

ワークショップ

第4回「都市部における「地域包括ケアシステム」を考える」

【報告 ※2014年7月27日(日)14~18時 於:名古屋大学医学部鶴友会館】

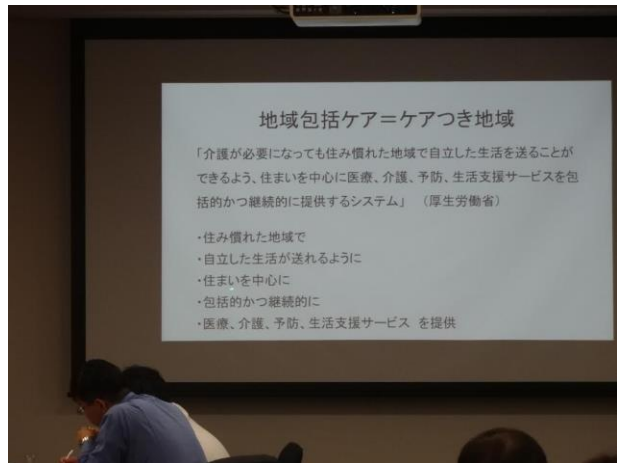
◆趣旨説明(伴信太郎理事長)

前3回で都市部における「地域包括ケア」について議論を重ねてきたが、いろいろな形があるというのが実際。さらに議論を深めていきたい。

◆話題提供(勝川ファミリークリニック 下島卓弥 医師)

「地域包括ケア-訪問医から皆様へ」

※佐久総合病院、名古屋大学総合診療科から、あいち診療会を経て勝川ファミリークリニック勤務
約100人の在宅患者を診ている。



そもそも「地域包括ケア」とは何か。

住み慣れた地域で自立した生活を送れるように「住まい」を中心にケアする仕組みを作っていくとするもの。大都市部で作ることは大変なことで、国は国民に対して「心構え」を持ってくれと言っている。どこに住むか、を考えて、その心構えを持って欲しいと。それに対してケアを提供しますと言っている。

中学校区を単位としており、名古屋市や春日井市では計算上人口2万人規模。国が推奨する「画一的モデル」はなく各地域でそれぞれに合った形を作っていかなければならない。

「住み慣れた地域」とは?

例えば春日井では高齢者が一軒家を売って駅前のマンションに移り住むということがある。地縁血縁に縛られない都市住民はサービスに吸い寄せられ移動する可能性がある。それぞれに形

作るわけだから首長の責任は重大となる。春日井市長は「地域医療支援情報ネットワークシステム」を構築すると言っている。ご自分のお住まいの首長の公約は確認しておいた方がよい。

自立した生活とは、当事者として社会参加するという意味である。自己決定が大切と言うが難しい。「住まい」中心と言っても、「住まい」イコール自宅ではない。小規模多機能など、いろいろな「住まい」がある。各自が住まいと住まい方を考え決めなければならない。成長戦略により増加しているサービス付高齢者住宅は中身が問われるケースもある。「お泊りデイ」やショートステイにおける「ロングショート」は「住まい」ではないと役所は決定した。情報共有や看護師のあり方など人材の問題がある。地域に根差した、例えば困難事例を扱う「地域ケア会議」などを中心にケアのある地域づくりを行なう、といったストーリーが考えられている。繰り返しになるが、国は「住まい」を中心とする形に舵を切っている。

2025 年は通過点である。愛知県では 75 歳以上人口が 29%増となる見込み。その後もこの世代だけが増加していくが、医療費も介護費用も他世代より大幅にかかる世代であり、財政の問題、世代間格差の問題がある。それだけではなく、世代内格差がある。生活保護世帯 160 万の内 74 万が 65 歳以上である。年金だけでは生活できない人々が増えていく。貧困率は 16%を超えて上昇している。

人材も不足する。看護師は現状 141 万人が 195~205 万人必要に、介護職も今より 100 万人増やすことが必要となる。それが可能か。春日井市などは人口が意外と減らない予測となっているが、生産年齢人口は大きく減っていく。

「ささえる医療」に転換していかなければならない。複数の疾患を抱えながら地域で暮らす人が増加する。「総合診療医」「家庭医」の出番だ。患者はリハビリなどで自らを支える存在となる。生活の場からの視点が重要化する。ADL(日常の生活動作)から QOL(生活の質)へ。リエゾン(つなぐ)的な職を作っていかなければならない。ケアマネか看護師かはたまた医師なのか。何れにせよ管理は管理のプロに任せ、ケアの専門家は現場にいるべきだろう。

◆ワークショップによるディスカッション説明(伴理事長)

前回までの(メンバーを入れ替えていく)ワールドカフェ方式ではなく、今回は 8~10 名の固定メンバーによるディスカッションを行いたい。

KJ 法を用いて、最終的に各項目の相関関係をツリーの形にできたりすれば良いと考えている。テーマは主催者側で考えた中から選ぶか、各グループで考えたもので行うか自由に行ないたい。



