

提言 6 「壮年期・高齢期にわたっての健康管理 ・ 予防に係わっていこう」

医学や医療技術の進歩は、救命と長寿を達成して高齢社会の実現に大きく寄与した。しかし、今日なお回復できない疾病や生活障害を抱えて生きる高齢者や患者のほか、国民すべての QOL の維持・向上、健康管理において、医学・医療技術や医師の資質、専門的能力への期待は依然として大きい。壮年期・高齢期における健康管理・予防を中心とした健康で豊かな人生の実現と QOL の向上は、医療機関、介護関連施設等、居宅など医療提供の場所に関係なく、現代の医療に国民が求める普遍的な価値といえる。

このため地域ケア体制の整備においても、生活習慣病の増加、生活機能の低下を防止する医師、医師会の係わりが求められる。いわゆる介護予防への取り組みであり、障害者自立支援法に基づく社会的サービス支援の充実、低所得者や孤立した住民への配慮、地域差に対する配慮も重要となる。

全国で地域包括支援センターにおける介護予防事業が始まっているが、現状では医療機関との連携は少なく、医師会による地域包括支援センター運営協議会への関与も十分とはいえない。また、介護予防プランも民間事業者への委託・丸投げが多く、地域包括支援センターにおける主任ケアマネジャーも福祉系に偏在し、保健師・看護師・准看護師等の医療系の配置が少ないなど、在宅医療と介護予防の展開に不安が残る。さらに、介護予防プランの作成に忙殺され、医療機関との連携が不十分なままに事業が展開されている。その結果、特定高齢者の把握や地域支援事業実施の立ち遅れが見られる等の課題が多い。

地域の医師会、医師は、こうした事態の解決のために地域包括支援センターの整備・運営や地域ケア会議に積極的に係わるほか、かかりつけの医師も日常診療の現場から特定高齢者の選定・把握を進めて、地域支援事業に繋げる取り組みや診療情報の提供など、地域の住民に対する健康管理・予防に積極的に取り組むことが期待されている。

提言 7 「高齢者が安心して暮らす地域づくり、 地域ケア体制整備に努めよう」

地域医師会は、高齢者が安心して暮らせる地域づくりのために、地域における多くの診療科にわたる在宅ケアの支援体制の構築を目標とする必要がある。福祉や介護サービスは介護保険制度の創設以前から地域の事情によって千差万別であり、風土や文化、歴史にまで及ぶ地域特性、世代や階層、教育や経済的・社会的要素など、多様な価値観、健康観、死生観や QOL の達成目標などにより、全国どこでも一律で平準化された普遍的なサービスの提供は容易ではない。

しかし、医療は暮らしの場に不可欠であり、これまでの地域医師会の取り組みに差があったことを踏まえて、地域ケア体制整備を目標に日本医師会と都道府県および地域医師会の一丸となった取り組みが求められる。この体制の構築にはさまざまな困難が予想されるが、たとえば福岡県のある地域では、医師会事務局が中核となって地域の 2 つの病院と 20 の診療所を中心としたネットワークを構築して地域のさまざまな機能を統合し、かかりつけの医師、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所を結び、急変時や入院加療が必要な場合には医療情報やリビングウィル等が共有できる連携システムを構築している。

特に医療の必要性が高い高齢者・患者に対して、的確な地域ケアを提供するには、地域医師会が在宅医療やターミナルケアについての医師の思いや価値観を調整して、かかりつけの医師や在宅療養支援診療所の組織化、24 時間 365 日の対応や後方支援病床の整備、介護関連施設等、地域医療支援病院、地域包括支援センター、自治体との連携など、体系的な仕組みの構築が不可欠である。

こうした総合的な地域ケアの実践は、新しい「かかりつけの医師」の創造と定着を期待させるものであり、高齢社会における「看取りの医療」や「死の教育」の構築を実現するといえる。「良医は患者を救う。上医は国を救う」という言葉があるが、まさに今、医師と地域医師会は地域づくりと地域ケア体制整備に真剣に取り組む時期にある。

