

第3章 地域包括ケアシステムの現状と課題

本章では、本研究のテーマである地域包括ケアシステムについてその現状と課題について論及していく。

第1節 地域包括ケアシステムの概要

地域包括ケアシステムとは「2025年を目処に、重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステム」である。なお、地域包括ケアシステムは画一的なものではなく、地域の特性に応じて構築されるものである⁷¹。

2005年の介護保険法改正の第3期介護保険事業計画において「地域包括ケアシステム」という概念が生まれ、その後、様々な研究⁷²がされている。それらの先行研究を比較考察したところ、地域包括ケアシステムという概念が生まれた際に出された「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制」という本論を軸としたものにとどまっている⁷³。

改めて地域包括ケアシステムには①医療、②介護、③介護予防、④住まい、⑤生活支援・福祉サービスという5つの要素から構成される。これを下支えするのが本人の選択と本人・家族の心構えである(図表9)。また、この地域包括ケアシステムを支える担い手という視点から「自助、互助、共助、公助」と区分している。内容は下記の通りである。

自助: 自らの選択に基づいて自らが自分らしく生きるための最大の前提、自費で市場サービスを

購入することも含まれる

⁷¹ 地域包括ケアは医療や介護が必要な状態になっても、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生活を続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供されるという考え方である。

⁷² CiNiで「地域包括ケアシステム」と検索すると1882件の結果となった。アクセス2018年8月11日時点

⁷³ 北島佳苗「地域包括ケアシステムと諸研究と概念化」『日本経営品質学会誌オンライン』第7巻1号(2018)、p.7、日本経営品質学会オンラインへの研究ノート受理、2018年8月31日承認。オンラインジャーナルの掲載は近日予定

互助:費用負担が制度的に裏助けられていない自発的なもの。地域住民やボランティアという形で支援の提供者の物心両面の支援によって支えられている

共助:介護保険、医療保険などの被保険者による負担

公助:税による負担

第1項 地域包括システムの展開と現状

2013年に社会保障改革プログラム法、翌2014年に制定された医療介護総合確保推進法に「地域包括ケアシステム」が明記された。これにより地域包括ケアシステムはすべての市町村が取り組むべき事柄となった。しかしながら、法整備されたものの、地域包括ケアシステムの確立には各自治体含め手探り状態であると言える。

その一つに「生涯現役社会の実現に向けた地域包括ケアプラットフォーム構築に関する調査研究事業報告書」の調査⁷⁴によると、保険者である市町村や都道府県が中心となり、地域の自主性や主体性をふまえながら作り上げていく方針が示されている。しかしながら、その担い手である自治体は、現状、マンパワーや財源等の面で多くの課題を抱えており、依存的・一方的にその責務を負わせるには限界がある。実際、現場サイドからは現状の業務をこなすことで手一杯の状況であり、新たな基盤構築まで手がまわらないといった声も多数聞かれている。

また、同調査事業報告書にある「ケアマネージャーの視点からみた地域包括ケアサービス等の現状と課題」によると、課題としては下記を挙げている⁷⁵。

サービス利用者側の課題など

- ・ 地域包括ケアサービスへの移行の仕組みづくり
- ・ 利用者本人等の意識改革
- ・ 適切なマネジメント

⁷⁴ 一財団法人健康・生きがい開発財団「生涯現役社会の実現に向けた地域包括ケアプラットフォーム構築に関する調査研究事業報告書」厚生労働省、平成25年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）（2013）、p.8

⁷⁵ 一財団法人健康・生きがい開発財団「生涯現役社会の実現に向けた地域包括ケアプラットフォーム構築に関する調査研究事業報告書」厚生労働省、平成25年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）（2013）、pp.20-21

サービス提供者側の課題など

- ・ サービス提供体制の資源不足
- ・ 自治体間のサービスのバラつき
- ・ サービス提供主体の課題
- ・ モデル事例の不足

地域包括ケア実現に向けサービス提供の現場が抱える課題とその対応策のあり方に関する調査研究事業報告書によると、地域包括ケアシステムについては「あんしん」(医療・介護制度的側面)と「いきいき」(予防・社会的参加の側面)に分けて考える必要がある⁷⁶としている。

さて、行實(2017)は専門職の連携が取れた地域づくりを求めて法制度を整備しているが、医療・介護現場の連携のための仕組みづくりが間に合っていない現状を指摘している。

また、筆者が勤務する病院がある神奈川県横浜市緑区での課題として、下記の5点がある。

1. 介護予防と健康づくりにおける啓発活動においては、前期高齢者、男性などの参加が少ない層へのアプローチや、心身機能の低下により参加困難になった区民の支援
2. 介護予防活動を支える支援者の発掘、区民を活動の場へ橋渡しする人材の強化
3. 生活支援においては「地区ボランティアセンター」を組織し、支えあい、助け合いのための活動が推進されているものの、活動者や担い手の高齢化により若手人材の発掘
4. 医療・介護の専門職の連携推進、人材育成、専門職による在宅医療の啓発活動の実施
5. 認知症の正しい理解と対応方法の普及啓発、早期診断・治療のために医療機関へのニーズ増加、支援策の検討

