

# 高齢者に対する保健・医療・福祉サービスの連携に関する考察\*

## —日・韓比較研究を通じて—

愼 燮重\*\* 辛 基碩\*\*\* 張 昌鎬\*\*\*\* 関 銀姫\*\*\*\*\*

A Review of Coordination in Medical Care, healthy and Welfare Service for Elderly

### I. はじめに

最近、急速な少子・高齢社会に伴い高齢者に対する医療費増加や社会保障制度に関する財源確保等が、大きな課題になっている。このように社会を取り巻く環境が大きく変化し、新たな様々な社会問題が次々と生み出される中で、社会福祉サービス提供の大きな柱として在宅重視、地域ケアシステムの導入、施設に地域、在宅支援システムのサービス機能の装置を付与する等が挙げられている。すなわち、増え続ける費用の問題を解決する方法として在宅福祉や介護予防を重視するようになってきている。しかし、家族形態は核家族化傾向となり、以前のように福祉サービスを要する状態が家族に発生しても家族の中で支えることや地域近隣住民による相互扶助は崩壊しつつある。さらに福祉サービスを要する高齢者は重度化、重症化しつつあり断片的なサービスだけではたよりきれない状況である。

従って、保健・医療・福祉サービスのニーズに対応する適切なサービスの資源を効果的に利用できるような施策を図る一方、保健・福祉・医療の連携 (coordination)<sup>1</sup> が社会福祉実践において主要な課題として位置づけられている<sup>2</sup>。しかし、保健・医療・福祉の連携の必要性は同感しているものの、それを実践的に具体化させるためには、多角的な検討と準備が必要である。

振り返って見ると、福祉の分野でこの連携は19世紀後半のC.O.S (慈善組織協会) から推進されているが、いまだに分野間(児童、障害、老人等)と同じ分野の中での競争により連絡・調整の機能がうまく行われていない状況である。もちろん、このC.O.Sでの連携はサービスを提供する同じ福祉分野の慈善組織間にサービスの重複(サービスを2回以上受けること)やサービスの漏れ(サービスを1回も受けないこと)がなく、平等ないし均等にサービスを提供することが目的であった。一方、ここで言う連携は他の専門分野(保健、医療、福祉)間に利

用者のQOL (生活の質) を高めることが目的である。

そもそも他の専門分野間の連携が叫ばれる背景としては、大きく分ければ2つの要因がある。第一に、疾病構造が大きく変わり、慢性疾患が増え、かつ医療機器の開発・改善に伴い在宅医療が可能になってきたこと等もあり、地域における在宅での医療と社会福祉との関連性が求められる事例が急速に増えてきていること、第二に、高齢者の増大に伴う高齢者医療の増加による医療費の抑制政策の一つとして疾病予防、健康増進や社会福祉との連携、棲み分けが求められてきたことが挙げられる<sup>3</sup>。

すなわち、連携の必要性は福祉の分野だけではなく、保健・医療分野でも共感しているが、現実的には様々な課題がある。

従って、本研究では連携の有効性を改めて調べ、日本・韓国両国の連携に関する流れや実態を比較検討し、その課題や今後の対策に対して具体的に考察して見る。

### II. 連携の有効性

連携の必要性に関しては同感しているものの、この有効性に関しては、漠然としている専門家が多い。従って、ここでは連携の有効性を専門職の立場、利用者の立場、政策決定の立場の三つの側面から考えて見ることにする。

#### 1. 専門職の立場から見た連携の有効性

保健・医療・福祉のサービスを同時に必要とする高齢者が多いにもかかわらず、技術や制度が専門分化した結果、高度に専門分化したサービスは受けられるようになった反面、一人の利用者に対して専門職別に異なった援助をするようになった<sup>4</sup>。したがって、専門職の立場から見て、連携の実施は社会福祉の基本原則である「個別性の原理」「全体性の原理」に基づいた継続的な援助を可能にし、専門職の役割明確化、技量と能力の向上、新しい知識の習得に有

\* Received January 25, 2006

\*\* 長崎ウエスレヤン大学 現代社会学部 社会福祉学科 \*\*\* 東亜大学教授 \*\*\*\* 静岡福祉大学教授

\*\*\*\*\* 九里市社会福祉九里市社会福祉専擔公務員

効である。

つまり、保健・医療・福祉の各専門職が互いに連絡しながら業務を行うことは専門職個人と組織においても幾つかの効果があげられる<sup>5</sup>。

一つ目は、専門職として役割が明確にされるということである。他の専門職との連携のなかで一人の専門職がいかなる役割を行うかということは、専門職としての責任はこの部分にあるという自覚を刺激し、組織のなかで自己の位置が明確にされることを意味している。時には、業務内容が他専門職と重複することがあるが、そのような場合には自己の専門性の位置を考える機会にもなる。

二つ目は、専門職としての技量と能力の向上である。これは他専門職との連携が深まるほど、情報量が多くなり利用者への援助における、有効な方法とアイデアを得られる機会にもなることを意味している。そして他の専門職より刺激される機会も多いため自己の業務に対する水準向上の動機にもつながる。

