

# 地域包括ケアシステムにおける医療界の使命

天本 宏

医療法人財団天翁会 理事長



天本 宏 (あまもと ひろし)  
医学博士

## はじめに

ただいまご紹介にあずかりました、天本でございます。67歳で、賞味期限はもう過ぎていると思いますが高齢者医療に30年間かかわった立場から私見を述べさせていただきます。今日は「医療界の使命」という大きなテーマですが、これは私がつけたのではなく、今日はこういうことを話せ、という課題をいただきました。私は1980年に高齢者のための老人病院を多摩市内に開設しました。その元になるのは、1974年に東京都を100地区に分けて行った認知症の実態調査です。そのとき、認知症の発症率は4.5～4.6%でした。非常に注目すべきことは、年齢が追うごとに増え、85歳以上になると27%の出現率となることでした。これから日本が高齢社会に向かう際、痴呆疾患はいずれコモディシーズ、つまり普通の病気になるであろうということに、当時、我々は注目しました。その頃、すでにヨーロッパでは高齢社会に入っていました。ヨーロッパにおいても当初は、やはり認知症患者を精神病院に隔離収容するという方法をとっていました。ところが、高齢社会によって認知症が身近になることから、コミュニティケア、つまり地域で支えていくべきだという考え方が出てきました。without themからwith them, to them, weという、「一緒に」という考え方です。従って、当時からコミュニティケアを目指して、ヨーロッパ、特にスウェーデン、デンマーク、フィンランドなどにおいては、施設をやめようということになりました。今、日本では多様な住まいということが言われていますが、当時からヨーロッパでは集団的対応から個別ケアへという方向転換がなされていったのです。30数年

## 講師経歴

### ■ 最終学歴

1969年 東京慈恵会医科大学 卒業

### ■ 職歴

1973年 聖マリアンナ医科大学神経精神科医局勤務

1980年 天本病院開設

1995年 医療法人財団 天翁会 設立

昭和60年2月～平成9年3月

老人の専門医療を考える会 初代会長

平成元年5月～平成5年6月

厚生省老人保健審議会 委員

平成3年4月～平成11年3月

社団法人 多摩市医師会 理事

平成3年4月～平成11年3月

介護力強化病院連絡協議会 初代会長

平成4年9月～平成11年3月

東京都医師会 理事

平成12年4月～平成18年4月

東京都国民健康保険団体連合会

介護給付費審査委員会 会長

平成12年4月～平成15年3月

多摩市介護保険運営協議会 委員

平成18年4月～平成20年3月

社団法人 日本医師会 常任理事

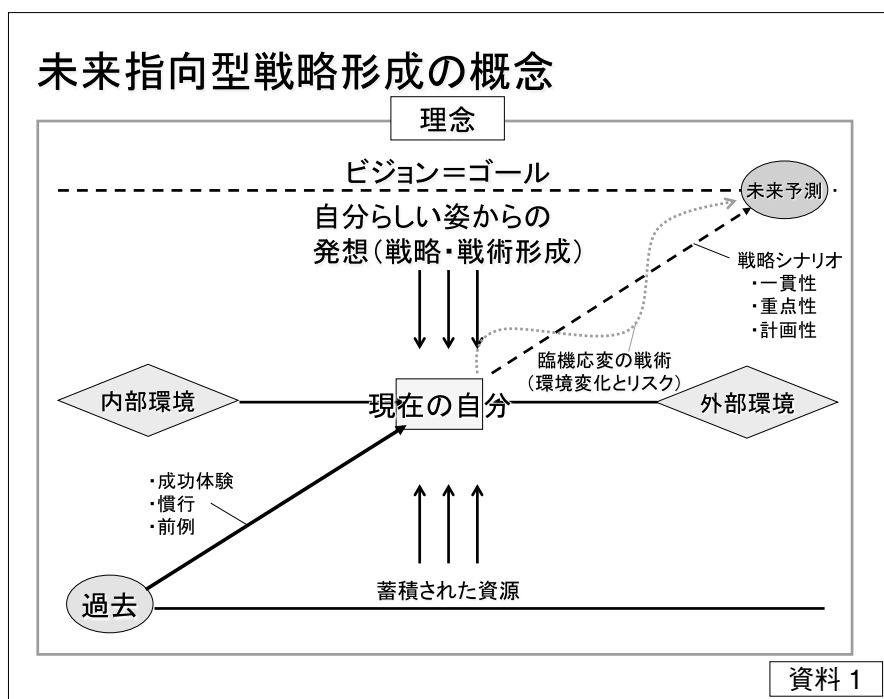
経って、日本が今ようやくその議論に達しています。私は高齢者の医療は、コミュニティケアであるべきだと思います。老年痴呆の実態調査から認知症を地域で見たいこうと思い、老人医療に入りました。偶然にも、青梅慶友病院の大塚先生、抑制反対の吉岡先生も、ともに精神科医でした。精神科医療というのは長期戦でなかなか病気が治りません。そして、家族とともに考えていく必要、地域で対応する必要があります。ある意味、老人医療と似通った部分があります。

私が1980年に天本病院を開設して、最初に対応したのが、院内介護です。付添婦なしで、介護を自分たちで責任を持って対応するという手法です。つまり、生活を主点においた医療です。それから30年経ちました。そのプロセスで「老人医療費の適正化が図られてきた」のですが、さんざんいじめられもしました。しかし、それがあつたからこそ新たな発想ができたのです。要するに、乱診乱療の出来高からマルメへ。マルメは、老人病院からスタートしました。マルメというのは、主体性が医療提供側にあります。要するに、これだけあげるからそれで対応してほしいということで、検査をなるべく少なくして、薬を減らしていったのです。コスト削減です。医師会からは、「どういうつもりだ」、と言われました。そこで専門医療を考える会を作り、外部の方にどんどん老人医療を見ていただくことにしました。それで、いろんな問題を指摘されることで、利用者のニーズに視点を置く物事の考え方をトレーニングできたと思います。

## 地域を病棟として捉える

### 未来指向型戦略形成の概念

資料1は、ゴールをどこに持って行くかを想定した上で現在の自分の位置づけを考え、さらに外部環境の中で今の自分たちができる範囲を過去から見て内部環境を改革したものです。しかし、行政の診療報酬はこの概念図でいうところの未来予想がありません。担当の医療課長の思いによって、変わってきてしまいます。つまり、介護療養病床を作れと言って、何年か後にはもうやめろとなる。我々は20年間、下手をすれば30年間で償却する経営でやっていますから、未来予想がぐらついては始まりません。民主党の中で、地域包括ケアシステムを明確な将来の目標に置くという宣言がなされていないのが不安です。要するに、まだ施設をたくさん作るのかどうかです。参酌標準をなくして総量規制を取り払うと言うことですが、高齢者住まい法で厚労省と国交省が一体となって箱物医療をどのように住まい化していくか。これをきちんと一体にして、将来の整備計画を立てていただかないと、あっちに進む、こっちに進むになります。私がかつとも危惧しているのは、特別養護老人ホームというのは社会福祉法人だということです。本来は措置ですが、介護福祉施設



とイコールとなっています。これは非常に大きな問題です。介護福祉施設というのは誰でも入れます。誰でも入れる施設を社会福祉法人で無税にする必要はありません。また、特養は住まいという位置づけになっています。この特養を一つの施設にするのか、住まいにするのか、その軸も今ぶれています。こうした点で問題なのは、医療が外枠で入れるかどうかです。介護施設や老健も特定施設という位置づけであれば、個別ケアということで、必要な状態に対して、必要なものが提供できます。しかし初期医療を24時間対応するといった任務を、医療界はきちんとした使命を果たしていません。一次医療計画がなく、二次医療計画を立てているという大きな問題が起きています。今日、過去と外部環境の問題などについて、私なりの見解をお話しします。その中で、皆さんもそれぞれお考えいただければと思います。(資料1)

まずは、皆さんご存じの将来推計人口です。75～79歳の人口は、あと15年で下がっていきます。しかし、注目すべきは90歳以上があと30年伸びつづけ、減らないということです。これは高齢者医療に関わるビジネス展開では、これほど需要の安定したものではありません。その中で、誰もやらない、手のかかる、汚い仕事を24時間365日続けていれば、落ちこぼれるはずがありません。反対に、今までのような重装備、完全装備、自己完結型でいこうとすると、これから難しくなるのではないかと思います。地域内完結ということで、お互いにサービスのネットワークを形成する。相乗効果、シナジー効果を創造していくことが非常に重要になります。そのためには医療機関あるいは連携を組む関連企業から、いかに選択されるかが大事です。また、それには自分たちの位置づけや機能を明確にしなければいけません。今日私は朝からシルバー

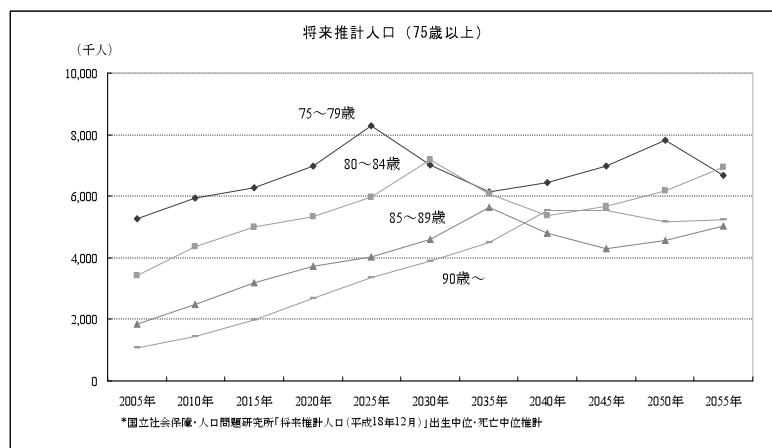
人材センターで健康について話したのですが、これからはお金や住宅などの人生設計を95年で考えなければならないと話してきました。

