

地域包括ケアシステムの理解・研究・構築にむけての論点－医療経済・政策学の視点から**1. 地域包括ケアシステムのさまざまな源流を正確に理解する・補足資料**

二木 立（日本福祉大学）

A. 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

（『文化連情報』2015年3月号掲載予定、「二木教授の医療時評(129)より」）

「地域包括ケアシステム」は、広島県公立みつぎ総合病院の山口昇院長が、1970年代から開始した病院を基盤にした「訪問看護、訪問リハビリ等の在宅ケアによる寝たきりゼロ」作戦、および「保健・医療・介護・福祉の連携、統合」の実践を元にして提唱した概念で、同病院のすぐれた実践・実績に着目した厚生労働省がそれを借用したそうです（ただし、山口先生は、当初は「地域包括医療・ケア」と呼んでいたそうです）(16)。

そのためもあり、医療関係者の一部には、地域包括ケアシステムは、「保健・医療系」が中心、特に自治体との結びつきが強い自治体病院が中心との理解がみられます。しかし、「保健・医療系」の取り組みには、それ以外に、民間病院主体の「保健・医療・福祉複合体」（複合体）が中心のものもあります。複合体は、単独法人または関連・系列法人とともに、医療施設（病院・診療所）となんらかの保健・福祉施設の両方を開設し、保健・医療・福祉サービスを一体的に提供しているグループで、その大半は私的病院・診療所が中心になっています（この定義からは、公立みつぎ総合病院は公的複合体と言えます）(17)。複合体は1990年前後に初めて登場し、その後急成長を続けています。2000年以降は、地方の民間有力複合体の中には、他の諸法人と連携・統合しつつ、保健・医療・福祉の枠を超えて、街づくりにまで積極的に取り組み、独自に地域包括ケアシステムを形成する例も現れています(18)。

さらに、「保健・医療系」とは別に、「（地域）福祉系」の地域包括ケアシステムの取り組みもみられます。具体的には、社会福祉協議会、特別養護老人ホームを開設している社会福祉法人、あるいはNPO等が主体となった取り組みです。「福祉系」の地域包括ケアの先進的取り組みの事例集（17事例）としては、社会福祉学界重鎮の大橋謙策・白澤政和両氏が編集した『地域包括ケアの実践と展望』が必読です(19)。その序章「高齢化社会助成事業の目的・変遷と地域包括ケア実践の萌芽」（大橋謙策氏執筆）には、1970年代以降の福祉行政・政策の変化・発展と「福祉系」の地域包括ケア構築の取り組みが分かりやすく整理されています。大橋氏によると、1990年の「社会福祉事業法改正」で、保健・医療・福祉の連携という規定が盛り込まれたこと、および2000年に成立した「社会福祉法」が個人の尊厳を旨として、地域での自立生活を支援することを目的に、保健・医療・福祉の連携を求めたことが、「福祉系」の地域包括ケアの法的基盤になったそうです（ただし、同氏は「保健・医療系」・「福祉系」という用語は用いていません）。

大橋氏は、高齢者福祉研究会が「地域包括ケアシステムの確立」を提唱する1年前の2002年に、それとほぼ同趣旨の「（保健・医療・福祉の連携を進める）トータルケアシステムの創造」を提起していました(20)。しかも、「地域包括ケアシステム」と異なり、「トー

タルケアシステム」は対象を高齢者に限定していませんでした。

文献

- (16) 山口昇「地域包括ケアのスタートと展開」。高橋紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社,2012,12-37頁。
- (17) 二木立『保健・医療・福祉複合体—全国調査と将来予測』医学書院,1998。
- (18) 神野正博「地方の民間病院の立場から地域包括ケア病棟を考える」『病院』2015年1月号(74(1)) : 28-32, 2015。
- (19) 大橋謙策・白澤政和編『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,2014。
- (20) 大橋謙策「21世紀型トータルケアシステムの創造と地域福祉」。大橋謙策・他編『21世紀型トータルケアシステムの創造—遠野ハートフルプランの展開』万葉舎,2002,11-66頁。

B. 「地域包括ケアシステム」の法・行政上の出自と概念の拡大

(『日本医事新報』2015年2月14日号掲載予定、「深層を読む・真相を解く」(40))

「地域包括ケアシステム」は、当初は介護保険制度改革として提起されましたが、現在では医療制度改革を含むものに拡大しています。しかし、この用語の法・行政上の出自と概念拡大の経緯は断片的にしか知られていません。そこで、本稿では、2000年以降の各種の政府文書や厚生労働省高官のインタビュー等に基づいて、この点を探索的に検討します。

2003年の「2015年の高齢者介護」が初出

地域包括ケアシステムの政府文書上の初出は、2003年6月の高齢者介護研究会（老健局長の私的検討会）報告書「2015年の高齢者介護」です。そのⅢ. 2「生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系」の(4)で「地域包括ケアシステムの確立」が、以下のように提起されました。**「要介護高齢者の生活をできる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする様々な支援が継続的かつ包括的に提供される支援が必要である」**。この時は、地域包括ケアシステムは介護サービスが「中核」とされました。

中村秀一老健局長（当時。以下、肩書きは全て発言時）は、この報告書についての対談で、地域包括ケアシステムの重要性を強調すると共に、「地域包括ケアシステムは、それこそ地域の実情にあったいろんなシステムがあつていい」と述べました（『介護保険情報』2003年8月号：6-11頁）。

