地域包括ケアと住宅政策

松田 晋哉 (MATSUDA Shinya) 産業医科大学・医学部・公衆衛生学教室

Department of Preventive Medicine and Community Health, School of Medicine,

University of Occupational and Environmental Health

要約:

地域医療構想やそれに関連した地域計画の目的は「安心して住むことのできる街」をつくることにある。そのためには医療・介護サービスを効率的に提供できる住宅政策が必要である。本稿では圏内の先進事例を紹介し、今後の関連施策の方向性について論考する。

キーワード:地域包括ケア、住宅政策、地域医療構想、在宅ケア

1. はじめに

少子高齢化の進行は我が国の社会保障政策の在り方の見直しを迫っている。実質的に賦課方式になっている我が国の社会保障制度が、現在のままで持続可能であると考える研究者はほとんどいないだろう。しかしながら、現実の社会ではこうした社会保障制度の研究者の危機感が黙殺され、当面の景気対策、選挙対策の名目で、消費増税や保険料の見直しなど、重要な課題が先送りされ続けている。諸外国の制度が必ずしも最善ではないことは承知したうえで、それでもそれらの国々における社会保障制度改革の歴史を俯瞰すると、国民の不興を買うような決断がそれなりに行われてきた。例えば、フランスでは1994年に当時の首相であったアラン・ジュペが労働所得のみを対象とした保険料では医療保険財政を賄うことはできないという判断から、すべての所得に課税する社会福祉税(Contribution Sociale Généralisée; CSG)を導入している¹⁾。これは資産収入から大きな富を得ていた富裕層や高齢者の懐を直撃した。さらにジュペは、優遇されていた公務員や公的企業の退職者の年金改革も行った。こうした改革は公務員労働者や高齢者の大きな反発を買い、ジュペは首相の座を追われることになる。シラク大統領をして「Excellence of excellence」と評されたジュペは、その後、外務大臣などの要職を担うこともあったが、大統領の座まで登ることはなかった。

同様に、現在のドイツ経済復活の基盤を築いたとされるドイツのシュレーダー首相も「これまでよりも個人の自己責任を重視し、個々人の負担を増やすことの必要性」を強調し、失業率の改善を主たる目的として雇用の弾力化など財界寄りの改革を相次いで行った²⁾。確かに、一連の政策は失業率を低減することに成功したが、他方でそれは低賃金労働を固定化することにつながり、国民の社会格差を拡大・固定したという批判が大きくなる。その結果、シュレーダーも首相の座を追われることになるが、現在のドイツの経済的な安定はシュレーダーの一連の政策によるところが大きいと評価されて

いる。

我が国にもこうした広い視野に立った政策が必要である。内閣府の「税と社会保障の一体改革」がそうした政策セットと考えることもできるが、まだ省庁間の縦割り感が強く、相互作用が期待できるような枠組みにはなり切れていない。もちろん、そうした枠組みの修正を行うことを目的に、評価ワーキンググループが組織されており、その委員である筆者らの責任は大きい。しかしながら、ワーキングループでの議論と現場の実際の動きとの距離感も大きいというのが、筆者の正直な感想であり、その具体的な作用点をより明確にしていく必要性を感じている。

ところで、税と社会保障の一体改革を支える共通理念の一つは地域包括ケアである。これは厚生労働省老健局局長の私的勉強会として発足した地域包括ケア研究会(座長:田中滋 慶應義塾大学名誉教授)で提案された概念であり、図表1のように本人の選択と本人・家族の心構えと基盤として、すまいと住まい方、介護予防・生活支援、医療・看護、介護・リハビリテーション、保健・福祉の各サービスを、日常生活圏域で総合的に提供する体制を構築していこうというものである²⁾。



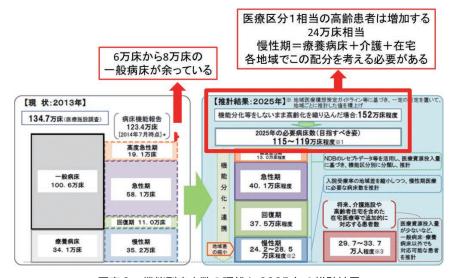
図表 1 地域包括ケアシステムの概念図 出典:三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング 〈地域包括 ケア研究会〉 2016

