



岡山大学客員教授、前厚生労働省老健局長 国際医療福祉大学大学院教授

宮島俊彦さん × 高橋紘士さん

「社会保障・税一体改革」によって、地域包括ケアシステム構築がわが国の政策課題となり、実現すべき目標となった。今年度の診療報酬改定や法律改正でも、それに沿った流れが強く押し出されている。そこで、多層的な地域連携の構築の視点から多くの先進事例をみてきた高橋氏と、厚生労働省で地域包括ケア研究会をつくるなど、関連の政策立案に深く関わってきた宮島氏が、改めて地域包括ケアの意味と、これまでの議論の流れから、それがどのような目的のために、どのようになされるべきか、現状の課題を示しながら語った。

“在宅化”はなぜ進まないか!?
地域包括ケアシステムで果たす訪問看護師の役割

地域包括ケアをどう捉えているか

——最初に2025(平成37)年の超高齢化社会の姿をどのように考えていらっしゃるのか、地域包括ケアに対するスタンスを交えてお話しください。高橋 「地域包括ケア」には、重層的な意味があります。筒井孝子さん(兵庫県立大学経営研究科教授)は、「community based integrated care」という「地域を基盤にしつつ統合的ケアを提供するシステム」^{＊1}であるといっています。

この「統合的ケア」というのは、医療、看護、リハビリテーション、それから生活支援に関係するさまざまな専門職が関わる制度的なサービスと統合しようというもので、それを地域の人たちとともに、コミュニティベースで行なうというものです。「介護保険」の英語訳は「long-term care insurance」で、これを医療ベースの人たちは「長期療養」と訳しますが、それも包含して「長期ケア」とする議論になり、「統合的ケア」の考え方が出てきました。

もともと「地域包括ケア」は、広島県御調町(現在は尾道市に合併)公立みつき総合病院の山口昇医師が、1970年代に地域住民参加も含めて、いい始めた言葉です。その後2003(平成15)年に、当時の厚生労働省老健局長の私的研究会として高齢者介護研究会ができ、介護保険のあり方を改めて議論しました。当時、介護保険で高齢者の介護



ニーズはすべて解決できるというそれまでの考えから、「いや、どうもそうではない」という議論があり、改めて介護保険とその他のサービスの守備範囲を地域包括ケアシステムの概念を使って議論しました。そこで、地域連携の話が出てきて、調整や連携という重要な機能を担う機関として「地域包括支援センター」をつくることになりました。

さらに、2013(平成25)年8月に出された「社会保障制度改革国民会議報告書」のなかでも、医療や介護をはじめとするサービスについて、コミュニティをベースにして、多分野からの支援を行なう体制をどうつくるかという議論が出てきました。これは、地域包括ケアシステムがナショナルポリシーになったということですが、私は、こうした流れをずっとウォッチングしながら、この課

題に関わってきました。

宮島さんが厚労省老健局長のとき、地域包括ケアの議論を基本に立ち返り、介護保険とその他の制度の関係を考え直そうと、前回2012(平成24)年の介護保険法改正の前に地域包括ケア研究会ができました。そこで「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制」という地域包括ケアシステムの定義がつけられました。それを「地域包括ケアの包括化」と宮本太郎さん(中央大学法学部教授)が指摘しているのですが、やがて社会保障制度改革国民会議の医療・介護のキー概念になり、単なる医療・介護だけでなく、もつと広がりをもって語られるようになったことで、逆にわかりにくくなり始めたということもあるのかなと思っています。政策立案の当事者として、それをどういうふう^{＊2}に捉えてきたかを、宮島さんからお話しただけですか。

宮島 わが国の福祉元年は1973(昭和48)年で、老人医療費が無料になり、1970〜80年代にかけて「老人病院」がどんどんできました。当時、老人病院というと何か聞こえはよさそうだけど、実際の中身は、点滴漬けに薬漬け、挙げ句はベッドで抑制ということ、これはとんでもないことになっていくぞ、ということがわかってきました。

そこで、医療計画で病床数を規制し、特別養護

老人ホーム（以下、特養）や介護老人保健施設（以下、老健）をつくりました。1990年代に入り、介護問題が大きくなってきたところで、消費税導入時にゴールドプランを策定し、特養や老健のほかに、在宅3本柱を推進しました。ショートステイとデイサービス、ホームヘルプを10年間整備し、2000（平成12）年に介護保険ができたというわけです。それからもう14年経ったわけですが、現時点で振り返ってみて、これからの超高齢社会への対応がすべて整っているかという点必ずしもそうではない。

