

<総説>

医療・介護連携の強化に向けたケアマネジメント体制のあり方
—多職種による新たな連携システムの検討—

竹田幹雄

川崎市健康福祉局企画課

Care management organization for developing health care and long-term care integration: A study of new multi-disciplinary care system

Mikio TAKEDA

Planning Section, Health and Welfare Bureau, Kawasaki City

抄録

現在進められている社会保障制度改革では、医療資源の効率的な活用と医療費増加の抑制を図るため、医療提供体制の改革と地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みが求められている。

こうした改革を実現させるためには、在宅医療・在宅介護の充実とともに、これらを一体的に提供していくことが必要となるが、現実問題として医療と介護が連携していくのは容易ではない。とりわけ医療分野においては、病院内で提供されている医療を介護施設や在宅で提供していくに当たり、「生活の場」における支援としての医療のあり方や介護との連携方法について、十分に検討していくことが必要とされている。

また、医療や看護、リハビリ、介護などそれぞれの分野ごとに専門性が高度化しており、ニーズに応じて多様な専門職を活用していくことが求められる中で、一貫した方針と手法に基づいてサービスが提供されなければ、無用な資源の消費を引き起こすだけでなく、支援を受ける人の生活に混乱が生じ、要介護状態の重度化につながってしまう。このような状態を回避するためには、医療と介護の一体的なケアマネジメントを実施できる総合的かつ実践的な方法論の確立が必要になってくるが、現行の介護支援専門員には医療に関する知識が不足しており、医療職には生活の質を考慮する視点に乏しいといった状況が指摘されている。

本稿では、これらの課題を踏まえ、個人や事業者レベルでの連携だけに依拠するケアマネジメントには限界があることを明らかにするとともに、事業者から独立した連携支援機関を設置し、多職種で連携を調整する新たなケアマネジメント体制のあり方を提起した。

キーワード：ケアマネジメント、医療・介護連携、多職種連携、地域包括ケアシステム

Abstract

In the current social security system reform, rebuilding of health care provision system and establishment of integrated community care system are required in order to use medical resources efficiently and suppress the increase of medical expenses.

In order to realize these reforms, it is necessary to enrich home health care and home long-term care and to provide them in an integrated manner, in reality these collaborations are not easy. Especially in health policy, it is necessary to thoroughly examine the way of health care as support in "place of life" and how

連絡先：竹田幹雄

〒210-8577 神奈川県川崎市川崎区宮本町1番地

1 Miyamotocho, Kawasaki-ku, Kawasaki, Kanagawa, 210-8577, Japan.

Tel: 044-200-2623

E-mail: takeda-mik@city.kawasaki.jp

[平成29年9月25日受理]

to cooperate with long-term care in order to switch from health care provided at hospital to health care provided at long-term care facilities and at home.

In addition, as expertise is advanced in each field such as medical care, nursing, rehabilitation, long-term care, etc., it is required to utilize diverse professionals according to needs. Under such circumstances, unless services are provided based on consistent policies and methods, not only consuming unnecessary resources, but also the life of people receiving services are confused, and leading further severe state. Therefore, it is necessary to establish comprehensive and practical methodology that can carry out integrated care management of health care and long-time care. However, it is pointed out that current long-term care support specialists lack knowledge about health care, and medical professionals lack viewpoints to consider the quality of life.

Based on these issues, in this paper, I point out that there is a limit to care management that rely solely on cooperation among individuals or providers, and that an organizational care management system should be established. And I propose the establishment of collaboration supporting institution independent from providers, and the new way of care management system by multi-disciplinary cooperation.

keywords: care management, health care and long-term care integration, multi-disciplinary cooperation, integrated community care system

(accepted for publication, 25th September 2017)

I. はじめに

我が国の社会保障制度は、今後ますます進展する高齢化を見据え、2012年8月に成立した社会保障・税一体改革関連法を起点として、様々な改革が進められている。とりわけ医療分野については、高齢化の進行に伴う慢性疾患患者の長期入院の増加が非効率な医療の提供と医療費の増加の大きな要因になっているとして、急性疾患の治癒と社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療から、住み慣れた地域や自宅での生活を支えるための「地域完結型」の医療に転換していくことが目指されている[1]。こうした改革を実現させるためには、その受け皿となる在宅医療・在宅介護を充実させるとともに、これらを一体的に提供していくことが必要となるため、地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みが全国各地で行われている。

