

厚生労働統計協会シンポジウム
「2025年に向けた医療・介護連携と地方自治体の役割」
の概要

厚生労働統計協会は、平成29年1月28日（土）に、弘済会館（東京都中央区）で、上記シンポジウムを開催いたしました。

このシンポジウムは、以下のプログラムで行われ、関東地方の地方自治体関係者や医療・介護関係者等100名余りの参加を得て、13時から16時30分までの3時間30分にわたり、熱心な議論が展開されました。以下は、その概要を整理したものです。

（シンポジウム プログラム）

第1部 基調講演及び研究報告

「地域の医療・介護連携で何を指すのか？」

鈴木康裕 厚生労働省保険局長

「これからの地域医療における地域医療ビジョンと地域包括ケアシステム」

筒井孝子 兵庫県立大学大学院経営研究科教授

「医療圏データベースを活用した地域医療政策の評価」（研究報告）

埴岡健一 国際医療福祉大学大学院教授

第2部 パネルディスカッション

「医療・介護連携を進めるために、市町村は、都道府県は
何をすべきか

パネリスト：尾形裕也 東京大学政策ビジョン研究センター

健康経営研究ユニット特任教授

筒井孝子 兵庫県立大学大学院教授

鷺見よしみ 日本介護支援専門員協会会長

古元重和 千葉県健康福祉部保健医療担当部長

【第1部 基調講演】

1 「地域の医療・介護連携で何を指すのか？」 (鈴木康裕 厚生労働省保険局長)



- 2018（平成30）年は、診療報酬と介護報酬の同時改定があり、第7次の医療計画と介護保険事業計画も始まる。国民健康保険の都道府県化も、医療費適正化計画の第3期計画も始まる。いわば「惑星直列」とも言うべき年である。
- 今後は、高齢者の実数はほとんどふえず、労働者人口が減っていく。この時期における課題は、医療と介護に従事する若い働く労働者を確保することと、労働者人口の減少に伴う保険者人口の減少に対してどう対応するか。
- 今後は、人口が減り、高齢者も減るので、医療費は減少していく。2025年だけを見るのではなく、その先の医療や介護の需要が減っていくところまで踏まえて考えないといけない。
- 医療機関で亡くなる方の数と自宅で亡くなる方の数は、1970年ごろは同じくらいだったが、2010年ごろになると8割ぐらいが自宅で亡くなっている。今後亡くなる方は100万人から160万人ぐらいに増えていくが、今後は病床がふえないので、病院の中で亡くなる人の数は変わらない。自宅の狭さや、一人暮らしや老老世帯の増加により、自宅で亡くなる方はそれほど増えないだろう。そうすると、50万人ぐらいの方の住まいに対応するため、サービス付き高齢者住宅（サ高住）を整備していく必要がある。
- 団塊の世代の人たちが75歳を超える2025年には医療と福祉のニーズはピークになる。あと6年ぐらいで、団塊の世代のピークの人が75歳を超えるという一番風圧の強い時期に直面する。

- 介護保険制度の創設当時は、家に同居者がいることをある程度は前提としていた面があり、単身で住む高齢者を全面的に支える制度としては、弱いところがある。1人世帯や2人世帯がこれだけふえてくると、それに合わせて、介護保険のあり方も考えていかなければならない。
- 分母に15～64歳の勤労世代を、分子に65歳以上をとると、比率は、1950年から2055年までの100年の間にどんどん悪化していく。しかし、15歳未満と75歳以上を分子に、15歳から75歳の働く世代を分母にとると、今の時期も、1970年ごろとあまり変わらない。75歳まである程度働いてもらい健康な人には保険料を払ってもらおう世界になれば、そんなに悲観ばかりする必要はない。
- 現在、各都道府県で、地域医療ビジョンに基づいて2025年の医療機能別必要病床数の推計が行われている。その際に、2つの課題がある。
 - 1つは、現在の病床数を全体としては増やさず、高度急性期から慢性期の内部の配分を変える方向で進めても、高齢者の数は増加するので、2025年には、全国で約30万人が、追加的に自宅やサ高住や介護施設等で生活することになる。この約30万人の状態がまだよくわからないので、どのようなサービスを用意していただいいのかわからないこと。
 - もう一つは、都道府県は、計画はつくったが、この計画にどうやって到達するかが非常に難しい。日本の病院は約70%が民間病院であるため、簡単に統合や廃止はできない。
- 各都道府県、各医療圏によって、今後、どの医療機能の需要が増加あるいは減少していくかは、それぞれ違う。それを病院の経営者が理解し、このままでは病院経営を続けることができないということを理解してもらうことが、地域医療ビジョンを進める上で大事な点。病院自身が、自分の強みを理解して、特定の診療分野に重点を置くことは、特色がでて、病院自身のためにもなる。
- 日本は8割ぐらいの人が病院で亡くなるが、欧米は、ナーシングホーム・ケアつき住宅で亡くなる人が多い。日本でも、今、この部分を急速にふやしている。
- 人が集まって住む住まい（「多住な住まい」）の大事なところは2つある。1つは、集まって住むと、サービスの移動動線が短く、効率的である。もう一つは、見守りサービス等が容易にあり、孤独死が減る。人が集まって住むと、新たなコミュニティができることもある。
 - ただ、課題もある。1つは、サ高住は、半分ぐらいが株式会社が整備して、問題を起こすことがある。また、地価の高い都会では、まだまだできにくいところが多い。
- 在宅の医療・介護連携に当たって、「医療との連携が取りづらい」を最もが困難に感じているケアマネジャーが多い。最近福祉系の人が多いので、医療系のサービスとの間の連携が難しい
- 最期をどこで迎えたいかと聞くと、6割ぐらいの方が家で迎えたいと言うが、実際

に最期を家で迎えているのは1割ちょっと。このギャップの理由は2つ。1つは、家族に負担がかかること。もう一つは、何かあったときにすぐ入院できないかもしれないとの不安。この2つにある程度対処ができれば、自宅における療養もそれなりに自信を持って進められるのではないか。

- 入院患者調査でも、自宅で療養できると答えている人の半分ぐらいは家に帰れない。そうした患者が退院できるようにするためには、サ高住のような住まいの対応とともに、在宅を支えるサービスも必要。

