

平成20・21年度 地域ケア委員会 答申書

地域連携で進める京都府の在宅医療

－在宅医療サポートセンターに求められる機能は－

2010年3月

京都府医師会
地域ケア委員会

地域ケア委員会

敬称略・順不同

委員長 依田 純三

(依田医院 院長)

副委員長 長村 吉朗

(長村医院 院長)

委員 渡辺 康介

(渡辺西賀茂診療所 院長)

岡林 秀興

(岡林医院 理事長)

出木谷 寛

(出木谷医院 院長)

市田 哲郎

(市田医院 副院長)

土井 たかし

(土井内科医院 副院長)

戎井 浩二

(えびすい医院 院長)

馬本 郁男

(馬本医院 院長)

山口 泰司

(山口医院 院長)

平田 正弘

(平田クリニック 院長)

中嶋 俊彰

(京都府病院協会・済生会京都府病院 院長)

久野 成人

(京都私立病院協会・久野病院 理事長)

水野 敏樹

(京都府立医科大学医学研究科神経内科学 准教授
京都府立医科大学附属病院地域医療連携室長)

荒井 秀典

(京都大学大学院医学研究科 教授)

徳 地 正 純

(京都府歯科医師会・徳地歯科医院 院長)

田 中 寛 彰

(京都府歯科医師会・三条田中歯科医院 院長)

石 川 桂 一

(京都府薬剤師会・乙訓調剤薬局 開設者)

宇都宮 宏 子

(京都大学医学部附属病院
地域ネットワーク医療部 退院調整看護師)

新 田 順 子

(京都府訪問看護ステーション協議会・訪問看護ステーション
京たなべ居宅介護支援事業所 所長)

西 野 美智子

(京都府訪問看護ステーション協議会・
ほっとステーションきぼう 所長)

井 上 基

(京都府介護支援専門員会・京都市岩倉地域包括支援センター
センター長)

担当副会長 上 原 春 男

担 当 理 事 北 川 靖

藤 井 純 司

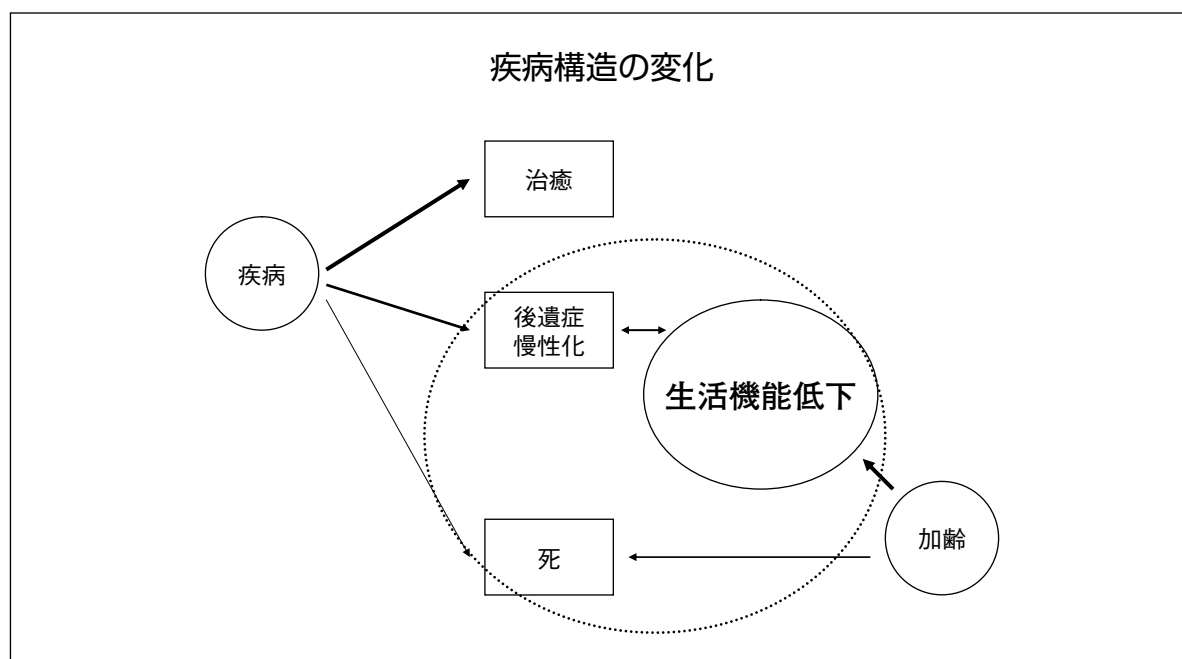
目 次

I. はじめに	1
II. 在宅医療の意義	3
III. 在宅療養を支える医師の三つの役割	6
1. 専門家としての役割 ～医療マネジメント～	6
2. 生活全体を支える、チームの一員としての役割 ～ケアマネジメント～	8
3. 患者・家族を継続的に支える役割 ～入・退院時マネジメント～	11
IV. 在宅療養を支えるシステム	12
1. 在宅・病院連携	12
①入院時における総合的な情報提供	13
②退院調整 ～病院と在宅の共同～	16
③在宅・病院連携パス	17
2. 府医、地区医師会による主治医紹介 ～在宅医療セフティーネット～	19
3. チーム医療、多職種協働における情報共有	24
①カンファレンス	24
②主治医意見書	24
③診療情報提供書、居宅療養管理指導	25
④在宅における情報共有ツール	27
⑤情報共有メーリングリスト	27
4. 歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員との連携	28
①歯科医師	28
②薬剤師	30
③訪問看護	31
④ケアマネジャー・地域包括支援センター	32
5. 在宅医療を実施する医療機関 ～在宅療養支援診療所に関する問題点～	34
①医療機関が限定される	34
②支援診でなければ算定できない保険点数	35
6. 在宅療養を支える病院・病床	37
①認知症対応病床（身体合併症、BPSD 対応）の充実	42
②療養病床の充実	43
③ショートステイの充実	44
④生活機能回復及び生活復帰機能を有した病床、病院の充実	44
⑤在宅支援機能を強化した病院、病床の創設 ～在宅療養支援病院～	45
V. 在宅医療推進における課題 ～自己負担について～	47
VI. 京都府医師会在宅医療サポートセンターに期待される役割	48
VII. おわりに ～ケア概念による対人援助～	49

I. はじめに

わが国の医療の歴史を振り返ると、感染症や外傷に対する早死を防ぐ救命医療を経て、経済成長を背景とした医学研究、医療技術の進歩に伴い、治癒を目指す医療が急速に発展した。これにより、現在、多くの疾病が治療の対象となり、医療は労働力の確保、国民生活の安定、世界有数の長寿社会の達成に大いに貢献している。医学の進歩や臨床経験の集積は高度医療の提供を可能とし、国民に大きな恩恵をもたらす。言うまでもなく、科学的アプローチによる医療の発展は今後も不可欠である。

しかしながら、脳卒中、がん、難病等、高度先進医療によっても完治し得ない疾病は未だ多く、そこから生じる後遺症や痛みなどによって生活機能低下に苦しむ人々が存在する。また、急速に進行する高齢社会において、認知症などの退行性疾患、老年症候群などにより生活機能が低下する人々が急激に増加している。さらに、今後わが国は多死時代を迎える。このような疾病構造の変化、健康転換に伴い、急速に長期ケア、ターミナルケアの領域が拡大している。この領域への医師の対応が求められているが、わが国の医療の現状から見ると、パラダイムの大きな転換が必要となる。

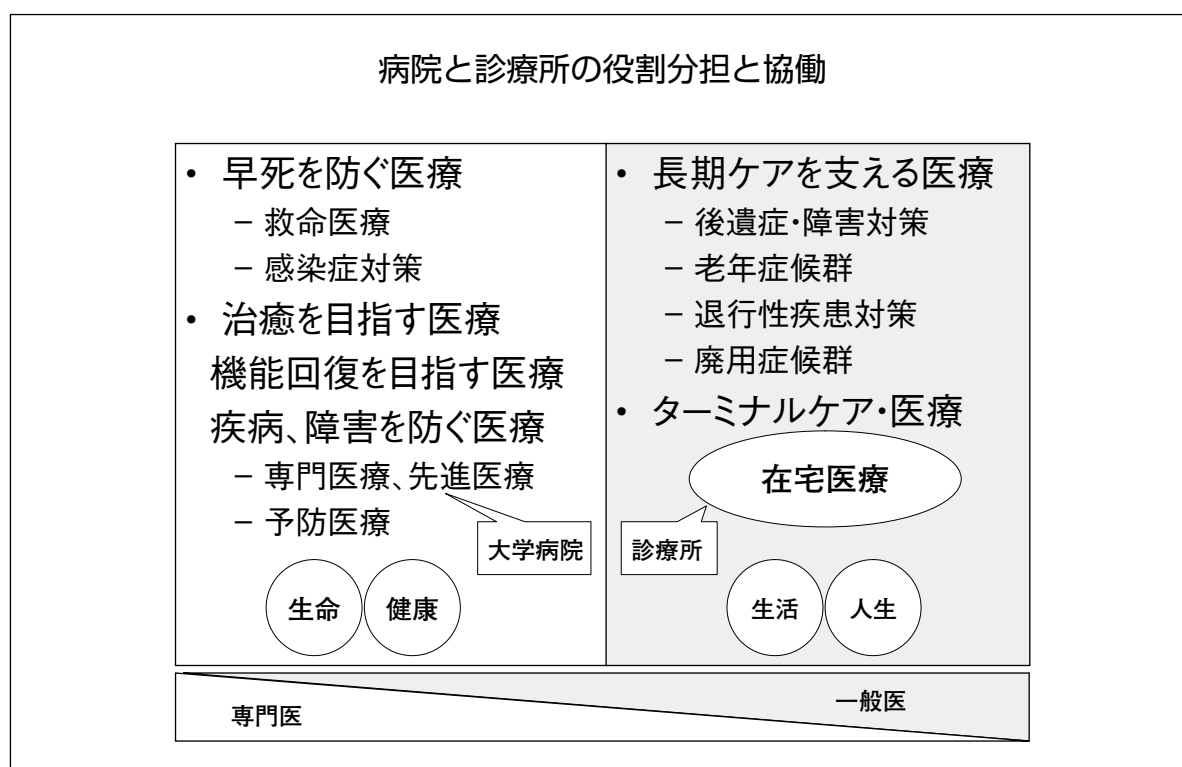


わが国の医療は、科学的アプローチの追及により専門分化、高度化した。それに伴い医師の専門医志向は強くなり、他方、より良い医療を受けたいという願いから、一般人の大病院志向、入院志向が高まっている。その結果として、自宅における死は特別なものとなり、多くの人達が病院で死を迎えるようになった。また、患者や

家族の希望により、急性期病院や先進医療を担う病院が本来は抱えこむべきではない長期ケアやターミナルケアを病院、勤務医が担当する状況、いわゆる「大病院のかかりつけ医現象」が生じている。先進的医療の領域の拡大も相俟って、病院が受け持つ範囲が膨張している。さらに、そこに我が国の医療費抑制政策が重くのしかかり、勤務医の燃え尽き、病院からの立ち去り、医師不足という医療崩壊の悪循環が進行している。この悪循環から脱出するには、国の社会保障政策の充実と一般の人々の理解が不可欠である。同時に、医師の自律的な努力によって、地域の医師が長期ケアやターミナルケアの領域において果たす機能を充実させることにより、急性期や先進医療を受け持つ病院の勤務医が本来の仕事に専念できる環境を整える必要がある。

また、延命治療や末期医療についての議論が活発となり、多様な生命観、死生観、その人らしい生き方、QOL を重視する考え方など、生命倫理に関する問題がクローズアップされつつある。このような状況の中、個別性が強く、多様性に富む長期ケア、ターミナルケアの領域に対して、その人らしさを支える医療を供給できる体制の構築が求められている。

医学の発展過程において関心が低く、市場原理においては最も評価され難い領域であるが故に、長期ケアやターミナルケアは置き去りにされてきた。しかしながら、この領域は、現実問題として急激にニーズが増大している。また、人間らしさという視点において、わが国の再建の礎と成り得る領域でもあり、今後、社会保障制度



の再構築と関係者相互の創意工夫と努力により、守り、育てていかなければならない。

長期ケア、ターミナルケアが展開される最大の場合、「在宅」について考える。

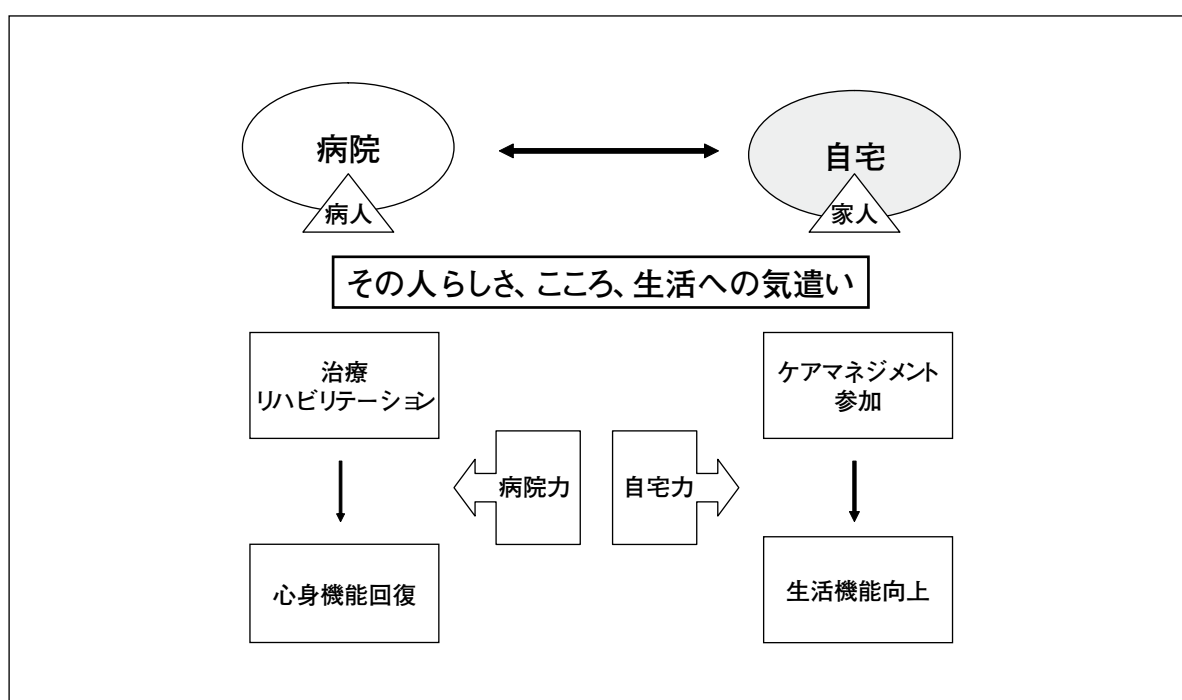
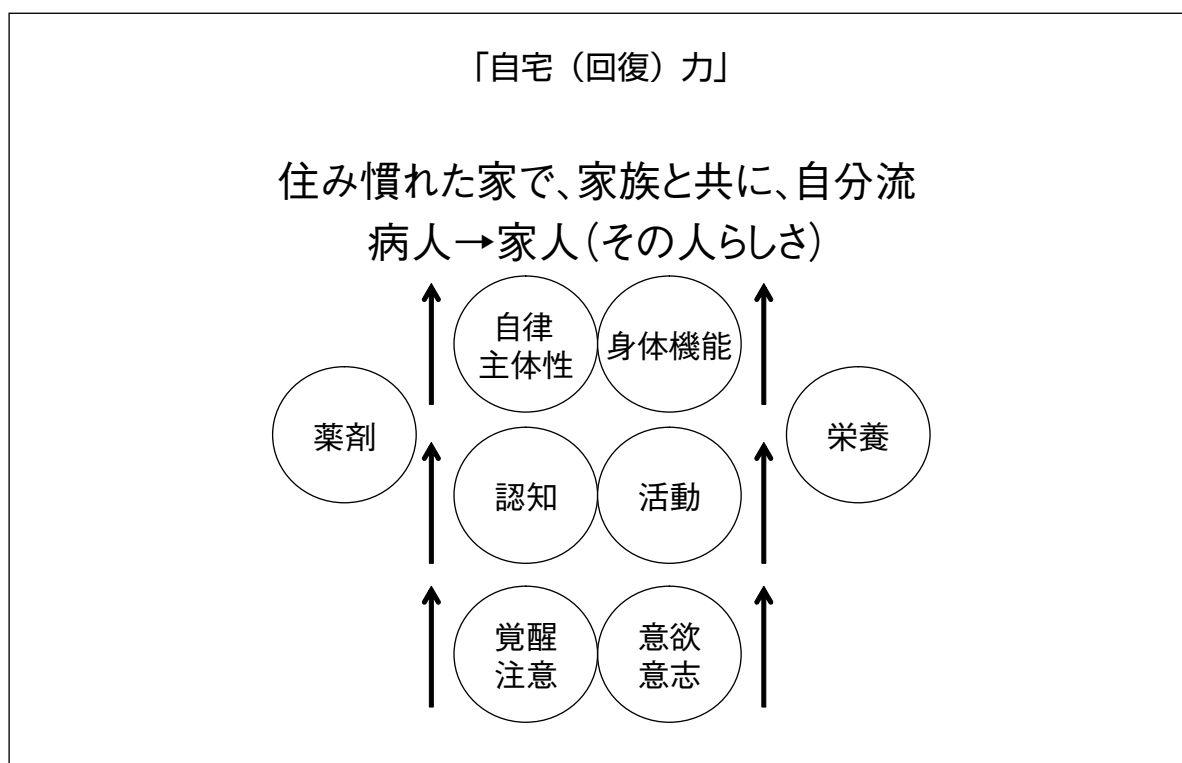
Ⅱ．在宅医療の意義

治療の場である一般病院では、まず救命が優先され、疾病の治療やリハビリテーションによる生活機能の回復が効率的に行われている。しかし、病院では、患者は日常生活から切り離された「病人」である。同じ人が、自宅に帰り「家人」に戻るにより、意欲が向上し、生活機能が驚くほど回復することをしばしば経験する。長年生活を営み、家族と暮らし、友人との交流の場となってきた自宅また地域は、本来、その人らしい生活の実現に最適の場所であり、自宅で暮らすこと自体が社会参加であり、QOL 向上の良循環を生み出す力を秘めている。これこそが、自宅療養の最大の意義である。

しかしながら、わが国の現状は、この「自宅力」と言うべき回復力が発揮されること、また、自宅を療養の場として選択することが、困難な状況となっている。

厚労省の「終末期医療に関する調査等検討会」において、多くの国民が、住み慣れた自宅で最後まで過ごしたい、家族との時間を多くしたいと願っているにも拘らず、結果的にはその願いは叶えられていないと報告されている。家族に負担がかかるのではないか、経済的負担が増すのではないか、病状急変時に適切な医療が受けられるのか、往診してくれる医師がいるのかなどの不安がその理由として挙げられている。国民は自宅での療養に対し強い不安感を持っており、それにより自宅療養に踏み切ることが出来ないことを示している。

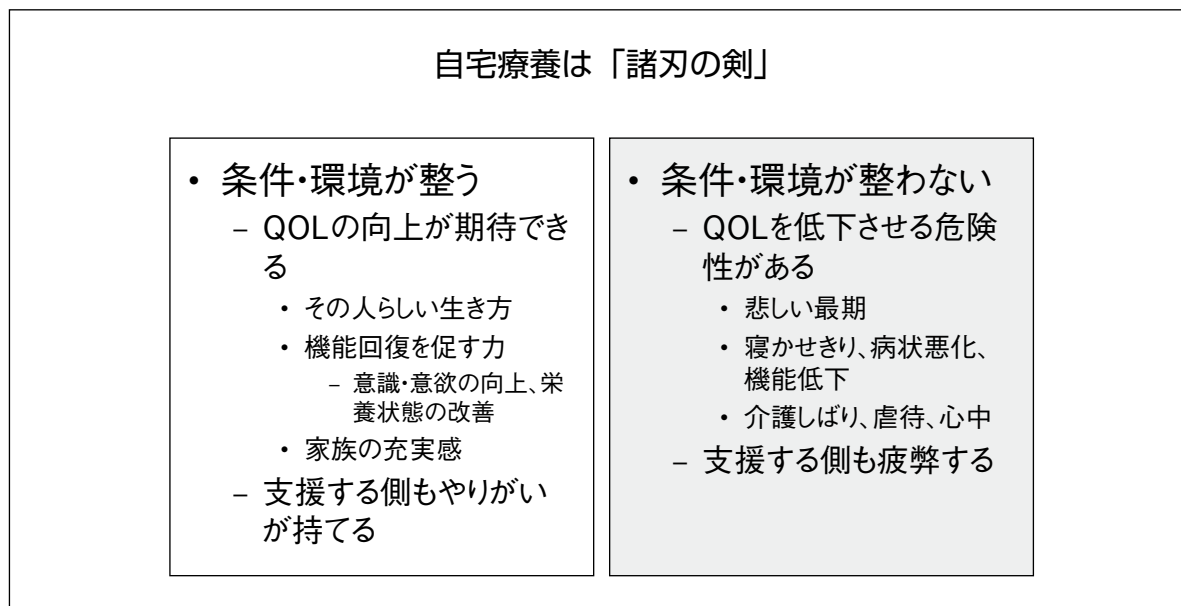
このような不安を生じる要因の一つに、本人及び家族の意識の問題がある。医学が発展し、医療に関する情報が容易に入手できるようになった現在、患者・家族の多くは、最高の医療を受けたい、受けさせたいという強い願望を持っており、病院への期待、依存度は非常に大きなものとなっている。不確かな情報をもとに、また医療レベルという視点のみで病院での医療と自宅での医療を比較することが、自宅での医療や看取りに対する患者・家族の不安感に繋がっていると考えられる。また、支援する側の医師の意識にも在宅医療に対する抵抗感がある。その理由として、自宅で提供可能な医療と、自分が考える医療との間のギャップ、患者宅に出向いて医療を行うことの不安、体力面や時間的な非効率さに対する負担感や疑問などが挙げ



