

地域包括ケア推進に関する研究

—住み慣れた地域で暮らしていくために—

蒔田 寛子
大野 裕美

抄録

「地域包括ケア推進シンポジウム—住み慣れた地域で暮らしていくために—」をテーマに、一般市民、医療・福祉関係者、学生を対象にシンポジウムを開催したため、報告する。

地域包括ケアシステムの考え方は、日常生活圏域において、高齢者ができる限り生活を継続できるように連携する体制であり、自助、互助、共助、公助の機能が包括化された形である。一般市民参加のシステム作りという認識の変化が重要と考え、参加を期待したが、多くは保健医療福祉の専門職であった。しかし、自由記載からは、住民参加の地域包括ケアシステムについて理解が深まり、その必要性を確認している参加者も多かった。

地域包括ケアシステム推進のためには、多職種連携が必須であり、当地域の専門職もその必要性を強く感じているが、思うように進んでいないのが現状であった。まず、お互いを知り合い、多職種がコミュニケーションをとりやすい地域作りが喫緊の課題と考えた。

キーワード (Key Words)

地域包括ケア (Integrated Community Care System), 在宅ケア (Home Care)
多職種連携 (Interprofessional Work), 高齢者 (Elderly People)

I. 緒言

超高齢化社会の現状の下、健康長寿社会の実現に向けて、地域包括ケアの促進は日本の施策目標となっており、それぞれの地域での取り組みが始まっている。地域包括ケアの「包括」には、「丸ごと」という包括的な意味と、「持続する」という継続性も含んでいると言われており、継続可能な包括的ケア体制を地域の特性に合わせて構築していかなければならない。

地域包括ケアの前提として、社会関係資本が豊かな地域であることがあげられるが、日本では、特に都市部を中心に、地縁が乏しくなっていると言われており、豊かな社会関係資本を築き、地域包括ケアを促進するためには、価値観の変更が必要である。

今回、「地域包括ケア推進シンポジウム—住み慣れた地域で暮らしていくために—」をテーマに、大学近隣地域の一般市民、医療・福祉関係者、学生を対象にシンポジウムを開催した。東三河地域に唯一の看護系大学として、当地域の地域包括ケア推進に向け、できることを模索しながら、実施した内容を報告する。

II. シンポジウムの概要

1. 日時 2016年8月27日土曜日 14時から16時
2. 場所 豊橋創造大学 A21 教室
3. 対象 一般市民, 医療・福祉関係者, 学生
4. 内容

1) 第一部 シンポジウム

芳賀 勝 (芳賀クリニック 院長)

「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割—在宅での看取りについて—」

小椋 泰子 (豊橋市医師会訪問看護ステーション 管理者)

「訪問看護の現状と今後の課題」

杉浦 正康 (有限会社五つ星代表取締役 春風の丘有料老人ホーム
グループホームさっちゃんの家)

「あきらめないであなたらしい生活」

加藤 充洋 (東三河広域連合介護保険準備室 室長)

「地域包括ケアシステムの構築に向けて」

2) 第二部 パネルディスカッション

「地域包括ケアに向けて必要なこと」

III. 実施内容

1. 講演の内容

1) 「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割—在宅での看取りについて—」

かかりつけ医として在宅医療に積極的に携わっている芳賀医師からは、上記テーマで在宅医療の現状と、在宅医として実施していることを一部事例も示しながら説明いただいた。また「芳賀クリニック在宅療養要望書」の説明からは、対象者の要望をできるだけ汲み取り支援できるようにと尽力している様子が伝わり、クリニックに医師一人での支援でありながら2015年には在宅死15件看取り、病院死16件も臨死期までは在宅で過ごしていることを考えると、多くの対象者の看取りに関わっていることがわかる。

看取りに必要なことは、緩和医療、本人と家族の意思決定支援、人生の最終段階まで継続される生活支援、家族へのケア、スピリチュアリティへの配慮である。そして、生活支援では多職種連携によるチームの意思統一が重要であると述べられた。