反面で、在宅といっても、従来の自宅は、狭いとか階段が急だとか手すりもつけられない等の物理的問題がある。在宅サービスのニーズの高い方については、在宅サービスが入院時以上に経費がかかることもある。ここまで住んできた家に住み続けるのか、それとも集まって住む新しい居住形態を選ぶのかがこれから日本人にとって大きな点。

- 自治体の努力によって、高齢者のけがの割合は変わる。ある自治体で、2007年から2012年の5年間追った結果で、サロンに参加すると要介護認定率が半減している例がある。7年間追跡すると、認知症の発症はオッズ比で3割ぐらい減る。認知症の発症率を3割減らせるような薬というのはまだ世界のどこにもない。サロンは一例だが、要介護認定率を下げ、認知症の発症率を下げ、転びにくくするが非常に大事。

- 和光市では、予防活動をすることによって要介護認定率が下がっている。大分県は全国平均より要介護認定率が高かったが、平成23年から取り組みを開始して、それ以降、認定率が下がっていて、今もうほとんど全国平均と同じぐらいになっている。

- エビデンスが必要。こういうやり方がいいのだということを数字で表し、このエビデンスが関係者を説得し、ある町でやってよかったことが横に広がっていく。

- 医療・介護は地域にとって大事な産業だと思う。労働集約的産業であるので、雇用誘発力がある。地域を活性化するには新しい産業が必要となったときに、医療・介護は1つの核になり得る。

- 数多くの方がこの医療や介護の業界で働いている。介護報酬や診療報酬は、効率化しなければいけないところもあるが、やみくもにこの2つの報酬を下げると、人件費の割合が非常に大きいので、そこで働く人々の給料に影響してしまい、介護からほかのところへ若い人が逃げていってしまう。

- 在宅医療・介護連携推進事業については、地域で顔見知りの関係の医療・介護の人たちがいることは大事。スマホ単位でいろいろ情報交換をすることはできるが、それはその人を知っていて信頼できるかどうかが大前提なので、そういう関係は少なくともこういう事業でつくっていかないといけない。

例えばヘルパーさんが行って、おばあちゃんに床ずれができていますと言うと、訪問診療のお医者さんが来て、これは第何度の褥瘡だから、これを処方しようと言って、その後、薬剤師さんが薬を持ってくるということがこういうことを通じてで

きる。今は、こういうやり方が主流になってきている。地域の医療・介護連携における大きなネックが情報交換である。一々会議をやっているわけにいかないので、こういう情報機器を使ってやるしかない。

- 地域の医療・介護で何をめざすかという、やはり自分が住みたい地域をつくるということが一番大事。地域の行政は、いわば、地域住民が雇っている共同管理運営会社。コストと効果のバランスを考えて最も合理的な選択を行うということが大事。医療・介護は、地域における雇用を確保する、若者にとっても大事な職場であり、また海外展開や地域おこし等、さまざまな展開も利用できる。

2 「これからの地域医療における地域医療ビジョンと地域包括ケアシステム」 (兵庫県立大学大学院経営研究科教授 筒井孝子)



- 日本は、現在、大きな過渡期にある。それを最初に話す。次に、地域医療構想と地域包括ケアシステムは全く違う次元で捉えられているが、同じ目的を達成するために実施されようとしているもので、所管が異なるだけなので。そのことがわかるようにお話ししたい。
- 昭和30年代は、夫が引退して死亡すると妻もまもなく亡くなっていたが、現在は、夫が引退してから死亡するまでが平均15年間。妻はその後、単身で平均8年間ほど生きなければならない。介護保険は、夫が死亡したおばあちゃんのための保険と言ってもよいくらいである。
- また、50年後、日本の人口は、現在の1.2億人が、今後50年で8,000万人になり、4,000万人減ると推計されている。これに対し、政府は、一生懸命保育所整備を進めているが、その結果が出るのは20年後である。
- もう一つの問題は未婚率、非婚率の増加である。2030年の未婚率は男性29.5%、女性22.6%と言われている。最近、再婚率のデータが出たが、離婚した人のうちかなりの数の人が再婚している。それに対し、未婚の人はずっと未婚とされている。日本は諸外国と異なり、婚姻と子供の出生がほぼイコールなので、婚姻数が増えないと子供がふえない。
- 単独世帯は2050年に42.5%という推計が出ているが、1年ごとのスピードが速いので、5割ぐらいになると予想される。現在、単独世帯は560万世帯あるが、2050年は1,000

万世帯とかなり増加してくる。

- 今、最も問題なのは、親と同居の、未婚の中高年齢層。この人たちは非正規雇用率が高く、親の年金が主な収入源。2010年には、未婚のひとり暮らし者は206万人に増加したが、親の年金が主な収入源の人々は263万人になっている。この人たちは、新しい世帯を形成していく力がなく、家族消費をしない人たち。こうした家族消費をしない高齢世帯がふえていくことにどう対応するのかを考えなければならなくなっている。
- 日本は、フルタイムの共働き世帯が減少している。女性が結婚後に正規労働者として働き続けることができる環境がないため、女性はパートで働いている。このパートの収入は子どもの教育費、塾の費用等に回っていて、消費に行かない。
- 家族消費だけではなくて、家族を離れた個人消費も不活発になっている。サラリーマンの平均小遣い額は、1990年の半額以下になっている。
- 2013年の家計部門の収支比較を見ると、初めて貯蓄がマイナスになっている。日本は貯蓄率が高いと言っていたが、貯蓄できない世帯がふえている。この結果、日本の一人当たりGDPは、1997年の世界3位が、現在は30位まで落ちている。
- このように大きく日本の姿は変わろうとしているが、今でも1960年代のモデルの残滓が残っており、産業構造の改革が十分に行われていない状況にある。この背景として、1960年代は貧しい若者が結婚して豊かな家族生活を送る「家族消費」が日本経済を支えていた。これが、低成長で晩婚化・未婚化になると、若者は、家にいたほうが豊かなので出ていかない。特に女性については、日本は、諸外国と異なり、女性が経済的に自立できる環境も整備されてこなかった。
- こういう社会的背景がある中で、社会保障費の多くを占める医療費の実態をみると、ここ10年の間、病院医療費も一般診療所医療費もふえている。薬局調剤費に至っては81%もふえている。他方で、病院数も病床数も、一日平均在院患者数も減っている。しかし、平均新入院患者や退院はふえている。つまり、一入院の回転速度が速くなっているのも、相当、病院は苦勞していると思う。忙しくなっているということである。
- どの地域も、75歳以上の患者だけが増えており、ほかの年齢階層の患者さんはふえていないが、地域別に見ると、東北や四国は医療需要のピークが終わっている。そのことを理解して地域医療計画は立てていく必要がある。
- 高知、島根、長崎、山口、鳥取、秋田、宮崎等の県は、県民所得に占める年金給付の割合が高い。これらの県は医療産業が地元において大きな産業となっている県とほぼ一致している。そうした県において、医療産業の病床を大幅に減少させた場合の影響も考えなければならない。
- 地域医療ビジョンで一番重要なことは、今後、病床数をどのようにすべきかということ。先ほど示したような件は、基幹産業ともいべき医療産業が縮小する影響まで考えて、県は医療ビジョン、医療計画、介護保険事業支援計画をつくっていかねばいけない。その際に、急性期病床を減らして増加する慢性期病床や在宅医療の患者を

