

医療と介護の連携をどう進めるか 地域包括ケアシステムの構築を目指して

医療法人聖徳会 小笠原内科院長

長岡福祉協会高齢者総合ケアセンターこぶし園総合施設長

慶應義塾大学名誉教授

厚生労働省大臣官房審議官(医療介護連携担当)

医療介護福祉政策研究フォーラム理事

小笠原文雄

小山剛

田中滋

吉田学

梶本章(司会)

2025年の超高齢社会を乗り切るために地域包括ケアシステムの構築が進められている。医療と介護のサービスが一体的に提供される体制をつくるには、地域においてサービス提供者間の顔の見える関係をつくる必要がある。医療も介護もお互いに連携しなければ成り立たないことは明らか。サービスを利用する側の意識も変わり始めてきている。高齢者が安心して暮らせる地域をつくるために何が求められるか、医療・介護の実践者、研究者、行政の立場から話し合ってもらった。

自治体のマネジメント能力を どうみるか

梶本 地域包括ケアを構築するには、行政がうまくコミットして、医療介護だけでなく全体に目配りしていくことが必要です。一方で本当に市町村に期待できるのかという気持ちがあります。公務員の

削減が続いているため、市町村の能力は落ちてきているのではないかと、市町村が地域包括ケアの担い手になれるのかという危惧をもっているのです。吉田審議官、そのあたりはいかがでしょうか。

吉田 医療と福祉の関係者の取り組みに比べて自治体関係者はどう

しているのかというご心配だと思います。もちろん国も含めて公務員の必然として人事異動もありまして、特に身近な市町村では1人の人間が多くの課題をかかえています。一部で2015年問題と言われているようですが、今年はずいぶん子育て新制度が始まり、介護保険制度が新しくなり、障害施策

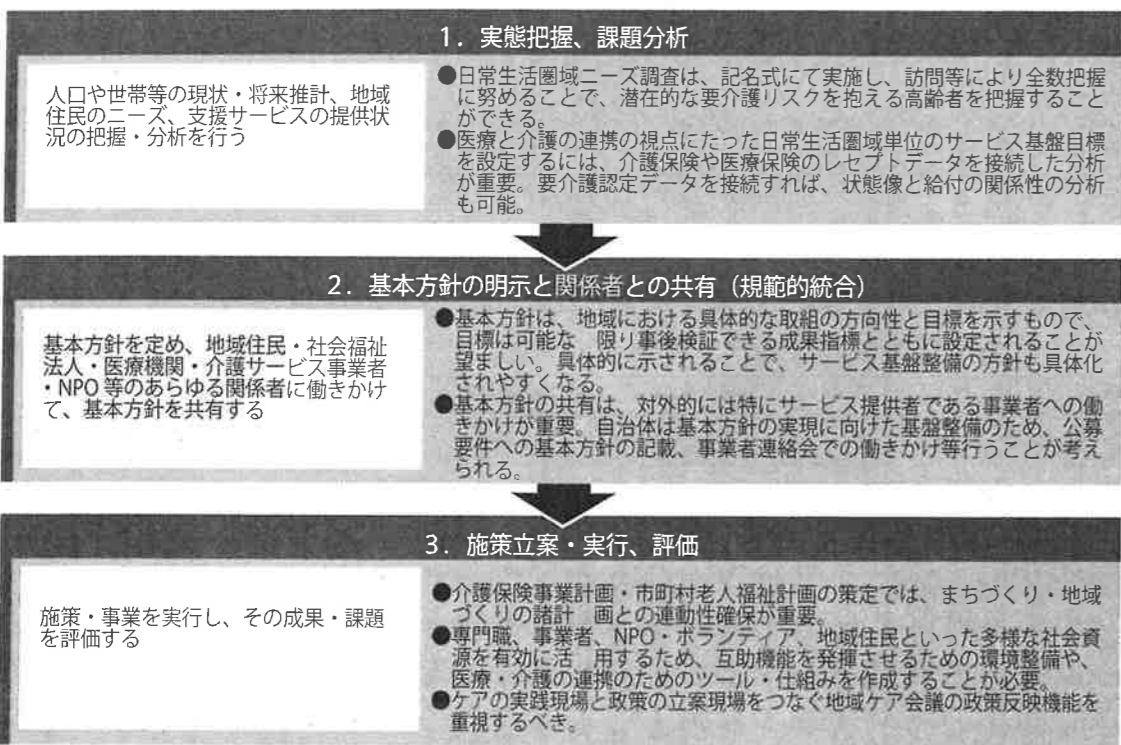
も変わるということで、役場からするとそんなに人はいませんよということになります。限られた人材のなかで、役場の担当者に大きな仕事も期待されています。都道府県も課題山積で、人事異動の中で十分な専門性が育つようなキャリアパスができていくのかというような声も聞かれます。

