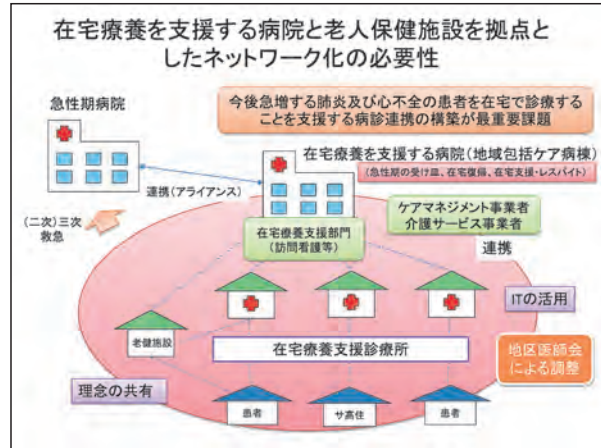
熊本の場合は、いつもここが褒められるわけですがけれども、済生会だったり、日赤だったり、医療センターだったりして、平均在院日数が7日とか8日、1日当たりの入院単価が11万円で素晴らしいという話になるわけです。しかし、そうした病院群がなぜできているかというと、ポストアキュート、介護や在宅の調整も含めて総合的に引き受けてくれる、いわゆる熊本機能病院とか、西日本病院とか、青磁野リハビリテーション病院があるからできることだろうと思っています。

そういう意味では、急性期と在宅介護、その間で中間的にいろいろなマネジメントをしてくれる病院群、病床群をどのようにつくっていくのかということが、地域包括ケアのまず1つの大きな課題だろうと思います(図表 27)。

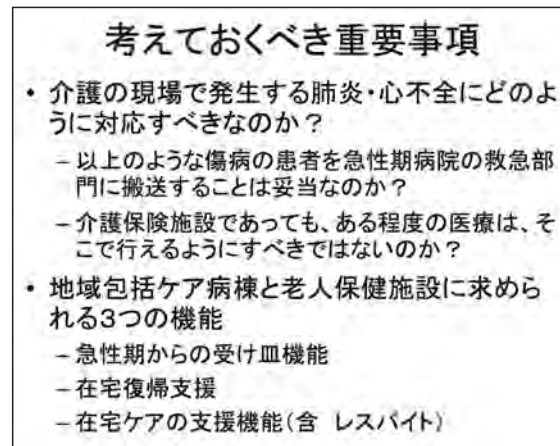
そのなかで、やはりどうしても医療と介護を別に考えることは難しくなっているのだろうと思います。フランスでは、高齢者施設の改革が行われました(図表 28)。かつては長期療養施設が病院、特別養護老人ホームは介護給付でやられていたわけですが、長期療養施設というのは、医療は医療保険、ホテルコストは自費です。特別養護老人ホームは、医療は医療保険で、これは予算制だったので



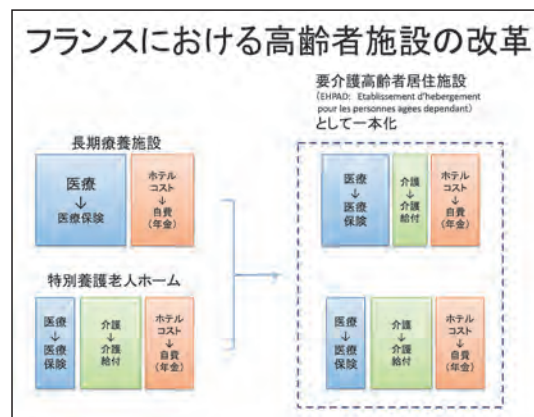
図表 26



図表 27



図表 28



すが、介護は介護給付、ホテルコストは自費という形でやっていました。しかし、そもそも両方に入っている人たちがかなりオーバーラップしてきて、この2つを分けることはもう難しくなって、これが EHPAD：要介護高齢者居住施設として一本化をしました。医療であろうと介護施設であろうと、医療に関しては医療保険、介護的なものに関しては介護給付、ホテルコストは自費と、こういう仕組みになっています。

今、老人保健施設で、まさにこの医療保険が使いにくいことから、空床問題が出ているわけですが、やはりこの医療は医療で、介護は介護でという、原則をきちんとつくっていかないといけない時期に来ているのではないかなと思います。

あと、ケアプランの質をどうするかということが問題だろうと思っています。地域リハビリテーションの一環としてのケアマネジメントは、これから重要になるわけですが、我が国の場合、非常に厳しい言い方になりますが、やはりケアマネジメントがほとんど機能していないと思います。本来、ケアマネージャーの仕事は、本人がどういうニーズをもっているのかをアセスメントして、その人に適切なサービスを提供し、モニタリングして、おかしければそれを調整するという作業をするはずでした。

ところが、今のケアマネージャーのほとんどの仕事は、給付管理になってしまっています。要するに、そこには介護予防的な視点もないですし、それより何より大きな問題は、医療に対する理解があまりないケアマネージャーが多過ぎるように思います。やはりこれだけ後期高齢者が増えてきて、医療のことに介護のニーズが増えて複合化してきて、がんの患者さんで在宅介護が必要な人たちが増えているという状況を考えると、やはり北欧でやられているように、医療と介護のダブルライセンスをもった方がケアマネジメントをやるという仕組みをどこかで導入しなければいけないのではないかなと思っています。ただ、それがもし難しいのであれば、やはりケアカンファレンスをきちんと動かすということをやらないといけないのではないかなと思います。

かつてケアプランの質を評価したことがあります（図表 29、30）。ケアマネージャーからケアプランを全部いただき、提供されているサービスを踏まえて評価をしたのですが、結果は惨たんたるものでした。ただし、良いケアプランを立てられている対象者では、1年2年と追いかけても、要介護度は悪化していませんでした。一番のポイントは何だったのかというと、課題分析と短期目標・長期目標が合っている。要するに、アセスメント結果から見て適切なサービスが提供されている方で、やはり要介護状態が悪化していないということが分析できました。

行橋市ですとやっているのですが、今のアセスメントシートは、そのチェックされた項目からどういうサービスが必要かというトリガーが設定できないようになっているのです。でも、アセスメントの結果を踏まえてサービスを割りつけるのであれば、アセスメント結果からどういうサービスが必

図表 29

### 厚労省「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」における評価項目案 アセスメント項目(抜粋 1)

(1) 過去3か月間の転倒の発生の有無	1. あり	2. なし	
(2) 過去3か月間の発熱の発生の有無	1. あり	2. なし	
(3) 過去3か月間の誤嚥性肺炎の発生の有無	1. あり	2. なし	
(4) 過去3か月間の脱水の発生の有無	1. あり	2. なし	
(5) 過去3か月間の褥瘡の発生の有無	1. あり	2. なし	
(6) 過去3か月間の認知機能の変化	1. 改善	2. 不変	3. 悪化
(7) 過去3か月間の移動・歩行の変化	1. 改善	2. 不変	3. 悪化

介護サービスにおいては医学的イベントの予防が質管理の上で重要になる

図表 30

**厚労省「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」における評価項目案  
アセスメント項目(抜粋 2)**

<b>■ 転倒</b>		
(1) 過去3か月以内に転倒をしましたか	1. はい	2. いいえ
<b>■ 発熱</b>		
(2) 過去3か月以内に37.5度以上の発熱がありましたか	1. はい	2. いいえ
<b>■ 誤嚥</b>		
(3) 過去3か月以内に誤嚥性肺炎の既往がありますか	1. はい	2. いいえ
(4) 食事中にむせることがありますか	1. はい	2. いいえ
(5) お茶を飲む時にむせることがありますか	1. はい	2. いいえ
(6) 口から食べ物がこぼれることがありますか	1. はい	2. いいえ
<b>■ 脱水</b>		
(7) 過去3か月以内に脱水状態になったことはありますか	1. はい	2. いいえ
<b>■ 褥瘡</b>		
(8) 過去3か月以内に褥瘡の既往がありますか	1. はい	2. いいえ

**介護サービスにおいては医学的イベントの予防が質管理の上で重要になる**

要なのかということはある程度推計して、その推計結果を基にどういうサービスを割り付けるかということをやるとなるとツールが必要だろうと思います。そういうものを、平成14年ぐらいから開発しまして、今、これを行橋市で使っています。チェックをすると、それぞれどういうサービスが必要なのかということがポイントとして出るようになっていて、それを総合すると、推奨されるサービスが提供できる。そんな感じになっています(図表31)。

あと、評価を困難にしている構造的な問題として、医療施設と在宅を総合的に見ていかなければいけないのに、介護施設のケアマネジャーと在宅のケアマネジャーが必ずしも連携できていないという問題があります(図表32)。いろいろな問題がありますが、一番大きな問題は、日本は公的な介護保険を入れているにもかかわらず、アセスメントの方法がばらばらなのです。公的な給付をやっている国では、アセスメントは実際統一しているのです。

ところが、日本はどのような経緯がよくわからないのですけれども、3団体方式とか、訪問看護協会方式とか、それぞれ独自の職種のケアプランを、アセスメントシートをつくってしまったために、視点がそろわないわけです。視点がそろわないケアプランでアセスメントをして、ケアカンファレンスをして、結局、うまくいくわけではないだろうと思います。アセスメントをするためのツールを統一することはどこかでやらなければいけないのではないかと思います。

やはりこれからのケアマネジメントは、病院等でやられている看護診断、看護計画的なケアマネジメントにならなければだめだろうと思います。つまり、その人がもっているリスクを評価して、そのリスクが顕在化しないように予防的なサービスを提供していくのです。今回、介護の質評価でもやるわけですが、例えば嚥下に困難がある人は、当然、誤嚥性肺炎を起こす可能性があるわけです。嚥下のところに問題があるとするのであれば、その人に対して誤嚥性肺炎を起こさないようなサービスを

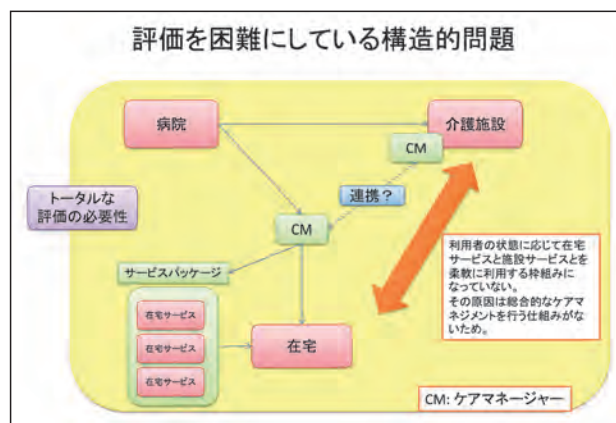


図表 31

アセスメントでチェックされた項目から望ましいサービスを推定(トリガーの設定)									
様式第12号(第10版改訂前)				生活支援判定基準表					
分類	判定対象項目	指標	加算	サービス取得点票					
				基本点票	ケアサービス	ホームヘルプサービス	ショートステイ	認知症対応型共同生活介護サービス	居宅介護・福祉用具貸与
Ⅰ基本情報	年齢	80以上94歳未満 95歳以上	0.5 1	0					
	世帯状況	独居 65〜79歳 80歳以上 高齢者のみ(高齢140歳以上) 要介護者との同居世帯 有で市外居住者	0.5 1 0.5 0.5 0.5	0					0
	主生活支援者	要介護者との同居世帯に、介護力が高い者	1	1					1
	認知能力	J2 A1以上	0.5 1	0			0		
	認知症自立度	Ⅱa Ⅲ以上	0.5 1	0	0		0		
	身体機能	チェックが認められる	0.5		0	0	0	0	0
Ⅱ疾病の状況	循環器疾患	チェックが認められる	0.5		0	0	0	0	0
	循環器疾患	チェックが認められる	0.5		0	0	0	0	0
	呼吸器疾患	チェックが認められる	0.5		0	0	0	0	0
	消化器疾患	チェックが認められる	0.5		0	0	0	0	0
	精神・神経・その他の疾患	チェックが認められる	0.5		0	0	0	0	0
	痛みの有無	4にチェックが認められる	0.5		0	0	0	0	0
	主病状の経過	4. 6にチェックが認められる	0.5		0	0	0	0	0
	体重	BMIが「やせ」または「肥満」	0.5					0	0
	体重の増減	1にチェックが認められる	0.5					0	0
	最近6ヶ月以内の転倒回数	1回でもあれば0.5	0.5					0	0
Ⅲ生活支援活動	毎日すべて	すべてに「はい」	0.5		0.5				
Ⅳ生活スタイル	日常生活	「日常生活」の項目に「はい」が1つにチェック	0.5		0	0			0
	1日中一人で過ごす時間が多いか	ほとんど一人	0.5		0	0			0
	1週間外出する頻度(週回以外)	あまり外出しない	0.5		0	0			0
	1週間に1回以上、友人が来る頻度	あまり来ない	0.5		0	0			0
	歩行	室内、屋外いずれかに3にチェック	0.5		0	0	0	0	0
	排泄	3にチェック	0.5		0	0	0	0	0
	入浴	3にチェック	0.5		0	0	0	0	0
	食事の準備	3にチェック	0.5		0	0	0	0	0
	買い物	3にチェック	0.5		0	0	0	0	0
	洗濯の頻度	3にチェック	0.5		0	0	0	0	0
Ⅴ健康・精神	聞く・話す・見る	チェックが認められる	0.5		0	0			
	5〜10歳まで	1〜2歳	0.5		0	0	0		
	ひまはは(赤)にチェック	3歳以上	0.5						0
Ⅵ生活行動	食事制限	食事制限 1食/日	0.5						0
	車庫等状況	2にチェック(ただし2〜3は除く)	0.5						0
	介護	2にチェック(ただし2〜3は除く)	0.5						0
加算合計				1	0.5	0	0	0	1

平成24年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)で作成

図表 32



図表 33

### 超高齢社会のケアマネジメント

- 入院医療の延長としての在宅医療
  - 地域のナースステーションが必要になる
- 看護診断・看護計画的なマネジメントが必要になる。
  - 利用者の持つリスクの評価(S O A)
  - リスクが顕在化しないための「予防的サービス」の提供(P)
- 訪問看護が不必要な利用者はいない
  - 密度が違うだけ

提供します。これが、介護サービスであるべきだろうと思います。

ところが、現時点ではこういう介護サービスが提供されていないのです。それはやはりアセスメントの問題ですし、もう少し医療の視点を入れたケアマネジメントをやっていないと、これからの後期高齢社会は乗り切れないだろうと思います。そういうことで、このケアカンファレンスをどういふふうに活性化していくかということが重要だと思っています（図表 33）。

次に、「住まい」の話です。これもちょっと古いデータになりますが、福岡県で 180 日以上入院・入所されている方の全数調査をしました（図表 34）。なぜ退院しないのかを看護師長さんに判断してもらって、退院可能であると考えられた高齢者について、退院する人と退院しない人とは何が違うのかということを見たものです。

結局、有意差が出たのは、「生活の安心感がない」「生きがい不足している」「経済的支援がない」と言っている人が退院しないということであります。要するに、これは社会的入院なのですが、そもそも社会的じゃない入院はないだろうと思います。

北九州市の門司区というところで高齢者の食の調査をしました。独り暮らしの高齢者、それから高齢夫婦世帯の方たちの食生活がとても貧困なのです。1 週間に 1 回つくり置きをして、それをずっと食べているような感じで、しかも 1 人で食べている割合が非常に高いです。そういう状態にある人たちが家に帰れるわけがないですね。施設、あるいは病院にいれば、温かい食事が 3 回食べられるわけですし、しかも必ず自分に話しかけてくれる人がいるわけです。ところが、家に戻ってしまえば、1 人でそういう寂しい食事を食べて、かつ誰も訪ねてくれないことになるわけですので、地域で生きていくという枠組みをつくっていかないと、そもそも退院は難しいだろうと思っています。

つまり、地域包括ケアの基盤としての、この「住」をどのようにしていくのか（図表 35）。医療や

図表 34

	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp (B)
ステップ 1(a) 医療保険	-.475	.244	3.806	1	.051	.622
生活保護	-.349	.322	1.177	1	.278	.705
年齢階級	.015	.011	1.646	1	.199	1.015
性	.527	.248	4.506	1	.034	1.694
入院期間 I	.002	.002	1.364	1	.243	1.002
入所前所在ダミー	-.010	.011	.737	1	.391	.990
入所前住所ダミー	.005	.002	4.401	1	.036	1.005
認知症	-.339	.083	16.672	1	.000	.712
ADL区分	-.764	.172	19.805	1	.000	.466
医療区分	-.257	.183	1.961	1	.161	.773
福岡系島ダミー	2.028	1.071	3.586	1	.058	7.602
粕屋ダミー	2.367	1.098	4.647	1	.031	10.663
宗像ダミー	3.532	1.106	10.200	1	.001	34.198
定数	-4.638	1.430	10.517	1	.001	.010

京築ダミー	1.905	1.123	2.879	1	.090	6.720
在宅安心感不足	.566	.262	4.665	1	.031	1.761
生きがい不足	.861	.312	7.624	1	.006	2.386
経済的支援不足	.840	.277	9.190	1	.002	2.318
自宅なし	.587	.246	5.718	1	.017	1.799
定数	-4.638	1.430	10.517	1	.001	.010

高齢者はなぜ退院したらないのか？  
（独居者・60歳以上）

退院を希望しない高齢者は

- ・ ADLレベルは悪くない
- ・ 認知症のレベルは軽い
- ・ 生活の安心感が不足
- ・ いきがい不足
- ・ 経済的支援が必要
- ・ 自宅がない

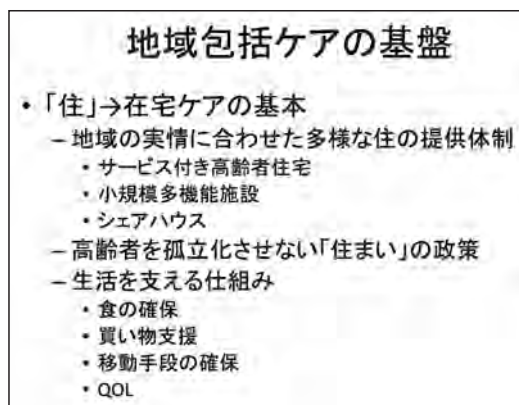
場合が多い。

福岡県医師会と福岡  
県の合同調査結果  
平成18年「療養病床における入  
院患者調査」報告書、2007

社会的でない入院はありうるのか？

在宅での生活が不安定である高齢者にとって医療機関にとどまり続けることは「合理的な」選択と考えることもできる

図表 35



図表 36



介護が保障されるのは当然ですが、孤立化させない生活をさせる仕組み、これをどのようにつくっていくかが課題だろうと思います。

ところが、まちづくり自体はむちゃくちゃな方向に行っています（図表 36）。駅の周りにはほとんどシャッター通りになっています。しかし、郊外はどんどん山を崩して、いまだに宅地造成をするのです。実際、私の子どもが行った小学校は、10 年ぐらい前までは、全国で一番大きな小学校でした。ところが、今年は一クラス維持するのが精一杯です。一戸建て中心の住宅なので、子どもがいなくなってしまうと、小学生もいなくなってしまうわけです。

そういう宅地造成をして、そういう状況が起こっているのに、その隣にまた新しく宅地造成をして、また小学校をつくらうとしているわけです。おまけにサッカー場までつくるのですが、これではもう破綻します。これではだめだと思います。これから高齢者が増えてくることを考えると、例えば川崎で有名な「ビバース日進町」というようなものをどのようにつくっていくかだろとうと思っています。ここは1 階から3 階が馬嶋病院という民間病院で、4 階が川崎のデイケアセンターで、5 階から11 階が川崎市の高齢者住宅です。

馬嶋病院さんが建て直しのときに、土地と建築資金をかなり川崎市が出して、こうした複合体ができたということですが、川崎でも困っていたのです。5 階建ての公営住宅というのはエレベーターを付ける義務がないので、要介護高齢者が4 階・5 階に発生してしまうと、大変なことになってしまうわけです。ということで、1 階から3 階が医療機関で、4 階がデイケアセンターで、5 階から11 階が住宅というものができたわけです。



つまり、このような交通が便利なところ、移動も楽なところに、医療と介護と「住」をどういうふうに保障していくかといったまちづくりがこれから必要だと思いますし、こういうものを医師会としてどういうふうに提案していくかということが重要ではないかと思っています。

それから、例えばパリの高齢者施設では、ブティック、美容院、ナースリー、レストラン、図書館、シアターがあります。これはすべて地域に開放されているのです。実際、この施設のレストランの利用者の40%は地域の住民です。

[illegible]

