

超高齢社会の老い方と 医療福祉のシステムづくりを考える

平成23年8月30日(火)

東京大学 高齢社会総合研究機構

教授 辻 哲夫

講演内容

ただいまご紹介いただきました辻でございます。

ご紹介頂きましたように、私は昭和55年から58年に滋賀県庁でお世話になりまして、ずっとそれ以来、第2のふるさととして滋賀県というんなおつきあいをさせていただいております。特に今、部長の渡邊さんは厚生労働省に出向されまして大変親しくさせていただきました。それから、笠原会長は、私が滋賀県庁社会福祉課長に採用された55年4月1日に、小児保健医療センターの所長に着任されまして、一緒に辞令をいただいた採用同期でございます。そういう、ご縁もありまして本当にこういうお話をさせていただくことを光栄に思っています。それで、私は最後のお話で30分あまりお話しします。これまでの皆様の話をお伺いしまして、大変レベルの高い、一言で言って全国で最高水準のことは、すでにパーツパーツで行えているということで、みなさんもその話を聞かれた訳です。そして、私はそのような方向というのは、日本のこれからの高齢化の中で必然の道であると確信をもってやろうという背景をお話すると、それをどの地域でも普及させる為にはどうしたらいいのかということをお話したいと思います。実はこの会議はそれをねらった会議だと思うのです。そういう意味で私は、柏市、千葉県なんですけども、そこで黒衣役をやっておりまして、黒衣役の経験を使いながら、滋賀県だったらこれを普及するならこういうやり方かなとか、色々みなさんに考えていただいたらいいなという気持ちでお話をさせていただきます。

まず、在宅医療は必然であるということをお話したいんです。日本の高齢化というのは大変な状況でして、何が大変かというと75才以上人口が2005年から30年にかけて倍増するんで

す(図1)。後は横ばい。後でデータみていただきますけれども75歳以上人口というのは集団として虚弱になっていく集団です。これが倍増するんです。特に一番伸びが大きいのは団塊の世代です。2030年に82歳になるのですが、男性の平均寿命が79歳ですからそういう意味では相当弱ってきてるんです。ということはこの時代ではもう間に合わない。5年手前が団塊の世代は78歳、2025年ですね、ここに向けてこの虚弱な集団をどう受け止めるかというのは、この15年間の日本の非常に大きな営みです。こんな規模の大きな高齢化、しかも急速な高齢化は、世界でどこも経験していないのです。日本はどのように対応するのだろうかというのはむしろ諸外国が非常に注目しているけど、意外と日本はあんまり自覚していないように見えるというのが今の現状です。もっと私が慄然とするのは、この75歳以上人口が倍増するわけですけど、今の2030年の手前2025年ですね、これがそれまでに増える人口なんです(図2)。増えるのは75歳以上です。大都市圏はものすごい勢いで増える。滋賀県の天津周辺は大都市圏型です。急速に都市化しておりますので急速に増えます。いずれにせよ、どう対応するのかというのはまだ答えが出ていない。これまで基本的には地方圏はどうしたかという、老健・特養・療養病床を整備した。施設で預かるという政策で対応してきました。

しかし、その延長線上では無理です。土地が出てこない。要するに土地を出していただいたら補助して整備するということですが、大都市圏は地価が相対的に高いから、そういう土地はなかなか出てこない。したがって間に合わない。ということで、今までの施設整備ではもう対応できないということは明確でございます。それで、大都市のことだけいっているようですが、大都市圏のシステム・制度が変わればこれは地方も同じです。同じ考え方は地方に及ぶ。そういうことで滋賀県の一部は、あえていいですけども大都市圏型なんです、地方型も存在するということです。それからもう一つは、75歳以上人口は増えるけれども75歳未満人口は減っていくんです。典型的な高度急性期の医療ですね、手術をすとか、というのは75歳未満がメインなんです。要するに高度急性期の医療の対象者はこれからは減っていくということです。そしてまさしく慢性期の医療の必要な人が激増する。これは医療供給構造を広い意味での在宅中心の方向へ大きく変えないと対応できない。ということでございますが、それを医療界がどれほど受

図1

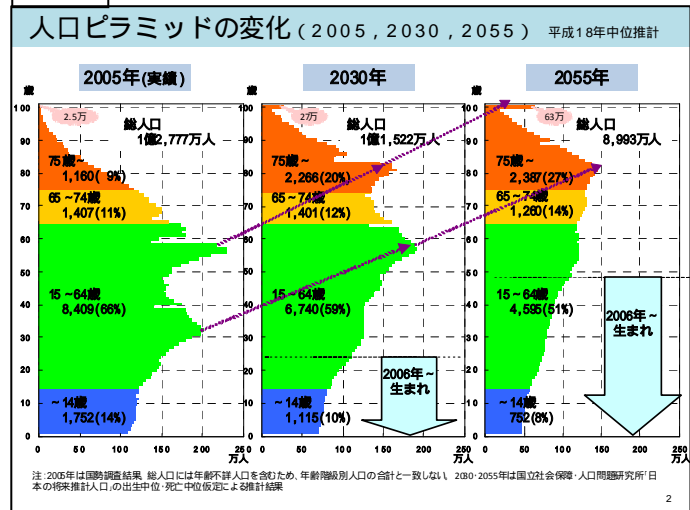
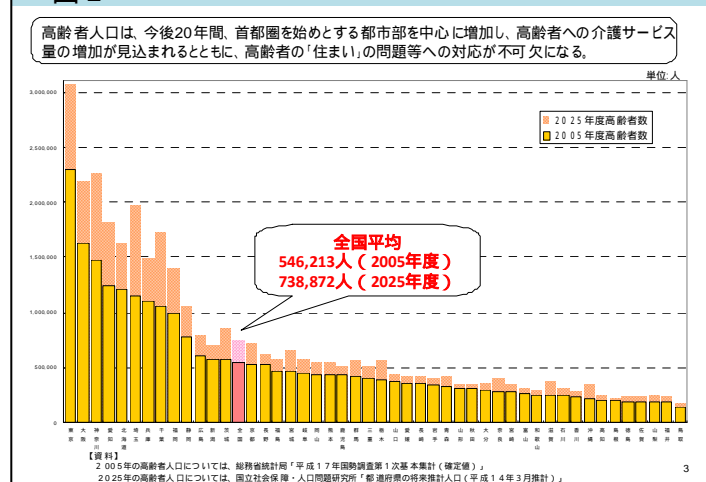


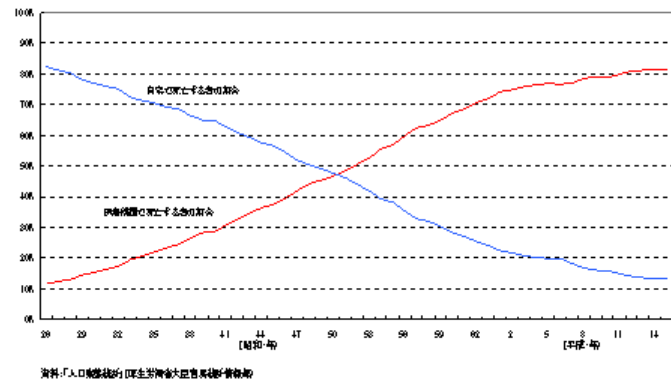
図2 都道府県別高齢者数の増加状況



け止めて動いていくか、ということが非常に大きく試されており、日本人の死に場所の話なんですけれども、暗い話で恐縮ですけども、昔はほとんど家で死んでいたのが、戦後一気に病院死亡が増え、8割になっています(図3)。病院で死ぬというのは現在の我々の常識なんですけれども、これは結論から言うと病院信仰の歴史といえます。内科や外科が色々な診療科目に分かれていったのは昭和30年代後半以降ぐらい

