

## 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/I	長男	03-	〇〇市民病院	〇〇医院	2ヶ月に1度	心不全	左腕骨折 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	Y/M	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・血痰 肺非定型抗酸菌症	コバシル錠 ムコソルバン ムコダイン クラリット			
3	S/M	10月1日	大正14年6月18日	81	申請中	S/K	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 陳旧性胸腰椎圧迫骨折	腰痛症 骨粗しょう症 陳旧性胸腰椎圧迫骨折	ロルカム錠4mg ムコスタ錠100mg	ボルタレン SP50mg	セルタッチ MS温シップ	
4																	
5																	

### 3. 介護付有料老人ホーム開設趣意書の策定

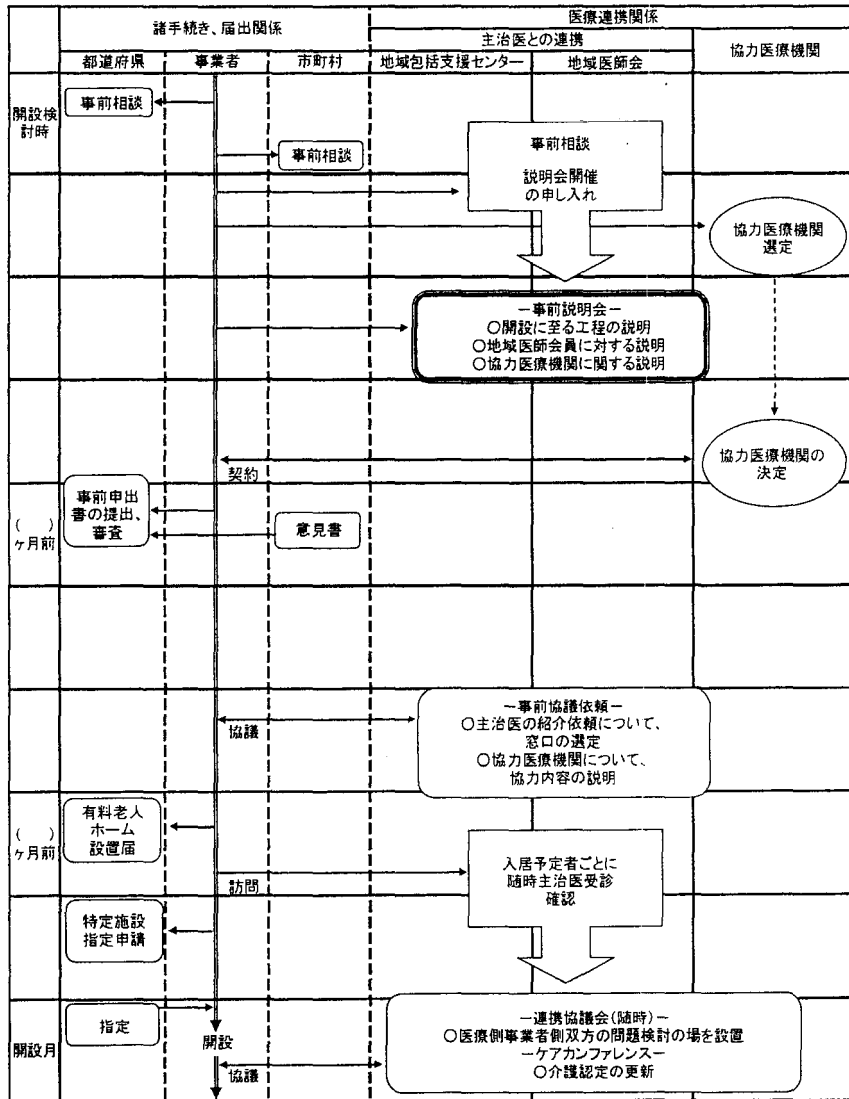
焼津市医師会在宅支援事業部運営会議の議論を踏まえて、事業者が介護付有料老人ホームを開設する場合、協力医療機関との提携はもとより、近隣の医療機関、すなわち主治医との連携を図るための窓口として、地域医師会へ協力を求める働きかけは重要である。

