

# 第25回 特別講演

テーマ

超高齢社会の到来と保健医療介護政策の展望



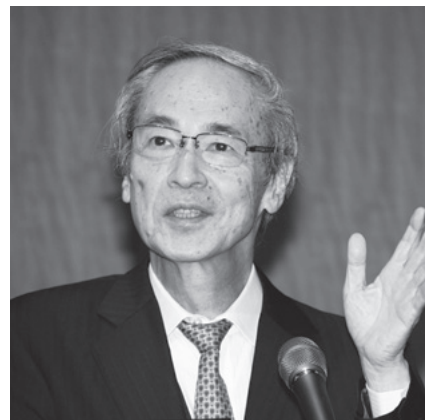
座長



永井 良三

自治医科大学  
学長

演者



辻 哲夫

東京大学 高齢社会総合研究機構  
特任教授

# 超高齢社会の到来と保健医療介護政策の展望

東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授

辻 哲夫

永井座長：それでは、ただ今から特別講演を始めさせていただきます。

本日は東京大学高齢社会総合研究機構特任教授でいらっしゃいます辻 哲夫先生をお招きいたしました。

簡単にご紹介させていただきますが、1971年に厚生省に入省され、老人福祉課長、国民健康保険課長、審議官、官房長、保険局長を経て、厚生労働事務次官を務められました。ご退任後は、2009年に東京大学高齢社会総合研究機構の特任教授として社会保障政策、高齢者ケア政策の研究を進めていらっしゃいます。また、今回の協賛機関であります医療経済研究機構の副所長でもあります。

辻先生は政策研究だけではなく、現在は柏プロジェクトという東京大学と柏市が共同で進めている長寿社会の町づくりの実証研究も進めておられます。この『25回ヘルスリサーチフォーラム』の記念の特別講演として、大変ふさわしい方をお招きできましたことを、感謝申し上げます。

本日は、『超高齢社会の到来と保健医療介護政策の展望』ということでお話をいただきます。それでは辻先生、よろしく願いいたします。

ご紹介いただきました辻でございます。永井先生、ご丁寧なご紹介、ありがとうございます。

ご紹介にありましたように、西村所長の下で、ヘルスリサーチという意味では同じような目的を持った機構の副所長をやらせていただいております、この権威ある会にお招きいただき、光栄に思っております。

## 【スライド1】

ご紹介いただきましたように、私は役人のOBでして、敢えて私の専門性は何かという、「行政技術者」と言っております。行政デザインの専門ということなのですが、そういう立場から、非常に大きな転換期にある保健・医療・介護の政策…ヘルスケアポリシーと言っていると思うのですが、この展望を、私の個人的見解が入っておりますけれども、お話

## スライド1

### 超高齢社会の到来と保健医療介護政策の展望

東京大学高齢社会総合研究機構  
辻 哲夫

したいと思います。

【スライド2】

日本の高齢化の特徴ですが、紙芝居ふうのパパッと見ていきます。

【スライド3】

これは75歳以上人口の伸びが大きいというのを見ていただきたい資料で、この「75歳～」の年齢がものすごくボリュームが大きくなっていき、人口の4分の1を占める。団塊の世代が75を超える…2030年に80歳になっておりますけれども…そのときに転換期だということで、2025年問題とされているわけですが、これが大都市圏中心で展開します。そういうことで、世界史的に見ても大変な経験を、今、日本は迎えております。イノベーションが必要です。

【スライド4】

【スライド5】

そういう意味で、日本人が、今、どういう状況にあるかということをご覧いただきたいと思います。

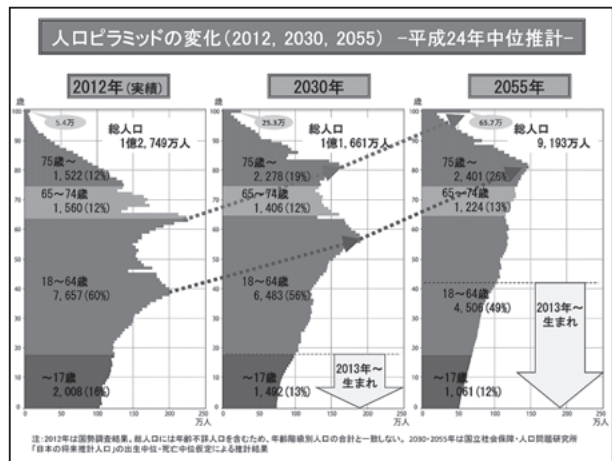
これは非常にデフォルメした資料なのですが、縦軸の1が、出生時100%生きているということで、横軸が年齢です。生きている人の割合が下がっていくのですが、1900年は三角

スライド2

今後の日本の高齢化の特徴

- 人生100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、世界に先駆けて日本の社会のシステムの変革を促している

スライド3

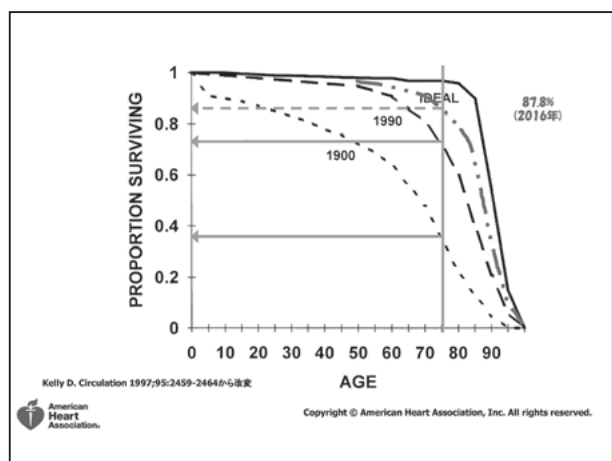


スライド4

日本人の長寿化と自立度

- 生存率曲線や死亡件数の変化から
  - 若死にが減り、老いの長期化(慢性疾患中心)へ
  - 医学医術の進歩と医療政策の成功の結果といえる
  - ➡ 医療政策の課題の重点がシフトしているが、対応できていない
- 現在の日本人の自立度から
  - フレイル予防政策と在宅医療を含むケア政策へとウイングを広げる必要
  - ➡ 在宅における医療と介護の連携が重要に

スライド5



形に近く、斜めに降りてきたということで、かなり若死にが多かった。…かなりではなくて、若死にが一般だったのですが、その後、箱型に近づいていると言われております。この二点鎖線が現在の日本の女性で、9割近くの人が75歳を超えているところまできており、箱型に近づいている。

この図で非常に印象的なのが、若死にが非常に減っていった、100歳が、今7万人ぐらいですが、2060年頃でしょうか、70万人ぐらいまで増えるということです。100歳の方は昔からいたわけですが、大部分の人が75歳を超え、相当部分の人が100歳を目指す『人生百年時代』になったという、この75歳から右側の面積の広さが大きなポイントだと思います。

【スライド6】

その中身はどうかということで、死亡件数の推計です。

75歳未満の死亡件数は少ないですよ。75歳以上の人口が増えるということで、その件数は増えるのですが、印象的なのは、やはり85歳以上人口の死亡件数がメインになっていく。そういう時代の姿です。

