



町医者をつぶやき

第13回

「地域包括ケア」時代に医療・介護や地域住民はどうあるべきか？

医療法人緑星会どうたれ内科診療所院長／千葉大学医学部臨床教授
堂垂 伸治

1 「地域包括ケアシステム」とは
現在「地域包括ケア」が提唱されている。これは（図1）のように、医療・介護・ケアマネなどの専門職と地域の老人クラブ・自治会・ボランティアなどの住

民組織が一体となって、「住まい」にいる高齢者などを支える構想である^[1]。

この図の解説では「団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で

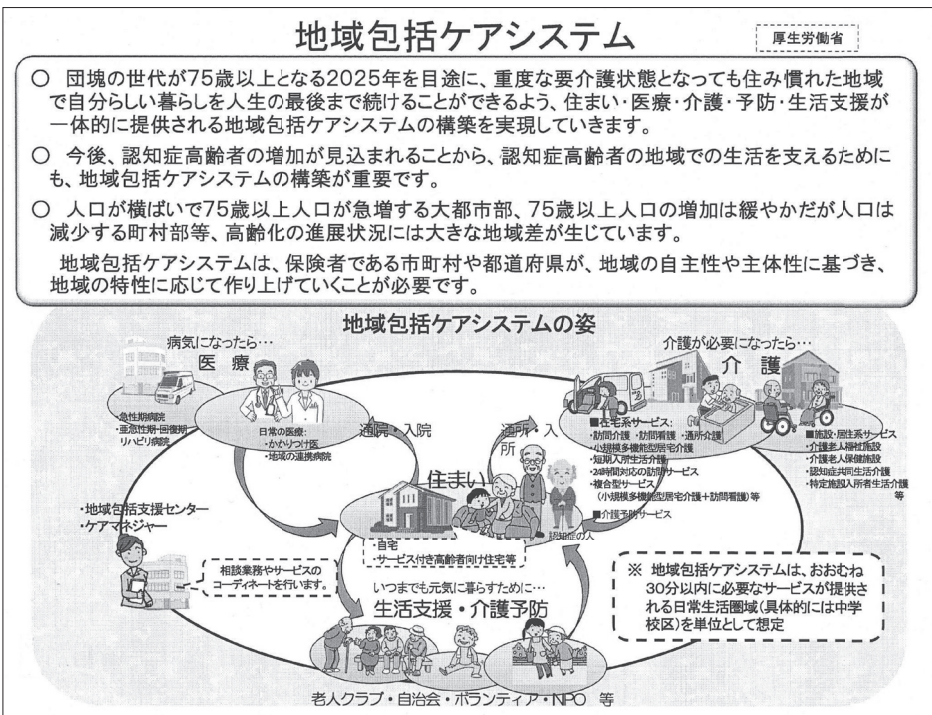


図1

自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される」事を目指すとしてされている。これらは少子高齢化、財政危機を抱えた日本の将来を解決する切り札として出されてきた。

しかし同時にこれは、「保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要」とも述べている。これは裏返すと「このシステムの具体策は、国が地方自治体に丸投げしている」とも読み取れる。

これを裏付けるものとして、これまで社会福祉の基本的な考えだった「自助・共助・公助」の3概念に加えて、新たに「互助」の考えが導入されている^[2]。

2 「互助」という名の予算削減

他の厚労省の図で「費用負担による区

分」として、以下のように記載されている。

「『公助』は税による公の負担、『共助』は介護保険などリスクを共有する仲間(被保険者)の負担であり、『自助』には

『自分のことを自分でする』ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。

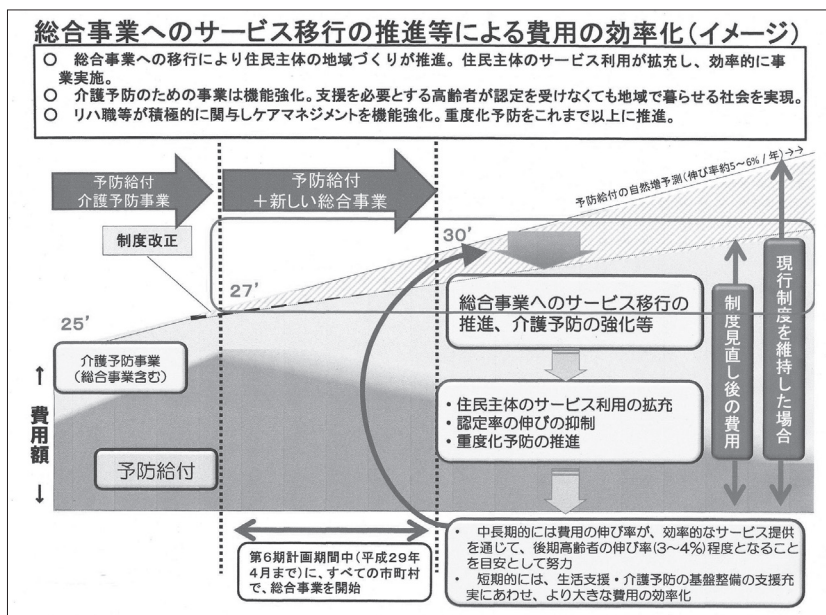
これに対し、『互助』は相互に支え合っているという意味で『共助』と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。」

