

Suzuken Medical & Pharma

スズケン メディカル&ファーマ

監 修：高久史磨 日本医学会会長、自治医科大学名誉学長
 猿田享男 慶應義塾大学名誉教授
 編 集：北村 聖 国際医療福祉大学大学院教授
 企 画：武藤正樹 国際医療福祉大学大学院教授

テーマ「地域包括ケア」



CONTENTS

■ 総論「地域包括ケアシステムの基本的な考え方」 武藤 正樹先生(国際医療福祉大学大学院 教授)	1	顔の見える多職種連携の実現 ③ 佐久総合病院による「事業所間交流研修プロジェクト」 小松 裕和先生(長野県厚生農業協同組合連合会佐久総合病院 地域ケア科 医長/在宅医療連携拠点事業責任者)	19
■ 座談会「地域包括ケアへのいざない—今できること、すぐできること—」 司 会：武藤 正樹先生(国際医療福祉大学大学院 教授) 出席者：高橋 紘士先生(一般財団法人高齢者住宅財団 理事長) 辻 哲夫先生(東京大学高齢社会総合研究機構 特任教授) 飯島 康典先生(一般社団法人上田薬剤師会 会長) 太田 秀樹先生(医療法人アスミス 理事長)	3	地域を巻き込む人材の育成 ④ 富山県南砺市地域医療再生マイスター養成講座 山城 清二先生(富山大学附属病院総合診療部 教授)	21
■ ケーススタディ：先行事例に学ぶ地域包括ケア ① わが国を代表する先駆的な取り組み 尾道市医師会による「尾道方式」 片山 壽先生(片山医院 院長/尾道市医師会地域医療システム研究所 所長)	13	地域包括ケアにおけるICTの活用 ⑤ 豊島区医師会による「MedicalCare STATION」の活用 土屋 淳郎先生(医療法人社団創成会土屋医院 院長/ 公益社団法人豊島区医師会 理事)	23
② 24時間365日体制の構築に向けての工夫 宗像医師会による「むーみんネット」の取り組み 吉田 道弘先生(吉田内科クリニック 院長/一般社団法人宗像医師会 副会長)	17	地域包括ケアの充実に向けた医療資源調査 ⑥ 国立病院機構米子医療センターの「在宅医療対応状況調査」 山本 哲夫先生(医療法人社団日立記念病院 院長/ 前国立病院機構米子医療センター 副院長)	25
		■ 地域包括ケア これだけは知っておきたいQ&A 武藤 正樹先生(国際医療福祉大学大学院 教授)	27
		■ 在宅医療基本情報連絡メモ	31

地域包括ケアシステムの基本的な考え方

団塊の世代700万人が後期高齢者となる2025年へ向けて、医療・介護の提供体制の見直しが急務となっている。これを受けて、2014年6月の国会で、医療と介護の改革に向けた法案をまとめた「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」(以下、医療介護総合確保法)が可決成立した。本法は、医療法の改正と介護保険法改正等をあわせて19本の改正案を一括としたパッケージ法となっている。

この医療介護総合確保法の最大の政策課題が、今回の特集テーマである「地域包括ケアシステム」の構築にほかならない。

I. 地域包括ケアシステムとは?

さて、ここであらためて地域包括ケアを振り返ってみよう。地域包括ケア研究会報告書によれば、地域包括ケアとは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制」とされている。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、人口1万人程度の中学校区を基本とすることとしている。

そしてこの日常生活圏域の中で、地域包括ケアシステムは「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えていく。

地域包括ケアは具体的には以下の4つのポイントで構成され、これらが包括的、継続的に提供される必要がある。この4つのポイントについて見ていこう。

1 すまいとすまい方

生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力に合った住まいが確保されていることが地域包括ケアシステムの大前提だ。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要である。

2 生活支援・福祉サービス

心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の

声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様である。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も必要だ。

3 介護・医療・予防

個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」、「医療・看護」、「保健・予防」が専門職によって提供される。これらの専門的サービスを有機的に連携し、一体的に提供することが必要だ。そしてケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援とパッケージとして提供することが必要である。

4 本人・家族の選択と心構え

単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えをもつことが重要。

以上のポイントは、よく「植木鉢モデル」に例えられる。「本人・家族の選択と心構え」の上に「すまい」という植木鉢が載り、その中に「生活支援・福祉サービス」という豊かな土壌が盛られ、そしてそこに「介護・リハビリテーション、医療・看護、保健・予防」という葉を茂らせた地域包括ケアシステムという植木が育ち、花を開かせるというモデルだ(図)。

II. 地域包括ケアシステムの歴史

ではあらためて、地域包括ケアシステムの歴史を振り返ってみよう。地域包括ケアシステムの先駆けとなったのは、1970年代に始まった広島県公立みつぎ総合病院を拠点とした、尾道市御調町の「地域包括ケア」である。この「地域包括ケア」の最初の提唱者でもある同病院の山口昇医師は、1970年当時、脳卒中や心筋梗塞でみつぎ総合病院に入院した高齢者が退院し、在宅に帰ってから間もなく「寝たきり」となって再入院するケースが多いことに気が付いた。これに対し、御調町は1975年から看護や医療を在宅に「出前」するサービスを開始して、寝たきり防止に努めることにした。さらに町の保健福祉部門を病院内の健康管理センターに統合する組織改革を1984年に実施した。この頃から、御調町の保健医療福祉の統合化による「寝たきり予防」に向けた実践を「地域包括ケア」と呼ぶようになった。