このように地域包括ケアシステムの確立は定められているものの、課題は山積しているのが現状である。

⁷⁶ 「地域包括ケア実現に向けサービス提供の現場が抱える課題とその対応策のあり方に関する調査研究事業報告」一般社団法人健康・生きがい開発財団(2015)、pp. 10-16

第2項 地域包括システム取り組み事例

2008年、地域包括ケア研究会⁷⁷によって地域包括ケアシステムが定義された。そこで本項では各地域で行われている取り組み事例を整理した。ここでは地域包括ケアシステムの取り組み事例を比較し、既にある各地域の事例比較を行った(図表14)⁷⁸。

図表 14 地域包括ケアシステムの取り組み事例比較

番号	県	地域	人口	実施主体	取り組みの特徴	解決した課題	介護保険法第5条3項上の特徴 介護保険サービスの充実強化、 医療との連携強化、 介護予防の推進、 生活支援サービスの確保、 住まいの整備	自助・互助・ 共助・公助	key word
1	広島県	尾道市	14.5	医師会	主治医医療機関で行われる15分の ケアカンファレンス	長期間在宅療養できる	医療との連携強化 介護予防の推進	共助	ケアマネ(プラン)の質向上 医療・介護連携
2	埼玉県	和光市	7.5	行政	コミュニティケア会議 住民データの収集と活用	ケアプランの質向上 困難例の解決 高齢者への介護予防の意識付け	医療との連携強化 介護予防の推進	共助	ケアマネ(プラン)の質向上 介護予防
3	北海道	当別町	1.7	NPO法人	認知症があっても働ける場作り 全世代が交流する場作り	社会との接点を作り孤立させない 互助を活用し、高齢者の活用を行う	生活支援サービスの確保 介護予防の推進	互助	コミュニティ
4	山形県	鶴岡市	13.5	地域包括 支援センター	ICTを使った患者情報共有 介護職と医療職の合同研修	急変時の早期対応や重症化予防 医師・看護師とのコミュニケーション 顔の見える関係の構築	医療との連携強化	共助	医療・介護連携
5	福島県	榊葉町	0.7	自治体	避難者のコミュニティづくり 高齢者の機能維持への仕組み	高齢者の精神的負担による心身機能 低下の防止	生活支援サービスの確保 介護予防の推進	共助	コミュニティ
6	千葉県	浦安市	16.2	自治体	地域住民のリーダー育成と活用 市民の自発的活動の醸成	地域包括支援センター頼みにならない 介護予防	介護予防の推進 地域ネットワークの強化	互助	自治体と住民の協働
7	神奈川県	横浜市	370.7	自治体	地域密着型サービスの参入促進 事業所間の連携しやすい場作り	事業所間ならびに保険者との連携強化	生活支援サービスの確保 包括的な支援体制	共助	地域密着
8	富山県	南砺市	5.4	行政・大 学病院	地域医療に関わる人材育成 自治体内部の組織編成による医療、 介護、福祉の連携強化	自助・互助を促す取り組み 地域包括ケアができる組織編成	医療との連携強化 介護予防の推進	包括的な支援体制 自助・互助	自治体内部の組織再編
9	愛知県	名古屋	224.7	NPO法人	単一法人による包括的な生活支援の 実現 支えあい体制づくり	住み慣れた地域で安心した暮らしが できる	生活支援サービスの確保 包括的な支援体制	互助・共助	住民参加型 助け合い=地域の力
10	愛知県	名古屋	224.7	医療生協	総合病院を中心としたネットワークの 構築	生協の仕組みを活用し、医療・介護、 福祉とくらしをつないでいる	生活支援サービスの確保 包括的な支援体制	互助・共助	地域マネジメント まちづくり支援
11	滋賀県	東近江市	11.6	自治体	自治体と住民の協働によるまちづくり	介護予防 認知症高齢者まみりネットワーク 地域医療連携に必要なネットワーク づくり	医療との連携強化 介護予防の推進	包括的な支援体制 互助・共助	医療・介護連携 市職員専門性
12	福岡県	大牟田市	12.3	自治体	認知症ケアのための人材育成と地域 づくり	認知症を地域で見守る意識のづくり 在宅生活の継続	医療との連携強化 包括的な支援体制	互助・共助	認知症高齢者の支援 認知症ケアの推進
13	鹿児島県	肝付市	1.7	地域包括 支援センター	保健師を活用した地域マネジメント 支えあい体制づくり	住民の見守り意識の醸成 ICTを活用した地域のつながりを支 援、ボランティアによる見守り・交流	包括的な支援体制	自助・互助	人口減少集落

出典：株式会社日本総合研究所「事例を通じてわが町の地域包括ケアを考えよう『地域包括ケアシステム』事例集成～できること探しの素材集」平成25年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業（2014）より筆者作成

これらの地域包括ケアシステムの取り組み事例別に担い手を挙げたところ、その大半の事例において担い手(自助・互助・公助・共助)が単一または2つであり、自助・互助・共助・公助を満たしていないことが明らかになった。また、実施主体によってキーワードも異なっている。なお、各取組

⁷⁷ 地域包括ケア研究会とは2008年、厚生労働省老人保健健康増進事業の一環として、田中滋氏を中心に高齢者政策の専門家によって設立され、地域包括ケアシステムの基礎的な考え方や政策の方向性について広く社会に提案してきた。