られる。

さらに、自宅療養にかかる環境の悪化が不安を大きくしている。自宅での療養が成立するためには、積極的であれ、迷いながらであれ、本人・家族が自宅での療養を受容することが最低限の条件である。また、その条件が満たされたとしても、マンパワー、制度等の環境要因によって、自宅での生活の質は大きく左右される。環境が整えば、自宅での療養はQOLの向上につながり、支援する側もやりがいを感じ

じることができるが、整わなければ、QOLの向上は望めず、介護しぼり、虐待などを引き起こす危険性があり、支援する側の疲弊、燃え尽きを招く。自宅療養は「諸刃の剣」である。



残念ながら、わが国において、家族介護力、地域支援力は衰退しつつあり、このことが自宅療養を行う上で大きなマイナス要因となっている。具体的には、女性の社会進出及び家族規模の縮小に伴い、独居高齢者や高齢世帯が急速に増加している。また、同居世帯においても家族介護力は弱体化しており、今後も先細りになることは明らかである。にもかかわらず、社会的支援は不十分な状況にあり、自宅での介護は、本人・家族の自助努力に大きく依存している。また、個人主義的傾向が強まる中、人間同士のきずなが脆弱となり、地域による、見守り、励まし合いなどのインフォーマルな支援力が低下している。このように、わが国の自宅療養をめぐる環境は厳しさを増している。そのような状況において、国は医療費抑制政策の一環として、十分な受け皿整備を行うことなく、入院期間短縮、病床削減を進めようとしている。在宅療養を強制することは非常に危険であり、すでに、多くの国民や在宅療養の関係者は国に対して、強い不信感を抱いている。在宅療養の推進においては、このことを十分に認識しておく必要がある。

在宅療養の本来の意義である、生活機能の維持・向上や自律・自立を実現するためには、真のニーズに対して在宅医療、ケアが提供されなければならない。移動能力の低下などにより通院困難となり、自宅での長期ケアを希望する人、価値観の多様化により病院での療養や死ではなく、自宅での療養や最期を希望する人、家族介護力の低下や、家族介護力や地域力の弱体化を補う目的で整備されつつある新たな住居や施設（広義の在宅）での生活を必要とする人、このような人達は、真のニー

ズと考えられる。

「在宅」範囲の拡大（在宅医療）	
・ 居住系施設（在宅） － 特別養護老人ホーム － 養護老人ホーム － 軽費老人ホーム － 有料老人ホーム － 高齢者専用賃貸住宅 － 特定施設・地域密着型特定施設・外部サービス利用型特定施設 － 短期入所生活介護事業所 － 認知症対応型共同生活事業所 － 小規模多機能型居宅介護事業所	・ 居住系施設以外（在宅） － 自宅（持ち家・借家・マンション等） － 社会福祉施設（居住系施設以外） － 障害者施設等
20年診療報酬改定	

さらに今後、在宅療養に関する情報が広く提供され、また先進的な実践による成功例の積み重ねにより、受ける側、提供する側双方の意識が変化し、在宅療養に対する理解が進めば、在宅療養の真のニーズはさらに拡大していくことが予想される。

財政負担軽減を主眼とした在宅医療推進ではなく、在宅療養の意義を忘れず、真のニーズに向けて在宅医療を推進していけば、受ける側の人生の質は向上し、提供側もやりがいや達成感を得ることができる。そして、在宅は長期ケア、ターミナルケアの最適な場所となる。

Ⅲ．在宅療養を支える医師の三つの役割

1．専門家としての役割

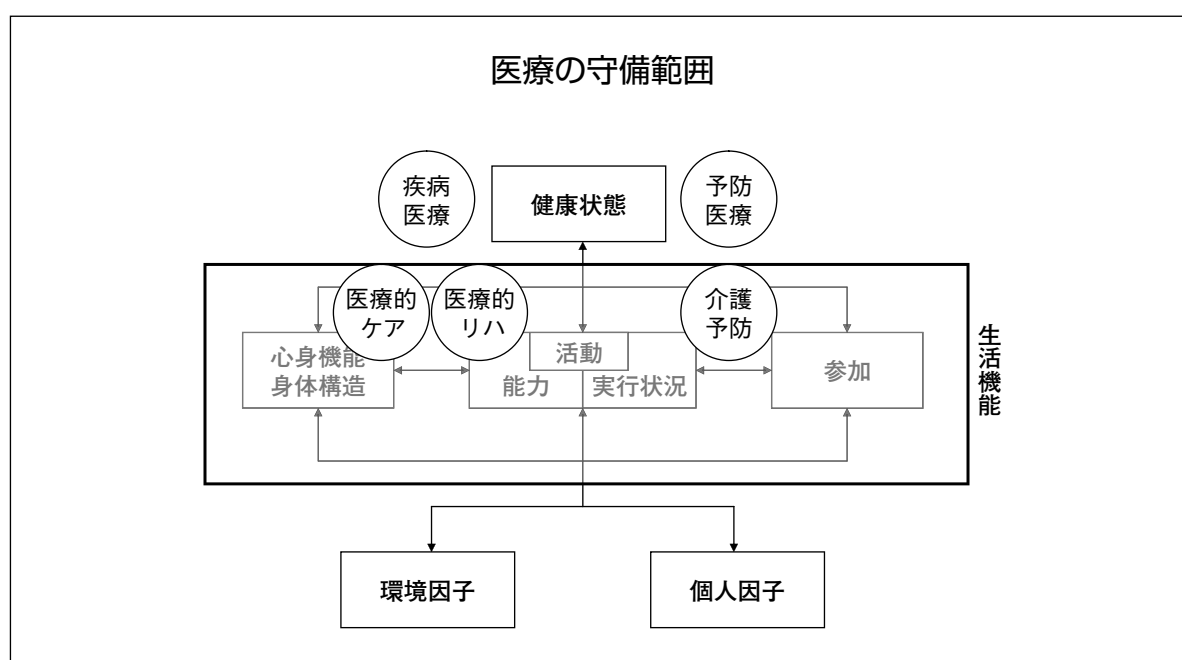
～医療マネジメント～

在宅医療は、慢性疾患や老年症候群に起因する生活機能障害を抱えた長期ケアが必要な患者、がんの末期等でターミナルケアが必要な患者などを対象としており、医師は広範な医学的問題や、入院、外来診療とは異なった病態にも対応しなくてはならない。医師は、研修等により老年医学、精神医学、リハビリテーション医学、緩和医療等の医学的知識や在宅医療に必要な医療技術を身につける必要がある。

医療の専門家として医師は、生活機能低下の原因となっている疾病の治療及び管理、再発予防の最終責任者としてその役割を果たす必要がある。また、在宅患者は、新たな疾患、病態の発生が心身機能低下に直結し、生活に大きな影響を生じるという特性を有しており、それゆえ、肺炎、骨折などの急性疾患やじょくそう、脱水、せん妄などの合併症の予防、早期発見、早期治療が非常に重要である。そのためには、看護師等の医療スタッフとの連携はもちろんのこと、家族及び介護スタッフから情報を得ることができる関係を構築することが求められる。

さらに、生活を支えるためには、疾病に対する医療提供だけでなく、生活機能低下に対する包括的なアプローチが必要となる。医師は、心身機能の評価と障害の原因分析を行い、その結果に応じて適切な対処を行わねばならない。手術などの治療で改善が望めるものには医療で対応し、治療が困難な場合には、生活機能を維持・向上するために適切な医療的ケアやリハビリテーションを導入する。具体的には、排泄、栄養の評価と医療的処置やケア、皮膚科的諸問題とスキンケア、歯科領域の問題と口腔ケア、精神疾患への対応、種々の機能障害に対するリハビリテーションなどが挙げられる。このような心身機能の評価、および医療的ケア、医療的リハの提供は、決して医師ひとりでは実行不可能であり、専門医、歯科医師、看護師、薬剤師、栄養士、歯科衛生士、リハ療法士等の医療スタッフとのチーム医療が必要である。制度面から見ても、医療保険、介護保険においては、訪問看護、通所や訪問リハビリテーション、薬剤指導、栄養指導、歯科衛生指導などのサービスは、医師又は歯科医師の指示なしには動かないシステムとなっている。

医師は、在宅でのチーム医療において、指示役、調整役としての役割を求められ

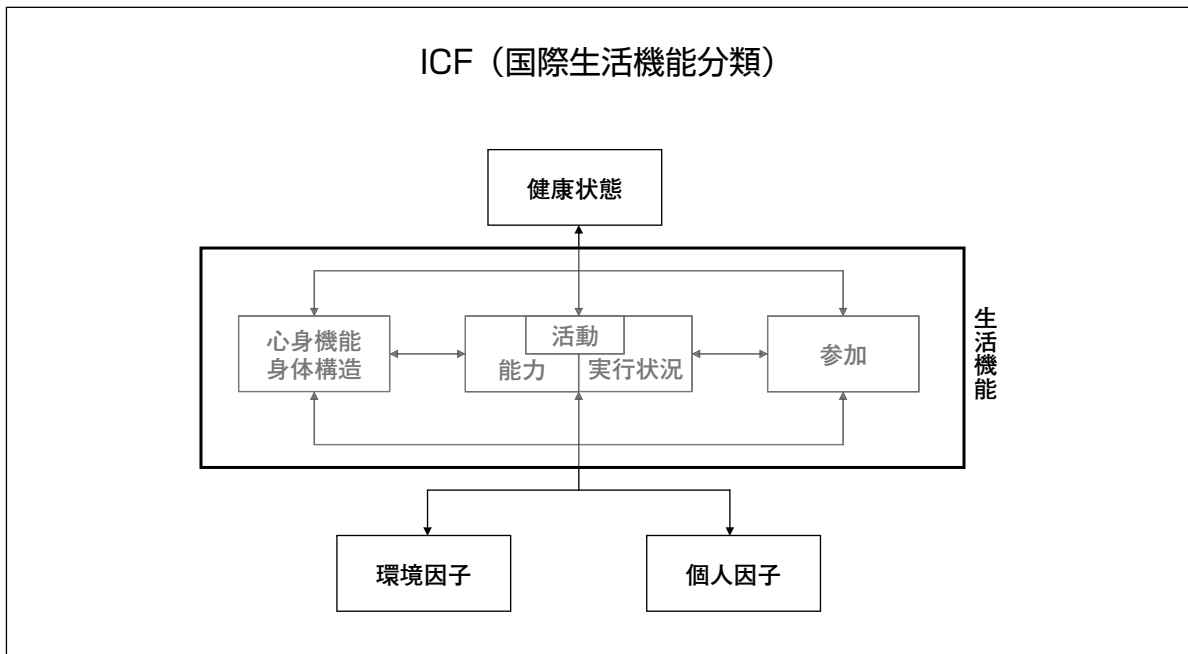


ている。単なる治療者の役割だけでなく、生活機能維持・向上のための医療をマネジメントする役割をも担わねばならない。

2. 生活全体を支える、チームの一員としての役割

～ケアマネジメント～

在宅医療は、生活の場で行われるものであり、生活機能を維持、向上することを目的としている。この目的を果たすには、その人の全体像を理解し、他の援助者と協働することが必要となる。対象者の全体像を理解するには、ICF（国際生活機能分類）の考え方が有用である。



ICFは、「生活機能」の三つのレベル「心身機能」「活動」「参加」をどれにも偏らずに全体的に捉えることが特徴であり、さらに三つのレベルは相互に影響を与え合うことを表している。また、「健康状態」「環境因子」「個人因子」が「生活機能」と影響を与え合うことに着目している。また、障害者を理解する時に、「機能障害」、「活動制限」、「参加制約」といった「否定的側面（マイナス面）」だけでなく、「肯定的側面（プラス面）」を包括して評価する。ICFにおける対象の捉え方は、医療者の根底にある考え方である、疾病→心身機能障害→活動制限、参加制約という一方向の流れで障害を捉え、原因をあくまで個人の内部に求める「医学モデル」だけでなく、また、マイナス面だけ着目するものでもない。一方「医学モデル」と対比される「社会モデル」、すなわち障害は社会によってつくられた問題とみなし、環境要因を重視し、これを変えて社会参加を可能とする考え方だけで捉えるものでも

ない。ICF は、障害者の理解を、この二つのモデルを統合した「障害モデル」で行う。また、ICF は、医療、ケア、リハビリテーションに関係する人全ての共通言語、コミュニケーションツールとして、さらに「人が生きる」ことを包括的に捉える見方、考え方への共通認識のためのツールとしての役割を果たす。医師は、ICF の基本的な考え方を理解し、患者を全体的に捉え、他職種とコミュニケーションを行い、共通の認識を持つことが、在宅で必要とされる多職種協働においては重要である。

ICF は対象の全体を捉えるには有用であるが、実際に最適なキュア及びケアを提供するためには、ケアマネジメントが必要となる。ケアマネジメントは、対象者の生活機能向上のためのチームワーク実現のための理論であり、方法である。チームを構成する専門家が、生物・身体的、精神・心理的、社会・環境的の各側面から、本人や家族のニーズを的確に把握し、対象に関する共通認識と目標（ゴール）の共有化を図り、共同してケアプランを作成し、各々が専門性を発揮してサービス提供を行う。インテーク→アセスメント→ケアプラン作成（プラン原案→カンファレンス→合意と同意）→実施→モニタリングの一連の課程で行われる。作成されるケアプランはチームワークための基本方針、手順書と言える。

介護保険においては、ケアマネジャーが居宅介護支援の一環としてケアプランを作成する。しかしながら、ケアマネジメントは介護保険内に留まるものでは決してなく、多角的なアセスメントにより、必要な医療・介護・福祉サービス、インフォーマルサービスを組み合わせて提供するものである。よって、ケアマネジメントは決してケアマネジャーが単独で行うものでもなく、出来るものではない。ケアマネジメントは多職種が協働して行うものである。医師は医療の専門家としてケアプラン作成に関わり、必要なサービスの導入、サービス実施上の助言を行うとともに、ケアマネジメントの調整役としての役割をケアマネジャーと連携して果たすことが求められる。

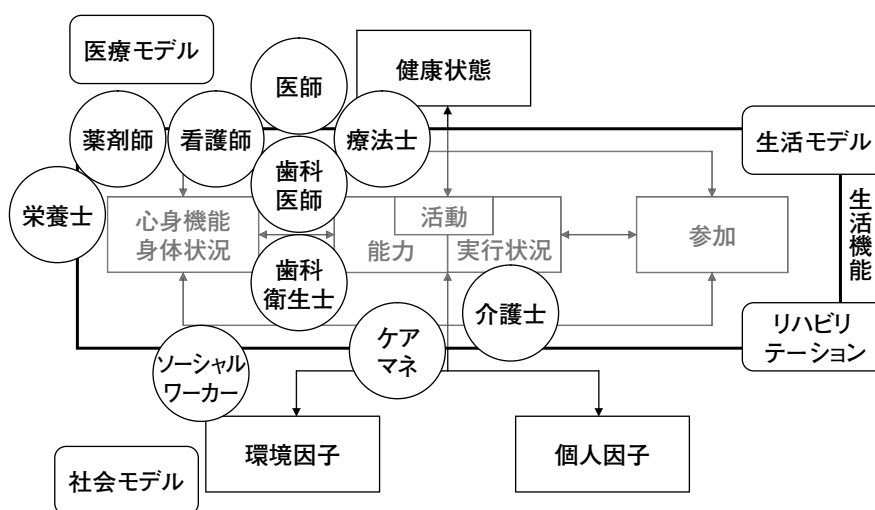
ケアプランの実行については、多職種協働で実施する「生活モデル」で行われる。医師は、「医学モデル」で考え、「医療モデル」により仕事を行ってきた。これにより、医学の進歩がもたらされたが、一方、専門分化も進み、近年その傾向が一層強くなっている。その結果、自分の専門領域外のことや、医学・医療が及ばない状況になると無力感を感じ、つい患者・家族と距離を置いたり、他医や他職種に全面的に委ねてしまうことがある。このことが患者・家族の不安を招いたり、信頼関係を損なう要因ともなっている。また、病院において医療モデルに馴染んできた医師は、意識的でない場合もあるのだが、ともすれば、在宅においても他職種のスタッフに命令的、指示的な態度を示すことがある。医師との関係において、過度に緊張しやすい福祉職にとっては、このような態度がストレスとなり、連携の大きな妨げになって

いる。福祉職側の意識改革も必要だが、医師が、医療だけでは決して高齢者や障害者の生活を支えることは出来ないということを十分に理解し、生活機能の維持・向上を共通の目標とする「生活モデル」による支援チームの一員であることを強く自覚することが重要である。医師は、他のチームメートへの援助を行い、協力関係を築き、チーム医療、ケアを行うことが求められる。

	医療モデル	生活モデル
目的	治癒、救命	QOLの維持・向上
目標	健康	自立、尊厳
場所	病院	地域
チーム	医療従事者 命令・指示 オーダー型	多職種 協力・協働、横並び カンファレンス型
対象のとらえ方	医学モデル 問題解決型 病因-病理-発現	障害モデル 目標指向型 ICF
手法	EBM	ケアマネジメント

(Drのための介護保険ノート 日本医事新報社
折茂賢一郎、新井健五、安藤繁著より一部改変)

多職種がチームで支える



3. 患者・家族を継続的に支える役割

～入・退院時マネジメント～

在宅療養（居住系も含む）の対象者、要介護者等は、医療面において、以下の例に示すように不安定な要素を多く含んでいる。

- ・肺炎、骨折、脳梗塞等の急性疾患を発症しやすい
- ・脱水等の老年期特有の合併症を引き起こしやすい
- ・現疾患の増悪、重度化、心身機能低下の低下を生じやすい
- ・臨死期には、種々の合併症を引き起こしやすい

一方、在宅における医療提供は、医療技術の進化により拡大とはいえ、医療内容的に限界がありまた即応性にも欠ける。このような理由から、在宅における長期ケア及びターミナルケアでは、入院医療が必要となる機会が多い。適切な時期に患者を入院させることが重要であり、この判断を下し、入院先を確保することが、在宅における医師に求められる重要な役割のひとつである。

また、入院していた患者が退院可能となった時に、在宅に円滑に移動をするための退院調整が必要となる。なぜなら、退院は「治療の場」から「生活の場」への移行であり、本人・家族の多くは希望と不安の入り混じった心境となっている。また、自宅では、医療処置を本人や家族が実施しなければならないことが多い。自宅への移行を円滑にするには、十分な説明により本人・家族の不安を軽減し、理解を得ること、また、本人・家族の負担軽減のために医療内容や提供方法を在宅モードへと変更するとともに、十分な指導を行う必要がある。それを可能にするには、病院と在宅間のギャップを埋めるための退院支援・調整を行う機能を病院が備えることが必須である。この退院調整機能は治療やリハビリテーションなどの医療機能と同程度に重要である。また、病院医療の知識や経験だけでは、生活の場で安全に提供する医療の在り方がイメージできず、重装備の在宅医療になってしまう事もある。円滑な在宅への移行や、本人・家族の負担を可能な限り軽減するためには、病院側が在宅医療側の担当者と早期に連携し、協力して退院支援・調整を行うことが強く求められる。このことは、病院の負担軽減になるだけでなく、在宅・病院の相互理解を進め、良好な関係構築にも役立つ。

在宅医療を担当する医師は、訪問看護師、ケアマネジャーと連携し、入退院時の在宅と病院間の円滑な移動のための調整作業に参加することが求められ、一方、病院勤務医は、病院医療と在宅医療の違いを理解するとともに、退院調整看護師、医療ソーシャルワーカーと連携し、退院後の患者・家族のイメージを持ち、退院調整に協力することが求められる。

病院医療と在宅医療

	急性期医療	在宅医療
医療内容	高度	限界あり
即応性	あり	劣る（廊下が長い）
チーム医療	容易	努力を要する
医療の提供場所	ホーム 提供者のペース 治療の場	ビジター 患者・家族のペース 生活の場
医療処置	看護師等医療職 が実施	本人・家族への依存度 が大きい
目的	救命、治癒、 心身機能回復	再発予防、健康管理 生活機能維持、向上

Ⅳ. 在宅療養を支えるシステム

在宅療養を支えるには、以下 1～6 に挙げるシステム構築や環境整備が必要であり、府医師会また地区医師会は、行政、関係団体等と協力して実現していくことが求められる。

1. 在宅・病院連携

一般病院の第一の目的は、患者の在宅復帰、地域復帰であるが、現状では在宅や地域につなぐための病院機能、つまり退院調整機能は必ずしも十分ではない。そのために、治療により心身機能を回復した患者が、在宅へのつながりが不十分なために、退院後早期に再入院したり、生活機能低下を生じたりする問題が生じている。さらに、本来なら在宅復帰が可能にもかかわらず、十分な退院支援が得られず、自宅に戻れないなどの問題も生じている。

