

地域包括ケアシステム構築に向けた 人的ネットワーク形成・運営に関する一考察

猪狩 崇* 石崎龍二** 櫛 直美* 柴田雅博**
小野順子* 榎橋明子* 杉本みぎわ* 尾形由起子*

Considering personnel network formation and administration aimed at the establishment of a regional comprehensive care system

Takashi IGARI Ryuji ISHIZAKI Naomi ICHIKI Masahiro SHIBATA
Junko ONO Akiko NARAHASHI Migiwa SUGIMOTO Yukiko OGATA

Abstract

To find a model of network formation and administration for the establishment of a regional comprehensive care system, We conducted a literature survey of cases of regional comprehensive care system endeavors in Japan. Based on this survey, We selected four progressive regions and conducted field research. We analyzed results based on evaluation criteria comprised of six items. Consequently, the following methods were indicated as being suitable for establishing a regional comprehensive care system in regions that are not particularly wealthy: introduction of a more affordable compactly-packaged regional medical information sharing system through the ICT (Information and Communication Technology); and conversely, supported stimulation of regional communities by residents' self care and neighborhood care with the cooperation of specialist personnel familiar with regional circumstances, such as nurses.

Key words: regional comprehensive care system, regional community, community leader, self care, neighborhood care

要 旨

地域包括ケアシステム構築に向けての人的なネットワークの形成と運営のモデルを見出すために、全国の地域包括ケアシステム取り組み事例を文献調査したうえで、先進的な地域4か所を選んで視察調査し、結果を6項目からなる評価基準で分析した。結果、とくに財政的に恵まれていない地域で地域包括ケアシステムを構築する際には、ICTによる地域医療情報共有システムはコンパクトにパッケージされたより安価なものを導入する一方、地域の事情に詳しいナースなどの専門職の協力で住民の互助・自助による地域コミュニティの活性化を支援する方法が適していることが示唆された。

キーワード：地域包括ケアシステム、地域コミュニティ、住民リーダー、自助、互助

*福岡県立大学看護学部
Faculty of Nursing, Fukuoka Prefectural University
**福岡県立大学人間社会学部
Faculty of Social and Human Sciences, Fukuoka Prefectural University

連絡先：〒825-8585 福岡県田川市伊田4395番地
福岡県立大学看護学部ヘルスプロモーション看護学系
猪狩 崇
E-mail: tigari@fukuoka-pu.ac.jp

1 緒言

超高齢化、少子化、孤立化社会の問題が深刻化しているわが国では、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制すなわち地域包括ケアシステム¹⁾²⁾の実現を目指している。

地域包括ケアシステムの構築に当たっては、地域によって社会的資源の整備状況と構成や小コミュニティの多様性、財政事情などを内包した特性が異なるし、またそれに応じてケアシステム構築プランの立て方、方向性も異なってくる。

一方で行政が直接出来る範囲は地域への一般的な施策レベルのアプローチであり、したがって、比較的是やくケアシステム構築が進んでいく地域と、関係者の努力にもかかわらず課題を抱えている地域とのばらつきも生じてくる。

地域の健康格差を是正し、地域包括ケアをスタンダード化（画一化ではなく、地域の特性を活かして基本的なサービスの質と提供を保証すること）していくためのモデルを見いだしていく作業が必要である。

そのため2016年より継続中の本研究では、地域包括ケアシステムの構築には①情報通信技術（ICT）を活用し、地域の住まい・医療・介護・予防・生活支援に関する情報ネットワークシステム（ハード面）の構築と、②関係諸機関、地域のサービス利用者や家族、サービス事業者、民生委員、地域の支え合い（互助）等の人的資源からなるネットワーク（ソフト面）の構築の2つの側面があることに着目し、先進地への視察を計画し、まずは地域医療情報共有ネットワークの整備状況とその構築過程を調査分析し発表を行った³⁾。

本編はそれに続く②の人的資源によるネットワークの側面（ソフト面）に関する論考である。

とくに①の‘ハード面’の情報ネットワークシステムの導入には、予算や運用資金の確保という財政力が要求されるため、財政面あるいは社会インフラ面において比較的恵まれない地域にとっては実現が不利となることが予想される。したがって、そのような地域における地域包括ケアシステム実現のためには、①においてなるべくコンパクトな予算規模に抑えつつ、②の人的資源によるネットワークの活用

