

新村和哉 (2001)「在宅医療に関連する保険制度」坪井栄孝監修・田城孝雄編著『在宅医療ハンドブック』11-20, 中外医学社。
 田城孝雄・柳澤愛子・若林浩司・大内尉義 (2001)「在宅医療実践プラン (病院の立場から)」『癌と化学療法』28 (Suppl.): 15-19。
 田城孝雄・若林浩司・柳澤愛子・大内尉義 (2000)「臨床医に必要な在宅医療、介護の知識」『臨床医』26: 197-200。
 堂園晴彦・吉見太助・吉田恵子・堂園文子 (2002)「街は開かれたホスピスである 在宅医療に向けて——病院への要望」坪井栄孝監修・田城孝雄編著『がんの在宅医療』64-71, 中外医学社。
 横山梓・村嶋幸代・永田智子・柳沢愛子・若林浩司・田城孝雄・鳥羽研二・大内尉義 (2001)「一国立大学病院で専門部署による退院支援を受けた患者の退院後調査」『病院管理』38: 53-61。
 吉江悟 (2004)「日本公衆衛生学会誌」51: 522-529。
 吉田一生 (2004)「経済統計からみた国民生活の現状と動向 (31) ——高齢者介護に関する世論調査」『厚生指標』51: 30-33。
 和田忠志 (2006)「対象疾患と臨床問題」『在宅医療テキスト』12-13。

第6章 患者の医療機関選択

真野 俊 樹

はじめに

最初に本医療経済・政策学講座で患者の医療機関選択を扱う意味を確認しておこう。サミュエルソン (Samuelson, 1976) によれば、「経済学とは、人びとないし社会が、貨幣の媒介による場合よらない場合のいずれをも含めて、いくつかの代替的用途をもつ希少性のある生産資源を使い、さまざまな商品を生産して、それらを現在および将来の消費のために人びとや集団に分配するうえで、どのような選択的行動をすることになるか、ということについての研究」である。またロビンズ (Robins, 1932) は「経済学とは、代替的用途をもつ希少な諸手段と諸目的との間の関係としての人間行為を研究する学問」だとしている。

本章ではこれらの定義に従い、患者のみならず医療機関の行動についても考えてみたい。また、本章では、医療の需要には明示価格に対する需要曲線は存在しないという立場で論じる (田中, 2003; 真野, 2002a)。すなわち、医療サービス購入においては、価格以外の要素を重視する。その意味で、やや経済学の範囲を逸脱する分析視点が一部にはいる。

本章では最初に医療という財の特性を確認し、ついで従来の医療の質に対する考え方を踏まえたうえで、消費者 (患者) の医療機関選択行動について経済学の視点および顧客 (患者) 満足の視点から分析し、医療サービス提供側の問題点についても少し考えてみたい。

患者本位の在宅医療のシステム化と地域医療連携：尾道モデル

片山 壽 片山医院

■地域医療連携の効率性とケアマネジメント

地域医療連携
ケアマネジメント
高齢化

急速に進行する日本の高齢化は、老年医学のみではなく医療モデル本体の転換を迫る意味で、医療提供のシステム化の必要性が急務である。

2003年6月の高齢者介護研究会の報告書には、地域包括的ケアシステムの構築によるケアマネジメントの質の向上が明確に書き込まれているが、これは、介護の切り口というよりは高齢者医療とケアは現場では、利用者（患者）本意の視点からは一体的に捉える必要があることを意味している。

背景として急性期病院に課せられる平均在院日数の短縮化は、急性期と回復期の医療における機能分担を明確化することで、地域医療における再編を促し、患者本位の医療とケアが継続的に地域のシステムとして提供することが求められる。

また、一方では回復期・維持期を支えるシステムとして介護保険は大きな領域をカバーするが、長期継続ケアにおいては医療保険との一体的な給付空間と考えねばならない（図1）。

○急性期病院と在宅医療の患者本位の継続性

在宅医療

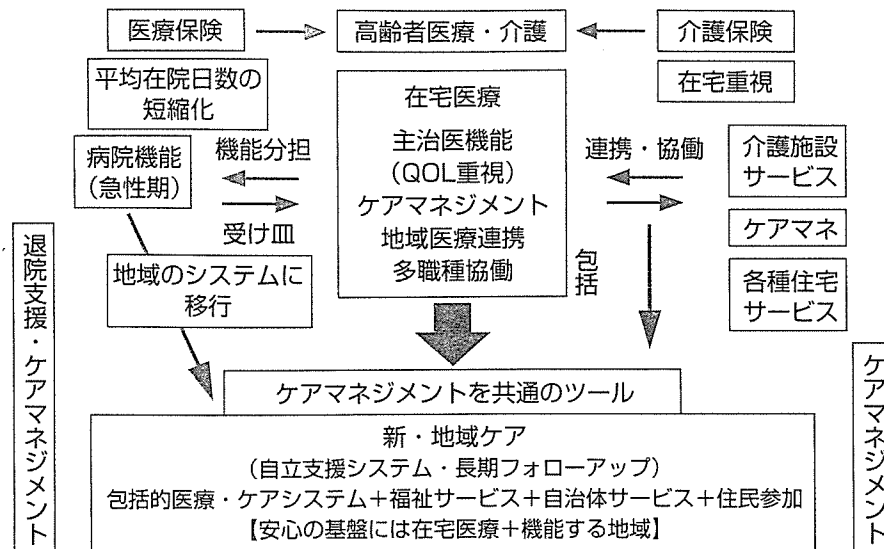
世界でもトップランクの高齢国家となったわが国の医療現場では、急性期に残存した高齢患者の生活機能障害（後遺症など）を、在宅主治医を中心とした地域医療連携を中心としたシステムで支えねばならない。今後さらに加速するであろう在院日数の短縮化政策にあって、地域医療連携が患者本位に機能するために、急性期病院には退院支援、具体的には退院前ケアカンファレンス等により、迅速かつ的確に地域資源へアクセスすることが求められているので、一方では在宅医療はその受け皿として包括的な機能を装備する必要がある。

しかし、急性期疾患で機能障害をもってしまい、その後の生活に大きな不安をかか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。

ここで必要な方法論は、クリティカルパスから、退院支援にあたって個人の尊厳を重視した「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、主治医間連携といえるが、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。

本稿では、今日的な地域医療連携を軸として、尾道市医師会の進めている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

図1 高齢者医療・介護と新地域ケアの概念と在宅医療の位置付け

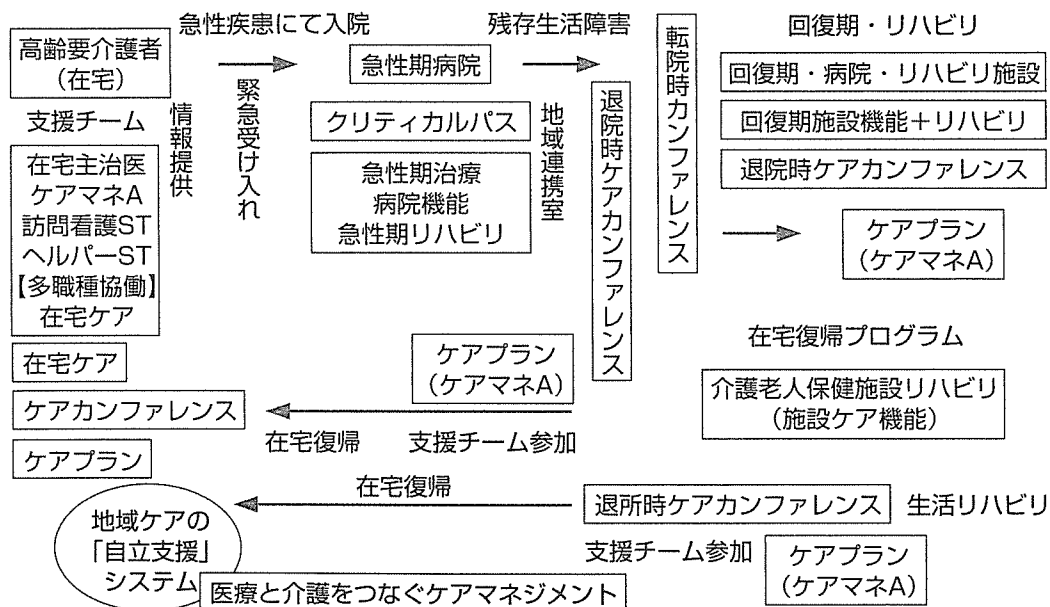


(片山 壽：厚生労働省高齢者介護研究会, 2003.より)