しかしながら、医療と介護は別々の制度で運営され、専門性もそれぞれ高度化している中で、実際問題として両者が連携していくのは容易ではない。このため、2011・2012年に実施された在宅医療連携拠点事業と、2013年から実施された在宅医療連携推進事業の成果を踏まえ、地域の医師会等と緊密に連携しながら地域の関係機関の連携体制の構築を推進する在宅医療・介護連携推進事業が2015年に創設され、全市町村が実施することとなった。こうした動きと並行して、自治体や医療機関によって地域連携パスや退院調整ルールが作成され、活用が進み出した地域もあるが、医療機関ごとに運営方針が異なっていたり、医療と介護の間で支援方針が共有できないといった課題があり、その効果が十分発揮されている事例は少数であるのが現状である。

そこで本稿は、まず、医療・介護連携の重要性とともに、その現状と問題点を明らかにするため、医療・介護

制度改革の方向性について概観しながら、地域包括ケアシステムの構築に向けた課題について考察する。そして、医療・介護連携を強化するためには、多様な専門性を活用したケアマネジメントの実践が求められることを踏まえ、医療・介護の一体的なケアマネジメントの必要性について論考するとともに、今後のケアマネジメント体制のあり方として、多職種連携による新たな連携支援機関の創設が必要であることを提起し、その効果と課題について検討する。

なお、地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向けて、その対象を高齢者の医療・介護分野だけに限定したものではなく、「全世代・全対象者型地域包括支援」に深化させていく段階に入ったとして、2017年に改正された介護保険法によって共生型サービスが制度化されるなどしている。しかし、その核心的な課題である分野を跨いだ連携の強化は、高齢者分野においても依然として課題が残されている状況であることから、本稿では、地域包括ケアシステムを敢えて構築段階にあるものとして論ずることとする。

II. 医療・介護制度改革の方向性

現在進められている社会保障制度改革では、重度な要介護状態となっても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、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築していくことが求められている。その背景には、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現させることによって、医療資源の効率的な活用と医療費増加の抑制を図っていくという医療政策の方向性がある[1]。したがって、地域包括ケアシステムのあ

り方は、医療提供体制の改革と表裏一体のものとして捉える必要があり、在宅において医療と介護を一体的に供給する体制を整備することが、課題の核心であるといえる。

こうした政策の全体像は、社会保障・税一体改革の検討過程で出された「医療・介護に係る長期推計」[2]において改革シナリオとして示されているが、そのパターン1による「医療・介護サービスの需要と供給（1日当たり利用者数等）の見込み」では、2025年の入院患者は、改革シナリオによって129万人/日となり、2011年の133万人/日を下回るようになるため、全国レベルでは現行以上の病床は必要ないものと推計されている¹⁾。その一方で、2025年の在宅医療等と介護サービスの利用者は、改革シナリオによってそれぞれ29万人/日と641万人/日と推計されており、2011年と比較して1.7倍と1.5倍の充実が必要になるとされている。

また、社会保障・税一体改革の医療・介護分野の具体化を図る医療介護確保総合推進法によって、各都道府県は、2025年の医療需要と医療機能別の必要量を推計して定める地域医療構想を策定することとなった²⁾。こうした動きを踏まえて、社会保障制度改革推進本部に設置されている医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会が、地域医療構想策定ガイドライン[3]等を踏まえた「2025年の医療機能別必要病床数の推計結果」[4]をとりまとめている。ここでの推計値も、必要病床数や病床機能別のバランス、在宅医療等の利用者数ともに「医療・介護に係る長期推計」[2]と類似し、病床数を増加させることなく、病床機能の分化・連携と在宅医療等の充実を図っていくことで、今後の医療・介護ニーズの増加に対応していくものとなっている。こうした推計結果に鑑みると、医療提供体制の改革は、これらの推計をおおよそその目標としながら、平均在院日数の短縮と病床数の抑制を図るとともに、在宅医療等³⁾を強化していくことになるだろう。

