

総説

地域包括ケア・医療者教育の将来と JSISH2020年に向けてのビジョン

大西弘高

東京大学医学系研究科医学教育国際研究センター

抄録

2025年問題が近づきつつある現在、超高齢化社会に向けて地域包括ケアシステム概念が生まれた。この概念は医療・社会保障改革の骨格として政策に組み込まれ、さらに地域マネジメントという概念へと発展を遂げつつある。学会の2015年に向けてのビジョンである「現場を変革できる医療者の育成」は新たな時代へと発展させる必要があり、2020年に向けてのビジョン「地域包括ケアシステムを推進する学びの場の醸成」へと舵を切った。本稿では、医療・社会保障政策の変化と医療者教育の今後を見据え、新たなビジョンの意味するところを解説したい。

キーワード：地域包括ケア，地域マネジメント，医療者養成，医療者教育

Future of community-based integrated care systems and health professional education, and JSISH vision for the 2020

Hirotaka Onishi

International Research Center for Medical Education, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

Abstract

As the Year 2025 problem is approaching, the concept of community-based integrated care systems was born, geared towards the super-aging society. This concept is incorporated into policies as a framework of medical and social security reform, and has evolved into another concept of community management. The JSISH vision for the 2015 "Developing health professionals who can change the workplace" should also be evolved into the vision for 2020 "Generating learning environment to promote community-based integrated care systems." This paper explains the concept of the newer vision, while looking at the changes in the medical and social security policies and the future of health professionals' education.

Key words : community-based integrated care systems, community management, human resource development for health, health professional education

地域包括ケアシステムとは

わが国は、俗に2025年問題と言われる人類史上未曾

有の急速な社会の超高齢化を迎えようとしている。1940年代後半生まれのいわゆるベビーブーマー、団塊の世代がおしなべて75歳以上となるのが2025年である

【連絡先】東京大学医学系研究科医学教育国際研究センター
〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1 医学部総合中央館2階
受理日：2017年7月29日 採録決定日：2017年9月27日

