

# 地域ケア促進専門委員会

## 目 次

### 地域包括支援センターと地域包括ケアシステム —ケアマネジメントによる地域ケアの再編で機能する地域へ—

#### はじめに

#### 地域包括支援センターの担う役割

- I. ケアマネジメントにより地域包括ケアのシステム化を促進
- II. 地域包括支援センター運営協議会

# 地域ケア促進専門委員会

(平成 17 年度)

## 地域包括支援センターと地域包括ケアシステム

—ケアマネジメントによる地域ケアの再編で機能する地域へ—

広島県地域保健対策協議会地域ケア促進専門委員会

委員長 片山 壽

### はじめに

2003 年の厚生労働省高齢者介護研究会（報告書「2015 年の高齢者介護」）において、最大の議論時間を費やしたのは、「地域ケア」の再編成の部分であったが、この時点での多様な課題と高齢者医療・介護の将来に向けて、施設・在宅の二元論は廃して「地域」という統合概念を設定したことは、その後の介護保険のみならず医療制度の見直しに向けても大きな意義があった。

ここでの「地域」とは高齢者介護に医療も含んだ包括的な自立支援の空間の創設を意味していて、「地域包括ケアシステムの確立」と報告書に明記してある（図 1）。

■ 地域包括ケアシステムの構築は介護保険のスタート時からの命題であった

元来、介護保険制度は 1997 年に、従来、個別の施策に分かれていた保健・医療・福祉のサービスを総合化し、地域の自治体を保険者とした「地域保険」として地域ごとの課題解決型システムを構築する狙いを内包していた。

また、基本理念として「利用者本位」、「自立支援」、「利用者によるサービス選択」を掲げ、利用者自身が事業者を選択し直接契約によりサービスを利用できる仕組みを、社会連帯で支える社会保険システムとして設計されたものであるが、ここでは同時に「地域」ごとのサービスの効率性と地域設定の保険料部分をもつ「地域保険」としての適正給付を担保する取り組みも同時に必要であったわけである。

介護保険によって導入された「ケアマネジメント」

### 高齢者の尊厳を支えるケアの確立

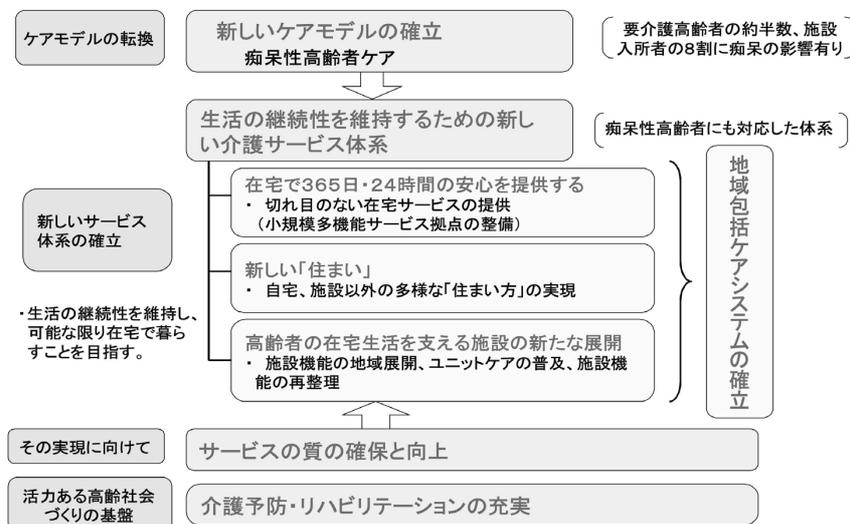


図 1 厚生労働省高齢者介護研究会報告書より（2003 年 6 月 26 日）

は利用者の個別のケアプランの作成に関する課題分析からサービス提供にいたる手法だけでなく、多職種協働（multidisciplinary）のツールとして地域資源の連携を進めることにより、地域ケアを現場から再編成する効果を発揮するはずであったが、想像以上の主治医とケアマネジャーの連携の不十分さや、不適切業務とケアマネジャーの資質の問題を抱えながら、ケアマネジメント業務の理解が進まない現状で、制度の持続可能性と適性給付に関して、現場の指導的再編の役割を担い、地域包括支援センターは制度化された。