三つ目は、事例検討会議等に参加しながら利用者の援助を模索する作業は、新しい知識に接する機会をもたらしことにもなる。このようにして各専門職は互いに影響を受けながら技量を向上させることができる。

## 2. 利用者の立場から見た連携の有効性

高齢者にとって、保健・医療・福祉の連携の要請が高まった要因は、①地域で生活し続けようとする高齢者のニーズが多面的・複合的であり、②後期高齢者の増加がニーズを多様化・高度化させ問題解決が困難になり、各分野からの手厚い処遇が必要になり、③寿命の延長に伴って長期的なケアを必要とする高齢者は医療サービスだけではなく福祉サービスも同時に必要となった。

従って、保健・医療・福祉の連携は生活ニーズや医療ニーズが複合的に生じ、サービスが重複する問題を効果的に解決する方法になる。すなわち、いつも保健・医療・福祉の各機関が連絡体系を緊密にしておく方が、サービスを必要とする時適切な対応が可能になり、サービスの利用者には不安も少なくなり快適な生活を保障することができる。また、サービスの利用者は自分の身体的状況に関する情報や社会福祉サービスに関する情報等、多様な情報が必要である。このような場合、サービスが利用できるかどうかは利用希望者が最初に接触した窓口によって決定される。従って、単独の専門職による対応よりは複数の専門職から専門的

な内容をわかりやすく説明を受けることができ、サービス利用者が納得できるサービスを受けることが可能になる<sup>6</sup>。このようなサービスは利用者の身体的状況を含めて、生活全体の質（QOL）向上にも貢献できると考える。

## 3. 政策決定(管理・運営)の立場から見た連携の有効性

政策主体の立場からは、社会資源の効果的・効率的活用（重複するサービスの内容の調整、限られた資源の効率的な配分など）のために保健・医療・福祉の連携が必要となる。例えば、在宅サービスの場合、医療側（医療機関または訪問看護ステーション）から派遣されるサービスと福祉側から派遣されるサービスが重複される場合がある。従って、保健・医療・福祉の連携はこのようなサービスの重複に伴う財政の無駄遣いを排除して財政面での有効性を図ることができる<sup>7</sup>と同時にサービスを受ける利用者からも同じようなサービスを2回受けないため、時間的にも金銭的にもサービスに対する信頼面にも有効である。

また、保健・医療・福祉の連携は各専門分野の機関や施設が地域で他の機関や施設と連携しながら一定の役割が与えられるということは、業務の円滑化を図り、相互間の業務に対する理解度を高め、今後サービス開発を考える際に、運営管理面や意思決定面において大きく影響を与えることが予想される<sup>8</sup>。

## III. 両国における保健・医療・福祉の連携の現状

### 1. 日本における保健・医療・福祉の連携の現状

日本の老人福祉分野における最初の基本的な立法は、1963年7月に制定され、同年8月1日より施行された老人福祉法である。

1979年にデイサービス事業が、1981年には訪問サービス事業に対する予算が策定された。1986年の老人福祉法の改正時にショートステイとデイサービス事業は含まれたが連携という用語は含まれていない。その後1988年の「長寿福祉社会を実現するための施策の基本的な考え方と目標に関して」という「福祉ビジョン」の対策と1990年の福祉8法の中で連携という用語が初めて使用された。特に、1990年の高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略（ゴールドプラン）の策定を踏まえた老人福祉法改正では、保健・医療・福祉の連携によるサービス提供の充実化を図るようになった<sup>9</sup>。この後、1994年にはゴールドプランを全面的に見直した「新ゴールドプラン」では、介護施策の基本理念として、①利用者本位・自立支

援、②普遍主義、③総合的サービス提供、④地域主義等の四つを挙げ、こうした理念に基づいて高齢者介護サービス基盤の総合的整備やその支援施策を実施していくことにしたが、これらの一連の施策の中に、要介護老人のサービスのために福祉と保健・医療の連携の必要性が含まれている<sup>10</sup>。

また、1982年に制定された老人保健法が1986年に改正され、在宅と施設、病院と特別養護老人ホームとの中間的な施設、在宅への架け橋、もしくは「在宅ケア維持強化」として機能する老人保健施設が設けられた。さらに、1994年には「保健所法」が「地域保健法」と改正され、1997年から実施された。この「地域保健法」の中で連携に関する内容は、①ケアコーディネーションの機能の充実（相談からサービスの提供に至る体系的なシステムの整備及び職員に対する研修の充実、情報提供、紹介及び調整などを行う総合相談窓口を保健センターなどに設置、医師会の協力の下に医療との連携及び協力体制の確立）②包括的な保健、医療、福祉のシステムの構築（保健、医療、福祉のシステムの構築を図るための検討協議会を設置する、市町村は保健、福祉サービスの有機的な連携を推進する観点から、都道府県は市町村に対する一元的な指導、援助などを円滑に行う観

