

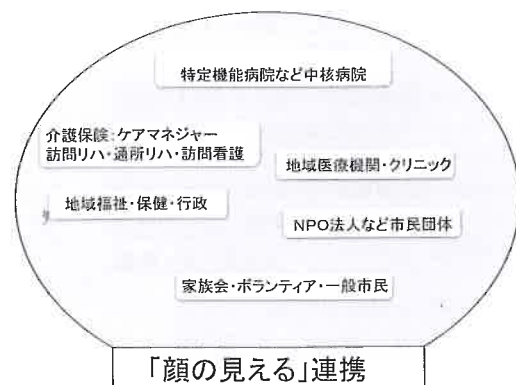


図3「顔の見える」連携

活活動範囲の拡大を図る必要がある。リハ科外来は、患者の入院生活と在宅生活、医療機関と地域との橋渡しを行う役割であり、リハ医療の専門性を背景にある外来が地域の中で多くなることが望まれる。そして、地域包括ケアシステムの中で、リハ医療がよりかわりを深くしていくためには、リハ科外来を担当する医師が、地域リハの関連施設、福祉施設などや地域リハ関連スタッフ、地域医療保健職、福祉関連職との連携や地域ネットワークの構築¹⁰⁾を心がけ、顔の見える連携¹¹⁾(図3)を構築していくことが必要であると考えられる。

おわりに

2025年に到来するさまざまな問題を解決するための1つの手段として、地域包括ケアシステムの構築が提唱された。このシステムの構築は急務であることは言うまでもない。その鍵になるのが、リハ医療がこのシステムの中にかかわり、他の事業と有機的に連携をとっていくことであると

思われる。特に厚生労働省は、医療機関との関連について重視している。リハ科外来は医療機関と在宅とを結ぶ架け橋となる診療科であり、リハ医療をこのシステムに定着させていくために必要であると考え。そのためには、地域包括ケアシステムの一員として、他の地域関連機関と連携をとり、「顔の見える」連携を構築していく必要がある。

◎文献

- 1) 内閣府：平成26年版高齢社会白書。pp3-4, 2014
- 2) 公益法人日本リハビリテーション医学会：リハ科専門医とは。http://www.jarm.or.jp/civic/civic_specialist/ (2015年5月1日アクセス)
- 3) 川手信行、他：リハビリテーション科外来の立場から。Jpn J Rehabil Med 48: 379-382, 2011
- 4) 厚生労働省：地域包括ケアシステムの実現に向けて。http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (2015年5月1日アクセス)
- 5) 地域包括ケア研究会：地域包括ケアシステムの構築における【今後の検討のための論点整理】一概要版。平成25年3月。http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423_gaiyou.pdf (2015年5月1日アクセス)
- 6) 浜村明徳：地域リハビリテーション支援体制。日本リハビリテーション病院・施設協会(編)：高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン。青海社, pp80-85, 2008
- 7) 日本リハビリテーション病院・施設協会：地域リハビリテーションとは。http://www.rehakyoh.jp/policy.html
- 8) 浜村明徳：地域リハビリテーションの意義。水間正澄(編)：臨床リハ別冊 地域リハビリテーション—くらしを支える医療の実践。医歯薬出版, pp1-5, 2013
- 9) 里宇明元：リハ外来の目的とリハ医の役割。浅山 滉, 他(編)：臨床リハ別冊 脳卒中リハビリテーション外来診療。医歯薬出版, pp196-204, 1997
- 10) 川手信行、他：脳卒中維持期のリハビリテーションゴール。地域リハ 5: 774-777, 2010
- 11) 川手信行：地域リハビリテーション。昭和医会誌 61: 141-145, 2001

