9

健康医療福祉都市構想と
地域包括ケアHealth Care-Medical-Welfare City Plan and
Community-based Integrated Care Systems

酒向正春*

Masaharu Sakoh

Key words : 健康医療福祉都市構想／ヘルシーロード／社会参加／社会貢献／タウンリハビリテーション

要旨

健康医療福祉都市構想とは、2003年に開始された、超高齢者や障害者、認知症、子育て世代を含めたすべての人に優しく、安全に安心して快適に外出でき、社会参加し、その人なりに社会貢献して、いきいきと暮らしていけるコンパクトなユニバーサルデザインの都市機能整備計画のことである。健康医療福祉面で困ったときは、急性期・回復期・慢性期の地域医療福祉連携で解決し、その後の長期的な支援は医療保険や介護保険に加えて、それぞれの自治体による街の環境整備と社会参加支援活動体制が支えていく。この健康医療福祉のハードとソフトを核にした街づくりの実現そのものが地域包括ケアシステムの完成を意味している。

超高齢社会を見据えた日本の
医療の流れと課題

世界に先駆けて日本は未曾有の超高齢社会に突入した。平均寿命は女性が87歳、男性が81歳に達し、これは世界に誇る国民皆保険を有する日本であっても、「病気は治るもの」という神話の崩壊を意味する。高齢者の病気は治らず、慢性化する。脳卒中後の後遺症である片麻痺、言語障害、精神・高次脳機能障害なども残存する。すなわち、超高齢社会は病気や障害と上手につき合っていくことが重要となる。従来の日本社会では、超高齢者や障害者は外出しない「閉じこもり生活」を選択することが暗黙の了解であった。2030年には3人に1人が65歳以上の高齢者となる日本では、超高齢者

や障害者が不活動で寝たきりとなり、莫大な医療費を発生させることが予想される¹⁾。

要介護となる主な原因は、第1位が脳卒中後遺症で26%、第2位が認知症で20%、第3位が高齢による衰弱で17%である。脳卒中や高齢衰弱を発症した後は閉じこもり、不活動で廃用症候群を生じ、寝たきりとなる。認知症の発症率は80歳で20%、85歳で40%、90歳で60%、95歳で80%であることから、超高齢社会では認知症の進行による要介護の爆発的増加も容易に予測される。一方、脳卒中治療学的には適切な脳卒中リハビリテーションを行えば、70歳までは約80%に良好な回復が望め、70歳以降は回復率が低下するが、70歳代で60%、80歳代で40%、90歳代で20%が良好に回復する²⁻⁷⁾。また、認知症の中核症状の治療は現在困難であるが、適切なリハビリテーション治療で周辺症状を軽快させて認知機能や運動機能を向上させることは可能である。この人間力の回復を進める人間回復リハビリテーション治療が超高齢社

* 大泉学園複合施設 ねりま健育会病院
回復期リハビリテーションセンター
(〒178-0061 東京都練馬区大泉学園町 7-3-28)
E-mail : sakou-nsu@umin.org

図1 地域包括ケアシステムと街づくり施策の歴史

会に必須であり、不活動から寝たきりへの悪循環を断ち切る新しい人間回復医療の時代が到来した。

2000年に回復期リハビリテーション医療制度が誕生し、急性期・回復期・慢性期の医療連携と役割分担が確立した。急性期と回復期は病院で完結するが、慢性期は在宅生活が基本となるため、社会参加やコミュニケーションを支援する体制が必要であり、病院や施設のみでは不可能である。すなわち、超高齢社会では、予防や慢性期医療と暮らしを一体化し、医療保険や介護保険のみに頼らず、社会参加や社会貢献を支援する街づくり体制が要介護や認知症の発生を予防できる機序を理解する必要がある⁵⁻¹⁰⁾。図1に、2000年以降の厚生労働省による地域包括ケアと脳卒中医療の進化と国土交通省による健康医療福祉都市構想の歩みを示す。国土交通省は2008年健康・医療・福祉のまちづくり委員会を立ち上げ、コミュニティ再生の委員会を続け、2014年に健康・医療・福祉の街づく

