



写真7 パルスオキシメーター装着

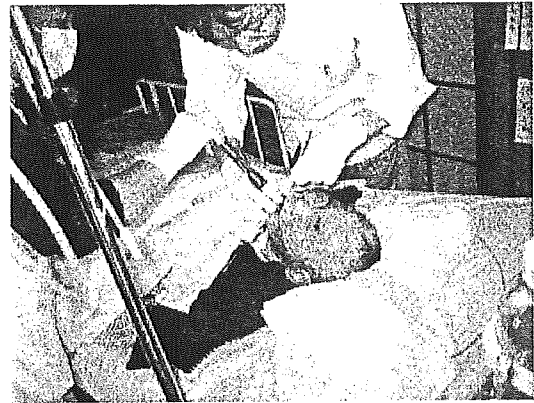


写真8 歯科医とスタッフの口腔ケア



写真9 退院後44日モニタリングカンファレンス
片山医院：現状チェックとショートステイの検討

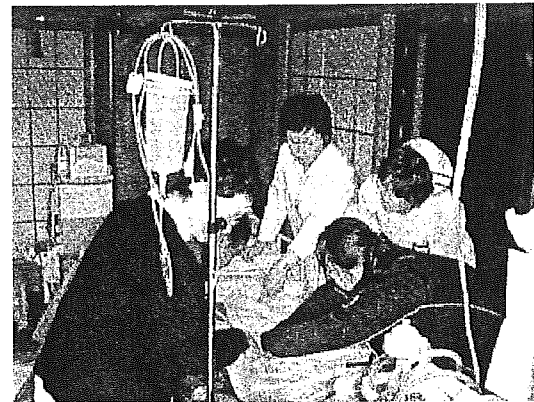


写真10 皮膚科医とスタッフケアマネジャー(右前)の状態把握



写真11 退院後10カ月のモニタリングカンファレンス
片山医院：他科医学管理の確認と感染症対策



写真12 同カンファ
介護者への説明とIC介護者と5人の医師(内科医、耳鼻科医、歯科医、皮膚科医、泌尿器科医)ケアマネジャー、訪問看護師、薬剤師、訪問介護、主治医医療機関看護師)

特集 介護保険制度見直しと医師の役割

どう変わる？ 介護保険制度

制度改正で変わる医師の役割

外山 学¹⁾

1) とやま まなぶ／益田診療所 副院長

エルゼビア・ジャパン

制度改正で変わる医師の役割

外山 学¹⁾

1) とやま まなぶ/益田診療所 副院長

- ◇ 制度改正を地域の第一線の医師の立場から理解するには、サービスモデルの転換に沿うのが分かりやすい。
- ◇ 「介護＋予防」モデルでは、介護予防事業の入り口機能をはじめ、地域包括支援センターとの連携が期待されている。
- ◇ 「身体ケア＋痴呆ケア」モデルでは、早期発見と適切な医療、ケアの実現のために、啓発や専門医との連携も含めたかかりつけ医の役割が重要である。
- ◇ 「家族同居＋独居」モデルでは、地域作りをも視野に入れた包括的・継続的なケアマネジメントへの参画が必要である。
- ◇ ケアマネジャーとの連携の推進は、方法だけではなく動機へのアプローチが求められる。
- ◇ 患者の身近な立場として長期の信頼関係を築き、積極的に必要な役割を担うことは、制度に左右されず重要なことであり、自らが生き残る道でもあろう。

KeyWords

介護保険
 主治医機能
 介護予防
 認知症
 地域ケア
 ケアマネジャー(との連携)

【連絡先】

〒571-0067 大阪府門真市石原町 18-15
 益田診療所

地域の医師の役割とは

日本医師会は、介護保険での医師の役割を端的に7点に整理している(表1)。また、尾道市医師会の片山 壽会長は、地域の医師の役割を「主治医機能3原則(2001年版)」としてまとめている(表2)¹⁾。その上で、今回の制度改正を地域の第一線でのプレーヤーの立場から理解するには、「新たな課題への対応～基本となるサービスモデルの転換」²⁾で示されたモデルに沿うのが分かりやすいと考えられる。すなわち、①「介護」モデルから「介護＋予防」モデルへ、②「身体ケア」モデルから「身体ケア＋痴呆ケア」モデルへ、③「家族同居」モデルから「家族同居＋独居」モデルへの転換である(表3)³⁾。

「介護」モデルから「介護＋予防」モデルへ^{4,5)}

介護予防事業に関しては、新しく創設される地域包括支援センターが一括して、包括的・継続的なマネジメントを実施することとなる。具体的には、要支援や要介護になる可能性が高い虚弱(特定)高齢者を対象に「地域支援事業」の一環として行われるものと、介護認定審査で判定される「新予防給付」で構成され、運動器の機能向上、口腔機能向上、栄養改善などのプログラムを有している。

表1 介護保険での医師の役割

- | |
|----------------------|
| 1. 患者への指導・助言 |
| 2. 主治医意見書の記載 |
| 3. 介護認定審査会 |
| 4. 介護サービス担当者会議 |
| 5. 要介護度・介護サービス計画の見直し |
| 6. 居宅療養管理指導(介護保険法) |
| 7. 診療情報提供(医療保険) |

表2 尾道市医師会の主治医機能3原則 2001年(オリジナルは1994年)(文献1を一部改変して引用)

<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)なか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

前者における対象者の把握には、①当事者、②住民・民間、③行政(市町村の健診、要介護認定非該当者、保健師の訪問)、④関係機関(医療機関など)、の各ルートが想定されているが、なかでも医療機関には大きな役割が期待されている。虚弱高齢者は、運動機能低下や閉じこもり・うつなどのために行政サービスを利用できない(したがらない)ことも少なくなく、行政ルートでは十分な把握が困難とされている。一方、高齢者の大多数が年に1回以上は医療機関を受診しているの、最も頻繁に遭遇する立場のかかりつけ医が、入り口になる機会が多いと予想されているからである。

医師には、高齢者の健康管理(生活機能低下要因の評価と除去)や介護予防に関する患者教育に加え、外来患者の生活機能の把握(ハイリスク群の抽出)や介護予防健診(26項目のチェックリスト案は各ルート共通)の日常的な実施、地域包括支援センターへの紹介・連携の役割が求められている。

また、改定される主治医意見書(案)においても、かかりつけ医には「移動(屋外歩行、車いすの使用、歩行補助具・装具の使用)」や、「栄養・食生活(食事

表3 新たな課題への対応～基本となるサービスモデルの転換(文献3より引用)

