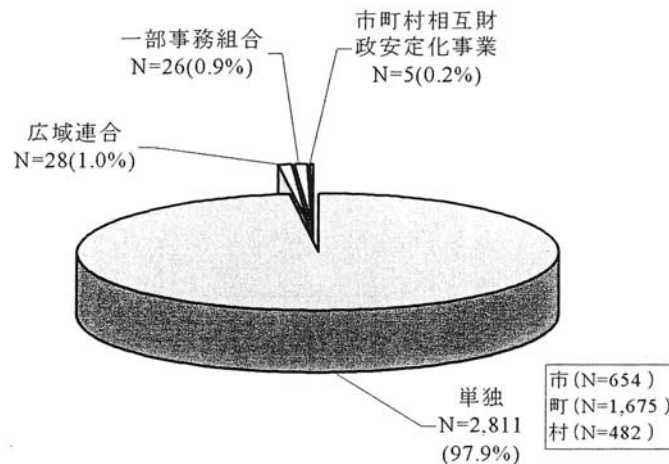


第7章 制度運営の状況

(1) 保険者の状況

保険者の状況をみると、「単独」が2,811（97.9％）と最も多く、次いで「広域連合」28（1.0％）、「一部事務組合」26（0.9％）、「市町村相互財政安定化事業」5（0.2％）の順であった。なお、「単独」の内訳は市654、町1,675、村482であった。

図7-1.保険者の状況（N=2,870）



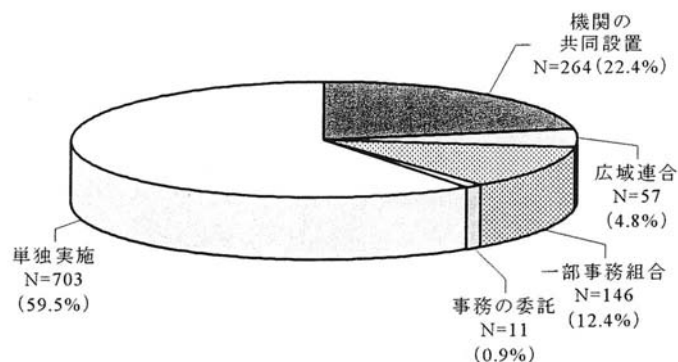
（出典）「全国介護保険担当課長会議資料（2001年2月14日）」

(2) 介護認定審査会の状況

① 設置形態

厚生労働省の調査（2000年11月1日現在）によると、全国の介護認定審査会の総数は1,181であった。その設置形態をみると、「単独実施」が703（59.5％）と最も多く、次いで「機関の共同設置」264（22.4％）、「一部事務組合」146（12.4％）、「広域連合」57（4.8％）、「事務の委託」11（0.9％）の順であった。

図7-2.設置形態（N=1,181）



（出典）「全国介護保険担当課長会議資料（2001年2月14日）」

② 実施体制

次に、厚生労働省の調査で有効回答を得た1,121の審査会について、2000年11月中の実施体制をみた。

ア) 会長の職種

会長の職種の状況をみると、「医師」1,055人(94.1%)、「歯科医師」6人(0.5%)、「理学療法士」4人(0.4%)、「保健婦(士)」「社会福祉士」がそれぞれ3人(0.3%)、「看護婦(士)」1人(0.1%)、「その他」49人(4.4%)という状況であった。

イ) 委員の職種

介護認定審査会の委員数は合計44,775人であった。その職種の状況をみると、「医師」が18,094人(40.4%)と最も多く、次いで「歯科医師」4,797人(10.7%)、「看護婦(士)」4,142人(9.3%)、「薬剤師」2,733人(6.1%)の順であった。

表7-1.介護認定審査会委員の職種

介護認定審査会委員の職種	人	割合
総 数	44,775	100.0%
1 医師	18,094	40.4%
2 歯科医師	4,797	10.7%
3 薬剤師	2,733	6.1%
4 保健婦(士)	2,659	5.9%
5 助産婦	32	0.1%
6 看護婦(士)	4,142	9.3%
7 准看護婦(士)	129	0.3%
8 理学療法士	1,546	3.5%
9 作業療法士	726	1.6%
10 社会福祉士	1,773	4.0%
11 介護福祉士	2,362	5.3%
12 視能訓練士	1	0.0%
13 義肢装具士	0	0.0%
14 歯科衛生士	17	0.0%
15 言語聴覚士	9	0.0%
16 あん摩マッサージ指圧師	6	0.0%
17 はり師	20	0.0%
18 きゅう師	7	0.0%
19 柔道整復師	70	0.2%
20 栄養士(管理栄養士を含む)	61	0.1%
21 精神保健福祉士	93	0.2%
22 その他	5,498	12.3%

ウ) 合議体数

介護認定審査会の有する合議体総数は7,430、1審査会あたり平均合議体数は6.6であった。また1合議体当たり平均委員数は6.0人であった。

③ 実施状況（2000年11月時点）

ア) 合議体の開催回数

2000年11月における合議体の開催回数は15,515回／月、1 審査会当たり平均13.8回／月、1合議体当たり平均2.1回／月であった。

イ) 審査件数

2000年11月における1合議体1回当たり審査件数は35.0件／回であった。
これを1合議体当たり平均にすると73.1件／月、1 審査会当たり平均にすると484.4件／月であった。また、認定審査会全体では543,025件／月であった。

以上まとめたものを表7-2に示す。

表7-2.介護認定審査会の状況

	認定審査会 全体	1 審査会 当たり	1合議体 当たり	1合議体 1回当たり
数	1,121	—	—	—
合議体数	7,430	6.6	—	—
委員数	44,775	39.9	6.0	—
合議体開催回数/月	15,515	13.8	2.1	—
審査件数/月	543,025	484.4	73.1	35.0

(3) 介護保険への医師の関与状況

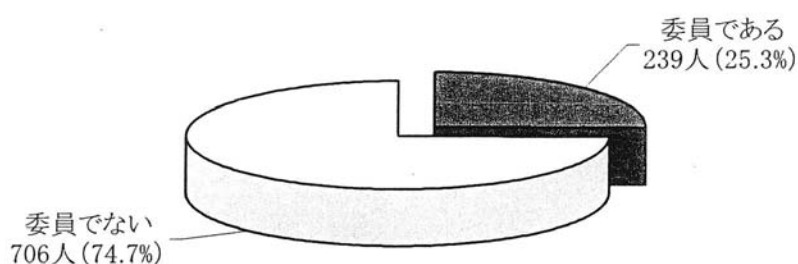
わが国の介護保険制度は、医療と介護とが一体的に提供される仕組みであるため、医師・医療の役割が要となる。介護保険制度の中で、医師の果たす制度上の業務としては、実際の医療・介護サービスの他に、主治医意見書の作成や介護認定審査会における審査業務、介護支援専門員による居宅サービス計画書作成やサービス提供における適切な指示・指導や助言など多岐に亘るが、利用者のQOL向上に向け、医師の積極的な関与が必要である。

本節では、日本医師会が内科系医師を対象に実施した「介護保険への医師の関与度実態調査（2000年7月1日調査、有効回答990）」の結果を中心に、介護保険制度に対する医師の関与状況を整理する。

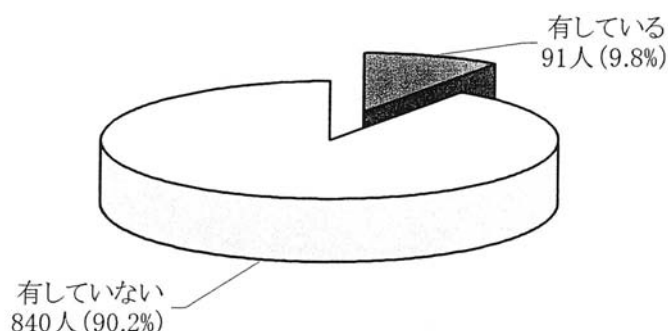
① 介護保険制度への参画状況

介護認定審査会の委員の委嘱状況では、有効回答945医師中、「委員である」が239人（25.3%）であった。また、月間の出席回数は平均1.5回であった。

図7-3.医師の審査会委員委嘱状況（N=945）



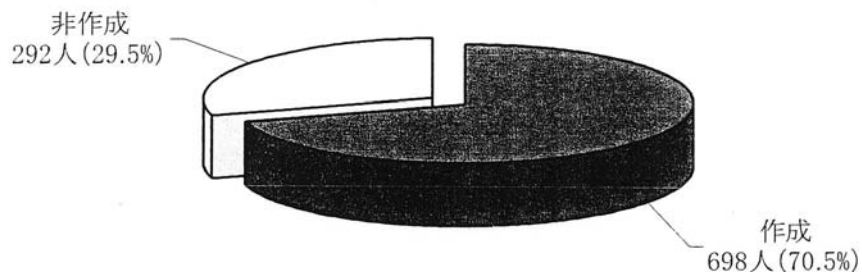
また、介護支援専門員の資格取得状況では、有効回答931医師中、「資格あり」が91人（9.8%）であった。



② 主治医意見書の作成状況

1999年10月～2000年6月の期間中における主治医意見書の作成状況をみると、有効回答990医師中、「作成あり」が698人（70.5％）であった。

図7-5. 意見書作成状況（N=990）



次に、主治医意見書の作成状況を、年齢階級別にみると、「40歳代」が196人（対意見書作成医師28.2％）と最も多く、次いで「50歳代」173人（同24.9％）、「70歳以上」157人（同22.6％）であった。また、各年齢階級別医師数に対する意見書作成率でみると、「50歳代」が79.4％と最も高く、次いで「40歳代」「60歳代」75.7％の順であった（N数の少ない20歳代は対象から除外した）。なお、医師1人当たり意見書作成件数は、作成者平均で8.6件であった。

