

# 地域包括ケアシステムと 連携論の「哲学」

国際医療福祉大学大学院教授・高齢者住宅財団理事長 高橋紘士氏への取材から(その1)

フローラリスト・佐藤 幹夫

## 「地域包括ケアシステム」を どこから考えるか

前号まで現場の医師や看護師の方がたに、自らの地域包括ケアシステムの実践やその基本的な考え方(哲学)を伺ってきたのだが、今回は中締め的に、なぜ地域包括ケアシステムなどのかのように運営することでよりよいものになるのか、といった点について、もう一度整理し直そうと考えた。そこで知己をいただいて5年以上になる、国際医療福祉大学大学院の高橋紘士教授にお話を伺うことにした。氏は、「地域連携論」「地域包括ケアシステム

などの編著書をもつ、この領域の第1人者である。

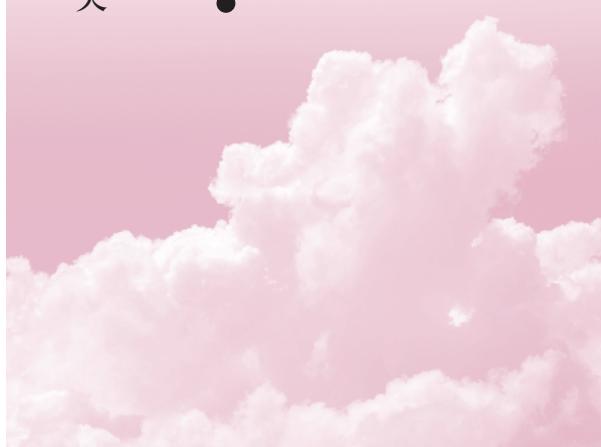
地域包括ケアシステムについて、その基本的な考え方——どうして、なんのために、どのようないいお話を伺いたいという筆者の(風変わりな?)リクエストに対し、高橋教授は最初に次のように答えられた。

「いわゆるキュア(治療)からケアへ、という流れがありますね。これまでの疾患モデルでは1つの病気をどうキュアするか、と考えてきました。病院のなかでは患者といつも「もの」でいいですし、やがて患者ではなくなり、生活者・ひとに戻る。そして再び急性期の病になつたら患者になる。といふが、ロングタームケア

(長期ケア)の世界は多疾患モデルであり、患者という「もの」ではなく、生活のなかにさまざまな病気や障害を多様に存在させながら生きていく「ひと」ですね」

こうした考え方があらわれてきたことが、まず背景にあるという。治療者が支配的ではなくなると、どういつサポートが必要なのかという議論が、連携とは何かという話になつていく。そう高橋教授は続ける。

「医療者にはさまざまなお顔があり、医科学者、医療技術を適用して治療を行う人、医療経営者など……、いろいろな面があるが、医療だけではなく、生活を支援するという役割もあります。さらに医療そのものが専門分化して



いるから、チーム医療といわれるよう」、「分業と連携がある。地域で医療を受ける生活者がうみると、医師だけではなく、自分が地域で生活していくための多様な資源が必要となる。利用者をつなぐ多様で多層的な支援のネットワークが必要になりますから、連携が必要となる。そういう文脈のなかで連携論が語られる。それに尽きるでしょう。医療だけの世界から多職種ネットワークが求められる」

「つじょう筋道だらう」と云ふ。そしてすぐに



地域包括ケアシステムの中締めとして高橋紘士教授に話を伺った。

次のことをつけ加えた。

「ターミナルケアもそのです。日本の場合は、死の問題というとすぐに終末期医療の話になります。医者がリードし、医者が支配する死という話になるけれども、そうではない。死は「ひと」のものであり、医療のものではなし。そのことを見たまえて、連携をどうじつふうに考えたらいいのか。」今までが導入的なレスポンス(答え)ですね】

## 「三方よし研究会」 (東近江地域医療連携ネットワーク研究会) について

そしていくつか、先駆的に取り組んでいる現場の話題になつていった。これも筆者のリクエストだった。東近江の「三方よし研究会」には取材に行かれたか、と尋ねられ、まだ伺っていないと答えると、「毎月第3木曜日に例会を開いているので、ぜひ参加してみたりよいと推奨する。筆者は身を乗り出した。

