

柏プロジェクトが示した 健康長寿のまちづくり

東京大学 高齢社会総合研究機構 客員研究員 辻 哲夫 氏



地域包括ケアシステムで住民に最も近いところで機能するのが在宅医療と介護だが、2040年に予想される高齢化はそれすらも危うくする。特に大都市圏で予想される急速な高齢化の波には、地域住民の自助・互助の主体的なフレイル対策がなければ在宅医療・介護だけで対応することは難しい。東京のベッドタウンとして開発された千葉県柏市の大規模団地で、コミュニティ再興を目指したプロジェクトに取り組んだ辻哲夫氏に、10年にわたる奮闘の歩みと成果をうかがった。

生活支援体制整備事業の考え方

— 地域包括ケアといっても地域差があります。ポイントは何でしょうか。

辻 コミュニティの力だと思います。

地域包括ケアの概念として国が最初に示したのは30分で駆け付けられるという概念であり、当初はまず在宅サービスの提供体制中心で考えてきました。「医療・介護・生活支援・介護予防・住まいが一体的に提供される体制」と定義していたのですが、供給サイドの話から始まりまし

た。確かにそれは大事なのですが、サービスの受け手である住民が互いに認め合い助け合って初めて、みんなが生きていけるのだと思います。そうしたコミュニティをどうやってつくるのか、と考えたのが厚生労働省の生活支援体制整備事業^注です。

高齢社会では自治会の役員も高齢化しているので、自治会だけで支え合うのは困難です。そこで考えられたのが、自治会の関係者がベースになりつつも、NPO法人や民間事業者（介護事業者やスーパー等）などがネットワーク化した中での、日常生活圏単位での自助・互助の生活支援体制です。

柏プロジェクトの成り立ち 多職種連携への深化

辻 高齢化が進む地域は、通常若い人が減っていますので、コミュニティづくりをしっかりと行わなければなりません。そこで期待されるのが生活支

注 生活支援体制整備事業：高齢者が住み慣れた地域で元気に暮らし続けられるよう、高齢者の社会参加を通じた介護予防の促進や、多様な生活支援サービスの創出といった住民主体の活動を支援し、地域づくりを促す市町村の取り組み。

profile

辻 哲夫 (つじ てつお) 氏

1971年厚生省(当時)入省。老人福祉課長、国民健康保険課長、大臣官房審議官(医療保険、健康政策担当)、保険局長、厚生労働事務次官などを経て2009年東京大学高齢社会総合研究機構教授に就任。特任教授を経て現在は、同機構客員研究員ほか医療経済研究・社会保険福祉協会理事長、健康生きがい開発財団理事長など。

編著書として、『日本の医療制度改革がめざすもの』(時事通信社)、『地域包括ケアのすすめ』(東大出版会)、『超高齢社会日本のシナリオ』(時評社)、『地域包括ケアのまちづくり』(東大出版会)、『地域で取り組む高齢者のフレイル予防』(中央法規出版)など。

援コーディネーター（地域支え合い推進員）です。

生活支援コーディネーターは地域の資源を発掘して活性化させるのが仕事とはいえ、支援ニーズと支援サービスのマッチングまで行えというのでは荷が重すぎます。つまり、生活支援コーディネーターが活躍できる環境がまだ成熟していないのです。先に述べた生活支援体制整備事業のネットワークと相まって初めて十分活躍できるのです。柏プロジェクトも長い期間を経てようやくそこまで深化したのです。

—「柏プロジェクト」はどのような経緯で始まったのですか。

辻 大都市圏の高齢化はベッドタウンから進みます。その典型が柏市です。柏には東京大学の広大なキャンパスがあり、そのご縁で、高齢社会のモデルを柏でつくろうという話が、東京大学 高齢社会総合研究機構で持ち上がり、柏市に提案したのが始まりです。

当時から地域包括ケアという考え方はありましたが、まだ政策の主題ではなかったので、「Aging in place」、つまり「住み慣れた所で住み続けることがこれからのまちづくり」であるとのコンセプトを掲げ、柏市に提案しました。

そして、柏市で最も高齢化が進んでいる豊四季台団地を擁する地域をモデルに決めたのですが、この団地は都市再生機構（UR）が所管しているので、柏市・東大・URの三者による研究会をつくりました。これが柏プロジェクトの始まりです。

具体的に何をするかというと、東大側は「在宅医療」と「生きがい就労」の2つを提案しました。できる限り元気に住み続けるには高齢者が地域で働くことが大切であり、病気になっても安心して暮らしていくには在宅医療が必要だと考えたわけです。在宅ケアといえば介護がまず頭に浮かびますが、在宅医療のシステム化も不可欠という提案を柏市に持ち込んだわけです。

