



2022年9月17日
@松本深志高等学校

深志課題探求ゼミ2022（信州大学医学部 地域医療推進学教室）

地域包括ケアシステム

生老病死を扱う“作法”の変化から高齢者支援のしくみを考える

信州大学経法学部
井上信宏



井上は何を研究しているのか？

2

「寝たきりにならない地域」 どうやつたら作れるか？



専用経済学科

コミュニティヘルスの地域づくり・関係づくりから 持続可能な社会システムを考える

研究室が挑む社会問題のひとつは「健康寿命を延ばし、高齢者の孤独死を防ぐにはどうすればよいか」。私たちは、この問題の解決方法のひとつとして“つながりと笑顔がある地域づくり・関係づくり”を研究しています。

「誰もが、住み慣れた家で、地域で、自分らしく安心して暮らし続けること」は、私たちが望んでいるふつうの幸せです。しかし今の私たちは、ふつうの幸せを達成するのが難しい時代を生きています。その背景にあるのが人口減少と少子高齢化の同時進行です。

ふつうの幸せを保障するしくみのひとつが「社会保障」です。しかし経済成長と人口増加を背景に作られたしくみのために、この社会問題を根本から解決できません。私たちはコミュニティヘルスを手がかりに、この問題の解決方法を探っています。



研究の未来と卒業後の将来像

私たちの研究の軸足は「社会政策」と「社会調査」にあります。社会政策とは、個人の力だけでは解決ができない社会問題を解決するための公的政策です。社会保障、社会福祉、健康政策、生活問題、地域づくり、教育、ジェンダー、労働などのテーマ群からなり立っており、高齢社会問題、格差社会と貧困問題、健康格差、各世代の生きづらさなど、現代的な社会問題の解決を図るための政策研究です。

升上 信玄 教授
1998年3月に東京大学大学院経済学研究科を修了、同年4月に慶應大学経営学院に着任。2011年5月から教授。専攻は社会政策。
社会調査。現在、コミニティヘルスによる「自分で生き方を選べる自由が認められている」社会関係のなかで、「客観的に認められる健康な状態で生活を送る」ことができる地域社会を創り出すことになります。
研究室の卒業生は、市町村自治体の県民、NPOの職員として、行政機関に就く者、行政機関に就く者でなく他の職業に就く者など、多くの卒業生が活躍しています。

持続可能な地域づくり・関係づくりを研究している。 政策提言に向けた基礎調査や地域づくりに主体的に取り組む仕事に就くことが期待されています。

A photograph showing a classroom or lecture hall. In the foreground, several students are seated at desks, looking towards the front of the room. In the center, a student stands at a wooden podium, facing the class. Behind the student at the podium, a whiteboard is visible with some text and diagrams. The room has a modern feel with large windows and a minimalist design.

ゼミナールでは研究テーマを選んでブループワーキーを重ね、研究成果を専門家や住民のみなさんの前で発表します。写真は認知症研究の発表風景で、行政職員や保健師、社会福祉士のプロフェッショナルの皆さんからコメントをいただきました。



研究成果を社会実装することもゼミナールの研究のひとつです。理論で得られた成果をわかりやすく地域活動に活かす作業は、研究開催に大切なプロセスです。写真は松本市城東地区的高齢者サロンの場を借りてクリスマス会を開催・運営したときのものです。

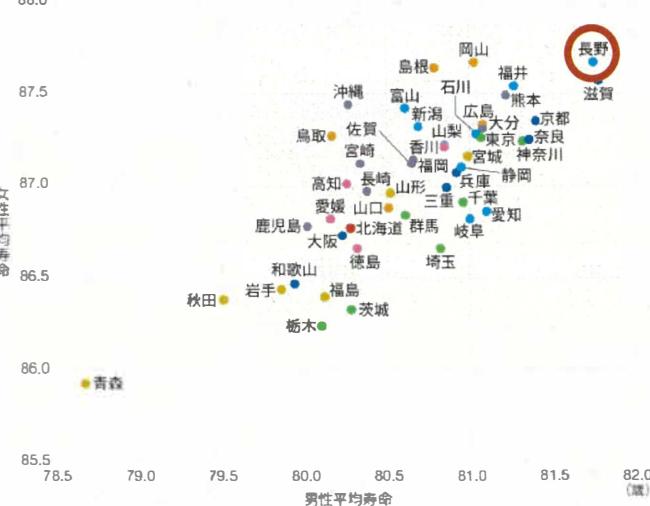
研究小组

2015年から信州大学経法学部がある長野県松本市と協力して、「つながりと笑顔がある地域づくり」の実践研究を重ねてきました。これは、住民の生活圏に行政職員や医療・介護・福祉の専門職、地域住民と協働で「地域包括ケア」とと言われるコミュニケーションヘルスのある地域社会を目指す取り組みです。この取り組みには、研究室の学生も参加して取り組みます。

現在では、長野県下の自治体の協力を得て、未来人の視点で持続可能な社会システムを創り出す「フューチャー・デザイン」を社会実装するための研究をスタートしました。

■ 都道府県別平均壽命の分布

(88)



(出所)厚生労働省「平成27年都道府県別生命表の概況」

3

長野県は女性長寿1位・男性長寿2位なのに、健康寿命はよくない！

4

都道府県別の健康寿命

順位	都道府県	男性（歳）	都道府県	女性（歳）
1	山梨（1）	73.21	愛知（18）	76.32
2	埼玉（21）	73.10	三重（8）	76.30
3	愛知（12）	73.06	山梨（1）	76.22
4	岐阜（19）	72.89	富山（14）	75.77
5	石川（4）	72.67	島根（38）	75.74

長野県 男性20位（72.11歳） 女性27位（74.72歳）

42	高知（46）	71.37	滋賀（39）	74.07
43	和歌山（20）	71.36	徳島（43）	74.04
44	徳島（47）	71.34	京都（45）	73.97
45	愛媛（36）	71.33	北海道（26）	73.77
46	秋田（39）	71.21	広島（46）	73.62

（注）厚生労働省の資料を基に作成。カッコ内は13年推計の順位。熊本地震の影響で調査を行えなかった熊本のデータなし。
(厚生労働省が2018年3月に発表したもの)

