

この図からサービス提供の時間的・空間的特徴について以下のことが指摘できる。まず、両日に共通する特徴として朝の送迎は、早くは7時台にはじまり、11時台まで断続的に続いている。夕方の送迎・訪問は、16時台と19時前後の時間帯にわかれ、時間的に集中して行われている。また、遠隔地区の利用者は、朝夕ともに遅い時間帯に送迎が行われている。遠隔地区への送迎には時間を要するため、朝は職員の配置が多くなる9時以降の対応となる。夕方は食後の帰宅となるが、この時間帯には近隣地区の利用者も大半が帰宅し、施設の滞在者が少なくなるため、長距離の送迎が職員配置上は可能となる。また、複数の介助者を要する人の送迎は、朝は9時以降と比較的遅い時間帯に、夕方は早い時間帯に行われ、こちらも職員配置と関係している。

他方、曜日による違いに注目すると、月曜日は繁忙日のために送迎・訪問が時間的に密集であり、一度に2人を対象とする送迎も多い。職員配置との関係では、朝の9時台と夜の19時前後に職員の余裕がない状況がみられる。このような場合には、非常勤の看護職員やケアマネジャー、併設する他部門の職員が業務を補わざるを得ない。一方、火曜日は、職員配置に比較的余裕があり、早朝の一部の時間を除くと複数の職員が施設に滞在可能である。

D. 考察

小規模多機能型居宅介護の事業持続・安定

には、①開設後、登録者が定員の7割程度に達するまでの期間をできるだけ短縮すること、②その期間中、運営上の赤字を圧縮・補填する手段を講じなければならないことが要件となる。このことを念頭に置いて長崎市におけるこの分野への参入事業者の特徴を改めて整理した上で、小規模多機能型居宅介護の普及停滞と地域的偏在の要因について考察する。

●事業者の事業規模とサービスの多角化

上記の要件②については、非常勤職員の活用以外にもサービスの多角化や他部門との併設（特にグループホームや療養病床を有する診療所）により、赤字補填ならびに職員配置のさらなる効率化が期待できる。事例事業所においてもこれらの対応が実際にみられ、他事業者も複数事業所・サービス部門を有する中規模以上の事業者が現在まで事業の継続を可能としている。また、休廃止の事例では小規模事業者において参入から休廃止までの期間が短かった。これらのことから、収支が改善するまでの期間を乗り切るのに小規模な事業者では経営基盤が脆弱であるといえる。さらに、事業規模により参入時期の違いがみられるため、事業者の規模は事業参入に対する意思決定をも左右していると考えられる。

多角的にサービスを提供する事業者は、要件①の登録者確保の課題においても有利とされる。特に住宅型の有料老人ホームや高齢者専用賃貸住宅を同一法人内にもつか併設する事例がみられたことは興味深い。「高齢者住

宅」との近接は、利用者の確保に有利とされ、さらに送迎・訪問の時間的・労力的な負担を軽減することに寄与するからである（山口2009）。このことは、囲い込みにつながる危険性もあるが、事例事業所でもみられたように、特有の地形・交通条件にある長崎市では送迎・訪問に関わる職員の負担が大きいいため、職員配置に対する効果が期待される。また、事業所3と5は高齢化の進む公営住宅に近接して開設されており、同様の理由から開設地が選ばれたと考えられる。

●医療施設との連携と競合

事例事業所では、ケアマネジャーを介して登録する人の数は頭打ちであったが、最近になり医療施設から退院患者の紹介が増えるにつれ登録者数が増加していた。医療施設に対する宣伝活動の効果である一方、背景として在院日数短縮と療養病床再編にともなう在宅療養への移行促進の動きが示唆される。その点、病院・有床診療所を経営する医療機関が自ら小規模多機能型居宅介護を提供すれば、医療経営の基盤強化につながるだけでなく、小規模多機能型居宅介護の登録者確保にも有利である。また、登録者の通院・入院に際しても母体の医療施設と連携でき、利便性・安心の向上が期待できる。長崎市において小規模多機能型居宅介護を提供する医療機関は、何れも自法人の病院・有床診療所を協力医療施設としており、その近傍に事業所を開設していた。そのなかには、開設から1年以内に

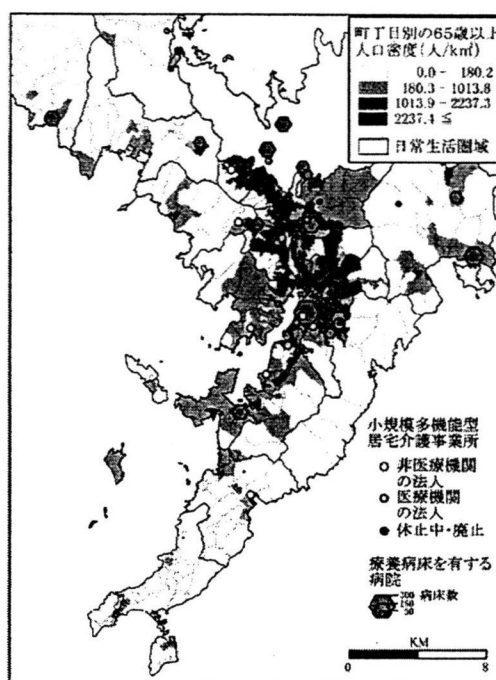


図5 長崎市における療養病床を有する病院の立地

資料) ながさき医療機関地図・マップ

登録者数が採算ラインに達した事業所もあり、別の事業所では登録者の3分の1が母体医療施設の患者であるという。

このように事業の持続・安定化において医療機関との連携が重要である一方、医療機関の介護事業への参入が旺盛な長崎市では、有力医療機関との競合がこの分野の事業を左右する要因になっている可能性がある。

