

## 地域包括ケアシステムの構築 - 柏プロジェクトの研究 -



辻 哲夫 (つじ てつお)

東京大学高齢社会総合研究機構特任教授  
元厚生労働事務次官

■略歴

1971年 東京大学法学部卒業、厚生省入省  
2006年 厚生労働事務次官  
2007年 退官  
2008年 田園調布学園大学教授  
2009年 東京大学高齢社会総合研究機構  
教授・執行委員  
2011年 東京大学高齢社会総合研究機構  
特任教授

■専門

社会保障政策、高齢者医療福祉政策

■主な著書

『日本の医療制度改革がめざすもの』（時事通信社出版局、2008年）、『超高齢社会 日本のシナリオ』（時評社、2015年）

### 【要旨】

- 75歳は虚弱の入り口であり、自立度が落ち込む年齢である。自立度が落ちる主な原因は生活習慣病が悪くなることとサルコペニアに代表される虚弱化。
- 一人暮らしや高齢者夫婦ができる限り地域で頑張れる社会を作らないと今後は乗り切れない。そのためには、生活習慣病予防と虚弱予防のための運動と適正な食と社会性を維持すること。したがって外出しやすい、イベント性があるまちづくりが必要。
- 中学校区くらいの日常生活圏に、住まいがあって見守り・相談・食事といった生活支援を受けられ、必要に応じて介護・看護・医療のサービスを受けられ、年をとっても住み続けられる、これが地域包括ケアシステムのイメージ。
- 千葉県の柏プロジェクトでは、①医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護士など多職種のチームで在宅医療に取り組むこと、②拠点型のサービス付き高齢者向け住宅の設置の2点がポイント。

本稿は、2015年2月24日に実施された講演「超高齢社会における介護・医療・保健そして住まいの展望 - 地域包括ケアシステム -」に基づいて編集を行った。

## I 今後の日本の高齢化の特徴

### ■人口ピラミッドの変化

わが国にとって高齢化率が急激に上がってくるのが大きな課題だが、当面は75歳以上人口が激増するということが重要。これからは75歳以上人口がどの程度増えるかというのが地域の大きな課題の指標となる。

人口の集団としてみると、75歳は虚弱の入り口であり、団塊の世代が75歳を迎える2025年に向けて残り10年だが、どういう課題があるかということをお伝えしたい。

### ■日本人の生存率の推移

日本女性の生存率の推移から、今何が起きているかということ、要は早死が減った。75歳未満で死んだ人をみると、1965年には3分の2いた。今はたった3割。団塊の世代が90歳になった頃に日本の死亡数のピークになるが、その時には2割。死亡数が一番多い年齢は今でも男性85歳、女性90歳。要するに本当に長生きの社会となった。

そして、75歳以上の人が増えている。つまり、虚弱人口が増えている。そういう大変化がやってきている。

その過程で何が起こったかということ、一言でいうと「終戦直後は1割ぐらしか病院で亡くならなかったのが、今は8割が病院で死ぬことになった」ということ。「病院医療は何か」というとこれは「治す医療」。したがって病院医療では死は敗北。老いたが故に死ぬことは敗北か。そういう時代に死亡者をこれほどまで病院で受け止めるのがよいのか、今の病院医療だけで大丈夫かという話がある。

### ■自立度の変化パターン

私の同僚の秋山弘子先生が調査された貴重な調査に基づく、高齢者の自立度の変化パターンのグラフをみると、概ね75歳頃から自立度が落ちていく。これは、何を意味しているかということ、集団としては75歳を境にして虚弱になっているということ。基本的には75歳までは元気。ただし、75歳より前に急に自立度が落ちる集団があるが、これは生活習慣病。血管をやられるわけで、生活習慣病は「要介護の源泉」といえる。生活習慣病はかなり防げる。