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）

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 managementが系統的に行われることにより、Progressive geriatric careを進めていく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考え方。



(片山 壽：尾道市医師会サービス評価機構委員会, 2001より)

マネジメントのシステムによるによる、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2）を紹介して、患者本位の長期フォローアップの受け皿として機能する地域ケアの再編（新・地域ケア）について述べる。

○尾道市医師会ケアマネジメント・システム理論としてのCGA

—CGA高齢者総合評価(Comprehensive Geriatric Assessment)—

CGAの基本概念は、伝統的な医学的問診や診察方法に、リハビリテーション医学の機能的評価や治療理論、ソーシャルワーカーの社会的・心理的評価理論を結合させた学際的評価手法により、障害高齢者のニーズを抽出して「生活の質」を重視した「全人的ケアマネジメント」を体系化、標準化することであり、97年から尾道市医師会のシステム理論として、医療ベースの長期継続ケアマネジメント理論を作成した。

CGAの主な目標は、①より正確な診断、②適正な医学的治療・ケア、③適切な生活の質の向上、④適切な生活の場の選定、⑤長期間の正確なフォローアップ評価、⑥長期間のケアマネジメント体制、⑦適切なサービス利用で不要なサービス利用を減らす、ことでまさに生活障害を見据えた長期フォローアップの理論である。

CGAの優れた特色としては、①評価の主眼を疾病治療だけでなく、機能的状況や「生活の質」に重点を置く、②標準的な医学診断に機能評価手法を多角的に組み合わせる、③標準化した（できるだけ定量的な）評価手法を多用する、④総合的な各分野の専門家を統合したチームアプローチを重視する、⑤長期的なフォローアップを重視することであるので、高齢者医療のもつフィールドの理解には最適のツールであった。

高齢者総合評価（CGA）から60年後の1990年代に米国のケア・ミニマムとして連邦政府のナースিংホームのサービスの質の管理として制度的に導入され、1995年6月より義務化されたのが、日本の介護保険に最初に導入されたケアプランの原型MDS-RAPsである。

MDS-RAPsとはMDS（Minimum data set）とRAPs（Resident assessment protocols）を組み合わせたもので、CGAに基づく簡易実践版で最少データによる高齢者の心身機能総合評価、一人ひとりの「生活」に応じた心や体の機能障害をヘルパーや看護婦、医師らがチームで評価する手法であり、ケアの質と量を底上げしたケア・ミニマムともいうべきものである。

○在宅医療は地域医療連携を基盤としたシステムによる長期フォローアップ

ここで紹介する尾道市医師会の地域包括ケアシステム（新・地域ケア）は、本質的には医療のシステム化を軸に、介護保険が法制化・導入したケアマネジメントを活用する包括性の追求であるので、各科の開業医間の地域医療連携が基本骨格として存在していなければ機能しない。

在宅医療は病院勤務から開業医になった医師が、最初に遭遇する孤立感と自信喪失の場ともいえるが、これは、病院では医療提供（専門的治療）に特化した空間で、あらゆる医療資源をふんだんに使って、検査部門からもたらされるデータや助言、同僚の専門医、看護師などのサポートを背景に、専門職集団でのチーム医療を行ってきたからに他ならない。

筆者は都市圏で急性期病院などでの10年間の勤務医を経験した後に、故郷に戻り内科診療所を継代開業して22年が経過したが、勤務医時代の診療体制は自分の周辺には数々の部門の、実に多くの専門職に支えられたチーム環境

であったことを痛感した。

開業時期の1984年から在宅医療を開始したが、実に孤独な作業であった。その後、1994年より尾道市医師会のプロジェクトとして「在宅主治医機能支援システム」を構築したが、今では、ケアマネジメントを基盤にした大変に重層的な多職種協働により、充実した在宅医療と包括的ケアが可能になったこととは隔世の感がある。

2005年の尾道市の高齢化率は約26%と高い医療圏であり、1994年の高齢化率の19%の時代と比較すると、後期高齢者の増加に伴う疾病構造の変化の実感とともに、まったく、未知との遭遇の連続であり、次々に新たな方法論を医術として駆使せねばならない。

ちなみに最近の片山医院の1日の外来患者の平均年齢は約73歳、在宅患者の平均年齢は約82歳であり、しかも、認知症患者は着実に増加している。

22年の在宅医療歴を振り返ってみれば、それは実に多様な利用者（文中、患者と同義で使用）の身体的状況や生活環境に応じての、長期フォローアップであり、ケアである。この多様性こそが在宅医療の本質であり、画一的な内容は存在せず、個別性のあるクリエイティブ（creative）な地域医療連携（多職種協働：multidisciplinary）のチーム空間なのである。

○在宅医療は地域におけるチーム医療が基本

そこでは状態に応じて、迅速な緊急入院の判断も必要であるが、在宅の継続の中で、あらゆる専門性を有する医師（開業医）をチームとして利用者のベッドサイドに動員できることは、在宅における医療資源の有効活用としての強みである。

特に、歯科医師による摂食機能の改善、皮膚科医師による多様な皮膚疾患の早期治療、気管切開部分の耳鼻科医師による管理、泌尿器科医師の尿路系のトラブル改善など、フレキシブルな連携が在宅医療の真骨頂であるが、多くの開業医は急性期病院の勤務歴（専門分野）をもち、経験の豊かなベテランが多いのである。

当然のことながら、必要な職種は医師ばかりではなく、訪問看護師やリハビリスタッフ、介護職、歯科衛生士である場合が多いことはいうまでもない。

可能な部分は近接地域の資源を活用して迅速に対応することが、在宅医療・ケアの基本であるが、この点は主治医が日常より近隣の医療機関やサービス事業所と、緊密な双方向の連携体制を日常的に構築しておく必要がある。この連携習慣は利用者や家族からの信頼の基盤となるばかりでなく、医療過誤・誤診などの防止にもつながり、複数の目で診断や治療方針を検討し合うことは、日常の個々の診療レベルを向上させる効果がある。

医療圏内の医療機関同志の良好な相互信頼関係に加えて、訪問看護ステーションなど在宅ケア関連の事業所との連携は、地域医療のシステム構築には最も重要な要素である。

また、近接地域内の有床診療所や個人病院のベッドを、短期的に緊急あるいはモニターの必要な強化治療や、一時的メディカルショートステイ等に有効に活用することは、無床診療所で在宅医療に対応している多くの主治医には重要な支援形態といえる。

図3 ケアカンファレンス風景1（医療機関ケアカンファレンス）



在宅主治医の医療機関で開催を基本として、15分で集約する。
手前左から耳鼻科医、皮膚科医、介護者、主治医、ケアマネジャー、泌尿器科医、歯科医、医院師長、他に、訪問看護、訪問介護、薬剤師。

尾道市医師会方式ケアカンファレンス風景（2005.4）。

この段階で、個人病院、有床診療所、複数の主治医（かかりつけ医）が相互連携を行うことにより365日対応が可能となり、連携のチーム編成によっては、高度在宅医療、在宅緩和ケアを含む在宅ターミナルケアのかなりの部分を地域資源でカバーできることになるが、チームスピリットとして緊張感のあるシステム構築は地域医師会の最重要の業務である。

長期継続ケアとケアカンファレンスの意義

○尾道市医師会方式ケアカンファレンス

尾道市での多職種協働チームは、1999年からの尾道市医師会方式ケアカンファレンスの継続により、利用者（患者）の在宅療養を支援する一定の形式が在宅主治医機能を核にできあがったものであるが、介護保険の導入したケアマネジメント理論をシステムツールとして有効利用したものである。