またがん患者では緩和ケアの難しさがあり、非がん患者では、本人・家族、医療・介護従事者ともに死に向き合えないこと、医療保険制度ががん患者と比較し、冷遇されていること

などが説明された。

2) 「訪問看護の現状と今後の課題」

訪問看護師としてどのような支援を行っているのか、多職種とどのように連携をとっているのか、また今後の課題について説明して頂いた。

訪問看護師が実施できるケア、さらに所属の訪問看護ステーションで実施している医療的ケアの対象者数、対象者の主な疾患名について説明があったが、人工呼吸器装着者が12名(7.0%)と多く、12名のうちの8名が小児であった。また疾患名では脳血管障害等と先天性疾患・自己免疫疾患・難病が32名(20.8%)と最も多く、脳血管障害は多いことが予想できるが、難病等が多いことが特徴であった。

訪問看護師の役割については、事例も交えて説明されたが、意思決定支援をその一つ目に持ってきており、将来もし自身に意思決定能力がなくなっても、語ったことや書き残したのから意思を尊重し、家族や医療スタッフが最善のケアをしてくれると思えるような支援が必要であると説明された。人工呼吸器の装着、胃瘻・補液実施の有無などの決定、どこで最期を迎えるかなど、重要な意思決定場面があるが、医師と連携をとりながらその支援をしていた。

訪問看護の課題としては、訪問看護サービスの認知度が低いことや、福祉サービスと比較して高額のため利用が伸びないことなどがあり、また多職種連携の課題として、多職種の専門性や役割の理解がお互いに十分ではないこと、カンファレンスの時間がとりにくいことなどがあげられた。

3) 「あきらめないであなたらしい生活」

看護師として病院勤務もしていたが、病院では、その人らしく最期は迎えられないと思い、グループホームを開設したとのことであった。誰一人自分から入所してこないのだが、住んでみたら自宅での生活は考えられないと話し、家族と離れて暮らすことで心は落ち着き、家族との気持ちは近づくと感じられるとのことであった。掃除、洗濯、買い物などの日常生活は入所者が自分で行うことが前提であるため、その中で高齢者は自分の役割をみだし、生き生きと共同生活している様子がうかがえた。役割を持って生活することの大切さを改めて考えることができた内容であった。

また、医療と看取り可能な有料老人ホームを作りたいと思い、春風の丘を開設したとのことであった。目の行き届くようにと15部屋しかなく、医師と毎日連携し看取りまでお世話をしていた。

今後の課題としては、独居生活者が増加している中、看取ってくれる人が誰もいない人も増加していることである。多職種連携の強化など支援のあり方を検討する必要がある。

4) 「地域包括ケアシステムの構築に向けて」

豊橋市の人口は今後減少の一途をたどり2060年には287,000人と推計されているが、高齢者人口は増加し2040年には160,000人と推計されており、高齢者人口の割合が高くなる。そ

の中でも2022年に後期高齢者が前期高齢者数を上回る予測であり、支援の必要な高齢者が増えるということであり、介護保険の認定者数の推計でも認定者数は増加する。また現在、88歳では50%の高齢者が要介護認定者となっており、88歳が一つの目安と考えられた。

地域包括ケアシステム構築は、二つの視点から政策形成を行う。一つ目は「体制作り」であり、多様なニーズをもつ高齢者が、IT社会に対応した情報提供に基づき、自らの意思で地域の様々な社会資源を活用する社会作りが必要である。また医療・介護が必要な状態になった場合に、24時間365日、多職種の専門家による適切な支援が受けられるような体制作りも必要となる。

