

34 「地域包括支援センターによる医療連携に向けてのケアマネジャー支援」

三重県介護支援専門員協会 原田重樹

1 はじめに

高齢者が住み慣れた地域で、できる限り継続して生活をおくれるように支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、適切なサービス、多様な支援を提供することが必要である。そのためには、自助努力を基本にしながら介護保険を中心としつつも、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティア等の住民活動などインフォーマルな活動を含めた、地域の様々な資源を統合、ネットワーク化し、高齢者を継続的かつ包括的にケアする必要がある。即ち、地域包括ケアの実現が今後の地域社会として大きな御旗であり、命題である。そしてその「地域包括ケアの」最も重要な推進役として期待されている機関は、平成18年の制度改正に伴い新たに創設された”地域包括支援センター”である。

地域包括支援センターに期待されている基本的機能は、図1の通りであるが、創設後間もなく4年が経過しようとしている中、各市町村或いは、各センターによってその成熟度には大きな開きがある。

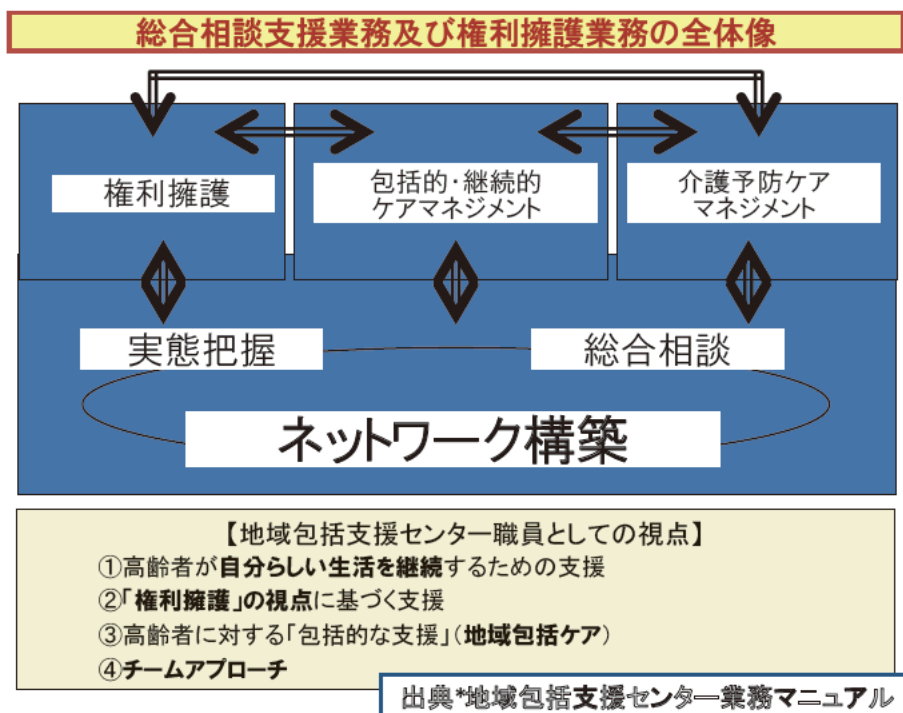


図1

本セッションでは、「医療連携に向けたケアマネジャー支援」をキーワードとして、地域包括支援センターの現状と今後の課題についての整理を進めなければならないが、そもそも医療、介護、福祉の連携については、介護保険制度施行前により声高に叫ばれながらも遅々として進まなかった経緯があり、その背景、要因等々について容易に整理がつくとは考えにくい。ましてや創設後数年の経験と実績しか有しない”地域包括支援センター”が一朝一夕にそれらの課題を解決して行くことも困難であることも現実である。しかしながら、地域の高齢者等が、住み慣れた自宅或いは地域で、障害を持っても安心して暮らし続けられる社会を構築していくためには医療、介護、福祉の垣根を越えた関係構築が必要不可欠であり、三重県の地域ケア体制整備構想の目指す30年先の地域社会を見据えていくと、”今”をスタートラインとしても地域包括支援センターが今後何をし