まとめ：『指針』が示す3つの基本的考え方の普遍化

日本医師会は、社会・制度の変化を踏まえて国民の健康と安全を守り、そして生活や人生を支えることを使命としている。今後の少子高齢社会では従来の医療に加え、住民が住み慣れた地域で生活できるよう在宅療養に係わる医師の役割は重要である。従来からの「病院・施設における療養」とともに「在宅療養」を、医療を通じて支えていくために医療と介護の協働する地域ケア体制の整備が望まれる。その実現には、医師の意識改革ならびに団結が必要不可欠であり、それぞれが地域医師会の責務である。日本医師会の『指針』に示す『将来ビジョンを支える3つの基本的考え方』、そして『将来ビジョンを具現化するための医師、医師会への7つの提言』を地域医師会において会員とともに協議検討することにより、地域での「かかりつけ医機能」の再確認ができ、その実践を期待する。

将来ビジョンを支える3つの基本的考え方

1. < 尊厳と安心を創造する医療 >

高齢者の尊厳と安心の創造であり、医療が提供される際に本人の意思決定・自由を尊重し、さらにその人らしく生きるための自立支援を大切にする。

2. < 暮らしを支援する医療 >

生命・生活・人生といった暮らしを支援していく医療の実践であり、暮らしを支援していく医療の追求である。在宅療養に求められるサービスは、高齢者の生活機能の維持・改善の支援であり、医療モデルより生活モデルを尊重する必要がある。

3. < 地域の中で健やかな老いを支える医療 >

地域の中で健やかに老いることの尊重であり、利用者本位のサービス提供が、生活の場である「住み慣れた地域」において展開される必要がある。

患者の住み慣れた地域での生活には、切れ目のない医療連携への取り組みが大きな課題である。住み慣れた地域で安心して生活するためには、その生活を支えるための医療が必要であり、外来医療と同様に入院医療の充実も不可欠である。病院における入院医療から在宅療養あるいは終末期の医療は始まることが多く、継続して必要な医療が提供されるためには切れ目のない医療連携が必要である。

急性期の入院医療の開始においても、治療後の生活を見越した高齢者の評価とマネジメントが必要不可欠である。治療が長期にわたる慢性期の疾病では、患者の生活を踏まえた医療を提供することは当然であるが、その前には多くの場合で急性期入院医療が提供されているため、入院時から退院後の生活を念頭において、住み慣れた地域での生活を実現する総合的な治療計画作成が重要となる。医師をはじめ多職種連携により、入院中から患者の基本的な日常生活能力や認知機能そして意欲等の生活機能を把握して、退院時ケアカンファレンスで退院後の生活に必要な医療や介護を検討することが必要である。このカンファレンスでの検討の結果としてケアプラン原案が作成され、患者の生活する地域の医師やケアマネジャーに提供され、医師はそれを活用して在宅医療や外来診療等で患者の在宅療養を支える。一方のケアマネジャーは、ケアカンファレンスを開催してケアプラン原案をもとに患者が生活する現場の実情に合わせたケアプランを作成する。そして、このケアプランに基づいてさまざまなサービスが提供されて、患者の地域での生活が支えられる。

すなわち、病院内外の多職種により実施される退院時ケアカンファレンスと、地域の多職種によるケアカンファレンスが一環の流れとして繋がって、患者の住み慣れた地域での生活が実現できるのであり、これこそが切れ目のない医療連携なのである。地域医師会がこの切れ目のない医療連携体制を構築することが、日本医師会が提示した『指針』の実現に向けて必要である。

< 補 足 1 >

各地域・各医師会における、具体的な取り組みの代表事例を、報告書の補足として以下に掲げた。

1. 京都府における在宅医療先進地区の取り組み・・・・・・・・・・・・・・・・ 15
2. 在宅医療サポートシステムへの対応！
～ 「各務原市医師会在宅療養支援診療所連絡協議会」
の設立経緯と基本方針 ～・・・・・・・・・・・・ 17
3. 特定施設入居者生活介護における医療提供のあり方
～ 静岡県医師会および地域医師会の取り組み ～・・・・・・・・・・・・ 20
4. 東京都医師会における
「地域に支えられる在宅療養基盤強化」の取り組み・・・・・・・・・・・・ 26
5. 大阪府豊能医療圏の地区医師会（吹田市・豊中市・池田市・箕面市）と
国立循環器病センターにおける脳卒中地域連携への取り組み・・・・・・・・・・・・ 27

