

## 9. 毎回出席が必要と思われる人

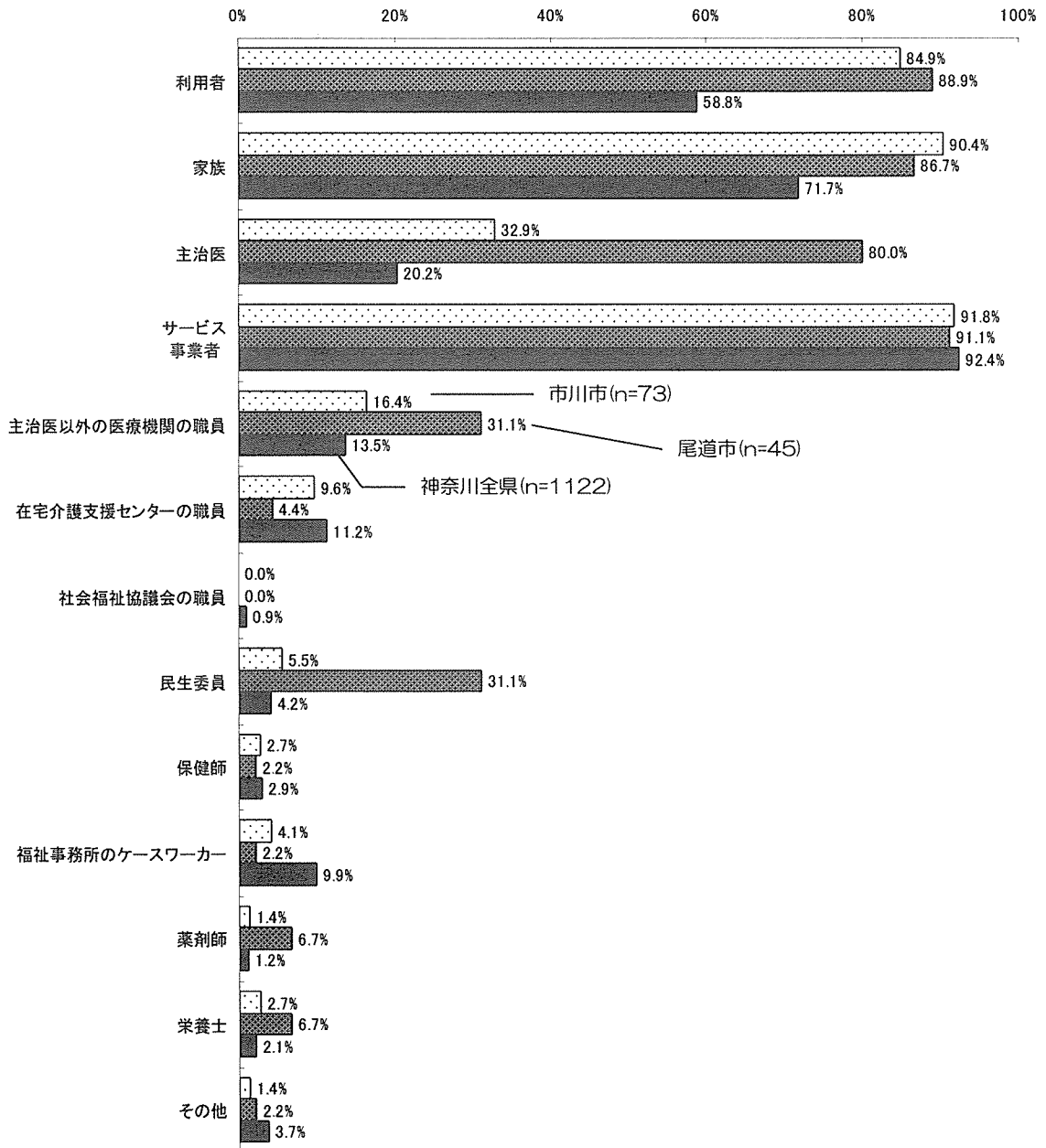
サービス担当者会議に参加すべき人は、主治医は尾道市80.0%、市川市32.9%で大きな差があった。また民生委員も尾道市31.1%、市川市5.5%であり、有意差を認めた。(表4、図9)

この傾向は、毎回出席が必要と思われる人、サービス担当者会議に参加を呼びかけた人、サービス担当者会議に実際に参加した人の3つとも同じ傾向を示した。

表4 サービス担当者会議に参加すべき人

	市川市	尾道市	$\chi^2$	P値
利用者	62/73(84.9)	40/45(88.9)	0.372	0.542
家族	66/73(90.4)	39/45(86.7)	0.398	0.528
主治医	24/73(32.9)	36/45(80.0)	24.735	0.000
サービス事業者	67/73(91.8)	41/45(91.1)	0.016	0.899
主治医以外の医療スタッフ	12/73(16.4)	14/45(31.1)	3.489	0.062
在宅介護支援センターの職員	7/73(9.6)	2/45(4.4)	1.046	0.306
社会福祉協議会の職員	0/73(0.0)	0/45(0.0)	—	—
民生委員	4/73(5.5)	14/45(31.1)	14.148	0.000
保健師	2/73(2.7)	1/45(2.2)	0.030	0.862
福祉事務所のケースワーカー	3/73(4.1)	1/45(2.2)	0.303	0.582
薬剤師	1/73(1.4)	3/45(6.7)	2.385	0.123
栄養士	2/73(2.7)	3/45(6.7)	1.058	0.304

図9 毎回出席が必要と思われる人【複数回答】



## 10. サービス担当者会議に参加しない理由【複数回答】

### (1) サービス事業者

サービス事業者の不参加の理由については、市川市は、「日にちや曜日が合わない」38.4%、「時間帯が合わない」が41.1%と主な理由である。「日にちや曜日が合わない」とする介護支援専門員の割合が尾道市の約2倍に達し、5%水準で有意差を認める。(図10、表5)

