

# 6. 地域包括ケアシステムをどうつくるか — 柏市における取り組みの現状と展望 —

吉江 悟\* 飯島 勝矢\* 辻 哲夫\*

(\*東京大学 高齢社会総合研究機構)

## 都市部の急速な高齢化と地域包括ケアシステム

日本の総人口は2007年を折り返し地点として今後減少が続く一方、高齢者数（65歳以上人口）については2045年頃まで増え続けると見込まれている。この減少と増加が相まって、高齢化率（65歳以上人口割合）は上昇の一途をたどり、2060年には約40%、2.5人に1人が高齢者になると推計されている<sup>1)</sup>。また、高齢者の中でも、特に後期高齢者（75歳以上人口）の割合の増加は著しく、それはすなわち、国民に占める医療や介護を必要とする人が急激に増加していくことを意味している。

これを支える仕組みとして近年厚生労働省が掲げているのが、人口1万人程度の中学校区程度を単位として、医療・介護・生活支援・介護予防・住まいの5つの視点での取り組みが包括的・継続的に行われる「地域包括ケアシステム」(図1)<sup>2)</sup>であるが、この具現化にあたり必須ともいえるの

が在宅医療の充実であろう。在宅医療の充実なくして、真の地域包括ケアシステムの具現化はなしえないからである。

全国の中でも特に高齢化の速度が著しいのが、東京大都市圏近郊である。典型的な東京近郊都市の1つともいうことができる千葉県柏市（人口約40万人の中核市）では、2009年6月より、柏市、東京大学高齢社会総合研究機構（以下、機構）、都市再生機構（UR）による「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」（以下、総合研究会）を組織し、超高齢社会に向けた課題解決のため、当面の柱として「地域包括ケアシステムの具現化」と「高齢者の生きがい就労の創成」の2点を掲げ、各種取り組みを展開しているところである。

本稿では、前者の「地域包括ケアシステムの具現化」の中で最重要視している在宅医療の推進（具体的な取り組みについては表1<sup>3)</sup>を参照のこと）に焦点を当て、その取り組みの一翼をなす研修プログラムについて現状と展望を概説する。

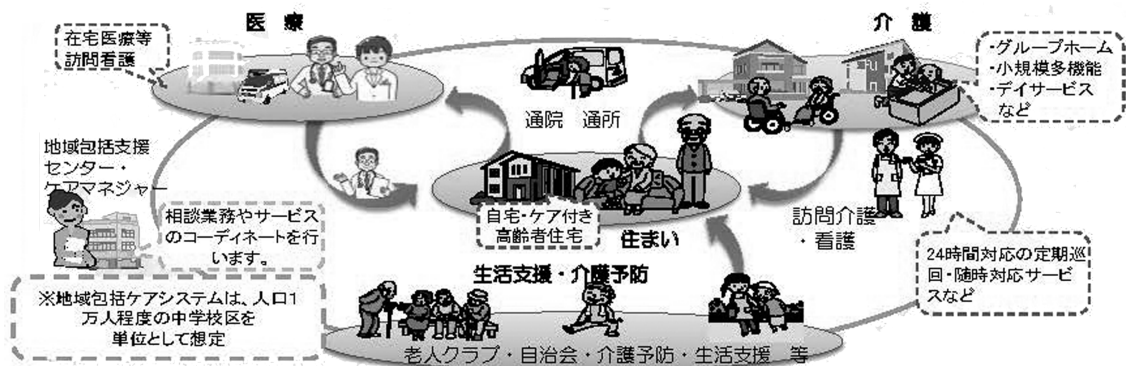


図1 地域包括ケアシステムのイメージ (厚生労働省)<sup>2)</sup>

表1 柏市において在宅医療を推進するための具体的取り組み<sup>3)</sup>

- (1) 在宅医療を行う医師の増加および質の向上を図るシステム（研修プログラム）
- (2) 在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステム
  - ・主治医の訪問診療を補完する副主治医 / 医師のグループ化
  - ・病院の短期受け入れベッドの確保
  - ・24時間対応できる訪問看護と訪問介護の充実と多職種連携
- (3) 情報共有システムの構築
- (4) 市民への相談・啓発
- (5) (1)～(4)を実現する中核拠点（地域医療拠点）の設置