(資料2)

地域に貢献すれば、2030年までは医療・介護分野の成長シナリオを描けるはずですが、その戦略とはAging in Place、生涯地域で生活しつづけるためにはどのようなサービスが必要か。どのようなニーズがあるのかです。それはコミュニティケアをさらに発展させた、Care in Communityです。コミュニティ社会の中にケアをどのように浸透させるか。「地域を病棟として捉える」ことです。私のところは今、多摩市で病院、クリニック、老健、ステーション、グループホームなどをネットワークした「あいセーフティネット」というサービスモデルをつくり、システムモデル化を行っています。そうすることで、ビジネスモデルとして普遍化できるだろうと考えているのです。この中にないのが、住まいの有料老人ホームであり、ヘルパーステーションであり、地域密着型の介護保険の横出しサービスです。その部分はこれからいろんな意味で関わって行かろうと思います。ヘルパーステーションというのは、これまで地域のヘルパーステーションを使えばよいと思っていましたが、これだけ末期医療が地域に入ると、

## 将来推計人口

◆90歳以上の人口は2040年まで増加。



資料2

医療に近い介護が必要になってきます。訪問看護と介護とが組むことも議論の対象になってきています。これは要するに、訪問看護ステーションの中に、リハビリだけでなく、介護も入れて、一体的に運営するという事です。以前は抱え込みが批判の対象になっていましたが、利用者にとってはサービスの一体化・統合化は利用しやすいという利点があります。ただし、気をつけなければいけないのは、住まいの施設化が起こります。すると、住まいの中にいろんなサービスが入ることで、選択肢が限られると、結局施設と同じになってしまいます。そうではなく、利用者は外部サービスのどれを使ってもよいといった選択肢をもつことが大事です。有料老人ホームのよくないケースは、契約した医療機関しか対応させていないのが大きな問題です。(資料3)

### 認知症

(アルツハイマーも含む)

先ほど言いましたように、85歳以上から認知症が増えます。85歳以上になると、認知症や脳梗塞、肺炎など、いろいろな病気が起こります。医療なき介護はあり得ません。90歳の人が病気になれば、介護なき医療もあり得ません。要するに、生活を無視した医療はあり得ないので、これから病院のベッドが減りますが、ニーズは非常に高まります。高齢者用の病院として、中小病院が担えば、中小病院の活路はあるはずですが、ただし、薬と検査では問題は解決しません。その手法を変えなければならぬと思います。(資料4)

超高齢社会を迎えるにあたって、同居率や血縁関係が低下していっています。もうすでに家・家族には見守り、生活支援が一体であるといった日本文化は崩壊しています。自分の親のことを考えてみてください。90歳くらいの夫婦だと買い物や洗濯ができなくなるため、家の中は雑然とします。そして、3食食べていたのが2食になります。要するに、この年齢になると多いのは、疾病ではなく、衰弱によって医療介護を受

**医療・介護の成長シナリオ  
将来2030年・ビジョン(大きな目標)**

**戦略 -Aging in Place-**

↓

**戦術 Care in Community  
〈地域を病棟として捉える〉**

信頼と安心の創造 **あいセーフティネット**

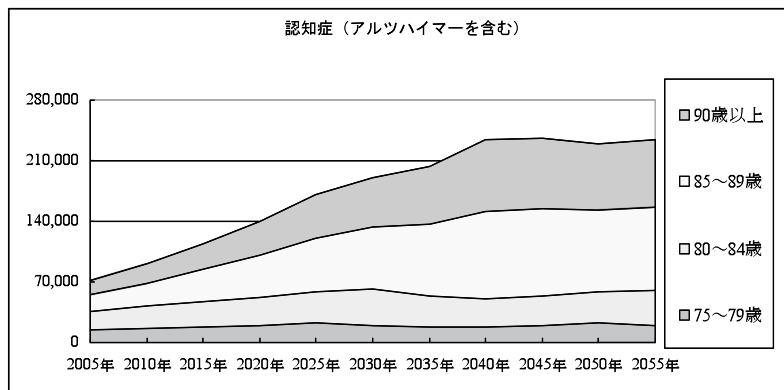
- 新天本病院
- あいクリニック
- あい介護老人保健施設
- あい訪問看護ステーション
- あいグループホーム
- あいクリニック平尾
- あい訪問看護ステーション平尾
- 多摩市中部地域包括支援センター
- 多摩市桜が丘いきがいデイサービスセンター

**医療法人財団天翁会**

資料 3

## 認知症(アルツハイマーも含む)

◆ 80歳以上の入院患者が急速に増加し、2025年には2.2倍となる。



出所) 厚生労働省「平成14年患者調査」、国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口(平成18年12月推計)」より作成。認知症は、「血管性および詳細不明の認知症」及び「アルツハイマー」の合計である。

資料 4

けるようになることです。栄養失調というのは、いろんな意味で日常生活の動作を低下させます。日本の社会保障には、見守り、生活支援、住まいの視点が欠けていました。現在の介護保険モデルはその視点がありません。そこを今後どうするか大きなポイントです。多様な住まいというのは、住宅に見守りや生活支援がついたものです。医療保険と介護保険を外から入れ込むと。ところが、日本では医療保険と介護保険が施設・病院を作り住居機能を代行してきました。特養が増えて欲しいというのは、転々とせずに暮らせる住まいだからです。特養が特別な機能を持っているのではなく、ただそこに入所すれば移らなくてすみ安心できるからです。これから超高齢者には、見守り、生活支援、住まいのニーズは、医療・介護以上に普遍性が高いものです。在宅医療を受けながら、生涯、地域で生活し続けていくには、福祉、要するに市町村が行う事業も重要です。私が医療法人財団を取った理由は、福祉と関わらなければ対応ができないからです。国策として「高齢者住まい法」で対応することは閣議決定され、今、都道府県には指示が出ています。しかし、本来は地域包括ケアシステムは日常生活圏域です。介護保険の事業計画は市町村が立てます。市町村の介護保険事業を支援する一次医療計画が抜けています。要するに、一次医療をどうするか。9時～5時の一次医療になっています。それをどのようにして24時間の一次医療にしていくか。それがきちんとないから、救急車がなんでも救急病院に運んでいるのです。ここをどうにかしなければなりません。

生涯地域で生活しつづけるには、家族が行っていたような見守りや介護といった「安心」と、利用者が選択できる自由が必要です。おまかせ医療ではない文化を今からつくっていかねばなりません。つまり、高齢者にも働きかけ、お金も使ってもらわなければいけません。やはり、住まいと生活。国交省が住生活基本法というのをやっていますが、住だけで生活支援の部分が抜けています。住いといって集合住宅、高齢者支援サービス付き住宅、医療・介護の外付けサービスと連携した住いといったように形

態は多様です。こうした日常生活圏域の中でいかに、包括的なケアシステムで補完しあえるようにするか。補完しあうということは、協働するということです。私はあいセーフティネットという多摩版地域包括ケアシステムを構築していますが、各事業体としてはやはり自分のことしか考えません。そこをいつも現実と理想のギャップとして職員に指摘されます。目標があるということは現実が解決ができていないということです。だから、改革していくわけです。制度は後追いですから、新しい制度ができた4年間が勝負です。診療報酬はそこが手厚く、普及してくると下がってきます。訪問リハビリも訪問診療も今やらないといけません。

高齢者医療は、診療所から病院に移りました。診療所というのは組織機能ではない自己完結型の場所です。そして、病院は組織機能です。その病院から、今度は生活の場いかに組織展開をするかに展望が移ってきています。それがチームケアです。協働というのは重なり合うことです。医療と看護は重なり合います。このようにハッキリ分ける考え方は専門職の分野に多いのですが、その一方で、法的にダブリ合う部分があります。医療行為では吸引などです。いろんなものを変化させるのは、権限委譲です。昭和24年に決められている法律、看護婦法、医師法がそのまま今使われています。地域で医療を提供することは昭和24年にはまったく想定されていません。従って、これから権限委譲がどんどん行われます。看護協会が日本医師会とまったく同じように、なんでも反対しています。看護協会はリハビリまで看護業務だと言っています。そのため、訪問リハステーションが独立できません。法改正をしなければなりません。そうすることで、訪問リハが自由にできるようになります。今、議論になっている、訪問看護というのは、介護保険に入れたわけです。施設医療のところを老人医療費の適正化と称して介護保険に入れているのです。そこでいろんな問題が生じています。老健施設の中で、医療が入っているといっていますが、医療必要度は一切見ていません。介護必要度だけで要介護1、2、3、4となっています。介護必要度にそって医療の必



要性が高まるのではありません。そのため、老健に入ると医療保険料を払いながら、適性な医療が受けられないという問題が起こっています。こうした問題を今後解決しなければなりません。相互補完という機能が、医療保険を補完する介護、介護の中で医療保険をするといった分断したものから、制度上も診療報酬大系も今後は変えるべきだと私は思っています。