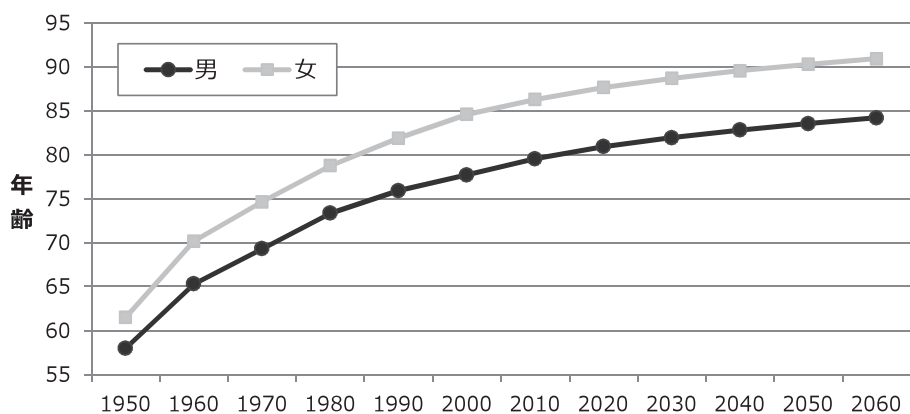


図1 平均寿命の推移と将来推計

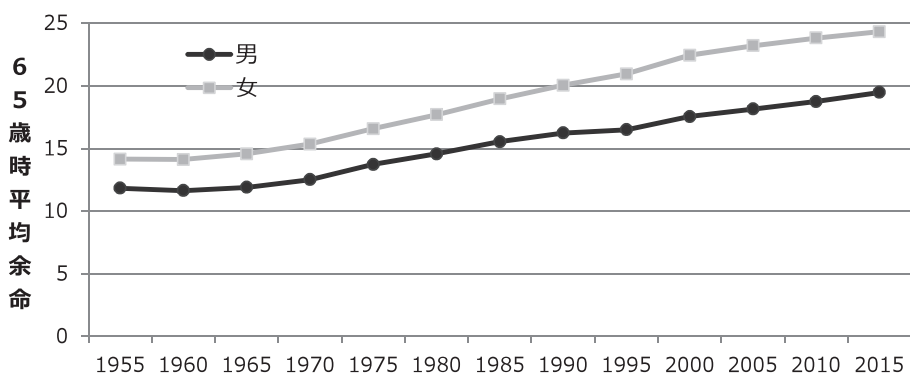


図2 65歳時平均余命の推移

ことから、様々な社会システムに軋みが生じると予測されている。

今後、医療・福祉現場において必要な改革とはどのようなものだろうか。まずは、状況を正しく理解する必要がある。図1は平均寿命の推移と将来推計を表している。また、図2は65歳時平均余命の推移を示す。戦後のわが国を振り返ると、明らかに寿命を永らえることのできる医療体制になってきたし、今もまだ向上する傾向はみられる。しかし、医療をどんなに改善しても徐々に頭打ちに近づいているのも事実である。寿命をより永らえることに価値を置く医療から、健康寿命を延ばす、あるいはより質の高い人生を楽しむための医療や福祉へと現場が変わっていかなければならない時代であると言えるだろう。

政策として地域包括ケアシステムが打ち出されたのは、厚生労働省老健局長が設置した高齢者介護研究会が2003年に出した報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」¹⁾が最初で

あろう。生活上の課題のアセスメント、介護サービスのプランニング、支援に関わる専門職による多職種協働、サービスの実施状況や要介護高齢者の状況変化のモニタリングといったモデルが地域包括ケアシステムと呼ばれている。2001年に構築された尾道モデルはその際の地域包括ケアシステムの先駆けであり、1970年代に広島県御調町で考案されたモデルに則り、1990年代後半からケアマネジメントを通じた自立支援が推進され、9割以上の事例に退院前ケアカンファレンスが実施されると共に、ケアプランが立てられるという成果を挙げていた²⁾。この成果と共に発展してきたのが1997年に制定され、2000年4月に施行された介護保険制度である。疾病のコントロールはそれなりに出来ているものの、介護が必要だという理由で入院をし続けるいわゆる「社会的入院」を減らし、病床数をコントロールすると共に、医療費の効率化を目指して病床を急性期と慢性療養期に分けるなどの政策が健康保険の制度変更等によって着実に実行されてきた。

さらに、2005年の介護保険制度改革により、地域包括支援センターの創設、ケア付き居住施設の充実等居

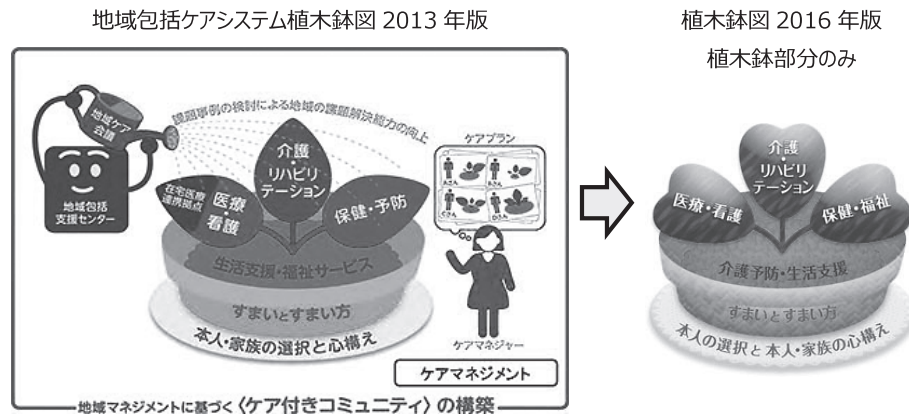


図3 植木鉢図の変遷

住系サービスの充実、新予防給付・介護予防事業の創設、小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスの創設、食費・居住費の見直し、といった現在の地域包括ケアにつながる改革が行われた。2008年度の地域包括ケア研究会報告書によると、地域包括ケアシステムの定義として、中学校区と同様の概ね30分以内に到着可能な圏域で、医療・介護等の様々なサービスが適切に提供できるような地域での体制により、要介護状態になっても可能な限り住み慣れた地域や自宅で生活し続けられるようなシステムとされている³⁾。