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

(図表4・添付資料1) 介護付有料老人ホームの開設に至る医療連携を中心とした工程



(図表4・添付資料2) 事前説明会のご案内

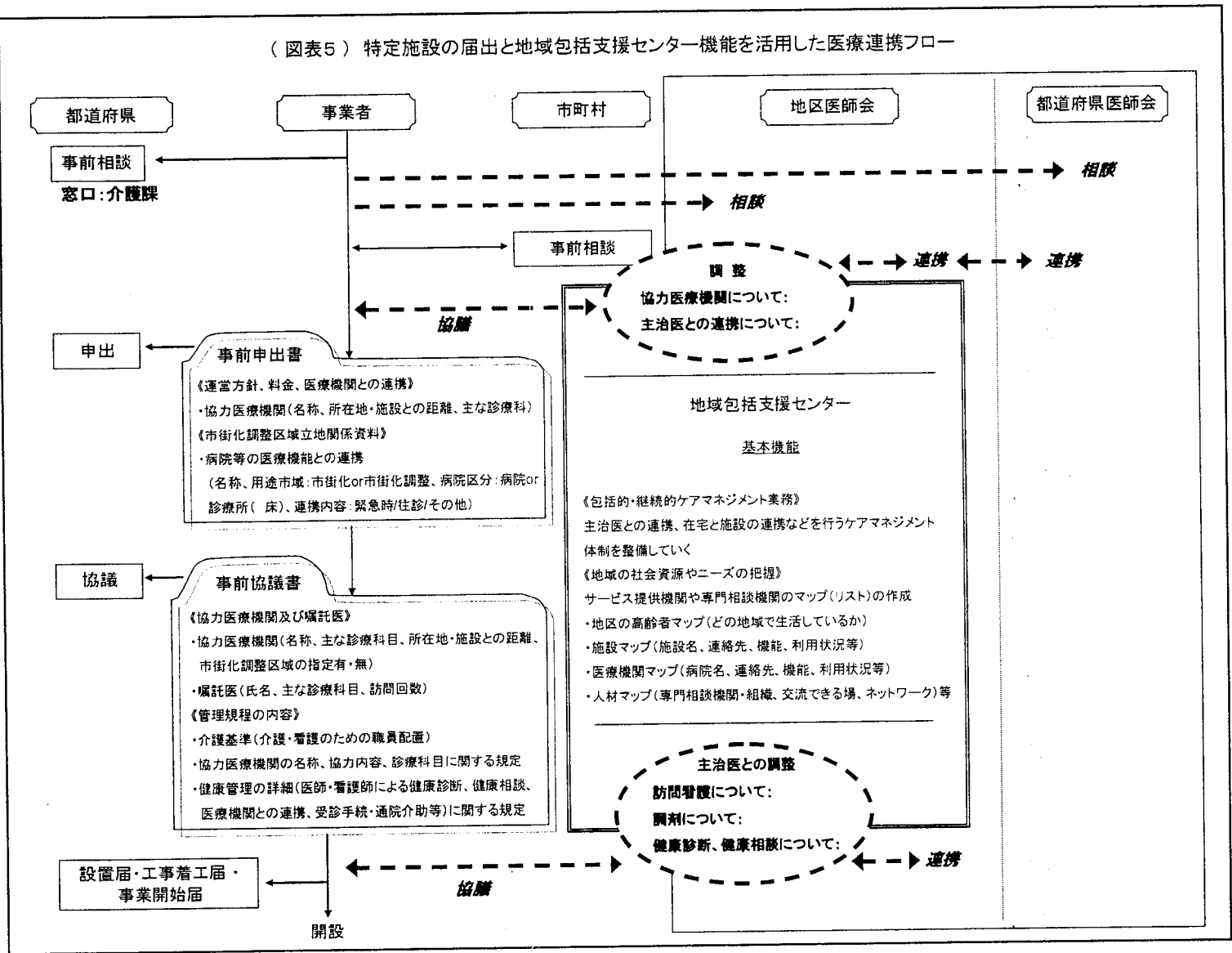
主催 開催日 開催場所 説明事業者の名称 説明者	〇〇市医師会 平成〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇市医師会
開催の主旨	事業者が開設を予定している介護付有料老人ホームについて、都道府県・市町村への事前相談を行なった旨、報告すると共に、施設開設に必要な医療連携について、地域医師会に理解と協力を得る事を目的とする。
説明内容	
開設事業者の概要	1、主体となる事業者の概要 2、事業者の運営理念 3、地域医療・介護福祉分野の事業実績
開設予定施設の概要	1、施設概要 2、職種別の従業員の数及び勤務形態(予定) 3、提供する介護サービスの概要
主治医との連携	
医療	1、通院 2、往診 3、訪問看護 4、調剤 5、重度化した場合における対応に係る指針 6、遠方からの入居
健康管理	1、定期健康診断 2、健康相談
要介護認定	1、主治医意見書 2、認定時の検査 3、施設介護計画策定
協力医療機関との提携	1、夜間・緊急時の対応 2、入院・退院時の対応
その他	