⁷⁸ 図14にある項目、自助・互助・共助・公助の区分は三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書 地域包括ケア研究会報告書-2040年に向けた挑戦-」平成28年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業、三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2017)、地域包括ケア研究会「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～」平成20年度老人保健健康増進等事業、地域包括ケア研究会(2008)より筆者作成

みの実施主体は医師会から行政、地域包括支援センター、大学から NPO まで多岐にわたっていることがわかる。

第2節 地域包括ケアシステムの諸研究と概念化

本節では地域包括ケアシステムに関する先行研究を比較考察し、病院での実務者という立場から地域包括ケアシステムを機能化させるという視点から定義を行いたい。

第1項 地域包括ケアシステムに関する先行研究

地域包括ケア研究会が作成した平成 20 年度の報告書⁷⁹⁾に地域包括ケアシステムの定義が記載された。なお、地域包括ケアシステムにおいて研究の分野では、「地域包括ケアシステム」をキーワードかつ原著論文に限定し医中誌で検索すると 92 件⁸⁰⁾、CiNii では 1,882 件であった⁸¹⁾。タイトルを見る限りその多くの研究は制度に関するものや、事例紹介にとどまっている。そこで実際に地域包括ケアシステムを実現するため、機能化するための概念に着目し、先行研究では地域包括ケアシステムの概念を中心に行った。

筒井(2014)によると地域包括ケアシステムが community based と、integrated care という 2 つの概念からなる新たな理念として理解すべきだと主張している。また、「integrated care とはケア提供をシステム化する際の基盤となる理念であり、患者のケア改善を図る目的のために提供するサービスをよりよく調整するもの」⁸²⁾とし、「先進国では integrated care (統合ケア)はケアの質、アクセス、効率性を改善するための重要なプロセスとして採用されている。しかし、多くの国でヘルスケアシステムの統合(integrated care)に関するモデルに関心が高まるなかで、このモデルの概念は統一さ

⁷⁹⁾ 地域包括ケア研究会「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～」平成 20 年度老人保健健康増進等事業、地域包括ケア研究会 (2008)

⁸⁰⁾ 2018 年 5 月 9 日アクセス

⁸¹⁾ 2018 年 8 月 11 日アクセス

⁸²⁾ 筒井孝子『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略 integrated care の理論とその応用』中央法規 (2014)、p. 36

れていない」としている。地域包括ケアシステムも国際的には integrated care を実現するモデルの一つとして理解されるべきものであると述べている。

また、筒井(2014)は integrated care (統合ケア)の定義について海外で行われた研究をまとめている。

integrated care を実践するための integration の考え方について、Nolte と McKee らによって示された4つのタイプ、Rosen ほか(2011)の5タイプ、Leutz (1999)による integration の強度、幅について筒井(2014)のまとめをもとに筆者が表に示したものが図表 15 である。

図表 15 integration の考え方について

タイプ	Nolte, McKeeによる4タイプ	1.機能的統合(functional integration) 2.組織的統合(organizational integration) 3.専門的統合(professional integration) 4.臨床的統合(clinical integration)
	Rosenらによる5タイプ	1.システムの統合 2.規範的統合 3.組織的統合 4.管理的統合 5.臨床的統合
強度	Leutz	完全な統合(full integration) 協調(coordination) 連携(linkage)
幅(範囲)		水平的統合・垂直的統合

出典:筒井孝子『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略 integrated care の理論とその応用』中央法規、2014年より筆者作成

地域包括ケアシステムが構築されなかった理由として、保険者が地域包括ケアシステムという integrated care の目的を十分に理解していなかったこと、新たなシステムデザインの構築認識不足、integrated care に関する知識、手段の不足、先行事例の情報不足を挙げている⁸³。

また、筒井(2014)は地域包括ケアシステム構築のための実践に必要なこととして、「新しいアプローチで統合型のケア提供を行う地域包括ケアシステムを進めるためには、戦略的マネジメントの視点を自治体職員が意識すること、すなわち『規範的統合』が重要になる」としている。具体的には

⁸³ 筒井孝子『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略 integrated care の理論とその応用』中央法規(2014)、p. 84

地域包括ケアシステムの中核となるサービスの普及方法を考える上で、①提供システムのデザイン
②サービスの内容③システムにおけるマネジメント機能の検討する必要性を主張している。

このことから我々は日頃、気にも留めずに連携という言葉を使用しているが、統合となるとかなりハードルが高いことがわかる。筒井氏は地域包括ケアシステムを進めるためには戦略的マネジメントの視点を職員が持つこと、つまり規範的統合(組織間、専門家、個人の間で価値観、文化、視点の共有)が重要であるとしている。しかしながら、専門職、特に医師、看護師、薬剤師などの医療専門職において二重のマネジメントが生じる。それはつまり、治療面においては医師を下にした指揮命令システムがあり、他方で属している部署におけるマネジメントが存在する。加えて、専門的知識技能体系にもとづく仕事の枠組みを持つことから、組織の目標よりも自らの職種の価値観に基づいた行動様式を志向するのである。また、医療組織の特徴としては多種の医療専門職から構成されるため、それぞれが異なる価値観に依拠し、外部の権威に影響される⁸⁴。

