

飯島 勝矢^{*2} 辻 哲夫^{*2}

はじめに

わが国には世界の他のどの国も経験した事のない超高齢社会がすぐ目の前に迫ってきている。図1の人口ピラミッドの推移でわかるように、2005年から2030年までに後期高齢者人口が倍増する(1,100万人から2,200万人へ)。しかも、その大部分は大都市圏で著明となる。この大都市圏で迎える未曾有の高齢化問題は、これまでの地方圏の対応・対策の延長だけでは限界にきており、幅広い視点からの社会的なイノベーションが急務である。また、世界の高齢化の状況を見ると、日本の高齢化の状況は最も進んでいる。アジア諸国をはじめとする世界各国は、来るべき自国の将来に重ね合わせ、トップランナーである日本の高齢化対応を注視している。

1. 「生活の質を保ち、よく生き切って人生を閉じる」という意義

死亡場所という観点からみると、医療機関での死亡率は終戦直後に10数%であったものが一直線で増加し、1976年頃から「在宅死」より「病院死」が上回り、病院死は現在80%程度となっている。逆に、自宅での看取りは10%台となっている。わが国はこれまで高度先進医療の目覚ましい技術革新を軸として病院医療中心で展開し、いわゆる病院信仰とも表現されるように国民側もそれに異存してきたといえる。すなわち病院完結型の医療が中心となった時代である。

一方、高度医療が進んだ近年においては、多く

の人々が高齢期を経て死に至る過程で、大なり小なり虚弱な期間を経る。死亡者数でみると、現在100万人強の年間死亡者数は今後30年余りで170万人弱に増え、いわゆる「多死時代」に入っていく。病院医療の中では今後も高度先進医療の探究は続き、そして重要な役割を果たすことも明らかではあるが、それに併行して、高齢期であっても「いかに生活の質を保ち、よく生き切って人生を閉じることができるか」という時代の要請に応える在宅医療が今まさに求められてきている。

2. 病院完結型医療から地域完結型医療へのパラダイム転換

病院医療中心の今の体制では、通院困難な高齢者に一定程度以上の医療が必要になった時は入院の選択肢しかなく、結果的に入院することにより寝たきり等の廃用症候群そして認知症になることも少なくない。不必要な入院防止という観点から、あるいは、本人や家族が願うなら在宅で看取することも含めて、住み慣れた住まいという「生活の場」に医療が及ぶことが必要である。よって、従来の病院完結型から、今こそ地域全体でみて(診て・看て)ゆくという「地域完結型医療」への進化、すなわち医療機能の分化と介護との連携という地域システムへの転換が必要とされている。まずその出発点となるのが、医療・介護のすべての関係者、そして国民全体が「患者は病人である前に生活者なのである」ということを改めて認識することから始まる。言い換えれば、従来の「治す医療」から『治し、支える医療』への転換が必要な時期に差し掛かっている。そのためには、制度として在宅医療を軸においた地域医療の再編、そして医療介護連携のシステム基盤の構築が必要であるが、そこにはこれに携わる医療者への一貫した教育の体系が必須となってくる。

