

各参考人からの提出資料

- 片山 壽 参考人 提出資料 P. 1 ~ P.27
- 高砂 裕子 参考人 提出資料 P.28 ~ P.48
- 川越 厚 参考人 提出資料 P.49 ~ P.75

社会保険審議会・医療部会

**在宅医療と主治医機能
急性期病院と在宅の機能分担による長期継続ケアと
ケアマネジメント**
The OMA method on long-term care management programs



平成17年5月12日

尾道市医師会

片山 善

尾辻秀久厚生労働大臣・尾道視察 日程 (2005.4.18)

日程表より転載 【到着12.08 新尾道駅】 随行:香取照幸振興課長

○片山先生からブリーフ(医院・院長室:12:15より)

- ・高齢化の進む医療圏の課題と尾道市のケアマネジメントへの取組み
- ・急性期病院・回復期施設・在宅の機能分担による長期継続ケアとケアマネジメント
(The OMA method on long-term care management programs)
- ・「新・地域ケア」の発展可能性とケアマネジメント

【ケアマネジメントによる地域づくり・地域包括支援センターへ】

○ケアカンファレンスに参加(医院・院長室:13:30より)

- ①パーキンソン病の利用者の10回目のケアカンファレンス
(重度パーキンソン病・胃瘻・長期栄養管理・摂食嚥下機能評価・リハビリテーション)
- ②重度の利用者の在宅医療の継続:モニタリングカンファ4回目
(遅延性意識障害の多職種協働・在宅医療・地域医療連携・1周年)
- ③アルツハイマー型認知症の独居を支える:モニタリングカンファ6回目
(新地域ケアの認知症支援・社医民連協・民生委員の位置付け)

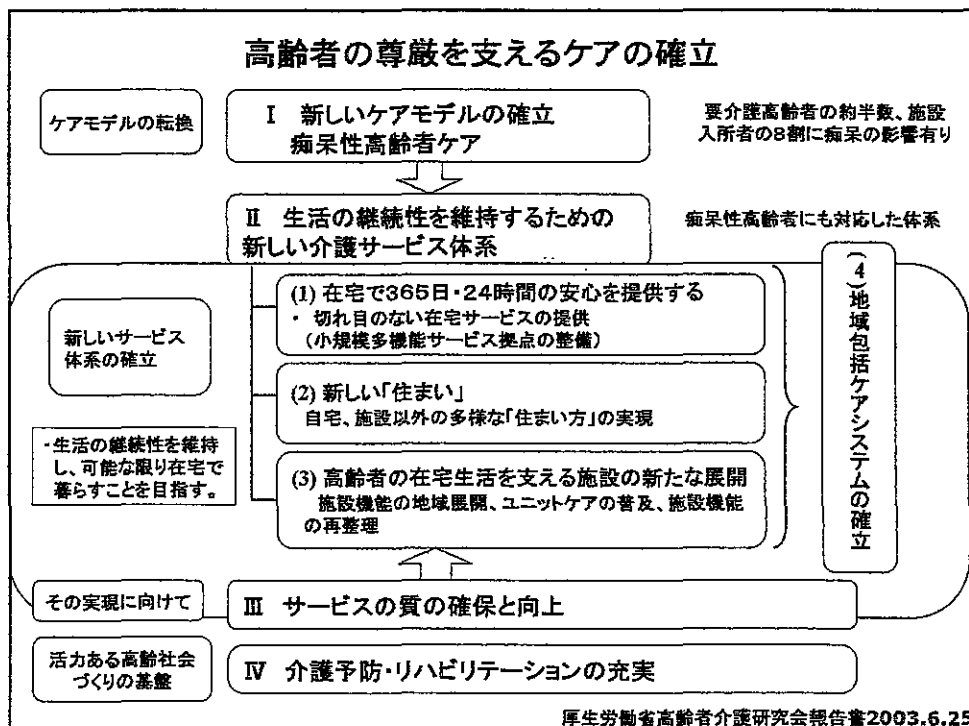
※ 終了直前くらいに、亀田良一尾道市長が医院に来訪

【出発 14:33 新尾道駅 → 帰京】

**高齢化率の高い医療圏のニーズに対応する医療システム
【尾道市医師会・地域医療のケアマネジメントにより医療モデルの転換】**

1. 長期フォローアップにおけるケアの継続性の根拠とケアマネジメント
Long term care における利用者 の状態 とニーズへの適切な対応
2. 利用者の適切な「居場所」と介護保険をツールとした地域のシステム構築
高齢者医療と介護の適切な協働と現場から誘導する利用者本位のサービスの総合化
3. 病院・施設・在宅における医療・ケア提供の共通認識
平均在院日数の短縮と急性期病院の退院支援へのケアマネジメント導入の必要性
4. 地域医療のプロポーションの見直し・在宅ケア資源の再編成とシステムの必要性
地域特性にあった資源の整備とケアマネジメントシステムの構築・多職種協働
5. 主治医機能による在宅医療のシステムアップとフレキシブルな地域医療連携
地域医療の再編：在宅医療の充実と主治医機能を介した急性期との機能分担
6. 高齢化率の高い地域の「地域ケア」の再構築と地域医師会の役割の重要性
地域包括ケアシステムと「保健医療福祉の総合化」の実践論としてのケアマネジメント

