

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
片山 壽	尾道方式の新・地域ケアの構築と認知症ケア	永田久美子	認知症の人の地域包括ケア	日本看護協会出版会	東京	2006	47-59

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
片山 壽	患者本位のシステムとしての地域医療連携と在宅医療	治療	87	1693 - 1701	2005
田中 滋	在宅医療と介護保険の制度的関連	治療	87	1709 - 1713	2005
外山 学	在宅医療と主治医機能, ケアマネジャーとの連携	治療	87	1771 - 1776	2005
土本正治、片山壽 他	遷延性意識障害の患者における在宅復帰と多科医療連携(尾道モデル)	治療	87	1789 - 1806	2005
外山 学	介護保険制度見直しと医師の役割 制度改革で変わる医師の役割	クリニカルプラクティス	24	1129 - 1132	2005
片山 壽	尾道市における地域医療連携とケアマネジメントのシステム化	看護	58	50-54	2006

IV. 研究成果の刊行物・別刷

患者本位のシステムとしての 地域医療連携と在宅医療

片山 壽 尾道市医師会会長／片山医院（広島県）

SUMMARY

高齢化率において世界一となった避けがたい現実と、それに対応する社会保障政策の持続可能性の厳しい議論のなかで、2006年度には第5次医療法改正、診療報酬・介護報酬の同時改定が行われようとしている。この重大な局面において、医療は患者本位に提供されてきたかという命題を抱えつつ、将来の国の安心の基盤として医療にはシステムとして効率的かつ総合的に機能し、国民の評価にたえうる方法論を確立することが求められる。

とくに急性期医療と在宅医療の効率的機能分担は、医療提供の包括性と地域の支えとして多くの政策を可能にする意味で最重要といえる。

本稿では患者の視点を重視しつつ、高齢国家の医療提供のあるべき姿を模索し、政策側と医療現場が乖離することなく、最善の医療提供体制を構築する建設的な努力を誘発したい。

I 地域医療連携における双方向の「視点の合わせ」の重要性

従来の病診連携という言葉のスローガンに風化させた責任は、医療現場にあるといえるが、これは、患者本位という考え方の欠落にほかならない。

急性期病院には急性期、あるいは中核病院の視点に偏って医療提供の形態を考えてしまう点、在宅医療には在宅資源としての診診連携や包括的ケアの視点の拡大が遅れた点があげられる。

筆者の持論として「医療はシステムとして提供されるべきもの」との考えがあるが、急性期病院と在宅医療はまさに、患者の視点から考えれば双方

向のエネルギーを共有して最大の患者の利益をもたらす医療提供システムの形態でなければならない。

ここでの阻害要因の一つは、急性期病院サイドの在宅医療、あるいは患者の在宅療養と生活障害への理解不足と関心の低さがあげられるが、一部の勤務医の記載する主治医意見書の内容の不備はこの点を如実に物語っている。入院中の患者以外の主治医意見書は在宅主治医に任せることが、在宅生活の課題を理解して記載することで患者には有益であり、機能分担が適正に行われたことになる。

1 在宅医療から見た急性期病院の持つ患者本位の「在宅支援機能」

在宅医療を行っている在宅主治医の大半は急性期病院の勤務医歴を持っている医師が多く、いい意味で、急性期と在宅を両方知っているわけであるが、急性期病院の医師に前出の在宅の視点をもつことは、かなりの注文であるかもしれない。

しかし、いままでの急性期病院における退院支援のプロセスに的を絞ってみると、これは患者本位とはいえないことが多い。退院後、その病院へ通院するので病院主治医でフォローは可能という考えもあるが、この点が病院中心の視点というわけであり、在宅における生活上の注意点や、退院後の患者の在宅療養への希望を理解しているかどうか疑問である。

とくに高齢患者に必要な介護保険への理解は大幅に遅れていることが多く、患者に必要な医療制

度を含めた社会保障制度の適切な理解は医療者には必須の知識である。

また、入院を紹介した在宅主治医と病院主治医との医療の継続性は、患者にとっては最重要であるが、このプロセスをシステム化しなければ、患者にとっての医療提供の効率性は低い。この点で説明責任を果たし理想的な患者本位の退院支援プロセスは、後述の急性期病院の退院前ケアカンファレンスである。

急性期病院は高度の専門性を有する設備の完備した医療機能を中核に、看護システム、薬剤部、栄養管理、リハビリテーション、情報管理などの必須の重要部門を配備しているが、救急を中心とした緊急対応機能にはその集約がみられる。そういう地域の拠点としての急性期病院の機能を在宅支援機能から見たものが図1であるが、「急性期」の部分を担当する医療機能を有効に活用して、患者を適切な専門的医療にアクセスするのが在宅