1. 京都府における在宅医療先進地区の取り組み

委員 北川 靖（京都府医師会 理事）

1. はじめに

在宅医療のニーズは、種々の要因により今後さらに大きくなり、個々の医療機関による取り組みでは困難となることが予想される。よって、地区医師会には在宅医療基盤整備、会員支援が求められている。京都府においても、各地区医師会により在宅医療推進の取り組みが実践されつつあるが、未だ地区間の格差は大きい。京都府における先進 2 地区（乙訓医師会、左京医師会）の状況を紹介する。

2. 在宅医療推進のための基盤

在宅医療先進地区の共通点として、医師会が早期より地域ケアへの強い関心を持ち、熱心に多職種連携の基盤整備に取り組んでいることが挙げられる。地域内の多職種が情報を共有、また共通目標を持つことにより、地域ケアの質向上がもたらされるとともに、医師会は地域から求められることに気付き、必然的に在宅医療提供体制の整備などに取り組むことになる。

① 乙訓地区

乙訓地区は、京都市の南西部に接する、長岡京市、向日市、大山崎町の 2 市 1 町からなる人口 15 万人弱の地域である。乙訓医師会が主導して地域ケア基盤整備に取り組んできた地区であり、昭和 63 年からの福祉保健医療ネットワーク連絡調整チーム会議に始まり、平成 8 年から、在宅高齢者および障害者の情報を本人・家族を含めた関係者全体が共有し連携の要にするるとともに、相互のレベルアップを目的として「在宅療養手帳」を発行している。現在も在宅医療、地域ケアに係わる委員会を定期的に開催し、強固な多職種連携基盤が形成されている。

② 左京地区

京都市左京区は、京都市の北東部にある、人口 17 万人弱の地域である。左京医師会が中心となり、平成 3 年より、行政、医療保健福祉の実務者からなる「高齢者地域ケア連絡協議会」を立ち上げ、処遇困難例のケースカンファレンス、地域ケアに必要な情報共有を行ってきた。また、同協議会の主催により、住民とともに左京区の保健、医療、福祉を考える場として「左京区高齢者の保健、医療、福祉をみんなで考えるつどい」を平成 6 年から年 1 回開催している。これらの活動を通じて、関係者の間で顔なじみの関係が生じ、定期開催の医師・介護懇談会やケアマネタイムなど地域ネットワーク基盤整備が進んでいる。

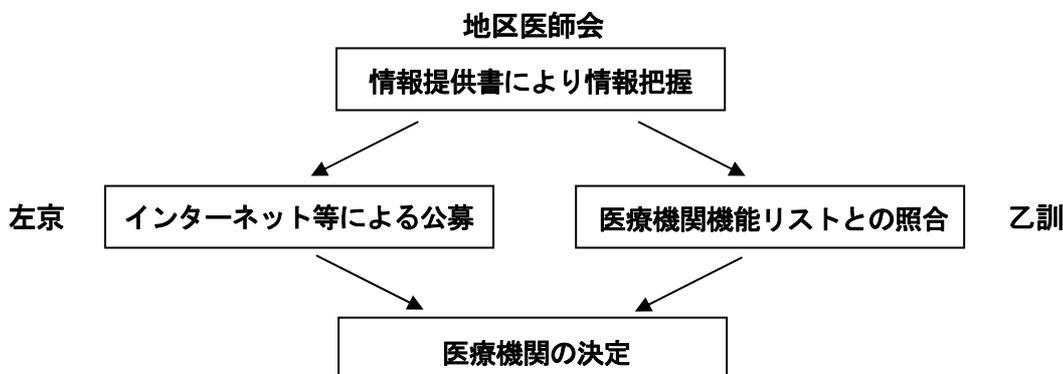
3. 在宅医療システム

① 乙訓地区

医師会地域医療委員会にて検討し、平成17年に会員医療機関の在宅医療機能調査を行い、そのデータをもとに主治医紹介システムを開始した。具体的には、病院地域連携室に事業内容を周知し、決められた様式の診療情報提供書により病院から主治医紹介要請を受けた時には、医師会地域医療担当理事が退院予定患者の住所、病態等を勘案して医療機関を紹介する。原則主治医と副主治医によるチーム制としている。次のステップアップとして地区内基幹病院との間で、患者紹介情報や退院前カンファレンスの実施等退院支援のパイロット事業が現在行われている。

