

# 東京大学高齢社会総合研究機構 (IOG) ヘルスケアネットワーク (HCN) 研究会報告 「郊外における地域包括ケアシステムの見える化」

東京大学高齢社会総合研究機構 HCN 在宅ケア部会リーダー 田中康夫氏

成熟社会居住研究会では、これまでハウスメーカーが建設を進めてきた郊外住宅団地の再生に取り組んでいます。今回は、東京大学高齢社会総合研究機構 HCN 在宅ケア部会リーダー田中康夫氏をお招きして、地域包括ケアシステムを「まちづくり」として位置づけ「見える化」に向けた取り組みについて、ご講演をいただきました。

## (1) 地域包括ケア

本日は東京大学で研究しております地域包括ケアシステムについてお話させていただきます。最初にポイントとして3つだけ皆様に考えていただきたいことがあります。

まず、ご自身でもいいですし、皆様のご両親でもいいですけども、転倒骨折して約1ヶ月治療となり、入院先では一週間ぐらいで退院してくださいと言われた。けれども、大腿部転倒骨折なのでギブスをはめて全然動きが取れない時にどうされますか。

2点目は“住宅双六”について皆さんご存知かと思いますが、やっとならば郊外の庭付き一戸建てを買ってこれで最後だと思ったけれど、残念ながら介護が必要になった時に、どういう住み方をしたいですか。

3点目は私も皆様も都心から何分、駅から何分、どんな商業があるかということも PR して、住宅供給してきたと思いますし、そういうことから皆様も住まいを選択されたと思います。ところが、今は通勤されていますから、なかなか実感がないと思いますが、通勤生活が終わり、まさしく地域に住むということになった時の、住まいの価値というものをどう考えますか。以上の3点を考えながら、これからのお話を聞いていただければと思います。

「ヘルスケアネットワーク」は2009年の6月に、東京大学とURと柏市で、豊かな暮らし方を研究しようということで始まりました。東大で「柏モデル」と呼ばれているものです。豊四季台地区(UR 団地：人口約6000人で高齢化率が約40%)における地域包括ケアシステムと、高齢者の生きがい就労をつくるということがスタートでした。豊四季台のシステムを論理化して、他でも使えるモデルをつくらうという目的で、企業と東大でHIP(ヘルスケアイノベーション)という共同研究体をつくっていました。現在はある程度活動の目的に目処ができたので今は「ヘルスケアネットワーク」という少し緩い勉強の組織になっています。そこでは現在、フレイル(虚弱)予防、在宅ケア・医療、それを他へ展開するための標準化という3つの研究を行っています。

40~50歳ぐらいの人は、生活習慣病の予防が主眼になってくるのですが、65歳以上になってくると、フレイル(虚弱)に関する対策の概念が変わってくるということが分かってきました。現在国が進めている地域包括ケア(まちづくり)において、東大の研究では“健康づくり・フレイル予防” “生活支援(見守り・相談・食事等)” “24時間在宅介護・看護サービス” “24時間在宅医療体制の整備” の4つのサービスを充実させることが必要だと推奨しております。これらのサービスを、情報システムを構築することで連携させることで地域包括ケアを完成させることを考えています。更にそのシステムを標準化しモデル化して全国各地の色々なところで展開しようということを考えています。

## (2) 健康づくり・フレイル予防

2012年から、柏市内14か所の保健センターや近隣センターでサルコペニア(筋肉減弱)の原因解明を目的とした調査研究を行い、2000名を超える、自立高齢者・要支援高齢者が参加しました。この研究から、より早期からのフレイル予防には『栄養』『身体活動』『社会参加』が三位一体となることが必要で、特にその中でも『社会参加』がフレイル予防に対して重要ということが分かりました。東京大学高齢社会総合研究機構(IoG)の飯島先生が先日NHKの番組でお話されていましたが、ご夫婦で、ご主人は毎日一生懸命に歩くなど運動に気を付けていて、奥様は運動はしないが毎日どこかへ出かけてお友達とおしゃべりしている方がおりました。どちらがフレイルになりやすいかということ実はご主人の方がフレイルになりやすいのです。社会性が低下すると、どうしても口腔機能、つまり噛む力やしゃべる力が弱くなり、さらに精神的・心理的にうつ症状になります。口腔機能と心理状態が悪くなると、栄養状況と身体状況が悪くなり、サルコペニアやフレイルになります。