図5は、長崎市における療養病床を有する病院の立地を、小規模多機能型居宅介護の事業所とあわせて示した図である。これらの病院の経営主体をみると、1者を除く全てが介護保険の居宅サービスを、加えて8者は施設・居住系サービスを提供しており、さらに7割は在宅医療にも取り組んでいる。

この図から、そうした有力医療機関が経営

する病院は、長崎市の北部から東部のセクターに多いことがわかる。これは休廃止の事業所が多い地域と重なり、特に当該事業所は病床規模の大きな病院に近接しているか、もしくは同一の日常生活圏域において、さらに高齢者密度が低いという条件の不利な場所に立地している。また、後発の中規模事業者が運営する事業所に注目すると、先に市の中心部からやや離れた日常生活圏域に開設されていることを指摘したが、病床規模の大きな病院とも離れて立地していることがわかる。

空間分析手法の一種である最近隣空間的随伴尺度(杉浦編 2003)を用いた分析からも、休廃止事業所は療養病床を有する病院と近接していることが確認された。他方、中規模事業者の事業所の立地は病院のそれと独立であり、少なくとも競合状態にはないと判断される。むしろ中規模事業者は、地域との関係において登録者確保のために宣伝活動やニーズの掘り起こしに有利となる圏域を選んで事業所を開設していると考えられる。

E. 結論

長崎市では小規模多機能型居宅介護への事業者の参入が全体的に低調であり、休廃止する事業者も多くみられた。事例事業所における実態調査からも、採算ラインを上回る登録者を集めるまで1年以上の時間を要すること、その間の事業継続には人件費の効率化や他部門からの赤字補填が必要とされるなど、事業

の安定化は決して容易ではないという実情が明らかとなった。その点、長崎市において小規模多機能型居宅介護の事業を継続している事業者は複数事業所・サービス部門を有する中規模以上の事業者に限られており、特に病院・有床診療所を経営する事業規模の大きな医療機関の存在が目立っていた。

これらのことから、この分野への事業者参入ならびに事業の持続・安定化には、利益を期待できない開始期の事業を支えることができる事業規模、ならびに人件費の効率化と登録者の確保に寄与する事業の多角化が要件になると考えられる。特に登録者の確保に関しては、居宅生活に移行する退院患者の紹介において医療機関との関係が重要とみられる。ただし、医療機関による介護事業への参入が盛んな長崎市では、その北部から東部にかけてみられたように、有力な医療機関と競合する地域において事業者の参入が特に低調であり、参入後も休廃止する事例が多かった。入所施設に加えて在宅医療・居宅介護をあわせて提供する有力な医療機関がこれまで事業を展開してきた地域では、当該事業者が提供する包括的なケアが地域の高齢者と家族に安心感を与えており、他の事業者が参入して事業を持続することは競争力の点からみて難しいと考えられる。さらに、こうした有力医療機関との競合関係が障害となり、中小規模の事業者の参入を地域的に制限している可能性もある。以上のことが、長崎市における小規模

多機能型居宅介護の普及停滞とサービスの偏在に関する要因と考えられる。

小規模多機能型居宅介護を含む地域密着型サービスは、計画原理的なシステムで整備されることとなり、そのために市町村の権限が強化された。しかし、長崎市では小規模多機能型居宅介護の事業者の多くが、市場型のシステムにより供給される介護・医療サービスに経営の基盤をもち、また多角化を進める医療系事業者との競合関係が参入上の障害や事業の持続を阻害する要因になっていると考えられた。高橋（2009）が述べるように、地域では市場型のシステムが一般化しており、地域密着型サービスの計画的な供給システムは限定的である。このような状況において、長崎市では小規模多機能型居宅介護の未供給地域の発生や事業者の退出が起きており、行政による基盤整備・調整の難しさがうかがわれる。

長崎市において小規模多機能型居宅介護の普及を図ろうとするならば、地域密着型サービスの趣旨に照らし、行政が事業者の参入と事業の安定化を促す効果的なインセンティブとコントロールを独自に設計することが必要とされるであろう。また、継続的な対人関係を通じたケアの提供という理念に基づいて事業者の安易な退出を抑制するには、事業者間の過度の競争は望ましくない。ただし、都道府県が指定する他のサービス部門の事業所との調整は難しく（畠山 2009）、また有力な医

療機関が介護事業へ相次いで参入する状況では、当該医療機関に小規模多機能型居宅介護への参入を促すか、または小規模な事業者も多い介護専門事業者の参入を促すために、競争ではないかたちの医療機関との関係構築が必要となる。特に後者が求められる理由は、医療機関との競合を回避しようとするほど地域の医療資源との近接性は低下し、居宅生活を支えるための介護と医療の連携が難しくなるからである。介護と医療の分担および連携を地域単位で考える必要性が指摘される。

小規模多機能型居宅介護の普及促進に関しては、認知度の低さや介護報酬の構造など制度設計上の問題点が指摘されてきたが、日常生活圏域スケールの計画的な基盤整備が必要とされる点で市町村の役割はますます重要となる。しかし、昨今の財政問題や事業の民営化によりサービス供給における市町村の自律性は低下傾向にある。小規模多機能型居宅介護を含む地域密着型サービスの適正な普及には、介護保険事業計画においてサービスの見込量を提示するに止まらず、市町村がその達成に向けて地域的に供給システムをアレンジするだけの自律性を発揮できるかが問われていよう。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

二木 立 1998.『保健・医療・福祉複合体—
全国調査と将来予測』, 医学書院.