その上で、今回の医療提供体制の改革によって在宅で受け止める状態像は、常時医療ケアが必要な者まで積極的に対象にしていくということだけでなく、家庭からの通院や介護施設への移行が可能な者を主たる対象としていくこととして検討されている[5]。したがって、医療・介護連携において医師に求められる役割は、訪問等による頻回な診療を行うだけでなく、介護施設との連携体制や家庭からの通院手段が確保されている中で、療養方針の調整や急変時の対応等を行うということも重要になってくる。

こうした医療政策の動きに対応して、介護政策においては、特別養護老人ホームの入所要件が原則として要介護3以上と限定されたり、有料老人ホーム等利用者の重度化に対応した特定施設入居者生活介護の報酬が設定されたりすることによって、施設機能が重度者支援に重点化されてきている。合わせて、サービス付き高齢者向け住宅を供給し、見守りや生活支援等のニーズに応える住

まいを確保していくことで、要介護高齢者の状態像に応じた生活場所の整理が行われつつある。さらに並行して、介護職員による医療的ケアの制度化⁴⁾や定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の創設によって、介護サービスの中で医療を一体的に提供する仕組みを整備することで、現行では医療機関で対応している患者を、効率的に介護施設や在宅生活にシフトさせていく取り組みが進められていると見ることができる。

III. 地域包括ケアシステムの構築に向けた医療・介護連携の課題

以上のような医療・介護制度改革の方向性を踏まえ、今後は、介護施設や在宅において、医療と調和しながら介護が提供されるようにしていく必要があることから、日常生活に密着して支援を提供するコメディカル職員や介護職員、支援内容を調整する相談支援従事者の役割が大きくなっていく。そうした状況は、「医療・介護に係る長期推計」[2]において、2025年に必要となるマンパワーとして、医師は5万人増の微増に止まる一方で、看護職員は64万人、薬剤師や理学療法士、作業療法士等は41万人、介護職員は104万人、介護支援専門員等は65万人のそれぞれ最大の増加を見込んでいることから窺い知ることができる。

しかしながら、これらの職員は、2011年時点で合計462万人であるところ、2025年には最大739万人が必要であるとして、概ね1.6倍の増加が見込まれているが、これだけのマンパワーを確保することは、現実的には極めて厳しいものと思われる。効率的なマンパワーの活用を図るためには、職種ごとに画一的な役割分担をするのではなく、様々な職種が専門性を共有できるようにしていく等、サービスの質的な面からのアプローチも含めて対応策を検討していく必要がある。

加えて、重度の要介護者を受け入れる主力施設である特別養護老人ホームは、職員配置基準が従来の基準からほとんど変更されていないが、医療職の関与が少ないままの状態での医療ニーズのある要介護者を受け入れていくことには、一定の限界がある。また、独居・夫婦のみ高齢者世帯が大幅に増加する中で、単に医療・介護サービスを提供するだけでは、在宅での療養が成り立たなくなる可能性が高い[6]。医療機関内で完結している医療を介護施設や在宅で提供していくためには、「生活の場」における支援としての医療のあり方や介護との連携方法について、十分に検討していくことが必要である[7]。

したがって、地域包括ケアシステムの構築に向けては、医療と介護の連携を強化していくことが極めて重要になってくるわけであるが、その具体的な課題として、入退院時における入院医療機関と在宅介護の連携や、生活の場における在宅療養を支える多職種間の連携をはじめとして、介護施設における医療ニーズや看取りへの対応、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所と医療機関

の連携、リハビリテーションや認知症に関する医療介護連携などが挙げられている[8]。これら全ての課題を一挙に解決することは難しいが、入院時における連携については、介護報酬における入院時情報連携加算や退院・退所加算、診療報酬における介護支援連携指導料によって、介護保険と医療保険の両面からの対応が図られつつある。また、介護施設における医療ニーズへの対応についても、看取り介護加算等の設定などが行われてきているが、現時点では、こうしたニーズに的確に対応できる支援体制が全国各地に構築されているとは言い難い。

