

今月の視点

地域包括ケアシステム ～冷蔵庫の残り物ご飯ではない～

理事 前川 恭子

地域包括ケアの仕組み作りは、地域により異なる。市町の中心部と中山間地域では医療・介護資源の量も種類も異なるからであり、また、その資源を構成するキャラクターにより連携のさまも変わる。異なる素材を持つ地域の実情に合わせ、連携の仕組みを構築すれば良い。

私の働くむつみ地域は、萩市で最も高齢化率が高い。山陽側と比較すればもちろんのこと、萩市

中心部よりも介護や医療のリソースは少ない。人も少なくお金もないので、施設が新たに増えることはない。介護や医療を必要とする住民が、むつみでの生活を可能な限り長く続けるため、今地域に存在するリソースを可能な限りうまく利用し対応している。それがむつみの地域包括ケアであり、介護と医療と他の資源の連携である。そして、リソースが少ないほうが実はつなげやすい。冷蔵庫の中の食材の種類が少なくても、良い素材で、調



図 1 萩市むつみ地域の連携（萩市福祉部医療介護連携推進室 石川氏が作成し提供されたものを改編）

理人にその食材がわかっているならば、充分おいしい料理ができるようなものだと思う。

図 1 に具体的な連携をお示しする。

中山間地域や離島では、医科・歯科・介護・福祉が各 1 施設又はそれ以下しかない。だからこそ、各機関が 1 対 1 で対応できる。それぞれの敷居を低くすればつながることができる。

医療が敷居を低くすれば、豊かな情報が入ってくる。ケアマネージャーやヘルパー、生活相談員から入る情報は、利用者や地域内の施設に関するものだけではない。圏域外のこの施設は何が得意か不得意か、隣の自治体は介護認定をどのように行っているか、管理者が変わり施設のマネジメントがどう変わってきたか。目の前の患者さんを、次にどこにつなげれば良いかの根拠となる情報が積み重なってくる。

逆に、このようにリソースの少ない地域では、どこか一つの施設でも敷居が高くなると、そこが律速段階となり、続くべき反応が進まず連携が頓挫する。

むつみの 1 対 1 対応が、市町の中心部では、複数医療機関対複数介護施設となる。情報は多方面から入り多方面に流れ、その動きは複雑だ。一度に流れる情報量が多く、処理しきれないこともある。が、患者さんに対応できる選択肢が多いというメリットがある。どこか一箇所が律速段階となっても、その周辺の工夫で迂回路を作ることができる。

冷蔵庫に食材が多くあればアレンジがきく。冷蔵庫の中に何が存在するかを知っているならば、わざわざ買出しに行かなくてよい。冷蔵庫に何がどれだけあるか知っているのは、地域の医療介護資源を知っていることだ。

機動性のある医療・介護連

携支援には、地域のリソースを洗い出し、その情報を集め、つなげ、リソースの質や量に変化した時に対応できる力が必要となる。実際につなげて初めて得られる皮膚感覚の情報には、ケアマネージャーの懐の深さ、介護施設のカラー、訪問看護の経験値、そして医療機関の敷居の低さ、高さがある。

既に連携している機関・施設はどの地域であっても、今までの経験から得た情報を、自分たちのネットワークに落とし込んでいるはずだ。求められながらもまだつながらぬ機関が、敷居を低くし、ネットワークに飛び込みんでくれること、そして活用し得る情報を、連携を支援する組織が供給できること。それがこれからの医療・介護連携に必要なことだと考える。

地域包括支援センターが開催する地域ケア会議には、困難事例や自立阻害事例などを扱う個別レベルの会議、生活圏域の課題を抽出する日常生活圏域レベルの会議、そして市町レベルの会議がある。(図 2)

