

スーパー総合医

SGD
Super
General
Doctors

総合診療医
テキスト

地域包括ケアシステム

専門編集●太田秀樹

中山書店

シリーズ〈スーパー総合医〉

刊行に寄せて

日本医師会では、地域医療の提供に最大の責任を持つ団体として、「かかりつけ医」を充実させる施策を実行してきており、今後も「かかりつけ医」を中心とした切れ目のない医療・介護を安定的に提供することが、社会保障の基盤を充実させ、国民の幸福を守ることに繋がると考え、会務を運営しているところです。

日本が超高齢社会を迎えたことに伴い、国民の健康を守るため、医療がその人口構造・社会構造の変化に柔軟に対応する必要があることは言うまでもありません。

社会情勢の変化に対応するために、医療界では、いわゆる患者さんを総合的に診察することができる医師の必要性が高まってきており、さまざまな場面で「総合的に診られる医師」を育成すべきとする意見が出され、それに対する対応が急務となっています。

この「総合的に診られる医師」は、日常診療のほかに、疾病の早期発見、重症化予防、病診連携・診診連携、専門医への紹介、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健に至るまで、医療的な機能と社会的な機能を担っており、幅広い知識を持ち、また、それを実践できる力量を備えなければなりません。

本シリーズ〈スーパー総合医〉は、従来の診療科目ごとの編集ではなく、医療活動を行う上で直面する場面から解説が加えられるということで、これから地域医療を実践されていく医師、また、すでに地域医療の現場で日々の診療に従事されている医師にも有用な書となると考えております。

地域医療の再興と質の向上は、現在の日本医師会が取り組んでいる大きな課題でもありますので、本シリーズが、「かかりつけ医」が現場で必要とする実践的知識や技術を新たな視点から解説する診療ガイドとして、地域医療の最前線で活躍される先生方の一助となり、地域医療の充実に繋がることを期待いたします。

2014年2月

日本医師会会長
横倉義武

シリーズ<スーパー総合医> 刊行にあたって

「人」を診て生活に寄り添う総合医を目指して

プライマリ・ケアや総合医の必要性が叫ばれて久しいにもかかわらず、科学技術の進歩に伴う臓器別縦割り、専門分化の勢いに押されて、議論も実践もあまり進んでいません。その結果、たいへん残念ながら、ともすれば木を見て森を見ず、あるいは病気を診て人を診ず、となりがちなのが臨床現場の実状です。今、超高齢社会の日本に求められているのは、人間も診てくれる、さらにその人の生活にも寄り添ってくれる「総合医」であることは、間違いありません。

「プライマリ・ケア」「総合医」という言葉は決して新しいものではなく、本来あるべき医療の姿のはずです。初診医の専門科によって患者さんの運命が大きく変わってしまう現状は、すべての医療の土台を総合医マインドとすることで変えることができます。日常ありふれた病気を、その背景をも十分に探索したうえで、薬物療法だけでなく、根本的な解決策をアドバイスできるのが総合医であると考えます。臓器別縦割りの専門医を縦糸とするならば、総合医は横糸に相当します。縦糸と横糸が上手く織り合ってこそ、患者さんが満足する、納得する医療を提供できるはずです。

本シリーズは、超高齢社会を迎えた日本の医療ニーズに応えるべく、こうした横糸を通すことを目的に企画されました。現代版赤ひげ医学書シリーズともいえる、本邦初の大膽な企画です。執筆者は第一線の臨床現場でご活躍中の先生方ばかりで、「現場の目線」からご執筆いただきました。開業医のみならず、勤務医、そして医学生にも読んでいただけるよう、今日からすぐに役立つ情報を満載しさまざまな工夫を施して編集されています。

本来、「総合医という思想」は、開業医であるとか勤務医であるとかにかかわらず、すべての臨床現場に必須であると考えます。また内科系、外科系を問いません。このシリーズ<スーパー総合医>が、手に取っていただいた先生方の日常診療のお役に立ち、そしてなによりも目の前におられる患者さんのお役に立てることを期待しています。