「三方よし研究会」というのは、売り手よし、買手よし、世間よしとう近江商人の家訓からきています。売り手は事業提供者・医療

サービス提供者。買い手は、患者さん、市民、生活者、利用を求めている人。そこに「世間(地域)」という概念が入つて、そこが大変重要です。「三方よし」というのは、利を上げるのではなく、利が世間のいろいろなものを使ってしまうようでは困る。いまの市場主義は、売り手と買い手しかいないくて「世間」がない。世間という第三者が入っているのが近江商人で、それちなんできただ多職種連携の研究会です。世話人代表が小串輝男先生】

連携のときに長(トップ)の人たちが集まつて連携会議をやる。しかしそれだけで連携になるわけではない。現場での具体的な問題を解くために、それぞれの、どういう知恵や知識や力が必要か。具体的な個別課題の解決のために何が必要か。

「専門職や当事者が入り、家族が入り、地域も必要です。『三方よし研究会』は、そのためのプラットフォームになっています。それぞれが顔を見知つていて、あの人がどういう人かを分かつていて。すると、個別課題を解決するときに電話一本かけねばすんでしょうね。それが本当の連携だといえます。チームはすでにできています。前置きは要らないわけです。協働

「『ぞじゅう』と『死ぬ』との尊厳に向き合つたために

## 高齢者医療・介護の現場から

関係がいつでも結ぶるよつて、いつも培つていなければならない。それが「三方よし」の研究会のものすべく面白いといひのです

そしてチーム永源寺の話になつた。滋賀県東近江市永源寺高野町に永源寺という名刹があり、その地域が5800人くらいの規模だといつ。そこに永源寺診療所があり、「三方よし研究会」実行委員長の花戸貴司医師が所長を務めている。

「地域では、在宅看取りが5割を超えています。今日はいろいろなことがあつたかといつ花戸先生の診療記のようなものがメーリングリストに出ていて、拝見すると、専門職が情報と経験を共有し顔の見える関係ができるといふ。薬剤師さんが大活躍ですし、お坊さんも入っています。花戸先生は、通常は月に1、2回ぐらいしか訪問診療にいかない、急を要するときはいつでも訪ねるし、普段はチーム永源寺の連携チームの訪問介護・看護が訪問する、それで充分だといいます。すると医師の役割は、その人の生活のなかで相対的に小さくなる。生活の邪魔しないことが医者の要諦だ、と花戸先生はおっしゃるのです」

高橋氏には印象に強く残つてゐることがあつた。30年前、兵庫県洲本市五色町(淡路島)に松浦尊磨医師を訪ねた際、いひではカルテ・看護記録、介護記録などが全て1ファイルに統合

されており、その最初に「～～さんのねがい」と記していた。その理由は、これがあるから協働できるのだ、とのこと。医者がリードするのではなく、「～～さんのねがい」のためにケアに関わるチームは何をしたらいいか。それができるためには、フロットな関係で議論ができる

創の痛みが取れて安眠がしたい」「長く世話をかけた妻と一緒に温泉旅行に行きたい」などといったもので、疾病の治療ではなく、生活上の願いだった。するとそれの役割が相対化でき、そこで活発なディスカッションができるようになる。

「これは、連携の極意ののようなものではないかと思うのです。誰かが指揮したり命令するのではなく、本人中心主義です。それはわがままかもしれないし、理に合わないものかもしれない。でも「ねがい」があると、それぞれの知恵を出し合える。そう松浦先生にいわれたことが、その時から心に残つてゐる。それが「三方よし」に行って、改めて、やはりそうなのだとと思ひました」