H.Katayama Onomichi Medical Association 2001



★ 環境1－高齢化に伴う国民の不安、介護保険と在宅医療

読売新聞(2005.1.28)世論調査「介護保険に不満9割」
「負担増(保険料、自己負担)に懸念6割」

○高まる“施設志向”？

親を介護する場所「在宅」 46.8% 「住み慣れたところで生活させたい」

自分が介護されたい場所「在宅」 34.6%

「在宅重視の理念と裏腹に、高まる施設志向のギャップをどう埋めるのか、
根本的な論議が求められる」 (記事より抜粋)

○老後の生活4人に3人が不安

- ①生活費が足りなくなる 56% ②十分な介護が受けられない 37%
③病気がちになる 33% ④寝たきりや認知症になる 31%

医療？
介護や医療

Q「介護保険で今後、特に充実させて欲しいものは？」

- ①ホームヘルパーの訪問介護 44.3% ②医師や看護師の訪問 42.8%

【在宅医療】

Q介護保険への不満

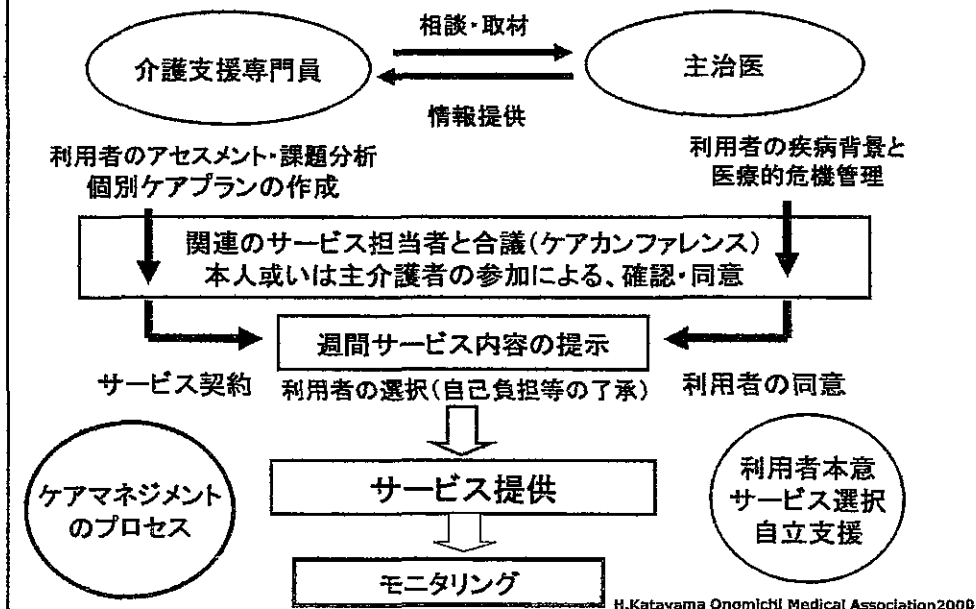
- ①保険料負担が高くなる 59.8% ②サービスの市町村格差 32.4%
③手続が複雑で分かりにくい 32.3% ④要介護認定の公平に疑問 29.9%
⑤サービス内容が適切かどうか、確かめる制度がない 28.4%

