

第2部：地域包括ケアの深化に向けた諸課題と対応策

講演1「地域包括ケアシステムにおける入院医療のあり方」

厚生労働省 大臣官房審議官

迫井 正深氏

ご紹介いただきました大臣官房審議官の迫井でございます。

私は、前職、前々職の関係から田中理事長や川越教授に大変お世話になっておりまして、診療報酬や地域包括ケアシステムの構築等々、一緒にお仕事をさせていただきましたが、本日はこのような機会を頂きまして、本当にありがたいと思っております。

時間もございませんので、この後に続かれる演者の方々と併せてご理解いただきたいと思います。私のプレゼンテーションは、地域包括ケアシステムを構築していく上で求められる入院医療の役割、すなわち地域包括ケアシステムにおける入院医療の在り方をどう考えていったらいいのか、について15分ほどごく簡単にご説明をしたいと思います。

2枚目のスライドです。これはいろいろな場面のところで使うのですが、現在、医療と介護がどのような課題を抱えているのか、あるいは社会保障全体が抱えている課題は何かというような話について、細々と話をすると1時間ぐらいかけてもおかしくはない内容なのですが、それを一枚で言ってみろという絵です。大雑把に言えば、大きく3つの要素があります。

まず、左上の第一の要素ですが「急激な社会環境の変化」、これはすなわち人口構成の変化によるものです。代表的な要因を幾つか細かい図で示しています。個々にご説明はしませんけれども、大雑把に見ていただくということなのですが、要は「私たちは今激動の時代にいる」という話なのです（スライド3）。本日は残念ながら時間がありませんけれども、今から人口が大きく激減をしていきます。これまでは人口は増えてきました。そして人口構成も変わっていきます。そしてこれらの変化には地域差を伴っている。こういった話が背景になっています。それぞれに重要な内容ですので、学生の皆さんは後日で結構ですが、それぞれについて、ぜひ細かくご覧になっていただきたいと思います。

2点目ですけれども、左の下側、「技術革新と持続可能性の調和」。本庶佑先生が本年ノーベル賞をとられてオブジーボが話題となり、今世の中でプー

ムになっていますね。これまで治療が困難だった悪性黒色腫などの癌に対して非常によく効く薬ですが、一方で、これは非常に高額な薬でもあります。このような革新的で高額な医薬品について、社会保障がこれらを賄い続けられるのか、こういうことがテーマになっているということです（スライド4）。一方で、技術革新は医薬品や医療機器といった話ばかりではありません。ICT やビッグデータの利活用によるサービスの改善、そして現時点では医療保険での評価には至っていませんが AI の導入なども目の前にきています。あるいは、地域での医療情報ネットワーク、こういったことについても考えていかなければなりません。

そして、本日の話題で一番大きな要素が3点目、右上にある「ケアニーズの変化」、すなわち求められるケアの内容が変わってきているということです。これは田中滋先生のお話の中心的な話題にもなったように思いますが、この部分だけは拡大してそれぞれ簡単にご説明することにします（スライド6）。

まず左の上、疾病構造の変化です。昔は感染症だったが今は生活習慣病だというお話、ご案内の通りです。それから、右の上です。今の65歳は昔の65歳ではない、高齢者はどんどん元気になっている、ということですね。

そして、左側の下ですが、これはこの後のお話でも出てくるかもしれません。2つ棒グラフがありますが、その左側、認知症の高齢者が増えている、これが非常に大きな論点です。ここで細かくはご説明しませんが、ご案内のとおりです。そしてもう一つ、その右横にある棒グラフ、赤と青ですが、これも社会の大きな変化を表しているもので、核家族化の進展が独居・老々世帯を増加させている。昔は3世代同居があたりまえでした。今、東京都心では、ものすごい勢いでタワーマンションが出現してきていますが、隣に誰が住んでいるか分からない、という世界です。こういった人間関係が希薄なコミュニティでいかに地域を支えていくのか。昔と明らかに違った世界になってきている。ケアのニーズは明らかに変わってきているのです。

右側の下です。これも本日は細かくご説明することはできませんが、高齢化に伴って罹患する疾患の中には、どんどんと増えていく疾患と意外に伸びない疾患があります。例えば、がんは意外にそれほど大きく伸びていかない。一方で、骨折や肺炎は期待通りと言っていいかもしれませんが、高齢者にとって身近であり罹患しやすい疾患です。こういったケアのニーズが変わってきている、ということを考えなければいけないのです。

これらの要素を踏まえながら、求められる大きな施策としては3つの柱です。1つ目の柱が本日のお話の中心となる「地域包括ケアシステムの構築」です。そして「地域医療構想の策定と実現」、これは入院医療を中心とした医療の提供体制をどう考えていくのかであり、これらを裏打ちするのが「診療報酬・介護報酬の改定」ということになります。

本日のテーマ、「地域包括ケアシステム」をどう考えていくのかという議論の中で今後、入院医療をどのように捉えていくべきか、という考え方を今からご説明したいと思います。

この絵（スライド7）は地域包括ケアシステムを象徴的に表している絵で厚生労働省の資料には頻回に出てきます。ですが、はっきり言ってしまうと、地域包括ケアシステムについて議論をする場面でシンボリックにこの絵を使うことは必ずしも適切ではないかもしれません。現に、田中滋先生はこの絵を一切お使いになりませんでした。

その理由は、私の経験からもよく分かるのですが、1枚の絵で語ろうと思っても、ここにはごちゃごちゃいろいろと書いてあるのですが、これは分かっているような気になってしまうけど、実は何を言っているのかわかりません、と結構言われてしまいます。本当はお時間があれば、このポンチ絵に記載されている個々の要素をひも解いてご説明するべきところですが、田中滋先生のご説明にもあったポイントを拝借しながら、私が好んで使う簡便なご説明として、この絵の上半分に描いてあるのは、プロフェッショナルなネットワークであり、それらを“包括”して医療介護の連携といった捉え方をしているのです。しかし、このプロフェッショナルによるサービスだけで地域包括ケアシステムを構成することはできない。そして、この地域包括ケアシステムの中で最も重要だと言ってもいいかもしれませんが、それは先ほどからずっと話が出ていた、そして、この後も話が出るであろう“地域力”が必要だ、ということです。住民自身が、地域自身が、がうまく組み合わさっていくのが地域包括ケアシステムの重要な構成要素である、こういう話です。

そこで、これらのことを入院医療と結び付けて考える。この絵をいったん立ち止まって考えるのですが、一言で申し上げると今見ていただいた、地域包括ケアシステムは概念なのであって、今日は埼玉でお話をしていますが、東京都心、北海道、沖縄、離島、山間部、さまざまな地域の状況がある中で、概念でしかないの、具体的な関係者の役割はさっき出てきた絵をいくら見ていただいても、“僕たちが何をすればいいのか？”ということとは分からないのです。これが先程申し上げました「分かったような気になるけれども、分からない」という話なのです。つまり何をしなければいけないかという、皆さんで考えてくださいと。ご当地システムなのですという話になるわけです（スライド8）。

私は仕事柄あちらこちらでお話をしますが、最終的にこの話をするに「何だ、丸投げではないか！」とよく言われるのです。

そうなのです。ただ、丸投げに見えるかもしれませんが、“考ええてください”というのがメッセージなのです。それぞれの地域で、本日は埼玉県の方が来られて、あるいは、さいたま市の方もおられるでしょう、それぞれの地域で、自治体で、考ええてくださいと。これが最も重要なメッセージなのです。

では、考えましようとなった時に、私はこの絵を結構使います（スライド9）。

ご当地システムを考える上で、“医療”は右の全体像ではポツンと書いてあるけれども、あまりに簡略化し過ぎていないか、となりますね。そのとおりなのです。医療というのはご案内のとおり複雑系です。開業をされている先生もおられますし、大学病院、県立中央病院、あるいは、長期療養、そしてきょう斉藤先生もおられますが、リハビリテーションをはじめとしたさまざまな機能を担う病院がある連携システムですよ。そして、これらをどう考えていくのかという中に入院医療のあり方があります。

このポンチ絵を使って少しご説明をするにすれば、大きな地域包括ケアシステムの中で入院医療とは何だろうか。一番強調したかったのは、これも田中滋先生から既に提起されているのですが、どう考えていくのかという時に、入院医療について塗り絵をして考えてみると、この絵の中での入院医療は、地域生活全体のステージ、すなわち全体図から見れば、明らかにほんの一部でしかないということなのです。

特に病院の入院医療を一生懸命やっている病院関係者の方々に敢えて申し上げたいのがこの点です。すなわち、入院医療のクオリティを高めるために、全知全能を使ってもものすごい努力をされているので

すが、その一方で入院医療というのは、実は地域生活の局面から見るとメインステージではない、ということ認識して頂きたいのです。はっきりと言ってしまうと、入院医療は生活のほんの一部分、あるいは通過点でしかないのです。地域包括ケアシステムを考えるなら、そのことにまず気付いていただくことが実は非常に重要だということになります。地域住民にとって、入院医療は“アウェイ”、非日常です。入院医療が地域生活の中心ではない。となれば、入院の前、そして、入院の後の地域での生活を考えることこそが重要ではないでしょうか。

このことが、地域包括ケアシステムから見た入院医療の重要な論点だということです。

そうすると、どういったことをやっていくのが地域包括ケアシステムという視点から見た入院医療のあるべき姿かということになります(スライド10)。

まず1点目に、当たり前ですが、これは細かくご説明はしません。クオリティーの高い医療を提供する。“退院した後に優しい”医療を提供する。それはさまざまながんの医療、整形外科、いろいろな分野でそれぞれの診療科の専門家が一生懸命に。このことは医療の分野でやっていただければいいのですが、在院日数を短くするというのも実はそういった要素になります。そして、何よりも重要なのが2点目ですが、入退院支援です。

すなわち、日常生活から入って入院する。そして退院する、地域生活のメインステージに戻るわけだから、どういう生活に戻っていくのかということが非常に重要です。

例えば、こういったことです(スライド11)。外来、在宅それから入院部門に入っていく時にあらかじめいろんなことができる。入院についてのオリエンテーションもそう。それからさまざまなスクリーニング検査もそうです。あらかじめ入院前にやっておく。これらを計画してやっておいて、そして入院をした後、退院に向けていろんな調整をするということなのです。

もうちょっと具体的に言うと、こんなことです(スライド12)。

従来は入院してから空いている病室に入院するようになっていたんだけど、例えば、実は歩行にツエが必要だったのに、入院したベッドは杖を使う方に対する配慮が全然なされていないし、お部屋もトイレから遠かった。だから入院後、杖の使用にも対応できる仕様のベッドに交換して、しばらくしたら部屋が変わる、みたいなことが今までは結構ありましたね。いや、今もあるかもしれません。だけれども、それは考えてみれば、あらかじめ分かっていた

ことなんだと。とすれば、入院する前から、どういったことが求められていて、退院した後にこうなるのだということを含めて考えていけば、さまざまな調整を予め実施することで、入院期間も短くでき、かつクオリティーの高い状態で地域生活に戻ることができますよね。これが入退院支援の重要性であり、地域包括ケアシステム的に見た入院医療で非常に重要な論点となります。

そして、こういった一連の地域生活との橋渡しを重視した入院医療に重点的に取り組む病院が出てきてほしいし、出てきている。それが、地域包括ケア病棟を有する病院の姿です。

すなわち入院医療というのは先ほどから何度もお話をしているように、地域生活に戻るための医療であり、地域が医療を必要とする時の窓口になり得るということです。そうすると、俗に面倒見のいい病院というふうに表示しますが、日常生活的なことをちゃんと病院自体でしっかりと見ていく。そして、大きな手術や手のかかる入院医療は専門病院にお任せすればいいけれども、日常的なニーズが高まってくる社会の将来像を見つめれば、そういった地域との橋渡しとなる入院医療について専門的にやっていこうと。これが地域包括ケア病棟の本来あるべき姿だと思います。こういったことを診療報酬では評価をしてきた、ということになります(スライド13)。

そして、最後ですが、介護医療院です。病院における入院期間が短くなっていく一方で、どうしても長期の療養が必要となる人も出てきます。それは、入院施設ではなく、むしろ生活にフォーカスを当てた療養生活として入院医療を変えていく。それは「入院」というよりも「長期療養」であり、医療と住まいの機能を併せ持つ施設、これを整備する必要がありますよね、となりました。これは介護保険と医療保険における療養病床の再編成の中で、かねてからの12年越しの懸案ではありましたが、このような視点から今回の制度改正で「介護医療院」を創設したということなのです。一連の対応を介護療養病床の生き残り、といった“後ろ向き”に捉えるのではなく、むしろ今後の地域社会で想定されるニーズに対応していく、という“前向き”な対応として捉えるべきであり、これは田中滋先生も常々おっしゃっています。新しいこの介護医療院をいかに活用していくのか。これが、入院医療の在り方を考える視点から、別の側面として出てきた重要な対応ということになります。

これは介護医療院の概念です(スライド14)。これはややビジーなチャートになっていますが、今、お話をしましたとおり、施設系、住まいの要素を持

つけけれども、医療提供の機能も併せ持つという類型をつくっています。右側にあるフロア別の合築、これは従来から可能でしたが、介護医療院はフロア自体に併せ持つ機能を装備している、ということでありこれをいかに活用していくのかということが今後の展開の論点ということです。

まとめです（スライド15）。本日、お話をしてきましたとおり、そもそも社会の高齢化やさまざまなニーズを考えていくと、地域包括ケアシステムの構築においては、生活の視点が重要であるということです。これを医療について考えていくと、医療ではこれまで「患者中心の医療」とずっと表現してきました。しかし、本当に患者さんが中心であると重視するのなら、それは患者さんの「生活」が中心の医療ということではないか、真の患者中心の医療とは患者の生活が中心ではないかと。そのことに気付いていくことが地域包括ケアシステムの構築では不可欠です。

そして、3点目です。本日、お話をしたことですけれども、もう一回おさらいです。まず地域生活を重視して、地域生活という出口を見据えた質の高い入院医療を提供する、そして在宅復帰機能を充実させるということ。そして円滑な入退院支援。これをしっかり果たすことが入院医療に求められてきている、そしてそれらを包括的に提供する「地域包括ケア病棟」という機能をしっかり整備していくことが将来的に求められている。そして長期療養については、生活を重視するという視点で、医療の提供と住まいの機能を併せ持つに施設として特化し、入院医療をとらえ直す必要がある、ということです。

ご清聴ありがとうございました。

埼玉県立大学研究開発センターシポジウム2018

地域包括ケアシステムにおける 入院医療のあり方

2018年10月6日

厚生労働省大臣官房審議官

迫井 正深

※ 出所が明記されている資料等以外の講演内容は、全て演者個人の見解に基づき作成・構成されています

1

医療・介護をとりまく現状・課題

急激な社会環境の変化

- 歴史上も特異な人口激変
- マクロの急速な少子高齢化
- 地域差を伴う高齢化の進展
- 伸び続ける社会保障費

ケアニーズの変化

- 感染症から生活習慣病へ
- 高齢者自身の変化
- 住まいの変化・認知症の増加
- 将来的な医療需要の変化

技術革新と持続可能性の調和

- 高福祉技術の台頭
- ICT、ビッグデータへの期待

対応する施策

- ① 地域包括ケアシステムの構築
- ② 地域医療構想の策定と実現
- ③ 診療報酬・介護報酬の改定

2

医療・介護をとりまく現状・課題

急激な社会環境の変化

- 歴史上も特異な人口激変
- マクロの急速な少子高齢化
- 地域差を伴う高齢化の進展
- 伸び続ける社会保障費

私たちは
今、激動の
時代に生
きている！

対応する施策

- ① 地域包括ケアシステムの構築
- ② 地域医療構想の策定と実現
- ③ 診療報酬・介護報酬の改定

医療・介護をとりまく現状・課題

急激な社会環境の変化

- 歴史上も特異な人口激変
- マクロの急速な少子高齢化
- 地域差を伴う高齢化の進展
- 伸び続ける社会保障費

急速な技術革新と
制度持続可能性の
両立が求められている！

対応する施策

- ① 地域包括ケアシステムの構築
- ② 地域医療構想の策定と実現
- ③ 診療報酬・介護報酬の改定

医療・介護をとりまく現状・課題

ケアニーズの変化

- 感染症から生活習慣病へ
- 高齢者自身の変化
- 住まいの変化・認知症の増加
- 将来的な医療需要の変化

ケアニーズ
の変化は
生活の視点
を求めてい
る！

対応する施策

- ① 地域包括ケアシステムの構築
- ② 地域医療構想の策定と実現
- ③ 診療報酬・介護報酬の改定

ケアニーズの変化

我が国における疾病構造

生活習慣病は死亡割合の約3割

我が国における疾病構造は慢性化から生活習慣病へと変化。

認知症高齢者の増加

患者が65歳以上の単独患者や夫婦のみの患者が増加している。

65歳以上の平均余命の推移

1951 1960 1970 1980 1990 2000 2010 2020 2030

(参考) 入院患者の将来推計 2005年を1とした場合の増減率

脳卒中 がん 心臓病 糖尿病 認知症

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても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、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。

地域包括ケアシステムの姿

※ 地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏（具体的な場合は中学校区）を単位として想定

「地域包括ケアシステム」= “概念” (考え方)

↓

各地域の医療・介護関係者に期待される **具体的な役割は見えてこない**

↓

どのような“ご当地システム”を創るのか **地域で考えることが不可欠**

地域包括ケアシステムにおける入院医療のあり方

病気になるたら

退院したら

生活支援・介護予防

- ・地域の病院、拠点病院、回復期病棟の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

地域包括ケアシステムにおける入院医療のあり方

- ① 質の高い入院医療の提供・短い在院日数
- ② 日常生活との適切な橋渡し（入退院支援）
- ③ ①②の包括的な提供（地域包括ケア病棟）
- ④ 医療と住まいの一体的機能（施設）の創設（介護医療院）

病気になるたら

退院したら

生活支援・介護予防

- ・地域の病院、拠点病院、回復期病棟の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

入退院支援の評価（イメージ）

甲成30年度診療報酬改定 1-3. 入退院支援の推進

病気になる入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す

- ・入院前からの支援に対する評価の新設
- ・「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
- ・地域連携診療計画加算の算定対象の拡大
- ・支援の対象となる患者要件の追加
- ・退院時共同指導料の見直し

【入院前からの支援】

- ・（入院前）に利用しているサービスの利用状況の確認
- ・服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・入院生活に関するオリエンテーション
- ・看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成

【退院時共同指導】

- ・医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする
- ・共同指導が行えなかった時は【情報提供】
- ・療養に必要な情報提供に対する評価について、自宅以外の場所へ退院する患者も算定可能とする

入院前からの支援の機能強化（イメージ）

甲成30年度診療報酬改定 1-3. 入退院支援の推進2

従来

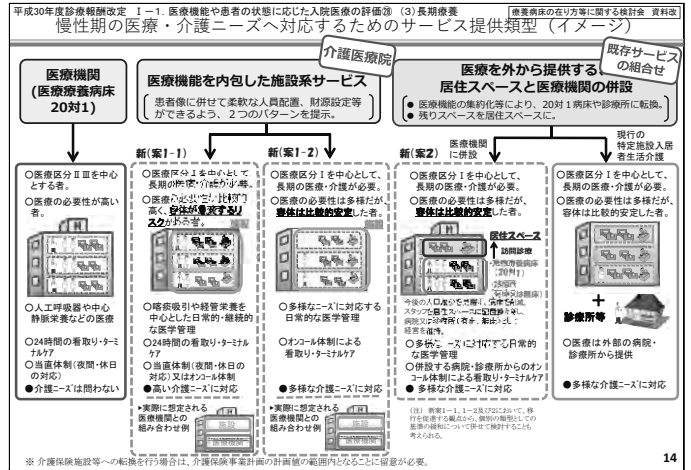
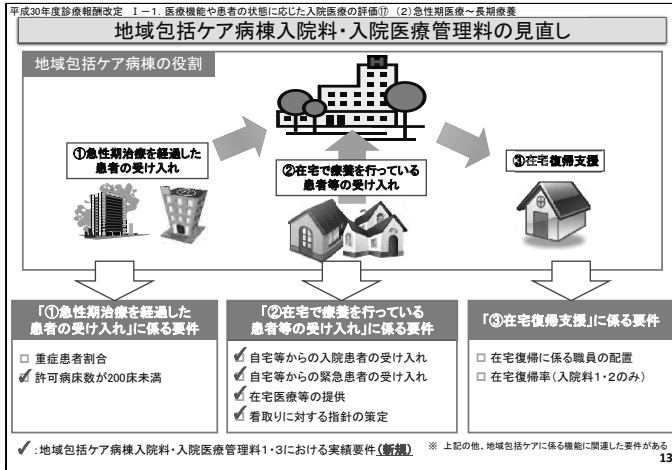
入院前からの支援の機能強化

