

平成 20・21 年度

— 介 護 保 険 委 員 会 答 申 —

生活を支える医療を目指して

平成 22 年 3 月

日本医師会介護保険委員会

平成 22 年 3 月

日本医師会長  
唐澤 祥人 殿

## 答 申

本委員会は、平成 20 年 7 月 17 日開催の第 1 回委員会において、貴職から受けました諮問事項「地域完結型の医療・ケア体制をめざして」を、2 年間にわたり 10 回の委員会を開催し、鋭意検討を重ねてまいりました。

この度、平成 20・21 年度「生活を支える医療を目指して」として取り纏めましたので、ここに答申いたします。

### 介護保険委員会

委員長	野 中 博	
副委員長	嶋 田 丞	
副委員長	渡 部 透	
副委員長	高 木 安 雄	
委 員	池 端 幸 彦	
委 員	川 越 雅 弘	
委 員	北 川 靖	
委 員	功 刀 融	
委 員	小 菓 裕 成	
委 員	篠 原 彰	
委 員	高 瀬 茂	(平成 21 年 6 月 9 日～)
委 員	玉 木 一 弘	(平成 21 年 6 月 8 日迄)
委 員	寺 田 茂 雄	
委 員	常 盤 峻 士	
委 員	銚 之 原 大 助	
委 員	前 川 勲	(平成 21 年 4 月 28 日～)
委 員	松 本 純 一	
委 員	三 宅 直 樹	(平成 21 年 4 月 27 日迄)
委 員	山 内 孝	
委 員	山 本 博 昭	
委 員	米 満 弘 之	

(五十音順)

# 目 次

はじめに：本委員会の諮問事項と答申の基本姿勢・・・・・・・・・・	1
※日本医師会 高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針 (2004年11月2日)・・・・・・・・・・	3
※「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」 (2007年1月 日本医師会)・・・・	4
1. 要介護認定とケアマネジメントのあり方について・・・・・・・・	5
2. 退院調整と医療連携のあり方について・・・・・・・・・・	8
3. 訪問看護サービスの活用と強化の課題について・・・・・・・・	11
4. 地域包括支援センターの活用と医師会の関わりについて・・・	12
5. 認知症対策とネットワークの課題について・・・・・・・・・・	13
6. 介護保険三施設と医療提供体制の課題について・・・・・・・・	15
まとめ：提供者優位のサービスから 利用者優位のサービス提供について・・・・・・・・・・	17

## はじめに：本委員会の諮問事項と答申の基本姿勢

本委員会は平成 20 年 7 月、唐澤会長からの諮問事項「地域完結型の医療・ケア体制をめざして」を受けて、これまで 10 回の審議を行ってきた。当時、4 月から後期高齢者医療制度が発足し、その診療報酬が社会的な話題と非難の対象となった時期でもあり、5 月には介護療養型医療施設廃止（平成 23 年度末）に伴う「介護療養型老人保健施設」もスタートした時期である。こうした時代状況の中、本委員会は、「医療なき介護はありえない。生活支援を考えない医療もありえない。」という問題意識の下、医療と介護が切れ目なく提供されて、住み慣れた地域で安心して生活できる体制の構築を目指して、検討を続けてきた。

すでに日本医師会は、「日本医師会 高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針（2004 年 11 月 2 日）」をまとめて、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、地域医師会の積極的関与と地域作りなどを提言してきた。

そして、「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（2007 年 1 月 日本医師会）」を発表して、将来ビジョンを支える 3 つの基本的考え方（①尊厳と安心を創造する医療、②暮らしを支援する医療、③地域の中で健やかな老いを支える医療）と将来ビジョンを具現化するための医師、医師会への 7 つの提言（①高齢者の尊厳の具現化に取り組もう。②病状に応じた適切な医療提供あるいは橋渡しをも担い利用者の安心を創造しよう。など）をまとめ、その冒頭では、「地域をひとつの病棟と捉える視点など、要となる医師の意識改革と支援が医師会の重要な責務と認識する。」と地域の医師会が取り組む必要性を強調してきた。