2014年2月

総編集 長尾和宏
長尾クリニック院長

『地域包括ケアシステム』

序

わが国の超高齢社会は、世界に類をみない規模とスピードで訪れ、やがて3人に1人が高齢者となる。人口構造の変化は疾病構造を変え、疾病概念をも変えたといえる。フレイル、サルコペニア、認知症等に象徴されるように、根本的治療が困難な症候との対峙が求められている。慢性的な経過をたどる多くの高齢者たち——とりわけ虚弱で要介護状態となった高齢者たちの健康課題を、従来の入院や外来を中心としたヘルスケアシステムで解決することは難しい。疾病治療や救命を医療の目的と考えていた時代には、病院完結型医療の充実によりその役割を全うすることができたが、いまや地域完結型医療が「地域包括ケアシステム」という新たな仕組みの中で求められている。

地域包括ケアシステムという呼称に、堅苦しさを感じるかもしれないが、住み慣れた地域で尊厳をもって最期まで暮らし続ける仕組みと考えるとわかりやすい。国民のささやかな願いを叶えることにもなる。生活こそが上位概念であり、そこに過不足なく届けられる医療によって、望まれれば看取するという責務にこたえて、地域包括ケアシステムが成立する。すなわち地域包括ケアシステム構築と在宅医療の普及推進は表裏の関係性といえる。

日本医師会も、かかりつけ医の重要な機能として、在宅医療の実践を掲げ、地域包括ケアシステム構築に積極的にかかわることを求めている。さらに、地区医師会には、介護保険制度の保険者としての基礎自治体と医療を管轄する都道府県とのリエゾンとして、医療介護連携の触媒となるよう期待されている。

あるべき在宅医療の姿については、すでに本シリーズ他巻で取り上げられているが、地域包括ケアシステムにおいて、重要な視点は「協働」と「連携」であり、その根拠となる法制度への理解も忘れてはならない。これまでのわが国の医療は、医師と患者との診療契約の上だけで成立していた。病院医療は医師をリーダーとするある種のヒエラルキーのなかで提供され、疾病治療のためには医療が生活を支配することも容認されている。ところが、地域包括ケアシステムにおける医療の役割は、看取りも含め尊厳ある人生を支えることである。健康観だけでなく死生観をも汲み、家族や暮らしへの配慮が必要となる。さらに、ケアにかかわるステークホルダーの職能や役割を十分に理解し、チームケアの実践なくして達成できない。本書で医師以外の職種の方々にもご執筆いただいたのはそのためである。

医師は疾病管理には長けていても、ケアチームのオーガナイザーとなることは不得手ではなかろうか。しかし、革命と表現してもよいほど医療はパラダイムをシフトさせている。地域は医療を実践する場としてだけでなく、医療を提供する主体そのものとなった。地域包括ケアシステムへの本質的理解なくして、地域で医療を実践していくことは、もはや困難な時代となっていると認識し、本書の編集をお引き受けした。新たな秩序としての地域包括ケアシステムの一翼を担い、スーパー総合医の矜持として地域の医療文化を変えていただきたいと願っている。

2016年6月

専門編集
太田秀樹
医療法人アスミス理事長

CONTENTS

1章 地域包括ケアシステム構築への社会的背景

超高齢社会と人口構成比	鬼頭 宏	2
疾病構造の変化	飯島勝矢	9
家族の変化と在宅ケアの可能性	袖井孝子	17
病院医療の役割 — 入院医療の可能性と限界		
高度医療を担う病院の役割	谷水正人	24
地域医療を担う病院の役割	小川聡子	29
障害者と医療	堀田富士子	37
医療のパラダイムシフト	三浦久幸	44
市民の意識の変化 — 長寿から天寿へ	山崎一洋	51
地域居住(エイジング・イン・プレイス) — 施設のパラダイムシフト	松岡洋子	57