「確かめる制度」＝「ケアマネジメント」の重要性 → 適正給付

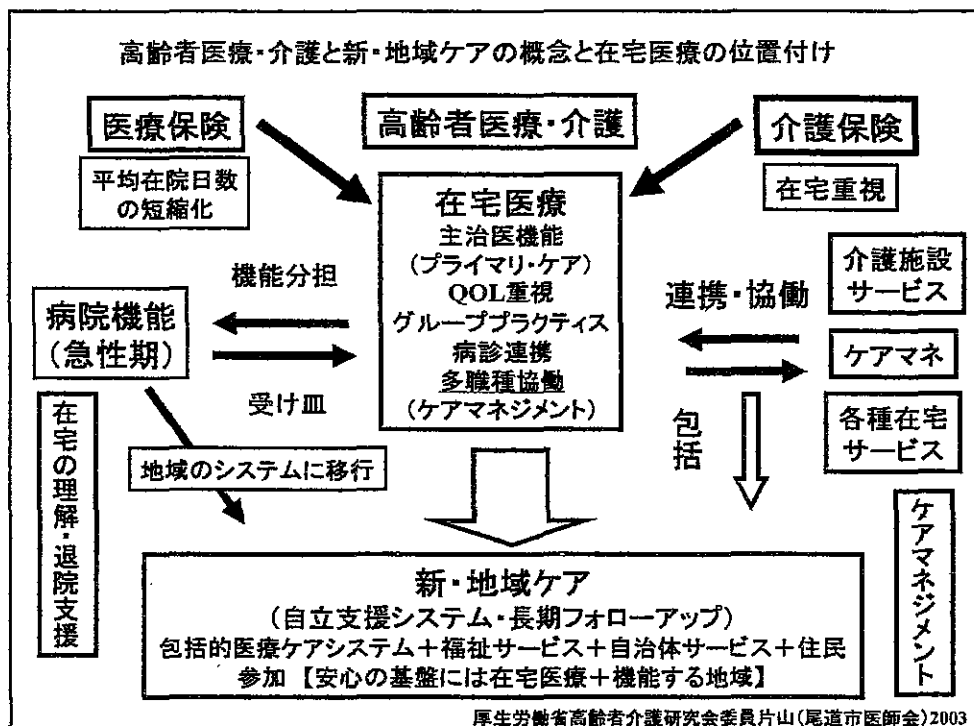
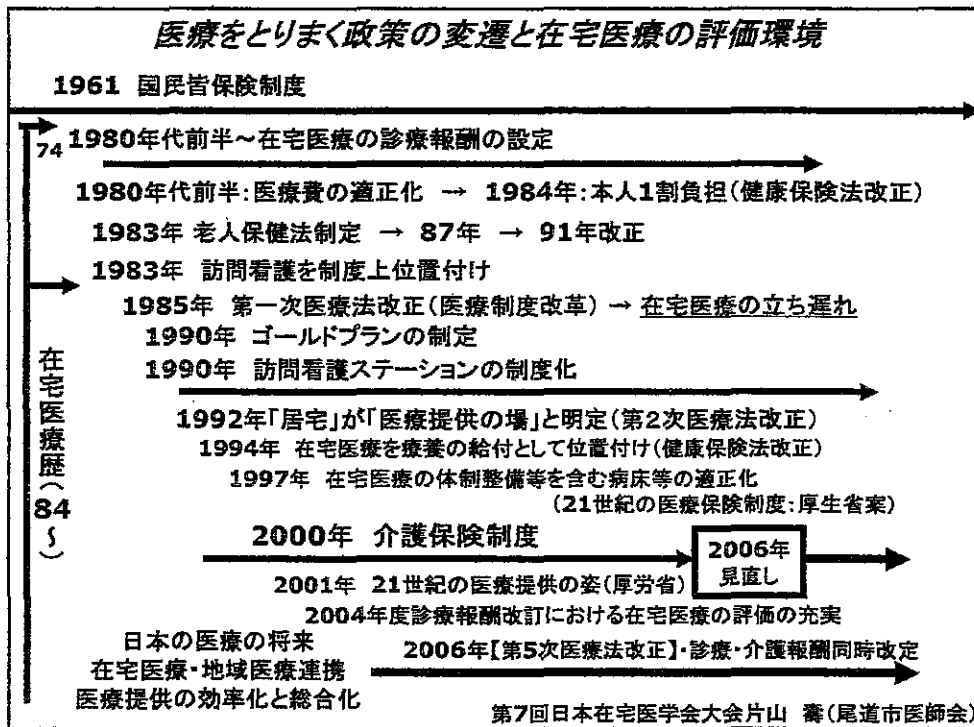
H.Katayama Onomichi Medical Association 2005

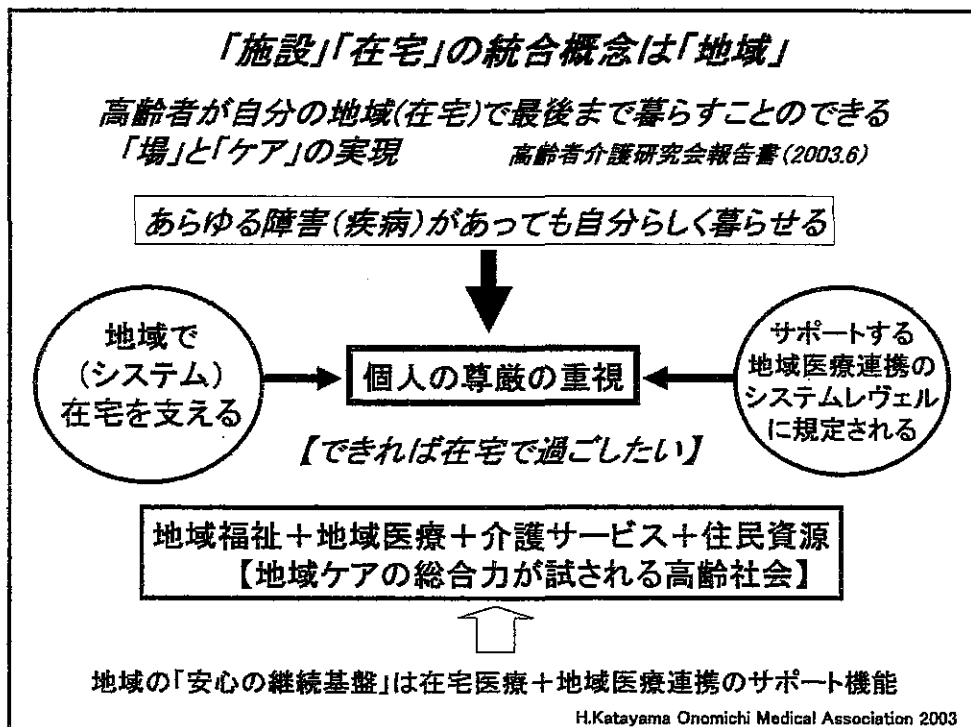
認定結果通知からサービス提供への流れ

(要介護度区分によるサービス限度額に基づいてケアプランの作成)