点から組織の在り方について検討すること）である。

なお、同様の法改正は、医療分野においても行われ、保健と医療と福祉の統合化が都道府県の医療計画において要請されることになった<sup>11</sup>。

このような一連の流れを総括して見ると、老人に関する様々な施策は、救貧的な老人福祉から介護を必要とする老人全体へその対象を広げ、健康な老人への生きがい(QOL)対策などに拡大されてきた。老人医療分野でも治療中心から予防へ、さらにはリハビリへと拡大され、老人保健施設などのより福祉に近い領域における給付体系を確立し、それによって保健・医療・福祉の連携による新しいシステムを整備する手順を踏んで来たと評価される。しかし、連携の主導権と責任を持つ人(職種)が明確でなかったために、実際に連携が行われたことは少なかった。すなわち、1980年代から1990年代まで保健・医療・福祉の連携を取り上げた実証的研究は少なく概念や定義、必要性などの理論的研究が多かった。その後、2000年から始まった介護保険実施によって、介護支援専門員(ケアマネジャー)が連携の主導権と責任を持つことになり、制度的にも実際的にも連携がおこなわれている。さらに、2006年からは連携しながら介護予防を中心とする地域包括支援センターの設立が進められている。

<表1> 日本における高齢者保健・医療・福祉の連携 政策の展開>

時 期	内 容	高齢化率
1960年代	老人保健・医療・福祉の連携 政策の黎明期 (I)	5.7%(1960)
・1961年 ・1963年	国民皆保険の実施 老人福祉法の制定	
1970年代	老人保健・医療・福祉の連携 政策の黎明期 (II)	7.1%(1970)
・1973年 ・1977年	「福祉元年」高齢者医療費の無料化 (老人福祉法の改正) 寝たきり老人の短期保護事業の開始	
1980年代	老人保健・医療・福祉の連携 政策の基盤確立期 (I)	9.1%(1980)
・1981年 ・1982年 ・1984年 ・1986年 ・1986年 ・1986年 ・1989年	在宅老人訪問看護サービス開始 老人保健法の制定 (一部負担の導入) 公衆衛生局から保健医療局 老人保健法の改正 (老人保健施設創設) 老人福祉法改正 (ショートステイ、デイサービス) 老人保健福祉部新設 Gold Plan (高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略)の樹立	
1990年代	老人保健・医療・福祉の連携 政策の基盤確立期 (II)	12.0%(1990)
・1990年 ・1991年 ・1992年 ・1992年 ・1993年 ・1993年 ・1993年 ・1993年	福祉8法の改正 (福祉サービスの地方自団体による一元化、老人保健福祉計画等) 老人保健法の改正 (公費負担の改正及び老人訪問看護制度の設置)  福祉人材確保法、看護婦等人材確保法の制定 医療法の改正 (療養型病床群の創設) 都道府縣市町村老人保健福祉計画の策定 老人保健福祉局新設	

1990年代	90年代中盤以後保健・医療・福祉の連携政策の基盤確立期（Ⅲ）及び実験期	12.0%(1990)
・1994年 ・1994年 ・1994年 ・1994年 ・1994年 ・1995年 ・1995年 ・1997年	「21世紀福祉Vision」の策定 新介護システムの構築のための新 Gold Planの樹立 公的介護保険制度創設を提唱 高齢者介護・自立支援システム研究会報告 新Gold Planの策定 老人保健福祉審議会中間報告（社会福祉基礎構造改革） 新しい高齢者介護システム基本構想を整理 公的介護保険法の成立（4年間論議）	
2000年代	老人保健・医療・福祉の連携政策の実施期	17.2%(2000)
・2000年 ・2006年	公的介護保険実施 地域包括支援センター設立	

## 2. 韓国における保健・医療・福祉の連携の現状

韓国の高齢者に対する政策の中で保健・医療・福祉の連携と関連があると思われることを中心に整理すると<表1>のようになる。

韓国の老人福祉法は、1970年代以降の急速な産業化を背景とする各種社会問題が発見され、さらに老人問題への社会的な関心が高くなったために1981年(高齢化率4%)にこれに対する対応策として制定・公布された。

その後、1993年に改正された老人福祉法では寝たきり老人のための3大サービスとして、ホームヘルパー事業、デイサービス事業、ショートステイ事業等が制定された。老人福祉事業の対象は60歳以上の老人であり、サービス費用は利用者負担を原則としているが、生活保護給付者や保健社会部長官が決める低所得老人は無料または減額、その他の老人は実費を負担することを原則としている<sup>12</sup>。

韓国において保健・医療・福祉連携の必要性を明確に表したのは、大統領のコペンハーゲン宣言である「生活の質の世界化<sup>13</sup>」を実現させるために1994年の保健社会部を保健福祉部へ改称したことからである。すなわち、韓国における保健・医療・福祉連携に関する研究文献も欧米に比べて遅れて、1994年からのものが大半である。また、1995年7月から公的保健・福祉サービス供給システム改編のための試みとして、示範保健福祉事務所が全国5ヶ所の地域で設置され、運営された。示範保健福祉事務所でおこなわれたサービスは主に福祉サービスと保健サービスにわかれ、保健・福祉連携事業としては訪問看護事業にすぎなかったために7年間の実施後、廃止になった。