4. 特定施設の届出と地域包括支援センター機能を活用した医療連携の活用  
 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）。

（図表5） 特定施設の届出と地域包括支援センター機能を活用した医療連携フロー



#### 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

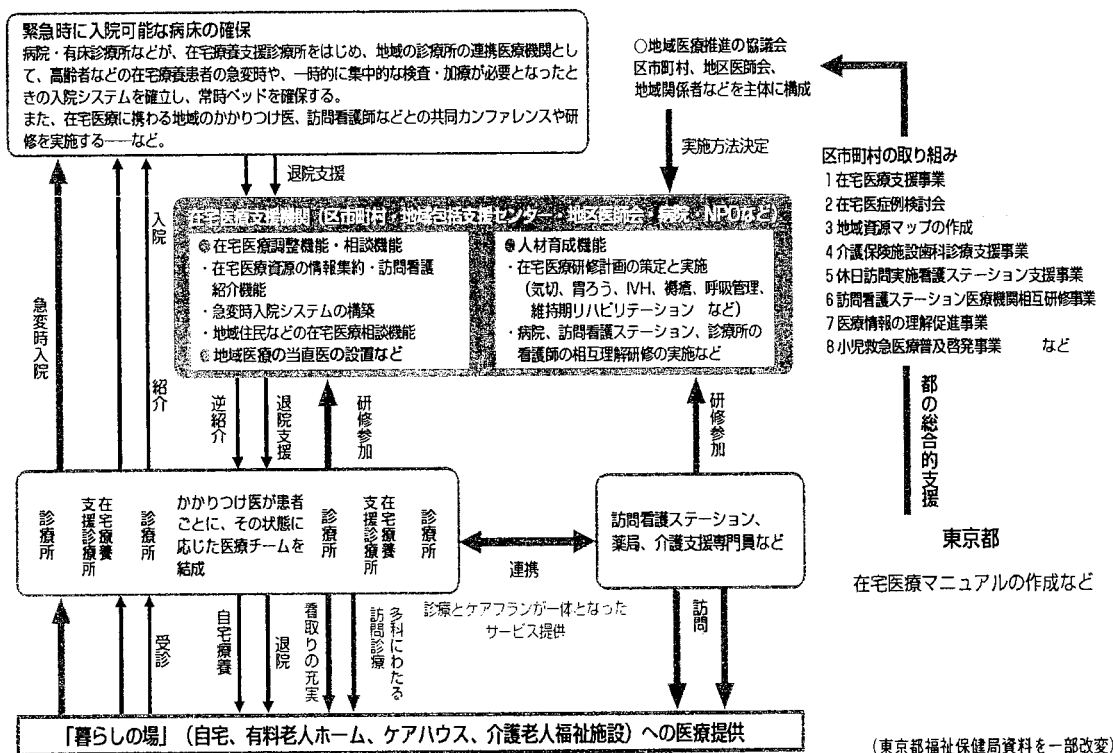
委員 玉木 一弘（東京都医師会 理事）

東京都医師会と東京都は在宅医療の普及促進に関する検討会を通じて「地域に支えられる在宅療養基盤強化」の構想をまとめ、都の区市町村包括補助事業における対象事業とした。地域自治体を活動主体とした在宅療養支援機関の立ち上げ、在宅療養におけるチーム医療や多科連携の促進、後方病床の確保、訪問看護ステーション間の相互連携、在宅療養情報の提供、人材育成研修などの包括支援を行うことを骨子としているほか、大都市部から過疎地に至るまでの地域特性に見合ったより創造的な活動も補助対象としている。

具体的には、下町の過密地域で、専門機関の医療リハビリテーションから訪問による生活リハビリテーションまでの一貫した地域リハビリテーション体制作りを核とした基盤強化案、郊外で急激に高齢化が進む大規模団地での基盤強化案などが、地域医師会からの提案に基づき計画されている。

また会員や関係職種を対象とした在宅医療ガイドブックを都の補助により作成している。

東京都・区市町村・医師会などの協力による在宅療養基盤強化の構想



## 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

委員 中尾 正俊（大阪府医師会 理事）

厚生労働省は、地域リハビリテーション支援体制整備推進事業（平成12年から5年間）を実施し、その事業を踏まえ、平成16年～18年にかけて大阪府（大阪府の北部、豊能・三島圏域）でも脳卒中等地域リハビリテーション支援実践モデル事業を立ち上げました。