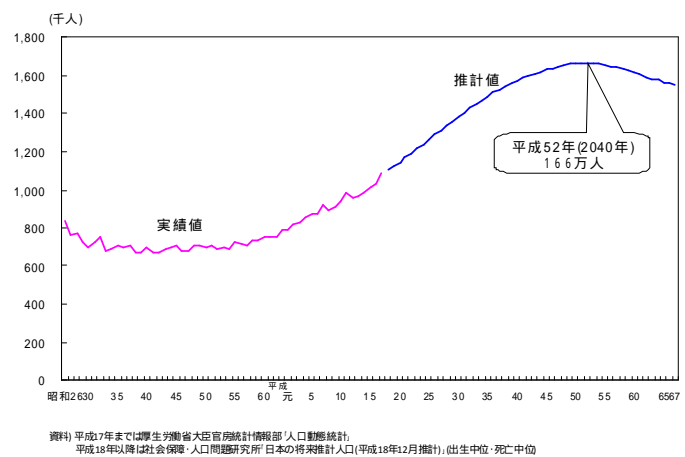
図3 医療機関における死亡割合の年次推移

医療機関において死亡する者の割合は年々増加しており、昭和51年に自宅で死亡する者の割合を上回り、更に近年では8割を超える水準となっている。



なんですけれども、このころから、病院で劇的ないろんな治療技術が開発された。病院で「出来る限りのことをして下さい」、そして親も入院させて出来る限りのことをお願いします。これが親孝行、その結果がこの姿だと私は思います。では病院医療とは何かということですね。これは病院が悪いという意味ではありません。病院医療は臓器別医療です。要するに、昭和30年代後半くらいから始まった、診療科の分化とはどういうことかということ、病気には原因があり、原因は臓器で特定できる。その特定した臓器を徹底的に治すと、これが病院医療です。論理的には闘う事です。治すまで病気と闘うというのは、死との闘い。これが病院医療の基本的な原理です。病院で亡くなるということは死との闘いの敗北です。非常に、比喩的に言うと病院で亡くなると敗者として裏口からでていくということです。これは病院が悪いって言うものではありません。現代の病院医療というのはそういうものとして進んできました。しかし、この高齢社会ではそれだけで幸せなのかということが私はこれから議論になっていくと思います。日本の死亡件数、これはどんどん増えて100万を超えまして170万に一気に増える(図4)。それで、大きなポイントは昭和40年代というのは、死亡者数のうち、75歳以上人口は三分

図4 死亡数の年次推移



の一だったんです。三分の二は75歳未満、まさしく今でいう若死にです。従って、死との闘いとして、病院医療はもっともふさわしい時代だった。今は75歳以上が三分の二、20年たって四分之三、ピーク時は五分之四、大部分の人がいわば長寿を全うして亡くなるというときに、今までの死との闘いである病院医療だけで、よいのか。そして幸せなのか。この問題は確実に大きな問題になる。そして一方において病院自身が追いつめられている。どんどん高齢者が病院に行きますから。特に大都市の病院がそれを受け止め切れるかということですから、地域住民はどうなるんだと。こういう意味での問題もこれから非常に大きくなっていきます。

それから大きなポイントは、認知症です(図5)。認知症は65、70、75、80といったように5歳きざみくらいで発症率は倍増していきます。従って、年をとれば誰もが認知症になりうるということです。認知症というのは一言で言えば知的障害です。ということで、障害者がいっぱいいる社会なんです。これをどのような社会として受け止めるのか。ということが今問われています。そして誰もが一般的に認知症になりうる中で、

図5 高齢者介護施策の現状と課題

1. 介護保険制度の定着			
高齢者の介護を社会全体で支える仕組みとして、介護保険制度を平成12年(2000年)より実施。			
実施後約7年が経過し、当初約150万人だった利用者が在宅サービスを中心に約200万人増加するなど、介護保険サービスは、身近なサービスとして国民に定着してきている。			
2. 介護保険制度の見直し			
介護保険の総費用の増大や、今後の認知症や一人暮らしの高齢者の増加といった課題に対応するため、主に平成18年4月より、介護保険制度の見直しを実施。			
<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者数の急速な増加(予防)を重視したサービスモデルへ転換 ・認知症高齢者の急速な増加(認知症に対応したサービスモデルへ転換) ・高齢者世帯の急速な増加(単身高齢者に対応したサービスモデルへ転換) 			

認知症高齢者数の増加			
	2002年	2015年	2025年
認知症高齢者数(万人)	14.9	25.0	32.3
65歳以上人口に占める割合(%)	6.3	7.6	9.3

資料:平成15年6月厚生労働省老健局総務課推計

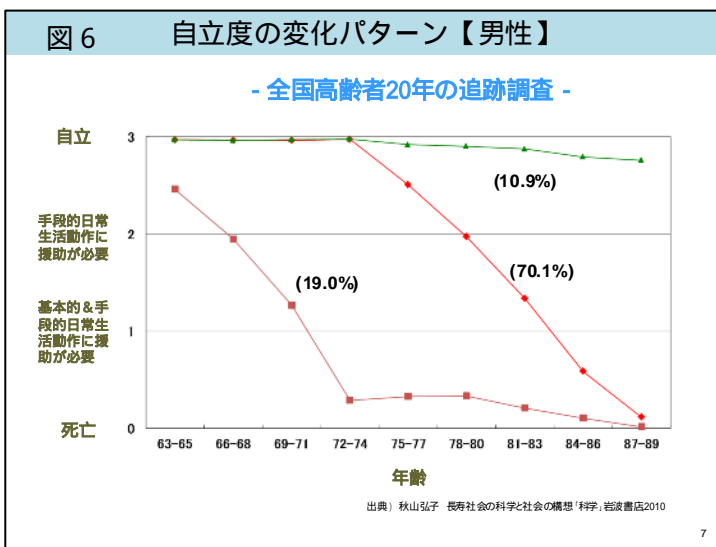
高齢者の世帯形態の将来推計			
	2005年	2015年	2025年
一般世帯	4,904万世帯	5,048	4,964
世帯主が65歳以上	1,338万世帯	1,762	1,843
一人暮らし(高齢世帯に占める割合)	386万世帯 28.9%	566 32.2%	680 36.9%
夫婦のみ(高齢世帯に占める割合)	470万世帯 35.1%	614 34.8%	609 33.1%

出典:国立社会保険人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」平成10年10月推計

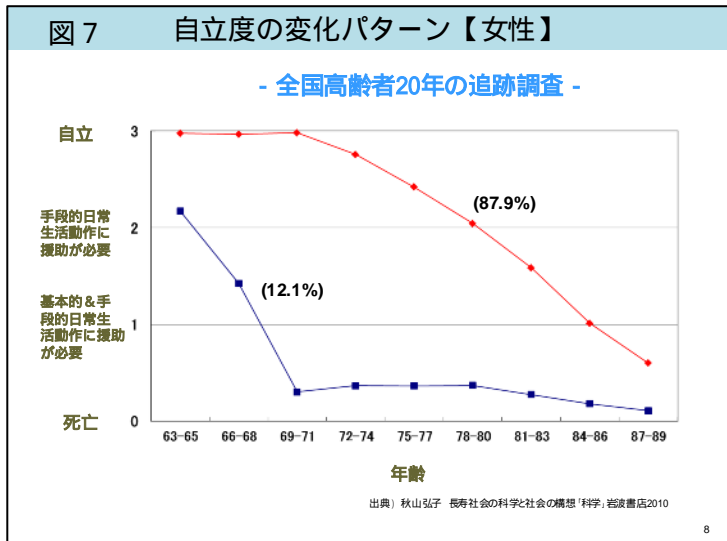
それは医療にとっては誰もがマスターしなければならない病気です。今もだんだんそうなっていると思いますけど、精神科の先生専門というような病気ではない。医師誰もがマスターしてないといけない病気になる。そして、もう1つ、決定的なこと、高齢者世帯の変容、今どんどん進んでおりますけれども2025年段階では一人暮らしが高齢者世帯の4割近く、夫婦だけが3割強。多世代、親子同居ってというのは3割です(図5)。基本的には子と同居して子が介護するというのはむしろ例外になるということです。そういう時代に我々はどういう生き方をしてどういう死に方をしたらいいのか、というのは確実に問われている。それについて準備ができてない、一方、「子どもがなんとかしてくれる」と少なくとも団塊世代は思ってない。子どもの世話になるのは無理だ、その気もないとはっきり私の友達も明言している。じゃあどうい生き方をするんだろう。例えば4人部屋が悪いという意味ではないけれども4人部屋で最後は我慢して、という生活をこれからの団塊の世代は送るのだろうか、それが幸せなんだろうかという話でございます。そういうような問題があればこれもこれから集中して起こるわけでございます。それで、日本人の老い、というものをもう一度見てみたいと思います。これは、私の東大の同僚の秋山先生がアメリカにいらっしゃるときから20年かけて調査された大変貴重なデータでございます(図6)。縦軸が自立度、これは病気ではなくて心身の自立、3が完全自立ですね、それで、60歳以降を

