

特集：地域における医療介護連携の展望

<総説>

日本における医療介護連携の課題と展望—integrated careの理論をもとに—

大冨賀政昭¹⁾, 筒井孝子²⁾

¹⁾ 国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部

²⁾ 兵庫県立大学大学院経営研究科

**Issues and visions in health system integration:
Based on the theory of integrated care**

Masaaki OTAGA¹⁾, Takako TSUTSUI²⁾

¹⁾ Department of Health and Social services, National Institute of Public Health

²⁾ Graduate School of Business, University of Hyogo

抄録

2013年8月の社会保障制度改革国民会議の報告書に示された日本における地域包括ケアシステムは、国際的にはintegrated care理論に基づくものとして捉えられる。ここで示されるintegrated careとは、すべての人々が自立してQOLを維持しながら生活することの支援を指すが、コストのかかる急性期医療や不適切な治療に対する要求を抑制することを目的とするケア提供システムのひとつのデザインと考えられている。

前述の報告書で示された地域包括ケアシステムは、在宅等の住み慣れた地域で患者や高齢者の生活を支えるために、自助、互助だけでなく、共助としての医療や介護サービスを含んだシステムとして構築するというものであることから、integrated careに加えて、地域を基盤とするというcommunity-based careをも含むものとして位置づけられるものといえる。

本稿では、国際的に示されてきたintegrated careの概念整理を通して、日本の地域包括ケアシステムの位置付けを示すと共に、この概念に基づくサービス提供モデルや機能の紹介を通して、今後の日本における医療介護連携の推進に向けた示唆を得ることを目的とした。

研究の結果、integrated careに係わる研究のレビューからは、医療介護連携は、国際的にも、いずれの先進諸国においても大きな課題であることが示された。また、日本における医療介護連携の推進には、integrated careのフレームワーク（水平/垂直、linkage/coordination/full integration）を使って、日本の各地域の特性に合致したサービス提供モデルや機能を創発していくこと、そして、その評価による検証を通じた方法論の成熟が求められることが示唆された。

また、日本では入院医療体制における機能分化が、今後一層進むことを鑑みると、要介護者に対する切れ目のないケアのマネジメントを実現するためには、患者の入退院の経過を踏まえたケアマネジメントプロセスを明らかにし、このマネジメント機能を強化するために、医療のみならず、地域における介護の両面を踏まえた情報共有を支援するための具体的なツールの開発や、市町村が中心となって総合的にこれらを支援する取り組みが重要となってくると考えられた。

連絡先：大冨賀政昭

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

2-3-6 Minami, Wako, Saitama 351-0197, Japan.

Tel: 048-458-6141

E-mail: otaga@niph.go.jp

[平成28年3月23日受理]

キーワード：医療介護連携, integrated care, 統合, プロセスモデル, 地域包括ケアシステム

Abstract

The establishment of the Japanese community-based care system was (first) presented in the report of the National Council on Social Security System Reform in August of 2013. Since then, each function aims at supporting the lives of the elderly people in their homes and local communities where they feel attached by dividing and/or sharing (various) care tasks.

This system includes the concept of community-based care in addition to that of integrated care, which is designed to support elderly individuals with chronic health conditions and ensure their independent lives after discharge from hospitals by delivering services tailored to those individual's conditions.

This integrated care is considered to contribute to the sustainability of the health system by moderating the demands of unnecessary hospitalizations and expensive emergency services and to support maintaining the quality of life of individuals to reach a high level of independence and satisfaction in their lives.

In this article, I will explain the position of the Japanese community-based care system in the context of health services integration. Meanwhile, I intend to clarify the international problems with health services integration and to give insights into their solutions by reviewing previous worldwide studies.

From international reviews of previous studies, integration and coordination of health services are found to be considered problematic on the international level as well. In order to facilitate integration of health services, we suggest establishment of an integrative service delivery model through systematic organization of integration frameworks (horizontal/vertical and linkage/coordination/full integration).

From the domestic trends in Japan, with the prospect of further division of roles in each function in the service delivery system, it is necessary to clarify the care management process including patient admission and discharge from hospitals in order to achieve seamless care management for people with care needs. Moreover, in order to strengthen this management function, it is necessary to develop a practical tool to support better information sharing across different health care sectors. At the same time, municipal governments are expected to support this type of initiative from multiple aspects.

keywords: integration of health services, integrated care, integration, process model, community-based integrated care system

(accepted for publication, 23rd March 2016)

I. はじめに

日本では、2025年に65歳以上人口が3,600万人（全人口の30%）を超えるが、この65歳以上高齢者の慢性疾患の罹患率は、高いことが知られている。そして、この慢性疾患を抱える患者の治療は長期化する傾向が強くなり、結果として、彼らは医療サービスを最も利用する人々となり、その費用は莫大となってきた。

しかし、医療サービスを長期に受けているにも関わらず、診療科が専門分化しているため、治療は断片化し、患者満足度も低く、日本においても、高齢の慢性疾患患者へのサービス提供方法を改善するためには、従来の急性期医療を主とした、医療サービスの枠組みを抜本的に改革せねばならない状況となっているといえる。