今回の本委員会の答申は、これらの「指針」に追加・補充して地域の医師会の実践に役立てるほか、医師会員がかかりつけの医師の立場

から主治医意見書の記載に始まり、ケアマネジメントなど適切なケアプラン作成に関われるよう具体的な材料を地域での取り組みから抽出して、提供することを目指した。

そして、答申のもうひとつのポイントは、平成 24 年度の診療報酬と介護報酬の同時改定に向けた具体的な問題点とその解決の方向性の提示であり、より良い医療と介護を提供する観点から優先度の高い項目に絞って、意見をまとめている。

具体的には、以下の 6 項目であり、その課題と解決の方向性を示している。

- ① 要介護認定とケアマネジメントのあり方
- ② 退院調整と医療連携のあり方
- ③ 訪問看護サービスの活用と強化の課題
- ④ 地域包括支援センターの活用と医師会の関わり
- ⑤ 認知症対策とネットワークの課題
- ⑥ 介護保険三施設と医療提供体制の課題

## 日本医師会

### 高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針

(2004年11月2日)

#### 背景

2005年度の介護保険の見直しに続き、2006年度には診療報酬と介護報酬の同時改定が行われる。世界一の高齢国家となった我が国の高齢者医療・介護において、地域医師会には重要な役割を果たす事が求められる。

#### 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

- (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
- (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
- (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
- (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

#### 2. 地域ケアの機能向上への地域医師会の積極的関与と地域作り

#### 3. 保険者との連携の強化、介護予防等への積極的関与

## 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

2007年1月  
日本医師会

日本医師会は、国民の健康と安全を守り、そして生活・人生を保障していく上で、医療の重要性を認識し、さらに少子高齢社会において従来の医療に加え、住民の住み慣れた地域での在宅療養を支える医療すなわち「在宅医療」の役割が重要と考える。

今後の高齢者の医療と介護の協働する地域ケア体制の整備において、従来からの「病院・施設における療養」とともに「在宅療養」も医療を通じて支えていくことが望まれる。その実現には、地域をひとつの病棟と捉える視点など、要となる医師の意識改革と支援が医師会の重要な責務と認識する。高齢化のピークである2025年に向けた高齢者の医療と介護について、以下の3つの基本的考え方と7つの提言をもって、そのビジョンと決意を明らかにする。

### —将来ビジョンを支える3つの基本的考え方—

1. 尊厳と安心を創造する医療
2. 暮らしを支援する医療
3. 地域の中で健やかな老いを支える医療

### —将来ビジョンを具現化するための医師、医師会への7つの提言—

1. 高齢者の尊厳の具現化に取り組もう。
2. 病状に応じた適切な医療提供あるいは橋渡しをも担い利用者の安心を創造しよう。
3. 高齢者の医療・介護のサービス提供によって生活機能の維持・改善に努めよう。
4. 多職種連携によるケアマネジメントに参加しよう。
5. 住まい・居宅（多様な施設）と連携しよう。
6. 壮年期・高齢期にわたっての健康管理・予防に係わっていこう。
7. 高齢者が安心して暮らす地域づくり、地域ケア体制整備に努めよう。

日本医師会は上記の3つの考え方、7つの提言が広く社会に受け入れられ、実現することを目指したい。また、地域における「在宅死」の追求と支援も行いたい。もちろん、死の看取りは多様な選択肢があり、たとえ医療提供者であっても他者が強制できるものではない。高齢者が求めているさまざまな医療と介護、社会サービスを利用者本位、地域で提供できるよう取り組む先には、家族や友人・知人に囲まれながら、生活の場における安らかな眠りへの看取りがあると考えたい。

## 1. 要介護認定とケアマネジメントのあり方について

患者の生活を支えるケアプランにおいて、特に医療系サービスが適切に選択される必要があり、主治医とケアマネジャーの連携のあり方が重要である。適切なケアプラン作成において、主治医意見書の軽視、主治医不参加のサービス担当者会議等が問題視されているが、これにはケアマネジャーのみならず主治医にも責任があり、主治医として医療と介護のトータルコーディネーターとしての役割を果たす必要がある。そのためには、主治医、ケアマネジャー双方の役割・機能の再認識と連携強化が必要不可欠である。