にてケアシステム機能を相互に補っていく解決の方向性が考えられるが、果たしてそのような方法は可能であろうか。

筆者らはそのような、財政的に不利な要因を抱える地域に対しても解決策を提案できるように、改めて全国の先進事例調査をベースに地域包括ケアシステムの最適モデルを解明し、財政的ないし人口的・社会資源的に不利な条件を抱える自治体の現状分析と比較して解決の方向性を提示する研究に取り組む計画である。

また、‘ハード面’の整備には行政や医療専門機関など、対象地域全域を統括できる力も必要であるため、いわゆるトップダウン式の事業とみることもできよう。一方民間の自助・互助力を活性化し、草の根的に住民同士のつながりを育てていく方向性はボトムアップ式とみることができる。

松繁（2012）は英国がヘルスケアにおいて採用した慢性患者の自己管理能力に基準を置いたアプローチについて「イギリス保健省のプロモーションは、必ずしもトップダウン的性格を帯びなかった。このような方向性を取ったことが、一面において、イギリスの文化特性・国民性と合致し、トップダウンとボトムアップのバランスが保たれたのではないかと考えられる。」⁴⁾と述べている。

また前稿で我々はICTを用いた情報共有システムのもたらす迅速な連携対応と情報の疎通性の向上による多職種どうし、多職種と対象者とといった人と人とのコミュニケーションへの波及効果をもたらすことを見だし、「地域医療情報連携ネットワーク導入による地域の社会資源情報の蓄積・組織化により、包括的ケアに必要な、切れ間や取りこぼしの無い情報が共有され、地域医療・介護の多職種間の連携につながると期待される。一中略一分野横断的にデータが活用できる体制の構築につながり、システム内に蓄積されたデータの二次利用による市の行政計画などへの活用も期待できる。」³⁾と結論付けている。

これらの研究結果は行政や医師会・医療その他の専門機関が力を発揮する、トップダウン方向の働きかけが、自治体レベルの地域全域を対象とする一般的アプローチであるのに対し、小さなコミュニティにおいて自助・互助を活かしボトムアップ式にネットワークを築いていく方向性が相互に良い影響を及ぼし合っとうまくかみ合うとき、住民のより健康な生活の実現のために役立つケアシステムが生まれ

ることを示唆している。

本稿はそれに先立って、前稿「地域包括ケアシステム構築に向けた地域医療連携ネットワークシステム導入に関する一考察」³⁾とともに、そのパイロットスタディをなすものである。

ケアシステムを運営するのがあくまで人間であることから、社会資源や設備、財源など限られた条件からその地方ならではの最も質の高い地域包括ケアシステムを生み出す人的資源による望ましいネットワークの形態について、前稿と同じくまずは平成28年度の先進地視察調査報告結果より今後の研究の方向性ととも明らかにしたい。

2 研究方法

1) データの収集方法

厚生労働省^{1),5)~7)}やその委託による民間シンクタンクの調査による地域包括ケアシステム実践例（のべ51箇所）や、地域包括ケアシステムの拠点となる「地域包括ケアステーション」の実証開発に取り組む一般財団法人「オレンジクロス」にて成果発表を行った全国38箇所の事例⁸⁾を文献検討し、その中から以下の視点にて視察する先進地を選定する。

選定にあたってはまず先進実証的に地域包括ケアシステムの構築を進めている地域とし、下記の住民登録者数の規模から代表的に選定し財政規模や社会資源の充実度は特に考慮しない。

選定した視察地がホームページ等に公開している情報（2次利用）および視察調査で得られた情報をデータとして2次利用する。

- (1) 地域医療情報連携ネットワークシステムの住民登録者数が1万人以上の比較的大きなシステムをもっている実践例を2か所選定し、視察調査を行う。
- (2) 地域医療情報連携ネットワークシステムの登録者数が1,000人未満に限定（疾患の程度や種類により緊急度・医療依存度の高い利用者に限定）しているコンパクトながら機能を充実させたシステムをもって取り組んでいる実践例を2箇所選定し視察調査を行う。