島山輝雄 2009. 介護保険制度改正に伴う市町
村の権限拡大と地域への影響—神奈川県
藤沢市の事例—. 人文地理, 61,
409-426.

宮澤 仁編著 2005.『地域と福祉の分析法—
地図・GISの応用と実例—』, 古今書院.

山口健太郎 2009. 小規模多機能型居宅介護サ
ービスの役割と事業構造からみた併設
施設のあり方. シニアビジネスマーケッ
ト, 64, 32-35.

文献

杉浦芳夫編 2003.『地理空間分析』, 朝倉書
店.

高橋誠一 2008. 小規模多機能型居宅介護全
国実態調査. 宅老所・グループホーム全
国ネットワーク・小規模多機能ホーム研
究会・地域共生ケア研究会編『宅老所・
小規模多機能ケア白書 2008 宅老所・
小規模多機能ケアのすべてがわかる』全
国コミュニティライフサポートセンタ
ー (CLC), 121-142.

高橋誠一 2009. 介護保険における小規模多機
能型居宅介護の福祉政策的意義. 東北福
祉大学研究紀要, 33, 1-14.

東京都福祉保健局高齢社会対策部 2008.『小
規模多機能型居宅介護実態調査報告書』,
東京都.

表2 長崎市における小規模多機能型居宅介護事業所

番号	法人種別	事業開始年月 (休廃止年月)	上段:登録定員 下段:利用定員(通所/宿泊)	上段:介護職員 中段:看護職員 下段:介護支援 専門員 専従/兼務 (うち非常勤)	併設するサービス等	法人内の他の施設・サービス	協力医療施設(●:法人経営)	
							病院	診療所
1	「複合体」	2007/1	24 (12/4)	4(0)/3(0) 1(0)/0(0) 0(0)/1(0)	GH、認知症対応DS、居宅介護支援	有床診療所(2)、療養医療施設(2)、ケアハウス、GH、SS(医)(2)、DS(2)、DC	・精神科(精神科床、連携)	●内科(療養病床、連携、在支・在医・在末) ・歯科
2	「複合体」	2007/3	25 (15/9)	5(0)/2(0) 1(0)/0(0) 0(0)/1(0)	有料老人ホーム(介護付、住宅型)、GH、DS、保育所、学童保育	病院、無床診療所(4)、介護老人福祉施設、GH、SS(福)(2)、DS(2)、認知症対応DS、DC(2)、訪問介護(2)、訪問看護(2)、居宅介護支援(3)、居宅療養管理指導	●内科・外科ほか(一般・療養病床、連携、在医)	・歯科
3	社会福祉法人	2007/4	24 (12/6)	5(0)/1(0) 1(0)/0(0) 0(0)/1(0)		介護老人福祉施設、有料老人ホーム(介護付(外部利用))、GH(2)、SS(福)、DS(8)、認知症対応DS、訪問介護、訪問入浴、居宅介護支援(3)、保育所	・内科(一般・療養病床、連携、在医)	・歯科
4	「複合体」	2007/6	25 (15/9)	8(1)/2(0) 1(1)/0(0) 0(0)/1(0)	GH、訪問介護	有床診療所、無床診療所、介護老人福祉施設、療養医療施設、有料老人ホーム(介護付き、住宅型)、GH、SS(医、福(2))、DS(3)、認知症対応DS、DC、訪問介護、訪問看護(2)、居宅介護支援(3)、地域包括センター	・内科(一般病床、連携)	●内科(一般・療養病床、在宅・在医・在末) ・精神科(連携) ・歯科
5	医療法人	2007/7	25 (15/9)	12(4)/0(0) 0(0)/2(0) 0(0)/1(0)		病院(2)、療養医療施設、GH、SS(医)、DS、DC、訪問介護(3)、訪問看護、居宅介護支援(4)、地域包括センター	●脳神経外科・循環器科(一般病床、連携) ●内科・呼吸器科(療養病床、連携)	・歯科(訪問)
6	社会福祉法人	2007/11	25 (15/9)	10(1)/1(0) 0(0)/1(1) 0(0)/1(1)	GH、DS、認知症対応DS、居宅介護支援			・内科 ・精神科 ・歯科
7	営利法人(有限)	2008/3	24 (12/9)	5(0)/1(0) 1(1)/1(0) 0(0)/1(0)		GH、DS、訪問介護、居宅介護支援		・内科(連携、在支) ・歯科
8	営利法人(株式)	2008/12	25 (15/9)	10(6)/0(0) 1(1)/0(0) 0(0)/1(0)	GH	GH、高齢者専用賃貸住宅		・内科・消化器科ほか(一般・療養病床、在支・在医・在末) ・外科・整形外科ほか(一般病床、在支・在医・在末) ・内科(連携、在支・在医・在末) ・歯科
9	営利法人(合資)	2009/9	25 (15/9)	13(4)/2(0) 1(0)/0(0) 0(0)/1(0)	居宅介護支援	GH、認知症対応DS(2)	・内科・整形外科ほか(一般病床、連携、在診・訪問)	・内科・整形外科ほか(一般・療養病床、在支・在医・在末)
10	営利法人(株式)	2007/8 (廃止 2009/5)	25 (15/5)	6(0)/2(1) 0(0)/1(0) 0(0)/1(0)	DS	有料老人ホーム(介護付)、GH、DS(3)、認知症対応DS、訪問介護、保育所		・内科 ・歯科
11		2007/12 (廃止 2009/5)	25 (15/9)	9(3)/3(1) 0(0)/1(1) 0(0)/1(1)	有料老人ホーム(住宅型)、DS			・内科(連携、在支・在医・在末) ・歯科
12	社会福祉法人	2008/4 (廃止 2009/7)	25 (15/8)	6(2)/0(0) 0(0)/3(1) 0(0)/1(0)		介護老人福祉施設、地域包括支援センター	・内科・外科(療養病床、連携、在医)	・内科・小児科ほか(療養病床、連携、在支・在医・在末) ・歯科
13	営利法人(株式)	2006/12 (休止 2008/8)	25 (15/5)	8(5)/2(0) 1(0)/0(0) 0(0)/1(0)	DS、認知症対応DS		・内科・循環器科ほか(療養病床、連携、在医)	・内科(連携、在支・在医・在末) ・精神科 ・歯科
14	医療法人(社団)	2007/9 (休止 2007/11)	25 (15/5)	5(0)/0(0) 2(0)/0(0) 0(0)/1(0)	有床診療所			●内科(一般病床、在支・在医・在末) ・耳鼻咽喉科 ・歯科