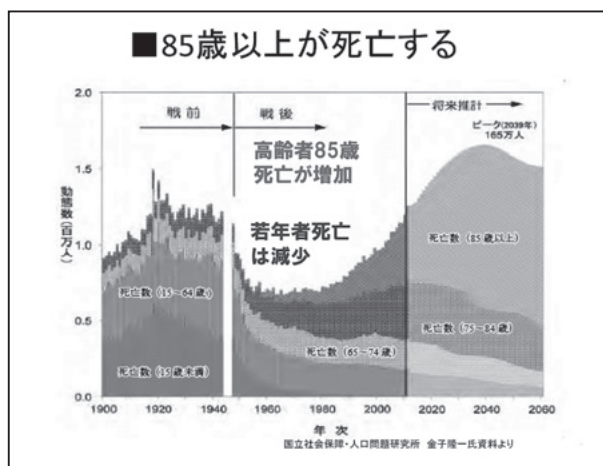
【スライド7】

現在の日本人の自立度ということで、これは、私を東大に呼んでいただきました秋山先生の調査された貴重なデータです。デフォルメした平均値ですが、男性は1割ぐらいが非常に高いレベルの自立を維持しておりますが、男性・女性共に2割ないし1割ぐらいの人が70前後で急激に重い要介護になる。縦軸が自立度です。男性の7割ないし女性の9割ぐらいが線を見たらわかりますように、徐々にレベルダウンしていくということです。

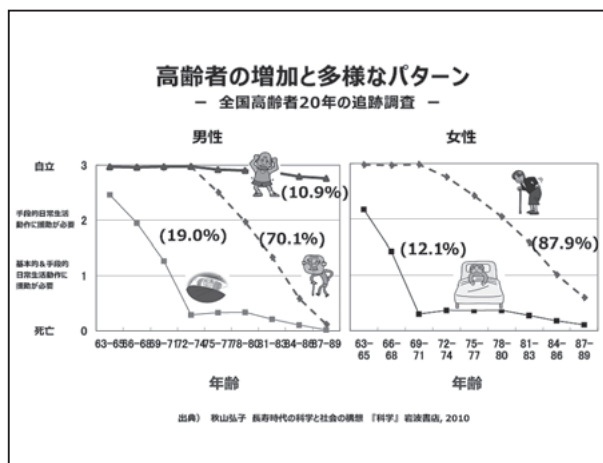
75歳以上人口が増える、100歳が増えていくというのはこのグラフの右側の人なのですが、今、元気な人もいっぱいいますが、集団としてはやはり虚弱な集団と言えらると思います。ということで、虚弱な集団が非常に増えていく社会だということでもあります。

これにつきましては、急激に落ちるのは病気・疾病で障害が生じるということですから、生活習慣病がメインだと推察されます。一方、徐々に下がる線は老年症候群とも言われて

スライド6



スライド7



おりますけども、徐々にレベルダウンしていく老いの姿である。基本的には、これからの社会像としては、生活習慣病の予防というのは優先順位トップワンです。そして、次に、この徐々に下がる線です。全体もフレイルと言えらると思うのですが、日本の老年医学会は、要介護になる直前までを敢えてフレイルと定義して、フレイルの予防が重要だと言っていますので、この徐々にレベルダウンするのを早期に遅らせる政策が重要であるということが物語られています。

しかし、不謹慎な表現かもしれませんが、最後は死ぬ以上は、このグラフの右側の1より下、要介護になった段階における生活の質も極めて大切だということも意味しております。

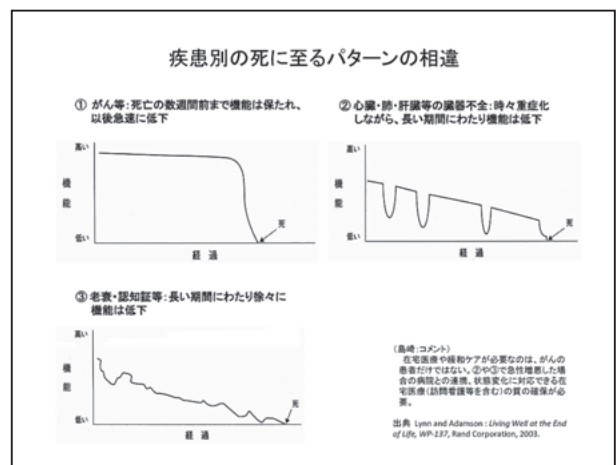
【スライド8】

これをどのように過ごすかということですが、最後のレベルに関して、有名な資料を引用させていただいております。要するに自立度が死に向かって落ちていくのが通常で、その過程にポコポコッと入院するような事象がある。病気がちでレベルダウンしていくということです。

①ががんです、がんというのは印象的ですね。最後にシュッと下がる。

いずれにしても医療と介護が連携して、「がんと共に生きる」という言葉が最近よく出ますように、病と共に、しかしQOLのある生活をする必要があるということの意味しております。がんは非常に印象的です。治療をうまくコントロールできれば、がんが一番、俗に言うピンピンコロリに近いという、非常に印象的な図だなんて思っています。いずれにしろ、そういうことが非常に、今の予防政策と合わせて重要だということです。

スライド 8



【スライド9】

もう一つ、退官時に私が頂いた資料で、非常に思い出深い資料です。

2025年には300万人と認知症は予想されていましたが、現在の予想は700万人です。ざっくり言うと、65歳から75歳未満の認知症の発症は、大体3~4%ぐらい。75歳から85歳は、ざっくり言いますと、10~20%ぐらいが平均である。85歳以上になると40~80%ぐらいの幅で平均値があるということです。確か90歳で6割、95歳で8

スライド 9

高齢者介護施策の現状と課題 ①					
<b>1. 介護保険制度の定着</b>		<b>認知症高齢者数の増加</b>			
○ 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。	2002年	2015年		
		認知症高齢者数(万人)	149	250	323
		65歳以上人口に占める割合(%)	6.3	7.6	9.3
<b>2. 介護保険制度の見直し</b>		<b>高齢者の世帯形態の将来推計</b>			
○ 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。	・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	(万世帯)	
		2005年	2015年	2025年	
一般世帯	4,904	5,048	4,964		
世帯主が65歳以上	1,338	1,762	1,843		
一人暮らし(高齢世帯に占める割合)	386	566	680		
夫婦のみ(高齢世帯に占める割合)	28.9%	32.2%	36.9%		
夫婦のみ(高齢世帯に占める割合)	470	614	609		
夫婦のみ(高齢世帯に占める割合)	35.1%	34.8%	33.1%		

割というデータを見たことがあるのですが、要するに、人生百年時代というのは、現状では誰もが認知症になるという、極端に言えばそういう社会であるということなのです。

それからもう一つ、ケアシステムの大変革が必要だというのはこの下のデータです。65歳以上のいる高齢者世帯の4割近くが1人暮らし、3割強が夫婦だけ。若い世代と言いましても60歳ぐらいの人が90歳と同居するというような世帯が3割ぐらいということなのです。2人暮らしは1人暮らしになりますので、要するに1人暮らしでも生活のQOLが確保できる社会を作らないといけないということなのです。

【スライド10】

そういうことで、医療介護政策…これは保健も含む広い意味での医療にしていますけれども、予防政策からケアシステムまでの見直しが必要だということをお話をさせていただきたいと思えます。

【スライド11】

これは生活習慣病予防のスキームですが、メタボリックシンドロームと言われる症候群の進行という共通軸の下で、行動変容が大事だ、と。一に運動、二に食事と言われるように、行動変容が大事だということが大きな政策スキームになったということですが、私は次にフレイルのお話をしたいと思います。

【スライド12】

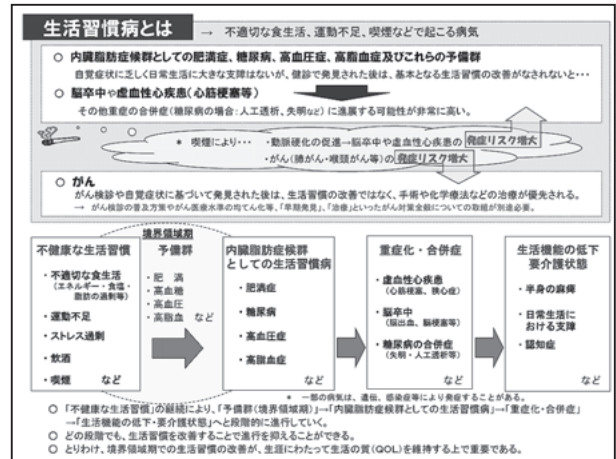
ここに虚弱化と書いていますが、昔の資料で、直しておりませんすみません。今、フレイルという言葉に変えましたが、英語を直訳すると虚弱だそうです。メタボ予防を徹底的にやるのですが、最後は、今言いましたように、徐々にレベルダウンします。急性増悪を防いだとしても最後はレベルダウンしますので、これをできるだけ早い段