カバーするものとして何が考えられるかという問題がある。これに加えて、医療費適正化計画をつくらなければならない。この計画では、各都道府県は、入院の医療費だけでなく、入院外、外来の医療費についても適正化をやっていかなければならない。例えば、「医療・介護の活用による改革の推進に関する専門調査会」の第2次報告では、特定健診保健指導の実施率向上による効果額を1人6,000円程度と推計している

○しかし、予防活動の効果により医療費が削減されるというエビデンスは、日本でも世界でもほとんどない。例えば、喫煙者と非喫煙者にかかる医療費を比較した場合に、40～60歳代では喫煙者のグループのほうが医療費は少し高くなっているが、70歳を過ぎると、非喫煙者も加齢が原因となつてがん、心筋梗塞にかかるので、結果的に同じというエビデンスも示されている。予防対策によって不健康な期間が短縮できるかということも、エビデンスがないので、わかっていない。むしろ、予防活動については、費用の抑制と言うことを前面に出すのではなく、費用はかかってもやるべき大事なことであると考えるべきである。

○地域包括ケアシステムは、2つのコンセプトで成り立っている。1つは、community based careで、もう1つはintegrated care。community based careは、小規模自治体も財政が厳しい自治体も、自分たちができる範囲でできることを考えてやるべきということ。integrated careは、医療と介護とで重複を排除して、本当に必要なサービス提供体制を考えるべきということ。この2つのコンセプトで成り立っているのが地域包括ケアシステムである。

日本のintegrated careとは、急性期から回復期への垂直的統合というモデルを地域医療ビジョンで、地域を基盤として慢性期ケアを医療・介護・生活支援の連携という水平統合を介護保険事業計画で、やろうとしている。

○一番、大事なものは、自分の町で何が一番重要かということに住民と一緒に考えてビジョンをつくること。これが「規範的統合」。介護保険は、市町村単位の制度なので、市町村は保険者としてアウトプット指標をつくっていくことが求められている。

○要介護認定情報や介護報酬データ、さらには、2013年から、介護給付サービスにおける細かい技術に関するデータをとり始めているので、どういう状態の人にどういうサービスが適切かという分析が可能である。こうしたデータを利用すれば、利用者の状態や提供されたケアの中身を組み合わせることができる。

○自分で自覚して健康に老後を過ごす、そのときに様々なサービスを適切に組み合わせるというビジョンをみんなと一緒に持って、安心社会の基盤をつくる必要があるのではないかと思う。そのためには、ビジョンとミッションを持たなければいけないし、生産性については、アウトプットをどう評価するかということにかかってくる。

サービスの対価として支払われる料金は、介護サービスとか医療サービスの場合、公定価格なので、アウトプット指標にはならない。アウトプット指標をどう考えるかということのをこれからの問題として取り上げる必要がある。

○測定を行うことでしか改善は望めず、評価をしなければならない。市町村職員が地域住民と話すときには、目標をどのようにわかりやすく提示して、住民と一緒に考えられるかが大事。

例えば高齢世帯の消費動向を考えてみる。介護・医療については、高齢世帯が一番の消費者である。団塊の世代では、平均すると妻は夫が亡くなった後の10年を1人で生活しなければならないので、お金を夫に使わせたくないと思っている。また、高齢者は、資産がなくなったら子供から見捨てられるかもしれないという不安があり、自分で使わずに持っていようという高齢者がふえている。そのため、日本は死ぬときに一番資産がある。これが、わが国の経済が停滞している原因のひとつである。

高齢者に消費をしてもらうためには、地域の活性化に資する地域医療計画、地域医療ビジョン、地域包括ケアシステムを整備して、お金を使ってもらえるようなビジョンを県と市が立てられるかが大事。

○これまで、家族がやってきたことを外部化することで市場がつくられ、これを準市場化することで介護サービスは創出された。介護サービスは混合市場での消費が前提となっている。今後、市町村は介護サービスの消費と創出の関係を深く考えていく必要がある。県は邪魔しないようにしないといけないが、市町村自身が稼げる産業を創出するために、どうすべきかを考えねばならない時代となったことを自覚していただきたい。

3 研究報告「医療圏データベースを活用した地域医療政策の評価」 (国際医療福祉大学大学院教授 埴岡健一)



○どうすればデータに基づく政策立案/政策評価に到達できるかが、自分たちの問題意識。

○5年前の3月30日付の医政局長通知に、「個々の施策が数値目標の改善にどれだけの効果をもたらしているか、また、目指すべき方向の各事項に関連づけられた施策群が全体として効果を発揮しているかという観点を踏まえ、個々の施策、数値目標並びに目指すべき方向の達成状況の評価を行い、その評価結果を踏まえ、必要に応じ医療計画の見直しを行う」との記述がある。

これは、施策を講じたこと（アウトプット）と施策の結果（アウトカム）をひもづけて、影響度（インパクト）を評価するということを言っている。それについて、プラン・ドゥー・チェック・アクションのPDCAサイクルで評価をすることなのだが、その意味が理解されていない。都道府県の人及び地方行政の人がほとんどわかっていない。このことが大きな問題点ではないかと考えている。

