

特集：在宅医療の新時代：連携から統合へ

Seminar

1. 郡市医師会(かかりつけ医)と市区町村
行政が二人三脚で推進する地域包括
ケアモデル
- 3) 規範的統合と地方自治(新潟市)
による新たな暮らしの支え方

斎藤 忠雄

Seminar

1. 郡市医師会(かかりつけ医)と市区町村行政が二人三脚で推進する地域包括ケアモデル

3) 規範的統合と地方自治(新潟市)による新たな暮らしの支え方

齋藤 忠雄

KEY WORD

- 地域包括ケア理念
- 規範的統合
- 地方自治
- 小規模多機能型居宅介護サービス
- 在宅医療・介護連携支援センター

SUMMARY

- 地域包括ケアの理念は「高齢者の尊厳の保持」と「自立生活の支援」にあり、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最終段階まで続けることができることである。それらを実現するためには地域での包括的で継続的な支援・サービス、いわゆる地域包括ケアシステムを整備しなければならないが、それには、「共通の認識の醸成」、すなわち「規範的統合」とそれを唱える「地方自治」が欠かせない。本稿では、地域医療再生基金による在宅医療連携モデル事業をきっかけに、医師会、病院、一般診療所そして行政が協働し、「地域性」、「人」、「制度」のバランスのもと、新たな地域包括ケアシステム構築に向けた新潟市の取り組みを紹介する。

はじめに

平成 37 年には団塊世代すべてが 75 歳となる超高齢社会、そして死亡者数年間 150 万人の多死社会を迎え、大都市部での医療・介護など高齢者の生活は一変する。一方、過疎地ではいかに対応すべきかの対策が既に講じられ、地域によって様々な取り組みが始まり、それらは全国一律の施策では通用しない。ここでは「地域性」、「人」、そして「制度」がバランスをとりながら展開している。本稿では、人口 81 万人の政令指定都市とはいえ、人口密集地と田園地帯の混在した新潟市での地域包括ケアシステム構築

を目指した行政、医師会および専門職による新たな取り組みを紹介する。

地域包括ケア(Community-based integrated care)の理念

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こと、と地域包括ケアの理念について初めて介護保険法に明文化された(介護保険法第 5 条第 3 項)。それらを実現するためには「住まい」、「生活支援」、「介護」、「介護予防」、そして「医療」が継続して包括的に提供されるシステム(地域包括ケアシステム)が必要となる。背景には、平成 37 年を迎えて 75 歳以上の後期高

■さいとう ただお(齋藤内科クリニック院長)

齡者が2,000万人を突破すること、65歳以上の単身世帯や老夫婦世帯数が増加すること、認知症を有するものが470万人台となることなどが挙げられる。

元来コミュニティ(Community)とは、同じ地域に居住し利害を共にし、政治・経済・風俗(お祭り・習慣)などにおいて深く結びついている人々の集まり(社会)、地域共同体を指すことから、地域包括ケアシステムとは新たな要素(医療と介護)を加えた昔ながらのコミュニティに似た「新たな暮らしの支え方」を示しているといえる。

地域包括ケアの現況と課題

地域包括ケアは「地域」、「病院」そして「専門職」の統合によりもたらされるが、そのシステムは地域内のバラバラになった様々な資源を連携・統合させる。そのためには、関係者の考え方や認識を共有することが第一で、いわゆる「規範的統合」¹⁾が最も重要であり、また難しい。現時点では、平成27年3月に急逝された長岡こぶし園総合施設長であった小山 剛氏が「特養の解体」という衝撃的な表現で地域包括ケアを実践したが、残念ながら医療と介護の連携には至らなかった。その理由は、医療において治療、ケア、療養の場の分断が起こり、それは多事業所共同無責任・無連携、すなわち「規範的統合の不在」と「地方自治の不在」にほかならない。地域性、人、そして制度を十分に活かすには、地方自治の首長らによる独自の地域包括ケアに向けた宣言があり、引き続き専門職間の連携・共同責任があって初めて実現する。