まず病院のほうをみると、病床数は世界一多いし、平均在院日数も長い。これは、先進国ではたぶんいちばん長い。それでも、高齢者が次々と入

院してくるために、救急体制が追いつかず、たらい回しなど、いろんな問題が出てきた。

そこで、病院の体系として、急性期、回復期、慢性期と機能分化をきちんとするとすると、平均在院日数が短くなった病院から、高齢者が地域に戻ってくることになる。2025年には65歳以上が30%、2050年には40%、75歳以上は25%以上になると予測されているので、いくら施設をつくっても間に合わない。さらに、これから都市が急速に高齢化し、首都圏、大阪圏、名古屋圏などの地価の高いところでは施設もつくれない。そうになると、選択肢はもう在宅しかない。つまり、地域のなかで施設にいたるときと同様のケアができるようにならなければ、超高齢社会をうまく維持できないということであり、そこから、「地域包括ケアシステム」の考え方が出てきた。

だから、病院や施設という「点」で支えるのはもはや限界で、地域という「面」で受け止める体制をなんとかしてつくっていかないとたないという、行政的にはそんな感じで捉えていたのです。

住み慣れた場所で老いていく aging in placeを 実現するしくみをどうつくっていくか

高橋 高齢者の側に立って考えると、aging in place、つまり生活をしているところで老いていく、そこでさまざまな支援を利用していくことがもっ

ともいい。最近、quality of lifeとともに、quality of deathという言葉もいわれ始めています。

少なくとも病院とか、従来型の4人部屋の施設というのはふさわしくない。あれは脳卒中の後遺症モデルで、平たくいえば寝たきり老人モデルです。さらに、認知症が加わると、従来型のサポートは最悪のケアになるということです。いずれにしても、「在宅」で支援するしくみをどうつくるか。地域包括ケアの目的は、そこに尽きます。それは介護保険法という要介護者の尊厳の保持にあたるでしょうか。

もう1つ、私は、施設入所した方々は「運よく入れて運が悪い人」と呼んでいるのです。日本の不幸は、施設しか解決策がないと思っ、入所申込者の数が増える間にか待機者に化ける。このようなある種の刷り込みを地域包括ケアのなかで考え直すべきだと思います。要するに quality of life や quality of death を追求するなかで、長期ケアをどのようなかたちにするかということです。宮島 ヨーロッパに高齢者ケアの3原則というのがあります。1982（昭和57）年頃にデンマークのアナセン社会大臣がつくった報告書のなかで取り上げられている考え方です。

1つ目は自己資源の活用、つまり残存能力の活用で、なるべく自立していきましようということ。2つ目が自己決定で、認知症の人でも自分の意思を尊重される、尊厳は保持されるということ。そして3つ目が、まさにaging in placeで、生活の



継続性保持の原則です。日本の介護保険法は、自立支援と尊厳の保持は書いてあっても、継続性の保持までは書いていない。ところがこの地域包括ケアで大事なものは、自分のいる地域で、最後まで生活を続けることができるという継続性です。

日本の場合は、病院や施設の機能に合わせて医療者の数が変わり、長期療養の体系でみると、医療の程度は、医療療養病床がいちばん手厚く、介護療養病床、老健、特養とだんだんと少なくなる。これでは、提供する施設の機能、あるいは病院機能に合わせて、患者や利用者のほうが転々としなるといけない。

継続性を保持するならば、基本は在宅です。病状が悪くなっていても、自分の家に医師や訪問看護師、あるいは介護職が来てくれて、自分の居所からなるべく移らなくて済むということです。

たとえば特養だと、1000人の入所者に対して看護師が3人、介護職員が30人くらいいて、そのほかに指導員やケアマネジャー（以下、ケアマネ、嘱託医もいます。だから、それと同じ人員体制を、地域に充てればいいわけです。あまりに遠くに離れていて、移動時間が大変だという場合は、集住して行なうことなどが必要ですが、基本的に自分の家であり、個室です。

