

厚生労働科学研究費補助金  
長寿科学総合研究事業

地域包括ケアシステムの構築に関する研究

平成17年度 総括・分担研究報告書  
(H17-長寿-022)

主任研究者 田城孝雄

平成18(2006)年3月

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

地域包括ケアシステムの構築に関する研究

研究者名簿

主任研究者	田城孝雄	順天堂大学医学部公衆衛生学講座
分担研究者	田中 滋	慶應義塾大学大学院経営管理研究科
分担研究者	片山 壽	尾道市医師会
研究協力者	高橋 隆	茨城県立医療大学保健医療学部
研究協力者	瀬戸恒彦	かながわ福祉サービス振興会
研究協力者	土橋正彦	市川市医師会
研究協力者	星野 彰	岩手県立北上病院
研究協力者	外山 学	門真市医師会
研究協力者	小林廉毅	東京大学大学院医学系研究科
研究協力者	高橋謙造	順天堂大学医学部公衆衛生学講座
研究協力者	高砂裕子	南区医師協会 地域包括支援センター
研究協力者	阿部充宏	泉心会 高齢者総合支援センター 泉心荘
研究協力者	乙坂佳代	港北医療センターケアマネジメントステーション

## 目 次

### I. 総括研究報告

地域包括ケアシステムの構築に関する研究	1
田城孝雄	
(参考資料) 門真市域のケアマネジャーを対象としたアンケート結果報告	外山 学

### II. 分担研究報告

1. 尾道市における地域包括ケアシステムの運営に関する研究	37
田城孝雄、片山 壽、田中 滋、外山 学	
2. サービス担当者会議における「尾道方式」の数量的把握	40
高橋 隆	
3. 市川市医師会方式（在宅医療支援事業・地域医療支援センター）におけるサービス担当者会議の数量的把握	71
田城孝雄、土橋正彦	
(参考資料) 市川市医師会在宅医療支援事業について	土橋正彦
(参考資料) 地区医師会の取り組み	土橋正彦
4. 岩手県北上市における、行政・医療・市民が一体となった在宅緩和ケアへの取り組み	125
星野 彰	
(参考資料) 北上市在宅緩和ケア事業について	
(参考資料) 北上市緩和ケア支援事業実施要綱	
(参考資料) 北上市がん対策基金活用事業実施要領	
5. 北上市方式（行政・医療・市民が一体となった在宅緩和ケアへの取り組み）のサービス担当者会議の数量的把握	143
田城孝雄、星野 彰	

6. サービス担当者会議の実態と介護支援専門員の意識に関する質問紙調査：中間報告	175
--	-----

高橋 隆

(資料) サービス担当者会議の実態と介護支援専門員の意識に関する調査 調査票

(資料) 度数分布表

(資料) 記述統計表

III. 研究成果の刊行に関する一覧表	295
---------------------	-----

IV. 研究成果の刊行物・別刷	297
-----------------	-----

# Ⅰ. 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）  
総括研究報告書

## 地域包括ケアシステムの構築に関する研究

主任研究者 田城孝雄 順天堂大学 医学部公衆衛生学講座 講師

### 研究要旨

地域包括ケア先進地域の実態を把握し、他の地域に普及するための方策を探ることを目的に、神奈川県、広島県尾道市、千葉県市川市、福島県会津若松市、青森県北上市、医療法人洛和会（京都市山科区）の居宅介護支援業務に従事する介護支援専門員を対象に、地域包括ケアのケアマネジメントに必須なケアカンファレンス（サービス担当者会議）の実態と、介護支援専門員のケアカンファレンスに対する意識調査を行った。

チームによる地域包括ケアのケアマネジメントの基本であるケアカンファレンス（サービス担当者会議）のベンチマーキングの項目として、①ケアカンファレンスの参加者（利用者、家族、主治医、民生委員などの参加呼び掛け率、出席率）、②会議事前に共有した情報項目（特に、ケアプランの共有・検討・確定、介護の方針、利用者の主訴、家族の主訴、利用者の要介護状況、利用者の疾病に関する情報など）の項目数と情報共有率、③ケアカンファレンスで共有した情報（特に、医学的知識や医療的対処の方法、生活上の問題への対処方針、介護の方針、利用者の疾病に関する情報など）の項目数と情報共有率、④その結果としての開催時間、開催件数などを指標とすることにより、地域のケアマネジメントのレベルのベンチマーキングが可能になることが示された。