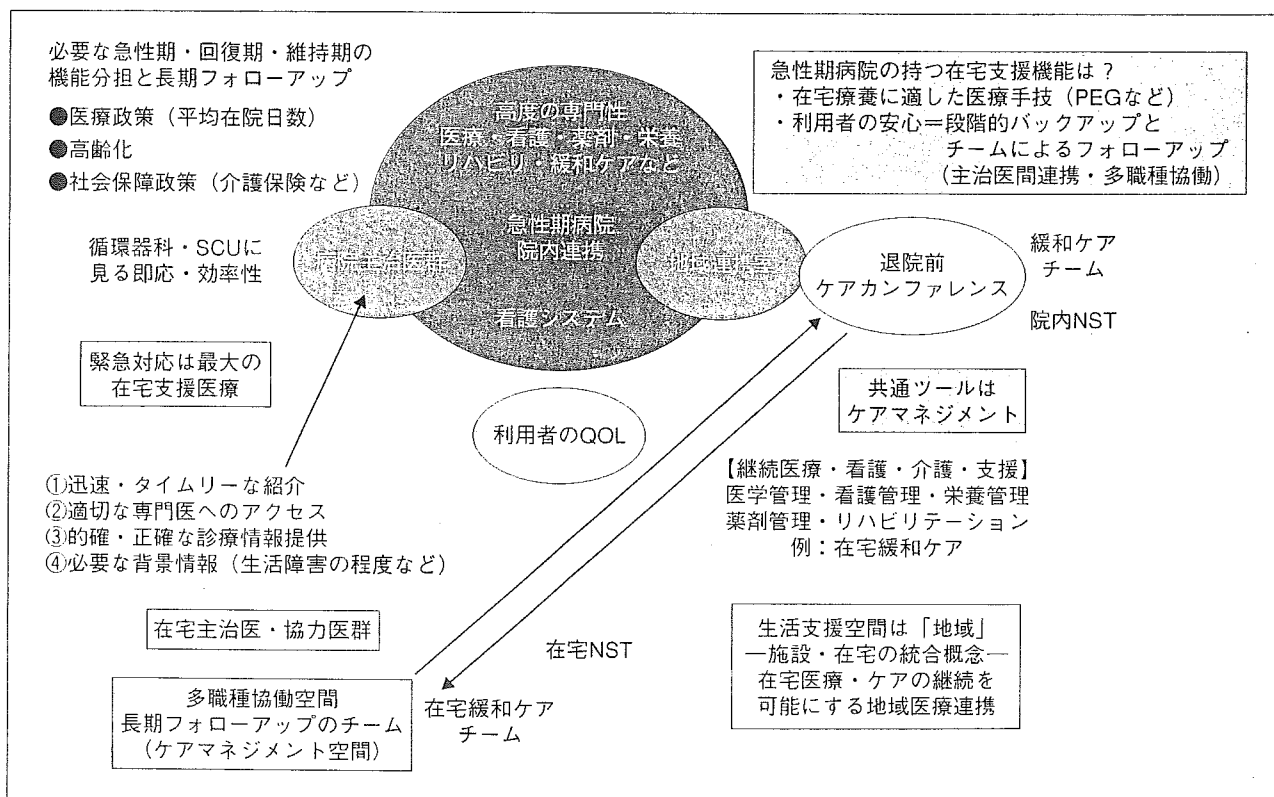


図1 急性期病院の在宅支援機能を利用者本位に最大限に引き出すシステム (H.Katayama Onomichi Medical Association 2003)

主治医の機能である。この図とチャート（図2）を使って、急性期と在宅の目あわせを患者本位の視点で行ってみたい。

在宅で療養している高齢者を例にとれば、急な変化を起こしやすいグループであるので、肺炎や脳梗塞、腸閉塞や心疾患、あるいは転倒骨折など、救急搬送にて急性期病院を受診することは多い。この段階で在宅主治医はタイムリーに緊急対応をとらねばならないが、患者の情報を適切に伝達する義務があり、ここは在宅主治医としての力量を患者側と病院側に問われる場面である。

高い点で、急性期の医療提供効率は集約されていて、患者の得る利益は大きいわけである。ただし、その後の回復期にいたるまでの間に、急性期病院のもつ別の専門性があらゆる分野で提供されることが期待されるが、看護管理や栄養管理、リハビリテーションなどが同時に効率的に行われねば、せっかく急性期でゲットしたポイントが、総合評価としては患者や在宅主治医に理解されない場合がある。この点を保完するのがクリティカルパスの精度と地域連携室の実力であるが、病院主治医のもつ「主治医機能」にはかならない。

2 急性期病院の緊急対応は在宅医療の最大の支援機能

つまり、急性期病院の緊急対応は在宅医療の最大の支援機能といえるので、その機能を使いこなせないのであれば在宅主治医は評価されないことになる。

SU（Stroke unit 脳卒中ユニット）や心筋梗塞など循環器の緊急対応は、スピードと治療効果が

3 急性期と在宅の「目あわせ」のポイントは退院前ケアカンファレンス

在宅と急性期病院をケアマネジメントでつなぐ退院前ケアカンファレンス

図2で示したように、急性期病院と在宅は長期フォローアップの時間空間においては、利用者（高齢障害者）は何回でもこのチャートの矢印のごとく、急性疾患により往復し、それぞれに、

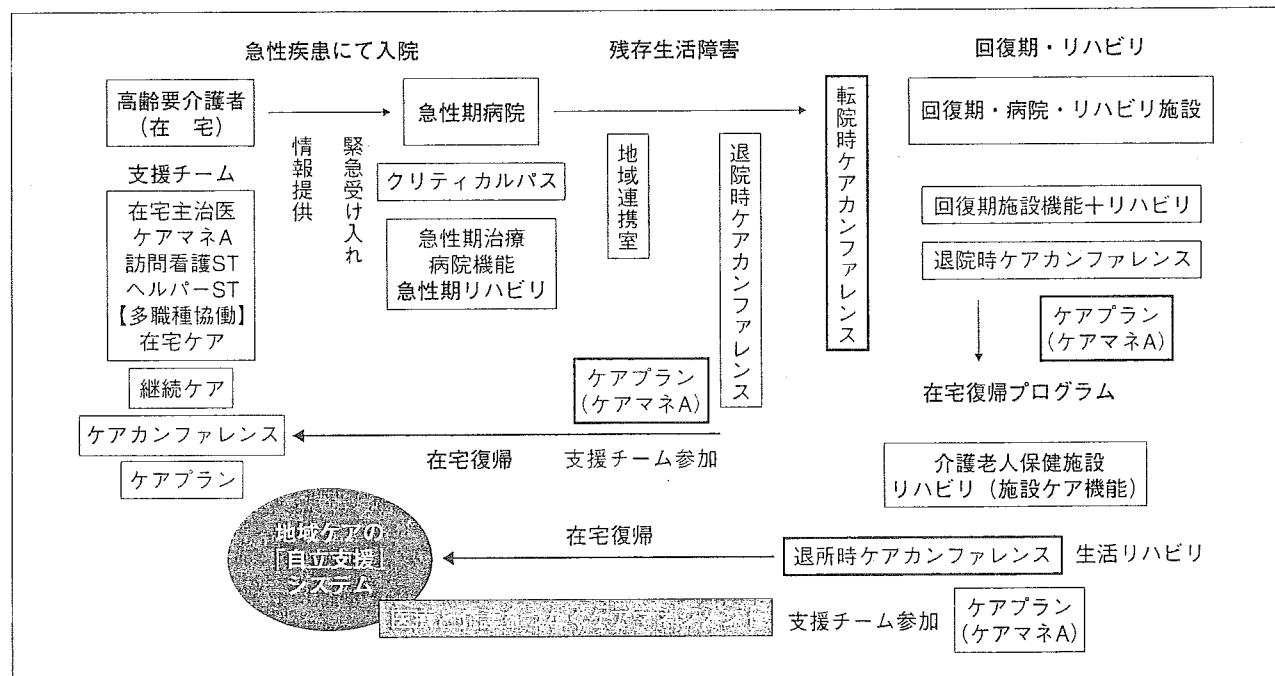


図2 尾道市医師会・長期支援ケアマネジメントプログラム(CC to CC) (H.Katayama Onomichi Medical Association 2001)

回復期，維持期を時系列的に経過するわけである。また，そのときの利用者の状態により介護保険と医療保険との給付は一体的に行われるので，図2により，医療と介護はケアマネジメントにより連続性を持ちながら包括的な空間として整理される。

①生活障害とQOL ②在宅療養とケアマネジメント ③患者本位の退院支援，この3点は，平均在院日数の短縮化を迫られている急性期病院において医師や看護師が多忙を理由とすることなく，患者本位の視点で退院支援を優先する習慣のなかに，個人の尊厳を重視する病院主治医機能を兼ね備えることで，この3点はおのずと理解が進むはずである。

同様に，個々の患者としては，急性期疾患で麻痺などの身体機能障害を残したまま，治療環境の異なる回復期病院や在宅に移行することは，最も不安な場面といえるので，適切な情報提供と利用者側との合議は，説明責任のうえからも在宅主治医の参加による院内ケアカンファレンスは不可欠といえる。理論的には，クリティカルパスをケアマネジメントパスにダブらせる作業で，急性期と回復期・維持期は在宅，介護保険空間も含め継続が可能である。