日本の社会保障給付費の現状

6

「寝たきりにならない地域づくり」の研究



医療・介護を最小限に
健康に暮らせる地域をつくる

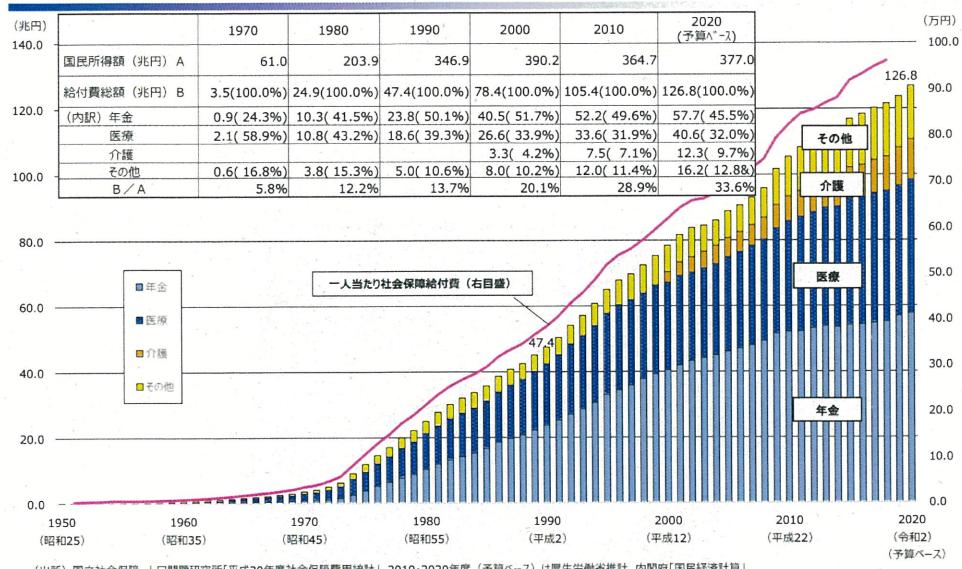
健康寿命を延ばさないと「寝たきり」が長引く？

5

平均 健康 寿命 = 医療・介護の
寿命 = 世話になる期間

長野県の男性 **9.64年**
長野県の女性 **12.95年**

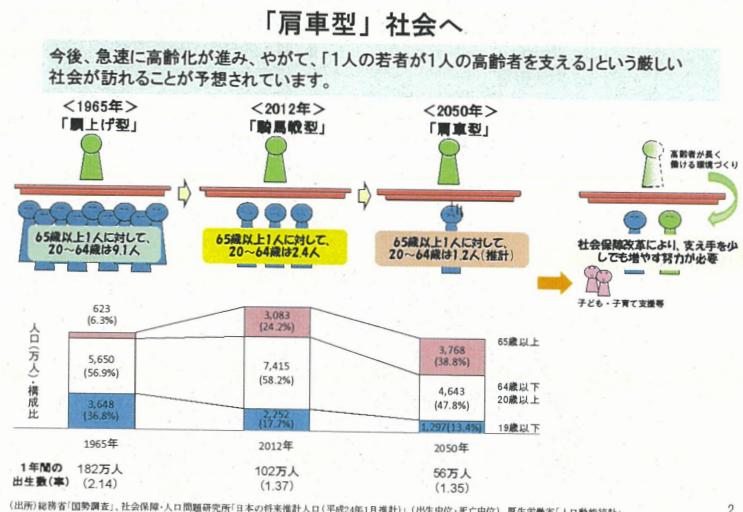
社会保障給付費の推移



3

人口減少と高齢化の同時進行のなかで、高齢者を誰が支えるのか

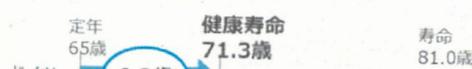
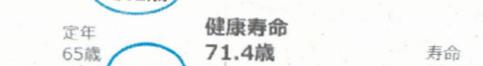
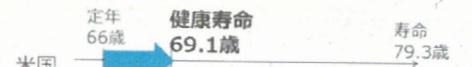
8