2004～2008年は「法・行政的空白期」

「2015年の高齢者介護」で提起された諸改革のうち「介護予防・リハビリテーションの充実」や「痴呆性高齢者ケア」等は、社会保障審議会介護保険部会（以下、介護保険部会）の議論を経て、2006年実施の**介護保険法第一次改正**に取り入れられました。

しかし、地域包括ケアシステムについては、第3回介護保険部会（2003年7月）で少し議

論された後、2008年2月の第24回部会（2009年の政権交代前の最後の部会）までの5年間まったく議論されませんでした。2008年の**介護保険法第二次改正**にも地域包括ケアシステムの記載はありませんでした。

以上から、2004～2008年の5年間は地域包括ケアシステムの「法・行政的空白（停滞）期」と言えます。この時期の前半は小泉内閣が厳しい医療・介護費抑制を厚労省に厳命した時期です。厚労省はそれに従って介護保険分野でも、介護予防による介護給付費抑制、介護療養病床の廃止等の立案に追われました。この時期の後半には、最大手の介護事業者コムスの不祥事が生じ、厚労省はそれに対応した改革（介護保険法第二次改正）に忙殺されました。そのために、地域包括ケアシステムの具体化にまで手が回らなかった可能性があります。

「地域包括ケア研究会報告書」で復活

地域包括ケアシステムが、厚労省内で復活するのは、「地域包括ケア研究会」が2009年5月と2010年5月に「報告書」を発表して以降です。この時期は、2009年9月の民主党政権成立前後であり、福田・麻生自公内閣、鳩山民主党内閣とも、小泉内閣とは逆に、「社会保障の機能強化」を強調しました。

地域包括ケア研究会の2009年報告書は、以下のような地域包括ケアシステムの定義を初めて提案しました。「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供されるような地域での体制」。「2015年の高齢者介護」が介護サービスを「中核」としていたのと異なり、本報告書は、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本」とするとともに、「医療や介護」等の諸サービスを同格に位置づけました。

介護保険部会でも、民主党政権成立後初めて開催された2010年5月と6月の第25・26回部会で、「地域包括ケア研究会報告書」について活発かつ肯定的な議論が行われました。2010年11月の介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」では、「地域包括ケアシステムの必要性」が初めて提起され、「地域包括ケア研究会報告書」の定義がそのまま引用されました。

2011年6月に成立した**介護保険法第三次改正**では、第5条第3項に、地域包括ケアシステムについての理念的規定が導入されました（ただし、「地域包括ケアシステム」という表現は用いられず）。2012年2月に野田民主党内閣が閣議決定した「社会保障・税一体改革大綱」の「医療・介護等①」では、「医療サービス提供体制の制度改革」と「地域包括ケアシステムの構築」が同格で位置づけられました。

以上の改革を踏まえて、宇都宮啓保険局医療課長は地域包括ケアシステムは「国策」であると説明しました（『週刊社会保障』2012年10月15日号：33頁）。宮島俊彦前老健局長も「法律上は、2012年をもって、地域包括ケア元年」と主張しました（『地域包括ケアの展望』（社会保険研究所,2013年,15頁））。

国民会議報告書が医療と介護の一体化を主張

ただし、2009・2010年の「地域包括ケア研究会報告書」は、地域包括ケアシステムの医

療として診療所レベルのものを想定し、ターミナル期を含めて「病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続する」ことを強調していました。しかも、「施設を一元化して最終的には住宅として位置づけ、必要なサービスを外部からも提供する仕組みとすべき」とも主張し、これに対して老人福祉施設協議会（老施協）は「特養解体論」と猛反発しました。

それに対して、2012年に厚労省高官（香取照幸政策統括官、武田俊彦社会保障担当参事官、鈴木康裕保険局医療課長）が相次いで、地域包括ケアシステムでの病院・医療法人の役割を重視する発言をしました（拙著『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房,2014,100-101頁）。

2013年8月発表の「**社会保障制度改革国民会議報告書**」も、地域包括ケアシステムと医療との関係を強調しました。同報告書は、地域包括ケアシステムに15回も言及したのですが、ほとんど「医療機能の分化・連携」と併記し、しかも「医療の見直しと介護の見直しは、文字どおり一体となって行わなければならない」、「地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない」と強調しました。

この報告書の提言に基づき2013年12月に成立した「**持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律**」では、地域包括ケアシステムについての以下の定義が初めて、しかも「医療制度」を規定した第四条4に挿入されました。「**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。次条において同じ。）、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体制**」。

2014年5月発表の「地域包括ケア研究会（第4回）報告書」は、従来の報告書の提案を以下の3点で修正しました：①急性期医療・病院の役割を初めて明示。②在宅と医療機関での両方の「看取り」を初めて強調。③入所施設を「重度者の住まい」と位置づけ（『日本医事新報』2014年6月14日号の本連載(34)）。

最後に、2014年6月に成立した「**地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律**」は、第一条（目的）で、「地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築する」ことを明記し、第二条で地域包括ケアシステムの定義を再掲しました。

2013年以降の政府文書と法改正により、地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠を完全に超え、医療・介護一体改革のシンボルになったと言えます。