

[論文]

地域包括ケアシステムの理念と仕組み*

——公立みつぎ総合病院を訪ねて——

小林 甲一・市川 勝

名古屋学院大学 / 大学院経済経営研究科博士課程

要 旨

いま、介護基盤の整備、在宅医療の推進、医療・介護の連携および超高齢社会の地域づくりなど、わが国の高齢者医療・介護保障に関わる重要課題のほとんどに関連づけられ、社会保障構造改革の焦点として大きな注目を集めているのが「地域包括ケア」である。そこで、本稿では、地域包括ケアの“聖地”とも呼ばれる「公立みつぎ病院」を視察した際に獲得できた着想や問題関心をもとに、地域包括ケアの理念がどのように構想され、その仕組みがどのように展開してきたかについてその始まりや要点、介護保険や地域包括支援センターとの関わりに焦点を当てて明らかにする。また、そのうえで、2012年に厚生労働省から提示された地域包括ケアシステムの構想と内容、そしてその構築のためのプランなどについて概観し、それに向けた方向性や課題について考察する。

キーワード：地域包括ケア，介護保険，地域包括支援センター，地域包括ケアシステム

Concept and Structure of Community Integrated Care System

—— in a Visit to the Public Hospital MITSUGI ——

Koichi KOBAYASHI, Masaru ICHIKAWA

Nagoya Gakuin University / Graduate School of Economics and Business Administration

* 本稿は、2014年度名古屋学院大学大学院教育研究振興補助金による研究成果として公表したものである。

発行日 2015年10月31日

目 次

- I はじめに
- II 地域包括ケアの始まりと要点
- III 介護保険を補完するための地域包括ケア
- IV 地域包括支援センターの設置とその業務
- V 地域包括ケアシステムの構想と概要
- VI 公立みつき総合病院（広島県尾道市）を訪ねて
- VII 地域包括ケアシステムの構築に向けて

I はじめに

いま、地域における介護基盤の整備、在宅医療の推進、医療・介護の連携および超高齢社会の地域づくりなど、わが国の高齢者医療・介護保障に関わる重要課題のほとんどに関連づけられ、社会保障の構造改革や政策の焦点として大きな注目を集めているのが「地域包括ケア」である。これは、当初、介護保険導入以前からも問題であったが、その導入後に、それまで以上に深刻化した、地域における介護と保健・医療・福祉の連携を推進する高齢者介護の新たな考え方として、さらにはその拠点として設置されることになった「地域包括支援センター」のイメージやそれに対する期待機能を明確化するための理念として提示されただけであったが、2012年に施行された制度改正やその基本となっている高齢者医療・介護保障の構造改革を支える政策構想の中核にまでなっている。そして、「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す」ものである地域包括ケアは、超高齢社会に備えた地域づくりの基本理念としても位置づけられ、あるいは地域において福祉社会を構築するための骨格として措定されることも多い。

われわれは、数年前から、こうした地域包括ケアの理念や政策形成およびシステム構築に関する研究を進めるなかで、非常に早くからその取り組みが実践され、その仕組みづくりが先駆的に進められてきた先進地として広島県尾道市に着目し、現地の視察調査やヒアリングをおこなってきた。今日の尾道市における地域包括ケアシステムの一翼を担う尾道市医師会による「尾道方式」ならびに「因島医師会病院による病院連携下での地域連携システム」に対する現地調査の結果をもとにまとめたのが、『「高齢者保険福祉」から『地域包括ケア』への展開』[小林甲一・市川勝（2013年）]と「医療主導による地域包括ケアシステムの形成と展開—広島県尾道市におけるモデル構築を事例に—」[小林甲一・市川勝（2015年）]である。そして、今回、われわれは、2015年1月に、地域包括ケアの発祥地であり、その「聖地」とも呼ばれる「尾道市公立みつき病院」を訪問して施設を見学し、そこで長年病院長を務め、地域包括ケアのシステムづくりに心血を注いでこられた山口昇先生に直接お話を伺うという機会を得ることができた。そこで、本稿では、それを通して得ることのできた問題関心とこれまでの研究成果をもとに、地域包括ケアそのものに焦点を当てて1990年代から2012年の構想化に至る展開を改めて俯瞰することでその理念と仕組みについて考察し、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域社会づくりのあり方やその課題について検討してみたい。

II 地域包括ケアの始まりと要点

はじめにもふれたように、わが国における「地域包括ケア」の始まりは、広島県尾道市御調町（当時は御調郡御調町）にある「公立みつき総合病院」（当時は「御調国保病院」）の院長を長年務めた山口昇医師が、1970年代半ばから在宅医療をきっかけにスタートした住民、行政および地域の関係する組織を巻き込んだ保健・医療・（介護）・福祉の総合的、まさに包括的な連携に向けた取り組みにあるとされている。当初は、「医療の出前」（訪問看護や訪問リハビリ）から始まり、「寝たきり老人ゼロ作戦」の実践、「健康づくり座談会」の開催、「保健福祉センター」（当初は「健康管理センター」）の設置による公立病院と保健・福祉行政のドッキング、特別養護老人ホーム・老人保健施設など各種介護施設の併設、および住民参加・ボランティアの組織化、など今日の地域包括ケアシステムにつながる先進的な取り組みを次々と展開し、すでに1990年代にはほぼ完成の域に達していたと言われている。当時の御調町の状況や「医療の出前」を始めた背景、そしてそれに立ち向かう山口先生の想いやその後の取り組みについては、以下のVIでさらに詳しく述べたい。

世界的には、1960年代後半からのイギリスにおけるコミュニティ・ケアの取り組みがその端緒であると考えられる。このコミュニティ・ケアは、戦後のイギリスで労働党による社会主義政権が創設した国営の「国民保健サービス」（NHS）に対する構造改革として生まれてきたものであり、ほとんど無料で普遍的ではあったが、不効率で質の悪い医療サービスしか提供できない医療制度に代わり、一部ではあるが、コミュニティが主体となってケアを提供しようとする取り組みであった。その後、イギリスでは、コミュニティ・ケア改革の一環として、地域包括ケアの理念に大きな影響を与えたプライマリーケアやケアマネジメントが重視されるようになった。さらに、OECDが、1996年の報告書において①治療・療養、看護、リハビリを含む医療（「医療的ケア」を含む）と②身体介護、家事援助、生活援助および社会参加を含む「社会的ケア」を統合してlong-term care（長期ケア）として概念化したことからわかるように、1990年代あたりから、先進諸国のあいだで「長期ケア」、すなわち介護保障の問題がクローズアップされるようになった。しかし、各国がもっている医療保障や高齢者福祉および介護保障の制度的特質によっても、その展開や仕組みはさまざまである。イギリスだけでなくスウェーデン、デンマーク、カナダなど公費依存度の高い普遍的な制度を基本とする諸国は、やはりこの分野でも先進的な取り組みが目立っており、わが国でもモデル事例としてよく紹介されてきた。もちろん、先進的だからといって、よい、あるいはわが国に適しているというわけではない。他方、介護保障に社会保険を採用したり、医療保険の拡大適用をした諸国（ドイツ、フランス、オランダなど）は後れをとってきたが、それでも、その枠組みのなかで独自の取り組みが始まっている。わが国の現状は、どちらかといえば、まだこの部類に入ったままである。

こうした「地域包括ケア」の理念と仕組みには、その名称から自明のように2つの側面がある。1つは、①包括的、統合的にまとめたケアという点である。つまり、保健・治療・療養・リハビリ・介護・福祉等を継続的・総合的に提供できるようなケアの態勢を構築することであり、「医療的ケア」の視点が強ければ、おのずからこの側面が重視される。もう1つは、②地域を基盤とするケアという点である。これまでの公衆衛生や健康相談はもちろん、「ソーシャル・キャピタルと健康」、健康な地域づく

