

2021. 10. 14

## かかりつけ医と在宅医療・介護連携

保険・生活研究部 研究員 齊藤 奏子

### 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、合同提言という）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」において、かかりつけ医機能の法制上の明確化が提言された。6月には、厚生労働省が「令和3年度かかりつけ医機能の強化・活用にかかる調査・普及事業実施団体」を公募し、かかりつけ医に求められる役割を検討しようとしている。

### 2. 在宅医療・介護連携の推進

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、団塊の世代が75歳以上となる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」（厚生労働省「平成28年3月 地域包括ケア研究会報告書」より引用）である。

特に在宅医療・介護連携は、2015年に市町村が行なう地域支援事業として推進されてきた。その背景には、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。

### 3. かかりつけ医による在宅医療の提供

合同提言では、かかりつけ医の機能の一つとして、在宅医療の推進が挙げられた。その後、2016年から日本医師会によって開始された「日医かかりつけ医機能研修」のテーマに「在宅医療」が組み込まれ、かかりつけ医は在宅医療に関して役割発揮がより求められるようになった。

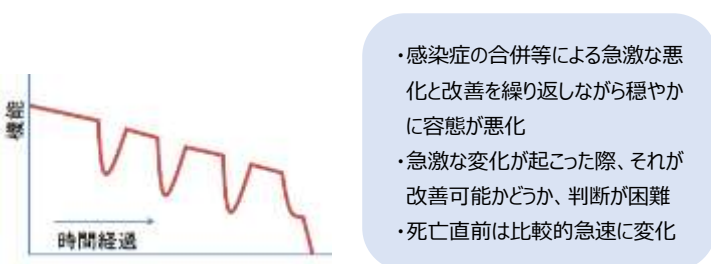
かかりつけ医は、患者を身近で一番よく知る医師であるため、在宅患者で実施割合が高い「将来の医療・介護に関する患者の意思決定の支援（Advance Care Planning（ACP）」）に取り組むには適任である。さらに、高齢化の進展による多疾患併存患者の増加が見込まれる中、幅広い視点からの診療を行なうために、生活習慣や家族を含む病歴を踏まえた継続的な診療が必要となる。これらのことから、特定の分野に特化した専門医だけでなく、かかりつけ医も在宅医療を提供するのに適していると考えられている。

### 4. 在宅医療・介護連携における課題と対応

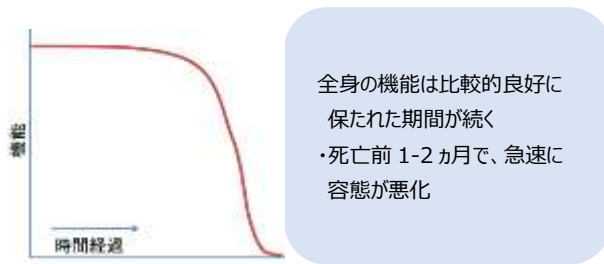
2018年度の診療報酬および介護報酬の同時改定に際して、中央社会保険医療協議会総会と社会保障審議会介護給付費分科会の間で「医療と介護の連携に関する意見交換」が行なわれた。意見交換では、①「看取り」、②

「訪問看護」、③「リハビリテーション」、④「関係者・関係機関の調整・連携」がテーマとして取り上げられた。中でも④「関係者・関係機関の調整・連携」における課題としては、医師とケアマネージャー（以下、ケアマネという）について指摘がされた。具体的には、「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。患者の容態は、心不全（臓器不全）の場合に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（図表1）。一方で、がんの場合には死亡前1-2ヵ月で急速に容態が悪化する（図表2）。これらの経過から、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 心不全（臓器不全）の疾患軌跡



図表2 がんの疾患軌跡



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」資料（2017年8月3日）より明治安田総研にて作成

これを踏まえ、2018年度の診療報酬改定では、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、医師がケアマネに病状等に関する情報提供を行なうことを要件化した。介護報酬改定では、ケアマネが医師の助言を得ることによって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こととした。

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、次回に同時改定を迎える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一層すり合わせる事が望ましい。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。

また筆者は、近年、在宅での療養や介護を希望する患者の増加に伴い「看護・介護等を担う家族（以下、ケアラーという）」の負担増加も学生等の若年層で社会問題化しており、学業に支障をきたす等の問題が発生していることを課題と認識している。かかりつけ医とケアマネがさらに連携を強化し、事前かつ計画的に対処することを通じて、患者本人やケアラーにとって在宅医療・介護に十分対応できる環境の整備が重要であると考えられる。

現場において期待されることは、主に2点ある。第一に、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を行なうことである。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。第二に、かかりつけ医が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日ごろから心掛け、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である。これらにより、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。

※本レポートは、明治安田総合研究所が情報提供資料として作成したものであり、いかなる契約の締結や解約を目的としたものではありません。掲載内容について細心の注意を払っていますが、これによりその情報に関する信頼性、正確性、完全性などについて保証するものではありません。掲載された情報を用いた結果生じた直接的、間接的トラブルや損失、損害については、一切の責任を負いません。またこれらの情報は、予告なく掲載を変更、中断、中止することがあります。

●照会先● 株式会社 明治安田総合研究所 〒102-0073 東京都千代田区九段北 3-2-11 TEL03-6261-6411