二つ目は、高齢者の状態に応じた適切なサービスが提供できるよう「高齢者像」を把握することである。

2. 第二部 パネルディスカッション

「地域包括ケアに向けて必要なこと」

第二部のパネルディスカッションでは、第一部の現状と課題を受けてそれぞれの立場での、課題を打破する具体的な方策について、発言頂いた。芳賀医師は、在宅療養では様々な状況があり、症状は常に変化するが、それに対する支援の方法は多くあるため根拠をふまえて方法を工夫し支援することが必要と説明された。小椋訪問看護師は、多職種連携が必要であり、他職種を理解し連携することがいかに重要であるかを話された。杉浦さんは、人間生きていく上で役割を持ち続けることが大切であり、高齢者の入所施設でも高齢者のQOL維持向上を目指した支援が期待されていると述べ、そのためにも往診してくれる医師が少ないので、往診医が増えることが必要と話された。加藤さんは、独居療養者の生活支援と、がんターミナル期にある人の在宅療養支援が重要であると述べ、そのためにも多職種連携が円滑に行われることが必要であると説明された。

会場の質疑応答も含め、全体でディスカッションすることができた。

3. 倫理的配慮

参加者へのアンケート依頼について、アンケートへの協力は参加者の自由意志であり、協力が得られなくてもなんら不利益はないこと、アンケートの結果は論文、学会発表等で公表する予定であるが、個人は特定されないことを説明し、協力を求めた。

4. 参加者の状況

1) 立場

患者1名、患者の家族6名、医療福祉の専門職71名、その他9名、未回答3名（複数回答あり）。

2) 性別

男性21名、女性52名、未回答15名。

3) 年齢

20歳代8名, 30歳代17名, 40歳代20名, 50歳代24名, 60歳代12名, 70歳代3名, 80歳以上2名, 未回答2名.

IV. 結果

本シンポジウムに対するアンケート結果を表1に示した. また自由記載については, 代表的なものを表2に示した.

シンポジウム, パネルディスカッション, また全体を通して, 概ね良かったという評価であった. また会場についても同様であり, 本シンポジウム全体として良い評価であった.

自由記載でも様々な意見があった. 今回のシンポジウムに参加して, 地域包括ケアの全容が初めて理解できた, 地域包括ケアは全ての市民が参加しての町づくりであるという住民への意識付けの必要性, ボランティアの活用を促進する必要性, 等の意見が多くあった. また課題として, 会場参加者の意見をもっと多く取り上げる時間が必要であったこと, パネルディスカッションのテーマが大きすぎたと感じた, 地域包括ケアの推進に向けてもっと具体的な方策を教えて欲しかった等の意見もあった.

表1 本シンポジウムに対する参加者の評価

	とてもよい	よい	まあまあ	よくない	非常に よくない	未回答	合計人数 (%)
シンポジウム	33 (37.5%)	40 (45.5%)	12 (13.6%)	0	0	3 (3.4%)	88 (100%)
パネルディスカッション	19 (21.6%)	38 (43.2%)	20 (22.7%)	2 (2.3%)	0	9 (10.2%)	88 (100%)
全体	21 (23.9%)	54 (61.4%)	12 (13.6%)	0	0	1 (1.1%)	88 (100%)
会場	22 (25.0%)	42 (47.7%)	21 (23.9%)	2 (2.3%)	0	1 (1.1%)	88 (100%)

表2 自由記載 (一部抜粋)

1	包括ケアの全容がはじめて理解できた機会であった.
2	地域包括ケア=全ての市民が参加すべき町作り, という言葉が心に残りました. 小・中学生等も巻きこんで, 何かできないかなと思います. また, 自分や親のエンディングノートなど, 考えたり, 話をしたりしてみたいと思います.
3	住民が自分事としてまだまだ意識付けられていない様に感じる.
4	もっと一般の方もこのような会に参加してほしいと思った.
5	行政の方がはっきり話されていたので, 私も何かできることがないかと思いました.
6	まだまだ先が見えず, 住民主体といえどももう少し行政が方向性を示す必要があると思います.
7	豊橋市民の特性として, 家族への第三者の介入をいやがる風土がある. この風土を変えたい.
8	ボランティアを自由にできる場作りをしてもらいたい.