りおよび住民参加による高齢者支援など、コミュニティを基礎として地域住民の健康な生活や在宅療養・要介護生活を確保することであり、包括的ケアは、保健や予防、さらに「社会的ケア」を重視すれば、こうした地域コミュニティを基盤とするものにならざるをえない。

①統合的・包括的なケアと②地域を基盤とするケアという2つの側面は、地域包括ケアの2つの要点でもあり、どちらもしっかり備わり、かつ両者が統合されていてこそその地域包括ケアシステムである。その形成や展開においては、これら2つがからみ合い、相互に作用し合い、ときには対立・衝突をしたり、結び合ったりする。ちなみに、公立みつき総合病院の場合は、やはり①が先導して②をうまく巻き込んでいったとみるべきであろう。他方、イギリスのコミュニティ・ケアの場合は、とりあえず②が先行したあとに①が連動してそれに追従したとみることもできるが、むしろこちらの方が例外であろう。どちらが先ということよりも、この2つは、いずれにしても連動するのであり、しかも、連動して統合されなければ地域包括ケアにはならないのである。

III 介護保険を補完するための地域包括ケア

わが国では、1989年のゴールドプラン以降、高齢者保健福祉を推進するという目標のもとで地域の高齢者介護や在宅福祉・在宅医療に関する計画的な調整や整備が進んだ。とりわけ、そこには、地域の中学校区ごとに「在宅介護支援センター」を設置するという施策が盛り込まれ、この動きが、地域の社会的ケアに関する基盤整備に大きな影響を与えた。この在宅介護支援センターは、ソーシャルワーカー（生活の援助・相談）、看護師、保健師、介護福祉士など地域の専門家が、住民や利用者からのさまざまな相談に応じ、必要な保健福祉サービスを受けることができるよう関係機関と調整をおこなうことを主な業務とし、国の補助金を受けながら市町村によって設置され、その後、基幹型と地域型に機能分化しながら全国の各地域に広がっていった。

しかし、この在宅介護支援センターによって地域の介護ネットワークに一定の調整や安心は確保できたものの、その運営・業務の実態は、社会福祉法人、医療法人および社会福祉協議会など、実際に地域の利用者に介護サービスを提供する事業者に対して行政から委託される場合がほとんどであり、それは、期待された機能を十分に果たすことはできなかった。むしろ、地域包括ケアの推進に向けて「地域包括支援センター」の設置が進むなかで、この地域包括支援センターとその在宅介護支援センターが混同されたり、それまでの在宅介護支援センターが、そのまま看板だけをつけ替えたかのように地域包括支援センターに切り替えられた地域も多く、在宅介護支援センターが、かえって地域包括ケアを推進するうえでの阻害要因となる地域もあった。そして、介護保険の導入によって、同様の機能を担う「居宅介護支援事業所」が急激に増加し、全国の各地域に広がったこともあり、在宅介護支援センターは全般的な機能縮小を余儀なくされた。

2000年には、いよいよ介護保険法が施行され、それに合わせて「ゴールドプラン21」もスタートした。しかし、社会的な介護費用の財源調達のために導入された介護保険は、民間主体の活性化による介護市場の育成という目的もあったものも、そこに多くの保険給付を流し込むことで、かえって地域の介護サービス提供体制を混乱させた。また、介護保険制度では、介護給付の作用を統御するために個別

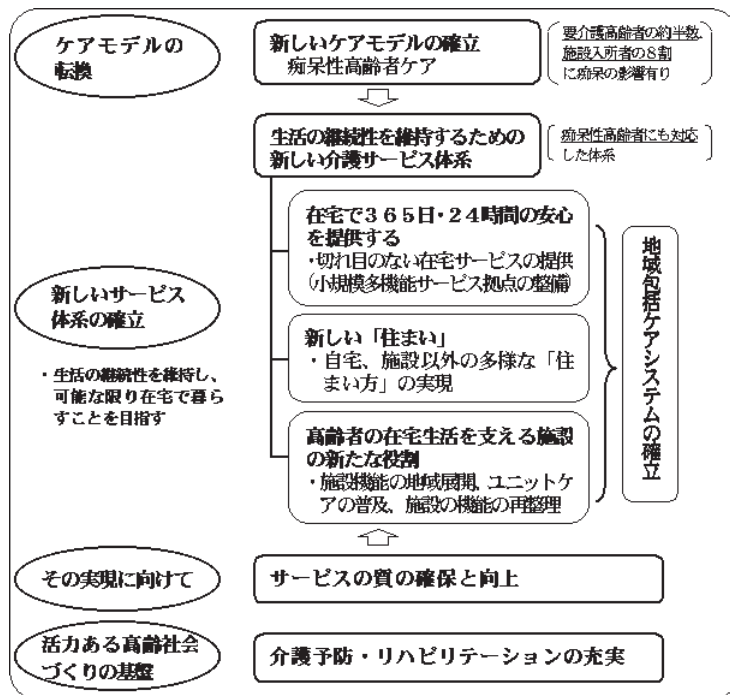
地域包括ケアシステムの理念と仕組み

ケースに対するサービス提供を統御する仕組みとしてケアマネジメントを導入したが、それは、地域の介護ネットワークの調整や包括的ケア・社会的ケアの統御ができるようなものではなかった。しかも、このケアマネジメントは、当初、その本来の期待機能すら果たすことができなかった。そして、①活力ある高齢者像の構築、②高齢者の尊厳の確保と自立支援、③支え合う地域社会の形成、④利用者から信頼される介護サービスの確立という目標を掲げたゴールドプラン21も、介護保障の理念を高齢者保健福祉から地域包括ケアへと発展的に継承するうえでは一定の役割を演じたが、介護サービス提供体制の構造調整や統御という点では十分に作用しなかったのである。

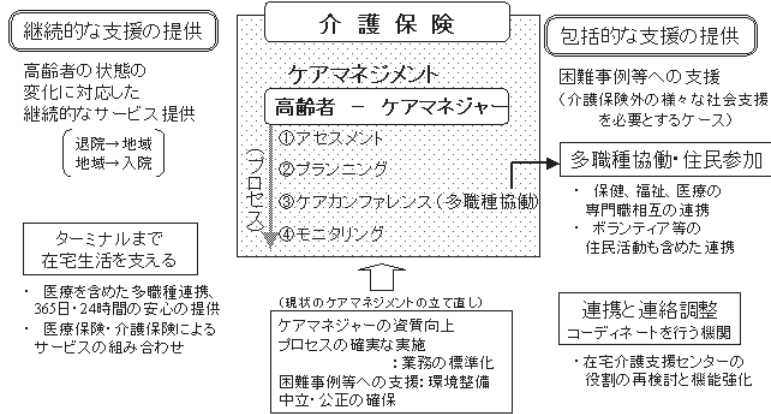
こうしたなか、介護保障システム（介護保険制度と介護サービス提供体制）の中長期的な課題や高齢者介護のあり方について検討するために厚生労働省老健局長の私的研究会として設置された「高齢者介護研究会」は、2003年6月に「2015年の高齢者介護——高齢者の介護を支えるケアの確立について——」と題する報告書を公表した。そのベースとなったケアの理念を示したのが以下の「高齢者の尊厳を支えるケア」であり、ここで、初めて地域包括ケアシステムの確立が提唱された。また、「地域包括ケアシステムの概念図」は、「個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核とした、さまざまな支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み」の体系的イメージを図示したものであった。

介護保険導入後の状況から明らかなように、「高齢者保健福祉のゴールドプランで地ならしされたところに新たに組み込まれた介護保険」という介護保障の制度設計には大きな問題があり、とりわけ介護サービスを提供するという介護供給システムの視角からみると、そこには大きな構造的欠陥やさ