外来において

- ・入院生活のオリエンテーション
- ・患者情報（入院前のサービス利用等）や服薬中の薬剤の確認
- ・リスクアセスメントや退院支援スクリーニング等を事前に実施

患者は、入院生活やどのような治療過程を経るのかイメージし、準備した上で入院に臨む。

病院は、患者個別の状況を事前にアセスメントした上で患者を受け入れるため、円滑な入院医療の提供等につながる。



- 【まとめ】地域包括ケアシステムにおける入院医療のあり方 ※私見です
- 急速な高齢化の進展と社会環境の変革 ⇒ “**生活の視点を重視**”したケアの提供が不可欠(「地域包括ケアシステム」の構築)
 - 医療においては「**患者の生活を中心とする医療**」(真の意味での「患者中心の医療」)への更なる転換が必要
 - 今後の入院医療に求められるもの(地域包括ケアシステムにおける入院医療のあり方) :
 - 地域生活への復帰**を意識した**質の高い入院医療の提供**(短い入院日数、退院後のQOL重視、リハビリテーションの充実などの**在宅復帰機能**)
 - 円滑な地域生活と入院医療との橋渡し(**入退院支援**の充実)
 - 在宅復帰機能**と**地域生活支援**(入退院支援)の機能を重点強化した**病棟機能**の重視(**地域包括ケア病棟機能**)
 - 長期療養に対応した、**医療提供機能**と**住まいの機能**を併せ持つ新たな施設の展開(**介護医療院**)

ご清聴ありがとうございました

16

第2部：地域包括ケアの深化に向けた諸課題と対応策

講演2「多職種連携・協働上の諸課題と対応策
ーケアマネジメントに焦点を当ててー」

埼玉県立大学大学院/研究開発センター 教授

川越 雅弘

埼玉県立大学の川越と申します。どうぞよろしく
お願いいたします。

本日は、多職種連携・協働上の諸課題と対応策と
いうテーマで、主にマネジメントに焦点を当てなが
ら以下の3点のお話をしたいと思います。

1点目は、多職種連携や多職種協働が求められて
いる背景は何かという話です。

2点目は、ケアマネジメントの現状と課題を整理
しながら、どこの部分を機能強化しなければいけな
いのかといったポイントの解説です。

3点目は、課題の改善、ないし解決策についてで
す。現在、課題解決に向けた研究活動を進めていま
す。1つはアセスメント部分の機能強化、もう1つ
は課題解決策の多様化の促進です。この2つを現在
展開しておりますので、どのような取り組みを行っ
ているか、ご紹介していきたいと思えます。

それでは、1点目の多職種連携や協働を求められ
ている背景について解説します。

先ほどの田中理事長の講演の中にもありましたが、
今後の人口動向の特徴は「85歳以上人口の急増」
にあります。2015年時点で85歳人口は494
万人、総人口の3.9%ですが、これが2040年
には1,024万人にまで増加し、総人口の9.2%
を占める状況となります。総人口の9.2%とい
うことは、約11人に1人が85歳以上というこ
とです。ただし、この年齢層は、その後も増えてい
って、2065年には1,151万人、総人口の13.1%
にまで増加します。したがって、50年後には約7
人に1人が85歳以上といった、超高齢化の時代
に入っていくこととなります。

ここで、2015年時点の各年齢階級別人口を1
00とした時の2065年までの人口の動きをみま
す。0～14歳人口をみると、これから50年間か
けて4.4%減少していき、15～64歳という
医療と介護の分野で働かれる方々の人口も約4割減
少していき、支え手側の人口が減少するため、
医療・介護人材の確保が重要な政策課題となってい
る訳です。

一方、高齢者ですが、65～74歳は今後減少し
ていきます。75～84歳は2025年まで増加し
ていきますが、その後減少し、増減を繰り返しながら
2065年には2015年に比べて4%の減少と
なります。特徴的な動きをするのが85歳以上で、
団塊の世代の方が全員85歳に入る2035年まで
急増します。そして、全員が90歳に入る2040
年に年間死亡者数がピークを迎えるため一時的に8
5歳以上人口は減少していき、その後、団塊
世代のジュニアの方が85歳以上になってくるので、
また2060年頃まで増えるといったことが起ります。
2040年には約11人に1人、2065年には約7人に1人が85歳以上と
いった、超高齢社会に入っていくというのがこれからの人口動向の特徴
です。

問題は、こうした85歳以上の方々が、どのよう
な医療・介護ニーズを有しているかです。これら8
5歳以上の方々の有するニーズに対応する仕組みと
して「地域包括ケア」や「地域共生社会」の構築が
謳われているというふうに理解しておく必要があります。

それでは、85歳以上の方々はどのようなニーズ
を有しているのでしょうか。現在、85歳以上の約
半数は介護保険サービスを利用されています。また、
慢性疾患をお持ちの方、中には、複数の慢性疾患を
有する方も多くいらっしゃいます。したがって、1
つの疾患だけをみていけば対応できる世界ではなく
なっていくということが今後起こってくる訳です。

このように、総人口及び生産年齢人口が減少する
中での、医療と介護の両方のニーズを有する85歳
以上の急増といった人口構造と社会ニーズの変化に
対応したサービス提供体制の構築の観点から、地域
包括ケアや地域共生社会の構築・深化が現在議論さ
れている訳です。

さて、2000年4月にスタートした介護保険制
度では、国際生活機能分類（ICF）の考え方がケアマ
ネジメントに導入されました。具体的には、本人の
意向を十分確認した上で、生活機能を構成する3要

素（心身機能、活動、参加）と生活機能に影響を与える3要素（健康状態、個人因子、環境因子）の6要素を包括的に捉え、その人が抱える多領域にまたがる生活課題に対する解決策を検討し、多職種チームで対策を推進し、進捗状況をモニタリングするというものです。

マネジメントは「課題」を解決することが目的です。マネジメントが対象とする課題というのは、現在の姿と本人が望んでおられる姿のギャップのことです。したがって、課題を的確に把握するためには、①現状、②今後の見通し、③本人が望むレベルの3点をおさえないといけない。これが課題の捉え方に関する基本的考え方です。

課題を適切に把握するためにアセスメントという行為を行って、計画書を作って、医療・介護関係者を集めてサービス担当者会議を開いて方針や役割分担を共有した上で、医療・介護職等にケアを提供してもらい、課題解決を図っていく。その後、こうした取組の進捗状況を定期的にモニタリングし、うまくいっていなければサービスやサービスの提供の仕方を変えていき、課題解決に向けた次なる手を打っていく。これが一般的なマネジメントの進め方ということになります。

ただし、支援や介護を用する85歳以上の場合、活動面や参加面だけでなく、健康面にも環境面にも課題を有する人が多い訳です。多くの領域に課題を有する高齢者に適切に対応していくためには、ICFの6要素を包括的に捉える必要がありますが、これを1人のケアマネジャーで行うことは実質困難です。そのため、ケアマネジャーには、自身ですべてを直接把握しようとするのではなく、多職種のアセスメント情報と自身が把握した情報を統合し、課題の整理を行うといったことが求められます。

また、課題解決に向けた効果的な介入につなげていくためには、本人がどういう人なのか、本人の興味関心がどこにあるのか、本人の価値観はどこにあるのかといった点がきちんとおさえられていることかどうかが重要となります。できない部分をみて、その部分を何とかしてあげようというサービス補完的アプローチではなくて、本人の強みや本人の関心領域をおさえたいアプローチが求められているのです。

また、効果的な対策を考える上では、環境因子も非常に重要な要素となります。本人の周囲を取り巻く家族関係だけではなく、本人を取り巻く地域の様々な資源を、保険サービスと組み合わせながらケアプランに位置付けるといったマネジメントも展開しないといけない。これがケアマネジメントに今求められていることなのです。

ここで、ケアマネジメントの現状、課題と機能強化のポイントについて整理します。

まず、ケアマネジャーの元資格の変遷をみると、介護保険が始まった当時は約4割が看護職の方でしたが、現在は、約6割が介護福祉士、約1割が社会福祉士の方となっています。したがって、現在のケアマネジャーの多くが福祉系出身者であり、その割合は年々増加していることがわかります。

次に、ケアプランの課題設定と対策の現状ですが、例えば、脳梗塞を発症し入院された方のケアプランをみると、課題としては「再発予防」が、また、その対策としては「通院状況の確認」「服薬状況の確認」などがよく見受けられます。問題は、再発予防に対する対策としてこれで十分なのかという点です。再発予防と課題に挙げているが、再発予防のためには一体何をしないとといけないのか、何に留意すべきなのかイメージできているかが問題です。医療面に関しては、患者指導を含めて医師等に全面的に任せていて、ケアマネジャーとしてできる範囲として、通院確認、服薬確認を行っているといった役割分担をしている人もいるのではないかと感じます。

現在、マネジメント力を高めるために様々な研修が行われていますが、その方法には検討の余地があると感じています。医療系の方は、医療知識と学問がベースにあるので、アセスメントから課題を抽出して、具体的介入へと展開できるのですが、福祉系の方の場合はベースの医療知識が相対的に不足していて、かつ、医療系が展開するような課題認識の仕方をしていないというのを、これまでの研修等でのやり取りや反応から感じています。

医療職の場合は、医療知識がないと仕事になりませんが、ケアマネジャーの業務は医療知識が弱くても展開できてしまうのです。そのため、医学知識を身につけるための研修を行っても、その場では理解が深まりますが、翌日通常業務に戻ると必ずしもその知識を使う訳ではないので、結果として身につかないということになりがちです。医療知識を実践に活かしてもらうためには、医療知識をつけることを主目的とした研修スタイルではなく、ケアマネジャーの業務展開の中で必要な医療知識は何かを教えるといった手法が必要だと感じています。医療知識の習得が目的ではなく手段として考える。具体的には、医療知識の習得からまず入るのではなく、マネジメントを展開する上でよく見られる課題、例えば「再発予防」を例に、何をアセスメントすべきか、なぜアセスメントすべきかを伝え、その上で必要な医療知識は何かを教えるといった形での工夫が必要だと思います。これが、課題の捉え方の観点か

ら見た私なりの課題認識です。

もう一つは、課題解決策です。

地域包括ケアシステムの概念図を見ていくと、医療・介護職が中心として展開する医療・介護及び両者の連携という部分と、生活そのものを支える生活支援という部分があります。大事なことは、生活支援というベースがあった上で、必要に応じて医療介護職が関わるという構図なのです。

例えば、「買い物に困難である」という課題を持っている利用者がいたとします。この課題を解決するため、専門職はどうするかというと、本人への介入をまず考えます。本人の歩行の安定性を図っていく、体力や持久力を高めていく、重い物を持てるようにするなどでしょうか。

ただ、買い物が困難な状態の改善を図るためのアプローチには、人の状態像を上げていくアプローチだけではないのです。例えば、買い物に行きやすい地域環境をつくるか、一緒に買い物に行ってくれる人を募っていくといった介入の仕方もあり得る訳です。

専門職が得意とする本人への介入といったアプローチと、地域住民や組織を活用するといった地域環境への介入アプローチの両方が融合していくことが、より効果的な生活課題の解決策につながっていくと思っています。

こうした課題認識のもと、現在、アセスメント力向上と課題解決策の開発に対する取り組みを進めています。

1つは、多職種のアセスメントの統合です。ケアマネジメントでは、利用者の課題をまず明らかにするために多領域のアセスメントや情報収集を行います。ただし、マネジメント担当者が詳細なアセスメントを1人で行う必要はありません。多職種のアセスメントを統合し、利用者の意向や価値観をベースに課題の優先順位と目標を共有し、課題解決に向けたシナリオを多職種で共有し、役割分担のもと実行してもらい、効果をモニタリングしながら、課題解決を図っていくことが、ケアマネジャーに求められる機能なのです。

ただし、多職種のアセスメントの視点を理解しておく必要があるので、各専門職の視点を統合することを考えています。具体的には、多職種の研究協力メンバーに対して、「脳梗塞を発症した人に対応する場合、どのようなデータや項目をアセスメント、ないし情報収集しますか？」という質問をメール送付し、得られた回答を収集・整理するという作業を行っています。

こうした作業を通じて、課題の構造化も図ってい

ます。例えば、脳梗塞発症者の場合であれば、課題として「再発予防」が挙がってきます。これ以外にも、元の生活にできるだけ近づけるための「生活の再構築」、その人を支援するための「支援体制の再構築」なども課題となります。

また、課題の1つである再発予防に関しても、再発予防のためには何をしなければならないかの観点から考えていくと、病気の管理、症状の管理、自己管理などが具体的課題として挙がってきます。こうした具体的課題、例えば、自己管理のためにアセスメントすべき項目は何かをまとめていく予定です。

各市町村では地域ケア個別会議が開催されていて、例えば脳梗塞で再発予防の方に対する検討が多職種で行われているかと思いますが、事例検討会を行うことで手一杯で、会議の中で出てきた様々な多職種の視点などを整理することはできていないかと思っています。本研究では、主な課題に対して何をアセスメントすべきかを整理していきますので、これら研究成果が、ケアマネジメントにおける標準化、ならびに地域ケア個別会議の運営支援につながっていくことを期待しています。

もう一つは、課題解決策の開発に関することです。現在、各市町村に配置された生活支援コーディネーターの方が、自治会や社協、民生委員さんなどのネットワークを中心に地域の支援体制の構築を図っておられますが、民間企業や組織との接点は弱い。一方、民間企業や組織は機動力が高い、事業展開力も高い、ネットワーク力も強いものの、住民の課題はあまりよく把握できていない。行政との連携の方法も接点も弱いという課題を抱えている。

そうであれば、両者をマッチングするための場を大学として提供していこうという話です。学内の地域産学連携センターと研究開発センターが連携し、地域貢献を目指した企業ネットワークとも連携しながら会議体を展開していくことを企画しています。本年11月末には「地域住民のニーズを知ろう！」、来年2月には「民間企業や組織団体の活動内容を知ろう！」をテーマとした会議を開催予定です。

私がやろうとしていることを整理すると、一つは、利用者の全体像を捉えた上での個別介入の展開という流れの再構築です。医療・介護職は自身の介入に関係する部分からアセスメントしがちですが、これだと部分最適化にしかありません。多領域に課題を有する超高齢者に適切に対応していくためには、利用者の全体像をまず俯瞰した上で、自分は何をすべきか、自分の役目は何かを考えるといった順番で物事を考えるといった、思考プロセスへの転換を図る必要があります。部分最適化から全体最適化への転

換という意味合いです。

2つ目は、公共性や中立性を有し、地域貢献を目的とする当大学をハブとして、民間企業や様々な組織の力を活用した地域支援体制を早急に構築していくということです。

以上、多職種連携・協働上の課題認識と現在進めている対策について紹介させていただきました。

ご清聴ありがとうございました。

埼玉県立大学研究開発センターシンポジウム2018

多職種連携・協働上の諸課題と対応策

— ケアマネジメントに焦点を当てて —

(内容)

1. 多職種連携・協働が求められる背景
2. ケアマネジメントの現状・課題と機能強化のポイント
3. 課題解決に向けた対応策
 - 1) 「利用者の課題」を起点とした多職種のアセスメント項目の統合及び構造化
 - 2) 課題解決策の多様化の促進（保険外サービスの開発）

2018年10月6日
埼玉県立大学大学院・研究開発センター
川越雅弘

1. 多職種連携・協働が求められる背景

多職種連携・協働が求められる背景

(85歳以上(以下、超高齢者)人口/総人口に占める割合の増加)

年齢階級	2015		2040		2065	
	(万人)	(%)	(万人)	(%)	(万人)	(%)
総数	12,709	100.0	11,092	100.0	8,808	100.0
0-14	1,995	12.5	1,194	10.8	898	10.2
15-64	7,728	60.8	5,978	53.9	4,529	51.4
65-74	1,755	13.8	1,681	15.2	1,133	12.9
75-84	1,138	9.0	1,216	11.0	1,097	12.4
85+	494	3.9	1,024	9.2	1,151	13.1

出所) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口(平成29年推計)より作成

超高齢者の医療・介護ニーズの特徴

急性疾患関連

めまい、呼吸困難、頭痛、腰痛、意識障害、不眠、転倒、骨折、下痢、肥満、睡眠時呼吸障害

慢性疾患

認知障害、視力低下、言語障害、関節変形・痛、腰痛、喀痰・咳嗽、喘鳴、食欲不振、悪心・嘔吐、便秘、体重減少、浮腫、脱水、発熱、麻痺、しびれ、息切れ

介護

ADL低下、骨粗鬆症、椎体骨折、筋萎縮、尿失禁、頻尿、せん妄、うつ、意欲低下、褥瘡、難聴、貧血、低栄養、嚥下困難、胸痛、不整脈

急性疾患関連
慢性疾患：前期高齢者から増加
介護：後期高齢者から増加

(出所) 鳥羽研二：老年症候群と総合的機能評価, 日本内科学会雑誌, 98(3), p.101-106, 2009年引用

利用者の全身状態(生活機能、健康状態)と「個人・環境因子」を総合的に捉えた上で、「本人の生活課題」の解決に向け、多職種チームでアプローチしていくことが専門職には求められる。

「多職種協働ケアマネジメント」と「多様な解決策の展開」の必要性の高まり

(多領域に課題を有する超高齢者への新たなアプローチの展開)

ICF (国際生活機能分類) の構成図

本人の意向 (したいこと、なりたいレベル)

(本人の) 生活機能

心身機能
身体構造

活動

参加

環境因子 (強み、弱み)

健康状態

個人因子 (強み、弱み)

マネジメントプロセスとは

インテーク

アセスメント (課題の
現状改善/修正の必要性)

評価 (現状維持/修正)

モニタリング (経過確認)

ケア(事業)

訪問介護
訪問看護
訪問リハ
通所リハ
通所介護
...