このようにして、地域包括ケアシステムは徐々に医療・社会保障改革の中心へと位置づけられていく。2012年民主党政権下で「社会保障制度改革国民会議」が設置され、2013年8月にまとめられた報告書に基づいて「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」と「地域における医療及び介護の総合的確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」がそれぞれ2013年、2014年にまとめられた。これらによって、地域包括ケアシステムが今後の医療・福祉を束ねるための中心的課題の一つであると明確に位置づけられている⁴⁾。

地域包括ケアシステムは、前述した尾道モデルについては医師間の強い協力を基盤とするため他の地域での展開がやや難しいし、ましてや海外のシステムを持ち込むことは無理である。そのため、それぞれの地域でモデルを作り、実験的な取り組みを振り返ることを通じてモデルを少しずつ見直すという形でしか改善を図ることができない。地域包括ケアシステムのモデルは、最初は医療、介護、生活支援、住まい、予防の5つの輪とされたが、これを基盤にして2013年に地域包括ケア研究会が俗に植木鉢図と言われるモデルを作り

上げた。医療・看護、介護・リハビリ、保健・予防という3つの葉の基盤に生活基盤・福祉サービスの土があり、植木鉢で表されるすまいとすまい方がそれを取り囲み、その基盤をなすのは本人と家族の選択と心構えの皿という図である。そこに地域包括支援センターが地域ケア会議というじょうろで水を撒くことで、課題事例の検討による地域の課題解決能力の向上がみられ、ケアマネジャーによるケアプランが改善する(図3)。

なお、植木鉢図は2016年版では改訂された。保健・予防の葉は保健・福祉へと変化し、予防については「介護予防」として生活支援と共に土の部分に入った。これは、介護予防の重要性がより基盤的な立ち位置に置かれるに至ったことを表す。また、植木鉢が置かれた皿の部分においては、家族が本人の代わりに選択する権利を持つかのような誤解が生じたこともあり、選択は本人、心構えは本人と家族という変更も加えられている(図3)⁵⁾。このような変化も地域包括ケアシステムが、まだまだ発展途上であり、構築に時間のかかるシステムであることを物語っている。

地域包括ケアから地域マネジメントへ

次に、地域包括ケアシステムを導入すると、何がよくなるのかについて考えてみたい。鍵を握るのは、健康の社会的決定要因(Social Determinant of Health: SDH)に対する社会的介入である。WHOのSDHに関する委員会は2008年の報告書において、日常生活状況を改善すること、権力・資金・資源の不公平な分配に対処すること、問題を評定して理解し対策の影響を評価することの3つの勧告と共に、健康の公平性とい

う不可欠な価値を再確認した⁶⁾。これは、1978年のWHOおよびUNICEFによるプライマリヘルスケアに関するアルマアタ宣言における「すべての人々に健康を(Health for All)」の原則⁷⁾にも合致する。

健康に与える社会的影響がどの程度大きいのかについては、日米での比較研究が興味深い⁸⁾。日本在住の日本人、ハワイ在住の日系人、カリフォルニア在住の日系人を比較すると、元は遺伝的に同じと考えられたが、冠動脈疾患の可能性のある者の率がそれぞれ2.5%、3.5%、4.5%となり、コレステロール値も日本<ハワイ<カリフォルニアの順であった。人は移住した新しい土地の社会環境に影響を受けて健康リスクが変化し得る。