ここでの，急性期と回復期の接続場面として，

患者本位の集約的なイベントが退院支援として継続医療，継続看護を軸として，受け皿である在宅の主治医，ケアマネジャーや在宅サービス資源が一堂に会する，退院前ケアカンファレンスといえる（図3）。

本来，医療とケアは包括的なシステムとして適切に提供されるべきであり，このシステムは患者のQOLを重視した多職種協働がケアマネジメントをツールとして適正に機能することが必要である。



人工呼吸器装着にて在宅移行のAMさん退院前ケアカンファレンス6回目
2004.4 尾道市立市民病院
利用者・介護者への支援チームが必要に応じて拡大していく
The OMA method on long-term care management programs

図3 人工呼吸器装着にて在宅移行の患者の急性期病院退院前ケアカンファレンス
介護者，病院側：病院主治医（神経内科），地域連携室長，病棟師長，主任，看護師
在宅側：在宅主治医（内科），ケアマネジャー，耳鼻科医，歯科医，2系統の訪問看護ステーション（24時間体制），24時間訪問介護，各医院師長

II 在宅医療をとりまく環境と求められる役割の拡大「新・地域ケア」

1 高齢化に対応する地域医療・介護の包括的システムによる長期フォローアップ（図2）

筆者は高齢化率25%を超える医療圏で内科の診療所を先代より継承して20年が経過したが，尾道に戻る前には大学病院を含む急性期病院などの勤務医としての10年間を東京で過ごした。ある一日の当院の外来患者の平均年齢が72.26歳で

あったことは，地域医療の環境の変遷を高齢化という絶対の避けがたい事実を示している。

しかし，20年前の開業医の限界を感じる在宅医療現場と比較してみると，現在では医師会の主治医機能支援システムを駆使して，ケアマネジメントを重視したチーム医療により地域の医療が変貌しつつある実感がある。これは，医療を取り巻く環境，①高齢化，②社会保障政策，③患者の求める医療，に地域医療が適応した結果であるが，

これは、尾道市医師会の1994年からの政策的な取り組みの結実である。

在宅主治医機能の最も重要な業務は長期フォローアップ（継続ケア）といえるが、継続的な医学管理のなかでの適切にしてタイムリーな専門領域へのアクセス、生活障害への支援と患者の状態変化に即応できる機能が求められる。また、在宅緩和ケアのごとく、短期間に高密度の必要な医療とケアの集約も、同じ理論で提供できねばならない（尾道市医師会主治医機能3原則^注）。

2003年に厚生労働省の高齢者介護研究会に委員として参加したが、「2015年の高齢者介護」から介護保険の周辺の課題や見直しに向けての議論は高い理念を掲げた素晴らしいものであった。また、同時に高齢者医療の枠組みが予想を上回るほど大きく領域が拡大している現実を、研究会の議論で確認した。

介護保険の制度導入がいかに政策的に重要で、大きなインパクトであったかの認識が医療界には不足していたことは、未だに大きな課題となっている主治医とケアマネジャーの連携の不十分さでも明らかである。ここでの最大の被害者は利用者（患者）であることはいうまでもない。

日本の医療は高齢化の現実を直視して、介護保険を契機にフルモデルチェンジをすべきであったが、マイナーチェンジにしてしまった功罪は歴史に残るであろう。

2 ケアマネジメントと地域医療連携がもたらす患者本位の継続ケア

—施設・在宅の二元論は廃止、統合概念として「地域」の設定—

a. 介護保険の在宅重視、平均在院日数の短縮化における政策的共通点

介護保険は当初より「在宅重視」を政策的に打ち出しているが、医療保険領域における中核病院の平均在院日数短縮化の政策との一致点に注目して、地域における急性期以後の退院支援のあり方と、受け皿としての「地域ケア」のシステムの整備が急がれる。

また、そこには、地域におけるケアマネジメントの標準化により、主治医機能を中核とした多職種協働の包括的サービス空間へと進化した「新・地域ケア」の構築が、高齢社会には求められる。

図4に示すごとく、高齢者医療・ケアにおいては、医療と介護は給付上、両輪の関係にあるが、この両者を継続ケアの視点からの共通言語として繋ぐツールが、ケアマネジメント理論といえる。

また、介護保険、医療保険以外の領域にも多くの行政による福祉サービスや、地域特性に合わせた各種サービス、NPOなどが地域を支えているが、障害高齢者や独居高齢者への社会的支援は権利擁護部分も含め、地域ごとのシステムとして資源の再編が急務である。

ここへの政策が介護保険見直しの目玉といえる「地域包括支援センター」の構想であるが、この制度横断的な意義を正しく理解するレベルに、日本の社会保障の政策効果の達成度はかかっているといっても過言ではない。

これは、まさにケアマネジメントのルールで「地域（包括的ケアシステム）づくり」を行う政策であり、ここでの最大の関門は、長期継続ケアの標準化における急性期病院から在宅（回復期・

注 尾道市医師会主治医機能3原則（1994～4バージョン目）
1. Multiple functions, 2. Flexibility, 3. Accountability
（個別説明は略）

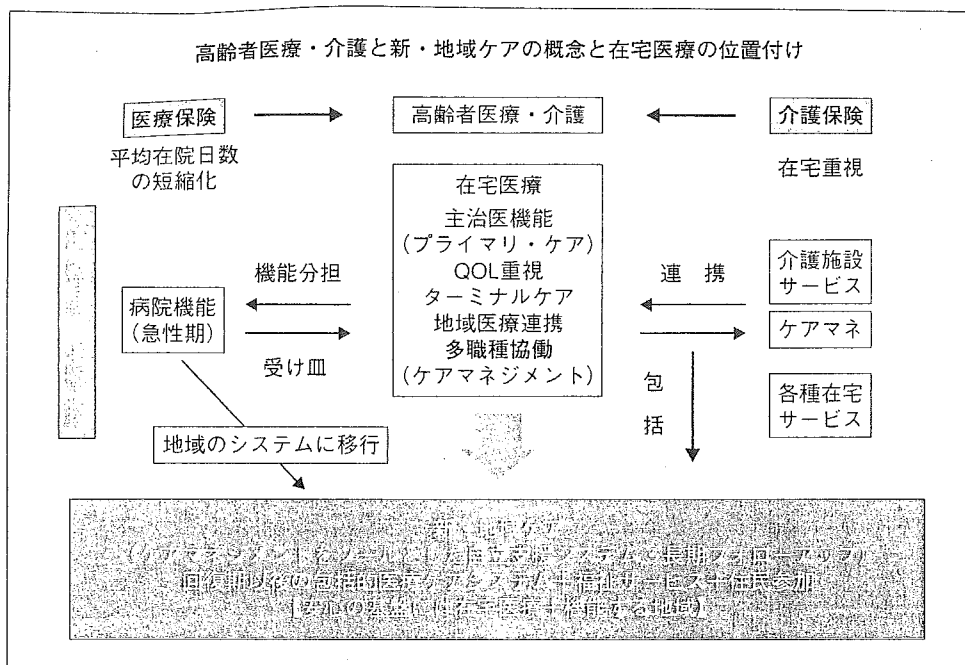


図4 地域ごとの自立-支援システムとしての新・地域ケアの概念と高齢者医療・介護 (H.Katayama Onomichi Medical Association 2003)