**KDBと連結可能**

- 国保医科レセプト
- 国保調剤レセプト
- 後期医科レセプト
- 後期調剤レセプト
- 介護保険レセプト
- 特定健診データ

**産業医科大学・U-HMS内の作業**

医療保険・介護保険  
被保険者対応テーブル

データ加工

QVファイル

QV用サーバー

病病コード  
マスタ

- 医療介護特定健診共通の個人IDの作成とハッシュ化
- 分析用に加工した各データの個人IDを上記個人共通IDに交換して分析用DBを作成
- 上記分析用DBをQlikviewファイルに加工

**端末での閲覧**

National Database における  
個人情報保護方針に準拠した  
システム構成

要するに、高齢者施設や病院というのは、その地域の高齢者が生きていくための必要な機能をすべてもっているわけです。ところが、今、それが閉鎖的になっている。ヨーロッパではこれを開放するというをやっている、これがソーシャライゼーション（社会化）ということです。こういうものをどういうふうにやっていくのかということも、やはり日本は考えなければいけない時期に来ているように思います。

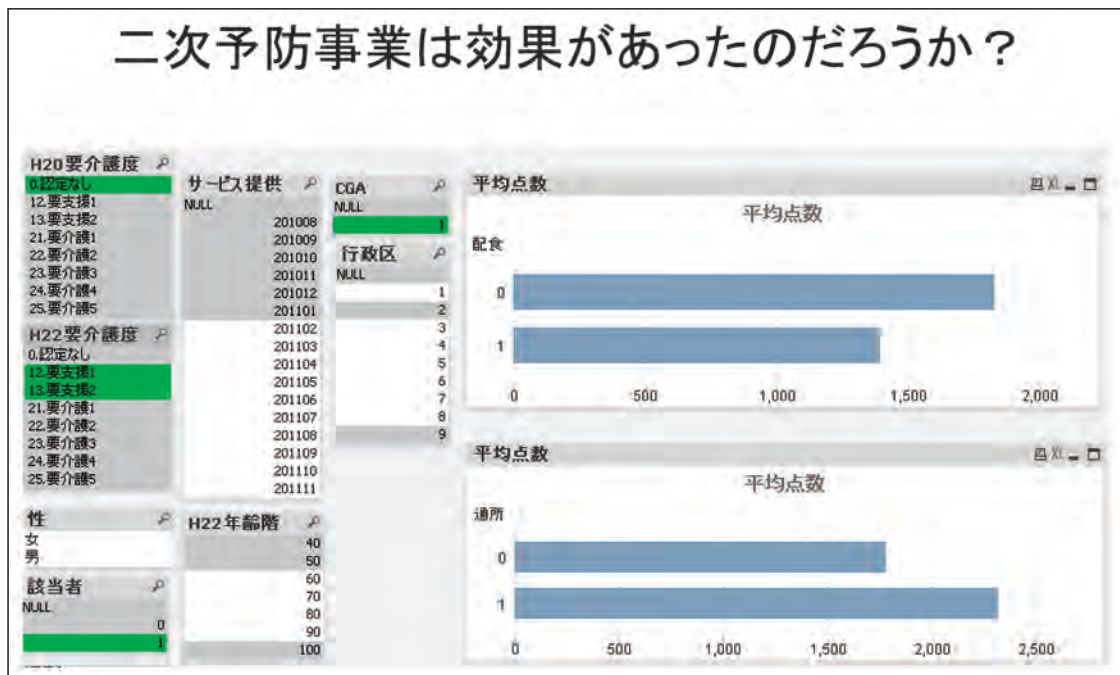
やはり、このソーシャルキャピタルとかインフォーマルケアをどうするかということが重要だろうと思いますが、虚弱高齢者とか要介護高齢者の必要とするニーズをすべて介護保険で社会化することは、不可能だろうと思います。介護予防ということでは、健常高齢者を増加させるということで、いわゆる高知の「いきいき百歳体操」みたいなものがやられているのですが、ただ、大きな問題は、こういう予防事業の評価が全くされていないということです。

図表 39, 40 をみますと、二次予防事業に参加している人たちは、上が配食で下が通所なのですが、配食サービスを二次予防として受けた方たちは、その後、あまり介護を使いません。ところが、介護予防として通所サービスを使った人たちは、その後、介護保険を使うようになってしまうのです。理由は簡単で、配食サービスは期限がないサービスなのですが、国が定めた介護予防としての通所サービスは3カ月という期間の限定があります。そこへ行くと、高齢者は楽しいのですが、楽しくなるとやめられなくなるわけです。やめられなくなると、その事業者は「介護保険を受けると、このサービスは続けられるよ」と、耳元でささやくわけです。

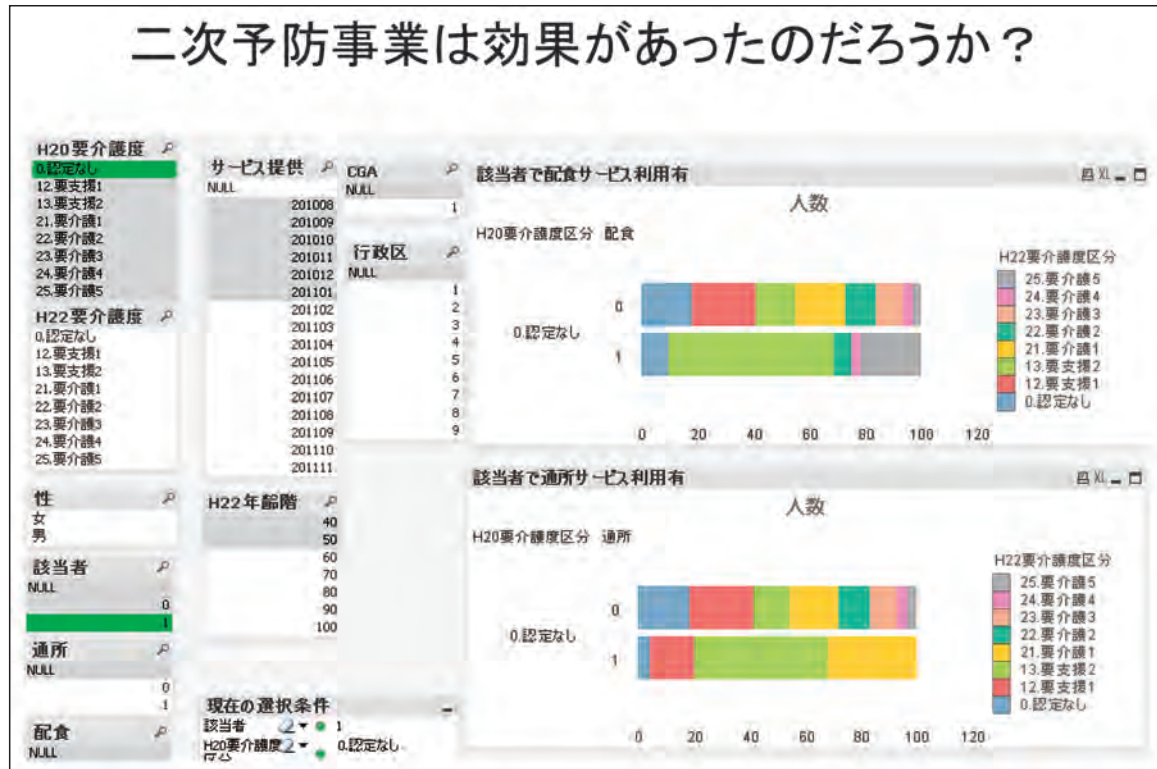
ということで、介護保険を使うわけですが、ただ、その後を見ると悪化しません。配食サービスも通所サービスも受けている人たちというのは、要介護度2以上になる人たちが非常にまれです。そういう意味で、日常生活のなかに何かアクティビティをちゃんと入れていってあげれば、いわゆる虚弱高齢者というのはかなりの確率で自立度を維持をすることが可能なだろうと思います。

図表 41 は行橋市のデータですが、うつ得点が高い人たちは精神能力が悪化していくのです。ほかの要因を補正しても、少し気分が落ち込んでいる人たちは、その後、非常に悪化していきます。これ

図表 39



図表 40



図表 41

### 生きがいの有無と精神の変化

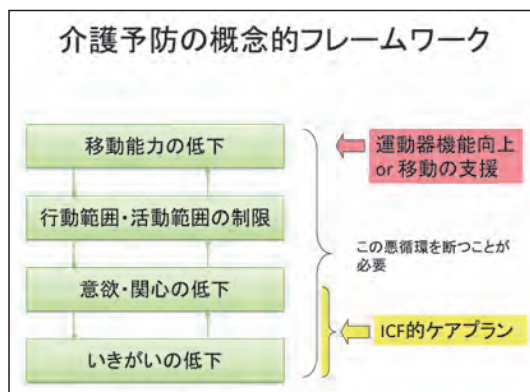
生きがい		精神変化		合計
		維持・改善	悪化	
あり	度数	2038	67	2105
	(%)	96.8	3.2	100.0
なし	度数	183	15	198
	(%)	92.4	7.6	100.0
合計	度数	2221	82	2303
	(%)	96.4	3.6	100.0

p = 0.001

「生きがいがある」と回答している人は1年間で精神能力が悪化している割合が少ない。

(行橋データ: YAL cohort)

図表 42





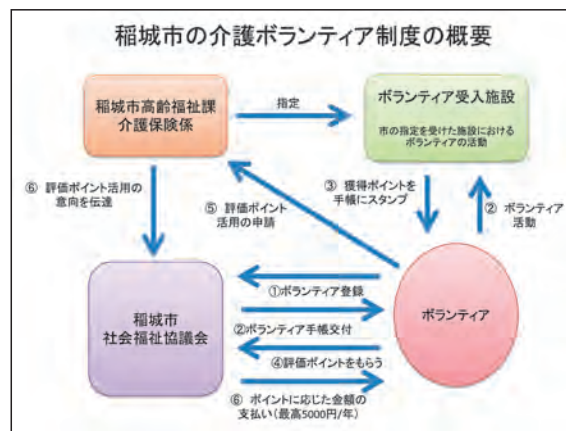
は ICF の考え方でいくからそうだろうと思います。やはり生きがいがないと悪化します。

そもそも介護予防の概念的なフレームワークは何だったのかというと、この移動能力の低下が生きがいの低下につながっていく、この悪循環を解消することだったろうと思います（図表 42）。そのためにここに ICF 的なケアプランを入れて、運動器向上プログラムという、体から入るということをやったわけですが、これがいつのまにか忘れられてしまって、運動器機能向上そのものが目的になってしまった感じが現状だろうと思います。

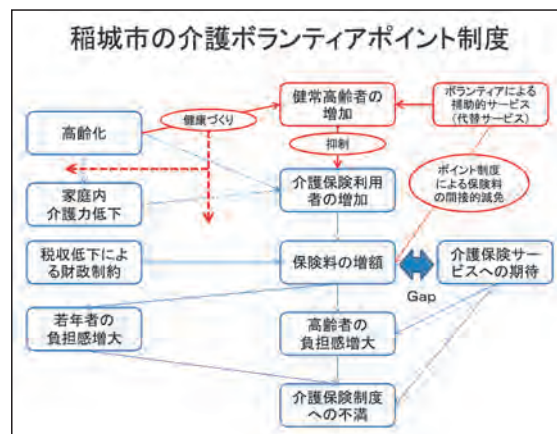
そういう意味で、稲城市の介護ボランティア制度というのはすごくおもしろいと思っています（図表 43, 44）。稲城市では介護ボランティアをやりたいという高齢者が社協に登録すると、手帳がもらえます。ラジオ体操のスタンプ帳みたいなものですが、ボランティアをしてハンコを押してもらって、これがいっぱいになると、1 年間で 5,000 円キャッシュバックされます。加えて、東京ヴェルディの試合にお孫さんと一緒に招待してもらえという特典がついているのですが、ここですごくいいところは、要支援の高齢者がデイサービスに行って、ご自分がサービスを受けるときには、受益者なわけです。

ところが、同じ高齢者が、自分がサービスを受ける日ではないときに同じ施設に行って、認知症の高齢者の話し相手をする、傾聴ボランティアをやったということで、ハンコが押してもらえます。そういう形で生活リハビリを取り組んでいる、入れているというのが稲城市のやり方になります。

図表 43



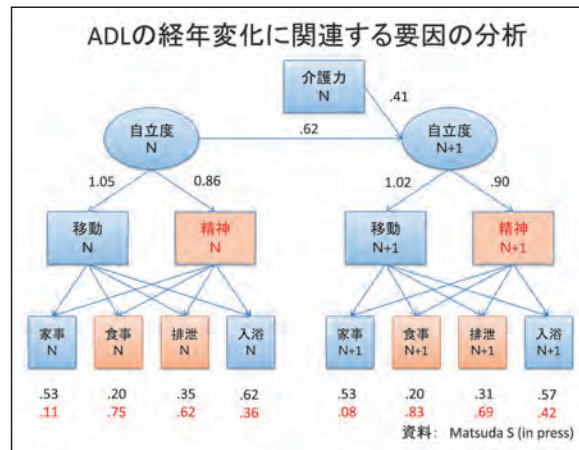
図表 44



この ADL の経年変化に関する要因分析をやってみると、移動の能力が落ちてくるとやっぱり家事と入浴が落ちてきます。精神が落ちてくると、食事、排泄が落ちてきます。これに家族の介護力が不足してくると、自立度が悪化してくる。こんなことが証明できました（図表 45）。

そしてこれが非常に大事で、男性の先生方にはぜひ確認しておいてもらいたいのですが、図表 46 は行橋市の状況です。同居者に十分な介護力がある男性で、軽度・中等度の移動障害がある場合、同居者に十分な介護力がある方をリファレンスにした場合に、独居で家族・友人から支援がない、孤立している人は 15 倍死にやすいというデータです。つまり、ソーシャルサポートがないと人は死にやすいというデータが出ています。

図表 45



図表 46

同居者の介護力別に見た死亡ハザード  
(男性、軽度・中等度の移動障害がある場合)

	HR	95% CI	p
同居者に十分な介護力がある	Reference		
同居者が虚弱などで介護力が不十分	2.6	1.1 6.5	0.04
同居者が仕事などで介護力が不十分	2.1	0.6 6.9	0.24
同居者が介護保険を利用している(老老介護)	4.3	1.5 12	0.01
独居で家族・友人からの支援あり	2.2	0.6 7.9	0.23
独居で家族友人からの支援なし	13.3	1.8 132	0.01

老老介護、家族友人からの支援がないと死にやすい

図表 47

産業医科大学公衆衛生学教室・健康×農業プロジェクトの目的

- ・「継続性」のある特定保健指導の提供
  - －楽しく、生産的なアクティビティ
  - －「遊び」の中に「学習」を取り込む
- ・重要であるにもかかわらずなかなか乗ってこないターゲット集団の取り込み
  - －40代・50代の男性が参加したいと思うアクティビティ
- ・福岡県内における都市と中山間地域の交流の促進
  - －地域の自信を取り戻す

そういう意味で、地域のなかで高齢者のアクティビティをどういうふうにつくっていくのかがやはり重要な課題だろうと思います。

最近、農業を使って高齢者を何とかしようということで、うちの教室も健康×農業プロジェクトというのを始めています（図表 47）。私たちの教室が、最初に言い出して、人を集めて田植えをして、これはお酒になるんですね。これは嘉麻というところに寒北斗酒造という、非常においしいお酒をつくるところがあります。ただ、健康づくりをやろうと言っても、特に 40 代・50 代の男性は集まってくれません。ところが、「酒造りをするぞ」と言うのと集まってくれます。

しかしこれは、かなり批判されました。「公衆衛生のくせにアル中をつくるのか」と。ということで、適正飲酒の健康教育も併せてやっています。

いずれにしても、これは山田錦を植えて酒をつくって、この近くに琉球ガラスの工房があって、自分で器もつくらせます。蕎麦も取れるところなので、蕎麦を食べながら、酒を飲みながら、それから、ここは猪と鹿が出るので、それをおいしいハムにしてくれる人がいますので、それを食べながら、みんなで健康教育をやります。

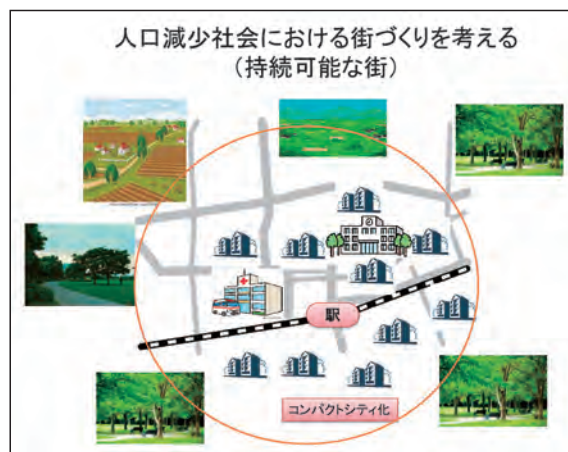
実はこれには目的がありまして、継続性のある特定保健指導をきちんとやろうということと、40 代・50 代の男性を対象にしたいということと、もう 1 つは、きょうのこの日経の CCRC（東京圏をはじめとする高齢者が自らの希望に応じて地方に移り住み、地域社会において健康でアクティブな生活を送るとともに、医療・介護が必要な時には継続的なケアを受けることができるような地域づくり）にも関係するのですが、私は東京から福岡にやってくる CCRC はあまりないだろうと思っています。けれども、同じ県内であれば、ありだと思っています。

福岡市内は、これから介護施設が足りなくなります。でも、筑豊地域は介護施設が余ってきます。しかし、福岡の人たちというのは、決して筑豊に行こうとしません。これはかつて炭坑があったということもあって、非常にスティグマがあります。しかし、人の交流をつくっておいて、将来的に福岡県内の中山間地域で余ってくる介護施設をうまく使って全体を適正化するということをやっていかなければいけないだろうということで、こんなことをやっています。

いずれにしても医療・介護事業体がやはり場と機会を提供するということをこれからやっていくということが必要ではないかなということを、地域での取り組みを考えながらやっています。

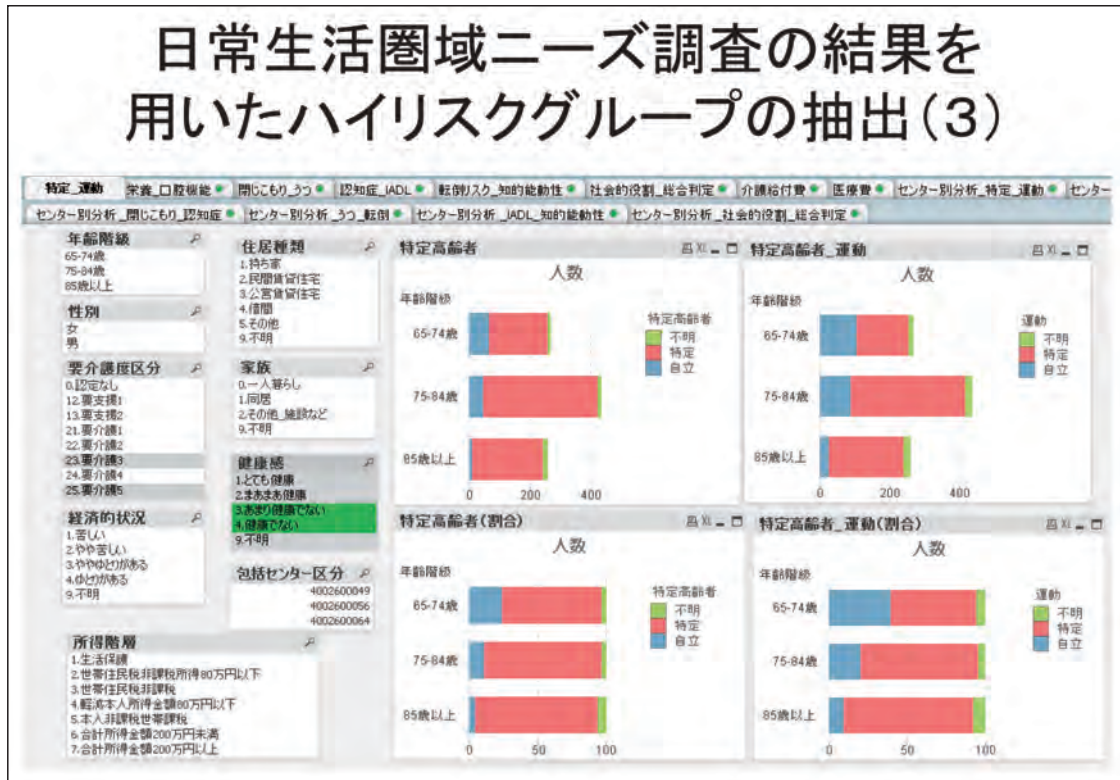
やはり、駅周辺にまとめなければいけない時代になるだろうと思っています。では残った施設はどうするのかといえば、もう 1 回畑と森に戻せばいいのではないかなと思っています（図表 48）。

