

# 超高齢社会における地域包括ケアシステムの構築と評価に関する実践例の比較

Formulation and Evaluation of Community-based Integrated Care in a Super Aged Society

連 婷婷\*  
Tingting Lian

## 1. はじめに

最新版の高齢社会白書（内閣府，2022）によると，日本の65歳以上人口は3,621万人となり，総人口に占める割合（高齢化率）も28.9%となった。75歳以上の後期高齢者が急増しており，2025年には全人口の30.0%，2065年には38.4%になることが想定されている（国立社会保障・人口問題研究所，2017）。しかし，この状況に見合うだけの介護施設を確保していくのはきわめて困難であることから，創意性の高いケアシステムが必要不可欠となってくる。そのため，厚生労働省（2023）は，2025年を目途に，高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的として，可能な限り住み慣れた地域で，自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう，地域包括ケアシステムの構築を推進している。

地域包括ケアシステムの構築を考える際，筒井（2015）は，日本で用いられる地域包括ケア

システムには，二つの独立したコンセプト：Community-based care（地域を基盤としたケア）とIntegrated Care（統合型ケア）があると説明している。そのため，地域包括ケアシステムを理解し，実践するには「地域を基盤としたケア」と「統合型ケア」の違いを理解することが重要である。地域ケアに関しては，地域の健康上のニーズに応えることと，地域における信仰や好みや価値観等に合わせて構築するという二つの要点があるとされる。統合型ケアに関しては，これまでの急性期ケアのような，いわば単独の病気に対する短期的介入という方法ではなく，長期的・継続的なケアへ移行し，臨床的統合のみならず，組織的統合や規範的統合，そして管理的統合等が必要となってくる。なお，高齢者の場合には加齢に伴う身体機能の低下は避けられない事実であり状況が様々であるため，個々人のニーズに応じるようなケアプラ

\* 東京大学大学院学際情報学府博士課程

キーワード：高齢者介護，地域包括ケアシステム，パーソン・センタード・ケア，自立支援介護，エビデンスに基づく介護

ンを実施・更新することが重要である。

一方で、日本以外に目を向けると、これまで世界各地において様々な地域包括ケアシステムが実践されている。例えば、アメリカの Continuing Care Retirement Community (以下, CCRC), 北欧やカナダ等の地域において広範囲で実施している Community-based Primary Healthcare (以下, CBPHC), 中国が深刻化しつつある高齢化に直面して提唱している Community-based Care Center (以下, CBCC) が挙げられる。

また、日本の都市部、農村部、いずれにおいても各地で行われる地域包括ケアシステムが注目を集めている。多くの実践例がある一方、成功といえるケースは少なく、その要因も十分に整理されていない。筒井 (2019) が指摘している通り、地域包括ケアシステムの統合を行うにあたって適切でない評価方法および多職種間の

情報共有システムの欠如や、個人・家族を中心とする介護が広い範囲でまだ認識されていないこと等が想定される。

今後、高齢者に対する地域包括ケアシステムを構築していくにあたって、その概念に関する文献はいくつかあるものの、既に行われている海外の事例との比較や、実際の構築に際して考慮すべき点に関する検討は見られない。そこで、本論文では、国内外の地域包括ケアシステムの実践例を比較することで、それぞれの特徴や課題を取りまとめ、地域包括ケアシステムを構築するためのコアとなる要素を整理する。その上で、地域包括ケアシステムに欠かせない個体差を考慮したパーソン・センタード・ケアを紹介し、日本では代表的なケアメソッドである自立支援介護の理論と実践を紹介したうえで、エビデンスに基づくケアのアウトカム評価の必要性和今後の課題を議論する。

## 2. 国内外にみる地域包括ケアシステムの実践例

地域包括ケアシステムは、個人やコミュニティの健康状態を改善し、ヘルスケアのコストを削減することを目的として、異なるヘルスケア機関やコミュニティ組織間のサービスの調整と統合に重点を置いたヘルスケア提供モデルのことを指す。このアプローチでは、病院や診療所で病気を治療するだけでなく、健康の社会的決定要因に対処し、地域社会でケアを提供することに重点を置いている。地域包括ケアシステ

ムには、プライマリーケア、行動医療、社会サービス、地域密着型プログラム等、幅広いサービスを含めることができる。地域包括ケアシステムは世界各地で実施されているものの、本論文では、特に地域包括ケアシステムの取り組みの活発地域である北米からアメリカとカナダの事例を、東アジアにおける比較例として中国（北京）の事例を取り上げることとした。

### 2.1. アメリカの事例 -CCRC

アメリカの高齢者に対して、住み慣れた環境

での生活継続を支えているのは高齢者住宅であ

り、おおまかに3つに分類される。(1) 在宅型と施設型による分類、(2) 年齢混在型 (Age-Integrated) と年齢分住型 (Age-Segregated) による分類、前者は高齢者が年齢の異なる人々と共に住むものであり、後者は高齢者同士が同じ場所に住むもの、(3) 援助の大小による分類がある。