ずっと時系列で追っていったんですね。20年間。男子の場合はこの完全自立に近い人は1割。一方でですね2割の方は急に要介護の重い状態になる。それから7割の人は75歳くらいを境に徐々に自立度が落ちる。この3つの集団に分けられるということがわかった。それで、女性はどうかといいますと、これは非常に興味深いことなんですけれどもこの完全自立の線がない(図7)。これは女性は元気じゃないということじゃなくて、この自立度3というのは

図6 自立度の変化パターン【男性】



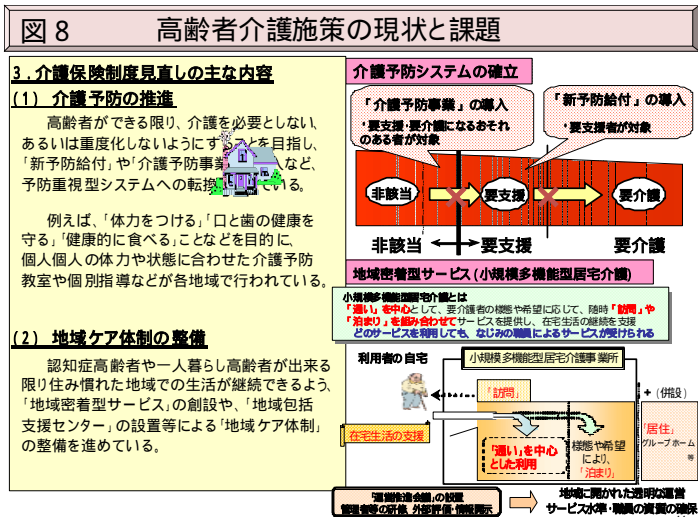
ですね、ぱっと正座できない人というのは入らないんだそうです。ということで、女性は、骨粗鬆症、変形性膝関節炎、というようなことで足腰から弱るので完全自立は少ない。一方急に落ちるのは男性に比べて明らかに少なく、大部分の人がむしろ自立度が高いレベルで、しかし徐々に落ちていく。こういうことがわかりました。これは何を意味しているのかというと、急に下がるのは生活習慣病系、典型的には血管が破れたりつまったりする。それ



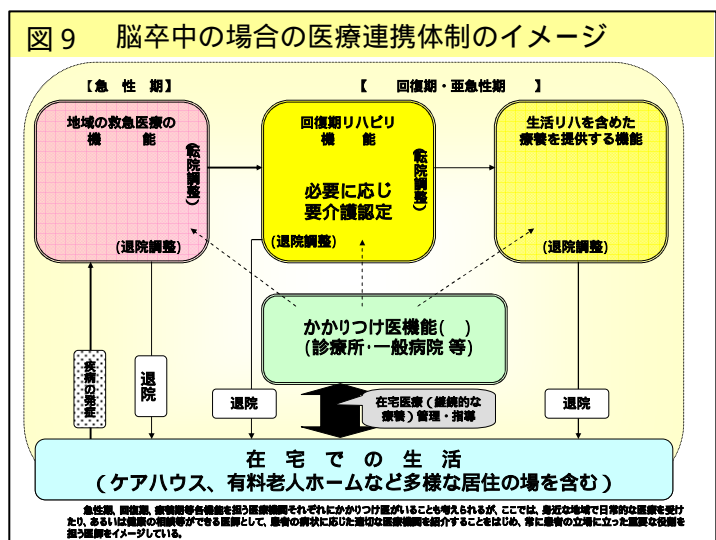
から徐々に落ちていくのは廃用症候群系、通常の老いですね、使わないから弱っていくということで足腰から弱る、そして認知症になる、というような形で自立度が落ちていく。このパターンです。これらの事実が意味しているのはですね、1つは急に自立度が落ちるのは辛い。これは生活習慣病の予防がものすごく優先順位が高いということの意味している。生活習慣病は相当予防できます。従って予防することによって急に落ちていくのを防ぐ、そして徐々に落ちる方へもっていく。今度はこれを出来る限り自立度が高いほうに持って行く。それが、介護予防です。ということで、これからは予防政策が重要なんです。今日は予防政策の話はメインじゃないんで簡単に申しますけれども、予防政策の要諦というのは、生活習慣病予防は歩く、それから適正なダイエットをするということです。筋肉を使えばカロリーを消費する。そして危険因子の内臓脂肪が減るから、一言で言えばその生活習慣病の因子が減る。一方において歩くとカロリーを消費しますから、内臓脂肪が減るということなんですけれども、歩く、というのは筋肉を使うことによって生活習慣病を促進する因子が減るんだそうです。だから歩くのはダブルの効果。それから適正なダイエットですね。それから今度は介護予防は何かと、後でもう一度お話ししますけれども、これは、やはり歩く・動く、これ絶対。それからもう1つはしっかり食べる。だいたい若いときはセーブする。年取ったらしっかり食事すると。ですからやせ形の人よりもちょっと小太りの方が生存率が高いというデータがあるそうですけれども、年をとったら逆にしっかり適正に食べるというんで、基本はやっぱり歩く・動く、それから適正な食事をする。この二つが絶対の予防法です。それで更にいうと、これからはみんなが歩く町を作る。日陰が少ない町は駄目です。私は夏歩くとき日陰を探して歩きます。従って日陰があって歩きたくなって、外に出たいように、人が出会いたい町を作るということですよ。として、年をとれば友達と日々一回しっかり食事するような社会ですね。これは今日の本筋の話ではないのでこれぐらいにします。

もう1つですね、重大なことをこのデータは言うておまして、自立度の低い虚弱な期間を経て死に至るのが通常だということの意味している。現代の医学では、虚弱な中で生きながらえる。逆に言えば虚弱な期間が増える。それで、これをどのように我々は過ごすのか。弱ったらおしまいだといわれてしまったら、これからはみんなそういう経験をするのですからなかなかきつい。どういうふうに我々はこの期間を幸せに生きてらいいのかということを考えて抜く、という課題が残されております。

それでシステムとしてどうするかなんですが、介護予防は今言ったとおりです。(図8)しっかり食べる。それからしっかり動く、ですね。食べるということについてはもちろん3食しっかり食べるということですが、かむ力が弱ったり、飲み込む力が弱ってきたときに、それをいかに維持して嚙んで食べるという営みをするかという、咀嚼・嚥下、それから栄養。こういうことは非常に大切です。従って、その専門家がいらさるようですけども代表的には歯科ですね。歯科の役割が非常に重要になる。そういうところをつないでいかないと、食べる力を失ったら弱っていきまじ、生活の質を維持できないというようなことでございます。今日私がお話ししたいのは、弱った時の生活のあり方ですね。介護保険を担当している人はご存じですけども、この20年間近くで日本は大変大きな経験をしたと。要するに、昔は6人部屋、今は4人部屋になっておりますけれども大部屋で集団的処遇をするというパターンでした。今でも4人部屋多いですね。それからユニットケアというのができたんです。これは外山義という人が日本で提案したんですけども、ユニットケアってご存じですね。個室に住んで昼間は茶の間みたいな部屋に出て食事をするし、テレビ見たりする。しかもユニット毎に顔見知りの職員をおく。ユニットケアに変えてみて前後の変化を調べてみた。個室は多くの人は閉じこもると思っていた。ところが、逆だった。要するに6人部屋の人は廊下側の人は廊下むいてベッドに座っているか上を向いて寝てる。そして窓側の人は窓側を見てベッドに座って足をぶらんぶらんさせているか寝てる。真ん中の人は上を向いて寝てる、という時間が一番長かったんですね。そして、個室に移してユニットケアでやると、歩く歩数、しゃべる会話の量、自立度、全部あがった。私たちそのデータをみて非常に驚いた。ユニットケアは閉じこもるというのと逆だというのがわかった。そしてこれは考えてみたら当たり前だった。その外山さんという方は、自分の日常生活空間、住まいというのは自分の行動を暗号化した空間だというようなことを書いてます。要するに、朝起きる、布団の人もいますけど、ベッドから起きるけど高さも全部覚えてるからスッと立つ。それからスイッチを押すとか手を洗うとかですね。全部生活空間ができあがって行動しているわけです。それが突然ですね、隣に知らない人がいる、ベッドの高さも違う。これはもうじっとしますよ。そして弱っていく。ということなんですね。結論はですね、今の最新のシステムってのは小規模多機能地域密着型が一つの形です。(図8)これはこれを開発した方はナースで、会いましたけども、高齢者のその人らしい時間を過ごさせてあげたい、というのが始まりだったんです。従って、普通デイサービスに昼間は来て頂く、認知症の方が多いです。そして、来れなくなったらホームヘルプでいく、そして、夫婦共働きで日中独居でちょっと夜きつくなったらショートステイで預かると。要するに、この人の生活に合わせてサービスシステムを動かそうとしたんですね。これは明らかに靴に足を合わすのではなくて、足に靴を合わすというケアシステムの発想の転換です。今までは施設で、重くなったら、重くなった人用の施設で集団処遇してあげる。この方式はその



