

### (3) 機能の持続性

今後、メンバーの高齢化が進むと、同じ活動がいつまで続けられるかという不安がある。その意味で「新たなチームドクターファイブ」を作り、育てていくことが今後の課題である。

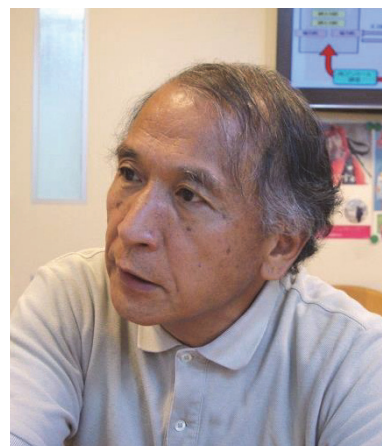
乙訓地域では、医師同士の「お見合パーティー」として、在宅療養支援診療所の勉強会などを実施しているが、現在のところ、チーム結成にまで至った例はない。その理由として、開業医は「一国一城の主」あり、他の医師に「頼む」ことが苦手であることが考えられる。しかし、乙訓地域の場合は、医療機関一覧表の作成を通じて、いわば「相手に手の内を見せている」のだから、教えを請うことはできるはずであり、今後に期待がかかる。

## 5 他地域へのアドバイス

### (1) 取組の展開に向けて

馬本医師は「チームドクターファイブとしては、取組を参考にしてもらい、地域特性や医師の個性、患者の特異性などに合わせて、各地域で展開してもらえれば良いと考えています」と語る。

実際に現在、他地域でも基幹病院あるいは複数の小病院が中心となり、主治医・副主治医制を実施している地域も増えてきている。また、医師会主導で取り組んでいる事例もある。「ただし、病院主導が強すぎると、開業医の側が離れていってしまい、うまくいかないこともあります」と齊ノ内医師。例えば、定例会議にしても、平日昼間の会議に毎回出席という条件では、開業医はついていけない。「病院と開業医とでは基盤が違うので、開業医同士の『顔の見える関係』で取り組んだ方が、成功しやすいと思います」ということだ。



### (2) 地方自治体ができること

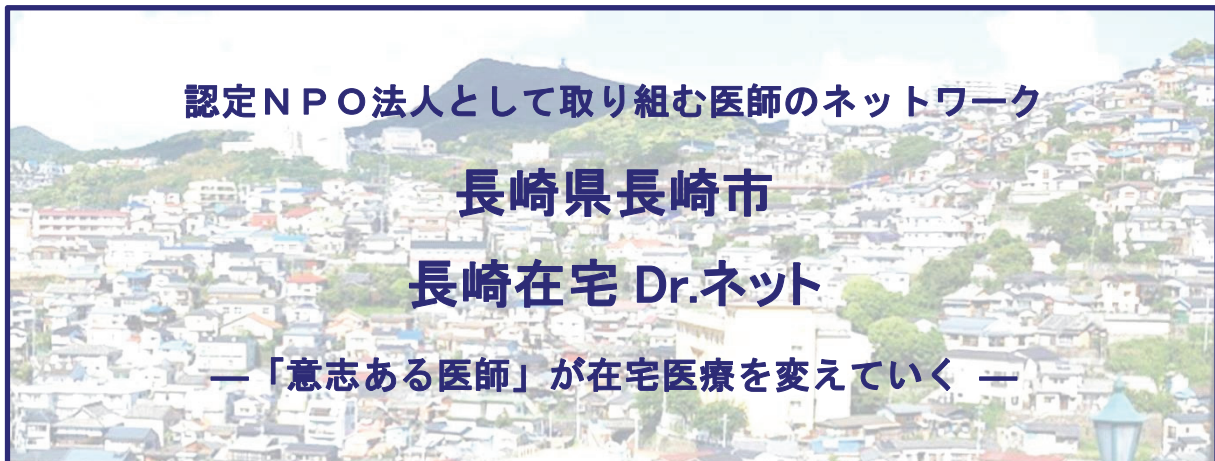
実際のところ、行政や医師会が特定の医師やチームを応援することは、現時点では難しい。そのかわり、チームドクターファイブの取組に関しては、地方紙や医療雑誌等の取材が多く、それらを受けることで広報につなげている。

行政として、個々のチームを直接宣伝することは難しくても、地域全体により良いシステムを構築し、取組の成果を地域に還元していくことは可能であると思われる。

長崎県長崎市

長崎在宅 Dr. ネット

— 「意志ある医師」が在宅医療を変えていく —



**対象地域の属する地方自治体の概要**

地域名	長崎県長崎市	位置図 <small>国土地理院承認 平14総複 第149号</small> 
人口	443,766人 (平成22年国勢調査)	
面積	405.81 km <sup>2</sup>	
分類	認定NPO法人	
ポイント	医師会外のゆるやかな組織 メーリングリストの活用	
<p><b>【地域特性】</b>長崎市は九州の北西部に位置する中核市で、人口は約44万3,000人、うち65歳以上が約11万人、高齢化率は24.9%である。市街地が傾斜地に広がっているため、坂に面して家があり、人ひとり通るのがやっとという階段も随所に存在する。救急車も満足に走れず、救急隊ですら担架を持って階段を行き来する。在宅医療に携わる医師らも、100段もの階段を上り下りして往診することが日常である。</p>		

**事例の概要**

長崎在宅 Dr. ネットは、180名以上の医師が参加する在宅医療ネットワークである。当初は任意団体からスタートしたが、その後、NPO法人化を経て、現在は認定NPO法人として活動している。メーリングリストの有効活用を図り、病院からの退院時には主治医・副主治医を平均0.77日という短期間のうちに決定している。また最近では、長崎在宅 Dr. ネットを通さなくても病診連携が可能な環境が整ってきたため、その役割も若手医師への教育・サポートや地域のネットワーク作りなどに移行しつつある。

- 【本事例の特徴】**
- ①医師会とは別個の組織を作り、認定NPO法人として取り組んでいる。
  - ②メーリングリストを活用し、退院時に主治医・副主治医を迅速に決定する。
  - ③患者に関する「覚書」を交わすことで、連携に関する医師の不安を払拭した。

# 1 取組の経緯

## (1) 取組の経緯

### ①医師同士の助け合いからスタート

長崎は、全国でも夜景の美しい街の一つと言われている。そして、それは「生活夜景」なのだと医師たちは言う。坂に面して家があり、一人通るのがやっとという階段も随所に存在する。救急車も満足に走れず、救急隊ですら担架を持って階段を行き来する。そんな環境では、在宅医療も過酷であり、医師もまた、100段もの階段を登り往診することも日常的だ。県内の在宅死率は全国42位と下位に位置している。



藤井卓医師

長崎在宅 Dr. ネット（以下、Dr. ネット）の理事長、藤井卓（たかし）医師と、同事務局長兼副理事長の白髭豊医師は、以前から在宅医療における相互サポートの可能性について話し合っていた。

そんなとき、藤井氏が病院からある患者の在宅医療を依頼されたが、地理的に遠くて対応が困難と思われた。そこで、旧知の仲である白髭氏にその患者の対応を依頼することにし「何かあったら自分もサポートするから」という形を取ったのが、Dr. ネットの始まりであった。



長崎市内の往診風景

### ②参加に必要な条件は2つだけ

病院には当直があるが、在宅医療にはそれがない。ならば、なんとかしてシステム化できないか——Dr. ネットは、そんな医師たちの素朴な思いから始まった。平成15年当時、全国的に見ても在宅医療における相互サポートの動きは始まっていなかった。そうした中、Dr. ネットは平成15年7月に13名の医師によってスタートした。当番制やグループ制など、様々な形態の取組がある中、同ネットは「医師のみで構成し」「相互にサポートする」ことを柱とした。医師に必要なとされる条件は、在宅医療に関わっていることのほかは、次の2点のみであった。