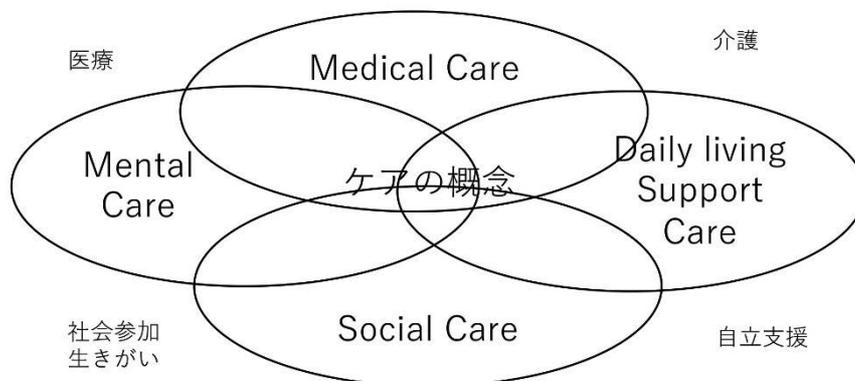
規範的統合以前に多様な医療専門職の価値観をマネジメントし、まずは組織の理念やビジョンを理解し、組織的統合が行われた上でなければ、規範的統合は不可能である。

続いて、石田(2015)の研究について紹介していく。石田は地域包括ケアシステムが「総合的なケア⁸⁵」機能を保有した地域(コミュニティ)という概念に基づいて実現されるシステムであるとし、「高齢者ケアとは高齢者への医療的ケアあるいは日常生活上の生活支援のみならず、社会制度やサービスの充実を図りつつ、高齢者の社会参加を進めて生きがいを持ってその人なりの自立した生活を確保してもらうための総合的な支援の方法」としている。

⁸⁴ 明石純「医療組織における理念経営主導型経営」『経営科学』vol.38 No.4、組織学会(2005)、p.25

⁸⁵ 図表16参照

図表 16 ケア概念



出典:石田路子「これからの東アジア諸国における高齢者ケアについて-日本における高齢者ケアシステムの先行事例を参考に-」『城西国際大学福祉紀要』第22巻第3号、城西国際大学(2014)、p.18より引用

また、国際的にも日本の高齢者の就労意欲の高さに着目し、高齢者ケアの中に「生きがい」や「健康維持」につながるものとして、それぞれのライフスタイルに合わせた就労を加える必要性を述べている。また、自律的な生活を支えるために生活支援サービスなどを安価で利用出来る「互助」レベルでのサービス提供の必要性も主張している。

川越(2006)は地域包括ケアシステム構築には多職種の専門性を尊重するためにレベルアップが図れるケアカンファレンスを必須としたケアマネジメントが不可欠であるとしている。加えて、主治医機能と地域包括支援センターなどが行う地域資源の再編や開発が連動すれば高齢者の生活を柔軟に支援できるとしている。加えて、地域包括ケアやケアマネジメントの理念(目指すべき方向性)を理解することをポイントの一つに挙げている。

さて、地域における医療・介護・福祉の一体的提供(地域包括ケア)の実現に向けた検討のために、平成20年度から地域包括ケア会議を開催した。その議長である田中滋氏は地域包括ケアシステムの究極の目標は地域において「何らかのケア」を必要とする人が、可能な限り「尊厳のある自立」を図れるように支援する体制を築くこととしている。その体制構築にはネットワークマネジメントが重要とし、ネットワーキングには「統合」という概念が支配されている。田中(2016)は統合について①医療職と介護職が予後予測を共有するなどの臨床的統合、②「地域包括ケア推進室」や、急性

期医療期間と回復期医療期間の戦略的連携等が代表する組織的統合、③そこで果たされる人材管理、情報管理、予算などの財政連携にかかわる機能的(運営的)統合を例として挙げ、これらをつなぐ機能を規範的統合としている。規範的統合の状態とは「理念を明確化し関係者が共有すること」である。地域包括ケアシステムの根底にある自助、互助、共助、公助という考え方の中で、共助、公助における連携は地域ケア会議を軸に進展が予測できるものの、専門性が要求されない自助、互助については自治体ごとの地域マネジメントができなければ難しいと指摘している。

併せてネットワークという概念についての先行研究も触れておく。ここではネットワーク組織の観点から整理していきたい。寺本(1990)によると、ネットワーク化という行為は複数の主体を「自己組織的に」 「ルースに結合すること」であり、「ネットワーク組織とはルースに結合されたシステムであり、その組織形成の原理として『自己組織性』を持っている」としている。また、種々の資源の組み合わせ、それによって新たな価値を実現するためには、できるだけ異質の資源をもつ企業間での資源の結合・連携が必要になる。これらを踏まえ、地域包括ケアシステムについて各研究者の先行研究をまとめると図表 17 の通りである。