国も含めて楽観視できるものではないと思いますが、第一線の実践者の方々が住民のニーズに応じて動き始めたときに、基礎自治体や都道府県の方々がそれに対応していただいていたのがこれまでの歴史です。これからもそうであろうとすれば、そのために抱えるであろう課題、たとえば担当者がいかに専門性を身につけるかという課題について、国として支援できることがあれば一緒に考えていかなければなりません。

梶本 介護保険制度が2000年にスタートしましたが、そのときには市町村にカリスマ職員が出て、乗り越えてきたことを考えると、なんとかがいけるのではないかといい気になります。

田中先生の研究会では地域包括ケアシステムの構築に向けて自治

図1 地域包括ケアシステムの構築に向けて自治体に求められる機能



体に求められる機能を整理していただきます(図1)。「規範的統合」という言葉を使っていますが、これは医療介護の担い手に街づくりにも取り組もうと声をかけていくことだと思えますが、自治体が重要な役割を担うことになりますね。

田中 自治体の役割は地域の仕組みをつくる役割を担うのであって、個別の人に対するケア提供を行うわけではないですね。それは医療や介護、福祉関係者の仕事です。

一方、自治体がいま抱える大きな問題の一つは社会福祉だと思えます。社会生活からこぼれ落ちてしまっている人たちが各地で増えてきているからです。家族関係が悪い、虐待がある、さらには貧困問題に直面するなどの社会福祉ニーズに関する対応は、業務は社会福祉法人や民生委員の力を借りるにしても、自治体しか最終責任をとれない。

自治体は共助(社会保険システム)では対応できないところを支援しつつ、関係者が集まる場をつくらせて、首長が規範的統合をリードする。そして横断的な部局をつくらねばもつといたすね。幸い、県でも市でも地域包括ケア推進室などの部局ができてはじめました。室

長に総務部長のような地位にある人を当てれば、縦割りの介護保険、高齢者医療、児童、障害者などの課を全部つなぐことができる。推進室は毎日現場業務をするわけではなく、規範的統合を元に立案を担当します。行政の内側の資源だけではなく、地域にある資源をどうネットワークキングするかにかかわる立案です。

行政の仕事は、人が足りなければできないし、忙しければできない。しかし地域包括ケアの多くは行政が自分でするものではなく、地域にある資源を活用する工夫により実現します。例えば、徘徊している認知症の人を見つけるには地元の小中学生だつて資源だし、コンビニエンスストアも重要な資源です。そのように資源をネットワークキングし、あとはネットワークキングでつながった地域システムが動くように仕掛けが重要です。

行政にも福祉の専門家が 必要 市民の意識も変化している

梶本 よくわかりました。小山先生は自らネットワークをつくってきたと思いますが、市町村の力量や役割についてどのような感想を

お持ちですか。
 小山 今までの仕組みは、措置制度でお上が決めたことを隅々まで徹底しなさいという仕事を中心だっただけです。だから誰でもいいわけで、昨日まで土木の仕事をしてきた人が人事異動で今日から福祉に変わっても当たり前のように業務を行います。それは言われたとおり右から左に書類を流すからできたことです。

しかし今の福祉の仕事は、きちんとしたプロパーが必要な仕事になっていきます。例えば土木課では、図面を読めない仕事ができないので、土木のプロパーがいます。土木にはプロパーがいたが、福祉にはいなかったわけでしょう。専従の仕組みをきちんとつくってお

かなかつたのが、今限界がきているわけです。でもやらなければいけないという責任がありますので、逆に、妙なことに手を出していいのではないかと気がします。しかしこれからは総力戦になるので、行政だけでできるのではなく、みんなで手をつながない限り動けない。市民総力で資源を集めるという話になってきて、行政もわかってきたという感じがします。だ