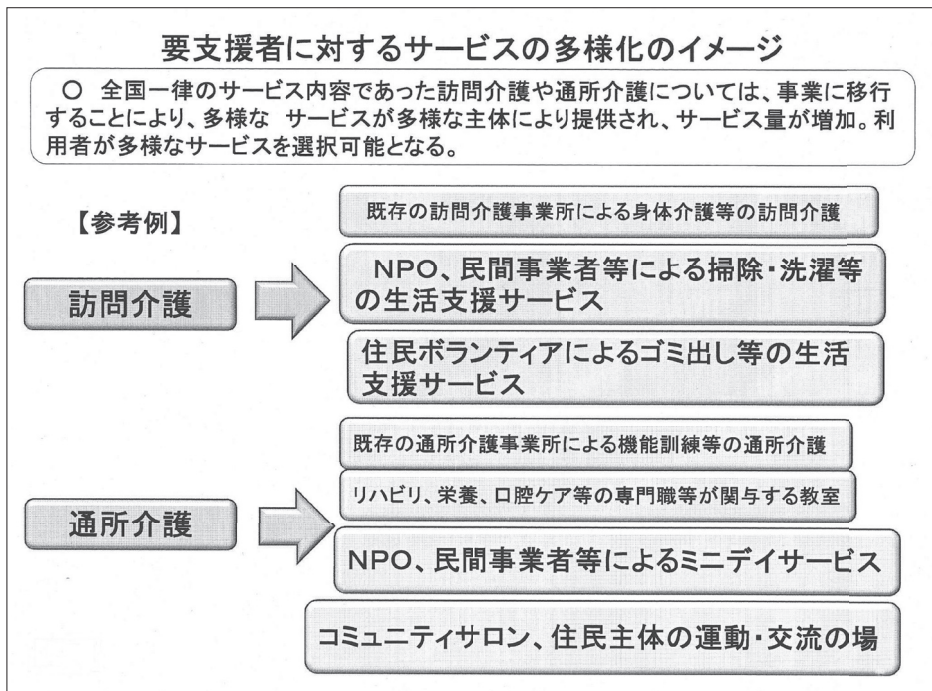
この解説の最後には、実に率直に「少子高齢化や財政状況から、『共助』『公助』の大幅な拡充を期待することは難しく、『自助』『互助』の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。」と語られている。(いずれも下線は筆者)

つまり、「国からはもう財政的な援助はできない(減額する)。地方・地域は自助努力で行いなさい」ということである。

実際に(図2)のように、現行の「予防給付・介護予防事業」(平成23年度で総額約5670億円)は「新しい総合事

図2





業」に改編され、制度見直し後に伸び率を低下させる方向である。また（図3）のように、要支援者に対する「訪問介護」や「通所介護」では、介護保険が関わる範囲が削減され「NPO、民間事業者、住民ボランティア」などに代行させる図式が提示されている。

これらは、増大する社会保障給付費を前に、地域住民の「無償の労働」を期待（＝強制）しているものと言える。確かに借金大国に至った責任を追究することや、今後の無駄遣いを制限することも重要である。しかし誰が政権に就いても客観的状况は同じである。その上残念ながら残された時間は少ない。私は、せめて自分達の住む地域を少しでも良くし守るにはどうすれば良いか、と考えを進めざるを得ない。