② 左京地区

医師会在宅医療部会において、会員医療機関に対する在宅医療機能調査を行い、専門領域、可能な在宅医療処置等を網羅した在宅協力医リストを作成し、行政、病院地域連携室、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等に配付している。現在「左京在宅ネットワーク（仮称）」として、主治医紹介および在宅チーム医療を試行的に実施している。病院からの主治医紹介要請に対し、担当理事が、患者の個人情報を特定できない形でメーリングリストにより主治医を公募、手上げにより主治医が決定される。症例により必要に応じて、主治医が、副主治医及び協力医（専門医）の要請を行う。平成20年より本格実施の予定。



4. 京都府内全域への在宅医療推進の取り組み

京都府医師会では、平成20年度より医師会内に在宅医療サポートセンターを設置し、地区医師会を支援し、地区医師会とともに在宅医療提供体制を整備する。府医師会は平成19年に全会員に対し在宅医療機能調査を行い、在宅医療データベースの確立を進めている。これをもとに地区の状況に応じた主治医紹介システムや在宅医療チーム医療体制を構築する。同時に在宅医療の質向上の取り組みとして、在宅医療研修会、手引き作成等を企画している。また、住民に対してホームページ等にて在宅医療の情報提供を積極的に行い、さらにサポートセンターに住民向け相談窓口を設置する。

2. 在宅医療サポートシステムへの対応！

～「各務原市医師会在宅療養支援診療所連絡協議会」の設立経緯と基本方針～

委員 小林 博（岐阜県医師会 常務理事）

平成18年6月、多くの問題点を抱えながらも医療制度改革関連法が一気に成立した。その中で最も大きく取り上げられ、改善を求める声が多いものが、「療養病床再編」に関する問題である。たしかに、「療養病床」は診療報酬額から考えると総医療費の中では大きなウエートを占めるかもしれないが、一方で、外来診療のみの開業医の先生方にとっては直接的に実感させられることは少ない問題でもある。まして、「地域ケア体制整備問題を地域での必要ベッド数の設定」と勘違いしている都道府県行政が多い現状では、「真の地域ケアと療養病床再編」とは乖離しているように感じられる。

しかしながら、療養病床再編が国の思惑どおりに進行した状況を想像した場合、「地域においてどのような医療・介護が必要となってくるか」は開業医の先生方も無縁でないことは確かである。言い換えれば、療養病床を離れて地域に戻って来た患者さんに対して、地域医療またかつての主治医として何をすべきか、今こそ、開業医の先生方による地域医療・地域ケアへの参加・協力が求められてきている。

こうした時代の流れの中で、我々各務原市医師会では、実際の地域ケア・在宅医療の現場に対して「地域医師会はどう対応すべきか」を検討した。その中で具体的対応として、「在宅医療の中核となる在宅療養支援診療所の運用に向けて地域医師会は何をすべきか」に対し、まず第一歩として「在宅療養支援診療所」に関する問題点を下記①～⑦のようにまとめた。

- ① いかにも、「高点数・高報酬が設定された」ように受け取られているようだが、実際は従来の「寝たきり老人在宅総合診療料」とほとんど変わらず、むしろ「在宅療養支援診療所」でない一般診療所での報酬が減額されている。結果的には、診療所間の格差拡大に繋がるのでは。
- ② 療養病床から退院した要医療の患者さんのうち、どれだけが在宅療養に戻れるか。
- ③ 開業医個人だけで、24時間連絡対応の医師または看護職員の配置等が可能か。
- ④ 在宅療養患者さんの緊急入院受け入れ体制が確保されるか。
- ⑤ 要件にある「地域における他の保健医療・福祉サービスとの連携調整体制構築」や「連携先医療機関等への各種情報提供」は常に可能か。
- ⑥ 「往診不可および終末看取り対応不可」等から想定される問題発生への対策は？
- ⑦ かつての「老人慢性疾患外来総合診療料」のごとき、いずれ廃止されることも想定しておくこと。

これらのうち、比較的容易に確保できそうなものとしては、地域支援中核病院との連携による④の要件くらいである。しかしながら、その他の課題については「医師一人ではかなりの負担となる、というよりも実際には無理である」といったほうが良いようだ。特に、文書等による患者・家族への24時間体制の保障についてはかなりの拘束力をもっていると考えられ、⑥のごとき「往診不可」や究極の「終末看取り不可」という事態に対して医療紛争問題発生も当然危惧されてくる。こうしたいくつかの想定される不幸な状況に対処し、より理想的な信頼関係のもとでの在宅医療提供を確立するには、やはり地域医師会が主導した「在宅療養支援診療所バックアップ体制」が必要となってくる。