- ・24時間365日対応可能の意気込みがあること
- ・電子メールによる連絡・連携が可能なこと

「ここでの『24×365』は『意気込み』としているところがミソなのです」と語る藤井氏。開業医が24×365の体制を万全にすることは、現実的には難しいからだ。最



白髭豊医師



詫摩和彦医師

近では在宅医療というと「24×365」だけが一人歩きしている傾向にあるが、Dr. ネットの考え方はもう少しおらかなのだ。

Dr. ネットの副理事長兼広報部長の詫摩（たくま）和彦医師も「私たちは普通の『町医者』の集まりで、在宅だけに特化しているわけではありません。普通に在宅『も』する、というスタンスです」と語る。理事の山根豊医師も「訪問診療を特別扱いするのはおかしいですね。あくまでも普通の診療の延長であって、在宅医療だけを切り離して考える、というのは少し違うで

しょう」と語る。診療所で診ていた患者が、症状の進行によって通院できなくなって、それならこちらから行きましょう、というのが本来の姿だというのだ。

### ③医師会とは別個の取組

Dr. ネットに先立ち、医師会の在宅部会では、一覧表（医師名簿）を作成・配布していた。これは、事前に医師にアンケートを行い、その回答に基づいて作成したものであったが、いざ実際に配布してみると、一覧表で「可能」とされている診療を実際には断る医師が出るなど、うまく機能しなかった。そうした経緯もあり、Dr. ネットは、医師会とは別個の取組としてスタートした。

### ④その後の成長

当初の13名から現在81名（連携医）へと成長を遂げたDr. ネットであるが、人数が急増したのは、やはり在宅医療支援診療所制度が創設された平成18年頃だという。多くの医師にとって、未知の分野に関する情報が得られるメリットが大きかったのだろうと思われる。

当初は、退院して1日～2日で亡くなるような短期間の対応でも頑張っけて受けてきた。そのおかげで、現在は「本来の」在宅医療に相当する症例についても、病院から頼りにされる存在になっている。



山根豊医師



### 行政との関係は？

行政との関係について「最近では県や市が何か事業を始めようというときに、Dr. ネットに意見を聞きに来るようになりました」と藤井氏。それは、Dr. ネットが「全国区」の存在になり、無視できない存在となったことが大きな理由だ。ただし、Dr. ネットの対応できるキャパシティの問題もあり、ただ単に地方自治体に広報を拡充してもらえば良い、というわけではないのが悩ましい点だという。

## 2 取組の内容

### (1) Dr. ネットの概要

#### ①構成メンバー

Dr. ネットは、平成 20 年に NPO 法人化、さらに、平成 22 年には認定 NPO 法人となっている。平成 27 年現在、Dr. ネットの会員構成は次のとおりである。

区分	役割	人数
連携医	実際に在宅診療を行う (Dr. ネットの基本メンバー)	81 名
協力医	助言や必要時の往診を行う (形成外科・皮膚科・泌尿器科などの専門医が中心)	49 名
病院医師	助言や病診連携の橋渡しを行う	56 名
合 計		186 名

Dr. ネットにおける「主治医」の経験者は、連携医の約 65% だ。そのうち、主治医として対応した患者が「1～5 例」という医師が全体の 61% を占める。Dr. ネット事務局としては、こうした現状を肯定的に捉えている。これは、地域の在宅医療は Dr. ネットが扱う症例だけが全てではないので、オブザーバー的な参加でも広く歓迎するという考え方である。

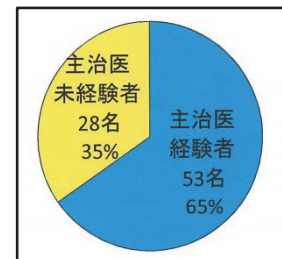
協力医に関しては、現在、会費を課していない一方、症例などの情報はメールリストを通じて得られるようになってきている。藤井氏によれば「協力医になるメリットはあってもデメリットはない」。実際の運用としては「在宅で手伝ってもらうときは、迎えに行つて手伝ってもらおう」という形が主で、ほとんどは医師同士の個人的なつながりによるものだという。

#### ②主治医・副主治医決定までの流れ

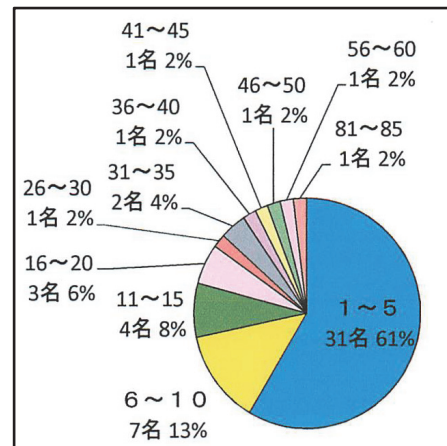
Dr. ネットの仕組みは以下のとおりである。特徴は、医師による「手上げ方式」を基本としていることである。

まず、各病院に設けられた地域連携室がフロントとなる。病院の主治医や、家族からの依頼は地域連携室に寄せられる。地域連携室は、Dr. ネットの事務局に依頼をする。事務局は、Dr. ネット内で地域別に 5 名いる「コーディネーター」に症例を伝える。コーディネーターは、伝えられた情報に不足があれば病院に確認し、補足した上で全体ネット (メールリスト) に症例を流す。

症例を見た各医師は、自分が対応できそうだと判断すれば手を上げて、コーディネ



主治医経験者の割合



主治医として対応した患者人数

ネーターとも相談・調整の上、その患者を担当する主治医となるのである。主治医と同時に副主治医も決定する点も、Dr. ネットの特徴の一つである。

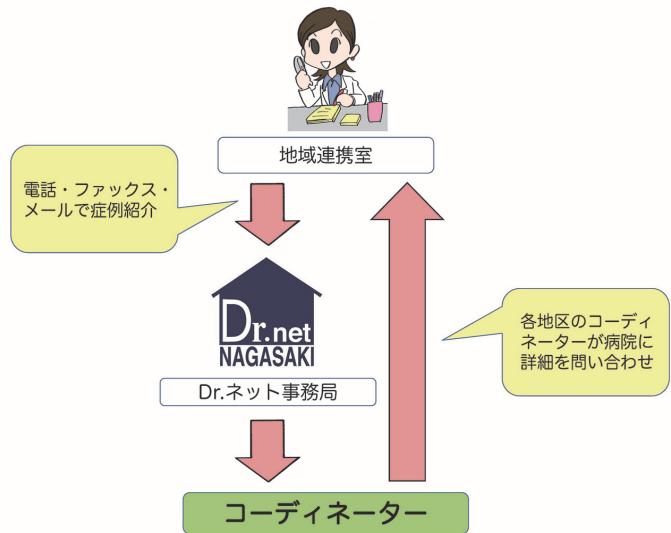
### ③コーディネーターの役割

5名のコーディネーターは全てDr. ネット発足当時のメンバー（医師）であり、現在のところボランティアで当たっている。

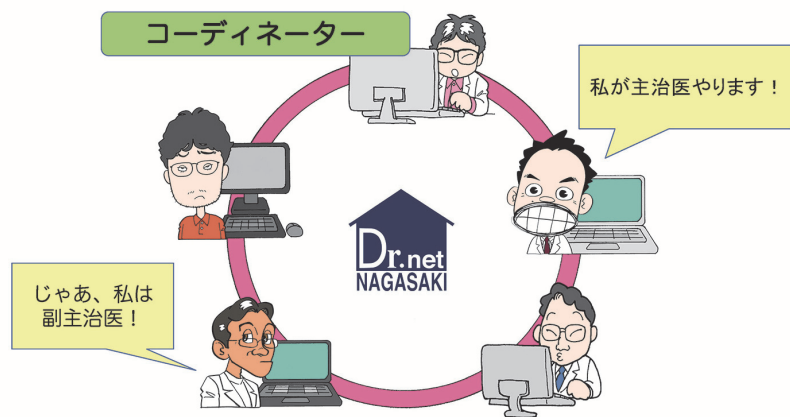
コーディネーターは当初、白髭氏が一人で全てを担当していたが「正直言って、負担は限界でした」というほどの激務だったという。現在は、地域別に5名の医師が分担し、各自が良く知る地域を担当する形でコーディネートを行っている。

