

地域包括ケアシステムにおけるケアマネジメントと インタープロフェッショナルワークの可能性

河野高志*

要旨 地域包括ケアシステムは、地域住民が住み慣れたまちで自分らしく暮らし続けることを支援するための体制である。それは、「介護」「医療」「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら地域や在宅での生活を支えるといわれている。しかし、地域包括ケアシステムの構築には、社会資源の開発・調整・活用や多職種連携といった課題があり、それらを解決できる方法論は現在のところ未確立である。

そこで本稿では、ケアマネジメントとインタープロフェッショナルワークの視点から、地域包括ケアシステムの構築に向けた方法論を検討していった。そして、ケアマネジメントによるミクロ・レベルからマクロ・レベルの機能や、インタープロフェッショナルワークに基づく連携・協働の方法、専門職連携教育の意義を明らかにし、地域包括ケアシステムの効果と持続可能性を高める方法論を提示した。

キーワード 地域包括ケアシステム、ケアマネジメント、IPW、IPE

はじめに

近年、地域包括ケアシステムという概念が医療や介護の分野で注目を集めている。それは、地域住民が住み慣れたまちで自分らしく暮らし続けることを可能にする素晴らしい仕組みであるが、一方では医療費や介護費の抑制という政治的な思惑も大いに含まれている。また、介護や医療のサービスを地域住民に提供する際にも、それに関わる多職種の連携や協働の困難さ

が問題となるなど、地域包括ケアシステムの構築には多くの課題が指摘されている。

そこで本稿では、地域包括ケアシステムの現状と問題を整理し、それを踏まえて地域包括ケアシステムの構築に向けた方法論を検討してみたい。具体的には、ケアマネジメントとインタープロフェッショナルワーク（Inter-Professional Work：以下、IPW）を中心とした地域包括ケアシステムの構築を考えていきたい。

* 福岡県立大学人間社会学部・講師

1. 地域包括ケアシステムの枠組みと問題

(1) 地域包括ケアシステムの理念と枠組み

地域包括ケアシステムは、「介護」「医療」「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら地域や在宅での生活を支えるものといわれている¹⁾。これは、国民一人ひとりが住み慣れた地域で最期までその人らしく生きることを保障するために、在宅サービスの複合化・多機能化や新たな住まいの形の提供、施設サービスの機能を地域に展開して在宅と施設とのつながりを強化することなどを行ったうえで、これらのサービスを利用者の生活状況に合わせて継続的かつ包括的に提供する仕組みを構築する政策理念である（高齢者介護研究会 2003）。

2003年にこの政策理念が提起されて以降、2005年の介護保険法改正では、地域包括ケアシステムの中核を担う総合相談機関として地域包括支援センターが創設された。また、要介護者が住み慣れた地域で生活し続けられるよう、より身近な市町村単位で実情に応じて提供する地

域密着型サービスも創設された。そして2012年の介護保険法改正では、国及び地方公共団体の責務として地域包括ケアシステムを推進することが示され²⁾、2013年施行の持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律では、医療制度と介護保険制度に関して政府による地域包括ケアシステムの推進が明記された³⁾。さらに、この間の多様な高齢者向け生活施設の創設や在宅医療の推進などの追い風を受けながら、近年、地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みが各自治体で進められている。

厚生労働省によると、地域包括ケアシステムの概要は図1のようなものである。ここでは、先に述べた「介護」「医療」「予防」「住まい」「生活支援・福祉サービス」という構成要素とそこに含まれる具体的な社会資源が例示されており、各自治体が目指す方向性ともいえる地域包括ケアシステムの全体像を表している。そしてそこには、地域住民の生活ニーズに対して、相談業務やサービスのコーディネートを行う機関として地域包括支援センターが位置づけられている。すなわち全国の市町村には、地域包括支援



(出典：厚生労働省ホームページ⁴⁾)

図1 地域包括ケアシステムの姿

センターを中心として、それぞれの実情や地域特性にあわせて図1のような体制を日常生活圏域単位で構築することが求められているのである。

(2) 先行事例にみる地域包括ケアシステムの現状

こうした社会的な情勢を受け、全国の市町村において地域包括ケアシステムの構築にむけた取り組みが行われるようになり、それらに関する成果も整理されはじめている。たとえば厚生労働省のホームページには、地域包括ケアシステム構築モデル例として全国の10市区町村の取り組みが掲載されている⁵⁾。そこで、地域包括ケアシステム構築に関する現状を考察するため、これらの取り組みについて「介護」「医療」「予防」「住まい」「生活支援・福祉サービス」の視点から特徴を概観してみると、表1のように整理できる。

これらのモデル例をみると、まず全ての例に共通する取り組み内容として「介護」「医療」「予防」「住まい」「生活支援・福祉サービス」の5つの要素について、地域の状況や住民のニーズに応じて新たに開発あるいは既存の資源を活用して整備していることがわかる。その際、必ずしも5つの要素すべてを開発・整備する必要はなく、地域の実情にあった社会資源の開発や活用、調整がなされている。また、地域包括ケアシステム構築の方針としては、千葉県柏市のように行政が先導して地域包括ケアシステムを構築している例もあれば、鹿児島県大和村のように地域包括支援センターが事業を住民に提案し、住民主体で地域での支え合い体制を作っている例もある。さらには、新潟県長岡市のように行政や専門機関が整備・提供する支援体制の

運営に住民が参加できるように、地域のイベントを通して住民との関係づくりを図る官民協働の取り組み例もある。

これらのモデル例以外にも、山形県鶴岡市ではICT（Information and Communication Technology）を用いた医療と介護の連携システムの導入や情報共有のための様式の開発・活用、介護職と医療職の合同研修会の開催などが行われている。また、滋賀県東江市では、行政・専門職・住民が連携・協働するための研修会や会議などを開催し、ネットワークづくりを積極的に行っている。さらに、就労支援施設や介護施設、配食やサロン機能をもつレストランなどを総合的に提供する福祉モールを開設することで、高齢者のみでなく障害者なども対象とした暮らしの支援拠点の整備を進めている（日本総合研究所 2014）。