注) DS:通所介護, DC:通所リハビリテーション, SS:短期入所生活・療養介護, GH:認知症対応型共同生活介護, 在支:在宅療養支援診療所, 在医:在宅時医学総合管理・特定施設入居時等医学総合管理, 在末:在宅末期医療総合診療

資料) WAMNET、長崎県介護サービス情報公表システム、ながさき医療機関情報システム

厚生労働科学研究費補助金
分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)

医療・介護制度における適切な提供体制の構築と費用適正化に関する実証的研究

分担研究報告書

過疎地域を含む地域医療連携に貢献する地域連携クリティカルパス

研究分担者 田城孝雄 順天堂大学医学部公衆衛生学講座 准教授

研究要旨

ネットワークによる逆紹介で専門医減少に対応できた事例である竹田総合病院循環器地域連携クリティカルパスのデータを解析した。循環器連携クリティカルパスを使用した医療機関数は、83医療機関であった。循環器連携クリティカルパスを使用した患者数は、480名であった。480名中、連携クリティカルパスを更新した患者は、256名であり、3回以上更新し、4年以上経過観察できている長期継続経過観察患者 108名であり、最も多い患者は、7回更新していた。南会津医師会とは、10医療機関と連携し、総数で70名の患者、39名は連携パスを更新、長期継続経過観察患者は24名である。最も多い医療機関は20名において連携パスを使用し、次いで15名、12名と続いた。医療機関あたりの平均は、連携パスを適用した患者7.0名（20名÷1名）、連携パスを更新した患者は3.9名（最大10名）、長期継続経過観察患者は2.4名（最大8名）であった。循環器地域連携クリティカルパスにより、竹田総合病院の所在している会津若松市内の会津若松医師会と連携できているが、それ以上に遠隔地であり過疎地域である南会津医師会の医療機関と、会津若松市内と同様以上の連携が取れている。現在の日本で問題となっている過疎地域における医療連携に有用であるといえる。

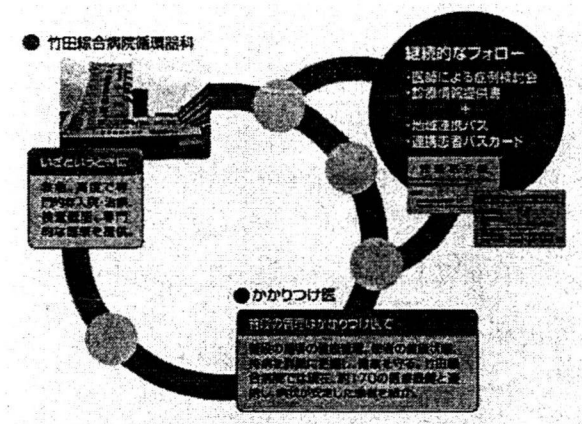
A. 研究目的

循環器疾患患者の予後とQOLを地域ぐるみで向上させることをめざして、急性心筋梗塞・脳卒中などの循環器急性疾患の急性期から維持期に至るリハビリプログラムを組み込んだ地域連携パスの運用上の課題、有効性、普及促進方を明らかにし、効果的運用システムを確立する。

B. 研究方法

ネットワークによる逆紹介で専門医減少に対応できた事例である竹田総合病院循環器地域連携クリティカルパスのデータを解析した。このデータは、再受診日を確認するための医療連携クリティカルパス管理システムの連携パスデータである。

図 竹田総合病院循環器地域連携クリティカルパスの流れ



C. 研究結果

竹田総合病院循環器地域医療連携パス導入の過程は、平成14年から法人内の医療施設間で使用する脳卒中（脳梗塞）の一貫パスに取り組み、平成15年からは、一環パスを地域の他の医療機関（法人外）に拡大する地域連携クリティカルパス（脳梗塞用）を開発し、運用を開始した。

平成15年からは、「虚血性心疾患」、「ペースメーカー植え込み」のため、竹田総合病院循環器科に入院し、退院後かかりつけ医に逆紹介され治療を継続する患者を対象とする循環器科連携パス〔病診連携パス〕を作成し運用を開始した。この循環器科連携パス〔病診連携パス〕は、かかりつけ医による外来診療に加え、専門的経過観察を、竹田総合病院で行う患者に対し、竹田総合病院循環器科医師・看護師と「かかりつけ医」が協議して作成した。退院時に「連携パス」を、患者に渡し、病院専門医・かかりつけ医・患者の三者で、治療計画の内容を共有するものである。

適用の拡大（転機）

平成17年に、循環器専門医を派遣している関連大学医局の事情により、循環器科専門医が4名体制から、2名体制に減少することになった。外来要員、外来診療単位の減少により、循環器科専門外来の縮小が必要となった。このため、外来枠数を3分の1にするために、外来患者を積極的に地域の医療機関（診療所・地域病院）に逆紹介す

