

岩手県地域包括ケア推進トップセミナー

講演録

(平成26年8月25日)

主催 岩手県保健福祉部長寿社会課

【講師プロフィール】

山 口 昇 (やまぐち のぼる)

長崎市出身。昭和32年長崎大学医学部卒。昭和37年長崎大学大学院医学研究科修了（外科学、医学博士）。昭和41年より公立みつぎ総合病院長（当時は御調国保病院長）、平成8年より御調町保健医療福祉管理者、平成15年より病院事業管理者（公営企業法全部適用）、平成24年4月より名誉院長・特別顧問。

老人保健福祉審議会委員、公衆衛生審議会委員、医療保険福祉審議会委員、中央社会福祉審議会委員、医道審議会医師臨床研修検討部会委員、社会保障審議会介護給付費分科会委員をはじめ、厚生労働省の各種検討会委員を歴任。病院長に就任以来45年間、病院づくり、地域づくりに尽力。在宅ケアによる“寝たきりゼロ”をめざし、保健・医療・福祉の連携による地域包括ケアシステムを構築して地域ぐるみのケア体制をつくり上げ、その結果、寝たきり老人を3分の1に減らす。介護保険制度創設に研究会・審議会委員として当初より関与。

現在は、全国国保診療施設協議会常任顧問（元会長）、全国老人保健施設協会名誉会長（元会長）、新医師臨床研修制度における医師臨床研修マッチング協議会運営委員、広島県地域包括ケア推進センター長、自治医科大学客員教授。

昭和61年厚生大臣表彰、平成3年朝日社会福祉賞、平成11年読売医療功労賞受賞。平成元年11月藍綬褒章、平成15年11月叙勲（瑞宝重光章）受章。

主な著書

- 「実録 寝たきり老人ゼロ作戦」
地域包括ケアシステムの構築をめざして～公立みつぎ総合病院45年の軌跡
(株式会社ぎょうせい・2012年3月24日)
- 「寝たきり老人ゼロ作戦」(家の光協会出版・平成4年5月)
- 特集 人口減少時代の病院【病院としての将来像:公立みつぎ総合病院】
『早くから高齢化に対応してきた病院として』(医学書院:病院2008年8月1日)
- 明日の在宅医療第1巻 在宅医療の展望 共同編者、共著
『在宅医療と地域包括ケアの展望—公立みつぎ総合病院の実践』
(中央法規:2008年9月1日)
- 最新介護福祉全書「医学一般」責任編集
(メヂカルフレンド社、第4版第1刷発行:平成20年12月)
- 「地域包括ケアシステム～地域包括ケアシステムが体系的にわかる」共著
(株式会社オーム社:平成24年3月20日)

他 多 数

「地域包括ケアシステム構築への実践的な取組について

～公立みつぎ総合病院の取組み～

公立みつぎ総合病院 名誉院長・特別顧問

広島県地域包括ケア推進センター長 山口 昇 氏

講師の紹介

公立みつぎ総合病院名誉院長山口昇様より、「地域包括ケアシステム構築への実践的な取組について～公立みつぎ総合病院の取組み～」と題しまして御講演をいただきます。

山口様は資料のプロフィールにもありますとおり、広島県旧御調町におきまして、わが国で最初に地域包括ケアを提唱され、以来45年の長きにわたり、その実践に取り組まれておられます。現在は当病院の名誉院長・特別顧問のお立場ありますとともに、広島県地域包括ケア推進センターのセンター長として広島県内の地域包括ケアの推進の陣頭に立たれておられます。

それでは、山口様、よろしくお願い申し上げます。

H26.8.25.岩手県地域包括ケア推進トップセミナー

「地域包括ケアシステム構築への 実践的な取組について ～ 公立みつぎ総合病院の取組み ～」

公立みつぎ総合病院 名誉院長・特別顧問
広島県地域包括ケア推進センター長
山口 昇

1. 超高齢社会と我が国の医療・介護の動向

山口でございます。今日は本当に申し訳ございません。一列車遅れまして…失礼の段、まず、冒頭お詫び申し上げます。本当にすみませんでした。

今日は、時間もありませんので、私のお話を少し端折り、ポイントを絞りながらお話をさせていただきます。

まず、第一には、私自身がどうしてこういう、包括ケアということをやりに出したのか、もうひとつは、御承知のように、今、国はまさに国を挙げて地域包括ケアシステムの構築ということに全力投球しようというので、あのよう医療、介護双方が推進法というものを——19本の法律なんです——それを含めて先般の通常国会に提出し、法律が成立したことは皆さん既に御承知のとおりであります。

なんで、我が国はそんなふうにやらなければいけないのか。これはもう、民主党政権時代の「社会保障と税の一体改革」、あれを民主党がやらざるを得なかったという社会状況の深刻さが本当に背景にあるというのを既に皆様方御承知のとおりだと思います。

今から——2025年問題とよく言われますけれども——そのころになると、大きく今の団塊の世代が後期高齢者になり、そして非常に高齢化率も上がっていく、特に都市部において、それが非常に顕著になります。

都心部は…ちょうど今の団塊の世代の方々、集団就職なんかをされた方が多い。そして、故郷には定年後も帰らないで都心部にそのままいてらっしゃるという方々が少なくありません。そういう方々が都市部で高齢者になって今から高齢化率が急上昇してくる。これは既に振興課長さんがお話しになられたと思います。

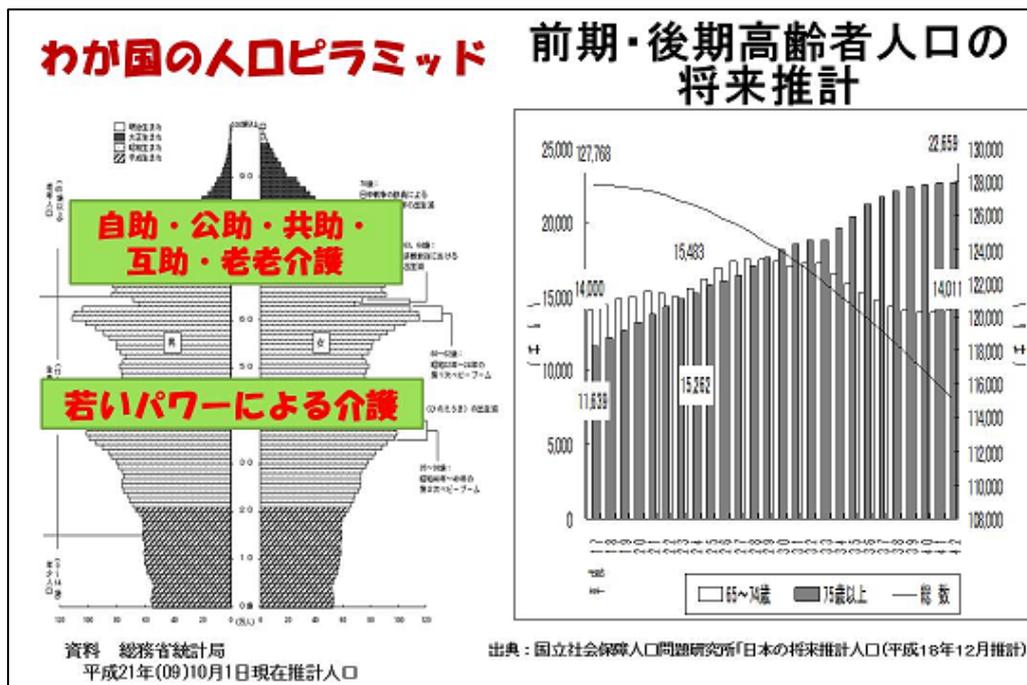
これは、国だけの、政府だけの問題だけでなく、本当に国民全部の問題として考えなければいけない。もちろん、介護という問題が非常に浮上してくるわけでありまして、介護する人がいない。まず人がいない。今の少子高齢化では若者が非常に少ない。そういう中であって介護を担当する人たち、専門職もいない。家族も核家族化が当たり前になってまいりましたので、これが家に帰っても、病院から退院をしても、看る人がいない。これは、昔からその傾向がありました。夫婦共働き、これがもう常識的な、今更になっておりますので、非常にそういう点では今後の高齢化という問題が非常に大変なものがそこにあります。

