

(介 7 3)

平成 17 年 12 月 21 日

郡 市 区 医 師 会

介護保険担当理事 殿



日本医師会 介護保険担当理事

野 中



平成 16・17 年度 介護保険委員会答申の送付について

去る 12 月 8 日に介護保険委員会の答申が行われ、日本医師会常任理事会にて了承されました。

本答申は、地域医療の再編と地域ケアの向上などを目指して、日本医師会が平成 16 年 11 月に発表した「高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針」にそって検討され、各地域医師会における具体的な実践の方法と可能性についてとりまとめられております。

つきましては、貴職にも是非ご一読いただきたく、別添のとおり 1 部お送り致します。よろしくご査収のほどお願い申し上げます。

なお、日本医師会ホームページのメンバーズルームでもご覧いただけますので、併せてご活用いただければ幸いです。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽

日医発第 791 号(介 70)

平成 17 年 12 月 14 日

都道府県医師会長 殿

日 本 医 師 会 長

植 松 治 雄

平成 16・17 年度 介護保険委員会答申の送付について

去る 12 月 8 日、介護保険委員会より答申を受けましたので、別添のとおり 1 部お送り致します。よろしくご査収のほどお願い申し上げます。

平成 16・17 年度

— 介 護 保 険 委 員 会 答 申 —

**高齢者医療・介護において
果たすべき医師・地域医師会の役割**

平成 17 年 12 月

日本医師会介護保険委員会

平成 17 年 12 月

日 本 医 師 会 長
植 松 治 雄 殿

答 申

本委員会は、平成 16 年 7 月 28 日開催の第 1 回委員会において、貴職から受けました諮問事項「介護保険における医療提供とケアマネジメントの関り方」を、2 年間に亘り 10 回の委員会を開催し、鋭意検討を重ねてまいりました。

この度、平成 16・17 年度「高齢者医療・介護において果たすべき医師・地域医師会の役割」として取り纏めましたので、ここに答申いたします。

介 護 保 険 委 員 会

委 員 長	嶋 田 丞
副委員長	渡 部 透
副委員長	高 木 安 雄
委 員	飯 沼 雅 朗
委 員	片 山 壽
委 員	北 川 靖
委 員	小 林 博
委 員	篠 原 彰
委 員	玉 木 一 弘
委 員	寺 田 茂 雄
委 員	常 盤 峻 士

(平成 17 年 7 月 12 日～)

委 員	中 尾 正 俊
委 員	西 家 皐 仙

(平成 17 年 4 月 18 日迄)

委 員	原 寿 夫
-----	-------

(平成 17 年 5 月末日迄)

委 員	原 田 一 道
-----	---------

(平成 17 年 4 月 19 日～)

委 員	蒔 本 恭
委 員	諸 岡 信 裕
委 員	山 本 博 昭

(五十音順)

目 次

はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
1 . 高齢化に対応する地域医療再編と包括的システムの構築・・・・・・・・	3
(1)医療圏における地域医療連携の再編と介護を包含した 包括的なシステム構築・・・・・・・・	5
(2)在宅医療の推進と主治医機能に求められる 長期フォローアップの強化・・・・・・・・	6
(3)ケアマネジメントの徹底とケアマネジャーとの連携強化・・	8
(4)急性期病院における退院支援と在宅ケア資源との連携推進・	10
2 . 地域ケアの機能向上への地域医師会の積極的関与と地域作り・・	14
3 . 保険者との連携の強化、介護予防等への積極的関与・・・・・・・・	16
おわりに：21 世紀の高齢者ケアと地域医師会・・・・・・・・	18
巻末：補足・・・・・・・・・・・・・・・・	21

はじめに

日本医師会は、植松会長の下、平成 16 年 7 月 28 日に介護保険委員会を発足させ、会長からの諮問事項である「介護保険における医療提供とケアマネジメントの関わり方」について検討を重ねてきた。この間、介護保険制度の見直し作業が最終的な段階に入った平成 16 年 11 月に日本医師会は、「高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針」を発表、「世界一の高齢国家となった我が国の高齢者医療・介護において、地域医師会には重要な役割を果たす事が求められる」として、次の 3 つの柱を示している。

- 1 . 高齢化に対応する地域医療再編と包括的システムの構築
- 2 . 地域ケアの機能向上への地域医師会の積極的関与と地域作り
- 3 . 保険者との連携の強化、介護予防等への積極的関与

そして、1 . については、その各論として以下の 4 項目があげられている。

- (1) 医療圏における地域医療連携の再編と介護を包含した包括的なシステム構築
- (2) 在宅医療の推進と主治医機能に求められる長期フォローアップの強化
- (3) ケアマネジメントの徹底とケアマネジャーとの連携強化
- (4) 急性期病院における退院支援と在宅ケア資源との連携推進

この指針では、介護保険が提起した『地域におけるケアマネジメントと多職種連携による適正なサービスの継続的提供の重要性』が包括的、具体的に示されている。しかし、急速な高齢化の中でこのような新しいサービス提供のあり方は、病院・診療所の医療分野だけでなく、福祉分野や地域のさまざまな社会資源にもとまどいをも

たらし、それぞれが縦割りの中で構築されてきたシステムのため連携・協調は容易ではない。地域で生活する高齢者の医療と介護がそれぞれの個別ケアプランをもとに連携・協力し、QOLの向上をめざしたサービスの提供こそが今日の高齢者医療の課題であり、地域医師会はそれに応える取り組みが求められる。

介護保険による給付サービスが要介護認定の中の「主治医意見書」を基本にスタートするように、医療を欠いた高齢者のケアはありえず、さまざまなサービス専門職種と連携するにあたり中核としての地域医師会の役割は大きい。そこで本委員会では、指針に示された課題にそって諮問事項を検討・討議し、「介護保険における医療提供とケアマネジメントの関わり方」について意見をまとめた。

21世紀の社会は、大量生産による量の確保と規模の利益が優先された20世紀と異なり、多品種少量生産による質の確保と連結の利益が重視されるといわれている。医療サービスもかつての高度成長・産業化社会のものから、成熟した手づくりの地域ケアが求められている。その意味からも日本医師会が示した指針は、これからの医療のあり方と地域医師会の役割を指し示したものであり、本委員会の報告書がそれぞれの医師会において新しい取り組みの参考となることを期待する。

1 .高齢化に対応する地域医療再編と包括的システムの構築

世界一のスピードで高齢社会を迎えるわが国において、地域医療は大きく再編されなければならない。すなわち、介護保険が提起した高齢者・障害者の自立支援、生活支援という考え方をふまえて、地域医療は医療と介護を包含した包括的システムとして構築する必要がある。

医療における急性期・回復期・維持期という機能分担の推進とともに、主治医の長期的フォローアップ（継続ケア）をより充実・強化しなければならない。在宅で療養する高齢者は肺炎、心疾患、転倒骨折などによって緊急入院することが多く、患者を急性期病院の適切な専門的医療にアクセスさせるのも主治医の重要な機能である。この後、高齢者は生活障害を残しながら回復期・維持期を経過するが、こうした高齢者の症状・状態に応じて、急性期・回復期・維持期の医療機能が一体的に連携するほか、在宅療養支援の立場からさまざまな職種が多角的・包括的に参加する必要がある。

とくに、退院時におけるケアカンファレンスへの主治医や介護支援専門員（ケアマネジャー）の参加は大きな意味を持っている。身体機能障害を残したまま急性期病院から転院・退院を迫られる高齢者の不安解消のためには、そこでの適切な情報提供と高齢者・家族との協議・相談が不可欠であり、在宅療養が実現する第一歩といえる。患者本位の退院支援を行う上からも、主治医のこうした継続的な医学管理の下に、高度な専門医療へのアクセス、生活障害への支援など、患者の変化に即応できる多角的で柔軟性のあるケアが提供される必要がある。

その際、高齢者ケアにおいて医療と介護をつなぐツールがケアマネジメントであり、共通言語の追求者・実践者がケアマネジャーなのである。この地域におけるケアマネジメントと主治医を中心とした多職種協働・連携の包括的なサービス提供が高齢者の QOL の向上

と在宅療養を可能とするのである。「何かあったらまた来なさい」というだけの急性期病院の退院指導に対して、医療保険や介護保険のほか行政による福祉サービスはもちろん、地域のさまざまなケアのための社会資源をもとに社会的支援を利用者本位で提供していくのがケアマネジメントであり、真の地域ケアといえる。

こうした利用者本位、自立支援とケアマネジメントという新しい考えをふまえると、これまでの「施設か在宅か」というサービス提供の二元論は乗りこえられ、生活の場である「地域」という概念が浮上してくる。すなわち、医療保険・介護保険・福祉サービスなどのフォーマルケアに加えて、地域に暮らす住民自身のインフォーマルケアへの参加、コミュニティの総合力による「地域ケア」の追求こそが最重要課題となり、地域医師会の取り組みが求められる理由でもある。

こうして考えると、21世紀の高齢者医療と介護は単独の医師にできるものではなく、急性期・回復期・維持期という医療機能の連携と地域における多職種協働のケアマネジメントが求められてくる。その結果、地域医療の再編と包括的システムの構築による新たな地域ケアが出現し、高齢者の医療・介護・生活を包括的に支える仕組みが可能となり、高齢者のQOLの向上と豊かな老後が実現する。

「治療」を軸としたりハビリテーションの考え方に対して、「自立支援」「生活づくり」という考えをもとに介護予防が強調されるようになり、医療＝「治療」と、介護＝「生活支援」を適切に橋渡しできる「共通言語」の模索と「対話」の実現を、地域医師会はそれぞれの地域で展開する必要がある。

認知症など地域の中で生活する高齢者の疾患をいかに早期発見して、専門医の力も借りながら家族とともに健康・生活管理を進めていくか、高齢社会のケアは広い視野とさまざまな資源の活用が不可欠となっている。

(1) 医療圏における地域医療連携の再編と介護を包含した包括的なシステム構築

介護保険制度の改正によって登場した新たなサービスの仕組みとして、(a)地域密着型サービス、(b)地域包括支援センター（以下、「支援センター」と略す）があげられる。前者は、認知症ケアや地域ケアを推進するため、身近な地域で地域の特性に応じた多様で柔軟なサービス提供をめざすもので、小規模多機能型居宅介護、認知症高齢者グループホーム、認知症対応型通所介護、夜間対応型訪問介護などのサービスメニューが予定されている。後者は、地域における総合的なケアマネジメントを担う中核機関として、総合的な相談窓口機能、介護予防マネジメント、包括的・継続的マネジメントの機能を持つことになっている。とくにこの支援センターは、軽度者を対象とする新予防給付のマネジメントと要支援・要介護になるおそれのある高齢者を対象とした効果的な介護予防の「地域支援事業」を行うことになり、これまでの老人保健法にもとづく各種事業の延長として地域医師会の積極的な取り組みが求められる。