日本の健康寿命は世界一。
健康に過ごせる老後は、どんどん伸びている

65歳以上≠高齢者

9



高齢者の体力・運動能力の推移

今のが70代前半の高齢者の能力は
14年前の60代後半と同じ

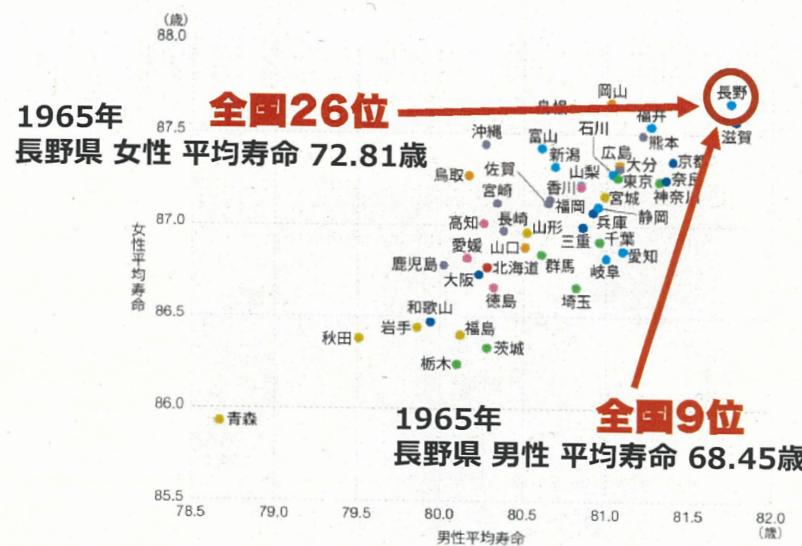


(出典) OECD(2015), WHO(2016), 文部科学省(2015)より経済産業省作成

15

■都道府県別平均寿命の分布

10

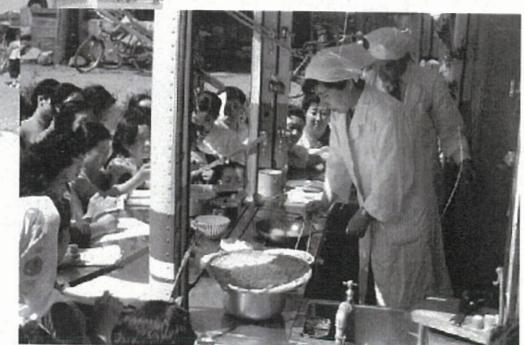


保健婦（保健師）・婦人会・食改さんによる食生活改善運動

11

予防医学

若月俊一（1910-2006）
佐久病院→佐久総合病院



これだけ違う！長寿県1位・長野と最下位・青森 徹底比較		長野県	青森県
項目		(男) 80.88歳 (1位)	(男) 77.28歳 (47位)
平均寿命	○	×	(女) 85.34歳 (47位)
がん死亡者数	○	×	349.9人 (3位)
脳卒中死亡者数	×	○	137.7人 (8位)
心臓病死亡者数	○	×	192.7人 (10位)
生活習慣病による死亡者数	○	×	702.8人 (5位)
肥満者の割合(男)	○	×	38.0% (9位)
喫煙率(男)	○	×	44.8% (1位)
飲酒率(男)	○	×	51.6% (1位)
歩数(男一日あたり)	○	×	5976歩 (46位)
食事摂取量(男一日あたり)	○	×	13.0g (2位)
野菜摂取量(男一日あたり)	○	×	292g (31位)
県民所得(1人あたり)	○	×	270万1000円 (13位)
エンゲル係数	○	×	24.8% (10位)
高齢者の就業率	○	×	19.8% (27位)
失業率	○	×	9.0% (2位)
貧困率	×	○	6.4% (23位)
ボランティア参加率	○	×	22.6% (45位)
雇用率	○	×	1.95% (16位)
旅行・行楽に行く人の割合(年)	○	×	59.1% (45位)
日賃時間(年間)	○	×	1465時間 (46位)
森林面積割合	○	×	63.8% (27位)
大通学率	○	×	41.9% (44位)
高齢者の医療費(年)	○	×	78万9354円 (40位)
公民権	○	×	207.2 (21位)
博物館数	○	×	4.3 (45位)
食事にかける時間	○	×	96分 (32位)

「研究 なぜ長野は日本一の長寿県になったのか」『週刊現代』2013年4月27日号より（週刊現代のHPで公開）
<https://gendai.e-mediaweb.jp/articles/-/35599>

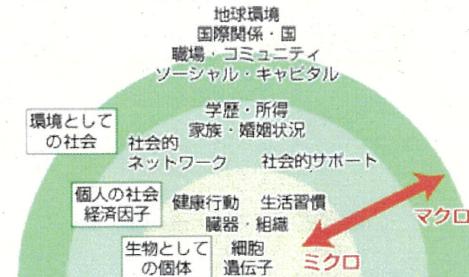
総務省統計局発表のデータなどを元に、農業部が作成。○()内の数字は、都道府県別の順位
 公民権数・博物館数は人口100万人あたり・がん・脳卒中・心臓病・生活習慣病による死亡者数・病院数
 は人口10万人あたり・離島率は人口1000人あたりの件数を示す

健康の社会的決定要因

- ①生物学的要因
 a. 遺伝子
 b. 生活習慣

- ②社会的要因
 a. 個人の社会・経済要因
 b. 環境としての社会要因

健康の決定因子の階層構造



出所) 近藤克則 (2005) 「健康格差社会：何が心と健康を蝕んむのか」 医学書院。上の図は「なぜ大事？SDH（健康の社会的決定要因）の視点 千葉大学教授・近藤克則さんに聞く」（『医療連新報』1618号、2016年4月18日）より転載。

健康の社会的決定要因 Social Determinants of Health



中山和弘ほか「健康を決める力」より http://www.healthliteracy.jp/senmon/post_25.html
 World Health Organization. Social determinants of health: The solid facts. 2nd ed. 2003.

「寝たきりにならない地域」—どうやったら作れるか？

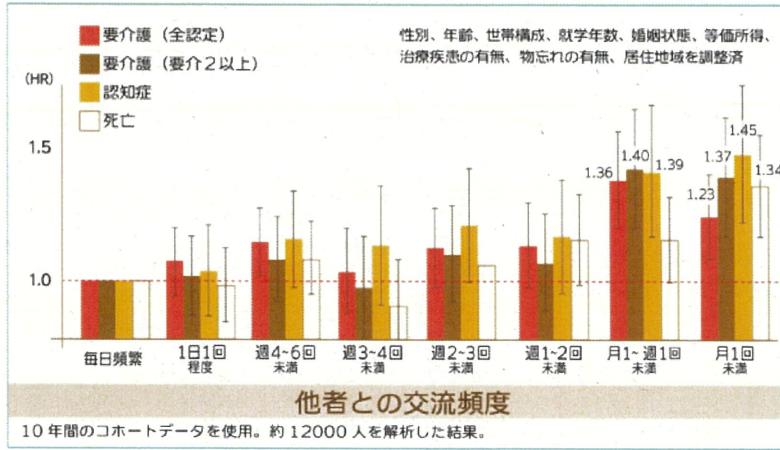
すでに地域にあるものをとことん活用して、
 〈つながり〉と〈笑顔〉がある地域にすること



今のご近所づきあいが、10年後の健康リスクに影響を及ぼす！

人の交流は週1回未満から健康リスクに

～月1回未満では1.3倍、早期死亡に至りやすい～



JAGES「AMED研究班 2016年 エビデンス集 Ver.3.5」(スライド)より
高藤雅茂・近藤克則・尾島健之ほか(2015)日本公衆衛生雑誌、62(3)より

