

# 地域包括ケアシステム構築の手法

- 農 村 型
- 都 市 型
- 大 都 市 型
- 団 地 型

# 地域包括ケアシステムの問題点

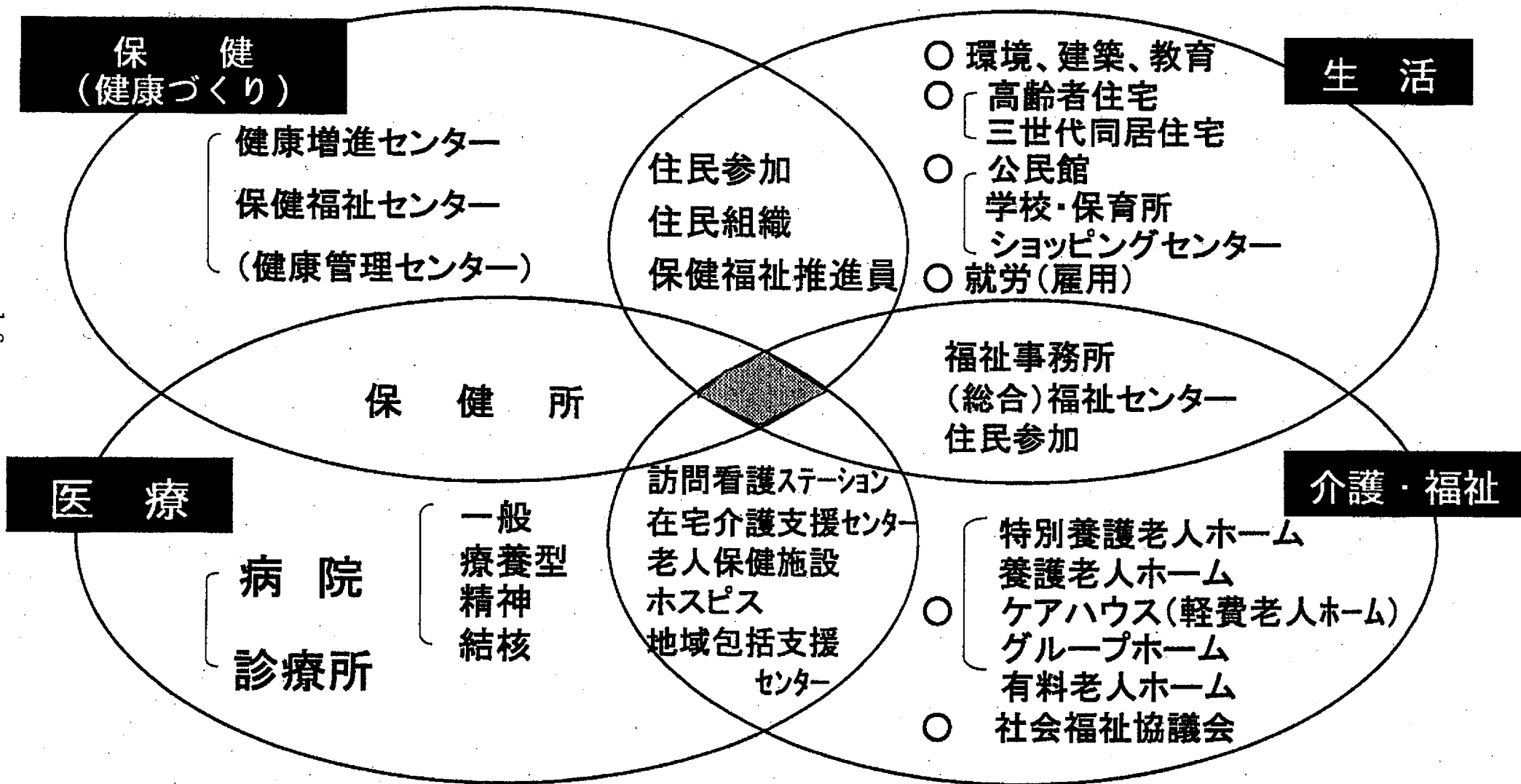
- 「人」と「金」 —— [ マンパワーの確保  
財源
- 保健・医療・福祉の連携（機構改革）  
—— 再編・統合
- 首長の理解とやる気
- 拠点の有無（国保総合保健施設）
- 保健・医療関係者と福祉関係者の相互理解と連携
- 住民の協力と参加
- ハードとソフトの連携
- 介護保険制度との関わり