スライド10

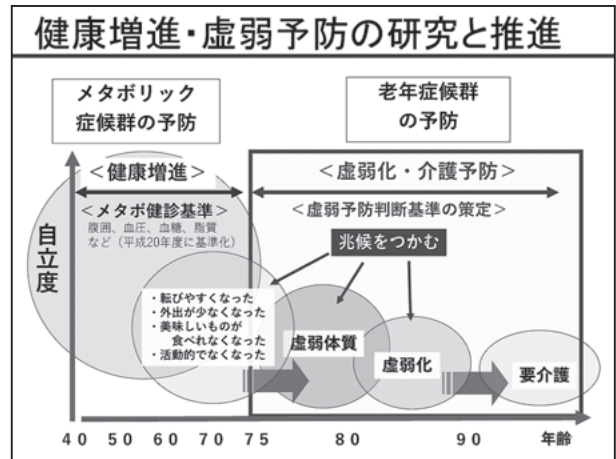
### 今後の医療介護政策の方向

1. 生活習慣病予防に加えてフレイル予防(介護予防)が基本的に重要
  - 栄養(食、口腔機能)や社会性をより重視
  - まちづくり(ゼロ次予防)へ
2. 虚弱期のケアシステムの確立
  - 日本のケアの在り方の変遷
  - 地域包括ケアとその目指す姿
3. 「治す医療」に加えて「支える医療」へ
  - 病院医療は、転換期にある
  - 医療をめぐる座標軸の拡大
  - 在宅医療の普及は、我が国医療改革の橋頭堡

スライド11



スライド12



階で兆候をつかんで遅らせる政策が必要だ。筋肉が落ちる過程が一つのフレイルの兆候ですので、やはり「筋肉が落ちてしまって」というよりも、もうちょっと手前の、可逆性のあるときの政策が大事だということです。

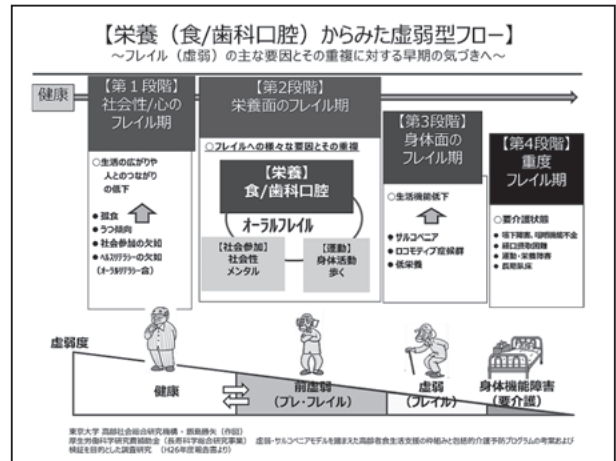
【スライド13】

これを徹底的に私の同僚の飯島先生が調査して作り上げたのがこの資料です。

要するに生活習慣病の4つの箱をもじったものです。政策のロジックが一緒だから同じように整理してみようということです。

結局、右側のほうになると要支援、要介護で第3、第4段階なのですが、生活習慣病でいえば発症です。その手前の段階で早期の予防が必要だということです。運動は共通ですけれども、食のほうはタンパク質と野菜をしっかりとることにギアチェンジすると、口腔機能が弱っては話にならないということでこれが出てくる。それからもう一つは社会参加ということが大きく出てまいります。

スライド 13

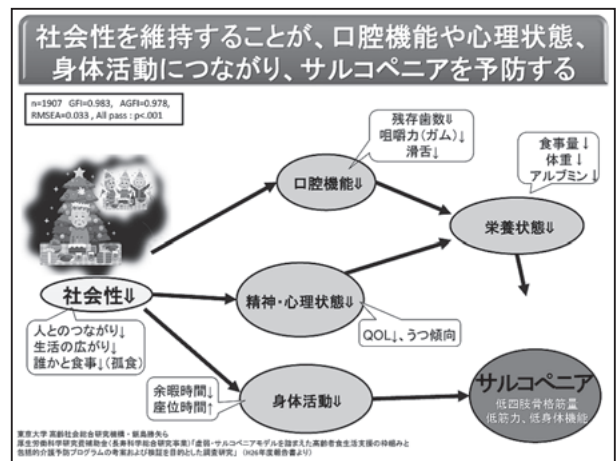


【スライド14】

その点を政策に持っていきたいわけですが、飯島さんが徹底して、柏スタディという1人200項目のデータを蓄積して時系列で分析しているところによりますと、サルコペニア、つまり筋肉減弱症に向かう中で、アルブミンが減るなどというのは最後の最後で、その手前に、一般論的には、ルートとして重要なことは、口腔機能が低下している。その手前に人とのつながり、生活の広がり、社会性が落ちている。そのように、いわゆる個人のエビデンスデータの集積から解析しました。

そういうことで、口の機能を大事にしましょうね、閉じこもらないようにしましょうね、ということが非常に重要だということが分かってまいりました。

スライド 14



【スライド15】

飯島先生は、研究の過程でフレイルチェックというシステムを考案されました。写真は

ボランティアですが、先生はたまたま講演で見ただけで、基本的にはこのボランティアの方が、こうしていろいろな、今言った3つの柱の兆候について、専門職でなくても測れる項目をチェックして、赤、青で、ちょっと問題になると「赤だ。気を付けましょう」と。これは病気ではないので、同じ目線でやりますので、非常に、気付き、自分ごと化ということを促進しております。

典型的にはふくらはぎの指輪っかテスト…これがポイントなのですが、腹囲の代わりに指輪っかでふくらはぎの太さを測ります。これがグスグスだと問題だというデータが出ました。そういう考案をして、フレイルチェックを日本中に普及するというので、「フレイル予防政策が生活習慣病に加えて大政策として必要だ」ということを、今、主張しております。

【スライド16】

これは旧都老研の有名なデータですが、高齢期で1日1回以上出掛ける人は、1週間に1回しか出掛けない人に対して、いわゆる歩行障害のリスクは4分の1、認知症の発症リスクは3.5分の1だと。これは非常に印象的です。基本的にはフレイル予防イコール認知症予防ということとも言えると思います。

そういうことで社会性が大事だ。閉じこもらないことが非常に重要で、ヘルス政策としては、もちろん二次予防も重要なのですけれども、一次予防…その手前の、言ってみれば個々のハイリスクグループをつかまえて介入する手前の段階で集団的に地域を行動変容させていくことが重要だということです。

最近ではゼロ次予防という言葉も出ていますが、本人が自覚しようがしまいが歩きやすいとか、本人が自覚しようがしまいが出歩いてしまうような、あるいは、行くところがあるような、こういうコミュニティー政策が重要だということを、今後展開する必要があると思います。

