

市町村行政と地区医師会の 強い連携と 行動力が地域包括ケアシステム構築の鍵

在宅医療は新たな時代へ



東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授

辻 哲夫 氏



医療法人アスミス 理事長

太田秀樹 氏

ここ20～30年で日本は高齢化率を飛躍的に伸ばし、世界に類を見ない超高齢社会を迎えている。厚労省はこうした社会を予見し、介護保険制度の施行をはじめ、在宅医療の普及推進をはかってきたが、辻哲夫氏は行政担当者としてその中心的役割を果たしてきた。一方、大学病院勤務医だった太田秀樹氏は、まだ概念も確立していなかった時代から在宅医療に取り組み、その道を切り拓いて今日に至る。制度と現場から、高齢社会の医療・介護・福祉の土台づくりに尽力してきたお二人に、当時を振り返っていただくとともに、辻氏には地域包括ケアシステムのひとつのモデルとされる柏プロジェクト*についてご紹介いただく。

*柏プロジェクト：2009年に始まった、東京大学高齢社会総合研究機構、柏市、UR都市機構による共同事業。住み慣れた地域で最期まで自分らしく生きられる社会（Aging in Place）を、千葉県柏市豊四季台地域で展開するという社会実験を行っている。地域包括ケアシステムのひとつのモデルと目されている。



辻 哲夫 (つじ・てつお) 氏

東京大学法学部卒業後、厚生省(当時)に入省。老人福祉課長、大臣官房審議官、厚生労働事務次官などを歴任し、医療政策、とりわけ在宅医療推進に深くかかわった。退官後は、田園調布学園大学教授を経て、2009年に東京大学高齢社会総合研究機構教授、2011年より現職。著書に『日本の医療制度改革がめざすもの』(時事通信社出版局)、『地域包括ケアのすすめ 在宅医療推進のための多職種連携の試み』(東京大学出版会)、『超高齢社会 未知の社会への挑戦』(特別監修 時評社)など。

「在宅医療」という概念の普及に努めた黎明期

●高齢社会を先読みした地ならし

太田 辻先生は1971年に厚生省(当時)に入省以来、在宅医療に深い理解を示され、さまざまな政策立案に関与されておられました。しかし、当時は高齢化率も数%であり、現在のような超高齢社会の到来を見通せていた人は少なかったのではありませんか。

辻 日本が将来的に大変な高齢社会を迎えるであろうことは、行政側はそれなりに理解していましたが、大平内閣時代(1978～1980年)によく「日本型福祉としての在宅福祉」ということが言われ始めました。そこで私は、「在宅福祉とはどういうものか」とあれこれ文献を調べ、出合ったのが佐藤^{あきら}智先生の『在宅老人に学ぶ』(ミネルヴァ書房)でした。周知のごとく、佐藤先生は日本の在宅医療を形づくった方であり、文献は「在宅」の本質を説くものとして、当時としては稀なものでした。「病気は家庭で治す」という考えをベースに、「今後は在宅医療が大事になってくる」と主張されており、私は非

常に感銘を受けるとともに、これからの医療のあるべき姿を発見したと思いました。

太田 以降、厚生省(旧厚生省)の中で、さまざまな施策を打ち出してこられたわけですね。

辻 はい。幸運にも、佐藤先生ご本人とお会いする機会があり、そのお力を得て、省内の職員と省外の医師や看護師、ヘルパーなど多職種による研究会を一定期間続けることができました。厚生省が在宅医療を重視するようになったのは、佐藤先生のお力添えをいただいたこの研究会があったからだと思います。

太田 省内での在宅への理解の深まりに反して、日本はバブル経済に突入するころであり、高齢者福祉だの在宅医療だのということは社会に受け入れられにくかったはずですね。いろいろとご苦勞がおありだったでしょうね。

辻 「在宅医療の目的は、医療費適正化にある」というふうには喧伝され、医療関係者からも誤解を受けたのは非常に残念なことでしたね。目的は、今後の高齢者の幸せと社会のあるべき姿として在宅医療を推進しようということであって、医療費適正化になるか否かは結果にすぎないのであります。

●勇美記念財団の支援で各地の在宅医が結集

辻 そのようなこともありました。当時の老人保健課長だった伊藤雅治さん(現一般社団法人全国訪問看護事業協会会長)にも研究会に参加いただき、訪問看護の仕組みをつくっていただくなど、コツコツと在宅医療推進に取り組んでいきました。そして、保険局審議官のとき、勇美記念財団(***囲み参照**。以下、勇美財団)ができ、在宅医療推進の大きな弾みとなりました。

太田 オートバックス創始者のお一人から「持ち株公開益を医療に役立てたい」とのお申し出があり、それを辻先生が佐藤先生につないだことで、財団ができ、現在の在宅医療推進会議が発足したのですよね。