維持期) への移行であり、退院前ケアカンファレンス、退所前ケアカンファレンスが政策効果の指標となることで、地域医療連携の将来の方向性も見えてくる。

b. 新たな自立-支援システムの構築

介護保険は利用者本位のサービス提供、利用者自身のサービス選択の理念的導入は、旧来の措置のサービスを一変させたが、介護保険のみでは自立-支援は難しい。個人の尊厳を重視した本来的な自立-支援を達成するためには、社会福祉協議会の地域福祉サービスや民生委員、また行政保健師などの自治体サービスと共に、在宅主治医を含んだ地域医師会の保健分野にも及ぶ予防部分への正しき関与は、多様な課題を解決するためには必須である。

図2と図4で表現しているように、ケアマネジメントをシステムツールとして稼動する地域が「新・地域ケア」対応の地域ケアという意味であり、新たな「自立-支援システム」の中心に位置

して利用者を支える安心の基盤が在宅医療に、また「地域医療」に求められる。

地域ケアの総合力による一体的なサポートが、今後の社会保障政策の効率を高め、自助、共助を死語にしない本来的な自立-支援 (Help to self-help) への振り返りは、国民 (被保険者) には意識改革として重要である。

c. 高齢国家の政策効果を最大限発揮する空間としての新・地域ケアと在宅医療

長期継続ケアは生活習慣病の時期から始まって、急性期疾患にて受傷し、生活障害をもってしまった利用者 (患者) 本位の医療サポートとして、在宅医療は最も継続性に優れた医療提供形態である。もちろん、同心円的な大きな支え (医療サポート) は地域医療連携にあることはいうまでもない。

高齢者介護研究会の報告書から、施設・在宅の二元論は止めて、統合概念として「地域」を設定しているのは、政策の理解としてだけでなく、

関係者には大変に重要な意識改革が求められる。世界の先進国における高齢化に伴う政策は、スウェーデンを筆頭にドイツ、オーストラリア、イギリス、カナダ、オランダなど、それぞれに特徴を持っているが、保険制度や行政の努力だけでは解決は困難である。地域を構成する住民自身の参加の仕組みづくりという点から、コミュニティの総合力による「地域ケア」は世界の命題なのである。

したがって、世界一の高齢国家である日本において、国民の安心の基盤として個人の尊厳を支えるシステムは、地域における包括的でシステム化された地域ケアの完成度に依存するといえる。

図4に示しているのは、図2と見比べれば理解しやすいが、急性期と回復期・維持期の機能分担は、患者本位という視点から「在宅」に集約すべきである。

医療保険給付と介護保険給付を同軸で提供し、なおかつ、国民のあらゆる課題への支援を可能にしていく平面的な関連図が図4であり、長期継続のフォローアップの時間軸の中の適切な資源の関与を患者（利用者）本位に時系列的に表現したものが、この The OMA method on long-term care management programs である。

d. 尾道市医師会方式 “Progressive Geriatric Care” の意義

これは、尾道市医師会が目指した CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) のなかの実践形態としての “Progressive Geriatric Care” に到達しつつあると実感している。

医師会のシステム理論として導入した CGA (高齢者総合評価) は、適切な療養環境、多職種協働 (multidisciplinary) でケアの流を進めていく (Progressive Geriatric Care) をゴールとしている。

これは、1930年代の英国の老年医学に端を発するもので、「もともと入院のきっかけとなった

病気や怪我の治療を急性期病棟で終えた後も、最終的に適切な生活の場に落ち着くまで、体系的なサービス資源の流を系統的に整備してケアマネジメントすべきという老年医学の考え方であり、高齢者医療・ケアは、急性期病棟、評価病棟、デイ・ホスピタル、リハビリテーション病棟、長期療養病棟、在宅復帰、長期介護施設といった流れに沿って、系統的に展開すべきであり、低下した全身の機能評価を軸に社会福祉サービスと協働して安定した生活の場に落ち着くまでケアマネジメントにかかわるべき」という概念で、『患者の疾病の治療から重点を機能障害へ』という優れた理論である。

e. ケアマネジメントの実践は「予防」も包含している適性給付へのツール

介護保険の優れた設計はケアマネジメントの法制化という点であり、現場がこの新たなルールを介護のルールと読んでしまったところに大きな理解不足があった。

尾道市医師会では、1994年から責任医療圏の高齢化へ向けて地域医師会としての政策を進め、必要な資源を整備したが、最も整備したのは会員と地域のスタッフの「頭脳」と「理念」であった。尾道市医師会方式ケアカンファレンスは、その「理念」に基づき、それぞれの「頭脳」を専門性によりチーム編成し、多職種協働を可能にするツールである。

利用者の介護度の軽重に関係なく、すべての介護保険利用者にケアカンファレンスを行うように地域全体で取り組んだが、軽度者のケアカンファレンスの内容は、多くは「予防」とくに廃用症候群予防、生活習慣病など基礎疾病の悪化予防、リハビリテーションであった。その点で、主治医とケアマネジャーの連携なしには、利用者（患者）は、制度の恩恵を受けることができないといえる。

在宅医療は単独の医師にできることではないこ

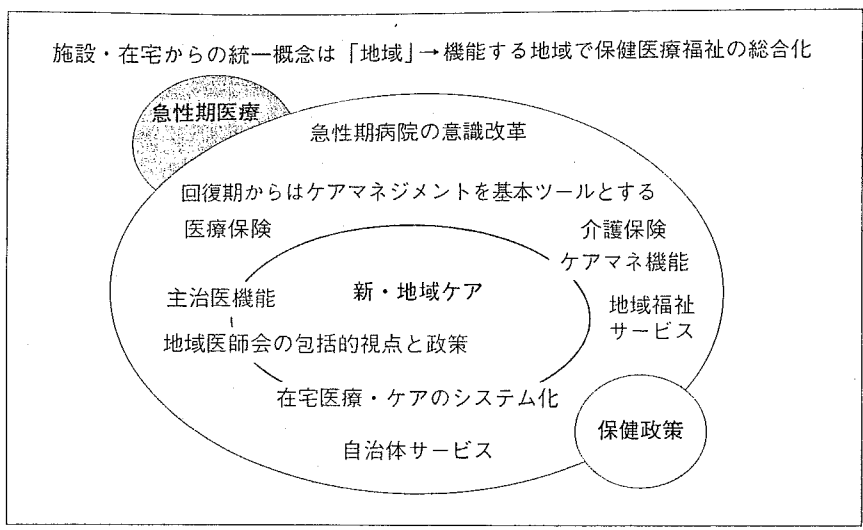


図5 新・地域ケアのシステム概念図と地域資源の再編
(H.Katayama Onomichi Medical Association 2003)