# 地域完結型の地域包括ケアシステム

- 地域に保健・医療・リハビリテーション・介護・福祉のサービス提供体制（ハード、ソフト）と連携システムがあること
- 状態像に応じた必要なサービス提供が可能なこと
- 医療機関の役割（機能）分担と連携
- 点から線へ、線から面へ  
—— ネットワークの構築
- 全人的医療
- 地域住民のニーズに応えられる保健・医療・介護・福祉

# 長寿社会における“まちづくり”

—— 保健・医療・福祉(介護)と生活の連携 ——



# 患者本位のシステムとしての 地域医療連携と在宅医療

片山 壽 尾道市医師会会長／片山医院（広島県）

## SUMMARY

高齢化率において世界一となった避けがたい現実と、それに対応する社会保障政策の持続可能性の厳しい議論のなかで、2006年度には第5次医療法改正、診療報酬・介護報酬の同時改定が行われようとしている。この重大な局面において、医療は患者本位に提供されてきたかという命題を抱えつつ、将来の国の安心の基盤として医療にはシステムとして効率的かつ総合的に機能し、国民の評価にたえうる方法論を確立することが求められる。

とくに急性期医療と在宅医療の効率的機能分担は、医療提供の包括性と地域の支えとして多くの政策を可能にする意味で最重要といえる。

本稿では患者の視点を重視しつつ、高齢国家の医療提供のあるべき姿を模索し、政策側と医療現場が乖離することなく、最善の医療提供体制を構築する建設的な努力を誘発したい。

## I 地域医療連携における双方向の「視点の合わせ」の重要性

従来の病診連携という言葉のスローガンに風化させた責任は、医療現場にあるといえるが、これは、患者本位という考え方の欠落にほかならない。

急性期病院には急性期、あるいは中核病院の視点に偏って医療提供の形態を考えてしまう点、在宅医療には在宅資源としての診診連携や包括的ケアの視点の拡大が遅れた点があげられる。

筆者の持論として「医療はシステムとして提供されるべきもの」との考えがあるが、急性期病院と在宅医療はまさに、患者の視点から考えれば双方

向のエネルギーを共有して最大の患者の利益をもたらす医療提供システムの形態でなければならない。

ここでの阻害要因の一つは、急性期病院サイドの在宅医療、あるいは患者の在宅療養と生活障害への理解不足と関心の低さがあげられるが、一部の勤務医の記載する主治医意見書の内容の不備はこの点を如実に物語っている。入院中の患者以外の主治医意見書は在宅主治医に任せることが、在宅生活の課題を理解して記載することで患者には有益であり、機能分担が適正に行われたことになる。

# 1) 在宅医療から見た急性期病院の持つ患者本位の「在宅支援機能」

在宅医療を行っている在宅主治医の大半は急性期病院の勤務医歴を持っている医師が多く、いい意味で、急性期と在宅を両方知っているわけであるが、急性期病院の医師に前出の在宅の視点をもつことは、かなりの注文であるかもしれない。

しかし、いままでの急性期病院における退院支援のプロセスに的を絞ってみると、これは患者本位とはいえないことが多い。退院後、その病院へ通院するので病院主治医でフォローは可能という考えもあるが、この点が病院中心の視点というわけであり、在宅における生活上の注意点や、退院後の患者の在宅療養への希望を理解しているかどうか疑問である。