長崎は地理的条件が厳しい地区もあるので、地元を良く知る医師がコーディネートすることで、より条件に適した主治医を見つけられる効果もある。

白髭氏は「コーディネーターがボランティアであることが、Dr. ネットのポイントだと思います」と語る。コーディネーターにも医師にもそれぞれのやり方があり、相互の信頼を前提としつつ自由に対応できることが、仕組みに永続性を与えているという。



Dr. ネットの流れ (1)



Dr. ネットの流れ (2)

## もっと深く コーディネーターに関する異論

安中正和医師は「コーディネーターに頼るのではなく、主治医を引き受けた医師が責任を持って情報を集めるべき」と考えている。このように、Dr. ネットの内部でも、必ずしも全ての点において意思統一が図られていないテーマもある。しかし、信頼を基に互いを尊重し、「ガチガチでない」運営を行っているからこそ、Dr. ネットの仕組みが永続性を持っているとも考えられるのである。



安中正和医師

#### ④副主治医の役割

副主治医の役割は、主治医が不在のとき（例：学会出張・冠婚葬祭・急用など）に診療対応を代行することである。実際には、退院前カンファレンス・初回訪問以外では出番がないことが多く、正式な役割というよりは、主治医の「心の支え的存在」となっている。実績として、副主治医が診療を行ったのは平成 15 年から現在までを通じても数件である。

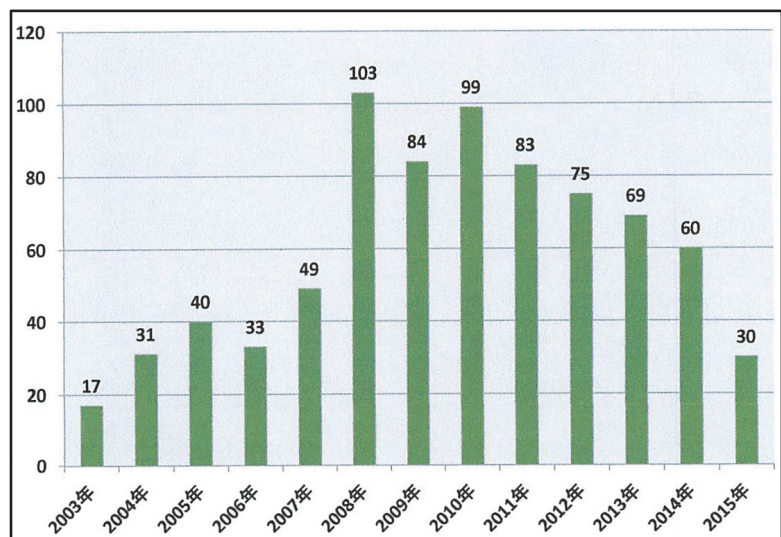
主治医が在宅の経験が乏しい場合は、複数の副主治医を立てる場合もある。新人教育のために同行したり、曜日交代で深夜の痰吸引を行う場合などが該当する。このように、Dr. ネットでの副主治医の在り方は、症例ごとに自由に決定できるのも特徴である。

### (2) 取組の実績

#### ①登録症例数と主治医決定までの期間

平成 15 年から現在までに、Dr. ネットが取り扱った登録症例数（総数）は 773 件であり、年別の症例数は図に示すとおりである。

また、これだけの症例数がありながら、主治医決定までの期間が極めて短いことも特徴である。主治医決定までの平均日数 0.77 日、48 時間以内の決定 86%という数字は、Dr. ネットが効果的に機能していることの証左であろう。

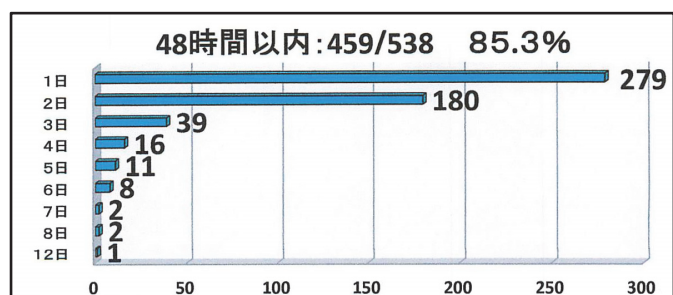


Dr. ネット登録症例の年別推移（総数）

#### ②退院前カンファレンスの定着

「退院前カンファレンスが『当たり前』になるまで、10年かかりました」と藤井氏は語る。退院支援など誰も考えていなかった時代から、病院に対して「これでは在宅に対応できないから」と徐々に要望を伝え、実現し、地域全体を「教育してきた」のだという。

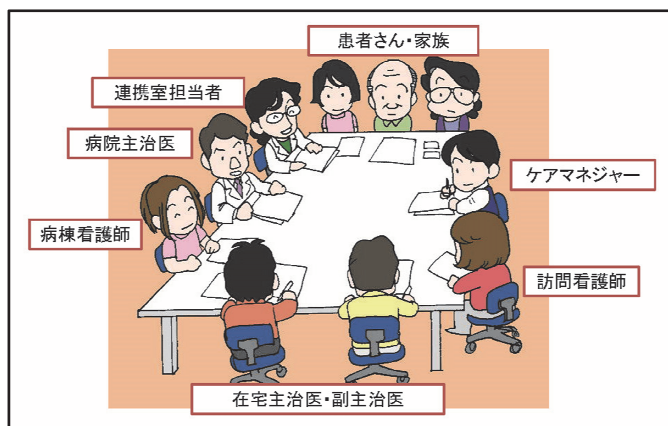
現在は、退院前カンファレンスが必要な場合は必ず実施されている。そして Dr. ネットが決定した主治医、副主治医はもちろん、病院の主治医・看護師・P T（理学療法士）・連携室担当者、訪問看護師、療養通所介護看護師、在宅 P T、ケアマネジャーなど、必要な職種は基本的に全て参加している。



主治医決定までの日数



また当初は、昼間の開催が多く、在宅医療の関係者が参加しづらいこともあったが、病院が必要性を認識するようになってからは、19時～19時半開始など全員が参加しやすい時間帯に開催できるようになった。



退院前カンファレンスのイメージ



### 多職種が言いたいことを言い合える

Dr. ネットが関係する退院前カンファレンスでは、病院側だけでなく、在宅医療に携わる各担当者も「言いたいことはきちんと」というスタイルが定着している。「病院の都合だけを通しては、連携は広がりませんからね」と藤井氏。

もちろん、どれだけ丁寧にカンファレンスを行って対応しても、退院後2～3時間でなくなるケースも中にはある。しかし、そうした中でも良い事例を積み上げて共有していくことで、退院前カンファレンスは定着していった。

最近では、退院前カンファレンスとは別に年2回、過去の症例を扱う症例検討会も開催され、200名余りが参加して活発な議論が行われており、多職種連携の場として効果を上げている。



症例検討会

### ③若い医師への教育効果

Dr. ネットでは最近、後進の育成にも力を注いでいる。「特に最初の症例は『手取り足取り』教えるようにしています。そうすると、次から自分でできるようになるので」と詫摩氏は語る。単に医学的な知識やノウハウの伝達だけでなく、ケアマネジャーや訪問看護師の紹介など、ネットワーク作りを含めたアドバイス・サポートを行っている。

「一度、看取りまでの過程がうまくいくと若い人たちも達成感が得られて、次へのモチベーションになるのです」と詫摩氏。実際には、在宅医療をやりたくてもやり方が分からないと言う若い医師も多い。Dr. ネットは、そうした人たちへの教育機関の役割も帯び始めているのだ。



## 在宅医療への関心の高まり

出口雅浩医師は、大学の医学部で教鞭も執っている。当初は、在宅医療の講義をすると、話題性もあって学生の関心も高かったが、最近では当たり前になりすぎて、手応えがなくなってきたと苦笑する。「反面、それは基本的な認識が行き渡っていることの証しでもあるのです」と出口氏。