このため、介護保険制度の地域支援事業において在宅医療・介護連携推進事業が創設され、2018年4月までに全市町村で実施することになったわけであるが、2016年8月現在、8つの事業項目⁵⁾全てを実施している市町村は174(10.0%)に止まっており、まだ事業を実施していない市町村も98(5.6%)ある[8]。事業を実施することにこだわり、本来の目的がみえないまま、取り組みの一部分だけを切り取り実施している自治体も少なくないとの指摘もなされており[9]、どのように実効性のある取り組みを行っていくかが課題となっている。

また、実際のサービスは、多様な法人や団体、事業者によって提供されることになるが、その結果として、事業者ごとの方針の違いが連携の障壁になりやすい[9]。事業者間の連携が不調になってしまうと、様々な支援がバラバラに提供されたりニーズに合わないサービスが提供されたりすることによって、無用な資源の消費を引き起こすことになってしまい、さらには支援を受ける人に生活の混乱が生じ、要介護状態の重度化につながってしまう。医療や看護、リハビリ、介護など専門性が分野ごとに高度化している現代では、ニーズに応じて多様な専門性を活用することが必要であり、それに伴って様々な専門職が支援に関わるようになってくる。医療・介護の連携を確保していくためには、一貫した方針と手法に基

づくサービスが提供されるよう、多職種・多機関による連携体制を構築していく取り組みが求められる。

IV. 医療・介護の一体的なケアマネジメントの必要性

近年、地域における生活を支援していく上で、当事者や家族のニーズを把握・評価し、活用可能な社会資源を組み合わせながら、最適な支援を調整する仕組みとして、ケアマネジメントの手法が普及している。ケアマネジメントが元来目的としているところは、当事者やその家族の身体機能状況、精神機能状況、社会環境状況を明らかにし、それをもとに問題状況を把握した上で、その解決に向けて、フォーマルあるいはインフォーマルなサービスの利用や、利用者の能力や意欲を活用したり、社会環境の側を改善することである[10]。その対象には、当然にして医療も介護も含まれており、これらの連携を確保するためには、ケアマネジメントの質を高めていくことが必要である。

ところが、我が国の介護保険制度におけるケアマネジャー（介護支援専門員）は、介護サービスの組み合わせと給付管理だけを行うことを前提として制度化されたため、利用者の病気を理解し、複雑な社会保障制度を利用しながら多様な社会資源をマネジメントするという業務は、当初から想定されていたものではなかった[11]。その結果、現行のケアマネジメントは、給付限度額の範囲内で在宅生活を成立させることに主眼に置いて、専ら介護サービスの調整が行われる場合が少なくなく、疾病の管理や重症化予防などの医療的な視点が欠如したマネジメントが行われることで、在宅生活の継続をかえって難しくさせているケースも生じている。本来は、こうした課題を見据えて、医療と介護、さらには社会福祉に関する高度な専門性を有する者が、ケアマネジメントの担

表1 介護支援専門員（ケアマネジャー）に関する主な検討課題

<p>① 介護保険の理念である「自立支援」の考え方が、十分共有されていない。</p> <p>② 利用者像や課題に応じた適切なアセスメント(課題把握)が必ずしも十分でない。</p> <p>③ サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない。</p> <p>④ ケアマネジメントにおけるモニタリング、評価が必ずしも十分でない。</p> <p>⑤ 重度者に対する医療サービスの組み込みをはじめとした医療との連携が必ずしも十分でない。</p> <p>⑥ インフォーマルサービス(介護保険給付外のサービス)のコーディネート、地域のネットワーク化が必ずしも十分でない。</p> <p>⑦ 小規模事業者の支援、中立・公平性の確保について、取組が必ずしも十分でない。</p> <p>⑧ 地域における実践的な場での学び、有効なスーパーバイズ機能等、介護支援専門員の能力向上の支援が必ずしも十分でない。</p> <p>⑨ 介護支援専門員の資質に差がある現状を踏まえると、介護支援専門員の養成、研修について、実務研修受講試験の資格要件、法定研修の在り方、研修水準の標準化などに課題がある。</p> <p>⑩ 施設における介護支援専門員の役割が明確でない。</p>
--

出典：介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理（介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会）

い手として確保されるべきであったと考えられるが、人材養成にかかる期間や実際に確保できる人数を考慮した結果として、現行の介護支援専門員が制度化されたというのが現実であろう。そして、現行の制度が、これだけ社会に広く定着していることや、今後ますますニーズが増加していくことを考慮すると、これからケアマネジメントの担い手を抜本的に見直すことは、実際には困難であると思われる。