2番目には財源がない。そこで、すかさず「税一体改革をやろう」ということになりまして、あれは当時の自公民、民主党が政権時代ですが、三者の合意によってああいうものができ上がった。それを受け継いで自民政権でも「社会保障制度改革国民会議」というものを作って、ずっと議論をして、そして昨年、報告書ができあがった。これも御承知のとおりだと思うんですが…それを踏まえて——実は、今度の法改正「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」という長ったらしい名前なので「医療介護総合確保推進法」と呼ばれていますが、さらに縮めて「推進法」と言っていますが——それだけでなく、非常に高齢者の介護を今後どうしていくのか、今までのやり方ではもう壁にぶち当たっているわけですから、今後さらにそれが財源の面でも、人の面でも、どうにもなくなるのは目に見えているわけです。これも振興課長さんもおそらく仰せになられたと思うんです。

今日、私がなんで広島県の旧御調町で地域包括ケアシステムというものを考え、提言を始めたのかということ、そこを中心に少しお話を進めてまいります。

私は、今の病院へ行ったのは、今からもう47、8年前になりますからずいぶん昔のことなんです。当時は私も若うございまして、こんなに齢をとってませんでした。

それと、病院を新しく作るということで、私、九州長崎なんです、そこから派遣されて今の病院に行って病院を作り始めました。そして、なんとか病院を作って5、6年したら大学へ戻ろう、実に不届きな考えで行ったんです。ところが——まあ予定どおり病院の改築工事も進みまして、3年半に一回ずつぐらい増築をして、ベッドを増やして、しかしもう診療研究所が広がりまして——三回目の工事の頃から、退院後、寝たきりになって再入院して来られる、そういう患者さんが非常に増えているということに気がつきました。



これは、既に振興課長さんが説明されたとおりです。

人口も高齢者も減っていくんですが、しかし、後期高齢者の数は右側のグラフでもおわかりのようにやはり増え続けていくんですね。特に団塊の世代がみんな後期高齢者に突入する頃は大変な時代が来るということになります。

要するに、左のグラフ、最近国は半分のほうを使ってらっしゃいますが、2025年度問題というのはこういうことです。

医療・介護の動向

- 医療提供体制
→ 高度急性期、急性期、回復期、慢性期
(病床機能を病棟毎に報告)(H.26.第6次医療法改正)
- 地域包括ケア病棟、地域包括ケア診療管理料の新設
- 従来の医療は治療中心 → Cure後のCareは？
- プライマリケアの重視
→ 新医師臨床研修制度(地域医療が必修科目)
- 在宅医療の重視 ○ 医療と介護の連携
- 専門医療と総合診療 → 総合診療(専門)医の誕生
- 地域包括ケアの必要性
- 医療法改正、介護保険法改正(軽度者の介護サービスの見直し)
(H.26.医療介護総合確保推進法)
→ 地域包括ケアシステムを構築
- H.26.診療報酬改定・H.27.介護報酬改定予定
- 今後は医療計画(ビジョン)と介護保険事業支援計画を
総合的に考え、その整合性を図る

そして、医療と介護の連携、在宅医療の重視、地域包括ケア…

今言いました下から3つ目の○に医療法改正、介護保険法改正…平成26年に通常国会で医療介護総合確保推進法というのが成立したというわけです。

2. 在宅ケアによる寝たきりゼロ作戦（介護予防）～最初はソフトから始まった～

御調で地域包括ケアがはじまった きっかけとその後の経緯（変遷）

- 1 在宅ケアによる寝たきりゼロ作戦
→ 最初はソフトからはじまった
- 2 保健・医療・福祉の連携・統合
→ 病院と行政のドッキング（行政改革）
- 3 各種介護施設の併設
→ 維持期（生活期）のリハビリセンターを合築
- 4 住民参加
→ 住民組織とボランティア
- 5 地域包括ケアシステムの構築

そして、御調でこの地域包括ケアがなんで始まったのか。

実は、さっき言いましたように病院で命を助けた—例えば、脳卒中で倒れて夜中でも救急車で運ばれて、もちろん必要があれば手術をします—命を助ける、そのあと 24 時間体制の看護をやって、それからリハビリをやるわけですね。大体 3 週間か 1 か月位で一応退院というところまでいきます。

しかし、心配が残る。残っても「あとは病院に通ってきてくださいね。」こんなことを医者も言っていたわけです。うちの病院もまさにそうでした。それが昭和 40 年代後半の話。ところが、2、3 回は来てくださるんですが、その後、来なくなる。とすれば、続けていたリハビリテーションも中断してるわけですね。

その後どうなったのかなと思って、だんだん主治医の頭からも患者さんの記憶が薄れてきた頃、寝たきりになって、お尻にはこんな大きな褥瘡（床ずれ）を作って、そして、おしっこが出るのがわからない—失禁状態といいます—おむつを当て、あとは理解力、脳機能もどーんと低下して、そんなふうな状態で再入院してくる。

あの頃は介護保険ありませんし、何にもない時代。そういうような時代に私はその要因を探って見ました。

それは、まさに対応がまずいため。家に帰っても若夫婦は共働き、孫たちは学校へ行く。だれもいないですね。見る人がいない。今でも結構そういう状態は多いんだろうと思います。

御調は、1 万 2 千人の小さな町です。だから、最初は 40 床の 45 人の職員から始まった病院なんですけど、今は 10 倍の規模になって職員も 6 百数十名になりました。その病院で寝たきりが作られているということに気づいたんです。

そこで、これを何とか…作られた寝たきりをゼロにしようというのが私が言い出した「寝たきりゼロ」なんです。

これが、今から 40 年前、昭和 49 年の後半に在宅ケア訪問看護、リハビリ訪問看護。当時は訪問看護という言葉もありませんでした。制度もない、介護保険もない、もちろん診療報酬、お金もどこからも来ない。そういう状態で始めたんですね。よく始めたなと思うんですが。

というのは、当時はまだ病院は赤字です。昭和 40 年代赤字。8 年間、赤字を続けました。そのときに、報酬も何にもないところに人を注ぎ込んでやるものですから、外科医の皆さん方から散々

叩かれました。「うちの院長は金遣いが荒い。」「ああいうのに経営を任せてたら大変なことになる。」まあいろんなことを経験することになるんですが…。

その後、寝たきりを何とかゼロにしようという考えで在宅ケア訪問看護を始めたわけです。

最初の5、6年はなかなかうまくいってはいきませんでした。ところがある日、こんなことを患者さんの家族の人が言ってきた。「先生。うちのおばあちゃんには先週来てくださったあの看護婦さんが非常に気に入って、今度来たら「あれも相談しよう、これも相談しよう」とおばあちゃん、もう楽しみにして待っていた。そうしたら、今週は別の人が来てくれた。それで全部やめた。だから、うちのおばあちゃんには先週のあの看護婦さんをやってください。」こんなことを言っただけでこられた。

そこで、はっと気がついたんですね。それまでは外来の看護婦、あるいは、うまくいかんだったら病棟の看護婦、交替でとにかく誰でもいいからやればいいと。こんな考えで訪問看護を始めたんです。

当然、訪問看護という制度もないわけですから、ネーミング、名前はない。当時は、看護の出前、医療の出前、リハビリの出前という言葉を使いました。このときに「医者ともあろう者がそんなレベルの低い言葉を使いよって。」ということで大学教授からお叱りを受けました。

しかし、住民の皆さんには解りがよかったですね。今まで在宅医療というのはみんな往診しかありませんでした。往診というのは、患者さん、あるいは家族のほうから「先生来てください。」と要請があって、それに応えて行くわけです。そして在宅で治療する、これが往診です。訪問看護というのはそうじゃない。最初だけ医者が行って状態を把握して——今、ケアプランというのがありますけれども——それを、指示を伝えたら、ケアカンファレンスの中でケアマネジャーが中心となってこう…あらかじめ決まった計画の中で…月火水木金というふうに決まっている。それが訪問看護なんですね。それを当時やり出したわけですから、さあ大変です。