図10 サービス事業者

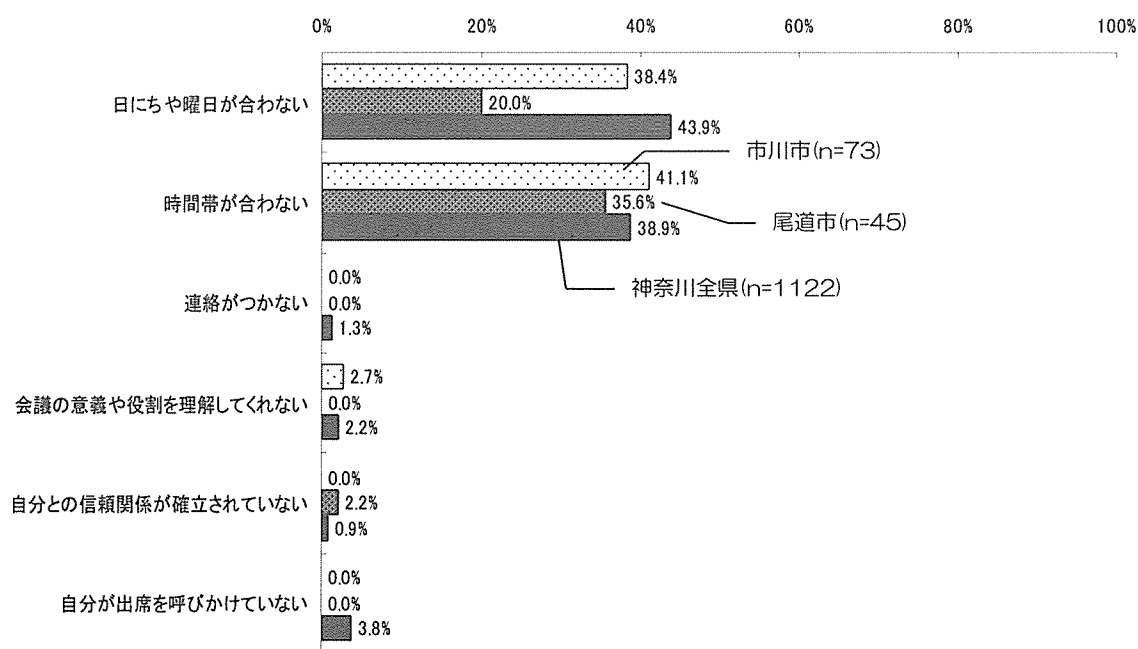


表5 サービス担当者会議の不参加理由 (1) 事業者

	市川市	尾道市	$\chi^2$	P 値
日や曜日があわない	28/73(38.4)	9/45(20.0)	4.358	0.037
時間帯が合わない	30/73(41.1)	16/45(35.6)	0.359	0.549
連絡が見つからない				
会議の意義の無理解	2/73(2.7)	0/45(0.0)	1.254	0.263
信頼関係の不確立	0/73(0.0)	1/45(2.2)	1.636	0.201
出席を呼びかけていない				

## (2) 主治医

主治医の不参加の理由については、尾道市はいずれの項目についてもたいへん低い割合である。これに対して、市川市は、「自分が呼びかけていない」が65.8%、「日にちや曜日が合わない」が42.5%、「時間帯が合わない」も42.5%と、さらに「(主治医と)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」が共に28.8%と、いずれも高い割合になっている。

「日や曜日があわない」、「(主治医と)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」は、1%水準で、市川市が有意に尾道市より高かった。「時間帯が合わない」、「連絡がつかない」は、5%水準で市川市が有意に尾道市より高かった。(図11、表6)

図11 主治医

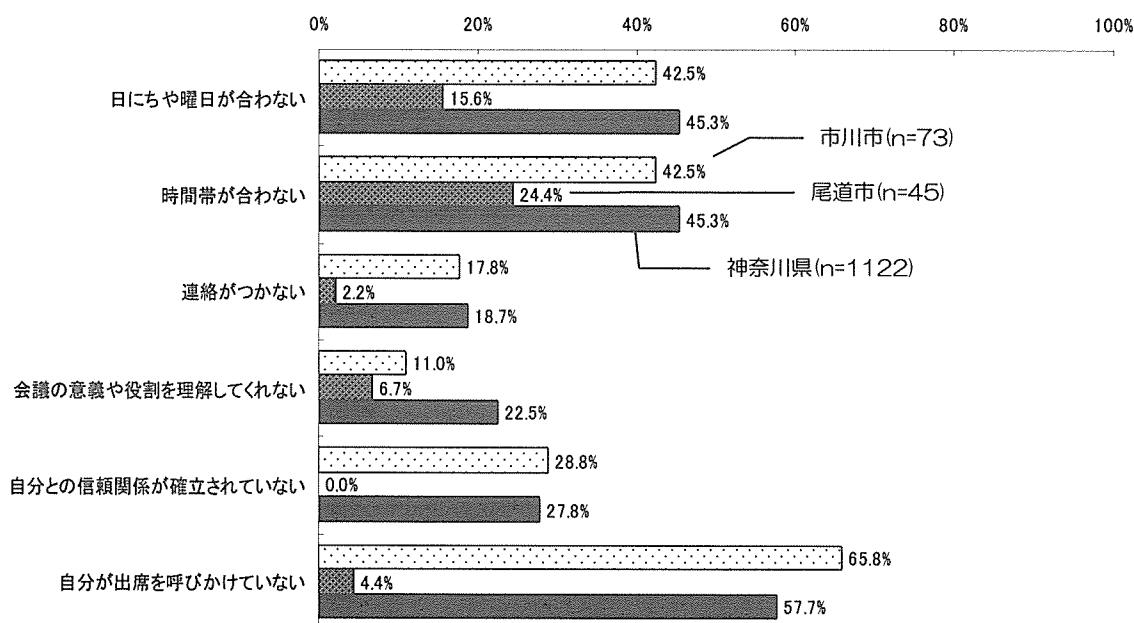


表6 サービス担当者会議の不参加理由 (2)主治医

	市川市	尾道市	$\chi^2$	P 値
日や曜日があわない	31/73(42.5)	7/45(15.6)	9.234	0.002
時間帯が合わない	31/73(42.5)	11/45(24.4)	3.944	0.047
連絡がつかない	13/73(17.8)	1/45(2.2)	6.467	0.011
会議の意義の無理解	8/73(11.0)	3/45(6.7)	0.607	0.436
信頼関係の不確立	21/73(28.8)	0/45(0.0)	15.748	0.000
出席を呼びかけていない	48/73(65.8)	2/45(4.4)	42.854	0.000