在宅主治医機能

高齢障害者の長期継続ケアでは、必須のプロセスとして、関係者が利用者側を交えてサービス担当者会議（ケアカンファレンス）を行い、利用者意向を確認してケアプランを作成するのであるが、この時点でケアマネジャーへの主治医の積極的協力が不可欠である。

また、ケアカンファレンスの意義はケアプラン作成のためというよりは、利用者のQOLの向上とケアの安全を図るための、長期フォローアップの継続根拠を明らかにするシナリオを関係者全員で、検討・確認するという共通認識の場であり、利用者、介護者への説明責任と意向確認の上で、大変、重要なプロセスであり、末期ケアへの対応も同じ形式である。

この時点で主治医はケアプラン作成に関して、ケアカンファレンスの場で医学的背景への情報提供と危機管理において責任を持つことになるが、同時に関係する多職種との連携も担保されるわけである（図3）。

尾道市医師会方式ケアカンファレンスで2000年以降、同時に進めているのが急性期病院退院前ケアカンファレンス、介護老人保健施設退所前ケアカンファレンスであるが、最近の平均在院日数の短縮化とともに、在宅復帰の利用者意向を尊重するには、在宅側のチーム編成を核とした受け皿が必要である。重度の疾病（神経難病など）や後遺症をもつ利用者の複合的な状況を、手間（退院前ケアカンファレンス）をかけて、病院主治医や看護スタッフと

図4 ケアカンファレンス風景2（急性期病院・退院前ケアカンファレンス）

病棟ナースステーションでの15分ケアカンファレンス。
脳外科医（病院主治医）、在宅主治医、在宅耳鼻科医、病棟師長、
訪問看護ステーション、介護者、家族、ケアマネジャー、ほかが
参加。

在宅側のケア関係者が共通の認識を確認することは、その後の在宅におけるフォローアップに大変に重要であり、利用者側の最大の安心基盤となる(図4)。

○障害高齢者の状態変化への共通認識の重要性

共通認識

また、日常、高齢者は脳血管障害や循環器疾患、感染症、骨折など、あらゆる場面で急性の変化を起こすハイリスクグループといえるので、在宅主治医をはじめ、ケアに関与している多職種は日常よりの危機管理として、発生しうる状態変化を可能性の高いものから予測して、共通認識のもとに利用者のケアにあたらねばならない。

近年、介護事故という用語が登場して介護現場に「損害賠償保険」が標準化されたが、利用者の精神身体機能を含んだ日常のケアマネジメントが、しっかりと為されていれば回避できた事例が多い。ここで、重要なことは、ケアマネジメントのプロセスとしてケアカンファレンスを的確に行うことが、リスクマネジメントにつながっている事実である。

つまり、的確なケアマネジメントは多職種協働において、観察のポイント、危機管理が関係職種間に徹底しているということである。

同様に、個々の利用者（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、治療環境のことなるリハビリテーション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、適切な情報提供と継続ケアを念頭に置き、利用者側を含めたケアカンファレンス（合議）は説明責任の上からも不可欠といえる。

○急性期病院における退院前ケアカンファレンスは必須の退院支援業務――

急性期病院に求められる回復期患者への視点

- ・在宅療養（生活）への視点とケアマネジメントの理解
- ・患者本位の退院支援（退院前ケアカンファレンス、転院前ケアカンファレンス）
- ・急性期病院の専門性をベースにした情報提供（医療情報・看護サマリー・栄養療法・リハビリテーションプランなど）

すなわち、急性期と回復期の機能分担を明確にして、退院患者の在宅生活

の継続を視野に地域医療連携を軸に介護分野を含め一体的なチームが編成されるイベントが、退院前ケアカンファレンスであり急性期病院主治医と在宅主治医には、その後の多職種協働の空間を意識して包括的な視点が必要である。

本来、医療・ケアは基本的にシステムとして提供されるべきである、という理念が筆者の持論であるが、このシステムは患者のQOLを重視した医療・看護をも包含した、多職種協働がケアマネジメントをツールとしての的確に機能することが必要である。

従来、ケアマネジャー業務は一場面のケアプラン作成ではなく、利用者の状態に応じた長期フォローアップ業務であるので、急性期病院への入院や退院においては、2つの場面の連続性をコーディネートしなければならない。



尾道市医師会の進めたシステム構築は、主治医機能を中核にケアカンファレンスの継続により現場のスタッフがケアマネジメント理論を体得したことで、適切な患者本位の医療とケア（多職種協働multidisciplinary）を継続し、「人と人のつながり」、つまり、チームアプローチの標準化を生み出した。結果として、2002年には社会福祉協議会との合体（社医連協）、さらに民生委員を加え（社医民連協・2004）、地域資源の再編がケアマネジメントをツールとすることで実現したわけである。

高齢化のインパクトは、高齢者医療のみならず、医療モデルの転換、システム化を強く迫っている。

●文献

- 1) 片山 壽：患者本位の地域医療連携と在宅医療. 治療, 南山堂, 東京, 2005.
- 2) 香取照幸：介護保険と医療サービス. 尾道市医師会出版, 広島, 1998.
- 3) 片山 壽：必携・在宅医療基本手技マニュアル. 永井書店, 大阪, 2000.
- 4) 片山 壽：在宅医療とは. からだの科学, 日本評論社, 東京, 2003.
- 5) 片山 壽：連載「新時代・介護保険」. 内科 7月～10月, 2003.
- 6) 片山 壽：高齢者の尊厳を支える介護. 老人保健福祉法制研究会編, 法研, 東京, 2003.
- 7) 片山 壽：退院支援と院外ネットワークづくり. 看護学雑誌 2003.

ISSN 1881-3801

VOLUME 1 NUMBER 2 2006

The Japanese Journal of Business Management for Long-Term Care

介 護 経 営

第1巻 第2号

2006年

日 本 介 護 経 営 学 会

The Japanese Association of Business Management for Long-Term Care

介 護 経 営
Jpn. J. Biz. Manage. L.-T. Care

[研究論文]

尾道式ケアカンファレンスの構造と機能 「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」

著者： 田城孝雄（順天堂大学医学部公衆衛生学講座）

共著者：高橋 隆（茨城県立医療大学保健医療学部）、瀬戸恒彦（かながわ福祉サービス振興会）

片山 壽（尾道市医師会）、田中 滋（慶應義塾大学大学院経営管理研究科）

抄録

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を、広島県尾道市で行い、神奈川県を対照群として比較し、尾道市医師会方式ケアカンファレンスの特徴を研究した。

尾道市では、サービス担当者会議（ケアカンファレンス）に際し、ケアプランを含む情報が事前に共有され、サービス担当者会議の場では、「医療知識や医療的対処の方法」と「生活上の問題への対処方針」が主として情報共有され、危機管理を含めたケアプランの検討がなされる。事前に情報共有がなされているため、所要時間は15分～20分であり、一方対照群である神奈川県では、情報の事前共有が充分なされておらず、会議の場で利用者の状況説明に時間を要するなど、所要時間は60分となっている。尾道市の介護支援専門員あたりのサービス担当者会議の月間開催回数は対照群より多い。また、利用者本人、家族、主治医への参加呼び掛け及び参加率が、対照群より有意に高かった。

キーワード：介護支援専門員、地域包括ケア、サービス担当者会議、ケアマネジメント、ケアカンファレンス、多職種協働

1. 背景と目的

1.1 背景

わが国は急激に高齢化社会を迎え、寝たきりや認知症などにより、介護の必要な高齢者が増加しており、高齢者介護は国全体の問題である。介護の社会化を目指し、介護保険制度が創設された。介護保険制度のキーパーソンである介護支援専門員は、「介護サービスチームのコーディネーターであり、異なるサービス提供事業所からの介護サービス提供の調整役¹⁾」である。介護支援専門員を中心にし、介護サービスを提供する包括ケアチームのメンバーである各職種は、それぞれの専門性に立脚した課題分析や介護サービス計画の作成を行うため、サービス担当者会議（ケアカンファレンス）に参加し協議を行う。サービス担当者会議（ケアカンファレンス）は、利用者本位の観点から、課題分析や介護サービス計画の作成を地域の異なる機関の多くの専門職が合議によって行うもので