したがって、我が国の現状において、病状の変化に応じた対応や医療機関との入退院の調整を含めたケアマネジメントを展開するためには、介護支援専門員の質を高めていくことが第一選択肢となる。このような状況を背景として、2012年に「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」が設置され、翌年1月に、中間的な整理として報告書がとりまとめられた。この報告書では、ケアマネジメントの質の向上に向けて検討すべき課題として表1の10点が示され、適切なアセスメントや多職種協働、医療との連携の不十分さ等が指摘されているが、こうした課題を踏まえた現行の連携体制のイメージを図示すると、図1ようになる。

この図を見てみると、介護支援専門員にかかる負担が極めて重く、医療に関する専門的な知識を身に付け、様々な事業者や職種の特性も把握した上で、支援の内容や事業者間の役割分担の調整を一手に担わなければならない立場に置かれていることが、改めて理解できる。結果として、介護支援専門員のスキルによって調整の水準が変動してしまい、支援内容が各々の事業者の方針や専門職の考え方に委ねられる余地が生じるため、支援全体の整合を図りにくくなっている状況が浮かび上がる。現実問題として、介護支援専門員がどの程度のスキルを身に付けることができるのか、高度な職責を果たせる人材をどれくらい確保できるのかということを見ると、個人や事業者単位での調整に依拠した連携には限界が見えてくる。

この間、地域包括支援センターによる介護支援専門員

への指導・助言の実施や、地域ケア会議におけるケアプラン点検の実施などの対応策が講じられてきたが、医療と介護の必要性が重視されつつある中で、介護支援専門員には医療に関する知識が不足しており、ケアマネジメントにおいて支援内容や生活習慣の改善が検討されないことが、改めて問題として提起されている[12]。その要因の一つには、2003年時点で介護支援専門員の37.6%が看護師・准看護師資格を保有していたのに対し、2015年には12.9%まで保有率が大幅に低下するなど[13]、医療の領域から介護支援専門員になる者が減少していることが考えられる。その一方で、在宅医療では生活の質の向上が志向されるが、医療職は疾患の治療を優先しがちであるという指摘があるように[14]、単に医療職にケアマネジメントを担わせるようにすることが、問題の解決につながるわけではない。

このため、2016年の介護支援専門員の研修制度の見直しにおいて、医療との連携や多職種協働を見据えた実務研修の充実などの対応が図られたが、数十時間の研修によって見込まれる資質の向上は限定的であろう。医療と介護の一体的なケアマネジメントを実施するためには、地域における実際の生活場面に即しながら、医療としての療養と介護による生活支援がバランスよく提供される方法論の確立と、その実践を推進する包括的かつ継続的な取り組みが必要である。

その一環として、2016年から介護予防活動普及展開事業⁹⁾が開始され、リハビリテーション専門職等を地域ケア会議や地域包括支援センターの研修等に派遣することによって、ケアマネジメントに医療職が関与する仕組みが創設されたが、この事業の基盤となる地域リハビリテーション体制には地域差があり、未だ全国的な展開には至っていない。また、いくつかの自治体では、介護支援専門員の資格を有する看護師を配置する在宅医療連携拠点が整備されてきているが、かかりつけ医の紹介や急変時の受け入れ病院の確保等、連携の範囲が医療分野に特化している場合が少なくなく、介護を含めた生活全体

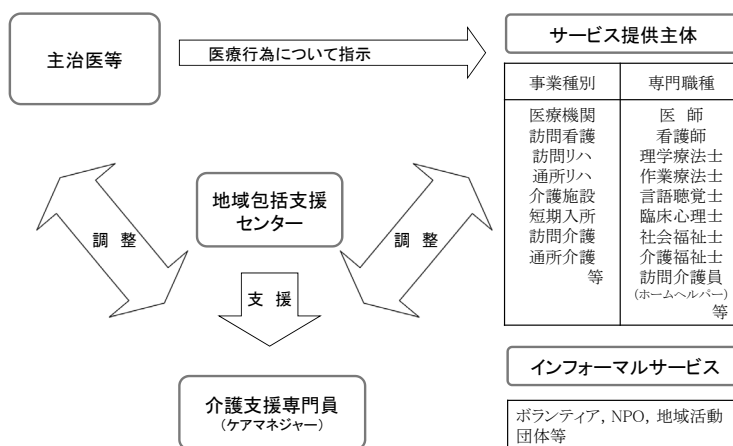


図1 現行の連携のイメージ
(筆者作成)

