

コラム・上山信一の「続・自治体改革の突破口」

第 142 回 在宅医療は、県任せにせず、市町村で取り組むべし
——千葉・柏市役所の例に学ぶ

医療も福祉も「在宅化」の時代である。高齢化の進展でだんだん施設が足りなくなるという事情に加え、プライバシーを求める団塊世代のニーズに応えるためだ。厚生労働省も在宅化へと誘導する。だが現場の現実は厳しい。体制整備がなかなか進まない地域が多い。そんな中、筆者は先日、大阪府の医療戦略会議の議長として千葉県柏市の例をヒアリングし、数多くの示唆を得たので紹介したい。

●なぜ「在宅医療」が進まないのか。

各地で在宅医療が進まない原因はいくつもある。医師の数が足りない、開業医が訪問を嫌がる、かかりつけ医を持ちたがらない患者の存在、そして医師会が消極的などだ。

医療政策を担う県庁は、市町村レベルの開業医や訪問医の実態までは目が届かない。県は大病院との関係は深いが、市町村単位の医師会や個々の開業医との関係は限定的だ。一方、医療、介護の現場の専門家たちは、個別の患者への対応に追われており、在宅医療の体制整備に意見を述べる余裕はない。また、多機関、多職種の複雑な業界の中の調整をやる人はなかなかいない。

市役所はどうか。多くの場合、「医療は県庁の仕事」と考え、介護提供の領域にとどまっている。かくして、ほとんどの自治体では、在宅医療の仕組みを作る主体が地域に存在しない。

●柏市役所の挑戦

ところが柏市では、市役所が主体的に医師会と連携して在宅医療の仕組みづくりに取り組むと決めた。そして2010年度(平成22年度)から保健福祉部(介護保険部局)に専属の部署(福祉政策室)を設置して、当初4人を配置した。2012年度(平成24年度)には8人になり、さらに2014年度からは11人に拡充される予定だ。

在宅医療を推進する戦略は明確だ。まず、医師会とタイアップし、現場の医師の懸念を払拭する仕組みを作った。

例えば、かかりつけ医がグループを形成し(主治医、副主治医体制)、また市内の病院に

よるバックアップの体制も作った。こうして訪問医だけに負担がかかるという懸念を払拭する体制を用意した。その結果、一部の地元の開業医が週に半日の訪問医療を始めるといった変化がでてきている。また、市役所の声がけで、市内の 10 病院の院長会議を始めた。そして、在宅医療機関と病院が、「在宅患者の急性増悪時には原則、退院元の病院が受け入れる」といったきめ細かな合意を作っていた。

さらに市役所は、東京大学の協力を得て、医師や介護ヘルパー、看護師などが個々の患者の状態を共有化する IT システムを開発して提供した。また、医師をはじめとするさまざまな職種の医療と介護の関係者を在宅医療研修に招いた。また「顔の見える関係会議」といわれる会合を企画した。これは、医療介護関係者が一堂に会してお互い顔の見える関係を作る場だが、2013 年から 7 回実施し、市内の延べ 1100 人が参加した。

●なぜ市役所の仕事なのか

柏市役所は、こうした仕組みを約 3 年で作りあげた。真価が問われるのはこれからだが、よそにはない充実ぶりである。背景には、東大の高齢社会総合研究機構の協力を得たこと、都市部で医師が比較的多いといったことも作用しているだろう。

しかし、ヒアリングを通じて痛感したのは、やはり市役所がその気になれば、多種多様な専門家を連携させ、また事業者間の壁を越えた協力関係が作れるという事実だった。いうまでもなく市役所はすべての事業者から中立だ。そして介護事業を通じて地域の高齢化の実態に精通している。高齢化が進めば、医療ニーズが増えるのは明らかであり、医療と介護の連携は必須である。その現実を直視し、「医療は県の仕事」という固定観念から脱して市役所が率先してここまでやっているというのは賞賛に値する。

よその地域に成功例がないわけではない。だが「たまたますばらしい医師がいた」「たまたますばらしい医師会長がいた」といった「たまたま事例」ばかりだ。そんな中で柏市の事例は、市役所が組織力を使って成果を出しつつある事例として注目したい。「超高齢化社会」の到来を目の前にして途方にくれる自治体関係者も多いだろう。しかし、本気で“市役所力”を発揮すれば、ここまでする。柏市の動きに引き続き、注目していきたい。