ある¹⁾。

しかし、高齢者介護研究会の報告書「2015年の高齢者介護」では、「サービスを提供する担当者などが介護の方針を設定し共有する場であるケアカンファレンスの開催も十分に行われておらず、担当者が同じ認識の下で、総合的に自立支援のためのサービス提供が行われているかについても疑問がある²⁾」という問題提起が為されている。

尾道市におけるサービス担当者会議の実施・運営方式は「尾道方式」として知られてきた。「尾道方式」とは、医師会が中心となり構築した在宅医療支援システムと福祉分野との連携をもとに確立したケアカンファレンス（サービス担当者会議）をはじめとするケアマネジメントシステムの名称である。特に、サービス担当者会議は「尾道市医師会方式・医療機関ケアカンファレンス手順」によって、標準化されている³⁾。これにより、尾道市ではケアカンファレンスの実施率が高く、介護保険

施行直後の2002年5月において、96.7%と高い実施率を示した。

1.2 目的

尾道市におけるサービス担当者会議の実態を調査し、他の地域と異なる点を明らかにする。これにより、特に在宅介護を受けている中重度者（要介護3・4・5）を支えるための包括ケアシステムを構築するサービス担当者会議の在り方を検討する。

2. 研究方法

2.1 対象

尾道市におけるサービス担当者会議の実態の把握に際しては、尾道市に対する比較対照群として神奈川県を選択した。その理由は、神奈川県は首都圏に位置し、2 政令指定都市を有し、人口 800 万人を超える県でありながら工業化・都市化が進んだ地域と農村地帯があり、全国的な平均像に近いものと考えたからである。

2.2 方法

質問紙調査法を行った。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。

2.3 統計

分析方法は、尾道市と神奈川県を比較検討するため、t 検定、 χ^2 検定を行った。p < 0.05 を有意差ありとした。解析には統計ソフト SPSSver. 12J を用いた。

3. 結果

3.1 回収率

該当月の居宅介護事業所数は、尾道市が 41 事業所、神奈川県が 1693 事業所であり、それぞれの配

布調査票数は、尾道市が 82 票、神奈川県が 3386 票であった。返送されてきた回収調査票数は、尾道市が 45 票、神奈川県が 1122 票であり、回収率はそれぞれ、尾道市 54.9%、神奈川県 33.1%であった。

3.2 担当利用者数

要介護度別担当利用者数は、要支援で尾道市 5.65 ± 0.65 人（1 - 18 人）、神奈川県 5.48 ± 0.13 人（1 - 31 人）、要介護 1 で尾道市 14.20 ± 1.05 人（1 - 30 人）、神奈川県 14.90 ± 0.24 人（1 - 44 人）、要介護 2 で尾道市 6.89 ± 0.55 人（1 - 14 人）、神奈川県 6.70 ± 0.12 人（1 - 23 人）、要介護 3 で尾道市 4.90 ± 0.49 人（1 - 15 人）、神奈川県 4.81 ± 0.09 人（1 - 21 人）、要介護 4 で尾道市 3.64 ± 0.40 人（1 - 14 人）、神奈川県 3.53 ± 0.08 人（1 - 22 人）、要介護 5 で尾道市 3.20 ± 0.37 人（1 - 11 人）、神奈川県 3.17 ± 0.09 人（1 - 29 人）であった。要介護度別担当利用者数には、尾道市と神奈川県の介護支援専門員には有意な差を認めなかった。（表記は平均値 ± 標準誤差（最小値 - 最大値））

3.3 サービス担当者会議の開催率

調査期間中の平成 17 年 10 月 1 か月間にサービス担当者会議を開催したと回答した介護支援専門員は、尾道市で 82.2% (37/45)、神奈川県で 61.7% (692/1122) であった。1 回も開催していない（開催回数 0 回）と回答したのは、尾道市で 15.6% (7/45)、神奈川県で 34.3% (385/1122) であり、尾道市と神奈川県で有意な差を認めた。〔無回答を含む回数不明者は、尾道市 2.2% (1/45)、神奈川県 4.0% (45/1122)〕

3.4 サービス担当者会議に関しての実態調査と意識調査の説明

実態調査として、1 回以上開催したと回答した介護支援専門員（尾道市 37 名、神奈川県 692 名）を対象に行った。また意識調査として、調査対象期間の平成 17 年 10 月にサービス担当者会議を開催していない介護支援専門員を含めた全回答者を対象とした。

3.5 サービス担当者会議の開催回数と所要時間

3.5.1 サービス担当者会議の開催回数の実態

開催回数は、尾道市は 4.78 ± 0.86 回 (1 - 33 回)、神奈川県は 3.00 ± 0.10 回 (1 - 24 回) であった。

(表記は平均値±標準誤差 (最小値 - 最大値))

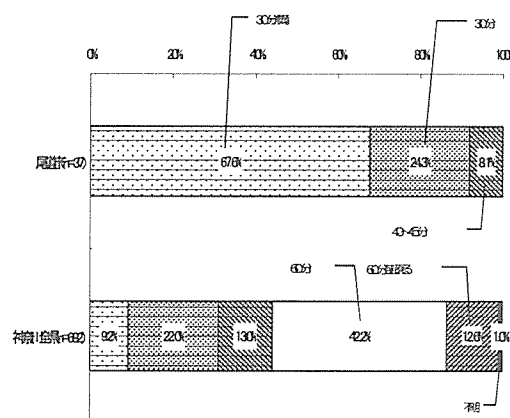
3.5.2 サービス担当者会議の所要時間の実態

サービス担当者会議の所要時間は、尾道市は 22.43 ± 1.29 分 (10 - 40 分)、神奈川県は 51.39 ± 0.88 分 (1 - 180 分) であり、有意な差を認めた。

(表記は平均値±標準誤差 (最小値 - 最大値))

尾道市においては、サービス担当者会議が 30 分未満であると回答した介護支援専門員が 67.6% であった。60 分以上と回答したものはみられない。神奈川県では 60 分以上のサービス担当者会議が 5 割を超える。(図表 1)

図表 1 サービス担当者会議の所要時間の分布



3.5.3 サービス担当者会議の開催数と所要時間のもっとも適切と思われる開催回数と所要時間 (意識調査)

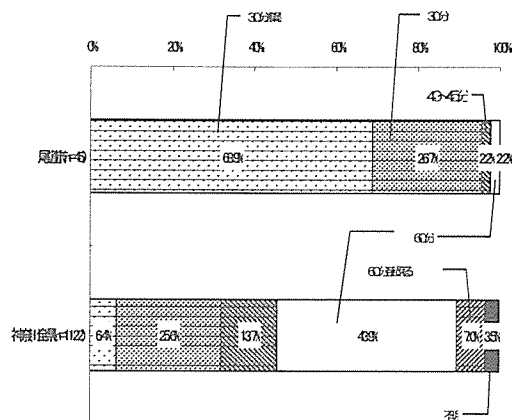
サービス担当者会議を開催していないものを含めた全介護支援専門員に、「もっとも適切と思われる開催回数と所要時間」を質問した。適切と思われる月間の開催回数は、尾道市は 3.32 ± 0.29 回 (1 - 8 回)、神奈川県は 2.22 ± 0.09 回 (1 - 20 回) であり、適切と思われる所要時間は、尾道市は 21.89 ± 1.34 分 (10 - 60 分) であり、神奈川県は 49.04 ± 0.58 分 (10 - 120 分) であった。(表記は平均値±標準誤差 (最小値 - 最大値))

3.5.4 適切と思われるサービス担当者会議の所

要時間の分布

サービス担当者会議の所要時間に関する介護支援専門員の意識を見ると、適切な所要時間は実態と大差ない。(図表 2)

図表 2 適切と思われるサービス担当者会議の所要時間の分布



3.6 サービス担当者会議の構造 (サービス担当者会議の参加者)

3.6.1 利用者の参加

調査期間中に開催したサービス担当者会議に利用者が出席したと回答した介護支援専門員は、尾道市で 91.9% (34/37)、神奈川県 64.6% (447/692) であり、1 回も出席していないと回答したのは、尾道市で 8.1% (3/37)、神奈川県で 35.4% (245/692) であり、尾道市と神奈川県で有意な差を認めた。

