

1. multiple functions

- ・在宅医療・ケア機能
ハイテク系在宅医療・在宅終末期ケア
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(2003.8)
- ・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による課題解決
- ・システム連携機能
チーム医療・ケア、地域医療連携・福祉との連携
多職種協働の推進・包括的ケアの視点

患者本位の医療としての主治医機能
「プライマリケア・レベル」の拡大、多様な連携の駆使
【患者本位の地域医療連携・長期継続ケア・多職種協働】
The OMA method on long-term care management programs

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
ケアマネジメントによる在宅療養支援・環境整備・危機管理

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
包括的支援に必要な専門家（民生委員等）との日常的連携の整備

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
ケアカンファレンスによる多職種協働の推進・高度化
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

尾道市医師会方式ケアカンファレンスからの地域展開の実績
 ケアマネジメント・ケアカンファレンス → 地域医療連携 → 在宅医療の推進・重層化
 ケアマネジメント・ケアカンファレンス → 地域福祉との合体(社医連協・社医民連協)
 認知症早期診断プロジェクト → 保健推進員(公衆衛生推進協議会)・民生委員・市民
 結果としての「地域の課題を地域で解決する」・地域ケアから「新・地域ケア」

尾道市医師会「在宅主治医機能」支援システム 1999

医療・看護・介護が同軸より総合的に稼働する
 ツールとしてケアマネジメントの集中研修空間

- 医師会介護老人保健施設『やすらぎの家』・97
- 在宅介護支援センター・やすらぎ・97
- 医師会24時間対応ヘルプステーション・98
- 尾道市医師会ケアマネジメントセンター・99
- 尾道市医師会居宅介護支援事業所・99
 介護保険サービスセンターやすらぎ
 介護保険サービスセンターおのみち
- 医師会訪問看護ステーション・95
- 主治医機能 3原則+グループプラクティス・94

施設介護
 リハビリ施設
 通所リハビリ
 (在宅支援機能)

24時間
 在宅介護

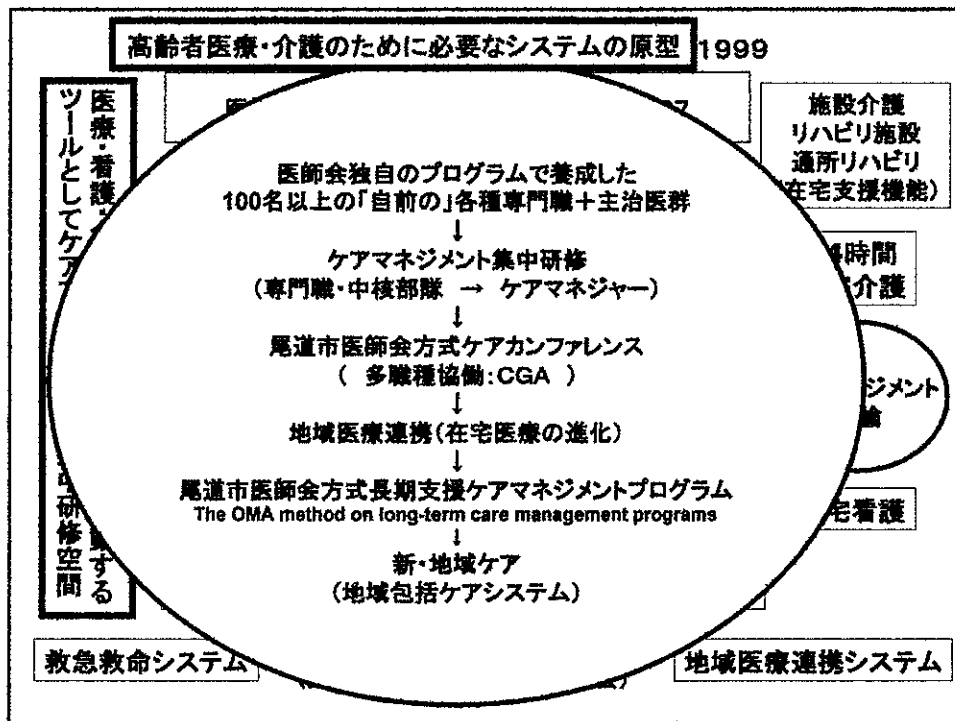
ケアマネジメント
 理論

在宅看護

救急救命システム

尾道市医師会病診連携システム・91
 (尾道市医師会救急蘇生委員会)

