

地域包括ケアシステムを先取りした街づくり ～千葉県「柏プロジェクト」の在宅医療・介護モデル～

東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授
辻 哲夫

講演要旨

2025年には高齢者世帯が変容する。その中で幸せに生きるためには医療の大転換が必要だ。生活習慣病予防と介護予防のため、全員が食・運動・社会参加のできるまちをつくるべきだ。2006年の介護保険制度改革ではケア思想が転換され、2011年には地域包括ケアシステムの概念が示された。在宅医療はまだ普及していないが、医療介護制度総合改革などにより、地域連携型の新しい医療システムが作られようとしている。

私は地域包括ケアシステムのモデルとして柏プロジェクトに取り組んでいる。開業医同士が助け合う仕組みをつくり、24時間対応の訪問看護も整備する。このように、かかりつけの開業医が合理的に在宅医療に取り組めるシステムがコアとなる。拠点型のサービス付き高齢者向け住宅のモデル化にも取り組んでいる。柏プロジェクトのポイントは多職種連携研修とネットワークづくりだ。

J Aグループは重要な助け合い型の組織だ。モデルづくりを実践してほしい。

目次

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1. はじめに | 6. 柏プロジェクトの取り組み |
| 2. 日本人の長寿化と自立度から見た課題 | 7. 柏プロジェクトの試みから |
| 3. 健康増進・虚弱予防の研究と推進 | 8. 高齢期の生き方・住まい方を考える |
| 4. ケア政策の転換と地域医療 | 9. J Aグループへの期待 |
| 5. 医療政策が問い直されている | |

1. はじめに

これからの超高齢社会は、今までの常識の延長線上では成り立ちません。特に、医療に関しては大転換が必要だということを中心に、お話しします。

今後の日本のポイントは、75歳以上人口が激増するということです。75歳以上人口が5分の1を占める社会は、世界中どこにもありません。同時に人口が減り続けます。つまり我々は、日本有史以来経験のない未知の社会に向かっています。

団塊の世代が75歳を超えるのは2025年です。この2025年が、日本の社会システムあるいは社会の価値観を占う上での大転換期です。

2. 日本人の長寿化と自立度から見た課題

(1) 生存率曲線の変化が意味するもの

高齢化の背景として何が起きているのでしょうか。生存率をみると、1947年は終戦直後ですが、各年齢でかなりの人が亡くなっています。それが、50年後の1994年には若死に激減しました。そして今は75歳以上の生存率が増え続けております（P. 22 図1）。

この生存率曲線は、虚弱な人口集団が増え続けていることを意味します。これをどう受け止めるかです。

(2) 長生き社会の日本

死亡する場所はどこか。今は病院で亡くなる人が約8割で、「死ぬのは病院」というのが常識になっています。

今の病院医療は治す医療です。病気を治すために病院がすごく進歩をして、生存率が高まりました。親を入院させて、「先生、できる限りのことをしてください」と言っていたら、多くが病院で死ぬようになったわけです。しかし、治す医療だけで我々は幸せなのか。そ



れが問われています。

昭和40（1965）年頃は死亡者の3分の2が75歳未満でした。今は、75歳未満で亡くなる人は3割です。死亡数が一番多いのは、男性85歳、女性90歳です。長生き社会になりました。そういう社会においては、特に医療はかなりのシステム転換をしなければ乗り切れないということです。

(3) 自立度の変化パターンから見えるもの

同僚の秋山弘子先生¹が「自立度の変化パターン」を調査されました（P. 22 図2-1、P. 23 図2-2）。

自立度に関する男性の平均値データを見ますと、約1割はかなり高い自立度を維持していますが、約2割が60歳代でガタンと重い要介護になる。そして約7割が70歳代から徐々に自立度が下がっています。

女性は高い自立度を維持する線がありませんが、自立度が低いわけではありません。ガタンと重い要介護になるのは男性の半分強で、それ以外の大部分の人は高いレベルで徐々に自立度が下がっています。女性は足腰の痛みから弱っていくことが推測されます。

つまり、データが物語っているのは病気、特に生活習慣病が要介護の源泉になるということです。血管をいためると急速に要介護になります。逆に言えば、生活習慣病を予防で

1 東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授



できれば、75歳頃まではみんなが元気だということですが。

しかし、その次に、徐々に虚弱になるという老いの姿を示しています。ですから、できる限り早期に虚弱予防政策をすることが重要です。

一方、“ピンピンコロリ”はもう稀です。医学が発展している中で、人は最終的には大なり小なり人のお世話になる。そういう期間を経て死に至るのも今や常識です。この過程をいかに「生きていて良かったね」とすることができるのか、これからの課題です。

(4) 認知症高齢者数の増加

そうした中、年齢と共に認知症が累増します。85～90歳で4人に1人、90歳以上で2人に1人が認知症になると言われています。2025年には、700万人が認知症になると言われます。認知症が普通になる時代になります。

これに対する結論は、受け入れるということです。障害のある人とない人とが共に生きる社会をつくる必要があります。

(5) 高齢者世帯の変容を考慮する

2025年には高齢者世帯の4割近くが一人暮らしになります。夫婦だけの世帯が3割強で、他世代との同居世帯はたった3割になります。それも、60歳の娘が90歳の親を介護しているようなことになります。

そうした中でその人らしく生き切るためには、社会システムの構造転換が必要です。ですから私は、高齢者世帯の変容が日本のシステムを転換しなければならない最大の要因だと考えております。