2章 地域包括ケアシステムの概念 — 5つの領域の役割

医療の視点から		
協力病院の役割	三浦久幸	66
有床診療所の役割	長縄伸幸	71
在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の役割	新田國夫	75
介護の視点から		
介護保険施設の役割	大河内二郎	81
介護サービス事業所の役割	境野みね子	85
居宅介護支援事業所の役割	服部万里子	90
訪問看護ステーション・訪問介護事業所の役割	上野幸子	94
生活支援の視点から		
高齢者在宅医療を中心に	増子忠道	101
予防・医療の視点から		
ロコモティブシンドローム対策を中心に	中村耕三	109
住まいの視点から		
高齢者施設・住宅の現状と展望	網谷敏数	117

3章 地域包括ケアシステムを牽引する法制度

医療介護総合確保推進法	佐々木昌弘	128
-------------	-------	-----



4章 地域包括ケアにおける多職種協働

かかりつけ医としての役割 — 多職種協働・地域連携のための情報共有	荒井康之	140
医師の立場からみた多職種連携の実際	白髭 豊	147
歯科医療従事者の立場から	原 龍馬	152
訪問看護師の役割	佐藤美穂子	158
薬剤師の役割	大澤光司	163
リハビリテーション専門職の役割 — 高齢者・脳卒中を中心に	長谷川幹	168
多職種連携によるケアチームの育成	鷺見よしみ	173
管理栄養士の役割	奥村圭子, 和田忠志	182

5章 地域包括ケアにおける地域連携(行政・組織・団体)

日本医師会 — かかりつけ医と在宅医療	鈴木邦彦	190
国立長寿医療研究センターの取り組み	三浦久幸	197
保健所	緒方 剛	207
日本在宅ケアアライアンス	和田忠志	212
全国在宅療養支援診療所連絡会と全国在宅医療医歯薬連合会	和田忠志	217
全国在宅療養支援歯科診療所連絡会	原 龍馬	219
全国薬剤師・在宅療養支援連絡会	大澤光司	221

6章 地域包括ケアの実践

長崎在宅 Dr. ネット(長崎市)	白髭 豊	224
チームドクター ^{ファイブ} 5の挑戦(京都府乙訓地域)	横林文子	231
稲城市(東京都)の取り組み	石田光広	238
在宅看取りの実際	谷田憲俊	244
付録(対談) 地域包括ケアシステムの現状と展望	高橋紘士×太田秀樹	252
索引		263

■編集協力

- 鈴木邦彦 日本医師会常任理事
- 新田國夫 医療社団法人つくし会
- 和田忠志 医療法人実幸会 いらはら診療所
- 荒井康之 医療法人アスムス 生きいき診療所・ゆうき