## 何のための連携か

何のための連携か。連携のシステムを作ることが目的ではない。あくまでも、その人の「生

病老死」を支えるためであり、人生の目的を実現するための連携である。

「サーバント(servant)」という言葉があります。奉仕する者。これが専門職のベースでしょうね。奉仕する者は、専門職のベースで、専門職とは、人の「生老病死」を支える。専門職とは、人の「生老病死」を支える目的のために奉仕する存在であり、連携はそれを実現するためのものです。自分がすべてを支配し、仕切り、この人を治してやっているのだと、このことではなく、多様な職種の人たちが集まつたチームのなかで、ある役割を担つて仕事をしてゐる。生活の願いを実現するための存在として、専門職は関わつてゐる。サーバントです。そう考へれば、連携は、連携どころではないはずなのです」

しかし、日本はいまだ医師を頂点とした身分制専門職を脱していらない。どうやって横のフロットな関係にするのか。

「連携は縦の関係ではないはずですが、たまたま同じ程度の力がなければ縦の関係になってしまつ。現場現場で力量を發揮するモチベーションがあって、初めて連携は可能です。ぼくは、『悔い改めた医者』と呼んでいるのだけれど(笑)、悔い改めるところは神との関係ですか。レスペクト(respect)なのです。仕事にレスペクトがあるかむづか。日本語でいえば、あなたはお天道様に恥じない仕事をしてゐるか、といつういい方がありますが、それがあつて、力

量が見合ったのかどうか、という問いかけを

つねに含みながら、専門家は仕事をしなければいけない。そうぼくは思います」

介護職は逆に、自分たちは低く見られていて、と考えてしまう。それをどうやってフラットな関係にするか。力をつけてではなくなりし、自分たちのモチベーションを上げていかなくてはならない。それが連携の前提にある、関わりの意識だらうといふ。

高橋氏は、やはり感銘を受けた医師として、公立みつぎ総合病院の山口昇医師の名前を挙げた。

「山口先生は、70年代に始まった地域包括ケアの元祖ですね。自分が手術をした患者さんが治療を終え、「先生、ありがとうございます」と帰っていく。ところが1年経ち、2年もすると、認知症や寝たきりになつて再び入院していく。普通の医師は、自分が手術をした患者さんのその後はみないわけですが、山口先生は、全力を尽くして命を救つた人がこういうふかたちで戻つてくるが、これはどうしてなのかと考えたというのです。そして退院した患者さんの予後がどうなつているか、すべて調べさせた。それが寝たきり老人の発見につ

ながります」

何のために全力で治療をしたのか。その人が、自分の人生を全うしたいという願いがあるからだ。そのことに気がついた。

「人生を全うするための医療でなければならぬのに、自分は認知症や寝たきり老人を作ることに加担してきたのではないか。それならどうするか、どうといふから、予防・治療・リハビリテーションといつゝこれまでの医学の流れだけではなく、介護や福祉の重要性に気付いていった。山口先生の卓見は、そこに住民参加を入れたことです。『病院の時代』のなかで、いわゆる地域包括ケアという考え方を紡ぎ出してきたというのは、ほんとうにすごいことです」

それが2005年の厚生労働省の高齢者介護研究会で、介護保険は保険給付だけではなく継続的なケアへの対応も必要になる、そうなると、介護保険で完結できず制度横断的に地域で対応するという話につながつて、地域包括ケアシステムの導入へと至る。

高橋教授のお話は、専門職によるケアの連携から、制度間の連携へ。地域との共同へ、と進んでいく。次回、お伝えしたい。

「老いる」と「死ぬ」との尊厳に向き合つたために  
高齢者医療・介護の現場から

### ■さとう・みきお(フリージャーナリスト)

養護学校教員を経て2001年からフリージャーナリストに転身。著書に「自閉症裁判(朝日文庫)」「17歳の自閉症裁判(岩波現代文庫)」「自閉症の子どもたちと見てきたこと」(洋泉社)、「ルポ 高齢者医療―地域で支えるために」「ルポ 認知症ケア最前線」(ともに岩波新書)。近著に本連載が基となる「ルポ 高齢者ケア―都市の戦略 地方の再生」(ちくま新書)のほか、「知的障害と裁き」(岩波書店)など。

