
特集：地域包括ケアシステムをめぐる国際的動向

趣 旨

地域包括ケアシステムという概念はもともと、公立みつき総合病院の山口昇医師が広島県御調町(当時)での医療福祉の連携について述べた概念が始まりである。

脳溢血や心筋梗塞で入院した高齢者が退院し、在宅復帰後ほどなく「ねたきり」となり再入院するケースが目立つのに対し、御調町は1975年から看護や医療を家庭に「出前」するサービスを開始し、さらに町の保健福祉部門を病院内の健康管理センターに統合する組織改革を1984年に実施した。このころから、御調町の保健医療福祉の総合化による「寝たきりゼロ作戦」にむけた実践を「地域包括ケアシステム」と命名することになった。

このような保健医療福祉の包括的サービスの実践から、サービス提供組織の組織統合としての「システム構築」が実現できたのは、これを運用する、山口医師をはじめとする政策および実践の担当者の見識とこれにかかわる専門職の力量、そして、これを実現可能な、国民健康保険直営診療所という一元的な医療提供体制に、町の保健福祉行政を統合することができる組織的条件があったからにほかならない。

このような「地域包括ケアシステム」を、医療と福祉の多元的なサービス提供の体制のなかで一般化させ、政策的な標準として実現するためには、我が国では介護保険制度の確立を経て、なお20年の歳月が必要であった。ようやく、今回の介護保険制度改革にあたって、厚労省老健局が組織した高齢者介護研究会が2003年にまとめた「2015年の高齢者介護」で「地域包括ケアシステム」の構築が提言され、この概念が普遍化するに至った。その後、介護保険制度改正で、「地域包括支援センター」が制度化され、介護療養病床の廃止に対応するための「地域ケア整備指針」の策定が義務づけられた。これらの政策により、「地域包括ケアシステム」構築への政策方針が具体化した。

このような、保健医療福祉の統合による「包括的」な支援体制構築への一連の流れは、「長期ケア」(long term care)の一般化に伴って、他の国々でもそれぞれの個性的な制度発展のなかにおいて、普遍的にみられるようになった現象である。

例えば、OECDの1996年の報告書^{注)}では、医療、看護、リハビリテーションを含む「医療」と、身体介護、家事援助、生活援助、社会参加を含む「社会的ケア」を統合して、「長期ケア」として概念化するようになった。この場合、「長期ケア」という概念は虚弱高齢者のみならず、精神疾患の罹患者および身体・知的障害者へのケアを包含するより広範な概念として理解されていることに注意を払う必要がある。

このような長期ケアの概念が、実践および制度体系として確立していくためにはどのような条件が必要なのか。本特集では主として、「虚弱高齢者」の長期ケアを念頭にイギリス、オランダ、フランス、デンマーク、カナダ、オーストラリアなどの諸国と、我が国の状況を取り上げて検討を行った。

第1に、長期ケアの制度的枠組みについて、オランダ、フランスのような保険制度とこれを補足する租税財源による制度のいわば二元的な制度と、租税財源による一元的制度の枠組みによる制度体系に大別される。後者についても「医療」と「社会ケア」の統合の度合いと分節化の度合いでさまざまな形態がみられる。

第2に、長期ケアを地域ケアとして再組織化しようとする潮流がメインストリームとなってきていることが容易に見て取れる。そのために合併等を含め市町村機能を強化し、新たなサービス調整機能を地域ケアセンター等によって再編しようとするのが大きな動向である。たとえばイギリスにみる「地域主義」、デンマークの、施設の廃止および市町村による総合的運営基盤の確保という流れにみることができる。

第3に、入院日数の削減と医療費高騰への抑制策としての地域ケアへの転換が論点となる。カナダにおける地域ケアセンターはそのような任務で一元的機能を果たしているといえるし、フランスの在宅入院制度もまさに、在宅を病床とみなし、集中的ケアマネジメントを実施するという継続的ケアを実現する制度であると端的にみることができる。

第4に、この在宅生活を中心とする地域ケアへの転換はなにより高齢者の生活の質(QOL)の実現という理念によるものでもある。デンマークの高齢者三原則をはじめとして、生活の質という視点からの包括ケアの実現への道筋が求められている。

第5に、地域包括ケアの実現にあたっては多職種の協働が重要である。アセスメントからサービスの提供に至るプロセスで、医療、看護、介護、ソーシャルワーカーの各職種の連携と協働体制の確立がとりわけ重要である。医療ケアでは看護師の権限の確立が大きな流れである(イギリスの処方権の付与、フランスの開業看護師など)。また、オーストラリアのアセスメントチームにおける多職種協働などのあり方も注目される。

第6に、地域包括ケアの実現にあたって、サービス手法および連携の手法の開発が課題となる。サービス現場における研修、研究がカナダの地域ケアセンターでは取り組まれている。また、地域の医療関係者との協働の課題が多くの国で報告されている。医療と社会ケアを統合した長期ケアの実現にあたって、それぞれの多職種協働の実現化とこれを可能にする職員の資質の獲得、職務の再編および協働手法の開発についてどのように考えるのかは重要な課題である。

最後に、我が国では、今後の急速な後期高齢層の絶対数増加と人口減少社会のなかで、長期ケア資源の再配分が、30年間にわたって絶えず制度改革を伴いながら進行せざるを得ない。医療保健福祉のそれぞれの制度と専門職には、これまでの歴史を背負った改革阻止型の体質が深く身に付いているといえるかもしれない。制度変革と意識改革、長期ケアニーズのサービス組織および手法の改革を同時並行的に実施しなければならないという困難な課題への挑戦にあたり、理念と手法を象徴した概念が「地域包括ケアシステム」であるといえよう。その意味で本特集において検討した各国の経験は大きな参考になる。

注)

太田貞司「第1章 地域包括支援センターの理念と現実」

高橋紘士編『地域包括支援センター実務必携』, pp.42-43, オーム社, 2008

(高橋紘士 立教大学大学院教授)