



WHAT & HOW DO YOU INTEGRATE CARE? **RE-DEFINING THE COMMUNITY CARE**

『地域か、それとも包括か?』 ケアの力を高めるための地域の興し方

Medical Studio ジェネラリスト・スクール

「コミュニティ・ヘルスケア・リーダーシップ学科」Day X 教材

地域か、それとも包括か？

ケアの力を高めるための地域の興し方

保健・医療・福祉をとりまく環境は激変を続けている。2015年度からは地域医療ビジョンの運用が順次始まり、2016年度の診療報酬改定^{*1}、そして、2018年度には、第7期医療計画のスタートと、診療報酬・介護報酬の同時改定^{*2}が予定されている。併せて、地域共生社会の実現に向けて各種取り組みのほか、地域医療連携推進法人制度が施行され、地域において法人をこえた戦略的提携や協業が起こることも予測され、どのようなケアを、誰に対して、誰とどのようにして提供するのか、発想の転換点が迫っている。

『包括』的に『地域』に提供する『ケア』とは何か。それを提供する専門職の役割や機能とは何か。いま“不足している”と考えられる資源を発掘し、なければ創り出すためには、どのような働きかけが必要なのか。地域住民の主体的な活動を促し、集め、広げていくためのコミュニティ開発の発想を学ぶ。

*1 2016年度の診療報酬改定は、2018年度の同時改定の先鞭として位置づけられている。

*2 2015年9月に衆参両院で可決・成立した医療法改正案の柱。地域の病院や診療所、介護施設などを一体的に経営できる新法人では、患者情報の一元的な管理や病床の融通、効率的なサービス提供を可能にすることが狙い。改正案は、2年以内の施行を予定。

CASE

あなたは、人口 80 万人の A 市にある B 区の地域包括支援センター*3 で主任介護支援専門員として働く女性看護師である。B 区の人口は 7 万人(高齢化率 27%)であり、地域包括支援センターが 2 つあって、あなたが勤務するのは第 1 地域包括支援センターである。センター職員は、あなたの他に保健師(所長)が 1 名、社会福祉士が 1 名、主任介護支援専門員があなたを含めて 3 名である。保健師は以前に B 区役所で、社会福祉士は隣の C 区(人口 15 万人、高齢化率 19%)の慢性期病院で長年勤務していたいずれも 40 代後半のベテランである。あなた以外の主任介護支援専門員は 2 名とも介護福祉士で、いずれも 30 代前半と若いスタッフである。センターでは、介護予防マネジメントの仕事に追われ、他の業務については手が回っていない状況である。第 1 地域包括支援センターは区(行政)の直轄であるが、B 区の第 2 地域包括支援センターのほうは区内にある D 社会福祉法人に委託されている。第 2 地域包括支援センターの職員は全員がもともと D 社会福祉法人で勤務していた。D 社会福祉法人の理事長はかなりのやり手で、A 市内に特養のほか、軽費老人ホームとグループホームを 1 つずつ、デイサービスと居宅介護支援事業所を複数力所などのほか、総合病院を 1 つ持っている。地域とのつながりも強く、3 年前に隣の C 区にある地元商店街と一緒に「がんサロン」を立ち上げ、それによって商店街がにぎわいを取り戻す効果があったなど、まちづくりの分野ではちょっとした話題になっている。

あなたはもともと B 区内にある病床数 199 床の JA 厚生連系の急性期総合病院に長らく勤務。新卒で入職したときからずっと呼吸器科病棟で勤務していた。末期がんの患者が、在宅の受け入れ先がなくて退院できず病棟で亡くなっていくのを多く見ていたこともあり、30 代になった頃から「地域包括ケア」に関心をもち、ケアマネジャーの資格も取得した。そのうちに、がんの患者さんやその家族の支援をすることを自分のライフワークにしたいという気持ちが強くなっていった。30 代半ばになって退院支援チームに配属されたが、地域につなぐことは思った以上に難しく、急性期総合病院で働くことの限界を感じていた。ご多分に漏れず、地域の受け皿が不十分にも関わらず、早期退院／在宅復帰へのプレッシャーは強い。また、地域連携室の医療ソーシャルワーカーは、社会的支援を丁寧にしすぎるとして、看護師と時折衝突することがあった。ケアマネ