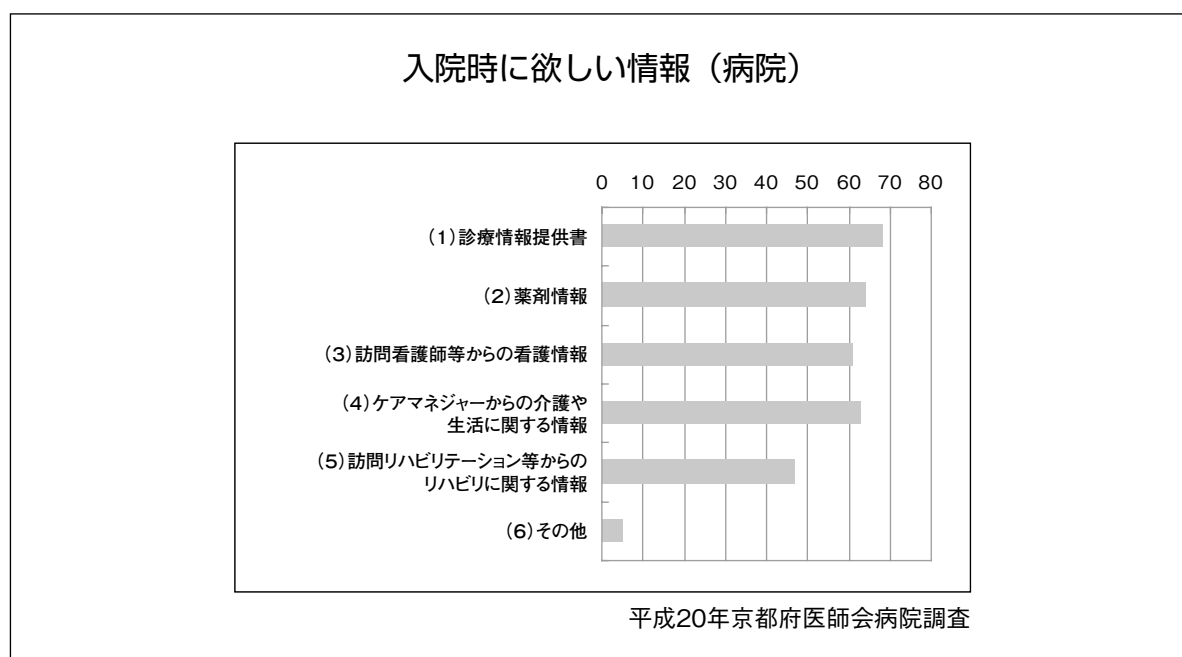
このような事態を防ぐには、病院における退院調整機能の確立及び向上が重要である。平成 20 年度診療報酬改定において、急性期病院では後期高齢者に対する退院調整加算が認められた。『退院調整部門』の設置と、①退院支援・調整が必要かどうかの早期の特定②患者・家族も交えた退院支援計画の立案③関係職種、これには在宅関係者も含むが協働して退院調整を行う事が要件となっている。しかしなが

ら、平成 20 年に京都府医師会が実施した病院へのアンケート結果では、専門部署を設置している医療機関はまだ少なく、退院調整の現状を見てもまだまだ十分とは言えない。病院における退院調整の確立が困難な理由として、入院期間の短縮、病院勤務医、病棟看護師の多忙及び退院調整への理解不足、診療報酬による退院マネジメントへの裏づけが乏しく必要な人材の確保が困難、患者・家族と病院側の退院のイメージのずれ、退院調整やスクリーニングに必要な情報の不足、在宅医療・ケアに関する知識不足、在宅側の受け皿機能の不足など多くの要因が挙げられる。制度による裏づけや報酬による評価が不可欠であるが、同時に、当事者同士が退院調整の重要性をより強く認識し、相互理解と協力によって確立していくことが必要である。

以下の①～③のような仕組みが、在宅と病院の連携を深め、円滑な入・退院を可能とし、在宅療養の継続、生活機能の向上の実現に役立つと考える。

①入院時における総合的な情報提供

京都府医師会が平成 20 年度に実施した病院調査から、病院側は、入院時において、診療情報だけでなく、看護、リハ、生活や介護に関する総合的な情報を求めていることが判明した。病院における医療、看護、リハ、介護提供、入院計画作成、退院支援計画作成などの退院調整が行われるには、入院後速やかに在宅での看護、リハの状況、生活や介護の情報を、担当の訪問看護、リハ事業所、ケアマネジャーが病院に提供することが重要と考える。そのためには、入院を依頼した医療機関が速やかに関連事業所に連絡し、情報提供を依頼し、入院後早期に総合的な情報が病院に



提供される仕組みが必要となる。また提供された情報を活かすには、病院側の連携窓口、担当部署の明確化、機能強化が必要となる。

在宅患者入院時の総合的な情報提供を実現するために、以下のような診療報酬上の加算点数の新設を提言する。

提言) 診療情報提供料 (I) 在宅患者等入院連携加算の新設

【目的】

在宅患者及び要介護者等の入院時に、在宅側から総合的な情報提供を行うことにより、病院における入院計画、退院計画作成、治療等への支援を行う。これにより、入院期間の短縮、効率的な医療提供、介護も含めた在宅と病院の連携と役割分担が可能となる。医療費削減効果が期待できる。

【内容】

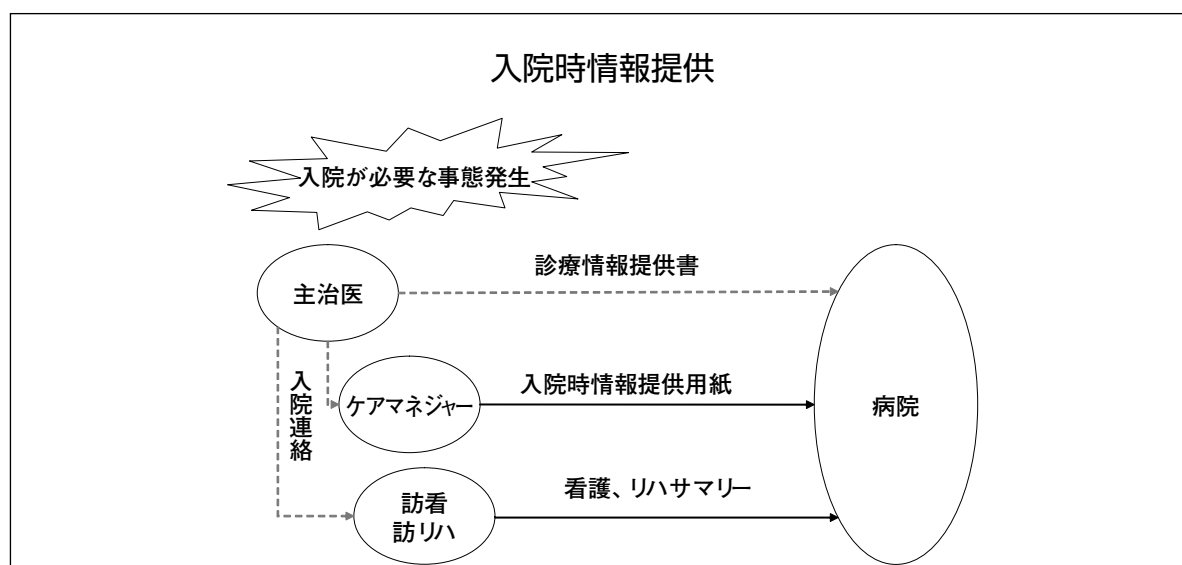
保険医療機関が、在宅患者又は要介護者等の入院時において、他の在宅サービス担当者と連携し、入院及び退院計画に必要な情報提供を行った場合は、在宅患者等入院連携加算として、所定点数に〇〇〇点を加算する。

【対象】

訪問看護又は訪問リハ利用中の患者（医療保険）又は介護保険サービス（予防給付、介護給付）利用している患者の入院時

【要件】 下図 点線矢印部分の評価

- ・ 訪問看護又は訪問リハ利用中の患者、又は介護保険サービス（予防給付、介護給付）利用中の患者の入院の必要を認めるとき、保険医療機関が当該患者又は家族の同意を得て、入院先の病院への連絡及び診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行うと共に、担当する（利用中の）訪問看護事業所、訪問リハビリ事業所、居宅



介護支援事業所、地域包括支援センターと連携を行った場合に、在宅患者等入院連携加算として、所定点数に〇〇〇点を加算する。

- ・入院を依頼した保険医療機関は、入院後できるだけ早期に、担当する訪問看護事業所、訪問リハビリ事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターに連絡し、病院への情報提供を依頼する。

【様式案】

・診療情報提供書（在宅患者、要介護者等入院時用）

診療情報提供書（在宅患者、要介護者等入院時用）様式（案）

紹介先医療機関名 平成 年 月 日

担当医 科 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名 印

患者氏名 性別

患者住所

電話番号

生年月日

紹介目的

傷病名

既往歴

経過及び検査結果

現在の処方

入院前の診療形態（ 外来 訪問診療 ）

退院後の訪問診療必要時への対応（ 可 不可 その他 ）

訪問看護の利用（ あり なし ）、訪問リハビリの利用（ あり なし ）

備考

②退院調整 ～病院と在宅の共同～

在宅側は、在宅患者の入院に際して十分な情報を病院に伝えるだけでなく、病院はあくまで一時的な治療の場所と認識し、たとえ入院中であっても在宅側が継続的に関わり、一方、病院側は、自己完結で退院調整はできないことを認識し、在宅側を受け入れ、病院と在宅が共同作業で退院調整を行うことが非常に重要となる。病院・在宅共同での退院調整の結果、在宅復帰が不可能、また、転院による治療の継続との結論が出た場合においても、在宅側は、転院先の病院、療養病床、介護施設等への情報提供等に協力し、転院先から在宅への退院が可能となった時には退院調整に参加するなど、継続的に関わることを望まれる。

退院調整は、入院後できるだけ早期に始めることが必要であり、病院担当者が在宅側からの情報、本人・家族からの情報、入院時の病院医師、看護師、医療ソーシャルワーカーなどの情報を総合して、退院調整の必要性のスクリーニングを行う。スクリーニングの結果、退院調整が必要な場合においては、病棟看護師、ソーシャルワーカー等が中心となり、アセスメントを行い、院内カンファレンス等の開催などにより、退院支援計画を作成する。この計画に基づき退院調整が実施されるが、ここで最も重要であり成功の鍵となるのは、病院と在宅の共同作業である。両者が共同で本人・家族への説明を行うこと、医療や看護を在宅モードへシフトするための医療処置の方法の選択や本人・家族への指導を行うこと、退院前に在宅において必要な介護・福祉サービスの準備を行うことにより、在宅への円滑な移行が可能となり、在宅療養の質向上に役立つ。また、在宅志向の退院調整の確立は、病床の効率的利用、入院期間短縮、勤務医・病院スタッフの負担軽減にも結びつく。さらに、病院・在宅の機能分担の確立にもつながる。しかしながら、多忙な病院スタッフが、退院調整を行うことはかなり困難な状況であり、病院がこの機能を果たすためには、国が制度的に裏付け、必要な人材の確保や連携に要する手間を報酬により評価する必要がある。

今後、大きく以下の3つのタイプに分けて「退院支援・調整・在宅移行期」までを整備し、プロセスが共有できるよう手順化していく必要がある。

A) がん患者の在宅療養導入

症状コントロール・看取りの可能性がある患者・家族であれば在宅ホスピスへの調整

B) 高齢者の在宅療養調整（在宅再開）

入院前の生活との比較が重要で、在宅側の「入院時情報」が有効的に働く。介護

在宅モードへの変更（例）

	入院中	退院時
中心静脈栄養	鎖骨下	上腕部ポート ダブルバック製剤 家庭用輸液ポンプ 本人・家族指導
気管切開	NSによる吸引	本人・家族による吸引 本人・家族指導
酸素療法		在宅酸素療法の準備

	入院中	退院時
ステロイド、免疫抑制剤	点滴/静注	経口投与
オピオイド	経口投与	デュロテップパッチ オプソ
インシュリン自己注射	NSにより、看護体制に合わせ実施	本人が、生活時間に 合わせて実施 血糖自己測定 本人・家族指導

病棟NS、退院調整NS、在宅チーム、本人・家族が
カンファレンスで確認

体制やリハビリ継続も検討し ADL や QOL の向上を目指す

C) 小児や難病患者のように医療依存度の高い在宅導入

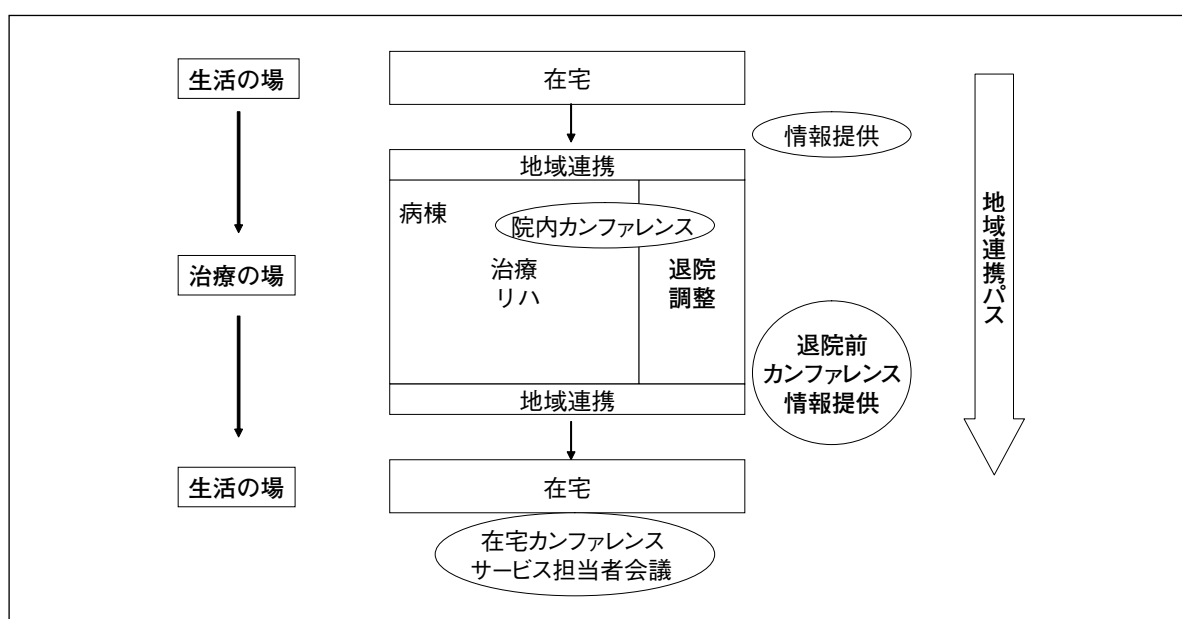
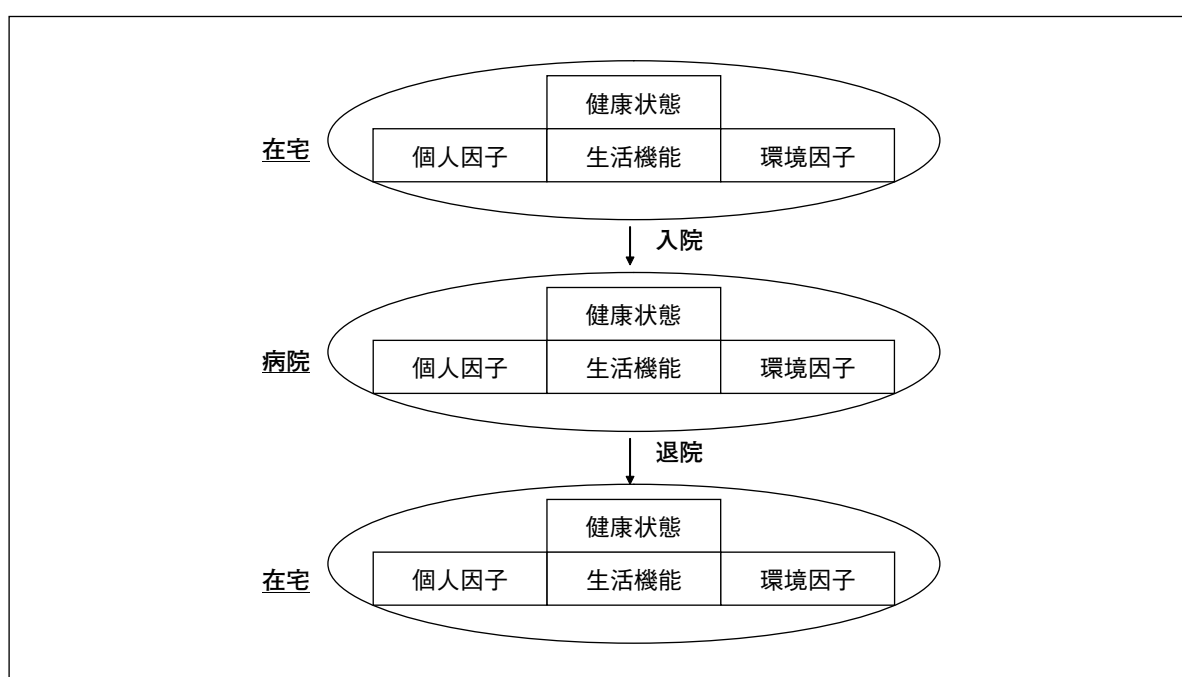
医療管理を中心にした在宅医療体制（在宅医・訪問看護）を地域性も考慮し、病院・地域ともにネットワーク構築が必要

③在宅・病院連携パス

入院時から退院までの一連の課程において、前述①、②のようなシステムが実働するには、関係者が協力して在宅・病院連携パスを作成し、標準的なスタイルを規定することが有用である。在宅・病院連携パスにおいて、伝達する情報の内容、情報伝達の時期及び方法等を取り決めることにより、切れ目のない医療、看護、リハ、

介護等の提供が可能となり、患者・家族の生活機能維持・向上につながる。さらに、在宅、病院が協同で、患者・家族に説明することにより、在宅から病院、病院から在宅へと移ることに対する患者・家族の不安が軽減され、円滑な移動、病床の適切な利用が可能となる。

また、在宅、病院連携パスにより、医療（歯科、栄養、薬剤情報を含む）、看護、リハ、介護、生活情報等がパッケージとして、在宅から病院、病院から在宅へ提供されることにより、ケアマネジメントの質が向上する。病院と在宅スタッフの顔の見える関係構築および相互理解も期待できる。さらに、患者・家族がカンファレンスに参加することにより、患者・家族の意向の確認が容易となり、退院計画やケア



プラン作成への反映に繋がる。患者・家族と支える側の目標の共有、役割の明確化も期待できる。

在宅・病院連携パス（案）

1. 在宅患者（外来要支援・介護患者も含む）に入院が必要な状態が発生した
2. 在宅主治医が、病院に入院依頼し、診療情報提供書で情報提供を行う

入院

1. 在宅主治医は、ケアマネ、訪看等に、入院連絡票で連絡する
2. ケアマネは、入院時連携用紙で、病院に情報提供を行う
3. 訪看は、訪看サマリー、リハビリ療法士はリハサマリー等で病院に情報提供を行う。必要に応じて、歯科医師、薬剤師、栄養士等も情報提供を行う。
4. 病棟と病院地域連携部門は連携し、問診や在宅からの情報をもとに、退院調整の必要性につきスクリーニングを行う
5. 病院地域連携部門は、出来るだけ早期に、在宅主治医、ケアマネ、訪看等と退院調整を行う
 1. ケアマネへの依頼
 2. ケアマネが、在宅主治医、訪看、関連事業所へ連絡、調整
6. 在宅側から、退院調整を希望する場合は、在宅主治医、ケアマネから病院に退院調整要請を行う
7. 病院においては、病棟（主治医、看護師等）と連携部門が協働し、また、必要なら在宅スタッフも参加し、退院調整及び本人・家族への指導を行う
8. 病院、在宅両者による退院前カンファレンス、照会等を行う
9. 退院に際し、病院は、在宅主治医、ケアマネ、訪看等に退院時情報提供を行う

退院

1. 退院後早期に、在宅関係者はサービス担当者会議を開催し、ケアプラン作成、見直しを行う
2. 転院の場合は、病院は、転院先を、在宅主治医、ケアマネ、訪看等に知らせる、転院先に在宅に関する情報を伝える

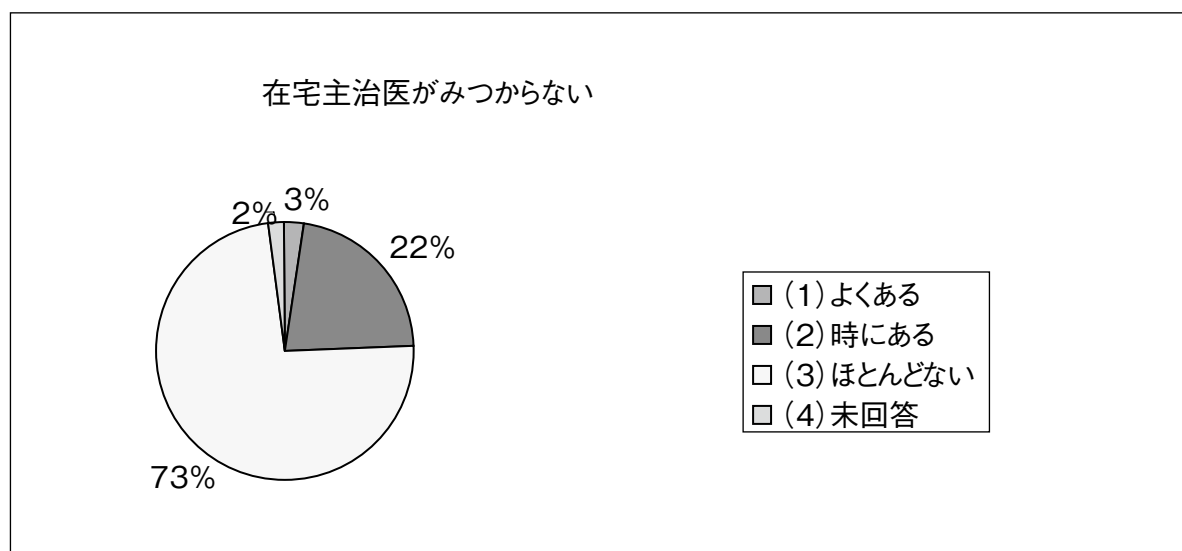
2. 府医、地区医師会による主治医紹介

～在宅医療セフティーネット～

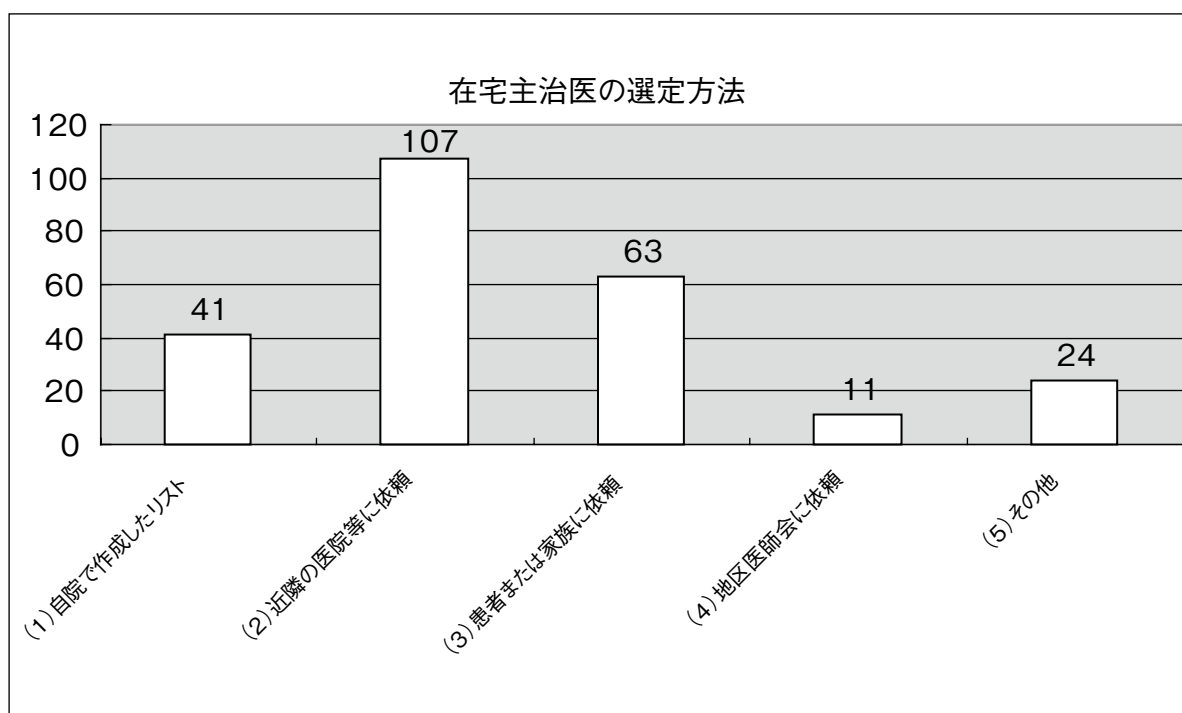
在宅での主治医が見つからないという理由で、退院できないという事態が生じないように、セフティーネットとして、地区医師会と府医師会が協力して、主治医紹介システムを構築することは、医師会の責務と考える。

