

## 地域包括ケア政策の展開と高齢者医療について

東京大学高齢社会総合研究機構教授

辻 哲 夫

(聞き手 中村治雄)

**中村** 辻先生、本日は、「地域包括ケア政策の展開と高齢者医療」というテーマで先生にお話をちょうだいしたいと思っております。

まず、地域包括ケアというのは、どういうことを具体的に言っているのか、その辺を教えてくださいませんか。

**辻** 地域包括ケアというのは、今の介護保険の政策といえますか、介護政策の基本的な方向性になっているわけですが、その背景といいますのは、75歳以上人口がこれからものすごい勢いで増えます。2005～2030年にかけて1,100万～2,200万と倍増です。世界でこんな経験をしたところはないということが起こるわけですが、それが大都市圏で起こるのです。しかも、大都市圏の高齢者というと、ひとり暮らし、ないしは夫婦だけでお住まいというのが2025年段階で高齢者世帯の7割を占める。そうすると、今までのように、施設に入っただいて、そこで過ごすというなかたちで施設がい

っぱい整備できるかといえば、それはほぼ不可能と見通されています。

一方において、今までの4人部屋とか、いわゆる大きな施設の大部屋の集団処遇ともいわれていますけれども、そういうかたちというのはどうかということになりますと、私も行政に携わっておりましたけれども、日本は非常に大きな経験をしまして、ユニットケアというのですけれども、むしろ個室に住んで、顔なじみの職員がいて、昼間は茶の間みたいなどころにいて、そこで食事をしてというような、そういうライフスタイルのほうが自立度が高い。よくおしゃべりもするし、歩量も増える。要するに、今までのライフスタイルを切らないで継続するほうが、その人の自立度も高いし、もちろん幸せだと、こういうことがわかってきたわけです。

そうなりますと、結局その人らしい住まい、生活の場をいかに確保して、そこへその人を支えるために外からいろいろなケアシステムが入ってくる。

むしろこれがメインではないかという方向に介護政策の方向がはっきり変わってきたのです。もちろん、重い認知症といったような場合には、グループホームという、常時見守っている態勢のある施設が必要です。ですから、施設がいらぬという意味ではありませんが、基本的に住まいに対してサービスが入るようにする。

そうなると、地域で、いわば訪問サービスですね。昼間にはちょっと来ていただいてもいいのですけれども、夜は自分の部屋に住んでいる。あるいは、来にくい人ということについては定期的に訪問する。これを24時間体制でやる。そのような方向で、地域そのものを、あえて例えて言えば、病院や施設にするのでしょうか、病院や施設の中の廊下がいわば地域における道だと見て、その人の住まいに行く。

基本的にはそういうようなかたちで、地域全体をケアシステムで整備して、できるかぎり自分のお住まいの場で頑張れるようにする。こういう方向が地域包括ケアです。そういう方向に転換するという政策を厚労省ははっきり出しているということです。

**中村** そうしますと、その地域というのは、先ほどご指摘になった大都市とか、そういうものが一つのユニットになるということですか。

**辻** 大体30分圏内ぐらいというふうにいわれておりますけれども、中学校

区とか、そういうコミュニティの存在する地域単位に地域包括ケアというものセットしていく。こういう方向を打ち出しています。ただ、すぐにはできませんから、団塊の世代というのがおおむね75を超えますのが2025年ぐらいなのです。2025年という、あと十数年ですけれども、これぐらいのタイムスパンで、特に都市部をそういうシステムにしていくというのがこの地域包括ケアの考え方だと思います。

**中村** たいへんおもしろいお考えだと思います。これは日本独自のものなのでしょうか。

**辻** この方向性というのは、高齢化のケアシステムとして、様々な国が様々なトライアルをしておりますけれども、北欧が随分日本のお手本になっております。北欧を始めどの国も最初は大きな施設をつくって、そこでいろいろなことにぶつかってというふうにケアシステムが変遷していつているのですけれども、先に高齢化して、よりよいケアシステムを求めた先例というのは北欧が一つの代表ですけれども、だいたいこういう方向を目指しています。