H.Katayama Onomichi Medical Association 2000





- 高齢社会(地域)と急性期病院を含んだ地域ケアのシステム化の必要性
1. 高齢化率の高い医療圏 → 高齢者医療＋ケア＝包括的医療ケアシステム
(疾病構造の変化・生活障害の支援・長期フォローアップ)
 - 高齢者医療にけるケアの比重と在宅の長期介護空間 → 多職種協働
 2. 急性期治療期から確定した残存生活障害・自立支援とケアプランの重要性
 - 平均在院日数の短縮化政策と在宅の受け皿の整備・QOL
 - 先進諸国も同一の課題(医療費) → 在宅重視の医療政策→日本独自の政策を!
- 世界最速の高齢化 → 未知の高齢社会(医療環境)との遭遇 → 新・地域ケア
3. 介護保険の制度設計におけるケアマネジメントはシステム構築のツール
 - 適切な医療・ケアが提供できるための地域医療ケアシステム整備
- 急性期医療(病院)から慢性期(回復期)・在宅医療・介護への
 自立支援を目指した利用者本位の継続的ケアの方法論の必要性
- H.Katayama Onomichi Medical Association 2002

ケアカンファレンスの効果とケアマネジメント・高齢者医療の将来

主治医のケアマネへの全面的支援 → 利用者の安心
「主治医(医療)への信頼」
『高齢国家の高齢者医療における
包括的医療サービス提供モデルとして重要』

◎退院時ケアカンファレンスは急性期病院を変える

○退院前ケアカンファレンスは医療政策モデルを進化させる効果
The OMA method on long-term care management programs

介護保険前に在宅多職種が一定の業務(ケアカンファレンス)として、利用者支援の共通認識のもと、急性期病院内・病棟に集合したか？
(退院患者がこのようなサービスを受けたことがあったか？)

利用者本位＝患者本位の確認→利用者の利益:ケアカンファレンス

H.Katayama Onomichi Medical Association 2003

尾道市医師会

人口 約12万人

2005.3 2町を吸収合併
(医師会は従来から1市2町)

高齢化率 約25% → 26.3%

医師会員数 約270名
医療機関数 113

急性期病院 3
合計病床数 約1100床

開業会員	108名
開業同居会員	33名
開業勤務会員	11名
合計	152名
平均年齢	57.79歳
平成16年9月16日現在	

2006年1月合併
(島嶼部1市1町を吸収)
尾道市
人口 約16万人
高齢化率 約28.2%
医師会員数 約320人

片山医院(無床診療所・付帯事業所なし)
外来患者平均年齢 72.26歳
(2004年6月7日)

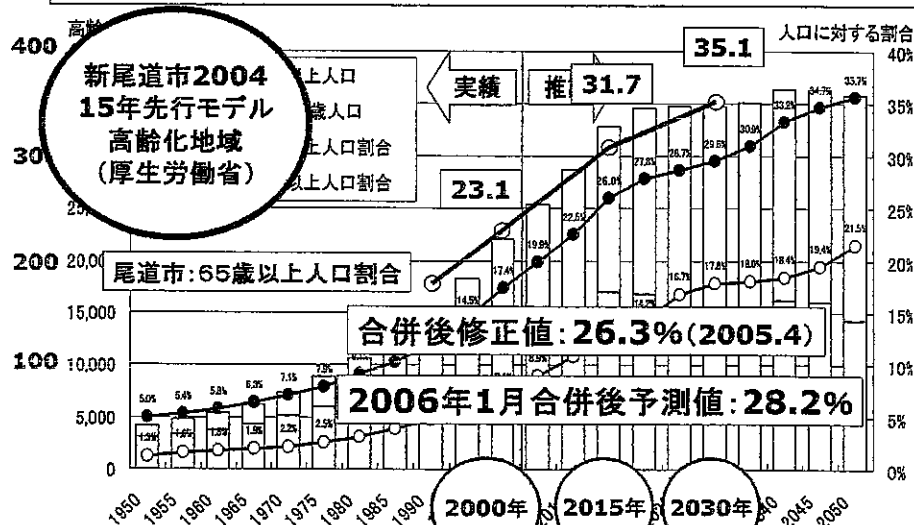
医院開設 1898年

片山 壽 1949年生 東京医大1974年卒
(内科医)

勤務医歴10年(東京)
開業医歴20年(尾道)

我が国の高齢化の進展と尾道市の高齢化率

2015年には高齢者数は3300万人。国民の4人に1人。



資料:2000年までは総務省統計局「国勢調査」、2005年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)」

尾道市医師会高齢者医療ケアシステム整備・基本コンセプト1994 (高齢化の進む医療圏の将来に対応する地域医師会の政策)