最近では、へき地医療や在宅医療が教育の中にも取り込まれ、学生にも身近なものとなっている。だからこそ、今後はDr. ネットのような仕組みが、若い医師の成長をバックアップし、臨床における経験値の増加、ひいては在宅医療の充実という流れを引き受けていくことになるのであろう。



出口雅浩医師

### 3 取組の成功要因

#### (1) 組織の特徴

##### ①医師同士の信頼をつなぐ「覚書」

Dr. ネットの大きな特長の一つが「覚書」の存在である。Dr. ネットをスタートするとき、「近所の同業者が連携なんてできないし、続かない」という意見も根強かった。基本的に、同地区の開業医同士は競合関係にあるからである。当初メンバーである白髭氏ですら、不安を抱いていたという。

そこで、連携に抵抗があるなら、細かな条件を成文化しておけば良い、ということで考え出されたのが、覚書であった。覚書の内容は「副主治医として一時的に診察した患者は、必ず従来の主治医に戻す」ことを明文化したものである。「その結果、現在に至るまで、患者の取り合いのような事態は発生していません」と白髭氏。

「今となっては、誰も覚書の存在なんて知りませんよ」と詫間氏は笑う。それでも、スタート時の医師の不安を取り除く意味で、覚書の存在意義は大きかったといえるだろう。

##### ②組織形態はNPO法人

Dr. ネットはNPO法人（認定NPO法人）である。ここでの疑問は、NPO法人が病院からの信頼を得るのは難しいのではないか、という点である。藤井氏によれば「長崎は県内に1大学しかなく、またいわゆる2世、3世も多いので、医師間のつな

がりは深く、病院長も皆知り合いなのです」ということだ。とはいえそれは、最初に訪問する際にあいさつが不要という程度のことではない。実際には、藤井氏と白髭氏による熱心な「営業行脚」があり、そうした地道な取組を通じて周囲の理解を得ていったと考えられる。

### ③医師会との良好な関係

Dr. ネットは、医師会とは別個の取組としてスタートした。これは、医師会外の組織とした方が、何かと動きやすいだろうという判断であった。当初は、医師会内で批判が出ることもあったが、藤井氏らは「それでもやります」と主張し、最終的には医師会内の「クラブ活動」的な位置付けで認められた。

ただし、藤井氏は医師会の理事であったが当初より Dr. ネットに参加していたし、現在は医師会の会長・副会長も医師個人として Dr. ネットに参加している。最近では、医師会とも相互に活用し合う関係——藤井氏によればいわゆる「Win-Win の関係」——が生まれつつある。現在、Dr. ネットは医師会の後援により年間 3 万円の補助を受けている。一方、医師会の側も在宅医療に関する問題は Dr. ネットに相談するのが常となっている。



#### 医師会とのゆるやかな関係

医師会という組織の中では、本来なら全員に声をかけて、手を上げてもらって……という手順を踏むのが筋である。「しかし、実態としてそれでは動き始めないので、個人のつながりから始めたのです」と藤井氏は言う。だからといって、医師会を離れて「好き勝手に」進めるのではなく、医師会の一員として、全体と齟齬を来さないように動いていると説明する。

最近では、同様のネットワークを医師会主導で進めているところも多いが、「会費を払ってでも入りたい」組織でないと、たとえ強制化・ルール化しても意味はないと藤井氏。「実際、若い開業医に声をかけても、来る人は来るし、来ない人は来ない、というのが実情です」。

当初の 13 人に続く形で、後から加わったという詫摩氏は語る。「在宅医は孤独で寂しいものです。代わりがいなくて休めないし、万一、自分が対応できないときはどうするかなど、悩みながら続けていました」そんなとき、先輩のアドバイ



スを受ける形で、Dr. ネットに加わったという。

「声をかけてもらったときも、医師会ではない点が魅力の一つでした」と詫摩氏は語る。ガチガチに固まった組織ではなく、自由に、やりやすいように動けそうだと映ったからだ。「もっとも、最近の若い人から見れば、Dr. ネットも『ガチガチ』の組織に見えるかも知れず、その点は今後に向けた課題ですね」。

## (2) 運営の特徴

### ①メーリングリストの有効活用

Dr. ネットの特徴の一つが、メーリングリストの仕組みを効果的に活用していることだ。メーリングリストは、コーディネーターが主治医を探す際に情報を流すという基本的な役割のほかにも、複数の効果があるという。

例えば、在宅医療に関する相談事をメーリングリストに流すと、関心や知識・経験のある医師から、適宜回答が返ってくる。「ときには、あえて特定の人に話題を振って、その人の考え方を聞くこともあります」と詫摩氏。さらに、在宅医療に関係のない話題を流すこともあり、こうしたコミュニケーションが日常的なネットワーク作りに一役買っている。

### ②「1日～2日でも断らない」対応

Dr. ネットが発足した平成15年～16年頃は、退院支援という概念すらほとんど存在していなかった。病院の勤務医の間でも、在宅医療ネットワークの必要性を認識している人はほとんどいなかった。

したがって、Dr. ネットにおいても、最初の何年間かは「在宅医療」というより「看取り」の依頼がほぼ全てであったという。「畳の上で死にたい」という患者の声に応えるための、退院後1日～2日、ときにはわずか数時間だけの対応。しかし藤井氏は「私たちは、それでも断らずに、無理をしてでも全部対応してきました」と振り返る。そうしているうちに、「看取り対応」だけでなく、普通の在宅医療の依頼も徐々にではあるが増えていったという。

## 4 今後の課題と展望

### (1) 病診連携の浸透による変化

「Dr. ネットの症例は、全体から見ればあくまで一部でしかありません」と藤井氏は語る。つまり、Dr. ネットで正式に取り扱った症例数は、病院の地域連携室から Dr. ネット事務局に依頼があり、コーディネーターが取り扱った「登録症例」のみという意味だ。「最近では、地域でもネットワークができてきて、Dr. ネットを通さなくても病診連携が可能になってきているのです」と藤井氏。そのため、重症症例などで病院や地域が特に困ったときに、Dr. ネットを頼ってくる、という形に変わってきているという。藤井氏によれば、Dr. ネットの新たな存在意義とは、次の3点である。

- ・若い医師への教育、サポート、アドバイス
- ・地域のネットワーク作り
- ・パラメディカルを含めた連携強化

白髭氏もまた「Dr. ネットは、当初の目的はほぼ達したといえるでしょう。病院の地域連携室が直接、地域の医師に依頼できるようになった。顔の見える関係を築くことができた。それこそが、私たちが当初目指したものだだったのですから」と語っている。

### (2) 教育機能を重視

Dr. ネットの今後については、「教育機能が一番大事になってくるのではないのでしょうか」と藤井氏。出口氏は「若い医師たちの中には、在宅は勤務医とは全然違って勝手が分からないし、やりたくないと言う人が多いのです。そういう人たちには『メリット』を強調することも必要でしょう。例えば、現在では診療報酬も少しですが多くなりますよね」と語る。「確かに、2世、3世にとっても、経営上少しは良くなる。しかし、それだけでは不安の方が上回ってしまうかも知れません。私たちがバックアップするから、と伝えていくことが大切でしょうね」と藤井氏。

### (3) 在宅医療が目指すものは

在宅とは「家で生活すること」であって医療だけではない、と Dr. ネットの医師たちは考えている。そのためには「病院医と在宅医が良く相談しないと、在宅はできません」と出口氏。良くいわれる「QOL」というよりも、もっと単純に「家で何がしたいか、どう過ごしたいか」が問題なのだという。

藤井氏はまた、地域包括ケアシステムとは、単に医療介護連携の仕組みにとどまらず「まちづくりそのもの」であると考えているという。広義のリハビリテーションの視点、すなわち「周囲の環境を含めて本人の生活を元にもどすこと」こそが、地域包括ケアシステムの本質だと語る藤井氏。それはまさに、まちづくりの在り方と二重写しになって見えるのである。