京都府医師会が平成20年に実施した、病院アンケートによれば、在宅復帰の可能性があるにもかかわらず、在宅医療を実施する主治医が見つからない事により在

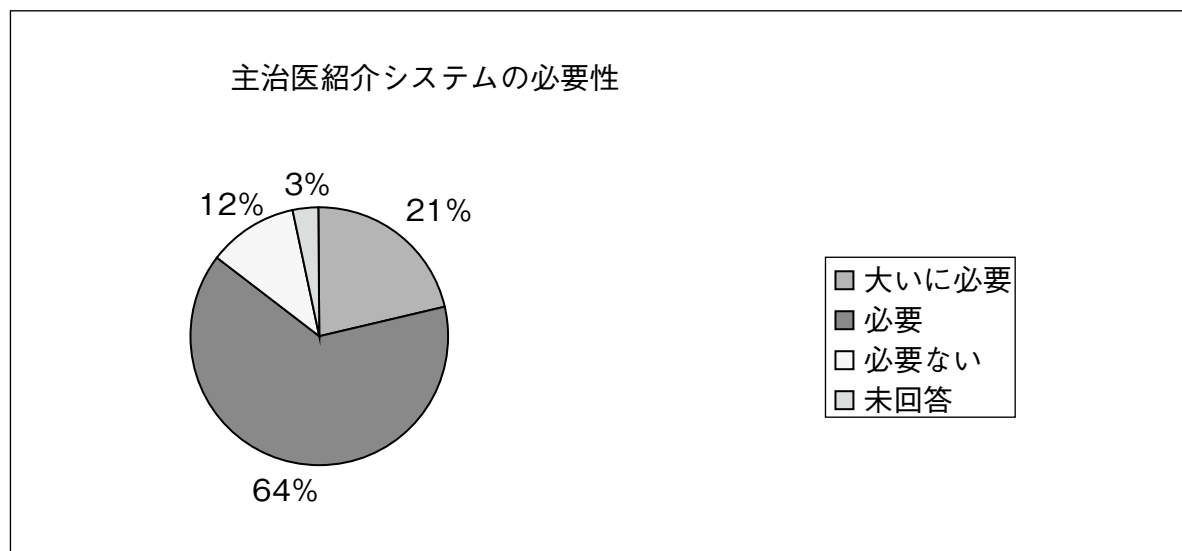
在宅復帰をあきらめたことがあるかとの質問に対して、73%の病院が殆どない、25%の病院がよくある又は時にあると回答している。病院の在宅での主治医確保は比較的良好と考えられるが、現実には在宅主治医が見つからないことが原因で自宅療養をあきらめなければならないという事態が生じている。



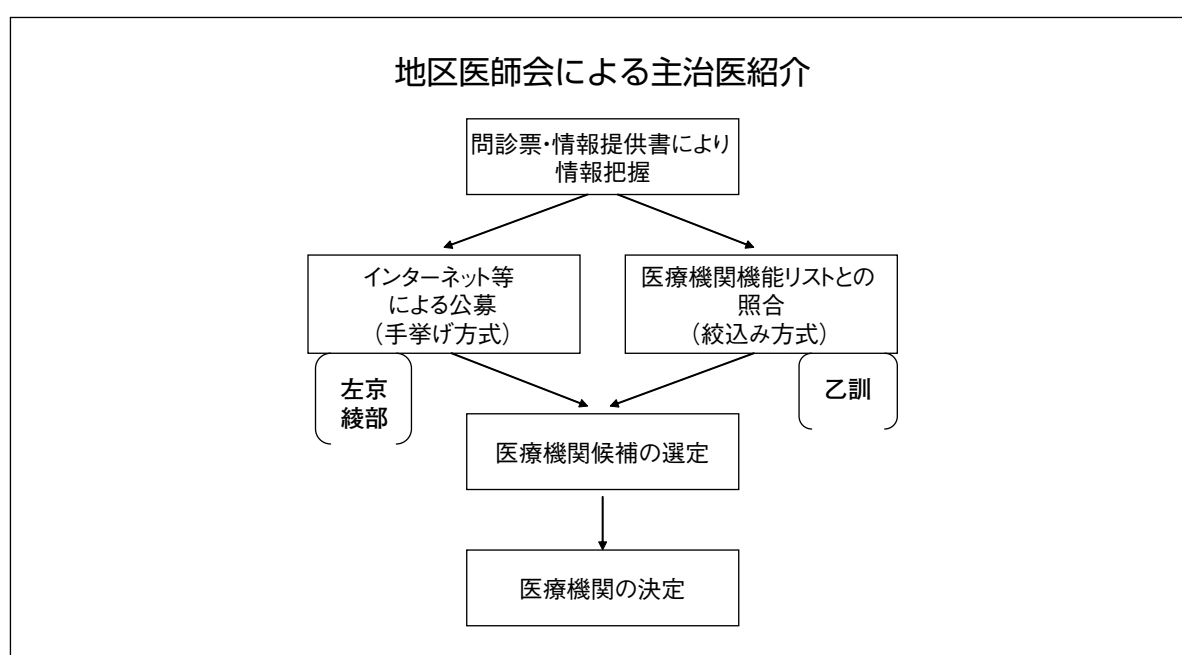
在宅での主治医がいない場合の選定方法について、最も多い回答は、患者の近隣の医院等に依頼するであり、次に患者又は家族に主治医を探すように依頼するである。地区医師会に依頼するという回答は少ないが、これは、地区医師会的主治医紹介の体制の未整備や、主治医紹介システムがあるにもかかわらず、病院が把握していないことなどが原因と考えられる。

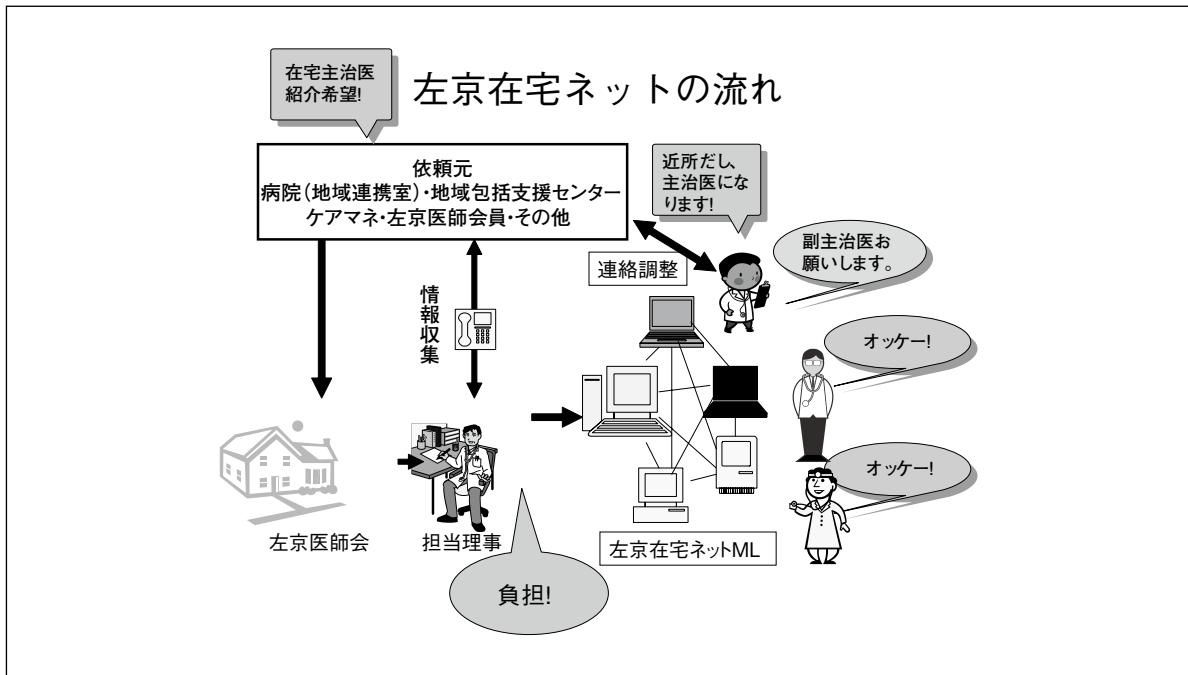


府医師会または地区医師会による主治医紹介システムは必要かの質問に対して、85%の病院が、大いに必要又は必要と回答している。



以上のアンケート結果から、セフティーネットとしての府医師会、地区医師会による主治医紹介の体制整備が必要と考えられる。地域性を考えると、地区医師会が地域事情や医療資源を考慮して、主治医紹介システムを構築することが望ましい。すでに、京都府内においても、一部の地域では、地区医師会が窓口となって、住民や病院等からの依頼に対して、主治医紹介を実施している。しかしながら、地区医師会だけでは事務所機能などの要因によりシステム構築が困難な場合や、地区医師会のエリアを越えた広域的なシステム構築については、府医師会と地区医師会が協同在宅医療セフティーネットを構築することが望まれる。





京都府医師会と地区医師会が協同で行う主治医紹介システムのモデルとして、下記の様なシステムが考えられる。

◎主治医紹介システム『在宅医療セフティーネット』（案）

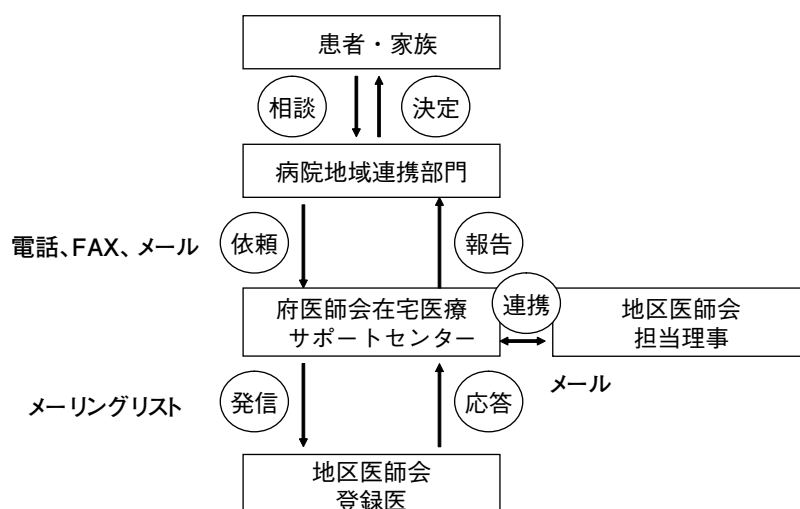
「在宅医療セフティーネット」 主治医探し手順

1. 在宅医療を希望する患者がいるが、主治医が見つからない
2. 病院の地域連携部門が、患者・家族の了承を得て、ケースの概要を府医在宅医療サポートセンターに伝え、主治医探しを依頼
3. 府医在宅医療サポートセンターは、ケースを所定の様式にまとめ、主治医探しの条件を満たしているかをチェックする。条件を満たしておれば、個人情報に十分配慮し、主治医探しに最低必要な情報だけを、地区登録医メーリングリストに掲載する。条件を満たしていない場合は不成立
4. 府医在宅医療サポートセンターは、病院からの依頼があったことを地区の担当理事に報告する
5. 登録医は、メーリングリストの情報から、在宅医療可能または詳細を知りたいと判断した時には、48時間以内に府医師会在宅医療サポートセンターに連絡し、詳細な情報を入手、在宅医療の可否を最終判断する

6. 府医在宅医療サポートセンターは、手挙げ医療機関のリストを、依頼病院に報告する
7. 病院は患者・家族に手挙げ医療機関に示し、患者・家族が選択する。病院は主治医が決定したことを府医在宅医療サポートセンターに報告する。府医在宅医療サポートセンターは地区登録医メーリングリストで主治医が決定したことを報告する。決定医療機関には病院連携部門から連絡し具体的な調整を行う。その他の手挙げ医療機関には府医サポートセンターから主治医が決定したことを報告する
8. 48時間以内に登録医からの応答が無い場合は、府医在宅医療サポートセンターはその旨を病院に報告する。また、地区担当理事に報告し、サポートを要請する

＊病院からの依頼を引き受ける条件

- ・在宅での主治医がいない、又は元主治医が在宅医療を提供しないことが確認されている
- ・本人または家族が退院を拒否していない
- ・病院の支援（退院調整・地域連携、再入院時の対応等）が得られる



3. チーム医療、多職種協働における情報共有

在宅医療は自己完結で行うことは不可能であり、チーム医療、多職種協働が展開される場である。それには、チーム全員が共通認識、共通目標を持って、総合的、計画的に仕事をすることが求められる。情報提供、共有をいかに図るかが大きな鍵となる。情報を共有する方法として以下の①～⑤が挙げられる。

①カンファレンス

スポーツの試合において、作戦会議を開かずに試合に臨むことはあり得ない。在宅で患者・家族を支援し、最もふさわしい療養環境を整える場合においても、支援開始時に、関係するものが皆顔を合わせて、情報交換、共有を行い、適切な支援計画を作成することが不可欠である。また、一定の期間で計画の実行状況を確認し、新たな課題を明らかにし、その解決方法について、全員で知恵を絞り解決案を見出すことが大切である。通常カンファレンスは、入院時、退院前、在宅療養開始時、状態変化時などに開催されるが、ケアマネジャー、主治医が常に本人、家族やチームメートからの情報を集め状況を把握し、必要と判断した時に開催すべきである。しかし、現状において関係者は皆多忙であるので、カンファレンスの目的を明確にし、短時間で効率的に開催できるよう心がける。

カンファレンスの診療報酬での評価として、先進地区のモデルを取り入れた形で、平成 20 年改定において「在宅患者連携指導料」が設定された。しかしながら、医療保険と介護保険の給付調整により、要介護者、要支援者には算定できないことになっている。在宅で連携が必要となる患者は、ほとんどは要介護者等であり、この指導料の対象は実質的には非常に限定されている。また、自己負担金が高くなるという問題もあり、非常に算定が困難なものとなっている。カンファレンスの開催が必要な時に可能とするためには、今後報酬のあり方を十分に議論することが必要である。

②主治医意見書

主治医意見書には、二つの大きな役割がある。一つは要介護認定における重要な判断根拠、もう一つはケアマネジメントへの情報源としての役割である。この役割を果たす意見書を記載するには、患者の健康状態、心身機能について記載するだけでなく、それが生活機能にどのような影響を及ぼしているのか、どのような治療、医療サービス、リハビリテーションを提供すれば生活機能が向上するのかについても記載することが求められる。逆に言えば、生活機能の維持・向上の視点を、日常

診療において持っていなければ、役に立つ主治医意見書は記載できない。介護保険制度は、主治医意見書があって初めて動き出す仕組みとなっている、言い換えれば、本制度は医師をケアの世界に導き、参加することを意図して制度設計が行われたと言える。介護保険制度創設から10年が経過しようとしているが、合格点を付けられる主治医意見書は未だ多くない。それでも、ケアマネジャーは、主治医意見書を最も有力な医療情報源として期待している。医師はこの期待に応えるために質向上に向けて一層努力しなければならない。

一方、ケアマネジャー側も、主治医意見書はあくまで、医師との連携及びアセスメントの入り口であり、意見書のみで全ての医療情報を得ることは出来ないことをよく理解しなければならない。意見書を丁寧に読み、わからない点、ケアプラン作成に必要と思われる点について、医師に直接尋ねるなど医師と連携によってケアプランの質向上に努めなければならない。

③診療情報提供書、居宅療養管理指導

医師とケアマネジャーとの情報交換のために、報酬上の評価として、医療保険では診療情報提供料1が、介護保険では居宅療養管理指導費1が設定されている。居宅療養管理指導は、在宅療養を行っている患者に対しての医学的管理及び情報提供を評価するものであるが、本点数への理解不足、介護保険における請求事務の煩わしさ、自己負担への配慮などの理由で、本来算定要件を満たしていても、算定されていないことが多い。しかし、本点数は、在宅療養における医師の技術、役割を評価するものであり、当然算定すべきものである。今後、本点数の周知、算定を容易にする環境整備が必要である。

診療情報提供料1については、介護保険対象者以外にも算定可能であり、また医療保険内での点数でもあり、算定しやすい。しかしながら、現在の様式は、ケアマネジャーへの連携ツールとしては不適切であり、非常に使いづらいものになっている。本来の目的を果たすためには以下のような様式への変更を提言する。

【様式案】

都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業所等向け		診療情報提供書（案）	
紹介先事業所名		平成	年 月 日
担当	殿		
		紹介元医療機関の所在地及び名称	
		電話番号	
		FAX番号	
		医師氏名	印
患者氏名	性別		
患者住所			
電話番号			
生年月日	職業		
情報提供の目的			
傷病名（生活機能低下の原因になっているもの）			
その他の傷病名			
傷病の経過及び治療状況			
診療形態 外来 訪問診療 入院（入院日 平成 年 月 日）			
退院日（入院患者に限る）平成 年 月 日			
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等			
障害高齢者の日常生活自立度			
認知症高齢者の日常生活自立度			
備考			

④在宅における情報共有ツール

在宅療養をチームで支えるには、日常的な情報共有・交換のツールが不可欠である。乙訓地区においては、地区内の関係者による熱心な検討により在宅療養手帳が作成され、運用後も新たな課題に対応可能な形に改良されるなど、チーム医療や多職種協働において非常に有用なツールとして活用されている。しかし、このような取り組みは一部の地域に限定されており、多くの場合は、個々の事業所がそれぞれの様式で情報を記入したものを、別々に患者宅に置いている。情報共有を実現するには、在宅療養手帳を他地区に拡大することも一つの方法ではあるが、関係者間の十分なコンセンサスがなければ普及は困難である。

支えるチームの明確化、サービス提供や緊急時に必要な情報の共有、本人・家族の参加と意思の表明を目的とした簡易なツールとして、京都府医師会と京都介護支援専門員が共同で提唱した「私のあんしん覚書き」(付録1)が有用と考える。「私のあんしん覚書き」は、本人を支える家族・介護者、サービス提供者、地域の関係者などの情報、また、病院情報など緊急時に必要な情報を掲載する一覧表である。家族、かかりつけ医、ケアマネジャー、民生委員などが協力して本人を支援し、本人が主体となり完成する。その過程において、本人・家族の安心感が生まれ、チーム意識が高まることが期待できる。さらに、覚書に、本人の生活・人生に対する考え方を表明する項目を設けること、具体的には、実現したいこと、望ましい援助、終生期に向けての意向などの記載欄を設けることにより、関係者がそれを実現のために協力して援助することが可能となる。また、救急関係者や地域関係者との協力により、入院が必要な事態や救命処置が必要な事態が発生した時に、この覚書に従って、本人の意向に沿った適切な対応を行うことが可能となる。独居世帯、高齢世帯、多くの職種が関わっているケース等には特に有用であり、担当のケアマネジャー、かかりつけ医が本人、家族を支援できるように、京都府医師会、京都介護支援専門員が会員に向け周知に努めなければならない。また、消防局や社会福祉協議会など関連団体との協議が必要である。

⑤情報共有メーリングリスト

チームが、個々の患者ごとに設定したメーリングリストにより情報交換を行うことにより、治療やケアの方針が明確となる、速やかな情報伝達が可能となる、連携のための時間・労力が節約できる、入・退院時の連携が円滑に行うことが可能となる、病院・在宅間、在宅間の相互理解が深まるなど多くの利点が見られる。メーリングリストは、チーム医療、多職種協働における強力な武器となる。解決すべき課

