

特 集

「地域包括という畀」

中川法一

株式会社フルーション 代表取締役
医療法人増原クリニック 副院長

要旨：

厚生労働省（以下、厚労省）によれば、地域包括ケアシステムとは「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステム」としており、一体的という表現が包括にあたると考えられる。しかし厚労省の医療介護総合確保指針には、「地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護を確保するための基本的な方針」とされるのみで、具体的なシステム構築に関する方法の記載がない。

地域包括（Integrated system）という概念は、様々な専門職が有機的に関わる中で機能することであり、そのためには、専門職としての質の向上と主体的な取り組みが不可欠である。単なる連携（Linkage）から統合（Integration）に高めるためなければならない。その根底には、専門職としてどのように機能すべきかを考えた言動が求められる。

包括の意味を曖昧に考えていると、地域特性がシステムの中に埋没し、行政が生き方を決めるような、社会主義的行動規範を構築され、専門職としての identity も崩壊することではないだろうかと考える。

I. はじめに

間近に迫った地域包括ケアシステムの稼働であるが、日常的な単語が並ぶネーミングであるため概念的な部分がどうも分かり難い。包括とは「ひっくるめてひとつにまとめること」であり、システムは「複数の要素が有機的に関係しあい、全体としてまとまった機能を発揮している要素の集合体」である訳だから、人的ネットワークがシステムだと言えるだろう。従って、地域包括ケアシステムとは、ケアをひとつにひっくるめてまとめてしまう人的ネットワークということだろうか、どうもニュアンスが伝わってこない。

厚労省によれば、地域包括ケアシステムとは「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステム」ということであるので、住まい・医療・介護・予防・生活支援という水平連携の中で人的ネットワークを持って対象者を支えるということであろう。

しかし、厚労省の医療介護総合確保指針には、「地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護を確保するための基本

的な方針」とされるのみで、具体的なシステム構築に関する方法の記載がないのが、このシステムの畀ではないだろうか。穿った見方をすれば、国も具体的なシステムモデルを持たずに概念だけを先行させ、各地域（地方）でシステム構築をさせ第三者的に様子を観察しながら、制度整備を行っていかうという算段ではないかと言うことである。この疑いが少しでも当たっているなら、畀以外の何物でもなく、これに隠されている最大の課題は、こんなことで「個別性を重視したマイクロサービスが展開できるか」ということではないだろうか。

II. Buurtzorg（ビュートゾルフ）は成功の産物なのか？

国内でBuurtzorgを取り入れようと、または地域ケアの成功例として広く紹介され学ぶ人達が多い。

Buurtzorgは官僚主義的ケアに対する医療従事者や利用者の不満から発生したと言われている。1980年代までのオランダでは、村落などの特定地域における住民に対し、少人数のチームが予防や看護、介護を行っていた。疾病を持った住民だけでなく、その家族の健康状態の把握も含めたケア、家庭医やリハビリ職、福祉団体などと連携するこ

とによる、地域に密着したトータルケアが存在していた。1990年代に入ると、ケアが市場志向へ転換。地域に寄り添っていた在宅ケア組織や福祉団体、病院などが統合され大規模化。アセスメント（介護度の判定）も個々の患者を考慮するものではなく、基準が全国で統一された。ケアの成果・質ではなく、看護・介護・リハビリといった諸機能をどれだけ提供したかによる出来高払いが普及し、地域ぐるみのケアは縮小、画一的なサービスとなってしまったようで、利用者は断片的で継続性のないケアに対しての不満を、また、組織の一部として働かざるを得なくなった看護師をはじめとする専門職は、自律性とプロフェッショナルリズムを欠いた自らの仕事に不満を募らせてきたのが、Buurtzorgの生まれた理由であるとされている。

こう考えると、失敗から生まれた副産物がBuurtzorgではないだろうか考えるのが普通であり、私たち日本人はBuurtzorgの誕生を果たして待望して良いのだろうか。

地域包括ケアシステムの成功の鍵は、図1に示すように、「断片的で継続性のないケア」と「自律性とプロフェッショナルリズムの欠如」をどう補うのかに尽きるような気がしている。画一的なケアを展開すれば、自律性はもちろんのことそれに裏付けられた専門職魂（プロフェッショナルリズム）は消退化してしまう。しかし独自性や個別性のみを強調すれば制度として成立しない。そこで標準化（標準モデルの作成）が必要となってくるのである。自助、互助、共助をキーワードにした都市型モデル、地方モデルの標準化が必要である。標準化と画一化は全く違うわけで、漁村や農村、ベッドタウンといった地域特性をモデルに後付できることを可能にするのが標準化である。地域包括ケアシステムの本質を見た標準化作業を行わなければ