今後、85歳以上の高齢者、特に女性の単身者が急増することが予想されるが、こうした高齢者は 医療・介護の問題に加えて、住まいや日常生活、あるいは一般的な福祉ニーズが大きくなる。このよ うな複合的なニーズにどのように応えていくかを、各地域の関係者は問われているのである。地域包 括ケアには、普遍的なモデルはない。それぞれの地域がそれぞれの環境に合わせて関連する要素間の ネットワークを作ることを要求する。そのためには関係者が共通の理解を持つことが必要であり、そ れが地域包括ケア研究会報告書で規範的統合の必要性が強調されている理由であろう。

本稿では、地域包括ケアのうち、特に住宅政策との整合性に注目して筆者の私見を述べてみたい。 なぜならば住まいの在り方が医療介護サービスの生産性に大きな影響を及ぼすにもかかわらず、この 国は相変わらず計画性のない住宅開発が行われており、それが将来に大きな禍根を残すことを危惧す るからである。住宅政策は関連する分野が広いことから、政治家の利権にも大きくかかわる。その意 味で政治家を含めた関係者に少子高齢社会・人口減少社会における住宅政策のあり方に係るより強い 関心を持っていただくことが必要であると考え、以下の検討を行う。

2. 住宅政策との連動が必要な理由

住宅政策との連動の必要な理由を考えるために、まず図表 2 に基づいて説明を行ってみたい。図表 2 は平成 27 年に筆者らが行った研究成果をもとに、国が 2025 年の機能別病床数の必要量を示したものである³⁾。まず、左側を見ていただきたい。2013 年の医療施設調査では一般病床と療養病床の合計が 134.7 万床になっている。他方、2014 年の病床機能報告ではその合計が 123.4 万床である。仮に届け出漏れが 4 万床程度あったとしても、医療施設調査の療養病床数と病床機能報告の慢性期病床数の数がほぼ同じであることを考えると、すでに我が国は 8 万床程度の一般病床が余っていることになる。その原因としては、人口減少、高齢化の進行による傷病構造の変化(典型的な急性期の減少)、そして医療技術の進歩による在院日数の短縮化及び外来手術化などが考えられる。一般病床における典型的急性期患者の減少は、すでに印南の研究によって明らかにされていたことである⁴⁾。近年、我が国の一般病床数は減少傾向にあるが、それは上記のような状況を反映しているものと考えられる。また、平成 28 年の改定で一般病床における特定除外制度が廃止されたことや看護医療必要度の基準が厳しくなったことの影響もあるだろう。いずれにしても地方都市では 400 床以上の総合病院でも病床稼働率が 70%ギリギリという状況が珍しくなくなっていることが認識されなければならない。



図表 2 機能別病床数の現状と 2025 年の推計結果

出典: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」2015

次に、図表2の右側上部を見ていただきたい。仮に現在入院している状況のものが2025年においても入院すると仮定すると、我が国は152万床の病床を必要とする。仮に128万床が稼働するとしても24万床に相当する患者が病院以外でケアを受けなければならない。どのような患者が増加するのかといえば、医療区分1相当の高齢患者である。仮に、地域医療構想における推計値を実現するとすれば、さらに20万床相当の医療区分1の高齢患者を病院以外でみることになる。

3. いくつかの事例

医療と住宅政策の融合はすでに国内の数か所で行われている。本節ではそのいくつかを紹介し、そ

の意義について私見を述べてみたい。

(1) サンメディラック飯塚5)

福岡県飯塚市の中心部に建つサンメディラック飯塚は国土交通省の地方都市リノベーション事業で建設された複合施設である。本事業は、地方都市の既成市街地において、既存ストックの有効利用及び民間活力の活用を図りつつ、持続可能な都市構造への再構築を図るため、地域に必要な都市機能(医療・福祉・子育て支援・教育文化・商業等)の整備・維持を支援し、地域の中心拠点・生活拠点の形成を推進することによる、地域の活性化を目的とするものである。

サンメディラック飯塚はもともと市街地の中心部にあった西鉄のバスターミナルを建て直し、1階部分にコンビニエンスストア、2階から4階に飯塚市医師会が入り、5階以上に62個の分譲マンションを合築したものである。飯塚医師会館内には急患センターと訪問看護ステーションが入居している。駐車場スペースなど若干の手狭感はあるが、直行バスで50分弱で福岡市の中心部まで行けること、コンビニエンスストアにATMや宅配のサービスがあること、といった利便性に加え、医療介護の安心感があることで好評である。