題としては、個人情報漏洩の防止、十分な患者・家族への説明と同意などが挙げられる。

4. 歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員との連携

①歯科医師

ア) 口腔サポートセンター

京都府歯科医師会では平成20年より京都府下に口腔サポートセンターを設置し、各郡市区にもネットワークを廻らし連携の窓口として活動している。

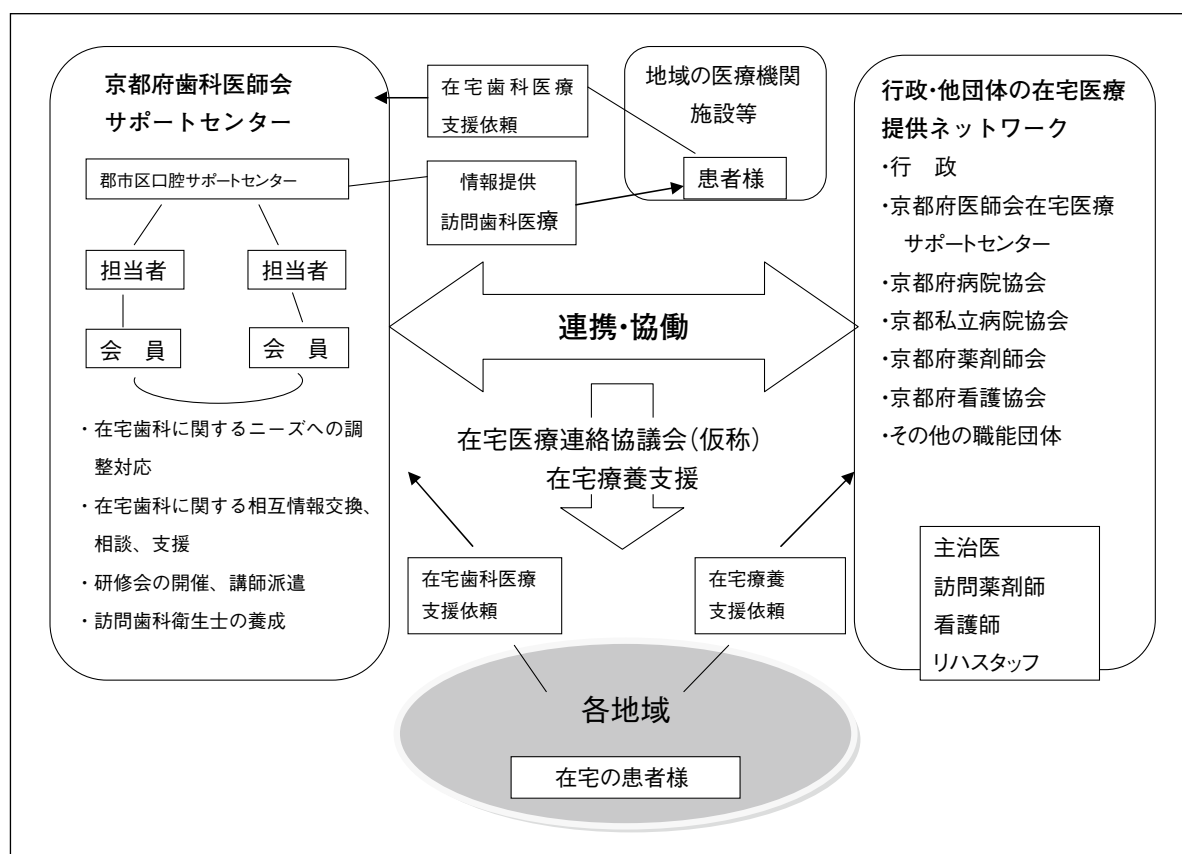
口腔サポートセンターの機能

对患者向け

- 1) 訪問診療・口腔ケアの実施歯科診療所の紹介
- 2) 訪問診療・口腔ケアの推進のための広報活動
- 3) 京都府歯科医師会サポートセンターのホームページにおける情報公開

対病院・医科診療所・施設等向け

- 1) 連携窓口―訪問診療、口腔ケアの実施歯科診療所の紹介
- 2) 在宅歯科医療に関する広報



3) 訪問診療・口腔ケアの推進のため講師派遣、研修会の開催

4) 口腔ケア委員会・歯科委員会維持・設立のサポート

(特に口腔ケア・摂食嚥下咀嚼のサポート)

イ) 在宅連絡協議会(仮称)による連携—行政・他職種合同による会議の開催

1) 行政、医師会、病院協会、薬剤師会、京都府看護協会等との定例会議

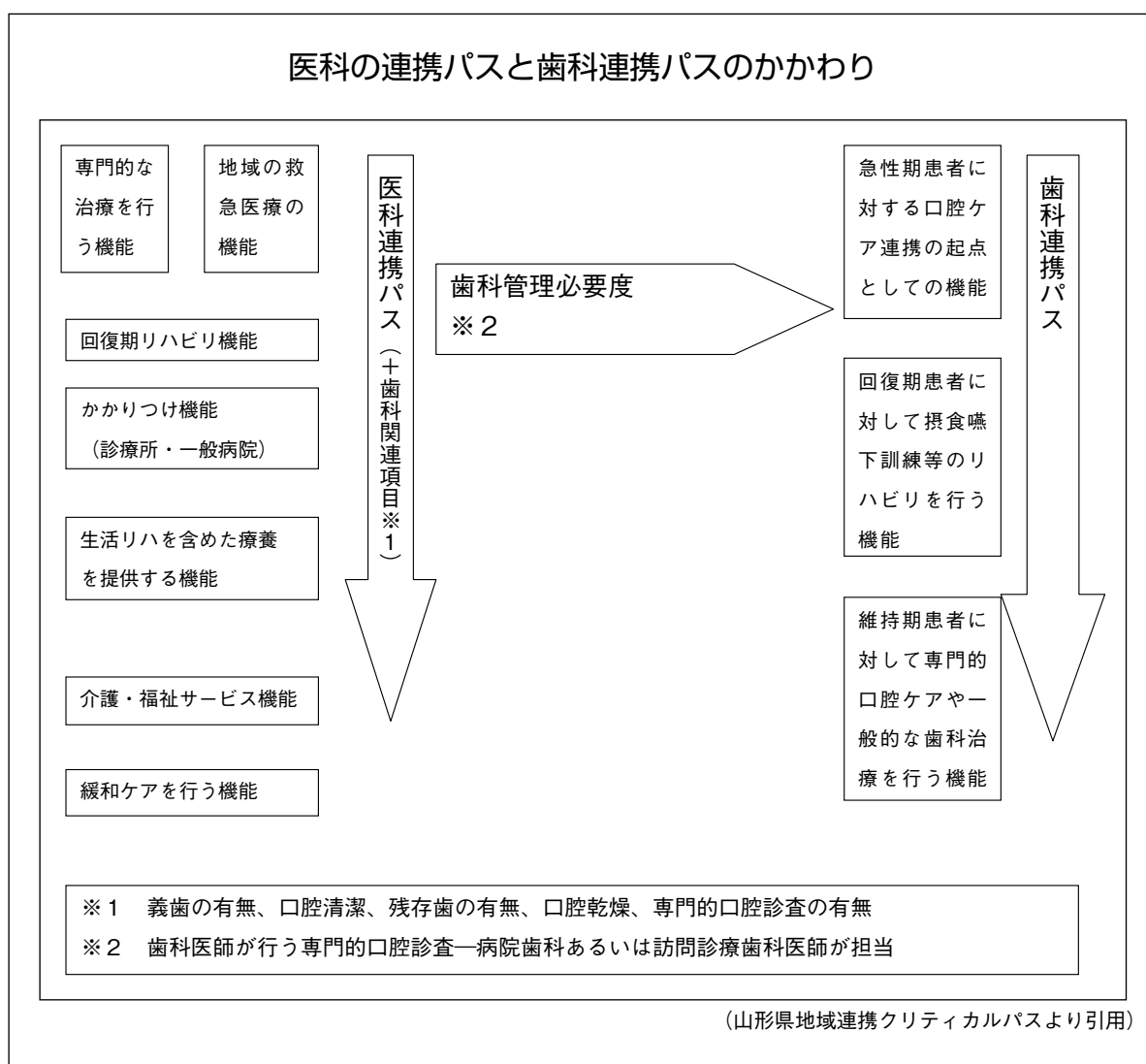
在宅医療、介護に関する問題を協議する場である

2) 行政・各会メーリングリストによる情報交換

ウ) 地域連携クリティカルパスにおける歯科の連携パスによる連携

京都府共通脳卒中連携パスでは「義歯の適合の有無」「口腔清潔」の二項目しかなく、また専門家の評価欄はない。又京都府では歯科の連携パスは位置づけされていない。

医科の連携パスと歯科の連携パスを連結するためには医科のパスの中に検査する看護師でも評価でき、負担にならない「義歯の適合の有無」「口腔清潔」「残存歯の有



無」「口腔乾燥」や「専門的口腔診査の有無」（歯科医師による口腔診査）等が必要である。

急性期・回復期・維持期病院および在宅におけるシームレス（継ぎ目のない）歯科医療サービス（特に口腔ケア）を提供し、医科歯科の良好な連携をするためには、以上のような連携パスの変更が望まれる。

②薬剤師

薬剤師の行う在宅患者訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導）

薬剤師の行う在宅患者訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導）は、医師、歯科医師からの実施指示と患者さんまたはその家族の方の同意に基づいて開始されます。

薬剤師が患者さん宅を訪問し、薬の使用の状況、病状や心身の状況、さらには患者さんの支援状況などを薬剤師の目を通して把握した上で、患者さんが適切に薬を使用していただける様に、次のようなサービスを提供します。

ア）患者さんの状態に適した調剤

医師の指示又は医師との相談の上、錠剤・カプセル剤の粉碎、一包化等を実施

イ）自宅へ薬などを持参

調剤した薬などをご自宅まで届けます。

ウ）薬に関する情報提供と残薬や副作用など確認

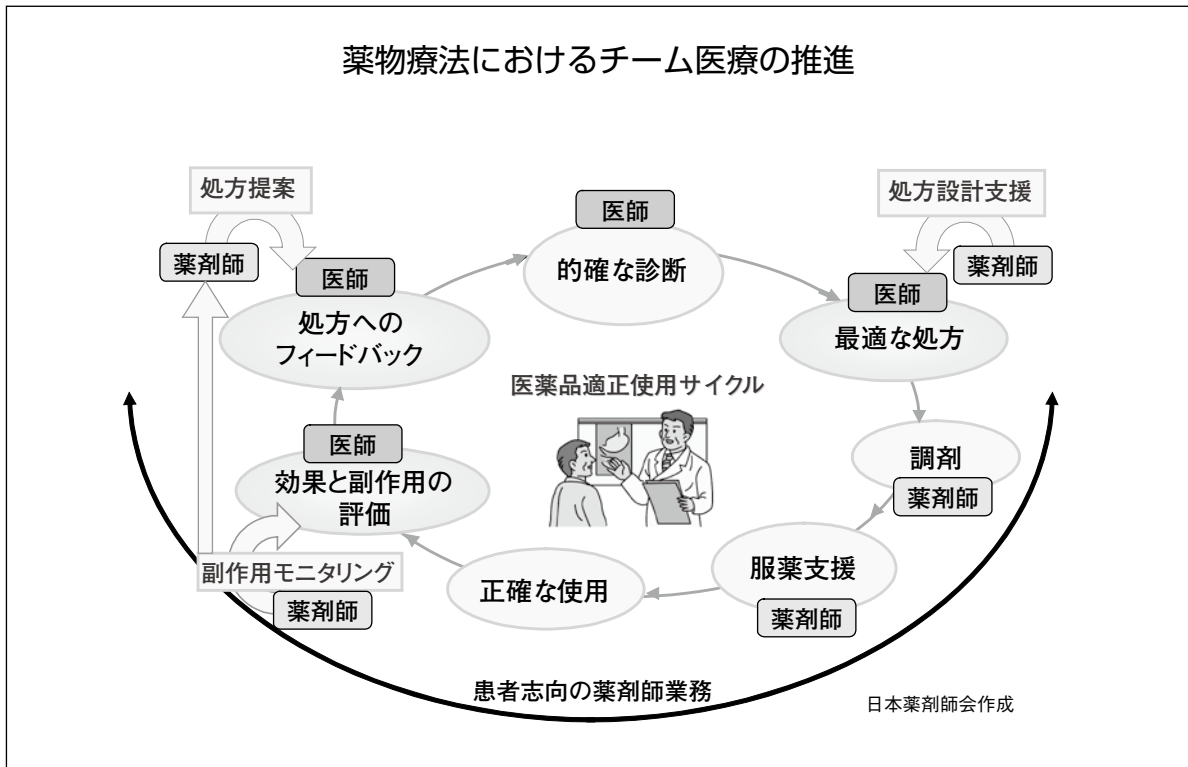
訪問した薬剤師が、薬の使用方法、保管方法などに関して情報を提供します。同時に、患者さんの状態、薬の使用状況（飲み忘れ、残薬、過不足薬等）などを確認し、薬の有効性や副作用の有無などを判断し、問題があれば医師に報告し対応にあたります。

エ）薬剤使用履歴等の管理と相互作用などのチェック

薬などの使用履歴、病歴、体質、薬剤による副作用歴等を記録し、管理することによって、薬の重複投与、相互作用（薬と薬、薬と飲食物等）、副作用の回避等に役立てます。必要に応じて医師・看護師・ケアマネジャー等の介護関係者と連携し患者さんの生活レベル向上のための対応にあたります。

安心と希望の医療確保ビジョン

薬局については、夜間・休日の対応、患者宅への医薬品・衛生材料などの供給、緩和ケアへの対応などを確実に実施するため、地域における医薬品などの供給体制や、医薬品の安全かつ確実な使用を確保するための適切な服薬支援を行なう体制の確保・充実に取り組みます。



③訪問看護

在宅療養は在宅医療チームと在宅ケアチームと地域と病院と介護施設などチームで支えられています。その中で訪問看護の果たす役割は、医師の指示に基づき計画的に訪問看護ステーションや医療機関から看護師等が患者さんの自宅等を訪問し療養上のお世話や医師の指示による医療処置などを行うこと、また在宅ケアチームとも連携し在宅医療を支えることです。

近年医療技術は日々進歩し今まで医療が困難だった病気が延命できるようになったり自宅でも高度な医療機器が扱えるようになったため在宅医療も医療依存度の高い利用者が増えています。

また、病院ではDPCが取り入れられ病状が改善すれば在宅医療に切り換えられ、利用者の全体像がしっかり把握されないためか再入院となるパターンが増えています。

こうした現状の中「最後まで住み慣れた自分の家で過ごしたい」と希望しても病気や療養に対する不安が利用者家族には大きいと思います。

在宅は病院とちがいすぐ近くに医師はいません。状態の変化への気付きや病態の予測また緊急時対応は訪問看護師の仕事でそれを的確に医師に連絡し指示に応じることも大きな仕事です。

在宅医療にとって医師との連携は、よりよいパートナーであるべきだと思っています

ます。

④ケアマネジャー・地域包括支援センター

ケアマネジャーにとって、医師との連携は不可欠であるといわれるが、それは何故であろうか？

ケアマネジャーが対象とする要介護・要支援者（以下「要介護者等」）は、通常、多くの疾病を抱えている。要介護者等の疾病による健康状態の悪化は、生活機能の低下に大きな影響を及ぼし、生活上の課題（ニーズ）に直結するが多いため、ケアマネジメントにおいて健康状態の把握は重要である。それゆえ、ケアマネジャーには、医師との連携が不可欠とされ、制度上でも以下の通り位置付けられている。

「指定居宅介護支援は、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。」（運営基準第12条第1項）

「介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師（以下「主治医の医師等」という。）の意見を求めなければならない。」（運営基準第13条第18項）

では、ケアマネジャーは医療サービスを位置付ける場合にのみ医師と連携をすれば良いか？と言えば、決してそうではない。

「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」の中では、狭義の介護サービスやケアマネジメントのみでは、もはや高齢者の生活全般を支えきれないものではないとの考え方のもと、地域包括ケアの概念が示された。そこでは、地域包括ケアシステムとは、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療をはじめ様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組みとされている。そのためには、「ケアの継続性の確保」「ケアの包括性の確保」「長期継続ケア・在宅ターミナル」「多職種協働」が必要とされ、その中核には主治医と連携をとりながら介護サービスの調整を行うケアマネジャーのケアマネジメントがおかれている。

では、具体的にケアマネジャーが医師と連携を促進していくためにはどのような方法があるのだろうか？二つの側面から考える。

一つは、医師との連携をより密接にするために個々のケアマネジャーが出来る取り組み。例えば、「新規に要介護認定の申請をしたり、ケアプランを作成する際に、主治医を訪問し挨拶をする」「サービス担当者会議に主治医の出席を求める、又は、必ず意見をもらうようにする」「心身状態の変化を小まめにメール等を利用して報

告する」等が考えられる。主治医との間で「顔の見える関係」の構築を意識する事が重要である。

もう一つは、ケアマネジャーと医師との連携を地域の中でシステム化するための取り組みである。ケアマネジャーが連絡をする際の連絡窓口や時間帯を医師側が明示するケアマネタイムの普及や充実、また、京都府医師会と京都府介護支援専門員会が共同で作上げた「医療連携加算における情報提供用紙」などは、その好例と言えるであろう。

最近、京都府内でも地域差はありながら、開業医を中心にケアマネジャーとの連携は進みつつあるが、病院勤務医との連携は未だ多くの課題が残っている。一般にケアマネジャーにとっては、病院のシステム（窓口や連絡の方法・タイミング等）は分かりにくい。それが、勤務医へのアクセスの難しさにつながっている面もあると思われる。退院調整看護師や医療ソーシャルワーカー等も含めた、ケアマネジャー⇔病院間の連携システムの構築が求められる。一つの試みとして、京都府医師会は、京都府内病院連携窓口一覧を作成し、主治医意見書やサービス担当者会議への出席依頼窓口、入院中の利用者についての問い合わせ窓口、院内でのサービス担当者会議の開催の可否などの情報を HP 上で公開している。

地域における介護と医療の連携を考える上で、地域包括支援センターの存在は非常に大きい。地域包括支援センターの主要な業務の一つと位置付けられている「包括的・継続的マネジメント」とは、在宅・病院・施設など要介護者等の過ごす環境が変化したとしても、その環境という枠に縛られることなく包括的なケアが継続的に提供される事を目指すものである。そこでは、地域包括支援センターが中心となって地域の医師会等と協力をしながら、医療・介護、病院（施設）・在宅におけるシームレスな連携を促すためのシステム（前述したケアマネタイムや医師が出席するサービス担当者会議開催の勧奨等）を作り上げていくことが求められる。また、個々の要介護者等への直接的な支援においても、主治医と地域や介護との連携がスムーズに進まない際に、連携を促進するため双方にとって窓口になることも地域包括支援センターには期待される。

最もシンプルな方法として、地域の生活や介護に関する困りごとに対する支援は地域包括支援センターが引き受け、医療や健康に関する困りごとへの支援は地区医師会及びその会員である地域の医療機関が引き受け、お互いが連携を密にして、地域における住民の安心な生活を実現することが求められる。このような協力関係を実現するためには、地区医師会及び地域の医療機関と地域包括支援センターによる地域の医療、介護、福祉の具体的な課題を検討する場を設け、両者が顔の見える関係を構築することが最も重要である。

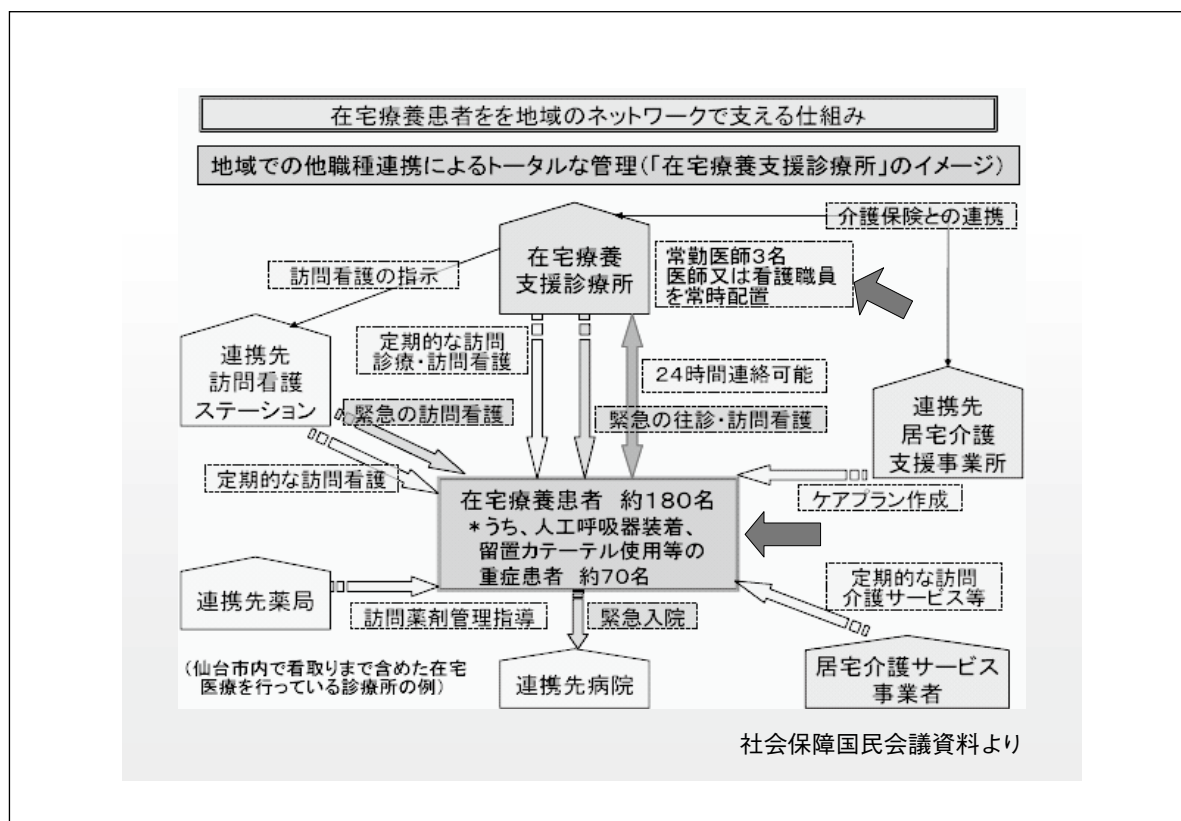
5. 在宅医療を実施する医療機関

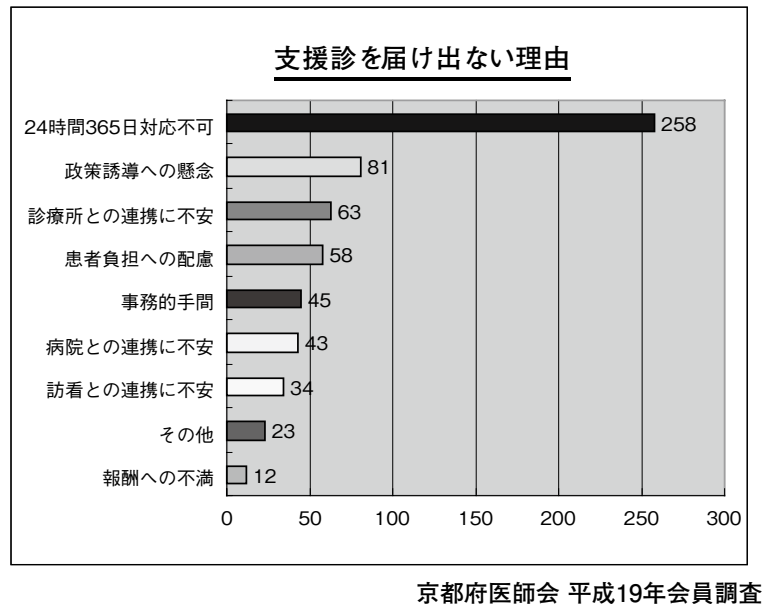
～在宅療養支援診療所に関する問題点～

小泉政権時に行われた医療制度改革において、療養病床削減、入院期間短縮の方針のもと、その受け皿として在宅療養を推進する方向が打ち出された。このような状況下において、平成18年改定で在宅療養支援診療所が、20年改定では在宅療養支援病院が創設され、診療報酬上有利な点数設定が行われた。これまで、在宅医療体制を整え、熱心に取り組んできた医療機関が評価されたことには意義がある。しかしながら、在宅療養支援診療所のあり方については、いくつかの下記のような問題点がある。