ば、機能不全（不満）後にシステムは崩壊するであろう。地域特性を加味した標準モデルを自治体が如何に早期に構築できるかが、各地域での包括ケアシステムを上手く離陸させる秘訣ではないかと考えている。

Ⅲ. 包括医療

包括と聞けば、包括医療という言葉が最初に頭に浮かぶ方も多いと思う。包括医療の最たる目的も医療費削減に尽きるのであるが、肯定的な仕組みとして何を求めて来たのであろうか、包括払いを例にして考えてみる（表1）。

表1. 包括払い制度がめざすもの

行政への利益	医療費抑制
患者への利益	無駄な医療(過剰医療)の削減
医療者への利益	患者の属性・病態や診療行為ごとの医療費情報が標準化され、医療の質を評価・比較可能

医療費抑制だけが独り歩きしややもすると批判的に論じられるが、少なからず患者や医療者へ還元される効果が多くあることが分かる。しかしリスクとして、行う医療行為が少なければ少ないほど利益になるので、最小限の医療が治療計画の余裕を損なう可能性があることや、医療者の裁量に自由が無くなることは、治療成果や生存率の低下につながりかねないとの医療の質に関する危惧も囁かれているのも事実である。

診断群分類（Diagnosis Procedure Combination: DPC）に基づく定額支払い制度、医療費まるめ、クリティカルパスのように、現代医療は社会的文脈の中で個別性を通減せざるを得なかった訳だが、反面ではテーラーメイド医療と呼ばれるように個別性も尊重してきた。ただしこれらの個別化医療（personalized medicine）は、遺伝子の少しの違いを研究することで、病気の発生率や発生しやすい体質、個人の体質に合わせた治療法や薬剤の適切な選択、医薬品の開発が可能となるヒトゲノム計画（DNA塩基配列の解読技術）に代表されるように、既定医療とは異次元での個別化を求めて進化を進めているので、国民目線では非常に分かりづらくはなっている。

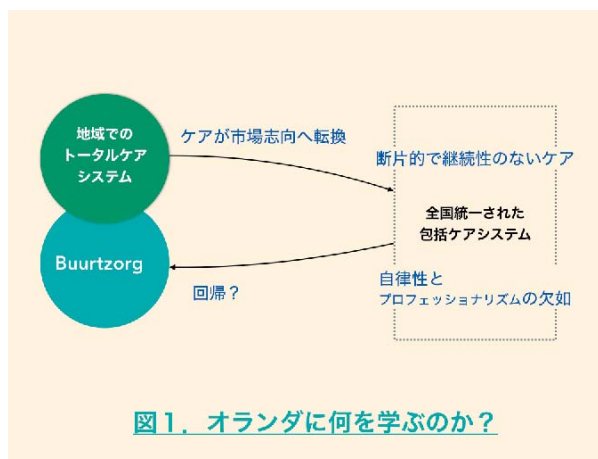


図1. オランダに何を学ぶのか？

しかし包括医療であっても、医療は個性を求める動きは決して止めてはいない。包括医療の中での個性の保持の方略として、教育を充実させ診断力の強化と、システム構築にてエビデンスの蓄積を行い、標準化とバリエーション評価を実施し、標準化の進化を行ってきた。現代の医療モデルは、標準化（包括）と個性の反するシステムを同時に動かし同期させているのである（図2）。

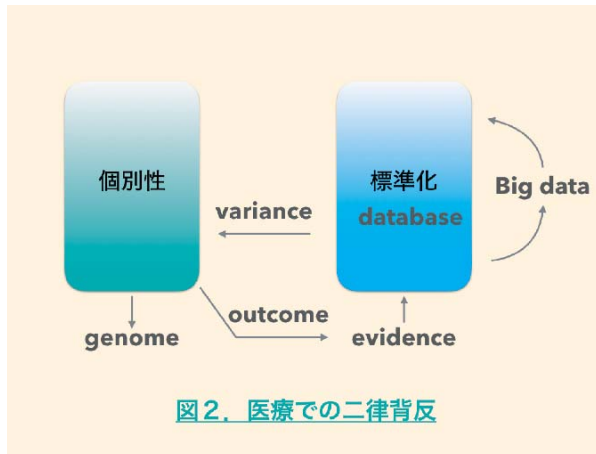


図2. 医療での二律背反

IV. 地域包括ケアシステムで個性は担保できるのか

住み慣れた街で生き甲斐を持って、と言われるように地域包括ケアシステムで重要な要素は「個性」である。オランダの失敗に学べば分かるように、画一的なケアサービスの崩壊は、利用者からではなくサービス提供者（専門職）からであるという点が注目すべき点である。利用者の生き甲斐は論を待たず重要であるが、それ以前にサービス提供者である各専門職のやり甲斐が満たされないシステムであれば、崩壊するのである。QOLという概念は互惠関係な特質を持つのではないかと考えている。

