

地域包括ケアシステム下の医科，歯科，介護及び 生活支援サービスにおける連携の未来

筒井孝子

The Future of Collaboration in Medical, Dental, Long-term Care and Life Support Services
in the Community-based integrated care System

Takako Tsutsui, PhD

抄 録

わが国では，地域包括ケア圏域（中学校区）での医療や介護サービスの提供体制の統合（integrated care）と生活支援サービスの適正な供給（community-based care）を目指した地域包括ケアシステムの構築が推進されている。

この運営に際しては，歯科専門職を含む「臨床的統合（clinical integration）」が前提となるが，このような多職種間の協働においては，患者中心のケアをいかに実現すべきかという規範的統合（ビジョン設定）が基盤となる。

キーワード

地域包括ケアシステム，integrated care，臨床的統合（clinical integration）

ABSTRACT

In Japan, the construction of community-based integrated care system with the aim of "integrated care" of the offer system of acute care and long-term care service in the regional area (junior high school district) and proper supply system "community-based care" of the life support service is promoted.

In the management of this system, "clinical integration" of the professional including the dental professional becomes a premise, and normative integration (Vision Setup) which puts the care of the patient center at the core becomes a basis for this.

Key words:

Community-based integrated care system, Integrated care, Clinical integration

I. はじめに

2000年に介護保険法が施行され，20年が経過しつつある。この間さまざまな制度改革がされてきたが，診療・介護報酬同時改定が6年に一度，実施されることから，これらの改革は，概ね6年がひとつのタームとなり，実施されてきた。

2000年からの6年間を第1期とすると，この時期

は介護保険制度によって「ケアの社会化」を旗印に，介護サービスに関する市場化を強力に推し進めた期間であった。

次の2006年からの第2期は，「ケアの地域化」，すなわち「地域包括ケアシステム」の構築を目標とし，自立支援を期待する介護予防事業の推進を市町村という行政を核に，介護サービスと公衆衛生の統合を推進した時期であった。この第2期における大きな転換は，自助と互助の脆弱化を共助という公の関与によっ

て補強しようとする意図の下で行われたといえる。

2012年からの第3期は、地域の医療・介護のケア提供システムの基盤として、生活支援サービスを掲げた、community-based careが目指された時期であった。具体的には、慢性疾患をもった高齢者の急性増悪や認知症の高齢のがん患者への対応といった急性期医療とのcoordinationレベル^{注1)}での連携システムの構築や、単身で賃貸住宅に住む低所得の要介護状態となった高齢者への対応に代表される住宅施策等と介護保険施策の施策レベルでの統合が模索された。

ただし、この2010年からの改革に際しては、2006年からの介護保険と公衆衛生の統合がうまくいかなかったことを踏まえ、地域包括ケアシステムをcommunity-based integrated care systemとして捉える新たな定義が提示され、医療と介護との連携を明確にしながらか、このシステムの構築が推進された。これが、次の2018年から始まる第4期へとつながっている。

2018年から始まる第4期に企図されているのは、第3期の後半から目標とされたcommunity-based careの実現にあたって、明らかになった保険者機能の脆弱さの強化を目指したmanaged care^{注2)}の推進である。

以上のように地域包括ケアシステムは、2006年に導入された介護予防事業を基軸とした介護保険制度と公衆衛生活動の包含をビジョンとするシステムではなく、医療と介護の連携と呼ばれるintegrated careを中核とするシステムへと移行しつつある。このような新しい概念に基づく医療と介護、そして生活支援サービスの提供体制の構築は日本だけでなく、国際的にも初めての試みである。

こうしたことを踏まえて、本稿では、まず2012年から進められてきた地域包括ケアシステムの再構築とその推進の経過を振り返りながら、2018年に企図されたシステム構築の推進策として診療報酬改定で強調されたシステム内の多職種協働について述べる。そして、患者（利用者）中心のケアとして求められている内容を示しながら、これを実現するために歯科専門職がどのようなビジョンの下で機能すべきかについて述べる。

II. 地域包括ケアシステムにおけるビジョンの変遷 —介護予防から医療・介護連携への移行—

地域包括ケアシステムは、要介護状態になっても、高齢者のニーズや状態の変化に応じて必要なサービスが切れ目なく提供される体制が構築されるという、高齢化に応じたサービスが継続的に提供できる体制が目指すところとされた。

これは、Aging in placeというデンマークの在宅と施設の統合システムとコンセプトは、ほぼ同様であると説明された。ただし、デンマークでのAging in placeというビジョンの達成に際しては、新たな人材養成システムの構築をはじめ、入所施設の廃止等、10年以上の歳月を要しての改革がなされたものであった。