地域包括ケアシステム構築と基礎自治体の役割

苛原 実*

はじめに

世界一の超高齢社会となったわが国では、高齢人口の増加と同時に若年人口は減少しており、障害をもち地域で暮らす高齢者を支えていくことが困難となっている。これまでの福祉では、障害者は高齢者のみならず若年者も施設をつくってそこに隔離して収容すれば良いとされてきた。しかし、国の財政がひっ迫しているという課題だけでなく、施設内での集団、画一的なケアに納得しない方々も増えており、住み慣れた地域で、個別ケアを受けながらできるだけ最後まで安心をして暮らしていけるような、システムづくりが求められている。地域包括ケアシステムは、そのような時代背景の中で生まれてきており、現在は法律でこのシステムを推進することが明記されている。本稿では、地域包括ケアシステム構築に責任がある基礎自治体の役割に言及をしながら、誰がどのようにシステムをつくっていくべきか考えてみたい。

地域包括ケアシステムとは何か

地域包括ケアシステムについては、そのシステムの内容や構築方法など、わかりにくさが常に付

いてまわる。特に、これまで在宅医療やケアを日常活動の中で行ってきた地域医療の実践者にとって、自分たちが行ってきた地域ケアとの違いは何だろう、という疑問がぬぐいきれない。いまだ、わが国では地域包括ケアシステムが完成した地域がなく、言葉だけが先行しており、その実態が明確になっていないためでもある。

筆者は「NPO 法人在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク」という組織に属しており、主な活動の場としている。この会の理念は「安心して子育てができ 老いても 障がいがあっても 自分らしく 暮らすことができる 地域コミュニティの創造を」であり、まさに地域包括ケアシステムの理念と一致する¹⁾。そのためでもないが、組織の集まりにおいて、地域包括ケアに関連する講演会や、シンポジウムを繰り返し行ってきた(表1)。この中での議論を振り返り、地域包括ケアシステムとは何かということを考えてみたい。

平成26(2014)年1月に慶應義塾大学の田中滋教授を講師に、講演会とシンポジウムを開催した。田中教授は地域包括ケア研究会の座長でもあり、平成24(2012)年度事業の研究会報告書を公表している²⁾。報告書の中で、「本人と家族の選択と心構え」という一文にどう目した。「2025年に

*いらはらみのる | いらはら診療所、医師 (☎ 270-0021 千葉県松戸市小金原 4-3-2)

表 1 | 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワークでの講演会と演者名

平成 25 (2013) 年
・9 月：全国の集い新潟（大島伸一先生，他）
平成 26 (2014) 年
・1 月：東京プレ大会（田中 滋教授，他）
・3 月：奄美プレ大会（苅原 実，他）
・5 月：山陰プレ大会（大田仁史先生，他）
・5 月：名古屋プレ大会（猪飼周平教授，他）
・9 月：全国の集い岡山（山口 昇先生，他）
平成 27 (2015) 年
・2 月：東京プレ大会（大橋謙作先生，他）

表 3 | 医療モデルと生活モデル

	医療モデル	生活モデル
フィールド	病院	地域生活の場
目的	病気の治療	生活の自立 QOL の改善
チーム	医師をトップとした ヒエラルキー構成指 示体系	多職種連携による チーム，職種間 は平等など
2 つの概念は対立するものではなく，並列するものである		

は，単身又は高齢者のみ世帯が主流になることを踏まえると，仮に十分な介護サービスを利用し，地域社会の支えが十分でも，従来のような，常に誰かが家の中にいて急変時には救急車で病院に搬送され，病院で亡くなるといった最期ばかりではなくなる。むしろ，毎日，誰かが訪問をしてきて様子は見ているが，翌日になったら一人で亡くなっていたという最期も珍しいことではなくなるだろう」。実際に，われわれもこのようなケースを，経験するようになってきた。これまでのケースではすべて，亡くなっているのを発見した介護職員が救急車を呼んでしまい，警察が介入している。サービス担当者会議で，急変時のことも織り込んで多職種が共通認識を持っていたとしても，いざとなると慌ててしまうのであろう。本人と家族の覚悟だけでなく，介護職や医療者などサービス担当

表 2 | 多職種協働の 3 段階

多職種協働の 3 段階
1. Linkage：つながり，連携 情報提供など
2. Coordination：調整，協調 ケアカンファランス など
3. Full integration：同一事業者のように組織的に動くこと 在宅サービス事業を複合化することで連携のレベルを上げることが可能