高橋 新潟県長岡市の高齢者総合ケアセンターこぶし園が、郊外にあった特養をなくし、1000人いた入所者を、街のなかに20人ぐらいつつ入所する小規模特養をつくって移行しました。小規模多



高橋 紘士（たかはしひろし）

1968年社会保障研究所研究員、1985年法政大学教授、1997年立教大学教授を経て、現在国際医療福祉大学大学院医療福祉連携学分野教授、一般財団法人高齢者住宅財団理事長。この間、全国社会福祉協議会研究情報センター所長、厚生労働省、総務省および都道府県、市町村で各種審議会委員等を歴任。共編『地域連携論——医療看護介護福祉の協働と包括的支援』（オーム社、2013）、共著『地域包括ケアシステム』（慶應義塾大学出版部、2013）、編著『地域包括ケアシステム』（オーム社、2012）他多数。

機能型居宅介護をセットにして、そこにキッズルームという子どもが集まる場所と居酒屋をつくりました。そうすると、家族が毎日通ってくるようになり、個室なので、そのうち一緒に泊まるようになる。本人はというと、みるみる元気になる。それまでは子どもの休みに車に乗せてもらってしか会いに来れなかった家族が、歩いて行けるようになり、友達も来る。そこにゲーム機を置くと、孫たちも遊びに来る。

つまり、つながりが回復されるのです。つながりが回復すると、これは本来に不思議で、寝たきりの人が歩き出したり、車椅子で自走したりするようになる。認知症は、人と人の関わりやつながりが非常に重要なキーワードで、その支援ができるかどうか。そういうことを含めると、なじみの関係のある「地域」でこそ本来のケアが可能に

なるのです。

宮島 そうして、具体的に在宅の支援としてシステム化したのが複合型サービス（小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合）です。看護師は、診療の補助のすべて、また介護からリハビリまでと、とても幅広いことができます。一方、介護職は、痰の吸引と経管栄養以外は医療行為はできません。当然、訪問看護師のほうが、介護職よりも報酬が高いわけです。そこで看護職が掃除、洗濯、料理から、さらに、身体介護や食事の介助、排泄ケア、衣服の離着脱までやるのか、それとも介護職にそれを委ねるのかということです。それから、訪問看護のなかでは薬の管理の業務量がけっこう多く、それを薬剤師がしてくれるのであれば、薬剤師に委ねられる。訪問リハを看護師がやっていることもありますが、それもリハ職がいればできる。

そうして考えると、看護職には、全体をみながら、在宅にいる人の病状を管理するという大きな役割があるのだと思います。

在宅化が進まないもうひとつの理由 —— 背負い込み症候群からの脱却を

宮島 現状として、「在宅化」が進まない理由は2つです。1つは、自宅で介護ができないから施設へ入所させてしまう。もう1つは、病状が急変したとき怖いから、ということでしょう。

介護のほうは、デイサービスができたり、介護職があるので、ある意味のベースができていますけれども、もう1つの「医療的ケア」への対応のほうに圧倒的に遅れています。それに医療的ケアがケアプランのなかに入ってくると、ケアマネとしては急にケアプランをつくるのが難しくなるのですね。病気の変化に応じたケアプランをつくるためには、ケアマネは訪問看護師あるいは医師と協調しながらやる時代になってきたのだと思います。

高橋 最近、滋賀県東近江市永源寺診療所の花戸貴司さんの話をうかがいました。その地域は在宅看取り率が5割ぐらいで、いま約80人を月1回程度定期的に訪問診療しているそうです。

医師だけではなく、看護師や薬剤師、介護の居宅サービスが必要に応じて支援する連携体制がつけられています。これを「チーム永源寺」と花戸さんは呼んでおられます。さらに、家族はもちろ

んだけど「地域の人」が重要だとおっしゃっています。何かあったらすぐに通報してくれる人がいるかいないか、がとても大きい。そういうことを前提にした地域連携のあり方がとてもいいモデルになっています。

それがたぶん、「自分が」ではなくて、ある種の相対化をして、どうしたらこの人たちを支えられるのかということをつながつている。

宮島 それなのに現状は、各職種が順番にそれぞれが背負い込んで、「やれない、やれない」と騒ぐ。自分だけでできるわけがない。そこはお互いにカバーするという体制をつくらないと、それはそうだよ(笑)。

