

0歳～100歳までの在宅医療と地域連携を考える専門雑誌

在宅新療

ゼロヒャク

THE JAPANESE JOURNAL OF HOME CARE MEDICINE FOR ALL AGES

2016

4

Vol. 1 No. 4

特集

在宅医療が 地域の文化を 変える

「地域包括ケアは街づくり」

連載

診療報酬から読み解く 医療政策の描く未来像

高齢者医療を考える “フレイル” について知ろう

Q&Aでみるみるワカル 在宅医療の制度とノウハウ

care well cafe 秋山正子さんに聞く

特集

在宅医療が地域の文化を変える 地域包括ケアは街づくり

特集にあたって

医療法人アススム理事長

太田秀樹

Ohta Hideki

いずれ迎える “地域が主体となって ケアする時代”を見据えて

医療介護総合確保推進法が2014(平成26)年に公布され、在宅医療の普及は法律に盛り込まれて牽引されることとなった。地域包括ケアシステムにも象徴されるように、医療と介護はもはや一体的に提供されなくてはならず、とりわけ在宅医療への期待はたいへん大きなものとなった。

地域包括ケアとは、換言すれば住み慣れた地域で最期まで尊厳をもって暮らすことを可能とするシステムであるが、呼称がどうであれ、いわゆる aging in place を具現化しているコミュニティはすでに存在している。

地域包括ケアシステム構築は、全国に1,741[2016(平成28)年3月現在]ある基礎自治体それぞれに委ねられ、地域の実情に配慮した独自のシステムとなることを期待されているが、現実には地域間格差が歴然とし、戸惑いを隠せない行政も少なくない。しかし、これは行政だけに押しつけられた課題ではない。良質のサービスを提供する医療・介護専門職、そしてそのサービスを楽しむ市民の自助・互助の力とともに、行政と三者が感動を共有するしくみとならないかぎり、地域包括ケアシステムに魂が入ることはないだろう。すなわち、地域包括ケアシステム構築とは街づくりであり、地域の文化が変わることを意味する。

地域ケアとは、ケアを提供する場所を示すだけではない。地域全体をケアすることであり、やがて地域が主体となってケアする時代が訪れるということでもある。そこで、本特集では「在宅医療が地域の文化を変える」と題して、地域包括ケアシステム構築の一翼を担い、3人に1人が高齢者となる日本社会を乗り切る先進的な取り組みを紹介したい。

【関連論考】

地域包括ケアシステム構築のための 7つの視点

地域のケア力を高める街づくり

KEY WORD

在宅看取り、地域居住、地域包括ケアシステム、
地域診断標準ツール、文化

太田秀樹

医療法人アスミス理事長

Ohta Hideki

はじめに

地域包括ケアシステム構築という表現は、行政用語であり、ちょっと堅苦しい。平易な表現を用いると「住み慣れた地域で、尊厳をもって、最期まで暮らせるように、みんなで考えて、工夫し、みんなで行動するしくみ」ということとなる。

“aging in place”と言い換えることもできるが、寿命で命を閉じるときに、居心地のよい場所で、大好きな人たちに囲まれて、天に召されたいと願うことは、人として当然のことであろう。このようなささやかな願いがかなえられないのが、現在のわが国の高齢者医療の姿であり、長寿をめざし1分でも、1秒でも、命を永らえさせることに意義を見出し、長寿を追求し続けた病院完結型医療の結果といってもよい。

一方で社会に目を向けると、世界に類をみない規模とスピードで進展し続けている超高齢社会といえる。少子化に歯止めがかからず、すでに10年前にわが国の人口は減少に転じている。やがて3人に1人が高齢者という社会が訪れる。

人口構造の激変は、疾病構造を変え、疾病概念そのものも変化させた。フレイル、サルコペニア、ロコモティブ症候群、認知症など、いわ



図1 超高齢社会・多死社会の医療：求められる役割の変化

ゆる老年症候群に象徴されるように、もはや根治を期待することは困難で、「治療」というより、むしろ「ケア」としたほうがなじむ病態や症候との対峙が求められている。入院医療にその解決を求められないのは誰の目にも明らかであろう。

病気が変わったのである。医療への期待も、その役割も大きく変わることとなり、医療のパラダイムシフト(図1)といわれるのはそのためである。したがって、新しい医療を提供する新たなケアシステム構築は時代の必然であり、地域包括ケアシステムへ期待が高まっている。同時に、人生の終末期に医療がどのような力を発揮でき、どのようにかわることができるのか、死を敗北として発展してきた近代医学には存在し得なかった新たな重要な課題が突きつけられている。

