

■新春座談会・上

# 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。

梶本 地域包括ケアシステムをめぐっては、関係者の間で一種のブームになっているものの、一般国民の間にはあまり広がっていないという印象です。私の理解では、地域包括支援センターという介護の改革から出た流れと、在宅医療連携拠点という医療の改革から出てきた流れがあり、この2つを一

緒にしていこうというのが最大の眼目だと思います。医療と介護の連携はかねてより申が入りませんでした。それをいよいよ本格的に考えようということに加え、超高齢社会に向けて、住まいや生活支援、予防も視野に入れて、包括的に構築していこう

ということだと考えています。田中先生は、これまで地域包括ケア構想の具体化を担ってきまして。まず、地域包括ケアシステムについて説明をお願いします。

キーワードは「統合」  
必要に応じて組み合わせる

田中 「地域包括ケア研究会」に

小学校区単位でサービスを構築するためのコンセプトです。

梶本 地域包括ケアシステムが目指しているものとして、がん末期の患者さんの在宅看取りまでやるようにしようというのか、それとも、認知症の人が最期まで地域

で生活できるようにしようということなのか、人によって捉え方が違うように思います。いろいろな見方があるように感じますが如何でしょう。

ひきこもりにならないためにも生活拠点を作っていかなくてはなりません。認知症の場合は、地域包括ケア概念がもつともよく当てはまります。中期までの認知症の方に対しては、見守りという、医療・介護サービスとは違う要素が欠かれません。ICTの活用や地元の小



田中 統合の局面はひとつではありません。一つは、重度の要介護者や末期の方の場合で、これは医療と介護のプロフェッショナルサービスの統合になります。一方、軽度の要介護者や要支援者の場合の統合は、介護サービスと生活支援が主となります。軽度者は基本的に自宅やサ高住などで暮らし、買い物や外来受診にも行かなくてはなりませんし、社会参加を通じて人生を楽しむ側面も大切です。重度の方やがん末期の方とは違う組み合わせの統合になります。さらに高齢者一般についての統合は、街づくりそのものです。

学生、中学生、高校生の力まで含め、地域全体の対応が必要です。地域包括ケアは、統合概念を基本に、それぞれの必要性に応じて、適宜サービス要素を組み合わせるネットワークキングの方法と言えます。

地域包括ケアに  
決まった形はない

梶本 税と社会保障の一体改革を受けて医療介護総合確保推進法が成立し、作業が具体化しています。保険局に新しく医療介護連携政策課が設置され、専任の審議官も置かれました。医療と介護の連携に本腰が入ったと受け止めています。吉田審議官、医療と介護の連携がこれからどう進んでいくか、お話しして下さい。

吉田 地域包括ケアという政策目

において2008年から6年間にわたって座長を務めました。研究会の初期と後半で一番変わった点は、医療の影響が大きくなったことです。なお当初から、高齢者ケアは介護だけではなく生活支援、住まい、予防、医療が揃わなくてはならないとの理解は共有されています。その後、東日本大震災の経験から生活支援と住まいは医療・介護・予防を支える基盤であるという位置付けが変わりました。さらに高齢者医療に詳しい方々が議論に加わり、メンバー全員に、重度要介護者に対するしかるべき疾患管理がなければ適切な介護も継続できないとの意識が強まりました。また、要素同士の関係性について、連携を超えた概念として、最終の報告書では「統合」という言葉を使いました。国際的にも、そのような言葉が採用されています。「統合」とは、理念やビジョンの共有を前提に、時間軸に沿って切れ目がないこと、そして必要なサービスを隙間なく提供するためのキーワードに他なりません。もう一つのキーワードはコミュニティで、小さい生活圏域単位を指します。中学校区単位、さらに

