テーマ「地域包括ケア」

CONTENTS

1 腫瘍の見えるる指標 洪時增刊号 2017 MARCH 17
2 佐久総合病院における「事業域間交流研修プロジェクト」 19
3 小林 一博先生 長崎大学総合医学総合病院 医学部総合戦略部長
4 中田 晋光先生 東京大学総合メディカル教育研究所 高次成層型合併症
5 地域ケアが求める先端と展望
6 岩崎 敏之先生 九州大学総合医学研究所 高次成層型合併症
7 地域包括ケアにおけるICTの活用
8 豊島医師会による「MedicalCare STATION」の活用
9 土屋 大輝先生 医療法人社団鎌倉会鎌倉病院
10 公害総合医療地域包括ケア
11 福岡県医師会の「地域包括ケア」の実現
12 小林 一博先生 長崎大学総合医学総合病院 医学部総合戦略部長
13 片山 信夫先生（専門医療サービス推進機構）
14 24時間が65日間の構築に向けての工夫
15 院内医療情報システム『みーるネット』の取り組み
16 吉田 信弘先生（吉田内科クリニック 院長）
17 高崎総合病院 医療法人社団総合病院
18 在宅医療基本情報連絡メモ
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、ここで用いる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、上記の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のものは含む。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的な場（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分以内に駆けつける地域」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」【生活支援・福祉サービス】が相互に関連し、連携しながら日常生活の支援を支えている。

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、これらの内容が包括的かつ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くこと。

1. 住まいと住まい方

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かかわる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前提となる。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた生活環境が必要である。

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多様な要因が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」、「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・高齢者のみで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・生活・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鉢が育ち、花を咲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立みつぎ総合病院を拠点とした、尾道市御覧町の「地域包括ケア」である。この「地域包括ケア」の最初の提唱者である同院の山口昇医師は、1970年当時、脳卒中や心筋梗塞などにより総合病院に入院した高齢者が退院し、在宅に帰らなくては困る「寛主きり」として再入院するケースが多かったことに気が付いた。これに対し、御覧町は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、寛主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。このことから、御覧町の地域医療福祉の統合化による「寛主きり予防」に向けた実現を「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様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
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在原局が展開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起される。そして、さらに2010年の「地域包括ケア研究会」（座長：田中 澄 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通化するに至った。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」の策定等が義務付けられるなど、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であろうか？ここではまず、在宅療養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。これは市町村を役割が欠かせないしかも、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、担当者が決まっているケースも多い。また、自治体の縦割り組織の中で、保健医療担当局と介護担当局の意見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中で在宅医療と介護の担当部署を横断するような新組織をつくるか、あるいは保険、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、介護関係者が一堂に会する「在宅医療・介護連携推進協議会」（以下、協議会）を設置することである。こうした協議会を設置するためには、保健所を活用するのが良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連絡がなされているので、こうした会議体の呼びかけ人に最適。東京都では保健所の呼びかけで在宅医療推進協議会を開始して医療・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ますが、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堂に集まっている。そして協議会の下に在宅医療、認知症等の各儀のケアサポートシステムを置いていて、現場の関係者も交流して活発な議論を行っている。ケアサポートシステム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ってきながらまとめて施策化している。

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）〜（カ）の事業からなる。

（ア）地域の医療・介護サービス提供の把握、（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、現在の課題やどのような事業を行うかなどの研討が行われている。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。
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-
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を改めない薬局ではなく、処方箋を改め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、医師の顔も見えるということで、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思っています。
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。その中で薬局が大きな役割を負い、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、上田薬剤師会の全薬局ができるように考えています。

武藤 ありがとうございました。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福祉研究所で、社会福祉のあり方を研究し、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。これには、言語障害の過疎化の領域から始めた概念が、やがて高齢者ケアの領域に拡がっていきます。「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賃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年頃まで老人福祉調査が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に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」という概念がでかじりました。

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。堀田力さんが策定だったので、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も今後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。さらに社会福祉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にかいうことが非常に重要な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おります。

辻先生と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、ご一緒しましたが、最近は医療と住まいの関係ということで、佐藤先生と武藤先生にもご参加いただいた研究会も主催しています。さらに「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鈴木の図でも取り上げられています。このようなこともあ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おります。