利用者の参加したサービス担当者会議の回数は、尾道市 4.03 ± 0.61 回 (1 - 20 回)、神奈川県 2.19 ± 0.09 回 (1 - 16 回) であった。(図表 3)

3.6.2 家族の参加

調査期間中に開催したサービス担当者会議に家族が出席したと回答した介護支援専門員は、尾道市で 94.6% (35/37)、神奈川県 69.4% (480/692) であり、1 回も出席していないと回答したのは、尾道市で 5.4% (2/37)、神奈川県で 30.6% (212/692) であり、尾道市と神奈川県で有意な差を認めた。

家族の参加したサービス担当者会議の回数は、尾道市 3.69±0.85 回（1 - 30 回）、神奈川県 2.06±0.07 回（1 - 18 回）であった。（図表 3）

図表 3 サービス担当者会議への利用者・家族の出席率

	尾道市(%)	神奈川県(%)	χ^2	P 値
利用者が出席した会議が1回以上ある	34/37 (91.9)	447/683 (65.4)	11.069	0.001
家族が出席した会議が1回以上ある	35/37 (94.6)	480/680 (70.6)	9.994	0.002

3.6.3 参加を呼びかけた人 [実態調査]

介護支援専門員が、利用者、家族、主治医、主治医以外の医療機関の職員、民生委員に呼びかける比率が、尾道市は神奈川県より有意に高かった。サービス事業者に参加を呼び掛ける割合は、有意差を認めなかった。（図表 4）

図表 4 サービス担当者会議に参加を呼びかけた人

	尾道市(%)	神奈川県(%)	χ^2	P 値
利用者	36/37 (97.3)	454/692 (65.6)	16.006	0.000
家族	36/37 (97.3)	540/692 (78.0)	7.859	0.005
主治医	36/37 (97.3)	161/692 (23.3)	97.891	0.000
サービス事業者	37/37 (100.0)	633/692 (91.5)	3.432	0.064
主治医以外の医療機関の職員	20/37 (54.1)	194/692 (28.0)	11.466	0.001
民生委員	19/37 (51.4)	54/692 (7.8)	73.917	0.000

3.6.4 実際に参加した人 [実態調査]

利用者、家族、主治医、主治医以外の医療機関の職員、民生委員の参加率は、尾道市が神奈川県より優位に高かった。サービス事業者の参加率には有意差を認めなかった。（図表 5）

図表 5 サービス担当者会議に実際に参加した人

	尾道市(%)	神奈川県(%)	χ^2	P 値
利用者	35/37 (94.6)	423/692 (61.1)	16.844	0.000
家族	35/37 (94.6)	486/692 (70.2)	10.224	0.001
主治医	33/37 (89.2)	97/692 (14.0)	135.449	0.000
サービス事業者	36/37 (97.3)	624/692 (90.2)	2.080	0.149
主治医以外の医療機関の職員	23/37 (62.2)	171/692 (24.7)	25.224	0.000
民生委員	18/37 (48.6)	37/692 (5.3)	94.412	0.000

3.6.5 サービス担当者会議に毎回参加が必要と思われる人 [意識調査]

尾道市、神奈川県とも 90%以上の回答者が、サービス事業者は毎回参加が必要であると考え、有意差を認めなかった。尾道市の介護支援専門員の 80%以上が、利用者、家族、主治医も、出席が毎回必要と考えており、神奈川県より有意に高かった。（図表 6）

図表 6 サービス担当者会議に毎回出席が必要と思われる人

	尾道市(%)	神奈川県(%)	χ^2	P 値
利用者	40/45 (88.9)	660/1122 (58.8)	16.293	0.000
家族	39/45 (86.7)	805/1122 (71.7)	4.811	0.028
主治医	36/45 (80.0)	227/1122 (20.2)	88.531	0.000
サービス事業者	41/45 (91.1)	1037/1122 (92.4)	0.106	0.745
主治医以外の医療スタッフ	14/45 (31.1)	152/1122 (13.5)	10.939	0.001
民生委員	14/45 (31.1)	47/1122 (4.2)	63.301	0.000

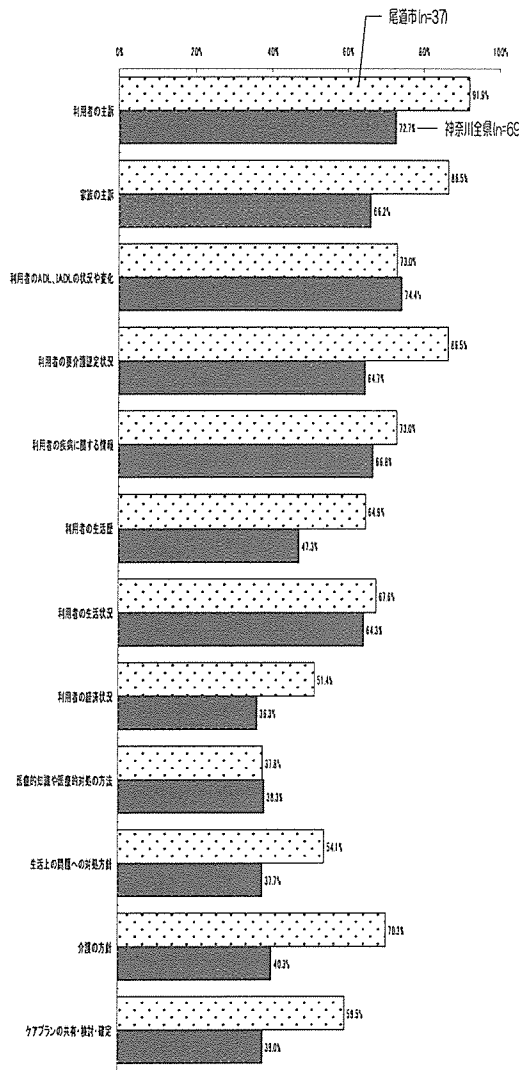
3.7 サービス担当者会議の機能

3.7.1 事前に共有した情報の実態調査

「利用者の主訴」、「家族の主訴」、「利用者の要介護認定状況」、「利用者の生活状況」、「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」の項目において、尾道市が神奈川県より有意に高かった。「利用者の ADL、IADL の状況や変化」、「利用者の疾病に関する情報」、「利用者の生活歴」、「利用者の経済状況」、「医療知識や医療的対処の方法」の項目では有意差を認めな

かった。(図表7、図表8)