ていくべきかについて真剣に考え、明確な志向性を持って取り組んでいくことが重要であると考えます。

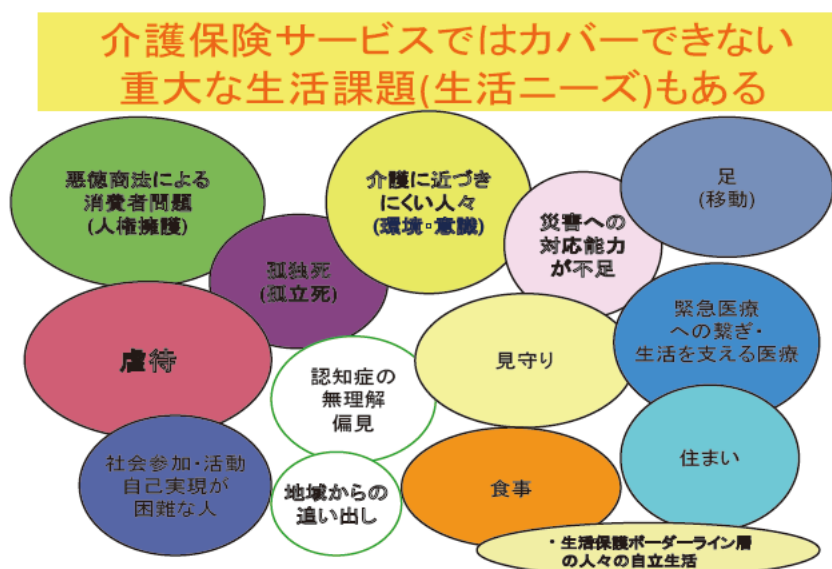
2 地域包括支援センターを取り巻く現状と課題

2006年の改正介護保険制度では、「地域包括ケアシステム」の構築を基本構想として、介護中心のシステムから介護予防の視点が加えられ、新予防給付の新設、機関として「地域包括支援センター」の創設等々、制度が改正される度に、介護保険関連事業を始め、市町村事業の枠組みもその都度変わり、種々の機関の機能、存在性そのものが変革している現状がある。伴って、要援護者等の立場すら変動している中で、専門機関として位置づけられている地域包括支援センターを始めとする種々の機関の機能、役割、その中の専門職としてのポジショニングが不明瞭であることは非常に問題が大きい。加えて、介護保険制度施行以前より地域における総合相談窓口、地域福祉活動の活動拠点として地域の中に存在してきた在宅介護支援センターが果たしてきた役割、成果について一定の整理を行うことが重要である。

特に在宅介護支援センター事業に関しては、介護保険制度の施行以後、段階的にその役割は不明確となり、更に前年の改正に伴い、地域包括支援センターへの転換、或いは廃止という経過を辿っている。結果として地域包括支援センターがこれまでの在宅介護支援センターが地域の中で培ってきた機能を踏襲し、更に発展させていくのであれば問題はないが、これまでのノウハウも引き継がれず、スタッフも未経験等々、全く新しい機関への衣変え的要素が強い。また、必ずしも全ての機関という事は無いものの居宅介護予防支援事業との2枚看板により介護保険制度における給付抑制のための機関としか考えられない場面が多々存在する。

地域には、様々な課題が無数に存在する。(図2参照)このような背景も含め今後の地域包括ケアのあり方を模索していく上では、在宅介護支援センターの果たしていた機能、役割も再考する中で、現在の地域包括支援センターのみならず、フォーマル、インフォーマルサービス問わず、地域ケアシステムを構成すべき関係機関の位置づけ、機能、役割についての明確化を図り、その上で「目指すべき地域社会のあり方とはどのような社会であるべきなのか」についても検討が必要であり、どのような機関がどのような機能或いは、役割を果たしていくべきであるのか、また、対人援助専門職として地域の要援護者個人及び家族等介護者への支援の在り方、それらを取り巻く地域社会と関わり方、介入の仕方等々、地域づくりまでを視野に入れた援助の在り方を検討して行くことが求められている。

図2



3 地域包括ケアを構築していくために考えられる必要な視点

- (1) ひとり暮らし高齢者の支援(食事、掃除、など日常生活の支援)
- (2) 在宅医療の提供システム(HP 退院時のリエゾン作業、在宅療養支援診療所と病院との病診連携システム、介護事業所に必要な医療機能等のシステム構築の検討など)
- (3) 在宅死へのケア、アプローチ
- (4) 地域包括支援センター及び在宅介護支援センター等の在宅相談援助機関と地域診療所の連携による認知症の早期発見、早期対応プライマリーケアの実現
- (5) 日常生活ニーズの実現の支援(ICF の視点による支援)と介護予防システムの融合(生活意欲の向上と生活機能の維持向上)
- (6) 中・重度者の在宅生活支援の基盤と仕組みづくり(福祉・医療の統合システム)。地域における介護サービスと医療サービスの融合と一元化の仕組みづくり
- (7) 地域で尊厳ある生活が実現できる住まいの提供 など