地域包括ケアを支える介護サービス

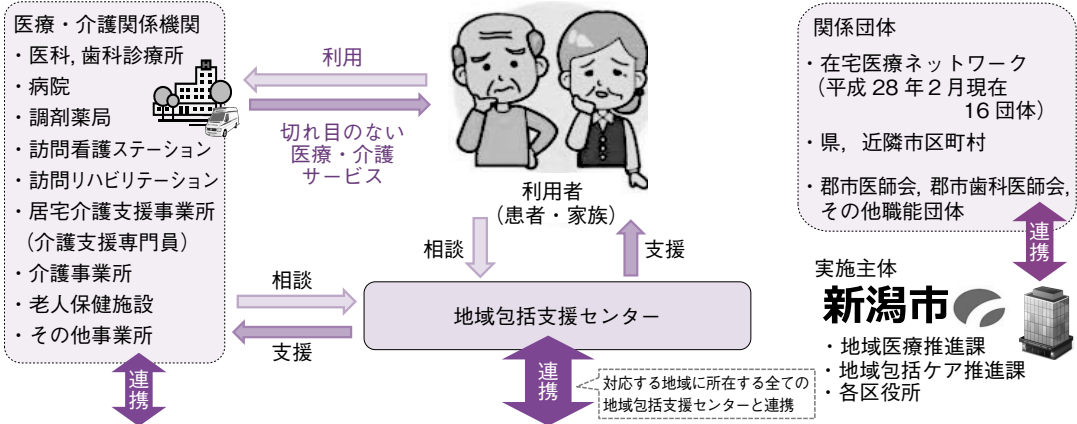
住み慣れた地域で24時間365日切れ目なく食事、生活支援そして介護が提供されることが基本となる。それらを実現するため平成18年、小規模多機能型居宅介護サービスが制度化された²⁾。特養がもつ優れた機能、すなわち「住まい」、「ケア」、「看護」、「配食」、「リハビリテー

ション」、「認知症ケア」機能などのうちから、特に「ケア」、「看護」そして「配食機能」を備えた「サポートセンター」を地域に創ろうとした小山 剛氏と元来「アンチ施設」の考え方をもち、宅老所という小規模で家庭的な普通の暮らしこそが認知症の人を支えることができるとした川原秀夫氏、さらに地域に一軒家を借り、そこで農作業などをするために特養から外へ出かけていく「逆デイサービス」を考案した宮島渡氏らにより小規模多機能型居宅介護サービスが誕生した。施設での介護は、その人の連続した生活を分断する。自らが築いてきた人生は、他者との関係の中で生きている、地域社会が1つの施設・病院であり、道路が廊下、自宅が居室であるという想い(小山 剛氏)の下に創られている。小規模多機能は施設ではなく、あくまでも事業所であり、住み慣れた地域の中にあることで(地域密着型サービス)生活の分断がない。同様な仕組み(制度)として、24時間定期巡回随時対応型介護看護サービスがあり、また、医療依存度の高い人たち、がん患者など、病院から在宅へのスムーズな移行のための看護小規模多機能型居宅介護サービスも、平成24年に整備された。

規範的統合と地方自治(新潟市)

医療と介護の連携を実現しつつある新潟市の取り組みを紹介する。国は、在宅医療の充実を目指し平成23年に10カ所、平成24年には全国105カ所の在宅医療連携拠点事業を展開した。その結果、在宅医療を志す医師への動機づけ、多職種間での顔の見える関係づくり、後方支援体制の確立、そして一般住民への在宅医療についての啓発などが重要であると指摘し、その後の地域医療再生基金を利用して在宅医療連携推進事業(平成25~27年度まで)を展開した。同時期に新潟市は、平成26~32年度までの医療計画を検討していたが、患者情報の伝達手段、医療・介護従事者の負担軽減をどのように図れるか、また、専門職や住民からの相談窓口が整っていないことなどを課題として検討していた

在宅医療・介護連携支援フロー図



在宅医療・介護連携ステーション（新潟市在宅医療・介護連携推進事業）

- ◆おおむね各区単位に設置
- ◆基幹型として新潟市医師会内に「在宅医療・介護連携センター」を設置

<職員>
 介護保険の知識を有する看護師・医療ソーシャルワーカー

<主な機能・役割>
 □地域の医療・介護関係者等からの在宅医療・介護サービスに関する相談を受け付ける（市民からの相談は原則、地域包括支援センターが対応）
 □地域包括支援センターや在宅医療ネットワーク等と連携し、医療と介護の『顔の見える関係づくり』をサポートする

<具体的な取り組み>
 □多職種の顔の見える関係づくり □各種研修・勉強会の開催 □市民啓発 □医療・介護関係者への相談支援、情報提供

～医療と介護の連携をサポート～

図1 新潟市在宅医療・介護連携支援センター構造

が、連携モデル事業に対し新潟市からは、斎藤内科クリニックおよび済生会第二病院より、それぞれ都市型（診療所型）と地方型（病院型）拠点整備について、新潟市医師会からは情報共有システム構築についての提案がなされ、それらを新潟市が取りまとめ三者共同提案として提出、採択された。

