

視点

医療と介護・福祉の有機的連携の構築へ ～医学モデルから生活モデルへの協働～



福島県医師会常任理事

常盤峻士

○はじめに

2012年の我が国の高齢化率は24.1%、諸外国と比較しても世界中のどの国も経験したことのない高齢社会を迎えています。2025年には団塊の世代のすべての人が75歳以上となり後期高齢者が2,000万人を超える見込み、加えて2055年には高齢化率は40.5%に達し2.5人に1人が65歳以上、75歳以上人口が総人口の26.5%となり4人に1人が75歳以上となる見込みです。国内の死亡場所の推移をみると、1950年頃には自宅死亡率が80%以上、病院死亡率は10%程度でしたが、この傾向は1976年以降逆転し、2012年においては病院・診療所を併せた死亡率が78.6%、自宅死亡率が12.8%となっています。つまり、医療は主として病院において提供されていることが示されていると取れます。このような中、高齢社会に対応できる姿として「病院の世紀の終焉」が論考され、医学モデルから生活モデルへの転換の必要性が指摘されています。そして、医療、介護、福祉を統合し提供するシステムとして、地域包括ケアシステムの構築が求められています。

○地域包括ケアシステムとは

地域包括ケアシステムの定義は「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年老人保健健康増進等事業)によれば、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制」と定義されています。その際の地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、高齢者の住まい、生活支援を基礎に、介護予防、医療、介護を整えることで、人口1万人程度の中学校区を単位とした、できるだけ長く暮らすことができる地域作りを目標としています。住民の安全・安心・健康を脅かす不安や危険としては、急病や病態の急変、虐待、引きこもり、地域での孤立等多様な状況が想定され、こうした問題に対応するサービスが地域内の様々な社会資源の組み合わせや、これらを複合的に組み合わせたシステムの利用

によって、24時間365日を通じて提供されることが期待されています。また、この報告書の中で特に「在宅医療は重要であり、この充実がなければこのシステムは機能しないもの」と考えられています。中心となる事業者がどこになるかも含め、地域の実情に合わせて柔軟に、且つ適切な在宅医療の体制を構築する必要があります。また、地域包括ケアシステムには End of Life Care という概念を加える必要性も指摘されています。それは、システム構築のターゲットイヤーである2025年には高齢者人口が約3,500万人、この年の年間死亡者数は160万人に達する、いわゆる「高齢者多死時代」を迎えます。これを見据え End of Life Care の仕組みを構築しておかなければ、急性期医療、救急医療の過剰利用による機能不全を来しかねないと危惧されます。

○医学モデルから生活モデルへ

上述「地域包括ケア研究会報告書」の中に、医療と介護の連携が円滑に行われない理由の一つとして、「疾病を『治す』医療に多くの医療関係者の関心が集中しているということがある。長期ケアの特質を踏まえた『支える』医療という観点を広めることが必要。」とあります。20世紀の医療システムは、根本的に治療医学的な合理性を追求するシステムとして存在しました。これに対して現在は、医療の最大の目標が治療医学的な意味における正常ではなく、健康上の問題に起因する生活上の問題の解決、つまり生活の質の向上へと移行しつつあり、既に多くの方がこの変化を実感・経験しているのではないのでしょうか。「キュアからケアへ」「医学モデルから生活モデルへ」等と言われることが例として挙げられます。

この生活モデルで重要な点は、健康上の目標が単にQOLの改善に置き換えられたこと

ではなく、疾病そのものの治癒から疾病が生み出す生活困難性の除去に焦点が当てられることです。医学モデルの場合、問題の原因を医学的原因に還元しますので、対処方法は医学的治療以外にはないという考えになります。生活モデルの場合、生活上の問題を生じさせる原因の把握が視点となるので、結果的に医学的治療以外にも多様な問題解決の方策が考えられることとなります。脳卒中後遺症によるコミュニケーション障害という生活問題を解決する方法が、本人をエンパワーする様々な福祉的支援やリハビリテーション等、医学的治療以外にもあるということが想起できます。生活ニーズは、医療ニーズと比較すると多種多様であり、その多様性に対応するためにはそのニーズに応える供給主体も多様な性格を持っていなければなりません。その多様性を持ち得るものとして有力なものは、やはり地域社会であるといえます。

包括ケアという概念自体は古くからあり、例えば全人医療や包括医療のような概念が、20世紀初頭から提唱されてきました。しかし、それらの重要性が言われながら実現できなかったのは、医療の部分が治療医学的目標を持っていたことが一つとして挙げられます。医学モデルから生活モデルへの転換の過程で、医療の目標もQOLが重視され、医療・保健・福祉が1つの目標であるQOLを共有することで、1つのサービス体系に統合される可能性が生まれます。また、ヘルスケアが地域包括ケア化しても、治療医学の進歩・発展は急性期医療領域では変わらず重要で有り続けます。つまり、これからの地域包括ケアは、在宅と急性期という2つの極を持ったシステムであるとも言えます。このような両極的なシステムにおいては、まず多職種連携によって全体をカバーしなければなりません。これが大きな課題であろうと言えます。

○おわりに

平成26年度診療報酬改定では医療と介護の連携深化、そして在宅復帰率の導入等の『連携』『在宅』のキーワードが散見されました。急激に高齢化が進み社会構造が変化する中で「生活を支える」在宅医療の需要がさらに増加することが予想されます。その中で医療機関は目の前の患者像が時代によって変化していることを十分に認識し、介護・福祉との連携・協働体制を構築していかなければなりません。各地域において連携阻害要因を明らかにし、総合的に解決し、連携を積極的に促進していくためには、地域関係者が一丸となって具体的方策を進めていくことが必要となり

ます。

住まいをベースに医療、介護、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供できるような地域包括ケアシステムの構築においては、地域の高齢者数、医療提供体制等の実情に応じた柔軟な対応が必要です。地域の実践では認知症や終末期を含めた高齢患者とその家族のニーズを確認し、そのニーズに応じて多職種で協働して解決することができる人材が必要となります。より良い地域包括ケアシステムと在宅医療体制の構築を目指して前進し、地域とともに皆で発展していけることを願っております。