このように、地域包括ケアシステムの構築モデル例などの先進事例をみてみると、①各自治体が開発・活用する社会資源の種類が、基本的に「介護」「医療」「予防」「住まい」「生活支援・福祉サービス」に分類できることや、②地域包括ケアシステムの構築に関わる主体が、行政・サービス提供機関・専門職・住民など地域社会を構成するすべての者であること、そして、③地域包括ケアシステムを構築する方針と主体やそれを構成する社会資源、構築までのプロセスと方法については、各自治体の地域特性と実情に応じて完全に個別であること、の3点が理解できる。すなわち地域包括ケアシステムの構築においては、法律や制度が示す普遍的な理念と枠組みに則った上で、地域の実情に応じた個別具体的な取り組みを各自治体独自の方針で進めているのが現状といえる。

(3) 多職種連携にかかわる問題

この地域包括ケアシステムの構築について太田貞司（2016：14）は、『住み慣れた地域で自

分らしい暮らしを人生の最期まで続ける』ことのできる場を『日常生活圏域』につくり出すことが目標になると述べ、要介護者が生活主体

表1 地域包括ケアシステム構築モデル例の特徴

市区町村	特徴的な取り組み内容
東京都世田谷区 (人口866,063人、 高齢化率19.29%)	<ul style="list-style-type: none"> ・世田谷区医療連携推進協議会による在宅医療の推進（医療） ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護の体制整備（介護） ・高齢者の居場所と出番の創出（予防） ・低所得高齢者等の住居の確保（住まい） ・地域活動の整備（生活支援）
新潟県長岡市 (人口281,100人、 高齢化率26.4%)	<ul style="list-style-type: none"> ・長岡駅を中心とするエリアに13ヵ所のサポートセンターを設置し、サポートセンターごとに、医療・介護・予防・住まい・生活支援のサービスを組み合わせて一体的に提供（医療）（介護）（予防）（住まい）（生活支援） ・官民協働でのサービス提供体制の整備 ・祭りやイベントの運営を通じた地域住民との関係構築
鳥取県南部町 (人口11,568人、 高齢化率31.05%)	<ul style="list-style-type: none"> ・既存の民家・公的施設等を改修して地域コミュニティホームを整備（住まい） ・地域コミュニティホームの住民には、必要に応じて医療・介護・生活支援サービスを地域住民と専門機関が提供（医療）（介護）（生活支援）
千葉県柏市 (人口404,949人、 高齢化率21.86%)	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の推進のため、行政（柏市）が事務局となり連携体制を構築（医療・介護） ・医療、看護、介護が連携するための体制やルール、関係を構築
三重県四日市市 (人口312,856人、 高齢化率22.6%)	<ul style="list-style-type: none"> ・商店街の空き店舗を活用して、①総合相談機能、②食の確保機能、③地域住民の集いの場としての機能を果たす「孤立化防止拠点」を設置（生活支援） ・地域住民による安価な日常生活支援サービス提供システムの開発
大分県竹田市 (人口24,392人、 高齢化率40.5%)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターを中心としたニーズ調査とサービス検討会議を通して、介護予防サービス及び生活支援サービスの充実化（予防）（生活支援） ・地域住民や有償ボランティアの活用
熊本県上天草市 (人口334人、 高齢化率51.2%)	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急通報システムの導入、介護サービス従事者の養成と事業所の開設、配食・見守りサービスの開始などによる在宅サービスの開発（介護）（予防）（生活支援） ・民宿を改修し、介護予防拠点を整備
埼玉県川越市 (人口347,010人、 高齢化率22.6%)	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症家族介護教室、市民後見推進事業の実施によって認知症高齢者と家族の支援体制を構築（介護）
鹿児島県大和村 (人口1,641人、 高齢化率37%)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域支え合いマップの作成を通じて、住民が主体的に関わる生活支援サービスの仕組みづくり（予防）（生活支援） ・地域包括支援センターが事業を提案し、住民に提案
鳥取県境港市 (人口36,004人、 高齢化率27.4%) 米子市 (人口150,019人、 高齢化率24.9%)	<ul style="list-style-type: none"> ・特養などの既存の施設機能を地域に展開して支援体制を構築（医療）（介護）（予防）（住まい）（生活支援） ・施設職員を有効活用して定期巡回・随時対応型サービスを地域に展開 ・世代間の交流（幼者一体となったサービス）、民生委員や地域住民との交流などを通して地域福祉ネットワークの拠点を創出 ・元気な高齢者や生活困窮者の活用・雇用、次世代の育成、高齢者だけでなく子ども・障害者もトータルで支える支援体制を目指す

(出典：厚生労働省ホームページ「地域包括ケアシステム構築モデル例」を基に筆者作成)

となって最期まで自分の日常生活を自分で営むことができるようなまちづくりをすることであると言及している。また筒井孝子（2016：21）は、介護費と医療費の地域差に関する考察を通して、「地域差のありようはあまりに範囲が広く、地域に最も適した独自の医療、介護、福祉サービス提供システム、すなわち地域包括ケアシステムは、市町村の数だけ存在している」ことを強調した。さらに、地域包括ケアシステムはそもそも、病院中心から地域ケアへという医療体制の見直しに合わせて退院患者の地域での受け皿を用意する側面と、少子高齢・人口減少社会におけるまちづくりの側面を併せ持つといわれている（太田2016：14）。これらのことから地域包括ケアシステムの構築は、これからの時代に対応したまちづくりのプロセスそのものであり、同時に効果的かつ効率的な地域の支援体制づくりでもあるため、「行政や医療、介護、福祉サービス提供者だけでなく、保険者や住民も含んださまざまな関係者（マルチステークホルダー）の参加」（筒井2016：24-25）とこれらの人々の連携や協働によって進めることが不可欠なのである。

しかし、こうした多職種を中心とした多様な主体の連携は重要かつ不可欠である一方で、その困難さも指摘されている。たとえば望月宗一郎は、異なる組織・機関や職種間で連携する場合、「職種ごとの専門性や職能の相違のほか、これまで受けてきた教育のバックグラウンドや思考のロジックが違う」（竹端ら2015：144）ため、情報の伝達に注意が必要であることを強調しているが、「保健・医療・福祉専門職の多くは、自分の職種や職域以外のことに関しては案外知らないことが多いという事実も否めない」（竹端ら2015：144）と述べ、多職種連携が簡単な

問題ではないことを指摘している。さらに彼は以下のように、連携の困難さを強調している。

連携は、常に変化する人間関係の上に成り立ち、そのときどきの関係者やタイミング、もしくはイニシアチブをとる人間の気質、連携を図ろうとする地域の特徴や歴史的な文脈等が絶妙に絡み合うため、非常に不安定なものである。一時的に連携できたように思えてもそれを維持・継続していくことは難しく、ほかの地域での成功例をそのまま真似たところで、まず成功しない（竹端ら2015：145）。

