

# 地域包括ケア

## ● 地域包括ケアとは

団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年頃には、介護・医療費など社会保障費の急増が懸念されることから、2008 年「地域包括ケア研究会」（座長：田中 滋 慶応義塾大学大学院教授）が設立され、今後の医療・介護・福祉に関する政策の方向性について議論されてきた。

2008 年度の研究会報告書では、地域包括ケアシステムは、「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」と定義されている<sup>1)</sup>。ここでいう日常生活圏域は「おおむね 30 分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本としている。

2012 年度の研究会報告書では、システムの構成要素を「植木鉢の絵」（図 1 は 2015 年度に修正が加えられたもの<sup>2)</sup>）でわかりやすく提示するなど、システムの骨格となる概念整理を行っている。

2015 年度の研究会報告書では、2040 年を見据えつつ、2025 年までの地域包括ケアシステムの構築を進めるために、自治体に求められる役割である「地域マネジメント」の方向性を議論し、地域の実態把握と課題分析を通じて設定された地域の目標を達成するために、「自助・互助・共助・公助」に基づく「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」「介護予防・生活支援」「住まい」の各資源を発掘・整備し、組み合わせ、ニーズに対応していくことが重要であるとしている。



図 1 地域包括ケアシステムの「植木鉢」

## ● 地域包括ケアシステムがめざすもの<sup>2)</sup>

### 1. 利用者から見た一体的なケア

地域包括ケアシステムは地域の住民が心身の状態が悪化した場合でも、住み慣れた地域において生活を継続できる仕組みであることから、ニーズに応じた多様なサービスや支援が、仮に複数の事業者や専門職から提供されていても、一つのチームから提供されていると感じられることが重要である。そのためには、事業者間、専門職種間の連携が不可欠である。

## 2. 地域の特性にあった地域包括ケアシステム

高齢化の進展は地域によって大きく異なり、2040年に向けて地域が抱える課題も異なっている。過疎化の進む地域では地域生活のための基盤の維持が困難となり、地域の中心部への住み替えなどを検討しなければならない地域もある。こうした地域の実情に合わせて、画一的なシステムの構築をめざすのではなく、それぞれの地域の実情にあった地域包括ケアシステムが必要である。

## 3. 自助・互助の潜在力を活かす

地域生活を継続する際の基礎は、自らの生活を自ら支える「自助」である。介護保険法にも、要介護状態にならないように国民ひとり一人が介護予防に努める義務が明記されている。高知市の「いきいき百歳体操」など<sup>3)</sup>、各地域で住民による体操教室等が介護予防に成果を上げている。こうした取り組みは地域住民の交流の場にもなり、お互いに助け合う「互助」の地域づくりにつながっている。こうした「自助」や「互助」のベースの上に、介護保険制度という「共助」があることを地域住民に理解してもらうことが大切である。

## 4. 人生の最終段階におけるケアのあり方を模索する

自分の人生の最期をどこでどのように迎えるか、高齢者本人の意思に沿ったケアの提供を可能にする体制の構築が重要である。疾患による意識障害や認知症等のために自己決定が困難になった場合に、自分の意思を家族などに伝える「終活ノート」も普及しつつあるが、死生観に関わる価値観を押し付けるのではなく、時間をかけて考える機会を提供するとともに、人生の最終段階におけるケアの選択肢を豊かにしていくことも重要である。

## 5. 社会や政策の変更によって柔軟に進化する

2012年度の地域包括ケア研究会で初めて示された「植木鉢」の図は、2015年度の検討により、「保健・予防」の葉が「保健・福祉」という表現に、植木鉢の土は「生活支援・福祉サービス」から「介護予防・生活支援」に変わった。こうした修正の背景には、2015年度より、介護予防給付として提供されていた介護予防サービスが「介護予防・総合生活支援事業」へと再編されたことが挙げられる。自助や互助の取り組みを通して社会参加の機会が増え、日常生活の中で生活支援や介護予防の機能が発揮されることが期待されている。

## 多職種協働のポイント

### 1. 地域ケア会議による自立支援型マネジメント

介護保険サービスは要介護高齢者毎に作成されたケアプランに沿って提供される。このケアプランの作成においては、介護保険法第1条に明記された介護保険制度の理念である「高齢者の尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」ことが基本である。

実際のケアプランの作成においては、要介護高齢者の「困りごと」を介護保険サービスの提供により解決することをめざしがちである。歩行に不安があり、外出が困難な高齢者に代わってヘルパーが買い物をする支援を行うことで、高齢者の生活課題を解決したかに見えるが、こうした支援により高齢者はますます動かなくなり、生活機能が低下し、介護度も

徐々に重くなってしまふのである。

介護保険法の理念の実践には、高齢者の有する能力に応じ、自立した日常生活を具体的に描くとともに、その「めざす暮らし」を実現するために、どのような訓練（リハビリテーション）や支援が必要かを検討することが重要である。こうしたケアプランの作成はケアマネジャーひとりでは困難である。理学療法士

や作業療法士、訪問看護師、保健師、栄養士、歯科衛生士、薬剤師等の専門職種との連携が不可欠である。全国の市区町村では「地域ケア会議」において、多職種連携によるケアプランの作成に取り組んでいる。

多職種連携によるケアプランの作成において、それぞれの専門職の専門性が効果的に発揮されるためには、ICF（国際生活機能分類）の考え方（図2参照）に基づいて、対象者の「めざす暮らし」を描くことが重要である。