○東京大学で医療政策の社会人人材養成講座が10年間開催された。延長線上で、有志で「地域医療ビジョン/地域医療計画ガイドライン」をつくった。その際に、手分けをして、47都道府県の医療計画を全て読んだところ、先ほどの医政局長通知に書いてある3～4行のことが基本的に理解されていない、実現されていないということがわかった。結局、アウトカム評価という考え方が理解されていない。

- 2～3カ月前に、厚生労働省の47都道府県の行政担当者研修があり、レクチャーを担当したが、そこでアウトカムとアウトプットの違いを説明できる人はいなかった。
- 先日、ある県の医療計画担当者10人余りとワークショップを行った。現行の医療計画をロジックモデルの形に落とし込んだところ、アウトカムや中間アウトカムがない分野があったり、中間アウトカムの設定数も分野によってばらばらだったり、空白が多かったりの状態であった。例えば、緩和ケアという施策については、患者の痛みがとれるというアウトカムを目指しているはず。ところが、多くの場合、県の施策では医療者に緩和ケア研修を行う回数だけの指標を計測し、患者の痛みがとれたかどうかはわからない、といったことになる。
- そこで、RH-PAにおける検討の成果として、ロジックモデル、言い換えれば施策マップというアイデアが出てきた。各地域の政策を考えるときに、一番右端に、目指すべき姿（分野アウトカム）を書き、それに至るために何をすればいいか（中間アウトカム）を真ん中に書く。一番左に、それを達成するために行う個別政策を書く。その後で、それぞれについて指標を書く。右側のアウトカム欄であれば死亡率を20%削減するとか、真ん中の中間アウトカム欄では医療提供体制が整ったと思う医療者の率が6割から8割に上がるとか、それから一番左端の個別施策欄では専門医が10人から15人にふえたとかを書く。

そして、これらの因果関係と指標がつながっているか見れば、計画とその効果およびPDCA管理全般が改善するのではないかということである。
- 厚生労働統計協会が昨年公表した、在宅医療・介護に関する研究会報告書では、日本の医療ケアをよくするためにデータが果たす役割を整理している。そこで、1つ、政策に関する知識が必要ということを指摘している。これについては、ロジックモデルを使って政策を把握することがその対処になると思う。

もう一つは、データのありかを知り、データを読み解く力が必要ということ。そのためには、誰でも医療・介護の状況を総合的に把握できるようなデータベースの整備が必要となる。
- こうした問題意識を受けて、私たちは今、どのように活用しやすい指標セットを整備提示するか研究を進めている。ここでは、がん対策を取り上げて説明する。がん対策のよいところは、がん対策基本法があるので、対策に関してどういう政策体系がいいかがわかりかけていることと、がん登録があるのでデータセットが整いつつある、ということ。
- ロジックモデルに沿って考えてみよう。都道府県によって、医療圏によって、市町村によって、がんの死亡率は違う。

その理由は、おそらく罹患率が高いからか生存率が低いから。そして、生存率が低いのは、早期発見率が悪いからか、治療成績が低いから。突き詰めていうと死亡率が高い原因は3つで、罹患が多いか、早期発見が遅いか、治療成績が悪いか、となる。

がん対策については、都道府県別、さらには医療圏別に、これがわかるようになるめどがほぼ立っている。

- そうなると、そのデータを使って政策や対策を分析し評価することができるのではないかと、ということが出てくる。死亡率が地域によって2倍ぐらい違う。罹患率に関してもかなり違いがある。早期発見率も治療成績も地域によってずいぶんと差がある。さらに、同じように死亡率が高いところでも、特に罹患率が高いところ、特に早期発見が悪いところと、特に治療成績が悪いところといった個性がある。

突き詰めていうと、地域別に、いろいろながんの疾病の数値がわかれば、この地域は例えば「乳がんの治療成績が日本一であり、肺がんの罹患率が日本一悪くて喫煙率が高いので、肺がんを力を入れた方がいい」といったことがデータで判断できる時代が目前まで来ているということ。

- がん対策でこういうモデルが出てきたら、5疾病5事業や在宅等でもわかってくるのではないかと思う。地域により状況は違うので、地域の個性に合った対策をすることができるようになる。

- そこで、ロジックモデルを立て、その中で多くの指標の中から、適切な指標を選んで統計解析をして、どの関係の線や矢印が効いているのかを調べている。例えば大腸がんの罹患について、罹患の原因になるであろう野菜の摂取、喫煙率、歩数などを見て、その効きぐあいなどをデータセットから見ている。また、早期発見に関しては、検診の受診率や精検受診率がどれぐらい効いているのかということを見ている。まだまだ限界は多い。例えばたばこ対策が始められてから罹患率や死亡に影響が及ぶのには5年、10年かかる。今は、1つの断面で少しだけそろったデータセットで試行的に見始めている状況で、データの精度の問題、欠損の問題などもある。しかし、こういう発想で見れば、何が効いて何が効かないのか、どの政策がより効くのか。どの地域に何をすればいいのか、少しずつわかっていくはずで、その方向に進んでいくことが大事だと思う。

- その際に、単にデータセットをたくさん集めて解析してもうまくいかず、まず仮説としてロジックモデル、政策体系をつくり、そこにできるだけよい指標をあてがい、解析をすることが大事であると考えている。そのためには、ロジックモデルに対応して必要なデータを集める事が重要。現在は、県単位のデータしかない指標項目が多く、医療圏単位のデータが少ない。それでも、政策評価をして政策を改善するために、データ分析ができる指標を集めていく事が大事である。

- もし、早期に我々が47都道府県の疾病事業別に、ロジックモデルに指標が乗ったマップを持ち、これを比較検討することができれば、問題のあるところに有効な施策を打つことができ、2025年に向けて政策効果、すなわちアウトカムに与える影響が格段に向上するのではないかと思う。

- そのためには、国にお願いしたいこともある。1つは、次の医療計画についての医政

局長通知に、しっかりとしたロジックモデルシートをつけ、都道府県の行政担当者や地域の住民がアウトカムとアウトプットを誤解しない、あるいはPDCAの本質を理解していただくことが必要ではないか。

