

平成27年度 在宅医療関連講師人材養成事業

【日 時】

2016年1月17日(日) 9:00～17:00

【場 所】

日本医師会館 大講堂

【主 催】

日本在宅ケアアライアンス (JHHCA)

【共 催】

公益社団法人 日本医師会

平成27年度 在宅医療関連講師人材養成事業

【目的】

全国都道府県医師会から推薦された受講者が、
地域で在宅医療普及推進活動のアドバイザーを担えるように本研修を位置付ける。

【日時】

2016年1月17日（日）9:00～17:00

【場所】

日本医師会館 大講堂

【主催】

日本在宅ケアアライアンス（JHHCA）

【共催】

公益社団法人 日本医師会

はじめに

わが国においては、現在、「地域包括ケアシステム」の構築が推進されております。このシステムにおいては、地域特性に合わせたケアのあり方を、「まちづくり」という視点で、地域に暮らす全ての人々に携わっていただくことが重要な鍵となります。当然、かかりつけ医や地域医師会には、高齢者をはじめ地域に暮らす人々が可能な限り住み慣れた場所で、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制の整備のために、行政や多職種と連携して、積極的に関わっていくことが求められております。

日本医師会では、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』と考えております。また、在宅医療はかかりつけ医の重要な機能の一つであると考えており、地域包括診療料や地域包括診療加算の要件である研修会の実施に加え、平成28年4月からは「日医かかりつけ医機能研修制度」をスタートする予定であり、地域の中で活動するかかりつけ医を支援しております。

本研修会をはじめ、このような取り組みを通じて、かかりつけ医や地域医師会が、地域で療養生活を送る方々を支えていくために、地域行政や多職種の方々と連携していただき、さらには地域に住む全ての人たちとともに「まちづくり」に関わっていくことが、少子高齢社会となったわが国の社会保障の目指すべき姿であると考えます。

最後に、かかりつけ医として地域住民の生活と健康を支え、患者が外来に通えなくなった時は、居宅に赴いて診療を継続していくことはこれまでも医師が行ってきた自然な姿です。地域包括ケアシステムの中で、我々医師自身も、これまで地域住民を支えてきたかかりつけ医の持つ機能を再確認し、さらに現在の地域社会に求められる姿へと変革していくことが必要です。

本研修会は、研修修了者に地域において在宅医療に関する推進活動におけるアドバイザー役としてご活躍いただくことを目的としております。ご参画の先生方におかれては、かかりつけ医が地域の中で積極的に在宅医療に取り組んでいただけるようますますご尽力をお願いするとともに、研修内容が少しでもご参考となれば幸いです。

あらためまして、本資料作成及び研修会の開催にあたり、ご執筆・ご講演いただく先生方をはじめ、日本在宅ケアアライアンス及び公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団のご関係者の皆様方に深く感謝申し上げます。

平成28年1月

公益社団法人日本医師会
会長 **横倉 義武**

開催にあたって

日本在宅ケアアライアンス（JHHCA：Japan Home Health Care Alliance）は、学術団体や職能団体、あるいは市民活動に力をいれている任意団体など計17の組織から構成されており、わが国における健全な在宅医療の普及推進を目指しさまざまな活動を行っております。

このたび、「平成27年度在宅医療関連講師人材養成事業（厚生労働省）」を日本在宅ケアアライアンス（JHHCA）で受託することとなり、本事業の一環として講師人材育成研修プログラムを作成し、日本医師会との共催の下、ここに研修会を開催する運びとなりました。本研修会に際し、このシラバスを編纂いたしましたので、研修修了者が持ち帰り、在宅医療関連事業にご活用いただき、各地域で貢献いただければと考えています。

地域包括ケアシステム構築が基礎自治体の重要な課題となり、在宅医療への期待はより一層高まりをみせておりますが、在宅医療という新しい医療の形態を社会に正しく認識していただくための障壁は決して低いものではありません。

生活の場で提供される医療サービスの妥当性は、生活の質の向上という尺度で推し量ることとなり、多職種が協働し、地域の社会資源を有効に活用し、「暮らし」を上位概念として提供されなければなりません。それこそ、望まれれば生活の場での看取りまで支える役割も求められます。死を医学の敗北とし、命をつなぐことを最大の役割とみなした従来型の病院完結型医療から、「命の質・生活の質」を重視した地域完結型医療へ、地域医療のかたちは大きく変わろうとしています。

尊厳ある療養生活を支えるには、医師・歯科医師・看護師・薬剤師・リハビリ専門職（PT／OT／ST）・管理栄養士、さらにはケアマネジャーや介護職、もっといえは福祉タクシーのドライバーにも、そして行政に「在宅医療に対する本質的な理解」が求められ、ケアチームの質が在宅医療の質を規定し、地域力が問われるといっても過言ではない状況となっております。

そこで、地域のかかりつけ医が良質な在宅医療を「医の原点」として積極的に実践するだけでなく、各地域の在宅医療普及推進のアドバイザー役として、行政とも足並みを揃えて地域包括ケアシステム構築の一翼を担えるようにと願い、本研修会を開催いたします。

最後に、日本医師会の強力なお力添えや、日本在宅ケアアライアンス加盟の組織団体の皆様のご支援、さらには公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団のご協力に、心より感謝申し上げます。本シラバスが、多職種協働を基盤とする地域連携で推進する日本の在宅医療のスタンダードを示すものとなれば幸いです。

平成28年 初春

日本在宅ケアアライアンス
議長 **新田 國夫**

平成27年度 在宅医療関連講師人材養成事業

日時 2016年1月17日(日) 09:00～17:00 日本医師会館 大講堂
主催 日本在宅ケアアライアンス
共催 日本医師会
目的 全国都道府県医師会から推薦された受講者が、地域で在宅医療普及推進活動のアドバイザーを担えるように本研修を位置付ける。

総合司会：和田 忠志 (全国在宅療養支援診療所連絡会)

プログラム [午前：9:00～12:10]

9:00～9:10	【開会の辞・本研修の趣旨説明】 新田 國夫 (日本在宅ケアアライアンス)
9:10～9:50	【総論1】 地域包括ケアシステムと在宅医療 ◆地域包括ケアシステムにおける在宅医療への期待 迫井 正深 (厚生労働省) ◆かかりつけ医の在宅医療と地域特性 鈴木 邦彦 (日本医師会)
休憩 (10分)	
10:00～11:00	【総論2】 地域へのアプローチの仕方 ◆その1：行政（県レベルと市町村レベル）や保健所との連携 市民啓発、地区医師会との連携 三浦 久幸 (国立長寿医療研究センター) ◆その2：病診連携 ～地域医療構想を見据えた病診連携とは～ 池端 幸彦 (日本慢性期医療協会)
休憩 (10分)	
11:10～11:40	【総論3】 居住系施設等との連携 苛原 実 (全国在宅療養支援診療所連絡会)
11:40～12:10	【総論4】 小児在宅医療 中村 知夫 (国立成育医療研究センター)
昼食 (60分)	

プログラム [午後：13:10～17:00]

13:10～14:40	【各論1】 多職種協働・地域連携 ◆各職能団体の役割およびかかりつけ医との連携のあり方 i) 訪問看護 佐藤 美穂子 (日本訪問看護財団) ii) 訪問リハビリテーション 宮田 昌司 (日本訪問リハビリテーション協会) iii) 歯科訪問診療 原 龍馬 (全国在宅療養支援歯科診療所連絡会) iv) 訪問薬剤指導など 萩田 均司 (全国薬剤師・在宅療養支援連絡会) v) ケアマネジメント 鷺見 よしみ (日本介護支援専門員協会) vi) 訪問栄養管理 前田 佳予子 (日本在宅栄養管理学会)
休憩 (10分)	
14:50～16:50	【各論2】 在宅症例を通じての多職種協働・地域連携の具体的学び ◆症例1) がん緩和 山脇 正永 (京都府立医科大学) ◆症例2) 心理・社会的要因（家族の関わり含む）の処遇困難症例 草場 鉄周 (北海道家庭医療学センター) ◆モデル・ケアカンファレンス 飯島 勝矢 (東京大学) 太田 秀樹 (全国在宅療養支援診療所連絡会) 症例1) 特発性間質性肺炎 症例2) アルツハイマー型認知症 石山 麗子 (日本介護支援専門員協会) 工藤 美香 (日本在宅栄養管理学会) 小玉 剛 (全国在宅療養支援歯科診療所連絡会) 高橋 眞生 (全国薬剤師・在宅療養支援連絡会) 瀧井 望 (日本訪問看護財団) 能本 守康 (日本介護支援専門員協会) 平原 優美 (日本訪問看護財団) 宮田 昌司 (日本訪問リハビリテーション協会)
16:50～17:00	閉会の辞 鈴木 邦彦 (日本医師会)

目次

ご挨拶	1
はじめに	1
開催にあたって	2
プログラム	4
【総論1】 地域包括ケアシステムと在宅医療	8
◆地域包括ケアシステムにおける在宅医療への期待	8
◆かかりつけ医の在宅医療と地域特性	38
【総論2】 地域へのアプローチへの仕方	50
◆その1：行政（県レベルと市町村レベル）や保健所との連携 市民啓発、郡市区医師会との連携	50
◆その2：病診連携 ～地域医療構想を見据えた病診連携とは～	72
【総論3】 居宅系施設等との連携	92
【総論4】 小児在宅医療	104
【各論1】 多職種協働・地域連携	120
◆各職能団体の役割およびかかりつけ医との連携のあり方	
i) 訪問看護	120
ii) 訪問リハビリテーション	132
iii) 歯科訪問診療	142
iv) 訪問薬剤指導など	158
v) ケアマネジメント	166
vi) 訪問栄養管理	174
【各論2】 在宅症例を通じての多職種協働・ 地域連携の具体的学び	186
◆症例1) がん緩和	186
◆症例2) 心理・社会的要因（家族の関わり含む）の処遇困難症例	190
◆モデル・ケアカンファレンス	196
症例1) 特発性間質性肺炎	197
症例2) アルツハイマー型認知症	200
参考資料	210
日本在宅ケアアライアンス・加盟団体および有識者委員	210
プロフィール	211
「平成27年度在宅医療関連講師人材養成事業」委員名簿	220

総論

【総論1】

地域包括ケアシステムと在宅医療

- ◆地域包括ケアシステムにおける在宅医療への期待
- ◆かかりつけ医の在宅医療と地域特性

【総論2】

地域へのアプローチの仕方

- ◆その1：行政（県レベルと市町村レベル）や保健所との連携
市民啓発、郡市区医師会との連携
- ◆その2：病診連携
～地域医療構想を見据えた病診連携とは～

【総論3】

居住系施設等との連携

【総論4】

小児在宅医療

地域包括ケアシステムにおける在宅医療への期待

迫井 正深

目標 わが国において急速に進展している少子高齢化を踏まえた社会構造の変革を背景に、地域における高齢者ケアの体制整備の在り方としての「地域包括ケアシステムの構築」について、その概念や考え方を理解するとともに、地域包括ケアシステムにおける在宅医療の推進に関して、特に在宅医療と介護の連携推進や多職種連携に係る課題について理解する。

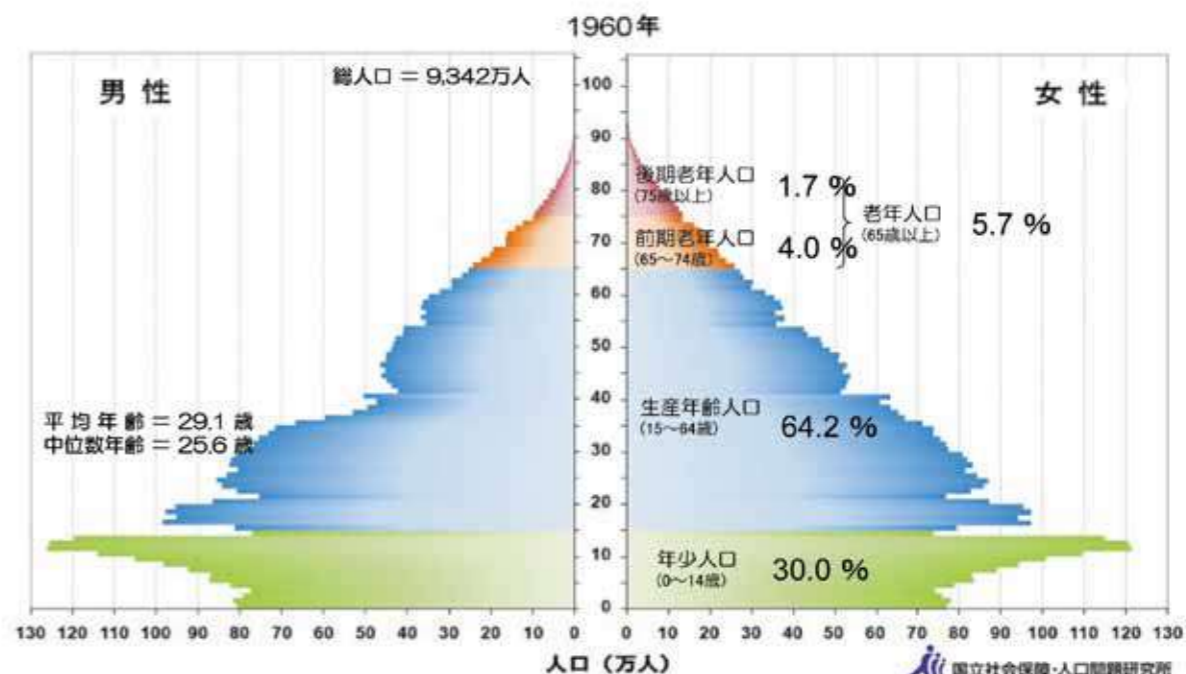
1. わが国の高齢化進展の状況と今後の予測を把握するとともに、地域医療における課題を整理し説明できる。
2. 地域包括ケアシステムの概要を理解し地域で説明できる。
3. 地域における在宅医療と介護の連携にかかる課題とそれらを踏まえた、それぞれの地域での取り組みについて説明し実践できる。

Keyword 在宅医療、地域包括ケアシステム、在宅医療介護連携

- 内容**
1. 地域包括ケアシステムの背景
 - 人口の高齢化と“高齢者ケアの場”の在り方
 2. 地域包括ケアシステムの考え方
 - 地域“で”必要とされるサービスを包括的に提供
 - 必要とされるサービスを地域“が”包括的に提供
 3. 在宅医療推進における課題
 - “ご当地システム”としての在宅医療介護の連携
 - 地域包括ケアシステムにおける多職種連携の推進

1. 地域包括ケアシステム構築の背景 (人口の高齢化がもたらす社会への影響)

2 日本の人口ピラミッド 1960年



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口。2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

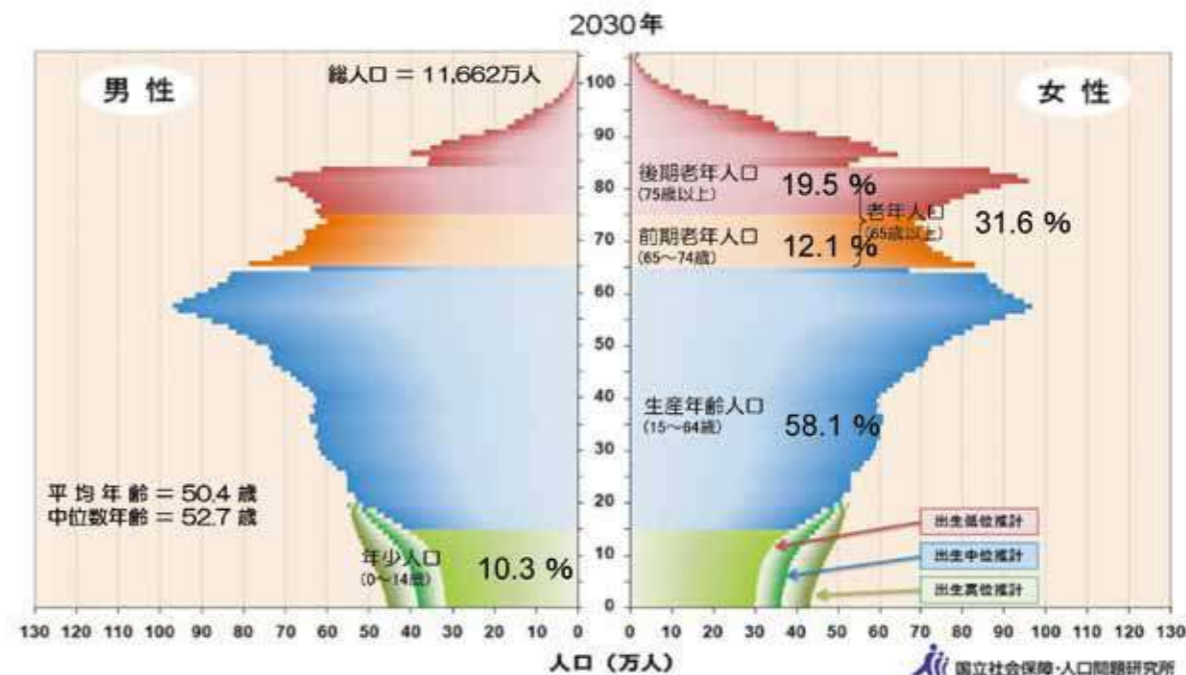
3 日本の人口ピラミッド 1960年～1980年

1960年～1980年：“人口ボーナス”

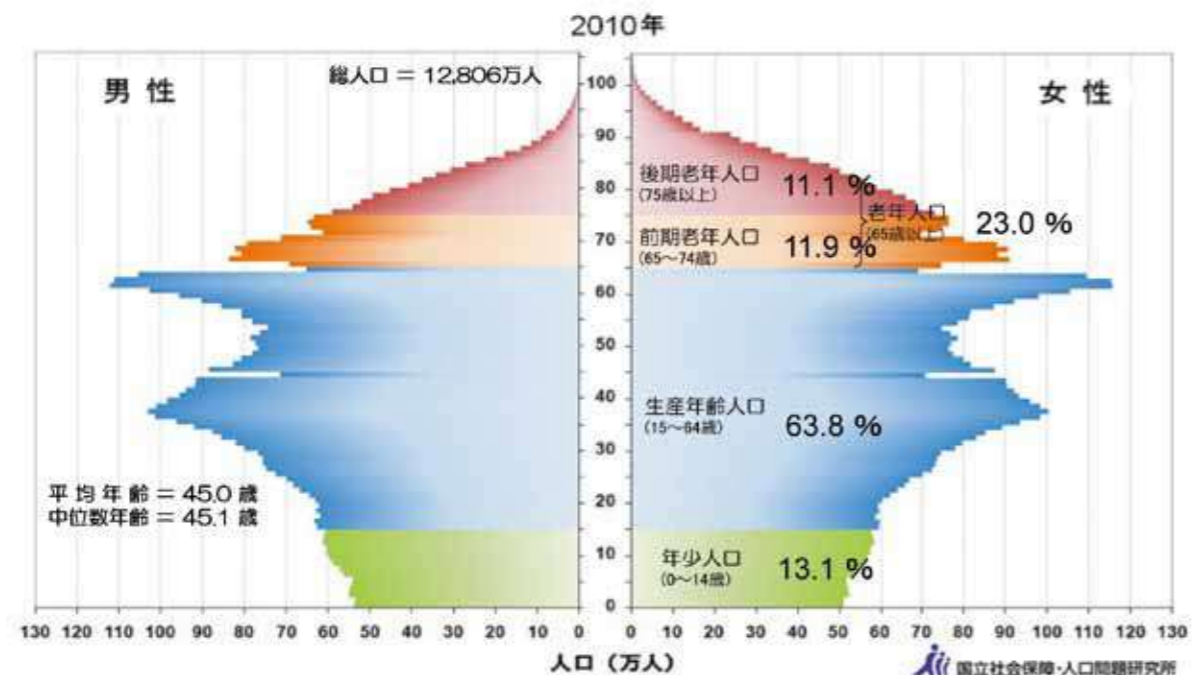
- ・大きい労働生産力
- ・小さい社会保障費

「高度経済成長」の原動力
The Japanese Economic Miracle

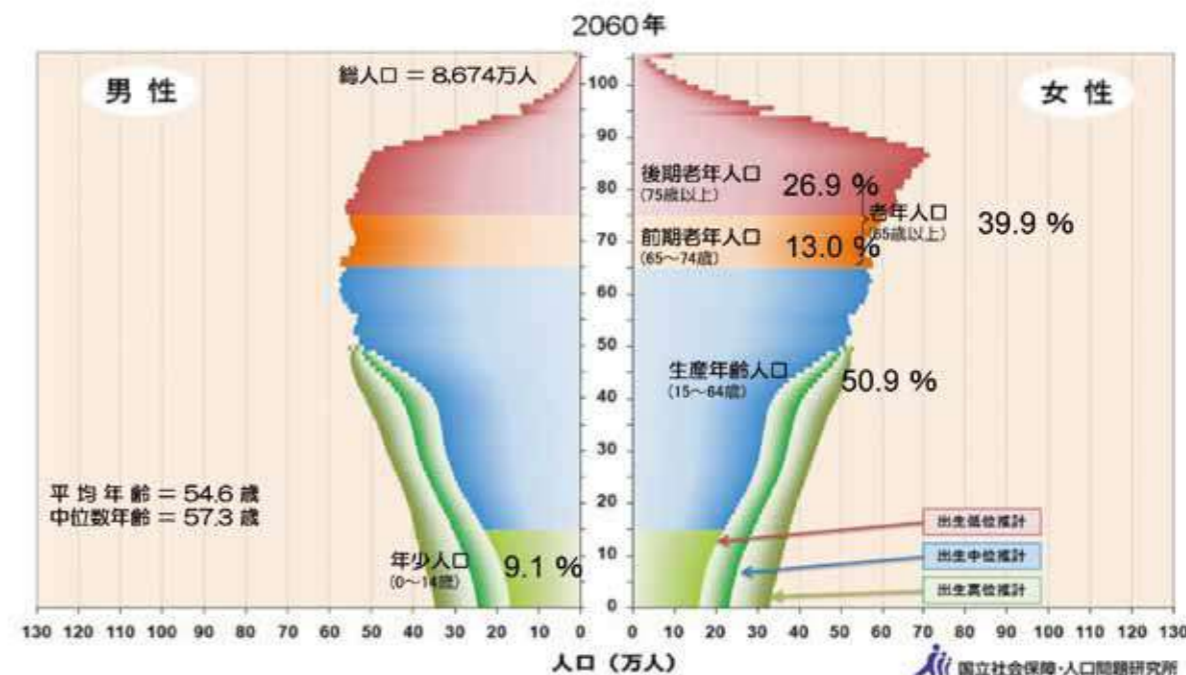
5 日本の人口ピラミッド 2030年



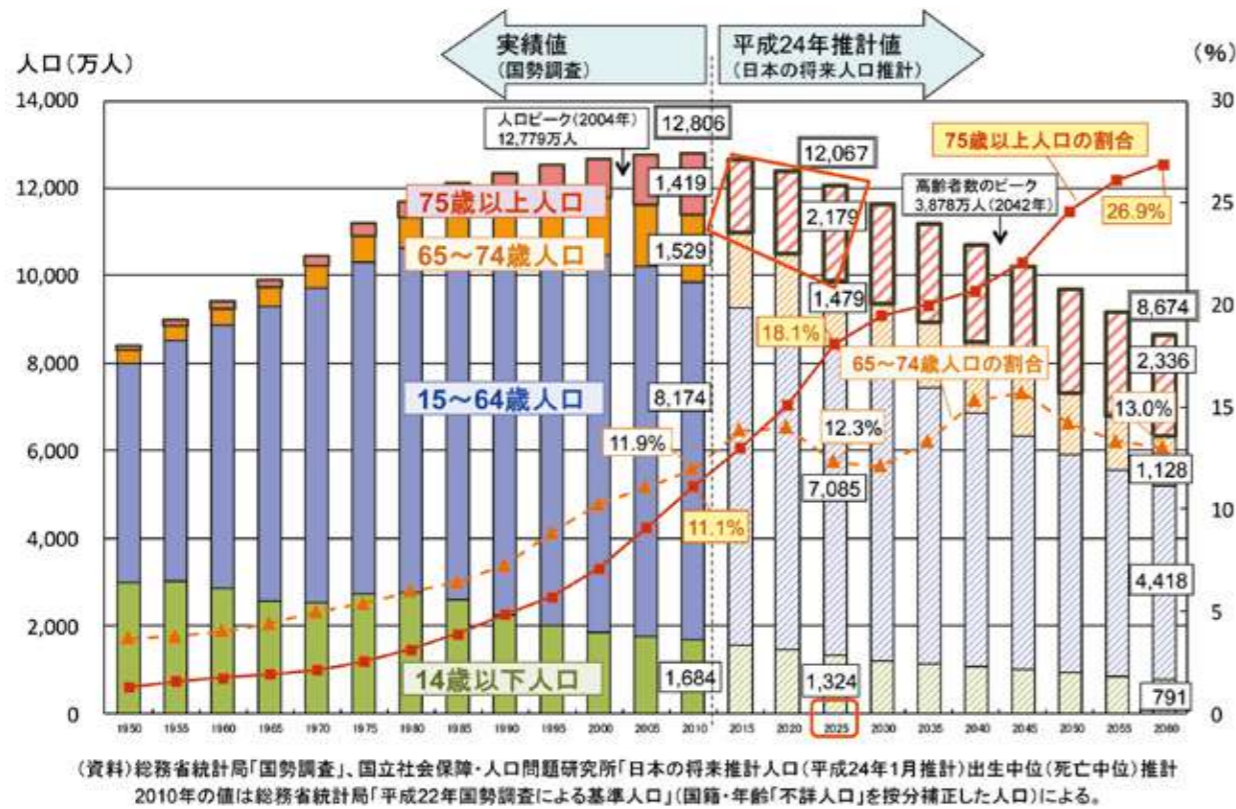
4 日本の人口ピラミッド 2010年



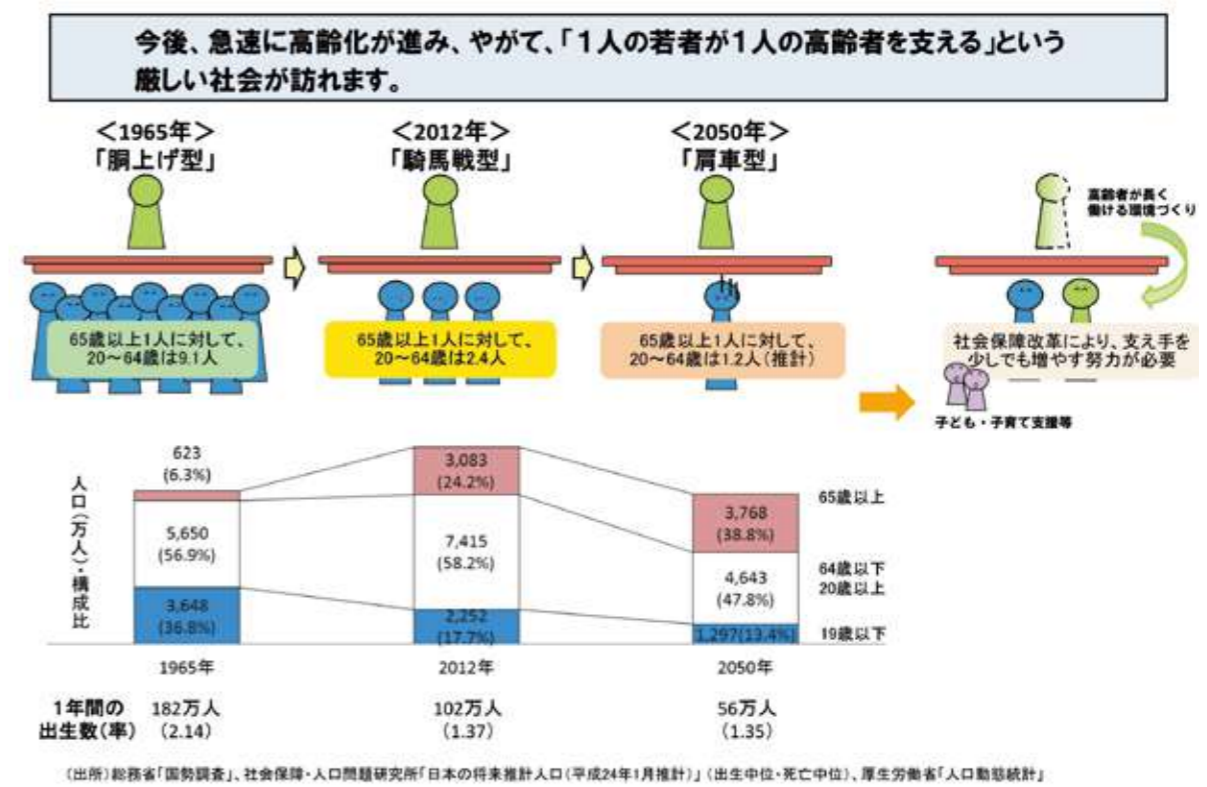
6 日本の人口ピラミッド 2060年



7 わが国の人口構成の変遷



9 「胴上げ型」社会から「肩車型」社会へ



8 75歳以上人口と40歳以上人口の推移

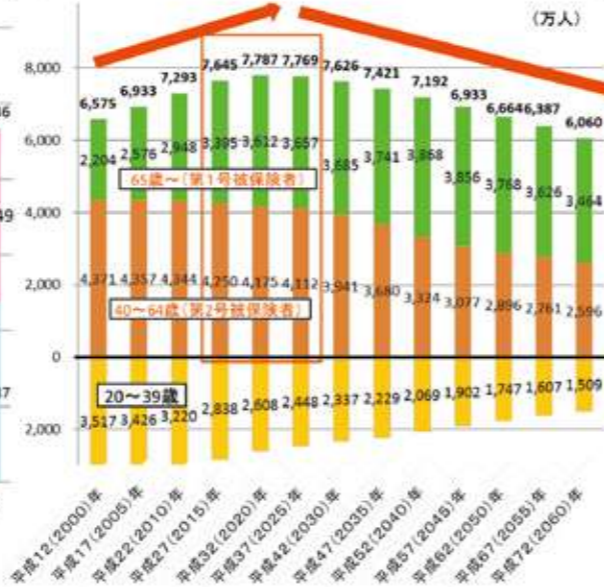
要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

- 75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間で、急速に増加。
- 2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。

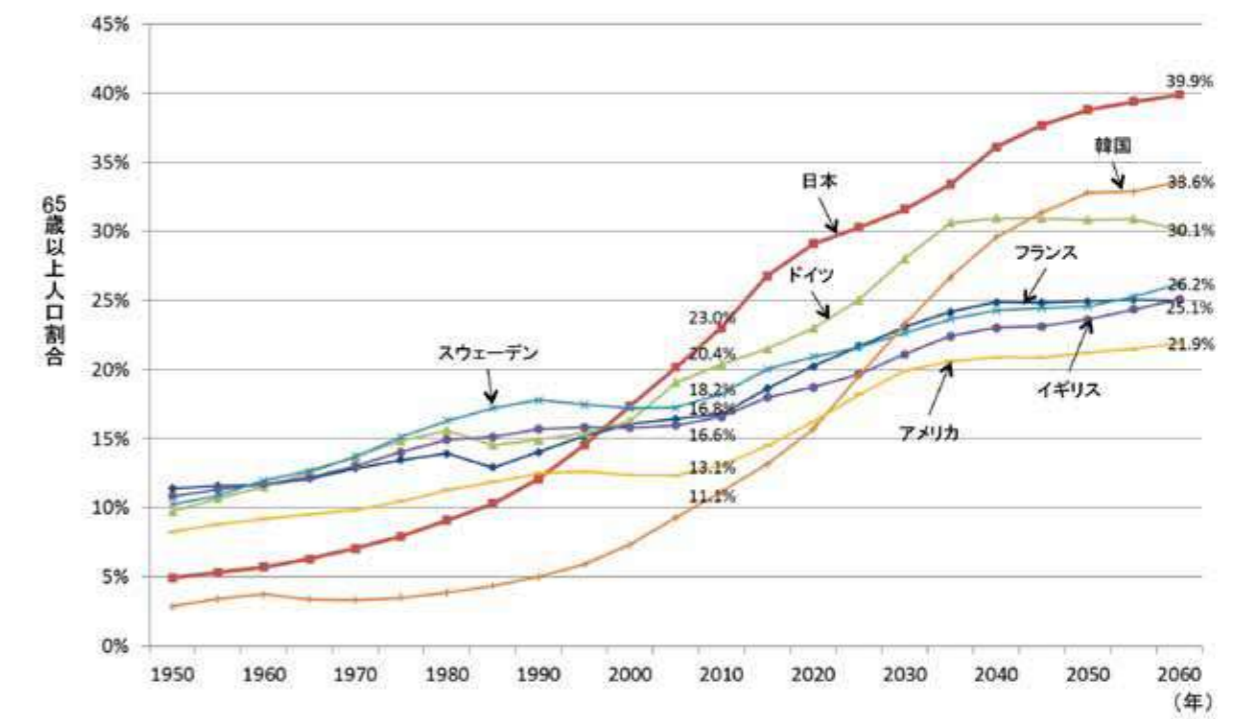


介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

- 保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2021年をピークに減少する。



10 65歳以上人口割合推移の国際比較



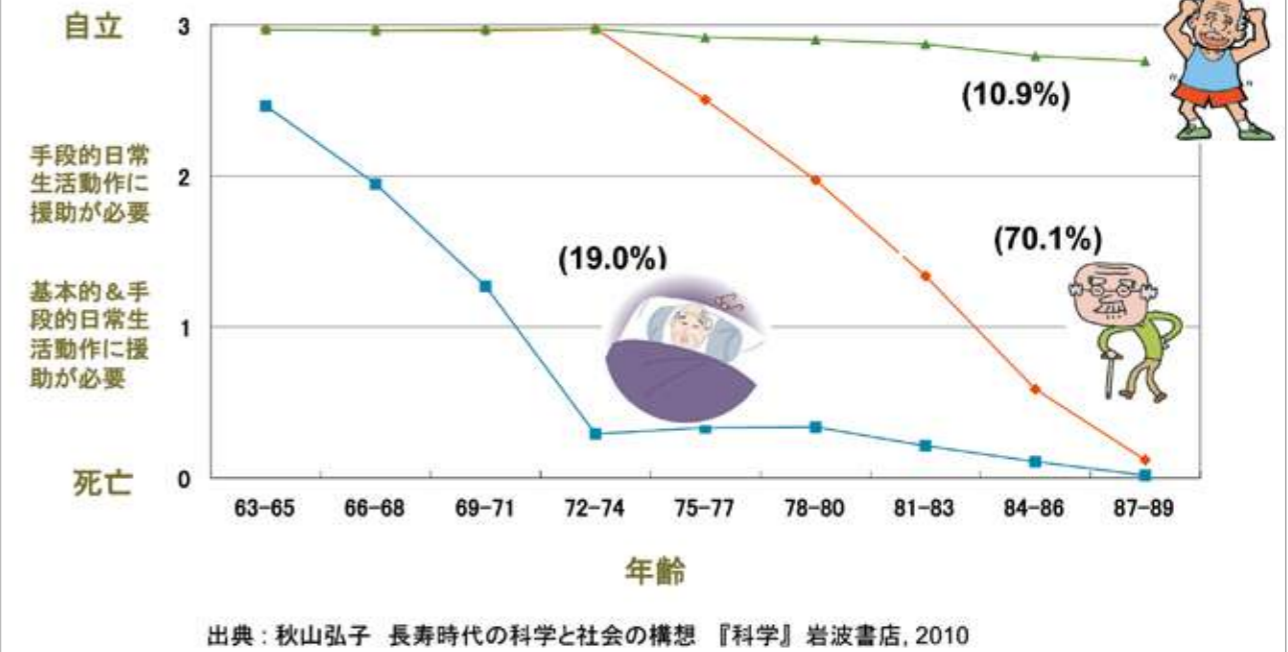
11 高齢者人口（65歳以上）の増加数（2005年→2025年）



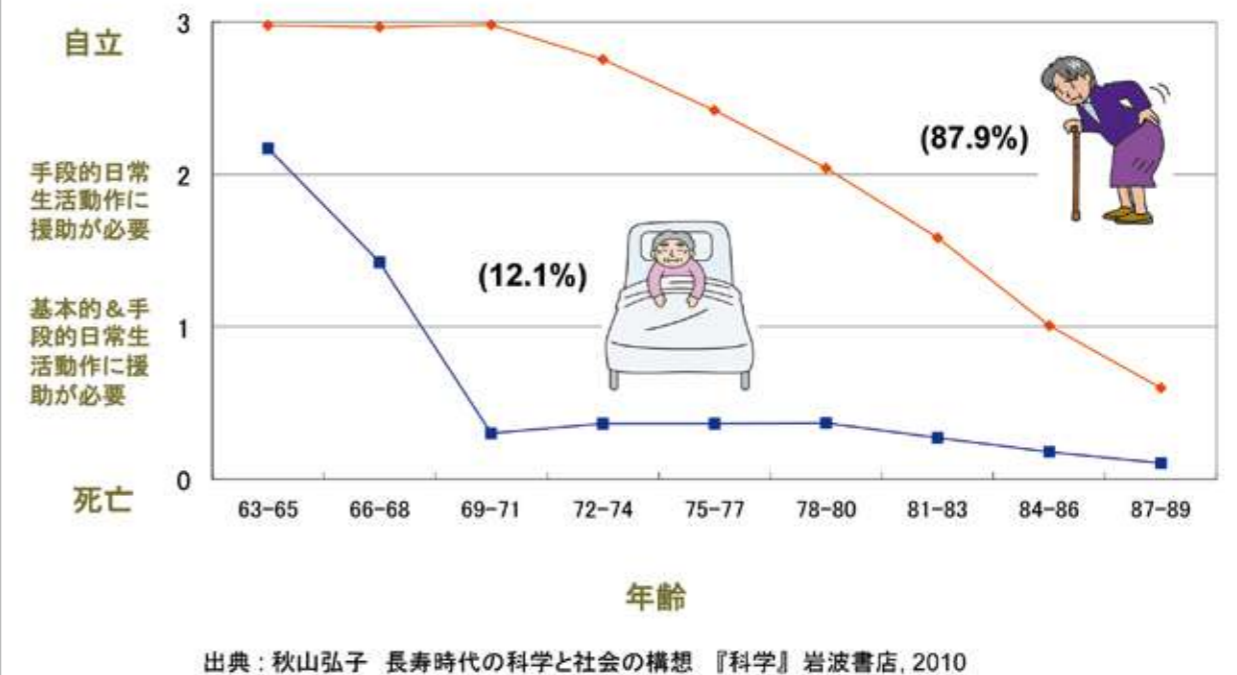
12

高齢者の自立度の変化

13 自立度の変化パターン —全国高齢者20年の追跡調査— 男性

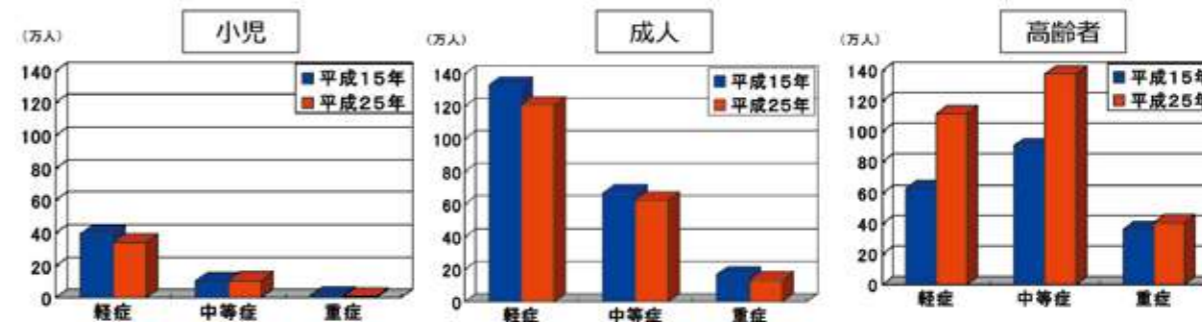


14 自立度の変化パターン —全国高齢者20年の追跡調査— 女性



高齢者の医療ニーズ

○救急搬送人員の伸びは、年齢別では高齢者が多く、重症度別では軽症・中等症が多い。



平成15年中				平成25年中			
全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)	全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
重症	1.6万人	16.8万人	35.9万人	1.2万人 0.4万人減 -26%	13.4万人 3.4万人減 -20%	40.6万人 4.7万人増 +13%	
中等症	10.6万人	66.8万人	90.6万人	10.8万人 0.2万人増 +2%	62.6万人 4.2万人減 -6%	137.6万人 47万人増 +52%	
軽症	39.1万人	133.1万人	62.5万人	34.5万人 4.6万人減 -12%	120.8万人 12.3万人減 -9%	111.5万人 49万人増 +78%	

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータを基に分析したもの

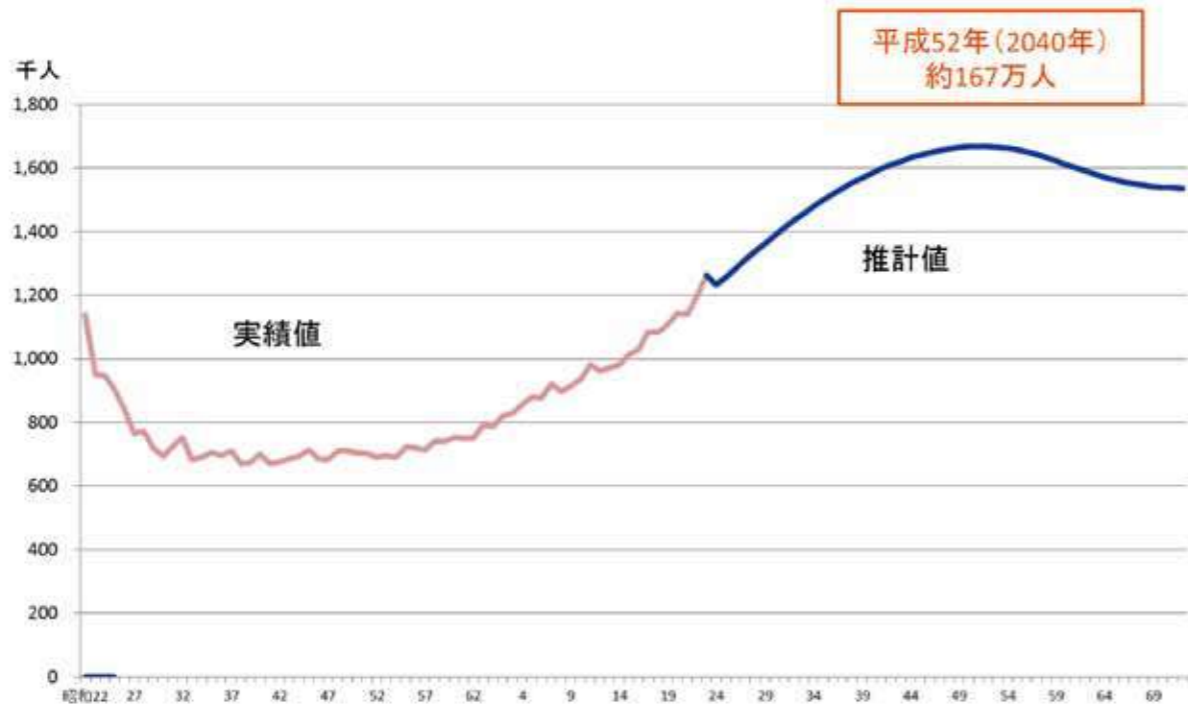
- 年齢階級別の一人当たり医療費を見ると、高齢になるほど一人当たり医療費は増大。
- 高齢者の医療費をどのように国民全体で公平に負担し合うのが課題。



(注1) 1人あたりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
 (注2) 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
 (注3) 予算措置による70～74歳の患者負担補填分は自己負担に含まれている。
 (注4) 1人あたり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級の加入者数で割ったものである。
 (注5) 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。
 【出典】各制度の事業年報等をもとに医療給付実態調査等を用いて保険局調査課により推計

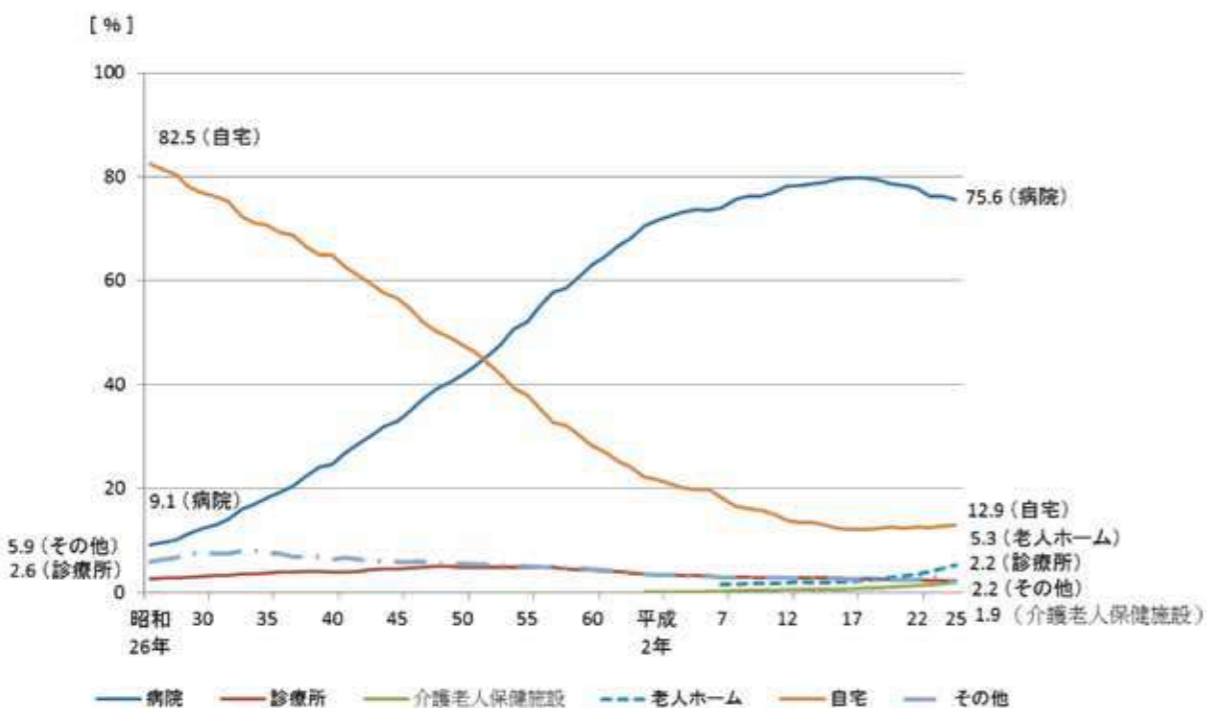
高齢者の終末期ケアニーズ

19 死亡数の年次推移



出典：平成22年までは厚生労働省「人口動態統計」
平成23年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)(出生中位・死亡中位)」

20 死亡場所の推移



※ 老人ホームとは、介護老人ホーム、特別介護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。
平成6年までは、老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれている。

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

21

“高齢者ケアの場”が必要



どのような“場”が必要？

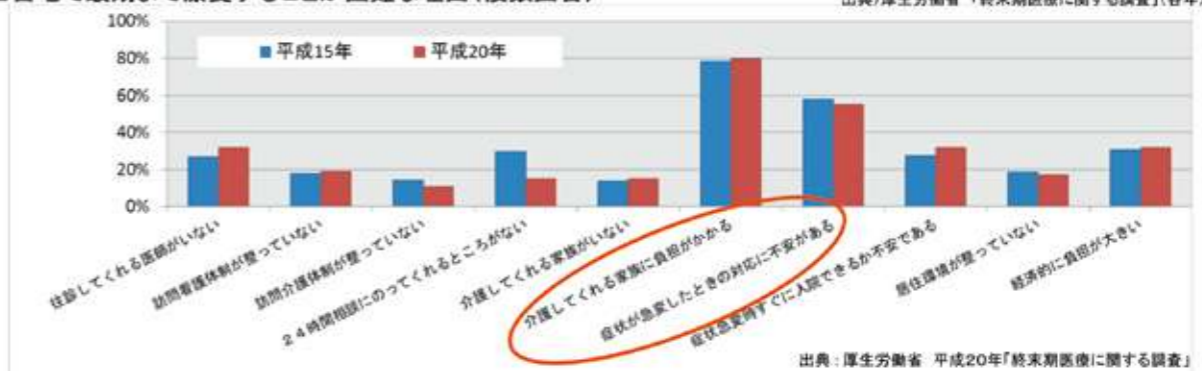
22 終末期医療に関する調査

- 60%以上の国民が「自宅で療養したい」と希望。
- 自宅で最期まで療養するには、家族の負担や急変したときの対応などに不安を感じる。

■終末期の療養場所に関する希望



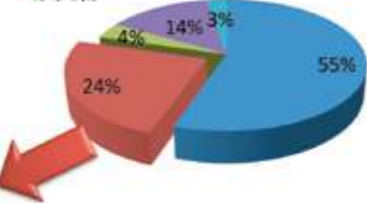
■自宅で最期まで療養することが困難な理由(複数回答)



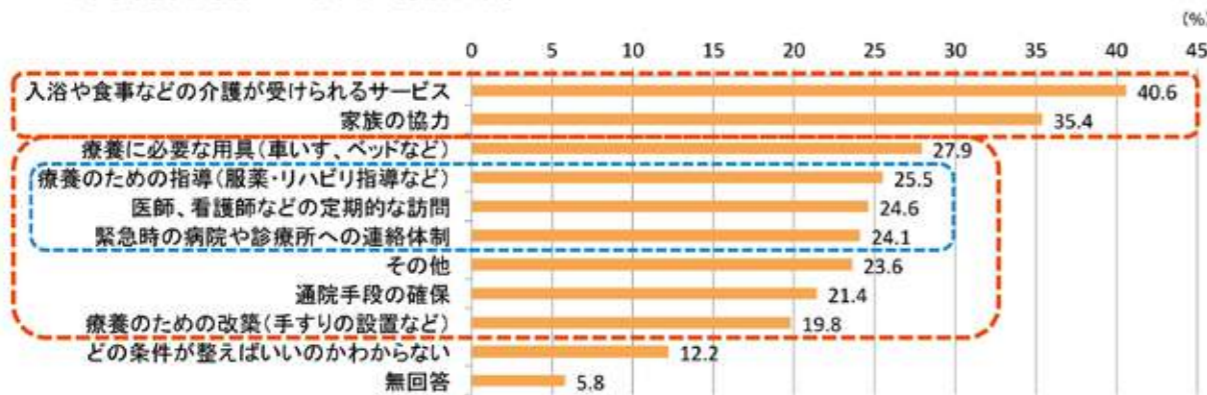
23 退院の許可が出た場合の入院患者の自宅療養の見通し

■ 退院の許可が出た場合の入院患者の自宅療養の見通し (入院患者に対する質問、n=53,298)

■ 自宅で療養できる ■ 自宅で療養できない
■ 療養の必要がない ■ わからない
■ 無回答



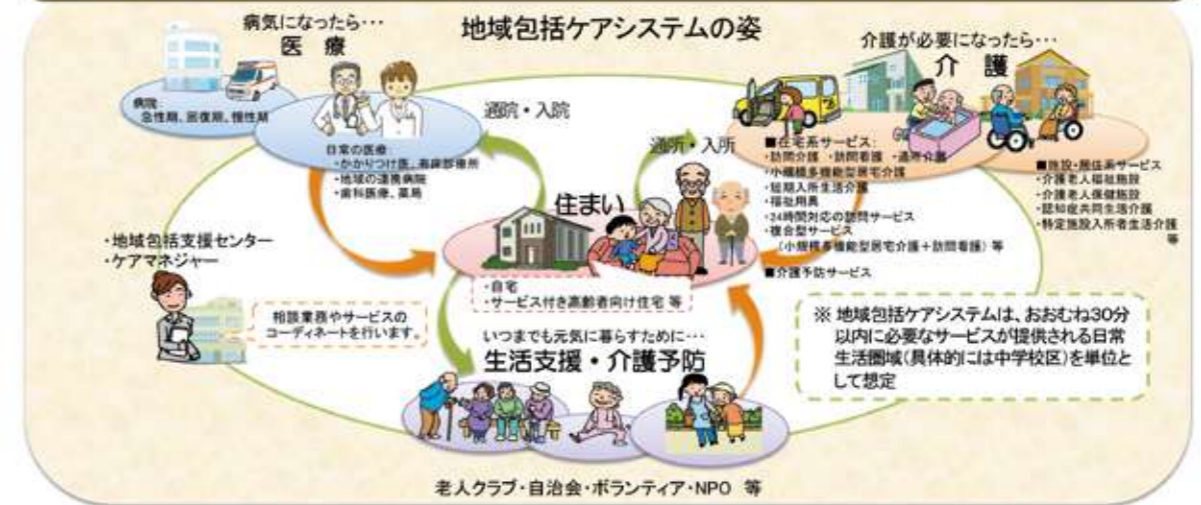
■ 「自宅で療養できない」と回答した者について自宅療養を可能にする条件 (複数回答)



平成28年受療行動調査

25 地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要がある。



24

2. 地域包括ケアシステムの考え方

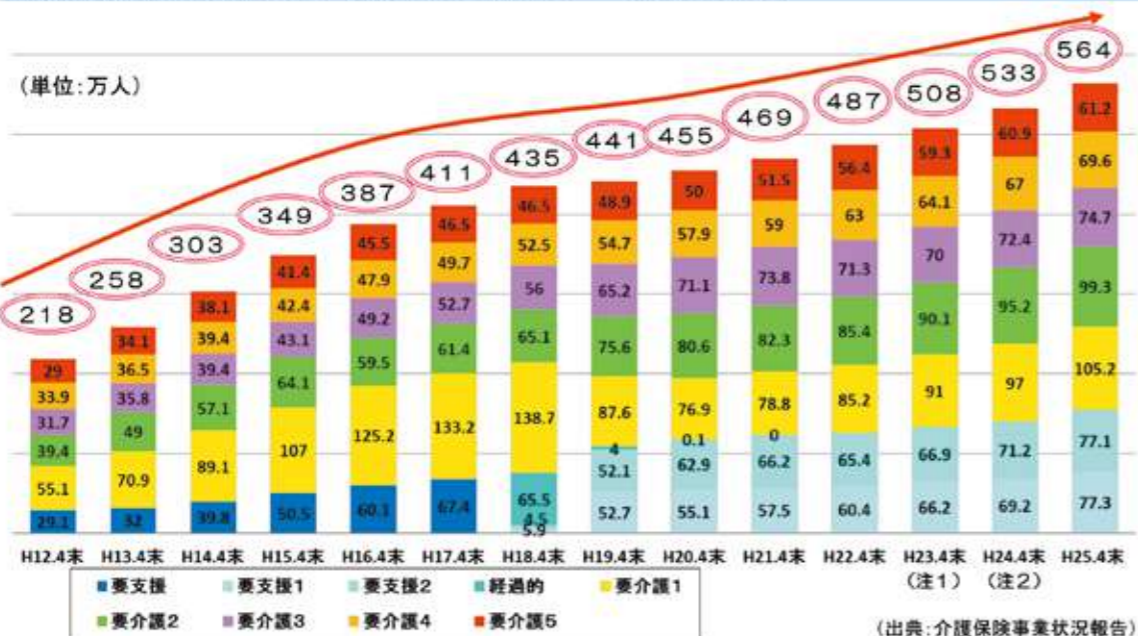
26 「寝たきり老人ゼロ作戦」の要点

- ・昭和40年代の御調町はすでに高齢化がかなり進み、おまけに寝たきりが多かった。しかもその多くが、いわゆる“つくられた寝たきり”であった。
- ・対応が適切でないためにつくり出されたものだったのである。これは御調町に限らず、我が国の寝たきりの特徴であり、欧米と大きく異なる点であった。
- ・私たちはこの寝たきりをなんとか防止しようと考え、病院の医療を家庭の中まで持って行く、いわゆる“出前医療”を始めた。今で言う訪問看護であり、訪問リハビリである。
 ※訪問診療・看護を昭和49年に開始

「実録 寝たきり老人ゼロ作戦」山口昇(2012)より

27 要介護度別認定者数の推移

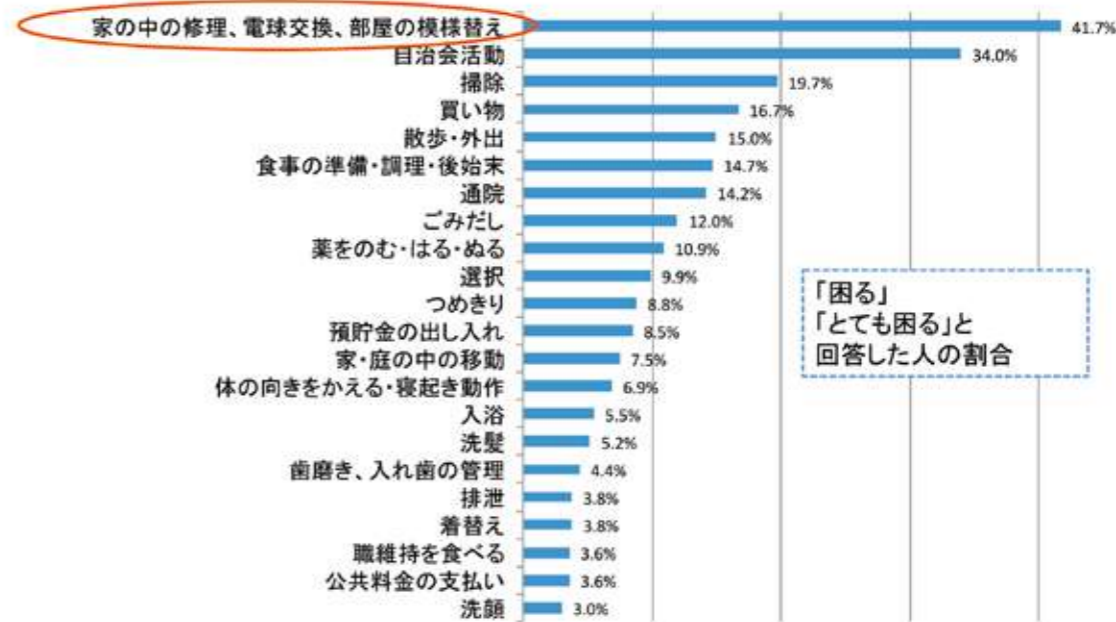
要介護(要支援)の認定者数は、平成25年4月現在564万人で、この13年間で約2.59倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。



注1)陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。
注2)楡葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

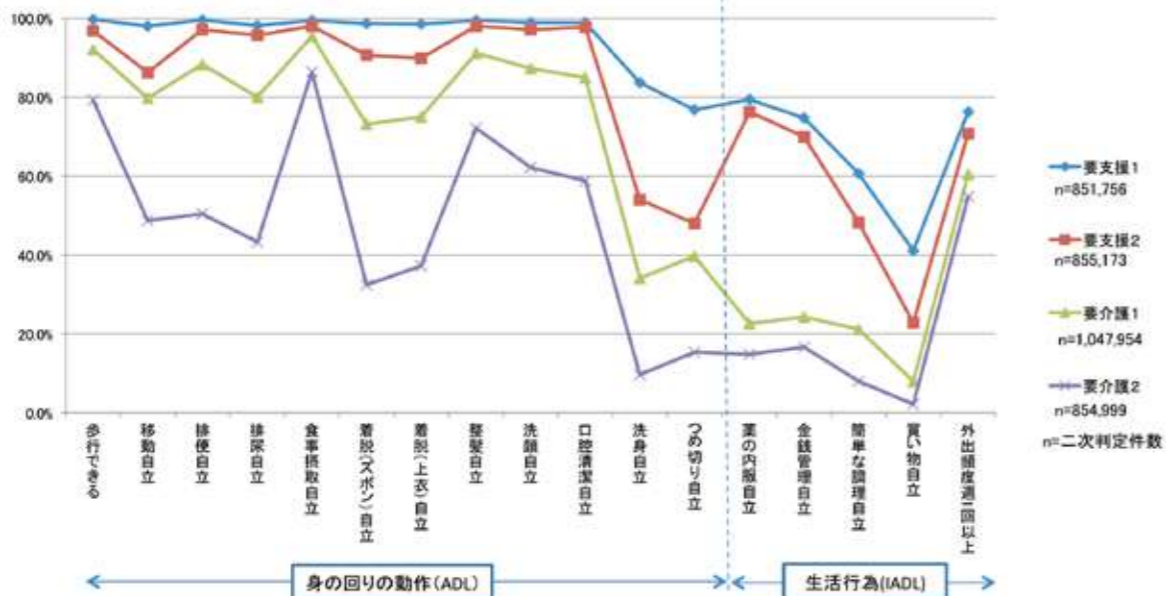
29 生活支援のニーズ

1人暮らし高齢者世帯が生活行動の中で困っていること
(愛知県居住で75歳以上の1人暮らし高齢者 n=379)



28 要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



30

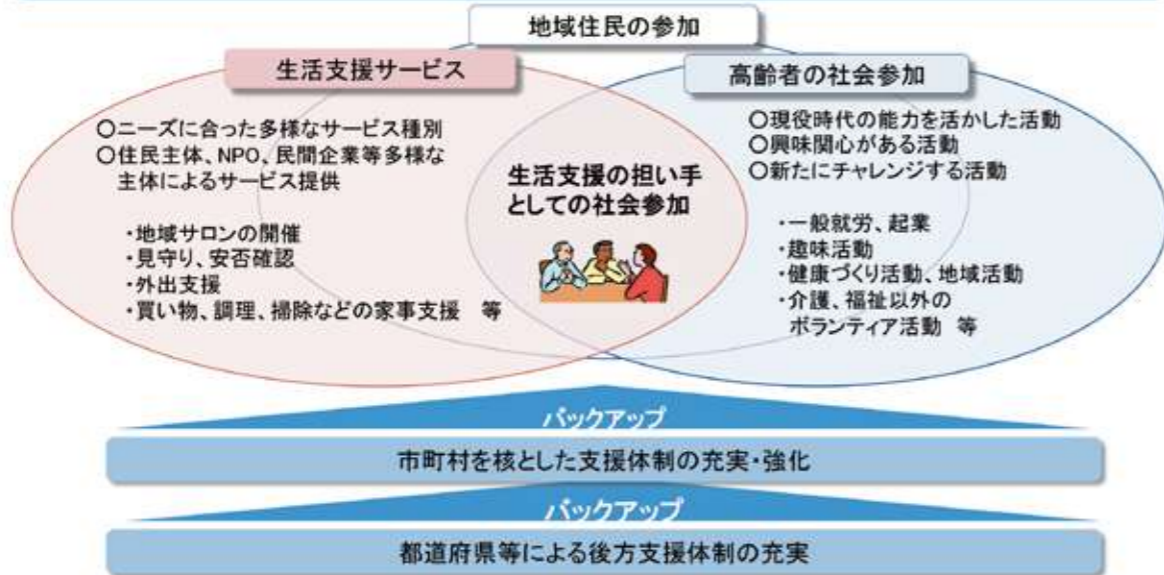
「生活支援ニーズ」にどう対応するのか？



高齢者自身も参画した“地域力”で！

31 生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
- 多様な生活支援サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。具体的には、生活支援サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援サービスコーディネーター」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



33 地域包括ケア研究会 報告書（平成22年3月）の要点

2025年に実現を目指すべき地域包括ケアシステムの姿

【サービス提供体制】

- 必要とされる**多様なサービス**（居場所の提供、権利擁護支援、**生活支援**、家事援助、身体介護、訪問診療・看護・リハビリテーションなど）を利用しながら、
- 住居の種別（施設、有料老人ホーム、高齢者住宅、自宅など）にかかわらず、**おおむね30分以内（日常生活圏域）の住み慣れた地域**で生活を継続することが可能

【役割分担】

- 医療や介護の専門職のほか、**高齢者本人や住民によるボランティア**といった**自助**や**互助**を担う者など、**様々な人々が連携しつつ参画**

32 「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム

【費用負担による区分】

- 「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。
- これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。



34 地域包括ケア研究会 報告書（平成22年3月）の要点

2025年に実現を目指すべき地域包括ケアシステムの姿

【サービス提供体制】

- 必要とされる**地域で必要なサービス**（居場所の提供、権利擁護支援、生活支援、家事援助、身体介護、訪問診療・看護・リハビリテーションなど）を利用しながら、
- 住居の種別（施設、有料老人ホーム、高齢者住宅、自宅など）にかかわらず、**おおむね30分以内（日常生活圏域）の住み慣れた地域**で生活を継続することが可能

【役割分担】

- 医療や介護の専門職のほか、**高齢者本人や住民によるボランティア**といった**自助**や**互助**を担う者など、**様々な人々が連携しつつ参画**

「地域包括ケアシステム」

で
=「地域」「包括ケア」を提供する

が



「地域づくり」による生活支援・介護予防
+
「地域の医療・介護ネットワーク」によるケア

「地域包括ケアシステム」

で
=「地域」「包括ケア」を提供する

が



それぞれの地域で実現するための
“考え方”や“概念”を整理
「地域包括ケアシステム」構築の推進

「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。

【介護・医療・予防】

● 個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

【住まいと住まい方】

● 生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力に合った住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

【生活支援・福祉サービス】

● 心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。
● 生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。



平成25年3月
地域包括ケア研究会
報告書・概要版より



「植木鉢」に込められた
関係性のメッセージ

39 地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」の関係性

- これらの構成要素は、実際には、ばらばらに提供されるのではなく、それぞれの役割に基づいて互いに関係しながら、また連携しながら在宅の生活を支えている。
- 「住まいと住まい方」を地域での生活の基盤をなす「植木鉢」に例えると、それぞれの「住まい」で生活を構築するための「生活支援・福祉サービス」は植木鉢に満たされる養分を含んだ「土」と考えることができるだろう。「生活（生活支援・福祉サービス）」という「土」がないところに、専門職の提供する「介護」や「医療」「予防」を植えても、それらは十分な力を発揮することなく、枯れてしまうだろう。
- 従来は並列関係で5要素が理解されてきたが、このように捉え直すことにより、地域包括ケアシステムにおいては、「介護」「医療」「予防」という専門的なサービスの前提として「住まい」と「生活支援・福祉サービス」の整備があることが理解できる。

平成25年3月
地域包括ケア研究会
報告書・本文より

これらの関係を図示すると図のとおりとなる。

41

「地域包括ケアシステム」 = “**概念**”
(考え方)



