

今後とも、継続した医療費に対する観察と増加要因分析は必要であろう。

#### 4. 更別村のプライマリ・ケアの実践の効果評価から得られる政策的インプリケーション（島崎）

2節で更別村におけるプライマリ・ケアの取組みの理念・内容等を述べるとともに、3節で更別村におけるプライマリ・ケアの実践の効果評価を分析した。本節では、それらを踏まえ、更別村におけるプライマリ・ケアの取組みの政策的インプリケーションについて、2006年度の検討課題も含め、考察することとした。

2005年度の更別村におけるプライマリ・ケアの取組みに関する評価・分析は、大別すれば、①住民アンケート調査を基にした住民の意識や評価の分析、②南十勝消防事務組合のデータ等を基にした救急医療の変化の分析、③国民健康保険のデータを基にした医療費の3要素分析等を通じた医療費の変化の分析、から成っている。その結果は3節で述べているとおりであるが、②および③に関し国民健康保険診療所の運営内容が変わった2001年1月以前と以降の変化として特記すべきことは、②については、2001年1月以前は国民健康保険診療所が救急医療に関与することはほとんどなかったのに対し、運営体制が変わった以降は国民健康保険診療所が病院搬送の必要性の可否を判断しており「トリアージ機能」を果たしていること、また、必要に応じ医師が同乗し救急車の中で最低限必要な医療を行うとともに病態等の伝達を国民健康保険診療所の医師が直接行うことがみられることである。これは家庭医機能を考える上で重要な変化であるが、その結果、アウトカムがどのように変化したのかという評価分析を行う必要がある。また、③については、入院・外来とも「1件当たり日数」は減少しているが、「1日当たり診療費」は基本的に増加傾向にあり、「診療密度」が変化していることが特記すべきことである。ただし、こうした変化が生じた理由等については、レセプト等の解析を通じ診療内容の変化の分析を行う必要があり、2006年度にさらに検討を行った上で論じることが適当であると考えられる。要するに、②および③についても興味深い変化が生じている「事実」は指摘できるが、その理由等について2006年度にさらに分析を行いまとめて論じることが適当だと思われる。したがって、以下、本稿では、①に絞って述べる。

2節で述べたとおり、更別村におけるプライマリ・ケアの取組みの理念を一言でいえば、プライマリ・ケアの特徴づける要素（近接性、包括性、継続性、協調性、責任性）の実践を行うことにある。住民アンケート調査は、こうした理念と実践活動が現実に住民からどのように評価されているのか検証することを目的に行ったものであるが、その結果によれば、「病院通院群との比較」（図3-1-7）、「前体制との比較」（図3-1-8）、いずれをみても、その理念と実践は住民から非

常に高く評価されていることが確認できる。とりわけ政策的インプリケーションを考える上で重要なことは、「患者の意思の尊重」、「患者の質問に丁寧に答えているか」など患者と医師の関係に関する評価が非常に高いことである。これを別の角度からみたのが、図 3-1-5 に掲げた「患者と医師の関係モデル」に関する更別村の患者の認識である。つまり、①望ましい患者と医師の関係（理想像）、②日本の患者と医師の関係の現状（日本の現状認識）、③更別村診療所における患者と医師の関係（更別村診療所に対する現状認識）をみた調査であるが、調査結果をまとめた図 3-1-6 をみると、更別村の患者の①と③の認識はほぼ完全に一致していることがわかる。また、①と②の認識を比較すると、一般論としては「日本の患者と医師の関係は理想と現実が乖離している」と更別村の患者が認識していることもわかる。例えば、更別村の患者のうち、モデル 1（医師が診療の情報も決定も主導するというパターンリスティックなモデル）が理想だと考えている割合はわずか 5.0%であるのに対し、日本の患者と医師の関係の現実にはモデル 1 であると考えている割合は 34.3%と一番多いからである。しかし、更別村診療所における患者と医師の関係の現実にはモデル 1 であると考えている割合は 7.8%にとどまる。以上をまとめていえば、更別村の患者の多くは、「日本の他の地域では患者と医師の関係は理想と現実が乖離しているが、更別村診療所では理想どおりの患者と医師の関係が構築されている」と考えていることが推認できる<sup>35</sup>。そして、このことと図 3-1-7 および図 3-1-8 における更別村診療所の医療に対する高い評価は密接に結びついていると考えられる。一般論でいえば、理想と現実の認識ギャップが小さいほど、良好な医師と患者の関係の構築、患者の医療（あるいは医師）に対するプラスの評価に結びつくと考えられるからである。

このことの政策的インプリケーションは決して小さくない。それは次の理由による。

医療契約は、法的には患者（委任者）が医師（受任者）に治療（事務）の委託を行う契約であり、一般に（準）委任契約（民法 643 条から 656 条）に相当すると考えられている。重要な点は、請負契約と異なり、結果を保証することが債務の内容になるのではなく（請負契約であると捉えれば治癒が債務の完了となる）、善良な管理者の注意を払い適切な医療行為を行うことが医師の債務の内容となることである。もっとも、医師と患者の関係を単純な委任関係に捉えることは必ずしも適当ではないかもしれない。医師には患者の信任（信頼）に応え最善の行為を尽くす義務が生じるが、患者もすべて医師任せということではなく、必要な情報を提供し診療方針の決定等に関与することが求められるからである。患者と医師の望ましい関係は、レストランのお客のように「患者様」と呼称し患者を顧客扱いすることではない。医療のあるべき姿としては、一定