## 5 他地域へのアドバイス

### (1) 意志ある医師のネットワークを

藤井氏によれば、在宅医療の仕組みをうまく機能させるには、まずは動く人たち——藤井氏の言葉を借りれば「意志ある医師」——がネットワークをつくることだという。その上で、必要なことは何かを考え、それを実行に移す。Dr. ネットの例でも、最初は「なんでもやります」と宣言して活動を始めた。そうして、顔の見える関係の中で互いにサポートしあいながら、どうにか今日までやってきた、というのが実感だそうだ。そして、どことどこを結びつけば在宅医療がうまく機能するかを考え、周囲を巻き込んだネットワークを形成していく。「このように動くためには、やはりボトムアップ型のゆるやかな組織の方がうまくいくでしょうね。トップダウン型では、ここまでうまくいかなかったと思います」と藤井氏。

現在、医師会とは上下関係はなく、互いに利用し合う——むしろ、医師会の方が利用してくる関係になっている。「そうなるまでに5年間は頑張りました」と藤井氏は振り返る。「そのためにも、たった一人で頑張るのではなく、何人かいて広がりがあった方が良いでしょうね」。

### (2) 地域診断に基づく仕組み作りが大切

同様のネットワーク作りについて、白髭氏は「最低でも人口10万人、開業医100人以上の規模がないと、同様のネットワークは難しいでしょうね」と語る。長崎市にも、平成の合併によって遠隔地や離島が新たに加わっており、そうした地域への対応は今後の課題だという。

「それでも、へき地医療をどうするかは今後、大切な問題となってくると思うので、例えば越境診療のシステム化など、検討を続けていきたいと思います」と白髭氏。藤井氏によれば、そうした地域は病院の出張所や島の診療所が中心になって進めていかないと難しいといい、地域診断をまず行って、実態に合わせた仕組み作りを進めていくことが大切だろうという。



#### 離島での診療の在り方は？

藤井氏によれば、長崎市の近隣、上五島では病院に6名の医師がいて、各自が非番のときに在宅診療を行っている例もあるという。本来であれば病院で部門をつくって対応するのが診療報酬の面でも適当だが、現状では医師個人の頑張りによって、在宅死が増える傾向にあるという。「へき地医療では特に、制度優先ではダメで、意志ある医師のネットワークが大切なのです」。





## **第3章 地域ケア会議の事例**

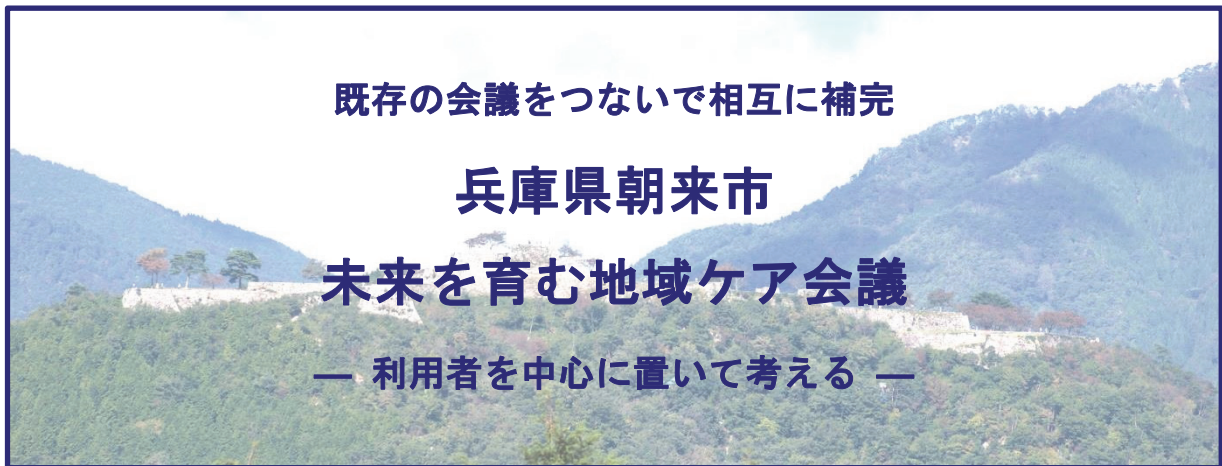





兵庫県朝来市

未来を育む地域ケア会議

— 利用者を中心に置いて考える —



**対象地域の属する地方自治体の概要**

地域名	兵庫県朝来市	位置図 国土地理院承認 平 14 総複 第 149 号 
人口	32,814 人 (平成 22 年国勢調査)	
面積	403.06 km <sup>2</sup>	
分類	地域ケア会議	
ポイント	既存の会議による相互補完 利用者を中心とする考え方	
<p><b>【地域特性】</b> 朝来市は兵庫県のほぼ中央に位置し、古くから但馬・山陰地方と京阪神地区を結ぶ交通の要衝であった。平成 17 年に旧朝来郡の生野町、和田山町、山東町、朝来町の合併により誕生した新市は、南北約 32 km、東西約 24 km にわたり、人口約 3 万 2,000 人、高齢化率約 33%、要介護認定者は約 2,200 人である。地理的には兵庫県の分水嶺に当たり、国史跡の竹田城跡や史跡・生野銀山が有名である。</p>		

**事例の概要**

兵庫県朝来市は、従来から開催していた 4 つの会議を地域ケア会議として位置付け、さらに、課題を集約して政策提言につなげる「地域包括ケアシステム推進会議」を新設して全体を再構築した。バラバラに開催されていた会議をつないで連携させたことで、個別課題を吸い上げて地域課題を抽出・検討する仕組みが整い、個別のケースにおける課題を行政の施策に的確に反映することが可能となった。会議ごとの役割分担を徹底するとともに、ケアマネジャーの支援・育成に注力している点も特徴である。

- 【本事例の特徴】**
- ①既存の会議を活用し、地域ケア会議の全体像を「デザイン」している。
  - ②個別課題と地域課題を切り分け、会議ごとの役割分担を徹底している。
  - ③利用者支援とケアマネジャー支援を分け、ケアマネジャー支援を充実させた。

# 1 取組の経緯

## (1) 取組の経緯

### ①取組の背景

朝来市では、平成24年までには、次のような会議が既に存在していた。

#### ①向こう三軒両隣会議

利用者の困りごとを、周囲にいる住民と専門職がともに考える個別の検討会

#### ②ケアマネジメント支援会議

地域包括支援センターと居宅介護支援事業者の主任ケアマネジャーが共働で実施する、スーパービジョンの要素を含んだ事例検討会

#### ③脳耕会

介護者・住民・専門職が集まり、認知症に関する課題を共有しながら社会資源の開発に取り組む会議

#### ④在宅医療連携会議

医療・介護連携の仕組み作りのための会議

しかし、これら4つの会議は、いわばバラバラに開催されていた。「個別課題を検討する『向こう三軒両隣会議』や『ケアマネジメント支援会議』で、認知症やターミナルのケースが次々に挙がっていても、それが『脳耕会』や『在宅医療連携会議』で議論されることはなかったのです」と振り返るのは、朝来市地域包括支援センター（朝来市直営）の主任ケアマネジャー、足立里江氏だ。足立氏は同センターの地域包括支援係長でもあり、朝来市における地域ケア会議の整備に大きな役割を果たしてきた。

当時はせっかくの会議が相互に結びついていなかったため、個別ケースの問題点は議論できても、それが次につながらず、政策形成に結びつかないことが多かった。その結果、現場に近い下位の会議（①②）では閉そく感や疲弊感が募り、政策を検討すべき上位の会議では何を話し合ったらいいのか分からず、成果を出せない状況が続いていた。



朝来市地域包括支援センター  
主任ケアマネジャー  
足立 里江氏

## ②会議の再構築

こうした状況を打開するため、朝来市では平成 25 年春、これらの会議一つひとつが担う機能ができるだけシンプルになるよう整理した。「ここで重要だったのは、各会議体を連動させるために、全体の『デザイン』を描くことでした」と足立氏は語る。