人は徐々に徐々に弱っていくんだけど、その弱る課程をずっと支えていく。これは最新鋭です。私は見てきましたけど、デイサービスのところへ行ったら、本当に絵に描いたように猫がにやーんて鳴いている。それから老人がゆっくりゆっくり動いている。それから、近所の人がぺちゃくちゃしゃべっている。あたたかい風が吹いています。本当に。これはふと思い出したら滋賀県でも同じようなところがあった。グループホームがあって、障害のある方がそこで近くのところで働いて戻ってきて地域の中でもとに過ごしている。同じ風が吹いている。要するにですね、ともに生きるってのは一方的に保護する関係ではない。共に生きると、お互いに助け合っているような温かい気持ちと風がふく。私は体で感じました。もし、そのようなシステムがどこでも作れるとすれば、虚弱な人が増える高齢社会は決して暗い社会ではない。そういうことを私はずっと行政でウォッチしてきて発見致しました。そういうようなシステムをどう作るのか、ということでございます。障害者であれ老人であれ、我々の尊厳というのは社会との接点をもっているときに存在する。社会性がある生活こそが我々の尊厳だと私は思います。そしてそれが自立を維持する。それで医療はどうなんだということですね。もう一つの問題は医療なんです。これは医療機能の機能分化と連携の図といわれています。(図9)脳卒中の場合ですね、脳梗塞とか劇的な急変をおこして手術などで入院する、急性期のリハビリで車いすぐらいまでなって、次は回復期のリハで、万人が万人とはいきませんけども、昔は寝たきりになったり



亡くなった人が杖歩行までいけるってものすごい医学水準ですね。そういう医療システムができてきた。そして、自宅に戻す。しかし、また病院に戻る。今度は80代くらいになると肺炎などで入院したときに、だいたい寝たきりになって認知症が出て戻れなくなる。ということで、急性期患者用の病院の方もだんだんと高齢者の入院で追いつめられてきている。私はいくつかの病院をウォッチしていますけども肺炎で入院する患者は非常に多いです。救急車で入ってくる。呼吸器内科なんか肺炎のお年寄りでいっぱいだそうです。それで、自宅に戻れず施設に行く人が多い。そのお年寄りは地域から消えていくわけですね。そういうような姿。問題は生活の場に医療が及んでいないということが問題なんです。私は在宅医療やっている方によく聞きますけれども、肺炎だって普段から定期的に訪問して、訪問診療ですか、チェックしておれば入院するような増悪は相当コントロールできるとおっしゃっています。逆に医療が関与してなくて、相当悪くなってから入院させたのは、なかなか退院させるのは大変だといっている。そういうような話をいっぱい聞きます。そういうような判断のできる医療が在宅に及んでいない。これは病院が悪いのではない。在宅に医療が及んでいないというところに問題がある。私はそう思います。それをどうするのかということが、今、日本の医療の最大の課題でございます。この在宅医療における在宅は病院以外の生活の場という意味で、自宅だけでなくケアハウスもグループホームも在宅です。ですから生活の場、住まいの場、ということですね。私は言いたいのは、生活の場であれば生活者

なんです、逆に病院にいるときは病人なんです。本当に朝から晩まで病気のチェックをされて病気一点が一番大きな課題がよせられるんです。生活の場にあれば病気って生活の一部ですから、それこそペットがちょろちょろしてる、それから私は鍋が大好きなんですけども、気兼ねなしに鍋物も食べる。体調が良ければビール飲んでも誰も怒らない。で、「痛い痛い痛い」という時だけ病人ですよ。これをもし在宅医療が管理して下されば、笑顔がある。それが幸せって意味ではないでしょうか。病院が悪いって言うてるのではないんです。必要なときは病院に入らなくてはいけなくとも、それが終われば生活の場に戻すシステムを保証しなくてはいけなくとも、それを私は言いたいのです。それがまだ出来ていない。また生活の場で亡くなるってのは、それを経験された方あるいは医師は十分ご存知のことですけれども、崇高なことであってただ単に家で死ぬのではない。多くの場合、最後の看取りをとおして家族の絆が深まる。そして、それを直接見てるわけでないけどそれを察して地域も共に送る、ということが良くいわれます。そして、現代の在宅死っていうのはともかく価値がある。理屈抜きに価値がある。ということ言う在宅医療を行う医師がいます。それは、現在は家で死ぬくらい難しいことはないから。どうしても家で死にたいってひとが家で死んでるんです。だから、現在の在宅医療による看取りっていうのは、

100%その人の幸せであると言ってよいと断言しておられました。そういうものをどういうふうにして増やしていくのか。基本的には在宅医療にはいくつかポイントがあり、整理してみますと絶対主治医がいる。主治医がいなければ始まらない。そして在宅医療＝訪問看護とっているんですけども訪問看護を始めとする多職種が必要となる。そして、急変時のバックアップ病床がある。この3つが基本要素です。これが整えばできます。(図10)しかしなかなか、普及しない。なぜか。(図11)第1点、医師のモチベーションが低い。ここにいらしてる医師は違いますけど。「えー、在宅医療？」という医師は多いですよ。要するに医師の関心が低い。それからもう一つは「24時間365日？夜呼び出されるなんてとんでもない」という方が多い。ということで、要するにモチベーションを上げて、それから医師をなんらかの形でグループ化することが必要です。

図10

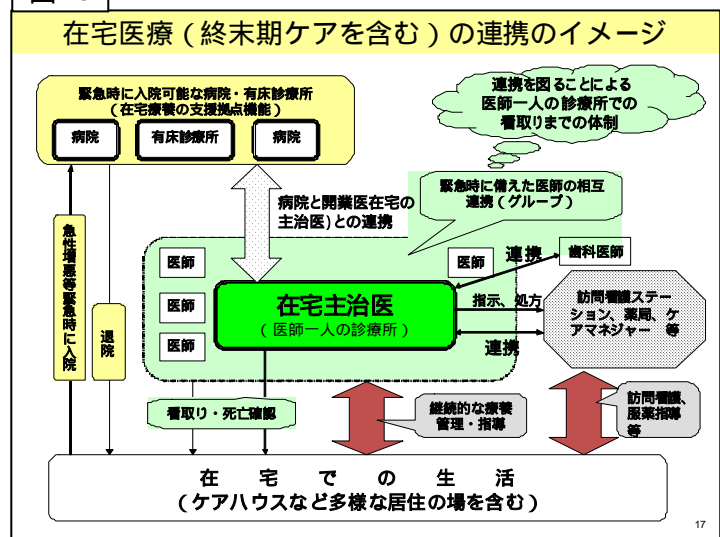


図11

在宅医療普及へ道筋

- 在宅医療成立の3要素－医師、バックアップ病床、看護師等多職種
- 在宅医療普及上の4課題－医師のモチベーションとノウハウ、医師のグループ化、システムコーディネートの責任主体、住民啓発