しかし、地域における医療・福祉・介護を包括したシステムの必要性・重要性は理解されながらも、地域医師会による公的福祉サービス・地域での生活支援サービス・老人クラブやボランティア活動・健康増進運動などとの連携は少なく、その取り組みには地域によって大きな格差がある。その背景には、地域における医療・福祉・介護の連携といっても、各専門職種が平等な立場で自由に意見交換をする場は少なく、とくにこれまでの地域医師会のパワーに対して作られたイメージなど、社会の「壁」は大きいと考えられる。これらの解消には地域医師会の地道な取り組みが必要であり、多職種連携の必要性を理解した医師会内部の人材の育成や地域勤務医と医師会担当者との意見交換、地域医師会長と行政・病院長・施設長とのトップ会談など医師会サイドからのマイルドで積極的なアプローチの

必要がある。とくに医師会内部の人材の育成については、「開かれた医師会」をキーワードに若手医師会員を多職種との交流の場に積極的に登用・活用するなど、より良い地域医療、高齢者ケアの実現をめざして地域医師会や診療所から飛び出すことも必要である。

その具体的な試金石となるのが、「支援センター」への地域医師会の関わりである。この支援センターは「居宅サービス事業者・施設・医師会・民間団体・行政保健所等」からなる運営協議会の設置が決まっており、前述の支援センターの機能・役割を考えれば、地域ケアの展開の上で地域医師会の積極的な関与が重要となっている。さらに、この支援センターには、「保健師・社会福祉士・主任ケアマネジャー（仮称）等」の各職種の配置が義務づけられており、一部にはポリシーの異なる専門職種間の主導権争いの出現も危惧されている。適正で効率的な地域ケアの観点から誰がどのような組織の下で合意形成を図るのか、ここにかかりつけ医による医学的なアドバイスが必須であり、地域医師会や医師の参加が求められる理由でもある。

すなわち、この「支援センター」は、医療と福祉、公的と民間それぞれの垣根をこえてより良い地域ケアの提供をめざすものであり、各地域医師会はそれぞれの「支援センター」を担当する責任者＝窓口を決めるほか、その運営や医師会員との調整など積極的に参画していく必要がある。とくに地域密着型サービスの展開の中で、医療を欠いた介護はありえないこと、生活支援を欠いた高齢者医療も成立しないことを理解して、地域の診療所は介護保険による地域密着型サービスの提供などに参加することが求められるてくる。

(2) 在宅医療の推進と主治医機能に求められる長期フォローアップの強化

在宅医療の推進の上から今日、求められている医療モデルは、高

高齢者の生活機能の維持改善を支援することである。この生活機能とは、身体・日常生活・社会参加の3つの機能からなり、その維持・改善のために医師は医療施設から地域へと現場を展開し、看護師、理学療法士、社会福祉士などと多職種協働の理念の下、チーム医療を行うことが求められている。すなわち、患者の生活機能障害を予防し、患者のQOLの向上と維持を目標に利用者本位の医療が求められており、食べ、排泄し、移動し、身支度をし、家庭での役割を担い、人生を豊かにする多様な社会資源へのアクセスに医師がどう関わるかが問われているのである。高齢者の医療においては、急性期医療を担う専門医から慢性期の「生活」を担うかかりつけ医まで、「生活機能」を重視した医療モデルの確立が必要となっている。

とくに重度化する在宅の高齢者を支援するためには、在宅医療の支援病床の充実が重要であり、そのためには有床診療所の病床の活用などがあげられる。すなわち、急増する高齢者や急性期病院の在院日数の短縮、介護保険施設の利用者負担増など在宅でのサービス利用者の増加が予想され、これに対応した有床診療所の在宅医療への取り組みや病床の活用が求められる。その上、有床診療所は地域の中の小規模入院施設という特徴を生かして、家族介護支援のショートステイ、終末期医療の対応など在宅医療の後方支援としての役割、そして療養病床だけではなく、在宅医療の充実のために医療型多機能サービスや小規模多機能型の居宅介護への取り組みなど多様化した機能を持つことが重要となる。21世紀の医療提供体制において、医療・介護のニーズに応える新しい機能を持つことによって、有床診療所の機能と社会的評価を再構築することが望まれる。かかりつけ医の関わりの下に、患者・利用者が在宅と医療・介護施設を行き来できるように両保険制度の障壁を緩和し、医療と介護の両面の問題解決を容易にする仕組みが求められている。

さらに、在宅医療を困難にし、継続できない原因として、認知症と虐待の問題があげられる。これについては、認知症の早期発見・治療や認知症高齢者に対するプライマリ・ケア充実のため、地域医

師会を軸とした医療機関ネットワークの体制整備が重要である。また、認知症高齢者の増加をふまえた地域における虐待防止や権利擁護のシステムづくりには、総合的な相談窓口機能を持つ「支援センター」に地域医師会が積極的に関与していく必要がある。

医療と介護が一体化した形で包括的な在宅医療の継続・推進のためには、介護者や訪問ヘルパーが行う「医行為」の問題がある。体温測定や血圧測定、軽微な切り傷、擦り傷、やけどなど専門的な判断や技術を必要としない処置などの「原則として医行為でないと考えられるもの」、在宅 ALS 患者に対する家族以外の者による「喀痰吸引」が一定の条件下でやむを得ない措置として厚生労働省によって許容されるようになっている。これらの家族以外の介護者の医行為に関する医師の役割と責任のあり方について、医師法、保助看法、療養担当規則など幅広い検討が必要となっている。在宅という患者・利用者の生活の場において、生活機能の支援と専門職種の権限・機能をどう調整していくのか、新しい医療モデルにそった法体系を用意しなければならない。

在宅医療の真の担い手はかかりつけ医であることを自覚し、早期のスクリーニングによる介護予防から「生活機能」の維持・改善のためのリハビリテーション、そしてターミナルケアの支援まで地域ケアを完結させるキーパーソンとして活躍することが求められている。

(3) ケアマネジメントの徹底とケアマネジャーとの連携強化

ケアマネジメントは、介護保険制度の創設とともに地域ケアをシステム化する理論として導入され、高齢者の医療と介護を包括化する方法として必須のものとなっている。

多職種によるケアカンファレンスは、適正で効果的な個別の介護

サービス計画（ケアプラン）の前提となるものだが、愛知県医師会での調査（平成 16 年度）によると定期的開催は 10% に満たず、必要に応じた開催の場合を加えても 60% にとどまっている。医師の参加となると 40% にすぎず、ケアカンファレンスの開催・参加に対する医師の意識は決して高くない。

しかし、ケアカンファレンスへの参加など医師とケアマネジャーとの連携こそが、介護保険制度におけるサービスの質と量を効率化するものである。調査結果によると、ケアマネジャーやサービス事業者が最も連携を取りたいと望んでいる相手が医師であり、同時に最も連携しにくい相手も医師があげられている。ケアマネジメントにおける医師の役割・期待の大きさとその課題が明らかだが、多くの医師にとって医療だけを提供できれば良しとする考えや、介護保険は収入につながらないという考えがあり、ケアマネジャーと積極的に関わろうとする意識も希薄であるなどがその背景にある。

こうした介護保険やケアマネジメントに対する医師の意識改革には、地域医師会単位での医師の教育・研修、日本医師会・都道府県医師会による教材の作成や講師の派遣・紹介など積極的な支援が求められる。高齢社会において地域の医師が医療に継続して携わっていくには、介護保険やケアマネジメントに対する理解と知識の習得が必要であり、主治医機能を初めて法制上位置づけた「主治医意見書」をベースとした地域医療、地域療養に関する理解と多職種連携、ケアマネジメントの意識改革などについて、地域医師会の積極的な取り組みが望まれる。その具体的なひとつの方法が、「ケアマネタイム」である。

この「ケアマネタイム」とは、医師がケアマネジャーと利用者に対する相談を行う時間帯を設定することをいい、医師とケアマネジャーの連携、介護サービスの利用における医療の必要性和医師の関わり方を利用者と共有しようというもので、すでに東京都医師会、京都府医師会、高知県医師会、長崎県医師会などで実施されている。

このアンケートの結果、ケアマネタイムに協力できる医師・医療

機関が地域医師会ごとに明らかにされ、長崎県ではケアマネジャーから医師への照会件数が40%アップした報告もある。いずれにせよ、医師にとっては介護に医療を反映させることが可能となり、ケアマネジャーにとっては医療の問題点の具体的な把握と「主治医意見書」を上回る情報によつて的確なケアプランの作成ができるメリットは大きい。現実にはケアマネジャーの多くが医師との連携や医療情報の重要性を認識しているにもかかわらず、思うような連携はまだできていない。たとえば京都府医師会の調査によると、「利用者の状態変化を主治医に伝えているか」の質問で、「概ね伝えている」33%、「ほとんど伝えていない」29%という状況で、また「主治医からの状態変化について連絡があるか」の質問では、「ほとんどない」45%と両者の溝の大きさは再認識する必要がある。

より適正なケアマネジメントの実施のためには、医師とケアマネジャー双方の意識改革と相互理解が求められるが、ケアマネタイムの導入や交流会・研修会の共同実施など地域医師会の積極的な取り組みが不可欠である。

(4) 急性期病院における退院支援と在宅ケア資源との連携推進

介護保険の大きな目標のひとつに、社会的入院の解消と在宅ケアの推進があり、急性期病院においては在宅への復帰を目標とした退院後を見通したケア体制の構築が求められている。すなわち、患者が紹介医により適切に高次転送される→急性期病院・高次病院で適切な治療を受ける→患者がすみやかに紹介医のところに戻る→退院後すみやかに在宅で在宅ケアを受けるというプロセスの中で、との病診連携を迅速・円滑に進めるためには、急性期病院における退院支援センターや地域医療連携室などの整備・充実とともに、在宅ケアの下で、かかりつけ医を中心とした看護、介護、通