<p>将来展望 2015年の高齢者像</p> <ol style="list-style-type: none"> 高齢者人口の増加 2015年には「ベビーブーム世代」が高齢期(65歳)に到達し、その10年後(2025年)に高齢者人口はピーク(3,500万人)となる。これからわが国は、高齢化の「最後の急な上り坂」の時期を迎える。 高齢者独居世帯の増加 2015年には、「高齢者の独居世帯」は約570万世帯(高齢者世帯の1/3)に増加し、高齢者夫婦のみ世帯も約610万世帯となると見込まれている。特に、高齢者独居世帯の増加は都市において著しい。 痴呆性高齢者の増加 現在、約150万人である痴呆性高齢者が、2015年には約250万人に増加すると予測されている。
<p>介護予防の推進 「介護」モデル → 「介護+予防」モデル</p> <p>高齢者人口が増大するなかにおいて、介護保険制度の「持続可能性」を高め、「明るく活力ある超高齢社会」を築くためには、制度全体を「予防重視型システム」へ転換することが重要である。</p> <p>このため、要介護状態になる前の段階から、要支援、要介護1程度までの高齢者に対して、統一的な体系の下で、効果的な介護予防サービスが提供される「総合的な介護予防システム」を確立する必要がある。</p>
<p>痴呆ケアの推進 「身体ケア」モデル → 「身体ケア+痴呆ケア」モデル</p> <p>現行制度は、1990年以降の「ゴールドプラン」の成果を踏まえたものであり、サービスの基本は身体障害を有する高齢者に対する「身体ケア」に置いている。今後は制度の軸足を「痴呆ケア」にも置くことが求められる。</p> <p>このため、「高齢者の尊厳の保持」を基本に、環境変化の影響を受けやすい痴呆性高齢者の特性に配慮した小規模・多機能型サービスなどの「地域密着型サービス」の創設や、早期の診断・対応から始まる「継続的な地域支援体制」の整備、虐待防止のための「権利擁護システム」の充実などが望まれる。</p>
<p>地域ケア体制の整備 「家族同居」モデル → 「家族同居+独居」モデル</p> <p>高齢者独居世帯や高齢者夫婦のみ世帯が、介護となっても、できる限り住み慣れた地域で人生を送ることが可能となるような「地域ケア体制」を整備していくことが求められる。</p> <p>このため、「夜間・緊急時の対応」も視野に置いた「包括的・継続的なケア体制」と、地域における総合的なマネジメント体制の整備を進めるとともに、これを支える「地域基盤」を面的に整備する取組が求められる。</p>

行為、現在の栄養状態、栄養・食生活上の留意点)に関するチェックや記載など、生活機能に関するより深い把握が必要とされている。

介護認定審査会での二次判定の過程で、「要介護1」に該当と判断された場合は、従来どおりの介護給付を受ける「要介護1」と、介護予防を重視した新・予防給付の対象となる「要支援2」に振り分ける判定を行うこととなる。これが審査会委員にとっての新しい役割となるが、悩ましい作業となることが十分予想されるため、介護予防の視点を意識

した、適切な主治医意見書の記載が望まれる。

実際の介護予防、特に運動器機能向上(筋力トレーニングも含む)のサービスの実施に当たっては、適否の判断、医学的見地からの助言や注意事項などの指示、モニタリングなど、的確な関与が重要である。さらには、訓練そのものが目的化した「訓練人生」⁶⁾とならぬよう、本人の動機へのかかわりを含めた医師ならではの目配りも求められよう。

「身体ケア」モデルから 「身体ケア+痴呆ケア」モデルへ⁷⁾

認知症の診断とその原因疾患の特定は、アルツハイマー型痴呆を含めると、65歳以上の痴呆のおよそ7割は何らかの治療の対象になること、さらにはケアプランの作成上欠かせない情報であることから、医師の大きな役割である。徘徊などの行動障害が頻発してどうにもならなくなって、初めて医療機関などへ行くという一般的な状況を変えていくことが、本人、家族、関係者の負担を大幅に軽減するとして、早期発見の重要性が指摘されている。

早期発見の意義として、治療可能な認知症の治療および時間的な余裕ができることによる、本人の自己決定権の尊重や、介護者のさまざまな知識の習得が挙げられている。受診のタイミングが家族の都合で決まる(本人からは期待できない)ことのみならず、虐待の防止や権利擁護のための地域体制整備の観点からも、家族や地域住民、介護スタッフなどが、正しい知識や理解を持つよう啓発する役割も医師には求められている。

認知症ケアにおいては、脱水や便秘、軽度の心不全など身体の不具合によって精神症状や行動障害が発現することが珍しくないことから、医療面での適切な管理自体が不可欠な要素とされている。認知症診療について、地域の医師も十分な知識や技術を持つ必要があるが、一部には専門医による(入院)治療が必要な行動障害もあることから、専門医受診の判断や専門医との連携も重要な要素となる。

表4 「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、日本医師会)

<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我が国の高齢者医療・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> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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>
<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>

「家族同居」モデルから 「家族同居+独居」モデルへ

家族による介護が困難な環境でも、(本人が望むなら)在宅療養・医療を続けられるための鍵は、地域の有り様である。日本医師会が策定した地域医師会の取り組み指針(表4)において、「地域作り」にまで言及している点は注目に値しよう。地域ケア体制の整備においては、医療がきちんと位置付けられ、退所もしくは退院前カンファレンスの活用などで施設ケアと在宅ケアをシームレスに結ぶ、包括的・継続的なケアマネジメントの確立が極めて重要である。

そこで課題になるのが、医師とケアマネジャー(介護支援専門員)との連携状況の改善であるが、この問題は、独居モデルに限定されない、大きな(早くも永遠の?)テーマとなっている。

ケアマネジャーとの連携⁸⁾

医師とケアマネジャーとの連携は、残念ながら全国的に今なお進んでいるとは言えない。現実には、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多い。「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」と思うケースに、残念ながらときに遭遇する。

ケアマネジャーは、介護サービスを利用するようになってからの、しかもどんなに長くても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ジャー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、何より患者のために重要である。

医師への連絡は「敷居が高い」などとよく表現される。主治医とケアマネジャーが、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。前者は、北九州市の若松区医師会が最初に始めたもので、それぞれの医療機関において、ケアマネジャーからの電話など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仕組みである。後者も、各地で種々の物が作成されている。しかし、これらのツールの存在にもかかわらず、なお連携が不十分であるという報告も多い。

「(医療系サービスの)必要性に応じて主治医と連携する」という声は、ケアマネジャー側からしばしば聞かれるが、そもそも医療ニーズを的確に把握する技術がなければ、必要度を評価することはできないはずである。現実にはケアマネジャーの受験資格は多種多様であり、残念ながら医師が思っているほど医療の知識や重要性の認識があるとは限らない。

連絡のハードルを低くというのは、連絡を取る動機があってこそその最善の解決策であり、どんなに連絡方法に工夫をこらしても、必要性を感じていない上に“怖い”などのイメージや経験があれば、簡単なことすらおっくうになり、手つかずとなかなかねない。「手段」だけではなく「動機」へのかかわり、すなわちケアマネジャーに、地域の主治医と連携することの必要性、大切さを実感してもらうことが求められている。この点、医師側はこれまであまりにも、医師や医療のかかわりの重要性を当然のものと思過ぎていたのかもしれない。

介護保険における医師の役割を円滑に、かつ力強く演じるためにも、パートナーたるケアマネジャーとの連携の強化は極めて重要である。医療的

アセスメント、すなわち医師の目が入ることの価値や、医師の入ったケアカンファレンスの成果の大きさを実感してもらうために、医師の側からいまま一度積極的にアプローチし、対話の機会を増やすこともぜひ心がけるべきであろう。

最後に

介護保険発足前は、医療や福祉が介護の一部を肩代わりしていたが、発足後は、介護保険が医療や福祉の一部を肩代わりする時代に変化したとの指摘がある。超高齢社会における、医療と介護との適切な関係、バランス探しは、これからも続くであろう。そのなかにあって、最も身近な立場として長期にわたる信頼関係を築き、それをベースに必要な役割を担っていくことは、地域の医師にとって制度に左右されず重要なことであり、自らが生き残る道でもであろう。

文 献

- 1) 片山 壽：主治医機能とケアマネジメント。プライマリ・ケア、25：213-217, 2002.
- 2) 社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」(厚生労働省)。
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0730-5.html> (2005年9月12日アクセス)
- 3) 介護保険制度の見直しについて(厚生労働省)。
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/tp040922-1.html> (2005年9月12日アクセス)
- 4) 第4回介護予防サービス評価研究委員会資料(WAM NET)。
<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/vAdmPBig-category20/F297B4052A1E41334925704600034599?OpenDocument> (2005年9月12日アクセス)
- 5) 全国介護保険・老人保健事業担当課長会議(平成17年9月26日)資料(WAM NET)。
<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05kaig.nsf/vAdmPBig-category20/DAA435584B87D6BE4925708800189AD3?OpenDocument> (2005年10月4日アクセス)
- 6) 高齢者リハビリテーション研究会「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」(厚生労働省)。
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0331-3.html> (2005年9月12日アクセス)
- 7) 高齢者介護研究会「2015年の高齢者介護」(厚生労働省)。
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html> (2005年9月12日アクセス)
- 8) 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.

