

- 看護職員については、看護師の本来業務をより明らかにし、適切に他職種との役割分担を図るとともに、急性期の病院医療や、慢性期疾患を抱える高齢者等の在宅での療養を支える訪問看護の提供に求められる水準を満たす看護師の養成が必要である。また、新たな取り組みとして注目されている「院内助産所」や「助産師外来」等を推進していく上で、産科医との信頼関係を築いた上で助産を責任を持って担える助産師の養成が必要である。
- また、近年増大している書類の作成等医療職でなくても可能で、かつ専門的に行った方が効率的な事務について、事務職の積極的な活用を検討することが必要である。

(医師のへき地勤務義務づけについての検討と当面の対応)

- へき地等の医師確保が極めて困難な地域を抱える地方公共団体からは、例えば開業前にへき地勤務を義務づけるなどの規制をしてでも医師不在への対応を図ってほしいとの強い要請があるが、このことについて、へき地医師確保のための対策として全医師に個人として義務づけることの合理性を、自由開業制をとる制度体系の中でどのように位置付けるか等の論点にも留意しつつ検討することが必要である。

当面は、へき地での勤務を拠点病院(マグネットホスピタル)に勤務する医師のキャリアパスにしっかり組み込むルールを構築し、ここから派遣する仕組みが適切と考えられ、とりわけ、全国的な病院ネットワークを有する団体に働きかけていく必要がある。

3. 開業医の役割の重視と総合的な診療に対応できる医師の養成・確保

- ◎ 「夜間や休日などの身近な場所での医療に不安がある」という問題に対しては、開業医の果たすべき役割を重視し、機能を明確化していくこと、すなわち、一次的な医療の窓口としての機能、身近な地域での時間外診療や往診・訪問診療の実施等が求められる旨を明確化していくことが必要である。

また、併せて、臓器別の専門医だけでなく、人間全体を診る総合的な診療に対応できる医師の養成・確保を図ることが必要である。

(開業医の役割・機能の明確化)

- 病院と診療所の連携をはじめ、地域の医療連携体制構築の実現のためには、開

業医の役割の明確化が必要である。開業医に今後、より期待される役割として、例えば、

ア 地域で在宅当番医制のネットワークを構築する、又は少なくとも休日・夜間の救急センターに交代で出務する

イ 時間外でも携帯電話で連絡がとれること

ウ 午前中は外来、午後は往診・訪問診療という経営モデル

エ 在宅療養支援診療所としてグループによる対応も含め24時間体制での対応（特に高齢者。看取りを含む。）を行う

といった取組が本来期待されていることを明確にするとともに、その評価を明らかにする必要がある。

（在宅主治医の位置づけの必要性）

○ 長期療養を必要とする高齢者など継続的かつチームでの医療を必要とする者については、その患者が、普段自分がかかっている医師の中から在宅主治医を選ぶこととし、その在宅主治医が、必要に応じ関係する医師の間の調整を行うとともに、担当患者の再入院や退院時のケアカンファレンスにおいて中心的な役割を担ってもらふことになれば、患者にとって望ましい療養がなされやすいのではないかと考える。

【資料p19参照】

○ 病気になるまでは地域に主治医がいない患者の場合でも、脳血管疾患、骨折等で入院した高齢者等が、予め公表された地域の医師の中から在宅主治医を選び、当該医師が退院前カンファレンスや退院後の健康管理を担ってくれる仕組みができることは、住民の安心につながる、と考える。

（開業医のチーム化と研修の必要性）

○ 診療所は医師一人のところが多く、こうした診療所でも24時間の在宅医療を提供できるようにするためには、複数診療所の医師のチーム化や on the job でのトレーニング（研修）等に関する支援が行われることにより、医師一人の診療所であっても、看取りも含め24時間体制での連絡や相談といった機能を果たすことのできる体制を検討する必要がある。