約140人を対象に調査した結果によると、自宅に戻った人の7割は、ADLは回復していましたが、8割近くの患者にQOLの低下を認め、約1割が脳卒中再発作を発症しており、再発率が高いことも判明しました。また、急性期病院の医師の中には、回復期リハビリテーション病院が必要としている情報を十分把握しておらず、医療連携も十分とはいえない状況も明らかになりました。加えて、回復期病院の不足、リハビリテーション専門医などの人材不足、維持期に受ける訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションといったサービスも不足している医療圏が大阪府内にもいまだにあり、今後、脳卒中患者の増加が予想されるだけに、このような課題に対して地域連携システムの早期構築が、今回策定の保健医療計画にも求められています。

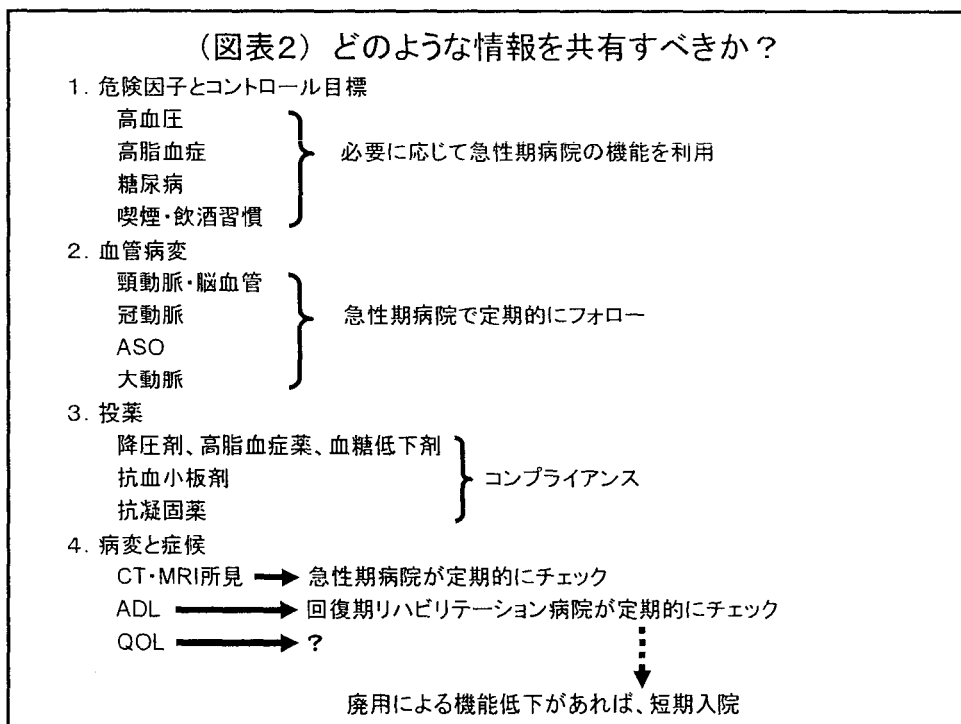
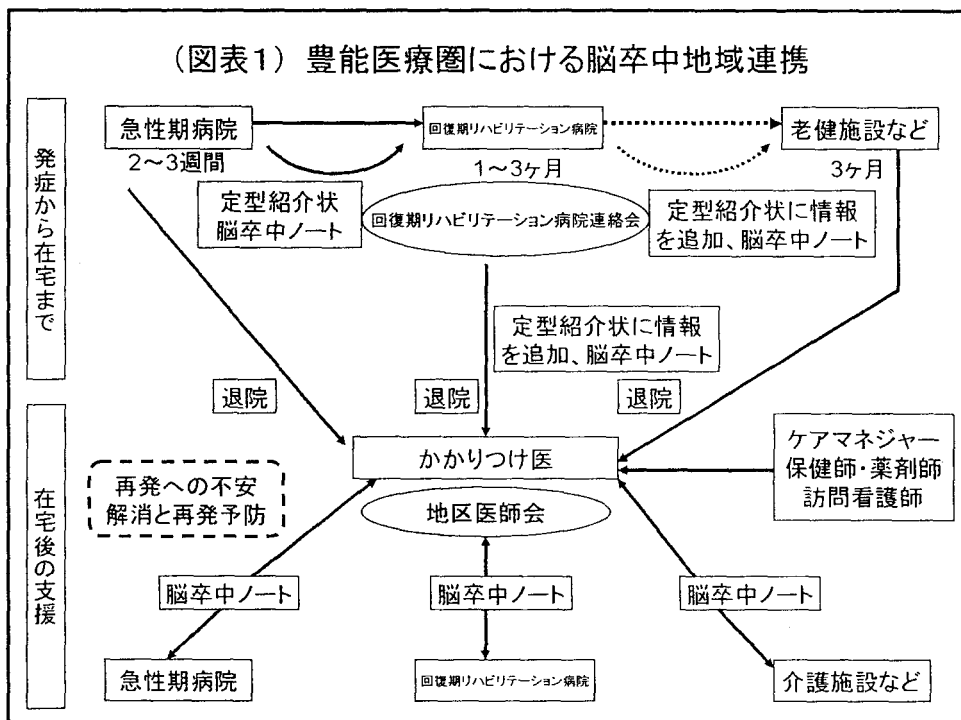
脳梗塞を発症した患者は、退院後も自宅や介護施設から「かかりつけ医」に通院し、維持期リハビリテーションが継続されます。しかし、患者の医療情報が「かかりつけ医」に伝わっておらず、脳卒中が再発することも少なくありません。脳梗塞を一度発症した患者には、再発の不安がつきまとい、「かかりつけ医」に診てもらっても納得のいく説明を聞けないとの不安もあります。そこで、安心した診療体制とするためには、急性期病院で半年に1回、専門医の診察を受け、MRIやCT検査など頭部の画像検査を受ける地域完結型医療提供体制が構築されなければなりません。また、リハビリテーションも、定期的に回復期病院でチェック・評価され、患者に適切なアドバイスができる体制が構築されなければなりません（図表1、2）。