基本的には地域の課題を地域資源で解決の方向に付ける連携論に終始することではあるが、安心を支える「地域ケア」は世界の命題といえるので、ゴールは考えずに着実な一歩として、地域の連携論に着手すべきである。しかし、机上の空論やスローガンではなく、今回の介護保険制度見直しで地域包括ケアシステムに向けて地域連携を制度化したことは大きく評価したい。

理論として、地域づくり（地域包括ケアシステム）の拠点としての地域包括支援センター（以下、センターと略す）について述べることは、地域包括ケアシステムについて述べることであり、地域包括ケアシステムについて述べることは、ケアマネジメントの標準化により地域ケアのシステム再編が可能であるという観点が必須であるが、連携に向けた努力は

地域の実力を問われることとなる。

筆者は2003年のケアマネジメントリーダー研修（東京）でケアマネジメントリーダーの役割について、短期目標の第一は「主治医とケアマネジャーの連携」を促進することで、ケアカンファレンスの標準化、中長期目標に「ケアカンファレンスの標準化で地域連携のシステム化が促進される」ことをポイントとした。

予防部分にしても、主治医とケアマネジャー（あるいはセンタースタッフ）との連携なくしては、介護予防ケアマネジメントは動かないわけである。

まず、最初は一人の主治医とケアマネジャーが利用者の支援のために、真剣にケアマネジメントの取り組みを開始することから、地域が動くのである。

地域包括ケアシステムの「作り方（レシピ）」としての尾道方式

本稿では、尾道方式を構築する過程でもっとも大きな役割を果たした「尾道方式ケアカンファレンス」が、現場のケアマネジメントの推進から地域の資源が協働し、地域における医療と福祉の再編・総合化による「新・地域ケア」（地域包括ケアシステム：図4）の構築が着実に進んでいることの検証も含め、当初、想定された「地域包括支援センター」の役割について述べる。

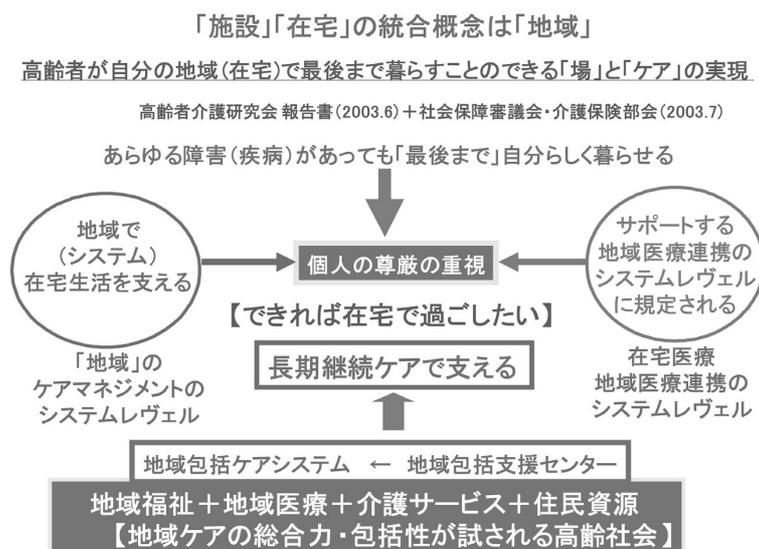


図2 個人の尊厳を重視する地域包括ケアシステムの組成と地域包括支援センター

(出典：片山 壽 2003年4月高齢者介護研究会，改編 2005.11)

尾道市医師会・長期支援ケアマネジメントプログラム(CC to CC)  
 The OMA method on long-term care management programs  
 高齢障害者の長期継続ケアと各段階でのケアカンファレンスの意義  
 (適切な医療・介護資源の投入の時系列検証)