図表 48

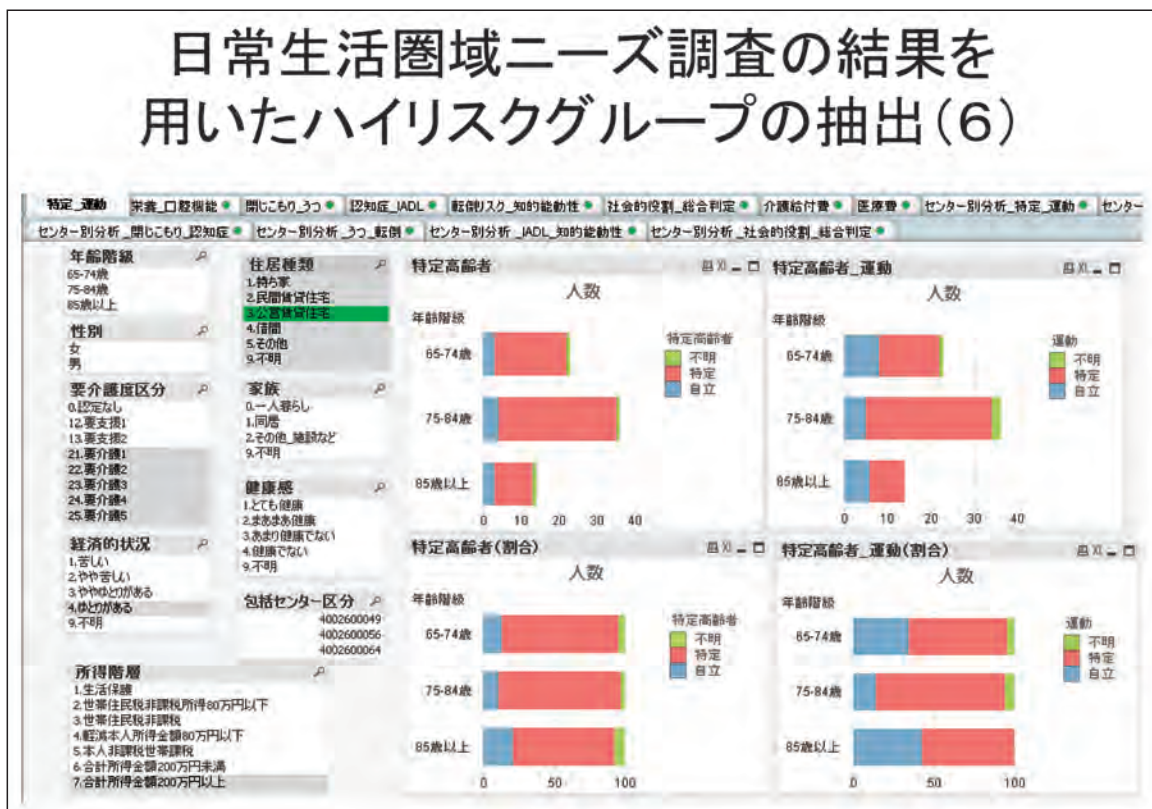




図表 49



図表 50



あと、遊休資産を活用するというのは大事だろうと思います。例えば七尾市の神野先生の恵寿総合病院の例ですが、商店街のつぶれた和菓子屋さんを改装して小規模多機能にしています。これであればイニシャルコストがかかりません。2030年、2025年問題に対応するのに、地域の遊休施設を使ってやっていくということを1つ考えていいのではないかなと思っています。

あと、データに基づいたポピュレーション・アプローチの話をしさせていただきます。行政は集めているデータを有効活用しているのか、という話です。日常生活圏域ニーズ調査のところで見た年齢階級別の二次予防対象者の割合です。赤が対象者です。まず見ていただきたいのは、上の「特定高齢者\_\_運動」だけでいいと思いますが、このような分布です。自覚的健康観がとても健康という人たちはほとんど自立しているのです。ところが、あまり健康ではない、不健康という人たちは、ほとんど二次予防の対象者になります。もっと大事なことは、生活保護、それから世帯の所得が低い方たちというのは、ほとんどが二次予防の対象者になっています（図表 49）。

それから、町営住宅に入っている人たちは、二次予防対象者が多くなっています。貧しい人たちが公営住宅にたまってしまって、その人たちが非常に健康状態も悪いし、介護状態も悪いということになっています（図表 50）。

こうした介護と医療の連結分析などいろいろやったのですが、何がわかったかというと、生活保護の人は、介護も医療も使います。それから、世帯課税の世帯の人たちも、医療も介護も使います。国民基礎年金しかもらっていない世帯非課税の人たちは、医療も介護も使っていないのです。要するに、自己負担が払えないから使っていない。この状態が放置されているわけです。彼らは保険料を払っているわけなので、やはりこれを何とかしないといけないのではないかと思います。まじめに保険料を払っているけれども、自己負担を払えないというレベルの低所得の人たちが、今、医療も介護も使えずにいる。そういう人たちが、公営賃貸住宅にたまってしまっているわけです。

### 3. まとめ

高齢化の進展によって「新しい」地域ケアの提供体制が求められていると思います（図表 51）。医療度の高い高齢者に対して、看護・介護をどのように一体的に提供していくのか。そのなかで地域包括ケアをどのようにやっていくかということが大事だと思うのですが、やっぱりこの「住まい」の保障をどうするかということがとても重要な課題だろうと思っています。

図表 51

まとめ(1)	
・ 高齢化の進展により「新しい」地域ケアの提供体制が求められる	－ 医療度の高い高齢者への看護・介護の一体的提供
・ 地域医療構想により、医療・介護の機能分化と地域包括ケアが進む	
・ 地域包括ケアの実現	
	－ 多様性をいかに計画するか？
	－ 「住まい」の保障→「生活することの」保障
	－ 高齢者がアクティブで居続けることができる仕組みの工夫

図表 52

<p style="text-align: center;"><b>まとめ(2)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 地域包括ケアは「ネットワーク」</li><li>• ネットワークは構成する個人・組織に自立性がないと機能しない</li><li>• 自立性を機能させるためには「理念」や「街に対する想い」が不可欠</li><li>• Ageing in Place そして Active Aged が基本</li><li>• 社会システムとしての「コモンズ」の重要性<ul style="list-style-type: none"><li>－フォーマルセクターによる「インフォーマルサービス」</li></ul></li><li>• 医療の裏付けの重要性</li></ul>
--

それから地域包括ケアは「ネットワーク」です（図表 52）。でも、やはり一番大事なことは、医療の裏付けのない地域包括ケアというのはあり得ないだろうと思っています。そういう意味で、今回の地域医療構想は、地域包括ケアを視野に入れて、きちんと議論していただかないといけないのではないかなと思っています。



## 講演

# 地域医療構想における 医療データ活用

日時：2015年10月21日14:00～16:00

伏見 清秀

(東京医科歯科大学大学院医療政策情報学分野教授)

東京医科歯科大学の伏見でございます。まず、初めに、このような大変重要な会議にお招きいただきましたことを感謝申し上げます。どうもありがとうございます。

松田晋哉先生の後任でDPCの研究班の仕事をさせていただいておりますのと併せて、医療・介護情報を用いた改革会議等のメンバーをさせていただいておりますので、主にそのあたりでの研究結果などについて、基本的に私見という形でお話をさせていただきたいと思います。

2025年に向けた地域医療と病院機能分化のあり方ということで、病床機能分化の方向性、あるいはデータ、特にビッグデータと言われているものが盛んに活用されるようになりましたので、その視点からの説明をさせていただきます。それから、医療需要推計という形で病床数の推計等も具体的な数字が出てきておりますので、その辺りに関するお話、それから、今後の病床機能分化のあり方についてのお話をさせていただきたいと思います。

## 病床機能分化の方向性

多くの研究者がいろいろな形で病床機能の考え方について報告をしています。私も基本的にはほかの研究者の方々と大体同じような考えをもっておりますが、医療における機能の違いをどういうふうに評価するかというような考え方があります(図表1)。横軸に患者さんの時間経過を取り、医療資源がどの程度必要かを模式的に書いたイメージです。急性期の患者さんは、当初、治療に手間がかかりますが、時間がたつとそれほど手がかからなくなります。ただし、もとの状態に回復するまでには一定の時間がかかるという形で、前半部分は主に急性期医療、後半部分は亜急性期・回復期等医療で、この部分の必要とされる機能が基本的にかなり違う部分があるのではないかとことがスタートとなっています。

一方、これから高齢者が多くなってきますが、そうした方の一部では、高度な急性期医療は必要ないけれども、支持的治療が必要となります。亜急性期、回復期、場合によっては在宅に近いような患者さんを診る機能というのは、今まで想定されていた手術等を中心とした急性期医療とはまた別の形の医療資源が必要になるのではないかと。そういう意味で、大きくざっくりと急性期と、それ以外である回復期、亜急性期、慢性期等の機能の違いを、これからどのような形で評価していくかが大きな課題になっていると認識しております。

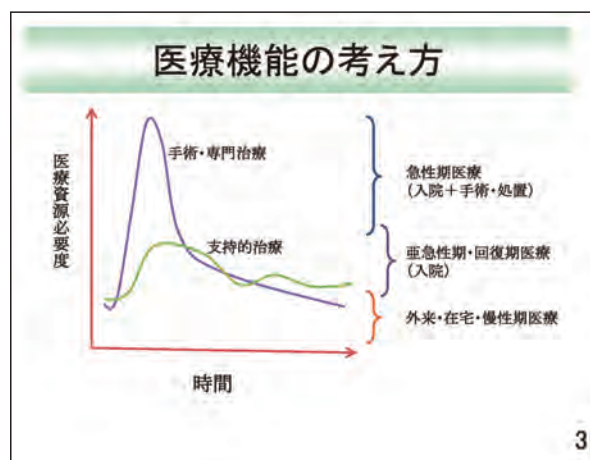
2011年に税と社会保障一体会議やその前の社会保障国民会議等に出された推計ですが、2025年の推計をみると、人口推計等を用いた機能分化が必要で、それに応じて一定程度の病床の必要数がある程度抑えた形で医療提供体制を構築できるのではないかと図が出ています(図表2)。

一般病床約110万床を、急性期部分と亜急性期部分に機能分化することで、想定される130万床等

へのかなりの病床の増加を見込まなくても医療提供体制を維持できるのではないかという形になっております。このときのポイントが、一般病床の約7割である70万床部分を急性期、亜急性期部分を35万床という形でざっくりと推計がなされておりました。

これが出された時点で、患者調査等のデータを自分で分析しておりましたので、実際にその裏を取る形で検討してみました。急性期の病床を約70万床、高度急性期が22万床と一般急性期が46万床ですが、これを推計した裏付けとなる平均在院日数、病床稼働率の数値が実態と違うことがわかり、現実的な数値を用いると一般病床が55万床、亜急性期あるいは回復期等の病床は50万床、要するに、1対1ぐらいでも十分なのではないかという推計となり、急性期がやや過大に推計されているのではないかということを報告しました（図表3）。

図表1

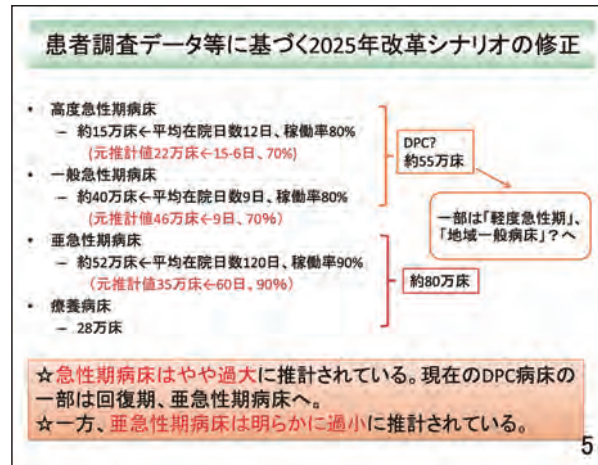


図表2

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み					
パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設	
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 15～16日程度	【高度急性期】 18万床 70%程度 15～16日程度	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19～20日程度 一般急性 13～14日程度 亜急性等 75日程度 亜急性等 57～58日程度 長期等 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19～20日程度
亜急性期・回復期リハ等		352万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度	【亜急性期等】 26万床 90%程度 60日程度	29万人/月
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度		159万床、81%程度 25日程度
介護施設 特養 老健（老健＋介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。  
(注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。  
ここでは、地域一般病床は、概ね人口1万人未満の自治体に暮らす者（今後250～300万人程度で推移）100人当たり1床程度の整備量を仮定。

図表 3



## データに基づく地域医療の評価

社会保障制度改革推進本部で医療・介護情報の活用による改革が始まりました（図表4）。今回の推計の大きな違いは基本的にはデータを用いる、特にナショナルデータベースのようなビッグデータ、あるいはDPCデータを用いて、データの裏付けに基づいた形で推計をする点です。DPCデータ、電子レセプトデータ、それから古典的に用いられております患者調査データがありますが、このような3つのデータを3つの柱として、それぞれの特徴を生かしながら推計を行っているというのが現状です。

それぞれの特徴としては、DPC調査は基本的に急性期病院の調査ですが、例えば病院別の集計値が公表されている、病院名の実名入りで公表されるというような特徴がありますし、電子レセプトデータは基本的に社会保険のデータをすべてカバーしているということが特徴になっております。ただ、病名部分については、レセプト病名を使っている関係で、一部正確性に欠ける部分があります。また患者調査は、長年続いているサンプリング調査ですが、3年に1度しか行われず、サンプル数が非常に少ないために誤差が大きい。ただ、統計的には非常に厳密に設計されておりますので、地域医療の推計には向いている。このように、それぞれの特徴があるわけです（図表5）が、それぞれのなかでのその特徴を少し明らかにする意味で、これらのデータを使った分析の実例などを少しご報告します。

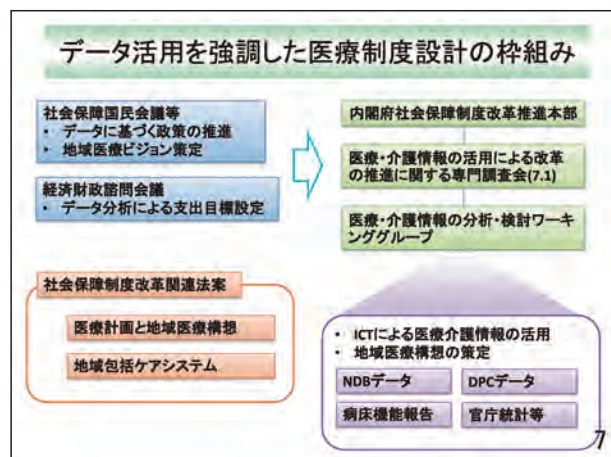
まず、DPCデータによる地域医療分析です（図表6）。個別病院のデータがこれだけ公表されるようになっているのは、日本では今までなかったわけですが、平成18年ぐらいからホームページなどに出されています（図表7）。

こうしたデータを使い、地域における急性期医療機関の機能分化の実情を分析していますが、疾病単位や手術単位でどこの病院がどの程度の治療を行っているかということが、ほぼ急性期医療をすべてカバーする形で明らかになります。

例えば熊本県の循環器の手術患者さんの例です（図表8）。熊本県のように機能分化が進んでいる地域では、主に一部の病院が中心的に治療を行っていて集約が進んでいることが見えます。すぐ隣の長崎県は機能分化、集約が遅れていると言われていた地域ですが、現実的にデータに基づき、それぞれの病院の治療実績が少ない、機能分化が少ない、あるいは循環器の高度専門病院が少ないといった実態も見えています（図表9）。このように、病院の実名を使いながら分析できることが非常に大きな特徴になっています。



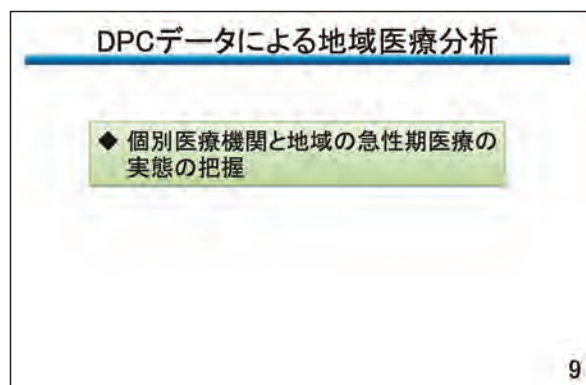
図表 4



図表 5

医療ビッグデータの活用			
	DPC調査公表データ	電子レセプトデータ	患者調査退院票
データ形式	病院別集計	個票	個票
標本病院数	～1,600	受療病院数	6429 (平成20年)
抽出対象	急性期病院	各保険者	全病院
調査票数	>1000万/年	全レセプト数	約95万 (平成20年)
抽出割合	> 90%	> 90%	3%以下
傷病名	DPC分類	レセプト記載病名	ICD10
手術	主要手術分類	点数表コード	簡易分類別
患者居住地	非公表?	国保のみ△	(+)
転院所情報	(-)	連結可能	(+)
患者属性	非公表	年齢性、日数等	年齢性、日数、転帰等
適している利用目的	個別病院の診療実態の把握	診療行為・医療費別の患者動向の把握	地域の医療提供状況の把握

図表 6



図表 7

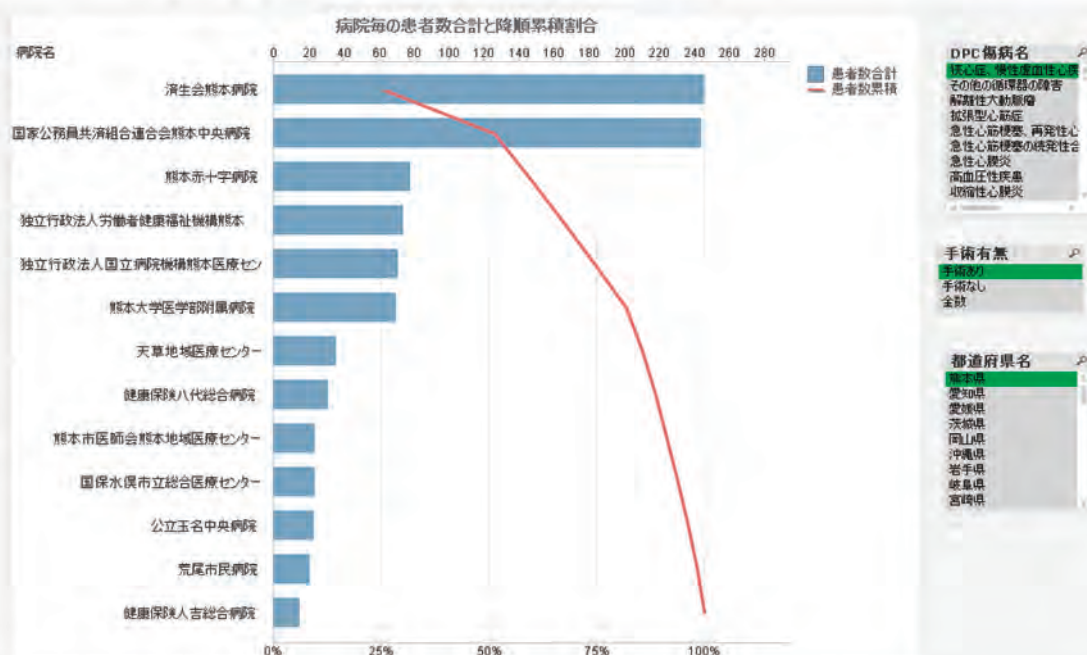
## 厚生労働省ホームページから利用可能なデータの例

名称	リンク	内容
中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織各分科会	<a href="http://www.mhlw.go.jp/shingi/chuo.html#soshiki">http://www.mhlw.go.jp/shingi/chuo.html#soshiki</a>	・議事録、資料の一覧
平成26年9月5日DPC評価分科会資料	<a href="http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/000056344.html">http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/000056344.html</a>	・H25調査最終報告 ・DPC分類別在院日数、症例数 ・在院日数の平均の差の理由の検討等
平成25年9月20日DPC評価分科会資料	<a href="http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/000023522.html">http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/000023522.html</a>	・H24調査最終報告
平成24年8月21日DPC評価分科会資料	<a href="http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002hs9l.html">http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002hs9l.html</a>	・H23調査最終報告
平成23年11月7日DPC評価分科会資料	<a href="http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001u23a.html">http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001u23a.html</a>	・H22調査最終報告
平成22年6月30日DPC評価分科会資料	<a href="http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/s0630-7.html">http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/s0630-7.html</a>	・H21調査最終報告
平成21年5月14日DPC評価分科会資料	<a href="http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/05/s0514-6.html">http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/05/s0514-6.html</a>	・H20調査最終報告
平成20年5月9日DPC評価分科会資料	<a href="http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/05/s0509-3.html">http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/05/s0509-3.html</a>	・H19調査最終報告