辻 はい。勇美財団は、在宅医療関係者が結集する大きな引き金になりましたね。

太田 財政的支援という形で、日本の在宅医療は勇美財団が牽引してきたと言っても過言ではありません。勇美財団ができた2000年といえば、「往診医療なんて、医

*公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

2000年7月に、㈱オートバックスセブンの取締役相談役(当時)であった住野勇氏(現・同財団理事長)を設立代表者として発足。わが国における在宅医療の充実を目指して、在宅医療に携わる個人・グループを対象に、先駆的かつモデル的な在宅医療に関する「事業」「調査研究」「人材養成のための研究」等に助成を行うほか、市民啓発活動、冊子編纂を行うと同時に無料で在宅医療を学べるE-learningをHPで公開している。事務局所在地は東京都千代田区麹町3-5-1。

療と呼べるレベルのものではない」と、われわれ在宅医療をやっている医者は格下に見られており、そんな医療に意義を見出す組織はありませんでした。そんなとき、勇美財団が助成というかたちで積極的に支援してくれたのです。

辻 佐藤先生には、太田先生のように各地で地道に在宅医療を実践していた医師を招集していただきましたし、勇美財団にはそうした会合の場を提供していただきました。

太田 そうした人的ネットワークが、日本の今の在宅医療の基礎になっていますね。その佐藤先生が、つい先ごろ(2016年11月)亡くなられ、非常に寂しく思います。

●介護職の質を担保する資格制度の導入

太田 時系列で見ると、辻先生が在宅医療に関心を深めていただいたのが1980年代、介護保険制度と同じく2000年に勇美財団が活動を開始、2006年には在宅医療を推進する診療所(在宅療養支援診療所)に診療報酬が手厚くなりました。ここでちょっと介護のことに触れたのですが、介護福祉士、社会福祉士といった資格が制度化されたのは80年代ではなかったでしょうか。

辻 80年代後半ですね。

太田 そこにも先生のご尽力があったと聞いています。

辻 そのころ私はシルバーサービス振興指導室長をしております、民間企業が福祉サービスを提供できる環境の整備に取り組みました。世間には「企業が福祉にタッチするのはおかしい」との風潮がありましたが、それは誤解です。低所得高齢者などへの配慮は行政の責任であって、企業には良質のサービスを効率的に提供していただければいいのです。

その際、ポイントとなったのが、サービス提供者の資質でした。介護の専門職としての職業倫理と知識、技術を備えた人材を育成し、現場でもそういう人を起用していただくようにしなければ——。そのようなことから、資格制度の導入には非常にこだわりました。幸いにも、



当時の斎藤十朗厚生大臣が強く旗を振ってくださり、できたのが現在の介護福祉士であり社会福祉士です。

太田 地域包括ケアシステムの非常に重要な役割を担っている専門職たちが、そのころから養成され始めたということですね。先見の明というのでしょうか、在宅ケアに求められる職種を、辻先生が中心になって前もって整備して下さったと受け止めております。

「尊厳を持って生き切れる社会」を目指す 柏プロジェクト

●実際のコミュニティーで行う壮大な実験

太田 さて、在宅医療は、地域包括ケアの一領域として市町村単位で推進していく時代に入りました。在宅医療推進派の一人だった辻先生も、東京大学という新たなステージで高齢社会の問題を研究され、柏市で長寿社会のモデルづくりに、さらにご活躍ですね。

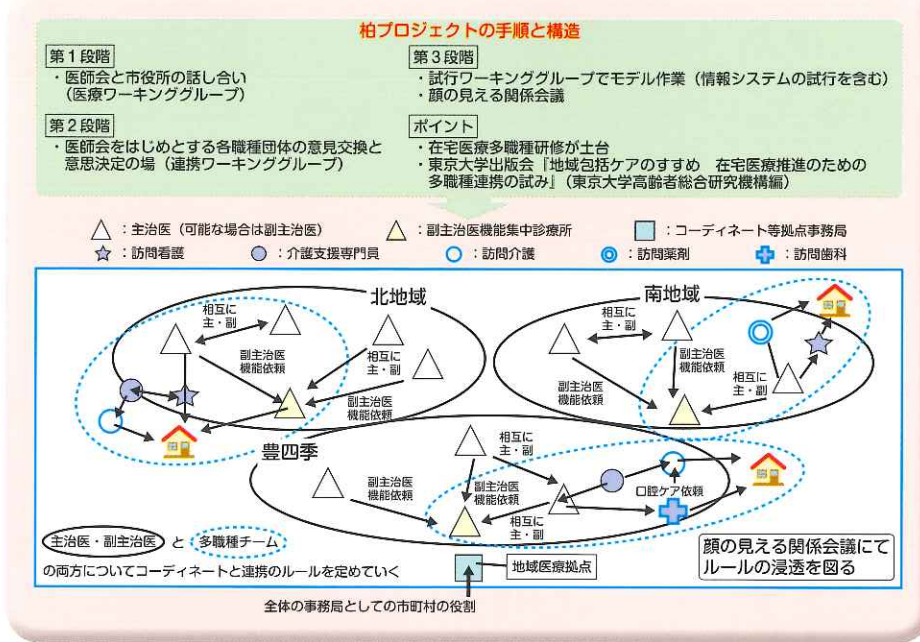
辻 厚労省を退官した私に、秋山弘子先生(東京大学高齢社会総合研究機構 特任教授)が「在宅医療推進について、まだまだやることあるのでしょうか?」と、東大で引き続き取り組むようお声掛けくださったのです。それを契機に再び始まった私の仕事人生は、もう運命としか言いようがありませんね(笑)。