そこで各務原市医師会においては理事会承認のもと、「各務原市医師会在宅療養支援診療所連絡協議会（以下「本協議会）」を立ち上げ、平成18年7月18日に第1回設立準備会を開催し、「在宅療養支援診療所」を申請された先生方から本協議会への参加意思を含めて数回の意見交換を行い、下記のごとく基本方針として確認した。

「各務原市医師会在宅療養支援診療所連絡協議会」

－ 基本方針 －

1. 本協議会会員による相談支援体制はローテーション・輪番制ではなく、あくまでもかかりつけ主治医が責任持って対応する。
2. 「在宅療養支援診療所バックアップシステム」として、医師会が主導し連携を担当する。
3. 緊急時入院に関しては、東海中央病院（地域支援中核病院）に協力要請する。
4. 訪問看護ステーションとの連携、特に24時間体制の確保。
5. 連携・後方医は看取り業務に専念し、状況の説明は控えたい。
6. 夏季休診および年末年始休診中のバックアップ体制は、支援を要する可能性のある対象患者を中心として事前に本協議会に連絡報告をする。
7. 終末期には、事前に連携医もできる限り一度訪問する。
8. 特別養護老人ホーム・ケアハウス・有料老人ホーム等への訪問診療・看護については、地域ケア会議等で連携確保を検討する。

制度施行後、約1年半経過した現状としては、積極的参加の先生も見られたが、今一歩躊躇の状態の先生方もおられたようである。

本協議会活動の現状としては、下記①～④のとおりである。

- ① 毎月開催される市内2箇所での地域ケア会議との連携
- ② 年4回協議会開催、難解事例検討会
- ③ 3月の看取り報告作成会
- ④ 夏季休診および年末年始休診期間中のサポート体制整備等

いずれにしても、一気に完成度の高いサポート体制を構築することは難しいと考えている。しかしながら、すでにスタートしている限りは「契約不履行でのトラブル」や「困難事例」を含め、医療安全体制の確保の意味でも医師会主導の対応が求められるのではないか。



医療と介護との領域双方に関係する在宅医療は、在宅ケアという社会的要望の意味も含め、我々には今後ますます重要な課題となってくる。一開業医では対応が困難な面を多く抱えている新しいシステムには、やはり医師会全体で主導そして対応すべきではないだろうか。各地域医師会でも検討していただきたいと考えている。

3. 特定施設入居者生活介護における医療提供のあり方 ～静岡県医師会および地域医師会の取り組み～

委員 篠原 彰（静岡県医師会 副会長）

1. 現状の課題

要介護認定者の増加とそれに伴う介護給付費の高騰は、今後の介護保険制度の存続にとってきわめて重要な課題となっている。平成18年の介護保険制度の改正では、小規模多機能型居宅介護などの地域密着型サービスといった新たなサービスが創設された一方で、療養病床再編の動きの中で、受け皿づくりとしての居宅サービス提供主体の多様化が急速に進んでいる。こうした居宅サービスの新類型として位置づけられている有料老人ホームが急増することは間違いない。しかし、大半の入居者には医療の提供が必要であり、ほとんどが要介護認定者であることを勘案すれば、当然のことながら入居者の日常的な状態把握や医療の提供についても、主治医にとっては重大な関心事でなければならないはずである。

特定施設としての有料老人ホームについても、入居者は要介護認定を受けていることにより、必要な医療と介護予防に資する適切な介護サービスが提供されなければならない。また、要介護認定を受けるためには主治医意見書の提出が不可欠であることから、全ての入居者には当然のこととして主治医が存在する。さらに、介護サービスの提供には、ケアマネジャーによるアセスメントが行われた後、主治医を交えたケアカンファレンスを実施し、適切なサービスを選択することが義務づけられている。したがって、有料老人ホームにおいても、配置を義務づけられているケアマネジャーをはじめとする施設側の担当者と、入居者の医療を担う主治医との連携は必要不可欠なものであり、特に、入居者の医療に関する日常的な連絡・連携が適切に行われるのは当然のことである。