このようにして始まった「地域包括ケア」であるが、この仕組みを医療と福祉の多面的なサービス提供体制の中で普遍化して全国的な政策として実現していくためには、さらに

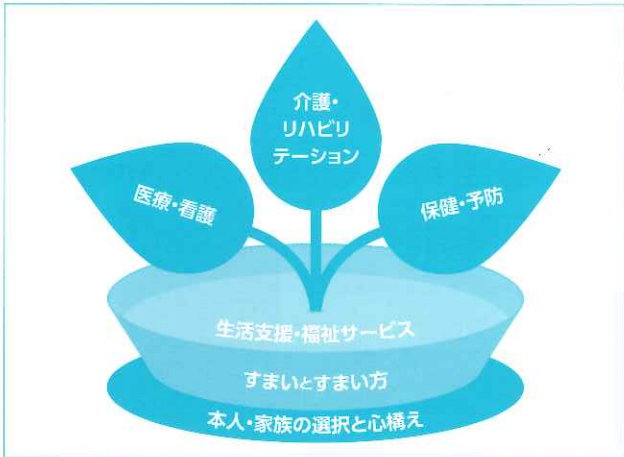


図 地域包括ケアシステムの植木鉢モデル

(三菱UFJリサーチ&コンサルティング：〈地域包括ケア研究会報告〉地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点、2013より引用)

2000年から始まる介護保険制度の誕生を待たなければならなかった。2000年に介護保険制度がスタートして間もなく厚生労働省老健局が組織した高齢者介護研究会がまとめた「2015年の高齢者介護」で、あらためて「地域包括ケア」の構築の必要性が提言される。そして、さらに2010年の「地域包括ケア研究会」(座長：田中 滋 慶應義塾大学大学院教授)の報告書の中で、その概念整備がなされ、全国的な政策として普遍化するに至った。具体的には介護保険制度改正で、「地域包括支援センター」が制度化され、介護療養病床の廃止に対応するための「地域ケア整備指針」の策定が義務付けられる中で、いよいよ地域包括ケアは2012年の介護保険報酬改定から本格的なスタートを切ることとなった。

Ⅲ. 地域包括ケアシステムの構築のステップ

では地域包括ケアシステムを具体的に構築するにはどのようなステップを迎ればよいのだろうか？ ここではまず、在宅医療と介護の連携の構築ステップを見ていこう。これがなかなか大変だ。これには市区町村の役割が欠かせない。しかし、在宅医療については、市区町村ではその業務になじみが薄く、担当課が決まっていないケースも多い。また、自治体の縦割り組織の中で、保健医療担当部局と介護担当部局の意思疎通がうまくいかないケースも多かった。このため、地域包括ケアシステム構築には自治体の中に在宅医療と介

護の担当部局を横断するような新組織をつくるか、あるいは保健、国保、介護等の担当部署の事前協議と連携の中で担当部署を決めることから始めなくてはならない。

次に、医療関係者、介護関係者が一同に会する「在宅医療・介護連携推進協議会」(以下、協議会)を設置することだ。こうした会議体を設置するためには、保健所を活用するのがよいとわれわれは考えている。保健所は、医師会・歯科医師会・薬剤師会などの三師会メンバーや地元の病院長とも日常的な顔のつながりがあるので、こうした会議体の呼びかけ人には最適だ。東京都でも保健所長の呼びかけで在宅医療推進協議会を開催して医療・介護連携を推進している区がいくつかある。例えば葛飾区、練馬区、文京区などである。

筆者はこれらの協議会の座長を務めさせていただいているが、協議会には三師会や訪問看護協会等のメンバーや地元の病院長、地域包括支援センター、ケアマネジャー、介護事業所等の介護系関係者が一同に集まっている。そして協議会の下に在宅医療、認知症などの各種のワーキンググループを置いて、現場の関係者も交えて活発な議論を行っている。ワーキンググループの中で上がってきた「在宅看取り」、「認知症問題」、「介護者支援」などのテーマについて、親会である協議会が行政側と話し合いをしながらまとめ、施策化している。

また協議会では、冒頭に述べた医療介護一括法で市区町村の「地域支援事業」となった「在宅医療・介護連携推進事業」の定着・普及のモニターも行っている。「在宅医療・介護連携推進事業」は、具体的には以下の(ア)～(ク)の事業からなる。

- (ア)地域の医療・介護サービス資源の把握、(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議、(ウ)「在宅医療・介護連携支援センター(仮称)」の設置、(エ)在宅医療・介護サービスの情報の共有支援、(オ)在宅医療・介護関係者の研修、(カ)24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築、(キ)地域住民への普及啓発、(ク)二次医療圏内・関係市区町村の連携

協議会ではこれらの事業の進捗状況の報告とともに、現状の課題やどのような事業を行うかなどの話し合いが行われている。地域包括ケアシステムの構築には、こうした行政と医療・介護の現場の関係者の連携を通じた活動が欠かせない。