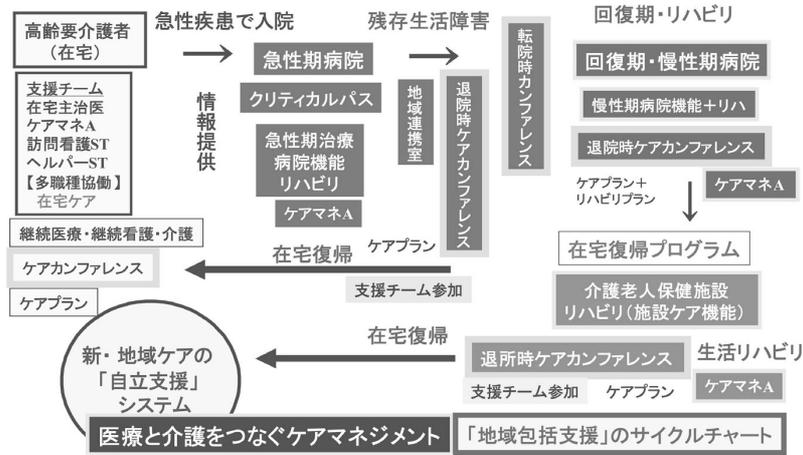


図4 尾道市医師会・長期継続支援ケアマネジメントプログラム  
 (The OMA method on long-term care management programs)

### 地域包括支援センターの担う役割

#### ■ 地域包括支援センターが機能するために必要な地域設定と短期目標

地域包括支援センターの担う役割を考える場合、初動段階からいくつかのプロセスを整理する必要がある。

#### 1. 基盤整備

##### 基盤整備レベル1：

地域包括支援センター運営協議会の意思統一

地域における医師会，社会福祉協議会，民生委員協議会，介護支援専門員連絡協議会，旧在宅介護支援センター協議会等の関係団体で地域連携の議論を集約する。

これは，地域の課題をアセスメントすることと，関係団体のなすべき機能分担を明確化することで，不足している連携が浮き彫りになる。

##### 基盤整備レベル2：

地域包括支援センター運営指針の策定

レベル1の議論を踏まえた上で，運営協議会の代表数名の小委員会（ケアカンファレンス）で，地域（連携）の課題解決を盛り込んだ地域包括支援センター運営指針（ケアプラン）を策定する。

#### 2. 合意形成

##### 合意形成レベル1：圏域内の地域包括支援セン

ターのスタッフに運営指針を説明する。

同時に介護支援専門員連絡協議会や介護保険事業者協議会，介護保険施設連絡協議会にも周知して，共通の目標を提示することと，補完する業務部分における協力支援体制を確認する。

合意形成レベル2：この時点で，相互補完すべき事柄が多く，ケアマネジャーの支援体制を明確にして，一致協力して地域の課題を解決していく合意形成が将来の業務範囲を勘案した場合，大変に重要である。

#### 3. 地域包括支援センターの業務基盤としての地域連携の推進と担当地区活動

##### 短期目標1：主治医とケアマネジャーの連携の促進

ケアカンファレンスの開催の標準化が最優先業務であるが，これは，新予防給付に関しても生活機能評価とアセスメント，生活機能改善，認知症早期診断などの課題は主治医の協力なくしては不可能であり，この介護予防ケアマネジメントもケアカンファレンスの開催で，将来の機能低下に備えての継続ケアが必要であるからである。

##### 短期目標2：

総合相談業務における継続支援体制の確立

社会福祉協議会，民生委員協議会との全面的な連携体制の構築，特に総合相談業務に関する地域支援と独居利用者のケアカンファレンスへの参加を依頼する。

また、権利擁護や成年後見制度の支援体制も司法を含む関係団体との連携を確立する。

#### 短期目標3：

継続ケアマネジメントにおける病院、施設との連携  
急性期病院の地域医療連携室、介護保険施設の相談員との連携基盤の構築を行い、利用者の退院前ケアカンファレンスや退所前ケアカンファレンスの開催の促進を目指し、担当ケアマネジャーに開催に際してのサポートを行う。