分担研究者 田中 滋 慶應義塾大学 大学院経営研究科医療経済学 教授

分担研究者 片山 壽 尾道市医師会 会長

## A. 研究目的

高齢者が住み慣れた地域で尊厳ある生活を継続することができるよう、要介護状態になっても高齢者のニーズや状態の変化に応じて必要なサービスが切れ目なく提供される「地域包括ケア」システムを地域で構築するために、地域包括ケア先進地域の実態を把握し、他の地域に普及するための方策を探ることを目的に行った。初年度である平成17年度は、地域包括ケアのケアマネジメントに必須なケアカンファレンス（サービス担当者会議）の実態と、介護支援専門員のケアカンファレンスに対する意識調査を行った。

## B. 研究方法

### 1. 調査対象

神奈川県、広島県尾道市、千葉県市川市、福島県会津若松市、青森県北上市、医療法人洛和会（京都市山科区）の居宅介護支援業務に従事する介護支援専門員を対象とした。

### 2. 実施方法

神奈川県と広島県尾道市については、平成17年11月1日時点において指定を受けているすべての居宅介護支援事業所を対象に、調査票を郵送した。

1事業所あたり調査票を2票ずつ居宅介護支援事業所の管理者あてに依頼状とともに郵送し、管理者から、調査対象事業所に勤務する介護支援専門員に手渡すよう依頼した。

記入済み調査票の回収については、返信用封筒を同封し、介護支援専門員が調査業務の委託を受けた社団法人かながわ福祉サービス振興会へ直接返送するよう依頼した。

千葉県市川市、福島県会津若松市、岩手県北上市については当該地域の介護支援専門員協会や医師会に調査票を一括して送付し、研修会等において介護支援専門員で配布・回収するよう依頼した。医療法人洛和会については、医療法人に調査票を一括して送付し、所属するすべての介護支援専門員に配布・回収するよう依頼した。

### （倫理面への配慮）

本研究は、動物もしくはヒトの生体資料を用いた研究ではない。また患者情報を扱わないので、原則的に、倫理委員会等に付議する種類の研究ではない。

プライバシー等の守秘等に関して配慮した。

## C. 研究結果

### （1）サービス担当者会議の月間開催回数

平成17年10月1～31日の間のサービス担当者会議の開催回数を所在地別に見ると、神奈川県は「0回」が34.3%でもっとも多い。また、市川市と北上市は「3回」がそれぞれ23.3%、38.5%でもっとも多い。一方、尾道市、京都市洛和会、会津若松市は「6回以上」が20～30%前後でもっとも多い。

#### (2) サービス担当者会議の開催場所

サービス担当者会議の開催場所を所在地別に見ると、神奈川県、京都市洛和会、市川市、会津若松市、北上市は「利用者の自宅」が60～90%台でもっとも多く、次いで「あなたが勤務している事業所」が30～40%台となっている。一方、尾道市は「主治医の診療所、病院」が89.2%でもっとも多く、次いで「利用者の自宅」が54.1%となっており、他の所在地とは異なる傾向を示している。

#### (3) 利用者および家族のサービス担当者会議への出席率

「利用者が出席した会議が1回以上ある」と答えたケースの割合を所在地別に見ると、尾道市、京都市洛和会、市川市、会津若松市、北上市はいずれも80～90%前後に達する。一方、神奈川県は64.6%とやや低めである。

「家族が出席した会議が1回以上ある」と答えたケースの割合を所在地別に見ると、尾道市、京都市洛和会、市川市、会津若松市、北上市はいずれも90%前後を占める。一方、神奈川県は69.4%とやや低めである。

逆に言うと、神奈川県では、平成17年10月において、自分の開催したサービス担当者会議に、利用者が一度も参加しなかった介護支援専門員が、回答者の35.4%、家族が一度も参加しなかった介護支援専門員が、30.6%存在することになる。

#### (4) サービス担当者会議の開催にあたり事前に共有した情報

サービス担当者会議の開催にあたり事前に共有した情報を見ると、50%を超えるものは「利用者の主訴」(75.1%)、「家族の主訴」(68.9%)、「利用者のADL、IADLの状況や変化」(75.1%)、「利用者の要介護認定状況」(67.9%)、「利用者の疾病に関する情報」(68.8%)、「利用者の生活状況」(65.8%)である。利用者に関する各種の情報は、事前に伝達され共有される傾向が見られる。