そして、多職種と連携する。多職種との連携、病院との連携、このコーディネートシステムを誰が作るのか、というのが明らかでない。結論からいいますと、これは行政です。コーディネートシステムの土台を作る黒衣がいるってことです。土台を作るのは行政の役割です。その話は後でまたお話ししたいと思います。4つめが住民の理解の必要性です。私は他のある県で在宅医療のモデル事業のことをやっているんですけども、「えっ、家で看取りするの？とんでもない、怖い」ということからはじめて、「介護大変。」ということで、施設にすぐ入れる。同居はしてるけど、共働きなので親が弱ったらもうそれでおしまい。地域住民が在宅で看取るってことの意味、そしてあるいは在宅で支える、支え方、要するにケアシステムがけっこうあるのに使い方を知らない、といったように地域住民が知らない。逆にいえば、地域住民が知る、求める、という地域啓発が必要である。そういうことが今欠けている。この4つの課題ですね。今言いました、第1に医師のモチベーションと、ノウハウ、第2にそのグループ化、第3にシステムコーディネートの責任という黒衣主体ですね、それから第4に住民啓発と。これをやってみようっていうんでやっておりますのが、柏プロジェクトでございます。(図12)この柏プロジェクトは、千葉県の医療再生計画から東大の寄附講座にお金をいれてもらいまして、一つめはですね、開業医に対する在宅医療のツボを体得してもらう研修をやるということで、東大で研修を23年度、今年度から試行プログラムをやって、千葉県全県全国への研修プログラムの提案をするべく今作業しています。これが医師のノウハウ、モチベーションづくりですね、それから第2に、医師のグループ化をやる必要があるの、医師をいかに地域でグループ化をさせるかという拠点を作る。それから3つめ、今言いましたように、医師も、歯科医師も薬剤師さんも訪問看護師さんも全部つながらなくちゃならない。多職種の連携をするシステムを柏市が取り組む、それから住民の啓発をする。そういう地域のネットワークづくりをやる。4年計画で

図12

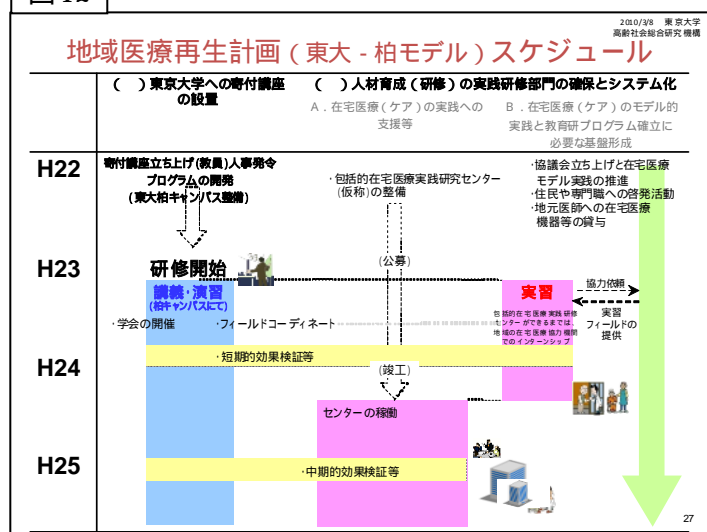


図13

柏(人口40万)プロジェクトの流れ

- ・ イベントの実施－問題提起
- ・ 顔の見える関係づくり(柏市(東大)が事務局)
 - － 医療WG(医師会、病院関係者、柏市、東大)
 - － 連携WG(医師会、歯科医師会、薬剤師、病院関係者、訪問看護ステーション連絡会、ケアマネ連絡会等、柏市、東大)
- ・ モデル事業の立ち上げとシステムの普及

だいたい予定通りで全部動いております。それで、この柏プロジェクトをどういうふうやってきたかという流れですね。(図13)最初はイベント、とにかく問題提起する。一つは介護予防とすることで、地域で働く場を作ろうというのを一生懸命やっているんですね。滋賀県は土地があって、田畑があるから体を動かすというのはあまり困らないと思うんですけど、都市部はそれがない。従ってそういう就労のことも含めて、今言った在宅医療に関するイベントをやる。みんな

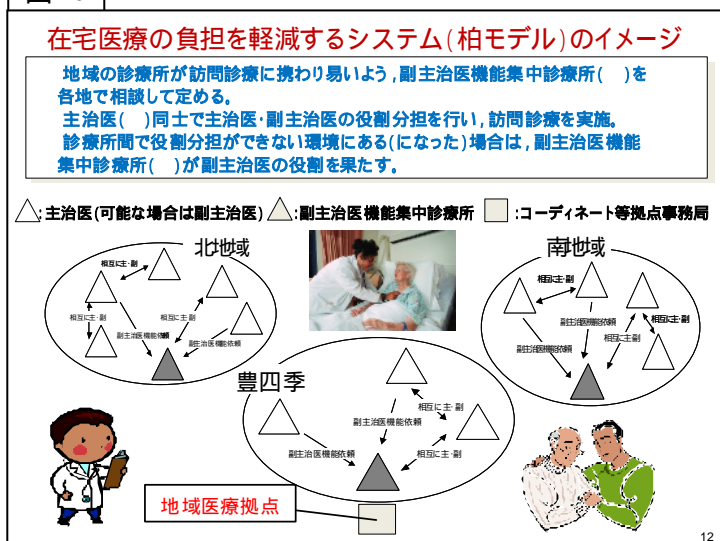
ういうのをやったらどうですか？」という黒衣役としてはボールを放るんです。そのボールに対して議論してもらおう。どんなボールを放ったかというのは後で説明しますが、モデル事業をやろうじゃないかということです。それとは別に東大で実施している研修プログラムが非常に興味深い。私たち必死に議論して作ったんですね。(図14)月2回で4ヶ月間在宅医療の同行訪問を行う。指導医と地域の開業医がですね。今6人の方が受けてらっしゃる。それを月2回繰り返す中で毎月1回合計4回の多職種連携のグループワークをやる。認知症・嚥下栄養・褥瘡・緩和ケアですね。これについてグループワークを多職種でやるんです。医師以外が24人で合計30人で今研修をやってます。これはものすごい効果を表している。まず、医師はですね、中間振り返りでやったんですが、例えば「病気を治すだけでは解決できないんだ、多職種連携は不可欠だ」と、感激しておっしゃる。というふうに医師が変わっていった。多職種連携なくしてはできないと、これに気がついた。柏市人口は40万ですけど、柏市だけでやってみたんですが、期せずしてこの多職種連携のグループワークは市内の多職種のチームビルディングの効果があったのです。すでにこの6人の中の医者の一部がこの多職種連携と一緒に議論した人に電話を始めてる。そういうようなことが起こり始めている。この縦と横のプログラムを開発して、これをもっと簡略で効果があるものにして、千葉県全県と全国に提案したいと思っております。これ、非常に大きな事です。

それからもう一つですね。これはちょっと時間がかかるんですが、開業医のグループ化です。私たちがモデルとしてボールを放った案はですね、都市部の場合は在宅療養支援診療所というものが成り立ちます。要するに往診専門の診療所です。これを黒三角だとすれば、地域の抱える白三角の開業医とどんどんチームを組んでいってほしいんです。(図15)在宅医療は、医者は

365日、24時間は訪問看護とよく言われます。医師はずっと定期的に訪問する。患者と家族と信頼関係を持って、在宅医療って予定医療です。「これからこうなるよ、ああなるよ」と教えている。突発的なことがあったとしても、もちろん夜電話をとれるといった体制が必要ですけども、訪問看護が相当こなす。そういうことで、本当の在宅医療を体得した方は、そんなにドタバタしない、ということが分かっています。そういう前提であれば、この24時間対応できる黒三角の在宅療養支援診療所をバックアップの副主治医にして、相当多くの複数の主治医の副主治医を担当してもらおうとグループ化できる。こういうグループ化を柏市内で今3グループ位でやってみようかということですが、結論から言うと、これは調整する拠点があるわけです。この拠点を作ろうというところまで合意できました。三師会はこの拠点を作ってこの調整拠点における調整を、市が担う。市がその事務局として動くということでございます。