CCRCは継続した (Continuing) ヘルスケアサービスを提供する (Care) 高齢者のための (Retirement) 生活共同体 (Community) を意味し、1970年代にアメリカで急速に普及した (伊藤, 1996)。援助の大小の分類に基づき長期介護付き退職者施設に対応する。これは高齢者が健康時から介護・医療が必要となる時期まで継続的にケアや生活支援サービスを受けながら生涯学習や社会活動等に参加する共同体であり、アメリカで約1,970ヵ所存在し、高齢者用の施設や住宅の約9%を占めている (斎藤・中城, 2016)。CCRCは第1の分類法によれば施設型であり、第2の分類法に従えば、年齢分住型の典型的なものである。第3の分類法によれば、最大の援助寄りではあるが、極端なものではない (伊藤, 1996)。CCRCの入居者はまず自立型住宅 (Independent living) で限定的な支援を受けながら自立した生活を送り、自己管

## 2.2. カナダの事例 -CBPHC

CBPHCは、健康増進、疾病予防と管理、在宅ケア、終末期ケア等、幅広い予防策とコミュニティ内でのケアサービスを含む社会全体のプライマリーヘルスケアへのアプローチである。CBPHCは、個人レベルからコミュニティレベルまでの医療サービス提供を組み込んでおり、

理能力を失った時点で同じ敷地内の支援型住宅 (Assisted Living) や介護型住宅 (Nursing Home) に移って身辺介護や医療看護等の手厚いサービスを受けることになる。これは高齢者が転居する時に被る最大のリスクであるトランスフォーショック (環境変化に伴う精神的・経済的ダメージ) を避けられるという大きな利点を持っている (新井, 2016)。統合型ケアの観点では移住のトランスフォーショックを避けるのではなく、サービス利用の利便性を目指している。CCRCの最もメリット (価値) のある特徴は、空間的に利用者の住宅地と医療提供機関を一緒にできたことである。

また、アメリカにおけるCCRCは、連邦政府による規制等はないが、州ごとに州法を整備し、関与をおこなっている (伊藤, 1996)。ただし、CCRCを利用するにあたって、最低年齢、資産、重い病気がないこと、メディケアまたは民間保険を保持することといった入居時点での厳しい条件があるため、入居者は一般の高齢者と比べて健康で裕福という傾向があり、ニーズのある多数の希望者がいるにも関わらず入居のハードルが高くて本当に利用したい人は利用できないジレンマが生じている。

カナダを含む多くの国で、患者にとって医療制度との最初の、そして最も頻繁な接点となっている (Lafortune et al., 2015)。しかし、実際にはCBPHCが推進されるまでにカナダの医療制度は、サービスの断片化が特徴であり、医療制度の断片化は、高齢者にとって特に不便であ

る (Rahimi et al., 2021)。

CBPHC を改善するための最も大きな障壁として、患者と医療従事者間でのコミュニケーションが不足している。さらに、患者に複雑な医療制度をうまく活用されていない現状の課題、異なるヘルスケア従事者間の情報を共有することの難しさやサービス提供に一貫性のないこと等が挙げられた (Lafortune et al., 2015)。一方、プライマリーケアを提供するチームベースのモデルとして、ファミリーヘルsteam (Family Health Teams) やコミュニティヘルスセンター (Community Health Centers) 等が、医療者が協同して働く成功例として挙げられた。これらの診療モデルは、患者が複数の医療機関にかかることを容易にし、また医療機関が共有する患者について協力することを可能にするものである。また、一般に患者中心ケアと呼ばれる「個人と家族を中心としたケア」は、カナダの医療制度における重要な優先事項として認識されており、ケアの効率を高め、患者の健康状態を改善することが示されている (Lafortune et al., 2015)。

なお、CBPHC はエビデンスに基づいた公衆衛生政策を策定する上で不可欠であるとされて

### 2.3. 中国の事例 -CBCC

中国は人口の高齢化が急速に進んでおり、エイジング・イン・プレイス<sup>1</sup> (Aging in Place, 以下 AIP) を支援するために政府の資源を動員する様々なモデルを開発している。例えば北京市では、2020年には430万人の高齢者(60歳またはその以上)が全人口の19.6%を占める。AIPを求める高齢者の介護ニーズの増加に対し

おり、CBPHCの社会的役割が増大していることを考えると、既存のヘルスケアシステムの限界に対処し、CBPHCのあらゆる側面において提供されるケア全体の質を高める戦略を開発することが重要であろう。そのため、CBPHCのサービス提供者が、増大する医療負担を軽減し、疾患管理に起きるミスを防ぎ、利用者がより様々なケアサービスにアクセスしやすくなるように、今後は単なる現場のエビデンスを収集するだけではなく、他の医療部門あるいは他の職種に高質な情報を伝達できるようにエビデンスを細かく整理していく役目の担い手になるだろう。そして、医療従事者間または他職種と連携する際に各地域の行政部門は現場のエビデンスの管理者として安全性の高く現場の人にとって共有しやすい情報基盤システムを構築しなければならない。最後に第三者機関としての学術機関は、情報基盤で蓄積されてきた膨大なエビデンスを用いた客観的な評価を行うことにより、ヘルスケア従事者と行政側にフィードバックするような好循環を起こすことが理想的である。地域包括ケアシステムの発展のため、産学官連携を通して努力すべきであろうと考える。

て、2006年から地域密着型ケアセンターすなわちCBCC(あるいはYanglaoyizhan)が発展してきた。2020年までに北京全土で1000ヶ所以上のCBCCが設立され、2035年には総数1600ヶ所に達すると予測されている(Li et al., 2022)。