「今までやったことのない、見たこともないものをうちの院長よくやるな！しかも赤字だ。」ということで、外科医に散々叩かれたのはもう自明の理で、最初からそうなるんだろうなと思っていたとおりにになりました。

ところが、5、6年ぐらいして私たちは方法論をいろいろ考えたんです。午後行っていたものを午前にしたり、いろいろ。そのうちに保健婦を——今の保健師さんですね——訪問看護婦として派遣することも考えました。これがやっぱり、非常に当たったというか、患者さんや家族の方が乗ってきてくださったんですね。田舎は、もう人に、他人に家の中に入られたくない。他人の世話になりたくない、そんな風潮が非常に強い。都市部より強い。拒絶反応もありましたし、我々のやり方のほうもまずかった。そういう中であって、非常に私は方法論をいろいろ考える中で試行錯誤していく。5、6年ぐらいして今のようにいろいろやり出して、専任の訪問看護婦を置き、保健婦を加え、さらにリハビリスタッフと一緒にやってやる。いろんな方法論をやるうちに軌道に乗り出した。

3. 保健・医療・福祉の連携・統合～病院と行政のドッキング（行政改革）～

ところが、ぶつかった壁は福祉の壁でした。

昭和50年代半ば、当時は、福祉は全て措置制度。病院長の私には何の権利もありません。みんな行政が握ってらっしゃる。しかし、訪問に行ったスタッフが帰ってきて「なんとかさんの家は老夫婦だけでとても大変。ヘルパーさんに行ってもらったほうがいいです。」という報告をします。そこで、私には権限がありませんから、役場の担当課長さんに頼みます。電話をします。「わかりました。」とおっしゃるけれど実現しない。1万2千人の小さな町でヘルパーさんもそんな限られた人数しかいない。できるわけないんですね。

私は、それからは、病院にも看護助手その他のそういう介護をやる人がいるわけですから、そういう人たちを使えばできるんじゃないかと思ひまして…権限がないですから、その措置制度のもとでもやれる方法論を時の町長と話をしました。町長すぐにわかってきて「先生、そうしたら役場のその部門を病院がすればいいじゃないですか。」と言ってくれました。これは私にとってはもう、行政というのは町長の判断ですぐできるんだな、なんか魔法を見せられたような感じだったですね。それで、「町長さん、そう言うけども、あんたにできる？条例を変えにやいかん、なにもせにやいかん。」「それは私の仕事やから任せてください。」それで、議会に話をします。まあ、やっぱり最初は反対なんですね。しかし、半年ぐらいかかって議会がオーケーしてくれました。

それから、2番目に、議会が賛成してくれたらできそうなものだけでも、さあそういうわけにはいかない。やっぱり一般住民の方々のオーケーがいる。この住民の説得をどうするか。これは人数からいっても、人口のほとんどを占めているわけですから。

私は、今でもやっている——健康づくり座談会というのを各地域へ行って集会所単位で細かく、ワークショップ方式、要するに膝交えてディスカッションするんですね。健康づくりに限らず、介護保険の問題、いろんな問題、地域包括ケアシステムを作るときもそうでした——私自身が地域へ行って住民の皆さんに健康教育その他、いろいろな問題、話し合いをしました。

喧々譁々。住民の皆さん、賛成してくれるかなど。看護の出前、リハビリの出前で非常に評判がよかったものですから。でも私の安易な考えは無残にも打ち砕かれまして、3か月努力を続けているうちに最後に声を上げてくれたのは寝たきりを抱えている家族の方だったんですね。

この家族の方が声を上げ出した。「いや院長の言うのももともとだ。自分たちは看護の出前もほしい、リハビリの出前もほしい、ヘルパーさんにも来てもらいたい。車椅子もほしいんだ。それが、一つは役場に行かにやいかん、一つは病院で…こんな面倒くさいことよりも一括全部済んだら一番いいんじゃないか。」ということで私を非常に支持して下さった。

寝たきりを抱えて苦しんでらっしゃる方の声というのは、非常に小さな声であっても結果は大きいですね。インパクトを与えます。多くの住民の方々は、いつ自分がそういうふうになるかわからない。「そしたらそういうことを考えなきゃいかんのか…」本気で考えていただきました。

こうして一年半経った頃、大体コンセンサスができて、町長が条例の改正を進める。役場の福祉部門である住民課とヘルスの、保健の部門、これは、病院に置いて、役場にも置いてたわけですから、ちょっと無駄な感じもするわけですね、これを一緒にしようというわけで、この二つを

病院に持って来てしまいました。

健康管理センターというものを作って、そして、役場は住民課と厚生課を一緒にして…厚生課はだから消えたんですね。今で言う行革です。当時は高度成長時代、昭和 50 年代の後半ですから昭和 58 年から始まったうちの 5 回目の増改築工事——このときに総合病院になったですけども——その工事の中に入れて込んで国から補助金をもらいました。

これは、話がちょっと迂回しますけども…国のほうにも、我々、全国の国民健康保険診療施設協議会から要望していたんです。保健・医療・福祉の統合をしてほしい、そのための予算要求をしてほしいと。昭和 55 年か 56 年ぐらいから大蔵省のほうへ予算要求をしてきていました。しかし、毎年だめなんですね。諦めかけた頃、昭和 58 年度の 2 月補正——あの頃、国に 2 月補正というのがあったんです——そこで予算がついたんですね、ちょっとですけども。5 か所分つきました。しかも、補助率はなんと、今からは考えられません、10 分の 10 なんです。これにはびっくりすると同時に非常に躍り上がって喜びました。同時にあの頃の旧厚生省の幹部の方々、非常に我々の考えを理解してくださった方々、今でも感謝しております。

そのような経緯を経て昭和 59 年、病院の中に健康管理センター——今の保健センターです。そのうちに手狭になって、もうそこは、今、病棟になっていますが——病棟分ぐらいをスペースとしてはとって、そのあと国民健康保険も持ってきましたし、介護保険ができてから介護保険も持ってきました。

私は、一番最初から介護保険の制度をつくることに関与してきましたし、研究開発システムの委員として、また、当時は既に老人保健福祉審議会の委員もしておりましたので、そういうふうな関係もあって、非常に——あと、行政部門のまさに包括ケアの分野全部を私が町長から兼務の辞令をもらって責任者になったんですね——今度は権限が出てきます。措置制度ができるようになるわけですね。しかし、制度が措置制度ですから措置は行政がやらなきゃならない。だから私は、医療と行政の二股かけたポストに就いておりました。しかし、これが一番、うちの地域包括ケアシステムの大きな特徴だと思います。

その他、その周りに、今で言う介護施設ですね。特別養護老人ホームをはじめ、老健施設ができたころは老健施設——私も老健施設の協会の全国の会長をしていたこともありますし——そして、老健施設という中間施設——と最初は言っていましたけど——そういうものをはじめ、いろんな…そこには、必ずリハビリテーションセンターをつくる。これ私の寝たきりゼロ作戦の発想そのものなんですね。リハビリテーションがないと寝たきり防止はできません。

そして、4 番目に、住民の皆さんが参加してくださいと。住民組織をつくり、ボランティア活動をやらせよう。実は、これがひとつのモデルになりまして、そのうち市と合併する平成 16 年、その頃は、登録したボランティアの会員の方が 2000 人ぐらいに膨れ上がってました。2000 人というでも半分はペーパードライバーなんですね。私自身もペーパードライバーなんです。ボランティア登録はするんですが、年に 2、3 回、配食サービスなんかに出るぐらいで、実際はあまり役に立っていない。しかし、半分近くはやっぱり本当のボランティア。今でも、緩和ケア病棟という病棟には、そこだけで 50 人のボランティアの方がいらっしゃいます。

いろんな…住民が参加するとういうことで、自然とこれだけ全部加えたら、地域包括ケアシス

テムが構築される。そういう状態ができ上がったんですね。

だから、最初のきっかけは寝たきり防止、そこから始まったんだと。

これは、高齢者が今から増えれば増えるほど、特に後期高齢者の場合それが必要になる。都市部から今から非常に急激な高齢化率で伸びていくのではないかな、これはもう、誰しもの一致した考えであります。