ただ、脳梗塞患者を支援するためには、急性期病院、回復期病院、「かかりつけ医」が患者情報を共有していないと駄目で、豊能医療圏では、国立循環器病センターを中核とする急性期病院群、25病院で作る回復期リハビリテーション病院連絡会や地区医師会で地域連携のツールとして、「定型紹介状」や「脳卒中ノート」が作成されており、本格的に地域連携が進められています。

特に、「脳卒中ノート」の中には、脳卒中のタイプや発症時期、病変はどこにあるか、既往歴や気をつけなければならない危険因子、麻痺の状態などが記載されており、リハビリテーションをしてADLが時間の経過とともにどう変化しているかもわかるように配慮されています。また、「妻と一緒に旅行に行きたい」といった短期目標をケアマネジャーなどと

一緒に立てて、生きがいを感じてもらい、患者がこのノートを持ち歩けば、日本全国のどの病院でも安心して診てもらえる地域医療連携体制が構築されればと考えております。

なお、情報を提供いただきました国立循環器病センター内科脳血管部門の長束一行先生に深謝いたします。



## < 補 足 2 >

各地域・各医師会から多く受ける質問や問題点とされる意見の中で、すでに解決されていると考えるものを、報告書の補足として以下に掲げた。

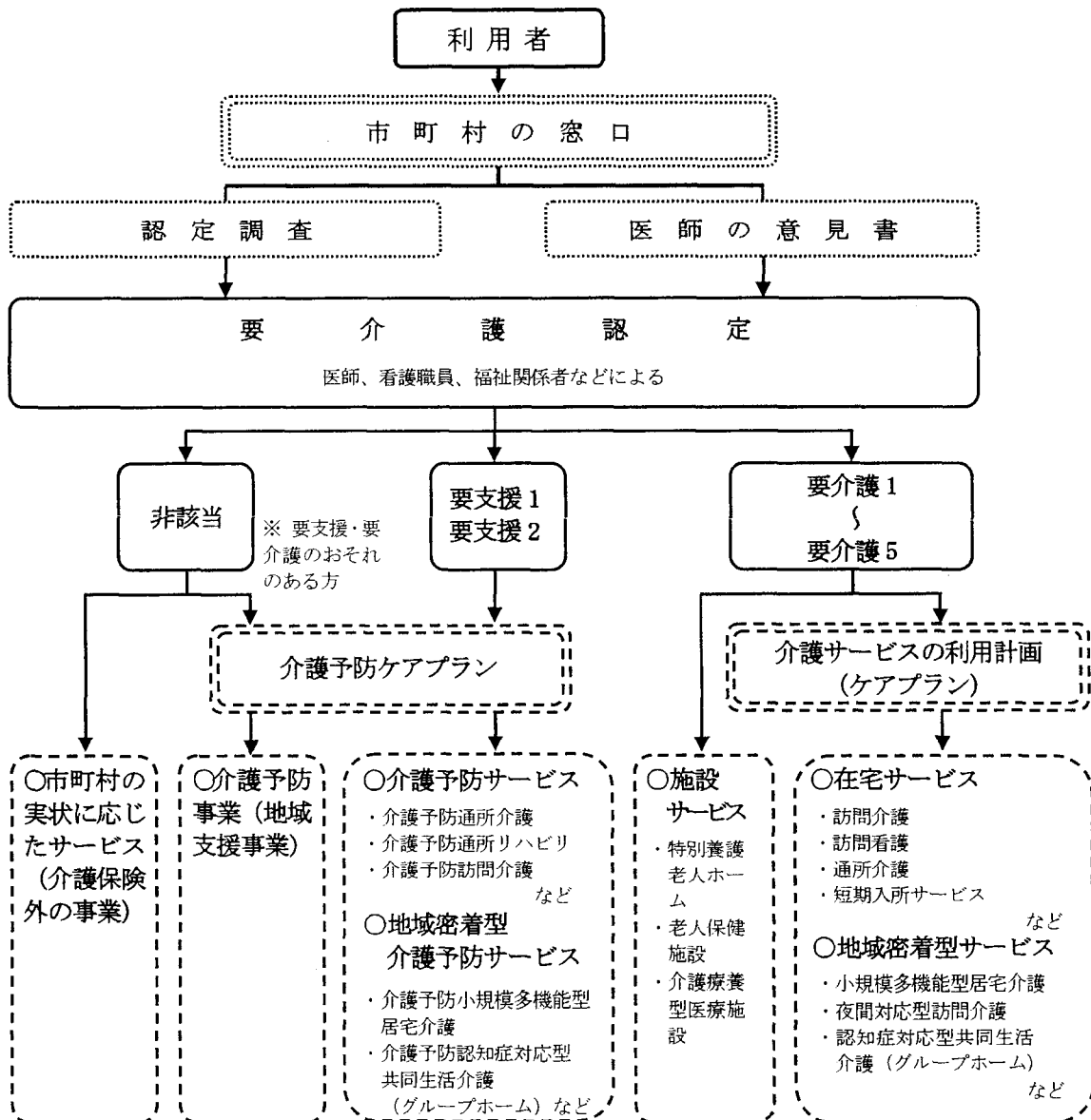
1. 介護保険制度の流れ・・・・・・・・・・・・・・・・ 31
2. 主治医と総合医・・・・・・・・・・・・・・・・ 32
3. 訪問看護について・・・・・・・・・・・・・・・・ 34
4. 訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションについて・・・・・・・・ 35