<sup>35</sup> ただし、更別村の患者の病院群に対する評価等も更別村国保診療所ほどではないが高く、その理由の解析等が必要である。

の方向を目指す医師と患者のいわば一種の「協働行為」として捉えることが妥当であると筆者は考えている。であるとすれば、患者と医師の信頼関係は医療における最もクリティカルなファクターであり、情報開示と患者の選択にせよ、インフォームド・コンセントにせよ、このことがベースとなる。裏返していえば、その信頼関係が十分構築できていない（崩れかけている）ことこそが、日本の医療の最も深刻な問題であるというべきである。また、医療機関の機能分化と連携は、わが国の医療政策上重要な課題であるが、機能分化は患者の側からみれば医療等の提供の場所や担当医師が変わることであり、それを包括し「繋ぎ」の役割を担う医師の役割が非常に重要になる。日本の場合、ここの部分が脆弱であることが特徴である<sup>36</sup>とともに、医療政策の展開上致命的な要素になりかねない。実際、わが国における医師の「専門の配分」上の最も深刻な問題は、医学生の選好において外科や小児科・産婦人科等を専門とすることに対する忌避の傾向と、真の意味の家庭医（プライマリ・ケア専門医）の不足である<sup>37</sup>。

それでは、家庭医（プライマリ・ケア専門医）をどのように養成すればどうすればよいのか。明確な達成目標を明らかにし体系的な方法論に基づく教育と実践を積み重ねることが本道だと思われる（2節参照）。

マインドについては、患者の話をよく聴き、仮に自分が患者の立場であったらという想像力を働かせ、患者が理解できる説明を丁寧に行うといったことの重要性、そして、そうした行為の積み重ねにより形成された信頼関係があってはじめて、患者は医師の説明を受容し医療が「協働行為」であることの意味を理解できることの重要性を認識させることが必要であると思われる。2節で述べられた家庭医療学の理念の一つである「地域・家族を含めた全人的理解」ということや「患者中心の医療」（patient-centered medicine）も、そうした内容を包摂していると考えられるべきものである<sup>38</sup>。

また、医療はマインドがあれば足りるものではない。的確な診断や治療を行えるというスキルが十分でなければ信頼が生まれようはずもない。消化器外科医には消化器外科固有の専門技術の修得が必要なように、家庭医（プライマリ・ケア専門医）足るには家庭医固有の専門技術や「問題解決技法」の修得が必要である<sup>39</sup>（葛西 2005,p.20）。その意味では、専門的な教育や研修を通じた厳格なトレーニングの重要性も強調されよう。

更別村におけるプライマリ・ケアの実践の効果評価の分析は、そうした修練を経て家庭医（プライマリ・ケア専門医）としてのスキルとマインドを持った者が地域で実践活動を行いそれが住民に受容され高い評価を得ていることを示

<sup>36</sup> 先進諸国の医療の違いが最も顕著に現れるのは一次医療と二次の繋ぎの部分である。郡司（1998）『医療システム研究ノート』丸善プラネット、p.161。

<sup>37</sup> 副島秀久(2006)「専門医より一般医の充実を」朝日新聞 2006年3月1日。今井澄(2002)『理想の医療を語れますか』東洋経済新報社,pp.63-75。

<sup>38</sup> Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR, *Patient-Centered Medicine :Transforming the Clinical Method*, Radcliffe Medical Press, Abingdon, UK.

<sup>39</sup> 葛西龍樹（2005）「家庭医療の専門性」葛西龍樹編著『家庭医療マニュアル』永井書店。

している。そして、それは更別村の一事例というにとどまらず、わが国における医療政策においてプライマリ・ケアを正面から取り上げそれを適切に位置づけるべきであるという課題－これまで避けてきた課題であり今般の医療制度改革においても十分議論されていない課題－の重要性と意義を浮かび上がらせていると考えられる。

## 【更別村における医療提供の現状と今後のあり方に関するアンケート】

以下の質問に対して、当てはまる回答を選び、数字に○をつけて下さい。

問1 あなたの性別は？

1. 男性    2. 女性

問2 あなたの年齢は？

1. 20歳代    2. 30歳代    3. 40歳代    4. 50歳代    5. 60歳代  
6. 70歳代    7. 80歳代    8. 90歳以上

問3 同居されているご家族の人数は何人ですか

1. 1人    2. 2人    3. 3人    4. 4人    5. 5人以上

問4 あなたは、現在、仕事をされていますか

1. している    2. していない

問5 あなたは、普段、ご自分で健康だと思いますか

1. 非常に健康だと思う    2. まあまあ健康な方だと思う  
3. あまり健康ではないと思う    4. 全く健康ではないと思う

問6 あなたは、自分の健康に不安を感じることがありますか

1. 全く不安に感じない    2. あまり不安に感じない  
3. ときどき不安を感じる    4. いつも不安を感じる

問7 あなたは、年に1回、健康診断を受けていますか

1. 受けている    2. 受けていない

問8 あなたには、「かかりつけ医（主治医）」がいますか（歯科は除きます）

1. いる    2. いない

問9 あなたは、現在、医療機関へ通院していますか（歯科は除きます）

1. ほぼ毎日    2. 毎週    3. 月2回程度    4. 月1回程度  
5. 2ヶ月に1回程度    6. 3ヶ月に1回程度    7. 通院していない