### (3) 利用者

利用者の不参加の理由については、市川市は、尾道市とほぼ同じである。「会議の意義や役割を理解してくれない」が13.7%と最も高い。「自分が出席を呼び掛けていない」は、2.7%と低い。

有意差は認めない。(図12、表7)

図12 利用者

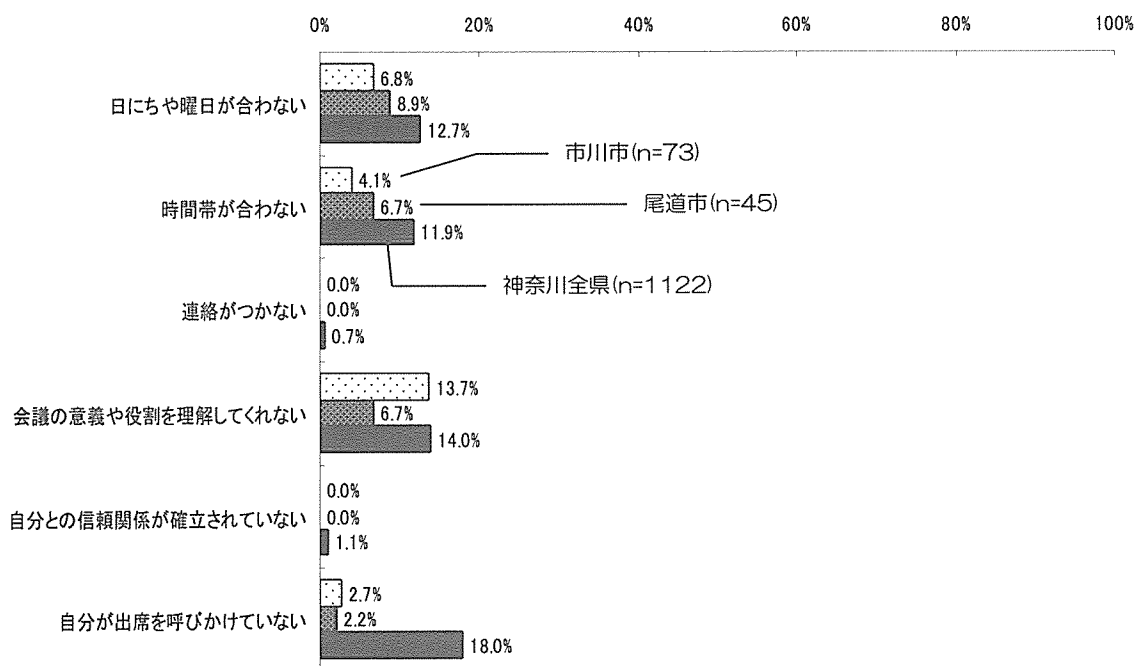


表7 サービス担当者会議の不参加理由 (3)利用者

	市川市	尾道市	$\chi^2$	P 値
日や曜日があわない	5/73(6.8)	4/45(8.9)	0.164	0.685
時間帯が合わない	3/73(4.1)	3/45(6.7)	0.377	0.539
連絡がつかない				
会議の意義の無理解	10/73(13.7)	3/45(6.7)	1.404	0.236
信頼関係の不確立				
出席を呼びかけていない	2/73(2.7)	1/45(2.2)	0.030	0.862

#### (4) 家族

家族の不参加理由に関しては、市川市と尾道市は、有意な差を認めなかった。(図13、表8)