【資料p18参照】

例えば静岡市においては、市医師会が中心となって、消防と連携し、在宅療養中の方に事前にカードを配付し必要事項を記入してもらうことにより、その患者の緊急入院が必要な時、あるいは看取りが必要な時に、関係の病院や医師のグループとの連携が円滑に行われるようなシステム化を図っている。このようなものを含め、開業医のチーム化や研修の具体化には、地区医師会の調整機能が不可欠であると考えられる。

【資料p21参照】

また、4. に後述するとおり、在宅医療を行うためには、訪問看護ステーションやケアマネジャー等の地域の資源と共同・連携して在宅の患者を支えていく必要がある。

る。

(総合的な診療に対応できる医師の位置付けの検討)

- 臓器別の専門医だけでなく、人間全体を診る総合的な診療を行える医師の養成が必要である。このことについては、新たな医師臨床研修制度により方向性を明らかにしているところであるが、さらに、こうした医師の位置付けについて、関係団体・学会の意見も踏まえつつ検討を行う必要がある。

この場合、現在既に専門医として位置付けられている段階にある医師と、今後専門医を目指す段階にある医師とを分けて整理する必要がある。

例えば、総合的な診療を行うことについての修練を積んでいない専門医が開業するに当たっては一定の研修を必要とする仕組みについても、今後、関係者間で議論していく必要があるのではないか、と考える。

(在宅医療を担う医師を活用した on the job での養成システム)

- 当面の対応としては、現在の在宅医療を担っている医師が、on the job で総合的な医療を行う力量を増していく方向を目指すということになると考えられる。そのような観点に立った養成システムについて、具体化のための検討を速やかに行う必要がある(4. 参照)。

(患者を適切に紹介できる医師の育成・確保)

- 今後の医師の養成に当たっては、病院と診療所の機能分化の方向性(1. 参照)を踏まえることも重要である。情報の非対称性(通常の財やサービスと異なり、当事者間で持っている知識や情報量に差があり、利用者が最適・正確な選択ができない)がある医療の分野においては、患者が自己判断(診断)して数多くの医療機関から受診先を選ぶことより、専門家である医師が判断して患者に適切な情報を提供する方がより望ましいと考えられることから、患者との間に立って各医療資源への振り分け機能を発揮できる医師の育成・確保を図る必要がある。

- 医師の側においては適切な説明を行うよう努めること、患者の側においては本来医療は不確実であることについての理解を持つことが求められる。かかりつけの医師を持っている者の方が、そうでない者より、受けた医療への満足度が高いという調査もある。かかりつけの医師と患者の信頼関係を基礎として、紹介された病院におけるその後の治療が行われれば、病院の医師と患者の間において、より望ましい意思疎通が図れるという観点からも、身近な開業医の機能発揮が期待される。

(専門医の質の確保等についての第三者機関による一定の関与の必要性)

- 大学での医学教育も、多くは臓器別に行われており、これが、医療現場における

臓器別の医療の過度の細分化を招いている一因となっているとの指摘もある。人間全体を診る総合的な診療を行える医師の位置付けの検討と併せて、臓器別にできている専門医の質の確保、あるいは養成のあり方について、現在は各学会において取り組まれているが、何らかの第三者的な機関が一定の関与を行うことについて、検討が必要ではないか、と考えられる。

4. 在宅医療など高齢者の生活を支援する医療の推進

- ◎ 「在宅での療養生活を選択することが難しい」という問題に対しては、本人や家族が希望する場合には、自宅やケアハウス、高齢者専用賃貸住宅など多様な住まいでの生活が可能となるよう、在宅医療、看護・介護サービスその他の高齢者の暮らしの安心につながる様々なサービスの連携を図ることのできる地域ケア体制の推進を図ることが必要である。

特に、後期高齢期の医療のあり方は、高齢者がどのように生き、どのように死を迎えたいか、という願いの実現を基本とすることから、生活の質を重視し、急性期の治療が終われば、生活の場における療養が確保される必要があるという視点、また、尊厳に配慮し、安心できる医療を実現していくという視点、を持つことが必要である。

(医療機関と患者・家族との調整及び看護・介護サービス機関等との連携)