また、日本国民の60%以上は、終末期の療養場所として自宅を希望している。このことは、慢性的症状を抱える高齢患者には、入院治療の長期化ではなく、むしろ退院後の自立支援を目指した各種サービスの適切な調整が求められている。この自宅がある住み慣れた地域で自分

らしい暮らしを続けられるように、住まい・医療・介護・予防・生活支援に関わるサービスが、当該患者のニーズに沿って統合されることが前提となる。

日本ではこの前提とされる状態を地域包括ケアシステムと呼び、2013年8月に社会保障制度改革国民会議の報告書で示された後、国策として推進されている状況にある。この地域包括ケアシステムの下では、今までの医療サービスの提供は専ら、医療機関内だけで実施されてきたが、これを在宅でも受けることができる体制を確立し、医療サービス単独の提供だけでなく、状況に応じて、介護福祉サービスも一体的に提供できるような連携を図ることが目指されているということになる。

国際的な文脈からみれば、個々人の状態に適合した医療や介護、あるいは、福祉サービスという多様なサービスを提供させる体制をintegrated careという概念を用いてシステム化することは、1990年代から始められている。日本では、医療や介護サービスの調整に係るintegrated careと地域を基盤とするというcommunity-based careの概念をも含んで地域包括ケアシステムを構築することと

なった [1].

また、integrated careの下で「医療や介護あるいは福祉といった各種サービスを誰に提供するかといった対象範囲を調整すること」あるいは「個人々のニーズの複雑性に対応できること」「各種サービスそれぞれの財源だけでなく、統合的なサービスとしての財源を確保すること」というような各種サービスの提供にあたっての「統合化」と「効率化」を意図した手法は次々と示され、こうした提供システムを実現するための方法や評価に係る研究は、多くの先進諸国でなされている。

このintegrated careは、個人々の高いレベルでの自立やQOLを維持する手助けをし、そしてコストのかかる急性期医療や不適切な治療に対する要求を抑制することによって、ケア提供システムの持続可能性に貢献すると言われている [2, 3].

こうしたことを踏まえ、本稿では、国際的に示されてきたintegrated careの概念整理を通して、日本の地域包括ケアシステムの位置付けを示すと共に、この概念に基づくサービス提供モデルや機能の紹介を通して、今後の日本における医療介護連携の推進に向けた示唆を得ることを目的とした。

II. integrate careからみる日本型医療介護連携の特徴と課題

1. integrated careの定義と医療介護連携

integrated careは、高齢者に提供されるケアサービスの連続性を向上させることによって、ケアの質、アクセス、効率性を改善する手法と考えられてきた [4]. WHOとEuropean Commission (EC) は共に各国の医療制度の行き詰まりを是正するためにintegrated careを推進しようとしてきたとされている [5].

この背景としては、先進諸国では、複数の慢性疾患を抱えながら地域で生活する高齢者の顕著な増加 [6, 7] とともに、医療技術領域における急速な革新が専門分化による専門職の業務の分割を生んでいるという大きな二つの状況が指摘されている。この状況に対しintegrated careというアプローチで、より良い医療やケアを提供しようとする考えは、これまで様々なかたちで示され、この実現にむけた取り組みも同時になされてきた。

このintegrated careは、主に保健医療の領域を指すヘルスケアや介護を含む福祉全般の領域を指すソーシャルケアの分野において、治療とケアの部門を連携させる観点から議論されてきたとされている。

例えば、KodnerとSpreeuwenberg (2002) は、「資金調達、管理、組織、サービス提供、臨床レベルに関するまとまりのある方法とモデルとのセットであり、治療・ケア部門の内外の接続性、アラインメント、協働をつくることを目標とする」と定義している [8].

またHardyら (1999) は、integrated careを「連携のとれた地区・地域医療ケアの機関によって提供される生

産物とサービスのまとまりのあるセット」としている。「ヘルス・ソーシャルケア制度内外のつながりまたは連携」を保証することによって、integrated careは利用者が統合的な多様な提供主体によって提供されるサービスのパッケージを正しいタイミングで受け取ることを保証し、利用者が制度内外で様々な種類、レベルのケアを獲得することを可能にする」と説明している [9]. これらのヨーロッパを中心とした公的資金を受けた制度の文脈におけるintegrated careは、アメリカの視点から統合的なサービス提供制度について述べたものとは多少異なることに留意すべきである。

例えば、Shortellら (1994) は、統合的なサービス提供制度を「協調的なサービスの連続体を限定された対象人口に提供するために提供または準備する組織ネットワークであり、特定の対象人口におけるアウトカムや医療ステータスの臨床的・財政的責任を主体的に受け持つものである」と定義している。また、Leutz (1999) は、integrated careを「アウトカム（臨床的、満足度、効率性）を改善するためのヘルスケア制度（急性期医療、在宅医療、専門的医療）と他の対人サービスシステム（長期ケア、教育、職業サービス、住宅サービス等）との結合の追求である」と定義している [10].