その理由は、①既存の福祉事業課（係）を既存の保健所の組織の中に入れたことにすぎないため、

人材及び予算支援もしない状況の中で新たな連携事業を行うことは困難であり、特別な連携プログラム及びサービスの提示をしなかったために、新たな連携事業を開発する時間的余裕、人材、予算がないため、専門職間の連携する方法も意識も生まれなかった。

②保険・福祉各部門の事業対象の差異が連携の阻害要因となりえる。保健事業の対象は一般住民であり、福祉事業は公的扶助対象に限定されている。

③保健・福祉連携のためには、各実務現場で自然な形で営まれるまでには多くの時間を要したが、示範保健福祉事務所の組織・事業の設備及び支援が準備されなかったことから、各課（係）ですることが困難であった<sup>14</sup>。

また、保健福祉部は1999年に<図1>の21世紀老人福祉を展望し、今後韓国の老人福祉が進む道として「老人保健福祉中長期発展計画」を<図1>のように発表した。その内容をみると、生産的な老化を通じた自立・参加・保護・自己実現・尊厳性の原則の具現化を目標に、韓国の老人福祉が進む道を描いている。日の内容を見ると、①生活保護老人中心の事業から脱皮して老人全体を対象にする老人福祉政策の開発へ、施設受容保護中心の事業から地域家庭中心の福祉体制への変容、老人らがボランティア活動などを含め社会活動へ積極的に参加できる条件造成などを、その内容にしている。

②政府と民間の適切な役割分担と相互協調の補完に関する内容で、生活能力がない低所得老人は国家支援の充実を通じ所得・医療・住居など基礎生活の保障を行い、経済力がある老人のためには民間市場機能を通じた有料サービスの拡充を図り、家庭・地域社会中心の老人福祉体系の発展のために国家支援及び民間参加を誘導する内容が含まれ

ている。

③保健・医療及び福祉サービスの統合的なアプローチで老人の保健、医療、住居など多様なニーズを効果的に充足させるために保健・医療サービスと社会福祉サービスを統合・管理することにより総合的で効果的なサービスを提供する内容が含ま