問10 問9で、現在通院している(1から6)と答えた方に伺います。  
現在通院している医療機関はどちらですか（複数回答）

1. 病院    2. 更別村国民健康保険診療所    3. その他の診療所

問11 問9で、現在通院していない(7)と答えた方に伺います。  
一番最近受診された医療機関はどちらですか（歯科は除きます）

1. 病院    2. 更別村国民健康保険診療所    3. その他の診療所    4. なし

問 12 現在通院している医療機関の医師、あるいは一番最近受診された医療機関の医師の診察や医師との関係についてお伺いします。各項目について、当てはまる回答を1つだけ選び、数字に○をつけて下さい（歯科は除きます）。

	非常に そう思う	かなり そう思う	やや そう思う	あまりそう 思わない	全くそう 思わない
① 医師の診察に満足している (満足していた)	1	2	3	4	5
② 医師は患者の意思を尊重しようとしている (尊重しようとしていた)	1	2	3	4	5
③ 医師は患者の思い(病気の不安など)を 十分に聴き理解している(理解していた)	1	2	3	4	5
④ 医師は治療方法についてわかりやすく説明 している(説明していた)	1	2	3	4	5
⑤ 医師は患者の質問に丁寧に答えている (答えていた)	1	2	3	4	5
⑥ 医師とは信頼関係が築けている (築けていた)	1	2	3	4	5
⑦ 医師は必要に応じ、他の医療機関を紹介 してくれると思う(紹介してくれた)	1	2	3	4	5

問13 治療方法に関する意思決定についてお伺いします。

(1) 次の選択肢のうち、どの考えが望ましいと思いますか。最も近いもの1つに、○をつけて下さい。

1. 治療方法については、全て医師に任せるべき
2. 医師から最良だと思ふ治療方法について説明を受け、患者が同意すべき
3. 医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、その中で医師が最良だと思ふ治療方法を説明し、患者が同意すべき
4. 医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、患者が医師と相談して決めるべき
5. 医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、判断は患者に任せるべき

(2) 次の選択肢のうち、現在の治療、あるいは最近受けた治療はどれに近いですか。最も近いもの1つに、○をつけて下さい。

1. 治療方法については、全て医師が決めた
2. 医師から最良だと思ふ治療方法について説明を受け、同意した
3. 医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、その中で医師が最良だと思ふ治療方法を説明され、同意した
4. 医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、医師と相談して決めた
5. 医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、自分で判断した

問 14 平成 13 年から、更別村国民健康保険診療所が、常勤医師複数名体制となり、また、患者中心の医療（家庭医療）が実践されています。ここで、それ以前に比べ、何がどのように変わったかをお伺いします。各項目について、当てはまる回答を 1 つだけ選び、数字に○をつけて下さい。

	非常に そう思う	かなり そう思う	以前と変 わらない	あまりそう 思わない	全くそう 思わない
① 以前に比べ、外来に通院しやすくなった	1	2	3	4	5
② 以前に比べ、緊急時や休日でも対応してくれるようになった	1	2	3	4	5
③ 以前に比べ、救急時に入院の受け入れをしてくれるようになった	1	2	3	4	5
④ 以前に比べ、医師が複数いるので、安心感がある	1	2	3	4	5
⑤ 以前に比べ、医師は、時間をかけて診察してくれるようになった	1	2	3	4	5
⑥ 以前に比べ、医師の診察に満足している	1	2	3	4	5
⑦ 以前に比べ、医師は、患者の意思を尊重しようとしている	1	2	3	4	5
⑧ 以前に比べ、医師は、患者の思い(病気の不安等)を十分に聴き理解している	1	2	3	4	5
⑨ 以前に比べ、医師は、治療方法についてわかりやすく説明している	1	2	3	4	5
⑩ 以前に比べ、医師は、患者の質問に丁寧に答えている	1	2	3	4	5
⑪ 以前に比べ、医師とは信頼関係が築けている	1	2	3	4	5
⑫ 以前に比べ、医師は、必要に応じ、他の医療機関を紹介してくれると思う	1	2	3	4	5

問 15 現在、更別村における休日・夜間の救急医療体制は、どの程度整っていると思いますか。

1. 安心して生活できるくらい整っている
2. だいたい整っている
3. あまり整っていない
4. 全く整っていない

問 16 問 15 で、「3. あまり整っていない、または、4. 全く整っていない」と回答された方にお伺いします。どのような点が整っていないと思いますか。該当する番号全てに○をつけて下さい。

1. 休日・夜間に診てくれる身近な病院がない
2. 休日・夜間に診てくれる身近な診療所がない
3. 休日・夜間だと専門医に診てもらえない
4. 休日・夜間だと病院のスタッフが少ない
5. 休日・夜間だと診療所のスタッフが少ない
6. 休日・夜間に診てくれる救急病院に行くまで時間がかかる
7. 救急車の出動が遅い
8. その他(具体的に: \_\_\_\_\_)