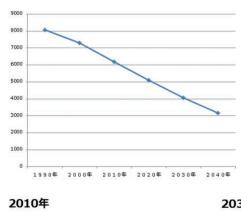
(2) ビバース日進町⁵⁾

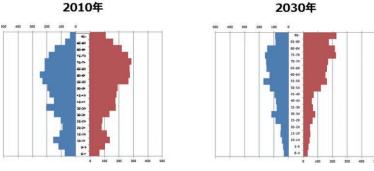
JR 川崎駅から徒歩 10 分ほどのところにあるビバース日進町は、1 階から 3 階が医療法人社団 恒春会 馬嶋病院 (医療療養病床 85 床)、4 階が川崎市のデイケアセンター、5 階から 11 階が川崎市住宅公社の高齢者対応住宅という複合施設である。我が国は、住宅政策に長いスパンでの社会保障政策としての視点が乏しかったために、公営住宅が、高齢者、特に ADL 障害を持った高齢者が住み続けることを前提とした設計になっていない。多くの市営住宅、県営住宅は 4 階建て、5 階建てのアパートであり、エレベーター等の移動支援設備がないことに加え、屋内もトイレ、浴室など多くのバリアが存在している。結果として、2 階以上に住む高齢者が、軽度の移動障害でも閉じこもりがちになり、日常生活の自立度が低下するという「作られた」要介護状態の原因になってしまう。現在、我が国は昭和の時代に建設された病院や公営住宅が建て替えの時期になっている。この時期を活用して各地域で、ビバース日進町のような複合施設を整備することが重要である。

(3) 奈井江病院⁷⁾

北海道奈井江町町立国保病院は一般病床 18 床、医療療養型 32 床からなるケアミックス病院である(12 床は開放病床)。同病院では 3 階にあった一般病床 46 床を閉床・改修し、16 室のサービス付き高齢者向け住宅(個室7室、夫婦部屋9室)とし、平成28 年冬から運用を開始している。これは、人口減等による一般病床入院患者減少の一方で、町内における高齢者単身世帯・夫婦世帯の増加に対応するために行われた。これにより住み慣れた地域で安心して暮らせる住まいを確保し、必要時に医療・介護が受けられる安心した生活を提供する体制が整備された。家賃については、自治体経営であることを活かし、一定の家賃軽減を実施している。高齢化が進む北海道の地方都市では、病院が地域の高齢者にとって日常的に集まる場ともなっている。これを問題視するのではなく、その立地を生かし、地域住民との交流の場・社会参加推進の場としても活用することが目指されている。

図表3に示したように、奈井江町では人口減少と少子高齢化の進行が著しく、後期高齢者の医療介護、そして生活をどのように効率的に支えていくかが喫緊の課題となっている。その意味でも病院を 地域包括ケアの各サービスを総合的に提供できる場として、それを中核に地域包括ケアシステムの視





図表3 北海道奈井江町の人口推移

点からのコンパクトシティを構築していくという施策は理にかなっている。このような人口推移になる地域では、今ある資源を有効活用してこれからの人口減少社会を乗り切っていくという対応が適切である。

(4) 生活支援長屋7)

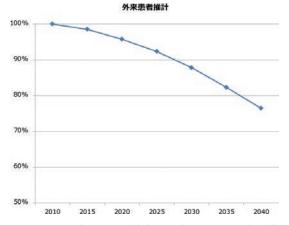
病院を母体としているわけではないが、同じく北海道足寄町の高齢者等複合施設(むすびれっじ、定員 20 人)も非常に興味深い試みである。これは高齢者が「急性期病院から退院する際、自立した生活になじんだ上で自宅に帰るための一時的な住まい」、「雪かき等が厳しい冬季の居住」、「農繁期や家族介護者急病時の一時的な対応」など、住民のニーズに柔軟に対応する形で入院以外の選択肢を提供しようというものである。部屋代は3か月まで無料、6か月まで半額にするというように、町民の経済実態にあった対応を行っている。この施設は木造平屋の長屋形式で「生活支援長屋」と「認知症高齢者グループホーム」から構成される複合体である。併設している地域交流施設や農園等を活用し、部屋に閉じこもらせない、元気になるための仕掛けも種々工夫されている。例えば、「生活支援長屋」には生活支援が必要な独居の高齢者に加えて足寄高校に通う高校生も居住しており、多世代ならでは活気ある居住空間となっている。