標については「統合」というキーワードがあり、これだという決まった形がないということがポイントです。また地域ごとに、地域の特性で考えてもらうことが大事だと受け止めています。ひとつの制度、ひとつの支援策で成り立つものではないし、行政だけが汗をかいて行うものでもありません。地域包括ケアを全国に広めていくときに、心しなければならぬ点だと思います。これまでの介護サイド、生活支援サイドからの取組み、医療から発生した機能分化と連携、在宅医療という流れについて、全体をそろえ、ならびをチェックして弱いところを補うことが行政として必要になっていきます。2025年という社会保障分野におけるビックイヤーに向けて、地域によって多少爬行しながらも地域包括ケアを着実に前に進める観点から、2018年(平成30年)をその手前の節目として考えながら施策を進めることとしています。2018年は、医療サイドの計画行政、地域医療計画、地域医療構想を進めていく上での節目であり、保険料と一体となった介



田中滋 氏

護サービスの3カ年計画の節目でもあります。支援策としては、診療報酬と介護報酬の改定が行われます。2018年に向けて、地域包括ケアの旗印の下で多くの政策を順番に進めていくのが大きな流れです。

こうした制度、支援策について、全体を進行管理してデコボコがないように進めるためには、役所の縦割りを打破しなければならぬという強い期待とお叱りの声があります。厚労省としても、昨年7月に医療介護連携政策課を新設し、担当審議官が置かれました。それぞれの行政分野でPDCAサイクルを回す中で、とりの路線で何がおこっているかを眺め、地域の

状況を引きちんとみながら進めるために、医療介護連携政策課ができたこと、理解しています。組織ができただけとかならないように、地域で実践されている第一線の方々やこの分野の有識者の両方からご支援をいただきながら、仕事を進めていかなければならないと思っています。

田中 実は、2025年問題という捉え方は間違いではないかと思つています。2025年はターゲットイヤーとしては正しいのですが、2025年問題と捉えようとすると、2025年問題と終わりのような感じがします。2025年に需要が急に増えるわけではない、2026年になると減るわけではない。介護ニーズはゆっくり増え2025年から2040年までピーク状態が続くのであって、2025年に1年間だけの問題が起きるわけはありません。梶本 団塊の世代がちょうど75歳になるところで、分かりや

すくそういつていますが、実際はその後も含め徐々に変化していくわけですね。

独居高齢者の在宅の看取り チームがあれば可能

梶本 今日では医療と介護の優れた実践家にも参加していただいています。地域包括ケアは、医療・介護の2025年問題を乗り切っていくための切り札として打ち出されていると理解しています。これまで縦割りであった医療と介護が、うまく連携できるのか、大きなポイントです。「小笠原先生、ひとりで家で死ぬますか?」の著者で、岐阜市で在宅ホスピスを進めてきた小笠原先生に活動のポイントを説明していただきたいと思つています。

小笠原 私は、もともと在宅医療はやりたくなくて、大学では心臓や呼吸が止まった患者さんを治して退院してもらつた医療が好きだったので、病気をきっかけに開業しました。開業して往診を頼まれると、1人で行くのは嫌でしたので、看護師を連れて行つたのですが、患者さんや家族の要望は医師より看護師の方にいきます。どう考えても看護師の方が在宅医療

では役に立つと思つていました。そこで、平成元年から訪問看護を取り入れました。また、医薬分業をしていきましたので、薬剤師も訪問してくれました。看護師や薬剤師に協力してもらうと、医師だけが往診に行くよりうまくいきます。

私は、循環器科の医師ですが、整形外科や皮膚科、泌尿器科、更に精神科等の開業医とチームを組んで往診するようになり、小笠原内科では、がん患者のほぼ100%で在宅看取りが出来るようになりました。そうすると名古屋大学の総長から、小笠原内科だけ出来てもしょうがないから在宅システムを確立し、まわりの在宅医療のチームを育ててほしいと言われました。それからは教育的在宅緩和ケアということで、10〜50キロ離



小笠原文雄 氏

れた地域のチームとも協働して取り組み、独居高齢者などのほぼ全例で在宅の看取りを行っています。13km離れた所から通いながら在宅医療をしていると、連携のキーパーソンが必要になり、MSWやケアマネジャーの資格を持った看護師にお願いするようになりました。その結果、私はとても楽になりました。1日に百人の外來患者をみて、在宅の患者も百人受け持っている時でも、がんの在宅看取り率は85%でした。ドクターはあまり関わらなくても、チームの連携がうまくいくと在宅で看取りまで支えられるという実感を持ちました。