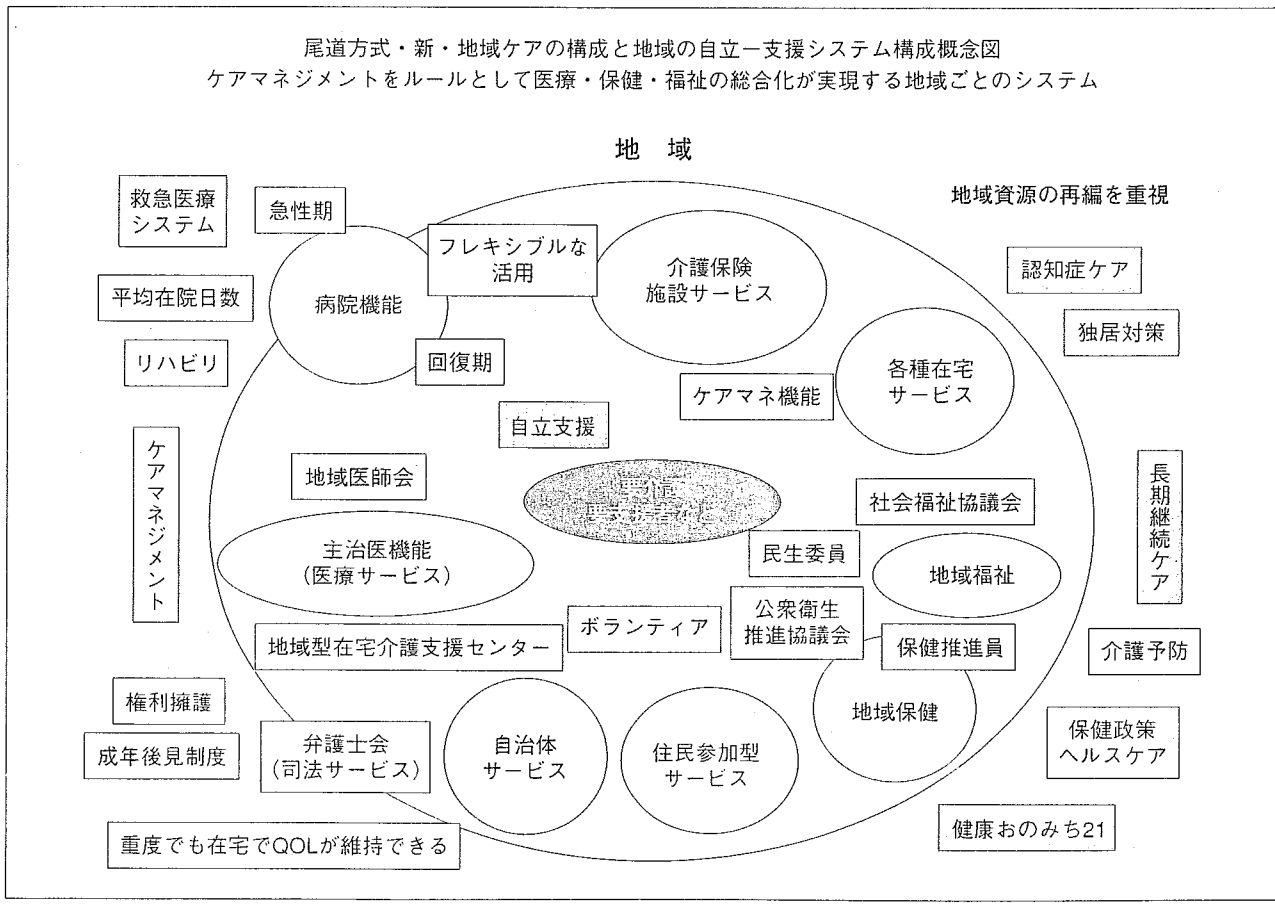


図6 新・地域ケアの構成概念図と医療・保健・福祉の総合化(厚生労働省高齢者介護研究会委員 片山 壽(尾道市医師会))

とは、重度の在宅患者を多く見てきた筆者が20年前に痛感したことであったが、ケアマネジメントの導入がもたらした多職種協働は開業医間連携を

も標準化し、地域医療モデルを転換することに成功した(図5).

f. 主治医機能のケアマネジメントの実践から構築した「新・地域ケア」

尾道市医師会のシステムは、「会員ネットワーク」を考えたことは一度もなく、それぞれの会員が主治医機能をケアマネジメント実践により継続したことにより、現場にチームが編成され、同一理論で稼働する大きなチーム（軍団）に進化した。必然的にケアカンファレンスを通じて、地域福祉とは同じ理念でチームを共有した結果、社会

福祉協議会と社医連協（2002年）、さらに独居の利用者のケアカンファレンスを通じて、民生委員も一体となった社医民連協（2004年）が設立され、尾道地域に「新・地域ケア」モデルを構築することができた（図6）。

これは尾道地域の住民には大きな福音となっているが、ケアカンファレンスは「人と人をつなげる」古典的手法からの「新・地域づくりの手法」なのである。

（参考文献）

- 1) 片山 壽：地域資源の再編重視型「新・地域ケア」の構築。高齢者の尊厳を支える介護，法研，236-242，2003。
- 2) 片山 壽：在宅医療とは。からだの科学。
- 3) 香取照幸：介護保険と医療サービス。尾道市医師会出版，1998。

Hope for all people's health

人に、環境に、やさしい医薬品づくり。

肝臓疾患用剤・アレルギー用薬

（健保略称 強ミノC）

強力ネオミノファゲン®

グリチルリチン製剤 STRONGER NEO-MINOPHAGEN C
包装 20mL×10管、20mL×30管、5mL×5管、5mL×50管

薬価基準収載

肝臓疾患用剤・アレルギー用薬

グリチロン錠 薬価基準収載

グリチルリチン製剤 GLYCYRON® Tab.
包装 100錠(PTP)、300錠(PTP)、500錠(PTP)、1,000錠(バラ)
2,100錠(PTP)、5,000錠(PTP)

「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等は、現品添付文書をご参照ください。*資料は当社学術部担当者にご請求ください。

株式会社 **ミノファゲン** 製薬

資料請求先 〒107-0052 東京都港区赤坂8-10-22
TEL 03(3402)6201(代)

03.12

在宅医療と介護保険の制度的関連

田中 滋 慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授

SUMMARY

- ・在宅医療の社会におけるあり方をさぐるために、制度設計の思想がはっきりしている介護保険を比較対象に取り上げて検討する。
- ・制度設計の要素は5つに区分できる。それらは、①理念、②制約条件と時代環境、③戦略目標、④戦略、⑤戦略のサブシステム、の5つである。
- ・介護保険の意味をこの5区分にあてはめ、それぞれ在宅医療との関連に触れていく。
- ・自助を支える公（おおやけ）の要素の一つ、公益セクターのなかに在宅医療を位置づける。