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、重い障害の見方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るならば耐目だということを確信しました。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、保健福祉の枠組を全部市町村に一元化して、老人保健福祉計画を全市の町村でつくっていただくという改正（平成元年改正）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が一元化するということで、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。しかしながら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ことを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、入所という道が通じていません。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学びました。「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、佐藤先生をはじめ、皆さまから大変な教えを受けたのですか、それに引き続き、飯島勝夫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組み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した。皆さん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一歩できること、すぐできること」といいます。読者の皆さまにおかれても、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課題が続いています。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、如何を始められるのか、あるいは今すぐできることは何か、アドバイスをいただけると幸いと思います。

太田 當然申し上げると、まず、地域に一歩出ることしかですね。我々は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歳だったお年寄りは、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されていました。やって自転車に乗れなくなってタクシーに通院するようになったので、病院に通えなくなってしまった結果、外来の延長線上に、いつも来られる患者さんが来られなくなったと、在宅医療が始まったのです。外来の延長線上に、いつも来られ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思うっています。病院の受け皿という考え方もあるかと思われますが、いつも来られる患者さんが来られなくなったなら、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、在宅医療が見れるのではないかと思います。

その際、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、フレイビル（frailty）は医療の概念を変えてきています。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。そして本当に在宅療養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、在宅療養のすばらしさを知るきっかけになります。

さらに申し上げたいことは、虚弱がなんにも進展しないという意味です。ウィットに富んだ話がですね。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、「俺が嫌がるか、女房が嫌がうちなだから」と（笑）。でかうが、いつも来られる患者さんが来なくなったら、どうしたのだろうと見にいくことが、在宅療養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 一貫の薬局で在宅対応というのは、医師と違って一歩前に出るのがなかなか大変そうなのでですが、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人も関わっております。この先生方に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す。他にもNPO法人をつくり、自治体の関係者や地域会議、雇用の仲介者としてケアマネージャーを交えて、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いて薬剤師の仕事はいかにかというと、やはり薬を通して在宅に入ることではないかと思うわけです。もちろん薬ではなく、健康食品や食事に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ージャーから、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方に出方提案を見ながら、的確に医師の増やせるのかを提案することもさせてもらっています。

また、薬剤師が得た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薬品を買いに来たり、健康相談で来たり、調剤で来られたときに、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師さん、「ちょっと離徹か悪いかだな」と、みんなで見守ってあげようということを、処方箋であれば薬局に、OTC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
のが、地域における医療の観点でないかと思っています。

周囲の連携を促し、効果を伸ばすように導くのが医療の役割ですが、すべてを医療でやることはなくて、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。そういった付き合いの中で、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、まずなぜかが課題であって、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、ほうきが出始めています。これは本人が自分の介護の場所選び始めているのではないかと思われるので、団塊の世代を中心にすることはますます必要になります。おそらくケアインプレイス（地域居住）が主流になっていくと思います。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ことと、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、「医者もあろうものが、医師仲間から攻撃されたということを述懐されました。しかし、今や医師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、これから医療全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。これた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。今ではあらゆるものを医師が紛乱してきたのですが、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奔走するような反応が出てくるというのは大変興味がわくと思っています。

このような、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。風向きが変わったりかかっている。住まいに対する見方が変わりかけてているのではなかいかということを、この1年はとじに実感しています。

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、施設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 それは確かに辻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、地域包括ケアというのは非常に重要な概念ですが、当たり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。今度の医療は「命」を重視していきましたが、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。薬剤師会のお話しもありました、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、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。これは長期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、これ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。これを見ます重要であると言われています。それは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、東京大学でも斎藤先生が非常に緻密な縄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、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ね。これはやはり

日本人と地域、専門職が全体で築かなければいけないこと、行政が仕掛け人となってこれを行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。これは地元地域住民の自助・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って、社会福祉協議会やNPOを通じて地域にどう仕掛けし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、行政が地域のあり方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。
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。これからの死亡者のうち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（ロングテームケア）が必要とします。先ほど飯田先生の研究を見ると、将来型の寝たきりタイプが20％強。それから老いてなお健在としたタイプが10％で、その間の70％く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。フィジカルはもちろん重要で、医師の役割はそのメディカルマネジメントが主役なのかですが、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ないです。病院という形は、ある歴史的な役割を終えるのです。