・超高齢者は、複数領域に課題を有するため、多角的なアセスメントと多職種協働が必須となる。
・各専門職の、他の職種の仕事等に対する理解は不十分であり、また、マネジメント教育も十分には受けていない。
→各専門職のアセスメントや見立て、対策の取り方などを統合したマネジメントの展開が必要。

2. ケアマネジメントの現状・課題と機能強化のポイント

ケアマネジメントの現状と課題① (課題認識力の観点から)

ケアマネジャーの基礎資格

ケアマネジャーの主な保有資格						
保健師	看護師	准看護師	福祉福祉士	介護福祉士	訪問介護員	
2010年	3.5	30.4	7.2	6.5	32.6	12.8
2011年	0.9	9.6	3.3	11.1	59.3	3.3

出典) 厚生労働省「特定介護支援事業員及び介護支援専門員の業務上の役割に関する調査研究事例集(調査報告)」第129号介護福祉付録資料、資料1-5、p.527内

再発予防に対するケアマネジメントの現状

解決すべき課題

- ・転倒リスクが高い
- ・再発に対する不安が強い

再発予防対策

- ・定期的に通院しているかどうかを確認する。
- ・服薬状況の確認を行う。

見えてきたアセスメント上の課題

- ① 再発予防などを「課題」として挙げるものの、具体的な指導(自己管理を含む)は医師等に全面的に任せる傾向にある
- ② 再発予防のためには「何をしなければいけないか」「何の情報を収集しなければいけないか」がイメージできていない
- ③ 医療系は医療知識・専門がベースにあった上で、アセスメントから課題抽出へと展開できるが、福祉系の場合はベースとなる医療知識が不足し、かつ、こうした展開方法が馴染まない。
- ④ 医療知識がなくても、サービスマネジメントは展開できてしまう(マネジメント業務をベースに、必要な医療知識を入れる形が必要)

機能強化のためのポイント

医療知識の習得から入るのではなく、よくある課題を設定した上で「何をアセスメントすべきか」⇒「なぜアセスメントすべきか」⇒「必要な医療情報は何か」の順に教えていく必要がある。

ケアマネジメントの現状と課題② (課題解決力の観点から)

地域包括ケアシステムの概念図

① 高齢者が生活できる地域は、高齢者が生活できる地域であるべきである。高齢者が生活できる地域は、高齢者が生活できる地域であるべきである。高齢者が生活できる地域は、高齢者が生活できる地域であるべきである。

② 高齢者、障害者等の生活環境を整えることは、高齢者の生活環境を整えることである。高齢者の生活環境を整えることは、高齢者の生活環境を整えることである。高齢者の生活環境を整えることは、高齢者の生活環境を整えることである。

③ 人口が増えることで高齢者の割合が増える。高齢者の割合が増えることで、高齢者の生活環境を整えることが必要である。高齢者の生活環境を整えることは、高齢者の生活環境を整えることである。

④ 高齢者が生活できる地域は、高齢者が生活できる地域であるべきである。高齢者が生活できる地域は、高齢者が生活できる地域であるべきである。高齢者が生活できる地域は、高齢者が生活できる地域であるべきである。

北九州市の買い物支援への取り組み

～買い物支援モデル事業の概要～

北九州市(国・県・市)と連携し、買い物支援モデル事業を実施している。買い物支援モデル事業は、買い物支援モデル事業を実施している。買い物支援モデル事業は、買い物支援モデル事業を実施している。

買い物支援モデル事業の概要

- ・買い物支援モデル事業の実施
- ・買い物支援モデル事業の実施
- ・買い物支援モデル事業の実施

買い物支援ネットワーク会議

北九州市の特徴ある取組(2)

買い物支援ネットワーク会議

買い物支援ネットワーク会議

「買い物困難」という生活課題の解決を図るためには、本人の機能面、活動面への直接介入だけでなく、**買物に行きやすい環境を作る、同行者を募るといった、環境因子への介入方法もある。**

→専門職が得意とする「本人への介入」と地域住民や組織による「地域環境への介入」の融合により、課題解決力の強化を図る必要がある

3. 課題解決に向けた対応策

- 1) 「利用者の課題」を起点とした多職種のアセスメント項目の統合及び構造化
- 2) 課題解決策の多様化の促進(保険外サービスの開発)

【対策1】

「利用者の課題」を起点とした
多職種のアセスメント項目の統合及び構造化

多職種のアセスメントの統合及び構造化を目指した学内プロジェクトの推進 (H30-31)

- 1) 目的

多職種のアセスメントの視点の総合化、ならびに研修の試行・評価を通じて、マネジメント担当者のマネジメント力(特に、**アセスメント・情報収集力**※)の強化を図る。

※ここでのアセスメント・情報収集力とは、福祉系を中心としたケアマネジャー一人ですべての項目をアセスメントすることを想定しているものではない(そもそも不可能に近い)。マネジャーとして、**課題解決に向けて何の情報を収集・アセスメントすべきなのかをイメージした上で、他の専門職からの情報収集ならびに観察を通じて、課題解決に必要な情報を包括的に収集する力を高めることを想定している。**
- 2) 方法
 - (1) 主な疾患に関する「統合アセスメントテキスト」の作成
 - ① 既存教材の収集・整理・分析
 - ② 多職種メンバー25名によるアセスメント項目の検討(メールベース)
(※医師4名、看護師4名、PT3名、OT4名、ST1名、管理栄養士1名、薬剤師2名、ケアマネジャー2名、その他4名)
 - (2) 研修カリキュラムの検討、試行及び評価
 - ① 研修カリキュラムの検討
 - ② マネジメント担当者を対象とした複数回の実践研修の試行及び評価(大学内での開催、または職能団体や県との共同での開催)

「脳梗塞を有する生活障害者」に対するアセスメント構造(案)

—「以前の生活を取り戻す」「それを阻むリスクに対応する」ために—

1. 再発を防ぐ

- 1-1. 疾病管理
- 1-2. 症状管理
- 1-3. 健康管理
- 1-4. 自己管理

2. 日常生活活動を再構築する

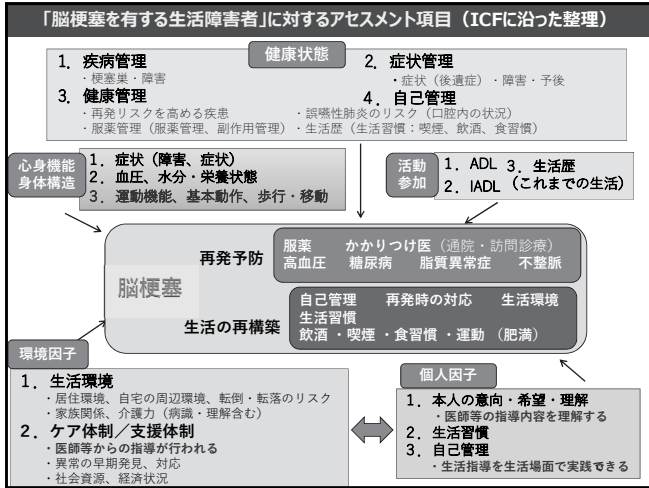
- 2-1. ADL
- 2-2. IADL
- 2-3. 自己管理

3. 生活環境を再構築する

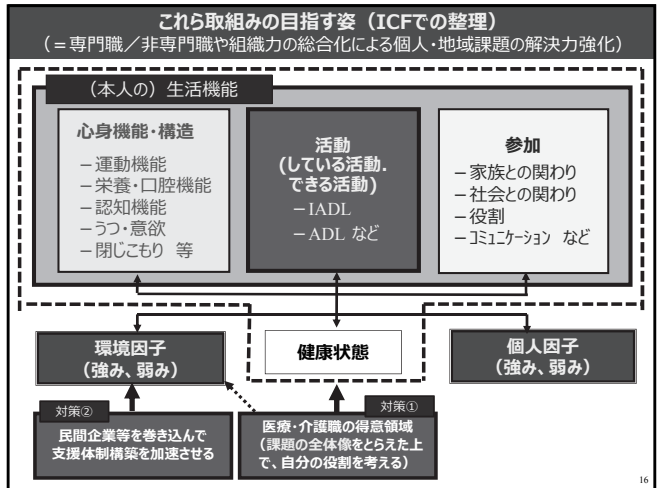
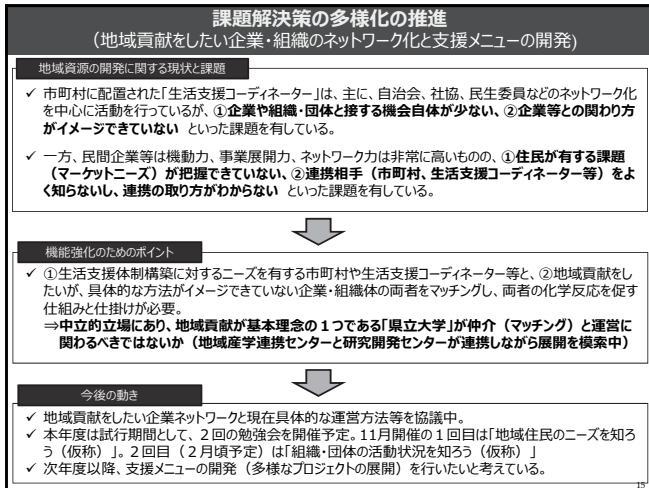
- 3-1. 生活環境

4. ケア体制/支援体制を再構築する

- 4-1. 本人の意向・希望・理解
- 4-2. 再発時の早期対応
- 4-3. ケア体制・支援体制



【対策2】
課題解決の多様化の促進
(保険外サービスの開発)



第2部：地域包括ケアの深化に向けた諸課題と対応策

講演3 「「地域共生社会」の理念と政策展開」

厚生労働省 社会・援護局地域福祉課生活困窮者自立支援室長

野崎 伸一氏

皆さん、こんにちは。厚生労働省の野崎と申します。よろしくお願いいたします。

まず、そもそも地域共生社会とは何を指すものかについてお話しします。地域包括ケアの構想というのは、ここの医療介護福祉、住まい、生活、生活支援介護予防と。このような機能に加え、働くとか社会参加するという要素があると思いますが、このような構造は、障害がある方への支援であるとか、病気を持つ方への支援とか生活困窮者の方への支援とか、様々な対象者の方への支援に通じていきます。もともと地域包括ケアの概念自体も全世代全対象として提案されたように、これを全ての対象者に展開していくということがまず1つの側面です。ただ、私は、地域共生を担当し、政策のアプローチについて考えていく中で、これは単に縦割りの福祉サービスを丸ごと包括化していくということにとどまらないような、社会構造の変化などに対処するものと考えています。私見ではありますが、お話をさせていただきます。

公的支援制度の持つ課題として、例えば、対象者ごとの縦割りとか、典型的なニーズに標準化されたサービスを提供するとか、そのような特徴から、複合課題への対応が困難であったり、制度の狭間が生じるという問題があり、タテワリを超えて包括化することで対応するというのが一つの側面です。

一方、先ほど、社会構造の変化と申し上げたように、人の暮らしは、共同体や行政、市場の機能にそれぞれ支えられているわけですが、家族・職域・地域における共同体の機能が縮小してきているというのが、この数十年の間に起こってきています。また、特に小規模自治体を中心に人口減少が大きく進んでいます。これは社会保障にとって他人事ではなく、地域の力自体が落ちてくれば、社会保障のサービスの提供基盤も揺らいでくるし、そしてまたさらに共同体の力にも影響してきます。これらの社会構造の変化に社会保障としてどのように対応していくのが今問われていると考えています。

結局、縦割りのものをどう包括化しても、例えば、社会的孤立の問題とかというのは、どうしてもわれ

われがこれまで整備してきた社会保障のモデルからは手が届きにくいところで、かつてそれを担っていた共同体の機能が低下しているのであれば、どのようにしてこ入れしていくのか、コミュニティをベースにセーフティネットを改めて構築していくことが必要ではないかということが、地域共生社会が掲げている大きな課題です。

それは、身近な地域において「支え、支えられる関係」を循環させていこうとか、同時に、人口減少の進む地域で担い手が不足する中で、例えば、生活にハンデのある障がい者の方とか、困窮者の方を社会につなげていく、働く・就労につなげていくことを通じて、社会の担い手不足にも一定の貢献をしていくとか、そして、それがまた実はこういう地域の基盤、地域力を高めていく上でのリソースがより増えていく。そのような福祉と地域の産業などの資源の間に循環をどう生み出していけるかが地域共生社会が目指しているもう一つのコンセプトです。

それでは、何ができるのかということですが、地域では様々な実践が展開されています。例えばこれは大田区のみま～もの見守りステーションの実例、東近江市における里山の整備と困窮者の方や障がい者の方の働く場の開拓という地域課題を同時に解決している実例などです。

このような実践から見えるヒントを考えると、保健福祉の領域から地域づくりに発展していくケースというのは、個への支援が中心です。一方で、国交省とか総務省のまちづくりは、どちらかというともちの機能を捉えている。先進的な事例で見るとそれらをうまくつなぎ合わせて両方にメリットを及ぼすようなことを生み出しているなど見えます。

しかし、このようなことをどう政策化していくかが課題であり、それを考えるために、若手職員で、日本全国の実践者の方に来ていただいて、実際に地域の取組が生まれている背景やそれを支える哲学を伺うための勉強会を開催しました。そこで見えてきたのは、地域で起こっていることというのは、「支え合いましょう」というメッセージで生まれているというよりも、良い地域をつくっていきたいと思っ

た時に、他の人を知りたい、学びたいという関係性が生まれ、その中から地域づくりの取り組みに発展しているのではないかと考えるに至りました。仮に入り口はまちづくりであってもサークル活動であっても、そういうところにうまく学びの仕組みを仕掛け促していくことで、協働するコミュニティが生まれ、それが潜在的に福祉の視点を持ち得る可能性を秘めているのではないかとということです。

一方で、そこで浮かび上がってきた課題というのは、コミュニティに属さない、属しにくい、あるいは、孤立していく方の問題をどうしていくのかというものです。排除されがちな人たちをどう社会の中につないでいくのかという機能は、コミュニティの再構築の問題とあわせて、行政の責任としてしっかり考えていく必要があることを学びました

それで、こういったことを踏まえて、これからどういう政策展開をしていくか。1 つは、やはり地域の中に多様な資源を、リソースを増やしていくことが必要だろうということです。それをするには、福祉の分野における地域づくりの取り組みということももちろんなのですが、それだけではなくて、分野や領域を超えて、地域づくりをどう進めていくのかということが必要です。その際、顔が見えるケア、支え合う関係を拡充していくという方向性でコミュニティを再建していくというアプローチが必要であると考えます。

ここで難しいのは、草の根からというか、現場で沸き起こってくる動きというものを制度の中でどう捉えるかという点です。私も厚生労働省も十分、答えを持っていないと思っていますが、各自の創意工夫に基づく自発的な活動が生まれやすくするため、多様な担い手、他領域も含めて、多様な方々の参画を促すための環境整備をどうしていくのかが問われているのでしょう。

介護保険の地域支援事業や障害福祉者総合支援整備の生活支援事業などの地域づくりに関係する事業についても、隣接、類似する機能については、包括的、一体的に運用しやすくなるような制度設計ということを考えています。

また、もう一つは、まちづくりや地域産業などの他領域と整合的にしていくという点です。保健福祉側でプラットフォームとなりうるような枠組みをつくって、他領域との連携のハブとし、重層的な地域づくりに展開していこうということです。

また、地域づくりに加えて、制度に基づく相談支援体制も包括化していくことが必要だろうと思います。複合的ニーズに応えていくコーディネート、あるいは、コミュニティへのつなぎを行う相談支援機

能を地域の実情に応じて総合的に確保できるような、それをやりやすくするような制度的対応ということこれから考えていきたいと思っています、

さらに、先ほど申し上げたように、コミュニティに属せない、あるいは、制度の狭間に陥るという方がいらっしゃるので、そういった方々に対して伴走型の支援手法というものをどう普及していくのか。生活困窮者自立支援制度にみられるように、社会的に排除される方々にきちんと伴走しながら、相談支援を通じて社会にもう一度つなげていくという支援手法をどのように普及していくのかということだろうと思います。

個々人の生活が非常に多様で複雑であることを前提とすると、セーフティネットを張ろうとするとそれはやはり個人を単位とするしかなくて、それは伴走という仕組みしかないのではないかと考えています。それで、生活困窮者自立支援制度で今スタートして3年になりますけれども、こういった支援手法をどう拡大、普及していくのかが一つです。

ただ、伴走者とは、必ずしも専門職だけではない。専門職だけでそのセーフティネットを張り直そうとするのは、量的にも不十分だし、そして生活の多様性を考えれば、適切ではないだろうと思いますので、このような地域づくりの取り組みの中で生まれてきた、こういうケア、支え合う関係というものをベースに、生活の身近なところでどれぐらい伴走者を確保していけるのかというところが、このセーフティネットの張り直しには必要だと。

これはかなり壮大なテーマなので、まだ答えは見えていませんが、生活困窮者自立支援制度の実践というのは、その一つのヒントを与えてくれるであろうと考えながら、こういう大きな方向性、構想の下で、これから地域福祉、あるいは社会保障を強化していくことが求められているのだろうというふうに思います。

いずれにしても、大きな社会構造が変化する中で、社会保障制度も、これまでつくってきたものの良さは生かしながらも、新しいニーズ、潜在しているニーズ、あるいは、隠れているものに対してきちんと対応していくというふうに見直していく。本日は、私見を交えながら、その方向性を考えてみる形で、私のお話とさせていただきます。

どうもありがとうございました。

「地域共生社会」の理念と政策展開

平成30年10月6日
厚生労働省
野崎 伸一

1

今日のテーマ

「地域共生」が提唱される背景

- ・制度の視点
- ・暮らし・ニーズの視点
- ・地域の視点

実現に向けた政策の視点

- ・包括的支援体制の整備
- ・地域づくり、多様な社会参加
- ・伴走支援、伴走者とは誰か

2

「地域共生社会」とは

3

社会保障・労働制度の基本的考え方

- 自助・互助・共助・公助

「自助」: 自ら働いて自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持する

「互助」: 家庭・地域など生活領域におけるインフォーマルな支え合い

「共助」: 個人・世帯では負えない生活上のリスクを分散する
医療保険・介護保険・年金保険など

「公助」: 自助・互助や共助では対応できない困窮などの状況に対し受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う公的扶助や社会福祉

4

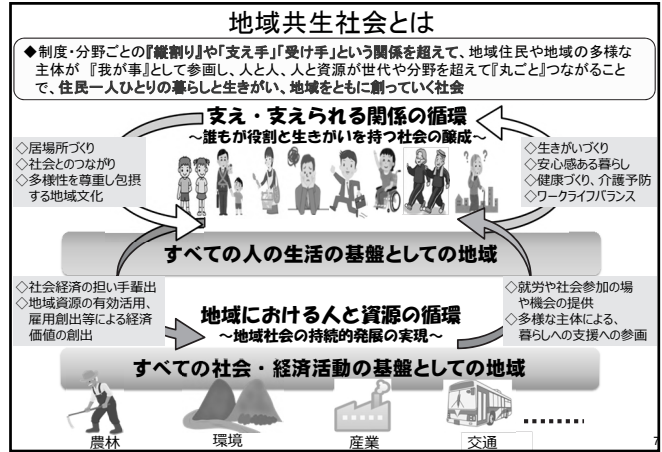
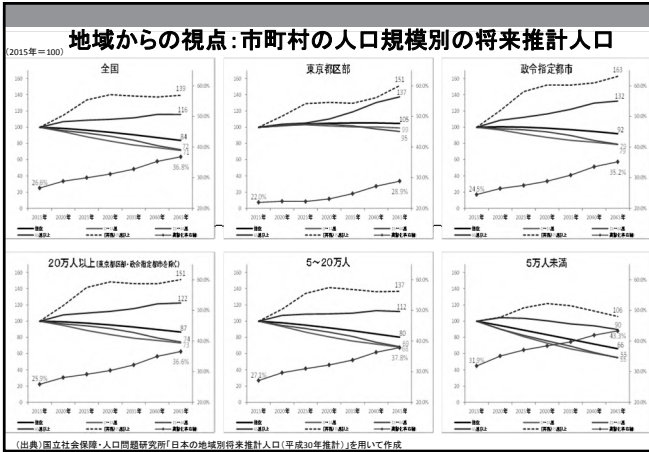
社会保障・労働制度の特徴

- 社会保障・労働制度は、「自助」と「互助」で対応が難しい場合に、これらを「補完する」ものと位置づけられてきた。
- 公的支援制度は、社会の変化を背景に生じるリスク・ニーズに対し、対象者を定め典型的なサービスを準備する形で、順次、制度を拡充。
- 公的支援: 「タテワリ」と「一方向」
 - 個人ごとに異なる複雑化したニーズには応えにくい
 - 制度の狭間・境界線の問題
 - 「外側」には目が向きにくい
 - ・ 社会的孤立の問題
 - ・ 他領域の資源 など
 - 「支え手」「受け手」とに分かれ、本人の持つ力を引き出すという発想になりにくい

5

「暮らし」がどう変化しているか

- かつては、家庭・職場・地域で「自助」「互助」の基盤が存在。
 - 安定した家族や終身雇用など「一本道」の存在
 - 人的つながりによるインフォーマルなセーフティネットの機能
- 「自助」「互助」の基盤の弱まり
 - 家庭:
 - ・ 単身世帯・ひとり親世帯・高齢者夫婦のみ世帯の増加
 - ・ 未婚化の進行
 - 職場:
 - ・ 非正規雇用の増加
 - ・ 会社への帰属意識の変化
 - 地域:
 - ・ 人口減少、団塊世代の高齢化
- 生活課題の一般化
 - 認知症、精神疾患、がん、発達障害など
 - 家族や自分の将来を考えれば、誰が無関係といえるか: 「地続き」「我が事」の問題



8

何が実現できるのか

—地域の実践からのヒント—

地域の実践例：おおた高齢者見守りネットワーク（愛称：みま～も！）

- 地域包括支援センターが、住民や商店街など地域を巻き込み発足。
- 「いくつになっても安心して暮らして続けるまちづくり！」を合い言葉に、地域の医療・保健・福祉の専門職（事業所）、民間企業が「協賛金」を出し合い活動。参加する住民（みま～もサポーター）も会費を拠出。
- 商店街の空き店舗を改修した「ステーション」で、日常的に住民と専門職がつながり、住民が参加者としてではなく「やりたい事を実現」できる「場」を提供。
- 近接する和菓子店や飲食店で新しい商品開発や売上増につながる、空き店舗がなくなるなど、商店街の活性化にも貢献。