各地域の医療・介護関係者に期待される
具体的な役割は見えてこない



どのような“**ご当地システム**”を創るのか
地域で考えることが不可欠

40

3. 在宅医療推進における課題①

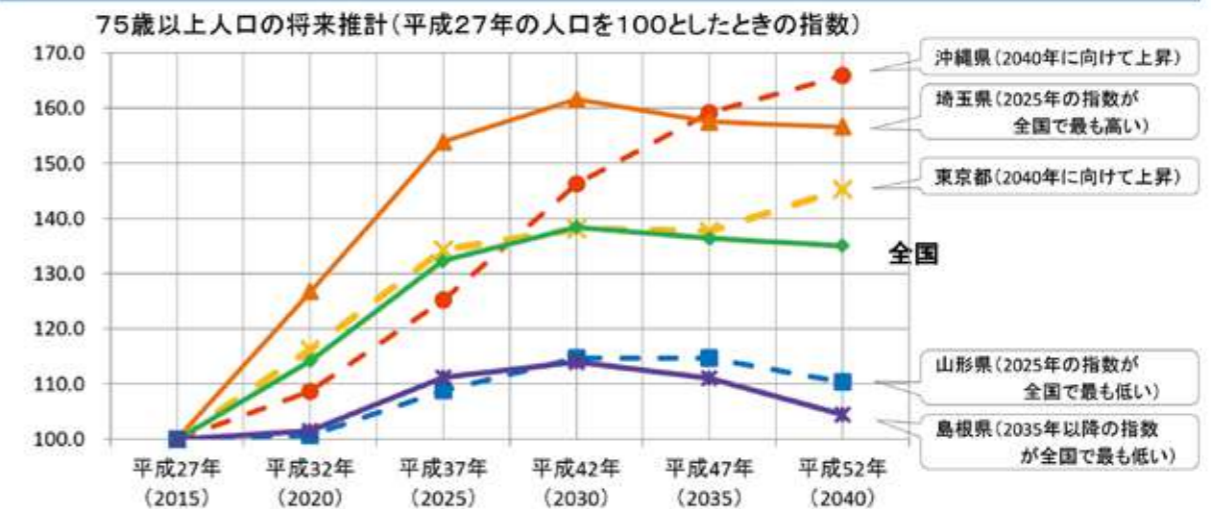
「地域包括ケアシステム」は“**概念**”



“**ご当地システム**”を地域で！

42 2015年から2025年までの各地域の高齢化

- 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。
※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県
※沖縄県、東京都、神奈川県、滋賀県では、2040年に向けてさらに上昇
- 2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。



国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

ご当地システムでの医療・介護連携推進の進め方 （「ネットワーキング」）

2つの局面に留意：圏域（エリア）と役割（機能）

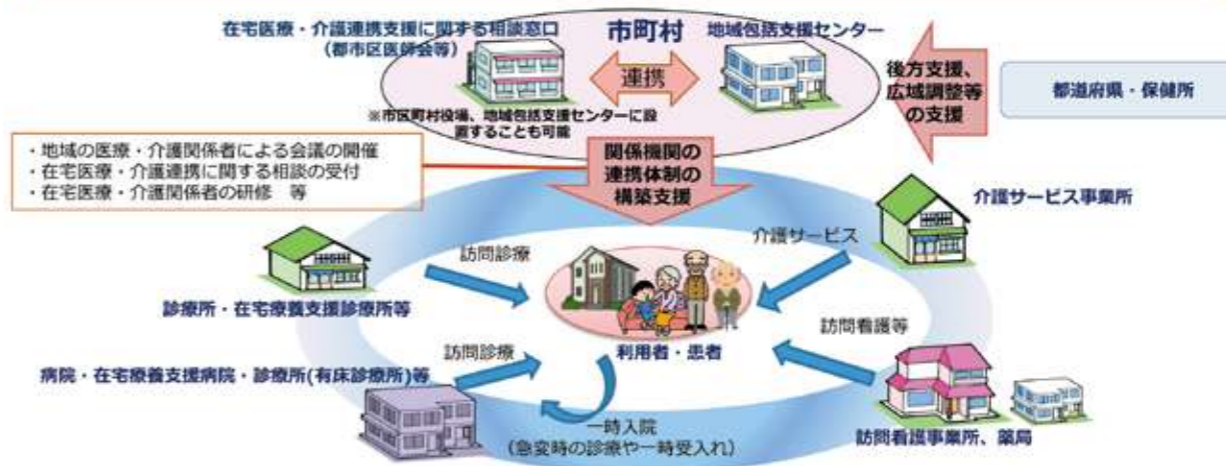
- ① 在宅医療を中心とした、**地域における**医療・介護の**地域完結型**在宅サービスとしての連携推進
- ② **急性期医療からの退院後**（“川上”）等と在宅医療・介護との退院調整等による連携推進
（必ずしも地域完結型ではない）

○医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

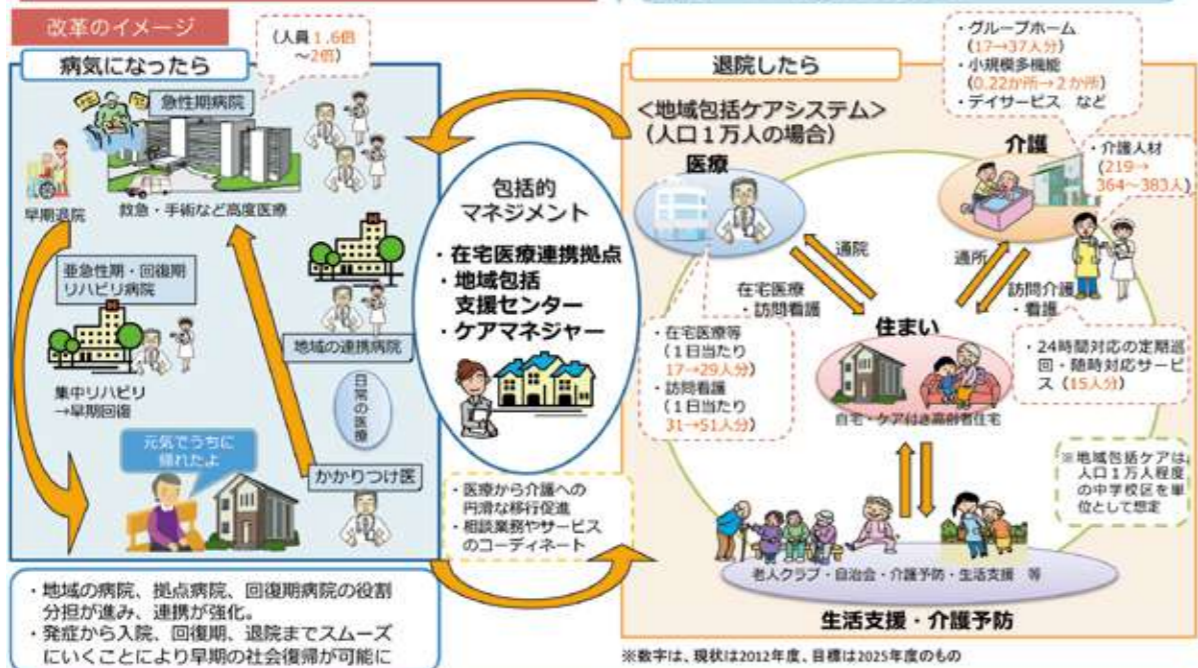
○このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



44 改革の方向性 医療・介護サービスの強化

■ 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
■ 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ



※数字は、現状は2012年度、目標は2025年度のもの

平成24年1月6日 政府・与党社会保障改革本部・厚生労働大臣提出資料「社会保障・税一体改革で目指す将来像」より抜粋・数値を一部時点修正

46 在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

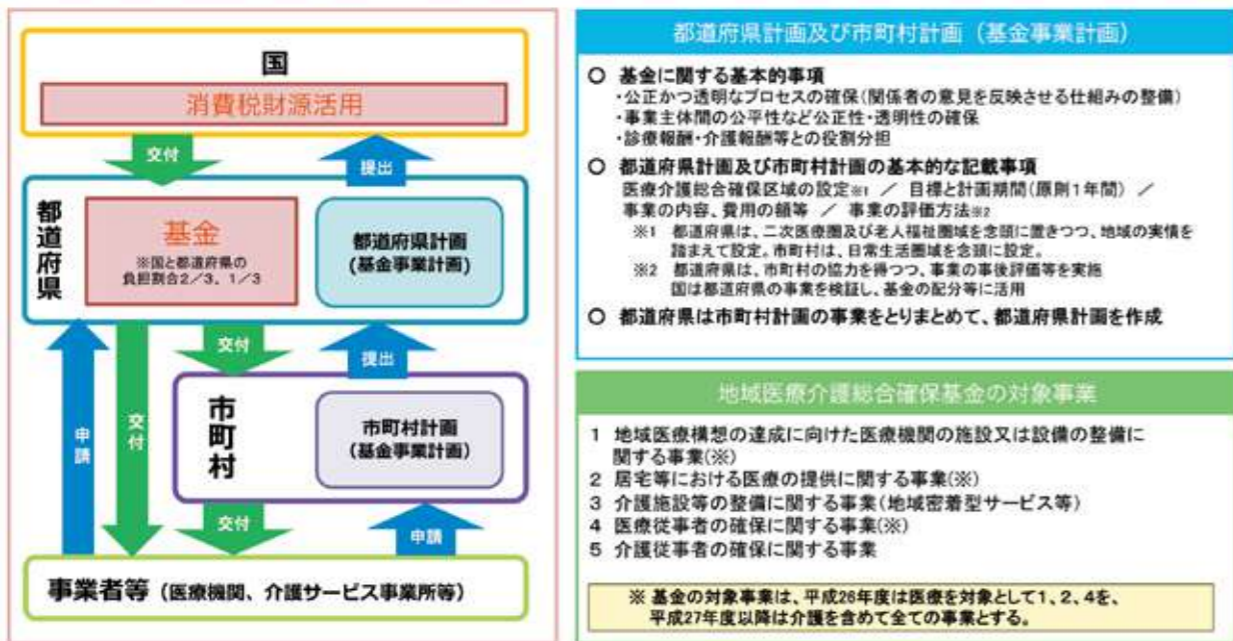
○在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。

- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を都市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

<p>(ア) 地域の医療・介護の資源の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化 ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査 ◆ 結果を関係者間で共有 	<p>(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者が参加する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討 	<p>(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進
<p>(エ) 在宅医療・介護関係者の情報共有の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援 ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用 	<p>(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。 	<p>(カ) 医療・介護関係者の研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実践を習得 ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催 等
<p>(キ) 地域住民への普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域住民を対象としたシンポジウム等の開催 ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等 	<p>(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討 	

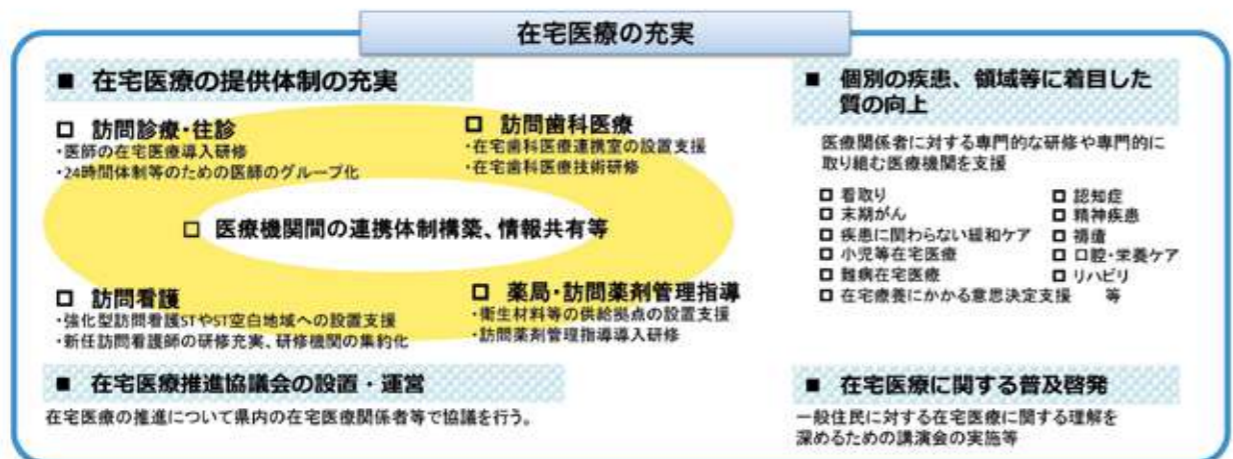
○団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
○このため、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



3. 在宅医療推進における課題②

なぜ、「多職種連携」？

↓
(異なる2つの理念)



○65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく(図1)。
○世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく(図2)。
○在宅医療・介護を推進するには、地域における医療・介護の関係機関の連携が重要であるが、現状では、訪問診療を提供している医療機関の数も十分とは言えず(図3)、また、連携も十分には取れていない(図4)。

(図1)「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者の数と65歳以上高齢者に占める割合



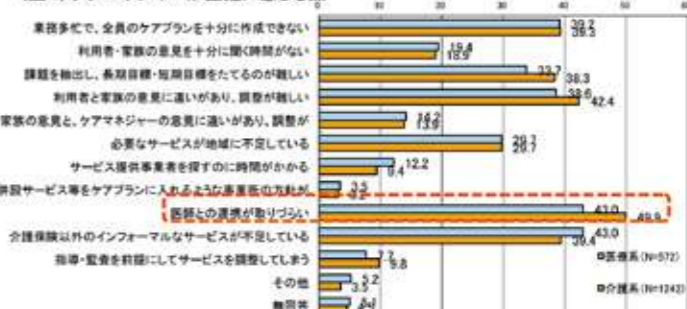
(図2)世帯数



(図3)訪問診療を実施している医療機関

箇所	対全数の割合(%)
病院	28.0
診療所	20.0
訪問看護ステーション	—

(図4)ケアマネジャーが困難に感じる点



51 医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進

平成23年4月20日中医協総会資料 総5-2より

- 各医療スタッフの高い専門性を十分に活用するためには、各スタッフがチームとして目的・情報を共有した上で、医師等による包括的指示を活用し、各スタッフの専門性に積極的に委ねるとともに、スタッフ間の連携・補完を一層進めることが重要。
- このため、**医師以外の医療スタッフが実施することができる業務**を以下のとおり整理。
(平成22年4月30日付け医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」より)

薬剤師	リハビリテーション関係職種	管理栄養士
<ul style="list-style-type: none"> ① 薬物療法プロトコルについて医師等と協働で作成等 ② 薬剤選択等に関し積極的な処方提案 ③ 薬物療法を受けている患者への薬学的管理の実施 ④ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリングに基づく薬剤の変更等の提案等 	<ul style="list-style-type: none"> ① 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による喀痰等の吸引 ② 作業療法士の業務範囲の明確化 	<ul style="list-style-type: none"> ① 医師の包括的な指導の下、一般食の内容・形態の決定等 ② 特別治療食の内容・形態の提案 ③ 経腸栄養剤の種類・選択・変更の提案
臨床工学技士	診療放射線技師	その他
<ul style="list-style-type: none"> ① 喀痰等の吸引 ② 動脈留置カテーテルからの採血 	<ul style="list-style-type: none"> ① 画像診断における読影の補助 ② 放射線検査等に関する説明・相談 	<ul style="list-style-type: none"> ○ その他の医療スタッフの積極的な活用 ○ MSWや診療情報管理士等の積極的な活用 ○ 医療クラーク等の事務職員の積極的な活用

53 顔の見える関係を築く！

- **地域の総合的なチーム医療介護には、顔の見える関係が重要**
- そのためには、**継続的なケア会議が重要**。しかし、会議の場でケアマネジャーなどはなかなか医師(主治医)に意見はいえない
- 継続的にケア会議のためには、**医師が公平な参加と意見表明の機会を保障するリーダーシップを発揮する必要がある**
- **誰でも自由に意見をいってよいということ。懐深く全体をウォッチし、参加を勧める**
- **目標を共有し、ビジョンを示し、対等な関係を保障する**

52

<医療における「多職種連携」>

- **医療専門職**による”チーム医療”
- ↓
- より質の高い治療を目指すもの(**技術志向**)
- **役割分担と機能連携が基本**

<“地域包括ケアシステム”における「多職種連携」>

- **“多様な主体・職種”**が参加
- ↓
- 繋がること自体が課題
- **「顔の見える」関係を重視**(**“ネットワーキング”**指向)
- **コミュニケーションが基本**

※ 私見です

54 在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

○研修会開催支援ツール(1) 研修運営ガイド

- 国立長寿医療研究センター/東京大学高齢社会総合研究機構/日本医師会/厚生労働省による共同名義
- 研修開催事務局が用いる手順書としての活用を想定
- 開催日程に応じていくつかのパターンを例示

運営ガイドの内容

チェックリストを一つずつ進めていくことで研修会の企画・運営ができるようになっていきます

○研修会開催支援ツール(2) ホームページ

- 講師となる方が活用できる資料(講義スライド、読み原稿、動画など)を掲載
- 事務局使用様式(依頼状など)も一式掲載
- テーマ別の120分構成のコンテンツ(講義+グループワーク)を整備
- 地域のニーズに応じて研修内容の**カスタマイズが可能**

<http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/kensyu/>

上記URLにアクセスし、「主催者・講師向け」ページにてパスワード発行依頼
- あらゆる資料を使用可能(講義スライド、講師読み原稿、動画など)
※スライドは著作権の上基本的に自由に使用していただけます。追加・変更時はその旨お知らせください。

○研修会開催支援ツール(3) 効果検証支援

- 東京大学高齢社会総合研究機構/医学部在宅医療学拠点では、評価アンケートを受講前/直後/1年後/2年後と実施(地域間比較が可能)
- 意識変化のほか、医師に対しては診療報酬の算定状況の変化を調査し、行動変容を追跡

検証を希望される場合は上記問合せ先まで

【研修会開催に関する問合せ先】
東京大学 高齢社会総合研究機構/医学部在宅医療学拠点(在宅医療研修担当)
Mail: homecare_info@iog.u-tokyo.ac.jp | Tel: 04-7136-8888 | Fax: 04-7136-6677
〒177-8589 千葉県柏市柏の原5-1-5 第2総合研究棟
※問合せは原則メールにてお願いいたします。一度に多数のお問合せをいただいた場合、即日返信が難しい場合がございます。

※本研修会は平成24～25年度厚生労働科学研究費補助金ならびに千葉県地域医療再生基金の成果の一部として開発されています。

IOG 東京大学 高齢社会総合研究機構 | 国立長寿医療研究センター 在宅医療学拠点

34

35

① 高齢化の進展⇒高齢者の在宅ケアニーズ↑⇒地域包括ケアシステム構築

- ・ **高齢者ケアニーズ増大**と**将来的なマンパワー不足**も見据えた対応を

② 「地域包括ケア」における「地域」と「包括ケア」の意味

- ・ 医療だけでは高齢者ケアは成り立たない（**包括的なケア**の提供が必要）
- ・ 「**地域づくり**」と専門職を中心とした「**医療・介護**」の“両輪”で**必要なケア・サービスを包括的に提供**することが不可欠
- ・ これらのサービスを「**地域**」が主体的に、「**地域**」での提供を確保

③ 在宅医療を推進する上での課題

- ・ 地域包括ケアシステムは“概念”⇒ 地域の実情に応じた「**ご当地システム**」として、**在宅医療介護連携**の推進を
- ・ 地域包括ケアは生活視点でのケア
⇒ 他分野の視点を踏まえた**多職種連携**の実践（「**他流試合**」）が重要

【引用情報】

- 総務省：1920～2010年 国勢調査
- 国立社会保障・人口問題研究所：2011年以降「日本の将来推計人口」（平成24年1月推計）。
- 秋山弘子：長寿時代の科学と社会の構想。科学 80(1), 岩波書店, 2010.
- 山口昇：実録 寝たきり老人ゼロ作戦。ぎょうせい, 2012.
- 厚生労働省：平成25年3月 地域包括ケア研究会報告書。
- 厚生労働省：居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書。2014.

かかりつけ医の在宅医療と地域特性

鈴木 邦彦

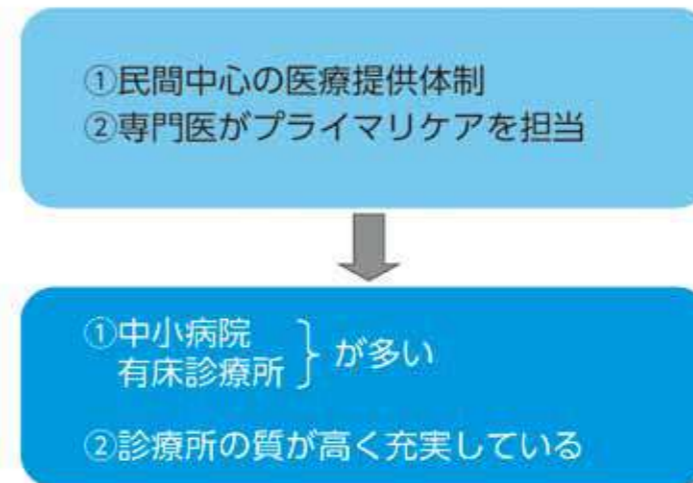
目標 世界に類を見ない超高齢社会となるわが国においては、かかりつけ医機能をもつ中小病院、有床診療所、専門医が開業する日本型の診療所という既存資源を活用し、かかりつけ医機能を充実・強化して、施設も在宅も利用する日本型の高齢者ケアシステムを構築していく必要性を理解する。

1. 世界に類を見ない超高齢社会の到来に伴い、これまでの急性期の大病院を中心とする垂直連携中心から、かかりつけ医を中心とする地域包括ケアシステムの水平連携中心へ、パラダイムシフトが起きていることを理解できる。
2. かかりつけ医機能の充実・強化と在宅医療の必要性について理解できる。
3. 地域包括ケアシステムの構築における郡市区医師会の役割の重要性を理解し、地域で説明ができる。

Keyword 地域包括ケアシステム、在宅医療、かかりつけ医、中小病院・有床診療所・診療所、郡市区医師会

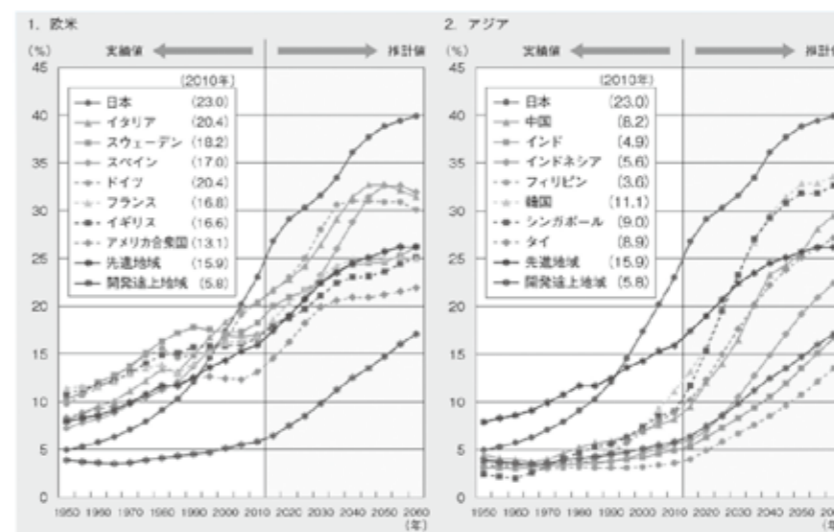
- 内容**
1. 日本型医療システムの特徴
 2. 今後わが国に必要な医療
 3. 超高齢社会に適した日本型医療システム
 4. 垂直連携中心から水平連携中心へのパラダイムシフト
 5. 既存資源を活用した日本型在宅支援モデル
 6. かかりつけ医を支援する日本型在宅支援システムの構築
 7. 日本型の高齢者介護の確立と地域性
 8. 日本型かかりつけ医の必要性
 9. 日本型在宅の主役は郡市区医師会
 10. 日医かかりつけ医機能研修制度

1 日本型医療システムの特徴



日本の医療システムの特徴は、公的国民皆保険の下での民間中心の医療提供体制という「公+民のミックス型」で、専門医がかかりつけ医としてプライマリケアも担当していることである。わが国では明治中期以降、病床を持って開業することが広く行われたため、今日中小病院と有床診療所が多く、専門医が開業するために診療所の質が高く設備も充実している。

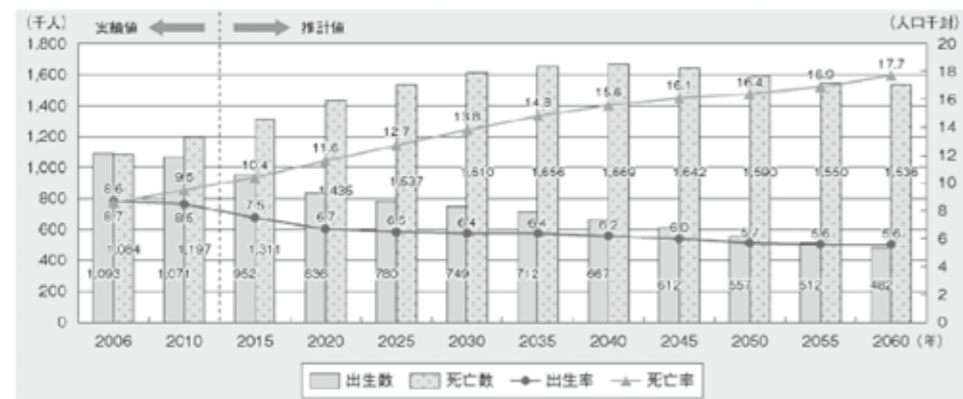
2 各国の高齢化率の推移



資料：UN, World Population Prospects: The 2010 Revision
 ただし日本は、2010年までは総務省「国勢調査」、2015年以降は厚生労働省・人口動態研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果による。
 (注) 先進地域とは、北米アメリカ、日本、ヨーロッパ、オーストラリア及びニュージーランドからなる地域をいう。
 開発途上地域とは、アフリカ、アジア（日本を除く）、中南米、メラネシア、ミクロネシア及びポリネシアからなる地域をいう。
 平成24年版高齢社会白書より

わが国の高齢化率は既に世界一であるが、少子化が止まらないために今後も上昇を続け、ピーク時の2060年には40%に達する世界に類をみない超高齢社会となる。

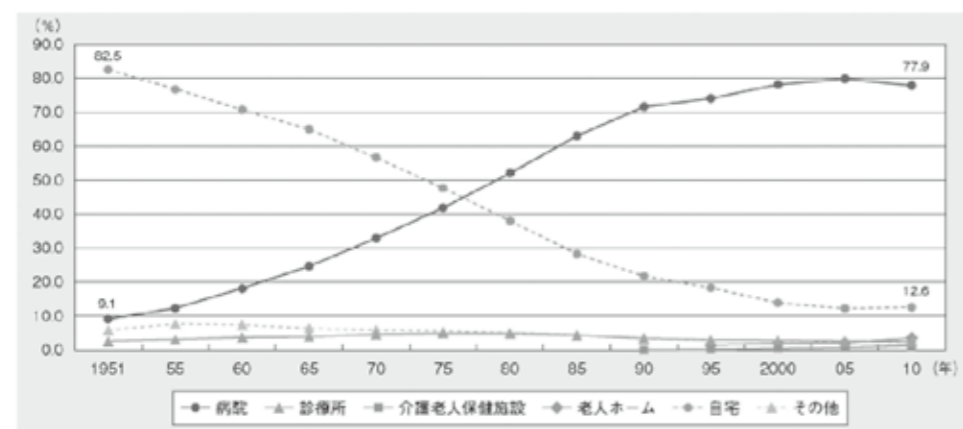
3 超高齢社会の進展と在宅支援の必要性 — 出生数および死亡数の将来推計 —



資料：2006年、2010年は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）。2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果（日本における外国人を含む）

超高齢社会の進展に伴い、今後死者数は大幅に増加し、ピーク時の2040年には現在よりも年間40万人近く増加する。

4 死亡場所の推移

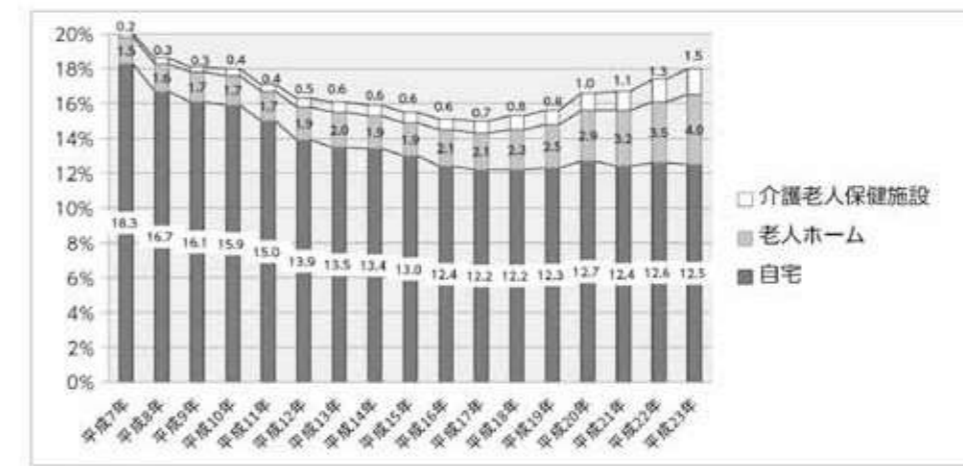


資料：厚生労働省「人口動態統計」
注：1990年までは、老人ホームでの死亡は自宅又はその他に含まれている。

平成24年版高齢社会白書より

現在、死亡場所は病院が圧倒的に多いが、今後死者数が大幅に増加するので、病院以外にも看取りの場を確保する必要がある。

5 死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率 (介護老人保健施設、老人ホーム、自宅)



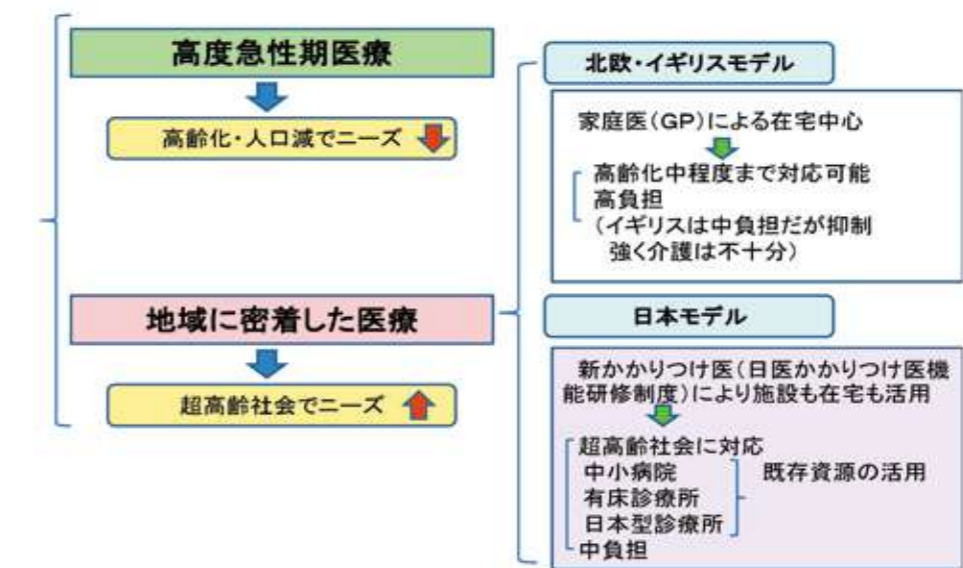
注：介護老人保健施設
要介護者に対し、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とした施設で、介護保険法による都道府県知事の許可を受けたものをいう。
老人ホーム
介護老人ホーム、特別介護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。

近年、自宅に比べ、介護老人保健施設や老人ホームでの死亡率が増加傾向にある

出典：平成23年人口動態調査

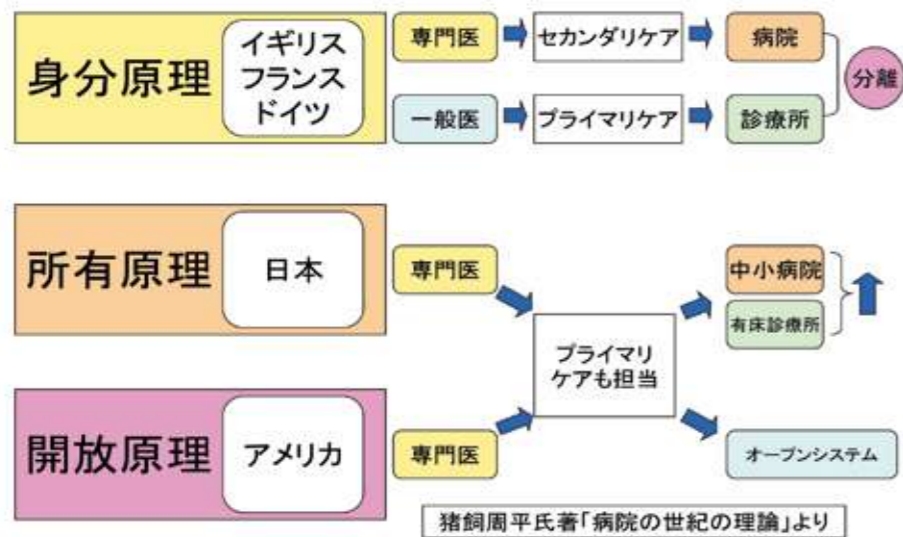
死亡の場所別に年次別死亡者数の割合を見ると、自宅は横ばいで、老人ホームや介護老人保健施設での死亡が増加している。

6 今後わが国に必要な医療



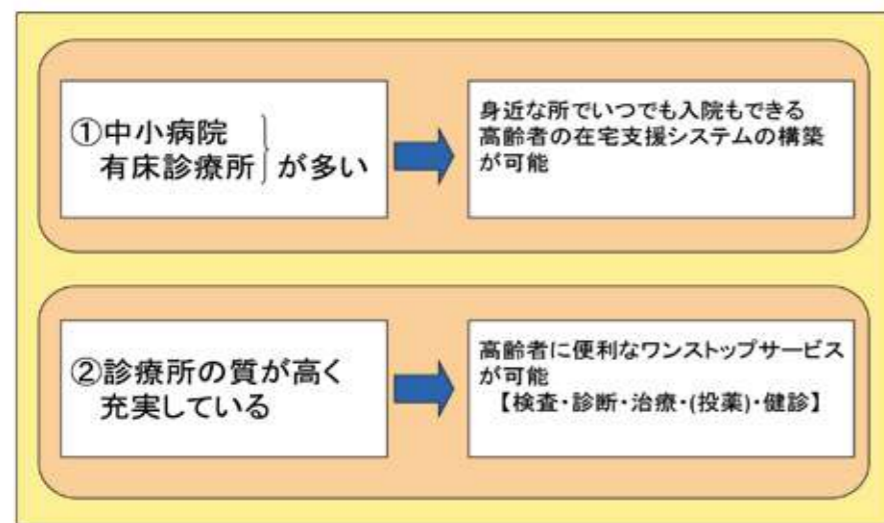
今後わが国に必要な医療は、高度急性期医療と地域に密着した医療の二つであるが、前者のニーズは高齢化や人口減少により低下していくのに対して、後者のニーズは超高齢社会の進展に伴って増加していく。地域に密着した医療の担い手は、かかりつけ医機能をもつ中小病院、有床診療所と専門医が開業する日本型の診療所であり、それらの既存資源を活用し、施設も在宅も利用する日本モデルを構築する必要がある。

7 3原理分類に基づく先進各国の医療システムの分類



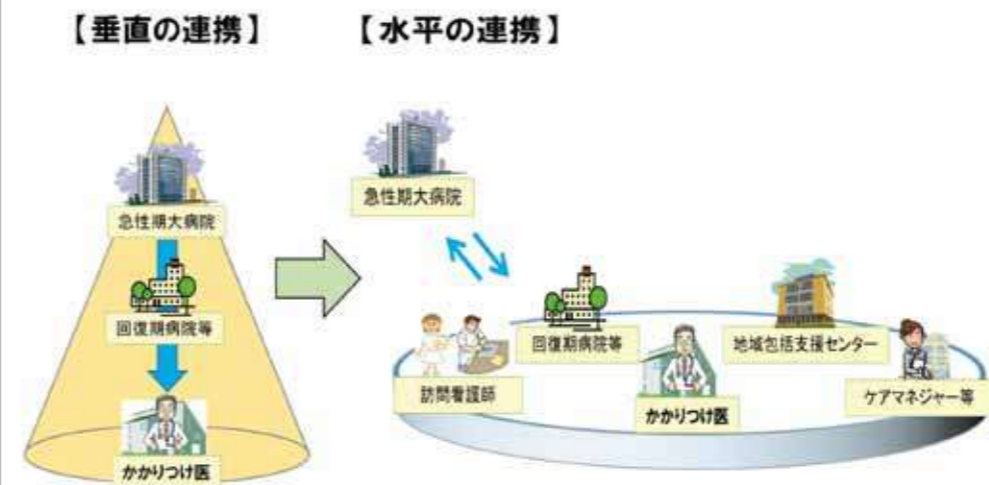
猪飼周平氏によれば、わが国の医療システムは先進各国の3原理分類の一つである「所有原理」に基づいており、その結果、今日中小病院や有床診療所が多いという特徴を有する。

8 超高齢社会に適した日本型医療システム



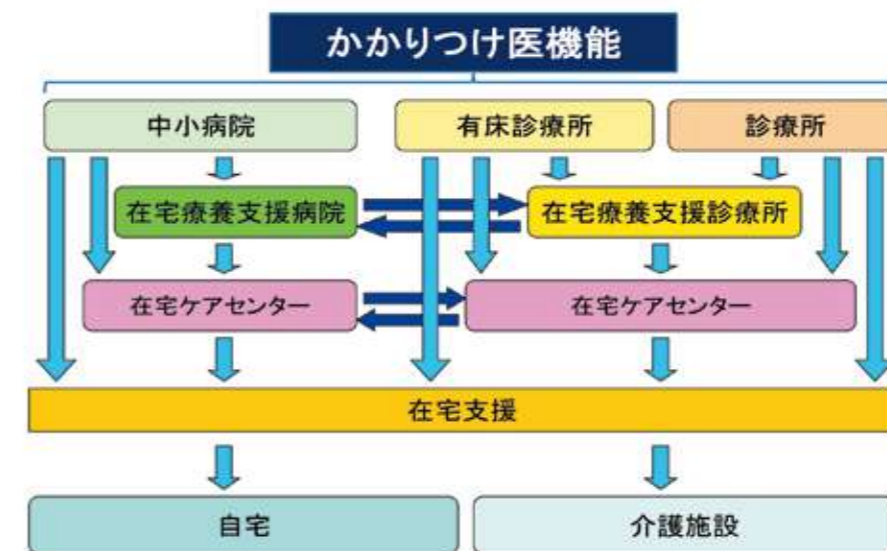
中小病院や有床診療所が多いことにより、身近な所でいつでも入院もできる。また、診療所の質が高く充実していることにより、検査・診断・治療、時に投薬・健診というワンストップサービスが可能で、いずれも超高齢社会に適している。

9 垂直連携中心から水平連携中心へ



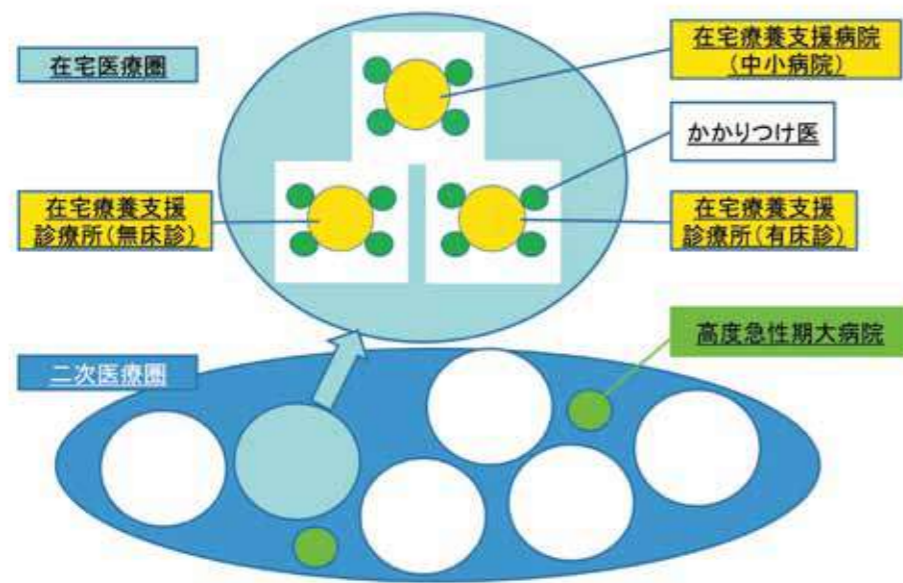
これまでの医療システムは、急性期の大病院を頂点として、かかりつけ医を底辺とする「垂直連携」が中心であったが、今後はかかりつけ医が中心となって訪問看護師や介護分野などと連携する「水平連携」が中心になり、それは地域包括ケアシステムに他ならない。急性期の大病院はその外側にあつて、地域の最後の砦となることが求められる。

10 既存資源を活用した日本型在宅支援システム



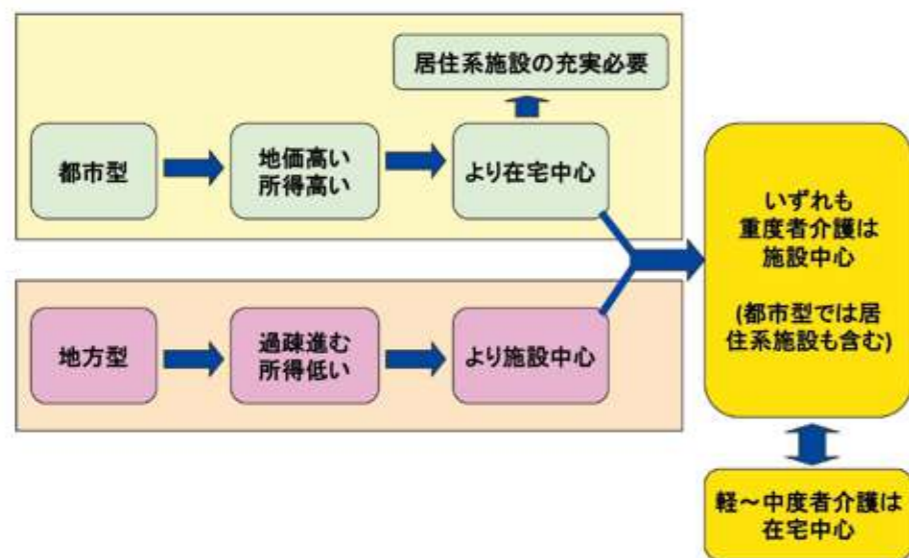
日本型の在宅支援モデルは、かかりつけ医機能をもつ中小病院、有床診療所、診療所が、それぞれ可能なところは在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所になった上で、可能な範囲で在宅ケアセンターを設置して、できるだけ総合的に在宅支援を行うことが望ましい。

11 日本型在宅支援システム



今後一人ひとりのかかりつけ医が在宅医療に24時間365日対応するのは困難であるため、日常生活圏域において、中小病院の在宅療養支援病院や、有床、無床の在宅療養支援診療所が近隣のかかりつけ医とグループを作り、全体として24時間365日対応できるようにすることが必要である。高度急性期の大病院はその外側で、二次医療圏における最後の砦となることが求められる。

12 日本型の高齢者介護の確立



日本の高齢者介護は都市型と地方型に分けられる。都市部では、今後大幅に需要が増加するが、地価も高いが所得も高いので、居住系施設を充実させた上で、より在宅中心で対応する必要がある。一方、地方では、過疎が進み、低所得の方が多いので、より施設中心で対応することになる。いずれにしても重度者は施設を活用した上で、軽～中度者は在宅中心で見ていくことが必要である。

13 かかりつけ医機能の推進

超高齢社会では、認知症などの疾病に加え、高齢者の日常生活の不具合も含めた早期発見、早期治療（対応）の必要性が高まり、かかりつけ医の役割はますます重要になる。外来医療、在宅医療に適切な資源を投入し、「かかりつけ医」を中心として、患者・国民に幅広く対応して行く。

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



公益社団法人 日本医師会

日本医師会では、かかりつけ医の定義を「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」としている。

14 かかりつけ医機能

医療的機能

- ・日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、自己の専門性に基づき、医療の継続性を重視した適切な診療を行い、自己の範疇を超えるケースに対しては、地域における連携を駆使して、的確な医療機関への紹介（病診連携・診診連携）を行い、患者にとって最良の解決策を提供する。
- ・自らの守備範囲を医師側の都合で規定せず、患者のもちかける保健、医療、福祉の諸問題に関し、幅広く相談できる医師として全人的視点から対応する。

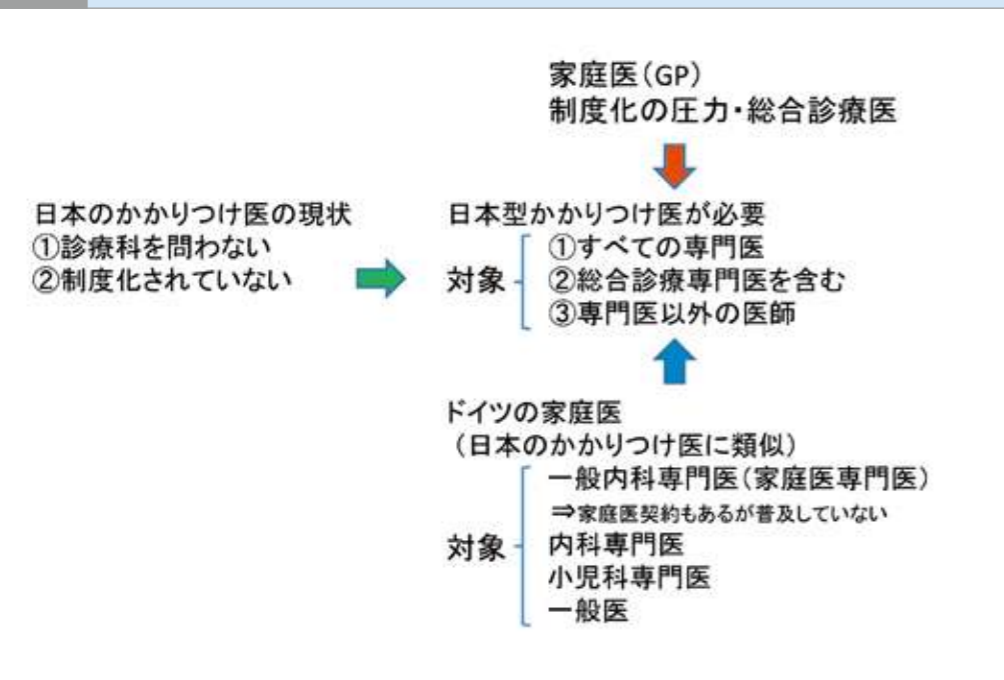
社会的機能

- ・日常行う診療の他には、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する。

公益社団法人 日本医師会

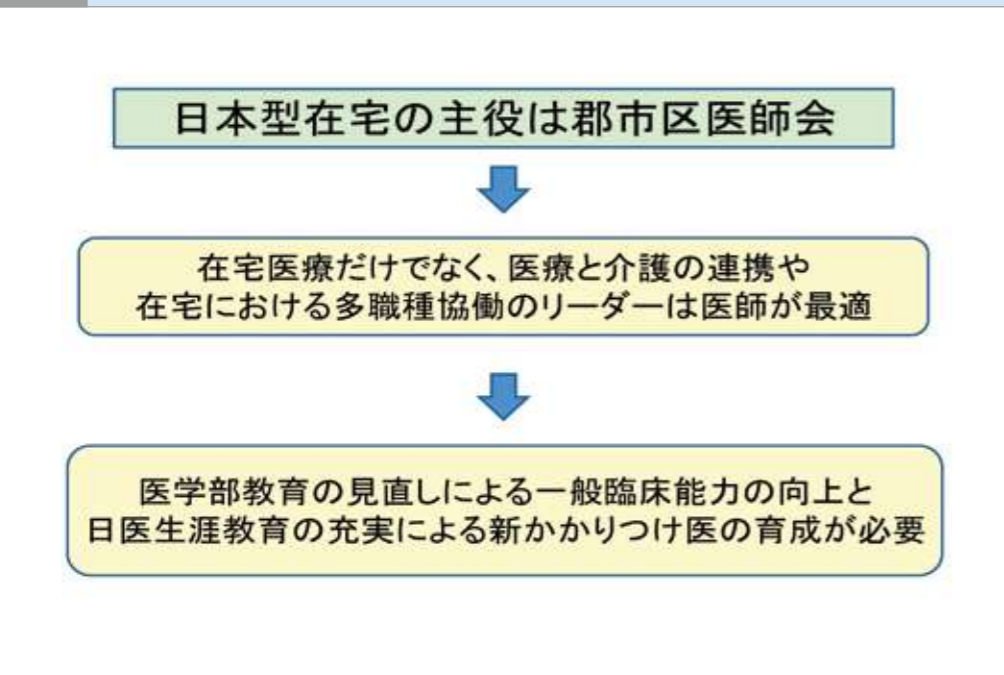
かかりつけ医機能には、医療的機能と社会的機能がある。

15 日本型かかりつけ医の必要性



わが国のかかりつけ医は、診療科を問わず、制度化されていないという特徴がある。最近イギリスのような家庭医の導入を主張する人もいるが、間もなく総合診療専門医の養成が始まる。一方、ドイツの家庭医は家庭医専門医だけでなく、内科、小児科専門医や専門医をもたない一般医もなれるなど柔軟な仕組みとなっている。わが国のかかりつけ医も、総合診療専門医を含むすべての専門医が、地域で医療活動を行う際には、日医かかりつけ医機能研修制度を受講することが必要とすべきと考えている。

16 日本型在宅



日本型在宅の主役は郡市区医師会であり、かかりつけ医が地域包括ケアシステムにおいてリーダーとなれるように、医学部教育の見直しによる全ての医師の一般臨床能力の向上と、日医生涯教育制度を活用したかかりつけ医機能の充実・強化が必要である。

17 日医かかりつけ医機能研修制度

【目的】
今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

【実施主体】
本研修制度の実施を希望する都道府県医師会 **平成28年4月1日より実施予定**

【かかりつけ医機能】

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践

日本医師会では、平成28年4月1日より日医かかりつけ医機能研修制度を実施する。

18 日医かかりつけ医機能研修制度

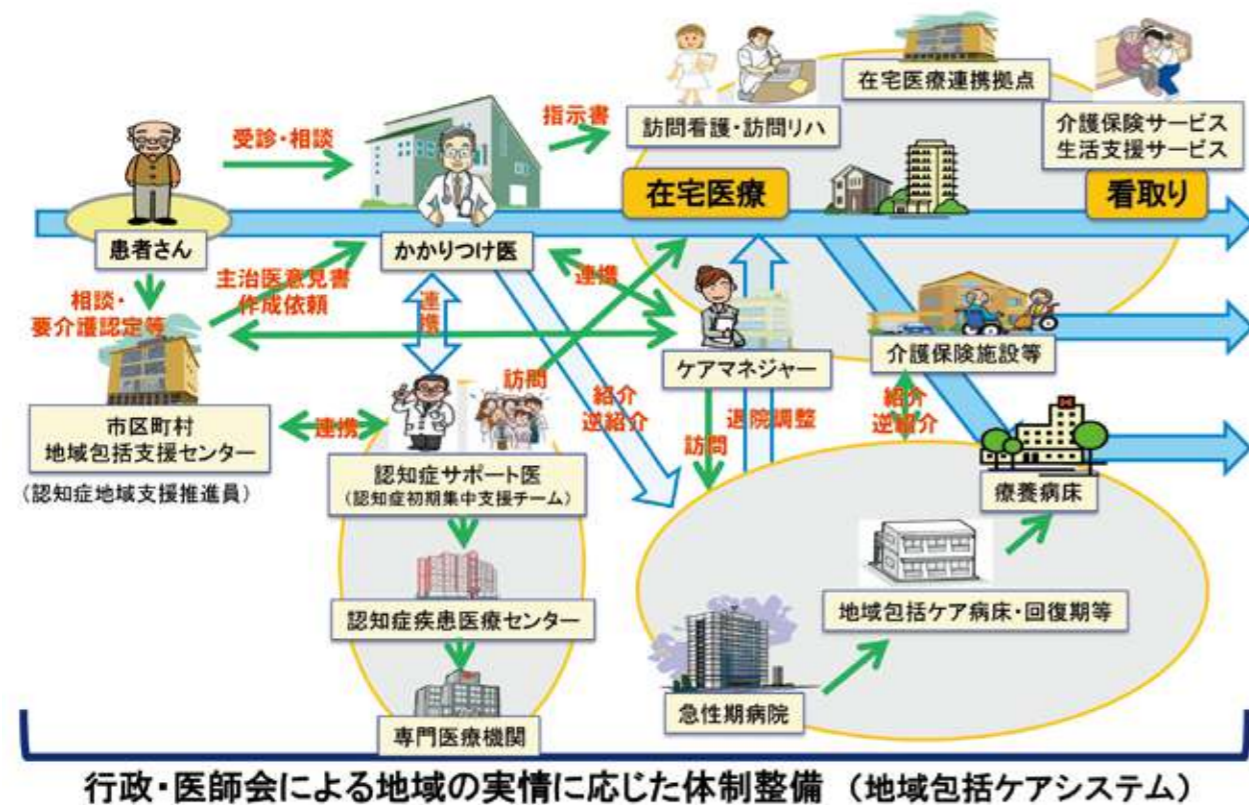
【研修内容】

基本研修	応用研修	実地研修
・日医生涯教育認定証の取得。	・日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および一定の要件を満たした都道府県医師会並びに郡市区医師会が主催する研修等の受講。 規定の座学研修を10単位以上取得	・社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践。 規定の活動を2つ以上実施(10単位以上取得)

3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より修了証書または認定証の発行(有効期間3年)。

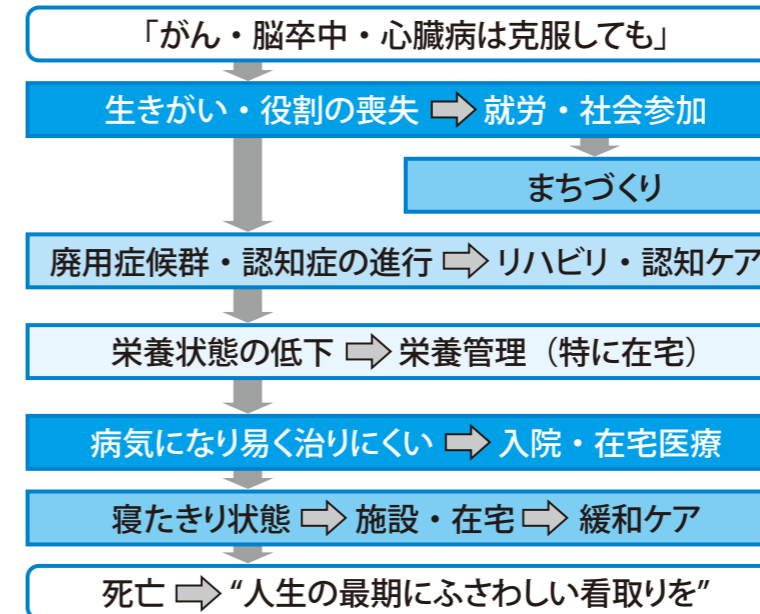
日医かかりつけ医機能研修制度は、基本研修、応用研修、実地研修から構成されており、3年間で要件を満たした場合、都道府県医師会より修了証書または認定証が発行される。

19 かかりつけ医と高齢者医療・介護との関わり



今後の地域包括ケアシステムの構築においては、かかりつけ医が中心となって、介護分野や行政と連携しながら、中小病院、有床診療所や、専門医が開業する日本型の診療所という既存資源を活用して、施設も在宅も利用する日本型の高齢者総合ケアシステムを確立していく必要がある。

20 超高齢社会の課題と対応



超高齢社会では、がん、脳卒中、心臓病などを克服しても、徐々に虚弱になり、認知症の人が増えていく。生きがいや役割を喪失するとそれらが促進されるので、リハビリや認知症ケアとともに、就労や社会参加を通じたまちづくりが必要となる。

やがて栄養状態が低下する人が増えてくるので、とくに在宅での栄養管理が重要となる。さらに免疫力が低下すると病気になり易く治りにくくなり、入院や在宅医療を受ける人が増えていく。さらに寝たきり状態になる人も出てくるが、施設も在宅も活用して見ていくことになる。緩和ケアが必要になる人も増えていく。

いずれすべての人が亡くなるわけだが、入院や施設にせよ、在宅にせよ、先進国として人生の最期にふさわしい看取りの場を用意することが求められる。これを実現するためには地域包括ケアシステムの構築が必要不可欠である。

【引用情報】

●平成28年4月1日より実施予定の日医かかりつけ医機能研修制度については、日本医師会ホームページ等を参照

総論2 地域へのアプローチへの仕方

その1：行政（県レベルと市町村レベル）や保健所との連携 市民啓発、郡市区医師会との連携

三浦 久幸

目 標 在宅医療を進める上では、医療・介護専門職、行政職との連携は不可欠である。本講では、それぞれの連携に関わる法律や県・市町村レベルで策定される関連計画の理解を深めるとともに、具体的な行政や保健所、郡市区医師会との連携の方策や実際の在宅窓口機能、市民啓発の必要性についても理解を深める。

1. 在宅医療連携に関連した法律および各レベルの計画を把握し、整理できる。
2. 行政、保健所、郡市区医師会などとの連携の必要性を理解し、地域での方策を立てることができる。
3. 在宅医療に関する窓口機能について説明できる。
4. 市民啓発の必要性、好事例について把握する。

Keyword 行政、保健所、市民啓発、医師会、連携

- 内 容**
1. 在宅医療連携に関わる法律、計画とその関連
 2. 行政（県、市町村）、保健所との連携
 3. 郡市区医師会との連携
 4. 他の医療系専門職との連携
 5. 介護職との連携
 6. 在宅窓口機能・拠点機能
 7. 市民啓発

1 目標

1. 在宅医療連携に関連した法律及び各レベルの計画を把握し整理できる
2. 行政、保健所、郡市区医師会等との連携の必要性を理解し、地域での方策を立てることができる
3. 在宅医療に関する窓口機能について説明できる
4. 市民啓発の必要性、好事例について把握する

2 骨子

1. 在宅医療連携に関わる法律、計画とその関連
2. 行政（県、市町村）、保健所との連携
3. 郡市区医師会との連携
4. 他の医療系専門職との連携
5. 介護職との連携
6. 在宅窓口機能・拠点機能
7. 市民啓発

3 1. 在宅医療連携に関わる法律、計画とその関連

○社会保障制度改革国民会議報告書、地域医療介護総合確保法など在宅医療連携に関わる制度等を確認する

在宅医療連携の実際についての話をする前提として、関連した法律や制度改革の動きの確認が必要である。ここでは、社会保障制度改革国民会議報告書、地域医療介護総合確保法など、在宅医療連携に関わる制度等を概説する。

4 社会保障制度改革国民会議報告書を踏まえた各分野の方向性

子ども・子育て

- すべての子どもの成長を暖かく見守り、支えることのできる社会へ
- 子どもたちへの支援は、社会保障の持続可能性・経済成長を確かなものとし、日本社会の未来につながる。社会保障制度改革の基本。未来への投資。
- 女性の活躍は成長戦略の中核。新制度とワーク・ライフ・バランスを車の両輪に。



医療・介護

- 「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」へ
- 受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実。川上から川下までのネットワーク化
- 地域ごとに、医療、介護、予防に加え、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に生活支援サービスや住まいも提供されるネットワーク（地域包括ケアシステム）の構築
- 国民の健康増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進する必要



公的年金制度

- 2004年改革により対GDP比での年金給付は一定水準。現行の制度は破綻していない
- 社会経済状況の変化に応じた形のセーフティネット機能を強化
- 長期的な持続可能性をより強固なものに

厚生労働省ホームページ「社会保障制度改革の全体像」 P15.
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/260328_01.pdf

地域包括ケアシステム構築に向けた社会政策の流れは、平成25年にまとめられた社会保障制度改革国民会議の報告書を基に進められている。この報告書では、社会保障の重要項目として、3点が挙げられている。すなわち、【子ども・子育て】【医療・介護】【公的年金制度】である。【医療・介護】については「病院完結型」から「地域完結型」医療へのシフト、病診連携の充実、地域包括ケアシステムの構築および健康増進、疾病の予防等が重要項目として挙げられている。

5 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（概要）

趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

概要

- 1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（医療介護総合確保促進法関係）**
 - ① 都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置
 - ② 医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定
- 2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）**
 - ① 医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（ビジョン）（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
 - ② 医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け
- 3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）**
 - ① 在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様な地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
 - ② 特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な重度の要介護者を支える機能に重点化
 - ③ 低所得者の保険料軽減を拡充
 - ④ 一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）
 - ⑤ 低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加
- 4. その他**
 - ① 診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
 - ② 医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ
 - ③ 医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
 - ④ 介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

施行期日

公布日（平成26年6月25日）。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

厚生労働省（2015）「第91回社会保障審議会医療保険部会、平成28年度診療報酬改定の基本方針（骨子案）に関する参考資料1」P16. http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000104924.pdf

消費税の増収分等を基金として、社会保障に活用し、医療・介護連携を促進する方針は、平成26年度に制定された、【地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律】により確立された。この法律の中で、病床機能報告制度や、その報告をもとに地域医療構想を都道府県が医療計画において策定することが明記された。あわせて、この法律により、恒久的な地域医療の発展と、地域の実情に応じたまちづくり【地域包括ケアシステムの構築】を日本社会全体で進めていくことが明記された。

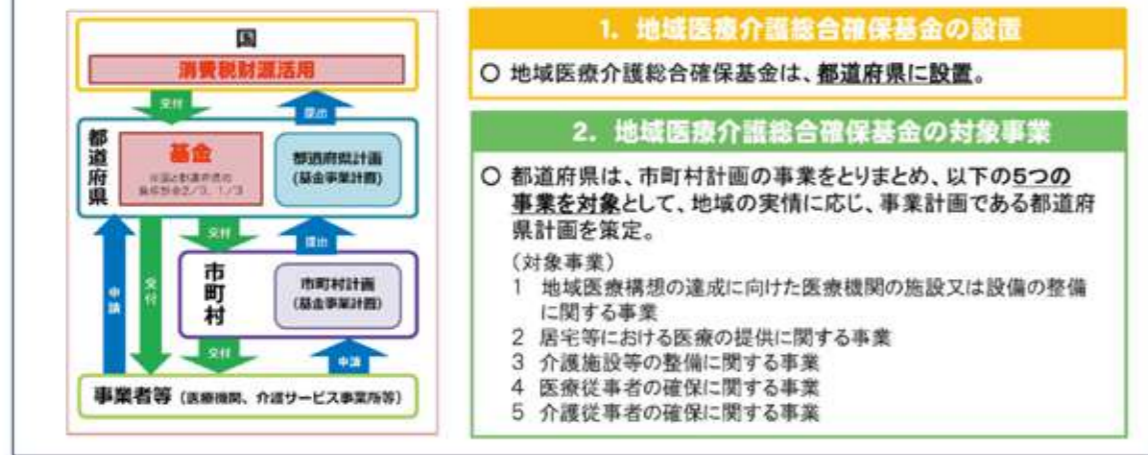
その他、医師・看護師等の確保対策、医療機関の勤務環境改善、チーム医療の推進や医療事故調査の仕組みの創設などもこの法律の中で定められている。この法律は19の法律の改正を根拠としても制定されており、順次個別法改正法案が提出されている。

6 診療報酬と地域医療介護総合確保基金との関係

診療報酬と基金との関係

- 診療報酬は、国民皆保険の下、国民に必要な医療サービスの対価として設定されるものであり、**全国一律の点数設計が原則**。(改定率については、**物価・賃金の動向、医療機関の収支状況、対応が必要な医療課題(地域包括ケア等)**などを勘案して決定。)
- 一方、基金は、**特定の事業を促進し、地域の実情に応じた課題解決に対応するもの**。

＜cf.地域医療介護総合確保基金の仕組み＞



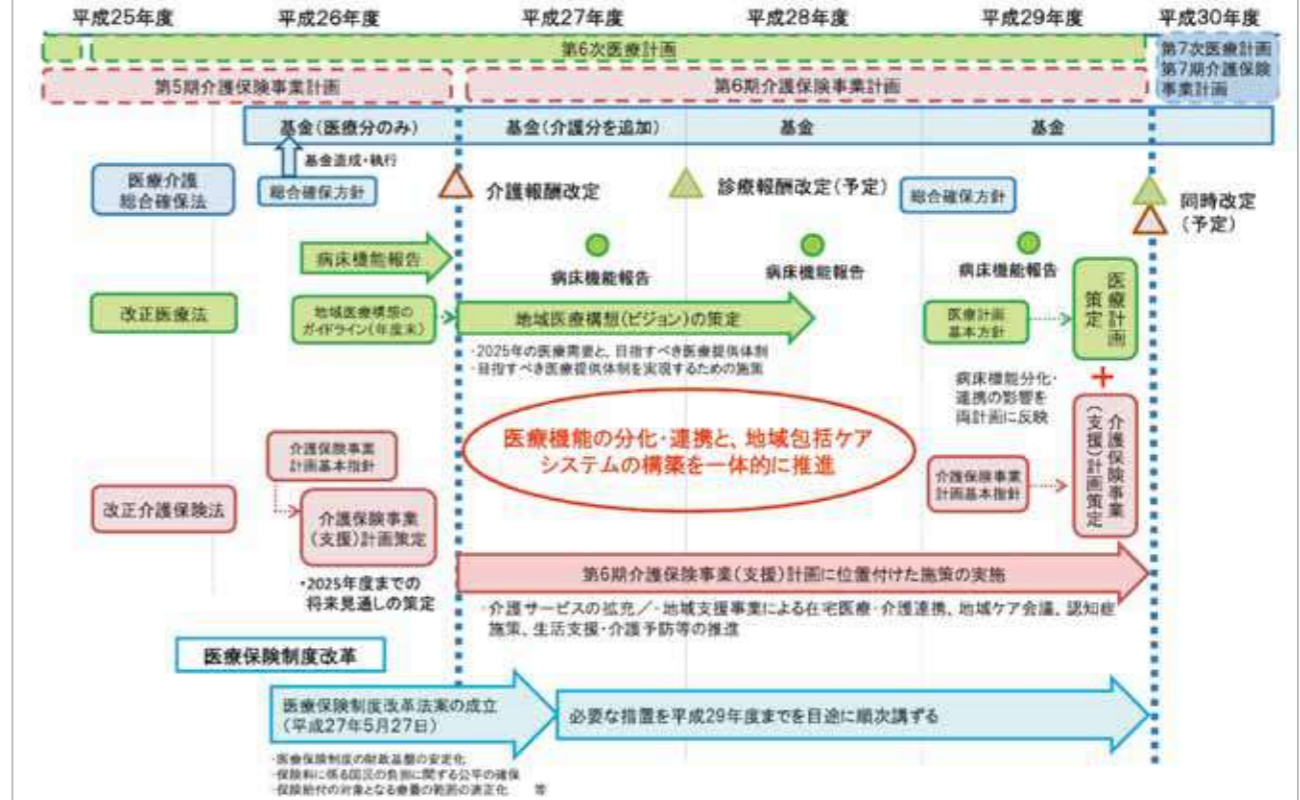
⇒ **診療報酬と地域医療介護総合確保基金を車の両輪として、医療提供体制の改革を実行。**

厚生労働省(2015).第91回社会保障審議会医療保険部会,平成28年度診療報酬改定の基本方針(骨子案)に関する参考資料1,P17. http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000104924.pdf

地域医療介護総合確保基金の流れやその活用について、スライドに示す。診療報酬は医療や健康に関する支援の実績に基づき支払われる共助の仕組みである。一方、地域医療介護総合確保基金は、厚生労働省や都道府県の実情に応じて、課題の早期対応や課題の拡大防止に向けて活用される、公助の仕組みである。

地域の実情に応じて、その課題は異なる。地域の情報収集や分析、実現可能な事業計画立案が都道府県ごとに求められている。公的な財源を用いて、市町村や生活地域などの課題抽出を都道府県が行い、それをもとに都道府県が厚生労働省に財源を要請し、事業展開するというボトムアップの財源の流れがみられているところは、新たな仕組みだといえる。しかし、公助であることから、国の方向性によって地域活動の変更を余儀なくされるという傾向もみられており、この財源の活用において専門職として論理的に地域の取組を活性化させられるように関わっていく必要がある。