りの推進ガイドラインを策定した。

健康医療福祉都市構想の概念

健康医療福祉都市構想は、超高齢者や障害者、認知症、子育て世代を含めたすべての人に優しく、安全に安心して快適に外出でき、社会参加し、その人なりに社会貢献して、いきいきと暮らしているコンパクトなユニバーサルデザインの都市機能整備計画を意味し、2003年に開始された^{8,9)}。健康医療福祉の面で困ったときは、自分が暮らす街に整備された急性期・回復期・慢性期の地域医療福祉連携で解決し¹⁰⁾、その後の長期的な支援は、医療保険や介護保険のみに頼らずに、それぞれの自治体による街の環境整備と社会参加支援活動体制が支えていく^{8,9)}。その根底には、超高齢社会ではすべての人が長生きすれば認知症になり介助が必要となり、ついに死を迎えるという事実がある⁶⁾。すなわち、これまでの効率性と生産性を重視した都市政策を超高齢者や障害者の生活にも適合した

コンパクトな環境と機能整備に改めることが必要となる^{8,9)}。その人が暮らす街をアーティスティックにヘルシーデザインしていくことが生活の楽しさを増し、超高齢者や障害者、そして、困っている人を助けることはカッコいいと感じる国民性を育成することが幸福度を増すことになる。

健康医療福祉都市構想の基本骨格は3つであり^{8,9)}、①回復期リハビリテーションを中継とした質の高い急性期・回復期・慢性期の地域医療連携の確立、②市街地中心部におけるユニバーサルデザインの公園的歩道空間(ヘルシーロード)の整備、③ヘルシーロード沿道から健康・医療・福祉の情報やサービスの発信、そして、医療関連産業街創設による従来型ショッピング街との相乗的経済活性化である。ヘルシーロードは直径約1 km程度の市街地中心部にあるコンパクトなコミュニケーションができる歩道環境である。地方自治体はそこで社会参加や社会貢献ができるように都市環境整備を行い、地域住民主体の交流と支え合い体制を構築し定期的イベントを開催することでコミュニティを再生でき、ヘルシーロードはそのシンボルとなる。病気で障害を負っても、ヘルシーロード沿いの回復期リハビリテーション病院で人間力を回復(人間回復)し社会参加ができるようになることで、その地域に暮らす住民に安心感と一体感を与える。ヘルシーロードの医療関連産業街から発信される健康医療福祉関連の情報やサービスはわかりやすく利用しやすいため、そこへの外出を促進する理由づけになる。医療関連産業街では介護・福祉部門に加え、復職・就労支援、子育て支援、シルバー支援関連の緩いたくさんさんのビジネスを創出でき、80歳までは趣味の延長による緩い就労としての社会貢献を継続でき、この力が地域に生き甲斐と活力を生む⁶⁾。

ヘルシーロードは、人口10万人以下の地方型ではすでにあるアーケード街を直接利用し、人口10

万人以上の地方都市型では従来のアーケード街と別にその間を結ぶ歩道空間を利用し従来型アーケード街とのヘルシーサークルとして活用できる。大都市型では、すでにある社会資源を利用した多彩なヘルシーロードの創設が可能となる。

具体的な健康医療福祉都市構想の活動

筆者は2004年、脳神経外科医からリハビリテーション科医に転向した。リハビリテーション外来で1年もすると、元気に自宅退院した患者が徐々に弱り、医療保険と介護保険だけでは対応できない超高齢社会の現実と直面した。ふと窓の外を見ると、病院前の山手通りにおいて東京都が8.8 kmの大規模整備事業を行っていた。この屋外歩行訓練の道を、24時間365日散歩ができ、笑顔で交流ができる歩道環境に変えられないか。2008年、東京都建設局と連携して、街に社会参加できるタウンリハビリテーション環境である初台ヘルシーロード整備が開始された。道歩きは、患者が自立できないときは家族のサポートが必須となる。家族のサポート時間は職種により異なる。日中働いている場合は遅い時間帯になることもあり、早朝勤務の場合はさらに早朝の時間しかとれないこともある。どの時間帯でも足元が明るく、気持ちよく歩いて交流できる歩道が、2015年、8.8 kmの光の帯をもつ歩道として完成した。この道の誕生は、山手通り沿道の街全体を安心して洗練された生活環境に変化させた。各種NPO活動や障害者を含めた「ヘルシーウォーク」という朝歩きと夜歩きの地域イベントも立ち上がった。約1 kmの初台ヘルシーロードには新築マンションやお洒落な店舗がたくさんオープンした。沿道にある既存のオペラシティ、駅ビルなどの大規模社会資源は全天候型のリハビリテーション施設として利用でき、施設内で定期開催される各種イベントや芸術展も活用できる。裏通り