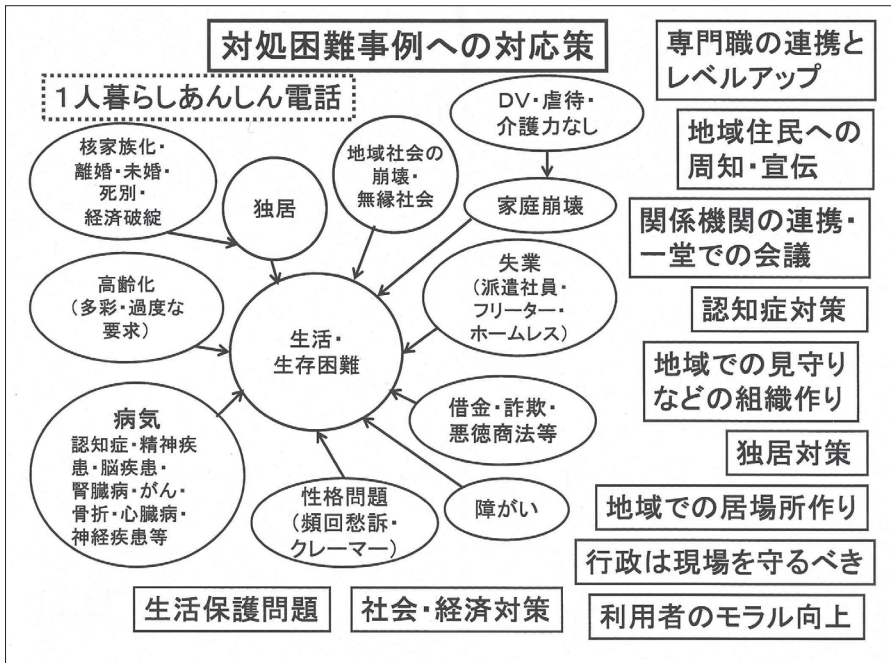
3 「地域ケア会議」とは

今回の「地域包括ケア」の中心を成すのが「地域ケア会議」である。これは「地域個別ケア会議」と「地域包括ケア推進会議」から成る。前者は、「多職種の協働による個別ケース（困難事例等）」の検討会議（年4回くらい開催）であり「地域課題の把握」を行うものである。後者は、地域住民と専門職がともに開催する会議（年1～2回開催）である。その場で「共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり」を考える。そして、さらに各自治体ごとに「地域ケア会議」を（年1～2回）開催し「政策形成につなげる」とされている。

4 高齢者支援連絡会の経験から

私は介護保険開始後の2002年に提唱

図 4



された「新地域ケア」の松戸市版の「高齢者支援連絡会」に当初から参加して来た。これは介護デザインの基本コンセプトである「住み慣れた地域で、老後を安心して暮らせる社会の実現」の具体的な政策として、「地域で見守るシステムの構築、地域の課題を提出し地域に見合った解決策を考える」というものであった。現在の「地域包括ケア」の概念とほぼ同様のものである。松戸市では11地域中9地域でこの「高支連」は作られ、私が関わった「常盤平地区」（背景人口約5.4万人）でも、地域住民と専門職が一体となって取り組んできた。

特に専門職が集まった「専門部会」では、毎月「対処困難事例の検討会」と地域の問題を話し合ってきた。この会は04年4月から14年12月まで105回開催し、検討された事例数は112例に

達する。各事例では約20人くらいの専門職と（時に検討事例の対象者も含めて）地域住民が毎月1回、約1時間討論してきた。それらの議論の要旨は全て記録し、毎回「高齢者支援連絡会で取り組めることや具体策」と「全体的な課題（行政・介護保険事業者・医療機関に期待すること）」を提案して来た。今や、この事例集は「地域課題解決の宝庫」と言える。これらの事例検討結果の解析と対応策は（図4）のようであった^[3]。丸い図は、様々の要因で生活・生存困難に至ったメカニズムである。四角内の記述は導き出した対応策である。

対応策として、①専門職の連携とレベルアップ、②地域住民への（介護保険や様々な知識の）周知・宣伝、③関係機関の連携と（場合によっては）一堂に会した会議、④認知症対策、⑤地域での見守

り・声かけなど組織作り、⑥独居対策、⑦様々の困難者に地域での居場所を作ること、⑧（保険者である）行政はもっと現場を守ること、⑨利用者自身の自制とモラル向上、⑩生活保護に関する様々の課題、⑪国レベルの社会・経済対策などであった。なおこの事例検討から、私は独居高齢者対策として「1人暮らしあんしん電話」を創りだした。

5 高齢者支援連絡会からの教訓

この会議がこれだけ長期にわたり継続できたのは、参加者の熱意もさることながら、「参加者自身が学ぶことができたこと・訓練され鍛えられたこと」による。参加者は「どんなに困難な事例でも何とかできる」という自信と知恵を得たと感じている。

