

< 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。

I.	主治医意見書に関するアンケート調査報告	23
II.	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
III.	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
IV.	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
V.	退院時カンファレンス（焼津市立総合病院の取り組み）	33
VI.	『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

I. 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

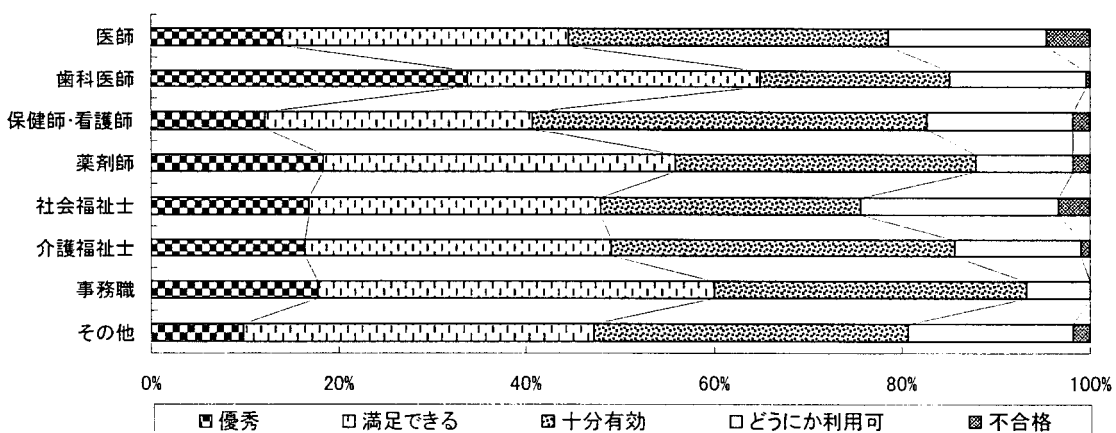
大阪市介護認定審査会 26 合議体の 130 人の委員から、それぞれ審査事例 30 例の主治医意見書の記載内容について、審査資料として適切なものかどうかを総合的に評価してもらった。1 つの事例について 5 人の委員がそれぞれの観点で個別的に評価を行った結果、有効な評価結果が 3,834 件回収された。

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、①サービス計画作成時、②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）、③病状やADLが変化した時、④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）、⑤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、①服用内容、副作用、治療内容、②病名、疾患名、③既往歴、病歴、④現在の病状、病態、⑤日常生活の注意点、ケアの仕方、⑥感染症、⑦ADL、リハビリの必要性、意見、⑧介護、サービスの必要性、意見、⑨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。

II. 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

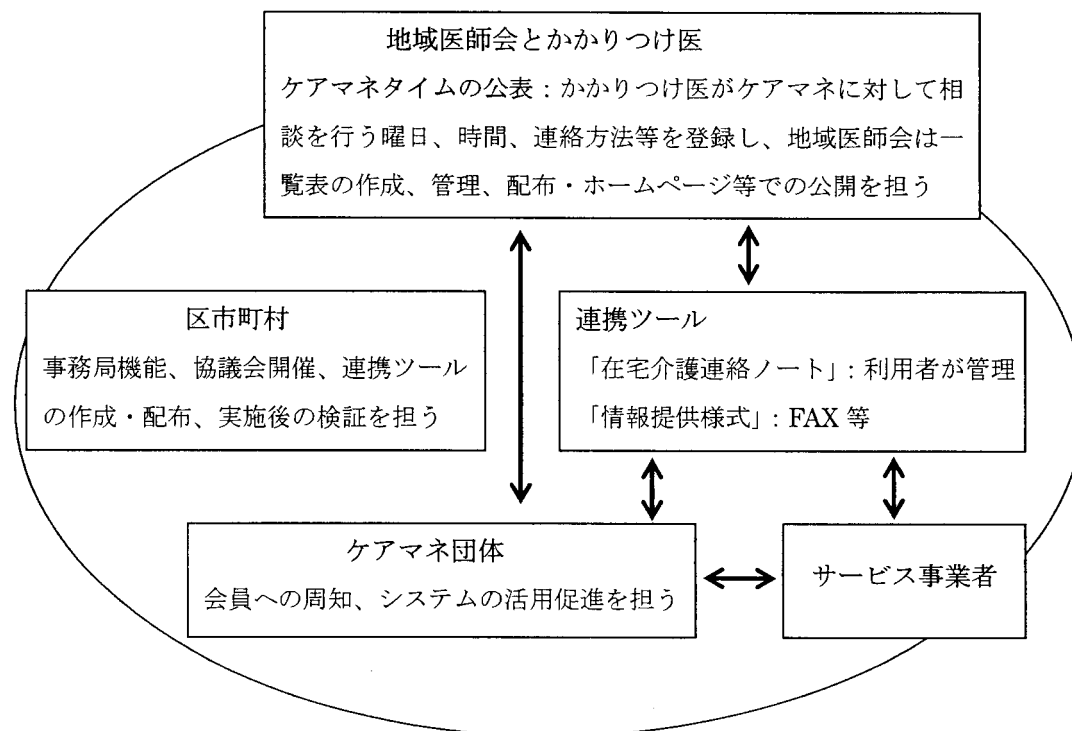
(1) ケアマネジメントの徹底とケアマネジャーとの連携強化(ケアマネタイム等)