入居者への医療提供については、通院が可能であれば従来どおり定期的にかかりつけの医療機関を受診するのが一般的であろう。通院困難なケースでは、従来の主治医が往診等を行うことが望ましいが、その主治医が遠方等の理由で応需出来ない場合や他科の往診が必要な時は、往診が可能な医療機関を施設側が探さなければならないため、当該地域の医師会や地域包括支援センターに相談窓口としての対応が求められてくる。また、介護保険の認定期間は概ね1年程度であり、必ず更新時期が来ることも銘記しておく必要がある。さらに、特定施設には、協力医療機関との契約が設置要件として定められているが、あくまでも総合病院等へ緊急避難的に対応を求めるものであり、日常的な診療、投薬、検査、相談業務等は主治医が行うべきものである。さらに、年に2回程度義務づけられている健康診断も、主治医の指導のもとに行われるべきものであることは言うまでもない。現行の通知では、協力医療機関の位置づけ・役割が不明確であり早急な改善が必要である。

こうした状況下で、昨今は全国的に有料老人ホームが林立しており、一部では混乱が生

じているものと推察される。静岡県では、平成18年4月に静岡市清水、10月より島田市で有料老人ホームを開設した管理・運営会社により、焼津市においても平成19年早々に開設予定となった。協力医療機関の斡旋を医師会に相談に来たことを契機に、設計施工および管理運営に携わる事業者側と、円滑な運営に向けて度重なる折衝を行っている。その際、清水、島田を参考事例とし、問題点の洗い出しと今後の対策について検討を行った。

具体的には、入居者の医療提供については主治医との連携の必要性、および協力医療機関の役割について事業者側に理解を求めることから始め、地域医師会や近隣の医療機関に事前説明に行くこと、入居者のリストを作成し主治医、病名、投薬、通院の可否、緊急連絡方法等を記載しておくこと、主治医が遠方である場合は医師会に相談の上で指定医を探すこと、急変時や入院が必要な場合は基本的には主治医から協力医療機関や他の病院を紹介してもらうことなどについて話し合っている。こうした対応は、主治医・施設双方の信頼関係を築く上で最も大切であり、何よりも入居者の安全や安心に寄与することは間違いない。

今後の高齢者施策における基本理念である「地域包括ケア」の推進には、高齢者の日常生活圏域における多職種の協働がキーワードであり、医療と介護・福祉の有機的な連携は喫緊の課題である。居宅形態の多様化が進む中、有料老人ホーム等の特定施設の入居者に対する医療や介護の提供についても、医療関係者はもとより、事業者等関係職種においても、取り組むべき重要課題である。静岡県医師会では、現状の問題点や課題についての情報収集と解析を行い、設置運営指導要綱の問題点や事業者への事前指導の必要性等について行政当局と話し合いを行っている。

2. 地域医師会の取り組み（焼津市医師会在宅支援事業部運営会議）

本医師会では、地域に開設が予定されている特定施設について、当該事業者に意見を聞くため、在宅支援事業部運営会議に出席を求め話し合いを行った。

この会議では、医師会側より医療連携の重要性について説明を行った後に、事業者側より県内他施設の事業概要の説明があった。

その後、地域の医療機関に対する説明状況と入居者の主治医に対する説明状況を求めたことに対し、事業者側より資料として「近隣医療機関訪問計画書」（図表1）と、「主治医訪問状況一覧」（図表2）の提出があった。

また、入居者の緊急時医療体制について、協力医療機関や主治医の後方支援医療機関に対する医療情報提供の整備を求めた。これに対しては、事業者側より「入居者医療状況データベース」（図表3）が提示され、今後、これらの情報を活かした、より確実な医療連携の実現が期待されている。

(図表1) 近隣医療機関訪問計画書

施設名称	
施設管理者	
ケアマネジャー	
作成日	

訪問予定の状況						
医療機関名	訪問医師名	訪問予定日	訪問予定者	同行者	面会予約の状況	面会内容
1						
2						
3						
4						
5						

(図表2) 主治医訪問状況一覧

施設名称	
施設管理者	
ケアマネジャー	
作成日	

主治医訪問の状況						
入居予定者	医療機関名	訪問医師名	訪問日	訪問者	同行者	面会内容
1						
2						
3						
4						
5						