#### 【短期目標の評価尺度】

上記の短期目標が達成できれば、本来業務は多様な地域連携を基盤に稼動しているはずであるが、ケアマネジメントは実績なくして進化しないので、多様なケアカンファレンスの達成度が地域包括支援センターの業務達成の尺度となる。

短期目標の3つが達成できれば、地域包括ケアシステムに一步近づいたといえる。

### I. ケアマネジメントにより地域包括ケアのシステム化を促進

介護保険制度見直しにより2006年度より地域自治体単位での設置が制度化されたが、この地域包括支援センター（以下、センターと略す）の基本構想は、地域ごとに包括的ケアシステムを構築するための拠点としての機能を持ち、ケアマネジメントの推進により介護保険給付を適正化しつつ、利用者支援の総合化と多職種協働による地域資源の再編成を行うことにより、地域包括ケアのシステム化を促進することである。

センターの基本業務に新予防給付部分が加えられたことにより、従来の高齢者の健康診査段階から、介護予防ケアマネジメントの領域を保健分野として拡大することにより、地域の課題であった保健・医療・福祉の総合化を達成することが最大の目標といえる。

また、センターは各種業務を通じて地域の関係団体の協働を誘発し、地域資源をケアマネジメントにより再編成することにより、地域ケアの機能を高める重要な役割を担っている。

ここでは、自治体ごとに複数のセンターを設置運営するので「地域包括支援センター運営協議会」がその統括を行い、運営指針を定めて自治体圏内のセンターが共通のレベルにおいて連携をとりながら業務を遂行できる環境を整備する必要がある。

介護保険の見直しと平行して行われたいくつかの重要な社会保障制度の見直しにおいても、多様な地域（住民）の課題を地域で解決する包括的ケアシステムの構築が、将来のさまざまな政策を策定し実施可能なものにする上で、この時期に地域ごとに整備する必要に迫られていることが方向性として読み取れる。

具体的には、障害者自立支援法に導入された障害者ケアマネジメントや権利擁護、急増する認知症高齢者への対応、2037年には総死亡者数が推定で170万人になることとの関連の末期ケアのシステム化、あるいは、緊急性を帯びている少子化対策の子育て支援ケアマネジメント、どれをとっても地域資源の総合化が達成できねば、地域政策の実施が困難なものばかりである。

#### ■ 重要な地域医療連携における在宅医療の理解

今回の介護報酬と同時改定が行われた診療報酬において、地域医療連携において急性期病院から在宅への移行について退院前ケアカンファレンスが報酬化されて在宅主治医、病院主治医とケアマネジャーとの連携が必須となっているが、この医療依存度の高い中重度者の継続支援のケアマネジメントは、施設からの在宅復帰の退所前ケアカンファレンスとともにケアマネジャーの重要な業務となるので、センターは地域にこの部分を「継続ケアマネジメント」として定着させることが利用者支援として最重要となる。

高齢者医療・介護は一体的な取り組みが不可欠であり、急性期病院から在宅への移行はケアマネジメントと地域医療連携の最重要な部分である。急性期病院は平均在院日数の短縮化を求められ、同時に在宅医療の重視が2006年度の改定に盛り込まれているので、中重度者の在宅復帰ができる環境を地域医療連携とケアマネジメントで構築することが必要となる。

一方、介護保険は診療報酬と介護報酬の同時改定の影響で、施設報酬にも在宅復帰率などが盛り込まれ、更なる在宅重視の方向性を示している。従ってセンターの継続ケアマネジメント業務は在宅医療を核とした地域の一体的なケアマネジメント体制による長期継続ケアを可能にする「地域包括的な自立支援システム」に誘導していく重要な役割を担っている（図3）。