*3 地域包括支援センター：根拠法は介護保険法。市町村が設置主体。地域住民の保健・福祉・医療の向上、高齢者の虐待防止、介護予防マネジメントを総合的に行う。職員として、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員(都道府県が行う約 10 日間の研修を修了したケアマネジャー)が必須である。

設置数は全国で 4,328 か所。市町村直営が 29.9%、委託が 70.3%、委託法人の構成割合は社会福祉法人 53.3%、社会福祉協議会 19%、医療法人 16%、その他 8%(平成 24 年老健事業「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業報告書」)。

につながらないまま退院してもらっているケースも多くみていた。そんな時、B区の地域包括支援センターで主任介護支援専門員を募集していることを知り、3年前に思い切って転職したのだった。

もともとB区は、A市が政令市になる前に平成の大合併で併合した町だった。農林漁業が盛んで、市街地、住宅地の外輪部の大部分が水田で占められており、とりわけ稲作が盛んである。「水の郷」にも認定されていることから、B区には、全国初の「水の駅」があったり、同区内に多く存在する米菓工場のひとつが、せんべい博物館をつくったり、と観光誘致の動きも診られる。区内には、医療・福祉系の4年制大学が1つあるが、若者の多くは、区外に転出していく傾向に歯止めはかからない。その他、生活・福祉系の地域課題は、他の地域と同じようなものを抱えている。また、それらへの対策は、行政、区社協、町会・自治会、民生・児童委員など、これまた従来からのプレイヤーによって支えられている点でも、他地域並である。B区には、JA厚生連の総合病院のほかは、168床のリハビリテーション病院が一つ、その他、100床前後の精神科病院が2つある程度である。中学校は7校、小学校は12校ある。第1は、海辺の市街地を、第2は、やや山間部の地域を主に管轄している。

あなたは、末期がんの方を含め、地域の方々がより良い在宅サービスを受けられるようになるために働きたいと思って入職したのだったが、実際にはそうではなかった。区役所から異動になった保健師はなるべく自分の仕事を増やしたくないというのが明らかで、決まったことをその通りにやるということをポリシーとしていた。B区にはもともと内科・呼吸器科クリニックによる在宅療養支援診療所(以後、在支診)がひとつしかなく、訪問診療を希望されてセンターに相談にくる方に対しては機械的にそのE診療所を紹介しているのだが、患者さんやそのご家族からは「親身になってくれない」「夜中に連絡をしても往診してくれず、すぐに救急車を呼ぶように言われる」など、あまり評判がよくなかった。隣のC区には複数の在支診があっても評判は良いようだが、B区役所とE診療所のつながりが強いこともあり、保健師はいつも「地域包括ケアなのだから、区内にいる先生が診るのが当然でしょう」と言ってC区の診療所を紹介することは許されなかった。

しかしながら、第2地域包括支援センターのほうではもともとのC区とのつながりもあり、訪問診療を希望する患者の多くをC区の在支診に紹介しているようだった。C区内には近年、大型のショッピングセンターがオープンし、それに伴って周囲に高層マンションが多く建てられ、

幹線道路が走っている利便性の良さもあって A 市以外からも高齢者が多く移住してきていた。第 2 の対象範囲の住民の中には、センターのすすめもあって C 区のがんサロンに参加している人もいるようだ。第 2 のやり方に対して第 1 の保健師は「あそこは地域包括ケアの意味をわかっていない。隣の区に住民を誘導するなんてありえない」と強い口調で批判しており、第 1 の社会福祉士や若いケアマネージャーは何も言えなくなっている。

第 1 の対象範囲では、もともと住民主体の動きがあった。高齢者自身でつくる「ひだまりサロン」である。センターから歩いていける距離にある古いビルの 1 階を、地域の高齢者たちがそれぞれお金を持ち寄って借り、高齢者が誰でも立ち寄れるサロンにしたのだった。この活動は、すでに 1990 年代から始まっており、途中で NPO 法人格を取得、今では会員数が 400 名を超え、サロンのほかにも各種の委託を受ける形で高齢者の住まいに関する相談支援や虐待防止、孤立防止の活動を行っている。ひだまりサロンの理事長はもともと市内の社会福祉法人で働いていた社会福祉士で、介護保険の制度が始まるずっと前から「これからは高齢者自身の共助によるまちづくりが必要だ」と言っていた。このサロンには、地元の社会福祉協議会職員や、近所の民生・児童委員も、時折顔を出しているようだ。