図表 17 地域包括ケアシステムの先行研究

	研究者	
1	筒井孝子『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略 integrated careの理論とその応用』中央法規 (2014)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステム：「community based」と、「integrated care」という2つの概念 ・多くの国でヘルスケアシステムの統合 (integrated care) に関するモデルに関心が高まるなかで、このモデルの概念は統一されていない (P36)。
2	秋山美紀『地域医療におけるコミュニケーションと情報技術 医療現場エンパワーメントの視点から』慶應義塾大学出版会 (2008)	医療サービスを提供する各職種が、臨床の場で生成された情報をうまく共有しながら、専門的な知識や技術を生かしてケアにあたることが求められている。一人一人の患者に最適な治療や地域医療の底上げといった目的のために、多様な医療従事者や組織が連携するための「場」を補完することであろう。そこで、各プレイヤーが持つ能力を結合して、安心・安全で質の高い医療という大きな価値を生み出す協働関係が作り出されることが求められている (P182)。
3	田中滋『地域包括ケアアクセスガイドー地域力を高めて高齢者の在宅生活を支える』メディカ出版 (2014)	「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えていることを示している。
4	西村周三『地域包括ケアシステム「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』慶應義塾大学出版 (2013)	<p>今後の全国的なレベルでの超高齢化に伴い、慢性期のケアを行う医療機関に対するニーズは増すものの、急性期の医療に関するニーズはかなり激減する (P35)。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・削減または統合することで、より質の高い医療や福祉が実現する可能性 ・利用者視点 (日常的な訪問看護体制を整備し、格差をなくす) ・資源の有効活用という視点でのICT活用 (診療面) ・ケアを提供する人材の確保が重要 ・医療・介護が充実することにより地域の活性化が生まれる
5	石田路子「自治体における地域包括ケアシステムの構築—「自助」・「互助」に関する位置づけと今後の方向性—」城西国際大学紀要第23号3号、城西国際大学 (2015) pp.1-24	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者は事業によるサービスを利用するだけでなく、サービス提供主体の一員としても役割を期待できる。 ・自律的な生活をささえるために、生活支援サービスなどを安価で利用できる「互助」レベルでのサービス提供の必要性
6	川越雅弘「我が国における地域包括ケアシステムの現状と課題」『海外社会保障研究』162号、No.162、国立社会保障・人口問題研究所(2006)	<ul style="list-style-type: none"> ・継続性のある地域包括ケアシステム構築には <ol style="list-style-type: none"> 1. マネジメントの理念を理解し、理念を日常業務での徹底 2. 主治医および主治医機能の明確化 3. ケアカンファレンスの標準化による退院支援プロセスの標準化と人材育成 4. 地域包括支援センターとケアマネージャーの役割分担の明確化 5. ケアマネジメントの評価方法の標準化

筆者作成

第2項 先行研究の比較考察

これまで行ってきた地域包括ケアシステムの先行研究のまとめをもとに、比較考察を行っていきたい。図表 18 は厚生労働省ならびに各研究者の地域包括ケアシステムの定義をまとめたものである。視点に関しては著者が各研究者の定義から行政の視点、社会システムの視点、住民の視点、住まいの視点、環境の視点で分類し、筆者が分類を行なった。

図表 18 地域包括ケアシステム定義比較

著者・著書	地域包括ケアシステムの定義	視点
地域包括ケア研究会「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～」平成20年度老人保健健康増進等事業、地域包括ケア研究会（2008）	ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制 地域包括ケアシステムにおける5つの構成要素 おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（中学校区）を想定①住まい②医療③介護④介護予防⑤生活支援が相互に連携しながら一体的に提供する姿をイメージ図にしている（スライド31）	行政視点
田中滋『地域包括ケアサクセスガイド』メディカ出版（2004）	「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、人生の最期のとき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を続けられるように、地域ぐるみで支える、という考え方を実現させる仕組み・体制	社会システム
筒井孝子『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略 integrated careの理論と応用』中央法規（2014）	多様な生活問題に対応するサービスが地域内の様々な社会資源の組み合わせやこれらを複合的に組み合わせたシステムの利用によってサービスが連続して提供されることをめざしたシステム	社会システム
（株）日本総合研究所『事例を通じて我がまちの地域包括ケアを考えよう「地域包括ケアシステム」事例集成～できること探しの素材集～』平成25年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 地域包括ケアシステム事例分析に関する調査研究事業、地域包括ケアの構築に係る自治体の取組状況の整理・分析に関する調査報告書（2014）	できる限り住み慣れた自宅や地域で暮らし続けながら、必要に応じて医療や介護のサービスを使い最期を迎えられるような体制	住民視点
石田路子「これからの東アジア諸国における高齢者ケアについて」城西国際大学紀要第22巻3号、城西国際大学（2014）	「総合的なケア」機能を保有した地域（コミュニティ）という概念に基づいて実現されるシステム	社会システム
山口昇「第2章地域包括ケアのスタートと展開」高橋紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社（2012年）	施設（医療・介護・福祉）ケアと在宅ケアとの連携システム	住まい視点
川越雅弘「我が国における地域包括ケアシステムの現状と課題」海外社会保障研究162号 No.162（2006）	地域包括ケアシステムを、住み慣れた「地域」で、要介護者の生活をできる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとするさまざまな支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み	介護視点