**中村** これは変な質問ですけれども、包括ケアというのは英語で何というのですか。

**辻** 地域包括ケアを支える理念というのは、私は東京大学に今おりますけれども、東京大学の高齢社会総合研究

機構が目指しているかたちとして、あちこちPRしているのですが、エイジング・インプレイスとっています。老いても住み慣れた地域に住み続ける。それを支えるケアシステムという感じで地域包括ケアを考えていただいたらいいと思います。

**中村** なかなか魅力的なお考えだと思いますが、あと10年あるいは20年もすれば、極めてお年寄りが多くなる。病人も多くなる。それに伴って社会的な事情などもより変わってくるでしょうし、それを今、先生のお考えを展開するというのには多少お時間とかお金がかかるかなと思いますが。

**辻** その大前提というのは、地域包括ケアというのは24時間体制の在宅ケアシステムですね。訪問介護とか訪問看護をイメージしていますが、加えて必要なのは在宅医療ですね。住まいに対して。ただ、在宅医療という概念における在宅というのは自宅ではありません。例えば、今整備しようとしているサービスつき高齢者向け住宅、あるいはケアハウスとか有料老人ホーム、これらはみんな在宅という概念なのですが、そういうところに医師が訪問診療として行く。これが不可欠なのです。今の医療システムは「病気になったらおいでなさい。待っている」というのが基本です。「来い」と言っていて、来られない人もいるわけです。虚弱な高齢者が病院に行かざるを得な

いときは入院ということですが、かなりの方が入院したら寝たきりや認知症になって帰ってこられないということもあるわけです。在宅医療は不可欠だということです。したがって、私がお願いしたいことは、在宅医療というのは来られない人に対して包括的に見る医療です。総合医療でもあります。そういう医療がこれから高齢者医療の非常に大きな基本領域になる。そして、そういうものを含めて地域包括ケアが進んでいく。

もちろん、そのためにはお金がいります。したがって、在宅医療とか訪問看護介護部分にもっとお金を投入することは不可欠です。日本の国民負担率は国際的に見ても非常に低いのです。これからはみんなが幸せで、生活の場ですら笑って、いわば自分の住まいで最後まで、終のすみかとして頑張れるようないい社会をつくろうということですから、それには相応の財源の投入も必要ですし、それを投入すれば地域には雇用も起こる。したがって、地域経済も回るわけです。全体としてはそういうシステムをこれから目指すという決意が必要ですね。

**中村** 医師の側でも一つの単一な科だけを専門にするのではなくて、内科から外科から、すべてを勉強した医師がどうしても必要になってまいりますね。

**辻** 私は不可欠だと思います。要す

るに、生活の場で、生活そのものを支えるということです。治すというだけでなく、年をとって80、90になれば、多くの病気もある。そして、治らない病気もある。治らなかつたらおしまいだといわれたら、たまらないですよ。病気でもにっこり笑える生活がしたいわけです。それを支える医療、それが在宅医療であり、これからの高齢者医療であると思います。そういう医療を私たちは求めています。

**中村** たいへん立派な理念だと思えますが、実際にこれを展開していくための期間はどのくらいかかるのでしょうか。

**辻** 今の地域の開業医がそういう医療に取り組めるように、オン・ザ・ジョブの研修プログラムを東京大学で開発中です。在宅患者のところへ指導医とともに同行訪問して学ぶ。もう一つは多職種連携のグループワークに参加する。日本の医師は専門医として育っている人が大部分なのですけれども、非常に優秀といわれているわけです。

私もそう思います。ですから、こういうプログラムを適用することによって総合的な医療ができる人に育つと思います。そういうものが育ち、今言いましたようにお金を投入して在宅系統のサービスを整備しつつ、基本的には2025年ぐらいまでに日本の医療もそういう方向に向かってほしいということ、私はこいねがっております。

**中村** 私ども医師会に所属する者にとっても、確かにそういう勉強のチャンスが必要だと思いますし、医師会も協力してそれに加わらないといけないのだろうと思いますが、何かほかにご意見は。

**辻** 私どもとしては、今言いましたようなきちとした研修プログラムを開発する。それから、地域包括ケアのモデルを千葉県柏市で柏市医師会の協力の下でモデル実践するというのもやっております、ともかく積極的にチャレンジすることが必要だと思います。

**中村** ありがとうございます。