あなたは、保健師には黙って一度 C 区のがんサロンに参加してみた。サロンにはがん患者や家族だけではなくがんケアに関わる介護職員も参加して、かなりオープンな交流がなされていた。運営は D 社会福祉法人の職員が行っており、商店街の空き店舗を改装して、カフェのような雰囲気になっていた。B 区のみならず、A 市の他の地域からも参加者が多く来ているとのことだった。あなたが来ているのを見つけて、第 2 地域包括支援センターの保健師が話しかけてきた。

「たしか、第 1 の看護師さんでしたよね？以前は、病院にお勤めでしたよね。末期がんの患者さんの件で、一度病棟のほうにお邪魔したことがあります。退院調整を一生懸命やられていたので、印象に残っていました。」

あなたは、この保健師であれば正直に自分の想いを打ち合えてよいように思い、第 1 の状況を説明した。

「地域包括ケアの『地域』って、別に地理的な地域で制約する必要がないと思っています。隣の区だって、よい社会資源があれば、そこに紹

介してあげたほうがよいですよ？うちの理事長は、地理的な『地域』よりも『包括』と『ケア』が重要なんだといつも言っていて、医療法人でも社会福祉法人でも NPO 法人でも、良いサービスを提供できるところが、地理的には広がっても『包括的にケアする』ほうが大切なんだと言っています。わたしたちのセンターについても、やるべきことは地域包括支援センターにしかできない、総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援なんだと言って、介護予防マネジメントの業務については法人内の他の居宅介護支援事業所に回してくれているんです。」

あなたは、D 社会福祉法人の理事長の理念が、組織全体に文化として広がっていることに感銘を受けた。もともといた総合病院の組織文化とは大きく異なっていたし、第 1 の組織文化はむしろマイナスの意味で保健師のポリシーに支配されていたからだ。

第 2 の保健師は、しばらく黙っていたあなたにこう言った。

「このがんサロンの活動がうまくいったので、うちの法人では別の商店街の空き店舗を改装して、今度は『認知症カフェ』を新たにつくろう！なんて議論してるんですよ。一方で、法人内の看護師の一部は、空き家を利用して、いまこそ看護型小規模多機能を作ろう！とも言っているの。そんなうちに、認知症は『病気』か『障害』か、なんて、看護師 vs ヘルパーみたいなことにもなっちゃって、外から見ると面白いのよ、これが(笑)。本人たちは、結構深刻な対立だって言うけどね。」

続けて言った。

「このあいだも、高齢の男性が、高速道路逆走しちゃったじゃない？認知症サポーターも活動しないけど、受講者は増えてるし、やっぱり認知症って、いまやるべきテーマよね。どうかしら、あなた、第 2 に来て、認知症から入る地域包括ケアの活動やってみたくない？再来年度に新設される第 3 地域包括支援センターは受託しようと思っていて、そこで区域をこえた認知症ケアを進められないか、って思っているところなのよ。」

あなたは戸惑った。確かに、第 1 にいても、認知症は深刻なテーマだと感じている。全国各地で先進的な取り組みがあることは知っているが、A 市や B 区では、行政や医師会主導で何かが起こる気がしない。当然、B 区内に認知症疾患医療センターはなく、認知症サポート医は、

数人しかいない。初期集中支援チームを立ち上げる動きも、認知症ケアパスを独自に作る動きもまだ見えてこない。家族会の活動や、公民館などで活動する高齢者サロンを主宰する人たちが認知症を勉強している、なども聞いているが、なかなか接点を持てずにいたことも確かだし、まだまだ住民の意識が高くないことは、何となく実感している。

あなたがやりたいと思っている「地域包括ケア」が、いま目の前で現実できるようだ。ただ、第1の地域の職員や住民を置き去りにして、同じ区内の別法人になんて異動してもいいものだろうか。「地域包括ケア」とは一体何なのか。大事なものは、「地域」なのか、「包括」なのか、「ケア」なのか。誰がそれを決めるべきなのか。

自分は、一体どうするべきなのか。

DISCUSSION

1. B 区の「地域包括ケア」の現状を構造化してください。
2. グループごとに「地域包括ケア」を定義してください。
3. 「あなた」が第 2 に近々異動(D 社会福祉法人所属)して、認知症ケアの仕組みを構築しようとするなら、どのような戦略を考えますか？
4. 「あなた」が第 1 にいるままで、認知症ケアの仕組みを構築しようとするなら、どのような戦略を考えますか？