

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

世界一のスピードで高齢社会を迎えるわが国において、地域医療は大きく再編されなければならない。すなわち、介護保険が提起した高齢者・障害者の自立支援、生活支援という考え方をふまえて、地域医療は医療と介護を包含した包括的システムとして構築する必要がある。

医療における急性期・回復期・維持期という機能分担の推進とともに、主治医の長期的フォローアップ（継続ケア）をより充実・強化しなければならない。在宅で療養する高齢者は肺炎、心疾患、転倒骨折などによって緊急入院することが多く、患者を急性期病院の適切な専門的医療にアクセスさせるのも主治医の重要な機能である。この後、高齢者は生活障害を残しながら回復期・維持期を経過するが、こうした高齢者の症状・状態に応じて、急性期・回復期・維持期の医療機能が一体的に連携するほか、在宅療養支援の立場からさまざまな職種が多角的・包括的に参加する必要がある。

とくに、退院時におけるケアカンファレンスへの主治医や介護支援専門員（ケアマネジャー）の参加は大きな意味を持っている。身体機能障害を残したまま急性期病院から転院・退院を迫られる高齢者の不安解消のためには、そこでの適切な情報提供と高齢者・家族との協議・相談が不可欠であり、在宅療養が実現する第一歩といえる。患者本位の退院支援を行う上からも、主治医のこうした継続的な医学管理の下に、高度な専門医療へのアクセス、生活障害への支援など、患者の変化に即応できる多角的で柔軟性のあるケアが提供される必要がある。

その際、高齢者ケアにおいて医療と介護をつなぐツールがケアマネジメントであり、共通言語の追求者・実践者がケアマネジャーなのである。この地域におけるケアマネジメントと主治医を中心とした多職種協働・連携の包括的なサービス提供が高齢者のQOLの向上

と在宅療養を可能とするのである。「何かあったらまた来なさい」というだけの急性期病院の退院指導に対して、医療保険や介護保険のほか行政による福祉サービスはもちろん、地域のさまざまなケアのための社会資源をもとに社会的支援を利用者本位で提供していくのがケアマネジメントであり、真の地域ケアといえる。

こうした利用者本位、自立支援とケアマネジメントという新しい考えをふまえると、これまでの「施設か在宅か」というサービス提供の二元論は乗り越えられ、生活の場である「地域」という概念が浮上してくる。すなわち、医療保険・介護保険・福祉サービスなどのフォーマルケアに加えて、地域に暮らす住民自身のインフォーマルケアへの参加、コミュニティの総合力による「地域ケア」の追求こそが最重要課題となり、地域医師会の取り組みが求められる理由でもある。

こうして考えると、21世紀の高齢者医療と介護は単独の医師にできるものではなく、急性期・回復期・維持期という医療機能の連携と地域における多職種協働のケアマネジメントが求められてくる。その結果、地域医療の再編と包括的システムの構築による新たな地域ケアが出現し、高齢者の医療・介護・生活を包括的に支える仕組みが可能となり、高齢者のQOLの向上と豊かな老後が実現する。

「治療」を軸としたリハビリテーションの考え方に対して、「自立支援」「生活づくり」という考えをもとに介護予防が強調されるようになり、医療＝「治療」と、介護＝「生活支援」を適切に橋渡しできる「共通言語」の模索と「対話」の実現を、地域医師会はそれぞれの地域で展開する必要がある。

認知症など地域の中で生活する高齢者の疾患をいかに早期発見して、専門医の力も借りながら家族とともに健康・生活管理を進めていくか、高齢社会のケアは広い視野とさまざまな資源の活用が不可欠となっている。

(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

介護保険制度の改正によって登場した新たなサービスの仕組みとして、(a)地域密着型サービス、(b)地域包括支援センター（以下、「支援センター」と略す）があげられる。前者は、認知症ケアや地域ケアを推進するため、身近な地域で地域の特性に応じた多様で柔軟なサービス提供をめざすもので、①小規模多機能型居宅介護、②認知症高齢者グループホーム、③認知症対応型通所介護、④夜間対応型訪問介護などのサービスメニューが予定されている。後者は、地域における総合的なケアマネジメントを担う中核機関として、①総合的な相談窓口機能、②介護予防マネジメント、③包括的・継続的マネジメントの機能を持つことになっている。とくにこの支援センターは、軽度者を対象とする新予防給付のマネジメントと要支援・要介護になるおそれのある高齢者を対象とした効果的な介護予防の「地域支援事業」を行うことになり、これまでの老人保健法にもとづく各種事業の延長として地域医師会の積極的な取り組みが求められる。