—それはとても心強いですね。

辻 ところが在宅医療は医師が行うものなので、医師会が了承しないと駄目です。そこで私と柏市の担当部長が柏市医師会に通って説明しまし

た。そうして医師会の幹部から理解が得られ、会員の開業医の皆さんにも説明して了解を得ることができました。在宅医療は多職種連携ですから、まずは多職種を集めて勉強会を繰り返しました。入り口では東大がかなり応援しましたが、主役は医師会と市役所で、東大はいわばコンサルタントのような役割でした。

市役所が在宅医療の調整業務を直轄

—在宅医療のしくみづくりではどんなご苦労がありましたか？

辻 市役所が事務局となり、医師会が中心となって多職種による協議会が設立され、在宅医療のマニュアルづくりなど柏プロジェクトの在宅医療の基本モデルづくりが行われました。2週間に1回勉強会を繰り返したのですが、大事なのは勉強会後の懇親会で、本音を繰り返し議論しながら関係者が信頼関係を確立していきました。

現在は、東大は年4回の協議会に参加し、コメントするだけです。柏市、医師会、多職種の団体の間でシステムが完全に構築され、今も発展中です。それも基礎となる信頼関係がしっかりしているからこそです。

その間に柏市は、在宅医療のシステムをメンテナンスする地域医療推進課という部署を設置しました。これは柏市の重要な業績で、結局は人づくりです。全国の多くの地域は医師会に在宅医療のシステムの事務局を委託しているのですが、柏市と医師会は市役所が運営する道を選びました。市役所が在宅医療の調整業務を直轄で行うということは、この事業の一義的な責任は市にあると決めたことになります。これは当時としては革命的なことです。その後、国の在宅医療・介護連携推進事業は法律改正で市町村の事業と位置付けられましたが、柏プロジェクトのモデルが少なからず影響したと考えています。

在宅医療の普遍化を目指して

—地域医療を持続可能にするためにも在宅医療

の役割は大きいですね。

辻 わが国の高齢者人口がピークに達する2040年に向けて、在宅医療は不可欠になるでしょう。われわれはコロナ禍を経験しましたが、在宅医療が機能している地域では悲惨な事態もなく、粛々と医療が進められました。柏市も同じです。これは未来のあるべき医療の姿を物語っていると思います。

私は、慢性期の病状を持った虚弱な人が病院で過ごすのは不適切だと思っています。将来、85歳以上人口が急増すると、病院受け入れが困難になるだけでなく、長期の病院生活は本人も幸せとはいえません。

在宅医療における「在宅」には施設も含まれていますので、特別養護老人ホームやグループホーム、サービス付き高齢者向け住宅といった生活の場に、訪問診療・訪問看護のサービスが赴けば、それが一番いいのです。急性期病院は多くの慢性期の患者で病床が埋められるよりも、急性期の患者中心となることにより経営状態もよくなります。

以上説明したように、地域医療構想の実現は、在宅医療の普遍化でもあります。ただ、急に在宅医療システムができるわけではありません。そこで地域関係者に対するコンサルタントが必要になります。

——コンサルタントも学習しなければなりませんね。

辻 そうなのです。まず、市町村長に2040年への備えの必要性をきちんと説明する力が必要になります。医師会が頑張らないといけないのは当然ですが、多くの地方の医師会の事務局は脆弱ですので、市町村行政が重要です。地方では地域型の病院の役割も重要となりますので、市町村行政が調整する形で、地域の開業医を束ねる医師会をバックアップするべく地域型病院と医師会とが組めば、地域医療は守られると思います。

高齢者が愛着を持って安心して住める地域には、若い人もいい所だと思って住んでくれる可能性は十分にあります。しかし、開業医も減っ

て空き家ばかりが増えていく地域に、若い人は住まないでしょう。ですから市町村行政の調整の下で、病院と医師会が地域の在宅の高齢者の暮らしを守り、若い人にとっても魅力のあるまちになれば、超高齢人口減少下においても生き残ることができます。その構造的なモデルが柏市から生まれたわけです。

開発したフレイルチェックで 住民がセルフチェック

——次に、柏プロジェクトでは、医療や介護が必要になる手前で大切なまちづくりの取り組みをされたわけですね。

辻 柏プロジェクトが深化する過程で次に取り組んだのがフレイル予防です。東大の高齢社会総合研究機構で老年医学・総合老年学を研究する飯島勝矢教授が、「柏スタディ」と呼ばれる調査を通して、老化はどのように進むのかという研究を徹底的に行いました。低栄養が筋肉量の減少を招き、筋肉が落ちると運動量が減り代謝が落ちる。すると食欲がなくなり、低栄養になっていく。これを繰り返し、要介護に向かう。こうした“フレイル・サイクル”は知られていましたが、研究の結果、このサイクルに入る原因の始まりは社会性が低下することだという重要なことがわかったのです。その研究の過程で、低栄養になる手前で口腔機能が低下するということがわかりました。

