

小松市における医療・保健・介護の連携による介護予防・健康づくりの推進

石川県・小松市役所長寿介護課主幹

角地孝洋

小松市の概要

小松市は石川県西南部に広がる豊かな加賀平野の中央に位置し、産業都市として発展し、南加賀の中核を担っている（図1）。東には霊峰白山がそびえ（写真1）、その裾野には緑の丘陵地、そして田園、平野が広がり、それを縫うように梯川が流れ、安宅の海に注いでいる。歌舞伎十八番の一つとして知られている「勸進帳」の舞台である「安宅の関」（写真2）や、「曳山子供歌舞伎」があり、「歌舞伎のまち」としても有名であり、「産業」「自然」「文化」が揃った中規模自治体である。



写真1 木場潟から見える白山



写真2 安宅の関

図1 小松市の位置



人口は10万6,490人（令和4年4月1日現在）、高齢者数は3万620人（高齢化率28.75%）と、近隣自治体と同様に高齢化が進んでいる一方で、要介護・要支援者数は緩やかに減少傾向にある。市が策定している「いきいきシニアこまつ推進プラン（介護保険事業計画）」では、アウトカム指標として「いきいきシニア率（75歳以上で認定を受けていない元気高齢者の割合）」を設定しているが、平成30年度には68.1%だったものが、令和4年度に71.1%に上昇しており、これまでに行ってきた介護予防・

健康づくりに関する取り組みが一定の効果を出しているとみることができる。

また令和2年には日経グローバル「第3回介護・高齢化対応度調査」で全国首位という快挙を成し遂げた。中規模自治体で他と比べても職員数が多いわけでもない、財源が豊富なわけでもない中でのこの結果は、「行政が頑張った」のではなく、「地域の力」のおかげであったと強く感じている。実際に地域に助けられながら、ともに事業を組み立てていったプロセスについて、担当保健師の立場から紹介したい。

保健師の配置体制の変化による マンパワー不足

本市では主に「いきいき健康課」という保健部門に保健師が重点的に配置され、介護予防・健康づくり事業を中心に担ってきたが、平成18年度からは健康づくりを担う「いきいき健康課」と、主に介護予防を担う「長寿介護課・地域包括支援センター」に分散配置されることとなり、私自身は、平成20年度に地域包括支援センターに異動となった。

保健師という専門職同士、当初はある程度の連携が保たれていたが、縦割り行政で徐々に協働して事業を行う機会も減っていく中、平成24年度に地域包括支援センターが委託となったことで、介護領域の大半の保健師は「いきいき健康課」へ異動となり、長寿介護課に残った保健師は私と管理職、育休職員を含めて3名、それ以外は事務職が数名という体制となってしまった。当時、長寿介護課では、地域包括ケアシステムの構築に向け、介護予防のみならず、認知症対策や在宅医療・介護連携推進といった新たな課題が山積しており、企画・実践力の不足に頭を悩ませることとなった。

地域づくりは地域と一緒に

このような中で参考になったのが、学生の頃に学んだ「昔ながらの保健師の地域活動」であった。「島嶼に一人配置された保健師が、地域住民とともに地域づくりを行っていく」といったエピソードは私の中でとても印象に残っているが、介護部門に



写真3 協働メンバー

取り残された保健師として何か共感するものがあった。近年、保健師にとって「地域に出向いて活動する」といっても、「介護予防」や「健康教育」、「保健指導」等、あらかじめ決まっている業務を地域という場で実施する＝「地域に出向く」となっていることが多い。そうではなく、先輩保健師がマンパワーの少ない中、行ってきたように「地域活動の中から課題を見つけて、地域とともに事業化していく」プロセスをもう一度、実践していけないか考えた。

悩ましかったのが、「地域包括ケアシステムの構築」という、抽象的ではっきりしないものについて、どのようにして地域に働きかけ、協力を得ていくかということだった。実際に地域で地域包括ケアの推進に資する活動をしているNPO代表に声をかけ、率直に相談してみたところ、地域の住民や専門職にも声をかけてくれ、話し合いの場を設けることができた(写真3)。