高齢者医療・介護と新・地域ケアの概念と在宅医療の位置付け

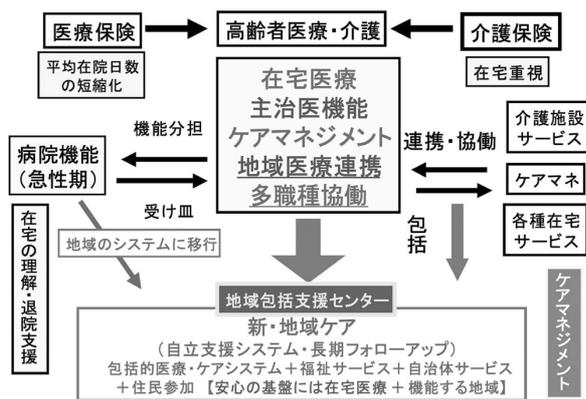


図3 高齢者医療・介護と新・地域ケアの概念と地域包括支援センターのポジション

出典：厚生労働省高齢者介護研究会・片山 壽 2003・  
改編 2005

★ 地域包括支援センターの担う役割・退院支援

「長期継続ケアマネジメント」はケアカンファレンスの徹底、退院前ケアカンファレンスの標準化を進めること

ケアマネジャーの本来業務は長期継続ケアのコーディネートであり、適確で過不足ないサービス提供として利用者を支援することであり、利用者の状態変化に即応する医療・介護の一体的な給付を実現することである。

介護保険施行以来、大方の期待を裏切ったのはケアマネジメント業務の不徹底であり、利益誘導型の「ケアマネジメントもどき」の残念な業務により指定を取り消された事業所も数多いことで、ケアマネジメントの最重要プロセスである「ケアカンファレンスの徹底」による適正給付がセンターの大きな指導業務にあげられている。

特にケアマネジメントの意義は二つの異なる場面を利用者本位の視点で、適切な継続ケアを可能にすることがケアマネジャーの評価基準となり、急性期病院からの退院支援業務の集約である退院前ケアカンファレンスは、医療と介護の一体的な提供の場面として最重要のポイントといえるので、これが地域で標準化できるようにケアマネジャーを支援することがセンターの大きな業務として期待されている。

以下、事例を紹介して解説を加えるが、開催されるケアカンファレンスのレベルによりセンターの業務における地域の包括的ケアシステムの達成度が評価されることになる。

■ 長期継続ケアマネジメントの方法論としての尾道市医師会方式の長期支援ケアマネジメントプログラム (The OMA method on long-term care management programs) の解説

ケアプランに沿って多職種協働のチームでサービスを受けている在宅の要介護高齢者は、身体の状態が変化しやすい虚弱な人達が多いので、何らかの急性疾患、たとえば肺炎や脳卒中、転倒後の骨折などで急性期病院に入院されることはよくあることである。

その後、それなりに回復できた時点で退院する前には、退院前カンファレンスを開催し、ケアマネジャーと在宅主治医をはじめ在宅スタッフが参加して、在宅のケアプランを検討し在宅に復帰する。

また、急性期での治療では機能がまだ十分回復できず、回復期や慢性期の病院で追加治療を行う場合には、退院時カンファレンスというより、病院の地域医療連携室の業務としての転院時カンファレンスを行う。そして回復期病院で強化リハビリテーションなどを行い、在宅復帰が可能になった時点で回復期病院での退院時カンファレンスを行うが、このときの退院前ケアカンファレンスにも、在宅の主治医をはじめ、すべての在宅支援チームのメンバーが参加する。急性期病院から介護老人保健施設にワンクッションして在宅復帰する場合は介護老人保健施設退所前ケアカンファレンスを同様に行う。

図7は、急性期病院から回復期病院への転院前のケアカンファレンスであるが、ケアマネジャーは継続支援ケアマネジメントの業務として、地域医療連



図7 急性期病院から回復期病院への転院前ケアカンファレンス (尾道市立市民病院 2005)