とくに高齢患者に必要な介護保険への理解は大幅に遅れていることが多く、患者に必要な医療制

度を含めた社会保障制度の適切な理解は医療者には必須の知識である。

また、入院を紹介した在宅主治医と病院主治医との医療の継続性は、患者にとっては最重要であるが、このプロセスをシステム化しなければ、患者にとっての医療提供の効率性は低い。この点で説明責任を果たし理想的な患者本位の退院支援プロセスは、後述の急性期病院の退院前ケアカンファレンスである。

急性期病院は高度の専門性を有する設備の完備した医療機能を中核に、看護システム、薬剤部、栄養管理、リハビリテーション、情報管理などの必須の重要部門を配備しているが、救急を中心とした緊急対応機能にはその集約がみられる。そういう地域の拠点としての急性期病院の機能を在宅支援機能から見たものが図1であるが、「急性期」の部分を担当する医療機能を有効に活用して、患者を適切な専門的医療にアクセスするのが在宅

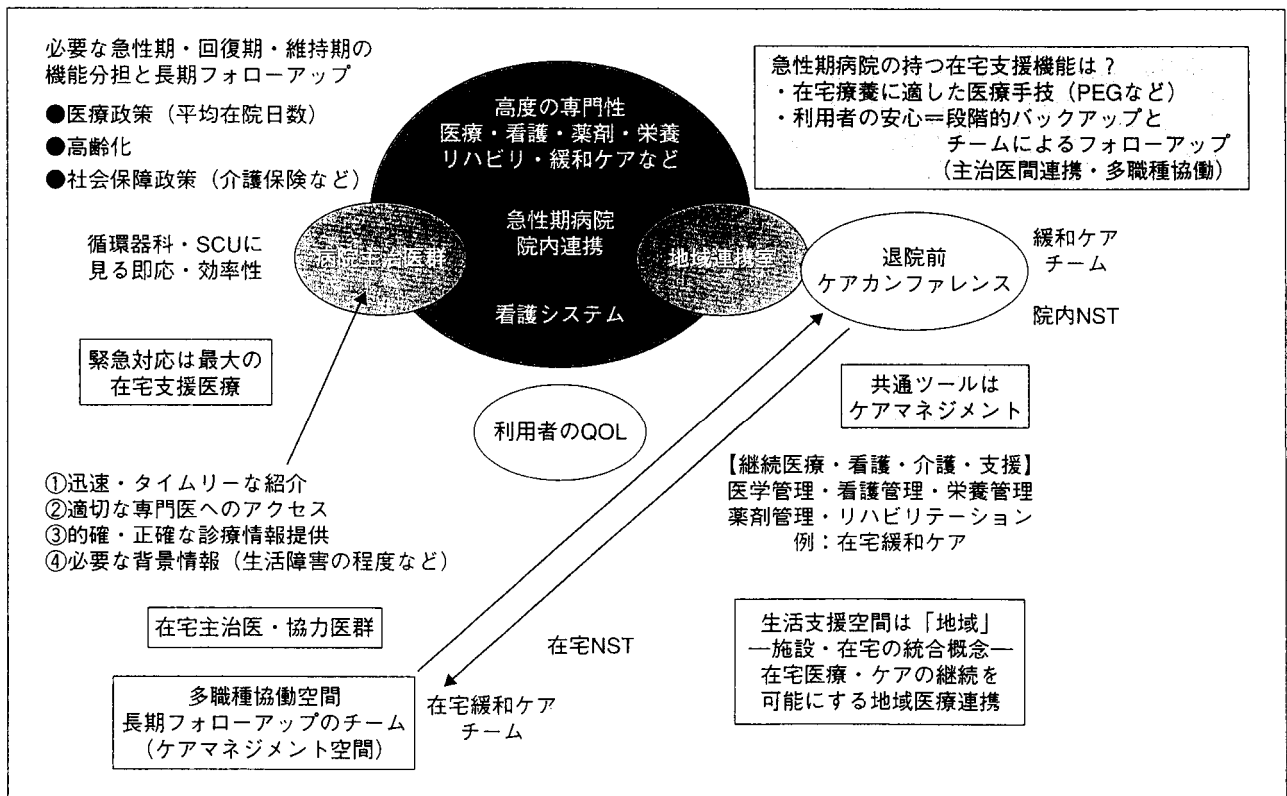


図1 急性期病院の在宅支援機能を利用者本位に最大限に引き出すシステム (H.Katayama Onomichi Medical Association 2003)

