



## ③ ケアマネジメントと在宅医療

北海道介護支援専門員協会 村山文彦

### 1. ケアマネジメントと介護支援専門員 (ケアマネジャー)

ケアマネジメントの起源は1950年代のアメリカで精神障がい者の地域生活支援のためのサービス調整機能として生まれた「ケースマネジメント」で、日本では白澤政和（現桜美林大学大学院老年学研究科教授）により1985年に論文紹介され、その後、在宅介護支援センターの理論的な基盤ともなりました。この概念は多くの国々に波及しておりイギリスのコミュニティケアでも活用されています。なお、「ケースマネジメント」と「ケアマネジメント」はほぼ同義語であり、日本はイギリス式の呼称を採用しています。

白澤はケアマネジメントについて、「社会生活上での複数のニーズを充足させるため適切な社会資源を結び付ける手続きの総体」と定義しています。また全米老年医学会では「ケアマネジメントは、一方ではケアを受ける個人（家族）のニーズの変化に合わせてケアをダイナミックに提供できる仕組みであり、他方では社会的サービスが適切に利用されることによって、必要な経費（コスト）をコントロールできることが期待されている」（1992）としています。

日本では2000年に介護保険制度が導入され、その要として介護支援専門員（以後、ケアマネジャーと表記）も誕生しました。ケアマネジャーは主に医療や介護の国家資格者が5年以上の実務経験を経て介護支援専門員実務研修受講試験を受け、87時間の研修及び実習をして都道府県に登録することで業務を行うことができます。また、5年毎に資格更新研修があります。なお、ケアマネジメントは、①アセスメント ②ケアプラン作成 ③サ

ービス担当会議 ④モニタリング ⑤評価 というPDCAサイクルのプロセスで行います。

### 2. ケアマネジャーの特長

図1に示すようにケアマネジャーの約70%が介護福祉士と社会福祉士の福祉系国家資格取得者です。看護師や保健師、歯科衛生士、リハビリ技師などの医療系資格とは異なり、福祉職の多くは5年超の実務経験の中で医療のヒエラルキーや医学モデルと接点を持つことはあまりありません。また、医療職に比べ医療知識が不足しています。これがいわゆる「医療介護連携の垣根」の本質であるとも言えます。このため医療介護連携に必要なスキルは資格取得後にOJT（On the Job Training）などにより習得していく必要があります。

また、ケアマネジャーの実践は基礎資格の職能的価値や経験に影響される傾向が強いため、ケアマネジメントにおけるアセスメントの切り口や家族支援、医療との距離感、地域へのアプローチなどに違いが生じることがあります。

さらに、ケアマネジャーには医療・介護専門職を含む多職種から利用者に関する情報が集約され、多面的な社会資源との連携を展開するハブ機能（中継基地機能）があります。

### 3. 生活（社会）モデルと医学（医療）モデル (図2) とケアマネジャーの課題

介護保険制度により高齢者支援の場の選択肢が施設や医療機関から在宅（地域）にも拡大されました。在宅（地域）生活では生活モデルにより支援を行っていきませんが、高齢者は大なり小なりの医療ニーズを有することが多く、その場合、通院や入院や訪問診療など通じて患者としての医学モデルの支援も受けています。

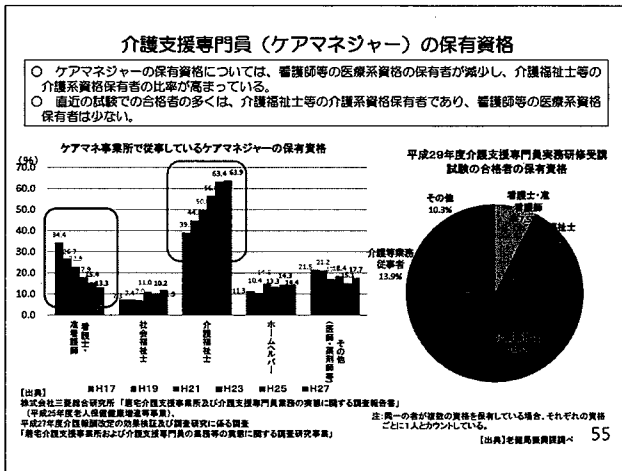


図 1

その双極のモデル間の連携の在り方が医療介護連携の課題であるとも言え、「入院中は医学モデルで治療が行われるが、退院に合わせ生活モデルとの統合が行われる必要がある」「多くの高齢者には医療ニーズがあり、医学モデルと生活モデルのシームレスな支援が必要である」「在宅生活時の食生活や運動、リハビリ、服薬管理を含めた医療的管理や指示については、高齢者の能力（アセスメント）に応じ、できるだけセルフマネジメントができるように生活モデルで支援する必要がある」など様々な提言がされています。

ケアマネジャーには、各モデルの違いを理解した上で、情報の互換や連携をすすめる役割が期待されていますが、十分にその役割を果たすことができていません。

#### 4. 地域包括ケアにおけるケアマネジメントと在宅医療

在宅医療は自宅等で療養生活をしている高齢者や家族の生活モデルにおける価値観を尊重しつつ、医学モデルが寄り添って支援をしていく特殊な環境です。ケアマネジャーはその環境を理解した上で、介護保険法理念である自立支援と権利擁護を担保し、住み慣れた地域で安心してその人らしく生活できる環境をケアマネジメントで追及していかなければなりません。このように地域において医学モデルと生活モデルの視点から専門職が関わり、ひとりひとりの高齢者を支えていく取

### 医療(学)モデルと生活モデル

	医療(学)モデル	生活モデル
目 標	治療・回復	自立・その人らしい生活
対象者	患者	生活者
専門職の介入先	疾患、障がい	環境(物・人)、関係性
双方の機渡し		多職種連携アプローチ

- 入院中は医療モデルで治療が行われ、退院に合わせ生活モデルとの統合が行われる必要がある
- 多くの在宅介護サービス利用高齢者には医療ニーズがあり、医療モデルと生活モデルの共存関係が維持される必要がある
- また、その段階の医療管理については、高齢者の能力に応じ、できるだけセルフマネジメントをできるように支援する必要がある
- 在宅によるターミナル支援においては、生活モデルにおける価値観を堅持しつつ、その価値観に沿った医療支援が提供される特殊な環境となる

図 2

り組みは、地域包括ケアと呼ばれる社会のカタチでもあると言え、多職種連携の場でもあります。

ケアマネジャーのハブ機能を考えると、医学モデルと生活モデルとの統合調整を行うのは、ケアマネジャーが立場的には適任であると思われます。しかし、前述したように、ケアマネジャーが医療介護連携スキルを習得するには一定程度の経験が必要です。反面、両モデルを使いこなすことのできる医療職も登場してきています。

在宅医療を支えるにはケアマネジャーが医師等と適切な関係性をとることができ、双方の価値やニーズ、何よりも本人や家族の意向との合意形成をとりながら、適切なケアプランに落としこみ、全スタッフが共有理解した上で、PDCAサイクルで回していく必要があります。医療と生活それぞれのモデルの価値観の相違から出てくる課題を棚上げにすることなく、課題をできるだけ緩衝させる努力を互に行い、利用者（患者）ありきの連携をしていく必要があります。

#### 参考文献

白澤政和：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、1992年 中央法規出版。

#### 引用文献

図 1：日本介護支援専門員協会.介護報酬改定指導者説明会資料（平成30年 3月）.厚生労働省老健局振興課