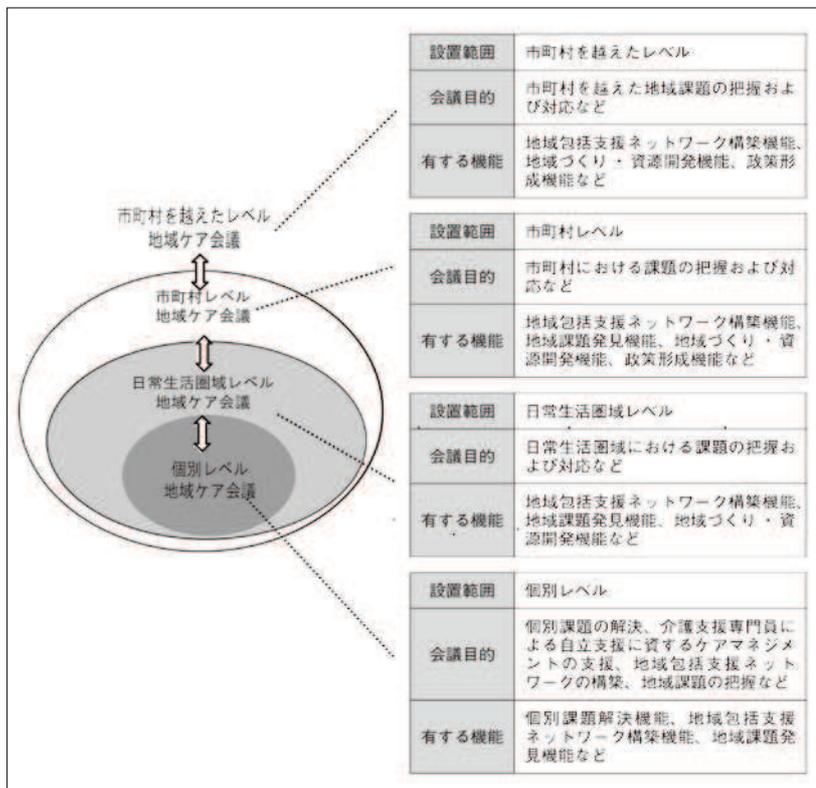


図 2 地域ケア会議構成例

(長寿社会開発センター地域ケア会議運営マニュアルより改編)

むつみで開催される地域ケア会議は個別レベル相当だが、地域の介護・医療に関係する機関のほとんどが参加する。素材の少ない地域ゆえ、十数名の会議である。困難事例やサービス導入を要する事例だけでなく、それぞれの職種が現場で得た小さな気づきを数多く、その場に出す。その小さな気づきから、先手を打ったり、何もせず見守ることを選んだり、動く動かないにかかわらず次の行動につなげている。日々のケアにフィードバックをかけ、診療にも大いに利用する。大切な大切な情報共有の場である。

困難事例ばかりでは気が滅入る。うまくつながられた小さな成功例の共有が、自分たちをエンパワーする。全国の多くの中山間地域や離島の地域ケア会議は、旧町村域レベルで同様に行われている。

複数医療機関対複数介護・福祉施設のある市町の中心部で、全く同じような地域ケア会議を行うことは難しい。小さな気づきに関する出席者は相当な人数となり得る。議題数も増える。広い地域であれば事例を絞り、その事例に関係する者が集まる方が明らかに機能的である。

地域資源の多少でつながり方は変わる。医療・介護連携相談支援のニーズと地域ケア会議の様相だけでもこれだけ異なる。ここに住民の意識の醸成に伴う住民主体の活動が加わり、地域資源は一層多様化する。

冷蔵庫の食材の量と種類と調理人と食べる人との組み合わせが、地域により異なる。同じ県内

でも単一の地域包括ケアシステムでは対応できない。例えばマニュアル的なものが存在したとしても、それに振り回されることなく、地域地域でできることを組み合わせていけばよい。そしてそのノウハウは、地域の高齢者だけではなく、障害者や小児への連携に応用できる。

連携が必要なのは、地域だけではない。

国の省内でも連携いただき、労働基準局が指摘する病院の過重労働の対価又は必要換算人員を、医政局や保険局と共有の上、政策や診療報酬に反映すればよい。

また、限りあるリソースである医療者のワークライフバランスを考えるのであれば、日常業務で多忙な医師に、これ以上「すべきこと」を増やしたくない。県や市町では部・課内外で連携いただき、上から下りてくる事業に関連する似た内容の会議を集約することもできる。地域ケア会議の召集も、参加者の時間の負担が少ない方法をいろいろ試せばよい。

能力を超えて無駄に使いまわされる食材にも、野菜庫で食べられずに変化する食材にも私はなりたくない。連携に関係する人たちにも、そうなって欲しくない。上手く調理をしたい。そして、調理も上手くされたい。