ところで、足寄町では町内にある足寄高校に通う学生を対象とした公設民営塾「足寄町学習塾」を設け、進学のための学習支援も行っている。筆者が訪問した際、こうした取り組みの目的を阿久津勝彦町長は以下のように語っていた。「中学生から町外に出てしまう子は将来足寄に戻ってくる確率は低くなります。町役場の職員や医療介護施設の職員といった生活基盤を支える人材は意図的に確保するための努力をする必要があります。そのためには町に足寄高校が存続し続けることが必要で、そしてその卒業生が医療職や公務員になれる学校に進学することが可能であることが大事なのです。そう

やって育った若者の何割かは足寄に愛着を感じ、ここで暮らすこと、子育ですることに不安を感じなくなり、そして将来この町に戻ってきてくれるでしょう。そういう人への投資を私たちは行っているのです |

4. まとめ

これからの地域包括ケア体制の構築の中で医療の在り方を考えていくのであれば、住宅問題の視点 を欠くことはできない。地域医療構想やそれに続く地域医療計画、介護保険事業計画の第一の目的は 「安心して住むことのできる街」を作ることにある。図表4はある地方の医療圏における人口構造の 変化と、それに伴う外来受診数の変化を、現在の外来及び在宅医療の SCR^注とともに示したものであ る。人口減少に伴い、この圏域ではすでに外来需要は減少傾向にある。こうした地域で働き盛りの医 師が新たに診療所を開業することは想定しにくい。外来の SCR をみると初診料、再診料は 100~110 台となっているが、時間外はいずれも100未満であり、再診については60台となっている。これは 診療所医師の高齢化が進んでいる地域でみられる典型的なパターンである。そして、訪問診療を見る と同一建物、特定施設、居宅のいずれも80未満となっている。すなわち現時点で訪問診療が提供で きていないことを示唆している。上記の状況を総合的に考えたとき、この圏域では今のままで在宅医 療の提供量を増加させることは難しいだろう。他方で、13:1・15:1の入院と療養病床の入院が全 国より多いことを考えると、この資源を活用することが現実的な対応になる。ただし、これらの資源 を活用する際に最も大きな制約条件となるのは看護職、介護職の確保である。少子化の進むこの地域 で新たに看護師を確保することは難しい。地域が高齢化していることは、同時に医療職、特に看護職、 介護職が高齢化していることを意味する。この人的資源の制約を前提に今後の方向性を考えると、療 養病床や13:1・15:1の一般病床の一部を介護医療院や特定施設に変えていくことが現実的な対応 になるだろう。そして、こうした病院の近隣にある空き家や空きアパートを、ネットワーク化して在 宅医療を提供していくという住宅政策が必要になる。この際、賃貸物件への入居に関して、保証人や 緊急対応などの問題で、それが難しい高齢者も多い。この問題に対応するために例えば福岡市社会福 祉協議会では「すまいサポート福岡」という見守り、専門相談、権利擁護、緊急時対応、死後事務委 任、家財処分、葬儀、埋葬・納骨、生活支援サービス、医療・介護・保健サービス等のコーディネー トを行っている⁸⁾。こうしたソフト面での支援が、これからの高齢社会では住宅政策と連動して行わ



指標名	区分	A 医療圏
初診料	外来	100.6
初診料_時間外加算	外来	80.7
再診料	外来	112.0
再診料_時間外加算	外来	67.4
往診	外来	62.0
緊急往診	外来	56.6
訪問診療(同一建物)	外来	78.2
訪問診療 (特定施設)	外来	33.3
訪問診療 (居宅)	外来	69.0
訪問看護指示	外来	74.7
ターミナルケア提供	外来	29.0
看取り	外来	25.8