## 1. 介護保険制度の流れ

介護保険制度では、65歳になると市区町村から介護保険被保険者証が交付される。しかし、被保険者証をサービス事業者に提示するだけでは、介護サービスは提供されない。介護サービスを利用するためには、まず市区町村に要介護認定の申請を行い、要介護認定を受ける必要がある。介護保険制度の対象者からの申請を受けて市区町村は訪問調査を実施し、そして主治医から意見書を入手し、コンピュータによる一次判定、認定審査会による二次判定を経て要介護認定を行う。要介護認定により決定された要介護度をもとに、原則として利用者から選ばれたケアマネジャーが利用者の状況を把握してケアカンファレンスを開き、介護保険法の目的に沿ったケアプランを作成し、そして介護サービスを提供していくのが原則的な介護保険制度の流れである。

### 《介護サービスの利用手続き》



介護保険法第一条「目的」では、「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」と規定している。

医師をはじめとする多職種連携により、要介護状態にある者の有する能力に応じて自立した日常生活を営むことの支援を介護保険制度は目的としている。そのため、介護保険制度で最も大事な作業は、要介護状態にある者の状態に見合った適切な要介護度を決め、ケアカンファレンスによるケアプラン作成と、それに基づいた介護サービスを提供することである。

「主治医」には、要介護認定に必要な「主治医意見書」の記載、介護認定審査会への参加、ケアプランの作成・見直しへの指導・助言を通じての協力など、多様かつ重要な役割がある。具体的には、「主治医」は医療を提供することによる医療保険における評価に加えて、介護保険においてはケアマネジャーをはじめ多職種との情報共有を「居宅療養管理指導」として評価されている。