現状から検討すれば、特に医療系サービスの導入が必要な場合には、ケアプランを作成する前の段階から、ケアマネジャーが医師・看護職員・リハビリテーション関係職種（以下「リハ職」）と医療系サービスの必要性を事前に協議できる仕組みが必要である。例えば、病院での退院調整カンファレンスであるが、現状ではまだまだ未整備で本来のケアマネジメントにつながる新たな仕組みの検討が求められる。高齢者の安全・安心した生活の支援には医療のマネジメントと生活支援のマネジメントの融合が必要であるが、福祉系ケアマネジャーが増加している現状ではケアマネジャーが単独でケアマネジメントするには無理があり、あらためてケアマネジャーの業務過程には医療関係者との連携を重視する必要性が記載されていることを認識して活動すべきである。

今日、在宅に医療ニーズの高い利用者が増加している。ケアプランに医療系サービスが選択されるのが少ない要因として前述の如く福祉系のケアマネジャーが増加したことも影響しており、医療に対する理解が不十分であることは否めない。医療のニーズを適切に理解して、ケアプランに適正に反映できるよう、研修会などにおいて医療に関する理解を深めるために講義時間を増やすなど、ケアマネジャーにあらためて働きかけをする必要がある。



平成 21 年度の要介護認定の見直しは、要介護 1 相当の判定方法に混乱があること、運動能力が低下していない認知症の扱いにばらつきがあること、要介護認定担当者の業務負担が非常に大きいことなどをふまえて行われた。主治医意見書はあまり要介護認定に反映されないと誤解されているが、今回の見直しによってさらに主治医意見書が非常に大きな意味を持つようになったことを周知する必要がある。すなわち、主治医意見書のみで情報提供が行われる項目が増え、今まで以上にその位置づけが重くなっている。

具体的には、特定疾病の判定は主治医しか情報提供できない部分であり、状態の安定性も予後伝える重要な内容を含んでいる。リハビリテーション（以下「リハ」）の必要性も専門的な観点から病状を知っている主治医が特別に付すという条件となっている。これらの主治医からの情報提供を審査判定に生かしていくことが大切である。また、褥瘡、皮膚疾患、インスリンに関する情報提供が主治医意見書のみになったこと、病状の安定・不安定の部分に重要度が高いことにも十分配慮する必要がある。

さらに、今回の見直しで注目を浴びたのが特記事項への「介護の手間」の記載である。訪問調査員に対して、今まで以上にこの「介護の手間」の記載を活用することが望まれた。しかし、特記事項は主治医意見書にもあり、この部分への適切な「介護の手間」の記載も大きな課題である。しかしながら、医療の担い手である医師には治療が主であり、生活における「介護の手間」の把握には自ずと限界がある。患者の地域での生活をみる機会のある医師にもこの「介護の手間」の記載は可能でも、必ずしも十分ではない。しかし、サービス担当者会議での多職種連携による情報共有により適切な「介護の手間」の記載は可能なはずである。一方、病院医師が記載する主治医意見書にも甚だ批判が集中しているが、この記載にも病院内の看護師等の多職種が協力する退院調整カンファレンスによって適切な「介護の手間」の記載も可能なはずである。「介護の手間」の把握は要介護認定とケアプラ

ン作成にとって非常に重要であり、それが患者の生活を支えることになるのである。そのため、訪問調査員や医師だけにその責任を課すのではなく、多職種連携による情報共有によって「介護の手間」の把握が可能であることを認識して実践する必要がある。

今回の要介護認定の見直しは、一次判定のロジックと訪問調査の二つの変更を行っているが、今後は社会保障審議会介護給付費分科会や同介護保険部会等の議論を経て変更の手続きを取らないと、現場からは財源確保のための軽度化を意図した改正と受け取られてしまう。厚生労働省老健局長の私的諮問検討会ではなく、公式の審議会に諮る必要があるだろう。

## 2. 退院調整と医療連携のあり方について

地域完結型の医療・ケアを考えることは、療養病床をどう盛り立てるか、それぞれの本来の役割は何であるかを現場で認識することであり、「医師が協力すれば多くの人の命が救える。そして、医師と多職種が協力すれば、多様な人の生活を支えることができる。」という考えをその基本に置く必要がある。

平成 24 年度の診療報酬と介護報酬の同時改定の重要なテーマも、医療と介護の連携であり、まさに①退院患者を対象とした病院－在宅関係者間、②維持期における主治医(医療関係者)－ケアマネジャー間の連携である。