しかし、地域における医療・福祉・介護を包括したシステムの必要性・重要性は理解されながらも、地域医師会による公的福祉サービス・地域での生活支援サービス・老人クラブやボランティア活動・健康増進運動などとの連携は少なく、その取り組みには地域によって大きな格差がある。その背景には、地域における医療・福祉・介護の連携といっても、各専門職種が平等な立場で自由に意見交換をする場は少なく、とくにこれまでの地域医師会のパワーに対して作られたイメージなど、社会の「壁」は大きいと考えられる。これらの解消には地域医師会の地道な取り組みが必要であり、多職種連携の必要性を理解した医師会内部の人材の育成や地域勤務医と医師会担当者との意見交換、地域医師会長と行政・病院長・施設長とのトップ会談など医師会サイドからのマイルドで積極的なアプローチの

必要がある。とくに医師会内部の人材の育成については、「開かれた医師会」をキーワードに若手医師会員を多職種との交流の場に積極的に登用・活用するなど、より良い地域医療、高齢者ケアの実現をめざして地域医師会や診療所から飛び出すことも必要である。

その具体的な試金石となるのが、「支援センター」への地域医師会の関わりである。この支援センターは「居宅サービス事業者・施設・医師会・民間団体・行政保健所等」からなる運営協議会の設置が決まっており、前述の支援センターの機能・役割を考えれば、地域ケアの展開の上で地域医師会の積極的な関与が重要となっている。さらに、この支援センターには、「保健師・社会福祉士・主任ケアマネジャー（仮称）等」の各職種の配置が義務づけられており、一部にはポリシーの異なる専門職種間の主導権争いの出現も危惧されている。適正で効率的な地域ケアの観点から誰がどのような組織の下で合意形成を図るのか、ここにかかりつけ医による医学的なアドバイスが必須であり、地域医師会や医師の参加が求められる理由でもある。

すなわち、この「支援センター」は、医療と福祉、公的と民間それぞれの垣根をこえてより良い地域ケアの提供をめざすものであり、各地域医師会はそれぞれの「支援センター」を担当する責任者＝窓口を決めるほか、その運営や医師会員との調整など積極的に参画していく必要がある。とくに地域密着型サービスの展開の中で、医療を欠いた介護はありえないこと、生活支援を欠いた高齢者医療も成立しないことを理解して、地域の診療所は介護保険による地域密着型サービスの提供などに参加することが求められる。

(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

在宅医療の推進の上から今日、求められている医療モデルは、高

高齢者の生活機能の維持改善を支援することである。この生活機能とは、身体・日常生活・社会参加の3つの機能からなり、その維持・改善のために医師は医療施設から地域へと現場を展開し、看護師、理学療法士、社会福祉士などと多職種協働の理念の下、チーム医療を行うことが求められている。すなわち、患者の生活機能障害を予防し、患者のQOLの向上と維持を目標に利用者本位の医療が求められており、食べ、排泄し、移動し、身支度をし、家庭での役割を担い、人生を豊かにする多様な社会資源へのアクセスに医師がどう関わるかが問われているのである。高齢者の医療においては、急性期医療を担う専門医から慢性期の「生活」を担うかかりつけ医まで、「生活機能」を重視した医療モデルの確立が必要となっている。

とくに重度化する在宅の高齢者を支援するためには、在宅医療の支援病床の充実が重要であり、そのためには有床診療所の病床の活用などがあげられる。すなわち、急増する高齢者や急性期病院の在院日数の短縮、介護保険施設の利用者負担増など在宅でのサービス利用者の増加が予想され、これに対応した有床診療所の在宅医療への取り組みや病床の活用が求められる。その上、有床診療所は地域の中の小規模入院施設という特徴を生かして、家族介護支援のショートステイ、終末期医療の対応など在宅医療の後方支援としての役割、そして療養病床だけではなく、在宅医療の充実のために医療型多機能サービスや小規模多機能型の居宅介護への取り組みなど多様化した機能を持つことが重要となる。21世紀の医療提供体制において、医療・介護のニーズに応える新しい機能を持つことによって、有床診療所の機能と社会的評価を再構築することが望まれる。かかりつけ医の関わりの下に、患者・利用者が在宅と医療・介護施設を行き来できるように両保険制度の障壁を緩和し、医療と介護の両面の問題解決を容易にする仕組みが求められている。

