

#### 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

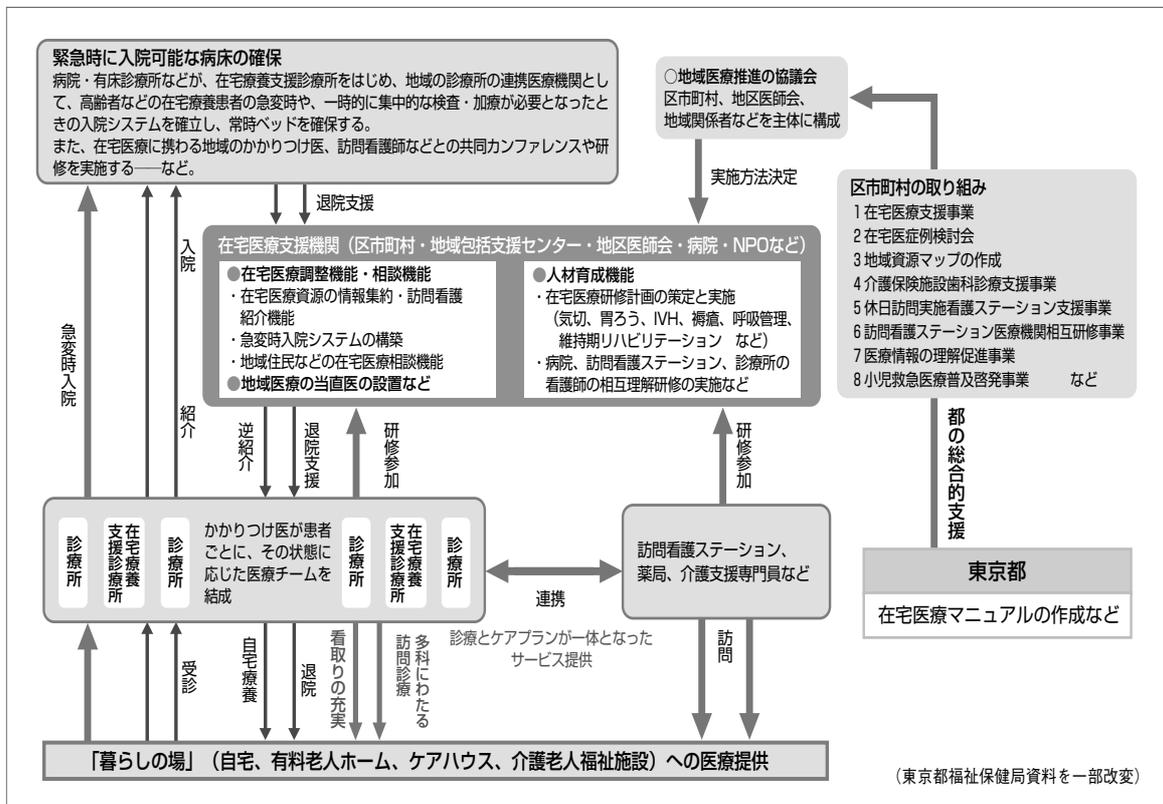
委員 玉木 一弘（東京都医師会 理事）

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。

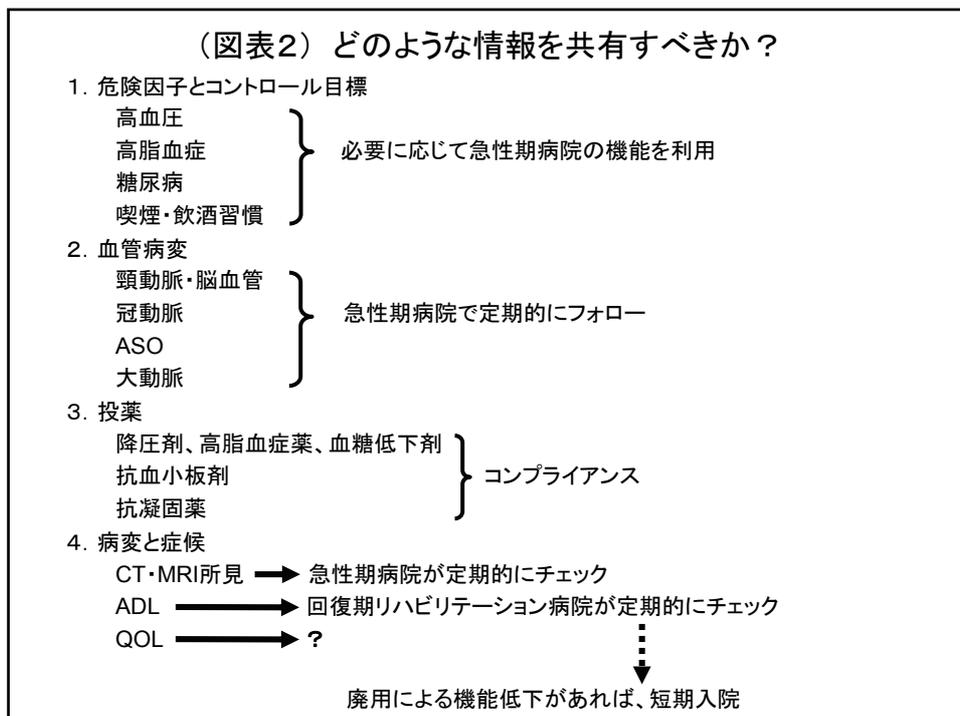
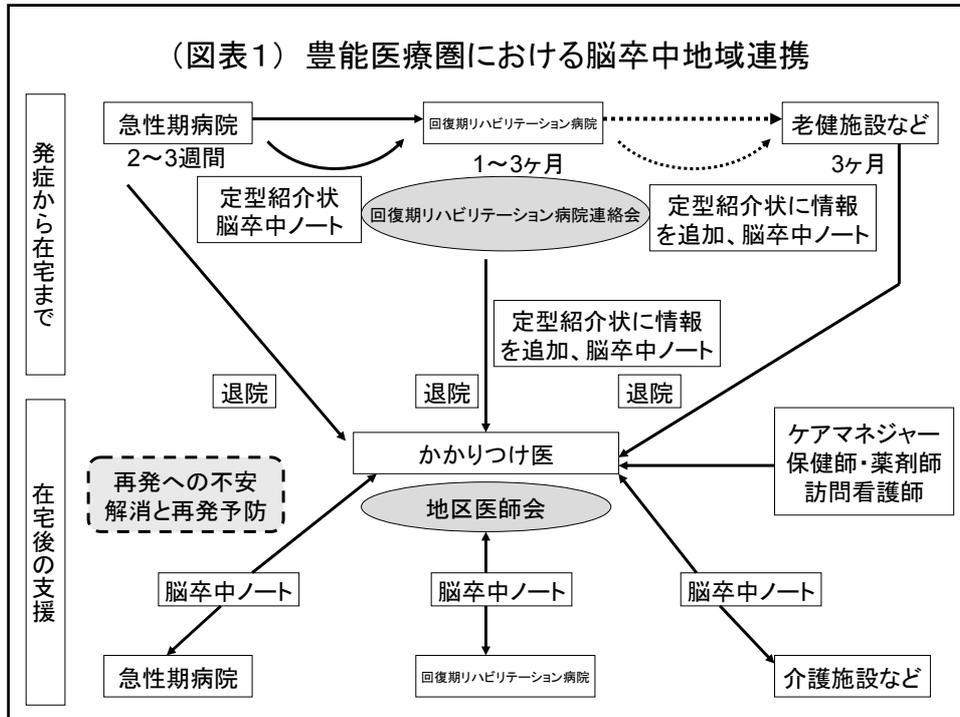
脳梗塞を発症した患者は、退院後も自宅や介護施設から「かかりつけ医」に通院し、維持期リハビリテーションが継続されます。しかし、患者の医療情報が「かかりつけ医」に伝わっておらず、脳卒中が再発することも少なくありません。脳梗塞を一度発症した患者には、再発の不安がつきまとい、「かかりつけ医」に診てもらっても納得のいく説明を聞けないとの不安もあります。そこで、安心した診療体制とするためには、急性期病院で半年に1回、専門医の診察を受け、MRIやCT検査など頭部の画像検査を受ける地域完結型医療提供体制が構築されなければなりません。また、リハビリテーションも、定期的に回復期病院でチェック・評価され、患者に適切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東一行先生に深謝いたします。