問 17 以下の4つの会話で示した「患者と医師の関係モデル」をご覧ください。上で、患者と医療従事者の関係に関する下記の3つの質問に対し、最も近いものを各々1つ選んで下さい。

### 「患者と医師の関係モデル」

#### 【モデル1】

- 患者:「いただいたお薬をきっちりのんでいるのですが、なかなかよくなりませんが・・・」
- 医師:「だいじょうぶですよ、私にまかせておいたら必ずなおりますから」
- 患者:「そうですか、よろしくお願いします」

#### 【モデル2】

- 医師:「この前の検査ではここまでわかりました。次の検査に進めてもよいですか?」
- 患者:「次の検査をするか2、3日考えてから返事します」
- 医師:「それでは返事をお待ちします」

#### 【モデル3】

- 医師:「次に、この治療をする必要があります。しかし副作用が心配です」
- 患者:「副作用はどの程度のものでしょうか?」
- 医師:「人によっても違いますが、こんな症状が出る可能性が強いですね」
- 患者:「でも仕方ないですね。それでいきましょう」

#### 【モデル4】

- 医師:「この前の検査結果はこうで、こんなことが考えられます。次は、ここを明らかにするために、この検査を行います。まかせておいてください」
- 患者:「検査の内容だけもう少し説明してください。あとはぜんぶおまかせします」

(1) 患者と医療従事者の関係は、どのような関係のあり方が望ましいと思いますか。次の選択肢から1つを選び、番号に○をつけて下さい。

- 1. モデル1が最も望ましいと思う
- 2. モデル2が最も望ましいと思う
- 3. モデル3が最も望ましいと思う
- 4. モデル4が最も望ましいと思う

(2) あなたの体験などから、患者さんと医師の関係に関して、今の日本ではどのようなモデルが多いと思いますか。次の選択肢から1つを選び、番号に○をつけて下さい。

- 1. モデル1が最も多いと思う
- 2. モデル2が最も多いと思う
- 3. モデル3が最も多いと思う
- 4. モデル4が最も多いと思う

(3) 更別診療所では、どのようなモデルに近いと思いますか。次の選択肢から1つを選び、番号に○をつけて下さい。

- 1. モデル1が最も近いと思う
- 2. モデル2が最も近いと思う
- 3. モデル3が最も近いと思う
- 4. モデル4が最も近いと思う



問 18 あなたは、主治医以外の医師から、診断や治療法を聞いてみたいですか

- |                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| 1. 是非聞いてみたい        | 2. 出来れば聞いてみたい     |
| 3. あまり聞いてみたいとは思わない | 4. 全く聞いてみたいとは思わない |

問 19 現在、通院されている方のみお伺いします。

医療機関で支払う医療費（自己負担）をどう思われますか（歯科は除きます）

- |               |              |           |
|---------------|--------------|-----------|
| 1. 非常に高いと思う   | 2. やや高いと思う   | 3. 妥当だと思う |
| 4. あまり高くないと思う | 5. 全く高くないと思う |           |

最後に、更別村における医療提供に関し、ご意見やご要望をお聞かせ下さい。

① 更別村国民健康保険診療所に対し、ご意見やご要望があればご指摘下さい。

1.診療所における外来に関して(医師や看護師への要望なども含みます)

2.診療所における入院に関して(医師や看護師への要望なども含みます)

3.診療所における緊急対応に関して(医師や看護師への要望なども含みます)

4.診療所の設備や運営方法に関して

② 更別村役場に対し、医療提供等に関するご意見やご要望があればご指摘下さい。

アンケートは以上です。  
ご協力有難うございました。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」

研究報告書

## ⑦地域医療・介護の連携と地域包括ケア体制の構築に関する研究

研究協力者 川越雅弘 国立社会保障・人口問題研究所室長

現在、「サービスの質を確保しつつ、社会保障制度の持続可能性を如何に確保するか」の視点から、平均在院日数の短縮等を通じた医療費適正化、医療機能の分化・連携の推進などを目指した医療保険制度改革が進められている。また、今回の介護保険制度改革では、医療保険制度改革の流れを補完する形で、地域包括ケアの構築に向けた様々な仕組みが導入されており、今後、地域における包括的なケア体制の構築が強く求められる状況となっている。

こうした状況下、本稿の目的は、地域医療・ケアに影響を及ぼす今回の制度改革の概要を俯瞰した上で、地域包括ケアの構築に向けた具体的取り組みを行っている2地区の事例を紹介するとともに、これら事例も踏まえながら、地域包括ケア体制の構築に向けた課題について私見を述べることにある。

今回の2地区の事例の共通点としては、①基本理念／方向性が明確であること（長期目標の設定） ②長期目標に沿って、具体的な課題への対応が実施されていること ③関係者を巻き込みながら合意形成を図っていること ④現場担当者にその効果を実感させることを重視していること などが挙げられるが、各地域で地域包括ケア実現を展開する上で参考にすべき事項であろう。