介護保険は生来の「包括支払い」制度であり、プランニング側の予算分配的発想で個性が埋没してしまう危険があるので、最新の注意が必要である。また医療モデルの標準化を模倣しようとしていないか、エビデンスを蓄積できる人材能力はあるのかという点にも危うい感じを払拭できない。

医療の敵は「疾病」であり、極めて地域性が出ていく特性がある（風土病や環境病は除く）。そこでの標準化は全国モデルとして展開可能であるが、ケアモデルには相応しない。地域特性を軸に据えた多様性のある標準モデルが存在し、その中で更に地域特性を活かした地域独自モデルが構築

させるのである。

例えるなら「どん兵衛」のような地域別展開である（図3）。



図3. どん兵衛モデル

まだ手探りであろうが、地域単位での標準化への取り組みは重要であろう。地域ケア会議での、エビデンス（効果、成果）の蓄積、バリエーションの評価、そして標準モデルの見直しにより精度の高いモデル構築が可能だと考えている。地域ケア会議がシステムを創ると言っても過言ではないであろう（図4、図5）。

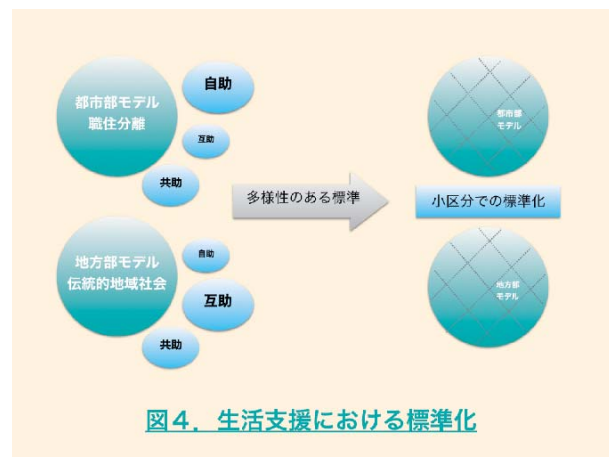


図4. 生活支援における標準化

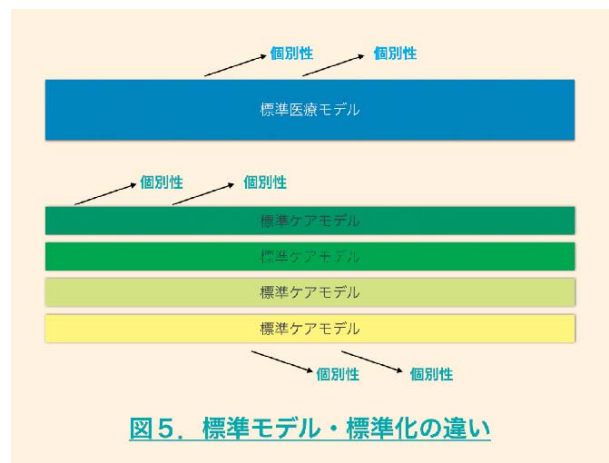


図5. 標準モデル・標準化の違い

人材不足という点については、致命的な問題になり得る事のみ記載し、本紙面ではこれ以上の言及は控える。

V. 有効な地域ケア会議

モデル構築にはケア会議が重要である（地域ケア会議がシステムを創る）と前章で書いたが、有効なケア会議とはどういうものであろうか、先ずは多職種連携をどのように行うかが鍵であろう。

専門職が集まれば、往々にして自己主張の応戦になることが多い。専門職の自己主張と専門性の提案は違うので注意が必要である。専門性の提案とは、相手の専門性を理解し、自分の機能や役割を確認することである。言い換えれば、他職種の専門性を知り、耳を傾け、認めることである。ここから始めなければ、会議の開催意義は全くない。その上で、標準化の構築と個別性の並行検討を行い、フィードバックループを形成した上での結果共有が必要である。

地域ケア(会議)の核は人的資源であることを認識し、アセスメント能力、サービス提供能力が高い人材が存在し、会議室の理論に終始せず現場で実際に「できる」かが重要なのである。しかし、そこには根源的な教育の問題がある(図6)。