- 高齢者は入院前のADL(日常生活動作)の状況等個人差が大きいこと、さらに、治療方法の選択が退院後の生活の質に影響を及ぼすことを踏まえ、入院直後から、退院後の生活を見越して、治療方針の選択を含めて患者・家族との相談を開始することが望ましいと考えられる。その際、高齢期に求められる医療や看護・介護は何かを、医療機関や看護・介護サービス機関等が本人や家族とよく話し合い、最も望ましい選択肢を選んでいくよう調整することが重要である。
- 退院後の介護施設への入所、あるいは在宅医療や在宅での看護・介護サービス等を受けながらの自宅や高齢者向けの多様な住まいでの生活に円滑に移行できるよう、少なくとも退院時から、在宅医療の中心となる在宅主治医を含めた医療機関と看護・介護サービス機関等との連携を図ることが必要である(3. 参照)。
- 広島県尾道市においては、長期継続ケアの必要な高齢者を、看取りまでを見通して支えていくシステムづくりを進めている。在宅主治医が中心となり、担当患者が再

入院をした場合に病院主治医との連携を図り、退院時のケアカンファレンスに参加して継続的なケアを図ることはもとより、医療・介護に関わる地域の多職種の協働で、また、医師会、社協、民生委員の連携も図りながら、認知症のケアや独居の高齢者も含め地域で解決していく仕組みを構築している。 【資料p19参照】

(チームで対応し後期高齢者の生活を支援する医療の視点)

- 特に後期高齢者については、「疾患を治療する医療」だけでなく「生活を支援する医療」の視点が重要である。急変時の地域の入院機能を確保することと併せて、訪問看護ステーションをはじめとした介護保険関係サービスなどとの連携を含め、こうした医療を他職種を含めたチームで実施する際の具体的なあり方についても検討を行う必要がある。

その際、医師が一人で抱え込むことなく一定のサービスについては医師と看護師との間でプロトコルを作成し、その中で看護師に委ねる部分については委ねる形で連携していくことができるよう、看護師等の資質の向上を図る必要がある。

(在宅医療を推進する医師の確保)

- 2040年の年間死亡166万人時代を控え、看取りまでを行うことができるとともに上記のような連携や調整を担当できる、地域の在宅医療を担える医師の養成・確保方策の検討を進める必要がある。併せて、在宅緩和ケアを担うことのできる医師や看護師の養成・確保を図る必要がある。

(在宅での看取り)

- 在宅での看取りのケアについては、本人及び家族の意向を基本において、その実践を積み重ね、看取りのケア、終末期の医療のあり方について、更に国民的なコンセンサスを形成していくことも重要である。

(地域ケア体制の計画的な整備)

- 今後本格化する療養病床の再編成は、医療の必要性の高い者のための療養病床は確保しつつ、基本的に、後期高齢者の療養を、終末期を含めて、生活の場において確保することを展望して行うものであることを踏まえ、各地域において、その転換による受け皿づくりを含め、後期高齢者の療養の将来的なニーズや社会資源の状況等に即して、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、「地域ケア体制」の計画的な整備を着実に行うことが特に必要である。

【資料p30～32参照】

(住宅政策との連携)

- その際、地域における在宅医療や在宅での看護・介護サービス等により、自宅や高齢者向けの多様な住まいでの生活の継続を支援することを目指したケア体制を推

進する観点が基本であり、住宅政策との連携も図りながらこれに取り組む必要がある。

この場合、都市部（特にニュータウン等の大規模団地）の高齢化を展望し、公営住宅・都市再生機構住宅などのバリアフリー改修の推進と連携した形で在宅医療や地域密着型の看護・介護サービスの充実を図るなど、全国各地で具体的な取組を推進する必要がある。【資料p33～35参照】

（療養病床の再編成と地域における中小病院の機能・役割）

- 療養病床を有する中小病院の今後のあり方については、「地域ケア体制」を踏まえつつ、介護老人保健施設その他の介護施設のほか、地域の医療を担う場合においても、回復期リハ、軽度の急性期医療への対応など地域の診療所と連携した在宅療養の支援など、地域において今後求められ、そして果たすべき機能・役割を考慮しながら検討することが必要である。
- また、以上のような基本的な方向性を踏まえ、介護施設等の基本的なあり方やその入所者に対する医療の提供のあり方について検討が必要である。

