

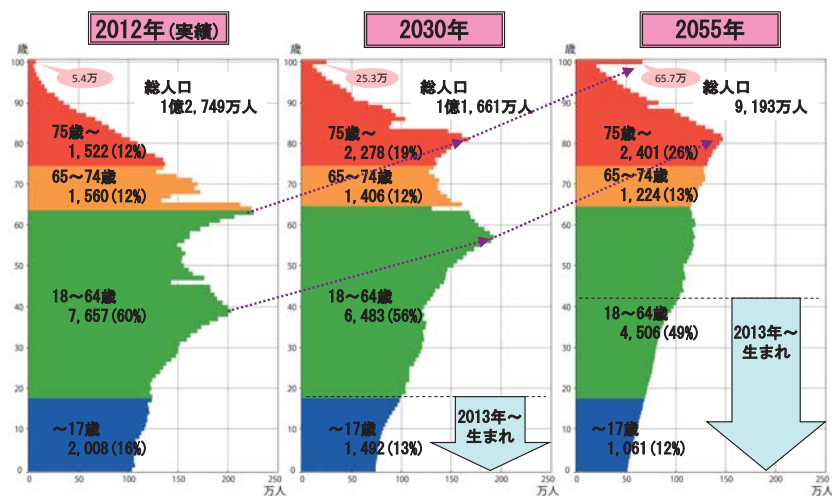
住み慣れた地域で暮らし続けるために
ー地域包括ケアの取り組みから

正力厚生会理事長
東京大学高齢社会総合研究機構特任教授
辻 哲夫

今後の高齢化と医療介護政策

- ・都市部を中心とする未曾有の高齢化の進行
 - ー高齢者ケアは、従来の政策の延長は困難
 - ー日本の医療介護政策のイノベーションへ
 - ー地域包括ケアシステム(2025年に向けて)
- ・高齢者にとどまらず全体のパラダイム転換へ
 - ーがん治療やケアの在り方に影響

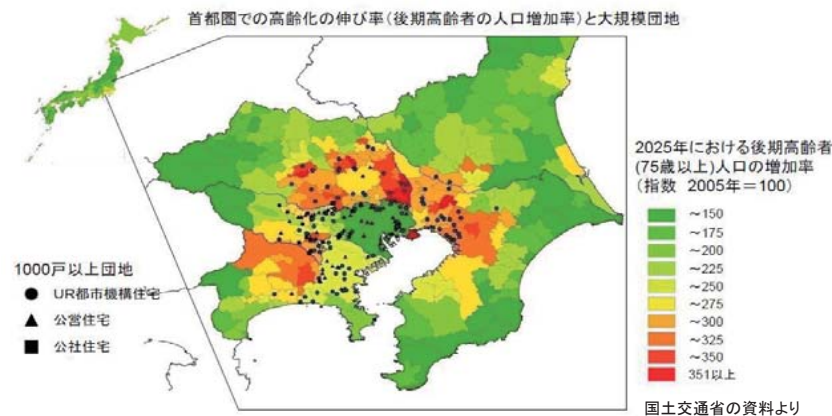
人口ピラミッドの変化(2012, 2030, 2055)ー平成24年中位推計ー



注:2012年は国勢調査結果。総人口には年齢不詳人口を含むため、年齢階級別人口の合計と一致しない。2030-2055年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

高齢化の進展と大規模団地の関係

- ・今後高齢化が急速に進展するのは大都市近郊地域。
- ・当該地域は、公的賃貸住宅団地の立地と重複する(高度経済成長期での大都市への人口流入に対応した大規模団地の立地)