3. 健康増進・虚弱予防の研究と推進

(1) 生活習慣病予防

では、何をしたらよいのか。生活習慣病予防

と虚弱予防あるいは介護予防がメインになります（P.23 図3）。

生活習慣病については、メタボリックシンドロームという大発見がありました。従来は糖尿病や高血圧症などの政策がバラバラでしたが、共通の機序があることが分かったのです。内臓脂肪から出る一定の物質が血管内の代謝を阻害し、血管をいためることが分かったため、それをコントロールすればいいということです。そしてそれは、投薬といった二次予防の手前で止められることが分かりました。

その対応を一言で言えば、「1に運動、2に食事」です。これをいかに社会が実現するかがポイントです。

(2) 虚弱予防の研究

実は、要支援あたりで虚弱化をコントロールするのはかなり難しいのです。そこで、それよりもっと早く虚弱化を予防できるよう、筋肉が減る兆候を見つけるという研究を東大で行っています。

サルコペニアと言って、歳をとると筋肉が速いスピードで減ります。それでいろいろなトラブルが起こります。3年間、膨大な数のデータをとったところ、ふくらはぎを自分の指輪っかであつかんでグスグスの人は、サルコペニアになっている確率が高いというデータが出ました。その段階からいかに予防するかが大事で、そのための研究に必死で取り組んでいます。

サルコペニアの兆候が見つかったら、基本的にはしっかり食べることです。歳をとったら、小太りよりも痩せの方が怖いのです。もちろん、食べると同時に運動もしなければ防止できません。

(3) 外出機会の推進

また、サルコペニアの人を調査したら、社会とのコミュニケーション能力が落ちていることが、虚弱化の一番入口の原因だと分かってきました。

健康を維持している人は出歩く人です。東京都健康長寿医療センター研究所（東京都老人総合研究所）によると、週1回以上出掛ける人は、週1回以下しか出掛けない人に比べて、歩行障害の発生リスクが4分の1です。認知症の発症リスクは3.5分の1です。要するに、認知症は治せないけれど、社会に出ることで遅らせることは十分可能だということです。

(4) 健康長寿のための3つの柱

病気を発見し、お医者さんにかかって薬を飲むことはもちろん必要です。しかしその手前で予防したり、あるいは歳をとって虚弱になるのを手前で遅らせるためには、「食」「運動」「社会参加」を全員ができるようなまちをつくれればいいということです。

今のまちづくりの最前線は、公共交通と、歩くのを基本にして、なるべく車が乗り入れないようにする。また、街の中でイベントを繰り返し、お年寄りが喜んで出てくるような社会をつくることです。これを行っているのはSWC（Smart Wellness City）という首長グループで、新潟県の見附市が有名です。結局、人と人とが触れ合う賑わいのあるまちをつくれれば、そのまちに住む高齢者は弱らないということです。これからの健康づくりは、まちづくりそのものだという事です。

4. ケア政策の転換と地域医療

(1) ユニットケアの出現

皆さん、ユニットケアはご存知でしょうか。昔の特別養護老人ホームは4人部屋か6人

部屋でしたが、これをユニットごとのケアに変えました。個室に住み、顔見知りの職員がいて、ユニットごとに食堂に行き、顔見知りの関係性の中で食事をする。部屋には帰りたい時だけ帰るという形です。

当時、多くの人は「個室だと閉じこもる」と言っていました。私が厚生省の老人福祉課長の時にも論争があり、私自身も迷いました。しかし、^{とやまだし}外山義さん²という偉大な学者がいて、6人部屋からユニットケアでの1人部屋に変えてタイムスタディをやったら、歩く歩数も喋っている会話の量も増えたのです。

要するに、人はそれまでのライフスタイルを繰り返すから自立を維持する、ということが分かったのです。北欧で発見されていた事実ですが、すごく貴重な発見でした。

(2) ケアの思想の転換

2006（平成18）年の介護保険制度改革で、小規模多機能型居宅介護というサービスシステムが導入されました。住まいを中心に、自分の毎日の繰り返しのパターンがある。生活の原点といえる自分の住まいに住んで、日中は出掛ける。調子の悪い時は介護側から様子を見に行く。もっと調子が悪い時はお泊りで調整する、ということです。

ただ、重い認知症の一人暮らしにはグループホームやユニットケアが必要です。ですから、施設は不要という意味ではなく、自分の馴染んだ住まいで生活を続けられるようなシステムにしようということです。これが日本のケア思想の大転換であり、今後その政策がぶれることはありません。

スライドの写真（掲載略）の人は「仮性寝たきり」でした。筋力があるのに寝かせきりになっていたのです。筋力も残っていたのでリハビリをして車いすに乗り、最後には自分

2 元京都大学大学院教授。2002年死去。

の部屋に住み、この笑顔で生活を繰り返しています。

弱ったら隔離して保護するのでは、弱るばかりです。これを大転換しようとしているのが、「地域包括ケアシステム」です。

(3) 地域包括ケアシステムの概念

これは2011年に出された、地域包括ケアシステムの概念を表した図です（P. 24 図4）。

30分で駆けつけられる中学校区単位くらいの圏域に、生活を繰り返す「住まい」がある。それから見守り、相談、食事のサービスがある。一人暮らしで不安になってきたら、これらが必要です。こうしたサービスが付いた住宅を「サービス付き高齢者向け住宅」と言います。そして必要に応じて、「介護」「看護・医療」が住まいにやってくる。その地域は、しょっちゅう出掛けたくなるような触れ合いのある地域です。こういうまちに変えていこうというのが地域包括ケアの概念です。