辻 哲夫先生

東京大学
高齢社会総合研究機構 特任教授



高橋 紘士先生

一般財団法人
高齢者住宅財団 理事長

司会
武藤 正樹先生

国際医療福祉大学大学院 教授



地域包括ケアへのいざない —今できること、すぐできること—



太田 秀樹先生

医療法人アスミス 理事長



飯島 康典先生

一般社団法人
上田薬剤師会 会長

<写真：飯田 耕治>

1 | 地域包括ケアへの取り組み

武藤 本日は大変お忙しい中、お集まりいただきありがとうございます。今日の座談会のテーマは「地域包括ケアへのいざない—今できること、すぐできること—」となります。まず、それぞれの先生方から自己紹介をお願いしますか。

太田 私はもともと自治医科大学の医師だったのですが、その後開業し、25年が経ちます。はからずも、当時から在宅療養支援診療所と同じ機能を有する医院を運営していました。24時間関われるグループ診療体制をもち、訪問看護を基軸として、ケアマネジメントのシステムも導入してやっていました。介護保険もない時代ですが、温かな家族介護に支えられて、高齢者が自宅で安らかに看取られるような、そんな医療のお手伝いもさせていただいたわけです。

現在は栃木県を中心に、隣接する3つの基礎自治体で在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションを運営しながら、地域包括ケアシステムの一翼を担う仕事をしています。

ちなみに、私どもは300名ぐらいの在宅患者さんと関わらせていただいています。先日、朝日新聞出版社が出した冊子を見て気付いたのですが、うちの在宅看取り率は80%近いということでした。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

武藤 続いて薬剤師の立場から、飯島先生お願いします。

飯島 私は上田薬剤師会の会長をしております。上田薬剤師会というのは2市2町村で二次医療圏、約19万5,000人の人口があります。そのなかに医療機関が300軒、薬局が104軒あります。会員以外の薬局が15軒、組織率が95%ぐらいです。

私は、薬剤師全体の質を上げることが地域の薬局のサービス水準を向上させると信じて、薬剤師会の運営をしています。そこで上田薬剤師会では平成22~24年の間に、厚生労働省の補助金事業で薬剤師生涯教育推進事業をやらせていただきました。そのときに在宅・介護施設・ケアマネジャーらとの顔の見える関係を構築し、薬剤師の役割を他職種の方に理解していただき、利用していただけるような環境づくりに努めて

きました。平成28年にも国から補助金をいただき、薬剤師生涯教育推進事業を行っています。

われわれは医薬分業で処方箋調剤しかしない薬局ではなく、困ったときにはいつでも相談できる体制を構築しています。顔の見える関係があり、相談できる体制があり、医師の顔も見えろということ、まさに地域包括ケアのハブ的役割を、薬局が果たせる状況になっているのではないかと考えています。

地域包括ケアとは、簡単に言えばまちづくりだと思っています。その中で薬局がもつ機能を、消費者、患者さん、医療従事者に有効に活用してもらえるような体制づくりを、上田薬剤師会が全薬局ができるように考えているところです。

武藤 ありがとうございます。続いて高橋先生、よろしいでしょうか。

高橋 現職は高齢者住宅財団の理事長です。かつては特殊法人時代の社会保障研究所で、社会保障のあり方を研究し、その後、いくつかの大学で教鞭を執っておりました。

研究者として仕事を始めた前後の1960年代に、英国で「コミュニティ・ケア」という考えが出てきました。これは当初、メンタルヘルスの領域から始まった概念ですが、やがて高齢者ケアの領域に広がっていきます。「ケアの提供はできるだけ地域で」という理念は、わが国の介護保険にまで直結しますけれども、一方で日本における病院、施設体制というのは、1970年代の老人医療費無料化によって老人病院が生み出され、長期療養に対処する医療機関として拡大したという歴史があります。

福祉のほうは、1990年頃まで老人福祉は低所得者対策として位置付けられて、中間層以上に拡大するのは時間がかかってしまいました。そのため、医療機関が中間層以上のケアニーズへの対応を代替するという体制ができました。実はそのような環境の中で、地域包括ケアの先駆けとなる「みつぎ方式」ができあがりました。

介護保険を次のステージに発展させるために、2003年の法改正のときに高齢者介護研究会ができて、山口昇先生の実践を政策の概念として「地域包括ケアシステムの構築」が、問題提起されました。堀田力さんが座長だったのですが、私はそのときにこの研究会の構成員でした。その後、老健局が組織した地域包括ケア研究会にも今日まで参加していますが、その研究会で、筒井孝子さんがこの概念を「community based care」と「integrated care」という形に整理され、それらを統合する、「コミュニティを基盤とした包括ケア」という考え方になりました。さらに社会保障制度改革国民会議の報告書で、ナショナル・ポリシーに位置付けられました。

今まで医療・介護は住まいのことをあまり考えていませんでした。ところが、最近は単身化が進んだことから、単身でも地域

で暮らし続けるための住まいとはなにかということが非常に重要な論点になってきています。高齢者住宅財団で仕事をするようになったのもこのような社会の動向が背景にあると思っています。

辻先生とも国土交通省住宅局で、サービス付き高齢者向け住宅のあり方の検討など、ご一緒しましたし、最近では医療と住まいの関係ということで、太田先生と武藤先生にもご参加いただいた研究会も主宰しています。まさに「すまいとすまい方」が地域包括ケアの概念図で有名になった鉢植えの図でも取り上げられてきました。このようなこともあいまって地域包括ケアシステムのあり方について発言させていただけたらと思っています。

