

# 1. 地域包括ケアシステムとヒューマンケア ～医師の立場から～

竹村医院レディスクリニック（兵庫県西宮市）・内科医師  
関西福祉大学看護学部非常勤講師・奈良学園大学保健医療学部客員教授：平野（竹村）文男

## 1. はじめに

昨年、2015年10月の第7回ヒューマンケア研究学会学術集会シンポジウムでは、「地域包括ケアシステムとヒューマンケア」について、様々な立場、すなわち疫学・公衆衛生学の講義を大学・専門学校で担当し、森林療法の導入を考える診療所の内科医師の立場から講演させていただいた。本年も本研究会のシンポジストに再びご指名をいただいた。今回は、医師それも地域医療に特化した開業医の立場から、上記のテーマについて述べる。

## 2. 地域包括ケアシステムとは

「地域包括ケア」とは、「要介護状態になっても、可能な限り、住み慣れた地域や自宅で生活し続け、人生最期の時まで自分らしく生きたい」と望む人が、医療や介護など必要なサービスを受けながら、在宅で自立した生活が続けられるように、地域ぐるみで支える、という考え方である。そしてこの地域包括ケアを実現するための「しくみ・体制」が、「地域包括ケアシステム」である。言い換えれば、「施設（医療・介護・福祉）ケアと在宅ケアの連携システム」という言い方もできる。

## 3. 私の日常の業務場所とそこから見える地域包括ケアシステムの課題

私は現在、兵庫県西宮市の無床診療所に勤務している。そこは西宮神社の近隣地区であり、かつてはその門前町として、また商店街・市場があることによりにぎわった場所である。1995[H7]年1月17日の阪神・淡路大震災の後、人口構成が変化して核家族化が進み、30代、40代の夫婦とその子どもの世帯や若年の単身世帯が増加した。ただし、高齢者のみの世帯や、高齢者の単独世帯も増加している。地域包括ケアシステムの根幹をなすところは、在宅ケアであろうと思われるが、この在宅ケアを行うことができるのは、対象となる高齢者を支える家族が存在する場合である。私の現在の勤務場所だけでなく、都市型区域には若いころに仕事のために別の場所からその場所に移り住んだ人々が多い。その人々は、現在、単身か家族とともに住んでいるのか、資産をどの程度もっているのか、住んでいる地域との今までの交流の有無、などの違いにより大きく今後の方向性が異なり、在宅ケアが可能かどうかも状況により異なってくる。現在、外来受診をされている一人暮らしの高齢者の患者さんが何年か後に寝たきりになった場合、地域包括ケアシステムの目指す在宅ケアを行うことははかかなり難しいと思われる。そうなると、在宅系サービスよりも施設・居住系サービスに頼らざるを得ない人々が多くなる。そして、介護老人福祉施設などの施設が必要となり、施設の建設・運営費用が発生する事態となる。したがって、地域包括ケアシステムのキーワードである「自助・互助・共助・公助」の中の最後の砦である「互助」、すなわちボランティア活動、住民組織の活動のレベルを高めることが、人と人とのつながりが希薄な都市型区域においては必要であり、地域包括ケアシステムの成功のカギを握っていると考える。私たち保健・医療・福祉のスペシャリストは、ヒューマンケアの精神を持ち「互助」を行っていただける個人および団体とのコラボレーションをすすめる必要がある。

## 4. ブレイクスルーのツールとしての人材交流

上記で地域包括ケアシステムの課題を指摘したが、私は悲観論者ではない。人間は知恵を使って、多くの困難を乗り越えて来た。そして、新しいものが人間の生活を変え、そして時代を変える様子を、私たち人間は何回も見ている。新しいものをつくる発想は、異なる考え方の人々一国内外を問わない一との出会いによることも多い。その出会いが、地域包括ケアシステムを改善する画期的なブレイクスルーのアイデアをもたらし、日本の、世界の保健・医療・福祉の多くの課題を解決できる可能性がある。私たちは、多くの課題を解決すべく新しい考え方を求めて、考え方の異なる多くの人々との出会い、人材交流を大切にすべきだと考える。