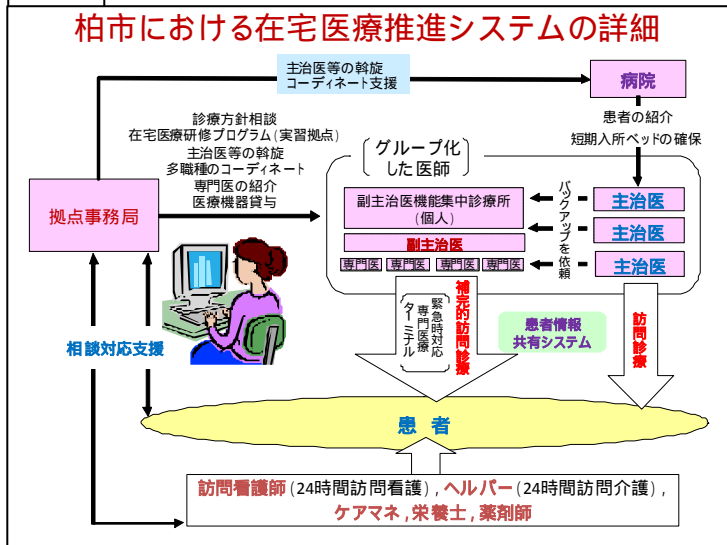
これ(図16)は柏市のホームページとか東大のホームページにでてますけども、拠点事務局に例えば退院時に連絡する。そしたら、拠点事務局が医師のグループ化を調整する。中には専門

図15



医も組み合わせに入れる。そしてもちろん訪問看護とかそういうつなぐ必要のある物は拠点事務局からつないでいく。その間に地域包括が入っていくということも含めてです。基本的には地域包括ケアは、在宅医療があるから住まいが終の棲家になるわけです。多くの人は家で死にたいけど無理だと思っている。それは、家族に迷惑を掛けるから。それからもう一つは医療上の不安があるからです。だから、医療上の不安を解決するシステムを組み込んで

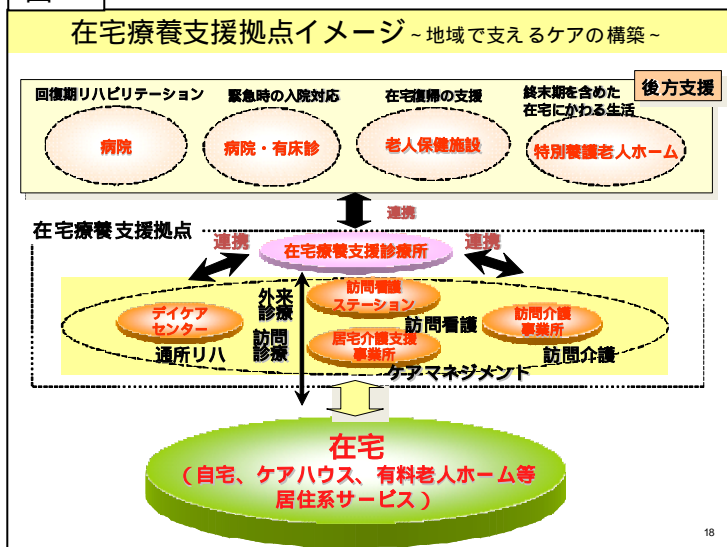
図 16



はじめて地域包括ケアシステムは完成する。柏プロジェクトはかかりつけ医、地域のかかりつけ医がその患者さんをずっと看るのが本来の姿である、という考え方です。従って午前中外来・午後往診というパターンで、しかもそれを24時間態勢の診療所がグループのバックアップとして支える。夜の対応あるいは先生が学会に行っているとき、あるいは旅行にでかけられているとき、というような形で支える。後は今言いました、訪問看護を含めた多職種のケアシステムが全部連動している、居住系サービスを含めて

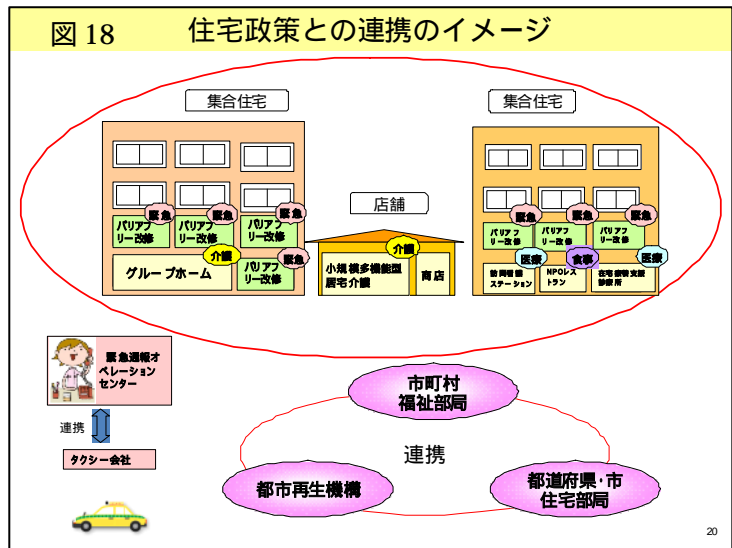
在宅医療ができるということでございます。国際医療福祉大学の高橋先生は、これを医療福祉ハイブリッドシステムと言っています。(図17)まさしく医療福祉です。滋賀県で打ち出した医療福祉というのはこういう概念だと思えます。そういうような形を目指しているわけでございます。それから柏市では人口40万ですので、在宅療養支援診療所は成り立ちます。しかし、地域によりましては開業医さんが24時間在宅というのを、だいたい本格的なと

図 17



ころの複数の医師がいるわけですが、地方ではそれが出来ないんで、おそらく地域によっては在宅療養支援病院ですね、中小規模の病院が在宅療養支援病院として地域の拠点になって、今言った医療福祉ハイブリッドシステムを作っていく。ということで、あとは病院がただ単にバックアップ病床を待っているという意味だけではなくて、地域によりましては地域の開業医さんをバックアップする在宅療養支援病院として動くということを含めての話であると考えております。そうなりますと、こういう形で在宅医療があって、あとは今言ったように小規模多機能、それから24時間対応の出来る訪問看護、重くなると認知症はグループホーム、こういうシステムが、

例えば大都市圏の場合は高齢者向けサービス付き住宅を作って、一階とか同一の敷地があれば、この住宅を守れるし、場合によっては最後まで看取りができるし、周辺の一戸建てに対しても拠点となる。国は明らかにこの方向を目指しています。(図18)今回、国交省はサービス付き高齢者向け住宅を大量整備するという方針を高齢者住まい法で出して、一戸あたり100万ですか、助成するという大方針が出た。で、厚労省は小規模多機能と訪問看護をくっつけて、これで24時間体制でいきたいという類型を決めました。おそらくこれについては今回介護報酬も決まっていくでしょう。

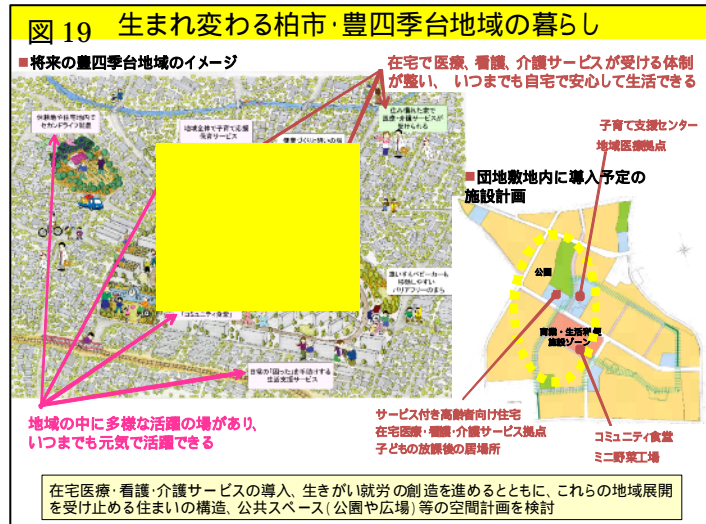


これだけでなくはいけないという意味ではありません。地域ごとにいろんな形態があるわけですが、こういう方向が今後高齢化する大都市圏の基本です。もちろんこれは障害でも一緒。障害がある方が共に住んで、拠点からデリバリーサービスを受けるということです。我々はみんな認知症を含めて障害者に成りうるんです。皆が共に地域の中で住んでいることが大切です。