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、療養管理指導やサー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。

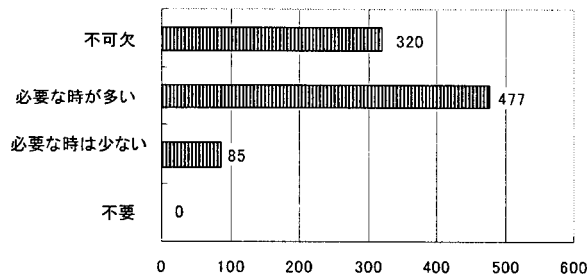
医師へのアクセスを良くする試みとして、京都府医師会では、ケアマネタイムの導入や、居宅介護支援計画連絡票を使用している。また、勤務医との連携が難しいとの意見が多いが、地域連携室が窓口としての機能を発揮することが期待されている。介護支援専門員は主治医意見書から最も多くの医療情報を得ている。意見書の二つの大きな機能は、要介護度の審査とケアプラン作成における介護支援専門員への助言であるが、今後新予防給付の導入等において、後者の機能がより重要となってくる。意見書はアセスメントの入り口として重要な役割を担うが、有効期限延長やスペースの問題により、細やかな助言やサービス実施における指示には、他の情報交換の仕組みも必要である。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

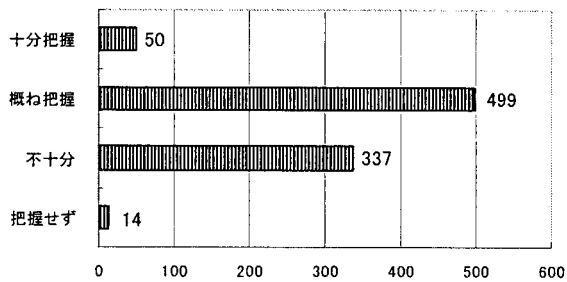
での一次アセスメントに対する医療情報の提供、サービス実施上の指示、要医療のものは医療サービスを優先して受けられるようにするために、医師と保健師または介護支援専門員の連携がより必要となる。また、地域包括支援センターは、医師との連携が不十分な介護支援専門員に対しては積極的に指導すると共に、主任ケアマネジャーによる医師と介護支援専門員の連携推進の役割を十分果たすことが望まれる。そのためには運営協議会における地区医師会の助言・支援が不可欠である。今回の制度改正を良い機会とし、ケアマネジメント徹底のためのシステムが構築されることが望まれる。

<介護支援専門員へのアンケート>

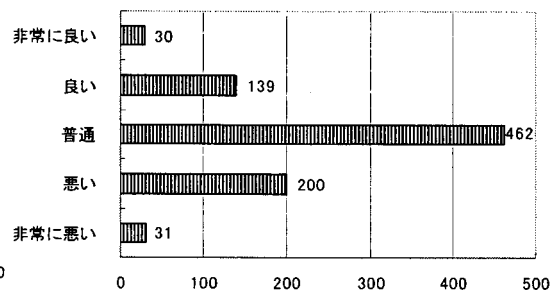
ケアプラン作成に医療情報が必要か(表1)