【日本】お年寄りの姿の変遷



1年10ヶ月「寝たきり」だった



4

掲載についてご本人のご承諾をいただいています。

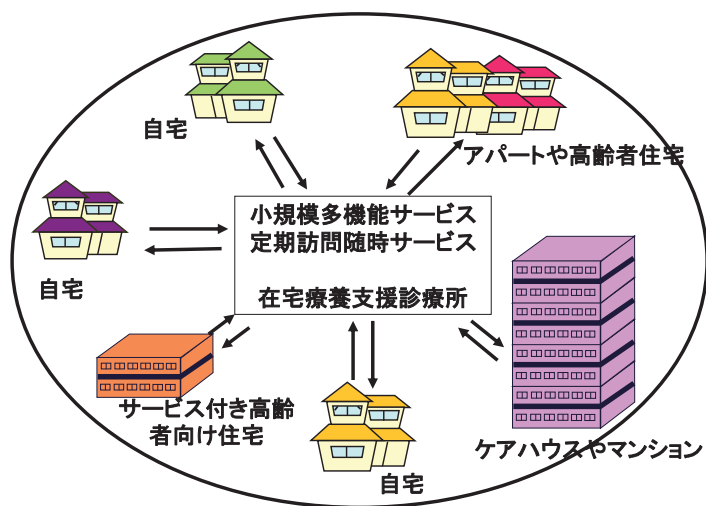
地域包括ケアの構造

ー医療介護政策が問い直されている

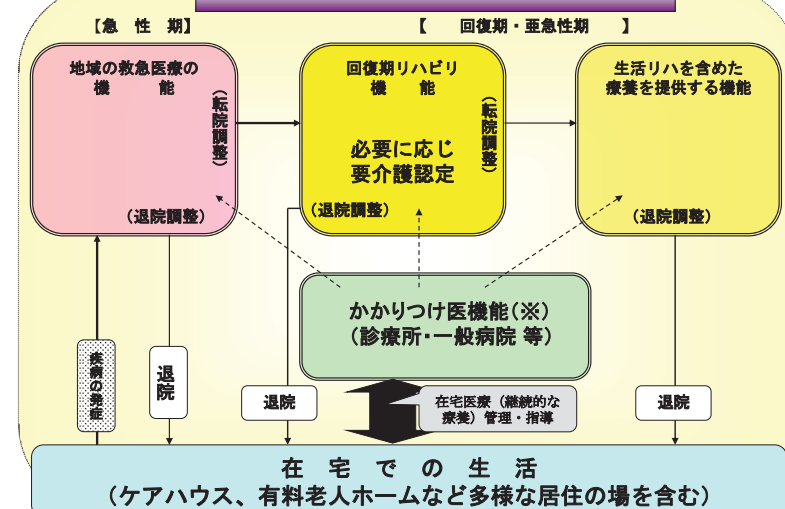
- ・ 24時間対応の看護介護サービスの確立
- ・ 医療機能の機能分化と連携の最大の欠落点＝在宅医療
在宅医療とは何か
ー生活者と病人
ー「治す医療」から「治し支える医療」へ

5

地域社会がひとつの施設・病院(こぶし園小山氏資料を基に作成)
介護付き住宅ではなく、介護付きの地域社会が可能



脳卒中の場合の医療連携体制のイメージ



※ 急性期、回復期、療養期等各機能を担う医療機関それぞれにかりつけ医がいることも考えられるが、ここでは、身近な地域で日常的な医療を受けたり、あるいは療養の相談等ができる医師として、患者の病状に応じた適切な医療機関を紹介することをはじめ、常に患者の立場に立った重要な役割を担う医師をイメージしている。

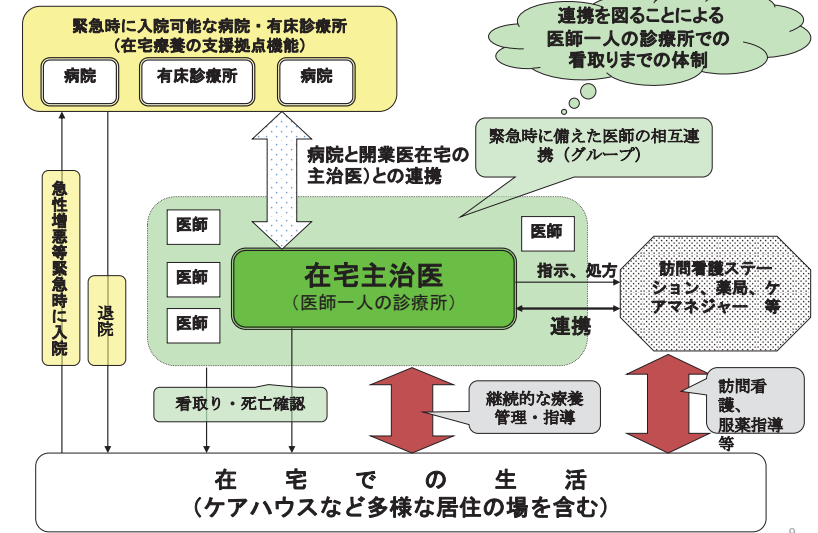
7

在宅医療の構造と課題

- ・在宅医療の構造
 - ー主治医、看護介護、バックアップ病床
- ・在宅医療の4つの課題
 - ー訪問診療する意欲のある医師の拡大
 - ー在宅医療を担う医師のグループ化
 - ー在宅医療の連携を支えるチーム作りのコーディネーター役
 - ー住民の意識啓発

8

在宅医療（終末期ケアを含む）の連携のイメージ



9

柏市での地域包括ケアシステムの具現化

柏市の目指す姿（介護保険事業計画に位置づけ）

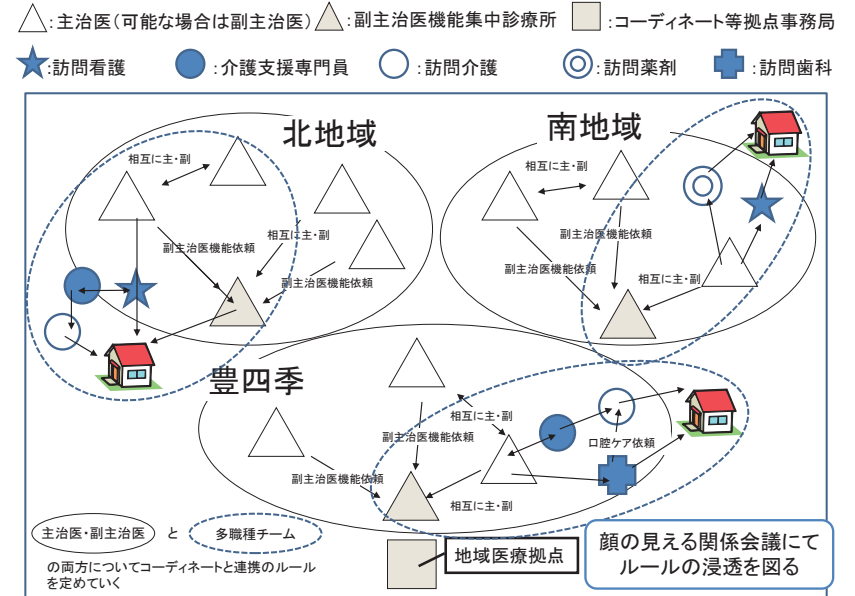
： いつまでも地域で暮らすことができる社会

<具体的手法>

在宅医療を含めた真の地域包括ケアシステムの実現

- ① 地域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日本のモデルの実現
- ② 鍵は、市役所と地区医師会の取り組みの姿勢
- ③ かかりつけ医をはじめとする多職種連携の体制が、「いつまでも暮らし続けることのできるまちづくり」の基本

10



11

柏プロジェクトの連携の場

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)。

(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

(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。

(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。

(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。

(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。



12