サービス担当者会議の開催にあたり事前に共有した情報を所在地別に見ると、「介護の方針」については、尾道市(70.3%)と京都市洛和会(61.1%)が他の所在地よりも高い割合を示している。

「ケアプランの共有・検討・確定」については、尾道市が59.5%で他の所在地よりも高い割合を示している。

一方、「利用者の主訴」、「家族の主訴」、「利用者のADL、IADLの状況や変化」、「利用者の要介護認定状況」、「利用者の疾病に関する情報」、「利用者の生活状況」はいずれの所在地においても50%を超えており、地域による差は認めなかった。



「利用者の要介護認定状況」については、尾道市と京都市洛和会がそれぞれ86.5%、83.3%であり、他の所在地よりも高い割合を示している。「生活上の対処の方針」についても同様に、尾道市(54.1%)と京都市洛和会(55.6%)が他の所在地よりも高い割合を示している。

#### (5) サービス担当者会議において共有された情報

サービス担当者会議において共有された情報を見ると、「利用者の主訴」(61.1%)、「家族の主訴」(62.8%)、「利用者のADL、IADLの状況や変化」(62.7%)、「利用者の生活状況」(54.5%)、「医療的知識や医療的対処の方法」(56.6%)、「生活上の問題への対処方針」(74.8%)、「介護の方針」(79.8%)、「ケアプランの共有・検討・確定」(86.7%)は50%を超える。

サービス担当者会議において共有された情報を所在地別に見ると、尾道市は「利用者の疾病に関する情報」(59.2%)、「医療的知識や医療的対処の方法」(83.8%)と「生活上の問題への対処方針」(89.2%)の共有率が、他の所在地よりも高い。尾道市におけるサービス担当者会議は、医療に関する情報の共有が行われているという点で、他の所在地とは異なっている。

「利用者の主訴」、「家族の主訴」、「利用者のADL、IADLの状況や変化」、「医療的知識や医療的対処の方法」、「生活上の問題への対処方針」、「介護の方針」、「ケアプランの共有・検討・確定」はいずれの所在地においても差はなく、50%を超えている。

#### (6) サービス担当者会議の所要時間

尾道市は、30分未満と回答した者が、68.9%であり、30分と回答した者が、26.7%で、この2つで95.6%であり、95%の回答者が30分以内と回答している。その平均ケア会議所要時間は、 $22.43 \pm 7.87$ 分で、適切と思われる所要時間は、 $21.89 \pm 9.00$ 分であった。一方、神奈川県では、60分と回答した者が42.2%であり、次いで30分が22.0%であった。60分および60分以上をあわせると、54.8%であり、平均ケア会議所要時間は、 $51.39 \pm 23.12$ 分で、適切と思われる所要時間は、 $49.04 \pm 19.16$ 分であった。市川市は、 $50.09 \pm 17.92$ 分、適切と思われる所要時間は、 $45.75 \pm 16.02$ 分であった。北上市は、 $34.57 \pm 22.05$ 分、適切と思われる所要時間は、 $30.58 \pm 16.51$ 分であった。洛和会ケアシステムは、 $46.94 \pm 16.58$ 分、適切と思われる所要時間は、 $38.88 \pm 14.48$ 分、会津若松市は、 $35.20 \pm 16.16$ 分、適切と思われる所要時間は、 $32.62 \pm 14.90$ 分であった。

#### (7) サービス担当者会議の参加を呼びかけた人

介護支援専門員がサービス担当者会議への参加を呼びかけた相手を見ると、「利用者」(71.2%)、「家族」(81.0%)、「サービス事業者」(92.0%)が高い割合になって

いる。一方、「主治医」への呼びかけは27.0%にとどまっている。

介護支援専門員がサービス担当者会議への参加を呼びかけた相手を、所在地別に見ると、尾道市においては、「主治医」への呼びかけの割合が97.3%、「主治医以外の医療機関の職員」が54.1%、「民生委員」が51.4%であり、他の所在地とは異なる傾向を示している。さらに、割合は低いものの、尾道市においては「保健師」(16.2%)と「薬剤師」(10.8%)が、他の所在地よりもやや高めである。このように、尾道市においては、主治医をはじめとする医療系専門職と民生委員に対する参加の呼びかけが広く行われているという点で、際だった特徴を見ることができる。