元気なあさんのミマモリ食堂

施設職員 福祉用具相談員 ケアマネジャー

元気な母さんたち
住民と専門職が元気な頃から日常的につながる仕組み！

地域の実践例：「地域完結型まちづくり」（滋賀県東近江市）

市の概要
人口：115,252人
高齢化率：24.7%
保護率：6.5%
産業構造
1次産業4.4%
2次産業39.3%
3次産業51.0%

【地域課題】
○ 里山の木を切り出し薪にする人手不足により、枯れた木々が放置されるようになった。
○ この結果、獣害被害が深刻化。

【取組内容】
○ 障害者・生活困窮者が薪割りの活動に参加。
○ この活動がきっかけとなり、薪ストーブの開発や薪木の販売事業、木くずを使った着火剤の製造へと活動が発展し、生活困窮者も参加。

○ 地域資源を生かして地域課題の解決を目指す取組の中で、里山保全・生活困窮者の就労の場の確保、地域経済の活性化をセットで実現。

環境改善 → 販売 → 里山保全 → 薪割り → 薪木の販売

木くずを活用した着火剤等の製造

多様な参加する場、働く場

10

地域の実践から(ぼんやり)見えてくるテーマ

- より良い暮らしを探索する過程で地域づくり・まちづくりに発展
- 地域の「循環」を生む仕掛け
 - ▶地域住民同士の「あったらいいな」「できること」を掛け合わせ
 - ▶地域の資源（耕作放棄地・空き店舗など）と暮らしの課題とのマッチング
 - ▶協賛金・地域通貨 など
- 地域（住民・資源）との“Win-Win”・「三方よし」のつながり
 - ▶社会参加・担い手の確保
 - ▶商店街・地域の活性化
 - ▶業務の効率化
 - ▶地域の困りごとの解決 など
- つながりのキーは、「役割を持つ」「参加する」「働く」

今後の地域福祉の展開：社会保障への視座

これからの視点

- 一人ひとりの幸福追求を応援し、暮らしと地域を支える
 - 「支え手」「受け手」に二分せず、一人ひとりの可能性を引き出す
 - 典型的なサービスの給付を中心とする仕組みから、エンパワーメントと参加の支援を通じて地域づくりにつなげる
 - 社会的孤立や制度の狭間などのセーフティネットの綻びを紡ぎ直す
 - 「伴走」の重要性：「伴走者」とは誰か
- 地域が「丸ごと」つながり、暮らしと地域社会の持続を支える
 - 産業や福祉など分野・領域を超え強みを持ち寄って、暮らしにも地域にも豊かさを生む「循環」を生み出していく
 - 「役割を持つ」「参加する」「働く」ことを支え、地域の担い手を育てていく
- 「ボトムアップ」の視点からの政策展開
 - 制度からの視点ではなく市民の協働が生む福祉の力へのまなざし
 - 「楽しい」「参加したい」から始まる市民の協働を生まれやすくするには？

生活困窮者自立支援制度の理念

※以下に掲げた制度の意義、めざす目標、具体的な支援のかたちは、いずれも本制度の「理念」とされている。

1. 制度の意義

本制度は、生活保障に至っていない生活困窮者に対する「第2のセーフティネット」を全国的に拡充し、包括的な支援体系を創設するもの。

2. 制度のめざす目標

(1) 生活困窮者の自立と尊厳の確保

- ・本制度では、本人の内面からわき起こる意欲や想いが主役となり、支援員がこれに寄り添って支援する。
- ・本人の自己選択、自己決定を基本に、経済的自立のみならず日常生活自立や社会生活自立など本人の状態に応じた自立を支援する。
- ・生活困窮者の多くが自己肯定感、自尊感情を失っていることに留意し、尊厳の確保に特に配慮する。

(2) 生活困窮者支援を通じた地域づくり

- ・生活困窮者の早期把握や見守りのための地域ネットワークを構築し、包括的な支援策を用意するとともに、働く場や参加する場を広げていく。(既存の社会資源を活用し、不足すれば開発・創造していく。)
- ・生活困窮者が社会とのつながりを実感しなければ主体的な参加に向かうことは難しい。「支える、支えられる」という一方的な関係ではなく、「相互に支え合う」地域を構築する。

3. 新しい生活困窮者支援のかたち

- (1) 包括的な支援...生活困窮者の課題は多様で複合的である。「制度の狭間」に陥らないよう、広く受け止め、就労の課題、心身の不調、家計の問題、家族問題などの多様な課題に対応する。
- (2) 個別的な支援...生活困窮者に対する適切なアセスメントを通じて、個々人の状況に応じた適切な支援を実施する。
- (3) 早期的な支援...真に困窮している人ほどSOSを発することが難しい。「待ちの姿勢」ではなく早期に生活困窮者を把握し、課題がより深刻になる前に問題解決を図る。
- (4) 継続的な支援...自立を無理に急がせるのではなく、本人の段階に合わせて、切れ目なく継続的に支援を提供する。
- (5) 権力的・創造的な支援...主役は地域であり、国と自治体、官と民、民と民が協働し、地域の支援体制を創造する。

平成30年4月24日 衆議院厚生労働委員会 参考人質疑
早稲田大学法学部教授 菊池馨実参考人 意見陳述 より

伝統的に社会保障は、一つには困窮の原因となるべき一定の社会的事故ないし要保障事由の発生に際してなされる、二つ目に所得の保障ないし経済保障を中核として捉えられてきたわけであります。

その後の発展過程において、社会保障の捉え方も変化し、予防、治療、リハビリテーションからなる一連の過程を捉えた医療保障の理念が一般化しております。(中略)ただし、現在でも、医療や社会福祉サービスと費用負担の問題とを切り離すことはできませんし、社会的事故あるいは要保障事由の発現を契機とする社会保障という捉え方は、現在でも基本的に維持されております。

こうした社会保障の伝統的な理解に対して、その限界が明らかになってきました。

平成30年4月24日 衆議院厚生労働委員会 参考人質疑
早稲田大学法学部教授 菊池馨実参考人 意見陳述 より

第一に、要保障事由の発生に際しての公的給付という社会保障の捉え方の限界が明らかになっております。

こうした事故ないしリスクに着目した捉え方は、貧困や生活困窮をもたらし得るリスクの発生という、いわばマイナスの事態に対する保障という側面に着目した捉え方であります。

しかし、こうした捉え方では、人々の発達や成長に向けた支援、サポートといった積極的な意味での保障を規範的に支える論理となりがたいわけです。

しかし、今日的に求められているのは、貧困に陥らないという意味でのセーフティネットの確保にとどまらず、人々が能動的かつ主体的に生きていくための積極的な公的、社会的支援でもありと思われるわけです。

平成30年4月24日 衆議院厚生労働委員会 参考人質疑
早稲田大学法学部教授 菊池馨実参考人 意見陳述 より

第二に、所得保障やサービス保障といった従来の社会保障の保障方法の限界も明らかになってきております。

こうしたいわば実体的な社会保障の捉え方は、所得再分配を通じた経済的貧困への対応や、医療、介護などのニーズへの対応を念頭に置くものでありますが、こうした物質的なニーズの充足では対応できないいわゆる社会的排除に対処する必要性を十分に説明することができないわけであります。

これに対して、最近では、社会的排除に対する社会的包摂が重要であることが広く認識されるに至っております。こうした社会的包摂策により、稼働能力がある場合には、最終的に雇用労働につくことを通じて、生計の維持とともに自己実現を図るための基盤を確保することが可能となってまいります。また、雇用労働に至らなくとも、中間的就労などを含む社会的活動を通じて社会とのつながりを確保し、社会の一員であることの自尊の感覚を持つことが可能となってまいります。

平成30年4月24日 衆議院厚生労働委員会 参考人質疑
早稲田大学法学部教授 菊池馨美参考人 意見陳述 より

このように、社会保障を年金や手当などの所得保障や医療、介護などのサービス保障といった実体的な給付、いわば所得再分配的な20世紀型社会保障でとらえることの不十分性が明らかになってまいりました。

すなわち、定型的な要保障事由の発生に際しての国の所得再分配機能を通じての物質的な給付だけでは、さまざまな生活上の困難を抱えた個人々の自立に向けた積極的な支援とは必ずしもなり得ないわけです。そこで、個別かつ包括的な福祉的相談支援の重要性が認められるに至ったわけです。

こうした相談支援を、金銭やサービスなどの従来型の社会保障給付と有機的に関連づけて、あるいはそれ自体、単体として本格的に展開していくことが、21世紀型福祉社会の目指すべき方向性であると考えられます。

平成30年4月24日 衆議院厚生労働委員会 参考人質疑
早稲田大学法学部教授 菊池馨美参考人 意見陳述 より

生活困窮者自立支援法による相談支援は、従来の社会保障制度の所得再分配メカニズムを通じて、経済的貧困への対応が一定程度図られた後、そうした国家レベルでの対応の網の目からこぼれ落ちた人々の困窮に対し、地方レベルで、個人々のニーズにあわせてオーダーメイドで支援していくための画期的な仕組みとして評価でき、それは戦後日本の社会保障の歴史的到達点と位置付けられるものであります。

「地域共生社会」に向けた国の行政の動き

詳細は、

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_00506.html

「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）（概要）

平成29年2月7日 厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部決定

「地域共生社会」とは
 ◆制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会

改革の背景と方向性

公的支援の「縦割り」から「丸ごと」への転換 ○個人や世帯の抱える複合的課題などへの包括的な支援 ○人口減少に対応する、分野をまたがる総合的サービス提供の支援	「我が事」「丸ごと」の地域づくりを育む仕組みへの転換 ○住民の主体的な支え合いを育み、暮らしに安心感と生きがいを生み出す ○地域の資源を活かし、暮らしと地域社会に豊かさを生み出す
---	--

改革の枠組

地域課題の解決力の強化 ●住民相互の支え合い機能を強化、公的支援と協働して、地域課題の解決を試みる体制を整備【29年制度改正】 ●複合課題に対応する包括的相談支援体制の構築【29年制度改正】 ●地域福祉計画の充実【29年制度改正】	地域を基盤とする包括的支援の強化 ●地域包括ケアの理念の普遍化：高齢者だけでなく、生活上の困難を抱える方への包括的支援体制の構築 ●共生型サービスの創設【29年制度改正+30年補正】 ●市町村の地域保健の推進機能の強化、保健福祉横断的な包括的支援のあり方の検討
---	--

「地域共生社会」の実現

●多様な担い手の育成・参画、民間資金活用推進、多様な就労・社会参加の場の整備 ●社会保障の特を踏まえ、地域資源（耕作放棄地、環境資金など）と丸ごとつながることで地域「復興」を生み出す、先進的取組を支援	●対人支援を行う専門資格に共通の基礎課程創設の検討 ●福祉系国家資格を持つ場合の保育士養成課程、試験科目の一部免除の検討
---	---

地域丸ごとつながりの強化 **専門人材の機能強化・最大活用**

実現に向けた工程

平成29(2017)年：介護保険法・社会福祉法等の改正 ◆市町村による包括的支援体制の制度化 ◆共生型サービスの創設 など	平成30(2018)年： ◆介護・障害報酬改定：共生型サービスの評価 など ◆生活困窮者自立支援制度の強化	平成31(2019)年以降： 更なる制度見直し	2020年代初頭： 全面展開
---	---	----------------------------	-------------------

【検討課題】
 ①地域課題の解決力強化のための体制の全国的な整備のための支援策（制度のあり方を含む）
 ②保健福祉行政横断的な包括的支援のあり方 ③共通基礎課程の創設 等

「地域づくりに資する事業の一体的な実施について」

（平成29年3月31日 健康局健康課長、雇用均等・児童家庭局総務課長、社会・援護局地域福祉課長、障害保健福祉部企画課長、老健局振興課長 連名通知）

1 地域づくりに資する事業の一体的実施について

○ 市区町村は、地域づくりに資する事業について、事業の効果、効率性や対象者の生活の質を高めるために、複数の事業を連携して一体的に実施できる。

- ・ 介護保険制度の地域支援事業
- ・ 障害者総合支援制度の地域生活支援事業
- ・ 子ども・子育て支援制度の地域子育て支援拠点事業
- ・ 健康増進事業
- ・ その他の国庫補助事業
- ・ 市区町村の単独事業

2 費用の計上について

- 市区町村が地域づくりに資する事業のうち、複数のものを連携して一体的に実施する場合は、その実施に要する総費用を事業間で合理的な方法により按分できる。
- その方法は、国が例示するもののほか、市区町村の実情に応じて設定できる。

「社会福祉施設等の職員が行う地域活動の推進について」

（平成29年3月31日 雇用均等・児童家庭局総務課長、社会・援護局保護課長、障害保健福祉部企画課長、障害福祉課長、老健局総務課認知症施策推進室長・高齢者支援課長・振興課長 連名通知）

○ 各社会福祉施設の職員が取り組む地域活動のうち、その利用者に参加させる目的をもって行われるものは、利用者の自立等に資するものであり、利用者に提供している福祉サービスの一環として行うことができる。

○ この場合、地域活動を行っている時間については、当該福祉サービスの提供に従事する時間として取り扱う。

「地域における公益的な取組」の運用の解釈の明確化について

社会福祉法人による「地域における公益的な取組」の推進について（平成30年1月23日社会・推進局長付基幹課長通知）

【見直し前】
社会福祉法（第24条第2項）の責務規定に基づき、次の3つの要件に直接該当する取組を対象としている。
一 厳格な取扱い

【見直し後】
社会福祉法の責務規定の趣旨を踏まえつつ、支援が必要な者が直接的のみならず、間接的に利益を受けるサービスや取組についても一定の範囲で対象に含める。
一 弾力的な取扱い

【要件①】 社会福祉事業又は公益事業を行うに当たって提供される福祉サービスであること

【要件②】 日常生活又は社会生活上の支援を必要とする者に対する福祉サービスであること

【要件③】 無料又は低額な料金で提供されること

対象となる取組

【要件①】 社会福祉事業又は公益事業を行うに当たって提供される福祉サービスであること

【要件②】 日常生活又は社会生活上の支援を必要とする者に対する福祉サービスであること

【要件③】 無料又は低額な料金で提供されること

○支援が必要な者が間接的に利益を受ける取組
○地域の創造工夫やニーズに合わせた取組

【解釈の明確化により対象となる具体的な取組例】

- ・地域共生社会の実現に向けた取組
（住民の居場所（サロン）、活動場所の提供等を適に地域課題の把握や地域づくりに関する取組）
- ・住民ボランティアの育成
- ・災害時に備えた地域のコミュニティづくり
- ・住民に対する福祉に関する学習会や介護予防に関する講習会

24

直近の動き

○子ども食堂の活動に関し、利用可能な資源や運営上の留意点を示す通知を发出（平成30年6月28日）
※「子ども食堂の活動に関する連携・協力の推進及び子ども食堂の運営上留意すべき事項の周知について」

○介護サービス事業所が、その利用者を対象とした社会参加活動等を円滑に実施するための留意点を示す事務連絡を发出（平成30年7月27日）
※「若年性認知症の方を中心とした介護サービス事業所における地域での社会参加活動の実施について」

保健福祉分野における民間活力を活用した社会的事業の開発・普及のための環境整備事業

【平成30年度予算：111百万円】

概要

- 保健福祉分野において、ソーシャル・インパクト・ボンドなど民間資金による社会的インパクト投資の枠組みを活用して社会的事業を試行的に実施。
- 社会的価値を測定する指標の設定、事業成果に基づく報酬の設定などの環境整備、行政の財政支援の成果指向型への改革等について、その課題や有効性を検証。

事業分野例

①健康づくり ②生活困窮者施策 ③児童福祉施策
④地域コミュニティづくり（地域経済活動の活性化と参加者の健康増進、自立支援等の推進）

地域経済における「循環」の形成：
→耕作放棄地・管理放棄森林、空き家・店舗などの地域課題解決への高齢者・障がい者・生活困窮者等の就労・参画による、地域経済の持続的発展と自立促進の同時実現

昨年度採択された主な事業テーマ

- 農林業等の地域資源を活用した、ハンディキャップのある人々の社会参加・就労支援と、コミュニティ再生
- 農業などの地域資源の活用と多世代の地域住民の参画による地域づくりと、介護予防・自立支援
- 専業主婦や高齢者、耕作放棄地など地域の潜在資源を活用した子育て環境充実と地域活性化
- コミュニティ拠点整備や耕作放棄地等の活用と、高齢者・障害者の参画による地域活性化と健康寿命の延伸
- 遊休耕作地を活用した認知症高齢者の社会参加と認知症予防

改正社会福祉法の概要

（地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律による改正）

「我が事・丸ごと」の地域作り・包括的な支援体制の整備

1. 「我が事・丸ごと」の地域福祉推進の理念を規定

地域福祉の推進の理念として、支援を必要とする住民（世帯）が抱える多様な複合的な地域生活課題について、住民や福祉関係者による①把握及び②関係機関との連携等による解決が図られることを目指す旨を明記。

2. この理念を実現するため、市町村が以下の包括的な支援体制づくりに努める旨を規定

- 地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備
- 住民に身近な圏域において、分野を超えて地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整等を行う体制（※）

※ 主に市町村圏域において、生活困窮者自立相談支援機関等の関係機関が協働して、複合化した地域生活課題を解決するための体制

3. 地域福祉計画の充実

- 市町村が地域福祉計画を策定するよう努めるとともに、福祉の各分野における共通事項を定め、上位計画として位置づける。（都道府県が策定する地域福祉支援計画についても同様。）

※ 法律の公布後3年を目途として、2の体制を全国的に整備するための方策について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる旨の原則を置く。

※ 2017年（平成29年）6月2日公布。2018年（平成30年）4月1日施行。

27

「地域共生社会」の実現に向けた地域づくりの強化のための取組の推進

平成30年度予算 26億円
実施主体：市町村（150か所程度） 総務府所管
（前年度予算額 20億円（100か所程度））

(1) 地域強化推進事業（補助率3/4）

- 住民の身近な圏域において、住民が主体的に地域課題を把握し、解決を試みることができる体制を構築することを支援する。

住民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくりを支援

【1】地域課題を推進するために必要な環境の整備（他人事「我が事」に取入れていくような働きかけ）

【2】地域の課題を包括的に受け止める場（※）
※ 地域住民ボランティア、地区社協、市区町村社協の地区担当、地域包括支援センター、相談支援事業所、地域子育て支援拠点、利用者支援事業、社会福祉法人、NPO法人等

○ 市町村レベルにおいて「地域共生社会」の実現に向けた地域づくりに係る普及啓発事業の取組や、都道府県による市町村における地域づくりへの支援を要する。

(2) 多機関の協働による包括的支援体制構築事業（補助率3/4）

- 複合化・複雑化した課題を的確に対処するために、各制度ごとの相談支援機関を協働的にコーディネートするため、相談支援強化推進員を配置し、チームとして包括的・総合的な相談体制を構築する。

包括的支援強化推進員
世帯全体の課題を的確に把握
多職種・多機関のネットワークの構築
相談支援強化推進員会の開催等

雇用・就労関係 高齢関係 住居関係 教育関係 保健関係
多文化共生関係 総合的な相談支援体制作り 障害関係
自殺対策関係 司法関係 児童関係 家計支援関係 医療関係

新たな社会資源の創出
地域に不足する資源の創出

第2部：地域包括ケアの深化に向けた諸課題と対応策

講演4 「地域包括ケアにおけるリハビリテーションの役割
～私たちの実践～」

医療法人真正会 理事長

斉藤 正身氏

皆さま、こんにちは。ご紹介いただきました斉藤でございます。

今までの先生方のお話とは少し違って、直接高齢者の方々や住民の皆さんと関わる立場で実践してきたことと、埼玉県民でございますので、埼玉県は頑張っているよというお話をさせていただこうと思っておりますので、どうぞよろしくお願いたします。

さて、今日お話ししようと思っていることは「地域包括ケアにおけるリハビリテーションの役割」、そういう内容です。

埼玉県の人口は約730万人、川越市の人口が約35万人。私たちの法人は川越ですけれども、狭山や日高と隣接した地域でお仕事をさせていただいています。これが私たちの病院、そして老人ホーム、それから、今年1月に完成しました霞ヶ関在宅リハビリテーションセンター。地域包括ケアシステムの拠点をつくろうと思ってつくりました。