利用者夫妻、ケアマネ、在宅主治医・医医師長、回復期病院主治医・看護師長、急性期病院主治医・地域連携室長・理学療法士・病棟師長、通所介護スタッフが参加。

携室との協働により利用者のその後の在宅復帰を考慮して、転院前ケアカンファレンスには在宅主治医とともに利用者側の代弁機能（アドボカシー機能）を発揮するわけである。

図8は、回復期病院から在宅復帰する退院前ケアカンファレンスであり、節目、節目のケアカンファレンスの標準化が長期継続ケアマネジメントの不可欠なプロセスであり、この分野の標準化に向けて、センターのケアマネジャー支援業務が大きくクローズアップされることになる。

基本的には、すべての継続ケアにおいて、図9のサイクルチャート（The OMA method on long-term



図8 回復期病院から在宅復帰の退院前ケアカンファレンス（木曾病院 2002）

病院主治医・看護師長・理学療法士、ケアマネ、介護者、在宅主治医・医師師長、訪問看護師が参加。

care management programs) に表現されているように、入院から入所、在宅復帰の各場面においてケアプランの見直しを含めた利用者の課題に対応するケアカンファレンスにより、医療と介護はケアマネジメントでつながるわけである。

## Ⅱ. 地域包括支援センター運営協議会

地域で目標とする「地域包括ケアシステム」を実現の方向に、各センターの業務を向けていくのが地域包括支援センター運営協議会の機能である。

各センターの運営を地域の関係者全体で支えて、協議、評価する機関として、市町村に地域包括支援センター運営協議会が設置される。構成メンバーは、地域における保健・福祉・医療の関係者、市民団体の地域代表に介護支援専門員協議会、介護保険施設協議会、介護保険事業者協議会等のサービス側代表から構成することが多いが、ボランティアや民生委員の加入は必須といえる。

ここでセンターのスタッフは、個々のセンターが独自の考えや行政の事情で業務を行うのではなく、各々のセンターの運営が常に地域包括支援センター運営協議会の関与、すなわち地域の意思に基づいて行われるものであることを十分に認識しておく必要がある。

センターの公正中立等の評価体制とともに、人材補充や研修システムの整備など、多様な支援体制も地域包括支援センター運営協議会は持っているから

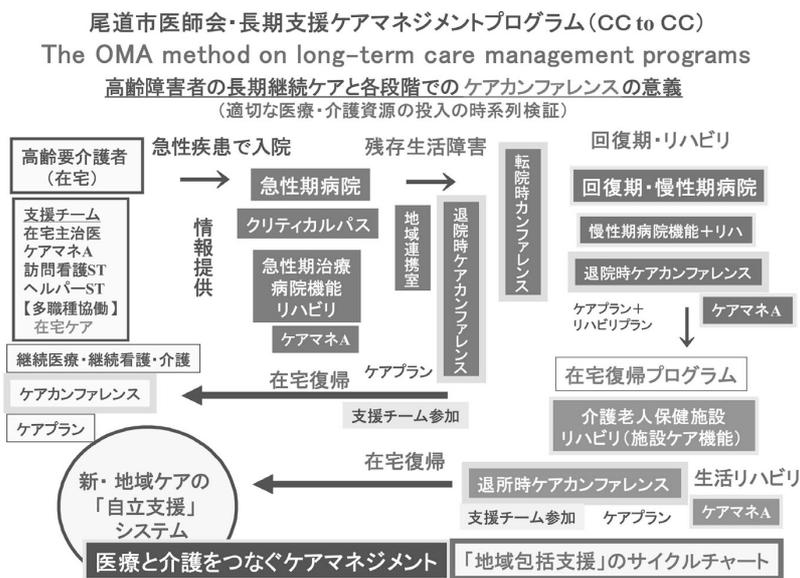


図9 尾道市医師会・長期継続支援ケアマネジメントプログラム (The OMA method on long-term care management programs)