超高齢社会への道筋としてこのシステムが明らかになり、国は2025年を目処に展開していこうとしています。

5. 医療政策が問い直されている

(1) 病院医療の現状

脳卒中で高度急性期の病院に行くと、高度な手術を受け、昔なら亡くなっていたような人が車いすくらいにまで戻るようになりました。全員とはいえませんが、さらにリハビリ病院へ行き、杖歩行になって戻ってきます。これはすさまじい医療技術の進歩です。多くの若者が脳外科医に憧れて、日本は人口当たりの脳外科数が大変多くなりました。

ところが、例えば85歳で肺炎になると一般的に入院します。すると、絶対安静にしてい

たら寝たきりになります。認知症が発症し、帰れなくなります。そして病院を転々としたり、施設に行ったりします。いずれ大都市圏の病院が受け止め切れなくなるのは明らかです。そういう深刻な事態が近づいています。

(2) なぜ在宅医療が必要なのか

問題は、今の病院医療は生活の場に医療が及んでいないことです。専門外来の先生が病院のいわば出店のような感じで開業しているわけですから、在宅医療があまりありません。ここが抜けているから、何かあったら救急車で病院へ行くしかないのです。

もし在宅に医療が及べば、肺炎もかなりコントロールできます。さらにケアシステムがあり、本人家族が求めれば看取りもできます。このような在宅医療が普及していない点が問題なのです。

日本人の3分の1はがんで死にます。そのがん末期を想定してみてください。

アメリカのある学者³は、「入院すると病人役割⁴が課せられる」と言っています。朝から晩まで病気治療です。しかし、もし在宅で生活をしていたらどうでしょう。同じ病状でも家にいればペットがいる。匂いのたちこめる鍋も食べられる。アルコールを飲んでも叱られない。痛い時コントロールしていただければ、笑顔で生活者として暮らし続けられるわけです。

日本の医療は大成功した結果、老いたが故に亡くなるようになりました。けれども、その死に至る過程を生活者として笑顔で生きられないのであれば、何のために生き長らえたのかと思います。我々が生活の場に居続けられるためには、医療が在宅に来るべきなのです。

3 米国の医療社会学者タルコット・パーソンズ (Talcott Parsons)

4 Sick Roll

(3) 在宅医療の課題と介護保険制度改革

しかし、生活の場に訪問診療に来てくれる医師はなかなかいません。また、在宅医療には看護など他職種の連携が必要です。お医者さんは2週間に1回くらいで、あとは訪問看護師さんや介護ヘルパーが来るような連携システムが必要です。これをどうするか。

もう一つの課題は、85～90歳くらいになると入退院を繰り返すので、体力が落ちる前に必要な治療をして帰すバックアップ病床が必要になります。

これらは全体が連動していないとできません。在宅医療は地域全体の話になるので、簡単にはできません。これらを繋ぐ人が必要です。その繋ぐ人がいないのが最大の課題です。

そこで今回の介護保険制度改革では、「繋ぐ仕事は市町村の介護保険の仕事である」という法律改正をしました。2018年4月から全面実施されます。

これは非常に大きな改革です。在宅医療の普及の繋ぎ役が市町村の介護保険の仕事になったのです。しかし、まだ市町村には十分情報が降りていません。2018年4月に向けてこのシステムをいかにつくるかが、今後の課題となります。

6. 柏プロジェクトの取り組み

(1) プロジェクトの全体像

地域包括ケアシステムのひとつのモデルとして、柏プロジェクトでは実質約4年間で1つの形が完成しました。

柏市は千葉県の東京経済圏ですが、昭和39(1964)年に豊四季台^{とよしきだい}団地という大きな団地ができました。団地は同世代の人が同時期に入るの、高齢化が急速にあらわれます。現在、高齢化率は40%です。この団地を含む豊四季台地区の2万数千人を対象に、東大とURと柏市が組んでモデル事業に取り組みまし

た。

今から5年ちょっと前、当時はまだ「地域包括ケア」という言葉はなく、東大が示したのは「Aging in Place」でした。私たちはいわゆるコーディネーターです。

具体的には、出掛けやすいバリアフリーの住まいと、出歩きしやすいまちづくりです。特に65歳以降は地域で働こうという生きがい就労のモデル実施をしました。そして、24時間のケアシステムの整備です。

(2) ケアシステムに取り組んだ背景

柏市では2005年から2025年に向けて、入院患者が2倍近く激増します。そうすると、入院患者を受け止め切れなくなります。沿線全部が同じ状態です。そこで柏市医師会は、在宅医療が必要だと判断しました。

一方で、団塊の世代が75～80歳を迎える2025～2030年をピークに外来患者が減っていくので、開業医は「外来収入が減ってきた」と言い出すと思います。その時に国が言うことははっきりしています。「訪問診療をやってください」と言うでしょう。その時に慌ても間に合いません。

日本の高齢化の勝負は、団塊の世代が75～90歳になる2025～2040年です。今のうちに転換し、システム化しなければ間に合いません。

(3) 柏市の目指す姿

柏プロジェクトのメインコンセプトは、か



かりつけ医です。柏市医師会では、「自分のかかりつけの患者については、かかりつけ医が訪問診療をやる」という方向にしようとしています。

しかし、訪問診療には時間外もありますから、1人でやるのは大変です。そこで、副主治医を付けることにしました。お医者さん同士がグループ化して助け合う仕組みです。そして24時間対応の訪問看護も整備します。つまり、一人開業のかかりつけ医が、合理的に在宅医療に取り組めるシステムの実現が、柏プロジェクトの大きなコアとなります。