^{*1} Health Professional Education for Home Care in Aging Society

^{*2} Katsuya Iijima, Tetsuo Tsuji 東京大学高齢社会総合研究機構

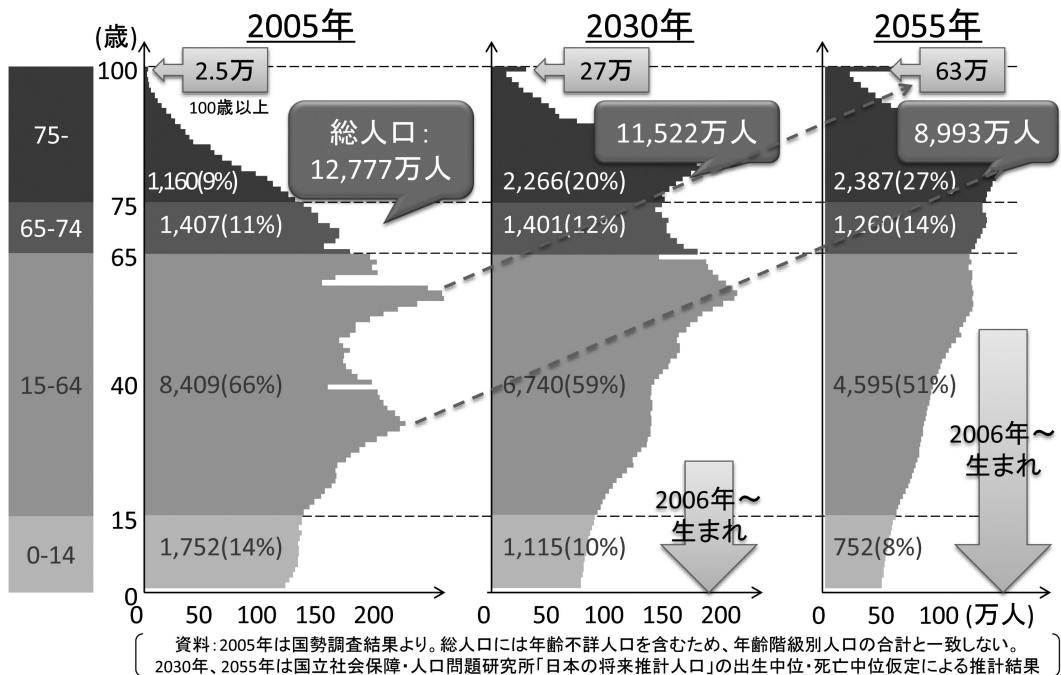


図1 人口ピラミッドの変化

3. 最期までその人らしく生活の場で：地域包括ケアシステムの理念と医療者教育

今日の日本においては、大半の高齢者が大なれ小なれ虚弱な期間を経て死に至るといえる。その期間における介護施設の処遇については、従来の大規模な入所施設（例えば通常50人以上で、多床室、いわゆる大部屋）では、高齢者はそれまでの生活スタイルを継続できず、自立度が結果的に低下する。むしろ地域の中で、それまでの生活スタイルが継続できるような環境（典型的には、小規模多機能型居宅介護事業の下での在宅、グループホーム、あるいは今後はサービス付き高齢者向け住宅）でその人らしい生活を支援することが、最もその人の自立を維持する方法であることが分かっている。すなわち、自宅だけでなくグループホームやケア付き住宅などを含む「生活の場」で、その人らしい生活を支える生活支援・医療・看護・介護サービスなどの包括的な在宅ケアシステムを確立することが急務である。このような背景の下で、今後は、介護保険の目的である「高齢者の尊厳の保持」と「自立生活の支援」と

いうことが基本的に重要である。医療従事者は、この理念の下で、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することを可能にするように、包括的な支援・サービス提供体制を構築するという、いわゆる日常生活圏単位での『地域包括ケアシステム』の目指す所を熟知する必要がある。それには「医療・介護・予防・住まい・生活支援」の5つの構成要素が掲げられている。これらは、実際には個別に提供されるのではなく、それぞれが連携しながら在宅の生活を支えるものである。よって、今後求められる高齢者の医療については、有効な介護予防により、「できる限りの自立・自律（生活する力、つまり食べる、動く、出かけるといった力）」を目指すという予防政策を念頭に置きながら、虚弱期においては「生活の質」を主眼に置いてチームとして取り組むという基本を教育すべきである。

4. モデル的取組み「柏プロジェクト」からの発信

以上述べた通り、今後地域包括ケアシステムの普及が時代の急務であるが、とりわけ、今後は重

度化した高齢者も生活の場で継続的にケアをすることを考慮すると在宅医療が不可欠である。一方、その具体的な姿は必ずしも見えているとは言えないことから、今後急速に高齢化が進む大都市圏のベッドタウンにおいて具体的なモデルを打ち立てる必要がある。東京大学高齢社会総合研究機構は千葉県柏市をフィールドとして在宅医療推進のモデルづくりを大きな柱とする柏プロジェクトに取り組んでいる。この柏プロジェクトは、地域包括ケアの願いである『Aging in Place』すなわち弱っても安心して住み慣れたまちに住み続けることをモットーとしている。

柏プロジェクトの在宅医療推進に関して、いくつかの特徴を以下に列挙する。

(1)在宅医療のモデル的なシステムの開発

「かかりつけ医が最期まで看る」のが本来の姿であるとの考えの下、24時間対応システムを構築するために、医師会が旗振り役となつて、かかりつけ医（外来中心の開業医）が主治医・副主治医といった形でグループを組み、お互いに補完し合いながら、少なくともかかりつけの患者については望まれれば、かかりつけ医が最期まで関わるシステムを構築中である。この場合、複数の医師を擁する在宅医療専門の診療所が、このグループのバックアップに入るというシステム構築も課題となっている。