そこで驚いたのが、地域の方々のパワフルさである。「地域包括ケア」という言葉は知らなくても、それぞれが自分たちの生活や経験と「認知症」や「健康・介護予防」を関連させ、ざっくばらんなさまざまな意見が飛び交い、その中で自分たちが目指す「地域包括ケア」がどのようなものなのか、こちら側が教えるというよりは、むしろ私自身も気づきを得ながら進めていくことができた。これはとても新鮮な経験であり、いつの間にか業務とは関係なく毎週のように地域の仲間として語り合うようになっていた。

このように地域の協力を得ながら達成した「第3

「介護・高齢化対応度調査」での全国首位という結果だが、実は当時仲間同士で「医療や介護のことで、日本一を目指そう！」といった夢物語を語り合っていた。スピリチュアル的なものにあまり興味があるわけではないが、「言霊」というのは本当にあるのだと驚いている。

小松市における地域包括ケアの推進プロセス

小松市ではこのような経験をもとに、地域包括ケアの推進を従来のトップダウン（国等が示す「やるべき事業」が既にあり、それを地域で実施する）ではなく、現場の声を聞きながらボトムアップ（地域にある課題を見つけ、その解決策を地域と協働で考え、実施する）していく事業展開で行っている。そして、そのプロセスでは地域の方から教えてもらった「人として出会う」「自分事として考える」「とことん当事者目線で考える」「アクションを起こす」という4つのキーワードを意識している。

1. 「人として出会う」

地域の住民にとって、「行政」というものには、堅いイメージが付きまとっている。保健師でさえ、地域に出向く機会も減っている現状では同様である。さらに地域の事業者にとっては、指定や指導・監査の主体である「保険者」としての側面があるため、一層「近づきたい」「上から目線」な存在と捉えられてしまうこともある。そのため、どうしても「支援・指導をする側（行政）」と「支援・指導を受ける側（地域）」といった関係になりがちで、フラットに協働したくても結局、「行政は何をしてくれるのか、何ができるのか」となってしまう。

人として出会い各自の役割や立場を超えて、ざっくばらんに関わり合うことで、「自分たちに何ができるのか」「みんなで作ってみよう」といった新たな取り組みのための仲間になることができる。

2. 「自分事として考える」

次に「自分事として考える」ということである。よく、「行政は縦割業務が多い」といわれることが

【失敗談】

長寿介護課に異動になったばかりの頃、地域で高齢者を見守る仕組みを作ることになり、ある高齢者団体の会合をお願いに行った時のこと。

「生活の中で心配な高齢者に気づいたら支援機関に相談してほしい」といった内容で、個々の負担はそれほどないと考えていたが、「行政は自分たちに役割ばかり押しつけてけしからん」とお叱りを受けることとなった。

一方で、地域のサロンで高齢者の見守りについてざっくばらんに話し合っていた時のこと。

地域の現状を知った方々（先の高齢者団体と同じ人たち）からは、「自分たちでお互いに見守らないとね」といった声が自然とあがり、見守りの仕組みづくりにつながる事となった。これも今思うと人として出会い、話し合う中で、トップダウンではなくボトムアップで仕組みが出来上がった例だと印象に残っている。

ある。このことは効率的・専門的に業務を行う上では利点もあるが、多職種・多機関で連携しながら地域包括ケアを推進していく上では、阻害要因となると考えている。たとえば、地域におけるそれぞれの課題は互いに関連しあっていることが多く、一方の課題を「自分の担当じゃない」と放置していると結局、自分に跳ね返ってきてしまう。逆に地域全体を俯瞰し、自分事として考えることで、新たな課題に気づいたり、思いもよらなかった解決策が見つかったりすることも多く、結局は効率的かつ、効果的な取り組みにつながる。

3. 「とことん当事者目線で考える」

「とことん当事者」というのは、お世話になっている市内のNPO代表の方がいつも話す言葉で、その言葉のとおり、とことん当事者に寄り添うということだが、これは地域包括ケア推進の方向性に迷いが出た時に役立つ。業務を行う中では、どうしても落としどころや達成しやすい成果を意識しがちである。また、専門職では特に知識があるがゆえに、「当事者の想い」より、「一般的に見て妥当な判断」を選択しがちである。