決定と同時に、市医師会を中心に在宅医療IT連携運営委員会と行政主導による在宅医療拠点整備運営委員会を立ち上げ、事業内容の立案・検討・実施評価を行ったが、三者が平成32年度までの医療計画策定に深く関わっていたことで運営の統合が速やかに行われた。

新潟市長は医療計画³⁾の中で、平成26年度を「地域包括ケアシステム構築元年」と位置づけ、「安心とともに育つ、暮らし快適都市～市民が安心して快適に暮らすことのできる新潟市を目指す」をスローガンとし、救急・精神医療、そ

して在宅医療を三本柱として整備すると明言した。さらに、行政内には新たに地域包括ケア推進課と地域医療推進課を設置し、在宅医療・介護連携体制づくりを図った。

斎藤内科クリニック内には都市型（診療所型）拠点として、社会福祉士の資格をもつ相談員、介護サービスに精通した看護師、そして介護支援専門員の資格をもつ介護福祉士の3人体制で在宅支援室を立ち上げた⁴⁾。主として、病院・施設からの紹介相談窓口、モデル事業に賛同する医科・歯科診療所をはじめとする多事業所との情報共有、顔の見える関係構築および研修のための「在宅医療・介護連携支援カンファレンス」開催などに関わった。

特記すべきは平成27年12月時点で市内8区において、医療・介護関係者らによる16団体の医療・介護ネットワークが立ち上がっていたことである。2カ所のモデル事業を契機に終了後

の平成 29 年度末までに、同ネットワークの協力を得ながら新たに連携拠点(日常生活圏域を基本に)を各区に整備する予定であったが、平成 26 年 6 月、地域医療介護総合確保推進法(総合確保法)が制定され、地域連携拠点として「在宅医療・介護連携支援センター」設置構想が示された。そこで市は、地域医療推進会議(救急・精神および在宅医療の三部会より構成)内の在宅医療部会を平成 27 年 7 月、在宅医療・介護連携推進協議会へと改変し、市医師会内に在宅医療・介護連携支援センター(基幹型、平成 27 年 11 月設置)、モデル事業 2 拠点を含めたサテライト型在宅医療・介護連携支援センター(在宅医療・介護連携ステーションと命名)を、平成 29 年度末までにおおよそ 11 カ所整備する検討に入った(図 1)。総合確保法・医療分で市医師会内に設置された在宅医療推進センター(平成 27 年 10 月)、および介護保険分で市より委託され設置された医師会内在宅医療・介護連携センター(基幹型)、そして今後各区に展開される在宅医療・介護連携ステーション(サテライト型)の三者を新潟市が調整しながら、在宅医療・介護連携を推進することとなる。

おわりに

超高齢社会、多死社会に備えるため、地域ごとの包括ケアシステム構築は待ったなしである

が、「地域性」、「人」、そして「制度」がともにもうまく絡まり合い、地域固有の形態が必要となる。そのためには、当事者である市区町村首长らによる「規範的統合」が最優先され、それをよりどころとして病院、専門職間の「連携」から具体的な「統合」、いわゆる組織的統合、運営的統合そして臨床的統合が展開される。医療資源の多少や医師の動機づけが課題とはなるが、現存する資源を工夫・利用することや、診療所から外へ出かけていく診療のみを在宅医療とする考え方にとらわれすぎないこと、医療はあくまでも安心の砦としての位置づけであることを認識すべきである。「本人・家族の心構え」のもと「住まい」や「生活支援」を整備すること、すなわち「新たなコミュニティ」を創ることが望まれ、地方自治の果たすべき役割は大きい。

文 献

- 1) 厚生労働省：平成 25 年度老人保健増進事業〈地域包括ケア研究会〉地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書、平成 26 年 3 月。
- 2) 厚生労働省：第 48 回社会保障審議会介護保険分科会、平成 25 年 9 月 18 日資料。
- 3) 新潟市保健衛生部保健所保健管理課：新潟市医療計画、平成 26 年 3 月。
- 4) 斎藤忠雄：新潟県在宅医療連携モデル事業での開業医側の参加要件と現況—都市型(診療所型)医療介護連携モデルからの提言。新医療 2015；42(3)：41-44。