- (1) 医師会事業を連続的に展開するための必要な基本コンセプト
- (2) 最も重要なレベルは「主治医機能」と設定
- (3) 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
- (4) ほどよくシステム化された医療サービス提供体制の整備が基盤
- (5) 包括的にして連続性のあるシステムづくり
- (6) 医師会の事業に対する信頼性の確立・精度管理
- (7) 医師・多職種参加の系統的な講演会の開催と共通認識の醸成

H.Katayama Onomichi Medical Association 1994

尾道市医師会の「主治医機能」の3原則

2003 New version

- 1. Multiple functions**
- 2. Flexibility**
- 3. Accountability**

originalは1994年の基本コンセプトの中核に提示

尾道市医師会の「主治医機能」の3原則

1994 original version

- 1. Multiple functions**
- 2. Flexibility**
- 3. Mind of Welfare**

1. multiple functions

- ・在宅医療・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・緩和ケア
認知症の早期診断・早期ケア
- ・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
- ・システム連携機能
グループプラクティス・病診連携・福祉との連携
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

2. flexibility

- ①利用者や家族の状況の理解と長期フォローアップ
継続的な（Long term care）な関わりの中で個人の生活障害
と介護環境（介護者の身体的・社会的・経済的側面）の理解
（民生委員・社会福祉協議会・行政担当者など）
- ②的確にしてタイムリーなサービス選択・アクセス
的確な状態把握により、利用者に必要な医療・ケア資源
各種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
（セカンド・オピニオンを含む）
- ③利用者本意のサービス提供
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重視）

3. Accountability

利用者のあらゆるレベルにおける「現状評価」「予測」「選択肢」等について、
利用者が知りおくべき情報について適切な説明を行い
共通認識を成立させる
(特にインフォームド・コンセントにおける認識のずれを解消)

的確なコミュニケーションスキルの必要性

- ・Listening skill
- ・ICなどにおける相互の認識のズレを回避
- ・リスクマネジメント
- ・選択肢と「納得」の重要性
- ・ケアカンファレンスを活用した患者本位の視点
- ・多職種協働に対応したコミュニケーションスキル

★尾道市医師会方式ケアカンファレンスは主治医機能の一部

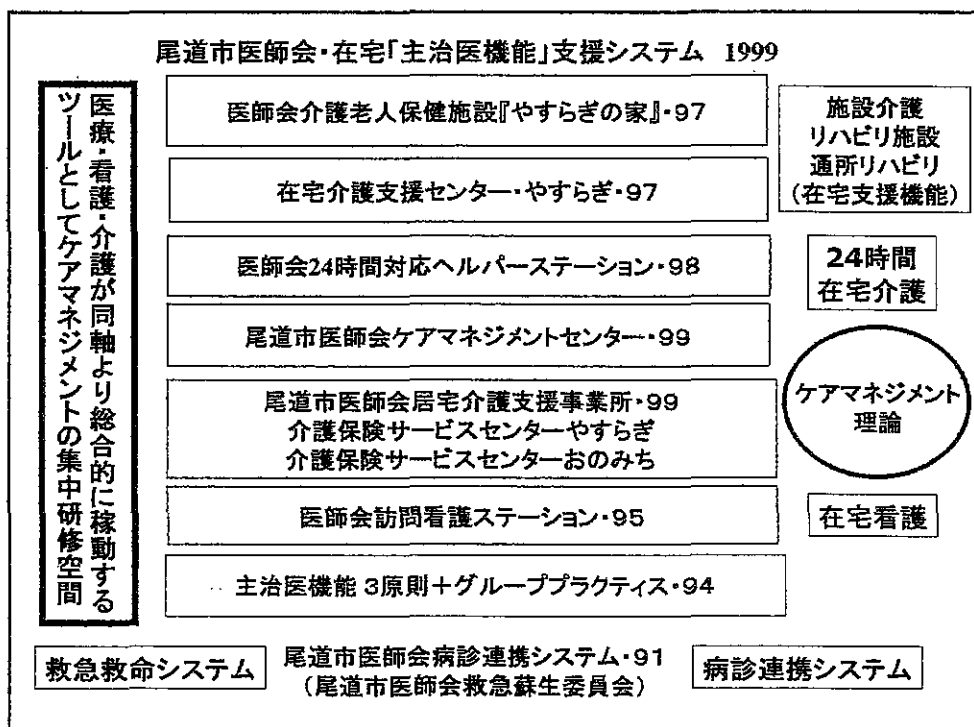
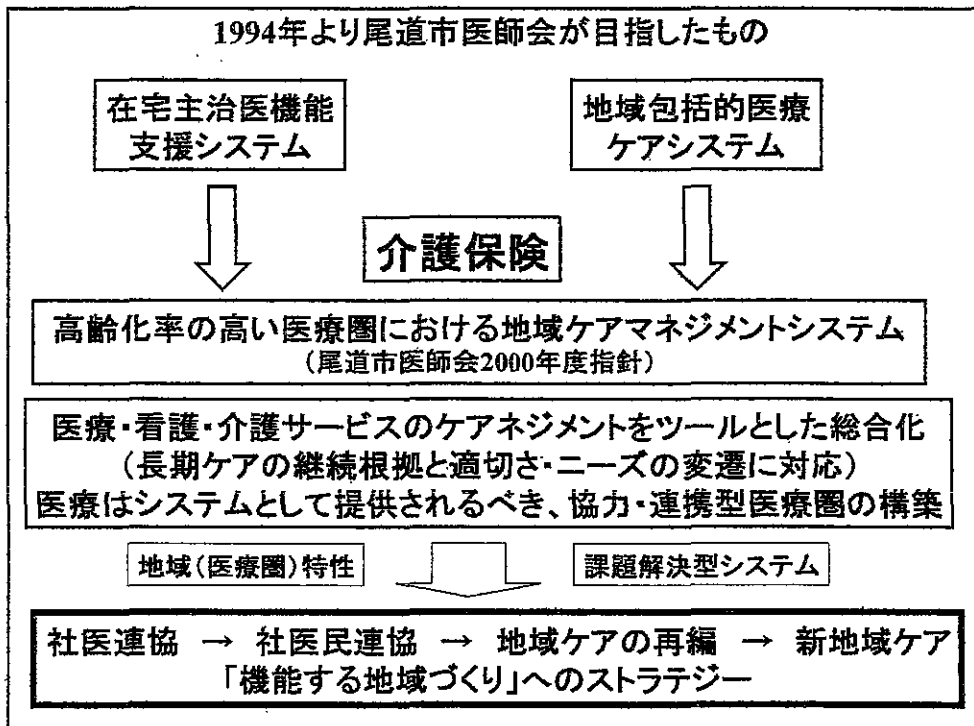
インフォームド・コンセント in OMA

