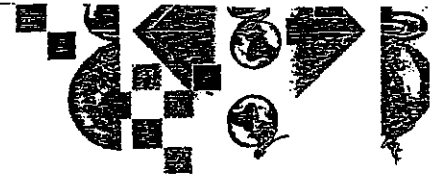


「尾道」の謎に迫る——実施率は9割以上

片山 壽 委員 提出資料



サービス担当者会議をほぼ全ケースについて開催している
広島県尾道圏域のケアマネジャー。
徹底した現場取材をもとに、その謎に迫った。

担当ケース80件

サービス担当者会議75件

広島県南東部、尾道市・御調町・向島町の1市2町をエリアとする尾道医療圏。この地域では、サービス担当者会議の実施率がゆうに9割を超える。一例を紹介しよう。

社会福祉法人華野福祉会高齢者ケアセンターはなの苑の専任ケアマネジャー・瀬尾泰子さんは、3年前の介護保険制度施行当時、80件という膨大なケースを担当しながら、75件のサービス担当者会議を実施した。高齢福祉業界が措置からの転換に追われ、多くのケアマネジャーが介護保険制度に「移行」させることで精一杯になっていた時期のことである。

有限会社誠心ケアサービス（訪問介護）の兼務ケアマネジャー・羽田智子さんは、居宅介護支援部門を1人で担うなか、担当ケース15件すべてについてサービス担当者会議を開催した。民間事業所の1人ケアマネジャーであることを考えれば、他地域では異例な事態に違いない。

これらはほんの一例である。事業所によって実施率に若干の差はあるが、担当件数も事業形態も問わず、ほとんどのケースについてサービス担当者会議を開く。それが尾道医療圏で活動するケアマネジャーの日常であり常識である。では、なぜ尾道医療圏ではサービス担当者会議をほぼ確実に実施できているのだろうか。

その理由は、

- 開く「方法」をもっている。

- すべてのケースについて開くのが当然という「意識」をもっている。

の2点に集約される。

本稿では、尾道における「方法」を紹介した上で、その「方法」がどのようにつくられ、「意識」がいかんにして培われたのかを解き明かしていく。

尾道市医師会方式 医療機関ケアカンファレンス

まず、「方法」から見ていこう。尾道のケアマネジャーがサービス担当者会議を開く際は、社団法人尾道市医師会が1998年に策定した「尾道市医師会方式・医療機関ケアカンファレンス」に則った形式で行われる。その手順は、①主治医の日程調整、②家族と関係機関の日程調整、③主治医と関係機関へ事前資料（利用者プロフィール、居宅サービス計画書(1)(2)、サービス利用票）の配布、④主治医の勤務地（病院、個人医院）もしくは利用者宅で開催、である。

特徴は、主治医の参加を原則としていること、事前資料にケアマネジャーの課題分析が含まれ、関係機関はそれに対する認識・見解を携えて臨むこと、開催地を主治医の勤務地（診察室、待合室、会議室等）としていること、所要時間が10～20分と短時間なことである。また、開催の時期は、新規契約時を必須とするほか、更新認定時（必要性を主治医と相談の上）と状況変化時にも随時開いていく。

以上の「方法」が現場でどの程度機能しているのか、冒頭で紹介したケアマネジャー・瀬尾さんの実践をもう少し詳しく振り返ってみよう。

平成12年当時、瀬尾さんが担当する80件は、約20件が母体施設である特養ホームの嘱託医が主治医を務め、残りの約60件に16名の主治医がかかわっていた。このような状況で、瀬尾さんは、同年1月～5月にかけて、75件についてサービス担当者会議を開催した。ピークは2月～3月で、1日の最高開催件数は13件。最高開催地数は4カ所。この時は、個人医院3カ所で4件開催（13時～1件、13時半～1件、14時～2件）した後、市民病院で6件開催（15時～4件、17時～2件）したという。介護保険制度施行前後は、サービス担当者会議のために病院や個人医院に行くと、会議の順番を待っている他のケアマネジャーや関係機関と顔を合わせることも少なくなかったという。開催の時間帯は、病院であれば外来患者が少なくなる11時過ぎ～13時の間や休診時、個人医院であれば同様に正午前後の時間帯や往診から帰宅後の夕方、そして診療後の18時以降。主治医のなかには、100名近い利用者を担当する医師もいたというから、その労力の大きさは想像に難くない。