表7-3. 年齢階級別にみた意見書作成状況（N=984）

	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳～	合計
対象者数	3人	44人	259人	218人	181人	279人	984人
意見書 作成医師数	3人 (100.0)	29人 (65.9)	196人 (75.7)	173人 (79.4)	137人 (75.7)	157人 (56.3)	695人 (70.6)

注1. 年齢不詳が6人いるため、総数984人、意見書作成医師695人となっている。

注2. 括弧内は、各年齢階級別医師数に対する意見書作成医師の割合である。

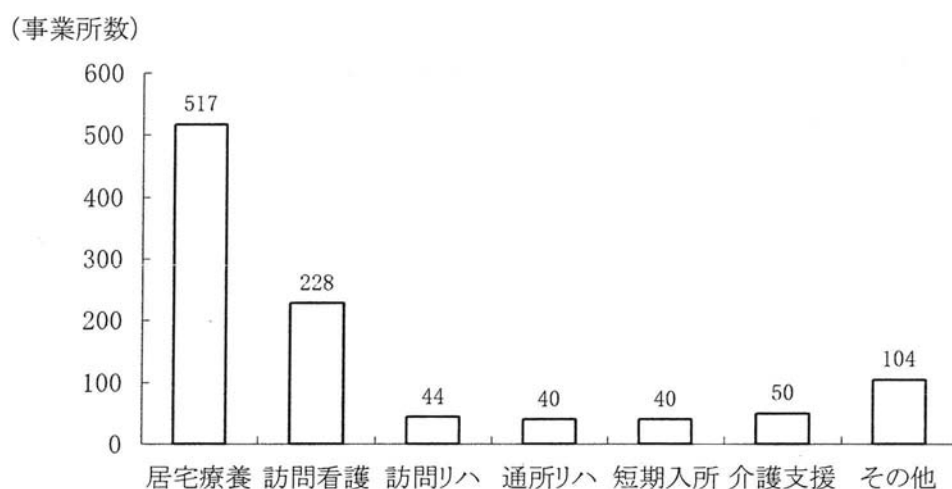
③ 介護保険関連サービスの実施状況

ア) 介護保険関連事業の指定状況

介護保険関連サービスの指定事業所数をみると、有効回答990医師中、「指定事業あり」655人（66.2%）、「指定事業なし（事業未実施）」335人（33.8%）であった。指定事業数では「1事業」が443人（44.7%）と最も多く、次いで「2事業所」125人（12.6%）の順であった。

さらに、指定事業を有する655人に対し、サービス別指定事業の状況をみると、「居宅療養管理指導」が517人（78.9%）が最も多く、次いで「訪問看護」228人（34.8%）の順であった。

図7-6. サービス別にみた指定事者数（N=655 複数回答）

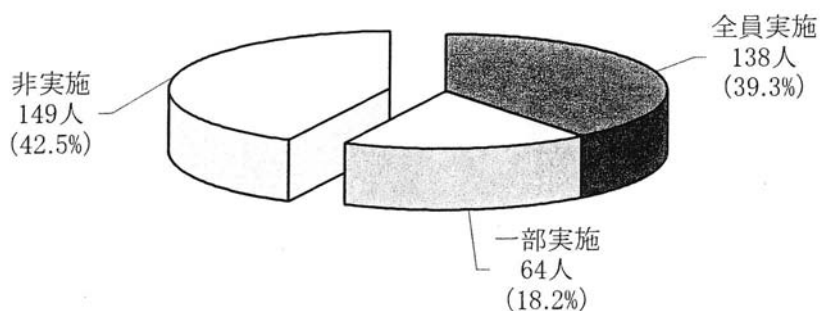


イ) 居宅療養管理指導の実施／算定状況

居宅療養管理指導の算定要件は、「事業所の指定を受け、かつ、訪問診療等で居宅での療養状況を把握していること」である。この条件を満たす医師351人に対し、居宅療養管理指導の実施状況／算定状況をみた。

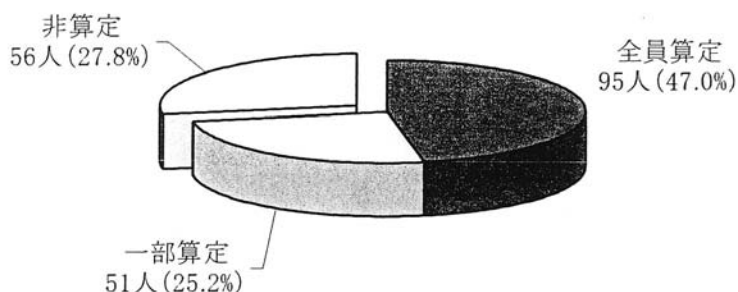
まず、実施状況では、「対象者全員に対し実施」が138人（39.3%）、「対象者の一部に対して実施」64人（18.2%）、「非実施」149人（42.5%）であった。

図7-7. 居宅療養管理指導の実施状況（N=351）



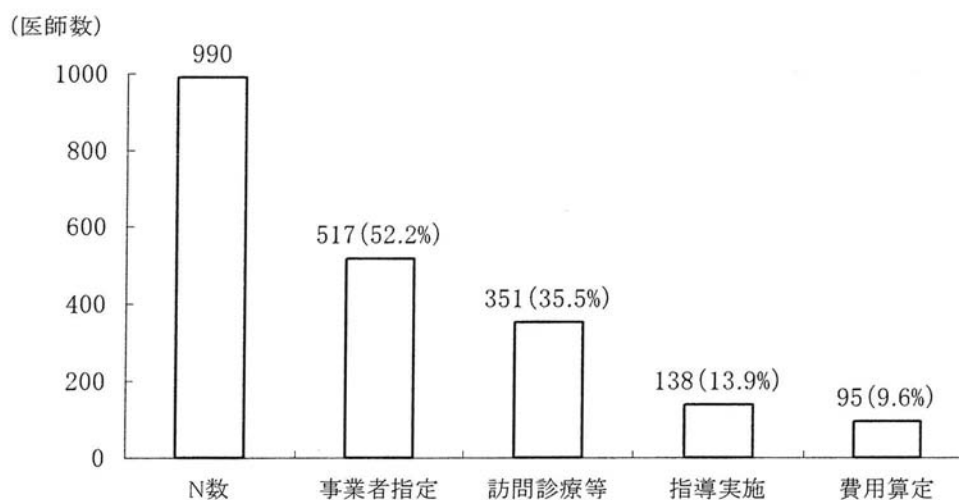
次に、居宅療養管理指導を実施した医師202人に対し、同費用の算定状況をみると、「指導実施者全員分を算定」が95人（47.0%）、「指導実施者の一部について算定」が51人（25.2%）、「指導は実施した全員分を算定せず」が56人（27.8%）であった。

図7-8.居宅療養管理指導実施医師の同費用の算定状況（N=202）



以上の結果を図7-9にまとめるが、有効回答990人のうち、「事業所指定があり、かつ訪問診療等を実施」が351人（35.5%）、「居宅療養管理指導を対象者全員に実施」が138人（13.9%）、「同費用を、指導実施者全員に対し算定」95人（9.6%）といった状況であった。

図7-9.医師別にみた居宅療養管理指導の実施/算定状況（N=909）



(4) 介護支援専門員の現状と課題

介護保険制度では、介護支援専門員に対して多くの業務が期待されている。その中でも特に重要な業務が、様々なニーズを有する利用者に対し、適切な各種サービスを組み合わせることにより、利用者が安全で安心した日常生活が営まれるよう支援するケアマネジメント業務である。この業務を有効かつ適切に行うには、①利用者ニーズ／特性の的確な把握 ②サービスマネジメント ③継続的モニタリングの各機能が円滑に循環する必要がある。そのためには、特に、医師と介護支援専門員の連携が必要不可欠な要素となるが、現時点では、両者の連携が十分図られているとは言えないとの指摘が多い。

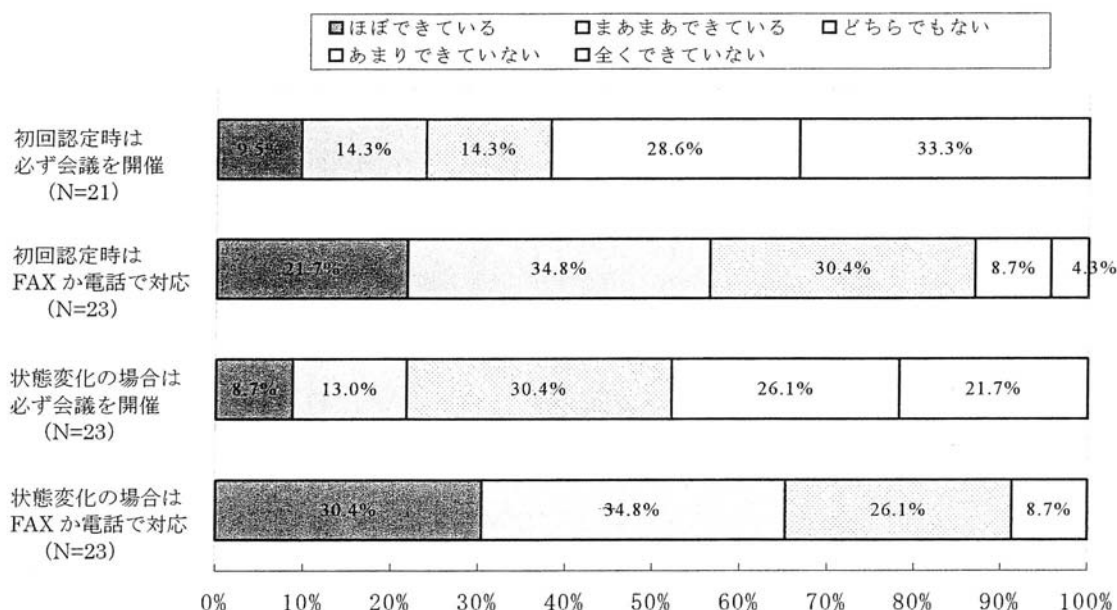
本節では、日医総研と北九州市小倉医師会の共同研究報告書「介護支援専門員の現状と現任研修のあり方に関する調査研究」の結果を中心に、介護支援専門員の現況と課題について整理する。