AIPが発展してきた背景として、中国は欧米

と比べると概ね2つの異なる観点が見られる。第一に、中国の社会主義の教義は、高齢者介護の基本的なニーズを満たすために政府が責任を負うことを特徴としている。AIPを支援するために、政府はトップダウン式で各コミュニティに政府資源を動員し、さらにボトムアップ式で様々な基礎組織と協力し合い、主導的な役割を担っている。サービス提供の平等性を追求するため、国家は地域に密着した介護プログラムの設計、立地、提供、浸透に大きく関与している。第二に、AIPの選択は単なる個人の選択ではなく、文化的価値観や社会規範に大きく影響され

る。例えば、道徳的な話では、調和のとれた家族関係や社会関係を築く上で親孝行が基本的な役割を果たすことが指摘されており、「成人した子供は親を敬い、世話をすべき」、「若者は老人を敬い、世話をすべき」という信念が強調されている。そのため、AIPの判断は高齢者とその家族が共同で行い、あるいは、この信念にそぐわなければ「悪い息子」という不名誉を家族が被ることになるリスクから、家族を守ろうという考えに基づいて行われることが一般的である (Li et al., 2022)。

#### 2.4. 日本の事例 - 生活モデルを基盤とした地域見守りネットワーク

現在の日本の社会保障制度<sup>2</sup>は、いわゆる標準世帯という考え方を基礎として作られている (筒井, 2014)。想定されている「標準世帯」とは、まず30代までに結婚し、夫が安定雇用の職場に就職し、配偶者と子供をもちそして育て、離婚せずに定年まで勤めて老後を迎え、経済的に安定した生活を送れる人々というような内容であるが、今後日本の社会には、こういった標準世帯を形成・維持できなかった人々が増えていく。つまり、家族の介護を期待できない人々を想定した制度設計が必要となっている。地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域を単位として想定された、住まいを中心とした医療・介護・生活支援等、生活に必要な様々なサービスが切れ間なく提供されるというものである。また、家族機能の一部の代替あるいは補完となるケアを系統的に提供しようと考えられた結果として構想されたものと言える。現状

として、日本では都市化と過疎化も同時に進行し、地域コミュニティは総体的に弱体し、稀有の仕組みであった地縁による支援はほとんど期待できない状況に陥ってしまい、従来の地域包括ケアシステムによく用いられる「医療モデル」が適用できなくなる。「医療モデル」は、主として病院や診療所での患者を中心とした医療従事者の多職種連携による集学的チーム体制で多様な患者の疾病に対応するモデルである (一般社団法人統合医療学会, 2010)。一方で、Gittermanらによる概念で、生態学を背景理論としたエコロジカル・ソーシャルワークの代表モデルとして使用されている「生活モデル」が存在する。具体的には、「適応」や「良好な適合状態」といった生態学の概念を用いながら、クライアントを治療の対象とするのではなく、環境との相互作用関係の中に生きる生活主体者として捉え、援助者は個人と環境との接触面に介入するという点に特徴がある。さらに、生活

状況に対して人間としての意味づけを図り、人と状況が交互作用を行う「場」を問題としており、その広がりや長期的な見通しの中で問題を捉え、生活それ自体が持っている成長と発達および問題解決の力を全て動員し、援助していこうとする理論として説明される (Gitterman & Germain, 1976)。

このような背景の中、住民同士が身近な人をケアし合い、どんな人でも社会に貢献したりつながったりしていることを感じられる「ケアする社会」を実現しようとしているのが埼玉県幸手市および北葛飾郡杉戸町で展開される「幸手モデル」である。幸手モデルは、生活を支援することを目的とした生活モデルに基づく地域見守りネットワークであり、以下の骨子となる取り組みがある。①生きていくことの苦しみをひとりで抱え込むという苦しみを終結させることが目的である。②目的を果たすために多様な人々を包摂していく高い次元の社会形成を目指す。③個人と個人を取り囲む環境の双方に対してきめ細かい調整的な支援（ソーシャルワーカー）とそれを担える専門性を有する人材の育成

## 2.5. 地域間の地域包括ケアシステムの比較

アメリカの CCRC の一番の利点は、利用者は各種サービスにアクセスしやすい点である。たとえ利用者は要介護のニーズが重度化したとしても、CCRC 内でニーズを満たすような施設やサービス提供者はすぐに対応できる。しかし、こういった人為的に作った物理的な集結は規模が大きくて、利用者にとって経済的な負担がかなり重い。また、CCRC の利用者の多くは、本来住み慣れた自宅から移住してきた人たちで

を行う。④人材育成を補完するために、社会保障制度による道具的支援や医療、介護、福祉を含む情動的支援に容易に接続可能かつ、個人の個別的な問題のために生活モデルを基盤として利用できる。⑤現場と制度との応答に基づき、継続的に改変可能な成長をすることができると挙げられる (中野, 2019)。まちづくりに関わる住民を“コミュニティデザイナー”と呼び、その活動を地元の総合病院にある在宅医療連携拠点「菜のはな」が下支えする。コミュニティカフェ、料理教室、ワーキングマザーの活動支援、若者の起業支援、市民オペラ、寺子屋、PTA 活動、ホテル、女性の集いの場、知的サロン、住まいの相談等多岐にわたる。それぞれの“コミュニティデザイナー”の活動はどれも人の暮らしに関わっている。その人々が共有するつながりや共感「雲のような信頼関係」をつくっていると言われる。その雲は、これまで専門家の手や目が届かなかった人や場所にも広がっていき、システムではなくつながりが主導する地域包括ケアシステムが実現されていく (山崎, 2019)。