(2)在宅医療の教育システムを地域から段階的に積み上げる

当面は、より多くのかかりつけ医が在宅医療に取り組むことが大きな課題である。このため、かかりつけ医に対する在宅医療の動機づけを目的とした「on the job training」研修を柏市医師会と柏市役所が連携して導入している。これにより在宅医療が普及するに伴い、次の段階として、柏市医師会と連携して、柏市をフィールドとして東京大学医学部学生の参加型臨床実習を導入している。これらの在宅医療推進のための医療者教育に関しては、詳細に後述する。

(3)多職種連携システムや住民啓発における行政側の役割

在宅医療推進には、地元の市町村行政が中核的な役割を果たす。行政側と医師会をはじめとする

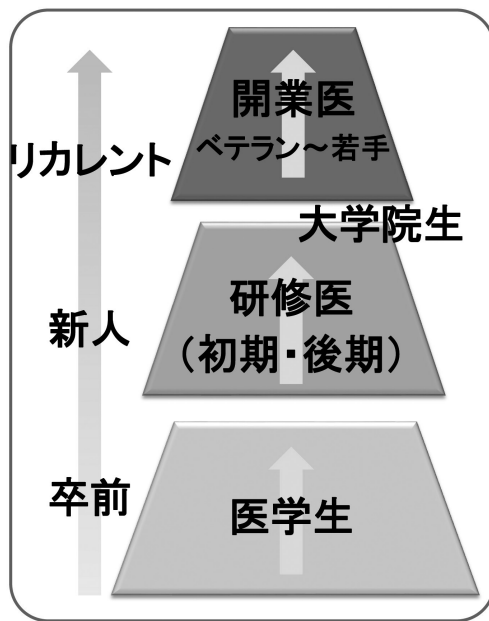
各職能団体によって「いかに自分たちのまちを作り上げるか」を真剣に考え、積極的に取り組んでいる。さらに、そこには地域住民が「自分たちの高齢期の医療のかかり方」を熟考し学ぶことも不可欠である。柏市行政自身が事務局として本腰を入れる形で、いくつかのワーキンググループが活動する中で、在宅医療を必要とする退院患者等に、在宅医療を担当する医師を始め関係職種をコーディネートする地域医療拠点を導入することも、柏プロジェクトの重要な特徴の一つである。

(4)情報共有システムを活用した多職種間の情報連携

在宅医療の推進に当たってチームを組む医療・看護・介護等の多職種間において、連携をより強く、そして各業務をより円滑にするためには情報共有システム（information and communication technology：ICT）が非常に有効である。柏プロジェクトでは、電子カルテのシステムとは一応切り離れた形で、クラウド・コンピューティング・システムを駆使した多職種の情報共有のシステムを構築し、その実践を通して、異なるシステム間の相互乗り入れやその標準様式の全国のガイドライン作りにも貢献しようとしている。

5. 在宅医療推進を見据えた医療者養成教育

この課題を考えるにあたり、改めて「人生の最期に立ち会う医師の役割とは」という原点に立ち返る必要がある。もちろん豊富な医学的知識と医学的技術の熟練は、医師の最低条件ではあるが、終末期医療の現場ではそれだけではないプラスアルファの部分が強く求められる。人生の最期に立ち会ふのだから、もしかしたら患者の視野に入る最後の人間の一人になるのかもしれない。人生の最後に「この人に主治医になってもらって良かった」と思ってもらうには、知識や技術だけではなく、その人が笑顔で生活者として暮らせるようにしてあげたいという人間観とそれを裏打ちする人間性の涵養も問われる。今の医学教育は知識と現場実習の段階を経て終わってしまっている事実が少なからず存在している。しかし、それでは「良い医師」は育たない。インフォームドコンセント



- ◆地域完結型医療への進化
- ◆点から面へ
- ◆ On the job 研修（同行訪問）
- ◆幅広い視野
病気を診ずして、生活者として病人を診る
- ◆地域を広くみる（診る・看る）
- ◆全容を early exposure
 - ・多職種連携の在り方、チーム医療
 - ・病院医療との違い、・在宅医療導入の流れ
- ◆病人である前に生活者である
- ◆ Minimum requirement 体得

図2 在宅医療への段階別教育 ～様々な教育・研修システム～

やコミュニケーションスキルなどと言われるが、スキルだけではなく、そこには“人としての共感の思い”と“地域の中で患者を生活者としてまろごと俯瞰する眼”を持ち合わせるような医師の教育が絶対に必要である。