事例 / 地域医療連携体制構築の過程

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



片山 壽 ●かたやま ひさし
尾道市医師会会長 / 片山医院院長

尾道市医師会主導により確立した地域医療連携システムにおいて、カギを握るのはケアマネジメントプログラムと退院前ケアカンファレンスである。本稿はその2つについて解説し、看護管理者から連携システム構築にどのように関わってきたのかを報告する。

地域特性と尾道市医師会の 主治医機能支援システム

広島県尾道市は2005年3月に1市2町の合併が行われた。医師会の規模に人口は約12万人で高齢化率は約26%、厚生連尾道総合病院、尾道市立市民病院、公立みつぎ総合病院の3つの急性期病院があり、病床数の合計は約1,100床で、それぞれに地域連携室がある。

4つの個人病院を含めた開業医医療機関数は110で、医師会員は約280人であるが、急性期病院を含めた地域医療連携は効率的に機能してきている。

厚生労働省高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」で想定している日本の高齢化率は

26%であるので、日本の2015年の高齢者医療・介護の課題に、尾道市は2005年現在で直面していると言える。

筆者は東京で勤務医を10年間経験した後に、1984年に尾道に戻り(三代目継承)、開業医として21年が経過したが、2005年9月現在の片山医院の外来患者の平均年齢が約73歳であることは、当地の高齢化、高齢者医療の実態を表していると言える。

尾道市では、高齢化率19.5%であった1994年から尾道市医師会が取り組んだ、主治医機能支援システムの整備に向けた地域医療連携とケアマネジメントのシステム化により、在宅医療が強化され、地域において高齢者介護に対応した包括的な地域づくりと医療モデルの転換を進めている。

特に介護保険の施行とともに導入した尾道市医師会方式ケアカンファレンスは、会員とスタッフの不断の努力により、地域ケアの再編を一気に進めて、福祉資源との一体化は社会福祉協議会と医師会の社医連協(尾道市社会福祉協議会+尾道市医師会連絡協議会、2002年発足)、さらに民生委員を加えた社医民連協(社医連協+連合民生委員児童委員連絡協議会、2004年発足)の稼働により

地域包括ケアシステムに進化して、ケアマネジメントの威力を実証した。

その中で予想を上回る「ケアマネジメントの医療に及ぼす効果」を実感しているが、我々、主治医や看護スタッフにとってケアマネジメントは、介護保険だけではなく、医療提供のシステム化の方法論であり、地域包括ケアのシステムツールである。

どの場面でも医療はシステムとして提供(包括的に)されなければ、その効果は薄く、患者の利益にはならないというのが筆者の持論である。

地域医療連携と急性期病院の退院前ケアカンファレンス

2000年以後の急性期病院における退院前ケアカンファレンスは、患者本位の地域医療連携を実現の方向に向ける大きな効果をもたらしている。

ここで利用者(患者)は、生活障害を残して急性期病院から在宅に復帰する場合、急性期病院の退院支援と在宅の多職種協働のサポートチームが一体となったケアカンファレンスを体感することにより、継続的で包括的な支援空間を実感するので

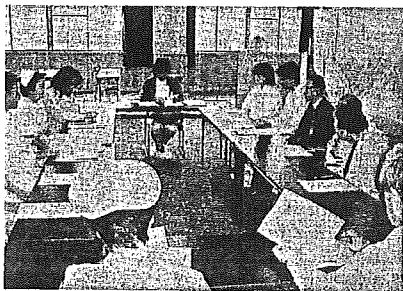
ある(写真1、2)。

医療面から見れば、病院主治医と在宅主治医の医療チャンネル、看護から見れば病棟看護から在宅看護への看護チャンネルを基本に、院内NSTの管理栄養士からの情報提供(栄養チャンネル)や、理学療法士や作業療法士からのリハビリテーション情報(リハビリテーションチャンネル)を総合して、在宅側の関係するスタッフの共通認識とするわけである。

写真3は、1年前に尾道市立市民病院から退院前ケアカンファレンスの後に在宅復帰した患者の6回目のケアカンファレンスである。気管切開部の管理に耳鼻科医、多様な皮膚疾患の管理に皮膚科医、前立腺がんで留置カテーテルなどの管理に泌尿器科医、口腔ケアの歯科医、全身管理の内科医が在宅主治医を務めるが、5人のベテラン開業医がケアマネジャーや訪問看護師、24時間訪問介護スタッフとチームを組んで介護者を支えている。

地域医療連携は急性期病院などを含んだ病診連携のチャンネルと、地域の開業医が専門性を持ち寄り、適切な機能を発揮することで在宅における診療所連携チャンネルが双方向に機能して、そこ

【写真1】急性期病院から在宅復帰の退院前ケアカンファレンス(尾道市立市民病院、2001)



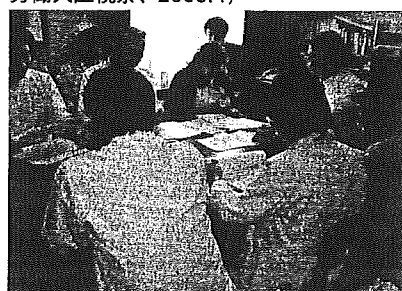
看護部長、病院長、夫人、ご本人、在宅主治医、通所リハビリSW、PT、ケアマネジャー、訪問看護、病棟師長、急性期主治医(脳外科医)、PT、OT
注)この急性期主治医は写真4のケアカンファレンス実務研修に参加している。

【写真2】急性期病院から回復期病院への転院前ケアカンファレンス(尾道市立市民病院、2005)



脳梗塞により入院。回復期を分担するK病院に転院する直前の病棟ケアカンファレンス風景。ケアマネジメント手法のメディカルカンファレンス(看護連携が軸)。
地域医療連携、急性期主治医(脳外科)、回復期主治医、K病院看護部長、通所介護スタッフ、病院PT、医師師長、在宅主治医、ご本人、介護者、ケアマネジャー、病棟師長、看護スタッフ。

【写真3】在宅主治医医療機関でのモニタリングケアカンファレンス(尾辻秀久厚生労働大臣視察、2005.4)



遷延性意識障害の利用者の長期継続ケア：6回目のケアカンファレンス。

耳鼻科医、皮膚科医、介護者、在宅主治医(内科医)、ケアマネ、泌尿器科医、歯科医、医師師長、訪問看護師、24時間訪問介護スタッフ、管理栄養士、薬剤師が参加。

にケアマネジャーや看護、介護のスタッフ、地域の福祉資源(民生委員等)が加わる、多職種協働の空間を基本とすべきである。

尾道市医師会・長期支援ケアマネジメントプログラム(The OMA method on long-term care management programs)

2007年度に地域医療提供体制の見直しが行われるが、さらに加速するであろう在院日数の短縮化政策にあって、地域医療連携が患者本位に機能するために、急性期病院には退院支援、具体的には退院前ケアカンファレンス等により、迅速かつ的確に地域資源へアクセスすることが求められている。また、一方では在宅医療はその受け皿として包括的な機能を配備する必要がある。