あり、住民同士ではないため、価値観や生活習慣も共通していない部分大きい。

カナダの CBPHC では、ケアサービス提供者間の情報共有がシステム運営の効率向上および患者の利用率に密に関係していることがわかる。CBPHC は異なる医療従事者の間の情報共有を円滑化することで、複数の慢性病を持っている高齢者が医療機関にかかる際の診療結果を自動的に反映するため、医師は総合的に判断し

診療を行うことができている。地域包括ケアシステムのコンセプトの一つとして広く認識されている多職種連携は、今後高齢者人口の拡大に伴って、急性期ケアから長期的・継続的なケアへシフトしつつあり、ますます重要視されると

思われる。医療従事者間のみならず、医療・介護・生活支援のあらゆる面で提供者間の情報共有は必須となってくる。

北京のCBCC展開によれば、地域包括ケアシステムを行うには西洋文化と東洋文化の違い

表1：地域間の地域包括ケアシステムの比較

	CCRC (アメリカ)	CBPHC (カナダ)	CBCC (中国)	生活モデルを基盤とした地域見守りネットワーク (日本)
地域を基盤としたケア	△ 郊外や田舎にあることが多く、既存の地域に密着するのではなく、新設するコミュニティである	○ 既存地域に密着型、トップダウン式のマネジメント	○ 既存地域に密着型、トップダウン式のマネジメント	○ 既存地域に密着型、住民主導のボトムアップ式のマネジメント
統合型ケア	○ 予防や早期介入から慢性疾患の管理、そして終末期ケアに至るまで、連続したケアを提供している	○ 一次予防と健康増進や疾病予防、慢性疾患の診断・治療・管理からリハビリ支援、在宅ケア、終末期ケアまでの一次ケアサービスという一連のケアに関わる様々なサービスをカバーしている	△ 文化活動や教育訓練をメインとしてレクリエーションサービスを提供するほかにデイケアや在宅ケア、そしてリハビリサービスを提供するところもあるが、ほとんどはカウンセリング程度	○ 地域をひとつの医療機関とみなし、診療所、急性期病院、亜急性期病院等がそれぞれの機能に応じた役割分担をして効率的な医療を提供している。病院完結型から地域完結型へシフトしつつある。
ICTシステムにおける情報共有とデータの活用	△ 医療従事者間で電子カルテ（EMR）は使用されているが、それに基づいて活用される事例は見当たらない	○ 電子カルテ（EMR）が広く普及しており、医療従事者は、インターネットにアクセスできる場所であれば、薬、アレルギー、検査結果、診察記録等の患者情報にアクセスすることが可能。それに加え、安全なコミュニケーションソフトウェアも情報共有に利用している。	× 情報共有やデータの活用は現段階では実施されていない	○ 地域の医療機関が患者情報を共有し、その情報を患者自身もカードで共有できる「とねっと」は現在会員3万人、「幸手モデル」のシステムづくりにつながっている。
パーソン・センタード・ケア	○ 利用者中心にサービスを展開	○ 利用者中心にサービスを展開	× 住民一人ひとりの状況に応じていない	○ 住民主導でサービスを展開

実現度：○実現できた △一部実現できたが、原則を外れる部分がある ×実現できていない

を視野に取り入れなければならない。中国従来の養老価値観では家族の関与がとにかく大きく、CBCCを利用するにあたって意思決定時に利用者と家族、さらに介護者も含め様々な角度からケアシステムを評価する仕組みが必要とされる。地域包括ケアシステムは地域を基盤としたサービスのため、地域における信仰や好みや価値観等に合わせて構築しなければならない。北京のCBCCの事例から学び念願に置きたいのは、欧米先進国の仕組みを参照する際に地域の文化や価値観に馴染まない要素が出現したら問題視するのではなく、地域特有の側面を素直に受け入れるべきだということである。

日本の「幸手モデル」は、生活モデルを基盤とした地域包括ケアシステムであり、これまでの社会保障制度では届かなかった複雑な生活問題を抱える人々へ支援を届ける方法を模索する点を称賛したい。地域包括ケアシステムを持続させるにはただ静態的な仕組みを作り上げるだけでは実現が難しい。地域包括ケアシステムは高齢者だけでなくあらゆる世代が対象とすべ

きであり、動的に住民による活動の変化を捉えながら全員の住民同士に情報をシェアして発酵させるものだと考えられる。

ここまでの事例を通して、キーワードとなる、地域を基盤としたケア、統合型ケア、情報共有とデータ活用、パーソン・センタード・ケアの4点で整理したものが表1である(表1)。国内外にみる地域包括ケアシステムの実践例は異なる特性があるものの、いずれも日本で想定されている「地域を基盤としたケア」と「統合型ケア」を意識した設計となっていた。一方で、今後超高齢社会の中で核家族化がさらに進み、日本で想定している標準世帯という考え方に限界が来ている状況で、医療・介護・生活福祉におけるICT利活用の推進に資する取組を進め、利用者データの異なる職種間での共有や、それに基づく治療計画とケアプランの改善を目指すべきであろう。それらが実現できる前提として考えられているパーソン・センタード・ケアについて、次節でもう少し具体的な整理を行う。