利用者の医学情報の把握(表2)

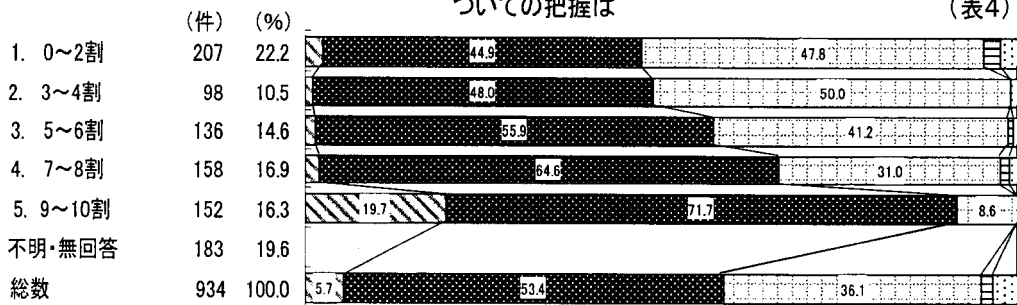


主治医との連携(表3)



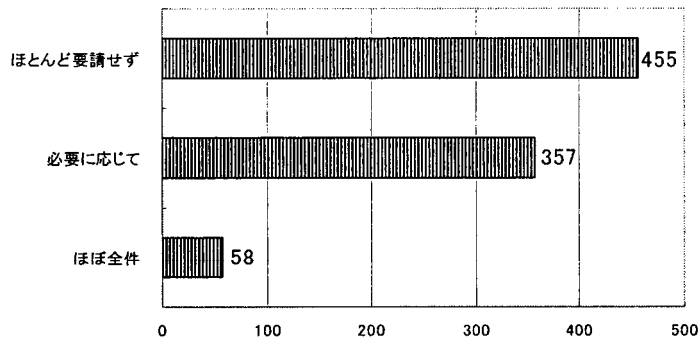
利用者の主治医について面識がある

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 (表4)



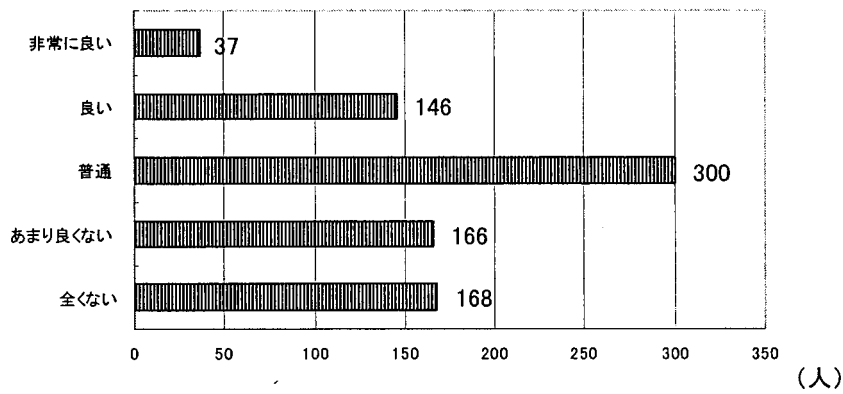
□ 十分把握できている ■ 概ね把握している □ 不十分 □ ほとんど把握できていない □ 不明・無回答

医師へのサービス担当者会議参加の要請(表5)

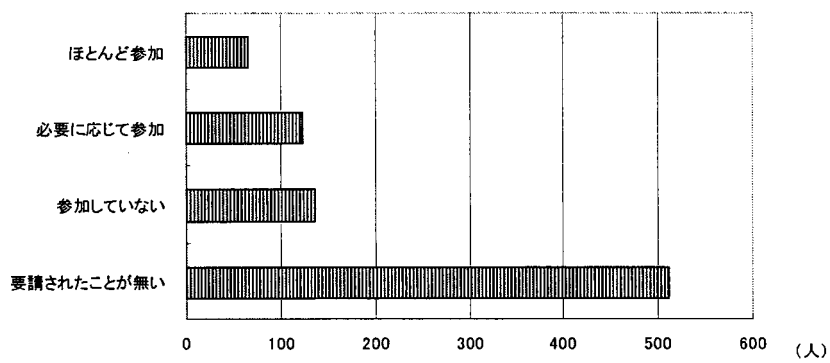


<医師へのアンケート>

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)