る循環器科地域医療連携パス〔逆紹介パス〕を作成した。

循環器科地域医療連携パス〔逆紹介パス〕を普及するために、循環器専門以外の内科医を対象とする勉強会（連携パス説明会）を開催した。178の医療機関に案内し、40名の診療所医師が集まった。

連携クリティカルパスの形式の変更

平成15年より使用していた循環器科連携パス〔病診連携パス〕は、病院と診療所で行う事項を左右に分けていたが、使用経験より分かりにくいとの指摘があり、時系列に沿ってひとつにまとめたパスに変更した。この変更は、循環器科医師（科長）が主導して行った。

逆紹介患者に趣旨を説明、ICを得て使用したが、患者への説明は、循環器科医師に加えて、循環器科看護師長および地域医療連携課長（看護師長）も行った。

実績

総数

循環器科連携クリティカルパスを使用した医療機関数は、83医療機関であった。循環器科連携クリティカルパスを使用した患者数は、480名であった。480名中、連携クリティカルパスを更新した患者は、256名であり、3回以上更新し、4年以上経過観察できている長期継続経過観察患者108名であり、最も多い患者は、7回更新していた。

表1. 連携パス症例数分布

連携パス患者数	医療機関数
45	1
24	1
22	1
20	1
18	1

16	1	10	1
15	1	8	1
13	1	6	1
12	1	5	2
11	1	4	4
10	1	3	7
9	2	2	6
8	8	1	25
7	7	0	35
6	4		
5	3		
4	5		
3	15		
2	11		
1	16		

医師会別検討

各郡市区医師会ごとに患者数の多い医療機関ごとの患者数を示す。

表4-1. 会津若松医師会

医療機関	適応患者数	更新数	長期観察数
循環器科クリニック	45	25	10
内科医院	22	14	5
医院	18	10	1
内科・小児科医院	11	6	1
クリニック	10	6	3
病院	9	8	3
消化器科クリニック	9	5	3

表4-2. 喜多方医師会

医療機関	適応患者数	更新数	長期観察数
病院	24	12	6
医院	8	5	4
医院	8	4	4
病院	7	5	3
診療所	7	3	1

表4-3. 両沼医師会

医療機関	適応患者数	更新数	長期観察数
病院	16	2	0
総合病院	13	1	0

表2. 連携パス更新回数分布

連携パス更新患者数	医療機関数
25	1
14	1
12	1
10	2
9	3
6	3
5	6
4	9
3	10
2	14
1	19
0	13

表3. 長期継続経過観察数分布

長期継続経過観察数	医療機関数
-----------	-------

クリニック	7	4	1
内科・消化器科医院	7	2	1

表4-4. 南会津医師会

医療機関	適応患者数	更新数	長期観察数
病院	20	9	5
医院	15	7	4
診療所	12	10	8
医院	7	4	2

竹田総合病院の2次医療圏にある郡市区医師会別に見ると、会津若松医師会とは、42医療機関と連携し、総数で265名の患者、151名は連携パスを更新、3回更新し4回目の連携パスをしようし長期継続経過観察が出来ている患者が54名である。最も多い医療機関は45名において連携パスを使用し、次いで22名、18名と続いた。医療機関あたりの平均は、連携パスを適用した患者6.3名(45名-1名)、連携パスを更新した患者は3.6名(最大25名)、長期継続経過観察患者は1.3名(最大10名)であった。

喜多方医師会とは、14医療機関と連携し、総数で78名の患者、45名と更新し、24名は長期継続経過観察できている。最も多い医療機関は24名の患者で連携パスを使用し、12名の患者で連携パスを更新し、6名の患者を長期継続経過観察している。医療機関あたりの平均は、連携パスを適用した患者5.6(24-1)、連携パスを更新した患者は3.2名(最大12名)、長期継続経過観察患者は1.7名(最大6名)であった。

両沼郡医師会とは、14医療機関と連携し、総数で64名の患者を連携し、20名を更新した。長期継続経過観察患者は、5名であった。医療機関あたりの平均は、連携パスを適用した患者4.6(16-1)、連携パスを更新した患者は1.4名(最大4名)、長期継続経過観察患者は0.36名(最大2名)であった。

南会津医師会とは、10医療機関と連携し、総数で70名の患者、39名は連携パスを更新、長期継続経過観察患者は24名である。最も多い医療機関は20名において連携パスを使用し、次いで15名、12名と続いた。医療機関あたりの平均は、連携パスを適用した患者7.0名(20名-1名)、連携パスを更新した患者は3.9名(最大10名)、長期継続経過観察患者は2.4名(最大8名)であった。

D. 考察

福島県西南部で、竹田総合病院の所在する会津若松市から最も遠い南会津医師会とは、10の医療機関と連携し、70名の患者に適用した。70名中39名は、1年後に連携パスを更新した。さらに24名は、24名は4回以上の更新を行った。連携パス導入患者の55.7%が更新し、34.3%が長期継続出来ている。更新した患者の61.5%は、長期継続経過観察が出来ている。1医療機関あたりでは、平均7.0名の患者を連携し、3.9名と更新し、2.4名が長期継続経過観察している。この平均値は、4つの郡市区医師会で最も高い。

E. 結論

循環器地域連携クリティカルパスにより、竹田総合病院の所在している会津若松市内の会津若松医師会と連携できているが、それ以上に遠隔地であり過疎地域である南会津医師会の医療機関と、会津若松市内と同様以上の連携が取れている。現在の日本で問題となっている過疎地域における医療連携に有用であるといえる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

