

我が国における地域包括ケアシステムの現状と課題

川越 雅弘

■ 要約

現在、「地域」という枠組みの中で、医療機関間や医療・介護間の機能分化・機能分担の明確化による効率的なサービス提供の促進、施設間および職種間の連携強化による切れ目のない医療・介護サービス提供とそれによる利用者の生活の質（QOL）の向上を目指した制度改革が進められている。

これを現場レベルで実効ある形で推進するためには、財源論を主体とするのではなく、多職種の専門性を尊重する（発揮する場を提供する）とともに、各人のレベルアップが図れる（実感できる）仕組みを内包した形でのサービス提供体制の構築を目指すべきである。

この具体的ツールが、多職種の役割の明確化を図るケアカンファレンス（CC）を必須としたケアマネジメントである。これに、主治医機能と地域包括支援センターなどが行う地域資源の再編や開発が連動すれば、高齢者の生活を柔軟に継続支援可能な地域包括ケアシステムが構築されるものと考えられる。

■ キーワード

地域医療連携、医療計画、機能分化・連携、地域包括ケア、ケアマネジメント

I はじめに

今後 20 年にわたる後期高齢者の急増が予想される中、高齢者の生活の質（quality of life：以下、QOL）の維持・向上と、高齢者医療・介護費用の適正化の両者を如何に達成するかが重要な政策課題となっている。こうした中、2006 年 6 月、平均在院日数の短縮等を通じた医療費の適正化、社会的入院の是正を目的とした療養病床の再編成、後期高齢者医療制度の創設等を含んだ医療制度改革関連法案が、また、2005 年 6 月、制度の基本理念である「自立支援」「尊厳の保持」を基本としつつ、予防重視型システムへの転換や新たなサービス体系の確立（地域密着型サービスや地域包括支援センターの創設等）による制度の持続可能性を高めることを目的とした介護保険法改正案が可決・成

立した。

法律改正や報酬改定がほぼ同時期に行われたため、現場にとって非常に大きな制度見直しとなったが、両制度見直しの根底にある基本的方向性は、「地域」という枠組みの中での、医療機関間や医療・介護間の「機能分化・機能分担の明確化による効率的なサービス提供の促進（費用の適正化）」であり、「施設間および職種間の連携強化による切れ目のない適切な医療・介護サービスの提供とそれによる利用者の QOL 向上」である。地域連携パスの構築や退院前ケアカンファレンス（以下、CC と略）の実施に対する報酬設定、在宅療養支援診療所の新設、介護保険へのケアマネジメント手法や多職種協働システム（専門職間の機能分担と連携の仕組み）の導入、地域包括支援センターの新設なども、これらの考え（目的）を実現するための支援

ツール（手段）であるという認識を持つ必要がある。

さて、今回の医療・介護制度改革は、地域という枠組みの中での互いの機能分担の明確化と連携強化をもとに、適正な給付の実現と制度の持続可能性の確保を図ったものと言えるが、医療・介護関係者にとっては大きな意識改革・業務改革を求められるものであったため、現時点で十分に機能しているとは言い難い。

そこで、本稿では、まず、地域包括ケアに関連する部分を中心に、今回の両制度改革のポイントについて概観する。次に、地域包括ケアシステム構築を先進的に進めている広島県尾道市の取り組みを解説するとともに、その成功要因について言及する。また、我々が現在行っているケアマネジメント事例研究をもとに、地域包括ケアの重要な要素であるケアマネジメントの現状と課題について言及する。最後に、実効ある地域包括ケア構築に向けた対策について私見を述べる。

Ⅱ 2006年医療制度改革のポイント ～地域医療連携の推進～

社会保障審議会医療部会は、2005年12月に医療提供体制に関する意見を発表した。これは「患者の視点に立った、患者のための医療提供体制の改革」を基本的考えとしつつ、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅医療への切れ目のない良質で効率的な医療を提供しながら費用適正化を図る仕組みを、地域をベースとして再構築するというものであった（医療機関完結型から地域完結型の医療提供体制への転換）。また、医療機能の分化と連携、医療・介護間の機能分担と連携を推進するため、①医療計画 ②診療報酬評価 ③在宅療養拠点の評価 ④情報開示 の観点からさまざまな対策が講じられた。以下、その概要を解説する。

1. 医療計画の見直し

医療計画制度の見直しは、厚生労働省医政局に設置された「医療計画の見直し等に関する検討会」において検討された。その中で、同会は、医療提供サイドの視点、量的な視点、医療機関の階層型連携を念頭に置いた視点で構想されたこれまでの医療計画を、患者を中心とし、かつ、医療機能を重視した形での柔軟なネットワーク型連携へと転換することを提案した。求めたのは、患者の病期に着目し、地域にある医療機関、介護サービス提供者、行政などのそれぞれの有する機能を最大限発揮しながら、一人の患者に関与していくという地域完結のネットワーク型連携である（図1）。