地域医療連携システム



高齢者総合評価 (Comprehensive Geriatric Assessment)

1930年代の英国の老年科医マージョリー・ウォーレンの実践、40年代に定着
 CGAの基本概念

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

CGAの主な目標

- 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(不要なサービス利用を減らす)

尾道市医師会システム理論

H.Katayama Onomichi Medical Association 1999

高齢者総合評価 (Comprehensive Geriatric Assessment) と

The OMA method on long-term care management programs

CGAの基本概念

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

★多職種協働の意義は医療・看護・介護のチームアプローチ

★チームの中で、あらゆる資源(専門職)が必要に応じて機能(分担)する

CGAの主な目標

- 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

★適切なアセスメント(診断)がなければニーズの抽出(治療目標)はない

★時系列機能的評価がなければ、改善度(治療成績)・効果は判定不能

★初期診断に合併症(状態変化)がでて、的確に対応(危機管理)

★変化を予測せねば、長期フォローアップ(継続ケア)はできない

★利用者の安全の継続には正確なフォローアップ評価が不可欠

★適切なサービス選択が、安全な長期継続ケアを可能に(適正給付)

尾道市医師会システム理論

H.Katayama Onomichi Medical Association 2003

高齢者総合評価 (CGA)

Comprehensive Geriatric Assessment

CGAの特色

患者自身の身体機能評価～生活障害の視点を標準化

- 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

尾道市医師会方式は各段階でのケアカンファレンスにより
Evaluation and Managementに基づく多職種協働により
長期継続ケアマネジメントをプログラム化している
基本にあるのは、主治医機能と地域医療連携システム
Patient oriented

H.Katayama Onomichi Medical Association 1999

Progressive geriatric care

(尾道市医師会の目標)

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システム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

高齢者医療・ケアは、急性期病棟、評価病棟、ディ・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、システム的に展開すべき

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。
疾患の「傷害の治療」から重点を「機能障害」「生活障害の改善」へ

多職種が協働 (multidisciplinary) してケアの流を進めていく (progressive)

イタリア: 高齢者評価とマネジメントプログラム (GEMs) 病棟の設置法制化 (1992)
英国: GP は年1回のCGAを自分の受け持ち患者に行なうことが義務付け (1990)
デンマーク: CGAを病棟、外来、在宅ケアプログラムに標準化

GEMs (Geriatric Evaluation and Management programs)
【高齢者評価とマネジメントプログラム】

H. Katayama Onomichi Medical Association 1999

1994年より尾道市医師会が目指したもの

在宅主治医機能
支援システム

地域包括的医療
ケアシステム

在宅医療

介護保険
(ケアマネジメント)

包括的ケアシステム

高齢化率の高い医療圏における地域医療から地域ケアマネジメントへの転換
高齢者総合評価 (Comprehensive Geriatric Assessment)

医療・看護・介護サービスのケアマネジメントをツールとした総合化
(長期継続ケアの継続根拠と適切さ・ニーズの変遷に対応)
医療はシステムとして提供されるべき、協力・連携型医療圏の構築
地域医療連携+ケアマネジメント → 多職種協働