の調整まで担う体制にはなっていない。退院調整ルールや地域連携パスの作成が進められている地域も出てきているが、医療機関主導で実施される地域連携パスが、医療機関を越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や、退院調整に向けた情報共有に介護支援専門員が実質的に参画できていない状況があることも報告されている[15]。

こうした様々な取り組みが必ずしも奏功しているとはいえない現状に鑑みると、既存の体制を前提とした取り組みだけでは、医療・介護の一体的なケアマネジメントを実施するのは困難であるとも考えられる。真の地域包括ケアシステムを構築していくためには、医療・介護に関わる多職種による組織的なケアマネジメント体制を新たに一つづくっていくという視点が必要なのではなかろうか。

V. 今後のケアマネジメント体制のあり方

これまでの考察において、医療・介護連携を推進するためには、①多様な職種による専門性の共有、②事業者間をまたがる連携体制の構築、③総合的かつ実践的な支援手法の開発が必要となるが、これらを個人や事業者レベルでの取り組みだけに依拠することは困難であり、④組織的なケアマネジメント体制の整備が必要であることを指摘した。これらの課題を踏まえ、今後の新たな連携体制は、図2のようなかたちになっていくことが望ましいと考えられる。

この体制の最大の特徴は、一定区域を所管する連携支援機関を新たに設置して、担当区域内の地域包括支援センターや介護支援専門員に対して、医療と介護の連携を一元的に支援する体制を整備するところにある。この機関には、事業者から独立した医師や看護師、作業療法士、理学療法士等のリハ職、社会福祉士等を配置し、主

治医等との連携をはじめとして、事業者に対する専門的な知見に裏付けられた助言・支援やネットワーク化の調整、人材育成支援などを担うこととしている。また、当事者に対しては、基本的には一次相談機関である地域包括支援センターや介護支援専門員が継続的なケアマネジメントを実施することとなるが、複雑・困難なニーズを有するケースについては、二次相談機関として専門的な知見を用いて疾病や障害の状況、生活環境等の評価を行い、一次相談機関と連携しながら支援内容の調整も行う。

こうした体制によって介護支援専門員の専門性の不足を補うことで、主治医や事業者等との調整において専門的かつ実務的な調整ができるようになり、療養方針を踏まえた支援の提供ができるようになることが期待される。合わせて、相談支援ネットワークである地域ケア会議等を通じて、新たな連携支援機関を地域の相談支援体制に組み込むことによって、当該地域における事業者間の連携方法を一元化できるようになれば、地域全体のケアマネジメントの質を向上にもつながっていく。

新たな連携支援機関の創設は、介護支援専門員が連携する機関が増えることになるため、連携にかかる時間や労力の増加とともに、連携が不調になることによる混乱や資源の浪費を生じさせる恐れもある。しかしながら、地域包括支援センターや地域ケア会議によるケアマネジメントの支援が、抜本的な医療との連携強化策とはなり得ていない現状や、介護支援専門員の資質向上に向けた取り組みには一定の限界が想定されることを踏まえると、むしろ医療に関する専門的な連携支援体制を整備することによって、連携の円滑化とケアマネジメントの効率化が図られるようになると思われる。