何のためにやっているのかわかからなくなった際に、「とことん当事者」で、「当事者のためになる」という確信が持てれば、モチベーションを維持しな

がら自信をもって取り組むことができる。

4. 「アクションを起こす」

「人として出会い」「自分事として考え」「とことん当事者」目線で検討をしても、それがただの検討で終わるのであれば、せっかく高まった熱量は簡単に拡散してしまう。行政として最も大切なことは、それらの熱量を受け止め、アクションにつなげることであると考える。特に地域の方からは、「行政は検討ばかりで全然進まない」という声もよく耳にしていた。そのため、最終的に何か地域に役立つものを地域と共創するという意識しながら、取り組むことが必要である。



写真4 コンチネンスケア検討委員会

ボトムアップによって生まれた 小松市の独自事業

これらの4つの視点に基づいて、地域の住民や専門職と行ってきた小松市の独自事業についていくつか報告する。

1. 「コンチネンスケア先進都市こまつ推進事業」

○きっかけ：市では介護者に対する調査「在宅介護実態調査」から、在宅介護に対する不安の上位に「排泄介護」の問題があることを把握していた。一方でK市民病院では、「尿道留置カテーテルを入れたまま退院し、必要性が高くなくてもそのままになっている高齢者が多い」ことへの課題意識を持っていた。「医療」と「介護」で領域は異なるものの、同じ「排泄」に対する関心があったことから情報共有しながら語り合う中で、関わりのあった大学や市内泌尿器科、訪問看護ステーションも加わり、「コンチネンスケア先進都市こまつ推進事業」を実施することとなった。なお、このネーミングからは参加者の意気込みが伝わってくるが、何か「地域のためにしたい」というモチベーションの高さは本当にありがたいと感じた。

○協議体（連携の場）：K市民病院の泌尿器科医師・看護師、T泌尿器科の医師、Y訪問看護ステーション、Ka大学教員、Ko大学教員、地域包括支援センター、行政によるコンチネンスケア検討委員会

図2 相談窓口ののぼり旗

○コンチネンスパートナー

コンチネンスパートナーが配置されている「排泄の困りごとよりそい相談窓口すっきりん」ののぼり旗。

当初コンチネンスパートナーはコンチネンスサポーターという名称を予定していたが、協議体の委員からは「パートナーのように寄り添って関われる専門職を養成したい」という声があり、このような名称となった。



を設置（写真4）。

○経過：通常、このような協議体の議長は医師が担うことが多いが、「人として出会う」ことを意識し、フラットな関係を大切にしたいと考え、議長を設けずに、グループワークやテーマに応じたチームに分かれたざっくばらんな会議を行った。結果として、具体的取り組みが出来上がった後も協力をいただきながら実施することができている。

○具体的取り組み：H30 コンチネンスケア検討委員会でのグループワークによる課題の把握→R1 排泄に困っている地域住民に対する実態把握（調査）と課題の整理→R2 コンチネンスパートナー養成講座（専門職のスキルアップ講座）→R3 排泄ケア相談・支援事業（養成されたコンチネンスパートナーによる排泄の困りごとよりそい相談窓口

すっきりんの設置（図2）と、アセスメントシートや排泄チェック表と排尿排便ガイドブックを活用した支援）

2. 「心不全の再入院予防事業」

○きっかけ：K市民病院では、高齢者の増加に伴う心不全パンデミックへの対応が課題となっていた。また、退院調整の担当からも「せっかく退院させてもすぐに再入院してしまう方がいる」といった話を聞いていた。一方で介護領域では、主治医意見書の多くに「心不全」の記載があるものの、心不全に対する支援がケアプランに盛り込まれているものは少なかった。

当初、「心不全」に対する支援の中心は「医療」のど真ん中であり、「介護」が介入する余地があるのか、何か余計なことをしてしまって、逆に治療の障害になってしまわないのかといった声もあった。しかし、医療・介護人材の不足が懸念される中、少しでも医療リソースの負担を減らすために、介護も何か役立てないかと話し合った結果、地域の医師から「心不全の初発を防ぐことは難しいかもしれないが、その後の再入院については、介護の力が役立つのではないか」という声があがり、取り組みについて検討することとなった。

○協議体（連携の場）：K市民病院の内科医師・看護師、Y病院の医師・MSW、Y病院の医師、ケアマネジャー、地域包括支援センター、行政による心不全の再入院予防検討部会を設置。

○経過：医療機関に対する敷居の高さは、多くの介護専門職が感じているが、急性期病院であるK市民病院に対しては特にそうであった。しかし、グループワークの中でざくばらんに意見交換する中で、K市民病院の内科医師から、「今まで急性期病院として、患者の治療だけを考えてきたので、在宅の介護職等の事を意識したことはなかった。この会議で介護職に敷居の高さを感じさせていたという事に気付かされた。」等の声もあり、「人として出会う」「自分事として考える」といった事が実践される場となった。