75歳頃から徐々にサルコペニアといって筋肉が減り、自立度が下がる。「虚弱」と呼んでいるが、これを遅らせることが大切。介護予防といってもよいが、正確にいうと虚

図表 1

今後の日本の高齢化の特徴
・ 人生 90 年時代の到来と後期高齢者の急増
・ 団塊の世代の動き - 2025 年が目安
・ 大都市圏で迎える未曾有の高齢化
- これまでの地方圏の対応の延長は無理
- 社会的なイノベーションが必要
- 実は地方も同じ
⇒ 超高齢社会の到来は、世界に先駆けて社会システムの変革を促している

弱予防。生活習慣病の予防とともに、虚弱をいかに遅らせるかという虚弱予防を本当にやらなければ、超高齢社会は乗り切れない。

## II 今後の医療介護政策の方向

### ■高齢者介護施策の基本的な考え方

認知症の罹患は 65、70、75、80 歳と 5 歳刻みで、これまで見たデータを基に私なりに大雑把にいうと、1%、3%、7%、14%、25%といったように急激に増える。85 歳になると 4 人に 1 人。90 歳にな

図表 2

今後の医療介護政策の方向	
ー地域包括ケアの展開	
1.	生活習慣病予防及び虚弱（介護）予防が基本的に重要
2.	虚弱期のケアシステムの確立 ー日本のケアの在り方の変遷 ー地域包括ケアとその目指す姿
3.	在宅での予防から治療そしてケアまで ー私たちの生き方と社会システムの大転換が始まっている ー新しいまちづくりへ向かっている

ると 2 人に 1 人が認知症になる。認知症に対する対応ははっきりしている。薬は最小限にすること。認知症の人の誇りを傷つけないで、その人がその人らしく過ごせるように共に生きる社会を作ることが今後のあるべき方向だ。

私が厚生省に入省した 40 年余り前は、高齢者世帯は 8 割近くが子どもと同居していた。2025 年には高齢者世帯のうち、4 割近くが一人暮らし、3 割強が夫婦のみ、他世代との同居はたったの 3 割。それも 60 歳の娘さんが 90 歳の親を介護しているみたいな姿だ。みんな長生きになった。

一人暮らしや高齢者夫婦の世帯が、できる限りずっと地域で頑張れる。こういうシステムを展開しないと社会は成り立たない。これがこれから起きるパラダイム転換の最大の理由で、そうでないと社会は成り立たない。

### ■生活習慣病予防と虚弱予防

高齢期に向けては生活習慣病予防、メタボリックシンドローム予防が大切。薬は高血圧などを管理できるが、メタボで血管が痛んでいくことは薬では治せない。それを治せる方法は、1 に運動、2 に適正なダイエット。つまり肥満を防ぐということ。運動するとカロリーを消費するだけでなく、血管内の代謝がよくなる。これらのことでしかメタボの進行の根元を止めることはできない。これが最良の薬。

サルコペニアといわれ、加齢とともに筋肉が減っていく。これにはどうしたらよいか。しっかり食べることに運動すること。年をとったら、痩せぎすの方が小太りの人よりも死亡率が高い。年をとったらタンパク質をよく摂る。タンパク質を摂るといっても運動しないと食べない。ということで運動をすることも必要。高齢期になってからそういうことをやって下さいといっても、なかなか難しいという話になる。ではどうしたら

---

よいか。

### ■外出機会と健康の関係

健康長寿のための最大のポイントは、社会性を失わないこと。1日1回以上出掛ける人は1週間に1回以下しか出掛けない人に比べて、歩行障害のリスクは4分の1、認知症になるリスクは3.5分の1に減少する。楽しいことがない、会いたい人がいるわけではないので出掛けない。だから弱る。総括すると、健康づくりはまちぐるみでやらなければいけない。