はじめに

健全な社会を長期にわたって維持するための必要条件の一つは、そこに住む人々が自助の精神をもつことである。しかし自助のみの世界（典型的には市場メカニズム）では、経済力による階層化が進み、医療・介護などの必須ニーズをもついても充足できない人が増える恐れが強い。他方、特定の財貨サービスについて、政府・自治体が措置行為などに基づく配給制度をとっていたり、公的保障制度（社会保険制度や公費医療）が当該サービス利用費用の10割を給付したりする世界

では、どうしても住民・利用者・患者が依存心を抱いてしまう。

在宅医療は地域に普遍的に提供されるべきサービスであり、まったくの自助（全額費用を支払える人だけが利用）も、官への全面的依存（自治体の振り分けによる公的供給）もどちらも好ましくないと考える。そこで、在宅医療の社会におけるあり方をさぐるために、制度設計の思想がはっきりしている介護保険を比較対照に取り上げて検討してみたい。

I

制度の体系

医療と介護にかかわる制度の体系は、図1に示すように、3つの政策分野に分類できる。3つの政策分野とは、

1. 医療および介護サービスの提供と利用に関する政策、ならびに提供者をめぐる産業政策
2. 保障制度論＝社会全体によるサービス提供

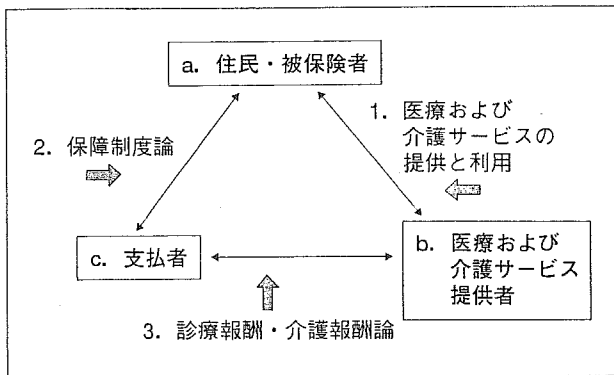


図1 医療と介護をめぐる政策体系：3つの政策分野と3つの対象

費用共同負担の仕組みの構築，ならびに保障制度をめぐる（リスク構造調整などの）財政論

3. 診療報酬と介護報酬＝サービス提供者の運営に要する費用の支払方法

とまとめられる。この外側には健康政策と科学技術政策が存在する。これら政策の体系の下で行動

する主体も3種類に分けられる。3種の主体とは、
a. 住民（サービス利用者）・被保険者
b. 医療および介護サービスの提供者
c. 支払者（保険者など）
と表せる。

医療・介護をめぐる政策は、文化や歴史、そして時代の思想と制約条件を反映しつつ積み重ねられてきた提案・分析・討議・妥協などの産物にはかならない。したがって、医学・薬学・経済学・社会学・法学などの諸科学は国境を越えて共通でありえても、医療・介護のシステムは国（と時代）によってまったく異なる形態をとる。以下、わが国介護分野の制度設計を吟味していく。

制度設計の要素は5つに区分できる。それらは、
①理念、②制約条件と時代環境、③戦略目標、
④戦略、⑤戦略のサブシステム、の5つである。

II

理念

まず①の理念から吟味を始めよう。医療（在宅医療を含む、以下同）ならびに介護サービスのよな、「暮らしの安心感」、「人の尊厳」にかかわる財に関する制度・政策は、テクニカルな設計の前に、理念レベルにかかわる論議を経てから構築する必要がある。これに対し、消費過程の特質から経済学でいう公共財に分類される財、たとえば堤防や消防は、社会体制や政治信条を問わずとも、いずれにせよ地域ごとに整備しなくてはならず、特段の理念談義を経ずに技術的に優れた治水や消防のシステムを築くことも可能だろう。逆にまったくの私的財に分類される財、たとえば菓子やボールペンに関しては、やはり理念談義がなくとも、市場における公正で（品質と価格に関する情報が鍵となる）自由な供給と需要の間の取引が保証されれば、効率的な配分を実現しうる。

しかし、医療・介護サービスは、財の性質が

公共財とも違い、かといって一般の私的財とも異なる財なので、制度・政策の体系構築にあたっては、当該社会にふさわしい理念の形成が欠かせない。

介護の理念は、1994年の厚生省（当時）「高齢者介護・自立支援システム研究会」によって、自助を社会的連帯の仕組みで支える「自立支援」という概念にまとめられ、やがて意識ある住民、自治体の首長や職員、およびサービス提供者・研究者など関係者により広く共有されるようになった。また介護保険発足時には、「高齢者の自立支援」と合わせ、サービス利用にかかわる「利用者本位」および「利用者による選択（自己決定）」の2つも基本理念に加えられた。さらに2003年の厚生労働省「高齢者介護研究会」最終報告『2015年の高齢者介護』は、単なる身体的自立を超え、「尊厳ある自立を支える」へと理念を深化させた。なお、このように理念が明白である点は

後発の強みといえるかもしれない。長い時間をかけて増築を重ねていった医療保険と年金保険の両制度では、共有された理念を見つけることは困難だからである。

この理念を普遍化し、「人は健康上の状態、障害の有無、人生のステージによらず、誰もができ

るかぎり尊厳ある存在としての自己をまっとうすべきであり、社会はそれを連帯して支える仕組みを工夫すべきである」と捉えれば、在宅医療も障害者ケアも対象に含まれる、より広い概念となるだろう。ただし、「自立支援」に相当する、短い魅力的なキャッチフレーズの工夫は別途欠かせないが。

III

制約条件および戦略目標

次は②の制約条件および時代環境である。介護保険の制度設計過程では、

1. 1990年代の不況を反映した厳しい政府一般会計の状態
2. 高齢者全体の保険料負担力
3. 高齢者全体と比べると貧しい要介護者の平均的経済力
4. サービス基盤整備の程度
5. 医療における保険制度の存在とその財政
6. 政治状況

などが考慮すべき項目であった。

在宅医療はこれから全国に普遍的に拡大を図る段階にさしかかっている。制約条件および時代環境を正確に把握する努力が求められる。

③の戦略目標はどうだろうか。高齢者介護に関しては、理念を受けた戦略目標もはっきりと示されてきた。2000年段階での戦略目標を表わす言葉は「在宅重視」、そして2015年をにらんだ第2ステージの目標の中核は「地域包括ケア」体制である。いずれも先述の政策体系の「1. 介護サービスの提供と利用にかかわる政策」に結びつく。そこでは政策体系に登場する主体「a. 利用者」がどのような居住形態を選ぶか、「b. 介護サービスの提供者」がどのような事業を展開するかに関する目標の提示が必要であった。2000年以前の

段階では施設偏重の資源配分が目立っていたので、地域包括ケア体制にいたる過程においては、「在宅重視」は意義ある目標と考えられた。「居宅」という新しい用語を持ち込み、ケアハウスやグループホームを施設扱いしなかった理由も同じである。

また、提供者をめぐる産業政策としては、1990年代前半から、周知のようにゴールドプラン・新ゴールドプラン・ゴールドプラン21と基盤整備のビジョンが示され、巨額の予算が投入されてきた。