ここで2つの疑問におつかる。一つは、主治医の協力が確実に得られているということ。もう一つは、ケアマネジャーがすべてのケースに対しサービス担当者会議を開く必要性を感じているということだ。

この「意識」の謎を解き明かすには、尾道が10年以上の歳月をかけて歩んできた「地域ケアシステム」構築の歴史を紐解かなくてはならない。システムづくりの先頭に立ってきたのは、

尾道市医師会会長の片山壽氏。氏は「地域ケア」を指し、「世界中の究極の命題」と言う。

尾道の「方法」と「意識」がいかに構築されていったのか、その歴史をたどっていこう。

新時代の医療を告げた 「救急蘇生委員会」

システムづくりの発端となったのは、1991年に発足した「尾道市医師会救急蘇生委員会」だった。当時片山氏は、高齢化率の高い医療圏（約24%）における地域医師会が行うべきこととして、「1馬力の診療所がきちんと機能するシステムをつくることが重要」と考えた。救急蘇生委員会とは、在宅や診療所で起こった状態急変などの緊急時に、尾道医療圏にある3つの中核病院と近隣の診療所が連携を取り、現場へ急行するというシステム。片山氏が救急担当理事（当時）としてこれを提案した時、多くの病院勤務医や開業医が賛同・支持し、同時に近隣の医療機関同士の互助システム（サブシステム）も設置された。

翌1992年に、救急蘇生委員会は歯科医師会をメンバーに加える。その経緯はこうだ。ある歯科医院で患者がショック状態を起こした。歯科医が近くの診療所に救援を依頼すると、その開業医を起点に救急蘇生委員会が発動。片山氏、病院の医師・看護師、有床診療所の医師・看護師、計6名の専門家が歯科医院に集結した。この間わずかに10分足らず。これに感銘を受けた歯科医の働きかけにより、委員会はさらに強化された。尾道では現在、在宅ケースの多くに訪問歯科診療が取り入れられているというが、これもこうした歴史に裏付けられてのことだろう。

「主治医機能」を中核としたシステムづくりに着手

尾道市医師会が本格的に高齢者ケアマネジメントのシステム構築に取り組むようになったのは、1994年からである。中心に据えていたのは「主治医機能」の確立だ。すなわち、「1馬力の主治医が縦横に能力を発揮できるような環境整備」(片山氏)である。医師は主治医機能だけをきちんと果たせば、あとはシステムが作動してすべてが最良の状況に向けて動いていくというものだ。

すでに救急蘇生委員会が機能し、病診連携・診診連携による医療効率・精度は格段に向上していた。医療の土台を作った今、次に取り組むべきは看護と介護であった。

「医療・看護・介護の3種は、それぞれが独立して提供されるのではなく、1つのルールに則って同軸から提供される必要がある。それがケアマネジメントです。このシステム構築には、96年スウェーデン、97年カナダでの現場取材が大変参考になっています」(片山氏)

尾道市医師会は、1995年に訪問看護ステーション、1997年に介護老人保健施設、在宅介護支援センター、1998年にホームヘルプステーション(365日24時間対応)を設置していった。また、これと併行し、サービスの質のスタンダードを高くするため、各サービス機関には、系統立てた研修体制が設けられた。1994年に開始した全機関・全職種を対象とした共通認識醸成のための講演会形式の研修事業を充実させるほか、訪問看護ステーション管理者のデンマーク研修や老健施設の職員を痴呆介護の先進施設へ派遣するなどの現場実習も積極的に取り入れた。

そして1999年、尾道市医師会ケアマネジメントセンターが設置された。ケアマネジメントセンターは、医師会の老健施設に事務局を置き、介護支援専門員の実務研修を修了した者を中心に、ケアプラン・ケアカンファレンス研修、制度論、最新情報の提供などを行う機関である。あわせて、ケアマネジャーの連絡組織「尾道・御調・向島地区介護支援専門員連絡協議会」の事務局も担う。

尾道でサービス担当者会議を実施できる理由として挙げた2点、開く「方法」と関係機関の「意識」は、尾道の歴史が育んできた地域力と相乗効果を発揮し、この1999年前後に一気に結実することになる。