このように、地域包括ケアシステムを構築するうえで、多職種をはじめとするさまざまな主体が連携する必要性や有効性が強調されているものの、それを効果的に展開する方法が明らかでないため実現に相当な困難がともなうという課題が残されている。つまり、地域包括ケアシステムに関する現時点の先行研究やモデル事業では、多職種連携や社会資源の活用に関する先駆的な成功事例の紹介にとどまっており、普遍的に応用できる方法論がまだ確立されていないことが問題なのである。そのため今後は、地域包括ケアシステム構築の具体例や取り組みの紹介だけでなく、構築するための視点や枠組み、方法、理念、プロセスなどを包含する方法論の検討と整理が必要だと考えられる。

2. 地域包括ケアシステムの構築にむけたケアマネジメントとIPWの役割

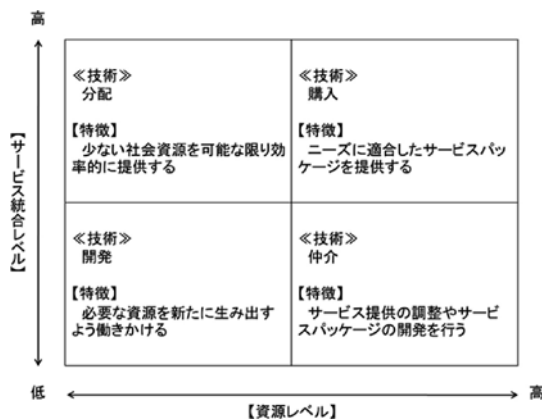
(1) 地域包括ケアシステムにおけるケアマネジメントの意義

これまでみてきたように地域包括ケアシステムの構築に関する課題には、①各自治体が目指す支援体制に必要な社会資源を開発・活用・調整して提供することと、②それを可能にする多職種や多様な主体の効果的な連携を確立すること、の2点があげられる。そこで本研究では、1) 社会資源の開発・活用・調整と2) 専門職や地域住民などの多職種・主体の効果的な連携に焦点化して、地域包括ケアシステム構築に向けた方法論を検討してみたい。

第1の課題である地域包括ケアシステムの構築に関わる社会資源の開発・活用・調整には、ケアマネジメントが重要な役割を果たすと考えられる。介護保険制度が始まって以降、サービスの利用や社会資源の活用についてはケアマネジメントが一般的な方法として認識されるようになってきているが、あらためてその特徴を整

理しつつ、マイクロ・レベルからマクロ・レベルの特徴にまで言及してみたい。まずSheafor et al. (1997: 62) はケアマネジメントの目的について、「利用者適切なサービスを結びつけ、それらのサービス利用を調整する過程を通して、利用者や家族に継続的なサービス提供をすること」と述べ、利用者のニーズに合わせてサービスや資源を調整して提供する特徴を強調した。これは一般によく知られるケアマネジメントの基本的な側面であるが、Moore (1992: 419) によると地域のサービス統合レベルと資源レベルによって強調されるケアマネジメントの技術が異なるといわれている(図2)。

図2をみると、まず左上のサービス統合レベル〈高〉：資源レベル〈低〉という状況では、少ない社会資源をできるだけ多くの利用者へ効率的に振り分けることを目的とした分配の技術が重要になる。次に左下のサービス統合レベル〈低〉：資源レベル〈低〉という状況では、足りない社会資源を利用者ニーズに基づいて作り出すことを目的とした開発の技術が重要になる。そして右上のサービス統合レベル〈高〉：資源



(Moore 1992: 419の図に筆者が加筆して作成)

図2 サービス統合レベルと資源レベルに応じたケアマネジメントの技術

レベル〈高〉という状況では、多くの社会資源のなかから利用者ニーズに適合するものを獲得し、適切な組み合わせで提供することを目的とした購入の技術が重要になる。最後に右下のサービス統合レベル〈低〉：資源レベル〈高〉という状況では、連携していない多くのサービスのなかから利用者ニーズに適合するものを選択し、それらを組み合わせ調整しパッケージ化しながら利用者に提供する仲介の技術が重要になる。このようにケアマネジメントは、利用者のニーズに合わせてサービスを調整し、提供するという特徴をもち、そのために地域の社会資源のネットワーキングやパッケージ化、場合によっては開発を行うことまで含んでいるのである。

しかしその一方でケアマネジメントは、サービス提供システム自体を効率的に運用するという側面も持っている。そもそもケアマネジメントは、ノーマライゼーション理念の具体化や脱施設化への対応策としてアメリカの政策的プロジェクトのなかで登場した。そして、ケアマネジメントはその成果が認められ、数多くの連邦法に組み込まれ法制化されていった（副田2008：86-7）。その代表的なものが、マネジドケア⁶⁾である。マネジドケアにおけるケアマネジメントの役割は、人々の保健医療サービスの選択や利用を管理し、できるだけ低コストで質の高いケアをパッケージ化して提供することである。そのため、ケアの利用資格・基準に基づいたスクリーニングを行ってケア費用を決定し、その予算内で利用者に適切なケアを提供して効果をモニタリングするのである。こうしたケアマネジメントでは、ケアマネジャーの実践指針や意思決定のフローチャートがあるものの、利用者のパーソナリティや生活環境といっ

た個別の違いを考慮するようには作成されていないのが現状である（Summers 2009：58）。つまり、マネジドケアにおけるケアマネジメントは、利用者支援よりも費用や資源の管理によるシステム維持にこそ主眼を置く。このようにアメリカでは、保健医療システムを財政的に維持するための戦略としてマネジドケアが開発され、それを運用する方法としてケアマネジメントを政策に位置づけてきた。その結果、ケアマネジメントでは費用抑制の役割が重視されるようになったのである。こうしたケアマネジメントの側面は、イギリスの国民保健サービスおよびコミュニティケア法にも引き継がれ、予算やサービス、社会資源の効果的かつ効率的な管理と提供の方法として普及するようになり、さらには日本の介護保険制度におけるケアマネジメントにも大きな影響を与えてきた。

