

## 地域包括ケアネットワーク No.51

### 地域包括ケアシステムと連携シート「むすびの和」

地域包括ケアネットワーク部員 宮原 伸二

2025年の超高齢社会の到来直前である。国は「地域包括ケアシステム」を構築してこの難問を乗り越えようとしている。医療・介護、予防、住まい、生活支援などのサービスを切れ目なく提供できる体制として、地域包括ケアの圏域としての中学校区、中核機関としての地域包括支援センターと地域ケア会議の強化を図っている。

しかし、「地域包括ケアシステム」は、急性期医療を基本とする医療サービスと生活支援を基本とする福祉サービスの適合性の悪さ、また、ケアの調整役や財政的な統合をどのように支えるかなどの課題がある。

さらに、厚労省が提唱する「地域包括ケアシステム」には「まちづくり」の視点が欠けており、社会的共通資本としてのコミュニティーの重要性、特にソーシャル・キャピタルを強化して高齢者の参加しやすいコミュニティーを構築し、真の包括ケアを実現する理念や実践に事欠いている。事実、主体的な市民参加が得られているとは言えない。例えば民生委員、愛育委員、家族などの積極的な参加が不十分なため、ソーシャル・キャピタルの醸成が深まらず、その結果、市民の支え合いや市民主体の地域づくり活動が未だ不十分である。

できることならば、住民が日頃から近隣や地域の住民同志の関係を深めつつ、特に、小地区での健康や福祉に関する学習会を網の目のように数を多く持ち、住民の健康意識や介護知識を高め、さらに地域ぐるみでソーシャル・キャピタルを醸成する力をつけることが大切である。そのために地域の医師会員同士や住民同士が信頼関係を築きつつ、地域の「健康・福祉力」を高めるという「ソーシャル・キャピタル」の醸成に力が注がれ、高齢者や障がい者が参加しやすいコミュニティーを構築し、真の包括ケアを実現しなくてはならない。

ソーシャル・キャピタルの醸成に力を注ぐ理念の中核をなすのが国際生活機能分類(ICF)の実践である。今まで活用されてきた国際障害分類(ICIDH)は「機能障害」に注目して、それを固定的にとらえ「能力障害」や「社会的不利」を必ず生みだすとの直性相関性を強く協調しすぎたきらいがある。

一方、国際生活機能分類(ICF)は「機能障害」があっても、環境整備や周囲の支える力が高まり、積極的にバリアフリーなどをはかれ、家の中や周囲の活動が活発になり、それが社会参加に直結してADL・QOLの改善も期待できるという良循環になる理念である。さらに工夫によりADLは変わらなくとも、環境などの充実にともないQOLの向上が可能になる。つまり、支え方1つでQOLは「変わる、動く」ことになる。

岡山プライマリ・ケア学会では、ICFを用いた医療介護連携シート「むすびの和」の活用を8年前から推進している。全国で普及している連携シートは数多くあるが、

大半は医療連携シートであり、医療介護福祉を繋ぐものではない。さらにその大半にはICFの理念が取り込まれておらず、機能評価も「出来る」「出来ない」に分けられており、「がんばればできる」とか、「支え方に工夫があればできる」といったQOL向上を示す評価基準がない。連携シート「むすびの和」では工夫を重ねて、ICFの理念を取り込み、さらに医療介護連携を可能にして、介護保険のフェイスシートとして活用可能となるように開発してきた。詳細は岡山プライマリ・ケア学会連携シート「むすびの和」のホームページに示してあるので参照してほしい。「むすびの和」改訂版は現在、岡山県内では井笠地区、浅口医師会などを中心に、「晴れやかネット」と併用して利用されている。



児島医師会：村山正則