武藤 最後に辻先生、お願いします。

辻 私は30数年前に当時の厚生省から滋賀県庁に出向し、重い障がい児の早期療育の問題に取り組みました。そのときに、このような問題については市町村が中心にならねば駄目だということを確認しました。それが私の役人人生の思想的なスタートです。

その後、厚生省に戻って老人福祉課長をさせていただいたときに、保健福祉の権限を全部市町村に一元化して、老人保健福祉計画を全市町村でつくっていただくという改正（平成元年改革）を担当しました。そのときはすでに介護保険を意識していて、市町村で、しかも在宅ケアを基本とするという考え方で一元化するというので、介護保険に向かっていったというのが非常に大きな記憶です。

当時から介護保険は地域ケア、在宅ケアを基本に置いてきたわけですが、しかしなかなか進まない中で佐藤智先生に出会い、在宅医療が重要であると教えていただきました。地域包括ケアでは介護と医療が必要ですが、実際には「医療」か「介護」の入院、入所という片道通行になってしまう。真の連携というのは、住まいにおける生活を基本として、そして在宅医療が行われる中にあるということを知りました。「在宅医療の普及」が、行政従事者としての私のライフワークになりました。

退官後、幸運にも東京大学に呼んでいただき、「柏プロジェクト」に携わることができました。そこで5年間、在宅医療を含む多職種連携のシステムづくりに打ち込みました。そのときに太田先生をはじめ、皆さまから大変な教えを受けたのですが、それに引き続き、飯島勝矢先生という非常に優秀な方に出会い、フレイルについての取り組みを始めました。

「柏プロジェクト」は現在第2期に入っており、介護予防のより早期の対応としてのフレイル予防と、生活支援といわれる概念の地域における解明、そして、そのためのコミュニティ形成という問題に取り付きはじめたところです。



2 | 地域包括ケアシステムと在宅医療の役割

武藤 ありがとうございます。皆さまのそれぞれの立場から、地域包括ケアとの関わりも含めてお話いただきました。

さて、今日のテーマは「地域包括ケアへのいざない—今できること、すぐできること—」です。読者の皆さまにおかれましても、全国の市町村で地域包括ケアをどのように構築するか、それぞれの立場でどのように関わっていくかという模索が続いていると思います。そこで、これまでの経験を基に、医師、あるいは薬剤師がこれから在宅医療に乗り出すときに、なにを始めたらいいいのか、あるいは今すぐできることはなにか、アドバイスをいただければと思います。

太田 端的に申し上げますと、まず、地域に一步出るといってはいかがでしょうか。私は25年間、在宅医療も含めて外来診療をやっていますが、開業当時65歳だったお年寄り、今、90歳です。これはある工業高校の先生だった方の話ですが、最初は自転車で通院をしていました。やがて自転車に乗れなくなってタクシーで通院するようになり、今はタクシーにも乗れなくなって、在宅医療が始まりました。外来の延長線上に、いつも来る患者さんが来られなくなったときに、在宅医療が始まるのだと私は思っています。病院の受け皿という考え方も間違っていないと思うのですが、いつも来る患者が来なくなったら、なぜ来なくなったのだろうと、気楽に出掛けて行くぐらいのセンスをもっていただくと、在宅医療が見えるのではないかと思います。

その際に、生活障害を意識することが重要なポイントです。辻先生も触れられましたが、虚弱、フレイル(frailty)は医療の概念を変えてしまっています。原因があって、その原因を取り除くのが医療であり、病気を治して命を救うという話ではな

くなっています。そして本当に在宅医療を始めるのであれば、パートナーに訪問看護を利用すると、精神的な負担が少なく、在宅医療のすばらしさを知るきっかけになります。

とにかく申し上げたいことは、虚弱な高齢者に限っては、医学的妥当性が必ずしも患者のニーズに沿わないのです。具体的な例を挙げると、先ほどの高等学校の先生の場合、最初のケア会議では診断書を書いてほしいというのがニーズでした。それは、死亡診断をここでしてほしいという意味です。ウィットに富んだ話ですが、そのときに死亡診断書を2枚書いてくれと言われて、私が「2枚とはどういうことですか」とお聞きしたら、「俺が逝くか、女房が逝くかわからんからな」と(笑)。ですから、いつも来る患者さんが来なくなったら、どうしたのだろうと見に行くことが、在宅医療を始めるきっかけになるのではないかと私は思っています。

武藤 なるほど。まず在宅に出るといってことですね。

3 | 地域包括ケアシステムと保険薬局・薬剤師の役割

武藤 一般の薬局で在宅対応というのは、医師とは違って一歩前に出るのがなかなか大変そうなのですが、そのあたりはいかがですか。

飯島 私の薬局では在宅医の先生4人ほど関わっております。この先生方とは薬剤師生涯教育推進事業で知り合って、顔の見える関係ができました。その他にもNPO法人をつくり、自治体の関係者や民生委員、隣組の方やケアマネジャーを交えて、お互いに支え合うようにグループで活動をしています。これは現在5年目に入っていますが、非常に機能していると思っています。

そのような活動における薬剤師の仕事はなにかというと、やはり薬を通して在宅に入っていくことではないかと思うわけです。もちろん薬だけではなく、健康食品や食事でも関わることができます。訪問してよく見ると必要のない薬が多々あります。しかし訪問看護師やケアマネジャーから、処方する医師にそれを言うことは難しいので、「薬剤師さんから先生に話してほしい」とお願いされることが多いです。その場合、私たちは疾患別ガイドラインを通して、根拠に基づいて先生に処方提案をし、薬を抜くのか、そのまま飲んでもらうのかを提案することもさせてもらっています。