4 介護保険制度施行後の在宅高齢者に対するケアマネジメントの現状について

※「介護支援専門員の在宅要援護高齢者に対するケアマネジメントの現状に関する考察」(社会福祉法人青山里会 2005 日本老年社会科学会発表資料より抜粋)

三重県内の居宅介護支援事業所に勤務する介護支援専門員を対象に、ケアマネジメントの各プロセスにおいて、本人、介護者に対してどのような関わりを持っているか、また他の専門職との連携状況、援助者自身としての課題等を中心として設問項目を設定し、多肢選択法及び自由回答法によるアンケート調査を実施し、その結果及び考察した内容について触れておきたい。

(1) 調査結果(一部抜粋)(表1、2参照)

アセスメントに関しては、直近のケアプラン作成に必要な最低限の情報収集はされているが、クライアントのライフヒストリー、趣味、嗜好、宗教といった文化的な視点、また費用負担に関連する経済状況、主治医からの医療情報、更には、「どこで終末を迎えたいかの確認」という設問については、ポイントが低く、総合的、長期的な展望にたった情報収集はあまりできていないという結果が得られた。

ケアプランの作成に関する項目群では、項目群平均2.95P、設問間における有意差は認められなかったが、特筆すべき点があった。「主治医へのケアプランの提示」が、2.13と他の設問に比較してポイントが低く、主治医との連携が困難な状況が伺える。ケアプランを提示だけで主治医との連携強化に繋がるものではないが、身体状況の変化或いは、ターミナル期を見据えていく上では、早い時期からの関係構築は必要不可欠であり、アプローチの方法として取り組む価値はあるものと考えられる。

モニタリングに関する項目群では、項目群平均3.11P、項目群の傾向としては、介護者或いはサービス提供機関からの情報収集及び共有による最低限のモニタリング機能は働いていると思われるが、「インフォーマルサービスからの情報」2.42Pと低いポイントを示したが、そもそもインフォーマルサービスとの連携が出来ていないために情報も余り入ってこないと考えられ、今後の検討課題の一つと考えられる。

表 1

在宅要援護高齢者への支援のあり方に関する一考察
アセスメント

NO	設 問 項 目	専任	兼任	有意 確率
15	本人に「どこでどのような生活を望んでいるか」を確認する	3.39	3.28	*
16	本人に「どこで終末を迎えたいか」を確認する	2.51	2.55	*
19	介護者に「どこで看取りたいか」を確認する	2.73	2.79	*
22	介護者等の健康状態の把握	3.29	3.18	*
27	本人の生活習慣の把握	3.01	2.94	*
29	本人の現在利用しているフォーマルなサービス等についての把握	3.52	3.46	*
33	アセスメントを行う際、必要に応じて他の専門職との連携	3.14	3.20	*
	項 目 評 平 均	3.06	3.05	***

***:p<.001 *:p<.05

表 2

在宅要援護高齢者への支援のあり方に関する一考察

ケアプラン作成

NO	設 問 項 目	専任	兼任	有意 確率
37	問題点の整理にあたって、本人や介護者と一緒に整理を行う	2.92	2.76	***
38	本人が自己決定出来るよう、必要な情報やサービスの選択肢をわかりやすく提示する	3.17	3.02	***
43	作成したケアプランを本人、家族に提示し説明する	3.11	2.98	*
49	関係機関との間でサービス担当者会議の開催	2.51	2.36	**
	項 目 評 平 均	2.98	2.90	***

***:p<.001 **:p<.01 *:p<.05

(2) 考察(一部抜粋)

当該調査から得られた考察としては、在宅要援護高齢者に対する支援のあり方としては、そのクライアントの終末までを視野に入れたケアマネジメントであるべきと考えるが、サービス調整上必要な情報収集、意志確認に止まり、結果として介護保険対応のマネジメントに終始している事が伺えた。また、在宅介護支援センター併設の事業所と非併設の単独事業所との検討において、単独事業所の方が高いポイントを示したが、介護保険制度施行以前から在宅の要援護高齢者に対するケアマネジメントサービスを提供してきたという実績から考えると、例えケースの保有件数が多いという要因を除いたとしても由々しき問題であると考えられる。しかし、ケースの発見活動、インフ