「地域包括ケア」という空間に求められていることは、「様々な障害を抱える高齢者の地域における生活を継続的・包括的に支援すること」であり、この実現に向け、利用者本位の視点に立った上での多職種協働が求められる。これに関わる医師にも、「医師が問題を決め、「治るか否か」の視点から主導的に関わる」のではなく、多職種協働の一員として、専門性を発揮することが求められる。医療従事者にとって、従来の医療モデルからの大きなパラダイムシフトであるが、「地域包括ケア」が切望される背景、患者・家族を中心とした医療提供が求められる現状の理解と意識改革が望まれる。また、「地域で、多職種協働の中で、包括的・継続的に利用者を支える」ことを当たり前とするプライマリ・ケア医／家庭医を、専門医とバランスよく整備していくことも、今後地域包括ケアを進める上で重要なことと考える。

## A. 研究目的

地域医療・ケアに影響を及ぼす今回の医療・介護保険制度改革の概要と目指すべき方向性を概観した上で、地域包括ケアの構築に向けた具体的取り組みを行っている2地区（広島県尾道市、島根県松江市）の事例を紹介するとともに、これら事例も踏まえながら、地域包括ケア体制の構築に向けた課題を整理すること。

## B. 研究方法

インタビュー形式などにより、2地区の取り組みの概要の把握、理念の把握等を行った。

（倫理面への配慮）

ケアカンファレンスには、主治医が事前に利用者・関係者に了解を得た上で参加した。また、そこでの個人情報の扱いについては、内部の情報管理の徹底を図った。

## C. 研究結果

2地区の事例の共通点として、①基本理念／方向性が明確であること（長期目標の設定）②長期目標に沿って、具体的な課題への対応が実施されていること ③関係者を巻き込みながら合意形成を図っていること ④現場担当者にその効果を実感させることを重視していること などが挙げられた。

## D. 考察

「地域包括ケア」という空間では、利用者

本位の視点に立った上での多職種協働が求められる。これに関わる医師にも、「医師が問題を決め、「治るか否か」の視点から主導的に関わる」のではなく、多職種協働の一員として、専門性を発揮することが求められる。尾道市では、退院前ケアカンファレンスを通じて、基幹病院と地域の連携が円滑に行われているが、これらは病院関係者がこの理念を理解し、かつ、患者・家族にとってのメリット（安心感の醸成など）や医療従事者自身のメリット（患者・家族との関係性の向上、継続的な医療提供の実現など）を実感しているからに他ならない。

## E. 結論

1.地域包括ケアは、高齢化の更なる進展、平均在院日数短縮化に伴う地域での高齢者の受け皿作り、患者・家族中心の医療・ケアの提供を考えた場合の重要な解決策である。  
2. 医療従事者にとって、従来の医療モデルからの大きなパラダイムシフトであるが、「地域包括ケア」が切望される背景、患者・家族を中心とした医療提供が求められる現状の理解と意識改革が望まれる。また、多職種協働や患者・家族中心の医療・ケア提供を当然の役割と認識しているプライマリ・ケア医／家庭医を、専門医とバランスよく整備していくことも、今後地域包括ケアを進める上で重要なことと考える。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

# 第7章 地域医療・介護の連携と地域包括ケア体制の構築に関する研究

川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

## 1. 本稿の目的

平成12年4月に介護保険制度が施行され、高齢者介護を巡る状況は大きく変化している。しかしながら、介護を必要とする高齢者が、地域で安心して生活を送る上で必要なサービスは介護保険だけで満たされるものではなく、特に医療サービスとの連携は必要不可欠である。

さて、本年3月10日に、平均在院日数の短縮等を通じた医療費の適正化、後期高齢者医療制度の創設等を含んだ医療制度改革関連法案が国会に提出され、また、医療機能の分化・連携の推進などの視点を含んだ平成18年度診療報酬改定も実施されるなど、現在、大幅な医療保険制度改革が進められている。

また、今回の介護保険制度改革では、医療保険制度改革の流れを補完する形で、地域包括ケアの構築に向けた様々な仕組み（地域包括支援センターの創設等）が導入されており、今後、地域における包括的なケア体制の構築が強く求められる状況となっている。

そこで、本稿では、まず、地域医療・ケアに影響を及ぼす今回の制度改革の概要と目指すべき方向性を概観し、地域包括ケアの実現が切望される背景を解説した後、地域包括ケアの構築に向けた具体的取り組みを行っている2地区の事例を紹介するとともに、これら事例も踏まえながら、地域包括ケア体制の構築に向けた課題について私見を述べることにする。

## 2. 制度改革の方向性と求められる地域包括ケアの具現化

### （1）地域医療・ケアに影響を及ぼす医療保険制度改革の中身とは

平成17年12月1日に、政府・与党医療改革協議会より「医療制度改革大綱」が提出された。その基本的考え方は、①安心・信頼の医療の確保と予防の重視 ②医療費適正化の総合的な推進 ③超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現 の3つである。その実現に向けた具体的内容の中で、地域医療・ケアに大きく影響を与えるものとして挙げられるのが、「地域医療の連携体制の構築」であり、「終末期医療の患者に対する在宅医療の充実」であり、「平均在院日数の縮減と、それに併せた病院から在宅への、在宅医療・介