10

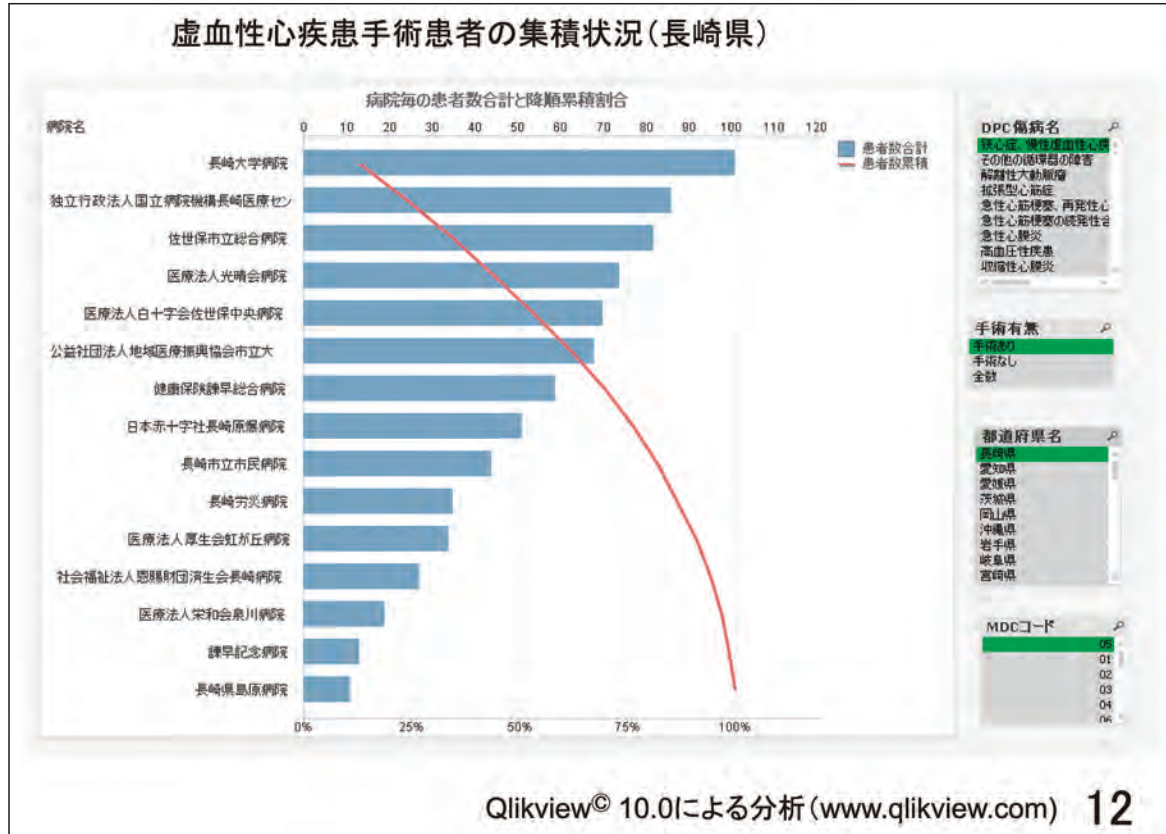
図表 8

## 虚血性心疾患手術患者の集積状況(熊本県)

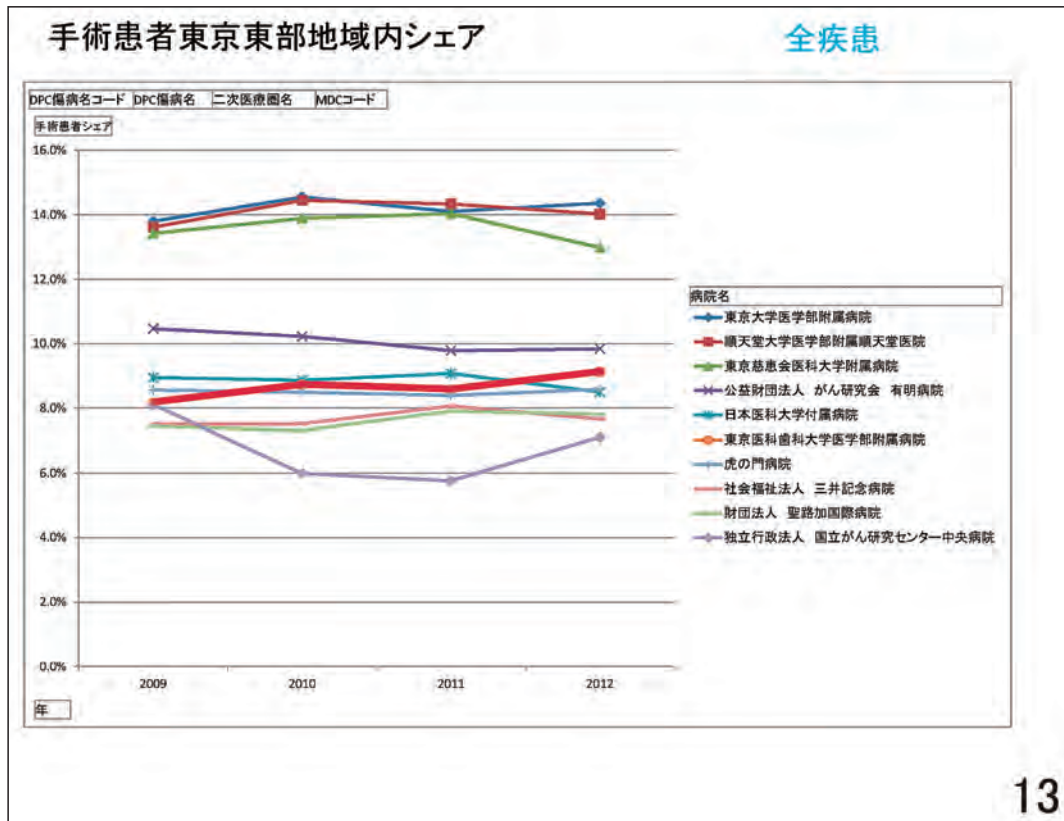


Qlikview® 10.0による分析 (www.qlikview.com) 11

図表 9



図表 10



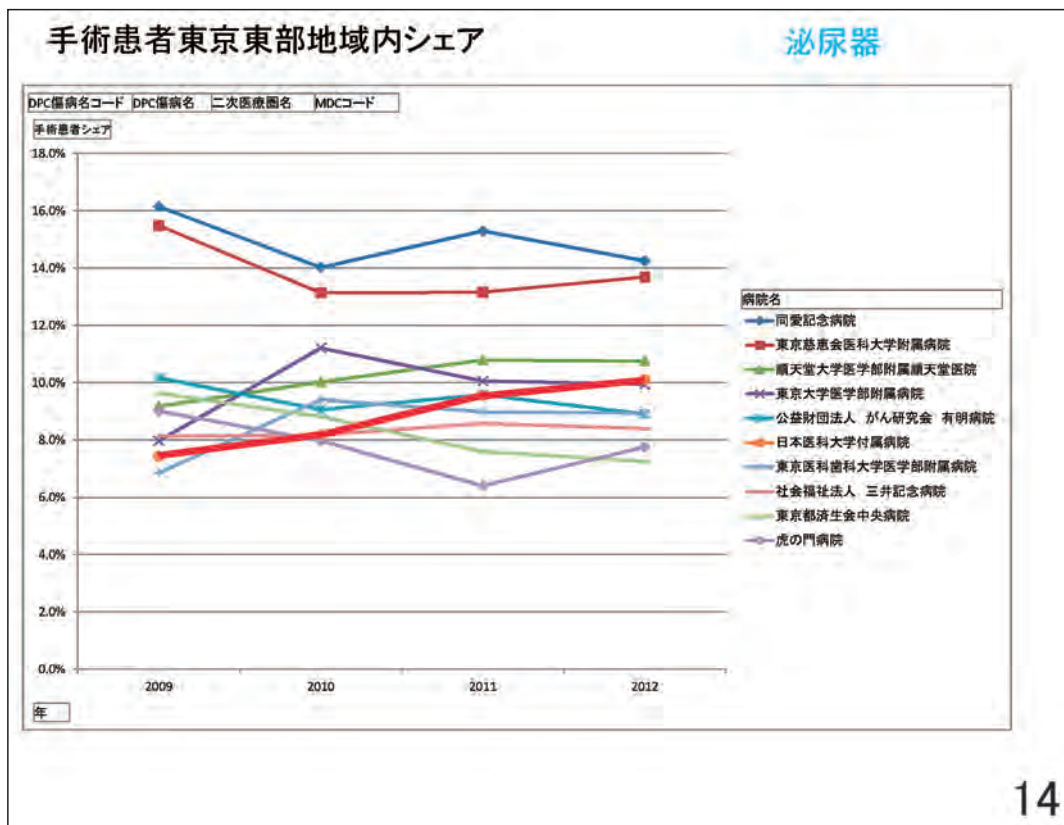


東京都の病院を分析すると、例えば自分の病院のシェアが地域内で伸びているのか減っているのかとか、あるいは診療分野ごとにどうなっているか、などというようにことが見えます（図表 10）。

泌尿器科分野の手術の患者数の例をみると、この分野は教授が代わって治療体制が変わり患者数が伸びているわけですが、地域のなかでもシェアを伸ばしているということがわかってきており、このような形でマーケティングなどにも使えるというようなことが言えるのではないかと思います（図表 11）。

次は患者調査のデータです（図表 12）。かなり以前から使っていますが、サンプリング数が大きいので、あまり正確ではなく、細かい数値はわからないということがあります。病名が比較的しつかりしていること、急性期以外もわかること、それから患者の住所情報が入っておりますので、二次医療圏単位の患者の移動などをかなり正確に見ることができます（図表 12）。ある意味古いデータではありますが、まだまだいろいろ使い道があるデータです。

図表 11



図表 12

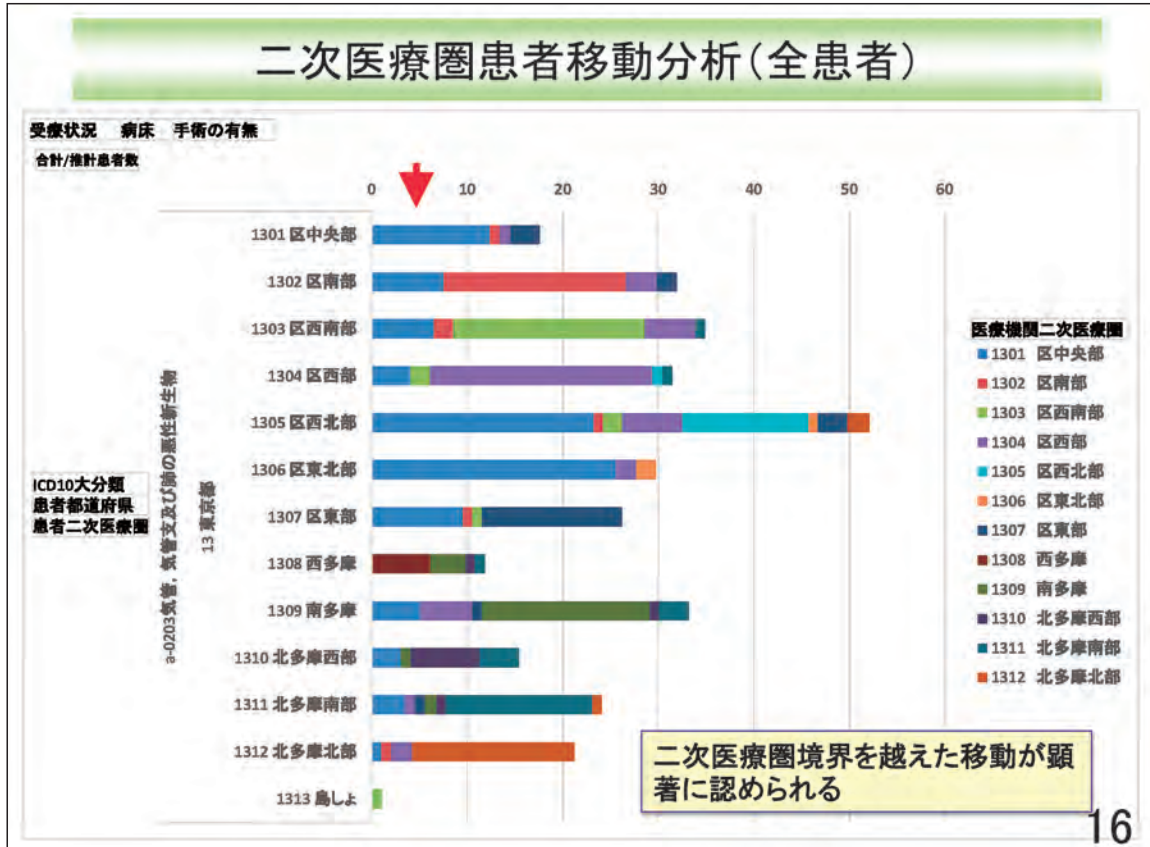
**患者調査データによる地域医療分析**

- ◆ 二次医療圏単位の地域全般の医療実態の把握
- ◆ 急性期以外の状況も見える
- ◆ 保険診療外(正常分娩、事故)なども見える

- ◆ 2011年データが最新
- ◆ 都道府県のみが個票データを取得することができる
- ◆ 粒度はやや粗い

患者調査個票データ分析ツールダウンロードサイト:  
[http://www.tmd.ac.jp/grad/hci/toukei2014/toukei\\_download.html](http://www.tmd.ac.jp/grad/hci/toukei2014/toukei_download.html)

図表 13

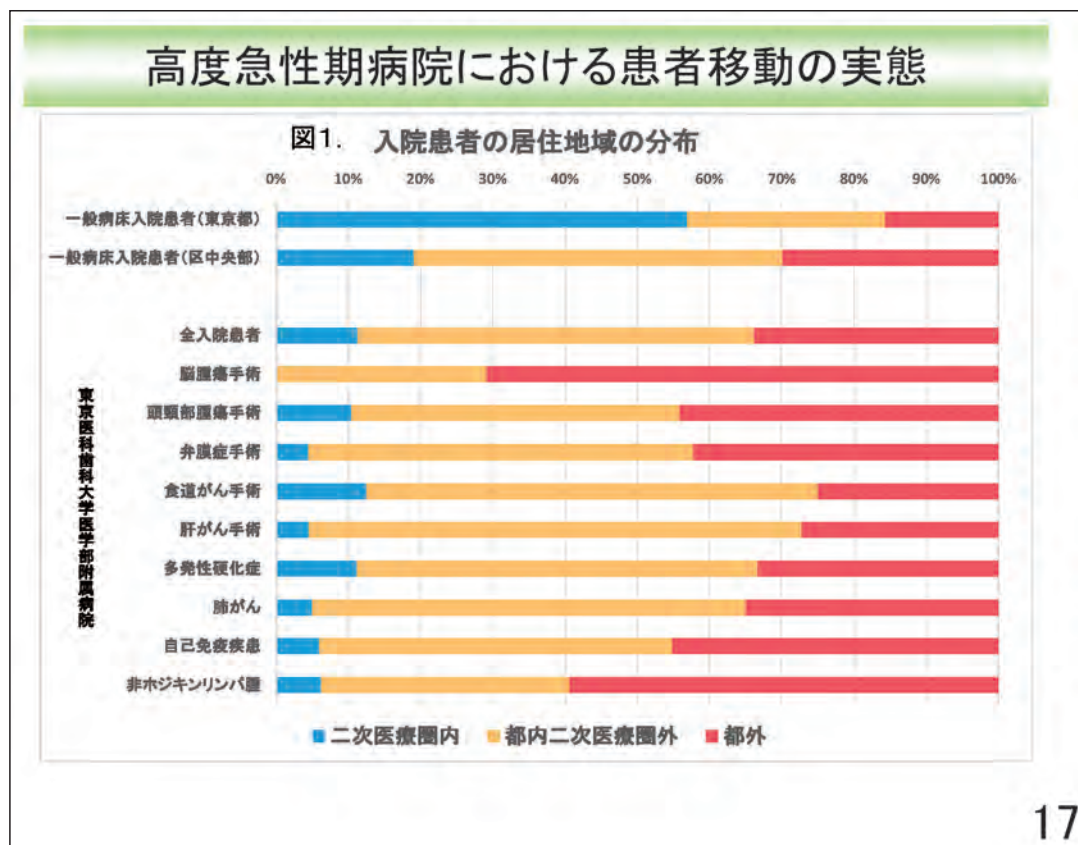


例えば、二次医療圏間の移動のデータ、特に東京都は二次医療圏を越えた患者さんの移動が大きいということがよく言われておりますが、図表 13 はこれをざっくりと集計したものです。左側に患者さんの住んでいる地域があって、入院先などを色分けしてみますと、青の部分は区の中央部に入院している患者さんの数です。区の中央部の患者さんは、その区の中央部、港区、中央区、文京区、千代田区、大学病院等が多い地域で、当然その地域に入院していますが、例えば区の東部や区の西北部、区の東北部の患者さんかなりこの地域に移動して入院していることがわかります。このように、二次医療圏を越えた移動を客観的にとらえることができるということになっております。

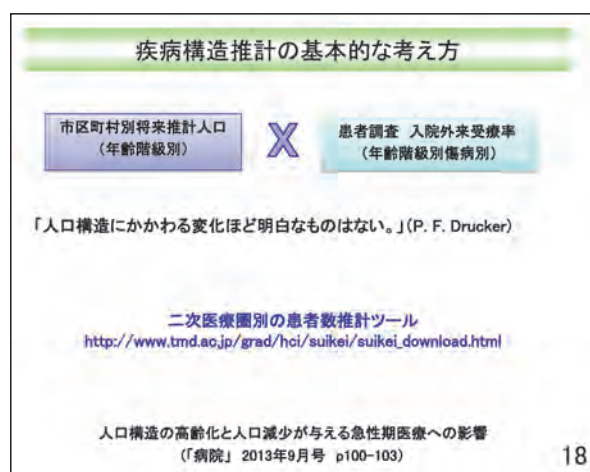
図表 14 は、医科歯科大学のデータの分析を見たものですが、やはり病院単位で見ても、二次医療圏の境界を越えた移動が非常に大きいということと、また特に、高度急性期の患者さん、例えばがんの手術だとか循環器の手術の患者さんなどの移動が大きいということが明確になっております。全ての患者さんを見たときの二次医療圏の外から入ってくる患者さんの割合が黄色の部分、それから、都外から入ってくる患者さんが赤の部分で、大体半分弱の患者さんが外から入ってきているわけですが、本学に限って見ますと、8割ぐらいが二次医療圏の外から入ってきています。さらに高度急性期の患者さんに至ると、ほぼ90%から100%ぐらいは県外の患者さんという形になっております。このように、患者さんの移動というのが病態によっても違うということも明らかになってきております。診療圏を考えるうえでは、ある程度その病態の違いも考慮に入れたうえでの検討というのが必要なのではないかと思えます。

あともう1点、患者調査で重要なことは、患者数の基礎的な統計の集計ということです。統計的に厳密に設計されており、年齢階級別の受療率などを計算することができますから、現在さまざまな推計で使われている将来の患者数の推計の基礎となるデータがこの患者調査のデータになっています。

図表 14



図表 15



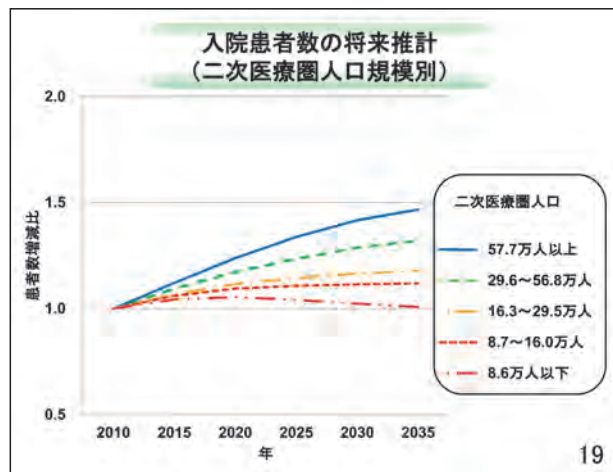
人口構造の推計と年齢階級別の受療率を組み合わせることで、現在のところは2035年までの疾病構造の変化は見るができます。具体的な計算方法やツールなどは『病院』等の雑誌に発表されておりますが、だれでも使えるツールで、計算方法自体は非常に明確なものになっております(図表15)。

特徴的な結果は、これから人口構造、急速に高齢化するわけですが、地域によってその高齢化のパターンが違ふということです。二次医療圏人口が多い地域で入院患者数が非常に増え、郡部や中山間部においては人口減少がありますので、高齢化と人口減少がともに相殺されるような形で患者数はあ