このようにケアマネジメントには、利用者のニーズに合わせてサービスや資源を調整して活用する利用者中心の側面と、限られた予算や社会資源を効果的かつ効率的に提供するための持続可能な支援体制の運用方法というシステム中心の側面がある。そして、こうした側面には互いに関連し合うような特徴も含まれている。まず前者の視点に関わる特徴として、Rose（＝1997：354-392）が提唱するアドボカシー/エンパワーメント・デザインのケアマネジメントでは、あるサービスを利用者が必要とし、そのサービスの利用資格を満たしている場合でも、支援システムが連携していないことや拒否的な対応が原因でそのサービスを利用できないという問題に立ち向かう機能を強調し、支援システムの変革を視野に入れている。また後者の視点に関わる特徴としてSummers（2009：58）は、マネジドケアにおいて近年アウトリーチによる

利用者の早期発見をケアマネジャーに求めるようになってきたことに言及し、利用者に早期のサービス利用を促すことで問題の重度化を予防して、結果的にサービス費用を抑制するという取り組みを強調している。

つまりケアマネジメントは、①地域住民が安心して地域で暮らし続けるために必要なサービスや社会資源を組み合わせる提供機能や、②個別支援に支障をもたらす支援システム上の問題に働きかけるシステム改善の機能、③地域にある限られた社会資源や使用可能な予算を効果的かつ効率的に提供する持続可能な支援システムの運用機能、④問題の重度化を防ぎサービスに係る費用を予防的に抑制するアウトリーチ機能、などを兼ね備えており、ミクロ・レベルからマクロ・レベルにわたって地域包括ケアシステムを構築するための社会資源の開発・活用・調整に重要な役割を果たす方法であると考えられる。

(2) 地域包括ケアシステムにおけるIPWの視点

次に、第2の課題である専門職や地域住民などの多職種・主体の効果的な連携に関しては、近年、IPWが注目されている。佐藤進によるとIPWとは、過度に専門分化した保健医療福祉サービスへの批判と反省から生まれた専門職の連携と統合の方法である（埼玉県立大学2009：5）。その特徴は、多様な専門職が互いの専門性や手法を尊重しつつ協働することを通して自らの可能性と限界を認識し、その認識に基づき各専門職が相互に補完しあいながら質の高いサービスを利用者に提供することである。こうしたサービスを提供するうえで、利用者中心を最も重視していることも特筆すべき点である。また西梅ら（2011）は、IPWに関する先

行研究からその特徴を以下の5点に整理したうえで、〈連携〉〈チームアプローチ〉〈ネットワーク〉〈協働〉という関連概念との比較を行い、IPWの特性を考察している。

- ①複数の領域の専門職が共通目標を持つこと
- ②専門職間で学び合うこと
- ③複数の領域の専門職が協働すること
- ④利用者がケアに参加・協働すること
- ⑤組織的な役割と機能を分担すること

かれらによるとIPWの特性は、まず、①複数の領域の専門職が共通目標を持つことについて、利用者のエンパワメントとケアサービスの向上という点が重視される。次に、②専門職間で学び合うことについては、互いの役割、責任、固有性を理解し合うことが重要となる。そして、③複数の領域の専門職が協働するうえでは、各専門職が個人としての相互信頼を基盤に、それぞれの専門的役割を開放し合いながら相互作用することや、ソーシャルケア体制のなかでミクロからマクロの各レベルにおいて協働することが特徴となる。さらに、④利用者がケアに参加・協働するために、利用者中心の姿勢を保持しつつ積極的に利用者の参加・協働を促すことが必要となる。最後に、⑤組織的な役割と機能を分担することに関しては、場面や状況に応じて適当な専門職がリーダーシップを発揮することが求められる。

こうした特性をもつIPWは、イギリスにおいて従来の利用者中心のケアや連携、チームワークが抱える問題を解決するために登場してきた（埼玉県立大学2009：22-23）。それは、多くの専門職や専門機関が関わっていたにも関わらず、医療過誤による死亡事故や児童虐待による殺人事件が発生し、その原因が専門職間のコミュニケーション不足やチームワークの不十

分さ、リーダー不在などの複合的な連携システムの不全と結論づけられたことに由来している。すなわち、従来のチームワークや連携の問題を乗り越えて多職種連携の不全を解決するために、IPWの概念が生成されてきたのである。その意味で、まったく目新しい考え方ではないが、従来の連携やチームワークとは一線を画す意義を有したものと見える。そして、このようなIPWに基づく多職種連携の効果については、平田ら（2004）や大塚ら（2004）の研究によると、利用者理解の深化、他機関との調整、情報の共有、支援方針の明確化と役割分担、専門職同士の相互支援の強化、業務連絡等に役立つ可能性があるといわれている。

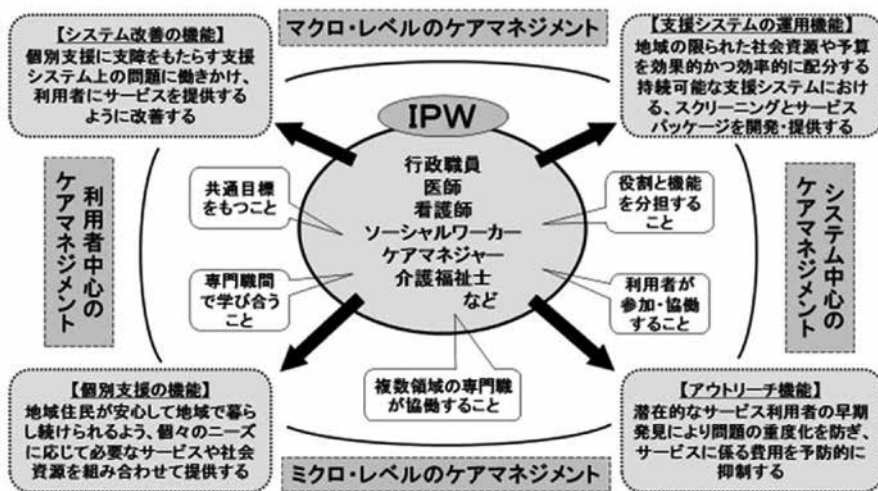
地域包括ケアシステムの構築においては、先に述べたとおり、「行政や医療、介護、福祉サービス提供者だけでなく、保険者や住民も含んださまざまな関係者（マルチステークホルダー）の参加」（筒井2016：24-25）が重要となる。そのとき、IPWの視点に立てば、地域住民やサー