①田城孝雄、地域連携クリティカルパス 循環器医療、クリティカルパス最新のシンポ2008、日

本医療マネジメント学会、2008

②田城孝雄、高齢者虚血性心疾患の地域連携ネットワークの取組み、Geriatric Medicine (老年医学) 46 巻 12 号、1465-1469、2008

③田城孝雄、角口亜希子、長山雅俊、循環器疾患医療連携の可能性、呼吸と循環 57 巻 1 号、7-17、2009

2. 学会発表

①田城孝雄、病院専門医減少に対応する逆紹介連携パス シンポジウム 医療崩壊防止の為の地域連携ネットワーク 日本医療マネジメント学会 平成 20 年 6 月 21 日

②田城孝雄、生活者の視点からの地域連携クリティカルパス 日本看護学会 成人看護ⅡシンポジウムⅠ 病棟と外来、外来と地域をつなぐー慢性疾患看護の新たな視点ー、平成 20 年 9 月 4 日、
(看護 61 巻、4 号、89-90 臨時増刊号、2009)

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「医療・介護制度における適切な提供体制の構築と費用適正化に関する実証的研究」
分担研究報告書

居宅介護支援事業所の介護支援専門員から見た地域包括支援センターの
現状と問題点の分析

研究分担者 田城孝雄 順天堂大学医学部公衆衛生学講座
研究協力者 赤澤宏平 新潟大学医歯学総合病院 医療情報部
菅村佳美 新潟大学医歯学総合病院 医療情報部
放送大学教養学部
鳴釜千津子 放送大学教養学部

抄 録

本研究では、地域包括支援センターの役割とサービス担当者会議の運営方法について、居宅介護支援事業所を対象としたアンケート調査に基づき、問題点と解決策を検討した。

アンケートの実施時期は2006年11月9日～11月30日、対象地域は1県4市の合計5箇所である。また、対象者は居宅介護支援事業所の介護支援専門員である。1,487人の回答に基づき、「主任介護支援専門員の業務達成度」、「ケアマネジメント業務上での相談相手」、「サービス担当者会議に参加すべき人とその開催に関わるべき団体」、「サービス担当者会議開催時の地域包括支援センターのサポート体制」および「地域包括支援センターへの期待・要望」について、集計・分析を行なった。

主任介護支援専門員の業務のうち、多職種協働・連携による長期継続ケアマネジメントの支援、については評価が低かった。ケアマネジメント業務を進める上の相談相手としては、職場の上司・同僚(78.5%)サービス事業者(77.1%)、について、地域包括支援

センターの職員(47.9%)であった。サービス担当者会議の運営に関しては、地域包括支援センター職員の会議への毎回参加は期待されていない。その一方で、会議開催の旗振り役への期待が57.2%と高率であった。また、サービス担当者会議開催への地域包括支援センターのサポートに、満足していない人の割合が30%であった。この中で、まったく満足していない人182名を対象に、フリーコメントを集計したところ、「地域包括支援センターの職員の経験、専門性、資質の不足」、「介護予防ケアプラン作成などの業務量が多く多忙」、「居宅介護支援事業所と地域包括支援センターとの連携上の問題」などが挙げられた。

居宅介護支援事業所の介護支援専門員から見た地域包括支援センターには、解決すべきいくつかの課題が残されていることがわかった。特に、主任介護支援専門員は指導、助言、相談の役割を求められているが、それらの評価は必ずしも高くはない。また、サービス担当者会議の運営に関して、地域包括支援センターの間接的なサポートの方法にも課題が残されている。これらの解決方法として、地域包括支援センターの組織の改変や職員のキャリアアップ体制の整備が必要と考える。

A. 研究目的

2000年4月に開始した介護保険制度の利用者は、在宅サービスと施設サービスとを合わせて、開始時点での149万人から、2004年12月には325万人に増加した¹⁾。また、核家族化が進み、独居高齢者の世帯や高齢者夫婦のみ世帯も増加している。このような社会情勢から、介護の問題は老後生活における主要な不

安要因のひとつとなっている²⁾。

介護保険制度が導入されて5年間が経過しその見直しが行なわれた。2006年4月施行された改正介護保険法において「予防重視型システムへの転換」は改正の中心となるものであり、さらに「新たなサービス体系の確立」の一環として地域包括支援センター(以下、センターとよぶ)が新設された³⁾。このセンターは、地域住民の保健・医

療・福祉を包括的に支援する、いわゆる地域包括ケアの中核と位置づけられており、原則として、第一号被保険者数が3,000人以上6,000人未満ごとに、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員それぞれ各1名の配置が定められている。

センターの基本的機能のひとつとして、包括的・継続的ケアマネジメント支援がある。これは、センターが地域の介護支援専門員等を支援することにより、多職種の協働・連携と地域資源の有効活用を実現することをさす。包括的・継続的ケアマネジメントにおいて重要な役割を果たすのがサービス担当者会議である。サービス担当者会議は介護支援専門員が開催し、利用者、家族、主治医、各種サービス担当者、民生委員などが参加する。会議では、ケアプラン原案の検討や修正、援助内容や役割分担の検討などを行う。

本研究では、介護保険法が改正された直後のセンターの業務内容の問題点を明らかにする。特に、居宅介護支援事業所の介護支援専門員から見たセンターの実状を、2006年度に行なわれた厚生労働省班研究(主任研究者:田城孝雄)のアンケー