も裏ヘルシーロードへと徐々に進化し、1本のリハビリテーション歩道が街全体を変えた「線」のアプローチである⁸⁾。

2010年、二子玉川の大規模開発を進めていた東急電鉄と美しい街づくりに何をプラスすればさらに魅力的な街づくりになるかを話し合った。超高齢社会では、気持ちよく歩きながら人と交流するために、自然と歩きたくなるアーティスティックな街環境で「面」のアプローチが必要になる。障害者、超高齢者、認知症、子育て世代を含めたすべての世代が自由に、素敵だと感じ、安全に気持ちよく過ごせる社会参加環境は、社会貢献活動を生み出し、加齢性疾患を予防する。世界的な問題である認知症の予防は、適度な運動、コミュニケーション、趣味の継続が有効な evidence based medicine (EBM) とされる。2015年に完成した二子玉川大規模開発には、二子玉川駅からショッピング街、楽天本社ビル、ホテル東急、交流広場、マンション群を経て、二子玉川公園、多摩川に抜ける美しいヘルシーロードがあり、ショッピング施設屋上にも屋上庭園が広がる。何があるのか、歩いて探りたくなる仕掛けがたくさん盛り込まれている。まさに、認知症を含めた加齢性疾患を予防できる工夫がなされた社会資源である。2012年、リハビリテーション環境が乏しい世田谷区二子玉川に世田谷記念病院を開設し、病院と街づくりの社会資源を連携させた人間回復のリハビリテーション医療を開始した。すなわち、急性期治療を終えた患者がストレッチャーや車いすで回復期リハビリテーションセンターに入院し、攻めのリハビリテーションを実践し、院内移動が可能になれば、二子玉川ヘルシーロードで屋外活動訓練を行う。自宅退院した後は、可能な範囲で二子玉川ヘルシーロードに外出して、歩行や交流、社会貢献活動をして、病院を頼らない自主訓練活動を楽しむモデルを開始した。お洒落で気持ちいい二子玉川のヘルシーロード環境は、

全世代の人が自由に歩き楽しみ、健康・医療・福祉の情報とサービスや定期的なイベントも提供され、セグウェイの利用も広がりつつある⁸⁾。これらは2014年に策定された健康・医療・福祉の街づくりの推進ガイドラインに準じており、健康・医療・福祉の街づくりモデルの都会版の1つであり、地方版は富山市である。

回復期リハビリテーションから タウンリハビリテーション (地域リハビリテーション) への連携とその役割

回復期退院後は、自宅退院できるか、療養施設(慢性期病院も含む)に入所になるかの2つの流れがある¹⁰⁾。その行方は、患者の病態や障害の重症度と家族の受け入れ体制のバランスで決まる。およそ80%が自宅退院となり、20%が施設入所となる。発症時にすでに超高齢であることから、施設入所になった患者が自宅退院になることはあまり多くない。施設入所になった患者の人生は、その施設のホスピタリティと生活リズムで決定されるため、療養施設選びはきわめて重要である。慢性期リハビリテーションは、生活期リハビリテーション、介護期リハビリテーション、終末期リハビリテーションの3段階に分かれる。地域リハビリテーションは、生活期リハビリテーションや介護期リハビリテーション、そして予防期リハビリテーションにあたり、医療保険や介護保険のリハビリテーション医療以外に、地方自治体やNPO、地域住民により地域で提供される社会参加や社会貢献を支援する活動も含めて考える。われわれは、このような日々の暮らしの中で街に外出して繰り広げられる活動をタウンリハビリテーションと呼んでいる。回復期リハビリテーションからタウンリハビリテーションへとつなぐ役割は回復期リハビリテーションスタッフにあり、回復期リハビリテーションスタッ

タウン・リハビリテーション（タウンリハ）戦略

図2 超高齢社会における街づくりのイメージ

フが地方自治体や地域活動者と顔の見える関係をつくり、地域で使える社会資源を理解することが重要となる⁷⁻⁹⁾。

2016年4月、練馬区に地域包括ケアシステムの充実を進めるため、練馬健康医療福祉都市構想委員会を設立した。図2に示すように、練馬区の急性期・回復期・慢性期の医療連携の基盤をつくり、慢性期における社会参加と社会貢献の地域支援活動体制を構築しタウンリハビリテーションへつなげるためである。練馬区は人口約72万人で、東京都で2番目に人口が多い。しかし、練馬区は医療過疎地であり、救急治療は区内では4割しか対応できず、回復期病床は160床のみで、人口10万人あたり22床のリハビリテーション病床にすぎなかった。この現実、回復期リハビリテーションや慢性期リハビリテーションを必要とする患者が自宅に戻れない練馬区の喫緊の課題であった。幸い練馬区大泉地区は既存の道路や住居、公園が規則正しく区画されており、ヘルシーロードとしての新たなハード整備は必要ない。環境整備にお金のかから