筆者作成

このように比較してみると、多くの研究者は地域包括ケア研究会が示した「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」という基本論を軸としたものにとどまっている。また、サービス提供側の状態、つまり地域包括ケアシステムを支える専門職によって機能化させるという視点での定義はいまだなされていないと考えることができる。

第3項 筆者の研究視点からの地域包括ケアシステムの定義

急増する高齢者を支えるには予防、住まい、生活支援、医療と介護がシームレスな状態になっていることが必要である。特に医療と介護についてフォーカスすると、かつての急性期医療だけで完結するのではなく、「一連の医療介護の連続過程」⁸⁶へのシフトが求められており、そのためには各事業所単位ではなく、地域全体という視点が必要である。地域包括ケアシステム構築のための手段の一つとして、ネットワークキング・マネジメントがあり、ネットワークキングにかかるキーワードは「統合」という概念がある⁸⁷。なお、筒井(2014)の研究によると、地域包括ケアシステムは二つの概念、community based care(地域を基盤としたケア)とintegrated care(統合型のケア)からなる新たな理念であると述べている。

これまでの先行研究は制度面、国際的な動向、マネジメント、事例という面から研究がなされている。当然ながら高齢者にとって医療、介護なしには地域包括ケアシステムは完成できない。先行研究からファインディングした5つの視点(行政視点・社会システム・住民視点・住まい視点・介護視点)(図表18)からみた課題、つまりサービス提供側(地域包括ケアシステムを支える専門職)によって機能化させるという視点からの定義はなされていない。また第3章第2節第1項でも取り上げたintegrated care⁸⁸は必要不可欠であり、そのためには多職種連携をし、規範的な統合が重要となる。

医療から介護までシームレスに提供するにはどうするかを考えたときに、今回は地域包括ケアシステムに関わるステークホルダーである専門職に着目したい。専門職が各々の専門分野において最適化されていたとしても、集合体となった状態では部分最適になってしまうことが多くある。その

⁸⁶ 田中滋「超高齢社会における地域の力：地域包括ケアシステム構築にあたって」『医療政策会議報告書 高齢化社会における経済的・文化的・医学的パラダイムシフト』、日本医師会医療政策会議(2016)p.18

⁸⁷ 同上

⁸⁸ 筒井によると「integrated careという概念は先進諸国のヘルスケアシステムにおける多様な側面での統合化を表すものとして生まれ、このゴールは「アクセス・ケアの質、資金の持続可能性の向上」にあるとしている。筒井孝子『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略 integrated careの理論とその応用』中央法規(2014)、p.48
また、「integrated care」の定義については研究者ごとに異なる現状を指摘。基本的な考え方として「ケア提供をシステム化する際の基盤となる理念であり、患者のケアの改善を図るという目的のために提供するサービスをよりよく調整するもの」とされている。筒井孝子『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略 integrated careの理論とその応用』中央法規(2014)、p.36

根底には専門職ごとが有する職業的価値観がある。これら価値観の異なる専門職の統合なしには地域包括ケアシステムを構築することはできない。そこで、複数の主体を「自己組織的に「ルースに結合すること」であるネットワーク化という概念を用いた。また、地域住民に対しても医療や介護リテラシーの向上や「自助・互助」という考えを浸透する必要がある。その上で地域包括ケアシステムを機能化するという視点が本研究の新規性である。

これらにより本研究では地域包括ケアシステムを「医療・介護・生活支援サービスを提供する専門職および受益者が地域包括ケアのビジョンを共有、一体化し、地域住民一人ひとりの意思に応じたサービスが提供されている全体最適型ネットワークシステム」と定義⁸⁹した。特に医療、介護、行政といった専門家(地域包括ケアシステムにかかわるステークホルダー)を一体化(全体最適化)させることこそ、地域包括ケアシステムである。専門家が一体化することで図表 9 のように高齢者とその家族、地域住民の意思を尊重したシステムが機能化すると考える。

第 4 項 地域包括ケアシステムの構成要素

地域包括ケアシステムは数多くのステークホルダーが存在し、部分最適化に陥ることは想像に難くない。地域包括ケアシステムが機能化するために必要な要素は何か、今後明らかにしていきたい。

さて、前項で地域包括ケアシステムを定義づけた。本項では、地域包括ケアシステムの構成要素について述べていく。

地域包括ケアシステムを機能化させるという視点で構成要素(図表 19)を検討した。構成要素を「基盤となる地域(コミュニティ)」「水平的統合」「垂直的統合」「システムの統合」「規範的統合」「臨床的統合」の 6 つに分類した。

まず、地域包括ケアシステムという名前の通り、基盤となる地域が必須となる。これは都市、地方といったその地域の特性を踏まえることは当然である。そこで、石田(2015)の言う「地域包括ケアシ

⁸⁹ 北島佳苗「地域包括ケアシステムと諸研究と概念化」『日本経営品質学会誌オンライン』第 7 巻 1 号(2018)、p. 8、日本経営品質学会オンラインへの研究ノート受理、2018 年 8 月 31 日承認。オンラインジャーナルの掲載は近日予定