また長期間続けられたのは、行政＝松戸市の関わりも大きい。毎回行政の担当者（＝地区担当の看護師など）が参加した「公（おおやけ）の会」だったからこそ、10年間も続けられた。ボランティアやNPOや地域包括（または在支）のみでは、ここまで継続できなかった。この点では、行政に大変感謝している。

しかし逆に、大変残念な事もあった。それは、行政がこれらの結果を持ち帰り、得られた教訓を他の地域に共有・伝播せず、ましてや政策反映もなかったことである。つまり、私たちが膨大な時間と労力を費やしたのに、その成果が十分生かされなかった。

6 「地域包括ケア会議」のあるべき姿

今回の地域包括ケアの構想では、①「個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化する」、②「共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる」と明記されている。その上、「政策反映機能は重視されるべきである。したがって、市町村担当者は地域ケア会議にただ出席するだけでなく、ケアの実践の蓄積から把握された地域課題に対し、施策として対応する方法の検討が求められる」^[4]とまで言われている（下線は筆者）。

当地に当てはめれば、計105回、112事例の経験から「すでに①は終了している」とさえ言える。他の全国の地域の課題も、この112事例に含まれていると言っても過言ではない。残っている行程は、事例の「まとめ」に基づいて「地域住民と協働での地域づくり」、「介護保険事業計画への反映・政策形成」である。以上、当地での経験を踏まえると、全国各地での今後の「地域包括ケアシステム」に必要なことは以下のごとくである。

- ①（専門職同士の連携に留まらず）専門職と地域住民との具体的な連携・協働事業を行うこと。
- ② 現場の声に行政がしっかり応えること。
- ③ 住民—専門職—行政の三位一体で地

域を守ること。

換言すれば、地域包括ケアを成功させるには、以下の注意が必要である。

- 1 各自治体の「地域ケア（中央）会議」（年1～2回開催）だけの議論では、結局何も生まれない恐れがある。
- 2 「地域包括ケア会議」が単なるセレモニーや「会議のための会議」ではなく、「現場の声を吸い上げ遂行力・実行力を有した会議」になる必要がある。
- 3 そのためには、まず「地域ケア会議」に参加する関係専門家が、十分な準備を行い真剣で誠実な議論をすることが必要である。形式的な議論や一方的な主張に終始することなく、関係者は十分な予習・準備・検討・打ち合わせを行い、「地域ケア会議」に臨むべきである。
- 4 その上、行政は各地域（末端）での「地域ケア推進会議」や「個別会議」まで“降りて行き”把握し、その課題に行政自身が積極的に応える姿勢を持つべきである。

つまり「地域包括ケア」が成功するかどうかは「関係専門家」と「行政の取り組み」にかかっている。住民参加の会が、いわゆる「ガス抜き」に終わってはいけない。各自治体には正に「地方分権能力」が問われている。

7 「地域包括ケア」は地域が自立する試金石

これまでも語ってきたように、今後の

日本は「右肩上がり」ではなく、「成熟した借金大国」(!?)である。その中で、行えることは「『費用・労力対効果』も考慮し知恵を使い創意・工夫し、『継続し得る仕掛け』を作ること」である。

私は、例えば「地域に散在する医療や介護保険施設が地域住民との協働作業の拠点になること」を考えている。つまり介護保険関連事業所が「地域に開かれたもの」になることである。各拠点が近隣住民と親交を持ち、周辺地域を育て守ることである。具体的な協働を行えば、最低限「顔の見える関係」がとれる。逆に、地域住民側も積極的にこの拠点を活用し、「自らが地域の主役になる」ことを目指して頂きたい。

結局、地域は地域住民自身で守るしかない。「地域包括ケア時代」では、「地域自身が自立できるかどうか」が試されている。これへの対応を誤ると「地域間格差」が拡大し、「地方消滅」ならぬ「地域消滅」が起りかねない。

以上の考えを基本に今回は、より具体的な道筋を提言する予定である。

(どうたれ・しんじ)

<注釈および参考文献>

- [1] 厚労省>政策について>分野別の政策一覧>福祉・介護>介護・高齢者福祉>地域包括ケアシステム

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html

- [2] 地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」（平成25年3月「地域包括ケア研究会報告書」より）
- [3] この概略は労住医連雑誌11年9/10月号「町医者の思い」に掲載している
<http://www.doutare.com/2012/02/02/inchou/>
- [4] <地域包括ケア研究会>【事業名】

地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業
http://www.murc.jp/thinktank/rc/public_report/public_report_detail/koukai_140513 >平成25年度地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書
http://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai_140513_c8.pdf p 27より