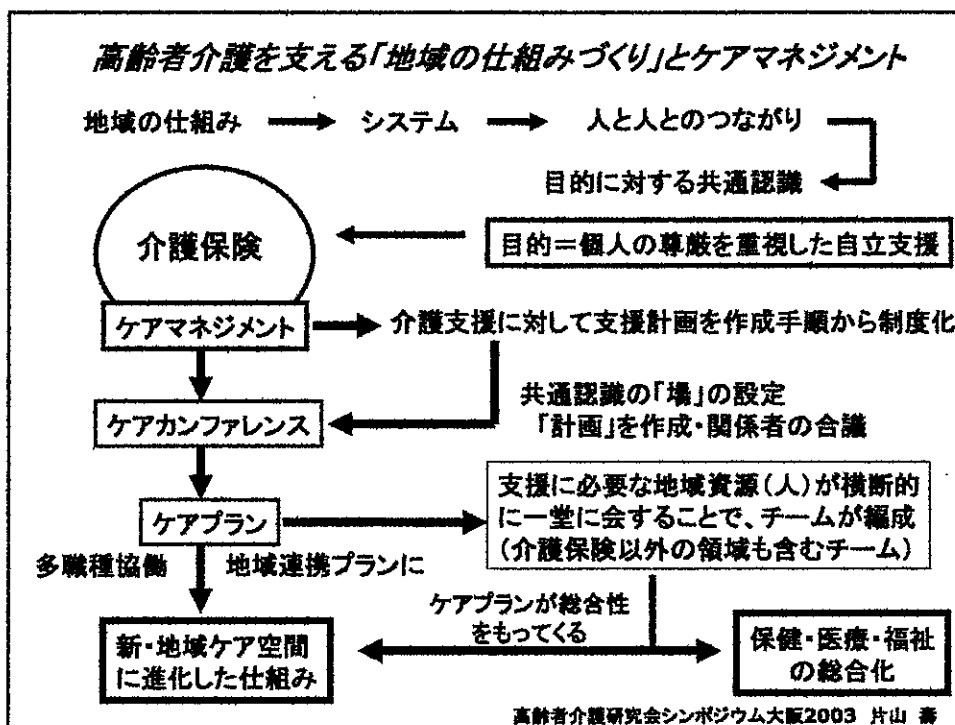
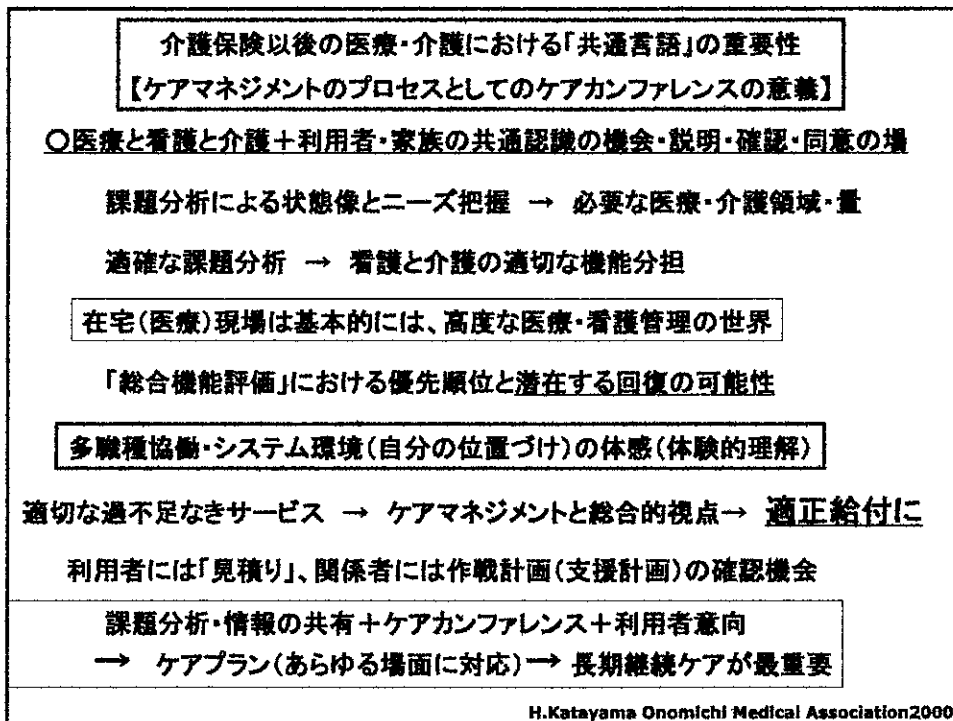
地域 (医療圏) 特性