システムが「相互的なケア」機能を保有した地域(コミュニティ)という概念に基づいて実現されるシステムであるとしている」を採用した。

そして6つの構成要素のうち5つに登場する「統合」という言葉がある。Rosen ほか(2011)の統合の種類とそのプロセスをベースにさらに必要な要素を追加した。Leutz(1999)による integration の幅には、水平的統合と垂直的統合があり、水平的統合とはヘルスケアにおいて同じレベルのサービスまたは、提供者間の組織的共同とコミュニケーションを促進するサービスをつなげる integration を指す。垂直的統合は一つの管理下に様々なレベルのケアをつなげ、integration していくこととしている。システムの統合とは政策、ルール、そして規制のフレームワークの強調と連携(Rosen ほか、2011)であり、切れ目ない医療・介護・予防・生活支援サービスの提供である。規範的統合は組織、専門家、個人の間で価値観、文化、視点を共有(Rosen ほか、2011)、つまり組織を超えた専門職がビジョンを共有し、一体化した状態としている。特にこの規範的統合が重要であると考え、構成要素のなかでも実現困難なものであると言える。そして最後は臨床的統合である。これは情報とサービスの協調、または患者のケアを統合し、一つの過程にまとめること(Rosen ほか、2011)である。これらを踏まえ、図表に整理した(図表 19)。

図表 19 地域包括ケアシステムの構成要素

	構成要素	説明
地域包括 ケアシステム	基盤となる 地域（コミュニティ）	「総合的なケア」機能を保有した地域（コミュニティ）（石田）
	水平的統合	医療・介護分野における組織、ネットワーク、グループの間での競争や協働（筒井）
	垂直的統合	ネットワークやグループにおいて機能を分化し、役割に応じたサービス提供を通じた統合（筆者） 医療・介護分野の様々な段階におけるネットワークやグループの統合（筒井）
	システムの統合	政策、ルール、そして規制のフレームワークの協調と提携（Rosen） 切れ目ない医療・介護・予防・住まい、生活支援サービスの提供（著者） 垂直連携する医療・地域で連携する医療と介護（神野）
	規範的統合	組織、専門家集団、個人の間で価値観、文化、視点の共有（Rosen） 組織を超えた専門職がビジョンを共有し、一体化した状態（著者）
	臨床的統合	情報とサービスの協調、または患者のケアを統合し、一つの過程にまとめる（Rosen）

出典：筆者作成

本研究の新規性として、これまでは integrated care という機能的にも似た概念を、地域包括ケアシステムという一つのコミュニティを組織生命体として見たとき、全体最適論について言及している点である。組織生命体である地域包括ケアシステムを全体最適化するためには、どのような要素が必要なのかをさらに今後深めていきたい。

第5項 実証研究フレームワークの抽出

第2節第3項で示した地域包括ケアシステムの定義「医療・介護・生活支援サービスを提供する専門職および受益者が地域包括ケアのビジョンを共有、一体化し、地域住民一人ひとりの意思に応じたサービスが提供されている全体最適型ネットワークシステム」は筆者の実務の場である病院という実務者の立場から地域包括ケアシステムを地域システムとして円滑に機能させるための定義である。本項ではこの定義をもとに実証研究をフレームワーク化し、抽出していく。

さて、本研究の目的でも述べたように、地域包括ケアシステムを実現するためには病院完結型から脱却し、他組織、自治体、地域との連携が必須である。病院組織の視点では地域包括ケアシステムの一員として病院が生き残り続けるためには、自組織だけでなく他組織、地域を考慮しなくてはならない。そこで組織を超えた連携を行うためには、ステークホルダーそれぞれが自立した組織でなければ機能化は困難である。加えて、従事する人材もイキイキ働くことで、さらに人材が集まることも地域包括ケアにとって重要な点である。

そのためには地域包括ケアに関わるステークホルダーの関係性の構築ができなければ地域包括ケアシステムどころか、地域包括ケアは困難である。社会関係が愛、親密性、価値の再保証、明確なサポートや指導を与えることによって個人の精神健康に影響を及ぼすという事実は過去の研究によって確立されている(Antonucciほか、2007、尾久訳、2010)。そこで、本研究では地域包括ケアに関わるステークホルダーとの関係性に着目する。

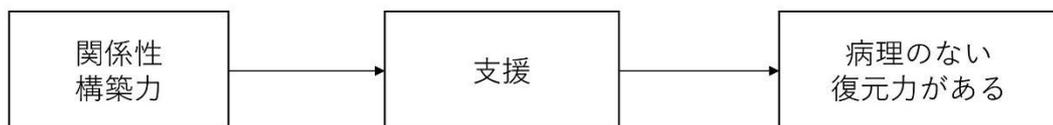
関係性を重視する中で、社会構成主義に着目した。社会構成主義はガーゲン(2015)によると「社会の様々な事象は人々の頭のなかで作り上げられたもの(認知)であり、それを離れた社会は存在しない」とし、対話を重視した考えである。