今日この写真で見てもらいたいのはこの地域です。この地域は、私たちの大本の病院ができた昭和47年に同時期にできた住宅団地です。まさに、今年になってからのデータでも、高齢化率は46%ぐらいかもしれません。かなり大きなお宅に皆さんお住まいですが、ご高齢のひとり暮らし、ふたり暮らし、あるいは、空き家も結構多いですし、中には2階にはもう3年上がっていないよという人もいらっしゃいます。実は、この人たちが今立ち上がって頑張っているんです。その話は後ほどしようと思っております。

私たちの法人は、そういう方々を支える立場にあるわけですが、職員数ではリハ専門職の人数が他に比べて多いです。初めから多かったわけではなく、初めは1人でした。1人から始まって30年がかりで今160人ぐらい。適正配置だと思っております。

私は、以前に厚生労働省社会保障審議会の介護保険部会の委員をさせていただいた時があって、その中で、介護におけるリハビリテーションの必要性と将来あるべき姿についてお話をしたことがあります。

その時に、リハビリテーション前置の考え方というのはもちろんですけども、介護の負担を軽減するためにリハビリテーションは不可欠だということをごこの教科書にも書いていなかったもので、そういう意味合いでリハビリテーションを捉えてもらおうと、介護保険の中でもリハビリテーションの在り方というのは、本人のADLだけでなく重要だという話をしました。それから、リハビリテーションといっても提供の仕方はいろいろありますが、包括的に提供できる体制を整備していくことが大事なのではないかと主張してきました。

私たちの法人は、施設ケアと在宅ケアの架け橋だと思っていて、患者さん“patient”と言われている人たちが、ミスター、ミセス、そういう呼び名になっていくような、そんな役割を担っているのかなと思っております。

地域における私たちの役割をここに示しました。

次のスライドは、地域包括ケアシステムでよく目にするマトリックス図ですが、私たちが日常仕事をしているところは、この「共助」のところだと思いますが、それに加えて、自助、互助、公助ということが大事だということです。これを、リハビリテーションに当てはめて考えてみたのが次のスライドです。私たちの日常の仕事は、この共助のところを社会保障制度の中でやっていますが、自助、互助、公助というところにも、私たちリハビリテーションに携わる人たちは結構役に立つということです。それを具体的に表したのが次のスライドです。

リハビリテーションを医療という捉え方をすると、いまだに、自助・互助はリハビリテーション医療に関係ないと言うリハビリテーションの専門職、専門家の先生方もいらっしゃいますが、地域リハビリテーションという考え方で物事を考えると、ちょっと違うように思います。

地域リハビリテーションは、まさに地域包括ケアシステムと同じような概念で、もともとは発展途上国で出てきたコミュニティベースのリハビリテーションという考え方です。例えば大きな災害や戦争の

あと、そのまちで障害を持った人たちがどう生きるかだけでなく、もう一度まちづくりから、復興に向けた取り組みをみんなでやっっていこうといった事も含め「地域リハビリテーション」というもので、地域包括ケアシステムの考え方と合致するのではないかと考えています。

日本リハビリテーション病院・施設協会では、2016年に「地域リハビリテーション」の定義の見直しを行い、その中で何をすべきかという推進課題をつくりました。この推進課題をあとで見えていただければと思うのですが、介護予防、切れ目のない体制整備、連携協働、それから、ネットワークをつくる、そして、啓蒙・啓発活動、支え合いづくり。こういったことを推進していくべきではないかと考えています。

こういう考え方というと、今までの介護保険制度の中で提供されているリハビリテーション、老人保健施設や通所リハなどいろいろ形はありますが、フォーマルなサービスを提供して活動や参加に結びつけるだけではなく、フォーマルなサービスの場を、もっとインフォーマルに、地域のために役立ててもらおうような取り組みをやっていくことが地域リハビリテーションだと私は考えています。

地域のために、社会のために何ができるか。

この考え方を強く確信したのは、東日本大震災でした。東日本大震災を機に多くのことを学びました。震災後、私は埼玉県医師会長を訪ね、福島にいわきに支援に行かせてほしいと申し出たところ「斉藤先生、さいたまスーパーアリーナにすぐ行ってほしい。」と言われました。一時避難所になっていたさいたまスーパーアリーナには、福島から約3000人の方々が避難して来られていて、ほとんど体を動かさせていないらしいというのです。実際に行ってみると、皮肉なことに、広いアリーナの中に人がいるわけではなく、その周りの回廊に人が座っている状態で、そんな中で一番運動量が確保できていたのは、外に出ないとタバコを吸えない喫煙者でした。そうでない方々はほとんどが体を動かさせていない状況でした。私たちは、毎日数人で行って、座ったままでもできる様なストレッチなどを繰り返し行いました。初めはなかなかのってくる人が少なかったのですが、毎日通っているうちに、200人、300人の人たちが体を動かすようになってくださって、やっと医師の仕事ができたような気持ちにもなりました。

私たちの法人は、この時に事業理念に「社会貢献」を新たに加えることにしました。支援活動をしている職員の姿は生き生きとしていました。診療報酬や

介護報酬でお金を得ることは経営にはもちろん大切なことですが、やりがいや生きがいを感じられる社会貢献にも業務として参加できるようにしたのです。そこから地域リハビリテーションが始まっていったようにも思います。

その後、避難所が加須市の旧騎西高校に移る頃には、埼玉県医師会長が県内の病院やリハ専門職のいる所に通知を出して下さって、250名ぐらいのリハ専門職が支援に入れる体制が出来ていきました。廃用予防のストレッチから始まり、スーパーアリーナ、旧騎西高校、ビッグパレットふくしま等…この頃になると全国規模ですので、埼玉県だけの体制だけでは難しくなってきました。そこで、全国のリハビリテーション関連の団体に声を掛け JRAT (大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会) という全国組織を作り、福島県猪苗代町のホテルリステル猪苗代などにも支援に行かせていただきました。ここでの生活は、ホテルとはいえ段差や傾斜の多い立地のため移動が大変だったり、毛足の長いじゅうたんの上では車いすが動かしづらかったり、個室から出てこない閉じこもりの生活がありました。

一方、被災地にある通所リハ、デイケアといった施設はどのようなことになっていたかという、仙台の老健にあるデイケアはボランティアの事務局や宿泊所になっていたり、病院は、全壊した病院の患者さんやそのスタッフと子ども引越してきて入院施設として使われていたり、クリニックは緊急一時避難所。地域の人のための場所として、デイケアはその役割を担っていたのです。こういう現実を見た時に、やはり今までの社会保障制度、特に介護保険制度の中だけで動いていた通所リハが、もっといろんな仕事ができる。私たちがやりたかった仕事はこういったことではないかと皆が思い始めたのがこの時期だったように思います。

地域に根差したデイケアの役割を考える時、災害時には、緊急避難所や備蓄庫、廃用予防の啓発・実践などに対応できる。私たちの法人でも、病院にだけでなく、デイケアにも地域の方が集まって来られた時のために備蓄を置いています。こう考えると、地域包括ケアシステムに対応できる通所リハという考え方もあるかなと思うのです。たった1つの通所リハでさえこういう取り組みができるのですから、私たちにとっては、何かやりたいことが広がって来たようなイメージを持ったところでした。

そんな中で、スライドにデイケアの役割を書いています。今日ご紹介したいのは3番目の“インフォーマルなサービスの提供”のところの“送迎サー

ビスの活用”。冒頭で「あとでお話します」と申し上げた、私たちの地域の高齢者の方々が頑張っているというお話です。

この地域には住民が立ち上げた「たすけあいの会」という有償ボランティアグループがあるのですが、その人たちから私たちのデイケアに問合せがあったのです。「先生のところのデイケアの送迎車と運転手を、送迎の合間の昼間に貸してもらえないだろうか」と。というのは、この地域で行ったアンケート調査の結果、買物が一番の困りごとだったということです。自分たちで「買い物支援バス友の会」をつかって運営するので、車と運転手を貸してくれないかという相談でした。これに応える形で車と運転手を無償で提供する買物支援を始めました。毎週火曜と金曜、2カ所のスーパーマーケットを回り戻ってきます。友の会には約70人の登録者がいらっしゃるでしょうか。その日行きたい人が利用されています。友の会の皆さんから「無償でお借りするわけにはいかない」ということになり、私たちの病院・施設でお返しボランティアをして下さることになりました。傾聴や車いすの清掃など、自分たちができる事を活動に。うちのスタッフよりよほど上手だったりします。また、こういった活動を生きがいに感じながら、地域住民の皆さんと私たちの関係が育まれてきたと思ってとても感謝しています。

また、この地域では、シルバーパーティーといって、高齢者の人たちが毎年集まるようなのですが、今年1月にできた「霞ヶ関在宅リハビリテーションセンター」のフロアを、こういう時の場所としても使っていただけるようになりました。

さて、お時間がないところで駆け足ですが、先ほどお話ししたように、埼玉県では震災ボランティアがきっかけとなり、医師会とリハ専門職が一緒になって活動する体制が出来てきました。そういった中、ここに流れが書いてありますが、ちょうど地域リハビリテーションの支援体制を再構築しようという話が出てきたものですから、私たちは何とかこれらを1つにしていこうじゃないかということで出来上がったのが、埼玉県地域リハビリテーションの支援体制です。

一番の特徴は、県内10ヶ所に置かれている「地域リハビリテーションケアサポートセンター（以下サポートセンター）」。このサポートセンターと連携する医療機関の多くは震災の時もお手伝いをしてくれた病院で、現在250ヶ所を超えています。私たちの病院もサポートセンターの1つなのですが、サポートセンターから人を派遣するのではなく、例

えば、市町村の地域包括支援センターや障害者相談支援センターからの相談をサポートセンターが受けて、サポートセンターがその相談してきた地域包括支援センターに行ってくれる。あるいはサポートセンターがそこ近い場所の協力医療機関と調整を行い、その医療機関が支援に入る。というように、サポートセンターが調整役を行っているという埼玉県の組織なのですけれども、市町村の地域包括支援センターに直結してサービスをお手伝いするという、県と市町村が一体となったシステムです。埼玉方式などといわれて注目されてきています。派遣実績もどんどん増えてまいりましたし、内容的にもとても良くなってきて、この10月30日に各ケアサポートセンターの報告会を埼玉県全体で行うことになっています。

こういう県の活動も1つありますし、私は、埼玉の川越ですが、川越市では、地域包括ケア推進協議会「コミュニティアネットワークかわごえ」という組織をつくりました。市、医師会、社協、地域包括支援センターなど、医療介護に携わる24の団体が構成され、どの団体も排除することなく一緒に地域を支えていこうと、思いを一つにして活動しています。毎年医療介護フォーラムを開催したり、自分たちも勉強していこう、ネットワークをつくり、連携をして、それから地域ケア会議のお手伝いをしようというようなことも今始めているところです。次第に大勢が集まってくれて、内容も濃くなってきたかなと思います。

最後になりましたが、住民主体とよく言いますが、住民に任せっきりでではなかなかうまくいくものではなくて、住民主体でやっていくためには、やはり市町村がやる気でないとだめだと思います。そして、その市町村のやる気を、都道府県あるいは国がどのように前向きな戦略を立ててバックアップしてくれるかが重要です。ここまではよく出てくる話ですが、加えて、やはり医療機関や関係団体が協働による支援に入ってこそであり、専門的な知識を持っている人たちが、フォーマルなことばかりではなく、インフォーマルなことにも目を向けた関わりを持っていくことが、私は今一番求められていることだと感じています。

私たち、医療・福祉の専門職、特に医療の専門職は、社会保障制度の中で働きたいと思ってその職に就いた人はほとんどいないと思うのです。目の前にいる人のために自分は何かできないだろうか。助けてあげることができないだろうか。あるいはお手伝いすることができないだろうか。そういった思いが

原点だと思うのです。その原点を忘れずに関わっていくという意味でも、今この地域包括ケアシステムの中で働くことをどんどん推奨していくことが、そこで働く専門職にとっても、やりがいにつながるのではないかと思います。

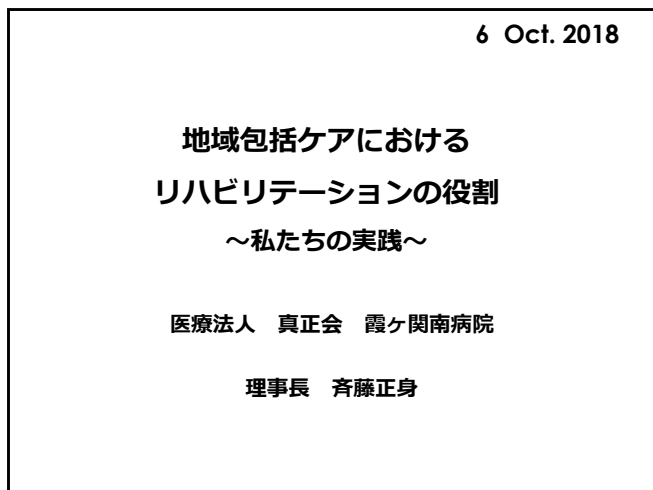
ご清聴ありがとうございました。

6 Oct. 2018

地域包括ケアにおける
リハビリテーションの役割
～私たちの実践～

医療法人 真正会 霞ヶ関南病院

理事長 斉藤正身



埼玉県 7,308,198人 (推計人口 2018/3/1)

埼玉県



川崎市 352,270人 2018/3/1

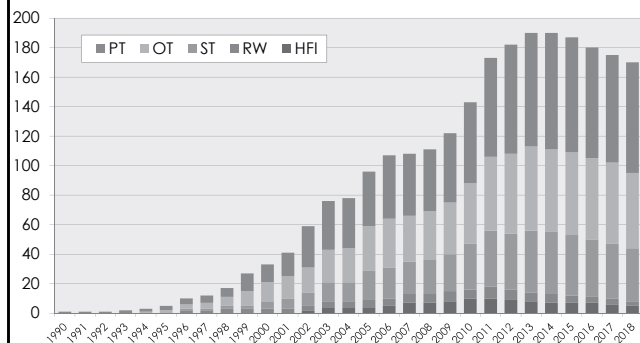


医療法人真正会 職員構成 (2018. 5. 25)

職種	常勤	非常勤	合計	職種	常勤	非常勤	合計
医師	12	35	47	ケアマネジャー	7	-	7
看護師	79	27	106	放射線技師	3	-	3
准看護師	24	6	30	薬剤師	5	-	5
介護福祉士	66	19	85	薬局助手	1	1	2
ケアワーカー	6	7	13	管理栄養士	10	-	10
理学療法士	73	1	74	オールウエイズ	-	6	6
作業療法士	51	-	51	歯科衛生士	7	5	12
言語聴覚士	36	-	36	臨床検査技師	2	-	2
健康運動士	4	1	5	事務	43	5	48
トレーナー	-	4	4	用務	-	32	32
レクワーカー	3	-	3	登録H・入浴P	-	4	4
社会福祉士	23	-	23	保育士	4	4	8
				合計	459	155	614



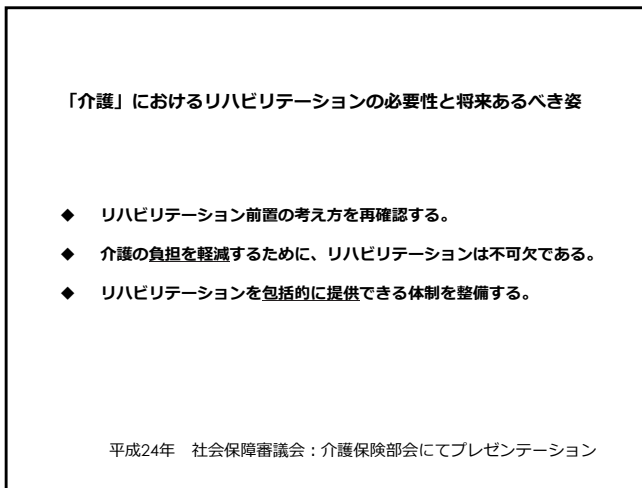
リハビリテーション部スタッフ数の推移



「介護」におけるリハビリテーションの必要性と将来あるべき姿

- ◆ リハビリテーション前置の考え方を再確認する。
- ◆ 介護の負担を軽減するために、リハビリテーションは不可欠である。
- ◆ リハビリテーションを包括的に提供できる体制を整備する。

平成24年 社会保障審議会：介護保険部会にてプレゼンテーション



施設ケアと在宅ケアの架け橋

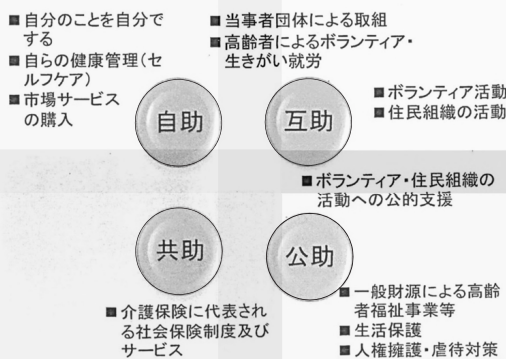
Patient から Mr. Mrs. へ

地域における私たちの役割

- ★ 医療保険と介護保険の橋渡し役
- ★ 施設・在宅サービスの適正な提供
- ★ 介護予防・健康増進事業

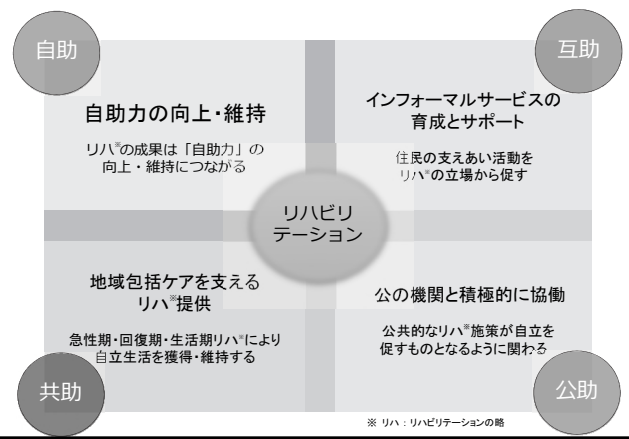
- ★ 新たな「地域」の創造
- ★ 新たな「住まい」の創造

「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム (費用負担による区分)



引用: 厚生労働省 地域包括ケアシステムについて 平成28年11月1日発表 一筆執筆

地域包括ケアを支えるリハビリテーション



※ リハ：リハビリテーションの略

リハビリテーションが担えること



※ リハ：リハビリテーションの略

地域リハビリテーションとは？

地域リハビリテーションとは、障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生涯に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々と機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合っ

地域包括ケアシステムとは？


地域の実情に応じて
 高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制

日本リハビリテーション病院・施設協会 2016

(地域医療介護総合確保促進法・社会保障制度改革プログラム法)

地域リハビリテーション
定義・推進課題・活動指針

2016年版



日本リハビリテーション学会 編纂委員会

発行：1991
改定：2001・2016

地域リハビリテーション

定義

地域リハビリテーションとは、障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含めた生活にかかわるあらゆる人々や機関、組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う。

推進課題

1. リハビリテーションサービスの整備と充実

- ① 介護予防、障害の発生、進行予防の推進
- ② 急性期・回復期・生活期リハビリテーションの質の向上と切れ目のない体制整備
- ③ ライフステージに合った適切な総合的リハビリテーションサービスの提供

2. 連携活動の強化とネットワークの構築

- ① 医療介護・施設間連携の強化
- ② 多職種協働体制の強化
- ③ 発症からの時期やライフステージに合った多職種を含むネットワークの構築

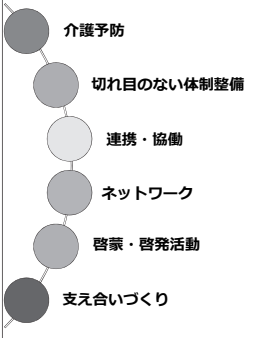
3. リハビリテーションの啓発と地域づくりの支援

- ① 市民や関係者へのリハビリテーションに関する啓発活動の推進
- ② 介護予防にかかわる種活動を通じた支えあひづくりの強化
- ③ 地域住民も含めた地域ぐるみの支援体制づくりの推進