ビス利用者を中心としたケアシステムの構築を目標とすることや、多様な関係者の役割や責任の効果的な分担と相互作用、場面に応じたリーダーシップの発揮とそれにもとづく一体感のあるチームワーク、という効果がミクロ・レベルからマクロ・レベルの取り組みにおいて期待できると考えられる。

(3) 地域包括ケアシステムにおけるケアマネジメントとIPWの枠組み

これまで述べてきたケアマネジメントとIPWの特徴を、地域包括ケアシステムに活かすことを想定して相互に関連づけて整理すると、図3のように表すことができる。

まず、図3の中心には地域包括ケアシステムを担う行政職員、医師、看護師、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、介護福祉士など、多様な専門職による連携と協働を意味するIPWを位置づけた。これらの主体が、それぞれの立場や価値観、専門性などに固執してコミュ



(筆者作成)

図3 地域包括ケアシステムにおけるケアマネジメントとIPWの展開

ニケーション不全やチームワーク不足を起こさないよう、IPWの5つの特性に基づいて連携・協働することが重要である。それにより、地域包括ケアシステムの方向性、すなわち当該地域のまちづくりの方針を地域に暮らす者の視点に立って決定し、そのうえで具体的な社会資源の整備・活用などに取り組んでいくことになる。

次に、地域包括ケアシステムを構成する社会資源の種類や量などの整備方針を決定した後は、それらをどのように提供し、また改善・向上させていくかということが問題となる。そこで、ケアマネジメントがもつ4つの機能に着目したい。

構築モデル例などを参考に、地域包括ケアシステムの構築プロセスを考えてみると、まず地域の医療機関や社会福祉施設・機関などが有する保健医療福祉のサービスや社会資源を効果的かつ効率的に地域住民に提供するためのシステム開発から始めることになる。その際、医療機関や福祉施設の機能を地域に展開することや、多職種によるチーム支援や連携体制の構築など、新たな資源の整備や既存の資源を活用したサービスパッケージの開発、さらにそれらの効果的な提供方法の検討が求められる。このことについて例えば白澤政和は、①社会福祉法人等が施設機能やサービスを住民のニーズに合わせて地域に展開するために地域住民・地域包括支援センター・社会福祉法人等が連携することや、②地域ケア会議を通してさまざまな団体や機関が連携してネットワークづくりをすすめること、が重要であると述べている(大橋・白澤2014:286-289)。こうした取り組みは、効果的かつ効率的な社会資源の提供を可能にする持続可能な支援システムの形成といえるため、ケアマネジメントがもつ支援システムの運用機能と

関連づけて捉えることができる。

次に、これらの体制が整ったら、そのサービスや社会資源を地域住民に利用してもらうことを考えなければならない。例えば高齢者の場合、住み慣れた地域に暮らし続けるためには一定程度の身体機能や認知機能を保持することが重要であり、そのために早期からサービスや社会資源を予防的に活用することが有効である。なぜなら、健康寿命をのばすことができれば生活の質の低下を防ぐことができると同時に、社会保障費の軽減も期待できるといわれているからである(厚生労働省2014:135)。こうした観点からも、開発・整備した地域包括ケアシステムの積極的な利活用は、介護度の重度化を予防して地域生活の継続を可能にするとともに費用の抑制にもつながるため、ケアマネジメントのアウトリーチ機能の発揮が重要になると考えられる。

その一方で、地域住民にとって住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、日々の生活に必要な支援をニーズに合わせて利用できることこそが重要である。そのためにソーシャルワーカーを中心とした支援者は、地域住民やサービス利用者の個別ニーズを把握し、それに合わせたサービスや社会資源の利用を支えるのである。これは、利用者を中心としたケアマネジメントの最も基本的かつ根幹となる個別支援の機能である。この機能を果たすうえで、いったん開発・整備した地域包括ケアシステムや従来のケア体制がもつ問題に直面することもある。例えば新潟県長岡市の取り組みでは、小規模多機能型居宅介護事業所を地域に開かれた交流拠点にしようと設置したが、地域住民の理解を得られず利用がすすまないという問題に対し、町内祭りの休憩場所として提供するなど運

営方針を拡大させることによって住民の理解を得ていった。また鳥取県南部町では、介護の必要な高齢者の住まいが町内に特別養護老人ホームと介護療養型医療施設しかなく、介護度の低い高齢者や低所得者の住まいが不足しているという問題に対し、地域住民が主体となり民家や公的施設を改修して新たな住まいを作る取り組みを行い、それを行政が支援するという方法で解決していった。このように、個別支援のためのサービスや社会資源の活用をすすめるうえで直面する支援体制の問題に対して、地域住民のニーズや意向を踏まえて支援システムの改善・向上に取り組むという活動は、ケアマネジメントがもつ支援システム改善の機能と捉えられる。さらに、ここでの改善点は地域包括ケアシステムの構築の方針にフィードバックされ、より地域の実情に合った持続可能な支援システムに改良することにつながっていくのである。

そして、このようなケアマネジメントの4つの機能を果たすうえでも、IPWの視点から多職種が連携・協働することは重要である。それは、地域包括ケアシステムの構築が、マイクロ・レベルからマクロ・レベルにわたり、かつ地域住民1人ひとりの支援と地域全体の支援システムの形成を視野に入れた取り組みだからである。そこには、個別支援か地域づくりか、あるいは利用者中心かシステム中心か、という二分的な議論に陥りやすいという問題があり、そうなると様々な職種や立場の人たちが自らの価値観や専門性に基づく主張に固執しやすくなる危険性がある。この問題を避けるためには、地域包括ケアシステムの構築に関わる者すべてが1つのチームとなり、マイクロ・レベルからマクロ・レベルのあらゆる場面でIPWの特性に基づく連携と協働を志すことが求められるだろう。

3. ケアマネジメントとIPWを活用した地域包括ケアシステムの課題と今後の展望

(1) ミクロ・レベルからマクロ・レベルのケアマネジメントの普及

本稿では、地域包括ケアシステムの現状と構築に向けた課題を指摘し、そのうえでケアマネジメントとIPWを活用した地域包括ケアシステム構築の方法論について検討してきた。そこで最後に、これまで検討してきたケアマネジメントとIPWを活用した地域包括ケアシステムの構築方法の課題について考察しておきたい。