健康や長寿に影響しているのは「つながり」と「笑顔」だった！



石川善樹『友だちの数で寿命はきまる：人との
「つながり」が最高の健康法』マガジンハウス
2014年

社会疫学

Welcome to
Society and Health Law

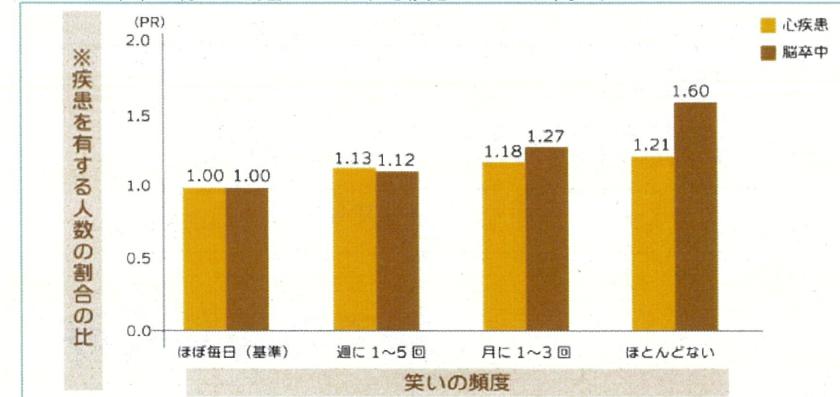


イチロー・カワチ『命の格差は止められるか：ハーバード日本人教授の、世界が注目する授業』（小学館101新書）小学館、2013年

脳卒中も心筋梗塞も「笑い」飛ばしてしまえ！

笑わない人は脳卒中リスク1.6倍増

ほぼ毎日笑う高齢者に比べ、笑う頻度が最も少ない高齢者は、脳卒中を有する割合が1.6倍、心疾患では1.2倍高い。

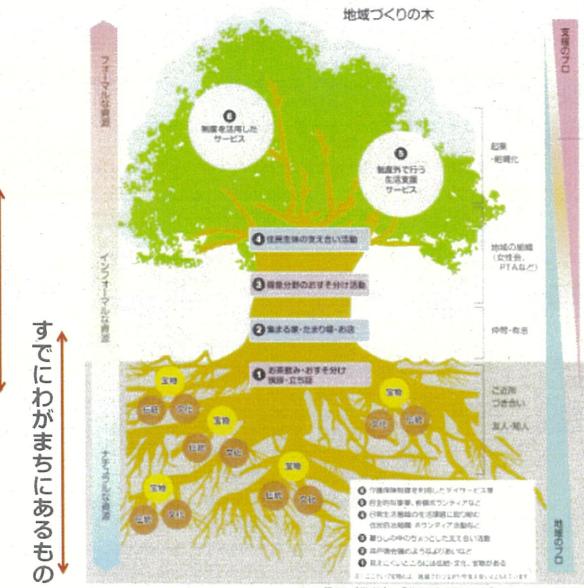


横断調査データを使用。約 21000 人を解析した結果。

Hayashi K., Kawachi I., Ohira T., Kondo T., Shirai K., Kondo K., et al. Journal of Epidemiology JAGES「AMED研究班 2016年 エビデンス集 Ver.3.5」(スライド)より

19

すでに地域にあるものをとことん活用する！



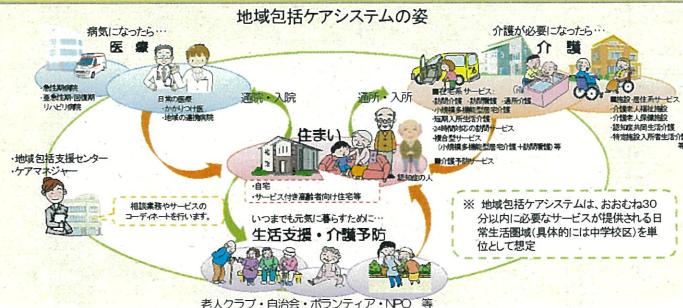
吉田昌司（監修）『生活支援コーディネーター養成システム』CLC 2016年上期

地域包括ケアシステム とは、

誰もが、
住み慣れた家で、地域で、
安心して暮らし続けること
ができるしくみ

国＝厚生労働省が示す「地域包括ケアシステム」のイメージ図

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目指し、重度な要介護状態となつても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。
 - 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
 - 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。



厚生労働省HP「地域包括ケアシステム」より引用
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/

国の法律として示された「地域包括ケアシステム」

定義

2014年6月25日

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体制

[地域における医療および介護の総合的な確保の促進に関する法律 第2条]

2005年 介護保険法改正
地域包括ケア体制の整備

- 「2015年の高齢者介護」（報告書、2003年）
 - ・在宅サービスの複合化・多機能化 + 新たな「住まい」の形 + 施設サービスの機能の地域展開 + 施設における個別ケア

2008年 社会保障制度改革
地域包括ケアシステムの構築

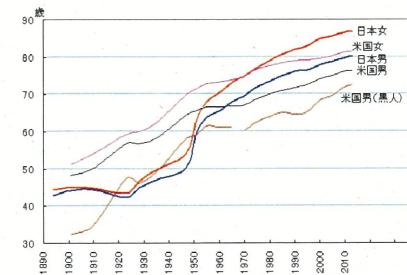
- 「地域包括ケア体制の整備」
 - ・高齢者が住み慣れた地域で尊厳のある生活を継続する
 - ・包括的継続的なサービス体制
- 「地域包括支援センター」の新設（2006年～）
 - ・専門職の配置：保健師 + 主任介護支援専門員 + 社会福祉士
 - ・高齢者3,000～6,000人に三職種を配置
- 社会保障国民会議（2008年）
 - ・自助・共助・公助の最適な組み合わせ
 - ・医療機能の分化・連携
 - ・地域包括ケアシステムの構築
 - ・コンパクトシティ化などハード面の整備+ソフト面のまちづくり

- 2011年 介護保険法改正
 - ・地域包括ケアの理念規定が創設（第5条 第3項）

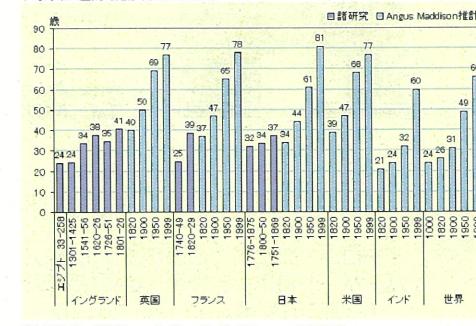
- 地域における医療および介護の総合的な確保の促進に関する法律
 - ・地域包括ケアシステムの定義が示す（第2条）（上記定義）

日本は、1950年代を境に、急激に平均寿命を延伸してきた

平均寿命(出生時の平均余命)の推移



平均寿命の歴史的推移(日本と主要国)



出典：社会実情データ図録（HP） 本川裕氏 図録1600/1615 より
<http://honkawa2.sakura.ne.jp/1600.html> <http://honkawa2.sakura.ne.jp/1615.html>