Ⅲ. 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。

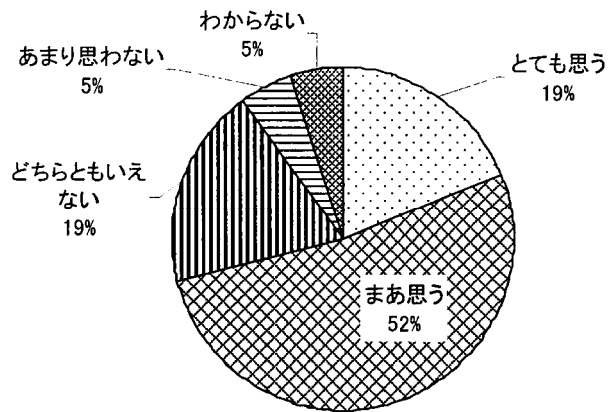
3. 居宅療養管理指導の効果

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轍を踏まないように
- (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

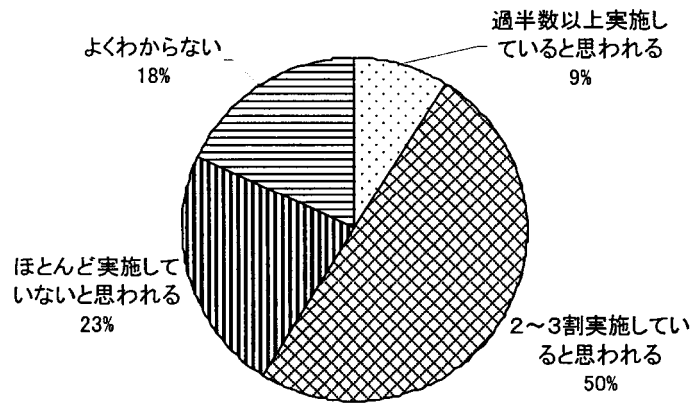
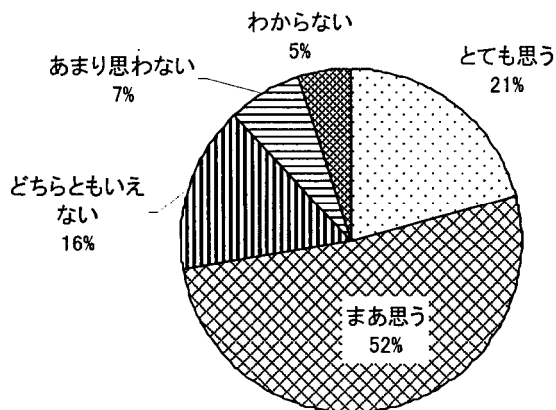