もう一つは「拠点型のサービス付き高齢者向け住宅」の実現です。超高齢社会に向けて未来型の住まいの拠点を作ろうということです。そこには24時間対応で看護師・介護士がやってきます。それをモデル化する取り組みです。

(4) 在宅医療・看護・介護の連携体制

柏市では、往診圏域と在宅医療ニーズから考えて、当面医師会を3ブロックに分けました。そして、かかりつけの外来専門の医師が在宅医療にも取り組めるようにと考えました。まだ実証実験で未完成ですが、複数の医師がいる在宅医療専門の診療所が、最終的にバックアップするイメージも検討しています。グループを作って助け合い、最後に開業医を支えるバックアップの砦をつくるという構想を組んだのです。

そして、市役所が在宅医療連携拠点をつくりました。患者が退院後に「在宅医療が必要だ」「医療付きの在宅へ帰りたい」と言ったら、医師会と相談して主治医・副主治医を付け、地域包括センターと相談してケアマネジャーや看護師も付けて退院を保証するというシステムを構想し、昨年（2014年）4月に開業しました。

論理化して言うと、医師のグループ化の輪が3つあります（P.24 図5）。これは医師会の仕事です。医師と他職種ががっちりスクラムを組んでチームになります。このチーム化を調整するのは市役所の仕事です。地域を病院に例えれば、院長は地区医師会長で、事務長が介護保険担当部署だということです。

(5) 多職種の連携を可能にする情報システム基盤

情報システムも整備しました。多職種の連携は電話とFAXでは対応しきれないので、在宅医療・介護用のクラウドコンピューティングの連携システムを開発しました。

全システム間で互換性を持たせるために情報項目を標準化し、共通基盤を作る必要があります。国でもこのシステムを作る方針で、総務省と厚労省が動いています。土台はかなりできてきました。

ポイントは、これまで述べたようにネットワークをどう作るかということと、お医者さんがやる気になってくれるソフトシステムづくりでした。柏で実質約3.5年をかけて、モデル化しました。

今では年間200件の視察があるそうですが、東大は一切コミットしていません。全部、柏市と柏市医師会の力だけでやれているので、他地域でも再現可能性があるかと確信しています。

(6) ネットワーク化の手順

ネットワーク化の第1段階は、医師会と市役所が方針を決めることです。みんなで議論すればいいものになるわけではありません。これから進める構想の概念を話し合い、責任者が方針を決めるのがポイントです。

第2段階は、医師会が方向を決めて立てば、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護連絡会、ケ

アマネ連絡会、介護事業者協議会といった団体、病院の退院窓口、メディカルソーシャルワーカーの代表などが出てきて、意思決定をする場ができます。

そして第3段階として、いろいろなシステムを作りました。

7. 柏プロジェクトの試みから

(1) 副主治医の出番は非常に少ない

柏市医師会で10年前から在宅医療が必要だと言っていた医師がいました。彼は、我々がこのプロジェクトに着手した時、「私がかねてよりやりたかったことだ」と涙ぐまれていました。その先生が医師会に振り返り、「私が副主治医をやるから若い先生もやってみよう」とおっしゃってくださったので、主治医・副主治医のグループ化を実践してみました。

すると、副主治医の出番に限られることが分かりました。昔の小児科の往診と違い、在宅医療の場合は、先々何が起こるかがだいたい分かります。医師は先を読んで動くので、学会などでもない限り、副主治医の出番は非常に少ないことが分かったのです。

(2) 退院時の情報フォーマットの必要性

また、退院時に病院から出る情報のフォーマットのルールが柏市内に存在しないことが分かりました。がん末期をモデルとしてやってみましたが、病名と薬くらいの情報は出ていますが、在宅で看取りをする意志の有無や、家族の在宅療養の修練度などの情報を病院から出してもらわないと動きにくいことが分かりました。そこで、市役所が事務局となり、10病院が集まり、フォーマットも作りました（P. 25 図6）。

大変でしたが、窓口のメディカルソーシャルワーカーが病棟の医師とナースの間に入りますから、信頼関係も生まれていきます。退

院元の病院がバックアップ病床を担うというルールも決まっていきました。

(3) 信頼関係を培う「顔の見える関係会議」

これらのことを通して、地区医師会と様々な団体の間に信頼関係ができます。それをさらに普及するため、「顔の見える関係会議」の開催を医師会が提案してくれました。

1回に約150人、多職種が集まります。必ず医師が入り、グループワークをやります。年4回で8回やりました。柏プロジェクトのスタートから実質3年半。そうして柏市は雰囲気が変わっていききました。

(4) 成功のカギは「多職種連携研修会」

成功の最大の要因は何か。医師会の先生方と話し合ったところ、それは「多職種連携研修会」でした。国立長寿医療研究センターの大島前総長を開発委員長に、皆の協力で開発した研修プログラムです。

大都市圏では在宅医療をやってくださる医師が少ないですから、医師をその気にさせることが大きな目標でした。随分研究しましたが、内科系・外科系の医師はかなり多様な症例を経験しています。ですから、動機づけをすれば在宅医療ができるポテンシャルはあることが分かりました。その動機づけ研修ですが、現場に同行訪問する研修を半日に2回。そして1.5日はグループワークに徹するプログラムです。

緩和ケアでは、がん末期で痛みが出て家族も本人も不安がっているという個別事例を出し、多職種で議論します。訪問医療の経験がないお医者さんは最初ドギマギされます。しかし、変わってくるのです。グループワークには訪問看護師や薬剤師のベテランを送り込んでいますから、「この人たちと組めばいいんだ」と分かるのです。それに医師はタフな