しかし、急性期疾患で機能障害をってしまい、その後の生活に大きな不安を抱える患者の安心を支える退院支援のシステム化は大きく立ち遅れて、在宅移行のポイントなどでは、地域医療連携は患者本位に機能していないことが多い。

「病院難民」などという表現が活字になることは、

地域医療連携の立ち遅れを如実に物語っていて、病院における看護(プライマリーナーシング)の敗北と言える。

ここで必要な方法論は、クリティカルパスから、退院支援に当たって生活機能障害の改善・向上を重視した「在宅重視型ケアマネジメントパス」への継続性と、フォローアップにおける多職種協働、主治医間連携と言えるが、介護保険の導入したケアマネジメント理論を共通のツールとすることで、包括的で継続的な支援体制は可能になる。

尾道市医師会では患者本位の地域医療連携を目指して、急性期病院群と在宅主治医群との本質的な機能分担を基盤とした、地域ケアマネジメントのシステム化による長期支援ケアマネジメントプログラム(The OMA method on long-term care management programs、図1)を展開している。

長期継続ケアにおいては、在宅療養の高齢者が急性疾患で急性期病院に入院(急性期)し、機能障害をもって退院、あるいは、転院(回復期)をし、介護老人保健施設などで、生活機能を高めて在宅(地域ケア空間・維持期)に復帰するが、ケアカンファレンスの各場面による継続でEvaluation and

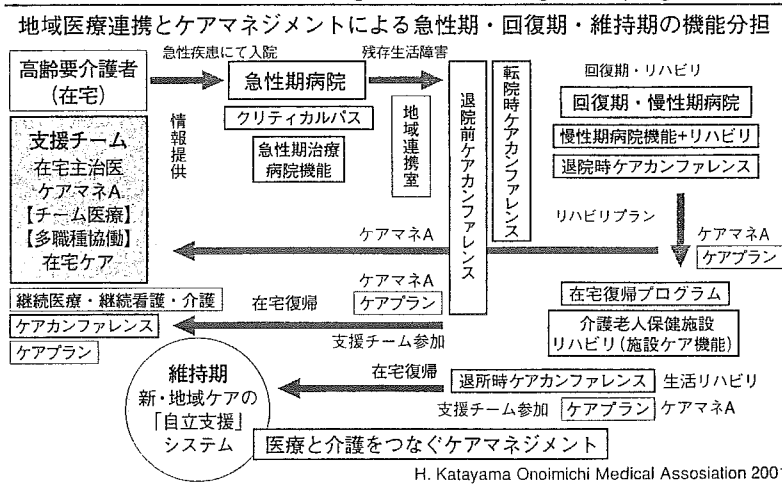
【写真4】尾道市医師会方式ケアカンファレンス実務研修(1999.11)



尾道市医師会ケアマネジメントセンター主催のケアカンファレンス実務研修。1999年の9月、11月に医師会館で開催。実際の事例を用いた6時間(1回)のケアマネジメント研修。多職種チームのメンバー構成は、内科医、歯科医、脳外科医(急性期病院)、訪問看護、在宅介護支援センター、他。2回目は128名の参加で、医師は48名。

写真1、2の急性期主治医は研修に参加している。

【図1】尾道市医師会・長期支援ケアマネジメントプログラム(The OMA method on long-term care management programs)





managementが系統的に行われることにより、Progressive geriatric care を達成する尾道市医師会オリジナルのサイクルチャートである。

これにより、医療と介護はケアマネジメントにより切れ目なく、急性期を含み包括的に継続するという理論であるが、実践により急性期・回復期・維持期の機能分担も明確になり、地域医療連携とケアマネジメントの一体化が実現する。

これは尾道市医師会方式の地域医療連携手法であり、急性期病院と在宅資源との総合的なチーム編成により、患者本位の地域医療のシステム化を進めているが、急性期病院の地域連携室の機能は患者本位という視点で大きな転換を迫られている。

看護管理者へ期待すること

看護職管理者は、図1で述べた一連のサイクルをポジティブに捉えて、病院主治医の機能を補完する意味で、病棟単位のプライマリーナーシングを軸に看護の威力を発揮すべきである。実際に厚生連尾道総合病院では看護部の努力により、患者本位の地域医療連携を踏まえた退院前ケアカンファレンスに効果を発揮している。

平均在院日数の短縮化により、医療依存度の高い患者を「安全に」在宅に復帰させることを可能とするためには、地域医療連携における地域看護連携が基盤とならなければ、地域の包括的なシステムは円滑に機能しないはずである。

さらに長期継続ケアの視点から、The OMA method on long-term care management programs 等における看護の双方向のシステム化が地域ごとに求められる。

看護管理者からの報告



三浦 明美 ●みうら あけみ
尾道市立市民病院
地域医療連携室看護科長補佐兼看護師長

看護管理者は連携体制構築にどのように関わってきたか

尾道市立市民病院は病床数330床、標榜診療科24科の総合病院で地域の中核病院として急性期医療を担っている。また、1982年より内科・外科・小児科を対象とした尾道市立夜間救急診療所を敷地内に併設し、病診連携の重要な役割を

果たしている。

当院では地域医療機関との連携を強化し、病院機能を分担することによって医療資質の向上と患者サービスを充実するため、2002年10月に地域医療連携室を開設した。特徴は紹介患者の受け入れや退院支援を重視した体制とし、病院内にはケアマネジャーなどは置かず、尾道市立市民病院の地域医療連携室の対外機能(open care management

【表1】 ケアカンファレンス実施状況(2004年度)

	内科	脳外科	神経内科	整形外科	循環器	外科	呼吸器	その他	合計
退院前	20	18	6	11	—	2	1	1	59
外来	69	23	21	12	5	1	—	—	131
合計	89	41	27	23	5	3	1	1	190

system)を採った。これは尾道市医師会で、すでにシステム化されていたハード面やソフト面を利用してもらい、介護保険関係の手続き等は地域のケアマネジャーに連絡するだけで、在宅支援の準備をしてもらえる。地域との窓口ができたことで病診連携が進み、介護・福祉関係者との連携もスムーズにできるようになり、結果的に紹介率を上げることや在院日数を減らすことができた。

現在どのような役割を担っているか

当院の地域医療連携室の2004年度の業務内容は紹介患者の管理に関するものが6,123件で8割を占めていた。ケアカンファレンスは190件で、そのうち退院前ケアカンファレンスが59件であった(表1)。

2000年より当院では退院前ケアカンファレンスを行っているが、介護保険制度の導入により、いわゆる寝たきり状態で気管切開や胃瘻造設、人工呼吸器装着者など医療依存度の高い患者でも本人や家族の希望により自宅での生活を継続することが可能となっている。これは、尾道市医師会の長期支援システムが機能しているためであるが、退院前ケアカンファレンスは重要な役割を果たしている。関係者が一堂に会し、15分間ぐらいで情報交換や意思統一が図れ、患者や家族に安心を与えることができ有意義である。ケアカンファレンスの開催に際しては、ケアマネジャーへの情報提供

や日程調整、関係者への連絡など、連携室の看護師が担当し窓口を一本化している。

また、地域の医療機関や介護・福祉関係者からの受診に対する相談や病院医師に対する問い合わせ等、どんな細かいことでも遠慮なく相談をしてもらえるよう心がけている。

地域医療連携体制の中で今後どのような活動を展開していくのか

医療機関の機能分担が進み、一つの医療機関では医療が完結しなくなっている。急性期病院として在院日数の短縮化は今後も避けられず、地域の医療機関や介護・福祉関連施設との連携を強化し、逆紹介をいっそう促進する必要がある。このためにも、退院支援は重要である。急性期病院の退院支援のポイントは、①入院早期からの退院支援の開始、②退院前ケアカンファレンスの開催、③緊急時24時間のバックアップ体制が挙げられる。

尾道市は高齢化率が25.7%と全国平均を上回っており、高齢者世帯や独居老人世帯も増加している。在宅支援を進めるためには医療や介護・福祉関係者だけでなく、民生委員や地域のボランティアも巻き込んだ連携がさらに必要であると考えられる。

●参考文献

- 1) 片山壽：急性期病院における退院前ケアカンファレンスと包括的地域ケアシステム、看護学雑誌, 67(9), p.882-885, 2003.
- 2) 山脇泰秀：在宅医療と地域医療連携の方向性, 治療, 87(5), p.1759-1764, 2005.