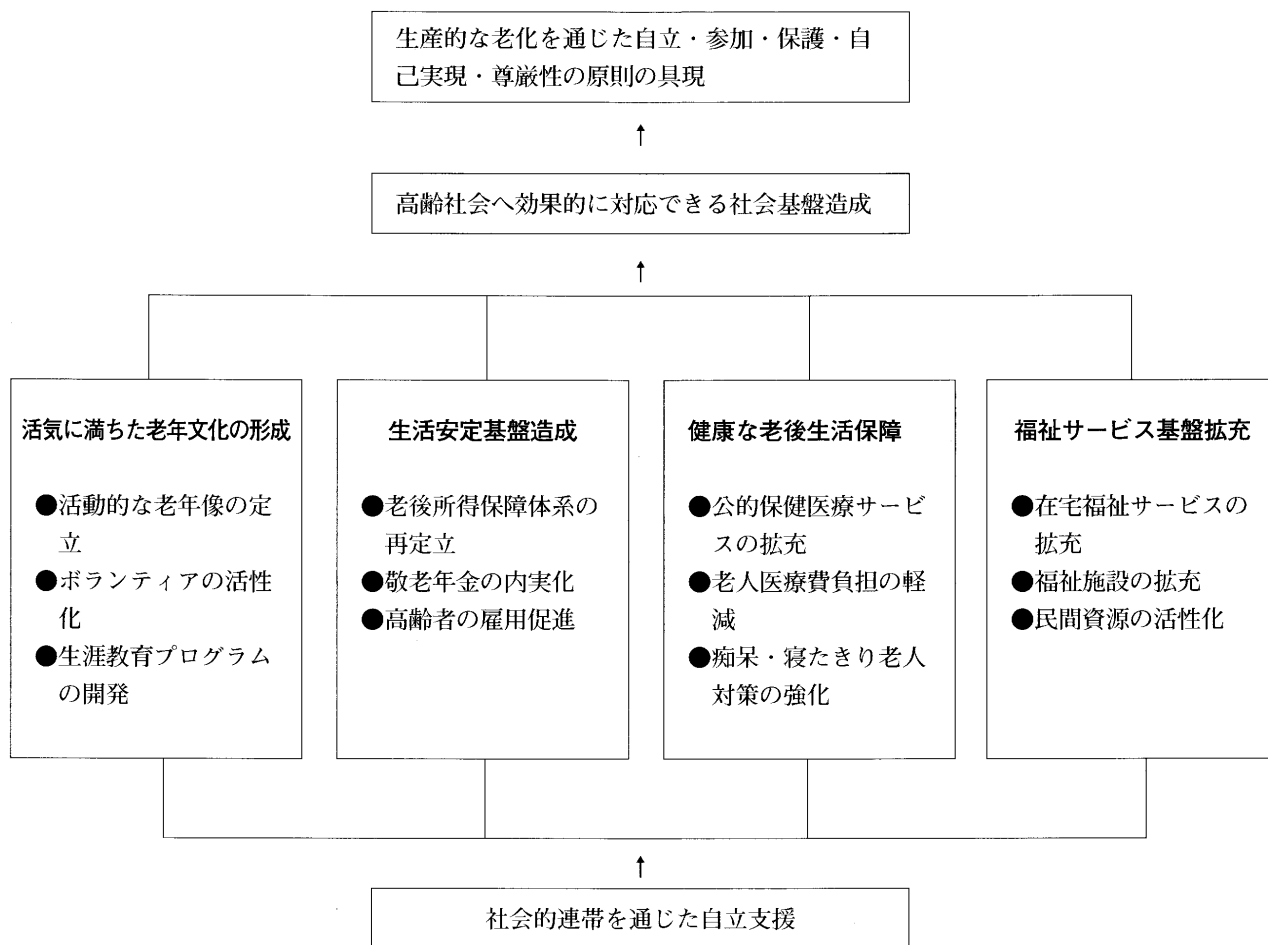
れている。

さらに、2008年実施予定で老人長期療養保険（日本の介護保険）準備中である。この老人長期療養保険の中で、ケアマネジャーの資格制度を設置することになり、保健・医療・福祉の連携が現実的に行われると思われる。

<表2> 韓国における保健・医療・福祉連携政策の展開

時 期	内 容	高齢化比率
1960年代	老人保健・医療・福祉の連携 政策の黎明期（Ⅰ）	2.9%(1960)
・1968年 ・1968年	保健社会部社会保障審議委員会基本構想養老保険制度案含む 民間次元での老人福祉制度の法制化措置提案	3.1%(1970)
1970年代	老人保健・医療・福祉の連携 政策の黎明期（Ⅱ）	
・1970年 ・1976年 ・1979年	国会保健社会委員“老人福祉法案”国会提出 韓国老人問題研究所の老人福祉法制定請願 法制定の方針決定	
1980年代	老人保健・医療・福祉の連携 政策の樹立期	3.8%(1980)
・1980年 ・1981年 ・1983年 ・1987年 ・1989年	保健社会部の“老人福祉法”草案提出 老人福祉法制定 老人健康診断実施 家庭奉仕員派遣事業を2箇所モデル事業実施 老人福祉法改正:家庭奉仕事業導入	5.0%(1990)
1990年代	老人保健・医療・福祉の連携政策の確立期	
・1993年 ・1994年 ・1994年 ・1995年 ・1995年 ・1995年 ・1996年 ・1997年 ・1998年 ・1999年 ・1999年 ・1999年	老人福祉法改正：在宅老人福祉事業明示 保健社会部から保健福祉部へ改称 保健福祉部老人福祉課設置 在宅老人福祉事業実施 保健福祉事務所の事業実施（モデル事業） 地域保険法制定 老人障害人福祉総合対策樹立 老人福祉法改正:敬老年金制度導入及び老人福祉施設区分 老齢手当を敬老年金に代替 国民健康保険法制定 第1次老人保健福祉中長期発展計画 保健福祉部老人健康課設置	
2000年代	老人保健・医療・福祉の連携政策の確立期	7.1%(2000)
・2000年 ・2000年 ・2001年 ・2001年 ・2005年	社会福祉事業法大幅改正（立法予告） 国民基礎生活保障法実施 社会福祉事業法国会通過 地方社会福祉協議体のモデル事業を推進 老人長期 老人長期療養保険（介護保険）準備中（2008年実施予定）	

<図1>21世紀韓国老人福祉政策の展望



### 3.連携の阻害要因

Katan<sup>16</sup>によると保健・医療・福祉の連携の必要性を ①個人の身体的、心理的、社会的問題は相互関連があって分離して対応できない。このような状況は必然的に保健・医療・福祉の組織間や専門職間の協力を必要とする。②医療組織は人の心理的、社会的な問題を十分に理解・援助できない反面、社会福祉は個人の医療的問題を十分に理解・援助できないからである。③各領域は二重サービスや重複サービスによる資源の浪費を施設と人材の交換を通して防止することができるという三つを挙げているが実際には満足な状態とは言えない。したがって、Katan<sup>16</sup>はこの連携の阻害要因を歴史的側面、組織的側面、専門的側面の三つに分けて分析している。歴史的側面は、人間のニーズ充足の努力が専門分化した技術体系から始まり、今日まで発展してきたことを意味している。この発展によって、保健・医療・福祉分野の法制度に専門職分化が機能している。組織的側面は、中央政府と地方政府間に別々のサービス体系を運営する垂直的な分離や政府内で独立した部署が異なった専門

職によって運営されたり、一つの地域内で各機関が異なったサービス区域を持つという横断的分離が発生する。専門的な側面では、各領域別の専門職が持っているサービス理念や社会的地位、自立性などの違いが連携の阻害要因になる。岡本祐三<sup>17</sup>によると医療と福祉の連携の必要性を主張しながら連携が難しい理由を①優先される提供側の理論:福祉サービスと医療サービスの違いは、医療ではサービスを受ける必要性の有無は利用者が決めるが福祉は一定の審査が必要である。利用する側から見れば、異なるサービスが連携するためには、少なくとも各種のサービスがほぼ同時に存在しなければならない。使いたいと申し出て、サービスを利用できるまで時間がかかっては話にならない。すなわち、サービスへのアクセスの段階で、医療と福祉の差が大きい。②医療と福祉のアンバランス:医療と福祉サービスの資源量を比べて見ると、福祉資源は医療資源の10分の1である。すなわち、福祉資源は圧倒的に国庫支出であり、国から強力な直接のコントロールを受ける。