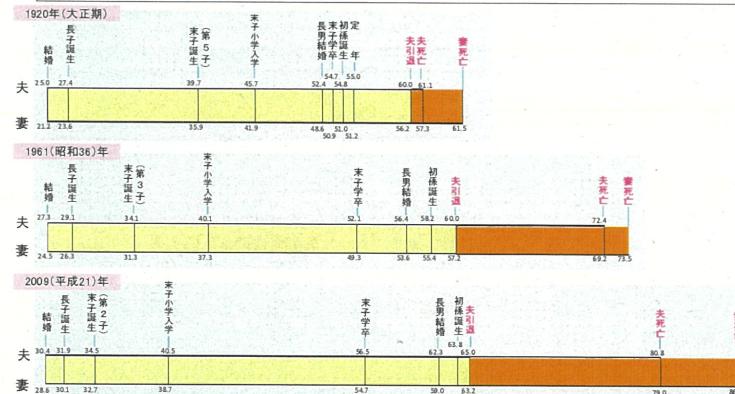
定年後の生活が伸びてきたライフサイクル

24

統計でみた平均的なライフサイクル

ひとくらし、みらいのために
厚生労働省

○子どもの数は減少する一方、平均寿命の延伸により引退後の期間が、長くなっている。

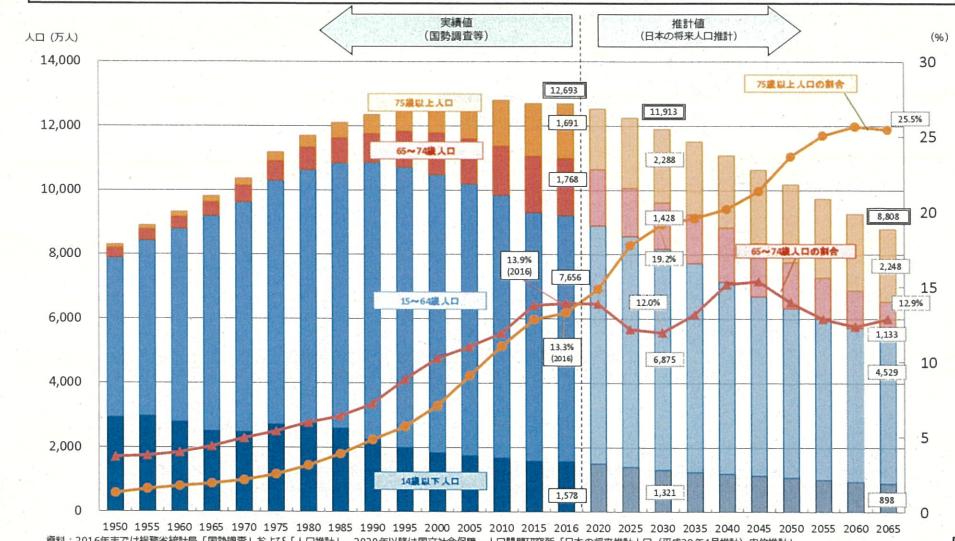


資料:1920年は厚生省「昭和59年厚生白書」、1961年、2009年は厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」等より厚生労働省政策統括官房政策評議官室において作成。
(注)価値観の多様化により、人生の選択肢も多くなってきており、統計でみた平均的なライフスタイルに合致しない場合が多くなっていることに留意する必要がある。

3

75歳以上の高齢者数の急速な増加

○今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者(特に75歳以上の高齢者)の占める割合は増加していくことが想定される。

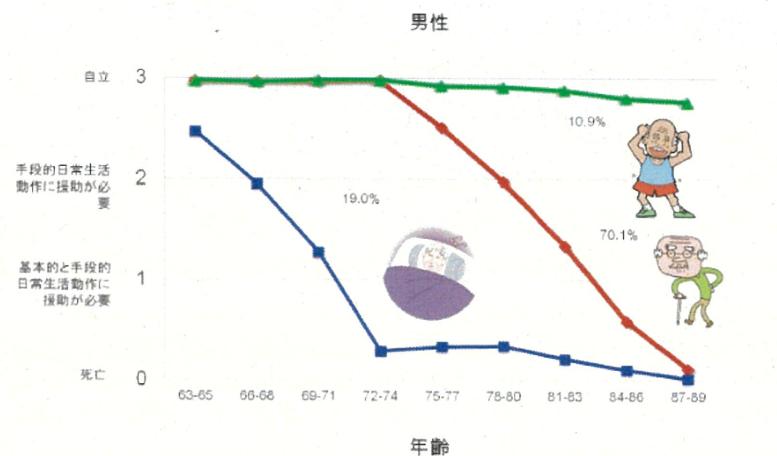


資料:2016年までは総務省統計局「国勢調査」および「人口推計」、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年4月推計)中位推計」

5

高齢者の自立度が低下し始める点 ~25年にわたるコホート研究の成果~

26

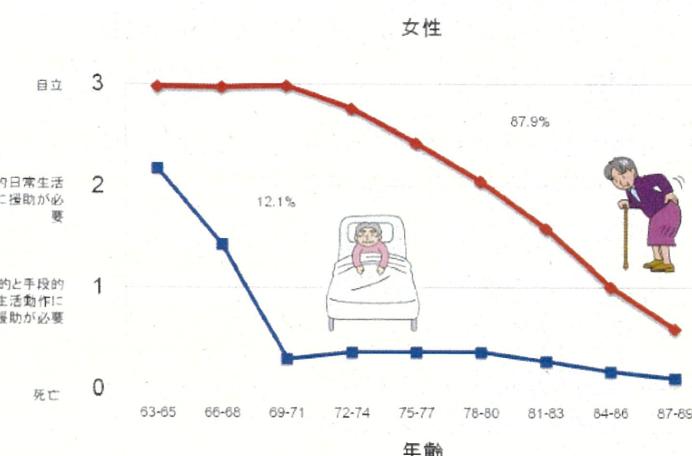


秋山弘子（ミシガン大学／東京大学）らは、1987年から日本全国の高齢者を対象に「全国高齢者パネル調査」を実施。住民基本台帳から60歳以上の住民5,715名を無作為抽出し、3年ごとに訪問面接調査を実施、心身の健康、経済状態、人間関係が加齢に伴ってどのように変化するかを25年間にわたって追跡調査を行った。上図はその結果の一部である。

出典：秋山弘子（2010）「長寿時代の科学と世界の構想」『科学』岩波書店

高齢者の自立度が低下し始める点 ~25年にわたるコホート研究の成果~

27



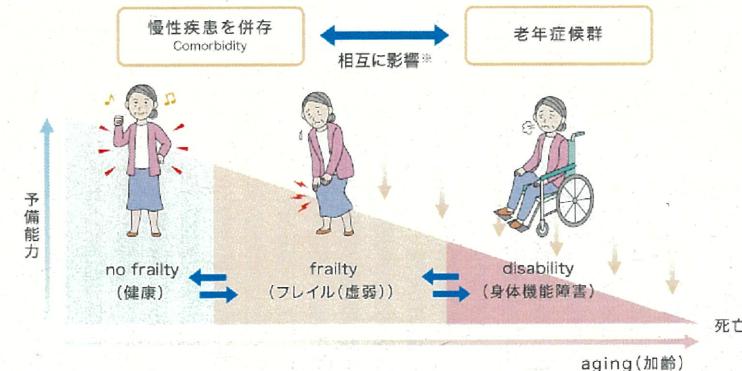
秋山弘子（ミシガン大学／東京大学）らは、1987年から日本全国の高齢者を対象に「全国高齢者パネル調査」を実施。住民基本台帳から60歳以上の住民5,715名を無作為抽出し、3年ごとに訪問面接調査を実施、心身の健康、経済状態、人間関係が加齢に伴ってどのように変化するかを25年間にわたって追跡調査を行った。上図はその結果の一部である。

