

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<sup>1)</sup>）。

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。

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）

## 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・

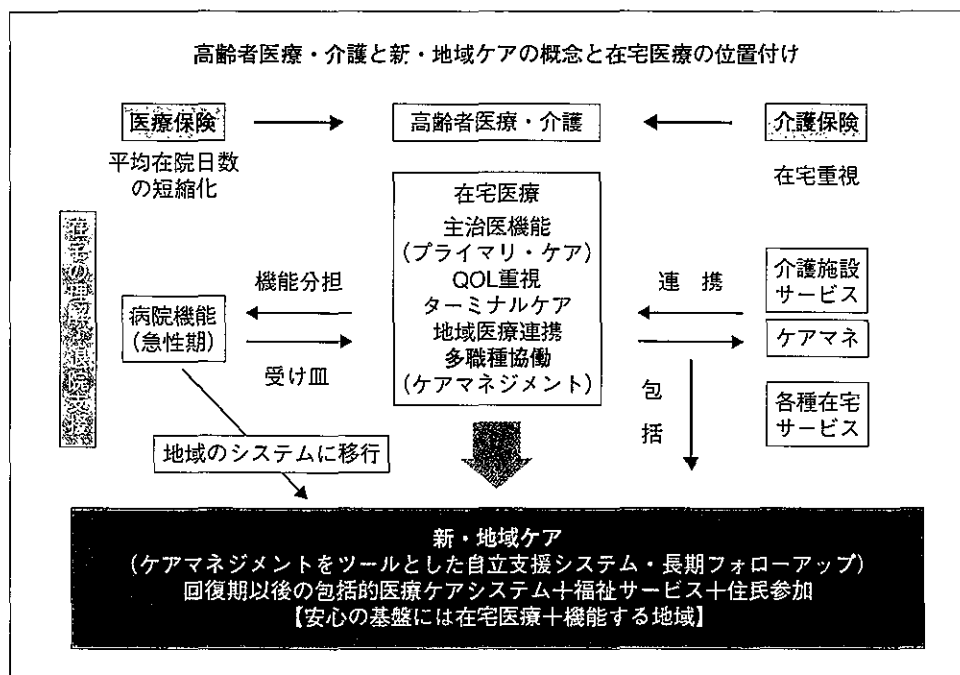


図4 地域ごとの自立支援システムとしての新・地域ケアの概念と高齢者医療・介護  
(H.Katayama Onomichi Medical Association 2003)

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

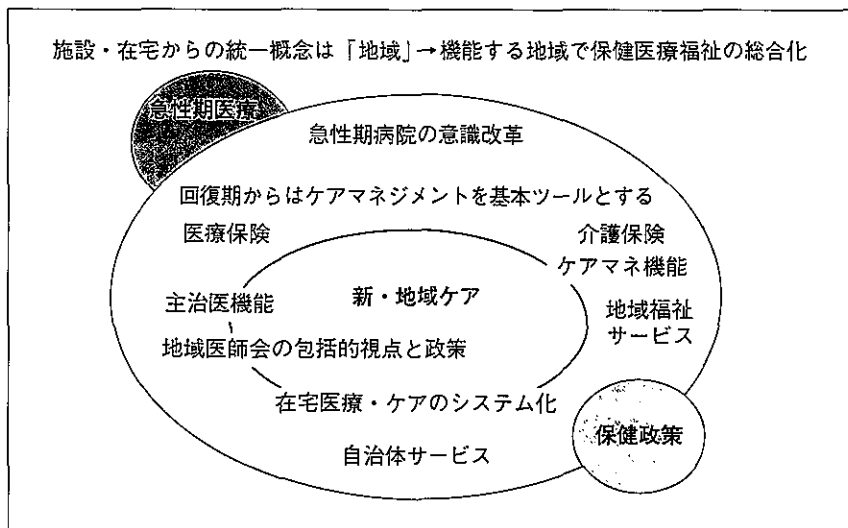


図5 新・地域ケアのシステム概念図と地域資源の再編  
(H.Katayama Onomichi Medical Association 2003)

