地域包括ケアシステムにおける医療のこれから

永田 康浩

Key words 地域包括ケアシステム, 多職種連携

はじめに

いわゆる「団塊の世代」が後期高齢者となる2025年を見据えて、地域包括ケアシステムの構築が進められている。地域包括ケアシステムとは「地域の実情に応じて、高齢者が、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日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」(地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律)と定義されている。そのなかで、医療は、住まいを中心とした地域を強く意識し、その要となる医師の役割として病院の枠を越えた連携を活用する機会が増している。本稿では、地域包括ケアシステムの概念を説明し、地域包括ケアシステムにおけるこれからの医療について多職種との連携を中心に述べる。

1. 地域包括ケアシステムの概念

1) システムが生まれた背景

将来の人口動態と国家財政を見据えて2000年に介護保険制度が施行され、これを進める専門職として、介護支援専門員(ケアマネジャー)が誕生した。その後、全国に地域包括支援センターが設置され、2014年、医療介護総合確保推進法において「地域包括ケアシステム」が国の政策として法的にも明確に位置付けられ、全ての市町村が取り組むべき事業となった。

「地域包括ケアシステム」という言葉は、昭和50年代に広島県御調町で山口昇らが医療と福祉、介護にまたがる包括的なケアを実践し、これを提唱したのが始まりと言われている¹⁾。当時、急性期術後や治療後に退院しても、自宅で寝たきりになる患者があとを絶たず、在宅訪問とリハビリテーションの実践に加え、行政を巻き込んだ包括的な取り組みにより、寝たきり老人を減少させ、自治体の医療費抑制等の成果が

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科地域包括ケア教育センター

Programs for Continuing Medical Education : B session ; 5. Prospective medical care in the community comprehensive care system.

Yasuhiro Nagata : Center for Comprehensive Community Care Education, Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences, Japan.

図1 地域包括ケアシステムの概念図（厚生労働省ホームページより）

示され、現在の地域包括ケアシステムの1つのモデルとなった。このような全国成功事例が基盤構想となり、介護保険導入を経て、その後の地域包括ケアシステムの方向性が固められた。加えて、とどまることのない社会保障費の高騰に対して、医療制度や介護保険制度の累次の見直しと連動しながら、全国でさまざまな医療・介護の取り組みが繰り広げられ、今日の地域包括ケアシステムへと至っている。

2) 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では、医療、介護、そして、生活支援・介護予防が一体的に提供され、その中心には、生活の場としての住まいが位置付けられており、これらが概ね30分以内の日常生活圏域（中学校区）で地域の実情に応じて展開されていくことを想定している（図1）。そして、地域包括ケア研究会では、地域包括ケアシステムの構成要素を植木鉢に例えて示している。地域包括ケアシステムに関わる「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」の専門職が、それぞれ地域で連携し、一葉となってサービスを提供する。これらの専門職の機能

が十分に発揮される前提として、行政や地域包括支援センターのコーディネートによる「介護予防・生活支援」を土に、「すまいとすまい方」を植木鉢に見立て、これらが「本人の選択と本人・家族の心構え」の上に成り立っていくことで、システムがより良く機能することを表している（図2）。

地域包括ケアシステムでは、上記の構成要素を社会で支える手段として、「自助・互助・共助・公助」の区分が提唱されている。「公助」は公の負担、すなわち、税による負担、「共助」は介護保険や医療保険等、リスクを共有する仲間（被保険者）の負担、「自助」は文字どおり「自らの負担」である。「自助」のなかには、「自分のことを自分でする」という以外に、自費で一般的な市場サービスを購入するという方法も含まれる。「互助」は、相互に支え合っているという意味で、「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的な地域の住民やボランティアの活動を指している。このような地域包括ケアシステムの構築は「まちづくり」そのものであり、その中心は当然のことながら住民である。現在、地域包括支援センター

図2 地域包括ケアシステムの構成要素
(平成28年地域包括ケア研究会報告書)

が開催する「地域ケア会議」では、地域課題を行政計画や政策決定にまで発展させることも期待されている。このなかで、今後は、地域において医師をはじめとする医療者が住民や他の社会資源とどのように上手く関わっていくかが問われる時代となるであろう。

2. 地域包括ケアシステムで求められる医療連携

医療の目的は「病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもの」（日本医師会：医の倫理綱領）であり、WHO（World Health Organization）による健康の定義でも「肉体的、精神的及び社会的にも健全な状態」と謳われており、地域包括ケアシステムにおいても、医療の目的はこれまでと何ら変わらない。しかし、20世紀後半にみられた医学の進歩と公衆衛生・生活水準の向上により、寿命の延伸と疾病構造の変化をもたらしたことで、医療者が持つ視点について変化が求められる時代となった。多くの高齢者は慢性疾患を複数抱えており、1つの疾患の治療が元の生活への復帰につながらない。急性期治療から回復期、長期ケアへと進み、ようやく退院となっても、場合によっては再び急性期へリサイクルすることも

しばしば経験される。地域医療構想により病床機能分化が進み、今後、さらに病院完結型から地域基盤型へのシフトが後押しされるであろう（図3）。そのような地域包括ケアシステムのなかで医療に求められている変化について、以下に述べる。

