

# 地域包括ケアの研究サーベイと地域ケア会議の現状

旭川医科大学看護学科 教授  
藤井 智子

## 1 地域包括ケアにおける医療の重要性

旭川医科大学の藤井と申します。普段は学生にセルフケア力を引き出す授業などを担当しています。このような研究会で講演をするのは少々緊張しておりますが、よろしくお願いたします。

本日は、地域包括ケア研究サーベイの現状とわたくしが研究として取り組んでいる地域ケア会議の現状を報告させていただきたいと思っております。

わたしは二〇一八年三月、北海学園大学大学院法学研究科論集第一九号で、全国の地域包括ケアに関する研究を調査したものを論文文化しました。今回は時間の関係もありますので、その中から、柏市で進められている辻哲夫氏の『高齢者ケア政策の実践―プロジェクトからの報告―』と地方の現状の一つである沖縄県の離島における地域包括ケアをまとめた大湾明美氏外六名の『小離島の健康と介護の課題からとらえた地域包括ケアシス

テム構築の方向性―沖縄県の2つのモデル島での参加型アクションリサーチから―」を中心に話を進めさせていただきます。

そもそも、地域包括ケアとは「住み慣れた地域で最期まで暮らし続けることができるように」と定義されています。わたしの所属する旭川医科大学では、大病院のほかに一四地域×利尻島や礼文島の離島から、稚内市や斜里町、足寄町などの自治体病院で実習を行っています。

そうした地域で実習を終えた学生実習レポートを読み、わたしが興味深く感じたものを皆さんにご紹介したいと思っております。離島に実習に行った学生から「島民は島への思い入れが強く、今後も暮らしていきたいと話していたが、医療体制に限界があるため、旭川や札幌に移住するか、残るかを決断しなければならぬ」、別な地域での実習を終えた学生からは「ここは十分な町ではないけれど、自分が生まれ育って過ごした大切な町だから、わたしはここで灰になるつもり」という言葉

に看護師が「大丈夫だよ、わたしたちが来るからね」と声掛けしており、人々の望む暮らし方に寄り添うことの重要性を学んだ」と、地域で起っている課題を率直に表現していました。

まさに、こうした住民の気持ちを地域で実現していくことが地域包括ケアであり、医療がなければ地域包括ケアを実現できません。つまり、医療が必要十分条件ということになります。

こうした現状に対しては、保健や介護、住まいなど様々なサービスが提供されていますが、わたしは医療が一番重要だと考えています。それを前提として、地域包括ケアの中で医療はどうあるべきなのでしょう。大病院は病気を診断し、治して、地元に戻すという「治す医療」で、大病院や総合病院などの大きな医療機関から市中の医療機関と連携する「垂直連携」が主でした。しかし、地域包括ケアでの医療は治すことに加え、高齢者住民を支えることが主であり、痛みの緩和や地域での安心生活が重要であり、最期の看取りま

でという「治し支えていく医療」が必要です。

そのためには、地域の中で訪問看護や訪問診療、外来診療などの身近な医療を利用し、介護との連携を強化し高齢者住民を支えていくことが求められています。

## 2 地域の特性に応じた取り組み

こうした問題意識から、地域包括ケアの先行研究サーベイを始めたところ、地域包括ケアでは地域の特性に応じた取り組みが必要で、進め方には三つのパターンがあることが明らかになりました。

### (1) 福祉重視・行政主導型

地域福祉向上に向けて、福祉を充実させる進め方です。前述した大湾明美氏外六名の研究がこれに当たります。大湾氏らは沖縄県の小離島をモデルケースとし、現地で参加型調査を実施しています。その結果、離島では医療的ケアの推進には限界があることを指摘しつつ、社会的ケアや互助の活性化を推進することで住み慣れた地域で住み続けることができることを示唆しています。北海道も似たような実態があることから、医療の限界から福祉重視させ、人的・物的資源が豊富でないことを踏まえると住民の互助によって地域包括ケアが維持できるかもしれません。

しかし、この進め方で学生レポートであったよ

うな「医療のために島をでる、引越もしなければならぬ」という思いを払拭できるのだろうか、という疑問も浮かび上がります。実際、大湾氏らの調査で島民は「身体の自由がきかなくなり、介護が必要となると島で暮らすことは難しい」、「島で医療や介護を受けて暮らすためのサービスがないため、島での看取りを希望しても実現が難しい」と考えていることが明らかになっています。