オーマルサービスの把握、活用等の設問においては、非併設事業所に対し高いポイントを示しており、介護保険制度の枠だけに留まらず、本来のケアマネジメント機能を補完しているとも考えられる一面も伺うこともできた。

5 福祉と医療との連携に関するこれまでの経緯

介護保険制度施行前は、福祉は本人を中心に考えたときに、トータルで調整していく役割を担う担当者が存在せず、各機関の相談担当者が各々担い、情報の共通認識をとる場も極めて少なかった。高齢者サービス調整会議等の存在もあったものの、月に一回程度の頻度にて、各分野の情報交換、連携会議という形に過ぎなかったと考えられる。

介護保険制度が開始され、ケアマネジャーという専門職種が確立され、本人の情報をトータルで調整する役割を担うことになった。しかし、介護保険制度上においても医療系サービスの利用には、特に主治医の意見を聞くこととなっているが、この点についても、制度開始から実施できていない状況が散見された。連携が取れない要因としては、医療の敷居が高い、ケアマネジャーの医療についての知識が足りない。或いは、反対に在宅医師の介護保険制度への理解がないという事が考えられた。

6 医療、介護、福祉を取り巻く現状と今後の課題

(1) 地域資源の現状に格差

医療制度改革の中で、退院支援が推し進められる一方で、在宅ケアの受け入れ体制が追い付いていない。医療面における地域ケアの基盤づくりも推進されなければ、特に、医療を伴う困難ケースの増加は避けられない状況にある。

(2) 在宅での主治医の確保が重要

急性期、回復期からの退院に際して、在宅での主治医が見つげにくい現状がある。理想から考えれば、高齢期に入ってから主治医を探すのではなく、若い時からその人の健康管理も含めた主治医の存在は非常に重要である。瞬間的な検査データによる判断ではなく既往歴、アレルギーの有無、家庭内の他の家族の既往等々、総合的な情報に基づいた患者と医師の関係が成立すれば、治療という観点から予防という観点にも転換することも可能と考えられる。

(3) 平成18年度の介護保険制度の改正で末期がんも特定疾病となり、また医療制度改革で療養型ベットの削減の方向で在宅重視が重点課題とされており、ますます介護と医療との連携が必要不可欠となってきている。

(4) 保健・福祉・医療の地域連携による認知症高齢者包括ケアシステムの構築が必要

① 地域の認知症高齢者等の課題の明確化

② 関係専門職間の連携

研修等による共通認識や共通言語、専門用語、ケアの理念、ニーズの視点や地域サービス資源等、課題認識の共有化を図る機会を確保する事が必要

③ 地域のかかりつけ医の積極的な認知症ケアへの参画や病診連携システムの強化

確実な早期診断と対応(治療)の必要性

→医療・介護・福祉サービスの情報提供と相談援助の必要性。その為には、図3に示すような地域の相談機関である地域包括支援センター、在宅介護支援センター
或いは、介護支援専門員等と診療所、病院との円滑な連携関係が必要不可欠と考えられる