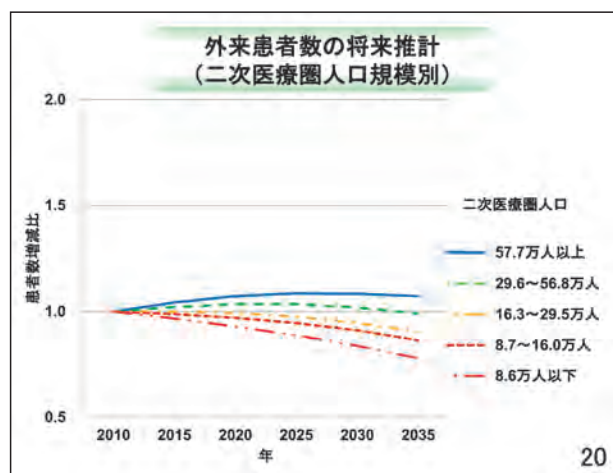


まり増えません。場合によっては、やや減る傾向にあるということになります（図表 16）。外来患者に至ってはさらに顕著で、人口減の影響が大きくなりますので、周辺地域ではこれから減るといった推計が出てきております（図表 17）。

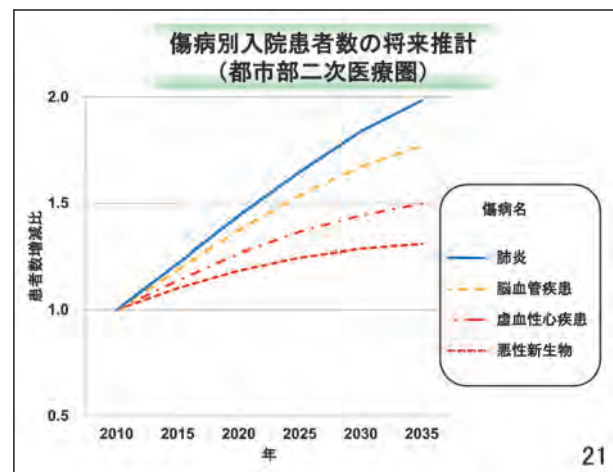
図表 16



図表 17



図表 18



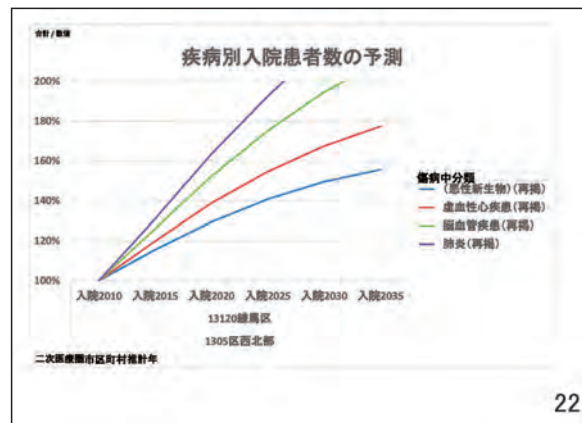
都市部におけるもう1つの特徴は、疾病構造が大きく変わることだと思います。図表18は疾病別の入院患者の変化率を見たものです。虚血性心疾患と悪性新生物の増加率は30%前後で100%から130%ぐらい、1.3倍ぐらいということですが、どちらかと言うと、亜急性期、回復期に近いような、肺炎、脳血管疾患等の患者さんの増加率が圧倒的に多いことになります。こうなりますと、疾病構造の変化もかなり大きいたろうことが予想されます。

東京都では区のレベルでの推計値なども出しており、一番患者数の増加率が多いのが練馬区ですが、2025年の時点で、肺炎、脳血管疾患が圧倒的に多くなっているということになります（図表19）。

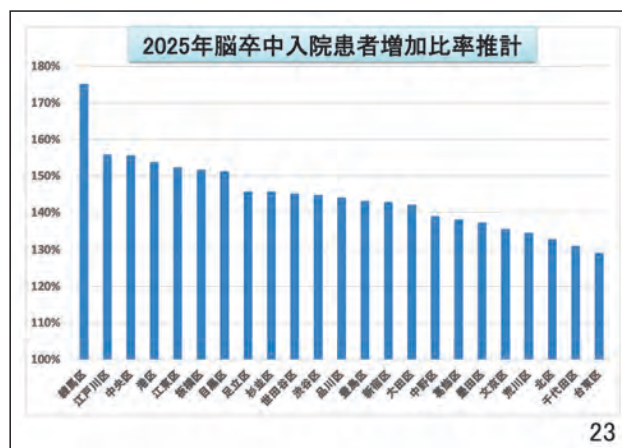
図表20は、東京都の区のレベルで脳卒中の入院患者さんの増加率を見たものです。軒並み1.3倍を超えて、多い地域では1.7倍近くになっています。これは2025年の時点のものですが、こうした形で人口構造の変化が疾病構造に対する大きな影響を与え、特に都市部に顕著に現れるということが、データで推計できることになると思います。

医療データを活用することによって、地域レベル、場合によってはその個別医療機関レベルで、客観的な将来推計ができるようになってきているということと、DPCデータ、NDBデータをさらに用いることによって、地域の医療需要に適した個別医療機関の医療サービス提供のあり方を決めていかれるだろうということが見えてきます。これはデータに基づく推計の基本的な部分になると思います（図表21）。

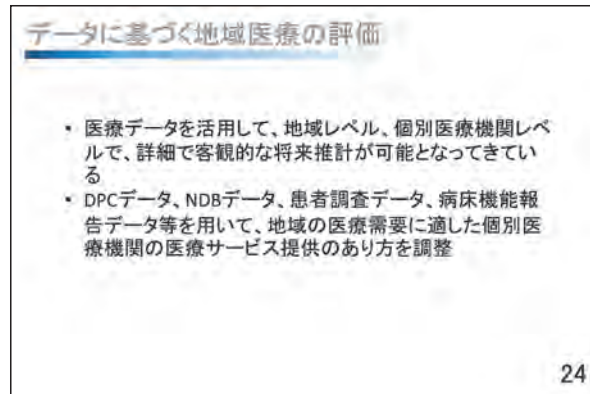
図表 19



図表 20



図表 21



### 地域医療需要推計のあり方

医療ビッグデータを活用して、特に、医療の供給の必要量を推計していきます。また、疾病構造の変化、人口構造の変化等を基に医療の供給の必要量を推計していくということと、それからもう1点は、病床機能報告制度等のデータを集計して、実際に医療提供体制がどのようになってくるかを集計していくということ。基本的には、その差を明らかにしていって、地域の協議の場においてこのギャップを埋めていくことが基本的な考え方になるのだらうと思います（図表 22）。

病床機能については、高度急性期、一般急性期、亜急性期の、大きく3つの区分に分けていきます（図表 23）。そのときの推計方法ですが、現在用いられている方法は基本的には1日当たりの診療報酬の点数を基に病床の機能区分をしています。

いろいろ検討したのですが、本来、こういう機能区分をするのであれば、きちんと疾患に基づいて、例えば私たちはDPCのデータの分析などを行っておりますので、疾患別に病期をある程度想定して、例えば心筋梗塞であれば入院当初、大体10日ぐらいが高度急性期に当たるような形で、ある程度疾患別に推定したほうがいいのではないかなというように考えていました。しかし、非常に手間がかかるということと技術的に困難度が高いということで、残念ながらその案は採用されずに、結果的にどちらかと言うとテクニカルに、1日当たりの点数という非常にざっくりとした方法で機能分化の指標をつくる方向になっていったのだらうと思っています。1日当たりの診療報酬の点数、C1、C2、C3という点数の基準を用い、高度急性期、急性期、回復期と分けて、それぞれの病床数の必要数を推計する方法がとられています（図表 24）。

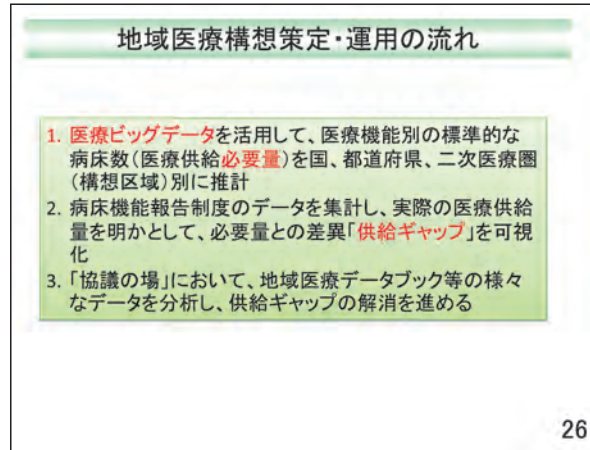
これもかなり時間をかけて検討したのですが、最終的に3,000点、500点、225点という点数が決められたわけですが、例えばこの急性期と回復期の間の検討などについては、DPCデータなどを用いて、治療内容も分析しながら一定程度時間がたつと安定した状態でどのぐらい医療資源を使っているだろうかという推計を、かなり試行錯誤を繰り返しながら検討したという経緯があります（図表 25）。一方、高度急性期についてはあまり細かく検討しておらず、高度急性期をきちんと分けることはかなり難しいですし、本当にその必要性があるのかということも多少疑問に感じております。それからもう1点は、慢性期、回復期の後から在宅に移る分、この225点についても、実はあまり詳しくは検討していないというような状況だったのではないかと思います。

こうした推計値を用いて出されたのがこの数値になります（図表 26）。この時点で、メディアなどの報道などで一番注目されたのが総病床数の話で、今ある135万床を20万床減らすというような形で、

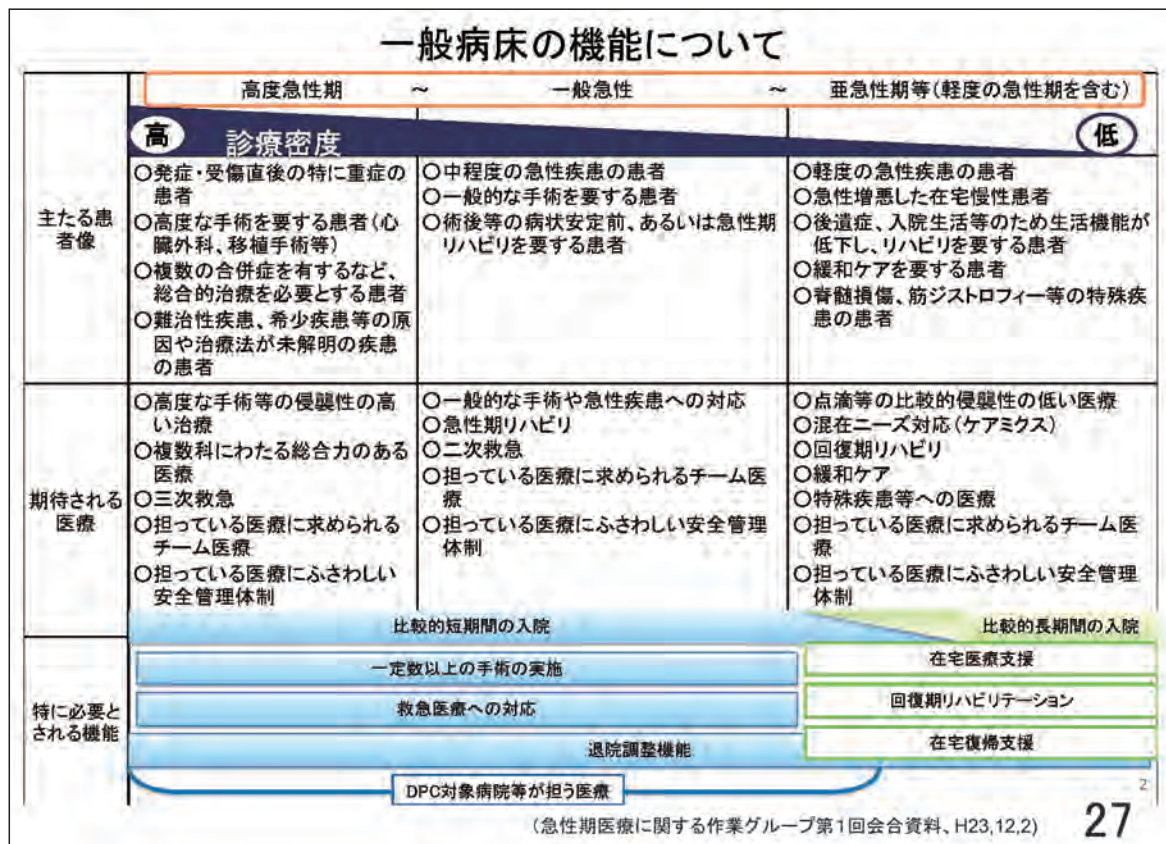


かなりエキセントリックな形で報道されてしまったわけですが、私たちが検討していた段階で、総病床数が幾らになるかという推計は、私たち自身も最後まで見なかったわけです。

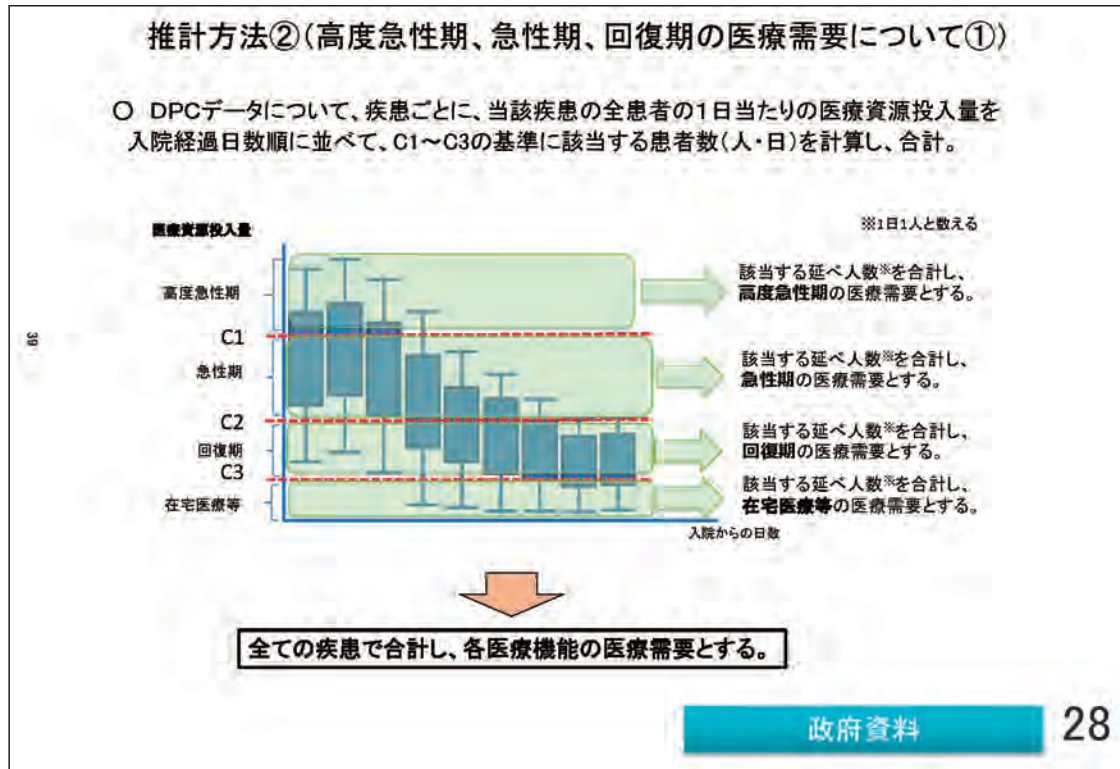
図表 22



図表 23



図表 24



図表 25

**病床の機能別分類の境界点(C1～C3)について**

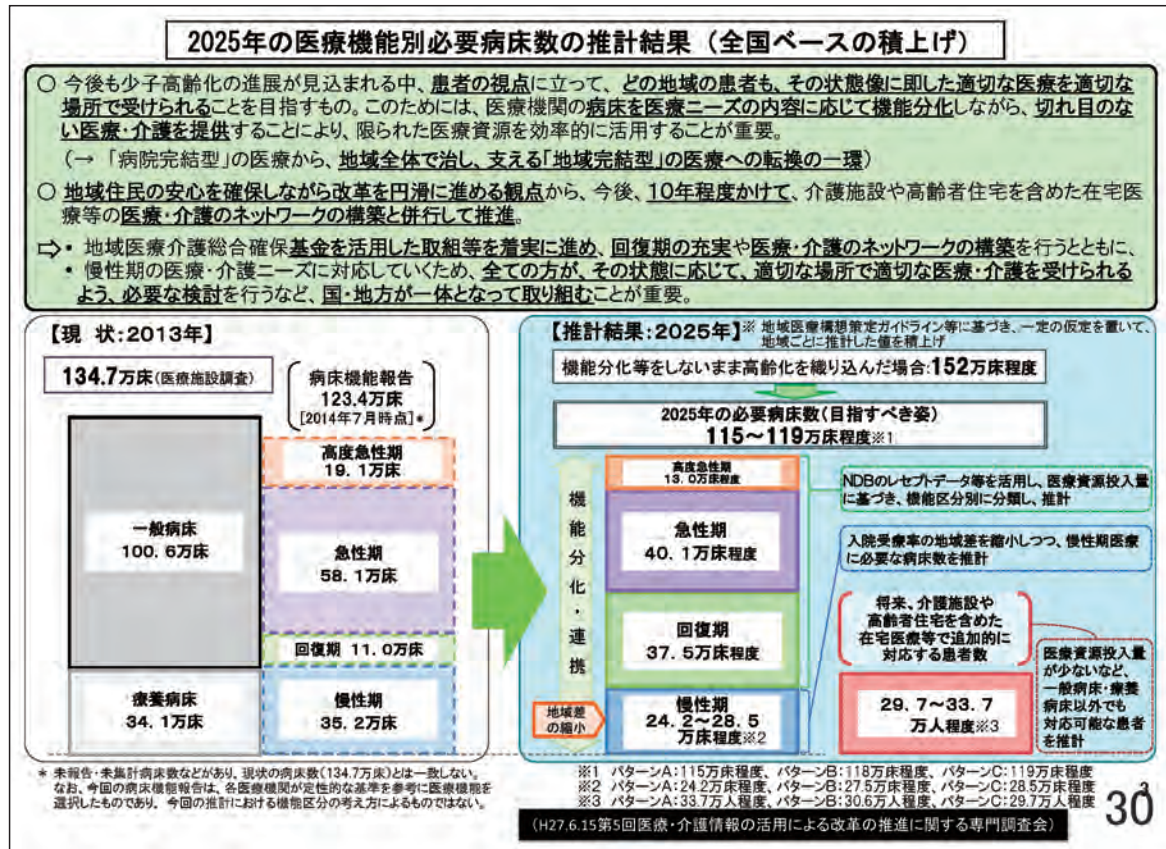
	医療資源投入量	基本的考え方	患者像の例
高度急性期	C1 3,000点	救命救急棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い治療(一般病棟等で実施する診療を含む。)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> <li>心不全に対して非侵襲的人工呼吸器による呼吸補助を行い、肺動脈圧測定カテーテルや心エコー、血液検査、レントゲン等で精密な評価を行いながら、利尿剤等による治療を実施している状態。まもなく呼吸器から離脱出来そう。検査や評価の頻度も下げていけそうである。</li> </ul> <p>【例】 非侵襲的人工呼吸器＋心エコー・心電図＋観血的肺動脈圧測定＋胸部レントゲン＋点滴管理＋薬剤＋血液検査</p>
急性期	C2 600点	急性期における治療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性胆管炎に対し、緊急で内視鏡的胆道ドレナージを行った。引き続き、抗菌薬治療を行い、全身状態は改善し、血液検査を実施した。</li> <li>尿路感染症に対し、抗菌薬治療を行っている。熱が下がり、全身状態は回復しつつあり、食事を摂ることが出来ている。</li> </ul> <p>【参考】 NDBのレセプトデータ及びDPCデータから、「医療資源投入量がおおよそ横這い」となって、落ち着く段階」の平均資源投入量を計算。 ※ 具体的には、DPCの入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲにおける全疾患の平均資源投入量を、入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲのそれぞれの患者数で加重平均。その後、NDBのレセプトデータも加えて、さらに補正。</p>
回復期	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> <li>脳梗塞性肺炎に対する抗菌薬療法は終了し、全身状態は安定しているが、経口摂取は不安定で補液が必要。喀痰が多いため吸引を行っている。</li> <li>大腸がんの手術後、経過は良好であったが、腸閉塞となり、絶飲食とし、補液およびイレウス管によるドレナージを行っている。</li> </ul> <p>【例】 補液＋点滴管理＋ドレナージ</p>
在宅等		○境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み、175点で区分。	