◆各グループディスカッション

Aグループ「自助・互助について」

結論的には地域コミュニティ全体が一つのファミリーだったら良いな、ということになった。横のつながりをいかに作っていくか。すべての面で助け合える関係づくりということ。

現状は、例えば認知症の方はグループホームなどに隔離されている。徘徊を地域全体で見守る、そういうように持っていければと思う。ケアマネ、町内の「おばちゃん」らがリーダーとなって活動していけば可能かも。

(会場意見) 男性を引っ張り出す、動機付けることが必要となってくる。どう考えていくか。

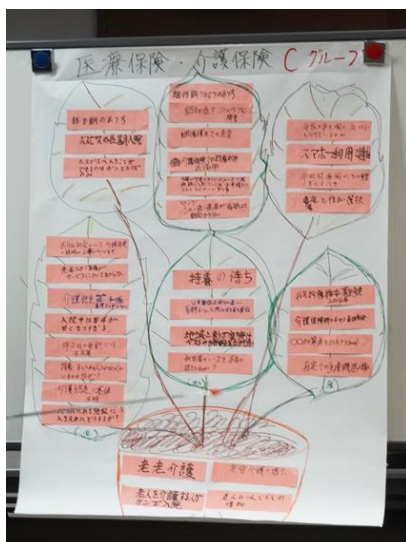
Bグループ「一般住民の互助・自助」

例えば、ラジオ体操をやろうと場所を貸す、ラインなど SNS を活用して情報共有を図る、コミュニティに交流の場を作る、住まいについて UR(都市再生機構)に働きかける、自ら参加する就業の場となるような社会づくりを試みるなど、互助の形はいろいろ考えられる。

前提としては自立と自律。健康づくりは自から行なうことが必要だ。

(会場意見)

総花的になってしまわないか。実践となると各論反対となりそう。自助努力のないところには互助・共助はないかもしれないが。互助には各人のキャパシティ、ポテンシャルをいかに引き出していかか、また地域でマッチングをどう組み立てていくかが難しい。



Cグループ「医療保険と介護保険の矛盾」

供給とニーズのミスマッチなどが介護保険にはあるが、それが理解されていない。基準が厳しくて地域の施設に入れななどがある。ロングショートというのもおかしいし、ホスピスは限定された存在でしかない。だから老老介護の問題などが生じる。こういう問題の解決を目指したい。

(下島氏コメント)

介護保険の地域間格差もある。認定、給付も厳格化されていく。そもそも家族介護が前提となっている介護保険の矛盾がある。財源がない。何をどこまでどうするか、を考えなければならない。

Dグループ「自助の工夫に何が考えられるか」

「地域包括ケア」は中学校区単位で考えられているというが、大き過ぎる。町内会レベルで考えたい。まずは健康管理ができていけるかどうか。次に年金など人生設計を考える。そういったことの支援として地域レベルにおいて「顔の見える関係」でつないでいく。

自治会、子供会再生を試みたい。教育の場でも、地域で自分に何ができるかを話し合うなどが必要。ボランティアの「必須化」もありだろう。ボランティアにポイント制を導入して何らかの受益を可能にすることも考えられる。

(会場意見)

誰も自分が急に動けなくなるとは思っていない。自助努力や知識不足も言うべきだろう。世間は問題を意外に実感していない。認知症にしても老老介護にしても他人事のように、さて地域で何をどうしていくか、が問題となる。

Eグループ「費用負担できない人たちへの社会サービスについて」

社会サービスは制限すべき時期に来ているかも。収入格差は寄付などの形での再配分も必要となっている。ただし前提としては自助努力だろう。足らざるを地域連携で補っていく。情報共有しながら社会的サービスを必要な人々に届けていくことなど。

地域で連携して支え合うには前提が必要だという議論となった。その上で「我がまま」も認めながら、金を出す、労力を出す、人を出すなど、何をできるか。

(会場意見)

金もない体力もないといった、ないない尽くしの人に対してどういう視点を持つか。金もないがニーズは増えていく、そういう現実を持たなければならない。

(下島氏コメント)

人付き合いのないことが魅力で都市に住む人が多いが、コミュニティ再生は可能か。また貧困者は増えていく一方である。

◆下島氏 総括コメント

独居老人、貧困の問題が切実になってきている。どうなっていくのだろうか。

男性は食事を作れるかどうか自問して欲しい。家事能力を身に付ければ大きな自助になる。コミュニティの再生可能性には大きな疑問符が付く。選択して付き合う形などを考えるか。

◆伴理事長まとめ

危機意識が共有されていないことが大きな問題であると言える。現場の意見をどうやって市民に、政策当局者に届けていくか。発信していかないと届かない。そういう努力を行っていくことが必要となる。このワークショップの場を活かして発信することを続けていきたい。