## 病院・施設体系のポジショニング

### 超高齢社会の医療・介護体系

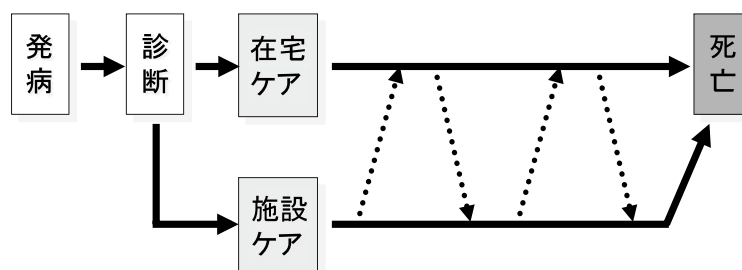
医療・介護というのは、脳梗塞の治療を受けたら相当長くなります。認知症も下手すれば15年です。これを診断して、おむつが外せなければ施設をつくります。これではいくら作ってもきりがありません。5年、10年経って、ぼちぼち死ぬそうと思ったら、ご飯を食べないから胃に穴を開けて生かそうとする。本当にそれでいいのですか、ということ国民に語りかけなければならぬと思います。在宅に対して、どのようにメンテナンスをするか。よく慢性期医療と言いますが、慢性期医療イコール施設医療になっています。本来は、慢性期医療は地域に置くべきです。この診療報酬大系ということで、医療現場からの声が届かない部分があります。

しかし、少しずつ改善はされています。人は必ず死ぬわけですから、その部分の対応をどうするか。先ほども言いましたように、日本は病院死が多いです。病院で死んでもいいのですが、それが半年とか一年以上という長期間も病院にいる必要があるのでしょうか。私は望みません。家で死にたいと手を挙げた人に対して対応するのが、社会保障ではないのでしょうか。あるいは、諸外国の芸能人や政治家もそうですが、病院で死ぬ人は少ないです。贅沢であれば、贅沢にできるしかけ

として、対照群を層別化すれば、十分ビジネス展開できると思います。ただ、もっとも反対するのが身内です。私の女房かもしれません。「とにかくあなた入院してよ」、と言うかも知れません。うちの親父のとき、お袋がそうでした。お袋は今生きていますが、絶対に病院には入りません。そして、私のところにも来ず、自分の家で2～3週間前から夜中もヘルパーが入っていますが、それでいいと言っています。パニックを起こさず、イエス・ノーがハッキリ言える高齢者であれば、それができます。このように、いろんなサービス形態を用意することが重要だろうと思います。慢性期医療から施設医療を脱皮して、地域医療の再構築へ。それが一次医療です。これを24時間版にし、昔の医師がしていた一次医療というものにもう一度戻るべきだろうということが期待されています。(資料5)

そこにお金が出るようにしようじゃないかと。ただ、在宅医療で安く済むとは私は思いません。しかし、満足度の高い、あるべき論に近い方向ということで、保険料を出していただく。今までの高齢者医療は病院を作ってきました。それが今は介護施設です。つまり、集团的画一なわけです。昔は中で着るユニフォームまで一緒でした。そして朝は7時に必ずおこされます。昔は4時半に夕食でした。16時間経ってやっと

## 超高齢社会の 医療・介護体系



**慢性期医療＝施設医療からの脱皮⇒地域医療の再構築**

資料5

ご飯を食べさせてもらえる。要するに、集団的画一というのは職員の働きやすい条件整備のためにそうしているのです。もう一つ、とにかく病気を探して病気を治療するという、疾病医療。高齢者ほどネガティブデータは集めやすいです。それを集めるのが医師や看護師が得意とするところ。逆に、ポジティブデータはこれから必要となります。残存能力の活用などです。いろんな意味で、疾病モデルから生活モデルにどう転換するか。後片付け、床ずれができて治療する、寝たきりになってリハをするというものを、想定できる範囲で予防していくという考え方です。ここで一番のポイントが介護保険の予防給付です。仕分けによってもいろいろ議論されていますが、考え方としては、予防という考え方が早めにくることは重要です。特に、自分の健康管理だとすれば、いろんなところに行って汗をかいたりする。ところがまだ日本人は、健康が目的で健康で何をすることがありません。それと住宅が欠けていたということで、これからはコミュニティケア、トータルケア、予防、初期対応、終の棲家ということをどう構築するか。それが社会保障の中の位置づけと、ニーズとして、市場がどこに入るか。このあたりが市場と社会保障が介護保険によってずいぶん境が取り払われています。その問題をどう組み立てるかが重要になっていきています。

施設ケアの弊害というのがあります。毎日朝起きて何時に何を、というのを皆同じように生活をする。食事も用意されたものをただ座って食べるだけで、後片付けも何もしない。そうすると、かえって重度化します。自分で考えない、自分で何かしようとしなない。それが一番大きな自立心の喪失です。これは40～50年前のヨーロッパでハッキリしています。また、在宅なら「ご主人」というのに、入院すると「one of them」になります。ノックもせずに部屋に入ってきて、ぱっとカーテンを開いて、さあ治療しましょう、となる。我々が高齢者の自宅を訪問して、部屋に入ってから靴をきちんと整えないと、翌日には辞めさせられます。相手はご主人ですから、当たり前の話です。こうした自由・主体性に視点を置くことが大切です。制度

もそうです。医療保険と介護保険を分断して、利用者が移ればよいというわけです。介護に行くと、医療が必要ならまた移ると。人生最後の段階であっちに行ったりこっちに来たりでは大変です。であれば負担するかどうか。後期高齢者制度に関しても、こういう仕組みにしましょうという議論は一切ありませんでした。今、次の高齢者医療制度に対する文書の中で、こういうサービスを提供するというのはわずか20行で書かれています。お金だけの仕組みです。施設ケアの弊害というのは、30年前にいろんなデータは出ているのです。しかし、民主党は特養や介護施設を作れということを行っています。

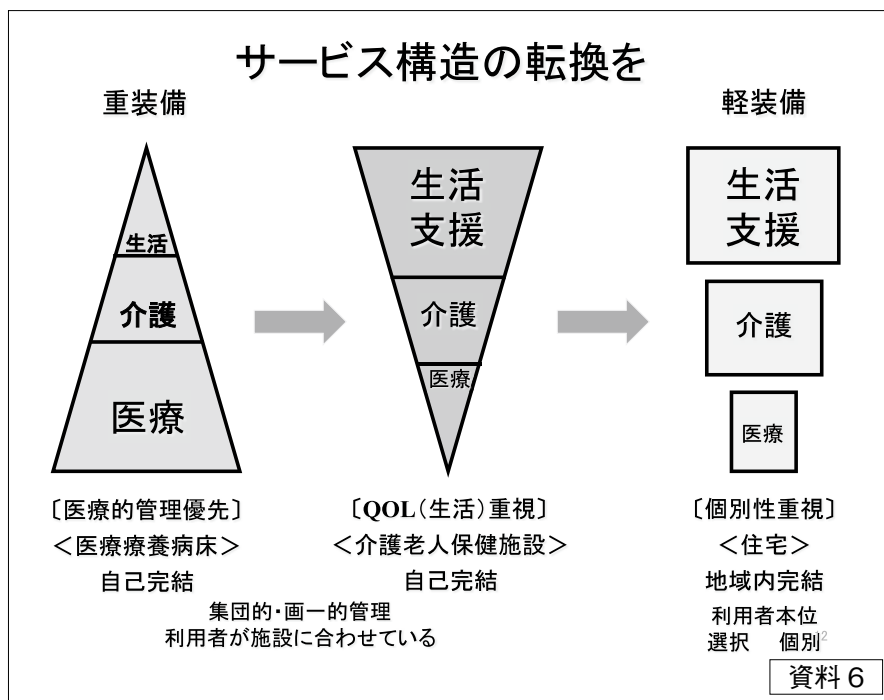
### サービス構造の転換を

資料6の左側の三角形は、医療中心の医療療養病床だと思ってください。そして、右側は特養だと思ってください。医療保険の箱、介護保険の箱によって、サービスが自己完結しています。外からは入れません。老健に認知症の専門医は入れません。一方、在宅ではTPOに応じて介護保険、医療保険を組み立てられます。医療保険の箱と介護保険の箱をこうした形態にするために、住まいということにすれば、外から入れるのではないかとということで、今議論されています。平成24年3月には医療保険・介護保険の同時改定が行われます。この段階で介護施設にどの程度、医療が入れるか。私が日本医師会の常任理事のときに介護療養病床が廃止されるのであれば、転換型老健には必要な医療が導入できる仕組みができました。しかし、あの医療はダメ、この医療はダメということで、同時に話し合うところがありませんでした。医療保険について中医協で話すときは、介護施設のことは一切議論になりませんから。逆に、介護保険部会のときは医療保険については知りません、となる。要するに、縦割りの弊害が多かったのです。これがサービス構造の転換に伴って、制度設計をどのように組み立てるか。横の関係づくりは厚労省を超えて、国交省と経産省です。(資料6)

もう一つは、高齢になると必ず嚥下の問題が起こります。そのとき、死亡診断書には自然死

というのがあります。それはある意味、ミイラ化のようなものです。食事がなくなって少しずつ水分が奪われていく。一方、ある有料老人ホームの人たちはイエス・ノーがハッキリしています。そして、「もしここに居れるなら、ここで看取ってください」と言ったりする。そうなる困るのが施設側です。施設長はそういうとき、ある程度発想の転換ができるのですが、施設で働いている介護のスタッフが不安がります。というよりも、何か悪いことをしているのではないかと感じてしまうのです。しかし、大切なのはそうではなく、何を優先順位にするかです。医療を優先するか、その人の意向、環境を優先するか。有料老人ホームでも4～5年経って知っている人がそばにいれば安心できます。また、高齢者ご本人の了承が得られれば行うといった方法です。すると、2～3カ月、寝たり起きたりして、だんだん体の肉が落ちていき、静かでおだやかな看取りができます。がんのホスピスだと頭に入りやすいと思います。先があと半年などと予測できますから、そうなる、うちで看取りましようか、となる。認知症だと先がわからないから、ということもあるのです。つまり、在宅医療の場合は、何かあった際には必ず施設が必要になります。ショートステイにしてもそうです。こうしたことを皆さん、ぜひ考えていただきたい。東京では、「一人で死ねますか」、というテーマのシンポジウムがあります。そこに呼ばれて、「もちろんできます。本人が意向をハッキリ伝えて、こういうサービスを利用すれば。ただし地区によりますが」ということをお話しします。今後は、こうした話題にもっと国民を巻き込まなければいけません。特に、日本では宗教という判断基準が薄くなっている時期ですから。もちろん、個人できちんとお持ちの方もいますが。我々は多摩市で街作りとして行っていま