護の連携強化や居住系サービスの充実による円滑な移行の実現」である。

また、上記大綱の考え方に基づき、平成17年11月25日には、「平成18年度診療報酬改定の基本方針」が、社会保障審議会医療保険部会・医療部会の意見としてまとめられている。同意見書では、基本的考え方に関する4つの視点が挙げられているが、特に地域医療・ケアに影響を及ぼすのが、「質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点」で、具体的には、①地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅医療への切れ目のない医療の流れを構築し、患者のQOLの向上及びトータルな治療期間の短縮化を図ること ②入院から在宅への円滑な移行を図りつつ、介護保険との適切な役割分担の下、在宅医療や終末期医療体制の強化を図りながら、高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活が送れるような支援体制を構築すること などが盛り込まれている。

また、今回の医療制度関連法案の中には、現在、両保険制度に跨っている療養病床の再編に関するものも含まれており、将来的には、医療の必要性の高い患者を中心とした医療療養病床に一本化し、それ以外の長期療養者に対しては、老人保健施設や特定施設などで対応していくといった方向性が示されている。

今回の医療保険制度改正の内容をみると、根底にある基本的な考えは、①長期入院に関しては、医療の必要性の高い患者に対する資源配分・費用配分の重点化を図ること ②効率的な医療を提供するため、医療機能の分化を積極的に図ること ③機能分化だけでは医療の質の低下をもたらす危険性があることから、それを施設間や職種間、保険制度間の連携強化により補完すること ④機能分化による医療資源の有効活用と、平均在院日数の縮減などを併せ、医療費の適正化を図ること ⑤医療の必要性の高い患者を地域で継続的にみていくため、介護保険との連携のもと、在宅医療の充実を図ること であろう。

このような流れの一環として、①地域連携パスによる医療機関の連携体制の評価 ②ケアマネジャーとの連携を要件に含む在宅医療支援診療所の評価（同診療所の要件については図表2-1参照） ③在宅療養における24時間体制の評価 などが検討されている訳である。

図表 2-1. 在宅療養支援診療所の要件

- ・ 保険医療機関たる診療所であること
- ・ 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること
- ・ 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- ・ 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- ・ 当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
- ・ 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）等と連携していること
- ・ 当該診療所における在宅看取り数を報告すること 等

(出所)中央社会保険医療協議会 総会(第85回)資料「平成18年度診療報酬改定の概要について(案)」、平成18年2月15日。

## (2) 地域医療・ケアに影響を及ぼす介護保険制度改革の中身とは

今回の介護保険制度改革の中で、特に、地域医療・ケアに大きく関係するのが、「地域という概念の設定」であり、「地域における包括的ケア体制の構築」である。逆に言えば、これらの考え方は、介護保険制度改革だけを念頭に置いて出てきたものではなく、医療保険制度改革の方向性を踏まえた上で、高齢者の特性やそれに応じた地域医療・ケアのあり方を利用者本位で考えた場合のある意味当然の帰結であったと思われる。ただ、これらの考え方や体制は、今後の医療提供のあり方にも大きく影響するものであろう。

ところで、「地域包括ケア」の確立の必要性を最初に打ち出したのは、平成15年3月に厚生労働省老健局長の私的研究会として設置された「高齢者介護研究会(座長：堀田力氏)」の報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立について～(平成15年6月26日)」である。その中で、「要介護高齢者の生活をできる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組みが必要である」「要介護高齢者の生活を支える観点からは、(中略)、在宅サービス利用から施設入所にいたる過程でのサービスの連続性の確保、施設からの退所・退院者への在宅サービスの切れ目ない提供確保など、高齢者の状態の変化に対応して様々な

サービスを継続的・包括的に提供していくことが必要であり、(中略)。地域において、施設・在宅全体を通じたケアマネジメントを適切に行うことが必要である」として、「地域」という概念の設定と、その地域の中での包括的・継続的マネジメントの重要性が謳われている。この考え方が、今回の介護保険制度改正の目玉の一つである「地域包括ケア」に、また、それを支える中核機関としての「地域包括支援センター<sup>1</sup>の創設」につながっているのである。

### (3) 求められる地域包括ケアの具現化

今回の医療保険制度改革を、地域医療・ケアへの影響の観点からみると、①平均在院日数の短縮化や療養病床改革(社会的入院の是正)による医療費適正化 ②質の高い医療を効率的に提供するための医療機能の分化と連携強化が特徴的であり、どちらかと言えば、財政的側面が強い改革であったと言える。ただし、平均在院日数の短縮化を円滑に進めるためには、退院後の受け皿作りが重要であり、介護保険制度改革で打ち出された「地域包括ケア」の方向性にあわせる形で、その実現を医療制度面から支援するための在宅医療や訪問看護の充実が打ち出されたと考えられる。

一方、介護保険制度改革は、介護費用の適正化という課題は共通しているものの、介護保険の理念である「高齢者の自立支援」を図るためには、①介護保険サービスだけでは自立支援は困難な場合が多く、適正なケアマネジメントに基づく包括的サービスが必要であること ②高齢者は様々な問題を抱えていることが多く、機能面だけでなく、社会・心理的側面、家族関係などを含めた包括的な評価と課題への対応が必要であること ③高齢者は状態変化を起こしやすいため、状態変化に即応できる体制が必要であること などを鑑み、「利用者本位の高齢者医療・ケアの提供を鑑みた場合、地域包括ケアが必要」との認識に至った側面が強い。

