

在宅医療の推進と 自治体の取り組み

石黒みどり

東京都八王子市医療保険部

●————在宅療養推進に向けて市民が求めていることは何か

2013年8月に発表された「社会保障制度改革国民会議報告書」では、医療・介護分野の改革として、救命・延命や治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療から、病気と共存しながら生活の質（QOL）の維持・向上をめざす「地域完結型」の医療と介護への転換が求められている。あわせて、そうした地域包括ケアシステムを実現するには、人生の最終段階における医療のあり方について“国民的な合意形成”が重要であると指摘する。かつては家で死ぬことが一般的であったが、1980年を分岐点に病院で死ぬ人が逆転し、身近な家で死に接していない人の方が多くなっている現在、市民は在宅療養についてどのような考えを持っているのだろうか。

「都民の健康と医療に関する実態と意識^{*1}」では、脳卒中の後遺症や末期がんなどで長期の療養が必要になったとき、「理想として自宅で療養を続けたい」と思うかを訊ねている。回答は、男女ともに「そう思う」「そう思わない」「わからない」が概ね3分の1ずつで拮抗している。しかし、在宅療養の実現可能性を訊ねると、男性「そう思う」3割、「そう思わない」5割、「わからない」2割に対し、女性「そう思う」2割、「そう思わない」6割、「わからない」2割と、主に家族責任を担ってきた女性の視点はシビアである。

それではなぜ、在宅医療の実現が難しいのか。その理由のトップは「家族に負担をかけるから」（約8割）、続いて「急変時の対応が不安」「どのようなケアを受けられるかわからない」（いずれも約5割強）となっている（複数回答）。

東京都の調査は、自宅で家族を看取ることがなくなってしまった現代人にとって、地域包括ケアシステムのめざす在宅療養の推進が“想像上のものに過ぎなくなっている”現実を示している。しかし、看取りの経験がないことで、在宅療養の実際がわか

らないから不安を感じるのであれば、自治体の役割の一つは、その不安を小さくするための取り組みを進めることではないだろうか。

たとえば自治体は、医療や介護のサービスを使いながら在宅療養を続けるのが具体的にどのような生活になるのか、経験者の実体験を紹介する機会を設けることで在宅療養の筋道を示し、イメージを掴んでもらう取り組みを進めることはできないだろうか。“これならできる”と実感できる医療・介護サービスの供給モデルを考え、自治体や医療・介護のサービス提供者をはじめとする地域ぐるみで実現に向けた取り組みをすることは、事態改善に向けた有効なアプローチであると思われる。東京都の調査でも、在宅療養の実現が難しい理由として指摘される「訪問看護や介護の体制が不十分」の回答は5年前に比べて減少傾向にあり、地域包括ケアシステムの構築に向けた自治体の取り組みの成果が感じられる。

しかし、一人暮らし高齢者の増加にみられる家族関係の変化は、「介護してくれる家族がいない」状況を生み出しており、2025年以降、未婚率の高い団塊ジュニア世代が介護に直面するときにはさらなる悪化が懸念される。主たる介護者となる家族がいなくても在宅療養が可能となる地域包括ケアシステムを構築するには、在宅生活を「社会で支える」環境整備が欠かせない。こうした環境を整えなければ、在宅療養の推進に向けた“国民的な合意形成”は難しいと言わざるを得ない。

●—————「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 1」

そうは言っても、自治体としては在宅療養が可能な環境整備に向けて、一步でも先に進んでいかなければならない。丸腰で2025年を迎えるわけにはいかないのである。

そうした“悩める自治体”を支援するために、厚生労働省は「在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver. 1」をまとめた（2015年3月末）。この手引きには、地域ケア会議などのように医療と介護の関係者が一堂に会する会議の役割やそこでの作業が説明されている。

手引きでは具体的な取り組みメニューとして、(ア) 地域の医療・介護の資源の把握、(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討、(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進、(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援、(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援、(カ) 医療・介護関係者の研修、(キ) 地域住民への普及啓発、(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携、と8項目を掲げ、それぞれに目的、ポイント、実施内容、実施方法まで詳細な説明が用意され

ている。

このメニューに各自治体の既存事業を当てはめると、案外多くの項目を埋めることができることに気づく。ただしこの作業は、福祉介護の所管だけではなく、医療保健所管の事業からも探してみる必要があると、当てはめの作業自体が「庁内地域包括ケアシステム」の確認作業となる。そして埋まらなかった項目の事業設計をしていけば良いのである。

しかし、手引きに記されたメニューは自治体がすべき必要最小限の事のみが示されているのであって、医療介護サービスの質と量を高める施設整備などは別途考えなければならない。

●————地域包括ケアシステム研究会のヒアリングから

地域包括ケアシステム研究会では、医療と介護の連携推進に繋がる好事例をいくつか調査した。そのなかで特徴的な事例を紹介しよう。

①千葉県柏市の「在宅医療推進体制」

千葉県柏市（人口約41万人、高齢化率約23%）は、高度経済成長期の人口増で発展した街であり、2010年から2030年までに75歳以上人口の伸びが全国平均1.61倍上回る2.17倍と見込まれている。また、介護が必要になると住み慣れた地域で暮らし続けることができずに施設や他地域へ転住して行かざるを得ない、高齢化率40%を超える大規模団地を抱えている。