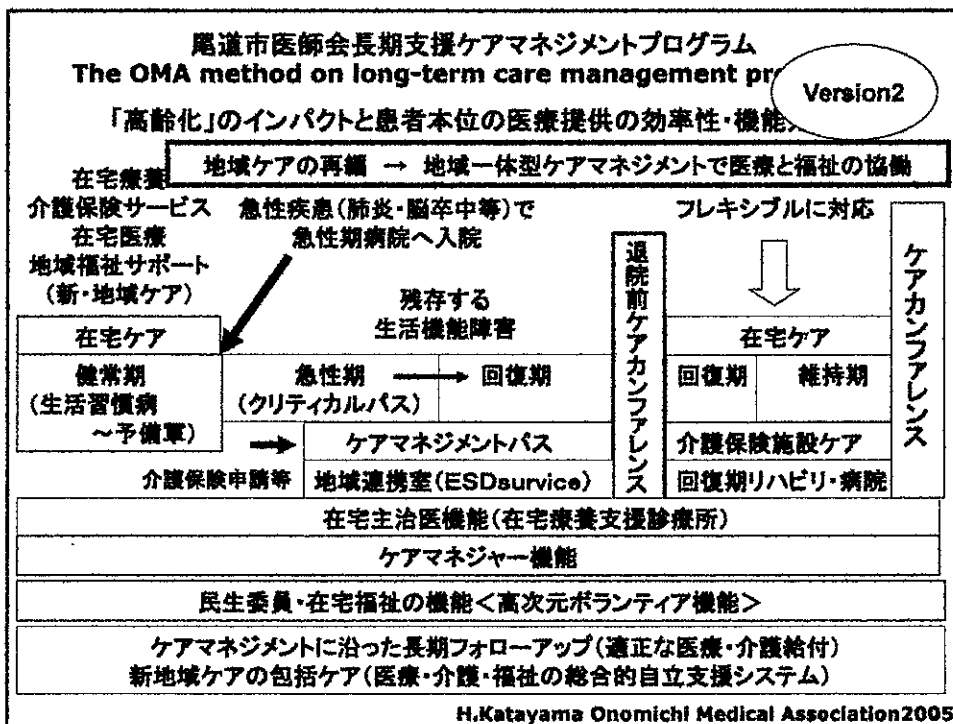
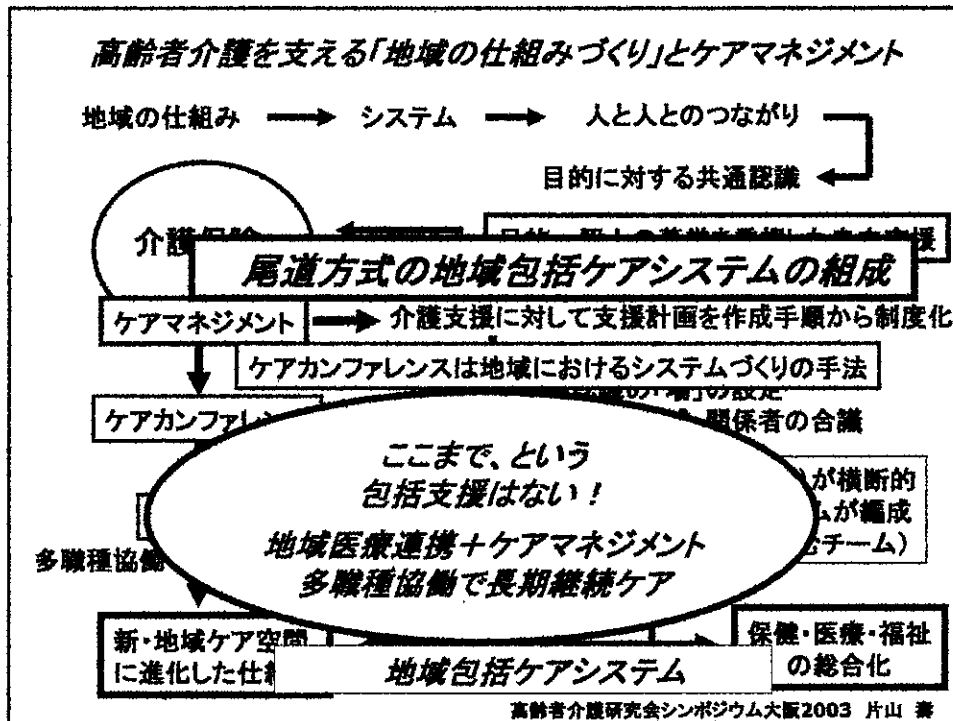
課題解決型システム