① ケアマネジメント関連業務の現状

ア) サービス担当者会議の開催状況

サービス担当者会議の開催状況をみると、「会議をほぼ開催している」と回答した専門員は、「初回認定時」で9.5%、「状態変化時」で8.7%に過ぎず、逆に「全く開催していない」と回答したのは、「初回認定時」で33.3%、「状態変化時」で21.7%であった。これに「あまり開催していない」を加えると、実質会議を開催していない専門員の割合は、「初回認定時」で61.9%、「状態変化時」で47.8%にも達していた。一方、「FAXか電話でほぼ対応している」と回答した専門員は、「初回認定時」で21.7%、「状態変化時」で30.4%であった。これに、「まあまあ対応できている」を加えると、FAX等での対応ができている専門員の割合は、「初回認定時」で56.5%、「状態変化時」で65.2%と、会議開催は難しいが、FAXや電話では対応している様子が伺えた。

図7-10. サービス担当者会議の開催状況



イ) 精神疾患症例への対応状況

介護支援専門員50人について、痴呆等の精神疾患症例への対応状況をみると、「対応あり」34人（68.0%）、「対応なし」16人（32.0%）であった。

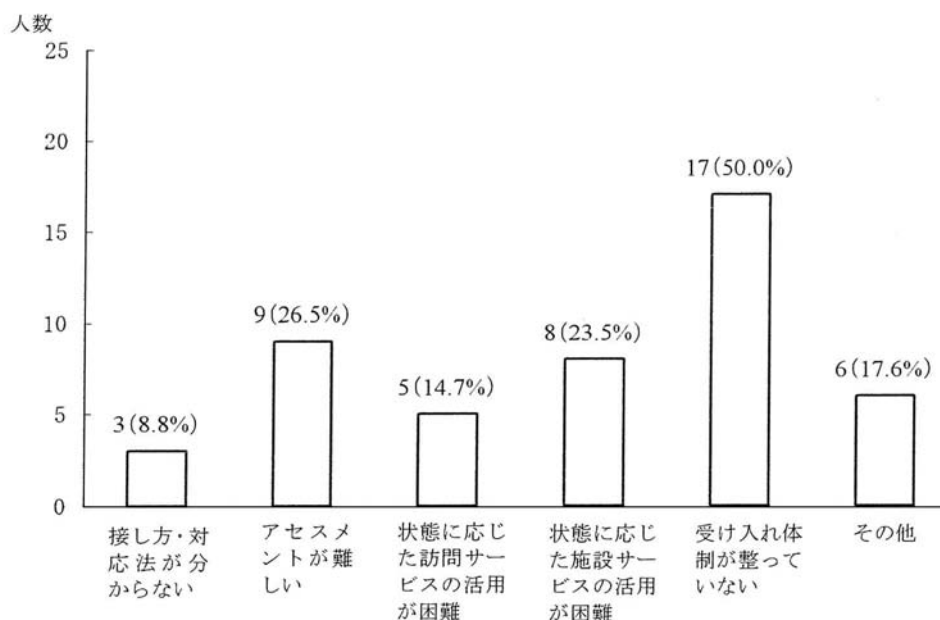
また、対応に苦勞する理由としては、「精神疾患症例の受け入れ体制が整っていない」が17人（50.0%）と最も多く、次いで、「アセスメントが難しい」9人（26.5%）、「状態に応じた施設サービスの活用が困難」8人（23.5%）の順であった。

「受け入れ体制が整っていない」という回答が多かったが、これは介護支援専門員が受け入れ先となる痴呆疾患療養病棟や痴呆疾患治療病棟、痴呆対応型共同生活介護（グループホーム）の実態を把握しきれていないことを反映した結果と思われる。

表7-4. 精神疾患症例への対応状況

	対応あり		対応なし	
	人数	構成割合	人数	構成割合
精神疾患対応 (N=50)	34 人	68.0%	16 人	32.0%

図7-11. 精神疾患症例の対応に苦勞する理由（N=34 複数回答）



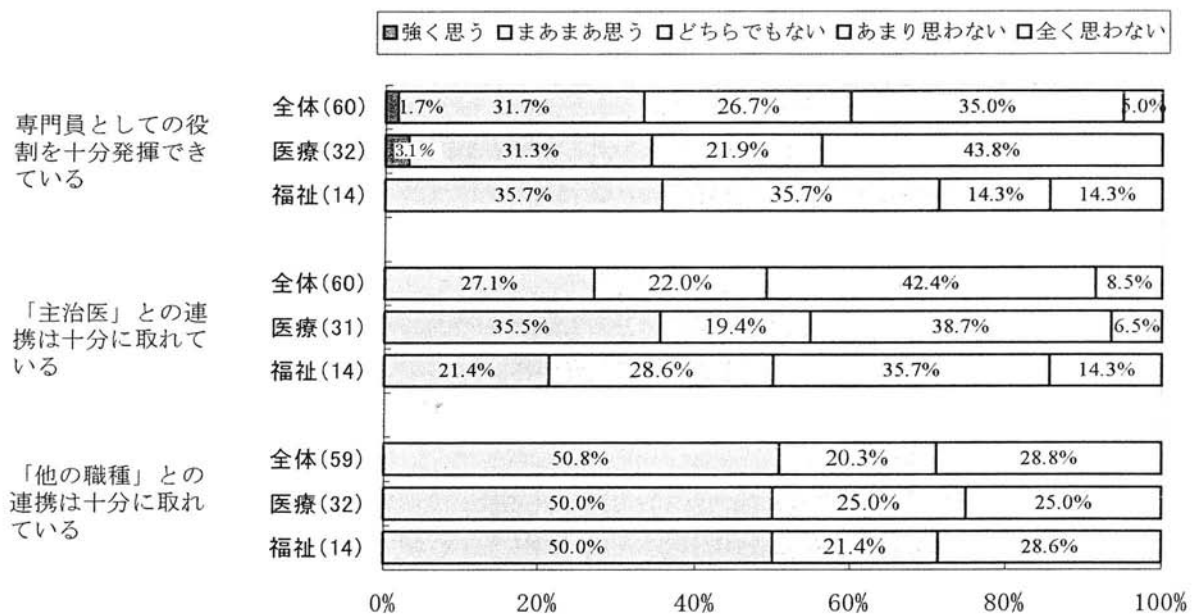
② ケアマネジメントに対する自己評価の現状

ア) 介護支援専門員の位置付けの理解／役割の発揮度

「専門員としての役割」について「強く思う」「まあまあ思う」と回答した率は全体で3割を超えていたが、医療職・福祉職で特に違いはみられなかった。しかし、「あまり思わない」「全く思わない」と回答した率では、医療職43.8%、福祉職28.6%であり、医療職の方が厳しく自己評価している傾向がみられた。

一方、「主治医との連携」について「強く思う」「まあまあ思う」と回答した率は、医療職35.5%、福祉職21.4%であり、医療職が福祉職を14.1ポイント上回った。一方、「主治医との連携」が「あまりとれていない」「全くとれていない」と回答した率は、医療職45.2%、福祉職50.0%にもものぼることから、主治医との連携が不十分である実態を裏付ける結果となった。「他職種との連携」については、両職種の差異は特にみられなかった。

図7-12.専門員の位置付け

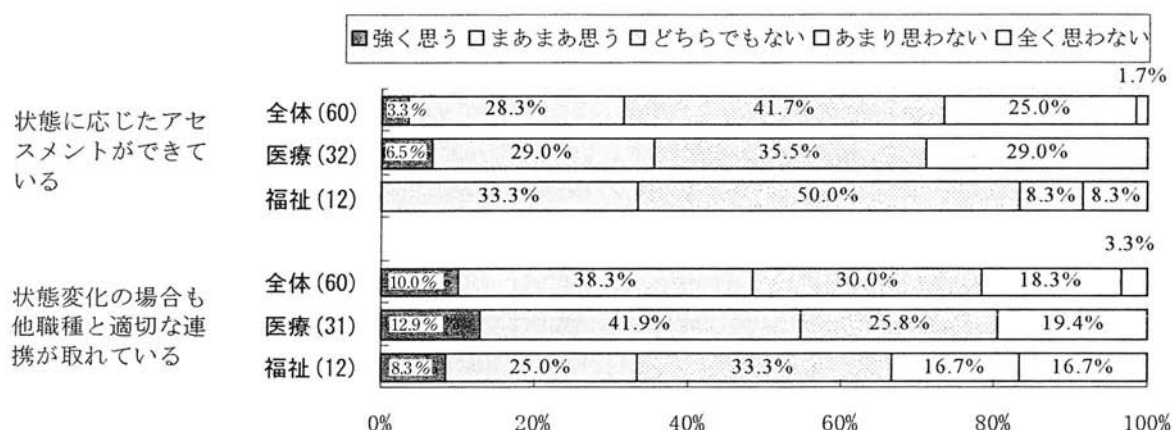


注) 各グラフにおいて「全体」には医療職、福祉職の他、職種不明が含まれているため合計が一致しない

イ) 高齢者の病態とケアに対する理解

まず、「状態に応じたアセスメント」について、「強く思う」「まあまあ思う」と回答した率は全体の約3割であった。医療職では「強く思う」「まあまあ思う」と回答した率が35.5%と福祉職を上回ったものの、一方で「あまり思わない」「全く思わない」についても29.0%と福祉職16.6%を12.4ポイント上回っており、厳しく自己評価している傾向がここでもみられた。「状態変化の場合の他職種連携」では、「強く思う」「まあまあ思う」と回答した率は、医療職が54.8%と福祉職33.3%を大きく上回った。