寝たきりはつくれる

- つくられた寝たきり
- つくられた褥瘡
- つくられた失禁(オムツ失禁)
- つくられた理解力(脳機能)の低下
- **QOL、QOD(Good Death)**の低下

ちょっと時間がないので、こういう……全部作られるんですね。(寝たきり・褥瘡・失禁・脳機能の低下) 本当は、きちんとしてやれば、こんなことにならないんです。



それで、そのたびにこんなふう到家屋の改造——今、介護保険でこんなことができるようになりましたけれども、昭和の終わり、平成のはじめ、介護保険ができるまでは、まだまだ、とてもこんなことができませんでした。

それを、うちは、うちの作業療法士が行って、こういうものを作ったんですね。今はもう介護保険で全部できます…

これは昭和59年頃、もちろん措置制度の時代ですが、中の右は、向こうは母屋なんです、こっちの手前は納屋なんですね。納屋に綱をかけて…柱が横に走ってますが、これにこんふう滑車をぶら下げ、そして、プーリーですね、上肢の訓練をやる。こういうのを…これは平成20年ごろの、まあ、結局は同じようなことを今もやっている。

まあ、お金さえ出せば福祉機器としてきちんとありますから、保険を利用し、そして自己負担も出して多くの方がやっている。しかし、昔は制度もなにもない頃、こうしてやっていたんです。



これは、こんな大きな褥瘡が3か月で治ったという例です。作られていたんです。毎日、風呂に入れた。よその病院から送ってきた患者です。

介護予防

- 要支援が要介護の状態になることを防ぐ
～ 寝たきりゼロ作戦(地域リハビリテーション)
- 要介護度を増悪させない
- 運動機能向上
栄養改善
口腔機能向上
～ 口腔ケア、医工連携
呼吸筋増強トレーニング
口輪筋増強(咀嚼力)トレーニング
舌筋増強トレーニング (舌圧測定器)
- 広島県では各市町の介護予防の評価を行い、マニュアルを作成予定



介護予防というのは、運動機能向上・栄養改善・口腔機能向上、この3つを、だいたい国も言ってますし、これ当然だろうと思います。要するに、要介護状態にしないということです。

うちは昔、寝たきりが多い、それから医療費が高い。だいたい、広島県は老人医療費が昭和40年代、50年時代というのは全国一です。北海道は全国2番目です。この1、2位のコンビを18年確か続けたと思います。さすがに、昭和50年代の後半頃ですが、当時の広島県知事が頭にきて「なんで18年も1位を続けにやいかんのか!」、事務方の説明は、「いや、被爆者が多いから原爆のせいだ。」とこうおっしゃる。けれど、それだけじゃないんじゃないかというのが当然の知事の、なんかこう疑問点だったんですね。

私、知事と親しくしていたものですから、知事からその意見を求められて、「僕もそう思う。その証拠に同じ被爆県で…」今は長崎県も上がりましたが、当時は低かったんですね、「長崎県は低いじゃないですか?規模の大小、被害は広島の方が大きかったけれども、やっぱりおかしいですよ。徹底的に調べたほうがいい。」ということで、実は、レセプト一枚一枚出して全部調べた。国保のレセプトしか残っていないものですから、国保医療費検討会というものを作って、知事が「先生も入ってよ。」と言うもんですから私も入れていただいて、おかげで、まあ原因が解ってきた。

原爆の影響がある市町村、これは確かにありました。しかし、そうでない、もう同じ病名で1ヶ月に何か所も病院に通ってらっしゃる、そういう方もいらっしゃるということがわかってきました。それで、まず、そういう住民の教育から始めないといけないんじゃないかと。

御調は、既にその頃は落ち着いてきてたんですね。さっき言いました、地域を回って、住民の健康教育からやりますから、受診の仕方、そういうものから、住民の皆さんには、私はずっと話

をしてきました。医療費が高くて当然でありまして、国保財政が赤字、そのときにいろんな防止策を講じてやってた。そして、地域包括ケアシステムというのを——言葉を私が使ったのは昭和59年、さっきの健康管理センターを作って行政と病院がドッキングしたときなんですが——実際うちで完成したのが、それから3、4年頃ですね、平成元年に地域包括ケアシステムが完成しました。

私が提唱したのが昭和59年、これも本を書きましたし、平成4年には、私は「寝たきり老人ゼロ作戦」という小さな本、単行本を出しました。それくらい寝たきりが多かったのが、大体10年後ぐらいから減りだした。そして、いろいろ高かったのが下がりだした。それで私は、事務長がその国保の下がってきたお金で基金をずっと積んでいたものですから、その基金で介護予防センターというのを作ったんです。

マシン、機械もありますし、今、元気な人も使えるように「いきいきセンター」という別名も持って夕方から夜は元気な人がやる、若い人もいいと。ただし、まあ学生さんはちょっと遠慮してもらおう。こういうふうにしております。それで、2時か3時ぐらいまでは特定高齢者、居宅老人、そういう方々を中心に…あるいは要支援者。そういう介護予防センターも保健福祉センターという行政部門の横に併設して作りました。



これは、歯科衛生士が在宅をずっと回ります。なんかあれば、歯科医の方に電話なんです。口腔ケアというのは非常に大切なことなんです。つい我々は、私は医者として反省するんですが、口の中のことはあまり考えない。ところが、実際、脳卒中のひどい人が重度の脳機能障害を起こしますと、嚥下障害、物を飲み込むことができなくなります。そういう方々は、すぐ胃ろうを作ってしまうんですね。

胃ろうを作ったら、もうあつというまに寝たきりになります。そうならないように普段から口の中のケアをきちんとしておかなければいけない。

これは、さっきの介護保険のある保健福祉総合施設。そこに貼り付けている、常駐させてる専従の歯科衛生士なんです。

こっちは嚥下リハビリテーション。

ドッキングすることでこういうことができるようになってきた。行政と病院とが一緒になると。

4. 各種介護施設の併設～維持期（生活期）のリハビリセンターを合築～



最初に作ったのはこれ。そして、去年、14回目の増改築工事をして、これにリハビリの病棟をさらに増築しました。



これが、行政部門の保健福祉センターです。保健福祉センターがあり、地域包括支援センターが中に入り…。



健康づくり座談会…。

ナイトパトロール。看護師と介護の人が一緒になって回る。

保健福祉総合施設全景



昭和56年
〔県立ふれあいの里オープン時
特養 100床
リハセンター〕

(平成20年6月 317床)



これが昭和56年の最初、県立としてできたんです。私が強く知事をお願いしてリハセンターを作りました。

リハビリテーションというのは、急性期・回復期・維持期・慢性期（生活期）ですね。その維持期のリハセンターをやることを——これは県立だったものですから、県のエージェント、県の財政課が主導権を握ってました——しかし、私はいくつかの注文を出させていただいて、知事が——まあ気持ちよくかどうかわかりませんが——とにかく私の言い分を吞んでくださった。

それで、ここに本当は病院の研究所を作る予定だったんですが、例のオイルショックその他でとうとう全部だめになりまして、そのうちに、今度は、バブルがおかしくなるぞ、というようなことになって、県も財布の紐を締め出して、県から我々の方に移管を受けます。とうとう御調のものになって、その現場にこんなふうなものを、全部作っていったんです、老人のものを。

それで、ここを核にして、今度はリハビリのセンターを作って——これがリハビリセンターです。こっちがケアハウス、こっちが老健施設、150床ある。これが特別養護老人ホーム。グループホームとか——いろんな、お年寄りのための介護、リハビリそういうものを中心にしたものができ上がりました。



それで、うちの病院全体では、このように3つあるわけです。

急性期のリハビリテーション——外来に来る患者さんと一般部門の入院患者さん——回復期リハビリ病棟というものがありますから、そこで入院して——これは中間施設ですね、在宅へ帰るための生活リハビリテーションをやる——さらにこの維持期という生活形態を…今、施設なんかがそうですね。

5. 住民参加～住民組織とボランティア～



そして、さっきも言ったボランティアの組織。介護教室をやったり、デイサービスに参加したり…



それから緩和ケア病棟。がんの末期ということで非常に頭の下がるケースもあります。そういうふうなところに50人のボランティアの方がこうして交替で来てくださいます。

福祉バンク。バンクというのは銀行ですから、1時間、ボランティア活動したら1点という点数制。それで時間を貯蓄して自分が倒れたら、それを引き出して見てもらう。そういう制度を作ったんですが、合併でそれがなくなりました。