高齢者の尊厳を支えるケアの確立



地域包括ケアシステムの概念図



出所：高齢者介護研究会「2015年の高齢者介護—高齢者の介護を支えるケアの確立について—」

さまざまな困難があった。介護保険制度の導入が、社会保障構造改革の切り札であり、介護保障の抜本的な見直しを大きく方向づけたことは確かであるが、それだけでは不十分だったのである。このことを踏まえて地域包括ケアシステムの概念図をみると、地域包括ケアが、介護保険の周囲を固めてそれを補完するように位置づけられていることがわかる。では、介護保険ならびにそれに依存した介護保障がもつ制度的な問題とは何なのか。これまでのことから明らかな部分もあるが、ここでは、以下のような4つの点にまとめておこう。

まず第1に、本来、私たちの生活が地域のなかにあり、その健康やそれを支えるケアも地域との関わりを看過できないとすれば、介護保障の仕組みも、何らかのかたちで地域社会と結びついていなければならない。しかし、介護保険には、保険者が市町村であるという以外にそうした結びつきがあまりない。第2に、先進諸国の介護保障には、実物給付（必要な介護サービスそのものの提供）を重視するタイプがある一方、それにこだわらず現金給付を採用する（介護手当や付加的給付金を支給し、それで必要な介護サービスを各自に購入させる）タイプがあるが、わが国は、介護保険を基本としながらも実物給付しか認めていない。この実物給付を重視する介護保障は、地域のなかで生活に密着した個別ニーズにある程度対応できる体制をとらなければ完結できない。

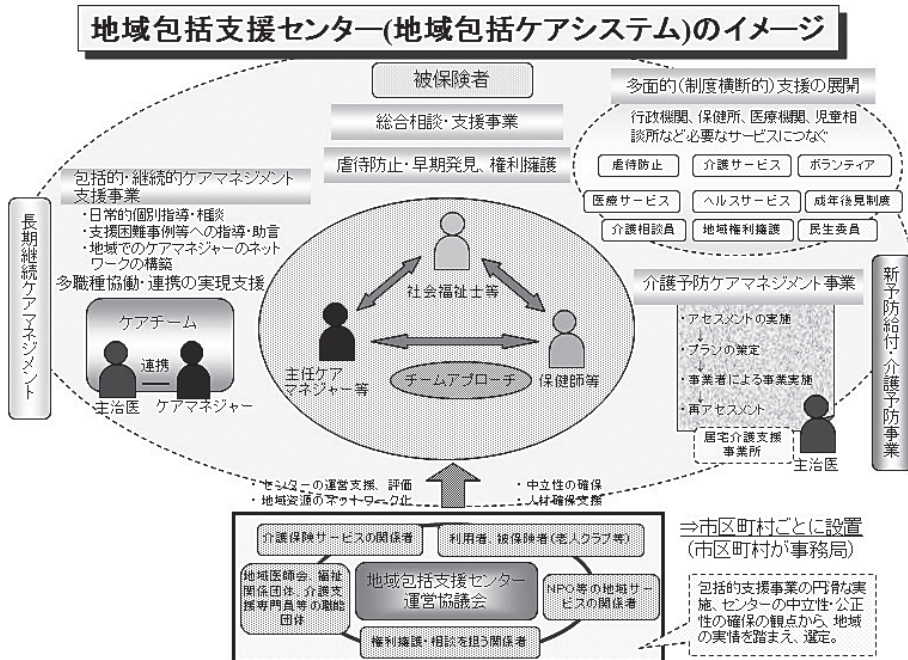
また、第3に、介護保険を基本とする介護保障システムを少しでも有効に作動させるためには保険者機能を強化することが重要であり、そのためには、その保険者である市町村が、地域の介護サービス提供体制の整備や介護ネットワークの連携強化に乗り出すよう仕向けねばならない。そして、第4に、①在宅介護よりも施設介護に傾く要素が多い、②公費負担の割合が大きすぎて社会保険とはいえない、③保険原理と扶助原理が混同されている、④介護予防を重視しすぎているなど、わが国の介護保険にはその枠内に制度的・構造的欠陥を抱えており、そのために外から、しかも地域のなかでそれを補完する仕組みや働きかけが不可欠である。

地域包括ケアは、形成されてきた背景や要因、およびその趣旨から、それが高齢者保健福祉を進展させ、超えていく新たな理念であるという点だけが強調されることが多い。しかし、それが、1つの

システムとして構想され、介護サービス提供体制の屋台骨を背負う仕組みとして位置づけられることになったのは、地域包括ケアが介護保険を補完する役割を担わされているからにほかならない。つまり、地域包括ケアは、その2つの要点からも明らかなように、保健・医療・介護（福祉）にまたがる高齢者支援のための理念であるとともに、超高齢社会に備えた地域の社会システムを支える仕組みでもある。いま、「ケア」という人間の行為および概念は、看護や介護というだけではなく広い意味で用いられ、これからの「福祉社会」のあるべき姿との関わりで大きな注目を受けているが、地域包括ケアには、このような広がりをもつ「ケア」を通してそれら2つが統合的に組み込まれていると考えることができる。こうして地域包括ケアシステムの構築が、持続可能な介護保障制度の確立に向けて取り組むべき最重要課題として提示されたのである。

IV 地域包括支援センターの設置とその業務

介護保険制度の大幅な改正は、当初の予定どおり、2005年におこなわれたが、それは、創設5年後の第1次改革にしては大幅な見直しを含むものであった。もちろん、検討から立案、制定から施行への過程があまりにも短く、準備不足であったことは否めないが、保険給付費が予想以上のペースで膨らみ、介護サービス提供体制の調整・整備が思うように進まない、という深刻な状況にあったことの証左でもあった。その制度改正は、A. 明るく活力ある超高齢社会の構築、B. 制度の持続可能性、C. 社会保障の総合化という3つの基本視点に立ち、さらに①予防重視型システムの確立、②施設給付の見直し、③新たなサービス体系の確立、④サービスの質の確保・向上、⑤負担の在り方・制度運営の見直しという5つの柱をもつものであった。そのなかで、これらの改革の成果を地域のなかで実りあ



るものにするための組織的な担保として、かつ地域において介護サービス提供体制の調整や整備を効果的にはかるための仕組みとして採用されたのが、前ページのイメージ図にあるような「地域包括支援センター」の設置である。

こうして、2012年の介護保険制度改正から本格化する地域包括ケアシステムの構築に向けた動きからみると先取りされたかたちではあったが、地域包括ケアの理念と仕組みがいよいよ介護保障に採り入れられた。その後、介護保険事業計画の改定でいくつかの見直しがあり、さらに2012年の制度改正では、「地域ケア会議」の主催という新しい重要な役割を担うことになり、その期待機能は強化されたが、地域包括支援センターの基本的な業務はそれほど変わっていない。介護保険法第115条の46第1項によれば、それは、「市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、3職種のチームアプローチにより、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設である」。地域包括支援センターは、「高齢者が住み慣れた地域で尊厳のある生活を継続することができるよう要介護状態になっても高齢者のニーズや状態の変化に応じて必要なサービスが切れ目なく提供される包括的かつ継続的なサービス体制をめざす」という理念、まさに地域包括ケアを各地域で具体的に実現する仕組み・システムづくりの中核的な組織体として位置づけられたのである。

地域包括支援センターの業務は、基本的には介護保険給付の対象である「介護予防支援」と介護保険の地域支援事業の一部である「包括的支援事業」にもとづき、管轄する地域において制度横断的な連携ネットワークを構築して実施されるものであり、その包括的支援事業には次のような4つの業務がある。①総合相談支援：住民の各種相談を幅広く受けつけて、制度横断的な支援を実施、②権利擁護：成年後見制度の活用を促進し、高齢者虐待の早期発見・防止などに対応、③包括的・継続的ケアマネジメント支援：自立支援型ケアマネジメントの支援、地域で活動するケアマネージャーに日常的な個別指導・相談対応、支援困難事例などに指導・助言、④介護予防ケアマネジメント：二次予防事業対象者に介護予防プランを作成など。しかし、これらの業務は、地域包括ケアの1つの要点である「包括的、統合的なケア」が地域のなかで展開できるように体制づくりにすぎず、もう1つの要点である「地域を基盤とするケア」にまで踏み込んだものではなかった。基本的には、介護保険の給付を通して提供される介護サービスの不十分さを包括的・継続的支援の視点からフォローしようとしたものであった。すでに指摘したように、地方自治体の大部分もそう考えたのであり、地域包括ケアの導入として期待されたわりには、その実態の多くが在宅介護支援センターの焼き直しに近いものだった。この点が、地域包括ケアシステムの構築に向けたその後の取り組みにとって大きな課題となった。