推進課題

- 1. リハビリテーションサービスの整備と充実**
 - ① 介護予防、障害の発生、進行予防の推進
 - ② 急性期・回復期・生活期リハビリテーションの質の向上と切れ目のない体制整備
 - ③ ライフステージに合った適切な総合的リハビリテーションサービスの提供
- 2. 連携活動の強化とネットワークの構築**
 - ① 医療介護・施設間連携の強化
 - ② 多職種協働体制の強化
 - ③ 発症からの時期やライフステージに合った多職種を含むネットワークの構築
- 3. リハビリテーションの啓発と地域づくりの支援**
 - ① 市民や関係者へのリハビリテーションに関する啓発活動の推進
 - ② 介護予防にかかわる種活動を通じた支えあひづくりの強化
 - ③ 地域住民も含めた地域ぐるみの支援体制づくりの推進



介護保険制度の中で提供されるリハビリテーション

- ◆老人保健施設
- ◆通所リハビリテーション
- ◆訪問リハビリテーション
- ◆短期入所におけるリハビリテーション 等

↓

フォーマルなサービスとして提供
活動・参加に結びつける

活動・参加の場を
フォーマルなサービスで終わらせない

↓

フォーマルなサービスの場を
インフォーマルに地域のために活用する

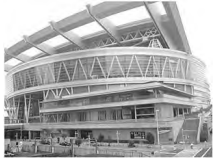
**地域のために
社会のために
何ができるか…**

2011/03/21
郡山及び仙台への人的援助の手続きを問い合わせる目的で県医師会へ

2011/03/22
現状把握目的でさいたまスーパーアリーナ視察のアドバイスを受ける。

さいたまスーパーアリーナへ…

福島県双葉町の住民を中心に
約3000名が避難されていた。
(2F・4F・5Fの通路)



私たちにできること

事業理念に
「社会貢献」
を追加！

震災対応
廃用予防ボランティア・ミーティング



東日本大震災… リハビリを提供…

廃用予防目的のストレッチ体操ボランティア

東北地方太平洋沖地震に伴う避難者の一時避難場所

◆さいたまスーパーアリーナ

◆埼玉県加須市 旧騎西高校

◆ビッグパレットふくしま (郡山)

◆リステル猪苗代



ホテル
「リステル猪苗代」



一般的なホテル客室と
コンドミニウムタイプ

多くの方が「閉じこもり」の生活へ

- ・ ホテルとはいえ段差や傾斜の多い立地
- ・ 手すり等は未整備 歩きにくい床材
- ・ 客室 (個室) に家族単位、単独世帯者は相部屋で生活



東日本大震災… 被災地の通所リハでは…

せんだんの丘 (宮城県仙台市)



ボランティア事務局、宿泊先として
郡山市医療介護病院 (福島県郡山市)

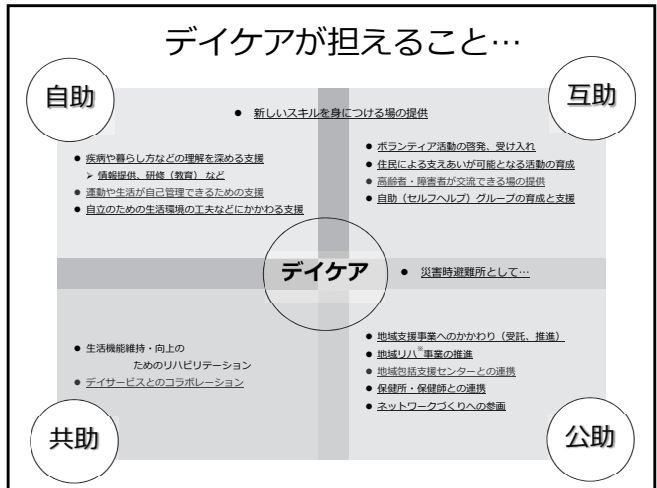
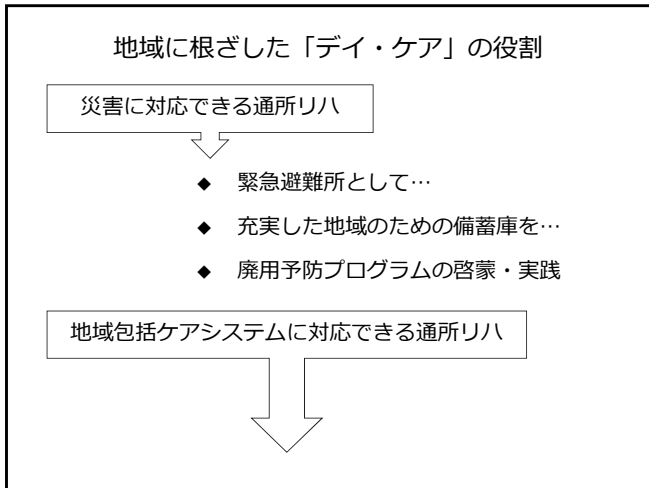


入院スペースとして

トータルヘルス・クリニック (福島県郡山市)



緊急一時避難所として
地域のために
私たちができること



- 地域包括ケアシステムにおけるデイケアの役割
- ① ニーズに対応したサービス提供
 - 短時間提供
 - 中重度者対応
 - ② フォローアップ体制の充実
 - 定期的な生活機能の評価とアドバイス
 - リハ会議からサービス担当者会議へ
 - ③ インフォーマルなサービスの提供
 - 場所の提供
 - スタッフの派遣
 - 送迎サービスの活用
-

困りごと1位 「買い物不自由」

- 「買い物支援バス友の会」が本年2月～本稼働

⇒住民アンケートの結果、バスや電車の本数が減って「スーパーに行くことが大変」という困りごとが1位！

通所リハビリで空いている時間を利用して車両とドライバーを無償提供

買物支援バス友の会「お返しボランティア」

<できることを活動とする>

傾聴ボランティア
車いす清掃
除草・植木の剪定
食器洗い
お茶出し
将棋の相手 など

(新) 埼玉県地域リハビリテーション支援体制整備事業 再構築のきっかけ

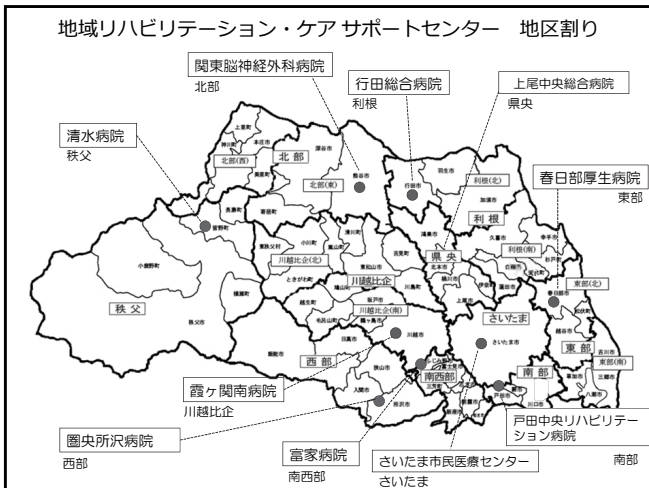
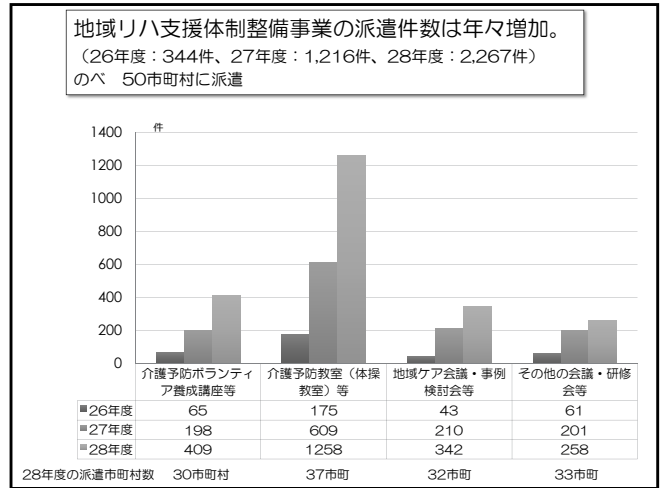
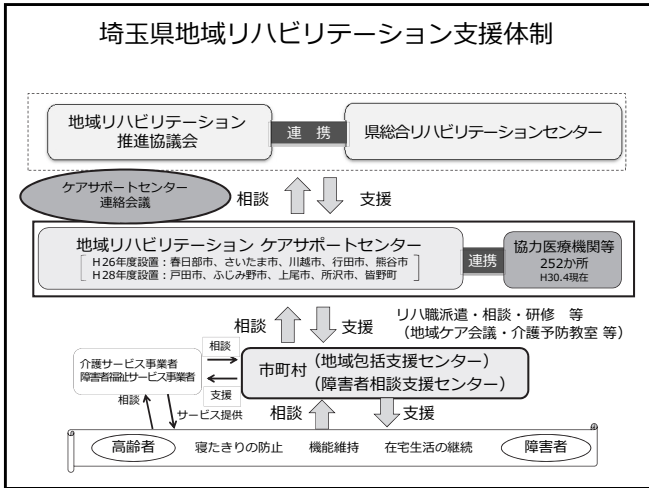
- 平成23年3月11日：東日本大震災 発災
- 平成23年3月15日：原発事故によりさいたまスーパーアリーナへ避難
- 平成23年3月22日：県医師会長の要請により、ボランティア活動開始
- 平成23年4月15日：震災対応廃用予防ボランティアミーティング（250名）
- 平成23年4月20日：埼玉県（旧騎西高校）に避難された、福島県双葉郡双葉町に対し、県の医師会、理学療法士会、作業療法士会および言語聴覚士会で、4団体合同リハビリボランティア組織「CBR-Saitama Med.」を結団し、廃用予防を目的としたボランティア活動を開始。

- 平成25年2月：県議会で質問「埼玉県のリハビリテーション体制を問う」

↓

地域包括ケアの実現に向けた地域リハビリテーション支援体制の相談が始まる。

リハビリテーション職を派遣するスキームと多団体での協力体制が原点到



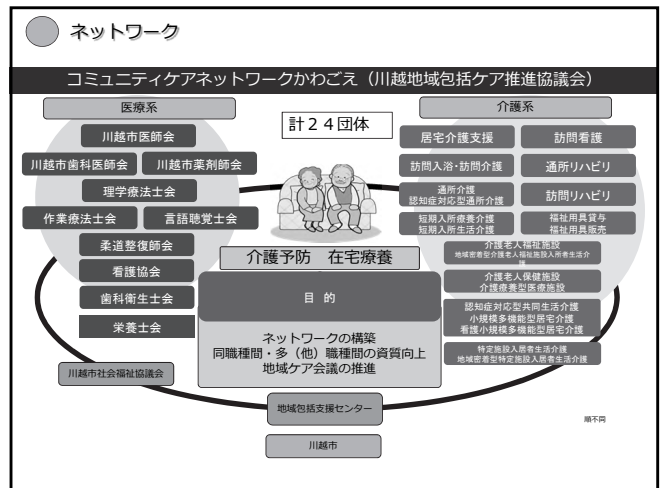
コミュニティケアネットワークかわごえ CCN かわごえ (川越地域包括ケア推進協議会)

(事務局) 一般社団法人川越市医師会

第3回 医療・介護連携フォーラム

- 日時：平成28年1月29日(金) 19:00~
- 会場：ウエスタ川越 大ホール
- 対象者：医療機関、介護保険事業所の職員
- 内容：
 - 地域包括ケア推進協議会の設立
 - 基調講演 三軒茶屋リハビリテーションクリニック院長 長谷川幹氏
 - 各団体からの現状と課題の発表

750名が集い「コミュニティケアネットワークかわごえ」設立



「コミュニティケアネットワークかわごえ」の目的 (川越地域包括ケア推進協議会)

- 川越市における在宅医療・介護連携の推進について、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられることができるよう、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するため、川越市と連携し、地域の医療・介護関係者のネットワークの構築、同職種、多(他)職種間の資質向上を推進するにあたり、医療と介護の連携のあり方や仕組みづくりについて協議を行うことを目的とする。

- ① 医療・介護関係者のネットワークづくり**
地域の医療・介護関係者の顔の見える関係性を構築する。
- ② 同職種間・多職種間の資質向上(多職種によるケアマネジメント)**
同職種間・多職種の役割・能力・現状や地域の実態・課題を検討する。
- ③ 地域ケア会議の推進**
会議参加の心構え、専門職としての役割等を啓蒙・啓発する。

住民主体

市町村のヤル気

都道府県の前向きな戦略

医療機関や関係団体の協働による支援

たとえ障害があっても、
再びその人らしく生き生きとした
生活ができるように！

私たちは…

パネルディスカッション

座長 公立大学法人埼玉県立大学理事長 田中 滋
 医療法人真正会理事長 斉藤 正身氏
 厚生労働省 大臣官房審議官 迫井 正深氏
 厚生労働省 社会・援護局地域福祉課生活困窮者自立支援室長
 野崎 伸一氏
 埼玉県立大学大学院／研究開発センター 教授 川越 雅弘

司会 鈴木研究開発センター長：それでは、パネルディスカッションを始めさせていただきます。

ここからの進行は、パネルディスカッションの座長であります本学理事長田中滋が行います。それでは、よろしく願いいたします。

田中理事長：残りの時間は、私を含めて5人の討議あるいは質疑によって過ごしてまいります。

質問を事前に幾つか用意しました。

まずは、地域包括ケアシステムにとっても、地域リハにとっても、あるいは地域のケアマネジメント、そして共生社会実現にとっても、自治体の果たす役割は大変重要ゆえ、自治体について述べていただきます。県もそうですし、基礎自治体もそうです。自治体に対する期待、たとえばこういうところに力を入れてほしいとか、あるいは、ここは駄目なのではないか、何でも結構ですけれども、自治体についての意見を伺います。

後で自治体の方から反論があってもいいかもしれませんが、とにかく地域包括ケアシステムにかかわる仕組みづくりにあたっては自治体に力を発揮していただかななくてはなりません。全ての方々の話でも指摘されていきました。これを上げます。

次に、きょうのテーマではありませんでしたが、皆さん気になっていらっしゃるだろう働き手の不足を取り上げます。この問題をどうするか考えておかななくてはけません。かつて、他産業と異なって介護人材だけが足りない時には介護人材問題と言えました。今は、介護人材問題ではなくなりました。理由は日本中が人材不足だからです。

商業も運輸業も建設業もレストラン業も旅館業も全て人材不足に悩んでいます。したがって、介護人材不足だけの問題ではなく日本経済全体の問題に拡大してしまいました。

もし介護人材だけが足りないなら、他産業に追いつくための介護人材の処遇改善は大きな力とな

るでしょう。しかし、日本中で足りない時には他産業でもある程度処遇改善が進むと想定される以上、介護人材問題については、生産向上を含む広い視点から討議しようと計画しています。

最後は、一番、私が期待している若者たちへの誘いかけです。本学の学生にかぎらず、この分野に関わりたい、訪問看護やデイケア、共生サービスなりケアマネジメントなり、地域包括ケアシステムに関わりたい若者たちに夢を与えるスピーチをすることは中高年齢者の責務だと信じます。

まず、自治体への期待もしくは叱咤激励からいきましようか。川越先生からお願いします。

川越教授：自治体の方が置かれる状況というのは結構厳しいですね。人を増やすことはなかなかできない。それにもかかわらず、仕事はどんどん増えている。自治体として行わなければならない部分と委託先にやらせてもらう部分の両方がかなり増えてきてしまっている。

ただ、委託するとそれで終わりかというところではなく、委託先にちゃんと何をしてほしいかを言わないといけない。その後きちんと動いているかどうかの確認やフォローをしないといけない。このような状況下では、まず、どうやったら、楽に、かつ効率的、効果的に仕事を回せるかを考えたほうがいいと思います。

例えば、市町村は3年毎に地域包括ケア計画を策定されますが、その際、何のための計画かをもう一度おさえる必要があると思います。要は、事業や施策の目的を意識するということです。どうするか、誰がやるかといった手段から考えると、施策がうまくいったかどうかのモニタリングがしにくくなります。常に、何のための計画か、何のための施策か、例えば、看取りであればどのような看取りを目指すのかという点をまずおさえないといけないと思います。

国は、どこで亡くなったかではなく、本人の希

望や意向に沿った看取られ方をどのように支援するかを検討しています。こうした国の施策の流れを理解した上で、それぞれの地域の関係者を交えて、我々の地域ではどんな看取りを目指すかを一緒に議論していったほうがいい。市町村担当者が、自分らで考えて、自分らでこうしたらどうかということはある程度作り込んでから現場の人に提案するのではなく、現場の人を検討段階から巻き込んで、課題を整理してもらって、対策を考えてもらって、良い案があればそれを採用する。相手を検討メンバーに加えて、意見を出してもらい、その上で、良い案を採用するというやり方です。このほうが楽ですし、結果もついてきます。要は、自分らが中心となって計画を策定するというやり方ではなく、マネジメントにもっと徹してはどうかということです。こうしたやり方の方がうまくいくと、今までの市町村支援の経験からすごく感じています。

また、例えば、地域課題を把握しないといけない場合に難しく考えるんです。課題は、個々の事例から把握する方法もあれば、専門職にヒアリングして把握する方法もあれば、各種データ分析から課題を把握する方法もあるんですけども、課題を各種データ分析から把握しようとするのはハードルが高いんです。簡単なのは、専門職にヒアリングをすること、事例から課題を見つけることです。

私は、現在、都内のある市町村の地域医療計画策定の支援を行っていますけれども、まず何から入っているかという、各種データの分析からではありません。まず、テーマに即して、各関係者からヒアリングする。看取りであれば、救急隊、救急医療機関、訪問看護師、ケアマネジャーなどです。こういうやり方からまず入っていきます。

難しい、ハードルが高いやり方から入るのではなく、自分らにとって簡単な方法からまずやってみることが大事です。また、計画、例えば医療介護連携などを実践するのは現場の方であり、住民の理解も重要となります。計画を実効あるものにするためには、住民や専門職にとってわかりやすいものにすると同時に、計画作成段階からこれら関係者を巻き込んで、みんなの意見を聞いてそれをまとめ上げるというところに力点を置くべきかと思います。こうした方法をとられたら、私は、仕事も楽になるし、計画も実効あるものになるんじゃないかと思っています。

私からは以上です。

田中理事長：ありがとうございます。

データよりもヒアリングから入るとか、それから、マネジメント部門と実際の作業部門を分けてどちらを委託するなど、参考になるお話でした。

野崎室長、お願いします。

野崎氏：先ほどちょっと緊張していましたので、ようやく落ち着きました。

私は、少し焦点を絞って、地域づくりとかの観点から。私は、いろんな自治体にお邪魔して、結構うまくいっているというか、よくやっていたりしゃるなという所に見える一つの共通点というか、一般化はできませんけれども、そこから見えるヒントみたいな観点からお話ししたいんですけども、まず、保健福祉系の部局は、特に市町村も都道府県もそうでしょうけれども、とても忙しいです。

だいぶ制度も複雑になってきていることもあり、またその制度も3年に一遍ないし5年に一遍変わることもあり、かなり運用で、保健福祉系の部局というのはあっふあっふになっているのが現状だと思います。

その中でどういうふうになっているかという、まず一つは、地域づくりをすることは、先ほど申し上げたように、まちづくりとの接点や、あるいは、それぞれの住民、市民の皆さんが自発的に取り組んでいらっしやることをどういうふうと一緒にやれるかということなんです。そうだとするとそのフロントにいる部局というのは、保健福祉部ではないわけです。例えば、市民協働部門であったり、産業部門だったり、あるいは企画部門だったりするので、むしろそういうところの掘り起こしというか、つながるみたいなところは結構、そういう人たち、他の部門にいい形で委ねながら、自分たちは後からついていくという仕掛けをうまく組んでいるなという気がしています。

あとは、例えば私がお配りしている資料に昨年3月に出した通知があります。これは何かと言うと、先ほど私が申し上げた地域支援事業や地域生活支援事業、いわゆる地域づくりに関係する事業の一体的に使用していただいていると。さらに、事業間の費用按分も簡便な方法でいいですという通知を出しています。意外に市町村に十分認識されていなかったりするのですが、うまくやっていたらしくは、うまく活用いただいています。

この通知はわれわれからのメッセージで、縦割りの仕組みを少し緩やかに、柔軟に使ってください。このような動きにアンテナを高くして使っていたらしくは、うまくだきたいというのが私の期待です。