### (2) 医療重視・医療機関主導型

地域の医療機関が主体となって、医療を中心に取り組む方法です。地域の医療機関が在宅医療を推進し、保健・医療・介護・福祉にわたる多職種協働を展開するうえで大きな力となっています。

### (3) 医療重視・行政主導型

行政と医療のつながりが強い、医療重視かつ行政主導型です。今回、話のベースとなっている辻哲夫氏が別な論文で指摘していますが、千葉県柏市では、市の介護保険担当部が責任を担う意識をもち、医師会との連携のもと医師の在宅医療への関心を高める研修を実施し、医師会のリーダーシップを背景に多職種連携を進め、成功させています。果たして、どのタイプの地域包括ケアシステムが良いのか、都市と地方でも異なります。これについては全国の先行事例を紹介していきたいと

思っています。

広島県尾道市（旧・御調町）では、関係者ができる限り集まり、要介護高齢者に対しケアカンファレンスを行なう「地域医療連携」実現させています。関係者が「できる限りすべての要介護高齢者ケースに対し、ケアカンファレンスを開催する」という共通認識を持っており、「ケアカンファレンスは高齢者ケア（医療を含む）に必要」との理解がゆきわたっているということで、これを尾道（御調）方式と称しています。

もう一つの特徴として、主治医のケアカンファレンスに参加する割合が高いということです。尾道市では主治医の出席を促すため、主治医が参加しやすいケアカンファレンスの開催形態を工夫しています。

この考え方は、地域包括ケアにもつながるものです。地域包括ケアには医療が必要にも関わらず、主治医が話し合いに関わっていないと前に進みません。しかし、医師イコール多忙というイメージの問題や話し合いに呼びにくいという問題などもあります。前記の柏市も行政側が医師会に働きかけて上手く機能しているように、医師を巻き込むことが地域包括ケア成功の第一歩なのではないでしょうか。

また、北海道砂川市では、認知症高齢者を見守るために行政側と市立病院が一体となった砂川方式を実践しています。専門職で構成された認知症初期集中チームを中核に民生委員や町内会と協働

し、高齢者見守り活動を行っています。市役所職員も参加し、チーム員会議を定期的に開催しています。

このように行政と医療のつながりが強い形である医療重視・行政主導型は好事例といえます。

### 3 自治体が感じている課題

#### ― 地域ケア会議 ―

#### (1) 自治体による地域の課題を把握する難

大湾氏らの論文でも指摘されていますが、地域包括ケアはそれぞれの地域特性に応じつつ、地域ケア会議を活用して構築することを目指しています。そして、地域ケア会議には、例えば、個人の認知症の高齢者をどうするかという「個別課題の検討」と、そのまちに住むすべての認知症高齢者全体が抱えている事例の集積といった「地域課題の検討」という二種類の会議が求められています。

では、自治体はこの二つの会議をしっかりと実施しているのでしょうか。沼尾波子氏によれば「地域包括ケアシステム構築に際し、自治体は高齢者の生活実態把握ができていない」と述べています。また「担い手の確保を通じてサービス提供の困難さ、地域の中で多様な担い手が集まって方向性を決める場づくりを自治体は難しいと感じている」と指摘し、まとめています。

例えば、高齢者のゴミ屋敷問題が新聞報道等でなされますが、高齢者になると足腰が弱り、ゴミ出しができなくなる、認知症などによってゴミの分別や収集日が分からなくなっていくことが原因と考えられています。近隣住民も対象となる高齢者に関心がなければ認知症であることも分かりませんし、ゴミ屋敷であることも分かりません。

つまり、対象となる高齢者の周囲が動き、自治体への連絡をするなどしない限り自治体がゴミ屋敷となつている高齢者の実態を調査することは困難ということですが、自治体が地域包括ケアシステムを構築するには、高齢者を取り巻く周囲の関係者の協力も不可欠であり、課題を共有化する地域ケア会議が必要です。