図7-13.高齢者の病態とケア

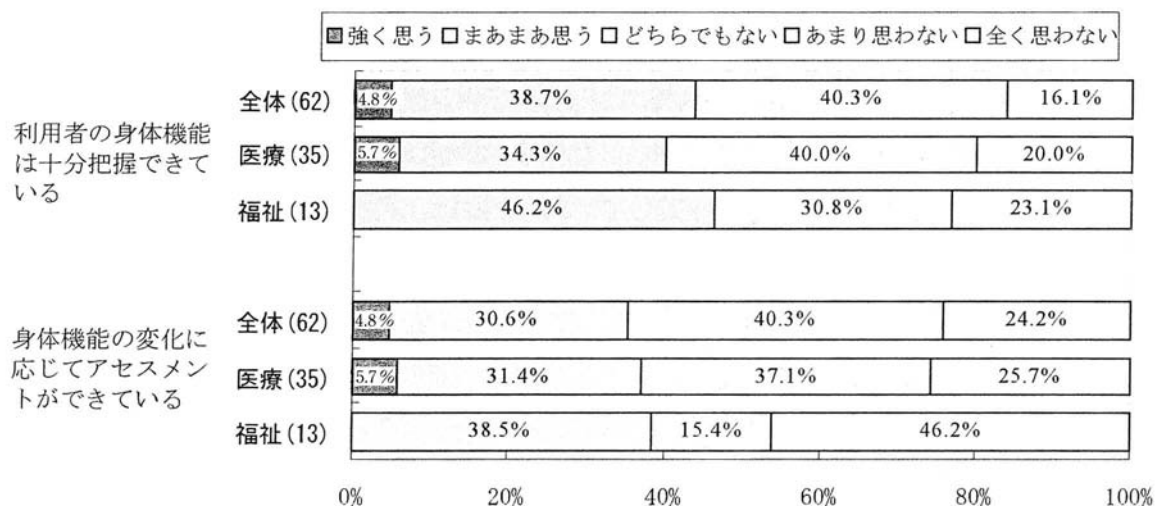


ウ) 身体機能等の評価レベル

「身体機能の把握」について、「強く思う」「まあまあ思う」と回答した率は全体で43.5%であり、職種別では福祉職が若干医療職を上回った。

また、福祉職では「変化に応じたアセスメント」について「あまり思わない」「全く思わない」と回答した率が46.2%にも達しており、“機能把握はできているが変化に応じたアセスメントができていない”“不安がある”という意識が高い可能性が示唆された。

図7-14.身体機能等の評価

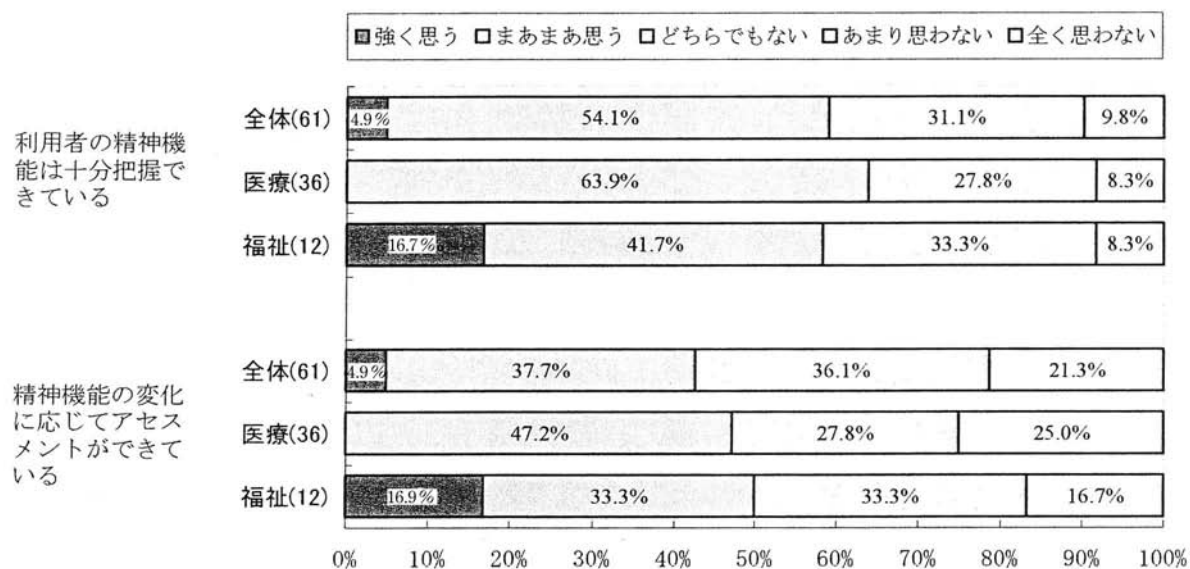


エ) 精神機能等の評価レベル

「精神機能の把握」について「強く思う」「まあまあ思う」と回答した率は全体で59.0%と「身体機能の把握」に比べ相対的に高い自己評価であった。

また、「変化に応じたアセスメント」については、身体機能の評価の場合と異なり、自己評価に職種間の差異はみられなかった。福祉職について「身体機能面」に比べ「精神機能面」については“アセスメントできている”という意識が高いことが伺えた。

図7-15.精神機能等の評価



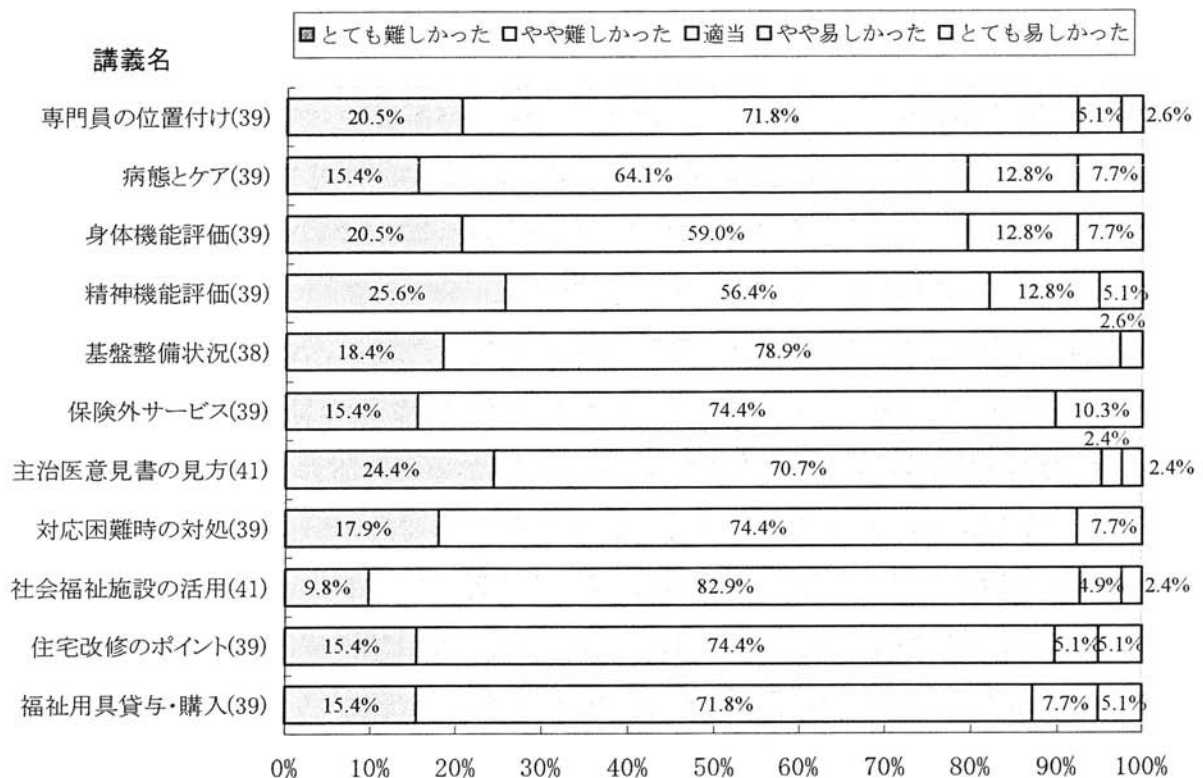
③ ケアマネジメントの課題

ア) アセスメントのレベル差

今回、現任の介護支援専門員に対するモデル研修を実施した。構成は、「講義（7テーマ、11講義）」「演習（ケアマネジメント関連）」「実習（施設見学等）」であるが、うち講義に対するレベル評価結果を図7-16に示す。

ほとんどの講義に対し、「講義のレベルは適当」と回答した率が高くなっているが、「高齢者の病態とケア」「身体機能評価」「精神機能評価」のアセスメント関連の3講義に関しては、「やや難しかった」群が15～25%程度、「やや易しかった」「易しかった」群が20%程度と分かれており、アセスメントに関して、特に介護支援専門員間のレベル差が強いと思われる。

図7-16.講義のレベルは適当であつた



イ) ケアマネジメント過程の職種間の差異

今回の研修では、演習の一環として、各自のケアマネジメント事例の提出を依頼し、医療職25人（うち看護婦23人）、福祉職6人（うち介護福祉士4人）から合計31事例が提出された。本節では、この31事例に対して、職種間のケアマネジメント過程の差異を検証した。

a. 要介護度分布

医療職25人の提出事例の要介護度をみると、「要介護2」が9人（36.0%）と最も多く、次いで「要介護1」5人（20.0%）、「要介護3」4人（16.0%）の順であった。一方、福祉職6人では「要介護1」が4人（66.7%）と最も多く、次いで「要介護2」「要介護4」が各1人（16.7%）の順であった。提出事例の代表性の問題はあるが、医療職の方が福祉職に比べ、相対的に要介護度の重い症例を対象としている可能性が示唆された。