こうした他国の状況を教訓として、わが国におけるシステムの統合が行われなかった結果、従来の医療や介護、生活支援サービスの提供体制を大きく変革する必要があることを認識することなく、2006年から公衆衛生との統合という、他国でも例のない大きな改革が国の主導で始まった。

この改革は、当初から、それまでの「介護予防・地域支え合い事業」や「老人保健事業」のサービスに一貫性、連続性がなかったために、十分にサービスの効果を示すことができなかったという反省からサービスを要介護状態になる前の予防の推進というビジョンのもとで実施された。また地域における包括的・継続的マネジメント機能を強化するという観点からは新たな地域支援事業という枠組みによるサービスが新設された。

この結果として、一般高齢者、特定高齢者、要支援1・2、要介護1～5と行政上決められた高齢者の区分ごとに提供サービスの内容や目的が変更されることとなった。具体的には、一般高齢者は、生活機能の維持・向上を図ることが目的となり、特定高齢者用サービスは、生活機能低下の早期発見とその対応とされた。さらに要支援1・2では、要支援状態の改善や重度化の予防を図ることが目的とされた。

すなわち、要支援1・2の高齢者へのサービス提供は要支援状態にあっても、その悪化をできる限り防ぐ

^{注1)} Leutz は、integrated care にも3つの段階 (linkage, coordination, full integration) があり、それぞれを分けて考えることが重要であると指摘しており、linkage は個人々々によるその場限りの情報共有を示している。定期的な会合等によって情報共有がなされる integration の程度はこの次の段階である coordination とされている⁸⁾。

^{注2)} ここで筆者が述べる managed care とは、アメリカ合衆国で管理型医療 (システム) と言われる医療サービスの提供を保険者側がコントロールすることによって効率的に医療サービスを供給するシステムという考え方を援用し、介護サービスの保険者としての市町村が行うことになるサービスの効率性を向上させるための施策やそのプロセスも含んだシステムを指す概念として用いている。

ことを目的に地域包括支援センターにおいて、介護予防ケアマネジメントがされたのであった。

そして、ここで提供されるサービスのうち、新設された「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」については、それぞれ単独では、わずかにエビデンスが示されていた。しかし、高齢者の老化に伴い、これらのサービスが複合して、提供された場合には、そのエビデンスは、十分とはいえなかった。

また、当該高齢者の高齢化における経年的な変化を予測した上で提供されねばならない具体的なサービスの提供に関する知識もノウハウもない地域包括支援センターの職員が適切な介護予防計画を作成することはできるはずもなかった。

これに加えて、そもそも介護サービスを希望した利用者は、こういった介護予防のサービスの利用は想定していなかった。

こうした状況への対応として、利用者への介護予防サービスを利用する方がよいことを動機づけるためのスキルについても言及されなかった。このため、介護保険と公衆衛生との統合という介護予防施策に積極的に取り組んだ自治体においてできさえも成果が示されることがなかった。結果としては、現在においてもサービス提供者にも、利用者にもこのサービスの必要性は十分に理解されている状況とはいえない^{注3)}。

こうした状況への反省から、「地域包括ケアシステム」という呼称を用いながらも、医療との連携、認知症対策との連携を図るというアプローチを中核としたシステム構築への修正が2010年から徐々に進められた。その際の理論的根拠となったのが、1990年代から欧州諸国で取り組みはじめられていた integrated care であった。

こういった変革は医療制度における慢性期医療や、終末期医療で提供されていたサービス供給を介護保険制度システムに引き寄せようとする動きと説明できる。また、Aging in place を実現するためには、介護と医療、そして生活支援サービスの適正な供給こそが必要であり、これが地域包括ケアシステムの目的であったとした。

これは、国際的な文脈から言えば、急増する慢性期疾患を高齢患者への医療サービス提供モデルのデザインのひとつとも説明できる。

政府は、2012年が地域包括ケア元年であるとし¹⁾、同年の介護・診療報酬同時改定では、新たに24時間

定期巡回・随時対応型訪問介護・看護、複合型サービス^{注4)}を介護保険における地域密着型サービスとして創設した。また診療報酬改定においても地域包括ケアシステムの構築が基本方針として掲げられ、急性期医療から、慢性期医療までの連携強化や在宅医療の拠点整備などが図られた。

2014年には、integrated careの推進に関しては、「医療介護総合確保推進法」が制定されたことにより、「地域医療構想（ビジョン）」によって、地域の現状に相応しい効率的・効果的な医療提供体制を整備し、より適切なサービスが提供できる体制である地域包括ケアシステムの構築を目標とすることとされた。