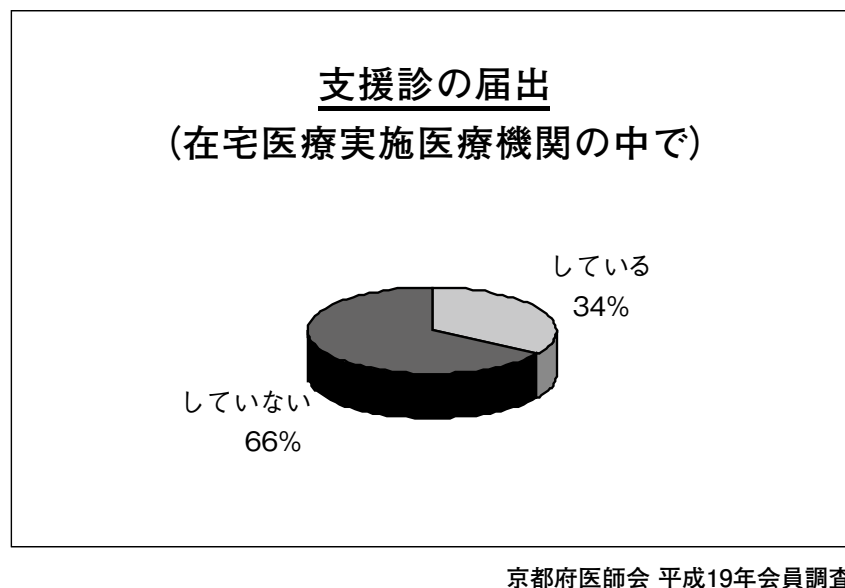
①医療機関が限定される

制度設計時に、厚労省が在宅療養支援診療所のモデルにしたのは、在宅医療に特化し、しかも複数の医師が勤務している診療所であった。要件で規定されている24時間の往診体制については、地域一般の診療所にとって、要件上は他医療機関との連携により可能とされているものの、実際には外来診療を行っている診療所同士での連携はかなり難しい。患者に文書で、24時間往診する担当医を示すことが要件となっており、実際にはそれに近い対応をしている診療所であっても、トラブ





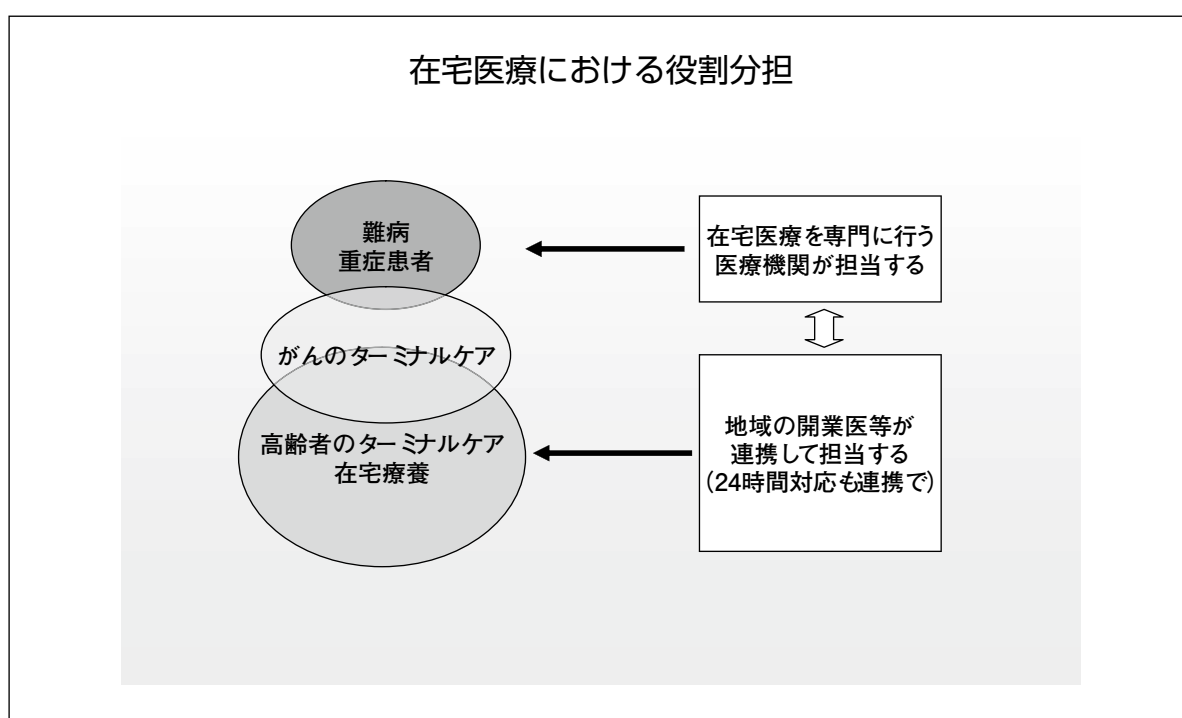
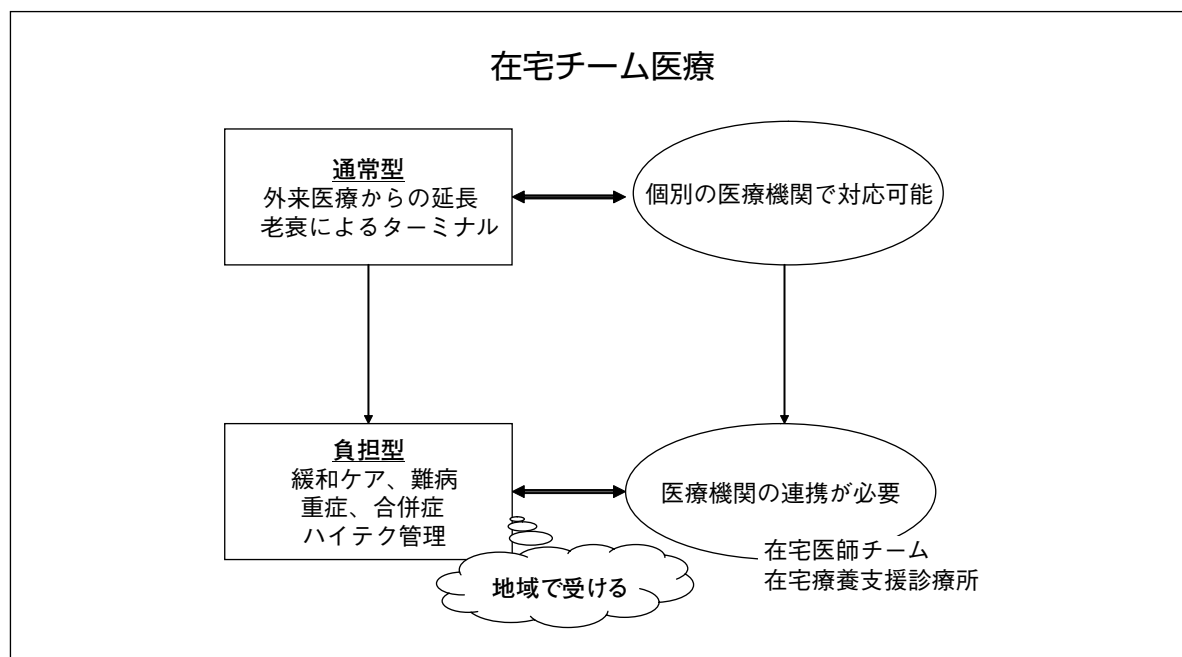
ルを危惧して在宅療養支援診療所を届け出ない、もしくは届けていても算定可能な点数を算定しない傾向にあることが、京都府医師会が平成19年に実施した会員調査により明らかになっている。

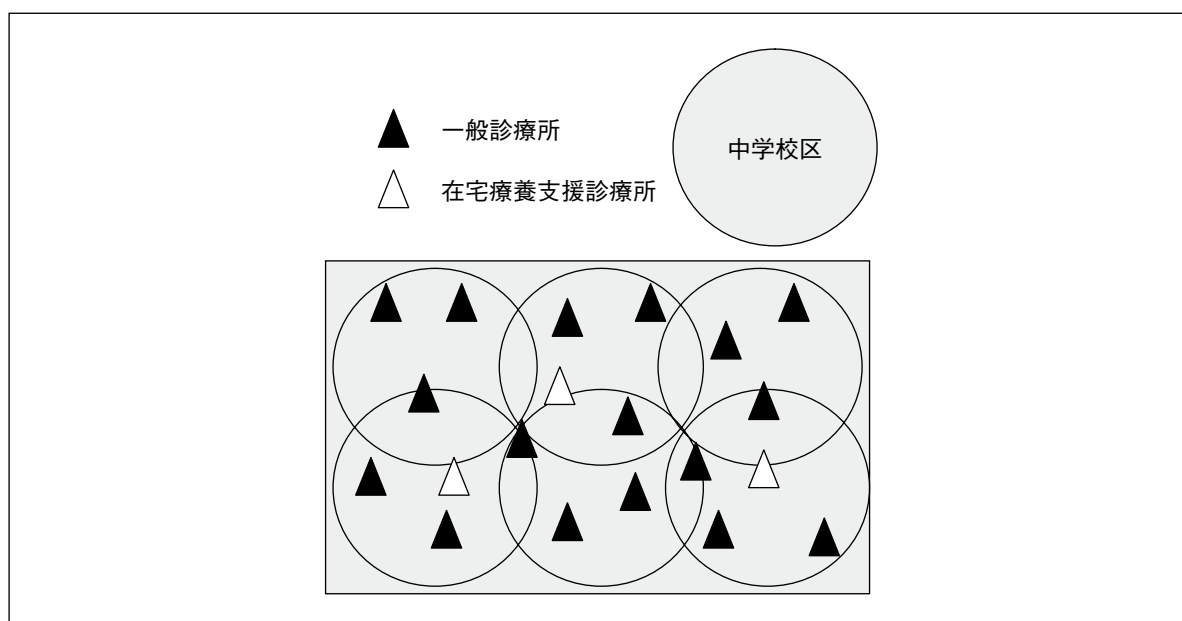


②支援診でなければ算定できない保険点数

支援診だけにしか、算定できないものに、在宅末期医療総合診療料がある。平成18年改定前は一般診療所でも算定可能であったが、改定後は支援診のみが算定可

能となった。厚労省は、在宅におけるがん末期医療を支援診が担うという制度設計を考えたのであろうが、必ずしも現状と合っているとは言えない。なぜなら、在宅末期医療総合診療料の算定要件にあるような医療提供は、一般診療所でも可能であり、他の医療機関との連携で実施することも可能である。在宅におけるがんターミナルケアの普及という観点からは、看取りに対するこの点数にこそ、地域の医療機関によるグループ診療の考え方を採用すべきと考える。下図のように、一般診療所間、一般診療所と在宅医療を専門に行う医療機関が役割分担や輪番制などによる負





担軽減を行い、中学校区など機動性が確保される地域単位でターミナルケアを行う体制を構築することが理想的な姿と考える。

6. 在宅療養を支える病院・病床

在宅療養（自宅だけでなく居住系サービス入居者も含む）の対象者は、医療面において、不安定な要素が多い。これに対して、在宅における医療提供は、医療内容およびマンパワー的に限界があり、即応性にも欠ける。医療上の理由で、在宅療養や介護施設での生活がゆらぐ場面、持続困難となる場合が多い。

また、在宅療養は、家族の献身的な介護や経済的負担に支えられており、また、支援する専門職のボランティア的な働きに支えられているのが現状であり、非常に疲弊しやすい。また、独居や高齢世帯、認知症患者の増加により、不安定さを増している。在宅療養は脆弱な要素を多く含んでいる。

このような状況を考えると、下記の例の如く、医療面、介護・生活面で、在宅療養がゆらぐ時、それを一時的また永続的に支援する病院、施設が存在が非常に重要となる。

在宅療養がゆらぐ時（例）

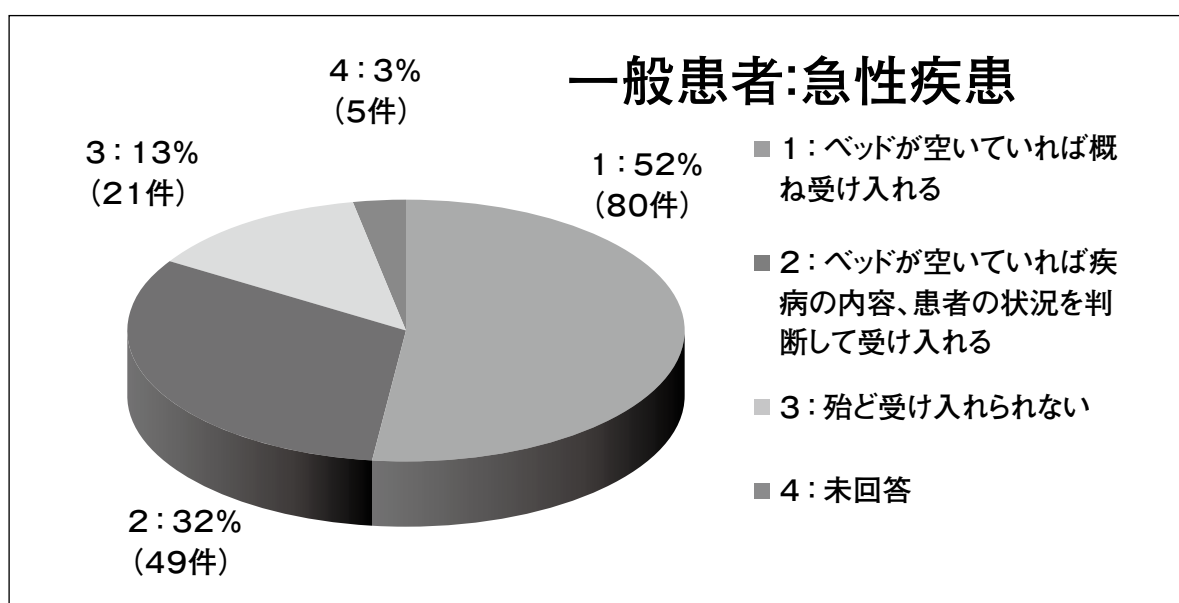
- ・ 寝たきり患者が肺炎になった
- ・ 認知症患者が転倒し骨折した
- ・ 肺がんの末期患者、家で看取るつもりだったが、痛みがコントロールできない
- ・ 肺がんの末期患者、胸水が大量貯留し、入院を希望した

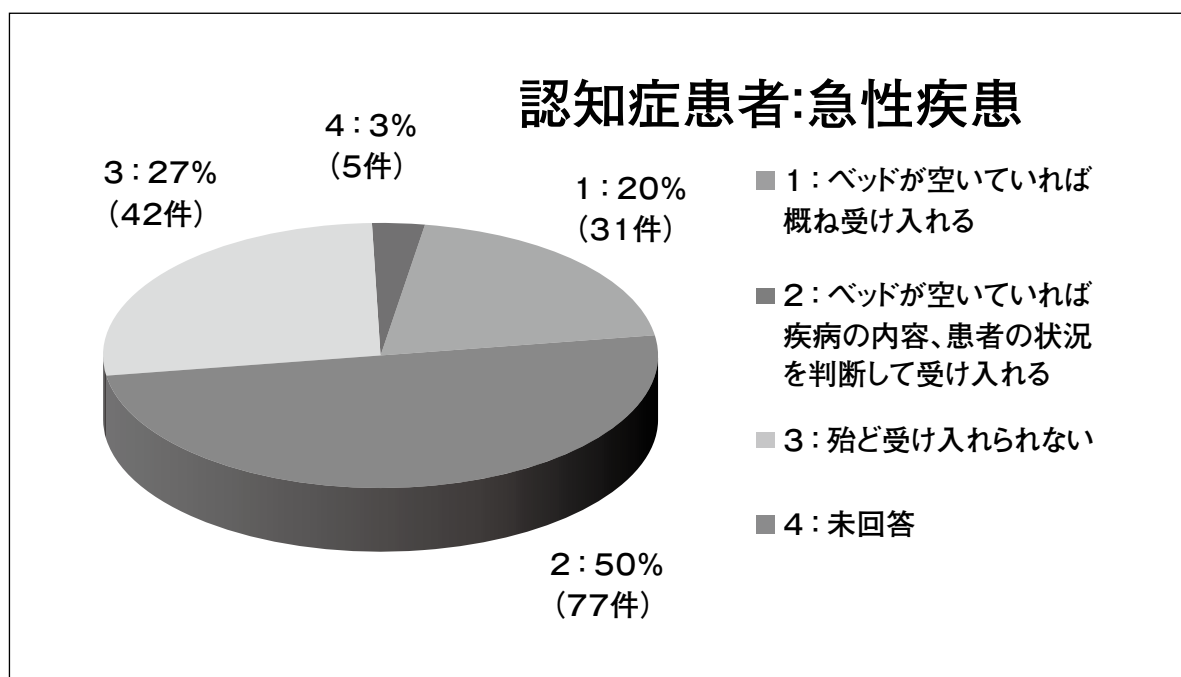
- ・介護者が突然入院し、在宅酸素、経管栄養実施中の患者が一人取り残された
- ・介護疲れが強まり、虐待しているようだ
- ・認知症のBPSDが悪化、自宅ではコントロールできない
- ・食べ物がのどにつままと携帯に連絡が入った
- ・歩行ができない患者が原因不明の発熱、検査が必要
- ・のどがゼロゼロ 肺炎？普通のかぜ？
- ・経口摂取がいよいよ困難になってきた

上記の様な状況が発生した時、在宅を担当する医師は「大変さ（しんどさ）」を感じる。この感情は、引き受けてくれる病院があるのか、ベッドは空いているのかという「不安」、また、疾病内容の曖昧さ、介護面の要素が強い入院について、病院の医師に入院の必要性を理解してもらえるか、病院に迷惑をかけるのではないかという「悩み」に起因する。同様の不安を介護者も感じている。

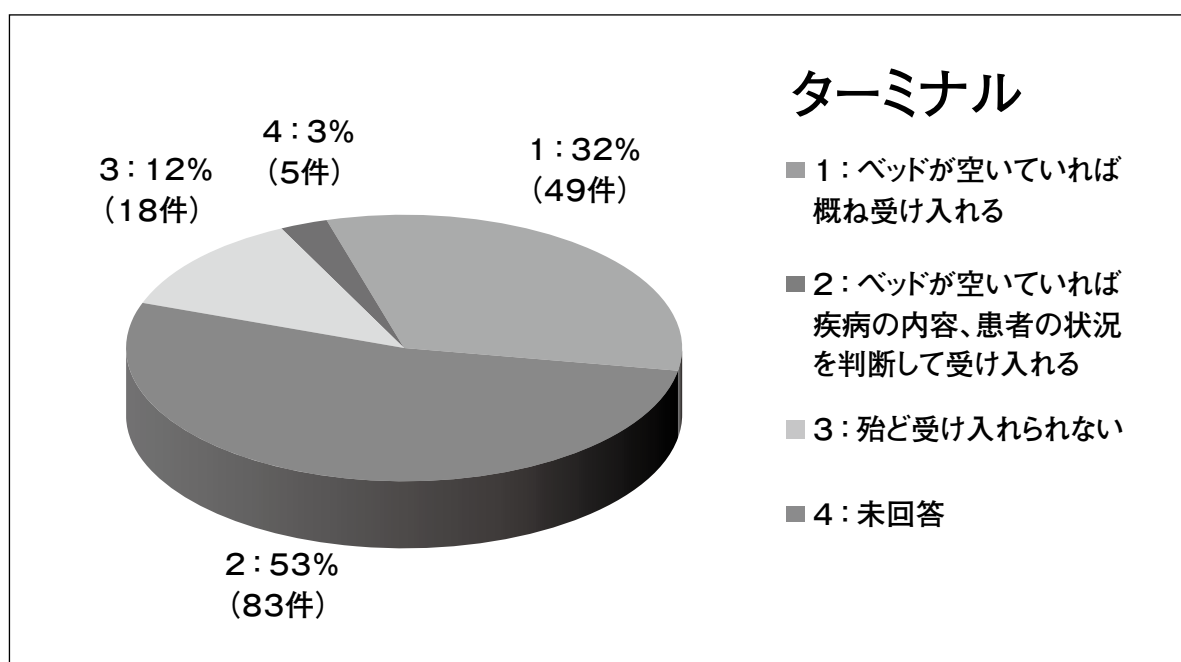
京都府医師会は、平成20年12月に、京都府病院協会、京都私立病院協会の協力を得て、在宅患者の受け入れや病院機能についてのアンケートを実施した。