から今はかなり前向きです。

長岡では、第6期の介護保険事業計画を議論したばかりですが、公募の市民代表も計画づくりに参加して、この前の委員会で画期的な意見が出ました。以前は待機者がいて施設が足りないという新聞報道が出ると、「もつと施設をつくらなければいけない」という意見が出るのですが、この前の委員会では市民代表が発言して、「地域包括ケア」というのがあって、地域密着型サービスなどいろいろなものがある。小規模や定期巡回をもつとつくれ、施設はもういい」という意見を述べました。これはすごいなと思いました。住民が変わったから行政も変わるという感じがします。

梶本 小笠原先生にも同じ質問です。市町村行政は変わってきているのですが、私がよく聞くのは、例えば地域包括ケアの基金を分配する際でも、医師会が専門家である一方で、行政は専門知識がないため、どうしても医師会がリードすることになってしまふ。そういうことを聞きます。そのあたりはいかがでしょうか。
 小笠原 医師会がリードしている

場合と、そうでない場合の両面ある

と思います。岐阜市では、小笠原内科が拠点事業をした時でも岐阜市医師会にバックアップしていただきましたが、それ以前から岐阜市医師会が中心となり、かかりつけ医とケアマネジャーとの意見交換会や医療・介護・福祉の連携会議などを企画していました。医師会が先頭に立って物事を考えて、多職種の人や市町村の方針を理解しながらやっていけば概ねうまくいくと思います。

在宅では医療も必要だし、最終的に人は亡くなるので死亡診断書を書かなければいけません。責任はドクターがとるが、あとはほかの人がうまくやってくれよ、くらいの感じで関わっているところはうまくいくと思います。

ところが、医師会が主導してお金を使うように使われても、「お金がきたけど何に使おうか困った」という声が現実問題として聞こえるわけだし、医師会がやることに行政は口を出せない雰囲気のところもあるようです。行政にお金がきても「国に聞いても教えてくれないし、地域包括ケアといわれても今まで知らなかった」とい

う声もあるわけです。これから試行錯誤しながら、日本ではどういう仕組みが最適なものが決まってくると思います。

最終的には市町村が腹をくくる必要があつて、お金を動かすときには医療も介護・福祉も含めてまとめて考えなければいけない。役所に地域包括ケアの仕組みを考えるTHP（トータルヘルスプランナー）を置き、これは医師会に頼んだほうがいいとか、これは自治会や老人クラブ、民生委員を巻き込もうとかいろいろ考えないといけない。医師会の先生ではそこまではないかなかなしいですよ。ドクターがその気にならないといけないが、ドクターが及ばないところでは多職種プラスアルファの力がすごく大事です。結局は、「健康・医療のまちなかづくり」なんですよ。

吉田 いまの話をきいて整理ができてきました。自治体が抱える課題を考える時に、何を自治体に求めるかによって違うのだと思います。行政には、必要なお金や人材を確保することが期待されており、そのために国と自治体が汗をかかという側面があります。他方、ま

ちづくりの旗を立てて関係者のネットワークをつくる核になることでもある。どちらを自治体に期待するかで、その次の課題が違ってきます。例えば、大都市部の住民が

持つ不満はサービス量が絶対的に足りないけれどどうしてくれるのかということ、こうした声に自治側がどう応えるかという深刻な問題を抱えます。その一方で、

地方を中心にそこそこネットワークができてきたところでは、サービス充実のためにもう一声頼むということもある。

前者は結局、金と人、知恵を出せと言う話になるのかもしれない。後者の方はそんなに悲観する必要はなくて、一定の方法論や最低の基礎知識は必要かもしれませんが、

小笠原先生や小山先生のよきな方が自治



地方を中心にそこそこネットワークができてきたところでは、サービス充実のためにもう一声頼むということもある。

体に対して、時にやさしく時に厳しく揺り動かしていただければ全国で進んでいくのではないでしょう。そこに期待したいし、それを支えるために国としては支援策を考えていくことだと思います。
 田中 できる市町村とできない市町村が都道府県内にあつたとき、鍵となるツールを指導するのは都道府県の役割です。ある県では地域ケア会議の方法を2年間、徹底的に指導することで効果をあげました。地域ケア会議はツールとして一番分かりやすく、市町村の地域課題抽出には有効です。会議の頻度や短い時間のなかでどのよう

**福祉人材をどう確保するか
生産性の向上も課題**

梶本 座談会のメインテーマではありませんが、人材確保の問題があります。厚労省の試算をみると、2025年に向けて看護師は約50万人増やさなければいけないし、介護師は約100万人増やさなけ