認知症の人在宅で看取るのは

医療を進めるには、キーパーソンが必要という点です。梶本 小笠原先生は、実践のなかで多職種連携を広げていくなど進化しているように思えます。在宅医療を進めるには、キーパーソンが必要という点です。梶本 小笠原先生は、実践のなかで多職種連携を広げていくなど進化しているように思えます。在宅医療を進めるには、キーパーソンが必要という点です。梶本 小笠原先生は、実践のなかで多職種連携を広げていくなど進化しているように思えます。在宅医療を進めるには、キーパーソンが必要という点です。

ました。今は、トータルヘルスプランナー（THP）と言つていますが、医療、看護、介護、福祉、保健のことがある程度分かる人をリーダーにして、連携・協働・強調に加え介入もできるキーパーソンとして動いてもらつています。全職種の不平・不満を解決してもらいながら少し高いところからの視点で、弱い部分があれば周囲に協力を求める役割も重要ですね。日本在宅ホスピス協会で主に訪問看護師をTHPとして教育・認定しています。

在宅医療以外にも、病院のTHP、退院調整のTHP、さらに役所にも地域の仕組みをつくるTHPが必要と考えて、名古屋大学大学院の博士課程で養成に取り組んでいます。

医療と介護は お互い様の関係

梶本 小山先生は、長岡で地域包括ケアを先取りするような先駆的な取り組みを行っています。長岡福祉協会の現況を紹介してください。小山 1982年に山の上に特別養護老人ホームを開設し、そのあとショートステイの仕事を始めま

した。80床のショートステイの専用棟をつくって運営しました。施設は、在宅で介護崩壊した人が入ってきますが、ショートステイは在宅介護の人をどう支えるかという事業で、ヘルパーや看護や食事がなければ生きられない人をみます。当時は、支援の制度がなくて支えきれず、高齢者をあずかることから始まりました。1992年に米国の低所得者向けの高齢者包括ケアプログラム（PACE）を視察する機会があり、当時の名刺に「高齢者包括ケアをやるんだ」と書いていました。1995年に介護を24時間体制にして、1997年に看護と配食を24時間体制にしました。2000年に介護保険が始まりましたので、単品のサービスではなく、まとめて地域で包括的に提供できるのではないかと考え、2002年にサポートセンターを自腹で設立しました。居宅とデイサービス、グループホーム、住宅と食事と看護と介護の7種類を取り込んだものです。これは地域の皆さんから高い評価を受け、バリアフリー住宅を4部屋しか用意しなかったのですが、見学会の当日に



小山剛 氏

開業医が仕事をす  
るためには、介護  
が必要であり、お  
互い様の関係であ  
ることがわかって  
きたのです。政策  
的にもそういう方  
向なので、医療関  
係者とは非常にや  
りやすくなってい  
ます。

消費税率引上げ先送りを  
どうみるか

どうみるか

70人の申し込みがありました。そこに住めば家族の介護を受けなくても生活が出来るということでもニーズがあったのです。現在では人口18万人の地域に17カ所のサポートセンターが出来ています。90年代にはまだ、医療介護の連携という考えが普及してなくて、訪問看護はやっていただけですが、医師から見ると介護は別物と捉えられていました。それがだんだん変わってきて、最近では、開業医は介護と手を組まないと病院に患者をとられてしまうことが明らかになってきた。地域で生活できないければ病院か施設にいくしかないで、地域に患者がいなくなってしまう。

梶本 12月に突然、解散・総選挙がありました。消費税率の10%への引上げも1年半延期されました。与野党の第一党が消費税率の引上げに合意したのに、この枠組みを崩すのは本当に残念だと思つています。吉田審議官、消費税率の引上げを想定して社会保障政策の展開を考えていたでしょうが、行政としては大変なものではないですか。吉田 社会保障・税一体改革関連法の「経済の動向をみて、消費税の引上げについて判断する」という部分に基づいて、安倍総理がご判断されたのだと思います。実務的には、当初のプログラムどおり