高橋 それぞれフラットにカバーし合うような関係はどのようにつくれるかということが、たぶん



宮島俊彦 (みやじまとしひこ)

1953年神奈川県生まれ。1977年東京大学教養学部教養学科卒業。同年厚生省に入省し、官房審議官(保険・医政担当)、総括審議官、老健局長などを歴任。2012年9月退官。現在、岡山大学客員教授、インターリスク総研顧問、日本介護経営学会理事。2014年3月より内閣官房社会保障改革推進室長。著書『地域包括ケアの展望』(社会保険研究所、2013)。

地域連携の1つのポイントで、今話題のオランダの Builtzone (ビュートゾルフ*) はとても参考になりますね。

宮島 日本はもともと、それぞれ職種ごとのたこつぽ文化だから、横に広がらない。最近では、そこから脱却して活動するところも少しずつ増えてきているようですが。

地域マネジメントの 主体としての役割を

宮島 今年の法律改正で、「病床機能情報報告制度」ができます。病院の機能強化と分化というのは、もうある意味で完成していくわけです。2年後ぐらいから本格的になります。

そうすると多くの高齢者が在宅に戻ってくる。

それをどう受け止めるのかということ、地域で考えていかざるを得ないということです。そのツールとして、行政では地域包括支援センターを全国に4000か所ぐらい、プランチも入れて7000か所、これをいずれ1万か所、中学校区に1か所ぐらいずつ、ケアの拠点としてつくっていく考えです。

もう一方で、在宅医療連携拠点というのを市町村に1つ、または人口10万人に1つぐらいのイメージでつくっていきます。ここで医師や歯科医師、薬剤師、看護師、リハ職などの医療職が、地域包括支援センターがある中学校区ごとに配置され、それぞれの地域包括ケアをつくっていく。すでもうモデル事業で始めています。

つまりこれは、中学校区ごとに医療系の担当者を決めていくということであり、そのために必要な養成をすることだと思っています。すでにあるわけではなく、医療のほうもこれからやってもらう人をきちんと決めて、しっかりやっってもらいたいというところがあります。

それで地域の医療課題解決を図って、地域医療再生基金を都道府県につくってやっていきたいと思います。という体制もできてきたのです。

訪問介護やデイサービスはすでにあります。これらとマッチングさせて、今度は地域包括支援センター単位でどう進めていくか、という話になると思います。

高橋 事業単位は小さくていいが、事業規模は大

きくしないと安定したものにならない。私はそれを「ブドウの房」型組織化と呼んでいるのですが、ビュートソルフなども参考にしながら、日本で地域包括ケアの体制づくりのなかで議論すべきです。そうになると、訪問看護ステーションの「管理」というのは、単に労務の管理ではなくて、地域マネジメントの主体としてのイメージをそろそろつくらないと、2025年に間に合わない。

看護と介護はセットで地域のプラットフォーム化を

高橋 今後展開が期待されるのは、東京都新宿区の訪問看護ステーションがお屋敷を無償で提供してもらって、複合型サービスの拠点をつくりました。秋山正子さんの暮らしの保健室もそうですが、訪問看護ステーションが新しく進化しているということ。また、福岡県久留米市のホームホスピスたんがくの家も、訪問介護ステーションをもった複合型サービスをつくりました。こういう新しい事業モデルはいまの介護報酬体系を上手に使えばあつという間に成立するようになっていくのですが、なかなかできない。

宮島 看護職でも嫌がる人は多いようです。私が老健局長のときにいちばんこだわったのは、24時間定期巡回・随時対応型訪問介護看護です。とにかく看護と介護をくっつける。複合型サービスもそのひとつです。いつまでも別々にやっていくわ

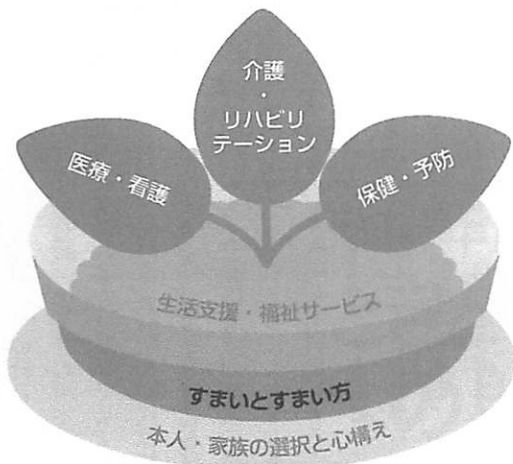
けにはいかない。高橋 それぞれの役割を創造的に組み合わせるという発想を、政策と実践の双方から本気でつくりたいといけませんね。