SWC という言葉があるが、スマート・ウェルネス・シティー連合の意味。これは新潟県の見附市長がリーダーになって、筑波大学の久野譜也先生が一所懸命に支援している。公共交通を中心にして自動車が入りにくいまちにする。歩きやすい街路を作って歩くのを奨励する。イベントがたくさんある場所を作る。外出しやすいまち、自動車に乗りにくいまち、イベント性があるまちを作ること。

そのようなまち総ぐるみの取組みに持っていくということが重要。

### ■ケア思想の転換

ユニット・ケアをご存知だろうか。特別養護老人ホームで6人部屋とか4人部屋だったものを個室にした。ユニットごとに顔見知りの職員を置いて食事は居間に出てきて食べる。

6人部屋からユニット・ケアに変えたら、当時は多くの人が「そんなことをしたら高齢者は閉じこもる」といったが、結果は逆だった。個室のユニット・ケアにしたら、おしゃべりや歩行の歩数が増えた。これには感激した。私たちはそれまでのライフスタイルを続けて、個室に住んで必要な時に居間に行く、食事をする。こういった慣れ親しんだ生活行動を繰り返すから自立が維持できるということがわかった。

## Ⅲ 地域包括ケアシステム

### ■地域包括ケアシステム

今の医療は病気で一度寝たきりになった高齢者が早期の対応ならリハビリのおかげで回復してくる。すべての人とはいえないが、自分の部屋で自分の生活を繰り返すまでに回復する。自分の住まいなら友達も来やすいし、気ままに過ごせる。だから高齢者の笑顔が維持される。このようにして笑顔と自分らしい生活の期間を極力延ばしていく。これが地域包括ケアのイメージ。

こういった地域包括ケアを2011年に制度化した。日常生活圏を中学校区くらいの単位として、まず住まいがある。住まいがあって、生活支援という概念が大事。これは通常、見守り・相談・食事。これがないと生きていけない。普通は同居すれば家族がそういうことをやってくれる。一人暮らしが不安になると、見守り・相談・食事付きの住宅、これをサービス付き高齢者向け住宅というが、ここに住み替える。そして、必要に応じ

てそこに介護、看護、医療がやってくる。

要は今の施設とは逆転。住まいをベースにするというように変えていこうというのが地域包括ケアのイメージ。

図表 3



#### 【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須

- ①医療との連携強化
  - ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ②介護サービスの充実強化
  - ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
  - ・24時間対応の在宅サービスの強化
- ③予防の推進
  - ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護推進
- ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
  - ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進
- ⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備(国交省)
  - ・サービス付き高齢者向け住宅と生活支援拠点の一体的整備、持ち家のバリアフリー化の推進

#### ■脳卒中の場合の医療連携体制のイメージ

これをどう実現するかが、最大のポイントは医療。脳卒中の場合でいえば、高度急性期対応の病院の脳外科の手術を受ける。昔だったら亡くなったような方が、劇的な手術で車いす生活くらいまで戻る。回復期のリハビリの病院に移って3ヵ月程度リハビリしたら杖歩行で帰れる。万人に当てはまるとはいわないが、劇的に回復する。

しかしながらその人が例えば、85歳くらいになって肺炎を起こす、入院する。虚弱になっているから、絶対安静にしていたら寝たきり、認知症発症、そして病院か施設しかなかく帰って来られない。

何が問題かという、それは在宅医療がなくて、病院医療しかないからだ。在宅に来てくれるという医療があれば、話はまた違って来る。ところが、今は救急車で病院へ行くしかない。親が85歳ぐらいで入院する時は、もう家には帰って来られないということを普通は覚悟した方がよいかもかもしれない。