東京大学高齢社会総合研究機構では、柏プロジェクトの一環として、在宅医療への段階別教育を速やかに構築しようと努めている。図2に示すように、卒前教育として医学部学生向け、初期・後期研修医向け、すでに勤務に就いている医療従事者（在勤者）向けなど、様々な段階に対しての教育・研修システムを目指している。卒前教育も含めて若手への教育として、「患者は病人である前に生活者である」という意識をまず持って地域の生活の中で人を見る（診る・看る）視点を持つこと、そしてかかりつけ医には「通院出来なくなった方々には、まず生活の場に医療を届け、生活を支えよう」という考えを持って頂くことが必要である。

本項では下記の2つの取り組みに対して概説する。

(1) 在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会（on the job 研修）

超高齢化の波を目前にし、医師会単位でのかかりつけ医の在宅医療参入を促し、従来の個々の点としての在宅医療を、かかりつけ医のグループ化を通して面としての在宅医療に展開していき、病院完結型医療から地域完結型医療への転換を遂げる必要がある。国の方針として、全国に在宅医療連携拠点（上記の柏市の地域医療拠点はこれに相当）を数多く指定するほか、都道府県リーダー研修などを通して国に挙げて在宅医療の普及とそのための人材育成に踏み切っている。この場合、まず地域におけるかかりつけ医の在宅医療推進の機運を高めるために、各市町村単位での基盤的活動として、かかりつけ医を含む多職種参加型研修会が必須である。このような営みを通して地域における在宅医療の実践現場を拡大しなければ、病院を基本とする育育機関においては、在宅医療の教育を推進できない。すなわち、在宅医療を中心に見据えた医療者教育を考える上で、在宅医療を担う人材として、開業医を中心に「地域で養成する」ことが必要である。

東京大学高齢社会総合研究機構は、柏プロジェ

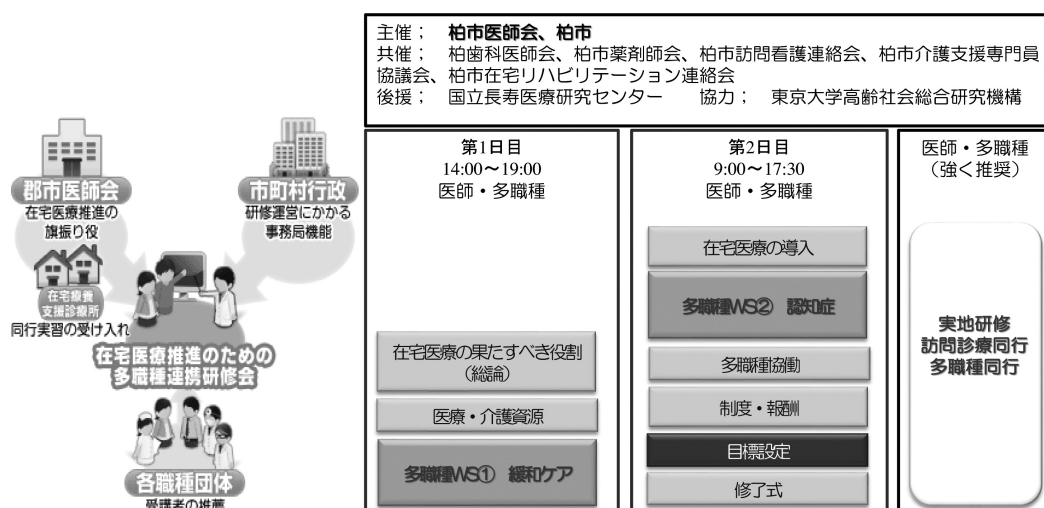


図3 在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会（柏市での事例）

表1 プログラムの特徴と重要ポイント

主 催	郡市医師会（旗振り役）と市町村行政（多職種への声掛け等事務局）
共 催	市内の職能団体が名を連ねることにより地域全体の取り組みへ
講 義	➤ 座講は最小限度（1 講義あたり 30 ～ 40 分が限度） ➤ 今後の高齢化を見越した問題意識の喚起 ➤ 知識獲得は在宅で基本となる「認知症」と「がん緩和」から ➤ 多職種連携協働（IPW）の意識を全職種で共有
グループワーク	➤ 地域資源のマッピング作業（アイスブレイキングと自分の地域への理解度アップ） ➤ 緩和ケアと認知症ケアの多職種による事例検討（各職種の強みを知る） ➤ 研修会の総括として在宅医療推進の課題と解決策を議論することにより、「この地域の在宅医療を支える同志」としての意識喚起
実 習	質の高い実践の同行体験（同行訪問）は動機付け効果が高い
懇親会	職種を越えた交流を目的として設定