さらに、在宅医療を困難にし、継続できない原因として、認知症と虐待の問題があげられる。これについては、認知症の早期発見・治療や認知症高齢者に対するプライマリ・ケア充実のため、地域医

師会を軸とした医療機関ネットワークの体制整備が重要である。また、認知症高齢者の増加をふまえた地域における虐待防止や権利擁護のシステムづくりには、総合的な相談窓口機能を持つ「支援センター」に地域医師会が積極的に関与していく必要がある。

医療と介護が一体化した形で包括的な在宅医療の継続・推進のためには、介護者や訪問ヘルパーが行う「医行為」の問題がある。体温測定や血圧測定、軽微な切り傷、擦り傷、やけどなど専門的な判断や技術を必要としない処置などの「原則として医行為でないと考えられるもの」、在宅 ALS 患者に対する家族以外の者による「喀痰吸引」が一定の条件下でやむを得ない措置として厚生労働省によって許容されるようになってきている。これらの家族以外の介護者の医行為に関する医師の役割と責任のあり方について、医師法、保助看法、療養担当規則など幅広い検討が必要となっている。在宅という患者・利用者の生活の場において、生活機能の支援と専門職種の権限・機能をどう調整していくのか、新しい医療モデルにそった法体系を用意しなければならない。

在宅医療の真の担い手はかかりつけ医であることを自覚し、早期のスクリーニングによる介護予防から「生活機能」の維持・改善のためのリハビリテーション、そしてターミナルケアの支援まで地域ケアを完結させるキーパーソンとして活躍することが求められている。

(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

ケアマネジメントは、介護保険制度の創設とともに地域ケアをシステム化する理論として導入され、高齢者の医療と介護を包括化する方法として必須のものとなっている。

多職種によるケアカンファレンスは、適正で効果的な個別の介護

サービス計画（ケアプラン）の前提となるものだが、愛知県医師会での調査（平成 16 年度）によると定期的開催は 10%に満たず、必要に応じた開催の場合を加えても 60%にとどまっている。医師の参加となると 40%にすぎず、ケアカンファレンスの開催・参加に対する医師の意識は決して高くない。

しかし、ケアカンファレンスへの参加など医師とケアマネジャーとの連携こそが、介護保険制度におけるサービスの質と量を効率化するものである。調査結果によると、ケアマネジャーやサービス事業者が最も連携を取りたいと望んでいる相手が医師であり、同時に最も連携しにくい相手も医師があげられている。ケアマネジメントにおける医師の役割・期待の大きさとその課題が明らかだが、多くの医師にとって医療だけを提供できれば良しとする考えや、介護保険は収入につながらないという考えがあり、ケアマネジャーと積極的に関わろうとする意識も希薄であるなどがその背景にある。

こうした介護保険やケアマネジメントに対する医師の意識改革には、地域医師会単位での医師の教育・研修、日本医師会・都道府県医師会による教材の作成や講師の派遣・紹介など積極的な支援が求められる。高齢社会において地域の医師が医療に継続して携わっていくには、介護保険やケアマネジメントに対する理解と知識の習得が必要であり、主治医機能を初めて法制上位置づけた「主治医意見書」をベースとした地域医療、地域療養に関する理解と多職種連携、ケアマネジメントの意識改革などについて、地域医師会の積極的な取り組みが望まれる。その具体的なひとつの方法が、「ケアマネタイム」である。

この「ケアマネタイム」とは、医師がケアマネジャーと利用者に対する相談を行う時間帯を設定することをいい、医師とケアマネジャーの連携、介護サービスの利用における医療の必要性と医師の関わり方を利用者と共有しようというもので、すでに東京都医師会、京都府医師会、高知県医師会、長崎県医師会などで実施されている。