これらの定義は、厳密に管理されたケアにおける視点を反映している。つまり、ここでは、対象人口の限定（例：特定の保険に加入している人で、所定の月額保険料を支払っている人）や、ケアの資金調達と供給における統合に重きが置かれている。しかし、アメリカをはじめ、保険制度を持つ他の国々においても、ケアに係わる資金繰りと供給は、完全に切り離されている [11].

こうしたアメリカにおけるintegrated careの概念をヨーロッパの文脈において解釈されているintegrated careと比較するのは容易ではないだろう。なぜなら、ヨーロッパにおいては、伝統的に機能（資金調達やサービス供給など）よりも、様々な部門の統合が議論されてきたためである。

一方、日本は、介護保険制度施行後、慢性疾患を持つ高齢者のケアの領域が拡大する中で、介護保険給付費用が急激に伸びており、これら高齢者における医療保険制度と介護保険制度という2部門の統合のあり方は、最も重要なトピックとして扱われるようになった。そういった意味において、日本はどちらかというとヨーロッパ型のintegrated careに近い議論されてきたといえる。

しかしながら、近年日本では、2013年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」にとって進められることになった「データヘルス計画」や「健康日本21」によって高齢者の疾病予防・疾病重症化予防が政策的に推進されている。これは、1990年代半に、慢性疾患患者の治療におけるコスト削減の可能性を示唆するエビデンスの発表と同時に、ヘルスケア産業を中心に疾病管理が普及し [12], この疾病管理するための管理データベースの開発や危険性の高い患者を特定する疾病登録システムの発展

へと繋がった [13], アメリカ型のコスト管理の政策的な推進に近いものがある。

こうした状況を鑑みると, 今後は, ヨーロッパ型の様々な部門の統合だけでなく, 資金調達やサービス供給などに焦点をあてるアメリカ型のintegrated careの側面が強化されつつあるとも考えられるだろう。

2. 水平的・垂直的統合と医療介護連携

integrated careは, 「患者サービスに生じる欠陥への対処や, より協調的かつ継続的なケアの提供を可能にすることであり, 多くの場合, 慢性的疾患を患う高齢者に向けたものとなっている。」とする定義 [14] から考えると, この協調性と継続性は, 水平型と垂直型というintegrationの種類から整理することもできる。

例えば, 水平型統合とは, ヘルスケア分野における組織, ネットワーク, グループの間での競争や協働に焦点を当てるといふ考え方であるが, 医療・介護・福祉分野においては, 在宅医療に係わる患者の診療をその患者が住む地域にある医療・介護・福祉の専門職によって形成されるネットワークに結合させるといったことも含まれることになる。

また, 垂直型統合とは, ヘルスケア分野の様々な段階におけるサプライチェーンやケアパスと呼ばれるネットワークやグループの統合のあり様をいい, 病院と地域サービスを結びつけるといった例が考えられる。

しかし, これまでのintegrated careに係わる取組みは, 水平型統合, もしくは, 垂直型統合のどちらかを選択するというような傾向があり, どちらを使うかよっての混乱が生じる場合もある [14, 15] とされてきた。

しかし, 今日においては, 単なる病院への受診勧奨だけでなく, その地域に則したサービスの紹介方法を開発することで, 前述の垂直型・水平型のケアパスを分離することを進めるよりも, むしろネットワークを介し, より相応しいサービスを受けることができる方法があることも示されている [14]。

integrated careを巡る議論では, ヘルスケア分野の市場や競争の機能に関する問題が浮上する。なぜなら, 病院間の競争を促進するような取組みや患者の選択肢を広げることで水平型・垂直型統合を達成することが困難になる場合が生じるからである。一方で, ケアパスが普及する中で患者の選択肢を確保することが課題となっているという事例もある [16, 17]。

日本でも, 入院医療体制の機能分化は強力に進められており, 医療機関からの退院準備や在宅における療養への移行支援を促すために, 診療報酬および介護報酬において, 退院調整にむけた多職種による情報共有に対する評価が充実してきたことから明らかであろう。

具体的には, 診療報酬は2008年度から, 介護報酬は2009年度から情報共有に対する加算が創設され, 2014年診療報酬改定においては, 地域連携パスおよび退院調整にむけた情報共有に係わる加算が設定された。

これらの地域連携パスによって, 入院していた医療機関の医師, と退院先の医療機関の医師, 患者で情報共有が促進されるといったメリットも示されたが地域連携パスについては, 2011年の急性期・亜急性期1,833病院を対象にしたアンケート結果からは, 地域連携パスに対する受け入れ医療機関および患者の理解不足や異なる様式が各病院間で使用されるなどの実際上の課題も報告されてきた [18]。

こうした状況への対応として, 2016年度の診療報酬改定では, 重点課題として, 「地域包括ケアシステム推進のための取組の強化」を掲げる中での改定が行われ, 医療機関間の連携と退院支援に向けた評価の充実がなされたところである。

しかし, 報酬によるインセンティブのみでは情報のやりとりが形骸化するおそれもある。このため, 2013年12月に社会保障審議会介護保険部会がまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見」で, 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直しの中で「在宅医療・介護連携の推進」が掲げられ, 市町村が中心となって総合的に取り組むことが明記された。