尾道市医師会方式ケアカンファレンスから現場より医療・福祉の総合化
社医連協 (社協2002) → 社医民連協 (民生委員2004) → 新・地域ケア
地域ケアの再編 → 「機能する地域づくり」の包括支援システム

尾道市医師会方式から、「安心を支える尾道方式」へ

H. Katayama Onomichi Medical Association 2004





**高齢化に対応する医療・介護システム
【尾道市医師会・地域医療から地域ケアマネジメントへの転換】**

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ヨンの見直し・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
地域医療のヴァージョンアップと在宅医療・ケアの充実に於ける主治医機能
6. 高齢化率の高い地域 の「地域ケア」の再構築 と地域包括支援システムの整備
地域包括ケアシステムと「保健医療福祉の一元化」の実践論としてのケアマネジメント

H.Katayama Onomichi Medical Association 2001

**地域一体型のケアマネジメントの展開論
地域連携の実践手法**

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
The OMA method on long-term care management programs
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
新・地域ケア「尾道モデル」の多職種協働 (multidisciplinary) とケアマネジメント
3. 病院・施設・在宅における医療・ケア提供の共通認識
急性期病院・回復期・退院前ケアカンファレンス＝地域医療連携＋ケアマネジメント
4. 地域医療のプロポーシヨンの見直し・在宅ケア資源 の再編成 とシステムの必要性
急性期・回復期・維持期の効率的で患者本位の機能分担とケアマネジメント
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
主治医機能のケアマネジメントの標準装備を中心に在宅医療の推進と地域医療連携
6. 高齢化率の高い地域 の「地域ケア」の再構築 と地域包括支援システムの整備
地域包括ケアシステムにおける医療モデルの転換と地域福祉との協働の推進

H.Katayama Onomichi Medical Association 2005

2038年の総死亡者数と「末期ケア」のシステム整備

○高齢者人口の「ピーク前夜」へ

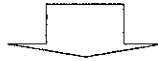
→ 2015年には「ベビーブーム世代(第1次)」が前期高齢者(65~74歳)に到達し、その10年後(2025年)には高齢者人口がピーク(約3500万人)を迎える。

