

「写」

国診協発第 27 号
平成 23 年 2 月 28 日

厚生労働省医政局政策医療課長 殿

社団法人全国国民健康保険診療施設協議会
会 長 廣 畑 衛

在宅医療の推進に向けた意見の提出について

本会の事業運営につきましては、日頃からご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成 23 年 1 月 28 日付事務連絡「在宅医療に向けた意見募集について」により、別添のとおり意見を提出いたします。

在宅医療の推進に向けた意見

社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

社団法人全国国民健康保険診療施設協議会（国診協）は、国民健康保険法の趣旨を地域社会において実現する目的で設置されている国保診療施設（国保直診）の全国組織である。国診協が主催する全国国保地域医療学会や全国規模の調査研究事業などを通じて全国に在る国保直診活動の指針を発信し、同時に国保直診活動で得られた成果を検証し、地域医療の質の向上に寄与すべく政策提言する機会を得てきた。国保直診の立脚する地域は中山間地域・離島・へき地が殆どであり、そこでは都市部より早く超高齢社会を迎え、これから日本の都市部でも迎える「地域医療」をすでに体験し様々な経験を積んできた。国診協が提唱している「地域包括医療・ケア」はこれらの経験を体系化した概念である。「地域包括医療・ケア」を実践してきた全国の国保直診の「在宅医療」の実績を基に、更なる「在宅医療」の推進を期して以下の提言を申し述べたい。

<重点項目>在宅医療を担う医師の育成

- ①専門医としての総合医制度の確立
- ②地域連携の強化
- ③地域住民との協働
- ④地域リハビリテーションの充実
- ⑤保健医療計画の充実

1. 総合医の育成、学生・臨床研修医の教育体制の確立、チーム医療の充実

「在宅医療」の推進には、「在宅医療」に深い理解をもつ医師の養成が必須である。在宅での全人的な医療・幅広い職種・事業所との連携や在宅での看取りなど、「在宅医療」に使命感を持つ医師が求められる。総合医を専門医として制度を確立し在宅医療を担わせることが望まれる。現況の医学生教育・臨床研修過程での教育・専門医制度に問題があると考え。このまま医学部定員を増やしてもこれまでの教育や専門医制度のあり方では特定の診療科偏在や地域偏在の解決にはなりえず、地域医療に従事する医師の増加・「在宅医療」の充実にとって有効とは言えない。そのためには、まず医学生、研修医の段階から「在宅医療」の現場にたち、それを理解することが必要である。新医師臨床研修制度で「地域医療」がコアカリキュラムに入ったが、経験目標に「在宅医療」を実践している医師やコメディカルの講義や「在宅医療」への同行を必修化すべきと考える。さらには、「在宅医療」に積極的に取り組む医師が社会から評価される仕組みづくりが必要である。全人的医療を担う総合医を育成し総合医制度の確立が必要である。内科、外科などと同列の立場での総合医（専門医）研修体制が充実すれば、「在宅医療」をふくむ

地域医療に積極的に意欲を持って取り組む医師が必ず増えると考えられる。現在の専門医制度は麻酔科医以外は各学会の認定制度に基づくものである。今後は国の制度として総合医と専門医が両立する仕組みをつくるべきである。国診協では、医師の専門科偏在・地域偏在・勤務形態の偏在の為に地域医療の維持が困難となっている事を深刻に受け止め、早急な対策として、医学部卒後10年位の間にはすべての医師が一定期間「在宅医療」をふくむ地域医療に従事することを義務化すべきであると提言してきた。かかる制度が導入されれば必ずや「在宅医療」に理解を示す医師が多く生まれ、総合医の育成がおのずから計られるものと確信する。

一方「在宅医療」の裾野が広がらない阻害要因に、「在宅医療」の現場に立ちたくとも立てない「施設医療」現場での勤務医師の一人当たりの業務量が多すぎる事があげられる。「在宅医療」現場における医師業務の一部を医療技術者（保健師、看護師、薬剤師等）に担わせる制度改正が必要である。その要件に医療技術者に包括的な指示をする医師は総合医の資格を有することが望ましい。

2. 地域連携パスの推進 病院・在宅関連職種との連携強化

病院に入院している患者がスムーズに在宅へ移行できるかどうか地域における在宅患者数、患者・家族の満足度に関わってくる。そのためには、病院における「在宅医療」の理解によって入院中から在宅への移行を踏まえた取り組みが重要である。それを実行するためには、特に看護職の「在宅医療」への理解・経験と地域連携室の機能強化が求められる。各病院での「在宅医療」の研修会、病棟看護師を含めて看護師の「在宅医療」現場における研修、そして地域連携室と在宅関連職種（特に、医師と介護支援専門員）との定期的な会合や各個人毎の連携体制の構築を目指すべきである。地域連携室は、病院によって極めて多様であり、職種配置の診療報酬上での配慮や在宅を目指した取組みに対する評価を導入すべきである。

