

かかりつけ医と 在宅医療・介護連携

齊藤 奏子

保険・生活研究部
研究員

1. はじめに

「医療提供体制のあり方—日本医師会・四病院団体協議会合同提言—（2013）」（以下、合同提言）によると、かかりつけ医とは、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」とされているが、これは法律上の定義ではない。政府が、現在普及を企図しているオンライン診療の実施について、原則かかりつけ医に限定するという方針を出したことを機に、かかりつけ医について法律上の定義が存在しないことが問題となった。そのため、2021年4月の内閣府「財政諮問会議」、5月の財務省「財政制度等審議会」で、かかりつけ医機能の法制上の明確化が提言された。

2. 在宅医療の提供が期待されるかかりつけ医

厚生労働省は、住まい・医療・介護・予防・生活支援の一体的な提供体制（地域包括ケアシステム）を構築することを2005年に提唱し、2025年を目途に達成しようと推進してきた。その目的は、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることである。特に在宅医療・介護連携は2015年から推進され、背景には、高齢化の進展によって医療と介護両方のニーズを有する高齢者が増加することが予想される中で、手厚い介護が必要になるにつれて医療サービスを含む訪問看護等の必要性が高まる傾向がみられることがある。

かかりつけ医は、患者を身近で一番よく知る医師であるため、在宅患者で実施割合が高い「将来の医療・介護に関する患者の意思決定の支援（Advance Care Planning (ACP)）」に取り組むには適任である。さらに、高齢化の進展による多疾患併存患者の増加が見込まれる中、幅広い視点から診療するために、生活習慣や家族を含む病歴を踏まえた継続的な診療が必要となる。これらのことから、特定の分野に特化した専門医だけでなく、かかりつけ医も在宅医療の提供に適していると考えられている。

3. ケアラーの負担軽減につながる在宅医療・介護連携

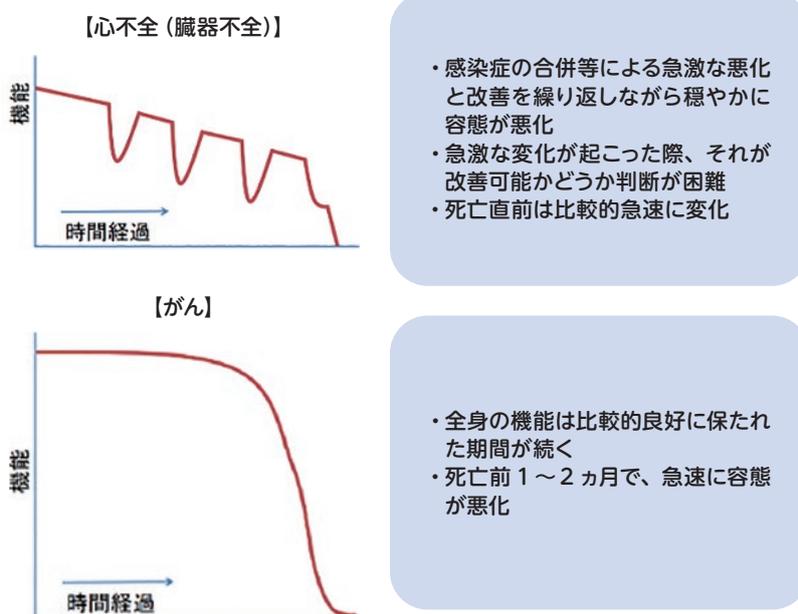
2項では、厚生労働省が、高齢の患者自身のために地域包括ケアの一環として、在宅医療・介護連携を推進していることを述べた。加えて筆者は、「看護・介護等を担う家族（以下、ケアラー）」の負担軽減の観点からも在宅医療・介護連携は重要であると考え。なぜなら近年、在宅での療養や介護を希望する患者の増加に伴いケアラーの負担が増え、生活上の諸問題が指摘されているためである。