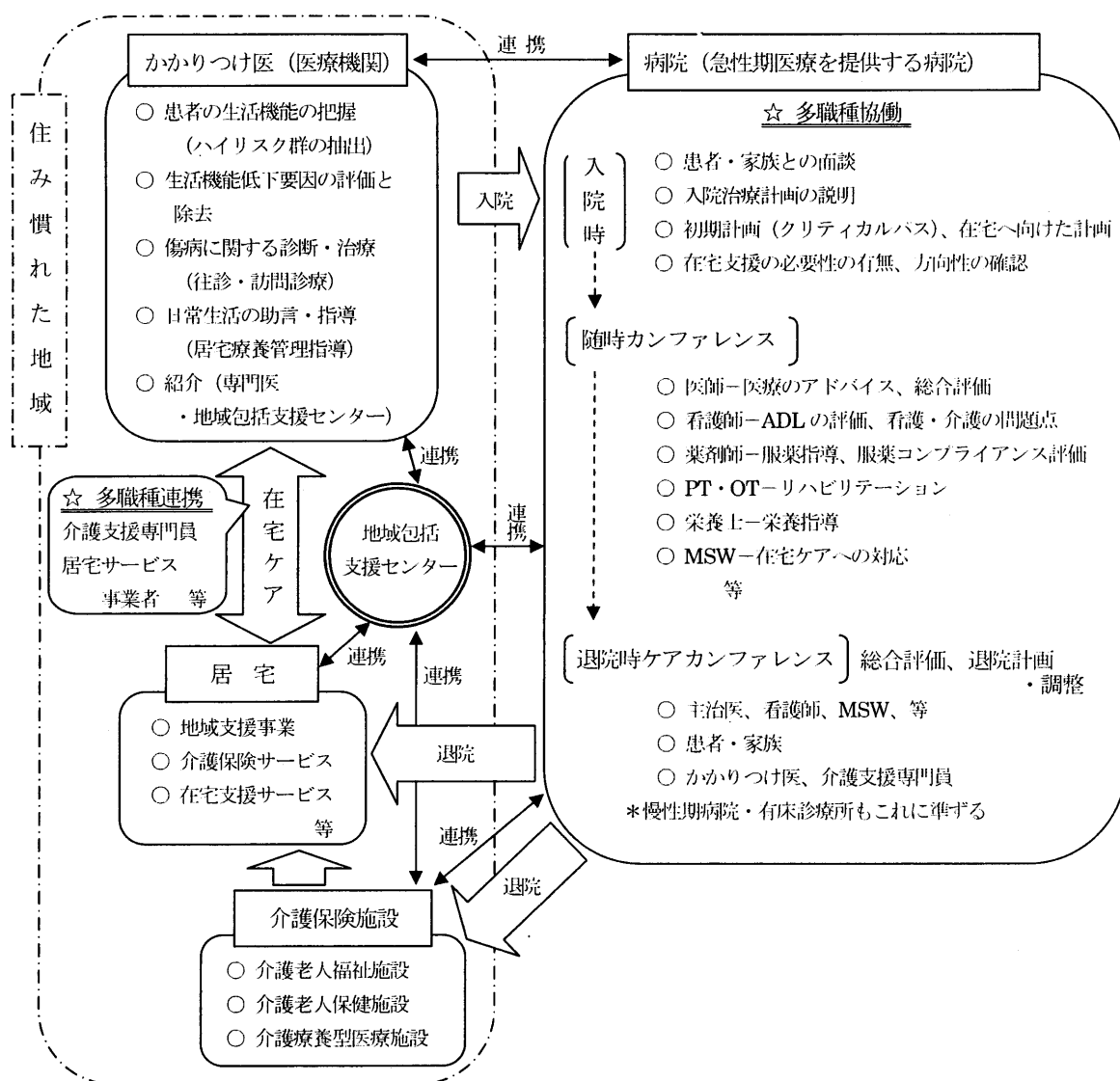
所りハビリテーション等、在宅サービスなどのネットワークづくりが必要となる。

静岡県医師会の県内 103 の病院に対するアンケート調査によると、退院支援の方針について、「一応はある」55%、「明確に定まっている」13%で、とくに方針はないというところも 30%ある。地域連携室など専門の部署を作っているのは 59%だが、病棟や診療科ごとに対応しているところが多いという。退院支援の担当者は、看護師が 57%と最も多く、社会福祉士が 48%と続いている。また、要介護認定を受けている患者の退院支援には、退院時のケアカンファレンスが重要となるが、退院時に実施しているのは 37%と 3 分の 1 強にとどまり、とくに実施していないところも 17%ほどある。そして、ケアカンファレンスの構成メンバーも 42%は院内スタッフのみで行っており、院外の医師やケアマネジャーが参加しているのは 19%にとどまっていた。

こうした退院支援に関する調査によって病院の現状は、退院は医師が勝手に決めていた。退院指導の内容も服薬や処置に限られていた。病院の医師や看護師には介護サービスや介護施設への関心が薄かったなどが明らかになった。しかし、患者・住民にとっては病院もひとつの医療資源にとどまり、他の医療機関や保健・介護・福祉などの社会資源とのネットワークが求められている。急性期病院は自己完結型のケアから在宅ケア資源と結びついて地域完結型の医療施設へと脱皮を迫られている。すなわち、高齢者が住み慣れた地域で生活していくためには、多職種が連携し、継続してフォローしていく包括的・継続的マネジメントの確立が不可欠である。とくに退院時のケアカンファレンスを院内で、主治医と病院関係者だけでなく、かかりつけ医やケアマネジャー、訪問看護師など在宅関係の職種も参加して実施すれば、患者は安心して在宅医療や在宅介護に移行することができる。さらに、在宅医療を継続するための訪問診療や訪問看護のニーズが増加し、退院時のケアカンファレンスでの在宅医療・介護の調整は患者の在院日数短縮に対する不満解消に

も貢献して、より良い在宅医療の実現につながっている。以下の図「地域における患者（利用者）の自立支援システム」にみるように、退院時のケアカンファレンスが在宅療養のスタートであり、かかりつけ医をはじめさまざまな職種が参加する在宅療養の支援体制が整備されてこそ、患者は安心して在宅、地域に戻れるのである。

地域における患者（利用者）の自立支援システム



これは診療所にとっても同様である。その一例が在宅医療に熱心な医師が集まって結成された『長崎在宅 Dr.ネット』である。その

大きな目的には、グループとして在宅医療の受け皿となる。グループ内の連携により 24 時間 365 日の対応を行う。病診、診診連携により地域住民に可能な限り継続的・効果的な在宅医療を提供する。

相互に医療上の相談、医療情報の共有を行い、医療の質の向上をめざす。— などがあげられており、病院からの退院支援の依頼に応え、在宅主治医の紹介と介護・福祉との連携によるケアマネジャーの決定、ケアプランの作成を原則に退院時のケアカンファレンスに在宅主治医が参加し、在宅医療につなげる取り組みが行われている。

このようにみると、急性期病院、診療所、そしてかかりつけ医等も利用者・患者にとって等しく在宅ケア資源の一部であり、地域での包括的なケアマネジメントが求められている。その展開の上で地域医師会の役割は大きい。

2 .地域ケアの機能向上への地域医師会の積極的関与と地域作り

戦後 60 年目を迎えた今日、わが国の地域社会は大きな変化をとげている。経済成長の鈍化と少子高齢化の出現によって高齢化率 25% を超える市町村は珍しくなく、医療の分野においては、高齢化に対応する地域医療・介護の包括的システム・地域ケアの機能向上が求められている。社会保障の見直し、「小さな政府」の追求の下で医療を取り巻く環境はきびしいものがあるが、戦後 60 年の経済成長の果実を安心できる暮らしと健康に再配分して、豊かな地域社会と地域ケアの向上を実現することこそが今日の課題といえる。

介護保険は、利用者本位と自立支援を軸に、保健・医療・福祉サービスだけでなく民間事業者の活力を生かした包括的なケアシステムを追求するという点で、新しい社会保障制度として出発した。多職種協働による包括的・一体的なサポートが社会保障制度の効率を高め、ひいては自助・共助（互助）・公助の原点といえる自立支援の強調が、高齢者介護はもちろん公的医療・年金保険のあり方に対する意識改革をもたせると考える。これが、介護保険制度が 21 世紀の社会保障制度改革の出発点といわれる理由でもある。

21 世紀の社会保障は多くの資源制約の下、公的制度や行政の努力だけでは解決が困難であり、住民自身の参加・ボランティアなど地域社会＝コミュニティの総合力による「地域ケア」が各国共通の課題となっている。利用者本位のサービス提供は、Aging-in-place（地域の中で老いる）を求め、高齢者医療・介護の継続ケアは生活の場である地域において展開されることになる。

こうした概念的な地域ケアの展開、ケアマネジメントの実践例として尾道市医師会があげられる。同医師会では、それぞれの医師会員が主治医機能についてケアマネジメントの実践をもとに維持・継続したことにより、ケアの現場にチームが編成され、ケアマネジメントの考えを共有する大きなチーム、社会集団に進化したといわれ

る。そして、ケアカンファレンスを通じて地域福祉ともチームを共有し、独居の高齢者のケアカンファレンスでは民生委員も加えて、尾道の「新・地域ケア」の構築へとつながっていく。

今日ほど地域ケアのシステム化について、地域医師会が中心的な役割を果たすことを求められている時期はない。三位一体の改革、地方分権への流れの中で、地方は中央依存から脱却した新しい地域づくりの知恵を求められており、高齢者を地域で支えるためには地域ケアへの地域医師会の積極的な関与が重要となっている。高齢化社会は新しい主治医機能を発揮できる医師を求め、そうした医師が連携と機能分担を実現させ、ケアマネジャーとの連携も標準化される。高齢化という社会的インパクトは、医療提供のあり方を大きく変えており、かつての医師に抱かれていた地域社会における社会的威信・機能を新しい地域ケアや地域づくりの追求の中で再構築することが地域医師会に求められている。

3 . 保険者との連携の強化、介護予防等への積極的関与

地域医師会は、要介護認定と介護サービスの基盤整備について保険者から協力を求められ、連携を図ってきた。そして今回の制度改革によって、新予防給付と地域支援事業への関与が求められ、保険者との連携はより大きなものとなろうとしている。

このうち、最も大きな課題は新予防給付対象者の選定における「主治医意見書」の見直しであり、現在のところ高齢者の生活機能の評価を拡充して、介護予防の観点をふまえた内容への変更が予定されている。この見直しにそった適正な意見書の記載、そのための医師会による研修会などが必要となる。そして、認定審査会においても、新予防給付の対象となる「適切な介護予防サービスにより、要介護状態の維持又は改善の可能性が高い群」の選定・判断は難しく、かかりつけ医、地域ケアを担う医師会として、保険者とともに適正な選定方法・基準を検証していく必要がある。

もうひとつの課題は、効果のある介護予防サービスの開発である。高齢者の一般的な身体的・精神的な機能低下をふまえて、どのようなサービスをどの時期にどれくらい提供すれば、介護予防につながるのか確たるエビデンスはない状況にある。軽度者には、いわゆる「廃用症候群」(「生活不活発病」ともいわれる)の状態やその危険性が高い一方で、生活行為の自立度が高い人も多く、自立した生活への復帰・遂行を可能とする適切なサービス提供が求められる。

こうした適正なサービス給付の確立とそのサービス対象者の選定は、介護保険を安定的に持続可能とするための車の両輪であり、医師会は保険者とのより強固な連携を求められている。すなわち、より良い介護サービスの提供は、保険者による安定的な介護財源の確保を可能とし、他方、必要な介護費用が安定的に保障されることで良質で効率的なサービス提供が実現するのである。

介護保険はこれまでの医療保険とは異なり、民間サービス事業者

も含めて多職種の協働による包括的なケアシステムとして設計されている。その費用は訪問介護やグループホーム、介護保険三施設まで多様なサービス事業者・施設に支出されており、医師や医療機関の比重は決して大きくない。しかし、主治医機能を軸に地域ケアの中心的役割を担う地域医師会として、より良いサービスの開発・提供と財源確保は重要なことであり、保険者との生産的な連携強化が求められる。それは同時に市町村の保険者と地域医師会による地域づくりにつながることを忘れてはならない。