図表7 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

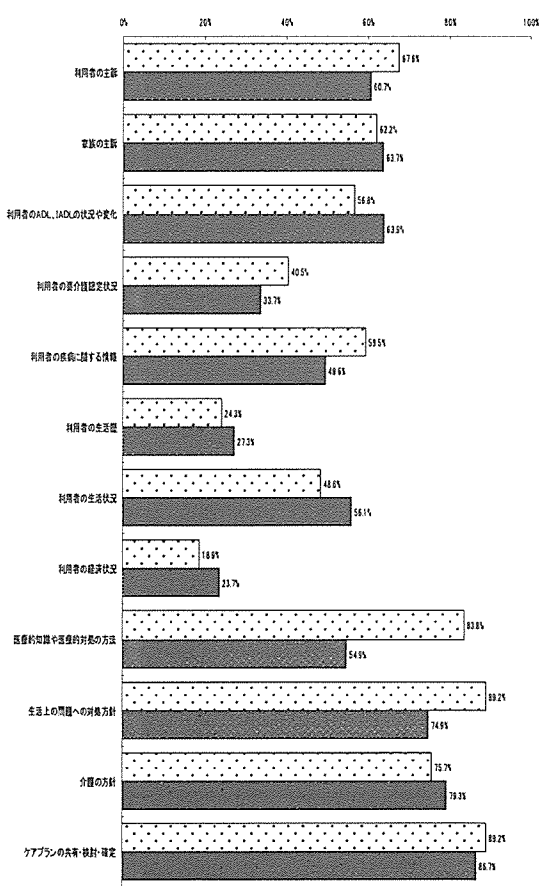


注) 問1で「1回以上」の回答をしたケースのみを母数とする。

図表8 事前に共有した情報

	尾道市(%)	神奈川県(%)	χ^2	P値
利用者の主訴	34/37 (91.9)	503/692 (72.7)	6.876	0.010
家族の主訴	32/37 (86.5)	458/692 (66.2)	6.569	0.010
利用者のADL/IADLの状況や変化	27/37 (73.0)	515/692 (74.4)	0.039	0.844
利用者の要介護認定状況	32/37 (86.5)	448/692 (64.7)	7.385	0.007
利用者の疾病に関する情報	27/37 (73.0)	462/692 (66.8)	0.613	0.434
利用者の生活歴	24/37 (64.9)	327/692 (47.3)	4.363	0.037
利用者の生活状況	25/37 (67.6)	445/692 (64.3)	0.163	0.686
利用者の経済状況	19/37 (51.4)	251/692 (36.3)	3.425	0.064
医療知識や医療的対処の方法	14/37 (37.8)	265/692 (38.3)	0.003	0.956
生活上の問題への対処方針	20/37 (54.1)	261/692 (37.7)	3.957	0.047
介護の方針	26/37 (70.3)	279/692 (40.3)	12.949	0.000
ケアプランの共有・検討・確定	22/37 (58.5)	263/692 (38.0)	6.789	0.009

図表9 サービス担当者会議で共有した情報



3.7.2 サービス担当者会議で共有した情報の実態調査〔実態調査〕

「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」の項目において、尾道市が神奈川県より有意に高かった。「利用者の主訴」、「家族の主訴」、「介護の方針」、「ケアプランの共有・検討・確定」は、共に60%を超えており、有意差を認めなかった。その他の項目も有意差を認めなかった。(図表9、図表10)

図表10 サービス担当者会議で共有した情報

	尾道市(%)	神奈川県(%)	χ^2	P値
利用者の主訴	25/37 (67.6)	420/692 (60.7)	0.698	0.404
家族の主訴	23/37 (62.2)	441/692 (63.7)	0.037	0.847
利用者のADLIADLの状況や変化	21/37 (56.8)	442/692 (63.9)	0.767	0.381
利用者の要介護認定状況	15/37 (40.5)	233/692 (33.7)	0.739	0.390
利用者の疾病に関する情報	22/37 (59.5)	343/692 (49.6)	1.375	0.241
利用者の生活歴	9/37 (24.3)	189/692 (27.3)	0.158	0.691
利用者の生活状況	18/37 (48.6)	388/692 (56.1)	0.784	0.376
利用者の経済状況	7/37 (18.9)	164/692 (23.7)	0.447	0.504
医療知識や医療的対処の方法	31/37 (83.8)	380/692 (54.9)	11.904	0.001
生活上の問題への対処方針	33/37 (89.2)	518/692 (74.9)	3.910	0.048
介護の方針	28/37 (75.7)	549/692 (79.3)	0.285	0.593
ケアプランの共有・検討・確定	33/37 (89.2)	600/692 (86.7)	0.190	0.663

3.7.3 事前に共有すべき情報・サービス担当者会議において共有すべき情報〔意識調査〕

サービス担当者会議を開催しなかった回答者を含めた意識調査では、事前に共有すべき情報では、「介護の方針」、「ケアプランの共有・検討・確定」の2項目について、サービス担当者会議で共有すべき項目では、「利用者のADL、IADLの状況や変化」、「利用者の疾病に関する情報」、「医療的知識や医療的対処の方法」の3項目で有意差が認められた。(図表11、図表12)

図表11 事前に共有すべき情報

	尾道市	神奈川県	χ^2	P値
利用者の主訴	43/45(95.6)	959/1122(85.5)	3.623	0.057
家族の主訴	42/45(93.3)	935/1122(83.3)	3.174	0.075
利用者のADLIADLの状況や変化	38/45(84.4)	938/1122(83.6)	0.023	0.881
利用者の要介護認定状況	40/5(88.9)	880/1122(78.4)	2.836	0.092
利用者の疾病に関する情報	37/45(82.2)	922/1122(82.2)	0.000	0.993
利用者の生活歴	34/45(75.6)	805/1122(71.7)	0.311	0.577
利用者の生活状況	35/45(77.8)	853/1122(76.0)	0.073	0.787
利用者の経済状況	35/45(77.8)	726/1122(64.7)	3.259	0.071
医療知識や医療的対処の方法	26/45(57.8)	548/1122(48.8)	1.382	0.240
生活上の問題への対処方針	20/45(44.4)	463/1122(41.3)	0.180	0.671
介護の方針	28/45(62.2)	482/1122(43.0)	6.525	0.011
ケアプランの共有・検討・確定	26/45(57.8)	438/1122(39.0)	6.344	0.012

図表12 サービス担当者会議で共有すべき情報

	尾道市	神奈川県	χ^2	P値
利用者の主訴	29/45(64.4)	612/1122(55.3)	1.451	0.228
家族の主訴	29/45(64.4)	618/1122(55.1)	1.536	0.215
利用者のADLIADLの状況や変化	32/45(71.1)	599/1122(53.4)	5.473	0.019
利用者の要介護認定状況	21/45(46.7)	383/1122(34.1)	3.002	0.083
利用者の疾病に関する情報	32/45(71.1)	482/1122(43.0)	13.913	0.000
利用者の生活歴	16/45(35.6)	345/1122(30.7)	0.468	0.494
利用者の生活状況	24/45(53.3)	510/1122(45.5)	1.082	0.298
利用者の経済状況	17/45(37.8)	350/1122(31.2)	0.870	0.351
医療知識や医療的対処の方法	38/45(84.4)	736/1122(65.6)	6.881	0.009
生活上の問題への対処方針	38/45(84.4)	903/1122(80.5)	0.435	0.509
介護の方針	37/45(82.2)	931/1122(83.0)	0.017	0.895
ケアプランの共有・検討・確定	39/45(86.7)	1001/1122(89.2)	0.290	0.590

3.8 困難点

3.8.1 サービス担当者会議開催困難点

「サービス事業者との日程調整」、「会場の確保」、「利用者の出席」、「主治医の出席」において、尾道市は神奈川県より、有意に低かった。(図表13)

図表13 サービス担当者会議開催困難の理由

	尾道市(%)	神奈川県(%)	χ^2	P値
自分の日程調整	11/45 (24.4)	413/1122 (36.8)	2.660	0.091
サービス事業者との日程調整	20/45 (44.4)	866/1122 (79.0)	29.696	0.000
会場の確保	1/45 (2.2)	170/1122 (15.2)	5.783	0.016
利用者の出席	3/45 (6.7)	295/1122 (26.3)	8.764	0.003
家族の出席	8/45 (17.8)	394/1122 (34.2)	5.246	0.022
主治医の出席	16/45 (35.6)	790/1122 (70.4)	24.601	0.000
資料作り	11/45 (24.4)	270/1122 (24.1)	0.003	0.935
会議の進め方に不安を感じる	10/45 (22.2)	311/1122 (27.7)	0.655	0.418

3.8.2 サービス担当者会議進行運営上の困難点

「会議の時間が長すぎる」の項目は、尾道市で 2.2%、神奈川県で 11.8%、「利用者の状態説明に時間がかかる」の項目は、尾道市で 0.0%、神奈川県で 10.1%であり、尾道市が有意に低かった。一方、「上手に進行できない」の項目は、尾道市が 51.1%、神奈川県が 28.6%と、尾道市が有意に高かった。(図表 1 4)

図表 1 4 サービス担当者会議進行運営困難の理由

	尾道市(%)	神奈川県(%)	χ^2	P値
会議の時間が長すぎる	1/45 (2.2)	132/1122 (11.8)	3.901	0.048
集合時間が守られない	3/45 (6.7)	161/1122 (14.3)	2.114	0.146
無断欠席が多い	0/45 (0.0)	22/1122 (2.0)	0.899	0.343
事前の準備が間に合わない	5/45 (11.1)	207/1122 (18.4)	1.567	0.211
特定の専門職に発言が偏りがち	11/45 (24.4)	263/1122 (23.4)	0.024	0.876
利用者の状態説明に時間がかかる	0/45 (0.0)	113/1122 (10.1)	5.018	0.025
未熟な専門職がいる	3/45 (6.7)	113/1122 (10.1)	0.560	0.454
会議の結論がまとまらない	8/45 (17.8)	267/1122 (23.8)	0.870	0.351
上手に進行できない	23/45 (51.1)	321/1122 (28.6)	10.538	0.001