さらに、平成 25 年秋には、これら 4 つの会議をつなげ、政策形成の道筋をつけるための会議として、新たに「地域包括ケアシステム推進会議」を創設した。この会議は、次のような機能を持っている。

- ・他の会議で繰り返し取り上げられる「困難な状況」や、現行の社会資源や仕組みでは解決できない「課題」を集約する
- ・集約した「個々の課題」を「地域の課題」に転換し、その解決に向けた具体的な検討を『脳耕会』や『在宅医療連携会議』に依頼する
- ・集約した課題を基に、介護保険運営協議会（介護保険事業計画策定委員会）に対して政策提言を行う

朝来市ではこのように、既存会議の機能を整理し、「デザイン」することを通じて、個別課題から地域課題を抽出する地域ケア会議の仕組みを構築してきた。その結果、現在は 5 つの会議が相互に情報を共有し、連動しながら課題を検討できる体制が整っている。

## 2 取組の内容

### (1) 会議の構成と概要

現在の朝来市における5つの地域ケア会議と、それぞれの概要（役割分担）は次表のとおりである。

会議名	開催回数	概要	相互の関連
①向こう三軒 両隣会議	年30回～ 50回程度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の個別課題を解決するために、支援を担う近隣者や関係機関が参加</li> <li>・ニーズに合わせて随時開催</li> <li>・ケースを定型の様式で蓄積・集約</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・抽出された地域課題は⑤へ提出</li> </ul>
②ケアマネジメント 支援会議	包括主催 年10回  居宅主催 年70回～ 90回	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センターと居宅介護支援事業者で連動展開</li> <li>・カンファレンス方式で、主任ケアマネジャーが支援</li> <li>・指導マニュアルの開発やケアマネジメントしやすい環境整備につなげる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・⑤は、地域課題の抽出と優先順位の決定、資源開発に向けた検討を①～④に指示</li> </ul>
③脳耕会	年5回	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症に係る地域課題を検討</li> <li>・認知症予防・早期発見に関するツール開発や、見守り協定等の施策を立案</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・⑤から指示を受け、資源開発に向けた情報収集・分析・検討を行う</li> </ul>
④在宅医療連 携会議	年5回	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療・介護の連携に係る地域課題を検討</li> <li>・入退院時連携マニュアルの開発、情報共有シート様式の統一等、社会資源の開発機能とその普及啓発を担う</li> </ul>	
⑤地域包括ケ アシステム 推進会議 (中枢会議体)	年5回	<ul style="list-style-type: none"> <li>・①～④の上位会議として位置付け</li> <li>・解決できた課題や成功事例を踏まえた上で、残された課題を明確にし、資源開発・政策形成に結びつける</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・①②で検討された様々な事象を集約し、地域課題を抽出決定</li> <li>・③④検討結果を踏まえ、介護保険運営協議会へ政策提言</li> </ul>

(注) 包括：地域包括支援センター 居宅：居宅介護支援事業者

## (2) 会議の内容

### ①向こう三軒両隣会議

向こう三軒両隣会議は、「ある一人の高齢者の困りごとを解決する」ことを目的とした、利用者支援のための会議である。地域包括支援センターが主催し、その名のとおり近隣住民や民生委員、自治会長らを中心に、かかりつけ医や担当ケアマネジャーなどの専門職も加えて構成する。必要に応じて、利用者本人や家族が参加することもある。公民館や自宅などの身近な場所に集まり、皆の知恵を出し合うための会議である。

「現に今、困っている人がいるのですから、この会議は月1回などと固定せず、ニーズに応じて随時開催しています」と足立氏は語る。実効性のある議論とするために、1回の会議で取り上げるのは1事例のみに限定し、時間は70～90分が目安である。現在、月に3～5事例を検討している。足立氏は「参加者は、本人や家族と関わりのある人、支援を担っている人、今後支援を担う予定のある人に限っています。地区医師会の代表や介護保険課の課長といった『肩書き』で参加を依頼することはありません」と説明する。この会議は、あくまでも利用者本人を中心に置いた互助を築くための会議だからである。



向こう三軒両隣会議

### ②ケアマネジメント支援会議

ケアマネジメント支援会議は、ケアマネジャーが抱える課題を話し合う会議である。この会議は、介護給付費適正化事業（※）に基づく従来の「カンファレンス方式ケアプランチェック」の仕組みを引き継いだもので、平成25年に現在の名称に変更し、地域ケア会議として位置付けた。

この会議の最大の目的は、専門職・実践者としてのケアマネジャーが、主任ケアマネジャーの支援を受け、自立支援に資する実践力を身に付けることである。具体的には、個々の事例を丁寧に振り返ることで課題を整理し、ケアマネジャー自身の「気づき」を促しながら、今後のより積極的な取組を支援する。つまり、ケアマネジャーを支えることを通じて、利用者を支える仕組みなのである。一つひとつの事例と丁寧に向き合えるよう、1回の会議で取り上げるのは1事例のみとし、時間は70～90分を目安としている。



ケアマネジメント支援会議

※ 介護給付費適正化事業：介護給付費や介護保険料の増大を抑制するため、都道府県と保険者により平成20年度から展開された事業。ケアプランチェック、住宅改修のチェック、介護給付費通知などを通じて、適切な介護サービスの確保、不適切な給付の削減を図る。

### ③脳耕会

脳耕会は、増加しつつある認知症支援の課題解決に向け、平成 15 年に市内の保健師と精神科医が立ち上げた会議を、改めて地域ケア会議として位置付けたものである。脳耕会では従来から、15 人の委員を中心に、専門職と住民とが一緒になって様々な取組を続けており、認知症予防ドリルの開発や、認知症高齢者と家族の集いの場づくりの支援などの実績を上げてきた。地域ケア会議として位置付けられたことで「認知症高齢者を地域で支える仕組みづくり」という機能と役割が一層明確化された。この会議では、個別事例の検討は行わない。地域課題の中から認知症に特化して、地域の制度や施策に結びつく課題を検討する役割を担っている。



脳耕会



#### 脳耕会の実績 ～見守りネットワークの構築～

脳耕会の実績を示す事例として、平成 25 年度の「朝来市安心見守りネットワーク事業」がある。これは、認知症高齢者の「徘徊」リスクの高まりに対し、見守り協定の推進をテーマに話し合い、地元の銀行や郵便局なども参加した見守りネットワークの構築を実現したものだ。

当初は 39 事業所だったが、平成 27 年度はガス、コンビニ、タクシー会社等に新たに協力を得て、88 事業所に拡大している。協定時に「認知症サポーター養成研修」を受講してもらうことで、より適切な見守りと声かけが地域ぐるみで行える仕組みを作った。このネットワークにより「窓口で同じことを繰り返す高齢者」「物忘れが心配な高齢者」等の情報が早い時期に地域包括支援センターに寄せられるようになっている。

### ④在宅医療連携会議

在宅医療連携会議は、医療と介護の連携強化を目的に、医師会、看護師、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなどの専門職が集まり、医療・介護の連携に関わる問題を検討する会議である。具体的には、ケアマネジャーと主治医の連携、利用者が入院した際の主治医への連絡、入院医療機関への情報提供、退院に向けたカンファレンスなどをテーマとしている。そして、これらの解決には、連携のためのしっかりした仕組みづくりが必要という認識から、意見照会表や情報共有シート、入退院時の連携マニュアルなどを作成し、研修会を開いて地域への周知も進めている。



効果的な医療・介護連携のためには、多職種が互いの専門性を理解し、視点や考え方の違いを踏まえた上で、役割分担しながら協働できる体制が必要だ。この会議を通じて、医療職と介護職を隔てる垣根が取り払われ、互いに話しやすい関係ができ、それが連携のためのネットワーク作りにつながっていった。また、医師が本人の生活歴や家族の介護力まで意識するようになると同時に、ケアマネジャーも医療面のリスクを的確に把握できるようになるなど、より多面的な情報共有が可能になった。