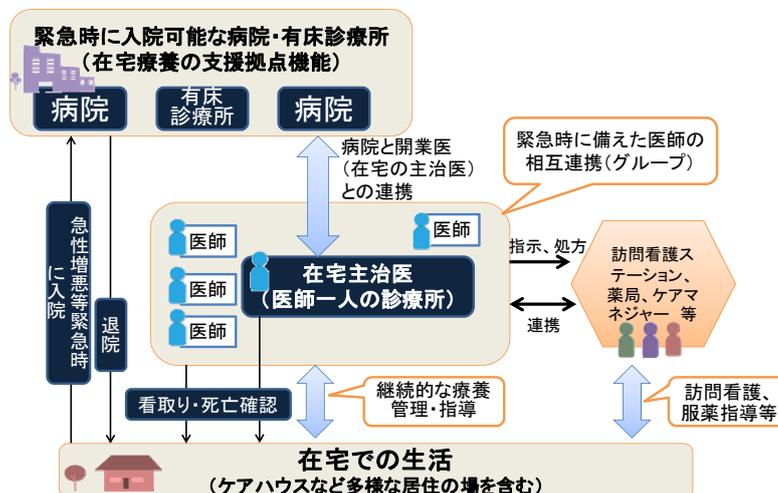
私たちは今も病院に憧れている。それだけでよいのかということが明らかに問われている。在宅医療がなければ、高齢者がどんどん一方通行で病院に行き、日本の都市部の病院は受け止められず機能しなくなる。

## ■在宅医療（終末期ケアを含む）の連携のイメージ

在宅医療は何かというと、まずは、訪問診療してくれる主治医がいるということ。在宅医療はチーム医療で行い、医師一人ではできない。訪問看護師、口腔ケアが非常に重要だが、訪問歯科医師、服薬指導をする薬剤師、それからケアマネ、訪問介護士といったように多職種が医師と連携して行う。普段医師は2週間に1回くらいの頻度で行く。つまりは在宅医療＝チーム医療で、多職種連携ということ。

図表 4

【連携を図ることによる医師一人の診療所での看取りまでの体制】



入退院を繰り返すことも多いので、入っては戻す、入っては戻すということの基本は在宅だ。本人と家族が求めれば在宅の看取りもできる。そういう仕組みをどう作れるか。これができない最大の理由は、介護保険の給付はケアマネジャーのケアプランでできているが、医療との繋ぎのコーディネーターが誰かという責任がはっきりしなかったため。今回の改革でこの医療の繋ぎをコーディネートする拠点を介護保険の仕組みとして市町村が作らなければいけないという改正法が成立した。2018年4月に全面実施される。

一方、訪問診療する主治医が一人だと「学会にも行きたい、家族旅行もしたい」ができない。そういった時に「もしものことがあったら、仲間の先生お願い」というワンポイントの助っ人がいれば安心。医師会の中でそういうグループを作らないと安定化しない。そのような課題がある。

もう一つ大切なことは、死ぬのは病院でというのが常識になっており、「在宅医療というシステムはあるんですか」というのが私たちの現状だから、市民もそれを学ぶ必要がある。

## IV 柏プロジェクトの取組み

### ■柏プロジェクトの全体像

私は5年間、千葉県柏市で柏プロジェクトに取り組んだ。この柏プロジェクトの主たるモデルフィールドはUR豊四季台団地で1964年にできた大きな団地。

団地ができたなら同時期に同じ年齢層が入るので、団地は一気に高齢化するという特徴がある。首都圏はベッドタウン都市だから、首都圏の埼玉県、千葉県、神奈川県は一挙

に高齢化が進む。これはたいへんなことで、その一番早期の開発団地の豊四季台団地をモデルにして、私たちは取り組んだ。

図表 5

<p style="text-align: center;"><b>柏プロジェクトの全体像</b> —政策の可視化—</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・理念—エイジング・イン・プレイス<ul style="list-style-type: none"><li>—できる限り元気で、弱っても安心して住み続ける</li><li>—地域包括ケアと同じ理念</li></ul></li><li>・大都市圏の典型的なベッドタウン—柏<ul style="list-style-type: none"><li>—大都市の高齢化の先取り地域としての豊四季台団地における取組み</li><li>—急速な都市の高齢化へのわかりやすいモデルを構築</li></ul></li></ul>
---