トデータに基づき解明する。

B. 研究方法

本研究では、2006年度の厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)により、地域包括ケアシステムの実態や地域のニーズを把握することを目的として行われた「サービス担当者会議の実態と介護支援専門員の意識に関する調査」のアンケートデータを集計・分析した。この調査は神奈川県、広島県尾道市、千葉県市川市、福島県会津若松市、岩手県北上市にあるすべての居宅介護支援事業所に、1事業所あたり居宅介護支援業務に従事する介護支援専門員2名を対象に調査票を送り回答を求めた(郵便調査、回収票数1,487票、回収率38.7%)。調査は2006年11月9日～11月に実施した。

この調査ではセンターとサービス担当者会議について多角的に調査されたが、本研究では、「センターの役割と居宅介護支援専門員から見た評価」と「介護支援専門員のサービス担当者会議に対する意識」に焦点を絞り、関連する6項目の集計・分析を行なった。

アンケート調査に際しては、本アンケートの結果はこの目的以外には使用しないこと、ならびに、個人、事業所を特定できる情報は学術目的であっても公表しないことなどを明記した。

C. 研究結果

(1) 本アンケート回答者の属に関する主な特徴

回答者の年齢分布は、30歳代、40歳代、50歳代が、それぞれ、413名(27.8%)、467名(31.4%)、450名(30.0%)であった。性別では、女性、男性が、それぞれ、1,259名(84.7%)、228名(15.3%)であった。回答した介護支援専門員数のうち常勤職員は87.0%を占める。介護支援専門員としての経験年数は5年未満が72.5%であった。介護支援専門員以外の資格で頻度の高い職種としては、介護福祉士、保健師・助産師・看護師ならびにホームヘルパーであった。

(2) センターの主任介護支援専門員に対する評価

表1は、センターの主任介護支援専門員

が彼らの役割を果たしているかを、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が評価した結果である。「介護支援専門員に対する日常的な個別指導・相談」、「支援困難事例への指導・助言等」ならびに「地域における介護支援専門員のネットワーク作り」に関しては、「十分果たしている」または「まあ果たしている」の回答が全体の3分の1程度である。しかしながら、前者2つについては、「果たしていない」または「あまり果たしていない」の回答も3分の1程度であり、評価が分かれている。「地域における介護支援専門員のネットワーク作り」に対する評価では、役割を果たしていると回答した人の割合(35.4%)が役割を果たしていないと回答した人の割合(25.8%)より有意に高率であることが示された(カイ2乗検定; $p<0.05$)。「多職種協働・連携による長期継続ケアマネジメントの支援」については、何らかの意味で役割を果たしていると回答した人の割合(22.9%)よりも、果たしていないと回答した人の割合(29.8%)が有意に高くなっている(カイ2乗検定; $p<0.05$)。

これに関連して、「居宅介護支援専門員がケアマネジメント業務を行なううえで普段

相談する人は誰か」という設問の回答結果は、職場の上司や同僚(78.5%)、サービス事業者(77.1%)の割合が高く、次にセンター職員の割合が高く47.9%であった。

(3) サービス担当者会議に対するセンターの関与について

「サービス担当者会議に毎回参加する必要がある人は誰か」という問いに対して、利用者(75.3%)とその家族(82.6%)、福祉用具貸与業者以外のサービス事業者(79.8%)の割合が高く、センター職員の割合は10.9%にとどまった。

サービス担当者会議の開催に重要な役割を果たすであろうと考える団体としては、医療機関(65.3%)、センター(57.2%)、訪問看護ステーション連絡協議会などの看護師団体(53.3%)の割合が高い(表2)。

また「サービス担当者会議開催に対するセンターのサポートに満足しているか」という問いに対して、満足している(大変満足+まあ満足)と回答した居宅介護支援事業所の介護支援専門員は全体の22.4%にとどまった。

(4) センターの問題点と役割への期待・要望

上述の結果を踏まえて、サービス担当者会議開催に対するセンターのサポートに、「大変満足している」と回答した43名と「まったく満足していない」と回答した182名の介護支援専門員を対象に、センターの問題点、今後への期待や要望をフリーコメント回答に基づき集計した。フリーコメントに回答した人数は、「大変満足している」については22名、「まったく満足していない」については150名であった。

「大変満足している」と回答した人のフリーコメントでは、センターは少人数で多忙な中その役割をよく果たしているといった肯定的な意見が多かった。その一方で、問題点としては業務量の多さによる多忙、事務手続きの煩雑さなどの指摘があった。以下では、「まったく満足していない」と回答した介護支援専門員182名のフリーコメントを分析した。

(5) センターの問題点

センターの問題点として、第一に、センター職員の能力不足(経験、専門性、資質)37件があげられる。次に、業務量特

に介護予防ケアプランの作成が多く、他の業務を遂行できないという指摘が26件あった。第三に、居宅介護支援事業所とセンターの連携の問題が20件挙げられた。これにはセンターが介護予防ケアプランを受けてくれないことや、利用者が要支援と要介護間を移行する場合に連携が不十分で継続的に支援されていないことなどが含まれる。その他、主任介護支援専門員の役割である介護支援専門員に対する支援（相談、指導、助言、特に困難事例など）が不十分であること、センターが居宅介護支援事業所に介護予防ケアプランを丸投げしその後の連携が疎になること、センター職員の人員不足、介護予防ケアプラン作成の手続きや書類が繁雑であること、センターごとにレベルや認識の差があり統一性にかけることがあげられた。