宮島 その話でいうと私は、基本は、介護福祉士のほうが看護職に寄っていくと思っています。介護福祉士教育は、日本が2年で身体介護と生活援助を学ぶのに対して、ヨーロッパでは、基礎的な医療ケアやリハも併せて3年かけます。それは看護師ほど専門性はなく、浅く広くやります。そうして病気についても、介護福祉士が患者や家族と会話が成り立つようにしています。さらに、インスリン注射も、褥瘡も軽いものであれば介護職がやります。今後、在宅で医療的ケアが必要な人が増えてきたときに、そういう状況を、ある程度つくっていくか無理だと思えます。

高橋 訪問看護師は、自分の業務を病院での看護の延長線上で、わりと画一的で固定的に捉えてきました。現実の変化のなかで従来の発想を解放し、「訪問看護の再定義」というのを、ぜひ地域包括ケアの文脈のなかでもう一度していただきたいというのが私の気持ちです。

宮島 在宅ケアには訪問系と通所系があります。通所系がデイサービスだけというのは少しさびしいので、「暮らしの保健室」のような看護が行なう通所系は、考えられないことはないでしょう。ただ、そのときに大事なものは、小さくつくるのではなく、通所系の看護師がいるナーシングセン

図◎地域包括ケアとは*3



ター、そこには介護職もいるし、訪問看護もそこから出るようにするなど、もう少しトータルにくくっていいか、ということです。

そうすると、看護師さんが健康相談に応じてくれる一方、デイサービスのようには1日預かりをし、そこにはリハ職もいてリハもやってきて、そこからリハ職も看護職も介護職も訪問に出ていくとか、かたちからしてトータルに物事を考える。私はそういうイメージです。ただ、多職種連携は、連携図鑑みたいなになると、そのうちギブアップしてしまうのではないかと危惧があります。

高橋 多職種連携を教科書的に捉えてしまうと、やくざの仁義の切り合いみたいになるわけです。たとえば「顔の見える関係」というのが、東近江

地域医療連携ネットワーク研究会、いわゆる三方よし研究会のキーワードです。市民も含め、行政、医師会、病院の医師、看護師、薬剤師などの保健医療職、施設、在宅の介護職など、多職種の専門職が、月に1度集まり、何かあると、前振りなしで「あれ、どうなってる？」という会話が成り立つ関係ができる。これは地域のプラットフォームになっています。

宮島 地域のプラットフォームをベースにして専門職が動くかたち、というのがどうしても必要です。地域包括ケアのイメージ(図)はいま、鉢の形になっているでしょう。お皿があつて、本人と家族の選択と心があつて、住まいがあつて、それから土壌に生活支援・福祉サービスがあつて、そこに医療・看護、介護・リハ、保健・予防のつてくるという。専門職は外から来るのだけど、土壌の部分の、その人の地域での生活が成り立っているところをどう形成していくのか。それがないと、専門職が活きてこない。

2025年に向けて「訪問看護師」の再定義を

宮島 2025年に向けて、看護教育のなかで「訪問看護」をもう少し意識したほうがいいのかなと思います。病院のなかで高度な技術を身につけていくといっても、それはあくまでも診療の補助なのです。そのために特定行為を決めて、研修・

研鑽に励むということはあつていいのだけど、もう1つ、地域に出ていって地域のケア体制の中心に立って、自分たちがやっていく、そのときに必要な看護師の資質は何だろうか？ということをもう少しまともに議論してもらわなければならないと思います。

訪問看護師は、とてもいきいきと熱心にやっているのだけれど、自分たちがこれから担っていくことは何か、そのためには何が必要か、これまで躊躇してきた「あと一歩」を踏み出さないといいなと思っています。

もう1つは給料の話。訪問看護は病院看護より低いでしょう。これは診療報酬改定での今後の議論ですが、それにつながることで、訪問看護がどういうものなのかを利用者が理解できるようにしていくことは大事です。ジレンマなのは、訪問看護の報酬を高くすると、介護職だけを頼っていたときより高くなってしまつて、利用者は「訪問看護師が何の役に立っているかわからない」というふうになるといことです。介護職のほうが身近ですから。

