

# 日本の医療や介護を みんなで考えよう

Vol.7

## 「顔の見える関係」をつくる

text by Takeshi Karasawa

文 唐澤 剛

これまで3回にわたり、地域包括ケアについてお話ししてきました。前回は、AIやICTの発達により、自宅が医療機関や施設のサテライト（支部）ようになって、生活と医療・介護が融合していくということを述べました。その自宅を中心に、医師や看護師、理学療法士、管理栄養士、ケアマネジャー、訪問介護員など地域の様々な職種のチームが、連携してサービスを提供するようになります。

これが、最初の回にお話しした「縦軸の地域包括ケア」、つまり「医療介護連携」が目指すものです。医療介護連携とは、自宅（高齢者住宅などを含む住まい）で具合が悪くなったら、救急車で急性期病院に搬送され、手術や治療をしてもらう。次に、回復期リハビリテーション病院（病棟）でリハビリテーションを受けて機能を回復する。そして、療養病棟や介護施設に入る方もいますが、ご希望される方は、できるだけ住み慣れた自宅で暮らし続けられるように、地域のさまざまな医療介護の専門職種の人たちが、スムーズな連携により一つのチームになって支援していく、というものです。

その際、職種も勤務先も違う多職種のメンバーが、どのくらいワンチームで活動できるかが医療介護連携の重要なポイントです。そのためには、メンバー間の「顔の見える関係」を構築することが重要です。連携というのは、患者が来てから始めるのでは話になりません。連携はすでに出来上がっていて、患者が来たら、もう電話も不要なくらいの顔の見える関係・ネットワークになっていなければなりません。

顔の見える関係をうまく構築している代表例として広く知られているのが、滋賀県東近江市の「三方よし研究会」です。近江商人の教えにならい、患者（利用者）よし、医療介護の機関よし、地域よしの「三方よし」を掲げています。さまざまな医療介

護問題や地域づくりまで幅広く取り上げ、医療介護の専門職のみならず、行政、大学教授、NPOやボランティアなど全国各地から幅広い参加がある自主的な研究会です。毎月持ち回りで開催され、100名以上の参加があり、10年以上継続し、まもなく150回を迎えます。私も何度か参加しました。この研究会が、顔の見える関係の基盤となっています。

なぜこんなに長く続いているのかを私が勝手に考えたと、次のような要素が見つかりました。定期的な楽しい研修会が開催されること、皆が参加できるように円形テーブルや車座で行われること、地域市民の皆さんと交流イベントがあること、そして「時々飲み会」。飲み会はかなり重要です。最後に、「懐の深いお医者さん」がいること。研修会でも、他の職種、特にケアマネジャーや介護職は医師や医療サイドに意見が言いにくいことが多い。このため、懐深く会議全体を見直し、意見を言ってみなさいと勧めてくれる医師、公平に参加と意見表明の機会を保障するリーダーシップのある医師がいることが、顔の見える関係をつくるうえでとても重要です。「三方よし研究会」には、小串先生や花戸先生など素晴らしい医師のリーダーがいます。

### Profile

慶應義塾大学大学院政策・メディア研究科特任教授。  
1956年長野県安曇野市生。1980年早稲田大学政治経済学部卒業。同年厚生省に入省。2014年厚生労働省保険局長、2016年6月内閣官房まちひととしごと創生本部地方創生総括官。同年8月に退職、12月から現職。