### 『ルポ 高齢者ケア――都市の戦略、地方の再生』



高齢者に対するケアは、大都市圏では独居高齢者や生活困窮高齢者の増加、地方では人口減と市街地の限界化という深刻な問題を抱えている。本書は、各地で奮闘し先進的な取り組みを進めている人びとを取材し、その答えを追い求めていく。また、東日本大震災の被災地取材を通して、地域医療、生活困難者支援の未来を考える。

- 佐藤幹夫 著
- ちくま新書
- 本体800円+税

国際医療福祉大学大学院教授・高齢者住宅財団理事長 高橋紘士氏への取材から(その2)

## 地域包括ケアシステムと 連携論の「哲学」

フリージャーナリスト・佐藤 幹夫

### 地域連携とこれからの医療

いう位置づけをされているか、自分たちの仕事の意義や意味をしっかりとアイデンティファイ(確認)するためにも、よく考えてみなければならない」ともいう。

「今までは専門職間の連携の話だったけれど、これからは制度間の連携がテーマになります」。国際医療福祉大学大学院の高橋紘士教授(高齢者住宅財団理事長)は、そう切り出しが始めた。

高齢者や障害者の長期ケア(ロングホームケア)の問題は、日本の経済成長が成功したからこそ起きた結果である、とこう述べる。「現在、思ったほど効果のある経済政策を打ち出せず、社会保障の拡充に大幅な財源の手当ができるに至るとき、ケアの仕事がどう

アの質を一気に低下させかねず、その現実は、医療の負担増となつて跳ね返つてくる。高橋氏はさらに、生活困窮にある高齢者、独居高齢者などに対し、都市から地方に移住させるという現象が、さらに拍車をかけることになると危惧する。それは都市問題だといわれるが、地方と大都市は連動しているのだから、複眼的に、両方をみていかなくてはならない。例えば夕張市。

「森田洋之さんという医師がいます。夕張診療所の2代目の所長だったかたです。「社会保障旬報」の2014年11月1日号(No.2584)に、夕張の高齢者について、データを駆使しながら、病院がなくなつてから夕張また、高齢者の側にあつてもそうだろう。ケ



で何が起きたかを論じています。実は住民が幸せになったのです。疾病構造が変わり、死亡率が減り、老衰死が増える。医者に頼れないと覚悟した途端、セルフケアと互助が活性化し医療への依存が低くなつた。そしてみんなが健康になつていく。そういう報告です。これはすばらしい示唆的でした」



前号に続き国際医療福祉大学大学院教授の高橋紘士氏から、地域包括ケアシステムにおける医療や介護など制度間連携について聞いた。

現在の夕張の姿を地域医療の1つのモデルとして発信したい、と強調する。

そして高橋教授の話題は、福岡県大牟田市の白川病院のことへ移った。

「白川病院は、昔は、「棺桶に入らないと出られない」といわれるような病院でしたが、そこに30歳代の若いソーシャルワーカーが入り、地域づくりをしたのです。地域に、自治会をベースにしながらNPOをつくり、生活支援をする。地域の高齢者は外に出かけ活動する機会が増えるわけですから、社会参加にもなる。そして空き家を借りて、白川病院に入つてお年寄りを退院させ、そこへ入居させていくのです。在宅退院率が30パーセントを超えた。病院は回転率が上がりますから、診療報酬が改善されます。看護師やスタッフは、自分たちはこの患者さんを退院させるために支援をしている、と考え、積極的に地域と協働するようになります」

空き家を借りて一人暮らしをしている高齢者には、生活保護を受給する認知症の人も含まれている。同じ住居の広間を使いたまり場をつくり、見守りを兼ねてスタッフの誰かが毎日顔を出す。地域の人たちにとっても、それは実は介護予防活動にもなる。そつやつて地

