



情報ボックス

在宅医療に関するエビデンスと医療連携、普及啓発モデルの蓄積へ

厚生労働省が第2回全国在宅医療会議ワーキンググループを開催

厚生労働省は2月16日、第2回全国在宅医療会議ワーキンググループを開催し、重点分野案を議論した。親組織である全国在宅医療会議に報告する。

事務局が示した重点分野案は、「在宅医療に関するエビデンスの蓄積」と「在宅医療に関する医療連携、普及啓発モデルの蓄積」の2つ。前者では、生活を支える在宅医療に向けて自主選択できる環境整備が重要として、①疾病の進行や治療など患者が迎えるプロセス等、②在宅医療に適した患者の状態、環境条件等、③在宅医療サービスの有効性、手法の標準化——に関する研究を重点的に推進する。また、後者では、自治体や関係団体による体制の構築に資する連携モデルや構築に至るプロセスなどとともに、普及啓発の取り組み事例も収集、整理する。同省医政局地域医療計画課在宅医療推進室の伯野晴彦室長は、「1つのやり方を押しつけるのではなく、複数のモデルを示す」と強調した。また、重点分野への対応における学会、研究機関、団体、行政、国民の役割も示し、国民の役割として、関係者が提供する情報に積極的に触れ、理解を深めるよう努めることとした。

参考人が「一次在宅」「二次在宅」「三次在宅」を提案

この日は好事例のヒアリングも行われた。「四日市モデル」を紹介した「いしが在宅ケアクリニック」の石賀丈士参考人は現在、自宅292人、施設171人に訪問、2015年312人、2016年274人を看取ったと報告した。2025年に年間死亡者160万人、在宅看取り率30%、在宅看取り数48万人となり、2015年に16万人だった在宅看取り数が32万人も増えることから、「年間100人以上を看取るクリニックは全国に50か所しかないが、2025年には3200か所も必要になる」と指摘した。そこで、四日市市では医師会と協働で在宅看取り率の目標を30%と設定。「一次在宅」（かかりつけ医、医師1人、年間看取り5人以上）、「二次在宅」（在宅支援診療所、医師1～2人、年間看取り20人以上）、「三次在宅」（在宅特化型、医師4人、年

間看取り100人以上）という体制をとったとした。軽度者をかかりつけ医や在宅支援診療所が対応し、がん末期や難病など医療依存が高い患者を自院で受ける。その結果、市の看取り率（2014年）は、自宅18.1%（全国12.7%）、施設11.7%（全国8.6%）となった。「ただし、これには医師1人当たりの訪問診療を1日10件とし、夜間休日は院内の当番医がすべて対応する体制が不可欠。24時間365日対応には、最低でも4～5人の医師のチームが必要」と強調した。

同じく24時間365日対応の「オレンジホームケアクリニック」（福井市）の紅谷浩之氏は、病院との連携について、治療の選択だけでなく、生活者としての患者の価値観にもとづいた全体的な目標を明確にし、多職種で共有する「アドバンス・ケア・プランニング」をキーワードに説明。認知症等で在宅療養中に転倒し、大腿骨骨折で緊急入院した88歳女性のケースでは、在宅看護師が病棟の看護師や医療連携室の医療ソーシャルワーカーに対し、生活の様子や本人・家族と協議した今後の暮らしのイメージを伝え、入院の目標、スムーズな術後退院、在宅療養の方針を共有した結果、回復期リハ病院をパスして自宅へ戻り、看護師やりハ職の訪問で退院時の介護度4が1か月程度で介護度1に改善したと報告。「家に帰ることを前提にしたカンファレンスで価値観が整理されれば、入院回避も可能」と語った。

石賀氏が「在宅医とかかりつけ医、病院医は役割が違う」「困難ケースを含め実績が多い在宅医の拠点をつくり、実習できる体制が必要」と述べたのに対し、日本医師会常任理事の鈴木邦彦委員は、「在宅医と病院医などと分けることには異論がある。病院が在宅医療を行うところもある。スパッと分けるのは危険」「医師が24時間365日訪問する特殊な形は、日本だけ。海外では訪問看護師が24時間対応する。それをスタンダードにするか、日本型を標準にするか、議論が必要」などと発言した。

学際的に協力して新しい未来づくりを！健康格差と社会政策のあり方を議論

第4回日本介護福祉・健康づくり学会で
社会保障等と健康格差をテーマにシンポジウム

第4回日本介護福祉・健康づくり学会が昨年11月4日、5日に開催された。テーマは、「人・都市・社会システムの健康づくり—2025年問題を解決するためのヘルスプロモーション革命」。

大会長講演では、「健康長寿社会形成のためのSmart Wellness CityとSmart Wellness Community」と題し、筑波大学大学院教授の久野譜也氏が登壇。生活習慣病予防に必要な運動量の不足者が67.5%おり、