望まれない病院死への疑問

われわれの医療施設で在宅医療を始めたのは1992(平成4)年4月であり、四半世紀が経過した。訪問看護を機軸として、24時間、365日支える当法人のシステムは、奇しくも開院当初から現在の在宅療養支援診療所の機能を備えていた。介護保険制度のスキームの議論が始まった時代で、家族介護を補完する社会的支援制度は全くなかったが、温かな家族介護に支えられ、自宅で安らかに天寿を全うしたいと願う高齢者に在宅医療を提供してきた。「家で死なれては世間体が悪い」などといわれてもいたが、一方で、高度で先進的な病院医療が必ずしも高齢者を幸せにしないと漠然と考えていた患者や家族も少なくはなかったのである。

最近の在宅医療や終末期医療に対する意識調査では、50~80%の人が、在宅医療を望んでいる。ところが、相変わらず80%以上の人が病院での濃厚な医療介入の果てに命を閉じているのが現状である。国民の願いとは裏腹に、この数字の乖離はいったいなぜ生じるのか、そのような素朴な疑問から在宅医療推進のためには、どのような条件が必要なのかを検証してみたいと考えようになった。

在宅医療を推進する地域診断標準ツール(CCCI)の開発

独立行政法人科学技術振興機構(Japan Science and Technology Agency: JST)内の組織である社会技術開発センター(Research Institute Science and Technology for Society: RISTEX)からの研究委託によって在宅医療を推進する地域診断標準ツール(communitary based care capital index: CCCI)の開発に着手したのが2010(平成22)年である。

まず在宅医療の概念を明確化することから取りかかった。在宅医療は自宅だけでなく、グルー



図2 地域看取り率のプロット(市区町村別)；2011年人口動態調査死亡票に基づく

プホームや高齢者住宅も含む生活の場での機動力ある医療とした。さらに看取りを在宅医療の重要な機能としたが、看取りが目的とされているわけではない。尊厳ある人生をしっかりと支えることが目的であり、看取りはその結果なのである。そこで、地域看取り率(病院外での看取り率)を在宅医療推進の指標とした。

2011(平成23)年の人口動態調査死亡表から、基礎自治体ごとに地域看取り率を算定し、マッピングをしてみた(図2)。すると驚くべきことがわかった。3人に1人が地域で看取られる基礎自治体がある反面、看取り率0%という基礎自治体が隣接しているのである。医療保険サービスも介護保険サービスも、社会保障制度のなかで全国あまねく、権利として享受することができるサービスであるはずだが、これほどまでの地域間格差が存在する。その背景は何だろう。その理由を分析すべく、在宅医療推進を妨げる要因、あるいは推進する要因は何かを探るために、社会学の手法を利用し、在宅医療先進地域を訪ねることとした。聞き取り調査の結果、先進地域には共通の要因があることがわかった

表1 在宅医療先進地域に共通する要因

- ①熱意あるキーパーソンが存在している
ネットワークづくりをコーディネート
- ②地域の実情に合わせた形態である
生活の場での看取り率が高い
- ③医療・介護・福祉関係者が顔を合わせる機会がある
- ④多職種、同職種協働が現場で機能している
- ⑤コミュニティづくりを行政が主導している
町おこしの視点で、がんばる行政職員がいる

(表1)。

まず、熱意あるキーパーソンの存在である。職種はさまざまであるが、地域によっては、行政職員・医師・歯科医師・薬剤師・看護師・ソーシャルワーカーなど、誰かが中心となって、あるいは仲間をつくって、地域ケアネットワークづくりをコーディネートしている。地域の実情に合わせたスタイルであり、生活の場での看取り率の高さは、地域の精神文化とも関連している。こういった地域には医療・介護・福祉関係者が顔を合わせる機会が数多く存在し、決して会議開催が目的となったような形骸化した会議でない。こうして培われた人間関係のなかで、多職種・同職種が麗しく現場で協働しているのである。遠慮なく、気楽に電話やメールができる関係性も構築されている。そして、行政主導によるコミュニティづくりが盛んで、がんばる行政職員もいる。医療・介護領域にかぎらず、子育て支援やお祭りの企画など、町おこしという作業といってもよい。視察に訪れた在宅医療先進地域は、呼称がどうであれ、すでに「プチ地域包括ケアシステム」が機能しているのである。

在宅医療推進に必要な要素や条件はいったい何か？ この疑問は地域包括ケアシステム構築そのものだと考えるに至った。そして、先進地域への聞き取り調査もふまえながら、在宅医療実践者らとの長時間に及ぶブレインストーミングによって、在宅医療推進を考えるうえでの重