表2 「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」の構成

開催主体	郡市医師会を中心とする地域の関係職能団体，市町村行政	
内容	講義	在宅医療が必要とされる社会背景，在宅医療の導入，多職種連携協働(IPW)，制度・報酬，認知症 <sup>*</sup> ，がん緩和ケア <sup>*</sup>
	グループワーク	地域の医療・介護資源マッピング，事例検討（認知症 <sup>*</sup> ，緩和ケア <sup>*</sup> ），在宅医療を推進する上での課題とその解決策
	同行実習（医師のみ）	訪問診療同行，他職種同行（訪問看護，ケアマネジャー，緩和ケア病棟等）
	懇親会	職種を越えた交流を目的として設定
受講対象	同一地域内に勤務する在宅医療・ケア関係者（開業医，歯科医師，薬剤師，訪問看護師，ケアマネジャー，病院職員，他）各同数	
開催単位	原則として郡市程度の単位を想定	

<sup>\*</sup>認知症とがん緩和ケアについては，基本講義，事例検討，ミニレクチャーを組み合わせた構造化されたセッションとして実施

表3 「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」の特徴

構造	①郡市医師会と市町村行政がタッグを組んで研修会運営の中心を担うこと ②受講者のリクルートにあたり原則地域の関係職能団体の推薦を経ること ③現実の連携との連続性を考慮して同一市町村内の多職種を受講対象としていること
内容	④医師（現役の開業医）が実習に赴くこと ⑤多職種による議論の場が研修の中に意図的に埋め込まれていること

## 地域における在宅医療推進の機運を高めるための多職種研修会

表1<sup>3)</sup>に示したうち，在宅医療を行う医師の増加ならびに質の向上を図るための仕組みづくりの最たるものが，機構に設置された委員会において試行・評価のすえ開発した計2.5日間（医師以外は1.5日間）の研修プログラム「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」である（表2）。

この研修会の特徴を表3に示す。大きく「構造」と「内容」に分けて整理することができる。

構造的な特徴のうち，特に重視しているのが①

である。研修会の運営にあたり，郡市医師会は地域医療を護る公益団体として，在宅医療ならびに多職種連携の推進の旗振り役としての役割を果たし，介護保険の保険者たる市町村行政が，研修運営にかかる事務局機能を担うことを期待するものである。看護・介護などの団体，ないし市町村行政が自ら旗振り役を担うことも確かに可能かもしれない。しかしながら，在宅「医療」の分野において，地域の医師の主体的な関与なくしてその推進はありえず，旗振り役としての医師の存在があって初めて，この研修会の効果が最大化されるものと考えている。

柏市における在宅医療推進の取り組みの中心的

存在である柏市医師会の某幹部は、「在宅医療における医師は“責任をとる存在”」と述べている。この発言は、「医師の後ろ盾があって初めて、その他の職種は安心して在宅の臨床に創造的に取り組める」という趣旨であり、表現こそ違うものの、「旗振り役としての医師」と同じことを述べていると捉えられる。また、この旗振りは、特定の医師ではなく郡市医師会の名のもとに行われることが肝要と考えている。もともと在宅医療に取り組んでいる特定の医師のみががんばって多職種を巻き込んだとしても、それによって医師会幹部を含む地域の医師に逆に冷めた雰囲気が出てしまうようであれば、その研修会は成功したとはいえない。

急速に高齢化する都市部の将来を支えるためには、在宅医療に従事する医師数の桁が変わるほどの変化が求められる可能性があり、その実現に向けては、郡市医師会による、プロフェッショナルイズム<sup>4)</sup>に満ちた、当事者としての訴求が必要と考えている。特定の医師のみが在宅を支えている地域では、極論その医師が倒れた時に、その地域の在宅医療体制も崩壊することになろう。郡市医師会が介在し、広く薄く医師が（一部医師は厚く）在宅医療に従事することにより、地域を面的に支えることが可能となる。

なお、傍論であるが、千葉県医療情報提供システム (<http://www.iryu.pref.chiba.lg.jp/>〈2012年11月30日アクセス〉) 上、柏市内の診療所のうち、訪問診療を行うとしているのは全243カ所のうち37カ所(15.2%)。24時間の連絡体制を有する在宅療養支援診療所は21カ所(8.6%)となっている。きわめて乱暴な試算であるが、2008年の柏市における全死亡者数が2,614名、うち自宅死亡者が334名(自宅死亡割合12.8%)である<sup>5)</sup>ことから、この334名に対して、死亡前に遍く訪問診療を提供しようとする場合には、そのすべてを在宅療養支援診療所21カ所が担うとする場合に

は、1カ所当たり年間平均15.9件、訪問診療を行う37診療所が担うとする場合には、1カ所当たり年間平均9.0件の看取りを行うことになる。他方、仮に市内のすべての診療所が均等に自宅での看取りを支援する場合には、年間平均1.4件で済むことになる<sup>\*1</sup>。このような値からも、在宅医療に取り組む医師数いかに、高齢化が進化した際の対応の余力が大きく変わってくるのが理解できる。