このアンケートの結果、ケアマネタイムに協力できる医師・医療

機関が地域医師会ごとに明らかにされ、長崎県ではケアマネジャーから医師への照会件数が40%アップした報告もある。いずれにせよ、医師にとっては介護に医療を反映させることが可能となり、ケアマネジャーにとっては医療の問題点の具体的な把握と「主治医意見書」を上回る情報によつて的確なケアプランの作成ができるメリットは大きい。現実にはケアマネジャーの多くが医師との連携や医療情報の重要性を認識しているにもかかわらず、思うような連携はまだできていない。たとえば京都府医師会の調査によると、「利用者の状態変化を主治医に伝えているか」の質問で、「概ね伝えている」33%、「ほとんど伝えていない」29%という状況で、また「主治医からの状態変化について連絡があるか」の質問では、「ほとんどない」45%と両者の溝の大きさは再認識する必要がある。

より適正なケアマネジメントの実施のためには、医師とケアマネジャー双方の意識改革と相互理解が求められるが、ケアマネタイムの導入や交流会・研修会の共同実施など地域医師会の積極的な取り組みが不可欠である。

(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推進

介護保険の大きな目標のひとつに、社会的入院の解消と在宅ケアの推進があり、急性期病院においては在宅への復帰を目標とした退院後を見通したケア体制の構築が求められている。すなわち、①患者が紹介医により適切に高次転送される→②急性期病院・高次病院で適切な治療を受ける→③患者がすみやかに紹介医のところに戻る→④退院後すみやかに在宅で在宅ケアを受けるというプロセスの中で、③と④の病診連携を迅速・円滑に進めるためには、急性期病院における退院支援センターや地域医療連携室などの整備・充実とともに、在宅ケアの下で、かかりつけ医を中心とした看護、介護、通