予防医学的な対処の仕方も継続的に改善されてきた。カナダのLalonde報告では、健診によって高血圧、高血糖、脂質異常症といった健康リスクが認められた集団を予防活動の対象にするハイリスクアプローチがとられた⁹⁾。ただ、ハイリスクアプローチは、将来ハイリスクへと移行する人々の予防になってはいない。社会全体にアプローチした方が恩恵を受ける人の数が多いという考えから、Roseは社会集団全体の健康水準向上に寄与するポピュレーションアプローチを提唱し¹⁰⁾、公衆衛生上の戦略は大きく変化した。さらにFrohlichとPotvinは、高所得の女性が子宮頸がん検診をより受ける傾向、高学歴者が健康キャンペーンからの情報をより受ける傾向といったエビデンスにより、ポピュレーションアプローチでは健康格差がさらに広がるという指摘をし、健康弱者群アプローチ(vulnerable population approach)を提唱している¹¹⁾。よって、現状での予防医学的な対応は、健康格差を考慮した上で社会的にアプローチすることが重視されつつあるといえるだろう。

このことを地域包括ケアシステムに当てはめると、介護予防に関しても高齢で虚弱な人々だけでなく、地域の高齢者全体への介入がますます重視されることになる。地域介入に関しては徐々に健康アウトカムに対するエビデンスも報告され始めている¹²⁾。例えば、愛知県武豊市では地域サロンが開設され、高齢住民が手芸や工芸、ゲーム、保育園幼児との関わりといった活動に参加するように働きかけられた。5年経過後に3回以上参加した人(参加群)246名と参加回数2回以下の人(対照群)2,175名を比較検討すると、参加群の要介護認定率は7.7%、対照群は14.0%であり、参加群の方が6.3パーセントポイント低い結果であった。

日本医療教授システム学会の2020年に向けたビジョン

日本医療教授システム学会では、ミッションとして「標準的な医療を安全・確実に提供できる医療職の育成を実施・改善するための方法論やシステムを構築すること」を掲げている。また、2015年に向けたビジョンは「現場を変革できる医療者の育成」であったが、医療者教育領域に教授システム学が徐々に広がりを見せていることなどを鑑みると、一定のインパクトをもたらしたと考えられる。

2016年の常任理事会では、このような背景をもって2020年に向けたビジョンを再度設定することとなった。元々は、救命救急関連のシミュレーション教育、患者安全教育といった領域に強みを持って学会が運営されてきた。その流れは患者急変対応KIDUKIプロバイダー/ファシリテーターコース¹³⁾のような学会独自のコースの開発につながり、医療者教育領域における教授システム学の意義がますます認識されているところでもある。

しかし、上述したように地域包括ケアシステムや地域マネジメントが重視されていくことは必然である。日本医療教授システム学会がその強みを発揮するためには、大学や病院といった従来教育が行われてきた現場よりも、地域での問題に取り組めるような大きな変革が必要ではないかと思われた。それは、2015年まで我々が重視してきた「現場を変革できる医療者の育成」というビジョンとも連続性があるし、2020年に向けてより具体化したビジョンになったということが可能だろう。

上記ビジョンに合わせた医療者の教育・学習・能力開発の変化

21世紀に入った頃から医療者教育領域においては、その焦点が変化しつつある。筆者は、既報により新たな焦点として、アウトカム基盤型教育、プロフェッショナルリズム、多職種連携教育と多職種協働(Interprofessional education and work [IPEおよびIPW]、専門職種間教育および専門職種間協働とも)、地域基盤型教育の4つを挙げ、これらに向けた変革が求められるとした¹⁴⁾。アウトカム基盤型教育は、主に教育の質改善、質管理から出てきた概念である。これは、ひいては医療者教育が学問の追究のためだけでなく、社会に還元される方向で整備されなければならないということも意味している。プロフェッショナルリズムも、各