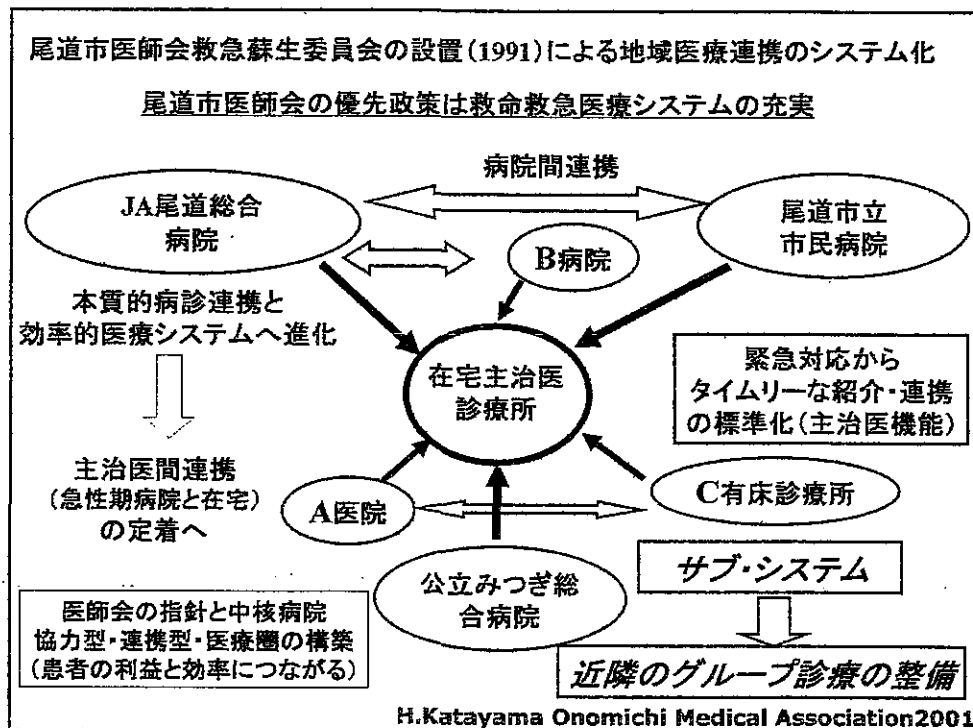
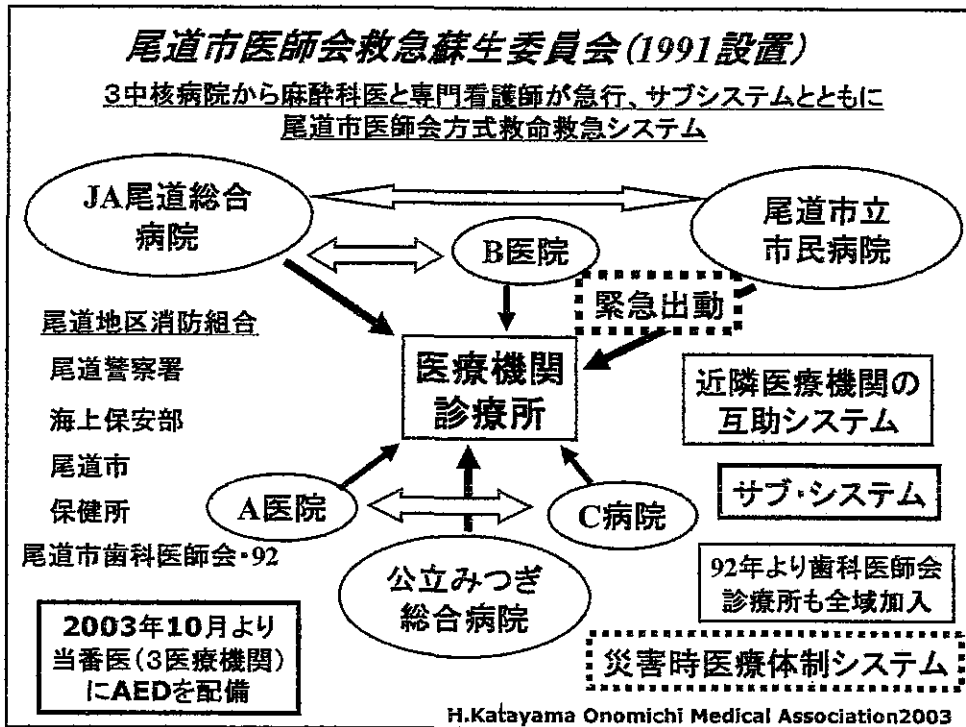
患者と医療者が治療のゴールを共有し、共同で治療のプランを作成するプロセス
訴訟逃れのための書式(同意書)ではない (李 啓充2003.11尾道講演)