そうしたことがあり、また導入当初、厚生労働省からの通達や指導が遅れたこともあり、全国の市町村は、成り行き任せで、あまり積極的には地域包括支援センターを設置しなかった。しかし、その後、しだいに定着していき、全国の設置数は、2006年4月に3,436か所、2008年に3,976か所となり、介護保険の運営主体である全国の市町村すべてが地域包括支援センターを設置した。2013年4月現在でセンターの設置数は4,484か所で、ランチやサブも含めると7,196か所となる。しかし、その運営については、直営は約30%にすぎず、残り70%は、社会福祉法人：53%、社会福祉協議会：19%、医療法人：16%、社団法人：3%、財団法人：2%、株式会社：2%、NPO法人：1%など

に委託されており、年々、委託が増加する傾向にある。今後、2012年の制度改正によって機能強化された地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムの構築に向けてこれまで以上に大きな役割を担うことになった。しかし、委託でそれを担うことができるのか、あるいは委託を前提にするとして、それをいかに統御して期待機能を十分に発揮させるか、いずれにしても、地域包括支援センターのパフォーマンスが、地域包括ケアシステムをうまく築き上げることができるかどうかのカギを握っていることはまちがいない。

V 地域包括ケアシステムの構想と概要

地域包括ケアおよびそのシステムについて十分な共通理解が得られないまま、地域包括支援センターだけが設置されていき、全国各地の地域で戸惑いが広がるなか、厚生労働省は、地域包括ケアシステムとその構築に関する調査・研究に入った。その「地域包括ケア研究会」（厚生労働省老人保健健康増進等事業）では、2012年度から始まる第5期介護保険事業計画を見すえ、団塊の世代が75歳以上の後期高齢者に到達する2025年を目標に、「日常生活圏域」、つまり「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」・中学校区を設定して「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」、すなわち地域包括ケアシステムを構築するための検討が進められた。そして、政府・厚生労働省は、2012年の第2次介護保険制度改正にあたり、そこで明らかにされた、2025年までに実現すべき地域包括ケアシステムを構築するために必要な当面の改革の方向とそのための具体策や取り組みについて提示した。以下では、その概要をいくつかのポイントに整理して説明しよう。

1 地域包括ケアシステムのコンセプト

このイメージ図は、2012年の制度改正を機に改めて明示された地域包括ケアシステムの理念について、それを構成する5つの要素、つまり①介護・リハビリ、②医療・看護、③保健・予防、④生活支援・福祉、⑤住まいと住まい方をもとに示したものである。つまり、植木鉢にたとえると、地域での生活の基盤：⑤のなかに、生活に養分を送る土：④がしっかりと入っていて、そこに専門職が提供する①・②・③が育ち、連携して1つになれば、在宅での生活が枯れることなく住み慣れた地域で自分らしい暮らしを送り、人生をまっとうできるという意味である。

これまで地域包括ケアについていろいろとふれてきたが、今回のコンセプトには次のような3つの新機軸がある。第1に、そのシ

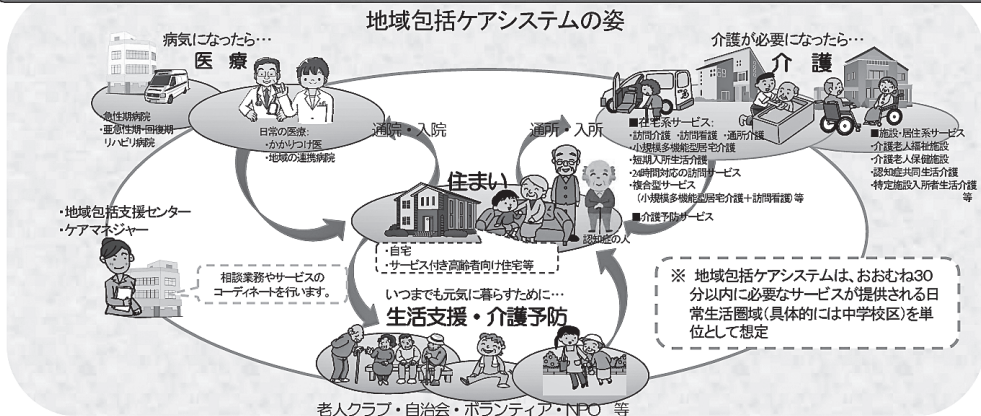


システムを支える基盤に⑤住まいと住まい方がおかれている点である。当然のことではあるが、住み慣れた地域に在宅で暮らし続けるには住まいが必要であり、かつ地域に包括ケアを定着させるためにはそこに暮らす人びとの住まい方が重要になる。第2に、これまで整備されてきた①・②・③を地域で営まれる生活のなかに根づかせるために④生活支援・福祉が改めて重視されている点である。介護保険の導入以降、これらのサービスには市場化されたものも多くあり、また、住み慣れた地域における在宅での生活の近くには「共助」の仕組みやインフォーマルな支援も存在し、その担い手も多様である。しかも、超高齢化した地域社会では誰もが「公助」にばかり頼るわけにもいかない、こうした地域社会で包括ケアのシステムをつくり上げるにはそれらのあいだの融合と役割分担が不可欠である。第3に、5つの構成要素としてではないが、この図のなかに、地域包括ケアシステムを包み込むように支えるものとして「本人と家族の選択と心構え」が書き込まれている点である。単身または高齢者のみ世帯が主流となった地域社会では、このような自己決定・「自助」が最後の砦として重要な意味ももってくる。こうして地域包括ケアシステムは、いよいよ本腰を入れて超高齢社会に備え、地域社会にその仕組みを構築し、根づかせることを決断したのである。

以下のイメージ図が、地域包括ケアシステムが構築をめざすポイントとその姿である。ここで指摘されているように、高齢化の進展には大きな地域差があり、また、そもそも地域は多様であり、特色に富んでいることに十分注意を払わねばならない。都道府県、市町村はもちろんであるが、同じまちのなかでも生活圏域によってその特性や地域課題はまったく異なってくる。とりわけ、介護保険の運営主体である市町村は、地域の自主性や主体性にもとづき、地域の特性に応じたシステムの構築を促すよう求められている。

地域包括ケアシステム

- 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**地域包括ケアシステム**の構築を実現していきます。
 - 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、**地域包括ケアシステム**の構築が重要です。
 - 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、**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です。**