■執筆者一覧（執筆順）

- 鬼頭 宏 静岡県立大学（静岡県）
- 飯島勝矢 東京大学高齢社会総合研究機構（東京都）
- 袖井孝子 お茶の水女子大学名誉教授
- 谷水正人 国立病院機構四国がんセンター（愛媛県）
- 小川聡子 医療法人社団東山会 調布東山病院（東京都）
- 堀田富士子 東京都リハビリテーション病院 医療福祉連携室（東京都）
- 三浦久幸 国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部（愛知県）
- 山崎一洋 下野新聞社編集局社会部（栃木県）
- 松岡洋子 東京家政大学人文学部教育福祉学科（東京都）
- 長縄伸幸 特定医療法人 フェニックス（岐阜県）
- 新田國夫 医療法人社団つくし会（東京都）
- 大河内二郎 社会医療法人若弘会 介護老人保健施設 竜間之郷（大阪府）
- 境野みね子 千葉県ホームヘルパー協議会（千葉県）
- 服部万里子 NPO 渋谷介護サポートセンター（東京都）
- 上野幸子 前 佐賀県看護協会訪問看護ステーション（佐賀県）
- 増子忠道 医療法人財団健愛会 かもん宿診療所（東京都）
- 中村耕三 東京大学名誉教授
- 網谷敏数 (株)高齢者住宅新聞社（東京都）
- 佐々木昌弘 前 厚生労働省医政局地域医療計画課 在宅医療推進室（東京都）
- 荒井康之 医療法人アスムス 生きいき診療所・ゆうき（茨城県）
- 白髭 豊 医療法人白髭内科医院/認定 NPO 法人 長崎在宅 Dr. ネット（長崎県）
- 原 龍馬 医療法人社団同志会 原歯科医院（東京都）
- 佐藤美穂子 日本訪問看護財団（東京都）
- 大澤光司 (株)メディカルグリーン大沢調剤薬局（栃木県）
- 長谷川幹 三軒茶屋リハビリテーションクリニック（東京都）
- 鷺見よしみ 日本介護支援専門員協会（東京都）
- 奥村圭子 医療法人八事の森 杉浦医院（愛知県）
- 和田忠志 医療法人実幸会 いらはら診療所 在宅医療部（千葉県）
- 鈴木邦彦 日本医師会常任理事/ 医療法人博仁会 志村大宮病院（茨城県）
- 緒方 剛 茨城県土浦保健所/竜ヶ崎保健所（茨城県）
- 横林文子 医療法人よこばやし医院（京都府）
- 石田光広 稲城市副市長（元福祉部長）（東京都）
- 谷田憲俊 日本ホスピス・在宅ケア研究会/ 医療法人社団 西村医院（兵庫県）
- 高橋紘士 一般財団法人高齢者住宅財団（東京都）

他者とのかかわりがあって、 はじめて、人としての暮らしがある

高橋 紘士 一般財団法人高齢者住宅財団理事長

<聞き手> 太田 秀樹 医療法人アスミス理事長、本書専門編集

多職種の協働や地域の連携を基本とする地域包括ケアシステムは、日本という国を変える力を持っていると、本書専門編集の太田秀樹先生は常日頃から説いている。ここまでの1~6章で、医師や看護師だけでなく薬剤師や栄養士、介護職などさまざまな専門職、さらには行政も含めた多くの立場の方々にご意見・お考えを述べていただいた。最後に社会学者である高橋紘士先生にご登場いただき、地域包括ケアシステムに関して、歴史と現状そして未来という視点から語っていただいた。

病院完結型医療から地域完結型医療へ 移行

太田 地域包括ケアというのは、元々は広島のみつぎ御調国保病院（現公立みつぎ総合病院）の山口昇先生がお使いになった言葉だと思います。少々仰々しく堅苦しいネーミングのように感じますが、概念はシンプルですね。非常にわかりやすいシンプルな理念です。その山口先生の理念ができたところのお話からうかがわせてください。

高橋 まずは山口先生から直接伺った話を簡単に申し上げます。1970年代半ば、社会保障制度国民会議が報告書の中で「1970年代モデル」と呼んでいる時期のことです。高度経済成長が完結した時期と言っているかもしれません。山口先生は脳神経外科の医師でしたから、脳卒中の患者の命を救って、患者はリハビリテーションをして「先生ありがとう！」って元気に退院した。ところが何年かするとその患者さんが寝たきりあるいは認知症——当時は痴呆症と言いましたが——になって病院に戻ってくる。急性期の医師は、自分が診た患者の行く末は知らな

いのが普通ですね。

太田 そうですね。病院完結型であれば。

高橋 ところが御調国保病院は、その名のとおり国保直診、国民健康保険の所轄診療所で、しかも町で唯一の診療機関だから、結局多くの患者さんがまたそこに戻ってくるので、自分の担当した患者がどうなったかがわかるんです。1970年代は老人医療の無料化がありましたから、まさに患者が滞留する構造ができた時代でもありました。

太田 社会的入院がどんどんどんどん増えるということですね。

高橋 山口先生は「なぜ患者さんが寝たきりになるんだろう。自分は最大の医療を尽くしたはずなのに」という疑問を持ち、患者がどういう生活をしているのか調べ始めたんです。御調国保病院は行政と直結していますから、町と病院のスタッフを総動員して訪問調査を実施しました。そこで寝たきり老人を発見し、その原因は医療ではなくて生活にあったことに気がつかれました。例えば毎日家にいたお嫁さんが1970年代は共稼ぎ化して、日中は家庭内独居になるということを突き止めました。介護力が低下して