（高齢者の医療の標準化）

- 高齢者については、複数の疾患を有していることから複数科受診に伴う重複投薬や検査が行われていることも指摘されるが、主治医等が高齢者の状態を把握することによりこうした重複投薬や検査を防いだり、高齢者の個人差の大きさを十分に踏まえつつ、薬剤の投与のあり方などを含む高齢者への診療の標準化を進めることなどにより、高齢者の特性を踏まえた適切な医療の普及を図る必要がある。

（高齢者にふさわしい総合的な評価を行う医療の必要性）

- 特に、後期高齢者は、複数の疾患の併発、ADLの低下等の状況にあることが多く、総合的な医療が必要である。手術等に際しては、CGA（高齢者総合的機能評価）等を行うことが必要であり、臓器の状況だけで手術の要否を判断すると、総合的に見て高齢者に最も適切な医療が選択されていない場合がありうる。また、こうした過程においては、代替方法の提示を含めて、家族や本人にしっかり説明した上で納得を得ることが必要であり、そうした実践が増えていくことが望まれる。

【資料p36参照】

（注）CGA（高齢者総合的機能評価）：高齢者の状態について、医学的問題点のみならず、生活機能、精神機能、社会・環境の3つの面から総合的にとらえて評価して、問題点を整理することを通じ、ケア全体をコーディネートする手法。

(総合的な視点に立って認知症に対応できる医療の必要性)

- また、高齢者を総合的に診療するためには、認知症の観点を持ち合わせる必要である。認知症の初期段階においては、早期診断や専門医への紹介、家族への説明が重要であり、中期段階では、ケアマネジャーをはじめとする介護サービスへの紹介・つながりが重要となる。また、終末期には、病院や看護・介護サービス機関と連携しつつ、在宅医療を提供することが重要となる。

(認知症高齢者や家族を支援する体制の構築)

- 認知症高齢者への対応について、ケアマネジャーや看護・介護サービス等との連携方策を含めた認知症に関する開業医に対する研修や、開業医をサポートし地域において医療・福祉諸機関との連携の核となる医師の養成を推進するとともに、医療機関、行政、看護・介護サービス機関、地域住民等の相互の連携を強化することにより、地域において認知症高齢者や家族が安心して生活を送ることができるよう総合的に支援する体制を構築する必要がある。

(老年医学の考え方の普及及び調査研究の推進の必要性)

- 認知症をはじめ、加齢に伴う様々な疾病、障害を併せ持ちながら地域において生活する高齢者の特性と、それを支える上で活用しうる必要な社会資源、検査の基準値や投薬する薬剤の量は壮年とは異なることその他の老年医学に関する知見や考え方の普及を図るとともに、更なる調査研究を推進する必要がある。

(終末期医療ガイドラインの策定)

- リビング・ウィル(書面による生前の意思表示)の考え方はまだ十分普及しておらず、本人の意思が不明な状態で入院に至った場合には、総合的に見た場合に本人の希望に沿うものではない可能性が高かったとしても、濃厚な医療処置を行わざるを得ない。

こうした現状も踏まえ、終末期の医療に関し、本人、家族、医療関係者の間での手続面でのガイドラインの策定を急ぎ、その周知を図るとともに、併せて、関係各方面において終末期医療ガイドラインの作成等について幅広く議論されることが望まれる。