2 日常生活圏域とニーズ、地域課題および社会資源の把握

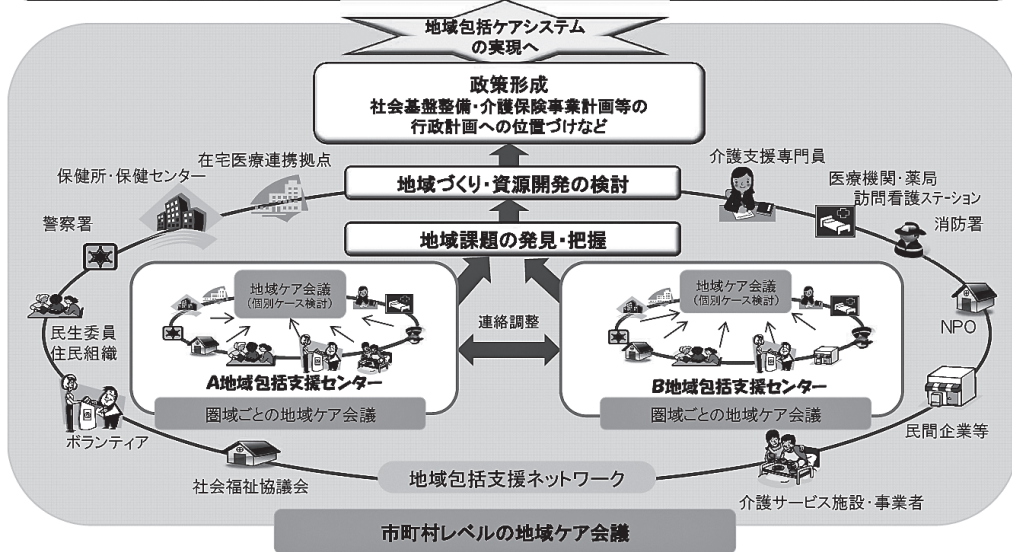
地域包括ケアシステムを構築していくうえで出発点となるのが「日常生活圏域」の設定である。この日常生活圏域とは、住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護・福祉サービスを提供する基盤整備の単位などを勘案して定めるものであり、また小学校区、中学校区、行政区、住民の生活実態、地域づくりの活動単位などにも配慮して設定することになっている。ここで重要なのは、地域包括ケアを提供する側だけではなくそれを受ける側も含め、どちらか一方というのではなく、双方でつくり上げていくという趣旨で設定される圏域であるという点である。

そして、設定された日常生活圏域に、①介護保険事業や地域包括ケアに関わるどのような（主に高齢者の）ニーズがあるか、②どのような医療・介護サービス、生活支援、共助の仕組みが整備・提供されるか、③その地域にどのような課題があり、住民は生活上の問題を抱えているか、④介護・医療・住まい・予防・生活支援などの社会資源やそれに関する地域のネットワーク・人材確保にどのような課題があり、どうすれば新たな社会資源を発掘できるか、などについてしっかりと把握したうえでシステム構築に向けた取り組みがスタートし、さらに具体的な施策や事業が動き出すのである。

3 地域ケア会議と地域包括支援センターの機能強化

「地域ケア会議」を活用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ

- 地域包括支援センター(又は市町村)は、多職種協働による個別ケースのケアマネジメント支援のための実務者レベルの地域ケア会議を開催するとともに、必要に応じて、そこで蓄積された最適な手法や地域課題を関係者と共有するための地域ケア会議を開催する。
- 市町村は、地域包括支援センター等で把握された有効な支援方法を普遍化し、地域課題を解決していくために、代表者レベルの地域ケア会議を開催する。ここでは、需要に見合ったサービス資源の開発を行うとともに、保健・医療・福祉等の専門機関や住民組織・民間企業等によるネットワークを連結させて、地域包括ケアの社会基盤整備を行う。
- 市町村は、これらを社会資源として介護保険事業計画に位置づけ、PDCAサイクルによって地域包括ケアシステムの実現へとつなげる。

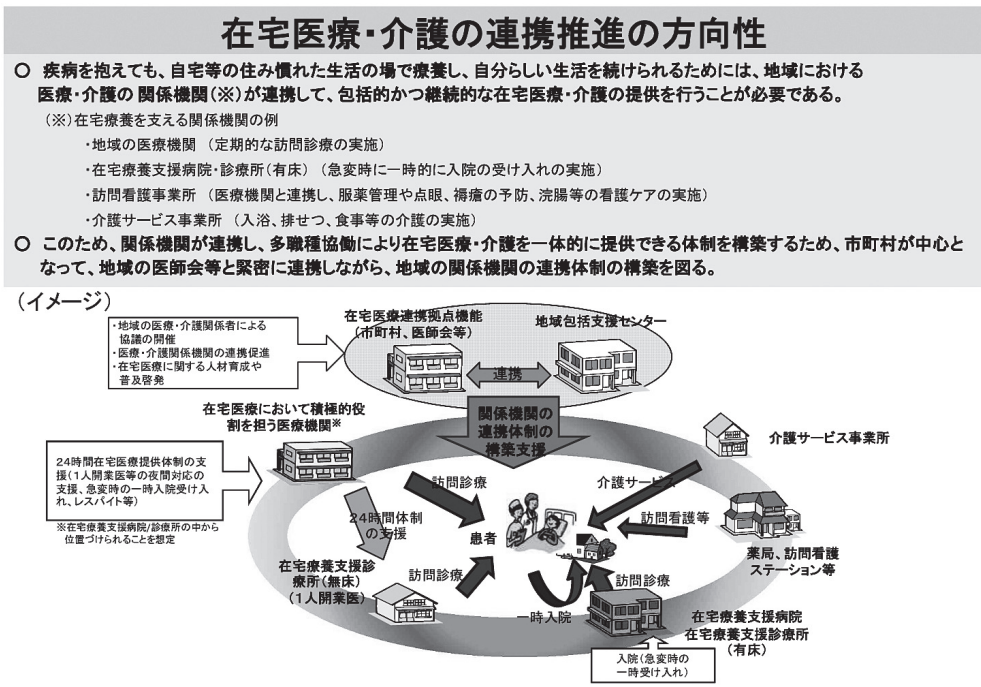


2012年度の制度改正でもっとも重要な位置づけにあるのが「地域ケア会議」の設置と開催である。この地域ケア会議は、主催するのが地域包括支援センターであるため、その設置とこれまでの業務に

もとづく機能強化という意味合いが強いが、それだけではなく、地域包括ケアの2つの要点、つまり「包括的なケア」の提供と「地域を基盤とするケア」の確保を融合させて同時に進めていくことでその地域に地域包括ケアを浸透・定着させ、そこでのシステムづくりを推進するという大きな役割を担っている。前ページの図が、そのミッションからスキームを経てシステム実現までのイメージを示したものである。

この地域ケア会議には、個別ケースの検討を積み重ねるとともに地域課題の検討も進めることで、地域住民一人一人のQOLを向上させるとともに地域包括ケアシステムの構築に向けた具体的な提案や事業化ができるように次のような5つの機能が与えられている。①個別課題解決機能：自立支援ケアマネジメント・支援困難事例の相談や助言、②ネットワーク機能：地域包括支援や自立支援にかかわる共通認識・情報共有・連携協働の準備と調整、③地域課題発見機能、④地域づくり・資源開発機能、⑤政策形成機能。そのため、会議の開催も、・個別事例ごと、・日常生活圏域ごと、・市町村・地域全体という構造化された3つの範囲・レベルでおこなわれ、それぞれの検討結果や課題の整理が相互にフィードバックされるよう求められている。しかし、実際に、地域の現場で、市町村の担当課が、なかでも委託を受けた地域包括支援センターが、こうした地域ケア会議を主催してこれらの機能を発揮できるかどうかについては多くの課題があり、前途多難であることは確かだが、いまはとにかく前に向かって歩き出すことが大切である。

4 医療・介護の連携と多職種協働



上の図は、在宅医療・介護の連携を推進する方向性のイメージを示したものである。2012年には、

介護保険制度の改正とともに「在宅医療・介護あんしん2012」プランも立ち上がり、「施設中心の医療・介護から、可能な限り、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスを受けることができる」よう地域包括ケアシステムを構築するために医療・介護の連携をさらに推進することで医療・介護サービス保障をよりいっそう強化することになった。そして、これは、現在の「医療と介護の一体改革」へとさらに発展した。