また、今回、データを収集・分析することは、非常に労力がかかることを改めて実感している。これを都道府県や市町村の行政担当者がゼロからやるのはとても大変だと思う。各地の共通部分が多いので、ぜひ情報支援センターのような共同のインフラストラクチャーが必要ではないか。そうすれば、ロジックモデルとデータと解析が相まって、各地域の均てん化が進んでいくようになるのではないか。

【第2部 パネルディスカッション】

パネリスト：東京大学政策ビジョン研究センター

健康経営研究ユニット特任教授 尾形裕也

兵庫県立大学大学院教授 筒井孝子

日本介護支援専門員協会会長 鷲見よしみ

千葉県健康福祉部保健医療担当部長 古元重和



○司会

パネルディスカッションのテーマ「医療・介護連携を進めるために、市町村は、都道府県は、何をすべきか」について、先ほどの基調講演も踏まえ、それぞれ、基本的なお考えを聞かせていただきたい

○尾形

日本の人口は、1900年ぐらいから急激な勾配の大きい山を登り、今、そこから真っ逆さまに落ちようとしている状況。このことは、「過去の延長上に未来はない」ということを意味している。これに関して、きょうのテーマに即して3点触れたい。

1つは、こうした大きな変化は、ビジネスの観点からすると、新たなビジネスチャンスと捉えることもできる。特に、医療や介護は、この急な坂を降りるのを支える非常に重要な仕組みであり、今後、大きな技術革新が求められていく分野であるということ。

2点目として、1900年から2000年までの100年の人口増加局面は、中央集権的な強力な中央政府のリーダーシップでやってきた時代であるが、これからの人口減少局面は、江戸時代の封建制のような、各地域で非常に多様な特色ある文化が生まれる地方分権の社

会ではないかと思う。

3点目として、今後、自治体間で、どこが特色ある政策を打ち出せるか、魅力ある地域をつくれるか、という厳しい競争が起こる局面が予想される。その際、医療・介護は、一番中心になる話。人口が減少していくことは、自治体の存立にかかわる問題であり、危機意識を持って取り組んでいく必要がある。

そもそも、「2025年」を問題とするのは、いわゆる2025年ビジョンから出発している。これは、自公政権のもとで出されたものと民主党政権で出されたものの2つあるが、基本的には共通している。内容としては、医療・介護については、選択と集中、機能分化と連携を進めることであり、特に急性期医療の確立をはかることが強調されている。ただし、こういう政策をとると、医療・介護費用が全体としてふえるということを、初めて明確に示し、この増大する費用には消費税増税で対応していくという基本的なロジックになっている。これがいわゆる社会保障と税の一体改革である。

この2025年ビジョンは、内容としては、急性期医療を確立していくことと、居住系サービスを中心とした在宅サービスの充実、この2つを「車の両輪」として同時に進めていく、これが2025年ビジョンの基本的な特色であり、地域医療構想も基本的にこれを踏襲している。

内閣府の検討会では、地域医療構想に沿って2025年の必要病床数を全国ベースで集計した。ここで重要なのは、将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数29.7～33.7万人にどう対応するかである。

この推計について、47都道府県別に見ると、大きく2つの地域に分かれる。1つは、東京、千葉、埼玉、神奈川、大阪府、沖縄県であり、2025年の推計結果と既存病床数を比較すると病床不足が見込まれる。それ以外の全ての道府県は、全て病床過剰となる。

ただ、それと合わせ、各都道府県は、全て、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等を拡充していかなければいけない。これは先ほど触れた2025年ビジョンと共通である。

最近、様々な制度改革が2018年に向けて動いている。1つは、2013年に医療計画を見直し、精神を加えて5疾病5事業にするとともに、在宅医療を5疾病5事業並みに医療計画で位置づけた。

2点目は、2018年の医療計画の見直しで、従来の5年1期から6年1期とし、この6年間に介護の事業計画3年が2つ入る。そして、中間年である3年目に、特に在宅の部分を中心にして医療計画を見直すこととなっている。

3点目、介護療養病床を廃止し、転換先として、住まいの機能を重視した新たな施設類型が提案されている。この新たな施設類型には、3つの特色がある。病院（病床）ではないこと、医療法にいう医療提供施設であること、そして、介護保険の適用施設とすること。この3つを満たすものとしては、現行の老人保健施設があるが、それと異なる点は、新たな施設は看取りまで対応する、ということだ。現在の老人保健施設は、本来は在宅復帰のための施設であり、新しい類型ができると、本来の在宅復帰の施設とし

て純化をしていくのではないか。また、この新しい施設は、特養には非常に大きな影響を及ぼす可能性がある。多くの特養は看取りを行わず、最後病院に入院させているが、新しい施設は国民の目から見ると魅力的な施設なので、特養には影響が出てくるだろう。

さらに、国保の改革が来年度から動き出す。これは、都道府県と市町村が二重保険者になるものであり、財政運営の単位・責任は都道府県、その他の保険の執行、ヘルス事業は市町村が実施主体となる。都道府県は、保険者となるため、より一層、医療や介護提供体制に関与していく必要がある。

医療と介護の連携において重要なのは、人材の問題である。自治体職員の専門的スキルアップは非常に重要である。特に医療の分野では、データに基づいて地域やその課題をいかに把握するかが非常に重要。その際には、データを解析分析するスキルを持った人材を養成する必要があるが、それだけでなく、データを読んで、施策に生かしていく事ができる人材が必要である。

自治体職員の方がこうした専門的スキルアップをするときには、1つは、自治体にある公的病院との人事交流等により、病院経営や医療の実態を理解すること。もう一つは、専門的な研修体制の確立だ。保健医療科学院等で、行政担当者向けの本格的な研修をつくるべきと考える。

在宅ケアに関して、Aging in Placeという考え方がよく言われるが、この考え方については混乱がある。一方で、住みなれたということをあまり強調すると、今後の人口減少社会では、身動きがとれなくなるおそれがある。その一方で、日本創成会議の提言のような、医療や介護資源に大きな地域差があるので、それに合わせて人が動いたらいいではないかという考え方も、Aging in Placeにはふさわしくない。Aging in Placeは、その人にふさわしい適切な場所という意味ではないかと思う。

人口減少社会を踏まえると、何らかの形での「集住」は不可避だろうと思う。最近、国土交通省の関係でコンパクト・シティということが言われるが、これからの人口減少局面では、やはりある程度まとまって住んでいただかないとどうにもならないだろう。