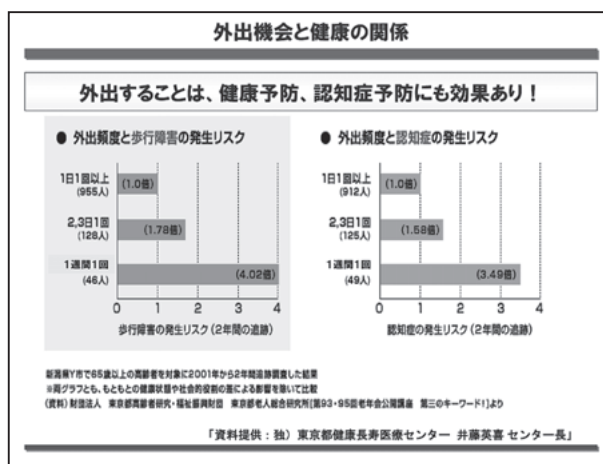
【スライド17】

これは、東大の研究者からもらって、「映していい」と言われた資料なので映しますが、

スライド 15

スライド 15の概要: 柏市 介護予防事業の一環としてスタート【サロンにおける健康増進の機運づくり】。『栄養(食/口腔)・運動・社会参加』の三位一体複合型アプローチによる総合的な一次予防。スライドには、高齢者が参加するサロンの写真と、健康チェックシートやメニューのイメージが示されています。

スライド 16





死亡率を下げる効果も、飲酒だとか禁煙よりも人間関係…人と人とのつながりのほうが効果が高いというデータです。どういうふうにかこのデータが作られたのか知りませんが、非常に印象的です。人間関係の重要性、あるいはコミュニティの重要性ということが非常に分かってまいりました。英国の孤独担当大臣ができたというのも、恐らくこういうエビデンスに基づくものではないかと私は想像しております。

そういうことでして、敢えて言いますと、三次予防と言われたりハビリも、最終的には社会、町づくりみたいな方向まで…地域リハという言葉が出てきておりますけども…論理化し、展開していく必要があることを示唆しております。

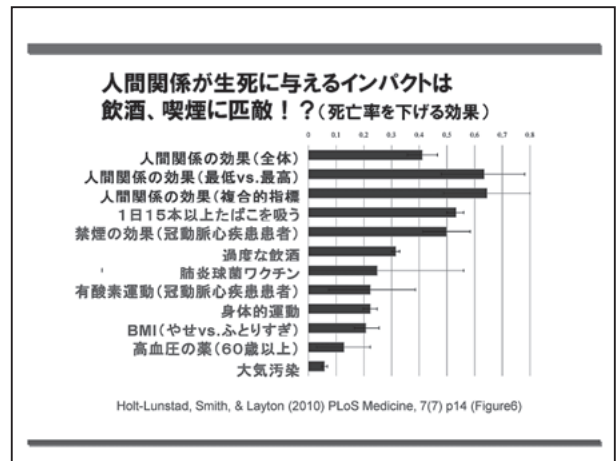
【スライド18】

ケアのほうですが、これをご覧いただきたいと思います。小規模多機能居宅介護という資料です。

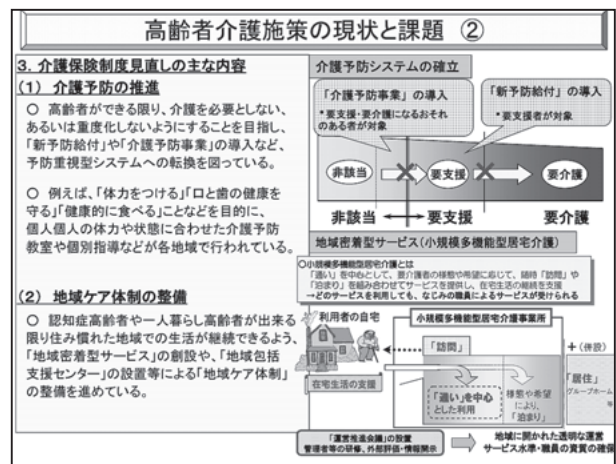
これは非常に画期的な2006年介護保険改革の資料で、ちょっと介入ポイントが最初は遅すぎた感があるのですが、介護予防を導入したことで、もう一つ、こちらです。ユニットケアという言葉が皆さんご存じだと思いますが、この絵の説明の前でお話したいのは、特別養護老人ホームは今まで大部屋が大部分だったのですが、外山義という今は亡き研究者がスウェーデンからユニットケアシステム、すなわち個室を原則として、グループごとに顔見知りのケアワーカーを置いて、しかもグループごとに居間で食事をする、帰りたいときだけ個室の部屋に帰るといったケアシステムに特養を変えて、タイムスタディーをやった。そうすると、歩く歩数も会話量も増えていた、と。非常に私たちも感激しました。

結局は、デンマークの高齢者ケアの三原則が有名ですが、それまでのライフスタイルを継続するのがポイントだ。そうすると、住まいに住み続けるのは当たり前のごとして、1人暮らしを念頭に置いていいと思うのですが、1人暮らしでも住まいで…借家でもいいですが…日常生活を繰り返すのを支援する。従って昼間出掛ける、調子悪くなったら訪問する、あるいは、ちょっと調子悪いときはお泊まりして食事の調整とか、親族との調整をするという感じで、小規模で多機能の所で在宅生活をケアするという方向にケア思想

スライド 17



スライド 18

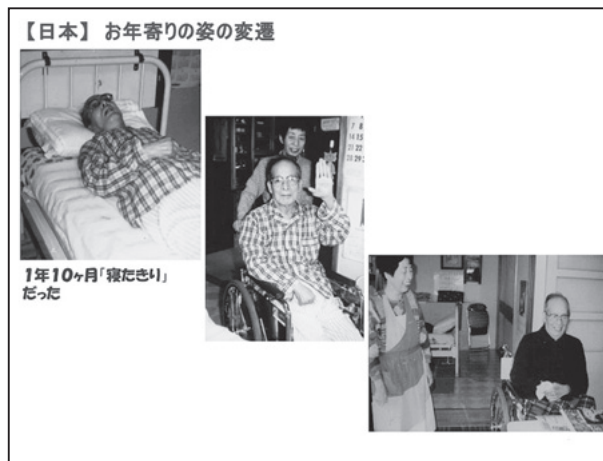


は大転換したわけです。

### 【スライド19】

これはお許しを得て、大熊由紀子さんからお借りして、もちろん許諾を得て映している写真ですが、この人は体力のあるときに恐らく脳卒中で倒れて、体力のあるうちだったので、リハビリで1年10カ月寝たきりだったのに、起きたのですね。この後から時間がたっていますが、この表情をご覧くださいと思います。この人は、明らかにこの人の部屋で生活を繰り返しているのですね。これはひょっとしたら奥さまかもしれません、これは朝・昼・晩・寝る前と来るヘルパーさん。この人は車いすですけれども、こういうライフスタイルで自立している期間をできる限り長くしていく。そして生活を享受する。こういうシステムに意図的にもっていかない限りは、超高齢社会はのりきれないということです。

### スライド 19



### 【スライド20】

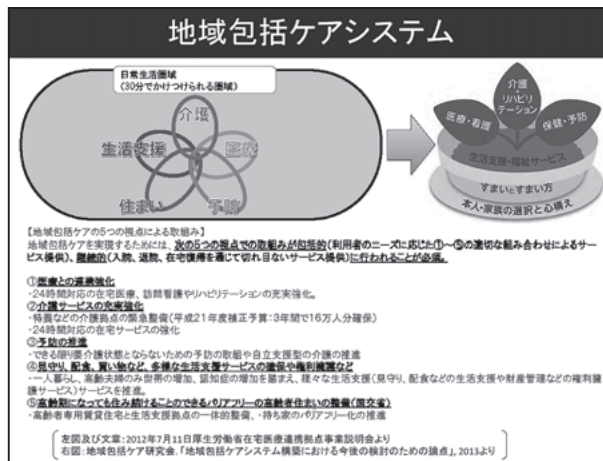
それで、地域包括ケアシステムということですが、地域包括ケアシステムの思想は進化していると田中滋先生はおっしゃっています。

最初は30分で駆けつけられる圏域が示された。やはり、地域包括ケアシステムを示した政策で非常に大きなスキームは、日常生活圏域という概念を出したことだと思います。大体、中学校校区を単位にケアシステムを考えていくというのは、日本の今後の大きな骨ですね。そう私は思います。