消費税率が引き上げられた際には、2015年度に1・8兆円程度が社会保障の充実分として消費税収が見込めるプランでしたが、結果的に1・35兆円になると思われます。行政の対応としては、優先順位をあらためて見直して、必要なものから順次取り組んでいくことになります。社会保障・税の一体改革にも携わった立場から言えることは、いざいざにしても社会保障のためにある程度の負担をお願いしなければならぬ現状で、どういう社会保障のためにどういう負担をお願いするかを、あらためてみんなで考えなければいけないということですね。社会保障の安定財源の確保は、現役世代だけでなく、将来世代も視野に入れた上で、給付と負担の問題を考えなければいけません。そういう機会があらためて与えられたと思つています。

増えます。どう乗り切っていくべきと考えていますか。田中 給付を少なくすれば解決する話ではありません。必要な給付のためには、当然負担も必要です。給付は、マクロ経済にプラスになる給付であるべきです。無理やり需要を作るのではなく、満たされていないニーズを需要に転化できる給付を行うほうが効果的なのだと思います。満たされていないニーズの多くは、医療や介護、保育等の分野にあります。そういう分野に給付することで、マクロ経済にプラスに働きます。

ただし、高齢者を含めて税・社会保障負担が求められます。また給付が単に高齢者のお世話をしているだけでは、1の負担は1の波及効果しかおきないでしょう。本来、医療も介護もイノベーションの芽を多く秘めており、それもテクノロジだけでなく、プロセス・イノベーションを通じて1の負担が2の効果を生む可能性を持っています。地域包括ケアはまさにプロセス・イノベーションであり、日本の地域がもつ活力を利用するためにも、財源を確保し、給付がプラスになって返ってくることを証

明しなければなりません。

利用者自身が  
どんな生活をしたかが大切

梶本 医療と介護の連携は、これまで余りうまくいっていませんでした。そんな中で長岡福祉協会が中心となって介護のネットワークを作ったことには、目を見張る思いがありました。小山先生はこの先駆的な地域包括ケアシステムをどのようにつくられたのですか。小山 これは最初に考えないといけなかったことですが、利用者のニーズがどうであるかが大切です。ニーズの掘り起こしという用語がありますが、利用者自身がどういう生活を望んでいるのか、絵が

描けないのです。はじめて高齢期を経験するわけで準備のしようがないし、高齢になってみてこういうものかとわかる。過去の話しか知らないもので、嫁がみてるのだらうと過去形の話にしがみつかわけです。そうではなくて、自分が今後どうしたいのかと意識付けするための活動がとても重要です。私たちはそれを80年代からやり続けていますが、変化する社会に対して常に提言し続けないと利用者にはわかりませんし、わからなければ不幸です。

一方、サービスを提供する事業者の側も昔話ばかりです。ヘルパーがたまに訪問するだけで利用者を守るか、食事が日に3回なしで生きられるかというところで、そういう基本的なことが出ていない。家族がいるからと勝手に思い違いをしています。家族は単なる同居者であって、介護家族ではない。そういう現状をみた上で、みんながどう

信で関係者が同じ情報を知ることができて、医師も往診時にその情報をみながら診察できます。ケアマネは医師と連絡がとりやすいと言いますが、これを使えば医師が時間のある時に答えを送ることが出来ます。そういう意味でICTの道具立ては大切で、このタブレットは全国200以上の市町村で使われています。田中 人口の少ないところは先行して、すでに地域包括ケアシステムに近いと言えるものが多いぶん出ています。相対的に遅い場所は都会と都会の近郊ですが、決して夢物語ではなく、多くの地域で地域包括ケアシステム構築が始まっています。

医師がやる気になれば  
地域包括ケアはうまくいく

梶本 小笠原先生の地域では、がんの在宅看取り率が100%に近いようですが、介護と医療の連携が進むと、さらにいい仕組みが出来そうです。小笠原 小笠原内科が関わったケースはほぼ全例100%看取っていますが、関与しないケースはまだ在宅で看取るケースの方が



吉田学 氏

で生きていかないと。家族がいてからと勝手に思い違いをしています。家族は単なる同居者であって、介護家族ではない。そういう現状をみた上で、みんながどう

もう一つ大切だと思うのは、ICTによる情報共有です。2011年に経産省の補助事業でタブレット端末をつくりました。最初に訪問介護用のソフトをつくり、続いて看護用、医療用を開発しました。介護と看護、医療の情報がみんな入っています。誰かが利用者宅でデータを入力すると、同時配

