

Senior Community

2016年1・2月号

特集

介護保険制度の15年を振り返る

■ 卷頭インタビュー

国民一人ひとりが「生きること」の意味を考えることから新しい日本の介護が始まる

淑徳大学総合福祉学部教授 結城康博氏

■ 新医療通信

医療法人社団悠翔会×在宅医療カレッジ特別企画

「地域包括ケア時代に求められる医療と介護の役割」

■ 先進地・スコットランドから学ぶ 当事者が提言し、動かす認知症戦略

<http://www.hhcs.co.jp/> 地域包括ケア・ケアマネジメント・デイサービス・サ高住・老人ホーム・病院・診療所



「地域包括ケア時代に求められる医療と介護の役割」を議論する

医療法人社団悠翔会は12月10日、同法人が主催する在宅医療カレッジの特別企画として、都内千代田区の東京国際フォーラムで「地域包括ケア時代に求められる医療と介護の役割」と題したラウンドテーブルディスカッションを開催した。「患者中心のケア」「ケアの質と倫理」「持続可能性」をテーマにした3部構成。同法人の佐々木淳理事長がモダレータを務め、医療・介護分野の最前線で活躍する総勢10名のパネリストが熱い議論を展開した。

診療所に当直機能を提供する一般社団法人の設立を計画

ディスカッションに先立ち、理事長の佐々木淳氏が医療法人社団悠翔会の取り組みを紹介した。悠翔会は一都三県に在宅療養支援診療所（在支診）9拠点を持つ、在宅医療に特化した医療法人。2014年には2131人の患者の訪問診療を担当した。現在、常勤換算の医師数は34名で、総職員数は212名。2014年度の在宅看取り率は63.4%に達している。

2006年に最初の診療所を開設し、2009年まで診療科の充実に努めてきた。24時間対応を確実なものとするため、2010年に救急診療部を設置し、当直医による緊急対応を開始。東京都足立区では、2012年に診療拠点を開設する1年前から地域づくりに取り組み、ケアマネジャー向けの講習会や病院との連携活動、ケアカフェなどを実施してきた。開設3年目で、在宅看取り率を79.0%にまで押し上げている。また、2015年10月には、学研ココファンホールディングスとの合併で、訪問看護サービスを提供する会社を設立した。



佐々木淳氏（左端、モニター画面）がモダレータとしてディスカッションを司会進行した

2040年には日本人の年間死亡者数が40万人も増加すると予測される。病院での看取りはこれ以上増やすことができず、自宅で看取る以外の方法はない。ところが、訪問診療と看取りの取り組みに熱心な在支診は少なく、在宅医療は普及していない。最大の参入障壁は緊急対応。そこで悠翔会のような当直機能を持つ在宅専門医療機関が、地域の在支診の夜間と休日をバックアップすれば、在宅医療は今よりも広がっていく。悠翔会ではすでに法人外の14クリニックとの連携により、来年度中に合計60クリニックで1万人の在宅患者に対応するという目標を掲げている。

患者数が318人も増え、看取り件数も22人から76人に増えたという。

悠翔会ではこの仕組みを広く普及させるため、一般社団法人の設立を予定している。地域の開業医と在宅専門の医療機関が役割分担することで、「医師個人の犠牲を最小化し、在宅医療の障壁を解消して在宅医療を普及させます。在宅医療が持続可能な形になることが非常に重要だと思います」と佐々木氏。当直拠点の増設や診療拠点の新設、新たなクリニックとの連携により、来年度中に合計60クリニックで1万人の在宅患者に対応するという目標を掲げている。

テーマ1

「患者中心のケア」

ディスカッションの最初のテーマは「患者中心のケア」。時代に求められる多職種の役割とは何か。まず5名のパネリストが問題提起のプレゼンテーションを行った。

衆議院議員（前日本看護協会政策秘書室長）の木村弥生氏は、通い・泊まり・訪問介護・訪問看護を一元化して提供する看護小規模多機能型居宅介護（旧複合型サービス）の重要性を強調。訪問看護が“点”という形のケアだとすると、看護小規模多機能型居宅介護は“面”的のケアであり、長時間継続的に利用者の生活を支援できると説いた。「医療と介護をつなぐのは看護職の仕事です。在宅医療は看護師が主役だという気概を持って支えてきたい」と語る。

株式会社あおいけあ代表取締役で、慶應義塾大学客員講師の加藤忠相氏は、神奈川県藤沢市で小規模多機能型居宅介護を運営する。「介護は、いまだにお年寄りのお世話をすることが仕事になっています」と指摘。あおいけあでは、認知症になつても消えない手続き記憶とプライミ