つい最近、私は佐賀県の縄田病院に行きました。縄田病院は100床程度の急性期病院ですが、85歳以上の人は退院させ不在食べる方を施設にいます。その際には「２人かかりつけ医制」として、病院と地域の医療機関で患者さんはシェアし、１人を騎乗した形でサポートする体制ができています。そのように、急性期医療からみで地域に広げることをしなければ、「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、今までのやり方といくと、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。医師、在宅医療というのは「願望」ではなく「必要」なのです。したがって、それを支援する地域包括ケアも必要です。

実は住まいの話はここに落ち着くのです。住まいというのは居場所ですから、そこで住むと元気になる。病院や施設から退院した人が在宅へ戻ると元気になるのは、いろいろなところに変わります。ただし、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す。服薬管理に象徴されると思うのですが、単身者の生活支援はどうするか。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、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「暮らしの保険室」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います。有名な水沢寺地区という、在宅看取り率が5〜6割を超える地域でもそうです。その中のキーパーソンは薬剤師やおばさんがもあります。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ならないのですが、逆に言うと、自治体が政策を確立するのを待ってはいられないで、専門職が連携して自治体を追い立てる必要があり、専門職、地域の医師会なり薬剤師会なりの職能団体は、その意味では非常に重要な役割を果たします。そうすると、自分の収益を考えず、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人亡くなっていく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す。亡くなってから数日経って発見されるという検察が非常に増えているようですが、このあたりはどうでしょうか。

太田 それは私も非常に関心をもって調査した結果がありません。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するかは非常に大切な問題です。

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いえないわけです。
武藤 そうですね。検査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
す。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％が検査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。
何故も会わなければ、「異常な事態では」と感じるわけです。あ
と、異状死も村々定規に定義していくと、検査になる例がある
のも事実ですが、一方で50％は家で看取られている、あるい
は安楽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」に言葉よりも、私は「地域看取り率」
という言葉を使っている。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。その人が生きるがゆるがみの場で安らかに旅立って、最
善の医療の結果として看取りもあると考えたいのではな
いかと思っています。

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くべきかでしょうか。

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」だと言えて
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
ことなので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人部屋で患者さんがなにが起こるかという
と、むしろ孤立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観べています。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、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、セミプライチ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す。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、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。そういった人
人の関わりをつくり直していくことには、まさに地域でやること
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、そういった人間関係の関わりから非常に早い
時期に切ら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っ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大學では認知症にフレディーラン社会をつくるということで、築館との関係に関する総合的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歳以上というお話ですが、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、認知症の問題は診療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です。

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。情緒的な在宅の方がいいに決まっていていると真実だと考えて仕事をさせていただきましたが、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してみたら、n数は少ないのです、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、適切な包括的指示、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栄養の状態を調べたデータを見ると、急性期病院での身体栄養率が高いのです。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えないということでした。

身体栄養というのは、おそらく認知症の促進要因です。しかしこの内の4分の3を医師が治療するためには、やむを得ず病院という状況が現れ、自宅にいる時期、生活習慣病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、「愚労の多死時代」になるという恐れもあります。

武藤 そうですね。

飯田 われわれのところで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講座を開催し、医師や一級住民にも参加してもらっています。認知症の方はどういった方か、実際に認知症の方を招き、講演をさせ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うています。

これでは在宅で治療を継続する方の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。

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、体調を整えるためにこの人々を見つけ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を、医療職だけではなくて地域全体として知ってもらい、ものを動かすことが一番大事です。

もう一つ、国は地域包括ケアを一生涯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では」とわかるようなやり方が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で興味深いものがあります。療養病床は「見栄えをしない」と言われる地域の人々は皆思っていたのですから、そこでもやはり働きたいと思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、地域に戻る活動をしています。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歳です。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。人間関わりを大切にしたい人々が大勢いるからで、それがわかりはじめているわけです。

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ることで、さまざまな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、地域に戻れるよう」という認識になっています。

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。たとえその病院がそうやってきたわけではないが、これに医療関係、少なくとも経営者の中が学ぶべきことがあるわけ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、皆の関係性がプラスであることが重要なのです。病院と地域の関係性は「垂直的な関係」、「縦」なのです。病院の中の急性期医療の場合は、医師がヒエラルキーの上にいても関係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すると、垂直連携とうまく機能すれば、つまりシステムを構築しながらうまくリンクするということはいいわけです。今の大牟田の事例はまさにそれだと思うのです。「圏網」が「散歩」になれば、まちが変わるわけですね。つまり、文化が変わって、先ほどの坂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ろうと思います。

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いますので、ぜひよろしくお願いいたします。どうもありがとうございました。