ればいけない。少子化のなかでマンパワーを増やしていかなければいけないということ、本当にできるのかなと心配しています。この点についてお願いします。
 吉田 お金の制約もあることながら、サービス業ですから十分な人数も必要です。サービスの質の面からも求められる人材を確保することが大きな課題になります。この問題は、福祉人材確保専門委員会が検討していて、処遇の問題やキャリアパスなど複合的な要因があるという整理をいただいているところなんです。

また、医療ではメディカルスタッフの養成問題やチーム医療に向けての制度的な問題も議論されていますが、唯一の特効薬というものはありません。しかし、やらなければいけないことはたくさんありますし、関係者の間では何が必要なのかは徐々に見えてきたと思います。容易ではないテーマですが、国民全体がお互いを支えあう仕組みのなかで行政として着実に取り組んでいきたいと思っています。
 田中 福祉人材をひとかたまりでとらえず、福祉人材のなかの核人材が担う業務は何か、中核では

なくてサポートする人たちでも可能な業務は何か、それぞれが何人必要だと数える見方が一つです。合わせてできる限りICTやロボットを使っていくべきです。ニーズが倍になるから働く人が倍になるとの計画では、生産性向上がゼロと宣言しているに等しい。ニーズが倍になっても人を1.5倍にとどめる工夫が生産性向上です。それはわが国の経済にプラスになるのだから、生産性を向上させるツールは大いに入れていく。福祉は人だとの理解と、技術進歩は両立できるはずだ。

梶本 小山先生は、東京と長岡の両方で事業を行っていますね。人集めでは苦労されていると思います。

小山 東京では、労働人口が減る中でマーケットが広がっています。田舎ではマーケットは狭まってきたいて、いま田舎で何を考えているかという実はたまたま方を考えています。総人口が減っている、その次には高齢者人口が減ってくるのはわかっています。それに向けて今からどのようにしたむのかというのが田舎の目標です。でも都会はまだマーケットが

広がり続けるので、人がいるかどうかでは当然にないということになります。二極化した仕組みにチャレンジしていくことが今の仕事です。

施設と在宅の対比概念を捨て 地域全体を支える

梶本 それではまともに入ります。論点は掘り下げられたと思いますので、最後はお一人ずつ今後の展望、見通しを述べていただきたいと思えます。

田中 何より、施設対在宅という対比概念から抜け出す見方を強めたい。在宅生活を支援するためのは、施設対在宅の対比概念から導かれがちな、施設が足りないとの理解を超え、資源を上手に使うイノベーションを図るべきです。

もう一つは介護側の事業経営の単位をもう少し大きくしていかないと人員の処遇の点でも継続が難しい。業務の単位としては細かく訪問、通所などたくさんあるのは構いませんが、経営体としては地域包括事業所とか地域包括ケアステーションとして集約していったほうが制度上は安定しやすいと思

います。実現に向けた計画が必要

吉田 地域包括ケアあるいは医療介護連携の取り組みは全国で着実に進んでいる、あるいは進みつつある。ただ一方でまだ動きが弱かったり、とまどっている地域もある。こういう状態のなかで各種の計画や診療報酬・介護報酬、そして基金を使った財政支援策をもって事業者の取り組みを応援して、多少爬行しながらもそれぞれの地域でチャレンジしてもらおう。

そのためには、サービス提供者や利用者、住民・自治体、さらには保険者まで、より多くの方々に地域包括ケアの目指すものとか考え方を知っていただき、具体的な実践につながるように支援していくことが必要だとあらためて思いました。

小笠原 地域包括ケアは進んでいると思えます。一番の問題は、病院のドクターに在宅ケアのよさがわかってもらえていないことです。家で亡くなると本当にいいのだということを知ってほしい。家に帰ることによって笑顔で長生き、ピンピンコロリが多いんです。家で看取りをすればお金もかからな