○認知症高齢者が「250万人」へ

→ 現在は認知症高齢者が約150万人と見込まれるが、今後急速に増加し2015年には250万人になると推計される。

○高齢者の一人暮らし世帯が「570万世帯」へ

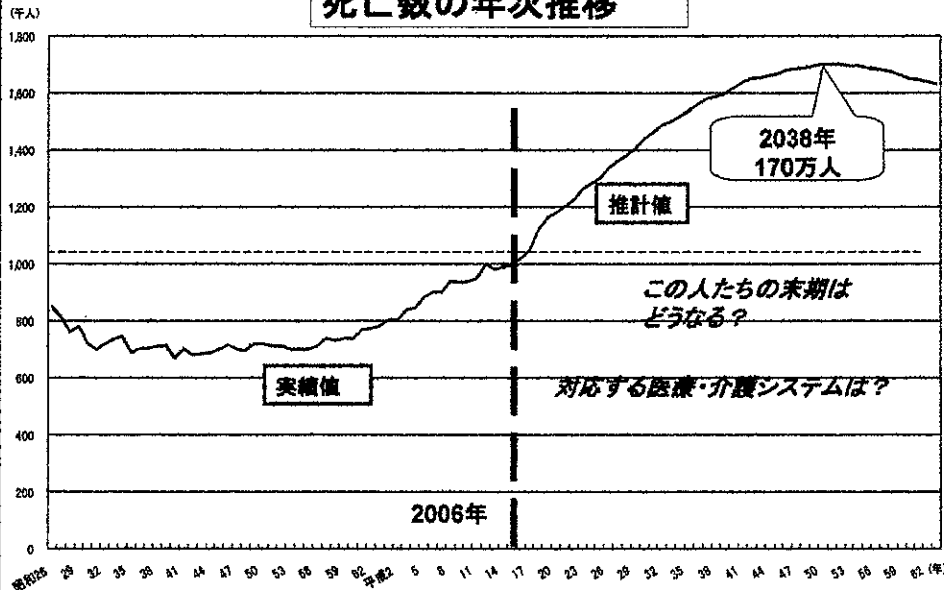
→ 2015年には、高齢世帯は約1,700万世帯に増加し、そのうち一人暮らし世帯は約570万世帯(約33%)に達する。



○2038年には、総死亡者数が「約170万人」となる(推計)