高橋 利用者は、訪問看護師にも介護の役割を求めてしまう。しかし、そうすると当然、1割負担に跳ね返るから、「訪問看護はけっこうです」ということになる。だから、どうしても協働・連携のあり方を考えざるを得ない。この「れんけい」は、「携える」の「連携」ではあるけれども、「繋ぐ」の「連繋」のほうがいいのではないかと、私は最

近は思っています。ケアのレベルでの統合と連携という議論はまさに訪問看護師の業務の再定義のなかで、必ず追求されなければいけないでしょう。

また、客観的に状況を見れば「病院の時代は終わった」という猪飼周平さん（一橋大学社会学研究科教授）の話ではないけれど、看護師養成が病院の時代の拡大再生産型の方向だと、さらにミスマッチが拡がってしまう。7対1入院基本料の話もそうですよね。実はものすごいミスマッチが起こっている。これは現場の人の問題もさることながら、トップリーダーたちの意識の問題でもある。

宮島 看護師の向く方向を、自らどう考えるのかということがいちばん大きいと思います。いわゆる特定看護師の議論のときのアンケート結果で、「自らの行為に責任をもちたくない」といった意見がけっこうあったのでびっくりしましたが、在宅だと、ケアの責任は当然看護師がもちます。診療所の医師は、必要に応じて訪問するというのがぶついで、その時々判断するのは看護師。だから看護師に医療の判断が求められるわけです。それは、診療の補助で行なっている看護とはまったく違う。

私は、日本看護協会にも話しているのですが、「診療の補助」と「療養上の世話」の間に「療養」という言葉を入れたらどうかと。診療の補助というのは、ある程度の高いレベルの医療行為を医師の指示のもとでやるから診療の補助。療養上の世話は、いわば介護。療養上の世話は業務独占だと

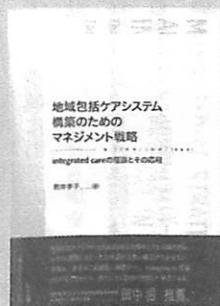
いわずに、その間にむしろ「療養」として日常生活の医学管理——看護管理をし、自らの判断で行なう医療行為の類型というのを考えて独立させ、「看護師がやれる医療行為だ」というぐらいのところまで、話を進めたらどうかと思っています。外国ではすでにそうなっているのではないかという気がしてしょうがない。ナースプラクティシアンは少なくともそうですね。

高橋 その議論でいうと、最近よく「医療モデル」から「生活モデル」へといわれますが、あれは少し違っていて、「医療モデル」があつて「療養モデル」があつて、それから「生活モデル」があると思うんです。療養モデルには、従来型の施設・病院モデルと、生活モデルに支えられる在宅療養モデルがあるのです。すなわち、「ロングタームケア」という領域を再編するという議論だと思っています。

宮島 そこを看護がやればいいのではないかという話です。だから、ナーシングホームがある。両方の領域にまたがっている領域だから看護師がやるべきなんですよ。

高橋 医療モデル、療養モデル、生活モデルの三元化ですね。そうすると、これまでの話が非常にすつきりします。しかも、それが療養病床や介護施設ではなくて、療養する住まいになるわけだから。そうすると、訪問看護師の再定義の議論に必然的につながるはずですよ。

Recommend Books



地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略——integrated careの理論とその応用
筒井孝子=著 中央法規出版
定価：本体 3000円＋税



地域包括ケアの展望
宮島俊彦=著
社会保険研究所
定価：本体 1600円＋税



地域連携論
——医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援
高橋敏士・武藤正樹=編
オーム社
定価：本体 3200円＋税

引用・参考文献

- *1 筒井孝子：地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略——integrated careの理論とその応用，中央法規出版，2014。
- *2 堀田聡子：ビュートゾルフ解体新書，19(6)，440-448，訪問看護と介護，2014。
- *3 地域包括ケア研究会（田中滋座長）：持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」，2013。
- *4 福井小紀子ほか：特集「新生在宅医療・介護元年」の成果と展望——“つなぐ機能”を育んだ「在宅医療連携拠点事業」，19(1)，16-62，訪問看護と介護，2014。