表1 治療に対する意思決定モデルの比較

| | 父権的モデル | インフォームドモデル | 共同意思決定モデル |
|--------|---|--|---|
| 専門職の役割 | 能動的：患者には選択された情報のみを伝え、患者にとって専門職が最善と考えた治療を選択。 | 受動的：患者側に全ての情報や治療選択肢を伝える。専門職側の推奨案は控え、意思決定はしない。 | 能動的：患者側に全ての情報や治療選択肢を伝える。推奨案を示してよい。患者と共に治療の意思決定を行う。 |
| 患者の役割 | 受動的：専門職の提案を了承する。回復に向けて協力することは患者側の義務。 | 能動的：全ての情報を受け取り、意思決定は自分で行う。専門職が示した選択肢に影響されずに自ら全ての選択肢を選択できる。治療に関しては独りで決める。 | 能動的：全ての情報を受け取る。治療の選択肢の害や利益に関して自分なりの判断をする。患者の好みについて専門職と相談し、共に治療の意思決定を行う。 |
| 情報 | 概ね専門職から患者への一方通行。 | 概ね専門職から患者への一方通行。 | 患者-専門職間の双方向。 |
| 検討者 | 専門職が時に専門職同士で話し合う。 | 患者、場合により患者に相談相手。 | 専門職と患者の両者、場合により他の誰か |
| 決定者 | 専門職 | 患者 | 専門職と患者 |

職種・業団体の利益だけでなく、患者や利用者の自律性および最大福利を原則とする考え方であり、社会と医療との連続性を重視していることはいままでのない。多職種連携教育と多職種協働は、患者の自律性や最大福利に向けて医療・福祉専門職が緊密に連携すべきという考えに基づくが、近年はこれが病院よりも地域現場でより重視される流れもある¹⁵⁾。地域基盤型教育は、地域で従事する医療・福祉専門職は地域で育てるべきという考え方である。どうしても大学や専門学校の設置場所は都市部になりがちだが、そうだとすても実習を地域現場に移すことで、地域の文脈、地域のニーズを感じながら学ぶことができるようになる。

これらを実現する際に、今後重要になるのではないかと思われる3つの概念を挙げておきたい。1つは共同意思決定 (shared decision making) である。医療コーディネーターにおける相談経験によると、患者の悩みで多い上位3つは、①もっといい治療はないか、②私が受けたい治療に家族が反対している、③医師に、どの治療がよいかと聞かれたが、決められない、とされる¹⁶⁾。③は形式的なインフォームド・コンセントが行われているものの、患者側に丸投げされて途方に暮れている様子を示していると推察できる。共同意思決定モデルは、専門職側が選択肢を示すだけでなく、専門職の観点からどちらが推奨されるかという意見も出し、そのうえで患者の価値観なども含めて共に意思決定するモデルといえる (表1)。共同意思決定を多職種協働チームと患者との間で行うのはより複雑で困難な実践となるが、今後そういったチャレンジこそが重

視されている。

2つめは、臨床事例の複雑性である。超高齢化社会、核家族化、経済状態の低迷、医療・福祉サービスの多様化により、以前よりも複雑事例、困難事例などと俗によばれた事例に向き合う機会が増え、その対応も複雑化している。例えば、高齢でフレイルや認知症があり、肺炎のような単純な疾患で入院したとしても、そこには新たにせん妄、食事摂取不良、栄養状態低下などが加わり、あっという間に複雑事例化してしまうことがある。そこに、貧困、独居、介護者との難しい関係などが加われば多職種協働は必須だが、ときには自治体などの対応をお願いせざるを得ない場合もある。さらに、専門職自体の感情コントロールがしにくくなることもある。そのような複雑事例においては、例えば問題志向型システム (problem-oriented system: POS) が無力さを帯びてくる。食事を食べさせたいが、誤嚥の再発が心配なので胃瘻にしたい、せん妄で転落事故を防ぎたいから身体拘束する、といった悩みの多い「問題」が多数出てきて、対処しきれないのである。ラップらは、障害者への支援において「問題解決モデルが当事者には害になることがある」という観察からストレングスモデルを提唱している¹⁷⁾が、おそらく複雑性が高い事例においてはそのような発想の転換が必要になることが多いのではないかと考えている。