この連携支援機関がこうした期待に応えるための最大の課題は、地域の中でケアマネジメントに従事する医療職を確保することである。医療職の大半は、医療機関に

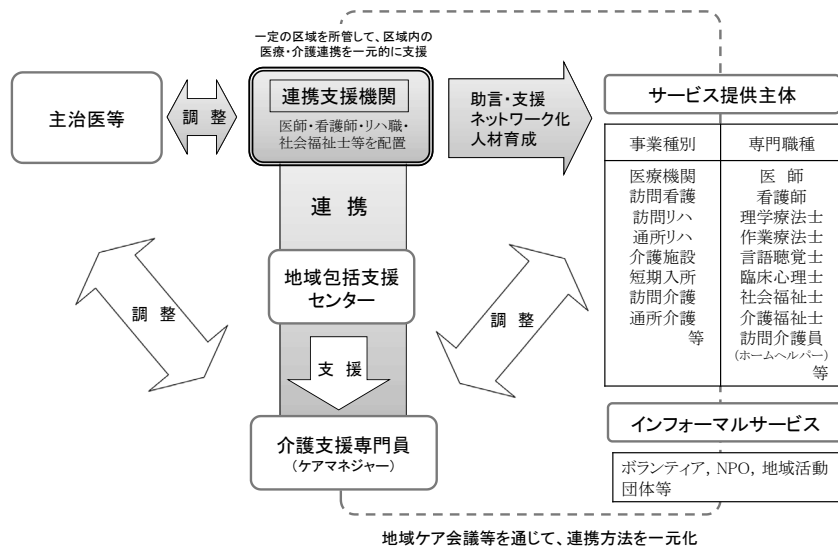


図2 新たな連携体制のイメージ
(筆者作成)

において直接患者を支援する業務に従事しているが、新たな連携支援機関が期待する業務には、サービスのコーディネーターや事業者等に対するコンサルテーション、地域ネットワークのマネジメントなど、直接的な支援とは異なる知識や技術が求められる。このような業務を担い得る人材は、これまで計画的に養成されてきておらず、現に担っている者も非常に少ないのが現状であるが、今後は、こうした業務を担うことができる人材の育成と職域の確立が望まれる⁷⁾。このような医療職の状況を踏まえると、ケアマネジメント支援に従事する医療職を速やかに全ての地域包括支援センターに配置することは困難であり、ある程度の広域性をもった専門機関を置き、まずは少数の地域支援に専従する医療職を配置することによって、地域包括支援センターや介護支援専門員を後方支援していく仕組みを作っていくことが、やはり現実的な施策として有効であると思われる。

ただし、こうした取り組みは、診療報酬や介護報酬等で評価されるものではないことや、公平性や中立性に配慮しなければならないものであることから、行政の主体的な関わりが必須となる。例えば、地域包括ケアシステムの先駆者である公立みつぎ病院がある広島県では、県内自治体が関与する公益法人が「地域包括ケア推進センター」[16]を設置し、県内市町に専門職を派遣する体制を確保している。また、川崎市[17]や京都市[18]、北九州市[19]による障害者更生相談所等の機能を活用した地域リハビリテーションの取り組みは、障害者施策との連携を確保する観点からも参考とすることができるが、地域ごとに活用できる財源や人材が異なることや、地域のニーズに応じて連携の仕組みや規模も変わってくることから、新たな連携支援機関の組織や配置する職員の有り様は、地域の実情に応じることになるだろう。

また、ケアマネジメント総体としては、インフォーマルサービスのコーディネーターや地域のネットワーク化も課題とされており、生活支援にかかる地域資源の開発やニーズとのマッチングを求められている部分もある⁸⁾。この点については、必ずしも医療・介護連携と直結しないが、生活全体をマネジメントしていくという観点からは、全く切り離して議論することは適切でない。ケアマネジメントは、地域包括支援センターや地域ケア会議によって構築される制度横断的な連携ネットワークを活用しながら、介護支援専門員が主体的に取り組むものであり、新たな連携支援機関は、あくまでその支援を行うものであるという位置づけを確認しておく必要がある。

新生児医療の発達を背景とした医療的ケア児の増加や、救命医療の技術向上による中途障害者の増加によって、高齢者のみならず全世代に渡って、医療と介護の連携を必要とする支援ニーズが広がってきている。年齢や障害・疾病種別を問わない、あらゆるニーズに対応できるケアマネジメント体制の構築が求められつつあるが、児童期・成人期・高齢期それぞれにライフステージに応じた特性があり、さらに障害や疾病も多様化・複合化して

きている状況の中で、全てのニーズに限なく対応できる人材や体制を確保することは、現実的には極めて難しい。どこに焦点を当ててどのような体制をつくっていくのか、対応しきれないニーズに対してどのように支援していくのか、地域のニーズと資源を見極めながら、ケアマネジメント体制の全体像を描いていくことが求められる。