広島県尾道市の取り組み

- [概況] ●全人口／116,901人* (2005年4月1日現在)
●高齢者数・高齢化率／30,043人・25.69%*
●要介護認定者数(高齢者人口に占める率)／6,562人(約22%)*
(参考) 認知症高齢者数／認知症高齢者自立度Ⅰ・1,481名、Ⅱ以上・2,786名



(注) 尾道市は2005年3月末に御調町、向島町と合併のため統計年次が各項目で異なる。*：2005年3月合併後 **：2005年3月合併前

尾道方式の 新・地域ケアの構築 と認知症ケア

片山 壽 Katayama Hisashi

片山医院・院長 尾道市医師会・会長／厚生労働省高齢者介護研究会・委員

認知症の正しい理解は大変重要な国民的課題ですが、特に家族レベルの認知症に対する認識不足(知識不足)から初期対応がその人の尊厳を損なってしまうことも多いのが現状です。そこで、それぞれの地域で支える仕組みづくりが急がれます。

東京都老人総合研究所の研究部長・本間昭先生は、2003年に10回にわたって開催された厚生労働省高齢者介護研究会での認知症対策の議論の中で、「認知症は立派な病気なのだから、早期診断・早期治療」と整理されました。筆者のごとく高齢化率の高い医療圏で在宅主治医を20年やっている開業医からみれば、同席していて胸のすく専門家の切れ味であったことを鮮明に記憶しています。

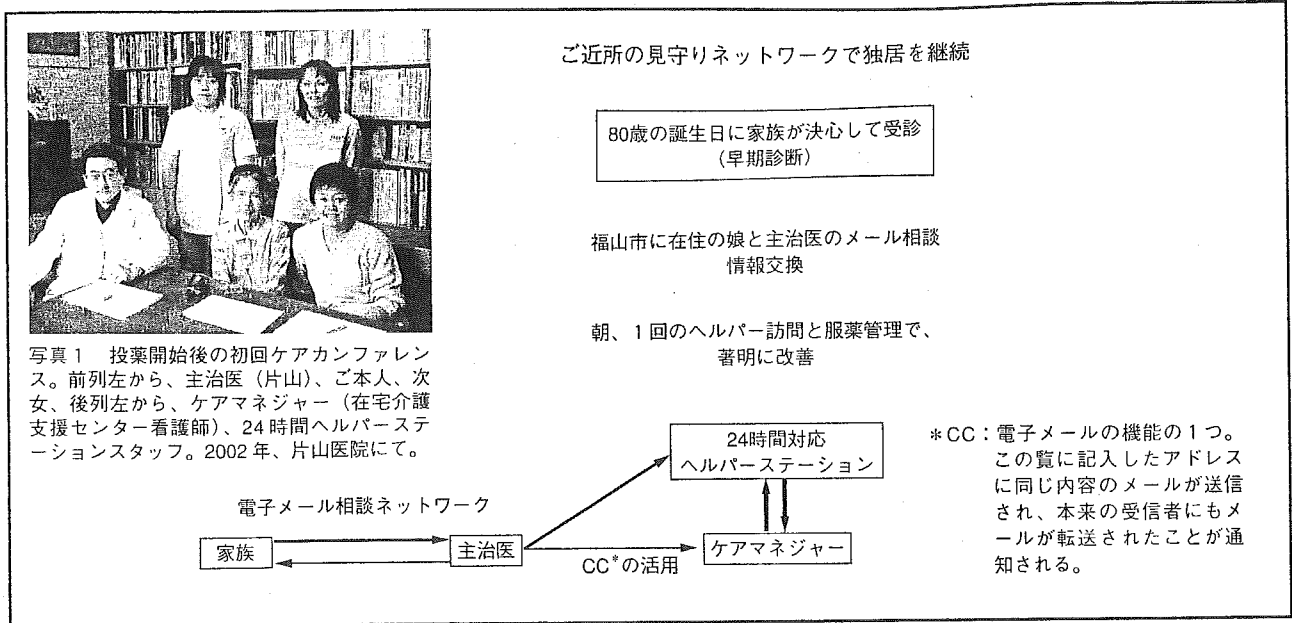
この研究会の「高齢者介護研究会報告書」の中に、認知症関連の補論が加わったことにより、

制度的に大きく前進しました。検証においても要介護認定結果の蓄積データの集約と、現状の認知症老人自立度単位の実数や将来推計値もかなり正確に集計され、国策としての認知症高齢者対策は最優先事項となり、厚生労働省老健局の意気込みとともに一気に加速しています。

ここで示された課題から多くの時間を費やした、もう1つのテーマは「地域ごとの包括的なケアシステムの構築」が急務ということでした。これはまさに地域ケアが認知症ケアのシステムとしても機能せねばならないということです。

筆者の所属する医療圏での主治医機能の実践における認知症ケアと、94年より整備を進めている尾道市医師会方式のケアマネジメントシステムの進化過程にある「新・地域ケア」を紹介します。尾道市は「機能する地域」を目指しています。

図1 ■ アルツハイマー型認知症で独居を継続中のYさんの初回ケアカンファレンス (2002.10)



■ 80歳の誕生日に家族会議で 決定して来院されたYさん

ご主人をがんで亡くされたYさんは、アルツハイマー型認知症です。83歳ですが堂々と独居生活を継続されています。近隣のさまざまな資源がYさんの独居生活を支援しています (写真1)。

2002年9月、Yさんの来院のきっかけは、娘さん3人が母の物忘れがひどくなったことを悩んでいたことでした。隣市の脳神経外科を受診した結果では異常なしと言われたものの、家族会議で検討した結果、十数年来、父親の主治医であった筆者に相談してみようということになったそうです。そうして80歳の誕生日を期して、当院を受診されました。

独居となってからは3人の娘さんがたびたび訪れていますが、長女は遠方におり、三女は隣の市で病院勤務、近くに在住の次女が連日の訪問をしている状況です。

従来、Yさんは外出を好まず、自宅で過したり近くの畑に行き野菜をつくったりの生活で、独居になってからは、さらに社会的ではな

くなったとのことでした。

初診時は亡夫の往診に行っていた筆者のことをよく覚えていてくれたので、ご主人の話題など混ぜながら、記憶をたどったりして診察はスムーズでした。しかし、HDS-R (長谷川式簡易知能評価スケール) は12点とかなりの低値でした。特に受診直前は記憶障害のために電話での話は困難となり、火の元も心配だったようです。

前医の脳神経外科の情報提供もあり「アルツハイマー型認知症」と診断し、アリセプト®の投薬を開始。同時に介護保険でのサービス利用をすすめました。脳神経外科より申請済みで要介護1の認定でしたが、サービスは利用していませんでしたので、在宅介護支援センターの居宅介護支援事業所に連絡をとり、適任の主任看護師をケアマネジャーに指名してケアプランの作成を依頼しました。当方よりケアマネジャーへの意見は「生活支援を含めた服薬管理」。時期的に初回認定期限の迫った更新時期だったので、筆者がYさんの主治医意見書を作成することになりました。

