ILC 2

統合ケアの推進に向けて

ILC主催の国際シンポジウムの2011年のテーマは「統合ケアの推進」であった。社会の高齢化がすすみ虚弱な高齢者が増えることが予想されるなか、医療と介護・福祉の統合を目指した取り組みとその課題を探った。

■はじめに

本報告は、2011年9月にオランダのライデン大学で開催されたILC年次総会におけるシンポジウム「Conference on Integrated Care for Frail Older People」の概要である。会議で提起された統合ケアに関する概念、問題、課題とともに、ILCグローバル・アライアンスメンバー国の発表データ、及び政策施行研究からも情報を収集し、あわせてまとめた。

本報告では、費用効果・救急医療施設の規制緩和・患者利益を鑑みると、財政・文化・物流の障壁にかかわらず、各国は統合ケアに向けて協力関係を継続すべきである、という点を強調している。

本報告では以下のテーマを扱った。

- 統合ケアの必要性
- 医療の世界的現状
- 医療サービスとソーシャルケア・サービスを統合することの利点と課題
- 統合ケアの問題を世界的に推進させる活動を行うにあたっての優先事項

■世界のケア状況

世界の60歳以上の人口は2050年までに20億人に達し、世界人口の22%を占めるようになり、ILCグローバル・アライアンスのメンバー国のすべてが、世界中の多くの国と同様、人口の高齢化に直面している。

よく誤解されることだが、人口高齢化は低出生率国、高所得国、高齢者医療先進国に限られた事態ではない。現実に高齢者数の増加速度上位国のうち数か国は、発展途上国である(国連総会、2010)。

多くの国において最高齢者群の増加が最も急速であるが、この群では諸機能の喪失や健康状態の低下を呈する可能性が高い。こうした最高齢者人口の増加と出生率の全般的な低下が相まって、依存人口比率の低下に至っている国は少なくない。

依存人口比率は、非労働者に対する労働者の相対人数で表すが、例えば日本では2010年における非経済活動者1人に対する経済活動者数は2.63人と推計されたが、2050年までには、非労働者1人に対し労働者はわずか1.24人に低下すると予測される。

依存人口比率のこうした変化を考慮すれば、虚弱高齢者に対する支援は世界的課題であり、病床などの資源や資金をより有効に活用することが求められよう。

虚弱化とは何か

高齢者は健康問題や体調不安を複数抱えている可能性が高く、そのために自立性を喪失し、虚弱になることが多い。高齢人口のうちでも虚弱者に適切なケアを提供することが世界的に重要な課題である。虚弱化については様々な定義がなされており、また一般的特徴についても「歩行緩慢」などいくつかの項目が提示されてきた。

しかし、虚弱化の定義を統一するにはデータが不十分であるとの指摘もあるため、虚弱化の明確な臨床表現型（身体的特徴）についてはまだ合意に至っていないが、虚弱化は以下に挙げる特徴が3項目以上認められることが必要となる。

1）意図しない体重減少、2）極度の疲労、3）筋力低下、4）歩行緩慢、5）身体活動の低下。これらの特徴が現れると、転倒による病院や介護施設への入院が増え、また死亡リスクも増大する。我々は虚弱化を以下のようにとらえる

複数の生理系統にまたがって機能が累積的に低下することにより、ストレス要因に対する余力や抵抗力が低下し、有害事象に対する脆弱性を招く生物学的症候群。

高齢者が必ずしも虚弱者になるわけではないが、最高齢者群が急増すれば虚弱者も増加する。

虚弱高齢者ケアには複数の特有の課題が伴い、特に虚弱高齢者は複数の慢性疾患に加えて合併症を併

発することも多く、そのため医療とソーシャルケアの連携サービスが多方面で必要とされる。だが現実にはこれら専門家間の意思疎通は少なく、時に全くないこともある。

また医療の専門化が進み治療が断片化し、患者が全体観的視点から治療を受けられなくなることも生じている。さらに、1人の患者に対して医療やソーシャルケアの様々な分野が係わる場合は、サービス提供が重複したり、検査の無駄な繰り返しが行われることもあり得る。