特に①については、療養環境の変化に応じたりハの継続性が重要である。ケアマネジャーに対する調査でも退院調整カンファレンスにおいてリハ継続の必要性を本人・家族・ケアマネジャーが理解すれば、ケアプランにリハを導入しやすいとの報告がある。また、病院のリハ職が退院調整カンファレンスに参加して、在宅という環境の下でのリハ継続の必要性について説明することも重要となる。この際、在宅での生活における「介護の手間」を把握・検討して提案することがリハの継続性への理解につながる。

退院支援の現状をみると、一般病院も回復期リハ病棟も退院に向けたカンファレンスは一応実施しているが、一般病院の退院調整カンファレンスは看護師が中心でリハ職の参加はまだまだ少ない。この結果、要支援、要介護 1 に訪問リハが入っている利用者は、厚生労働省 介護給付費実態調査月報（平成 20 年 12 月審査分）をみても 1% 台以下であり、ケアマネジャーが訪問リハは通所・通院が困難になった重度者へのサービスとして位置づけていることが影響している。リハの継続性は重要であり、本来は家庭や地域での活動性が高まりそして社会生活の参加となるまで連携・継続する必要がある。

在宅でのリハの提供は重度者だけのものではなく、軽度者に対する訪問系サービスの定義を見直して、適切な訪問リハと訪問看護が提供される必要がある。そして、訪問リハも、「生活立ち上げ期」「生活調整期」「生活維持期」「生活の質向上期」というねらいを明確にした取り組みが重要であり、訪問リハを「生活再建プロセス」として取り組む必要がある。

このため、高齢者のリハ医療においては、脳卒中リハ、廃用症候群リハ、認知症リハを3本柱として、地域リハの支援体制の構築が重要となる。しかし、自らの医療機関で訪問リハを提供していない医師が訪問リハを提案するためには、リハを行っている施設からの情報提供と的確な連携が不可欠である。地域の医師会には通所リハや訪問リハを行っている施設と地域の医師との適切な関係構築が望まれる。

高知県では、モデル的に病院、回復期リハ病棟から在宅までのリハに特化した連携パスとして、「地域リハビリテーション連絡票」<sup>\*1</sup>を作成して、本人の希望、医師、OT・PTのコメントなどをパスでつなげている。しかし、連絡票のPR不足から、特に医師への普及・促進が遅れており、協力を求めていくことが課題として報告されている。

さらに、在宅の患者を診る上で、急変時と家族や介護者の休息（以下「レスパイト」）への対応が重要であり、その機能を担う短期入所療養介護サービス（以下「ショートステイ」）が極めて少ないために中重度や医療系サービスを利用している患者や家族が困っている。在宅医療の推進にはショートステイが不可欠であり、介護療養型医療施設が廃止された後に介護老人保健施設のショートステイだけでそのニーズに対応できるとは考えられない。本来、介護老人保健施設と介護療養型医療施設のショートステイは在宅生活を支えることを目的として創設されており、急性増悪時やレスパイトにも対応するために、その位置づけに変える必要もある。

「地域完結型の医療・ケア体制」の取り組みとして、福岡県内の「粕

屋北部在宅医療ネットワーク」\*<sup>2</sup>があげられる。人口 10 万人の都市部において、二次医療を受け持つ国立病院と民間病院が二次病院として緊急時の受け皿機能を担っているために、24 時間対応のかかりつけ医は不在時や緊急時にも安心である。平成 20 年 4 月現在、かかりつけ医の登録は 26 医療機関（内科診療所の 95%）にのぼり、延べ登録患者数も 671 人と増えているという。このネットワークを利用して 72 名が入院しており、その 7 割は自宅（施設）に戻っている。かかりつけ医、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所などが医療情報を共有して、連携することの大切さとその効果が報告されている。

### 3. 訪問看護サービスの活用と強化の課題について

訪問看護は、医療保険と介護保険の両方に設定されている。しかし、患者が介護保険を利用する場合には介護保険が優先する原則に対して理解がまだまだ不十分であり、特に医療側にとっては利用しにくいとの批判がある。患者の病状が変化して医療が必要とされる場合の訪問看護の利用は制限されていないが、この部分への不満が多い。平成24年度は診療報酬と介護報酬の同時改定が予定され、それを契機に現状をふまえて適切に訪問看護が提供されるように検討される必要がある。また病状が安定して介護保険を利用する場合には、ケアプランに沿って訪問看護が提供されるが、現状では訪問看護の適切な利用が少ない。訪問看護が適切に活用されるために、前述した病院からの退院調整カンファレンスや地域でのサービス担当者会議で訪問看護の必要性を強く提案する必要がある。また、医療保険と介護保険の利用者負担には各々3割、1割の差があり、このことも訪問看護の利用の阻害要因となっている。今後その整合性が求められ、医療保険への一本化も強く望まれている。