そして、2018年の診療・介護報酬同時改定でも、前回改定と同じく在宅医療・介護への移行の促進による地域包括ケアシステムの構築が進められ、24時間対応の要件緩和と連携の強化、紹介状無し定額負担の対象病院の拡大など、これまでの流れをより確実なものとするための実効性のある改定がされ、歯科についても後述する地域包括ケアシステムの構築と推進を図るための改定がされたのである。

III. 2018年度介護・診療報酬同時改定に示された地域包括ケアシステムにおける歯科機能の強化と医科、介護との連携の推進

2018年の診療・介護報酬同時改定において歯科部門で示された地域包括ケアシステムの構築と医療・介護の連携強化は、①かかりつけ歯科医の機能の評価、②周術期等の口腔機能管理の推進、③在宅歯科医療の推進であった。

医科歯科連携を推進する観点から、図1に示したように歯科診療を行う上で必要な診療情報や処方内容等の診療情報について、かかりつけ医との間で共有した場合の評価が新設された。これは、「I. 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進」という方針の下で歯科の在宅における医療や介護との連携を推進するためになされた改定であった。

また、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準が見直され、過去1年間に診療情報提供料又は診療情報連携共有料をあわせて5回以上算定している実績がある医師で、さらに、表1に示すような地域連携に関する会議等への参加実績について、3つ以上に該当することが要件として追加された。

注3) 介護予防事業の評価については、拙著(2014)の31頁から50頁「地域による介護」地域支援事業の創設に詳しく述べた⁹⁾。

注4) 複合型サービスは、平成27年4月から看護小規模多機能型居宅介護と名称が変更となった。



図1 かかりつけ歯科医療機能の評価の充実²⁾

表1 かかりつけ歯科医療機能強化型歯科診療所の施設基準の見直し①²⁾

ア	過去1年間に、居宅療養管理指導を提供した実績があること。
イ	地域ケア会議に年1回以上出席していること。
ウ	介護認定審査会の委員の経験を有すること。
エ	在宅医療に関するサービス担当者会議や病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議等に年1回以上出席していること。
オ	過去1年間に、栄養サポートチーム等連携加算1又は栄養サポートチーム等連携加算2を算定した実績があること。
カ	在宅医療・介護等に関する研修を受講していること。
キ	過去1年間に、退院時共同指導料1，退院時共同指導料2，退院前在宅療養指導管理料，在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定があること。
ク	認知症対応力向上研修等，認知症に関する研修を受講していること。
ケ	自治体等が実施する事業に協力していること。
コ	学校歯科医等に就任していること。
サ	過去1年間に、歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算を算定した実績があること。

これらの要件は歯科医師として、地域包括ケアシステムにおいて、一定の役割を果たしていることを評価するものである。内容として地域ケア会議に年1回以上出席していることや、介護認定審査会の委員の経験を有すること、在宅医療に関するサービス担当者会議や病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議等に年1回以上出席といった要件は、歯科診療だけでなく、地域における介護サービスの提供にあたって具体的に関与していることを評価するようになったが、これは実効性が問われているものといえよう。

同様に、2018年度の診療報酬改定の方針である「II. 質の高い在宅医療の確保」の一環として示された在宅療養支援歯科診療所の施設基準の見直しの②でも在宅歯科医療における地域における関係者間の連携を推進する観点からは、在宅療養支援歯科診療所の施設基準については、機能に応じた評価が見直された(図2)。

ここでも過去1年間に在宅医療を担う他の保険医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療の依頼が5件以上であるといった要件や、在宅療養支援歯科診療所1の施設基準において示された以下の表2に示すさまざまな要件が示された。

以上の内容は医療、介護、歯科連携を実現し、多職種協働を実現することこそが質の高い在宅医療と考えられていることを示している。

IV. 地域包括ケアシステムにおける新たな人材

現行の保健医療福祉制度下で、医療の専門家(特に医師)は、患者との相互関係を通して、何がその患者にとって最適かを決定することとされている。しかし、この意思決定プロセスは、この10年ほどの間に

表 2 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準が見直し²⁾

- ① 当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議への年 1 回以上出席していること。
- ② 病院又は介護保険施設等の職員に対し、口腔管理に関する技術的助言や研修等を年 1 回以上実施していること。
- ③ 介護保険施設等において、入所者に対する口腔管理への協力を年 1 回以上実施していること（歯科訪問診療によるものを除く。）。
- ④ 歯科訪問診療について、他の歯科医療機関との連携実績があること。
過去 1 年間に、以下のいずれかの算定が 1 つ以上あること。