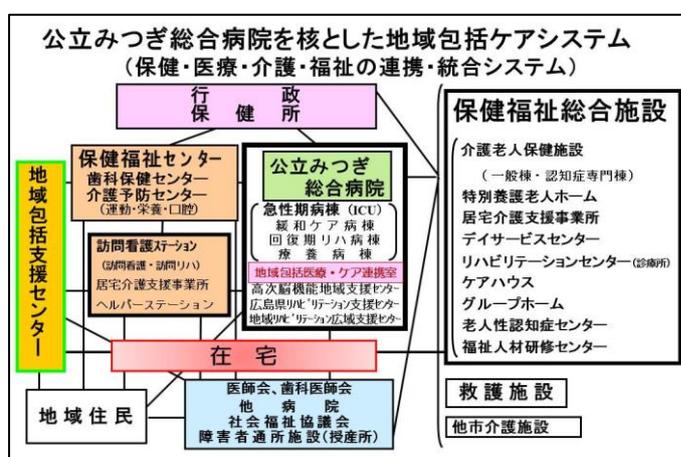
ここだけ、こわれたんですね。あとは合併しても全然変わりません。今はこれ、再構築にかかっている。2000人いましたけど、今、300人ぐらいまで回復してまいりました。

6. 地域包括ケアシステムの構築

地域包括ケアシステムを構築した。これは病院を中心にして今の総合施設、いろんなものがあります。要支援後の保健センター、在宅をかえて訪問看護ステーション居宅ヘルパー、地域包括支援センター、こんなものこれはみんなうちのスタッフです。

ここの保健センターに70人近くのスタッフがいるんですが、そのうち、市役所の職員が4人です。あとは全部うちの職員ということになります。

保健師が17人、社会福祉士がMSWも含めて19人。考えてみたら、そんなところに金を注いで病院経営が成り立っていくのかとお叱りをうけました。そこだけでみたら赤字になるかもしれません。でも全体、トータルでみたらうちでは黒字なんですね。だから健全経営にも資するところがあると私は思っております。

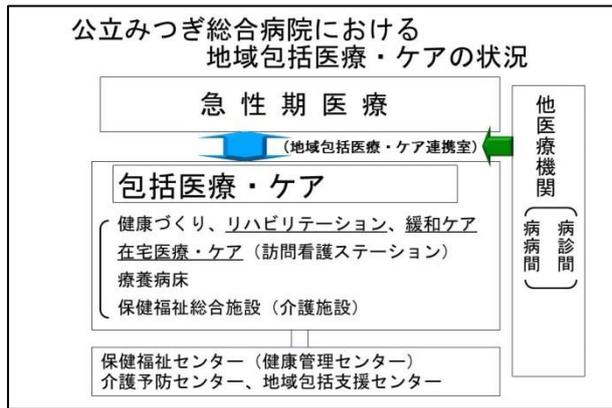


公立みつぎ総合病院の理念

地域包括医療・ケアの実践と地域包括ケアシステムの構築及び住民のための病院づくり

理念は、今言った「地域包括医療・ケア」。地域包括ケアと最初から言いたかったんですが、どうも医療人、特にお医者さん方が「ケアっていったら介護や福祉のことである。自分たちの医療のことじゃない。」、医療イコール治療と考えていますから。でも、そのお医者さんの協力がなくて医療による支援が得られない。そこで私は「地域包括医療・ケア」という言葉を使ったんですね。これが今から30年前のことです。

そして、それと地域包括ケアシステムの構築、住民のための、これがうちの理念なんです。



地域包括医療・ケア（システム）とは

- 地域に包括医療・ケアを、社会的要因を配慮しつつ継続して実践し、住民が住みなれた場所で安心して生活出来るようにそのQOLの向上をめざすもの
- 包括医療・ケアとは治療（キュア）のみならず保健サービス（健康づくり）、在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービスのすべてを包含するもので、施設ケアと在宅ケアとの連携及び住民参加のもとに、地域ぐるみの生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療・ケア
- 換言すれば保健（予防）・医療・介護・福祉と生活の連携（システム）である
- 地域とは単なる Areaではなく Communityを指す
(山口 昇)

そして、急性期医療があって、包括医療ケアがあって、行政部門がある。これが特徴なんですね。

まあこんなふうな定義づけを私は30年前にしました。それから、何か所かの修正をしました。

地域包括ケアシステムとは、高齢者などの生活上の安心、健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが、サービス利用者の選択に基づき、日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できる体制をもつシステムと考えている。
(広島県)

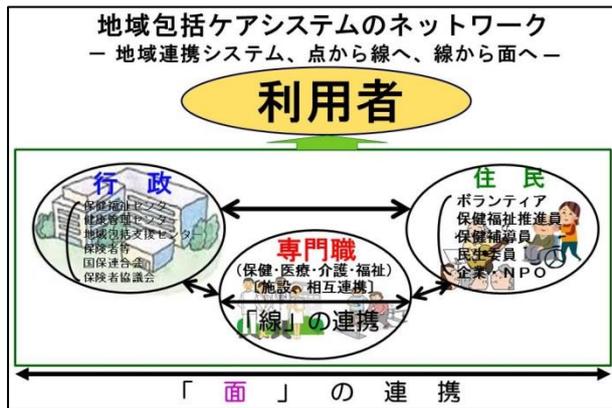
地域包括ケアシステムのイメージ
(厚労省)

住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。

そして、広島県もこのような定義づけをしています。

また、国は国で研究会をもとにして、ひとつのイメージを作ってらっしゃる。

まあいずれにせよ、目指すところは同じだと。みんな、三者ともに同じだということがいえません。

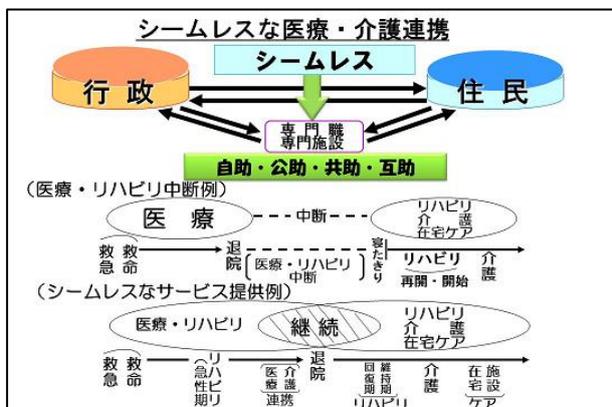


地域包括ケアシステムはネットワークを作ることが必要です。

調べる専門職だけの連携、これは昔から言われてました。病院と診療所の連携、病診間の連携。そんなものは、点と点を結んだ線に過ぎない。線の連携はいくつもありました。

しかし、それに行政が加わる。うちのよう、直接入りこんだところもありますし、そうでなくても、地域包括支援センターを併設したり、保健センターを併設したり、福祉センターを併設したり、そんなところは全国にもたくさんあるんです。

さらに、さっき言いました住民…行政と住民が加わって専門職と一体となったら、線でなく、もう面の連携になるわけです。これが必要！



- 地域包括ケアシステム構築の手法**
- 農村型（中山間地域型）
 - 島嶼・沿岸型
 - 都市型
 - 大都市型
 - 団地型
 - その地域に見合ったシステムを構築

それで、シームレスという「時間の要素」を私は入れています。

例えば、リハビリが——今の大学病院なんかは、大きな病院は、命が助かったら2週間以内でも退院させてしまいます。中には2、3日で退院する——そうすると、リハビリなんか中断してしまう。受け皿があるところはいいんですけども、ないところは中断する。それで、寝たきりになってからリハビリを始めたってもうだめなんですわ。

初めからずっとシームレスに切れ目なく——国も切れ目なくと言っていますけども——つながらないといけない。

シームレスというのは御存知ですか。この頃よく使われるようになりましたね。

大体これ、こんな言葉を使って私が非常に失礼になるかも知れませんが、女性の靴下に——昔のお年を召した方は御存知と思うんですが——後ろのほうに縫い目があったんですね。あの縫い