また、薬剤師が特にどのようなことに注目しているかというと、やはりフレイルと認知症の早期発見(気づき)です。OTC医薬品を買いに来たり、健康相談で来たり、調剤で来たときに、その歩き方や話し方、動作を見て、周りにいる家族の方やお医者さんに「ちょっと調子が悪いみたいだから、みんなで見守ってあげよう」ということを、処方箋であれば薬歴に、OTC医薬品であれば服薬管理記録簿に書いて情報共有・フィードバックをす

ることが、地域における薬局の務めではないかと思っています。

周囲の連携を促し、健康寿命を伸ばせるように導くのが医療の役割ですが、すべてを医療でやるのではなくて、地域全体で住みやすいまちづくりをするために考え、工夫していく。それが私たちの地域包括ケアではないかと思っています。

武藤 まずは多職種のグループのなかで、顔見知りの関係をつくるということですね。

飯島 それが一番大事ではないかと思っています。そういう付き合いの中で、互いの性格やできることが明確になったときに、良い連携が生まれ、患者さん、それから地域の住民のために動けるようになるのではないかと思っています。

4 | 地域包括ケアシステムと住まい

武藤 では、続いて地域包括ケアと住宅の問題についてですが、まずなにが課題であって、今からなにをしなくてはいけないのでしょうか。

高橋 地域包括ケアシステムの基盤となるのは住まいであるという認識がようやく定着しました。いろいろなデータを見ても、特別養護老人ホーム(特養)の入所率は要介護3以上になったからだけではなく、ばらつきが出始めています。これは本人が自分の介護の場所を選び始めているのではないかとと思われるのです。団塊の世代が中心になると、ますますそうなります。おそらくケアインプレイス(地域居住)が主流になっていきます。そのような中、どういう形で医療を提供していったらよいかというと、従来型の発想では対応できないだろうということは明らかになっています。

かつて山口先生が地域包括ケアを提起し、実践したときに、「医者ともあろうものが」と医者仲間から攻撃されたということを述懐されていました。しかし、今や医療者は地域連携の重要な構成要素なのです。地域的・社会的な目をもたないと、これから医療本体の仕事もできなくなる時代が確実に来ており、そのあり方を地域包括ケアの理念と政策が示してきているのです。

それから、フレイル予防の話も非常に重要だと思います。これは医療モデルに代わる生活モデルが前提です。その中で医師の仕事が再定義されるわけです。今まではあらゆるものを医師が統括してきたのですが、それがもう一度再定義されるということであって、あたかも医師の仕事がなくなると錯覚して、療養病床などの維持に狂奔するような反応が出てくるというのは大変嘆かわしく思っています。

このところ、医師の学会や研修会にお呼びいただく機会が増えており、医療と住まいの関係をお話ししています。当然ながら、医療法人がサービス付き高齢者向け住宅を運営するケースも増えています。また、住まいの場を意識して地域医療

を実践する医療者が急速に増え始めています。風向きが変わりかけている、住まいに対する見方が変わりかけているのではないかということ、この1年はとみに実感しています。

武藤 今、サービス付き高齢者向け住宅はもう70万戸ですか。最近、拠点型サービス付き高齢者向け住宅という、さまざまなサービスと組み合わせているようなものもありますよね。

高橋 それは柏で辻先生が実験をしておられます。

5 | 地域包括ケアシステムと行政の役割

武藤 それでは辻先生、地域包括ケアに対する行政の役割について、今できること、これからなにをしていかなければいけないかという点について、お話をお願いします。

辻 行政については、市町村の役割が非常に大きいのです。地域包括ケアというのは非常に幅がある概念ですが、当面はやはり在宅医療の普及が課題です。「医療については市町村は関係が薄い」という言い方をする方がいますが、そうではありません。今回の介護保険の改革で在宅医療・介護連携推進事業が導入され、在宅医療の普及は市町村が主体的に取り組むことになりました。

太田先生の言うように、医療が生活を診るという視点が重要です。「life」というのはよくできた言葉だと思うのですが、「命」、「生活」、「人生」という意味があるわけです。今まで医療は「命」を重視していましたが、今後は「生活」、「人生」も診る方向、すなわち在宅医療という分野が重要になります。これに取り組む上では、まず地区医師会の役割が重要になります。薬剤師会のお話もありましたが、やはり地域を診る、生活を診るという方向に、プロフェッショナルの団体として取り





組むことが大事です。

しかし、それは医療介護を通ずる多職種の連携により初めて成り立つものであって、その連携コーディネーターが市町村だと、ようやく決まったわけです。今まではその役割が法的にはっきりしておらず、前に進まないのも当然だったのですが、これからは市町村が、この事業にいかに取り組むかというのが大きなポイントです。

これを受けて、東京大学では在宅医療推進のための多職種連携研修プログラムを開発しました。これは国立長寿医療研究センターの大島伸一名誉総長の下、太田先生にも随分ご指導いただいてつくったプログラムです。市町村と医師会が主催するのですが、このことがものすごく重要なのです。この形が見えたとき、今後のいろいろな展望が見えてくるということです。