職種ですから、「これくらいのことはできる」と自らジャンプアップします。この研修を経るたびに、医師は一定の割合で確実に行動変容をしています。

(5) 進む「多職種チームビルディング」

もう一つ感銘したことがあります。研修は柏市医師会と柏市が共催していますが、研修を通じて団体間の繋がりが良くなったことです。柏市内の「多職種チームビルディング」が進みました。また、研修でグループワークやファシリテートの仕方をみんなが覚えますので、「顔の見える関係会議」もスムーズになりました。

多職種連携のことを英語で“IPW (Interprofessional Work)”、地域包括ケアのことを“Community-based Integrated Care System”と言うそうです。病院で治すことはやり抜いたわけですから、次は在宅医療を含む「地域包括ケア」というのが世界的な潮流で、そのポイントは多職種連携であるという方向です。

現在、この多職種連携の研修プログラムを公開し、日本中に普及しようとしています。

(6) 地域包括ケアシステムの具現化

ちょうど地区医師会が移転する時だったので、豊四季台団地に柏地域医療連携センターを建てました。1階の在宅医療連携拠点には市役所の介護保険担当部局の一部が入り、2階に医師会を含めて3師会が入るというモデルが出来ました。

また、モデル的に拠点型のサービス付き高齢者向け住宅を誘置しました。約100戸規模の大きな安心住宅です。1階には24時間対応できる看護・介護と在宅医療も行う地元のお医者さんが入りました。ただ、これらはこの住宅だけでなく、地域にも出ていくことがポイ

ントです。

今後、24時間対応のサービスや在宅医療が普及していけば、こうした大きな建物を地域でたくさんつくる必要はないと思います。自宅を含め、生活の場にケアシステムが行き届けばいいわけです。最終的には空き家活用を含め、地域全体を介護医療付き地域にするという構想です。

柏市は公有地を出すことを含めて、こうした拠点を各日常生活圏に展開していく検討を始めています。

8. 高齢期の生き方・住まい方を考える

(1) 生活支援のためのコミュニティビジネス

次のステップは生活支援です。一人暮らしや夫婦だけの世帯に対して、いかに見守り・相談・食事のデリバリー等を地域で行えるかです。

結論としては、基本的にコミュニティの形成が必要ですが、有償のシステムも組み合わせないと駄目だと思っています。所得の低い人は助成すればよいのです。有償の助け合いシステムをいかにつくるかがポイントになります。

(2) コンパクトシティ+ネットワーク

地方の場合は「コンパクトシティ+ネットワーク」です。

これは国土交通省の構想で、コンパクトなまちにして安心して住めるようにするという考え方です。公共交通を使い、住みやすい便利な機能をコンパクトに繋ぐという方向で進んでおり、地域包括ケアと似ています。

(3) 新しい地域医療システム

医療改革も必要です。後期高齢者みんなが高次機能病院に殺到したら、受け止め切れなくなります。ですから、かかりつけの開業医

が「自分の患者が在宅を望んだら在宅で診る」と決意するのがポイントです。そして看護・介護と繋ぎ、地域の中小規模病院は入れては戻し、本人や家族が望めば生活の場で看取りも行う。こういう輪を作り、コントロールを在宅医療連携拠点である市町村が行う。この取り組みを医師会と市町村が組んで行うというのが今後の地域医療の構図です。

こうした病院医療の新システムづくりが、今、日本で起ころうとしています。

9. J A グループへの期待

(1) 助け合い型組織で学び合いを

最後に、J A グループへの期待をお話しします。先ほど言いましたように、在宅の医療とケアのシステムが見通しがつけば、今後は生活支援がポイントです。このような方向で地域でシステム化する際に助け合い型組織は最強です。J A はすごく重要な未来型組織です。その連帯感の中で、組合員自身も今後どう生きてどう死ぬかを学ぶ。そうしたことを含めて、地域の助け合いを進める上で、J A グループは最適な組織であると思います。

(2) 厚生連病院は貴重な資源である

とりわけ厚生連病院は最強の資源だと思います。市町村や地区医師会を動かさなければいけませんから、それをバックアップする形で知恵を出すことが大切です。

ただ、地方によっては開業医が少ないところもあります。そこでは、医師会がメインではありますが、厚生連病院自身も在宅医療を行う意義は決して小さくありません。在宅医療を行う地域の開業医のバックアップや、研修プログラムの作成の支援などを行うコアがどうしても必要だからです。

今後の医療は「予防からケアまで」という形でウイングを開いていくことが求められて

います。その時、厚生連病院は重要な地域の拠点になれると確信します。J A 本体の助け合い型組織とのパッケージです。そういう意味で、ぜひモデルをつくっていただきたいと思います。