図13 家族

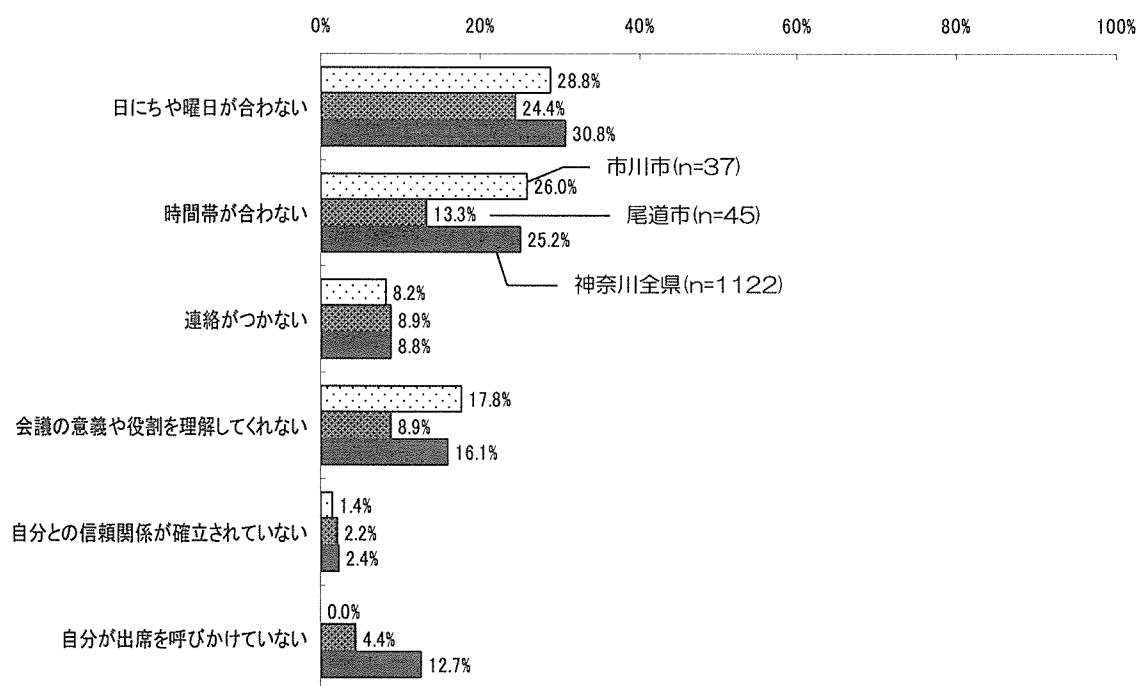


表8 サービス担当者会議の不参加理由 (4)家族

	市川市	尾道市	$\chi^2$	P 値
日や曜日があわない	21/73(28.8)	11/45(24.4)	0.263	0.680
時間帯が合わない	19/73(26.0)	6/45(13.3)	2.687	0.101
連絡がつかない	6/73(8.2)	4/45(8.9)	0.016	0.899
会議の意義の無理解	13/73(17.8)	4/45(8.9)	1.796	0.180
信頼関係の不確立	1/73(1.4)	1/45(2.2)	0.121	0.728
出席を呼びかけていない	0/73(0.0)	2/45(4.4)	3.300	0.069

## 1 1. サービス担当者会議で共有した情報

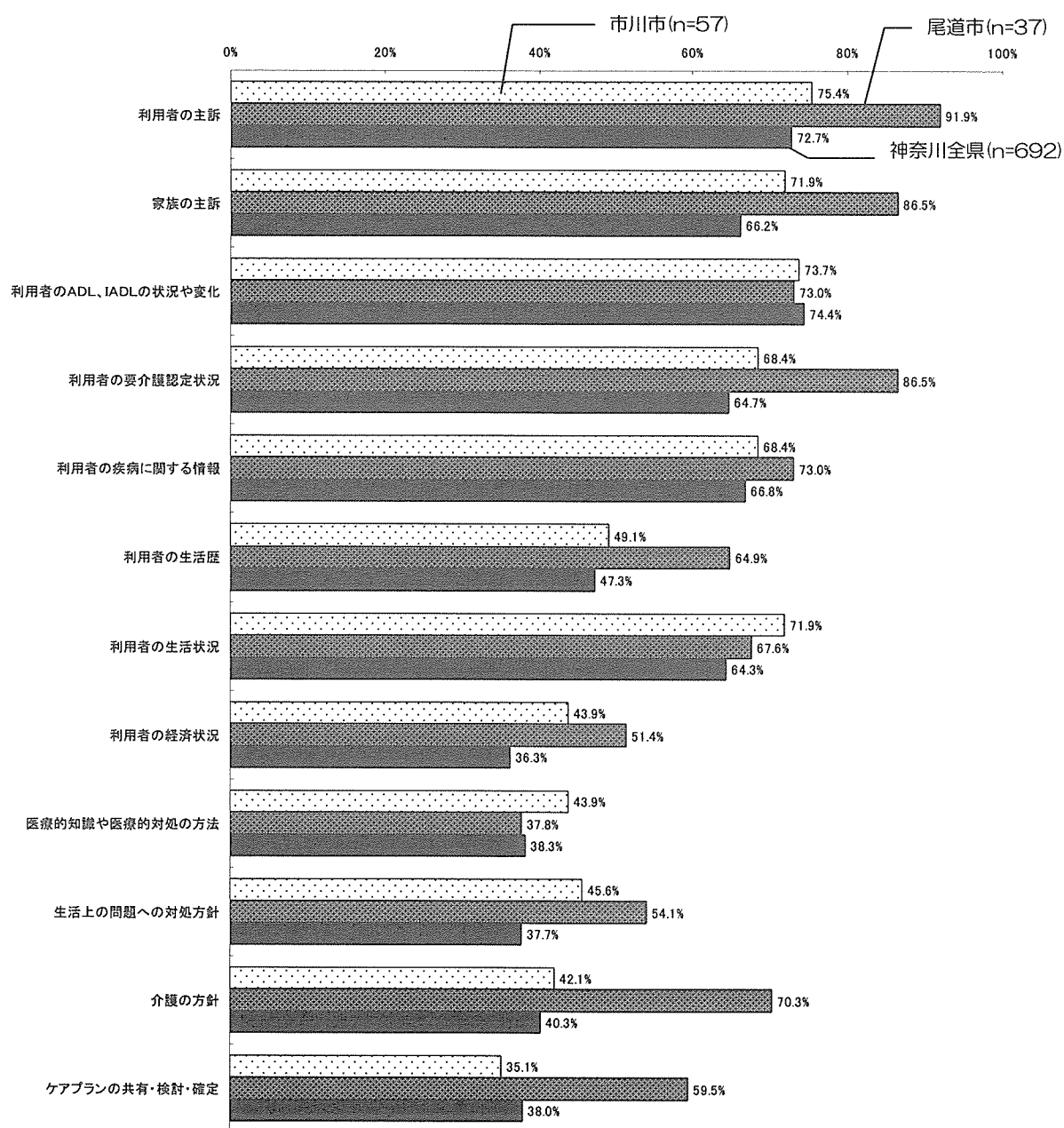
### 1 1-1. サービス担当者会議で事前に共有した情報

市川市は、全項目で尾道市よりも、事前に情報を共有すると回答した介護支援専門員は少なかった。「利用者の主訴」、「家族の主訴」、「利用者の要介護状況」、「介護の方針」、「ケアプランの共有・検討・確定」は、尾道市より約 15～25% 低く、有意差を認めた。(表 9、図 1 4)