図 2 在宅歯科医療の推進²⁾

かなり複雑化している。

1980年代の“Medical decision making”や1990年代の“Evidence-based medicine”などは、こうした問題に対処するために生まれた。これら両方の理論に基づいて数多くの手段が形式化されてきた³⁻⁶⁾。

今日においては、改めて効率的・効果的な専門職の関わりが在宅医療の展開において問われている。例えば、看取りや認知症に関する支援を含む歯科治療などにおいては、患者との相互関係だけでなく、専門家による意思決定が必須となる。こうした状況に対して、自治体によっては、がん末期の患者のフォローアップ体制の構築のために、複数主治医制を採用することや、認知症の支援に対しては、当該患者の住所地である自治体と協力し、例えば、地域包括支援センターのフォローアップ体制が整備されつつある。

在宅での生活を継続するためには、このように当事者、その家族に対して、適宜・適切なサポートが受けられる仕組みとしての地域包括ケアシステムが構築され、これが推進されねばならないとされている。

こういった地域での在宅医療を支える仕組みの基盤となるのが、サービス提供を担う専門職間の臨床的統合 (Clinical integration)^{注5)}である。これは、実態としては、多職種協働が前提とされる。

これまで医療に関わる医科、歯科、看護、介護、公衆衛生も含め、治療に関わってきた専門職種は米国に範を採ったプロフェッショナルリズム (Professionalism) という理念にそって、職能を細分化するという専門化のプロセスを通すことで、専門職としての地位を獲得してきた。このような経緯から、これらの多職種の臨床現場での協働の実現は、これまでも、今も決して容易ではない。

しかし、複雑な状態を呈する患者にとって最適なケアを実現するためには多職種協働は必須となってきた。これは、integrated careの理論からは「臨床的統合」となるが、この実現においては、情報とサービスの協調をひとつのガイドラインの下に一本化することが基本となる。

このためには、患者毎に最適とされる治療あるいは、

注5) 臨床的統合とは、「情報とサービスの調整、又は患者のケアの統合をまとめるプロセス」とされている⁶⁾。規範的統合とは、「共通の統合目的の設置、コミュニケーションの際に生じるギャップを解明し対応、現地でのイベントを通じた臨床的關係と信頼の構築、またはサービス使用者やより広いコミュニティと関係を持つ」とされている。これらは統合のプロセスとして説明され、どのプロセスにも優劣はないとされている¹⁰⁾。

支援プロセスを個々の専門職がサービスを提供できるようなクリティカル・パス（以下、パスと略す）が明らかにされ、これが時系列に示されることが求められる。ただし、これを地域で実施するためには、病院内での実行されるパスよりも、地域でのパスのバリエーションのほうが大きくなることに留意しなければならない。

それは、患者は病院で行っているような管理の下での治療を受けているわけではなく、周辺からの多様な影響を受け続け、しかも自分でも環境をコントロールしていかなければならないため、パスが予定通りに進まないことが少なくないからである。また、このパスが滞っていたとしても、その発見は、病院にいる場合よりは、時間を要するというリスクがある。

しかし、このような状況下で、いかなるバリエーションが起こったとしても、最適のサービスは何かという規範的統合（Normative integration）^{注5)}が明確であれば、必ず、協働は実現できるとされている。

このような規範的統合は、多職種協働をする際の前提となるが、組織、専門家集団、個人の間で価値観、文化、視点においての共有がなされていることが重要であり、この共有が患者の意向なしには行われることは決してないことには十分、留意しておかねばならない。

規範的統合を進めるには、新しいリーダーシップとマネジメント役割、新しい専門家の役割、多職種によるチーム構成や多職種の専門家が関わるケアのパスウェイが必要であり、こういった取り組みを推進していく人材の育成が日本でも求められている。そして、このことは、従来、医療サービスや介護サービスを利用するだけの存在として規定されてきた高齢患者自身こそが、多職種協働の一翼を担うべきであることを示唆している。このような専門職間の連携としての臨床的統合の基盤となるのが規範的統合であり、こうした各種統合の概念には、レベルを示す多様な関係のあり方が示されつつある⁷⁾。

V. おわりに

ヘルスケアに関わる人々にとって連携は、1980年代から大きな課題であり続けてきた。それは医療技術革新期における技術集積性と効率性への追求が、誰がどのような機能を担うかを明確にすることを必要としたからであった。