在宅医療連携会議

### ⑤地域包括ケアシステム推進会議

地域包括ケアシステム推進会議は、個別課題を地域課題へと転換し、介護保険事業や市の施策を検討する場へ提案を上げていく役割を担う会議である。地域ケア会議の中核会議体として、皆の合意の下に個別課題から地域課題を抽出し、朝来市の地域課題を決定して、検討や取りまとめを行うフォーマルな場が必要という認識から、今回の再構築に当たって新たに発足させた会議である。

委員は、医師会の代表、社会福祉協議会の代表、介護保険運営協議会の代表など、地域の医療・介護・福祉関係の主だった人びとに、他の各会議とのパイプ役を担う医療ソーシャルワーカー、心理士、主任ケアマネジャーを加えた10名で構成される。

地域包括支援センターが向こう三軒両隣会議を、居宅介護支援事業者主任介護支援専門員がケアマネジメント支援会議を、それぞれ取りまとめて当会議に課題を提示する。委員は、その中から地域課題を洗い出し、優先順位を付けて、脳耕会と在宅医療連携会議に検討を依頼する。そして、各会議での検討結果を受けて、当会議から介護保険運営協議会（介護保険事業計画策定委員会）に対して施策提案を行うという仕組みである。



地域包括ケアシステム推進会議

### 3 取組の成功要因

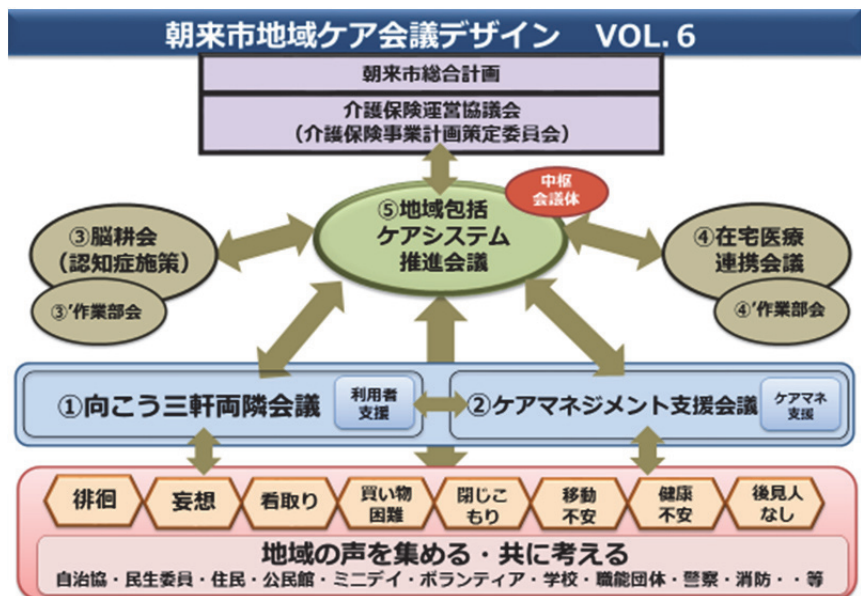
#### (1) 地域ケア会議の全体デザイン

朝来市の特徴は、既存の会議を活用しながら、地域ケア会議の全体像を「デザイン」している点である。この全体デザインの中では、向こう三軒両隣会議とケアマネジメント支援会議は「個別課題を扱う会議」、脳耕会・在宅医療連携会議・地域包括ケアシステム推進会議は「地域課題を扱う会議」として、それぞれ位置付けられている。

向こう三軒両隣会議で約30～50件、ケアマネジメント支援会議で約70～90件、これらを合わせて、地域包括支援センターには年間約100～140件の事例が蓄積される。そうした事例を、検討素材として地域包括ケアシステム推進会議に提供することが、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者主任介護支援専門員の重要な役割である。足立氏は、地域ケア会議の全体デザインには、次の5つのポイントを押さえることが重要だという。

1. 一つの会議に多くの機能を盛り込まない
2. 個別課題と地域課題を同じテーブルで扱わない
3. 個別課題は「本人・家族」の課題か、「ケアマネジャー」の課題かを明確にする
4. 各会議を組み合わせ、連動しながら効果的に機能するようデザインする
5. 各会議の「目的」に合わせて「内容」「参加者」「開催方法」を決定する

事例の中にある個別課題から地域課題を抽出し、優先順位を決定する作業は、主として中枢会議体である地域包括ケアシステム推進会議の役割である。地域包括ケアシステム推進会議は、医師会やケアマネジャー協会の代表など、地域の医療・介護・福祉の核になるメンバーを集めた会議だが、さらに、地域ケア会議の中枢としてしっかり機能するように、ケアマネジメント支援会議、脳耕会、在宅医療連携会議からも代表者が参加している。この点も、朝来市の地域ケア会議全体のデザインを見る上で重要なポイントである。



作成後も絶えず見直しを行い、現在は「VOL. 6」の地域ケア会議デザイン

## (2) 個別課題と地域課題の切り分け

### ①会議の機能に「○」「×」を付ける

個別課題と地域課題を切り分けて、別々の会議で扱うこととした点が、朝来市における地域ケア会議の大きな特徴であり、成功要因でもある。このように会議を整理する中で行ったことは「会議の役割に○×印を付けること」であったという。「普通、会議を設定するときには、一つの会議からより多くの成果を得ようとするあまり、あれもこれもと欲張ってしまうことが多いのです」と足立氏は語る。「だからこそ『すること』よりも『しないこと』をしっかりと決めることが大切だと考えました。なぜなら『しないこと』を意識することで『他の会議体とつながることの大切さ』が明確になると考えたからです」。

朝来市では、各会議を地域ケア会議として位置付ける際に、「この会議ですること・しないこと」を意図的に決め、会議体の機能を○×△で可視化した表を作成している。これによって各会議の機能が明確になり、それが相互に連携することで、地域ケア会議全体として実効的な成果を上げることにつながっている。

会議名	内容	参加者	個別課題解決機能	ネットワーク構築機能	地域課題発見機能	地域づくり・資源開発機能	政策形成機能
①向こう三軒両隣会議	利用者支援	当事者・地域住民・関係機関等	◎対象者が抱える課題	◎フォーマルとインフォーマルの連携	△困難ケースの蓄積	◎自・互助を育む	×
②ケアマネジメント支援会議	ケアマネジャー支援	主任CM13名・理学療法士1名	◎ケアマネジャーが抱える課題	◎主任ケアマネジャーとケアマネジャーの関係性	△困難ケースの蓄積	◎指導マニュアル開発・研修会の開催等	×
③脳耕会	認知症支援策の検討	関係機関代表者15名	×	△住民・専門職のネットワーク	○⑤からのオーダーによる検討	◎普及啓発等のツール開発・オレシプラン作成	×
④在宅医療連携会議	介護・医療の連携に関する仕組みづくり	医療・介護専門職（事業所代表者）25名	×	△介護・医療のネットワーク	○⑤からのオーダーによる検討	◎連携マニュアル作成等	×
⑤地域包括ケアシステム推進会議	地域課題の抽出・優先順位の決定・③④への指示	関係機関代表者10名	×	△	◎①②から地域課題の抽出・決定	◎③④と連動しながら開発に向けた検討を	◎介護保険運営委員会への政策提言

会議の役割の検討（着色した項目に「×印」が付いている）

### ②利用者支援とケアマネジャー支援を分ける

個別課題を扱う地域ケア会議をあえて2つに分け、利用者支援とケアマネジャー支援とを分けて考えている点も、他の地域にあまり見られない大きな特徴といえる。このうち、利用者支援を担う向こう三軒両隣会議は、地域包括ケアシステムの核となる、最も大切な会議と位置付けられている。「主任ケアマネジャーから見れば、この会議は元来『やって当たり前』の会議でした。ご本人が培ってこられた周囲との関係性を大切にし、私たちも地域とつながることが大切です。その上で専門職の役割を考えていかなければ、地域包括ケアとは言えません」と足立氏は語る。