こうした課題に直面して強い危機感を持った行政は、在宅医療推進体制整備を第5期介護保険事業計画に盛り込み、次の5つの事業に取り組むことにした。

- 1 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の構築
- 2 在宅医療を行う医師等の増加及び多職種連携の推進
- 3 情報共有システムの構築
- 4 市民への啓発、相談・支援
- 5 これらを実施する中核拠点（柏地域医療連携センター）の設置

このうち、2の多職種連携では医師会との共催で顔の見える連携会議や研修会を継続して実施するほか、4でも市民説明会や意見交換会の回を重ね、延べ参加人数を着実に伸ばすのみならず、参加者の声からも手応えをつかんでいる様子が伺える。また、5の拠点は、柏市医師会が建設した建物を市に寄贈し、医師会、歯科医会、薬剤師会

の三師会と市が共有し、日頃から活用している。

②鳥取県中部圏域の専門職連携「地域づくり しょいやの会^{*2}」

鳥取県中部圏域では、住み慣れた地域でその人らしく暮らせる支援を進めるために、ケアマネジャーや医療関係者、介護サービス事業者等が垣根を越えて一堂に集まり、医療介護連携の問題点と課題解決に向けた意見交換の場として、2008年から活動を続けてきた「地域づくり しょいやの会」がある。しょいやの会は、鳥取県中部医師会立の三朝温泉病院のリハビリテーション科が鳥取県介護支援専門員連絡協議会中部支部と協力して組織したもので、医療・介護双方の立場の問題点を共有し、回を重ねて顔の見える関係づくりと具体的な解決策としての「入院時連携シート」などの成果に繋がっている。

2011年からは、医師会が事務局機能を担って引き続き意見交換会を主催する他、「退院時連携シート」の検討に着手している。

③宮城県石巻市「震災復興～医療介護の現状」

東日本大震災の被災地における医療提供体制の整備は、津波により被災した病院の移転新築や、避難指示解除後の住民の帰還に合わせた診療再開、介護人材不足の一層の深刻化など、すべてがマイナスからのスタートである。非常時だからこそその措置として、国が直接介入するほか、全国からの支援が被災自治体に対してなされ、復旧に向かっている。

次の段階として、宮城県石巻市では「被災者を最後のおひとりまで支える」ことを目標とする「石巻市地域包括ケアシステム推進計画基本構想」を2014年3月に策定した。石巻の状況に合わせた体制と、復興に向けた多様な協働体制を二つの特徴とし、仮設住宅からの転居者への手厚い配慮がされている。

今のところは地域包括ケア推進協議会を立ち上げ、検討部会による視察やアンケート実施などで関係者間の意識の醸成を行っているところだが、この流れのなかで、医師会側から積極的な協力が表明されるまでに至ったことは特筆すべきであろう。

◎———東京都八王子市の取り組み

地域包括ケアシステム研究会が調査対象とした3自治体の好事例を紹介したが、三つの事例に共通するのは医師会の強力な関わりである。医療介護連携は、介護の側か

らいから熱烈なラブコールを送っても、医療側からの応答がないと難しい。逆に、医療側の関わりが得られれば比較的スムーズに連携に繋がるという法則が成り立つのではないかと思わせるところがある。

ひるがえって八王子市の状況をお伝えすると、“医師会牽引型”である。行政は遅れをとり“待ってくれー”と追いかけていることを正直に告白しなければならない。

八王子市医師会は、在宅医療推進と医療介護連携に向けた取り組みとして、①在宅診療医の後方支援体制、②ICTを使った患者情報の多職種共有、③病院救急車の活用、の3本の柱に取り組んでいる。

①在宅診療は医師の24時間365日対応の覚悟を要するため、個人の診療所では参入が難しい。そこで医師会に属する在宅診療に対応できる医師が日替わりで当番を決めて待機し（医師会館ではなく当該医師の自宅又は診療所で）、いざという時に出勤できる支援体制を取っている。

②通称「まごころネット八王子」は、患者情報を共有し、関わる医師、訪問看護ステーション、ケアマネジャーなどが読み取り可能とするものである。徐々に、歯科医会、薬剤師会も参入している。

③在宅療養中の高齢者は在宅での看取りを希望する者もいて、急変時に必ずしも救急搬送を要しない場合もある。とはいえ不測の事態が生じ、救急搬送には至らないが病院への搬送が必要なケースに活用するために「病院救急車」の利用を決めている。

ただし、八王子市は人口56万人、面積186平方キロメートルの規模を持ち、高齢者人口は約13万6,000人。昭和の大合併前の町村の特徴を今でも地域特性として有することに加え、多摩ニュータウンなどの開発で新住民が転入しているという多様性がある。在宅診療可能な医師の人数はこの規模に対応できるに足るとは言えない現状であることから、医師会でも在宅診療医の拡大を課題としている。