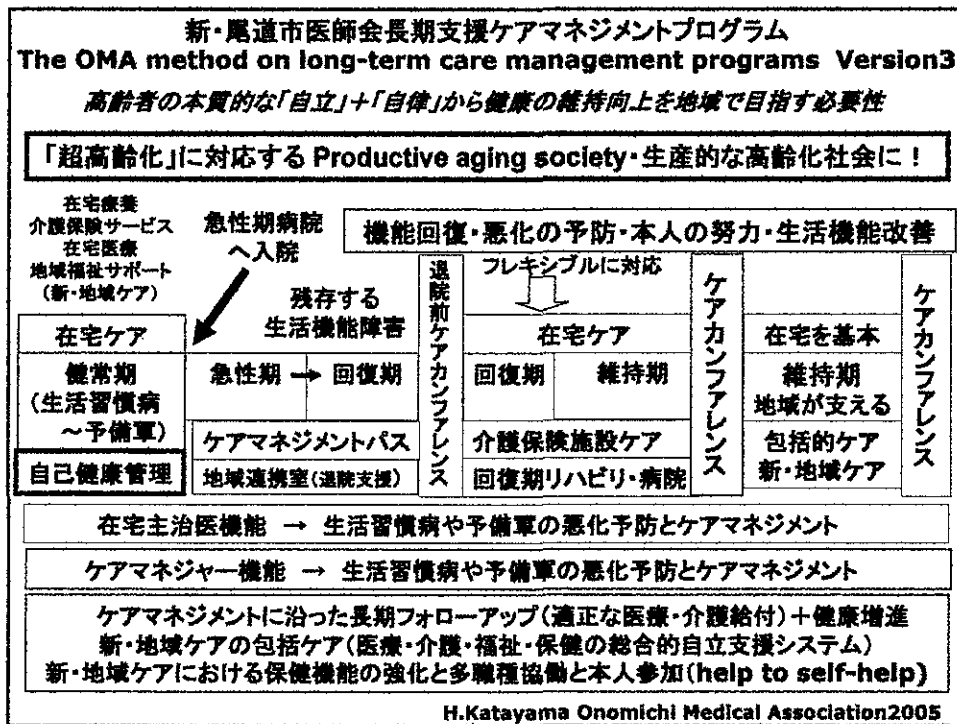
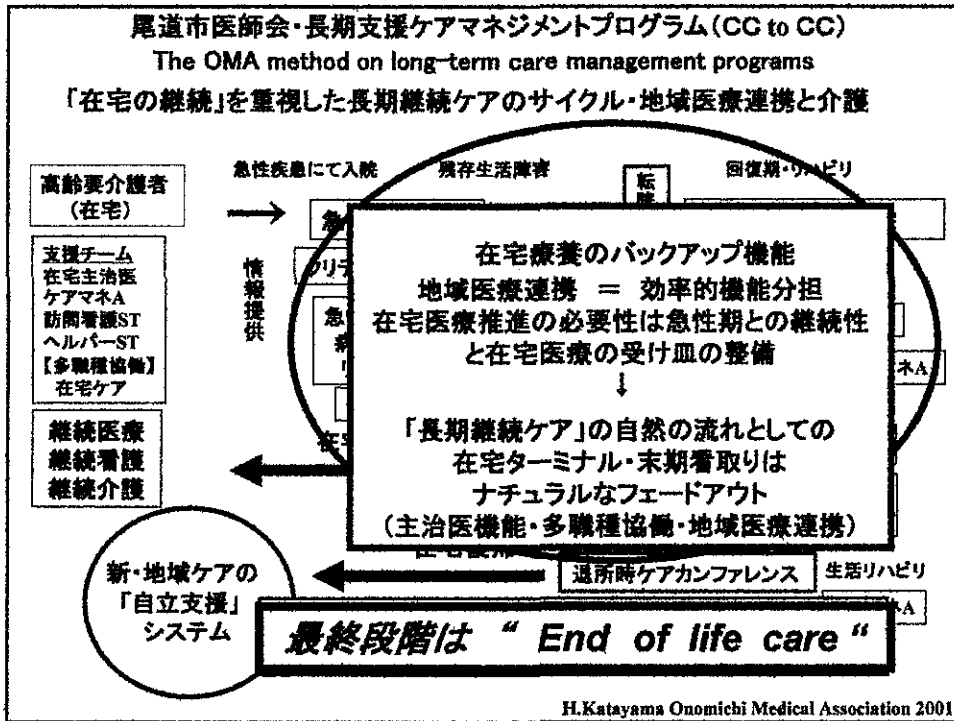
- 高齢多死時代における末期ケアのシステム化が必要
- 在宅医療を核とした地域包括ケアシステムの構築
- 地域医療連携+ケアマネジメントによる「安心を支える地域づくり」

死亡数の年次推移



資料:平成16年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

平成17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)」(中位推計)



新・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 Version3
 高齢者の本質的な「自立」+「自律」から健康の維持向上を地域で目指す必要性

「超高齢化」に対応する Productive aging society・生産的な高齢化社会に！

「健康と生産性には相互連関がある。非生産的な人は病気や経済的依存状態に陥る危険性が高い。そして病気になる、生産性が低下し、当然、依存状態への危険性が高くなるという事実を認識しよう。」

ロバート・パトラー 「健康・生産性・高齢化」

自己健康
在宅主治医機能
ケアマネジャー機能 → 生活習慣病や予備軍の悪化予防とケアマネジメント
ケアマネジメントに沿った長期フォローアップ(適正な医療・介護給付)+健康増進
新・地域ケアの包括ケア(医療・介護・福祉・保健の総合的自立支援システム)
新・地域ケアにおける保健機能の強化と多職種協働と本人参加(help to self-help)

H.Katayama Onomichi Medical Association2005

日本医師会
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)

背景
 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。

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
 - 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
 - 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
 - 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
 - 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
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
3. 保険者との連携の強化、介護予防等への積極的関与

日本医師会介護保険チーム作業部会 2004.10.17