出典：秋山弘子（2010）「長寿時代の科学と世界の構想」『科学』岩波書店

高齢期には、身体的機能や認知機能が徐々に低下する可能性がある

28

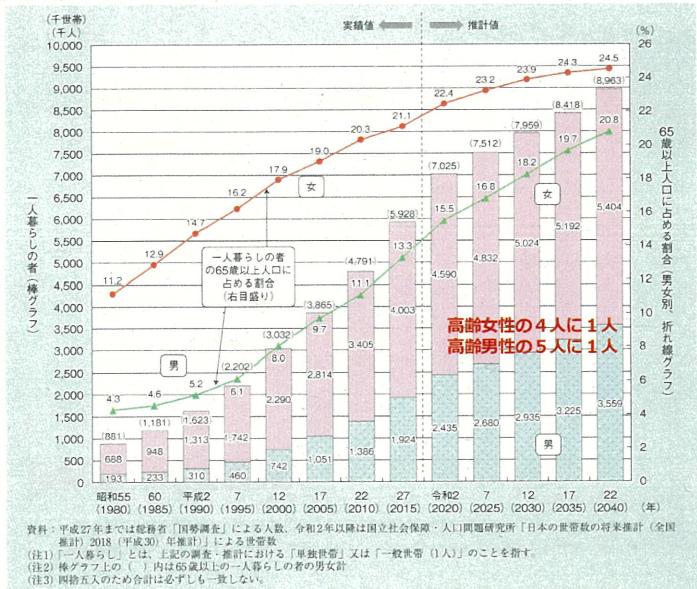
フレイルとは Frailty (虚弱) の日本語訳であり、健康な状態と要介護状態の中間に位置し、身体的機能や認知機能の低下が見られる状態を指す。



出典・参考：「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」（2015年度厚生労働科学研究特別研究／鈴木隆雄班長）の研究成果による。
葛谷雅文（2009）「老年医学における Sarcopenia & Frailty の重要性」『日本老年医学会雑誌』46（4），279-285, 2009-07。

ひとり暮らし高齢者の増加

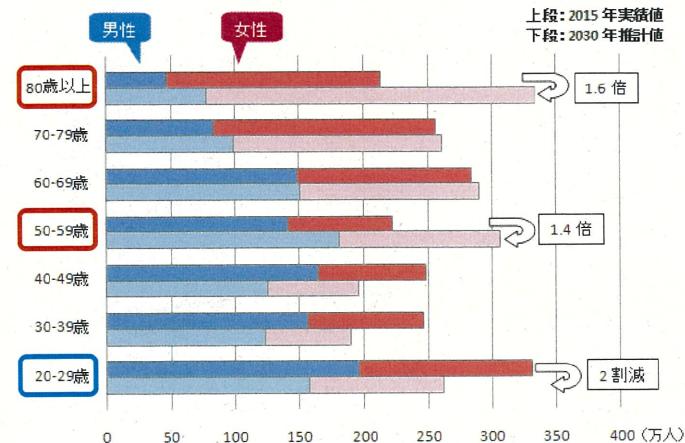
29



高齢期のひとり暮らしは避けられない

30

▼2030年には80歳以上の「ひとり暮らし」が1.6倍になる
2015年と2030年の年齢階級別の人暮らし世帯数の比較



出典）藤森克彦「単身世帯急増時代の社会保障」https://www.mizuhico.jp/publication/contribution/2017/toyokichi70701_01.html
元データは国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）」2013年1月推計値、「平成27年国勢調査」。

「ひとり暮らし高齢者」の“リスク” ①

31

いざというときに支えてくれる
同居家族がない“リスク”

一人暮らし高齢者の介護問題

▼65歳以上の人暮らし世帯と子ども世帯の住まい

	近居（片道1時間以内）の子供がいる					近居の子がない	
	一緒に住んでいる	同じ建物・敷地内	徒歩5分程度の場所	片道15分未満の場所	片道1時間未満の場所	片道1時間以上の場所	子はない
1998年	44.5%	0.7%	1.4%	4.0%	11.0%	27.5%	55.5%
2008年	47.1%	0.8%	4.8%	7.1%	12.1%	22.4%	52.9%
2013年	49.3%	4.4%		8.4%	12.9%	23.6%	50.7%
						24.5%	31.0%
						24.9%	28.0%
						23.4%	27.8%

注1：「不詳」を除いて計算。

2：65歳以上の単身世帯は、「持ち家」「借家」「住宅以外の建物に居住」の合計。

出典）総務省「住宅・土地統計調査」より集計。

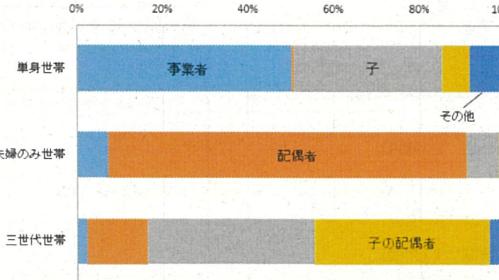
「高齢者のひとり暮らし」の「リスク」②

32

いざというときに支えてくれる
同居家族がない「リスク」

一人暮らし高齢者の介護問題

▼世帯類型別にみた「主な介護者」の続柄（2016年・要介護者を抱える世帯）



注1：各世帯に属す要介護者数を100とした場合の主な介護者の属性。

2：各世帯において、主な介護者が「不詳」と回答した世帯を除いて算出。

出典）厚生労働省「平成28年国民生活基礎調査」より集計。

「ひとり暮らし高齢者」の「リスク」③

33

社会的に孤立する「リスク」

「助けて」が言えない社会関係

▼世帯類型別にみた社会的孤立の状況（2017年：%）

		会話頻度	頼れる人がいない	
			2週間に1回以下	子ども以外の介護や看病
単身世帯	高齢者	15.0	58.2	30.3
	女性	5.2	44.9	9.1
	非高齢者	8.4	44.3	22.8
	女性	4.4	26.4	9.9
夫婦のみ世帯	夫婦とも高齢者	2.3	30.6	6.9
	夫婦とも非高齢者	1.1	22.0	6.6
三世代世帯（子どもあり）		0.5	18.8	3.0
二世代世帯（子どもあり）		0.6	21.6	5.1
ひとり親世帯（親と子から構成）		1.8	41.7	11.5