第2ステージの戦略目標である地域包括ケア概念は、個別の介護保険施設や各人の居宅のみならず、高齢者にとって住み慣れた地域＝生活圏を全体として「情報共有とサービス連携が支える介護の場」と位置づける（本来は高齢要介護者だけではなく、短期・長期を問わず障害をもったすべての年齢の人々が対象となって当然である）。そして要介護者の時折の施設入所時や入院などにも途切れない、継続的かつ包括的な「長期ケアマネジメント」によって、一人ひとりを一貫して地域の「介護資源の集積体」がフォローするケア体制が目指されるのである。

地域包括ケア概念は在宅医療にもほとんどそのままあてはまるといえよう。

IV

戦略

④の戦略は、理念の旗の下、制約条件と時代環境をふまえつつ目標に近づけるための方策である。理念・制約条件・目標とは違い、複数の代替的提案を考察し、そのなかから選択する手順が好ましい。目標に向かっての猪突猛進、理念を叫びながらのひたすらな突撃は犠牲に比べて成果が少ない。状況に柔軟に対応し、用いる資源を効率的に集中させ、いらざる損失を最小限にとどめる戦略の選択こそ、在宅医療分野にあっても先導者・指導者のセンスがもっとも問われる個所といえるだろう。

日本の介護体制整備にあたって採用された戦略は、独立の社会保険制度の構築であった。政策体系の「2. 保障制度論＝社会全体によるサービス提供費用共同負担の仕組み」の具体化である。主体としては「1. 住民」のうち誰を被保険者とするか、「2. 保障制度」の運営主体としての保険者を誰にするかなどが考察された。

社会保険方式とは、経済学の観点から描写すれば、「市場的取引の後援策」という意味をもつ。まず、不幸にして介護ニーズが発生した消費者に対し、期間制限なしに支払能力を付与し、(居宅の場合) 代理人であるケアマネジャーの助けを得ながら、自らサービスを選んで購入できるようにする。サービス提供者は、質と顧客志向の競争

過程で選ばれた事業者のみが報酬を得られる。さらに保険者間のベンチマーク競争も奨励されている。北欧流の成熟した住民自治は今のところ望めないとすれば、医療が保険制度によってファイナンスされ、それなりに機能してきたわが国にあっては、上記のいずれもが資源配分を効率化する手立てと考えられる。

なお社会科学の専門語を用いると、介護保険制度が拡大させた介護需給の場は「準市場」と呼ぶ方が正しい。通常の「市場」との主な違いとしては、

- 1) 介護保険サービス利用のためには要介護ないし要支援状態と認定されなければならないこと
- 2) 価格が公定(福祉用具と住宅改造を除く)もしくは上限公定(訪問・通所系介護サービス)であること
- 3) 価格の原則9割が社会保険から給付され、利用者が支払う値は残りの1割にとどまること(10割給付の居宅介護支援を除く)

の3点があげられる。

在宅医療はすでにかんりの部分が医療保険に収載されている。したがって、戦略として保険制度の構築を根本から議論せずともよい。利用者・提供者双方にとっての利用のしやすさを考察することが道筋となろう。

V

戦略のサブシステム

⑤のサブシステムについては介護報酬がもっとも重要である。介護報酬は、事業所ないし事業者の標準的規模、標準的稼働率、さらには標準的な経営能力、および利用者の標準的処遇困難度などを前提とした標準原価を意識しつつ定められている(はずである)。したがって、標準からはずれた

規模、稼働率、経営能力、利用者像の場合、長期の存続に足る収支差額を得られない可能性が高い。

もし小規模や低稼働率となる理由が離島などやむを得ぬ事情なら、加算や補助金が当然の救済手段である。しかしもし赤字の理由が経営上の判断や競争に敗れた結果だとすると、それに対する補

填はありえない。他方、標準原価の想定的前提が誤っている、もしくは実情に合わないならば、新たな研究が必要となる。また、公的報酬である以

上、フェアリターンをめぐる議論も欠かせない。

以上のステートメントは在宅医療にもそのままあてはまると思われる。

まとめ：公益セクターの強化

自助精神を失った社会は衰退する。ただし、何の支援もなくしては自助も続き難いこともまた事実である。必然的に、私（わたくし）の外側に存在する公（おおやけ）の領域もまた昔から大切にされてきた。著者は公を時代順に次の4種類に整理して考えている。

1) 地域コミュニティ：村や町。互助が基本

2) 官＝公的セクター：地域コミュニティでは提供体制のユニットが小さすぎるサービスを担当。住民生活を支える場面では、対象を弱者に限定した公助が中心

3) 市場セクター：究極の目的は資本の効率的運用。そのために効率的資源配分が測られる。自助が基本

4) 公益セクター：かつての互助を現代的に組み直して規模を拡大し、さらにシステム化が図られた姿といってよい。官と市場、それと家計内の努

力だけでは守りきれない分野、たとえば医療や介護では不可欠。そこでの支えあいを共助と呼ぶ場合もある

公益セクターが機能を発揮する事業においては、個別分野ごとに上位目的が存在する。それらの分野における効率的資源配分とは、合意された上位目的の効率的達成の度合いで測られなくてはならない。一方、目的により提供主体は多彩（営利・非営利・市民団体・公的主体など）でよい。ただし、上位目的を効率的に果たすよう、しばしば主体間の適切な機能分化と協調・連携が重要となる。また、医療・介護・教育などでは（理想的には）利用者も主体的参加者＝生産者と位置づけられる。こうした協調・連携の上に成り立つシステムは、「社会的共通資本」の一部をなす。

在宅医療は社会的共通資本の一部との理解を広める各地域の取り組みが望まれる。

特 集

● 地域医療連携—急性期病院を中心に—

在宅医療と主治医機能， ケアマネジャーとの連携

外山 学 門真市医師会副会長／益田診療所（大阪府）

治療 (J. Therap.) 別刷

Vol.87, No.5 <2005.5>

株式会社 南山堂

在宅医療と主治医機能， ケアマネジャーとの連携

外山 学 門真市医師会副会長／益田診療所（大阪府）

SUMMARY

- ・現代の地域医療では、いわば「社会的退院」の受け入れが大きな課題となっている。
- ・在宅医療を一般化し、地域の医師が「主治医機能」を実現するうえで、重要な役割を果たすのが、地域の医師会活動である。
- ・困難要素を明らかにする意味でも、地域データを把握することが重要である。
- ・主治医機能の重要な一部である、ケアマネジャーとの連携を進めるには、方法だけでなく動機へのアプローチが求められる。

I

超高齢化社会と在宅医療の変化

近年、在宅医療が大きく様変わりしている。これまで在宅医療の経験がある医師にとってもとまどいがあるほどで、発想の転換が求められているとあってよいであろう。

かつて在宅医療は、かかりつけ医としての長年にわたるおつきあいの延長線上で、通院困難により自然発生的に導入されることも多かった。その後しばらくは、入院治療よりも在宅療養に積極的に価値を見出した患者、すなわち、在宅医療を自ら選択した患者（家族）を、技術を持った熱心な、時に専門的で在宅医療にある程度特化した医師（医療機関、スタッフ）が支えることも多かった。そして今は、厚生労働省が高齢化の「最後の急な上り坂」と表現する状況での医療政策の下、急性期病院における在院日数短縮の強いモチベーションにより、必ずしも本意でなく退院して