## 2. 主治医と総合医

---

医療制度改革に伴い後期高齢者医療制度が提案され、その医療のあり方が検討される経過において、「総合医」が提案され議論が展開されている。そして、本来の医師のあり方の議論と平行して、診療報酬での評価が絡む等さまざまな憶測が流れている。従来からの「かかりつけ医」やこの「総合医」は、医師としての機能や役割には一致が見られるが、制度論として議論される場合にはさまざまな視点があり容易に一致されない現状がある。「総合医」の議論が機能・役割論に限られれば、「かかりつけ医」と全く同様であり、制度論から離れて機能・役割論として議論され整理されることを期待する。同様の議論は過去にも「家庭医」の検討の際にも行われ、その時にも制度論と機能論の混乱がさまざまな誤解を生んだ。また介護保険制度における主治医意見書の議論においても、「かかりつけ医」と「主治医」の違いについて多くの議論があったことも記憶に新しいところである。さまざまな議論に惑うことなく、地域住民から生活や人生を支える医師として選ばれ、そしてその期待に応える医師すなわち「かかりつけ医」を再認識すべきである。

「総合医」の議論の発端となった後期高齢者医療制度では、患者を総合的に診る取り組みの推進が議論され、後期高齢者の心身の特性等を踏まえて、主治医には外来医療におい



て以下の役割を担うことが求められた。

1. 患者の病歴、受診歴や服薬状況、他の医療機関の受診状況等を集約して把握する。
2. 基本的な日常生活の能力や認知機能、意欲等について総合的な評価を行い、結果を療養や生活指導で活用する。
3. 専門的な治療が必要な場合には、適切な医療機関に紹介し、治療内容を共有する。

さらには、「後期高齢者の生活を支えるためには、受診歴、病歴、投薬歴などの情報や前述の総合的な評価の結果について、医療従事者間の情報の共有を進めるほか、介護・福祉サービスとの連携を進めるため、主治医等とケアマネジャーを中心として、相互の情報共有を進める必要がある。また、医療や介護・福祉サービスについて、患者や家族の選択等に資するために、患者や家族に対する情報共有を進める必要がある。必要なカンファレンスの実施等も含め、このような情報の共有と連携を進める。」ことを期待している。

後期高齢者医療制度における医療のあり方の基本的な視点については、日本医師会が2007年1月提示した「在宅における医療・介護の提供体制—『かかりつけ医機能』の充実—指針」における『将来ビジョンを支える3つの基本的考え方』が大きな影響を与えている。そのためこの「総合的に診る取り組み」については、介護保険制度における医師の役割と共通する部分が多いため、あらためて介護保険制度における医師について再確認することで理解できる。

医師の機能や役割として、疾病の診断・治療をすることが挙げられるのは当然であるが、それだけではなく健康を支えること、生活を支えることも重要である。すなわち医師には地域の住民の生活や人生を支える使命がある。しかし、介護保険制度が施行されてあらためてさまざまな役割が地域の医師に期待されると、多様な戸惑いが地域の多くの医師に見られる。

高齢者が疾病や障害を抱えつつも住み慣れた地域で生活を続けるためには、疾病や障害を的確に診断し治療する専門医としての医師、そして病状の安定した患者の身近に存在して病気のみならず生活をも支援する医師等、複数の医師が必要であり高齢者の状況に応じてそれぞれが主治医である。それらの主治医が各々の役割を互いに認識して互いに連携することは、患者が地域での生活を維持していく上には不可欠である。すなわち、病院の専門医としての主治医と地域の主治医いわゆる「かかりつけ医」が、適切な役割分担と連携を通じて患者の医療と生活を支えることはまさに医療連携であり、介護保険制度においてもこの医療連携は重要である。さらに、地域での患者の生活を支援するため、ケアマネジャーやさまざまな関係者との連携と協働が必要である。

介護保険制度における主治医意見書は、要介護認定ならびにケアプラン作成に利用され、その役割は大きい。主治医意見書には診断書としての記載に加えて、患者が日常生活を営む上での「介護の手間」を適切に表現する必要がある。この「介護の手間」は、患者の日常での生活機能を熟知している医師でなければ適切に表現できない。通常の診療において

も、特に食事、排泄、入浴、外出、運動などの日常生活動作についての評価を行い、また認知症の症状を有する患者の家族に適切な対応や見守りを指導する等、日頃から患者やその家族の地域での生活を支える行動が望まれる。このような行動を実践し、主治医意見書に「介護の手間」を十分に表現できる医師が「主治医」であり「かかりつけ医」である。そのため、適切な介護サービスが提供されるためにも、どのような医師を「主治医意見書を記載する医師」として選択するかの視点は、介護保険制度を利用するには重要である。