す。多摩市では「エンディングノート」を作製し、配布しているNPO法人があり、自分が死んだらこれをどの子に譲るなどを書き込むトレーニングを行っています。その延長線上が後見人制度です。今、認知症において後見人制度が活用されはじめていますが、健康なうちから行う文化が、まだ日本には根づいていません。こうしたことも、今後の医療制度・介護制度の運用の際には必要だと思います。





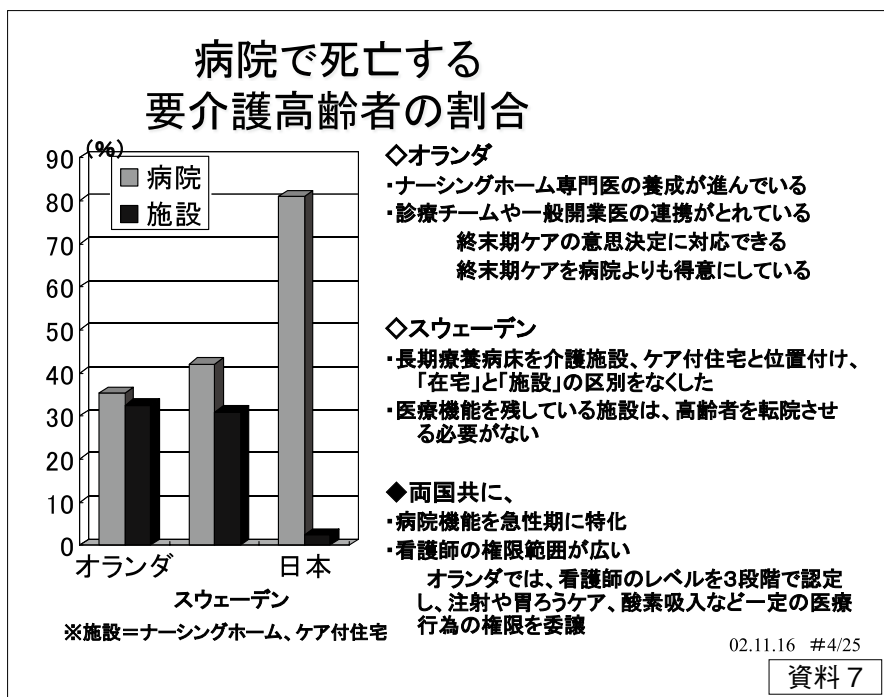
## 病院で死亡する要介護高齢者の割合

少し古いデータですが、日本では病院で死亡する要介護高齢者の割合は、8割を超えています。先ほども言いましたが、病院で死んでもいいのですが、滞在する期間があまりにも長い。それを多様な住まいに戻すには、必ず権限委譲が伴います。看護師が当直医的な判断をして、「これを用意しておくので浣腸はあなたにおまかせします」とか、「熱があるので薬を投与します」など、アメリカのナーシングホームのように権限委譲していくことが必要となります。その方向性は必ず、地域医療を進める際に不可欠だと思います。しかし今、日本でどういうことが行われているかという、実態容認です。特養で吸引が行われているから、それを認めていこうという。それをすると、介護職員が教育から入っていきません。今、介護福祉の教育には、医療は一切ありません。それは法律的にタッチしてはいけないとなっているからです。制度をきちんと整理しないと、長期的な整理が難しくなります。そして、当然、看護師においてもいろいろ議論が出てきます。オランダやスウェーデンでは、こうした方向で動いています。日本もこれから整備されることとなります。(資料7)

平成21年度に介護保険が改定されました。宮島局長が3%あげたと言われますが、2回ほどあげていないのですから、これまでの帳尻あわせです。ここでの問題は、将来の方向性をみて変えているのではないことです。介護の職員の処遇改善においても、強い姿勢がなく、給与をあげるのを施設が出し渋っています。ところが、介護する人は介護保険だけの施設ではありません。私のと

ころは老人保健施設150床、病院が170床ですが、介護職員が多いのは病院です。すると、法人内の介護職員の処遇改善となると、両方改善しなければなりません。それにはどうすればいいか。法人が利益を上げるということです。では、そうすると、リハビリの職員とかソーシャルワーカーはどうすればいいのでしょうか。大学卒の社会福祉士の給料は本当に低いです。リハビリの人はこれからたくさん出てきます。彼らが全員働いてリハビリに点数をつけたら大変なことになります。要するに、介護報酬改定というのも新たな方向性のメッセージが入っていなかったということです。

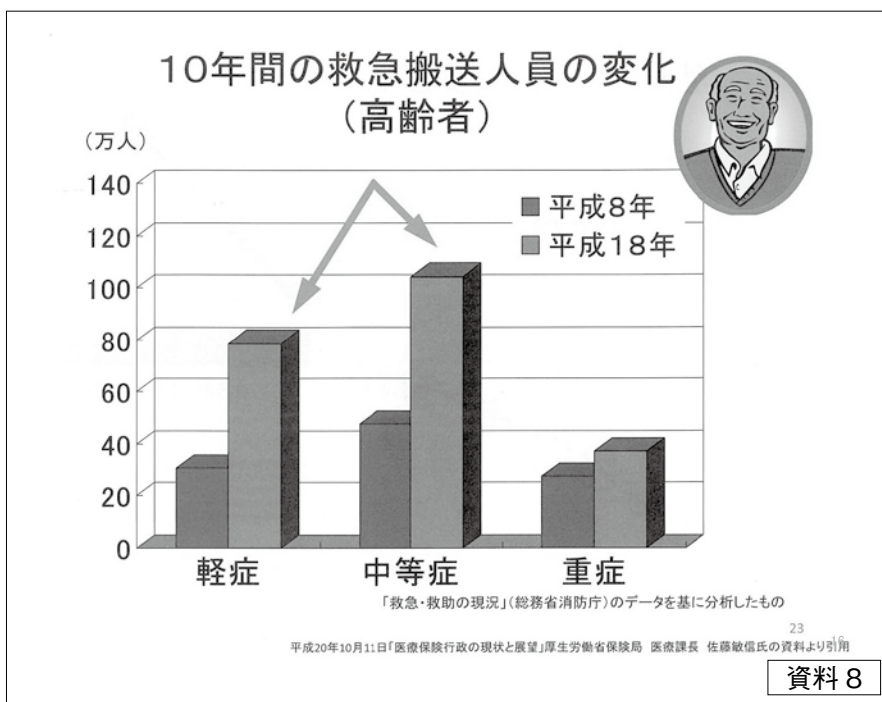
高齢者が増えたことで、軽症者や中等者の救急搬送が増えています。ここをきちんと立て直すべきです。せめてこの中だけでも一次医療で解決できる部分があるのではないのでしょうか。一次医療をきちんと行うことが、本来の二次救急、三次救急が必要な、フレッシュな脳梗塞やフレッシュな心筋梗塞などに十分な窓口が開けるはずで。三次救急に高齢者を運び込んでも、たくさんの検査をして必要なしとなってよそにまわすのは無駄な医療費につながります。また、そのときには、高齢者の意向尊重などできません。つまり、早くからかかりつけ医をもって、高齢者の意向を確認し合う信頼関係を一次医療



でつくっておいてもらわないと、救急搬送されたときに誰に確認するかという手続きの問題が出てきます。後期高齢者医療保険は今回ポシャりました。診療報酬のマルメもダメでした。これからは一次医療です。(資料8)

一般病床で曖昧な病床運用が多すぎるという議論があります。一方で、介護療養病床で療養環境をよくしたところは、どんどん削られています。挙げ句に投資して療養環境を改善した介護療養病床の制度をなくして、4.3平米の狭い一般病床で生き残っているのは許せないではないかと。これはまともな議論です。しかし、高齢者の行く場所がないからということですが。あとの亜急性期、回復期、特殊疾患がどのような形で残れるか。今、行政は急性期からの流れをどう処理するかはよく考えていますが、在宅から急性増悪したときの受け皿としての病棟整理が非常に曖昧な位置づけになっています。ただし、今年の春、佐藤医療課長が在宅療養支援病床という、在宅療養支援診療所の病院版の200床以下の病院が取得可能に拡大されました。中小病院がそこに転換できるかどうか。これはかなり発想転換をしなければ大変でしょう。ベースキャンプ的に出かけていくという医療看護に慣れるまでに内部改革に手間取ると思います。あとは介護保険の療養期がどのように整理されていくか。今三つある施設は過去を引き

ずっているだけです。今「介護療養病床の廃止」は廃止すると言って将来方向が曖昧になっています。閣議決定されたものが廃止されるのは難しいと思いますが。自身の病床をどのような位置づけにするか。私のところは高齢者の治療、リハビリ、認知症、終末期というケースミックス型の病棟区分になっています。この中でのポジショニングが大きな業界テーマになるのだらうと思います。(資料9)



#### これからの病院・施設体系におけるポジショニング・機能・地域における役割は？

病床区分	一般病床	療養病床	
保険種別	医療保険		介護保険
平均在院日数	10日(40万床?)	社会的入院・入所の解消(病院・施設の住宅化推進)	
機能	純急性期・専門特化 重装備化による集中治療    DPC 特例急性期加算	亜急性期・回復期・特殊疾患 (15万床?) ↓ コミュニティケアにおける病院とは ↓ 地域医療支援病棟? ↓ 地域が病棟化していく【地域内完結型に】	療養期 ↓ 『老健』へ一元化(軽装備化)    上乘せ医療(他科受診・住診)は一部出来高に?