充実した研修が職種間の共通認識を形成

尾道市医師会がケアマネジメントを本格的に研修へ導入したのは1998年。アセスメントツールの講習を、訪問看護は日本訪問看護財団方式、在宅介護支援センターはMDS-HC方式など、職種・機関別に行い始めた。そして、ほどなく開始されたのが、尾道市医師会在宅ケア部会の研修だった。これは2時間の研修で、はじめの1時間を在宅ケアに必要な知識(主に医療)の講演、次の1時間を介護保険のプロセスを事例検討形式で解説するというもの。後者では、まず主治医が主治医意見書を説明し、次に認定調査員が基本調査の概要を説明する。続いて認定審査会が5分程度で実演され、さらにケアマネジャーがケアプランの説明を行う。そして、サービス担当者会議が20分程度開かれる。また、その際には、サービス担当者会議の設定

方法と議事進行の手順も示される。それが、先述した「尾道市医師会方式・医療機関ケアカンファレンス」である。サービス担当者会議の意義は、ケアマネジメント研修の重点項目として常に掲げられていた。

1999年からは、このようなシミュレーション研修を毎月繰り返し行った。さらに、同年9月・11月には、「地域ケアカンファレンスの実際」として集中研修を実施。本研修は、主治医にケアマネジメント・プロセスを認識してもらうことに主眼が置かれ、1回目は30名（参加者94名）、2回目は46名（同128名）の医師が参加したという。

システムがもたらす 多職種協働

以上、尾道の歩みを振り返ってきた。一連の経緯からわかるのは、尾道では介護保険制度が始まる以前から、在宅ケアにかかわる各関係機関のケアマネジメントに対する共通認識が形成されていたということである。

なかでも、サービス担当者会議については、シミュレーション研修を通じ、ケアマネジメント過程における「最重要プロセス」と位置付けられ、同時に開催方法が指導徹底されていた。実施率9割の秘密はこのあたりにあるようだ。

では、尾道がサービス担当者会議を最重要プロセスとする理由とは何だろうか。片山氏が特に強調するのは、「利用者意向の反映」と「多職種協働」の2点だ。

「利用者サイドからの発言の機会を設けることで、本人不在のケアプランは避けられます。多職種協働については、参加者が“心地よさ”を

体感できることが大きい。継続的なフォローアップのなかで、機能分担による適切なケアが成果や評価を得れば、それは各職種の達成感・満足感につながります」

*

最後に、サービス担当者会議について、尾道のケアマネジャーたちの声を聞いてみよう。

「みんなの顔を見て話し合うと安心です」

「利用者の状態は日々変化しているので、時にはサービス事業所の方に無理をお願いすることもある。人間関係を築く場所として、もはや不可欠です」

「自分の実践への反応がダイレクトに返ってくる。緊張もあるけど励みになります」

「活字にできない情報をキャッチできます」

「ケアの方針や内容の統一に確信がもて、関係機関との連帯感を感じられます」

「サービス提供者として参加すると、ケアマネジャーの議事進行を学べます」

「自分だけでは、利用者の一側面しか見えません。多職種が一堂に会してはじめて全体像が見えてきます」

もはや尾道で活動する多くのケアマネジャーにとって、サービス担当者会議は欠くことのできないプロセスとなっているようだ。最近では、サービス担当者会議は、退院時カンファレンスやリスクマネジメントカンファレンス、服薬管理カンファレンスなど、さまざまな形態をとり始めているという。さらに、在宅緩和医療の推進や医師会と社会福祉協議会との合同研修事業「尾道市社医連協」を今年4月に発足するなど、尾道のシステムづくりはとどまるところを知らない。

Part 2

地域ケアマネジメントシステムの構築

包括的で連続性のある医療, 看護, 介護サービスの一元化が重要



社団法人尾道市医師会会長
片山 壽氏

ケアマネジャーと連携問題

ケアマネジャーと連携問題を考える際には、ケアマネジャーとその他の専門職との関係を、個別のものではなく地域全体のシステムとして考える必要がある。ここでは、地域医師会主導でケアマネジメントシステムを構築し、ケアカンファレンスなどにおいて「尾道市医師会方式」という手法を確立し、高い評価を得ている尾道市医師会会長の片山壽氏に、地域ケアマネジメントシステムの構築とそれに伴う医師とケアマネ