クトの中で、国立長寿医療研究センターの協力の下、地域のかかりつけ医をはじめとする多職種を対象とした『在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会』を開発した（ホームページ URL：http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/kensyu/）。特に地域の開業医（かかりつけ医）に対する動機づけに重点を置いた在宅医療の研修であり、「午前中は外来、午後からは住まいに医療を届けるという考えの下に、通院困難なかかりつけの患者に対してだけでも良いので、まずは一歩踏み出してみる」という目的である。

内容としては、図3に示すように、同行訪問体

験を含めた形での「on the job training」としての研修を導入している。具体的には、指導医の下で訪問診療に同行し必要な知識技術を学ぶとともに、座学は最小限とし、緩和ケアや認知症対応といった個別テーマごとに多職種とのグループワークに重点を置いて多職種連携を学び、在宅医療参入を促すというカリキュラムである。まさに、知識・体験・顔の見える関係作りのすべてを兼ね備えた研修と言っても過言ではない。

表1にプログラムの特徴と重要ポイントを述べる。

この研修会運営における構造的な特徴として、



図4 柏モデルで行われている多職種の交流および学びの場

以下の重要なポイントがある。

- 1) 多職種チームビルディングのポイントは「市町村を単位」:

この研修の目的を達成するには、市町村行政と郡市医師会がタッグを組んで研修会運営の中心を担うことが必要である。そのためにかかりつけ医の在宅医療への新規参画を各郡市医師会が医師会自体のミッションとして位置づけ、そこに志を同じくした市町村行政側の強力なサポートが必要となる。

- 2) 在宅医療に特化した診療所を郡市医師会が取り込む:

訪問診療に特化した形態をとり、さらに医師会に加入していない診療所が一定数存在する。本研修会が目指す構造的な特徴の2点目は、これらの訪問診療クリニックを（結果的に）医師会に「しっかり巻き込む」ことである。具体的には、彼らの強みを活かす形で、同行訪問実習の受け入れ施設等としても貢献して頂くなど、研修会運営においても一定の役割を担って頂き、医師会との協調関係を築いていただくことも必要となる。このようにして、市町村単位での在宅医療の面展開に

は、医師会と訪問診療クリニックの間の距離を縮めていく必要がある。

- 3) 医師会が動けば、多くの場合他の団体もついてくる:

在宅医療およびケアの現場では、医師は舵取り役であり、医師がリードしつつ、訪問看護を筆頭に他の職種との間で、いかに信頼関係を確立するかということがポイントとなる。このためには、医師会が積極的な姿勢を示し、介護保険の保険者としての市町村が仲介者となる形で各団体に働き掛けられるということができれば、医師以外の職種の団体は安心し、より積極的に連携の場に参加するという雰囲気が出る。その意味においても、まず郡市医師会の中での在宅医療の推進に関する活動のポテンシャルが、必然的に他の職能団体へプラスに働く。

また、地域医療に関わるすべての職種がよりシームレスな連携を取れる場として「顔の見える関係会議」などがある。前述の多職種連携研修会が引き金となり、市役所が事務局として医師会がリードする形で成り立っている（図4）。柏市での顔の見える関係会議に

は、参加者の内訳として、医師（柏市医師会を中心に、診療所や病院）、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、看護師（訪問看護、病院）、病院地域連携室職員、ケアマネジャ、地域包括支援センター職員、管理栄養士（在宅、病院）、理学療法士・作業療法士、介護サービス事業者、介護老人保健施設・介護老人福祉施設、ふるさと協議会・民生委員児童委員等市民、柏市職員や東京大学の研究者など、数多くの職種が参集し、「この地域の在宅療養を支える同志」としての意識を共有している。

さらには、「情報共有システム ICT 勉強会」などの機会もうまく活用することも推奨される（図 4）今後の効率の良い多職種連携で医療やケアの質を確保するには、モバイル IT デバイスなども駆使した形でのチーム内での円滑な情報連携が必須である。この勉強会を定期的に開催することにより、医師と多職種との距離、とくに医療側と介護側との距離感がより縮まることに大きく貢献することは間違いない。