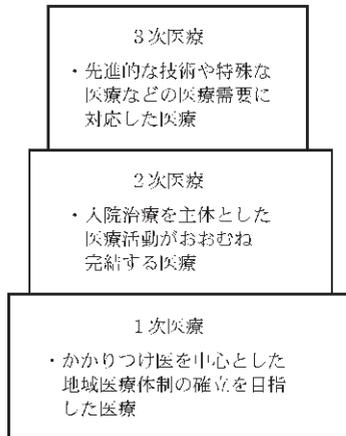
こうした流れを受け、各都道府県は、4疾病および5事業¹⁾について、地域の医療連携体制を構築するとともに、地域の実情に応じた各医療機関の機能分担と連携の状況（具体的な医療の流れとその担当）を医療計画に明記すること、さらに、計画策定だけでなく、その後の進捗状況を評価し、適宜計画を見直すといった事業マネジメントも求められることとなった。

2. 診療報酬上の評価

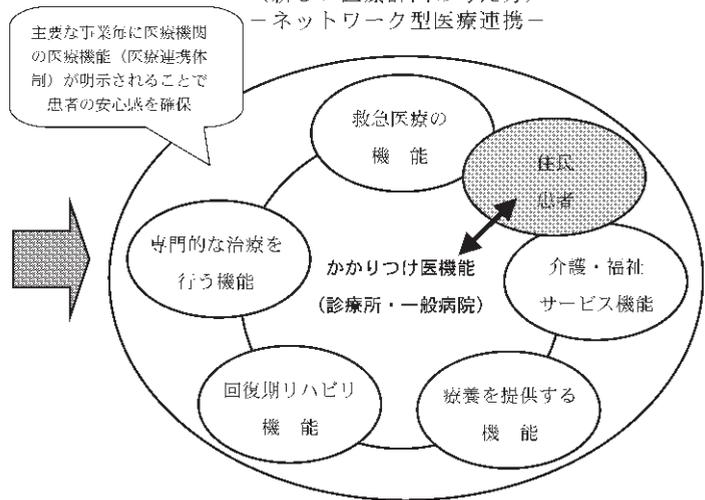
(1) 退院時共同指導に対する評価

不安が大きい退院前後の支援の継続性を確保することは、高齢者やその家族にとって非常に重要なことである。そこで、2006年報酬改定において、入院中の医療機関の医師や看護師等と、退院後の在宅療養を担う医療機関の保険医が、患者の同意を得た上で、退院後の居宅における療養上必要な説明および指導を共同で行う行為を評価するため、地域連携退院時共同指導料1・2が新設された²⁾。また、共同指導に、退院後に訪問看護を担当する訪問看護ステーションの看護師等がかかわった行為を評価するため、地域連携退院時共同指導加算³⁾も新設された。

(これまでの医療計画の考え方)
 - 階層型医療連携 -



(新しい医療計画の考え方)
 - ネットワーク型医療連携 -



出典：日本医事新報 (2005.9.17)、No.4247、p.3 より引用、一部改変

図1 新しい医療計画の考え方 (概念図)

(2) 地域連携診療計画作成に対する評価

急性期から回復期、慢性期を経て在宅医療への切れ目のない良質で効率的な医療を提供するためには、複数の医療機関間で診療計画を共有化しておく必要がある。2006年報酬改定においては、大腿骨頸部骨折に対する地域連携診療計画作成を評価するため、地域連携診療計画管理料および地域連携診療計画退院時指導料⁴⁾が新設された。

(3) 「多様な住まい」への外部医療サービスに対する評価

療養病床再編の流れの中、医療ニーズを伴う多様な住まいの居住高齢者に対し、必要な医療を適切に確保する必要性が生じてきた。そこで、今回、末期の悪性腫瘍の特定施設⁵⁾入居者に対し、在宅療養支援診療所の医師が同意を得た上で、計画的な医学管理のもとに月2回以上の訪問診療を行った場合に在宅時医学総合管理料および在宅患者訪問診療料が、また、特別養護老人ホーム (以下、特養) の末期の悪性腫瘍の患者に対しては、在宅療養支援診療所の医師が訪問診療を行う場合、また

はその指示に基づき訪問看護を行う場合にその費用が算定可能となった。

3. 在宅療養支援診療所の新設

2006年の制度改正で、地域における患者の在宅療養提供の主たる責任を有し、必要に応じてほかの医療機関、訪問看護ステーション、薬局等との連携を図りつつ、24時間体制で往診や訪問看護を実施できる体制を有する診療所として、在宅療養支援診療所が位置づけられた。なお、ケアマネジャーとの連携が、同診療所の届出要件の一つとなっている。

4. 医療機能に関する情報提供の推進

2006年の医療法改正により、住民・患者による医療機関の適切な選択の支援を目的とした医療機能情報提供制度が創設された。これは、医療機関から報告された情報を都道府県が集約し、住民・患者に対してインターネット等を通じて地域の医療機能に関する情報を提供するという制度である。

提供情報の内容は、診療科目・診療時間などの基本情報だけでなく、差額ベッド代の費用、人員配置、医療連携体制に対する窓口設置の有無など、幅広いものとなっている。2007年度から準備を開始し、2008年度中には完全運用を開始する予定である。

III 2006年介護制度改革のポイント ～地域包括ケア体制の強化～

2005年6月に成立した改正介護保険法は、給付の重点化・効率化により、制度の持続可能性の確保を図るとともに、地域における包括的・継続的ケアマネジメント体制の構築、施設や居住系サービスにおける医療と介護の機能分担と連携強化など、地域包括ケア体制の強化を目指したさまざまな内容が盛り込まれたものとなった。以下、その概要を解説する。