いたんです。

さらに入院するまでは交流のあった地域の人たちも、手術して帰ってくると遠ざかってしまい、地域からも孤立する。当時のトイレはまだ和式だしお風呂は五右衛門風呂だから、介助がないと入れない。となるとおむつを当てっぱなしにして清拭にせざるを得なくなるようなことがあり、病院ではリハビリテーションをして元気になった人が、自宅に戻るとあっという間に寝たきりになってしまう。地域との関係性がなくなるのが重大な問題であることに、山口先生は気づくのです。

太田 1970年代に御調のモデルができあがって、その時の理念が今の地域包括ケアシステムに引き継がれました。2003年には「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」というレポートが作られ、このレポートに地域包括ケアシステムというのが非常にクリアになって出てきましたね。1970年代の話がそのまま今の現実でもあることがわかります。しかも更に深刻化しています。

高橋 もう1つ、医療が福祉の受け皿になった問題です。1973年に老人医療が無料化されて病院死が増え、3年後の1976年には全国で病院死と在宅死の比率が5:5になりました。当時の日本では、ケアを受け止めるのは特別養護老人ホームなどの老人福祉施設でした。だけどそれは所得制限が掛かる。現実には『恍惚の人』（有吉佐和子著）の中に、区役所に相談したけれどサラリーマンでは対象にならないと追い返されたという場面があるように、ケアを受け止めるのは低所得者対策でしかありませんでした。そこを医療が受け止めることになるというのは必然の流れでしたよね。

太田 医療が福祉施策の貧困さを肩代わりしてきた歴史があるんですね。ちょうどその時期に医学部の定員が2倍に増えました。私たちは、年間4,000人前後が医師になる時代の医師なんですけど、今は8,000人に増えて大学受験生の

100人に1人が医学部に行く時代になりました。私たちのときは400～500人に1人が医学部に行く時代でした。ちょうど専門医が1980年代から整備されたこともあって、医師が増えるともんな専門医になる。専門医という医師が現れると、国民は専門医に診てもらいたいことをありがたいと思うんですね。言葉は悪いのですが、身体を分解して診ていく（要素還元的な）文化ができてしまっ、病院信仰が出来上がってしまいました。

高橋 結核を制圧したことで、民間の結核の療養病院が精神病院になり、老人病院になりました。そのうえ高度経済成長で保険料が潤沢に医療に入ってきましたから、病床の数も基本的には採算がとれれば開設者が増床できたのですよね。

太田 当時はベッド規制がありませんでしたね。

高橋 家族の介護力が低下してしかも脳血管障害の後遺症がある患者を中心に、病院でのケアを利用することを国民側も納得していました。それが8割病院死の今日までずーっと続きます。長期療養は病院に依存するというのを続けてきたけれど、2000年以降ゼロ成長で財政的に苦しくなってきた。社会保障のお金をどう使うかということを考えると、ケアの世界を医療に委ねるとするのはコスト面で問題になり、「社会的入院」と言われるようになりました。

太田 1970年代の理念がそのまま受け継がれて2003年にレポートが出て、その時は介護保険制度（2000年4月施行）が出来上がっているんですけども、まだ社会一般には病院完結型医療です。今「医療介護総合確保推進法」という法律の裏打ちのもとに、地域完結型医療を広めなければいけない状況になったんですね。

地域包括ケアシステムも進化してきた

高橋 医療の高度化と高齢者の増大で医療費が



高橋 紘士 (たかはし・ひろし)

一般財団法人高齢者住宅財団理事長

特殊法人社会保障研究所研究員，法政大学教授，立教大学教授，国際医療福祉大学大学院教授 等を経て，2015より現職

主著 『地域連携論—医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援』(共編，オーム社，2013)，『地域包括ケアシステム』(共著，西村周三監修，慶應義塾大学出版会，2013)，『地域包括ケアシステム』(編著，オーム社，2012)，『地域包括支援センター 実務必携』(編著，オーム社，2008) ほか