3つめは、価値に基づく診療 (values-based practice: VBP) である。VBPは、臨床研究等のエビデンスを重視した形で専門職側は推奨を示すべきだが、意

思決定における患者側と専門職側の摺り合わせには、患者やその家族の価値だけでなく、専門職側の1人ひとりが抱く価値についても考慮して、出来る限り臨床上の意思決定を最適化していこうという考え方である。1つめ、2つめの概念をもすべて包含した上位概念であると考えてもよいだろう。ナラティブに基づく医療、臨床倫理といった考え方とはかなり近い面もあるが、最終的に「よりよい意思決定」を目指すという意味で、より実践利用を意識し、教育可能な形を目指している。筆者は第9回日本医療教授システム学会大会でもVBPワークショップを開催したが、参加者からは多職種連携の重要性、専門職側の価値の多様性などについての気づきがあるという声が多く上がっている。おそらく、今後VBPワークショップは複雑な臨床事例に対し多職種連携、共同意思決定などを具体的にどう進めるのかについて具体的なシミュレーション教育プログラムとして発展していくだろう。

まとめ

日本医療教授システム学会の2020年に向けたビジョンがどのような考えで設定されたかに加え、このビジョンに対してどのような活動、学問的探究が進むべきかについて私論を展開した。第10回日本医療教授システム学会大会の方向性もこれらを強く意識した内容にしたいと考えている。

文献

- 1) 厚生労働省高齢者介護研究会. (2003). 2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～. <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html>
- 2) 田城孝雄, 片山壽, 丸井英二, 田中滋. (2014). 地域医療連携「尾道方式」を「理想のモデル」から「標準モデル」へ. 医療と社会, 14: 51-62.
- 3) 地域包括ケア研究会 (厚生労働省平成20年度老人保健健康増進等事業). (2009). 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. http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/shakai_shien/genkikoureisya/dai7kaikyogikai.files/20090714sankosiryo1.pdf
- 4) 二本立. (2015). 地域包括ケアと地域医療連携. 東京: 勁草書房.
- 5) 田中滋. (2016). 「植木鉢図」とその背景: 地域マネジメントの意義. 生活福祉研究 92号巻頭言, http://www.myilw.co.jp/publication/myilw/foreword/backnumber_92.php
- 6) WHO Commission on Social Determinants of Health, & World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. World Health Organization. 2008 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf
- 7) World Health Organization. Primary Health Care: Report of International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 Sept 1978. World Health Organization. 1978
- 8) Marmot, M.G., Syme, S.L., Kagan, A., Kato, H., Cohen, J.B., Belsky, J. (1975). Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California; prevalence of coronary and hypertensive heart disease and associated risk factors. Am J Epidemiol, 102, 514-525.
- 9) Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- 10) Rose, G. The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press. 1992
- 11) Frohlich, K.L., Potvin, L. (2008). The inequalities paradox: the population approach and vulnerable populations. Am J Public Health, 98, 216-221.
- 12) Hikichi, H., Kondo, N., Kondo, K., Aida, J., Takeda, T., Kawachi, I. (2015). Effect of a community intervention programme promoting social interactions on functional disability prevention for older adults: propensity score matching and instrumental variable analyses, JAGES Taketoyo study. Journal of Epidemiology and Community Health, jech-2014.
- 13) 日本医療教授システム学会監修. (2008). 患者急変対応コース for Nurses. <http://npocats.sakura.ne.jp/KIDU-KI/>
- 14) 大西弘高. (2013). 医療者教育の新しいトピックス. 医療職の能力開発, 2, 35-44.
- 15) World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. World Health Organization.
- 16) 中山和弘, 岩本貴編. (2012). 患者中心の意思決定支援: 納得して決めるためのケア. 中央法規.
- 17) 萱間真美. (2016). リハビリ・退院支援・地域連携のためのストレングスモデル実践活用術. 東京: 医学書院.