いずれにしろ、高齢化の進展や国及び地方の財政的困窮などの背景を受け、質を担保した上での適正な医療・介護サービスの提供が求められる中、財政面および高齢者の処遇の両面からみた解決策が、「地域包括ケア」であったと考える。

以上は、制度改革による「地域包括ケア」推進の流れである。高齢者医療・ケアの側面からみた場合、目指す方向性に間違いはないと思うが、これを地域で具体的に展開していくことはそれ程容易ではない。確かに、現在提案されている制度には不備な点、あるいは現場から乖離している面(理想が高すぎるなど)はあるかもしれないが、今日、現場に求められているのは、このような方向性と制度の理念を理解した上で、地域で創意工夫をしながら、「地域包括ケ

<sup>1</sup> 平成18年から導入される同センターとは、①総合相談支援・権利擁護 ②包括的・継続的ケアマネジメント支援 ③介護予防ケアマネジメント の機能を担う、地域包括ケアを支える中核機関のこと。その具体的業務内容については、厚生労働省老健局「地域包括支援センター業務マニュアル」、平成17年12月19日を参照のこと。



ア」を実現することにある。利用者の視点に立って、現場から制度を変えていく位の気概が求められているのである。

### 3. 地域包括ケアの実現に向けた具体的取り組み例

本節では、利用者の視点に立って、地域における包括ケア実現に向け、別のアプローチで取り組んでいる2地区の事例を紹介する。

#### (1) 広島県尾道市の事例

尾道市は、「ケアカンファレンスをツールとした多職種協働システムを構築することで、地域包括ケア体制を構築」したことで、全国的に有名である。

今回、これら地域包括ケア体制の構築を推進されてきた尾道市医師会の片山壽会長に、システム構築に至る経緯と理念などについて意見を伺うとともに、8例のケアカンファレンスに同席させて頂いた。以下、地域包括ケア構築において重要と思われる点を中心に、その概要をまとめる。

##### ① 基本理念の明確化

尾道市は、平成18年1月現在、人口約16万人、高齢化率約27%と、高齢化が進んだ地区である。

このような医療圏特性を踏まえ、医師および医師会としてどのような対応が必要かを考えた上で、平成6年に策定されたのが、7つの柱から成り立つ「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」である。

このコンセプトにおいて、最も重要なレベルを「主治医機能<sup>2</sup>」と設定し、この機能を最大限に発揮できる環境整備が地区医師会の役割であること、また、高齢化率の高い医療圏で、最大限に主治医機能を発揮するには、地域において、多職種協働による包括的・継続的なサービスが柔軟に提供できるシステムづくりが必要であるとの方向性が明示された。これ以後の様々な取り組み（例えば、社会福祉協議会や民生委員との連携、退院時カンファレンスへの取り組みなど）は、全てこのコンセプトに沿って進行しているものである。

介護保険制度が開始される6年も前から、長期的視野に立って、基本コンセプトを策定し、それに沿って着実に一つ一つの課題を解決してきた結果として、今日の「尾道モデル」が結実し、さらに、認知症の早期発見・早期対応やエンジェル・プランなどに発展していることは、特筆すべき事である。

このことは、如何に関係者が納得できる基本理念を構築できるか、また、その理念に沿って、具体的な地域での活動を長期にわたって推進できるかが、

<sup>2</sup> 主治医の果たすべき機能と責任を明確にするため、尾道市医師会では、「主治医機能三原則（図表3-2参照）」を策定し、地域におけるグループプラクティスの実践や、多職種協働の標準化を進めている。

地域作りでは重要であることを如実に物語っていると見えよう。

図表 3-1. 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

－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－

- (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
- (2) 最も重要なレベルは「主治医機能」と設定
- (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
- (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
- (5) 包括的にして連続性のあるシステムづくり
- (6) 医師会の事業に対する信頼性の確立・精度管理
- (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

(出所)日本医師会介護保険委員会「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)より。

図表 3-2. 尾道市医師会主治医機能 3 原則 (2001 年バージョン)

- ① **multiple functions** (多機能をもつこと)
  - ・ 在宅医療ケア (ハイテク系在宅医療、末期医療、24 時間対応、在宅緩和医療)
  - ・ 連携強化 (グループプラクティス、病診・診診連携、看護・介護との連携、ケアマネジャーとの連携)
  - ・ ケアマネジメント実務機能 (ケアカンファレンス、多職種協働とケアプラン)
  - ・ 認知症早期診断・ケア
- ② **flexibility** (柔軟な対応を行うこと)
  - ・ 利用者や家族の状況の理解 (長期フォローアップにおける療養環境の整備)
  - ・ 的確にしてタイムリーなサービス選択とアクセス
  - ・ 利用者本位のサービス提供 (個人の尊厳、QOL の重視、アドボカシー)
- ③ **accountability** (説明責任)
  - ・ 利用者が知っておくべき情報については適切な説明を行い共通認識とする
  - ・ インフォームドコンセントにおけるズレをなくす努力
  - ・ 関係多職種との共通認識に必要な説明責任
  - ・ コミュニケーション技術 (リスニングスキル) を駆使して信頼の基盤構築