ただ、そのためにはやはり多様な選択肢が必要であって、在宅イコール必ずしも自宅ではない。居住系を含めた多様な選択肢を示していく必要がある。

○驚見

ケアマネージャーは適切な社会支援につなげるという責任がある。病気を持っていたり障害を持つ方々と接していると、御本人や御家族が、在宅をこのまま続けてみようという意向や覚悟が一番のよりどころ。回りの者や行政がこうしたらどうかと言っても、本人が納得しない限りはどうしようもない。

在宅医療に関しては、我々ケアマネージャーは、患者の方に、在宅医療の体制にいかにして気持ちよくのっていただけるかが仕事と思っている。

例えば地域包括ケアに関しては、その方々が安心して住むことができ、サービスも適切に提供されるのであれば、その方の尊厳が保持され、権利が侵害されないことが大事

であり、一番問題になるお金の問題についても、その場所に対応できる事が大事。

もう一つは、高齢者の状態に適切に対応したサービスが提供できる状況があるかどうか。認知症であれば初期支援チームがあるかどうか、独居であれば定期巡回があるか小規模サービスがあるか等、市町村の方々にとって、そのサービスがあるかないかではなく、表に見えていない機能をどう把握するかが大事だと思う。

例えば、訪問看護とデイサービスのどちらかを選択する場合に、訪問看護師が1時間そのお宅を訪問して行うサービスと、そのデイサービスが、優秀な看護師がいて、お風呂も使え、御飯も食べられ、状態管理もでき、家族は1日そこで預かってもらえて送迎もあって、介護からもしばらく少しだけ休むことができる、しかも料金も安いとしたら、どちらを選択するか、ということ。こうした点について、ケアマネジャーはよく知っている。

例えば、くも膜下出血で介護度5で、気管切開もしているが、家に帰りたいという高齢者の意向をきちんと受けとめたケアマネジャーがしたことは、老健ではどこも受けてくれなかったのが、特養への入所だった。しかも、特養は、最後に寝る前に看護師がいないので御家族が吸引、吸たんすればショートで引き受けるということだった。そして、その期間を経て家に戻って、デイケアにつなぐことができた。ケアマネジメントは信頼関係の上に成り立つものなので、当てになる者がそばにいと家族や本人の力についてはくる。その点を踏まえた対応したので、在宅に対応できる力がつくようになった。

民生委員も、自分一人だとなかなか踏み込めないが、ケアマネジャーがついていると連絡先があるから一緒にいこうということになる、そうした力になれることもある。

これは地元で聞いた話だが、地域包括支援センターは、核になって一番最初に連絡が来たり相談を受けるところ。そこでの対応において、専門職とそうでない人の差は、連携先を知っているか否か。在宅に移行する際も、地域包括の対応者が専門職であれば、そこである程度のこと解決する。逆に、そこで失敗すると、どんどん不安が重なっていってしまう。こうした失敗を防ぐには、対応者が、行政職であってもある程度の水準までの対応力を持つようにする体制が必要。

また、利用者や家族は、相談に対応して地域包括の担当者がいろいろ話をしても、断片的な情報、例えば、まず申請してくださいと言われたとか、ベッドが要ると言われたということだけが頭に残りがち。そうすると、介護者は、仕事をやめなければならないのか、介護が大変ではないか、当事者は、迷惑をかけるのではないか、今と同じだけの医療が受けられないのではないか等、漠然とした不安が大きい。地域包括の担当者は、その方の病名を見たり、その方の状態を見て、この先、どのような状況が生まれるのだろうかというイメージを持ち、きちんと受けとめて対応していただくことが必要。

例えば、1人の方が入院した時に、この方は、もう少し頑張ったらまた元の状況に戻れる人なのか。それともかなり厳しい状況の人なのかといった、個々の人の展開イメージを、利用者を含めてチームで共有していくことが非常に大事だと思う。

利用者は、自分の今後の生活のイメージがつくようになると、力がついていく。そのため、利用者自身が、なぜ自分たちがうまくいかないのかに気がつくことが重要。これは利用者自身だけでなく、行政も医者も、全ての者がそうだと思う。今、地域医療でうまくいっているところは、医者自身が市民感覚を持ち、自分の町をどうしようかを考えているところ。

在宅医療の中では医師の力は大きなウエートを占め、影響力も大きい。医師会の動きについては、都道府県医師会の力が大きく、都道府県医師会がしっかり動くことによって郡医師会も動き、市町村は連携がとりやすくなる。1人の医師だけが頑張ってもなかなかうまくいかないことは多い。地域の医師全てが動けるような状況になっていくことが大事。

○古元部長

千葉県が実際に行っている取り組みを幾つか御紹介することで都道府県の役割について述べてみたい。

医療・介護連携を進める上での都道府県の役割は、市町村を支援し、背中を押し、ともに歩むこと。

千葉県は、最も高齢化が進んでいる御宿町の高齢化率が47.6%、一番若い浦安市の高齢化率が15.9%で、まさに日本の縮図というような状況。こうした中で、千葉県が果たすべき役割は、各市町村が持っているニーズを的確に把握すること。

そこで、千葉県では、圏域ごとの会議を行い、各自治体が抱えている課題などを情報共有したことに加え、県内の全ての市町村に出向き個別のヒアリングを行った。

そうすると、小さな市町村単独ではなかなかできず、広域連携をしたほうが効率的であることが見えてきた。その結果を踏まえて、事業を行っている。主に3つの役割について御説明したい。1つ目が、医療・介護関係者の情報共有の支援。2つ目が、在宅医療・介護資源の増加対策や人材育成。そして、県民への普及啓発。

医療・介護関係者の情報共有の支援としては、地域連携のルールづくり。今年度は、平成22年度に県がつくった地域生活連携シートを改定した。ポイントは、リハビリテーションと、導入が必要と考えられる介護サービスの2つの欄を設けていること。その理由は、医療側が退院後の生活に想像力が向かないという面があるので、それについての欄を設けたということ。このシートは県内の多くの地域で活用されているので、県としては、これによって一歩前進すると思っている。また、脳卒中患者のクリティカルパスを従来から進めており、モデル事業も行っている。