一方、ケアマネジャー支援を担うケアマネジメント支援会議は、「真の自立支援」ができるケアマネジャーを育てていく必要があるという考えから始まった。足立氏によれば「ケアマネジャーが自立支援を行うためには、そのモデルとなる主任ケアマネジャーを育てていく必要があります。ケアマネジャーのお手本となり、ケアマネジメントを指導する『主任ケアマネジャーの役割』については、行政がしっかりとミッションを示すことも必要だと考えています」ということだ。

朝来市のケアマネジメント支援会議では、主任ケアマネジャーが「①アセスメントの力」「②部下や後輩にうまく関わるスーパービジョンの力」、そして「③会議運営の力」の3つを獲得することが求められている。これら3つの力を活かして、更なるケアマネジメント支援を、地域ぐるみで行う仕組みが確立されているのだ。

### ③ケアマネジャー支援を充実させる

朝来市における特徴は、地域包括支援センターが企画する会議に加え、居宅介護支援事業者の主任ケアマネジャーが主催する会議が各事業所で展開されている点である。「ケアマネジメント支援会議では、できないことを指摘したり批判したりするのではなく、悩んでいるケアマネジャー自身の『気づき』を促すような質問を重ねながら、全員で事例を共有し掘り下げていくやり方をしています」と足立氏は説明する。「また、ケアマネジメント支援会議は、主任ケアマネジャーが後進のケアマネジャーを育成する『スーパービジョン』の要素を含んでいるのが特徴で、その点は常に意識して開催しています」。

このようなケアマネジャー育成支援の取組を、朝来市では平成19年から、地域を挙げて進めてきた。こうした取組は「行政と、直営・委託の地域包括支援センターや居宅介護支援事業者とが手を取り合えば、他のエリアでも十分可能だと思います」と足立氏は語る。朝来市におけるケアマネジメント支援会議の成果は著しく、後に続く人たちの成長には目を見張ることが多い。その一方、ケアマネジメント支援会議の蓄積から抽出される「ケアマネジメントの課題」の中でも、特に、「アセスメント力」や「地域とのネットワークづくり」に対して、主任ケアマネジャーが「個別支援」と「環境整備」双方からしっかり後輩を支援できる体制作りをしたいという。



## スーパービジョンとは？

スーパービジョン（supervision：監督、管理、指図、指示）とは、ソーシャルワークの分野などで使用される用語で、指導される人（ここでは比較的経験の浅いケアマネジャー）の資質を向上させるため、熟練した指導者（ここでは主任ケアマネジャー）が示唆や助言を与えながら行う教育のプロセスを指す。指導される人を「スーパーバイザー」、指導者を「スーパーバイザー」と呼ぶこともある。

詳細な定義は研究者によって異なるが、昭和女子大学教授・高橋学氏の説によれば、スーパービジョンとは、スーパーバイザーの専門的実践についての指導・調整・教育・評価する立場にある機関の管理運営責任を持つ職員が行うもので、スーパーバイザーとの信頼関係を基底にその仕事を管理し、教育し、指示することによって専門家としての熟成を図るもの」である。また、スーパーバイザーの究極の目的は「利用者へのサービスが量的・質的に最高の水準となるように取り組むこと」とされており、この点において朝来市の考え方に近いといえる。



朝来市のケアマネジメント支援会議は、このようなスーパービジョンの要素を含んで運営されているのである。

## 4 行政の取組

### (1) 朝来市の基本的な考え方

#### ①地域包括ケアシステムはまちづくりそのもの

「地域包括ケアシステムの構築に当たっては『ありがとうを言い続けるだけの人は作らない』を合言葉に取り組んでいます」と語るのは、朝来市市長公室総合政策課上席主査の馬袋（ばたい）真紀氏だ。朝来市では、地域包括ケアシステムは高齢者福祉にとどまるものではなく、まちづくりそのものという考え方で臨んでいる。

地域自治はこれまで、自治会を最小単位として進められてきたが、高齢化の進展に伴い、自治会単位での運営は困難になりつつある。そこで朝来市では、従来の自治会という単位を広げつつ、かつ顔の見える範囲（おおむね小学校区＝昭和の合併前の旧村域と重なる）での運営を目指しているという。そして、その中で解決できない問題は、全市で取り扱うべき課題と捉えるのである。

#### ②縦割りを排した情報共有

地域課題に取り組む上で、市役所内にはまだ縦割りの部分が残っている。「地域は一つなのに、行政が縦割りのままでは、総合力が発揮できません」と馬袋氏。もちろん、市でも情報共有やそれに基づく意志決定は心がけているが、例えば事業部会などを作ることで、市の側でも地域の側でも事業ごとに縦割りの考え方が生じてしまうのだという。「従来は事業ごとに、市と現場とで情報を共有していましたが、今後はそうした情報をひとまとめにして、地域全体で共有することが大切だと考えています」。



#### 新たな自治組織「地域自治協議会」

自治単位の見直しに当たり、朝来市では平成19年に地域自治組織を改革し、新たに「地域自治協議会」を組織した。これは、従来の「1軒1票」から「1人1票」で意志決定を行える仕組み作りである。住民誰もがまちづくりに関わる仕組みを作ることで、例えば民生委員1人では抱えきれないような大きな問題は、地域の皆で支えていけるようにしたのである。

地域自治協議会は、従来のような地区の区長を中心とする自治基盤とは異なる、新しい自治基盤である。例えば、同じ地域課題といっても、いわゆる街中の課題と、高齢化率が45%にも達するような地域での課題は異なるのが当然だ。遊休農地の活用から、買い物支援、ミニデイサービス、学童保育に至るまで、地域が抱える課題は多岐にわたるからだ。それぞれの地域が抱える課題を、より住民ニーズに沿った形で解決するための仕組みが、地域自治協議会なのである。

## (2) 第二次総合計画に基づく取組

### ①地域の絆力を上げる

平成 26 年からの第二次総合計画で、朝来市はまちづくりの根底に「自立」と「互助」を掲げ、地域の「絆力（きずなりよく）」を上げていくことを目指している。その上で、行政として何ができるか——やはり事業部会のように地域がバラバラでは総合力が出ないので、そこを一つにして、地域の総合力が発揮できるようにしたいと考えている。そのために、市では各地区でワークショップを開催し、いわゆる「長老」に対して皆がものを言いやすい雰囲気作りにも務めてきた。

福祉の分野でも同様に、サービスを「する側」と「受ける側」が縦割りでもいけないと考えている。総合的な施策をとっていけば、重複するスタッフが一緒に行動したり、問題解決を他のサービスや事業に振り分けたりすることが可能になるからだ。さらに、高齢者自身で、あるいは高齢者同士でできることも必ず出てくる。それによって、生涯現役、一人ひとりに役割のあるまちづくりが可能になっていく。大都市と違い、朝来市の立地や規模では、こうした考え方を持たないと、まちづくりには限界がある。



朝来市市長公室総合政策課  
上席主査 馬袋 真紀氏

### ②地域の暮らしは地域で守る

もちろん、全ての集落が元気なわけではない。高齢化率 25%の地域と 40%の地域では温度差があるのも事実である。それでも、地域住民の暮らしを地域で守る活動が始まっている。例えば、地域の小学生が、学童保育の代わりにミニデイサービスの施設に帰る仕組みがその一つだ。子どもたちが帰ってくることで、そこにいる高齢者が元気になる——こうしたコラボレーションがもっと進めば、まち全体が元気になっていくはずだ。



### 地域自治包括交付金制度

資金面に関しても、朝来市では地域自治包括交付金制度を設けている。これは、簡単にいえば従来「農業に 100」「福祉に 50」のように分けられていた交付金を、「地域に 150」として交付する仕組みである。それをやりくりするのが「地域の力」だという考え方が、制度の背景にある。

この仕組みを使って、例えば、全 10 集落中 8 集落でミニデイサービスに取り組んでいる地域もある。そこでは、基本的には集落単位で仕組みを作り、それでは効率の悪いところは地域自治協議会単位で仕組みを作り上げた。このように、集落と地域自治協議会が補完し合って地域課題に取り組んでいくのが、朝来市のまちづくりの形となりつつある。