これは、医療系の在宅サービス（訪問看護など）利用者の要介護度は、福祉系の在宅サービス（訪問介護など）利用者の要介護度に比べ、相対的に重くなっていることの影響と考えられた。

表7-5. 提出事例の要介護度分布比較

	提出事例の要介護度分布					
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
医療職 25 人の事例	2 人 (8.0%)	5 人 (20.0%)	9 人 (36.0%)	4 人 (16.0%)	2 人 (8.0%)	3 人 (12.0%)
福祉職 6 人の事例	0 人 (0.0%)	4 人 (66.7%)	1 人 (16.7%)	0 人 (0.0%)	1 人 (16.7%)	0 人 (0.0%)

b. サービスの組合せ

サービス利用状況を、訪問系・通所系・短期入所系にわけてみた。

まず訪問系サービスでは、「訪問介護または訪問入浴介護」の利用率は、医療職80.0%、福祉職100%に対し、「訪問看護または訪問リハ」の利用率は、医療職68.0%、福祉職33.3%であった。

次に、通所系サービスでは、「通所介護」の利用率は、医療職8.0%、福祉職33.3%に対し、「通所リハ」の利用率は、医療職60.0%、福祉職33.3%であった。

また、短期入所系サービスでは、「短期入所生活介護」の利用率は、医療職8.0%、福祉職0.0%に対し、「短期入所療養介護」の利用率は、医療職12.0%、福祉職33.3%であった。

表7-6. サービス利用状況の比較

ア) 訪問系サービス

	訪問介護または訪問入浴介護		訪問看護または訪問リハ	
	利用あり	利用なし	利用あり	利用なし
医療職 (N=25)	20人 (80.0%)	5人 (20.0%)	17人 (68.0%)	8人 (32.0%)
福祉職 (N=6)	6人 (100.0%)	0人 (0.0%)	2人 (33.3%)	4人 (66.7%)
合計 (N=31)	26人 (83.9%)	5人 (16.1%)	19人 (61.3%)	12人 (38.7%)

イ) 通所系サービス

	通所介護		通所リハ	
	利用あり	利用なし	利用あり	利用なし
医療職 (N=25)	2人 (8.0%)	23人 (92.0%)	15人 (60.0%)	10人 (40.0%)
福祉職 (N=6)	2人 (33.3%)	4人 (66.7%)	2人 (33.3%)	4人 (66.7%)
合計 (N=31)	4人 (12.9%)	27人 (87.1%)	17人 (54.8%)	14人 (45.2%)

ウ) 短期入所系サービス

	短期入所生活介護		短期入所療養介護	
	利用あり	利用なし	利用あり	利用なし
医療職 (N=25)	2人 (8.0%)	23人 (92.0%)	3人 (12.0%)	22人 (88.0%)
福祉職 (N=6)	0人 (0.0%)	6人 (100.0%)	2人 (33.3%)	4人 (66.7%)
合計 (N=31)	2人 (6.5%)	29人 (93.5%)	5人 (16.1%)	26人 (83.9%)

ここで、医療系と福祉系サービスの組み合わせ状況をみると、医療職の80.0%が医療系と福祉系サービスを組み合わせているのに対し、福祉職ではその率は33.3%であった。残りの福祉職は、福祉系サービスのみで居宅サービス計画を作成していた。

表7-7. サービスの組み合わせ状況比較

	医療系サービス のみ	福祉系サービス のみ	医療系と福祉系 サービスの組合せ
医療職 (N=25)	3人 (12.0%)	2人 (8.0%)	20人 (80.0%)
福祉職 (N=6)	0人 (0.0%)	4人 (66.7%)	2人 (33.3%)
合計 (N=31)	3人 (9.7%)	6人 (19.4%)	22人 (71.0%)

因みに、主治医との連携状況をみると、医療職25人のうち、「主治医と連携がとれている」17人（68.0%）、「連携がとれていない」8人（32.0%）に対し、福祉職6人は全て主治医との連携はとれていなかった。

c. アセスメントの視点

ここで、福祉職 6 人が挙げた事例のうち、福祉系サービスのみで居宅サービス計画を作成していた 4 事例（いずれも主治医との連携なし）を検証する。以下、4 事例の概要を紹介する。

（事例 1）要介護度 1、寝たきり度：J2、痴呆度：I

80歳代女性。病名は高血圧、腎臓病等。通院は月 2 回。身体機能低下あり。
サービスは訪問介護のみ。

（事例 2）要介護度 1、寝たきり度：J2、痴呆度：I

80歳代男性。病名は高血圧、糖尿病、老人性痴呆。通院は週 1 回。
主治医意見書にて、入浴時の血圧チェックや低血糖の可能性が指摘されている。
サービスは通所介護、訪問介護。

（事例 3）要介護度 1、寝たきり度：J2、痴呆度：I

90歳代男性。病名は高血圧、老人性痴呆。通院は月 1 回。痴呆は進行中。
転倒により 2 回の入院歴あり。
サービスは通所介護、訪問介護。

（事例 4）要介護度 1、寝たきり度：A1、痴呆度：正常

70歳代女性。病名は慢性関節リウマチ。通院は月 1 回。
サービスは訪問介護のみ。

上記 4 事例はいずれも要介護度 1 であるが、痴呆度は 3 事例で I であった。この 3 事例について、医療職によるケアプランの検証を行った結果、「身体機能のセルフコントロール不足が予測され、主治医との連携は必要」との指摘であった。主治医による通院管理で対応十分か否かの確認は必要であり、もし、在宅での管理が必要な場合は、訪問看護などのサービスを組み込む必要があると思われる。

因みに、医療職の 25 事例のうち、「福祉系サービスのみで計画作成」が 2 事例あったが、いずれも要介護度 1、寝たきり度は A ランク、痴呆は正常というケースであり、かつ、主治医との連携も図られており、医療系サービスは特には必要としないことを確認した上で、計画を作成していると思われた。また、「医療系サービスのみで計画作成」の 3 事例では、痴呆度がⅢ a、Ⅱ a、記載なし（ただし著明な短期記憶障害あり）と、いずれも認知や記憶に障害がみられる事例であった。家族構成をみると、いずれも家族が同居しており、現時点では、福祉系サービスが必要ないと判断したのではないかとと思われる。

以上の結果から、医療職では、医療系サービス導入の判断の際、認知や記憶障害がみられる場合に、身体機能のセルフコントロールができるかどうか、また介護者が対応可能かどうかを総合的に判断している可能性が示唆された。

今回の検証では、事例が少ないため明確な事は言えないが、福祉職の場合、

- 医療職に比べ、相対的に要介護度の軽い方を対象としていること（次表）
- 精神機能の現状のアセスメントに関しては、「ある程度できている」と自己評価していること（医療職に比べ自己評価は高い）

などから、主治医との連携の必要性は感じながら、様々な理由により主治医との連携ができていない可能性が示唆された。また、利用者の現状のアセスメントは出来るものの、主治医からの指示や病名をもとに、今後の状態変化を認識する（予測する）部分や危機意識の面で不十分な点があるのではないかと思われた。

今後、より多くの事例に基づく検証を行い、これらの実態を把握していく必要がある。

表7-8. サービス種類別にみた要介護度分布比較

	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
在宅全体 ¹⁾	12.8%	26.8%	18.7%	14.1%	14.6%	12.9%
訪問介護 ²⁾	20%	34%	17%	10%	9%	10%
通所介護 ²⁾	18%	32%	21%	13%	10%	6%
訪問看護 ³⁾	4.1%	15.8%	16.1%	15.5%	20.4%	28.1%

（出典）

1) 厚生労働省「介護保険事業状況報告、平成12年12月月報」

2) 厚生労働省「平成12年介護サービス施設・事業所調査結果速報」

3) 全国訪問看護事業協会「訪問看護ステーションの経営に関する調査研究報告書」

（５） 主治医と介護支援専門員の連携状況

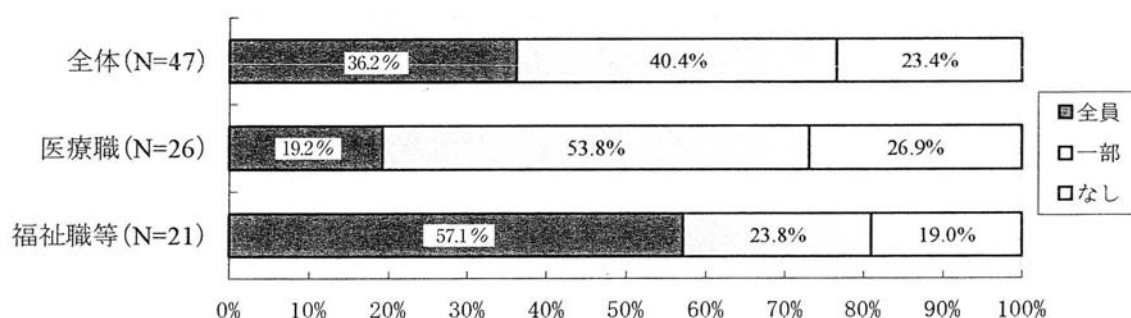
介護保険制度を円滑に運営するためには、職種間、特に主治医と介護支援専門員の連携が重要となる。以下、介護支援専門員と主治医意見書作成医師の連携に着目し、両者の視点から「連携」の現状をみる（小倉地区での調査結果より）。