図表 4 ある地方の医療圏における人口構造及び外来受診数の変化と現在の SCR の状況



写真 ある地方中核都市の駅周辺にある「再自然化した住宅」

れる必要がある。

我が国は地権者の権利が強すぎるために、合理的な都市計画が進められないという批判がある。そのために「わかってはいるけれども」駅前のシャッター街の再整備ではなく、やりやすい郊外開発や埋め立て地の開発を行うのだという説明をしばしば受ける。本当だろうか?筆者には結局のところ、1960年代の経済政策としての住宅開発が続いているだけのように思われる。写真は九州でも有数の乗降客がある駅から歩いて2分ほどの大通り沿いにある「再自然化した住宅」⁹⁰である。この駅周辺にはこうした廃屋が多数存在しているが、これらは放置されたままで、駅から車で20分ほど行った郊外の住宅開発が行われている。日本型の住宅開発は段階的に行われないため、一時期に同世代の住民が集まり、そして世代交代が行われないまま街全体が年を重ねていくことが一般的である。そのため小学校や中学校の需要が一気に膨らんだ後、急速にしぼんでしまう、公共交通網が住民の高齢化とともに縮小する、さらにはスーパーマーケットなどの商業施設も地域の高齢化とともに撤退するといった日常生活の継続に係る問題が各地で生じている。これらはいずれも都市計画の貧困さに起因する問題である。現在、大都市の湾岸地域に数多く建設されている高層マンション群は、いずれ生じるだろう居住者の高齢化問題にどのような準備をしているのであろうか。投機目的で購入している者が相当程度いる中で、各マンションの管理組合は高齢化対応で必要となる施設の改修等で、適切な合意ができるのであろうか。

そのような準備無しで作られた集合住宅に後付けで種々の生活支援機能を整備することはかなりのコスト高になる。各自治体の基本構想を、地域包括ケアの視点から改めて検討する必要があると考える。ここで重要になるのが、国・地方両レベルでの政治家の意識変革である。住宅開発は裾野が広い経済領域であるため、政治家に対するロビイング活動が必然的に盛んになる。戦後建設された種々の建造物の老朽化が進み、再開発が必要になっている今こそ、地域包括ケアの推進と整合性のある都市計画が必要である。各レベルで都市計画に影響力のある政治家が、議会等での議論を通して、超高齢社会にふさわしい街づくりの実現に向けて、行政や住民の理解を得る努力をすることが求められている。

そして、こうした一連の改革がスムーズに行われるためには、固定資産を流動資産化する reverse mortgage のような金融システムなど関連する施策の整備も必要であり、この点でも政治家の役割は大きい。安心して暮らすことができる超高齢社会を構築するために、日本という社会システムのオーバーホールが必要になっている。

注: SCR (Standardized Claim Ratio 年齢調整レセプト出現比) ある医療行為に対応したレセプトが全国の性年齢階級別の算定率で当該集団においても算定された場合の算定数 (=期待値)を計算し、それで実際の数を除して100を掛けた指標。100よりも大きければ、性年齢階級を調整してもその医療行為が全国よりも多く算定していることを、逆に100より小さければ少なく算定していることを表す。詳細は松田 (2015)¹⁰⁾を参照されたい。

引用文献

- 1) 松田晋哉:欧州医療制度改革から何を学ぶか 超高齢社会日本への示唆、東京: 勁草書房、 2017.
- 2) 三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング: 平成 27 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 〈地域 包括ケア研究会〉地域包括ケアシステムと地域マネジメント「地域包括ケアシステム構築に向け た制度及びサービスのあり方に関する研究事業」報告書 http://www.murc.jp/uploads/2017/04/koukai_170501_c1.pdf (平成 29 年 11 月 4 日アクセス)
- 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、2015年6月15日
- 4) 印南一路:「社会的入院」の研究―高齢者医療最大の病理にいかに対処すべきか、東京:東洋経済新報社、2009.
- 5) サンメディラック飯塚: http://www.nishitetsu.co.jp/release/2015/15_036.pdf(平成 29 年 11 月 4 日アクセス)
- 6) 川崎市住宅供給公社: www.kawasaki-jk.or.jp/files/uploads/topics/pdf/h26.12.pdf(平成 29 年 11 月 4 日アクセス)
- 7)北海道地域医療構想: http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/cis/iryokeikaku/keikakukousou.htm(平成 29年11月4日アクセス)
- 8) 社会福祉法人 福岡市社会福祉協議会: http://www.fukuoka-shakyo.or.jp/work_service/house_support.html(平成 29 年 11 月 4 日アクセス)
- 9) 野澤千絵: 老いる街 崩れる街—住宅過剰社会の末路、講談社現代新書 2397、2016.
- 10) 松田晋哉:地域医療構想をどう策定するか、東京:医学書院、2015.