表 9 サービス担当者会議で事前に共有した情報

	市川市	尾道市	$\chi^2$	P 値
利用者の主訴	43/57(75.4)	34/37(91.9)	4.100	0.043
家族の主訴	41/57(71.9)	32/37(86.5)	2.740	0.098
利用者の ADL,IADL の状況や変化	42/57(73.7)	27/37(73.0)	0.006	0.939
利用者の要介護認定状況	39/57(68.4)	32/37(86.5)	3.962	0.047
利用者の疾病に関する情報	39/57(68.4)	27/37(73.0)	0.222	0.637
利用者の生活歴	28/57(49.1)	24/37(64.9)	2.249	0.134
利用者の生活状況	41/57(71.9)	25/37(67.6)	0.204	0.651
利用者の経済状況	25/57(43.9)	19/37(51.4)	0.506	0.477
医療知識や医療的対処の方法	25/57(43.9)	14/37(37.8)	0.335	0.563
生活上の問題への対処方針	26/57(45.6)	20/37(54.1)	0.640	0.424
介護の方針	24/57(42.1)	26/37(70.3)	7.148	0.008
ケアプランの共有・検討・確定	20/57(35.1)	22/37(59.5)	5.392	0.020

図14 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（平成17年10月中）【複数回答】



注) 問1で「1回以上」の回答をしたケースのみを母数とする。



## 11-2. サービス担当者会議で共有した情報

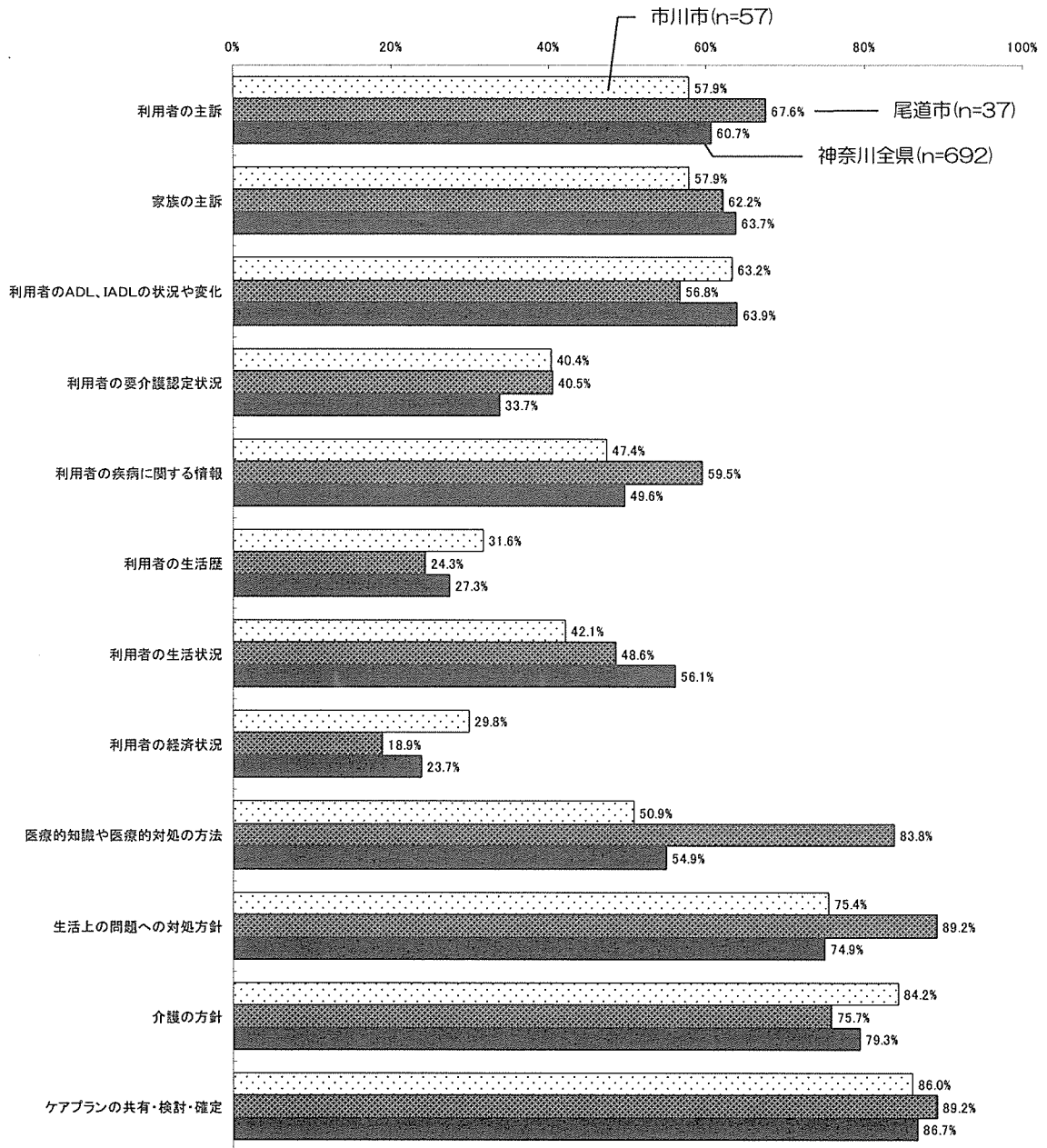
市川市のサービス担当者会議において共有される主たる項目では、「医療的知識や医療的対処の方法」、「利用者の疾病に関する情報」、「生活上の問題への対処方針」は、尾道市より低い。

「医療的知識や医療的対処の方法」は、市川市が、1%水準の有意差をもって、尾道市より低かった。(表10、図15)

表10 サービス担当者会議で共有した情報

	市川市	尾道市	$\chi^2$	P値
利用者の主訴	33/57(57.9)	25/37(67.6)	0.888	0.346
家族の主訴	33/57(57.9)	23/37(62.2)	0.170	0.680
利用者のADL,IADLの状況や変化	36/57(63.2)	21/37(56.8)	0.385	0.535
利用者の要介護認定状況	23/57(40.4)	15/37(40.5)	0.000	0.985
利用者の疾病に関する情報	27/57(47.4)	22/37(59.5)	1.314	0.252
利用者の生活歴	18/57(31.6)	9/37(24.3)	0.577	0.448
利用者の生活状況	24/57(42.1)	18/37(48.6)	0.389	0.533
利用者の経済状況	17/57(29.8)	7/37(18.9)	1.403	0.236
医療知識や医療的対処の方法	29/57(50.9)	31/37(83.8)	10.523	0.001
生活上の問題への対処方針	43/57(75.4)	33/37(89.2)	2.740	0.098
介護の方針	48/57(84.2)	28/37(75.7)	1.056	0.304
ケアプランの共有・検討・確定	49/57(86.0)	33/37(89.2)	0.209	0.647