田中理事長：ありがとうございます。

各種地域事業等の新しい取り組みにもきちんとアンテナを張ってなくてはならない。それから保健、医療、福祉部門は専門性は高いけれども、市民と多く接する場所ではないので、そちらの部局との連携をよくしていく。ありがとうございます。

迫井審議官、お願いします。

迫井氏：私自身、広島県庁で3年過ごさせていただいたので、その時にも強く感じたし、またいろんなことを教えていただいたということなんですが、3点申し上げたいと思います。

1点目、これはずっとお話に出ている、地域包括ケアシステムというのは福祉保健の分野だけではない。まちづくり、それから教育の話もそうですし、さまざまな分野にまたがるテーマ、そして、これはおそらく地方自治のコアになるものだと思うんです。従来の福祉とか特に医療の部局というのは、専門職との付き合いがどうしても出てきます。きょうはせつかくの場だからストレートに申し上げると、県庁職員の仕事としてはやりにくい部類だと。医師会や福祉関係者との調整では、自分たちだけではなかなかマネージできないので、嫌な思いもするし、早く異動したいみたいな感じなのですね。けれども、これは地方自治の中心的課題であり、もう避けては通れないし、逆に言うと、自治体に勤める以上、これは面白いと思わないとおそらく仕事として難しくなってしまうと思うのです。なので、中心的な課題に従事しているのだと楽しく取り組んでほしいな、というのが率直な気持ちとしての1点目です。

2点目は、また、専門職の方々との接点に絡むのですが、先程触れた通り、なかなか自分たち自身でマネージしづらいところもあって、しかも、お相手も“どうせ2年か3年で異動するんだろう”みたいな感じのことを思われがち。なので、これは辛抱強く接することが必要なのです。職員さんごとにいろいろな“芸風”があると思いますけれども、かわいく愛される職員を目指していただいて、仲良くするということが基本かなと。やはり相手はパートナーなのです。パートナーなので、一緒に働きましょう、一緒にやりましょうと。飲みニュケーションというのは今の時代、なかなか難しいですけども、本心から一緒にやっついこうな、という気持ちにお互いがあるというのが大事かなと。

3点目は、結局それというのは、やはりサラリーマンOB・OG、きょうの田中滋先生のお話でも一つ学んだことなんですけれども、女性はまだ

いいとして、私自身もそうなのですけれども、男性サラリーマンOBが突然仕事から引退して地域に戻ると、結局“テレビにお守りをされる”になりかねない。それは絶対嫌なので、そうすると、本日も現にそうなのですけれども、土日の過ごし方も含めて、自分の生きがいとして何ができるかという目線で見なければいけない。これは以前、川越教授と仕事でお付き合いしていた時に「一緒に遊ぼう、という感覚でやらなきゃ」と言われていたのが印象的だったんですけども、仕事としてということも大事なのだけれども、やはり“生きがい”や“やりがい”の中で、「地域包括ケアシステムづくり」というといかにも大袈裟に聞こえますが、“地域づくり”とか、そういう“ネットワークづくり”、そういうことを自分の生きがいと重ねることで楽しくできる。そういうことではないかなあと。

最後に、結局は“地域づくり”に行き着くのであって、地域住民に求めていることを、まず自分でやってみなさいという話なのです。逆に言うと、自分でできないことを人にやらせるなということなので、まず自分たちからネットワークづくりをやる。これがいいのではないかなと思います。

田中理事長：ありがとうございます。

外交分野に自治体が携わるケースはさほど多くないでしょうが、ご指摘いただいたテーマは自分の地域で実践もできますし、地方自治のコアになり得ると、大変強いメッセージも付いていました。ありがとうございました。

斉藤先生、よろしく申し上げます。

斉藤先生：今、迫井さんが最後にお話しされたことはもっともだと思ったのですが、さきほど、私たちの地域の有償ボランティアグループのお話をしましたが、そのグループの核となっている人の中にも行政マンだった方が結構いらして、何かをやるうとする時に規則を作ったりすることが非常に得意ですし活躍されています。ぜひ地域に戻っていただければと思います。

私が自治体に期待することは、少し口幅ったいようですが、与えられた職場の専門性を本気で勉強していただきたいと思います。

それから、ヒアリングについては、その対象を間違わないでいただきたいと思います。いろいろな立場や見方がありますので、一部の人や団体からお話を聞くだけではなく、やはり様々な方の意見を集約して、どう在るべきかを考えていただきたいと思います。

もっと言いたいことは、組織がとにかく複雑な

ので簡単にさせていただきたいです。

また一方で、私も県や市町村の方々とお付き合いが多いのですが、やる気のある方々と共に仕事を進める中で、もうあと1~2年頑張れば到達できそうだという時に配置が換わってしまうことがとても残念だと思います。私たちはずっと同じ場所で仕事をしているので、代わっていくことも良いですが、代わらないでほしい人や時期もあると強く感じています。

それから、国のほうばかりでなく、やはり現場をしっかりと見ていただきたいと思います。

田中理事長：ありがとうございます。

現場での経験からだからこそ言える事柄をご指摘いただきました。

迫井審議官が指摘された、地域を支えるとは、OB、OGに限らずとても重要です。しばしば、高齢者が地域に参加しようとする、地域の介護を手伝うとか、草むしりになってしまいがちですが、一番得意な仕事は、会社員や公務員をしてきた人はマネジメントかもしれません。たとえば地域のいろいろな仕掛けに対する予算づくりや役所との交渉などがあげられます。また、食材の仕入れにあたって地元のスーパーと交渉をするとか、あるいは、広報活動のための優れたネット上の仕組みをつくるか、そういうことが得意な方もおられるでしょう。

もちろん、現場へ出て、一緒にご飯を作るのが好きな人とか、子供の世話をするのが好きな人はそれでいいけれども、マネジメント業務を担ってきた会社員なり、自治体の方は、地域貢献の仕方について、現場を後ろから支える役割も大切ですね。こうしたマネジメント業務について募集を行うと、これまで地域活動に参加していなかった人が出てきたりする。資金集めなり会計処理などもそうです。

もう一つまとめておくと、川越先生が言われたように、自治体が忙しさのあまりいろいろな仕事を外部に委託するケースが見られます。その時に、ルーティン業務を委託するのは構わないのですが、企画的なところなど、マネジメントの根幹を外部に投げては駄目ですね。データを分析し、それを元に戦略を構築する力を失ったりしてはいけません。これは、病院でもありがちですが、病院も忙しさのあまり、事務局業務を委託しています。清掃の委託や警備の委託は問題ないにしても、一番大切な病院の医療データマネジメントを委託すると、院内には企画戦略を命じられない理事長、院長になってしまいます。どんなところを委託する

か、どの部分は自組織が握り続けるかにかかわる切り分けは、川越先生ご指摘のように、とても大切な決定課題です。

もう一つ、自治体の首長の役割こそ重要だと思うのです。適切な人材を現場と管理部門に割り当てるためにも。知事も、市長たちもそうです。市長の役割について何かご意見はありますか。斉藤理事長、言いたいことがおありなのではないですか。

斉藤先生：言ってもよろしいでしょうか。

田中理事長：大学は自由な場ですから大丈夫です。

斉藤先生：市長さんにしても県知事さんにしても、頑張っていらっしゃると思いますが、先ほどの話ではないのですが、一部の意見を聴くだけではなく、ぜひいろいろな意見を聴いた上で発言していただきたいと感じる時があります。これは埼玉県と川越市だけの話ではないと思うのですが、〇〇がないからこうしようというだけではなく、なぜそれがいいのかとか、それに代わるものがあるのかといった事を、県民なり市民に話をする前に、もう少し立ち止まって、現実はどうなのかと考えていただきたい。アピールしなければいけない場面がどうしてもあると思うのですが、だけれども、もう一度と。

私も病院でよく失敗しています。スタッフの発言を受けて「そうか。じゃあ今度はこうしよう」と言ったら、少し後になって「いや。そうでもない」という意見が出てきて「ああ、言って失敗したな…」と。

同様のことが行政でも起こり得ると思うのです。こういったことを整理しながら進めていける組織づくりが大事だと最近では思っています。

ありがとうございます。

田中理事長：どうぞ。野崎室長。

野崎氏：首長さんの役割がすごく大きいと思うんです。首長さんがやはりある意味、前向きにどうか、職員の皆さんの意識を上げて引っ張っていく。いい方向に引っ張っていくという時、それはとても進むですけれども、しかし残念ながらそういう現実ばかりではなくて、やはり首長さんがそんなに前向きじゃないと、特に人が替わって一気に停滞するということでもこれはまた困るんですね。

しかし、少なくとも、コミュニティを再構築するという類いの話は、ローカルに起こっていることだと思うので、それは、必ずしもトップマネジメントの範囲ではなくて、課長さんだったり、小さな組織の中でできることがあると思うので、課

室、部局単位でもっと地域に持って行って、市民の皆さんと対話しようとか、それを応援していくみたいなことは、できることというのがあると思います。そういう意味で、マネジメントというのは重要だと思いますが、むしろ身近にやれることからやっていかれたらいいんじゃないかと思えます。

田中理事長：トップマネジャーが全部する必要はなく、マネジメントの仕組みをつくって動かすのがトップマネジメントの責任であるとのこと指摘でした。

あとのお2人はいかがですか。マネジャーとしての首長、リーダー、市長に対しての意見は？

斉藤先生：組織にとって一番大事なことは、その強さを維持、継続することだと思います。

以前、厚労省の方との打合せの際に、その組織の強さを痛感した時があるのですが、過去にどういふ議論があつて今この制度になってきたかなど、その経緯や歴史をよくご存知で、かつ、それを2～3年で代わっていく次の方々にきちんと伝えていく力が非常に強かったのです。組織の強さというのは、人が代わっても継続すべきはその思想が変わらないというところと、変えるべきはきちんと変えていくという柔軟性の両方を持っているところだと厚労省の方々と仕事をして感じていたのです。ところが、最近次第にそのあたりが薄まってきていると感ずることがあります。厚労省の中にも外部から来た方が次第に増えてきた上に、中のコアの方の業務も非常に多様化して大変になってきているということ、外部にいながら感じたのが非常に大きくて、そうなると、トップだけが何とかという話でもなく、いかにこれまでの歴史や思想、考え方をきちんと次に伝えていくかが重要な要素だと感ずています。

田中理事長：実務だけではなく、考え方、思想の骨格を伝えていく点ですね。

迫井審議官、いかがですか。

迫井氏：首長さんの話、トップマネジメントは重要だと思えます。変わっていかなくちゃいけないんだということを薄々みんなも気付いていると思うんですね。国も自治体も財政は厳しい。将来の人口も減っていく。いろんな暗い話のオンパレードです。ただ、私は斉藤先生にはまことに申しわけない話かもしれませんがやはり、専門職の仕事の仕方やさまざまな産業構造、これらを変えていかなくちゃいけない、とみんな感ずている時に、やはり既存の人たちはこれまで頑張ってきたわけで、既存の人たちに申し訳ないという話にな

るわけですよ。どうしても誰かが痛みを覚えると。そのような場合での「変えること」というのは大変な事です。そこで重要になるのが、やはりビジョンを示してみんなで共感したうえで変わっていくということでしょう。

ここで期待されるのが、トップマネジメントでのイニシアチブであり、全体を引っ張っていく力、特に政治家の首長さんにはそういうことが期待されることが多い。逆に言えば、トップが「変えなきゃいけないんだ」ということを強く認識できるかどうかなので、それは個人の才能なのかもしれませんし、持って生まれた資質かもしれません。

ただ、これは組織の中のそれぞれで同じことが言えますよね。行政で言えば課室長なり部局長なり、それこそ次官なり、レベルはいろいろありますが、組織共通の課題としてみんなが認識して変えていく、こういった動きを促せるかどうか大事かなという気がします。

田中理事長：ありがとうございます。

重要なメッセージですね。私が手伝っているある政令指定都市では、市長が市のIR、ここでは教育分野における用語ではなく、投資家への説明の意味です。IRにあたり、市の債券を売るために外資の人とか銀行や生命保険会社の人を集めてトップによる説明を行ったそうです。その時に、市の財政や市の将来の税収などを尋ねられると想定していたら、「あなたの市は住民生活に何をしているのか」「地域包括ケアシステムなるものが広がっているそうだが、あなたの市はどうか」と、外資系金融機関や生命保険会社の人に問われ、時代の変化だなどという感想を私に言っておられました。市長に要求される説明ニーズが工場誘致などによる税収増論議ではなくなっているのです。

2番目、先ほど言いました人材不足と言われていた問題について話をします。例えば、要介護者数が1.4倍になりそうなので人手を1.4倍に、では何も考えていないに等しい。工場で生産能力を1.4倍にしなくてはならない時に人の数を1.4倍にする対応は生産性向上ゼロを意味します。

なお介護の場合、対象者自身が生産性を高めることができます。お世話型介護を提供し続ける限り、見かけ上のニーズ増大、イコール、人員増になりがちですが、要介護者自身が自分でできる力を強めるケアプランとケアがなされれば、サポートの時間を減らせるかもしれません。もちろん技術進化もありえます。単に人が足りないから外国人で埋めるといった短絡した議論ではなく、人手不足問題をどう見たらいいか。

簡単な答えはない以上、ここで答えを言ってくださいと要求するつもりはありません。あくまでもこの問題について、このような見方もあり得るのではないか、こういう検討が必要ではないかななどの視点と示していただければ結構ですので、お願いします。

では、川越先生から。

川越教授：直接的な回答ではないかもしれませんが、1つは、その方々がやっている行為の効率性や生産性を高めていって、結果として効果的なアプローチの仕方を高め、広めていくことでしょうか。一方で、対象者をできるだけ増やさない、要介護者を増やさないというアプローチも必要かと。この2つが、人材の話を考える時には必要になってくるのだらうと思います。

専門職の方というのは、もともと専門性を高めたいという思いがベースにあるので、そこをどう高めるかという時に、自分ないし自分の職種を中心に置いて考えずに、利用者のこの課題のためには何をすべきかということから自分の役割を考え、見直していく。こうした考え方や方法を広めていくといった作業が要るのではないかと。どうしても、自分の守備範囲を先に決めて、そこをまずどうやって高めるかを考える。部分最適化をずっとやってきたように感じます。部分最適化の意識が強いメンバーを集めてチームを組んでチームアプローチをしてきたけれども、本来は、利用者ベースで何をなすべきかという全体像が示された上で、その中で自分は何をすべきかを理解し、それを専門職として展開するというアプローチに変えていかないといけないのではないかと。現在は、非常に非効率なやり方になっているのではないかとというのが、私を感じるところです。

それと、例えば、退院支援を考えると、病院スタッフは病院での勤務経験しかない方も多く、在宅の生活をイメージしながら退院支援を考えなさいと言われても、現実はなかなか難しい。何が大事かということ、連結を担う方々というのは、両方の場面を知っている人が適任なわけです。在宅のことも知った人が病院のことも知って、両方の中で最適なつなぎ方を考える。両者の通訳をやっていく、交通整理をしていくことが私は必要ではないかなと感じているところです。

それと、指示をする側の人と、指示の下で適切な役割を担う人というのは必ず必要なわけです。私は以前民間企業にいましたけれども、マネージャークラスの人というのは、私の感覚で言うと2割ぐらいでしょうか。残りは指示の下で動く人なので

す。そういった、スペシャリストとジェネラリストの人的バランス、この辺りをもう一度医療介護系のところでも見直ししていく必要があるのではないかと。今までは、どちらかというと、それぞれがスペシャリストを目指すという部分があったかと思いますが、85歳以上の方、健康面と生活面の両方に複合課題を有する方へのアプローチを展開しなきゃいけないとなってくると、ジェネラリストの役割、マネジャーの役割というのは非常に重要な要素かと思っています。方針を決めるというプロセス、決まった方針のもとで動くというプロセス、両者をもう一度構築し直す必要が私はあるかなと感じています。

田中理事長：業務とそれを担当する人の役割をきちんと分析した上で、配置を考えていかななくてはならないですね。頭数の問題ではない。

ありがとうございます。

野崎室長、お願いします。介護だけではなく、福祉の、障害や困窮者の対応の人材も含めてご発言ください。

野崎氏：マクロの人材確保をどうしていくかの政策もあります。実際の現場を担っていらっしゃる経営者の人と話をした時に、共通しておっしゃるのは、制度で決められたことしかやれないと専門職の人たちの離職率も高まるし、士気が下がっていくということです。逆に、例えば、地域住民の人と一緒に何かの活動をするとか、そういう自分の創造性や自分がやりたいことをやれるみたいなことをやれるようにしている事業所では離職率が低いと。

それは、統計的なものではありませんが、実践者の人たちの言葉に一定の真実があると思うわけです。斉藤先生もおっしゃっていたように、専門職の方が、制度に合わせた支援ではなく、その人に向き合った支援をできるように環境を整えるということはすごく大事なかなと思います。

以上です。

田中理事長：ありがとうございます。

政策だけでは決まらないですね。現場の1個1個の仕事を預かる法人の経営者、現場の管理者の力は、マネジメントがきちんとしていないといけない。

ありがとうございます。

迫井審議官、お願いします。

迫井氏：人材確保ですね。全国の都道府県や医師会などから呼ばれてお話しする際、埼玉県のをよく出すのです。将来需要から見ると、実は急速に伸びるのが埼玉県なので「埼玉県は大変ですよ

ね」と。本日は埼玉県におじゃましてお話をしているのですが、ではその大変なソリューションは何だということなのですかね。

まず言えることは、将来需要、将来推計の数字を見ることは大事で、それに備えるということ意識することは必要なだけけれども、それが突然訪れるわけではないので、タイムスリップしてタイムマシンに乗って「ポン」と行けば、それはびっくり仰天なのですから、現実には少しずつ動いていく世界だから、決して楽観視してはいけません、いたずらに悲観視するのは非現実的な気がします。

典型例は、「2025年に看取り難民が出る！」という話ですね。かつて、2025年、あるいは2040年でもいいのですけれども、例えば今後年間の看取りが約150万人に増加していきます。今は大体年間100万人。100何万人ちょっとの時代から、今後年間40万人増えていきますという話をいきなりポンと言って、だからそれだけ看取れない難民で溢れると。これ、私は非現実的なストーリーだと思うんです。なぜなら、今後の社会の変化や現場の変化を全く無視して、いきなり今の状態からタイムスリップするわけではないからです。

このように、将来推計の数字をどう生かすかは、その数字を見て、ではどのような対策を考えるのか、という本来は建設的な話だと思うのですが、その典型例が将来の人材確保、働き方改革も含めた将来ビジョンをどう描くか、です。将来推計を踏まえれば、やはり現場のオペレーションを変えなければ回らないよね、というのは間違いないようです。世の中が大きく変わっていかざるを得ないことは間違いないのだけれども、ではどう変わっていくのか、どうやって変えるのかと。さっきお話ししたことにつながるのですけれども、かなり大胆に変えていかなければいけない、ということなんです。

身近な例では、宅配便が現実にならなくなっていますよね。最近、私個人も体験したのですが、急いで荷物をお願いするために営業所をネットで検索して探し回ったのですが、ほとんどの営業所が集荷を休止しているんですよ。働き手がいなくて、とかで張り紙がしてあって、「ネット上ではこう書いてあるけれども実はやっていません」みたいなことが起こっているのです。実際にこれらの問題に対処するため、土日の配達をやめましょうか、みたいなことが現実には迫られている。オペレーションを変えること、それはおそらく不可避ですね。

医療の世界で言えば、例えば患者さんや家族への説明ですが、特に働いている家族が「説明してほしい」というと、土日や平日の夜中になると。しかしこれを続けると医療スタッフの確保に影響し、ひいては地域医療が崩壊しかねず、医療提供者と地域住民の双方にとって好ましいことではない。これまではそれでやってきたわけですが、それを考え直しませんかと。タスクシフティングもそうです。おそらくこれらはやらざるを得ない。

このようなオペレーションの変革は、オブジーボや手術支援ロボットとは違う意味での「イノベーション」であり、そういったことに取り組んでいくことで解決を目指すということですね。ただ、申し上げなければならぬのは、それらはなかなか抵抗が大きくて、難しい取り組みです。だから、さっきの話に戻るのですけれども、2040年がこうだから、という将来推計を念頭に、いきなりは変わらないとしても、じわじわと1年2年たち、5年たち、さっきの宅配便ではないけれども、少しずつ変えていくことが重要です。