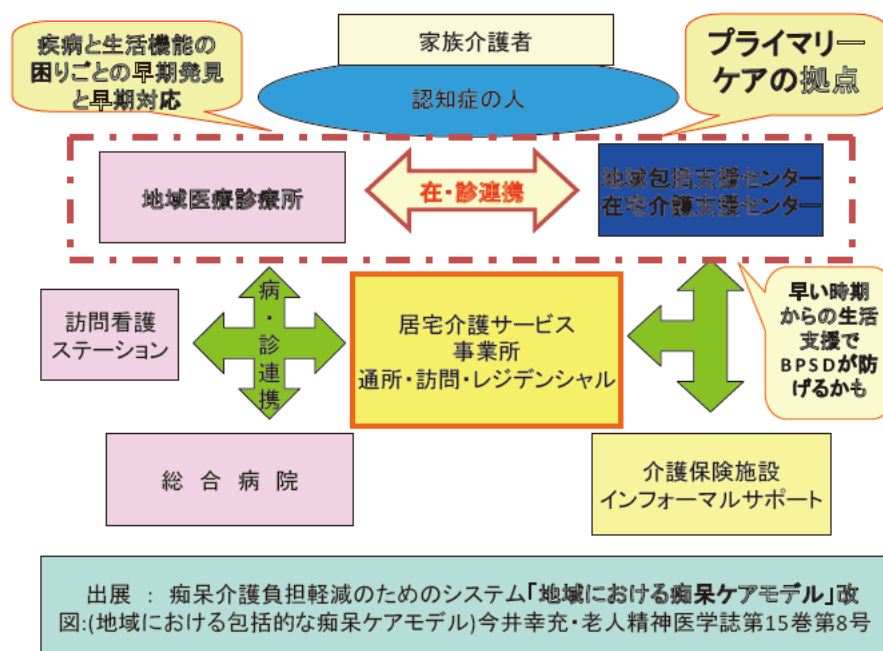


図 3

④最も近い存在である地域住民が、認知症という疾患を正しく理解する事、地域で支えていくという意識を全ての人々が持てるようにしていく事が重要と考えられる。そういう点では、現在進められている”認知症サポーター養成事業”もその方法として有効であり、今後も推進していく必要がある。

その上で、地域の関係者のネットワークによる支援体制を構築することの必要性を地域住民自らが理解できるような啓発活動を地域包括支援センター或いは、在宅介護支援センターが取り組むことも必要である。

(5) 地域包括ケアを支える人材の育成が急務

特に介護支援専門員については、医療知識の不足、医療職とのコミュニケーション不足等々、スキル不足により困難事例を誘発させてしまっている現状も指摘されており、教育、研修を含め、介護支援専門員の育成が必要である。その場合、単に個々の介護支援専門員の問題として捉えるのでは、根本的な介護支援専門員資格の在り方についても今後言及することも必要である。

7 四日市市における医療と介護連携におけるケアマネジャー支援について

※(掲載協力 四日市市福祉部介護高齢市福祉課)

(1) 地域包括支援センターの創設と在宅介護支援センターの活用(図4参照)

四日市市においては、介護保険制度施行前の平成11年度までに地域総合相談窓口として、24時間相談可能な在支を市内に25ヶ所整備し、各地域のネットワークや実態把握など高齢者福祉の地域拠点として展開してきた。

平成18年の介護保険制度改正においても、これまでの考えを踏襲し、在支の機能を最大限に再活用するために、地域包括は、在支の基幹的なセンターとして、在支は地域包括のブランチとして位置づけ、相互の連携を図り、両者が役割分担することで、在宅の高齢者等の自立と安心を支えるための新たな地域の支援システム構築化を目指している。

四日市市の地域包括支援センターと在宅介護支援センターの関係

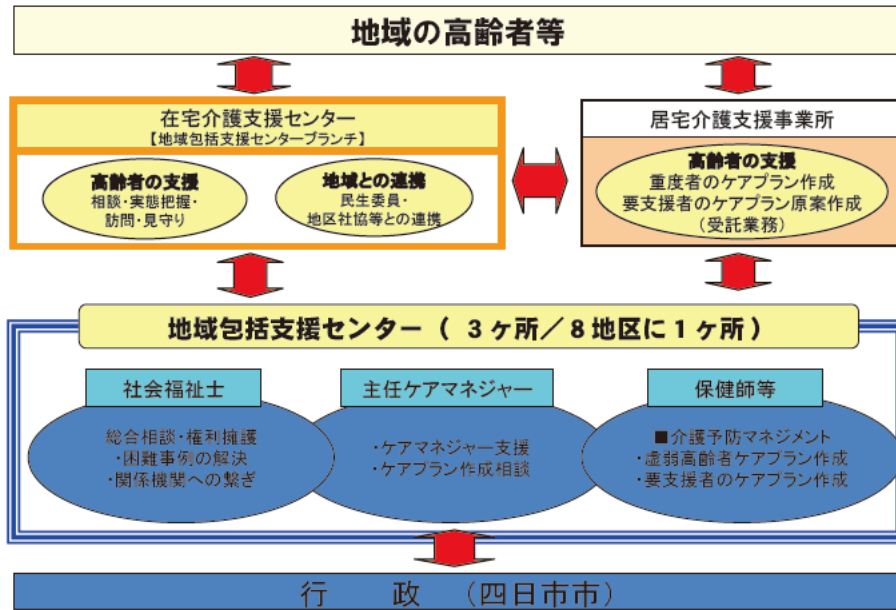


図4

①25ヶ所の在宅介護支援センターをブランチとして設置

→ 高齢者支援（相談・見守り・訪問・実態把握・虚弱高齢者の発見、虐待・権利擁護など）や、地域住民や地域団体に根付いている在宅介護支援センター事業を継続

②3ヶ所（北・中・南）の地域包括支援センターを設置(図5参照)