目をシームというんですね。シームレスですから、あの縫い目がない。今の女性の靴下は縫い目がありません。全部つるんとしてる。あいうふうに継続して、縫い目や継ぎ目がない、切れ目がないということを言ってるわけです。

私は、あの尾道——ちょっと話が前後しますが——旧御調町は尾道の隣で30分くらいの距離にあります。16キロメートルぐらいありますか。

その旧御調町でこういう仕組みを作った。これは、まさに農村型であり中山間地域型のやり方。都市部には都市型のやり方が、島しょ・沿岸型はさらにやり方が…大都市はまさにそうです。で更に*****ところは、最初から団地を考えておかなければならない。

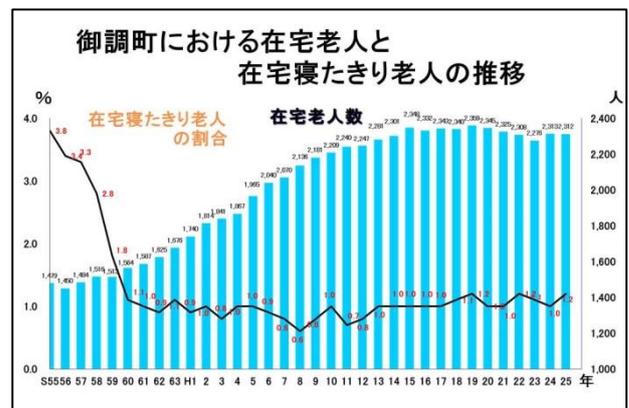
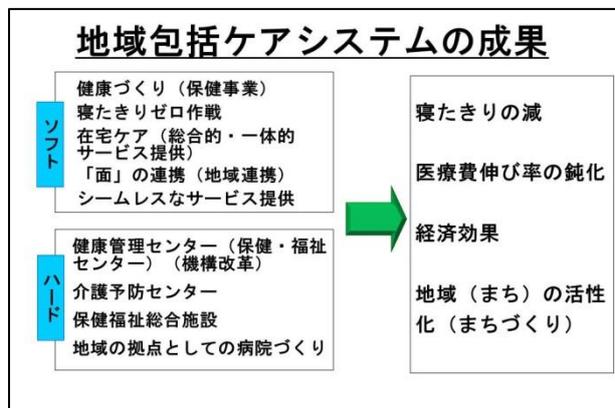
その地域その地域に見合ったシステムを構築すべきなんです

私は、これは、ちょうどゴールドプランのときですから——あれは平成元年から始まりました——平成2年の春ですかね、通常国会で衆議院の予算委員会に呼ばれて、意見を求められた。地域包括ケアシステムについての意見を。

そのときにも、この類型化を言いました。

「御調でやった方法が全国に通用するのか。」と、国会でそんな質問を受けた。

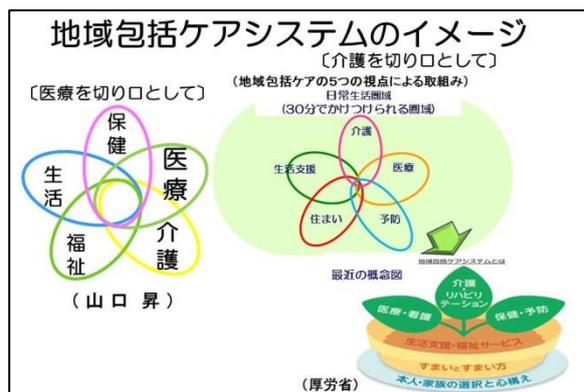
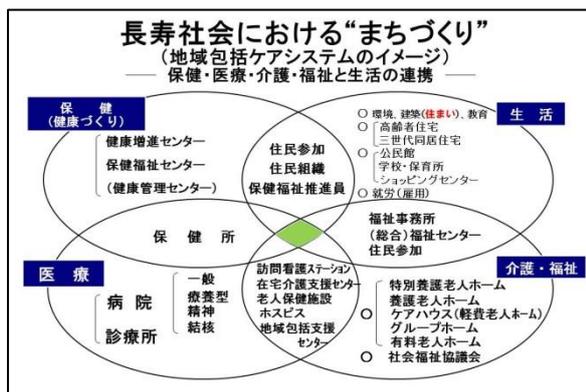
「通用しません。」私は言いました。御調でやったのは中山間地域型なんです。都市部は都市型のやり方があり、団地型も考えないといけない、地域地域で違った方法論をとらないといけないということを言いました。



それで、結局、我々の御調町での成果として寝たきりが減った、いろいろなメリットも残してきた。経済効果も上がった。町の活性化につながっていった。

都会や他県から御調町に転居して来る方が出てきたんですね。いやこれには…最初は、「うちのおばあちゃんだけ取ってください。」「どんな状態ですか？」「いや寝たきりです。」とんでもない。「おばあちゃんの世が大変なわけですから、家族全部でいらっしゃるなら受け入れましょう。」という返事をしました。まあ、本当に家族ぐるみで引っ越して来られて、バリアフリーの家を建てられた例もあります。

このように…これは高齢者、最近横ばいですね。これは寝たきりの割合ですが、こんなふうに10年後には3分の1になりました。



私は、まちづくりのときには…左上が保健、左下が医療、右下が介護と福祉、そして右上が生活なんです。生活の連携が大事なんです。環境、建築、住まいづくりですね。そして教育。教育というのは大事なんです。就労とか雇用の問題。

こういう生活を視野に入れた地域包括ケアシステムを作る。この介護と福祉を最初是一緒にしていたんですが、そのうち介護保険ができて、介護の部分が非常に膨れあがりました。そこで私はこの介護を、こういうふうの外に出しました。保健、医療、介護、福祉、生活。

国は研究会報告で平成17年の改正のときにこんな図を出してらっしゃる。ほとんど目指すものは同じなんです。概念もそうですし、同じことを考えている。

それで、ちょうど平成17年の法改正のときに当時の老健局長から私に電話がかかってきて、「先生、今度の法律改正でその法文の中に地域包括ケアシステムの確立というものをうたおうと思っている。しかし、このネーミングは先生が最初に言い出したんで、一応了承を取りたい。」と。「それは、特許なんかとってないんだから、どうぞ局長お使いください。ただし、全国に広めてほしい。単なる厚労省の文書だけで終わらないようにしてほしい。」というお願いをしました。

まあ、これがみんな同じことを考えている。ただ、今、地域包括ケアシステムは非常に大きな勢いで広がりつつあるんですが、言ってらっしゃる方によって、概念、根幹になる概念が少しずつ異なるような感じもするんですね。地方は異なってしかるべきなんです。地域地域で社会資源も人的資源もみんな違いますから。

しかし、私は根幹だけは揺るいではならないと思っております。

地域包括ケアシステムの課題

- 「人」と「金」
- 縦割りの歪（壁）
- シームレスなサービス提供
（医療と介護、施設ケアと在宅ケアの連携）
- 首長と住民の理解と協力
- 専門職の認識
 - 地域包括ケアの概念の理解
 - 「人」をみる医療・介護・福祉
 - 「生活」の視点が重要
 - 「連携」の重要性

問題点は、ひとつは専門職と財源を考えていかなければならない。

もうひとつは、医療と介護の連携、要するにシームレスなサービスの提供です。

そして、もっと大切なことは首長さんと住民の理解と協力が無いといけません。

今日、来てらっしゃる首長さん方は、おそらく理解をしてくださっているだろうと思います。

私は、40数年の間に3人の町長と一緒に仕事をいたしました。私は町長に恵まれたんです。一人目の町長は、土建業務をやってらした、社長さんだったんですね。私が行ったときにはすでに町長になってらした。それで、「もう先生に医療は全部任せる。」こうおっしゃった。私も「それじゃ…」というわけで、決まっていた設計図まで変更してやったんですね。

脳外科は、当時、全く広島県東部にはなかった。昭和40年代の初めのころです。脳外科を作るようにした。金がかかりますよね。2階建てだったのを3階建てにしました。

また議会と衝突がそこから始まったんですね。8年間、赤字の間はほんとに大変でした。しかし、私が3回目の工事を終えて100床規模以上になったら黒字になると言ったことがあるんですが…まあ幸か不幸か、黒になってくれました。それから30数年間、ずっと、病院経営は黒字なんですよね。