1. 地域包括ケアシステムという概念の導入

住み慣れた「地域」で、要介護者の生活をできる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとするさまざまな支援が継続的かつ包括的に提供される仕組みが必要である。この考えに従って、介護保険で導入したケアマネジメントや多職種協働などのツールを活用した形での地域包括ケアシステムの確立の必要性を最初に打ち出したのが、2003年6月に公表された高齢者介護研究会の報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立について～」である。

これまでのように、「施設」か「在宅」といった二元論を中心として、各々の世界の中での最適化を図るのではなく、介護施設、居住系サービス、高齢者住宅、自宅をも含めた地域における「多様な住まい」に居住する高齢者に対し、療養場所を

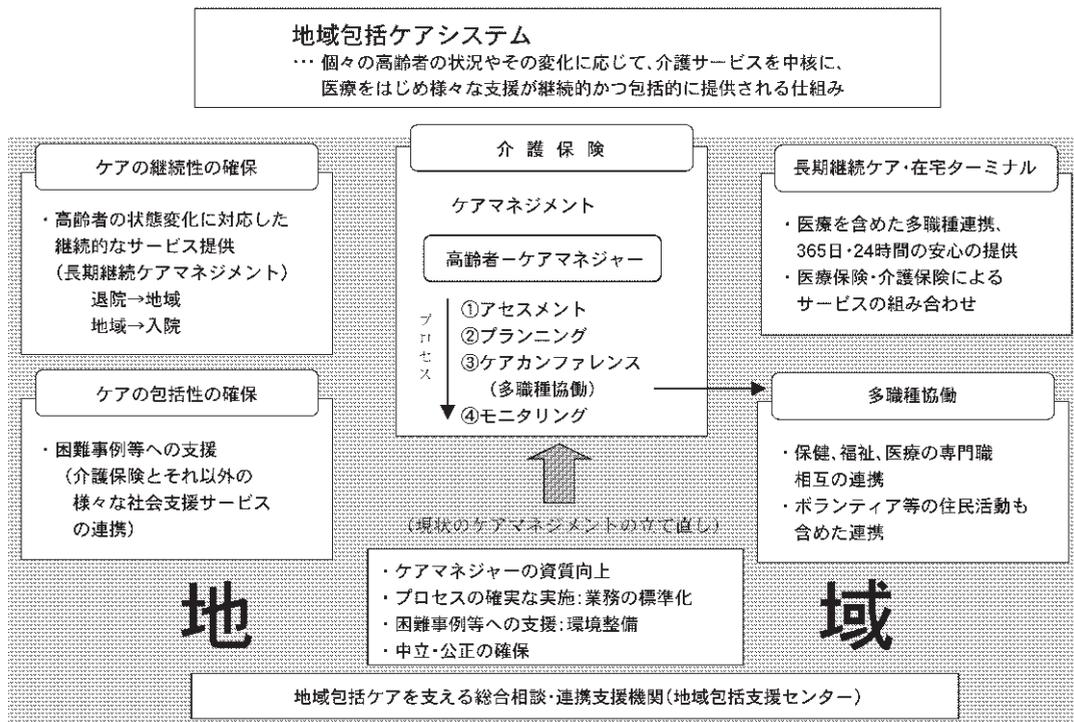
問わず、必要な医療・介護・生活支援サービスを継続的・包括的に提供するシステムの構築を目指したものである。この考え方が、2006年の介護制度改革の目玉の一つである地域包括ケアの推進に、また、それを支える中核機関としての地域包括支援センターの創設につながったのである。

2. 地域を対象としたマネジメント拠点の整備

高齢者介護研究会の提言を踏まえ、地域包括ケアを支える中核機関として、①総合相談・支援 ②虐待防止・早期発見および権利擁護 ③包括的・継続的ケアマネジメント支援 ④介護予防ケアマネジメントなどの機能を担うために設置されたのが地域包括支援センターである。特に、包括的・継続的ケアマネジメント支援機能では、医療機関、在宅主治医、ケアマネジャーの連携体制の構築を支援することにより、退院前CCなどを通じた円滑な退院支援が行われることが期待されている。これに関連して、ケアマネジャーが退院・退所時において、入院・入所機関との連携を行った上で新規にケアプランを作成した場合、通常の新規のケアプラン作成費より高い報酬が設定されるなど、ケアマネジャーの退院時支援への関与を促す仕組みも導入されている。

また、高齢者の生活を包括的・継続的に支えるためには、利用者、地域住民、介護サービス提供者、医療関係者、各種関係団体、民生委員、NPO法人、インフォーマルサービス関係者、権利擁護・相談関係者などの人的ネットワークの構築と状況に応じた適切な役割分担と活用が必要となる。このようなネットワーク構築も、同センターの重要な役割である。

これら期待される役割を、センターの構成員である社会福祉士、保健師等、主任ケアマネジャーのチームアプローチで対応するという形式をとっている。



出典：社団法人日本社会福祉士会地域包括支援センターにおける社会福祉士実務研修委員会編集（2006）『地域包括支援センターのソーシャルワーク実践』p.3 を一部改変