市町村が中心となった在宅医療・介護連携の取り組みを進めるためには, 都道府県との役割分担や, 医療・介護の各関係者との連携・調整など, 市町村が中心となって総合的に取り組む視点が重要となる。すでに2011年から, 厚生労働省は市町村の役割の強化や事業推進体制の整備を在宅医療連携拠点事業を通じて行ってきた。

今後, 市町村は, サービスの統合的な提供に関与していく必要があるが, 実践能力の向上につながる実施内容や実施手法等を整理し, 競争と選択に係わる議論を含む方法論の成熟が求められる。

III. 統合的フレームワークにおける患者の特定

1. Leutzの統合的フレームワーク

Leutz (1999) は, 1990年代にアメリカとイギリスが行なったヘルスとソーシャルサービスの統合に向けた取組みを比較した。その結果, 当時の戦略が主に焦点を置いたのは高いサービスニーズを持つ比較的小規模な集団であり, その一方で多数派の慢性疾患患者や障害者の低いニーズを見落としていることに着目し, 「統合的フレームワーク」を提唱した [19]。

これは, 利用者のニーズの特徴と制度の対象範囲を基準に設定した3つのレベルの統合についてのものである。これを用いることで, 慢性的症状や障害を抱える全ての人の多様化するニーズに対応する統合的アプローチが可能となるというものであった。

ニーズの特徴の定義には, 患者の症状, 疾病を発症してから期間, 介入の緊急度, 必要とされるサービスの利用者 (もしくは介護者) の自律性を考慮し, その要素を以下の7つに整理した。この7つの要素をもとに整理された3つの利用者像が表1になる。

表1 サービス利用者の自律性に着目したニーズの分類と対応するシステムのレベル

レベル	レベル1	レベル2	レベル3
必要な統合	linkage	coordination	ful integration
ニーズの領域	ルールによる受給資格に従う	効率性と対象範囲を最大化するために給付を管理	給付を統合し、変化に応じて受給資格を再定義
重症度	軽度/中度	中度/重度	中度/重度
安定性	安定	安定	不安定
期間・ステージ	短期から長期	短期から長期	長期あるいはターミナル
緊急性	ルーティン/非緊急的	概ねルーティン	緊急性がしばしばある
サービスの種類	狭い~中程度	中程度~広範囲	広範囲
自律性	自律的, または, 強いインフォーマルケア	多様な自律性とインフォーマルケア	サービスに順応し, 自律性とインフォーマルケアは弱い

Leutz (1999) を基に筆者作成.

Leutz (1999) は, レベル1の集団は, 比較的簡素であり構造化されているシステムのlinkageによって, 十分対応できると主張している. しかし, このlinkageには, ヘルスケアとソーシャルケアのニーズ, 財政面での責任, 適正基準という点で, 各提供者が他の提供者のことを意識し理解することが求められる. またlinkageは, 異なるヘルス・ソーシャルサービスシステム構造を介して稼動すると同時に, 各組織は自らのサービスの責任, 資金提供基準, 適正基準, 適用における規則などを各自持っている [20].

次のレベル2は, 中等度のニーズを持つ集団へのcoordinationで, これもまた保健医療と介護福祉といったように, 異なる部門間の制度を介してサービスを提供することになる. だが, 異なる部門間のケアを調整する上で明確な構造やプロセス, 具体的には日常的な情報共有, 退院プランナー, ケースマネジメントといった機能や人があることが特徴である.

最後の長期的かつ重度で症状に安定性がみられないレベル3の集団には, 異なるサービス範囲の高いサービス提供にあたっては, full integrationという全サービス, 資源, 資金に対する責任を有する仕組みが求められるとしている. この仕組みを構築する前提には, 提供システムが複数の組織となっても, 単一の管理構造をもつか, そのような契約上の同意によって実現できるものである [20] と示されている.

ここで留意すべきなのは, これらの統合的フレームワークを活用する場合, 最も統合の強さが高いfull integrationが優れているとの理解は誤りであり, むしろ, ここで強調される重要な点は, サービス利用者のレベルに応じてサービス調整の種類や範囲が異なるということである.

こうした統合の強さ (Intensity of integration) と呼ばれるLeutzの「統合的フレームワーク」は, 多くのintegrated careに係わる研究で用いられており, 日本における医療介護連携の仕組みを考える際にも参考になると考えられる.

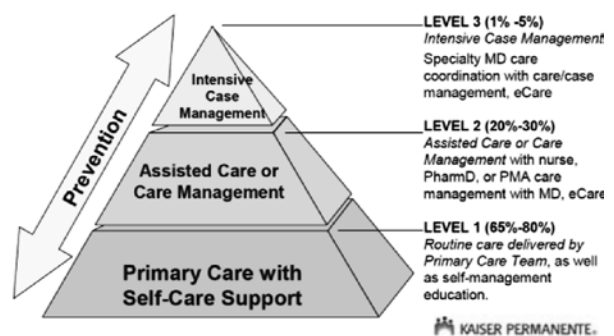


図1 Kaiser Permanenteの慢性疾患マネジメントにおけるニーズのレベル [22]

2. 患者のスクリーニングを行っている海外のサービス提供システム

先に紹介したようなニーズに着目したサービス提供システムの例の一つとして, Kaiser PermanenteというアメリカのHMO^{註1)}が挙げられる. このKaiser Permanenteのアプローチの主な特徴は, 被保険者を慢性疾患ケアのニーズに応じて3つに区分するモデルを適用していることにある [21].