おわりに：21 世紀の高齢者ケアと地域医師会

本委員会の諮問事項である「介護保険における医療提供とケアマネジメントの関わり方」について、日本医師会が平成 16 年 11 月にまとめた「高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針」にそって、その現状と課題についてまとめた。その基本は、介護の始まりは「主治医意見書」、介護の終わりは「死亡診断書」といわれるように高齢者の医療と介護には、医師の積極的な関与・参加が不可欠であることにある。そして、高齢社会の到来とともに介護の始まりから終わりまでの期間がますます長くなり、その間における多くの専門職種・サービス事業者の関わりが求められるようになっている。こうした状況の中で地域医師会は何をめざすべきか、その意識改革とともに今後の課題を 3 点あげておきたい。

第一は、高齢者介護をテコとした「主治医機能の復権」である。戦後の医療技術の高度化、専門分化の下で患者の大病院志向が強まり、かつての「かかりつけ医」は、都市部はもちろん、地方においても弱体化していった。しかし、高齢化が進む中で生活の場である地域社会における包括的なケアをどのように享受できるのか、高齢者の関心は施設・在宅の二元論をこえた生活機能の維持・改善のための技術とサービスにそそがれている。かつて医師は、地域社会の調整役として大きな役割を果たし、社会的威信を得ることができた。このような医師の社会的評価の復権が 21 世紀の高齢者介護、地域ケアの展開の中で実現することを期待したい。

第二は、高齢者介護という新しいサービス分野における「効率的で良質なケア提供」の追求である。地域の生活・文化・歴史が色濃く反映する介護サービスにおいて、科学的なサービス提供はどうあるべきか、血と汗と涙が強調されてきた「お世話」の領域に専門家としてどのような合理的システムを構築できるか、多くの材料は地域の取り組みの中に埋もれている。介護の科学化に向けた地域医師会、日本医師会の役割と責任は大きいといえる。

第三は、これら 2 つをふまえた医師、地域医師会による「地域づくりへの積極的な参加」である。高齢化が進む中で、都市と地方のさまざまな格差はますます拡大しようとしており、地域の活性化、地域づくりは地方自治体の大きな課題となっている。土木建設とは異なり真の公共事業である社会保障、高齢者ケアをテコに活気ある地域をどう作っていくのか、「頭脳集団」である地域医師会への期待は大きい。地域に暮らす人々が生き生きと安心して生活できる拠点づくりに医療を含めた地域ケアを据えることが求められよう。21 世紀の高齢者ケアは地域医師会に大いなる可能性を用意していることを忘れてはならない。

この答申は日本医師会の「高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針」をテーマとして委員全員から報告書、意見を提出していただき、整理しまとめたものである。その内容は広範囲、多岐にわたっており、重複する部分や整合性のとれていない部分もあるが、その主旨は医師・医師会への高齢者医療・介護に対する意識改革である。また、答申をまとめていく段階で、現在まで各地で実施されている具体的な取り組みを「補足」としてまとめたので、参考にしていただきたい。

高齢者医療制度の設立、介護保険制度の見直しの中で、支援センター等への関わりが強く求められており、かかりつけ医、地域医師会はこの指針をもとにして、地域医療への更なる取り組みをお願いする。

< 補 足 >

各地域、各医師会での具体的な取り組みの代表例を、報告書の補足として以下に掲げた。

・ 主治医意見書に関するアンケート調査報告・・・・・・・・・・	23
・ 医師とケアマネジャーの連携の現状、連携のための仕組み・・・・・・・・	25
(1)ケアマネジメントの徹底とケアマネジャーとの連携強化 (ケアマネタイム等)・・・・・・・・・・	25
(2)医師、ケアマネジャーのアンケート結果から・・・・・・・・	26
・ 介護保険に関するアンケート調査（居宅療養管理指導部分抜粋）・・・・	29
・ 生活機能の維持・改善の視点による地域医療の展開・・・・・・・・	31
(1)「生活機能」へのかかりつけ医の係りの明確化とその支援・・・・	31
(2)「生活機能」の変化に応じてかかりつけ医が係り続けられる 仕組みの確立・・・・・・・・・・	32
・ 退院時カンファレンス（焼津市立総合病院の取り組み）・・・・	33
・ 『地域ケアの機能向上への地域医師会の関与と地域づくり』 新・地域ケア「尾道方式」構築と尾道市医師会員の不断の努力・・・・	35

．主治医意見書に関するアンケート調査報告

中尾正俊 委員（大阪府医師会 理事）

主治医意見書に関するアンケート調査報告（大阪府医師会実施、平成 16 年 3 月）

（１）主治医意見書の総合評価

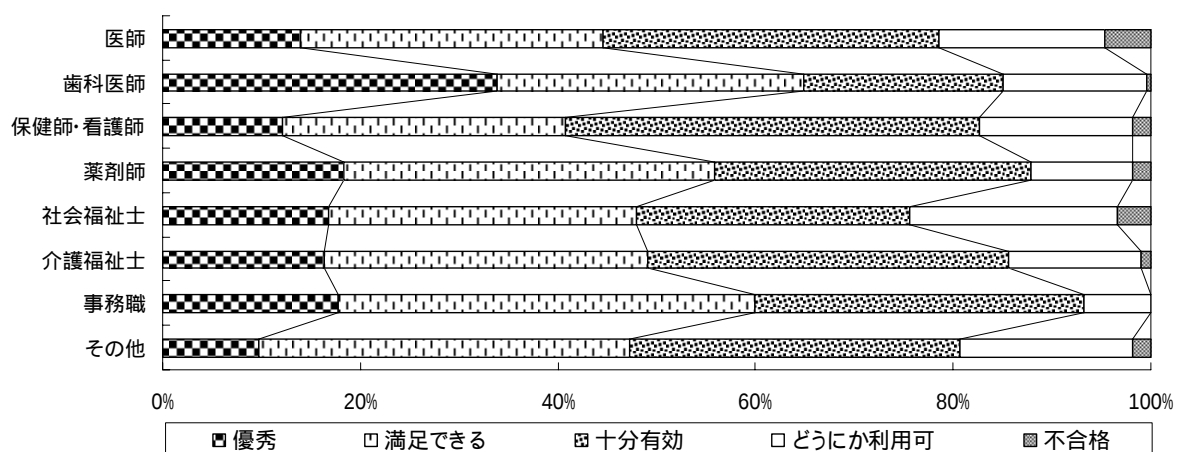
大阪市介護認定審査会 26 合議体の 130 人の委員から、それぞれ審査事例 30 例の主治医意見書の記載内容について、審査資料として適切なものかどうかを総合的に評価してもらった。1 つの事例について 5 人の委員がそれぞれの観点で個別的に評価を行った結果、有効な評価結果が 3,834 件回収された。

これらの評価が、5 段階の評価基準に照らして、全体及び意見書を書いた主治医の所属別に、総合評価の結果の分布を以下の表にした。

単位：件（％）

	5.優秀	4.満足できる	3.十分有効	2.どうにか利用可	1.不合格	合計
診療所医師	286 (18.5)	596 (38.6)	499 (32.3)	149 (9.7)	14 (0.9)	1544 (100)
病院医師	206 (10.3)	555 (27.6)	768 (38.2)	404 (20.1)	76 (3.8)	2009 (100)
その他の医師	61 (21.7)	118 (42.0)	70 (24.9)	28 (10.0)	4 (1.4)	281 (100)
合計	553 (14.4)	1269 (33.1)	1337 (34.9)	581 (15.2)	94 (2.4)	3834 (100)

全体としてみると「3.十分有効」と「4.満足できる」に評価が集中する結果となった（あわせて 68％）。「1.不合格」とみなされた割合は 2.4％で多くはなかった。しかし、「2.どうにか利用可」を含めると、2 割弱の意見書は改善の余地が大きいものであるといえる。次に、意見書を書いた主治医の所属別に、総合評価の結果の分布をみると、病院医師は「1.不合格」（3.8％）および「2.どうにか利用可」（20.1％）と評価された割合が 2 割を超えており、診療所やその他に属する医師よりも多いという結果が得られた。



合議体委員の専門職種（所持資格）別にみて、主治医意見書総合評価において最も多く「5.優秀」と評価した専門職種は歯科医師(33.8%)で、最も低いのは保健師・看護師であった。

（２）主治医意見書の項目で記載不備や分かりにくい点に対する合議体委員の意見

今回の調査で審査委員の意見には、介護関連の状況（安定性、必要性、見通し等）や日常生活自立度の情報の曖昧さ、調査員との情報のズレ、介護サービスに関する留意事項の記載が少ないことが指摘されていた。すなわち、利用者の介護状況やそれらに関する医療情報（治療内容や経過など）に関する記載が少ない現状が明らかとなった。また、乱雑な文字や略語の使用を改めて欲しいという意見も多くあった。

意見書を作成する主治医の中には、利用者の介護状況のアセスメントにまだ不慣れな医師もいて、利用者の実生活に即した意見書の作成が十分に行われていない現状があることが分かった。

（３）ケアマネジャーの主治医意見書に関する意見

ケアマネジャーにとって特に主治医意見書が必要とされるのはどういう時かという質問には、サービス計画作成時、本人や家族から正しい情報が得られない時（病名などが分からない時）、病状やADLが変化した時、サービス提供事業者への情報提供時（介護サービス提供時）、リハビリにより障害が改善する可能性がある時、などが比較的多く挙げられた。

どのような内容が有用かという質問には、服用内容、副作用、治療内容、病名、疾患名、既往歴、病歴、現在の病状、病態、日常生活の注意点、ケアの仕方、感染症、ADL、リハビリの必要性、意見、介護、サービスの必要性、意見、今後の見通し、などが挙げられていた。

（４）まとめ

介護保険制度における主治医の役割を遂行するため、主治医意見書を記載する際、今までの“診断書”や“診療情報提供書”以上に、介護に関連する生活機能の情報や医療情報の分かり易い記載が必要となる。

介護認定審査会委員の指摘から、利用者の介護状況のアセスメントが不十分で、利用者の実生活に即した意見書の作成が十分に行われていない現状があることが分かった。

意見書を作成する主治医は、主治医意見書がもつ要介護認定審査会における意義やケアマネジャーをはじめとする介護担当者への情報提供の必要性について十分認識し、利用者やその家族と十分なコミュニケーションをとり、分かり易い表現で意見書を作成することが求められる。