対象者の生活観や価値観を尊重し、現在の生活能力や生活環境を踏まえ、どんな「活動」や「参加」が可能なのかを考えることがポイントである。

## 2. 医療介護連携の推進

高齢者が脳血管疾患や骨折等、生活機能の低下につながる傷病のために入院した場合、退院後の生活に向けて、退院前カンファレンス等が開催され、入院中の主治医や看護師、理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカー等と退院後の療養に関わる診療所の医師、訪問看護師、ケアマネジャー等が参加して、患者に関する情報を共有し、退院後の支援のポイントやそれぞれの役割を確認している。

一方、急性肺炎（誤嚥性肺炎を含む）等の急性疾患で入院し、2～3週間で当該疾患が完治して退院する場合には、退院に際して介護関係者との情報共有もなく、いきなり退院ということも多い。その結果、入院中に低下した生活機能を回復させるためのリハビリテーションや肺炎の原因となっていた嚥下機能の低下に対する対応がとられることなく、介護状態の悪化や再入院に至る場合も少なくない。

こうした事態を避けるためには、高齢者（特に、要介護認定を受けている）が退院する際、退院前に地域のケアマネジャーや地域包括支援センターと必ず連絡を取り、入院中の生活機能の変化に応じたケアプランの見直しが確実にできる仕組みを構築することである。特に、医療機関の誰がいつ誰に連絡をするのかルールを作っておくことが必要である。

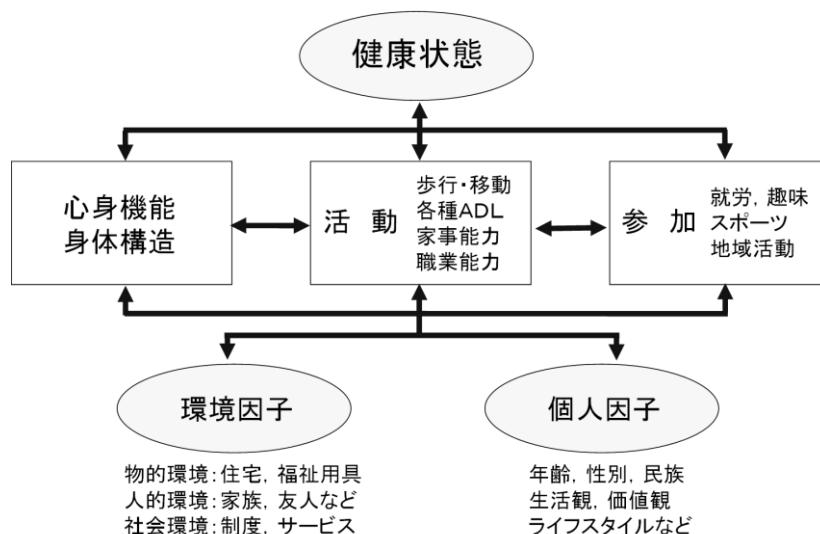


図2 ICF（国際生活機能分類）の概念図

### 3. 在宅医療連携の推進

安定した在宅療養の継続には、往診してくれる医師、訪問看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、ホームヘルパー、ケアプランの作成と管理を担当するケアマネジャー、さらには、急変時の入院を引き受ける後方病院のスタッフなど多職種の連携が必須である。

こうした多職種連携を可能にするには、在宅医療関係者が地域の課題を共有するとともにその解決のためのそれぞれの役割を確認する場が必要である。また、ケアマネジャーやホームヘルパーなど福祉系の職員にとっては、病名やその病状、検査方法や治療内容など医学的な知識の不足が連携を阻害することも少なくないことから、医学的な知識を補うための学習会の開催も重要である。

## 市民参画の重要性

### 1. 患者本人の参画

地域包括ケアシステムを表す「植木鉢」では、「本人の選択と本人・家族の心構え」がベースに位置付けられている。住み慣れた地域で最期までどのような暮らしをしたいのかを決めるのは患者本人であり、家族である。

上述したような在宅医療連携にかかる協議の場にも住民の代表が参画し、地域の課題を共有するとともに、住民自身が「めざす暮らし」を実現するために何ができるのかを議論することは、「自助」「互助」の潜在力を活かすことにもつながる。

### 2. 在宅療養のゴールは？

どのような在宅療養をしたいのか、患者自身が考えることが重要であるが、実際、それは容易なことではない。入院中の患者はその多くが「退院すること」をめざして一生懸命にリハビリテーションに取り組むが、退院をすると、つらい訓練にはもはや取り組まないという。「退院すること」が治療のゴールになってしまい、退院後の生活の「めざす姿」を具体的に描くことができていないからである。

患者にとって、退院して家庭や地域に帰って、何をしたいのか、「在宅療養のゴール」を明確にしておくことが必要である。入院を機に患者に自分の「めざす暮らし」を確認してもらうことも医療者の重要な役割の一つであろう。

#### 文献

- 1) 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整理－。平成20年度厚生労働省老人保健健康増進等事業，2009
- 2) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング：地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムと地域マネジメント」（地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業）。平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業，2016
- 3) 堀川俊一：介護予防を成功させよう！いきいき百歳体操の地域展開 いきいき百歳体操の発展－高知市から全国へ－。地域リハビリテーション第5巻第1号，pp.67-70，2010

(藤内修二)