この区分のレベル1の患者は, 比較的低いケアニーズを持つものを指す. つまりこうした人達は, プライマリケアチームを介してセルフマネジメントの支援を提供すれば自らの症状を十分管理できるものとなっている. このレベル1の患者は, 慢性疾患患者全体の多数派を占めている. それに比べ, レベル2の患者が持つリスクは高いと考えられている.

これは症状の不安定性や, 専門的な疾病管理のもと構造的なサポートがない場合の症状の悪化が原因とされる. 最後に, レベル3は, これは非常に複雑なニーズ, もしくは予期せぬ二次医療 (緊急入院など) を集中的に利用するためケースマネージャーを通じた活発な管理を要する集団である. こうしたKaiser Permanenteのアプローチは「トライアングル」や「ケアのピラミッド」としても知られている (図1).

Kaiser Permanenteが用いる慢性疾患マネジメントの

アプローチは、長年かけて開発されてきた [23]. 当初はリスクの高い患者のケアやケースマネジメントに焦点が置かれていた [21] が、徐々にその範囲を拡大し、上記3つニーズ全ての慢性的障害を網羅するまでとなった。この事例が示すことは、統合的なサービス提供システムを考える場合には、どのようなサービス利用者を対象とするのかといったスクリーニングの仕組みが重要となるということである。

例えば、各自治体が2018年度までに取り組むことになっている認知症初期集中支援推進事業では、現在どのようなレベルの認知症高齢者を対象としてサービスの調整を行うかについては明確な指針は出されておらず、この事業に取り組む各自治体に委ねられている。認知症の初期集中支援というサービスを提供するためには、このサービスを利用する対象者のニーズをどのように規定し、どの範囲までサービスを適用・調整するかDASC^(注2)等のアセスメントツールを活用するなどして基準を設定し、その後徐々に拡大していく等の方策を検討していく必要があるだろう。

3. full integrationレベルのサービス提供システムに見られる主な特徴

資金調達やサービス供給などに焦点をあてるアメリカ型のintegrated careは、その目的から、full integrationレベルのサービス提供システムが選択される場合が多い。

Goodwinら (2004) は、このKaiser Permanenteのようなfull integrationレベルのサービス提供システムに見られる主な特徴を次のように明らかにした。

その特徴とは、登録を介して行ったサービス利用対象者の限定、一部の統合的なサービスの提供に対する契約上の責任分担、複数の資金源からのプールした資金を基盤としたファイナンシャルマネジメント、在宅医療と制度外サービスの調整、適切なケアと費用管理のためのマイクロマネジメント技術 (利用状況調査、疾病管理など) 等である。さらにパフォーマンスに対し、共同の臨床的責任を負うネットワーク間の学際的チームがある。

こういったサービス提供システムについて、KodnerとKyriacouは、Kaiser PermanenteのようなHMOと、HMOと同様アメリカで展開されるPACEと呼ばれるサービス提供モデルを比較し、その特徴を示している [24].

PACEとは、Program of All-inclusive Care for the Elderlyの略で、慢性疾患や心身の障害があって、継続的な治療・療養を必要とするために在宅でのケアが困難で、施設や長期療養型医療機関への入所・入院が必要であると、州政府によって認定された高齢者に対し、包括的ケアを提供するプログラムである。

このPACEは、政府主導の政策ではなく、1970年代から草の根で展開されてきたNPOのプログラムが標準化され、連邦政府・州政府の承認を得て全国展開されているものである。PACEへの参加資格は55歳以上で、州政府が定める介護施設入所の認定基準を満たしており (在

宅ケアでの療養生活は困難と認定されており)、PACEがサービスを提供できる地域に居住していて、PACEへの参加が本人または第三者の健康や安全を脅かさないこと、と定められている。

この調査研究からは、多職種から構成される学際性がより高いチームケアのほうが、効率性が高いことが示され、とくに、かかりつけ医師の役割を中心的に据えたアプローチが効率性を高めるには有効であったことが示された。

また、対象者の選定によって、垂直的、水平的な統合を実現した組織によるサービス提供がなされ、これら組織についての運営や臨床の柔軟性を保証するための財源のメカニズムが具備されていたところでの効率性が高かったとの報告も示されていた。

このかかりつけ医を中心とした多職種チームの構成や対象者を特定するといったサービス提供システムは、日本では、医療圏が閉じられ、医療・介護資源がそれほど多くない地方過疎地等での適用が考えられる。

