

## 地域保健と医療制度の現状と展望

駒澤大学法学部教授 原田 啓一郎

昨年10月に公表された『平成28年版厚生労働白書』では、「人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える」をテーマとし、地域に暮らすすべての人々が生きがいとともに創り、高め合う「地域共生社会」という新たな社会のかたちが示されている。近年の政策動向を眺めると、生涯を通じて健康で生きがいをもって暮らし続けることができる社会づくり、地域づくりが求められているように思われる。本講義では、このような視点を踏まえて、予防・健康づくりを中心に、地域保健と医療制度の現状と展望について考えてみたい。

### 1. 地域保健と医療制度を取り巻く社会環境の変化

わが国は、高度経済成長に支えられながら、国民皆保険、国民皆年金の実現により社会保障制度の基盤を築いてきた。しかし、その後の少子高齢化の進展、人口減少社会への突入、雇用基盤や家族形態の変化などにより、社会保障制度を取り巻く社会環境は大きく変化している。

日本の総人口1億2,711万人のうち、65歳以上の高齢者人口は3,300万人を超え、直近の高齢化率は26.7%となった(2015年10月1日現在)。今後も高齢者人口が増加し、年少人口と生産年齢人口が減少することにより高齢化率の上昇は続き、2060年には、1人の高齢者に対して1.3人の現役世代が支える社会になることが見込まれている。こうした人口構造の変化は、世代間の支え合いにより成り立つ社会保障制度の今後のあり方に大き

な影響を与える。

一方、世帯構成も大きく変化している。かつては三世帯世帯が多くを占めていたが、今日では、65歳以上の高齢者がいる世帯のうち、夫婦のみ世帯が最も多く約3割を占めており、高齢単独世帯を含めると約半数を占めている状況にある。今後は、現役世代の生涯未婚率の上昇等により、高齢単独世帯の割合はさらに上昇することが考えられ、高齢単独世帯の介護や高齢者世帯の老老介護がより深刻な問題となりうる。

このような少子高齢社会が直面する様々な問題は、人々の健康と密接にかかわる。国民医療費は右肩上がりでの上昇を続け、1985年度には16.0兆円であったが、2014年度には40.8兆円となり、人口一人当たりの国民医療費は32.1万円となった(「平成26年度国民医療費の概況」)。国民医療費を構造別にみると、制度別には、国民医療費全体に占める医療保険等給付分の割合は46.9%、後期高齢者医療給付分は32.8%であり、年齢階級別では、65歳未満が41.4%に対し、65歳以上が58.6%を占めている。病気やケガのリスクは加齢とともに高まるため、高齢者人口が増えることで医療費の総額も増加することは避けられない一面はあるが、日本の平均寿命の延伸はこうした医療費に支えられてきた側面があることは否めない。そこで、近年、健康に関するひとつの指標として、「日常生活に制限のない期間」を示す「健康寿命」が注目されるようになってきた。2013年時点の健康寿命は、男性が71.19年、女性が74.21年とされている。



#### 原田 啓一郎（はらだ・けいいちろう）

長野県生まれ。九州大学大学院法学研究科博士課程単位取得退学。2002年駒澤大学法学部専任講師として赴任。パリ第1大学にて在外研究に従事（2008～2010年）。2012年駒澤大学法学部教授（現職）。専門は社会保障法。特に、医療・介護サービス、障害者福祉の給付に関する法システムの分析を試みている。最近の研究テーマのひとつとして、医療・介護保険制度とのかかわりから、健康づくり・介護予防について関心を寄せている。本テーマに関連する主な論文として、「医療・介護保険制度における予防重視型システムへの転換と自立支援」（菊池馨実（編著）『自立支援と社会保障』（日本加除出版、2008年）所収）、「社会保障制度と温泉」（特定非営利活動法人健康と温泉フォーラム編『温泉実務必携』（2016年）所収）などがある。

一方、平均寿命は男性80.21年、女性86.61年であるから、男性で約9年、女性で約12年が他者の支援を必要とする期間となる。平均寿命の延伸に伴い、健康寿命との差が広がれば、医療や介護を必要とする期間が長くなり、その費用も増大することになる。この期間を疾病予防と健康増進、介護予防などにより短縮できれば、個人の生活の質（QOL）の低下を防ぐとともに、社会保障費の負担の軽減も期待できるとされる。

## 2. 2025年に向けた医療・介護制度改革

### （1）社会保障・税一体改革

こうした社会保障制度を取り巻く社会環境の変化や各制度の今日的課題に対応し、持続的な社会保障施策を推進するために、法整備がなされている。2012年には、社会保障・税一体改革が与野党で合意され、その後社会保障制度改革推進法、社会保障改革プログラム法が成立した。これらにより社会保障の充実に係る実施スケジュールが示され、医療・介護についても2025年に向けて改革を開始している。