・医師とケアマネジャーの連携の現状、連携のための仕組み

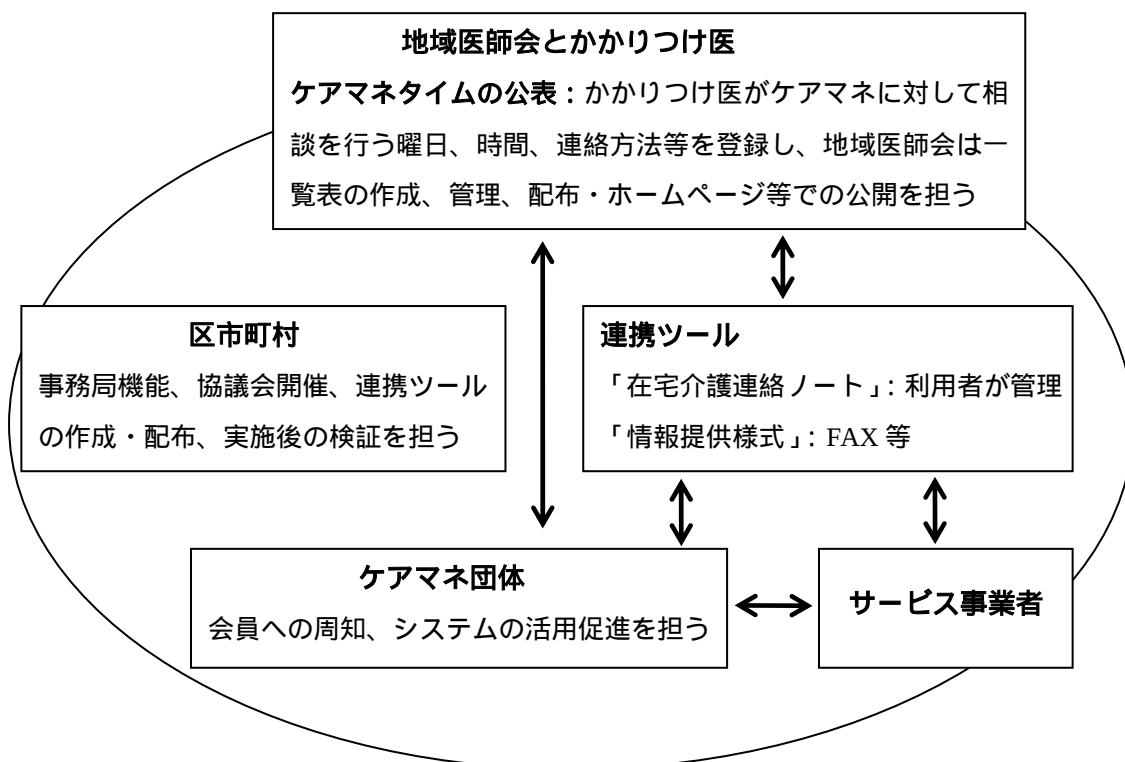
(1) ケアマネジメントの徹底とケアマネジャーとの連携強化(ケアマネタイム等)

玉木一弘 委員（東京都医師会 理事）

個々の生活機能障害に見合った介護予防策、リハビリや医療ニーズを的確にケアプランに反映し、サービスの質を確保するために、かかりつけ医と介護支援専門員、地域包括支援センターとの連携強化とその支援は地域医師会の責務となろう。日々のきめ細かいケアの提供には、療養管理指導やサ - ビス担当者会議等オフィシャルな情報伝達の外、事例の積み重ねによる気心の知れたネットワークが必要となる。平成 16 年度に都内 3 地区で、東京都と連携し「ケアマネジメントにおける医療と福祉の連携モデル事業：ケアマネタイムと連携ツールの利用」（下図）を実施した。その検証では、特に医療依存度の高い事例においては有効であったとの評価が得られている。平成 17 年度以降、都内全地区において恒常的实施を促進して行く。

ケアマネジメントにおける医療と福祉の連携モデル事業：ケアマネタイムと連携ツールの利用

地域におけるサービス担当者会議の開催 多職種協働の促進



(2) 医師、ケアマネジャーのアンケート結果から

北川靖 委員（京都府医師会 理事）

京都府医師会は介護支援専門員及び医師に対して両者の連携についてアンケートを行った。ほとんどの介護支援専門員は医師との連携及び医療情報を重要と認識しているにもかかわらず、実際の医療情報の把握や連携は不十分なものであることが判明した(表 1.2.3)。また、医師へのアンケートにおいても、介護支援専門員との関係はあまり良くない、全く連携していないが 1/3 を超えている(表 6)。介護支援専門員によると、医師は敷居が高い、連携方法が全く分からない、敬遠しがちななどの意見が多かったが、その主な理由として、介護支援専門員の医学的知識の不足と医師の不適切な対応が挙げられている。連携を推進するには、医師と介護支援専門員の意識改革及び相互理解が重要であり、研修会や交流会の開催など地区医師会による取り組みが重要である。同時に連携のためのシステム作りが必要である。

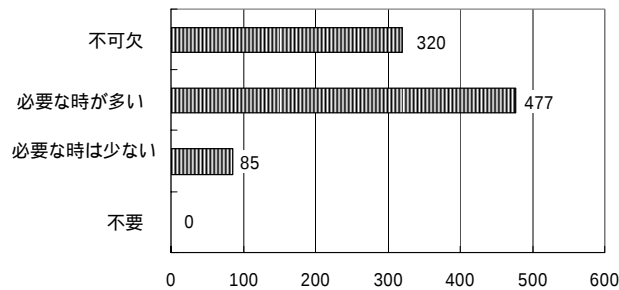
医師へのアクセスを良くする試みとして、京都府医師会では、ケアマネタイムの導入や、居宅介護支援計画連絡票を使用している。また、勤務医との連携が難しいとの意見が多いが、地域連携室が窓口としての機能を発揮することが期待されている。介護支援専門員は主治医意見書から最も多くの医療情報を得ている。意見書の二つの大きな機能は、要介護度の審査とケアプラン作成における介護支援専門員への助言であるが、今後新予防給付の導入等において、後者の機能がより重要となってくる。意見書はアセスメントの入り口として重要な役割を担うが、有効期限延長やスペースの問題により、細やかな助言やサービス実施における指示には、他の情報交換の仕組みも必要である。その目的のために、介護保険では居宅療養管理指導費や医療保険では診療情報提供料が制度化されているが、両者とも算定率は低い。その理由として、医師へのアンケートから請求方法が分からない、面倒である、知らないなどの意見があり、居宅療養管理指導費の意義や算定方法について会員への周知および算定要件の見直しが必要である。介護支援専門員へのアンケートによると、医療情報を得るには、医師と面識を持ち、直接情報を得ることが重要との結果が出ている(表 4)。その意味で、サービス担当者会議への医師の参加が最も望ましいが、実態は、ほとんど医師抜きでサービス担当者会議が開催されている(表 5,7)。医師側の意見では、サービス担当者会議へ出席しない理由として、他の方法で情報を伝えている、忙しくて時間が無いなどの理由が多く、介護支援専門員側の意見としては、時間調整の難しさや依頼しても拒否されるので要請しなくなったなどが多かった。今後地域における効率的な開催方法や共通ルールの確立および報酬上の評価が重要である。

新予防給付で新たに導入される運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上は、医療的要素が強いサービスであり、地域包括支援センターや委託を受けた居宅介護支援事業所

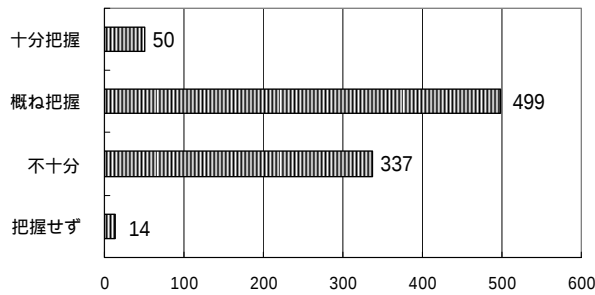
での一次アセスメントに対する医療情報の提供、サービス実施上の指示、要医療のものは医療サービスを優先して受けられるようにするために、医師と保健師または介護支援専門員の連携がより必要となる。また、地域包括支援センターは、医師との連携が不十分な介護支援専門員に対しては積極的に指導すると共に、主任ケアマネジャーによる医師と介護支援専門員の連携推進の役割を十分果たすことが望まれる。そのためには運営協議会における地区医師会の助言・支援が不可欠である。今回の制度改正を良い機会とし、ケアマネジメント徹底のためのシステムが構築されることが望まれる。

< 介護支援専門員へのアンケート >

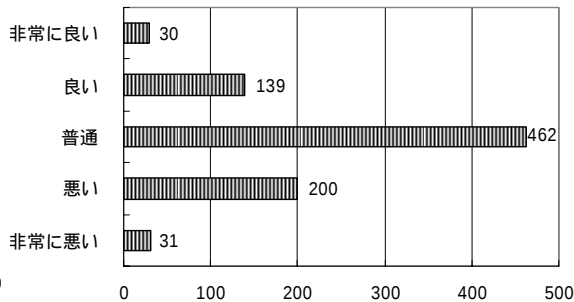
ケアプラン作成に医療情報が必要か(表1)



利用者の医学情報の把握(表2)

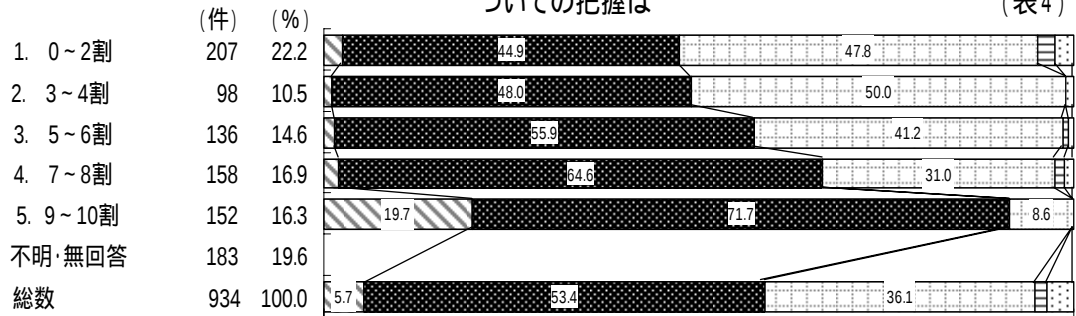


主治医との連携(表3)