加藤忠相氏

ング記憶に働きかける自立支援を行っている。その人ができることをしてもらって初めて介護の仕事。近隣の神社を掃除したり公園に花を植えたりすることで、高齢者はボランティアをしていることになる。「介護の仕事は、地域をデザインする仕事でなければならない」と加藤氏。

サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）の「銀木犀」を展開する株式会社シルバーウッド代表取締役の下河原忠道氏は、「患者中心のケアとは高齢者の足りない部分を見るのではなくて、その人が残りの人生をどう生きていきたいかという視点に基づいて設計すべき」と主張。入居者が販売を目的として制作するクラフトや店番をする駄菓子屋などを紹介しながら、住み慣れた場所で最期まで安心して生きてもらう文化を作り上げることが大事だと説いた。

宮城県気仙沼市の元吉病院前院長で、現在は京都の山間部で働く川島実医師は、これまで在宅医療に関わってきた印象を語る。「病院では医者が先生で、患者が生徒になってしまう。在宅では玄関を開けて入った瞬間から、向こうが主人、こちらはお客様で、主体と客体が転倒するわけです。厳密な意味で患者中心のケアを実現しようと考えるなら、在宅診療を充実させていくことが大事。そのためには医者は病院という箱を飛び出し、町で働けばいいと思います」。

神戸大学医学部教授で、附属病院薬剤部長の平井みどり氏は、ポリファーマシー（多剤処方）の問題を取り上げた。医師は患者の訴えに1

つ1つ対応しようとして薬が増えていくと指摘。不必要的薬をいかに減らして無駄を省き、ケアの質を上げていくか。「薬剤師を活用することによって、在宅医療はさらに質が高まりますし、何よりお医者さんが樂になります」と主張。また、特に高齢者の場合、食事と栄養が重要になるため、薬物治療以外の対応では栄養



川島実氏
木村弥生氏
士の活躍に期待したいと述べた。

佐々木氏はポリファーマシーについて、薬が原因で認知症になっている人が少なからずいることを示唆した。ジャーナリスト（元日本経済新聞編集委員）の浅川澄一氏は「認知症の人に対する抗精神病薬は日本では野放し状態。日本の医療はまだ医者と家族の関係であって、本人が抜け落ちている」と指摘。地域包括ケアの植木鉢モデルには「本人・家族の選択と心構え」とあり、本人の意思が家族と分けられていないことを問題だとした。平井氏は「患者さんも高齢者も、弱者だからお世話をしなければならない、保護しなくてはいけない」と提起。患者中心のケアとは何か。主体はあくまでも患者や利用者だという視点から捉え直すことが求められる。

テーマ2

「ケアの質と倫理」

閉鎖的な環境の介護現場で、たびたび起こる高齢者への虐待事件。在宅では「ケアの質と倫理」をどのように担保していくべきか。

100棟を超えるサ高住を運営し、グループ全体で約4000人の従業員を抱える株式会社学研ココファンホールディングス。代表取締役社長の小早川仁氏は「量の拡大と質の追及の両立には難しいところがあります。なぜ量の拡大が必要なのか。それは世の中のためでもありますが、



小早川仁氏

経営理念を実現するためにも事業を拡大していかなくてはなりません」と語る。質の高いサービスを提供するための実践として、経営理念を共有すること、人が商品であることを明確にしておくこと、それぞれの役割を果たしてもらうことなどを挙げ、事業拡大の目的を社員と共有しなければならないと説いた。また、経営理念が共有できているスタッフに対しては、最後まで信じて守り抜くと明言。入居者に求められても、監視カメラなどを設置しない方針だという。

東京都町田市を中心に訪問看護ス

テーション14か所を展開する楓の風グループ。副代表で保健師の野島あけみ氏は、「円卓発想」の図（中央に目的が配置され、その周囲をメンバーの輪が取り囲む）を示しながらこう話す。「品質管理の第一歩は人材採用で、同じ夢を追える人を探す。そうした人たちと事業をすることだと思います。患者中心の話が出ましたが、私たちは中心に置くのが目的だと考えています。輪の中には患者もスタッフも一緒にいる。これを組織風土、地域風土にしていくことが地域包括ケアの根本であると思っています」。また、生きている限り誰にも不安があるので、その穴を埋めることを考えるよりも、生きている価値をみんなで作っていこうと提案する。確かに、安心・安全を一番に求めるなら、在宅よりも施設のほうが適しているとも言える。「在宅がアビールるべきは、安心・安全ではなくて価値ある今日を生きることだと思います」と野島氏。

小早川氏と野島氏のプレゼンテーションを受け、佐々木氏は「目的共存がコアだということは共通していると感じました」と話す。虐待事件の直後には、管理者の責任あるいは経営者の責任を問う報道や、事業規