注

- ¹⁾ 地域ごとに見れば、不足する地域と過剰となる地域があり、概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外では過剰となる地域が多いとされている[4]。
- ²⁾ 地域医療構想は、2018年3月までに各都道府県が策定することとされているが、2016年度中に全ての都道府県が策定を終えている。
- ³⁾ 地域医療構想策定ガイドライン[3]では、在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指すとされていることに留意する必要がある。
- ⁴⁾ 2012年から、医師の指示、看護師等との連携の下において、介護福祉士や一定の研修を受けた介護職員等によるたんの吸引・経管栄養ができるようになった。
- ⁵⁾ 在宅医療・介護連携推進事業の事業項目は、①地域の医療・介護の資源の把握、②在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応策の検討、③切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進、④医療・介護関係者の情報共有の支援、⑤在宅医療・介護関係者に関する相談支援、⑥医療・介護関係者の研修、⑦地域住民への普及啓発、⑧在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携の8つとなっており、2018年4月までに全ての項目を実施することとされている。
- ⁶⁾ 具体的には、都道府県が、リハビリテーション専門職等の広域派遣調整や市町村事業に必要な知識を習得させるための研修会を実施する介護予防市町村支援事業がこれに当たる。なお、市町村が、地域ケア会議や地域包括支援センターの研修等にリハビリテーション専門職等の派遣を依頼する際の謝金等については、一般介護予防事業における地域リハビリテーション活動支援事業を活用できることとなっている。
- ⁷⁾ 地域包括ケア研究会は、これまで医療職は、直接的なサービスを提供することが役割の中心であったが、今後は、個々の「利用者」に対してサービス提供を行うだけでなく、「地域」に対して貢献することを期待するとしている[9]。
- ⁸⁾ ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を支援するために、2015年に施行された改正介護保険法において、生活支

援体制整備事業が創設された。

引用文献

- [1] 社会保障制度改革国民会議. 社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～. 2015.
- [2] 厚生労働省. 医療・介護に係る長期推計（主にサービス提供体制に係る改革について）. 2011.
- [3] 厚生労働省. 地域医療構想策定ガイドライン. 2016.
- [4] 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会. 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第1次報告～医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって～. 2015.
- [5] 厚生労働省. 在宅医療等の新たなサービス必要量に関する考え方の整理. 医療計画の見直し等に関する検討会（第9回）資料3. 2017.
- [6] 城克文. 医療介護連携政策の動向. 保健医療科学. 2016;65(2):105-113.
- [7] 尾形裕也. 日本における在宅医療の現状, 課題及び展望. 季刊・社会保障研究. 2012;47(4):357-367.
- [8] 厚生労働省. 在宅医療・介護の連携等の推進. 社会保障審議会介護保険部会（第68回）資料1. 2016.
- [9] 地域包括ケア研究会. 地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書—地域包括ケアシステムと地域マネジメント. 2016.
- [10] 白澤政和. ケアマネジメント. 岡本民夫, 田端光美, 濱野一郎, 他編. エンサイクロペディア社会福祉学. 東京:中央法規出版;2007. p.644-649.
- [11] 筒井孝子. 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—. 東京:中央法規出版;2014.
- [12] 川越雅弘. ケア提供論—多職種連携に焦点を当てて—. 社会保障研究. 2016;1(1):114-127.
- [13] 厚生労働省. 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業（結果概要）. 社会保障審議会介護給付費分科会—介護報酬検証・研究委員会（第10回）資料1-5. 2016.
- [14] 石橋幸慈. 在宅医療における多職種連携・協働を成功させるために. 病院. 2016;75(4):274-279.
- [15] 日本能率協会総合研究所. 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「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」報告書. 2015.
- [16] 日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会・リハビリテーション連携パス策定委員会. リハビリテーションと地域連携・地域包括ケア. 東京:三報社;2013.
- [17] 川崎市. 川崎市地域リハビリテーションセンター整備基本計画. 2012.
- [18] 京都市. 京都市におけるリハビリテーション行政の基本方針. 2013.
- [19] 北九州市. 平成28年度保健福祉局組織改正. 2016.