→ 地域包括支援センターの基本的な設置目安である人口25000人～30000人に1か所ということに対し、四日市市では25ヶ所の在宅介護支援センターの資源を活用する事とし、人口10万人に1ヶ所（従来の基幹型在支の設置基準）の割合で地域包括支援センターを設置することとした。

四日市市に於ける地域包括支援センター及び在介センター(ブランチ)の設置状況



図5

③在支の活用と地域包括の連携システムへの背景

四日市市では、介護保険制度施行前より担当地域（重点地区）において、民生委員、自治会、地区社協、保健センター、市社協、行政等と地区内における個別ケース検討を始め、要援護者の実態に関する共通認識の場、各機関の情報交換の場として、毎月1回「地区ケース検討会議」を行ってきた。しかし、介護保険制度施行に伴い、制度或いは、介護保険サービスの利用に関する勉強会のような形となり、会議そのものの開催趣旨が不明瞭となってきた。そこで各地域諸団体の活動や地域社会資源に関する情報交換をする中で「要援護者の発見・把握」「地域課題の把握」「事例検討」「社会資源の集約」「新たなサービスの構築」等をキーワードに名称を「地域ネットワーク会議」に変更し、主として地域課題に関する協議、検討の場へと転換した。しかし、四日市市全体の地域ケア会議となり得る基幹型主催の「地域ケア会議」が未開催であり、各々の担当地域において検討された内容は、全市的には集約できないのが現状であり、システム上はソーシャルアクションが行えない環境にあることは否めない。

今回の市内3ブロック化による地域包括支援センター設置構想は、これまでの在支機能を生しつつ、段階的に地域課題を集約して行くシステムに変換していくという点では、単に法改正に伴う新機関の設置では無く、従来のシステムのバージョンアップという意味合いが強いといえる。

(2) 在宅介護支援センターと地域包括支援センターとの具体的な連携関係

①各地区の在宅介護支援センターでは、地域ケアネットワーク会議が継続的に開催されているが、その内容は必要に応じて、地域包括支援センターが主催する「プラットフォーム会議(図6参照)」の場にて報告され検討するようにしている。これらの地域課題は累積的整理をすると共に四日市市と他の2包括支援センターとの合同会議である「四日市市地域包括支援センター連絡会議」の場にも報告し、全市的な視野での検討を行うようにしている。(図7参照)

四日市市在宅介護支援センター連絡協議会・プラットフォーム会議(地域ブロック会議)への取り組み

四日市市では、各地域包括支援センター単位で2ヶ月に1回のペースで、地域ブロック会議を開催している。このブロック会議は、包括支援センターと各地区在介センター職員及び行政職員(保健センター含む)で構成されており、必要な情報交換を行いながら行政・在介センター・包括支援センターが共通認識や目的を持ち、それぞれの役割や地域の課題について考えながら、地域包括ケアに取り組むことが重要であると考え取り組んでいる。⇒平成18年7月からは、各ブロック間の取り組みや意識などで格差が生じないよう、各地域包括支援センターも構成メンバーの一員として参加することで相互の意思疎通を図るようにしている。



- (1)構成メンバー
 - 地域包括支援センター職員
 - 各在宅介護支援センター職員
 - 市介護高齢福祉課職員
 - 市保健センター職員
 - 他地区の地域包括支援センター職員
 - その他、必要に応じて参加要請
 - 計 15~20名程度
- (2)協議内容
 - ・行政、各包括・在介センターからの連絡事項
 - ・包括支援センターと在介センターとの連携に関する協議や意見交換
 - ・虐待・権利擁護に関する検討など