ご承知のとおり、秋山先生は有名な老年学者で、価値観の転換を訴えておられます。「超高齢社会というのは暗い社会だと思いがちだけれど、高齢者には経験に基づく大きな力がある。高齢社会の到来は、高齢者がその持てる力を発揮し続けられる社会をつくるチャンスであり、日本はそうした社会を率先して切り拓いていくべきだ」という考えをお持ちで、高齢者の「生きがい就労」ということを唱えておられます。

日本人は働くのが好きな国民です。リタイア後も、自分の住む地域で、農業や子育て支援、福祉施設のお手伝いといった仕事を担っていく。ただし、業務に責任を持ちつつも無理なく働けるよう、3人1組や6人2組など、ワークシェアリングを取り入れる。そういう就労方式を開発され、「歳を取っても、可能な限り生きがいをもって働ける地域社会をつくらう」と発信されています。「Aging in Place」というその試みが柏プロジェクトであり、私はその一翼を託されたわけです。

このような経過で柏プロジェクトでは、「在宅医療推進」も柱となっています。人間である以上、死は

図 柏プロジェクトにおける「在宅医療を含めた地域包括ケアシステム」



(辻哲夫氏提供資料より編集部一部改変)

免れず、加齢とともに身体は弱っていきます。ですから弱っても「亡くなるまでの生活を支える医療」を提供し、最期まできちんと生きられるようにしていく。秋山先生は「人生を降りない」という表現をされていますが、最期まで生活者として生き切るためのシステムデザインも必要です。

そのようなわけで、柏プロジェクトでは「生きがい就労のシステム化」と「在宅医療を含む地域包括ケアシステムの構築」という2つが、大きな柱となっています。

太田 「弱る」、すなわち「フレイル」というお話が出ましたので、ちょっと言及したいと思います。フレイルは疾病概念そのものを変えてしまうものです。端的に言えば、病気には原因があり、それを除くのがこれまでの医療でした。しかしフレイルは根本的に治すという対象ではない。つまり、従来の疾病概念には収まらないわけで、そのようなものとどう対峙していくかが21世紀の日本の医療の大きなミッションとなっています。

「フレイルは徐々に進行する」のですが、進行を遅らせる方策があります。それは医療的アプローチだけでなく社会的、心理的な手段も大きい。柏プロジェクトの柱の1つである「生きがい就労」は、さらに“上流”となる社会的フレイル予防という点で非常に意義深いと思います。

●地区医師会と市町村行政との連携が鍵

太田 柏プロジェクトにおける医療のかかわりについてご紹介いただけますか。

辻 「医師なくして在宅医療なし」であり、なおかつ「多

職種連携が必須」ということがベースになっています。在宅で治療・療養している人は、いろんな不安を抱えており、医師が定期的に在宅で診察してくださることが必要ですが、日々のケアは看護師や介護職が担います。つまり、在宅医療は多職種連携で行うのだけれども、要所要所の判断、例えば「最期は家で」という要望が出たとき、その過程においての医療上の判断は医師が責任を持って下すという構図になります。太田先生が常々おっしゃっている、「在宅医の仕事は判断、包括指示、責任である」ということですね。

しかしながら、そうした連携を実現する仕組みが論理化されていない

ため、各地で模索が続いています。柏市医師会も同じで、プロジェクトでは1からシステム化に取り組みました。

太田 そして、できあがった仕組みが結果的に在宅医療・介護連携推進事業に資するものであったことから、地域包括ケアシステムの1つのモデルとして全国発信されるようになったわけですね。

辻 はい。柏プロジェクトの意義は、論理化されたモデルとして可視化されているので、他の地域でも参考にしやすいという点にあります(図)。

基本に置くのはかかりつけ医です。とは言っても、1人で「24時間365日」に対処するのは大変ですから、副主治医という助っ人を複数置く。そういう医師同士の助け合いのグループをつくっていくのがポイントです。