まずケアマネジメントについては、その概念自体の理解が多様であることが問題となる。介護保険制度のケアマネジメントや障害福祉サービスの計画相談支援のような制度上の手続きを指してケアマネジメントということもあれば、ソーシャルワークの1つのアプローチという意味で用いることもある。その点の認識を、地域包括ケアシステムに関わる多職種・主体で共通理解することからはじめる必要がある。なぜなら、ケアマネジメントの理解の仕方によって、各職種の役割分担などについて誤解や齟齬が生じる危険があるからである。制度上のサービス利用はもちろん、インフォーマルな社会資源の調整や予防的なアウトリーチ、支援システムの改善など、幅広い機能をケアマネジメントが有していることを理解しておくことは、多職種が責任や役割を分担するうえで重要である。

そのうえで、利用者中心とシステム中心、マイクロ・レベルとマクロ・レベルというケアマネジメントの機能特性に基づいて連携・協働した取り組みを行わなければならない。利用者中心のケアマネジメントとシステム中心のケアマネジメントという考え方はRose & Moore (1995)

や副田あけみ (1998, 2005) らによってすでに紹介されており、また利用者中心のケアマネジメントはソーシャルワーク実践の一部として、システム中心のケアマネジメントは介護保険制度の仕組みとして社会に浸透しているため、多職種の共通理解を得ることは難しくないだろう。

しかし、マイクロ・レベルからマクロ・レベルのケアマネジメントの関係性については、未だに広く理解されているとはいいがたい。アメリカではAustin (=1997:279) が、「連続的なケアのギャップを埋めたり、欠乏している資源の量を増やしたり、あるいは費用が高いサービスの利用を制御したりすることで、ケースマネジメント・モデルは、地域のサービス提供システムの性質を変えることができる」と述べ、マイクロ・レベルの個別支援の取り組みによってマクロ・レベルの支援システムの改善をケアマネジメントが可能にすることを指摘している。一方で筆者の知る限り、日本のケアマネジメントに関する先行研究にこうしたマイクロ・レベルからマクロ・レベルのフィードバックに関する言及はみられず、むしろチームアプローチの促進やフォーマル・インフォーマル双方の社会資源の活用といったマイクロ・レベルからメゾ・レベルの支援方法として認識されている⁷⁾。

そのため、本稿で検討してきた地域包括ケアシステム構築に向けた方法論を実践で活用するには、図3で示したケアマネジメントの4つの機能そのものに関する理解の促進に加え、それぞれが関連し合っているということについても、多職種や地域住民の認識を深めなければならない。こうしたケアマネジメント理解を一般に普及させていくことが、第一の課題である。

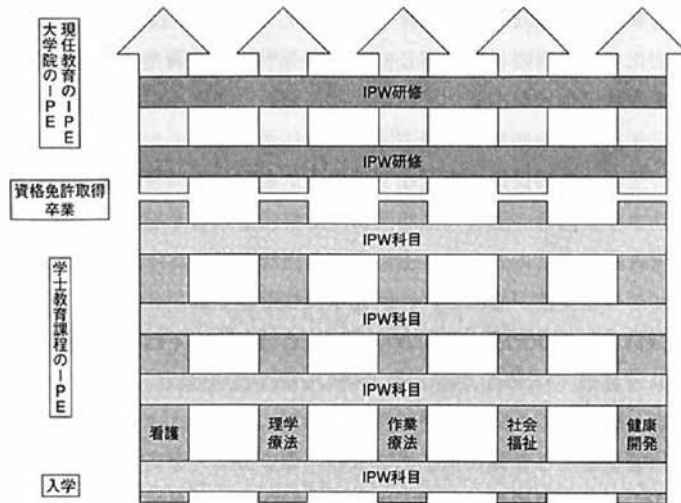
さらにそのうえで、このようにマイクロ・レベルからマクロ・レベルに関わる幅広いケアマネジメントの機能は、1人のソーシャルワーカーがすべて担当するには範囲が広すぎるため、4つの機能それぞれを関連づけて連動させ、効果的なフィードバックが発揮されるような仕組みを地域包括ケアシステム自体に組み込むことも、重要な課題となるだろう。

(2) 専門職連携教育 (IPE) の導入

次に、IPWに関する課題についてもふれておきたい。先にも述べたが、利用者を中心とした多職種の連携を効果的にすすめることは、簡単なことではない。それは、専門職同士が交流しにくい職場や地域のシステム、他の職種への理解不足、難解な専門用語を多用したコミュニケーションによる情報伝達の困難さ、などが要因となっている (埼玉県立大学2009:30)。このような問題を乗り越え、多職種連携を効果的に機能させるためにIPWが登場してきた。しかしこのIPWは、多職種連携の特効薬でも理想論でもない。なぜなら、IPWを実効性のあるものにするためには、専門職連携教育 (Inter-Professional Education: 以下、IPE) を実施していくことが不可欠となるからである。

IPEは、専門職を目指す学生や有資格の専門職が同じ場で各専門領域の教育プログラムを横断的に学び続けることによって、異なる専門職相互の理解を深め合い、IPWにおける専門職の連携と統合を可能にすることを目的とした教育方法である。これは、大学などの高等教育機関における専門職養成教育に始まり大学院教育や現任教育に至るまで、段階的かつ継続的に実施することが重要といわれている (図4)。

IPEについて神山ら (2011) は、イギリスと



(埼玉県立大学 (2009 : 17) より抜粋)

図4 横断的継続的に実施するIPE (例示)