一方、「利用者」、「家族」、「サービス事業者」についてはいずれの所在地においても高い割合を示している。

#### (8) サービス担当者会議に参加した人

サービス担当者会議に参加した人を見ると、「利用者」(66.4%)、「家族」(73.7%)、「サービス事業者」(90.2%)が高い割合になっている。一方、「主治医」の参加率は17.5%にとどまっている。

サービス担当者会議に参加した人を所在地別に見ると、尾道市においては「主治医」の参加率が89.2%、「主治医以外の医療機関の職員」が62.6%、「民生委員」が48.6%であり、他の所在地とは異なる傾向を示している。さらに、割合は低いものの、尾道市においては「保健師」(16.2%)と「薬剤師」(8.1%)が、他の所在地よりもやや高めである。尾道市においては、参加を呼びかけた人と同様に、主治医をはじめとする医療系専門職と民生委員の参加率が高いという点で、際だった特徴を見ることができる。

「利用者」、「家族」、「サービス事業者」がいずれの所在地においても高い割合になっている。

#### (9) サービス担当者会議の開催形態

サービス担当者会議の開催形態を所在地別に見ると、神奈川全県は「臨時にのみ開催している」が53.4%で半数を超えている。一方、尾道市、京都市洛和会、市川市、会津若松市、北上市は、いずれも「定例日と臨時を組み合わせている」が50~70%前後でもっとも多い。

#### (10) サービス担当者会議の開催にあたり困難を感じること

サービス担当者会議の開催にあたり困難を感じることを見ると、「サービス事業者との日程調整」(76.9%)、「主治医の出席」(70.1%)が高い割合を示している。

一方、他の困難な点については、いずれも10~30%台にとどまっている。

サービス担当者会議の開催にあたり困難を感じることを所在地別に見ると、「サービス事業者との日程調整」と「主治医の出席」が、神奈川全県、京都市洛和会、市川

市、会津若松市、北上市において高い割合を示している。

一方、尾道市は「サービス事業者との日程調整」が44.4%、「主治医の出席」35.6%であり、他の所在地よりも低い。

#### (1 1) 進行運営上で困難を感じること

進行運営上で困難を感じていることを見ると、50%を超えるものはない。「特定の専門職に発言が偏りがち」が22.9%、また「上手に進行できない」が29.6%であり、他の回答よりもやや高めである。

進行運営上で困難を感じていることを所在地別に見ると、尾道市には「利用者の状態説明に時間がかかる」と回答した介護支援専門員はいない。一方、「上手に進行できない」と回答した介護支援専門員は半数(51.1%)にのぼり、他の所在地と異なる傾向を示している。

#### (1 2) サービス事業者が、サービス担当者会議に参加しない理由

サービス事業者がサービス担当者会議に参加しない理由を見ると、50%を超える理由はない。「日にちや曜日が合わない」(42.1%)と「時間帯が合わない」(38.5%)をあげた介護支援専門員が、ほぼ40%前後に達する。

サービス事業者がサービス担当者会議に参加しない理由を所在地別に見ると、いずれの所在地においても「日にちや曜日が合わない」と「時間帯が合わない」が20~50%前後を占めている。

#### (1 3) 主治医が、サービス担当者会議に参加しない理由

主治医がサービス担当者会議に参加しない理由を見ると、「自分が出席を呼びかけていない」が56.9%であり、介護支援専門員の半数を超えている。次いで、「時間帯が合わない」(43.7%)、「日にちや曜日が合わない」(43.3%)となっている。

主治医がサービス担当者会議に参加しない理由を所在地別に見ると、神奈川全県、京都市洛和会、市川市、会津若松市、北上市では「自分が出席を呼びかけていない」が50~70%前後に達し、次いで「日にちや曜日が合わない」と「時間帯が合わない」が30~40%前後になっている。

一方、尾道市においては、いずれの理由も他の所在地より低い割合となっており、特に、「自分との信頼関係が確立されていない」と回答した介護支援専門員がないことが特徴である。

#### (1 4) 利用者が、サービス担当者会議に参加しない理由

利用者がサービス担当者会議に参加しない理由を見ると、どの理由も20%に満たない。

利用者がサービス担当者会議に参加しない理由を所在地別に見ると、いずれの所在

地においても特に高い割合の理由はない。

(15) 家族が、サービス担当者会議に参加しない理由

家族がサービス担当者会議に参加しない理由を見ると、「日にちや曜日が合わない」が30.7%、「時間帯が合わない」が24.9%となっているほかは、他の理由は20%に満たない。