3.8.3 サービス担当者会議不参加の理由

サービス事業者不参加の理由では、「日や曜日が

あわない」の項目で、尾道市が有意に低かった。それ以外の項目も、尾道市は神奈川県より低い、有意差は認めなかった。

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、神奈川県は、「自分が呼びかけていない」(57.7%)、「日にちや曜日が合わない」(45.3%)、「時間帯が合わない」(45.3%)と、いずれも高い割合になっている。いずれの項目についても、尾道市は神奈川県より有意に低かった。神奈川県の介護支援専門員の約 60%の回答者が主治医に出席を呼びかけていないことが特徴的であった。利用者の不参加の理由については、「出席を呼びかけていない」が、尾道市 2.2%、神奈川県 18.0%であり、有意差を認めた。

家族の不参加の理由については、尾道市では「日にちや曜日が合わない」が 24.4%であり、これに対し、神奈川県では「日にちや曜日が合わない」が 30.8%、「時間帯が合わない」が 25.2%になっているが、有意差を認めなかった。(図表 1 5)

図表 1 5 サービス担当者会議の不参加理由
(1) 事業者

	尾道市(%)	神奈川県(%)	χ^2	P値
日や曜日があわない	9/45 (20.0)	492/1122 (43.9)	10.045	0.002
時間帯が合わない	16/45 (35.6)	437/1122 (38.9)	0.210	0.647
連絡がつかない	0/45 (0.0)	15/1122 (1.3)	0.609	0.435
会議の意義の無理解	0/45 (0.0)	25/1122 (2.2)	1.025	0.311
信頼関係の不確立	1/45 (2.2)	10/1122 (0.9)	0.821	0.365
出席を呼びかけていない	0/45 (0.0)	43/1122 (3.8)	1.791	0.181

(2) 主治医

	尾道市(%)	神奈川全県(%)	χ^2	P値
日や曜日があわない	7/45 (15.6)	508/1122 (45.3)	15.500	0.000
時間帯が合わない	11/45 (24.4)	508/1122 (45.3)	7.603	0.006
連絡がつかない	1/45 (2.2)	210/1122 (18.7)	7.947	0.005
会議の意義の無理解	3/45 (6.7)	253/1122 (22.5)	6.373	0.012
信頼関係の不確立	0/45 (0.0)	312/1122 (27.8)	17.080	0.000
出席を呼びかけていない	2/45 (4.4)	647/1122 (57.7)	49.643	0.000

(3) 利用者

	尾道市(%)	神奈川全県(%)	χ^2	P値
日や曜日があわない	4/45 (8.9)	143/1122 (12.7)	0.584	0.445
時間帯が合わない	3/45 (6.7)	134/1122 (11.9)	1.162	0.281
連絡がつかない	0/45 (0.0)	8/1122 (0.7)	0.323	0.570
会議の意義の無理解	3/45 (6.7)	157/1122 (14.0)	1.963	0.161
信頼関係の不確立	0/45 (0.0)	12/1122 (1.1)	0.486	0.486
出席を呼びかけていない	1/45 (2.2)	202/1122 (18.0)	7.499	0.006

(4) 家族

	尾道市(%)	神奈川全県(%)	χ^2	P値
日や曜日があわない	11/45 (24.4)	346/1122 (30.8)	0.833	0.361
時間帯が合わない	6/45 (13.3)	283/1122 (25.2)	3.283	0.070
連絡がつかない	4/45 (8.9)	99/1122 (8.8)	0.000	0.988
会議の意義の無理解	4/45 (8.9)	181/1122 (16.1)	1.702	0.192
信頼関係の不確立	1/45 (2.2)	27/1122 (2.4)	0.006	0.937
出席を呼びかけていない	2/45 (4.4)	142/1122 (12.7)	2.697	0.101

4. 考察

4.1 担当利用者数

担当利用者数は、要介護度別にみて、両群とも有意な差は認めなかった。担当利用者の負担は同じであるといえる。

4.2 サービス担当者会議開催

調査期間の1ヶ月間にサービス担当者会議を1回も開催しなかった回答者は、尾道市は15.6%であり、神奈川県の34.3%より有意に低かった。また開催した介護支援専門員を比較しても、開催回数は、尾道市が多かった。

所要時間は尾道市が平均約20分であり、神奈川県は平均約50分であったが、実態調査だけでなく、調査期間中である平成17年10月の1か月間にサービス担当者会議を開催しなかった回答者を含めた意識調査でも、適切と思われる所要時間は、それぞれ実際の所要時間と変わらない。つまり、本来所要時間を短くしたい（あるいは長くしたい）が、実現できていないのではなく、そもそも前提となる意識として、両群では適切と思われるサービス担当者会議の所要時間が異なっている。

会議の所要時間が短ければ、同じ時間で開催できる回数は多くなり、所要時間が長ければ、同じ時間に開催できる回数が限られてくることは自明である。

尾道市の介護支援専門員は、担当者数が少なく負担が少ないので、サービス担当者会議を開催する回数が多いのではない。対照群である神奈川県は、1回の会議の所要時間が、尾道市の約3倍である。（移動の時間を考慮しないで）単純に考えると、同じ時間で3倍の回数を開催できる。

一方、意識調査で、尾道市の介護支援専門員も、適切と思われる会議の開催回数（ 3.32 ± 0.29 回）は、実際の開催回数（ 4.78 ± 0.86 回）より少ないので、望んで開催するというより、必要に迫られて開催していると考えられる。

4.3 参加者

4.3.1 利用者（要介護者）、家族

尾道市では、サービス利用者である要介護者と家族の参加する会議の割合が高い。一方、対照群である神奈川県では、調査期間中の1ヶ月間に開催した会議に、1回も利用者（要介護者）が参加しなかった回答者が35%であり、家族が参加しなかった回答者が30%であった。意識調査において、毎回出席が必要と思われる割合と、実態調査にお

いて、参加を呼びかけた割合と、実際に参加した割合は、尾道市も神奈川県も、利用者（要介護者）、家族とも、ほぼ同じ数字であった。

神奈川県は、「毎回出席が必要と思う」58.8%→「参加を呼び掛ける」65.6%→「実際に参加した」61.1%であった。一方、尾道市は、利用者の場合、「毎回出席が必要と思う」88.9%→「参加を呼び掛ける」97.3%→「実際に参加した」94.6%であった。家族に関しても、同様の傾向を示している。

利用者（要介護者）、家族の出席率の差は、参加者側の止むを得ない事情からではなく、介護支援専門員が毎回出席が必要と認識しているか否かの差により、対照群ある神奈川県では呼び掛けそのものがなされていないからであると考えざるを得ない。

介護支援専門員は、要介護者や家族からの相談に応じ、心身の状況等に応じ適切なサービスを利用できるように、居宅サービス事業を行うものとの連絡調整等を行う者である。サービス担当者会議は、利用者本位の観点から、課題分析や介護サービス計画の作成を地域の異なる機関の多くの専門職が合議によって行うものである。そして、要介護者等や家族の意思に沿って、この合議と協働を調整（マネジメント）するのが介護支援専門員の役割である。

さらに、サービス担当者会議に、本人・家族が参加している場合は、サービス担当者会議の場で、本人や家族から最終確認を取り、居宅サービス計画を交付することで、居宅サービス計画が完結したことになる。サービス担当者会議に本人や家族など、当事者が参加していない場合には、最終的に要介護者から居宅サービス計画について了解を得る必要性があり、二段階の手間となる。

4.3.2 主治医

主治医は毎回出席の必要があると思う回答者は、尾道市は80%であり、対照群の神奈川県で20.2%である。主治医に参加を呼びかけた割合は、尾道市が97.3%と神奈川県で23.3%のとなり、実際に参加したと回答した介護支援専門員の割合は、尾道市89.2%と神奈川県14.0%であり、尾道市、神