2) データの分析方法

公開データの2次利用、視察調査による非構造化インタビューによって2次利用許可と共に得られたデータとともに、データを研究目的に沿って整理し、研修資料とする。

(1) 研究素材・分析フォーマットの作成

研究目的に照らして各ケアシステムの特徴を明らかにするために必要な比較評価基準を研究チームで協議作成し、その基準によって作業をおこなう研究素材・分析フォーマットを作成する。なお、評価規準作成に際しては、この分野に関する知見を有した共同研究者のスーパーバイズを受ける。

- (2) 以下の6つの評価基準に従って、研究資料から重要な記述を選んでフォーマットの該当欄に分類整理して記入し、研究素材（一覧表）を作成する。
- (3) (2)の研究素材（一覧表）において各地域の特性を比較し、人的資源力・連携力による地域包括ケアシステム構築の観点から重要と思われる特性を取り出し、それをもとに各地域の特徴を定性的に記述し分析結果とする。

《倫理上の配慮》本研究は、地域包括ケアシステムを管掌する各自治体、推進団体のホームページ等に公開されている情報及び、先進地視察時に当該団体から公開提供され2次利用の許可を得た個人情報を含まないデータを研究資料とする文献研究である。また、地域や団体が特定されないよう、自治体名、施設名はA市、B病院…等と匿名化し団体名活動名も抽象化し、人口規模以外は地域の特殊性（産業特性や所在地の地理的特徴など）や個別性が浮上する恐れのある表現は削除した。

3 結果

1) 視察調査地の選定

視察調査の対象となる先進地は以下のように選定され、2016年5月から11月にかけて全箇所を視察調査した。選定に際しては、先進的にケアネットワークシステムを築いているところを学び、まずモデルケースを指定する目的で、財政的条件はじめ諸条件に比較的恵まれている点もあえて除外しなかった。

選定された自治体と選定基準

(1) A市：人口6万人

サービス対象者の比較的大規模（高齢者全体を対象 1万人以上）なネットワークでICT化された地域医療情報連携ネットワークシステムを完備した例として。

(2) B市：人口5万人

サービス対象者の比較的大規模（高齢者全体を対象 1万人以上）ながらネットワークで、ICT化

された地域医療情報連携ネットワークシステムを備え、さらに古くからのコミュニティの互助力活用にも成功した例として。

- (3) C市:人口40万人 ただし、パイロット事業として急速に過疎化高齢化の進む市内の大型団地(加入者は重症・慢性期患者に特化して300名以上)での先進実証事例(実証後に市内全域にサービスを広げている)として。
- (4) D市:人口9万人以上 全高齢者ではなく、重症・慢性期患者に特化した比較的小規模(加入者200人未満)の地域医療情報連携ネットワークシステムを備えた事例として。

2) 評価

基準の設定

研究目的から分析を行うため設定した基準は6項目になった。

- ① 地域包括ケアシステムの連携主体
- ② 事業・システムの対象地域
- ③ 事業・システムの対象者
- ④ 事業・システムの概要
- ⑤ 連携の手法
- ⑥ 事業・システムの運営費及びその財源

設定の根拠:

- ① まず、ケアシステムを生成するときの中核・およびけん引役となる主体性格を明らかにする必要がある。「だれが」
- ② 次に、事業の主体が対象とする地域の規模や性質を明らかにする必要がある。「どこの」
- ③ さらには住民のどのような層(限定されているのか、あらゆる層なのか)をサービスの対象にしているかを明らかにする必要がある。「だれを」
- ④ どのような組織体制をもってどのようなサービスを提供するのかを明らかにする必要がある。「どのようなシステムでどうやって」
- ⑤ その組織はどのようにつながり、広げられたか。「どうつなげ広がりながら」
- ⑥ どのように財源を確保しているか。「どう分担して」

3) 分析結果

4つの視察地の分析結果を表1に示した。

(1) A市の分析結果

A市の特徴:医療者不足の問題を抱えた地方都市で、公の財政的補助を得て地域網羅的な医療情報ネット

ワークシステムをゼロ開発し、その過程で形成された多職種連携体と情報共有に基づく連携体制を利用して安定的に地域包括ケアシステムの基盤を整えた例である。

(2) B市の分析結果

B市の特徴

B市が築いた包括的ケアネットワークは、この土地の歴史的背景から伝統的にあった地域の住民コミュニティを利用し、人々が集まる場所を「暮らしの保健室」として活用できるよう住民と交渉している。

