

# 住民参加型 地域包括ケアシステムの構築と コンサルタントの役割



美留町 利朗 当協会地域包括ケア専門分科会 委員長 (認定登録 医業経営コンサルタント)

## 構造的な3つの検討課題

2014年度は第6期介護保険事業計画の策定年度であった。国は、同計画を地域包括ケア計画と呼び、本格的に取り組む構えをみせた。それは、2015年度に地域医療ビジョンを策定し、在宅医療を市町村が担当していくための受け皿づくりとして必要であった。また、地域包括ケアシステムに関しては、①市町村としてその理念や基本方針を明確にすること、②日常生活圏域（概ね中学校区）において具体的な構想を示すことの2つの計画化が必要であった。しかし総括的にいえば、基本的な考え方や基本方針は盛り込まれたものの日常生活圏ごとの具体的な構想についてはほとんど示されなかったのではないだろうか。それは3年後の第7期計画策定までの課題へとずれこむことになったと思われる。

ではなぜ具体的な構想が示せなかったのか。本稿は、その理由を解決困難な構造的な問題があったと捉え、①市町村には保健はあっても医療はないこと、②介護保険事業計画そのものの限界、③住民参加なくして日常生活圏の構想は描けない、という3つの視点で検討する。そしてそのことを通じて住民参加型地域包括ケアシステムのあり方と医業経営コンサルタントの役割について述べたいと思う。

## 地域包括ケアシステムの 二面性について

検討の前に、地域包括ケアシステムの二面性に

ついて述べておきたい<sup>注1)</sup>。地域包括ケアシステムの概念は、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まいおよび自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。」と規定されている<sup>注2)</sup>。この規定は、要介護者「個人」に対するサービス提供や支援のあり方が基本的な内容となっている。ところが、医療と介護および住宅等の社会資源の状況は地域によって異なるし、特に生活支援は、地域福祉活動の量と質の違いで支援の内容が地域によって異なってくる。すなわち地域ごとに提供できるサービスや支援の仕組み（システム）づくりをいかに進めるかという「まちづくり」がもう一つの重要な柱なのである<sup>注3)</sup>。こうした日常生活圏のまちづくりを「健康福祉のまちづくり」と呼びたい。そして地域は本来日常生活の場であり、単なる病院や施設からの患者の受け入れ場所としての地域の位置づけを超えている。したがって、地域包括ケアシステムはまちづくりが基本であり、個人へのサービスや支援の提供はその一部というべきである。

注1) 太田貞司は、地域ケアの二面性について、個別ケアが病院・施設から地域へ転換することと地域ケアのまちづくりの2つがあると述べている。個別ケアの地域への転換は、安上がりの地域福祉につながり、地域ケアのまちづくりはノーマライゼーションに基づくものである。この二面性の把握は重要である。〔「地域包括ケアシステム」太田貞司、森本桂樹編著、光生館2011年刊〕

注2) 医療介護総合確保推進法第2条。介護予防の説明部分は割愛した。

注3) 「ケア付きコミュニティ」(田中滋)は、地域包括ケアシステムのまちづくりと同義と考える。

## 市町村には保健はあっても 医療はない

日常生活圏の構想が遅れた構造的な問題の第一に、市町村はそもそも医療との関係が希薄だ、ということがある。以下、2つの点を指摘したい。

第一に、地域医療ビジョン策定で今後在宅医療は市町村が担当することになるが、その体制が整っていないということである。

昨年成立した医療介護総合確保推進法に基づき、厚生労働省の内部で大きな変化が起きた。これまで医療保険や医療計画を担当してきた医政局と、介護保険や福祉を担当してきた老健局が一緒になって在宅医療介護の総合確保に乗り出したのである。それに連動して都道府県においても従来の縦割り型に代わって地域包括担当課が設置されるなど「総合化」が進んでいる。そしてこれからは市町村ということになる。しかし、市町村には保健はあっても医療はない。自治体病院を有する市町村においても一般的に医療は別物であり、介護部局との連携はほとんどない。今後、病院機能報告制度の結果を集約して地域医療ビジョンが策定されると、在宅医療については市町村が担当することになる。その体制をどう作るのが今後の課題である。

当面する2018年は医療保険と介護保険の同時改定の時期でもあり、地域包括ケアシステム計画化完了の目標年次でもある。この流れの中で医療に精通する担当職員をいかに育てていくかが大きな課題になる。我々医業経営コンサルタントの役割ではないだろうか。

第二に、地域での在宅医療・介護の人材の不足の問題が深刻である。

在宅医療の推進にとって、地域の診療所の医師の役割は極めて大きい。ところが、在宅療養支援診療所の2012年の登録数は1万3,758であり、一般診療所総数の13.7%と1割強に過ぎず、活動実績のある診療所はさらに少ない。その主な理由としては、①大半がかつて病院勤務医であり、在宅医療の知識やノウハウをあまり知らない、②