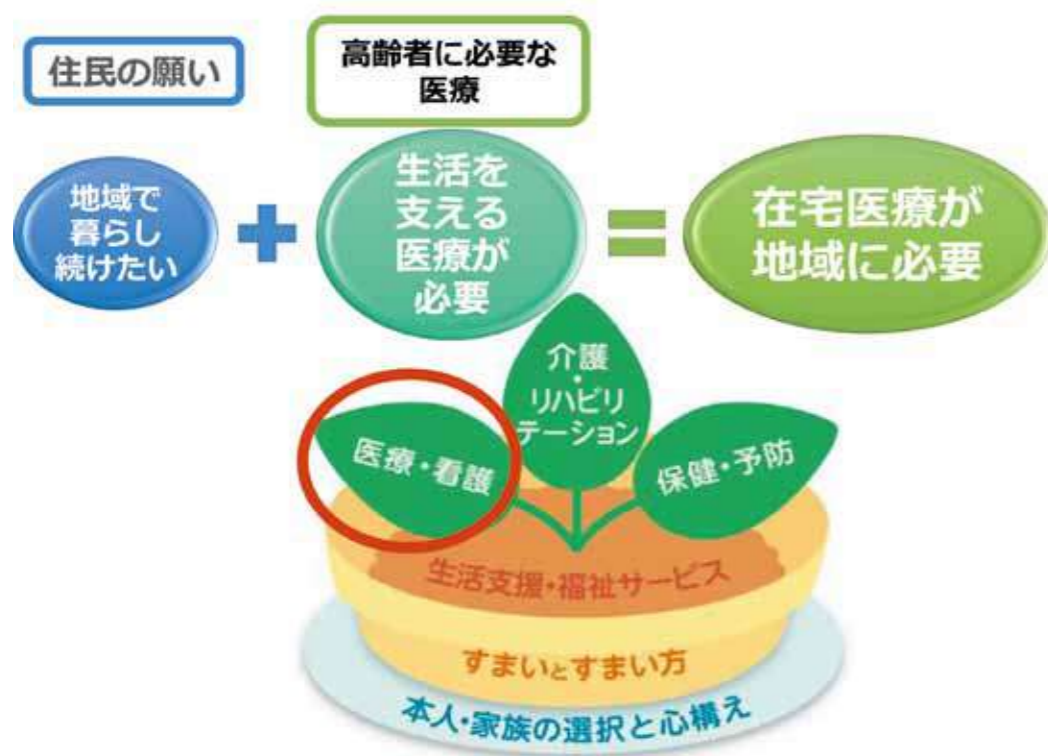
7 医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール



厚生労働省(2015).第91回社会保障審議会医療保険部会,平成28年度診療報酬改定の基本方針(骨子案)に関する参考資料1,P19. http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000104924.pdf

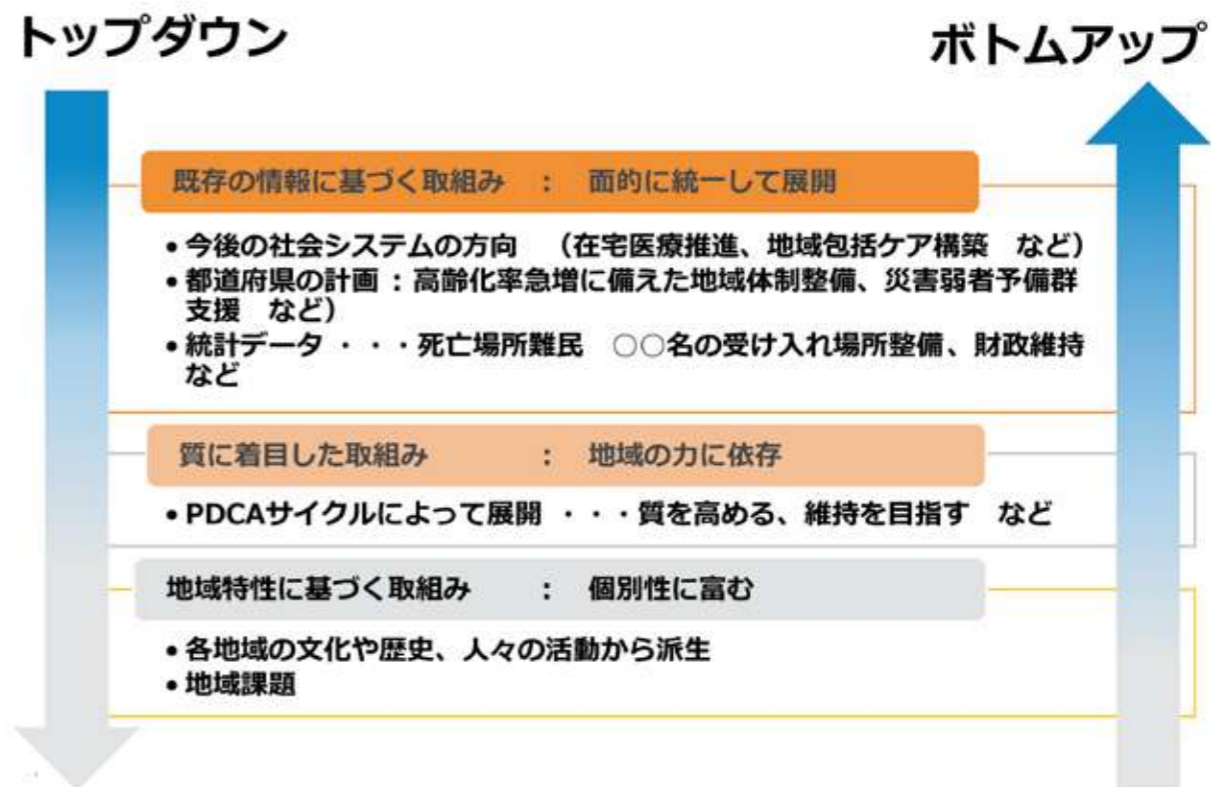
医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュールを示している。医療機能の分化・連携と、地域包括ケアシステムの構築を一体的に推進するための今後の国の方針が示されている。地域医療介護総合確保推進法に基づき整備された基金により、各都道府県で在宅医療の充実が図られている一方で、病床機能報告をもとに、地域医療構想の策定が行われている。

さらに、このスケジュール表で特に注目すべき点は、第7次医療計画、第7期介護保険事業計画、診療報酬と介護報酬の同時改定、国民健康保険の改正の施行が平成30年度に行われることである。このため、それぞれの改革は互いに連関しながら進める必要があるとともに、平成29年度末までに、今後の各都道府県の医療・介護の整備計画を明確にすることが求められている。



地域包括ケアという大きな統合された考え方と、在宅医療のつながりを整理した。高齢者が人口の25%を超えるわが国では、できる限り住み慣れた地域で最期まで暮らしたい、と望む住民が少なくない、ということは周知の事実である。この一方で、高度経済成長期に、生活を犠牲にしても病気を治療する、という「治す医療」の考え方中心の社会体制となってきた。

しかし、人権尊重の最大化という世界的な価値観の変遷に伴い、社会も新たな変革が求められている。住み慣れた場所で、病気を持った住民が暮らしを変えずに医療を提供し続ける社会、すなわち「治し支える」社会へと発展する、先進国としての成熟が求められている。このため、在宅医療は地域包括ケアシステムを構築するために、必要不可欠な構成要素である、ということ、スライド内の式で表した。



次に、行政セクションとの連携について整理をする。

行政については、自治体以外の組織として、保健所が都道府県の医療政策部門として全国に配置されている。医学教育ではあまり触れられていない部門だが、母子保健や疾病予防など保健行政に専門に関わっており、医療機関への監査が保健所によって行われていること自体は、よく認識されている。そのほかに、難病者支援、結核などの感染症対応などの地域のハイリスクポピュレーションへの支援を得意とする行政セクションである。保健所長は医師であり、保健師などの医療専門職も数多く在籍しており、行政の医療専門職団体である。このように都道府県は医療行政に対する対応を、保健所という実践組織とともにこれまで展開してきた実績がある。

一方、市町村自治体は、今までは介護や介護予防、生活支援、福祉、保健にしか関わることがなく、医療行政に関わった実績が少ない組織である。医療知識の豊富な医療職の配置も限られており、担当部署の設置すらなかなか進まないという現状がある。

しかし、行政の最大の強みは、法律に基づく施策等の全国への均てん化が可能なトップダウン組織体系であるということにある。地域包括ケアシステムの構築は地域の実情に応じて地域の持てる力（人、もの、資金、情報、時間）を駆使して取り組む必要がある。つまり、今後は、地域の情報を収集・分析し、課題を整理し、これらの内容を都道府県にあげ、財源を確保した上で、地域の実情に基づき、実現可能な課題解決事業を展開していくことが求められている。今までのようにトップダウンで国から降ろされた事業に対応していただければ、地域包括ケアシステム構築の実現は難しく、トップダウンの行政の強みを活用しつつ、さらにはボトムアップという現場主体の事業を行うという、両方向での展開が必要となる。

このように、地域包括ケアシステムを構築が求められる社会では、行政組織の在り方、考え方も変化し始めているということを確認する必要がある。

10 地域包括ケアチームに保健所が加入することのメリット

- ① 医療機関や予防の視点を行政目線で統合できる
- ② 都道府県⇔保健所⇔市町村という
地域情報の集約と支援のルートが確立される
- ③ 行政間の連携を促進する



平成27年 2月17日 愛知県 在宅医療多職種連携推進研修の企画・運営研修会

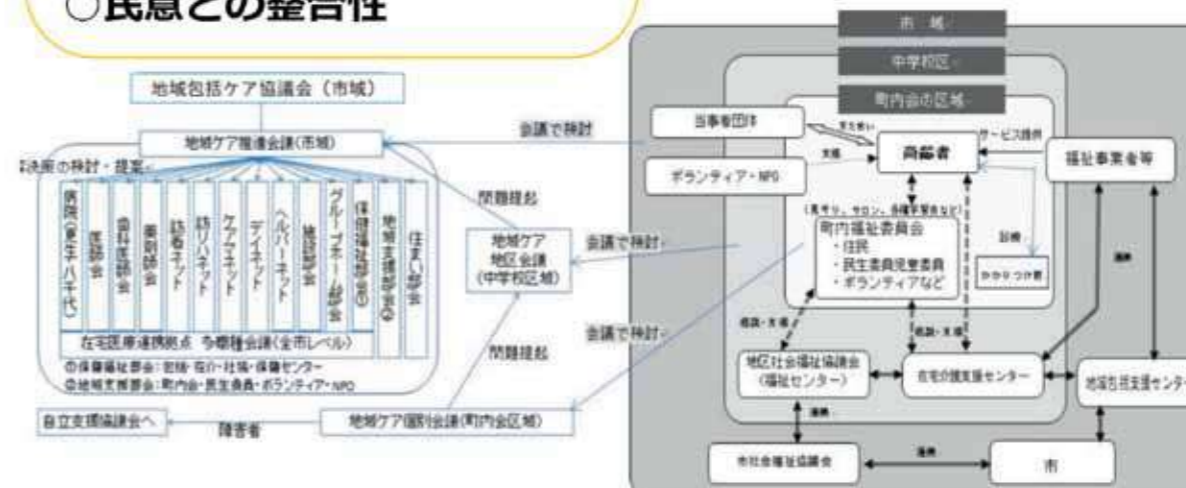
地域包括ケアシステムという、ボトムアップの行政政策展開が求められる中で、保健所は、中核市や政令指定都市など、一部の市区に配置されている行政の医療セクションとの連携についても、今後積極的な関与が求められている。その最大の強みは医療機関など医療資源に対するアクセスの実績と、複数市町村に関わるといった広域へのアプローチである。医療行政への関わりが少ない市町村は、医療体制整備に関わるといって難しさがある。また、都道府県全体のレベルでは広域すぎて、一つ一つの市町村が抱える課題に個別対応することは難しい現状がある。住民の動きをみても、病院依存が高い現在の日本では、市外の医療機関に受診する住民は少なくない。また、療養生活行動においても広域を移動する住民も少なくない。そのことから、医療を含めたまちづくり【地域包括ケアシステム】の構築には、広域で複数の市町村自治体や医療機関が連携して情報を提供して、検討する必要がある。その際に、その場を取り持つことができるのは保健所である、といえる。自治体は基本的にそれぞれが対等の立場である一方、実情として非常に仲が良く連携がとれている市町村自治体は多くない現状がある。市町村同士で何かを話し合わなければならないという場合に、中立的に、かつ医療についての視点をもって関わりができる行政機関としての保健所は、今後、その役割を社会ニーズによって変えていく必要がある。

しかし、現状では、地域医療介護総合確保推進法の中で、保健所の個別の役割が明示されているわけではなく、在宅医療推進や市町村の調整役として関わってきた実績のない保健所では、その役割を十分に認識できていない場合が多い。このため、在宅医療推進の活動の中で、保健所の積極的な関わりを促していく必要がある。これにより、都道府県と市町村の連携を円滑につなぐことが可能となり、市町村の医療への関与を後押しすることができる。

ちなみに、愛知県では市町村主体で進める地域包括ケアシステム構築を支援する方策として、保健所が管轄市町村の多職種を集めた研修会を開催する事業を進めている。

11 行政と連携する意義

- 地域開発
= 首長のマニフェスト
- 既存のつながりや事業を活かし地域の資源を総動員
- 継続性の確保
- 民意との整合性



安城市公式ホームページ: <http://www.city.anjo.aichi.jp/kurasu/fukushikaigo/zaitakuiryounkei.html>

地域全体の仕組みとするためには、首長のマニフェストの下で、政策として取り組むことが必要である。首長の推進力により、現時点では医療を必要としない住民に対しても包括的な仕組みが作りやすくなる。スライド写真の左が市の医師会長、右が市長である。協議会長職の委任をしている場面の写真を示した。

1. 在宅医療・介護代表者協議会(医師会)

(1)目的

- 事業の実施
- 多職種連携の推進
- 地域の問題解決・緩和



(2) 構成メンバー(17団体・施設)

- 飯塚医師会 ■ 飯塚歯科医師会 ■ 飯塚薬剤師会 ■ 福岡県看護協会
- 嘉飯訪問看護ステーション連協議会 ■ 福岡県介護支援専門員協会
- 飯塚市居宅介護事業所連絡協議会 ■ 福岡県理学療法協会
- 福岡県作業療法協会 ■ 福岡県医療ソーシャルワーカー協会
- 飯塚市 ■ 嘉麻市 ■ 桂川町 ■ 嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所健康増進課
- 飯塚市立病院 ■ 飯塚病院 ■ 瀬田病院

地域医療：
医療が必要な地域住民を支援するしくみ
例) 在宅医療、在宅看取り

地域ケア：
例) ゴミ屋敷問題、認知症世帯

2. 地域ケア会議の推進(飯塚市)

(1)地域ケア会議(個別課題解決機能)

- ・ 2ヶ月に1回開催
- ・ 自立支援に資するケアマネジメント



(2) 地域ケア会議検討委員会
(地域課題抽出・ネットワーク構築機能)

- ・ 2ヶ月に1回開催
- ・ 代表者協議会参加メンバーを中心に民生委員・自治会代表、消防・警察等も参加

地域で患者を医療面で支援する視点と、アクセスしにくい地域の生活者を支援する視点とは異なる

瀬田病院 (2015) .飯塚地区における Z A I T A K U 推進活動の取組み .P7,8.在宅医療先進地域情報フェスタ2014. http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/jinzakusei/2014/0301festa/2_7.pdf

医療・介護等の地域のプレイヤーが一堂に顔を合わせる場を確保することは、自治体の担うべき役割である。さまざまな地域資源を全て把握できるのは自治体であり、その機能をも把握することが可能である。地域の統計データや情報を把握することができる立場であり、さらに、それぞれの地域を支える人々を一堂に集める力を持っている。一例として、福岡県坂井地区では在宅サービス利用者からその関係機関を全て洗い出し、推進協議会を設置している。協議会の目的や活動もその協議会で検討している。

13 2. 行政(県、市町村)、保健所との連携②

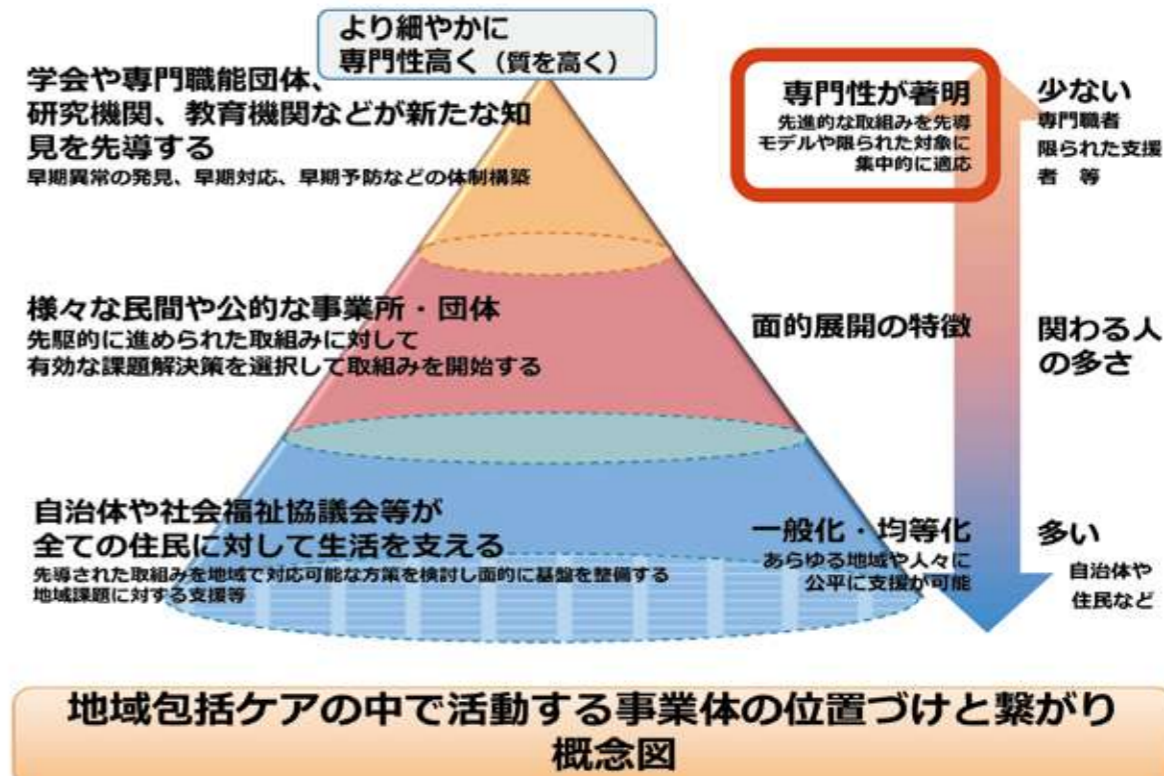
○これからの日本では、認知症やフレイル、慢性疾患などを持ちながら生活する対象者に対して、人生の最終段階まで支援ができる医療提供体制が必要 = 社会のニーズ

○生活者と療養者という両面から支援を提供する視点を地域で開発する必要がある

○持続性と実現性の高い体制を構築する

これからの国内の生活者に適応する地域開発を行う必要がある = 行政との連携・協働

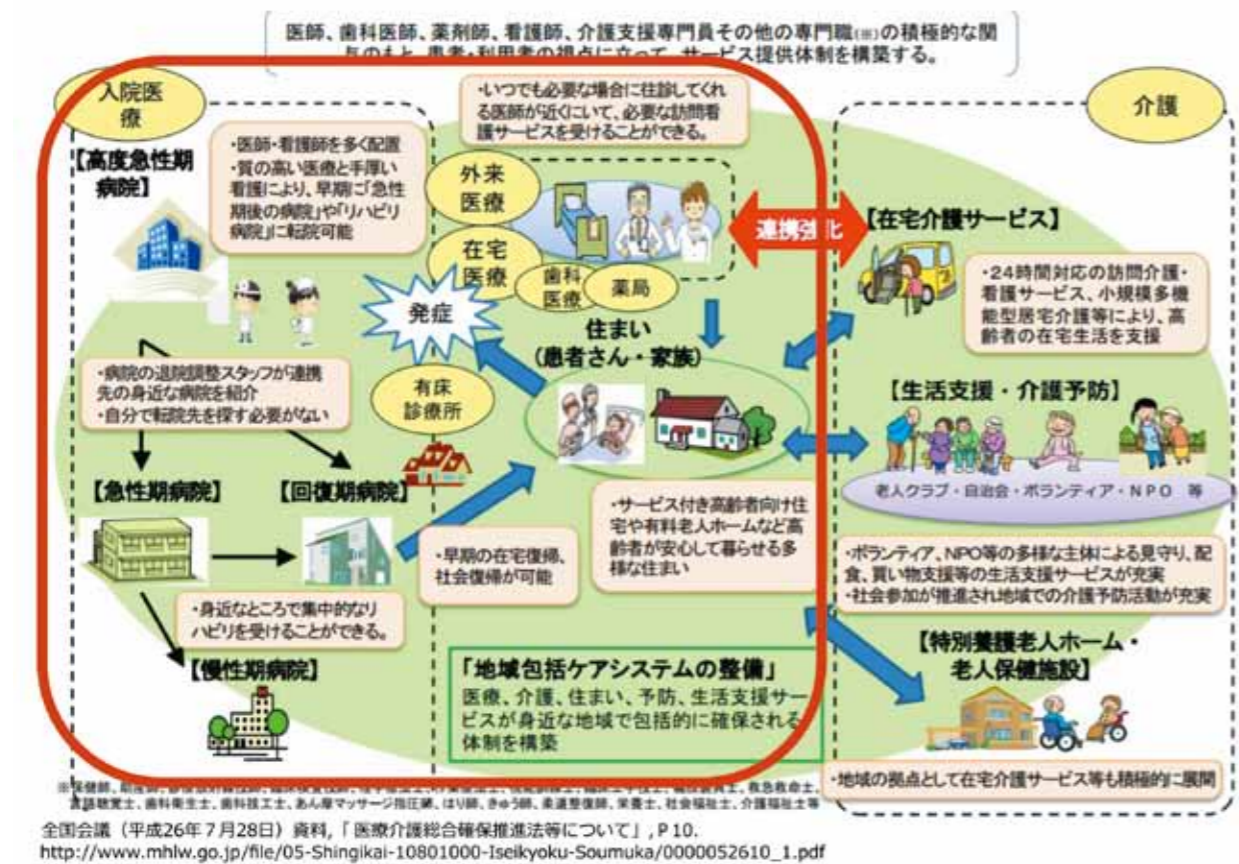
行政(県、市町村)、保健所との連携のポイントをまとめた。イギリスやオランダなどにおいても、高齢者数の増加に伴う医療福祉費の増大により、社会保障等の体制を常に改革している。日本では、今後も続く高齢者増加の中で、先を見据えて、地域の在り方(文化)を作っていくという考え方が必要である。そのためには、民意の上で地域づくりを担う行政との連携・協働による地域づくりが、極めて必要な活動であると考えられる。



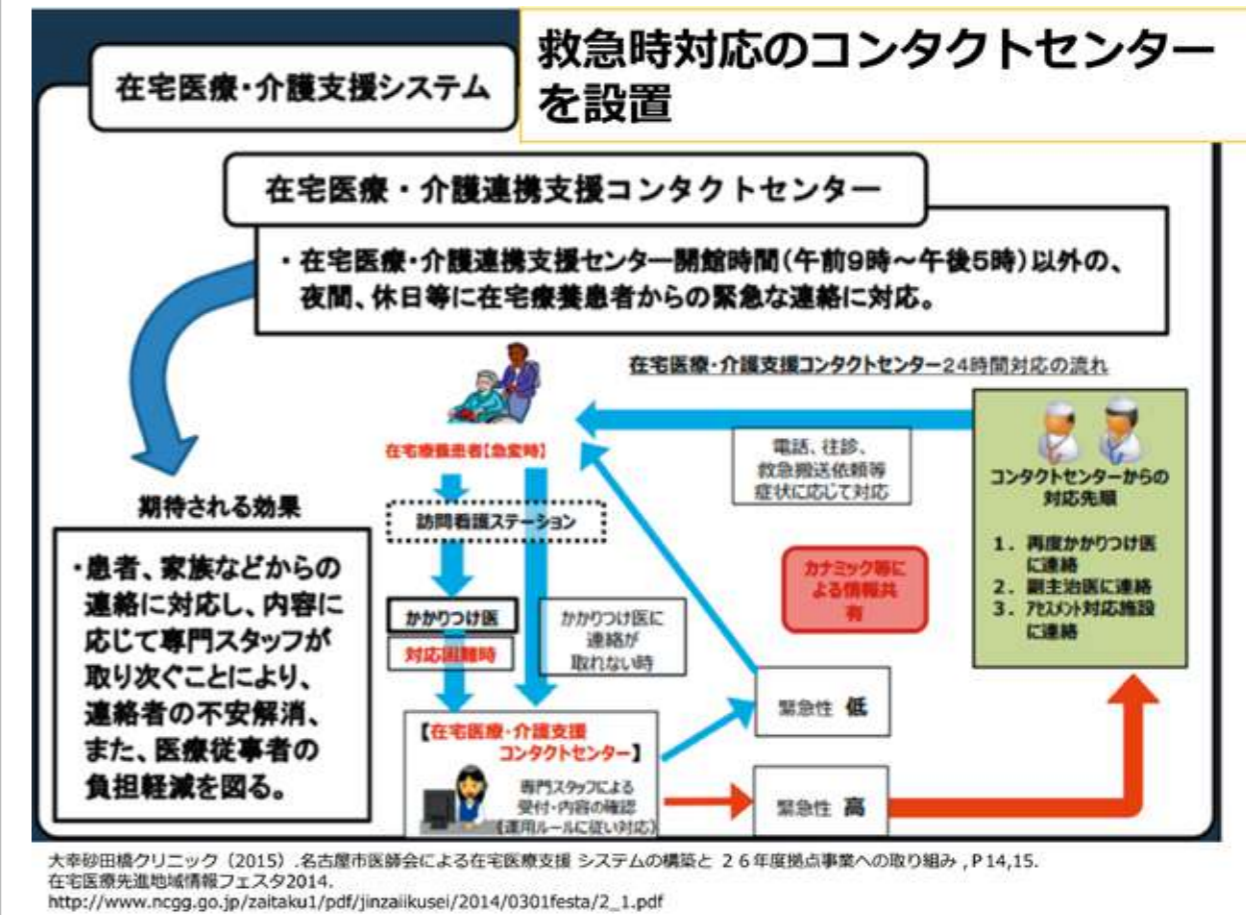
どちらが上で下であるということを示す図ではないということ、最初に断っておく。関わる人の多さを三角錐の幅で示しており、関わる人の多い層が下、すなわち基盤を固めており、少ない層が上に乗っているイメージで示している。上部のオレンジ層が患者など、専門的な支援を必要とする人口層を示している。それを支援する人々は医療などの専門職であり、24時間365日体制のような濃厚かつ専門性の高い支援を提供している。基盤部分は、特定の継続的な支援を必要としない住民であり、網目になった底面がセーフティーネットである。自分の力で生活を営むなど、自主的な営み(地域活動や仕事や学校などの社会生活)が関わっている。

事故等、急性期の疾患の場合は、青からオレンジ色の層に突然移動するが、人口の25%が高齢者である日本では、青からピンク、オレンジの層というように段階的に移動していく人が多いと考えられる。脳梗塞により救急車で高度急性期医療機関に搬送され、リハビリなどを経て生活の場に戻り、医療介護支援を生活の場で、病気をコントロールしながら生活機能の回復を促されることで、オレンジからピンク層に移動するということも十分考えられる。ピンク層の部分には多様なサービスや地域独自の支援活動が含まれる。もちろん医療支援も含まれている。全国一律の取り組みではなく、その地域独自に住民に提供されている医療や介護、生活支援、サービスである。保健所の活動も一部この部分に入ると考えられる。福岡県などは全保健所が人生の最終段階の相談支援を担っており、このピンク層の活動にあたりと考えられる。郡市区医師会は、地域医療のゲートキーパーとして、オレンジの層の部分の役割を担っていると考えられる。より質高く、より専門的に、地域医療の仕組みや量の拡大、質の向上を目指すことが求められる。

しかし、決してオレンジの層が、ピンクや青の層から離れて存在する、ということではなく、必ず基盤部分とつながっているということ意識する必要がある。中には、医療依存度の高い患者と、健康な地域住民の間をつなぐような(ピンク層の部分)活動をすでに積極的に行っている医師もいる。この場合も、ピンク層が独立して三角形から離れることはなく、専門性の高い医療とつながりつつ、青の基盤部分とつながった中での活動を考える必要がある。それは地域住民がいつまでもその地域で暮らし続けるために必要な体制であるからである。



2次元で医療と介護のつながりを描くとこのようになる。実際の地域は3次元以上であり、地域文化や慣習、個々の価値観、経済などさまざまな構成要素で地域の仕組みが成り立っている。現在、日本の地域医療は地域に患者が戻ること想定して、診療報酬が組まれている。そのことから、医療機関と1次医療とのつながりを強化することが必要である。病院と医師会の連携が難しい地域もみられているが、地域包括ケアという概念に基づき、医師会が1次医療のゲートキーパーになって、医療機関と地域住民の生活をつなぐ役割を持つ必要がある。このように地域の医療を組み立てる視点が必要である。



名古屋市医師会の取り組みを示した。名古屋市は人口が200万人の大都市であり、16区で構成されている。急性期医療需要が集中しており、急激に高齢者が増加する都市部では、まず基礎となる地域医療のつながりを作ることが必要である。人口が多いために、人のつながり作りが難しいということは過去の事業で認められている。このように、医療同士のつながり作りにおいては、医師会同士の連携が必要になる。医療は市区町村の圏域を超えてつながるためである。まず、郡市区医師会が地域の1次医療を担うことを、組織として意思決定する。次に、1次医療間の連携(診診連携)と医療間の連携(病診)体制を構築する。そして、在宅医療のチームを形成する。可能な地域は、病病連携についても体制整備を進めるといってもいいかもしれないが、この点は病床再編という行政政策との関連もあるため、保健所や都道府県等が1次医療圏同士の調整役として参加するというのも有効な手立てと考えられる。

17 3. 郡市区医師会との連携②

- 第1弾
地域の1次医療を担うことを組織として意思決定
医師会内を地域医療の体制整備ができるように
組織編制する
- 第2弾
1次医療機関間の連携（診診連携）と
他の医療機関との連携（病診）体制を構築
- 第3弾
多職種とともに在宅医療のチーム化を構築

これからの地域開発に向けて、
郡市区医師会役割の可視化と、在宅医療の体制整備

郡市区医師会との連携の流れをまとめた。これらの過程を通じて、これからの地域開発に向けて、郡市区医師会役割の可視化と、在宅医療の体制整備が必要である。

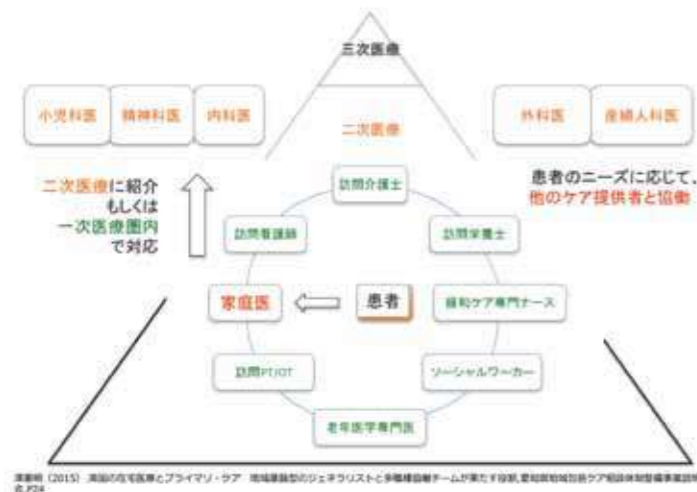
20 4. 他の医療系専門職との連携②

- 地域生活において、医療的支援を必要とする住民の抽出と、医療へつなぐルート確立が必要
- 各専門職の特性をチームの中で共有する努力が必要
- チームの他職種の強みを学び、他職種の機能を活用できるスキルも評価する仕組みを開発していくことが求められる
=チーム医療の促進

継続的なチーム医療の発展には、
チーム間のパワーバランスの調整や人材開発、
技能開発などの調整する人材配置が必要

他の医療系専門職との連携についてのポイントをスライドに示した。
図のような継続的なチーム医療の発展には、チーム間のパワーバランスの調整や人材開発、技能開発などの調整する人材配置が必要である。

18 4. 他の医療系専門職との連携①



このスライドは他の医療系専門職との連携について示している。

イギリスなど、多くの国では医療費の削減と生活の中で医療を提供する、ということが行政政策として一体的に展開されている。

この中心は、患者（もしくは住民）の生活問題における最初のアクセス先が、かかりつけ医という仕組みである。

しかし、かかりつけ医が治療以外のすべての生活問題に対応するわけではなく、このため必要な専門職や技能を持った資源（人や組織）につながる、あるいはつなげることが必要となる。

地域の資源がつながっているからこそできることであり、これが、専門職間連携である。

21 5. 介護職との連携①

- 病院が主流の地域では、患者の生活支援は看護師業務であった

在宅医療を基盤とした地域医療体制を進める現在では、
療養者の生活支援は介護支援専門員

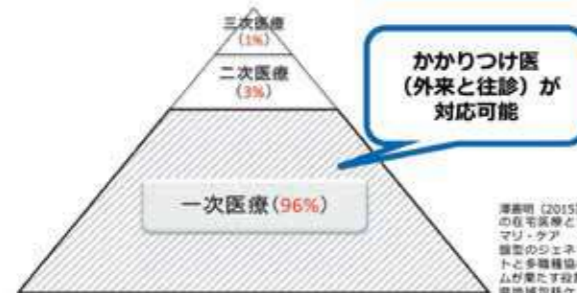
介護支援専門員や介護職は、在宅医療のチームメンバー

チーム医療という概念のパラダイムシフト

介護職との連携の背景を示した。病院が主流の地域では、患者の生活支援は看護業務であったが、在宅医療を基盤とした地域医療体制を進める現在では、療養者の生活支援は介護支援専門員である。このため、介護支援専門員や介護職は、在宅医療のチームメンバーとしての認識が必要となる。このように従来の専門医療を中心とした【チーム医療】の概念から、介護職を含んだ概念へのパラダイムシフトが必要とされている。

19 患者の受療行動から見るプライマリ・ケアの役割

White KL, et al. The ecology of medical care. New England Journal of Medicine 265:885-892. 1961.



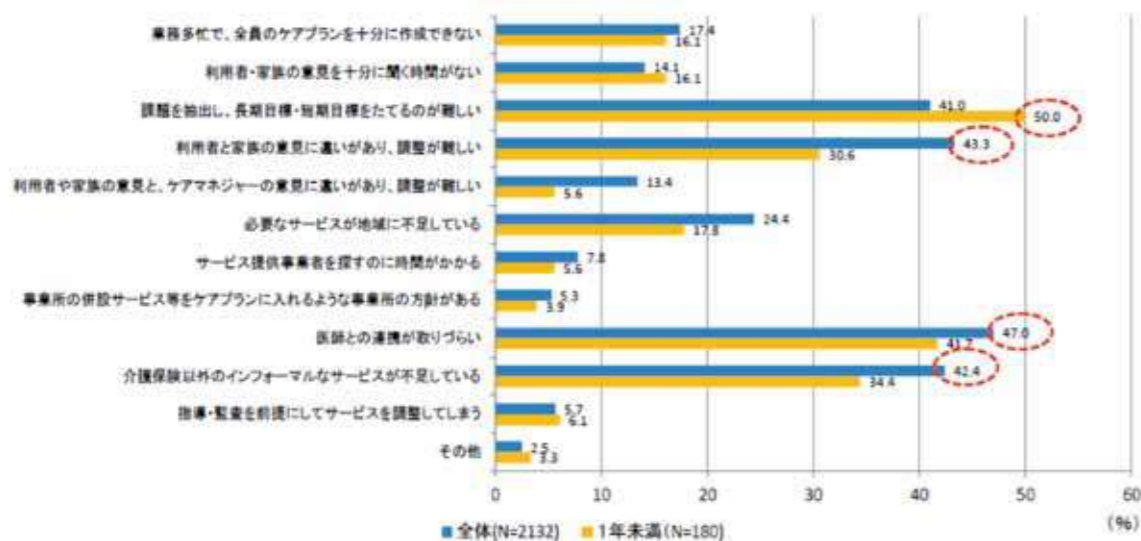
- 100人の内96人が経験する問題は一次医療レベル
- 日本の患者を対象にした研究でも同様の結果
- 病院（二次、三次医療）は100人の内4人の健康問題に対応
- 英国ではプライマリ・ケアが90%の健康問題に対応
- 総医療費の9%を消費

英国で在宅医療をされている澤医師のスライドを引用している。

高齢化率が20%にも満たないというイギリスの情報では、100人のうち96人が経験する問題は一次医療レベルで、病院は100人のうち、4人の健康問題に対応している状況で有り、このように英国ではプライマリ・ケアが90%の健康問題に対応しており、ほとんどの健康問題はかかりつけ医をゲートキーパーとする1次医療で対応ができるとしている。

多様な価値観の中の意思決定支援や
医療・インフォーマル機関との調整が困難

○ 医師との連携、インフォーマルサービスの不足、利用者・家族との意見調整といったところに困難さがある。また、業務経験が1年未満のケアマネジャーは、課題の抽出と目標を立てることに困難さを感じている。



厚生労働省、社会保障審議会、第103回介護保険部会資料2、ケアマネジメントについて、P36。
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutokatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000049258.pdf

介護職との連携の現状について、介護職（ケアマネジャー）に対して、【ケアプラン上の困難点】を聞いたアンケート調査結果を示した。青色が全体で、黄色が1年未満の経験のケアマネジャーである。困難と挙げた項目では、「課題を抽出し長期目標・短期目標をたてるのが難しい」、利用者と家族の意見に違いがあり、調整が難しい」、「介護保険以外のインフォーマルなサービスが不足している」という項目と並び、全体の47%が「医師との連携がとりづらい」としていた。1年未満ではない、経験のあるケアマネジャーにおいても医師との連携に困難を感じている様子がうかがえる。

医療との連携調整や多職種マネジメントを
負担に感じている

ケアマネジメント業務に対する負担感

○ 「医療機関・主治医との連絡調整」「サービス担当者会議の開催」「初回のケアプラン作成」といったところに負担を感じるケアマネジャーが多い。
○ 負担と感じている項目の多くは、専門職として求められる業務が多く、多職種協働の環境整備、資質の向上、業務の効率化等が課題として考えられる。



【出典】株式会社三愛総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書」(平成25年度老人保健健康増進等事業)

この図も同様に、ケアマネジャーに対し、【ケアマネジメント業務に対する負担感】を聞いたものである。赤が居宅介護支援について、青が介護予防支援についてである。特に居宅介護支援については、「医療機関・主治医との連絡調整」が39.9%と最も負担感が強く、次に「サービス担当者会議の開催」、「指導・監査等に対するための諸準備」が続いている。このように約4割のケアマネジャーが医療機関との連絡に負担を感じている実態が示されている。

24 5. 介護職との連携④

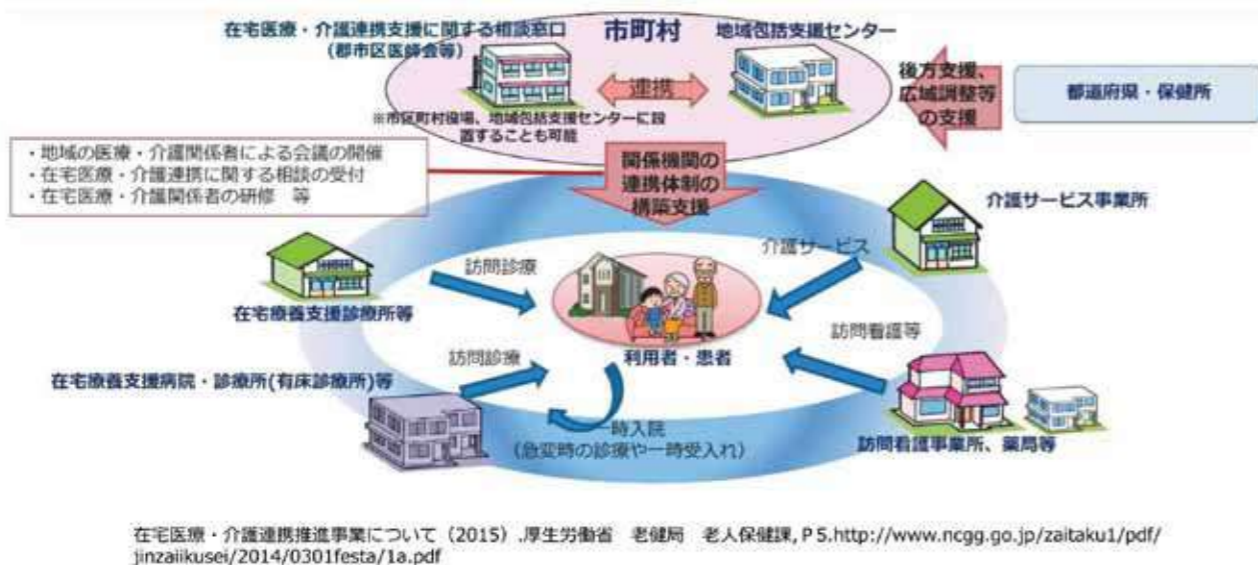
- 視点（生活が中心）と時間の速さが異なるということを知る。
- 住民が、【患者の側面】を持ちながら暮らす時代には、生活の支援と医療的支援を、必ず統合させていく作業が不可欠である。
- サービス担当者介護や地域ケア会議など介護や福祉がもつ仕組みへ医療のコミットが期待されている = これからの地域開発

医療との統合した生活支援ができる
介護人材の継続的育成にかかわる

医療知識の乏しい、福祉職中心の介護者が増えてきた事態に対し、医療者としても、この事態へ協力して対応することが求められる。今後高齢者がさらに増加し、介護職員の需要が増加することが将来予測から明確になっていたにもかかわらず、介護職と医療職同士がチーム化を進めてこなかった。その結果、現在のように医療と介護のいわゆる壁が生じた一因になったと考えられる。これからは、介護職を含めたチームメンバーを構築していく必要があり、チームプレイの中で、介護職が在宅医療チームメンバーとしてよい動きができるようにしていくことが必要である。スライドには、介護職との連携のポイントをまとめている。このように医療との統合した生活支援ができる介護人材の継続的育成に関わることが必要である。

25 6. 在宅窓口機能・拠点機能①

地域を総括的にとらえる視点を持つ
地域のマネジャーを配置する



次に在宅窓口機能・拠点機能について述べる。この連携の全体図のように、地域を総括的にとらえる視点を持つ地域マネジャーを配置することが重要である。これは厚生労働省が示されている図だが、市町村は全体を統括する役割であり、都市区医師会等が医療サイドの拠点、地域包括支援センターが介護サイドの拠点となり、現場のさまざまな在宅医療等に関わる事業者が連携し、質の高い医療が提供できるようにコーディネートする。この市区町村の活動を都道府県、保健所が広域調整する。この図のような仕組みを進めていくには、地域を総括的にとらえる視点を持つ、地域のマネジャー（コーディネーター）を配置することが重要である。

26 6. 在宅窓口機能・拠点機能②

肝属郡医師会立病院（2015）在宅医療推進役として、都市医師会が果たす役割、P.22.在宅医療先進地域情報フェスタ2014、http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/jinzaikusei/2014/0301festa/3_5.pdf

鹿児島県医式・在宅医療推進コーディネーター

☆在宅医療推進コーディネーターの育成事業（県医実施）

（助言者）肝属郡医師会立病院

①在宅医療推進コーディネーター会議を開催（毎月）



人をつなぐのは人！
窓口には誰を置くか、地域の関係者で検討の上
で、適切な位置に適切な人材を配置する

これは在宅医療の窓口機能、コーディネート機能の一例として、鹿児島県医師会の活動を示している。県内複数の医師会立病院内に退院支援室とは別に、在宅医療推進のためのコーディネーターを配置している。病院のある在宅診療、訪問看護ステーションの充実度の違いや離島など、地域特性を生かした活動が行われている。また、コーディネータは定期的に情報交換会を行うなど、スキルアップの体制を作っている。基本的スタンスとして、人をつなぐのは人であり、窓口には誰を置くか、地域の関係者で検討の上で、適切な位置に適切な人材を配置することが重要である。

27 6. 在宅窓口機能・拠点機能③

- 地域のマネジャーはとにかく関係者の所に足を運ぶ
関係づくりはFace to Face が基本
- 地域の合意形成をコーディネートする
- 地域が目指すべき将来を推計し、その目標にむけた計画を立案する
- 地域が目標に向かって有機的に動けるように役割配置、事業企画、評価、新事業の設計等を行う

地域開発のための
マネジメント役を配置する

在宅窓口機能・拠点機能のポイントをスライドに示した。このように地域開発に特化したマネジメント役を配置することが重要である。

28 7. 市民啓発

- 社会文化を形成するのは、住民の力
 - 住民一人ひとりの理解を促すために情報提供の視点を組み合わせる
- 第1段階 広い対象に向けた情報発信
第2段階 特定の対象へ詳細な情報提供
(例；退院支援、サービス担当者会議)
第3段階 情報を活用するための補足的支援
(例：カウンセリング、意思決定支援)

時間と回数、様々な手段を用いて
継続的に展開する

市民啓発のポイントについて、スライドに示した。このように、時間と回数、さまざまな手段を用いて継続的に展開することが重要である。

29 住民啓発の一例 ～病院と行政の連携～



公立森町病院 (2015) 森町の在宅医療地域の必要に応える為に、P.15,16.在宅医療先進地域情報フェスタ2014.http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/jinzaiikusei/2014/0301festa/3_6.pdf

市民啓発の一例を示した。静岡県公立森町病院の住民啓発の様子が示されている。老人会など、住民が集まる場所への出前講座など各地で行われている。この際に行政との連携が重要であり、図は住民向けパンフレットを町が配布したり、同種無線という、公共無線を用い、在宅医療についての積極的な広報を行っている。また、全国を見ると住民にわかりやすく伝えるために、寸劇を用いる地域も増えている。

30 住民啓発の一例 ～まちかど保健室～

まちかど保健室

- ・ 開設 平日 10～15時
 - ・ 相談(医療・介護ほか)
 - ・ 外出困難者への自宅訪問
 - ・ 体力測定 認知スクリーニング
 - ・ 健康管理
 - ・ 健康運動教室
 - ・ 地域交流サロン
 - ・ 学生の在宅実習拠点
- 今後、豊明市は
病後児保育や障がい児
在宅訪問の委託も検討中



- メディアや自治体の情報発信力
- 暮らしの相談ブースを設置
- カフェやサロンによる情報提供

藤田保健衛生大学地域包括ケア中核センター (2015) 大学×UR×行政×自治会による 豊明市地域包括ケア, P.34.在宅医療先進地域情報フェスタ2014.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/jinzaiikusei/2014/0301festa/3_1.pdf

これも住民啓発の一例を示した。藤田保健衛生大学の地域包括ケア中核センターはメディアや地元自治体の情報発信力を利用し、在宅医療関連活動の啓発を積極的に行っている。また、「まちかど保健室」という、暮らしの相談ブースを設置したり、カフェやサロンによる情報提供等、地域密着型の住民啓発を行っている。

31 まとめ

- 地域在宅医療連携推進にむけて、地域の以下の素材を活性化させる
 - ①地域の仕組み
 - ②人材
 - ③住民(個々の人という意味ではない)や地域文化
- 人や組織の連携には、人を介したFace to Faceの調整がまず必要
- 地域全体を統括して開発を進捗管理する、地域マネジャー人材の配置が必要

まとめとして、地域在宅医療連携推進にむけて、地域の①地域の仕組み、②人材、③住民(個々の人という意味ではない)や地域文化といった素材を活性化させることが重要である。人や組織の連携には、人を介したFace to Faceの調整がまず必要であるとともに地域全体を統括して開発を進捗管理する、地域マネジャー人材の配置が必要である。

【引用情報】

- 国立長寿医療センター：平成25年度 在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック。2013。
<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/handbook/index.html>
- 厚生労働省：在宅医療・介護連携推進事業の手引き (ver.1)。2015。
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000102553.pdf>

その2：病診連携

～地域医療構想を見据えた病診連携とは～ 池端 幸彦

目 標

各地域で地域医療構想が策定されつつある中、在宅医療はますますその意義が増すとともに、「ときどき入院ほぼ在宅」を進める上でも、病診連携は今や欠かすことができないアプローチである。まずは病院病床を中心とした病床機能報告制度を含めた地域医療構想の概要を理解するとともに、今なぜ改めて在宅医療推進なのかを知り、在宅医療を担うべきかかりつけ医と急性期基幹病院等の医師の相互理解を含め、これからの病診連携の考え方と、その心得を身に付けることを目標とする。

1. 病床機能報告制度を含めた地域医療構想の概要を、在宅医療の推進との関連も含めて理解する。
2. 在宅主治医と急性期基幹病院の医師の相互理解を深める。
3. 病診連携における課題を理解し、その解決のための心得を習得する。
4. 退院時カンファレンスの意義と心得を理解する。
5. 地域ケア会議の意義を理解する。
6. 病診連携における多職種連携の意義を理解し、実践できる。

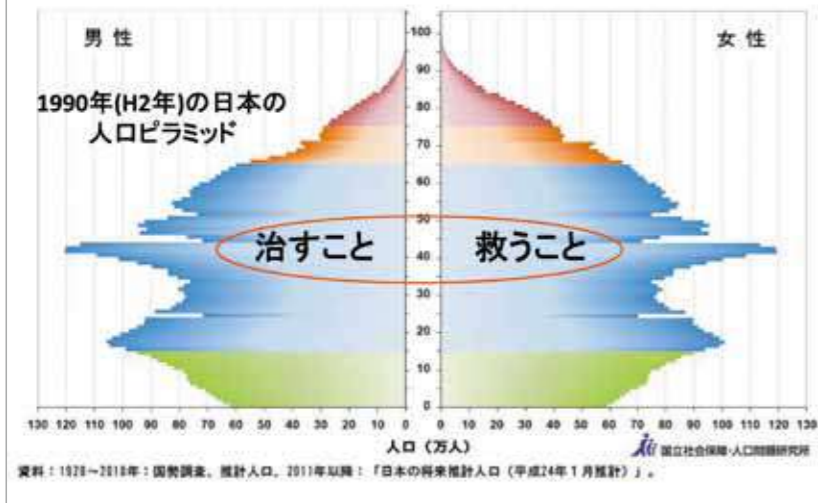
Keyword

地域医療構想、地域包括ケア、病診連携、退院支援、退院時カンファレンス

内 容

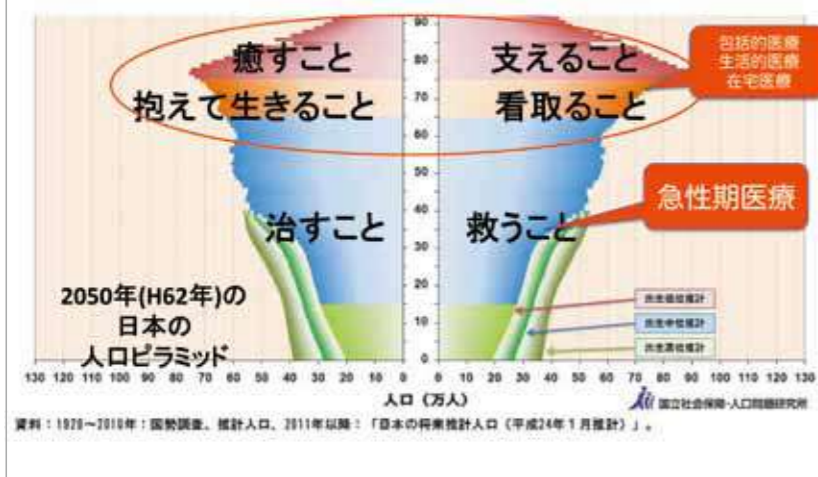
1. 日本の人口ピラミッドからみたこれまでの医療の流れ（多くの病気が治せた時代）
2. 日本の人口ピラミッドからみたこれからの医療の流れ（多くの病気を治せなくなる時代）
3. 地域包括ケアシステムの概念
4. 地域マネジメントに基づくケア付きコミュニティの構築（植木鉢の図）
5. 地域包括ケアシステムの構成要素の具体的な姿（概要版）
6. 自助・互助・共助・公助の視点からみた地域包括ケア
7. 死亡場所の推移
8. 在宅死vs.病院死
9. 入院医療と在宅医療
10. 在宅医療の光と影
11. バカの壁
12. 在宅ケアの基本条件
13. 在宅限界を高める「ときどき入院ほぼ在宅」
14. 病床機能報告制度の概要と報告する機能
15. 医療機能の分化・連携に係る取組みの流れについて
16. 病床機能別必要病床数の2025年推計値の捉え方（国）
17. 慢性期機能および在宅医療等の需要の将来推計の考え方
18. 「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ
19. 在宅医療患者に対するかかりつけ医の役割
20. 地域ケア会議の5つの機能
21. 「地域ケア会議」を活用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ
22. 訪問看護指示書・訪問リハビリテーション指示書の書き方ポイント
23. 連携の極意
24. 介護支援専門員のための「医師との連携の極意」
25. 退院支援と退院調整
26. 退院支援・退院調整フローチャート
27. 退院調整時の診療報酬（介護報酬）別フローチャート
28. 退院時カンファレンス参加時の在宅主治医心得10ヶ条
29. 在宅療養に必要な「少しのお金と三種の神器」
30. 病診連携に必要な三大機能
31. めざすべきこれからの退院支援・調整10ヶ条

1 日本の人口ピラミッドからみたこれまでの医療の流れ (多くの病気が治せた時代)



これは、国立社会保障・人口問題研究所が発表している、国勢調査に基づいた日本の1990年の人口ピラミッドである。この時代では、まだ生産人口が全人口に占める割合は高かった。そしてこの生産人口に対する医療の目的は、当然ながら、「治すこと、救うこと」が大命題であり、つまり急性期医療・救急医療の充実が強く求められていた時代といえる。

2 日本の人口ピラミッドからみたこれからの医療の流れ (多くの病気を治せなくなる時代)



同じく同研究所の国勢調査に基づく「日本の将来推計人口」（平成24年1月推計）による2050年の人口ピラミッドは、もはや「ピラミッド」ではなく、「壺型」といえる。この時代では生産人口よりも、65歳以上の高齢者人口の全人口に占める割合が爆発的に伸びていることが一目瞭然である。そしてこの時代になると、主として生産人口層が求める「病気を治すこと」「命を救うこと」の医療も重要だが、一方で病気を治せない、命を救えない世代に対する医療、つまり病気を「癒すこと」、病気を「抱えて生きること」、それを「支える」ことなど、「治し支え看取ること」が求められることになる。そしてその際の医療は、むしろ「包括的医療」「生活的医療」であり、次第に通院できなくなる世代に対する「在宅医療」を中心とした慢性期医療の必要性が、「急性期医療」と同等以上に高くなっていくといえる。

3 地域包括ケアシステムの概念



この概念図は、地域包括ケア研究会座長の田中滋先生が、日本慢性期医療学会福井大会で発表されたものを一部改変している。これまでの地域ケアマネジメントの5つの要素の中で「住まいと住まい方」をベースに置くことを強調し、その中には自宅、有料老人ホーム等々も含めて広く住まいとした上で、この「住まい」が変わることで、その後で提供される福祉・生活支援、医療・看護、あるいは保健・予防、介護・リハビリテーション等が変わってくる。これを横串でマネジメントしていくのが地域包括支援センターやケアマネジャーであり、それを医療面で串刺しするのが在宅医療連携拠点等である。この地域包括ケアシステムを確立していくためには、この「本人・家族の覚悟」が必要であり、最終的にはQOD（Quality of Death）を目指すことの重要性を指摘したい。

4 地域マネジメントに基づくケア付きコミュニティの構築 (植木鉢の図)



これはすでに厚生労働省が発表している、「地域包括ケア」における地域マネジメントに基づく「ケア付きコミュニティ」の構築の内容を、1枚の植木鉢の絵で表現したものである。

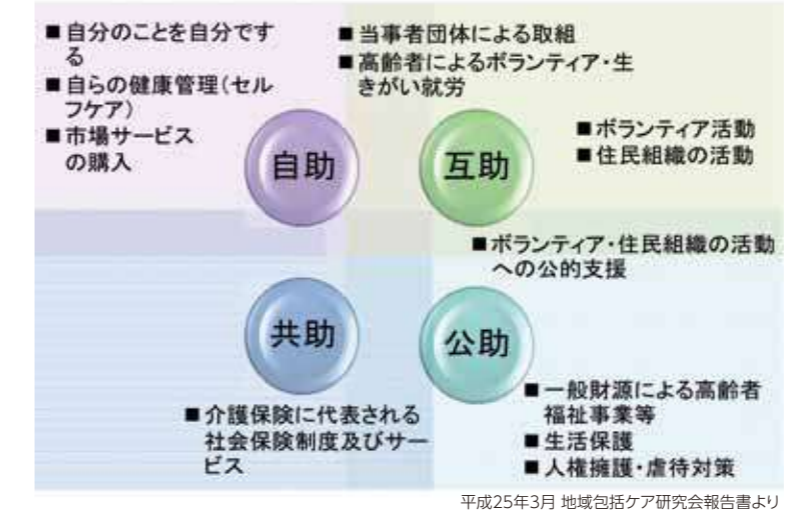
人生の最後の「住まいと住まい方」を「植木鉢」の形や色・材質などに置き換え、それを決定するのはやはり自分であり、それを貫く「本人・家族の覚悟」が必要であることを、お皿の「本人・家族の選択と心構え」として表している。そして「土」で表現されたそこに合う生活支援・福祉サービスを入れ、さらにその土に植える、保健・福祉、介護・リハビリテーション、医療・介護等を葉っぱで表現し、それをマネジメントして育てていくものとして、ケアマネジャーや地域包括支援センターを挙げていく。この1枚の絵で、地域包括ケアの神髄を実にうまく表現しているのである。

5 地域包括ケアシステムの構成要素と具体的な姿（概要版）



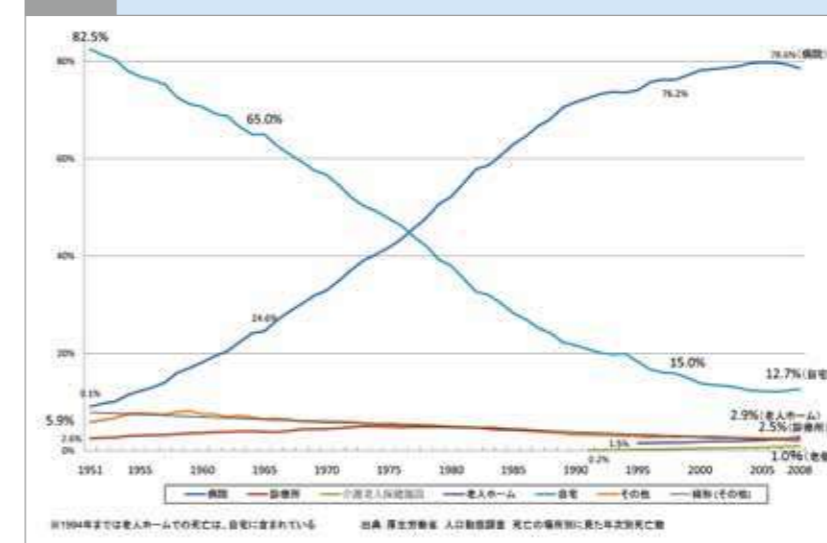
「平成25年度地域包括ケア研究会」の報告書（概要版）では、江戸時代の貝原益軒の『養生訓』に由来した「養生」という言葉で置き換えた、いわゆるセルフケア、セルフマネジメントの概念の重要性を強調している。これは4つのヘルプで知られる「自助」「互助」「共助」「公助」の「自助」に当たり、またその自己決定を支援する上での主治医やケアマネジャーの重要性も説いている。さらに医療・介護・予防の一体的提供の項では、介護職には「医療的マインド」を、医療職には「生活を支える視点」を持つことで、医療と介護を一体的に提供できる「統合的ケア（integrated care）」を目指し、特に「介護予防」「重度化予防」「急性疾患への対応」「入院・退院支援」「看取り」の場面でその連携の必要性を強調した。また自治体には、さらに全戸調査による日常生活圏域でのニーズ調査をもとに、自治体・サービス提供者・地域住民が一体となった規範的統合を目指すことを求めているのである。

6 自助・互助・共助・公助の視点からみた地域包括ケア



自助・互助・共助・公助の4つの助（ヘルプ）の視点から地域包括ケアを見ると、自助は自分の力で住み慣れた地域で暮らすために、介護予防活動に取り組んだり、健康維持のために検診を受けたり、病気のおそれがある際には受診を行うといった自発的に生活課題を解決する力を指し、互助は、家族・友人・クラブ活動仲間など、個人的な関係性を持つ人間同士が助け合い、それぞれが抱える生活課題をお互いが解決し合う力で、それが発展すると地域住民やNPO（非営利団体）などによるボランティア活動やシステム化された支援活動となる。一方、共助とは制度化された相互扶助であり、具体的には社会保険制度、医療や年金、介護保険等が当たるが、公助は自助・互助・共助でも支えることができない問題に対して最終的に対応する制度で、具体的には生活困窮に対する生活保護や虐待問題に対する虐待防止法などが該当する。そして今後の地域包括ケア推進には自助・互助の活動が充実することが不可欠であり、それらを公助が支援したり、共助である医療・介護サービスも公助と連携しながらその専門職を地域展開して支援していく仕組み作りが重要になってくるのである。

7 死亡場所の推移



この図は厚生労働省が発表している人口動態調査「死亡の場所別に見た年次別死亡数」である。今から60年以上前の1950年代では、自宅死亡率が何と82.5%と大多数を占めていたが、2008年では12.7%であり、現在はほとんどが病院で亡くなっている。いわゆる「看取りの場所」の調査結果では、約半数が自宅を望んでいるという結果があるにもかかわらず、これが現状である。もちろん、50年以上前の医療技術では、終末期であれば家にいようが病院にいようが、そこで提供できる医療にはあまり差がなかったと思われるので、一概に比較はできない。しかし国民の半数が望んでいる「在宅死」に対して、もう少し積極的に取り組む必要があることに、反対は少ないであろう。

8 在宅死vs.病院死

今後の死に場所は？

在宅死
VS.
病院死

少なくとも現在の日本では圧倒的に病院死が多い現状ではあるが、やはり今後の死に場所として、絶対的に在宅死が○(まる)で病院死は×(ばつ)なのだろうか?この点を、もう少し日本人の国民性も含めてさまざまな角度から考えてみたい。

9 入院医療と在宅医療

但し、入院医療の出前が、在宅医療ではない!!

- 病床 = 寝床
- ナース・ステーション = 訪問看護ステーション
- 医局 = 在宅療養支援(病院)診療所

まず、「入院医療」と「在宅医療」を対比させてみよう。病院の「病床」は、在宅では「寝床」となるであろう。そして病棟のナースステーション機能は、在宅では「訪問看護ステーション」、病院内の医局は、さしずめ在宅では「在宅療養支援診療所(病院)」ということになるであろう。しかし当然ながら、決して入院医療の出前が、在宅医療ではないことは想像に難くない。

10 在宅医療の光と影

(メリット)

- 自宅で医療を受けられる気楽さ、便利さ
- 家族を含めた利用者と一緒に話し合える
- 生活の場での情報収集が出来る(生活医療)

(デメリット)

- 効率が悪い(医療提供者側から)
- 必要かつ十分な検査・治療が出来ない場合がある
- 十分な医療専門職の見守りが無い

在宅医療にも、当然メリット、デメリットはある。まずメリットとしては、自宅で医療を受けられる気楽さ、便利さ、家族を含めた利用者と一緒に話し合えること、さらには生活の場での情報収集ができる(生活医療)などが挙げられる。

一方、デメリットについては、まず医療提供者側からみれば、非常に効率が悪いことが挙げられる。また必要かつ十分な検査・治療ができない場合もあり、さらには十分な医療専門職の見守りが無いことなどが指摘されよう。

11 バカの壁

$$Y=aX \quad (\text{養老孟司 「バカの壁」 より})$$

X: 入力 Y: 出力 a: 感情や興味の指数

$$\text{「機能」} = \frac{\text{[身体的能力]} \times \text{[適切なケア]} \times \text{[意欲]}}{\text{[環境的阻害要因]}}$$

(Essentials of Clinical Geriatrics McGraw Hill, Inc. 1994 改変)

上段は、養老孟司氏の有名な著書「バカの壁」からの引用である。脳の活動は、 $y=ax$ という一次方程式であらわされる(y =出力、 x =入力、 a =感情や興味の係数)。 a がゼロの場合、入力から出力は生まれない。すなわち、 a がゼロや無限大の場合、話しても通じないのである。例えば、説教をする老人とそれを聞かない若者、米国とイスラム原理主義者がなぜ、互いに分かり合えないのかは、「 $Y=ax$ 」の法則で説明がつくのである。

一方、下段の方程式は、環境的阻害要因を小さくし、身体的能力を上げ適切なケアを提供すれば、機能は上がるはずではあるが、その「意欲」がゼロであれば、結果として機能はゼロに陥ってしまう。この「意欲」をかきたてるものが「在宅」には多いから、「おうちパワー」が存在するのだと考えてみよう。

12 在宅ケアの基本条件

1. 不安なときはいつでも相談できて、必要なとき必要なだけの医療を提供できる医師がいてくれること
2. いつでも、必要なとき、必要な期間、入院できるベッドがあること

在宅ケアの基本的条件は、まず不安なときはいつでも相談できて、必要なとき、必要なだけの医療を提供できる医師がいてくれることであるが、それと同時に、いつでも必要なとき、必要な期間、入院できるベッドがあることが求められることが多い。その意味では、地域における地域包括ケア病棟や在宅療養支援病院、有床診療所等との連携は、在宅支援にとっても重要な位置付けであろう。

13 在宅限界を高める「ときどき入院ほぼ在宅」

今後の死に場所は？

在宅限界を高める
努力を!!