2016(平成28)年11月時点で看護師が巡回する「暮らしの保健室」(全国に活動が広がっている一般名称)を備えたコミュニティは30か所を超える。場所の性格も様々でサロン、コミュニティカフェ、町内会、団地自治会のほか、寺院、飲食店工務店などが協力している。医療機関から募った看護師が暮らしの保健室を巡回し、日々の暮らしの困りごとや健康相談や医療機関の紹介、治療に関する相談などを受けている。

また住民の中からコミュニティデザイナーを選んで、コミュニティ内の情報の取りまとめや医療機関との橋渡しなどに活躍している。地域ケア会議も住民主催であり、たとえば食生活の問題に至るまで具体的な健康についての話題が話し合われている。

(3) C市の分析結果

C市の特徴

市内の大規模団地を抱える地区に対し、行政・学術機関・団地の事業体による共同事業体と医師会・行政による「地域医療連携センター」の協力で安定した地域医療情報共有システムと、在宅医の人材有効活用による在宅医療の充実化システムとが手を組み、ノウハウを全市内に拡充していくスタイルをとっている。

モデル事業化により先進型地域コミュニティを実験的に先行実証し、地域包括ケアシステムの牽引役になっているのが特徴で、高齢者に対する就労支援事業を通じての生きがい活動や24時間見守りサービス付き高齢者賃貸住宅(サ高住)が専門性を集約した開発の結果生まれている。