●主治医意見書予診表の電子メール添付での情報交換

主治医意見書の作成はにあたって、まず、忙しい三女に主治医意見書の予診表（尾道市医師会作成エクセル版）を電子メールに添付して送りました。記入して返信してもらうことで、多くのエピソードが短時間で入手できました。この情報はケアマネジャーにも電子メールCC（カーボンコピー、図1の注を参照）で送り、状態把握の補強としました。

10月に入り主治医意見書作成も終わり、ケアカンファレンスを開催してケアプラン作成に入りました。その間の開催日程や時間の家族との調整は電子メールで行いました。

■認知症の利用者におけるケアカンファレンス

ケアマネジャーが提案した通所のサービスをご本人が希望されず、早朝に起床されるYさんに合わせて、モーニングセットアップのヘルパー訪問から導入しました。このサービスでのポイントは生活リズム設定と服薬管理で、薬剤は当院の調剤からヘルパーステーションに預けて、自宅には置かないようにして服薬の確認をしました。在宅医療の経験から、コンプライアンスが確保されなければ治療効果はないことが身にしみていたからです。

ケアカンファレンスにおいては、サービスを強制することはあってはならないし、絶対に正しいというケアプランは存在しないので、ご本人と家族の意向を尊重し、一気に3点セットを押しつけるなどという負荷をかけない配慮が必要です。

ケアカンファレンスにはご本人も参加され、理解できる部分は尊重しながら発言を促して合議を進めることも、ご本人の尊厳を重視する意味で、また、ケアマネジャーの資質の向上にお

いても重要です。共通認識は必要ですが、強制認識であってはなりません。

認知症の利用者のケアカンファレンスにおいては、特にその方の暮らしぶりについての情報収集が大変に重要であり、うまく話題を出し入れしながら誘導すると、ご本人の口から意外な意向や、周囲からは生活障害に見えることの意味を説明されたりすることがあります。適切なエピソードを引き出すことで、目の輝きを見ることもよくあります。

主治医が利用者の生活状態を十分に把握していることが安心につながり、ご本人はもとより家族の安心にもつながります。認知症の利用者のケアカンファレンスでは、相手を決め付けて（認知症であるのでわからないのではなど）はならないことが、特に重要であることも確認しておきたいところです。

■家族への継続的な相談体制と情報提供でフォローアップ

ケアカンファレンスの開催においては、事前知っておくべき多くの情報が整理されていなければならないことは当然です。そして、利用者の長期フォローアップを前提とした作戦会議であるとの認識から、初回ケアカンファレンスは特に重要です。

この時点で、主治医・介護者・ケアマネジャーの3者は、必要な情報のポイントを共有しておく必要性から、また、その後の利用者の変化やケアマネジャーがサービス担当者から入手した情報や、主治医が介護者より入手した情報なども含め、同一のネット（電子メール）で関係者に情報提供する方法を用いました。

認知症の治療・ケアは長期フォローアップですので、2週間や4週間ごとの診察では診察時に行うことは限りがあり、その間の状態変化や生活の中のエピソードこそが重要です。

表1 Yさんの現状とサポート環境（三女の電子メール添付資料より）*

母の現状

自分は、姑に恵まれ、夫に恵まれ、子どもも女の子ばかりだから遠慮することもいらず、みんなよく気にかけてくれ、親戚の人もいい人ばかりなのでとてもありがたいと、いつも感謝しながら過ごしている。昨年お墓を新しくしたが、その時家族みんなで「正信偈」を写経し、お墓に納めたことが記憶にあり、「お墓もいいのができ、お経も一緒に入れてあるのがいい」とお墓の話をする心穏やかになる。人の中に出かけることを好まず、家にいるのが一番いい。

母（80歳）をサポートしている環境

名前・続柄・年齢	住所	どれくらい	どのように
T.K、長女 54歳	滋賀県	1カ月に1回帰省	5～6日間母と一緒に生活している ・その時期に着るものが引き出しの中にあるように衣類を整理 ・夜ゆっくりと母の話を聴く ・3～4年後には夫婦で尾道に帰ってくる予定
F.I、二女 51歳	T団地 (Yさん宅の 団地)	ほぼ毎日	・母のお金の管理（いくら使ったかすぐ忘れてしまうため、母の財布には3,000円程度しか入れないようにしている） ・家の付き合いごとの管理や月当番の仕事 ・気になることがあればいつも母が電話する ・近所の店で間に合わない買物 ・時々おかずをつくっていく
A.M、三女 47歳	F市M町	深夜明け以外毎日 1週間に1回くらい 2週間に1回くらい 1～2カ月に1回	朝7時40分頃電話をかけ、無事起きているか確認している。実家に行き、半日母と過ごす ・昔の話をする ・算数ドリルをやるよう働きかけ ・写経の声かけ ・お経（正信偈）を一緒に唱える ・一緒に墓参りする ・母と1日Mの家（三女宅）で過ごす 庭の草取りをしてもらい、Mの母と話をし、昼食を一緒に食べ3人で昼寝をする
N.S、夫の妹 84歳	T団地	1～2週間に1回	母の様子を見に家に来てくださる。仏の道に通じている人で、ご縁話をして母の心をなごませてくださる
R.U、姪 70代前半	T団地	1～2週間に1回	母の様子を見に家に来てくださる
G.H、兄 82歳	T団地	1～2週間に1回	母の様子を見に家に来てくださる
H商店の おばちゃん	T団地	ほぼ毎日	母が唯一行ける店。何か気になるようなことがあれば二女へ知らせてくださる
T.Tさんの奥さん	T団地	回覧が回るとき	班長さんで、回覧板をもってきて読んで聞かせてくださる。母の様子がおかしいとき、二女へ知らせてくださる

*三女より許可をいただき掲載

Yさんの場合、最初の月は3回診察を行いました。その後は、よほどのことがない限り、4週間に1度の診察で経過をみています。

表1は、主治医が知っておく利用者の環境として、Yさんの近隣の人々との関わりを、三女に問い合わせた返信です。実に系統的にまとめられているので許可を得て紹介します。

家族の認知症への正しい認識と地域の支援体制への信頼

この三女の情報から、実に多くの近隣住民の皆さんの、ナチュラルなサポート体制が自然発生的にできていることがわかり、感嘆を禁じませんでした。

ケアモデルも重要ですが、自然発生的な地域の互助システムに勝るものはありません。この体制が筆者のところを受診する前の環境であり、この支援体制に主治医、ケアマネジャー、24時間ヘルパー、在宅介護支援センターが加わっただけで、利用者と家族は大きな安心を実感できたとのことでした。

なお、家族からの電子メールでの相談には、すべて対応していますが、家族の感謝の念を感じる事が医療者として主治医としてのエネルギーであり、ケアマネジャーや介護職においても同様です（表2）。

地域の関係者が支援を要する個人の尊厳を支えるには、現在の介護保険では領域が狭いのが現実です。ケアマネジャーが認知症ケアで敗北感が漂う現場にはなってはいけません。

生活圏域での認知症ケアを可能にする「機能する地域」創設の重要さ

Yさんをめぐる地域支援体制は、いわゆるグレーゾーンの時期から見守る近隣の皆さんの自然発生的なサポートで成り立っていました。

これは、介護保険の領域とは全く無関係に、歴史的に行われてきた近隣の支え合いで、ここにケアマネジメントを持ち込むことで、さらに系統的で適切な地域ケアの空間に進化することが可能です。

厚生労働省高齢者介護研究会報告書以後、認知症が疾病と位置付けられ、早期受診・早期診断・早期対応が整理されていますが、旧来の地域ケアでは認知症高齢者への家族、近隣住民の正しい理解は不十分であったことは否めません。