資料編

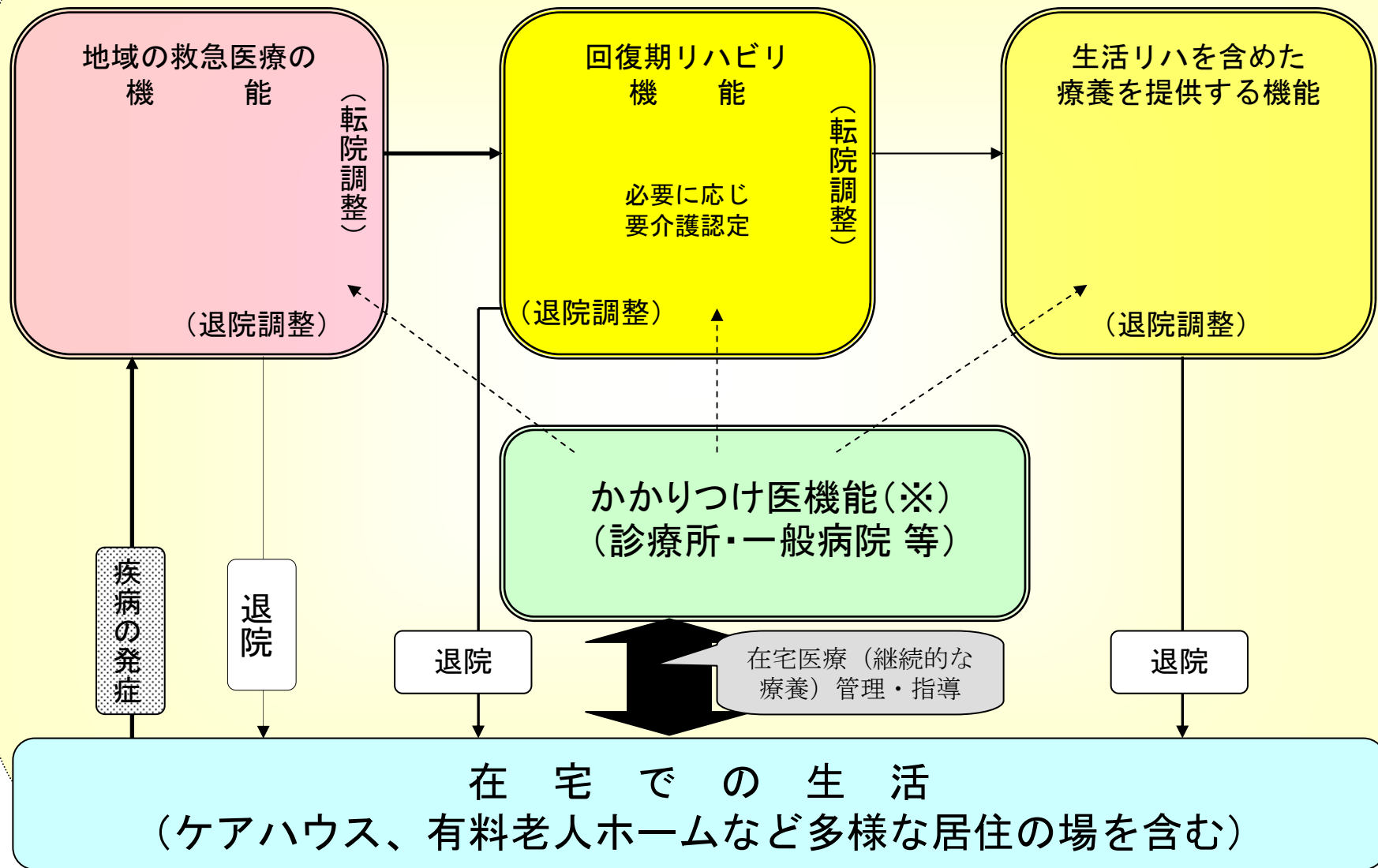
医療機能の明確化や機能分化・ 連携・情報開示・ITの活用

- ・脳卒中の連携体制
- ・地域連携クリティカルパス
- ・医療機能の情報公表
- ・IT化の推進
- ・ナショナルセンターの役割

脳卒中の場合の医療連携体制のイメージ

【急性期】

【回復期・亜急性期】



※ 急性期、回復期、療養期等各機能を担う医療機関それぞれにかかりつけ医がいることも考えられるが、ここでは、身近な地域で日常的な医療を受けたり、あるいは健康の相談等ができる医師として、患者の病状に応じた適切な医療機関を紹介することをはじめ、常に患者の立場に立った重要な役割を担う医師をイメージしている。