③医療の「営利性」:一定以上に所得水準が上昇す

ると市場原理によって、すなわち商品として医療や福祉サービスを販売するしくみが大きくなりうるが、所得の配分が平等でないと様々な不平等問題が同時に拡大する。所得水準が向上するとともに、医療や福祉サービスも営利企業にゆだねようとする政策の動きが強まるが、医療関連の機器は商品としての付加価値を付けやすく、他の産業への波及効果も大きい。従って、これらを大量消費する医療サービスのほうが、福祉サービスよりもいっそう商品化されやすい。すなわち、医療は生命の危機に対して社会全階層を対象にするが福祉は生活の危機に対して一定の階層を対象にする。この面からも医療サービスの量的供給は増える。

#### IV. 保健・医療・福祉の連携のための今後の課題と対策

以上のように、1980年代以降、日本・韓国において急速に推進されてきた老人福祉サービスの連携に関する流れは次のようである。まず、実施主体の観点から見ると、1945年以降、老人福祉政策は公的扶助から始まる中央政府或いは国家中心の直接的供給サービスから、1980年代の福祉国家危機以降は、地域中心の公的・私的連携体系の必要性に関する論議が始まった。また、サービスの内容を中心に見ると、事後的な治療中心のサービス及び社会的弱者のための選択的サービスから事前的、予防的サービスと普遍的サービスとして保健・医療・福祉の連携へのニーズに変化してきた。しかしながら連携の必要性には一致したものの現実面では、多くの課題が残っている。したがって、ここでは主に福祉の側面から、サービス量の問題、専門職の問題、ケアマネジャーの問題に絞って考える。

##### 1. サービス量の問題

高齢者の平均寿命が延びるに連れて、慢性疾患の時代になっている。つまり生活上の困難として、医療サービスと福祉サービスが必要な人々が飛躍的に増えている。いいかえると、「病気」というよりもむしろ「障害」が対策の大きな部分を占めざるを得ない時代になっている。したがって、医療と福祉の連携ということが、さかんに提唱されてきたが、福祉サイドから医療サイドへの依頼は多くあっても、医療サイドから福祉サイドに依頼することは、ほとんどなかった。その理由は、様々であると思うが、一番大きな理由として挙げられるのは、社会福祉資源が圧倒的に不足したことである。医療側から福祉に援助を依頼しても福祉側

で少なくとも即時的に提供できるサービスがなくては、医療と福祉の連携を実現することは困難である。この問題は日本より韓国の方がもっと深刻である。サービスの質も重要であるがまずはサービスの量がなくては話にならない。そのために官・民（サービスの提供者・利用者）の福祉に対する発想の転換が必要である。

##### 2. 専門職の問題

エドモンド・ピンコフスによれば、専門職は次のような条件を満たしている職業であるとしている。①世の中に不可欠な社会的サービスを提供していること ②高度な知識を備えていること ③知識を実際に応用できること ④自律的集団が形成されていること ⑤倫理コードを持ってそれに従って実践していること ⑥研修に励んでいて実践に関する責任能力持っていること ⑦個人的利益よりも社会的利益を優先していること ⑧経済的報酬よりもサービスを優先していることである。このように見ると社会福祉職は専門職である。しかし、専門職でもっと大事なことは自由裁量権である。専門家自ら判断し、その判断に対して責任を持つことである。医療の場合は、利用者の要請によって医療サービスを提供するか、提供しないかを医師が決めるが、福祉の場合は行政側或いは判定委員会（介護保険の場合）によって決められる。すなわち、医療側と連携する為には、福祉専門家も医療のように福祉サービスを提供するか、提供しないかを定める権限が必要であろう。

また、専門職を論じる時、欠かせないのが資格制度である。韓国は、1983年に社会福祉資格制度が制定された。韓国は社会福祉士3級、2級の場合<表3>のように一定の教育を履修すると資格を取ることも可能であるが、1級の場合は一定の科目を履修し国家試験に合格した者にあたえられる。日本は、1987年社会福祉士と介護福祉士制度が制定された。社会福祉士は<表3>のように一定の科目を履修すると受験資格があたえられ国家試験に合格した者にあたえられる。また、1997年には国家資格として精神保健福祉士の制度が制定された。すなわち、他の専門職と連携をするためには、まず福祉分野の三つの専門職間の連携が不可欠である。さらに、他の専門職と連携をするためには、互いの接点が必要である。そのために福祉の分野では、僅かではあるが医学一般という科目を設けている。しかし、医療や保健の分野では福祉の科目を設けていない。

保健・医療・福祉連携を進めるためには住民の“医療信仰”の是正や社会福祉に対する偏見、或いは行政依存体質の是正も必要になる。その意味では、住民自身が対策作業を通じて保健・医療・福祉に関する生涯学習を進め、認識を豊かにし、判断力を高め、問題解決に参加する行動力を高める必要がある<sup>18</sup>。そのために「保健・医療・福祉の関係者の集い」を開催し、地域におけるそれらの問題の共通理解を深めるとともに、人間関係を豊かに耕す必要がある。そのうえで、事例に基づき、各々の専門職がどのような点に着眼しているのか、