ジャーの役割について話を聞いた。

ケアマネジメントシステムの基盤となった地域医療の構築

まず片山氏は、介護保険制度におけるケアマネジャーと連携問題を考えるうえで、「ケアマネジャー」と「連携」というように問題を特化して考えるのではなく、地域ケアマネジメントシステムの問題として考えなければならぬと指摘。そのうえで尾道市医師会の地域ケアマネジメントシステム構築の

表1. 尾道市医師会の在宅医療ケア支援システム2001

<p>医師会立介護老人保健施設「やすらぎの家」(97年5月開設) 一般棟50床、痴呆専門棟30床、通所リハビリ25人/日、職員数62人、歯科診療設備 感染症対策検討部会(98年)、尾道・鞆・向島地区介護保険施設連絡協議会事務局</p>
<p>医師会在宅介護支援センター「やすらぎ」(97年5月開設) 医師会立老健施設内に設置。看護棟1人、社会福祉士1人の配置で約300件/月 (居宅介護支援事業所：尾道市医師会介護保険サービスセンターやすらぎ)</p>
<p>医師会365日ホームヘルプステーション(98年12月開設) 管理者は看護婦、スタッフ20人で老健施設内に設置。利用者数95~100人</p>
<p>尾道市医師会ケアマネジメントセンター (99年5月開設・ケアマネ研修機関・2居宅介護支援事業所を統括) 登録者総数215人、有資格者180人(2000年8月現在) 尾道・鞆・向島地区介護支援専門員連絡協議会事務局(243人登録)</p>
<p>在宅主治医+グループプラクティス(診診連携・病診連携) (有床診療所・個人病院・他科診療機関)</p>
<p>医師会訪問看護ステーション(95年10月開設) (居宅介護支援事業所：尾道市医師会介護保険サービスセンターおのみち) 18人の訪問スタッフ、事務員2人、4人の非常勤PTで平均680訪問/月 尾道地区訪問看護ステーション連絡協議会(医師会内6訪問STの管理者会議)</p>
<p>尾道市医師会病診連携懇話会(96年設置) 3中核病院と医師会との本質的病診連携システム管理委員会 各病院長、副院長、医師会長、副会長の12人で構成 病診連携・看護連携研修システム(99年5月設置)</p>
<p>在宅医療・後方支援体制(病診連携) JA尾道総合病院・公立みつせ総合病院・尾道市立市民病院 ハイテク系・末期医療・緩和医療などの在宅主治医への総合的支援体制 尾道市医師会救急隊生委員会(90年設置) 3中核病院の専門医により開業医を支援する救命救急システム</p>

流れを次のように語る。

「尾道市医師会の医療圏人口は約12万人で、同市の高齢化率は約24%となっています。当医師会は医師会病院を持ちませんが、介護保険制度導入以前から積極的に地域医療システムの構築に取り組んでおり、医師会事業として老人保健施設、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、24時間対応ヘルパーステーション、さらにケアマネジメントセンターを設置して、在宅医療ケア支援システムとしています(表1)。このような地域医療体制の整備のきっかけは、1990年に編成された尾道市医師会救急蘇生委員会の設置と言えます」

これは医師会病院を持たない地域医師会と3か所の後方支援中核病院が連携した市民救命救急システムで、市内のどこへでも7分以内に専門医が急行できるというものだ。このシステムは歯科医師会も加え、救命救急に大きな力を発揮し、当時の厚生大臣表彰も受けた。

「このシステム整備の際、中核病院との連携の論議を進めることで病診連携の基盤が構築され、介護保険につながる“実際に使える”フレキシブルな地域医療システムの基盤が構築されたと考えます」

以上のような流れから、尾道市医師会では、1994年に高齢者関連事業の設置準備委員会を設立。以後、医師会事業として老健施設や訪問看護ステーションなどを設立し、介護保険制度

導入時には医療圏にある3つの中核病院の後方支援体制のもとに、あらゆる在宅医療・ケアサービスを医師会(かかりつけ医)を核として、包括的に連続性をもって同軸提供できるシステムを整備した。

