

第2分科会「地域包括ケア」～命と人権を支えるネットワークづくりを考える～ 問題提起

1. 「病院・在宅ケア」の人権を守る医療と介護の実践経験を持ちよる分科会

昨年の医療研北海道では、大学生が地域住民の命の尊厳に直結した生活実態を学ぶ場所として大学生が運営するオレンジカフェ（認知症カフェ）の実践が報告されました。討論では「行政が行うべきものではないか」ということが指摘されました。

石川県からの報告では、60歳代独居女性が望む生活を自宅でのターミナルケア支援の要としての訪問サービスの重要性が報告されました。自宅での生活を続けるため、多職種連携を重ねて本人と家族と信頼関係をつくって、困難を乗り越え看取りができた事例として、「専門職のそれぞれがめざす地域包括ケアであり、働き甲斐を感じ、成長もさせてもらえる症例です。ただし、経済的な貯えがあったからこそ可能だった支援であり、制度の矛盾がここにあります。今のシステムでは、経済的ハンディを抱えている方は切り捨てるしかありません。制度改善を求める行動に繋げていきたいです。」との意見が出されました。

地域包括ケアシステムが、高齢者や貧困問題、精神科医療分野も含めて、真に「命と健康、生活と人権を支えるネットワーク」となるために、各地域でどのような実践と課題があるのか、議論していきたいと思えます。

2. 地域包括ケアシステムを考えるポイント

- (1) 地域包括ケアシステムは、制度として完成されたシステムではなく、自治体に主体性を持たせつつ、地域のニーズに応えるための医療・介護を提供していくシステムとなっていることを認識することは重要です。つまり、地域のニーズを明らかにできれば積極的に組み込むことが可能なシステムとなっています。その目的として地域づくりを住民自治の観点から考えることは極めて重要です。
- (2) 医療・介護・福祉の専門職として、地方の過疎化や都市部へ人口集中が急速に進む中で、各地域で「命と健康、生活と人権」を支えるためのネットワークが損なわれている部分を自治体・自治体労働者と地域で発生する問題を共有して課題を一緒に解決していくことが求められます。
- (3) 一方で、社会保障費の公的支出を政府がコントロールするために、都道府県に医療給付費を市町村に介護給付費を管理させ、その抑制目標を自治体に作らせ、その目標達成度に応じて「交付金」を増減させるインセンティブが、2017年介護保険法の改悪で道が作られています。財政が苦しい自治体同士に介護給付費抑制を競わせる仕組みです。

3. 1970年代からの長野県の地域医療は「地域包括ケアシステム」のさきがけ。 しかし、政府は長野モデルを利用した公費削減を狙っている。私たちが何をめざすべきか？

地域包括ケアシステムの流れは、1990年代までの考え方として高齢化が進む中で社会保障費の増加を抑制するために、病床数を削減し入院治療から在宅ケアを拡大すれば医療介護支出が抑制できるという発想から進められました。

長野県の佐久総合病院は、高度医療から在宅医療の全てを展開しながら在宅診療も訪問看護などもすべてを担って自宅で高齢者が生活できるような地域医療を担っています。長野県は、高齢化が進んでいるのに対して医療機関の数や医師数が少なく、全国平均より医療費支出が低く、健康に暮らしている人が多いという特徴があります。厚労省は、長野県のケースを参考にしながら医療費に対する公費支出を抑えることに利用しようとしています。

そのため、病院で治す医療に加えて、地域で支える医療への転換が検討され、急性期病床の課題としての治療を追求することに加えて、「どのように人生の最後に、その人らしく生きられるのか」という視点を加えて、今までの「治す医療」から「治し+支える医療」という発想で地域医療の実践が求められています。実践経験を出し合い、学び合ひましょう。