

TOP対談「経営談義」

社会医療法人財団仁医会牧田総合病院
医療福祉部・在宅医療部部长

澤登久雄

公益財団法人さわやか福祉財団
政策提言プロジェクトリーダー

加藤昌之

「地域の困りごと」を
解決する専門性の発揮が
地域包括ケア時代の病院の役割

国では医療と介護、住まい、予防、生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を推進している。そのためには公的保険以外のサービスの導入は必須だといえる。介護においては、国が地域の支え合い活動やボランティア活動など、インフォーマルサービスの創出に力を入れている。一方、医療については病院ボランティアを活用するところもあるが、地域を巻き込むかたちでの活動には至っていないところが多い。医療保険、介護保険サービスに、いかにインフォーマルサービスを取り入れていけばいいのか。インフォーマルサービスの医療、介護における役割について、地域活動を支える2人に話してもらった。

撮影=関口宏紀

住民の主体的な判断と行動が 生きがいと能力発揮につながる

——高齢者の生活を支えるのにインフォーマルサービスの重要性は増していると思います。現状をどのように考えていますか。

加藤 地域によって全く様相が違います。その違いは主に行政の姿勢だと思っています。地域にはインフォーマルサービスの種はたくさんあると思います。それをどう育てていくかが行政の役割。あくまで住民主体で主体的に行動していくことが必要ですが、それをいろいろな形でバックアップしていく。地域にある種を芽吹かせて、木にして、それが林になっていきます。いろいろな植物が一つのエリアに複数あることで森が形成されるのと同じように、何か特定のサービスにスポットを当てるとなやり方ではうまくいきません。複数のインフォーマルサービスが有機的につながるって、森のようになっていくことが理想です。

澤登 そうですね。行政は、いわばトップダウンのようなかたちで足りないところにスポットで資源を注ぎ込みますが、それではうまく

いかないと思います。自治体は、地域にある力を育てていくのが役割です。おおた高齢者見守りネットワーク「みまも」でも、大田区の委託を受けて、地域住民と一緒に公園の花を育てたり清掃したりという活動をしています。私たち医療専門職は花の育て方が分からないので、別のNPO団体に花の育て方を教えてもらいます。そういう形で、インフォーマルの団体同士のネットワーク、顔の見えるつながりができていきます。各団体が別のことをやっても、地域の中で育てていきません。ネットワークを張り巡らすことで、地域のインフォーマルサービスになり、地域活性化にもつながるのではないのでしょうか。

——そうしたあり方とは別に、インフォーマルサービスについて、医療と介護の現場ではだいぶ意識が違うように感じます。

加藤 確かに違います。その一方で連続性を持って共通してかわることも大切です。入院医療は、日常生活とは全く違う環境に患者を置いて、そこで治療をします。治療が終われば生活の場に帰る。退院カンファレンスのなかで、そ

の方がどう生活していくかを、医療、介護、インフォーマルサービスの人が話し合うことが重要です。どう支えていくのか、入院してから退院、そして自宅に帰ったあと、それぞれの役割を考えておく必要があります。その意味では、医療現場の理解はまだ厳しいかなと感じています。

澤登 当法人では地域包括支援センターを受託しているので、医療と介護、両方にかかわっていると云えます。そこで感じるのは、病院の医療専門職の認識は変わってきているということです。病院経営的に早期退院が求められるなかで、自分たちが変化しなければならぬということでもあるのでしよう。ただし、患者さんを退院させるにはチームでの取り組みが重要です。

当初、チーム構成は院内のMSWであり、医師であり看護師でした。それが今では、ケアマネジャーを含めた在宅の介護分野の専門職たち、あるいは訪問看護とも連携しなければなりません。それでもしなければ、高齢者を在宅に返すのは不可能だと考えています。

加藤 そうした活動に、自然に高

齢者や障害者が加わってくると、政府がめざす予防とか日常生活支援に結びついていくのではないのでしょうか。地域の人たちの主体的判断と行動が自らの生きがいにもつながっていくのです。誰に強制されるのでもなく、自らできることを社会に役立てていくということになり。