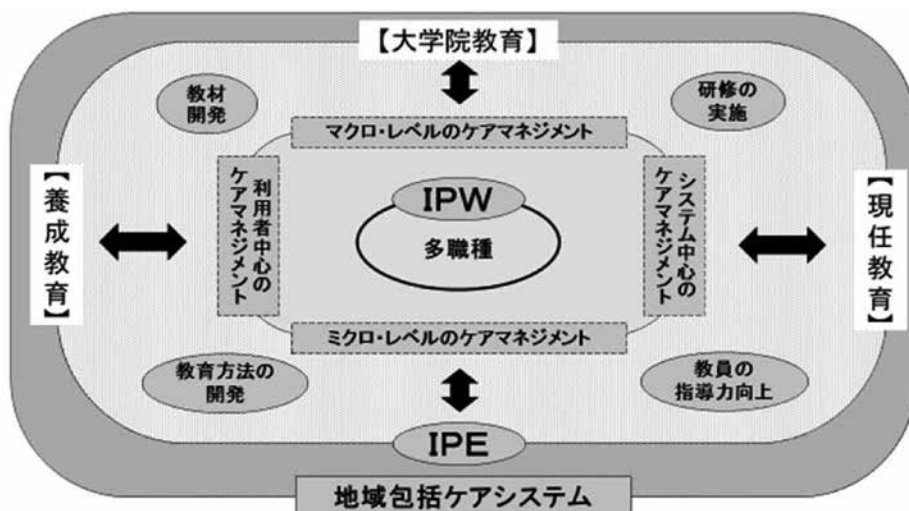
アメリカの取り組みを紹介しながら、日本でIPEを導入するためには、①学生の相互作用を通じてIPWの特性を学ぶ教育プログラムの開発、②実践現場との連携も含めた教育方法や教材の開発と教員の指導力の向上、などが重要であると指摘している。しかし同時に、「日本でも近年教育GPへの採択により全国の医療・保健・福祉系大学で連携教育プログラムが開発されつつあるが、先駆的な一部の大学の取り組みに留まり、学内の担当外教員の理解や協力も十分といえない状況がある」(神山ら2011 : 53) と述べ、イギリスやアメリカに比べてIPEが社会に浸透していないことにも言及している。そのため日本では、IPEをどのように実施していくかということから検討しなければならず、その先にあるIPWの実効性が発揮されるまでには相当の時間と努力が必要となる。

しかし、地域包括ケアシステムにおける多職種連携を効果的にすすめるためには、実践現場における

多職種連携とIPEを同時に展開していくことを考える必要があるだろう。すなわち、地域包括ケアシステムにおける多職種連携の場と大学等が協力して、実践的にIPWを学ぶことができる教育システムを作っていくことが重要である。そのなかで、より効果的な多職種連携の方法や技術を現場と大学が共同で開発しつつ、それを専門職教育にも活かしていくのである。

(3) 地域包括ケアシステムの構築に関する今後の展望

これまで述べてきた地域包括ケアシステムの課題を踏まえ、構築に向けた今後の展望を整理すると図5のように示すことができるだろう。図5の中心部分に配置したIPWとケアマネジメントは、図3を簡略化したものである。このIPWによるケアマネジメントを効果的にすすめると同時に、専門職の教育にも活かそうとする取り組みがIPEである。各専門職の養成教育や大学院教育、現任教育を現場のIPWと関連



(筆者作成)

図5 ケアマネジメントとIPW・IPEからみた地域包括ケアシステム

づけながら実施していこうとする展開を双方向の矢印で示している。教育として専門職の連携を学ぶ側面と、現場の多職種が実践を通して相互理解と連携を学習しながら支援を展開する側面を併せもつことが特徴である。

このようなケアマネジメント・IPW・IPEによる仕組みを地域包括ケアシステムに導入することの意義は、

- ①ケアマネジメントの4つの機能によって、ミクロ・レベルの利用者支援からマクロ・レベルの支援システムづくりを効果的かつ効率的に展開することができる
- ②IPWの特性に基づくことで、地域住民や利用者中心の視点から多職種で連携・協働し、地域包括ケアシステムを効果的に機能させることができる
- ③IPEを組み込み現場と連携させることで、地域包括ケアシステムの担い手である多様な専門職が実践を通じて連携・協働の理解を深めると同時に、次世代の連携を担う専

門職を教育することができる

- ④①～③により、地域住民を中心としたケアシステムづくりを行いながら、同時に将来的な担い手の教育と確保にも取り組むことができるため、地域包括ケアシステムのハード面（制度や仕組み）とソフト面（専門職などの支援者）の両面において持続可能性を高めることができる
- という4点にある。

これによって、地域包括ケアシステムの構築における現在の課題である、1) 社会資源の開発・活用・調整と、2) 専門職や地域住民などの多職種・主体の効果的な連携、に関する方法論を提示することができると考えている。なぜならこれまで論じてきたのは、「〇〇の会議を設置する」「〇〇の施設をつくる」「〇〇の研修を行う」といった取り組み例の提案ではなく、地域包括ケアシステムを構築するための普遍的な実践方法や技術であり、どのような地域特性であっても応用可能な理論的枠組みだからであ

る。地域ごとにケアシステムの取り組み内容が異なっている、ケアマネジメントやIPWの視点から検討や説明が可能という点で普遍的であり、また理論に基づいて、地域の実情に応じた具体的な取り組み内容を多様に検討して実践可能であるという点で応用的でもある。地域包括ケアシステムの構築に向けては、このような方法論が数多く検討され、そのなかから目的や地域特性などに応じたものが現場で役立つことが重要であると考えている。

おわりに

本稿では、地域包括ケアシステムを構築するための方法論についてケアマネジメントとIPWの観点から論じてきた。そこでは、ミクロ・レベルからマクロ・レベルにわたるケアシステムの整備や活用の方法とそれを可能にする多職種・主体の連携や協働の枠組みについて明らかにできたと考えている。しかし、それらを実現していくにはまだ課題も多い。

今後の研究課題としては、ケアマネジメントやIPW・IPEの現時点での取り組み状況や促進・阻害要因、さらに到達度を明らかにし、地域包括ケアシステムの構築に向けた方法論の内容を精査していくことがまず必要になる。また、地域包括ケアシステムはcommunity-based integrated care systemともいわれおり、多様な専門職や組織・機関などケアを提供するシステムの統合の程度については、連携(linkage)→協調(coordination)→完全な統合(full integration)の段階がある(筒井2014:47-49)。こうした視点を参考にしつつ、地域包括ケアシステム全体の到達指標を検討することも課題となるだろう。しかし筒井は、統

合度が極めて高く、日本の地域包括ケアシステムの発祥といわれている広島県尾道市御調町の公立みつぎ総合病院が中心となったケアシステムを例にあげ、必ずしも完全な統合(full integration)を目指すことが成功につながるわけではないことを指摘している(筒井2016:20-21)。なぜなら、最適なケアシステムの状態は地域ごとに異なるからである。そのため、地域包括ケアシステムの構成や状態と地域特性との関係を分析することも、最適なケアシステムづくりの手がかりになると考えられる。

このように、地域包括ケアシステムの構築に向けた方法論の検討は、その方法や技術にとどまらず、地域特性に応じた最適なケアシステムを導く指標の抽出にまで目を向けなければならないと考えている。