機能特化

資料 9

## 生活医療への転換

### 医療施設の収入構造の変容

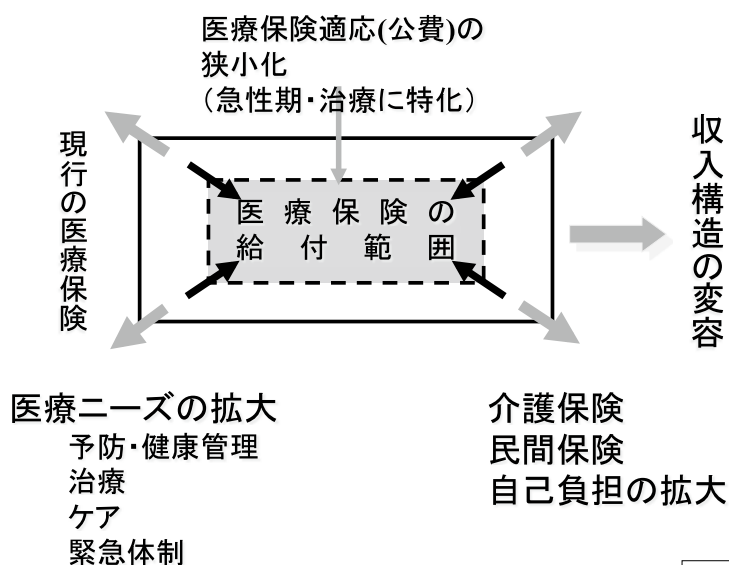
各法人が明確にすべきことはまず、外部環境に合わせることです。外部環境が東京なのか徳島なのか、あるいは高齢化のピークが終わっているところか、これからピークが来るところかで違います。また、同じ東京でも、八王子や青梅は慢性期病床が過剰な地域ですから、それを地域に根ざしたものにするのは難しいだろうと思います。次に、顧客層をどのように据えるか。低所得者層を狙うのか、高所得者層を狙うのかで、対応が違ってきます。私のところは医療保険、介護保険、自己負担を取り入れるような収入構造になっています。従って、個室、2床室を多くして自己負担、保険外収入増をはかっています。関東は一律10円という保険収入だけでは食べていけませんから。一つの医療法人の中に、事業体が9つありますから、それを上位目標を明確にして、各事業体ごと、各部署ごとにどのように連鎖したものを作るか。そして、顧客確保において、また地域貢献において、それをデジタル化する際に利益をどのように振り分けるか。事業体が増え経営管理が難しくなったため、維持するだけでなく、人事管理の問題、財務の問題、組織運営が我々の医療法人で非常に難しくなっています。銀行交渉する際にも進捗管理のデータをきちんと出していかねばなりません。

これから、医療保険の給付範囲が狭められてきています。ただし、ニーズは拡大しています。そのニーズは介護保険にいたり、自己負担にいたりします。つまり、ヘルスの問題、介護の問題、福祉の問題にまで関わってきます。こうした中で法人の収入構造をどのように位置づけていくか。全体最適をどう求めていくか。トップのメッセージをどのように徹底させるかというHow to doも非

常に難しくなっています。そして、人員確保。特に看護師の確保が難しくなっています。だいたい看護師は3年ごとに動きます。この法人で吸収するものはなくなったということで転職するわけです。そのあたりの人材確保をどうすればよいか。3年までの教育計画は立てられても、3年以降の管理養成をどうするか。今は管理職というものに関心をもつ人が少なくなりました。これも大きな問題です。(資料10)

それと、いろんな意味で本来なら診療報酬はナショナルミニマム(全国一律の報酬)として1点5～7円だと思います。その上、東京だと12円、東北なら6～7円といったシビルミニマム(地域特性)を乗せて、あとは高齢者本人の自由選択となります。介護保険と後期高齢者医療保険を一つにしようという議論がなされています。しかし、介護保険は現金給付です。要するに、要介護1～3でいくら差し上げます、というものです。一方、医療保険は現物給付です。これは必要なサービスはどなたでもどういう状況でも提供するというのがポリシーです。ですから、これらはなかなか一体化はできません。サービスは一体化しても基本的なポリシーは違いますから。そこは気をつけなければいけません。しかし、介護施設に入っていると、必要な医療が受けられていないではないか、という議論がさ

### 医療施設の収入構造の変容



資料10







## 居住ニーズへの政策転換

居住ニーズへの対応が、介護事業支援計画で代行してきました。これは施設機能に特化・統一し、参酌標準で規制して、将来の施設整備系事業計画を見直すというものです。要するに、これは介護保険料に関わることです。あとは一般財源で市町村が対応するのかどうか、まだ国と市町村での一貫性が担保されていません。なお、ある市では有料老人ホームは一切許可していません。要するに、福祉の方向で進もうとしています。これは市町村によって考え方が大きく異なります。病院施設が代行していた部分に対し、施設を増やすのではなく、住まいの供給整備と地域包括ケアシステムを連鎖させて「高齢者居住安定確保計画」を都道府県に義務づけています。これは今、東京都が一番熱心に行っていると思います。というのは、東京都がもっとも介護施設の数が遅れているからです。ある意味では、中間所得者層の住まいが活用されるかどうかは自己負担の額次第です。行政が土地を提供するなりしないと自己負担を軽減できません。行政の政策として、そちらを優先するのか、あるいは介護事業計画を優先するのか。今ではなく、10年後20年後を見込んで議論しておかねばなりません。そうでないと、計画性に整合性が保てなくなります。そのあたりがぐらついているところです。皆さんも国交省の動きや、都道府県がどう動いているか、注目です。(資料13)

私は、老健施設への一元化というのは、介護療養病床的にするにはかなり医療保険サービスを外部から導入しないと対応できないと思い

ます。ところが外国によっては箱はどうでもよいから期間で決めようと。半年以上になると、どこにしようとすべて介護保険を使用するという国も出てきています。そのあたりの問題をどう整理するか、課題もたくさん残っていると思います。

地域の中に在宅を支援するサービスと、急性期、慢性期の病院があるように、同じ地域内に訪問診療サービスを用意しようという動きです。東京のように慢性期は八王子の奥のほう、リハビリは山梨や熱海ということではなく、同じ地域の中に用意しようというわけです。具体的には、自宅のよいところ、施設のよいところを取り入れ、高齢者アパートや高齢者ペンション、高齢者ホームといったものに整理されようとしています。つまり、施設の住まい化が進もうとしているわけです。そして、そこに足りないものは、地域からサービスを受け入れていこうという方向で動いています。では、これらの高齢者アパートなどは介護施設とどう違うのでしょうか。介護保険が老人医療費の適正化ということで、介護保険施設に医療サービスを持ち込んだということで、サービスにいろんな制限が生まれました。生活関連サービスは年金で買えますが、年金というのはほとんど保険料の納入で持って行かれるようになりました。高齢者か

## <居住ニーズへの政策転換>

国策として居住ニーズに対応してこなかった  
(病院・施設が代行)

施設を増やすのではなく  
「住まいの供給整備と  
地域包括ケアシステム」  
(基本理念・哲学からして)

国策として「高齢者居住  
安定確保計画」を推進

・ 介護事業支援計画  
(施設の使命ではない  
居住ニーズをも  
代行してきた)

<施設機能への  
特化・統一>  
↓  
参酌標準により規制して  
↓  
(将来の施設整備  
事業計画は見直す)

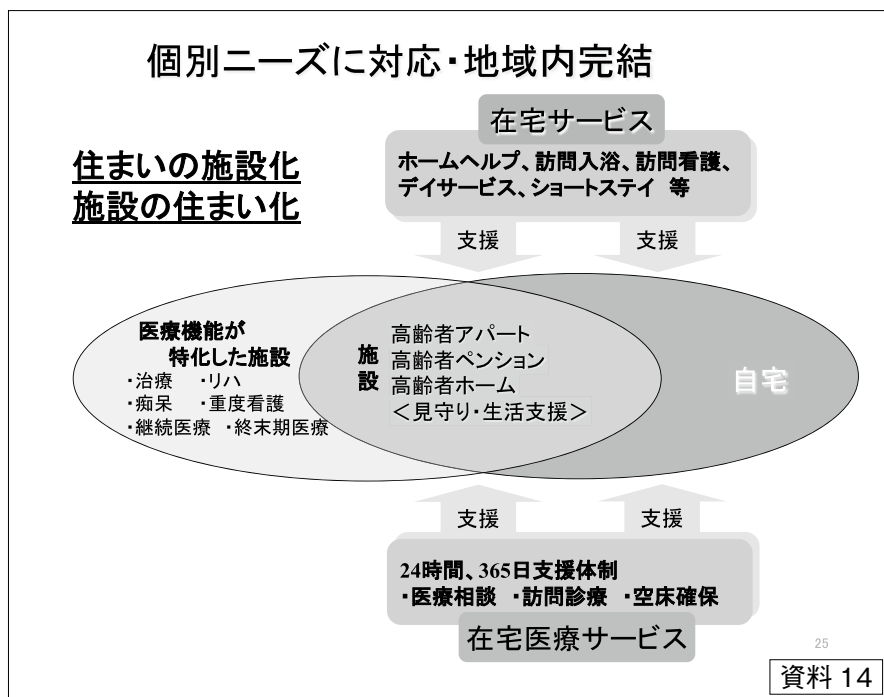
資料 13

ら保険料を取るようになってきたところが、当初とずいぶん変わってきた部分です。要するに、これからは医療保険サービスと介護保険サービスを分断するのではなく、相互で補完しあうという仕掛けがないと、施設の整備ができません。また、多様な住まいでの安心できるサービスが保障できません。どうしても給付体系に踏み込んでくるだろうと思います。在宅医療推進といながら、現状にいろんな課題があると思います。(資料14)

