

5 超高齢化時代の到来に向けた戦略課題

超高齢化時代の到来に向けた戦略的なポイントとなり得る3つを見ていきます。第1が「地域分散型重度ケアモデル」、第2が「認知症患者の対応法」、第3が「ICT活用による地域連携バスの充実」です。

また、新潟市が、今後、超高齢化時代に対応する戦略を実施するために取り組むべき課題を述べます。

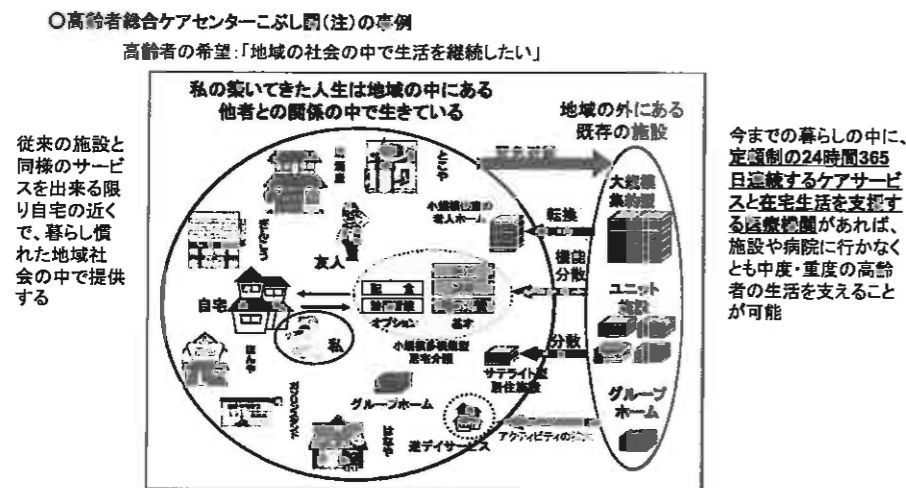
(1) 戦略的な3つのポイント

① 地域分散型重度ケアモデル

地域分散型重度ケアモデルとは、従来の施設万能主義から地域連携型へ介護対応の考え方を転換することを意味します。典型例が新潟県長岡市の高齢者総合ケアセンターこぶし園（以下「こぶし園」という。）で既に実施されている、特養を大型の施設から小型のものにし、生活圏に分散していきこうとする動きです（図表28）。大型の特養の場合、とかく郊外に設置されがちであり、高齢者が住み慣れた元の地域からは遠くなってしまいます。今後は小規模の特養をつくって、できる限り高齢者の生活圏で必要なサービスが提供されるべきです。さらに、入所者に対するサービスを入所者以外の地域の高齢者にも提供できれば、地域包括ケアシステムの充実にも寄与します。

地域分散型重度ケアモデルは、入所者のQOLの向上や地域への介護サービスの提供などが見込める一方で、運営効率は下がります。このため、ある程度の規模とそれらをまとめていく経営能力が必要です。こぶし園の場合、こぶし園とその母体である長岡福祉協会という法人で成り立っています。しかし、他の地域で規模の小さい法人が同じことをしようとするとハードルは高いでしょう。新潟市の場合、おそらく、いくつかの法人を絡めながら、地域でこのような体制をつくる方法がよいでしょう。つまり、いろいろな介護サービス事業者や医療機関をうまく束ねながらつくっていくのです。そのためには市役所、区役所、介護サービス事業者、医療機関などの関係者が共に知恵を出し合い、構築していく必要があります。

図表28 高齢者総合ケアセンターこぶし園の事例



(注) 高齢者総合ケアセンターこぶし園:新潟県長岡市に所在する高齢者施設。地域に小さな特別養老ホームを設置し、山の上の大規模な施設で暮らしていた人をもとに地域に分散入所させた。また、地域で生活できるように、24時間の在宅介護サービスも実施している。こぶし園の取組みは、国が打ち出す「地域包括ケアシステム」のモデルとして注目されている。