アプローチの違いや診断（アセスメント）の違いはどのようなものであるかが分かるようなシンポジウムを開催し、あるいは退院計画において保健・医療・福祉関係者がどのようなシステムをつくれば効率的に展開できるのかを事例に即して、合同で考える機会の提供が重要になろう。

さらに、市町村ごとに条例で、保健・医療・福祉に関するヒューマンケアサービスのあり方を多角的に検討できる「審議会」を設置し、定期的に論議できる機会を確保することも必要であろう<sup>19</sup>。

<表3>日・韓社会福祉士資格のための履修科目

日本の厚生労働省公示に決める科目科	韓国の社会福祉士2級を取るための履修科目
<p>*必修科目(10)                      社会福祉原論、老人福祉論、障害者福祉論、児童福祉論、社会福祉援助技術論、医学一般、社会福祉援助技術演習、社会福祉援助技術現場実習指導、社会福祉援助技術現場実習</p>	<p>*必修科目(10)                      社会福祉概論、人間行動と社会環境、社会福祉政策論、社会福祉法制、社会福祉実践論、社会福祉実践技術論、社会福祉調査論、社会福祉行政論、地域社会福祉論、社会福祉援助技術現場実習</p>
<p>社会保障論、公的扶助論、地域福祉論(1科目以上選択)                      心理学、社会学、法学(1科目以上選択)</p>	<p>*選択科目(4以上)                      児童福祉論、青少年福祉論、老人福祉論、障害者福祉論、女性福祉論、家族福祉論、産業福祉論、医療社会福祉論、学校社会福祉論、精神健康論、矯正福祉論、社会保障論、社会問題論、ボランティア論、精神社会福祉論、社会福祉指導監督論、社会福祉資料分析論、プログラム開発と評価、社会福祉発達史、社会福祉倫理と哲学</p>

### 3. ケアマネジメントの問題

連携を現実的に実施するためには、誰かが主導権と責任を持って行動しなければならない。その意味で日本では介護保険実施と共にケアマネジャー(介護支援専門員)という国家資格が制定された。このケアマネジャーの資格を取るためには、社会福祉士、介護福祉士、医師等(21種類)の国家資格等を持って、保健・医療・福祉分野で直接的な対人援助業務に原則として合計5年以上の実務経験を持つ人がケアマネジャー試験(介護支援分野・保健医療サービス・福祉サービス分野の知識等に関する試験)に合格し、6日間の実務研修を受け、ケアマネジャーになる<sup>20</sup>。したがって、保健・医療・福祉の連携は、介護保険制度実施以降かなり進んできたし、目に見えるようになってきた<sup>21</sup>。しかし、実際に働くケアマネジャーを見ると、ケアマネジャーという新しい専門職にも拘わらず、専門職としてのアイデンティティを持ってない。すなわち、ケアマネジャーになる以前の専門職の延長としい考える人が多い。したがって、日本では様々な研

修制度を設けているが新しい専門職としてのアイデンティティを持たせるまでには至らない。このような意味で今後、始めようとしている韓国ではケアマネジャーが新しい専門職としてアイデンティティを持つためには、少なくとも1年～2年の教育を受けてから試験を受けるようにしなければならないと思う。そのために老人を対象にするケアマネジャーの職務を調べて見ると<表4>のようである。したがって、このような役割を遂行するケアマネジャーを養成するための科目は社会福祉原論、社会福祉援助技術論、老人社会学、老人心理学、老人福祉論の5科目は、ケアマネジャー試験資格を得る前に福祉分野以外の専門職(例えば医師、看護師など)の人の選択必修科目であり、老人健康科学、老人生理学、老人保健医療、老人薬理学、老人看護学の5科目は、ケアマネジャー試験資格を得る前に福祉分野の専門職(例えば社会福祉士、介護福祉士など)の人の選択必修科目であり、ケアマネジメント概論、ケアマネジメント実務論、ケアマネジャー論、ケアマネジメント



演習、ケアマネジメント現場実習の5科目は共通科目（必修）であり、それぞれの非専門の5科目とケアマネジメントの5科目履修することになる。

このような教育課程を履修するになるとケアマネジャーには、これに相応しい処遇をしなければならない。

<表4>ケアマネジャーの作業一覧表

職 務	NO	作 業 面	作業難易度	作業重要度	作業の頻度
1次アセスメント	1	依頼	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
	2	初期面接	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
	3	導入審査	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
アセスメント	1	生活史把握	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
	2	身体的ニーズ把握	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
	3	社会経済ニーズ把握	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
	4	心理的ニーズ把握	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
	5	環境把握	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
	6	家族事情把握	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
	7	関連記録確認	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
	8	ケア会議開催	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
ケア計画	1	目標設定	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
	2	サービス調整	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
	3	サービス内容選定	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
	4	サービス契約合意	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
	5	権利擁護活動	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
サービス提供	1	サービス準備・提供	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
モニタリング及び再アセスメント	1	利用者のモニタリング	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
	2	提供者のモニタリング	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
	3	再アセスメント	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
評価及び終結	1	目標達成確認	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
	2	終結	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
	3	事後管理	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
管 理	1	人力管理	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
	2	企画及び財務管理	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
	3	広報及びマーケティング	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
	4	情報管理	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
地域社会管理	1	地域ニーズ調査	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
	2	地域社会資源把握	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤
	3	資源開発	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤