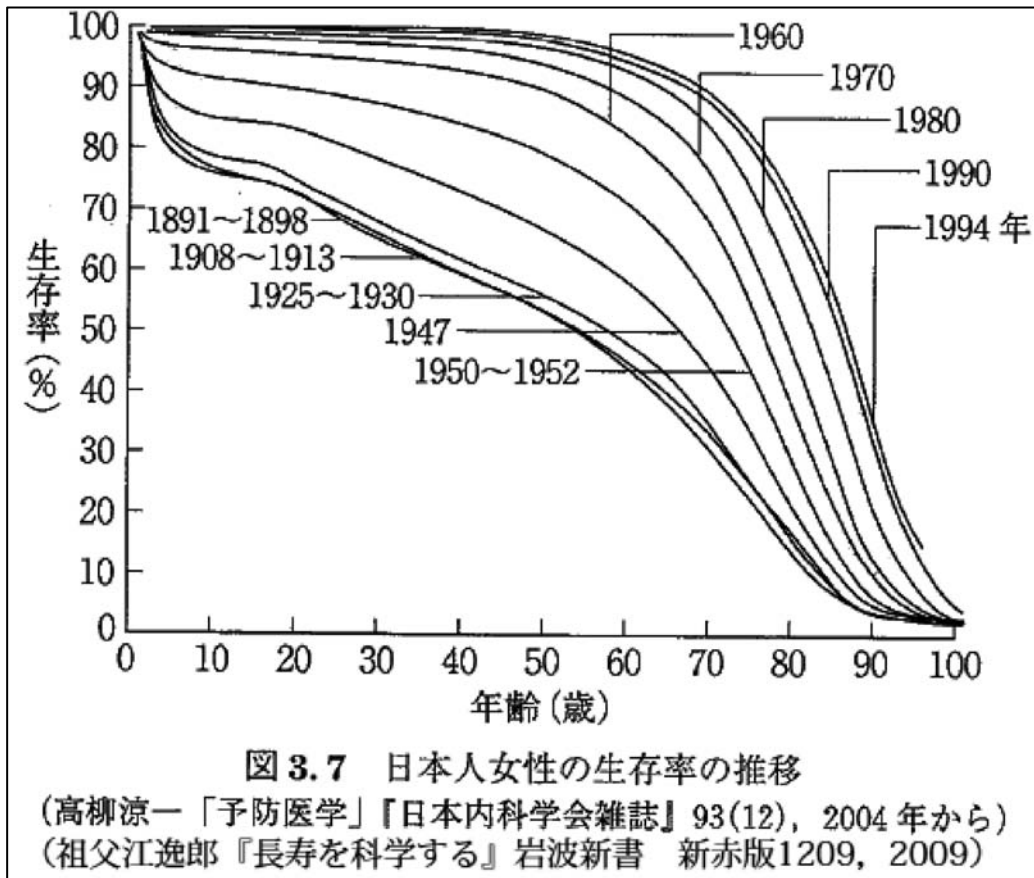
(3) 地域に人が留まる社会づくりを

これから少子化が大きな問題となります。労働力人口が減り続けることは避けられない中、親が虚弱になった時には放っておけませんから、公的な介護の支援が必要です。したがって、税金や社会保険料という公的負担を上げなければいけません。そうしたら、一人当たり可処分所得はあまり伸びないと考えた方がいいと思います。

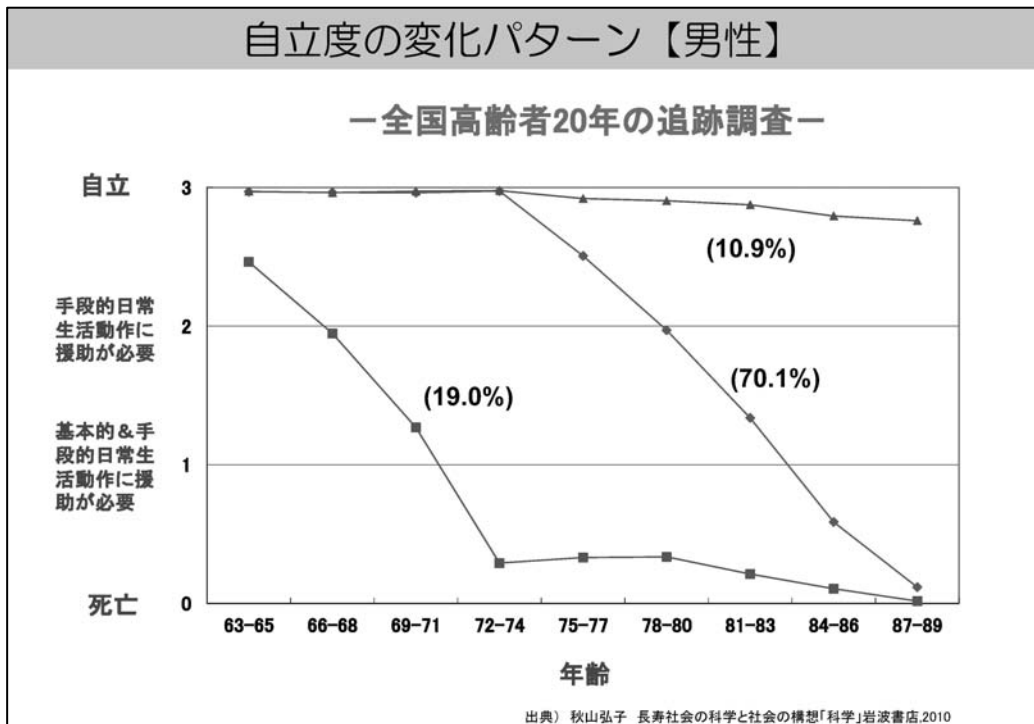
でも、それは不幸でしょうか？違うと思います。可処分所得が伸びなくても、あるいは低くとも、人と人が信頼し合い「その地域に住み続けたい」と思える地域であれば、それはよい社会だと思います。

日本は経済発展をした代わりに、次のステップを考えなければいけません。安心できる社会をつくれば、若い人は逃げ出さないと思います。地域に愛着のある、地域に人が留まる社会をつくるのが、日本のこれからの課題です。これをJ A グループにぜひ実践していただきたいと思います。