主治医の機能である。この図とチャート（図2）を使って、急性期と在宅の目あわせを患者本位の視点で行ってみたい。

在宅で療養している高齢者を例にとれば、急な変化を起こしやすいグループであるので、肺炎や脳梗塞、腸閉塞や心疾患、あるいは転倒骨折など、救急搬送にて急性期病院を受診することは多い。この段階で在宅主治医はタイムリーに緊急対応をとらねばならないが、患者の情報を適切に伝達する義務があり、ここは在宅主治医としての力量を患者側と病院側に問われる場面である。

## 2) 急性期病院の緊急対応は在宅医療の最大の支援機能

つまり、急性期病院の緊急対応は在宅医療の最大の支援機能といえるので、その機能を使いこなせないのであれば在宅主治医は評価されないことになる。

SU（Stroke unit 脳卒中ユニット）や心筋梗塞など循環器の緊急対応は、スピードと治療効果が

高い点で、急性期の医療提供効率は集約されていて、患者の得る利益は大きいわけである。ただし、その後の回復期にいたるまでの間に、急性期病院のもつ別の専門性があらゆる分野で提供されることが期待されるが、看護管理や栄養管理、リハビリテーションなどが同時に効率的に行われねば、せっかく急性期でゲットしたポイントが、総合評価としては患者や在宅主治医に理解されない場合がある。この点を保完するのがクリティカルパスの精度と地域連携室の実力であるが、病院主治医のもつ「主治医機能」にはかならない。

## 3) 急性期と在宅の「目あわせ」のポイントは退院前ケアカンファレンス

在宅と急性期病院をケアマネジメントでつなぐ退院前ケアカンファレンス

図2で示したように、急性期病院と在宅は長期フォローアップの時間空間においては、利用者（高齢障害者）は何回でもこのチャートの矢印のごとく、急性疾患により往復し、それぞれに、