ときどき入院、
ほぼ在宅

改めて、今後の死に場所はどこかを考えてみる。もちろん、在宅死が理想であることに反対の余地はないかも知れないが、一方で病院死を無視してもこの日本のシステムは成り立たない。日本の現状からすれば、もう在宅死VS.病院死ではなく、お互いに補完し合う、そういう関係が必要ではないか。むしろ病院死を否定するのではなく、たとえ終末期であっても一定の入院医療や病院死も認めながら、「ときどき入院ほぼ在宅」の概念のもと在宅限界を高めていく考え方も、一定程度必要ではないかと思われる。

14 病床機能報告制度の概要と報告する医療機能

○各医療機関（有床診療所を含む。）は病棟単位で（※）、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。
 ※医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている（「一般病床の機能分化の推進についての整理」（平成24年6月急性期医療に関する作業グループ））。

○医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

（注）一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

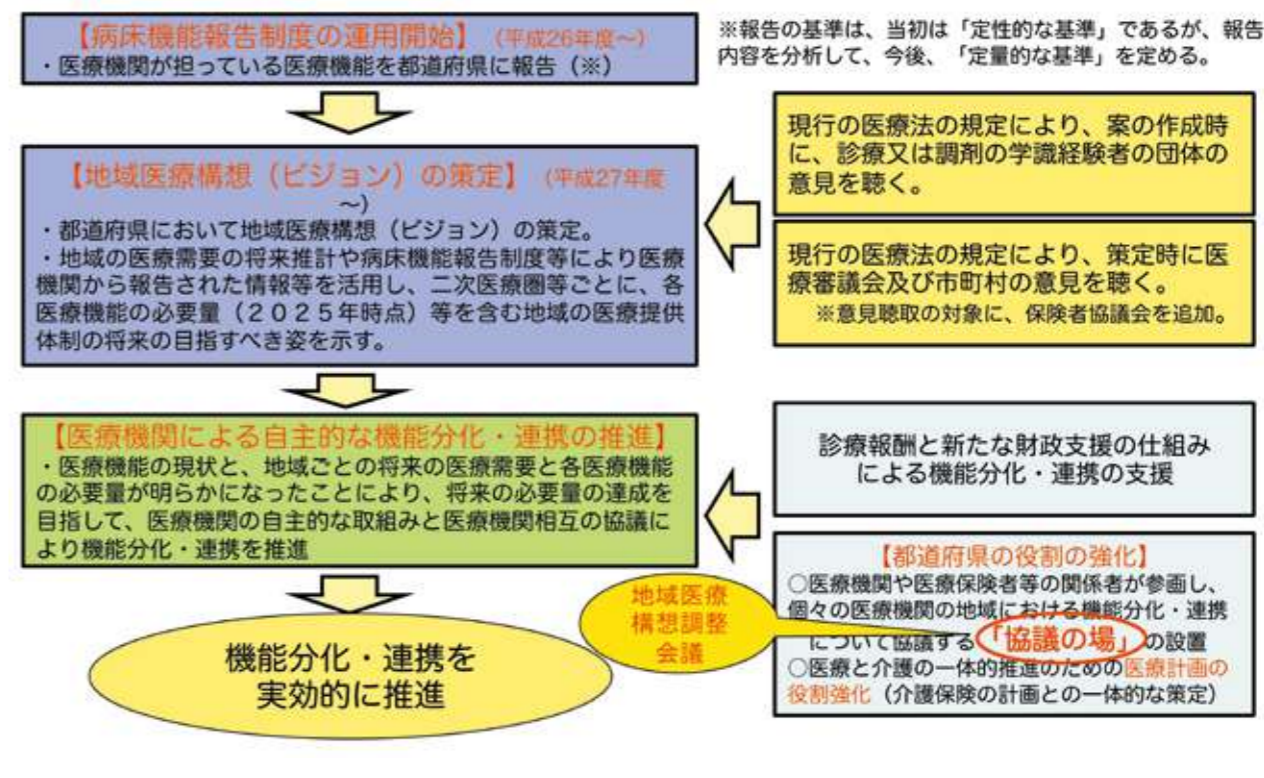
○病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。

○医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

昨年度成立した『地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律』（略称：医療介護総合確保推進法）に基づいた「病床機能報告制度」は、すでに平成26年度から報告が開始され、有床診療所を含む全病棟は「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4つの医療機能に分類された。その中の「慢性期」とは、①長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能、②長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能とし、さらにその推計値の指標として、医療資源投入量（入院基本料とリハビリテーションを除いた1日当たりの医療投入量）を175点とされた。また「175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。」と示されており、つまり国の考え方としては「慢性期医療」と「在宅」とはすでに一体的に考えるとの方向性が示されているのである。

15 医療機能の分化・連携に係る取組みの流れについて

○病床機能報告制度の運用開始、地域医療構想（ビジョン）の策定及び都道府県の役割の強化等を含めた医療機能分化・連携に係る取組みの流れを整理すると、以下のようになると考えられる。



病床機能報告制度の運用開始、地域医療構想（ビジョン）の策定及び都道府県の役割の強化等を含めた医療機能分化・連携に係る取組みの流れを整理すると、地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度等により医療機関から報告された情報等を活用し、二次医療圏等ごとに、各医療機能の必要量（2025年時点）等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を示すことになる。これにより医療機能の現状と地域ごとの将来の医療需要と各医療機能の必要量が明らかになり、将来の必要量の達成を目指して、医療機関の自主的な取組みと医療機関相互の協議により機能分化・連携を推進させることとなるのである。

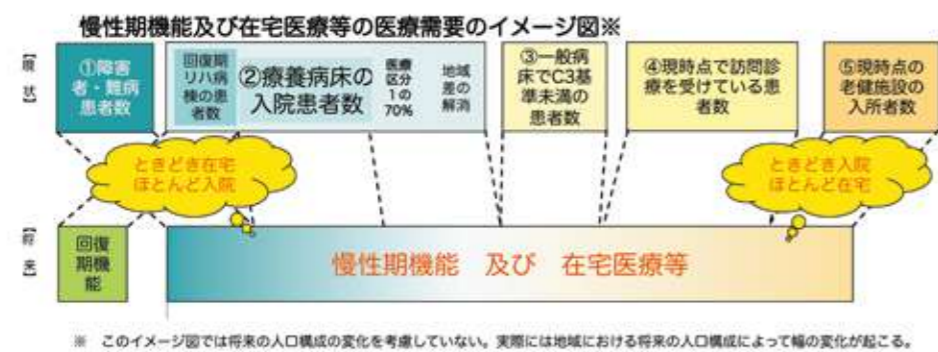
16 病床機能別必要病床数の2025年推計値の捉え方(国)



平成26年度より病床機能報告制度の運用が開始され、医療機関が担っている医療機能が各都道府県に報告された後、各病期ごとの患者発生見込みを病床数に換算したものの、すなわち医療需要から必要病床数を割り出した結果が2025年推計値である。これによれば、高度急性期、急性期、さらに慢性期はいずれも現状の報告に基づく病床数より大幅に減少する一方、回復期は大幅に不足することが予想される。

17 慢性期機能および在宅医療等の需要の将来推計の考え方

- ◇ 在宅での医療を受ける環境づくりの進展に伴い、「長期に医療を必要とする」方々が、どこで医療を受けることができるかは、時代とともに、また各地の政策の進展度合いによる。
- ◇ 地域医療構想では、「長期に何らかの医療を受けている方々」全体を推計しつつ、そのうち、慢性期機能の病床で対応すべき部分を算定。
(現在、地域差の大きい療養病床受療率を収れんさせる方向で、各地の在宅医療進展をうながす目標値を設定)

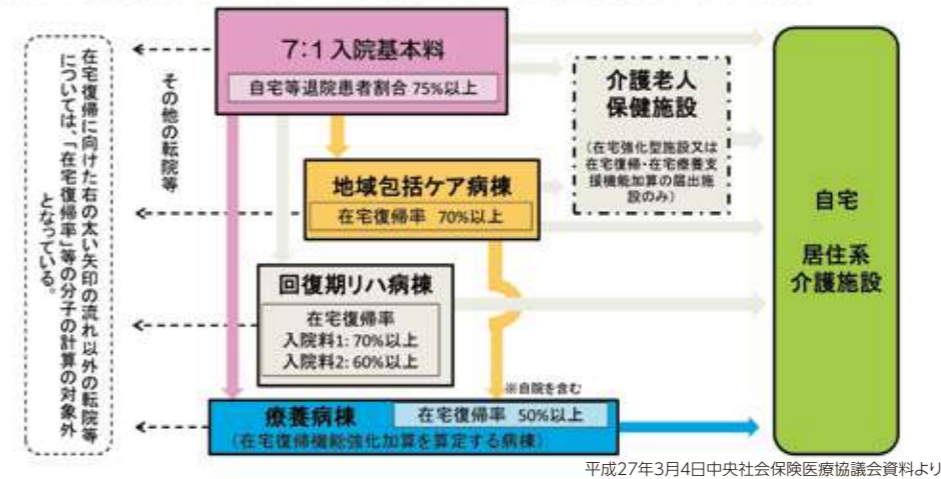


地域医療構想では、「長期に何らかの医療を受けている方々」全体を推計しつつ、そのうち慢性期機能の病床で対応すべき部分を算定。そして現在、地域差の大きい療養病床受療率を収れんさせる方向で、各地の在宅医療進展をうながす目標値を設定している。ここでの慢性期機能および在宅医療等の医療需要のイメージ図として、現在の療養病床の入院患者から回復期リハ患者を除いたものに、障害者・難病患者や、一般病床で診療密度が一定基準未達の患者、老健入所者等を加え、さらには現在既に訪問診療を受けている患者や医療区分1の7割の患者等まで加えたものを「慢性期機能及び在宅医療等」と一括りにしたイメージ図が示されている。すなわち「慢性期機能及び在宅医療等」は地域により、左端の「ときどき在宅ほとんど入院」から、右端の「ときどき入院ほとんど在宅」まで、地域性に富んだ幅の広い取り組みとなるのである。

18 「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ

- 7対1入院基本料における「自宅等退院患者割合」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしており、療養病棟では在宅復帰率強化加算の届出病棟が分子として算入できる。
- これにより、各地域における、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促している。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印で示す。

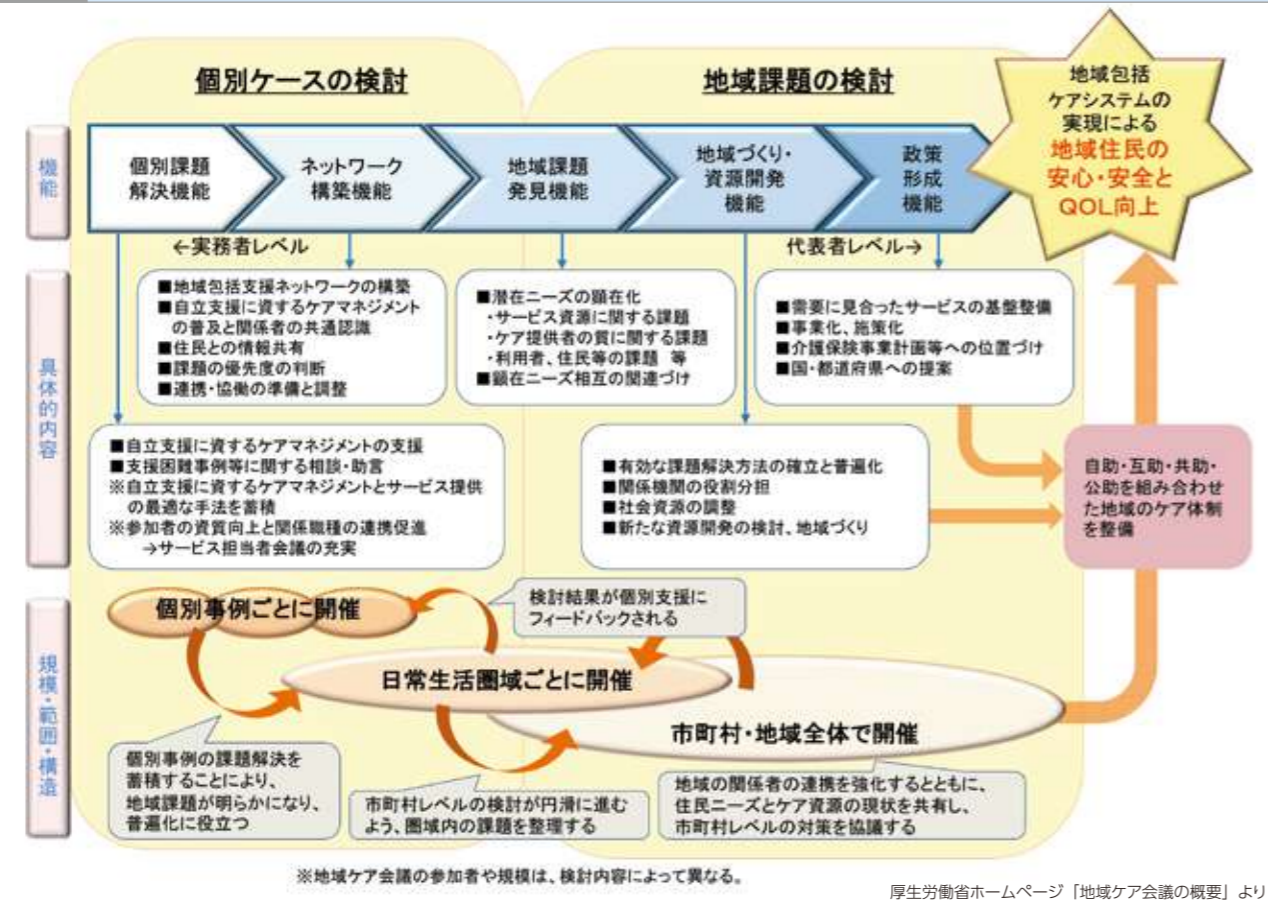


7対1入院基本料における「自宅等退院患者割合」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしている。これにより、各地域における、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促している (平成27年度現在)。

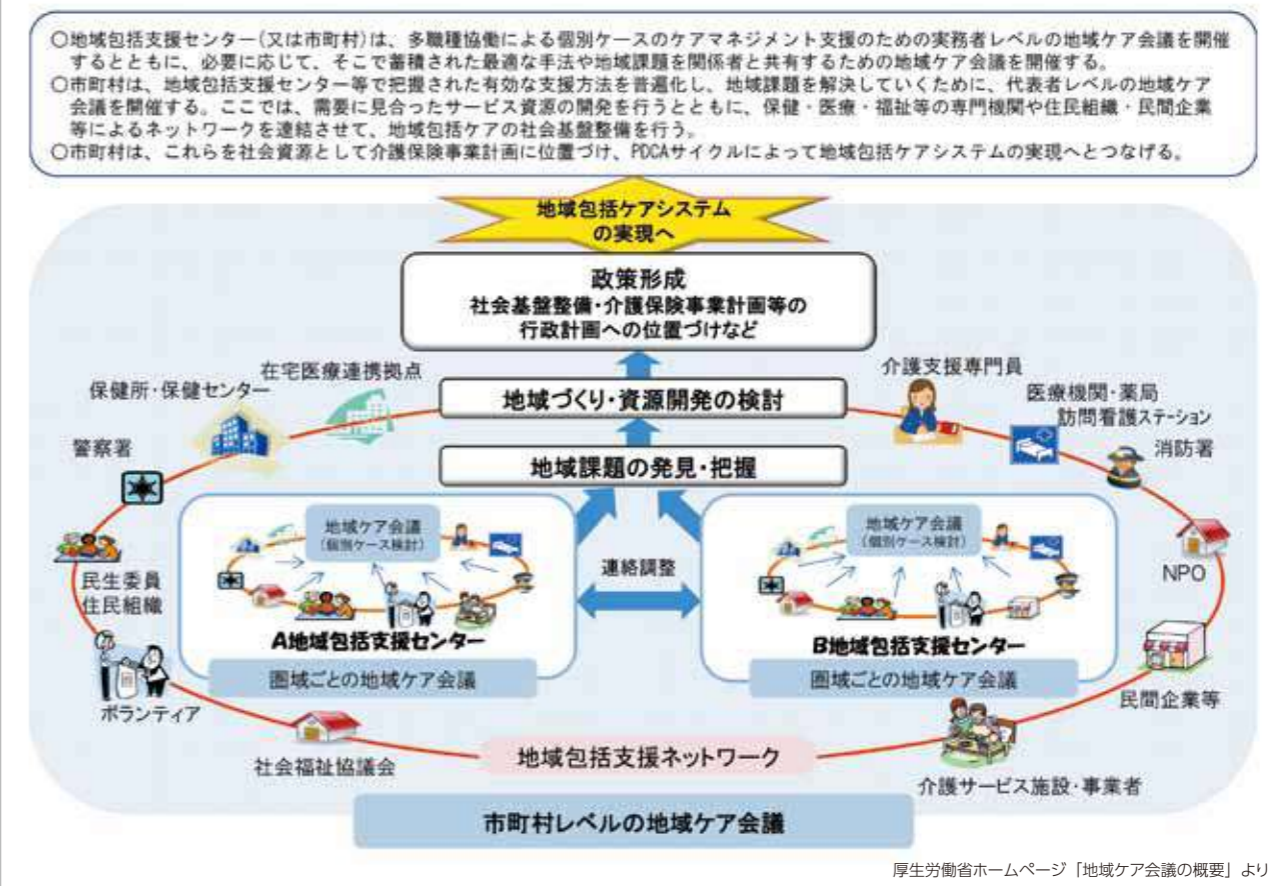
19 在宅医療患者に対するかかりつけ医の役割

- 本人の心身の総合的健康管理
- 介護者を含めた家族全体の健康管理
- 本人・家族の意思決定に対する援助
- 多職種チームアプローチのコーディネーター
- 急性期を含む入院医療との双方向連携
- 居宅療養管理指導 (継続的な医学的管理と医療情報提供)
- 主治医意見書・訪問看護指示書・リハビリ計画指示書等の作成
- サービス担当者会議、地域ケア会議等の参加

まず一番に挙げておきたい役割として、本人の心身の総合的健康管理や介護者を含めた家族全体の健康管理、さらには本人・家族の意思決定に対する援助と多職種チームアプローチのコーディネーターとしての役割を常に意識しておく必要がある。そして必要な際の急性期を含む入院医療との双方向連携は、在宅を支える点でますます重要な視点になっている。そしてその中で、継続的な医学的管理と医療情報提供をケアマネジャー等に提供する居宅療養管理指導や、主治医意見書・訪問看護指示書・リハビリ計画指示書等の作成は非常に重要な役割の一つといえよう。さらにサービス担当者会議、地域ケア会議等の参加は、在宅患者の個々のケースに関する情報の共有や、さらには地域の課題の検討ができるようになることが望ましい。



地域ケア会議は大きく分けて、個別ケースの検討とそこから導き出される地域課題の検討という機能が求められている。そしてそのための機能として、個別課題・解決機能、ネットワーク構築機能、地域課題と発見機能、地域づくり・資源開発機能、そして最後に政策形成機能の5つが挙げられている。そしてまず個別事例ごとに開催し、その後に日常生活圏域ごとに開催、さらには市町村・地域全体で開催し、地域の課題などを議論して最終的には地域の関係者の連携を強化するとともに、住民ニーズとケア資源の現状を共有し、市町村レベルの対策を協議することにつながる。



地域包括支援センター(又は市町村)は、多職種協働による個別ケースのケアマネジメント支援のための実務者レベルの地域ケア会議を開催するとともに、必要に応じて、そこで蓄積された最適な手法や地域課題を関係者と共有するための地域ケア会議を開催する。

市町村は、地域包括支援センター等で把握された有効な支援方法を普遍化し、地域課題を解決していくために、代表者レベルの地域ケア会議を開催する。ここでは、需要に見合ったサービス資源の開発を行うとともに、保健・医療・福祉等の専門機関や住民組織・民間企業等によるネットワークを連結させて、地域包括ケアの社会基盤整備を行う。

市町村は、これらを社会資源として介護保険事業計画に位置づけ、PDCAサイクルによって地域包括ケアシステムの実現へとつなげる。

22 訪問看護指示書・訪問リハビリテーション指示書の書き方ポイント

1. リスクマネジメント
2. 障害の評価と予後予測（生命予後と機能予後）
3. 治療目標（短期・長期）の設定
4. 医学的管理
5. チームアプローチの統括（チームリーダー）としての役割

退院時における病診連携の際に、訪問看護指示書や訪問リハビリテーション指示書が発生することは多い。ここでその書き方の留意点を挙げておくと、まずその患者のリスクマネジメントの視点に立った書き方を心がけ、その障害の評価と生命予後と機能予後の両面に渡った予後予測をした上で、短期・長期の治療目標を設定し、しっかりとした医学的管理のもとチームアプローチの統括（チームリーダー）としての役割を担うべく、その視点に立った各多職種への指示を意識すべきである。

23 連携の極意

如何に自分を知ってもらい、相手を知るか？

フットワークの軽さが鍵！
決め手は、医師とケアマネ！

そして医師を時にはリード(?)するのが、
MSW、退院調整看護師、地域連携室等!!

一般的な連携の極意として、いかに自分を知ってもらい、相手を知るか?が重要であり、そのためにもやはりフットワークの軽さが鍵となる。そしてこれからの多職種連携の要であり決め手となる職種は、医師とケアマネジャーである。そしてまた忙しい医師を時にはリード(?)するのが、医療ソーシャルワーカー（MSW）や退院調整看護師、地域連携室などであり、特にこの連携室の充実、何も急性期病院からの連携にとどまらず、たとえ慢性期病院であろうとも、非常に必要な位置付けといえる。

24 介護支援専門員のための「医師との連携の極意」

- **まず始めること、始めたら続けること**
- **Win-Win**の関係を意識せよ!
- **上を見てもキリがないけど、下を見ては始まらない**
人財：人材：人罪＝2：6：2の法則
- **連携相手の言語**を少しでも学ぶ努力を!
- **認知症対策**は、連携構築の絶好のチャンス!
- 相手から**声がかかったらチャンス**と思え!
- **苦情はチャンス**、無視は最悪
- 時には、**良い情報**（お土産）も届けよう!

ここで病診連携の際に重要な相手方として挙げたケアマネジャーの立場から、連携の極意を挙げよう。特に医療との連携に関して重要性は認識されているが、未だに進んでいない。その中でも医師との連携は、どうしてもハードルが高く感じていることが多い。しかし医師とのWin-Winの関係（お互いに有利で良好な関係）を意識し、連携相手の言語を少しでも学ぶ努力をしながら、とにかくまず（連携を）始めてみることに、続けてみることに重要である。また組織内の「人材」の中で、人財：人材：人罪＝2：6：2、の法則に則ることが多く、それを意識した上で継続していくことが重要である。また医療側だけでも支援が難しく、一方で介護側だけでもその対応は困難となる認知症対策は、連携構築の絶好のチャンスである。また苦情はチャンス、無視は最悪ということで、まずは相手から声がかかったらチャンスと捉え、時には優良な情報（ここまで改善しました、など）をお土産として届けることで、連携を深めていくことが肝要である。

25 退院支援と退院調整

退院支援

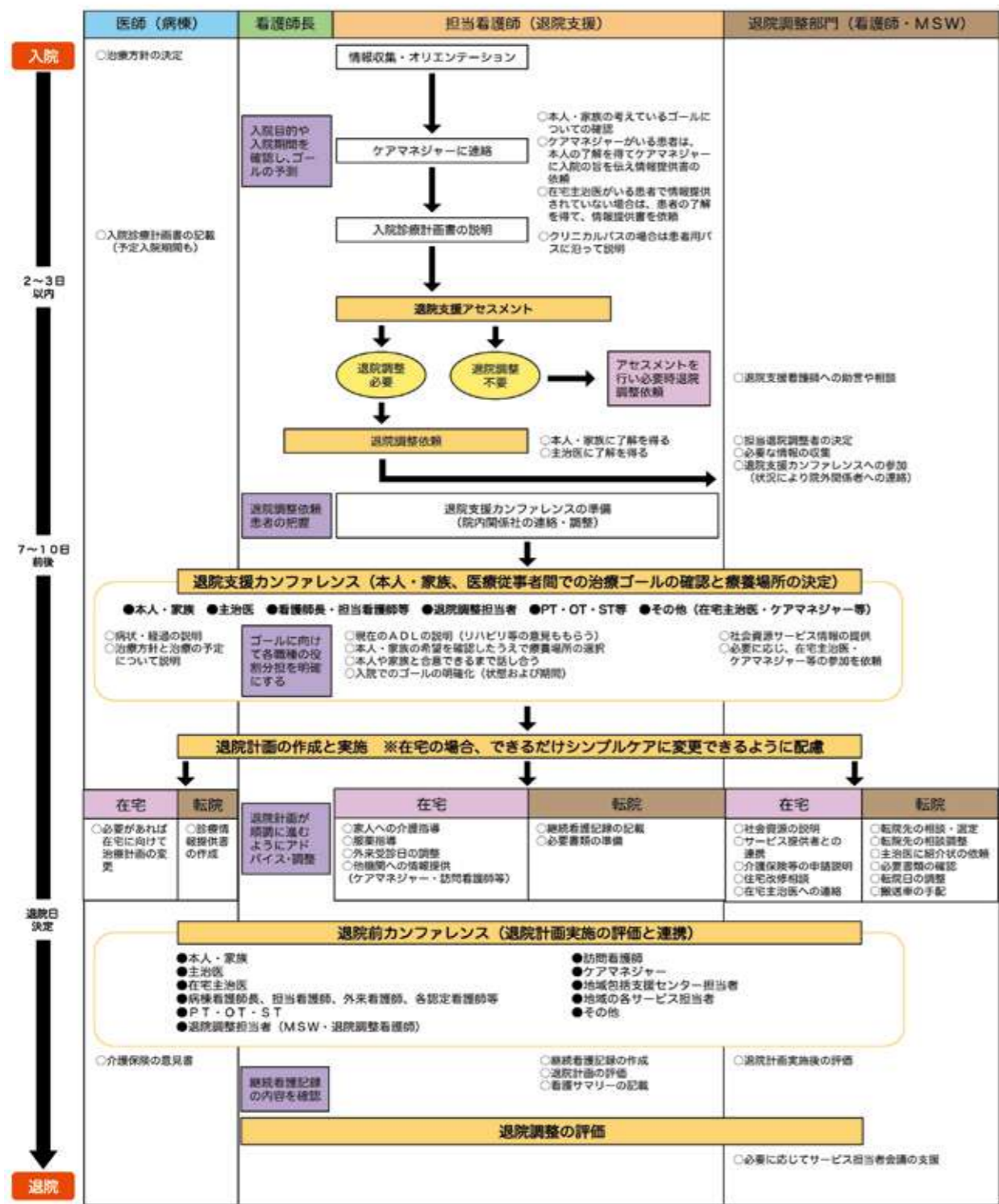
患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するのか、どのような生活を送るのかを自己決定するための支援

退院調整

患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向を踏まえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐ等のマネジメントの過程

「退院支援」と「退院調整」の言葉は、似て非なるものであるが、宇都宮宏子らは、患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するのか、どのような生活を送るのかを自己決定するための支援が「退院支援」、そして患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向を踏まえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐなどのマネジメントの過程が「退院調整」としている。しかしこの章では、今回は退院支援・退院調整を一体的に捉え、在宅主治医としての関わり方と考え方のポイントを、できるだけ現場で役立つような内容に絞って解説していきたい。

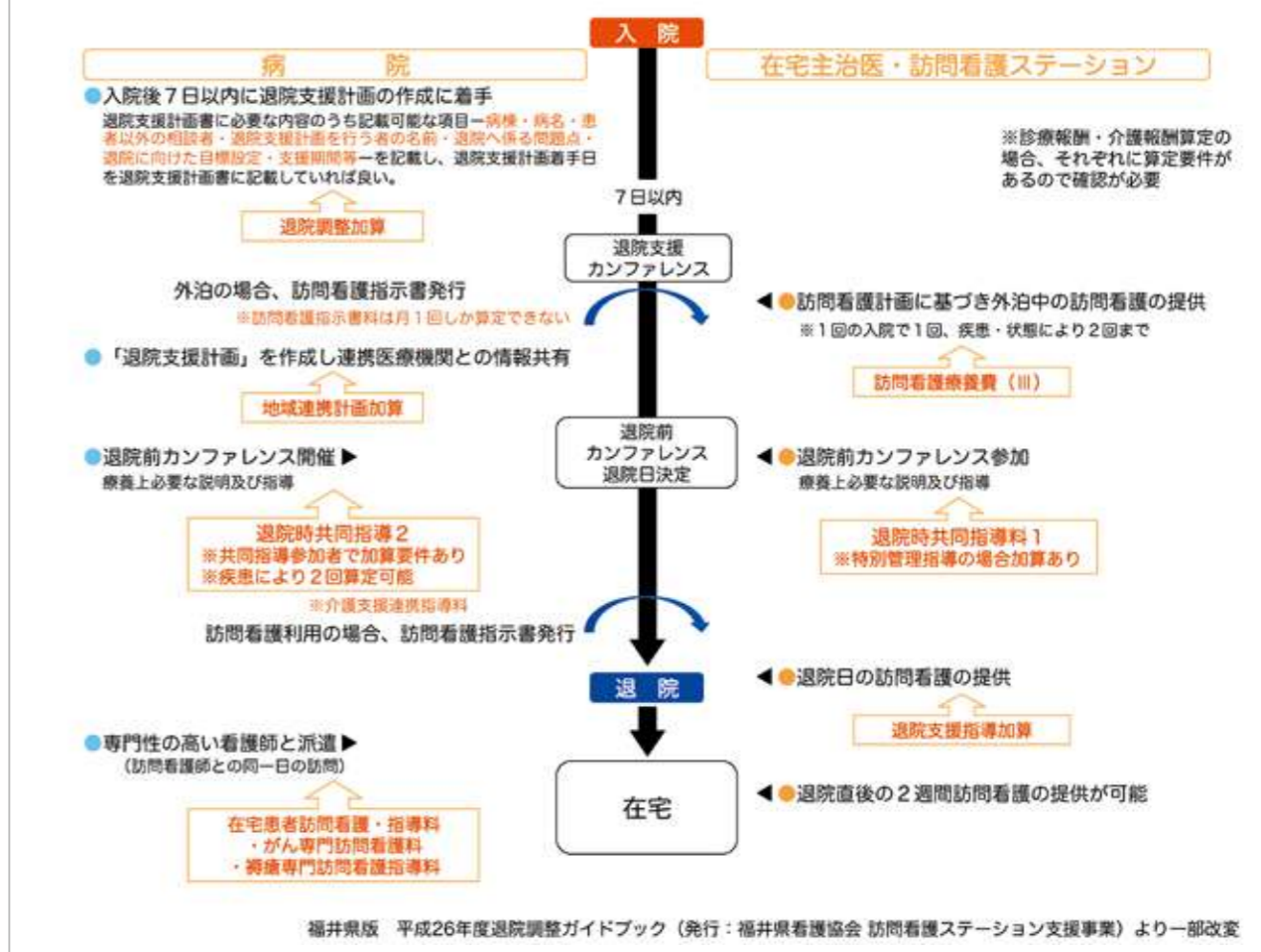
26 退院支援・退院調整フローチャート



提供：福井県版退院調整ガイドブックより (福井赤十字病院 退院支援・退院調整フローチャート 一部再改変)

退院支援・調整の主な流れを、フローチャートで簡単に説明する。この支援・調整の成否を握るのは、いかに早い段階から「退院後」を意識して支援・調整を開始できるかにかかっている。まず入院早期に情報収集し、入院診療計画書の内容を説明した上で、退院調整の可否をアセスメントし、支援が必要と判断されれば、入院後7～10日以内に初回の退院支援カンファレンスを開催する。在宅等主治医がこのカンファレンスに参加できれば、退院後の信頼関係も築きやすい。さらにこの時点で退院後に必要な医療処置や医療機器等について、慢性期病棟や在宅でできることできないことを伝えることにより、退院前までに調整が可能となり、この段階を経て「退院時カンファレンス」に臨めれば、よりスムーズな退院が可能となる。そういう意味で、退院調整はできるだけ早期に、場合によっては入院当初から開始されることが望ましい。

27 退院調整時の診療報酬 (介護報酬) 別フローチャート



福井県版 平成26年度退院調整ガイドブック (発行：福井県看護協会 訪問看護ステーション支援事業) より一部改変

退院支援・調整に絡む診療報酬・介護報酬に関する主な加算はフローシートに示した通りであり、詳細は割愛するが、請求ミスの無いように心がけたい。病院側、退院後の在宅主治医側ともに、それぞれ算定できる報酬や加算があるので、お互いの加算などを上手に利用しながらWin-Winの関係で退院調整を進めることは、重要なポイントである。ただし平成28年度診療報酬改定により、またさまざまな変更や削除・新設なども予想されるので、十分留意したい。ただし昨今の病床機能分化とそれに伴う在宅医療の推進などの流れからすれば、この連携部門に関してはさらに評価されたり、算定しやすい方向で整理されたりする可能性がある。

28 退院時カンファレンス参加時の在宅主治医心得10ヶ条

1. 入院時から門を叩け
2. 会議出席は、義務ではなく権利
3. 出来るだけ、平易な言葉で
4. 押さえておきたい「食べる」「動く」「認知する」
5. 退院直後の訪問看護・訪問リハは有効
6. 走りながら考える
7. 「ハウ・レン・ソウ」の時間と手段を確認
8. 在宅医療は、入院医療の出前ではない!?
9. 在宅は「希望」の光（「おうちパワー」を信じよう!）
10. 「いつでも入院ベッド」を担保に、共同診療

やはり入院早期からカンファレンスなどを通じて情報交換し、本人や家族はもとよりスタッフ間も含めて信頼関係をおくことが理想である。「看取り」まで覚悟した退院時カンファレンスとなれば、在宅主治医への信頼関係を構築する上でも意義は大きく、この会議の出席は義務ではなく、在宅ケア責任者としての権利だと考えたい。

また本人・ご家族や介護関係者も含めた多職種で参加することが多い会議であるから、できるだけ平易な言葉で話すよう心がけよう。さらに「食べる」「動く」「認知する」は、ぜひ押さえておきたい視点である。少なくとも退院直後1か月程度は、訪問看護や訪問リハビリテーションなどのサービス導入の必要性は高い点も念頭に置きたい。ケアプランなどは始めから完璧性を求めず、多職種で今後の報告・連絡・相談の時期や手段を確認した上で少しずつ解決していく姿勢で臨みたい。そして、在宅生活に戻れることの意義や「希望」を尊重しつつ、必要に応じた緊急入院も含めて共同で診ていくという姿勢を示すことが求められる。

29 在宅療養に必要な「少しのお金と三種の神器」

豊かな老後に必要なものとは？

少しのお金と三種の神器

（三種の神器）

- ①信頼出来るかかりつけ医
- ②信頼出来るケアマネジャー
- ③頼りになる地域包括支援センター

豊かな老後に必要なものとして、日々の生活を続け必要なサービスを利用するための最低限のお金は必要であるが、その他に「三種の神器」として、信頼できるかかりつけ医と信頼できるケアマネジャー、頼りになる地域包括支援センターが必要である。そしてまた、これは在宅療養に必要なものであり、実は在宅復帰を目指す病院にも必要なものなのである。

30 病診連携に必要な三大機能

- ①在宅復帰・在宅医療支援機能
 - ②リハビリテーション機能
 - ③終末期医療機能（看取りを含めて）
- +三種の神器**

今後の病診連携に必要な三大機能として、①在宅復帰・在宅医療支援機能、②リハビリテーション機能、③看取りを含めた終末期医療機能を挙げたい。そして、さらにそれにプラスワンとして、前述の「三種の神器」を揃えることが、これからの病診連携、病病連携にとって最大の武器になると考える。

31 目指すべきこれからの退院支援・調整心得10ヶ条

1. 地域包括ケアシステムと地域医療構想を理解する
2. 生活の質・尊厳ある人生に視点を置く
3. 多職種連携・チームアプローチを大切に
4. 地域との連携がとれる
5. デマンドとニーズの違いを理解
6. 食と栄養、リハビリテーション、認知症の理解
7. ターミナルケアの理解と実践
8. テーラーメイド医療・介護を目指せ
9. 常にWin-Winの関係を意識せよ（相手の立場を考える）
10. 「連携」から「統合」へ

最後に、まずはこれからの地域医療における車の両輪ともいえる「地域包括ケアシステム」と「地域医療構想」を理解すること、そして支援・調整はあくまでも患者（利用者）の生活の質を上げ、尊厳ある人生を達成するために置かれるべきであり、多職種連携やチームアプローチを軸に、さらには地域との連携・絆は大切にすべきである。

そして、常にその患者のデマンドではなくニーズを把握し、その視点に立つ努力を惜しまないこと、そして特に共通の視点として食と栄養、リハビリテーション、認知症の理解を深め、さらにはターミナルケアを理解・実践し、それぞれの個性に合ったテーラーメイド医療・介護を目指すことが重要である。連携の対象との関係において、常に相手の立場を考えたWin-Winの関係を意識し、連携の先にある「統合」を目指すことが求められる。

【引用情報】

- 国立社会保障・人口問題研究所：人口統計資料集（2006年度版）. 2006.
- 田中滋，他：平成21年度地域包括ケア研究会報告書. 2010.
- 宇都宮宏子，三輪恭子 編：これからの退院調整・退院支援. 日本看護協会出版会，2011.
- 福井県版退院調整ガイドブック～病院と在宅の切れ目のない連携をめざして～. 福井県看護協会 訪問看護ステーション支援事業.
- 池端幸彦：在宅を支える療養病床の経営戦略. 病院 72(3)：215-219, 2013.
- 田中滋，他：平成24年度 地域包括ケア研究会報告書. 2013.
- 池端幸彦：在宅療養支援病院の実践. 在宅医療認定医講座テキスト，厚生科学研究所，186-203, 2013.
- 入院医療等の調査・評価分科会 資料（平成25年度 第2回）.
- 日本慢性期医療協会 編：在宅医療認定医講座テキスト. 厚生科学研究所，2013.
- 池端幸彦：医療連携と地域包括ケア—中小病院の立場から—. 日本医師会雑誌 143(4)：768-771, 2014.
- 池端幸彦：退院支援・調整. かかりつけ医の在宅医療—超高齢社会 私たちのミッション，日本医師会，66-72, 2013.
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング：地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書（平成26年3月）.

目 標 居宅系施設はさまざまな類型があり、医療アクセスも施設により異なる。訪問する施設の特徴、方針や介護職の力量をよく把握して、多職種連携により利用者の方の生活の質がよりよく保たれるような医療を提供できるようになることを目標とする。

内 容 〈総論〉背景と施設類型の理解

1. 施設における死亡者数の割合は増加している
2. 施設の類型の理解
3. 施設により異なる在宅医療報酬

〈各論1〉居宅系施設の種類とその特徴

1. 特別養護老人ホーム
2. 有料老人ホーム
3. 認知症高齢者グループホーム
4. ケアハウス
5. サービス付き高齢者向け住宅
6. 小規模多機能居宅介護
7. その他の高齢者施設

〈各論2〉施設の職員や家族との連携

1. 施設職員とのコミュニケーションのとり方
2. 利用者家族とのコミュニケーションのとり方
3. 施設力量の見極め方
4. 介護職の医療行為について

1 背景

- ・ 高齢者増加に伴う死亡者数の増加 ⇒ 施設等死亡者数の増加
- ・ 多くの施設等で看取りまで行うようになってきた ⇒ 特養での看取り加算
- ・ 看取りに伴う介護職の医療処置への対応 ⇒ 介護職の医療処置規制緩和（たん吸引、経管栄養）
- ・ 医療ニーズの高い利用者の増加
- ・ 施設等訪問診療への診療報酬減額（平成26年診療報酬改定より）

高齢社会進行とともに死亡者数が増加している。また、核家族が多いために独居高齢者、高齢者のみ世帯が増加している。この状況の中で、虚弱になった高齢者が施設等を利用することが多くなってきた。それとともに、多くの高齢者介護施設で看取りを行うようになり、在宅医は居住系施設等との連携の重要性が増してきた。特別養護老人ホームでの看取りにおける報酬加算などはこの趨勢に沿ったものである。一方、施設等では、同一の建物に居住する患者を診療する場合、訪問診療の労力が少ないことから、平成26年の診療報酬改定から、訪問診療報酬の減額が行われている。

2 死亡場所別死亡者数推移、2005～14年



わが国の「死亡場所別死亡者数推移（単位：万人）」を示した。自宅、介護施設、病院、全ての場所において、死亡者数が増えている。特に、施設等での死亡者数が増加傾向にある。

3 死亡場所別死亡数推移（%）、2005～14年



出典：厚生労働省 人口動態調査

「死亡場所別死亡数推移（%）」を示した。自宅死亡の割合はわずかに増加、病院での死亡は漸減、一方、施設での死亡者の割合はこの10年で3倍近く増加している。

4 死亡数の将来推計

○今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約36万人/年の差が推計されている。



出典：2010年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）
2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位推定による推計結果

死亡数の将来推計を示した。今後も年間死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年では、2015年と比較して、約36万人/年の差が推計されている。

5 介護保険施設の種類

介護保険施設	基本的性格	設置主体	医療体制	訪問診療
特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	要介護高齢者のための生活施設	地方公共団体 社会福祉法人	非常勤嘱託医 配置医師	末期がん可能 往診可
介護老人保健施設	要介護高齢者にリハビリを提供し 在宅復帰を目指す施設	地方公共団体 医療法人	常勤1人以上 100：1	不可
介護療養型医療施設	医療の必要な要介護高齢者の長期 療養施設	地方公共団体 医療法人	常勤3以上 48：1	不可
介護保険居宅系サービス				
特定施設	要介護・支援者の生活の場	営利法人中心	配置看護師	可能
グループホーム	認知症高齢者の共同生活の場	営利法人中心	訪問看護と連携	可能
ケアハウス	自治体から助成のある低所得者も 入居可能な住宅	地方公共団体 社会福祉法人	なし	可能
サービス付き 高齢者向け住宅	居室の基準を満たし、安否確認生 活相談サービスが付いた住宅	営利法人中心	なし	可能

介護保険における介護施設の種類を示した。「施設サービス」として介護保険給付が行われるのは、介護老人福祉施設（老人福祉法上は「特別養護老人ホーム」）、介護老人保健施設（介護保険法にのみ規定）、介護療養型医療施設（医療法上は「病院」）である。これを介護保険3施設と呼ぶ。また、それ以外の居宅サービスとして分類された居住系サービスが介護保険法に定められている。これらの施設の種類と特徴について表に示した。

6 特定施設とは

介護保険法第8条第11号

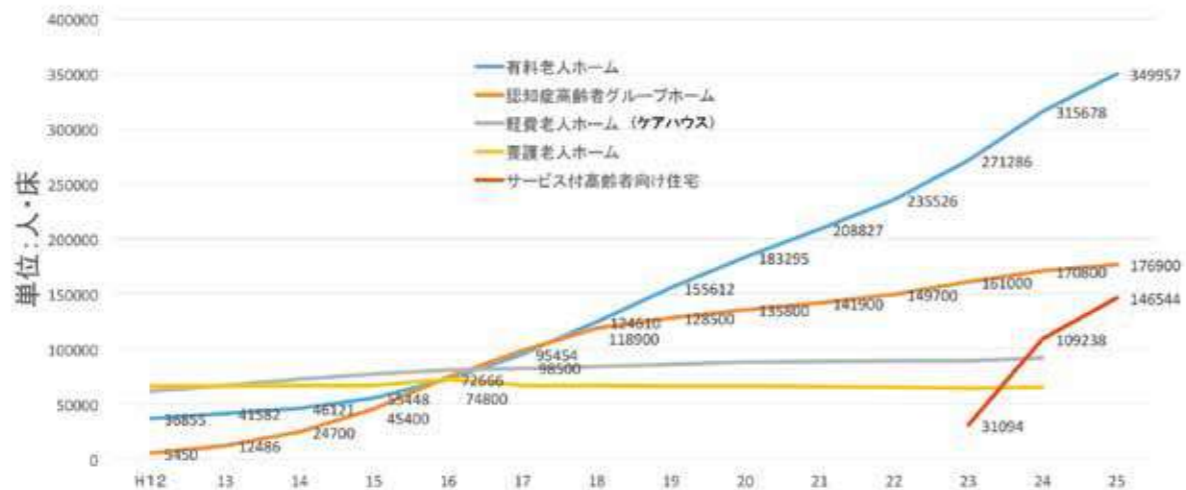
- ・定員が30人以上（地域密着特定施設でない施設）の施設で、都道府県から居宅サービスの一つである「特定施設入居者生活介護」の事業者指定を受けたもの
- ・有料老人ホーム、養護老人ホーム、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅などが取得可能
- ・介護専門特定施設（要介護者に限定利用）と、混合型特定施設に分けられる
- ・24時間切れ目のない介護サービスを受けることができ、介護度に応じて1日の費用が決まっている

特定施設入居時等総合管理料（特医総管）算定可能、混合型は除く

特定施設入居者生活介護とは、所定の要件を満たした高齢者向けバリアフリー集合住宅の介護保険被保険者に対する給付である。これを取得した事業所を「特定施設」と呼ぶ。平成18年4月の改定で、特定施設の対象範囲が拡大され、介護付き有料老人ホーム、ケアハウス（要介護者等を対象にした軽費老人ホーム）、サービス付き高齢者向け住宅等となった。従来は介護サービスの提供者は特定施設の職員に限定されていたが、「外部サービス利用型特定施設」の新設により、他の訪問介護事業者や通所介護事業者に介護サービス業務を外部委託できるようになった。また、看護師の配置が必要で、外部からの訪問看護は実施できない。これらの施設は、必ずしも「特定施設」を取得しなくても運営できる（その場合、外部からの訪問看護を実施できる）。

7 高齢者向け集合住宅の推移

中医協資料より



特定施設入居時等総合管理料（特医総管）算定可能、混合型は除く

高齢者向け集合住宅の推移を示した。有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅を中心に高齢者集合住宅は増加している。

8 施設により異なる診療報酬

施設名	医師看護師配置	往診	医学総合管理料	特定施設入居者等総合管理料
有料老人ホーム住宅型	なし	○	○	
特定施設（有料老人ホーム等）	看護師	○		○
サービス付き高齢者向け住宅	なし	○	○	
ケアハウス	なし	○	○	
養護老人ホーム	医師、看護師	○		○※1
特別養護老人ホーム	医師、看護師	○		○※3
認知症高齢者グループホーム	なし	○	○	
小規模多機能居宅介護	なし	○	○※2	
看護小規模多機能型居宅介護事業所	看護師	○	○※2	
短期入所生活介護事業所	医師、看護師	○		○※3

※1定員110名以下の施設のみ算定可能

※2宿泊サービス時に限る

※3末期の悪性腫瘍患者のみ、死亡日から遡って30日以内に行われたもの

施設により訪問診療の診療報酬は異なる。また、一日一人の診察とそれ以外の場合でも異なる。基本的に「往診」は全ての施設に対して可能である。

9 平成26年度診療報酬改定①

在宅医療の適正化①

在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を進める。

在宅時医学総合管理料（在総管）、特定施設入居時等医学総合管理料（特医総管）について、同一建物における複数訪問時の点数を新設し、評価を適正化するとともに、在支診・病以外の評価を引き上げる。

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
	病床有		病床無		-		-	
処方せん	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	2,200点	2,500点
特医総管	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	1,500点	1,800点

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
	病床有		病床無		-		-	
処方せん	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	同一	1,200点	1,500点	1,100点	1,400点	1,000点	1,300点	760点
	同一以外	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	3,150点
特医総管	同一	870点	1,170点	800点	1,100点	720点	1,020点	540点
	同一以外	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	2,250点

2006年診療報酬改定で、施設の診療報酬(医学管理料)は大幅に低下した。一方、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院以外の報酬が引き上げられた。

10 平成26年度診療報酬改定②

在宅医療の適正化②

保険医療機関等が経済的誘引による患者紹介を受けることを禁止する。
訪問診療料の要件を厳格化するとともに、同一建物における評価を引き下げる。

【改定前】		【改定後】	
訪問診療料1(同一建物以外)	830点	訪問診療料1(同一建物以外)	833点
訪問診療料2(特定施設等)	400点	訪問診療料2(特定施設等)	203点
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	200点	訪問診療料2(上記以外の同一建物)	103点

※同一建物居住者であっても、医師が同一日に一人しか診療しない場合は、同一建物以外の点数(833点)を算定する

【算定要件】

- ① 同一建物の場合の訪問診療料(在総管、特医総管)を算定した場合は、訪問診療を行った日における、当該医師の在宅患者診療時間、診療場所及び診療人数等について記録し、診療報酬明細書に添付すること。
- ② 訪問診療を行うことについて、患者の同意を得ること。
- ③ 訪問診療が必要な理由を記載すること。
- ④ 同一建物の複数訪問であっても、下記の患者については、患者数としてカウントを行わない。
 - 1) 往診を実施した患者
 - 2) 末期の悪性腫瘍の患者と診断された後、訪問診療を行い始めた日から60日以内の間
 - 3) 死亡日からさかのぼって30日以内の患者
- ⑤ 特定施設、グループホーム等においては、同一建物で同一日に算定する患者のカウントについて、医療機関単位でなく医師単位(ただし、医師3人までに限る。)とする。

2006年診療報酬改定では、「医師が同一日に一人しか診療しない場合」は、同一建物以外の点数(833点)を算定することになった。また、保険医療機関に対して、「経済的誘引による患者紹介を受けることを禁じる」ことが明示された。

11 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）

定義	介護保険3施設の一つ、要介護高齢者の生活の場、費用が安く入居待ちの方が多い
介護体制	入居者対介護職員+看護職員 3：1
医療体制	配置医師がいる施設5%程度、近隣の嘱託医が非常勤対応、看護師の夜間勤務はない
医療アクセス	入居費用が所得に応じており、入居待の状態、63%の施設で看取りを経験 入居基準が要介護3以上に（2015年3月から）例外あり
特徴	末期がんに関り地域の医療機関から訪問診療、訪問看護可能 通常の往診は算定可能、訪問看護は算定できない
その他	2003年から全室個室とするユニット型が制度化された

老人福祉法に定める特別養護老人ホームは、介護保険給付上は「介護老人福祉施設」と呼称される。末期がん患者に関り、外部の保険医療機関から訪問診療が可能であり、従って、在宅時医学総合管理料も算定可能である。また、がんであるか非がんであるかにかかわらず、外部の医療機関が介護老人福祉施設で看取りを実施した場合、看取りの日からさかのぼって1か月に限り訪問診療が算定可能となり、従って、その間の在宅時医学総合管理料も算定可能である。

12 有料老人ホーム（特定施設）

定義	常時1人以上の高齢者を入居させて、食提供や生活支援サービスを提供する施設のこと
介護体制	24時間介護スタッフが常駐しており、切れ目のない介護サービスを提供（健康型は除く）
医療体制	常勤看護師の配置義務があり、医療ニーズの高い方でもすみ続けることができる
医療アクセス	訪問診療は認められており、総合医学管理料も算定可能、訪問看護は入れない
特徴	入居料は特養やグループホームと比較して高額である
その他	①介護付き有料老人ホーム、②住宅型有料老人ホーム、③健康型有料老人ホームがある 2014年の診療報酬改訂で訪問診療報酬が大幅に下がった

老人福祉法に定める有料老人ホームは、都道府県から「特定施設入居者生活介護」の指定を受けて「特定施設」となることができる。特定施設であるなしにかかわらず、訪問診療は認められており、総合医学管理料も算定可能である。特定施設を取得している場合には、看護師が常駐していることが前提となるため、外部からの訪問看護の給付を受けることができない。

13 認知症高齢者グループホーム

定義	障害を持ちながらも、介護を提供する人と少人数でなじみの関係を築きながら、役割を持って地域に溶け込んで暮らす施設のこと
介護体制	ワンユニット利用者9名まで、最低3名の介護職員がいる、ケアマネージャー配置義務あり
医療体制	看護師が常駐していることは少なく、医療行為はできないことがおおい
医療アクセス	訪問診療や往診は算定できる、急性増悪時には医療保険により訪問看護を受けることができる 訪問看護ステーションと連携をして、医療連携体制加算を取ることができる
特徴	認知症高齢者グループホームは軽度認知症の方の共同生活の家として始まったが、認知症高齢者の増加や重度化により看取りまで行うホームも出てきている
その他	認知症高齢者と対象とするものと、成人の主として知的・精神障害者を対象とするグループホームがある

認知症高齢者グループホームは、介護保険の「認知症対応型共同生活介護」の給付を受ける事業所である。訪問診療を行うことができ、従って、在宅時医学総合管理料も算定可能である。訪問看護は、患者の急性増悪に際して、医師が「特別指示書」を記載したときに限り、実施可能である。

14 サービス付き高齢者向け住宅

定義	居室の広さ（原則25平米以上）が定められ、バリアフリー化等が施された住宅に、安否確認・生活相談サービスが付いたシニア向けの住宅、必要に応じて食事提供、訪問介護などを受けることができる
介護体制	ケアプランに沿って、外部からの介護サービスを受けることができる、24時間切れ目のない介護サービスではない
医療体制	看護師等はいない
医療アクセス	訪問診療、訪問看護は通常の居宅と同様に提供できる
特徴	重度介護となると、サービス付高齢者住宅での生活維持は困難となる施設ではなく、住宅であるという認識が必要
その他	デイサービスやヘルパーステーション、居宅支援事業所を併設するところが多い

「サービス付き高齢者向け住宅」は、国土交通省・厚生労働省が共同所管する「高齢者の居住の安定確保に関する法律」（高齢者住まい法）2011年改正でできた制度である。それまでの、高齢者円滑入居賃貸住宅（高円賃）・高齢者専用賃貸住宅（高専賃）・高齢者向け優良賃貸住宅（高優賃）の3つを一本化する形で本制度がつくられた。基本的に個室、バリアフリーで、医療・介護との密接な連携でケアを提供する建前である。

15 ケアハウス（軽費老人ホーム）

定義	低所得者でも入所できる、自治体や国の補助で入居できる施設。60歳以上の単身者または、夫婦のどちらかが60歳以上で、身寄りがないか、家族との同居が困難なかが入居可能
介護体制	特定施設以外は、ケアプランに基づく外部の介護サービスが利用できる
医療体制	看護師が常駐している施設はほとんどない
医療アクセス	訪問診療、訪問看護は利用可能である
特徴	自治体から助成を受けられるため、比較的低料金で利用でき、生活相談や入浴準備などに日常生活に必要なサービスが受けられる
その他	軽費老人ホームにはA型、B型、C型の3種類ある、A.Bは1990年より新設なし、C型がケアハウスにあたる

ケアハウスとは、老人福祉法に定める「軽費老人ホーム」の通称である。比較的自立度の高い人が居住する。訪問診療を行うことができ、在宅時医学総合管理料も算定可能である。訪問看護も外部から実施可能である。

16 小規模多機能居宅介護

定義	「通い」を中心に、利用者の状態や希望に応じて「泊まり」や介護職の「訪問」を柔軟に組み合わせ、顔なじみの介護者が切れ目なく支える地域密着サービス
介護体制	デイサービス「通い」、ショートステイ「泊まり」、訪問介護「訪問」を利用者の状態に合わせて利用できる
医療体制	常勤看護師、訪問看護も利用可能
医療アクセス	自宅にいる際には訪問診療利用できる、「泊まり」の往診も利用可能
特徴	介護職と顔なじみの関係を作り切れ目のないサービスで認知症の方でも利用可能、地域以外の方は利用できない
その他	事業所の登録利用者は25名以下、「通い」の利用者は登録者の2分の1以上で15名以下、「泊まり」の利用者は9名以下

小規模多機能居宅介護とは、訪問・通所・泊まりの三つの機能を持つ事業所で行われるケアである。訪問診療は自宅にいる時間帯に行う。「泊まり」の場合に、事業所に往診することは可能である。

17 宅老所

定義	古い民家などを活用し家庭的な雰囲気のなかで、一人ひとりの生活のリズムに合わせて柔軟なケアをする小規模事業所。法的に規定されている施設ではない。
介護体制	デイサービスを主とした介護サービスを提供することが多い
医療体制	介護職が主であるが、看護師の常駐するところもある
医療アクセス	自宅と同じ扱い、訪問診療や訪問看護利用可能
特徴	既存サービスでは手が届かない、地域に密着した民間独自の福祉サービスを提供している
その他	小規模多機能居宅介護のモデルとなるサービス

宅老所は特定の法律で規定されている事業所ではない。自宅と同様に、訪問診療を行うことができ、在宅時医学総合管理料も算定可能である。訪問看護も外部から実施可能である。

18 居宅系施設等との連携の要点

- ・施設職員と良好な関係をつくること；日常の状態を把握している看護師や介護職との意思疎通を浴しておくことが大切—専門用語を避けてわかりやすい言葉を使う、質問等には丁寧に答える、怒らない、施設に限らず居宅での多職種連携と同様
- ・施設では利用者家族と面談の機会が少なく、初診時などはできるだけ面談の機会を持つようにする、急変時の希望なども聞いておくと良い、入院時などの際には緊急の場合には電話で家族と意思確認することもある、機会を見つけて年に1度くらいは面談の機会を持つようにする
- ・施設の医療介護方針についての理解も必要

居宅系施設等との連携の要点を記載した。施設職員と良好な関係を構築すること、利用者家族と面談の機会を持つようにすることが大切である。家族と面談の機会が少ないため、自宅と異なり、家族が直接診療に同席することも少なく、治療内容を家族が把握しにくい特性がある。家族には、機会をみつけて年に1度くらいは面談の機会を持つことが望ましい。

19 施設の力量の見極め方

- ・ 看取りの経験の有無を確認、看取りの経験のない施設では困難を伴うことが多い
- ・ 施設の方針確認も必要、看取りをしないという施設もある
- ・ 急変時の事前指示書を利用者からとっているかを確認する
- ・ たんの吸引を介護職ができる施設かどうか確認、施設によっては医療処置ができないところもある
- ・ 電話での問い合わせの内容で施設の力量はわかる、バイタルサインが取れており、現病歴などの把握ができていれば力量はあるといえる
- ・ 常勤看護師がいる施設では重症化しても診て行けることが多い

医師は、施設力量を見極めて訪問診療等を行うことが大切である。施設の看取りの経験の有無、施設方針を把握したい。また、たんの吸引を介護職ができるか、常勤看護師がいるかを確認する。患者の急変時等の事前指示書の確認も重要である。状態変化時の電話対応でも施設力量はわかる。

20 介護職の医療行為について

- ・ 介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等においては、医療や看護との連携による安全確保が図られていること等、一定の条件化で「たんの吸引等」の行為を実施できる（社会福祉及び介護福祉法の一部改正による、平成24年、4月より）
- ・ 対象となる医療行為は、たんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）、経管栄養（胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養）
- ・ 介護福祉士（平成28年の国家試験合格者以降）、一定の研修を終了した介護職員、特別支援学校教員が実施可能
- ・ 特別養護老人ホーム等の施設や住宅（訪問介護事業所等からの訪問）などの場で実施可能
- ・ 3つの研修過程あり1、対象となったすべての行為 2、気管カニューレ内、経鼻経管栄養を除く 3、特定の方に対する行為

介護職の行うことができる医療行為が拡大された。一定の条件下で研修を受けると介護職でもたん吸引や経管栄養が可能となっている。

21 医療行為には当たらない行為、2005年通知

行為内容	介護職が行える条件
1、体温計を用いた体温測定 2、自動血圧測定器による血圧測定 3、パルオキシメーターの装着	測定した数値結果を基に「薬を飲ませた方がよい」「安静にしていた方がよい」などの医学的判断は、してはならない
4、軽い切り傷、擦り傷、やけどなどの処置	専門的な判断や技術を必要としない処置に限定される
5、軟膏を塗る（床ずれの処置を除く） 6、湿布をはる 7、目薬をさす 8、利用者に薬を飲ませる 9、座薬を挿入する	事前に医師からの処方や薬剤師・看護師の指導助言を受け、その上で以下の3つの条件を満たしている場合に限定される 条件1：利用者の容態が安定している 条件2：医師や看護師による利用者の容態の観察が必要でない 条件3：薬の誤嚥や坐薬による出血などの可能性がない

医療行為には当たらない行為を抜粋して一覧表にまとめた（「医師法第17条、歯科医師第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」（医政発第0726005号）2005年7月26日）。これらについては、特定の研修等を受けることなく、身体介護を行う介護職が医師の指示のもとに行うことができる。特に、内服薬の介助は一包化された薬物に限って介護職が実施できる。

22 まとめ

- ・ 施設での看取り数は増加しており、利用者の医療ニーズは高くなってきている
- ・ 訪問する施設の種類により、介護・医療体制は異なる、医療アクセスについてもよく理解をする必要がある
- ・ 施設の方針をしっかりと理解して、力量を見極めることも必要である
- ・ 居住系施設では施設職員との良好な関係を築いて、利用者の情報をとるようにする
- ・ 介護職でも一定の条件の基で、所定の研修を終了すれば、たんの吸引や経管栄養などが可能となっている

施設等での看取り数は増加傾向にあり、今後施設等での医療ニーズは高くなる。施設の類型や方針を理解して、利用者が安心をして最後まで過ごしていけるように、施設職員と協働して医療を提供していくことが必要である。

【引用情報】

- 井部俊子，開原成允，京極高宣，前沢政次 編：在宅医療辞典．中央法規，2009．
- 永井康徳：在宅報酬算定マニュアル．日経BP，2012．

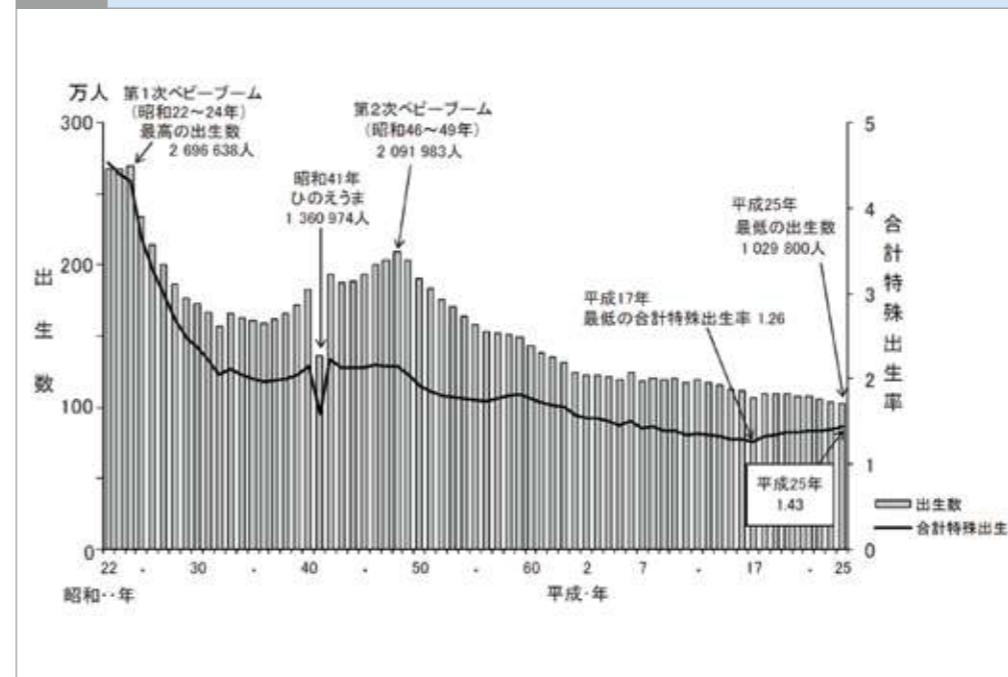
目標 小児在宅医療の現状を理解するとともに、成人期まで生存することができるようになった小児を含めた地域包括ケアシステムの理念の現実のために、成人を中心とした在宅医療を行っている医師にも、小児在宅患者を支援する意義を理解してもらう。

1. 小児在宅医療の現状と、問題点を理解できる。
2. 小児在宅患者の支援を理解できる。
3. 児童福祉法、障害者総合支援法に基づく小児在宅医療と、介護保険に基づく高齢者在宅医療の違いを理解できる。
4. 社会のセーフティネット、少子化対策としての小児在宅医療の重要性を理解できる。

Keyword 医療的ケア、高度医療依存児者、相談支援専門員、成人期移行、セーフティネット

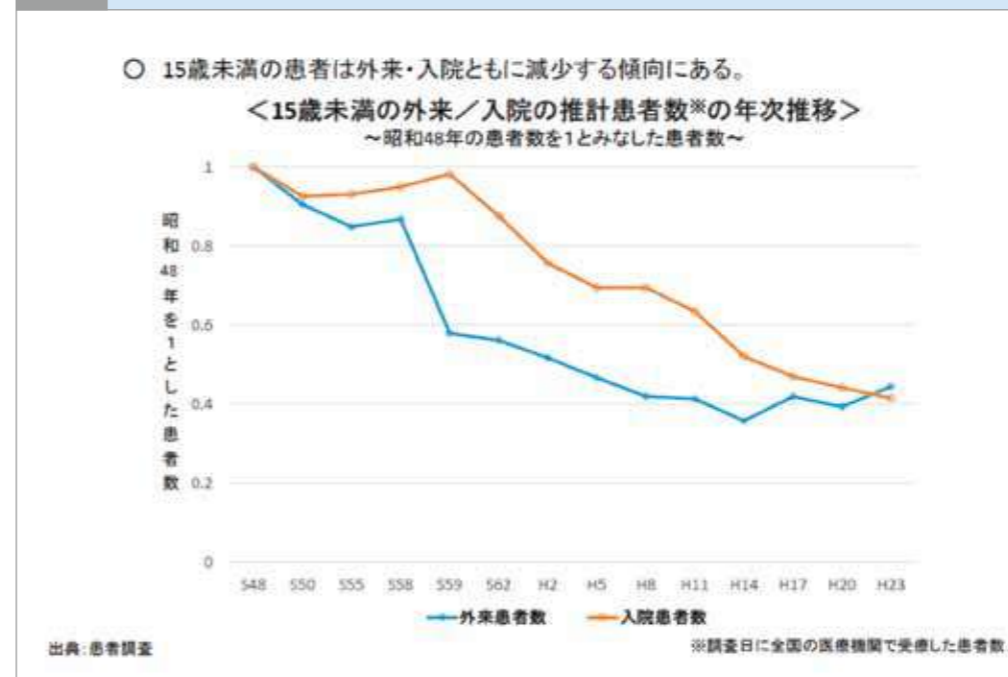
- 内容**
1. 小児在宅医療の背景
 - 子どもが死なない社会
 2. 小児在宅医療の現状
 - 少子化の中で増える小児在宅
 - 症例提示
 3. 小児在宅医療に関する厚生労働省の事業
 - 小児等在宅医療連携拠点事業（平成25年度・26年度）
 - 在宅医療ハイレベル人材養成事業（小児等在宅医療リーダー人材養成事業）
 4. 成人在宅医療を行って医師が、小児在宅医療を支援する意義
 5. 社会のセーフティネットとしての小児在宅医療の重要性

1 出生数と合計特殊出生率の年次推移



日本では少子高齢化が大きな問題であり、高齢者での在宅医療推進の大きな理由の一つとなっている。小児に関しては、最近の数期間は合計特殊出生率の改善がみられているものの、依然、出生数の減少は続いており、高齢者の死亡数の増加と相まって、総人口数の減少には歯止めがかかっている。政府が政策目標としている「新三本の矢」の中でも、出生率の改善と、女性の社会進出を推進するために、子育て支援の方針が打ち出されている。