アンケート結果から、**在宅患者の急性疾患発症時**については、一般病床での受け入れは、比較的良好な状態にあると考えられる。しかし、病床数が多いほど、疾患の内容、患者の状態による選別が行われる傾向にある。一方、**認知症患者の急性疾患発症時**の受け入れは、一般患者に比し悪く、疾患の内容、患者の状況を判断するという回答の割合が増す。病床別に見ると、一般病床では、殆ど受け入れられないの割合が、一般患者13%に対し、認知症患者は27%と著明に増え、500床以上で、殆ど受け入れられないが45%となっている。

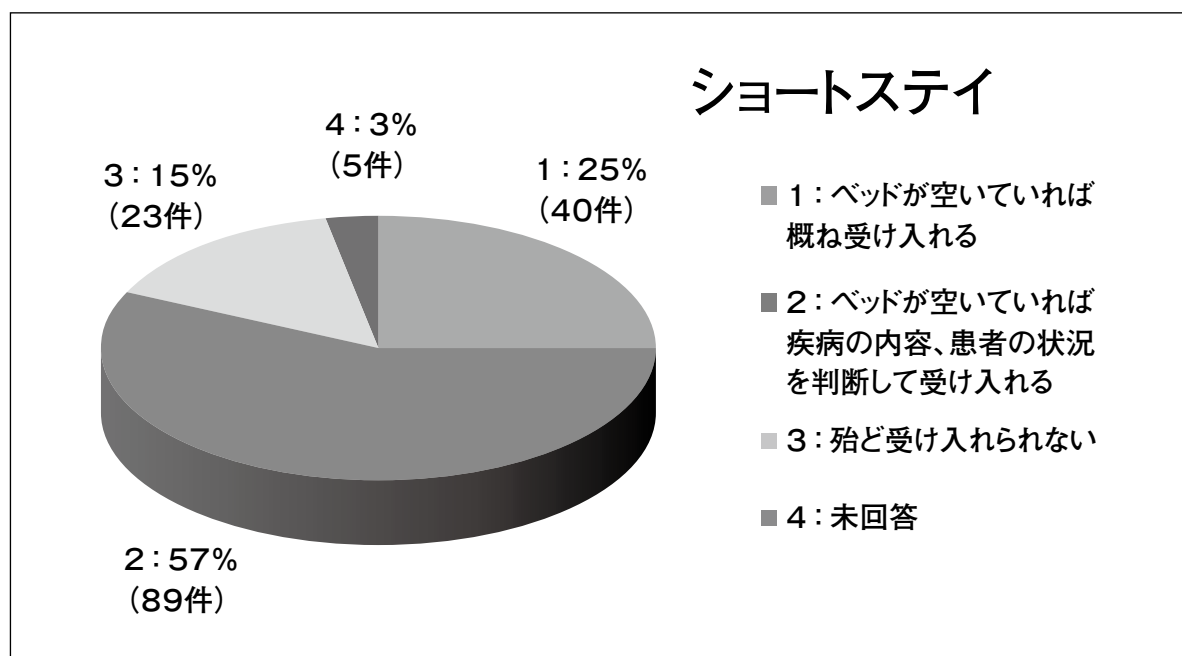




ターミナル期における病院の受け入れは、ベッドが空いていれば概ね受け入れるが32%であり、急性疾患の52%に比し悪い。一般病床についてみると、急性疾患65%に対し、ターミナル期は37%と低下する。500床以上では、殆ど受け入れられないが33%となる。療養病床についてみると、ターミナル期が急性疾患より受け入れがよくなる。また、機能的に柔軟性のある、一般病床と療養病床の両方を有する病院（以下一般＋療養）では、概ね受け入れる36%、疾患の内容、患者の状況を判断する61%、受け入れられない0%となっており、最も受け入れが良好となっている。



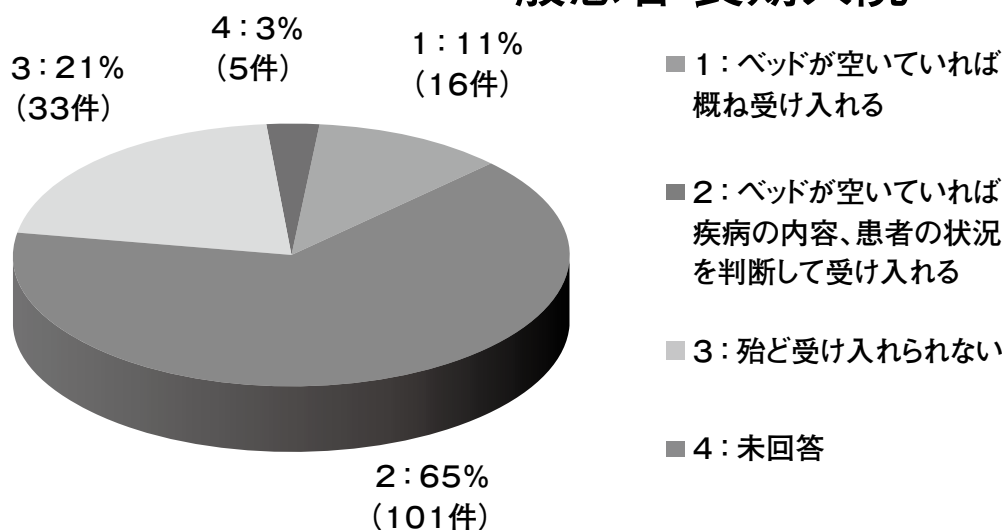
ショートステイにおける病院の受け入れは、ベッドが空いていれば概ね受け入れるが25%、ベッドが空いていれば疾患の内容、患者の状況を判断して受け入れるが57%であり、受け入れに際し患者の状態像が大きな要素となっている。病床種類別には、一般+療養が、最も受け入れが良い。



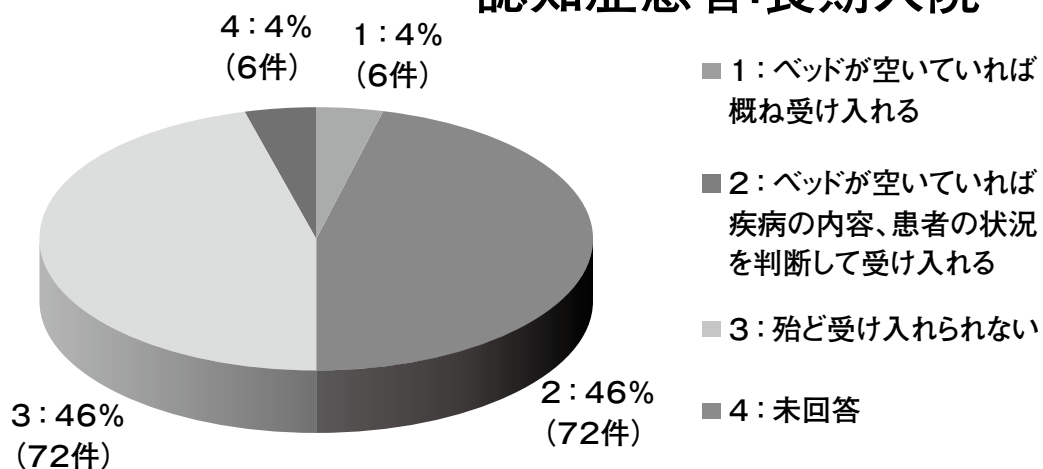
長期的な入院（ロングタームケア）の受け入れに関しては、一般病床で見ると、ベッドが空いていれば概ね受け入れるが11%、ベッドが空いていれば疾患の内容、患者の状況を判断して受け入れるが65%、殆ど受け入れられないが21%、療養病床では、それぞれ27%、64%、4%となっており、病床機能に即した結果となっているが、療養病床においても、疾患の内容、患者の状況を判断して受け入れるの割合が高い。認知症患者の長期的な入院の受け入れに関しては、ベッドが空いていれば概ね受け入れるが4%、ベッドが空いていれば疾患の内容、患者の状況を判断して受け入れるが46%、殆ど受け入れられないが46%であり、一般患者に比し悪い。療養病床においても、認知症患者はそれぞれ14%、68%、14%であり、一般患者の27%、64%、4%に比し悪く、認知症患者の長期入院の受け入れは厳しい状況にあると言える。

本アンケート結果から、認知症患者は、身体合併症発生時、在宅で介護困難となった時の長期入院のいずれにおいても受け入れ状況が悪い。また、認知症患者だけでなく、一般患者においても急性疾患、ショートステイ、ターミナルケア、ロングタームケアのいずれの場合においても、「疾患の内容、患者の状況を判断して受け入れる」という回答の割合が多く、このことは、患者の状態によっては、入院が困難となることを示している。この結果は、在宅患者の入院に際して在宅を担当する医師の「大

一般患者:長期入院



認知症患者:長期入院

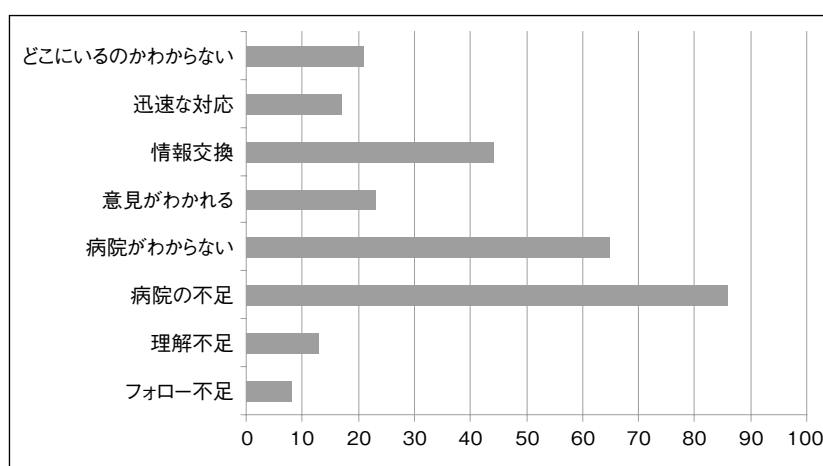


変さ(しんどさ)」及び介護者の不安を説明していると考ええる。現状において、病院は、その機能に応じて入院を引き受け入れているが、在宅患者の多様なニーズに十分に対応できる状況には至っていないと考えられる。在宅療養を推進するには、現行の入院医療提供体制では不十分であり、さらに、間もなく到来する超高齢社会においては入院のニーズがさらに高まることが予想され、必要な医療を受けられない高齢者が生じることが危惧される。そこで、今後、下記①～⑤のような機能を持った病院、病床の新設、強化を提言する。

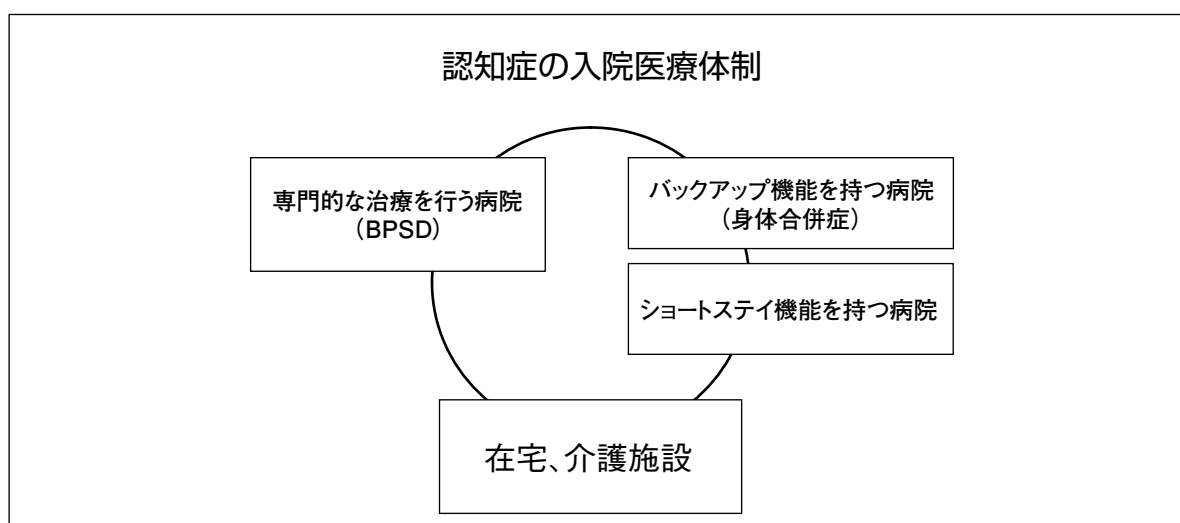
①認知症対応病床（身体合併症、BPSD 対応）の充実

認知症患者を在宅で診療、ケアしていくには、次のような病院機能が必要である。認知症患者の BPSD の出現時、悪化時に入院治療を行う病院、認知症患者が肺炎等身体合併症を起こした時に入院治療を行う病院、家族の介護負担軽減のためにレスパイト入院を行う病院である。前述のアンケート結果及び京都府医師会が平成 20 年度のかかりつけ医認知症対応力向上研修時に実施したアンケート結果から、認知症患者の入院医療体制は満足できるものでないことが明らかである。今や認知症はありふれた疾病であり、認知症患者の受け皿を拡大するには、認知症の受け入れを行う病院、病床を増設することが重要であるが、同時に一般病院の認知症対応力を向上することも不可欠となる。認知症患者は、一般患者に比し、より手厚いケ

専門医との連携 問題点



平成20年度かかりつけ医認知症対応力向上研修



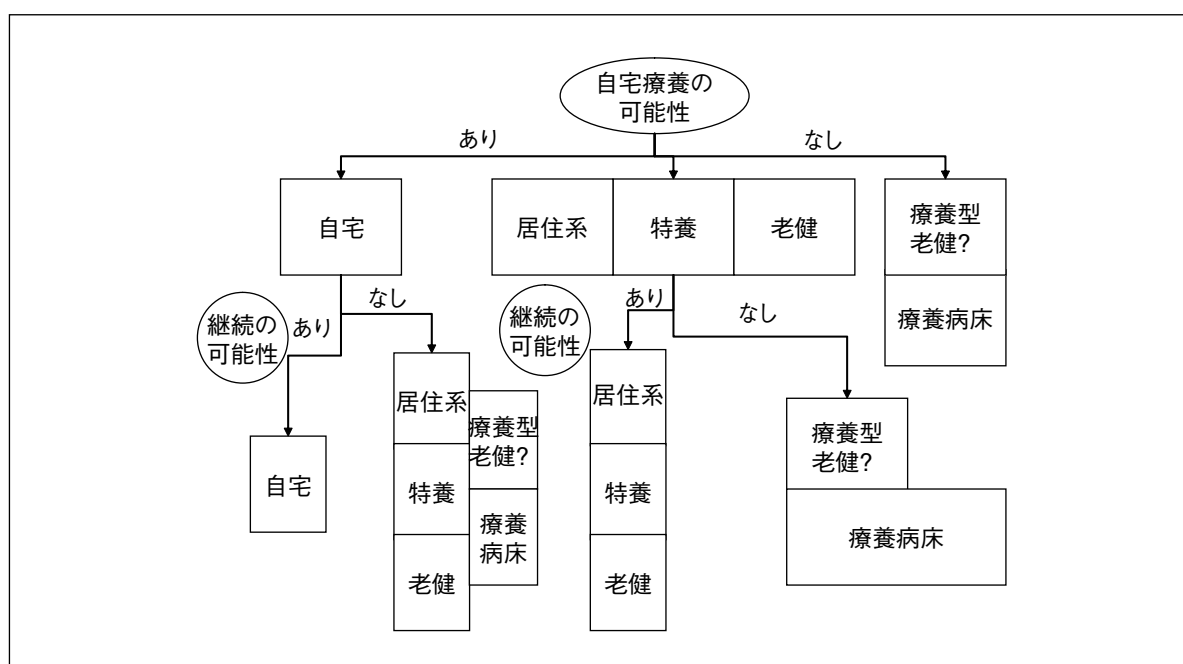
ア、見守りが必要になる場合も確かにあるが、一方、たとえ認知症であっても安定した状態の患者も多い。よって、認知症を一括りで考えるのではなく、在宅側からの情報収集及び正確な機能評価を行い、個別の対応を行うことが必要である。それには、病院における認知症対応力向上のための研修、評価やケアを実施するための人材確保、報酬上の評価が必要である。

②療養病床の充実

政局の変化により不確実な要素を含んではいるが、国の医療費抑制政策により、医療の必要性が高く在宅や介護施設で対応困難な長期療養患者を受け入れる療養病床が削減されつつある。

在宅医療技術が進歩したとは言え、自宅、介護施設、居住系施設に外部から提供される医療、看護には、内容、密度、即応性等には限界がある。医療、介護制度による支援の限界、法的なしぼり、経済的な負担等の要素により、在宅では、医療処置等の大半は自己管理又は介護に当たっている家族が実施しているが、能力、負担面で自ずと限界がある。また、業として医行為を行うことが出来ないにもかかわらず、介護職が、必要に迫られ実施せざるを得ないという、きわめてストレスが強く、不安定な状況が、介護施設、障害者施設、在宅等で生じている。

医療の必要性及び治療や医療処置の実施能力は、自宅、居住系または介護施設での療養が可能か否か、継続が可能か否かを定める最も大きな要因と言える。本人・家族の服薬管理や医療処置実施能力が高ければ、重度の患者を自宅で見ることが出来るが、低ければ軽度の患者をもみることが出来ない。現状では、家族介護力は弱



体化しており、自宅での療養能力は今後低下することが予想される。また、独居高齢者等の住まいとして期待されている特定施設、特に高齢者専用住宅においては、法的なしばりや、人的要素からも、医療処置を実施する能力は極めて低いと考えられる。今後、医行為の実施について、法的緩和措置が行われる可能性もあるが、それに伴うリスクの発生もあり、実施する人材の確保は容易ではないと考える。

療養病床は、医療面で居場所を失った患者の最後の砦である。現状から判断すると、今後もそのニーズが減るとは考えにくい。多死時代の看取りの場について考えるとよりそのニーズは増大する。医療を長期に提供する病床・病院の確保は今後も不可欠である。

③ショートステイの充実

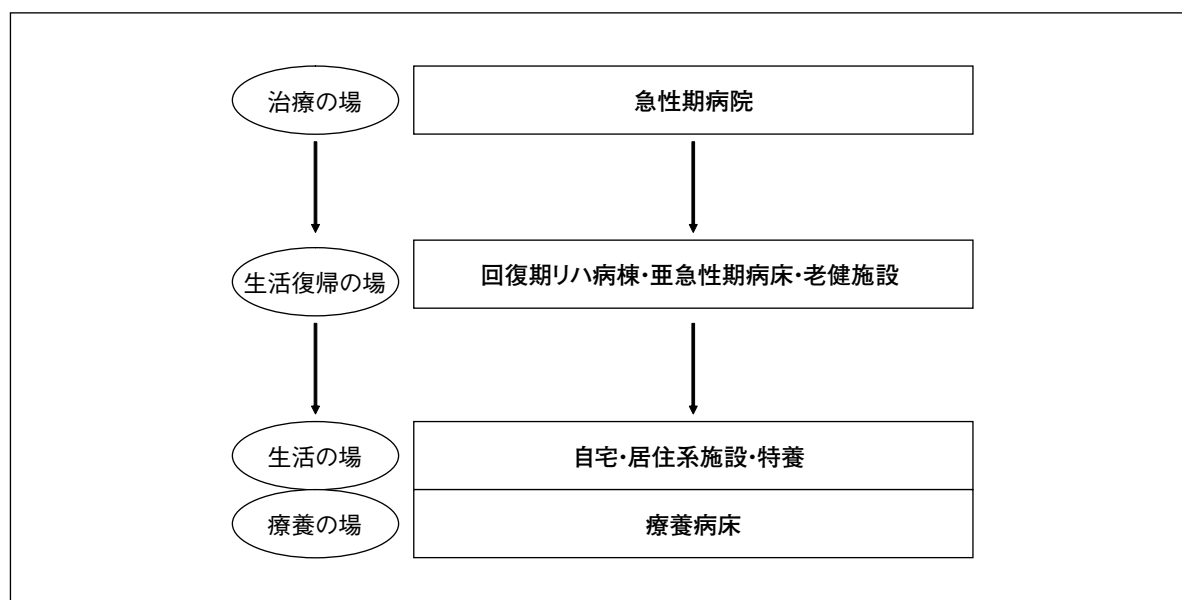
介護者のレスパイトが確保できるかどうか、自宅療養継続の大きなポイントとなる。しかしながら、現状は、医療の必要性が高い利用者へのショートステイは困難な状況である。今後、在宅に中重度者が増える中、安心して預けられるショートステイの確保は不可欠である。

新設された介護療養型老健施設は、厚労省の制度設計によれば、長期入院患者の中で、医療療養病床の医療区分1に相当する患者を主に引き受けることになっており、医療区分のより重度の患者は療養病床に入院することになっている。当然、ショートステイにおいても同じ考え方が適応される。介護療養病床が廃止になれば、介護保険制度においては、医療の必要性の高い利用者のショートステイ先は激減することになってしまい、在宅療養の継続はより困難となることが危惧される。介護療養病床廃止による制度矛盾についても問題提起を行い、医療療養病床等がショートステイ機能を果たせるように、病床の確保と報酬評価などの病院支援策を検討すべきである。また、ショートステイは、受け入れる療養病床や老健施設にとっても、通常の入院より手間がかかり、敬遠される傾向にある。医療の必要性の高い利用者を引き受けたときの加算等の評価が必要である。

④生活機能回復及び生活復帰機能を有した病床、病院の充実

治療の場である急性期病院から、生活の場である、自宅や特養、居住系施設に戻るには、入院理由にもよるが、何らかの退院調整が必要となる。入院期間短縮に伴い、急性期病院での治療後すぐに在宅に復帰することが、病状的にまた在宅等の準備を整えるための期間から考えて、困難な例が増えている。回復期リハビリ病棟の充実と地域連携パスの普及により、脳卒中や大腿骨近位部骨折などの患者の在宅や介護施設への復帰は、円滑に行われるようになってきた。しかしながら、回復期リハビ