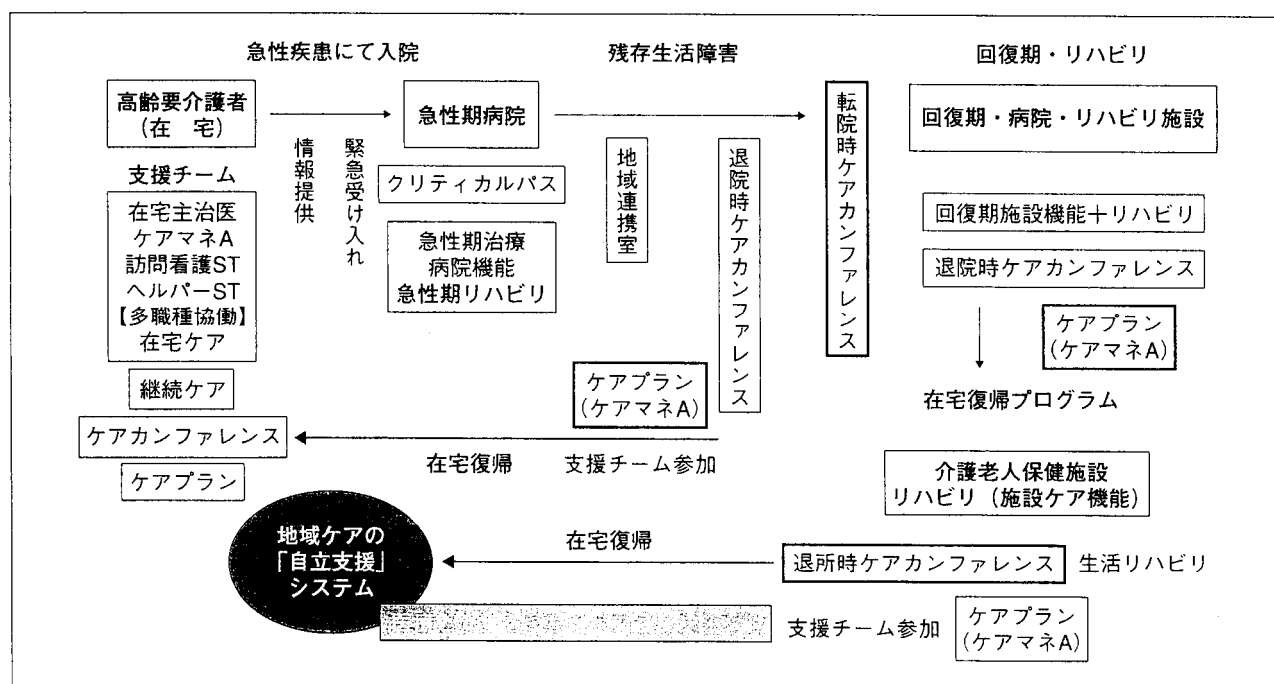


図2 尾道市医師会・長期支援ケアマネジメントプログラム(CC to CC) (H.Katayama Onomichi Medical Association 2001)

回復期、維持期を時系列的に経過するわけである。また、そのときの利用者の状態により介護保険と医療保険との給付は一体的に行われるので、図2により、医療と介護はケアマネジメントにより連続性をもちながら包括的な空間として整理される。

①生活障害とQOL ②在宅療養とケアマネジメント ③患者本位の退院支援、この3点は、平均在院日数の短縮化を迫られている急性期病院において医師や看護師が多忙を理由とすることなく、患者本位の視点で退院支援を優先する習慣のなかに、個人の尊厳を重視する病院主治医機能を兼ね備えることで、この3点はおのずと理解が進むはずである。

同様に、個々の患者としては、急性期疾患で麻痺などの身体機能障害を残したまま、治療環境の異なる回復期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、適切な情報提供と利用者側との合議は、説明責任のうえからも在宅主治医の参加による院内ケアカンファレンスは不可欠といえる。理論的には、クリティカルパスをケアマネジメントパスにダブらせる作業で、急性期と回復期・維持期は在宅、介護保険空間も含め継続が可能である。

ここでの、急性期と回復期の接続場面として、

患者本位の集約的なイベントが退院支援として継続医療、継続看護を軸として、受け皿である在宅の主治医、ケアマネジャーや在宅サービス資源が一堂に会する、退院前ケアカンファレンスといえる(図3)。

本来、医療とケアは包括的なシステムとして適切に提供されるべきであり、このシステムは患者のQOLを重視した多職種協働がケアマネジメントをツールとして適正に機能することが必要である。



図3 人工呼吸器装着にて在宅移行の患者の急性期病院退院前ケアカンファレンス

介護者、病院側：病院主治医(神経内科)、地域連携室長、病棟師長、主任、看護師  
在宅側：在宅主治医(内科)、ケアマネジャー、耳鼻科医、歯科医、2系統の訪問看護ステーション(24時間体制)、24時間訪問介護、各医院師長

## II 在宅医療をとりまく環境と求められる役割の拡大「新・地域ケア」

### 1) 高齢化に対応する地域医療・介護の包括的システムによる長期フォローアップ(図2)

筆者は高齢化率25%を超える医療圏で内科の診療所を先代より継承して20年が経過したが、尾道に戻る前には大学病院を含む急性期病院などの勤務医としての10年間を東京で過ごした。ある一日の当院の外来患者の平均年齢が72.26歳で

あったことは、地域医療の環境の変遷を高齢化という絶対の避けがたい事実を示している。

しかし、20年前の開業医の限界を感じる在宅医療現場と比較してみると、現在では医師会の主治医機能支援システムを駆使して、ケアマネジメントを重視したチーム医療により地域の医療が変貌しつつある実感がある。これは、医療を取り巻く環境、①高齢化、②社会保障政策、③患者の求める医療、に地域医療が適応した結果であるが、