者も覚悟を持つことも必要である。2025 年を待たずに，すでにこのような現象は一部都市部において起きているとの報告もある。さらに，講演の中では，特に団塊の世代が中心となる地域住民による互助の構築が重要であることを強調していた。また，多職種協働では，将来的には介護事業者が地域ごとに統合していく必要があるのではないかと示唆もあった（表 2）。

同年 5 月に行われたシンポジウムでは一橋大学の猪飼周平教授の講演を聴いた。特に印象に残った内容は，地域包括ケアシテムは何のために行わなければならないかということであった³⁾。結論から言えば，地域包括ケアは集団的な施設ケアと異なり個別ケアが主であり，生活の質を良くするという生活モデルの中での支援だからケアの質が良いのである（表 3）。そうすると，費用面では個別ケアである地域包括ケアのほうが高くなる（表 4）。地域包括ケアは自助や互助を活用して福祉の切り捨てであるとの議論もいまだにあるが，実はそうではなく，ケアの質を良くするために行うとの認識が必要である。

9 月の全国の集い岡山の講演での，公立みつぎ総合病院の名誉院長である，山口 昇先生の講演も印象的であった。わが国で初めて，「地域包括ケア」という言葉を使った医師であり，現在のシステムの原型とも言える内容を昭和 49 (1974) 年から実践していた方である。山口先生の地域包括ケ

アモデルは，医療が中心だという批判もあるが，実際には地域住民も巻き込んだ地域づくりそのものであることを話されていた。まさに，農村型の地域包括ケアシステムの原型であろう。

これらの講演内容から得た結論は，① わが国にはいまだ地域包括ケアシステムが完成された地域はないこと。そして，② このシステムはわが国が目指すべきシステムであることである。③ また，高齢者のみならず障害者の介護，子育て支援も含んだシステムであり，最終的には医療保険や介護保険による公的サービスだけでなく，地域独自のインフォーマルなサービスを創造して，組織化するという互助の力をつけていく地域づくりに他ならない⁴⁾ (図 1)。

基礎自治体の役割

各地でいろいろな試みがなされているが，地域によって地域包括ケア構築に対して温度差がある。これまで，国や県で決定した方針に従ってきた基礎自治体では，自力で考えて行動することに慣れていない。また，医療は都道府県レベルで医療計画を立てるなどのかかわりであり，市町村としては，医療との連携をとることが困難との指摘もある。しかし，市町村事業である予防注射や住民健康診断，あるいは休日当番医では地区医師会の協力を得て行っており，介護保険施行後は介護認定審査会などでも，医師会だけでなく歯科医師会や薬剤師会との連携は強くなっている。その点からは，地域包括ケアで重要な役割を果たす地区医師会や歯科医師会，薬剤師会とは密接な関係が構築されていると言える。

基礎自治体の役割としては，地域包括センターの運営と監督，多職種連携研修会の開催，地域ケア会議の開催などがある⁵⁾。中でも，地域ケア会議の運営は重要であり，インフォーマルなサービスも含めて地域の現状把握をして問題点を洗い出し，解決方法の議論を重ねることで，地域に不足

表 4 | 医療モデルと生活モデルの費用

	在宅	施設・病院
医療モデル	安い	高い
生活モデル	高い	安い

QOL は生活モデルのほうが高いが，費用もかかる。高齢者の多くは介護と医療が切り離せない。地域包括ケアは生活モデルであり，医療は構成要素の 1 つである。地域包括ケアはお金をかけずに生活モデル化を図るという矛盾の克服である

しているサービスを補い地域の介護力を高めていく必要がある。また，多職種連携の会議を重ねることで地域を耕し，在宅限界点を向上させていくことも求められている。すなわち，医療介護保険サービスだけでなく，インフォーマルな在宅サービスを充実させて連携を強化することで，これまで要介護 2 になると在宅生活が困難であった地域を，要介護 5 でも住み慣れた地域で暮らせるようにサービスを充実していくことが求められている地域づくりである。