介護保険は生活障害を抱えた高齢障害者のすべてをカバーできるわけではないので、高齢者介護研究会で「在宅」「施設」の統一概念として「地域」を設定して、生活圏域でのケアに重点をおいたことは大変に意義深いことです。

表2 ■ 三女から筆者へ送られてきた年賀メール (2003.1.5)*

あけましておめでとうございます
 去年は、先生にめぐりあうことができ、本当によかったと思います。いろいろとお世話になりました。
 お正月姉妹全員の家族が集い、楽しく食事会をしました。母もとても楽しそうに過ごし、いい時間を過ごすことができました。
 昨日K（長女）も帰ったため、また1人の生活に戻りました。楽しそうだったお正月とは違い、気持は落ち込み状態です。「私がつまらんけえ、みんなに迷惑かける……」と。
 「元気でいてくれるから何よりよ、ちょっとボケて心配だからみんな帰ってこれるんよ!! 姉妹がよく会えるのもあちゃんのおかげよ」って話しました。
 なんとか1人で過ごせている今は、私たち姉妹のつながりを深めるうえでも本当にいい状況だと思っています。ヘルパーの方が毎日来てくださり、朝の母の状態をみていただけるのは私たちにとても心強いことです。
 家で過ごす母を中心にした今の生活、これをいつまで続けることができるか心配ですが、状況が変わってきても先生やYさん（ケアマネジャー）たちがいてくださるから大丈夫と思えるため、心の動揺が少なくてすみます。
 80歳の母の誕生日に片山医院を受診するという行動を起こしたことは、私が去年やったことの中で最高の行動だったと思います。
 いい年でした。今年もどうぞよろしく願いいたします。

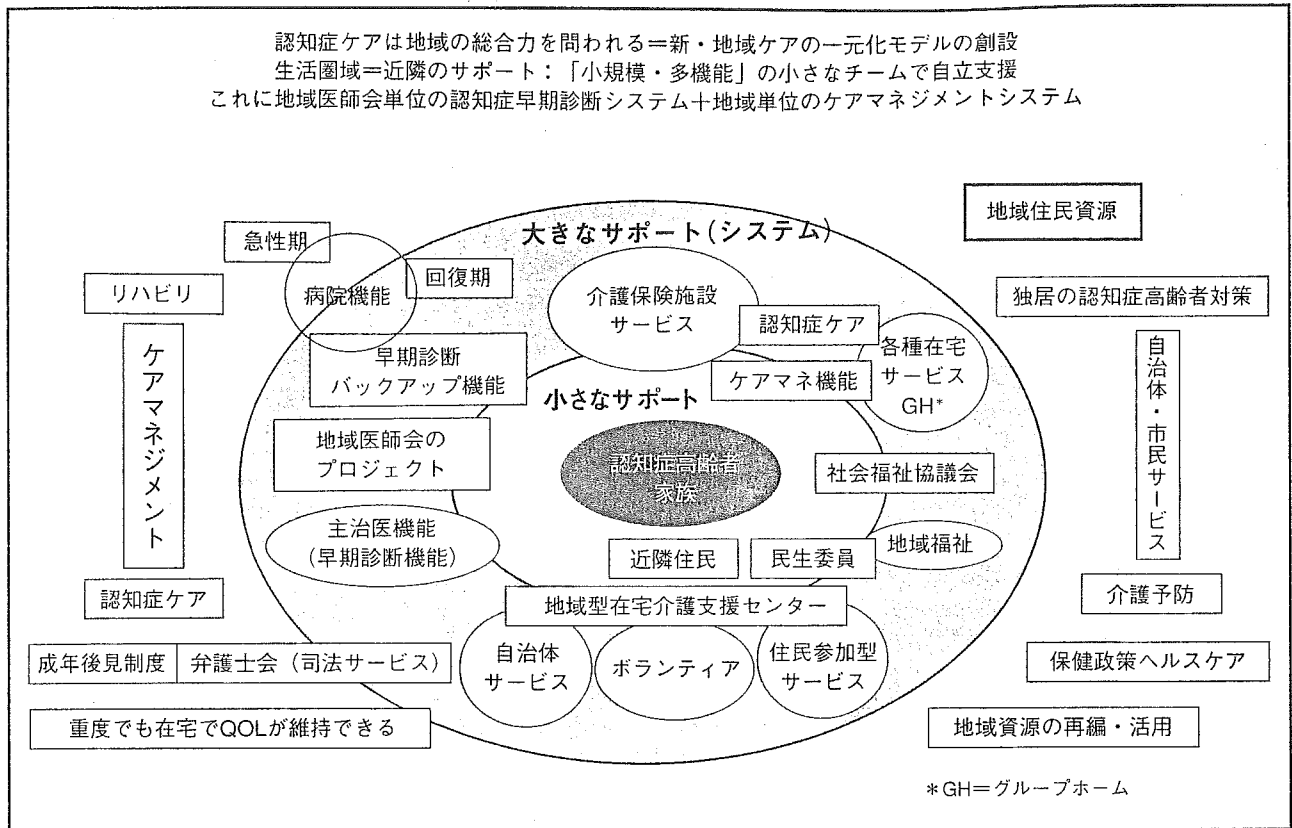
*三女より許可をいただき掲載

また、近隣の旧知の皆さんに世代を越えた交流があり、近隣地域の資源が最も強力であることが、三女の近隣のサポート体制の報告（p.50参照）からわかったことは、その後の支援体制の構築に大きな意味をもちました。

Yさんは、順調に独居を継続して3年3カ月が経過しましたが、実に多くの人々が安否確認やちょっとしたお世話、話し相手などに参加しています。共助や互助の仕組みの重要さを実感しました。

近隣のサポート体制は「機能する地域」の原型であり、そこに過不足なく主治医（医療）、ケアマネジャーさらに介護保険サービス、地域ケアシステムとしての福祉資源が関わることにより、結果として保健・医療・福祉の一元化され

図2 新・地域ケアの全体構成と二重システム構造で認知症高齢者を支える近隣サポートの概念——尾道モデル



〈出典〉 H.Katayama Onomichi Medical Association

た「新・地域ケア」の空間設定ができ、認知症ケアへの取り組みのシステムとなります。これが、利用者の生活圏域である近隣住民を含んだ小さなサポート体制と、地域全体の大きなシステム（新・地域ケア）の2重構造で認知症高齢者と家族を支える尾道方式の認知症ケアシステムです（図2）。

小さなサポートとは、ケアマネジャー、主治医、民生委員や近隣資源のボランティア、地域型在宅介護支援センターなど個人の生活を支える直接的なケアチームのことです。大きなサポートとは、システムとして共通認識のもとに地域政策的に連動する各種団体と自治体（ケアマネジメントをルールとしての保健・医療・福祉の共同体）のことで、具体的には尾道市医師会認知症早期診断プロジェクト2003（名称は当時）、社医民連協（尾道市社会福祉協議会・尾道市医師会・尾道市連合民生委員児童委員連絡協議会）とケアマネジャー（尾道市介護支援専

門員連絡協議会）の連携などが挙げられます。

■ 新・地域ケアにおける民生委員参加のケアカンファレンスの効果

Yさんの事例では、家族からもたらされる情報の重要さと多角的なアセスメントに医学的観点を加えた支援体制で、その後の独居生活が可能になっていることに触れましたが、そこには日常的な主治医のフォローアップ、家族支援、ケアマネジャーのサポートがあります。