図2 地域包括ケアシステム

3. 多職種協働の目標の明確化

地域医療連携は、主に医療従事者間の連携であり、治療目標の共有化を図りやすい状況にある。一方、多様なニーズを抱えた高齢者の地域生活を支援する地域包括ケアでは、保健・医療・福祉などによる多職種協働が求められるが、使用用語、用語に対する理解度、これまでの教育体系などが大きく異なるため、目標の共有化を図ることは容易ではない。

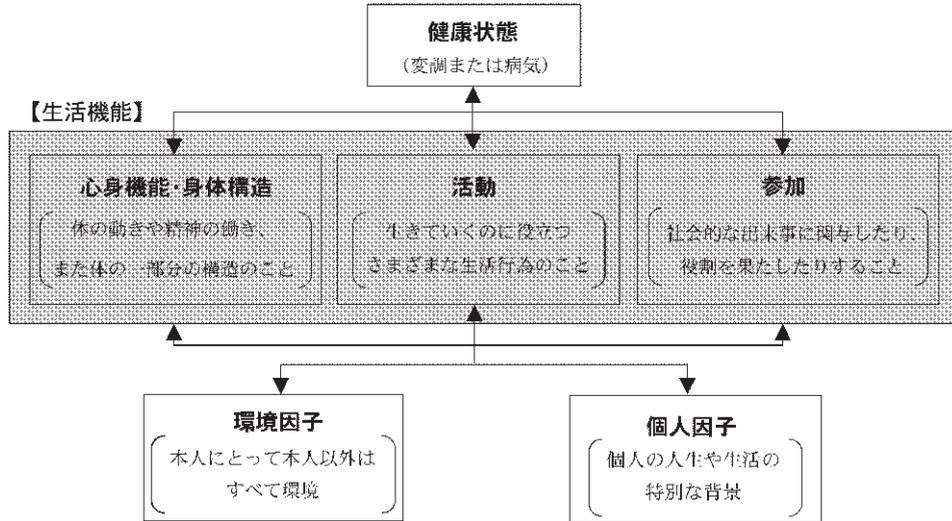
そこで、今回、高齢者に対するサービスやマネジメントの目指す目標（何をゴールとするか）が「生活機能の維持・向上」と設定された。これは、心身機能・身体構造、活動、参加で構成される「生活機能」と、これに影響を及ぼす健康状態、環境因子、個人因子を包括的に評価した上で、障害因

子除去やサービス介入を行い、生活機能が維持・改善されたかをモニタリングしながら、サービスやケアマネジメントの質の向上を継続的に目指すことを意図したものである。

4. 施設等における医療との連携強化

2006年の介護報酬改定では、グループホーム入居者の健康管理や医療連携体制の強化を図るための、看護師の確保（訪問看護ステーションとの契約でも可）や看護師による24時間連絡体制の確保が、また、特養入所者の重度化に対応した、看護体制や夜間の24時間連絡体制の確保、ターミナルケアの実施が評価された。

今回の地域包括ケアの構築に関連する医療・介



出所：障害者福祉研究会編集『ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版—』P.17 を一部改変

図3 ICF の生活機能モデル

護制度改革のポイントを以下にまとめる。

- 地域という概念を提示するとともに、その空間での療養の継続性を確保するため、包括的かつ継続的なサービス提供体制の構築を目指したこと
- 平均在院日数の短縮化、患者・家族の退院後の生活に対する不安軽減を図るためには、退院を行いやすい環境整備が必要となる。そこで、地域包括支援センターやケアマネジャー、在宅療養支援診療所の医師などを活用し、退院前CCの実施などによる円滑な退院支援（サービスの継続性・包括性の確保）や24時間対応が行える体制の強化を図ったこと
- 今後の後期高齢者や一人暮らし高齢者の急増、療養病床の再編成などに対応するためには、多様な居住の場を確保する必要があるが、そこで必要な医療は、外部から提供可能とする仕組みを導入したこと（ただし、医療の必要性の判断、医療に関するマネジメントを誰がどのように担うかは今後の課題）

- 多様なニーズを有する高齢者の生活を支援するための、人的ネットワーク（保険以外のサービスを含む）の構築（地域作り）を担う拠点を留意したこと

Ⅳ 先行事例から学ぶ地域包括ケアシステム構築のポイント

地域医療連携に関しては、連携構築の中心となる機関が病院か診療所かの差はあるものの、先行事例は散見される。ただし、地域医療連携に、保健・福祉・介護との連携も含めた形での地域包括ケアの構築事例は少ない。その代表的事例が、広島県尾道市の公立みつぎ総合病院を核とした地域包括ケアシステムであり、同市医師会を中心に主治医機能⁶⁾とケアマネジメント機能を融合させた形で展開した地域包括ケアシステムである。

本章では、地域包括ケアシステム構築に関するインタビューならびに退院時CC等の実態調査を実施した後者の事例について、これまでの取り組

みの経緯に沿った形で解説するとともに、その成功要因について言及する。

1. 基本理念の明確化

尾道市は、2005年3月に御調町・向島町、2006年1月に因島市・豊田郡瀬戸田町と合併し、2007年12月末現在、人口15.1万人、65歳以上高齢者4.3万人、高齢化率28.6%と、高齢化が進んだ地区である。

このような医療圏特性を踏まえ、医師および医師会としてどのような対応が必要かを考えた上で、1994年に策定されたのが、7つの柱から成り立つ「尾道市医師会高齢者医療ケアシステム整備・基本コンセプト」である⁷⁾。