地域ケアマネジメントのかぎは 医師の“主治医機能”にある

尾道市医師会が介護保険制度開始時に、上記のような地域ケアマネジメントシステム構築を完了できた要因の1つには、介護保険制度に対する地域医師会としての明確なビジョンがあったことが挙げられる。

「介護保険制度は地域保険であることから、地域のサービス提供力が保険者の評価につながり、同様に地域の医療サービス提供力も評価を受けることになります。この際、かぎとなるのが主治医機能(表2)です。介護保険制度の要介護認定の審査資料において、主治医意見書に大きなウエートを置き、主治医という設定を行ったのは、現場医療の責任の所在を明確にし、介護保険制度に主治医機能がビルトインされているということなのです」

介護保険制度における主治医の意見書やケアプランの理解に基づくケアカンファレンスの実施、居宅療養管理指導の標準化は、医療側にとっては戦略性に富んだ主治医機能の領域であり、こうした理解による関係者の意識改革が必要であると片山氏は強調する。

「例えば、ドイツの介護保険制度では制度的な“医者外し”の結果、主治医機能が失われていますが、日本の介護保険制度は主治医機能が制度にビルトインされています。このため、医師は介護保険は福祉のオプション給付ではなく、主治医機能として使いこなすべき社会サービスであると認識しなければなりません。そうでな

れば、医療が介護保険、あるいは社会保障制度改革の足を引っ張ってしまう可能性もあるのです」

このように主治医機能は介護保険制度のキーワードとなる重要なポイントであるが、一方で主治医個人では対応が難しい点もある。これらに関して、同氏は地域医師会の関与が不可欠だとし、医師会が地域特性に合ったシステムを整備し、既に整備が行われている地域では地域医療・ケアシステムにおいて、医師会が蓄積しているノウハウを活用することが重要だと語る。

「在宅医療を中心に地域のケアシステムを整備していく過程では、高齢者医療・ケアの包括的な視点から、長期療養の利用者に対するフォローアップにおける連携、つまり多職種協働(multidisciplinary)は必然であり、これは介護保険制度の現場サービスの一元化と合致する、ケアマネジメントの領域そのものなのです」

以上のような視点から構築された在宅医療ケア支援システムや、尾道市医師会方式として確立されたケアカンファレンスの仕組みは、各方面から高い評価を得ている。

ケアマネジャーの実務は ケアマネジメントという理念の実践

それでは、ケアマネジメントシステムとは具体的にどのようなものか。片山氏は次のように語る。

「私はケアマネジメントシステムを“なんらかの生活障害を持つ利用者に一元的なサービスが的確に提供されることによりQOLの向上が実現できるための方法論”と定義しています。ケアマネジメントそのものは、1930年代に英国の老年科医マージョリー・ウォーレンが提唱した高齢者総合評価(Comprehensive Geriatric Assessment: CGA)に源流が求められる、高度な学問領域と考えています。こうした点から、ケアマネジメントにおい

表2. 介護保険制度下の主治医機能

1. 主治医意見書の適切な記載
2. 制度理念の本質的理解と利用者への適切な助言
3. 認定審査会への参加
4. 主治医としての成熟と全人的対応(利用者本位の視点)
5. 地域連携における多職種との協働の標準化
6. ケアカンファレンスへの積極的参加(開催)と的確な助言
～介護保険制度導入当初3年間は以下の3点を加える～
7. ケアマネジャーの指導育成
8. 居宅療養管理指導の徹底
9. 主治医モニタリングによるサービスの質の評価

て利用者とサービス提供者を結ぶかかめとなるケアマネジャーは、まず何よりも介護保険制度全体の理念の理解を最優先しなければなりません」

さらに同氏は、ケアマネジメントの実践以前に、ケアマネジャーがアセスメントの手法を習得していない現状こそが問題であると指摘する。

「アセスメントができないのでは、利用者にサービスの目的などを説明することはできません。さらにアセスメントなしに、長期にわたる利用者のフォローアップはできないのです。また、アセスメントのメリットを言えば、アセスメントもケアマネジメントの理念同様に学問の領域となります。ですから、ケアマネジャーはアセスメントの手法を習得することで、ケアマネジメントの理念も学ぶことができる。つまりアセスメントは教育ツールでもあるわけです」