また、地域連携パスは現在、疾患別で病院間で運用されているが、これを病院間の連携にとどめず、医療機関と在宅ネットワークづくり・施設との連携に広げて行く必要があると考えられる。まず、医療機関と介護支援専門員、施設との連携シートを地域の関係機関が集まって作り、運用することが重要である（参照：医療・福祉地域連携パス、香川シームレスケア研究会）。いずれにしても現状は「在宅医療」の受け皿が十分とはいえない。今後はこの受け皿の充実強化を図るべきである。

3. 地域における在宅医療関係者の連携の場の確保

「在宅医療」には多くの職種が関与するため、連携が非常に重要であるが、これらの連携はあまりうまくいっていないのが現状といえる。公立みつぎ総合病院を始め国保診療施設で地域包括医療・ケアを実践している地域を見ると、連携の基本は、やはり顔を合わせる事だと思われる。地域において、定期的集まり、お互いを理解するための

勉強会、意見交換などをする場を持つ事が連携を進めることになる。これには、地域の医師会や社会福祉協議会、関係職能団体の連携も含まれる。このような連携の場を行政（地域包括支援センターを含む）が支援し、定期的に行うことが連携の強化につながる。しかも、連携は単に連絡会議を開催するだけに終わってはならない。ネットワークをつくり、強固な連携にすることも必要である。一方、サービス提供にしても多職種の専門職が必要なサービスを同時に協働して提供することも大切である。

4. 医療と介護と行政の協働

従来は病診間の連携、病病間の連携は点と点を結すんだ「線」の連携であった。今後はこれに行政（保健センター、地域包括支援センター等）と住民（民生委員、保健推進員、ボランティア等）が加わった「面」の連携が望ましい。

しかも医療と介護の連携は中断することなく、シームレスに行われなければならない。

5. 地域リハビリテーションの充実

リハビリテーションは、急性期から回復期、維持期（生活期）、そして地域リハビリテーションまで切れ目なく行われなければならない。特に、現状は地域・在宅でのリハビリテーションが不十分である。シームレスなリハビリテーションが行われなかったために、日常生活動作の劣化・寝たきりになってしまうケースも少なくない。これらはひいては医療費や介護費用の増につながっていく。特に住環境（住まい）を含めた訪問リハビリをはじめ、地域リハビリテーションの充実が「在宅医療」の充実に重要である。

6. 訪問歯科診療、口腔ケアの充実

日本人の死因の第4位が肺炎であり、そのうち65歳以上の高齢者が95%を占める。在宅においても肺炎の患者は多く、その原因の一つとして口腔機能の低下に気付いていない患者や家族も多い。口腔機能の低下によって、口腔乾燥や舌苔、更に歯周病を惹き起こし、あるいは口腔内から咽頭部付近まで痰付着により汚染され、発熱を繰り返して誤嚥性肺炎へとつながる。誤嚥性肺炎の予防のためにも積極的な専門的口腔ケアや摂食・嚥下リハビリは必要不可欠である。

このため、在宅担当医、介護支援専門員など在宅関連職種のこれらに対する研修とともに、歯科医・歯科衛生士との連携により口腔ケアが実施しやすい仕組みづくりに国、都道府県、市町村も関与して積極的に行うべきである。患者、家族及び地域住民への啓発活動も重要である。

なお、これらの口腔ケア（口腔機能向上）は現在、運動機能向上、栄養改善と共に介護予防の三本柱の1つになっている。したがって、施設での歯科治療に加え在宅における歯科診療・専門的口腔ケアさらに摂食・嚥下リハビリを含めた「包括的口腔ケア」が必要である。

7. 保健医療計画の推進

医療計画が保健との連携に乏しく、健康づくり・生活習慣病予防の取り組みが十分とはいえない。口腔ケアのように病気の予防に関するものを積極的に計画に入れるべきと思われる。また現在、特定健診・特定保健指導、介護予防が低調であるが、これらも医療との連携の中で再検討すべきと思われる。これらの推進が、医療費、介護費用の適正化にもつながるものと思われる。

8. 全体を見通した医療提供体制の構築

従来の医療は、急性期医療に偏っていた。急性期病院は在院日数の短縮をめざしているため、施設や在宅の受け皿がないのに退院させてしまう傾向にある。医療計画は病床規制や急性期医療に偏ることなく、全体を見通した適切な医療提供体制を含めた計画を策定すべきである。

また、今後の医療を考えれば一般病床と療養病床相互の転換がある程度弾力的に行われる仕組みをつくることが望ましい（療養型老健施設も含めて）。超高齢社会では長期療養者が増加することは必至であり、施設ケアより住み慣れた自宅で療養生活を望む住民を支える「在宅医療」を推進する為、その「在宅医療」を支える有床診療所ならびに小規模病院等を診療報酬の上で現行よりも高く評価すべきである。今後の超高齢社会では、地域包括ケアシステムを構築し、保健・医療・介護・福祉の連携のとれた「在宅医療」が望ましい。こうしてはじめて、住民（高齢者）は安心して住みなれた地域で一生を送ることが出来るものと思われる。