医療を提供する立場においてはステークホルダーをガイド、コーディネートする側面も有している。地域包括ケアの機能化において関係性構築の有効性を実証するためには地域包括ケアシステムに関わるステークホルダーすべてにアンケート調査を実施するというマクロな視点で関係性を調査することが最良であるものの、ミクロな視点で組織内における専門職の関係性構築も検証するに値する。なぜならば、全体最適化のためには部分においても最適化されていなければならないからである。さらに、地域包括ケアシステムのコア機能を果たす病院ではステークホルダーとの関係性構築が優れているのではないかと推察することができる。これまでの病院完結型だけでは病院は成り立たず、高齢化により、複数の慢性疾患を抱え、「治し、支える医療」へと転換していく価値観への理解、医療・介護サービス提供者としての価値観の変容も求められる。自病院が生き残るためにもステークホルダーとの関係性構築は必須であると考ええる。

そこで、本研究では地域包括ケアシステムの好事例とされる地域にある病院を調査し、病院組織内において関係性を重視したリーダーシップが発揮されているのではないか、その結果として組織の問題点がなく、復元力(しなやかさ)があれば従事者も燃え尽きることなく働くことができるのではないだろうか。さらに、復元力があれば組織の問題点(組織病理)が減少することも考えられる。このことが明らかになれば、関係性が構築されることにより地域においても良好な関係性が築けているということが本研究における憶説である。

以上のことを実証研究フレームワーク化したものが図表 20 である。

図表 20 実証研究フレームワーク



本研究では地域包括ケアシステムを、多様な関係性から考察し、そこで形成されるコトの世界に論点を置き、社会構成主義の視点から深耕してみたい。つまり、これまでの病院主体(モノ)から患者(利用者)、家族、医療・介護サービス提供者などの多様な関係性から形成される意味の世界(コト)を把握したい。

また、地域包括ケアを見た時に患者(利用者)、家族、病院、施設などお互いの支援力の絡み合いである。地域包括ケアをシステムとして機能化させるにはマクロの視点になるが、一方でマイクロ視点でも支援力が必須であることは想像に難くない。そこで本研究では、関係性、支援、リーダーシップに着目していく。

関係性構築力は支援を醸成し、結果として組織病理が減少し、復元力があり、さらに復元力があれば組織病理もなくなる。そういった組織こそ、地域包括ケアに求められるコア機能を果たす病院のあるべき姿ではないであろうか。

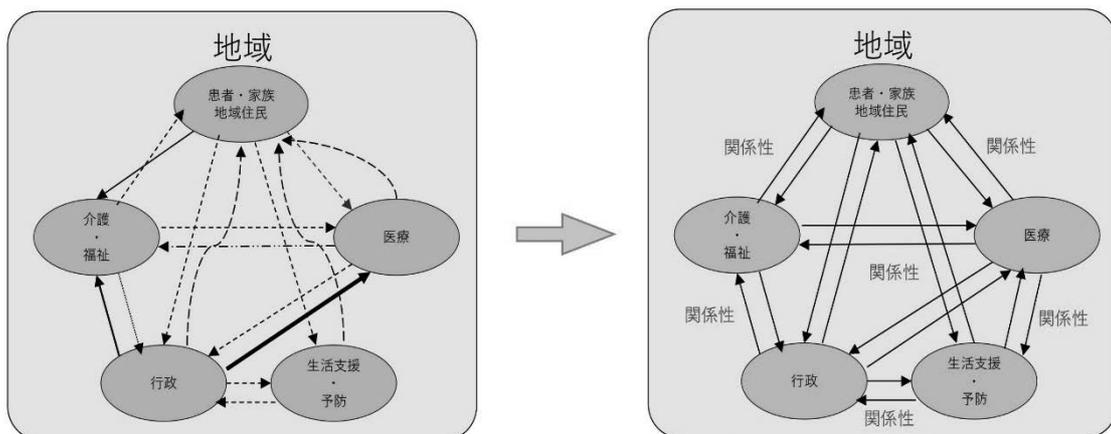
本研究においては関係性構築力を社会構成主義の立場から考察していく。社会構成主義とは私たちが存在する世界もこれから先の未来も言葉から構成されているという立場に立つ。そこには

「対話」が重要となる。つまり、存在するものが点であり、点と点がつながり関係性が生じることで意味がつけられ、関係性がなければ意味は作られない。関係性をつくるためには言葉が重要であり、そのため「対話」が重要である。対話があるから調整され、組織が成立、存続する。

意図された関係性の構築により、互いの支援力を醸成し、組織に病理がなく、復元力があるとされた。関係性があればしなやかに行動でき、しなやかさがあれば突発的事項にも柔軟に対応することができる。さらに柔軟性があるということは組織に問題がないと言える。また、柔軟性があれば、病理もなくなるといえる。良好な関係性が結果として健康かつ、復元力のある組織を作るということは、地域包括ケアを機能化するのではないだろうか。

地域包括ケアの一端を担う好事例組織は、リーダーとメンバーとの関係性が特殊な構図を形成し、患者を含む多様なステークホルダーが卓越した意味形成をなし、これらを促進するエンジンとしての特異なリーダーシップが存在しているのではないだろうか。つまり、地域包括ケアに関わるステークホルダーには一方通行での関わりというシンプルなものではなく、いびつで複雑な関わりが求められている(図表 21)。そのような状態において関係性が重要であると考えられる。つまり、地域包括ケアに関わるステークホルダーの関係性について調査する重要度は高いと考えられる。

図表 21 地域包括ケアシステムにおける関係図



筆者作成