このコンセプトにおいて、「主治医機能」を最も重要な位置づけとし、この機能を最大限に発揮できる環境整備が地区医師会の役割であること、また、高齢化率の高い医療圏で、最大限に主治医機能を発揮するには、地域において、多職種協働による包括的・継続的なサービスが柔軟に提供できるシステム作りが必要であるとの方向性を明示した。また、多職種協働を実効ある形で進めるためには、関係者間の共通認識の醸成が不可欠と考え、医師を含めた多職種が参加する系統的な講演会の開催を行った。これ以後のさまざまな取り組み(例えば、急性期病院との退院前CCへの取り組み、社会福祉協議会・連合民生委員児童委員協議会・公衆衛生推進協議会との連携など)は、すべてこのコンセプトに沿って進行しているものである。

介護保険制度が開始される6年も前から、長期的視野に立って基本コンセプトを策定し、それに沿って着実に一つ一つの課題を解決してきた結果として、今日の非常に柔軟性の高い尾道方式(地域医療連携とケアマネジメントの融合による包括的・継続的サービス提供モデル)が結実し、さらに、認知症の早期発見・早期対応プロジェクト⁸⁾やエンジェル・プランなどに発展していることは、

特筆すべきことである。

このことは、如何に関係者が納得できる基本理念を構築できるか、また、その理念に沿って、具体的な地域での活動を長期にわたって推進できるかが、地域作りでは重要であることを如実に物語っていると言えよう。

2. 主治医機能を発揮するための環境整備の推進

前述したように、尾道方式では、「主治医機能」が非常に重要視されている。一人一人の医師が最大限の能力を発揮することが、地域における医療の総合力の向上につながるという信念に基づいたものであるが、これを支援するため、さまざまな取り組みがこれまで実施されてきた。その一つが、1990年、救急時の対応を支援するために3中核病院と設置した「尾道市医師会救急蘇生委員会」である。これは、その後の地域医療提供体制の整備のきっかけとなったものである。

また、在宅医療を介護サービス面から支援すべく、1994年には医師会内に高齢者関連事業の設置準備委員会を発足させ、その後、1995年には訪問看護ステーションを、1997年には介護老人保健施設・在宅介護支援センターを、1998年には24時間365日対応のホームヘルパーステーションを、1999年にはケアマネジメントセンターを開設している。

さらに、2002年には社会福祉協議会と、2004年には連合民生委員児童委員協議会と、2006年には公衆衛生推進協議会との連携を強化するなど、「主治医機能を介在させる形での高齢者の包括支援体制」が年々拡大し、今日に至っているのである。

3. ケアマネジメント概念/手法の理解の徹底

さまざまな障害を抱える高齢者に対しては、医療と介護のサービスが過不足なく一体的に提供されることが望まれる。これを実現するためには、主治医機能と併せて、医療と介護をつなぐケアマ

ネジメント機能の充実が必要不可欠である。

ところで、ケアマネジメントは、アセスメント過程～合意形成を経た上でのケアプラン作成過程～モニタリング過程で構成されるが、高齢者を包括的に評価するためのアセスメント過程は、高齢者をみる視点を養成する上で非常に重要である。

そこで、尾道市医師会では、まず、医師会事業部門である訪問看護ステーション、24時間ホームヘルパーステーション、在宅介護支援センター、介護老人保健施設の全スタッフに対し、アセスメントツールの標準装備を実施した⁹⁾。その上で、1999年に設置したケアマネジメントセンター主催の、尾道市医師会方式（主治医医療機関で行う15分CC）の集中実務研修を二回実施し、ケアマネジメントや多職種協働に対する理解の促進と、現場での具体的実施方法の習得を行い、介護保険施行前の段階でケアマネジメント体制の整備を完了していたのである。このことが、他地域では考えられない、96.7%（2000年5月時点）という高いCC実施率につながったのである¹⁰⁾。

4. ケアカンファレンスを通じた多職種協働の実現

前述したように、尾道市では、医師会が策定した基本コンセプトに沿う形で、主治医や在宅ケアにかかわる関係職種のケアマネジメントに対する共通認識がさまざまな方法を用いながら形成され、今日に至っている。なかでも、CCが、ケアマネジメント過程における「最重要プロセス」として位置づけられ、現場で「当たり前」のように実践されているのが最大の特徴である。

尾道方式の中で、利用者や家族を含めたCCが最重要プロセスと位置づけられた理由としては、①関係多職種間での利用者・家族の意向の共有化が図られた上での適切なケアプランが作成できること ②過不足なき包括的サービス提供が実現できること ③多職種協働が実現できること ④関

係職種の研修機能を有していることであろう。

ケアマネジメントの理念が理解できているか、また、その理解が、実際の業務にきちんと反映できているかを相互チェックすることで、ほかの専門職に対する理解と、専門職としての役割が果たしているか否かの自己・相互チェック機能の両方が実現できる最適な場が、実はCCの場であり、これを標準装備することで、関係多職種のスキルアップが否応なく図られているのである。また、多職種協働が進めば、退院前CCを通じた病診連携の推進につながるだけでなく、ほかの課題（例えば、認知症高齢者の早期発見・早期対応など）に対しても容易に応用できるなど、尾道方式は非常に汎用性の高いシステムと言える。