尾道市医師会高齢者医療福祉問題講演会(1994～)

- 1994年 児玉博行、青木佳之、山口 昇「これからの保健・医療・福祉」他
1995年 目崎育弘、中谷比呂樹、石本宏明「21世紀の医療と介護」他
1996年 岡本祐三「介護保険のすべて」小澤 勲、佐々木健、他
1997年 藤本直規、並河正晃、岡本祐三、U・アンベッケン、M・イヴ・ハマー他
1998年 香取照幸「介護保険と医療サービス」、小宮英美、恒藤 暁、他
1999年 三浦公嗣、岡本祐三、西山正徳、恒藤 暁、藤本直規、M・ファイン、他
2000年 土肥信之(2回:リハビリテーション)、三浦公嗣、山口 昇、岡本祐三、他
2001年 秋山昌範・田中 滋 「21世紀の医療と介護の方向性」岡本祐三、他
香取照幸「介護保険が目指したもの」小宮英美・池田直樹
高村 浩・田中 滋(9月)李 啓充(10月)、
前沢政次「家庭医の概念と21世紀の医療」他
2002年 米満弘之(1月)池田直樹(2月)岡本祐三(4月・8月)
井形昭弘(3月)「夢の長寿社会・医療と福祉の一元化」高村 浩(5月・6月)土肥信之(6月)
杉山孝博(7月)・李 啓充(9月)・武田文和(12月)「がんの痛みと緩和ケア」
2003年 高村 浩(1月)杉山孝博(2月)田中 滋(2月)・石原 謙(5月)
本間 昭(7月)「在宅における痴呆の早期診断」・大谷 順(9月)・北波 幸(10月)
李 啓充(11月)「医師と患者の関係」永田久美子(12月)田中 滋(12月)
2004年 椿原彰夫(1月)(5月)「摂食嚥下リハビリテーションのストラテジー」
香取照幸(2月)高村 浩(6月)「痴呆介護に必要な法的知識と判例」
本間 昭(4・7・8・9・11月)「プライマリケア医に必要な痴呆早期診断技術」
中村秀一(7月)「介護保険の制度見直しと高齢者介護の課題」
中村健二(10月)「DPC勉強会」大谷 順(10月)「NST廻診の実際」「摂食嚥下機能評価
湧上聖(10月)「長期栄養管理と微量元素の重要性」・田中 滋(11月)「介護サービス
と情報開示」三浦公嗣(11月)「新予防給付と介護保険の見直し」
2005年 里宇明元(4月)「高齢者の自立に向けての試み」
—地域高齢者における「仮の要介護状態」への対応—

尾道市医師会のシステムを支える全職種対象の連続研修
(タイムリーな知識の注入(選抜した講師陣))





尾道市医師会高齢者医療ケアシステム整備基本コンセプト1994から2004評価

課題解決型システムとして設計(1991年の尾道市医師会救急蘇生委員会から)

- (1) 医師会事業を連続的に展開するための必要な基本コンセプト
- (2) 最も重要なレベルは「主治医機能」と設定

⇒ 主治医機能 3原則にケアマネジメント対応 → ケアカンファレンス

- (3) 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
- (4) ほどよくシステム化された医療サービス提供体制の整備が基盤