（注1）高齢者は65歳以上、非高齢者とは0～64歳の世帯員をいう。また、「子ども」とは、20歳未満の世帯員をいう。

（注2）網掛け部分は、各項目の上位3位。

出典）国立社会保障・人口問題研究所「2017年社会保障・人口問題基本調査（生活と支え合いに関する調査結果報告書）」より集計。

物忘れはあるが、ふつうに日常生活ができる人と共に暮らす社会

34

▼軽度認知障害・認知症の発生状況（厚生労働省：社会保障審議会）



軽度認知障害（MCI）とは

- 正常と認知症の中間の状態のこと。
- 物忘れはあるが、日常生活に支障がない。
- 年間10～30%が認知症に進行する。

地域包括ケアシステムの全体像は？～2つの取組基盤～

事前（予防）的取組

ピンピコロリ = 元気・つながり
PPK度高い

学び
健康づくり
生きがいづくり

社会関係
助け合い

困りごとの発見
相談体制

事後（対処）的取組

ネンネンコロリ = 寝たきり・孤独
NNK度高い

困りごとバトン
支援間の連携
住民と支援の協働

地域社会
で支援

予防 → 互助 → 発見 → 連携 → 支援

専門職のサポートを受けながら
地域住民が中心となって実施

地域住民のサポートを受けながら
専門職が中心となって実施

地域社会のネットワーク
地域づくりが基盤

専門職のネットワーク
医療・介護連携が基盤

いきいきした生活

あんしんできる生活

日本人の死因は何か？ 感染症 から 慢性疾患 へ

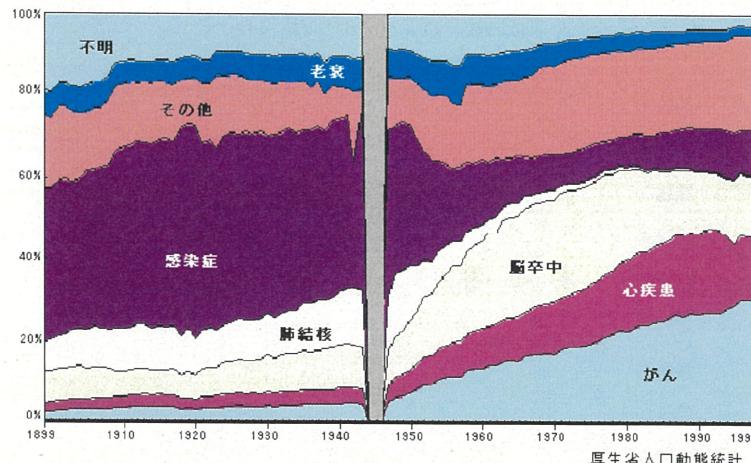


図1-2 我が国における死因別死亡割合の経年変化（1899-1998）
(認証性向上のため一部改変)

出典) 厚生労働省「健康日本21（総論）」（HP版）より
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku-15001000/kenko21_11/s0.html

健康転換から考える高齢者ケアの姿

健康転換 health transition

健康転換とは、人間集団に対する中長期的な公衆衛生や都市政策、栄養状況の改善などの介入による健康状態の改善を通して、都市住民や村落部の富裕層などの集団の疾病構造が変化することをさす。



医療モデル から 生活モデル への転換

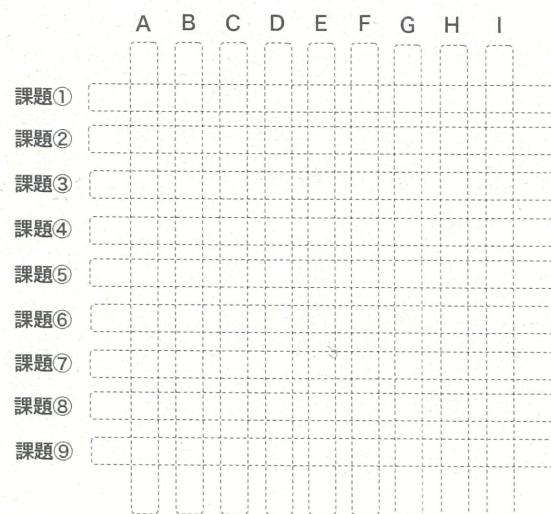
医療モデル から 生活モデル への転換

	医療モデル	生活（QOL）モデル
目的	疾病の治癒、救命	生活の質（QOL）の向上
目標	健康	自立
主たるターゲット	疾患 (生理的正常状態の維持)	障害 (日常生活動作能力【ADL】の維持)
主たる場所	病院（施設）	社会（生活）
チーム	医療従事者（命令）	異職種（医療、福祉等）（協力）
（参考）対象のとらえ方 (WHO等)	医学モデル (病因-病理-発現)	障害モデル (機能障害-能力低下-ハンドィキャップ)