VI. 地域ケアが抱える教育問題

地域ケアでの人材不足がマスコミを騒がせて久しいが、一向に改善の兆しがない。特に有能な人材が少ないという決定的な問題が横たわっている。この問題の原因を以下のように整理して見ると分かるように、地域ケア体制の再構築が必要かも知れない。

1. 医学系専門職教育で、地域ケアへの興味誘導

がなされていない。

有能な人材（学生）の流入が少ない。

2. 人の入れ替わりが多く（教育しても辞める）継続的教育が困難。

ゆとりがなく中途採用者への教育のシステムが未確立。

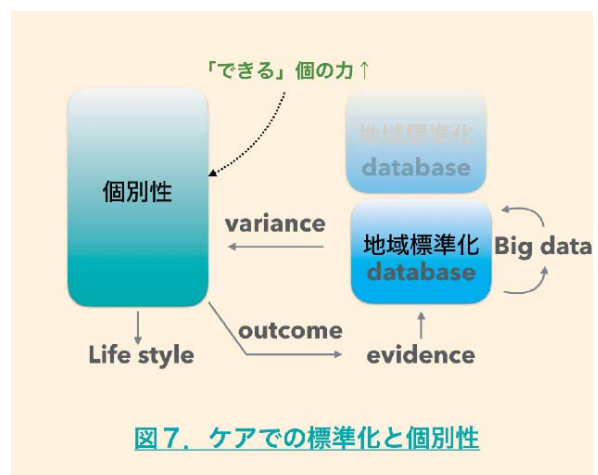
3. 専門的な知識や技術が必要にも関わらず、生活支援や身体介護、アクティビティ活動の業務などではひと通りのことができていように見えるため、教育を受けていない結果が直接的に現れない。

4. 業務が体系化されていないので、状況に合わせて知識、技術、能力の必要事項が想起できない。

5. On-the-Job Training: OJT, チューター制, メンター制, などの指導体制の導入が遅れている。

6. キャリアラダー, キャリアパスが未確立。

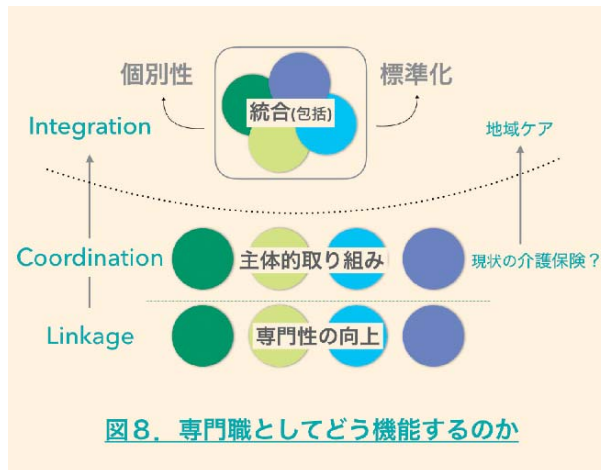
現在、各地域で毎日のように勉強会が行われているであろう。現場の方々の勤勉さには、ただただ頭を垂れるばかりであるが、その前に考えて欲しいことがある。それは、多職種連携というイメージ戦略の前に、①専門職としての専門性を高めること、②深く地域特性を掘り下げ歴史観も必要であること、③地域標準化案を各専門職が先ず考えること、そして④その上で統合作業を行い地域での標準ケアモデルを構築することである。モデル構築がなされないまま各々が勝手気ままに勉強をしても、先に記した自己主張にしか過ぎないのである(図7)。



VII. おわりに

地域包括 (Integrated system) という概念は、様々な専門職が有機的な関わりの中で機能するこ

とである。そのためには、専門職としての質の向上と主体的な取り組みが不可欠である。単なる連携（Linkage）から統合（Integration）に高めるためなければならない。その根底には、専門職としてどのように機能すべきかを考えた言動が求められる（図8）。



地域包括ケアシステムの罫とは、包括の意味を曖昧に考えていると、地域特性がシステムの中に埋没し、行政が生き方を決めるような、社会主義的行動規範を構築され、専門職としての identity も崩壊することではないだろうかと考えている。くれぐれも大いなる危惧に終わって欲しいと切に願う。

【参考・引用文献】

- 1) 京都府健康福祉部リハビリテーションセンター：平成27年度京都府総合リハビリテーション充実事業報告書：2 - 24, 2016.
- 2) 森田達也：地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か？ Palliative Care Research, 7 (1) : 323 - 333, 2012.