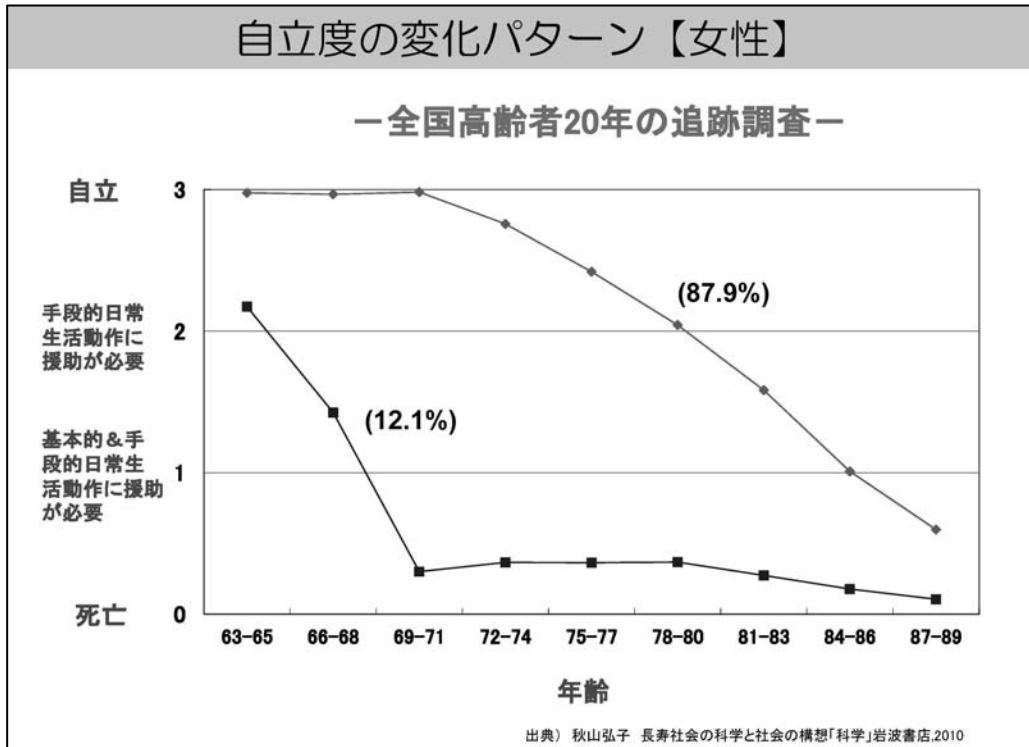




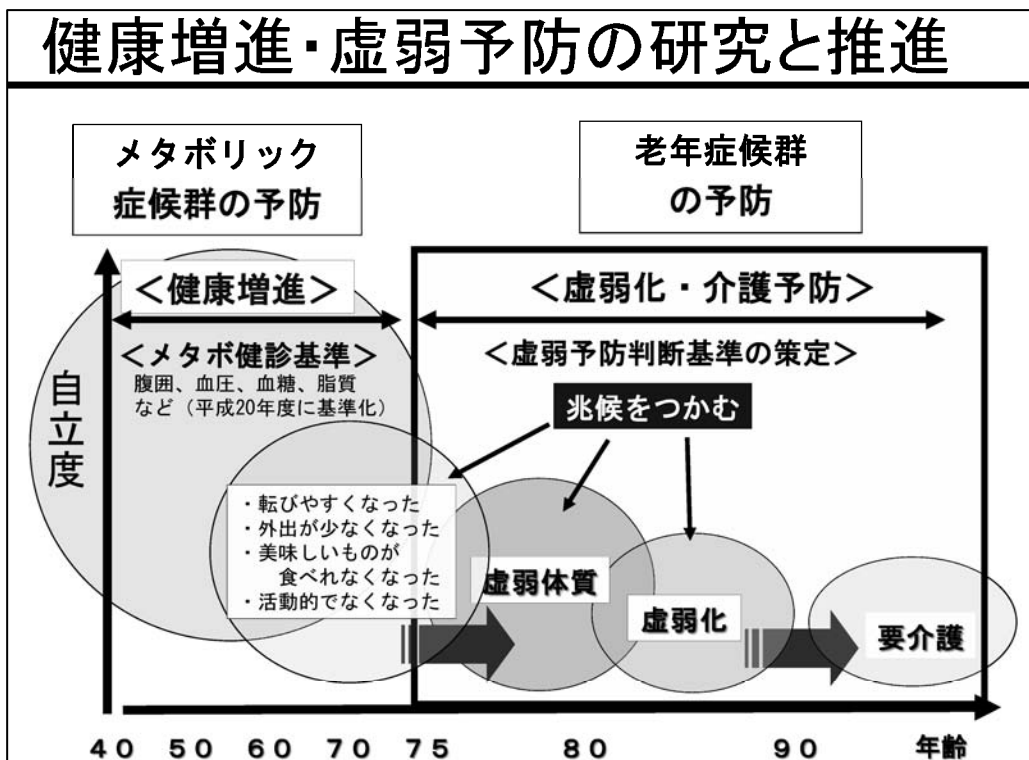
(図 1)