在宅医療・介護連携がケアラーの負担を軽減する可能性がある理由としては、ケアマネジャー（以下、ケアマネ）が病状の予測を把握することで、今後どのような看護・介護が必要になるのかある程度想定できるようになる可能性があり、ケアラーが自身のライフプランを立てやすくなることが挙げられる。ケアラーが学生の場合、介護により学業や部活、友人との交流等に悪影響が出ることは望ましくない。特に受験期など重要な時期と、患者が手厚い介護を必要とする時期が重なる場合には、事前の対策が必須だろう。ケアラーが企業の労働者の場合、介護休業制度（対象家族1人につき3回まで、通算93日）や、介護休暇（年5日まで、対象家族が2人以上の場合は年10日まで）の利用が可能である。しかし、介護休業制度や介護休暇だけで不十分であれば、短時間勤務制度やフレックスタイム制の利用の検討が必要となる。そのため、事前に要介護状態になる時期や必要な介護の程度等、可能な限り見当がつくことが望ましい。ゆえに、かかりつけ医が在宅医療を提供する際には、現在の患者の容態だけでなく、生活習慣や家族を含む病歴を踏まえた幅広い視点での経過予測をケアマネに連携し、またケアマネも訪問介護員やケアラーから得た日々の患者の微妙な変化等の情報をかかりつけ医に連携することが求められる。

4. 在宅医療・介護連携における課題と対応

2018年度の診療報酬および介護報酬の同時改定に際して、中央社会保険医療協議会総会と社会保障審議会介護給付費分科会の間で「医療と介護の連携に関する意見交換」が行なわれた。そこでは、「関係者・関係機関の調整・連携」における課題として、「ケアプランの作成・変更に当たり、医師とケアマネの連携・理解が不足している場合があるため、特に、著しい状態変化を伴う末期がん患者に対し、患者の容態に応じた真に必要なサービスが迅速に提供されていない」ことが挙げられた。患者の疾患軌跡については、心不全（臓器不全）の場合は感染症の合併等による急激な悪化と改善を繰り返しながら穏やかに容態が悪化する一方、がんの場合は死亡前1～2ヵ月で急速に容態が悪化することから（図表1）、著しい状態変化を伴う末期がん患者は特に対応が難しいとされる。

図表1 疾患軌跡



出所：「第1回 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会 平成29年8月3日」資料をもとに明治安田総研作成

これを踏まえ診療報酬改定では、在宅時医学総合管理料および在宅がん医療総合診療料において、医師によるケアマネへの病状等に関する情報提供を要件化した。介護報酬改定では、ケアマネが医師の助言により、末期がん患者のケアマネジメントプロセスの簡素化を可能にするとともに、終末期に通常よりも頻繁に訪問することで患者の容態変化やサービス変更の必要性に関する情報を把握し、医師等へ提供した場合を新たに評価するようにした。

今後、現場でより密接な在宅医療・介護連携を図るためには、次回同時改定の2024年度に向けて、国が審議会等で医療側と介護側の意見をいっそうすり合わせることが望ましい。さらにコロナ禍においては、感染症に関する正確な情報を、医療・介護間で迅速に共有できるシステムが確立されていないこと等が問題になっていることから、システムの確立・活用も含めた検討を進めることも期待される。

また現場においては、理解を伴わない形式的な連携を避けるためにも、かかりつけ医とケアマネが互いの立場に立った分かりやすい情報提供が期待される。例えば、かかりつけ医は患者の容態だけでなく、容態の急変時に必要な設備を備えた最寄りの病院の情報を伝えること、ケアマネは最低限の医療の知識（高齢者がかかりやすい症状や使用頻度が高い薬、生活面における注意点等）を学び、患者の容態の理解に努めること等である。かかりつけ医は、日ごろからケアマネや患者との円滑なコミュニケーションや信頼関係の構築を心掛け、患者を身近で一番よく知る医師として、患者の意向を踏まえた情報をケアマネに提供することが求められる。それにより、本人にとどまらずケアラーにとってもより良い在宅医療・介護が実現されると考える。