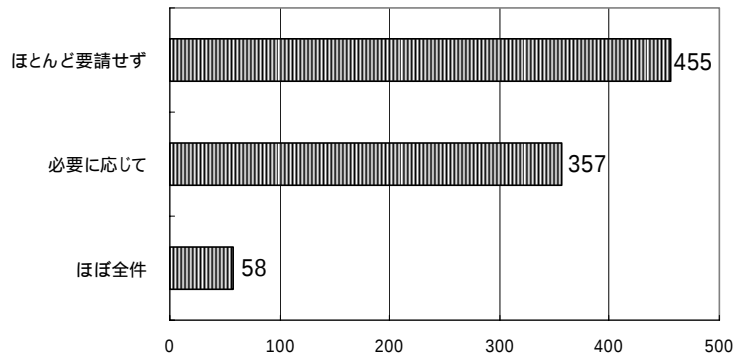
利用者の主治医について面識がある

全体的にみて、利用者の病状、投薬など医学的情報についての把握は



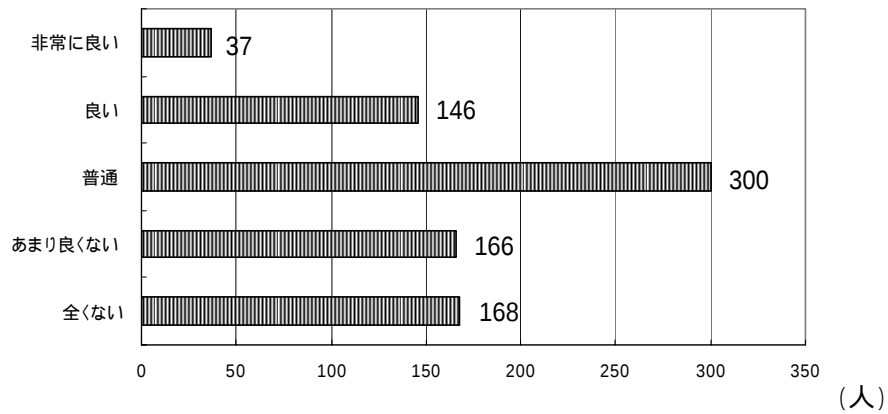
□ 十分把握できている ■ 概ね把握している □ 不十分 □ ほとんど把握できていない □ 不明・無回答

医師へのサービス担当者会議参加の要請(表5)

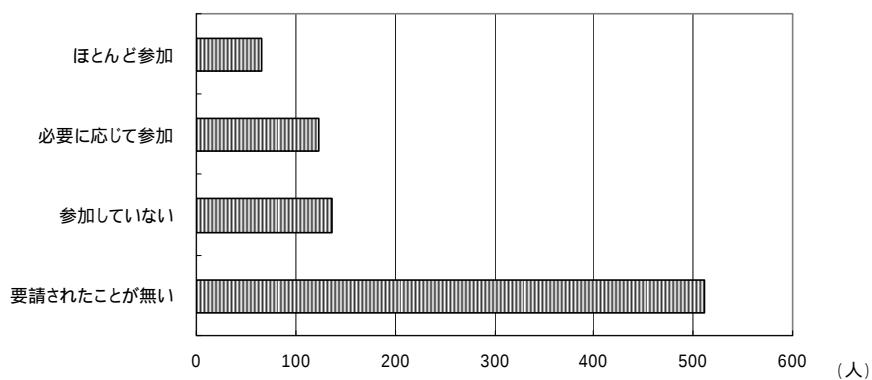


< 医師へのアンケート >

介護支援専門員との連携(表6)



サービス担当者会議への参加(表7)



．介護保険に関するアンケート調査（居宅療養管理指導部分抜粋）

飯沼雅朗 委員（愛知県医師会 理事）

愛知県医師会の平成 15 年度の介護保険に関するアンケート調査の中で居宅療養管理指導に関わる部分を抜粋した（愛知医報：平成 16 年 8 月 1 日号より改編）。

1. 会員の居宅療養管理指導への関わり方

会員は積極的に居宅療養管理指導を行うべきかについては、図 1 に示されるような意見を得た。「とても思う」19%および「まあ思う」52%を合わせると、7 割強の会員から積極的に居宅療養管理指導を行うべきであるとの回答であった。

2. 会員の居宅療養管理指導の実施状況

実際に居宅療養管理指導を実施しているかについては、図 2 に示されるように、「過半数以上の会員が積極的にこの活動を実施している」との回答は 9%である。また、「2～3 割が実施している」が 50%を占めているのに対して、「ほとんど実施していない」が 23%となっており、実施状況において格差が見られた。

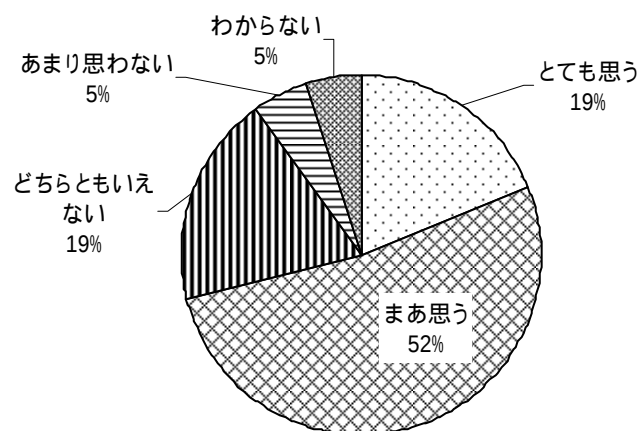
3. 居宅療養管理指導の効果

この居宅療養管理指導を実施することによる効果の一つとして、要介護者の QOL (Quality of Life: 生活の質) を向上させるかについては、図 3 に示されるように、「とても思う」21%および「まあ思う」52%を合わせると 7 割強の会員が、この居宅療養管理指導活動は要介護者の QOL 向上に貢献していると評価していることが分かった。

4. 居宅療養管理指導に関する主な意見

- (1) 以前の慢性疾患指導料の値を踏まないように
- (2) 居宅療養管理指導を月 2 回に分ける必要はない
- (3) 指導はすべきであると思うが、医療保険での訪問診療との関係が不明瞭
- (4) 医師の介護保険に対する認識が深まる
- (5) 介護への助言も医療の一環として不可欠である
- (6) 請求の有無に関わらず主治医として行うべき活動の一つである
- (7) 患者のためにも介護と医療の連携は必要であり、そのためにはこの活動は不可欠
- (8) 医療を通じて介護に関しても意見を述べるべきだと考える
- (9) 介護に携わる人々の医療に対する知識の向上をめざして、もう少し医師側からの医学的な指示が必要
- (10) 居宅療養管理指導を積極的に進めたくても、入院患者を在宅で受け取らない家族が多い
- (11) 居宅療養管理指導の実施がケアマネジャー等の介護に携わる多職種との意思疎通の場となる

< 図1 > 医師会員の居宅療養管理指導への関わり



< 図2 > 医師会員の居宅療養管理指導の実施状況

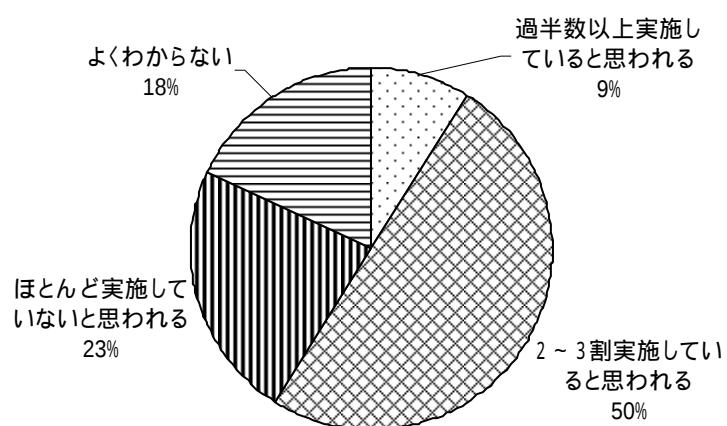
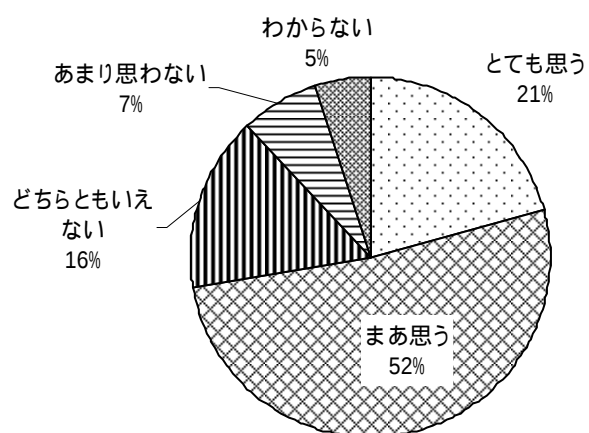


図3 居宅療養管理指導活動の実施効果

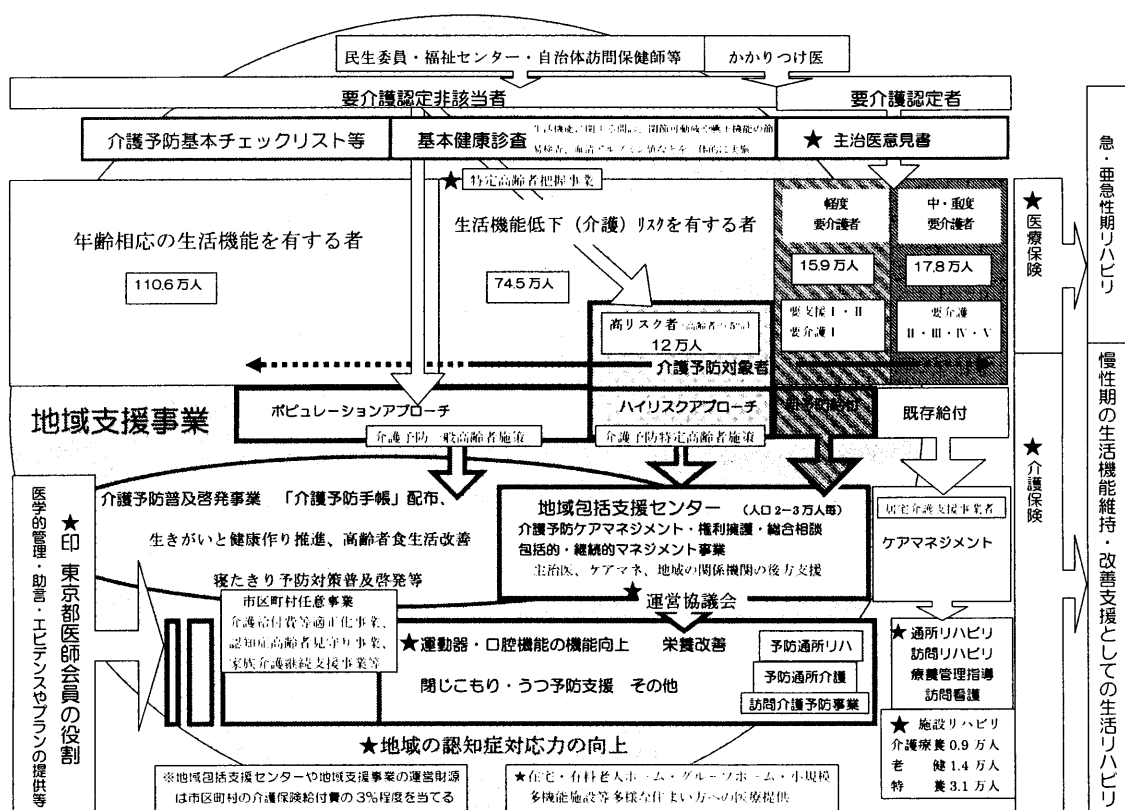


IV. 生活機能の維持・改善の視点による地域医療の展開

玉木一弘 委員（東京都医師会 理事）

(1) 「生活機能」へのかかりつけ医の係りの明確化とその支援

改定された介護保険制度の下における「生活機能の維持・改善」へのかかりつけ医の役割を明確化し（下図）、その支援として、かかりつけ医機能の地域展開に必要な知識を整理した「かかりつけ医支援ハンドブック」を勤務医師を含めた会員に配布するとともに、逐次内容更新を行う電子版（<http://www.tokyo.med.or.jp/kaiin/kaigo/index.html>）を提供し、主治医研修事業、地域医療研修などを通じてその浸透をはかっていく。