2 小児の患者数の推移



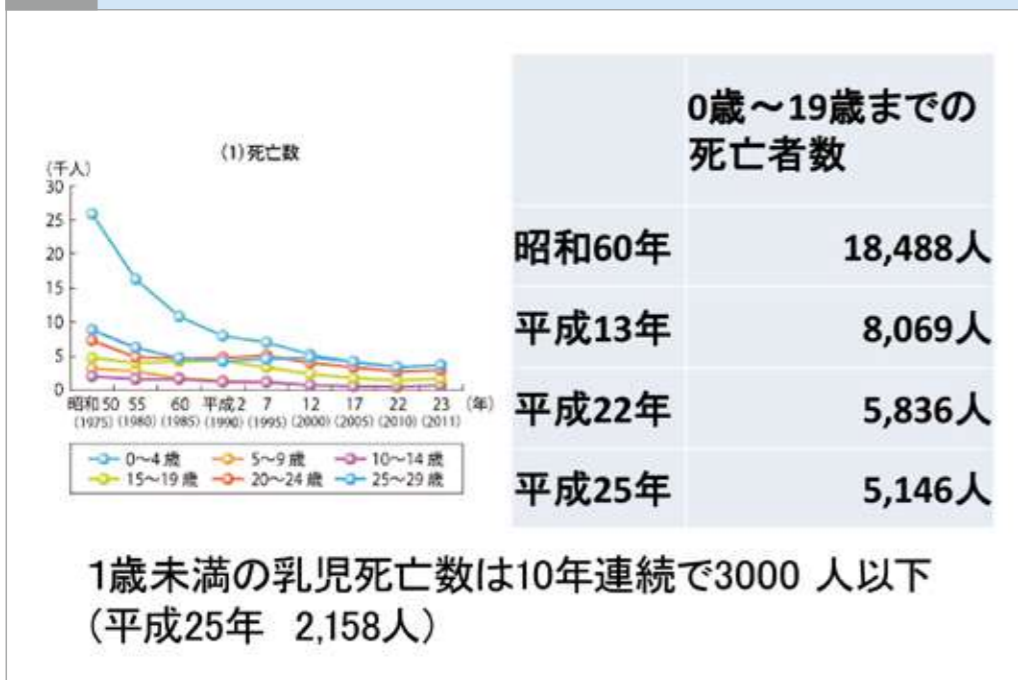
少子化と、予防接種の普及、喘息などのアレルギー治療の進歩などにより、15歳未満の小児外来受診、入院患者はともに減少しており、昭和48年の患者数を1とすると、平成23年には半分以下となった。実際、地域の病院では、受診患者が激減し、入院患者も少なくなったために、小児科が無くなった病院や、小児入院が混合病棟での入院となっている。一方で、小児科開業医は、検診、予防接種、校医などで毎日忙しく、大学小児科や高度小児専門病院は、複雑な病態を持った患者や、定期的な通院が必要な患者の診療に忙殺されている。

3 低出生体重児の割合の推移



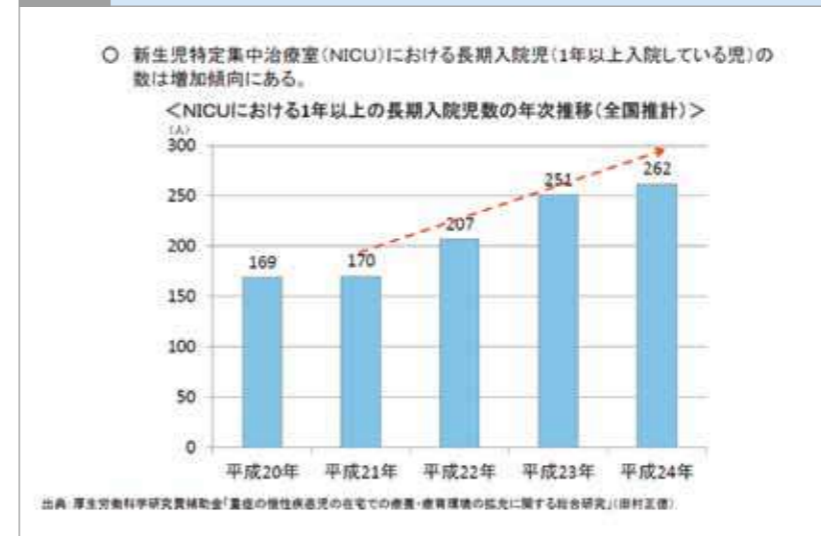
少子化の中で、早産児や低出生体重児、いわゆる未熟児の増加、さらに出生前診断などの進歩などにより、出生直後から新生児集中治療室（NICU）での加療を必要とする新生児の割合は増加している。そのために、地域によってはNICUベッドの不足や、勤務する新生児科医の不足が依然問題となっている。また、出生直後から高度な医療を必要とする子どもたちの中には、一生病気と共存して生きていかななくてはならない子どもたちも存在する。

4 子どもの死亡率年次変化（子どもが死なない日本）



今まで述べてきた少子化と、新生児期からの治療の進歩、予防接種などの進歩により、新生児、乳児の死亡率は急激に低下している。平成25年には、18歳以下の死亡数は5,146人まで下がり、1歳未満の乳児死亡数は10年連続で3000人以下（平成25年は2,158人）となった。新生児、乳児期だけでなく、その他の年齢の子どもたちの死亡も減少しており、日本は医療の進歩により子どもが死なない国となったといえる。

5 NICUにおける長期入院児の推移



日本において、全ての子どもたちが、医療の必要がなく、元気に毎日を送ることができる状態にあるのかという、決してそうではない。先に述べたように、出生直後からNICUでの加療を必要としている子どもの増加により、NICUに長期入院（1年以上の入院）する児の数は増加してきている。長期入院を必要とする子どもは、新生児期以降も、生命の維持と、日々の生活を送るために医療が必要であり、医療依存度が高いことが知られている。

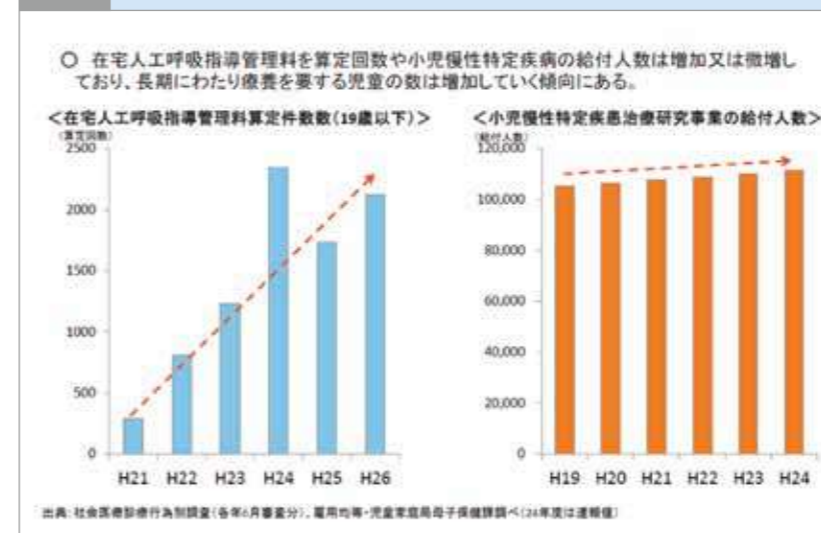
6 全国的人工呼吸管理の長期入院児（平成22年度全国病院小児科の基本調査）

平成22年度全国病院小児科の基本調査
日本小児科学会・社会保険委員会

	一般小児科病棟 (90日以上)	重症病棟 (90日以上)	新生児病棟 (NICU) (180日以上)
15歳未満	453	228	184
15歳以上 20歳未満	48	128	—
計	501	356	184
総計		1041	

NICUに長期入院（1年以上の入院）する児に必要な医療として最も多い、人工呼吸管理についてみると、長期入院患者は新生児集中治療室以上に、重症病棟や一般病棟にすることが明らかになっている。さらには、長期入院児の多くを占める人工呼吸管理を必要としている児は、新生児集中治療室などから一般小児科病棟に出てからも、引き続き長期の人工呼吸管理が必要であり、なかなか退院できない状態にあることも明らかになっている。

7 長期にわたり療養を要する小児の推移



重症病棟や、重症施設にも長期の人工呼吸管理を必要とする子どもたちが増加している中で、人工呼吸器をつけたまま自宅に帰る子ども、つまり在宅人工呼吸管理を必要とする子どもが急増している。また、人工呼吸以外にも、長期にわたり療養を要する小児慢性特定疾患患者も増加している。

医療の必要がなく、元気に毎日を送ることができる状態の子どもばかりではなく、長期にわたり在宅療養のために医療的ケアを要する小児の支援の必要性が増している。

8 小児在宅医療の対象となる患者の数 —全国推計—

- 日常の医療ケアを必要とする在宅の15歳以下の子ども・・・**48360人以上**
- そのうち人工呼吸器使用者・・・**2440人以上**
- 超、準超重症者（医療ケアの重い20歳以上の重症心身障害者）**約4000人**
- 15歳～19歳の対象者は不明

在宅人工呼吸器をはじめ、医療ケアを日常的に必要としながら自宅で生活している子どもの数は、正確にはわかっていない。超重症心身障害児、いわゆる超重症児は全国で8,000人から1万人いて、その7割が自宅に在るといわれており、さまざまな統計をもとに推察すると、2万人程度が在宅で医療ケアを必要としていると考えられる。しかしながら、小児在宅医療の対象となる患者の数は、国・行政も小児科学会にもつかめていないのが現状であり、長期にわたり在宅療養のために医療的ケアを要する子どもの数を正確に把握した調査はない。

9 医療的ケアの必要な児童数

医療的ケアが必要な児童数(小学校～中学校)		
	平成23年5月	平成25年5月
医療的ケアが必要な児童数(延べ数)	19303名	25175名
人工呼吸器の使用数	850名	1270名

文部科学省：平成25年度特別支援学校等の医療的ケアに関する調査結果

医療的ケアを要する小児の数に関して、年齢が限定的ではあるが、最も正確に把握した調査としては、文部科学省が行っている特別支援学校などの医療的ケアに関する調査がある。

この調査によると、教育の現場では、医療的ケアを要する小児の数が急速に増加しており、スライドに示したように、平成23年と25年のわずか2年間でも大幅に増えていることがみとれる。中でも、人工呼吸器の使用数が1.5倍となっており、教育現場では大きな問題となっている。

10 症例1



実際の小児在宅患者の現状を理解してもらうため、症例を提示する。

この写真は、溺水による高度な中枢神経の障害のために寝たきりとなり、気管切開、人工呼吸、胃瘻、導尿などの医療的ケアを必要としている子どもの退院時の様子である。移動にはバギーが必要であり、そのバギーにはさまざまな医療機器が搭載されている。体温維持も難しいため、多くのリネンや電気毛布も必要である。(写真の使用に関しては、児の家族より承諾済み)

11 重症心身障害児

■ 重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態。医学的診断名では無く、児童福祉の行政上の措置を行うための定義

■ 大島の分類による

21	22	23	24	25	70
20	13	14	15	16	50
19	12	7	8	9	35
18	11	6	3	4	20
17	10	5	2	1	0
走れる	歩ける	歩行障害	座れる	寝たきり	IQ

1, 2, 3, 4の範囲が重症心身障がい児

5, 6, 7, 8は周辺児と呼ばれる

スライド10のような子どもたちは、従来から、大島分類に従って、重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した「重症心身障害児」と定義されている。これは医学的診断名ではなく、児童福祉での行政上の措置を行うための定義（呼び方）である。在宅医療を必要とする小児として、多くの人々が想像するのが、この「重症心身障害児」と考えられるが、これらの子どもたちがどれくらいの医療的ケアが必要かは、この評価に含まれていない。

12 超重症児

- 医学的管理下に置かなければ、呼吸をすることも栄養を摂ることも困難な障害状態にある児で以下のスコア25点以上。準超重症児は10点以上

I. 運動機能：座位まで

II. 介護スコア

- 呼吸管理

－ レスピレーター(10) 気管内挿管(8) 鼻咽喉頭エアウェイ(8) 酸素吸入(5) 1時間1回以上の吸引(8) 1日6回以上の吸引(5) ネブライザーの常時使用(5) 1日3回以上使用(3)

- 食事機能

－ IVH(10) 経管、経口全介助(5)

消化器症状 制御できないコーヒー様の嘔吐(5)

- 他の項目

－ 血液透析(10) 定期導尿、人工肛門(5) 体位交換1日6回以上(3) 過緊張により臨時薬(3)など

医療的ケアの重さからみた定義としては、常に医学的管理下に置かなければ、呼吸をすることも栄養を摂ることも困難な障害状態にある人として、「超重症児」という定義がある。重症心身障害児の定義と異なり、知的機能あるいは脳機能障害の程度に関する項目は判定基準にはない。超重症児では、座位までの移動機能の重い障害状態に加えて、呼吸管理や食事機能などに関して重い医療的ケアをスコア化し、「超重症児」はスコア25点以上、「準超重症児」はスコア10点以上と定義されている。

13 症例2-1



在宅医療を受けている別の症例を提示する。これは、児が定時受診し、医療デバイスの交換を行った時の写真である。児は、先天性の下顎の形成不全のため、気管切開、胃瘻、補聴器などの医療的ケアを必要としており、月1回以上の通院を必要としている。「超重症児」「準超重症児」の医療的ケアの面からみると、スコア上は21点で、「準超重症児」と判断される。(写真の使用に関しては、児の家族より承諾済み)

14 症例2-2



こちらスライド13と同じ症例である。写真は、児が医療デバイスの交換と診察を終えて診察室から出ていく直前に撮影したものである。先に示したように、重い医療的ケアは必要だが、意思の疎通も可能で、走ることも可能であり、従来の重症心身障害児にも、超重症児にも当てはまらない。そのために、さまざまな福祉サービスなどを利用できない。一方で医療および発達支援は必要であり、じっとしていることも難しいために、保護者の負担は非常に大きくなっている。児は自分でリュックを背負い、バイバイと手を振って帰宅した。

15 高度医療依存児者

生きるために医療ケアと医療機器が日常的に必要な児者

医療ケアと医療機器の内容：呼吸、栄養摂取、排泄にかかわるもの

- 気管切開、人工呼吸器、酸素吸入、気管内吸引、口腔鼻吸引
- 胃瘻、腸瘻、胃管からの経管栄養
- 中心静脈カテーテル管理
- 導尿、尿道カテーテルの留置、膀胱瘻、腎瘻など

医療技術の進歩にともなって項目が増える余地を残す

この症例は、医療の進歩により救命でき、中枢神経的な障害も少ないが、生活のためには重い医療ケアを必要としているという、今までにはいなかったようなケースである。これからは、このような症例を「高度医療依存児者」という新しい概念でとらえていく必要がある。医療の進歩により、重い医療的ケアは必要だが、運動面でも知的面でも重い障害がない子どもの実態は、全く把握されていない。

この症例のように、これまでの定義に当てはまらないために福祉サービスを利用できない子どもも増加してきている。

16 小児在宅医療の対象となる子どもの特徴 —成人との違い—

- 医療依存度が高い
 - 複数の医療デバイスを使用していることが多い
 - 呼吸管理は気道管理が重要（気管切開など）
- 成長に従って、病態が変化していく
 - 重症児の二次障害など
- 本人とのコミュニケーションが困難なことが多く、異常であることの判断が難しい
- 本24時間介助者が必要 独居では生存不可能
- 成長（体験を増やす、できることを増やす）のための支援が必要

小児在宅医療の対象となる子どもの特徴を述べる。小児在宅医療の対象となる子どもは、大人の在宅患者と比べ、圧倒的に医療依存度が高い。さらに、成長に伴って病態が変化するために、改善の面からも、進行の面からも、頻回の再評価が必要である。本人から直接情報を得ることが難しいため、保護者からの情報が重要である。また、24時間の介護が必要で、多くは母親が行っており、保護者との関係性の構築は重要である。さらに、成長、発達支援という面で、将来につながる教育という面にも配慮が必要である。

17 小児在宅医療を支える仕組み —成人との違い—

- 介護保険が使えない
- 小児在宅患者を地域で支える医療、福祉の意識が少なく、基盤も未整備
- 関わる機関、職種が多い
- 複数の主治医の存在（病院、療育機関、在宅医）
- 情報提供が煩雑
- 支援をコーディネートできる人材が少ない
- ヘルパー、デイケア、短期入所、通所の利用が困難
- 小児科医にとって在宅医療は未知の分野

さらに、介護保険が中心の高齢者の在宅医療とは異なり、小児の場合は医療保険を基盤として、障害者総合支援法、児童福祉法によるサービスを組み合わせることで支援していく必要がある。小児が利用できるサービス資源が少ない上に、本来利用できるサービスも行政の不理解もあって許可が得られないこともある。医療に関しても、病院主治医が中心であるために、医療ケアを受けながらの暮らしに適切に介入できていないなど、多くの問題を抱えている。

18 小児在宅医療の地域連携の特徴 —成人との違い—

- 医療と介護（福祉）をつなぐ仕組みがない
 - ケアマネジャーにあたる機能がない
 - 訪問看護が医療保険で福祉との連携が難しい
- 福祉制度（介護）の未整備
 - ヘルパーが使えない（乳児、幼児は最初から対象外）
 - デイケア、短期入所が未整備。通所が困難で使えない
- 在宅医と病院医師の2人主治医制になる
 - かかわる医師が複数（在宅医、病院、療育機関）
 - 医師間のコミュニケーションが電話と文書になる

そもそもの前提として、社会的にも、地域で医療ケアを必要としている子どもたちがいることが認知されていない。小児の在宅医療においては、医療保険を基盤として、障害者総合支援法、児童福祉法によるサービスを複雑に組み合わせることで支援していく必要があるが、それができる人材が地域にいないのが実情である。同時に、そもそも小児在宅医療を支える地域連携の仕組みが未整備の部分が多い。つなぐと同時に、新たな資源を開拓し、社会の仕組み自体を根本から変えていかなければならない。

19 小児在宅医療の地域連携の特徴

	地域	病院	ショートステイ施設 日中預かり施設
医師 歯科医師 薬剤師 看護師	往診医・近隣開業医 訪問歯科医師 地域薬剤師	外来医師・病棟医師 病院歯科医師 病院薬剤師	担当医師
リハビリセラピスト	訪問リハ	病棟・外来看護師	看護職
ヘルパー	訪問ヘルパー	通院リハ	施設セラピスト 通所リハ
ケースワーカー	診療所ソーシャルワーカー 相談支援専門員	病院ソーシャルワーカー	施設ソーシャルワーカー
教育者	特別支援学校の教員		
行政	障害福祉課、保健師		

大人の在宅医療は、医療に関しては在宅医と訪問看護の連携が患者支援に大きな力を発揮する。さらに介護に関しては、介護保険上、介護支援専門員（ケアマネジャー）の役割が明確で、仕事内容に対して報酬も保障されている上に、支援に携わる職種も小児に比べて少ない。

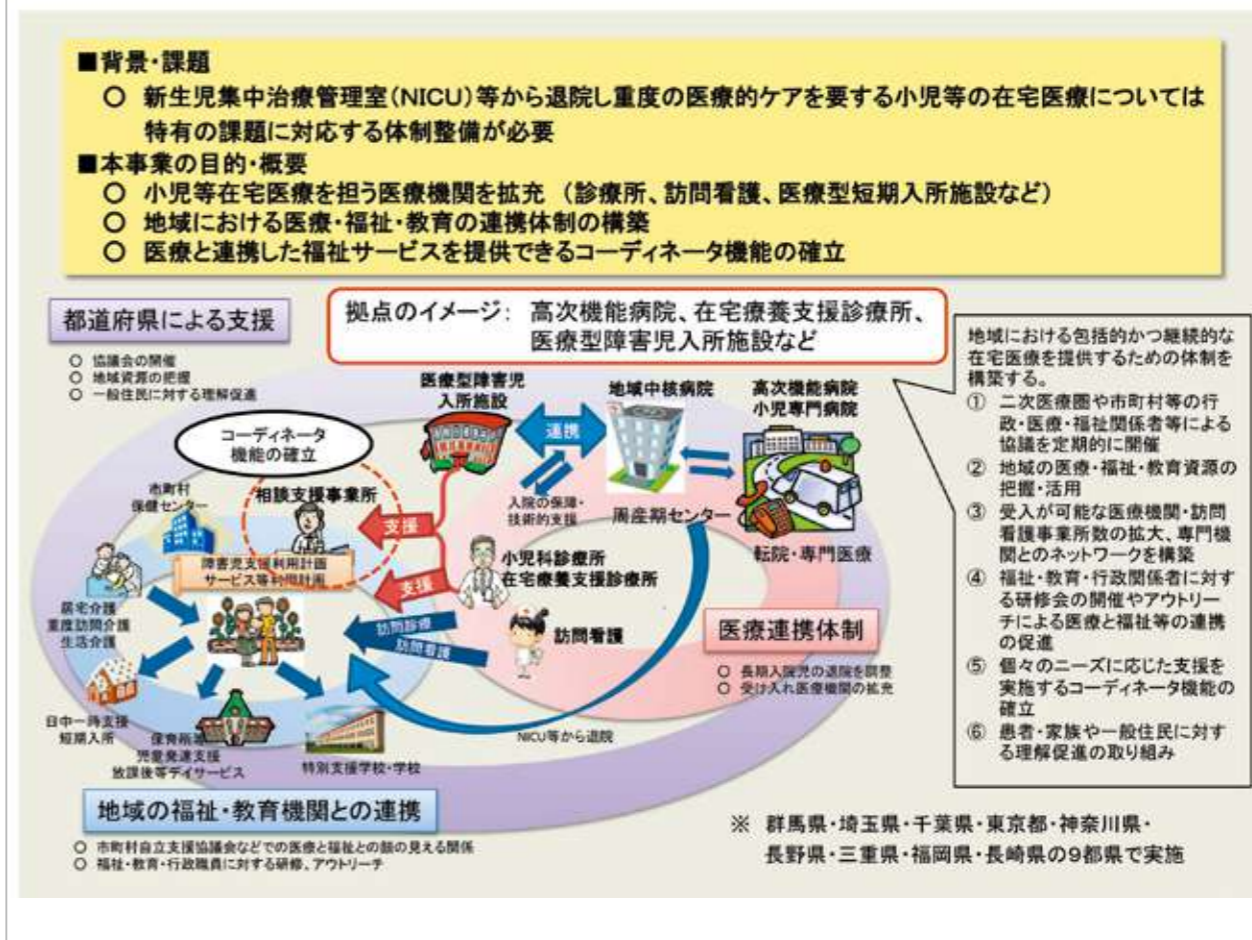
これに対して小児在宅医療では、多職種の関わりが必要であり、ケアマネジャーに相当する「相談支援専門員」の役割が重要であるが、その需要に対して人的にも支援能力的にも十分な資源が確保されているとは言い難い。

20 0歳から60歳までの長期にわたる支援

年齢	NICU入院期間				在宅療養導入初期				在宅療養安定期																	
	出生	1	2	3	4	5	6	7	8-9	10-11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	30	40	42	50	60	65	
対象児の状況	出生時重症低酸素死	NICU入院 気管切開	在宅療養に向けて準備開始	在宅療養開始 退院	在宅療養開始 肺炎により入院	在宅療養開始 兄の幼稚園入園により	在宅療養開始 外出開始 幼稚園入園に向けて準備	在宅療養開始 幼稚園入園	在宅療養開始 幼稚園入園	在宅療養開始 幼稚園入園	在宅療養開始 幼稚園入園	在宅療養開始 幼稚園入園	在宅療養開始 幼稚園入園	在宅療養開始 幼稚園入園	在宅療養開始 幼稚園入園	在宅療養開始 幼稚園入園	在宅療養開始 幼稚園入園	在宅療養開始 幼稚園入園	在宅療養開始 幼稚園入園	在宅療養開始 幼稚園入園	在宅療養開始 幼稚園入園	在宅療養開始 幼稚園入園	在宅療養開始 幼稚園入園	在宅療養開始 幼稚園入園	在宅療養開始 幼稚園入園	在宅療養開始 幼稚園入園
学校等			普通学校	幼稚園	幼稚園	幼稚園	幼稚園	幼稚園	幼稚園	幼稚園	幼稚園	幼稚園	幼稚園	幼稚園	幼稚園	幼稚園	幼稚園	幼稚園	幼稚園	幼稚園	幼稚園	幼稚園	幼稚園	幼稚園	幼稚園	
支援機関			保健所・保健センター	保育所	保育所	保育所	保育所	保育所	保育所	保育所	保育所	保育所	保育所	保育所	保育所	保育所	保育所	保育所	保育所	保育所	保育所	保育所	保育所	保育所	保育所	
医療機関			中核病院(大病院・小児専門病院)	中核病院(大病院・小児専門病院)	中核病院(大病院・小児専門病院)	中核病院(大病院・小児専門病院)	中核病院(大病院・小児専門病院)	中核病院(大病院・小児専門病院)	中核病院(大病院・小児専門病院)	中核病院(大病院・小児専門病院)	中核病院(大病院・小児専門病院)	中核病院(大病院・小児専門病院)	中核病院(大病院・小児専門病院)	中核病院(大病院・小児専門病院)	中核病院(大病院・小児専門病院)	中核病院(大病院・小児専門病院)	中核病院(大病院・小児専門病院)	中核病院(大病院・小児専門病院)	中核病院(大病院・小児専門病院)	中核病院(大病院・小児専門病院)	中核病院(大病院・小児専門病院)	中核病院(大病院・小児専門病院)	中核病院(大病院・小児専門病院)	中核病院(大病院・小児専門病院)	中核病院(大病院・小児専門病院)	
福祉機関			児童発達支援	児童発達支援	児童発達支援	児童発達支援	児童発達支援	児童発達支援	児童発達支援	児童発達支援	児童発達支援	児童発達支援	児童発達支援	児童発達支援	児童発達支援	児童発達支援	児童発達支援	児童発達支援	児童発達支援	児童発達支援	児童発達支援	児童発達支援	児童発達支援	児童発達支援	児童発達支援	
家族の状況				兄弟姉妹入園	兄弟姉妹入園	兄弟姉妹入園	兄弟姉妹入園	兄弟姉妹入園	兄弟姉妹入園	兄弟姉妹入園	兄弟姉妹入園	兄弟姉妹入園	兄弟姉妹入園	兄弟姉妹入園	兄弟姉妹入園	兄弟姉妹入園	兄弟姉妹入園	兄弟姉妹入園	兄弟姉妹入園	兄弟姉妹入園	兄弟姉妹入園	兄弟姉妹入園	兄弟姉妹入園	兄弟姉妹入園	兄弟姉妹入園	

多くの小児在宅患者の目的は、高齢者の看取りとは異なり、発達支援、教育支援、就労支援である。さらに、小児在宅医療を受けている子どもたちも長く生きることができるようになり、保護者が介護できなくなる時期や、保護者と死別した後の支援も考えていく必要がある。障害者総合支援法、児童福祉法と、その先の介護保険にもおよび、長期にわたる支援を計画、立案、実施していく必要も出てきているが、まだ未整備の部分が多い。

21 小児等在宅医療連携拠点事業（平成25年度・26年度）



高齢者だけでなく小児に関しても、在宅医療の必要性が認識されるようになった。厚生労働省も、平成25年度・26年度の2年間、小児在宅医療に関する事業として、全国9都道府県をモデル地区として選定し、「小児等在宅医療連携拠点事業」を実施している。この事業を行うことで、全国における小児在宅患者の実態把握の必要性や、小児在宅患者家族を支援するシステムの整備の必要性に関する認識は高まった。しかしながら地域差はまだ大きく、引き続き小児在宅に関しても、整備のための事業を行っていくことが必要である。

■在宅医療ハイレベル人材養成事業

平成27年度予算案 11百万円

○平成26年度より地域医療介護総合確保基金が創設され、在宅医療推進のための研修など、地域における人材育成の取組は今後より一層活発化し、研修の開催頻度が飛躍的に増加することが期待される。
 ○一方で、研修の増加により、専門知識等を教授する講師人材の不足や、研修の質の格差などの問題が顕在化することが懸念される。特に、高齢者に比べ患者数が少なく、より専門的な知識・技術が必要な小児等在宅医療については、その担い手はもとより、講師人材の不足が特に指摘されている。
 ○このため、国において、高齢者に対する在宅医療及び小児等在宅医療の推進について専門知識や経験を豊富に備え、地域の研修を支えることができるハイレベルな人材を養成し、地域に紹介することにより、地域の在宅医療推進のための取組を支援する。

地域包括ケア推進のための在宅医療推進講師人材養成事業

平成27年度予算案 7百万円

- 目的
地域で実施される、在宅医療推進のための導入研修等を支援
- 事業内容
・国において、在宅医療の高度な研修を実践するための知識と経験を備えた講師（医師、看護師など）を養成し、都道府県や市町村の要請に応じ、紹介する。
・講師が関与した地域の研修における課題等を収集し、解決策の提案などを始め、全国の自治体間で広く共有する。

国（研究機関、学会等）
 ◆講師（医師や看護師など）を養成
 ◆地域のニーズに応じて、講師を紹介

小児等在宅医療リーダー人材養成事業

平成27年度予算案 4百万円

- 目的
地域で実施される、小児等在宅医療にかかる専門研修を支援
- 事業内容
・国において、小児の在宅医療を担う医師を育成するための研修プログラムを開発し、実際にプログラムに沿った指導ができる知識・技術を備えた講師人材（小児科医師）を養成し、都道府県や市町村の要請に応じ、紹介する。
・講師が関与した地域の研修の事例等を収集し、研修プログラムの改訂を行う。

国（研究機関、学会等）
 ◆有識者により研修プログラムを開発し、全国に提供
 ◆研修プログラムを実践できる講師人材を養成し、地域のニーズに応じて人材を紹介

そこで本年度は、在宅医療ハイレベル人材養成事業として、大人の人材事業に加えて小児に関しても、「小児等在宅医療リーダー人材養成事業」が行われている。もともと、小児等在宅医療リーダー人材養成事業に関しては、地域の小児在宅整備に関して中心的に活躍できる小児科の養成を目的として開始された事業であるが、患者の数や、重症度、医療資源に関して地域差が大きく、さらに患者が長く生きることができるようになったことも考えると、小児科医だけで小児在宅を担うことには限界があると考えられる。

23 人材養成事業



在宅医療を必要としている子どもたちや家族が、将来にわたって安心して地域で暮らしていけるシステムを創るためには、小児科医だけでなく、大人の在宅患者を診ている医師の協力がぜひとも必要である。

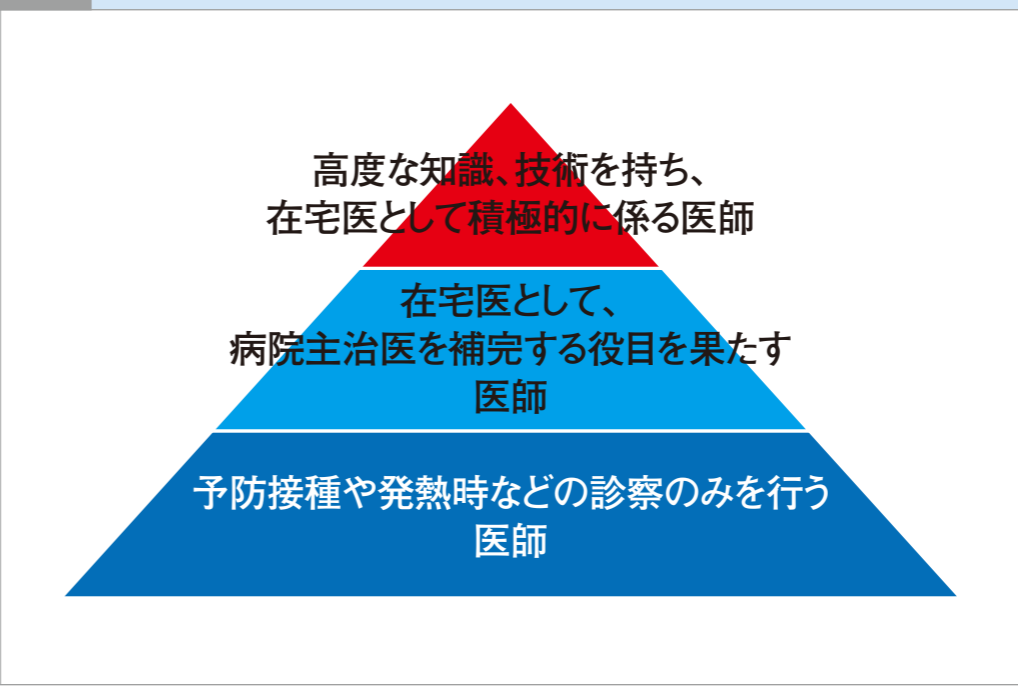
今回は、厚生労働省、そして新田國夫氏、太田秀樹氏はじめ多くの方々の尽力により、この大人の研修の場で、小児在宅医療における一般の在宅医の関わり方の必要性について、話をする機会に恵まれた。

24 開業医の現状と問題点

- 小児科
 - 日々の診療などで手いっぱい
 - 効率的な診療
 - 在宅診療に対する経験がない
- 在宅医
 - 小児の診療経験が乏しい
- 緊急時に対応してくれる病院が不明瞭
- 医療デバイスが多い
- 明確な役割分担が必要
- 医療物品の払い出しが困難
- 複雑な診療報酬
- 連携する多職種とのかかわりが煩雑

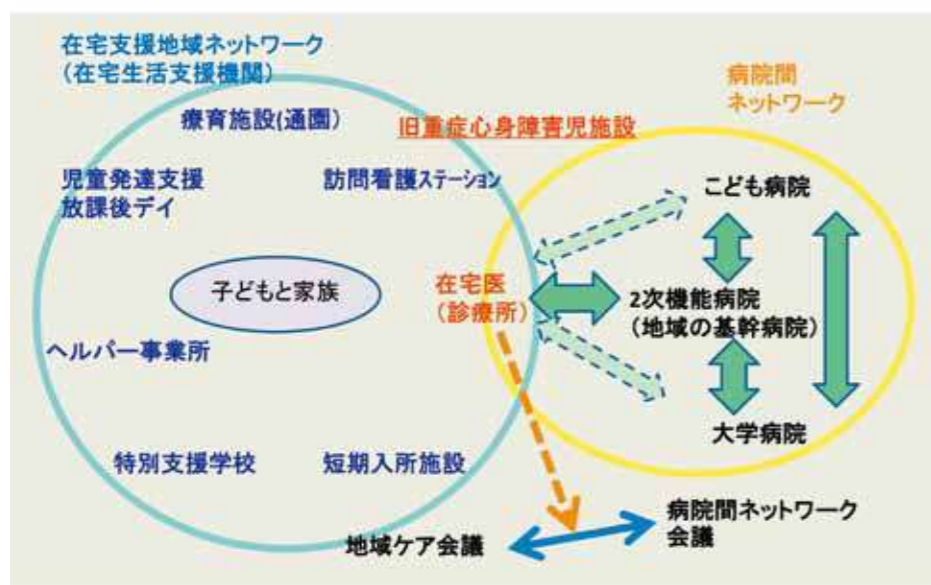
スライドに挙げたように、小児科開業医、および在宅医が実際に小児在宅医療に関わるためには、課題が多いのも実情である。このような現状を十分に理解した上で、今後の取り組みを考えていく必要がある。先に述べたように、小児科開業医も日常診療で手いっぱいの状況にある。小児科医にとっても、大人を診ている在宅医にとっても、小児在宅医療はまさに始まったばかりの医療であり、さまざまな問題点を多くの医師と共有しながら、力を合わせて解決していく必要がある。

25 医療面から見た小児等在宅医療を担うことのできる人材



現在は小児在宅医療だけでなく、高齢者の在宅医療においても、在宅医療の質と量の充実が求められている。高度な医療知識や技術を持った医療職を至急養成することも必要であるが、個々の医師の持つ医療レベルに応じた、多くの医師の参画も必要である。行政なども協力して、小児在宅医療についての教育システムの整備とともに、多職種にも容易に小児在宅医療に参画してもらうための環境の整備が必要である。

26 小児在宅医療における地域包括ケアシステム構想



地域包括ケアシステムは、要介護高齢者の医療、介護、介護予防、住まい、生活支援の5要素を地域（市町村）で一体的に提供する体制を指している。介護保険加入者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保健医療サービスおよび福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減、もしくは悪化の防止のための施策、並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を包括的に推進することを目的としているが、障害児者も同様のシステムが必要であり、在宅医の役割は重要である。

27 地域づくりのための医療職の重要性



今まで述べてきたように、小児在宅患者においては、高齢者にはない発達支援や、就労支援などを考えた、学校を中心とした教育機関との連携も重要であるが、医療的ケアの重い子どもたちが圧倒的に多いために、教育機関などの医療的支援を考えながら、地域づくりを行うことが必要である。大学小児科、小児高度医療機関が、地域と協力して在宅患者家族を支援するシステムを構築することはまだまだ未知の分野であるが、病院をはじめとする医療職の重要性は高い。

28 小児在宅医療の効果

“Effect of an Enhanced Medical Home on Serious Illness and Cost of Care Among High-Risk Children With Chronic Illness: A Randomized Clinical Trial”

JAMA. 2014;312(24):2640-2648.

慢性疾患を有する高リスクの小児に対し、**専門的治療を含めた総合的な小児の在宅ケアの提供**は、緊急部門受診と入院頻度（半分）、およびコスト（42%）の低減に結び付くことが示された。

大学小児科、小児高度医療機関が、地域と協力して在宅患者家族を支援するシステムを構築することの一つのヒントとして、米国小児科学会が推進しているMedical Homeの概念が、日本でも考慮されるべきである。実際、米国では小児在宅患者を医療的に支えるシステムとしてMedical Homeが各地で整備されてきており、患者の生活の向上と、医療コストの軽減につながるなどの効果も明らかになってきている。

29 社会のセーフティネット

- こどもの権利の保証
- 女性の就労・キャリアアップ
- 少子化対策
- こども（兄弟）の貧困対策
- 格差社会の是正
- 虐待防止
- 災害時対策
- 有限な急性期診療病院、小児高度医療病院の機能の維持により、必要な人が、必要な時に、必要な医療を受けることのできる社会

今まで小児在宅医療を必要としている子どもたちの現状と、整備の必要性に述べてきたが、小児在宅患者数は、成人と比較して圧倒的に少ないのが現実であり、社会的に受け入れられることが難しいと考えられる。しかし、小児在宅医療の充実、虐待対策、格差社会の是正、子どもの貧困対策、災害時対応としても重要である。さらに、女性の就労支援、育児支援は少子化対策の要であり、周産期医療・小児医療の維持、充実が子育て支援の重要な柱であり、社会のセーフティネットとしても整備していく必要がある。

30 新3本の矢

1. 強い経済

- 国内総生産(GDP)600兆円を明確な目標に設定
- 雇用拡大、賃金上昇により消費を拡大
- **女性活躍を推進、多様な働き方を支援**

2. 子育て支援

- **出生率を現在の1.4から1.8へ**
- 待機児童をゼロに
- 幼児教育を無償化
- **子どもの貧困問題に取り組む**

3. 社会保障の構築

- **「介護離職ゼロ」を掲げ、仕事と介護を両立できる環境を整備、介護施設を整備し、介護人材を育成**

社会のセーフティネットとしても整備していく必要があるとの考えは、政府が政策目標としている新3本の矢の中でも示されている。新3本の矢では、社会保障の構築だけでなく、出生率の改善と、女性の社会進出を推進するために、子育て支援の方針が打ち出されており、小児在宅医療の目指すところは、政府の施策とも合致している。今後の日本の将来のためにも、小児科の専門医だけでなく、一般の在宅医にも、ぜひ小児在宅に関わって頂きたい。

31 まとめ

- 毎日の生活を送るため様々な医療ケアが必要となる子どもの数が急速に増加している
- 医療者が、小児在宅医療患者の存在を社会に訴え、医療を通じて、生活を支える基盤整備に積極的に関与することが重要である
- 小児在宅医療患者を支えることは、子どもの権利の保証、少子化、虐待、貧困、女性の社会参加の促進、災害時対策という面からも重要である

各論

【各論1】

多職種協働・地域連携

◆各職能団体の役割およびかかりつけ医との連携のあり方

- i) 訪問看護
- ii) 訪問リハビリテーション
- iii) 歯科訪問診療
- iv) 訪問薬剤指導など
- v) ケアマネジメント
- vi) 訪問栄養管理

【各論2】

在宅症例を通じての多職種協働・地域連携の具体的学び

- ◆症例1) がん緩和
- ◆症例2) 心理・社会的要因（家族の関わり含む）の処遇困難症例
- ◆モデル・ケアカンファレンス
 - 症例1) 特発性間質性肺炎
 - 症例2) アルツハイマー型認知症

【引用情報】

- 中村知夫：小児の在宅医療について。日本医師会雑誌144(3)：557-560, 2015.
- 文部科学省：平成25年度特別支援学校等の医療的ケアに関する調査結果
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/icsFiles/afieldfile/2014/03/14/1345112_1.pdf
- 前田浩利：小児在宅医療の現状と課題。日本在宅医学会雑誌16(2)：5-12, 2015.
- 前田浩利：地域で支えるみんなで支える実践!!小児在宅医療ナビ。南山堂, 2013.
- 厚生労働省：平成26年度小児等在宅医療連携拠点事業
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>
- 平成26年度診療報酬改定の概要【在宅医療】（在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療③④）
http://www.ncgg.go.jp/zaitakusuishin/zaitaku/documents/08_2-2.pdf
- 岩本彰太郎, 山城武夫, 駒田美弘：小児在宅医療を支える地域医療機関の現状と今後の連携。日本小児科学会雑誌118(12)：1747-1753, 2014.
- 中村知夫, 余谷暢之, 小穴慎二他：小児専門医療機関における在宅医療の現状と対策。日本小児科学会雑誌116(9)：1387-1391, 2012.

各職能団体の役割およびかかりつけ医との連携のあり方

i) 訪問看護

佐藤 美穂子

要旨

訪問看護とは、主治医が訪問看護の必要を認めた傷病者や要介護者等に対して、訪問看護ステーションや病院・診療所等の看護師等が居宅を訪問し、療養上の世話または必要な診療の補助を行うサービスである。具体的には、病状等健康状態の観察、重症化予防、療養生活の相談・助言、リハビリテーション、点滴等医療処置、痛みの軽減、服薬管理、緊急時対応、多職種連携など24時間体制で行う。主治医とは訪問看護の指示書、訪問看護計画書及び報告書、必要時連絡等により連携する。

○介護保険制度の訪問看護

- ◆利用者：①65歳以上（第1号被保険者）と②40歳以上64歳（第2号被保険者）の16特定疾病の方で、要支援または要介護と認定された方。
- ◆利用法：ケアプランに訪問看護サービスを位置付け、主治医から訪問看護指示書が交付された訪問看護ステーションの看護師等（または主治医から訪問看護の指示を受けた病院・診療所の看護師等）が訪問看護を提供する。1回当たりの訪問時間は、20分未満、30分未満、1時間未満、1時間30分未満の4区分となる。理学療法士等の場合は1回当たり20分以上（週6回まで）となる。

○医療保険制度の訪問看護

- ◆利用者：介護保険法の訪問看護が利用できない方。①40歳未満と②40歳以上64歳までで16特定疾病以外の方、③介護保険法の介護認定の結果非該当となった方、④厚生労働大臣が定める疾病等の方、⑤精神科訪問看護の対象者（認知症除く）、⑥病状の急性増悪等による特別訪問看護指示期間にある方。
- ◆利用法：主治医から訪問看護指示書が交付された訪問看護ステーション（または主治医から訪問看護の指示を受けた病院・診療所の看護師等）が訪問看護を提供する。1回当たりの訪問時間は30分～1時間30分程度（精神科訪問看護は30分未満又は30分以上）で通常は週3日まで。病状の急性増悪等による特別訪問看護指示期間、がん末期など厚生労働大臣が定める疾病等および特別管理加算に該当する方では毎日、さらに1日3回まで訪問看護を提供できる。

内容

1. 訪問看護制度の発展経緯（あらまし）
2. 訪問看護制度とは
3. 訪問看護提供機関とは
4. 訪問看護師の活動
5. 安全な在宅医療の実践
6. 参考資料・添付

1 1. 訪問看護制度の発展経緯（あらまし）

年代	社会の動向	地域の看護活動
1960年～	・脳卒中が死因の1位 ・国民皆保険制度	病院が自主的に退院患者への訪問看護を開始
1970年～	・高齢者医療費無料化 ・病院入院患者・外来患者に高齢者が増加	・行政が寝たきり高齢者に対して、潜在看護師活用による訪問指導事業を試行 ・病院からの訪問看護が拡大
1980年～	・高齢者医療費一部負担の導入等（老人保健法）	・病院からの訪問看護・指導に老人診療報酬点数化（1983） ・市町村から訪問指導事業開始
1990年～	消費税3% 新ゴールドプラン（1994）	訪問看護モデル事業を経て、医療保険で訪問看護ステーション開始（1992）
2000年～	・介護保険制度開始 ・消費税8%に引き上げ ・地域包括ケアシステム	・介護保険サービスに訪問看護を導入 ・訪問看護と介護の一体的提供の推進

わが国では、1960年頃から、後遺症のある退院患者をフォローする訪問看護が始まった。1982年に制定された老人保健法のもと、1983年に老人診療報酬において「退院患者継続看護・指導料（100点）」が新設され、病院から訪問看護・指導が始まった。

1991年の老人保健法等の一部改正により、「老人訪問看護制度」が創設されて、1992年から「老人訪問看護ステーション」からの訪問看護が始まった。1994年には健康保険法等の一部改正により「訪問看護制度」が創設され、全年齢層への訪問看護が行われるようになり、「訪問看護ステーション」と呼ぶようになった。

1997年に制定された介護保険法において、訪問看護は居宅サービスの一つと位置付けられた。2000年以降、訪問看護ステーションは健康保険法等医療保険と介護保険の両制度により訪問看護を提供することとなった。

2 2. 訪問看護制度とは

■医療保険制度(健康保険法、高齢者医療確保法等)

○対象者:居宅の傷病者

治療の必要の程度につき主治医が認めた者

○看護内容:療養上の世話又は必要な診療の補助

■介護保険制度(介護保険法)

○対象者:居宅の要支援者・要介護者

※治療の必要の程度につき主治医が認めた者であり、
居宅介護支援事業者等の介護(予防)サービス計画
に位置付けられた者

○看護内容:療養上の世話又は必要な診療の補助

医療保険制度では、健康保険法や、高齢者の医療の確保に関する法律等のもとに訪問看護を行う。対象者は、居宅の傷病者で、主治医が治療の必要の程度につき認めた者である。

- ①介護保険制度の非該当者(40歳未満、40歳以上65歳未満で16特定疾病以外の者、介護認定の結果で非該当の者)
- ②末期の悪性腫瘍等別に厚生労働大臣が定める疾病等の者
- ③精神科訪問看護の対象者(認知症除く)
- ④特別訪問看護指示期間の者

介護保険制度では、予防給付の介護予防訪問看護と介護給付の訪問看護を行う。対象者は、居宅の要支援者、または要介護者で、主治医が治療の必要の程度につき認めた者であり、居宅介護支援事業者等の介護(予防)サービス計画に位置付けられた者である。介護保険制度で給付しない者は医療保険制度の訪問看護となる。

3 3. 訪問看護提供機関とは

■主な訪問看護提供機関

- 保険医療機関(病院・診療所)
- 訪問看護ステーション
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護(みなし指定)
- 看護小規模多機能型居宅介護(みなし指定)

【参考】

■在宅看護

必要な看護を人々の生活の場で提供して、健康人でも病人でも、健康な生活(あるいは安らかな看取り)をささえる

■訪問看護

在宅看護を実現する方法のひとつとして生活の場への訪問による看護を提供する

訪問看護提供機関は、医療保険の訪問看護と介護保険の訪問看護を対象者に応じて使い分ける。病院・診療所は、介護保険制度では「みなし指定事業者」として、介護保険制度の訪問看護を行うことができる。定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、「一体型」と、別の訪問看護事業者と連携して訪問看護を提供する「連携型」とある。一体型の事業者は2.5人以上の看護職員を配置しており、指定訪問看護事業者とみなされて、医療保険制度と介護保険制度の訪問看護を対象者に応じて提供できる。看護小規模多機能型居宅介護も同様である。

4 3-1) 病院・診療所の訪問看護の特徴

・実施者:保険医療機関(病院・診療所)

・従業者:看護職員のみ

・業務:医師の指示に基づく訪問看護

・特徴:当該病院の退院患者・外来患者の訪問看護・指導を主とする。

・報酬:(1)医療保険制度
診療報酬(点数)

(2)介護保険制度(みなし指定訪問看護事業者)
介護報酬:訪問看護費(単位)

病院・診療所の訪問看護では、訪問看護従事者の人員配置基準や管理者の配置基準、設備基準はない。

医療保険制度では、看護職員の所属する病院等の主治医からの指示で、訪問看護を提供する。報酬は医科点数表に基づく「在宅患者訪問看護・指導料」、精神科の場合は「精神科訪問看護・指導料」等の診療報酬になる。介護保険制度では、みなし指定訪問看護事業者として、居宅介護支援事業者等の介護サービス計画に沿って、訪問看護計画書を作成して、訪問看護を実施し、実施結果を報告する。報酬は「訪問看護費」の介護報酬になる。

訪問診療や往診とは別時間帯で看護職員が訪問看護を提供する。

5 3-2) 訪問看護ステーション

・実施者:医療法人、営利法人等で、都道府県知事等の指定を受けた訪問看護事業者

・従業者:常勤換算看護職員を2.5人以上配置
※理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を適当数配置できる

・管理者:看護師又は保健師

・業務:医師の指示書に基づく訪問看護
※居住系施設との契約による健康管理(介護保険)ができる

・特徴:地域に開かれた、独立した訪問看護事業所

・報酬:①医療保険制度:訪問看護療養費(円)
②介護保険制度:介護報酬 訪問看護費(単位)

機能強化型訪問看護ステーション

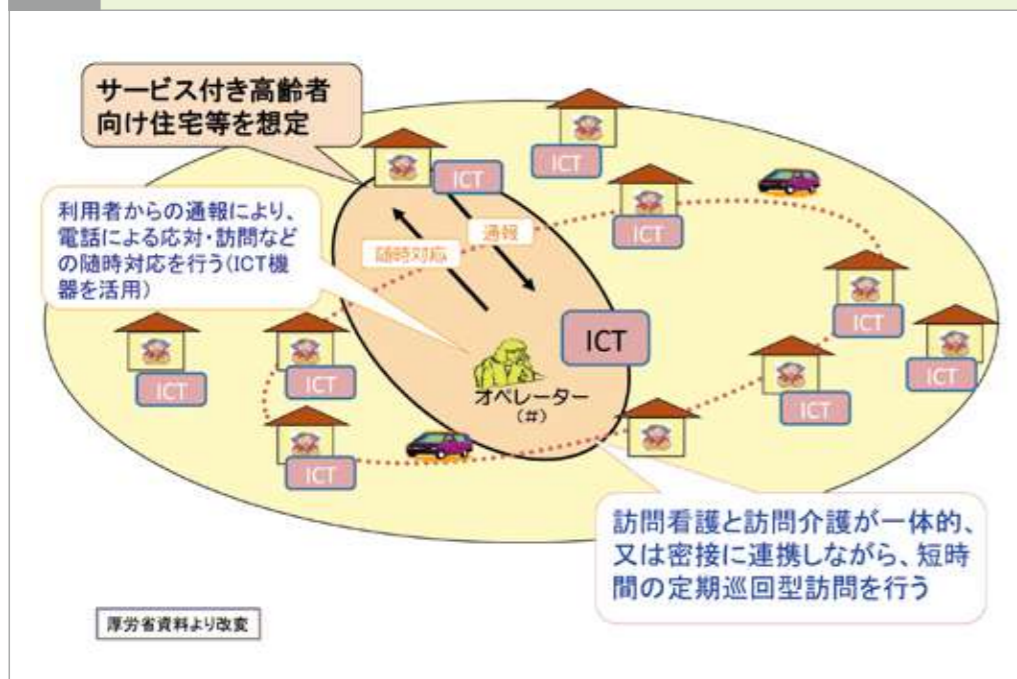
常勤看護職員7人以上、24時間対応体制、ターミナルケア療養費・ターミナルケア加算算定数(年に20回以上)、別表第7の該当利用者数(月に10人以上)、居宅介護支援事業所の設置、地域への活動 (機能強化型訪問看護管理療養費1の要件)

訪問看護ステーションは、医療法人、営利法人等法人格を有し、都道府県知事等の指定を受けた事業所で、みなしで公費負担医療制度も適応される。常勤換算看護職員は2.5人以上、常勤の看護師または保健師を管理者とする。理学療法士等は適当数配置とされ、訪問看護の範疇でリハビリテーションを行い、介護保険制度の「訪問リハビリテーション」とはならない。

また、訪問看護ステーションは独立した事業所であり、あらゆる医療機関の主治医から指示書が交付され、連携が必要となる。医療保険制度では、訪問看護ステーションに、「訪問看護療養費」が支払われる。介護保険制度では介護報酬の「訪問看護費」が支払われる。

なお、医療保険では、機能強化型訪問看護ステーションとして、常勤看護職員を7人以上配置し、看取り件数は年間20件以上、別表7(参考資料)の重症度の高い在宅療養者への訪問看護を行うことなどを評価した、機能強化型訪問看護管理療養費1(または2)が設定されている。

3-3) 定期巡回・随時対応型 訪問介護看護 (みなし指定の訪問看護事業所)



市町村長が指定する地域密着型サービスで、日中・夜間を通じて訪問介護と訪問看護が密接に連携してサービスを提供する。事業所は、「介護・看護一体型」と「介護・看護連携型」の2種類がある。利用者は要介護者。従業者には1以上のオペレーターを配置し、いつでも利用者が通報ができるように利用者宅には端末機を配備する。「介護・看護一体型」で、常勤換算看護職員が2.5人以上（1人以上は常勤の看護師または保健師）配置されている場合はみなし指定訪問看護事業者となり、医療保険の訪問看護や当該サービス登録者以外の者への訪問看護も行うことができる。

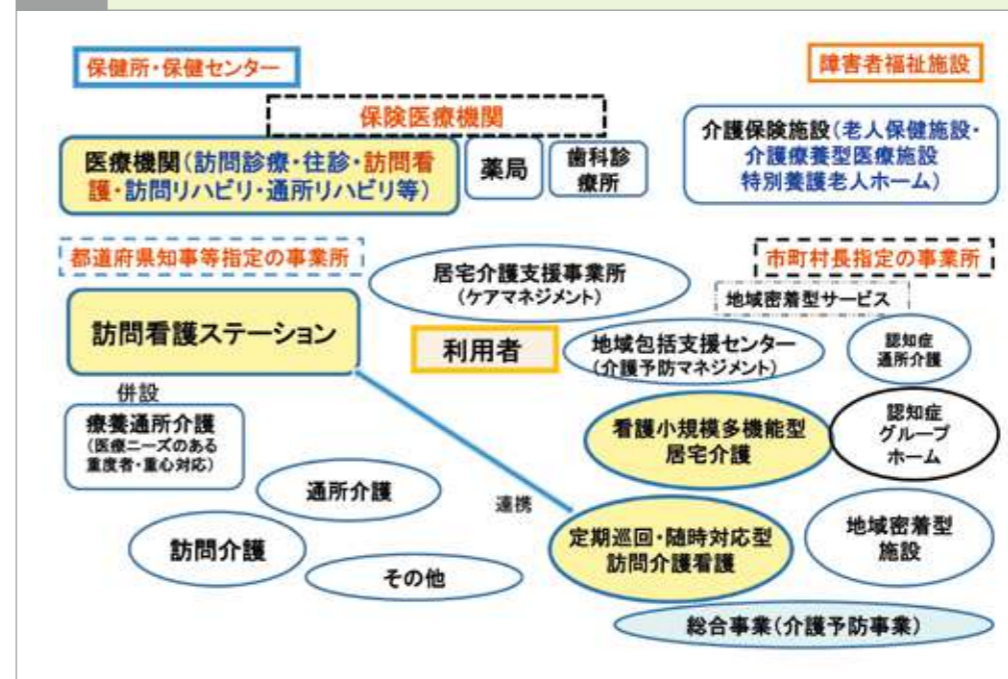
3-4) 看護小規模多機能型居宅介護 (みなし指定の訪問看護事業所)



市町村長が指定する地域密着型サービス。小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスで、医療ニーズの高い要介護者を利用者とする。利用定員は29人以下で、その場合の通いサービスの利用定員は18人以下となる。管理者、介護支援専門員を配置し、日中通いサービスは利用者3人に対して1以上（そのうち1人以上は看護職員）とする。訪問サービスは2以上（そのうち1人以上は看護職員）などで、従業者のうち、常勤換算看護職員は2.5人以上必要とするが、指定訪問看護事業所との兼務ができる。

124 看護サービスの提供に際し、主治医から指示書が交付される。主治医とは計画書・報告書で連携する。

3-5) 訪問看護等在宅ケア提供機関



訪問看護等在宅ケア関連の機関である。訪問看護提供機関は、訪問看護ステーションの他に、病院・診療所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護がある。市町村が地域支援事業の一環として実施するサービスに総合事業がある。予防給付から外れた「介護予防訪問介護」が「訪問型事業」となり、「介護予防通所介護」は「通所型事業」となる。その他、配食サービスなどもある。利用者は介護認定審査会を経ることなく「基本チェックリスト」に基づき、総合事業対象者となると、サービスが利用できる。

4-1) 訪問看護師の活動

訪問看護師は、多様なニーズのある人とその家族のQOL(またはQOD)の向上をめざし、

- ①健康状態を観察して、疾病や介護状態の予防・悪化防止
- ②在宅移行支援
- ③在宅療養生活支援
(緊急対応・24時間体制、症状マネジメント)
- ④エンド・オブ・ライフケア等を

本人・家族・介護職員・医師等医療従事者と協働してチームで行います。

訪問看護師の活動は本人のみならず家族も対象として、予防、在宅移行支援、在宅療養支援、そして在宅看取りを行う。24時間体制で緊急訪問も行い、特に医師との連携を密にしながらい在宅医療を担う。特に経験がある看護師は、細かい症状の変化も観察し、医師に報告・相談するなど、密な連携で在宅療養者を最期までみまもる。

10 ①訪問看護の「予防」の機能を発揮



在宅療養者に限らず認知症のグループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅などの入居者に対しても、慢性疾患や障がいなどの悪化防止に努める。

看取りの後の遺族訪問も介護予防、疾病の悪化防止に重要である。特に高齢夫婦世帯で夫が遺族となった場合、閉じこもりがちになり、食事摂取も不十分、降圧剤などの飲み忘れなどの状況になりやすい。訪問看護師は、訪問してグリーフケアを行い、本人を支え、主治医に報告するなど、介護予防、健康状態の悪化防止を行っている。

褥瘡などは予防が第一で、そのために訪問看護師が栄養状態や動作などのアセスメントから相談支援を早期に進めることが重要で、主治医との協働が欠かせない。

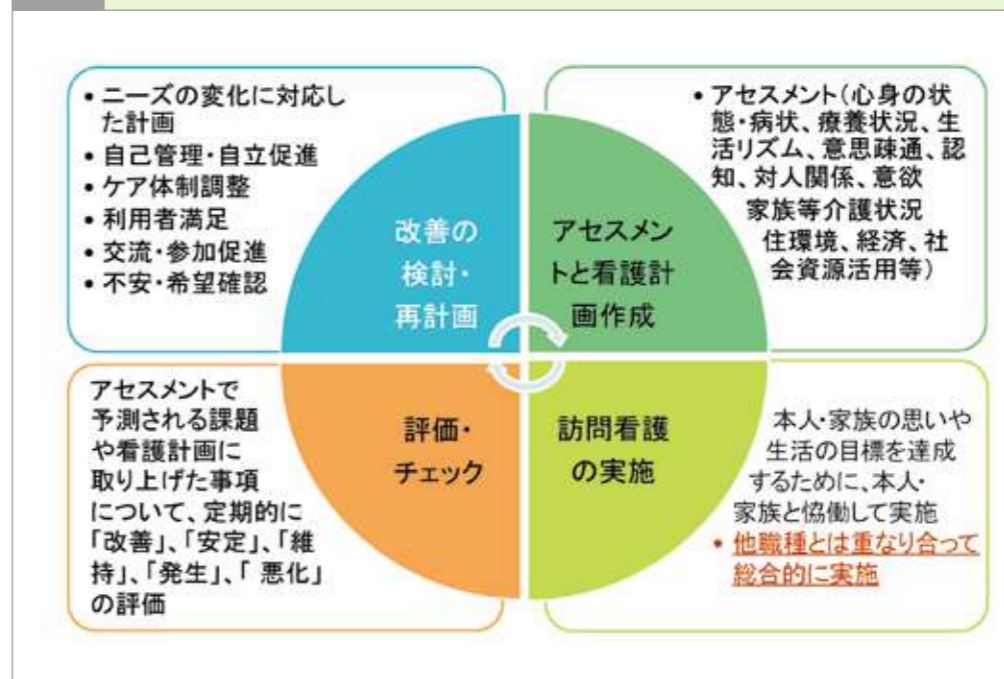
11 ②在宅移行支援における役割



病院から退院して、在宅療養への切り替えは、医師同士の病診連携が重要で、退院患者も訪問看護師も安心して在宅療養環境を整えることができる。がん末期などでは退院時期が遅くなると、わずかな期間で看取りとなる。できるだけ、わが家での生活が長く続けられるように、早めに退院させて訪問看護師など在宅医療チームに任せて頂きたい。

医療と生活の両方に関わることができる訪問看護師が、24時間体制で在宅医療・ケアを担う。病院に入院中には訪問看護師が出向いて退院時共同指導ができ、退院日の訪問看護や退院翌日から2週間の特別訪問看護指示書の交付による毎日訪問もできる。在宅は「すぐに行きます」と言ってもなかなか行けない。本人・家族の潜在能力を見つけ、引出し発揮して頂けるように自己管理能力を支える。利用者が最期まで生きられるよう、多職種が重なり合って支援できるチームケアをめざす。

12 ③在宅療養生活支援(訪問看護過程)

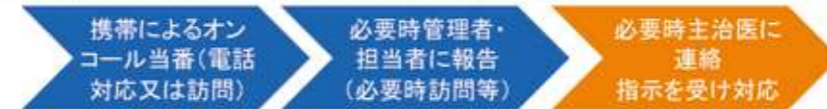


在宅では慢性的な状態の症状マネジメントが主となるが、がん末期、重症児など重症度の高い在宅療養者も多い。心身状態、病状、家族、療養環境などアセスメントを徹底して課題を導き出し、看護計画を作成して看護を行い、成果を定期的に評価するなどの看護過程を展開する。訪問看護ステーションが多い地域では在宅看取りが多いことや、訪問看護ステーションが受け皿として整備されてきたことで在院日数を短縮できるなど、成果を上げている。

13 (参考) 在宅療養生活支援 訪問看護における病状変化・急変時対応

- ◆利用者の健康状態が急激に悪化して緊急性が高い＝急変
- ◆予測される場合は急変とは言わない?
エンド・オブ・ライフケアでは、予測されるなかで起こる症状の変化

○家族や主治医から緊急訪問を要請されたとき



※訪問看護師には電話での対応力と判断力が一層問われる。
※通常の訪問看護の質が問われる。家族や介護職員と予測される状態や病状変化時の対応を共有し連携を密にする ⇒緊急訪問は少なくなる!