図3 居宅療養管理指導活動の実施効果

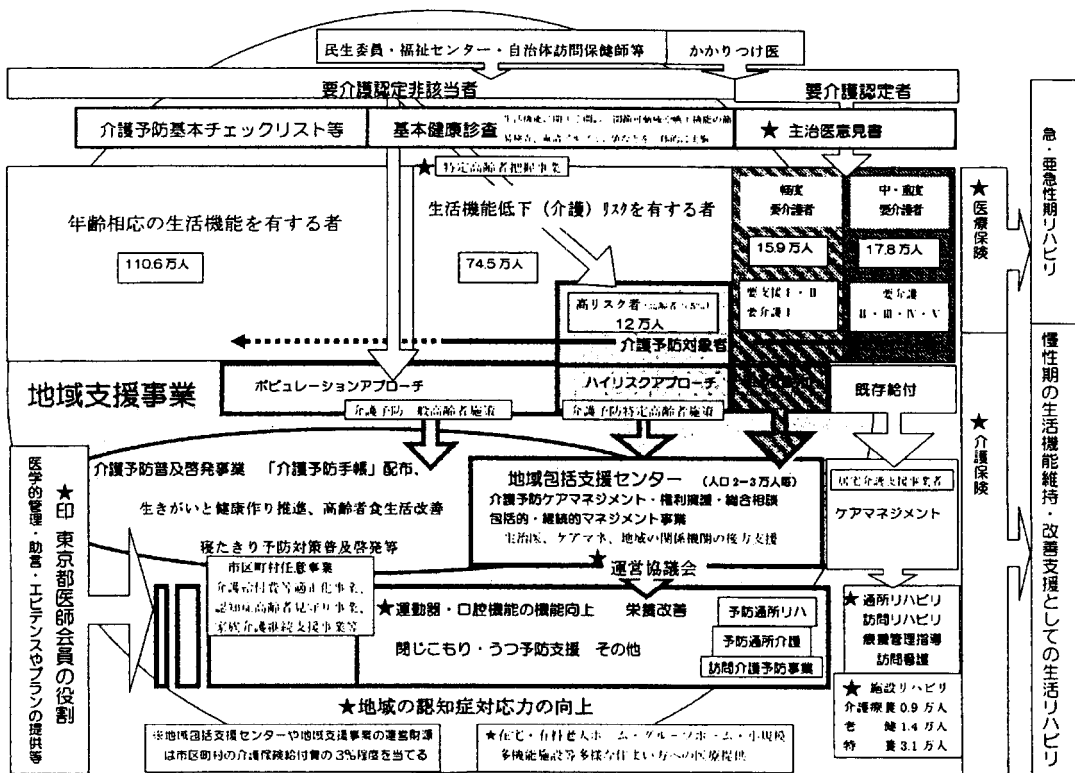


IV. 生活機能の維持・改善の視点による地域医療の展開

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.htm>）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。



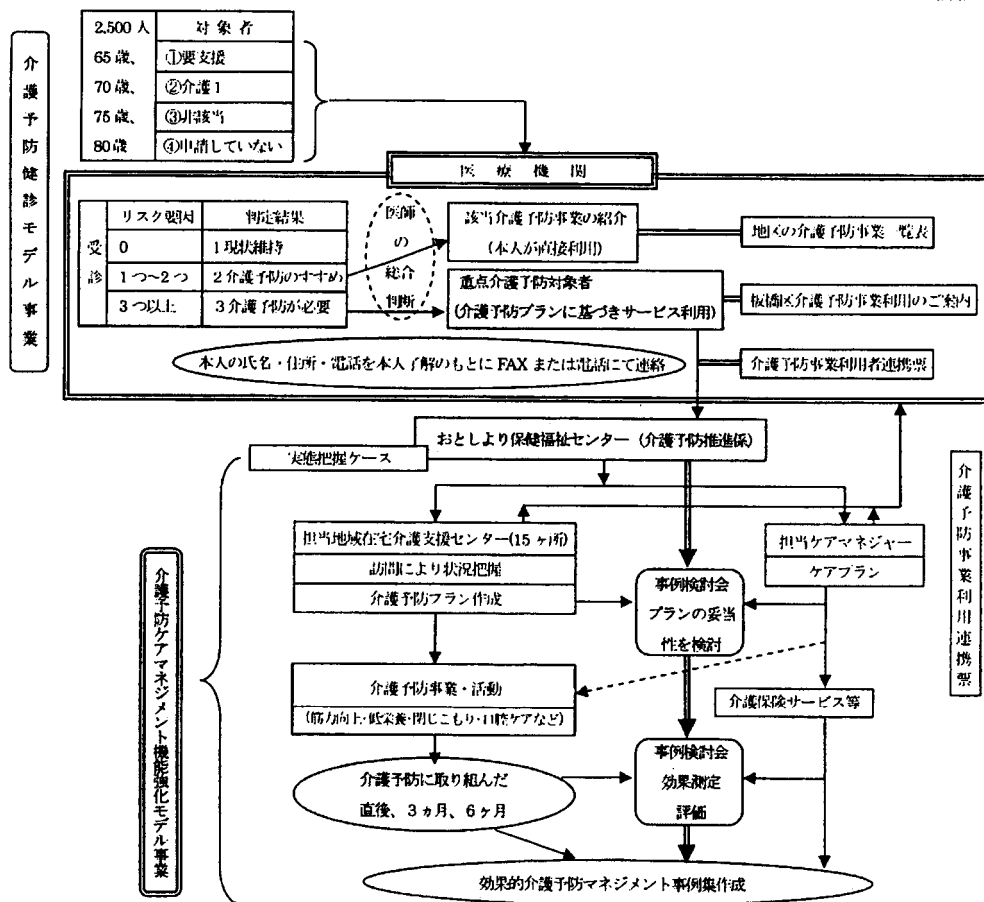
東京都におけるかかりつけ医の高齢者の生活機能維持・改善支援係わりイメージ図 平成26年度推計からの概数