在宅患者に24時間365日拘束されて自由な時間を奪われると思っている、の2点が大きい。

訪問看護についても同様である。2012年の訪問看護職員数は約3.3万人で、看護職員総数の2.2%と極めて少ない。病院看護師が生命の維持を基本とするのと異なり、訪問看護師の基本的な役割は患者の生活の質の向上である。病院看護師が余ったから訪問看護に回すなどよくいわれるが、看護の質が異なるため簡単ではない。また、一般的に仕事がきつく待遇がよくないため、訪問看護は使命感なくして勤まらないという現状にある。

在宅医療の中心的な担い手である診療所の医師と訪問看護師のこのような構造的な問題に対して市町村が独自にできることは少ない。このことが計画に遅れをもたらしている要因と考える。そしてその解決の方向を示したのが、千葉県柏市豊四季台団地の先駆的な柏市プロジェクトである。

同プロジェクトの中心的な担い手は医師会であり、市が事務局を務め、東大高齢社会総合研究機構がコンサルタントの役割を果たしている。その決め手は多職種協働研修会（および顔の見える関係会議）の開催である。病院であれば院内で多職種協働の実践が当たり前であるが、在宅医療・介護は様々な専門職が地域でばらばらに活動しており、これらを統合して包括的なサービス提供ができるようにしていくためには、目的意識を持った取り組みが必要である。その役割は医師会が中心となって担う以外にない。市は医師会の事務局あるいは調整役として働くことによって医師や訪問看護師その他の専門職との交流を密にして大きな力を発揮している。柏プロジェクトでは、こうした取り組みによって在宅医療を担う医師や訪問看護師が着実に増加している<sup>注4)</sup>。この方式をモデルとして各市町村の地域特性を踏まえながら全国に普及していく必要がある。それには時間がかかる。その普及の役割の一端を、我々コンサルタントが担うべきである。

注4) 柏市プロジェクトについては『地域包括ケアのすすめ』東京大学高齢社会総合研究機構編、東京大学出版会、2014年4月刊を参照されることをお勧めする。

## 介護保険事業計画 そのものの限界

構造的な遅れの問題の第二に、介護保険事業計画そのものに限界がある点を指摘したい。

地域包括ケアシステムの構築は介護保険事業計画の中で高齢者を対象に具体化される。ところが本来の地域包括ケアシステムのあり方は、すべての住民の幼い時からの生活習慣の改善（予防）、病気になって医療、介護を受ける要医療・要介護の時期、そして人生の最期の看取りを含むものである。すなわち地域包括ケアシステムは、「すべての住民のすべての人生」を対象にしているのであり、介護保険事業計画の守備範囲を超えている。介護保険計画担当者にとっては要介護の高齢者がすべてであり、縦割り行政の下で障害者や子どもを含むすべての住民が暮らす日常生活圏の構想にまで思いが及ぶことはなかなか難しく、それが遅れの要因の1つになったと思われる。

今後、我々が計画策定の支援に直接乗り出すことは十分あり得る。独自の役割として同計画がこれまで十分にできなかった地域医療の計画化を新機軸として打ち出すことが有効ではないかと考える。また、医療に関係する分野だけに特化して、大手シンクタンク等と直接契約を有利に結んでいくというやり方が検討されてよいように思う。

## 住民参加なくして 日常生活圏の構想は描けない

構造的な遅れの第三の問題は、日常生活圏においては住民自身の地域福祉活動の現状と今後の課題・方向の明確化を抜きにして地域包括ケアシステムの構想を描くことは困難だ、ということである。

厚生労働省は、地域包括ケアシステムの事例集をホームページで紹介しているが、その多くが小地域福祉活動にかかわるものであり、全国的にはこれからの課題となっている。日常生活圏における暮らしの課題に基づいて地域福祉活動を展開していくためには多くの労力と時間がかかる。日常生活圏の構想がなかなか描けないのはそのためである。

我々コンサルタントの役割としては、市町村や社協と協力して、地域住民の暮らしの現状と課題をアンケートやヒアリングを通じてしっかりと把握し、今後の解決の方向を示す調査活動の取り組みが重要である。