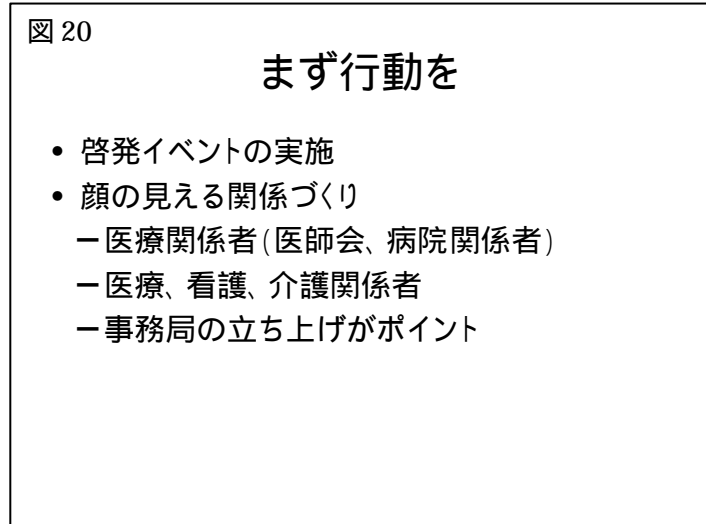
長岡の「こぶしえん」というところで、小山さんという非常に有名な方がおられます。小山さんは在宅を小規模多機能で24時間しているんです、同居家族がいらっしゃる時も夜対応はいるわけです。やっぱり家族さんもちょっと抵抗を感じる。家によりましては枕元突っ切られることもあるわけですから。そこで、ご家族と話し合っ、ご家族のお宅からそんな遠くない、すぐ歩いていけるところで、この「こぶしえん」が小規模多機能と高齢者専用賃貸住宅を合築しているのをもってまして、そこに移したんです。何が起こったかという、ご家族とお年寄りの関係いいんでご家族は行ったり帰ったりするんですけれども、新しく起こったことがある。普段はご家族がいらっしゃるから様子見に行くのも気兼ねしてた、そのお年寄りの兄弟や地域の人が入りし始めたんです。「気になるから見に行ってる」というのはあると思うんですね。もちろんご家族がまず行っていますが。何が言いたいかというと、高齢者がそれなりに地域の中で生きようとする、そして住もうとする、それを支援する関係というのは家族だけではなくいろんなネットワークに広がっていく。共に生きるという社会はおそらくそういうような方向じゃないかと思うんですね。もちろん、重くなればやっぱりグループホームといった施設が必要です。それを不必要としているのではありません。しかし、膨大にこれから増えていく高齢者をこういう形で出来る限り自立を維持していく、そして弱ってもその人の状態に合わせてサービスが動いていく。こういうことなんじゃないでしょうか。

柏市の話をしますと、豊四季台という3万人くらいの地区ですね。40万人のうちいくつかの地区に分かれて、ここは3万人くらいの地区なんです、その真ん中に、昭和39年にできたURの6000世帯くらいの大団地がありまして、そこ今立て替えているんです。真ん中に空き地ができるんですが、そこに今言いました、在宅医療と在宅ケアの拠点を作る。それが市全体の調整拠点でもあります。この豊四季台の拠点には高齢者向けサービス付き住宅を誘致しまして、そ

の中に、かかりつけ医のバックアップの在宅療養支援診療所、24時間訪問看護サービス、それから小規模多機能といった先ほど説明したようなものを一階にいれるということで、平成25年度に竣工し、開業致します。(図19)そしてこの拠点は豊四季台地域全体の拠点ということです。私は、2週間に1~2回でしょうか、柏市通いをしています。会合は、医師会の方が入られるので、他の業種もそうですけど夜です。夜7時から



9時まで議論をする。その後、懇親会をやる。柏市の名誉のために言っておくんですけど、これまで特に在宅医療で特に有名な物はありませんでした。それでもこうして話し合ったらここまできました。柏市には素晴らしい医師会がある。色々議論をしていって将来を見据えてそういう方向をとらないといけないという、ではやってみようという決断をされたということがやっぱり最大のポイントです。多職種連携の顔の見える関係づくりも、何回も何回も話し合いをやっていくと、雰囲気が変わっていている。そういう積み上げだと思います。東大と柏市は必至に事務局の黒衣役をした。前回やった議論こうでしたなという議事録をだして、共通認識を確認しながらまた次へ進んでいくという地道な作業、こういう黒衣があって動く、ということを私は強調したいと思います。それからもう一つそういう方向を目指すときに、どうしても言わなくてはいけないことがある。それは、本格的に在宅医療を普及させようとする、もちろん在宅医療に診療報酬をシフトさせなければいけない。グループ化したシステムに対する診療報酬はまだ確立されておられません。私は柏でモデル的に取り組んで頂き、これにあう診療報酬を作ってほしいと思っております。それともう一つは訪問看護も人がいない。出しているお金も少ない。そして、24時間在宅対応となると介護ももっとお金入れなくてはできない。要するに、在宅システムにお金を入れるという決意をしなければ、在宅システムは一挙に15年間ではできない。税負担をあげて財源を投入しなくてはいけない。それが地域の雇用が変わるわけです。その決意を我々はしなくてはいけない。ということが前提です。そういう環境もこれから必要ですが、私はまず今後やらなければならないことを提案したいと思います。(図20)まず、今日のイベントがそうですが、要するに啓発イベントをやる。一つ典型的なのは、秋山正子さんという市ヶ谷のマザーテレサといわれている方で優秀な訪問看護師ですけど、彼女がよく提案しているのは、看取りをした家族とそれを支援した様々な職種の方々が壇上に上がって語るというものです。そして、人々が理解を



深めていく。例えば、そういうイベントをやるといことです。それから、私は福井県で住民啓発のトライアルをしています。地元の民生委員さんに在宅医療というがそもそもきてくれるのか、介護はどうしたら受けられるのか、と、素朴な質問をしてもらって、次に地元のお医者さんに看取りとはこういうケースでこういう状態があるんですよとお話してもらおう。次にではそれを受けるためにどうしたらいいのという疑問が出る。そうしたら、地域のケアセンターの人が説明するというような、地域住民向けの典型的な小規模な啓発イベントですね。そういうようなものを今システム開発して、私は日本中でそれをやるべきだと思っています。そういう啓発イベントは絶対いる。そうなる医療関係者がまず、それなりの方向に向けての合意をすることがまず必要です。看護介護関係者はもともとやる気あるわけです。だから、医療関係者つまり医師がここで方向性を決めて下されば当然広がっていくわけです。そこで、本当に関係が見えてくるということでございます。その中から、次どうするかという話が出てくる。そうなる次のポイントは、この動きを作る黒衣役です。それが今日のこの会ですね。県と市の関係者が有志が黒衣役になってこれができる。おそらく、将来的には私はこれは何らかの形で制度化されるべきだと思いますが、それはこれからのこととして、こういう流れが今日まず県全体で出来た。次は、例えば大津市くらいのエリアでこういうものができていいんじゃないでしょうか。後は、東近江ではもう動いていると思いますけども、いろんな圏域でやろうかという人がつながってこういうことをやって頂きたいと思います。一步一步です。正しいものは燎原の火のように広がると私は確信しています。それが医療改革です。在宅医療をやる人は優れた家庭医といえます。家庭医というのは臓器全体を診れるだけではない、困ったときに頼りになる人です。そして、それがこれからのどうしても必要になる医療だと私は思っています。そういう意味でも医師会が、これから非常に大きな役割を占める、そしてそのことを期待しているということ、ちょっと勝手な言い方ですけど言わせて頂きますとお話を終わらせて頂きたいと思います。どうもご静聴有り難うございました。

質疑応答

Q1 辻先生、本日は本当に有り難うございました。僕は辻先生は旗振り役でいいと思っていたんですけども、先生の言われたとおりに私は三方よし研究会立ち上げたんですけども、今日の話聞いてびっくりしました。先生は非常に行動的で、やっぱりこういうことは東大でもやらないかなということ、もう実績まで示されて画竜点睛をかくということがありますけども、まったく全部やっしまわれて厚生労働省の小沢一郎と言われておられる意味が今よくわかりました。ありがとうございました。