図15 サービス担当者会議で共有した情報



注) 問1で「1回以上」の回答をしたケースのみを母数とする。

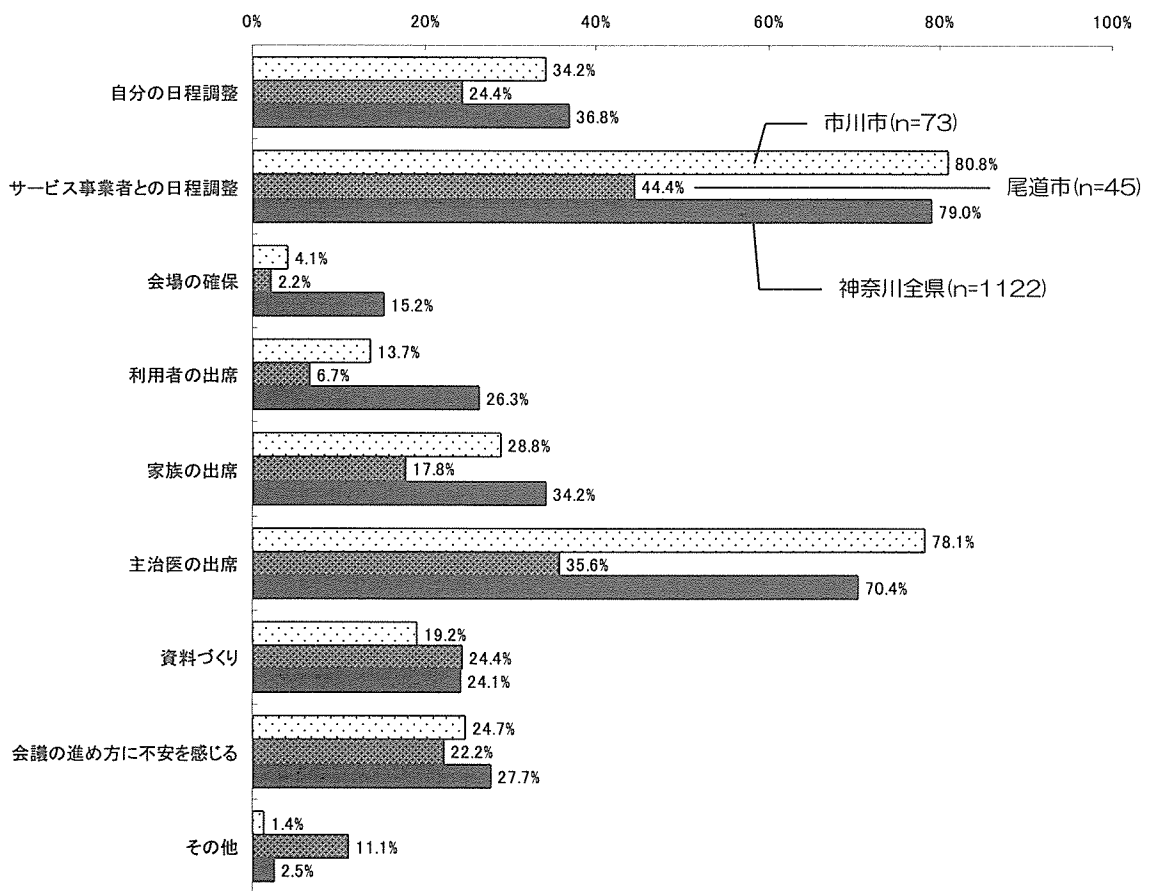
## 1 2. サービス担当者会議の開催にあたり困難を感じること

市川市では、「サービス事業者との日程調整」「主治医の出席」が、約 80%と高く、市川市は、尾道市より、0.1%水準で有意に高かった。(表 1 1、図 1 6)

表 1 1 サービス担当者会議開催困難の理由

	市川市	尾道市	$\chi^2$	P 値
自分の日程調整	25/73(34.2)	11/45(24.4)	1.262	0.261
サービス事業者との日程調整	59/73(80.8)	20/45(44.4)	16.649	0.000
会場の確保	3/73(4.1)	1/45(2.2)	0.303	0.582
利用者の出席	10/73(13.7)	3/45(6.7)	1.404	0.236
家族の出席	21/73(28.8)	8/45(17.8)	1.814	0.178
主治医の出席	57/73(78.1)	16/45(35.6)	21.340	0.000
資料作り	14/73(19.2)	11/45(24.4)	0.462	0.497
会議の進め方に不安を感じる	18/73(24.7)	10/45(22.2)	0.091	0.763