○ケア中の事故・急変



24時間体制では、携帯電話によるオンコール体制がほとんどである。訪問してから、主治医の指示を受けて対応することもあるが、救急車での搬送などもある。特に看取りでは、多職種がケアのプロセスを共有することが重要となる。訪問した介護職員が「急変」ととらえ、救急車出動要請にならないようにする。ケア中の事故では転倒が最も多い。訪問看護の研修などでリスクマネジメントの徹底を図っている。

14 ④在宅での看取りの実際（訪問看護師）

◆訪問看護師のアセスメントと訪問看護計画作成

○身体面のアセスメント(フィジカルアセスメント)

例:痛みなどの症状、ADL、IADL、食事・排泄・呼吸など

○精神面のアセスメント

例:不安・抑うつ、孤独感、いらだち

○社会生活面のアセスメント

例:仕事、人間関係、家族関係、療養環境等

○スピリチュアル面のアセスメント

例:人それぞれの価値観、希望と絶望、宗教など

◆症状マネジメント、緩和ケア、臨時応急の手当て、家族等支援

◆多様なニーズに対応するための多職種協働

○主治医との連携を密にし、症状等の連絡・相談ができる体制

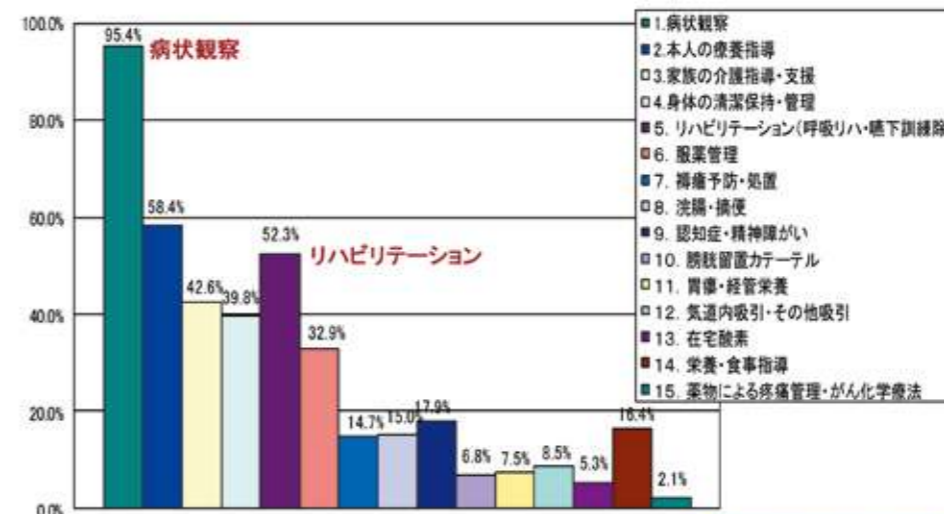
○身近に頻りに状態観察ができる家族や訪問介護職員との密な情報交換

⇒急変の不安を軽減し、予測される事態への対応力を強化するための支援

どのような状況にあっても寄り添い続ける

看取りの過程では、たとえ医学が見放しても、訪問看護師は最期まで寄り添い続ける。

16 4-2) 訪問看護の内容（複数回答）



※訪問看護ステーションの利用者数:418,629人の看護内容
(医療処置に係る看護は全体の63.3%)

緊急時対応は8.9%ある

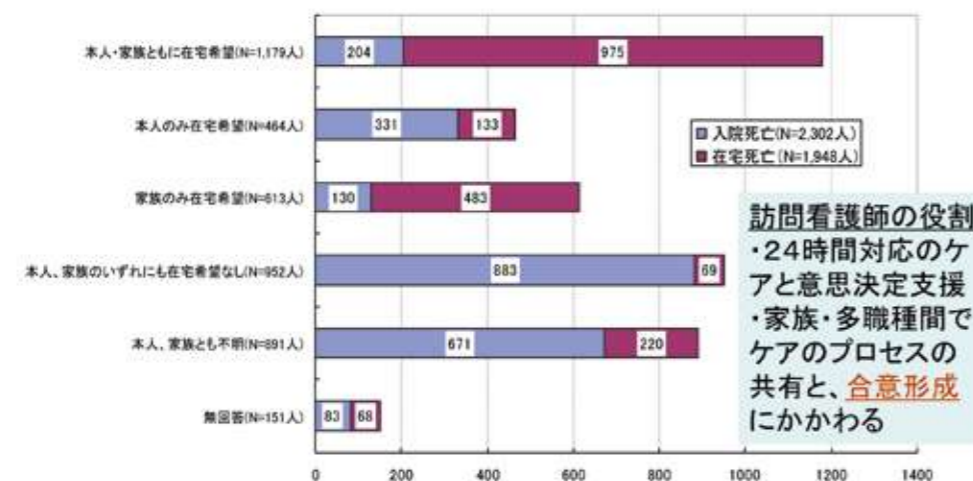
資料:厚生労働省「平成25年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」より作成

病状観察はほとんど100%実施しており、地域ではリハビリテーションニーズへの対応も多くなっている。訪問看護師は本人や家族の持てる力を見つけ、引出し、発揮できるように療養生活や介護に関する相談支援も行っている。

一方で、24時間体制で緊急時対応も行いながら、頻回な訪問による在宅医療を担う看護が増加しつつある。例えば、がん末期、精神疾患のある在宅療養者、重症児、看取り期などである。

15 (参考) 本人の希望を尊重し在宅看取りへの合意形成

本人より家族等の意思で決まる在宅看取りの実態



訪問看護師の役割
・24時間対応のケアと意思決定支援
・家族・多職種間でケアのプロセスの共有と、**合意形成**にかかわる

※平成16年度老人保健健康増進等事業「訪問看護利用者における終末期ケアに関する調査」
(財団法人医療経済研究機構)のデータをもとに厚生労働省において作成されたものを改変

本人が在宅での最期を希望しても、家族が対応できず病院で死を迎えることが多い。主治医から入院を勧められて、病院で死を迎えることもある。これから独居が増えると、いかに近隣やボランティアを巻き込み、医師、看護師など多職種協働でみまもっていくかが重要となる。訪問看護師は医療・介護の連携の要となりチームがより良い看取りに向かうように黒子的な役割を果たす。遺族は、悲しみの中にも看取った後の達成感や感謝の気持ちを話すことが多い。

17 5. 安全な在宅医療の実践

●主治医からの訪問看護指示書による連携

⇒必要時主治医に内容確認
治療上、主治医が必要とする情報は何かを確認し、経過報告

●訪問看護計画書・報告書の作成・提出

⇒定期的に主治医に提出、看護の評価

○在宅療養者および家族の不安、希望、できること等を良く聴き、在宅医療のプロセスを共有する。医師と在宅療養者との橋渡し

⇒主治医への情報の提供・プロセスの共有・報告・相談

○必要十分な衛生材料、安全性の高い機材等の使用

⇒主治医への情報の提供・衛生材料等の確保

○プロトコール、マニュアル等の整備・活用

⇒主治医との連携に活用、訪問看護ステーションの質向上に活用

○地域ケア会議、研修会等に参加し、在宅医療関連情報の共有

⇒地域包括ケアシステムに積極的に参画

地域で暮らす人で、医療と介護の必要な人、それは看護の必要な人である。小児から高齢者まで全ての人が最期まで住み慣れた地域で生き生きすることを支援するため、看護力を発揮したい。

18 (参考資料) 別表第7 (基準告示第2の1に規定する疾病等)

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、
脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))、
多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳変性症、シャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライゾーゾーム病、副腎白質ジストロフィー、
脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、又は人工呼吸器を使用している状態の者

20 続き

Ⅲ 訪問看護の質の向上

1. 健康の維持・回復、生活や穏やかな人生の最終段階を支える視点を持つ専門家の育成
 - 在宅ターミナルケア、緩和ケア ●認知症
 - 精神科疾患 ●重度心身障害児 ●退院支援等
2. 看護の専門性を発揮して多職種と協働
 - 多職種と共に学び、考える場づくり
3. 訪問看護ステーション管理者のマネジメント力の向上
 - 管理者研修の充実
4. 看護基礎教育への対応強化
 - 教育機関との協力体制 ●在宅看護論の実習指導力

Ⅳ 地域包括ケアへの対応

1. 国民への訪問看護の周知
 - 訪問看護の機能・役割の情報発信
2. 地域包括ケアシステムの構築
 - 地域ネットワークづくり ●市町村の事業や会議への参加
3. 地域での生活を包括的に支援する訪問看護ステーションの機能強化
4. 訪問看護の立場からの政策提言
 - 政策策定プロセスへの参加 ●地域特性に合った政策提言

19 (添付) 訪問看護関連団体の活動 (訪問看護推進連携会議)

訪問看護推進連携会議を構成する3団体(日本看護協会・日本訪問看護財団・全国訪問看護事業協会)が「訪問看護推進10ヵ年戦略」を見直し、「訪問看護アクションプラン2025」を作成しました。Ⅰ～Ⅳを 紹介します。

Ⅰ 訪問看護の量的拡大

1. 訪問看護事業所の全国的な整備
 - 地域偏在をなくす ●24時間365日体制 ●規模
2. 訪問看護師の安定的な確保
 - 目標15万人 ●新卒看護師確保 ●WLB
3. 医療機関と訪問看護ステーションの看護師の相互育成
 - 人材育成 ●人事交流

Ⅱ 訪問看護の機能拡大

1. 訪問看護の提供の場の拡大
 - 介護施設やグループホームの訪問看護
2. 訪問看護事業所の機能の拡大
 - 機能強化型訪問看護ステーションを二次医療圏に1か所以上 ●療養通所介護の拡充
 - 住民への予防活動等
3. 看護小規模多機能型居宅介護の拡充
4. 訪問看護業務の効率化
 - ICT活用による他職種との情報共有 ●業務効率化

【引用情報】

- 2015年版 訪問看護関連報酬・請求ガイド。日本訪問看護財団，2015。
- 訪問看護業務の手引き 平成27年4月版。社会保険研究所，2015。
- 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成26年介護サービス施設・事業所調査の概況（平成27年10月22日）
- 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成25年介護サービス施設事業所調査（平成27年3月16日）
- 佐藤美穂子，他：系統看護学講座 統合分野 在宅看護論。医学書院，2015。

各職能団体の役割およびかかりつけ医との連携のあり方

ii) 訪問リハビリテーション

宮田 昌司

要旨

訪問リハビリテーションは質の高い在宅療養を支える重要なサービスの一つである。療法士が生活の場に向いて生活機能の維持・向上などを図るもので、身体機能向上を目的とする機能訓練の提供という一義的な内容だけではない。あくまでも、リハビリテーション医学の理念に基づいており、障害が固定し重度の介護状態であっても、より安楽にまた、充実してその人らしく暮らす工夫、方法を専門的知識・技術・マインドを背景に助言、指導を行っていくものである。なお助言、指導は本人(利用者)・介護家族に対してだけでなくケアに関わる全ての職種に対して行うものであり、多職種の協働が原則となることはいままでもない。

さて身体機能が回復基調にあるときには、一定期間を設定した頻回の集中的な訪問介入による機能向上を目的とするが、障害が固定され身体機能の維持段階の訪問介入ではより快適に、さらに介護家族の介護負担を軽減し、安定した状態で日常生活を継続していただくことが目的となる。それぞれ個人の障害の程度と生活環境を勘案し、いかに生活しやすくするかという視点での介入となり、人の生活に関わり続けることが重要である。

なお、平成27年度の介護報酬改定により、「活動と参加」が強調され主治医の関与がより強く求められるようになった。訪問リハビリテーションサービスでは、リハビリテーション計画の主治医から利用者への説明が求められている。特に「今後の生活の展望と当面の目標(ゴール)」を医学的見地から説明していただくことが大切といえる。また、現場の療法士からは、立ち上がり、歩行などの基本動作や入浴、排せつ、食事といった日常生活活動における医学的リスクの具体的な情報や、運動療法を実施する上での留意点を伝えていただきたいと願っている。

内容

1. 訪問リハビリテーションの実際 ～概念・利用者の概要など～
2. 生活機能・生活障害の捉え方
3. 訪問リハビリテーションの役割と意義
4. 多職種連携・協働 ～医師との連携 介護職との連携など～
5. 訪問リハビリテーションの課題とこれから

1 訪問リハビリテーションの概念①

・医療保険制度による規定

在宅療養を行っている患者(中略)であって、かつ通院が困難なものに対して診療に基づき計画的な医学管理を行い、かつ当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士を訪問させ基本動作能力、若しくは応用動作能力又は社会適応能力の回復をかけるために訓練等を……

「訪問リハビリテーション」は、医療保険制度、介護保険制度に、それぞれ位置付けられているので、訪問リハビリテーションの概念を知るには、両制度上の規定を参考にするとよい。

医療保険制度上では、在宅療養している患者に対し医師の計画的医学管理下に療法士に指示し訪問させるというものであり、PT(理学療法士)、OT(作業療法士)、ST(言語聴覚士)の3職種が明記されている。生活の場における、機能回復訓練、社会適応能力の回復訓練等により、日常生活の自立を支援することが最も重要な目的となる。しかし、仮に回復を見込めない病態であっても、その人らしい尊厳ある生活が維持できるように、専門的知識、技術、マインドをもって、支援している。いわゆる保険医療機関として診療所や病院から訪問することとなる。

2 訪問リハビリテーションの概念②

・介護保険制度による規定

居宅要介護者(主治の医師がその治療の必要性の程度につき厚生労働省の定める基準に適合していると認められた者にきぎる)について、その居宅においてその心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーションを……

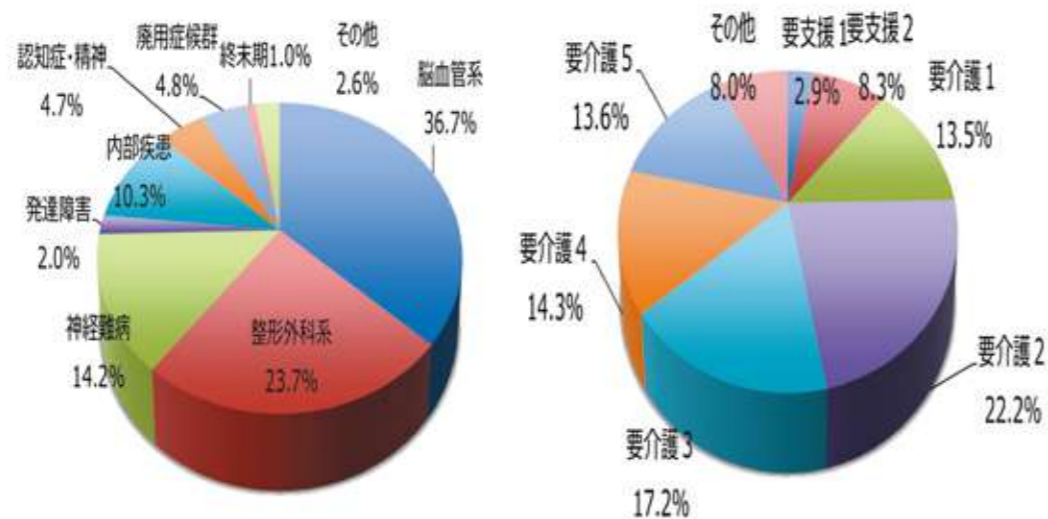
(介護保険法第8条第5項)

介護保険制度上の規定では、居宅・要介護者と明記され、介護保険認定手続きを経た者という意味において、医療保険と比較するとその対象は限定されている。「その居宅においてその心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーション」(介護保険法第8条第5項)と表現されているのは、介護保険制度が施行された平成12年当時にはST(言語聴覚士)の参画がなかったからである。

平成18年の介護保険制度の改定によって、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の3職種が揃って訪問リハビリテーションに関わることとなった。要介護認定者の居宅に訪問し、可能な限り、居宅で能力に応じ自立した生活を営むことができるように生活機能の維持、もしくは向上を図ることを目的とされ、介護保険制度の基本理念である自立支援が重要な役割といえる。

制度上は医療機関(病院・診療所・介護老人保健施設)が「訪問リハビリテーション」の提供施設である。他に療法士の居宅訪問サービスは訪問看護ステーションからの訪問看護の一環としての療法士の訪問リハや、通所リハの利用者で在宅生活に課題があるものに対する療法士の訪問などの提供が位置付けられている。

3 利用者の主たる原因疾患と要介護状況

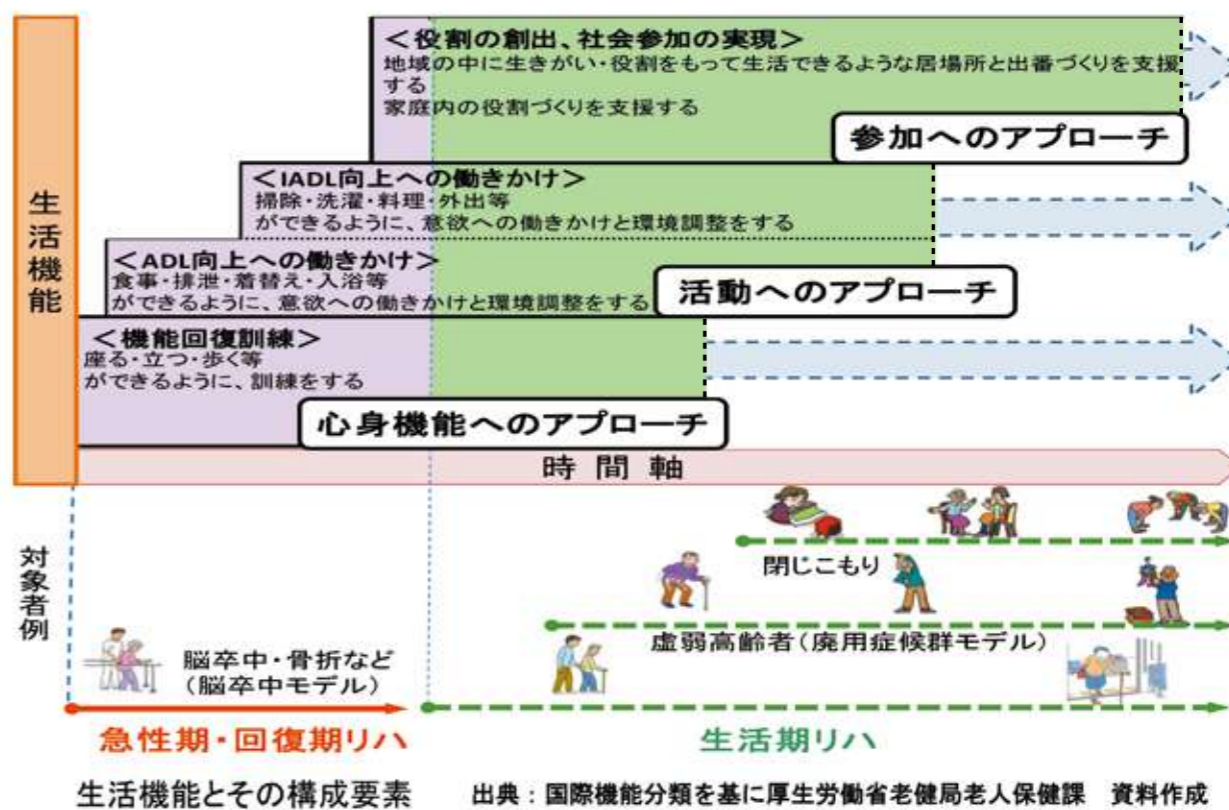


出典：平成26年度 一社)日本訪問リハビリテーション協会 会員調査

訪問リハビリテーション対象者の原因疾患は脳血管障害と整形外科疾患が6割を占める。その他、いわゆる神経難病や内部疾患の順に多い。ここに発達障害とあるのは、対象者が介護保険対象者に限られないからである。

一方 介護保険対象者に限ると、介護度別では2、3、4、で約4分の3を占め、比較的状态像が軽度なものと寝たきりなど重度なものは訪問リハビリテーションの対象となりにくい傾向がある。その背景への検討も必要と考えているが、軽度者は通所リハビリ施設の利用が多いのではないかと推測される。

4 生活障害の捉え方



厚生労働省が作成した国際機能分類（ICF）に基づく生活機能とその要素の概念図を示す。

時間の経過に伴い、生活機能の構成要素へのアプローチは、心身機能主体のアプローチから活動と参加へシフトしていく。急性期・回復期リハについては主として病院などの医療機関で行われ、生活期リハが在宅や居宅施設などで実施されていると考えられる。従って、訪問リハビリテーションは、生活障害と向き合い、その解決方法を示しながら、目標を明確化して実践することとなる。

心身機能へのアプローチ手段は、機能回復訓練が主であり、活動へのアプローチは日常生活活動（ADL）や手段的日常生活活動（IADL）への働きかけといえる。参加へのアプローチは家庭や社会での役割の創出や社会への参加の実現を目標にこれを支援し、リハビリテーションの思想ともいえる復権の医学を具現化していく場面といえる。

5 訪問リハ・状態像別役割

- 脳卒中モデルの場合（脳卒中や骨折等）
 - ・急性期、回復期リハを引き継ぎ、在宅医療導入期（移行期）に生活の安定化支援を行う
 - ・心身機能向上のアプローチから活動と参加へのアプローチへ
- 廃用症候群モデル
 - ・虚弱高齢者やいわゆる閉じこもりによる生活が不活発な方々に心身機能の向上と活動量を高め、社会参加を促す支援を行う
- 神経筋疾患等の場合
 - ・徐々に身体運動機能が低下するが、可及的に廃用を予防し、常に生活に希望が持てるように支さらに、療養環境整備によって生活障害を最小限にする。
例えば福祉用具の導入や住宅改造の助言などを行う。

訪問リハビリテーションの対象となる代表的な疾病別に概説する。

脳卒中モデルなど、急性発症し生活機能障害を生じる疾病の多くは入院中に心身機能とADL改善への働きかけを行い、退院後は心身機能から活動・参加へとアプローチを変えていくことになる。

廃用症候群モデルは、フレイルや閉じこもりなど環境因子の関与も大きく、可能な限り在宅生活を継続しながら、病態像に応じて、心身機能の向上を図り、さらに活動性を高め、社会参加を促すことが目標となる。

神経筋疾患などにおいては、徐々に身体機能が低下させる経過をたどることが多く、廃用症候群を予防し、療養環境整備によって生活障害を最小限度に保つアプローチを継続する。例えば、電動車いすの導入により外出が容易になったり、コミュニケーションツールとしてパソコンを活用したりすることで、社会との交流の場を提供することも可能となる。

6 訪問リハビリテーション・4つの機能

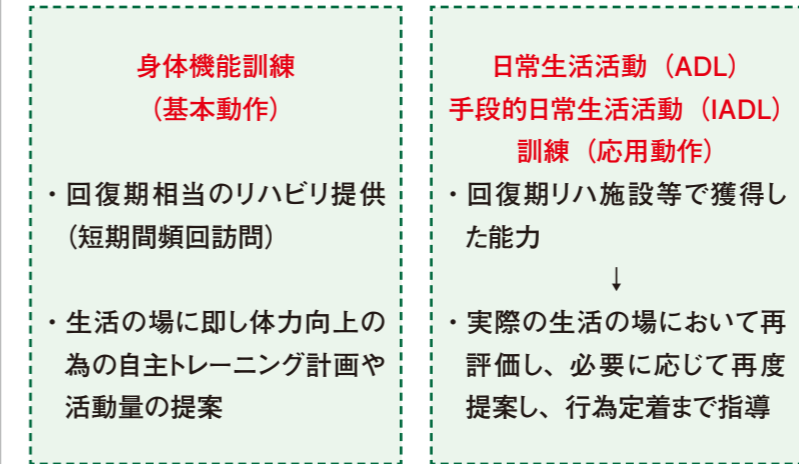
- 1) 生活場面において心身・生活機能の向上・維持を行う
(therapy)
- 2) 生活環境との心身機能との関係調整を行う
(coordination)
- 3) 生活活動の活性化と社会参加を促す
(guidance)
- 4) 本人・家族や多職種へ評価・助言を伝え協働してリハビリテーションを促進する
(management)

訪問リハビリテーションには役割について、以下の4つの機能に整理してみると、理解しやすい。

- 1) 生活場面において心身機能の向上・維持を行うために治療者として関わる。
- 2) 生活環境との心身機能との関係性の調整役として関わる。
- 3) 生活活動の活性化と社会参加を後押しする支援者の一人として関わる。
- 4) 本人・家族や多職種へ評価・助言を伝え協働してリハビリテーションを促進するリハビリテーションケアの管理者として関わる。

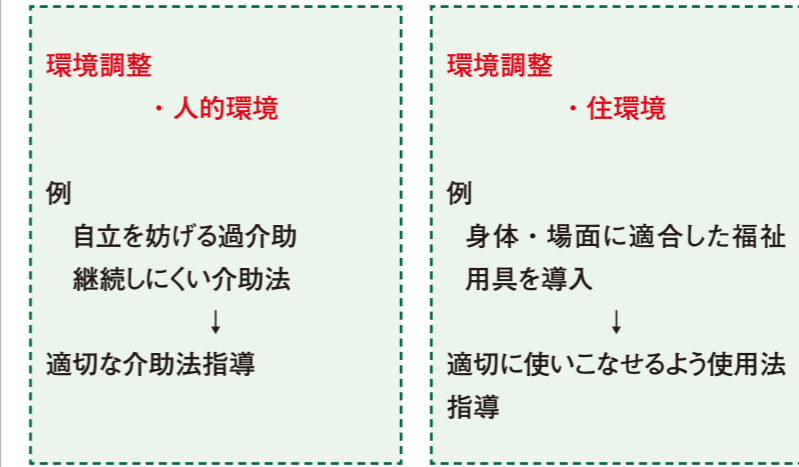
これらを以下のスライドでさらに詳しく説明する。

7 1) 生活場面における心身・生活機能向上維持



- 身体機能訓練：生活の場に合わせた筋力やバランス能力の向上などを目的とした訓練を療法士が直接的に提供するとともに利用者自身がセルフコントロールできるように個々の状態に合わせて自主トレーニングの指導を行う。
- 日常生活活動訓練および手段的日常生活訓練：入院中のADL訓練はあくまでシミュレーションであり、いざ退院して実生活を開始するとさまざまな困難に遭遇する。
ここに訪問リハビリテーション本来の大きな役割があり、次に述べる療養環境整備も含め、退院時に獲得したADL (IADL) 能力を最大限発揮できるように丁寧な関わりが求められる。

8 2) 生活環境と心身機能の関係調整



生活環境を人的環境と住環境と整理して概観するとわかりやすい。人的環境とは本人を取り巻く人間関係で、家族、介護者（いわゆるケア提供者）、医療者などであり、住環境は住まいを含む活動範囲の物理的環境である。いずれも、個性が高く、心身機能のレベルと環境との組み合わせで生活のパフォーマンスが大きく変わる。このため、心身機能と環境の調整は大変重要で、ICFにも環境は独立した因子として取り上げられている。

人的環境に対しては、介護者が過介護であれば本人の能力向上の機会が削がれ、自立支援は妨げられ、生活機能は向上は期待できない。これらに対して運動・生理学に基づいた適切な介助法などを助言・提案することとなるが、生活歴や、介護者との関係性、当事者のパーソナリティなどへの配慮が必要といえる。住環境に対しては、暮らしの場面において心身機能を評価し適切な住環境を提案するとともに、福祉用具など実際に本人や介護者が使えるように定着するまで指導することとなる。例えば、介助量軽減のために、リフトの導入をする場合があるが、介助量が軽減される反面手順が増え介助者にとっては時間を割かれる。また、高齢介護者によっては機器使用がなじみにくい場合もあるなど、細かい配慮・指導が必要である。

9 3) 活動の活性化と社会参加



頭頸損傷 四肢麻痺 男性 要介護5

脳梗塞 左片麻痺・空間失認 男性 要介護5

退院後に障害の軽重にかかわらず、社会で活動することに躊躇し、閉じこもりになってしまう例も少なくない。入院中には、個人の価値観や人生観まで配慮した助言指導が難しい場合も多い。訪問することによって、信頼関係が深まると、生きがいや生き様に触れることができるので、地域資源を把握した上で、個別の興味や心身機能にあわせて、活動と参加を提案していく。

スライド左は80歳代男性、頸損による四肢麻痺（C5レベル以下）で要介護5と認定され、日常生活は全介助レベルである。認知機能の低下はないが、約2年間、外出は月1回の病院通院のみであった。訪問リハを通して、残存能力を最大限に引出し、老人会での体験談講演をきっかけに、趣味だった写真撮影に関心を示した。仲間の助けを借り、特殊スイッチを使い屋外で撮影に出かけるに至り、社会参加への意欲が高まったといえる。

スライド右は60歳代男性。脳梗塞後遺症により左片麻痺、空間失認をみとめ、要介護度5レベルである。発病後1年近く入院後自宅退院し閉じこもりの生活であったが、訪問リハにて体力の向上を図りながら、地域のイベント参加をきっかけに、活動性が徐々に高まり、老人ホームの施設長を務めた経験を生かし、自主グループを主催し、代表を行うようになった。

10 4) 評価・見立ての伝達と多職種協働



ホームヘルパーと自立を促す介助法について検討



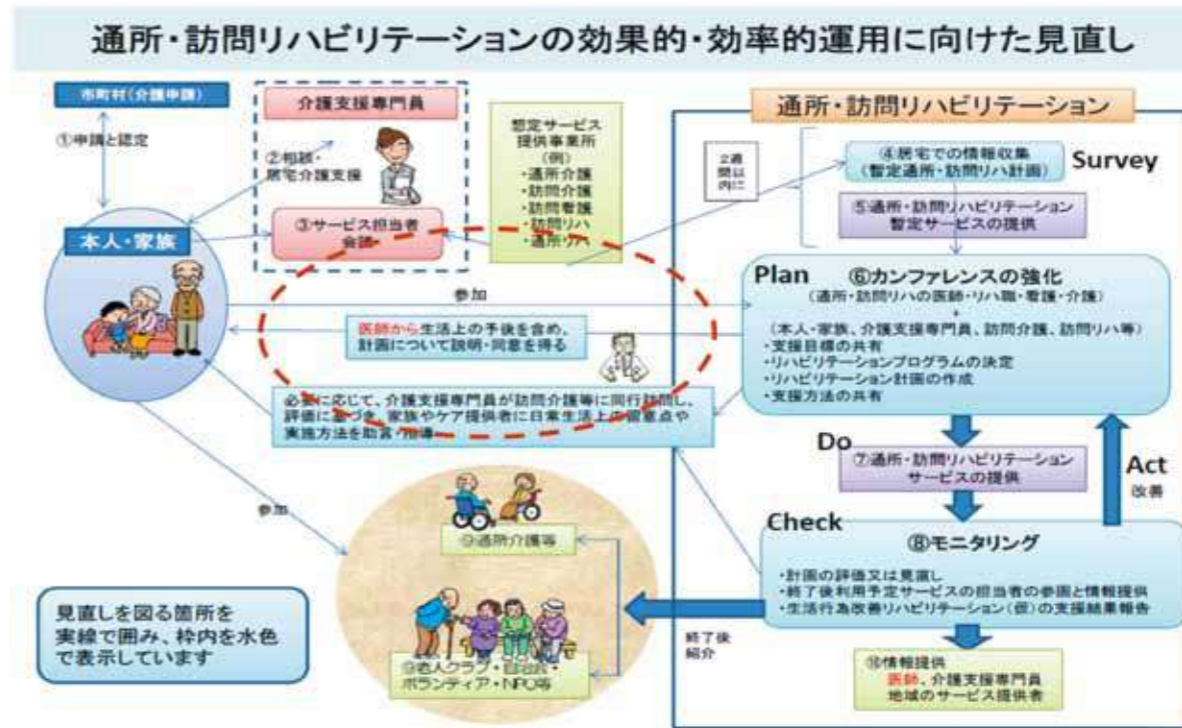
福祉用具業者と昇降機の設置を検討

療法士自身の訪問を通して利用者や家族と十分な時間を共有することができるが、リハビリテーションの目標達成をはかするためには、在宅ケアに関わるさまざまなステークホルダーと連携・協働しなくてはならない。

スライド左はホームヘルパーとの協働例である。訪問の場面で同席し、実際のトイレ場面で下衣の上げ下げ、立ち上がりなどを確認し、利用者能力を生かす介助法について、専門的な立場から助言している。

スライド右は福祉用具業者との協働例である。利用者は車いす生活であり、玄関のバリアを改善するために、昇降機の導入を検討しているので、専門的な立場から助言を行った。

11 リハビリテーションマネジメントの運用・医師との連携

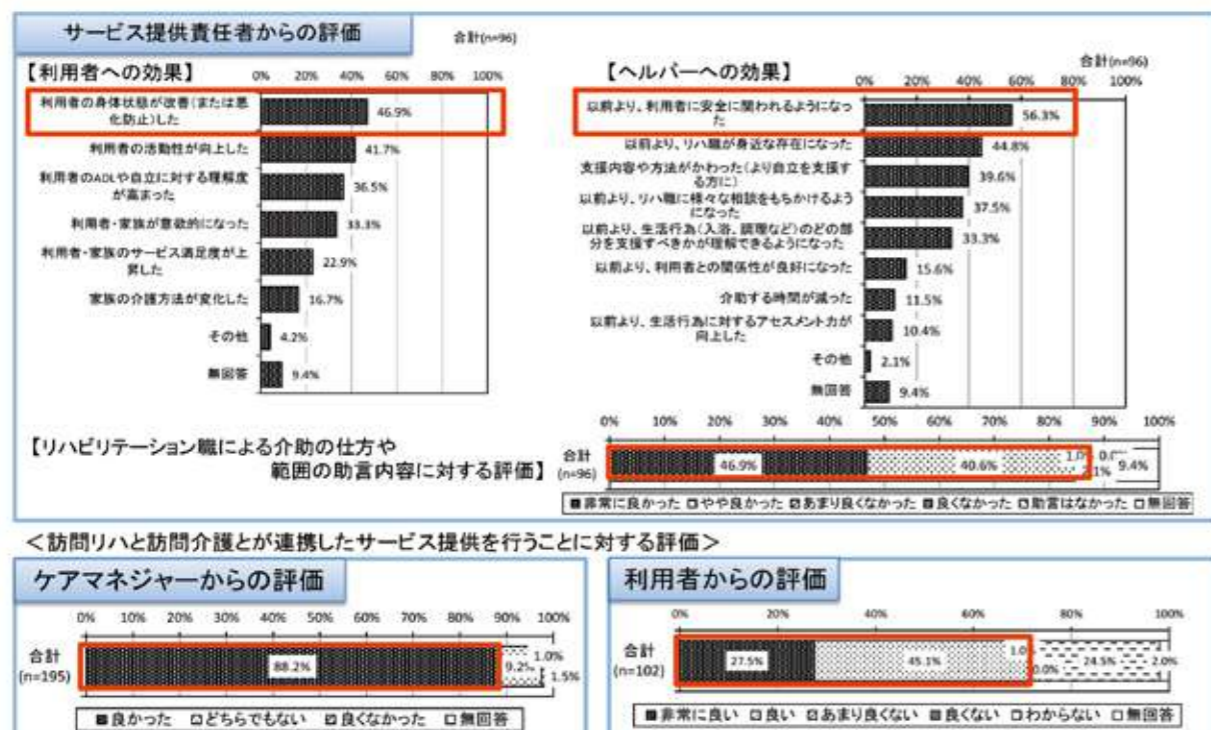


出典：平成26年度社会保障審議会 介護給付費分科会 資料

リハビリテーションマネジメントの運用と医師との連携についての概念図である。在宅医療におけるリハビリテーションは、訪問だけでなく、通所機能も重要な役割を占めるが、ここでは訪問系サービスに力点を置いて概説する。

訪問リハビリテーションの効果的・効率的運用に関してはPDCAサイクルの考え方を応用するとよい。ここでは、医師の役割が明確化されている。リハ会議などのケアカンファレンスを通じて利用者・家族に対し、医学的見地に基づき、疾病障害の予後や生活全体における展望に関して、リハビリテーション計画としての説明が求められている。

12 訪問介護との同席による連携効果



出典：平成24年度介護報酬改定の効果検証および調査研究に係る調査報告書
リハビリテーション専門職と介護の連携に関する調査研究事業

リハビリテーション専門職と介護の連携に関する調査報告書によると、訪問介護との訪問療法士の同席協働により質の高いサービスにつながったという評価を得ている。サービス提供責任者からは、利用者の身体機能改善に役立った、あるいは訪問介護員からは、利用者に安全に関われるようになった、などの意見が聴取され、何より利用者にも満足度の高いサービスが提供されたとの結果で、同席、同行訪問の有用性が示唆されている。

13 訪問リハビリテーションの課題

①療法士の課題

- ・目標設定とサービス提供内容について
- ・PT/OT/STそれぞれの職能の役割分担について
- ・教育体制について

②多職種連携と協働

- ・地域ケア会議等の参加状況はどうか
- ・多職種の理解を得られているかどうか
(医師やケアマネジャー、訪問看護師、訪問介護員など)

①療法士の課題

- ・厚生労働省による、リハビリテーションの目標設定やサービス提供内容についての調査報告書によると、身体機能訓練に偏る傾向があることが指摘されている。今後は、活動や参加についてもより具体的な目標を設定し、さらに広い視野でアプローチをしていくことが求められている。
- ・PT/OT/STの3職種の職能については、本来的には役割が異なり、訪問リハビリテーションの現場においては、それぞれがその職能を最大限発揮したサービスにつながっていると難しい状況である。さらに、地域に関心をもつ療法士は少数派であるが、リハビリテーション医学としての知識と経験を生かし、各自が対象者の自立を支援し、自己実現を手伝い、尊厳ある人生を支えるといった明確な目標を掲げ、地域で何ができるか模索していきたいと思っている。
- ・訪問看護師などの職種に比べて卒後教育や訪問療養士養成システムの整備が遅れている感否めず、職能団体をあげて訪問リハビリテーションのさらなる推進普及に努める必要があると考えている。

②多職種連携と協働

- ・地域ケア会議などへの参加実態が十分明らかでないが、在宅医療領域における訪問リハビリテーションの役割が正しく認識されていると言えない状況もある。
- ・他職種やケアマネジャーに、訪問リハビリテーションへの理解が乏しい場合もあるが、質の高いリハビリテーションサービスを通して、また、多職種の相互理解を深める研修会や事例検討等に積極的に参加するなどして、現場からも理解を深めていく努力をしていきたい。

【引用情報】

●宮田昌司：求められる訪問リハビリテーション機能。MEDICAL REHABILITATION 188：19-26，2015。

各職能団体の役割およびかかりつけ医との連携のあり方

iii) 歯科訪問診療

原 龍馬

要 旨

歯科医療は外来を中心に提供されてきており、要介護者等の受診困難者に対し、歯科医療機関は歯科訪問診療で対応してきた。歯科訪問診療の内容は、通院で行う歯科治療のほとんどを保険診療で提供している。歯科訪問診療での要介護者等からの主訴は、義歯関連と歯周治療・口腔衛生指導が大部分であるが、抜歯などの小手術も可能である。また、摂食嚥下関連の主訴も在宅などでみられるが、状況により専門歯科医師の治療を要することとなる。

課題としては在宅要介護者からの主訴は顕在化されにくく、家族も気が付かないことが多い。訪問診療を必要とされている場合には、歯や口腔にも何らかの問題が高頻度(約8～9割)で存在すると報告されている。このような状況から、医師、看護師等には、歯科の介入により要介護者の食生活が改善されることから、歯科訪問診療の受診推奨にご支援いただきたい。

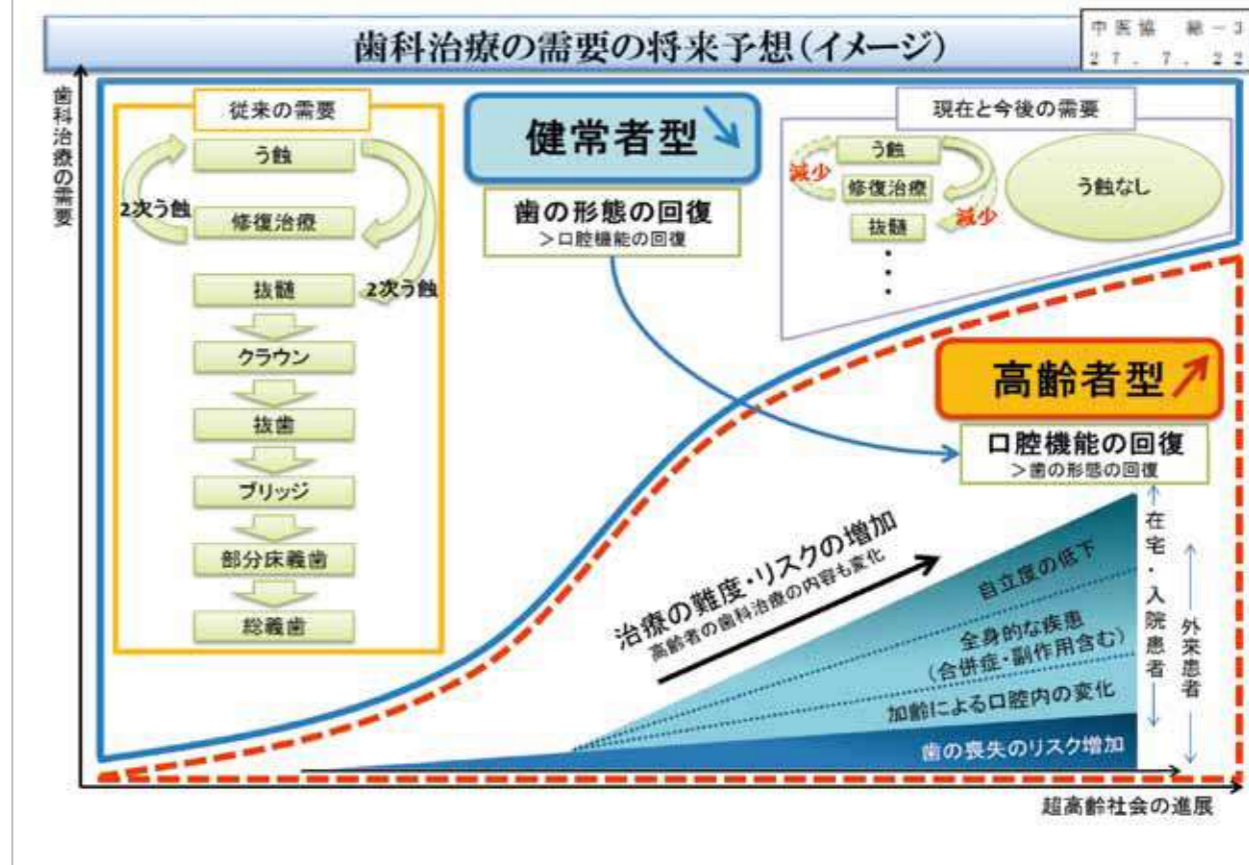
患者の状況によっては、地域歯科診療支援病院等と連携を行うこととなっている。また、介護における通所サービス、施設サービス、地域密着型サービスにおいて、歯科関連のサービスがあり、協力歯科医との連携や歯科訪問診療との連携がなされている。

歯科訪問診療においては、かかりつけ医や訪問看護師からの情報が極めて有用である。また、歯科診療の情報をかかりつけ医・訪問看護師、薬剤師、リハ職、介護職などで共有することで、患者の食べる機能を含め、日常生活をより良い状況で支えることができるものと思われる。

内 容

1. 求められる歯科医療の変化
2. 歯科訪問診療の現状と課題
3. 要介護者に対する歯科医療の効果
4. 歯科訪問診療の実際
5. 地域医療連携と歯科の役割
6. 口の中を診る

1 求められる歯科医療の変化



厚生労働省の示している歯科治療の需要の将来予測をみてもわかるように、硬組織を中心としたう蝕や補綴治療から、超高齢社会において高齢者を中心とした「口腔機能の回復」へとシフトしている。すなわち、自立度の低下、全身的疾患の増加、加齢による口腔内の変化、歯の喪失のリスク増加、等々、治療の難度・リスクの増加(高齢者の歯科治療の内容の変化)に対応しなければならない。

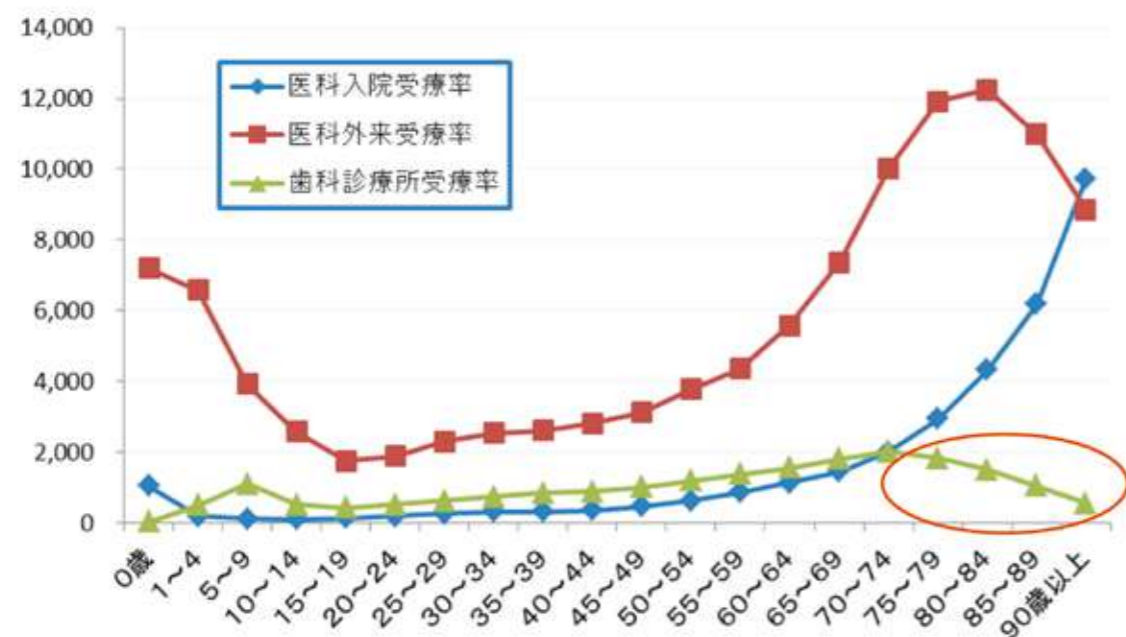
従来までの歯学教育は、修復治療に重きが置かれており、う蝕や歯周病などで喪失したものを補綴する技術を中心とした教育であったといえる。今後は歯学教育や卒業研修も含めて変化することが求められており、時代に合った歯科医療を提供できる体制への変化が重要である。

つまり、歯の形態の回復だけでなく、口腔機能の回復を中心とした歯科医療を通じて、食べる機能の回復や口腔衛生の維持に努めることで、基礎疾患の重症化予防および質の高い生活を支援することが求められている。

2 歯科訪問診療の現状と課題

受療率は：歯科は外来中心であるため入院等により
高齢者の歯科医療の機会は失われている患者調査(2011)

平成26年9月8日
第3回医療介護総合
確保促進会議
和田委員提出資料



受療率を見ると、医科外来患者では、高齢者（特に後期高齢者）になると外来も入院も急増する。しかし、80歳以降は、介護度の高い患者が増えることもあって、外来は少なくなっている。一方、歯科の場合は、歯科を標榜する病院が全国に約2割弱と非常に少ないので、医科疾患などによる入院などで歯科治療が中断されているケースが多いと考えられる。

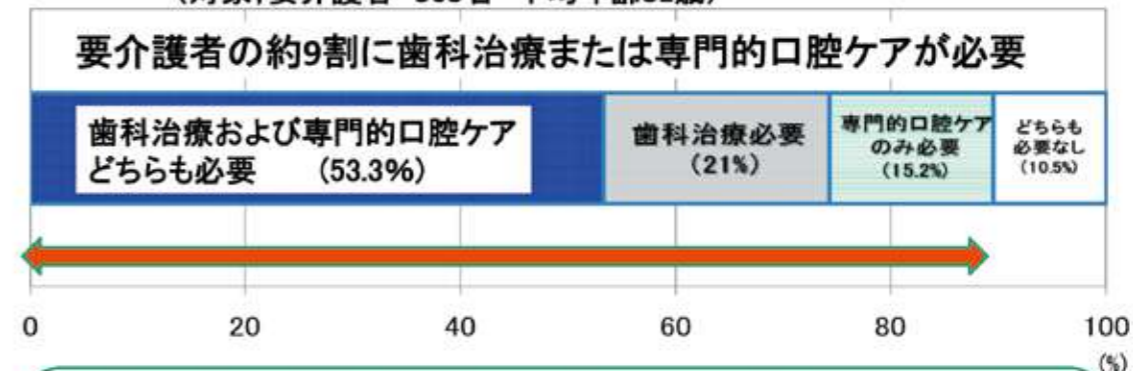
通院が困難になると、口腔内にトラブルがあっても受診行動に移行しないケースが多くなっている。赤丸部分は、歯科的ニーズは非常に高いのに、患者・介護者の諦めと、歯科医療提供が十分でない状況で、需給のアンバランスは著しいことが示されている。在宅要介護者からの主訴は顕在化されにくく、家族も気が付かないことが多いことは、患者調査の受療率からみても明らかである。

3 歯科訪問診療の現状と課題

要介護者の口腔状態と歯科治療の必要性

平成26年9月8日
第3回医療介護総合
確保促進会議
和田委員提出資料

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)2002
(対象:要介護者 368名 平均年齢81歳)



しかしながら実際に歯科受診した要介護者は約27%

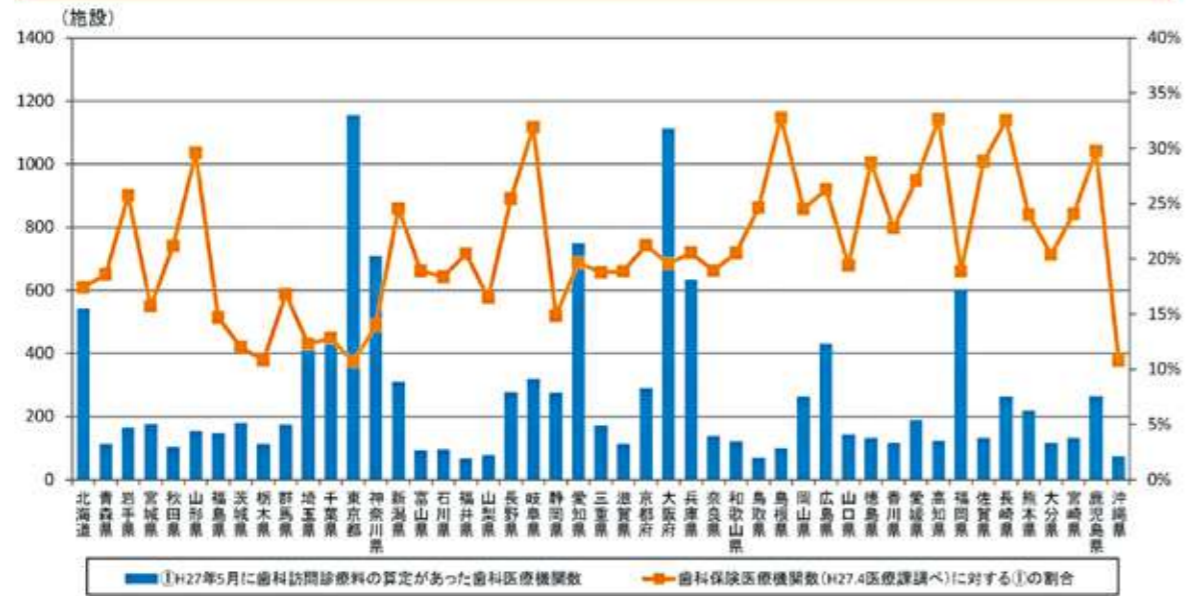
要介護高齢者における歯科医療の需要・供給体制に差がある。

厚労科学研究の結果においても、歯科治療が必要であるにもかかわらず、実際に歯科受診している患者は圧倒的に少ないことが示されている。歯科の場合、口腔衛生指導（口腔粘膜・舌・歯周ポケットの不潔さ予防）と補綴などで修復治療された歯はそのメンテナンスが必要であるが、放置されるとその再修復は困難を極める。ましてや、口腔・全身のフレイルが進んでくると、治療そのものができなくなってくる。歯科は、「疾病予防・重症化予防のための歯科医療・口腔管理」が最重要である。

4 歯科訪問診療の実施状況

中医協 総-2
27.11.11

平成26年度医療施設調査(厚労省:H27.11.19発表)では、在宅歯科医療サービスを実施している歯科医療機関の割合は、全体の20,5%であることが示されており、平成23年度とほぼ変わらない状況であった。



出典：NDBデータ（平成27年5月診療分） 出典：中医協資料・H27.10.7

中医協資料より、平成27年5月診療分データにおいて、全国の歯科訪問診療の実施状況が示された。歯科訪問診療を実施している歯科医療機関は、12,693施設であり、青の棒グラフは、都道府県別の歯科訪問診療料の算定のあった歯科医療機関数である。都道府県別に見ると地域差があることがわかる。

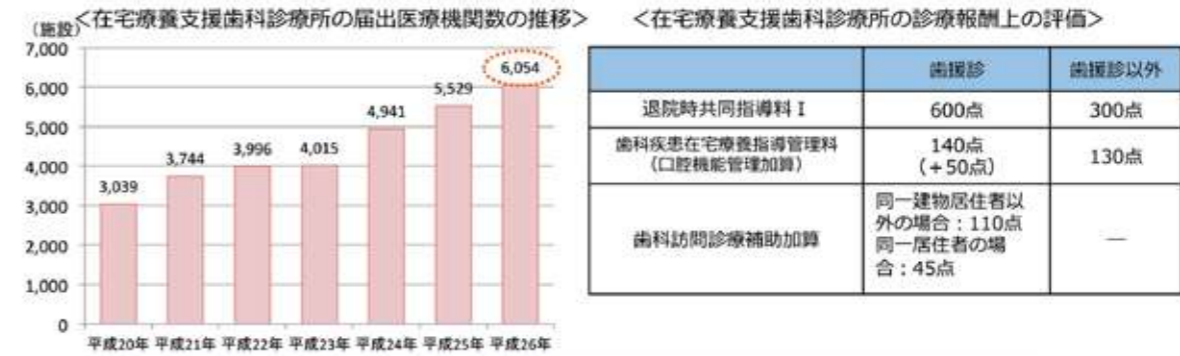
また、平成26年度の医療施設調査結果では、在宅医療サービスを実施している歯科医療機関の割合は、全体で20.5%となっており、平成23年度とほぼ変わらない状況であった。

5 在宅療養歯科支援診療所について

中医協 総-2
27.11.11

○ 在宅又は社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所であり、平成20年度改定時に創設

- 【施設基準】
- 1 歯科訪問診療料を算定していること
 - 2 高齢者の心身の特性、口腔機能管理及び緊急時対応に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
 - 3 歯科衛生士が配置されていること
 - 4 必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者に情報提供できる体制を整えていること
 - 5 在宅歯科医療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること



在宅療養支援歯科診療所は増えているものの、全歯科診療所の約9%にとどまっている

高齢化が進む中、平成18年に在宅療養支援診療所が設置された後、平成20年度の歯科の診療報酬改定において「在宅療養支援歯科診療所」が位置付けられた。その施設基準として、所定の研修を終了した常勤歯科医師の配置や、歯科衛生士が配置されていることなどが挙げられ、さらに、在宅医療を担う、医師、介護および福祉関係者に情報提供できる体制を整えていることなどが挙げられており、在宅医療と連携することが施設基準にも含まれている。また、在宅療養支援歯科診療所の届け出数は、平成21年から3年程度は横ばい状況であったが、施設基準に必要な研修会の充実もあり、平成24年から増加しており、平成26年では全国で6054の歯科診療所が届け出をしている。全国で6000か所を超え、増加傾向であるが、現状で全歯科診療所の約9%に留まっている状況である。

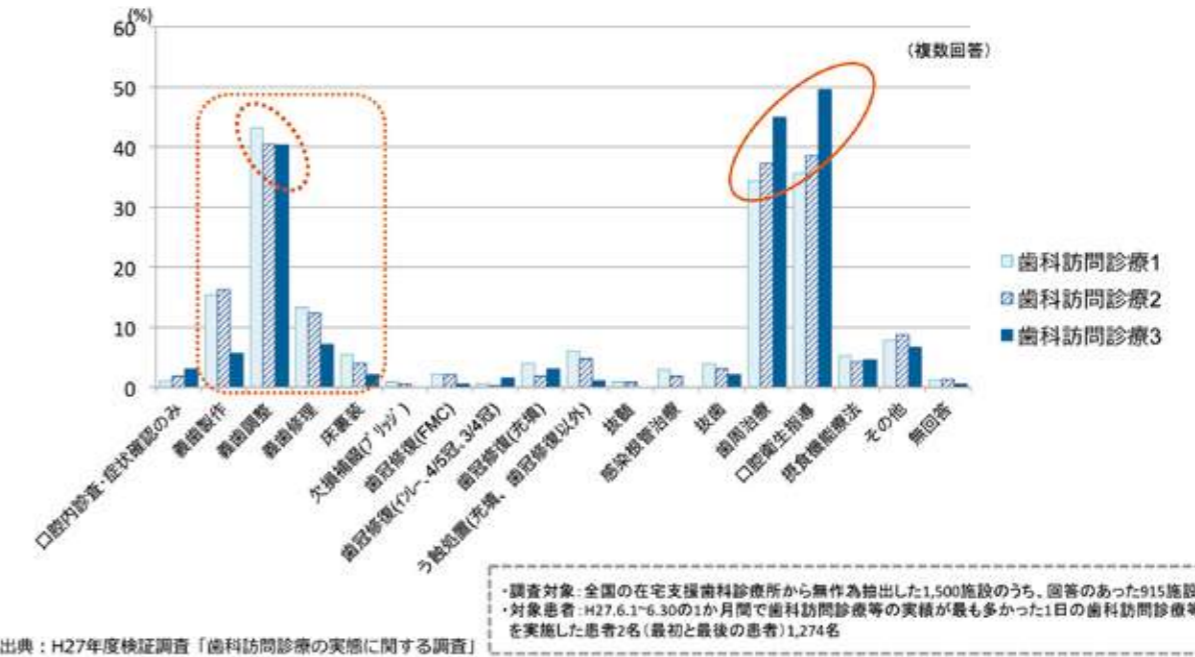
6 歯科訪問診療の内容と訪問先と診療内容



訪問先は、居宅療養、入院、施設入所されている通院が困難な患者が対象である。歯科訪問診療は、歯科医学的診断・評価に基づく、口腔衛生管理、そして、口腔機能管理、歯科治療、摂食嚥下リハビリテーション、また、口から食べることの支援などを主に、生活の場において提供される包括的な歯科医療といえる。訪問診療の内容は、ほぼ通院で行う歯科治療のほとんどを行うことができ、保険診療（医療保険、介護保険）で行っている。要介護者等からの主訴は、義歯関連と歯周治療・口腔衛生指導が大部分であるが、抜歯などの小手術も可能である。また、摂食嚥下関連の主訴も在宅で見られるが、状況により専門歯科医師の治療を要することとなる。このように歯科訪問診療は多くの機材を必要とするケースもあり、車での移動が多いのが現状である。

7 歯科訪問診療の区分と診療内容

- 歯科訪問診療料1～3のいずれの患者においても、義歯調整、歯周治療および口腔衛生指導が行われている割合が高かった(約3～5割)。
○義歯に関する診療内容は訪問診療料1、2が算定されている患者が多く、歯周治療、口腔衛生指導は、歯科訪問診療料3が算定されている患者で多かった。



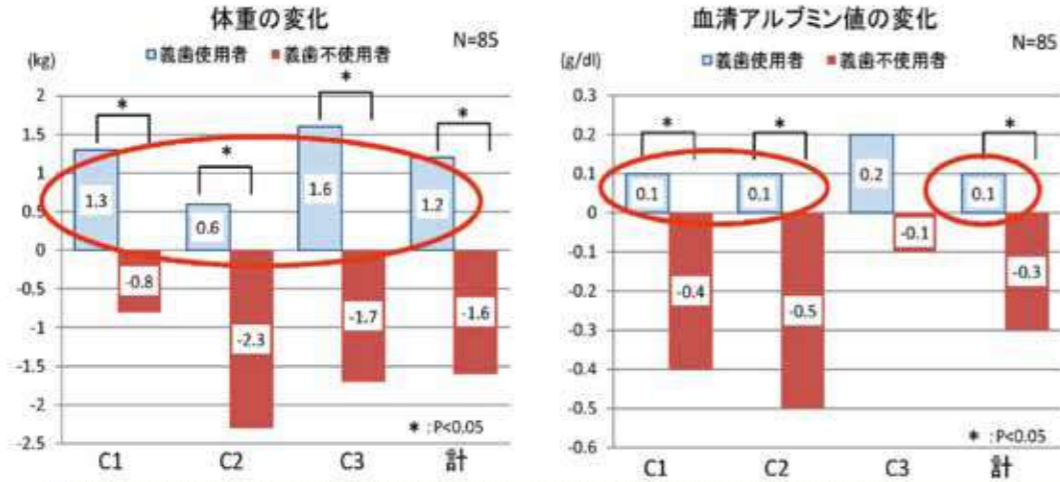
中医協資料（平成27年度検証調査）によると、歯科訪問診療では、義歯調整や歯周治療および口腔衛生指導の処置が最も多いことがわかる。歯科における歯科訪問診療1は主に居宅への訪問であり、歯科訪問診療2は施設などへの訪問である。歯科訪問診療3は、平成26年度診療報酬改定において新設されており、同一施設において1日に10人以上の患者に行った場合や、訪問診療時間が20分未満であった場合に算定する（これまでは初再診料となっていた）。資料からは、施設で口腔衛生指導に重きを置いて大勢の患者を診た場合、歯科訪問診療3が多くなる。義歯などを中心とした歯科治療は歯科訪問診療1、2の算定が多くなっている。

8 歯科医療の効果 (1)

訪問歯科診療による全身状態への影響 (要介護者に対する義歯治療6か月後の体重と血清アルブミン値の変化)

中医協 総-3
25.10.23

療養型医療施設入院患者で、アイヒナー分類(咬合支持域の分類)のC群(上下奥歯の接触がなく、咬合が不安定な状態)に該当する85名(平均年齢85.2歳)に対して、義歯治療を行って義歯を使用した者(義歯使用者)と義歯治療を行っていない者(義歯不使用者)の6か月後の体重及び血清アルブミン値を測定



(参考:アイヒナー分類) C1:上下顎に残存歯がある(すれちがい咬合) C2:上下顎のうち片顎が無歯顎 C3:上下顎とも無歯顎

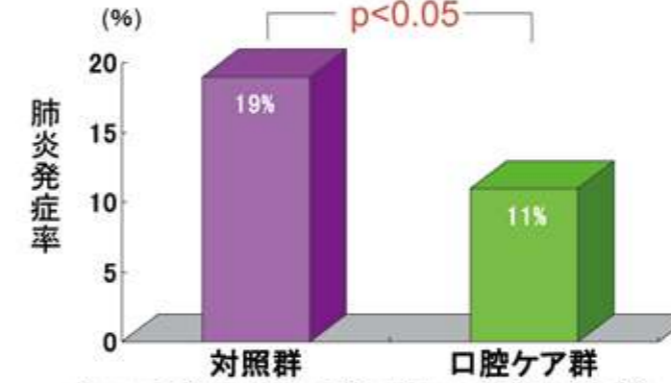
C群に該当する者のうち、義歯使用者は義歯不使用者に比べて、体重や血清アルブミン値が、それぞれ有意に増加している。

出典:「健康長寿に与える補綴歯科のインパクト(2012日本補綴歯科学会誌 397-402)」

中医協資料からは、義歯などで口腔機能を改善することによって、栄養状況も改善するエビデンスが示された。

9 歯科医療の効果 (2)

2年間の肺炎発症率



Yoneyama T, Yoshida Y, Matsui T, Sasaki H. Lancet 354(9177), 515, 1999.

このデータは、いわゆる口腔ケアに関して、歯科職種が実施する口腔衛生管理を継続することによって誤嚥性肺炎を発症するリスクが減少するエビデンスとしてランセットに掲載された。

10 歯科訪問診療の実際 (1)



実際に現場でどのようなことが実施されているか歯科訪問診療の写真を示した。

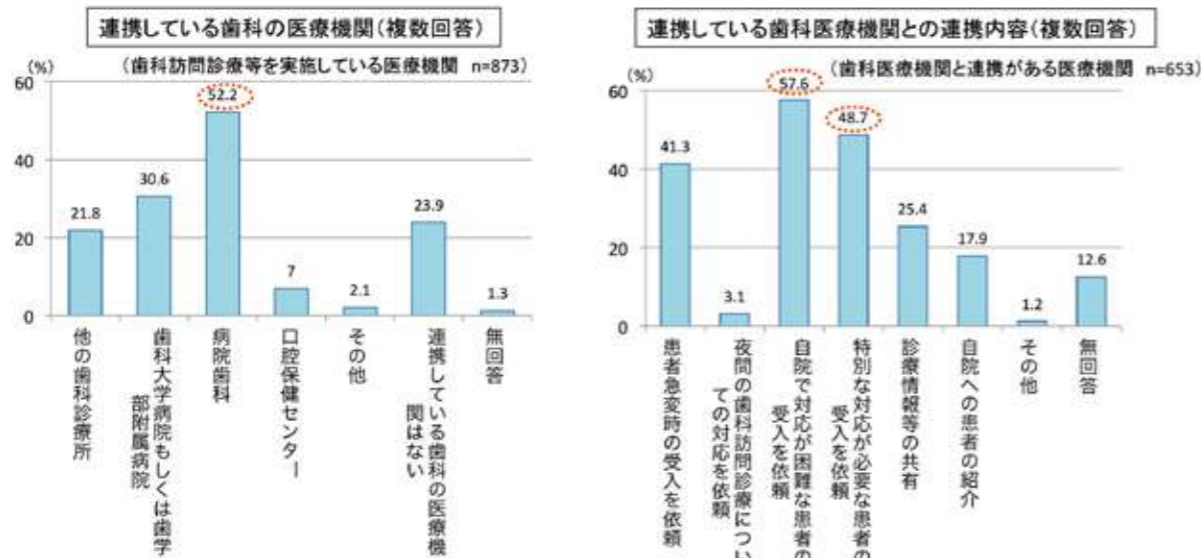
11 歯科訪問診療の実際 (2)



12 歯科医療機関との連携状況

中医協 総-2
27.11.11

- 連携している歯科医療機関は、病院歯科が最も多く半数以上であり、次いで歯科大学もしくは歯学部附属病院が約30%であった。
- 連携内容は、自院で対応が困難な患者や、特別な対応が必要な患者の受入の依頼が多かった。



出典：H27年度検証調査「歯科訪問診療の実態に関する調査」

調査対象：在宅療養支援歯科診療所から無作為抽出

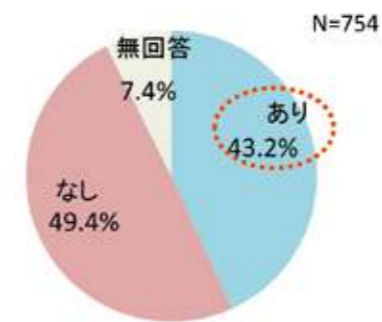
歯科医療機関内での連携は病院歯科が最も多く、自院で対応が困難な患者の受け入れや特別な対応が必要な患者の受け入れなどで連携していることがわかる。病院歯科などにおいては、在宅を実施する歯科診療所の後方支援が非常に重要な役割である。

13 【参考】介護保険施設における協力歯科医療機関の業務について

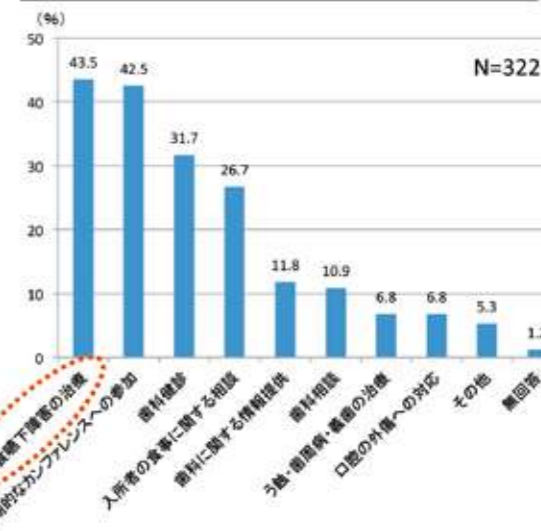
中医協 総-3
27.7.22

- 協力歯科医師に行ってもらいたい業務の有無を確認したところ43.2%があると回答した。
(調査対象：介護老人福祉施設454施設、介護老人保健施設213施設、介護療養型医療施設61施設)
- そのうち、42.5%は定期的なカンファレンスへの参加を希望していた。

協力歯科医療機関に行ってもらいたい業務の有無



協力歯科医療機関に行ってもらいたいが行われていない業務



出典：介護保険施設における口腔と栄養のサービス連携に関する調査研究事業報告書(平成26年度老人保健健康増進等事業)

介護保険施設に対して実施した老人保健健康増進事業調査結果において、協力歯科医療機関に行ってもらいたいが現状では行われていない業務として、最も多いのは「摂食嚥下障害の治療」であり、次いで「定期的なカンファレンスへの参加」であった。現状で、協力歯科医を置いて連携を行っている施設も増えてきてはいるが、全てではなく求められている役割や実施内容もまちまちであり、早急な整備が必要とされている。平成27年度介護報酬改定においても、「口から食べる楽しみの支援の充実」ということで歯科医療職種の役割が評価されたところである。

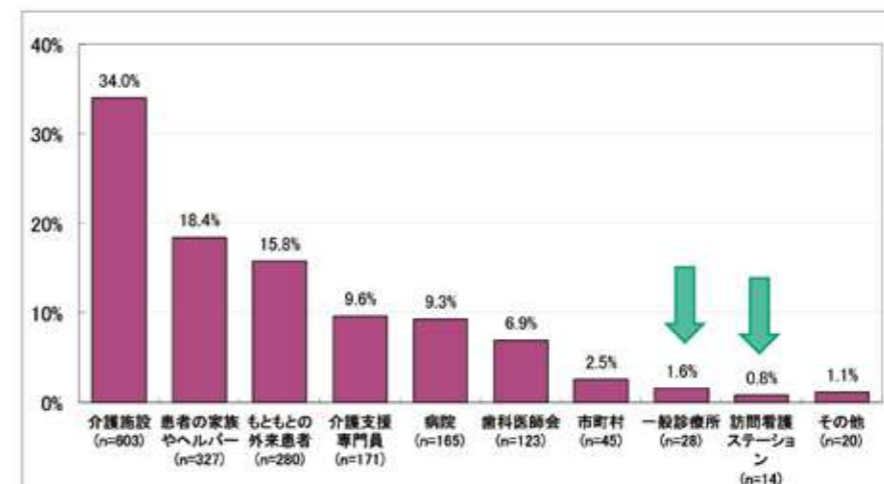
14 介護現場における連携状況

介護老人福祉施設における摂食指導 (摂食カンファレンスとミールラウンド)



介護保健福祉施設における摂食カンファレンスや摂食指導の様子である。

16 歯科訪問診療の依頼元



在宅歯科医療の依頼は介護施設からが多く、一般診療所や訪問看護ステーションからは極めて少ないという実態がある。

在宅療養支援歯科診療所調査より
(平成21年 日本歯科総合研究機構)

日歯総研の平成21年調査では、在宅歯科医療の依頼は介護施設からが多く、一般診療所や訪問看護ステーションからは極めて少ないという実態があり、在宅歯科医療を推進する上での大きな課題である。

15 主治医意見書および口腔ケアについて



平成25年6月に老健局から日本医師会へ通知された文書では、介護認定における主治医意見書において、口腔の状況にも留意するよう発信された。また、平成27年6月(第144巻・第3号)日本医師会雑誌には、「日常診療に必要な口腔ケアの知識」が特集で組まれているので、参考にいただきたい。

17 医科医療機関との連携状況

○「連携している医科の医療機関はない」が最も多く33.9%であった。
○連携している医科の医療機関では、在宅療養支援診療所が33.0%で最も多かった。



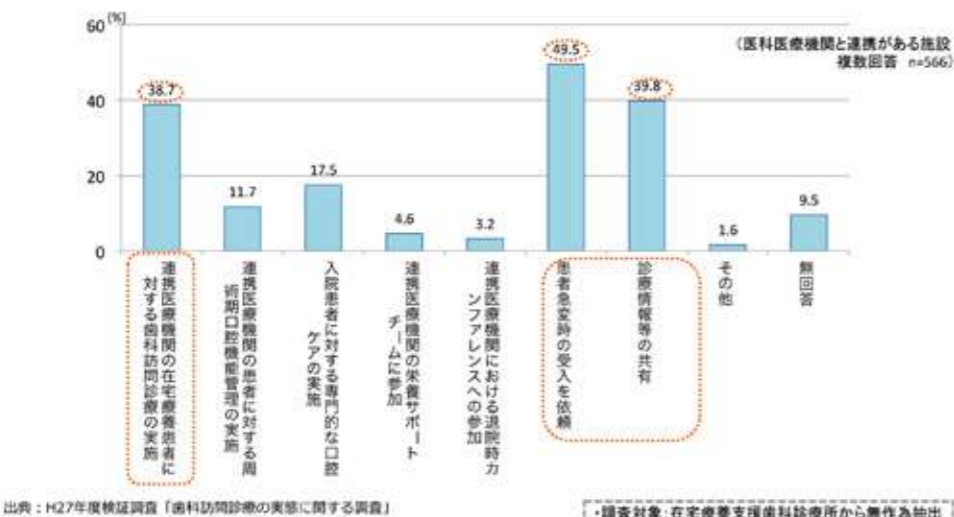
出典：H27年度検証調査「歯科訪問診療の実態に関する調査」

※調査対象：在宅療養支援歯科診療所から無作為抽出

平成27年度の検証調査「歯科訪問診療の実態に関する調査」では、歯科診療所が連携した医科医療機関がないという回答も多くみられ、課題である。

18 医科医療機関との連携内容

- 医科医療機関との連携については、「患者急変時の受入を依頼」が最も多く、次いで「診療情報の共有」、「歯科訪問診療の実施」であった。
 ○一方、入院患者との各種連携（周術期、専門的な口腔ケア、栄養サポートチームへの参加、カンファレンスへの参加）を実施している割合は少なかった。



さらに、医科との連携については、患者急変時の受け入れや診療情報の共有などを求めていることがわかる。

20 口の中を診よう!