① 介護支援専門員からみた主治医との連携

有効回答47人について、居宅サービス計画作成時における主治医意見書入手状況をみると、「一部の利用者分を入手している」が19人（40.4%）と最も多く、次いで、「全員分入手している」17人（36.2%）、「全く入手していない」11人（23.4%）の順であった。

これを医療職・福祉職等に分けてみると、医療職では「全員分入手」19.2%、「一部入手」53.8%に対し、福祉職では「全員入手」57.1%、「一部入手」23.8%と、福祉系の介護支援専門員の方が、主治医意見書を入手している割合が高かった。

図7-17. 主治医意見書入手状況



次に、有効回答47人について、日常的な主治医への相談状況をみると、「一部の利用者について相談している」が39人（83.0%）と最も多く、次いで、「全く相談していない」5人（10.6%）、「全員について相談している」3人（6.4%）の順であった。

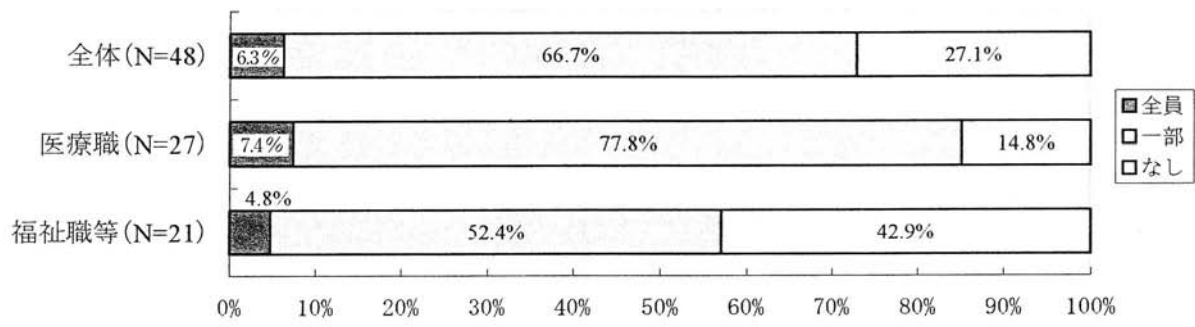
これを職種別にみると、医療職では「全員について相談している」7.7%、「全く相談なし」3.8%に対し、福祉職等では「全員について相談している」4.8%、「全く相談なし」19.0%と、医療職に比べ、主治医との相談が相対的に不十分な状況にあった。



有効回答48人について、主治医への居宅サービス計画提供状況をみると、「一部の利用者について提供している」が32人（66.7%）と最も多く、次いで、「全く提供していない」13人（27.1%）、「全員について提供している」3人（6.3%）の順であった。

これを職種別にみると、医療職では「全員について提供している」7.4%、「全く提供していない」14.8%に対し、福祉職等では「全員について提供している」4.8%、「全く提供していない」42.9%と、医療職に比べ、主治医への情報のフィードバックが相対的に不十分な状況にあった。

図7-19. 居宅サービス計画提供状況



ここで、有効回答35人について、居宅サービス計画の提供方法をみると、「持参」が14人（40.0%）と最も多く、次いで「FAX」13人（37.1%）、「電話」8人（22.9%）の順であった。また、提供時期としては、「初回時」が22人（62.9%）と最も多く、次いで「プラン変更時」18人（51.4%）、「医師の要請があった時」7人（20.0%）の順であった。

図7-20. 居宅サービス計画の提供方法（N=90 複数回答）

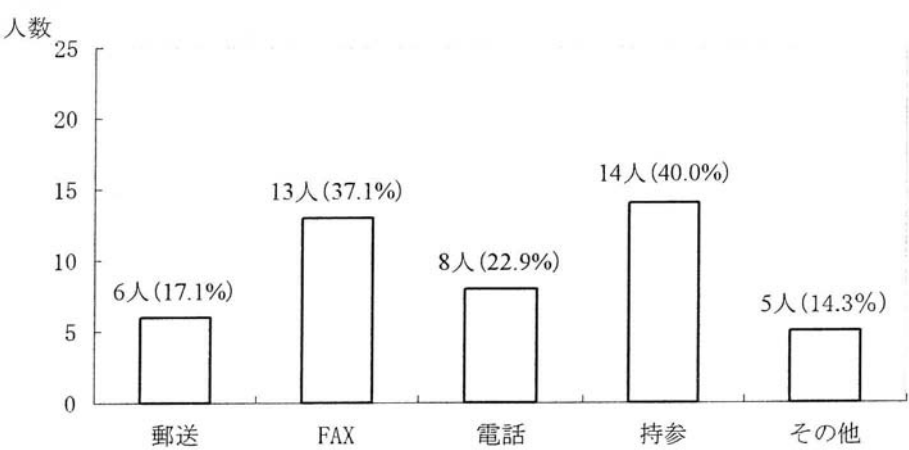
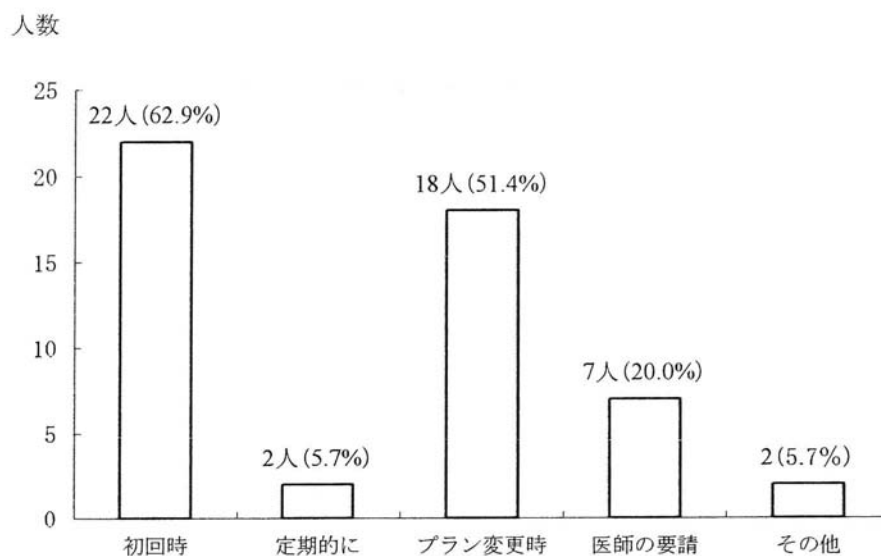
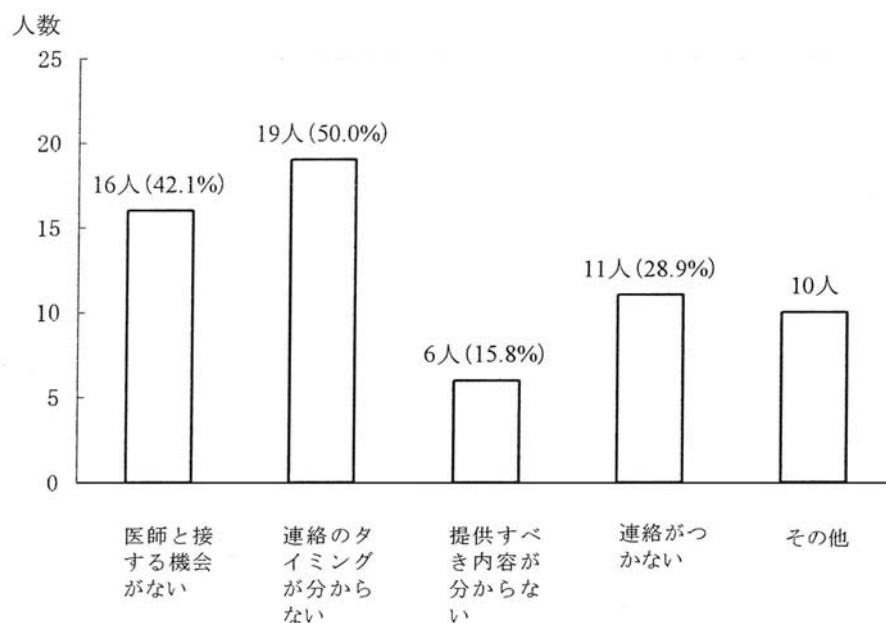