慢性期医療というものは地域の中でサービスを展開するものです。生活の基盤というのは、やはり地域です。それゆえに介護保険や地域住民との関わりも大きくなってきます。また、高齢者が生涯地域で生活し続けていくには、住生活サポートシステムの構築、Living and Life Support System、つまりリビングという問題は抜かすことはできません。そして、Life Support Medicineという医療の位置づけをしなければいけません。これを行うには現在の学校教育から大きな問題があります。教育は専門分化したためです。Quality of LifeのLifeは、最初「生命」という意味でした。その後、「生活」になり、最近では「人生」となっています。しかし、時間のあるスパンをどのように有意義に過ごしていただくかに関わる医療となると、「地域」「住まい」という問題が大きくなってきます。

## 「あるべき姿 Aging in Place」への道筋 Care in Community

同じようなことを繰り返しますが、「あるべき姿」への道筋を考えるには、ビジョンと戦術と計画を、各医療機関がどのように立ち上げるかが重要です。これは単年度の事業計画では達成できません。365日体制は、我々は比較的スムーズに入ることができました。私は正月も日曜日でも仕事をしていました。去年くらいから他のドクターが交代してくれるようになりました。問題は24時間体制をどう作るかです。夜間をどう対応するか。昔は訪問看護師が比較的集めやすい状況でした。昼間だけの対応でよいと思っていたからです。ところが今は24時間体制で、夜間の勤務もあります。そのため、看護師は非常に集まりにくくなっています。また、訪問看護もかなりハイテクケアになったため、技術の高さが要求されます。その意味で、看護師は集まりにくい。我々も、計画を立てたものの、もう一度、24時間の対応をしようということで目標を立て治しました。そのため、去年から地域当直医をクリニックの中に置いています。しかし、在宅医療を行っている医師に「病院側にいらっしやい」と言っても、「冗談じゃない、また病院にこき使われる」と思われてしまいます。在宅療養支援診療所は、主治医が24時



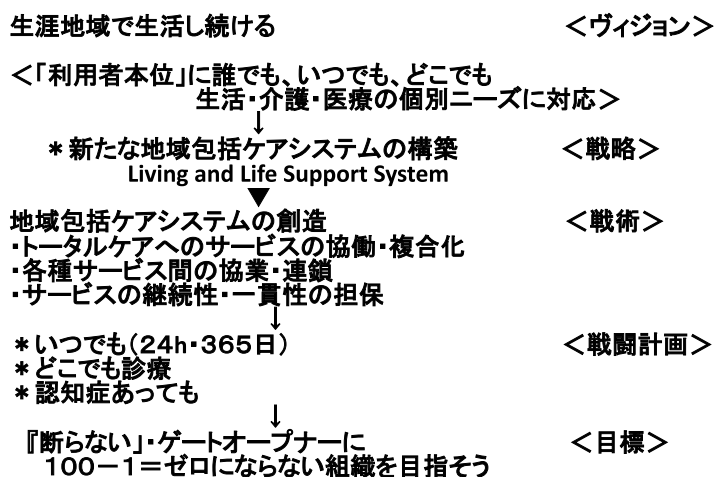
間体制であることを保障してお金をもらっているのですが、それでも一人の人間が24時間365日ずっと関わることは絶対にできません。在宅医療というのはしょせん医師一人、一診療所ではできないのです。問題は、これをどうグループ診療といった組織対応にするかです。我々は地域当番制にしました。我々のところは在宅だけでなく、多様な住いへの訪問診療もあるのですが、有料老人ホームなどの夜間は介護職員だ

けになるので、この職員を当番の医師がバックアップするという相互補完を実現したのです。目標をもつということは、少しずつ解決することです。では、今度は受け入れる病院側の問題です。病院側の支障は夜はレントゲン技師や検査技師がないという問題があります。では、ドクター・トゥー・ドクター（医師による診断予測をしたうえで）ならいいだろうと。天本病院というのはそういう技師はいないけれど、とりあえず一晩はドクター・トゥー・ドクターの体制で受け入れようと。問題は、あと法人内の職員が当直して、翌日は帰る体制にしないとイケません。そのためには、医師の母数を増やさなければならないと言う問題が出てきます。しかし、それも目標を持つことで少しずつ改善しているという状況です。我々の目標は、「断らない」ゲートオープナーになることです。（資料15）

科学や薬には限界があります。我々高齢者医療というのは、病院にきた認知症患者で何をするかという、まずは薬を切るのです。すると、

症状がよくなります。すごいですね、と言われますが、ただ薬を切っているだけです。もちろん、高血圧やパーキンソンの薬を切ったらとんでもないことになります。イアトロジェニック（医源性）、よしと思われた医療が、結局はその人の生活を壊していることがあるのです。転倒するのも、実は薬だということもあるのです。抑制も精神科の薬を投与しすぎることによって議論になっています。利用者の尊厳性をたもって、科

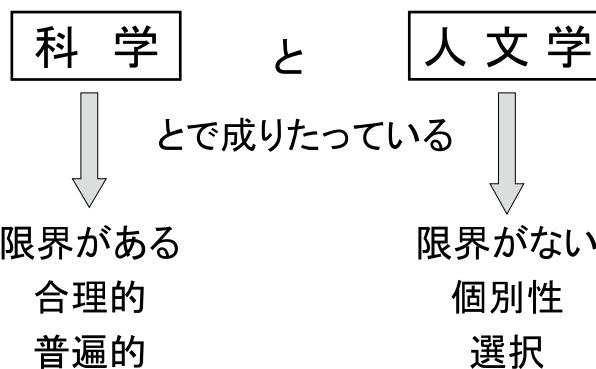
## 「あるべき姿Aging in Place」への道筋 Care in Community



資料15

## 世界医師会の「医の倫理」

医療とは



尊厳の創造

資料16

学的に対応するのが世界医師会の「医の倫理」です。高齢者の関わるケアでは、リハビリなどが特にそのような点が主張されています。しかし、まだリハビリは大学教育の中で講座のないところがたくさんあります。老齢医学も同じで、教授がいない大学がたくさんあります。しかし、こうした問題意識が少しずつ広がることが大事です。(資料16)

## これからの地域包括ケア

### 在宅医の資質能力の枠組み

医師や看護師といった専門職ほど、組織対応が下手な人間はいません。しかし、在宅医療は一人ではできません。グループ診療や家族との対応など、組織的にシナジー効果を生む組織づくりが大事です。この組織で対応するという協業・協働、コミュニケーションのノウハウは、病院の中だけでも大変なのに、地域展開するとさらに難しくなります。そのためにも、一貫した教育を行うメリットはあると思います。(資料17)

今まで食事介助や掃除洗濯といった家事援助は介護保険ではダメだと言われてきました。しかし、認知症の初期症状では、こうした家事の能力の低下が見られます。例えば、今日何を買って何をつくるかという、献立を計画的に考えるのが難しくなるわけです。つまり、有効に買い物をしてきて、冷蔵庫にある古いものと一緒に使うといった、認知機能の低下によって計画性が崩れてくるのです。そのため、同じものばかり買ってきてしまう。見守りというのは、気づきが大切です。早期発見をすることで、どう対応するか。介護保険の仕組みには入っていませんが、認知症においては見えない障害(高

## 在宅医の資質能力の枠組み

<u>医師固有の専門性</u>	<b>組織性</b> 社会人・組織人として、組織活動を円滑かつ効果的に進めるために必要な知識や技術等 (3)組織活動 (4)多職種との問題解決 (5)協働・協業の共通形式 (6)コミュニケーション (7)チームワークとリーダーシップ (8)能力開発
<u>共通の専門性</u> 医療・介護・福祉サービスの (1)基本理念・動向 (2)実践の基本原則・倫理	

専門性

組織性

資料 17



次脳機能障害・認知症の基本症状)です。介護保険は見える障害だけを助けています。私が呆けているか、会場の皆さんはわかりません。これはずっと一緒にいる女房しかわからないのです。家族がいなくなってきた今、早期発見によって重度化を予防することがこれから重要になります。また、95歳まで今後は生きるのですから、もうろくをしても金銭・書類管理は必要になります。それを社会保障に入れると非常にお金がかかります。しかし、買うサービスは当然あり得るでしょう。しかし、多くの方はこうしたことへの費用を使い慣れていません。そこも問題です。

認知症においては、認・認介護という実態が実際にあります。介護する方もされる方も認知症ということです。認知症の夫婦が喧嘩をして、亭主が家を出て行方不明になってしまった。奥さんは亭主と喧嘩したことを翌日にはすっかり忘れてしまっている。でも、夫が帰ってこないことだけはわかっている、そんな例がテレビで紹介されていました。これからの超高齢社会では「家あって家族なし」です。家族がいても日中独居です。これは大都会においては非常に大きな問題になっています。