その7割が今後も運動をする意思がないと回答したという自治体の調査結果から、①無関心層を動かすインセンティブ、②無関心のまま健康にしてしまう発想、③無関心層にも届く情報伝達の地域システムが必要とした。インセンティブモデルである「健幸ポイント制度」については、年間医療費が参加群34.9万円、非参加群42.9万円と差が出たものの、「有意性が低く、さらなる追跡調査が必要」と解説。行動変容バイパスで健康プログラムへ誘う利点の一方、3週間で変化を実感できるプログラムも不可欠とし、これまでの知見を投入したIoTデバイスを開発、継続的な展開を図ると述べた。また、市街地に車を入れない町を目指したドイツ・フライブルグ市を紹介。「ドイツで下から2番目に医療費が低い市になった。人で溢れる街になり、店の売り上げも3～4倍伸びた」と利点を報告した。今後は、①技術イノベーション（人工知能など）、②ビジネスイノベーション（ヘルスケアへのシフト）、③社会・組織イノベーション（選択できる社会保障）、④国民イノベーション（ヘルスリテラシー向上など）が必要とした。

健康格差の生成プロセスへの対応は 少子化・成長戦略そのもの

特別シンポジウム「社会保障の持続性と健康格差が和らぐ社会を目指して」では、自民党衆議院議員の鴨下一郎氏が「年金制度は数理でコントロールできるが、医療保険はステークホルダーが多く、それが困難。介護保険も10兆円を超えており、いずれも保険料を上げてマーケットを拡大するか、給付を縮小するか、曲がり角に来ている」と指摘。その上で、平成27年の「骨太方針2015」に触れ、住民や保険者、企業等の行動変容によって公共サービスの量的な増大を抑制する「インセンティブ改革」、公的サービスの選択肢の多様化、効率化を図りつつ新たな成長のタネを発掘・伸長する「公的サービスの産業化」を盛り込んだと説明。「公的保険を守りつつ、保険外サービスでセルフメディケーションなどを促進する社会をつくらねばならない」と強調した。

続くパネル討論では、「年齢区分のない社会の構築」と題して慶応義塾大学経済学教授の駒村康平氏が「教育・就労・引退の3ステージモデルを見直し、“保障される制度”から“自立を支える仕組み”へ社会政策を変え、健康を前提とした変化力を身につけた自分と出会うことが必要」と指摘。「現役年数：引退年数が2:1になるのは問題。2.5:1を維持するため、高齢者年数区分を見直すべき」と提案した。

千葉大学予防医学センター教授の近藤克則氏は、「社会保障の持続可能性と健康格差対策」について、

「社会保障の維持には予防が不可欠。しかし、ハイリスク対策では上手くいかない。社会の健康度を改善する対策、地域づくり型の対応が重要」と指摘した。今後、後期高齢者が急増することから、「今から予防で予備力を上げておき、医療・介護費を抑制すべき」とした。また、「職業、経済、家族構成、地域によって健康に格差がある」と健康格差の社会的要因に言及し、「低学歴・低所得者ほど要介護になりやすく、教育年数が短い人ほど健診を受けない。こういう層には政策が届かず、こぼれおちてしまう」と指摘。「家族、教育、市場、社会保障、市民権から排除され、潜在的能力開発のチャンスを奪われている人たちに健康と言っても響かない。このような社会的排除への早期介入が重要」と強調した。そして、「日本は所得再分配後のジニ係数も貧困率も悪い。子どもの貧困率に至っては16%とG7でアメリカに次いで高く、深刻だ。これが将来の健康格差の拡大を招き、医療費・介護費、生活保護費等を増やす」とした。その上で、読書習慣がある生徒は家庭の職業格差に関係なく読解力が高い傾向であることなどを明らかにしたOECDのPISA（生徒の学習到達度調査）の結果等を示しつつ、「教育と所得の再分配等で人生前半の格差を縮小することが重要。健康格差とその要因への対策、健康格差の生成プロセスへの対応は、少子化・成長戦略そのものだ」と強調した。

討論では、鴨下氏が年金受給年齢を選択制にする案や、非正規雇用者300万人を正規雇用しやすくする仕組み、新卒者をできるだけ正規雇用する案などを超党派で求めているとし、「政治が言うと大議論になるが、必要だ」と発言。また、近藤氏が「効果が明らかな就学前教育」の導入を求めたのに対し、鴨下氏は男性で5人に1人、女性で7人に1人いる生涯独身者の問題に触れ、「これも大きな課題」と指摘した。一方、駒村氏は、「予防は医療費削減につながらないという意見がある」「子ども食堂のように格差是正の観点から大人食堂でもつくるのか」と疑問を呈した。これに対し、近藤氏は「長生きをすると年金等を食うから早く死ぬ、というのは大人の社会の議論か。つながりが弱く、低所得でも元気な人は多いのだから、労働政策を含む社会政策群を総動員すべきだ。イギリスでは総動員で成果を出している。WHOは、政策が生活習慣病等に偏ってきたとも指摘している。一世代かけて改善しなければならない」と反論した。これに駒村氏は、「転換期には専門領域同士の議論では足りない。理論経済学では、健康格差すら知らない。学際的に協力して新しい未来をつくりたい」と語った。

（記事提供＝株式会社ライフ出版社）