## < 補 足 2 >

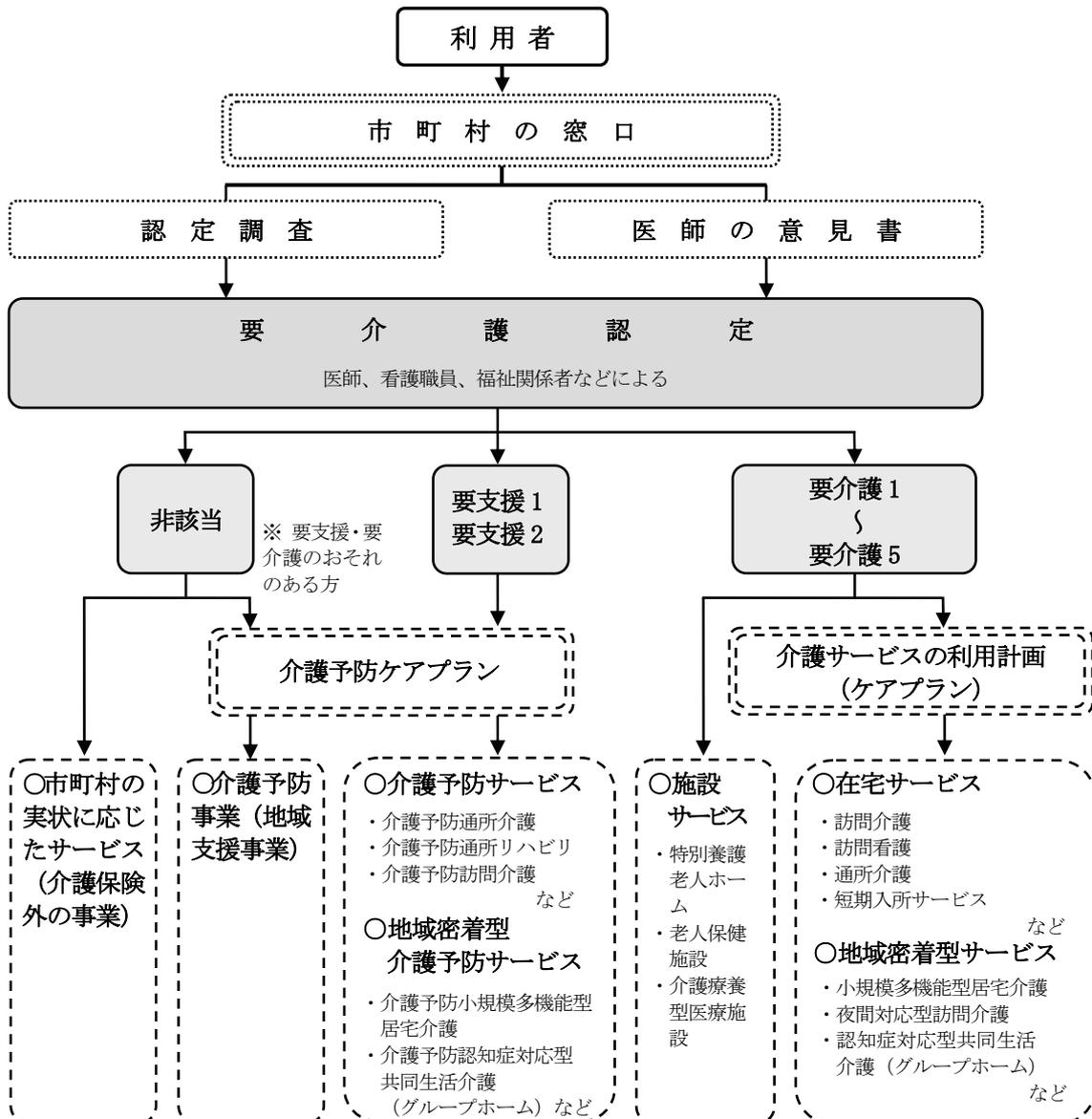
各地域・各医師会から多く受ける質問や問題点とされる意見の中で、すでに解決されていると考えるものを、報告書の補足として以下に掲げた。

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するためには、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際には重要である。

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、未

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、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 日以内は介護保険を利用している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。