だまだ在宅で看取るケースの方が



氏 堀本章

くことを25年かか  
つて実感していま  
す。

多職種連携カン  
ファランスをやる  
と、看護師、ケア  
マネ、ヘルパー、  
薬剤師が大勢集ま  
ります。多いとき  
には200人集ま  
ります。かかりつ  
け医が一步踏み出

せば、多職種の意欲を実感するこ  
とができますし、医師がやる気にな  
れば、地域包括ケアシステムは  
うまくいきます。今、日本医師会  
が動き出したので、びつくりする  
ぐらい街は変わると思っています。  
堀本 岐阜でもICTを在宅医療  
に活用しているのですね。

小笠原 私たちは、スマホやタブ  
レットを利用して、T H P + のア  
プリで情報を共有しています。看  
護師が基本ですが、医師、薬剤師、  
介護・福祉担当者、患者・家族も  
必要に応じてライン感覚で入力し  
ていて、調子がよくないという意  
味の涙顔や重要なマークがついた  
情報はじっくり読みます。開発過  
程にはあまりドクターは入らず、

看護師やケアマネジャーが使いや  
すいものになりました。家族も使え  
るので喜ばれ、利用が広まってい  
ます。

これを使うと血圧やS P O<sub>2</sub>の  
経過もみられるので、「死の教育」  
にも役立ちます。家族に血圧が下  
がることと死期が近いことを教え、  
うなつたら入院しても助からない  
し、救急車を呼んで救命してもか  
えって患者が苦しむことが多いと  
前もって伝えておきます。

救急車を呼ぶと、その経費だけ  
でなく医療費もかかります。患者  
が笑顔で暮らすためには、「そろ  
そろ死ぬんだよ」ということをき  
ちんと伝えることも必要です。こ  
れまでそれは医師の仕事でしたが、  
はつきり言わない医師も多いので  
す。死は敗北だと思っているから  
です。看護師は「先生、そろそろ  
亡くなられそうなんです、どう  
でしょうか」と入力してきますし、  
介護・福祉職も気が付いたら情報  
を入力しますし、家族もT H P +  
をみて死期が近いことをわかって  
いますから、納得の上、看取りも  
スムーズに行えます。

堀本 ICTは地域包括ケアの強  
力な武器になっていますね。

田中 地域包括ケアの中の医療・  
介護の連携、とりわけ重度者のケ  
アを行う際の連携に役立っていま  
す。

小笠原 情報共有とあわせて遠隔  
診療にもICTを使っています。  
スカイプやフェイスタイム、タン  
ゴメーションジャーといったアプリ  
を使っていますが、タンゴが一番  
つながりやすいので、それを使っ  
ています。遠隔診療では、ドクタ  
ーと患者さんだけでは危ないので  
す。わからないことがありますか  
ら。訪問看護師がiPadを持つ  
ていて、まず患者さんをアセス  
メントして、その情報を教えてく  
れます。褥瘡があればその写真を  
撮ります。その後で患者さんに代  
わってもらって、テレビ電話で顔  
を見ながら遠隔診療をします。

2002年から遠隔診療を始め  
ましたが、往診の8割以上の価値  
があると感じていました。遠隔診療  
のシステムは、震災の際の医療に  
もとても役立つと思っています。  
堀本 ところで岐阜の医師会も小  
笠原先生のように取り組んでいる  
のですか。

小笠原 とりあえず岐阜県下で2  
3年の間に1020の医療機関が

とを心強く思います。

小笠原先生が述べられたように  
医療の形が変わる中で、医療関係  
者も生活支援の必要性を強く意識  
しています。一方、高齢になって  
医療ニーズが高くなれば、病気を  
持っていたり、急性発症すること  
は当たり前になりますから、地域  
の高齢者を支える生活支援の関係  
者も医療と手を組まざるを得ない。  
関係者の熱い取り組みによって、  
連携の必要性について認識が広ま  
っていると感じます。これからは  
保険者という立場の方々にも関心  
や関与を強めていただければと思  
います。