黒になると議員さんたちは、何にも言わなくなりますね…これも同じお人かなというように、顔つきまで変わってくる。もうやっぱりそんなもんかな…

もうひとつは、専門職がやっぱり認識しないとダメです。地域包括ケアの概念をよく理解すること。特に医師が理解していない。「ケアは介護や福祉の方の仕事で自分たち医療人がやることじゃない。何回か****だけアドバイスすればいいんだ。」と、こんなふうに考えているお医者さんが少なくありません。これはやっぱり医学教育で全くこういうことを教えてないからですね。今から医療も教育も変わります。要するに私自身反省をしているんです。人を見る医療・介護・福祉がやっぱり必要だ。それと生活の視点が重要だ。

7. 在宅ケアの状況

| 年度 | 訪問看護延件数 | | 訪問(在宅)リハビリ | | | |
|------|----------------|----------------|------------|-------|----------|-----|
| | 病院 保健福祉センター | 訪問看護 ステーション | 実人数 | 延件数 | ※住宅改修 | |
| 平成20 | 2,884 | 9,507 | 384 | 2,962 | 3 109 | 112 |
| 平成21 | 2,955 | 9,052 | 426 | 2,979 | 2 142 | 144 |
| 平成22 | 4,099 | 9,584 | 453 | 3,054 | 2 124 | 126 |
| 平成23 | 3,735 | 9,048 | 468 | 2,980 | 1 120 | 121 |
| 平成24 | 3,819 | 8,381 | 504 | 2,959 | 3 128 | 131 |
| 平成25 | 4,104 | 8,792 | 551 | 3,342 | 4 120 | 124 |

※住宅改修 上段:スタッフが実際に行ったもの
下段:指導後、業者等が行なったもの

もうこれは…1万2、300件ずつ、毎年やっております。



これは、筋萎縮性側索硬化症（ALS）という神経難病の方ですね。発症後20年、そして、在宅で14年間。人工呼吸器を付けてずっといました。やればできるものなんですね。昔だったら絶対入院を続けなければいけない患者さんでも今は在宅でできます。



その人でも亡くなったときには全く関節の拘縮とかなんとかありませんでした。理学療法士が行って…リハビリスタッフが頻回にリハビリをベットサイドでやってたからなんですね。



それが、年に一回はこうして人工呼吸器装置を持って一泊旅行するようになった。こんなことができる時代なんです、今。



これは、その広島のマンションにおられた老夫婦でバリアフリーの家を建てられたケースです。その方の亡くなったときの奥さんのお礼の言葉です

このように、亡くなるまで夫婦二人で我が家にいたい。こういう奥様と本人の要望で、我々は、家族の方だけで、できるだけお二人だけで時間を過ごしてもらおうようにしました。そして、本当に安らかな眠りにつかれた例です。

福祉のまち 〓 幸せの二十七時間〓
 福祉のまち・安心のまち 御調町にバリアフ
 リーの家を建てたのは平成十年のことでした
 昭和二十年八月・・・
 広島で原爆の惨状を脳裏に刺んだ夫は自らの
 被爆体験や突然引き裂かれた家族の幸せ 失
 われた多くの人命の尊さを心に抱き続けてお
 りました 心と身体に残された戦争の傷跡と
 向き合う時間の中で一冊の小説を書き上げま
 した その夫の想いに寄り添う時ひとつひとつ
 つの言葉が胸に沁みわたり 頬を流れた涙の
 記憶が夫の優しさを思い出させてくれます
 経済学を志す数多くの学生を前に教壇に立ち
 続け教授として歩んだ日々・・・
 娘や孫たちにも心からの愛情を注ぎ優しい眼
 差して見守り続けてくれたことに感謝の気持ち
 ちでいっぱいです
 福祉のまち御調町で看護・介護に差し伸べて
 下さったおひとりお一人の手の温もりにより
 最後は我が家に帰り 幸せの二十七時間を過
 ぎすことができた事を厚く御礼申し上げます



まあこういうふうなことも在宅でやっている。人工肛門、経管栄養とか、こんなことをやっています。

これは、退院の前のうちでは100パーセントやるんですが、ケアカンファレンスを。在宅でどういうふうな生活をしていくか、また、支援体制を組んでいくか、家族の方も含めているいろんな職種が一緒になってやります。



**在宅での
ケア担当者会議**



これをやってない病院が大都市には結構多いですね。というのは、帰しっぱなしということなんです。受け皿があるところはいいんですが、受け皿がないところはそのまま帰されてもどうしようもない。また次の病院を探す、次の施設を探す。これではなんにもなりません。

国は、在宅在宅と一生懸命言うんですが、その受け皿を皆で作らないといけない。だから、人的資源がない、お医者さんもない、看護婦さんもない。そういう田舎でどうすればいいのか。これが非常に大きな問題になっております。

一方では、都市部ではお医者さんがたくさんあふれてる・・・これでいいんだろうか。そういう人材というものを今後どう解決するか、今度の法案でも人材の是正というものが書かれております。

これは、緩和ケア病棟、がん末期の人が入る病棟ですが、そこでもこれだけのスタッフが集まってカンファレンスをやります。

8. 広島県地域包括ケア推進センターの設置

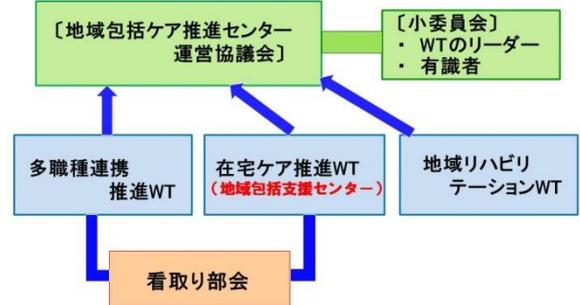
広島県では、一昨年、県の組織の一部として「地域包括ケア推進センター」というのを作りました。まさにこれは、全国初めてのことで、知事の大英断だと思います。

そして、私はセンター長にとうとう就任したんですが…

広島県における地域包括ケア推進センターの設置

- 広島県の1つの組織として新設
- 全国にも殆んど前例がない
 - 知事の大英断
 - 県の役割と責任を明確にしたもの
- これらは高齢者保健福祉・介護だけでなく、医療面でも地域医療再生計画の一環として地域包括ケア（推進）の必要性を示したもの
- 地域包括ケアシステム構築の手法はその地域毎にそれぞれ異なってしかるべき
 - 県内125の日常生活圏域にそれぞれ125通りのシステムを構築
- これによって県民は老後安心して住みなれた地域で生活出来る
- 今後は広島から全国に発信していく

広島県地域包括ケア推進センター



ここで、広島県内には人口 280 万。そして、県内に 125 の日常生活圏域。そこに 125 通りのシステムを作ろうとしているわけですね。これを今、2年間でいろいろとそれぞれの自治体と——広島県には村がなくなりました。市と町だけになったんですね——それと、地域包括支援センターをうちの推進センターのスタッフが回って、リハビリのところに行って、そして、評価をしております。

3つの…他職種連携、在宅ケア推進連携ワーキングチーム、地域リハビリテーションワーキング、それから、看取りの部会、この4つの領域で地域包括ケア推進センターを動かしています。

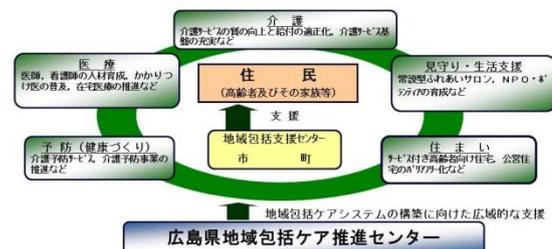
「広島県地域包括ケア推進センター」の取組み(まとめ)