IoGでは2015年に「三位一体型フレイル予防プログラム」というフレイルチェックのプログラムをつくり、地域サロンなどにおける市民サポーター養成研修などを通じて、全国的に広める活動を行っています。フレイルチェックでは、両足立ち、「パパパタタカカカ」の発声で口がどれだけ回るかのチェック、ふくらはぎの「指輪っかテスト」、「イレブンチェック」などを行います。「指輪っかテスト」は、利き足とは別の足のふくらはぎを、両手の指でつくった輪っかで囲めるかを見るもので、囲める方はフレイルの危険性はとても高いと考えられます。イレブンチェックとは、健康に気をつけた食事をしていますかとか、堅いものを噛めますかとか、一日運動してますかとか、外出していますかなどの11項目をチェックするものです。

こうした包括的フレイルチェックを行った後、半年後に再度チェックし、効果検証を行うフレイルチェック事業の全国展開を進めています。同時に、高齢者の活動の場づくりを目的にフレイルチェックの市民サポーターに高齢者を活用すべくサポーター育成研修を進めています。

## (3) 生活支援サービス ～支える側と支えられる側のマッチング～

豊四季台地区では、食事サポートやワンコイン500円での家具移動など、介護認定を受けなくても生活支援サービスを受けることのできるNPOなどが12団体もあります。しかし、それらがほとんど活用されていないという状況でした。今、柏市では市全域を20の地域に分けて、各地域における自治会や社協、NPOなどによる「地域の支え合い会議」を立ち上げており、地域の課題解決に向けた話し合いを行っています。豊四季台地区では、「支え合いフェスタ」を開催し、地域の生活支援サービスを紹介し、支えたい人と支えられたい人のマッチングを行っています。

豊四季台地区で検討しているところなのですが、地域の中で何かあった時に相談できる相談窓口、地域コンシェルジュサービスをつくりたいと考えております。ご本人が困りごとを、タブレットなどを通して相談でき必要なサービスはそれを提供しているNPOや企業、医療・介護などにつなげてワンストップで課題解決を図る。さらには家族にも状況を確認できるようにつなげるといったサービスを考えております。柏市では24時間オンコール体制の、緊急見守りサービスが行われており、そういったところとの連携を考えています。さらにコンシェルジュサービスを、生きがい就労として、地元の皆さんが活動できる窓口にはできないかと考えています。

ただ、これがなかなかできないネックが2つありまして、1つは通信インフラです。豊四季台地区にはWi-Fi機能が無く、NTT回線を使ったシステム運用では月千円から2千円に通信料がかかってしまいます。それに75歳以上の方がタブレットに馴染まないということです。実証実験をやったのですが、「い

いね」とは言っていたいただいてもやはりまだ使いこなせていません。もう1つは、コンシェルジュサービスをどういう形で維持するかです。本当は企業にやってほしいのですが、各企業は残念ながら維持するお金がないですから、日中はいいけれども土日はできないとか、夜間はできないということで、24時間シームレスにできるものがまだありません。コンシェルジュサービスのニーズはありますが、どうやってビジネスとするかが今後の課題となってくるということです。

#### (4) 在宅看護・介護サービス

柏市豊四季台地区では在宅医療と介護サービスについては、拠点型サ高住を中心とした展開をしようと考えています。UR団地の一角にサ高住をつくり、その中に医療・介護に必要な業種をほとんど入れています。グループホーム、居宅介護支援、訪問介護、訪問看護、24時間定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能施設、在宅療養支援診療所、クリニック、薬局、地域包括支援センターがあり、さらに多世代で交流できるような認可保育園と、学童保育が入っています。これらの中心にあるものが、学研ココファンが運営しているサ高住とグループホームです。小規模多機能と訪問介護、定期巡回・随時対応といった介護サービスは長岡福祉会が担当しております。この団体は新潟の長岡市で「地域を全部特養化するという」地域包括ケアのひとつのモデルを作った社会福祉法人です。それからスギメディカルが居宅介護支援と訪問看護を引き受けています。この3つがコンソーシアムを組んでURと提携をして地域包括ケアシステムのモデルづくりを行っております。当初の狙いは、拠点型サ高住の24時間サービスを徐々に地域に展開することだったのですが、残念ながらまだ完成形にはいたっておりません。