それを病院の中で敷衍すれば「自分はどんな役割を担っているのか」を考えることになるでしょう。たとえば傾聴ボランティアとして入ることも可能です。

澤登 ただし、病院内ではあまり取り組まれていません。65歳以上のなかで要介護、要支援の方は2割程度と言われます。残り8割は、まったくもって元気か、持病がありながら入院したり地域に戻ったりしながら暮らしています。

私たち医療職は通常、2割にしか対応していません。ここは発想を転換し、8割の方ができる限り地域で元気でいてもらうために私たちの専門性をどう発揮するか考えることが大切だと感じています。

施設でもそうですが、入院・入



かとう・まさゆき

福祉政策等の現状を把握し、「新しいふれあい社会」を全国各地で構築するために各自治体への政策提言、市民への提言などを担当している。佛敎大学、近畿大学九州短期大学講師を経て現職。高崎経済大学地域政策学部講師。東京都久留米市社会福祉審議会委員。主な共著に『現代社会における法学入門(第3版)』(成文堂)共著、『司法福祉論』(ミネルヴァ書房)など

所すると外とのかかわりが一切なくなってしまう。施設自体が入院・入所者のための箱モノという発想です。けれども見方を変えれば、その地域に存在する場所でもあります。地域の人たちが気軽にラウンジのようなところに入って入院患者・入所者と一緒に過ごすということがあってもいいでしょう。そうすれば、そこがインフォーマルな場にもなります。

入所者も地域の人も同じ空間にいて、一緒に何かしましょうと取り組んでいました。日本もその当時介護保険ができたばかりで、施設は「終の棲家」だといわれていた時代です。日本も変わってきてはいませんが、当時のドイツでは、施設か自宅かという区別がほとんどなかったことが印象的でした。

澤登 そういう形で取り組んでいくと、もつと専門職たちが地域に身近な存在になるでしょうね。今、ケアマネジャーが地域の人と会うためには、まずその人が要介護状態、医療が必要な状態になり、要介護認定を受けて要介護度が決まってからです。お互いの存在がとても遠い。でも、元気なとき、持病があつて地域で暮らしているときから、地域の専門職と日常的なかかわりが持てれば、もつと適

切な時期に、専門職と接点もてるのではないのでしょうか。「何かあつたらおいで」と言われていたから、あの包括支援センターに行ってみよう、などと。

介護系サービスを本来受ける必要があるのに受けていない方が全国に4万人いるとも言われています。そういった方がサービスを受けられるためにはある程度仕組みが必要です。医療・介護・福祉の専門職たちが、もつと地域に出て行く取り組みをしないと、専門職にはいつまでも地域が見えてこないと思います。

急性期病院にも地域住民を支える視点が欠かせない

——インフォーマルサービスの重要性が以前より認識されてきたと感じますが、それはなぜだとお考えですか。

加藤 第三者として見ていると、急性期の病院の先生方には、病気を治すことばかりに専念し、患者が退院後に生活できるのかという視点が欠落していたと振り返る医師がだいぶいます。治療をすることは大前提ですが、在宅に帰るた

めに必要なことは何か、治療後どのように生活できるのかを考えるようになってきました。診療所では、在宅や往診を中心にやろうという人が増えてきています。そうした若い医師が地域医療に目覚めて、生活を支えるという視点が大切だということに気づいていくということがあるようです。

生活というのは非常に幅が広く、医療の必要な場面、介護の必要な場面、インフォーマルサービスが適切な場面、さらに家族との関係とか地域の関係とか……。トータルの中で、医師がどこまでほかの関係者どう関係をつ結んでいくか、という視点が変わってきていると感じます。

澤登 私どもの法人では、急性期医療を軸に、回復期の分院60床と、療養が60床。介護保険施設、在宅支援サービスというところで展開しています。インフォーマルなサービスも、協賛を募るなどでさまざまな取り組みをしてきました。主体の病院は地域密着型の医療を展開しており、地域包括ケアシステムというのが、地域の人たちに病院をアピールしていくポイントとなることは理解しているはずで