そして、変えていく時に、将来ビジョンとオペレーションを共有することが大切です。危機管理と一緒にですね。実際に震災が起きた時にどうするかではなく、震災が起きた時にこれをやるんですという事前準備、危機管理のオペレーションを用意しておくということが重要であり、それを普段からやっておくという危機管理的な話とセットなのかなという気がします。

田中理事長：ありがとうございます。

イノベーションは新製品だけでなくプロセスイノベーションも大切である。これは、先ほど野崎室長の言われた、経営レベルでの使い方の話もあるし、オペレーショナルレベルでの技術研究、革新もあり、それをフルに導入していくことによって、問題解決に近づくとのご意見でした。

ありがとうございます。

斉藤先生、お願いします。

斉藤先生：病院や施設を経営している立場でも人材不足は切実なところだとは思いますが、今日はリハビリテーションの立場で出ていますのでその視点でお話をさせていただきますと、先ほど冒頭で、介護の負担を軽減するためにもリハビリテーションは必要だというお話をさせていただきましたが、どうしても人数ばかりに目が行きがちで、「何：何」の人数しかいないから無理だという話になりますが、実際は、病気で何人か休んだりしても、何かしら工夫をして回しています。

私たちの病院では、その工夫の中心的な役割を

しているのがリハ職です。リハ職が介護をしているわけではなく、どうしたらその人の介護量が減るだろうかを意識して動いているスタッフがいて、ありがたいなと思います。介護負担の軽減というのは、ご本人が、介護する側から見て介護しやすい状況、ちょっと腰を上げてくれるとか、手の位置をここに置けば立ち上がりやすいとか、ちょっとしたことの組み合わせでいくらでもある。日々のそういったことが結果的に後につながっていくのだと思います。

私たちの老人ホームでは、要介護度5の方々が全室個室のユニットケアで個室ですので、ご自分で起きてこられない。そうするとスタッフの数を増やすしか方法がないという話になりがちですが、座位の姿勢をとる事、足を床につけて背もたれのない形で座る事をケアプランに入れて、介護職が隣に寄り添って一日に5回、6回と繰り返していくうちに、ADLが少しずつ上がってきたり、起きている時間が長くなったり、余計な薬を使うこともなくなったり。そうして2~3カ月すると、「あれ？介護大変だと言ったけれど少し楽になったかな？」といったことにつながってきたりします。ですから、やはりもうひと工夫あるのではないかと思います。

また、補助具がうまく使えていないということもあると思うのです。もっと厚労省とも補助具の在り方について考えていくべきだと思うのは、すぐにロボットという話になってしまいますが、ロボットの前にまだまだやれることはたくさんありそうなので、そういうことにも目を向けていくことが必要です。

ただ、このためにはリハ職の意識が変わらないといけません。ご本人だけを見るのではなく、周りの状況も見ながら、私はこの人に何かできるだろうかという意識を持った関わりこそが、介護職を助けることになるのではないかと思います。

それと、迫井さんが仰った、既存の働き方を根本的に見直す時期に、働き方改革が出てきたことでもありますので、やはり変えていくべきだとも感じています。例えば、介護施設や病院でもそうですが、忙しい時間帯は一日中ではなく、ある程度限定できます。早朝から朝食後の1時間ぐらいが忙しいとか、昼時はそれほど大変ではなかったり、夕方はまた大変だったり。そういうことを考慮した人員配置もできるように思いますし、「何：1」基準で配置するというよりも、必要なところに必要なケアが入るようにするというのも、やるべきだと思っています。

田中理事長：ありがとうございます。

日本のみならず、経済的先進国の多くが初めて社会にたくさんの要介護者がいると気づいた20世紀最後の四半世紀に比べ、発達させてきたケアの技法は30年たつと変わってきました。これからも変わるでしょう。

今、斉藤先生が言って下さったように、ケアの在り方、リハビリテーション職が関与し多機能訓練を含む介護の在り方、用具の使い方などが変わっていくと、ケアニーズの量自体が変わっていき得ます。きっと今その時期でしょう。この点が一つ重要になります。

もう一つは人員配置等の話です。こちらは意味が違いますが、人員配置の単位が細か過ぎると合計の必要人員数がとても多く見えてしまいます。今のところ、まだ厚労省は基準を崩していませんが、事業所ごとに、夜間が何人、昼は何人、訪問看護ステーションには最低何人などと、こういう規定が時代に合っているかどうかは考えなくてはなりません。病院のような大きい事業体で、医師を入院患者四十何人に1人、これは分かるのですが、介護事業所の小さい単位ベースの人員数は、マクロの人数を足りなくする一つの要因ではありますね。そういう政策の見方が遅れていると思いました。ありがとうございます。

斉藤先生：もう一つだけ。よくありがちなのですが、例えば1つの病棟に30人の患者さんがいらっしゃるとして、その30人平均一にケアに入ることができるかと言ったら絶対に無理です。今はこの人というのがきっとありますので、その人をどう見ていくかという、それこそケアプランですよ。そういう視点でもう一度見直していったほうが良いと思います。

田中理事長：先ほど迫井審議官が触れてくださった介護医療院は、人員配置をもともとあった併設病院とのトータルで考えていく。あれは大変いい人員配置の指定ですね。介護医療院独自で8床つくったとしても、そこに看護師は必ずといった割り当て方をしなかった。

きょうお話しいただいたようなさまざまな工夫によって、いわゆる人員不足問題を乗り越えていかないと、ましてや短絡した答えにすると、介護費用が増えるだけ、負担が増えるだけの結果になってしまいます。質を保ちつつ、あるいは質を向上させつつ、生産性を上げていく、働き方を変える、マネジメントを変える、プロセスを変える努力が不可欠だと確信しました。

では、残りの時間、先ほど言いましたように、

若者たちに夢を、合わせて若者世代の親世代にも夢を伝えましょう。親世代の方が本学に学生を送っていただくとか、本学だけでなくでもいいですけども、保健医療福祉分野はいいなと思っていただくためにも、われわれの大切な責務です。

川越教授：自分のキャリアを少し言うと、もともと民間企業の人間で、民間企業で数社勤務し、日本医師会のシンクタンクの立ち上げに関わり、その後、人口問題研究所という厚生労働省の研究所に移り、1年半前に当大学に来たんです。

なぜそんなに転職を繰り返しているかという、自分がしたいことが変わるということが分かっているからです。自分がしたいことは何年かたったら絶対変わっていくなと思っていて、やりたいことを実現したいというのが根本にあるので、それをやろうとすると自分の力をつけておかないとできない。でも、1つのところでずっと働いているといろんな力はない。そういうことを感じていたので、転職をしながら力をつけてきたということです。

その中で、いろいろな職種の方と仕事を一緒にしてきましたが、感じているところは何かというと、専門職の方というのは専門的な技術を高めることにどうしても関心がいいますが、今後、例えばAIが入ってくる世界になると、当然、AIに一部機能が代替される可能性が高くなる。そうした時代に入った時に、技術ももちろん大事なんですが、本人を理解する力をいかに高められるかということが、何の仕事をするにしても大事ではないかと思うのです。相手をいかに理解できるかです。その中で効果的な課題解決策を、相手に応じて提案できる人が、どんな時代にも求められる人であるのではないかと感じています。今までの私の経験の中での感想ですが。

決められたルールに従って忠実に業務をこなすことも大事ですが、できるだけ投入量を少なくしながら結果を出すという人が一番効果的な仕事のやり方をしている人というのが私の中のイメージです。それができるために何が必要かということ、私の中で一番大事なのは、相手の価値観を理解することなんです。この人はどこに価値観を置いているんだろうと考え、その価値観や琴線に触れるような提案をしないと、相手の気持ちは動かないんです。

人というのは、価値観という物差しの中で、メリットとデメリットを比較し、デメリットよりもメリットのが上回った場合に人は行動変容するんだろうと感じています。だから、この人にとって

どういう提案をしたら、どういうメリットを感じてくれるかなとか、どこにこの人はデメリットを感じておられるのかを常に意識しながら会話をして「こうしたらどうでしょう?」とか、質問で確認をしながら、メリットある提案を示し、そっこのほうがいいと相手を感じた時に急に人は動くんですね。

そうした相手を理解する力を高めるといのは、どんな仕事に就こうか、共通で必要なものというふうに思います。これが、私が今までいろんな仕事をしながら、感じた最終的な答えの一つです。

それと、専門職の方として、一つの同じ部署でずっと働き続けることといのは、実は結構リスクだと私は思っています。

例えば、回復期リハ病棟からキャリアをスタートしてずっと回復期リハ病棟だけで働いていると、急性期リハが分からない、生活期リハが分からないとなる。今、求められているのは、急性期のことも知って、回復期も知って、生活期も知ってという人。こうした人のほうがこれからはニーズとしては高い。

です。ので、ぜひいろいろな場面を経験してほしいですね。組織の中でいろんな場面を経験させてもらうことが大事かなという気がいたします。

最後は、アイデンティティーです。要は、アイデンティティーを持って動く際、自分はいったい何をしたいかから始めるのではなくて、世の中からは今何が求められているのか、その中で、自分は何ができるのか、できないのか、自分はどこを担いたいのか。そういうところから考えて、自分はここを頑張ってみようというところを自問自答するというのが実は大事かなと。いろいろなことがあったとしても、自分のアイデンティティーといのか、自分はここをやるんだという軸がしっかりしている人といのは、意外と耐える力も強いし、いい仕事をされるなといのは私が感じているところです。

田中理事長：大変いいアドバイスをありがとうございました。

では、野崎室長、お願いします。

野崎氏：私はまだ若手のつもりですが、2040年には65歳になります。最近それを意識するようになって、私よりも若い世代といのは、これからの大変な局面を戦力としてずっとやっていくのだなと思うと、それはすごく大変だと思います。田中先生もおっしゃったように、2025年までと2040年までで局面が変わります。先輩方のおかげで制度はかなり整備され、それで対応でき

ることも多いと思います。しかし、困窮者支援の現場を見ていると、それでは届かない人たちというのが結構いるのです。

これから局面が変わって、しかもニーズが複雑化してきています。むしろ、これからわれわれが直面するニーズというのは、どちらかというところという難しいケースじゃないのかなと思います。そうであればあるほど、若い人たちには、制度から考えないということを期待したいです。それは私自身も意識していきたいと思います。

あと、もう一つは、地域共生のような「つながり」を意識した政策の方向性は、総務省も国交省も、まち・ひと・しごとというか、内閣府も言っています。つまり、一番反応の遅いと言われる国レベルでも、みんなそういう認識を持っていて、厚労省がむしろ一番遅いかも说不定。

このように考えると、省庁間とか制度間とか領域間の仕切りというのはどんどん下がってくると思うんです。お互いがつながって、オーバーラップしていこうみたいなことを考えていくと、横にフラットにつながる力みたいなものを、学生の時から、若いうちから、そういうくせをつけておいていただきたいなど。自分の仕事のことばかりではなく、他の人たちがどう考えているかということや学ぶ機会をたくさん設けてほしいなど自らの反省を込めて思います。

田中理事長：ありがとうございます。

本学の学生たちはきのうまでちょうど IPW 研修をしていたところですね。的確なご指摘でした。ありがとうございます。

迫井審議官。

迫井氏：私もそういう意味では年をとったほうの部類として、若者にメッセージということですね。今の若者の気持ちを想像すると、当たっているかどうか分かりませんが、もしかしたら漠然とした不安を感じておられるのかなと思います。そして、医療福祉系の専門職については AI の普及とかいろいろな変化が脅威みたいに感じられることがあるかもしれません。ですが、どう見ても数字的に将来需要が高まるわけなので、この分野で将来的な需要に対して不安があるとはそれほどは感じておられないように思います。

更にもうひと声、申し上げると、医療専門職については、AI をはじめとするさまざまな技術革新や自動化が進展する見込みの中で、特定の専門分野の人たちについては、かなり厳しい状況に置かれると囁かれているようですが、本日の地域包括ケアシステムについての議論の通り、社会全体、

地域全体といかに溶け込んで仕事をしていくのかという方向に向かっているの、例えば MSW のように、非常に重要な役割を果たしておられる職種もあるし、今からますますそうなるのだろうと思うので、私はそういう意味で不安を持つ必要は全くないと思うし、むしろ生き生きと頑張って楽しく勉強して行ってほしいというのが 1 点目です。

2 点目は、そういう分野的な話ではなく、一般的な話なのですけれども、大体、社会保障の話となると暗い話ばかりで、みんな何か、うつむき加減で下向いて帰っていく、みたいなことが多いのです。そういうことばかりプレゼンするのは私もつまらないと思っていて、きょうはたまたま若者溢れる大学で夢のある話をさせてもらえて嬉しいんです。

世の中良くなりますよ。若い人たちに希望を持ってもらいたいと思うのは、例えば、私が学生の頃は、携帯もなかったし、SNS もなかった。俺に携帯と SNS があれば、もっと楽しいキャンパスライフがあったのになあ、と思うんです。身近な部分でもそうだし、医療で言えば例えば、がん医療は明らかに良くなりましたよね。昔は、苦しかった、死の病だ。今はそういうことはなくなってきていて、むしろより良く生きる、働き続けるためにともに生きる、という視点になっている。クオリティーが上がってきているので、未来の生活というのは確実に良くなると思うので、そういう意味では夢を捨てないでほしいなど。

更に言えば、夢がない、わくわくしない、となるといい仕事はできないと思うのです。わくわく感、夢を絶対に捨てないでほしいなどと思います。

3 点目、最後ですけれども、今の話を続けて考えるのですが、今の若者はスマートな人が多い。なんでも計算づくで、ごめんなさいね失礼な言い方していると思いますが、楽しいいい思いをしたいな、みたいな感覚がスマートな生き方というか、カッコいいんだ、みたいな価値観なのかなと感じるんです。だけど、そればかりじゃないだろう、って。私自身、最初は外科医をやっていましたが、今の仕事に変わったのは 20 年以上前なんですけれども、その時は「お前、頭がおかしくなったんじゃないのか」と同僚に言われたものです。何でもそんなことするんだ、みたいな。計算づくでいけば臨床医を続けたほうが良かったんだろうと思うんですが、なんかこういう仕事のほうがきつといいやと思った直観みたいどころがあつて。結局、今の仕事はやりがいがあり、とても充実した

毎日で、行政に来てよくなった。直観とかアナログ的な部分というのを大事にしてほしいなと思うんです。きっといろいろとやっていると、この仕事、面白そうだなと思った時、自分自身の直観を大事にして仕事をしていけば、その後、どんなつらい目にあっても、あの時自分が直観で選んだんだからって納得して取り組めるところがある。こういうアナログ的な、直観的なところを大事にしたほうが愚直に頑張れる。

私は広島出身で、広島カープが大好きなんですけど、球団には決してお金はなく貧乏で、選手の年俸も低い、そして名もない選手を連れてきて育てる。それでも、彼らはみんな真面目で愚直にやっけていき、今や三連覇という世界です。こういったことをぜひ大事にしてほしいなと。未来は変わる、ということでございます。

田中理事長：夢のある話をありがとうございました。齊藤先生。

斉藤先生：昨年『医療・介護に携わる君たちへ』という本を書かせていただきました。なぜそういう本を書いたかという、自分が思っていた仕事に就けなかったり、なかなかうまくいかなかったりすると、割にすぐに放り出してしまう人も少なくない。一つ挫折をすると、そこからどんどん悪い方向にいつてしまうような人たちも身近にいましたし、講演などで全国を回ると、相談のメールを受けることも度々ありますので、そんなことを書いてみました。

本にも書きましたが、さきほどの職場を変えていくという話ですが、今与えられた場所、業務の中で、もしやりたいことがなかったとしても、やれることはあるのではないかと探していったほうが良いのではないかと日々感じます。やりたいことができないからと言う人がいますが、やってみて初めてやりたいことが見えてくることもありますので、少しスパンを長く考えてみると良いと思います。

また、一人の患者さんにもっとしつこく関わって。という思いが私にはあって、みんな非常に上手に患者さんや利用者さんにケアを行っているのですが、もっと付き合ってほしい。もっとその人のことを知ろうとしてほしいと思うのです。よくチョコレートで例えるのですが、フェースシートに「甘いものが好き」と書いてあります。甘いものが好きというだけでその人のことが本当に分かるの？甘いものは何？チョコレートと言ったらチョコレートで終わってしまう。いや、チョコレー

トにもいろんな種類があるから、どういうチョコレートが好きなの？板チョコが好きだと言ったら、明治なの？ロッチなの？というように、本当に好きな人だったら、きっとそういうところまで知ろうとすると思うのです。目の前の患者さんや対象の方を知ろうという思いが、もっともっと強くてもいいと思うのです。そうして初めてその人のことが見えてくるのだと思います。そんなことが大事だと思いますが、皆さん、頑張ってください。よろしくお祈りします。

田中理事長：ありがとうございます。先ほど川越先生が転職を重ねると力がつくと言われましたが、私は50年間転職せずに、ことしの4月に埼玉県に来るまで慶應から出ていません。転職するのも人生だし、しないのも人生だと言えます。ただ、いろいろな場面を経験したり、さまざまな人と会ったり、違う方面を研究したり、それはとても大事です。職場は変わっても変わらなくてもいい。

高齢者ケアから始まる地域包括ケア分野は何とんでも、日本の最先端課題、すなわちアジアの最先端です。金融分野などはいざ知らず、ついこの間の在宅医療をめぐる国際会議でも、アジア諸国は日本の包括的なケアの進展ぶりを目を見張って見ていると感じました。

若者たちに伝えたいメッセージは、この大学で学べること、あるいは、研修現場で学べることは世界の最先端と誇ってよいとの理解です。これからもそう在り続けるでしょう。その中で、自分のできる能力を高めていって、だんだん視野を広げていく。ただし、常に他職種や利用者のためと考える態度を忘れずに、自分の専門性だけに閉じこもらない。専門性は大切ですが、それを超えていく。本大学はそういうあり方を教えているし、他の大学もそうだと思いますが、保健医療福祉分野は、夢を持って活躍できる世界である、をメッセージといたします。

ちょうど40分になりましたので、ここでパネルディスカッションを終わります。

2019年度の取組



2019年度の取組

1. プロジェクト研究の推進

- 1) 継続4件を実施のほか、看取りに関する新規1件のプロジェクトを開始する
- 2) プロジェクトの成果を埼玉県関係部署などへ報告し、意見交換会を開催する
- 3) プロジェクト研究の外部研究費応募を支援する

2. 国・県・市町村および産業界との連携強化に向けた活動

- 1) 研究開発センターシンポジウム2019を開催する
- 2) 地域包括ケア推進セミナーを定期開催する（5回/年）
- 3) 地域包括ケアを推進するためのネットワーク会議に協力する（5回/年）
- 4) 受託事業などの新規獲得に向けた相談活動を積極的に展開する
- 5) 知的財産権に関する研修会を開催する

3. 研究活動の支援

- 1) 外部研究費申請情報をタイムリーに提供する
- 2) 文部科学省科学研究費申請に関する説明と相談会の開催
- 3) 研究支援ゼミナールを定期開催する（2回/月）
- 4) 研究推進セミナーを開催する

4. その他

- 1) 奨励研究費運用に関する検討
- 2) 公私立動物施設協議会への加入
- 3) 研究備品の管理
- 4) 研究支援員（事務員・実験室管理補助員）の配置

表紙デザイン

表紙制作者 酒井道久（埼玉県立大学名誉教授）

埼玉県立大学を象徴する校舎の大きなガラス張りをモチーフにしました。

立ち位置を変えて異なる見方ができるように、そしてガラスに反射する光のように、様々な角度からアプローチすることで新しい発想を得ることが研究につながることをイメージしました。

埼玉県立大学研究開発センター

Saitama Prefectural University Annual Activity Report on Research and Development Center

2019年3月31日発行 Vol.3

発行 埼玉県立大学研究開発センター

〒343-8540 埼玉県越谷市三野宮 820

TEL : 048-973-4383

FAX : 048-973-4383

E-mail : Research_c@spu.ac.jp

制作・印刷 中央プリント株式会社

〒345-0024 埼玉県北葛飾郡杉戸町堤根 3947-2

TEL : 0480-32-0045 (代表)

FAX : 0480-34-3325