家族がサービス担当者会議に参加しない理由を所在地別に見ると、神奈川全県においては、割合は低いものの「自分が出席を呼びかけていない」と回答した介護支援専門員が12.7%おり、他の所在地よりもやや高い。

(16) ふだんから相談する相手

介護支援専門員がふだんから相談する相手を見ると、「サービス事業者」(73.0%)、「職場の上司・同僚」(79.4%)が高い割合を示している。

次いで、「主治医」(36.9%)、「主治医以外の医療機関の職員」(32.4%)、「在宅介護支援センターの職員」(36.7%)、「福祉事務所等のケースワーカー」(25.8%)、「他事業所のケアマネジャー」(25.2%)がいくぶん高い割合となっている。

介護支援専門員がふだんから相談する相手を所在地別に見ると、「サービス事業者」と「職場の上司・同僚」がいずれの所在地においても高い割合となっている。

また、尾道市は「主治医」が86.7%、「民生委員」が30.0%であり、他の所在地よりも際だって高い割合となっている。

一方、神奈川全県は「在宅介護支援センターの職員」が38.1%、「保健師」が15.8%、「福祉事務所等のケースワーカー」が23.8%、「他事業所のケアマネジャー」が27.4%であり、他の所在地よりもいくぶん多めの割合となっている。

#### D. 考察

サービス担当者会議に実態調査および介護支援専門員の意識調査の結果は、尾道市と、神奈川県など他の地域とでは、大きな違いを示した。

サービス担当者会議の構成要素である参加者と会議および事前に共有される情報に関して考察する。

##### 1. 参加者

###### (1) サービス担当者会議の参加者 参加を呼びかけた人

尾道市では、利用者が97.3%であったが、神奈川県では65.6%であった。家族は、尾道市では回答者の97.3%が参加を呼びかけており、神奈川県では78.0%であった。主治医は、尾道市では97.3%であり、神奈川県では23.3%と大きな差があった。サービス事業者は、尾道市では100%であり、神奈川県では91.5%であった。主治医以外の医療機関の職員は、尾道市が54.1%であり、神奈川県は28.0%であった。在宅

介護支援センターの職員は、尾道市は16.2%であり、神奈川県は21.2%であった。民生委員は、尾道市が51.4%であり、神奈川県は7.8%と大きな差があった。

### (2) サービス担当者会議の参加者 実際に参加した人

数%ずつ下がっているが、参加を呼びかけた人と大きな差は無い。利用者が参加したと回答した者は、尾道市では94.6%であり、神奈川県では61.1%であった。家族は、尾道市では94.6%であり、神奈川県では70.2%であった。尾道市では、回答した介護支援専門員の約95%が、サービス担当者会議に利用者・家族が実際に参加していると答えている。一方、神奈川県では、利用者は回答者の61%、家族は約70%であり、逆に言うと、回答した介護支援専門員の約40%では利用者が、約30%の介護支援専門員が家族が参加しないままサービス担当者会議を行っていることを示す。

### (3) 毎回出席が必要と思われる人

この項目は意識調査であり、前項と異なり、全員に回答してもらった。利用者が毎回出席が必要と回答した者は、尾道市では88.9%であり、神奈川県では58.8%であった。家族は、尾道市では86.7%、神奈川県では71.7%であった。主治医は、尾道市80.0%、神奈川県20.2%であり、大きな差があった。

サービス担当者会議またはケアカンファレンスの参加者は、参加を呼び掛ける時点で、尾道市とそれ以外の地域と大きく異なっている。主治医と民生委員に対する呼び掛け、及び参加が尾道市以外では少ない。主治医が会議に参加しない理由も、日にち・時間帯のスケジュール調整が難しいだけでなく、自分が参加を呼びかけていない、自分との信頼関係が確立されていない、会議の意義や役割を理解してくれない、連絡がつかないと言う、主治医とケアマネジャーのコミュニケーション不足を示唆する理由が並ぶ。

参考資料の大阪府門真市における介護支援専門員に対するアンケート調査（外山協力研究者）の結果も、同様である。

## 2. サービス担当者会議で共有される情報

また、主治医が会議に参加するか否かで、会議で共有される情報も異なってくる。尾道市のサービス担当者会議では、「医療的知識や医療的対処の方法」「利用者の疾病に関する情報」「生活上の問題への対処方針」が共有される。神奈川県など他の地域との差が大きいものは、「医学的知識や医学的対処の方法」「生活上の問題への対処方針」「利用者の疾病に関する情報」であった。これは主治医が参加していることが多いため、ケアカンファレンスで医学的情報が共有されると考えられる。

