



⑧ 医師からみた医療と介護の連携 ～かかりつけ医の心得～

緑の街診療所 院長 鈴木 研 一

はじめに

医療機関を訪れる患者さんは、広くて段差のない通路やスムーズに開閉する扉、そして冷暖房設備が整った明るい空間、といった最適な環境での一挙手一投足と、医療機関を訪れたという安心感と相反する不安や緊張を身に纏っているものです。

そこで出逢う患者さんのバイタルサインや症状、顔つき・話し方・歩き方は、医療機関を離れた“いつもの生活”では同じ状態であるとは限りません。

診察室で出会う患者さんに垣間見られる“いつもの生活”を読み解くことは、本来の「かかりつけ医」に求められていることです。そして、「かかりつけ医」としての適切な指示や必要な意見が在宅療養生活に反映されることは、医師としての充足感につながることでしょう。

本来の「かかりつけ医」の意義とやり甲斐は、在宅医療に潜んでいるのです。

介護保険制度創設の経緯～医療と介護の深い関係

2000年（平成12年）に介護保険法が制定される以前のわが国では、高齢者の介護に関するサービスは、健康保険（老人福祉法）によって賄われていましたが、高齢社会に突入した1970年代になって、老人医療費の増大が老人福祉法の財政破綻を招き、健康保険から医療分野を切り離して老人保健法が制定されました。

そして、さらに進む高齢化によって医療費も膨れ上がることで、制度の持続そのものが困難に陥ることになり、給付と負担の関係が明確な社会保障方式を導入した介護保険法がスタートしました。

このように、介護保険制度は高齢社会に対応した社会保障費の効率化のために健康保険から枝分かれし、医療と福祉系サービスを総合的に活用することによって、患者さんの円滑な療養生活を支える仕組みなのです。

主治医意見書作成における連携～医療が介入しない介護はない

介護保険制度は、かかりつけ医が作成した主治医意見書と訪問調査員の認定調査に基づいて介護認定を受けてから、要介護者（あるいは要支援者）として介護支援専門員（ケアマネジャー）などが作成する介護利用計画（ケアプラン）に沿って介護保険サービスを利用することになります。

介護保険制度では、「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った人」を要介護者と定義していますので、介護保険制度を利用するには「疾病（医療）に起因する介護」が必要なのです。このことから、そもそも医療と介護の連携に垣根などは存在しないはずなのです。

言うまでもなく、かかりつけ医として主治医意見書の作成を求められたときは、“病気を診る”だけでなく“病人をみる”視点が欠かせません。

主治医意見書のなかに、医師からの指示や必要な意見が適切に反映されることは、在宅療養生活のために重要なことであり、医療と介護の連携の本質となるものです。

介護に関わる多職種との連携～隠れた扇の要として

介護保険サービスを利用する患者さんに対して必要に応じて行われるサービス担当者会議に医師が参画することは、医療と介護の接点の一つです。

介護保険サービスを利用するために必要なケアプランのなかには、患者さんや家族の要望を前面に押し出して作成されたものや、ケアマネジャーの主観的評価や経験値が主体となっているものが散見されます。

医療における自己決定権行使の観点からは、患者さんや家族の要望を尊重することは非常に重要であり、経験豊富な介護職の意見が介入することも必要ですが、残念なことに、ケアマネジャーが、介護という仕事が患者さんの健康と人生に関わるという責務や介護保険サービスが公的資金を投入した社会資源であるという認識に乏しく、客観性に基づく評価が欠けたケアプランが作成されていることがしばしば見受けられます。

サービス担当者会議において、医師からの患者さんの医療についての様々な情報や療養上の留意点等を介護の現場に確実に伝えられ、かつ適切に反映されることが介護の現場からも望まれていることなのです。

在宅医療の現場では、医療改革による在宅医療の広がりにより、介護保険制度創設当初に比べて医療需要が高い在宅療養患者さんが増加する傾向になり、その受け皿として地域包括ケアシステムの活用が勧められています。

介護現場で起きている様々な問題は、医師による医療的介入によって解決策を見出せることが多々あります。言い換えれば、満足のいく在宅療養生活を送っている患者さんの多くは、医師による客観的評価に基づいた医学的管理と指示が介護現場に正しく反映されているのです。

市場原理を導入した介護保険制度は契約行為に基づく制度ですが、社会的共通資本の考え方での医療における医師と患者は、互いの信任に基づいた関係と言われています。

医療に関する広範な裁量権を与えられている医師は、多職種連携においての“隠れた扇の要”、あるいはケアプランの“盛り付け役”になること

が必要です。

在宅医療でのメディカルコントロール体制（MC）の考え方

救急搬送業務において、非医師である救急救命士が行うプレホスピタルケア（医療機関への搬送途中の医療機関外における医療的処置）に対して行われているメディカルコントロール体制とは、“医療機関外での医療的処置の質”を確保するための医師による指示体制および指導助言と検証体制のことです。

救急搬送業務でのメディカルコントロール体制の考え方は、医療機関外で行われる在宅医療の現場でも大いに活用できます。

すなわち、在宅医療という医療機関外における看護職や介護職等（非医師）に対する医師の適切な指示や提案に基づいた“連携の質”を確保するためには、指示体制および指導助言を検証することが医療と介護の連携に効果的です。

在宅医療における「かかりつけ医」とは

日本医師会では「健康に関することを何でも相談でき、必要な時は専門の医療機関を紹介してくれる身近にいて頼りになる医師」をかかりつけ医と呼んでいます。

このほかにも、かかりつけ医の定義はいくつかありますが、とりわけ在宅医療の現場では、療養環境や介護状況が傷病そのものの加療・管理の成果に大きく関わるため、“在宅医療における「かかりつけ医」”には、患者さんの療養環境で巻き起こるさまざまな出来事についても気軽に相談に応じられる姿勢を備えることが重要です。

健康や療養に関する困りごとが出来たときに患者さんが“すぐに名前や顔が思い浮かぶお医者さん”こそが、在宅医療における「かかりつけ医」と言えるでしょう。