また，基礎自治体の地域包括ケアシステム構築に対する積極性は，首長の資質や政策に依存するところが大きく，地域づくりに積極的な首長を選ぶべきであり，これは地域住民の意識を高めて選挙の時に取捨選択していく以外にない。また，介護保険などのフォーマルなサービスを調査したり，充実させたりすることは自治体としては比較的容易であろうが，インフォーマルなサービスの実態調査や，地域に不足するサービスを創造することは容易ではないが，これらの仕事も基礎自治体の大切な役割の 1 つである。地域住民の意識も地域包括ケアでは大切であるが，自治体がこれらのインフォーマルサービスを組織化して活用できるかどうか問われており，その力量は地域包括ケアの成否を担っている。

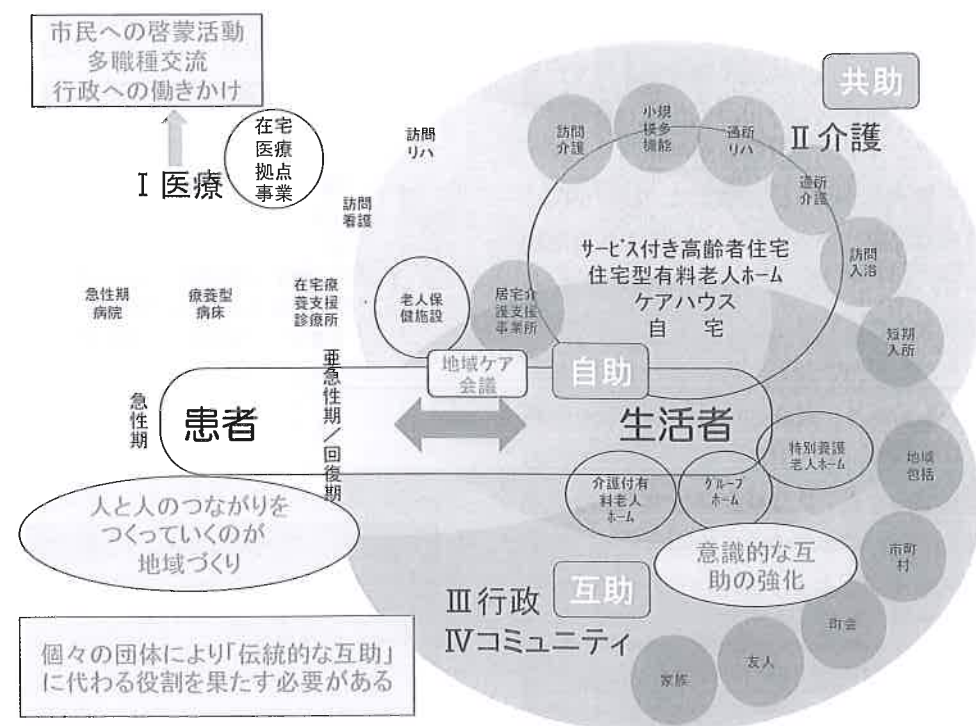


図1 地域づくりとは
都市部においてはインフォーマルなサービスを充実させ、組織化していくことで意識的な互助の強化をしていく必要がある

松戸市での実例について

いらは診療所（以下、当院）のある千葉県松戸市では、在宅医療を積極的に行う医療機関が多く、松戸市医師会の在宅ケア委員会は30年以上の歴史を持ち、現在は医師会員だけでなく、歯科医師会、薬剤師会、市役所の担当課長や職員、松戸市立病院長なども出席して委員会を毎月開催している。さらに、委員会の下部組織である松戸市認知症研究会では、認知症サポーター養成講座を開催し、市民を組織化している。委員会でも市民向けの公開講座を、認知症研究会と合わせて年2回開催しており、活発な活動をしている。