図16 サービス担当者会議の開催にあたり困難を感じること【複数回答】



### 1 3. サービス担当者会議進行運営困難の理由

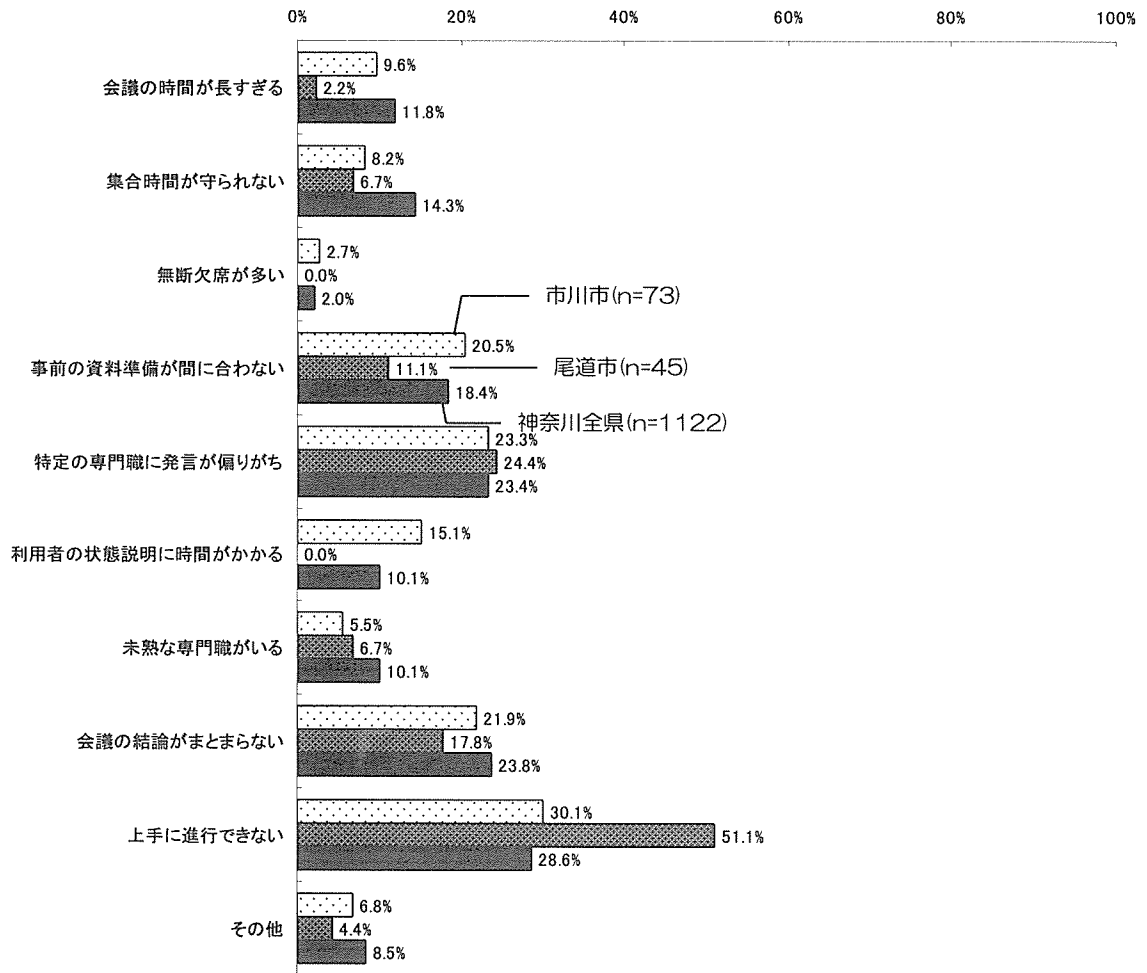
市川市では、「上手に進行できない」が最も高く 30.1%である。尾道市は、「上手に進行できない」と回答した介護支援専門員は、51.1%であり、市川市より、有意に高かった。

一方、「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、市川市が 15.1%であり、尾道市は、一人も居なかった。1%水準で有意差を認めた。(表 1 2、図 1 7)

表 1 2 サービス担当者会議進行運営困難の理由

	市川市	尾道市	$\chi^2$	P 値
会議の時間が長すぎる	7/73(9.6)	1/45(2.2)	2.391	0.122
集合時間が守られない	6/73(8.2)	3/45(6.7)	0.095	0.758
無断欠席が多い	2/73(2.7)	0/45(0.0)	1.254	0.263
事前の準備が間に合わない	15/73(20.5)	5/45(11.1)	1.761	0.184
特定の専門職に発言が偏りがち	17/73(23.3)	11/45(24.4)	0.021	0.886
利用者の状態説明に時間がかかる	11/73(15.1)	0/45(0.0)	7.478	0.006
未熟な専門職がいる	4/73(5.5)	3/45(6.7)	0.070	0.791
会議の結論がまとまらない	16/73(21.9)	8/45(17.8)	0.295	0.581
上手に進行できない	22/73(30.1)	23/45(51.1)	5.191	0.023

図17 サービス担当者会議の進行運営上で困難を感じる事【複数回答】



## D. 考察

### 1. 市川市医師会

市川市の在宅ケア推進の歴史は、1992年（平成4年）からの「在宅ケア総合システム推進モデル事業」から始まる。また1996年（平成8年）には、地域の医療保健福祉に携わる人々の支援のために「市川市地域医療支援センター」が開設された。在宅医療を受けている患者・利用者に直接的なサービスを提供するのではなく在宅医療を実践している人々を支援することを基本にしている。

市川市医師会地域医療支援センターの事業内容は、

- ① 往診医・専門医の紹介
  - ② 喀痰吸引器の貸し出し・メンテナンス・滅菌
  - ③ 医療材料の提供・滅菌
  - ④ 医療機器の貸し出し
  - ⑤ 在宅ケア図書とビデオの貸し出し・閲覧
  - ⑥ 保健医療福祉関係者への研修施設提供
  - ⑦ 医療廃棄物の適正処理システムの運営
- となっている。

さらに、地域医療支援センターでは、在宅医療のコーディネーターを、医師会立訪問看護ステーションの看護師が兼任して担当している。医療機関、他の訪問看護ステーション、保健所、市川市保健センター、家族からの問い合わせに対応するために相談窓口を開設している。

地域医療支援センターは、在宅医療への具体的な支援活動により地域の保健医療福祉ネットワークの拠点としての機能を持つことが期待される。

### 2. 尾道市医師会

一方、尾道市医師会の連携ネットワークは、歴史的に見るとネットワークを重層的に重ねてきた点が特徴である。1992年に設置された尾道市医師会救急蘇生委員会と、1996年に設置された尾道市医師会病診連携懇話会により、医師のネットワークが構築されている。医師会ケアマネジメントセンターが設立され、ケアマネジャーの育成プログラムに取り組んできた。さらに各種の研修が行われた。研修にあたっては、主治医である医師会員だけでなく、他の全ての隣接職種を対象にケアカンファレンスの予行演習という形を採用した。

