

地域包括ケア強化のための医療と福祉の連携をどう進めるか？



二木 立

日本福祉大学特別任用教授

にき りゅう：1947年生まれ。72年東京医歯大卒。代々木病院リハビリテーション科科长などを経て、2017年4月より現職。著書に『地域包括ケアと地域医療連携』『安倍政権の医療・社会保障改革』（いずれも勁草書房）など。

本連載⑥（2017年3月4日号）で検討した介護保険法等改正案は「地域包括ケアシステムの強化」を目的としており、そのためには医療と福祉の連携強化が不可欠です。今回は、3月17日の日本福祉大学地域包括ケア研究会公開セミナーで行った私の報告を紹介します。

医療と福祉の連携に必要な3つのこと

第1に、医療と福祉の連携強化は、施設、専門職、および教育の3つのレベルで考える必要があります。

まず、施設レベルについて、医療施設や医師会と福祉施設・事業所との連携が不可欠なことは、言うまでもありません。私は最も重要なことは、お互いが「垣根」を作らないことだと思います。

地域包括ケアに関わっている福祉関係者からは、今でも、「医療機関と連携したいのだが、敷居が高い」との訴えを聞きます。事実、地域包括ケアは2003年に最初に公式に提唱されときには「新しい介護サービス体系」とされ、介護サービスが中核とされたために、医療関係者には消極的姿勢がありました。また、地域包括ケアの源流には「保健医療系」と「(地域)福祉系」の2つがあり、一部の地域を除いて、両者の交流はほとんどなかったという歴史的事情もあります（拙著『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房、2017、20-21頁）。

しかし、2013年の社会保障制度改革国民会議報告書が、「医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築」を提唱してから、日本医師会や地域の医師会、病院は地域包括ケアシステムに積極的に参加し始めています。それだけに、今後は、医療・福祉の垣根を越えて、「医療・介護・

福祉のネットワーク」という意味での地域包括ケアを目指す必要があります。

次に、専門職レベルの連携の出発点は、医療職が福祉（学・制度）の、福祉職が医学・医療（制度）の基礎的な勉強をキチンと行うことです。私は、医療系と福祉系の両方の地域包括ケアの研究会等に参加する機会が多いのですが、率直に言って、医療職に比べ、福祉職による勉強は立ち後れていると思います。私は、病院と地域・福祉との橋渡し役を務める医療ソーシャルワーカーは医学・医療について一歩進んだ勉強をする必要があると思います。

最後に、教育レベルの連携とは、医療・福祉の学部（専門）教育で医療と福祉との連携の理念と実際をキチンと教えることです。この点に関連して2つ述べます。1つは、安倍内閣が昨年6月に閣議決定した「ニッポン一億総活躍プラン」に、「医療、介護、福祉の専門資格について、複数資格に共通の基礎課程を設け、一人の人材が複数の資格を取得しやすいようにすることを検討する」ことが書き込まれ、厚生労働省がそれについての検討を『我が事・丸ごと』地域共生社会実現本部』で始めていることです。厚生労働省の資料によると、共通課程の検討対象となる「医療・福祉関係資格の例」として、看護師、准看護師等8つの医療職と社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、保育士の4つの福祉職を示しています。

私も、今後の少子化と人口減少を考えると、医療・福祉分野でもこのような見直しは不可避と考えます。しかし、それぞれの職種には歴史的蓄積があるため、現実に「共通の基礎課程」の創設の導入が検討されているのは、人材不足が社会問題化している保育士と介護福祉士、および介護福祉士と准看護

師だけのようです(上掲書77頁)。

もう1つは、大学レベルでの多職種連携教育としては、藤田保健衛生大学の「アセンブリ教育」(医学、看護、理学療法、作業療法、臨床検査、診療情報管理等の学生と一緒に受ける授業。必須科目)が日本で最初、おそらく世界でも最初であることです。このアセンブリ教育は、同大学創立者の故藤田啓介先生の発案・強い意志で1972年に医学部が開設された時から開始され、なんと45年の伝統があります(藤田啓介「チーム医療で期待される医師像—アセンブリ(全員集合)を必須科目とする医学教育」『かく生かされかく語りき—』1989,184-201頁)。