まずはケアです。介護。どちらにも入っているのが看護が隠れていますが、介護・看護・医療が行ったり来たりするというのが強調されているのですが、今は、こちらの右の図のほうに進化しております。

この図のケアシステムの皿の部分に、自己決定といわれる本人の生きざま、それから、住まいに住み続ける、そして、その地域は…これはちょっと古いデータで、今は生活支援、介護予防と用語が直っています。要するに、自助・互助です。自分たちが弱りにくいコミュニティを作る。ケアサービスが必要になる手前で、弱りかけたときに困り事が出るわけです。買い物とか、ちょっとした電球の取り換えと

### スライド 20



か、こういう困り事を地域でどのようにやっていくか、その困り事の過程でフレイルをどう予防するか。この絵で土で表現されている地域の自助・互助のシステムの重要性をきっちりしないと在宅ケアシステムである葉っぱも枯れてしまうのです。

ということですので、結局、日常生活圏単位にこういう生きざま、ケアシステムを構想するという形で日本の政策は進んでおります。しかし、これがうまくいくかどうかです。

【スライド21】

そういう中で非常に大きなポイントが医療です。

特に、在宅医療という話をさせていただきたいと思います。

急変時に病院に担ぎ込まれるわけですが、脳卒中の場合、今は劇的な手術と回復リハで、つえ歩行で帰ってくる。しかし、80代ぐらいで肺炎で入院すると、これは病院が悪いのではないのですが、絶対安静にすると寝たきりになって、認知症が出て、家には帰ってこれないということで、今に、病院と病床が不足してきて、大都市圏で大変なことになります。欠けているのは、やはり、かかりつけ医による訪問診療です。これがあれば、肺炎だってコントロールはかなりできるそうですし、もっと言うと、「どうも、私、これ以上は病院は嫌」とおっしゃった本人・家族が望めば在宅看取りも可能である。今は、かかりつけ医の在宅医療がやはり抜けている。一般的には、今は救急車で病院に行くしかない。在宅医療が不足していることが大きなポイントです。

スライド 21

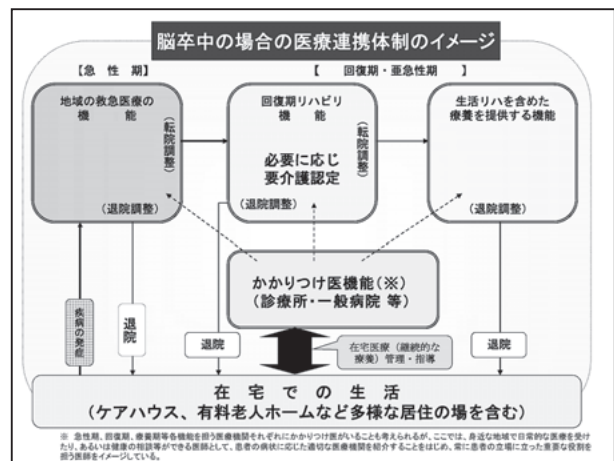
### 医療政策が問い直されている

- 医療機能の機能分化と連携  
-最大の欠落点=在宅医療
- 在宅医療とは何か  
-生活者と病人  
-「治す医療」から「治し支える医療」へ  
→病院医療と在宅医療の相互理解と連携  
→医療の座標軸は拡大する  
→在宅医療は、専門医の総合医化の機能も果たす

【スライド22】

在宅医療が必要なのは、病院と施設が困るからだけではなくて、がん末期を思い浮かべていただきますと、ノーリターンになったときに、病院にいれば、病院が悪いわけではないのですが、朝から晩まで病人として過ごすわけです。しかし、在宅だと、私はいつも言うのですが、足元にペットがウロウロしている、それから大音量の音楽も聴ける、調子がよければアルコールを飲んでも叱られない。その人は生活者ですよ。さっき見ていただいた、あの笑顔ですよ、あの老人の。こ

スライド 22



ういう生きざまができるように、私は在宅医療が必要だと考えております。しかも、そういうことを望む市民や、とてもいいことだと理解する市民が育っていく必要があるということです。

【スライド23】

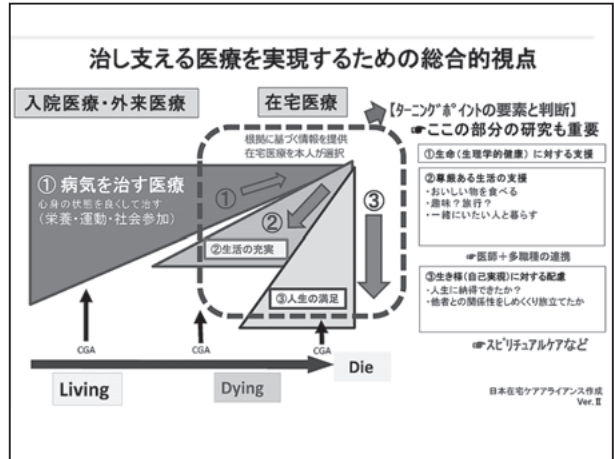
医療そのものもそういうことでして、今までは病気を治す医療が中心で、それは今後とも重要なのですが、治療による回復の余地がなくなった時の死に向かう過程を治すわけにはいきません。そういうときに、やはり生活の充実、人生の満足、納得したか、こういうことを視野に入れた医療というものがが必要です。正確に言うと在宅医療を含む在宅ケアシステムが必要です。これは看護・介護と連携した多職種連携で、しかも、評価軸もあえて言うとうとQOLです。生活の質。救命延命だけでなく、生活とか人生というものを視野に入れた、ここを論理化した、もっときちっとしたシステムにしていく必要がある。

これは、われわれの非常に大きな、今現在おかれている挑戦でして、いわゆる多職種連携と言われておりますが、あるいは、医療・介護の連携と言われて、そこがポイントになっております。

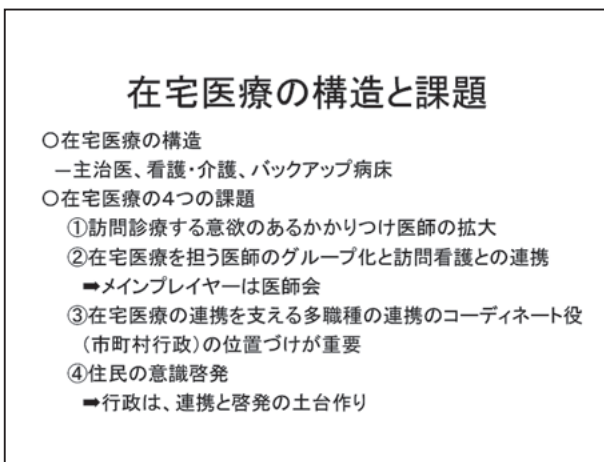
【スライド24, 25】

後はもう簡単にしておきたいと思いますが、その構造は、ともかくお医者さんが行ってくれないと具合悪い。1人ではきつからグループ化する必要がある。実際に行くのは訪問看護師さんあるいは介護士さんで、この医療・介護の連携が重要である。バックアップ病床も重要である。市民も理解する必要がある。これを一挙にやらなくてはいけないわけ