医療及びソーシャルケア分野の様々な専門家からの情報提供が必要なことは、特に虚弱高齢者に限ったことではない。しかし、医療とソーシャルケアの様々なサービスを統合することで大きな患者利益がもたらされることを考える上では、虚弱高齢者が好例であることを指摘しておきたい。

■統合ケア

統合ケアとは

ケアの統合は、高齢者のニーズと願望に応えてまとまったサービスを提供し、またこれら脆弱な人々が受けるケアの質を維持するために可能なメカニズムと考えられる。高齢者は複雑かつ相互に結びついたニーズを有しており、医療従事者によるものから介護者によるものまで、またサービス事業者によるものから行政によるものまで、様々な治療とケアを同時に必要とすることが少なくない 。

「統合ケア」という用語と概念は、そうした高齢者が抱える問題を包括的に取り扱い、こうした問題に対する様々な取り組みを表す。小規模組織や地区組織から国家まで、様々なレベルで医療とソーシャルケアの包括的なサービス提供を促進する対策が実施されており、これら多くのレベルで統合的ケアによる恩恵が増大している。

イギリスでは個別化医療が国家レベルで進展し、直接現金給付や個人別予算が実施されており、またデンマークでは、国家プロジェクトの全国民(税金による)保健福祉サービスが、ケア関連の意思決定及び財政の地方分権化と同時に進められている。

日本では、介護保険制度の下で医療・福祉サービスがケアマネジメントを経て提供されているが、特に住み慣れた地域で高齢者が住み続けることを可能にするため、医療や福祉に加えて生活上の様々なニーズに包括的に対応した体制（地域包括ケア）の構築が、全国的に進められている。

■医療サービスとソーシャルケア・サービスを統合する利点

統合的ケアの利用者及び統合的ケアに関与する幅広い分野の関係者にとって、統合的ケアの利点は数多い。

サービス利用者にとっての利点

- 医療及びソーシャルケアの利用に伴う煩雑性の軽減
- 必要とするサービスの提供強化

多くの健康問題の複雑性、及びケアニーズの頻繁な変化を考えれば、ケアの方法は柔軟性と即応性を兼ね備えたものでなければならない。ケアは、断片化した様々なサービス間の隙間を埋める家族や地域社会の負担を軽減するのにも役立つ。

サービス提供者にとっての利点

- 費用効果
- 入院期間の短縮
- 不適切な入院の削減
- 介護承認の減少

サービス提供者の観点から、また政策レベルにおいて、統合的ケアの費用効果は非常に大きい。これまでの研究では、ケースマネージャーを導入した統合的ケアにより、救急部門の来院患者数、入院患者数、入院日数を低減できることが認められた。

さらに、ケア施設での延べ滞在時間が短縮し、ケースマネージャーが担当した患者では一般医の受診回数減少が認められた。

在宅ケアに代わる一般的な方法は介護型・療養型施設及び病院であるが、在宅・地域ケアの提供と比較して高価な選択肢となる。臨床環境下でのケアコストは割高なうえ、不必要な入院により救急部門の収容可能患者数は圧迫され（例えば、ドミニカ共和国では救急病床の最大35%が高齢者で占められている）、患者は入院しているにもかかわらず不必要な感染リスクに晒され、適切なレベルのパストラルケアが受けられないこともある。

統合ケアでは、不必要な医療の削減によるコスト節減に加えて、病院や入所型介護施設への入院の長期化防止により空き病床が生じる可能性があり、それがこの方法の大きな利点となっている。

■ 課題

ILCグローバル・アライアンスの全メンバー国において、医療とソーシャルケアの統合が絶対的にも相対的にも不十分な状況にあるのを、我々は目の当たりにしている。

医療システムとソーシャルケア・システムの統合的ケア・モデルを導入しても、その成功を妨げる多数の原因や問題が存在する。

世界的にみた場合、国によってケアシステムが異なることによる潜在的限界を理解することも重要である。

しかし各国特有の問題もあるが、統合的ケアに関して世界中が共通に直面している課題も多い。

財政

ケアを必要とする晩年にさしかかった患者のための予算不足が大きな障害となっている。このことがケアに関する世界的な議論の中で指摘されることは少なくない。医療とソーシャルケアの分野で複数の異なる部門が資金提供することも多く、各国には異なる複数の制度が存在している。医療関連及びソーシャルケア関連の公的資金を有する国の中には、より切迫した他の優先課題があるため虚弱高齢者ケアの予算を見込んでいないところもある。