図7-21.居宅サービス計画の提供時期（N=35 複数回答）



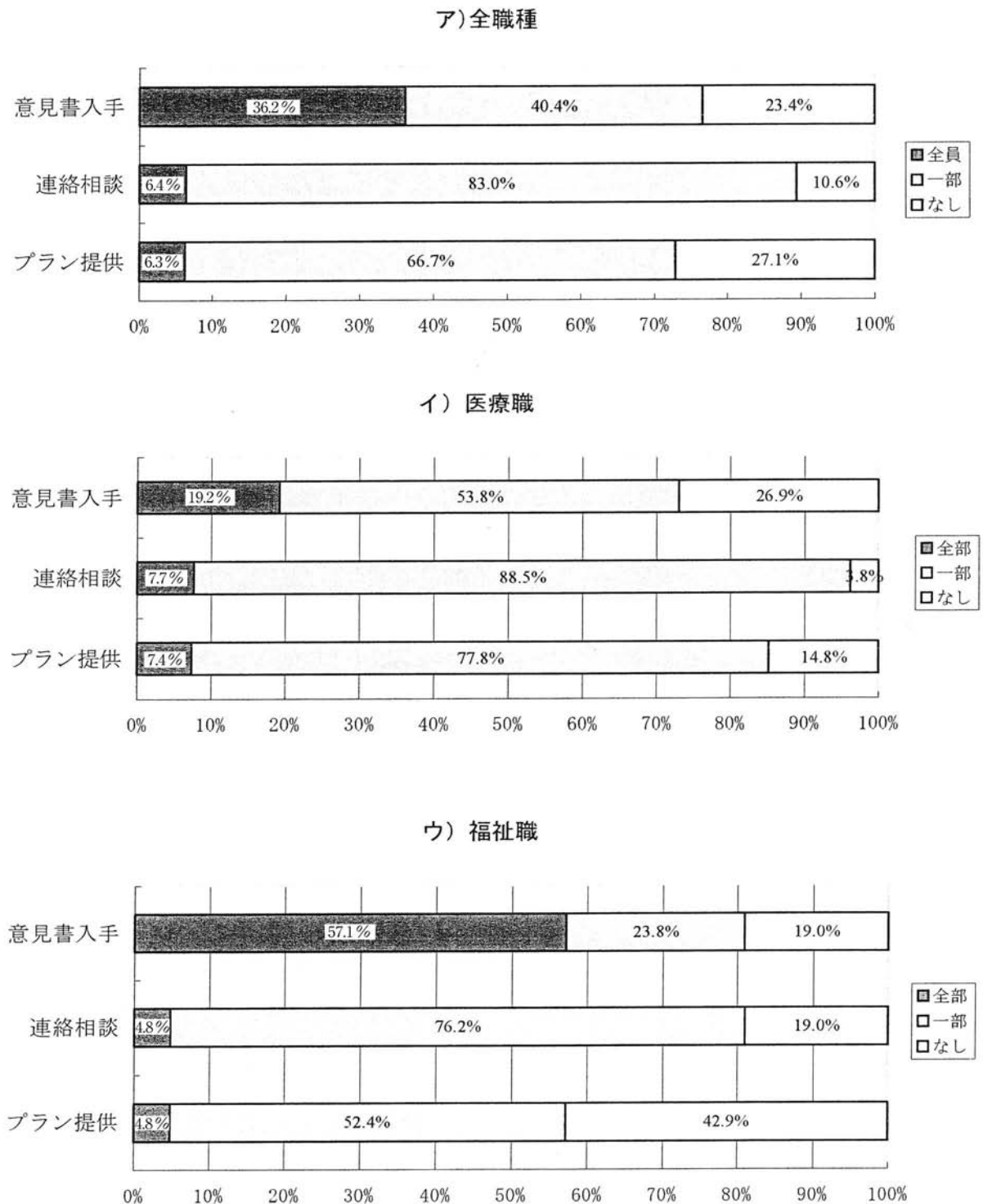
次に、有効回答38人について、主治医との連携で困っている原因・理由についてみると、「連絡のタイミングが分からない」が19人（50.0%）と最も多く、次いで「医師と接する機会がない」16人（42.1%）、「連絡がつかない」11人（28.9%）の順であった。

図7-22. 連携で困っている原因・理由（N=38 複数回答）



介護支援専門員から見た主治医との連携の状況を図7-23にまとめる。意見書入手やプラン提供に関しては、個人情報保護の観点から運用上の制約はあるものの、主治医との連携は不十分な状況といえる。これを職種別にみると、福祉職等は医療職に比べ、意見書はよく入手しているものの、主治医との日常的な相談や主治医への居宅サービス計画の提出状況が相対的に不十分な状況といえる。

図7-23. 介護支援専門員からみた連携の状況まとめ



② 医師からみた介護支援専門員との連携

医師からみた介護支援専門員との連携状況をみるため、小倉医師会のご協力を得て、「介護支援専門員との連携の状況（平成13年1月末時点）」に関するアンケート調査を実施し、151の回答を得た。なお、このうち、平成12年4月以降に意見書を作成した医師は113人（74.3%）であった。

以下、医師からみた介護支援専門員との連携状況を示す。

ア) 主治医意見書の提供依頼

有効回答医師91人について、介護支援専門員からの意見書提供依頼の状況をみると、「依頼なし」が61人（67.0%）と最も多く、次いで「一部の利用者について依頼あり」20人（22.0%）、「全員分依頼あり」10人（11.0%）であった。これを患者ベースでみると、有効回答591人のうち、「提供依頼あり」は113人（19.1%）であった。

イ) 主治医への相談

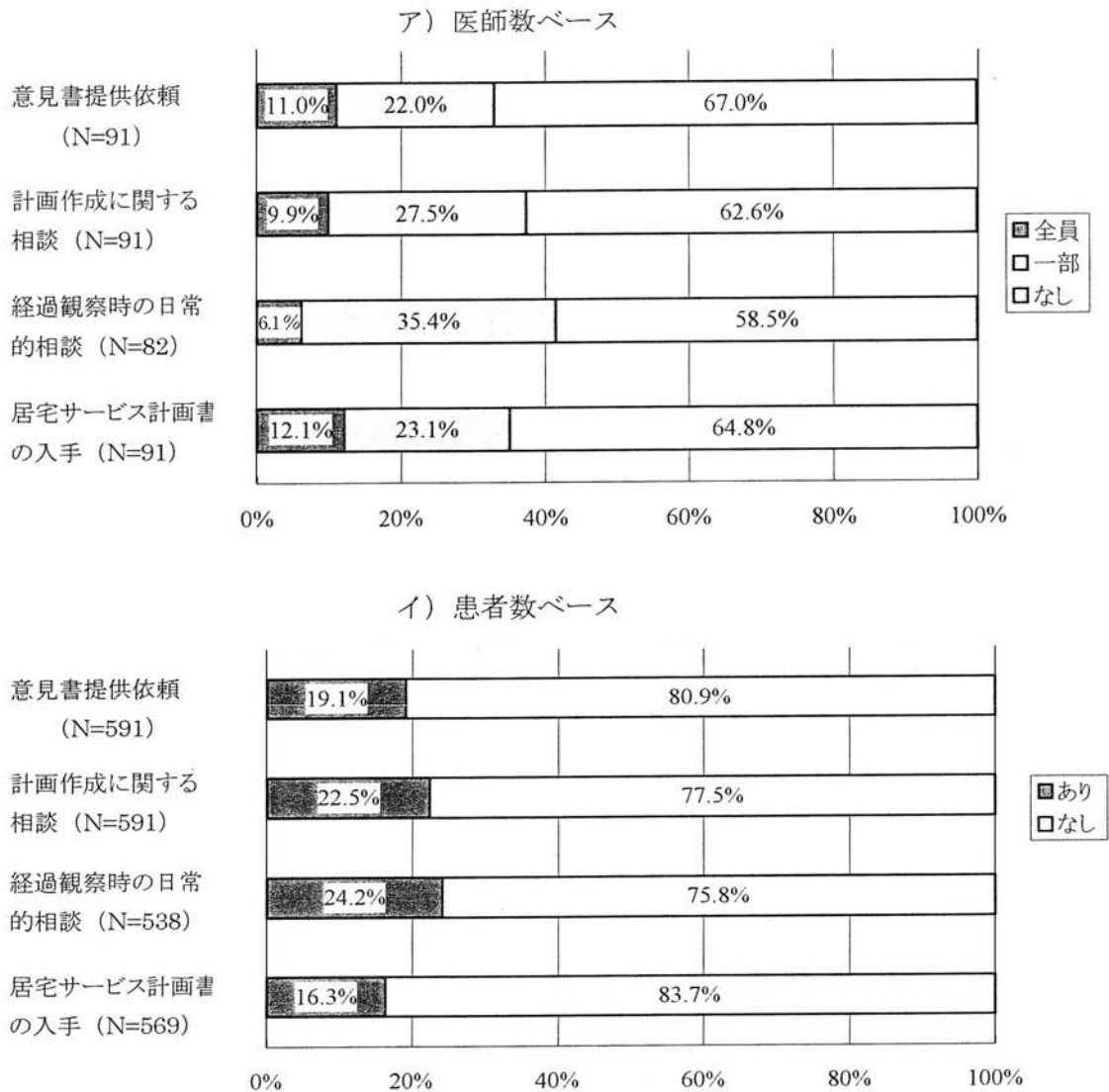
有効回答医師91人について、主治医への相談の状況をみると、計画作成に関する相談では、「相談なし」が57人（62.6%）と最も多く、次いで「一部の利用者について相談あり」25人（27.5%）、「全員分相談あり」9人（9.9%）であった。これを患者ベースでみると、有効回答591人のうち、「相談あり」は133人（22.5%）であった。

また、有効回答医師82人について、経過観察時の日常的相談状況をみると、「相談なし」が48人（58.5%）と最も多く、次いで「一部利用者について相談あり」29人（35.4%）、「全員分相談あり」5人（6.1%）であった。これを患者ベースでみると、有効回答538人のうち、「相談あり」は130人（24.2%）であった。

ウ) 居宅サービス計画の入手

有効回答医師91人について、居宅サービス計画の入手状況をみると、「入手なし」が59人（64.8%）と最も多く、次いで「一部利用者について入手」21人（23.1%）、「全員分入手」11人（12.1%）であった。これを患者ベースでみると、有効回答569人のうち、「介護支援専門員から居宅サービス計画を入手」は93人（16.3%）であった。

図7-24. 主治医からみた介護支援専門員との連携状況



また、居宅サービス計画入手希望の意見書への記載状況をみると、有効回答医師90人のうち、「全員分について入手希望の記載をした」3人（3.3%）、「一部利用者について記載した」6人（6.7%）、「記載しなかった」81人（90.0%）であった。居宅サービス計画の入手に関する意思表示は10.0%に止まっており、主治医側からのアプローチが消極的であることも明らかになった。ただし、この背景としては、北九州市では、個人情報保護の観点から、主治医意見書に居宅サービス計画入手希望を記載したとしても、自動的に主治医に計画書が送付される仕組みになっていないことが考えられた。

ここで、入手希望と実際入手できたか否かをみると、「全員ないし一部の利用者について入手希望の記載をした」医師9人のうち、「実際に全員ないし一部入手した」は4人（44.4%）で、残り5人（55.6%）の医師は、入手希望を記載したにもかかわらず、居宅サービス計画が入手出来ていなかった。また、「記載しなかった」医師81人のうち、「全員ないし一部入手した」は27人（33.3%）であった。