#### (2) 地域ケア会議の目的が不明確

先行研究では地域ケア会議の重要性を述べていますが、実態は取り組み不十分とされています。わたしの知人も地域包括支援センターで勤務していますが、内容よりも地域ケア会議の回数を多く重ねることに力点を置いていました。対象となる高齢者の課題に対し、どの関係者を呼ぶべきかなどの目的をもって企画した上で地域ケア会議の回数を重ねるのであれば有益なのですが、とりあえず課題が無くても月一回地域ケア会議を開催することが目的となつてしまっています。これでは何のための地域ケア会議なのか分かりません。

#### (3) 地域ケア会議の細分化などの工夫

前述した地域ケア会議事例のように、会議の開催目的が不明確なまま進めていることが多い中で、岡山県総社市では直営型の地域包括支援センターの強みを生かし、大きな地域ケア会議のほかに地域ケア会議自体をいくつかの小会議に分け、課題に応じて会議のメンバー構成も変更し細かな課題から大きな課題まで検討する場として成果を上げています。

わたし自身もいくつかの自治体で地域ケア会議に参加した経験がありますが、なかなか課題に応じ、メンバーを変えるなどできていなかったように思いますし、医療が課題の場合でも医師、訪問看護師が参加のない会議もありました。確かに、医療関係者に対し遠慮があるのは事実ですが、そうなる医療の視点ではなく、福祉の視点からの話し合いが中心となります。

先行事例を調査した限り、医療の視点を持たない地域ケア会議では効果は少なく、成功とは言えませんので、最低でも課題に応じてメンバー構成を変えた地域ケア会議を開催することは大事なのかもかもしれません。

#### 4 地域包括ケアシステムの評価指標

ところで、どうすれば地域包括ケアシステムが

できた、と言えるのでしょうか。それには評価の指標が必要になってきます。究極の評価指標は「わたしはこのまちで灰になるつもり」と言った高齢者のうち、その地域で何%の方が本当に灰になったのかではないか、とわたしは考えています。それに至る経緯の評価についてはすでに実践している地域もありますので、ご紹介したいと思います。

### (1) 自治体での評価指標の作成

広島県では、二〇一二年に県組織として「広島県地域包括ケア推進センター」を設置し、広島県における地域包括ケアシステムの評価指標を作成しています。これは広島県ホームページにも公開されていますので、皆さんも確認していただければと思います。

例えば、医療の評価指標を紹介しますと、自治体での退院後支援有無、退院に向けてのカンファレンス有無、退院後の容態急変時に対するカンファレンス有無、看取りができる医療体制か否かを評価指標としています。

保健予防の観点から、住民が寝たきりにならないような運動やリハビリを推奨していますが、その場面の要素所でリハビリ専門職が来ているのかも評価指標の項目に入っています。つまり、住民がリハビリをしてただ帰るのではなく、一定時点でもリハビリの効果があるのかの判断をしていることとなります。この判断は専門職でしかできま

せんし、リハビリの効果有無は地域包括ケアシステムの予防の点からも重要ですから、こうした観点からの評価指標は必要だと考えています。また、退院支援と在宅療養支援と看取り支援を実践している自治体では、していない自治体と比較して病院や診療所が地域ケア会議などのネットワークに参加している割合が高くなっているという調査結果があります。よってこれらの支援を実践しているのかも重要な指標と言えます。

### (2) 地域包括ケアにおける高齢者の姿

そもそも、わが国の高齢者政策は「自立」がキーとなつていますが、東京大学高齢社会総合研究機構の秋山弘子氏は二〇年間に渡る日本人の老いの姿を「自立度」という視点から追跡調査したものを公表しています。これを見ると、男性と女性では大きく異なります。高齢男性うち一割は完全自立を維持しています。七割が七五歳ころを境に自立度を持ちつつ、徐々に自立度が落ちていくパターン、残り二割は六〇歳代頃から急激に重い要介護となるパターンです。女性は急激に自立度が落ちるパターンは一割強と少なく、ほとんどが加齢と共に徐々に自立度が落ちていきます。

その中で男女問わず言えることは、七五歳を境に自立度が落ちるといふことです。加齢とともに心身の活力が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱

性が出現した状態は避けられないということですが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態が維持できるという「フレイル（虚弱）」研究の中でも、六五歳から始まる前期高齢者で運動などを鍛える努力すると七五歳以降の後期高齢者で必ず影響するという結果が示されています。つまり、これからの高齢化を歩むためにもリハビリの専門家を入れつつ、自立度が落ちた方々へ向けて地域での対策を練らなければならないということです。