	■ A 市	▲ B 市	◆ C 市
平均偏差値	48.59	56.10	47.49
地域看取り率	23.71%	27.40%	17.84%

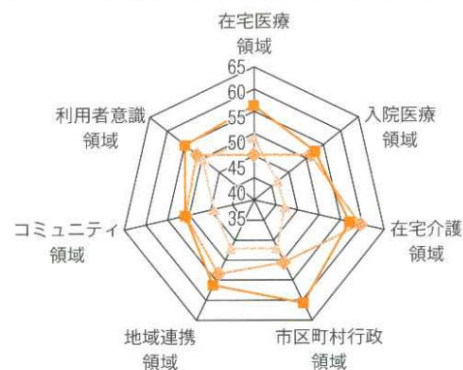


図3 地域診断ツール(community based care capital index ; CCCI)による中規模都市の平均偏差値と地域看取り率

要な視点は、7つの領域(ドメイン)に整理された。

次に、これらの領域の水準を客観的に示すパラメーターを設定する作業を開始した。さまざまなファクターのなかから、地域看取り率とより強く相関するファクターを多変量解析(相関分析、重回帰分析など)によって抽出し、指標の単純化のために、2つのファクターをそれぞれの領域のパラメーターとした。

そして、これらのドメインの比較のために、偏差値を利用して、レーダーチャートによる“見える化”を行った(図3)。偏差値としたのは、領域ごとに概念が異なり、異質のパラメーターで評価されることから単純な比較が困難と考えられたからである。



CCCI と地域包括ケアシステムの関係性

地域包括ケアシステムの概念をわかりやすく図示した植木鉢の絵はご存知のことと思う。この図と CCCI のドメインを重ね合わせてみる

- 領域Ⅰ 在宅医療**
最期まで生活の場で療養できる医療体制
- 領域Ⅱ 入院医療**
退院後の生活を見据えた入院医療体制
- 領域Ⅲ 在宅介護**
療養生活を支える質の高いケア体制（介護保険制度の充実）
- 領域Ⅳ 市区町村行政**
介護保険の保険者でもあり、公益的、非営利的活動を担うという態度と意識
- 領域Ⅴ 地域連携**
地域の組織や団体の連携、サービスの連携、専門職の協働
- 領域Ⅵ コミュニティ**
自助、互助を基本とした支え合う力
- 領域Ⅶ 利用者意識**
在宅医療への理解と在宅医療を選択する覚悟



図4 地域診断ツール(ccc)の7つの視点と地域包括ケアシステムの関係性

と、見事に一致するのである(図4)。

植木鉢のトレーに書かれている「本人・家族の選択と心構え」とは、利用者意識であり、地域ケア会議やケアプランはケアをつなぐ地域連携そのものといえる。さらに地域包括支援センターは、市町村行政の姿勢を強く映し出している。3枚の若葉は医療や介護サービスであり、この図はコミュニティというキャンパスに描かれていることとなる。さらに、「すまいとすま

い方」という表現からは、地域住民同士の絆をイメージすることもできる。

すなわち、在宅医療推進のための地域診断ツールの要因は、そのまま地域包括ケアシステムを評価する7つの視点となると考えている。

在宅医療をととして地域の文化が変わる

わが国には現在1,741〔2015(平成27)年4月現在〕の基礎自治体がある。その数だけオリジナリティあふれる地域包括ケアが存在することとなり、同時にご当地在宅医療の存在が期待されている。地域包括ケアのあるべき姿は描かれたものの、現実には地域間格差が大きく、格差をどのように是正していくのか、課題は山積している。もはやケアを提供する場所としての地域ではない。地域が主体となってケア体制を構築するという意識が大切となる。そして、この意識には地域を変えるポテンシャルが秘められている。

ほんの40年前まで自宅で高齢者が天寿を全うすることは、決して珍しいことではなかった。また80%以上の高齢者が病院での延命的加療の果て命を閉じる現実、世界に目を向けても、異様な姿といえる。地域包括ケアシステム構築によって、住み慣れた地域で最期まで暮らせる街づくりはなんとしても達成せねばならない。今回われわれが提唱している7つの視点を十分に検証して、在宅医療をととして地域の文化を変えてほしいと願っている。

※本稿の内容の一部は、国立研究開発法人科学技術振興機構戦略的創造研究推進事業に採択され、実施した調査研究内容を含むものである。詳しくは、RISTEXのホームページ：在宅医療を推進する地域診断標準ツールの開発、http://www.ristex.jp/korei/02project/prj_h22_01.htmlを参照してほしい。