現在、地域包括ケアシステムについては、そのターゲットは都市とその近郊であるとの意見 [25] もあるように、都市を中心としてそのサービス提供システムが検討される中で、こうしたモデルは、地方過疎地におけるサービス提供システムの一つのあり方として示唆を与えるものと考えられる。

IV. 領域をまたぐ連携メカニズム

1. 領域をまたぐ連携メカニズム

これまでは、統合的フレームワークやこのフレームワークに基づくサービス提供システムのモデルを取り上げてきた。

近年、世界各国で報告される地域に根差したサービス提供モデルの他に、「領域をまたぐ連携メカニズム (boundary-spanning linkage mechanism)」と呼ばれるサービス提供システムの一つの機能が着目されている。

この「領域をまたぐ連携メカニズム」は、主要なスタッフを先んじて配置するデザインすることでヘルス・ソーシャルケアシステムの他の部分との関係や「連携」を発達させるというものと定義されている [26].

例えば、ケースマネージャーは仕事の性質から、ケア計画などに関して、かかりつけ医と協力し、また入院や退院などに関して病院と協力する。介護部門の運営者も病院や保健所、在宅医療にいる同等の立場の人々との連携を発展させることができる。この他にも在宅ケアを担う医師のマネジメントを補佐できる人がいれば、在宅ケアの患者のケアの移行を促進するために、家庭医や病院の医師らとの関係を構築することができる。

このメカニズムには、例えば、介護部門のスタッフを保健所のスタッフや病院の急性期部門 (迅速に対応するチームの一部として)、または在宅医療の支援センターなどの同じ物理的空間に配置する「スタッフの共同配置」

といったものがある。

また、ある部門のスタッフがシステムの中で第三者の提供者から必要なサービスを購入できる「サービス購入の合意」や、ヘルスケアシステムの多様な構成要素の上級運営者で構成される「委員会の設置」などがある。

つまり、これらのメカニズムは、サービス提供システムとして理解される患者のスクリーニングと多職種・多機関の協働によって成り立つ仕組みではなく、そのシステムに含まれる連携促進のため機能として位置づけられる。

すでに、このような「領域をまたぐ連携メカニズム」は、日本でも試みられている。2016年から長野県駒ヶ根市では、当該市を含む4市町村で運営される組合立総合病院である昭和伊南総合病院に医療介護連携室開設し、市の介護支援専門員が介護保険の申請手続きや市の福祉サービスなどの案内を行うコーディネーターが配置されている [27]。このような取り組みは、先に述べた連携メカニズムそのものであり、統合的なサービス提供を推進するための機能ということができるだろう。

2. 日本における連携メカニズムを創発にむけて

日本における医療介護連携の課題としては、スムーズな医療機関（医療職）と介護支援専門員の連携が重要である一方で、医療機関主導で実施される地域連携パスが医療機関を超えて介護施設や在宅療養を支援する医療機関まで到達することの難しさ、さらに退院調整にむけた情報共有に介護支援専門員が実施的に参画できていない状況がある問題も指摘されている [28]。

例えば、介護保険サービスを利用している場合には、介護支援専門員は、家族の状況も含めて把握しているが、急性期病院への入院中は、介護支援専門員と当該要介護高齢者との関係はなくなってしまう。しかしながら、退院時あるいは退院後に、当該高齢者の在宅生活の準備が

必要となるため、入院前に担当していた介護支援専門員に再度、入院後のケアプランを作成する依頼があることも少なくない。また、退院の連絡は、退院数日前に決まることもあるが、退院後に連絡が入ることもあるという。このような状況下においては、介護支援専門員は、在宅療養環境の整えを前もって行うことは困難である。

これは、在院日数の短縮化が進んでいるため、病院内で退院後の日常生活の継続性を担保するためのカンファレンスを開催する日程的余裕がないこと、しかも、その退院前のカンファレンスには、地域の介護支援専門員が呼ばれることは少ないことなどの原因が考えられるが、介護支援専門員の存在そのものを病院側が知られないという事例も少なくない。

こうした状況下において、入院中は介護報酬が得られないにも関わらず、病院を訪問し、家族と一緒に病状説明を聞き、退院前にはカンファレンスを開催して欲しいことなどを病院側に伝えている介護支援専門員は一部の積極的なものに限られている状況にある。また、介護支援専門員が情報提供したことに対して、医療機関側からのフィードバックはほとんどなく、介護側の医療側の専門職に対する信頼関係の構築は未だ途上にある。

このため、厚生労働省が進めるモデル事業によって、退院調整ルールなどの取り組みによって全国的な情報提供のルール化が図られているところである [29] が、この事業は2015年度で終了することになっており、終了後のフォローやこのモデル事業が取り組まれていない地域においては、その体制構築が課題となるだろう。

今後、入院医療体制の機能分화가、より一層進む環境下においては、慢性疾患に関わる高齢者を中心とした退院調整に着目すると、図2に示すような患者の入退院などの経過を踏まえた慢性疾患のケアマネジメントが重要になる。また、このためには、医療機関の状況そして介