こんなケースでは？



歯の欠損→噛めない 義歯床部の潰瘍 口腔乾燥と口腔内の出血

- ・歯科と連携しなければ解決しない
- ・その必要性をきちんと本人家族に説明できるか？

最後に、医師や看護師および介護職種の方々も、歯や口の問題に目を向けて頂き、ぜひ歯科医に相談できる環境の構築をお願いしたい。摂食機能療法は平成6年（1996年）診療報酬改定において保険導入されたが、導入のきっかけは、歯科からの提案であった経緯がある。歯科としては、このような歴史も含めて、今後も引き続き、積極的に摂食嚥下リハビリテーションを担っていきたい。歯や口腔を通じて、食べる機能の回復や、口腔衛生の維持を通じて、より質の高い生活を支援する機能を発揮させるよう努力したい。

19 地域における医科・歯科連携の例



実際に地域における医科歯科連携の状況を写真で示している。多職種による在宅ケアカンファレンス等の状況である。このように、医科と歯科および多職種が連携し、顔の見える環境を作ることが重要である。

【引用情報】

●中医協資料（平成27年11月11日）

各職能団体の役割およびかかりつけ医との連携のあり方

iv) 訪問薬剤指導など

萩田 均司

要旨

医薬分業施策の推進で、薬局は医薬品を販売する機能から、医療機関発行の処方せんに基づく調剤業務へとその機能が変化してきた。しかし薬局は、もともと地域住民の身近な健康相談の場所であり、地域住民に対し医薬品や医療材料、衛生材料を供給する機能を有している。その機能の一貫として、患家を訪問する在宅医療の機能が位置付けられる。さらには、“対物”“中心の業務から”対人“中心の業務へと、薬剤師の業務が変化してきている。

地域で薬局はこれらの機能、すなわち①ファーストアクセス（街の薬屋さん機能）、②ラストアクセス（処方せん調剤）、③チームアクセス（訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導）、④ソーシャルアクセス（学校薬剤師、災害対策、スポーツ薬剤師など）の4つの機能を有する。薬剤師はこの薬局機能をフルに活用し、多職種と情報を共有し協働して、医薬品を通じた地域住民の健康・医療に貢献する使命がある。その中で残薬整理に始まり、適切な薬の管理と患者指導、医師に的確に情報を提供することにより、効率的なポリファーマシーの対策を行う必要がある。さらには、無菌調剤による輸液やオピオイドの供給、医療材料・衛生材料の供給により、在宅医療の推進に貢献している。また、薬局・薬剤師には、地域ケア会議の一員として地域住民の医薬品に関する問題や新オレンジプランに基づく認知症早期発見等に積極的に関与し、地域包括ケアシステムを構築する新たな使命が課せられている。

内容

1. 調剤、無菌調剤、衛生材料・医療材料の供給
2. 飲み忘れ防止対策
3. 残薬整理
4. ポリファーマシー対策
5. 多職種連携と情報の共有
6. かかりつけ薬局・薬剤師 + 健康サポート機能 + 高度薬学管理機能
7. 4アクセス&ハブ機能（ファーストアクセス、ラストアクセス、チームアクセス、ソーシャルアクセス）
8. 地域包括ケアシステムを支える一員

1 訪問薬剤管理指導とは

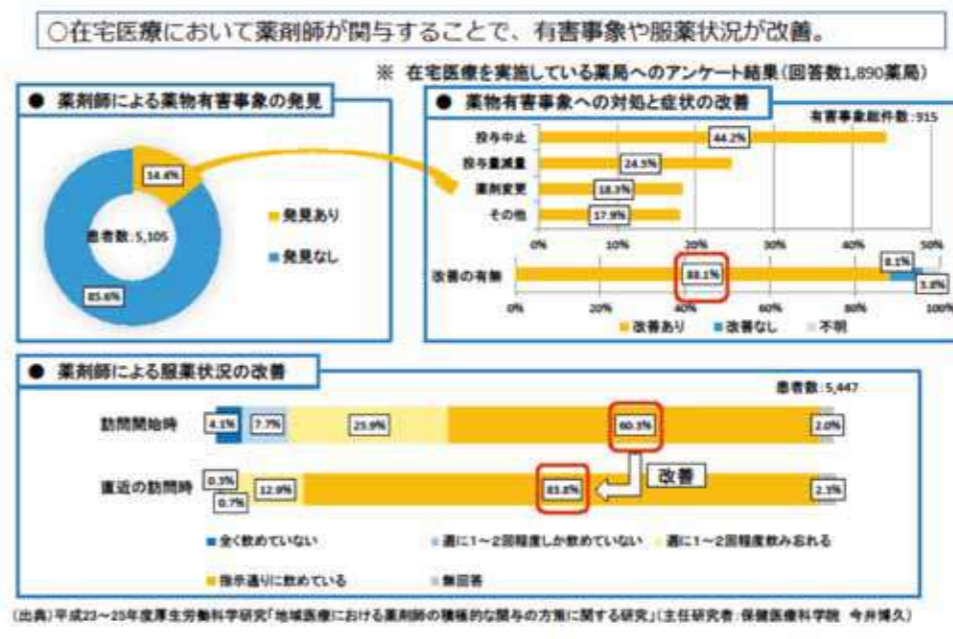
- 薬学的管理指導計画を策定
- 患家を訪問
- 医薬品・衛生材料・医療材料等を安全かつ適正に供給
- 医薬品の服薬状況（コンプライアンス）及び保管状況の確認
- コンプライアンス向上のための工夫及び医薬品の効果や副作用の確認等薬学的管理指導
- 処方医及び他職種に情報提供



より質の高い医療を実現するために
患者または家族等に管理指導をする

在宅医療辞典（中央法規）では訪問薬剤管理指導を以下のように定義している。薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、在宅療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して患家を訪問することにより、医薬品・衛生材料・医療材料等を安全かつ適正に供給し、医薬品の服薬状況（コンプライアンス）及び保管状況の確認とコンプライアンス向上のための工夫及び医薬品の効果や副作用の確認等薬学的管理指導を行い、処方医及び他職種に情報提供することにより、より質の高い医療を実現するために患者または家族等に管理指導をすることを指す。

2 在宅医療への薬剤師の関与とその意義



在宅医療に薬剤師が関与することで、薬物有害事象が発見される場合があるが、その状況を医師に情報提供した結果、投与中止、投与量減量、薬剤変更など薬物有害事象の対処や症状が改善される。また、薬剤師が訪問すると、訪問開始時に比べ、訪問を重ねることで、服薬コンプライアンスが向上する。これは、薬剤師が服薬状況を確認し、適切な服薬指導や必要な服薬支援を行った結果、服薬コンプライアンスが向上したということを示している。ここに、薬剤師が在宅医療に関わることの意義があり、多職種との共働戦略が期待される。

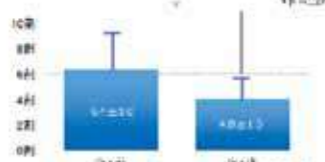
各論1 多職種協働・地域連携

各論1 多職種協働・地域連携

3 在宅業務で医師と薬剤師の連携による評価

○医師と連携して薬剤師が在宅訪問を行うことで、投薬数や薬剤費が減少。

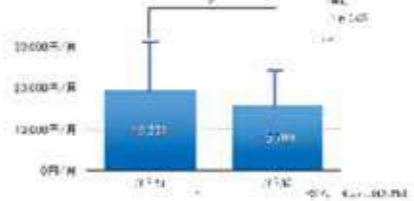
1人あたりの投薬数の変化



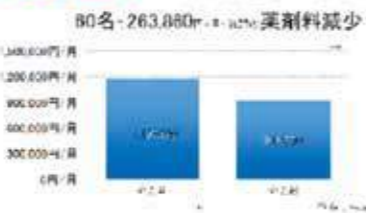
医師の訪問診療に薬剤師が同行した後、次回医師の訪問診療の前に薬剤師が単独で訪問して、薬学的に患者の状態を確認し、そこで得た情報を医師にフィードバックした結果

●介護付き有料老人ホームの患者
対象：60名（男性13名、女性47名）
平均年齢：87.1±7.5歳

1人あたりの薬剤費の変化



施設全体の薬剤費の変化



※平成26年度厚生労働科学研究費補助金「薬剤師が担うチーム医療と地域医療の調査とアウトカムの評価研究」シンポジウムより「薬局薬剤師が取り組むチーム医療～介護施設における共同薬物治療管理～（ファルメディコ株式会社 調査研究）」

在宅医療で、医師と薬剤師が連携すると、投薬数や薬剤費が減少し、ポリファーマシー対策につながる。ポリファーマシーとは、1人の患者が服用する薬が一度に（何種類以上との規定は無いが）10種類を超えるなど多くの薬を服用している状況を指す。在宅医療を必要とする患者は、多くの疾患を抱え、多数の医療機関を受診した結果、処方薬が増えてしまう。そこで、在宅医療では基本1人の医師が患者を総合的に診察することになるので、処方薬をまとめることが可能である。1人の患者が服用する薬の数を減らすことができれば患者のQOL向上につながり、ひいては保険財政にも貢献にもつながる。

4 重複投薬における薬効分類別構成割合

○重複投薬においては、乳幼児では呼吸器疾患に対する薬剤が、高齢者では鎮痛、消炎、催眠、抗不安等の薬剤が多い。

	0-4歳		5-9歳		40-44歳		65-69歳		70歳以上	
1	去たん薬	31.6%	去たん剤	30.6%	解熱鎮痛消炎剤	14.7%	鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤	13.1%	鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤	21.0%
2	鎮咳去たん薬	18.8%	鎮咳去たん剤	17.1%	催眠鎮静剤、抗不安薬	10.6%	催眠鎮静剤、抗不安薬	11.2%	催眠鎮静剤、抗不安薬	9.8%
3	抗ヒスタミン剤	10.4%	気管支拡張剤	8.5%	去たん剤	6.7%	解熱鎮痛消炎剤	9.3%	解熱鎮痛消炎剤	8.3%
4	止しゃ剤、整腸剤	8.7%	その他のアレルギー剤	8.0%	消化性潰瘍溶剤	6.3%	消化性潰瘍用剤	8.0%	消化性潰瘍用剤	7.7%
5	気管支拡張剤	8.7%	抗ヒスタミン剤	7.1%	精神神経用剤	6.2%	精神神経用剤	3.7%	眼科用剤	3.6%

出典：平成23年 全国健康保険協会「協会けんぽ加入者の受診行動の分析」

全国健康保険協会の分析では、高齢者は消炎、催眠、抗不安薬の薬剤が重複しているという結果がある。処方する医療機関が一つであるか、かかりつけ薬局やお薬手帳があれば薬剤師の疑義照会により重複投薬を回避できる可能性はあるが、現実問題、在宅医療になって初めて全体像が分かることが多い。これらの視点に立って薬の整理を行うことが、ポリファーマシー対策につながる。

5 服薬状況が悪い場合、その理由を探り、改善のための対策を行う（服薬支援）

飲まない（飲めない）理由	対応策
①薬の整理がつかなくなったため、飲めない。	残薬や併用薬を、重複や相互作用、併用禁忌などに留意しながら整理する。
②何の薬か理解していないため、飲まない。	薬効を理解できるまで説明。および、その理解を助けるための服薬支援をする。
③薬の副作用が怖いから、飲まない。	副作用について、恐怖心を取りつつ対応策を話し合い、納得して服薬できるようにする。
④特に体調が悪くないため、飲まない。（自己調整）	基本的な病識や薬識を再度説明し、服用意義を理解してもらう。
⑤錠剤、カプセル、または散剤が飲めない。	患者ごとの適切な服用形態の選択と医師への提案。嚥下ゼリー、オブラート、簡易懸濁法などの導入提案。

服薬状況が悪い場合、その理由を探り、改善のための対策を行うことが、在宅での服薬支援になる。薬の整理がつかなくなった場合は、残薬や併用薬を重複や相互作用、併用禁忌などに留意しながら整理したり、医師に情報提供し処方提案を行う。薬の薬効を理解していない場合は、丁寧な説明と理解を助ける工夫を行い、支援する。薬の副作用を恐れて服用しない場合も、丁寧な説明を行う。患者が自宅で血圧計で血圧を測定し、正常域だから服用しないなど体調が悪くないので服用しないということもたびたび見かけるが、その場合も病識や薬識を説明し、理解してもらう。剤型の問題で服用できない場合は、剤型の変更や簡易懸濁法の検討を行い服用できる方法を模索する。これらを行っても服用できない場合は、医師に情報を提供し、処方の提案も含め今後の対応を医師とともに検討する。

6 飲み忘れ防止対策

調剤・服薬指導・管理で出来る事

一包化調剤

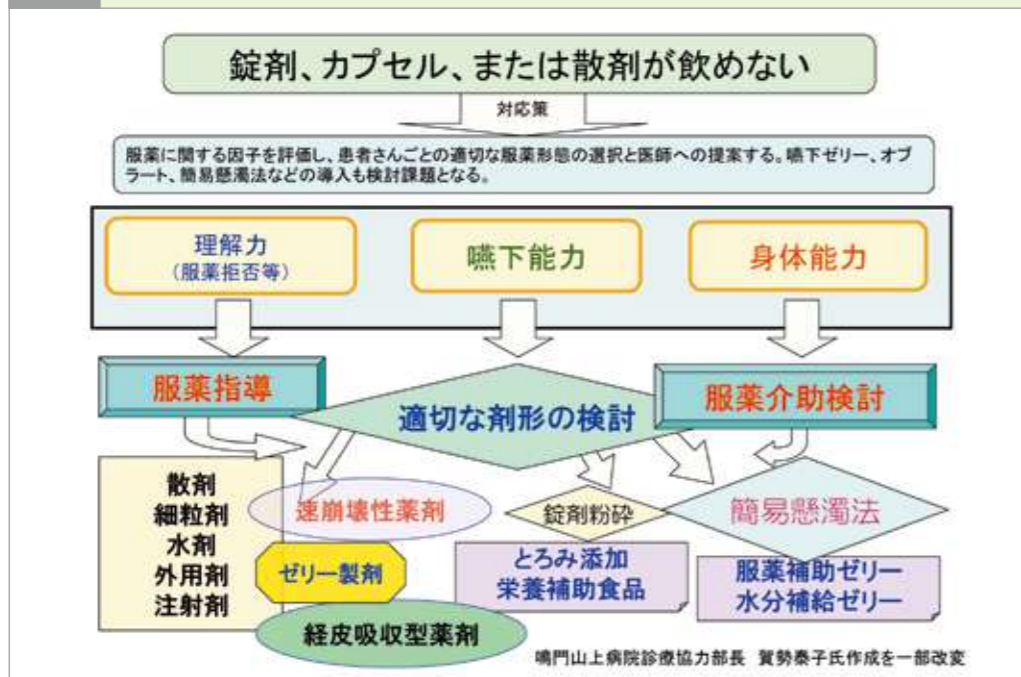
カレンダー調剤・・・ウィークリー、日めくり
第三者による薬の管理・・・家族・隣人・デイサービス
アドヒアランスの向上 ← 丁寧な服薬指導



薬局つばめファーマシー 萩田均司

具体的には、服薬コンプライアンス向上のために、一包化調剤を行う。それでも飲み忘れがある場合、一包化した薬剤をウィークリーや日めくりカレンダーに貼付を行ったり、ポケット式の1週間ごとの服薬カレンダーへの薬剤のセットを行ったり、丁寧な服薬指導により、アドヒアランス向上につながり、患者のQOL向上につながる。

7 患者ごとに適切な服薬形態を選択



在宅訪問により、服薬に関する因子を評価し、薬剤の適切な剤形の選択と患者ごとの適切な服薬形態の選択を医師に提案する。嚥下ゼリーやオブラート、簡易懸濁法などの導入も検討課題となり、患者の服薬コンプライアンスの向上並びにQOL改善につながっている。

8 N.Sさん 80歳代女性の症例

Rp.
ミグリトール錠50mg 3T
3xV
グリベンクラミド錠1.25mg 1.5T
2xM,A V (1-0.5)
カルベジロール錠10mg 1T
クロピドグレル錠25mg 1T
1xM
コハク酸ソリフェナシン錠5mg
ニフェジン錠10mg 2T
メコバラミン錠250μ 2T
2xM,A
プラバスタチンナトリウム錠5mg 1T
1xA

Rp.
シタグリプチン錠50mg 1T
グリベンクラミド錠1.25mg 1T
カルベジロール錠10mg 1T
クロピドグレル錠25mg 1T
ニフェジンCR錠20mg 1T
塩酸ドネペジルD錠 5mg 1T
1xM デイサービス通所時服用

本人管理
一酸化
カレンダー
カレンダー (隣人管理)

服薬コンプライアンス不良に
血糖コントロール不良、脳梗塞発症



デイサービス管理

服薬コンプライアンス良好
血糖コントロール良好
認知症併発するもADL良好

減薬

〈80歳代女性 (独居) の症例〉本人管理ができなくなり、一酸化調剤開始。それでも飲み忘れが多くなり、一酸化した薬剤をウイークリーのカレンダーに張り付け調剤。さらに飲み忘れがあるため、薬の管理を隣人に依頼。脳梗塞で入院を繰り返したが、退院時薬の服用時点を1日1回に整理し、さらに薬の服薬管理をデイサービス職員に依頼。デイサービスは日曜日以外、毎日通所するので、最低でも1週間に6日は服用が確実に行われるようになった。デイサービスに行かない日曜日と土曜日の帰りにデイサービス職員から薬を手渡すかたちで、服用できている。結果、服薬コンプライアンスが向上し、

162 血糖コントロール良好、認知症併発するもADLは保たれ、在宅生活が継続され、病態・介護状況ともに安定している。

9 薬局における無菌調剤



無菌調剤

在宅医療では、薬局は無菌調剤も行う。クリーンルームまたはクリーンベンチを有する薬局は、輸液やオピオイドの携帯型ディスポーザブル注入ポンプへの充填を無菌的に行う。薬剤師が無菌調剤を行うことにより、訪問看護師が患者で本来の看護業務に専念することができ、患者の感染防止にもつながる。特に小児の無菌調剤を行うことにより、小児の患者が自宅で過ごすことが実現でき、今後、期待される。全国でまだ数は少ないが、化学療法のミキシングを行う安全なキャビネットを有する薬局もあり、在宅での化学療法への期待もある。

10 「患者のための薬局ビジョン」 ～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～



地域における薬局本来の機能は、一医療機関の門前薬局機能ではなく、地域住民のかかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局としての機能である。

かかりつけ薬剤師・薬局とは、患者の服薬情報の一元的・継続的はあくであり、24時間対応・在宅対応である。そして複数の医療機関等と連携し、地域住民の病気の予防や健康サポートに貢献することである。

11 かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能

- 地域包括ケアシステムの一翼を担い、薬に関して、いつでも気軽に相談できる **かかりつけ薬剤師**がいることが重要。
- かかりつけ薬剤師が役割を発揮する **かかりつけ薬局**が、組織体として、業務管理（勤務体制、薬剤師の育成、関係機関との連携体制）、構造設備等（相談スペースの確保等）を確保。

服薬情報の一元的・継続的把握

- 主治医との連携、患者からのインタビューやお薬手帳の内容の把握等を通じて、**患者がかかっている全ての医療機関や服用薬を一元的・継続的に把握**し、薬学的管理・指導を実施。
- 患者に複数のお薬手帳が発行されている場合は、**お薬手帳の一元化・集約化**を実施。

24時間対応・在宅対応

- 開店時間外でも、薬の副作用や飲み間違い、服用のタイミング等に関し**随時電話相談**を実施。
- 夜間・休日も、在宅患者の症状悪化時などの場合には、**調剤**を実施。
- 地域包括ケアの一環として、残薬管理等のため、**在宅対応**にも積極的に関与。
（参考）現状でも半分以上の薬局で24時間対応が可能。（5.7万のうち約3万の薬局で基準調剤加算を取得）
 ・薬局単独での実施が困難な場合には、調剤体制について**近隣の薬局や地区薬剤師会等と連携**。
 ・へき地等では、患者の状況確認や相談受付で、薬局以外の**地域包括支援センター**等との連携も必要。

医療機関等との連携

- 医師の処方内容をチェックし、必要に応じ処方医に対して**疑義照会**や**処方提案**を実施。
- 調剤後も患者の状態を把握し、**処方医へのフィードバック**や**残薬管理・服薬指導**を行う。
- 医薬品等の相談や健康相談に対応し、**医療機関に受診勧奨**する他、**地域の関係機関と連携**。

かかりつけ薬局には、地域包括ケアシステムの一翼を担い、薬に関していつでも気軽に相談できるかかりつけ薬剤師がいることが重要である。かかりつけ薬剤師が役割を発揮するかかりつけ薬局が、組織体として、業務管理・構造設備等を確保することが重要である。機能として、①服薬情報の一元的・継続的把握、②24時間対応・在宅対応、③医療機関等との連携、を持ち、薬剤師・薬局が、かかりつけ機能を強化し、医療機関の門前からかかりつけ、地域へと機能の重心を移行させていくことが必要であり、今後の課題である。

12 薬局の役割 ～地域の健康ステーションとして～



薬局は、地域において4つの役割を果たす。①ファーストアクセス（OCT販売や健康相談など所謂街の薬屋さん機能、②ラストアクセス（医療用医薬品を適正に安全に供給する処方せん調剤、③チームアクセス（在宅医療を通して訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導を行い、地域包括ケアシステムの一員として機能）、④ソーシャルアクセス（学校薬剤師、災害対策、スポーツ薬剤師など）。薬剤師はこの薬局機能をフルに活用し、多職種と情報を共有し協働して、医薬品を通じた地域住民の健康・医療に貢献する使命がある。この機能は、地域ケア会議への参画を通じ地域包括ケアシステム構築の1機能となる。

13 まとめ 地域医療・在宅医療における薬局・薬剤師の役割

1. 薬局は、4Accessの役割があり、地域多職種間でのHub機能を担う
2. 薬剤師は、患家へ医薬品・医療材料・衛生剤料等を届けるデリバリー機能と在宅患者の薬物療法が適正・効果的に行われるよう、フィジカルアセスメント等の技術を用いて医師や多職種と情報を交換・共有し、薬物療法を協働で実施する役割を果たす。
3. 薬剤師は地域包括ケアシステムを構築する一構成員で、地域に必ず必要な職種である。

地域医療・在宅医療における薬局・薬剤師の役割は、次のとおりである。①薬局は、4Accessの役割があり、地域多職種間でのHub機能を担う。②薬剤師は、患家へ医薬品・医療材料・衛生剤料等を届けるデリバリー機能と在宅患者の薬物療法が適正・効果的に行われるよう、フィジカルアセスメントなどの技術を用いて医師や多職種と情報を交換・共有し、薬物療法を協働で実施する役割を果たす。③薬剤師は地域包括ケアシステムを構築する一構成員で、地域に必ず必要な職種である。

今後薬剤師がかかりつけ機能を強化し、地域で4Accessの役割を果たすことが、地域包括ケアシステムの構築および日本の在宅医療推進へとつながる。

【引用情報】

- 井部俊子，開原成允，京極高宣，前沢政次 編：在宅医療辞典，中央法規，2009。
- 日本薬剤師会：在宅服薬支援マニュアル。
- 厚生労働省：患者のための薬局ビジョン（平成27年11月11日 中医協資料）。

各職能団体の役割およびかかりつけ医との連携のあり方

v) ケアマネジメント

鷲見 よしみ

要旨

地域包括ケアを実現するための「連携」は、一定程度の成果を上げている一方、課題も残る。客観的な分析から人為的に絡み合っている生活をできる限り解きほぐす実用的なさじ加減が重要となり、チームの意識形成（コンセンサス）をどう形成していくかにかかってくる。ケアマネジメントの目的は、事例に対する具体的な支援を通して、利用者のセルフケア能力を向上させることと地域のコミュニティづくりである。生活は多様な構成要素で成り立っており、慢性疾患を持つ人たちの支援においては、在宅生活を支える最大のソーシャルサポートである家族への支援も欠かせない。チーム医療から、チームケアと呼ばれるようになり、その成果は、ケアの質や費用に焦点が当たる。その支援は治療や指示ではなく、エンパワメントで情緒的な支持、最新の知識、適切な対応技能、セルフヘルプ活動を意味する。ケアマネジメントにおけるインテークは重要な場面で、初動時の専門職の関わりはその後の生活の鍵を握るので患者・家族が「何に困っている」「なぜ実行できない」などの要因を明らかにし、「どうしたいのか」「どう実現するのか」をしっかりと聞くことが重要である。ここでは、介護保険法上の医療連携の位置付け、ケアマネジメントとチームアプローチ、多職種連上の課題とその対応について理解を深め、今後の在宅医療推進に役立てる。

内容

1. 指定居宅介護事業所の基準など
2. ケアマネジメントの現状
3. ケアマネジメントの目的、ケアマネジャーの役割
4. チームアプローチについて
5. 今後の課題

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

九 介護支援専門員は、サービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。

⑯主治の医師等の意見等（第一九号・二十号）

訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護については、主治の医師または歯科医師等がその必要性を認めた者に限られるものであることから、介護支援専門員は、これらの医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合にあっては主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。このため、利用者がこれらの医療サービスを希望している場合には、介護支援専門員は、あらかじめ利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

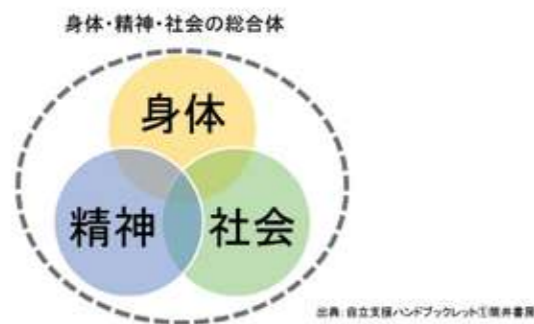
なお、医療サービス以外の指定居宅サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合にあって、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項を尊重して居宅介護を行うものとする。

指定居宅支援事業所の具体的取り扱い方針の中では、多職種との連携場面のサービス担当者会議で実施すべき内容が位置付けられている。その他については、下記のとおり記載がある。

- ①利用者の状況等に関する情報を担当者と共有。
- ②当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めることされている。さらに介護保険通知の中に連携に関する規定がある。
- ⑫平成27年度改正において、居宅サービス計画書と個別サービス計画書がさらに共通理解を深めるため、サービス事業所に提出を求めた。
- ⑰医療系サービスを導入する際の主治の医師との連携に関する記載。医療系サービスの導入には、主治医の指示（口頭指示でも可）と本人の同意が必要である。

2 介護保険法における自立

第一条の二
指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。



介護保険法では、第1条の中に「尊厳を保持しその人の有する能力に応じた自立・・・」と個別の「自立」に関して記載されている。身体、精神、社会の総合体を人として考えるとそれぞれの領域における課題を明確にしつつ、自立支援が求められている。

3 ケアマネジャーの考える困難性

ケアマネジャーとして対応が困難だと考えられる要介護ケース

要介護者と介護者の両方が高齢	97.2%
要介護者と介護者の人間関係が悪い	82.6%
要介護者と介護者の双方が経済的に困窮している	72.4%
介護者と他の家族・親族の人間関係が悪い	71.1%
要介護者と介護の双方に認知症に症状がみられる	62.7%
一人の介護者が、複数の介護者を介護している	60.3%

仕事と介護の両立のために拡大すべき介護サービス(N=1947)

ショートステイ	68.7%
デイサービス	63.9%
ホームヘルプ	63.5%

厚生労働省雇用均等・児童家庭局「今後の仕事と家庭の両立支援に関する研究会」(佐藤博樹座長)第9回(2015.15)参考資料2

多くの介護支援専門員が現場で抱えている多問題ケースである。当事者が、認知症や障害などで意思確認が難しい人や病状が不安定な人などの状態像はもとより、日中独居ケース、多問題、例えば家族に障がい者がいたり、生活に困窮したり、などその周囲環境に大きく影響される。また、介護力が脆弱、地域の社会資源やサポート体制が希薄な場合には、支給限度額との関係もあり生活していくことを優先しなければならないケースもあり、多様なサービス機能を持つサービスを選択することもある。

4 医療連携状況

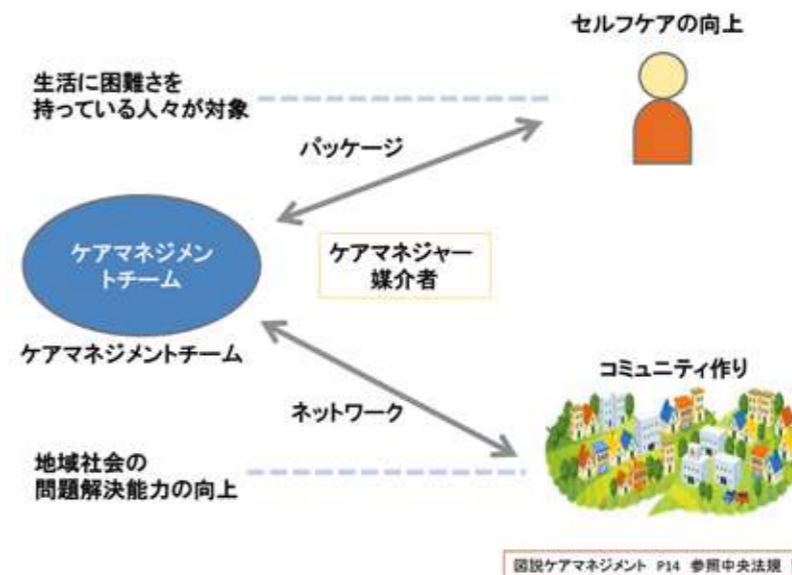
連携内容	連携課題
主治医(診療所)※	通院時の同行
主治医(病院)※	地域連携室・病棟看護師
医療機関・在宅側のリハ職	「直接会って話を聞く」が最も多い
入院中・退所時の病院側	看護師、MSWが多い
入所中・退所時の老健施設側	看護師、相談員が多い
退院・退所加算	4割以上が算定しているが、算定回数は不十分
地域でのリハ職との交流機会	通院時の同行や情報収集のための面会等が最も多い

※介護支援専門員は、連携を望んでいるが、主治医・リハ職と話し合う機会が少ないと感じている。

平成26年度老健事業 日本介護支援専門員協会
ケアマネジメントにおける医療系サービスの活用実態とリハビリテーション専門職種との協働のあり方に関する調査研究事業
平成25年度 老健事業 (株)三菱総合研究所
居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査

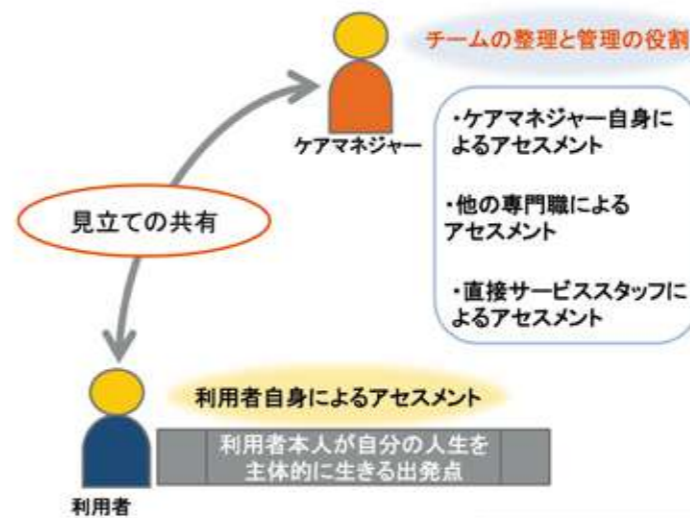
主治医との連携場面は、受診時の同行が多く、また、連携は地域連携室、看護師等を通じ、行われている。連携場面は少なく、十分な時間がとりにくいことが課題と考えられ、書類での連携は双方に負担がかかる。機会が少ない中で、効率的、効果的に共有できるしかけ、取り組みの検討がなされなければならない。

5 ケアマネジメントの目的



ケアマネジメントは、生活に困難さを持っている人々にさまざまな種類の支援を組み合わせるとして提供することで、利用者の能力が高まり、自立した生活ができることを目指す。また、1事例の支援を通してネットワークを形成する。そのことで別の事例に対応しやすくなり、地域の問題解決能力を向上する。これらは、利用者本人、および地域ケアシステムに対するエンパワメントであり、ケアの概念を超えている。

6 アセスメントレベル

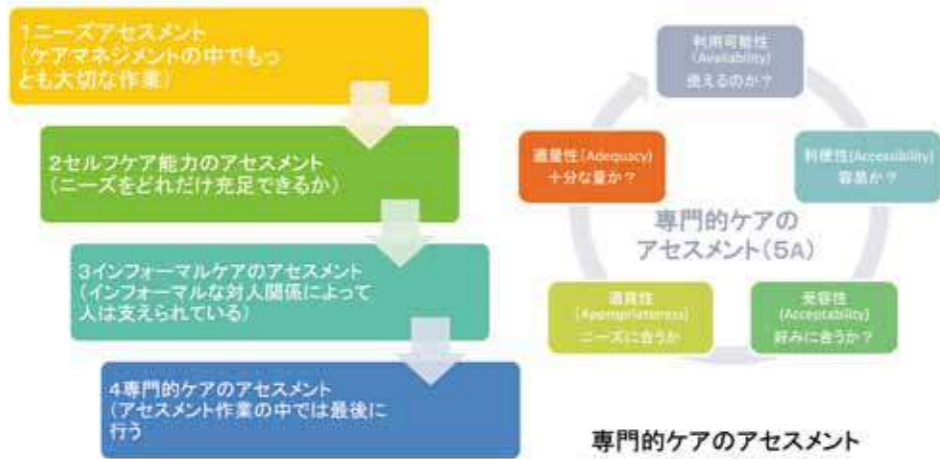


ケアマネジャーの役割は、それらを整理して、管理することである。

病気の診断や治療計画、疾患の将来の見直しなどは医師、療養上の工夫や家族教育は看護職、社会資源の利用についてはソーシャルワーカー、知能や人格などは心理職、生活活動分析・家屋診断などは作業療法士、職業能力評価は職業カウンセラーなど、本音やセルフケア能力の発見につながる本人に直接サービスを提供するヘルパーやボランティアからの情報感情も重要である。

また、利用者本人が自分の状況をどう把握しているかと支援側のチームのアセスメント可能な限り付け合わせることで互いの誤解の訂正や本人が自分の人生を主体的に生きるための出発点となる。

7 アセスメントの順・責任と照会



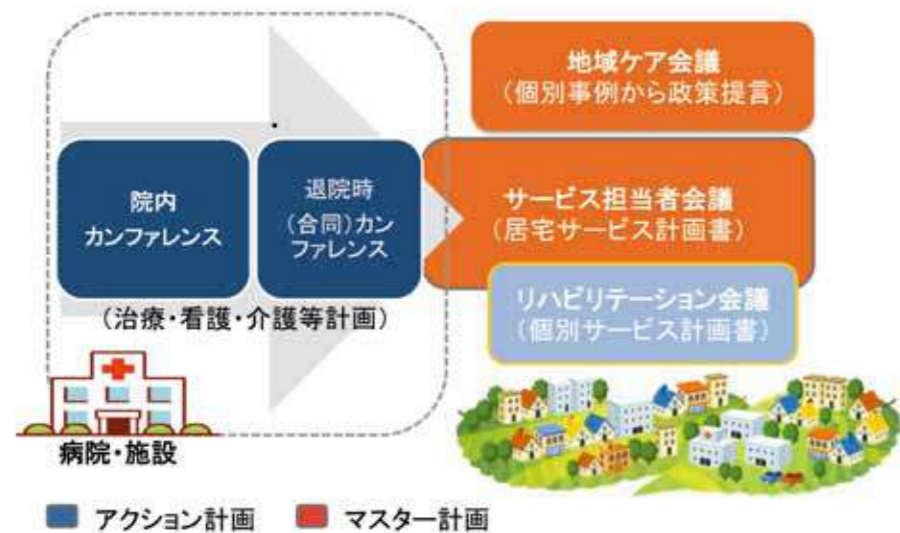
図説ケアマネジメント P40 参照中央法規 野中 猛

ニーズアセスメントを誤ると、必要な支援に結びつけることが難しくなる。また、利用者がサービスに依存的にならないようにするためには、専門職でなければできないことを最後にアセスメントする。専門的サービスも地域の充足、サービス事業所の実施内容を検討し利用者の意向に合わせ決定する。

●専門職のアセスメント (5A)

地域によっては、社会資源の整備、内容の異なったり、他のニーズとの関係や費用、本人の好みなどにより、一番適しているところへつなぐことになる。

8 チーム医療から チームケアのカンファレンスへ



一例だが、カンファレンスはさまざまなタイミングで、多様な形態で行う。

カンファレンスの主催者は、地域ケア会議は地域包括支援センター、サービス担当者会議は居宅支援事業所(ケアマネジャー)、リハビリテーション会議は訪問・通所リハビリテーション事業所となり、それぞれ異なった機能を持つ。

●ケアマネジメント会議

利用者に関するアセスメントを共有し、今後の計画を立て、協働していくための会議である。そのねらいは、一方的に立てた支援計画に協力を要請する場ではなく、チーム構成員が自分の意見や発想を述べて計画策定に関与することにより、実際の介入作業が、確実に実行される点にある。

9 チームアプローチ

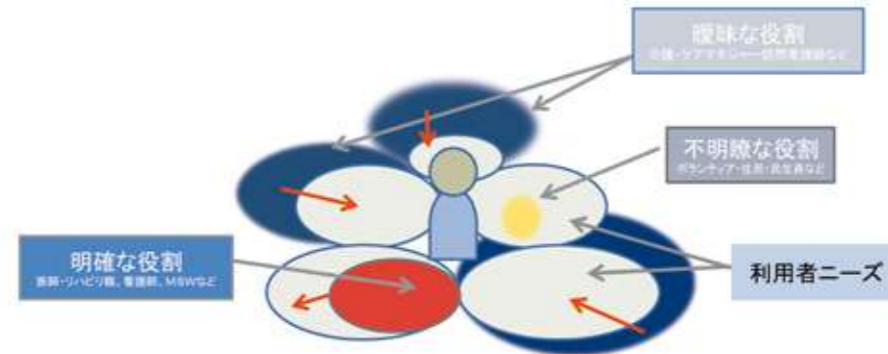


真の課題を把握し適切な対応をするためには……

利用者に対して、適切なケアを提供するためには、情報の共有や専門職相互の助言等を通して、各専門職が目標を共有し、連携して対応することが必須。

チームアプローチにおける現場の課題は、それぞれの専門領域での価値、指標をそのままチームに持ち込むことである。チームを組んだ時から、利用者主体のケア実現のために仕事の仕方、今までのアプローチの方法、価値、指標など変える覚悟が必要である。要介護者等とサービスを提供する人々がチームとしてまとまるためには、要介護者やサービス提供者、それぞれの責任をサービスを提供するチームで共有し、個々の人たちの仕事の内容や役割を明確化する必要がある。

10 ニーズに沿った役割分担



専門職間で「明確な役割」と「曖昧な役割」とが混在している。「相互理解」と「尊重」を基本とし、利用者ニーズに合わせ、半歩づつ歩み寄る・得意な人に任せる事が重要である。

図説ケアマネジメント P74一部修正参照中央法規 野中 猛

今後、地域包括ケアを目指すには、チームケアのメンバーは、それぞれタイプの異なる仕事の仕方をする人達が混在する。他の職種の仕事の仕方を知り、チームを組む大変さを互いに共有することが第一歩である。地域に組織やネットワークがあっても目標を共有し、必要な支援に合わせてそれぞれ役割果たすことで、ニーズが充足される。アウトリーチが確実に実行できるような体制を整えることが重要である。

11 特性に応じたチーム運営

「何が問題で、
誰とどのような連携をしたいのか」明確にする

- ①自主的な参加
- ②各自が判断できるよう情報の共有
- ③結論を合意するまでの過程に時間
- ④役割分担の明確
- ⑤利用者の声を頻りにフィードバック
- ⑥情緒的な一体感を意識的に刺激

チームが十分に機能を発揮するためには、互いに関わり合い、また、よく話し合う土壌が必要である。治療や支援のプロセスからの情報をもとに、利用者を中心に「何がその人らしい生き方」なのかを共有し、相互に治療方針・支援の在り方を考えること、互いの専門領域を生かし、有機的に関わるための努力を惜しまないこと、求める情報は何かを相手に伝え、的確に必要な情報を得ること、そして相手にとって有用な情報と伝えるべき情報を理解し、相手に的確に提供することが重要である。

14 生活支援に応えるチームワーク —多様なニーズに応える多様な力—



図説ケアマチーム 参照p16一部引用 中央法規 野中 猛

チーム医療からチームケアへと移行する。慢性疾患を持つ人々への支援は、多面的な要素を含む生活の場で、患者と家族の好みがあり、多様な専門職が、関わらないと成立しない。医師だけなど一つの専門職の判断だけでは、チームの方向性が定まらなくなる。生活は、多様な構成要素で成り立っており、医療や健康をめぐる要素はその一部に過ぎない。労働、譲許、教育、交遊など他の領域を支援する専門家がチームに加わる必要がある。

12 生活を伝える

視点

- ①家族や周囲との関係を観る
- ②疾病による喪失や増減を理解する
- ③役割の変化に伴う葛藤を知る
- ④人間関係の変化を観る。
- ⑤新たな人間関係の発生と生活の広がり
- ⑥介護負担感と本人

〈生活を支援する留意点〉
患者や家族は、療養の場が変わることで「活動」や「参加」に支障が生じることがあるので、
・ 疾病によって生活課題を抱えた患者や家族を理解する。
・ 疾病が、患者や家族の生活に与えている影響を考える。
〈支援内容〉
・ 治療と生活課題が混在するので、治療と予防、生活課題との関係性を整理する。
・ 利用者の疾病に対する向き合い方を共有し、より良い方向へ検討する。
・ 地域での暮らしは、生活環境や周囲との人間関係に大きく影響を受けることを理解する。

15 今後に向けて

コミュニケーションの充実

- ・ 交流を図る(日常的な仕事の仕方の相互理解)
- ・ 多職種による医療情報の共有、
ケア会議(サービス担当者会議・ICTの活用)
- ・ ケアの効果について啓発
- ・ システム化
- 連携業務の明確化
- ・ ケアマネジメントの有効性に向けた理解の啓発
- ・ 入院の短期化が進む中での早期退院に向けての支援あり方
- ・ 期間的な管理のイメージを共有する
- ケアの質向上するための環境づくり
- ・ 専門職による動機付け、初動支援、
- ・ 「利用者が求めるもの」「目指すもの」に対する支援

今後の課題を下記に示す。
①地域において、連絡体制の一本化
②医療者、介護双方が介入しやすい環境づくり
ICTなどの活用により、医療情報、介護情報の共有や地域への橋渡しをシンプルにできる仕組みをつくる。
③専門職(医師、看護師、ケアマネジャー、介護士、セラピストなど)、行政機関などの負担軽減
カンファレンスや会議はできる限り必要最低限にする工夫など、身近なところから実行する。

13 情報共有

多職種へ提供する情報

- ①一般的
 - ・ 疾病に関する留意点
 - ・ 必要な体制
 - ・ 緊急時の連絡方法(介護支援専門員の連絡先など)
- ②個別
 - ・ 注目する症状・状態(具体的な指標や状態を明示)
 - ・ 連絡するタイミング
 - ・ 裁量に合わせた連絡

医師へ提供する情報

- ①病状の変化
 - 病状が悪くなった(よくなった)等の情報
 - どのような場合に連絡するかを事前に相談・協議
- ②日頃の生活状況
 - 体調の良いとき悪いときの差
 - 生活状況の変化(違いがみられる内容、利用者の反応)
 - 利用者や家族の健康上の悩みや心配事
- ③治療に対するコンプライアンス
 - 患者が医師の指示に従っているかどうか
 - 服薬状況、食事制限、運動量など

的確な支援を実現するためには、医師、他の職種からの情報提供が有効に活用されることが望まれる。例えば、「入浴」の可否の判断について 体温、体調、入浴時間、お湯の温度、浴室の環境、心理的側面など職種によってみていることがさまざまである。同職種間では当たり前である内容であっても、他の職種と同じ理解を促すにはできる限り、必要なことを相手が確認できるよう具体的に焦点を絞り、表現する必要がある。また、随時の連絡が取れるよう体制を整えることで、現場はよいケアが実現できる。

各職能団体の役割およびかかりつけ医との連携のあり方

vi) 訪問栄養管理

前田 佳予子

要旨

管理栄養士による在宅訪問栄養食事指導は、糖尿病、嚥下障害、低栄養状態、排便の改善に短期的効果がある。また、患者が病院から在宅に移行する時期は、訪問栄養食事指導の効果的な介入時期でもある。効果のある在宅訪問栄養食事指導の実施率を上げるためには、医師との連携方法や医療機関との契約方法について管理栄養士は必須の知識として学び、そのスキルを向上させなければならない。在宅訪問栄養食事指導を実施する場合、フリーランスの管理栄養士が訪問するケースや地域の居宅療養管理指導事業所に所属するケースには、契約先の診療所を増やすために管理栄養士による積極的な働きかけが必要である。特に居宅療養管理指導事業所に所属する管理栄養士のケースは、面識のない主治医と連携を図る必要があり、介護保険の請求も行わなければならない。保険制度上、複雑ではあるが効果のある在宅訪問栄養食事指導を拡大するためには、医師はもとより地域のケアマネジャーや多職種との連携が必須である。今後は、地域在住高齢者の栄養・食事の問題を把握し解決するために、多職種との連携強化、在宅訪問栄養食事指導実施の周知が重要である。また、地域に密着した在宅訪問栄養食事指導ができる管理栄養士の養成と増員が必要である。特に地域包括支援センターなどへの配置や栄養ケア・ステーションにおける在宅訪問栄養食事指導に関する情報・支援の充実が急がれる。

内容

〈かかりつけ医との連携〉

1. 在宅訪問栄養食事指導の位置付け
2. 在宅訪問栄養食事指導のシステム
3. 在宅訪問栄養食事指導の流れ
4. 主治医からの指示せん

〈各職能の役割に関して〉

1. 多職種による在宅医療連携
2. 情報を的確に伝えるためのツール
3. 在宅訪問栄養食事指導の拡大

1 「在宅訪問栄養食事指導」について

■ 「在宅訪問栄養食事指導」とは

通院などが困難な方のご自宅に管理栄養士が訪問し、食生活や栄養に関する様々な相談にのります。「食事」や「食べる」ことを通して、健やかな在宅生活を応援します。

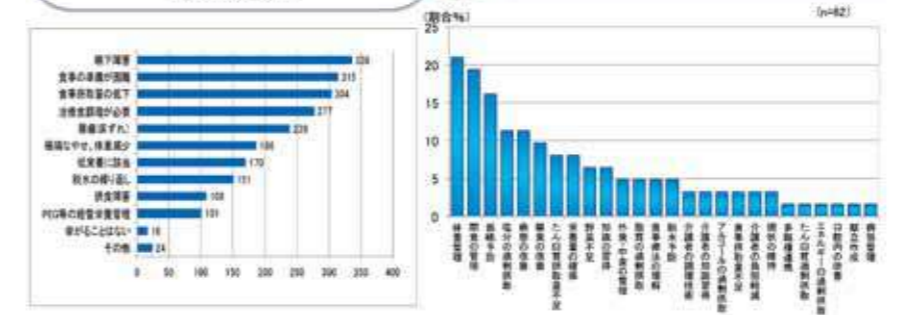
■ 在宅訪問栄養食事指導の内容

- * 食事摂取量と栄養状態のチェック
- * 調理指導、買い物指導
- * ヘルパー指導
- * 状態に合わせた食事内容、形態などの指導
- * 栄養補助食品、介護用食品、介護食器等の紹介
- * 食生活プラン(プログラム)の作成
- * その他、療養生活に関わる様々な相談



在宅療養者が今後、ますます増える中、在宅での栄養管理は必須であり、在宅訪問栄養食事指導は、在宅医療と関わる多職種と連携を取りながら、療養者の疾患・病状・栄養状態に適した在宅訪問栄養食事指導(支援)ができる管理栄養士を育成し、療養者が在宅での食生活を安全かつ快適に継続でき、さらにQOLの向上に寄与することを目的とする。

2 在宅訪問栄養食事指導に関する社会的ニーズ



在宅訪問栄養食事指導時に医療機関に属した管理栄養士(常勤または非常勤)が出向く場合は、以下の通りである。

- 医療保険は在宅患者訪問栄養食事指導 ●介護保険は居宅療養管理指導

ケアマネジャーにおける栄養・食事の課題に関する調査概要では「嚥下障害」が一番多かった。

なお、在宅訪問栄養食事指導が低い実施率であっても管理栄養士による在宅訪問栄養食事指導は、糖尿病、低栄養状態、排便障害の改善に短期的効果を示されている。

3 在宅訪問栄養食事指導の効果 (ADL・QOL・症状回復効果)



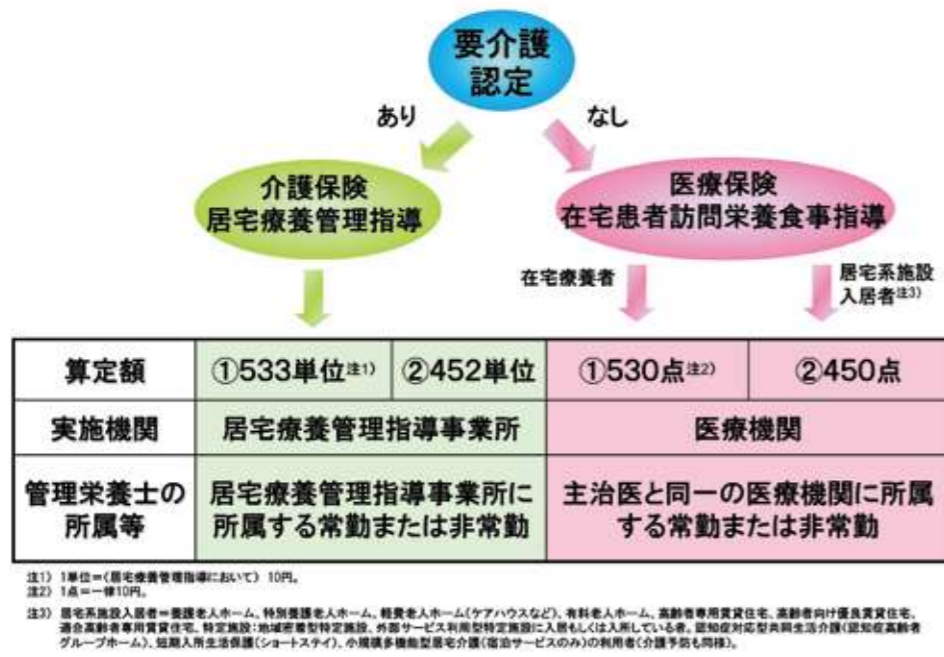
「在宅訪問栄養食事指導のサービス(栄養ケアプラン)」の依頼で最も多かったのは、「食品の選択方法を指導する」であった。次いで「栄養摂取に必要な知識を説明する」、「具体的な調理指導を行う」、「病状に適したメニュー提案を行う」、「多職種で連携していく」であり、合わせて25項目が挙げられた。このような依頼のもと、継続して在宅訪問栄養食事指導を実施した療養者は、介入前に比べて介入後では、体重、栄養状態、日常生活動作が有意に改善し、さらに、健康関連QOL尺度であるSF-8TMの下位尺度のうち、「身体機能」と「心の健康」が有意に高値となった。

5 在宅訪問栄養食事指導の保険適用と内容の比較2

	介護保険 居宅療養管理指導	医療保険 在宅患者訪問栄養食事指導
医師の指示事項	共同で作成した栄養ケア計画に基づき指示等を行う	少なくとも熱量・熱量構成、蛋白質質量、脂質量・脂質構成(不飽和脂肪酸/飽和脂肪酸比)について具体的指示を含める
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> * 関連職種と共同で栄養ケア計画を作成し、交付 * 栄養管理に係る情報提供、指導または助言を30分以上行う * 栄養ケア・マネジメントの手順に沿って行う * 栄養状態のモニタリングと評価を行う 	<ul style="list-style-type: none"> * 食品構成に基づく食事計画書または具体的な献立を示した食事指導せんを交付 * 具体的な献立によって、調理を介して実技を伴う指導を30分以上行う

医療保険では、診療に基づき計画的な医学管理を行っている医師の指示で療養者の居宅を訪問して、療養者または家族等に指導を行う。介護保険では、居宅療養管理指導事業所である病院・医療機関に勤務している(常勤・非常勤)管理栄養士が、医師、訪問看護師、ケアマネジャーなどの関連職種で共同作成した栄養ケア計画書に基づき、必要栄養量や食品構成などの具体的な栄養管理に係る情報の提供、指導または助言を療養者または家族等に行う。栄養ケアプロセスは具体的に示されており、その手順に従って実施する必要がある。

4 在宅訪問栄養食事指導の保険適用と内容の比較1



医療保険での在宅訪問栄養食事指導は、在宅患者訪問栄養食事指導に位置付けられる。在宅療養中で、疾病または負傷のため通院による療養が困難であり、厚生労働大臣が別に定める糖尿病、腎臓病などの特別食を提供する必要があると主治医が認め、かつ介護認定を受けていない療養者が対象となる。介護保険での在宅訪問栄養食事指導は、居宅療養管理指導と位置付けられる。医療機関に通っている高齢者であっても、介護認定を受けている場合は医療保険でなく、介護保険を優先させなくてはならない。なお、現在、介護保険施設から在宅訪問栄養食事指導の介護請求を算定することはできない制度となっている。

6 在宅訪問栄養食事指導の保険適用と内容の比較3

	介護保険 居宅療養管理指導	医療保険 在宅患者訪問栄養食事指導
対象	<ul style="list-style-type: none"> * 通院または通所が困難な利用者で、医師が厚生労働大臣が別に定める特別食を提供する必要性を認めた場合または当該利用者が低栄養状態にあると医師が判断した場合に対象となる * 指導対象は患者または家族等 	<ul style="list-style-type: none"> * ①530点については住宅で療養を行っている通院が困難な患者、②450点については居宅系施設入居者等である通院が困難な患者であって、別に医師が定める特別食を提供する必要性を認めた場合に対象となる * 指導対象は患者または家族等

介護保険は、「通院が困難な利用者」を対象とするが「通院が困難」の解釈は訪問看護算定要件に準じ、「通院の可否にかかわらず、療養生活を送る上での支援が不可欠な者」に対して、ケア・マネジメントの結果、居宅介護支援が必要と判断された場合は、居宅療養管理指導を算定できるとされている。すなわち「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により同様のサービスが担保されるのであれば通院サービスを優先すべきであるが、通院による外来栄養食事指導、または通所での栄養ケア・マネジメントが受けられない場合は、通院・通所をしていても介護保険の対象となる。

7 在宅訪問栄養食事指導の保険適用と内容の比較4

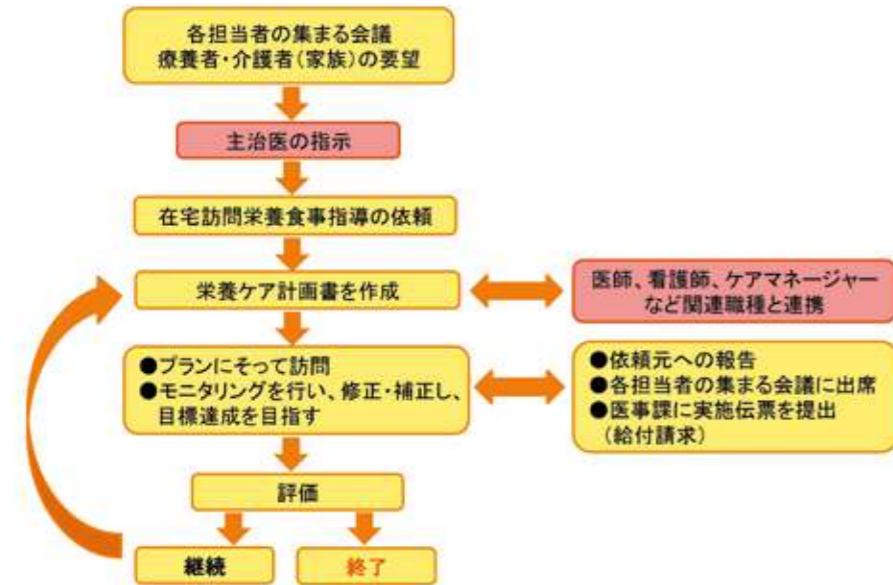
	介護保険 居宅療養管理指導	医療保険 在宅患者訪問栄養食事指導
対象食	腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、心臓疾患などに対する減塩食、特別な場合の検査食(単なる流動食および軟食を除く)、十二指腸潰瘍に対する潰瘍食、消化管術後に対する潰瘍食、クローン病および潰瘍性大腸炎による腸管機能の低下に対する低残渣食、高度肥満に対する治療食、高血圧に対する減塩食	フェニールケトン尿症食、楓糖尿食、ホモシステニン尿食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食
給付限度	経管栄養のための流動食、嚥下困難者(そのために摂食不良となった者も含む)のための流動食、低栄養状態	月2回

(平成18年4月現在)

介護保険・医療保険に共通した保険適用の対象食は、腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、心臓疾患などに対する減塩食、潰瘍食、低残渣食、高度肥満症に対する治療食、高血圧に対する減塩食である。

ただし、医療保険は、在宅訪問栄養食事指導の実施日が他職種と同一日に算定できない。

8 在宅訪問栄養食事指導の流れ



訪問栄養食事指導実践の手引き 在宅での栄養ケアのすすめ 日本医療企業、全国在宅訪問栄養食事指導研究会

在宅訪問栄養食事指導では、療養者・家族等の申込みを受けた時点で主治医との連携が必要となり、病状の確認と在宅訪問栄養食事指導の指示をもらう。

●訪問時に栄養スクリーニングと栄養アセスメントを実施 ●栄養ケア計画を関連職種と連携して作成 ●在宅訪問栄養食事指導の実施

サービスの提供の記録とは別に、在宅訪問栄養食事指導報告書を作成し、主治医に報告することが必要となる。評価は

長期・短期目標の期間が終了する時期に行う。継続する場合は、次期の栄養ケア計画を作成する。

9 ケース1 【管理栄養士と療養者の主治医が同一の医療機関】

介護保険での在宅訪問栄養指導における連携 I



訪問栄養食事指導実践の手引き 在宅での栄養ケアのすすめ 日本医療企業、全国在宅訪問栄養食事指導研究会

主治医から指示をもらい、療養者のケアプランを担当する居宅介護支援事業所のケアマネジャーと連携し、在宅訪問栄養食事指導を実施する。実施後は、主治医に報告し、居宅療養管理指導料は医療機関から国保連合会に請求する。メリットは、入院中の栄養管理を退院後の在宅生活に引き継げる。入院と在宅の連携体制が整っているため、療養者・家族等が安心する。入院先と在宅の各スタッフの顔が見える関係で連携ができ、効果的な在宅訪問栄養食事指導ができる、などがある。

10 ケース2 【フリーランス；管理栄養士が医療機関と雇用契約を交わす】

介護保険での在宅訪問栄養指導における連携 II



訪問栄養食事指導実践の手引き 在宅での栄養ケアのすすめ 日本医療企業、全国在宅訪問栄養食事指導研究会

契約を交わした医療機関を主治医とする療養者に対し、在宅訪問栄養食事指導を実施する。多くの場合、管理栄養士は複数の在宅医療を行う開業医と契約して活動する。このケースの場合、最初に療養者の主治医と管理栄養士が契約をすることが必要となる。契約が整えば主治医より在宅訪問栄養食事指導の指示をもらい、ケアマネジャーと連携し、在宅訪問栄養食事指導を実施する。居宅療養管理指導料の請求は、主治医の医療機関から行い、管理栄養士は契約に基づいた報酬を主治医の医療機関から受け取る。

11 ケース3 【居宅療養管理指導事業所；管理栄養士と療養者の主治医が別の医療機関】

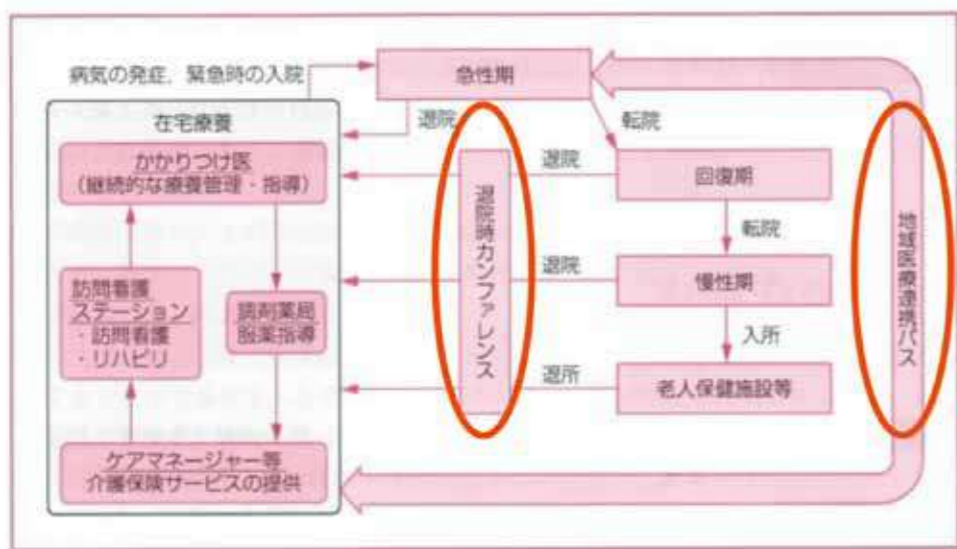
介護保険での在宅訪問栄養指導における連携 III



訪問栄養食事指導実践の手引き 在宅での栄養ケアのすすめ 日本医療企業、全国在宅訪問栄養食事指導研究会

主治医から指示をもらいケアマネジャーと連携して、在宅訪問栄養食事指導を実施する。実施後は、主治医に報告し、居宅療養管理指導料は管理栄養士の所属する医療機関から国保連合会に請求する。このケースの場合、指示を出す医療機関には在宅訪問栄養食事指導に関する収入がないこと、栄養食事指導指示せんや報告書のやりとりの方法と書式に工夫が必要なこと、給付に関することも管理栄養士が責任をもって実施する必要がある。

12 在宅医療連携



医療保険を利用している療養者に対しても病院から在宅への移行時に、かかりつけ医のいる診療所が、入院機能をもつ医療施設や在宅療養を支えるさまざまな機関と相互に協力し合った連携体制（在宅医療連携）を構築することが求められる。そこで、療養者の退院前に、病院の医療従事者ならびに、かかりつけ医、訪問看護師、ケアマネジャー、在宅サービス担当者などが地域連携会議（カンファレンス）を行い情報の共有を図る必要がある。このような看取りまでをも含めた在宅医療の支援体制をつくる取り組みの一つが地域医療連携パスである。

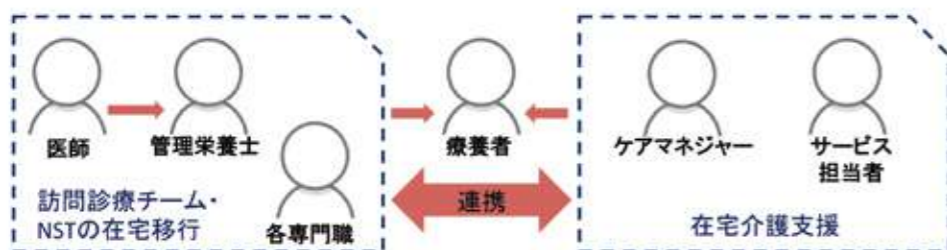
13 在宅訪問栄養食事指導の実際 —在宅訪問栄養食事指導につながるまで—

訪問医療チームからのスタート

【例】Aさん(77歳)は脳梗塞の後遺症で寝たきりとなり、数年前から△△クリニック在宅部の訪問診療と訪問看護を利用して在宅療養をしています。数カ月前から褥瘡ができてはじめました。

①担当医師・看護師等が管理栄養士の必要性を認める

②在宅訪問栄養食事指導の指示



①担当の医師・看護師等が管理栄養士の必要性を認める

Aさんは食も細くなってしまい、血清アルブミン値は2.9g/dlまで下がってしまった。褥瘡の治りも良くない。担当の医師・看護師はAさんの専門的な栄養評価が必要と考え、同じ在宅部の管理栄養士に依頼した。

②在宅訪問栄養食事指導の指示

栄養評価の結果、Aさんの栄養摂取量は必要量の半分程度、脱水の危険性も考えられた。そこで担当医師は、低栄養状態の改善を目的に管理栄養士にAさんの在宅訪問栄養食事指導を指示した。

14 在宅訪問栄養食事指導の実際 —主治医に指示をもらうI—

在宅訪問栄養食事指導を行うには、主治医の指示が必要になります。主治医は指示した内容の要点をカルテに記載することとされていますが、できれば「指示書」として文章にしてみましょう。

(1) 医療保険の場合

主治医が指示する主な項目は以下の通りです。

- ・熱量、熱量構成
- ・たんぱく質量
- ・脂質量、脂質構成(不飽和脂肪酸/飽和脂肪酸)