政府資料

29



図表 26



現実的には、急性期と回復期のあたりを分ける部分の検討を中心にデータに基づいて行っていて、それ以外の部分、特に慢性期部分についての検討は、会議のほとんど最後に2～3回やったぐらいです。あまり時間をかけない検討だったので、ワーキンググループとして、この総病床数にはそれほど責任を持っているわけではないのではないかと考えております。ただし、データに基づいて一定程度その機能を分けていけるということを示せたという意味では、それなりの意義があったのではないかと考えております。いずれにしろ、急性期と回復期部分がある一定の基準である程度の数値に分けられて、それを地域別に推計できるという方法を示したということは、十分意義があったのではないかと思います。

あともう1点、慢性期については、かなり乱暴な議論がありました。つまり、平均値に集約させるという形になり、この部分に至っては、データに基づく検討と強く言えないような、非常にざっくりとしたような検討だったのではないかと考えております。

1日当たり点数で評価した方法を私なりにその意義を考えてみたものが図表27です。ナショナルデータベースを使いますと、日本全国の個別の病床当たり1日点数何点の患者さんが何人いるということを全国レベルで集計できるわけです。それを点数の低いほうから高いほうに並べていきますと、診療密度順の累積患者数曲線は日本全国レベルで出せるだろうということになります。ではそれが出たら逆に何ができるかというと、一定の基準を決めたらその基準の点数の範囲にある患者さんの数、病床の数というのはわかるわけです。要するに、例えば175点と600点を決めたら、その間に患者さんが何人いるということが推計できることが一番の特徴だと考えております。

この時点で、600点の付近、つまり急性期が終わって一定程度状態が安定する部分の検討はいろいろ行いました。この部分で大体何となく切れて、急性期と回復期が分かれるのだろうなというイメー



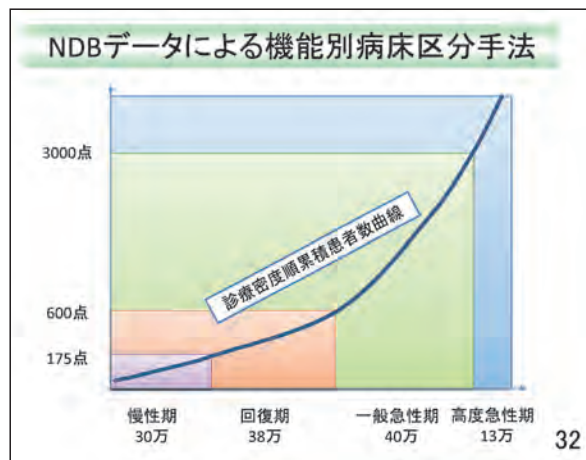
ジはもっておりますが、回復期の後慢性期に至る部分については、このカーブが非常に寝ているわけです。これは何を意味しているかというと、この点数をわずかにいじるだけで、この病床数は非常に大きく変わってしまうわけです。その意味で、この部分の精度というのはあまり高くないだろうなということは1つ言えると思います。

それからもう1つ、高度急性期部分についても、この点数をいじることによってかなり違ってしまいますので、病床区分の数値自体が独り歩きすることは私としてはあまり望ましくないと思っております。

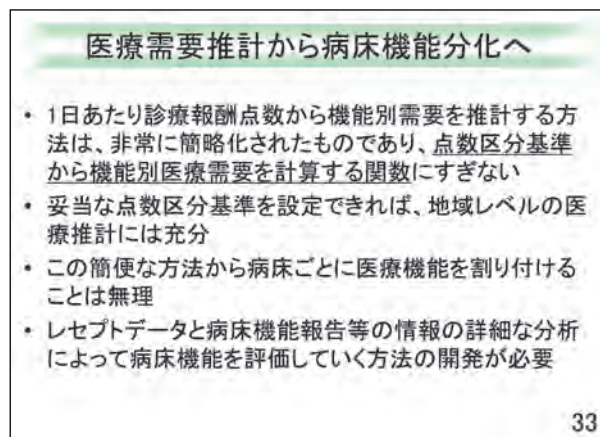
ただ方法論として、一定の基準で病床の区分をつける、それを全国一律の基準で病床を分けられるという方法ができたということでは非常に意義があると思いますし、この一定の基準で病床を区分することで全国的な推計値がどうなるかということを経済にわたって出せるわけですから、方法論としては十分有効な方法だと思います。しかし、これを用いて総病床数の推計あるいは慢性期病床数の推計などを行うのは、非常に無理があるのではないかと思います。ですからこうした、ある意味1つの関数ができたのだという形で理解しておいたほうがいいのではないかと考えております。

医療需要推計から病床機能ということ、1日当たり診療報酬点数から機能別需要を推計する方法は非常に簡略化された方法で、病態の評価などについては部分的に行われておりませんから、点数区分基準から機能別の医療需要を計算する関数だというふうにとらえるので十分ではないかと思ってお

図表 27



図表 28



ります（図表 28）。しかしながら、妥当な点数区分基準を設定すれば、地域レベルで医療推計、医療需要の推計を行うには十分使える方法になっていると思います。

あともう 1 点、病院単位でどうなるか。この簡便な方法から病床ごと、病院における病床ごとの機能を割りつけるのは当然のことながら難しいと思いますので、病床機能の評価についてはまた別の方法が必要になるだろうと考えております。

都道府県別、また二次医療圏別の推計病床数が出されております（図表 29）。絶対値自体には大きな意味はなく、例えば急性期と回復期の比率がどのくらいになるかというような形の評価には十分使えるのではないかと思います。

それから、療養病床についても同様な結果になっております（図表 30）。

地域医療需要推計のあり方ですが、1 日当たりの点数を用いたほうは、地域レベルの機能を別の需要推計にもある程度使えますが、特に、急性期と回復期の配分等の推計には有用だと思います。ただ、総病床数や慢性期病床数の推計の客観性については十分担保されたものではないと思いますし、病床機能評価については、別途新しい方法が必要になるのではないかと考えております（図表 31）。

図表 29

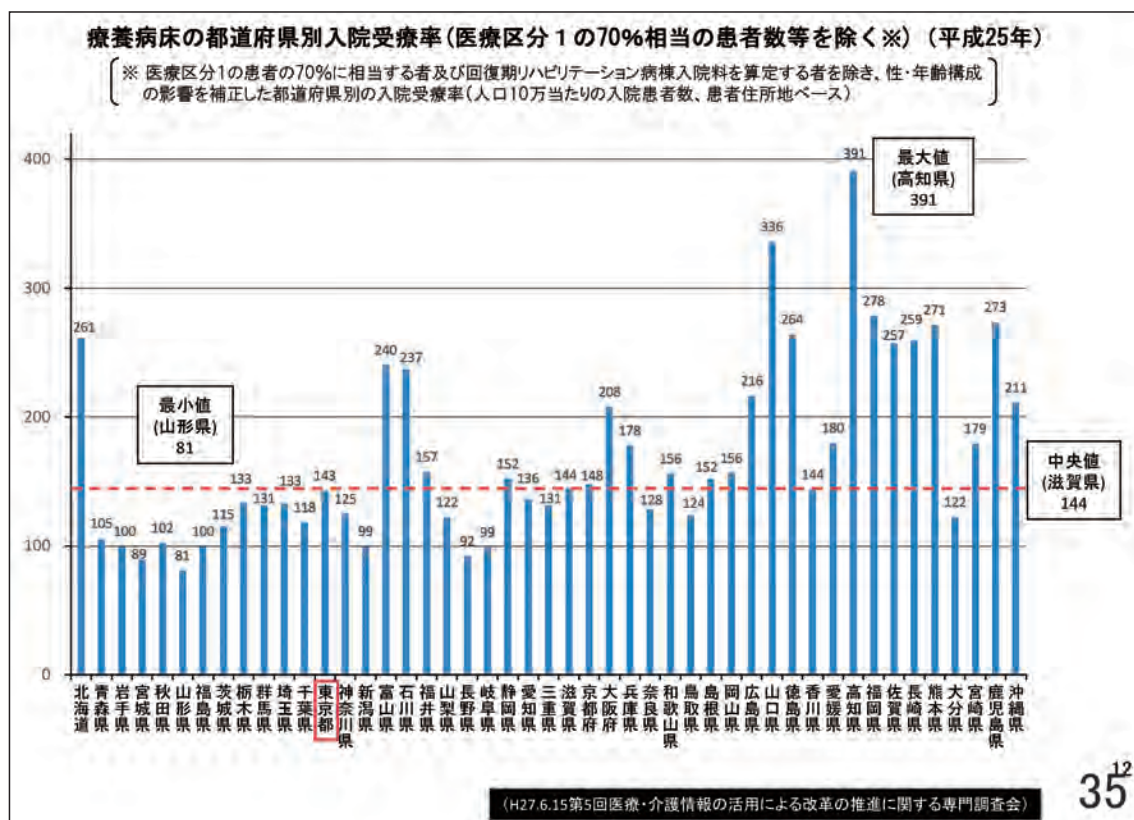
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)																					
2013年の病床数(千床)			2025年の必要病床数(千床)																		
一般・療養病床(2013) ※1			4医療機能 合計(2025) ②			一般・療養病床(2013) との差(②-①)			うち 高床 急性期			うち 急性期			うち 回復期			うち慢性期			(参考) 将来、介護施設や 高齢者住宅を含めた在宅 医療等で追加的に対応 する患者数(2025)(千人)
合計 ①	うち 一般 病床	うち 療養 病床	パターン A	パターン B	パターン C	パターン A	パターン B	パターン C	急性期 A	急性期 B	急性期 C	回復期 A	回復期 B	回復期 C	慢性期 A	慢性期 B	慢性期 C	パターン A	パターン B	パターン C	
全国計	1346.9	1006.2	340.7	1148.5	1181.6	1191.2	▲198.4	▲165.3	▲155.7	130.3	400.6	375.2	242.3	275.5	285.1	336.6	306.1	297.3			
北海道	83.6	60.1	23.5	68.7	72.1	73.2	▲14.9	▲11.5	▲10.3	7.3	21.9	20.4	19.0	22.4	23.5	27.7	24.6	23.5			
青森県	16.5	13.5	3.0	11.7	11.8	11.8	▲4.8	▲4.7	▲4.7	1.2	4.1	4.2	2.2	2.3	2.4	2.9	2.8	2.8			
岩手県	15.0	12.2	2.8	10.5	10.7	—	▲4.5	▲4.4	—	1.0	3.3	3.7	2.5	2.6	—	2.6	2.4	—			
宮城県	21.1	17.9	3.2	18.7	18.8	—	▲2.4	▲2.4	—	2.3	6.6	6.0	3.8	3.9	—	3.0	3.0	—			
秋田県	12.6	10.2	2.4	9.0	9.1	9.1	▲3.6	▲3.5	▲3.5	0.9	3.3	2.5	2.3	2.4	2.4	2.1	2.0	1.9			
山形県	12.0	9.9	2.1	9.2	9.3	—	▲2.8	▲2.7	—	0.9	3.1	2.9	2.3	2.3	—	1.4	1.4	—			
福島県	21.5	17.3	4.2	15.1	15.3	15.4	▲6.4	▲6.2	▲6.1	1.5	5.4	5.2	3.0	3.2	3.3	3.6	3.4	3.3			
茨城県	27.0	21.0	6.0	21.4	21.7	—	▲5.5	▲5.2	—	2.2	7.4	7.1	4.7	5.0	—	4.8	4.6	—			
栃木県	18.3	14.1	4.2	15.2	15.5	—	▲3.2	▲2.9	—	1.7	5.4	5.2	2.9	3.2	—	3.7	3.4	—			
群馬県	21.0	16.1	4.9	17.2	17.5	17.6	▲3.8	▲3.5	▲3.4	1.7	5.5	6.1	4.0	4.3	4.3	4.1	3.8	3.8			
埼玉県	50.6	38.4	12.1	53.1	54.2	—	+2.5	+3.6	—	5.5	18.0	16.7	12.9	14.0	—	12.5	11.5	—			
千葉県	47.0	37.2	9.8	49.3	50.0	50.0	+2.3	+2.9	+3.0	5.6	17.9	15.3	10.6	11.2	11.2	9.1	8.5	8.5			
東京都	108.3	85.7	22.6	111.8	113.9	—	+3.5	+5.5	—	15.9	42.3	34.7	19.0	21.1	—	22.1	20.2	—			
神奈川県	62.9	49.3	13.5	71.0	72.2	—	+8.1	+9.4	—	9.4	25.9	20.9	14.8	16.0	—	13.4	12.3	—			
新潟県	23.1	18.1	5.1	18.1	18.3	—	▲5.1	▲4.9	—	1.7	5.7	5.7	5.0	5.2	—	4.3	4.1	—			
富山県	14.4	9.2	5.2	8.9	9.5	9.6	▲5.5	▲4.9	▲4.8	0.9	3.3	2.7	2.0	2.6	2.6	5.2	4.7	4.6			
石川県	15.9	11.4	4.5	11.3	11.9	11.9	▲4.6	▲4.0	▲4.0	1.2	3.9	3.7	2.4	3.0	3.1	5.0	4.4	4.4			
福井県	10.3	7.8	2.5	7.4	7.6	—	▲2.9	▲2.7	—	0.7	2.6	2.6	1.4	1.6	—	2.5	2.3	—			
山梨県	9.2	6.9	2.3	6.8	6.9	6.9	▲2.5	▲2.3	▲2.3	0.5	2.0	2.6	1.6	1.8	1.8	1.7	1.6	1.5			
長野県	20.4	16.2	4.2	16.7	16.8	—	▲3.7	▲3.6	—	1.9	6.5	5.1	3.2	3.3	—	2.7	2.7	—			
岐阜県	18.5	14.7	3.8	14.9	15.0	—	▲3.6	▲3.5	—	1.7	5.8	4.8	2.6	2.7	—	2.8	2.7	—			
静岡県	34.4	23.8	10.6	26.0	26.9	—	▲8.3	▲7.5	—	3.2	9.1	8.0	5.8	6.6	—	8.2	7.4	—			
愛知県	59.2	45.0	14.2	56.6	57.8	57.8	▲2.6	▲1.4	▲1.4	6.9	20.6	19.5	9.6	10.8	10.8	12.8	11.7	11.7			

(H27.6.15第5回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会)

34

(H27.6.15第5回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会)

図表 30

35<sup>12</sup>

図表 31

## 地域医療需要推計のあり方

- ・ 1日当たり点数(診療密度)による病床機能区分は、過度に簡便化された手法であるが、地域レベルの機能別病床需要を推計するには十分
- ・ 特に、臨床病態を勘案した急性期と回復期の配分等の推計には有用
- ・ 一方、総一般病床数(回復期と慢性期の境界)、慢性期病床数の推計の客観性は不十分
- ・ 個別医療機関の病床機能評価に関しては、より精緻化された手法の開発が必要

36

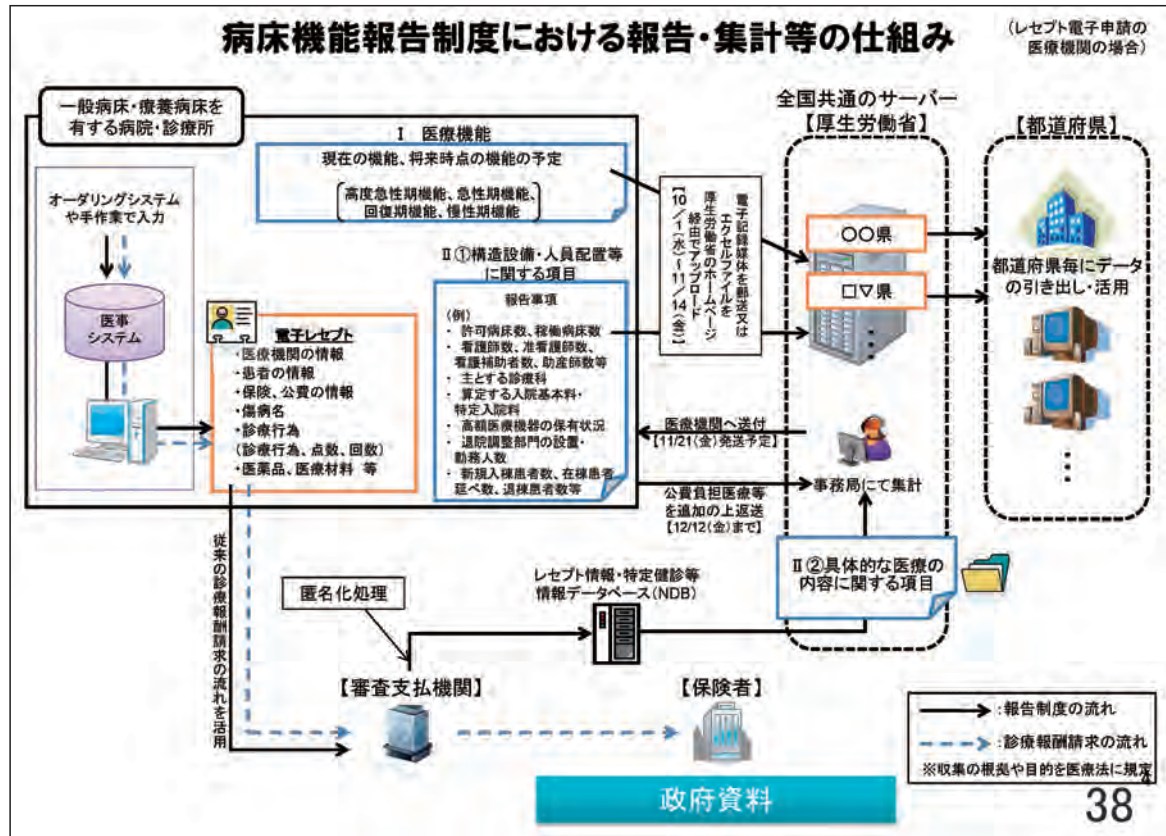
## データに基づく病床機能分化

病床機能報告における今後のあり方などを実際の病院のデータ分析なども行っておりますので、それに合わせた形で少し検討させていただきたいと思っております。

図表 32 は、政府資料として出されております、今後の病床機能報告制度によってどのようなデータが使われるかというようなイメージ図になっております。来年度からかと思いますが、レセプトにそれぞれの患者さんのいる病床が記録されて、さらにその病床機能も一緒に記録されたものが今のナショナルデータベースのデータに載せられる形で全国に集計されるということになっていると理解し



図表 32



ております。そうしますと、レセプトデータと病床機能を連結させた分析ができます。

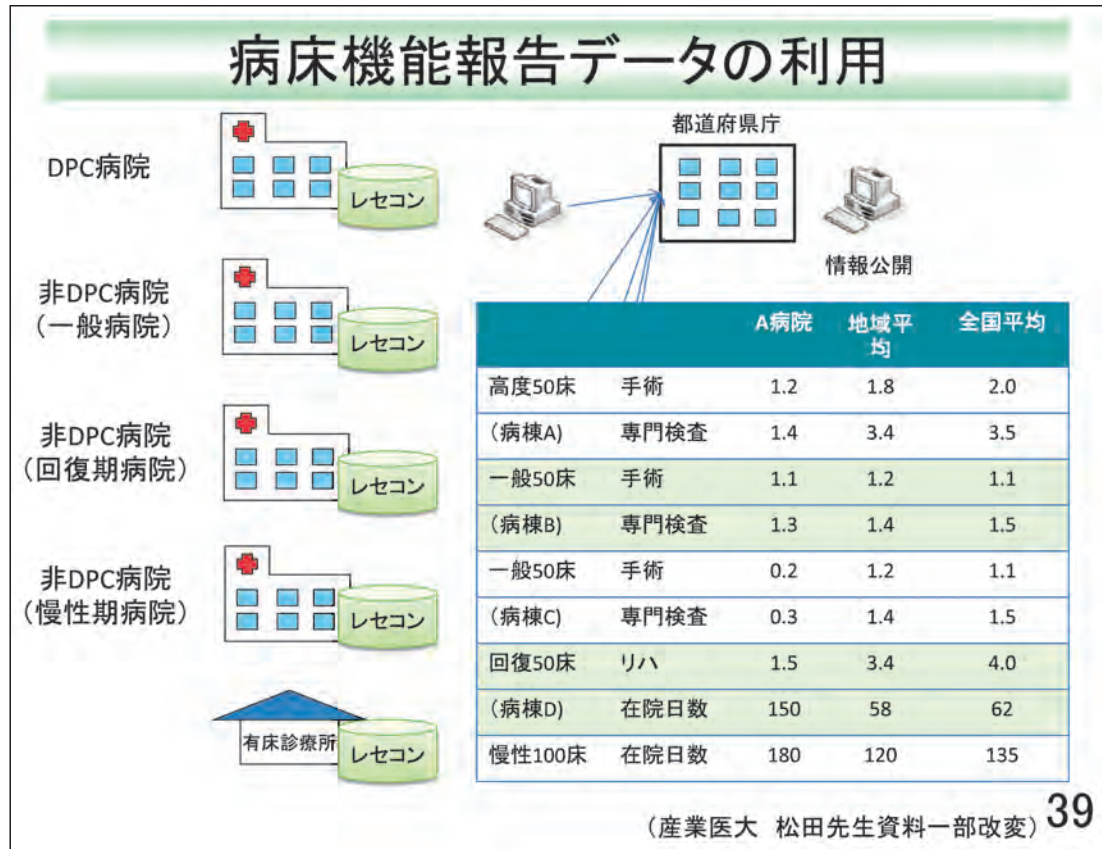
どういう分析を行うかは、今後検討するということになるわけですが、図表 33 は松田晋哉先生がつくられた資料に少し手をくわえたものです。データが集められて、そこにレセプトの中身とそれぞれの病棟の機能、現時点ではそれぞれの病院が自分で決めた機能がくっついているというイメージです。