V ケアマネジメントの現状と課題 ～事例分析等を通して～

2006年の介護制度改革で、ケアマネジメント実施主体は、要支援者に対しては地域包括支援センター職員、要介護者に対しては居宅介護支援事業所のケアマネジャーとなり、また、要支援者に対する介護予防ケアマネジメントでは、目標指向型の考えが強調された支援計画の作成を求められるなどの制度見直しが行われたが、現時点でこれらが有効に機能しているとは言い難い¹¹⁾。以下、介護予防ケアマネジメント事例検討やケアマネジャーへのインタビュー等を通して把握した、ケアマネジメント実施上の課題を整理する。

1. 保険サービスを中心とした支援計画作成

さまざまなニーズを有する高齢者の地域生活を継続的に支えるためには、個々の高齢者の生活ニーズ（課題）を把握し、その原因や背景を検討した上で、地域のさまざまな資源を活用しながら課題解決を図っていくことが必要となる。このために導入されたのがケアマネジメントであったが、医

師との連携不足、保険サービス優先のプラン作成などの問題が指摘されたこともあり、本来求められていたケアマネジメント過程の徹底を図るため、介護予防サービス・支援計画表の様式も見直された¹²⁾。

しかしながら、今回、要支援者に対する事例検討を進める中で、①介護保険サービスありきとなっている支援計画が少なくない ②保険サービス前提で思考するため、ニーズ把握やそのためのアセスメントが重視されていない（アセスメント過程とサービス決定過程が分離） ③対象者の真のニーズや意向に踏み込めていないため、目標設定（ゴール設定）が抽象的になっている などが確認された。

ケアマネジメントの本質は「継続的・包括的な生活支援」であり、介護保険はその一部を保障している制度に過ぎないという認識（意識改革）、ニーズから始まるケアマネジメントの方法論の徹底が必要である。

2. 実務教育体系の脆弱さ～特に、OJT(On-the-Job Training)の不足～

ケアマネジャーに対しては、試験合格者に対する実務研修、実務従事者を対象とした研修（基礎研修、専門研修Ⅰ、専門研修Ⅱ）、主任ケアマネジャー研修、更新研修などの研修が体系立てられている。

これら研修は、ケアマネジメント過程を再習得する上で重要ではあるが、最も実践的な研修は、自身の有する個別事例計画に対する指導・助言（スーパービジョン）であろう。前述した尾道方式は、ケアマネジメント手法に関する研修を受けた多数の主治医が、CCの場でスーパーバイズ機能を果たしている事例ととらえることができる。

問題は誰がこの機能を果たすのかである。これは、地域資源にも依存するが、主治医主導型、保険者主導型¹³⁾、地域包括支援センター主導型など

が考えられる。

VI 地域包括ケアシステム構築に向けて

本章では、第Ⅳ～Ⅴ章の検証を踏まえた上で、地域包括ケアシステムを各地で展開するための施策のポイントについて私見を述べる。

1. 地域包括ケアおよびケアマネジメントの理念の徹底

継続性のある地域包括ケアシステムを構築する上で重要なことは、方法論を学ぶこと以上に、地域包括ケアやその核となるケアマネジメントの理念を理解することである。尾道市医師会の場合、主治医機能のバックアップ機能としての地域医療連携（急性期と在宅主治医の連携）を強化するとともに、利用者中心の医療提供体制を構築するためには、主治医機能が重要であるとのコンセプトを、医師会会員に対しまず明示している。また、これを繰り返し説明するとともに、在宅患者の療養を長期に支援するためには、さまざまなサービスや多職種をコーディネートするケアマネジメント機能の充実が不可欠と考え、医師を含めた多職種が参加する講演会等を系統的に実施している。このように、明確な理念（目指すべき方向性）を明示するとともに、各領域の専門家を招いた講演会等を通じて、理念や理念に基づく方法論の理解の促進を図った訳である。

ケアマネジメントにしても同様である。支援計画表の作成方法を教えることも必要であるが、その根幹となるケアマネジメントの概念や理念を、研修体系の中で、また、日常業務に対するCC等によるスーパービジョンの中で、繰り返し徹底すべきである。

2. 主治医および主治医機能の明確化

要支援・要介護高齢者の場合、医療ニーズも高

いことから、医療と介護の連携は必須である。この連携部分に関しては、ケアマネジャーが関与する訳であるが、医療部分について誰がどのように、どの程度まで関与するのか、また、その責任範囲はどこまでかなどは明確になっていない。そのため、在宅医療に従事している医師とケアマネジャーは連携がスムーズにとれているが、それ以外の医師とは連携が不十分という事態も起こっている。

ここで、主治医が有すべき機能について考える。介護保険制度では、認定審査の必須資料である「主治医意見書」を主治医が記載することになっている。ここでの主治医は、認定申請者が主治医として申請した医師のことであり、患者の日常生活を踏まえた上での意見書作成がその役割である。

一方、尾道市医師会は、患者を継続的に支援するために必要な主治医機能として、①多機能（在宅医療ケア、連携機能、ケアマネジメント機能）②柔軟な対応（利用者や家族の状況の理解、的確でタイムリーなサービス選択とアクセス、利用者本位のサービス提供）③説明責任（利用者への適切な情報提供と説明、インフォームドコンセント、関係多職種に対する説明責任、コミュニケーション技術を駆使した信頼の基盤構築）を挙げている。