■地域包括ケアシステムとは…

柏市では 2005 年から 2025 年にかけて入院患者が概ね 2 倍近くなる。大都市圏のベッドタウンではどこかの時点で、入院が受け止めきれなくなることは間違いない。柏市医師会は「しっかり在宅医療をやる」と決断した。

もう一つ大きなポイントがあって、外来の受診率が一番高いのは 75 歳～80 歳。したがって、団塊の世代が 75 歳～80 歳を迎える 2025 年～2030 年をピークにして、外来診療の患者はどんどん減っていく。このため、2030 年以降は、医師は午前中外来、午後訪問診療をしないと収入が減る。しかし、今は外来が増えているし、忙しいから医師は在宅医療をしようとしなない。

しかし、日本の高齢化はまず 2025 年から 2040 年が勝負。団塊の世代が 75 歳を超えて 90 歳になるまでの間が日本の勝負時期になる。その時になってからでは間に合わない。今、いかにシステム化できるかが勝負。

■柏市での地域包括ケアシステムの具現化

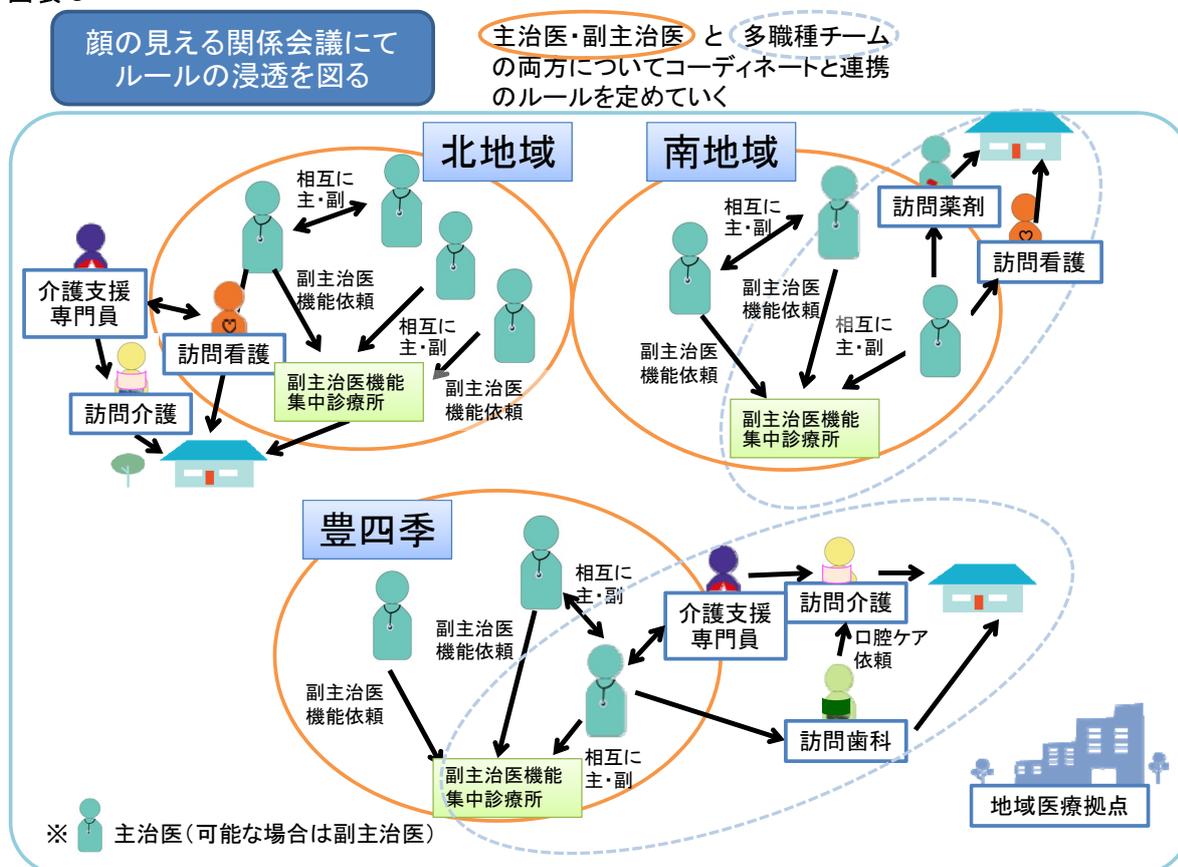
そこで、柏プロジェクトは何をやるうとしたかという、1 つ目は、「かかりつけ医中心の在宅医療のシステム化」。かかりつけの内科系・外科系の医師たちに頑張ってもらおう。「かかりつけの患者については在宅を望めば診ます」となって下さいと。しかし、一人ではやりきれない。主治医、副主治医というようにグループを組んでもらう。そして、訪問看護・介護が支える。このようにして医師が取り組みやすい環境を整える。