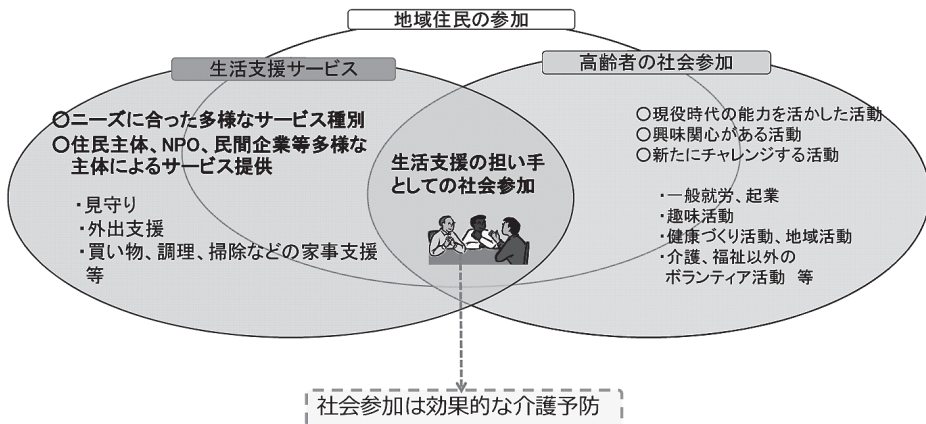
地域包括ケアシステムの構築に向けた医療・介護の連携でキーワードとなるのは「多職種協働」である。この多職種協働は、医療・介護の分野においてさまざまな専門職種・専門事業主体のあいだで、退院時のケア・カンファレンスなども含め、チーム医療のなか、医療主導、地域包括支援の介護ネットワークのなか、ケアマネージャー主導、などさまざまな機会や場面を通じておこなわれてきた手法であり、かつ支援およびサービス提供である。地域ケア会議が期待どおり開催されるようになると、さらにさまざまなチャネルを通じた連携や協働が展開し始める可能性があり、地域包括ケアシステムという雰囲気地域を地元のなかに浸透・定着させていくうえで多職種協働が演じる役割は大きい。

5 生活支援と高齢者の社会参加

コンセプトでもふれたように、これからの地域包括ケアシステムでは、介護・リハビリ、医療・看護、保健・予防などの専門的サービスだけに頼るのではなく、さまざまな生活支援を活用することが大切であり、それが、かえって医療・介護サービスをさほど必要としない、QOLの高い生活ができる可能性を広げることにもなる。高齢者に対する生活支援サービスには、見守り・声かけ・安否確認、家事援助・外出支援、コミュニティカフェ・交流サロン、配食・食材配達・移動販売などが考えられ、全国の事例をみると、それらには、ボランティア、自治会・町内会、NPO、社会福祉法人、協同組織および民間企業など多様な事業主体がたざさわっている。

生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加

- 高齢者が住み慣れた地域で暮らしていくためには、生活支援サービスと高齢者自身の社会参加が必要。
- 多様な主体による生活支援サービスの提供に高齢者の社会参加を一層進めることを通じて、元気な高齢者が生活支援の担い手として活躍することも期待される。このように、高齢者が社会的役割をもつことにより、生きがいや介護予防にもつながる。



また、その一方、高齢者の社会参加が成熟していくなかで、そうした多様な主体を通して高齢者自身がそれらのサービス提供にかかわることで元気な高齢者が生活支援の担い手として活躍し、それだけではなく、そうした社会参加により、高齢者の生きがいや介護予防にもつながることが期待されている。こうした地域の自助・共助の取り組みやソーシャル・ビジネスの事例は、すでに全国各地で多くの実績と成果をもたらしている。

VI 公立みつぎ総合病院（広島県尾道市）を訪ねて

はじめにもふれたように、本稿を作成するに当たり、尾道市公立みつぎ総合病院の視察を通して大きな知的刺激を受けることができた。そこで、この節では、その際の山口昇先生からのお話の内容も含めながら、尾道市御調町における地域包括ケアシステムの形成と展開について紹介しておきたい。

御調町（2005年に尾道市に編入合併されるまでは広島県御調郡御調町）における地域包括ケアシステムの構築は、1970年代半ばに山口昇医師が長崎大学から当時の「御調国保病院（現公立みつぎ病院）に院長として赴任し、急性期病院としての整備を進めながら行政の保健・福祉、地域の医療、介護そして住民を巻き込んで在宅医療を推進したことに始まる。山口先生のお話によると、当時、脳外科を標榜する病院はゼロであり、開頭手術もやっていない、また、ガンで発見されるほとんどのケースは進行ガンであり、早期ガンは少ない。こうした状況に対応するため、医師会と相談しながら病院の必要な整備をおこなった。こうして地域の住民や高齢者の命を少しは救えるようになったが、その一方で、寝たきり老人が増えていることに気づいた。例をあげると、脳血管疾患では、救急車で搬送され、診断して必要であれば、徹夜で手術をする。その後、24時間体制の看護や早期のリハビリにより退院する。主治医は、退院後も外来でリハビリをおこなうように患者や家族に指示をおこなう。しかし、最初の数回は外来に来て、その後一年から一年半もすると寝たきりで失禁や認知症もあり、大きな褥瘡を作って再入院するという状態になるケースが多く見られた。なぜこのような状態になるのか？ 当時の御調町は、3世代同居といっても、昼間、孫は学校へ、若夫婦は共働きで家にはいない。障害の残った高齢者が一人である。そうすると見る人もいない、病院の外来にいくらにも足（交通手段等）がない。さらには、田舎の家屋は段差が多く、高齢者が療養するには適さない。これらのことが重なって寝たきりになってしまうことが多い、そのようなことが分かってきた。

そこで、1974年後半から「訪問看護」を始め、その後「訪問リハビリ」もスタートさせた。当時は、訪問看護や訪問リハビリという言葉はなく、「医療の出前」と呼んでいた。診療報酬の点数もついておらず、無料（診療報酬で訪問看護の点数がついたのは、開始から14年後）で「医療の出前」を続けた。病院のスタッフが患者の家に出向くことについて、当初は、「どうして病院のスタッフが家までくるのか」、「他人に家をのぞかれたくない」、「他人の世話になりたくない」のような患者の声も多かったが、対応を工夫しながら続けていった。また、「往診」は、地域の開業医たちにとって患者を奪うことにもなりかねないため、往診はおこなわず、退院した患者については地元の開業医が担当するように仕向けた。なぜなら、寝たきりの老人を減らすには、開業医の仕事を奪うのではなく、地元の医師との連携が重要であると考えていたからである。とはいえ、しかしながら、「医療の出前」を開始してしばらくのあいだは、病院経営が苦しい時期が続いた。しかし、しだいに寝たきり老人の数が減少

するなど、目に見える成果が出てきた。

こうしたなかで、在宅で療養している高齢者やその家族は、医療だけではなくいろいろな問題点を抱えていることがわかってきた。それらのほとんどは、つまり福祉に関わる問題であった。ホームヘルパーの派遣や車イス・ベッド等の貸与などについては、町役場の住民課の管轄であったため、病院長であっても関与できないという現実があった。しかし、それではダメだと考え、町長の理解と協力を得て、行政がおこなう福祉と病院の医療との連携をはかるとともに、寝たきり予防の根幹にある健康づくりをおこなう町役場の保健福祉部門を病院内の健康管理センターに統合する組織改革を実行してもらった。この組織改革に向けては、町の各地区に出向いて健康づくりに関する講演会を開催したり、地域の住民と対話をしたりして町民の理解を求める努力もした。「病院がそこまでやるか」という批判もあったし、確かに大変だった。住民のなかには、「役場の部署が病院にってしまうのは困る」という意見もあったが、最後に支援してくれたのは寝たきりの高齢者を抱えた家族であった。さらに、こうした町の病院による住民への働きかけは、その後の地域包括ケアのシステムづくりに住民の参加を促すうえでは大いに役に立った。以上のように、山口昇先生は、「医療の出前」の始まりから地域の保健・医療・(介護)福祉の包括的な連携や統合へと進んだ展開を振り返った。