さわのぼり・ひさお

大田区地域包括支援センター入新井センター長。介護支援専門員・社会福祉士・介護福祉士。2008年4月、「おおた高齢者見守りネットワーク」を発足。09年、「SOSみま〜もキーホルダー登録システム」を生み出し、12年度からは大田区のサービス事業として、13年8月現在で登録者数は1万7326人に上る。著書に『地域包括ケアに欠かせない 多彩な資源が織りなす地域ネットワークづくり』（ライフ出版社）

急性期病院が地域というところに目を向けて、そこに職員を投入するような風土が増えていくことが大事と感じています。そうした活動を、医療法人の職員がやるということ自体は、法人としても必要性を感じていると思います。

加藤 病院経営からすると、経営力を強めつつ地域包括ケアの視点を立った工夫と知恵ですよね。うかがいたいのは、在宅医療と在宅介護が進むと、生活が不自由な方が必ず出てきます。在宅の人に対して、病院から出前と言う形で実際の生活の場で生活リハビリを家族とともに、あるいはチームでやっていくような形にはならないのでしょうか。

澤登 確かに必要だとは思いますが。回復期の病棟には作業療法士を相当数配置して生活に合わせた訓練を実施しています。ただ、訪問リハビリではほとんどが理学療法士。やはり在宅での作業療法士の存在は小さい。リハビリをうたったデイケアでも、作業療法士は少ないのが現実です。

加藤 生活リハで、作業療法士と、地域のいわゆるインフォーマルな人同士が連携してやっていくというのはどうでしょう。たとえば、作業療法士が週一回訪問すると、そこに元中学校の技術の先生のボランティアがいて、経験からこうしたら高齢者や障害者の人が活用できるものがあるとか……。少ない費用で高い効果が望めるのではないのでしょうか。

行政側からすれば経費削減、病院には社会貢献という形になります。「あの病院は退院した後でも在宅でいろいろな面倒見てくれる」という評判が口コミで広がれば、患者さんも安心できるでしょう。

澤登 もっともつと多職種が地域に出て行くことが必要なかもしれませんね、医師や看護師だけでなくリハ職なども含め。

当法人の地域にだいしん百貨店という老舗百貨店があるのですが、その社長が協賛として「みま〜も」にかかわるなかで、買い物に来ていた高齢者に何ができるか、自社でサービスを考えるわけです。バスの路線がないところにマイクロボバスで回る。バス停も自分たちで決めて。そこには高齢者たちがきて、皆さんが乗って買い物に来て、また帰る。できるうちは買いたい物の楽しみを奪っちゃいけないということなんです。その気づきのきっかけは、リハビリの視点をもった理学療法士、ケアマネジャー、医師であったといえます。

加藤 そういうのがリハにつながるのでしょうか。大牟田市のある商店街では、週に3日、グループホーム入所している認知症高齢者を連れて、職員の方が商店街を徘徊しているそうです。とくに女性はお店に行くことが非常に楽しく、リハビリにつながっているというのです。お店の方も、認知症の人が集団で買い物ツアーにくると、この店が認知症の人に買い物しやすいつくりになっているのかというのをまず考える。認知症の方に対してどういう接し方をすればいいのかも考える。街の活性化につながる可能性を秘めています。

よく地域のニーズといいますが、私は「困りごとは何だろう」という問いかけをします。自治会とか町内会の困りごとを解決するためにはほかの専門職とか住民の皆は何をするのかという考え方にしていかなければと考えています。ニーズというと、ニーズ調整しちゃうとなつてしまいます。困りごとを解決するために、いろんな専門家を巻き込んでいくということが必要なのではないでしょうか。いわば21世紀型のコミュニティ再構築が、これからの日本に大切なことなのかなと思います。

澤登 これからどんどん高齢化が進んでいく中で、地域にある企業や病院、さまざまな社会資源が自分の組織だけを考えていたらすべての組織が行き詰っていくと思います。一企業・組織として何が

さるのかを発想していかないと、病院も含め、生き残っていかせせん。近江商人の「三方よし」は、病院の経営も民間の経営も一緒だと思いません。その考え方がないと、これからの日本は危ういという感じがしますね。

——ありがとうございます。