医療ニーズがあり、かつ、介護や生活支援ニーズを有する高齢者に対しては、病気の治療と、生活の継続性確保のための支援を行う医師を「主治医」と定義し、その役割を、①病気の治療 ②必要に応じた適切な医療機関紹介 ③入退院時の治療の連続性の確保（情報提供や退院前 CC への参加）④主治医意見書の作成 ⑤ケアマネジャーとの連携（CC への参加）⑥介護サービス担当者への医療的アドバイス などと設定するとともに、診療報酬や介護報酬、または主治医意見書作成料などで評価すべきと考える。

3. CCの標準化による退院支援プロセスの標準化と人材育成

状態変化が生じやすい高齢者やその家族にとって、入退院は非常に不安を伴うものである。医療機能分化が進む昨今においては、病院内に地域医療連携室などが増えたとはいえ、円滑な退院支援が実行されている訳ではない。院内であれば、日勤帯から準夜帯の看護師へ申し送りがあるように、情報の伝達がスムーズに行われる仕組みが設けられているが、病院と在宅間では関係者間の所属も異なるため、情報伝達や治療の継続性が十分には確保されていなかったのが現状であろう。

このような状況に対し、尾道方式では、急性期病院と在宅主治医間の地域医療連携体制というインフラをベースにしながら、これにケアマネジメントや多職種協働を絡ませる形で、円滑な退院支援を実現している。これにより、急性期病院のスタッフも、今まであまり見えていなかった退院後の患者の様子や在宅での対応状況などがわかり、急性期病院と在宅の関係者間の相互理解も深まるなど、さまざまなメリットが生じている。2008年の診療報酬改定でも退院時支援を強化する方向にあるが、このプロセスを退院時の業務標準とすべきと考える。

また、在宅での CC も、ケアマネジャーを含めた関係多職種の専門性向上、人材育成、給付の適正化につながると考えられることから、在宅での CC 実施も標準化が必要と考える。

4. 地域包括支援センターとケアマネジャーの役割分担の明確化

ケアマネジメントに関連して、最も混乱しているのは、地域包括支援センターとケアマネジャーの関係であろう。両者に関しては、個人を対象にして、ケアマネジメントを用いた生活支援を行うのがケアマネジャー、地域を対象として、その中で生活する高齢者やケア業務に従事するスタッフ

を、人的ネットワーク形成や地域資源の再編成、新規サービスの開発などの形で支援するのが地域包括支援センターの役割であると明確化すべきである。したがって、個々人を対象とする介護予防ケアマネジメントに関しては、ケアマネジャーに委託するとともに、そのスーパーバイズを地域包括支援センターの保健師や主任ケアマネジャーが行う形に改めた方が良いと考える。

5. ケアマネジメント評価方法の標準化

今回の改正で、障害のとらえ方として「生活機能」が重視され、かつ、介護予防の目的を「生活機能の維持・向上」とした。これが、介護予防マネジメントやサービス提供の目標になる訳であるが、生活機能そのものを具体的にどのような項目で評価するかが示されていない。生活機能の評価するための具体的項目を設定した上で、モニタリング過程でその評価経過を追いながら、多職種協働で行ったサービスやマネジメントの妥当性を検証する仕組みを構築すべきである。

Ⅶ おわりに

現在進められている医療・介護制度改革のキーワードは、「地域完結」「機能分化・連携」「機能の明確化と情報開示」「利用者本位のサービス提供」「療養の継続性確保」「費用適正化」である。

これを現場レベルで実効ある形で推進するためには、財源論を主体とするのではなく、多職種の専門性を尊重する（発揮する場を提供する）とともに、各人のレベルアップが図れる（実感できる）仕組みを内包した形でのサービス提供体制の構築を目指すべきである。

この具体的ツールが、多職種の役割の明確化を図る CC を必須としたケアマネジメントである。これに、主治医機能と地域包括支援センターなどが行う地域資源の再編や開発が連動すれば、高齢

者の生活を柔軟に支援可能な地域包括ケアシステムが構築されるものとする。

謝辞

本研究の一部は、平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業（H16—政策—一般—019）ならびに平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業（H18—長寿—一般—019）の助成によるものである。

注

- 1) 4 疾病とは、①がん ②脳卒中 ③急性心筋梗塞 ④糖尿病、5 事業とは、①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地の医療 ④周産期医療 ⑤小児医療（救急医療含む）のこと。
- 2) 地域連携退院時共同指導料 1 は退院後の在宅医療を担う機関が算定する点数のこと。在宅療養支援診療所の場合は 1,000 点、その他の場合は 600 点（原則 1 回のみ算定）となっている。一方、地域連携退院時共同指導料 2 は入院医療機関が算定する点数のこと。在宅療養支援診療所と連携した場合は 500 点、その他の場合は 300 点（原則 1 回のみ算定）となっている。
- 3) 在宅療養支援診療所の保険医と共同で行った場合は 6,000 円、その他の場合は 4,200 円が、訪問看護管理療養費に加算される形となっている。
- 4) 地域連携診療計画管理料は、退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、疾患ごとに地域連携診療計画を作成した病院（計画管理病院）が算定する点数のこと。一方、地域連携診療計画退院時指導料は、計画管理病院が作成した地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成した保険医療機関が算定する点数のこと。いずれも 1,500 点（退院時に 1 回算定）となっている。
- 5) 有料・養護・軽費老人ホームおよび適合高齢者専用賃貸住宅（高齢者居住法の高齢者専用賃貸住宅で、一定の居住水準等の要件を満たすものとして都道府県知事に届け出ているもの）のこと。
- 6) 尾道市医師会では、主治医機能の三原則として、
 1. multiple function（在宅医療ケア、連携機能、ケアマネジメント機能などの多機能を有すること）
 2. flexibility（利用者や家族の状況を理解した上で、的確にしてタイムリーなサービス選択とアクセスを、利用者本位の形で柔軟に対応すること）
 3. accountability（利用者や関係多職種に対し適切な情報提供と説明責任を行うこと）を挙げている。