域と病院にウインウインの関係ができるべく。これは連携の「アウトカム」だ。そう高橋教授はいつ。

「地域との連携を図つていいく」とにより、病院のあり方が変わります。地域の人にとって遠くの「あの病院」だったのが、「私たちの病院」になる。白川病院は療養病床が多い病院なのだけれど、近隣の急性期病院からみたら、あそこへ入れれば地域に出してくれるということが分かるからどんどん送りこんでくれる。白川病院は、病床の回転率が上がる。収益が改善され、それを使ってサービス付き高齢者住宅をつくりたり、いろいろな地域展開ができるようになつたのです。多くの病院はバリケードを張つたように閉じこもつてゐるけれど、白川病院のような地域との成功モデルが現れてきた。これは学ぶべきですね」

高橋氏は、病院が地域と協働する、地域と連携する、地域に支えられる。これが連携のポイントであり、介護老人福祉施設のような介護施設でも同じだ、といつ。

### 施設系介護のあり方と連携

そして、ホームホスピス宮崎「あささんの家」

について述べ始めた。NPOの理事長は市原美穂さん。前身は1996年からつくりたホスピスだった。生活の音やにおいのなかで看取りを迎える、そんな場としての「もう一つの家」がコンセプトだという。既存制度の枠組みにはないものだったので、当初は行政の理解を得るのが難しかった。しかし今では、宮崎市は利用者の家賃の半額を補助しているという。

ホームホスピスとはいって、とくに家族がない人には支える仕掛けが必要であり、「かあさんの家」では、その仕掛けによって生活機能とここが回復するケア、「魂を呼び起す」ケアアガなされている。冒頭をつけている人が、温泉にいつたり普通の生活に戻り、見違えるような表情やしぐさを取り戻すようになったといふ。

「そのためには、専門チームとのネットワークリをつくらなくてはならないのだけれど、逆に、いいケアが行われている現場は、インフォーマルとフォーマルなサポートが、場としての居所も含め(ぼくは、とも(共、伴、友、暮らし)、といつてじるんだだけれど)、混然一体となっています。生活の全体性というのはそういうものですね。生活のなかに制度を超えたいろいろな専門サービスが入っている。これが連携の究極的な姿です。サービスを提供す

る側にそういう目標があるかどうか。しかし現状は、専門性が逆にインフォーマルな互助の関係性や自助を、つくれなくしている」

制度を超えて、コンセンサスや合意をどうつくるか。それぞれの役割や仕事が、全体のうちに貢献しているのか。活動している人たちが、それを感じ取りながら活動できているのかどうか。それが連携の基本的な条件であり、連携には完成形というものはなく、いつも現在進行形である、と高橋教授はいう。

それから話題は施設介護の話に移った。

「埼玉県和光市では介護予防に一貫して取り組み、要介護認定率が全国の約半分の9%台になりました。とりわけ75歳以上の後期高齢層の認定率は、全国平均からみると15ポイント近く低いのです。その結果、施設や病院に依存しない地域になり、来年度からの第6期の介護保険料は、ほとんど据え置きというお

じごくべきことがおこりました。なぜこのようないいケニアが行われている現場は、インフォーマルとフォーマルなサポートが、場としての居所も含め(ぼくは、とも(共、伴、友、暮らし)、といつてじるんだだけれど)、混然一体となっています。生活の全体性というのはそういうものですね。生活のなかに制度を超えたいろいろな専門サービスが入っている。これが連携の究極的な姿です。サービスを提供す

約4・7%になり、ドイツやイギリスと比べると1ポイント近く高いことが、ある国際比較研究で明らかになったそうだ。日本は世界で最たる施設病院大国だという。それでも施設が足りない施設が足りないというが、どうしてなのか。高橋氏は次のようにいう。

「結核病院が精神科病院になったり、療養型病院になったり、医療が病床維持型の構造になりました。そして病院は、生活の場、つまりは住まいとしての代替をはたしてきたわけです。産業もそうです。高度成長時期の社会保障給付費は、病院や施設の建設費になり、その資金が、建設業に流れていきました。そうしてあまり指摘されませんが社会保障費が地域経済を設備投資によって支えるという構造になつたのです」

大都市の要介護高齢者を、地方の介護施設に誘導する政策が産業力競争力会議から提案されているが、高橋教授は「人間の生の営みを、物流か何かと間違えているのではないか。そこには大いなる勘違いがあるように思えてなりませんね」とそつ強調する。