### 3. 地域包括ケアシステムにおけるパーソン・センタード・ケア

米国老年医学会専門家委員会(2016)の定義によると、パーソン・センタード・ケアとは、個人の価値観や好みを引き出し、それを表明した上で、その人の健康や人生の現実的な目標を支援しながら、ヘルスケアのあらゆる側面を導くことを意味する。パーソン・センタード・ケアは、個人、個人にとって重要な人々、そして関係するすべての医療提供者の間のダイナミックな関係を通じて達成される。このような協力

関係は、本人が望む範囲での意思決定に反映される。

日本においてパーソン・センタード・ケアを取り入れたケアメソッドとして高齢者施設及び障害者施設にすでに導入されているものが、「自立支援介護」<sup>3</sup>である。自立支援介護とは、自分でできなくなった行為を再び自力で行えるようにし、認知症の場合にはBPSD(Behavioral and psychological symptoms of dementia)症状



が消失し、ふつうの穏やかな生活に戻すことを目標とする介護手法であり、「自立支援・重度化防止」を実現するには有用なケアメソッドと考えられている。自立支援介護の実践には、身体的自立支援でも認知症に対してでも全てに共通する「基本ケア」と、それぞれの課題に応じた個別のケアがあり、後者を「個別ケア」と呼ぶ（一般社団法人自立支援介護・パワーリハ学会、2019）。

自立支援介護の「基本ケア」には下記4つの項目があり、水分1日1,500ml、栄養1日1,500kcal、運動1日2kmの歩行、通便3日以内の自然排便、が目標として設定されている。自立支援介護における「個別ケア」は米国老年医学会専門家委員会が定義した「パーソン・センタード・ケア」の原則と一致する。自立支援介護の「個別ケア」に関する厳密な定義は存在しないが、多数の事例からまとめると、全ての利用者の生活習慣を尊重し、個々人の生活歴をレビューし、利用者にとって抵抗感の少ないケアプランを作成し、多職種連携のチームワークにより定期的にケアプランを見直し、常に利用者と家族の意見を考慮した安心なサービスを提供するような特徴が見られる。また、自立支援介護は、「基本ケア」が着眼している水分・栄養・運動・排泄の項目が全て数値化されているため、介護の過程と結果の見える化を図ることができ、個々人のエビデンスに基づく客観的な評価メカニズムを可能とするケアメソッドであ

#### 4. 地域包括ケアシステムの評価

日本で、地域包括ケアシステムが推進されて

ろう。

地域包括ケアシステムに「パーソン・センタード・ケア」を取り入れることで、(1) 個人のユニークなニーズや嗜好に対応できる。個人のニーズや好みを考慮することで、「パーソン・センタード・ケア」は、ケアの質と個人のケア経験を改善することができる。(2) より良い健康状態の実現につながる。個人のニーズや嗜好に合わせたケアを行うことで、より多くの人々がケアに参加し、治療計画を遵守するようになるため、健康状態の改善につながる。(3) ヘルスケアのコストの削減につながる。個人のニーズや嗜好に対応することで、不必要な検査や治療を避け、個人の健康状態が向上するため、医療や介護の費用の削減につながる。(4) 患者の満足度が向上する。患者は、自分のニーズや好み が考慮され、その人ならではの状況に応じたケアを受けていると感じるため、患者の満足度が向上する。(5) 自己管理とエンパワーメントを促進する。「パーソン・センタード・ケア」は、ケアに関する意思決定に利用者本人が関与でき、セルフケアのための教育や支援を提供することで、自己管理とエンパワーメントを促進する等の影響が期待される。

地域包括ケアでは、医療上のニーズだけでなく、健康状態に影響を与える社会的・環境的要因にも対処するより総合的なアプローチが可能になるため、「パーソン・センタード・ケア」は特に重要である。

いる理由は、このシステムが利用者に提供され

るサービスの品質を改善し、臨床的なアウトカムとしての自立度の改善や、さらにはコスト削減という目標もその射程となると解釈されているからである（筒井，2019）。従って、政策決定者は地域包括ケアシステムにおける成果を継続的に評価し、エビデンスを提示していかなければならない。エビデンスなしには、地域包括ケアシステムの長期的な将来を展望することはできないからである。

今からおよそ30年前の1991年、科学的根拠（エビデンス）に基づく医療（evidence-based medicine, 以下EBM）が提唱された（Guyatt, 1991）。EBMとは、“臨床研究によるエビデンス、医療者の専門性・経験、患者の価値観、そして患者の臨床的状況と環境の4要素を統合し、よりよい患者ケアのための意思決定を行うもの”と定義される（中山, 2014）。しかし、医療サービスに関するエビデンスは、ランダム化比較試験（randomized controlled trial: RCT）等の臨床試験から得られることが多いが、一般に高齢者は安全性や倫理的な理由等から臨床試験への組み入れが少ないこと（under-representative）が課題である。特に、高齢者施設の入所者はフレイルや要介護状態であり、複数の慢性疾患を併存し（multimorbidity）、多剤併用（polypharmacy）の状態にあることも多いことから、適用可能なエビデンスは極めて限定的である（浜田, 2021）。