(図表3) 入居者 医療状況データベース

施設名称	
施設管理者	
ケアマネジャー	
作成日	
資料送付先	① ② ③

施設入居者(予定者)の医療状況																
入居者氏名	入居日	生年月日	年齢	要支援/要介護	緊急連絡先	続柄	電話番号	緊急搬送先病院	主治医	通院の頻度	主病名	既往歴	内服薬	頓用	外用薬	更新日
1 T/K		10月1日	大正12年2月28日	83	要介護 1	T/1	03-	〇〇市民病院	〇〇医院	2ヶ月に1度	心不全	左胸骨折 心不全 腰椎圧迫骨折				
2 O/K		10月15日	大正14年3月26日	81	申請中	長女の夫	048-	〇〇記念病院	〇〇記念病院	2週間に1度	肺非定型抗酸菌症 白内障手術後	結核 白内障 肺炎・血漿 肺非定型抗酸菌症	コハル錠 ムコソルバン ムコソリン ケルソト			
3 S/M		10月1日	大正14年6月18日	81	申請中	次男	054-	未定	〇〇市民病院 整形外科〇〇医師	2週間に1度	腰痛症 骨粗しょう症 陈旧性胸腰椎圧迫骨折	腰痛症 骨粗しょう症 陈旧性胸腰椎圧迫骨折	ロキソニン錠4mg ムコソリン錠100mg	ロキソニン SP50mg	セルケチ MS温シブ	
4																
5																

3. 介護付有料老人ホーム開設趣意書の策定

焼津市医師会在宅支援事業部運営会議の議論を踏まえて、事業者が介護付有料老人ホームを開設する場合、協力医療機関との提携はもとより、近隣の医療機関、すなわち主治医との連携を図るための窓口として、地域医師会へ協力を求める働きかけは重要である。

そこで、行政との事前相談を開始した後、地域医師会に対して事業の概要を説明する「事前説明会」の開催が医療連携への第一歩であると考え、事業者が地域医師会に提出する「介護付有料老人ホーム開設趣意書」の策定を行った（図表4）。

（図表4）

〇〇市医師会 御中	平成〇〇年〇〇月吉日 (事業者名称)
介護付有料老人ホーム開設趣意書（静岡モデル案） —地域医師会に対する開設の主旨説明と協力依頼—	
I、開設の主旨説明	
1、開設事業者の概要	
1) 主体となる事業者の概要（建築・運営）	
事業主体の名称：	
所在地：	
連絡先：	
代表者：	
設立年月日：	
2) 事業者の運営理念：	
3) 介護福祉・地域医療分野の事業実績：	
2、開設予定施設の概要	
1) 施設概要	
施設の名称：	
所在地：	
連絡先：	
開設予定年月日：	
施設管理者の氏名及び職名：	
施設の類型及び表示事項：	
敷地概要：	
建物概要：	
居室の概要：	
共用施設概要：	
費用の概要：入居一時金から毎月の費用など	
2) 職種別の従業員の人数及び勤務形態（予定）：	
3) 提供する介護サービスの概要：	
II、協力依頼	
1、事前説明会の開催：	
施設入居者に対し、十分な医療提供体制を構築するため、地域医師会の理解と協力が必要。そのため、主治医との連携の必要性や協力医療機関の役割を説明し、理解を得る。	
1) 開設に至る工程の説明：添付資料1	
2) 地域医師会員に対する説明内容：添付資料2	
主治医との連携：日常的な診療、健康診断、健康相談、介護認定など	
協力医療機関との提携：夜間・緊急時の対応等	
2、事前協議の依頼	
1) 施設の組織図を提出	
2) ケアマネジャー経歴書の提出	
3) 遠方より入居予定者の主治医紹介の依頼と窓口の選定	
4) 協力医療機関について、協力内容の説明	
3、開設後の連携協議会の設置について（随時）	
1) 入居者の主治医紹介について、依頼と報告	
2) 医療提供側の問題提起とその解決	
3) 事業者側の問題提起とその解決	
4、ケアカンファレンスの実施について	
1) 主治医の参加方法について検討：	
2) 介護認定の更新状況の確認：	
	以上

4. 特定施設の届出と地域包括支援センター機能の活用

地域医師会において、介護事業と医療の連携に対して中心的な役割を果たす機能として、地域包括支援センターがある。

事前説明会の開催後は、地域包括支援センターが施設情報と医療資源情報を共有して、事業者と主治医との連携促進のための窓口機関として活用することが望まれる（図表5）。