(4) D市の分析結果

D市の特徴

医師会が連携主体となって、在宅療養を希望する患者・家族のために着手した経緯があり、そのため地域医療情報連携ネットワークシステムへの住民の

表1 分析結果

	A市	B市	C市	D市
1 地域包括ケアシステムの連携主体	NPO法人(事務局は基幹病院内)	地域医療ネットワークシステム(医師会と行政)と地域コミュニティからなるケアシステムが地域包括ケアシステムをなしている複合体。医師会在宅医療拠点事業推進室が統括している。	医療連携センター(医師会と行政)と、パレット事業となった団地についての研究会(行政、学術機関、団地の事業主)などが牽引	医師会の開設した在宅医療連携拠点事業室
2 事業・システムの対象地域	市全域 人口5万人以上、高齢化率40%	地域医療ネットワークシステムは管轄する7市2町、5郡市医師会、2保健所、10基幹病院のエリアで人口65万人に対して高齢化率が27%。そのうちC市は隣のE町と共同で地域包括ケアシステムをつくっている。	市全域(パレット事業)については団地地区)人口40万人、高齢化率25%。モデル地区の団地は高齢化率41%。	D市と隣のF市(医師会管轄地域) D市(人口9万6千人以上、高齢化率は26%)、F市(人口約5万6千人、高齢化率は26%)。
3 事業・システムの対象者と社会資源配置	住民登録者1万5千人(住民の26%、高齢者の60%)事務局の置かれている基幹病院を中心に6つの基幹病院(地域病院)が地区ごとに配置されるなど78の機関・施設が加入。医療スタッフの不足は深刻。地域医療情報ネットワークを活用した地域医療スタッフ教育(インターンシップなど)も検討されている。	患者医療情報共有に同意し同意書を書いた「かかりつけ医カード」の発行を受けた患者約2万人。10の基幹病院、2の保健所を中心に119の医療機関が分布している。	機関登録者は200以上、患者の登録数は300人以上(医療依存度の高い人)地域医療連携センター、かかりつけ医のグループ制度(主治医、副主治医制)によるバックアップシステム、救急告示病院やがんセンターを含む10病院協議や多職種ワーキンググループなど。	D市とF市の重症患者・慢性期患者を中心に200名程度。
4 事業・システムの概要	地域医療情報ネットワークが整理された条件下で、人的なケアネットワークシステムも構築充実されつつある。地域コミュニティとのつながりも上記ネットワーク下による多職種連携体制のバックアップ下で進められている。	・地域医療ネットワークシステム(健康者、未病者も年齢にかかわらず登録できる)患者本人も含めてパソコン、スマホ、タブレットなど小型デバイスからの情報共有参照ができる。 ・地域コミュニティの活用拠点は30か所以上 それぞれ包括ケアの場「暮らしの保健室」が立ち上がり機能している。 ・既存の地域コミュニティの活用、住民の中のキーパーソンを発掘、地域ケア会議を住民主催で開催。 ・医療機関側からは「コミュニティナース」が各地区の暮らしの保健室に派遣され健康相談にあたる。 ・集会所の実体はサロン、コミュニティカフェ、町内会、団地自治会、寺院、飲食店、工務店など。	行政、学術機関、団地事業主による「高齢化社会総合研究会」がパレット事業体となり、和市と医師会が在宅医療拠点と多職種連携の拠点となる「地域医療連携センター」を設置、両者の協力のもと在宅医療と24時間の在宅ケアシステムを組み合わせたモデル拠点を団地に設置し成功させている。日常生活圏域(30分)で駆けつけられる「圏域」で在宅医療、介護、予防、生活支援サービスと権利擁護、高齢者住まいの5つの視点が包括的、継続的に行われるシステムを有する。	厚労省在宅医療連携拠点事業の採択を受け、発足。地域IT企業と医師会関係者などで意見交換を繰り返しネットワークシステムを開発。サーバは持たずにクラウド化している。地域の医療・福祉資源を調査しリストやマップを作成、地域の医療・福祉関係者に提供。多職種との連携を推進、在宅医療や介護についての相談事業、地域住民へ在宅医療についての啓発・普及活動を通じて地域コミュニティ活動を支援する体制ができてい
5 連携の手法	まず核となる協議会が形成され、続いて多機関・多事業所による連携協働体がつくれ、オフ会などを中心に人的つながりが形成されていった。地域医療情報ネットワーク運営とともに人材同士の出会いの機会が提供されている。	医師会、中核病院、自治体の協働で立ち上がった。暮らしの保健室の地区ごとの設置は、医療機関所属の「コミュニティナース」の巡回啓発活動と、住民からなるコミュニティデザインナーの活躍により実現。	地域医療拠点を置くとともに主治医・副主治医制を敷いてバックアップ体制を敷いている。地域コミュニティ対策としては、行政が高齢者の住まいの確保(24時間見守り)のサービスつき高齢者向け住宅の整備)や高齢者の生きがい就業支援ジョブコーポレーターを設置(市が後押しして就労セミナー等を行っている)。「顔の見え関係会議」の定期開催。	システムはスマートフォンで利用できる。専門職間でスマートフォンを使って患者情報を送る等の情報交換を行っている。将来介護事業者支援システムとの連携構想がある。
6 事業・システムの運営費及びその財源	維持費:約2,800万円以上/年、利用者負担。参加機関がそれぞれの経済体力に応じた月額負担をするほか、登録患者の医療費に徴収(20~30円)上乗せ徴収。	約4.5千万円/年、補助金利用。	立ち上げ時:国の補助金から約400万円(厚生労働省在宅医療連携拠点事業)、在宅医療連携補助金400万円。次年度 480万円(県地域医療再生基金)	国の補助金から200万円。医師会のみ支出 維持費:60万/年。

加入者は特定の疾患や重症度により限られているが、端末をスマートホンにしチャット機能もあるなど機能はコンパクトに充実している。将来は介護情報のネットワークシステム化し、医療情報と連携する構想もある。多職種同士が情報共有・交換をしやすくなったことで、住民への在宅医療や介護の啓発・普及活動も盛んである。

4 考察

本研究で調査した4つの地域で取り組まれている地域包括ケアシステム構築について、人的ネットワーク形成や運用面から考察する。

1) それぞれの地域の特性

A市は地域網羅型のICTを整備できたその過程で医療と介護の多職種と行政といった人的交流も盛んになり、壁が取り払われていったケースといえる。

地域コミュニティの詳しい状況については未調査だが、関係者の間の情報のブレークスルーが進み、医療情報面のバックアップがしっかりしている活動地盤の強さがある。

地域としては医療者不足の問題を抱えているが、地域の人々がより健康で充実した暮らしが送れるようなケアシステムが充実されることで、地域医療の‘やりがい’を、医療者をめざす人々にアピールできるようにする効果も期待できる。