訪問看護ステーションに関する調査でも医師に対して、顔の見える付き合い、情報交換・共有などの連携の希望が寄せられており、ケアマネジャーや看護職員も末期医療や治療指示などの連携強化を要望していることが明らかとなっている。訪問看護や訪問リハを必要とする対象患者は透析患者や心不全患者などに広げる必要があり、今後医療保険での対応・強化が求められる。

現状では、現場の医療機関から訪問看護に対する要望は大きいですが、一方で患者や利用者にとって訪問看護と訪問介護の違いに対する理解が不十分であること、さらに訪問看護の費用が訪問介護の2倍であることが訪問看護の利用を阻害している。しかし、必要なサービスが適切に利用され地域での生活を支えることを目指す視点からは、今後これらの点も検討される必要がある。

## 4. 地域包括支援センターの活用と

### 医師会の関わりについて

地域完結型の医療・ケア体制を考えると、地域包括支援センターの活用を地区医師会はもっと取り組む必要がある。

その第一は、地域包括支援センターには保健師・看護師、社会福祉士、主任ケアマネジャーの3職種が配置されており、さまざまな連携・協働の拠点となるからである。

第二は、静岡県焼津市の取り組み<sup>\*3</sup>から明らかのように、地域包括支援センターの3職種によるこれまで閉じこもっていた高齢者への訪問によって、相当数の要介護、要支援の高齢者を把握できるからである。

第三は、療養病床の再編の中で介護難民が早い時期に出て来る可能性があり、地域ケアを完結するには地域のさまざまな部署や団体に働きかける必要がある。この場合には、地区医師会の役割は大きい。

また、地域包括支援センターの運営協議会がいかに活動しているかも重要であり、ここにも地区医師会の積極的な関わりが求められる。地域包括支援センターには地域全体の高齢者の実態把握、要介護認定を受けた高齢者だけでなく、要支援を含めた高齢者の数や地元以外の受け入れ先の情報など、医療・ケアを地域で行うための情報を共有する拠点として活用することが重要である。

地域包括支援センターには上記に記載した役割が大きいですが、患者の身近に存在するかかりつけの医師である診療所へ通院する患者の生活を支える機能を十分理解する必要がある、これこそ診療所を支援する機能として考えられる。すなわち、患者の生活機能低下が疑われたならば、地域包括支援センターと協力して患者の生活を支え、生活機能低下の改善が可能であれば、患者はそのまま診療所に通院することが可能なのである。地区医師会は会員に対し、地域包括支援センターのこの機能を理解してもらい、積極的に運営協議会に参加する必要がある。

## 5. 認知症対策とネットワークの課題について

認知症の増加に対応するため、「認知症サポート医」の養成が進められているが、地域での実績はまだまだ小さい。認知症サポート医の一番大切な役割は、専門医や認知症疾患医療センターを確認して、かかりつけの医師が認知症患者を診た時に専門医につなげられるネットワークを作ることである。ところが、認知症サポート医の研修を受けると、認知症の専門医との認識が強くなり、認知症サポート医の本来の役割が発揮できない状況が散見されている。

迅速な診断と療養の方針（医療と介護）を作成できる認知症疾患医療センター等を中心として、地域医療との連携のシステム構築が求められる。軽度の動ける認知症対策として、有床診療所に介護保険の小規模多機能施設の機能を持たせ、また「宅老所」のような昼間預かり、さらにショートステイ機能があれば利用者は増えるはずである。認知症を診断できる医師を含めて社会資源マップを行政とタイアップして作成するほか、認知症早期発見のツールとして改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）、ミニメンタルステート検査（MMSE）、Functional Assessment Staging（FAST）、初期認知症微候観察リスト（OLD）を保険点数化して、要件を満たす医師には加算を認めるなどの措置の検討も今後必要である。