もう一つのポイントは、ICT活用による地域連携の促進支援。まず、実際にICTの仕組みを導入しようとしているところに助成をしている。また、市町村は、ICTの仕組みを入れたくても、どの会社のどれを入れたらいいのかよくわからないのが実情だと思うので、幾つかのベンダーの方に来てもらい、市町村の職員や地域の医師会なども招き、セミナーを開催して、情報共有、意見交換を行った。

取り組みの2つ目の、在宅医療・介護資源の増加対策や人材育成について、千葉県は、人口当たりの在宅医療の資源は乏しいので、人材の育成については、主な取り組みとして、地域密着型施設等の開設支援や、在宅医療の鍵となる訪問看護ステーションの設置の支援を行っている。

3番目の県民への普及啓発は、鈴木局長が言われた、最期を迎えるところについての希望と現実のミスマッチは千葉にもある。ただ、その背景としては、県民が在宅医療のことをよく知らないということがあるので、普及啓発を進めている。その中には、終末期医療のあり方についての普及啓発もあり、平成24年度から、DVDの動画により啓発を進めている。

○筒井

最も重要なことは、県、市町村、個人という複合した関係性においてガバナンスをどうするかということになるだろう。ここでいうガバナンスとは、決定権をどこまで渡せるかということなので、個人がどこまで決定できるかで最終的には決まってくる。つまり、個人がセルフマネジメントをどこまでできるかということが前提となって、国家が健康施策をどこまでやるかを決定することになる。欧州諸国の場合は、複雑な問題を抱えるケースだけに公がかかわるというモデルが採用されている。このモデルの基底部分はセルフマネジメントである。

日本ほど病床が多くて医療機関が多い国というのではない。ほかのほとんどの国では、そもそも病床や医療機関がないことを前提に自分の健康を維持していかなければならない。だからこそセルフマネジメントをどこまで自らがコントロールするかが、国家の健康施策の基底となる。次の階層となるディジーズマネジメント（疾病管理）については、がんで糖尿病で高血圧でというように複数の病気を持っている人が多く、1人でやるのは難しいので公の支援が必要と考えられている。

ディジーズマネジメントになると、公的な機関が入るが慢性疾患に関するサポートシステムには、ヘルスケアの専門家や健康関連の非専門家、健康関連のボランティア、コミュニティグループ等さまざまな人たちが関わるというモデルが形成されなければならない。

日本では、戦後、とくにセルフマネジメントに関する教育が圧倒的に不足している。少し頭が痛いとか少し発熱すると、用心のために医者に行く。そのような国はほとんどない。この国民の行動を変革することはそれほど簡単ではない。

それでもセルフマネジメントをやっていってもらおうということは大事で、その際に一番いい方法論は、能動的グループ学習であり、動機づけ面接である。動機づけ面接は、患者教育ではない。患者みずからができるというようにやれるマネジメントである。

「expert patient」つまり、自分の体は自分が一番、よく知っているといえる人を育成していくことが必要である。expert patientをどうやってつくっていくかが、日本共通の目標になる。

この目標を中核において、国、県、自治体あるいはコミュニティー間のガバナンスがうまくいくように考えていかないと、在宅医療や地域包括ケアシステムはつくりえない。

これまでに、厚労省の補助金を使って「医療・介護の情報提供によるセルフマネジメントに着目した継続的ケアマネジメント」事業をやってきた。この事業では千葉県の介護支援専門員や医師、看護師が参加して、千葉県の地域連携シートを改良して様式をつくった。千葉県版は、情報を介護支援専門員は病院に持って行っているが、病院からは何も返してくれないため、患者がどうなったのかがわからないという問題があった。この事業では、病院と介護支援専門員だけでなく、市町村が深くかかわる方法を採用している。これらのプレーヤー間の情報の共有がしっかりできるような様式の開発も行ってきた。

わが国では、初めて公である市町村が退院支援に関するマネジメントをするが、おもしろいところは、患者には、入院前から伴走者であるケアマネをつけるということである。ケアマネが入院期間に、急性期病院の院内カンファレンスにも参加し、自宅に帰ってからのセルフマネジメント支援のための計画を病院の看護師らと協働してつくる。帰ってからも、そのケアマネは患者がなんとかセルフマネジメントをできるようになるまで、伴走者として、一緒にやっていく。こうしたモデル事業をやっている。

最初は相当難しいので苦戦されておられたが、セルフマネジメント支援をやり始めて、ケアマネも患者本人もおもしろいという人が結構出てきている。中でも、脳卒中については、日本は再発率が非常に高いが、事業の短期的な効果が上がりつつある。この事業では、ガバナンスの基本が本人でありこと、本人がこのセルフマネジメント支援に参加すると意思表示することからはじめているので、従来の厚労省の健康施策とはアプローチも異なっている。

○司会

今回のシンポジウムのテーマは、医療・介護連携を進めるために、市町村や都道府県は何をすべきか。その取り組みの1つが、医療の専門職と介護の専門職の連携を図ろうということ。厚労省が進めている在宅医療・介護連携推進事業は、それを進める取組。

ただ、日本の自治体の大きな問題として、専門職が自治体職員にほとんどいない。そうした地方自治体が、医療計画や介護保険事業計画をつくり、事業を運営していかなければならない。このことが、日本における医療・介護政策の難しさではないかと思う。

尾形先生は、自治体職員の専門的なスキルアップ、データを読める事の重要性を指摘されたが、データを読める職員になるため、市町村の職員はどういう取組をしたらいいのか。

○尾形

申し上げたかったのは、データを分析するというのも非常に重要だが、そのデータをどう活用するのも重要だ。その意味でデータを読めるということを言った。

自治体が、国からこういう計画をつくれと言われると、シンクタンクに丸投げして同

じような計画ばかりになったということがしばしば言われるが、それは発注する側に問題がある。外注する場合は、外注先から出てきたものを評価できないと、いいものではない。データ解析ができる人を養成することは大事なことだが、同時に、人が分析した結果について、そこから何を導き出すのかという仕事も行政の基本であり、新たに研修をするというより本来やるべき事ではないかと思う。こういう問題意識に基づいてこういう分析をやってくれと言わない限りはいいデータは出てこない。

国民や住民の目から見れば、国でも都道府県でも市町村でも、それをきちんとやってくれればいい。これから厳しい時代になってくる。問題意識を持った取組をやらずして行政はあり得ない。