研修はグループワークを基本に置いており、多職種が一定の目的で議論することを「見える化」できるようになっています。そして、医師は現場に出て訪問診療をしていただき、多職種と交わっていただくという研修プログラムを開発しました。これをまず普及させるのが第一ポイントだと思っています。それが在宅医療を推進する上で、当面の行政の役割です。

生活支援、介護予防というのが重要になって、フレイルは多くのエビデンスが出始めていますが、東京大学でも飯島先生が非常に緻密な縦断調査をされました。生理学的データも全部含めて、その分析を徹底的にやってみたら、フレイルは一般的には社会性のレベルダウンから始まるというのを検証したのです。やはり人の幸せはなにかというと、できる限り元気なことです。その人の社会性に着目しなければ、その人の幸せは得られないということがわかったわけです。これはやはり

本人と地域、専門職が全体で築かなければいけないことで、行政が仕掛け人となってこれをどう進めていくかが大きな課題です。

生活支援という概念がありますが、見守り、相談、困りごとへの対応というシステムを地域でいかに構築していくのか。これはかなり地域住民の自助・互助の世界ですが、どういう地域をイメージするのか、どういうビジョンをもち、社会福祉協議会やNPOなどを通して地域にどう仕掛けていくのかというのは、1人暮らし世帯が増加していく中で行政の非常に大きな役割です。したがって、行政が地域のありようについての正しい将来ビジョンをもたなければ、地域住民は大変不幸です。行政の究極的な責任は日本の超高齢社会の地域ビジョン、まちづくりビジョンと言っていいと思います。この見識をもつことが行政の究極の責任だと私は考えます。

武藤 なるほど。ありがとうございました。

6 | 総合討論： 地域包括ケアシステムの課題解決へ向けて

武藤 それでは残りの時間を使って、個別の課題に関して一緒に議論していきたいと思います。まず在宅看取りについてです。太田先生が最初におっしゃいましたが、在宅看取り率は80%でしたか。

太田 それに近い数字でした。朝日新聞出版社が出した冊子を見て、自分でもそんなに看取っているのかと驚きました。

武藤 2025年は年間総死亡者数が160万人と推計されています。やがて大死亡時代が訪れますが、これに関しては、どのように対応していったらよいでしょうか。



高橋 国立社会保障・人口問題研究所が昨年6月に刊行した『社会保障研究』という機関誌で、副所長の金子隆一先生が、これからの死亡者の年齢別構成という大変興味深いデータを出されていました。これからは死亡者のうち85歳以上が圧倒的多数を占めることになります。そうすると当然、少なくともその前に長いケア（ロングタームケア）を必要とします。先ほどの飯島先生の研究を見ると、従来型の寝たきりタイプが20%弱。それから老いてなお^{かくしやく}矍鑠としたタイプが10%で、その間の70%ぐらいがフレイルと呼ばれます。

決定的に重要で、特に共感をもっているのは、「メンタル」と「ソーシャル」の重要性についてです。フィジカルももちろん重要で、医師の役割はそのメディカルマネジメントが主役なのですが、実はメンタルとソーシャルの側面を無視したメディカルマネジメントはあり得ないと。それはまさに、病院の時代の終焉を意味するわけです。終焉といっても、医療機関がなくなるわけではありません。病院という器は、ある歴史的な役割を終えるのです。

つい最近、私は佐賀県の織田病院に行ってきました。織田病院は100床程度の急性期病院ですが、85歳以上の人は退院させて在宅支援をする形になっています。その際には「2人かかりつけ医制」といって、病院と地域の医療機関で患者さんをシェアし、ITを駆使した形でサポートする体制ができています。そのように、急性期病院から直で地域に戻すということをしなければ、「85歳以上死亡体制」をすべて病院や施設で診るというのは無理な話です。

そうなると、今までのやり方でいくと、事態がますます悪化するという認識をもたないといけません。要するに、在宅医療というのは「選択」ではなくて「必然」なのです。したがって、それを支える地域包括ケアも必然です。

実は住まいの話はそこに絡んでくるわけです。住まいというのは居場所ですから、そこへ戻ると元気になる。病院や施設から退院した人が在宅へ戻るといかに元気になるかというのは、いろいろなことでわかっています。ただ、それを可能にするには、生活支援が必要です。そして、適切な服薬管理という意味では薬剤師と家族の役割が大事です。家族がいない場合が大問題で、服薬管理に象徴されてくると思うのですが、単身者の生活支援をどうやるか。そういうことを含めて、地域力をどう再組織化するかということに医療やメディカルスタッフが関わらないといけなくなります。

そういう意味では、地域の支え合いはボランティアがやり、プロはプロのサービスを関係なく提供するという時代ではもうなくて、私はひそかに「プロアマ混合」と呼んでいるのですが、秋山正子さんの「暮らしの保健室」のように、ボランティアが前面に出ながら、バックヤードをしっかりと専門職が支えるとい



うことが大事になってきます。有名な永源寺地区という、在宅看取り率が5~6割を超える地域でもそうですが、その中のキーパーソンは薬剤師やお坊さんでもあります。その中で地域住民とプロが同じテーブルで連携するのです。