出所：長谷川敏彦「日本の健康転換のこれからの展望」『健康転換の国際比較分析とQOLに関する研究』ファイザーヘルスリサーチ、38頁、を一部改変。

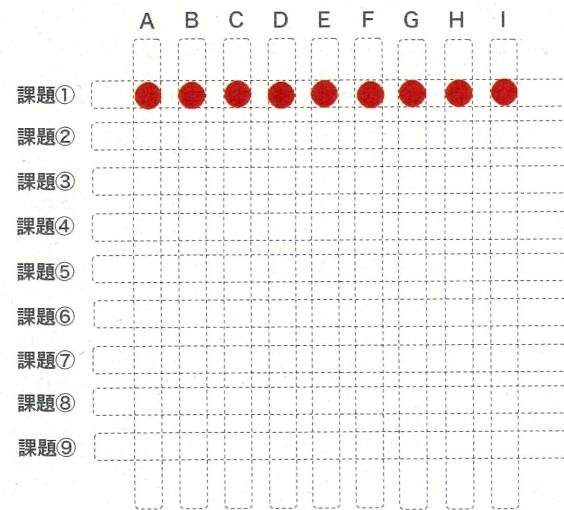
43

社会モデルで「政策」を考える



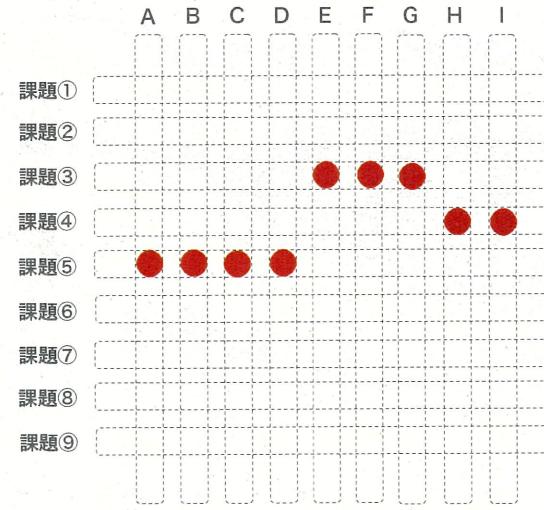
社会モデルで「政策」を考える

44



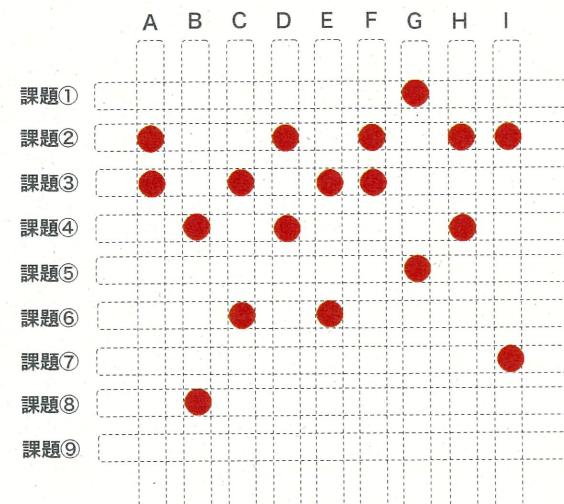
社会モデルで「政策」を考える

45



社会モデルで「政策」を考える

46



日本の社会保障政策

47

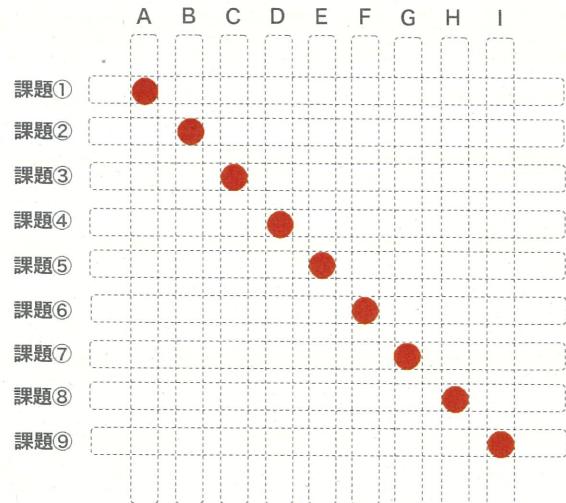
日本の社会保障政策 6本柱

- 生活保護
- 年金保険
- 医療保険
- 労働災害保険
- 雇用保険（失業保険）
- 介護保険



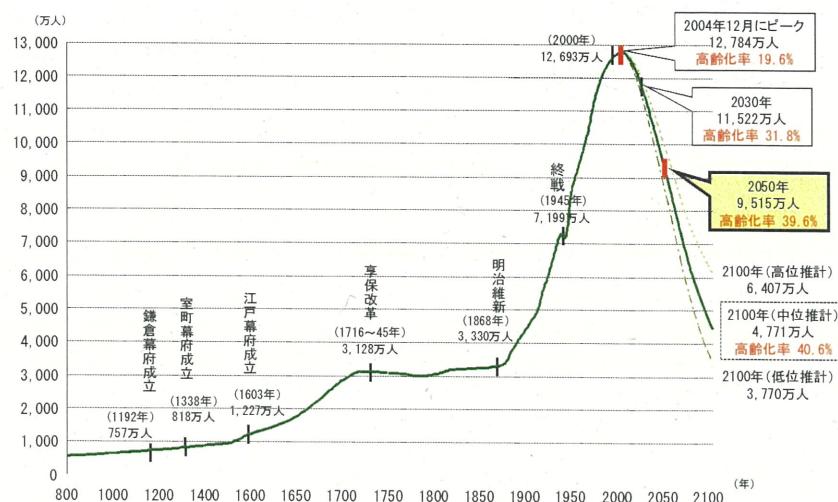
社会モデルで「政策」を考える

48



日本の歴史始まって以来の人口減少局面

50

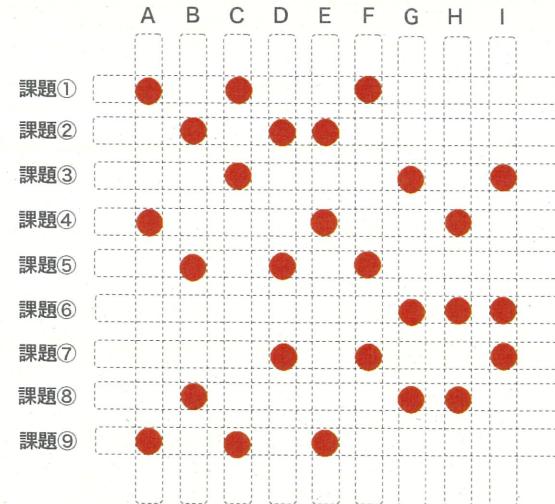


(出典) 総務省「国勢調査報告」、同「人口推計年報」、同「平成12年及び17年国勢調査結果による補間推計人口」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」、国土庁「日本列島における人口分布の長期時系列分析」(1974年)をもとに、国土交通省国土計画局作成

4

社会モデルで「政策」を考える

49



地域包括ケアシステム 生老病死を扱う“作法”的変化から高齢者支援のしくみを考える

井上信宏
信州大学経法部

〒390-8621 長野県 松本市 旭 3-1-1
信州大学経法部 研究棟 409研究室
E-Mail: inoue@shinshu-u.ac.jp

このスライド資料は、本授業のために用意した未定稿です。
インターネットなど不特定多数が閲覧できる方法での公開はご遠慮ください。