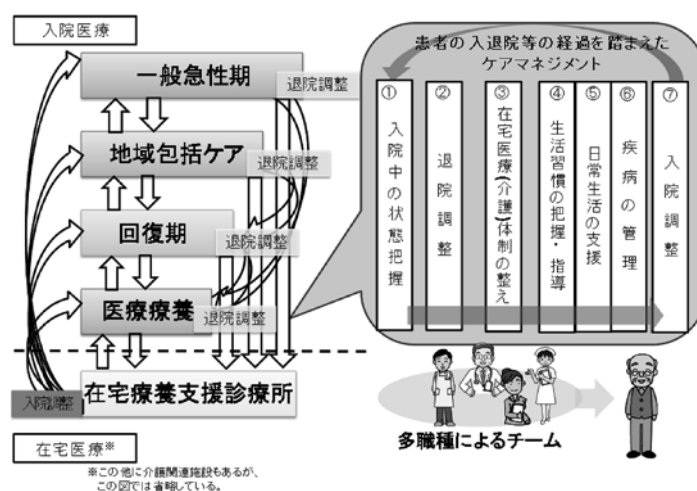


図2 患者の入退院などの経過を踏まえた慢性疾患のケアマネジメント

(出典) 日本能率協会総合研究所「ケアマネジメントの質の評価及びケアマネジメントへの高齢者の積極的な参画に関する調査研究事業報告」平成26年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）報告書、2015、P36 筆者一部改変

護支援専門員の状況の両面を踏まえた情報共有を実現する領域をまたぐ連携メカニズムの創発が必要になってくる。

この図に示された内容において、介護支援専門員や地域包括支援センターの職員など介護に係わる相談支援を行う専門職が、入院中から退院後の在宅療養生活を鑑みた居宅介護支援計画のみならず、これ以外の慢性疾患の再発予防のために自らの日常生活の管理を行うセルフマネジメントなどを支援する業務を入院中から退院後も一定期間切れ目なく行うという新たな役割が求められる。

しかし、日本においては、急性期病院として想定される基幹病院が存在しない市町村のほうが多いため、かかりつけ医と協力し、入院や退院などに関して、システムの外にある病院と協力するというスキームも検討することができる。

いずれにしても、ここであげたような慢性疾患のケアマネジメントを実現するシステムを構築するためには、具体的な計画の立案方法や様式などのツールの開発が必要となってくる。これについては、要介護認定の有無にかかわらず介護支援専門員が退院後の療養生活を送ると共に、慢性疾患の再発防止に向けて患者本人のセルフマネジメントを支援するための計画を入院中から医療機関の医師・看護師と協働して作成するという取り組みが試みられているところである [30] ^{注3)}。

今後は、ここであげたような慢性疾患のケアマネジメントの実現に向けた機能を創発にむけた取り組みのように、連携メカニズムを市町村が医療機関と協働することで作り上げていくことが求められてくると考えられる。

V. おわりに

本稿における国内外の知見を基に整理すると、医療介護連携は、統合的なサービス提供体制とケアに係わる資金調達やサービス供給と理解できる。

わが国における地域包括ケアシステムの構築は、緒についたばかり [31] と理解されているが、国際的にも、統合的なサービス提供は地方と都市の不公平があることが知られている [32] 一方で、それに対処する方法としてのモデルも作り出されていることを示してきた。

今後の日本において医療介護連携を推進していくためには、各地の取り組み事例をintegrated careのフレームワーク（水平/垂直, linkage/coordination/full integration）を使って、日本の各地域の特性に合致したサービス提供モデルや機能を創発していくこと、そして、その評価による検証を通じた方法論の成熟が求められていくことが示唆された。

注

1) HMO (Health maintenance organization) とは、健康維持機構と訳され、アメリカの医療保険システムの一つである。Social HMOとは、HMOのサービス

に付加して、統合的な在宅ケア（薬剤処方、慢性疾患へのケア、施設へのショートステイなど）に係る費用を急性期医療と同じように、メディケア及びメディケイドから支払うことを可能にしたプログラムである。なお、アメリカは、医師、急性期後の老人ホーム、高齢者と障害者のための在宅サービスは、連邦のメディケアプログラムによって65歳以上の場合は支払われている。収入・資産審査によって貧困と認められた人々には長期在宅ケアと長期施設ケアは州が運営するセーフティネットのメディケアプログラムによってカバーされる。長期施設ケアの受給資格のある人々については一般的に在宅ケアも利用できる。最後に、個人は「二重資格保有者」となることが可能で、つまりメディケアとメディケイドの両方からカバーされることができ。これがintegrated careの最大の障害である。

- 2) DASC (Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System)とは、比較的簡単に短時間に「認知機能障害」と「生活機能障害」を評価することが可能な認知症アセスメントである [33]。
- 3) 2015年度の厚生労働省老健局の老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）において、全国12の地域で脳卒中の既往を持つ患者を対象として、セルフマネジメントに係わる計画策定を入院中あるいは退院後に行うモデル事業が実施された。この事業においては、要介護・要支援認定の有無にかかわらず介護支援専門員あるいは地域包括支援センター職員が脳卒中の既往を持つ患者に対し、セルフマネジメントの支援を通して、一定期間併走することが行われ、これによって慢性疾患の再発予防の効果を検証する試みがなされた。