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>注</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・

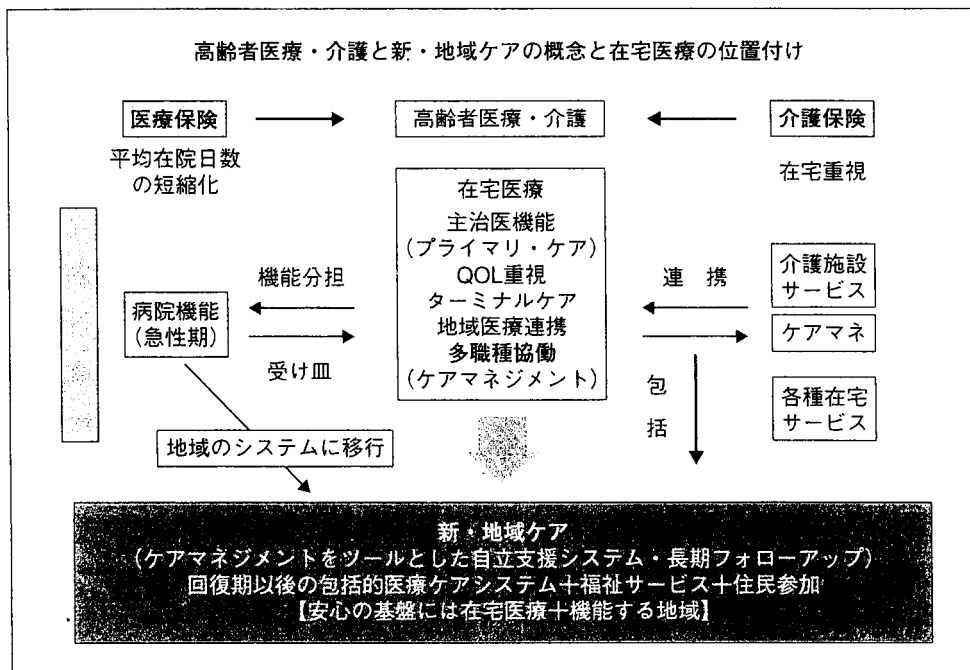


図4 地域ごとの自立-支援システムとしての新・地域ケアの概念と高齢者医療・介護  
(H.Katayama Onomichi Medical Association 2003)

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えてくる。

#### 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

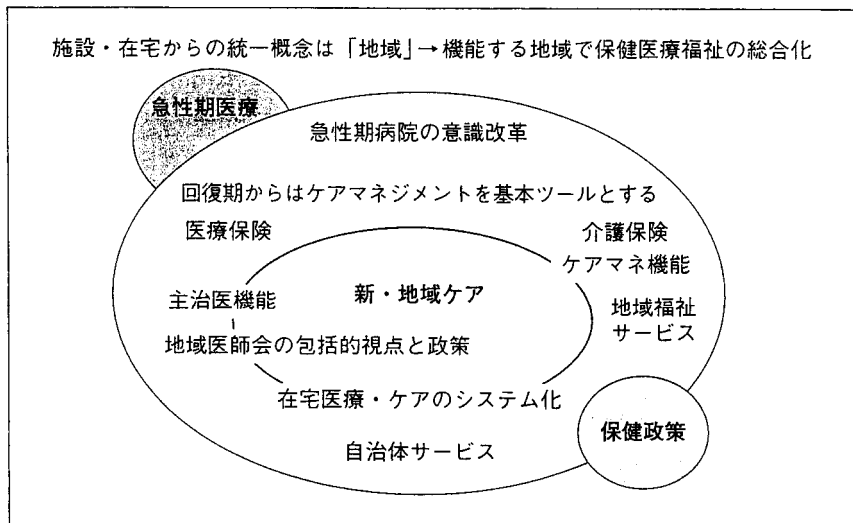


図5 新・地域ケアのシステム概念図と地域資源の再編  
(H.Katayama Onomichi Medical Association 2003)