統合型ケアに関しては現存の評価手法における重点は、多くの場合、組織的統合や運営的統

合（すなわち、ストラクチャーやプロセス）におかれ、アウトカムに対してはほとんど行われてこなかった。ここでいう「アウトカム」というのは、地域包括ケアシステムのパフォーマンスを評価するためのエビデンスとして、単なる組織・運営に対して求められるものではなく、ケアの成果には、治癒だけでなく、患者のニーズを満たすような自立した生活が得られたかも同様に重要である。よって、ケア対象者の依存度を抑え、自立性や幸福度が向上することは治療という成果と同等に評価すべきであろう。

なお、エビデンスの質を管理するには標準化された適切なツールやアプローチが欠かせない。この点に関しては、自立支援介護が統一されたツールを参照したい。藤尾ら（2013）によると、自立支援介護の標準的ツールとは、「アセスメント」から「ケアプラン」までの「アセスメント・ケアプラン総括シート」、「ケアプラン」から介護実践現場での「ケア実施」および「実施チェック」までの「ケアチェック表」として構成され、地域包括ケアシステムの評価仕組みの一部の項目として活用されやすい特徴を持っている。現状の測定と把握なくしては、改善等できるはずもない。まずは測定やアセスメントを通して、評価することでシステムの課題が初めて明らかになる。次に、これらの解決が図られる仕組みが機能することによってシステムで提供されるサービスの質の向上も図られ、効率化に関する検討もできるのである（筒井, 2019）。

#### 4.1. 日本におけるエビデンスに基づく介護の展開と課題

エビデンスに基づく介護に関する国の最新な

取り組みとして、令和3年度介護報酬改定にお

いて、科学的に効果が裏付けられた自立支援・重度化防止に資する質の高いサービス提供の推進を目的とし、科学的介護を用いたPDCA (Plan-Do-Check-Act) サイクルの推進及びサービスの質の向上を図る取組を推進することとされた。科学的介護というのは、介護サービス利用者の状態や、介護施設・事業所で行っているケアの計画・内容等を一定の様式で入力すると、インターネットを通じて厚生労働省へ送信され、入力内容が分析されて、当該施設等にフィードバックされる情報システムである。正式名称は、「科学的介護情報システム (Long-term care Information system For Evidence)」(以下、LIFE) となっており、令和3年4月1日より、VISIT 及びCHASE の一体的運用を図って作られたものである(厚生労働省, 2022)。VISIT とCHASE のそれぞれの機能を詳しく説明すると、VISIT は、総称「monitoring & evaluation for rehabilitation services for long-term care」といい、平成28年度から通所・訪問リハビリテーションデータ収集システムとして運用されており、リハビリテーションマネジメントで活用されるリハビリテーション計画書等の情報を収集する。一方、CHASE は、【Care】【Health】【Status】【Events】の略語で、令和2年5月から高齢者の状態やケアの内容等データ収集システムとして運用されており、利用者又は入所者の心身の状況や提供されるサービス等に関する情報を収集する(厚生労働省, 2021)。

2021年4月、「科学的介護推進体制加算」<sup>4</sup>が介護報酬に導入された。今後はLIFEには膨大なデータ、いわばエビデンスが蓄積され、事業所単位に加えて、個人単位の分析結果が

フィードバックされる予定である。2021年3月末時点で約6万事業所にIDの発行が済んだ。LIFEには、必須項目として、Barthel Indexを用いて利用者のADLデータを収集し、口腔・栄養状態に関する項目が作られており、また、認知症についてDBD13と Vitality Indexを導入している。これら複数のデータ項目をどのように紐づいていき、アウトカム評価項目を開発するのは科学的介護の成否に関わる重要なポイントとなる。

前述したように、介護サービスの場合は、RCTのような治療やケアの割付を伴う介入研究の実施が難しい。そのため、観察研究に基づくエビデンスの重要性が相対的に高くなる。一方で、観察研究では、RCT等の介入研究に比べて、バイアスや交絡の影響を受けやすく、誤った結論を導いてしまうリスクが高いため、研究デザインや統計解析、結果の解釈には高い専門性が必要である。また、LIFEのような全国的なビッグデータであるゆえに、バイアスの影響を受けた誤った結果であっても、統計学的な有意差が出やすいことも、慎重な検討を要する理由の一つである(浜田, 2021)。課題解決を常に意識しつつ、介護領域のデータベースを活用されるケア現場におけるイノベーションが期待される。

LIFEの情報は2つに分かれる。一つは、「LIFEに提供した情報」であり、もう一つは「LIFEによって分析され、フィードバックを受けたデータ情報」である。前者は元々情報として手元にあるが、「LIFEに提供する」という実務を通じて標準化されている。それによって、ケアの前後の数値等を漏れなく比較できる。後者

については、数値が時系列でグラフ化されたり、全国平均等との比較ができる。つまり、視野を広げることで、「どこに課題があるか」の気づきが得やすくなる。ただ得られたデータを

目の前に広げるだけでは意味がない。そのデータをどう読み解くのかという、それぞれの専門職の分析力が問われる（田中，2021）。

## 5. 考察と今後の課題

上記の議論を踏まえ、今後日本で地域包括ケアシステムを構築するにあたって、以下4つの側面から考えていただきたい。

地域包括ケアシステムの展開については、新設ではなく既存の地域を基盤としたケアの展開を継続することが望ましい。アメリカ CCRC のように新たな地域でゼロからコミュニティを作り上げていき、物理的にケアサービスの提供者をくっつけることは利用者にとってコストの負担にもなる上に、新しい居住地に適應するまで時間がかかる。サービスへアクセスしやすくなる分には、長期的に個人やコミュニティの健康状態の改善につながるかもしれないが、日本の地域包括ケアシステムが目指しているヘルスケアのコスト減の目的に反している。