デイサービス担当者や訪問入浴担当者、ホームヘルパー等が、介護上、医療的な知識が必要であり、サービス担当者会議で、直接主治医に確認でき、介護サービス上有

益なため、最優先で出席する。一方、サービス担当者会議に主治医が参加せず、医学的な情報が共有されない場合は、介護サービス提供者は、利用者の医学的状況や医療的対処の方法を共有することなく、不安なまま介護に当たることとなる。

### 3. 事前に共有される情報

事前の情報共有も、大きく異なっている。尾道市では、「ケアプランの共有・検討・確定」が、回答した介護支援専門員の6割で行われている。

全体として、尾道市は神奈川県より高く、事前に情報共有が行われていることが示された。尾道市では、事前に多くの項目で、(事前に)情報を共有していると回答した介護支援専門員の比率が高かった。利用者の主訴を事前に共有していた介護支援専門員は、尾道市では回答者の91.9%であり、神奈川県では回答者の72.7%であった。

尾道市では、サービス担当者会議(ケアカンファレンス)の前に、ケアプランを主治医に持参しチェックを受けることが多い。ケアカンファレンスを開催する前に、ケアプランを事前に検討し、ブラッシュアップしてから、ケアカンファレンスに臨む。

尾道市は、個人情報保護法に対応し、事前のアセスメントやケアプランの原案などの事前に共有すべき資料は、介護支援専門員が、ケアチームの成員に、原則として、直接持参配布または郵送している。

尾道市では、「ケアプランの共有・検討・確定」が、回答した介護支援専門員の6割で行われているため、サービス担当者会議の進行運営上で困難を感じることで、「利用者の状態説明に時間がかかる」という事態は生じない。

このため、サービス担当者会議の開催時間が短くて済むことになる。60分以上掛かっている神奈川県と比較し尾道市では、同じ時間で3倍の件数のサービス担当者会議を開催できる。さらに開催場所も、利用者の自宅と異なり、主治医の診療所や病院等で、複数の会議を集中して開催するので、限られた時間内で、3倍以上の件数を開催できる。

サービス担当者会議の実施時間の実態調査と、会議支援専門員の意識調査において、適切と考えられる会議時間を比較すると、どの地域も、現状の所要時間を適切と考えていることを示す結果となった。正確には、現状の所要時間より若干短い時間を理想としている。

適切と思われるサービス担当者会議の所要時間は、全地域で、現状の是認を示す実際の所要時間と変わらない時間であった。平均時間22分の尾道市も、51分の神奈川県も、適切と思われる時間は、現状とほぼ同じ時間を適切と回答した。事前情報の共有により、必要時間の短縮化を図ることは可能であるが、その可能性や必要性を、それぞれの地区では感じていないことを示す結果である。

例えば、神奈川県は、尾道市の約3倍の時間を所要していた。サービス担当者会議の開催場所として自宅が多く、開催場所の移動の時間を考慮すると、同じ時間にて、サービス担当者会議を開催できる回数が3分の1以下となる。

「準備不足のまま開催する」⇒「利用者の状態説明に時間が掛かる」「会議の結論がまとまらない」「開催時間が60分以上になる」⇒「同じ時間で開催できる件数が減る」⇒「サービス担当者会議を開催する時間が無くなる」⇒「サービス担当者会議の開催件数が減る」という悪循環に陥る可能性が高くなると考えられる。

事前の情報共有が少ない。事前に方針を共有していない。会議時間が長引く。会議の開催件数が少ない。というサイクルに陥っている可能性。

また、一部であるが、利用者や家族の同席を求めず、また「利用者の主訴」や「家族の主訴」ではなく、「利用者のADLやIADLの状況や変化」に対する情報共有率が高いという事は、ごく一部で、『サービス担当者の、サービス担当者による、サービス担当者のためのサービス担当者会議』、文字通りの『サービス担当者会議』が利用者、家族不在の場で行われている可能性も否定できない。