2014年には、「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」（医療介護総合確保推進法）が成立し、新たな基金の創設と医療・介護の連携強化、地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の構築、地域包括ケアシステムの構築を柱とし、地

域における医療と介護の総合的な確保を推進することとなった。また、2015年には「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」（医療保険制度改革法）が成立し、国民健康保険の財政支援の拡充や財政運営責任の都道府県への移行などによる医療保険制度の財政基盤の安定化、健保組合などが負担する後期高齢者支援金に全面総報酬割の導入、医療費適正化計画の見直しや予防・健康づくりの促進による医療費適正化の推進などを通じて、国民皆保険を堅持し医療保険制度を持続可能なものとする改革が推進されている。

### （2）医療制度における予防・健康づくりの推進

予防・健康づくりの促進による医療費適正化の推進が近時の改革のひとつの柱に掲げられているが、医療制度における予防・健康づくりの推進は、2006年の医療制度改革における特定健診・特定保健指導の導入による生活習慣病予防活動の重視といった予防重視型システムへの転換にすでにみられる。同改革では、特定健診・特定保健指導の導入とともに、各医療保険者の特定健診等の実施率により、当該保険者の後期高齢者支援金の額を加算または減算する仕組みを導入している。これにより各医療保険者の特定健診等の実施へのインセンティブを高めるねらいがあった。その後、2015年の医療保険制度改革では、予防・健康づくりのインセンティブを高める取組みが導入されている。

ひとつは、保険者に対する予防・健康づくり等

のインセンティブである。具体的には、重症化予防の取組みを含めた医療費適正化等に係る都道府県や市町村国保の取組みを評価・支援するため「保険者努力支援制度」を創設するとともに（2018年度施行）、後期高齢者支援金の加算・減算制度については、保険者種別それぞれの特性に応じた新たなインセンティブ制度に見直すことにしている（2018年度～）。

今ひとつは、個人に対する予防・健康づくりに向けたインセンティブの推進である。これまで一部の健保組合や市町村では、予防・健康づくりに取り組む加入者にヘルスケアポイントを付与し、健康グッズ等と交換できるようにするなど、インセンティブを提供する取組みが保健事業として実施されていた。2015年改正では、保険者の加入者に対する予防・健康づくりのインセンティブの提供を保険者の努力義務として医療保険各法に規定している。

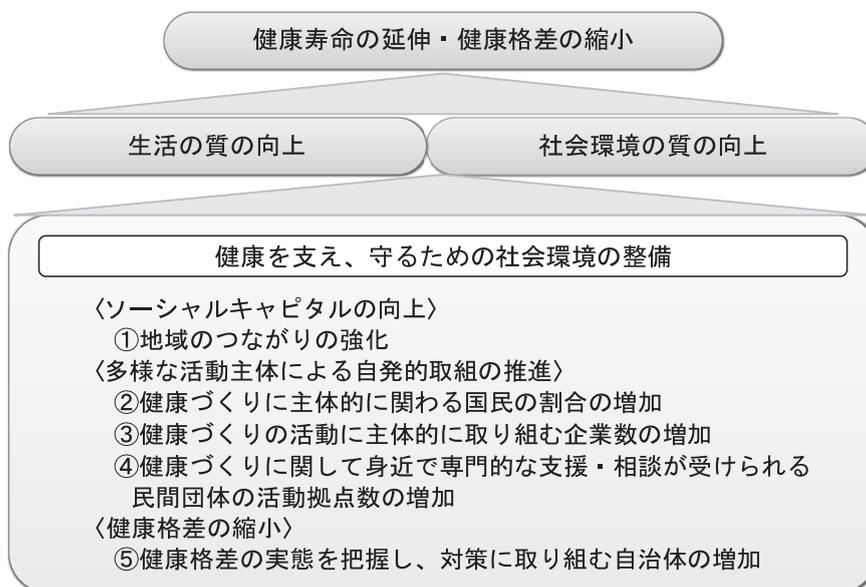
### 3. 地域ベースで考える医療・介護と健康づくり

これまでの医療は、主に青壮年期の患者を対象

とした救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療であった。しかしながら、平均寿命の延伸が今後も見込まれる社会では、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴をもつ高齢期の患者が増加する。2013年にまとめられた「社会保障制度改革国民会議報告書」では、こうした社会の変容を捉え、かつての「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し支える「地域完結型」の医療への転換が必要であるとしている。そして、「地域完結型」の医療では、機能分化された入院医療の受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護の充実、いわば地域ベースの体制の構築が求められている。その基礎となるのは、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムであり、その構築にあたっては医療と介護の一体的な見直しは不可欠である。