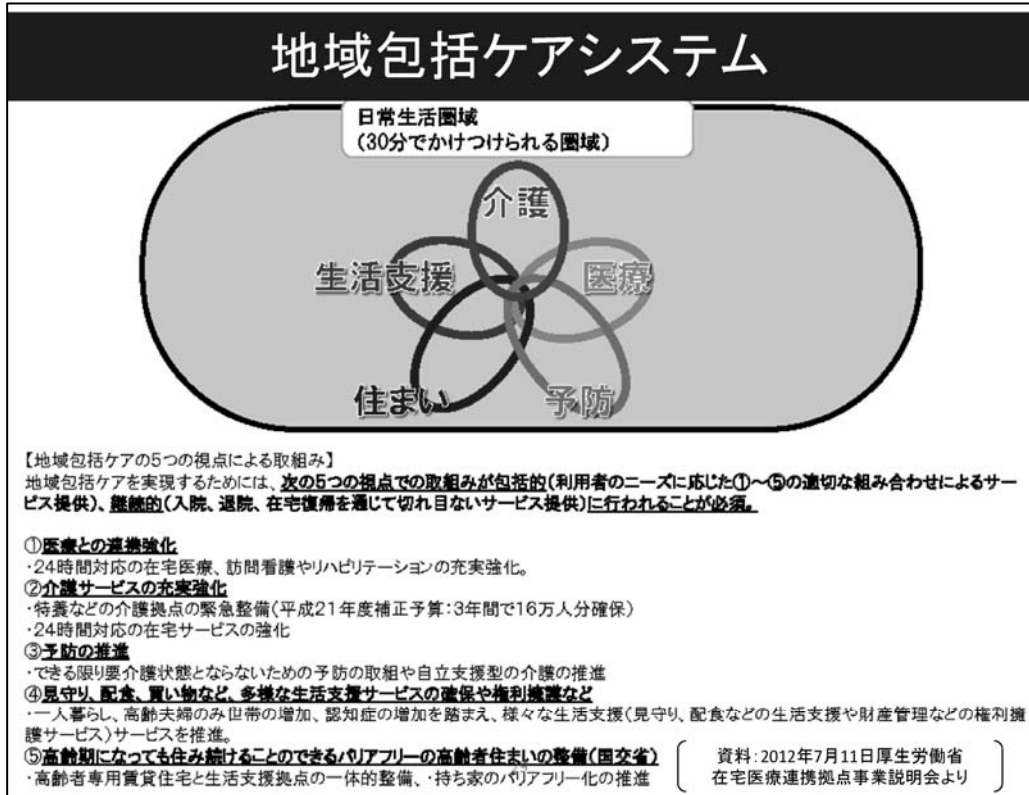
(図 2 - 1)



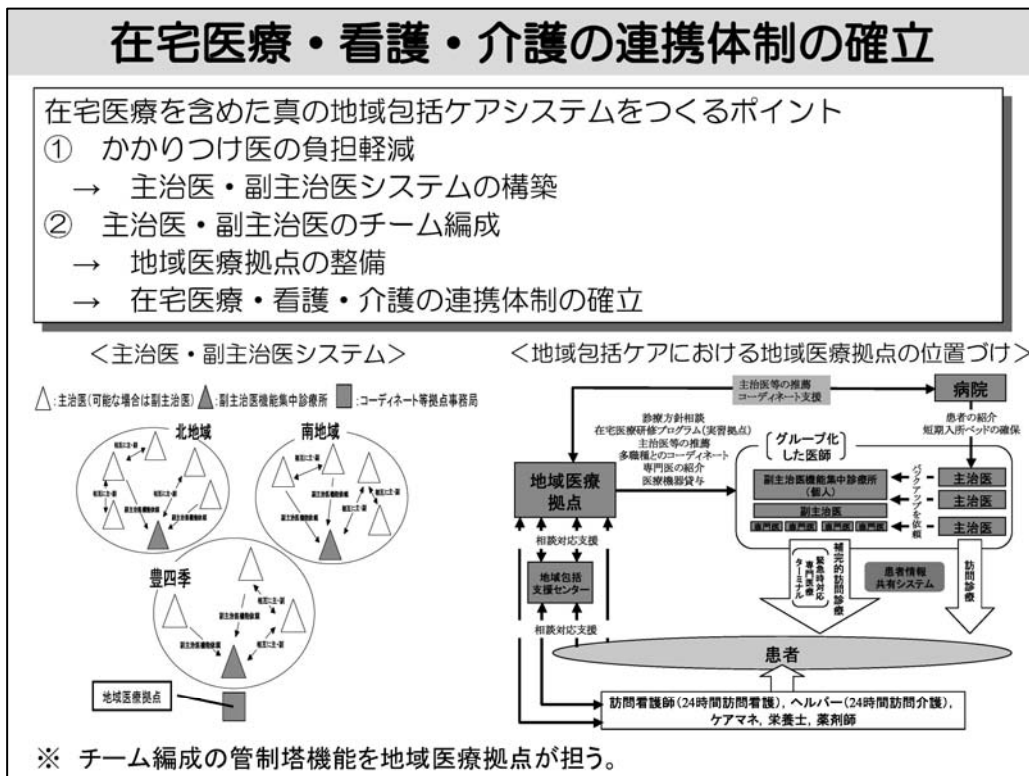
(図 2 - 2)




(図 3)



(図4)



(図5)

柏プロジェクトの連携の場	
<p>在宅医療を推進するためには、行政(市町村)が事務局となり、医師会をはじめとした関係者と話し合いを進めることが必要。 → システムの構築を推進するために、以下の5つの会議を設置(事務局は柏市)。</p>	
<p>(1) 医療WG 医師会を中心にWGを構成し、主治医・副主治医制度や病院との関係を議論</p>	<p>(2) 連携WG 医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院関係者、看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター等によるWGを構成し、多職種による連携について議論を行う。</p>
<p>(3) 試行WG 主治医・副主治医制度や多職種連携について、具体的ケースに基づく、試行と検証を行う。</p>	<p>(4) 10病院会議 柏市内の病院による会議を構成し、在宅医療のバックアップや退院調整について議論。</p>
<p>(5) 顔の見える関係会議 柏市の全在宅サービス関係者が一堂に会し、連携を強化するための会議。</p>	
	

(図6)