である。

基礎的な編成としては、地域包括ケアシステムの構成に必要な関係団体や総合相談業務、長期継続ケアマネジメント、権利擁護などに関係するメンバー構成が考えられるが、実際のセンター業務のサポートができる立場の人材や専門職が必要である。

#### ■ 地域包括支援センター運営協議会の機能は地域連携の指標

自治体関係者の理解としては、いままで介護保険事業計画策定委員会を運営してきたノウハウとはまったく異なった「地域（包括ケアシステム）づくり」の視点から、「統括」するのではなく各センターの活動の環境整備と支援体制を地域包括支援センター運営協議会事務局として、いかにフレキシブルに機能できるかが「地域」で評価されることになる。

ここにあって、介護保険制度は「お役所的自治体」に「市民サービス」の視点の導入による「自治体の意識改革」を迫っていたことが10年計画としてみることができる。

いまだに地域包括支援センター運営協議会が開催されていない自治体、運営指針を示さないでセンターの業務に支障を来しているところも少なくないとのことであるが、地域包括支援センター運営協議会の設置段階で「地域づくり」の困難さが、当該地域では浮き彫りになったのである。

具体的にいえば、自治体の意識改革の遅れだけでなく、地域の各団体の連携姿勢の欠落に多くの原因があり、「地域で安心を支えるシステム」構築が遅れていることにより、被害者は地域住民であることを忘れてはならない。

包括ケアの意味を十分に理解して自分達で地域を単なるエリアでなく、連携の見えるコミュニティに育てていくという着実な歩みが「協調」のもとに必要である。

これが地域包括支援センターは1年や2年で軌道に乗るものではないことは、設置の猶予期間に2年間を読み込んだ根拠ともいえる。

#### 地域包括支援センター運営指針

したがって、ここでは地域特性を勘案した自治体単位の「地域包括支援センター運営指針」の策定を行うことが地域包括支援センター運営協議会の初動段階の重要な業務である。

この運営指針は全国共通のものは存在せず、地域

ごとの課題分析を行いながら地域実情を勘案して、各々の「地域」に既に整備されている現状の装備と、不足している連携体制や資源、専門団体の機能などを読み込んでおく必要があるからである。

#### ■ 地域包括支援センター運営指針は「地域づくり」のケアプラン

地域の課題と戦力（資源）分析をアセスメントすることなしに「地域づくり」に着手することは、アセスメントをせずにケア行為を行うことに等しく、運営指針は「地域」が包括的ケアシステムになるためのケアプランともいえる。

筆者は高齢者介護研究会で地域ケアの再編・包括化に対して、各保険者ごとの「地域ケア計画」（地域づくり総合計画）の策定を提案したが、これは従来の地域における計画は縦割りにいくつか存在して「介護保険事業計画」（介護保険課）「地域福祉計画」（社会福祉課）「地域保健医療計画」（旧保健所・保健センター）「健康〇〇21」（健康推進課）など、政令指定都市などで名称は変わっても類似の担当部署により別途に策定されているが、いずれも策定が終了して委員会で説明・採択をした後のアクションと検証が不十分な自治体が多いのではなかろうか。

#### 尾道方式の「地域づくり」手法—現場から構築した医療と福祉の老舗の連携

利用者支援のケアカンファレンスからチームがとなり、地域の課題を解決していった実践の継続から、2002年には尾道市社会福祉協議会と尾道市医師会の「社医連協（尾道市社会福祉協議会尾道市医師会連絡協議会）」が設置され、合同で訪問介護スタッフの病棟介護実習や交流会を行った。

また、2003年にケアマネジャーと民生委員の合同研修会を社医連協で開催し、独居の利用者のケアカンファレンスに民生委員が参加することで、2004年には尾道市連合民生委員児童委員協議会を加えた「社医民連協」がこの流れのなかで設立された。