福井県越前市<sup>\*4</sup>では、地域包括支援センターと認知症サポート医が連絡協議会を毎月開催して連携するほか、地区医師会が手上げ方式の「認知症かかりつけ医」を組織し、初期診断を担う主治医が中央のセンターと連携している。さらに、確定診断が必要な場合には、認知症疾患医療センター等の専門医に紹介する活動を展開している。医師同士の方が連携を進めるには容易であり、地域包括支援センターに医師会単位で関わることによって連携も比較的うまくいき始めているという。

大阪府（大阪市・堺市を含む）では、認知症サポート医の養成に医



師会と行政が一緒になって取り組んでおり、平成 21 年 12 月末現在、認知症サポート医は 65 名である。今後も順次育成する計画であるが、大都市でも 65 名という現状を考えると、地方での認知症サポート医の確保と養成の難しさが想像できる。

地域包括支援センターと新設される認知症疾患医療センターとの連携体制が関心をよんでいるが、地域包括支援センターの認知症に対する活動をいかに強めるかが基本であり、まずは認知症サポート医や現在行われている研修を受けた「認知症連携担当者」と地域の専門医との連携体制の構築が重要である。このように、地域包括支援センターに対しても認知症サポート医の役割があり、そのための研修内容となっている。今後、認知症対策の進展には、認知症サポート医の活用並びに認知症疾患医療センターと地域包括支援センターのネットワークが重要となり、その際にも地区医師会の活動も大切である。

## 6. 介護保険三施設と医療提供体制の課題について

急性期を担う医療施設と介護保険施設との橋渡しの位置には、療養病床を中心とした慢性期・亜急性期を担う医療施設があり、3つの機能を備える必要がある。①急性期・回復期からの受け皿として対応し、最終的に在宅等に戻す、②神経難病や認知症への継続的な治療、がんの緩和ケアや看取りなど終末期にも対応、③在宅患者の急性増悪、肺炎、骨折などの対応であり、急性期からの患者を慢性期病床で受け止めて、回復させて在宅や介護施設へと送ることである。これらの療養病床の機能が医療の効率化を本来実現する。今後は療養病床においても急性期の医療やショートステイ、検査入院など新たな取り組みが必要となっている。

さらに、地域には有床診療所、診療所があり、診療所は在宅患者の一番身近に位置している。いわゆる多様な居宅として考えられる施設には様々な居住系施設があり、介護保険の指定を受けることにより、それぞれの医療・介護サービスには差があり給付調整が生じている。

多様な居宅において様々な患者や利用者が生活している。その現場での生活を支えるためには、医療と介護は必要不可欠である。そのどちらも円滑に提供されるためには多職種協働によるケアマネジメントが必要である。しかしながら、必要な医療保険サービスの提供の可否は本来医師が決定するものであり、決してケアマネジャーが決めるものではなく、医療保険サービスの提供に様々な障壁があってはならない。

特別養護老人ホームは、看護職員などの配置基準から十分な医療が提供されていない現状がある。医療を必要とする際には、その病状に応じて適切な医療機関に転院する仕組みとして介護保険三施設は設定されている。しかし、利用者はベッド確保のため他施設への移動を望まず、終末期をも施設で終える例も近年増加している。また、配置

医師の役割も明確に理解されておらず、適切な医療が提供されない状況でもある。どんな場合でも入所者には必要な医療が適切に提供されることが不可欠であり、今後医療保険による補完が不十分の場合には再検討が必要である。今後、かかりつけの医師や特別養護老人ホームの協力医療機関が必要な医療保険サービスを安心して提供できるような医療保険と介護保険の仕組みを平成 24 年度までに検討する必要がある。

介護老人保健施設も現状では、他科受診の制限により透析患者など医療依存度の高い要介護高齢者の入所施設として機能を果たしておらず、介護療養型医療施設の廃止により介護老人保健施設入所者の重度化と医療依存度が高まることを考えると、必要な医療は外付けでも提供できるように検討する必要がある。

特定施設においても、施設・設備、サービスの質と職員配置が適切とは言えず、さらに医療との連携が不十分である。かかりつけの医師として患者の住居の確保に加えて、医療と介護の提供に地域の多職種と連携して取り組む必要がある。