手段的ADLという言葉があります。これは目に見えない「能力障害」です。電話の取り次ぎ、服薬管理、財務管理、栄養・衛生管理などに支障(生活への支障)が生じてきます。後見人制度はこれからビジネスになると思います。認知症の症状というのは、生活への支障で

あり、生活への障害です。徘徊だけではなく、ここを知っていただくことが重要です。

(資料18)

要するに、本人や身内が気づくことが大事です。ご主人が亡くなってから奥さんの認知症が発症したという話を聞きますが、実はそれ以前から発症していて、ご主人がカバーしていたのかもしれない。いずれにせよ、早く専門医にかかることによって病期進行のカーブを緩やかに

## 手段的ADL(⇒見守り・生活支援) 自立支援 (残存能力の活用)

Instrumental-Activities of Daily Living

<目に見えない「能力障害」>

- ・ 食事の準備
- ・ 熱源の取り扱い・家具(洗濯機等)の操作
- ・ 整理整頓
- ・ 電話による取次ぎ(伝達)
- ・ 服薬管理・栄養管理・衛生管理
- ・ 買い物
- ・ 外出
- ・ 財産管理

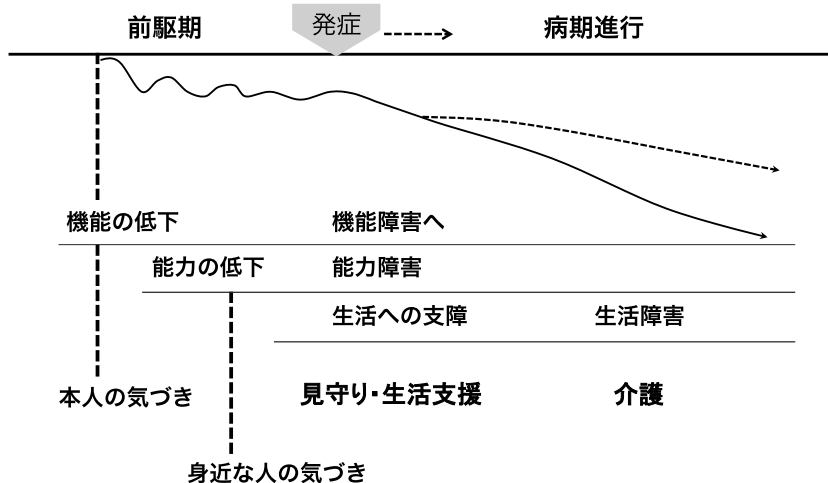
\*コミュニケーションADL

- ・ 意思の伝達
- ・ 情報の理解

<日常生活の自立、QOLと直結する因子>

資料 18

## 日常生活自立度・残存能力の衰退の経緯 (早期予防介入)



資料 19

にすることが大事です。薬は今はまだありません。私が言いたいのは、見守り・生活支援というサービスを社会保障の中にどのように位置づけるのかということです。(資料19)

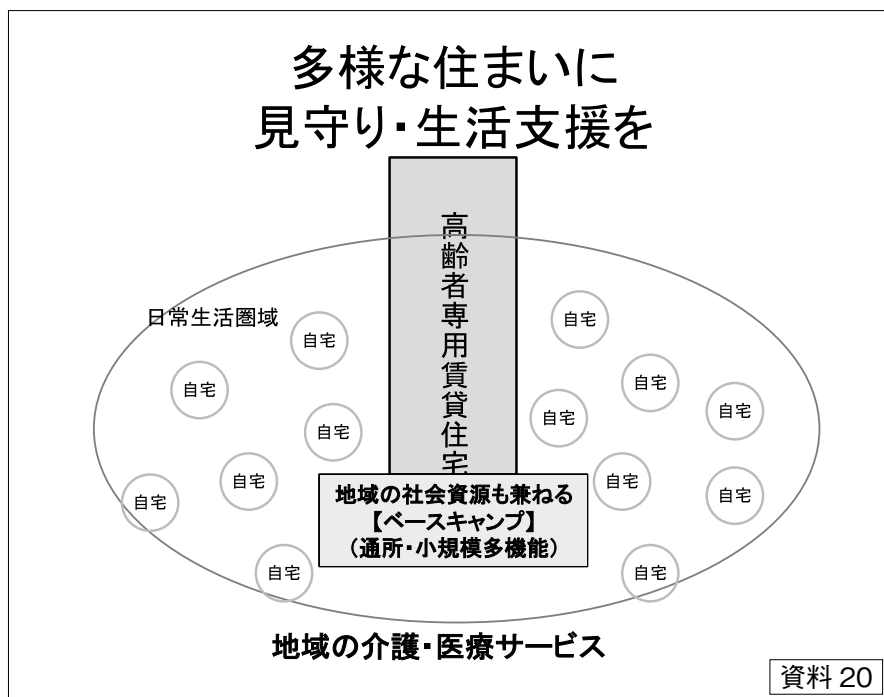
今後、住まいの施設化と施設の住居化を考える際、利用者にとって必要なサービスの選択肢を限定するようなことは絶対に避けなければなりません。でないと、これまでの施設と同じになってしまいます。集合住宅の一部をソフトサービスの拠点化とし、周辺地域への安全網を担うこと。そして、集合住宅と言った建築物の整備の枠を超えて周辺の地域包括ケアシステム作りに連鎖させていくシナジー効果の創造につながる住宅計画を作ること。これが地域包括ケアシステムだと思います。

これまでの話にも出てきましたが、高齢者住まい法という法律が、都道府県の「高齢者居住安定確保計画」に盛り込むことが計画されています。しかし本来なら、住宅問題というのは地域差が激しいため、市町村の一次医療計画でセットして、ボトムアップ形式でなければいけません。介護保険もそうです。介護事業計画を支援する介護支援計画がありますが、それもボトムアップ形式です。

高齢者アパートのサービスを1階に設けるといいうサービスがだんだん広がってきています。今後は、そのサービスが地域に展開されることになるでしょう。また、サービスを下だけに限定するのではなく、日常生活圏域にある多様なサービスの選択肢を増やしておくことが重要だと思います。(資料20)

## 日常生活圏域(エリアごと)

今、ホームセキュリティーを取り入れているのは、長島さんの家だけではありません。京王線沿線でも非常に普及してきています。要するに、ホームセキュリティーと介護生活支援をどのように連鎖させていくかについて、都会では少しずつサービスの種類が出てきています。それを包括するのが地域包括支援センターです。今は市町村が担当しており、一応24時間体制になっています。住まいの中で24時間の調整役をどこが担うか。本来ならば、家族です。家族は何かがあったときの決断をします。ケアマネージャーというのは調整役として入っています。しかし、介護保険の職種は、ほとんど介護職です。すなわち、医療をほとんど知りません。ですから、どうしても利用者の自己負担を減らそうと、本来必要な訪問看護やリハビリが入らないことになりがちです。そこで、訪問看護は、介護保険サービスではなく、医療としての現物給付として、必要なときはいつでも入れるような仕組みに戻すべきではないかという議論がされています。いろんな意味で、調整役というのが、本来はかかりつけ医の重要な役割だと思います。ですから、これからは調整役も、かかりつけ医であり、ケアマネージャーであり、地域包括支援センターであり、ご家族であり、



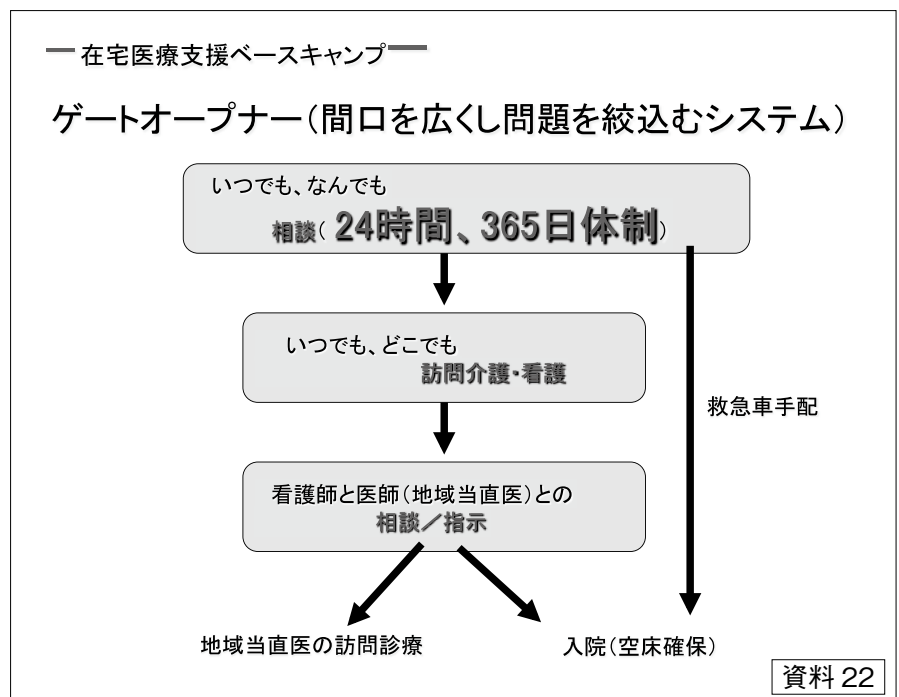
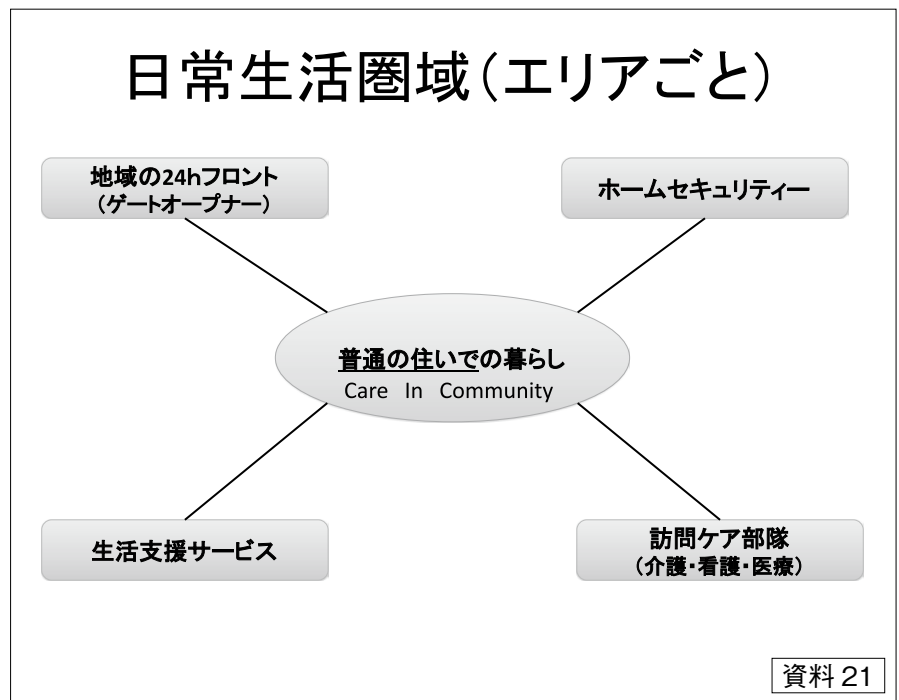
ご近所であり、民生委員でありいろいろな人たちが、どう組むかということになると、やはり街づくりが最も大きなテーマだと思います。