もう一つは、顔の見える関係、  
ヒューマンネットワークができて、  
そこにうまく具合にICTという  
道具があることで相乗効果が出て  
いることです。各省によるモデル  
事業やパイロットスタディがここ  
にきてやつと形になってきました。  
在宅医療連携拠点事業の全国10  
5ヶ所を取り組んできたものが広  
がって、そのヒューマンネットワ  
ークの上にICTのネットワーク  
が加わって、いろいろな取り組み  
が出てきたと実感します。

(次号につづく)

遠隔診療で在宅医療を出来るよう  
にしようと思っっています。たとえ  
ば飛騨高山は120キロ離れてい  
ますから、私もなかなか行けませ  
ん。飛騨高山でまず12名の医  
師ができるようにして、その医師  
が他の医師の在宅医療をサポート  
するようにして広げていければ良  
いと思っっています。

がんの患者さんでしたら、モル  
ヒネの持続皮下注射だけでほとん  
ど看取りが出来ます。末期には経  
口剤を服用できませんが、患者さ  
ん本人によるモルヒネの皮下注は  
死の直前まで出来て、痛みや苦し  
みを緩和できます。1人でやって  
死ぬことはないのかと思われるか  
もしれませんが、眠くなりますか  
ら絶対に死ぬことはありません。  
持続皮下注ができるようになって  
独り暮らしでも安全・確実・心穏  
やかな看取りが出来るようにな  
りました。

堀本 介護職の中には、医療の知  
識が必要な看取りを行うことに抵  
抗感がある人もいます。ですが、  
どんな話をしているのですか。

小笠原 「自分が行ったときに亡  
くなったらどうしよう」と言う介  
護職がいます。そんな時は、「あ

なには自分の好きな人に最期をみ  
てほしいですか、それとも嫌いな  
人に見てほしいですか」と質問し  
ます。「それはやはり好きな人、  
心の通った人がそばにいれば最高  
ですよ」とみなさんおっしゃる。  
そこで、「独り暮らしの患者さん  
のところに行った時に亡くなった  
ら、あなたがその人にとつて心を  
許した一番いいヘルパーさんの  
話をお願いします。そうするとヘルパー  
さんはニコッとされる。

病院では人の死はバッドニュー  
スであり、亡くなったら裏玄関か  
らこっそり出されるが、家で亡く  
なることは離別の悲しみはあるも  
ののグッドニュースです。本望で  
すよ。家で死ぬことは家で最期ま  
で生ききったということであり、  
希望死・満足死・納得死です。そ  
こに立ち会うことは決して悲しい  
ことではなく、胸をはっていいの  
です。

堀本 病院と在宅の一番の違いは  
何ですか。

小笠原 病院は管理されたストレ  
ス空間であり、在宅は自由な癒し  
の空間です。また、病院では救急  
救命高度医療が主体ですが、在宅

では緩和ケアが主体です。たとえ  
ば、病院は点滴をやりますから、  
患者は苦しむんです。在宅ではち  
よつと脱水にするので、笑顔で長  
生きします。ところが家族は点滴  
をたくさんやってほしいと思っ  
ている。がんや認知症の末期の方や  
老衰の方に点滴をたくさんやる病  
院は、苦しんで早く死ぬのでよく  
ないから退院した方がいいですよ  
という市民公開講座をやらないと  
いけないのです。なんと行っても  
在宅だと笑顔で長生き、ピンピン  
コロリの人が多くなります。だか  
ら、本人だけでなく家族にも喜ば  
れます。

病院のドクターもそれを知らな  
いから点滴をやっています。  
私と仲のいい大学の教授も「今の  
医学は50歳までの医学だ」と言っ  
ていました。50歳を超えた医学を  
学んでいないので、間違えないよ  
うにしないといけない、学生には  
点滴のやりすぎが一番の毒だと教  
えているそうです。このようにド  
クターの意識も少しずつ変わって  
きています。

吉田 小笠原先生や小山先生の発  
言を聞いて、全国的に地域包括ケ  
アという取組みが広がっているこ