くる、そして、もともとの地域でのかかりつけ医を持たない多くの患者を、いかに在宅で受け入れるかが大きな課題となっている。筆者はこの状況を、社会的入院ならぬ「社会的退院」と呼んでよいのではないかと考えているが、ただ嘆いたり批判するばかりでは、現実の患者や家族が不幸になるばかりである。

在宅医療はもはや、かかりつけ医との長年の人間的な信頼関係のみにゆだねたり、一部の先進的な、熱心な医療機関だけが取り組めばすむ問題ではない。地域の医師の標準機能とすべく、地域をあげての取り組み、地域全体の底上げやシステム化が必要な時代となっている。筆者が感じている在宅医療のいくつかのパターンとキーワードを、表1にまとめてみた。

もっとも、発想の転換が求められているのは、

表1 筆者の感じる在宅医療の3パターン

<p>1. 伝統型 「開業医の長年のおつきあいの延長としての在宅医療」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・導入：通院困難により自然発生的に ・主な担い手：伝統的開業医 ・信頼関係：最初から強固 <p>2. 積極推進型 「積極的に価値を見出した患者（家族）と医師による在宅医療」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・導入：患者及び家族の希望、主体的選択で ・主な担い手：在宅医療に熱心な（時に専門的）診療所や、いわゆる保健医療福祉複合体 ・信頼関係：最初から好意的 	<p>3. 退院先行型 「“社会的退院”，逆紹介による在宅医療」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・導入：入院中の病院からの提示により ・主な担い手：必ずしもそれまでのかかりつけではない、地域の診療所 ・信頼関係：最初は希薄、もしくは不満 (本当は入院していたかった、ほかの診療所でもよかった) <p>○自然な経過、転帰（夜中に亡くなくても呼ばれない） 1 > 2 > 3</p> <p>○高度在宅医療の要求（病院の廊下の延長） 3 > 2 > 1</p> <p>○診療所医師（開業医）にとってのつつきやすさ 1 > 2 > 3</p> <p>○医師会などによる組織的バックアップの必要性 3 > 2 > 1</p>
--	--

在宅医療のみではない。世界一の急速な高齢化の進行、超高齢化社会の到来は、地域医療における

さまざまな面で、老年病、老年症候群をがっちり受け止められるパラダイムシフトを要求している。



主治医機能と地域医師会の活動

このようななかで、地域の医師のありようにも、もちろん変化が求められている。「かかりつけ医」、「家庭医」、「プライマリ・ケア医」など、諸々の類語があるなかで、この点に関して筆者が最もフィットする表現と考えているのは、尾道市医師会片山壽会長による、「主治医機能3原則（2001年版）」である（表2）¹⁾。

ただし、ソロ・プラクティスの、俗にいう「1馬力」の開業医が、個々の努力でこの「主治医機能」を実現するのはきわめて困難である。多少とっつきにくい条件でも導入できるよう、あるいは、スーパーマン的な医師でなくても、ごく普通の医師が燃え尽きない程度の負担で行えるよう、「在宅医療の一般化」をサポートする何らかの手だてや組織が必要となる。ここで重要な役割を果たすのが、地区（地域）医師会である。実際に尾

道では、「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」と位置づけられている。筆者は、地区医師会は、地域医療をプロデュースする存在であるべきと考えている。

2004年11月には、日本医師会が「高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針」を策定した。そこでは、世界一の高齢国家となったわが国の高齢者医療・介護において、地域医師会には重要な役割を果たすことが求められるとされている（表3）。

在宅医療を行う条件に恵まれた、すなわちすでに在宅医療が進んでいる地域（だけ）ではなく、何らかの障害があって現状で在宅医療がなかなか進んでいない土地にこそ、困難をバネとすべく、地域の知恵や資源を集めた組織的な条件整備が必要と考えられる。

表2 尾道市医師会 主治医機能 3原則 2001年（オリジナルは1994年）

<p>1. multiple functions</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅訪問診療・ケア機能：ハイテク系在宅医療・在宅ターミナルケア、24時間対応・リハビリテーション・緩和医療 ・ケアマネジメント機能：各種社会サービス・介護保険制度対応、生活支援機能・ケアカンファレンス ・連携機能：グループプラクティス・病診連携、多職種間連携・システムとの連携 ・各種情報提供・情報処理機能：主治医意見書・ケアプラン、各種情報の効率的提供・データ蓄積 <p>2. flexibility</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者や家族の状況の理解：継続的 (long term care) な関わりのなかで個人の生活障害と介護環境（介護者の身体的・社会的・経済的側面）の理解 ・的確にしてタイムリーなサービス選択：的確な状況把握により、利用者に必要なサービスへ責任を持ってタイムリーにアクセスする機能 ・利用者本位のサービス提供：ケアカンファレンスにおけるアドボカシー機能、介護保険のサービス提供に対する主治医モニタリング、全人的対応・個人の尊厳・QOL <p>3. accountability</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者のあらゆるレベルにおける「現状評価」、「予測」、「選択肢」などについて、利用者が知りおくべき情報について適切な説明を行い共通認識を構築する。 ・的確なコミュニケーション機能の必要性：Listening skill, インフォームド・コンセントなどにおける相互の認識のずれを回避、リスクマネジメント、「納得」の重要性、新たな制度～システムの理解、他職種への均等な共通認識、説明能力。

（文献1）より一部改変）

表3 日本医師会「高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針」（2004年11月2日）

<p>背景</p> <p>2005年度の介護保険の見直しに続き、2006年度には診療報酬と介護報酬の同時改定が行われる。世界一の高齢国家となったわが国の高齢者医療・介護において、地域医師会には重要な役割を果たすことが求められる。</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> (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の推進 <p>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づくり</p> <p>3. 保険者との連携の強化、介護予防などへの積極的関与</p>
--

III

地域データを把握することの重要性

さて、今さら筆者が述べるまでもなく、在宅医療の様相は、地域のもろもろの条件に強い影響を受ける。在宅医療がなかなか進まない地域においてはとくに、困難要素を明らかにする意味からも、地域の状況を的確に把握することが重要となる。たとえば、筆者が診療をしている地域は、以下のような特徴を持っている（表4）。

1) 高齢化率（65歳以上人口の割合）は、全国平均と比べるとまだ低いが、この25年間で約

3.5倍に増えており、とくに最近10年間は、1年間に約0.8%ずつ増えている。

2) 人口の流動が多い。年間の転入出は、市の人口の5～6%を占める。

3) 人口密度が高い。全国727市中、8番目である。

4) 独居の高齢者が多い。

5) 長屋（いわゆる文化住宅）住まいの高齢者が多く、スペースや構造上、介護を受けながら暮ら