地域包括ケアシステムの運用では、基礎自治体だけでなく、職能団体である医師会や歯科医師会、薬剤師会など公平な立場で地域全体を見渡せ

る機関がその役割の一端を担っていくべきである。この委員会の会議は地域ケア会議とは異なるが市町村全体を俯瞰する広い視点から地域づくりの話し合いが可能であり、職能団体の委員会に基礎自治体の幹部職員が出席しているということのメリットは地域にとって大きいものと考えている。この会議から地域づくりのための建設的な議論がなされていくであろうことは間違いない。

当院では平成26（2014）年度より、松戸市から委託を受けて、在宅医療拠点事業を行っているが、委員会のメンバーとも問題点などを共有して、毎月進捗状況の確認を行ってきた。松戸市主催の年2回の多職種連携カンファレンス（図2）にも、運営実務の協力をした。さらに、平成27（2015）年3月には、病院の医師などを対象とした、多職種カンファレンスを松戸市の2つの公的病院の医師、医師会を含む職能団体や、松戸市立



図2 松戸市主催の多職種協働カンファレンス
平成26（2014）年度は年2回行われ、地域包括支援センターの管轄にあわせて11チーム編成した。チームメンバーは、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー、ソーシャルワーカー、介護職である

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を都市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

(ア)地域の医療・介護の資源の把握 ◆地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化 ◆必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査 ◆結果を関係者間で共有	(イ)医療・介護関係者の情報共有の支援 ◆情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援 ◆在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用	(キ)地域住民への普及啓発 ◆地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催 ◆パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 ◆在宅での看取りについての講演会の開催等
(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 ◆地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討	(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援 ◆医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。	
(ウ)切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進 ◆地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進	(カ)医療・介護関係者の研修 ◆地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実践を習得 ◆介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等	(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携 ◆同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

図3 在宅医療・介護連携事業

病院、地域医療課の職員の協力を得て開催した。病院の医師は在宅医療やケアに対してはこれまで無関心であり、その適応などもよくわからないことが多かった。病院の医師が在宅での生活は困難と判断する例でも、在宅側から見ると、十分に在宅生活可能なことも多かった。今後は地域の病院も早期退院だけでなく、できるだけ地域に戻すこ

とが求められており、地域包括ケアには無関心ではいられない状況である。病院職員を対象としたこのような多職種研修会も今後は広がっていくであろう。

今年度の地域医療拠点事業では、在宅医療・介護連携推進事業（図3）を平成28（2016）年度から市町村事業として円滑に実施していくために、

それぞれの事業項目を拠点事業の中に落とし込んでいく作業が中心となる。この事業は地域包括ケアシステムの構築の中核をなすものであり、今後地区医師会などとの連携の中でどれだけ充実した事業を構築していけるかが重要になってくる。その点から、当院としても、継続した事業として地域包括ケアシステムの完成を目指して、地域医療拠点事業を進めていきたい。

おわりに

地域包括ケアシステム構築の際の基礎自治体の役割を、松戸市での例を取り上げて考察した。地域包括ケアシステムは今後わが国が目指していくべきシステムであり、基礎自治体だけでなく、各種職能団体を含む多職種は大きな役割を担ってい

る。また、このシステムの目指すところは、市民ボランティアも含めた地域づくりであり、基礎自治体の力量と覚悟が問われている。

◎文献

- 1) NPO 法人 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワークホームページ。http://www.home-care.ne.jp (2015年4月14日アクセス)
- 2) 地域包括ケア研究会：持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」。平成25年3月
- 3) 猪飼周平：地域包括ケアの社会理論への課題—健康概念の転換期におけるヘルスケア政策。社会政策 2：21-38, 2011
- 4) 荏原 実：医療連携と地域包括ケア—有床診療所の立場から。日本医師会誌 143：772-774, 2014
- 5) 宮島俊彦（著）：超高齢社会を生き抜くために—地域包括ケアの展望。社会保険研究所, pp179-202, 2013

地域包括ケア時代の在宅医療 —現状と課題

● 太田秀樹

はじめに

1975年頃まで、高齢者が自宅で息を引き取るとは、さほど稀なことではなかった。実際に在宅死率と病院死率が逆転したのは1976年のことで、その後、毎年1%ずつ病院死が増加し、一方で在宅死は減少していく。寿命で命を閉じる高齢者までもが、最善の治療と見なされた濃厚な医療提供の結果、病院で死ぬ文化が醸成され、がんの進行期と診断された患者も、病院でがんを闘いながら命を落としている。こういった状況を先進諸外国と比較してみると日本の病院死の多さを異様な姿と表現せざるを得ない。