⇒ システム運営のツールはケアマネジメント、ケアカンファレンスの実践

- (5) 包括的にして連続性のあるシステムづくり → 在宅医療に重点

⇒ 尾道市医師会長期支援ケアマネジメントプログラム

- (6) 医師会の事業に対する信頼性の確立・精度管理
- (7) 医師・多職種参加の系統的な講演会の開催と共通認識の醸成

⇒ システムは多職種協働の中にあり、システムアップは継続研修

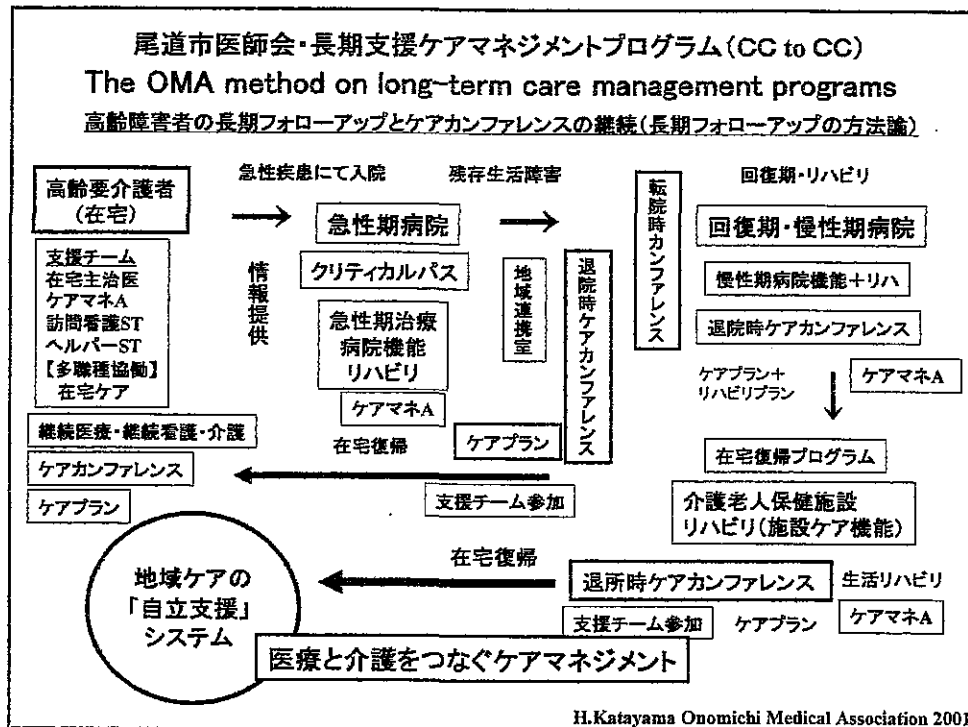
H.Katayama Onomichi Medical Association 2004

尾道市医師会オリジナル・課題解決型システムづくり
地域におけるケアマネジメントの実践 → 新・地域ケアの構築へ

1. 長期フォローアップにおけるケアの継続性の根拠とケアマネジメント
尾道市医師会長期支援ケアマネジメントプログラム
2. 利用者の自立支援システムとして介護保険をツールとした新・地域ケアの構築
尾道市社医連協 → 尾道市社医民連協 → 新・地域ケア
3. 急性期病院における退院支援へのケアマネジメント導入と地域連携
尾道市医師会急性期病院退院前ケアカンファレンス
4. 在宅医療のシステムアップから地域のケアマネジメントシステムへ
新・地域ケア「尾道モデル」
5. 地域医師会単位の地域ケアマネジメントにおける取り組みと主治医機能
尾道市医師会主治医機能支援システム

「尾道市医師会方式ケアカンファレンス」から実現の方向へ

第27回日本プライマリ・ケア学会神奈川大会 2004.6 片山



The OMA method on long-term care management programs
 Section 尾道市医師会訪問看護ステーション
 【居宅介護支援事業所・サービスセンターおのみち:ケアマネジャー K.N.】
 利用者氏名 T.N-ma さん 生年月日 昭和〇年〇月〇日
 主病名 ①パーキンソン病 ②嚥下性肺炎(既往) 2000年10月27日介護保険申請
 在宅主治医 片山 壽(片山医院)初診2000年8月28日
 病院主治医 山脇泰秀(尾道市立市民病院) 同日

ケアカンファレンス歴

- 2000年12月14日 片山医院 経鼻経管の離脱・嚥下リハビリ
住宅改修の確認(ここまで介護保険サービス利用なし)
- 2001年 2月28日 片山医院 経口摂取・通所リハビリ開始
- 2002年 4月30日 片山医院 モニタリングカンファレンス
- 2002年10月10日 尾道市立市民病院 退院前ケアカンファレンス(PEG)
(嚥下性肺炎で9月12日~10月11日入院)
- 2003年 5月20日 片山医院 栄養状態・ADLの悪化
- 2003年10月28日 片山医院 指示付ショートステイ検討ケアカンファレンス
(摂食嚥下機能評価・リハビリテーション・NST)

この間、介護者の左上肢骨折のため利用者は介護老人保健施設入所
(2003年12月12日~2004年2月13日)

- 2004年2月10日 介護老人保健施設「やすらぎの家」退所前ケアカンファレンス
- 2004年5月27日 片山医院 モニタリングカンファレンス NSTの効果判定
- 2005年1月 5日 片山医院 感染症対策・摂食嚥下機能障害
- 2005年4月18日 片山医院 ケアカンファレンス リハビリプランの変更

H.Katayama Onomichi Medical Association 2005