上昇し，社会的入院というのがいよいよ財政的にもたなくなる。介護保険が入りました。そして老人医療の特別な制度を作りました。訪問看護サービスが導入され，居宅で看ることを可能にするシステムを目指しました。病院完結型医療ではなく在宅サービスにより本人の自立意

欲も尊重してサービスを提供しようという内容です。そうなるに従来の外来&入院というシステムに加えて，第三の医療としての在宅医療というのを作らなければならなくなった。在宅での生活の継続を前提として，医療的必要度のある人には在宅医療を，様々なケアや身体上の生活支援は居宅介護サービスを利用してもらうことになりました。

さらに，重要なのは権利擁護です。様々な自己決定の支援が必要になります。在宅で生活する人に多種多様な支援が入ってきて，認知症でも社会的関係が豊かかどうか？とか，地域で人との関わりが豊かかどうか？ということが重要であることがわかってきました。有名な「チーム永源寺」という東近江市の三方よし研究会(東近江地域医療連携ネットワーク研究会)では，専門スタッフと同時にお坊さんも警察官も地域包括ケアシステムを実施するために欠かせないメンバーです。農協や銀行の窓口の人も重要な存在です。認知症の人はATMの操作ができなくなっていて，「あれっ？ おかしいんじゃないか？」って早期発見してくれるのは金融機関の人たちが多いんです。そうなる地域連携というのは医療・介護・福祉の連携と同時に，地域で営業している事業所というか，お店屋さんにも，スーパーマーケットにも加わって

1 地域包括ケアシステムの「植木鉢」



左から右へと内容が進化している

(出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング「<地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステムと地域マネジメント」，平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業，2016年)

もらわなければなりません。

太田 地域の産業にも参加してもらうんですね。

高橋 東近江市永源寺診療所の花戸貴司先生は「あなたはご飯が食べられなくなったらどうしますか？」というのを事あるごとに確認するんだそうです。「自宅がえーわなー」って答えると、患者が自宅で生活できるようにチーム永源寺でサポートするんだそうです。

1は地域包括ケアシステムの新たな考え方を示しています。

左側の、古い植木鉢の下には「本人・家族の選択と心構え」とありました。これを「本人の選択と本人・家族の心構え」に変えました。まずは本人の選択があつて家族も含めた心構えがあると。今までは本人の意思とは別に、遠くから来る親戚兄弟小姑などが、病院に行けと言っていた。一緒に生活している家族は自宅で看取りたいと思っているけれど、同居していない親族が「自宅で看取るなんてとんでもない」と言って邪魔をする場面に何度も遭遇することがありますね。だから「本人の選択」になったのです。

ロングタームケア (long term care) の主役はナース

太田 さきほどの**1**を見ると、上の3枚の葉っぱに介護・リハビリテーション、医療・看護があります。医療の中に看護を含めないで、看護が独立しているのがすごくいいところです。じつはロングタームケアの主役はナースなんです。

高橋 これは戦略的に議論しました。諸外国はナースがディレクターだし、今、日本の介護施設でも看護師さんがポイントになっています。

太田 特定行為というくくり(ネーミング)で、より医療的なケアを看護師にしてもらい、そして看護師がやっていた痰の吸引や気管切開のケアなどをケアワーカーがやれるようにタスクシフトしていっているのが今の流れですよ。これらはすべて、地域完結型医療を目指す一つの



太田秀樹 (おおた・ひでき)

医療法人アスムス理事長

日本大学医学部附属板橋病院麻酔科にて研修医。麻酔科標準医取得後、自治医科大学整形外科医局長、講師を経て、1992年におよま城北クリニック開業。医学博士、日本整形外科学会認定専門医、介護支援専門員。