それから、他の職種と連携しなければ在宅医療は回らないので、多職種連携をシステムとして確立すること。

図の実線と点線の輪のように、この2つの連携システムをつくるのが要となります。医師同士の助け合いグループをつくるのは医師会の役割ですし、多職種連携については、介護保険で多職種連携を所管している市町村の役割です。この場合、市町村が全体の事務局としての役割を果たすことが重要です。このように、医師会の取り組みと市町村の取り組みとがセットになることで、初めて「在宅医療を含む地域包括ケアシステム」は完成するわけです。これが柏プロジェクトの構造であり、その詳細は『地域包括ケアのすすめ』(東京大学出版会)という本にまとめました。

太田 医師会と行政がいかにタッグを組むかが全国各

地で課題になっている中、柏プロジェクトはその模範解答を提示したと言えそうですね。

在宅医療は「信頼関係に基づく医療」だ

太田 近年、「尊厳」ということが言われるようになりました。「尊厳のある暮らし」とは、就労もそうですが、絵を描いたり詩を詠んだりといった、生きがいや楽しみを持って暮らしていけることだろうと思います。地域包括ケアシステムは、そうした尊厳のある暮らしを支える新たな秩序だと思います。しっかり機能することで、その先には自ずと「安らかな死」が現実のものとなると私は解釈しています。先生はいかがですか。

辻 若死にが著しく減り、多くの人が長生きするようになりました。この点で私は、「治す医療」は日本では大成功したと思っています。一方で、「尊厳」とおっしゃったように、「生きていてよかった」と思えなければ、長生きする意味はないのではないのでしょうか。ですから、まさしく先生のおっしゃるように、最期までその人らしく生活し続けるように支えるのが、地域包括ケアだと思います。

支える側に目を向けると、地域包括ケアは、その人の生活の場に出かけて行って支えるということであり、生活を支える専門職間のネットワークで成っています。在宅医はそのことをよく理解し、他の職種を非常に大事にされますし、多職種それぞれが互いの専門性を自覚して動いています。みんなが「生活を支える」という視点に立ち、尊重し合ってネットワークをつくっていく。地域包括ケアは、このような新しい連携の形で成り立っているように思いますし、医師を含めて多職種の専門性と連携のあり方が問い直されていると言えます。

太田 病院組織と言いますか、急性期医療のようなキュアの世界では、医師の指示を中心とする「垂直な連携」になっていると思います。一方、地域包括ケアシステムでは、患者さんもしくは利用者さんを中心に、われわれ支援者は水平に連携しています。しかし、「垂直の連携」に馴染んでいないと、「水平の連携」の場としてのコミュニティーでは、役割や立ち位置に戸惑いが生じる。本冊子の読者でもある薬剤師さんを例にとると、「垂直の連携」を引きずり、処方医のほうばかり向いている薬剤師さんが少なくないようです。そうではなく、まず患者さんの生活を見てほしい。そうすれば、本来の職能として何をすべきかが見えてくるはずですよ。



太田秀樹（おおた・ひでき）氏

日本大学医学部卒。自治医科大学大学院修了（医学博士）。同大整形外科医局長時代、身体障害者の海外旅行に同行したことをきっかけに、1992年、在宅医療を旗印に開業。人生を支える在宅医療に取り組む。在宅医療推進のための地域診断ツールの開発など、研究活動、そして市民運動に参加するなど、その取り組みは多彩である。近書に『治す医療から、支える医療へ』（共著、木星舎）、『地域包括ケアシステム 総合診療医テキスト』（監修、中山書店）など。

知人に、在宅医療に熱心で県の薬剤師会の仕事をされている女性の薬剤師さんがいます。なぜ在宅医療を始めたのかを尋ねたところ、いつも来店されるおばあちゃんが、あるときから来なくなった。薬を取りに来たお嫁さんは、「足腰が弱って、家から出たがらない」と言う。そこで、こちらから届けてあげようと自宅に伺うようにしたら、そのおばあちゃんの暮らしが分かり、薬剤師としてできることがたくさん見えてきたと言うのです。

辻 太田先生がよくおっしゃる、「外来診療の延長として、通院できない在宅患者も診る」という姿勢が大事だということですよ。それは患者さんとの信頼関係があってこそ成り立つものだと思います。そういう観点で言うと、「治す医療」として evidence-based medicine (EBM) というのは大切ですが、最近はその追求ばかりに眼が奪われている観があります。医療、殊に弱っていく過程に入った方にかかわっていく在宅医療を長く学ばせていただけてみて、医療の本質は、エビデンスに満ちた医療技術だけではなく、信頼関係が基本だと思うのです。

太田 医療者にとって、心に響く素晴らしいメッセージをいただきました。改めて原点に立ち返り、「信頼関係に基づく医療」を実践していきたいと思っています。本日はありがとうございました。