前述したように利用者の尊厳を重視したケアの実践に加え、家族支援の意味でも大きな役割を果たしたのが初回ケアカンファレンスでした。

以下に、民生委員を加え、より重層的なその後の支援体制の構築につながった、3回目のケアカンファレンスを紹介します（写真2）。

ご本人と次女、三女が参加したカンファレンスに、初めて地区担当の民生委員に参加を要請



写真2 Yさんの3回目のケアカンファレンス風景
(2003年11月 片山医院にて)

参加者：Yさん、次女、三女、担当民生委員、24時間ヘルパーステーション・ヘルパー、地域型在宅介護支援センター・ケアマネジャー、主治医、片山医院師長



写真3 民生委員の“T先生”の自宅

土蔵を改造したグループホーム風ケアスペース。近隣の独居高齢者の集いの場になっている。Yさんも参加している。ケアカンファレンスで一念発起し、実現した。Yさん（前列右）、主治医（後列左男性）、ケアマネジャー（前列左）も近隣の皆さんに混じって参加

して加わってもらいました。ご本人と民生委員とは永年の家族ぐるみの付き合いがあり、双方の信頼関係は強固であることが、当方のねらいと一致して大変によい効果を得ることができました。

尾道市医師会委託の地域型在宅介護支援センター「やすらぎ」のスタッフは、かなり以前より地区民生委員協議会の会合に参加して、介護保険の制度説明や個人支援のチャンネルを構築しています。そのため民生委員との調整に実績をもっており、事例によっては民生委員がケアカンファレンスに参加することもありました。

今回のこのケアカンファレンスで、民生委員のHさん（通称T先生）は担当地域の高齢化、独居高齢者の増加の現実の中において、民生委員としての経験から非常に集約された意見を述べてくれました。

ケアカンファレンスはアイデアを出し合う空間です。そこで出されたアイデアによって、Hさんは自宅を改修し近隣の独居高齢者の憩いの場としました。独居高齢者への支援について、ボランティアや民生委員として従来からイメージしていたことを実現する機会となったのです（写真3）。

表3は、Yさんの三女がまとめてくれた、ケ

アカンファレンスに参加したの各人の感想です。

民生委員とケアマネジャーの 合同研修会

尾道方式のケアカンファレンスにおいては、今まで、民生委員の参加を求めてきたケースは独居支援の場合が多いものでした。しかし、最近では独居に限らずケアカンファレンスにはなるべく参加してもらっています。高いモチベーションをもつ方が多く頼もしい限りです。

2003年10月に民生委員協議会とケアマネジャー協議会、在宅介護支援センター協議会の合同研修会として、「高齢者介護における関係者の新たな連携について——新・地域ケアにおける総合力が在宅を支える——」と題する講演を筆者が行いました。参加者200名以上の熱気あふれるよい雰囲気です。「新・地域ケア」の実現を確信しました。

講演の内容において、共通認識の基盤にしたのは、高齢化率25%を超えた尾道市の現状と認知症高齢者のさらなる増加、それに対応する地域でのシステムづくりです。地域のあらゆる資源を再編してこれにあたる必要があることに力点をおいて話を進めました。

表3 ■ 参加者のケアカンファレンスへの感想

<p>民生委員 T.Hさん (通称T先生)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・先月の研修会で片山先生の講演を聞いて、初めてこのようなカンファレンスが行われていることを知った ・今までYさんのことをおかしいと思っていなかったで、今日の話し合いに声をかけられたときも、そんなに必要性を感じなかった ・今日の話聞いて、実態がよくわかった ・今後は電話でなく、家に顔を出す必要があることがわかった ・今日は参加させてもらって自分自身勉強になった
<p>T.K (長女)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンスと言われても、誰とどのように話をするのか理解できていなかった ・T先生が参加してくださり、母の実態を理解して下さったことがとてもよかった ・T先生に、母が介護保険のサービスを受けていることをもっと早い時期に話しておくべきだった（昨年9月からサービスを受け始めたが、T先生に話したのは今年の7月だった）
<p>A.M (三女)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・母も同席するため、どれだけ本当のことが話せるか不安だった ・民生委員のT先生が参加して下さるのか不安だった ・母が自分は大丈夫と思っているため、サービス計画書を2種類作成するという細かい配慮がうれしかった ・食事のことに関する話のときに参加者全員で意見交換できていると感じ、うれしかった ・朝、母が起きられなかったときのことを話し合うことができてよかった ・T先生が母の実態を理解して下さったことがとてもよかった ・今まで、母の周りにはサポートして下さる方がたくさんいて下さるので、民生委員としてのT先生との関わりを重要視していなかった ・民生委員の方にカンファレンスへ出席していただくことはとても意義深いことだと思った

2003年11月5日付け 三女のメールに添付されてあった「ケアカンファレンスの感想」を転載

この背景には、尾道市社会福祉協議会と尾道市医師会との緊密な連携体制を目指して2002年4月に設置した「社医連協」（尾道市社会福祉協議会＋尾道市医師会連絡協議会）が基盤にあり、尾道市の担当者の細かな調整も生きていました。

■ 認知症高齢者を支える 「機能する地域づくり」の具体的な 手法としての新・地域ケア

介護保険制度が施行される以前に在宅福祉の大きな担い手であったのは、1918年に遡る民生委員の制度です。その位置付けにおいて個人を援護する適応やスタンスが、「介護の社会化」といううたい文句で導入された、介護保険におけるケアマネジャーとは似て非なるものでした。

尾道方式の新・地域ケアのシステム構築は、介護保険により導入されたケアマネジメントで、既存の福祉制度と新たな介護の仕組みをねらった介護保険制度を合体させることで、高齢化地域における現実の戦力を再編した手法です。

尾道地域全体におけるケアカンファレンスの継続の積み重ねにより、利用者の生活支援の必要度に応じてフレキシブルに、介護保険サービス以外の領域にも視点を広げていくケアマネジャーが増えてきました。そのことにより、ケアカンファレンスに参加するメンバーも民生委員をはじめ、多様な地域資源を背景に持つ人々が参加するようになりました。

これは、ケアマネジメントの実践により、地域において既存の福祉制度と介護保険制度が一元化できたわけであり、旧地域ケアの資源の再編によりバージョンアップが可能になったといえます。

また、この圏域のケアマネジャーや医師、関係職種も多くは、1994年から連続的に医師会が企画してきた第一線の講師陣を連続招聘しての系統的な講演会に参加し、共通認識の知識基盤を構築しています。認知症関連の領域においても最新知識と情報を得ており、認知症ケアの地域水準は大変に高いものになっています。

結果として、早くからケアマネジメントをツールとした地域のシステム構築を目指したこと

で、現在すでに共通ルールをもった多職種協働が標準化しつつあり、田中滋先生（慶應義塾大学経営大学院教授）からも「尾道のシステムは現場からつくりあげたシステムだけに凄みがある」（全国介護保険サミットおおむた2003）との評価を受けています。

認知症高齢者への取り組みは個々の職種の関わりでは限界があり、あらゆる地域資源を再編して地域が「本気で取り組む」システムでなくてはなりません。その環境（システム）の中でこそ、専門性の高い職種の能力や知識が点でなく線や面として発揮できるのです。

「施設・在宅」ではなく統一概念としての「地域」、レベルの高いケアマネジメントにより編成された「機能する地域」による認知症への取り組みこそが、来るべき未曾有の高齢国家への安心の基盤となることを確信しています。

地域の総合的な展開体制を整備することで社医連協に加えて、199人の民生委員を擁する尾道市連合民生委員児童委員協議会の3団体の連合チームとして、尾道市では「社医民連協」（社医連協＋連合民生委員児童委員連絡協議会）が2004年4月に発足し、モチベーションはさらに高まっています。