地域包括支援センターは、総合相談支援、虐待の早期発見・防止などの権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援、介護予防ケアマネジメントの4つの機能を担う地域の中核機関である。要支援者の軽介護者のケアマネジメントは、地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメント事業として担うことになり、地域の居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、中重度者や認知症の高齢者のケアマネジメントを担うことになる。

中重度者は、医療の依存度も高く、介護と医療の連携が必要である。このためケアマネジメントにおける主治医等との連携をさらに強化を図る必要がある。ケアマネジメントの見直しとして、包括的・継続的ケアマネジメントの推進、ケアマネジャーと主治医等の連携強化の指標として、ケアマネジャー標準担当件数の引き下げや不適切な事業運営に関する報酬減産などの他に、チームによる地域包括ケアのケアマネジメントの基本であるケアカンファレンス（サービス担当者会議）のベンチマーキングの項目として、

(1) ケアカンファレンスの参加者（利用者、家族、主治医、民生委員などの参加呼び掛け率、出席率）

(2) 会議事前に共有した情報項目（特に、ケアプランの共有・検討・確定、介護の方針、利用者の主訴、家族の主訴、利用者の要介護状況、利用者の疾病に関する情報など）の項目数と情報共有率

(3) ケアカンファレンスで共有した情報（特に、医学的知識や医療的対処の方法、生活上の問題への対処方針、介護の方針、利用者の疾病に関する情報など）の項目数と情報共有率

(4) その結果としての開催時間、開催件数など

以上を選び、その指標により、地域のケアマネジメントのレベルのベンチマーキングが可能になる。

次年度は、地域包括支援センター設置後の地域の変化を、継続して定点観察的にフォローアップする計画である。その指標としても最適である。

## E. 結論

サービス担当者会議は、尾道市においては、単なる『サービス担当者会議』ではなく、『ケアカンファレンス』であり、ケアチームが全員出席することが前提となっている。ケアチームの構成員全員にとり、出席することにより得られるメリットは大きい。それは主治医も、介護職種も同じである。ケアカンファレンスに出れば、良い事がある。得である。だから、最優先で出席する。

主治医は、ケアチームの一員である。ケアカンファレンスは、主治医抜きに考えられない。介護職（ホームヘルパー、デイサービスなど）も、ケアカンファレンスに出ている方が、利用者の病状が把握できて、安心である。ケアカンファレンスの席上、主治医に状態に関して、質問できるメリットがある。

尾道でも、ケアマネジャーをはじめ、介護職も、主治医には質問する際に、躊躇があった。（「壁」）しかし、ケアカンファレンスの場で、質問できるので、便利であり、知識量も増加する。

主治医も利用者も、家族も、介護職も参加し、そこで多くの情報共有が行われる（事前も含めて）。そのため出席者にとって、得られるメリットは大きい。であるからスケジュールを最優先で、調整して出席する。サービス担当者会議で、重要かつ有益な情報が共有されるので、ケアチームの人間は、喜んで参加する。むしろ、参加しないと困ったことになる。主治医にとっても長年診療している患者・利用者の家庭内での生活状況を、介護職・ケアマネジャーを通して把握できるので、利点が多い。

尾道方式で無い場合は、主治医が出席していないので、医療に詳しくない介護職は、病状に関する情報を得ることが出来ない。その場合は、訪問看護師から医学的な情報があることになると推測される。他の地域は、困ったまま、困ったことを自覚しないままケアマネジメントを行っているとも言える。

4つ以上のサービスを組み合わせるなどではなく、ケアカンファレンスを行っているか、利用者・家族を含めてケアチーム全員が参加しているか、共有されている情報



は、その情報は会議前（事前）にケアチームの成員に周知されて、会議が行われているかを、ベンチマーキングすればケアマネジメントが、良く行われているか把握可能である。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当するものなし

## 参考資料

# 門真市域のケアマネージャーを対象とした アンケート 結果報告

研究協力者 外山 学 門真市医師会 副会長

# 門真市域のケアマネージャーを対象としたアンケート 結果報告

門真市医師会 副会長 外山 学

## 【はじめに】

残念ながら、医師とケアマネージャー（以下、ケアマネ）との連携は、全国的に、今なお進んでいるとはいえない。早くも「永遠の仮題」との指摘もあるくらいである。医師に連絡せずにケアカンファレンス（介護サービス担当者会議）が開催されることも、現実には多い。