出典: 医療介護福祉政策研究フォーラム主催第1回実証交流会(2019年6月19日)小山剛氏講演資料「地域で暮らす、地域に拠る～サポートセンター格差とは～」

② 認知症患者の対応法

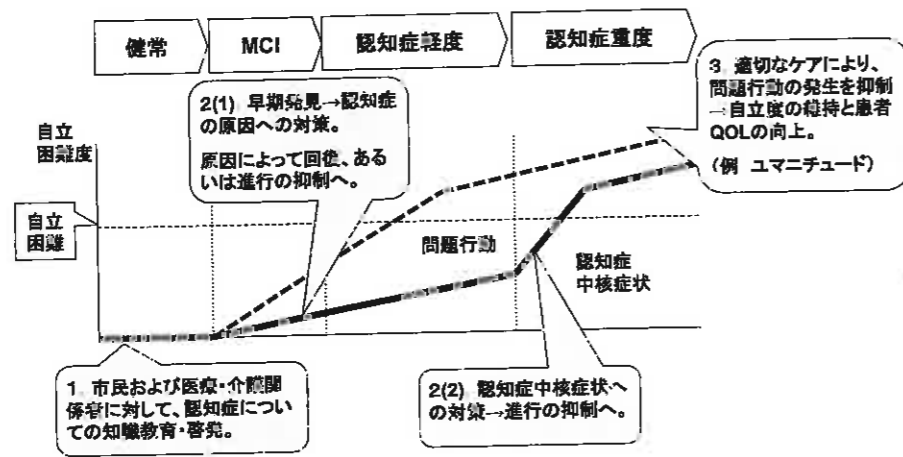
認知症対策には、3つのポイントがあります。

1つ目が市民や介護・医療関係者に認知症の知識教育・啓発を行うことです。これにより、周囲の高齢者に認知症の疑いが出た際に早期に適切な相談機関に結びつけることが可能となり、結果として早期発見につながります。また、認知症高齢者を地域で見守るといふ風土ができることで、地域の中で認知症高齢者が生活していくことも可能になります。

2つ目が、認知症が発症した際の早期診断と適切な治療を受けることです。物忘れなどの認知症の中核症状が出た際に、その原因を分析してなるべく回復させたり、重度化を遅らせることが可能になります。

3つ目が、問題行動を発生させないためにケアを工夫することです。中核症状が発症しても、適切なケアを行うことで問題行動を発生させないことが可能です。認知症の中核症状を持つ高齢者がいかに問題行動を発生せずに日常生活を営めるようにするかが大きな課題です(図表29)。

図表29 認知症対策のポイント



出典: 関係者インタビュー(2013年8月・11月)

都市政策研究所では、中でも3つ目の問題行動を発生させないためのケアの工夫に着目しました。現状でもさまざまな認知症ケアの手法があり、多くの病院・介護施設では認知症患者に接するときの心構えやマニュアルなどがあります。しかし、問題行動が続く場合は薬剤で抑えることが中心となってしまっている病院や施設も少なくありません。

そのような中で、フランス発祥の認知症ケアのテクニックである「ユマニチュード」という手法があります。日本ではまだ導入の初期段階です。

一般的な認知症ケアでは、スタッフが足りず効率の確保を優先せざるを得ない現実があり、その中で高齢者本人のQOLをできるだけ上げていくという発想になります。それに対し、ユマニチュードは高齢者本人のQOLを上げることによって、結果的に介護効率を上げるという逆の発想をしています(図表30)。

もちろんユマニチュードに限定する必要はなく、認知症高齢者の問題行動を抑え、QOLを上げる確実な手法であれば他のものでもよいのです。今後、ユマニチュードと同様の効果が期待できる手法の導入や普及を真剣に議論する価値は十分にあります。

図表30 ユマニチュードの特徴

目標	手法	施設における効果	その他の特徴・注意点	
一般的なケア	1. 確実に介護を行うための効率確保 2. 患者のQOL	□ 認知症患者に接する際の心構え、マニュアルなど □ 問題行動が続く場合は薬剤または物理的拘束を用いる □ 医師、看護師、介護士など立場により見解が異なりがち	□ 患者の身体機能低下と早期寝たきり化、QOL低下 □ 虐待と罪悪感による介護職員の低い定着率 □ 薬剤費増加などによるコストアップ	□ 施設によっては認知症患者のQOLが高いところもあるが、雇人のため、持続性、30分間の可能性に問題がある
ユマニチュードによるケア	1. 患者のQOL 2. 介護の効率	□ 実践と実証データに基づいた基本原則と詳細なコーチング □ 集合研修(座学、実習)、自施設での適用、振り返り研修のサイクルによる習熟度アップ □ 立場を超え、各施設内で複数の職員を育成して定着を図る	□ 問題行動発生抑制と自立生活、患者のQOL向上、退院 □ 介護職員のやりがいアップによる定着率の向上 □ 教育費用をはるかに上回るコスト削減(主に薬剤費)	□ 日本では展開が始まったばかりであり、医療・介護施設での実際の浸透には時間がかかるおそれ □ 家庭用のDVDもあり(現在は日本語版はなし)、厳密なユマニチュードではないが、家族が簡単にできる対応法を知ること、家庭での問題行動予防・抑制の期待も