主著 『家で天寿を全うする方法—病院での延命を目指さない生き方』(さくら舎、2015)、『治す医療から支える医療へ』(共著、木星舎、2012)、『ケアマネのための知っておきたい医療の知識Q&A』(監修、学陽書房、2008)ほか

手段だと思います。

高橋 今年(2016年)5月の経済財政諮問会議で、医療関係と福祉関係の2つの資格を取りやすくするために、共通の基礎課程を入れようという議論がなされました。社会福祉士の資格を持っているナースは少なくなく、地域包括ケアシステムの担い手としてこのような複眼的な教育を受けた専門人材をさらに増やし育ててゆこうとしています。今現場ではそれぞれの専門用語を使っていて、リハビリテーションはリハビリテーション、医療関係者は医師の専門診療科目別に専門用語があります。それが異なる職種の人にはわからないものが多い。ところが生活の場で医療をするということは、福祉系の人々が今医療的に何が起きているのかを知っておかなければいけない。中身を知る必要はなく、何がなされているかを理解する必要があります。また、医療系の人たちは生活支援の在り方を知る必要がある。医療と福祉の言語を共通化

するためには、どこかに共通基盤を作って置いて、その基盤の上にそれぞれの専門の花を咲かせる必要がある。それには教育課程とか制度や思想を含めて、既存のシステムを相当変えないといけません。

じつは生活の場で医療をするというのは、医師が毎日行くことはないんですよ。包括的指示をするというのが医師の重要な役割だと思うのですがいかがでしょうか？

太田 病態判断と指示と責任ですね。病態判断は、診断と言い換えてもいいんですけど、ダイアグノーシス (diagnosis) ではなくて、アセスメント (assessment) に近いかもしれません。

風船バレーより買い物 社会的フレイル予防に効果的

高橋 予防も重要です。例えば埼玉県和光市は徹底して予防に取り組んだお蔭で、要介護認定率が全国平均18%の半分の9%くらいに減少しています。それから認知症というのは生活習慣病と関係があることがわかると、専門サービスとしての早期予防を始めました。予防と地域での豊かな社会関係があれば、フレイルの悪化というのは相当くい止めることができるそうです。これはエビデンスになり始めています。

太田 上流にある社会的フレイルをどうするかということを考えないと、介護予防にならないということですね。バスでデイケアサービスセンターに行って風船バレーなんかやっても面白くないけど、デパートやショッピングセンターに行けば楽しいでしょう。

高橋 お金があるお年寄りだったらデパートや商店で買い物をしたっていい。買い物は愉しみであって、自分の懐を痛めて孫やひ孫の為に何か買ってあげるといのはまさに自立の証あかしですね。また、インフォーマルサポートを組み合わせると実はフォーマルサービスが非常に良くうまく動く。よく回るようになるんです。これは

太田先生もたくさん経験していらっしゃいますよね。また、地域包括ケアシステムは社会保障のお金を地域に循環させる働きがあるんです。雇用を作り出して、医療関係者も地域で消費するから、社会保障のお金が地域に戻って来る。これは少子高齢社会かつ人口減少社会において、社会保障が有効に機能する絶対条件です。ハッピーな生活というのは、狭くても、ごみ屋敷であっても、自分の居場所としての楽しいわが家が大事ですね。

太田 そうですね。大理石の床があろうがふかふかの絨毯が敷いてあろうが、そこで(抑制されて)点滴を打たれては不幸なことです。高齢者の増加で疾病構造が変わったとよく言われますが、正しくは疾病概念が変わったんですね。医療は病気の原因を取り除き、病気を治す科学です。原因を除いて健康増進をはかるのが医療。だけどフレイルとかサルコペニアの原因って何でしょう？ フレイルの原因って、言ってみれば誕生日が来ることです。つまり加齢なんです。だから根本的な原因は除けない。寿命に対してわれわれは何ができるかと考えると、医療よりももっともっと大事なものがあるということ、社会が共有し始めたんですね。