一方で、日本の医療システムは、当時も今も先進国の中ではどちらかといえば未分化であり、単一の医療

機関内での自己完結を良しとしてきた。しかし、多くの技術革新は、結果として、医療システム全体の効率性と機能分化と役割、そして同時に連携を求めることになる。

また、2000年の介護保険制度の発足から、地域包括ケアシステムのビジョン変更の2010年までは、病院は平均在院日数の短縮が求められ、病床利用率が低下し、増患を図るため地域の診療所や病院との連携が求められ、退院後の行き先確保のためのいわゆる後方連携という名の退院支援が強化された。これは、診療報酬による政策誘導によって、施設同士の連携強化が目指されたものであった。

他方、第5次医療法の改正により、病院の機能分化が図られ、「がん」「脳卒中」「糖尿病」などの5疾患5事業も選定された。これにより、院内でのパスを退院後、地域へと延長し、疾病単位での連携が診療報酬によって推奨された。

つまり、地域単位で複数の医療機関が共同で地域連携パスを制作する方法が推進され、さらなる在院日数の短縮が求められたのであった。そのような中で、患者（利用者）の暮らしを支えるサービスは、暮らしの中で提供されることが求められるようになった。しかも、このサービスは、医科や歯科とは文化を異にする介護や生活支援と組み合わせる必要があった。変化していく患者（利用者）の需要に的確に対応するには、医療サービス提供者間の連携だけではなく、患者の生活過程で必要となるケアそのものの統合が必要となった。

以上のように、連携のありようは、病院が主体となって連携を図ってきた時代を経て、患者の疾病に対する処置の連携へと移行してきた。これまでのようにサービスの提供者が自らの施設の中で利用者を待つという消極的なスタイルから、積極的に患者の生活の中で、サービスを提供するという、いわゆる「患者中心の医療や看護、介護（ケア）」という形態が強くと求められる時代となったといえよう。

今後は、患者（利用者）が、自らの環境を把握し、患者自身や家族、隣人の潜在的な能力も見極めながら、適切な医療や介護サービス、地域のあらゆる社会資源を、本人が自分で選択できるような支援方法を確立させなければならない。その中でキーワードとなるのは、「身体的な健康状態や機能に対する慢性疾患の影響を最小化、または疾病における精神的な影響に立ち向かうことであり、患者と医療関係者との共同活動であると示されている」と定義されるセルフマネジメントであり、この活動やこれを支援する専門職のか

かわりを創るためには、自治体の積極的な関与も求められる。

そのためには、患者や家族の歴史や背景、地域の特徴を把握し、これに基づいて継続してマネジメントできる新たなインテグレーター (integrator)^{注6)} の存在が必須となると考えられる。この役割への多くの歯科関係職の参画を期待している。

文 献

- 1) 宮島俊彦. 地域包括ケアシステムの推進について. 保健医療科学 2012; 61: 73-74.
- 2) 厚生労働省保険局医療課. 平成 30 年度診療報酬改定の概要 歯科 2018. <<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000203139.pdf>>
- 3) Weinstein MC, Fineberg HV. Clinical decision analysis 1980.
- 4) Wulff HR. Rational diagnosis and treatment. The Journal of medicine and philosophy 1986; 11: 123-134.
- 5) Sackett DL, Haynes RB, Tugwell PX. Clinical epidemiology: a basic science for clinical practice. Boston: Little Brown; 1984.
- 6) Eddy DM, Hasselblad V, Shachter R. Meta-analysis by the confidence profile method. London: Academic Press; 1992: 1-196.
- 7) Valentijn, Pim P et al. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. International Journal of Integrated Care 2013; 13: 655-679.
- 8) Leutz WN. Five Laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom: The Milbank Quarterly 1999; 77: 77-110.
- 9) 筒井孝子. 地域包括ケアシステムのサイエンス-integrated care 理論と実証-. 東京: 社会保険研究所; 2014.
- 10) Shaw S et al. What is integrated care. An overview of integrated care in the NHS. London: The Nuffield Trust; 2011.
- 11) Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. Health affairs 2008; 27: 759-769.

著者連絡先: 筒井 孝子
〒 651-2103 兵庫県神戸市西区学園西町 8-2-1
神戸商科キャンパス
Tel: 078-794-7075
E-mail: tsutsui@mba.u-hyogo.ac.jp

注6) ヘルスケアシステムを改善するには、ケアの経験の改善、健康の改善、一人あたりのコスト削減の3つの目的を同時に追求する必要があり、その実現には、集団を特定、その集団の普遍性へのコミットメント、その集団の3つの目的すべての責任を受け入れるインテグレーターの存在が必要とされている。ここでのインテグレーターの役割には、個人および家族とのパートナーシップ、プライマリケアの再設計、集団を対象としたヘルスマネジメント、財務管理、マクロシステム統合の少なくとも5つのコンポーネントが含まれるとされている¹¹⁾。