これまでの住宅双六では、郊外住宅団地で庭付き一戸建て住宅を購入することが“あがり”で、そこで定年を迎えて10年くらいのんびり過ごすということが憧れでありました。しかし、平均年齢が上がると、住む期間も長くなり、家も古くなって、車の運転が難しく、庭や家の管理も面倒になってきて、やがて要介護になった時にどこに住めばいいのかという問題が出てきています。高齢者の住まいについては、特養、老健、グループホーム、有料老人ホーム、サ高住など、全体で183万戸あります。これからさらにサ高住をどんどん増やそうとしていますが、「住宅すぐろくの上りは高齢者住宅で」それで本当にいいのでしょうか。

特養は8畳13.2㎡、ベッドのみが主流で、4人部屋6人部屋もあります。介護保険の施設介護が適用されるので相対的に利用料は確かに安いです。有料老人ホームは13~20㎡が主流で、ベッドとトイレだけで住宅としての機能はありません。サ高住は、本当は基本面積25㎡程度で、ベッド・台所・トイレ・浴室を備えたひとつの住まいとして供給するはずだったのですが、実際には特例18㎡が認められてしまっており、主流は18~20㎡の台所・浴室のついていない、介護中心のものになっています。皆さんはこういう住宅に終の棲家として本当に住みたいですか？

介護付き高齢者住宅への入居希望は、ほとんどご家族からです。ご本人がここに入りたいと積極的に相談に来られることは本当に稀です。ご家族が介護できないし、高齢者もご家族に面倒をかけたくないから、仕方なしに入るということが実態だと思います。日本の住宅事情はこういうことでのいいのかという疑問から、東大が中心となり24時間在宅で介護・看護を受けられるシステムを検討してきました。

介護事業を行っている企業による「地域包括ケアシステム推進準備委員会」では、24時間在宅介護サービスを提供できるサービスシステムを研究し、2016年に「新型多機能サービス（仮称）」を厚労省に提言しました。これは、介護・看護サービスには様々なものがあり、ユーザーにはどれを選んだらいいかが分からないし、24時間定期巡回は人の手配など採算が難しいということで、一体型の多機能サービ

スとして考えたものです。小規模多機能の人数枠を撤廃して、これを在宅介護サービスの地域拠点として位置づけて、およそ 30 分圏内ですぐに駆けつけられるようなところにこの地域拠点をたくさん展開することで、ご自分の自宅にても安心して生活が続けられるようなサービスを受けられるような形にしましょうというものです。

もう 1 つの提言は、多職種によるアセスメントチームをつくることです。ケアマネージャーは介護系、看護系、ソーシャルワーカー系に大きく分かれ、それぞれ得意分野があります。介護系の方は介護付き高齢者住宅を薦め、看護系の方は医療系に特化し、ソーシャルワーカーの方は地域のいろんな資源とつながりの中でプランをつくるというそれぞれの傾向があります。またケアマネージャーが一人で出来ることにはおのずと限界があります。介護においてケアプランはとても重要なポイントです。一人の限界や計画作成のプレを無くすために多職種による複層型アセスメントを実施しましょうということです。特に要介護 3 以上の方に適用したらどうなのかということです。要介護 3 以上の方は起立や歩行が困難な方が多いです。リスクがあるからベッドに寝かしたままで良いのか、寝たままだと廃用症候群で余計悪くなってしまうので多少リスクがあるが歩行を促した方が良いのか大いに迷うところです。こうした判断を一人のケアマネージャーにゆだねるのではなく、専門家がみんなで考えましょうということです。自立をどうやって促すか、ご自宅で如何に長く住んでもらうのかといった自立支援、在宅支援のケアプランをつくるための多職種アセスメントを提案したということでございます。