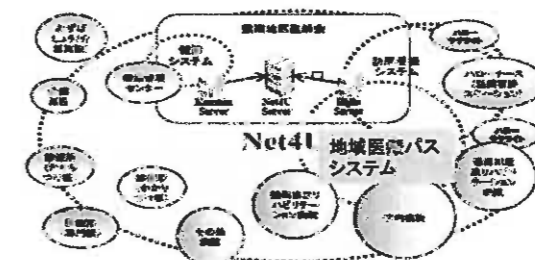
出典: 関係者インタビュー(2013年11月)

③ ICT活用による地域連携バスの充実

次に、情報ネットワークを使った「地域連携バス」です。医師や介護サービスのヘルパー、ケアマネジャーなどが個々の患者の情報を共有するための方法はいろいろあります。例えば、手帳形式で連絡事項や申し送り事項を書き込んでいくアナログ方式であれば、すぐに着手可能です。あるいは、電子カルテを含む情報通信技術(ICT)を活用したシステムの構築も考えられます。またシステムだけでなく、病院と診療所や医療と介護の連携に関する様々な仕組みやルールを決め、日常的な連携を深めていくことも重要です。さらに医療と介護だけでなく、保健・生活保護・障がい者対応の関係者との連携を行うなど、より広範囲での連携のルールづくりも必要です。

こうしたことを考えると、意識の高い医療・介護関係者の活動に頼るだけでなく、新潟市としても、市医師会などの関係機関を巻き込みながら、ICTを活用した組織的な対応を研究していく必要があります。山形県鶴岡市では、医師会が運営している「鶴岡地区医療情報ネットワーク(Net4U)」に参加している病院、診療所、介護施設などが、電子カルテで患者の情報を共有したり、複数の医療機関の検査結果を一覧で表示したりして、効率的な医療・介護を提供しています。このように参考になる事例も増えてきています。本来の意味での地域包括ケアシステムを可能にするような、新潟独自の方策を模索していくことが望まれます(図表31)。

図表31 鶴岡地区医療情報ネットワーク(Net4U)



○鶴岡市医療情報ネットワークの概要

設立の経緯	経済産業省の「先進的IT活用による医療を中心としたネットワーク化推進事業」の採択を受けて、鶴岡地区医師会が開発。2002年1月に運用を開始した
目的	医療機関、介護事業所、薬局などが施設や職種の垣根を超えて連携し、市民に安全で効率的な医療を提供する
参加事業所	地区内の病院、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーション、調剤薬局、在宅介護支援事業所、介護予防支援事業所、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、訪問入浴介護事業所
内容	患者の情報を共有できる電子カルテ機能 紹介状や訪問看護指示書等の作成や送付 複数医療機関の検査結果の時系列表示やグラフ化 など

出典: 山形県鶴岡地区医師会

(2) 新潟市が取り組むべき課題

超高齢化時代に対応するための戦略は、(1)のそれぞれの事例のように、行政、医療機関、介護サービス事業所など多機関や、医師、リハビリ担当職員、ケアマネジャー、ヘルパーなど多職種が関わってきます。これらを調整して、戦略を実行していくためには、市役所の役割は極めて重要です。今後、市役所として以下の4つの課題について取り組む必要があります。

一つ目が、市としてこれからの超高齢化時代にどのように対応していくのかという大きな方針・戦略を策定することです。既に述べたように、今後は要介護度が重くなったら施設に入所するという市民の希望に応えるために、施設を建設し続けていくことは困難です。要介護度が重くなってもできる限り在宅での生活を続けていくことが必要となります。このため、市として、市民が在宅での生活をできるだけ長く続けられる仕組みを考えていく必要があります。これは介護や医療の担当部署がそれぞれ個別に考えるのではなく、市としての大きな方針・戦略です。

二つ目が、今まで以上に市民への啓発を行うことです。市民から、市の方針・戦略を理解してもらい、実践してもらう必要があります。このため、市は、市民に対し、病院を退院した後の在宅での生活するための介護・医療の仕組みや生活のイメージなど、具体的に自分のこととして考えられるような啓発活動を、繰り返し行っていくことが求められます。