その背景には、わが国特有の事情がある。1970年にわが国は高齢化社会に突入し、その後1973年にはなんと高齢者の医療費の自己負担が無料になる施策がとられた。福祉施策の貧困さを医療が肩代わりする結果となった。高齢者の生活課題までも、病院が解決することに対して社会は寛容だった。さらに、同年に閣議決定された一県一医大構想によって、その後10数年間に医師数は急激に増加する。医師養成数は年間約4,000~8,000人となり、1980年代になると日本学術会議が独自の専門医認定制度を創設し、臨床医たちのほとん

どが臓器別、疾病別専門医となっていった。一人の医師が複数の専門医として認定を受けることも少なくなく、日本の専門医数が医師数をはるかに上回る不可思議な状況も生まれている。極論すれば、現在の日本の開業医の大部分を専門医が担っていると言っても良い。

また、CTスキャナーのなど高度な補助診断装置が日本に初めて設置されたのも1975年で、より高度な検査機器がある病院で、専門医によって治療を受けることをありがたいと受け止める国民が増えた。風邪や腹痛の患者までもが病院に押しかけ、3時間待ちの3分診療と揶揄されながらも、病院人気の高まりは病院信仰とまで表現されるに至る。

そして、取り巻く社会の変化である。高齢者の介護を主として担っていた女性の社会進出、核家族化、晩婚化、非婚化、DINKs（子どもを持たない共稼ぎ夫婦世帯）、老老世帯、地域共同体の崩壊などで、死ぬ時は病院という事態に首をかしげる市民はほとんどいなかった。

ところが、高度先進医療が必ずしも高齢者を幸せにしないと感じ始めた賢明な人々もいた。日本安楽死協会（現：日本尊厳死協会）の設立が1976年である。1980年代にはホスピス運動が始まり、1990年代になると日本緩和医療学会が創設され、

■5分間の運動が、歩行を改善させる。Let's「ロコトレ」!

リハ・ケアスタッフ必携

実践! ロコモティブシンドローム 自分の足で歩くためのロコトレ 第2版

中村 耕三

ヒトが二本足で立って自立歩行するためには、骨、関節、筋肉といった運動器の健康が不可欠である。しかし、運動器は40代後半から衰え始め、多くは自覚症状のないまま進行する。この運動器の障害を「ロコモティブシンドローム（通称：ロコモ）」と呼ぶ。ロコモは「病気」そのものではないが、要介護状態などを引き起こす一因となる。本書はロコモを提案した著者が、運動器のメカニズムから「ロコモ」の概念を分かりやすく解説。また改訂版では、自身の運動器の状態を自己点検できる最新版ロコモ度テスト「立ち上がりテスト」「2ステップテスト」「ロコモ25」や、予防・改善のための「ロコトレ」を強化した「ロコトレ・プラス」もイラスト付きで新たに追加した。自立した生活を長く続けるためには、自ら予防を心がけ、自身の状態に合わせて、うまく身体を使うことが大切である。リハ・ケアスタッフ、高齢者に関わるすべての人にとって必携・必読の一冊。



● 定価(本体2,000円+税) A5 136頁 2014年 ISBN 978-4-89590-467-4

お求めの三輪書店の出版物が小売書店にない場合は、その書店にご注文ください。お急ぎの場合は直接小社に。

〒113-0033

東京都文京区本郷6-17-9 本郷網ビル



三輪書店

編集 ☎ 03-3816-7796 ☎ 03-3816-7756
販売 ☎ 03-6801-8357 ☎ 03-6801-8352
ホームページ: http://www.miwapubl.com

*おたひで | 医療法人アスムス理事長、医師 (☎ 323-0014 栃木県小山市大字喜沢 1475-328)