(6) センターへの期待、要望

居宅介護支援事業所の介護支援専門員がセンターへ期待、要望することとしては、介護支援専門員に対する支援（相談、指導、助言、特に困難事例など）をしっかりとや

ってほしいという回答が19件あり一番多かった。次に、介護予防ケアプラン作成は居宅介護支援事業所に委託せずセンターの責任ですべて担当してほしいという要望が14件、センター職員の能力（経験、専門性、資質）向上の要望が13件あった。また、地域資源の情報提供やそのネットワーク体制の整備についての要望、ならびに、地域包括ケア全体の中心的役割の遂行という期待もあった（合計14件）。そのほか、居宅介護支援事業所に委託された要支援者や、要支援と要介護を移行する利用者に対するセンターによる継続的支援、医師、医療側への連携の働きかけ、居宅介護支援事業所の介護支援専門員とセンターとの連携強化（情報の提供や共有）、職員の増員、行政とのパイプ役などがセンターへの期待や要望としてあげられた。

D. 考察

本研究の結果より、センターでは、介護予防ケアプラン作成の業務量が多く他の業務ができないことと、職員の経験、専門性、資質の不足により満足な相談結果

が得られないことが問題視された。そこで、センターによる介護予防ケアプランの作成業務に関して考察する。

改正後の介護保険制度では、「予防重視型システムへの転換」が重要視され「センター」が設置された。この予防には、地域支援事業における介護予防と介護予防マネジメントを通じた要支援者に対する介護予防のふたつが含まれる。後者については、一貫した支援・介護を遂行できるように、居宅介護支援事業所への委託を極力抑えセンターが担当すべきであると考え。この実現のためには、まずセンターの組織の見直しが必要である。介護予防ケアプラン作成を専門に担当する介護支援専門員を増やし、従来の3職種が地域支援事業における介護予防、総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援を担うようにする。本アンケートの実施から1年半経過した2008年4月末時点では、全国のセンター3,976箇所のうち、介護予防支援業務専従の職員の配置により介護予防支援業務を実施しているセンターは1,752箇所(44.1%)あり⁴⁾、組織的な整備が進んでいる。しかしながら、介護予防ケアプラン作

成の居宅介護支援事業所への委託割合は平均34.5%⁵⁾と高率である。さらには、その割合がセンター間で大きく異なる地域もある。例えば、2007年度において新潟市の26箇所のセンターでは、その委託割合が9.7%~65.8%である⁶⁾。すべてのセンターが介護予防支援業務を委託することなく遂行できるよう、さらなる人員配置はもちろんのこと、介護予防ケアプラン作成業務の簡素化、全センターにおける統一化が必要であろう。

次に、センター職員の経験、専門性、資質の不足により満足すべき相談結果が得られないという問題を考える。居宅介護支援事業所の介護支援専門員からの相談の受付や助言指導は、主に主任介護支援専門員が行なう。この主任介護支援専門員は、センター設置にともない配置されたものであり、本アンケートの時点では、主任介護支援専門員の業務は定着しておらず、また、「主任介護支援専門員に準ずる者」も一時的に配置されていた。センターの主任介護支援専門員には、居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対するスーパーバイザーのみならず、地域全体のケアマ

ネジメント力を高めていく役割が求められる。したがって、その資質向上は今なお重要な課題である。

山形市の事例はこの主任介護支援専門員自身のスキルアップに有効な手段と考える。山形市では、12箇所センターの主任介護支援専門員、社会福祉士、保健師等が個別に集まる部会を組織した。主任介護支援専門員部会では、スーパービジョントレーニングや事例検討を継続的に実施し主任介護支援専門員のスキルアップに成果を上げている。また、この部会では、介護支援専門員への個別支援を行うためのガイドラインが作成されている。このガイドラインでは、介護支援専門員の相談内容により、センター独自で解決できる相談、地域のネットワークによる支援が必要な相談、介護支援専門員の心理的サポートを必要とする相談などに分けて、別個の対応を行っている⁷⁾。山形市の主任介護支援専門員部会がまとめたこれらの支援策は、本研究のセンターへの要望の中で、「介護支援専門員に対する支援の強化」をはじめ、「医師、医療側への働きかけ」、「地域ネットワーク体制の整備」、「介護支援専門員とセ

ンターとの連携強化」という包括的・継続的ケアマネジメント支援の役割を果たす上にも有用と考える。さらに各部会を市が運営することから、「行政からのセンターへの丸投げ状態」の問題や「各センター間で認識の差があり不統一性」という問題に対しても解決の糸口を与えうる。

E. 結論

居宅介護支援事業所の介護支援専門員から見た地域包括支援センターには、解決すべきいくつかの課題が残されていることがわかった。特に、主任介護支援専門員は指導、助言、相談の役割を求められているが、それらの評価は必ずしも高くはない。また、サービス担当者会議の運営に関して、地域包括支援センターの間接的なサポートの方法にも課題が残されている。これらの解決方法として、地域包括支援センターの組織の改変や職員のキャリアアップ体制の整備が必要と考える。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

2. 学会発表

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

文献

- 1) 厚生労働省 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/toukei/joukyou.html>) 2009.5.30
- 2) 保科寧子, 奥野英子. 介護保険制度における不適正なケアプランの分析. リハビリテーション連携科学 2007;8:27-34.
- 3) 工藤恵子, 飯島節. 改正介護保険法と地域包括支援センター. リハビリテーション連携科学 2007;8:85-92.
- 4) 厚生労働省 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/02/s0219-2.html>) 2009.6.5
- 5) 厚生労働省 (http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/11/dl/s1114-9f_0002.pdf) 2009.6.5
- 6) 新潟市 (<http://www.city.niigata.jp/info/kaigo/fuzokukikan/gaiyou/houkatsu.htm>) 2009.5.12
- 7) 丹野克子. 地域包括支援センターの主任介護支援専門員の立場から. 介護支援専門員 2008;10(2):26-31.