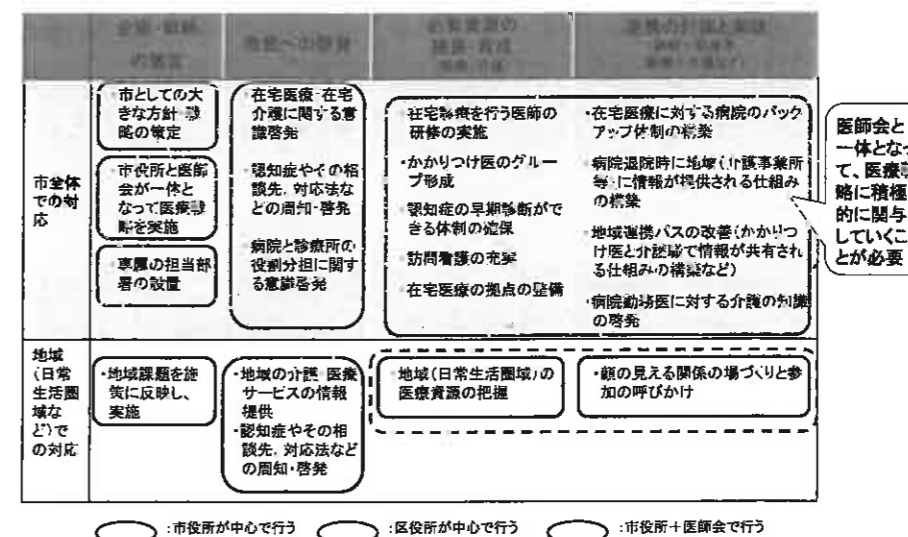
三つ目が医療・介護の必要資源の確保・育成です。超高齢化時代では、従来は施設に入所していたような重度の要介護認定者も在宅で生活を営みます。このため、在宅診療に対するニーズが高まります。また、認知症患者が増えることから認知症の早期診断ができる医師も今以上に必要になります。このためには、今から、医師が安心して診療を行えるような研修やかかりつけ医のグループ化などを行って、必要な医師等を確保していくことが求められます。さらに、在宅での介護のために、訪問看護ステーションや24時間対応できる定期巡回・随時対応型訪問介護などのサービスを行う事業所が今以上に求められます。しかし、これは市役所だけで実行は困難です。このため、市医師会や介護サービス事業者の関係団体などと連携して、いまから確保・育成を始めることが重要です。

四つ目が病院と診療所や医療と介護の連携の計画と実践です。重度の要介護認定者の在宅での生活には、医師、薬剤師、看護師、リハビリ担当職員、介護職など多くの職種が関わります。これらの職種間で要介護認定者の情報が共有される仕組みづくりと、その実践が求められます。また、在宅の要介護認定者の容体が急変した時にすぐに対応できる病院による在宅医療のバックアップ体制や、病院退院時の地域の介護事業所等に情報が共有される仕組みなどがなく、安心して在宅で生活できません。介護・医療の連携では、多職種や多機関での連携が必要になります。これには、各事業者等から中立的な行政が呼びかけるほうが、関係者も参加しやすくなります。

また、三つ目の必要資源の確保・育成と四つ目の連携の計画と実践に関しては、市役所だけでは、実行できません。市と市医師会、介護サービス事業者などの関係者と一体となって、超高齢化時代に向けた戦略を実施することが重要です。新潟市では他都市よりも重度の要介護者や認知症患者が多くなっています。ここへの対応を考えると、特に医療をどうするかが大きな課題となります。このため、特に市医師会と一体となって、医療戦略に積極的に関与していくことが求められます。

さらに、市が取り組むべき課題は、市全体だけが対象ではなく、日常生活圏域などの地域にもあります。特に、地域における医療・介護資源の確保と医療と介護の連携は、個々の要介護認定者のために、早急に対応することが求められます。具体的には、地域の医療・介護資源を把握し、関係者間での顔の見える関係づくりを行うことです。このような地域に密着した業務は、区役所が中心となって取り組むことが求められます(図表32)。

図表32 超高齢化時代に向けて取り組む課題



今後、要支援者向けの介護サービスが国から地方自治体に移管される予定です。市役所として、その対応を準備することは重要な課題です。

しかし、新潟市においては、それに加えて、重度の要介護認定者や認知症の高齢者が増加することから、その対策に力を入れていく必要があります。今でも不足している重度向けの介護サービスは、ますます厳しい状況になっていき、医療と介護が連携して対応せざるを得ない状態になります。そのような時代において、市役所が中心となってこれからの超高齢化時代の到来に向けた戦略を展開する必要があります。このためには、従来からの介護対応に加え、市全体としても地域でも、市医師会などと一体となって医療戦略に積極的に関与していくことが求められます

新潟市として、向こう20年、30年を見据えた超高齢化戦略を策定し、着実に実施していくことが必要です。