そこで、栄養・運動・社会参加の三本の柱のどこが弱くなっているかをセルフチェックする「フレイルチェック」を開発しました。役所が、「体が弱っているから保健師の指導を受けなさい」と言っても、指導が終わったら「もういいや」となってしまいます。ところが、住民同士が、ボランティアのサポーターと一緒に取り組むと、お互いにフレイルのことを自分事化して非常に盛り上がり、励まし合うのです。

——地域づくりにもつながりますね。

辻 そうです。そして面白いことに、チェックを受けた人の4人に1人が「私も人を元気づけるサポーターになりたい」と言いはじめました。

それが口コミで地域に広がっていき、地域が変わっていく。フレイルチェックを通して住民の自助と互助が一体となる取り組みにつながりました。

基本的に老化を治す薬はありません。自分たちが「やるしかない」と納得して励まし合うから頑張れるのです。自助と互助が一体であるというしくみを地域に組み込んでいくことの大切さを、われわれは柏の実践から発見し、今では全国100市町村にフレイルチェックが普及しています。

フレイル予防から生活支援体制整備事業によるコミュニティづくりへ

— これからはフレイル予防がまちづくりに欠かせないということですが、普及のためには何が求められますか。

辻 要介護になる手前のフレイルの進行過程で、買い物に行けない、ごみを出せない、といった生活支援ニーズが生じますが、介護保険では給付対象になりません。そのため、生活支援体制整備事業で、日常生活圏単位でみんなが助け合うネットワークづくりをする必要があります。

この場合、助け合いのネットワークの中で、「通いの場」へ誘導するなどフレイル状態になるのを遅らせることが大切です。そのため、フレイル予防と生活支援を一体的に地域コミュニティで展開するまちづくりを、豊四季台地区という日常生活圏単位で行うこととしたのです。

地域包括ケアの取り組みを在宅医療と介護の手前の段階の対応へと深化させ、フレイル予防と生活支援の総合的な展開に取り組んだのです。今の介護予防政策は弱りかけた人を見つけて専門職につなぐ仕事に重点を置いています。85歳以上人口が1,000万人になったときに、それだけでは介護予防は大丈夫とはいえません。もっと手前の段階で住民同士が励まし合うコミュニティをつくらなければ解決できません。

そうした課題が見えてきたので、(一財)医療経済研究・社会保険協会と連携し、日本老年医学会の幹部を中心に「フレイル予防啓発に関す

る有識者委員会」が立ち上がり、「フレイル予防のポピュレーションアプローチに関する声明と提言」が昨年12月に公表されました。フレイルの構造を明らかにし自助・互助を大切にしたいまちづくりが必要であることなどが盛り込まれています。これを実行するためには、住民が納得して行動することの大切さを理解した自治体や産業界がまとまる必要があります。そこから国民運動を起こすためにフレイル予防推進会議が設置される予定です。

まちづくりを念頭に置いたコンサルティングを

— 柏プロジェクトのようなまちづくりを全国に普及させるために、医業経営コンサルタントはどのような支援をすべきでしょうか。

辻 柏プロジェクトとは何かというと、地域包括ケアのモデルを実践的に構造化し、可視化したものです。

地域包括ケアの姿は各地で様々ですが、特に急速な高齢化は都市で起こるので、都市型のモデルを提示しなかったら実際に何をすればいいのかわかりません。柏ではそれを10年かけて完成させました。『地域包括ケアのまちづくり』(東京大学出版会)という書物で詳しく述べています。貴協会には、そのモデルの原理的な部分を理解した上で応用編を展開してほしいと思います。在宅医療は大きなポイントであることは間違いないのですが、その手前のコミュニティづくりを念頭に置いたコンサルティングを展開していただきたいと思います。

地域は淘汰の時代に入ろうとしており、病院の生き残りは地域の生き残りでもあります。病院そのものが地域の未来だという考え方で、地域と共に生きる病院、地域を支える病院にならなければいけないと思っています。それをコンサルタントの皆さんに使命感を持って取り組んでほしいですし、そうしたコンサルタントを育てたいというのが私の願いです。

(聞き手：当協会 副会長 佐藤 由巳子)