医療と生活支援とフレイルの予防機能というのは、確かに自治体がプラットフォームを担わなければいけないのですが、逆に言うと、自治体が政策を確立するのを待ってはられないので、専門職が連携して自治体を追い立てる必要があります。専門職、地域の医師会なり、薬剤師会なりの職能団体はその意味で非常に重要な役割を果たします。そうすると、自分たちの収益を考えず、地域社会のpublic interestと結び付きながら、持続可能な事業経営ができるモデルを考えていくことが非常に重要です。

武藤 この間の立川市のデータで、年間1,000人亡くなっている在宅死の半数が異状死だという驚くべきデータが出ていました。亡くなってから数日経って発見されるという検案死が非常に増えているようですが、このあたりはどうなのでしょうか。

太田 それは私も非常に興味をもって調査した経験があります。地域包括ケアシステムと在宅医療は表裏一体で、在宅医療が機能するためには地域包括ケアシステムが必要という関係にあるわけですが、地域包括ケアシステムがうまく機能しているかどうかというときに、その評価の物差しをなににするかは非常に大きな問題です。

ただ、わかりやすいのは、「地域で看取られる人が増えたかどうか」だと考えています。そもそも「尊厳のある人生を地域で」というのが地域包括ケアシステムです。一方で「尊厳のある暮らし」が支えられなければ、在宅で亡くなったからといって、地域包括ケアシステムが成功したとはいえないわけです。



武藤 そうですね。検案死がいくら増えても……。

太田 そうなのです。ですから、そこは非常に危険なところで。地域包括ケアシステムがうまくいっているかどうかの物差しとして、「地域での看取り率」は重要ですが、看取り率が高まったからといって、地域包括ケアシステムがしっかりしたわけではありません。

50%が検案死であるというのは、都内では、比較的よくある数字のようです。田舎に行けば、こんなことはまずありません。何日も会わなければ、「異常な事態では」と感じるわけです。あと、異状死も杓子定規に定義していくと、検案になる例があるのも事実ですが、一方で50%は家で看取られている、あるいは安らかに旅立っているということであれば、それはある意味で地域包括ケアシステムのひとつの目標になると見るべきではないかと思っています。

「在宅看取り率」という言葉よりも、私は「地域看取り率」という言葉を使っていて、生活の場での看取りを地域での看取りだと看做しています。すなわち、サービス付き高齢者向け住宅でもよいですし、有料老人ホームでも、特養でもよいのです。その人らしい生活が担保される場で安らかに旅立てば、最善の医療の結果として看取りもあると考えたらいいのではないかと思います。

武藤 もう一つの問題は認知症についてです。これからは認知症700万人時代となりますが、地域包括ケア、在宅医療・介護はどのように対応していけばいいのでしょうか。

高橋 これも先ほどのフレイルの話と非常に関係があります。認知症の専門の先生は、これは「つながりの病」だと言っています。つながりが失われている、時間のつながりや人間関係のつながりなど、いろいろな意味でつながりが切れていくということなのだとおっしゃっています。

古典的な研究で、京都大学の外山義先生の研究があります。4人部屋や6人部屋で患者さんになにが起こるかという、むしろ孤独になるというのです。これは非常に有名な研究で、天井を見る時間や会話の数を調べています。そうすると、実は全然会話がない。そこで、その人たちを1人部屋に移していくと、むしろ自分の身の置きどころができて、離床率が高くなることがわかっています。それを基に考えると、やはり人との関わりをつくれる1人部屋が重要だとなります。そこでプライベートとセミプライベート、セミパブリックが相互に関わりながら生活が営まれます。ところが、今の多くの高齢者向け住宅というのは個室と外しかないので、そうすると、そのつながりをどうつくっていくかが問題になります。

また、外山先生の著書に『クリッパンの老人たち』というスウェーデンの高齢者の住み方の研究があります。そこでは自分の人生を振り返ることができるように、子どもの頃から今までの写真がディスプレイされた空間があります。そして、個室の花などは、全部外に向けて飾るのだそうです。日本でいうと、一昔前の縁側のような機能をもたせている。そういう人と人の関わりをつくり直していくことは、まさに地域でやれることで、そのような「住まい方」も、認知症には極めて密接な関係があることがわかっています。

もう一つ、社会関係が認知症に深く関わっています。特に単身の低所得層は、そういう人間関係の関わりから非常に早い時期に切れてしまう可能性があります。そうすると、住まい方を従来型のモデルではない、「とも暮らし」のようなものにしていくことが重要になります。

辻先生とも分散型サービス付き高齢者向け住宅という議論をしたことがあります。それは建築基準法や消防法など、いろいろな障害があつてなかなかうまくいかないのですが、

そういうことも含めて、住まい方と認知症について、本格的な議論がもう一回必要だと考えています。すでにスコットランドのStirling大学では認知症にフレンドリーな社会をつくるということで、建築との関係に関する綿密な研究が行われています。

太田 これから亡くなる人は大部分が85歳以上というお話がでましたが、85歳を超えると半分近くが認知症なのです。われわれ在宅に力を入れている医師たちの共有認識では、認知症の問題は診断をのぞきケアの課題だと考えています。大切なことは、認知症の人が肺炎になったり、骨折したりしたときに、どういう医療の提供が妥当なのか、というのが医療の課題なのだと思います。