- ① チームケアの推進
- ② 医療介護人材の育成を推進
- ③ 地域リハビリテーション体制の構築
- ④ 地域包括支援センターの機能強化
- ⑤ 専門相談の実施
- ⑥ 市町・地域包括支援センターの評価(アセスメント・指標の決定)
- ⑦ モデル事業の実施
 - ・ チームケア推進モデル事業
 - ・ 多職種連携推進研修会(個別研修会)
 - ・ 地域リハビリテーション推進モデル事業
 - ・ 地域包括ケア推進研修事業(専門外知識取得)
 - ・ 地域包括ケアシステム構築の類型化とそれに伴うモデル事業

地域包括ケアシステムの構築

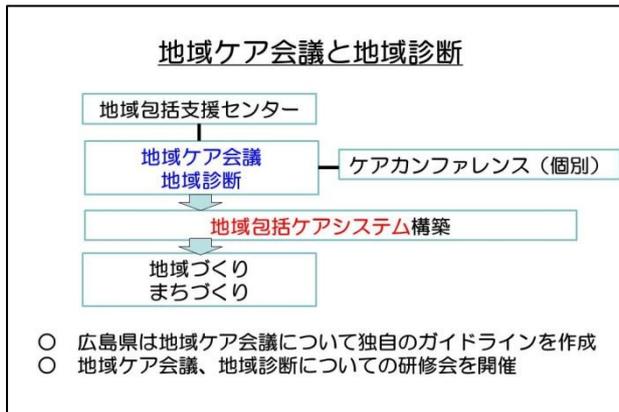
～地域での医療・介護・福祉・保健の連携体制づくり～ (広島県)

「地域包括ケアシステム」とは、高齢者が住み慣れた地域や家庭で安心して暮らし続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援などのサービスを切れ目なく提供できる連携体制です。



こういうふうなものを地域包括ケア推進センターが支えている。そして、それをやるのが市や町、市町村である。こういう考えです。

今言いました、実際に市町と地域包括支援センターの評価を、今、やっております。そして、今度の一括法案で決まりました基金を活用してさっきの類型化をモデル事業としてやろうとしております。



ケアマネマイスター広島誕生

- ケアマネジャーのスーパーバイザー的存在
- 広島県知事認定
(平成24年度より選考試験を経て誕生)
- 広島県地域包括ケア推進センターや高齢者対策推進等の関連各種会議に出席
- 市町等の要請に応じ、アドバイザーとして出席
- 自らの連絡会議、研修会等を開催
- 県下の地域包括ケアに関するモデル事業等に参加
- 県下のケアマネジャーの研修会等に講師として出席
- 毎年5名程度誕生予定
(平成24年度4名、25年度3名、現在計7名)

それで、現場では、地域ケア会議というのをいろいろ訴えておりますが、この地域ケア会議と地域診断、地域包括支援センターが拠点になってこういうことをやっておりますけども、これは非常に大事なことです。

個別のケアカンファレンスだけでなく、こういう地域ケア会議という大きな場で、いろんな問題…民生委員さんも入る、いろんな専門職、住民の皆さんにも入ってもらって、それが地域包括ケアシステムの構築につながっていく。

それがイコール地域づくり、まちづくりでもあるわけですね。今、広島県は、独自のガイドラインを作成しております。

もうひとつは、ケアマネジャーというのがあります。岩手県もいらっしゃる。そのケアマネジャーのケアマネマイスターというものを広島県は作って、知事の認定にしました。選考試験を…私、この委員長をしているんですが、いろんなところへ行ってアドバイスし、また、研修会の講師になったり、いろんなことを今やっております。

9. おわりに～QODと地域包括ケア～

QOLとQOD

- いかにかに生きるか → QOL
(生き方)
- いかにかに死ぬか → QOD
(死ぬ場所) (Good Death)
(死に方)

おわりに

- 1) 超高齢社会をクリアするためには
地域包括ケアシステムの構築が不可欠
- 2) キーワード:
①連携 ②在宅 ③地域
- 3) 「地域包括ケアシステム」は
地域(まち)づくりそのもの
- 4) 生活、人生の質 (QOL、QOD)
- 5) 市町村の役割責任と県の役割
- 6) 「人」をみる医療・介護

今まで我々は、いかにかに生きるかということは一生懸命考えてきました。今後は、いかにかに死ぬかという死に方、死ぬ場所も考えておかないといけないのではないかと思えます。

それで、やはりこの超高齢社会をクリアするためには地域包括ケアシステムの構築が不可欠であると思えます。

キーワードは連携。これは、医療介護連携と他職種連携、そういうもの。さらに在宅です。そして地域。この3つのキーワード、これを頭に置いて地域包括ケアシステムを構築していただきたいと思えます。

岩手県も…田舎も結構多いだろうと思えますし、家族も多いだろうと思えます。

そういうところはそういうところの方法論で、ぜひ、地域包括ケアというものをお作りになっていただきたいなと…

今度は、国のほうからの財源も少しありますので、そういうものを活用していただきたい。

我々医者は、今まで病気や臓器を見ていました。病気の治療を一生懸命やっていました。しかし、患者さんを人として、人間として見るのがちょっと欠けていたような…。さらに生活という視点も欠けています。

さっきの…廊下に手すりを付けたり、いろんなことをやることを国の制度が始まる前に我々は…13年前からああいうことをやっていた。これは生活という視点が必要だということに気がついたからなんです。

私自身も5、6年で帰ろうなんて不屈きな考えはやめまして、専門思考の高い人間だったんですが、それをがらっと一転させて総合診療をやることを心がけるようになりました。

今、国のほうでも「専門医のあり方検討会」の報告書を受けて日本専門医機構というのを作りました。その中に19番目の領域として総合診療専門医というものが作られることになりました。今から私は変わっていくだろう…今のお医者さん方は全部専門々々、こうおっしゃる。私自身も昔はそうでした。今からは、高齢化が進んで高齢者が増えると…高齢者は多病、たくさんの病気を持ってらっしゃる。一つの——担当しか診ないお医者さんだったら全部診られません。やっぱ

り総合診療をやって、その上で御自分の専門の領域を、また極められればいいんじゃないかなと思って、私は後輩たちに今、そういうことを言っております。

まあ、それはそれとして、以上で私の話は終わるんですが、最後に皆様方、さっきの生き方死に方のことなんですが、御自分が寝たきりになられたときにどなたに看てもらおうと思っておりますか？

男性の方がほとんどですから…男性の方は奥様という方、どうでしょう。自分が寝たきりや亡くなられるときに奥様に看てもらいたい？——ああ、いっぱいいらっしゃいますよね。

それから、いや、実の娘に看てもらいたい？——これはいらっしゃらない。

息子の嫁に看てもらいたい？——これもいらっしゃらない。

他人に看てもらいたい。施設とか、訪問看護とか、血がつながってない方に看てもらいたい。それで身内にはもう迷惑かけん。そういう方どれ位いらっしゃいますか？——ああやっぱりいらっしゃいますね。

私自身は、実はやっぱり古い人間ですよ。家内に看てもらおうと思っ、家内にあるときに「僕が寝たきりになったら、お前どうする？」と聞きました。

そしたら、私の女房曰く「しょうがないじゃないですか。」——まあ、看てくれるとは言うんですが、返事の仕方が気に入らぬですよ。——「しょうがないから看る」というのは。まあ、しかし、看るということだけ言ってくれました。

私自身、本当に…女房が寝たきりになったときに介護ができるのか。できません。家事もろくろくできない。最近、一身奮起してスーパーに買い物に行くようになりました。やっとスーパーで物がこう、どこに何があってどうだというのがわかるようになった。

多くの首長さん方もあまり家事はおやりになってない方がいらっしゃるんじゃないかと思うんですけども…これはやっぱり、おやりになっておられたほうが御自分がおひとりになったとき、ずいぶん役立つ、私は違うと思います。まあ余計なことなんですが。

それと、死ぬときにどうするのかということをご、そこをお考えいただきたい。

もう、病院は死に場所ではなくなってきました。最近、看取りの場所として施設が、特養が受けて、在宅も出てきた。しかし、まだまだです。その受け皿づくりを今後、行政のほうも専門職、住民のみなさん方と一緒にどうぞお考えいただきたいと思っ。

長時間の御清聴ありがとうございました。重ねて遅れて参ったことを、お詫びを申し上げます。ありがとうございました。