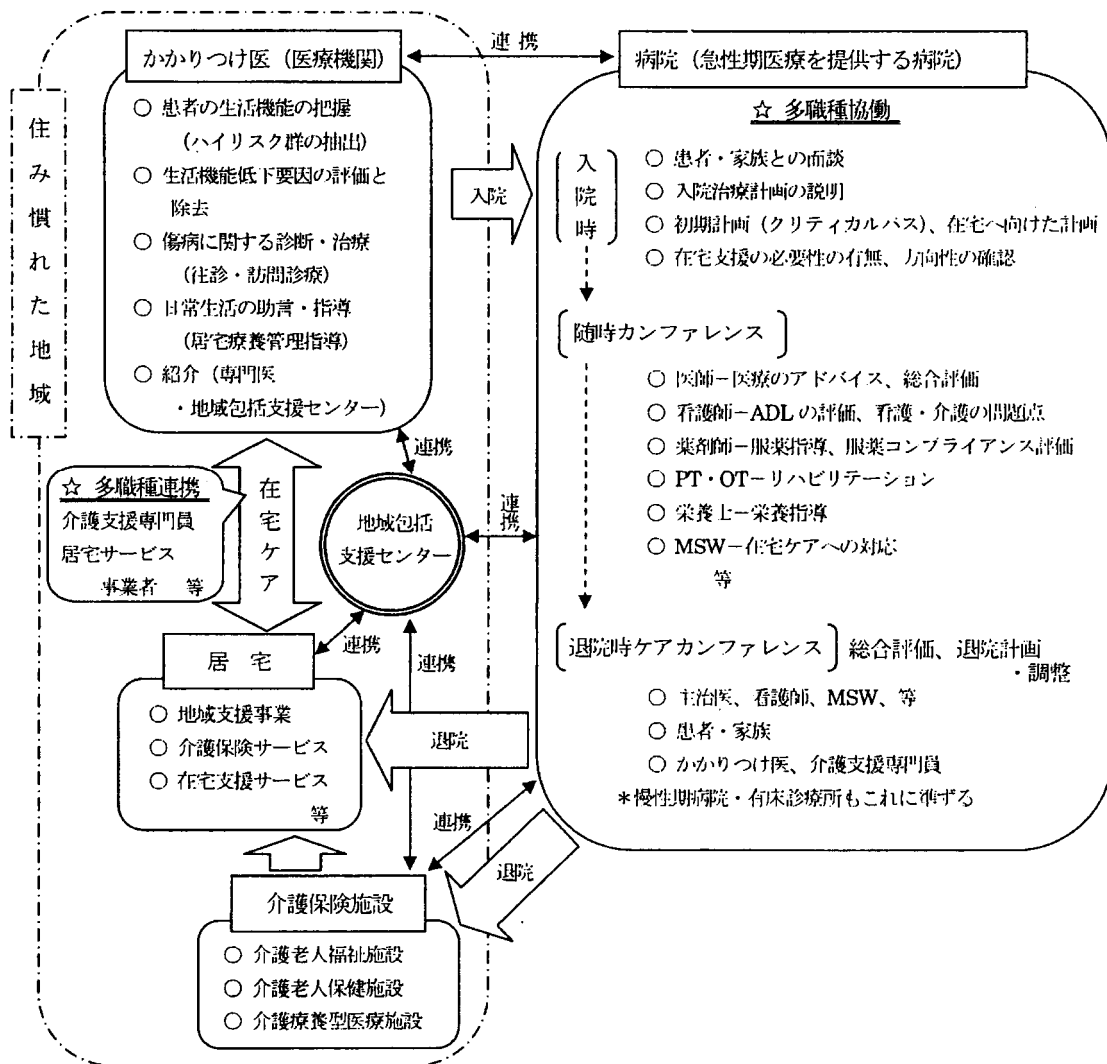
所リハビリテーション等、在宅サービスなどのネットワークづくりが必要となる。

静岡県医師会の県内 103 の病院に対するアンケート調査によると、退院支援の方針について、「一応はある」55%、「明確に定まっている」13%で、とくに方針はないというところも 30%ある。地域連携室など専門の部署を作っているのは 59%だが、病棟や診療科ごとに対応しているところが多いという。退院支援の担当者は、看護師が 57%と最も多く、社会福祉士が 48%と続いている。また、要介護認定を受けている患者の退院支援には、退院時のケアカンファレンスが重要となるが、退院時に実施しているのは 37%と 3分の 1 強にとどまり、とくに実施していないところも 17%ほどある。そして、ケアカンファレンスの構成メンバーも 42%は院内スタッフのみで行っており、院外の医師やケアマネジャーが参加しているのは 19%にとどまっていた。

こうした退院支援に関する調査によって病院の現状は、①退院は医師が勝手に決めていた。②退院指導の内容も服薬や処置に限られていた。③病院の医師や看護師には介護サービスや介護施設への関心が薄かったなどが明らかになった。しかし、患者・住民にとっては病院もひとつの医療資源にとどまり、他の医療機関や保健・介護・福祉などの社会資源とのネットワークが求められている。急性期病院は自己完結型のケアから在宅ケア資源と結びついて地域完結型の医療施設へと脱皮を迫られている。すなわち、高齢者が住み慣れた地域で生活していくためには、多職種が連携し、継続してフォローしていく包括的・継続的マネジメントの確立が不可欠である。とくに退院時のケアカンファレンスを院内で、主治医と病院関係者だけでなく、かかりつけ医やケアマネジャー、訪問看護師など在宅関係の職種も参加して実施すれば、患者は安心して在宅医療や在宅介護に移行することができる。さらに、在宅医療を継続するための訪問診療や訪問看護のニーズが増加し、退院時のケアカンファレンスでの在宅医療・介護の調整は患者の在院日数短縮に対する不満解消に

も貢献して、より良い在宅医療の実現につながっている。以下の図「地域における患者（利用者）の自立支援システム」にみるように、退院時のケアカンファレンスが在宅療養のスタートであり、かかりつけ医をはじめさまざまな職種が参加する在宅療養の支援体制が整備されてこそ、患者は安心して在宅、地域に戻れるのである。

地域における患者（利用者）の自立支援システム



これは診療所にとっても同様である。その一例が在宅医療に熱心な医師が集まって結成された『長崎在宅 Dr. ネット』である。その

大きな目的には、①グループとして在宅医療の受け皿となる。グループ内の連携により 24 時間 365 日の対応を行う。②病診、診診連携により地域住民に可能な限り継続的・効果的な在宅医療を提供する。③相互に医療上の相談、医療情報の共有を行い、医療の質の向上をめざす。— などがあげられており、病院からの退院支援の依頼に応え、在宅主治医の紹介と介護・福祉との連携によるケアマネジャーの決定、ケアプランの作成を原則に退院時のケアカンファレンスに在宅主治医が参加し、在宅医療につなげる取り組みが行われている。

このようにみると、急性期病院、診療所、そしてかかりつけ医等も利用者・患者にとって等しく在宅ケア資源の一部であり、地域での包括的なケアマネジメントが求められている。その展開の上で地域医師会の役割は大きい。