小早川仁氏 下河原忠道氏

模の無理な拡大が招いた結果だと分析する報道もあった。佐々木氏は、どの論調も少しずつ違うのではないかと違和感を覚えているという。

「基本的に給料が安いんです。これが最大の問題。だから優秀な人材が早く燃え尽きて出ていってしまう。



平井みどり氏 野島あけみ氏

人材がそろっていないのに施設を増やすしすぎると、当然サービスの質とのギャップが出てきます」と浅川氏。これを受け、加藤氏は語る。

「いい人材が入ってこないという意味では、介護人材の給料は安いままです。しかし、10時にならお茶、12時になら食事を出して、何時にならトレイに連れていく。それは介護職でなければできない仕事なのかという問題です。僕たちの仕事は、1人1人のストレングスとアイデンティティに合わせて対応できる環境を提供することです。時間に合わせることが仕事ではないので、その人その人のタイミングに合わせて仕事ができる環境に全事業所が切り替えていかなかったら、実際は給料を上げるべきではないんです」

介護のケアの質を上げる。厳しい見方かもしれないが、専門職として社会に評価されて初めて介護人材の給料は上がるのかもしれない。

テーマ3

「持続可能性」

厳しい状況に置かれている医療保険と介護保険の財政。持続可能性を高めることが求められている。

医療経済研究機構所長（前国立社会保障・人口問題研究所所長）の西村周三氏は「多くの予想では10年ぐらいうちにバニックが来る。ギリシャのような状態になると、どこをカットするかという議論が機械的になされようになります」と警告する。国民1人当たりの医療費と介護費は、90歳を超えると極端に高くなる。そうした高齢者が激増する状況をまもなく迎えるが、言い換れば10年の余裕があるという。「これに備えて、患者や利用者が自分でできることは自分でできるというような自立を、専門職がどのように仕掛けていくかということだと思います。日本の専門職のレベルは高い。今のうちに財政負担をこれ以上増やさないようにすることは大事な課題です。しかし、お金の話が先になると、ろくなことがありません。やはり志あるいは理念があって、こういうことを実現したいという人間のエンパワーメントに期待したい」と西村氏。

厚生労働省医政局地域医療計画課救急医療対策専門官で、もともと救命救急センターの医師である亀山大介氏は、救急医療の観点から高齢社会の状況について述べた。救急出動件数の増加、中でも高齢者の救急搬送が急増している現状を示しながら、「複数の疾患有っている高齢者が突然救急車でやって来ると、病院の選定に時間を要し、実際に診療する救急医にも大きな負担がかかります。また、出口側の問題として、救急病院で治療して病気が治ってもADLは低下しています。そうした方々にどのように生活へ戻っていたらかということが非常に問題になっています」と説明。その対策の1つとして、病床の機能を分けて再編し、必要な治療をスムーズに受けられるようにするための「病床機能報告制度」の取り組みを紹介した。

浅川氏は「国交省の検討会で打ち出された拠点型サ高住を全面的に支持します」と表明。拠点型サ高住は、訪問診療、訪問看護、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（24時間訪問）の4つの機能を併設したサ高住のこと。これによって収支の合わない小規模多機能型居宅介護と24時間訪問を



西村周三氏

まずサ高住の入居者に提供し、その後で地域へ出していくようすれば採算を取ることができると主張した。また、既存の空き家を活用する分散型サ高住についても紹介。分散型サ高住は、サ高住から500m以内の離れた場所にある事業所が、入居者に



対して状況把握・生活相談サービスを提供するというもの。浅川氏は、拠点型サ高住に、こうした分散方式を組み合わせることも提案した。

「例えば、小早川さんのサ高住と下河原さんのサ高住が隣り合せにあったとすると、小早川さんのサ高住の1階に小規模多機能や24時間訪問を設けて、隣の下河原さんのサ高住にそのサービスを提供するという形です。そうすることで4つのサービスをフルに使って、それを広めていけば地域包括ケアへの突破口が開けるのではないかと思います」

ディスカッションはその後、いくつかの意見が出て終了。最後に佐々木氏、在宅医療カレッジの学長を務めるフリーアナウンサーの町田聖氏が総括した。町田氏は自身の母親を自宅で看取ったことに触れながら、地域には病院と施設と自宅があり、それらはすべて在宅もあるという考え方を示した。「施設を選択しても病院を選択しても私は間違っているのかなと納得できるように、専門職の人にはプロ意識を持って支えていただきたいと思います」。専門職にとって、地域包括ケア時代への手掛かりが見えるようなディスカッションになったのではないだろうか。