日本福祉大学社会福祉学部(学生・教員も昨年からそれに参加させて頂いており、藤田保健衛生大学の担当者からは、医療系と福祉系の学生が交流することにより、お互いの視野が広がったと聞いています。日本福祉大学は、社会福祉学部だけでなく、看護学部や健康科学部リハビリテーション学科等の医療系学部学科も有する「ふくしの総合大学」ですので、本学独自でも学部の垣根を越えた多職種連携教育の導入を目ざす必要があると思っています。

今後のソーシャルワーカー像について

第2に、昨年12月末に発表された厚生労働省の「地域力強化検討会中間とりまとめ」(検討会座長: 原田正樹日本福祉大学教授)が提起したこれからのソーシャルワーカー像について述べます。

本連載⑥(2月4日号)でも指摘したように、私は、「中間とりまとめ」が『我が事・丸ごと』を実現するためには、①制度横断的な知識を有し、②アセスメントの力、③支援計画の策定・評価、④関係者の連携・調整、⑤資源開発までできるような、包括的な相談支援を担える人材育成に取り組むべきである」と問題提起したことに注目しています(18頁)。これらは、地域包括ケアを推進するソーシャルワーカーに求められている能力でもあると言えます。

実は、これらのうち、①~④は2015年9月の厚生労働省プロジェクトチーム「新福祉ビジョン」にも明示されていましたが、⑤資源開発は「中間とりまとめ」で初めて書き込まれました。この資源開発は、2014年に国際ソーシャルワーク学校連盟・国際ソーシャルワーカー連盟が決定した「ソーシャル

ワークのグローバル定義」(「ソーシャルワークは、社会変革と社会開発、社会的結束、および人々のエンパワメントと解放を促進する、実践に基づいた専門職であり学問である」)とも合致します。

「新福祉ビジョン」は今後の福祉改革を考える上での必読文献ですが、ソーシャルワーク(ワーカー)という用語は用いていませんでした。それに対して、「中間とりまとめ」は、ソーシャルワーク(ワーカー)の役割が正面から論じられました。ただし、ここで注意しなければならないことは、ソーシャルワーク機能を担うのは社会福祉士、精神保健福祉士だけではないことです。これは、それを保健師や介護福祉士、さらには最近では弁護士等も担っている現実を反映していると思います。日本福祉大学学長・日本社会福祉教育学校連盟会長としては、ソーシャルワーク機能を中核的に担うのは社会福祉士、精神保健福祉士であると明記して頂きたかったのですが、今後は、福祉系大学で、上記5つの機能・能力を持ったソーシャルワーカー、社会福祉士と精神保健福祉士を多数養成する必要があると考えています。日本福祉大学は2017年度から社会福祉学部の大改革を行うのですが、その教育理念は、「新福祉ビジョン」の提起を正面から受け止めて作成しました。

地域包括ケアには地域づくりが含まれる

第3に、今後の地域包括ケアには地域づくりが含まれることについて述べます。

「地域包括ケア」では地域づくりが重要であること、両者が一体であることは、政府・厚生労働省の公式文書「新福祉ビジョン」、「ニッポン一億総活躍プラン」、および「地域力強化検討会中間とりまとめ」一で異口同音に強調されています。

ここで私が強調したいことは、先進的「保健・医療・福祉複合体」(病院・医療機関が母体となって保健・医療・福祉サービスを一体的に提供している法人・グループ)は、全国各地で、地域包括ケア推進の一貫として、積極的に地域づくりに参加していることです。地域づくりは伝統的に福祉関係者、社会福祉協議会や地域福祉の研究者・実践者の専売特許と思われてきましたが、その常識は大きく変わりつつあります。それだけに、この面でも医療と福祉の連携が必要であることを強調したいと思います。