Q2 私は今、訪問看護ステーションにおります看護師として言いますが、今までデイサービスとかでずっとしばらく働いていたんですけども、私は本当に知らなかったんですが、医療と福祉が同じ時期に、それを受けるといことができないということ、サービスをいって初めて知りました。で、私は看護師として医療補助としてたくさんもの、補助を受けるといことは知っていたんですけども、社会福祉の面について本当に補助が少ないということ、サービスをいって知り、また、今、訪問看護ステーションにいくようになりまして、本当にどれだ

け必要とされている方、また本当に来てほしいと言って、必要なだけけれども、でも、それを声出せないというか、言えば保険外の自己負担が大きいということがあって、要請ができないということを実際に当面の問題として自分が仕事をするようになって知りました。本当に財源の手直しというんですか、本当にこれから高齢者が多くなる中で行政のバックアップが必要だと思えます。もう声を大にして是非是非、そういった医療補助とか社会福祉の補助が受けれるように働いて頂きたいと是非とも願いますので、宜しくお願いします。

辻先生 ありがとうございます。私がお話したいのは、今まで、やっぱり施設中心で在宅というのは家族が頑張るのを大前提にして、足りない分を足してあげようという思想なんです。これからは、一人暮らしか夫婦だけですので、それは逆に言えば、あえていいですが施設並みの金をお一人お一人に出すという覚悟をするくらいでないとこれは完成しない。一方において、介護は新しい問題なんです、かつて要介護状態で長く生きているという状態はあまりなかったんです。多くは感染症で亡くなってた訳です。一方、終戦直後から比べて平均寿命は30歳ものびた。介護者も30歳年をとったということです。従って、やはり介護に対してお金をいれなければ社会は成り立たない。それを本当に我々は理解をして、そしてそれをしっかりやり、お年寄りを大事に、お年寄りはこのからの自分です、自分を大事にすればそこで介護サービスという雇用が発生するという事です。国民負担率を上げてスウェーデンは倒れていない。国民負担率を上げたら国は倒れるというのは、これは間違いです。だけど、国民は負担をあげることに賛成しない。これは大きな問題なんです。そのような意味で、本当に自分たちの幸せのためにいかに負担をあげて、どこへ投入するのかということをおもひで早く声を上げてそういう国にしていかななくてはならない。これが遅れるとなかなかきつことになります。本当に私たちの世代、これは勝負時です。高齢化というのは経済発展の結果なんです。我々は経済発展したから高齢社会になった。したがって、経済発展した結果、社会が幸せなのかどうかというのは今財源を投入することを含めて考えなくてはならない。ということをおもひ、再度申し上げまして、私も頑張りたいと思えますので、訪問看護の方も頑張ってください。小鳥先生激励有り難うございます。宜しくお願いします。

Q3 私、草津栗東医師会の宇都宮と申します。辻先生のご講演は2年前くらいに一回聞いたことがあるんですけども、これほどパワーがあって実践的な先生とは知りませんでした。私は東大の単なる学者かなと思ったんですけども、そうではないなということをはっきりわかりました。一つだけ質問したいんですけども、おそらく先生が柏市でご苦労されたのは診診連携の立ち上げというか、それじゃないかなとおもってますけれども、実は我々、診診連携は非常に難しい、病診連携は出来てる、病病連携もなんとかいけそうだと多職種連携もできていると。ただ、IT化が問題がちょっと若干残っておりますけれども、診診はうまくいかないなと思っているんですけど、先生、実情はどうでしたか。

辻先生 実はそれが最大のポイントです。今まで言ったことは全部柏プロジェクトで実践中で、中身はホームページに出しており、平成25年に向けて動かしています。まさしく診診連携のモデルとそれに対応する診療報酬を、これから明らかにしていこうとしています。それで、基本的に我々が作りたい拠点も全部決まってる。問題はこれがどう動くかっていうことをこれから検証

するんですが、柏で在宅医療に非常に熱心な先生がおられまして、医師会でこの先生を中心とにかく有志を募って平成25年に向けてモデル的な取り組みをします。「がん」から入るより「非がん」から入ったほうがいいだろうとっているんですけども、病院と組んで退院時ケアカンファレンスやって、主治医、副主治医の関係つまり診々がどういう関係で動いていくのか、ということを実験という言葉はよくないですけど、実証実験するんです。そしてその時の訪問看護の動かし方はどうなんだというようなことを、全部いわゆる連携ワーキングという柏市全体の関係者の話し合いの場で報告して議論をするということになってます。一人対一人の主治医・副主治医制で有名なのは長崎市のドクターネット方式です。これはなかなか普及しないんで、私は在宅療養支援診療所と一般のかかりつけ医との組み合わせのモデル化をこれから何とか2年間でイメージつけたいということで取り組むわけです。私はここまできたんですが、この後成功するかどうかはやってみないとわからない。だけれども、みんなやろうとしている。それからもう一つは、情報システムも今開発中です。やはり統一のフォーマットでどんどんどん書き込みができる、それから書き込みを書き直したのは書き直した事実が全部残って、全体が分かるという情報システムをモデル的に開発するというところでございます。

Q4 彦根の松木診療所の松木と申します。在宅で見えておりますと、一人の人を全部見ないといけなわけです。例えば皮膚科だとか、耳鼻科だとか眼科だとか、そういうことも含めて全部見ないといけな。で、それが醍醐味といえは醍醐味なんです、実際に今教育の現場で専門医ばかり教育されて育っていく、みんな専門医になろうと思っている。そうした、現場で地域に出て、往診のできるようなそういう勉強といえますか学習、そういう経験をされていない。で、医者がどんどん育てられていっても、往診が出来ない人が育ってってしまう傾向があります。ですから、例えば今できるのであれば、自治医大のそのへんはちゃんとやっていると思うんですが、他の滋賀医大ですとか大学でもやはりそういうトータルに人間を診れるような総合医療をですね、それをできるような医者をもっと育ててほしいと。制度化してほしいと思います。

辻先生 まったくその通りですね。それで基本的には私一番いいなと思ったのは日本家庭医療学会の家庭医療養成コースです。そういう形のものがどんどんどん普及するように、これは本当に大学の方でお願いしたいと思うんです。ただ、私が言いたいのは、そういう方が育ったとしても、地域で一般的にそれが普及するのは20, 30年後なんですね。その時は、日本の高齢化は山がすぎて、もう横ばっている。だから山にあがるときに対応できなければシステム転換できないわけです。それは専門医として育った今の医師を在宅医療を学んでいただいて転換していくということです。それが私が先ほど言ったプログラムなんです。日本の今の医師は専門医としてはものすごいガッツがあって優秀なんです。従って、動機付けをすれば学んでいくんです。今、柏で6人の協力して下さっている医者に心の底から感謝したいんですけど、例えば乳腺外来の、ばりばりの専門家から30過ぎでまだ往診したことないというお医者さんまで、幅広い方々が参加しています。ベテランの先生が言われるには自分が一番学びたかったのは在宅訪問したときの、最初の入り方、会話、それから受け答えの時の呼吸ですね。本当にこれが知りたかった。これが分かたらだいたい自分は在宅はいけるように思うとおっしゃってました。ですから私が言いたいのは、日本の今の開業医というのはレベルが高いんです。だから、現場を体験してモチベ

ーションを持ち、多職種との連携という大きなポイントを教えて差し上げれば、後は自己研修できる。今の専門医を相当部分、在宅医療を通して家庭医に変えていくことができる。私はそれが医療改革だと思っています。従って、今、専門医として育った医師が在宅医療を通して家庭医になるというプログラムをどう適用するのかというのを一生懸命考えています。地域に対してその研修プログラムを誰がやるのか、ということは非常に大きなポイントで、その点も検討頂ければと思います。研修プログラムの大きなポイントは、やはり実習拠点なんです。これから大きなポイントは在宅医療の実習拠点をどれだけゲットできるかということです。地域でしっかりした在宅医療を行う拠点を、これからそれを開発して、そこを通してまず今の現役の専門医を家庭医に転換し、実習拠点を増やしながらそれを土台にして大学と連携して、将来の医師を育てるということを同時並行でやらなくてははいけません。これはものすごい急がれることです。宜しくお願いしたいと思います。