- 片山壽 (2003) p.580 参照。
- 7) 片山壽 (2003) p.580 参照。
- 8) 認知症高齢者の早期診断を目指して 2003 年 8 月より開始した「尾道市医師会 DD プロジェクト(The OMA method on early diagnosis of dementia programs)」のこと。主治医機能強化の一環として、認知症の早期診断方法を標準化するというもの。なお、認知症高齢者の生活機能障害に対しては、ケアマネジメントによる多職種協働で対応する形を採っており、これまで構築してきた手法を認知症高齢者にも適応拡大させたものと解釈できる。詳しくは、尾道市医師会 HP の (http://www.onomichi-med.or.jp/oioi/oioi_24.html) を参照。
- 9) 介護老人保健施設では MDS-RAPs (Minimum Data Set-Resident Assessment Protocols) を、訪問看護ステーションでは日本訪問看護振興財団方式を導入している。
- 10) すべての要介護度で 9 割以上の CC 実施率となっている。片山壽 (2003) p.582 参照。
- 11) 高橋隆ほか (2007)、環境新聞社 (2007) 参照。
- 12) 「介護予防サービス・支援計画表」は、アセスメント→課題分析→プラン作成→モニタリングという一連の過程の徹底 (思考過程の整理) のために修正されたものである。
- 13) 介護予防で先駆的な取り組みを行っている埼玉県和光市では、市町村職員が中心となって各種会議を開催し、スーパーバイズ機能を果たしている。東内京一 (2006) 参照。
- 参考文献**
- 太田貞司 (2003) 『地域ケアシステム』有斐閣
- 小笠原浩一、島津望 (2007) 『地域医療・介護のネットワーク構想』千倉書房
- 川越雅弘 (2006a) 「我が国における医療と介護の機能分担と連携」『海外社会保障研究』No.156, pp.4-18
- (2006b) 「地域医療・介護の連携と地域包括ケア体制の構築に関する研究」『厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業 医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究 (主任研究者：島崎謙治) 平成 17 年度総括・分担研究報告書』pp.192-208
- (2006c) 「介護予防効果評価システムの開発」『総合リハビリテーション』Vol.34, No.11, pp.1027-1033
- 環境新聞社 (2007) 「特集 地域包括支援センターなんていない！」『月刊ケアマネジメント』Vol.18, No.4, pp.15-33
- 厚生労働省 (2005) 「資料 3：全国で行われている医療連携の事例について」『第 12 回医療計画の見直し等に関する検討会資料 (2005.10.28 開催)』
- 厚生労働省編 (2007) 『厚生労働白書 (平成 19 年版) —医療構造改革の目指すもの—』ぎょうせい
- 近藤克則 (2007) 『医療・福祉マネジメント—福祉社会開発に向けて—』ミネルヴァ書房
- 島崎謙治 (2007) 「総括論文—医療等の供給体制の総合化・効率化等の課題と政策的対応」『厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業 医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究 (主任研究者：島崎謙治) 平成 16~18 年度総合研究報告書』pp.9-44
- 片山 壽 (2003) 「地域ケアマネジメントの標準化と尾道市医師会の挑戦」『内科』Vol.92, No.3, pp.578-583
- (2005) 「患者本位のシステムとしての地域医療連携と在宅医療」『治療』Vol.87, No.5, pp.1693-1701
- (2006) 「地域医療連携と在宅医療」『日本医師会雑誌』Vol.135, No.8, pp.1721-1725
- 障害者福祉研究会編 (2003) 『ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版—』中央法規出版
- 白澤政和、渡辺裕美、福富昌城 (2006) 『福祉キーワードシリーズ ケアマネジメント』中央法規出版
- 高橋 隆、大槻紘美、田城孝雄 (2007) 「介護支援専門員による地域包括支援センターの評価」『厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業 地域包括ケアシステムの構築に関する研究 (主任研究者：田城孝雄) 平成 18 年度総括・分担研究報告書』pp.244-266
- 東内京一 (2006) 『こうすればできる！これからの介護予防・地域ケア』サンライフ企画
- 日本医事新報 (2005) 『特集／診療所からみた地域医療連携』No.4247, pp.2-30
- 山口 昇、林 拓男 (2006) 「地域の公立病院における疾病予防活動の歩みと展望」『公衆衛生』Vol.70, No.11, pp.861-864
- 老人保健福祉法制研究会編 (2003) 『高齢者の尊厳を支える介護』法研
- (かわごえ・まさひろ 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部第 4 室長)