#### **(5) 在宅医療体制の整備**

24 時間の医療体制では、医者が 24 時間 365 日患者さんに対応する体制を整えることとなります。医師 1 人あたりの在宅医療の患者数は 100 人くらいが上限と言われてますが、多い場合で 200 人くらい抱えている医師もおられます。そうすると夜間対応や緊急時の対応はなかなか対応できなかつたりすることもあります。柏市では一人の在宅医師のサポート体制として主治医・副主治医体制や、バックアップ病院との連携で入院対応や退院後の対応などの責任役割体制を明確にすること、医療や介護の情報システムの連携や多職種による連携の場といったことを検討しています。

#### **(6) 標準化の動き ～地域包括ケアシステムの見える化～**

日本の現在の高齢化率は平均 28% 程度ですが、地域によって高いところは 40%。およそ 50% のところもあります。地域の高齢化率はどのくらいで、介護認定率が周辺と比べて高いのか低いのかといった需要把握がまずは必要です。そして、そのニーズに対してのフレイル予防・健康支援、介護、生活支援、24 時間在宅医療などを継続・安定して提供できることが必要とされます。このような需要とサービスのバランス、そして関係者間の連携システムを、地域マネジメントシステムとして標準化して、色々な地域で展開するということが、現在東大で進めている標準化の動きです。

地域包括ケアシステムが機能し、そこに住みたくなる人が増え、地域の活性化が出て、サスティナブルな街となる。その一つの評価尺度として地価を考えており、地価の維持にこうした「システムの導入が必要だ」となることを定義づけしていきたいと考えております。

地価評価への反映については、不動産鑑定評価基準への組み込みが考えられますが、一足飛びに基準に反映することは難しいようです。地域包括ケアシステムが機能している地域の地価が維持できているなどの事例と実績を積み上げていく必要があります。東大が中心となり、各企業や行政の方を交えてこれらの標準化の仕組みをつくるための協議会立ち上げるといった活動がスタートしております。時期が来たらご案内申し上げますので、皆様にも協議会メンバーとして入って頂きたいと思っております。

こうした動きは社会的に本当に必要なものと思いますが、企業として取り組む場合、ビジネスチャンスがあるのかが、最大のジレンマです。先ほどフレイルチェックを半年くらいの間隔を置いて実施するとお話しましたが、例えばその半年間に企業が運営するスポーツ施設で運動するとこれだけフレイル予防に効果があるといったところにビジネスチャンスはあるかも知れません。フレイル予防産業というのは成長産業として魅力的ではあるのですが、デベロッパーや住宅メーカーとしてこうした産業にどう関わり合いを持つのがこれから問われていくのかなと思います。こうしたことを皆様とこの中の研究会で色々議論していければなと考えています。

#### 【質疑応答・意見交換】

吉田座長：柏市で毎月行われているセミナーで、先日、ミサワホーム総合研究所が講演を行ったのですが、300人くらい収容の会場が一杯になって、立ち見の方もいるほどだったとのこと。柏市役所とUR、東京大学による10年間の活動があつて、ここまで盛り上がったのだと思いますが、なぜこれほど多くの人が集まるのかについて教えていただきたい。

田中氏：柏市と柏市医師会が中心になって始められた「柏元気塾」があり、ここでの講演のことです。地域の活性化には住民の方の意識向上が一番大事なんですね。住民のリテラシーを高めましょうということでの勉強会を始めて、第1回目で、200人から300人が集まりました。毎回テーマを選ぶのも大変ですけども、テーマの素材を東大や医師会、近隣の企業といったところが提供しております。こうした活動を行政が後押ししてくれることが継続性や効果に影響することが非常に大きいのですが、こういう産・官・学・民の協働がとても重要です。地域包括ケアシステムや高齢者の生きがい就業といった活動が萎まないように、住民活動としてどう継続するかが課題と考えています。

成熟研委員：成熟研では、空き家を利用した分散型サ高住による郊外住宅団地の再生について検討しておりますが、そうした取り組みについて検討しておられますか。

田中氏：柏モデルでは拠点型サ高住に地域にお住まいの虚弱な方を集めて介護や生活支援サービスを提供するというを進めてまいりました。しかし拠点型サ高住の研究を進めている中で、必ずしも新しくサ高住をつくる必要はないのではないかと考えるようになりました。住まいのニーズに対しては、地域のアパートとか空き家だとかを活用して出来るのではないかとこの考え方になってきました。むしろ、そこで受けられるサービスの整備が重要なポイントだと思います。

以上