フレイルには身体的フレイル、精神的なフレイル、社会的フレイルがあって、身体的フレイルならわれわれの領域だけれど、医師だけではどうすることもできない社会的フレイルをコントロールしなきゃいけない。社会的フレイルを何とかすることが、この絵柄の「予防」なんです。毎日体操して筋肉を鍛えるのが予防ではなくて、買い物に行かなくなる、友達と出かけなくなる、そこを防ぐのが予防です。歳を重ねるといのは喪失体験の連続でもあり、友達が亡くなる、家族が亡くなる、足腰が弱って買い物に行けなくなる。そういう体験を経て要介護ということになって、やっと医療のところに入ってくるんですが、ここまで来るともう遅い。先ほどの地域包括ケアシステムの植木鉢の図にお

ける「介護予防」というのは、もっともっと上流の話をしています。デパートやショッピングセンターに買い物に行けなくなったところから虚弱化は始まるんです。

在宅医療と地域包括ケアシステムって、視点が違うだけで表裏の関係にあると思っていいんですね。地域包括ケアシステムが完結するには医療が必要です。一方在宅医療側から見ると地域包括ケアシステムがないと在宅医療が完結しません。

高橋 以前は介護保険法の中に地域包括ケアシステムに関わる条項が入りましたが、医療介護総合確保推進法の中に地域包括ケアシステムが入りました。この意味はまさに太田先生がおっしゃったことです。

在宅医療の合理性は 財政面でも人口構造面でも

太田 高橋先生のお立場はやっぱり政策としてのお話がメインになるので、どうしても財政論が出てきますよね。われわれも民間事業者ですから、経済的なことも大事なんですけど、ちょっとお金を抜きにして立場を変えて国民側の目線に立った時のことを考えたいと思います。例えば尊厳ある人生をどう閉じるかとか、どう死にたいかとか、人としての人生のあるべき姿というのを考えた時、お金の問題を抜きにしても、在宅がいいだろうっていうのは誰もが感じるんじゃないでしょうか。畳の上で死にたいっていうのは、日本人の心のどこかにあるのだと思います。「そんなことをしたら畳の上で死ねないよ」って言われるくらいですから。

よく誤解されるのですが、家で死ぬということをお私たちが勧めているのではないんです。国が進めている訳でもない。「どう死にたいか」ということは、国民が決めることなんです。国民の希望に添える医療を提供するのが私たちのミッションです。私たちが在宅死がいいよなど

と言う立場ではない。これをこの場で言うとおかないと誤解されますので、死に方を選ぶというのは、宗教とか倫理観が絡む非常に文化的な仕事です。そこには医師も必要だし宗教家も必要だけど、何と言っても国民が議論をしなければなりません。心臓が動いてるから生きていたとか、ご飯を食べられなくなった人にも栄養を送ってれば生きていたとか、確かに生物学的には生きていたけれども、人間として社会的に生きてるかっていう視点を、もっと共有しなきゃいけません。

高橋 2005年の介護保険法の改正で「尊厳(dignity)」という言葉が入ってきました。尊厳というのはその人らしい生き方を尊重することです。長期療養病床でオイルサーディンの様に寝かされている状態に尊厳はありません。

太田 いやいや、人工栄養、たとえば胃ろうが始まった時点で、ある意味で尊厳はなくなっているかもしれません。

高橋 モノになってしまったんですね。

太田 主体が客体化しちゃったんです。

高橋 主体を取り戻さなければなりません。認知症ケアで話題になったユマニチュード、あれは「人間を取り戻す」という意味なんです。ユマニチュードっていうフランス語は……

太田 ヒューマンを取り戻すっていうことですね。

高橋 ユマニチュードの初歩的なメソッドって……

太田 「見つめ合う」だって聞きました。

高橋 そう。女性を口説くときのように……

太田 目を見て……

高橋 手を差し伸べて。さすがフランスだと思いましたね。

太田 女性はどうするんですか？

高橋 女性も最近は男性を口説くじゃないですか。

太田 ああ、なるほど。男女平等参画社会ですからね。