認知症の場合、診断は明らかに医療の役割ですが、認知症の人がその人らしく暮らすというときには、介護の役割が大きくなります。では、認知症の人が骨折したり肺炎になったりしたときに、どこで治療するのが妥当かと考えたとき、在宅医療の優位性は際立ちます。情緒的には在宅の方がいいに決まっていると漠然と考えて仕事をしてきましたが、最近、ケース・コントロール・スタディで過去にさかのぼる研究を試みたら、n数は少ないのですが、やはり在宅で治療を継続した方がADLの低下が少なく、認知症の増悪が少ないことがエビデンスとして出ました。

ですから、認知症のケアをどうするか、認知症という病気をどう治療していくかというテーマに対する明快な答えは、在宅医療をいかに継続するかということになると思います。そして、それを継続していく上で、多職種連携が非常に重要で、その中における医師の役割としては、正確な判断・診断、的確な包括的指示、責任は完全に取るという姿勢が大事なのだと私は思っています。

武藤 なるほど。

高橋 全日本病院協会が高齢者の身体拘束の状況を調べたデータを見ると、急性期病院での身体拘束率が高いのです。認知症の方の合併症の治療をする際に、医療的な判断でどうしてもそうならざるを得ないということでした。

身体拘束というのは、おそらく認知症の促進要因です。しかしその問題はあまり今まで議論されず、治療のためにはやむを得ず縛るという状況がある。特養でもまだ縛っていますから、そうではない、ユマニチュードなどのような方法を一般化させることが重要ではないかと考えています。そういうことを含めて、認知症を普通の生活の中で診ていくというやり方をしない限り、85歳以上多死時代は、「悪夢の多死時代」となるという恐れもあります。

武藤 そうですね。

飯島 われわれのところは認知症サポーター養成講座や認知症ケアレベルアップ養成講座を開催し、医師や一般住民にも参加してもらっています。認知症の方とはどういう方か、実際に認知症の方を招き、講演を聴いていただいています。地域全体でどうやって支えるかということを考えるべきだと思います。

医療は確かに必要です。薬を飲んでいることも薬剤師は把握していますから。そういう中で、元気で暮らす環境づくりをどうするか。徘徊した場合にその人を見つけられるような模擬演習もし、できるだけ地域の人たちに「認知症の人というのは、このような方だよ」と理解していただけるように努めています。どうやって支えるかということ、医療職だけではなくて地域全体として知ってもらい、ものを動かすということが一番大事です。

もう一つ、国は地域包括ケアを一生懸命推進していますが、日本理学療法士協会の意識調査によれば、高齢者の7割が



「地域包括ケアを知らない」と言っているわけです。したがって、専門職だけによる難しい議論ではなく、住民が「これをやればいいのだよね」とわかるようなやり方をできるだけ普及啓発することが大事だと思います。そういう勉強会や講演会を頻回に開催することで地域住民の健康意識が高まり、それがサポーターにもなり、医療の質の向上にもつながるのではないかと思います。

武藤 それにはやはり認知症や看取りなど、身近な課題から入っていくのが一番よいですね。

高橋 大牟田の療養病床のソーシャルワーカーの取り組みに興味深いものがあります。療養病床は「棺おけがないと出られない」と地域の人は皆思っていたのですが、そこでもやはり帰りたいと言う認知症のお年寄り、入院患者さんがいるわけです。そこで空き家を活用し、地域に戻す活動をしています。向こうは広い一戸建てが多いので、患者さんに上の階に住んでいただき、下は地域の集会のサロンにしています。それで町会を組織して、NPOをつくって生活支援をしています。

それに関わる大部分の方が60~70代です。家族の老老介護は大変ですが、地域の老老介護は当たり前で、自分もやがて世話になるのだからと積極的に取り組んでいます。それが実はアクティブな高齢者をつくっている。人に関わり支えることが最大のフレイルの予防になるわけで、それはわかりはじめていくわけです。

その病院は今まで在宅復帰率がゼロだったのですが、この取り組みによって、今は2~3割です。3割になると回転率が上

がりますから、病院経営も非常に良くなるのです。何より、看護師や病院の医療スタッフが地域に戻すということで、さまざまに文化が変わってきます。地域の急性期病院も、「あそこに紹介すれば、地域に戻れるよね」という認識になっていきます。

やはり地域と医療機関がWin-Winの関係になるというのは重要です。たまたまその病院がそうやってきたわけですが、これは医療関係、少なくとも経営者の皆さんが学ぶべきことが多く含まれているのではないかと思います。

太田 地域包括ケアシステムは「横の連携」だと思うのです。ですから、皆の関係性がフラットであることが重要なのですが、病院と地域の関係性は「垂直な関係」、「縦」なのです。病院の中の急性期医療の場合では、医師がヒエラルキーの上にも問題はないと思うのですけれども、地域と地域包括ケアシステムを水平連携とすると、垂直連携とうまく機能すれば、つまりクリニカルパスとケアマネジメントがうまくリンクすればいいわけです。今の大牟田の事例はまさしくそれだと思うのです。「徘徊」が「散歩」になれば、まちが変わるわけです。つまり、文化が変わって、先ほどの飯島先生のお話のように、「まちが創られる」ということになるのだらうと思います。

武藤 確かに、われわれ医師の意識も変わっていかないといけないのではないかと思います。今日はお忙しい中をお集まりいただきましてありがとうございます。今後またこのテーマで議論をしていきたいと思っておりますので、ぜひともよろしく願います。どうもありがとうございました。

一同 ありがとうございました。