主治医いわゆる「かかりつけ医」が、地域での医療・保健・福祉の連携に果たす役割はますます重要である。中でも、これからの高齢社会における地域医療において、日頃の相談を通じて住民の健康を保持し、医療が必要な時には適切な判断のもとに医療機関を選択すること、さらに病気を抱えながらも居宅においての生活を望む患者と家族に対する支援を行うことにより、患者や家族の利益を守ることが「かかりつけ医」の役割である。

総合医についてはまだまだ議論が行われる予定であるが、医師が地域において「かかりつけ医」の役割や機能を再認識し実践することが重要である。そして、以上で述べてきた「かかりつけ医」の役割や機能を医師個人の能力として認識するだけでなく、地域医師会が率先して医療連携や多職種協働を推進することにより、地域として「かかりつけ医」あるいは「総合的に診る医師」の実現に向けた議論が行われることを期待する。

### 3. 訪問看護について

---

訪問看護は医師とは密接な連携を持って提供され、患者の在宅療養において、特に在宅医療には欠かせない重要なサービスである。医師の訪問看護指示書によって、患者に必要な診療上の補助ならびに療養上の世話のサービスが提供される。しかし、現状では訪問看護の意義が十分に理解されず、残念ながら訪問看護師の専門性が生かされていない。

訪問看護は、医療保険から給付される場合と介護保険から給付される場合があり、そのため利用に際して混乱が見られる。

65歳以上の高齢者で要支援あるいは要介護と認定された場合には、訪問看護は原則として介護保険から介護サービスとして提供される。介護保険での介護サービスが提供されるためには、必要と判断した医師が訪問看護指示書を記載し、ケアマネジャーが作成するケアプランに基づいて提供される。しかし、要介護認定がなされると個々の利用者に対して利用限度額が設定されるため、訪問介護サービスより単価が高い等の理由により訪問看護サービスが敬遠される傾向がある。これは訪問看護の意義が十分に理解されていないためであり、この点と併せて医師の訪問看護指示書が適切に活用されるためにも、医師のケアカンファレンスへの参加が望まれる。

医療保険の給付として、訪問看護では要支援・要介護者以外の人、急性増悪した人、末

期の悪性腫瘍をはじめとする厚生労働大臣の定める疾病の人、精神科の訪問看護を必要とする人に対して提供される。医療保険からの給付にも、医師による訪問看護指示書が必要である。介護保険で訪問看護を利用しているも、特に急性増悪した時には特別訪問看護指示書により医療保険から訪問看護が提供される。この特別訪問看護指示書により「14 日間以内は介護保険を利用しているも医療保険にて訪問看護は実施できる」という点については、適切に理解し活用すべきである。

#### 4. 訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションについて

---

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションの各々の事業者は、診療所、病院そして介護老人保健施設に限られている。このことは、リハビリテーションを提供する理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）に対して指示する医師が必要であることを意味している。

また介護保険制度の介護サービスは、原則としてケアプランに沿って提供されることが必須であるため、サービスを利用するためにはケアプランに明記される必要がある。ケアプランはケアマネジャーが開催するケアカンファレンスで検討され、サービスの必要性が本人や家族にも了解されたケアプランが作成されてはじめてサービスが提供される。

さらに、適切なリハビリテーションは、医師、PT、OT、ST 等の多職種により作成されたリハビリテーション実施計画書に基づいて提供される必要がある。この際の「医師」に対して、多くの現場で誤解が認められる。この場合の「医師」は、訪問リハビリテーションそして通所リハビリテーションの事業所の医師である。利用者の主治医がこの事業所の医師と異なる場合には、主治医は事業所の医師に対して情報提供書を用いて患者の病状や居宅での状況等を報告し、リハビリテーションを依頼する。事業所の医師はその依頼に基づいてあらためて診察等を行い、そしてリハビリテーション実施計画書を作成し PT、OT、ST に指示するのである。

訪問リハビリテーションを提供する事業者が現状ではまだまだ少ないために、適切にサービスが提供できない実情は理解できるが、訪問看護ステーションの PT 等により提供されるリハビリテーションは、あくまで訪問看護の一環として提供されるサービスのため、この違いには十分な注意が必要である。また、訪問看護ステーションからのサービスは訪問看護指示書によって実施されるため、訪問リハビリテーション事業者から提供されるサービスに対しても訪問看護指示書で依頼される誤解がある。訪問リハビリテーション事業所からのサービスは、主治医の診療情報提供書の依頼で始まり、その訪問リハビリテーション事業所の医師を中心に作成されるリハビリテーション実施計画書に沿ってリハビリテーションが提供されるものである。