統合型ケアの観点からは、病院完結型ではなく地域完結型の多職種連携へシフトしていくことが望ましい。病院や診療所だけでなく、異なる職種のヘルスケア従事者や地域団体からなるチームがケアを提供し、長期的な健康状態の改善を目指すべきである。継続的なケアは予防や早期介入から慢性疾患の管理、そして終末期ケアに至るまで、連続したケアを提供する。

「パーソン・センタード・ケア」を取り入れる必要性について、個々人のニーズや嗜好に基づいた、個別性を考慮した目標志向のケアプラ

ンを作成し、徹底した医学的、機能的、社会的評価を行う上で、利用者本人と家族の目標に合わせてケアプランを定期的に見直すことも併せて実施していく必要がある。これは、利用者の健康や生活の目標の進展に対応し、利用者の医療、身体機能、心理、社会的状況の変化に対応するために役立つ。

その上で、エビデンスに基づく客観的にヘルスケアの成果を評価するシステムづくりが重要となる。測定可能なアウトカム項目は、ケアプランがうまく実施されているか、本人の目標が達成されているか、医療・介護・生活福祉を統合する時の困難を最小限にする努力がなされているか等を客観的に示すことができる。なお、利用者とサービス提供者の間の意思決定と継続的な改善にも役立つ。

上記述べた内容は、地域包括ケアシステムに含まれる重要な側面の一部だが、特定の状況や実施によって異なる場合があると考えられる。LIFE が PDCA サイクルを用いて介護の質の向上を図ろうとするものであり、「フィードバック」いわば「評価」は LIFE が活用されるか否かに関して最も肝心な一環である。介護従事側からすでに LIFE にデータを提供し始めているにも関わらず、これらの膨大なデータの管理及び運営、さらにデータ分析にあたる責任者は現

段階では不明確なため、例えば地域内の多職種連携によるデータの互換性はどのように確保されるか、全国範囲における地域間の比較は意味があるかどうか、課題は多数あり、現状、LIFE 自体はあくまでもコンセプチュアルフレームワークにすぎないと考えられる。LIFE を通して地域包括ケアシステムにおける官民学連携を深めるべきではないだろうか。一方、利用者により質の高いケアが提供されるように、サービス提供者の間に PDCA サイクルを回すため、介護記録を活用して適切な統計モデルを

利用してデータ分析を通して利用者の状態変化するなわち改善か否かのアウトカム評価を確立する必要があるが、評価すべきアウトカムは明確なものは存在していない。今後、日本における「パーソン・センタード・ケア」を代表するメソッドである自立支援介護のアセスメント記録を用いて単にケアのプロセスではなく、ケアのパフォーマンスを評価するアウトカム項目を探索的に分析するのが LIFE による広範囲の活用にとって重要な試みである。

## 註

- <sup>1</sup> 米国疾病対策予防センターによると、エイジング・イン・プレイスとは年齢、収入、能力のレベルに関係なく、安全で自立した快適な生活を自分の家や地域で送ることができることを意味する。
- <sup>2</sup> 厚生労働省によると、社会保障制度とは、国民の「安心」や生活の「安定」を支えるセーフティネット。社会保険、社会福祉、公的扶助、保健医療・公衆衛生からなり、人々の生活を生涯にわたって支えるものである。
- <sup>3</sup> 「自立支援介護」は厚生労働省の「自立を支援する取り組み」ではなく、一般社団法人日本自立介護・パワーリハ学会が示すものであり、一種のケアメソッドのことを指す。
- <sup>4</sup> 科学的介護推進体制加算とは、科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提出とフィードバック情報の活用により、介護サービスの質の評価と科学的介護を推進する取り組みを推進するために、施設系サービス、通所系サービス、居住系サービス、多機能系サービスの幅広いサービスにおいて新設された加算である。

## 参考文献

- American Geriatrics Society Expert Panel on Person - Centered Care, Brummel - Smith, K., Butler, D., Frieder, M., Gibbs, N., Henry, M., ... & Vladeck, B. C. (2016). Person - centered care: A definition and essential elements. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), 15-18.
- 新井光吉. (2016). CCRC と PACE の統合による高齢者包括ケア. Working Paper Series, (12), 1-70.
- 藤尾祐子, 井上善行, & 小平めぐみ. (2013). 介護施設での「自立支援介護」のためのツール作成とその効果に関する研究. *自立支援介護学*, 7(1), 10-20
- Gitterman, A., & Germain, C. B. (1976). Social work practice: A life model. *Social Service Review*, 50(4), 601-610.
- Guyatt, G. H. (1991). Evidence-based medicine. *ACP Journal Club March/April*, A-16.
- 浜田将太. (2021). 「高齢者施設におけるデータプラットフォームの構築」. *Geriat.Med.59(11)*:1061 ~ 1065.2021.
- 伊東真理子. (1996). アメリカにおける高齢者の居住問題: 長期介護退職者コミュニティ (CCRC) を中心として. *同朋大学論叢*, (74・75), 258-236
- 一般社団法人日本統合医療学会. (2010). <http://imj.or.jp/intro/model>, (参照 2023-4-13)
- 一般社団法人自立支援介護・パワーリハ学会. (2019) “自立支援介護テキスト” .[https://jsfrc-powerreha.net/pdf/functional\\_recovery\\_care\\_text.pdf](https://jsfrc-powerreha.net/pdf/functional_recovery_care_text.pdf).(参照 2022-10-2)
- 小谷尚美. (2016). 認知症改善事業 (認知症あんしん生活実践塾) に参加した家族の思いに関する研究.
- Lafortune, C., Huson, K., Santi, S., & Stolee, P. (2015). Community-based primary health care for older adults: a qualitative study of