## まとめ：提供者優位のサービスから 利用者優位のサービス提供について

介護保険制度では、基本的に患者の病状等や要介護度等によってサービス提供の内容が異なっている。介護保険三施設は患者の病状等に応じて利用者が移動することを前提として創設されているが、その連携・調整・移動は現状では十分でない。

高齢者専用賃貸住宅も有料老人ホームも本来は患者の病状に応じて医療を提供する施設となっているが、現実に入居者の移動は困難であり、必要な施設への住み替え、移動を推進するための施策もない。

これらの現状は施設の提供者優位のサービス提供に他ならない。利用者本位のサービス提供に立ち返って、その実現を目指すべきであり、地域の医師は高齢者に対する医療の提供と生活支援の観点からサービスの質の向上に取り組むことが期待されている。

本来、施設と在宅は対立・競合するものではなく、高齢者のニーズに応じて連携・協働すべきものである。そして、施設が悪くて在宅が良いわけでもなく、施設か在宅かは高齢者の選択によるべきである。しかし、高齢者には適切にその選択ができる状況ではない。その選択には適切なケアマネジメントが基本である。そして地域の高齢者医療と介護を取り巻く社会的支援の基盤が整備されなければ、施設は今後なお必要とされる。地区医師会には、地域ケア整備計画の中で今後診療所や病院等が果たすべき役割を十分認識して、施設と在宅、医療と介護の整備を検討し提案することが求められている。

介護給付費のこの8年間の伸びをみると、訪問介護と訪問看護の制度創設当初の2倍の差は4～5倍に拡大し、当初は差が無かった通所介護と通所リハも2倍以上の差がついてしまっている。この背景には、医療系サービスの報酬が高いために、限度額がある介護保険を在宅で使う場合には似たようなサービスであれば安い方が選択されることがあげられる。また、繰り返しになるが看護系のケアマネジャーの従

事割合が低く、合格者の割合は福祉系、看護系でほぼ同じであっても、給与の差からケアマネジャーとして働く看護職員は少ない。適切な医療提供の観点から福祉系のケアマネジャーに医療を十分に理解してもらうか、一定数は看護系のケアマネジャーに従事してもらうか、検討の時期に来ている。

地域完結型の医療・ケア体制の実現には、介護保険でどこまで医療を提供するのか、医療保険ではどのように対応するのか、医療との関係を介護保険においても整理することが重要である。特に介護保険の給付に一定の影響力を持っているケアマネジャーに対して、いかに医療に対する理解を得てもらうかが問われている。その理解を得るためには、主治医意見書を記載する医師は、高齢者のより良い医療と介護の実現のためのケアプラン作成に積極的に参画することが大切である。この参画には様々な方法がありサービス担当者会議等への参加だけでなく、様々なツールを用いて情報を共有することが原則である。なかでも、病院からの退院に際しての患者の生活を支えるために医師も参加する退院調整カンファレンスの意義を理解すれば、医療には「治す」視点だけではなく「支える」視点も理解できるはずである。それらに参画することにより、地域の様々な制度基盤の整備の必要性が理解される。

やむなく病気や障害を抱えても住み慣れた地域で安心して住み続けることを願う国民は多いが、一方でこの願いの実現が困難な状況も地域の現場では多数みられる。しかし、この困難な状況には様々な要因があるが、自宅に帰りたくても必要な医療が提供できない状況を何とか克服することが医療関係者には求められているはずである。医療提供側が何とか克服する努力を続けることにより、解決の糸口は見つかるはずであり、その努力を怠れば解決はできず、患者の生活を支える医療は実現できない。医療の目的は患者の抱えた様々な疾病や障害を治すことであるが、残念ながらすべてを克服することは出来ない。そのために患者の生活を支えることも大切な医療の目的であり、医療

保険と介護保険を適切に活用することが医師には求められている。

各地域の取り組みに関する連絡先

- ※ 1 高知県 地域福祉部 高齢者福祉課（電話 088-823-9630）  
<http://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/060201/>
- ※ 2 福岡県粕屋医師会（代表電話 092-652-3100）内  
粕屋北部在宅医療ネットワーク事務局
- ※ 3 焼津市（代表電話 054-626-1111）福祉保健部
- ※ 4 福井県医師会（代表電話 0776-24-0387）事務局（担当 中山）