東京都におけるかかりつけ医の高齢者の生活機能維持・改善支援係わりイメージ図

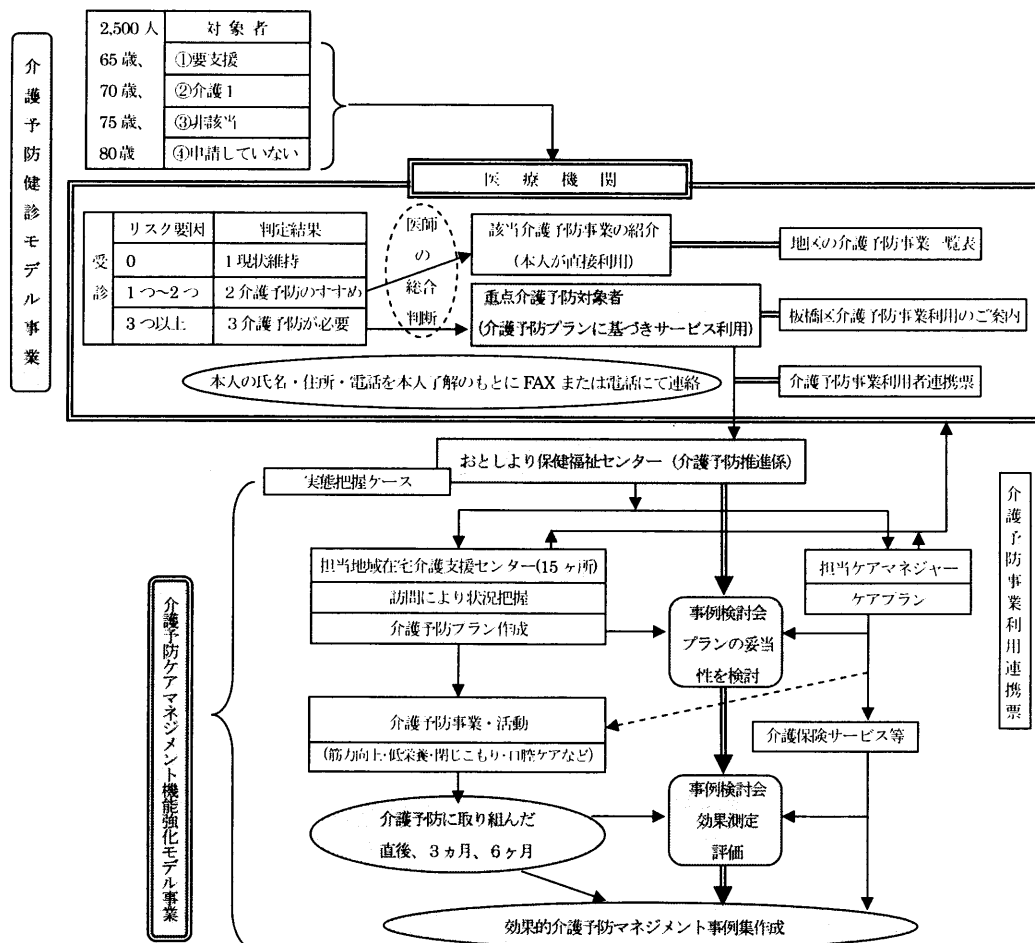
※数字は16年度推計からの概数

(2) 「生活機能」の変化に応じてかかりつけ医が係り続けられる仕組みの確立

生活習慣病の管理から介護予防、在宅医療の展開とそれを支援する病床や施設の繰り返し利用、そして看取りに至るまでの各段階において、常にその個人を知るかかりつけ医が高齢者の生活機能維持・改善支援に係り続けることのできる仕組みを積極的に開発して行くことが必要となる。

これまでの市区町村における介護予防事業はその多くがかかりつけ医の関与しない場で行われてきた。今後の介護予防の諸策は、的確な基礎疾患の把握やリスク対効果の判断、適正な事後評価に基づくものでなくてはならないことを、市区町村に強く働きかけてゆく必要があろう。そのため平成17年度は都内地区医師会において「基本健康審査と介護予防健診を医療機関において同時に実施する取り組み」を実施した（下図）。その結果地域包括支援センター等における地域支援事業に的確に伝達することが重要となろう。

平成17年度介護予防健診受診後、どのように介護予防事業・活動の参加につなげるか（案）



*平成18年度からの総合的継続的介護予防マネジメントにおいて活用

．退院時カンファレンス（焼津市立総合病院の取り組み）

篠原彰 委員（静岡県医師会 理事）

地域の信頼に応えられる焼津市立総合病院になるために…
～退院支援システムと地域リハビリテーション事業の推進～

1．地域医療連携室の設置について

介護保険法施行直後、当院は、急性期の総合病院（医療保険）に介護保険は関係ないというスタンスであった。しかし、高齢者の入院割合が増加し、かつ要介護高齢者の退院がうまく進まないという問題が大きくなり、さらに平均在院日数の短縮と紹介率の向上が必須課題であったので、平成 14 年 4 月地域医療連携室が設置された。

2．入院患者の 3 割強が 75 歳以上～「病院から追い出された」と言われなかったために～（退院支援）

骨折、肺炎、食思不振、脱水等により入院期間が長期化すると介護度が重度化する。すると余計在宅への退院が困難になる傾向が顕著であった。入院した時から、退院後の生活についての相談にのることで、急性期病院の役割が理解されるようになっていった。

退院支援の相談件数は、平成 13 年度 409 件、平成 16 年度 1970 件と増加し、平均在院日数は平成 14 年度 17.4 日、平成 16 年度 15.4 日と短縮した。

3．連携は固有名詞から始まる（医療相談指導情報管理システムの導入）

医療相談担当者がひとり 3～4 病棟を受け持つことにより（全部で 13 病棟）どこに相談するかではなく、誰に相談するかを明らかにした。各病棟と医療相談の情報交換をパソコンで行えるように「医療相談指導情報管理システム」を導入した。ひとりの患者さんの退院に関する情報が医療相談担当、担当看護師、病棟師長、主治医が共有できるようになった。

4．多職種協働の推進

退院後も継続される介護上の問題点の解決や患者家族の不安の軽減を目的に、退院支援ケアカンファレンスを地域の介護職（ケアマネジャー、訪問看護師、ヘルパー等）と共に病棟内で行うようになった。

病院と地域、医療と介護・福祉がつながって、患者家族の安心感を確保し、また話し合いの場を共有することで役割の異なる他職種へのお互いの理解を深めることに役立っている。

5 . 「口から食べる」ということ～焼津の資源を活かそう～(言語聴覚士の役割の重要性)

介護保険法の改正の重要項目にもなっているが、経口栄養は高齢者の QOL に直結している。医療現場では、栄養が確実に摂取できる経管栄養が最優先される傾向にあり、本人の意思や家族の介護力等を十分考慮することが求められている。当院は言語聴覚士の摂食嚥下評価及び指導が優れ、さらに市内には嚥下食を開発する事業者もあり、昔から食べ慣れたものを最後まで口から食べるという資源(人・もの・リハビリテーション)が充実している。

6 . 行政の枠を越えて～まちが元気になるために～(地域リハビリテーション推進事業からの展開)

平成 16 年度から地域リハビリテーション推進事業で「おいしい!を支えるまちづくり」を提唱し、関係機関に呼びかけ「口腔ケア」と「口から食べる」研修会を開催している。医師会・歯科医師会・薬剤師会・ケアマネジャー・介護サービス事業者・病院スタッフ・県水産振興室・市経済部深層水課・嚥下食品事業者みんなで、老いても障害をもっても口から食べる幸せを感じられるまちづくりを目指していきたい。

『地域ケアの機能向上への地域医師会の関与と地域づくり』

新・地域ケア「尾道方式」構築と尾道市医師会員の不断の努力

片山 壽 委員（広島県医師会 理事）

片山委員の地元である尾道市医師会の取り組みを改めてご紹介する。尾道市医師会の取り組みは、新・地域ケア「尾道方式」として各方面から取り上げられ評価されている。これに対して、単にサービス担当者会議を忠実に実施する医師会と理解されている方からは「尾道は特別」との意見をよく耳にする。しかし、尾道市医師会の現状は、91年に救急蘇生委員会の救急救命システムを整備されたことから始まっている。その後会員が一致して主治医としての機能や役割について研修され、医師会としての共通認識を有しての活動結果がサービス担当者会議の開催であることを忘れてはならない。すなわち、地域医師会として地域住民のための主治医機能を探求し、さらに地域医師会がその主治医を支えることにより地域住民を支えているのである。

昨年日本医師会が発表した「高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針」ならびに「地域包括支援センター」への取り組みを検討される際、ご一読いただきたい。

（日本医師会常任理事 野中博）

介護保険委員会の指針の取りまとめにあたり、標記の担当部分につき、尾道市医師会の地域づくりに向けての努力の結果、「新・地域ケア：尾道方式」のシステム構築までの経緯とここまでのまとめを報告する。

1. 地域医師会の地域における評価

2002年の尾道市社会福祉協議会との「社医連協」の設置、2004年の尾道市連合民生委員児童委員協議会を加えた「社医民連協」は、尾道市医師会の地域における実績評価の結果。

個々の地域資源がケアカンファレンスを通して、協働し、主治医機能を核として現場から構築したが、尾道市医師会方式という、医師会（医師会員）の不断の努力が結実した空間であり、「尾道市医師会（医療）への信頼」を不動のものとした結果、地域の福祉の団体が住民の利益を実感して、医師会との緊密な連携を決めた。これは、尾道市医師会員とスタッフが、その必要性を正しく認識し、患者本位の質の高い医療を実践する中で、地域における医師会の役割に包括的視点を見出したことで、尾道市医師会という医療集団の品性の向上に寄与した結果である。