(出所)尾道市医師会 HP([www.onomichi-med.or.jp](http://www.onomichi-med.or.jp))より。

## ②主治医機能を発揮するための環境整備の推進

前述したように、尾道モデルでは、「主治医機能」が非常に重要視されている。一人一人の医師が最大限の能力を発揮することが、地域における医療の総合力の向上につながるという信念に基づいたものであるが、これを支援するため、様々な取り組みがこれまで実施されてきた。その一つが、救急時の対応を支援するため、平成3年に整備された「尾道市医師会救急蘇生委員会」の救急救命システムである。また、在宅医療をサービス面から支援すべく、平成6年には医師会内に高齢者関連事業の設置準備委員会を発足させ、その後、平成7年には医師会立訪問看護ステーションを、平成9年には医師会立老人保健施設・在宅介護支援センターを、平成10年には24時間対応型のホームヘルプステーションを、平成11年にはケアマネジメントセンターを開設している。

さらに、平成14年には、社会福祉協議会と医師会の連絡協議会（社医連協）を、また平成16年には、これに民生委員が加わった社医民連協を発足させるなど、「主治医機能を介在させる形での高齢者の包括支援体制」が年々拡大し、今日に至っているのである。

図表 3-3. 主治医機能支援のためのこれまでの取り組み

年度	実施内容
平成3年	・「救急蘇生委員会」設置
平成6年	・「高齢者医療ケアシステム整備・基本コンセプト1994」 「主治医機能三原則」発表 ・「高齢者関連事業の設置準備委員会」発足 ・「高齢者医療福祉問題講演会」スタート
平成7年	・「医師会立訪問看護ステーション」開設
平成8年	・「病診連携懇話会」設置
平成9年	・医師会立介護老人保健施設「やすらぎの家」および在宅介護支援センター開設
平成10年	・「24時間対応型ヘルプステーション」を老健施設内に開設 ・在宅ケア部会がケアマネジメント研修を実施
平成11年	・「ケアマネジメントセンター」を老健施設内に設置 ・同センターの主催で同医師会方式ケアカンファレンスの集中6時間実務研修を2回実施
平成12年	・同医師会方式ケアカンファレンスによる現場の多職種協働を実践
平成13年	・「主治医機能三原則2001」発表
平成14年	・社医連協発足
平成15年	・社医連協＋民生委員＋ケアマネジャー協議会合同研修講演会 →「新・地域ケア」を提唱
平成16年	・社医民連協発足 ・「新・地域ケア」モデル構築

### ③ケアマネジメント概念／手法の理解の徹底

様々な障害を抱える高齢者に対しては、医療と介護のサービスが過不足なく一体的に提供されることが望まれる。これを実現するためには、主治医機能と併せて、ケアマネジメント機能の充実が必要不可欠である。

ところで、ケアマネジメントは、アセスメント過程～合意形成を経た上でのケアプラン作成過程～モニタリング過程で構成されるが、高齢者を包括的に評価するためのアセスメント過程は、高齢者をみる視点を養成する上で非常に重要である。

そこで、尾道市医師会では、まず、医師会事業部門である訪問看護ステーション、24時間ホームヘルプステーション、在宅介護支援センター、介護老人保健施設の全スタッフに対し、アセスメントツール<sup>3</sup>の標準装備を実施した。その上で、平成11年に設置したケアマネジメントセンター主催の、尾道市医師会方式（主治医医療機関で行う15分ケアカンファレンス）の集中実務研修を二回実施し、ケアマネジメントや多職種協働に対する理解の促進と、現場での具体的実施方法の習得を行い、介護保険施行前の段階でケアマネジメント体制の整備を完了していたのである。このことが、他地域では考えられない、90%以上という高いケアカンファレンス実施率につながったのである。

### ④ケアカンファレンスを通じた多職種協働の実現

前述したように、尾道市では、医師会が策定した基本コンセプトに沿う形で、主治医や在宅ケアに関わる関係職種のケアマネジメントに対する共通認識が様々な方法を用いながら形成され、今日に至っている。なかでも、ケアカンファレンスが、ケアマネジメント過程における「最重要プロセス」として位置づけられ、現場で「当たり前」のように実践されているのが最大の特徴である。

尾道市でケアカンファレンスが最重要プロセスと位置づけられた理由としては、①利用者意向が反映されたケアプランが作成できること ②過不足なきサービス提供が実現できること ③多職種協働が実現できること ④関係職種の研修機能を有していること であろう。

ケアマネジメントの理念が理解出来ているのか、また、その理解が、実際の業務にきちんと反映できているのかを相互チェックすることで、他の専門職に対する理解と、専門職としての役割が果たしているか否かの自己チェック機能の両方が実現できる最適な場が、実はケアカンファレンスであり、これを標準装備することで、地域のレベルアップが否応なく図られるのである。

<sup>3</sup> 介護老人保健施設ではMDS-RAPsを、訪問看護ステーションでは日本訪問看護振興財団方式を、在宅介護支援センターおよびホームヘルプステーションではMDS-HCを標準装備している。