- the perceptions of clients, caregivers and health care providers. *BMC geriatrics*, 15(1), 1-11.
- Li, Y., Yu, J., & Rosenberg, M. W. (2022). 'Enabling places': Rethinking 'community' in ageing - in - community in Beijing, China. *Australasian Journal on Ageing*.
- Li, Y., Yu, J., Gao, X., & Rosenberg, M. W. (2022). What does community - embedded care mean to aging - in - place in China? A relational approach. *The Canadian Geographer/Le Géographe canadien*, 66(1), 132-144.
- 国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』（平成 29 年推計）による。
- 厚生労働省. (2021). “科学的介護システム (LIFE) の活用等について”. <https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/000949500.pdf>. (参照 2023-04-08)
- 厚生労働省. (2022). “科学的介護情報システム (LIFE) による科学的介護の推進について”. <https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/000949376.pdf>. (参照 2023-04-08)
- 厚生労働省. (2022). “地域包括ケアシステムの更なる深化・推進について”. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000938163.pdf>. (参照 2023-04-08)
- 中野智紀. (2019). 幸手モデルは“モデル”になりうるか?—生活モデルに基づいた地域包括ケアシステムのモデル化. *医学のあゆみ*, 268(7), 590-595.
- 中山健夫. (2014). 根拠に基づく医療 (EBM) から見た Academic Detailing への期待. *YAKUGAKU ZASSHI*, 134(3), 367-370.
- 内閣府. (2022). “令和 4 年版高齢社会白書 (全体版)”. [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/zenbun/pdf/1s1s\\_01.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf). (参照 2023-01-22)
- 田中元. (2021). 『「科学的介護」を現場で実現する方法』. ぱる出版.
- Rahimi, S. A., Légaré, F., Sharma, G., Archambault, P., Zomahoun, H. T. V., Chandavong, S., ... & Légaré, J. (2021). Application of artificial intelligence in community-based primary health care: systematic scoping review and critical appraisal. *Journal of medical Internet research*, 23(9), e29839.
- 齊藤広子 & 中城康彦. (2016). アメリカ・カリフォルニア州における CCRC の居住の安定のための行政関与と運用実態. *都市住宅学*, 2016(95), 88-93. 伊東真理子. (1996).
- 筒井孝子. (2014). 『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略—integrated care の理論とその応用』. 中央法規出版.
- 筒井孝子. (2015). 地域包括ケアシステムにおける Integrated care 理論の応用とマネジメント. *医療と社会*, 24(4), 381-392.
- 筒井孝子. (2019). 『地域包括ケアシステムの深化—integrated care 理論を用いたチェンジマネジメント』. 中央法規出版.
- 山崎亮. (2019). 『ケアするまちのデザイナー—対話で探る超長寿時代のまちづくり』. 株式会社 医学書院.



## 連 婷婷 (れん・ていてい)

[専門] 社会情報学、医療福祉学

[主たる著書・論文 (最大 3 本まで。タイトル・発行誌名あるいは発行機関名)]

連婷婷. (2014). Smart Healthcare City モデルの構築に向けて: Aging in Place の問題点と介護幸福度. *情報文化学会誌 / 情報文化学会編集委員会 編*, 21 (2), 19-26.

連婷婷, & 平澤洋一. (2013). 中国・青島市ヘルスケア産業の現状と課題. *情報文化学会誌 / 情報文化学会編集委員会 編*, 20 (1), 18-25.

[所属] 東京大学大学院学際情報学府博士課程

[所属学会] 情報文化学会、日本医療福祉学会、自立支援介護・パワーリハ学会

# Formulation and Evaluation of Community-based Integrated Care in a Super Aged Society

Tingting Lian\*

The number of older adults in Japan aged 75 and over is rapidly increasing, and it is difficult to provide enough nursing care facilities to meet this demand. Moreover, aging is often accompanied by a loss of opportunities and motivation to improve health, close friends and loved ones, aims for self-fulfillment, hope for the future, desires to work, and volunteer and charitable activities, as well as a narrowing of the range of intellectual and physical activities in daily life. However, even under such circumstances, what keeps a person in need of care firmly connected to the caregiver is the “feeling of being cared” , especially when it comes to establishing feasible and practical community-based integrated care models. Additionally, the concept of “Functional Recovery Care” , in which on one hand, person-centered care methods are systematically classified, on the other hand, caregiving can be accurately recorded and digitalized, is attracting attention. Furthermore, evidence-based caregiving is believed to be the future trend.

---

\* Graduate School of Interdisciplinary Information Studies, the University of Tokyo

**Key Words** : Caregiving for Older Adults, Community-based Integrated Care, Person-centered Care, Functional Recovery Care, Evidence-based Caregiving.