2 つ目は、拠点型のサービス付き高齢者向け住宅。今の特別養護老人ホームのように施設でお世話になるのではなく、「自分の部屋に住んでできる限り頑張り、自分らしい生活をする人」を外部から支援する在宅 24 時間対応の介護・看護・医療システムを作る。

この 2 つを具現化したのが柏プロジェクトの取組み。

## ■在宅医療・看護・介護の連携体制の確立

図表 6



医師会が「少しでも在宅医療をできる開業医を増やそう」という方針で在宅医療を行う医師のグループを作る。これは医師会しかできない。一方、多職種と繋がらないと在宅医療はできない。多職種を繋げるのは介護保険の仕事。地域を病院に例えると地域の病院長は医師会長。そして、事務長は市役所の介護保険担当部局。

そのようなシステムを日本中に普及させようというのが、今回の医療介護総合確保推進法による介護保険サイドの改革。また、医療介護の連携情報システムも最前線はほぼ完成に近い状態にまで構築しており、それらが互換できる基盤の整備も進もうとしている。

### ■柏プロジェクトの手順

医師が在宅医療をやるようになって多職種と組んで地域をネットワーク化するという、この作業が一番難しい。これができたらまちは変わる。

柏市に対して東大は必要に応じアドバイスをしてきたが、全部、市が自律的に動いている。これまで何をやったかという、第一段階は、地区医師会と柏市が在宅医療と多職種連携を普及するという方針を決めるということ。

医師会が立てば、次に  
 歯科医師会、薬剤師会、訪問  
 看護連絡会、ケアマネ連絡会、  
 病院の窓口担当者等、各職種  
 の代表が集まる。医師会が  
 「頑張ろう」といったら、み  
 んな「わかりました」「やり  
 ましょう」となる。そして、  
 市役所が事務局になっている  
 いろいろな話し合いが進む。

しかし、代表だけでルール  
 を作っても動かないから、ま  
 ち全体でルールが実行でき

るように、1回170人程度が集まる顔の見える関係会議をやった。柏市は雰囲気が変わった。医師会と多職種が和気あいあいと学び合う。医師会の先生もだんだんと地域の状況がわかってきた。雰囲気がよくなった。

### ■柏市－在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

成功した最大のポイントは多職種連携研修プログラム。

医師は専門医として育てられて在宅診療をやったことがない。そこで、「どうしたらやる気になってもらえるか」という研修プログラムを2年間かけて開発。内科系、外科系の医師は専門医をめざして育てているけれども、病院でたいへん幅広い症例を診ている。だから動機づけして「やってみようかな」という気になれば、在宅医療を実践できるポテンシャルは持っている。