奈川県で、「毎回出席の必要があると思う」、「参加を呼び掛ける」、「実際にサービス担当者会議に出席する」の3つの項目に関して、尾道市、神奈川県は、それぞれがほぼ同じ割合を示した。このことは、実際に主治医がサービス担当者会議に出席するか否かは、介護支援専門員が、主治医が毎回出席の必要があると考えるか否かという意識の問題であると言える。

また会議開催上の問題点の中で、主治医不参加の理由として、「参加を呼びかけていない」と回答したものは、尾道市では4.4%であったが、神奈川県では57.7%と約6割に及んでいる。曜日、時間帯など日時があわないのが、45.3%となっている。

参加を呼び掛けようとしなない基底には、「主治医が会議の意義を理解しない」（尾道市6.7%、神奈川県22.5%）こともあるが、介護支援専門員と主治医の信頼関係が確立していない（尾道市0%、神奈川県27.8%）という理由があると考えられる。一方、尾道市では、回答した45名のうち「主治医との信頼関係が確立されていない」と答えたものは1名も居なかった。

4.4 サービス担当者会議で共有された情報

4.4.1 事前に共有した情報

尾道市は、全体として、共有していると回答した回答者の割合が、ほとんどすべての項目で神奈川県より高い。特に、『尾道市医師会方式ケアカンファレンス』では、利用者のプロフィールとケアプランを関係者に送付することが事前準備として定められている⁴ため、「利用者の主訴」、「家族の主訴」、「利用者の要介護認定状況」の共有は、90%前後（86.5%～91.9%）であった

また上記の3項目に加え、「利用者の生活状況」、「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」という未来志向の方針に対しても、事前に有意に高く情報共有されていた。

4.4.2 会議で共有された情報

サービス担当者会議で共有された情報項目は、尾道市と神奈川県では同じ割合であった。尾道市

では、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割合が、神奈川県より20～30%高いが、サービス担当者会議で、実際に情報を共有したと回答した割合は同じである。

さらに、尾道市では、「疾病に関する情報」、「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」も有意に高い。これは尾道市では、サービス担当者会議に主治医が参加している(89.2%)ためと考えられる。医療的、生活上の問題への対処の方針の情報が、利用者(要介護者)や家族を含めた参加者で共有されることは、介護チーム全体の危機管理が成され、チーム全員、また利用者本人や家族の安心感が増すと考えられる。特に医療の知識の少ない非医療職種や、利用者本人、家族は、主治医から医療情報や対処法に関する情報を得て、全員で情報を共有して確認することによる安心感は強いと考えられる。

4.4.3 会議の所要時間

意識調査によると、対照群である神奈川県は、60分の所要時間を長いと意識していない。尾道市の場合は、事前にケアプランを含めた情報の共有が出来ている→会議では主治医も参加して、医療情報や対処法や介護方針について情報共有する→事前準備が出来ているので、実際の会議は15分から20分で十分である→従って会議の開催回数が多いという循環になっている。一方、対照群は、事前の準備・情報共有が乏しい→実際の会議で、状況説明に時間が掛かる→会議所要時間が50分から60分必要である→会議を開催する回数が少ない→また、そのことに問題を感じていないという循環になっていると考えられる。

このため、サービス担当者会議の開催率を向上するためには、意識改革から始めることが必要である。

これには、「介護支援専門員資質向上事業」として行われる介護支援専門員研修で、それぞれの地域における必要性に従い、研修プログラムの内容を検討するべきである。

またサービス担当者会議の所要時間を短くするためには、事前にケアプランを含む情報の共有を励

行することが必要と考えられる。

5. まとめ

5.1 尾道市方式の特徴

利用者(要介護者)本人、家族、主治医、(民生委員)のサービス担当者会議への出席率が高いことが特徴であり、これは「毎回会議に出席するべきか」という意識の段階で、対照群と異なっていた。意識の差が、「参加を呼び掛ける」という介護支援専門員の行動の差となり、その違いがサービス担当者会議への出席率という結果の違いに繋がっている。

5.2 会議で共有される情報

尾道市では、事前の情報共有が行われ、特にケアプランを事前に共有することが特徴的である。会議では、「医療知識や医療的対処の方法」、「生活上の問題への対処方針」について、情報共有されている割合が、対照群より有意に高かった。

事前に情報共有が充分になされて、サービス担当者会議の1回の所要時間は、平均20分である。対照群は、事前に情報共有を行ったと回答した介護支援専門員の割合は低く、「利用者の状況説明に時間が掛かる」などにより、会議の所要時間は平均50分である。両者とも、現状の所要時間を、それぞれ適切であると認識している。

さらに所要時間の短い尾道市の介護支援専門員は、サービス担当者会議の月間平均開催回数が多い。

担当利用者数には、有意な差が無いため、月間開催回数は、会議所用時間の影響と考えることが出来る。

5.3 ケアカンファレンスの役割

尾道市方式のケアカンファレンスは、「多職種協働には必須のもので、利用者本人、家族を含めたケアチームのメンバー全員が参加し(顔を合わせて)、ケアプランは事前に共有し、介護・医療の情報と、今後起こりうる生活上・医療上の問題点の対処方針を会議で確認し、共有するもの」と定義できる。

5.4 提言

「サービス担当者会議」という呼称は介護支援専門員自身にも、利用者・家族を含む他の者にも、「サービス事業者のみが集まり、ケアプランに盛り込む介護サービスの分配を決める会議」という誤解あるいは間違ったイメージを与えている可能性があるので、「サービス担当者会議」との名称を避けて、「ケアカンファレンス」という呼び方を用いることを提言する。

6. 謝辞

本研究は、平成17年度厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業(H17-長寿一般-022)の補助を受けている。

データの整理・解析および作表を補助してくれた吉原久美子氏に感謝します。

引用文献

- 5) 片山壽：地域医師会による看護連携の取り組みと医師会ケアマネジメントセンター、看護展望、27、66-71、2002
- 6) 月刊ケアマネジャー編集部：「尾道」の謎に迫る：ケアカンファレンス実施率は9割以上、ケアマネジャー、10、22-25、2002
- 7) 片山壽：ケアマネジメントの導入、内科、92、170-173、2003
- 8) 片山壽：医療ケア現場におけるケアマネジメントの意義、内科、92、374-378、2003
- 9) 片山壽：地域ケアマネジメントの標準化と尾道市医師会の挑戦、内科、92、578-583、2003
- 10) 片山壽：介護保険が誘導する新たな地域連携とサービスの一元化：新・地域ケアのシステムの受け皿と平均在院日数の短縮化、内科、92、753-757、2003
- 1) 会議支援専門員 基本テキスト
- 2) 高齢者介護研究会：2015年の高齢者介護、2003
- 3) 田城孝雄、片山壽、丸井英二、田中滋：地域医療連携「尾道方式」を「理想のモデル」から「標準モデル」へ、医療と社会、14(1)、51-62、2004
- 4) 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

参考文献

- 1) 片山壽：在宅医療介護基本手技マニュアル、永井書店、2000
- 2) 片山壽：かかりつけ医とケアマネジャー、月刊ケアマネジメント、12、8、2001
- 3) 片山壽：ケアマネジメント多職種協働の方法論、月刊ばんぶう、11、123、2001
- 4) 片山壽：主治医機能とケアマネジメント、日本プライマリケア学会誌、25(3)、213、2002
- 11) 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、882-885、2003
- 12) 片山壽：尾道市医師会の取り組み：地域医師会による高齢者ケアマネジメントの構築、介護支援専門員、5(4)、25-28、2003
- 13) 片山壽：在宅医療とは何か、からだの科学、No.232、12-16、2003
- 14) 神奈川県介護支援専門員協会調査研究委員会：平成16年度介護支援専門員実態調査報告書、～介護支援専門員の質の向上に向けた現状と課題の把握～、神奈川県介護支援専門員協会、2005
- 15) 田城孝雄：地域で育てよう 我らの在宅ケア—包括的地域ケアとは何か—、月刊総合ケア、15、1216-1223、2005

Abstract