まずできることは、病棟機能別、病院が定めた病棟機能別の診療内容を集計することができます。これは先ほどのナショナルデータベースの集計手順と同じようなイメージになりますが、それぞれの病棟、例えば高度急性期と言われた病棟で、全国平均では手術が病床当たり何件ぐらいとか、それぞれの専門検査などがどのぐらいあるかといった数値が、さほど手間をかけずに出ることになると思います。そうしますと、全国平均値あるいは地域平均値が出ますので、それぞれの病院の数値、例えばこれは A 病院の例ですが、A 病院の高度急性期病棟の診療内容を比較する形で、全国平均に近いのか、それより高いのか低いのかなどの評価が、一定程度できるようになると考えております。

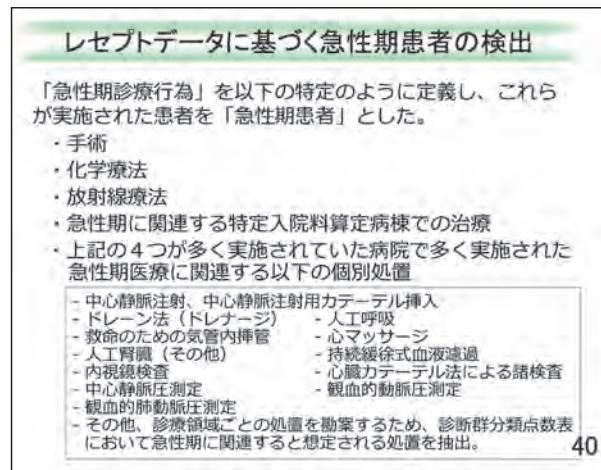
同じようなイメージで、一般急性期についても診療内容等でできますし、回復期であれば、リハビリだとか在院日数等について、やはり全国標準値と比較するということができると思います。例えばこの A 病院の病棟 A の例ですが、A 病院は自らは高度急性期と定めていても、実際の数値は全国平均値の一般急性期に近いということになると、病床機能としては本来高度ではなくて一般急性期に変更するべきではないかというような形の評価に使えるのではないかと考えております。

具体的にどういふ分析を行うかというのはまだ決まっていますが、2 年ほど前に国立病院機構でレセプトデータを用いて病床機能を検討するという方法論を少し検討いたしましたので、それをご報告したいと思います (図表 34)。

図表 33



図表 34



レセプトデータに診療行為の明細がほぼすべて入っているわけですが、それを基に、入院患者のうち急性期の患者さんがどのぐらいいるかを検討しました。その急性期のマーカーとして幾つか診療行為をピックアップし、マーカーが提供された患者さんを急性期という形でラベリングをしています。具体的には、手術、化学療法、放射線治療、DPC の分類に使われている定義表に入っているようなデータを主に用いていますが、急性期に特に行われるであろう診療行為をピックアップし、こうした診療行為が提供されている患者さんを急性期の患者さんという形でピックアップいたしました。

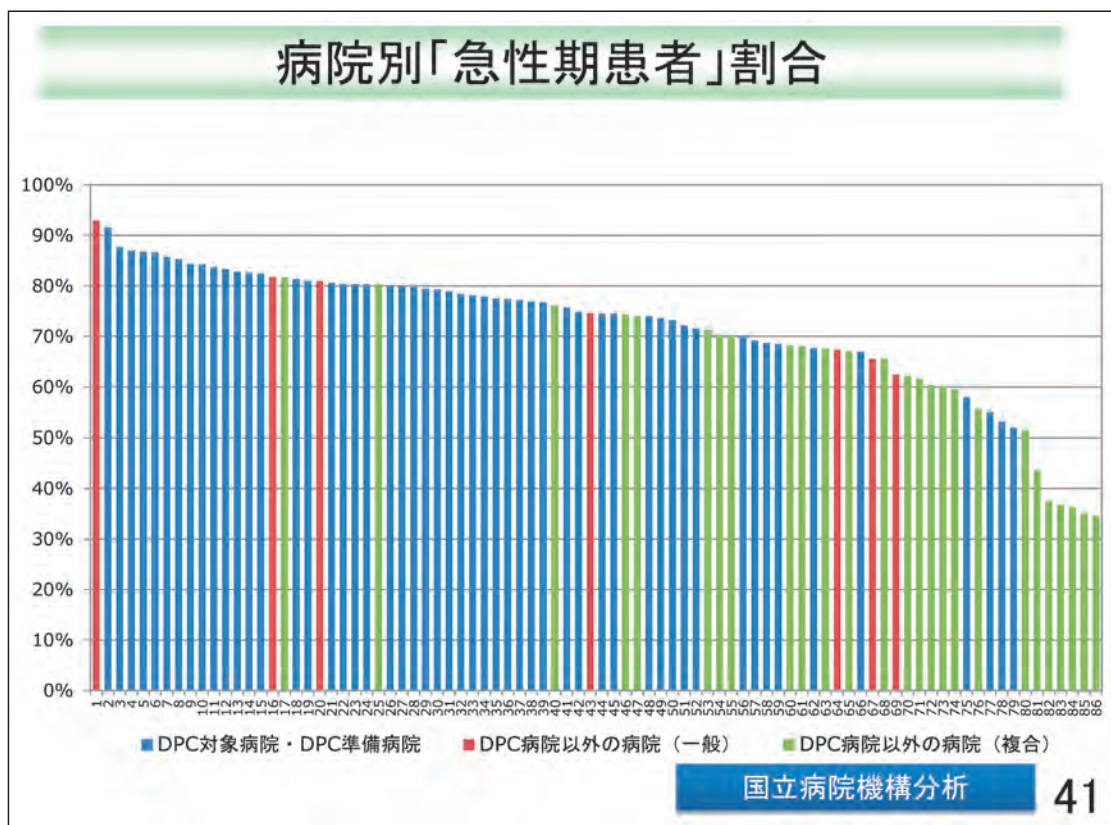


具体的に、入院患者のうちどのぐらいの患者さんが急性期の患者さんに相当したかということを見えています（図表 35）。入院期間中に1回でもこのどれかがあれば急性期という、少しざっくりとしたラベリングの方法を使っておりますが、国立病院機構の一般病床 86 病院のデータの集計値になります。これで見ていただきますと、一番多いところで 90%、一番少ないところで 30 数%と、一般病床に入院している患者さんのうち、急性期とラベルされる患者さんの割合が大体3割から9割ぐらいということになります。青の棒がDPC病院ですから、ほぼ典型的な急性期病院という形になると思いますが、急性期病院ですと大体7割から8割ぐらいというイメージになります。国立病院機構は、旧療養所病院などでは、どちらかと言うと高齢者中心の医療などを行っているところが結構ありますので、そういう部分については緑の棒が多いわけですが、急性期患者さんの割合が5割を切って、場合によっては3割になっています。残りの患者さんは基本的に高齢者の方が多いということと、先ほどの急性期治療行っていないということで、想定されるのは、例えば肺炎の治療だとか、あとはリハビリテーションだけを行っているような患者さんとかといったようなイメージの患者さんになるのではないかと考えております。

具体的に、先ほどの急性期の診療・治療を行った患者さんの割合と、それから患者1人1日当たりの平均点数を見てみますと、それなりに相関はあるということになります（図表 36）。要するに、点数だけで見てもある程度はわかるのではないかと思います。高い点数が多ければ急性期の患者さんはそれなりにいるということにはなると思います。

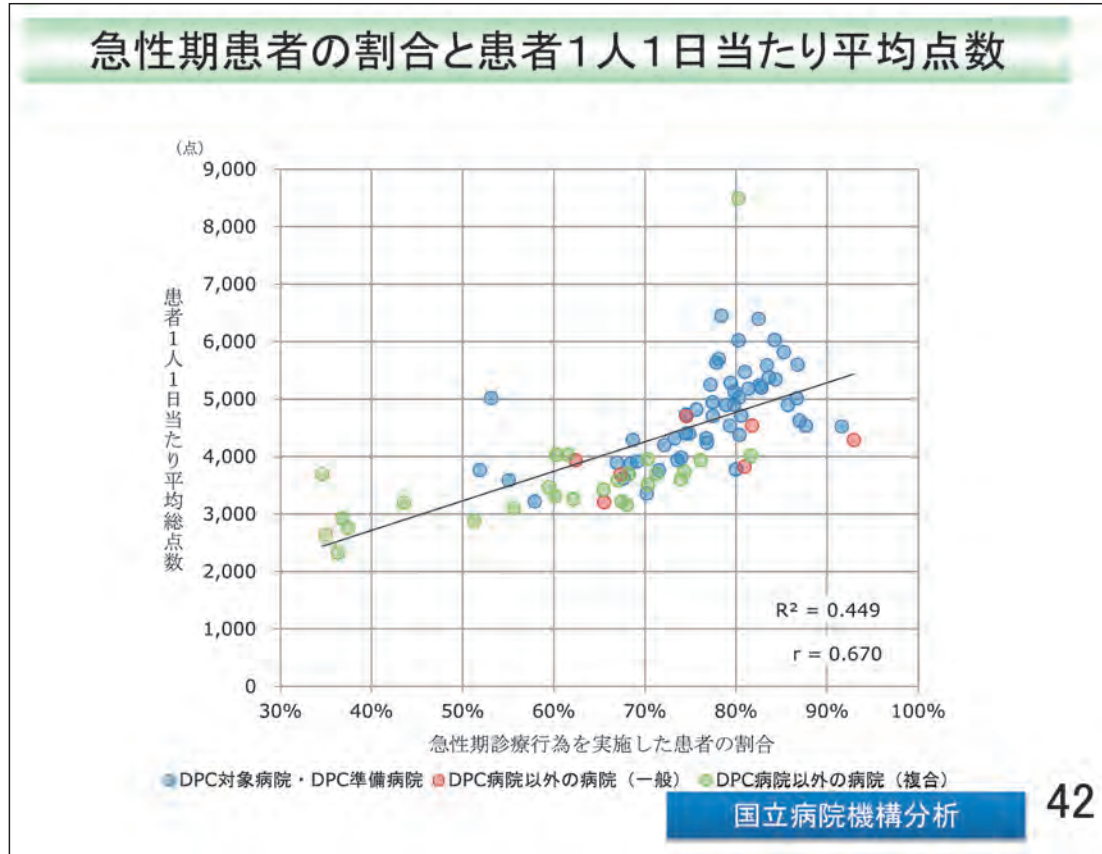
ただし、点数がほぼ同じでも、先ほどの急性期の治療を行っている患者さんで行っていない患者さんの割合のばらつきが非常に大きいので、点数だけで見ていくと、やはりこの部分の違いというのは見ることができないということになるのだらうと思います。その意味で、一定程度点数で病棟の機能

図表 35





図表 36



の違いを見ることはできますが、具体的に急性期医療の中身を点数のみで評価していくのは難しいのではないかと思います。

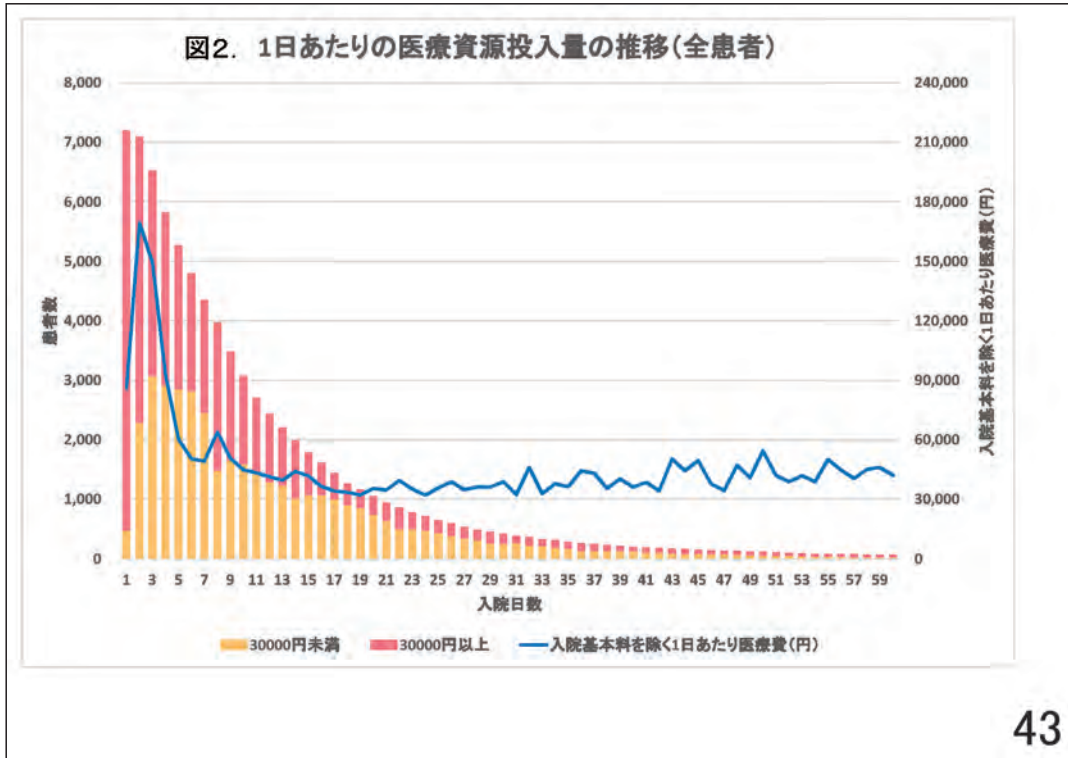
あともう1点、医科歯科大学附属病院の分析ですが、高度急性期と一般急性期の違いがどうなっているのかを検討してみました（図表 37）。1日3,000点を基準値として用いた場合、一体どうなるのだろうかというのを示した例ですが、全患者さんで3,000点を超えている部分、いわゆる、今、高度急性期の基準として使われている数値を超えている患者さんの割合が赤い部分で、それ以外の部分は黄色という形になります。ざっくり半々ぐらいのイメージになると思います。ですから大学病院だと、今の基準でいくと半分が高度急性期、半分が一般急性期になるということになるのだと思います。

では、具体的に個別の疾病別に落とすとどうなるのかを見た例です（図表 38）。これは弁膜症でロス手術を行う、非常に高度で大学病院などしかできないような治療ですが、こうした高度急性期の典型のような患者さんであっても、この赤と黄色の割合というのは、黄色の割合が結構多かったりします。術後1週間目を過ぎるぐらいから今の3,000点の基準を下回る患者さんが結構出てくるという形になります。これだけの手術の術後1週間ではまだICUにいる方が多いわけですが、これだけ大変な患者さんであっても高度急性期の期間がかなり短いというのは、どうも実態を反映してはいないと考えられます。

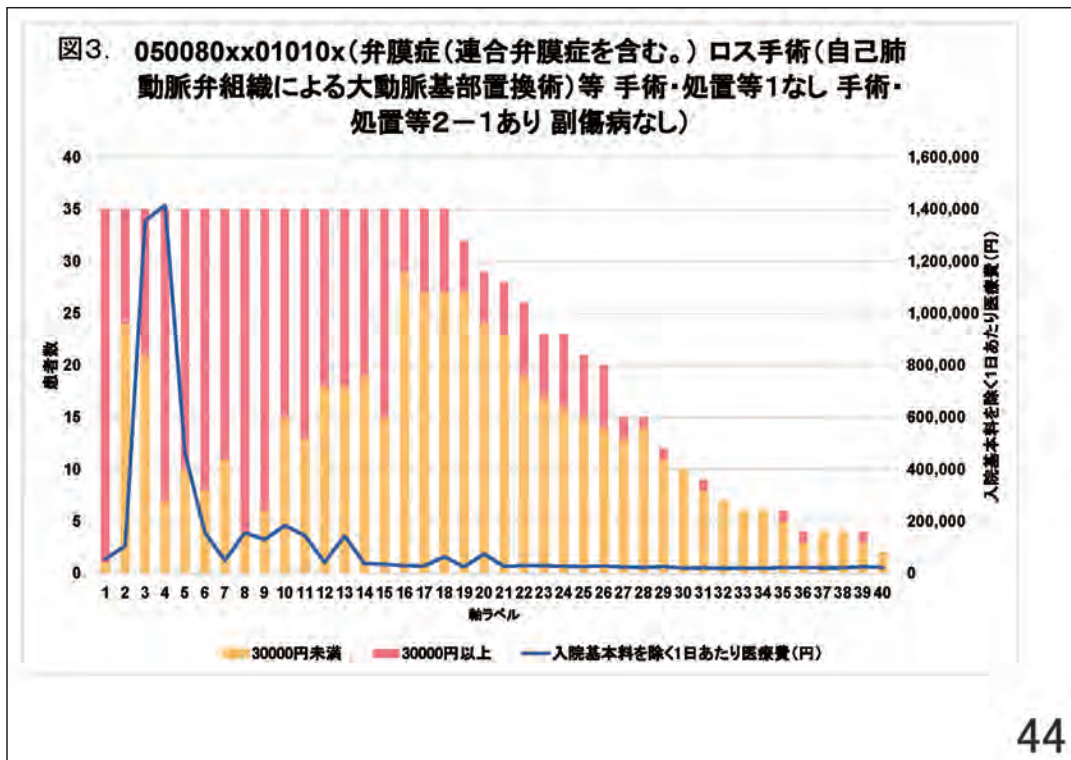
食道がんであっても、術後2週間を過ぎると高度急性期を外れるというようなイメージになってきますし、さらに内科的疾患、膠原病などでステロイド治療などを長期にやる患者さんは大学病院が多いわけですが、そうした患者さんに至っては、高度急性期に当てはまらない患者さんのほうが多いという形になってきます。大学病院で実際のデータを見ている立場からすると、やはり高度急性期と急性期を点数、特に3,000点という基準のみで分けていくのはかなり難しいというか、問題があ

るだろうと思います。そういう意味でも、治療内容とか、あるいは提供された手術等も含めた形での機能の評価というのが必要になってくるだろうと思います（図表 39, 40）。