9	住民のマンパワーが必要であるが、現在の社会では周囲への無関心が多く、多くの場面で見られます。住民の意識改革がなされないと成り立たないと思います。どこの施設を見てもスタッフ不足で手が足りていない現状、そこに自分たちの担う役割についても考える余力がないことへの対策も必要と思う。ボランティアのポイント制度、学生も対象であってほしいですね。
10	ボランティア育成をしている筈なのに、行政が使いきれていない。ボランティア養成講座でかなりの人が毎年資格を持っている筈。私自身資格を持っているけど依頼がない・・・、どうしてか。
11	行政に対して、意見をもっと聞いていただける環境を作らなければいけないと思います。行政主導だけでは間違った方向へ行く可能性を危惧しています。
12	地域の方(専門職以外)にまず「知ってもらう」ことが大切だと思います。家族の死や介護など、触れる機会が無ければ、地域包括ケアの重要性は理解されにくいと感じます。小学生や中学生など、若い時からの教育も必要だと考えます。自分が中学のころは、授業の中で先生が「君らが大人になるころは、老人が増えて大変だぞ」と笑って話をされただけでした。正直、笑いごとではない話ですので、これからは若い世代への教育の必要性を感じます。私自身、もっと早くから現状を知っておきたかったと思っています。
13	私は医療職ですので、連携の拡充が地域包括ケアとなんとなく思っていました。今日、加藤さんの話を聞いて、自分の中で広がったような感じがしました。一看護師ではありますが、一市民としても考えていく必要があると思いました。ありがとうございます。地域包括の目指すところについて考えてみます。
14	今回の講演者の方の内2名の方が多職種との連携の困難さを挙げておりました。それぞれがその様に思いながら疎通ができないのは残念です。私自身ケアマネジャーで、橋渡しをする役割も担っていますので、情報をもっと引き出せることができればと思います。例えば芳賀先生が家族や本人に確認する用紙がありましたが、関係機関に情報提供できたらと思いました。共有することで同じ方向性で対応できると思います。又、ボランティアの養成は市民への意識の植付けとしては最適と考えます。
15	自分のやりたいことへのアイデアをたくさんいただきました。ありがとうございます。多職種連携に、カウンセラー、キャリアコンサルタント、社労士、税理士、司法書士なども活躍する場がたくさんありそうで、その点も考えられるような場があればと思います。
16	豊橋で活躍されている、芳賀先生、医師会訪看の小椋さん、GHや有料老人ホーム開所されている杉浦さん、市役所に加藤さん達の実践に則したそれぞれの専門的な話が参考になりました。今後も連携ということでこのような会を期待しています。
17	立場の違う方々のお話を聞くことができ良かったです。なかなか混じ合わない部分もあると思いますが、今後の超々高齢社会を考えるともう時間がないと思います。介護保険導入時に地域包括ケアが考えられていたらと感じました。
18	今回のシンポジウムではあまり触れられませんでした。私は今少なくなっている近所の付き合いというのが地域包括ケア推進においてかぎになるのではと思って聞いておりました。
19	地域包括支援センターに勤めているが、ボランティアの活用、医療との連携、認知症ケアなど全く進んでいないのが現状である。地域包括ケアについては行政や地域包括支援センター、自治会などが連携を図り、PRしていくことも大切だと感じた。
20	参加している人の意見が聞きたかった。豊橋市としての視点ですが、全国各地で様々な地域包括ケア事業がおこなわれていることの勉強会をかねそなえたシンポジウムにするとさらによくなると感じました。他地域の講演と地元の講演を併用することがよくのではないのでしょうか。
21	行政の理想と現状のギャップを感じました。どう実現してゆくのか、今後の課題と思います。
22	「地域包括ケアの推進に向けて必要なこと」をもう少し具体的に教えていただけたらよかったです。
23	ディスカッションに対しては、もう少しテーマをしばり、大きすぎたため、議論につながってなく、それぞれの立場の意見のみになっていた感じがする。テーマをもう少し同じもので、話し合いをしてほしかった。