地域包括ケアシステムの構築は、これまでは高齢者施策の一環として捉えられがちであったが、地域包括ケアシステムは高齢者に限定されず、子

図 「健康を支え、守るための社会環境の整備」の考え方



出所：厚生労働省「健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料」（2012年）

どもや障がい者、生活困窮者などすべての地域住民のための仕組みであり、地域住民の健康増進と地域生活のための地域全体のケアシステムである。こうした地域全体のケアシステムの構築では、地域の課題を明らかにし、地域の現状（高齢化等の人口動態、医療・介護等のニーズの程度、医療・介護等の活用可能な地域資源等）を踏まえた地域の目標をもって、地域ごとに提供できるサービスや支援の仕組みづくりをいかに進め、地域のネットワークを強めていくかという日常生活圏域の「まちづくり」といった視点が重要になる。

こうした視点は、予防・健康づくりの取組みにも必要とされている。「健康日本21（第二次）」では、基本的な方向性のひとつに「健康を支え、守るための社会環境の整備」が挙げられている（図を参照）。その鍵として、社会における相互信頼の水準や相互扶助の状況を意味する「ソーシャルキャピタル」（Social Capital）という概念が注目されている。地域のつながりと健康との関係について、近年の研究では、地域のつながりは健康に影響し、地域のつながりの強化は健康づくりに貢献することが報告されている。これまでの予防・健康づくりへの取組みは、個人の取組みを促すことが中心であったが、これからは、健康で長生きできる社会の実現に向けて、人々や地域のつながり等を取り込んだ地域社会の予防・健康づくりにも取り組む必要があるといえる。

#### 4. 健康づくりのための地域資源の活用—温泉の利活用を例に

##### （1）温泉を利活用した健康づくり

人々や地域のつながり等を取り込んだ地域社会の予防・健康づくりの取組みは多種多様であり、各地域において創意工夫をもって現在進行形で展開されている。こうした取組みの一例として、ここでは、温泉を利活用した湯中運動教室による健康づくりを取り上げてみたい。その理由として、

温泉は世代を超えて多くの人が親しみをもつ地域資源であり、温泉の利活用が個人の予防・健康づくりへの行動変容を促すきっかけにつながると期待するという点が挙げられる。こうした視点は、1979年にはすでに提唱されており（杉山尚「温泉の保健的利用」温泉科学（日本温泉科学会）30巻3号（1979年）121頁）、その後の国民健康保険中央会の調査研究（「温泉を活用した保健事業のあり方に関する研究」（1999年度）、「医療・介護保険制度下における温泉の役割や活用方法に関する研究」（2000年度））にもみられ、温泉関係者にはすでに馴染みのあるところである。

水には身体を支える作用があり、水中は理想的な運動環境のひとつであるといわれている。水中での運動には、水圧、浮力、抵抗の観点から数多くの運動効果が認められているが、温泉入浴施設の湯船を使って温泉のなかで運動を行う湯中運動の場合、これに水温の観点からの効果が加わる（阿岸祐幸編『温泉の百科事典』（丸善、2012年））。湯中運動では、入浴による温熱効果でこわばりを取りながら、肩こり・腰痛等の解消、ケガや病後のリハビリ効果も期待できるとされる。温水プールで水中運動を行う自治体の健康づくり教室の取組みは数多くみられるが、温泉入浴施設の温泉浴場で行う湯中運動の取組事例は管見の限りあまり見られない。

##### （2）湯中運動教室の取組み

ここでは、筆者が現地視察を行った取組みのうち、日本の名湯百選に選ばれた温泉地である、熊本県菊池市・菊池温泉と鳥取県倉吉市・関金温泉での取組みをみてみよう。

熊本県菊池市（人口49,751人・高齢化率30.0%（2017年4月末日現在））の菊池温泉には、市街地の中に宿泊施設34軒、公衆浴場45か所が点在し、地元の人々の利用が盛んである。2001年度から市内中学の温水プールを活用した水中運動の体験教室と短期教室が始まり、翌年度には水中運動の参



温泉浴場での湯中運動



宴会場を使った湯上がり体操

熊本県菊池市・菊池温泉の湯中運動教室の様子

(写真提供：菊池市役所健康増進課)

加者による自主サークルが誕生した。2003年度からは、水中運動教室に加え、宿泊施設や日帰り温泉施設の温泉浴場を使った湯中運動の教室を開催してきた。その後は自主講座サークルとして、市内2か所（温水プールと日帰り温泉施設）で湯中（水中）運動の活動が行われている（2014年度延べ参加人数1,798人）。2016年度には、地方創生加速化交付金事業として、菊池市役所健康推進課が事業主体となり「温泉を活用した健康づくり実施検証教室」を実施し、温泉を活用した運動・講義と食事等の指導による事業効果（血液検査判定、体力測定結果、医療費削減効果の試算等）を測定し、健康・医療関係産業と観光・農業等の連携による、健康長寿なまちづくりを目指す取組を行っている。同事業効果の分析結果は、第82回日本温泉気候物理医学会にて発表が予定されている。