また、②に示した他団体に対するアプローチも、①と同様に重要である。医師以外の職種について、個別の医療機関・サービス事業所に直接受講案内を送付することは容易に可能であるが、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護関係団体、介護支援専門員関係団体などの推薦を経て受講者を集めることにより、「面」による在宅医療・ケアの供給体制を整えることができる。なお、研修会はあくまで入口であり、その先には各団体内に在宅医療・ケアに関連した委員会が設置されるなどして、団体内・団体間で継続的な議論が行われていくことが理想的と考えられる。そして、継続的にその活動を応援し、各団体の関係を取りもつ役割を果たしていくべき筆頭候補は、市町村行政であろうと目される。2012年7月6日に行われた厚生労働省「提言型政策仕分け」の中で、「地域において、在宅医療と介護をシームレスに連携させる仕組みを面的に整備するためには、基礎自治体である市町村が、医療側と介護側の双方を調整することが必要であり、在宅医療において、都道府県との緊密な連携の下に市町村が積極的に取り組むことが必要である」という提言がなされており、この論旨と完全に一致している。これを前提とすれば、③の開催単位についてはもはやいわずもがなであろう。

④、⑤は内容的な特徴であるが、受講者個々人の動機づけのためには、このコンテンツ管理がきわめて重要である。④の実習は、多忙な開業医を

\*1 実際には、突然死など訪問診療の対象とならない自宅死亡者が一定数含まれること、在宅療養支援診療所であっても看取りの実績が少ないところが一定数みられていること(平成19～21年長寿科学総合研究事業「入院医療と在宅ケアのあり方に関する調査研究」総合報告書より)、診療所の中には眼科など一般的に訪問診療を行わない専門診療科が含まれることなどを踏まえながら、大枠を捉えるきわめて粗い試算として示している。

対象とする際には、参加にあたっての障壁となる  
ことが想定されるが、経験的にはその対価として  
得られる効果も大きいと体感している。⑤につ  
いては、多職種連携協働（interprofessional work）  
の前提となる職種間のフラットな関係づくりに寄  
与するとともに、たとえばその責任感の強さゆ  
えに在宅医療を敬遠してきた医師等に対しては、  
「地域には頼りになる多職種がいる」「1人で抱え  
込まなくてもよい」という実感を与えるきっかけ  
としても作用する可能性がある。

## おわりに

本稿では、柏市を中心に展開している在宅医療  
の推進を目的とした研修プログラムの概要を紹介  
した。「研修会」と称しながら、その主たる狙い  
は個人に対する教育効果以上に、地域の機運づく  
りにあるといっても決して過言ではない。今後機  
構では、柏市の経験をもとに近隣市、県、全国へ  
と、少しずつこの取り組みを伝播させていきたい  
と考えており、すでに千葉県松戸市、大田区大森  
地区においては、2012年12月に初回の研修会が  
開催されたところである。なお、柏市と完全に一  
致する特性をもつ地域など存在しないことから、  
まったく同じ形式による転用にはやはり限界があ  
ると思われる。表3に掲げたような理念を基本と  
して、地域の実情に応じた、一定幅のある運用を  
していきたいと考えている。

また、本稿では字数の関係で記述しなかったも

の、この研修会を端緒として、表1<sup>3)</sup>に示した  
その他の取り組みにも順次取り組んでいるところ  
である。2014年初頭には、柏市における在宅医  
療推進の管制塔となる地域医療拠点が竣工予定で  
あり、旗振り役としての郡市医師会ならびに事務  
局としての市町村行政という基本骨格を前提とし  
て、在宅医療推進の取り組みが、さらに加速して  
いくことを期待している。

本稿でとりあげた研修会の資料については、機構  
ホームページ（<http://www.iog.u-tokyo.ac.jp>）にて公開  
しているため、参照されたい。

## 文 献

- 1) 内閣府：平成24年版高齢社会白書。〔<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html>（2012年11月30日アクセス）〕
- 2) 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室：在宅医療・介護あんしん2012。〔[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/anshin2012.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/anshin2012.pdf)（2012年11月30日アクセス）〕より
- 3) 柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会：長寿社会のまちづくり（平成23年6月28日版）。〔[http://kashiwa-toyoshikidai.org/uploading/110628\\_kashiwa-toyoshiki.pdf](http://kashiwa-toyoshikidai.org/uploading/110628_kashiwa-toyoshiki.pdf)（2012年11月30日アクセス）〕より一部著者改変
- 4) Arnold L, Stern DT: What is medical professionalism? In Stern DT, ed. Measuring Professionalism. p.15-37, New York NY, Oxford University Press Inc, 2006
- 5) 千葉県：平成22年千葉県衛生統計年報。