2. 地域医師会の政策として、高齢化の進む医療圏へのシステム構築と基盤整備

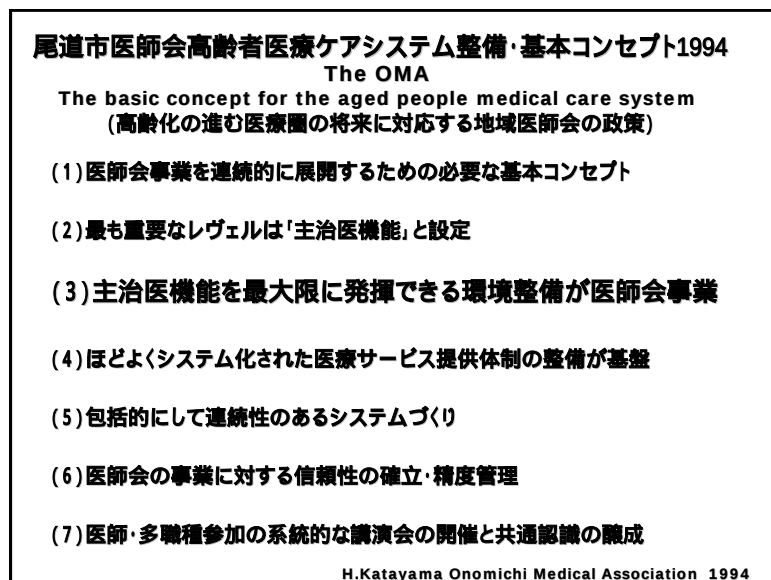
地域自治体も独自の政策をもつと同様に、地域医師会が地域医療に関して医療圏特性を読み込んだ上で、課題解決に向けて一連のアクションを起こすことは、地域医師会の政策であるべきである。政策と呼ぶことは、公共の利益に資することで、社団法人（医師会）や個々の収益を追求しないからである。この点が、前出の地域福祉との合体を可能にした根拠といえる。

その点で、94年に基本コンセプト（Fig1）を策定して7つの柱をたてているが、すべて現在もこのコンセプトに沿って進行中である。

高齢化の進む尾道市医師会の責任医療圏に対して、会員の総意をもって進めてきた一連の医師会事業と地域一体型のスタッフ養成が、99年に一応の整備を終え、2000年からケアマネジメントの標準化に努力した結果として、地域における医療と福祉の総合化が可能になった事例といえる。

ここに至るまでの自治体との関係改善（ノウハウの提供から結果に責任をもつこと）はあらゆる分野において、会員の20年の努力の結果である。特に介護保険導入期においては、自治体をサポートする位置を明確にして、あらゆるバックアップを行ってきたので、自治体は一定の分野（医療・保健）を、医師会に任せる（アウトソーシング）に至ったわけである。

Fig1 尾道市医師会高齢者医療ケアシステム整備・基本コンセプト 1994



基本コンセプトの概略

- 最も重要なレベルは主治医機能と設定

医師会は医師の集団であり、一人の医師が最大限の能力を発揮することが、医療圏の総合力につながるので、主治医機能を最も重要なレベルと設定した。

病院と開業医の主治医の果たすべき機能分担と責任を明確にして、コミュニティにおける地域医療連携の実践や多職種協働の標準化をすすめる。

基本的には、さまざまな形態での地域医療連携と多職種協働とケアマネジメント手法の医療への導入であり、学際的手法で複数の専門性の集約にて質の高い医療・ケアを実践することに他ならない。

○主治医機能を最大限に発揮できる環境整備が医師会事業

在宅主治医が単独でも主治医機能を発揮できる「在宅主治医機能支援システム」の整備を進めることを目的とした医師会事業（医師会共同利用施設）とする。

具体的には在宅医療ケアにおけるシステムからのサービス支援が確保できることにより、主治医機能を実践できる環境を整備することであり、看護、施設介護、在宅介護、相談機能を、日常診療のパートナーとして標準的に連携できる。

パートナーが優秀であればあるほど、フィールド（サポート領域）が広いほど主治医機能は高度な展開が可能であり、利用者は質の高い医療・ケアを継続的に享受できて、地域医療・ケアの水準はおのずと向上するものである。

社医連協・社医民連協は、主治医機能を介在した市民への医療・介護サービスへの包括的な環境整備といえる。

○ほどよくシステム化された医療サービス提供体制の整備が基盤

尾道市医師会のシステムはネットワークではなく、主治医機能が引き出す多職種協働により、「ケアマネジメントと地域医療連携」で成立している。システムは医師会員と地域資源により構成され、急性期病院も同様である。一人診療所で奮戦する「在宅主治医」をサポートして、最大の能力を引き出すシステムであり、バックアップ（安心の基盤）として91年に整備した尾道市医師会救急蘇生委員会の救急救命システムがある。

○包括的にして連続性のあるシステムづくり

高齢障害者の長期継続ケアには医療だけでは限界があり、利用者の状態によっては看護職が主力となる場合が多いが、介護職の生活支援機能は重要である。

最近の平均在院日数短縮化において、急性期病院の退院前ケアカンファレンスは入院から在宅への継続ケアという点で、大変重要であり、利用者のQOLを重視した方法論として、どの場面においてもケアマネジメントのプロセスが重要である。

○医師会事業に対する信頼性の確立・精度管理・継続研修

地域医師会のシステムが提供する医療・看護・介護サービスに最も求められることは、サービスの質の管理と地域水準の向上への貢献である。

医師を含む専門職種は継続的な研修で新たな知識を注入することで、専門性を維持できるので、94年から地域一体型研修として、尾道市医師会高齢者医療福祉問題講演会は74

回を数え、多職種の共通認識と知識の向上に貢献している。

3．尾道市医師会が目指した地域ケアの再編の方法論

○現場での実践としての尾道市医師会方式ケアカンファレンス

尾道市医師会方式ケアカンファレンスは、2000 年当初、介護保険のモデルと言われたが、我々は「高齢者医療」の一場面をケアマネジャーとともに行った、主治医機能の一部にすぎないと認識している。しかし、このケアカンファレンスの実践からは、実に予測を超える多くの収穫があったことで、今日の尾道方式がある。

ケアカンファレンスについては、いきなり研修を行ったのではなく、ケアマネジメントは高齢者医療の方法論でもある点を 97 年から、まず、医師会事業部門に標準化した。(注 1) また、99 年の尾道市医師会ケアマネジメントセンターの設置により在宅では主治医医療機関で行う 15 分ケアカンファレンスを尾道市医師会方式として会員の研修を集中的に行い、実戦配備を行った。

注 1) 97 年設置の医師会介護老人保健施設「やすらぎの家」の全スタッフに開設時より MDS-RAP s を標準装備、在宅介護支援センター、24 時間ヘルプステーションは MDS-HC、医師会訪問看護ステーションは日本訪問看護振興財団方式を導入。

年次経過からみれば、94 年から構築してきたシステムのシャーシ(車体)に 97 年頃から介護保険制度の導入が決まり、ケアマネジメントというエンジンが搭載されたことになったわけであるが、自社製品のエンジン(尾道市医師会製作所)であることで、高出力で耐久性のよいものに進化している。会員とスタッフの努力により、システムのさらなる高性能化への追求・工夫が進んでいる。

このエンジンが地域に大きなエネルギーを生み出し、利用者支援のケアカンファレンスでできた地域のチームが大きく編成された結果が、社会福祉協議会や民生委員との合体モデルであるが、「多職種協働の心地よさ」で連携の醍醐味を知った、筋の良い地域資源同士の必然的な地域ケアの再編である。

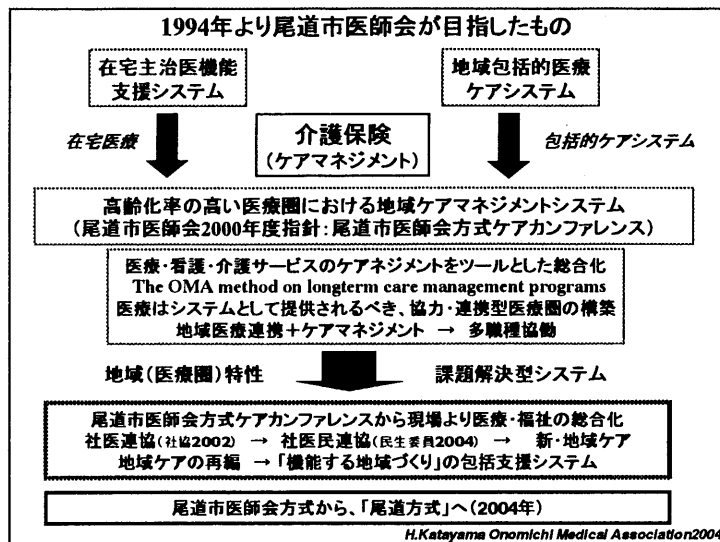
○「地域づくり」への地域医師会のポジション

ここで、地域づくり(地域ケアの再編)に関しての、医師会のポジションは「黒子に徹する」ことであり、医療の専門性を背景とした高圧的な組織であってはならない。

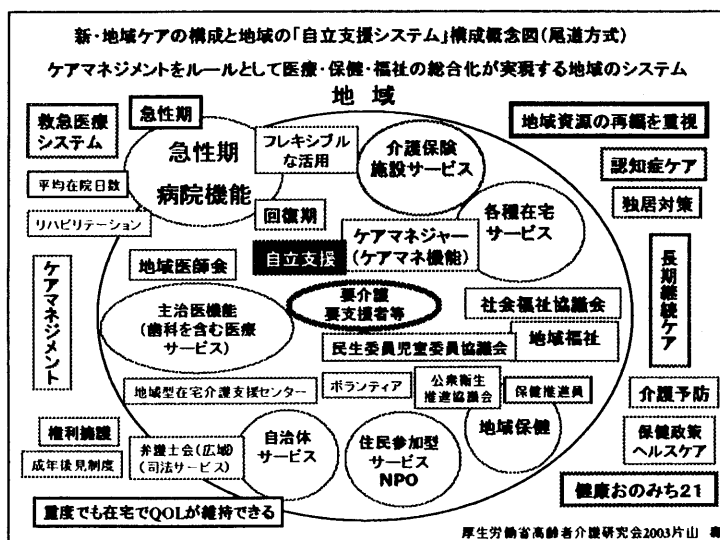
専門性と実践力を有するがゆえに、地域づくりの世話に回り、大きくサポートすることで、医師会の品性は地域で評価されると実感している。これは、ケアカンファレンスにおける主治医のポジショニングと心構えに共通する重要な資質である。

因みに、尾道市では社医連協、社医民連協の会長は社会福祉協議会の会長にお願いしているが、「包括支援」という視点においては、医療と福祉は同一の目的を共有している。

尾道市医師会が目指したものは、いま、尾道方式として進化を継続しているが、会員の
 不斷の努力と、関係団体の理解に対して深甚の敬意を表したい。



新・地域ケア「尾道方式」の概念図



地域包括支援センターは、地域を「地域包括支援システム」に再編する意味で、介護保
 険の見直しの目玉であり、ここにおいては、地域医師会は総力をあげて、あらゆる分野で、
 惜しみないサポート体制を整備する必要がある。

長期継続ケア、総合相談・課題解決、新予防給付ケアマネジメント、どれも全て、ケアマ
 ネジメントの方法論で動くことで、地域医療とは一体的なものと認識すべきである。(了)