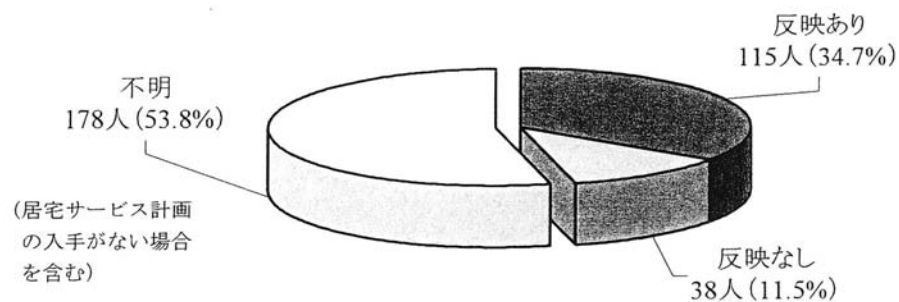
表7-9. 居宅サービス計画入手に対する希望と実績

	全員分入手	一部入手	非入手	計
全員分希望	1 (33.3%)	0 (0.0%)	2 (66.7%)	3 (100.0%)
一部希望	1 (16.7%)	2 (33.3%)	3 (50.0%)	6 (100.0%)
希望記載なし	9 (11.1%)	18 (22.2%)	54 (66.7%)	81 (100.0%)
計	11 (12.2%)	20 (22.2%)	59 (65.6%)	90 (100.0%)

エ) 意見書における指示内容の反映

意見書に、医療系居宅サービス（訪問看護、訪問リハ、通所リハ）の必要性の指示をした381人（患者ベース）について、居宅サービス計画への反映状況をみると、「反映あり」が115人（34.7%）、「なし」38人（11.5%）、「不明」178人（53.8%）であった。

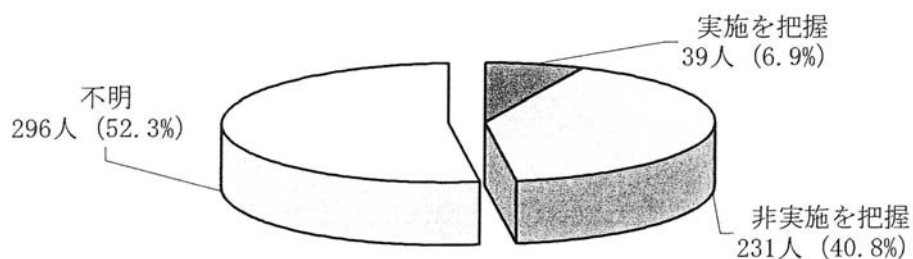
図7-25. 主治医意見書への指示内容の反映状況（N=381）



オ) サービス担当者会議開催の把握

有効回答566人（患者ベース）について、サービス担当者会議（会議形式に限る）開催の把握状況をみると、「実施を把握」が39人（6.9%）、「非実施を把握」231人（40.8%）、「不明」296人（52.3%）であった。

図7-26. サービス担当者会議開催の把握状況（N=566）



カ) 比較

ここで、「主治医意見書の入手」「主治医への日常的な相談」「居宅サービス計画の提供」の3項目について、介護支援専門員からみた状況と意見書作成医師からみた状況を比較した。

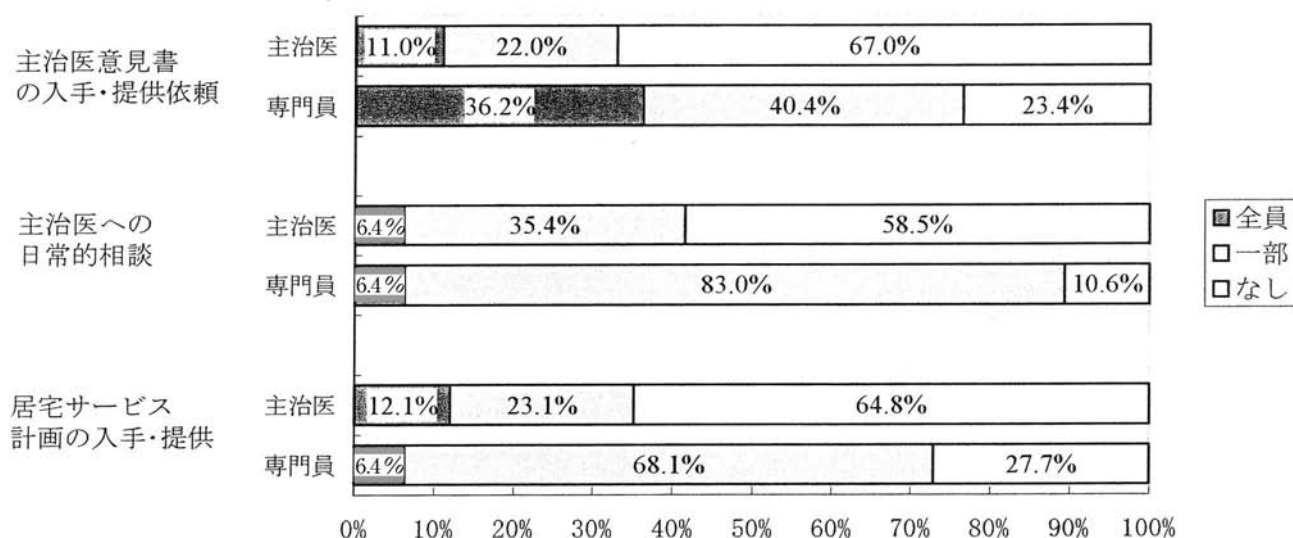
主治医意見書の入手では、主治医としては「全員ないし一部依頼」が33.3%に止まっているが、専門員としては、「全員ないし一部入手」で76.6%であった。

主治医への日常的な相談では、主治医としては「全員ないし一部相談」が41.5%であるが、専門員としては、「全員ないし一部相談」で89.4%であった。

居宅サービス計画の入手・提供についても、ほぼ同様の状況であり、主治医が「全員ないし一部入手」としたのは34.1%に止まっているが、専門員が「全員ないし一部提供」としたのは74.5%であった。

これらは、主治医と介護支援専門員は1対1対応ではないため、複数の介護支援専門員と連携が取れている医師がいれば、このような結果となり得る。いずれにしろ、主治医からみれば、介護支援専門員が思っている以上に、連携が不十分とする意識が強い傾向にあった。

図7-27. 連携に関する比較



(6) まとめ

① 保険者／介護認定審査会の状況

介護保険の保険者数は2,870で、その内訳は「単独」2,811（構成比97.9%、654市、1,675町、482村）、「広域連合」28（1.0%）、「一部事務組合」26（0.9%）、「市町村相互財政安定化事業」5（0.2%）であった。

また、介護認定審査会については、総数1,181で、その内訳は「単独実施」703（構成比59.5%）、「機関の共同設置」264（22.4%）、「一部事務組合」146（12.4%）、「広域連合」57（4.8%）、「事務委託」11（0.9%）であった。

有効回答1,121審査会の総委員数は44,775人で、うち「医師」が18,094人（構成比40.4%）と最も多く、次いで「歯科医師」4,797人（10.7%）、「看護婦（士）」4,142人（9.3%）の順であった。1審査会当たりの合議体数は6.6、1合議体当たり委員数は6.0人、合議体開催数は2.1回／月、1合議体1回当たり審査件数は35.0件であった。

② 医師の関与状況について

内科系医師990人に対する調査結果では、「認定審査会委員委嘱」239人（25.3%）「主治医意見書作成」698人（70.5%）、「訪問診療等実施」351人（35.5%）、「居宅療養管理指導実施」138人（13.9%）という状況であった（率は各質問に対する有効回答に対する割合）。主治医意見書は記載しているが、居宅療養管理指導はあまり実施されていない状況といえる。

③ 介護支援専門員の現状と課題について

小倉地区での調査結果でも、サービス担当者会議（ケア会議）が2～3割程度しか実施されていないことや、精神疾患症例に対する対応で苦慮している様子が伺えた。また、アセスメントに関して、特に介護支援専門員間のレベル差が見受けられると同時に、医療系と福祉系出身者で、ケアマネジメント過程（医療系と福祉系サービスの組合せやアセスメントの視点など）に違いがあることが示唆された。福祉系の場合、医療系よりも相対的に要介護度の軽い症例を扱うケースが多く、このことが主治医との連携の必要性に対する切実感を弱めている可能性がある。福祉系の場合、状態変化に対する予測やモニタリングの視点が弱い可能性があることから、どのような場合に医療との連携が必要なのか、利用者の状態はどのように変化する可能性があるのか、また、どのような点をモニタリングすべきかなどを、医療側から具体的に提示していく必要がある。

④ 主治医と介護支援専門員の連携について

受け持っている利用者全員分の意見書の入手状況を比較すると、福祉職57.1%に対し医療職19.2%と、福祉職の方が積極的に主治医意見書を入手している状況であった。ただし、日常的な主治医との相談や居宅サービス計画書（ケアプラン）の提供状況になると、福祉職の方が実施率が低かった（全く相談せず：医療系3.8%、福祉系19.0%、ケアプランを全く提供せず：医療職14.8%、福祉職42.9%）。

福祉職の場合、医療との連携が必要とは強く思っているが、「連絡のタイミングがわからない」「医師と接する機会がない」「連絡がつかない」「提供すべき内容がわからない」などの理由から、現実には主治医と連絡・相談等が行えていない状況といえる。今後、連携を図るためには、利用者に関する情報の共有化、サービス提供者間の情報の共有化が図れるような帳票等の作成も必要ではなかろうか。