高橋教授はいう、「社会的入院というのは病院が治療の場ではなく、病院以外でおこなわれるべき療養の場になつていることです」介護施設(介護老人福祉施設、介護老人保健施設(老健)、介護療養型医療施設)に3カ月以上の医療機関入院を加えると、65歳以上人口の

## 地域連携論のもう一つのメッセージ

なぜここまで施設依存、病院依存になつたのか。直接には1973年の老人医療費の無

料化が大きな契機になつてゐるが、高度経成長の成果、あるいは経済成長そのものにその原因が内在されていた、というのが高橋教授の見解だった。

「高度経成長時代には、農村では現金収入が不可欠だったから、急速に兼業化していくます。専門は家族がいなくなる。当然、農家の高齢者は日中独居になつていく。一方で生活水準の向上そのものが、高齢者の長期ケアの土壤を形作るわけです。50～60歳代で肺炎などの病気で死んでいた人たちが、自宅の窓がアルミサッシになり、炭が石油になり、羽毛布団になり、トイレにまで暖房が入るようになる。長寿になり、寝たきりを可能にする条件になつていった。そして大量の障害をもつた高齢者を生み出していくわけです。経済成長が大成功を収めたからこそ、現在の超高齢化と呼ばれる社会があるわけです」

さらにいう。市場主義経済は無限の消費を前提にしているが、それはありえないことだ。バブルはじける。だから無限の消費を前提としたのはじける。だから無限の消費を前提とするのではなく、ケアや連携の基本条件をどう深く考へ、人間が協業と分業で生きていることだということを、生きる最大の価値として取り戻していくか。医療やケアは、利潤を運んでくる「物流」ではないのだから。そう高橋氏は指摘する。

無限に消費行動が可能となり、経済成長の右肩上がりもまだ続可能である、とうな考え方は、根拠の乏しいファンクション（幻想）なのではないか、と筆者は考え始めている。生産性や効率性が、人間として第1義の価値であると求められ、その有用性が声高に評価される。そして成程至上主義。いまこの価値観や社会観は、そろそろ耐用年数を迎えるのでではないか。ひょっとしたら（なかなか外には出てこないが）、少子化が進行する一番の原因は、ここにあるのではないか。

「地域ケア連携システム」の取材をつづけながら、そのようなもう一つのメッセージがあることを、筆者は強く感じ続けてきたのだが、いかがだろうか。

「私が関わってきた「ふるさとの会」や「かあさんの家」などのささやかにみえる地域での活動が、これから潮流を変えていくはずです。「三方よし研究会」も地域を耕している人たちの集まりです。天下国家がどう変わっても、結局は、地域を耕し続ける」とでしか、ものごとは変えられないのです」

ケア、キュア、福祉、看護、医療における地域

連携の問題を通して、そのことを伝えたかったのだ、と高橋教授は最後に述べたのだった。

「老いること」と「死ぬこと」の尊厳に向き合つたために

## 高齢者医療・介護の現場から

■さて、みきお（フリーライナーリスト）

養護学校教員を経て2001年からフリーライナーとして活動。著書に「自閉症裁判（朝日文庫）」「17歳の自閉症裁判（岩波現代文庫）」「ルポ 高齢者医療－地域で支えるために」「ルポ 認知症ケア最前線（ともに岩波新書）。近著に本連載が基となる「ルポ 高齢者ケア－都市の戦略 地方の再生」（ちくま新書）のほか、「知的障害と裁き」（岩波書店）など。

### 『ルポ 高齢者ケア——都市の戦略、地方の再生』



高齢者に対するケアは、大都市圏では独居高齢者や生活困窮高齢者の増加、地方では人口減と市街地の限界化という深刻な問題を抱えている。本書は、各地で奮闘し先進的な取り組みを進めている人びとを取材し、その答えを追いかけていく。また、東日本大震災の被災地取材を通して、地域医療、生活困難者支援の未来を考える。

●佐藤幹夫 著  
●ちくま新書  
●本体800円+税