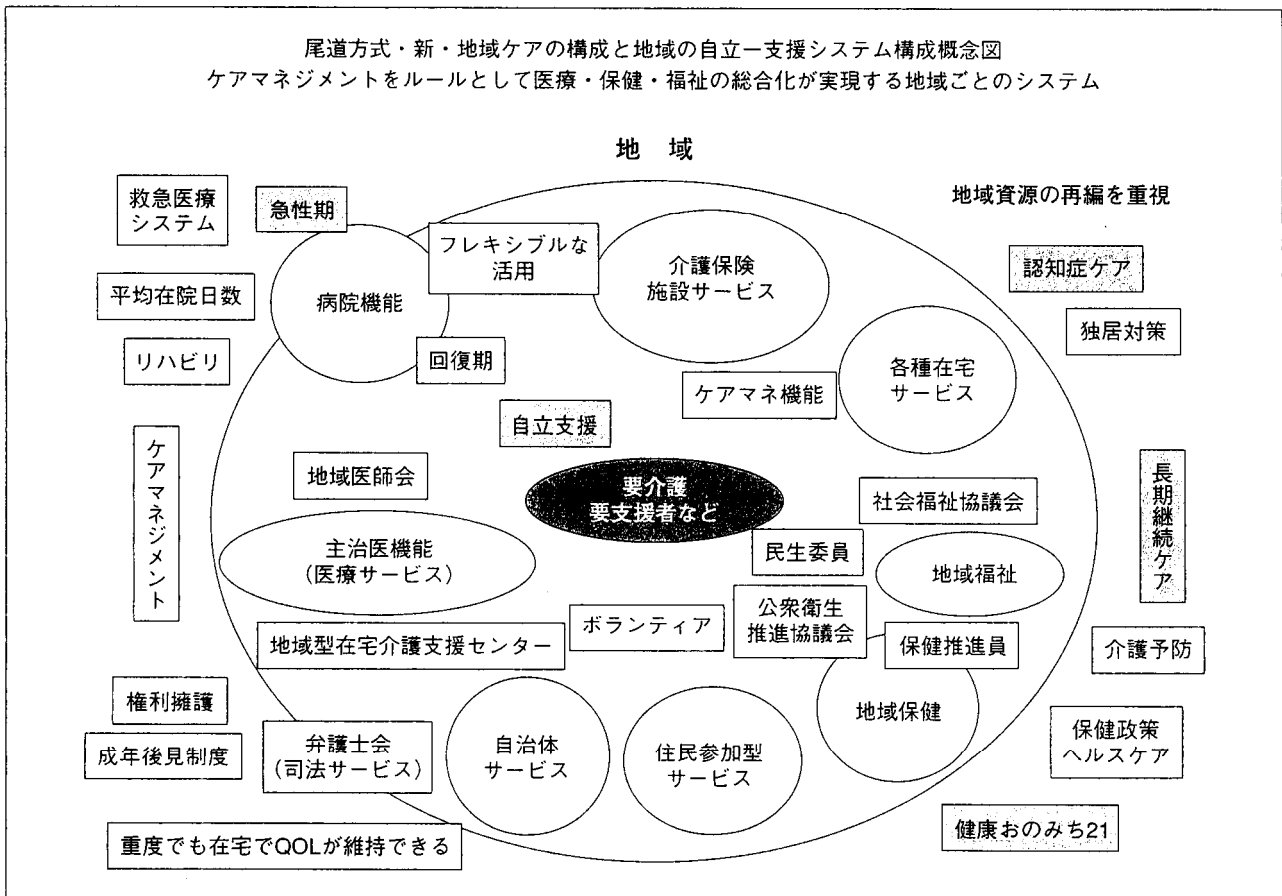


図6 新・地域ケアの構成概念図と医療・保健・福祉の総合化(厚生労働省高齢者介護研究会委員 片山 壽(尾道市医師会))

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。