(資料21)

在宅医療は、医師一人、一診療所単位ではできません。協働、協業ということで病院内のタイムスタディを取ると、介護の人たちが時間的にもっとも高齢者と接しています。次に、看護、そして医者です。在宅医療を推進するには医者や診療所よりも、いかに介護、看護が普及するか。そして、絞り込む中で、いかに医者に関わっていくかだと思います。

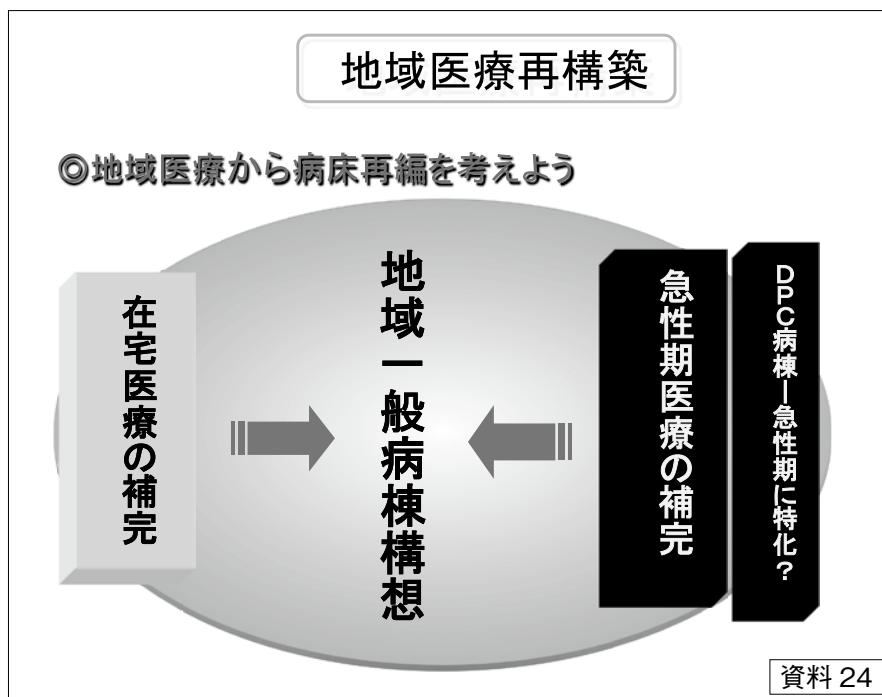
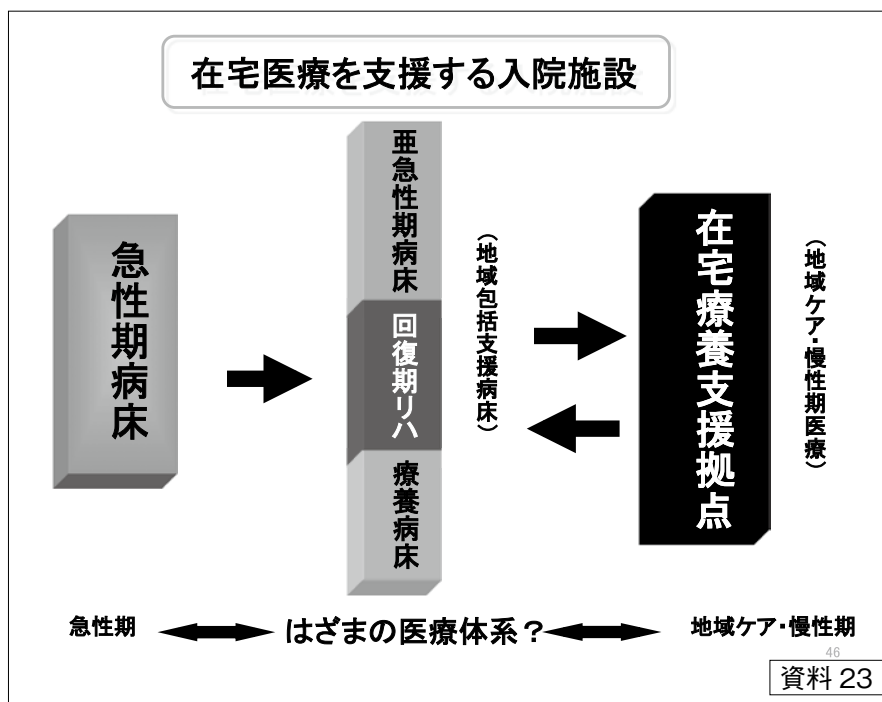
まずは、なんでも相談から入ります。そして介護につなげます。24時間体制ということで、夜間の訪問介護体制がありました。あれは夜間しか行ってはいけないモデルでした。夜と昼が別々だと、高齢者としては同じ人が来ないといやだということになります。世田谷区では、24時間ということで、実際に動き始めています。要は、そこをバックアップすることが大事です。訪問看護と医療の体制とどう組むかを考えると、重要なのは、いざという時に入院できる体制としての空床確保です。いつでも入れるところがあってこそそのCare in Communityですから。そのため、ショートステイにも、次第に緊急入所ができる体制などが重要になってきています。

24時間、いろんな相談を受けて、そのつど必要なところに振って、地域当直医と看護婦の話し合いで済ませたり医者が出かけていったり、あるいは即入院させるなど、ゲートオープナー化していく上でどう介護保険と組んでいくか。在宅医療支援のベースキャンプとして、利用者に来てもらうだけでなく、医療提供者が出かけていくという方法論です。我々はそのため、組織として対応しています。(資料22)



先ほども言いましたが、超急性期病院と在宅医療との狭間の医療、在宅医療を支援すること、急性増悪時の対応をどのようにするかがポイントです。在宅支援病院が今後充実していくでしょうし、中小病院の生き残りだと思えます。今までの疾病医療だけではできない訪問看護や訪問リハ、ケアマネージメントなどをセッティングすることが重要になってくると思えます。  
(資料23)

私が全日病の副会長だったときに、この「地域一般病棟構想」のために財源を組むべきだという提案をしたのですが、いつの間にか悪急性期病床(一般病床に限定)になって、整形外科病院のリハビリ病棟に変わってしまいました。本来ならば、高齢者のためです。ここで治療だけでなく、評価やどんなサービスが必要なのか計画・評価します。認知症なども面接を試してみないとわかりません。判断するには、一日の生活を身近なところで観察することが重要です。こういった医療は、在宅医療、急性期医療を補完するということが、次の同時改定の時にもっと明確に出てくるでしょう。  
(資料24)





前提条件として、このようなものがセッティングされる医療体制をどう構築していくか、これがきちっと我々の医療界から提案されれば、当然そこにお金がついてくるはずです。一次医療ケア体制の延長線上に在宅医療があり、結果として、「在宅死」もあり得るということです。

地域におけるケア体制は、やはり看護婦さんが中心になると思います。ところが、看護婦さんは医師の指示に慣れ切っています。訪問看護は、本来ならば、看護師が主体的に考えられるチャンスですが、なかなか伸びていません。法的にも整備されていませんが、今後はもっと主体性で、看護婦さんがうまく医師を使っていくということになると思います。うまく行っているところは、そういうふうになっています。ところが、越権行為で「その医師は止めて、この医師にしてください」とか、そういうことまでケアマネージャーが言っていることが問題なのだと思います。それは我々も反省しなければならないところです。(資料25)

「在宅死」を可能にするには、さっきも言いましたように、「エンディングノート」など利用者をまきこんだ対応で、おまかせ医療から脱皮し「医療の主体者は利用者である」といった風土を町の文化にしていくのが大事だと私は思います。

社会資源の整備だけでは在宅医療は進みません。やはり高齢者自身も交えて行っていく必要があります。