V. 考察

1. 市民参加の町づくりを目指して

2012年4月1日に施行された「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」により、法律上も地域包括ケアシステムが位置づけられ、わが国では地域包括ケアシステム構築に向けて様々な取り組みが行われている。「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」によると、地域包括ケアシステムとは、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住みなれた地域でその有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」と規定されている。

つまり、地域包括ケアシステムの考え方は、日常生活圏域において、高齢者ができる限り生活を継続できるように、セルフケア、インフォーマルケア、フォーマルケアが一体となって、連携する体制であり、自助、互助、共助、公助の機能が包括化された形である。

地域の実情に応じて、今まであまりクローズアップされていなかった互助の機能も最大限効果的に利用するという考え方である。支援の考え方が大きく変化したことから、一般市民参加のシステム作りという認識の変化が重要と考え、参加を期待していたのだが、参加者の多くは保健医療福祉の専門職であり、一般市民は、学生も含め17名と少なかった。

自由記載では、「豊橋市民の特性として、家族への第3者の介入をいやがる風土がある。この風土を変えたい」との意見があり、豊橋市の地域性がうかがえた。しかし、「地域包括ケア＝全ての市民が参加すべき町作り、という言葉が心に残りました」「住民が自分事としてまだまだ意識付けられていない様に感じる」「もっと一般の方もこのような会に参加してほしいと思った」「今少なくなっている近所の付き合いというのが地域包括ケア推進においてかぎになるのではと思って聞いておりました。」など推進に向けて期待を寄せる意見もあった。総体的に本シンポジウムに参加したことで、住民参加の地域包括ケアシステムについて理解が深まり、その必要性を確認している参加者が多かった。地域包括ケアシステム構築のためには、住民参加は必須であるが、近代化とともに地縁が薄れて久しいわが国にとって、住民の考え方と行動の変更は簡単にできることではない。今回一般市民の参加は少なかったものの、参加者にとっては、高齢者支援は一部の専門職が実施するだけのものではなく、住民参加の地域包括ケアシステム、つまり住民の助け合いが必要であるという考え方の変化への一助となったと思われた。一般市民に向けた地道な取り組みの継続が必要と考える。

2. 地域包括ケアにおける多職種連携

参加者の多くは保健医療福祉の専門職であった。それだけ保健医療福祉の専門職のこのテーマへの関心が高かったことがうかがえる。そしてシンポジストも強調し発言していたことが、多職種連携の必要性であった。多職種連携が上手くいくことにより、単独の職種では難しい対象の全体像の把握ができること（副田，1997；蒔田，2013）、資源の有効活用、専門

職の能力向上とより良い支援環境作り (Andrews, A, 1990) がある。しかし、個人情報への漏れや、多職種の意見調整に時間がかかるなどの仕事効率の低下 (副田, 1997: 松井, 2010) 等の指摘もあり、多様な事象の中、保健医療福祉領域で求められる高い倫理観を持った支援でなければならない。

自由記載からも、「今回の講演者の方の内2名の方が多職種との連携の困難さを挙げておりました。それぞれがその様に思いながら疎通ができないのは残念です」「豊橋で活躍されている、…実践に則したそれぞれの専門的な話が参考になりました。今後も連携ということでこのような会を期待しています」等、多職種連携が必要との意見が多かった。必要ではあるが、なかなか進まない理由に、訪問看護師が発言していた、多職種の専門性や役割の理解がお互いに十分ではないこと、カンファレンスの時間がとりにくいことなどがあげられる。医療の専門職にはそれぞれの文化があり、それは専門的知識と職業的理念から構成され、多職種チームは異文化葛藤のつぼとなる危険性を秘めているため、何気ないやり取りや臨床判断の中で、お互いに違和感を抱きあうことは避けられない (宮本, 2006) と文献にもあるように、専門職は学問的背景が異なるため、支援をする際の価値観も異なり、連携の中では葛藤が生じやすいと考えられる。医療の専門職間であっても学問的背景から、お互いに違和感を抱きやすいのだが、地域包括ケアシステムでは、医療職、福祉職、一般市民など様々な立場の関係者の連携であり、さらに背景が様々である。円滑な連携を進めるためには、お互いをわかりあう努力がより必要であろう。