○司会

市町村の本庁と地域包括支援センター、地域包括支援センターとケアマネジャーの間がなかなかうまくいっていないという声も聞く。ケアマネジャーの立場から、地域包括支援センターや市町村に対して、こういうことを考えて仕事をしてほしいという要望を話してほしい。

○鷺見

地域包括支援センターは、直営と委託では違う点もあると思うが、自分がよく行くセンターでは、直営だが、職員が多くの事業を兼務しているため、ケアマネジャーが相談に来て現場に出ることが非常に難しい状況にある。委託の場合は、なおさらだと思う。

ケアマネジャーにとって大変なケースは、要介護状態がどうのこうではなく、制度間のはざまにある人である等、多くの問題を抱えているケースだが、そのことを包括に相談に行っても、担当者が動けないのが現実で、当てにできない状況も出てきている。むしろケアマネジャーが任されてしまっているところもある。市町村には、包括支援センターに、きちんと動けるだけの人員配置等をしていただきたい。

○司会

古元部長、千葉県の中でも、柏市や千葉市のような取組が進んでいるところもあるが、なかなか取組がうまく進んでいない市町村もある。そうした市町村における地域包括ケアシステムや医療と介護の連携について、県として、どのような問題意識や取組を進めていこうとされているのか。

○古元

千葉市や柏市等、規模もある程度あり、市長や町長が非常に熱心で、人を配置し予算もつけている、先進的な自治体もあるが、他方で、小規模でなかなか難しいという自治体が多いのも事実。医療と介護がまだまだ面としてつながっておらず、市町村から見て、医療者への敷居がまだ高いということが現実で、お互いがどう歩み寄っていくか、また理解し合うかということが大切だと思う。

1つ例として、最近、県内で認知症に対する県民の方の関心が非常に高く、市町村が認

知症をテーマにセミナーをやると人が集まる。ある町は、認知症に対する集中的な支援チームをつくらうとしたが、町の中では専門医が見つけれないため、県内の認知症疾患医療センターから専門医を紹介したところ、うまくいったことがある。県としては、市町村にとって対応が難しい「医療」の部分を支援するという役割はあると思っている。

○司会

本日の筒井先生のお話にはなるほどと思う方も多と思うが、反面で、市町村の職員として、なかなかそこまでいけない、と思うのではないか。まず、市町村の職員として、どういうことから取り組んでいったらいいのか。

○筒井

市町村の職員と話をする、一番最初に聞かれるのは、難しいが本当にやっているところがあるのかということであった。例えば、先ほど触れたセルフマネジメント支援事業を岐阜県高山市でもやってもらっているが、高山市役所の職員は、どのようにやっていかかわからないというような感じだった。

これに対し、私は、「まず、どの地区だったらセルフマネジメント支援ができそうかを考えて、できるところから、はじめてほしい」と言った。市町村とコーディネートしたのは高山日赤病院であるが、ここの病院長が積極的だったので、高山日赤を中心に、医師会の会長や、高山日赤に患者を入院させた介護支援専門員と連携会議をつくって実施している。

こういう事業で重要なことは、パフォーマンスにおける共同責任制であり、介護支援専門員、高山市の職員、医師会、セルフマネジメント支援をする患者、そのそれぞれが持つ責任と義務を決めていくことから始めてもらっている。

この事業では患者が自分でつくるセルフチェックシートや、どこが、どのように責任を果たしているかというのがわかるような様式も開発して提供している。また全国でセルフマネジメント支援事業に参加している市、医師、介護支援専門員を集めて発表会を開き、評価もしている。

モデル事業では、地域のそれぞれのシステムの中でどういったやり方をしたかが共有できるシステムをつくり、アクセスできるようになっている。このモデル事業の中では、患者が自ら、どうやってセルフチェックシートをつけていくのか、話し合いの方法等をガイドラインとして示している。

現在、この事業に参加している急性期病院の医者達は、これまで患者が退院してからのことは、全然知らなかったが、それがわかってきたとっている。医者自身は、事業が実施されるにつれて、結構、おもしろいと思っているようである。

○司会

最期に、このシンポジウムに参加された方々に対して、コメントをいただきたい。

○尾形

介護のサイドから医療は敷居が高いという話がいろいろ出てきたが、1つは、地域の

病院をぜひ活用していただきたい。公立病院、公的病院と連携せずに自分たちだけで何かやろうとしてもなかなかうまくいかない。ぜひ活用を考えていただきたい。

もう一つ強調したいのは、昔に比べると多くの情報はほとんど公開されているということだ。厚労省等のホームページ等で膨大な情報が公開されており、いかにそれをフォローして読むかということが問題。公開されている様々なデータを丹念に追いかけることで政策の方向性の概要はつかめる。ぜひそういう情報に敏感になっていただきたい。

○鷺見

まず、近くの在宅の者がどういう生活をしているのかをイメージしてほしい。生活は積み上げであり、1つ欠けると全然動かなくなってしまうことがある。そういうところをしっかりと見てほしい。また、地域ケア会議などをやっても、現場レベルではなかなか解決していかないで、上司の方を巻き込んで中に入れていってやってほしい。

○古元

1つは、市町村が、在宅医療・介護連携推進事業について、ぎりぎり及第点をとろうという発想の取組は本末転倒だろうと思う。住民のニーズにしっかり向かい合って、気づいたらあれをカバーしていたという流れが望ましい。それに向けて県も支援をしていきたい。

2つめは、県そのもののレベルアップを図っていきたい。支援が十分できて、また信用される都道府県であることが重要と思っている。

○筒井

簡単に言うと、「王道はない」ということ。国、県、市町村、住民というように、それぞれの立場で、一人一人が取り組まなければうまくいかないということ。

先ほど紹介したセルフマネジメントを70歳過ぎてやるというのは、結構大変なこと。また、市町村は、住民の声を拾って規範的統合をしていかねばならないが、これも簡単ではない、相当、大変なことである。さらに、県は、そのような市町村をすべてまとめて成果を考えよと言われており、これも大変。さらに国は最悪の財政状況を踏まえて、どうするかということですから、どこも大変。

でも、どこにも王道はないのだから、一歩、一歩やるしかない。このセルフマネジメント事業も、地道に5年もやってきて、やっと成果が出てきたところであり、これからだと思っている。