図 6

地域包括支援センターと在宅介護支援センターの連携イメージ

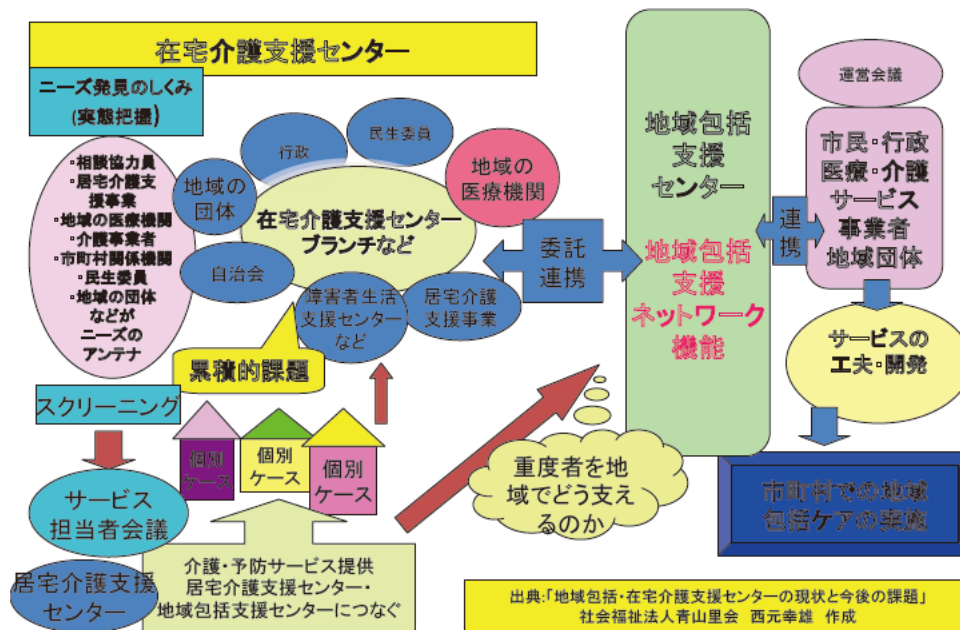
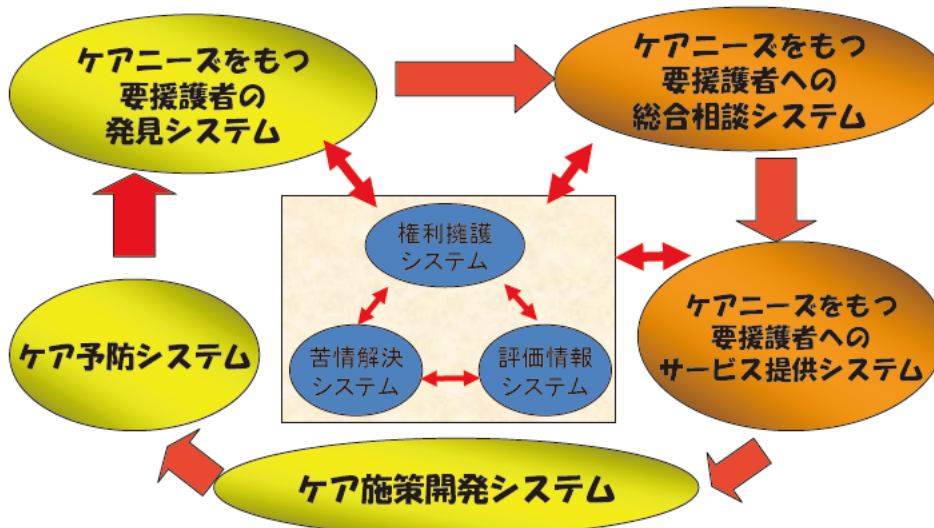


図 7

相談援助作業(ケアマネジメント作業)は、ケースの発見から、必要な人へのサービス調整、処遇困難事例の累積的な整理、担当地域ケアネットワーク会議での対策会議、なお且つ対応困難な事例は、市町村レベルで累積整理して、市町村の制度の開発工夫(ソーシャルアクション)、クラスアドボケイドの作業を推進していくことが、地域ケアシステムを構築していくために非常に常用な機能を果たしていくものと考えられる。(図 8 参照)

地域ケアシステムの構成要素



出展 全国在宅介護支援センター協議会
これからの高齢者介護における在宅介護支援センターのあり方に関する検討委員会 中間報告

図 8

②在宅介護支援センターが積み重ねてきた相談対応（ワンストップサービス）や接近困難ケースへの対応などのノウハウを活用することが可能であること。委託先の在宅介護支援センターには必ず居宅介護支援事業所も併設されていることもあり、重度者の対応や虐待・権利擁護なども含めた相談援助体制が確保しやすい。