地域包括ケア推進プロジェクトとして有名な「柏プロジェクト」によると、多職種連携研修を計画的に実施したところ、「在宅医療を実践したい気持ち」が研修後には有意に向上しており、研修を受講した多職種の開業医との連携活動に変化があり、開業医を理解する機会になっていたことが明らかになっている (吉江, 2014)。また「顔の見える関係者会議」に参加したことにより、「連携する機会が増えた」「多職種との連携がとりやすくなった」「在宅支援に対する視野が広がった」などの回答が多く、着実な成果を生んでいたということであり (後藤, 2014)、多職種間でお互いを理解しあう場を作ることが非常に有効であると考えられる。

地域包括ケアシステムを推進するためには、多職種連携が必須であり、当地域の専門職もその必要性を強く感じてはいるが、思うように進んでいないのが現状であろう。まず、そのような場作りを進め、お互いを知り合い、多職種がコミュニケーションをとりやすい地域作りが喫緊の課題と考える。

3. 今後の課題

本シンポジウムには、保健医療福祉の専門職の参加が多く、自由記載にも今回のような研修会の継続実施の希望、さらに具体的な研修内容の希望など、学修する機会を望む声が大きかった。今後はアンケート結果の意見をもとに、さらに地域包括ケアシステムを推進することに役立つようなアウトリーチも含めた研修会を開催したいと考えている。そして、一般市民の支援に対する意識改革も重要である。そのためにもシンポジウム開催のPRの方法等を

工夫する必要がある、一般市民の関心を引くようなテーマの設定と、効果的なPRを実施していきたいと考えている。

謝辞

今回シンポジストを快く引き受けて下さいましたシンポジストの皆様にご心より感謝申し上げます。なお、本シンポジウムは平成28年度豊橋市大学連携調査研究費補助金事業の研究助成金を得て実施しました。

引用文献

- Andrews, A (1990) : Interdisciplinary and Interorganizational Collaboration, In L. Ginsberg, et al, Encyclopedia of Social Work, Silver Spring, NASW Press: 175-188, 1990.
- 稲葉陽二 (2011) : 第7章 社会関係資本を壊す—経済格差をめぐる理論とその現状—, ソーシャルキャピタル入門—孤立から絆へ—, 中公新書, 129-159.
- 副田あけみ (1997) : 在宅介護支援センターのケアマネジメント, 23-38, 中央法規出版.
- 後藤純 (2014) : 第5章第2節 多職種連携の土台作り—2つの取り組み 顔の見える関係会議—, 東京大学高齢社会総合研究機構編 : 地域包括ケアのすすめ—在宅医療推進のための多職種連携の試み—, 東京大学出版会, 91-110.
- 蒔田寛子 (2013) : 独居高齢者の療養生活継続支援における支援者連携—訪問看護師の役割りに焦点をあてて—, 豊橋創造大学紀要, 第17号, 9-22.
- 松井由美子, 真柄彰, 遠藤和男, 他 (2010) : 実習施設における Interprofessional Work の現状と課題, 保健医療福祉連携, 3 (1), 2-9.
- 宮本真巳 (2006) : 医療観察法と多職種連携, 臨床精神医学, 35 (3), 277-285.
- 吉江悟 (2014) : 第5章第2節 多職種連携の土台作り—2つの取り組み 多職種連携研修—, 東京大学高齢社会総合研究機構編 : 地域包括ケアのすすめ—在宅医療推進のための多職種連携の試み—, 東京大学出版会, 73-91.