ないプロジェクトであった。2017年4月、練馬区大泉学園町7丁目に大泉学園複合施設（ねりま健育会病院100床、ライフサポートねりま80室）を新設し、回復期リハビリテーションと慢性期リハビリテーションの治療と地域リハビリテーション指導を開始した。介護老人保健施設は慢性期に機能や能力が低下した患者や回復期病名がなくリハビリテーション治療を必要とする患者を回復させ自宅退院させる入所リハビリテーション機能と通所リハビリテーション機能を持ち、健やかな看取りも行う。これにより、練馬区は人口10万人あたり約47床のリハビリテーション機能病床を有したことになる。練馬区内の地域医療連携体制の構築を進め、自宅退院後に医療・介護保険で使える施設や制度の地域現状、さらに、高齢者センター、街角カフェ、障害者センター、障害者スポーツセンター、高次脳機能障害支援センター、復職支援センターなどの施設やリハビリテーション活動が可能な大規模ビルなどの社会資源、そしてNPOや地域住民の地域活動の現状を情報収集している。2018年以降は、

委員会から得られた情報を地域共有し、具体的な地域医療情報と、社会参加や社会貢献の支援活動情報を練馬区地域包括ケアシステムとして情報発信し定着させていく予定である。

おわりに

大都会の都心では、新しい病院の新設は難しい。超高齢社会の人口過密な都心では、大規模施設の1フロアーを回復期リハビリテーション病院として活用し、その病院がタウンリハビリテーションで地域全体の慢性期リハビリテーション医療を管理し、災害時48時間以降の地域リハビリテーション健康管理を行うという大規模施設リハビリテーション機能が重要である。この機能を有した大規模施設の海外輸出は、同時に都市環境と健康医療福祉環境の輸出も可能とする。この構想が近く超高齢国家となるアジア諸国への国際貢献となることを期待して、本稿を終えたい。

文献

- 1) 西村周三, 酒向正春, 高橋英典: 地域新時代の医療を考える. 医療白書 2014-2015 年版 (西村周三 監, ヘルスケア総合政策研究所 著). 日本医療企画, 東京, 2014; pp 1-19
- 2) Sakoh M, Ostergaard L, Gjedde A, Røhl L, Vestergaard-Poulsen P, Smith DF, Le Bihan D, Sakaki S, Gyldensted C: Prediction of tissue survival after middle cerebral artery occlusion based on changes in the apparent diffusion of water. J Neurosurg 2001; **95**: 450-458
- 3) Sakoh M, Gjedde A: Neuroprotection in hypothermia linked to redistribution of oxygen in brain. Am J Physiol Heart Circ Physiol 2003; **285**: H17-25
- 4) 酒向正春: t-PA 時代の新しいリハビリテーション. Mebio 2007; **9**: 101-107
- 5) 酒向正春, 柴田健雄, 小林祥泰: 病型別, 重症度別, 年代別, 性別にみたリハビリテーション開始時期と予後. 脳卒中データベース 2009 (小林祥泰 編). 中山書店, 東京, 2009; pp 124-125
- 6) Boyle PA, Buchman AS, Wilson RS, Yu L, Schneider JA, Bennett DA: Effect of purpose in life on the relation between Alzheimer disease pathologic changes on cognitive function in advanced age. Arch Gen Psychiatry 2012; **69**: 499-505
- 7) 酒向正春 監: 特集「脳卒中リハビリの今」. 日本医事新報 2015; (4763): 17-36
- 8) 酒向正春: 健康医療福祉都市構想. 病院 2012; **71**: 697-701
- 9) 酒向正春: 新たなまちづくりへの挑戦—人もまちも元気になる都市構想とタウンマネジメント. 老いる都市と医療を再生する—まちなか集積医療の実現策の提示 (健康医療福祉都市構想 NIRA 研究報告書). 総合研究開発機構, 2012; pp 41-46
- 10) 酒向正春: 脳を救え—リハビリテーションと社会復帰支援. 循環器内科 2012; **72**: 313-320