③災害時等緊急時の対応について、在宅介護支援センターが各地区別にあることと、在宅介護支援センターが日々の活動の中で実態把握し管理する地区内高齢者の登録名簿の活用により効果的な支援を行うことが可能。

但し、「災害時要援護者台帳」とはリンクは出来ていない状況にある。地域全体で要援護者を支えていくという事を目指していく以上、台帳情報の共有はもとより最新状態を維持していくためには更新の方法についてもこれら関係機関における連携の在り方を検討器用義して行くことが求められる。

（3）四日市市における医療連携システム構築への取組み

平成 19 年 9 月四日市医師会が退院時カンファレンスのマニュアルを作成し、この中に在宅主治医を筆頭として介護支援専門員もその一員として医療機関スタッフと共に退院時カンファレンスに参加することとなった。更に、医師会で開催される地域連携室連絡会（病院の退院相談窓口担当者の会議）に市をはじめとして地域包括支援センターも参画するようになった。

今後、在宅の要援護者を支援していくうえで、医療機関との緊密な連携システムは必要不可欠であり、その中でも在宅介護支援の中核ともなる地域の介護支援専門員のスキルアップが強く望まれるものである。更に支援すべき役割が期待される地域包括支援センターの責任がより一層大きくなることから、平成 21 年度より主任介護支援専門員の配置を従来 of 1 人から 2 人体制へと強化した経緯がある。

また平成 20 年度には市は保健所政令市となり、保健所が在宅医療推進の取り組み（安心の地域医療検討員会）を開始し、その中に地域包括支援センターも参加する形となった。更に平成 21 年度からは、安心の地域医療検討員会の脳卒中部会において、地域包括支援センターエリア（北・中・南）ごとに医師会、歯科医師会、薬剤師会の 3 師会の連携を推進していく「医療・介護ネットワーク会議」を設置し、現在各エリアで、主任介護支援専門員を中心として各々の地域包括支援センターによる取り組みが始まったところである。

具体的な取組みは、始まったばかりではあるが、主任介護支援専門員を中心として、地域包括支援センターは、各地区在宅介護支援センターと協働する中で、地域の介護支援専門員からの課題や悩みなど情報を収集しながら、「医療・介護ネットワーク会議」というフィールドの中で 3 師会との連携を強化し、ひとつずつ課題を解決し、地域の要援護高齢者等が、切れ目なく安心して暮らし続けられるような連携システムを拡充していくことが重要であると考えられる。

8 まとめ

在宅の高齢者等を支援していくためには、介護支援の専門職である介護支援専門員たるケアマネジャーとしての資質、スキルが非常に重要なウエイト占める。しかし、現状としての介護支援専門員の守備範囲は介護保険サービスの調整から脱却できてはおらず、介護保険に関係しない日常生活上の課題は置き去りにされているのも事実である。様々な条件、環境もあり得るが、それ以上に対人援助専門職としての知識、技術、職業倫理といった専門性の不足によるところも決して少なくない。医療連携においても医師、

医療機関と同じテーブルに付くことすら中々出来ていない介護支援専門員もいる事も事実である。

専門性(知識・技術・倫理・社会性)の向上に必要と考えられる要素は、数多くあるとは考えられるが、若干の整理をすると以下の通りと考える。

- ・チームケアの理解
- ・目的・理念・目標などの理解
- ・ケアの原則の理解
- ・ニーズのとらえ方の理解(ケース・地域住民)
- ・ケアプランの原則(ニーズオリエンテッド、フェルトとノーマティブ、ストレングス、エンパワーメント)
- ・認知症、医学知識、生活機能(ICF)などの理解
- ・虐待、権利擁護の理解と対応技術
- ・コミュニケーションの力(情報伝達・意思伝達・情報交換など)
- ・まち作りのプラットホームを意識し、推進する粘り強さ、企画力、地域財産の発見と開発
- ・人々の尊厳と価値観の多様性の理解
- ・バイステイクの七原則、信頼を得る技と人間性

このような状況を踏まえると益々地域包括支援センターの、特にその中でも主任介護支援専門員に課せられる役割は、包括的、継続的マネジメントを確立させるためにも、如何に地域の中で対人援助の専門職としての介護支援専門員の存在を確固たるものにするのか、地域での医療機関を含めた連携ネットワークを如何に構築していくのか。そして如何に介護支援専門員のスキルアップを図るかが大きな課題である。加えて、指導、支援する以上、主任介護支援専門員としての力量も問われる事も再認識したい。