また医療と介護の垣根が取り払われることにより、専門多職種ネットワークの住民へのアプローチや助言がしやすくなり住民への啓発効果も期待できるようになっている。

情報共有ネットワークという全地域を網羅する社会資源がまずできた場合のメリットが示されている。すなわち人々の間の垣根を外し、情報なやり取りが増え、交渉のテーブルにつきやすくなる環境が地域内で一斉的に達成できることが示されている。

一方B市は誰でも気軽に立ち寄れる場所でありながら専門職のアドバイスが受けられる「暮らしの保健室」との連携で既存のコミュニティ30か所以上が自立化し住民の自主的会議が機能している点が特筆される。地域包括の理念の実現があらゆる地域の実情に沿ってできるようになるには、行政や専門機関による全市域的サービス（情報共有システムなど）と相まって、このような住民の互助力と専門職の連携による地域コミュニティからのボトムアップ式ネットワーク形成のノウハウを論理として取り出す作

業が必要であろう。

後述するが、地域包括ケアシステムの構築には、行政や医療などの専門機関がリードしての対象地域全域的な一般的アプローチ（トップダウン）と、利用者を取り巻く身近なコミュニティの互助そして自助を活性化し積み上げていく特殊のないし個別的なアプローチ（ボトムアップ）の双方向の動きがうまく相互作用し循環することが大事であると考えられる。

C市内では、まず突出して高齢化が進んだ団地をモデル地区に選び、行政と住宅整備事業、学術研究、地域医療改革と専門性の力を集約して重点的に手厚い包括的ケアシステムを築いて全市に広げていく方法の効果が表れていると見ることができる。

住民の高齢化・孤立化に対して最も弱く困難地域化のリスクがあるところに重点対策を敷き、先行的に解決しモデル事例とすることは、地域の健康格差是正のアプローチとして大いに参考となるところである。

とくに高齢者の介護予防のみにとらわれるのではなく、健康・未病の高齢者の就労やボランティア支援による‘生きがい’創出による社会参加を通じての健康啓発事業や、24時間の安心見守りシステムを完備した住宅エリアの創出という実効性の高い事業を展開している。行政と専門機関による施策的アプローチによって弱点克服したところに、住民側の自助・互助発揮の2つの方向性がうまくかみ合った例と言えるだろう。

D市においては、まず救急事例、重症者事例への支援という急所をコンパクトな財政規模ながら（全市域規模の情報ネットワーク開発には通常億単位の費用がかかるが、機能を限定し地元ICT業者との共同開発で当初開発予算を200万円規模に抑えられた）チャットも行える充実の機能を確立し備えたことで、医療に関する住民へのバックアップのもとで地域コミュニティの活性化への支援体制が整ったといえる。

この医療情報共有システムがもたらす多職種間のつながりを生かした情報共有や多職種連携強化のための研修や交流を通じて、地域の医療・福祉資源の調査をして地域の医療・福祉資源のリストやマップを作成し提供したり、住民からの在宅療養希望の相談窓口を設け要望に応える一方、住民に対する在宅医療や介護の啓発普及活動も展開している。

D市の場合も地域が抱える弱点克服優先で重症・

慢性期者問題の先行解決を図ったことにより、いざという時の安心を保証しつつ住民の医療や介護など健康問題に対する啓発活動が行いやすい環境を築くのに成功した事例と言える。

2) 地域包括ケアシステムの質を左右するものとは

緒言で引用した松繁は続いて「日本の地域包括ケアの展望においては、都市/地方の対比の観点に加えて、医療・公衆衛生と対比しての自助・互助活動の特性という観点から、現在各地域で展開されている日本独自の自助・互助の実情を審らかにしておく作業が、結果的に共助・公助との調和点を見出す契機になるものと考えられる。」⁴⁾と述べている。