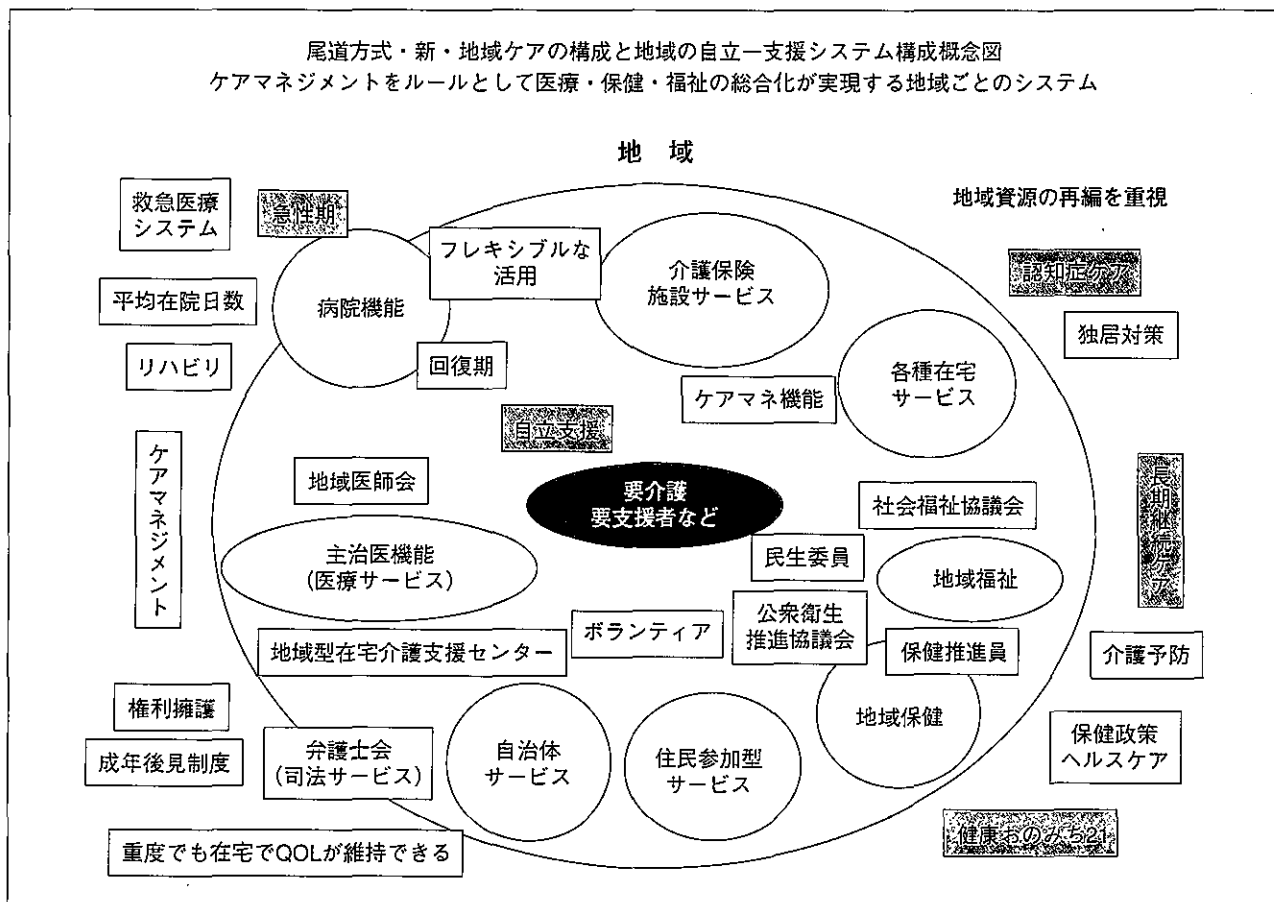


図6 新・地域ケアの構成概念図と医療・保健・福祉の総合化(厚生労働省高齢者介護研究会委員 片山 壽(尾道市医師会))

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、同一理論で稼動する大きなチーム（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.