鳥取県倉吉市（人口48,000人・高齢化率32.0%（2017年4月末日現在））の関金温泉は、倉吉市街地から車で約30分の山間に位置し、宿泊施設4軒、日帰り温泉施設1か所の温泉地である。湯中運動教室は、身近な資源を活用した市民の健康増進・介護予防に対する取り組みと、関金温泉の活性化をリンクさせた事業として2013年度に実施を開始した。実施場所は関金温泉にある日帰り温泉施設で、朝の営業時間前1時間を利用して、まず血圧測定をして個人の健康管理簿に記入した後、温泉浴場で湯中運動をし、その後休憩室にて柔軟体操（湯上がり体操）を行っている。事業スタート当初は、倉吉市役所の観光交流課を統括課として、観光交流課、医療保険課、長寿社会課が湯中運動関連事業を行った。その後、2016年度からは、湯中運動教室と湯中運動リーダー養成講座は自主



温泉浴場での湯中運動



湯上がり運動



各参加者の健康管理簿

鳥取県倉吉市・関金温泉の湯中運動教室の様子

サークル活動（「ひとはな会」）に移行し、現在も継続している（2014年度延べ参加人数1,753人）。この間、関金温泉旅館組合が、事業実施の受託やその後の自主サークル活動の支援を行っており、関金温泉の湯中運動のかなめとなっている。

### （3）湯中運動教室による健康づくりと地域

2つの温泉地の取組みには、市町村中心の健康づくり活動によくみられる体育館や市民プールなどの運動施設での健康づくり教室とは違った点がいくつかみられる。

ひとつは、日帰り温泉施設の営業外の時間や宿泊施設の空き時間を利用し、温泉浴場にて温泉に浸かりながら運動を行うという点である。これまで観光資源として捉えられ、地域の健康づくりとは無縁であった宿泊施設や日帰り温泉施設を健康づくりのアクターとして取り込むことにより、健康づくりが地域の活性化に一役買っている。これを実現するためには、市町村行政内部の縦割りから部局を超えた横のつながり、また、行政を超えて地域組織（産業・観光界、住民組織等）と健康づくりの連携が必須である。

今ひとつは、「参加することに意義がある」運動教室ではなく、運動教室開始前と後の心身機能のデータ（握力、血圧、開眼片足立ちなど）の変化を測定することにより、湯中運動に取り組む目標が設定され、より効果的な運動が期待できる点である。各地の取組みで測定された結果分析によると、利用者の心身機能は軒並み維持・改善傾向が見られ、予防・健康づくりに一定程度寄与している。また、参加者の医療機関への受診回数に減少傾向がみられる。分析の手法や対象など難しい点もあるが、参加者の医療費の抑制効果の推計もみられる。今後はエビデンスに基づくより効果的な展開に向けて、継続的な効果検証体制の構築と専門的な見地からのサポートがより重要となろう。

さらに、参加者による自主的な組織の展開や参

加者同士のコミュニケーションの促進により、湯中運動教室が地域における高齢者の孤立化を防ぐつながりづくりにも寄与している点である。湯中運動教室は、温泉入浴施設に何度も訪れたいくなるサロンの「場」として機能し、価値観や経験を共有し、健康課題の解決に強い動機付けをもつネットワークを形成する「仕掛け」であるともいえる。

こうした取組みには、市町村行政の支援は欠かせない。湯中運動教室の開始当初は、国民健康保険制度の保健事業や介護保険制度の介護予防事業などを活用しながら行政が旗振り役となり事業を実施していたが、その後、参加者の中から教室のリーダー養成を行い、ノウハウを新しい参加者に伝える仕組みを確立している点が特徴的である。活動の継続性を担保するためには、行政の取組みから、いかに住民の自主的な組織による展開に移行するのが重要であろう。

## 5. 地域保健と医療制度のこれから

昨今の医療をめぐる制度改革をみると、高齢者人口の増加や社会保障の財政負担の増加を背景に、医療費の適正化の手段として予防・健康づくりが論じられているようにみえなくもない。しかしながら、予防・健康づくりの活動自体は個人の生活の質（QOL）の向上と生きる主体性の回復を目的とするものであり、医療費や介護費の抑制・削減は副次的効果であるから、抑制・削減が目的化するものではないはずである。住民の主体的かつ継続的な予防・健康づくりを推進し、地域特性に応じた健康な「まちづくり」の推進を目指すためには、あらゆる地域資源の活用のもとで地域保健と医療保険・介護保険の有機的な連携を実践し、既存の枠にとらわれない行政の縦割的発想を超えた地域ごとの創意工夫が求められる。その実現に向けて地域保健の関係者が担う役割は大きく、期待も大きいといえよう。