高齢化が急速に進んでいる国においては、虚弱高齢者のための資金と資源が膨大な需要により供給不足に陥る可能性がある。家族と地域社会はしばしば資金的サポートにおいて重要な役割を果たしている。患者、家族、国のいずれが費用負担の責任を負うにしても、追加的なケアサービスと思われる支出には、資金を出し渋る傾向が見られる。

実務問題

多岐にわたる団体間での協力達成は本質的に複雑であり、ケアの統合を成功させるうえで主要な課題となってきた。異なる組織が協力する必要がある場合は、運営、財務、歴史の面で解決しなければならない障壁が生じる。統合政策は国家レベルと地方レベルの両方で足並みを揃える必要がある。統合的ケア・モデルの大半は、新規の方法ではなく既存システムを修正して利用しており、変更を最小限にとどめることで経費は節減されるが、既存の障壁が残存することになる。ケア統合プロセスを修正する場合は、専門家が自分の専門分野を超えて、また分野間の垣根を越えて積極的に活動し、ケアの断片化と重複化の両方を低減できるようにすることが必要である 。

文化的障壁

たとえ財政面及び実務面の構造が確立されている場合においても、それに加えて虚弱高齢者ケアをサポートする文化がない限り、統合によるケア提供を実現することはできない。ILCグローバル・アライアンスのメンバー国においても、地域社会で高齢世代のケアに与えられる優先度はそれぞれ異なる。

また、Conference on Integrated Care for Frail Older Peopleでは高齢者へのケア提供に関する社会と個人

の責任感の欠如が問題として提起された。医療サービスとソーシャルケア・サービスのいくつかに関して公的資金を投入している先進国の中には、そうしたサポート制度に頼ることが当たり前だと思う文化が存在するところもある。

しかし、高齢者が受けるケアの質を向上させ、患者のニーズと願望に応じられるようにするには、あらゆるレベルで負担も含めた関与の責任を自覚する必要がある。

■ 結論

● 統合は全てのレベルで行うこと

統合は複数のレベルで行うべきである。すなわち、プライマリヘルスケア、セカンダリヘルスケア、ソーシャルケアの全側面で確実に成功させ、かつシステム間の障壁も回避し、さらに主導計画は国家及び地方レベルで行うこと。

● 統合には全ての関係者を組み入れるが、何より患者本位であること

医療及びソーシャルケアには、公式非公式を含めて様々な関係者が数多くかかわっており、その全員が統合を推進するうえで役割を担っている。話し合いには、医療とソーシャルケアの関係者が専門家から家族に至るまで参加すべきであるが、基本的に患者のニーズと願望に根ざしたものでなければならない。

● 費用効果は明確に伝達すること

高齢者ケアに関する話し合いでは資金が必ず重要な問題となるが、統合ケア・モデルはその他のシステムと比較して決定的に費用効果が高いことが認められている。これらの節減にはサービスの統合によるコスト低下をはじめ、病床数などの資源に対する需要の減少が含まれる。

医療とソーシャルケアのさらなる統合を推進するため、こうした節減を政策立案者及び各サービスの責任者に明確に伝える必要がある。

● ケアの世界文化

統合への動きは高齢者ケアを重要視する世界的文化によって強化されるべきものである。高品質のケアは患者及び家族にとっては望ましいものであり、サービス提供者にとっては標準とみなすべきものである。

● 高齢者に対する尊厳と敬意を守らなければならない

高齢者には虚弱者もいれば非虚弱者もいるが、それらを単に成人とだけみなす必要がある。この人口群に対する認識を向上させる教育はもとより、高齢者、中でも虚弱高齢者の権利の理解を深める教育はあらゆるレベル、すなわち医療従事者、家族、介護者、患者において行う必要がある。

● まずここから始める

十分に統合されたケアは大きな絵の一部である。絵全体を見渡せば、移動手段や、住宅、製品のデザインや設計などを統合することが、全ての虚弱高齢者の暮らしの質の向上（QOLの向上）に寄与するはずであることが理解できよう。