●—————施設における地域包括ケアシステム

医療介護連携は、地域包括ケアシステムのなかでは圧倒的に「在宅」での対応として語られている。介護は一般家庭のなかでも乳児から高齢者まで多くの市民に経験がある一方、ふつうの市民は医療的設備のない自宅で医療が行われることに慣れていない。在宅医療は、多くの市民にとっては初めての経験であるがゆえに、それを支援するシステムづくりが必要になるのである。

それでは、高齢者の入所施設はどうだろうか。介護老人保健施設(特別養護老人ホー

ム) や認知症グループホームは、目的を持った一時的な滞在場所の位置付けであるが、介護老人福祉施設は日常生活の場であり、終の棲家としての期待も高まっている。“介護の社会化”を標榜した介護保険制度の開始により、かつて措置でしか入所できなかった門戸が広げられた。単身高齢者の増加と家族機能の低下により入所希望者は増加し続け、施設整備が希望者増加に追い付かない状況である。

それでは、“狭き門”を通過して特養に入所できた高齢者は一生安心か、ということはいかない。特養で生活していても病気にはかかる。その治療の結果、経管栄養やインシュリン注射、在宅酸素など何らかの医療対応を要する場合、病院から戻れない特養が多い。病院からは「治療が済んだから退院しろ」と言われ、特養からは「医療対応できないから復帰は無理」と断られる。自宅で介護が難しいから特養を希望したのに、もっと困難な状態になって自宅に戻らざるを得ないケースが発生している。

なぜ特養で医療対応ができないのか。その理由の第一は、在宅同様、医療の専門家がいらないからだ。医師は常勤の必要はなく、看護師の配置も100名規模の施設で3人のみで、24時間体制は取れない。介護のプロはいても、医療に関しては在宅と同じ条件なのである。

地域包括ケアシステムの理念「いつまでも住み慣れた地域で安心して暮らせる」ことには、施設入所者を適用除外とする理由は、もちろんない。そこで八王子市では、新設する特養に医療対応を条件とした施設整備補助をモデル事業として実施し、施設における地域包括ケアシステムの実現をめざすことにした。竣工はまだ先だが、成果を全国に発信できることを期待している。

●—————地域包括ケアシステムの構築に向けて自治体職員がすべきこと

「地域包括ケアシステムの構築」は基礎自治体に課せられた宿題であるが、八王子市高齢者計画第6期介護保険事業計画策定委員会の座長（鏡諭淑徳大学教授）から、この宿題をする際の注意事項として三つの注文をいただいたので紹介したい。それはすなわち、ひとつに「市民を大切にしたい制度設計であること」、ふたつに「介護職員を大切にしたい制度設計であること」、そして、最後は自治体職員に対するエールで「自信を持って制度設計をしてほしい」であった。

鏡座長は「自治体のことは国の役人より自治体職員の方がよく理解している。なのに“国からガイドラインが出ないと詳細がわからない”と逃げている」と語ったが、翻って考えると、私たち自治体職員は、自分たちで考える努力をしてきたと言えるだろう

か。

2006年に導入された介護予防事業は、想定の出現率が見込めなかったことから4年後には対象の把握方法を緩和し、挙げ句の果てに“失敗だった”と縮小して新総合事業に混ぜ込むという選択をとった。それでも再び「フレイル（要介護状態になる前の高齢期の虚弱化、脆弱化のこと）」と看板をすげ替えて、後期高齢者医療制度に導入しようとしている。また健康増進法に基づく健康手帳も、十分な効果検証を実施することなく、新たに介護予防手帳なるものを自治体に作らせる動きがある。

こうした国レベルでの政策のゆらぎで、自治体の医療・介護現場が混乱に陥ることは想像に難くない。冒頭で引用した「社会保障制度改革国民会議報告書」では「施設から在宅へ」大きく舵きりをしたばかりなのに、アベノミクスの“新三本の矢”では再び特別養護老人ホームの増設を言い出してきた。

国レベルの“迷走”に直面しながらも、自治体職員は、それに自らの舵をとられぬい“地に足のついた支援”を継続する仕組みを考えねばならない。そのためには、自分たちの自治体に本当に必要なものは何かを、自治体職員一人ひとりが自分たちで考えていかねばならない。

先の鏡座長は「介護保険制度は“地方分権の試金石”と言われたことを思い出してほしい」と最後に付け加えられた。本稿にガイドラインとして厚生労働省の「手引き」を引用した私にはとても耳に痛い言葉だが、自治体職員への熱いエールとして受け止め、地域包括ケアシステムの構築という大きな“宿題”に取り組みたい。

- * 1 東京都が2014年10月に実施した調査。東京都内に居住する6000世帯（20歳以上の世帯員）を調査対象とし、回収率は60%であった。
- * 2 鳥取県中部圏域の取り組みについては、48頁の大澤由香氏の論考を参照のこと。