こうして病院のなかに健康管理センター(現保健福祉センター)が併設され、そこには、町役場の福祉担当部門と社会福祉協議会のホームヘルパー、保健担当部門の保健師、さらには国民健康保険担当部門までもが移管し、病院長がそのセンターの所長を兼務することとなった。これらにより、御調町という地域に保健・医療・(介護)福祉の力強い連携と統合の基盤ができて上がった。その構想の概要は、以下のとおりであった。

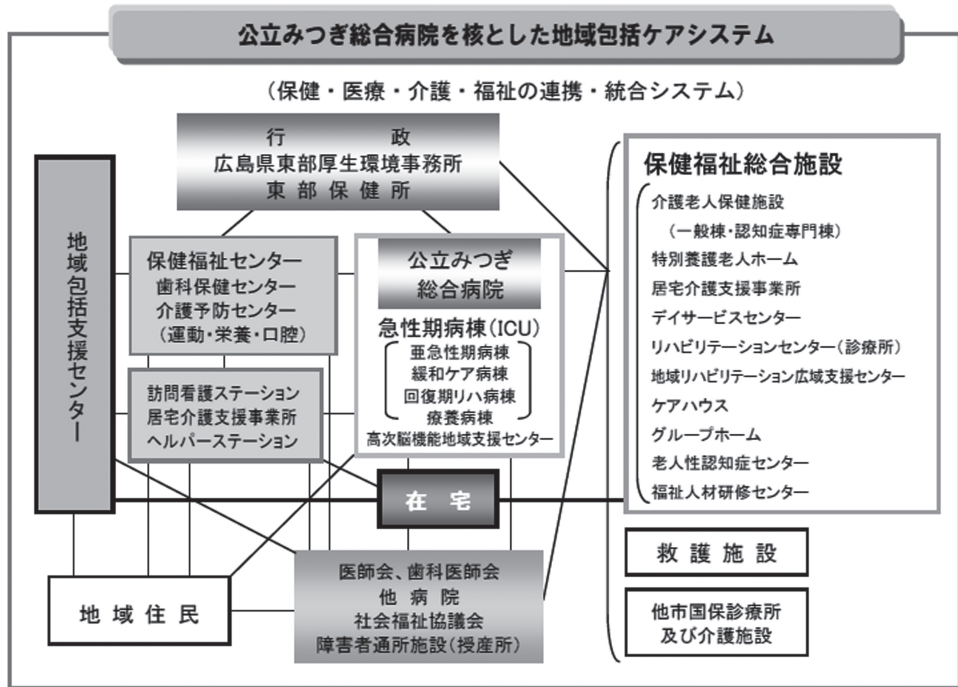
健康管理センター(現保健福祉センター)設置の構想

- 保健・医療・福祉と教育の連携を図る
⇒ 窓口の一元化(縦割りから相互連携へ)
- 行政保健師と病院保健師の連携を図る
- 高齢者対策の一環として ⇒ ・寝たきり高齢者など介護予防の対応
 - ・高齢者福祉事業
 - ・生きがい事業
- マンパワーの充実 ⇒ 病院スタッフの出向

出所：尾道市「尾道市御調町における保健福祉活動」(2014年)

そして、住民参加・ボランティアの組織化など、御調町では、今日の地域包括ケアシステムにつながる組織的な取り組みが町を挙げて進み、1990年代には、その仕組みがほぼ完成の域に達していたと考えられる。さらに、その後、病院から車で数分の丘の上にある「ふれあいの里」には、介護老人保健施設、特別養護老人ホームとリハビリセンター、グループホームなど関連施設が設置され、介護老人保健施設を拠点とした施設群が病院と緊密な連携をとるかたちで、あるいは病院の一部として機能する「保健福祉総合施設」が整備された。介護・福祉の総合施設群として整備がされた。

こうして現在の御調町には、a) 地域において保健・医療・介護・福祉の連携・統合システムを構



出所：『尾道市高齢者福祉計画及び第5期介護保険事業計画』2012年3月

築するうえで中核的役割をはたしてきた「公立みつぎ総合病院」、b) 行政の保健・福祉・医療を統合した「保健福祉センター」とそれらをバックに高齢者保健福祉・介護予防の最前線に立つ「地域包括支援センター」、そしてc) 上記のような高齢者保健福祉関連の多様な施設群が集積した「保健福祉総合施設」という3つの拠点からなる、以下のような地域包括ケアシステムが構築されている。

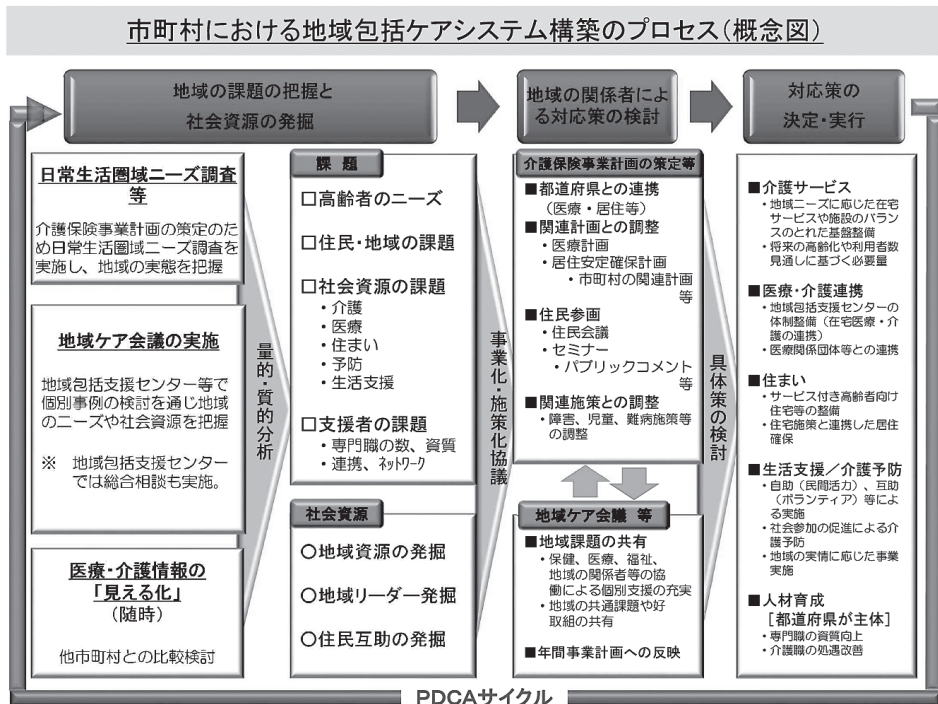
以上のように、御調町において地域包括ケアシステムの構築を先駆的に推進することができたのは、「国保直診」(市町村が国民健康保険を行う事業の1つとして設置した病院のこと)であった病院が、地域の絶対的な基幹病院としてその地域の医療提供体制を統御し、かつ町の保健福祉行政と直接的に連携・統合することができたことと無関係とはいえないだろう。しかし、やはり、地域医療に対する揺るぎない信念と地域づくりに関する明確な理念がそこにあったことが大きかったのは明らかである。

山口先生のお話のなかで、次のような言葉がとても印象に残っている。「そのときは『往診』ではなく、あえて『医療の出前』といたしました。診療報酬も付かなかつたし、病气や患者を診に行ったのではなく、退院した『人』を見に行ったのです。その後の様子や生活が気がかりだったので……。」「語弊を恐れずに言うと、私は、退院する患者さんを1つの『作品』だと思っています。だから、その人がしばらく在宅で療養したあとに、褥瘡や失禁があるような無残な姿で病院に戻ってくることは耐えられませんでした。自分の『作品』が台無しになってしまったようで……。これは、私が外科医だからかもしれませんね。」「とにかく最初から地域の住民に働きかけるようにしました。地域包括ケアの『地域』は、単なるエリアではなくコミュニティですよ。」山口先生が主張されるように、「医療は治療(キュア)だけではなくケアでもあるべき」であり、治療と同時に患者の「生活の質」(QOL)