## 住民参加型システムと 四層の地域ケア会議

日常生活圏における地域包括ケアシステムの構築において、住民の主体的な地域福祉活動が不可

●図表 四層の地域ケア会議の構想

圏域	数(全国)	中心となる団体等	主な役割
【第四層】 市町村 地域ケア推進会議	約1,700	市町村・医師会・病院・福祉施設・介護事業所・社協・自治連合会・NPO等	①市町村全体の地域包括ケアの推進と計画化 ②地域包括ケア推進のための保健・医療・福祉人材の育成 ③住民の学び合いの支援 ④情報の共有化 ⑤最困難ケースの検討会
【第三層】 中学校区 地域ケア会議	約10,000 医療介護総合 確保圏域 =5,712	地域包括支援センター・診療所・介護事業所・社協・NPO等	①地域包括ケアの基本圏域 ②在宅医療・ケアのための多職種協働(顔の見える関係づくり) ③予防、認知症対策、サ高住等の住宅対策 ④専門職中心の困難ケースの検討会
【第二層】 小学校区	約23,000	行政と住民の出会いの場、住民代表交流の場 地域包括支援センター、社協、その他の関係者	①地域包括支援センターサブ圏域 ②自治会・町内会の経験交流の場 ③組織的な生活支援の仕組みづくりの検討 ④住民と専門職の協働によるケース検討会
【第一層】 自治会・町内会	約300,000	地域住民 必要に応じて地域包括支援センターや社協が支援	①自助・互助(住民参加)の圏域:集い合い、学び合い、支え合いの3つの合いを推進 ②みまもり活動・生活支援 ③要介護台帳の作成と管理 ④住民主体のケース検討会



欠な条件であると述べたが、実はそれだけでは十分とはいえない。地域福祉活動は優れたまちづくりとなり、地域包括ケアシステムの基盤であってもそれ自体ではない。地域包括ケアシステムになるための最も重要な条件であり、推進母体と位置付けられるのが「地域ケア会議」である。地域ケア会議の基本課題は、地域包括ケアシステムと同様、「個別ケースの検討」と「地域課題の検討」（「健康福祉のまちづくり」）の2つである。地域ケア会議は、地域包括支援センターが主要な担い手となって運営されることになっているが、住民参加の立場から大切なことは、同会議によって市町村と住民との協力協働の関係づくりが強化され、住民のニーズが行政に届く（政策化される）仕組み（システム）が作られるということである。

国の構想では、日常生活圏域（中学校区）における地域ケア個別会議と市町村レベルの地域ケア推進会議の二段構えの地域ケア会議が提案されている。住民参加を重視した仕組みづくりのためには、[図表](#)にまとめたように第一層（自治会・町内会）と第二層（小学校区）の地域ケア会議を構築し、四層の重層的な地域ケア会議として構想すべきである<sup>注5)</sup>。

### 計画の役割分担の提案

市町村には福祉の総合計画と呼ばれる地域福祉計画があり、高齢者介護計画、保健計画、障害者計画、次世代育成計画全体の上位計画となっている。したがって地域包括ケアシステムの理念や方向の計画化は、地域福祉計画が担うべきではないかと考える。

また、住民の自主的な地域福祉活動の推進が困難な場合、サービス目標量や社会資源の整備目標量と同様に、基本構想で示された5つの視点（医療・看護、介護・リハ、生活支援・福祉サービス、

予防、住まいと住まい方）が地域ごとの整備目標に指標化され矮小化されるのではないかと懸念される。住民主体の地域福祉活動と結んだ豊かなまちづくりの構想にしていくためには、この部分を市町村社協が策定する地域福祉活動計画に委ねることが、ぜひ検討されてよいように思われる。同計画は地域福祉活動への住民参加計画であり、社協と住民の協働と市町村のバックアップで策定していくのがふさわしいと思われるからである。市町村は、基本的な方向の提示と環境整備に尽力し、実践的な活動は住民と社協に委ねるのがよいと考える。

つまり、地域包括ケアシステムの理念や基本方向は地域福祉計画に、高齢者に対するサービスや支援の量的質的計画は介護保険事業計画に、そして住民参加の課題や方向を踏まえた日常生活圏の構想は地域福祉活動計画（社協）にそれぞれ役割分担していくべきだと考える。社協にとっても、地域包括ケアシステム構築の課題は、地域福祉活動をさらに推進していく絶好の機会といえるだろう。

### コンサルタントの役割について

医療介護総合確保推進法により、今後地域包括ケアシステム構築の担い手は市町村が基本となることが明確となった。また、地域医療の再編成は地域包括ケアシステムの受け皿づくりが成功しない限り成し得ないものであり、不十分に終われば多くの入院難民、介護難民、看取り難民を生み出す社会問題が深刻となる。我々コンサルタントに対しては、連結環となる位置にいる利点を生かして地域医療ビジョンから地域包括ケアまで総合的な視野に立って活動し、地域包括ケアシステム構築の支援に努めることが求められている。そして我々の役割を端的に言えば、市町村と日常生活圏の2つの地域包括ケアシステムの構想図を作って関係者に示しながら地域社会の未来を語るができる存在になることである。計画目標の2025年まで10年である。全国の会員諸兄にこの取り組みへの参加を切に呼びかけたい。

注5) 重層的な圏域設定のイメージについては、厚生労働省の「地域における『新たな支え合い』を求めて」（これからの地域福祉のあり方に関する研究会報告書 2008年3月）を参考に、重層的な圏域のそれぞれに地域ケア会議を積極的に位置づけ、健康福祉のまちづくりの推進母体とした。