自助・互助のレベルは個人や小さなコミュニティの特性・個別性が発揮される領域であり、それゆえに対象地域の自助・互助を引き出すべき小コミュニティ単位の特性・個別性を実態把握するところから始める必要がある。そこに行政や専門機関からの一般的アプローチに、地域を巡回する専門職が支援する小地域レベルの個別ネットワークの形成と活用が応えて、双方向で作用し好循環が生まれる秘訣があるのではないか。

最近では情報セキュリティにすぐれた医療用SNS⁹⁾や、さらには強固な情報セキュリティに守られた個別の情報共有契約を比較的安価に繋いでいくブロックチェーン技術の医療情報用試験運用が始まっている¹⁰⁾。

情報網とセキュリティの確立にはさほど大規模な財政支出がいらなくなり、ICTの恩恵を被るためのハードルは低くなっていく見通しがでてきており、むしろ地域の実情に適合し自助・互助の力を引き出し、そこに行政や専門機関などが共助・公助で支援する地域包括ケアシステムのデザイン力に焦点が移ってくるように見受けられる。

したがって継続する研究では、よりこの自助・互助の地域特性の把握に着目し、対象とするコミュニティの自助互助力の実態把握からその特性を分析し、個別の対策プランを立てて実施、評価する一連の方法論を究明し提示することが方向性として見出された。

5 結論

全国地域包括ケアシステム構築へ向けての取り組みの文献検討を経て選び出した先進地視察調査を行い、人的ネットワークの形成・運営の視点から特性

を比較分析した結果、以下のことが明らかになった。

地域医療情報連携ネットワークシステムは、十分な財政出動が得られるならば、地域全体、全住民をカバーできるのが望ましい。しかしそうでない場合には、緊急性、重症度の高い利用者に重点を移し、予算及び機能上においてコンパクトな、導入可能なシステムを導入し、一方でより軽度者への対策、予防や健康増進、早期発見のための見守り体制のために、地域の事情に通じた専門職と住民代表とが協力して地域コミュニティの拠点をつくり、地域コミュニティの個別な自助・互助力発揮を促す支援と組み合わせることで、よりよい地域包括ケアシステムの構築が可能となることが示唆された。

課題と展望

今回示唆された解決の方向性を踏まえてさらに評価基準を吟味したうえで、より普遍性をもつ地域包括ケアシステムの解決モデルを見出し、具体的な地域における調査分析を行い問題解決案を提示できるように研究を発展させていきたい。

謝辞

視察調査に応じられ、公開データの2次利用を快くご許可された各地域包括ケアシステム連携事業体の皆さま、自治体、関係機関の皆様に深く感謝申し上げます。

文献

- 1) 厚生労働省：地域包括ケアシステム，厚生労働省ホームページ，2018.
- 2) 森川美絵：福祉介護分野から：多職種多分野連携による地域包括ケアシステムの構築、『保健医療科学』，Vol.65，No.1，pp.16-23，2016.
- 3) 猪狩崇，石崎龍二，櫛直美，柴田雅博，小野順子，榎橋明子，杉本みぎわ，尾形由紀子：地域包括ケアシステム構築に向けた地域医療情報ネットワークシステム導入に関する一考察，福岡県立大学看護学部紀要 第15巻，pp.83-90，2018.
- 4) 松繁卓哉：地域包括ケアシステムにおける自助・互助の課題，保健医療科学，Vol.61，No.2，p.113，2012.
- 5) 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～，株式

- 会社日本総合研究所, 2016.
- 6) 厚生労働省:地域包括ケアシステム構築 へ向けた取組事例, 厚生労働省ホームページ, 2018.
- 7) 筑後一郎:地域包括ケアシステムの課題と展望. 川崎医療福祉学会誌, 26(1), pp.79-83, 2016.
- 8) 一般財団法人オレンジクロス:地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト成果報告会資料, 一般財団法人オレンジクロス, 2016.
- 9) メディカルケアステーション:メディカルケアステーションとは. 完全非公開型 医療介護専用SNSメディカルケアステーションホームページ, 2018.
- 10) 水島博:「医療×ブロックチェーン」の絶大なメリット. 東洋経済電子版, 2018.6.6. 政治・経済, 政策, 2018.
- 受付 2018. 9. 3
採用 2019. 1. 8