(2) 介護保険の場合

主治医は栄養ケア計画の作成に共同し、その計画に基づいて指示等を行うこととされています。医療保険の場合と異なり、指示する項目は特に決められていません。



医療保険の場合、指示せんの項目は、患者氏名、性別、生年月日、住所、電話番号、身長、体重、病名、指示栄養量、臨床検査値、使用薬剤、医師のサイン(印)などが考えられる。算定要件は、「管理栄養士への指示事項は、少なくとも熱量・熱量構成、たんぱく質、脂質量・脂質構成」についての具体的な指示を含んでいることである。

介護保険の場合は、栄養ケア・マネジメントの手順に基づくことが算定要件になる。

栄養ケア計画書は在宅訪問栄養食事指導開始前に完成していることが望ましいとされている。

15 在宅訪問栄養食事指導の実際 —主治医に指示をもらうII—

(3) 指示書の依頼

在宅訪問栄養食事指導では最初から主治医が指示書で依頼してくることはまれです。主治医から口頭で依頼があった場合、もしくは医師以外のスタッフから依頼があった場合は療養者の同意を確認の上、管理栄養士から主治医に指示書の発行を依頼することになります。その時には次のような書類を添えて依頼するとよいでしょう。

- 指示書発行の依頼文
 - ・療養者名
 - ・在宅訪問栄養食事指導利用の経緯(概要)
 - ・療養者、家族(介護者)の以降
 - ・栄養ケアの方向性(予定)
 - ・指示書の有効期間
 - ・今後の連携で依頼したいこと(栄養ケア計画作成・報告書送付など)
- 指示書のホーム
- あれば栄養評価結果(主治医報告用に編集)

主治医から口頭で依頼があった場合、もしくは医師以外のスタッフから依頼があった場合は医療者の同意を確認の上、管理栄養士から主治医に指示書の発行を依頼することになる。

指示書は、できるだけ医師の負担が少ないフォーマットにする。管理栄養士は、指示内容に不足、不明な点があれば、関連職種に聞いたり、カルテから拾ったりしながら補足していく。最終的には必ず主治医の確認を取る。

16 在宅訪問栄養食事指導時における栄養管理プロセス ～課題の整理と優先順位の決定～

- 複数の課題が抽出された場合、優先順位の高い課題から取り上げる。療養者・家族(介護者)が直面している課題、早急に改善が必要な課題から取り組み、その他は段階を踏みながら少しずつ整理していく。



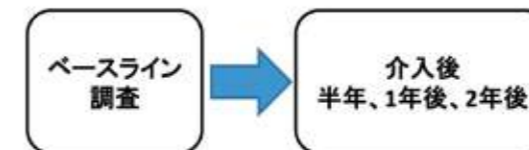
- このギャップが生活支障となっている
- このギャップが食・栄養に起因している
- このギャップが食・栄養に悪い影響を与えている
- このギャップが将来的にあるべき生活像を崩す
- 現在の臨床的問題が将来的にあるべき生活像を崩す
⇒あるべき生活像は到達可能なゴールか
⇒現在の生活像は改善するのか、維持か、悪化抑止か

訪問栄養指導実践の手引き 在宅での栄養ケアのすすめかた。日本医療企画、全国在宅訪問栄養指導研究会

課題の整理と優先順位決定のコツは、最初から欲張らないことである。療養者・家族等が直面している課題、早急に改善が必要な課題から取り組み、その他は段階を踏みながら少しずつ整理していく。

18 管理栄養士による在宅訪問栄養食事指導の改善効果の検証

平成23年度から公益社団法人日本栄養士会と全国在宅訪問栄養食事指導研究会(訪栄研)における「在宅訪問管理栄養士」の認定試験事例レポートを提出した366事例を対象に介入後調査を実施し、訪問栄養指導の効果を検証する



日本栄養士会と日本在宅栄養管理学会で特定分野認定制度「在宅訪問管理栄養士」の試験に合格したレポートの366事例を対象に、在宅訪問栄養食事指導の介入前、介入後の効果を追跡調査した。

17 情報を的確に伝えるためのツール

～嚥下パスポート～

- 発行:嚥下パスポートネット
- あなた(患者)の情報
- 現在の摂食条件
- 嚥下検査の記録
- 摂食状況のレベル
- 摂食嚥下障害の重症度
- 摂食状況と重症度の変化
- 食事の記録
- 嚥下調整食学会分類2013
- 食事早見表・とろみ早見表

～栄養手帳～

- 監修:田中寿生
- 基本属性
- 栄養基本情報(栄養改善のポイント)
- 食事計画(食形態)
- 食事計画(栄養補給計画)
- 経過記録
- ご連絡メモ・お返事メモ

※栄養手帳以外にも、他職種や介護者との連絡に「連絡ノート」などの紙媒体の使用という方法もある。

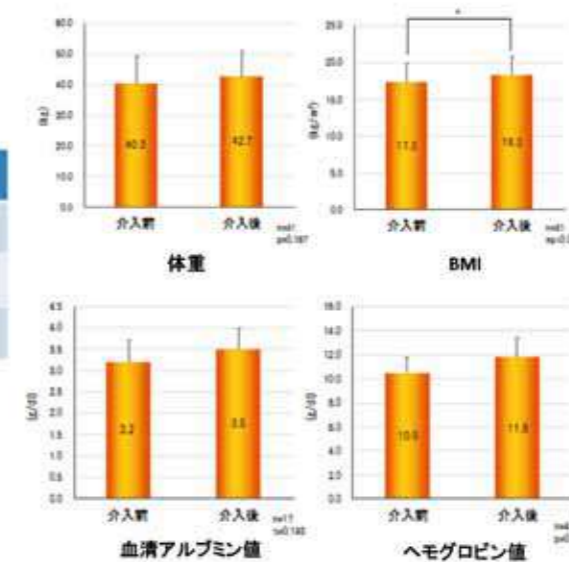
在宅訪問栄養食事指導の実施において、多職種や介護者と連携する際、情報共有のツールとして「嚥下パスポート」や「栄養手帳」がある。これらのツールは療養者本人が持っておき活用するツールの一つである。これからさらに普及させていく必要がある。

19 体重増量・維持を目的とした介入I (低栄養、摂食嚥下障害等)

追跡期間及び身体計測値

項目	平均値±標準偏差
追跡期間(月)	9.6±10.5
身長(cm)	152.0±9.9
通常時体重(kg)	47.2±9.9

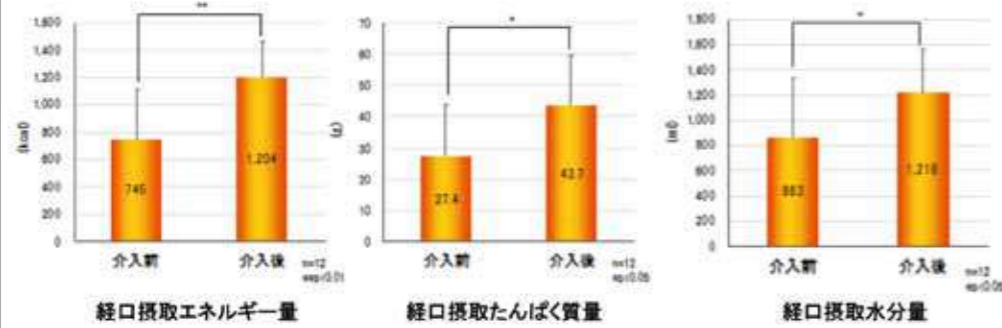
n=41



体重増量・維持を目的とした低栄養、摂食嚥下障害等では、体重に有意な増量はみられなかったが、BMIには有意な増加がみられた。

血清アルブミン値 (g/dl) においては、介入時3.2±0.5であったが、介入後3.5±0.5と上昇した。ヘモグロビン値(g/dl)においては、介入時10.5±1.3であったが、介入後11.8±1.6と上昇した。有意差はないが、介入することにより、改善がみられた。

体重増量・維持を目的とした介入II (低栄養、摂食嚥下障害等)



経口摂取エネルギー量 (kcal/日) においては、介入時745.3±372.3であったが、介入後1203.9±262.5と有意に増加した。経口摂取たんぱく質量 (g/日) においては、介入時27.4±16.4であったが、介入後43.7±15.7と有意に増加した。経口摂取水分量 (ml/日) においては、介入時863.1±476.9であったが、介入後1215.9±345.9と有意に増加した。

在宅訪問栄養食事指導の利用率がなぜ低いのか? ～現行の問題点と解決案II～

- 介護保険・医療保険の算定要件が違う
→算定要件の見直し
- 居宅療養管理指導(介護保険)では介護サービスとは違い、雇用契約が必要
→シームレスに在宅訪問栄養食事指導が行けるような整備
- 在宅医療としての管理栄養士スキルアップ
→在宅訪問管理栄養士の育成(日本栄養士会認定)

解決案

在宅訪問栄養食事指導の実践をシームレスにするためには、栄養情報提供書及び医師からの栄養処方箋などの連携ツールの普及

現行の問題点を打破するためには、よりスキルの高い「在宅訪問管理栄養士」が食と栄養の在宅環境を整えることにより、栄養障害のある在宅療養者は減少すると見込んでいる。

在宅訪問栄養食事指導の利用率がなぜ低いのか? ～現行の問題点と解決案I～



解決案：地域社会のニーズに対応できる認定栄養ケア・ステーションの整備

ケアマネジメントによる訪問栄養食事指導の現状と課題点
日本栄養士会雑誌(第53巻第722号)

在宅で要介護高齢者を支えるケアマネジャーを対象としたアンケートでは、利用者の食事や栄養上の課題がケアプランにあがる頻度は高いものの、「相談できる管理栄養士の所在がわからない」および「管理栄養士との連携方法がわからない」などから、食事の問題は医師やヘルパーと連携することが多く、管理栄養士は6番目に調整を行う職種となっているのが実態である。このような現状を解決するためには、各都道府県で進められている栄養ケア・ステーションを地域のニーズに対応できる機能により早く整備することが必要である。

【引用情報】

- 田中弥生, 手嶋登志子, 小林重芳, 他: 在宅訪問栄養食事指導における医療保険および介護保険の経済効果の分析. 栄養日本 46, 38-40, 2003.
- 井上啓子, 中村育子, 高崎美幸, 他: 在宅訪問栄養食事指導による栄養介入方法とその改善効果の検証. 栄養日本 55, 40-48, 2012.
- 全国在宅訪問栄養食事指導研究会 編: 訪問栄養食事指導実践の手引き 在宅での栄養ケアのすすめかた. 日本医療企画, 42-43, 2008.

症例1) がん緩和

山脇 正永

■はじめに

がん緩和をはじめとする疼痛緩和は、患者の訴えを聞き、QOLを低下させる要因は何かを生活面も含めて考えることが重要となる。その上で医学的根拠に基づいた病態、薬剤を丁寧に説明し、根拠を提示した上で治療方針を患者とともに決定する必要がある。

ターミナル状態で比較的急速に進行していく症状に対して、まずは患者・家族の気持ちを理解し、根拠を提示し、患者のQOL低下の要因を除去することは、信頼関係の構築につながり、さらにはターミナルケアを効果的に実施する要素となる。

■症例の紹介

44歳男性、妻と二人暮らし（子供なし）

【既往】

糖尿病の既往がありインスリン治療中。

【経過】

1年前にA市立病院にて進行がんと診断され、治療目的にB大学病院に紹介入院となった。外科的切除目的に放射線治療施行するも効果なく、FOLFOLINOX療法、nab-PTX+GEM療法を施行するが経過中に多発肝膿瘍形成にて中止した。全身状態の悪化、衰弱も強いいため緩和ケアの方針となり、3日前に在宅医療へ移行となり退院となった。

訪問診療時の身体所見として、バイタルサインは安定していたが、るいそうが著明で、腹水による著明な腹部膨満を認めた。入院時の一番ひどい時と比べると痛みはだいぶ落ち着いていて、たまに肩が痛むことがある程度とのことであった。入院中はレスキューでオキノーム®も処方されていたが、最近は全く飲んでいない。

「今、困っているのは日中の眠気が強いこと。夜間睡眠に関しては、寝付きはよいが、3時間ごとに痛みで目が覚める」とのことであった。

【処方】

オキシコンチン®70mg（20-20-30）、ナイキサン®300mg、十全大補湯®7.5、パリエット®10mg、マイスリー®10mg、リンデロン®0.5×11T、トリプタノール®10 0.5T、ノボラピッド®300U、ランタス®30U

■対応の検討

【課題】

本事例について、

- ①何が課題でしょうか（Problem List）
- ②どのように対応してゆくのがよいでしょうか（Plan）

【考え方】

1. 課題

Problem List

- #1 日中の眠気
- #2 疼痛コントロール

2. 対応

- #1
- #2

上記の対応とし、患者の疼痛・睡眠がどう変化するか、改善したかを3日後に聴取した。

【経過】

- #1 日中の眠気がなくなり、夜間の睡眠がとれるようになってきた。
- #2 痛みの悪化はない

- ・新たな課題とその対応
- ・予後を考えた対応

■方針決定のためのまとめ

1. 在宅緩和ケアに向けた支援

緩和ケアの原則として、身体的苦痛・精神的苦痛への医療支援以外にも、付随するさまざまな課題に対応する必要がある。

緩和ケア
患者の日常生活の支援
身体的苦痛・精神的苦痛への医療支援
社会的苦痛・スピリチュアル面の苦痛への支援
家族に対する支援

2. 在宅緩和ケアの条件の調整

在宅緩和ケアを実現するためには、環境要因を含めた条件を調整する必要がある。

在宅緩和ケアの条件
A 医療支援システムの整備
a. 24時間応需の訪問医療システムの確保
b. チーム医療および医療連携の確立
c. 後方支援病院の確保
B 生活支援システムの整備
C 患者および家族の希望

3. 痛みのコントロールの原則を考慮した方針

痛みのコントロールについてはWHO方式の5つの柱による原則に則り方針を立てる必要がある。

WHO方式 5つの柱
経口的に
時刻を決めて規則正しく
除痛ラダーに沿って効力の順に
患者ごとの個別的な量で
その上で細かい配慮を

4. 痛み以外の緩和ケアへの対策・対応を考慮

痛み以外の緩和ケアもADLおよびQOLに重要な要素である。現状の在宅医療の状況にあわせて条件を整え、薬物治療のみならず非薬物治療法も考慮して導入する。

	非薬物治療	薬物療法
呼吸困難	在宅酸素療法、液化酸素	モルヒネ（1/3量）、ステロイド
腸閉塞	イレウス管、胃瘻造設	オクトレオチド、オピオイド
嘔気、嘔吐	食事内容の調整、不安の除去	消化管運動改善薬、制吐薬、抗精神病薬（ハロペリドール等）
全身倦怠感	理学療法、マッサージ	ステロイド
食欲不振	食事内容の工夫、GFO療法 ^{注1)} 、ビタミン・微量金属摂取	消化管運動改善薬、プロゲステロン、ステロイド
腹水（胸水）のコントロール	腹水（胸水）穿刺、腹腔・静脈シャント、CART ^{注2)}	利尿薬、ステロイド
腫瘍熱	クーリング、水分摂取	NSAIDs、ステロイド
高カルシウム血症	家族への説明、せん妄・傾眠対策、痙攣発作対応	ビスホスホネート
腫瘍潰瘍	洗浄、ドレッシング、密封	ヨウ素剤
せん妄	理解的対応、家族への説明、パニックの予防	抗精神病薬（ハロペリドール等）、抗不安薬

注1) GFO療法：グルタミン（G）・水溶性ファイバー（F）・オリゴ糖（O）療法

注2) CART：Cell-free and Concentrated Ascites Reinfusion Therapy

【引用情報】

●在宅医療テキスト編集委員会 編：在宅医療テキスト 第2版、勇美記念財団、2009。

※日本緩和医療学会では、緩和ケア教育プログラム「PEACE プロジェクト」を実施している。詳細は下記参照。
<http://www.jspm-peace.jp/>

症例 2) 心理・社会的要因（家族の関わり含む）の処遇困難症例

草場 鉄周

■キーワード

介護負担、介護サービス、家族アプローチ、肯定的意味付け、家族会議、訪問看護、ケアマネジャー、デイサービス、ショートステイ、経済的負担、家族内の対立構造、介護への自信

■はじめに

在宅医療において、医学管理上の諸問題のみならず、患者および家族に関連する心理・社会的要因が在宅療養に影響を与えることは少なくない。こうした場合、医師の診療のみで対応することは難しく、多職種での協働アプローチや家族アプローチなど、多様な手段で対処することが必要になる。

本稿ではその中でも家族に起因するさまざまな問題を解決するのに役立つ家族アプローチに焦点を当てて、具体的な症例を提示して、どのようなアプローチを提供すべきかを概説する。

■症例の紹介

80代男性 妻と二人暮らし

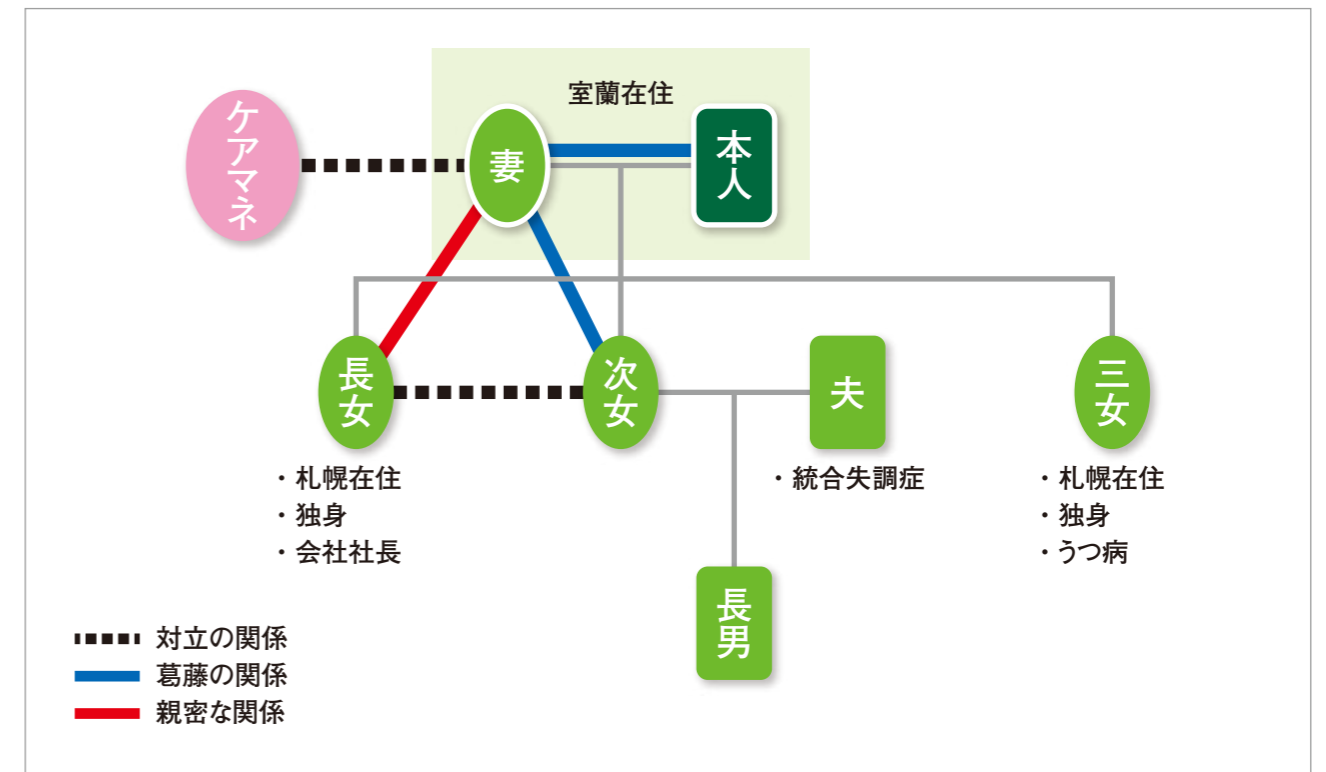
病歴：#1 心源性脳梗塞後→左片麻痺、#2 心房細動、#3 膀胱癌術後、#4 認知症（多発脳梗塞による）

ADL：更衣「部分介助」、食事「自立」、移動「見守り」、排泄「自立」、整容「デイケアでの入浴」

要介護度：3

医療・介護サービス利用状況：訪問診療2回/月、訪問看護1回/週、デイケア1日/週

【家族図】



■問題点

妻の精神的な介護負担（夫とのやり取り、介護についての次女およびケアマネジャーとの意見対立）。

■経過

1. これまでの経緯

数年前に脳梗塞を発症してから、それまで穏やかだった夫が、妻に対して乱暴な言葉を使うようになった。一方で妻は、同じ室蘭市内に住む次女、およびケアマネジャーと、夫の介護について意見が対立。結局、次女とケアマネジャー主導の介護体制で、在宅介護が始まった。身体的な介護負担はそれほどないが、夫とのやり取りや、見守りをしなければいけないという考え、次女とケアマネジャーとの介護を巡る対立など、妻の精神的負担が大きくなっていった。

2. 専門職によるアプローチ

当初、訪問では妻の介護負担を傾聴し、デイサービスの頻度を増やすと同時にショートステイの利用を勧め、外部リソース活用に向けて調整を行おうとしたが、上手く進まなかった。背景として、妻が自分自身の介護に自信を持てず、そのような状態でデイサービスを増やしたり、ショートステイを利用することに罪悪感を抱いていることがわかった。

そこで、訪問の度に「〇〇さんがこうやって自宅でくらすのは△さん(妻)の介護のおかげですね、本当に〇〇さんは幸せですね」、「介護をがんばり過ぎていないでしょうか?〇〇さんが元気であるためには△さんが元気なのが一番ですよ、少し手を抜くことも大切ですよ」など、**介護を承認し、ねぎらう言葉**がけを意識的に行った。そのような関わりを続けていくことで、妻の罪悪感は軽減し、介護サービスのさらなる利用について、前向きに考える発言が増えてきた。そうした中で、介護サービス利用も含めた介護に関する家族全体の考えを把握し、方向性を定める必要性が高まってきた。

3. 家族会議の開催 ～現状と課題を明らかにする～

うつ病で体調が不安定な三女を除く、妻、次女、および札幌在住の長女、ケアマネジャー、訪問看護師とともに、**家族会議**を企画した。当初、札幌の長女は仕事の多忙さを理由に参加にやや否定的だったが、家族全体で問題を話し合うことの重要性を医師およびケアマネジャーから説明することによって、納得し、参加することとなった。

家族会議の目的は、**妻の介護負担の緩和と持続的な介護体制の構築**とした。問題解決を難しくしている要因としては、妻の介護サービス利用への抵抗に加えて、介護を巡って生じている家族内での対立構造があると考えられる。そこで会議では、そうした点を指摘しながら議論を展開し、二人の娘の介護に対する考え方を確認した。

長女は遠方で仕事もあり、直接介護に関わることはできないが、母親の努力を強く支持したいという思いを語った。次女は近隣で父親の介護に関わるべきという責任感がある一方、統合失調症の夫との生活で自分自身もパートタイムで働いている状況であり、十分に介護できないことへの罪悪感を語った。そして、自分の厳しい状況を十分に姉が理解していないことへの苛立ちも表現した。対立はあるものの、両親の自宅で療養したいという希望を叶えるために役立ちたいという姿勢を評価し、「皆さん全員が、このような苦しい状況でも、多くのものを提供できるはずだと私は考えています。家族がうまくやっていくためにはどうしたらよいと感じていますか?」と投げかけた。

4. 家族会議 ～今後の方向性を確認、共有～

妻は、自らの頑なな姿勢が次女を追い込んでいることを知って、デイサービスを増やしてショートステイなどを利用してもよいと語った。ただ、経済面での不安も同時に吐露した。また、それを聞いた次女は、無理のない範囲で従来通り両親宅を時々訪れて家事などのサポートを行いたいと語った。長女は肉体的な介護への貢献は難しいが、介護サービス利用などにかかる経費について、経済的な援助を積極的に行うこと、月に1回は室蘭を訪れて母親の話し相手になることを伝えた。姉妹の前向きな雰囲気になり、妻も介護を続けることへの自信を取り戻した様子だった。

訪問看護師は、今まで通りの1回/週の訪問で本人の健康状態の評価に加えて、家族の介護状況に対するサポートを続けていくこと、ケアマネジャーはデイサービスの回数を2回/週に増やし、近隣の施設でのショートステイの手続きを速やかに取ることを伝えた。また、状況が変化したときには、妻のみならず姉妹との連絡をしっかりとって、家族全体で介護を継続できるようにサポートしたいと伝えた。

5. その後の経過

その後、1年が経過して、本人の認知症の程度は徐々に進行し、ADLも低下しつつあるが、その都度、家族と医療・介護職の緊密な連携で介護サービスの強化を行い、家族も満足したかたちで在宅療養を継続している。

■ 考察

肯定的意味付けを診察中に繰り返す中で、妻の外部リソースの利用に対する姿勢が変化した。そのタイミングで、介護を巡る家族の対立構造に介入すべく、家族会議を開催。それぞれの介護への関わりを調整することによって、持続可能な介護体制を構築することができた。

■家族介護の問題へのアプローチ

1. 介護負担の評価

- ◆主介護者である妻の肉体的介護負担、精神的介護負担を共に評価
- ◆評価は訪問看護師、ケアマネジャーなど関わる専門職全体で実施

2. 介護者の介護サービス利用への抵抗

- ◆抵抗の背景にある思いや家族の背景についての評価
- ◆現在利用が望ましい介護サービスの検討

3. 介護者への働きかけ

- ◆肯定的意味づけを通して、介護に対する考え方への変容を促進

4. 家族への働きかけ

- ◆家族会議を通して家族間の問題を確認し評価
- ◆家族の持つリソースを引き出し、介護サービスの利用も含めた選択肢を追求

5. 家族との信頼関係の構築

- ◆対話を通じて、本音で語り合える関係性を構築し、持続可能なサポート体制を構築

■家族会議

1. 参加者

- ◆現在の家族構成員全てと病気に関係する親戚、友人、専門職
- ◆健康に関する影響力の強い家族やキーパーソンをつかむことができる

2. 開催のタイミング

- ◆専門職が家族との話し合いが患者・家族・医師自身にとって有益だと感じた際
- ◆特に、健康状態の急な悪化、介護負担の増大、家族関係に起因する問題、ターミナルケアの際には是非実施すべき

3. 会議の準備

- ◆会議開催の目的を明確に設定
- ◆家族関係を家族図に記載して、一般的に想定される仮説を設定

4. 会議のプロセス

①社会的な対応と雰囲気作り

1. 家族への挨拶
2. それぞれの家族との語り（アイスブレイク）

②カンファレンスの目標設定

1. 参加者が会議に期待することを確認
2. 目標を提示し、必要に応じて優先度を設定

③問題や懸案事項に関する議論

1. それぞれの参加者が問題や懸案事項に対して持つ見解を引き出す
2. 医療・介護職者に対する家族の質問

④資源を明確にする

1. 家族のリソースと力を明らかにする
2. 医療・介護資源を明らかにする

⑤計画を立案

1. 具体的な行動目標を設定
2. 今後も家族とどのように関わるかを確認

5. 会議の総括

- ◆会議で達成できたこと、未解決の課題を明確にする
- ◆当初設定した家族関係に関する仮説の見直し
- ◆将来に想定される課題も含めて、今後のアプローチを確認

【引用情報】

- S.H.McDaniel (松下明 訳)：家族志向のプライマリ・ケア。丸善出版，2012.
- 草場鉄周 編：家庭医療のエッセンス。カイ書林，2012.

■要旨

在宅医療とは生活の場で提供される医療であり、患者や家族の価値観を治療方針に反映させる医療でもある。病院を疾病治療の場と位置付けると、治癒への期待が無くなった場合に、再び生活の場で適切な医療的ケアの提供を受けながら療養生活を続け、できれば看取りまで支えてもらいたいと願う患者・家族も少なくない。

しかし、実際は、医師の訪問診療や訪問看護などの医療サービスがしっかりと提供されても、生活支援が不十分であれば、在宅療養は容易に破たんする。介護力の評価や病態にふさわしい療養環境の整備、さらに訪問介護など、食事や排せつ、身体の清潔保持など暮らしを支援するケアサービスが過不足なく提供され、はじめて在宅療養の継続が可能となる。つまり、「ケアチームの質が、在宅医療の質を規定する」と断言できる。安定した在宅療養を継続し、看取りまで支え続けるには、ケアチームの連携の絆を強くする必要があり、優れたケアチーム構成（team building）には、**ケアカンファレンス**がたいへん重要な役割を担う。

そこで、具体的に「フレイルや認知症」の代表的事例としてアルツハイマー型認知症、「難病（指定難病など）」の代表的事例として特発性間質性肺炎の2症例を提示し、モデル・ケアカンファレンスを通して、「**看取りまで支える在宅医療**」継続の課題とその解決方策を探ってみたい。

■目的

在宅医療は、「移行期（導入期）」、「安定期（療養生活期）」、「不安定期（急性疾患合併時・家族介護力低下時）」、終末期、それぞれに医療・介護ニーズが変化し、きめ細かな対応が求められる。治療方針を見直す場合に、ステークホルダーが一堂に会して行われるケアカンファレンスにおける、多職種の意見に耳を傾けることで、患者・家族が満足する在宅医療のあるべき姿を知る。

■「サービス担当者会議」と「地域ケア会議」

多職種が一堂に会する「ケアカンファレンス」は、ケアプラン作成を目的とした「サービス担当者会議」や基礎自治体が主導的に行う「地域ケア会議」など、高齢者の生活課題の解決のため、制度上、その意義や役割が明確化されている。

一方で、今回の「モデル・ケアカンファレンス」は、質の高い在宅医療を継続して行く上で、多職種の意見を傾聴し、ケアチームを構成していくことの重要性を共有するために行うものである。従って、場面によっては「退院時カンファレンス」、「サービス担当者会議」、「地域ケア会議」などの諸要素が、盛り込まれている。

症例1) 特発性間質性肺炎

■キーワード

特定疾患（指定難病）、在宅酸素療法、介護保険第2号被保険者、日中独居、ワルファリンコントロール、ステロイド糖尿病、救急搬送、人工呼吸器の適応

■はじめに

在宅医療は介護保険制度に牽引され、普及が図られたこともあって、高齢者の医療であると考えられることが多い。一方、病院での積極的な治療の対象となりにくい神経筋疾患をはじめとする「難病の在宅医療」への期待も高まっている。難病の在宅医療は、高齢者の在宅医療と異なるさまざまな特殊性がある。

1. 医学的な課題

徐々に進行し、やがて生命に関わる病態となるが、高齢者やがんの進行期と異なり、終末期である判断に苦慮する。すなわち、気道感染など急性期疾患罹患時の救急搬送の是非の課題がある。さらに、人工呼吸器装着によって、生命維持が可能な状況もあるが、装着については、あくまでも当事者の判断となり、その意思決定支援も医療者の重要な役割となる。

2. 社会的な課題

療養期間は長期化することが多いため、社会的な支援および家族支援が重要である。介護保険第2号被保険者に該当する疾病と、介護保険制度の対象とならない疾病の事例がある。その場合、介護保険制度におけるケアマネジャーの役割をソーシャルワーカーや保健師が担うこととなる。介護保険サービス利用の道が閉ざされると、家族介護力に頼らざるを得ない状況も生じ、家族に対するきめ細かな支援を必要とする。

第2号被保険者の事例で、特定疾病として介護保険給付対象となる場合は、保険者としての基礎自治体と難病を扱う保健所との連携も求められる。さらに、経済的余力が乏しい場合は、制度活用による経済的な支援を必要とする。

■症例の紹介

〇〇〇〇殿 65歳男性

【診断】

特発性間質性肺炎、ステロイド糖尿病

【病歴】

生来健康であったが、平成26年3月22日、突然の呼吸困難で〇〇大学附属病院に救急搬送された。心房細動を認め、利尿剤、ジギタリス製剤等での加療を行うが、呼吸困難の改善が芳しくなかった。呼吸不全に対して気管切開が行われ、人工呼吸器管理となった。4月1日、「特発性間質性肺炎 (IIP)」の診断でステロイドパルス療法が開始され、2回にわたるパルス療法が著効し、水溶性プレドニン®60mg (維持量) にて、4月30日に人工呼吸器離脱が可能となった。

同年7月9日、急性期の加療を終了し、〇〇病院呼吸器内科に転院となり、在宅療養を目指したりハビリテーションを行った。気管切開孔は自然閉鎖していた。安静時1L/m、労作時3～4L/mの酸素療法で短距離 (10m弱) の歩行ができるようになった。入浴には介助を要するが、ポータブルトイレ排泄も可能となり、在宅移行となった。

【処方】

ハーフジゴキシン® (0.125mg) 1T M×、タケプロン®OD (15mg) 1T A×、バクタ®配合錠 (400mg/80mg) 2T 2×、プレドニン® (5mg) 1T M×、ワーファリン®1.5 mg M×。

【制度の活用】

退院時の制度活用は、身体障害者手帳3級 (呼吸器障害)、介護保険要介護状態区分3、特定疾患 (指定難病に対する特定疾患医療受給者証交付) を申請中であった。また、医療扶助目的の生活保護申請を検討中であった。

■論点

i) 移行期の課題 (病院での退院時カンファレンスで取り上げられた課題)

肺性心による突然死の可能性 / 息子と二人暮らしで日中は独居 / 収入は国民年金のみ

ii) 安定期の課題

①医療の課題

- 食事療法の困難 (自炊困難、コンビニ弁当が中心) / 習慣性飲酒 / 運動療法困難 / 口腔ケア不良 (誤嚥性肺炎のリスク) / 酸素療法に対するコンプライアンス悪い / CO²ナルコーシスの危険
- ワルファリンコントロール不良 (ビタミンK摂取) / ステロイドによる二次性糖尿病 (HbA1c 8.0%～) / 利尿剤による低カリウム血症 / 服薬コンプライアンス不良

②介護保険サービスの課題

清潔な療養環境を整備しづらい / 入浴介助の困難 / デイサービスの拒否 (提供機関も) / ペット (猫) の存在 / 湿度や温度の管理不良 / 訪問看護・介護職へのセクハラ行為

③その他 定期的なケアカンファレンス (多職種の参加) の必要性

iii) 不安定期の課題

救急搬送を本人は否定 (救命できる可能性がある。一方で人工呼吸器管理については、意思確認をしていない(息子は否定)) / 急性期バックベッドの確保 / 消防署への情報提供 / 酸素濃縮器管理業者への対応

iv) 終末期の課題

治療内容の課題 / 場所の課題

■総括

■reference

<http://www.nanbyou.or.jp/entry/513>

症例2) アルツハイマー型認知症

■キーワード

認知症、フレイル、人工栄養、薬物療法、意思決定支援、終末期医療、介護力、周辺症状

■はじめに

認知症の在宅医療においては、医療的な課題というより介護の課題が大きく、身体運動障害が軽度であれば、徘徊などの行動障害が介護負担を大きくする。また、発熱や脱水など、医療的ケアを必要とする場面において、患者が治療の意義を理解できなかったり、治療に協力できない場合にどう対応するか、倫理的課題に直面する。はたして、抑制したり、意識レベルを低下させてまで、治療を行うべきか、ということである。

また、医療的判断に難渋する具体的例として、「インスリン自己注射が安全に行えなくなった」、「家族ががんなどの精密検査を望む」、「食事摂取減少に対し家族が人工栄養管理を希望した」などの場合がある。

さらに、病態が進行すると、やがては寝たきりとなり、食事への関心が薄れると生命の危機が訪れるが、その「時点で終末期と看做すのか?」など、厄介な課題が山積している。

■症例の紹介

〇〇〇〇殿 88歳男性

【診断】

アルツハイマー型認知症、高血圧症

【病歴】

数年前より外来通院し、降圧薬を継続していた。受診時の言動から認知症を疑い、MRI検査（海馬の萎縮）およびMMSE（19点）の結果、アルツハイマー型認知症疑いと診断された。

平成25年頃より認知機能低下が目立ち、信頼していた主治医とも初対面のような対応となった。徘徊、夜間せん妄などみられた。易怒的で、入浴を拒否するため身体の清潔を保ちにくくなった。

平成26年頃より、歩行が困難となり、在宅医療（訪問診療）、訪問看護を開始した。介護負担は徐々に増強している。

【背景】

妻と二人暮らし。長男が隣接する市に居住。高学歴で技術者として海外勤務。定年後は年金生活であったが、長女の死をきっかけに認知症が発症したと家族は考えている。経済的な課題は少ない。

【処方】

アムロジン®5mg/d（現在休薬）、アリセプト®5mg/d（現在休薬）、リスパダール®0.5mg～1.0mgを不穏時屯用。

■論点

i) 移行時の課題

精神科治療の是（易怒的・暴力的な行動が認められることから、ケアマネジャーが精神科入院を勧めたが、介護者である妻はできる限り在宅療養を望む）。

ii) 安定期の課題

夜間せん妄に対する適切な薬物療法（リスパダール®奏功）のあり方／暴力行為への対応／関わり方の指導。

iii) 不安定期の課題

治療への理解の問題への対応（熱中症に対して補液への協力が得られない）／補液の是非（抑制して行うか?）／薬物療法の中止の是非。

iv) 現在の状況

介護力低下の問題（主介護者の妻が慢性硬膜下血腫のため入院したため、本人は老人保健施設に短期入所中）。

v) 終末期の課題

治療内容の課題／場所の課題（息子は病院で延命的加療を望む。本人は元気な頃ころからかかりつけ医に対して「自宅で最期を」と伝えている（しかし、その意思表示の書類はない）。妻が決定できない）。

■総括

1 モデル・ケアカンファレンス

【症例1】 65歳 男性

特発性間質性肺炎（難病指定）

【症例2】 88歳 男性

アルツハイマー型認知症+フレイル（含終末期医療）

2 療養生活のバックグラウンド

■各病態の背景

【症例1】 COPD：⇒急変の可能性 生命予後

【症例2】 認知症：⇒BPSDの有無と程度

- 介護力の評価**…………… 社会的介護力 家族的介護力、等
- 経済的基盤**…………… 制度の活用 その他利用可能な公的支援
- 療養環境整備**…………… 何を重視か 自立支援か 看取りか
…………… テクノエイドの導入も重要
- ケアコーディネーター**…………… その存在とその力量
- 意思決定支援**
- 療養生活支援**…………… そのための社会資源（質と量）
…………… 在宅療養支援病院のバックアップ

3 カンファレンスの論点：4つのフェーズ

■移行期（導入期）

本人・介護者（家族）の意向

■安定期（療養生活期）

病態・生活障害に応じた介護力

■不安定期（急性疾患合併時等）

妥当性判断（救急搬送か、在宅で加療継続か）および、事前説明

■終末期

関係者全員で方針共有（臨終期の救急搬送回避）

4 【症例1】 65歳 男性 ①

【病歴】

- 生来健康であった。
- 平成26年3月22日 突然の呼吸困難で〇〇大学附属病院へ救急搬送。心房細動を認め、心不全を合併し、利尿剤、ジギ等での加療を行うが、呼吸困難の改善が芳しくなく
- 同年4月1日「特発性間質性肺炎（IIP）」と診断。
- その後、病態はさらに増悪傾向。
- 気管切開後、人工呼吸器管理となり、ステロイドパルス療法を施行。パルス療法が著効し、水溶性プレドニン®60mg（維持量）にて、人工呼吸器離脱に成功した。
- 同年7月9日 急性期の加療を終了し、〇〇病院呼吸器科に転院。在宅療養を目指したりハビリテーションを行う。

5 【症例1】 65歳 男性 ②

【直近の状況】

- 気管切開孔は自然閉鎖されている。
- 酸素療法（安静時1L/分、労作時3L/分～4L/分）にて短距離（10m弱）の歩行が可能。
- ポータブルトイレにて排泄は自立。入浴には介助を要する。

【処方】 ハーフジゴキシン®（0,125mg）1T M×
 タケプロンOD®（15mg）1T A×
 バクタ®配合錠（400mg/80mg）2T 2×
 プレドニン®（PSL：5mg）1T M×
 ワーファリン®1.5mg M×

6 モデル・ケアカンファレンスの視点①

【論点整理】

- 介護力の低下**
 - ☛ 離婚し息子と二人暮らし 日中独居と見守り機能
- 経済的課題**
 - ☛ 国民年金のみ（息子は非正規社員）
- 急性増悪～突然死の危険**
 - ☛ 重症の肺性心
 - ☛ 急性疾患時 救急搬送の是非
- 増悪時の人工呼吸器装着**
 - ☛ その是非と意思決定支援

7 モデル・ケアカンファレンスの視点②

【医療の課題】

- 抗凝固療法（ワルファリン）コントロール不安定
- ステロイド耐糖能異常
- 食事療法困難（コンビニ弁当が中心） 運動療法困難
- 習慣性飲酒
- 利尿剤による低カリウム
- 薬物コンプライアンスおよび酸素療法コンプライアンス不良
- 口腔ケア不良

【介護の課題】

- デイサービス拒否
- 療養環境整備困難（ペット（猫）問題や湿度・室温管理不良）
- 訪問看護・介護職へのセクハラ行為

8 【症例2】 88歳 男性

【現病歴】

- 外来に通院して高血圧の薬物療法を継続していた。
- 数年前より外来受診時の言動から認知症を疑い、MRI検査（海馬の萎縮）およびMMSE（19点）の結果、アルツハイマー型認知症疑いと診断された。
- 平成25年夏頃より、認知機能低下が目立ち、信頼していた主治医とも初対面のような対応となる。その頃より、夜間徘徊、せん妄などがみられ、入浴を拒否し、易怒的となる。
- 平成26年秋頃より、歩行が困難出現。
在宅医療を導入（訪問診療および訪問看護を開始）。
- その後も介護負担は徐々に増強していった。

【生活背景】

高学歴（国立大学工学部卒） 技術者として海外勤務が長く、定年後は年金生活であるが、経済的な課題はない。妻と二人暮らし。長男が隣接する市に居住。

【投薬】

アムロジン®5mg（休薬中） アリセプト®5mg（休薬中） リスパダール®(0.5mg) 不穏時

9 モデル・ケアカンファレンスの視点

●認知症進行期の栄養管理：

- ☛ 経口摂取 或いは 人工栄養

●BPSDへの対応：

- ☛ 地域ネットワーク 薬物療法の是非 精神科受診の必要性

●ケア方針の共有（意識合わせ）：場づくりと疎通

- ☛ 同居家族（妻）と別所帯（長男）とケア関係者

●介護力の低下：妻の疾病（介護者の心身の負担など）

●進行期の療養環境：介護者および多職種での協働

- ☛ 意思決定支援
- ☛ 生活者としての住まいの場（在宅・施設・療養病床）

[資料]

1 [資料① 終末期の関わり] 終末期（看取り期） 確認事項

- がんの進行期や老衰などで積極的な延命治療を行っても、死をさけることが困難な病態であることを本人・家族を含め関係者らに理解されていること。
- 医療専門職らが、緩和ケアの知識や技術をもち精神的にも、身体的にも苦痛をしっかりとコントロールできること。
- 施設の場合は職員らに看取りまで支えるマインド・経験・知識があること。

2 [資料① 終末期の関わり] 臨終期 ①

予後の予測・病態の変化について、介護家族・ケアスタッフに具体的に丁寧に説明し納得いただくこと

- ①積極的な医療介入がないと眠るような最期であること
- ②非言語的なコミュニケーション可能なこと
- ③苦痛は適切な薬物療法でコントロールできること
- ④酸素療法（緩和ケアとして）も可能なこと

3 [資料① 終末期の関わり] 臨終期（病態の具体的な変化） ②

徐々に摂食量が低下し、活動性が損なわれる
補液等の医療処置は苦痛となる
（介護家族とケアスタッフには繰り返し丁寧な説明と納得）
尿量の減少
呼吸の変化と同時に血圧の低下
努力性呼吸（下顎呼吸） チェーンストークス呼吸
四肢の冷感 一方で体温上昇を伴うことがある
意識状態の変化

- ・ケアチーム全員でケア方針を共有
- ・同居していない家族の意見を調整
- ・介護家族・施設職員による看取りの意義
- ・いつでも医師や看護師に連絡できる体制
- ・家族の揺れ動く気持ちに適切に対処
- ・エンジェルケアについての情報提供
- ・グリーフケアの実践 (家族の外来受診時など)

医師は、自ら診察しないで治療をし、もしくは診断書もしくは処方箋を交付し、自ら立ち会わないで出生証明書もしくは死産証書を交付し、もしくは自ら検案しないで検案書を交付してはならない。**但し、診療中の患者が 24 時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書は、この限りではない。**

診療継続中の患者が、診療に関わる傷病で死亡した場合は、24 時間以内であれば診察していなくても、死亡診断書を発行することができる

○押印がなくとも診断書として認められるのか?

自筆であれば問題なし

○死亡時刻について?

医師の死亡確認時刻ではなく、死亡時刻を記入。

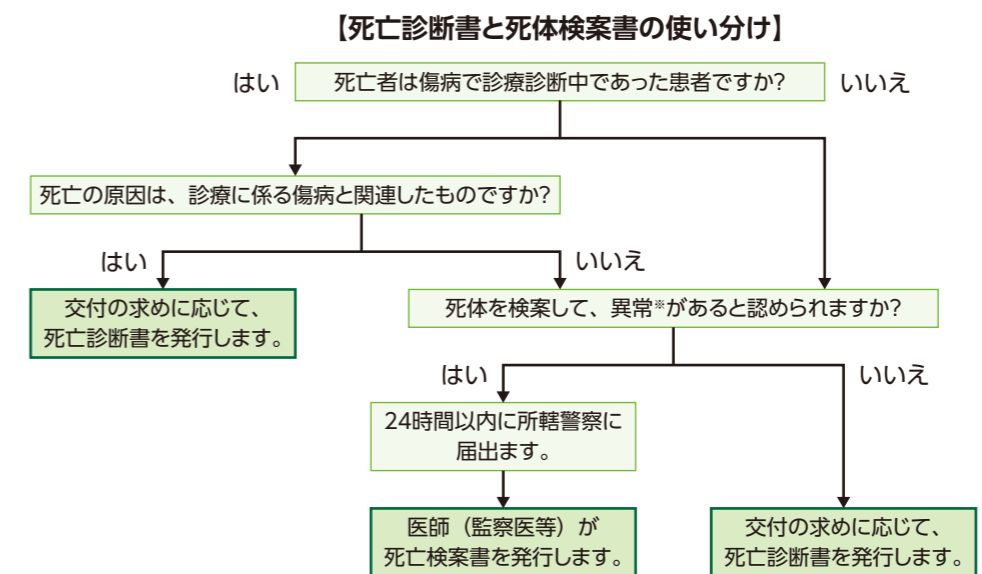
不明の場合は、介護 家族や訪問看護師からの情報から判断

- 死亡と判定する根拠は?
「死亡」について法的には明確な定義なし
医学的定義に基づく死の三兆候を確認する
「呼吸停止」「心臓停止」「瞳孔散大 (対光反射消失)」
- 主治医でなくとも記載できるか?
医師であれば可能 連携医の死亡診断可能
- 死因として老衰は妥当か?
いわゆる高齢者の自然死の場合可能

死体検案書交付

- ①診療継続していない者の死亡
- ②診療継続中の者であっても診療に係る傷病と関連しない原因により死亡、または外因その疑いがあるとき

異状死体の場合は 24 時間以内に所轄警察署に届け出が必要





生活障害の捉え方

い・ろ・は・に・す・飯

移動 風呂 排泄 認知機能 睡眠 食事

※赤字：三大介護

A/B/C/D/E/S

Ambulation/Bathing/Continenence/Dementia/Eating/Sleeping

参考資料

日本在宅ケアアライアンス・
加盟団体および有識者委員

プロフィール

「平成27年度在宅医療関連講師人材養成事業」
委員名簿

ABCDES

For home healthcare, primary doctors can communicate important information on the patient's condition when they focus on "ABCDES".

This is very effective, particularly for interdisciplinary collaboration.

"ABCDES" stands for ambulatory ability, bathing, continence, dementia, eating and sleep.

It is also useful for the primary doctor's opinion used by the Certification Committee of Needed Long-Term Care.

日本在宅ケアアライアンス・加盟団体および有識者委員

プロフィール

(掲載50音順)

■ 加盟団体

在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク
全国国民健康保険診療施設協議会
全国在宅療養支援診療所連絡会
全国在宅療養支援歯科診療所連絡会
全国訪問看護事業協会
全国薬剤師・在宅療養支援連絡会
日本介護支援専門員協会
日本ケアマネジメント学会
日本在宅医学会
日本在宅医療学会
日本在宅栄養管理学会
日本在宅ケア学会
日本在宅ホスピス協会
日本プライマリ・ケア連合学会
日本訪問看護財団
日本ホスピス緩和ケア協会
日本ホスピス・在宅ケア研究会

■ 有識者委員

鈴木 邦彦 (日本医師会 常任理事)
飯島 勝矢 (東京大学 高齢社会総合研究機構 准教授)
田城 孝雄 (放送大学 教授)
辻 彼南雄 (勇美記念財団 理事)
原口 真 (国立長寿医療研究センター 企画戦略局長)
和田 忠志 (全国在宅療養支援診療所連絡会 理事)

新田 國夫 (全国在宅療養支援診療所連絡会)

【略 歴】 1967年、早稲田大学第一商学部卒。1979年、帝京大学医学部卒、帝京大学病院 第一外科・救急救命センター勤務。1990年、東京都国立市に新田クリニック開設。1992年、医療法人社団つくし会設立、理事長に就任。

【資格・公職等】 医学博士、日本外科学会外科専門医、日本消化器病学会専門医。日本在宅ケアアライアンス議長、全国在宅療養支援診療所連絡会会長、日本臨床倫理学会理事長、福祉フォーラム・東北会長。

飯島 勝矢 (東京大学)

【略 歴】 1990年、東京慈恵会医科大学卒。千葉大学循環器内科、米国スタンフォード大学循環器内科研究員、東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座講師を経て、現在、東京大学高齢社会総合研究機構准教授。2015年10月より一億総活躍国民会議・民間議員にも就任。

【資格・公職等】 医学博士、老年病専門医・循環器専門医、専門は老年医学、老年学（ジェロントロジー：総合老年学）、特に①千葉県柏市をフィールドとする課題解決型実証研究（アクションリサーチ）を基盤とした長寿社会に向けたまちづくり、②在宅医療に関する推進活動と臨床研究、およびその大学卒前教育や多職種連携教育、③フレイル（虚弱）予防・介護予防の臨床研究、④生きがいを持てるコミュニティのリデザイン。

池端 幸彦 (医療法人池慶会)

【略 歴】 1955年、越前市生まれ。1980年、慶應義塾大学医学部卒業後、同大学病院一般消化器外科勤務を経て、1986年、池端病院副院長、1989年より医療法人池慶会池端病院理事長・院長、社会福祉法人雛岳園理事長。

【資格・公職等】 日本外科学会認定医、介護支援専門員。日本慢性期医療協会副会長、全国デイケア協会理事、地域包括ケア研究会委員、中医協 入院医療等の調査・評価分科会委員、日本病院団体協議会 診療報酬実務者会議 副委員長、日本医師会代議員、福井県医師会副会長、福井大学医学部臨床教授他、役職多数。

石山 麗子 (日本介護支援専門員協会)

【略 歴】1992年、武蔵野音楽大学卒。2013年、国際医療福祉大学大学院保健医療学博士課程修了。ケアマネジメントに関する実践、教育、研究を行っている。

【資格・公職等】博士 (医療福祉学)、介護支援専門員。日本介護支援専門員協会常任理事、東京海上日動ベターライフサービス株式会社シニアケアマネジャー。厚生労働省「今後の仕事と家庭の両立支援に関する研究会」委員、など。

【主な著書等】『事例で見る自立支援型ケアプランの書き方』(ひかりのくに)。ほか、研究論文に「介護保険制度における居宅ケアマネジャーの家族支援と情報収集に関する研究」、「居宅の介護保険利用者における要介護度の変化に影響を及ぼす要因」など。

苛原 実 (全国在宅療養支援診療所連絡会)

【略 歴】1981年、徳島大学医学部卒。同年、日本赤十字社医療センター研修医。1983年、福島県立医大整形外科関連病院研修医。1990年、千葉西総合病院整形外科部長。1994年、いらはら整形外科開設。

【資格・公職等】日本整形外科学会専門医、NPO法人在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク会長。

【主な著書等】『訪問医が見た男の介護 女の介護』(洋泉社)、『医療・介護福祉連携とチーム介護』(日本医療企画)、『認知症の方の在宅医療』(南山堂、編著)、『医療知識ハンドブック、高齢者の病気と薬』(中央法規出版)、『骨・関節疾患の在宅医療』(南山堂、編著)。

太田 秀樹 (全国在宅療養支援診療所連絡会)

【略 歴】1953年、奈良市生まれ。1979年、日本大学医学部卒。日大医学部付属板橋病院麻酔科にて研修医。自治医大学大学院修了後、同大整形外科医局長、専任講師を経て、1992年に在宅医療を旗印におよま城北クリニック (栃木県) 開設。現在機能強化型在宅療養支援診療所として24時間×365日の在宅ケアサービスを展開し、地域包括ケアシステムの一翼を担う。

【資格・公職等】医学博士、日本整形外科学会認定専門医、麻酔科標榜医、介護支援専門員、日本医師会在宅医療連絡協議会委員、日本在宅医学会理事、全国知事会先進政策頭脳センター委員、在宅ケアネットワーク・とちぎ代表世話人、全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長、日本在宅ケアアライアンス共同事務局長など。

草場 鉄周 (北海道家庭医療学センター・本輪西ファミリークリニック)

【略 歴】1999年、京都大学医学部卒。北海道室蘭の日鋼記念病院にて初期研修、北海道家庭医療学センターにて家庭医療学専門医研修を修了。2006年、北海道家庭医療学センター所長。2008年、医療法人北海道家庭医療学センターを設立し、理事長並びに本輪西ファミリークリニック院長に就任。

【資格・公職等】家庭医療専門医・指導医、日本プライマリ・ケア連合学会副理事長、北海道医療対策協議会委員、室蘭市医師会監事。

【主な著書等】『家庭医療のエッセンス』(カイ書林)、『内なる診療』(カイ書林、監訳) など。

工藤 美香 (医療法人新都市医療研究会「君津」会)

【略 歴】1988年、相模女子大学短期大学部卒。1988年、斎藤病院。1995年、新都市医療研究会「君津」会南大和老人保健施設。2008年、同法人の南大和病院栄養科科長に就任2013年、同部長に就任。2012年に人間総合科学大学編入。2014年、同学大学院入学。2015年、南大和栄養ケア・ステーションのオフィスマネージャーに就任。

【資格・公職等】一般社団法人日本在宅栄養管理学会理事。

【主な著書等】『介護の栄養管理ハンドブック』(ナツメ社)。

小玉 剛 (こだま歯科医院)

【略 歴】1983年、明海大学歯学部卒。1985年、東京医科歯科大学歯学部専攻生 (口腔外科学) 修了。1985年、こだま歯科医院開設 (東京都東久留米市)。1989年、東京医科歯科大学大学院歯学研究科 (生体材料学) 卒。

【資格・公職等】歯学博士。一般社団法人東京都東久留米市歯科医師会会長、明治薬科大学客員教授、東京都東久留米市立第六小学校・学校医 (歯科)・同学校評議員、東京学芸大学附属高等学校・学校医 (歯科)・同学校評議員。所属学会 (研究会) は、日本口腔衛生学会、日本障害者歯科学会、日本老年歯科医学会、日本プライマリケア連合学会、社会歯科学研究会、全国在宅療養支援歯科診療所連絡会。

迫井 正深 (厚生労働省)

【略 歴】1989年、東京大学医学部医学科卒。東大病院、虎の門病院等で外科臨床医として勤務。1992年、厚生省入省。保険局医療課、大臣官房国際課、同厚生科学課、環境庁環境保健部、労働省安全衛生部等に配属。1995～'97年、米国ハーバード大学公衆衛生大学院留学 (MPH取得)。2006年、広島県福祉保健部長 (在任中、健康福祉局長に改組)。2009年、厚生労働省保険局企画官。2012年、老健局老人保健課長。2015年10月より医政局地域医療計画課長。

佐藤 美穂子 (日本訪問看護財団)

【略 歴】1972年、県立高知女子大学家政学部衛生看護学科卒、同年同大助手。1973年に東京白十字病院に勤務。1983年より高津保健所にて訪問指導事業に従事。1986年に社団法人日本看護協会訪問看護開発室に勤務。1995年、厚生省訪問看護係長、介護技術専門官、訪問看護専門官、看護専門官に就任。2001年、財団法人日本訪問看護振興財団事務局次長、2002年に同常務理事。2012年、公益財団法人日本訪問看護財団常務理事に就任。

【主な著書等】『新版 訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル 第2版』(日本看護協会出版会、編著) など。

鈴木 邦彦 (日本医師会)

【略 歴】1980年、秋田大学医学部卒。仙台市立病院、東北大学医学部第三内科、国立水戸病院を経て、1996年に志村大宮病院院長、1998年には医療法人博仁会理事長に就任。

【資格・公職等】日本医師会常任理事、茨城県医師会理事、日本医療法人協会副会長、前中央社会保険医療協議会委員、社会保障審議会介護給付費分科会臨時委員。

鷺見 よしみ (日本介護支援専門員協会)

【略 歴】岐阜歯科大学歯学部卒。1984年、特定医療法人白鳳会鷺見病院理事。1988年、すみ歯科医院開業。1999年、医療法人聖仁会理事および同法人デイサービスたんぼぼ施設長。2005年、同法人デイサービス・グループホームうらら施設長。

【資格・公職等】介護支援専門員、歯科医師。日本介護支援専門員協会会長、山梨県介護支援専門員協会会長、山梨県医療審議会委員、社会保障制度改革推進会議・医療介護分野専門委員など

高橋 眞生 (カネマタ薬局)

【略 歴】1973年、東邦大学薬学部卒。2008年、カネマタ薬局の代表取締役就任。2012年、千葉大学薬学部臨床教授。

【資格・公職等】千葉県社会保険診療報酬支払基金調剤報酬審査員、千葉県国民保険団体連合会診療報酬審査員、千葉大学薬学部臨床教授・非常勤講師、日本緩和医療薬学会評議員、HIP研究会理事、全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 (J-HOP) 理事。

【主な著書等】『在宅薬剤管理入門』(南山堂、編集)、『薬剤師の訪問業務』(薬ゼミファーマ、編著)。

瀧井 望 (あすか山訪問看護ステーション)

【略 歴】1994年、船橋市立看護専門学校卒、船橋市立医療センター勤務。2007年、介護支援専門員資格取得、あすか山訪問看護ステーション入職。2015年、日本看護協会皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程修了、皮膚・排泄ケア認定看護師取得。

【資格・公職等】皮膚・排泄ケア認定看護師。

中村 知夫 (国立成育医療研究センター)

【略 歴】1985年、兵庫医科大学小児科医局入局。1987年、大阪府立母子総合医療センターレジデント。1992年、国立小児病院麻酔集中治療科レジデント。1998年、The Lawson Research Institute post-doctoral fellow。2002年、国立成育医療研究センター周産期診療部新生児科医長。2014年、同センター総合診療部在宅診療科医長および在宅医療支援室室長に就任。

【主な著書等】『小児の在宅医療について』(日本医師会雑誌 144巻3号、p557-560)、『小児専門医療機関における在宅医療の現状と対策』(日本小児科学会雑誌 116巻7号、p1387-1391) など。

能本 守康 (株式会社ケアファクトリー)

【略 歴】1983年、青山学院大学法学部卒。金融機関に勤務後、介護業界へ転身。1993年、株式会社ケアファクトリーを設立し、代表取締役役に就任。2010年、有限会社共立看護婦家政婦紹介所代表取締役役に就任。

【資格・公職等】介護福祉士、主任介護支援専門員、相談支援専門員、日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー、一般社団法人日本介護支援専門員協会常任理事、NPO法人茨城県ケアマネジャー協会副会長、一般社団法人茨城県福祉サービス振興会理事など。

【主な著書等】『初めて学ぶケアマネジメントテキスト』(中央法規出版)、『訪問介護のグレーゾーン』(ぎょうせい出版) など。

萩田 均司 (有限会社メディフェニックスコーポレーション 薬局つばめファーマシー)

【略 歴】1962年、横浜生まれ。1985年、東京薬科大学薬学部製薬学科卒。病院・薬局・薬剤師会勤務を経て、2003年、薬局つばめファーマシー開局、代表取締役。2009年、ケア付き住宅ケアヴィレッタナチュらいふ恒久開業。2012年、ナチュらいふ田野開業。

【資格・公職等】薬剤師、介護支援専門員。一般社団法人全国薬剤師・在宅療養支援連絡会(J-HOP) 副会長、日本薬剤師会地域・在宅医療委員会委員、宮崎キュアケアネットワーク世話人、一般社団法人日本緩和医療薬学会評議員など。

【主な著書等】『在宅医療バイブル』(日本医事新報社、共著)、『在宅医療辞典』(中央法規、共著)、など。

原 龍馬 (全国在宅療養支援歯科診療所連絡会)

【略 歴】1969年、東京医科歯科大学歯学部卒。1969年、原歯科医院に勤務。1976年、西ドイツ(当時)のチュービンゲン大学(顎顔面口腔外科)に短期留学。1980年、医療法人社団同志会原歯科医院(千住)の院長に就任。1985年、日本大学松戸歯学部(歯科理工学)にて学位記。2009年、全国在宅歯科医療・口腔ケア連絡会の代表に就任。2011～'15年、東京都足立区歯科医師会会長。

【資格・公職等】歯学博士、全国在宅療養支援歯科診療所連絡会会長、日本在宅医学会理事、東京都足立区歯科医師会顧問、など。

平原 優美 (あすか山訪問看護ステーション)

【略 歴】1987年、島根県立総合看護学院保健学科(現：島根県立大学)卒。2006年、訪問看護CN取得。2011年、首都大学東京大学院の博士前期課程、在宅看護CNSコースを修了。2012年、在宅看護CNS取得。2014年に博士後期課程入学。1987年、島根県立中央病院勤務、1990年より東京ふれあい医療生協梶原診療所、ふれあい訪問看護ステーション所長に就任。2006年、あすか山訪問看護ステーション所長に就任、2011年に統括所長に就任。

【主な著書等】『系統看護学講座 在宅看護論』(医学書院、共著)、『家庭医療学、老年医学、緩和医療学の3領域からアプローチする在宅医療バイブル』(日本医事新報社、共著) など。

前田 佳予子 (日本在宅栄養管理学会)

【略 歴】佐賀県生まれ。1979年、西九州大学家政学部管理栄養士専攻卒。1982年、同志社女子大学大学院家政学研究科修士課程を修了し、金井病院勤務。2001年、甲子園大学栄養学部専任講師。2003年、甲子園大学栄養学部助教授。2005年、武庫川女子大学生生活環境学部食物栄養学科准教授。同年に鈴鹿医療科学大学院保健衛生学研究科博士後期課程を修了。2010年、武庫川女子大学生生活環境学部食物栄養学科教授。

【資格・公職等】全国在宅訪問栄養食事指導研究会会長、日本在宅栄養管理学会理事長、一般社団法人日本在宅栄養管理学会理事長。

三浦 久幸 (国立長寿医療研究センター)

【略 歴】1984年、山口大学医学部卒。1993年、名古屋大学大学院医学研究科修了。1994年、岡崎国立共同研究機構生理学研究所助手。1995年、名古屋大学医学部老年科入局。2004年国立長寿医療センター医長を経て、2011年同センター在宅医療支援診療部長、2012年4月より現職。2014年より藤田保健衛生大学客員教授。

【資格・公職等】日本老年医学会代議員・専門医、日本認知症学会専門医・指導医、日本臨床倫理学会評議員、愛知県医療審議会委員、認知症サポート医研修講師、2012年度厚生労働省「多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業」および「在宅医療連携拠点事業」事務局、2014年度・2015年度厚生労働省「人生の最終段階における医療体制整備事業」事務局。

宮田 昌司 (医療法人社団輝生会)

【略 歴】1986年、社会医学技術学院理学療法学科卒。1998年、放送大学教養学部卒。2002年、大正大学大学院文学部臨床心理学専攻、博士前期課程修了、臨床心理学修士。1986年、財団法人日産厚生会玉川病院に勤務。1998年、桜新町リハビリテーションクリニックに勤務。2004年、医療法人新誠会在宅リハビリテーションセンター成城に勤務。2013年、医療法人社団輝生会本部教育研修局の在宅部門担当チーフ、2014年より教育研修局次長に就任。

【資格・公職等】理学療法士、一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会会長。

【主な著書等】『訪問リハビリテーション実践テキスト』（青海社、分担執筆）、『図解訪問理学療法技術ガイド』（文光堂、分担執筆）。

山脇 正永 (京都府立医科大学)

【略 歴】1988年、東京医科歯科大学卒、国保旭中央病院研修医。1990年、東京医科歯科大学病院（神経内科）。1996年、埼玉県総合リハビリテーションセンター内科。1998年、東京医科歯科大学医学部助手・講師（神経内科）。2003年、東京医科歯科大学医学部准教授（臨床教育研修センター総合診療部）。2011年1月より京都府立医科大学大学院医学研究科教授 総合医療・医学教育学、2013年10月より同学在宅チーム医療推進学講座教授併任。

【資格・公職等】医学博士、医療管理政策学修士、総合内科専門医、神経内科専門医、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会認定士。日本嚥下医学会理事、日本プライマリケア学会代議員、日本医学教育学会代議員、日本在宅ケアアライアンス有識者委員。

【主な著書等】『“口から食べる”を支える—在宅でみる摂食・嚥下障害、口腔ケア—』（南山堂、部分執筆p61-70）など。

和田 忠志 (全国在宅療養支援診療所連絡会)

【略 歴】1990年、東京医科歯科大学卒。1999年、千葉県松戸市にあおぞら診療所開設・院長。2009年、高知県高知市にあおぞら診療所高知潮江開設・院長。2012年、いらはら診療所在宅医療部長。2013年12月、国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部医師併任。

【資格・公職等】日本在宅ケアアライアンス有識者委員、全国在宅療養支援診療所連絡会理事、全国在宅医療医歯薬連合会世話人、日本在宅医学会理事、日本高齢者虐待防止学会理事、千葉県医師会在宅医療推進委員会委員。

【主な著書等】『在宅医療テキスト』（勇美記念財団、執筆・編集委員）、『明日の在宅医療（全7巻）』『在宅医療辞典』（中央法規出版、執筆・編集幹事）など。

「平成27年度在宅医療関連講師人材養成事業」 委員名簿

飯島 勝矢 (東京大学 高齢社会総合研究機構)
苛原 実 (全国在宅療養支援診療所連絡会)
太田 秀樹 (全国在宅療養支援診療所連絡会)
草場 鉄周 (北海道家庭医療学センター)
鈴木 邦彦 (日本医師会)
土橋 正彦 (千葉県医師会)
新田 國夫 (全国在宅療養支援診療所連絡会)
前田 憲志 (日本在宅医学会)
山脇 正永 (京都府立医科大学 総合医療・医学教育学)
和田 忠志 (全国在宅療養支援診療所連絡会)

平成27年度 在宅医療関連講師人材養成事業・研修資料

発行：公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

〒102-0083 東京都千代田区麹町3-5-1 全共連ビル麹町館

制作：佐藤あゆ美、鈴木芳明（有限会社エス・アンド・エスクリエイティブ）