付記

本研究は、平成29年度科学研究費助成事業(学術研究助成基金助成金)若手研究(B)(課題番号:17K13882)による研究の一部である。

注

- 1) 厚生労働省ホームページ「地域包括ケアシステム」
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/2017.7.25アクセス
- 2) 介護保険法第5条第3項に「国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防

止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。」と規定されている。

- 3) 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律の第4条第4項に「政府は、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応して地域包括ケアシステム（地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。次条において同じ。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。次項及び同条第二項において同じ。）を構築することを通じ、地域で必要な医療を確保するため、次に掲げる事項及び診療報酬に係る適切な対応の在り方その他の必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。」、第5条第2項に「政府は、低所得者をはじめとする国民の介護保険の保険料に係る負担の増大の抑制を図るとともに、介護サービスの範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図りつつ、地域包括ケアシステムの構築を通じ、必要な介護サービスを確保する観点から、介護保険制度について、次に掲げる事項及び介護報酬に係る適切な対応の在り方その他の必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。」と規定されている。

- 4) 厚生労働省ホームページ「地域包括ケアシステム」
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/
 2017.7.25アクセス

- 5) 厚生労働省ホームページ「地域包括ケアシステム構築モデル例」

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/model.pdf 2017.8.15アクセス

- 6) マネジドケアとは、管理医療手法を用いて医療費を抑制することを目的とした医療保険制度である。
 7) 白澤 (1992)、芝野 (2001)、奥西 (1991)、杉本 (1995) などを参照。

《参考文献》

- 太田貞司 (2016) 「これからの地域包括ケアシステム —市区町村が主体となってすすめる『新しい総合事業』」『月刊福祉』99(8) 全国社会福祉協議会
 大塚真理子・平田美和・新井利他 (2004) 「在宅要介護高齢者への援助活動におけるインタープロフェッショナルワークの構成要素」『埼玉県立大学紀要』6、埼玉県立大学
 大橋謙策・白澤政和編 (2014) 『地域包括ケアの実践と展望 —先進的地域の取り組みから学ぶ—』中央法規
 奥西栄介 (1991) 「デイサービスセンターにおけるケースマネジメント的アプローチ」『地域福祉研究』19 日本生命済生会
 神山裕美・伊藤健次・佐藤悦子他 (2011) 「英米教育成果に基づく専門職連携教育の開発 ～学際統合型専門職連携プログラムより～」『山梨県立大学人間社会学部紀要』6、山梨県立大学
 厚生労働省 (2014) 『平成26年版 厚生労働白書』
 高齢者介護研究会 (2003) 『2015年の高齢者介護 ～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～』厚生労働省老健局
 埼玉県立大学編集 (2009) 『IPWを学ぶ 利用者中心の保健医療福祉連携』中央法規
 芝野松次郎 (2001) 『子ども虐待ケース・マネジメント・

- マニュアル』有斐閣
- 白澤政和（1992）『ケースマネジメントの理論と実際
—生活を支える援助システム—』中央法規
- 杉本敏夫（1995）「コミュニティケアにおけるケアマネジメントの意義と課題」『ソーシャルワーク研究』21
(1) 相川書房
- 副田あけみ（1998）「高齢者福祉におけるジェネラリスト・アプローチの展開」『ソーシャルワーク研究』24
(1) 相川書房
- 副田あけみ（2005）「第9章 ケアマネジメント」久保
絃章・副田あけみ編『ソーシャルワークの実践モデル
—心理社会的アプローチからナラティブまで—』
川島書店
- 副田あけみ（2008）「ソーシャルワークのアイデンティ
ティ —ケアマネジメントの展開が及ぼした影響—」
『人文学報：社会福祉学』24 首都大学東京
- 竹端寛・伊藤健次・望月宗一郎・上田美穂編著（2015）
『自分たちで創る現場を変える地域包括ケアシステム
わがまちでも実現可能なレシピ』ミネルヴァ書房
- 筒井孝子（2014）『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』中央法規
- 筒井孝子（2016）「地域包括ケアシステムを構築するた
めに必要な視点 —社会福祉法人における地域貢献
のあり方」『月刊福祉』99(8) 全国社会福祉協議会
- 日本総合研究所（2014）『地域包括ケアシステム事例集
成』（地域包括ケアシステム事例分析に関する調査研
究事業 報告書）平成25年度 老人保健事業推進費
等補助金 老人保健健康増進等事業
- 西梅幸治・西内章・鈴木孝典・住友雄資（2011）「イン
タープロフェッショナルワークの特性に関する研究
—関連概念との比較をとおして—」『高知女子大学紀
要 社会福祉学部編』60 高知女子大学
- 平田美和・大塚真理子・新井利民他（2004）「インター
プロフェッショナルワークにおける多職種の役割
—在宅要介護高齢者への介護保険サービスを通して
—」『埼玉県立大学紀要』6、埼玉県立大学
- Austin, C. D. (1983) "Case Management in Long
Term Care: Options and Opportunities", *Health and
Social Work*, Vol.8 No.1, NASW (=1997, 「第15章
長期ケア (LTC) におけるケースマネジメント
—選択と機会」、白澤政和・渡部律子・岡田進一監訳、
『ケースマネジメントと社会福祉』ミネルヴァ書房)
- Moore, S. (1992) "Case Management and the
Integration of Services: How Service Delivery
System Shape Case Management", *Social Work*,
Vol.37 No.5, National Association of Social Workers
- Rose, S. M. (1992) "Case Management: An
Advocacy/Empowerment Design", Rose, S. M.
ed., *Case Management and Social Work Practice*,
Longman Publishing Group (=1997, 「第20章 ケー
スマネジメント —アドボカシー/エンパワーメン
ト・デザイン—」、白澤政和・渡部律子・岡田進一監訳、
『ケースマネジメントと社会福祉』ミネルヴァ書房)
- Rose S. M. & Moore V. L. (1995) "Case
Management", *Encyclopedia of Social Work 19th
edition*, NASW Press, pp.335-340
- Sheafor, B. W., Horejsi, C. R. and Horejsi, G. A.
(1997) *Techniques and Guidelines for Social Work
Practice: 4th edition*, Allyn and Bacon
- Summers, N. (2009) *Fundamental of Case
Management Practice: Skills for the Human
Services: 3rd edition*, Brooks/Cole

(2017.10.4原稿受付,2017.11.29掲載決定)