(2) 早期卒前教育

在宅医療に関する医学部学生に向けての早期教育も必要である。わが国の今後の医療を担う次世代の医療人育成において、最低限の基礎知識（minimum requirement）としての在宅医療に関する知識や本質的な理解をいかに早期に、そしていかに現場で参加しながら教育できるのかが重要になってくる。その意味で、医育機関の担っている使命は非常に大きい。

まず学ぶべきことは、以下のポイントについて、現場の様々な光景をしっかりと目に焼き付け体得することが必要である。

- ① 地域を広くみる（診る・看る）視点を持ちながら、患者を病人ではなく生活者としてみる。
- ② 在宅医療を中心とする地域ケアは、どのような多くの職種により構築されているのかを実感する。
- ③ 多職種連携やチーム医療の在り方を考える。
- ④ 病院医療との違いを知る。
- ⑤ 在宅医療導入の流れを学ぶ。

東京大学医学部では、柏プロジェクトで構築された地区医師会主導の在宅医療の体制をベースにおいて、2013 年から学生実習の場に千葉県柏市の在宅医療・在宅ケアの現場を取り入れ、在宅医療・地域医療学への参加型臨床実習を開始した。2 週間を費やす実習であり、プログラムの中には在宅医療に関わる医師の業務だけではなく、訪問看護、ケアマネジャ、病院ソーシャルワーカー、理学療法士などの業務を学ぶための同行日も組み込まれている。近い将来、医学部を持つすべての大学（医育機関）が在宅医療・地域医療の現場を卒前教育に積極的に取り入れ、より早期から視野の広い医療者を養成することが望まれる。

さらに、在宅医療がしっかりとした学問体系化に向けて発展していくためには、在宅医療を中心に見据えた「臨床研究」の体制が必要である。治療という観点を主眼とする臓器別の病院医療中心の研究とは別に、生活の質という観点を主眼とする在宅医療の臨床研究を進めるためには、診療所中心で行われている在宅医療の症例を広く集積し、生活の質の確保という観点に立って分析し、質の高いエビデンス構築することが必要である。また、在宅医療を円滑に進めるための様々な機器や ICT などの開発も必要となる。更には、老年医学中心に取り組まれてきた CGA（comprehensive geriatric assessment）の概念を在宅医療に拡大し、高齢者に対する一貫した総合的な評価に基づく医療を展開する必要がある。そのためには高いリサーチマインドを持った研究者の養成も不可欠である。そこには医育機関における大学院教育なども含め、幅広い層を対象とした研究・教育も必要があることは間違いない。ちなみに、東京大学

医学部では、在宅医療講座を位置づけ、このような方向性の下での取り組みを行うこととしている。

おわりに

介護保険の導入を経て10年余りが経過したが、団塊の世代が後期高齢者を迎える2025年までの10数年のうちに、真の地域包括ケアの体制を確立するためには、在宅医療の普及が急がれるということを強く訴えたい。そのためには、地域のかかりつけ医の在宅医療参入と併せて、今後は、次世代の医療を担う若手医療者も含めて、「教育・研究人材育成」というものが一番の中心になることは明白である。それを進める中で、家庭医・総合医に象徴されるような総合的な医療の分野にとどまらず、これまで病院中心で発展してきた臓器別を基本とする専門医療の分野も含めて、挙げて医療界が「在宅医療学」というものを大きな学問体系として確立するように取り組むことが必要であると考えている。

一方、現実問題としては、あと10数年という期間を展望したとき、次世代の若手医療者の成長を待つことだけでは在宅医療を中心とした地域医療ニーズに対応することは困難と思われる。したがって、臓器別の専門医療分野中心で育った現在の開業医に在宅医療に新規参入してもらい、『在宅という生活の場』に踏み込む中で、医育機関と連携しつつ、最終的には全人的医療といったジャンルが現場から育っていくという姿も、もう1つの現実的な展開と考えられる。

したがって、真の地域包括ケアの鍵となる在宅医療の普及を通して医療改革が進み、生活者としての患者本位で、病院医療と在宅医療の連携が確立できるかどうかは、医療関係者、特にかかりつけ医と地域の基幹病院の医師の意識改革、さらにはそれをベースとした卒前教育も包含した形で次世代の医療者養成の在り方に大きく依存している。すなわち、今後の医療改革は医師を中心とした医療関係者の「現場実践を通じた意識改革」を伴わなければ進まないと言っても過言ではない。