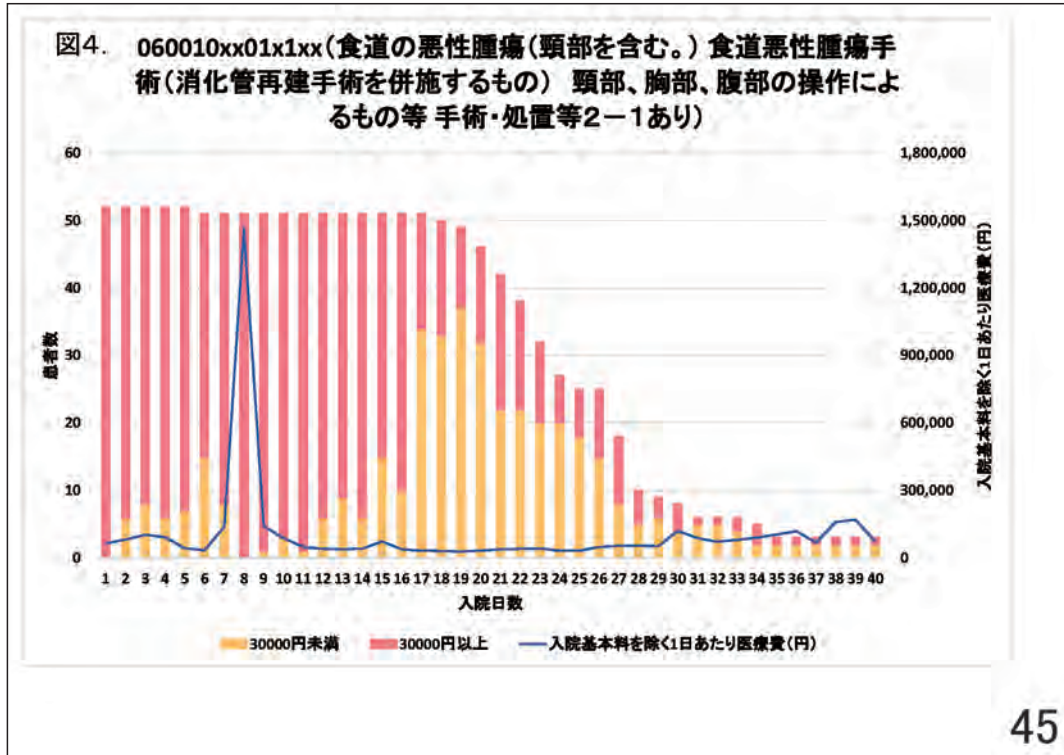
図表 37



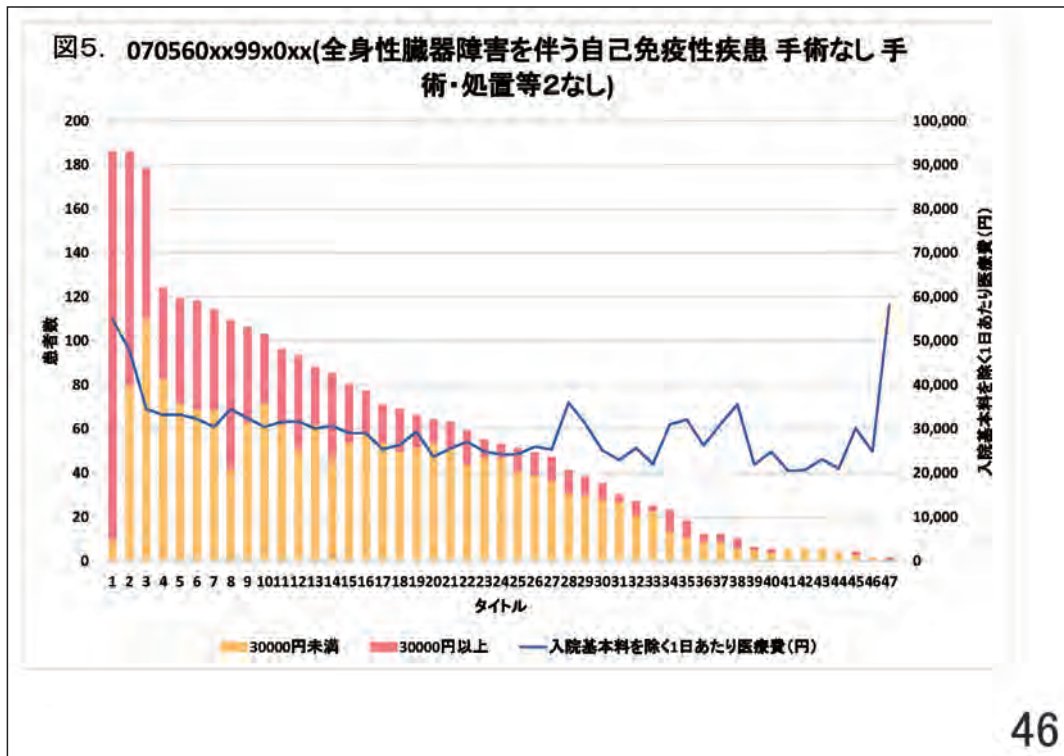
図表 38



図表 39



図表 40

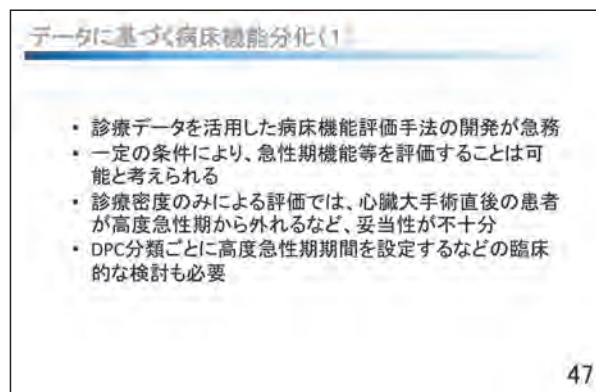




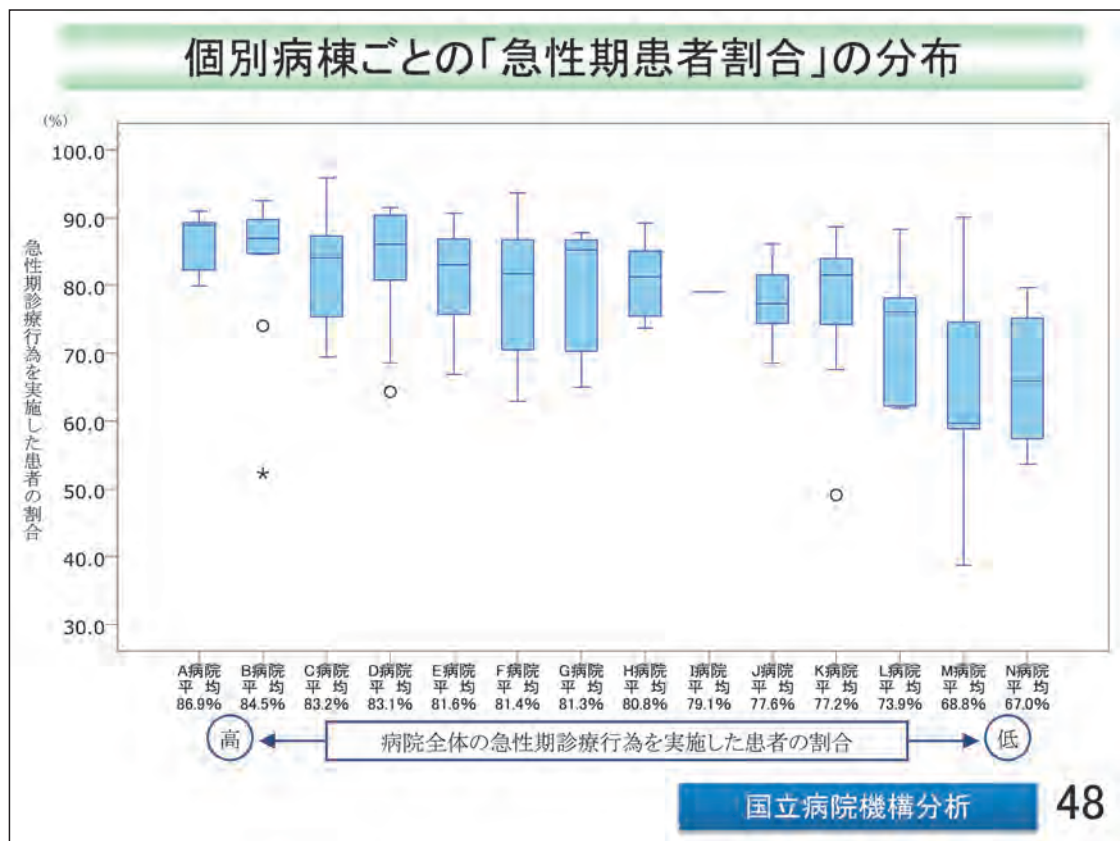
診療データを活用した病床機能の評価手法は急務となっております（図表 41）。一定の条件で、国立病院機構のデータで示したように急性期機能等を評価することがある程度は可能ではないかと思えます。ただし、心臓の大手手術直後の患者さん等が高度急性期から外れるなど、診療密度のみで高度急性期・急性期と評価していくのは難しいと思われますので、例えば DPC の分類ごとに高度急性期期間を設定するなどの、より緻密な方法が必要になってくるのではないかと考えております。

もう 1 点追加ですが、個別病棟ごとの病棟機能の評価が課題になっております。患者さんが入院している病棟と診療データを合わせて出されるわけですが、具体的に病棟単位でその機能がどのくらい違うか、国立病院機構のデータで分析した例が図表 42 です。先ほどと同じ基準で、病棟ごとに急性期の患者さんの割合を出しました。

図表 41



図表 42



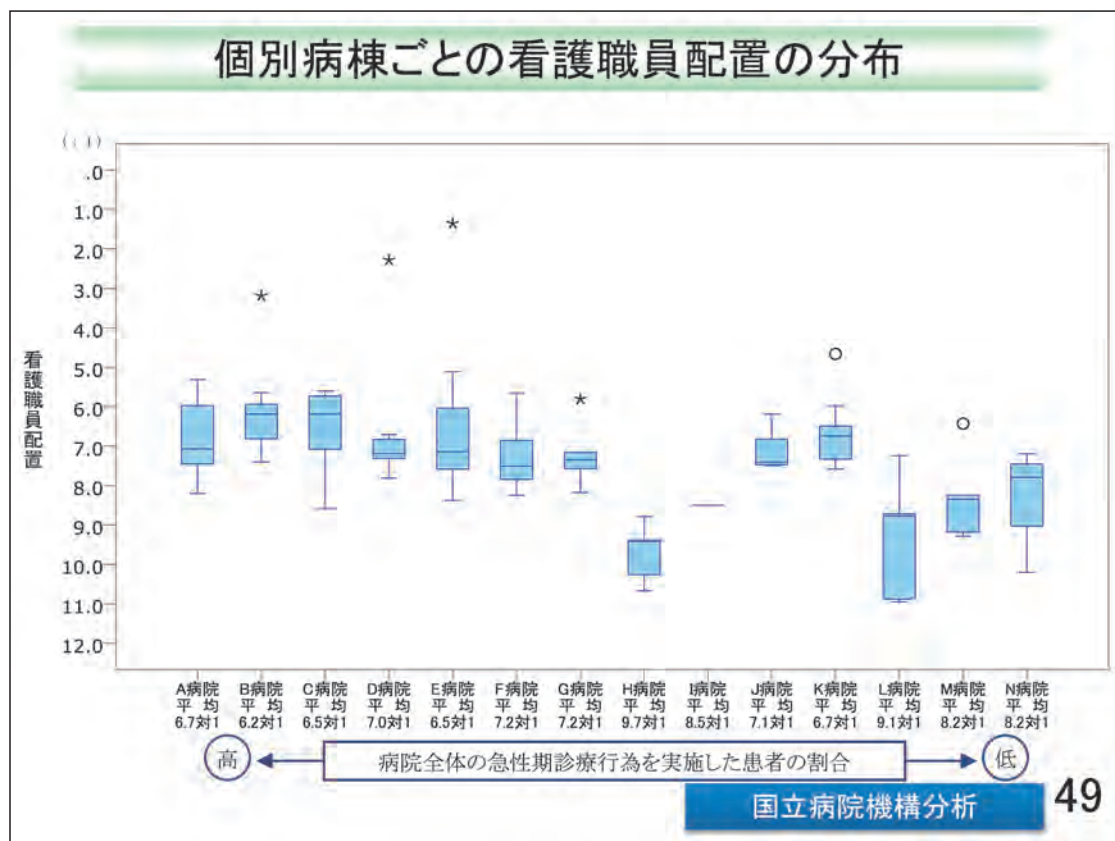
実際、かなり病院によって違いがあります。具体的に13の病院数がありますが、それぞれの病院の病棟単位の急性期患者数の割合を、箱ひげグラフで分布を見たものです。均一にそろっている部分と非常にばらついている部分がありますが、病棟によって急性期患者が多い病棟と少ない病棟と、かなりばらつきがあるということです。ですから、病棟ごとの機能評価に至ってはさらに難しいですし、このばらつきをどのようにとらえるのかは、大きな課題ではないかと思えます。

これと併せて看護職員の配置についても見てみます（図表43）。基本は7対1の病棟ですが、これはいわゆる傾斜配置という形で、病棟ごとに患者さん、看護師の配置も分けて、多くの病院で重症度が高い患者さんには多く看護師を配置していますので、やはりこれもばらつきがかなり大きいということがわかります。

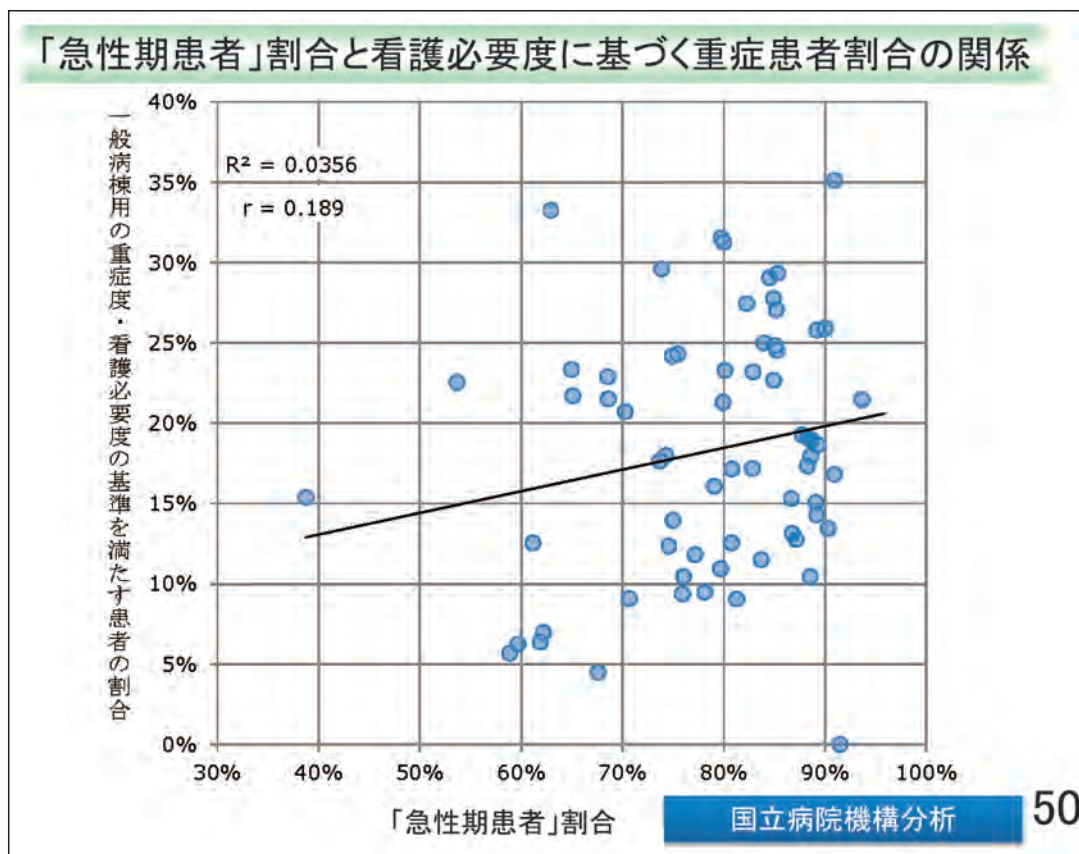
あともう1点、看護必要度です（図表44）。いろいろ課題になっておりますが、先ほどの急性期の患者の割合を横軸に取り、右に行くほど急性期の割合が高い病棟ということになります。縦軸はそれぞれの病棟の看護必要度の基準を満たす割合、看護必要度の代理変数と言えますが、全く相関がない状況になっております。急性期度を計るものは医療・看護必要度が変わっておりますが、それでもまだ十分ではないのではないかと思います。

以上のような形で、多くの急性期病院では病棟内、それから病棟間での患者の急性度のばらつきが大きいので、個別病棟単位での病床機能を設定するのはかなり難しいのではないかと思います（図表45）。看護師配置の傾斜配分については、患者の急性度とか看護必要度との関連もあまりありませんので、病棟単位で看護師配置等を拘束するということは現実的ではないと言えます。急性期病院等での病床機能評価については、病棟単位ではなく、一定の範囲の病棟群などの単位とするほうが望ましく、より大きくくりでの評価が必要になるのではないかと思います。

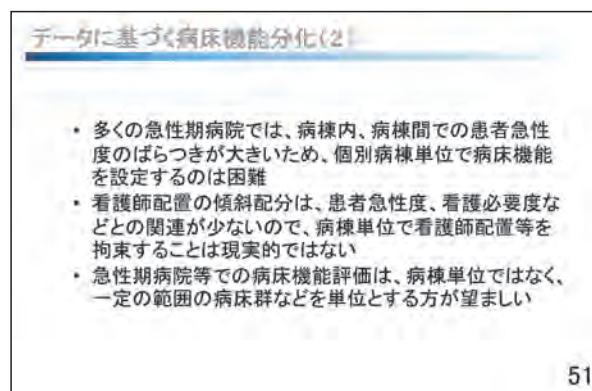
図表 43



図表 44



図表 45



## まとめ

いろいろな手法で2025年の病床数が推計されてきています。私が患者調査のデータ等を用いて推計した例が図表 46 です。厳密に推計すると、急性期はもっと少なくてよくて、回復期・亜急性期はもっと必要だろうというような推計、要するに、1対1に近いようなイメージになるというようなことを報告しております。



図表 46

新たな2025年改革シナリオ			
	2011年推計	2011年推計 伏見修正	2015年推計
高度急性期	22(21%)	15(14%)	13(14%)
一般急性期	46(43%)	40(37%)	40(44%)
回復期(亜急性期)	35(33%)	52(49%)	38(42%)
一般病床合計	107	107	91
慢性期	(28)	(28)	28

(単位:万床)

☆急性期病床は現在の一般病床の60%程度  
 ☆現在のDPC病床の一部も回復期・亜急性期病床へ  
 ☆一般病床の回復期・亜急性期病床への転換が急務

52

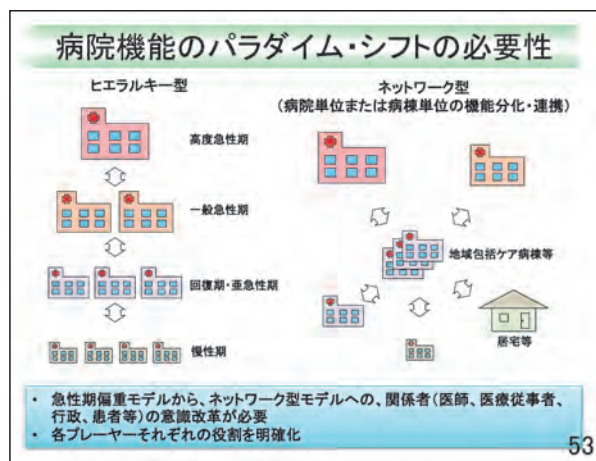
さらに今回の2015年に出された推計を見ますと、この全体の数値は、残念ながら91と、極端に言えば減らされている状況になっています。これについては、推計の根拠もあまり強くないので、ここに縛られることはないだろうと思います。

一方、比率で見ると急性期部分が大体58%、6割です。回復期部分が4割という形で、以前の推計に比べると、急性期が少し厳しめになって、回復期部分が少し多目になっているという形で、私が患者調査から行った推計と以前の推計のちょうど中間ぐらいの位置に落ちてきているという状況になってきております。イメージ的には急性期病床の必要数が今の一般病床の60%程度になるであろうということと、残り4割を亜急性期・回復期に転換していく必要があるというようなイメージの合意は何となくできてきたのかな、推計上の一貫性というのは取れてきたのかなと考えております。

それから、いろいろな意味でパラダイム・シフトの必要性が言われており、松田晋哉先生も含めいろいろな先生がおっしゃっておりますが、医療提供者、患者さん、医療従事者も含めてでしょうが、我が国の医療というのはどうしてもヒエラルキー型にとらえられてしまい、一般急性期、あるいは高度急性期のほうが上位であるというイメージがあるわけです(図表47)。しかしそれではもたない状況になってきていて、ネットワーク型とか地域連携型とかいろいろな形が言われております。やはり亜急性期部分、特にここには地域包括ケア病棟が入るべきだと思いますが、この部分が中心となって、必要な患者さんは高度急性期、あるいは急性期病棟で急性期治療を行って、戻ってきた患者さんについては、在宅それから慢性期病床も含めた形で、患者さんのネットワーク型の地域単位でのケアモデルをつくっていくことが重要でしょう。そしてこうした意識改革を、医療従事者や患者も含めて行っていくというのが、これからの日本の医療に求められていることなのではないかと考えております。

最後にきょうのポイントです(図表48)。前半では、データについてさまざまな活用の可能性が実現しているということをお示しいたしました。都道府県主体となってさまざまデータブック等を用いてデータが利用できる体制が進んで、今後活用できるようになると期待していいのではないかと思います。一方、それぞれの医療機関については、このようなデータを基にそれぞれの医療機関の役割を見極めながら、地域で求められている機能を自分たちが提供できるような体制というのはつくっていくのが重要であるだろうと思います。今後の課題ですが、病床機能報告や、構想区域、二次医療圏間の調整等の技術的な課題というのも、解決していく必要があるのではないかと思います。

図表 47



図表 48

### 要点と今後の課題

- DPCデータ、レセプトデータ、患者調査データ等の医療ビッグデータで地域医療の可視化が劇的に進展している。
- 都道府県が主体となって、病床機能報告、地域医療電子データブック等を用いて地域医療提供体制を整備していく方向性が定められている。
- 各医療機関は、地域医療データに基づいて自医療機関が地域から求められる機能を見極めていく必要がある。
- 「協議の場」の実効性確保、必要な病床機能転換の誘導法、地域医療費適正化等との整合性、などの政策的課題をどうするか
- 病床機能評価手法、構想区域間、都道府県間調整等の技術的な課題をどうするか

54