1) 「医学モデル」と「生活モデル」の視点

地域包括ケアシステムのなかで、医師には「医学モデル」に加えて「生活モデル」あるいは「社会モデル」と呼ばれる視点が求められている。「医学モデル」では、疾病や障害を身体的な機能や構造の異常として捉え、それを元の状態に復元あるいは改善させることを目指すのに対して、「生活モデル」あるいは「社会モデル」では、本人が置かれた生活環境との関係性にも着目し、QOL（quality of life）を重視する視点である。従来から、社会福祉の分野では意識されている視点であるが、どちらか一方に偏るのではなく、これらをバランス良く統合した視点を持ち合わせることを医療人として求められている。

2) 介護予防とリハビリテーションとの連携

図2では、介護・リハビリテーションが医療・看護と別の構成要素として表されているが、医療と分離できるものではない。介護予防は、高齢者が要介護状態等になることの予防、または要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を目的として推進されているが、一般診療においても、フレイルやサルコペニアに傾いた患者を診療することは稀ではない。このような患者に対して、単に運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すだけでなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援してQOLの向上を目指していく必要がある。その際、国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health：ICF）に基づいて、「生活機

図3 地域医療構想による2025年の病床必要量（平成29年版厚生労働白書）

能」の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションにより「心身機能・構造」、「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランス良く働きかけることが重要となることを理解する必要がある。

3) 地域との連携と地域における連携

(1) 地域との連携（垂直連携）

既に医療施設では地域医療連携室が設置され、退院支援として病病連携や病診連携といった施設間の連携システムが稼働している。高齢者が脳血管疾患や骨折等、生活機能の低下につながる傷病のために入院した場合、退院後の生活に向けて、退院前カンファレンス等が開催され、入院中の主治医や看護師、理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカー等と退院後の療養に関わる診療所の医師や訪問看護師、ケアマネジャー等が参加し、要介護認定の取得状況等

の患者に関する情報を共有し、退院後の支援のポイントやそれぞれの役割を確認する機会が持たれている。さらに、特に要介護認定を受けている患者が退院する際、退院前に地域のケアマネジャーや地域包括支援センターと連携し、入院中の生活機能の変化に応じたケアプランの見直しが確実にできる仕組みを構築することが必要となる。医師は、医学的情報を他職種と共有することはもちろん、逆に生活情報も取り入れることで、投薬に対するコンプライアンスを考慮した治療方針の決定等が可能になる。

(2) 地域における連携（水平連携）

地域基盤型の医療を展開するうえで、在宅医療が強化・推進されることは言うまでもない。安定した在宅療養の継続には、在宅医あるいは往診可能な医師、訪問看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、ホームヘルパー、ケアプラ

ンの作成と管理を担当するケアマネジャー，さらには，急変時の入院を引き受ける後方支援病院のスタッフ等の職種間でも連携が必須である．このような地域をフィールドとする多職種連携を可能にするには，医療情報を在宅医療関係者間で共有できるIT (information technology) システム等ハード面の充実が欠かせない．一方で，関連する職種に対して，日常から医学的な知識を共有する機会を提供する等の関係づくりも医師にとって連携を強化する活動となる．

3. 地域包括ケアシステム時代の人材育成

このような社会の変化に応じて，医師の育成過程においても変化が起きている．現在，医学教育においては，基礎から臨床まで臓器別の垂直方向の統合教育が進む一方で，多くの疾患を抱える高齢者に対して全人的な視点での解決思考プロセスを形成する水平方向の統合教育も求められている．さらに，多様な社会のニーズに応える医療人の育成を目指して，「医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改訂版）」でも，地域包括ケアの教育や多職種連携教育

(interprofessional education : IPE) が学習目標に明示されている．医学・歯学・薬学による共修学習だけでなく，地域包括ケアシステムの現場において遭遇する「医療」と「福祉」の双方に関わる課題解決のため，専門教育の段階で意識付けを行っていく実践的教育が必要になっている．特に地域包括ケアシステムを見据えて，生活モデルの視点を理解し，福祉職や介護職とも円滑な連携関係を築くことができる医療人の育成が長期的にみても社会の要請となるであろう．

おわりに

地域包括ケアシステムのなかでは，総合診療医の活動に期待が集まるが，今や全ての専門医においても，地域包括ケアシステムとの協働なくして診療が成り立たない時代であり，医療のゴールが「キュア」にとどまらず，「ケア」であることを再認識しつつ，地域包括ケアシステムが社会で機能するための医師の活躍を期待したい．

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文献

- 1) 高橋紘士編：地域包括ケアシステム．オーム社，東京，2012，12-37.
- 2) 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．2009.
- 3) 地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムと地域マネジメント」（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）．平成27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．2016.
- 4) 日本医師会：医の倫理綱領．会員の倫理向上に関する検討委員会．東京，2000.
- 5) 上田 敏：ICFの理解と活用．萌文社，2005.
- 6) 厚生労働省：平成29年版厚生労働白書．2017.
- 7) 高橋紘士，武藤正樹編：地域連携論—医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援—．オーム社，東京，2013.