写真5 多職種研修講師と世話人

○具体的取り組み：R3再入院予防検討部会でのグループワークやケアマネジャーに対するアンケート調査→R4医療・介護職の多職種研修（写真5）、住民向けの啓発講座、退院後短期集中予防サービスと医療リハの連携

3. 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業」

○きっかけ：保健部門である「いきいき健康課」が、後期高齢者医療保険者から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業」の委託実施を打診され、これまで保健領域で実施されていた「疾病の重症化予防」と介護領域で実施されていた「介護予防」をフレイル予防対策として統合していくことになった。

○協議体（連携の場）：各職能団体から推薦を受けた医師、歯科医師、管理栄養士、歯科衛生士と、地域包括支援センターに配置された理学療法士、行政（保健領域・介護領域）によるフレイル予防対策推進会議を設置。

○経過：この事業は後期高齢者医療保険者からの委託事業として実施されることもあり、当初は「保健事業と介護予防の一体化」というよりは、「国保保健事業と後期高齢者保健事業との一体化（国保事業でしていた疾病の重症化予防を後期高齢者にも実施する）」といった雰囲気強く、高齢者のためというより、医療費の適正化を目指すことが目的のように感じられていた。そのため、話がかみ合わないこともあったが、協議体で「人とし

て出会う」「自分事として考える」「とことん当事者目線で考える」を意識しながら「アクション」を話し合う中で、相互理解が進み、これまで保健事業と介護予防でそれぞれ実施してきた事業について互いの視点・工夫を取り入れながら、一体的に推進できる体制が構築されてきた。

○具体的取り組み：R3 フレイル予防対策推進会議で市の保健事業と介護予防の現状を共有、コロナ禍に対応できるオンライン講座をモデル的に実施したり、地域のサロンでのフレイル予防講座を実施（写真6）→R4「いきいき健康課」が主となり実施していた疾病の重症化予防訪問時にフレイルチェックを実施、医療機関に健診受診時のフレイル予防事業の参加勧奨を依頼し、その結果をフィードバック、「長寿介護課」が主となり実施しているケアプラン会議（ケアプランを多職種で検討するもの）に、薬剤師や理学療法士、管理栄養士、そして保健師といった医療職が参加し、これまでの「必要な支援・サービスは何か」といった視点の他に、「生活習慣改善や疾病の重症化予防」の視点を入れて実施。



写真6 自宅でのオンラインフレイル予防

ションを高め、さらに協働によって創り上げた具体的アクションの達成感が、さらなるモチベーションの向上につながっていた。

しかし、コロナ禍により、「出会うこと」、「アクションを起こすこと」自体が難しくなる中で、このようにスパイラルアップしながら、活動がより良くなっていくといった流れが、停滞していくことを懸念している。

コロナ禍における課題

このように地域の住民や専門職と協働しながら、ボトムアップで事業を展開してきたが、コロナ禍における多くの制限の中で、いくつか課題を感じている。まず、実際の対面での話し合いが難しいことである。コロナ禍になってから、オンライン会議等の体制も整ったため、協議体等の開催にはそれほどの支障はない。しかし、コロナ禍以前の話し合いを思い出すと、むしろ休憩中や終了後の雑談から話が進むといったことも多かったように思う。

また、モチベーションの維持にも課題を感じている。これまで、「人として出会う」「自分事として考える」「とことん当事者目線で考える」「アクションを起こす」という4つのプロセスの中で、新しい取り組みを進めてきた。そのプロセスでは、大変なことも多かったが、人として関わり合う中でモチベー

おわりに

地域包括ケアを推進していく際には、多職種・多機関での連携が重要となる。しかし、それぞれの知識やスキル、おかれている環境や意欲は必ずしも同じではない。今後、ますます後期高齢者が増え、医療・介護専門職が不足していく中、介護予防や健康づくりを充実し、地域包括ケアシステム構築を推進していくためには、地域の方から教えていただいた「人として出会う」「自分事として考える」「とことん当事者目線で考える」「アクションを起こす」の4つのキーワードを意識したプロセスが役に立つのではないかと考えている。