参考文献

石田紀久恵、「社会福祉援助と連携」中央法規、2000。  
 日本地域福祉研究所監修「21世紀型トータルケアシステムの創造」万葉舎、2002。  
 石田紀久恵・小寺全世・白澤政和(編)、「社会福祉援助と連携」、中央法規、2000。  
 清水豊、「老人福祉論」メヂカルフレンド社、1999。  
 保健社会部、「老人福祉法改正に伴う実行令」、1994。  
 岡本祐三、「医療と福祉の新時代」日本評論社、1995。  
 小野千恵子監修、「ケアマネ基本テキスト」、成美堂

出版 2004。  
 金龍澤、「老人保健・医療・福祉サービスの連携に関する韓・日比較研究」東洋大学博士論文、2002。  
 李顕松、姜恵圭「モデル保健福祉事務所の評価運営及び改善のあり方」韓国保健社会研究所、1997。  
 張昌鎬、「ケアマネジメント実践論」アジアメディアリサーチ、2001。  
 張昌鎬監修、「老人ケアマネジャー職務分析」、現文社、2005。  
 Katan.Joseph., "Israel", in Hokenstad,Merl C.Jr., &Roger A.Ritva(ed), Linking Health Care and Social Services:International Perspectives, London:SAGE, 1982。

\*\* 東亜大学教授

\*\*\* 静岡福祉大学教授

\*\*\*\* 九里市社会福祉専擔公務員

- 1 高山忠雄は、保健・医療・福祉の連携とは保健・医療・福祉に関連する専門職及び施設機関が従来の自己完結的な支援にとどまらず、より一貫性の高い総合的支援を実施する目的で、協力体制を築くこととしている「保健・医療・福祉の連携についての定義」現代福祉学レキシユン(京極高宣監、雄山閣出版、1993 <P. 21。また、秋山智久は、連携とは英語のcollaborationとcoordinationの二つの意味を持っているがcollaborationは共に働く(work together)という意味を持っており、まさに協同であるが、どちらかといえば組織内の二者以上の専門職者が比較的独立して働きながら協力するか、個別の援助チームの一員として協助するという意味合いが強い。一方、coordinationは連絡調整の意味であり、異なった組織・分野・業種間の連絡調整の協力システムを作りあげていく活動という意味合いを持っており、現実的に見て日本での連携の意味にcoordinationがあてはまると述べている「社会福祉における連携の内容と指標」月刊福祉、全国社会福祉協議会、6月号、1999、P. 112。
- 2 石田紀久恵、「社会福祉援助と連携」中央法規、2000、P. 108。
- 3 日本地域福祉研究所監修「21世紀型トータルケアシステムの創造」万葉舎、2002、p. 33。
- 4 張昌鎬、「ケアマネジメント実践論」アジアメディアリサーチ、2001、P. 45。
- 5 石田紀久恵・小寺全世・白澤政和(編)、「社会福祉援助と連携」、中央法規、2000、P. 120。
- 6 上掲書、P. 121。
- 7 石田紀久恵・小寺全世・白澤政和(編)、前掲書、P. 119。
- 8 金龍澤、「老人保健・医療・福祉サービスの連携に関する韓・日比較研究」東洋大学博士論文、2002、p. 53。
- 9 清水豊、「老人福祉論」メヂカルフレンド社、1999、P. 68。
- 10 金龍澤、前掲書、P. 74。
- 11 上掲書、P. 77。
- 12 保健社会部、「老人福祉法改正に伴う実行令」、1994。
- 13 国際化と類似な言葉であるが、異なった点はその中心が外国ではなく韓国である意味。す

なわち、韓国の文化や良さを世界に広げる意味である。

- 14 李顕松、姜恵圭「モデル保健福祉事務所の評価 価値運営及び改善のあり方」韓国保健社会研究所、1997、P P. 50 - 58。
- 15 Katan.Joseph., "Israel" ,in Hokenstad,Merl C.Jr., &Roger A.Ritva(ed), Linking Health Care and Social Services:International Perspectives, London: SAGE, 1982 , PP. 224 - 225 。
- 16 上掲書、PP. 14 - 17 。
- 17 岡本祐三、「医療と福祉の新時代」日本評論社、1995、PP. 87 - 103 。
- 18 日本地域福祉研究所監修「21世紀型トータルケアシステムの創造」万葉舎、2002、p. 35 。
- 19 上掲書、P. 36 。
- 20 小野千恵子監修、「ケアマネ基本テキスト」、成美堂出版 2004年、P. 11 。
- 21 日本地域福祉研究所監修 前掲書、P. 37 。
- 22 張昌鎬監修、「老人ケアマネジャー職務分析」、現文社、2005年、P. 6 。