ケアマネは、利用者とは介護保険サービス利用開始からの、しかもどんなに長くても公的介護保険制度が発足した 2000 年からのおつきあいであるため、かかりつけ医に比べて、以前の人となりや地域での生活ぶり、家族関係などを把握していないことも少なくない。逆に、医師が把握していなかった日常生活面での情報をケアマネが有していることも多く、お互いのコミュニケーションは、何より患者（サービス利用者）のために、重要である。

よく医師への連絡は「敷居が高い」などと表現される。この状況を改善すべく、主治医とケアマネが、手軽に連絡を取るための工夫は、これまで全国各地で試みられてきた。代表的なものが、「ケアマネタイム」の設定と「連携のための書式」の作成である。

「ケアマネタイム」は、北九州市の若松区医師会が最初に始め、今では全国各地に広がっている。それぞれの医療機関において、ケアマネからの電話等の相談に優先的に応じる時間帯を 1 日に 2～3 時間程度設定し、それを一覧表にとりまとめて各事業所に配布するしくみである。大阪府下の医師会でも、導入しているところがある。

又、「連携のための書式」も、各地で種々の物が使用されている。門真でも 2000 年 6 月に、門真市医師会が提案して作成し、門真市域で使い始めた後、くすのき広域連合（門真市・守口市・四条畷市）に公式に採用された。本書式の特徴は、1) ケアマネから主治医、主治医からケアマネ、双方向性を意識してそれぞれの書式を作成したこと、2) 主治医意見書は大病院の専門医が書いているが、日常診療は地域の開業医が行っているケースを想定して、主治医意見書の記載医師以外の医師でもケアマネと連携が取れるよう、利用者（患者）の同意書欄を内包していることである。

しかし、これらのツールにも関わらず、尚、効果が不十分との報告も多いのが実状で、残念ながら門真市域も同様である。全体的には、主治医とケアマネとの連携は活発とはいええず、医師の参加したケアカンファレンスの開催も、まだまだ少ない。「そんなこと、さっさと医師に相談してくれていればすぐに解決して、ケアマネが独り相撲を取らずにすんだのに」「もっと早くに情報交換ができていれば、ここまで問題が複雑になることはなかったのに」と感じるケースにも、不本意ながら時に遭遇する。

そのような状況の中、「ケアマネと主治医の連携」をテーマとした、2005 年 9 月 22 日の門真市域のケアマネ連絡会において、何か突破口になるような材料を提供できないかと考え、門真市医師会地域医療委員会でアンケートを企画、実施した。その結果をここに報告する。

## 【方法】

アンケート内容は、門真市医師会地域医療委員会で検討して作成し、門真市域のケアマ

ネ連絡会、及び市の基幹型在宅介護支援センター（保健福祉センター内）の協力を得て、同連絡会から門真市域の全事業所にFAXで依頼した。回答は無記名で、同センター宛でのFAX送信等で回収した。実施期間は、2005年9月6日～22日であった。

### 【結果】

回答数は50で、回答率は70%台前半であった。ケアマネ連絡会も市も、市域の全事業所名は把握しているが、個々のケアマネの人数は把握しきれないので、概数となる。

回答者の年齢と性別は<図1>のとおりである。40歳を境に、30歳代までと40歳以上が半々であった。男性：女性は1：3.5であった。

又、もともとの職種は<図2>のようであった。福祉系：医療系は2：1だった。ちなみに、ケアマネの受験資格の一覧を<表1>に紹介する。

### <表1>

#### 介護支援専門員実務研修受講試験 受講資格

##### 1) 国家資格等に基づき当該業務を行う者

医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む）、精神保健福祉士

##### 2) 施設等において相談援助業務を行う者（詳細省略）

##### 3) 施設等において介護業務を行う者（詳細省略）

以下、設問に対する回答結果とコメントである。

#### (1) 勤務経験についてお聞かせ願います。

(1-1) もともとの職種（ケアマネ試験の受験資格）とその経験年数をお教え下さい

( ) ( ) 年

(1-2) ケアマネとしての経験年数をお教え下さい。

( ) 年

結果を<図3>に示す。もとの職種の経験年数は、平均では9.9年だが、10年未満が7割以上を占めていた。ケアマネとしての経験年数は平均2.4年で、2年までで過半数になるが、5年のベテランも2割あった。比較的若くて、かなり経験の浅いケアマネが多いことになる。開業医のキャリアと比べると、その差は歴然といえると思われる。

#### (2) ケアプランを立てる際に、主治医意見書を取り寄せて読んでいますか？