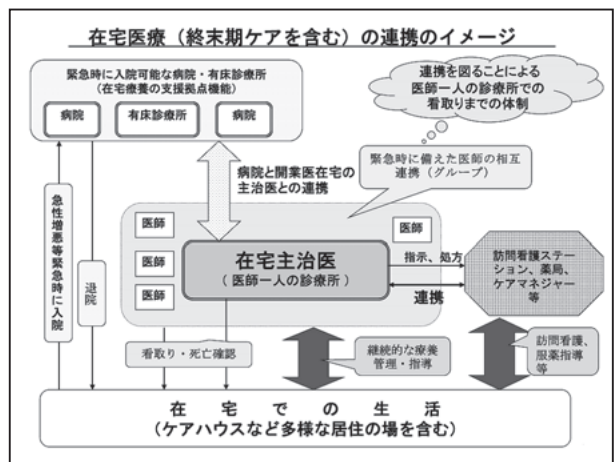
スライド 23



スライド 24



スライド 25



で、これを、今、一生懸命やっているわけですが、大きなポイントは、今まで医療と介護をつなぐのは誰かという責任者がはっきりしなかった。これは、結論として、市町村と決めた制度改革をやった。これはかなり大きなことです。在宅医療介護連携推進事業というのを今年度から施行している。これは実はかなり大きな改革で、今、日本がそちらに向かおうとしています、一応私は、9年ほど前からこれをモデル化したいと思い、柏で取り組んできました。それを簡単にご説明します。

【スライド26～29】

柏は、75歳以上人口が急増する首都圏ベルト地帯の一つの代表地域でもあり、その中の、また代表地域の、高齢化率40%を超えているUR団地を念頭に置いて取り組みました。

団地の高齢化は急激にくる。すなわち、ベッドタウンの高齢化は急激にくるとというのがポイントなのです。東大が応援して、やはり日中は出掛ける社会を作る。今、言いましたようにAging in Place、つまりできる限り最期まで住み続けられるまちづくりを念頭に置いているのですが、今日は弱った場合のケアシステムのほうのモデル化をお話したいと思います。

スライド 26

### 柏プロジェクトの全体像 —政策の可視化

- 理念—エイジング・イン・プレイス
  - できる限り元気で、弱っても安心して住み続ける
  - 地域包括ケアと同じ理念
- 大都市圏の典型的なベットタウン—柏
  - 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
  - 急速な都市の高齢化へのいくつかのモデルを通して今後の地域政策の在り方に見える化(可視化)

スライド 27

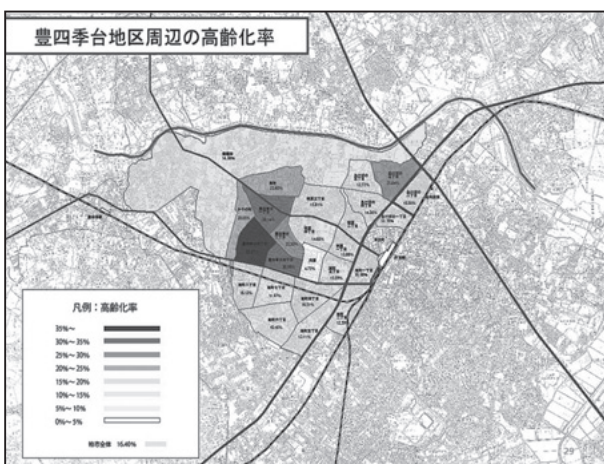
### <柏プロジェクト> 千葉県柏市

都心から30キロ圏。電車で3-40分。東京近郊都市として発展昭和30年代後半より急速に人口増。現在人口約40万  
高齢化率 2010年約20%→2030年約32%

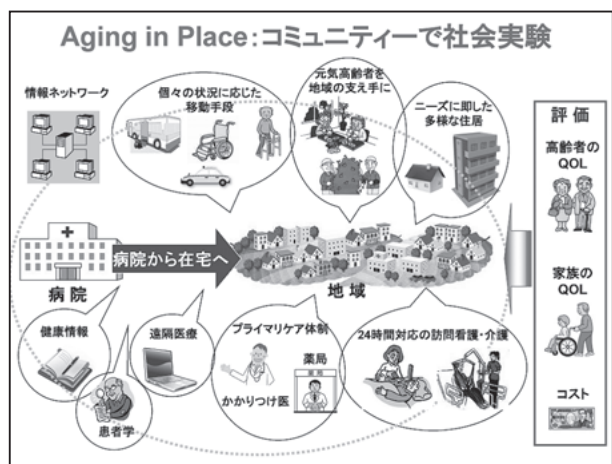
#### 豊四季台地域

JR柏駅の西側、徒歩約12-20分に位置する旧公団開発の大規模賃貸団地「豊四季台団地」(管理開始昭和39年)およびその周辺の住宅地でマンションや戸建てが混在。  
豊四季台団地は高齢化率40%、周辺地域は20%弱。団地は現在UR都市機構による建替えが進んでいる。

スライド 28



スライド 29










**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**

主催： 柏市医師会、柏市  
 共催： 柏歯科医師会、柏市薬剤師会、柏市訪問看護連絡会、  
 柏市介護支援専門員協議会、柏市在宅リハビリテーション連絡会  
 後援： 国立長寿医療研究センター 協力： 東京大学高齢社会総合研究機構

<p><b>1日目</b></p> <p>○午後半日で開催 ※近年は1日</p> <p>○内容</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療が必要とされる背景(講義)</li> <li>地域資源マッピング(GW)</li> <li>領域別セッション(講義・GW)</li> <li>懇親会</li> </ul> 	<p><b>実習</b> (医師のみ)</p> <p>○3時間×2回 ○以下のメニューから選択</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>訪問診療同行</li> <li>訪問看護同行</li> <li>ケアマネジャー同行</li> <li>緩和ケア病棟回診</li> </ul> 	<p><b>2日目</b> (1日目の1~1.5ヶ月後)</p> <p>○終日開催</p> <p>○内容</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療の導入(講義)</li> <li>多職種連携協働:IPW(講義)</li> <li>領域別セッション(講義・GW)</li> <li>実習振り返り(GW)</li> <li>在宅医療推進の課題とその解決策(GW)</li> <li>制度・報酬(講義)</li> <li>修了証書授与</li> </ul> 
--	---	--

**真の地域包括ケアを目指して**

- 在宅医療の確保と併せて、地域(在宅)のできる限り住み続けるシステム構築の戦略の見える化を  
— 中低所得の高齢者の行き場？
- 柏プロジェクトからの提案  
— 地域における在宅拠点の整備構想へ

しました。当時国立長寿医療研究センターの総長の大島伸一先生を開発委員長にして開発しました。

医師はものすごく修練されているので、現場に出れば臨床はある程度分かるのです。医療のスキルに関してはものすごく修練を受けている。現場に出るのを半日2回やって、あと2日はグループワークなのです。多職種とグループワークをやる。これをやりますと、医師は本当に気付いてまいります。多職種も気付いてまいります。このグループワークはものすごく大事だということで、これは新しい手法ですね。

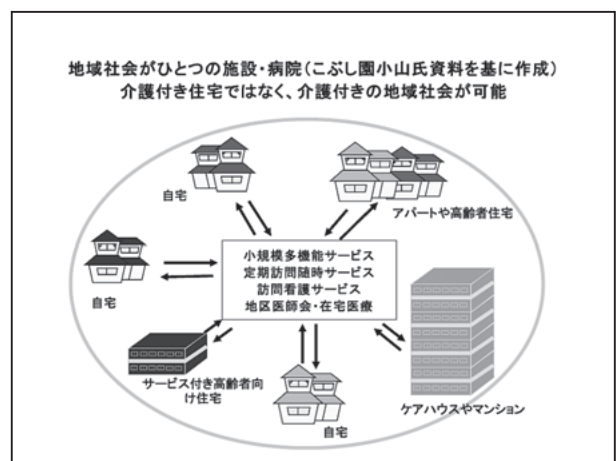
これが柏を変えていった。

このカリキュラムの研修プログラムを日本中に普及する努力をいたしております。これがポイントです。

【スライド 39】

在宅医療と併せて、介護の24時間対応が必要なのですが、結論から言うと、今言った小規模多機能と、そのうち来られなくなりますので、定期巡回がいます。介護の定期巡回随時訪問サービスが。そして、医療が必要になるので、訪問看護と地域の在宅医療。これらがパッケージになって地域をカバーすれば、これは小山という私の尊敬する人の書いた絵なのですが、地域が一つの施設あるいは療養病床になる。こういうシステムにしないと、大都市圏は所得の低い人はサ高住とか有料老人ホームは行けないので困ってしまう。どこ行くのですか。大都市圏の急速な高齢化はこういう形で地域を作り直すことをやらなければならないと、私は確信します。