いし、こんないいことはないのです。

患者さんが家で亡くなる際に、私たちは「外来をやめて往診に行きましょうか」と聞くのですが、家族は「来なくていい」と言われます。笑顔で家で暮らしていれば、亡くなったとしても、訪問看護師には来てほしいが医師にすぐきてほしいとは言われません。深夜に亡くなった場合でも僕たちはほとんど呼ばれません。朝の8〜9時頃に行つて死亡診断書を書きます。「入院して治さなければいけない病気が今までは10だと思つていたのが実は3ぐらいしかなくて、あとの7は入院してもあまりよくない」というように市民の意識が変われば、地域包括ケアはもっと進まざるを得ません。みんなが自宅に帰つてくれれば知恵を出しあつて、「じゃあどうしようか」と考えますが、退院してこないと思うはならない。そのように何が国民の幸せか、国民の意識を変えていくことがこれからの日本にとって一番大切だと思います。

小山 3点ほどあります。一つは医師会の先生方が言っていますが、「僕たちは在宅のことに全部手が

なくて新しい日本人像を考える必要があるということです。団塊の世代で学生運動をやってきた人たち、今のお年寄りのように沈黙が美德だという人たちはまったく違っています。そういう人が高齢期に入つてマーケットはガラッと変わるわけです。そのときに、今のケア論や介護の仕組みで本

今に对应できますかということ、お互いにきちんと知らないといけない。そろそろ準備体操をしておかないといけません。これは辛らつた話ですが、既に少しずつ利用されていますから相当な改革が必要だと思つています。

吉田 いま150万人いる看護職のなかで訪問看護をやっている人は3万人の2%ですから、チーム医療のなかで看護のグループはすごい潜在力をもっていると思えます。

小笠原 訪問看護師が主役にならなれないといけない。そして、ドクターはそのバックにいて責任を取る覚悟がある。そうすれば、ドクターの方針も担保でき、楽なので疲れない。さらに、訪問看護師はやる気が出て笑顔となるので、患者・家族にも喜ばれます。つまり

笑顔が一番ということです。

厚労省が適切な施策を打てば、7対1の病棟を3分の1に減らした時、その看護師が在宅にくると思うので、看護師の数をそれほど増やさなくても在宅医療ができるのではないかと。7対1の病棟には医師もたくさんいるので、医師も在宅の方へ移動してくると思えます。だからこそかかりつけ医はもちろん在宅療養支援診療所の医師が独居などの困難事例でも支えられるように、在宅医療のスキルやノウハウを現場で実践教育できる、多職種との情報共有システムであ

今回の座談会にご出席いただいた小笠原文雄さんの在宅医療の取り組みが1冊の本にまとめられています。上野千鶴子さんの共著

上野千鶴子が聞く 小笠原文雄先生の「死ねますか？」

がんの在宅看取り率95%を実現する小笠原医師に、「在宅ひとり死」を願う上野千鶴子が67の質問をします。

多くのお年寄りの悲願——家族がいがいまいが、家で死にたい!

るTHP+や遠隔診療を利用してサポートできる在宅医療連携拠点診療所が必要になってくる。この場合にも、THPのケアシステムがとても役立つのです。それでもすこく変わると思えます。

日本医師会の強力な指導と在宅医療・ケアのプロフェッショナルとの融合、さらに仕組みを考える厚労省など役所の施策が統合すると、超少子高齢化の波が津波の如くやってくる日本の未来を明るくすると思つています。

梶本 どうもありがとうございます。

で、「どうしたら在宅ひとり死が可能なのか、どんな条件があればいいのかわかる」など、上野さんの質問に日本在宅ホスピス協会会長の小笠原先生が丁寧に答えています。

「上野千鶴子が聞く 小笠原先生、ひとり家で死ねますか？」

朝日新聞出版
定価 1400円+税

回らないので、訪問看護師が私達をうまく使ってください」とドクターが言い始めています。ところが看護の方がまだよく理解していないと僕は思っています。テレビの医療番組をみると、看護師がなんでメスを渡さなければいけないのかと思えます。本来、看護師が目指すべき仕事は地域医療の中核に在ることだつたはずだ。でも現実には事業所単位でみると、訪問看護は全国平均で5人足らずしかない。細かい企業です。これでは在宅医療を24時間守れますか。看護師がまず意識改革をしていただいて、私たちが地域医療の中核を担うという意識に変えないと現実問題として医師だけでは難しい。チームの一番中心にいななければいけない看護師をもっと前面に出さないといけないというのが1点目です。

2点目はさきほど田中先生がおっしゃったとおりで、僕は施設の中をみたかったのではなく、地域の人をみたかった。地域にいる人を全部包括ケアで対応するよという仕組みづくりをしてきました。

3点目の話は、利用者が変わるというところで、旧来の日本人じゃ