(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る。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よる活用

V. 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。

VI. 『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

<p>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 The OMA The basic concept for the aged people medical care system (高齢化の進む医療圏の将来に対応する地域医師会の政策)</p> <p>(1) 医師会事業を連続的に展開するための必要な基本コンセプト</p> <p>(2) 最も重要なレベルは「主治医機能」と設定</p> <p>(3) 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</p> <p>(4) 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</p> <p>(5) 包括的にして連続性のあるシステムづくり</p> <p>(6) 医師会の事業に対する信頼性の確立・精度管理</p> <p>(7) 医師・多職種参加の系統的な講演会の開催と共通認識の醸成</p> <p>H.Katayama Onomichi Medical Association 1994</p>

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-RAPsを標準装備、在宅介護支援センター、24時間ヘルパーステーションは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。

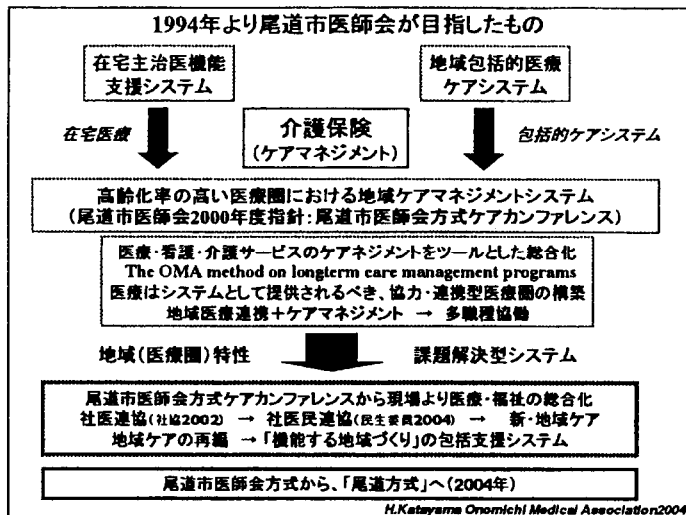
○「地域づくり」への地域医師会のポジション

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。

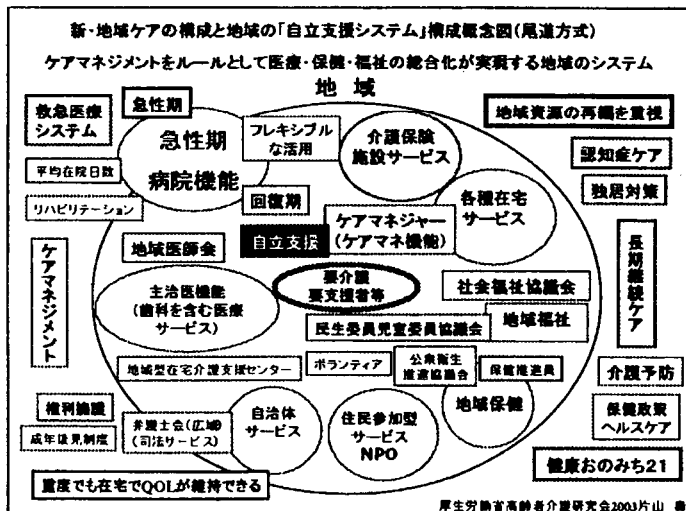
専門性と実践力を有するがゆえに、地域づくりの世話に回り、大きくサポートすることで、医師会の品性は地域で評価されると実感している。これは、ケアカンファレンスにおける主治医のポジショニングと心構えに共通する重要な資質である。

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
 不断の努力と、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)