スライド 39

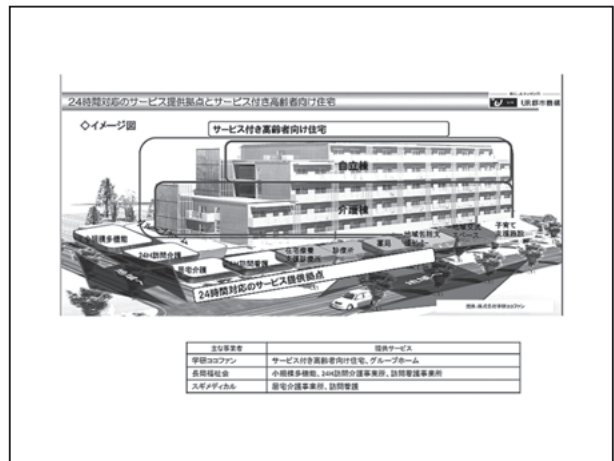




スライド 40



スライド 41

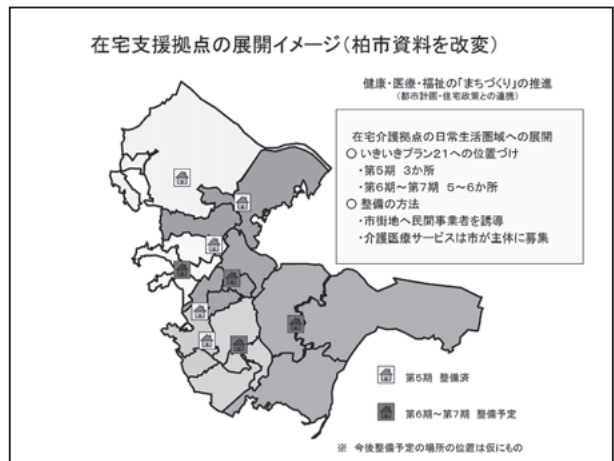


【スライド 40～42】

豊四季台団地の真ん中の、建て替えて空いた空き地にこういうものを誘致しました。ちょっと大きいのですが、サービス付き高齢者向け住宅…高齢者向けの賃貸住宅です。ここに小規模多機能、定期巡回、それからもちろん24時間対応の訪問看護、この3つのコアサービスをコンソーシアム方式で1階に入れました。サ高住の住人はこのサービスがもちろんバックアップする。今でも看取りはちゃんとできますが。

そしてこれらのサービスが周辺の地域に出るということにしまして、そのような拠点を柏市の各地に高齢化に対応して作っていく。そして都市そのものを、いわば住み切れる都市にしていくということです。こういう形で、今、政策をモデル化しております。

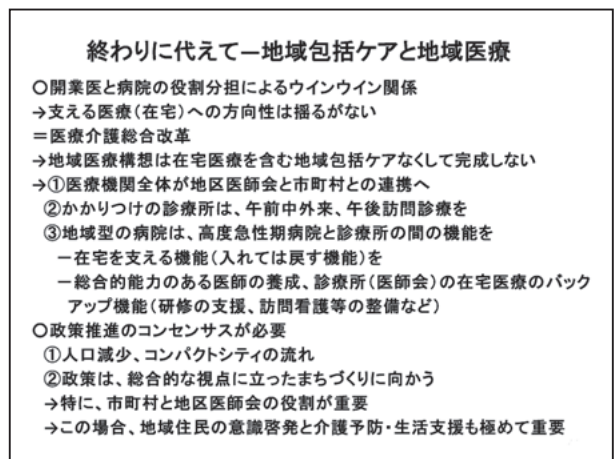
スライド 42



【スライド 43, 44】

まとめたいと思いますが、結局、これからは医療がものすごく重要でして、多くの病院長さんが憧れた高機能病院というのは依然重要ですが、これから必要なのは地域型の中小規模の病院です。そして、これがバックアップして1人開業医が多職種と連携して日常生活圏単位で地域医療をカバーしていく。この地域の中小規模の病院は日常生活圏単位に必ず一つでなくてもい

スライド 43



いですが、これが重要です。

こういう連携システムを作るということで、今の医療制度改革は確実にこういう方向を目指しています。しかし、そのことがよく理解され、2025年を大きなターニングポイントとして、全国に普及するかどうか。これはかなり正念場です。私達は今本当に頑張らなければいけないと思っています。

【スライド45】

これは2040年の姿です。これに私は衝撃を受けるのですけれども、現在は10都県ぐらいが人口が伸びておりますが、2040年は東京都を含めて全都道府県の人口が減る。東京都なんかも、減り始めます。全都道府県が人口減少。しかも、ものすごい年率で下がってまいりまして、高齢化率もすべての県が今の秋田県を超えるということです。これは異次元の世界です。これがやってくるのですよ、確実に。

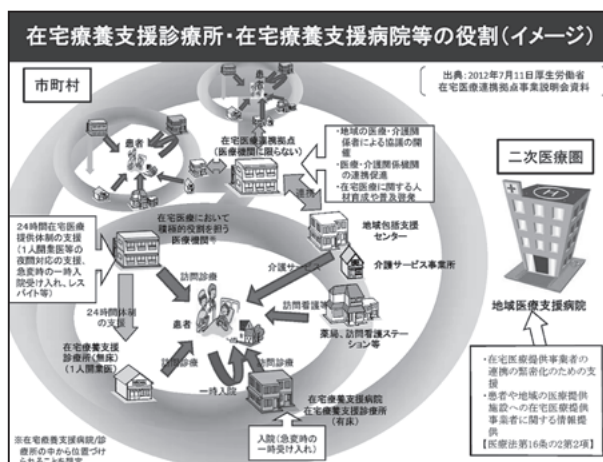
【スライド46】

ということで、恐らく、コンパクトシティという方向は非常に正しくて、日常生活圏のいわば集合体であるコンパクトな町と、そこから離れたところはサテライトにして、ICTと公共交通でつないで、在宅サービスは拠点のサテライトとする。本当にこういう町づくりの時代になるのではないかと思います。

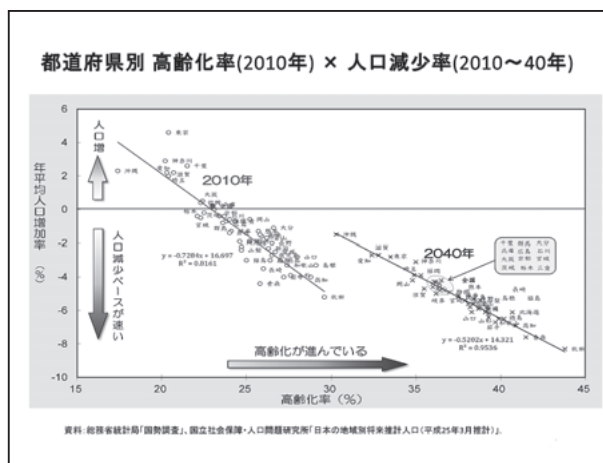
これを日本が成功すれば、恐らく、急速に都市の高齢化が進むであろう東アジアの一つのモデルになると考えております。