引用文献

- [1] 筒井孝子. なぜ地域包括ケアシステムか. こころの科学. 2011;161:41-48.
- [2] Lum JM, Ruff SF, Williams AP. When home is community: Community support services and the well-being of seniors in supportive and social housing. United Way of Greater Toronto. 2005.
- [3] Lum J, Leung V, Ying A, Williams P. In Focus: Supportive Housing. Toronto, ON: Canadian Research Network for Care in the Community. 2006.
- [4] Hofmarcher MM, Oxley H, and Rusticelli E. Improved health system performance through better care coordination. Organization for Economic Co-operation and Development, Report No.: OECD Health Working Paper 30. 2007.
- [5] Lloyd J, Wait S. Integrated Care a guide for policymakers. Alliance for Health and the Future. 2007.
- [6] Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is

- Human: Building a Safer Health System. National Academy Press. 2000.
- [7] Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness : the chronic care model, Part 2. *Journal of the American Medical Association*. 2002;288(15) :1909-1914.
- [8] Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications: a discussion paper. *International journal of integrated care*. 2002;2(4).
- [9] Hardy B, Mur-Veemanu I, Steenbergen M, Wistow G. Inter-agency services in England and the Netherlands: a comparative study of integrated care development and delivery. *Health policy*. 1999;48(2) :87-105.
- [10] Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank quarterly*. 1999;77(1) :77-110.
- [11] Maynard A, Bloor K. *Managed Care: Panacea or Palliation?* London: Nuffield Trust; 1998.
- [12] Krumholz H, Currie P, Riegel B, et al. A taxonomy for disease management: a scientific statement from the American Heart Association Disease Management Taxonomy Writing Group. *Circulation*. 2006;114:1432-1445.
- [13] Cavanaugh K, White R, Rothman R. Exploring disease management programs for diabetes mellitus. *Dis Manage Health Outcomes*. 2007;15:73-81.
- [14] Goodwin N. Diagnostic delays and referral management schemes: how “integrated” primary care might damage your health. *International Journal of Integrated Care*. 2008;8(e78).
- [15] Lewis R, Rosen R, Goodwin N, Dixon J. *Where Next for Integrated Care Organisations in the English NHS?* London: Nuffield Trust; 2010.
- [16] Ham C, Smith J. *Removing the Policy Barriers to Integrated Care in England*. London: Nuffield Trust; 2010.
- [17] Shaw S, Levenson R. *Towards integrated care in Trafford*. Nuffield Trust. 2011.
- [18] 健康保険組合連合会. 医療保障総合政策調査・研究基金事業「急性期医療の機能分化と急性期病院のあり方に関する調査」研究報告書. 2011.
- [19] Leutz W. Reflections on integrating medical and social care: five laws revisited. *Journal of Integrated Care*. 2005;13(5) :3-12.
- [20] Goodwin N, Perri 6, Peck E, Freeman T, Posaner R. *Managing Across Diverse Networks of Care: Lessons From Other Sectors*. London: National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D. 2004.
- [21] Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002;288:1775-1779.
- [22] Porter M, Kellogg M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. *Revista de Innovacion Sanitaria y Atencion Integrada*. 2008;1(1) : 6.
- [23] Fireman B, Bartlett J, Selby J. Can disease management reduce health care costs by improving quality? *Health Aff*. 2004;23: 63-75.
- [24] Kodner DL, Kyriacou CK. Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International journal of integrated care*. 2000; 1.
- [25] 田中滋. 同時改定は「医療と介護は一体」というメッセージ—地域包括ケアシステムの視点からの評価. 訪問看護と介護. 2012;17(7) :596-598.
- [26] Chappell NL, Hollander MJ, Hollander MJ. *Aging in Canada*. Ontario, Canada: Oxford University Press; 2013. p.124-148.
- [27] 駒ヶ根市. 市政の動き—昭和伊南総合病院に医療介護連携室開設(2月12日). <http://www.city.komagane.nagano.jp/index.php?ci=15202&i=16166> (accessed 2016-02-27)
- [28] 日本能率協会総合研究所. 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)ケアマネジメンの質の評価及びケアマネジメントへの高齢者の積極的な参画に関する調査」平成26年度研究事業報告書. 2015. p.35-41.
- [29] 厚生労働省老健局老人保健課. 都道府県医療介護連携調整実証事業について. 平成27年度第3回 都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議資料. 2016.
- [30] 日本能率協会総合研究所. 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)「ケアマネジメンの質の評価及びケアマネジメントへの高齢者の積極的な参画に関する調査」平成27年度研究事業報告書. 2016.
- [31] 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社. <地域包括ケア研究会> 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」平成24年度報告書. 2013.
- [32] Wagstaff A. Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the world health organization*. 2002;80(2) :97-105.
- [33] 粟田主一. 認知症に対応できる地域包括ケアシステムの確立に向けて. *日本老年医学会雑誌*. 2013;50(2) : 200-204.