実際に尾道市医師会では、介護保険導入前の1999年にケアマネジメントセンターを設立し、徹底的な研修に次ぐ研修で、ケアマネジャーにケアマネジメントの理念からアセスメント、ケアカンファレンス、医療知識から法令までをカリキュラムとし、具体的な教育の機会を提供している。

「まさにケアマネジャーの実務は、ケアマネジメントという理念の実践です。給付管理に忙しくて、アセスメントな

どの本来業務を省略してしまうようでは、本末転倒と言えるでしょう。さらにアセスメントからケアプラン作成に至る流れが、ケアカンファレンスを必須の業務とする体系を位置付けることになり、それが実際の介護の現場における効率的機能分担、つまり多職種協働の根拠となるのです」

正しい介護の方法論を確立する意識改革が求められている

ケアマネジメントにおいて、アセスメントに次いで重要なのがケアカンファレンスであるが、尾道市医師会ではこれを「尾道市医師会方式・医療機関ケアカンファレンス」として主治医医療機関で実施している(表3)。ここでは主治医が前述の主治医機能を最大限に発揮し、ケアマネジメントに取り組んでいることが特徴だ。

「ケアマネジャーの育成に医師会が積極的に取り組んでいることと同様に、ケアカンファレンスにおいても、ケアマネジャーの熟練度と意識が信頼に耐えうるまではモニタリングは主治医の仕事であり、居宅療養管理指導と連動する一連の利用者とケアマネジャーに対するサポート機能は主治医の業務です。逆説的に言えば、医療といえども対人サービスの職種である限り市場原理にさらされるわけで、ケアカンファレンスなどの必須業務を行わない医師

は、利用者やケアマネジャーといった関連職種からの評価により信頼を失った場合、主治医の変更という不名誉な立場に立つのです」

このように、主治医機能に基づいて医師がケアマネジャーの育成に積極的に携わり、ケアカンファレンスなど求められる必須業務を行えば、一般的に指摘される「主治医とケアマネジャーの連携」という問題は、容易に解決可能となる。

「主治医がケアマネジャーをサポートしてできる限りの協力をすることが利用者にとっては最も望ましいことであり、主治医側からケアマネジャーに声をかけることも重要です。体験として言えるのは、ケアカンファレンスに対して“食わず嫌い”であったケアマネジャーも、一度ケアカンファレンスを体験すると“痛み付き”になることが多いということです。これは主治医のサポートがいかに心強いのか、利用者、介護者の反応と意向の実際、多職種協働の心地よさ、ケアプラン作成の技術や実践の勉強の機会になるなど、ケアカンファレンスに数多くのメリットがあるからなのです」

結果的に地域ケアマネジメントシステムを構築し、良質なケアを利用者に提供していくために、主治医には介護保険制度を新時代の地域医療システム構築の有力なツールとする積極性が、また、ケアマネジャーには学問領域にまで踏み込んだたゆまぬ学習と実践、それに基づいた他の専門職種や利用者からの信頼が必要となる。

「最も重要なことは、包括的で連続性のある医療、看護、介護サービスが、ケアマネジメントとして一元化されることです。そのためには、利用者の状態を的確に捉え、正しい介護の方法論を確立する、医療ケア現場の意識改革が求められていると言え



表3. 尾道市医師会方式・医療機関ケアカンファレンス

<p>1. 利用者本位</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者本人が介護者の参加が不可欠(原則的に介護者・家族が同意・確認書に署名捺印) ・利用者宅の設定はよほどの状況以外は行わない(迷惑になることが多い) ・集合場所にされることの迷惑(位置・時間などの確認、駐車場などの連絡電話など) ・主治医よりの仲介により実現する形式が受け入れられやすい <p>2. 利便性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主治医医療機関は利用者宅と至近距離が多い ・関係多職種の集合場所として適切である点 ・駐車場、電話、ファクス、コピー、メール、空調、スペース(利用者・介護者の安心感がある) ・医療機関の立地条件の良さ: 交通至便の場所(集合しやすい場所)にある点 ・日常的にかかわりを持っていくために「場所の認識」ができる <p>3. 効率性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主治医の協力が得やすいのが最大のポイント(診療録、画像データなどは持ち出しできない点) ・時間設定により同一場所で7~8件でも可能(午後休診日などに設定) ・緊急的に対応ができる(介護者・参加者の臨時の変更などへの対応)