を維持するためのケアを包括的に提供することが大切であり、かつ、住み慣れた在宅でそれを実現するためには、地域において住民相互の支えあい＝コミュニティを基盤にすることが必要になる。ここに、地域医療のあるべき姿に対する信念から生まれた地域包括ケアのエッセンスがあると思われる。

VII 地域包括ケアシステムの構築に向けて

とりあえず国および厚生労働省からは、地域包括ケアのコンセプトを明確にしたうえでそのシステム構築に向けた方向性と要点ならびにそれに必要な仕組みや事業が提示された。今後、その舞台は、その構築を主導すべき市町村とそれが実現される場である各地域の日常生活圏域へと移される。以下の概念図は、厚生労働省が、全国各地の市町村に対して示したその構築プロセスである。



そして、厚生労働省は、「地域包括ケアシステムも実現に向けた地町村への期待」として、「地域ケア会議」を重要なツールであるとしながら、以下のような6つの点を上げている。おそらく、これらが、市町村ならびにそれと協働する地域包括支援センターにとって当面の課題となるにちがいない。しかし、そうはいつでも、これらに対応し、これらをクリアしていくのはそれほど容易ではない。

①多職種協働による地域支援ネットワークの形成

- ◇医療・介護・福祉のみならず多様な人材や機関との連携強化
- ◇専門職の効果的な活用とチームアプローチの推進

② 予防的視点と公的サービスの中立公正な分配

◇介護保険法2条（居宅介護の優先）と4条（介護予防の努力義務）の遵守

◇早期発見・重度化予防と自助、互助、共助、公助の資源を効果的に活用

③ 地域診断に基づくニーズと供給体制の一体的把握

◇住民ニーズの量的・質的データ分析、地域住民との情報共有

◇介護保険事業計画と医療計画の関連づけによる施策展開

④ インフォーマルな社会資源の開発

◇住民主体の活動を支援する地区組織活動の強化

◇インフォーマルサービスを支える継続的な関わり

⑤ 地域包括支援センターの機能強化

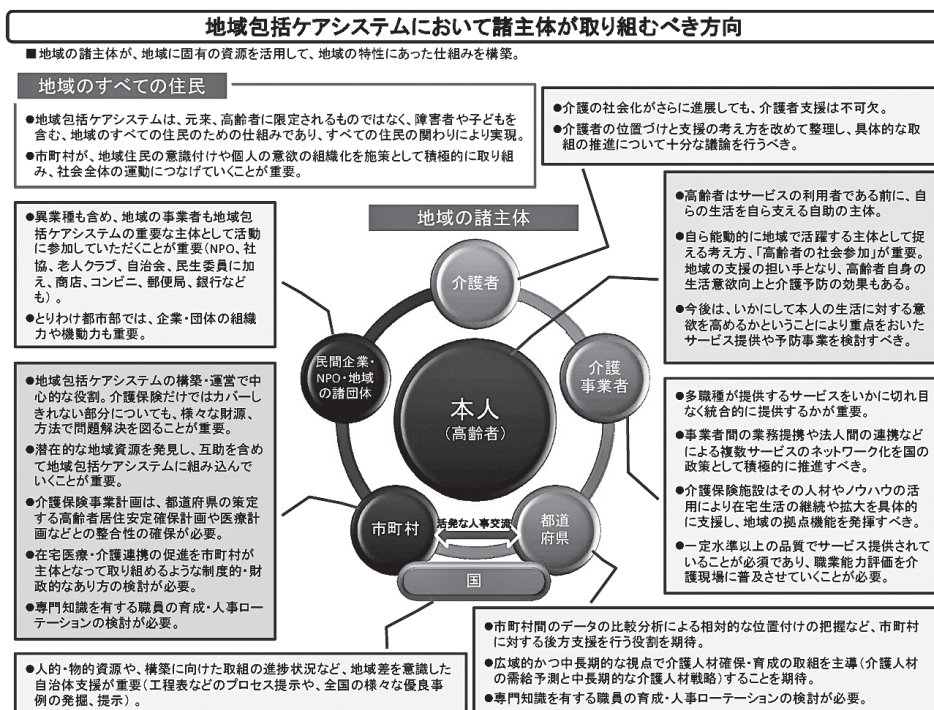
◇委託業務の丸投げではなく、保険者としての運営方針や目標を示すこと

◇事業のアウトカム評価と成果の共有、PDCA サイクル

⑥ 個別支援から地域ケア体制の構築に向けた視点

◇個をないがしろにしない、ただし個に埋没しない

◇個から地域へと俯瞰的な視点を持ち、好事例を点から面に展開



また、上の図にあるように、「地域包括ケアシステムにおいて諸主体が取り組むべき方向」というかたちで、国・都道府県・市町村だけではなく、介護事業者、民間企業・NPO・地域の諸団体および介護者と本人（高齢者）の果たすべき役割や使命が明示されている。介護者（主に家族）を明確に

位置づけ、しかも本人にまで踏み込んでいる点は注目に値する。そして、地域の諸主体のみならず「地域のすべての住民」が、地域に固有の資源を活用して、地域の特性にあった仕組みの構築に向けて動き出すよう求められている。まさに、地域社会に対して、そこに自分たちの地域包括ケアシステムをつくり上げるための社会運動を起こすという大きなミッションが与えられたのである。

では、地域社会および地域の人びとやコミュニティは、こうした大きなミッションに答えていくことができるのであろうか。それは、介護保障と地域医療の保障、そして社会保障から提示された大きな期待であるが、重い宿題でもあり、地域の社会やそれを担うコミュニティには、こうした地域包括ケアシステムの構築に向けた動きに対して多くの障害や大きな壁が横たわっている。しかも、地域の社会に対する視角やコミュニティの側からみると、以上のように提示された基本方向や実現に向けた構想の内容、その手法や具体的な施策について、議論の余地があると感じられる部分やほかにも途や可能性があると考えられる点がある。それにしても、この「地域包括ケアシステムの構築」は、地域の社会やコミュニティにとってこれまでにない壮大な社会実験である。地域社会が直面する人口減少・超高齢社会に備えて、しかも「福祉国家の限界から福祉社会の創造へ」という方向のなかでどのような社会やコミュニティをつくるのか？ 地域づくりの精神とコミュニティの質が改めて問われている。

参考文献

- 猪飼周平「地域包括ケアの社会理論への課題」、『社会政策』2(3), 21-38, 2011年
- 川越雅弘「我が国における地域包括ケアシステムの現状と課題」、『海外社会保障研究』No. 162, pp. 4-15, 2008年
- 小林甲一・市川勝「『高齢者保険福祉』から『地域包括ケア』への展開」, 名古屋学院大学論集社会科学篇, Vol. 50, No. 1, pp. 1-20, 2013年
- 小林甲一・市川勝「医療主導による地域包括ケアシステムの形成と展開—広島県尾道市におけるモデル構築を事例に—」, 名古屋学院大学論集社会科学篇, Vol. 51, No. 3, pp. 1-18, 2015年
- 高橋紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社, 2009年
- 地域包括ケア研究会『地域包括ケア研究会 報告書～今後の検討のための論点～』三菱UFJリサーチ&コンサルティング, 2009年3月
- 地域包括ケア研究会『地域包括ケア研究会 報告書』三菱UFJリサーチ&コンサルティング, 2010年3月
- 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』三菱UFJリサーチ&コンサルティング, 2013年3月
- 西村周三監修・国立社会保障・人口問題研究所『地域包括ケアシステム』慶応義塾大学出版会, 2013年
- 山口昇「実録 寝たきり老人ゼロ作戦 地域包括ケアシステムの構築をめざして—公立みつき総合病院45年の軌跡」, 2011年
- 厚生労働省「地域包括ケアシステム」
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/