この研修を受けた医師は、かなり高い確率で在宅医療に取り組むようになった。

### ■拠点型サービス付き高齢者向け住宅

2つ目のプロジェクトは、2014年5月に誘致したサービス付き高齢者向け住宅（以下、サ高住）で、見守り・相談・食事付き。1階に24時間対応できる訪問看護・介護、そして地元のかかりつけの開業医師が入った。在宅医療専門の診療所も地域の医師全体をバックアップするために、医師会が推薦して入れた。これらの在宅サービスがサ高住の住民を訪問するだけでなく、周辺地域の住民に対しても訪問する。

最初はこの拠点型のサ高住でサービスが使われて、徐々に周辺地域に浸透する。24時間対応の訪問看護や介護を地域でかなり使われるようになれば、このような大きな拠点を作らなくても高齢者向けに空き家の活用もできる。

「コンパクト＋ネットワーク」は国土交通省が国土再開発で提案しているが、地方は人口増加と経済発展の関係で市街地が広がってしまった。人口減少が進むと、公共施設を全部メンテナンスできない。

図表 7

柏プロジェクトの連携の場	
在宅医療を推進するためには、行政(市町村)が事務局となり、医師会をはじめとした関係者と話し合いを進めることが必要。 → システムの構築を推進するために、以下の5つの会議を設置(事務局は柏市)。	
<b>(1) 医療WG</b> 医師会を中心にWGを構成し、主治医・副主治医制度や病院との関係を議論	<b>(2) 連携WG</b> 医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院関係者、看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター等によるWGを構成し、多職種による連携について議論を行う。
<b>(3) 試行WG</b> 主治医・副主治医制度や多職種連携について、具体的ケースに基づく、試行と検証を行う。	<b>(4) 10病院会議</b> 柏市内の病院による会議を構成し、在宅医療のバックアップや退院調整について議論。
<b>(5) 顔の見える関係会議</b> 柏市の全在宅サービス関係者が一堂に会し、連携を強化するための会議。	
	

---

富山市が典型だが、中心市街地に人口を集めてコンパクトシティを作る。住みやすい便利なまちにして、周辺の集落をコンパクトシティと公共交通で繋いでサテライト化していく。これは地域包括ケアと親和的で、おそらくこういう形でまちづくりをもう一度やらなければならない。

### ■医療提供体制の再編成

何がポイントかという開業医。開業医が訪問診療をやってくれないと話が始まらない。そういう医師を増やして、訪問看護、介護といったサービスを24時間対応で整備していく。

大病院は脳外科とか、心臓外科といったものが必要な人が行くところ。これからは、肺炎、骨折、尿路感染といった高齢者に多い入院がものすごく増える。そういった患者をすべて大病院で受けたら、病院が受け止められなくなる。地域の中小規模の病院の役割は重要になる。開業医があまりいない地域では、中小規模の病院が在宅医療もやって地域の医師会の開業医の在宅医療をバックアップする。そういう改革の方向性となる。

### ■おわりに

最後に我々の生き方の問題。非常に重要なことで、地域包括ケア研究会の座長を務めた慶應義塾大学名誉教授の田中滋先生が「本人・家族の選択と心構え」ということをおっしゃっている。

これからは、親が弱った時に病院に入院してもらって、病院で看取りするのは難しくなってくるだろうという地域もある。そういう中で、「私は自分らしく過ごしたい」という一人暮らしのお年寄りに、在宅医療があり、24時間対応のケアシステムで、ヘルパーさんが朝・昼・晩・寝る前にちゃんと来る。そして「おやすみ」といって一人になり、次の朝に冷たくなっている、それは孤独死ではない。それは自分が自分らしく生活をした結果の尊厳ある死。本人、家族がそれを了解し、それを地域が理解していれば、その家族を地域は親不孝とは思わない。

こういった人生観をこれからの高齢者世代は持っていく必要があるのではないか。団塊の世代は「老いては子に従え」ではない。まず自分が、自分らしい生き方をする。自分らしい生き様を求める。そういった問題も私たちは学んでいかなければならないと思っている。

### 【参考文献】

『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』東京大学高齢社会総合研究機構編 東京大学出版会