そのようなことで、今後は、キーワードとしては、医療が予防からケアまでウイングを拡大する。医師というのはものすごい広い可能性を持っておりまして、医師が意識を変容

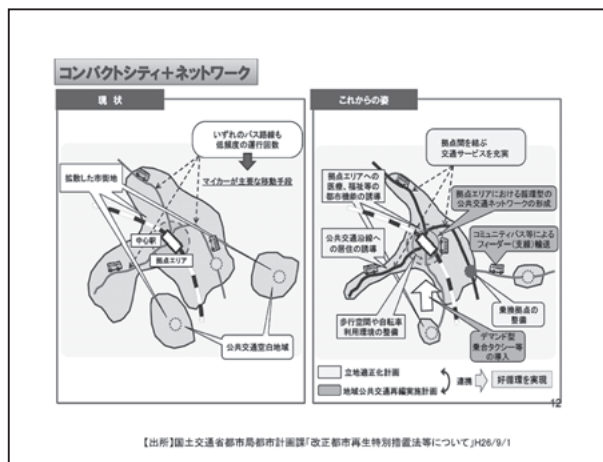
スライド 44



スライド 45



スライド 46



し、そして、多職種が総絡みで町づくりに向かっていく。しかも、恐らく町づくりのコアは、今言ったような、病院と開業医さんと多職種が適切にレイアウトされていく。こういう方向にトータルとして研究も進んでいく必要がある。

政策技術者として展望を述べさせていただきました。

どうもご清聴ありがとうございました。

## 質疑応答

**永井座長：** 辻先生、大変素晴らしいお話をありがとうございました。先ほど先生は、普及がなかなか難しいんだというお話でしたけれども、何から手を着けていったらよろしいでしょうか。柏市はこれだけ歴史も積まれて、先生がたも参加されているわけですが、地方都市で、これをどう取り組んだらよろしいか、どこから手を着けたらよろしいでしょうか。

**辻：** 一つは、日本中にかなり大きな影響を持つべき存在として、もちろん、まず行政として市町村長、市町村の職員が絶対気が付かなければいけないのですが、もう一つ大切なのはお医者さんなのです。お医者さんが本当に地域全体をどう考えるか。在宅医療が必要だと、あるいは、病院と開業医の地域デザインが必要だということを理解されれば、かなり日本は変わります。ということで、市町村長、それから、医師、この意識改革ですよ。市町村長が早く気が付いた市町村の市町村民は幸せになれるけれども、ちっともこういうことを考えてくれない市町村はかなり暗いですよ。これが1番目。大基本です。

それから2番目は、結局、今見ていただいた笑顔の写真も、あの方が亡くなる過程で最後まで必要なのは、まず医師が見守っているということ、そして、日々必要なのは介護なのです。先ほどの写真の方が寝る前にちゃんと見てくださって、朝起きたときに見てくださる方がいるかどうかということなのです。

やはり、24時間の在宅ケアシステムが必要です。私はデンマークのアナセンという老人ホームを廃止した厚生大臣とお話したことがあるのですが、「施設は人を弱める」と言われました。かなり刺激的な言葉ですが、要するに、人間が自分の生活を自分でしようとするプログラムがない状況においては、人間は弱るといふことなのです。従って、支援が来なくてはいけない、その人の生活の場に。実はそのシステムが日本は遅れている。小規模多機能居

---

在宅介護と24時間対応の看護介護のデリバリーシステムをきっちり地域ごとに普及しなくてはいけない。これが遅れているということです。この看護とケアの24時間対応のデリバリーシステムが各地域にできるかどうかのポイントです。システムとしては、本当に厚労省は一生懸命改革しております、形としてはここまできている。小規模多機能も全国で、まだ少ないですけど6000ぐらいできた。コツコツいつているのです。だけど弱い。ここをどうするかということですね。地方都市は、コンパクトシティという形の中でこれを実現することとなると思います。

やはり本当は、社会福祉法人に頑張ってもらいたいのですが、いまいち社会福祉法人の動きが弱い。これが難しいのです。ということで、このところ、実際は株式会社はかなり頑張っているのではないのでしょうか。私は医療法人も、気が付いた優秀なリーダーがいれば、どんどんやっていくと思います。その辺りの24時間ケアシステムが、2025年への、もうカウントダウンに入ります。そこへそのレイアウトの見通しが付くかどうかですね。

定期巡回という24時間行ったり帰ったり、北欧などでは常識的なシステムだそうですが、これがなかなか普及しないのはリスクというか、そこへ成長するまでの経営がなかなか難しいのです。それで止まっている。私は小規模多機能の訪問機能を、必要に応じて必要な分拡大していくように制度を変えていけば、かなり日本のケアシステムは変わるのではないかという考え方をしていますが、残念ながらそれは実現しておりません。

いずれにしろ、24時間対応の在宅系のケアシステムを早く見通しをつけて、これを日本中に普及するという政策をやれば、私はいけると思います。30～40年かけて介護保険はここまできたわけですから。というふうに私は考えております。

**会場：** 本日、非常に有意義なご講演をありがとうございました。私は、福島県の中核病院で総合診療医、総合内科医として、日々、先生の今おっしゃられたようなフレイルな患者さんを診ていて、本当に地域包括ケアと多職種連携の重要性を日々感じています。

先生が言われるように、在宅医が非常に中心になって頑張っていくといかないという現状があると思うのですが、一方で、現在の専門医制度の改革で、非常に若手の医師が大学に戻って循環器とか消化器とか、専門性の高いところばかり目指すような制度改革になっています。日本の専門医制度の改革自体が、先生の言われるようなシステムと真逆の方向に走っているような気がします。今、総合内科をしながら高齢者を診ていくという後継者が非常に少なくなっているような気がして心配しているところなのですが、その点に関して、先生、何かありますでしょうか。

**辻：** 貴重なご指摘ありがとうございます。そのとおりです。永井先生は一番そのことを理解されている方なのに、すみません。一番理解されている永井先生

の顔を見て言うのはよくないと思うのですが、医師の改革が必要だというのはそこなのです。

結局、今までの日本の医療文化なのでしょうね。ともかく臓器別の縦割りで、専門医にならないと気が済まないというような風潮ですね。これは、突然変わることなんてないというぐらい強い風潮なのです。もちろん、総合医を育てるという努力は絶対にやるべきなのですが、それだけでは間に合わない。多くの開業医については、臓器別の専門医として病院で修練した方が開業しているというのが日本のキャリアパスになっております。しかし、その開業医が地域で在宅医療もやる医師に変わってくれば、かなり変わるわけです。従って、専門医として育った医師…特に内科系、外科系の医師を、在宅医療を通して方向として総合医化していくという戦略を意図的にやらなければ間に合わない。

これが私が在宅医療に夢中になる理由でして、それは私は可能だと考えているのです。医師は気づけば総合化する能力は確実にあるということで、これをどのようにするか。そうすると医師会の役割が重要なのです。地域の開業医をいわばネットワーク化しているのは医師会ですので、医師会が大事だと。医師には、総合医化するポテンシャルな能力はある、間違いなく。医師会を通して意識転換して地域医療のあるべき構造に乗せれば変わるということです。

一言で言えば、そういうスキームで、大学病院だけではなくて高機能病院が育てた専門医が将来は、全員でなくていいのですけども、開業医として在宅医療に向くという路線を引いていただければ、政策は必死に在宅医療の普及に向かいますので、うまくマッチするのではないかと。ぜひ、その辺りを、医育関係者がキャリアパスとして認識すると同時に、地域の関係者に訴えていただきたいと思います。

**永井座長：** 専門医制度は政策ではないのです。私は2、3年前に厚労省の委員として関わりましたけれども、専門医制度はプロフェッショナル・オートノミーであって、行政は口を出すなということになりました。そこで議論が止まってしまったのです。ですから、まさに辻先生がおっしゃったように、オートノミーの問題である以上、医師の意識改革が重要だということへ戻ります。

**辻：** ありがとうございます。何卒よろしく願いいたします。

**永井座長：** それでは、時間になりましたので特別講演を終了させていただきます。辻先生には健康医療介護政策の現状、展望、新しい試み、さらに処方箋までご提示いただきありがとうございます。  
辻先生、どうもありがとうございました。