そして、地域包括ケアシステムが構築されたとしても、人はいつの段階かで亡くなります。健康寿命を延ばす意味での「予防」は大事ですが、いわゆる大きな病気もなく、元気に生活し、最期は寝たきりとならず亡くなるという「ピンピンコロリ」はありえませんが、努力をして自立を高めることは可能ですが、最後は医療が必要です。だからこそ、地域包括ケアシステムで医療をしっかりと実践できるようにしなければならぬ、とわたしは考えています。

### (3) 人々の意識改革の必要性

在宅での看取りを推進できる地域について研究をした秋山正子氏によれば、住民には病院信仰があり、住民の病院信仰からの脱却という意識改革の重要性を述べています。確かに病院に入院すればなんとかなる、と考えている人が多いことも事

実です。入院すると治療以外にも様々なことをしてもらえますが、自宅で生活すると様々なことを自分でしなければなりませんので、必然的に自立につながります。にもかかわらず、医療従事者は「この高齢者には在宅療養できない」と考え、すぐに「入院しなさい」とか「しばらく入院したほうがいい」と高齢者に指示することは問題です。

この問題に対しては、住民の病院信仰に対する意識改革は当然ですが、医療従事者側も在宅での療養や生活を真剣に考える、もしくは意識を改革しなければなりません。その上で、地域の医療連携体制を確立して、地域の介護体制を充実させる。リハビリはもちろん必要ですし、その先の看取りまでを自治体が包括的に考え、体制整備をしなければ、地域包括ケアシステムは上手く機能しないと思います。今後、一人暮らしの認知症高齢者が大多数を占めていく中で、前述した体制をどのように維持していくのかも課題ではないでしょうか。

## 5. 北海道における地域包括ケアシステム

一点目は自治体を中心となって「地域包括ケアとは何か」を明確にし、医療看護職を中心とした専門職に繋いでいく行政が中心となるシステムづくりが必要だと考えています。例えば自治体が「わたしたちの町の地域包括ケアでは○○を目指します」などの目標を立てた上、関係者全員で共有す

ることです。

二点目は目標の達成に向け、地域ケア会議を活発な討論の場にする工夫です。先に述べたように、わたしは様々な会議に出席しますが、実感が伴わない資料が配布されたり、別の自治体で作成された資料と同じ言葉が並んでいたり、まさに「金太郎アメ状態」のような状態では地域包括ケア実現は難しいと思います。

三点目は医療資源の問題です。北海道の医療機関は常に人材不足に悩まされています。先日、わたしの所属する大学が主催となり、札幌や旭川、北見などの高校生が集まってもらい、医療従事者への興味関心を持ってもらうイベントを実施しました。その中で、集まった生徒に対し「地方の医療機関へ就職したいか」との質問には若干反応は薄かったものの、「どうすれば地域医療は維持できるか」との質問には「教育公務員はどのような地方にも転勤するのだから、医師も公務員にすべきだ」などたくさんのアイデアがいただきました。それがよいかどうかはさておき、若い世代が地域医療について考えることが重要なかもしれないと思います。地域包括ケアにおいても、こうした医療実態を明らかにし、活発な討論をすることも必要ではないでしょうか。

とは言え、厳しい北海道の医療現状を悲観しても始まりません。地域包括ケアシステムを進めるうえで、プラス要素となっていることは、札幌市や旭川市などの都市部を除き、自治体直営の地域

包括支援センターが多いことです。また、医療機関も市町村立が多く、一自治体に一医療機関のシンプルな構図となっていますので、連携が取りやすく地域包括ケアシステムに向けた質の高い地域ケア会議の実現は可能だと考えています。

四点目、最後は自治体職員の意識が重要です。自治体が地域包括ケアシステムの推進に大きな影響を与えているため、「ここで灰になりたい」という住民の思いをどう支えていくか。自治体職員がこの思いを諦めずにゆるぎない信念と責任を持って実現させることが、今後の地域包括ケアの発展の鍵となるのではないかと問題提起をして、今日の話を終えたいと思います。ありがとうございました。

△ふじい ともこ

本稿は二〇一八年三月二〇日に開催した第三回高齢者福祉研究会の講演をまとめたものです。  
文責・編集部