個々の地域資源がケアカンファレンスを通して協働し、主治医機能とケアマネジャー機能を核として現場から構築したが、尾道市医師会方式ケアカンファレンスの実践で長期継続ケアマネジメントプログラムへと発展して、「新・地域ケア」を構築したことは、主治医とケアマネジャー・スタッフの不断の努力が結実した空間であり、尾道市医師会の主治医機能への信頼を不動のものとした結果、地域の福

社団体が住民の利益を実感して、医師会との緊密な連携を決めたのである。

#### ■ 説明不足の新予防給付と「介護予防ケアマネジメント」

センターの業務がケアマネジメントの徹底による地域のシステム化、サービスの包括性、継続性と介護予防など多岐にわたるのであるが、結果として適正給付にむけた制度の持続可能性の切り札である。

しかし、制度導入から5年間でどこまで「地域」に求めることができるであろうか。山積した課題（ケアマネジメントの達成レベルの課題と適正給付）を解決の方向にむけながら地域連携を成熟させ、「地域のシステムづくり」を目指すという基本設計に限定すべきではなかったか。

新たな「予防」の概念の導入（介護予防ケアマネジメント等）を同時にセンターの業務に付加したことで、新予防給付を担うことが給付抑制のゲートキーパーのような誤解を受けてしまうことは、現場で努力して介護保険を支えてきたケアマネジャーや関係者らの業務に混乱を生じさせる可能性がある。

また、利用者側から見た場合、保険料の大幅値上げ、ホテルコストの導入などによる自己負担の増大などに加え、導入5年にして介護保険は複雑化して安心を支える制度としては歪みが生じているという不安もある。

さらに「予防」の概念は医療と保健の政策の中で十分なケアマネジメントを含んだ議論から整理すべ

きであったが、介護予防ケアマネジメントにいたっては時期尚早というより、概念の導入に無理があったと筆者は感じている。

軽度者のケアマネジメントにおけるケアカンファレンスの内容は、心身の機能低下予防であり、自己実現にむけた地域支援であるからである。

老人保健の焼きなおしの地域支援事業の部分が負荷されたことではあるが、個人の健康意識に介入するがごとき公的管理センターのような業務は、地域包括支援センターの本来業務ではない。

また、ケアマネジャーの支援体制を確立することでケアマネジメントの徹底を期したセンター導入であったが、新予防給付ケアマネジメントの煩雑さが一般業務に更なる負荷を生じて、ケアマネジャーにとってはせっきくの本来のケアマネジメント業務の改善努力に支障を来たす部分がある。

#### ■ 重要なケアマネジャー支援、事業所支援

センターの役割において重要な機能にケアマネジャーの支援体制の確立があるが、ケアマネジャーは本来単独で業務を行えるようにはなっていないので、孤立無援のケアマネジャーの継続的な支援体制がセンターの重要な業務である。

これは、前述の短期目標を達成していく中でセンターが支援するというより、地域にケアマネジャーの業務環境ができていくことで地域支援体制が確立するはずである。

広島県地域保健対策協議会地域ケア促進専門委員会

委員長	片山 壽	尾道市医師会
委員	荒川 信介	広島県歯科医師会
	大貫 仁士	竹原地区医師会
	沖 貞明	広島県立保健福祉大学理学療法学科
	落合 洋	山県郡医師会
	金城 利雄	広大大学院保健学研究科看護開発科学
	木ノ原伸久	安佐医師会
	齋藤 英子	広島市社会局保健部介護保険課
	菅田 耕一	呉市医師会
	曾根 喬	佐伯地区医師会
	高杉 敬久	広島県医師会
	鷹野 和美	広島県立保健福祉大学
	竹内 啓祐	県立神石三和病院
	壺井 克敏	三原市医師会
	鳴戸 謙嗣	三次地区医師会
	楠部 滋	東広島地区医師会
	藤本 真弓	県立広島病院
	堀益 弘明	広島県福祉保健部保健医療総室医療対策室
	前原 敬悟	福山市医師会
	槇坪 毅	広島県医師会
	増井 伸明	広島県福祉保健部保健医療総室医療対策室
	若宮 実雄	広島県社会福祉協議会