医師会と社会福祉協議会の連携を図るため、尾道市社会福祉協議会・尾道市医師会連絡協議会（社医協）が、2002年4月に設置された。さらに医師会・社会福祉協議会・民生委員の協議会である社医連民協が設置され、連携ネットワークが、重層化されている。

尾道市のシステムは、介護保険施設、在宅介護支援センター、24時間対応ホームヘルパーステーション、訪問看護ステーションの4つの医師会立施設を中心とする主治医機能支援システムが構築されている。これを各種協議会と在宅主治医機能支援体制が支えている。

### 3. 結果からの考察

介護支援専門員に対するケアカンファレンス（サービス担当者会議）の実態調査および意識調査の結果をみると、利用者本人の出席に関しては、市川市と尾道市の回答は、ほぼ同じであった。また家族が出席した会議は、尾道市より少ない。

参加者では、参加の呼びかけ、実際の参加、毎回参加が必要と思われるいずれも、主治医と民生委員の比率が、尾道市と比べ低い。

さらに、利用者、家族は、参加の呼びかけ、実際の参加の両者は、尾道市と比較して約10～15%低かった。

サービス担当者会議に参加すべき人として、主治医と民生委員に対して、市川市と尾道市では大きく異なっており、市川市は尾道市より低い。医師会として、独自に地域医療支援センターを持ち、活動しているが、地域の介護支援専門員と、包括的な交流が出来ていない可能性がある。

またケアカンファレンスで共有する情報に関しても、事前に共有した情報とサービス担当者会議で共有した情報も、市川市は、尾道市とは異なっていた。

特に事前に共有した情報の中でも「介護の方針」「ケアプランの共有・検討・確定」は、尾道市と比べて20～30%低かった。さらに「利用者の主訴」「家族の主訴」「利用者の要介護認定状況」「利用者の生活歴」「生活上の問題への対処方針」も10～15%低かった。このことは、サービス担当者会議の進行運営上で困難を感じるものの「利用者の状態説明に時間がかかる」15.1%の原因となると考えられる。尾道市では、「利用者の状態説明に時間がかかる」と回答した恵吾支援専門員は0%であった。さらに、事前の情報共有の差が、サービス担当者会議の開催時間の長さの違いに関係すると考えることは妥当である。

### 4. ケアカンファレンスに対する意識

「尾道方式」成立の経過をみると、まず「ケアカンファレンスを（100%）開催する」という明確な意思を持つことが特徴的である。その意思のもと、ケアカンファレンスを開催しやすい方法、また主治医が参加可能な方策が検討された。その結果が、主治医の医療機関で開催する、ケアカンファレンスは、原則15分程度、事前に資料を送付し、サービス提供者はケアアセスメントとケアプランを把握してケアカンファレンスに望む、という「尾道方式」ケアカンファレンスの形態が標準化した。

尾道市医師会方式・医療機関ケアカンファレンスの特徴として、ケアカンファレンスに、主治医の参加を原則としている点が挙げられる。

### 5. 居宅介護支援事業所の差

営利法人所属のケアマネジャーが多いことは、尾道市と異なる点である。地区医師会が主導した場合、医療法人に所属している介護支援専門員と、営利法人に所属している介護支援専門員は、地区医師会立地域医療支援センターの支援、特に医師会立訪問看護ステーションの看護師が兼任して担当している在宅医療のコーディネーションの影響を受けにくい可能性がある。



## E. 結論

医師会立の在宅医療支援機関を持つ2つの市医師会を比較した。医師会立施設の有無だけでなく、ケアマネジメントに対する介護支援専門員を巻き込んだ地域全体のシステム作りが必要である。地域包括支援センターの主任ケアマネジャーが主として担当する主治医・ケアマネジャーを中心とするケアチームへ支援を行い、多職種協働・連携の実現を図る必要がある。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

特になし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

該当するものはなし

参考資料

在宅ケアネットワーク 香川  
第2回 セミナー 演題Ⅲ

## 市川市医師会における 在宅医療支援の取り組みについて

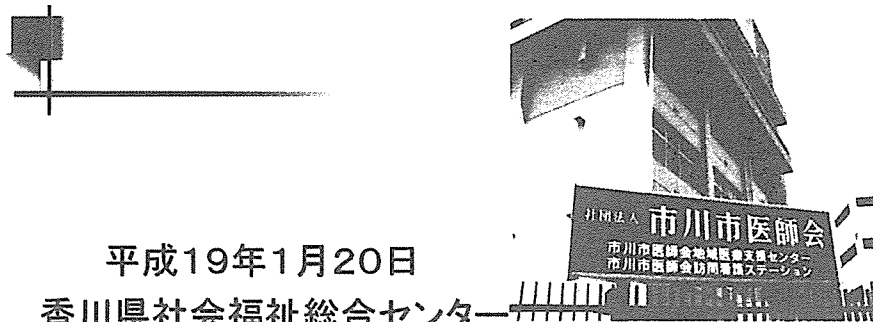
平成19年1月20日

香川県社会福祉総合センター

千葉県市川市医師会 会長 土橋正彦

在宅ケアネットワーク 香川  
第2回 セミナー 演題Ⅲ

「市川市医師会における在宅医療支援の取り組みについて」




平成19年1月20日  
香川県社会福祉総合センター  
千葉県市川市医師会 会長 土橋正彦

1

市川市医師会  
地域医療支援センター

1996(平成8)年10月12日  
開 設

2



## 在宅ケアモデル事業の経緯と課題

市 川 市  
「在宅ケア総合システム推進モデル事業」  
1992－1993(平成4－5年)

3



## 在宅モデル事業での課題(1) モデルケース10例の分析(19課題)

- 在宅療養者の移送サービス
- 介護者の疲労と療養者への虐待
- 介護者の疲労に対する援助
- 訪問拒否ケースの対応
- 福祉用品の選択肢の拡大
- 家族の望みの理解
- プライバシーの問題(個人情報管理)
- 住宅改良や助成
- ホームヘルパーの派遣

4