り病棟を経ないで在宅に退院する場合やその対象疾患に当てはまらない場合は、困難な問題を生じる。患者の病状による選択肢を増やす意味で、回復期、亜急性期を受け持つ病院、病床の拡大が必要と考える。このような在宅復帰を目的とした病院、病床は、在宅側との共同での在宅復帰に向けたマネジメントを行うことをより明確にすることにより、在宅復帰率、QOLの向上が望める。



⑤在宅支援機能を強化した病院、病床の創設

～在宅療養支援病院～

在宅困難時に、その解決のための治療、ケアの場所とサービスを提供し、在宅と協働でケアマネジメントを行うことで、早期の在宅復帰を実現する。また、救急医療や急性期医療を行う病院での治療が終了した患者を受け、同様に、早期の在宅復帰を実現する。このような機能を有する在宅療養を支援する病院・病床が、在宅の継続には不可欠である。それには、以下のような機能を備える病院、病床が想定される。

1. ワンストップ機能：在宅での困りごとを一旦引き受ける機能
2. オープンシステム機能（医療）
3. マネジメント機能（在宅チームとの共同）

ア）在宅療養支援病院が対応する病状、状況の例

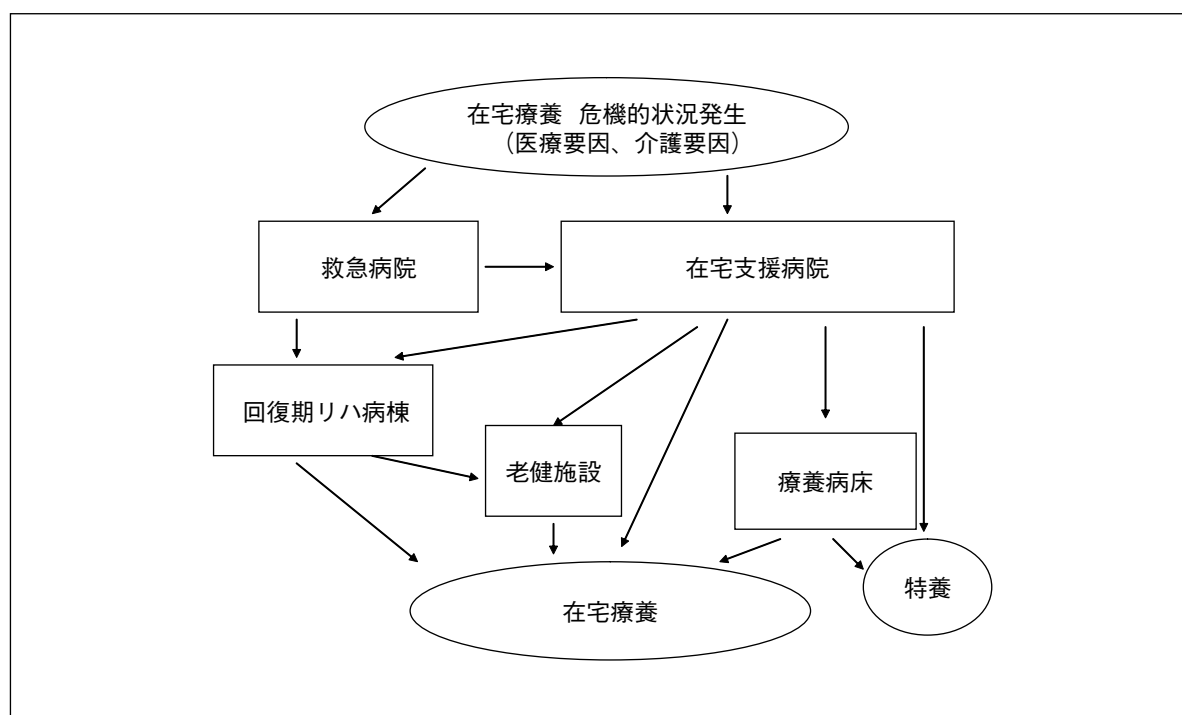
- ・ 急性疾患の合併（軽度肺炎や脱水等を想定）、現疾患の悪化などが生じ在宅療養が困難となった患者を、まずは一旦引き受ける。
- ・ 濃密な医療的ケアを必要とする患者の介護者に不測の事態が生じたなどの危機的状況が発生した時に引き受ける。

- ・在宅から救急病院に入院となった患者で、一定危機的状況を脱した患者を、救急病院から引き受けて、亜急性期医療を担当する。
- ・回復期リハ病棟対象患者から外れる患者の亜急性期医療を担当する。

イ) 患者の流れ

- 在宅 → 受け入れ、危機回避のための治療（在宅担当医との共同）、介護、
→ ケースマネジメント（在宅チームとの共同） → 在宅、転院、入所、看取り
- 在宅 → 救急病院（状態の安定） → 受け入れ、危機回避のための治療、介護、
→ ケースマネジメント（在宅チームとの共同） → 在宅、転院、入所、看取り

勤務医の負担軽減、医療の継続などの観点から、医療については、オープンシステムとし、在宅担当医と共同で実施する。在宅への円滑な移行のために、退院調整などマネジメント機能に重点を置き、配置を厚くするとともに、在宅チーム（ケアマネジャー）との共同作業で行う。このような機能に加えて、必要に応じ、亜急性期機能、ショートステイ機能、看取り機能を備える。



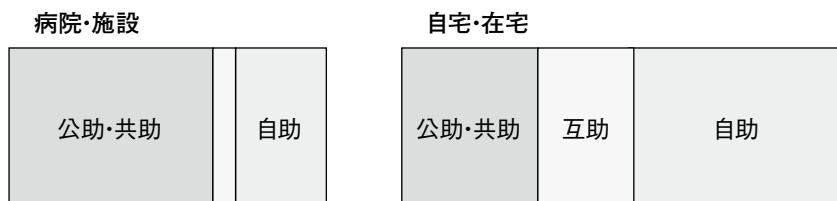
今後、居住系も含めた在宅療養の拡大することは確実であり、介護施設入所者の救急搬送の問題も含めて、救急病院と在宅及び介護施設の患者の流れを円滑にすることが求められる。それには、上記の機能を有した在宅療養支援病院（介護施設支援病院、救急病院支援病院ともいえる）の存在が不可欠となる。京都府医師会病院アンケートの結果から考えると、地域の比較的小規模な病院がこの機能を担うことが最も実現性が高い。そのためには、柔軟な多機能性を備える必要があり、診療報酬での評価が検討されるべきである。

V. 在宅医療推進における課題 ～自己負担について～

現状では、在宅療養は、家族の献身的な介護によって支えられているといっても過言でない。在宅医療推進のための医療保険制度が整備され、介護の社会化を掲げた介護保険制度が創設されたが、家族、介護者の肉体的負担、精神的な負担、経済的な負担は未だに大きい。このことにより、一般人及び医療関係者は、在宅療養へのあきらめムードに包まれている。家族は、負担を我慢して在宅療養を続けるか、負担の大きさにより在宅療養を断念するかを選択を迫られる場面が決して少なくない。人生の終生期に自分の願いが叶わない、支援しようとする家族が苦痛を感じる、このような状況は、国として健全な状態とは決して言えず、自宅での療養を選んだ本人、家族の負担軽減が行われるべきである。そのためには、在宅療養を支える社会保障制度の充実が重要であるが、特に、経済的負担の軽減が早急に行われるべきである。在宅療養者の医療保険自己負担割合の引き下げや、介護報酬においてケアマネジャーが行うマネジメント部分の自己負担は生じない仕組みになっているのと同様の考え方により、医療のマネジメント部分、例えば、カンファレンスにかかわる点数については、自己負担を無くすといった在宅療養のモチベーションを上げる思い切った改革が必要である。家族を介護に縛ることによる労働力の損失、逆に言えば介護の社会化を進めることによる経済波及効果を十分に分析すること、また、在宅療養の拡がりをもたらす社会的な影響や国民全体の QOL の変化等も考慮した広い視野での政策立案を、国に対して強く望む。

在宅療養を支えているもの

- ・ 家族の献身的な介護、介護しぱり(肉体的負担)
- ・ 自己負担(経済的負担)
- ・ 支援する側の努力(ボランティア的要素 → 疲弊)



Ⅵ. 京都府医師会在宅医療サポートセンターに期待される役割

平成 19 年 4 月の地域ケア委員会中間答申における、「患者や家族が在宅での医療を希望しながら、在宅医療に関する情報がない、在宅医療を行う医療機関が見つからない、在宅医療の質が低いなど在宅医療の整備不足が原因となり、在宅や地域での生活をあきらめなければならないという事態は許されない。患者と長年かかわってきた地域の医師が、患者の安心や医療の継続の観点から在宅医療を提供することが求められており、そのことは当然備えるべき機能となったと言える。しかしながら、入院や外来医療に比し、在宅医療はより労力を要するなどの理由により、その実践は容易ではない。医師会には、在宅医療の環境を整え、会員を支援することが求められる。」の提言を受け、京都府医師会は、平成 20 年 4 月より在宅医療サポートセンターを創設した。その目的を果たすため、住民、患者・家族に対する在宅医療普及のための情報提供及び相談窓口の設置、ホームページや紙媒体による会員向け在宅医療情報提供、ケアマネタイム等関連職種向け情報提供を積極的に行ってきた。今後は、地区医師会との共同による主治医紹介システムの拡充、関連団体との協力関係によるチーム医療、多職種協働の推進に向けた具体的な活動に取り組まなければならない。在宅サポート（支援）からドライブ（推進）へと役割を発展することが期待されている。

これまでの京都府医師会在宅医療サポートセンターの取り組み

(1) 京都府民への広報活動

府民へ在宅療養に対する正確な理解を得、在宅医療普及のために、在宅療養に関する情報提供に努めた。

- ・ 京都新聞「在宅医療ことはじめ」（付録 2）

平成 20 年 4 月より、15 回の連載

- ・ 府民向け広報誌『Be Well 48 号 在宅医療について』（付録 3）を発行
「在宅療養 17 箇条」など掲載

(2) 在宅医療サポートセンターホームページの開設

在宅医療、ケアに必要な情報を府民に提供するため、また医師会員、関係者向けに、チーム医療、多職種協働に必要な情報提供のために、平成 20 年 8 月にホームページを開設した。

主な内容（付録 4）

- ・在宅医療に関する諸情報
- ・介護保険情報
- ・訪問看護ステーション、在宅薬剤管理指導薬局、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、京都府歯科医師会情報
- ・ケアマネタイムリスト
- ・病院連携窓口一覧
- ・入院時情報提供用紙（介護支援専門員向け）、京都府内共通訪問看護サマリー

(3)在宅医療相談窓口の設置

府民の在宅医療に対する不安や疑問点に対し、相談窓口を設置し、介護支援専門員、医師が相談に応じた。

相談件数 20年度 32件、21年度 10件

(4)主治医紹介システムの構築

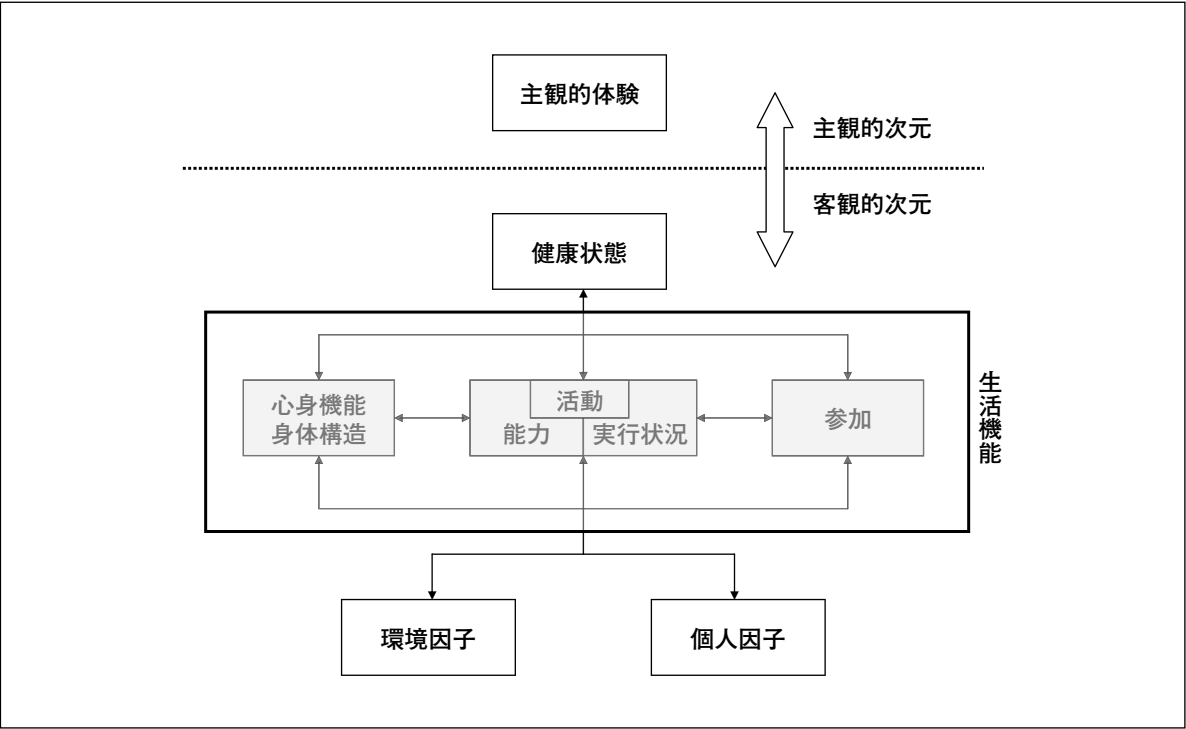
会員調査をデータベース化し、医療機関情報検索システムを構築した。

(5)京都府病院連携窓口一覧（付録5）の作成、配布

病診連携、地域での医療連携、多職種協働の一助となるよう、京都府内の病院連携窓口の一覧を冊子にし、京都府医師会A会員、及び各病院、訪問看護ステーション等に配布した。

Ⅶ. おわりに ～ケア概念による対人援助～

障害は客観的次元にだけ存在するものではなく、主観的次元、心の中にも障害がある。病、老、死に直面している人には、二種類の痛みがある。ひとつは身体にかかわる痛みであり、もうひとつが精神的な痛みである。障害者の心の苦しみは、外面的な障害よりもはるかに辛いものであり、価値観の喪失をも招く。また、疾患の治癒、障害を一層悪化させることもある。逆に、障害の受容や、前向きに生きていこうとする思いは、客観的な次元の生活機能を良い方向に変化させることがある。在宅療養の支援を行うに当たっては、客観的に捉えられる生活機能、障害だけでなく、主観的な次元での理解が重要であり、さらに、家族に対しても同様の理解に努めなければならない。



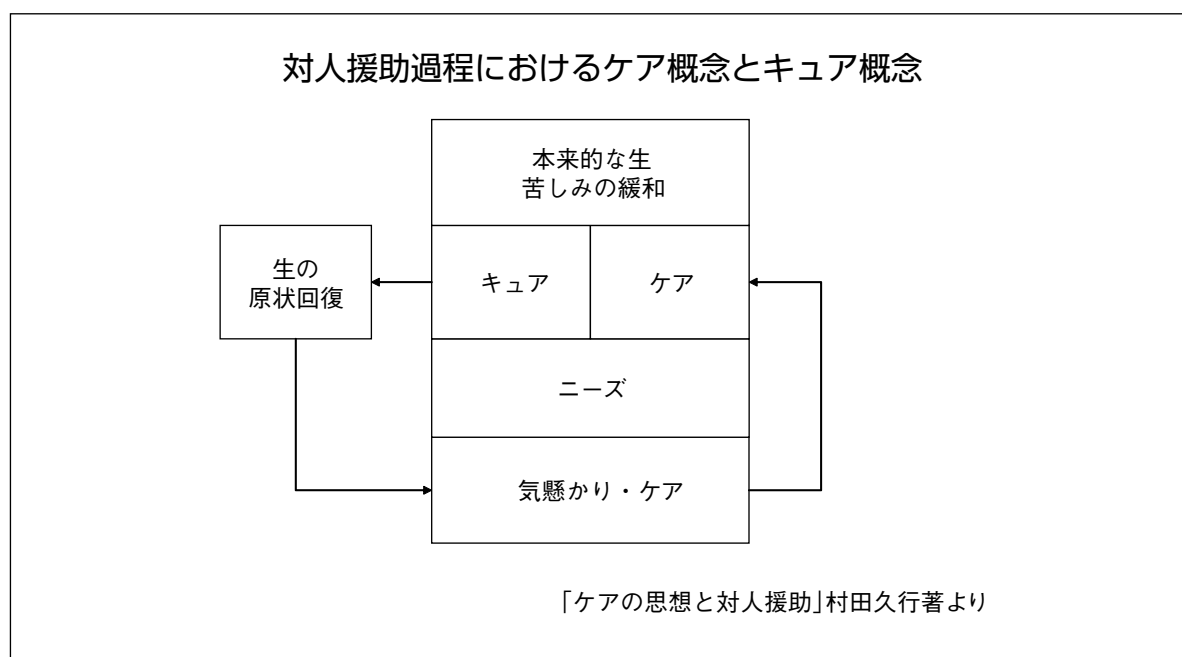
村田久行（京都ノートルダム女子大学生活福祉文化学部教授）はその著書『改訂増補 ケアの思想と対人援助』の中で「人間の苦しみへの援助には、患者の客観的な状況を変化させ、それを患者の主観的な想い・願い・価値観に合致させる「キュア」という方法と、患者自身の主観的な想い・願い・価値観が、客観的な状況に沿うよう

	キュア概念	ケア概念
認識の基点	「生」を基点	「老、病、死」を基点
目的	生の現状回復 客観状況を変える	意味ある生の完成 変わるのを支える
対象認識の方法	対象化による客観的認識 部分から細部への認識	死へと立ち向かう人間の全体認識から有限性の確認・超越へ
援助者のかかわり方	二者構造的 （３人称的世界） 教示的、指導的	相互作用的 （１・２人称的世界） 共感的、支持的
関係様態	上下関係 一方向的関係	並列関係 相互作用的関係

（改訂増補 ケアの思想と対人援助より）

に支える「ケア」という二つの方法が存在する。それゆえ対人援助の実践においては、われわれはその時の患者・クライアントの苦しみに焦点をあて、その苦しみを成り立たせている「ズレ」の構造をよく見極める必要がある。そしてそこから、その苦しみを和らげ、解消するにはキュアとケアをどのように組み立てるべきか、キュアとケアの最善のバランスは何かを考え、援助を構成することが求められるのである」と述べている。医療はキュア、つまり問題解決や現状回復の力を大きく伸ばしてきたが、高度医療によっても完治し得ないがんや難病等の存在、終末期の問題、認知症などの退行性疾患、後遺障害、老年症候群等の壁にぶつかっている。

この壁を乗り越えるには、医師は医学モデル、キュア概念だけでなく、生活モデル、ケア概念に大きく踏み出さなければならない。高齢者のケア、がんの緩和ケア、認知症ケアなどの長期ケア、ターミナルケアにおいて、それだけでなく、全ての患者、家族に対して、医師はキュアのための知識、技術を備え、その役割を果たすことの重要性は言うまでも無いが、キュアを行いながら、同時にケアによって患者の苦痛や不安を軽減しなければならない。そして、最終的にケア概念により援助し、寄りそうことしかできなくなってしまうと、決してその場から逃げず、かかわるもの全ての人達と職種を超えてケアを行わなければならない。



To cure sometimes relieve often comfort always

【付 録】

付録 1. 私のあんしん覚書き

付録 2. 京都新聞「在宅医療ことはじめ」

付録 3. 府民向け広報誌『Be Well 48 号 在宅医療について』

付録 4. 在宅医療サポートセンターホームページコンテンツ

付録 5. 京都府病院連携窓口一覧

私の
おぼえがき
あんしん覚書き

■私について

なまえ	電話番号
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	住 所

■私の緊急連絡先（私に何かあったら上から順に連絡してください）

1.

なまえ	電話番号
私との関係	住 所

2.

なまえ	電話番号
私との関係	住 所

3.

なまえ	電話番号
私との関係	住 所

■私の健康（私の日頃のかかりつけです）

医 師	なまえ	連絡先
	なまえ	連絡先
	なまえ	連絡先

訪問看護	なまえ	連絡先
歯科医師	なまえ	連絡先
薬局	なまえ	連絡先

■私の入院歴（私は入院したことがあります）

病 院 名	期間（新しい順に）	病 名
	年 月 から 年 月 まで	
	年 月 から 年 月 まで	
	年 月 から 年 月 まで	

■私の介護（私の担当ケアマネジャーや地域包括支援センターです）

ケアマネジャー なまえ	連絡先
地域包括支援センター なまえ	連絡先

■私の地域（私を地域で見守って下さる方々です）

(民生委員・社協・その他) なまえ	連絡先
(民生委員・社協・その他) なまえ	連絡先
(民生委員・社協・その他) なまえ	連絡先

■私の思い

⚠ 私の身に何か起きたり、意思表示が出来なくなったときには、
以下の私の思いを尊重してください。

私はこの用紙に書かれた情報が、私が医療・介護・福祉それぞれのサービス利用のために使用されることに同意します。

署名日 年 月 日

署名（本人自署） _____ 印

京都新聞 2008年4月1日 火曜日 暮らし 朝刊 11ページ

在宅医療

こ と は じ め

<1>

もし、あなたが自宅で医療を受けたり、家族を看取ることになったらどうしますか？
おそく、いろいろな疑問や不安を持たれるはずですよ。
「病院と同じような治療は受けられるの？」「家族が疲れ果てて共倒れになったら」

生命の危険が迫った入院が当たり前、死ぬのは病院が普通の時代。在宅医療への不安が大きいのは当然です。「そんなことは杞憂」とも言えないのが現実です。

自宅で看取られた八十六歳の女性、Aさんの例を紹介します。Aさんはがんや糖尿病合併症があり、入退院の繰り返し

はじめに



返しでした。治療や検査のため入院し、一時退院の時に「今後は、どんなことがあっても病院には絶対行きません」と宣言。家族も「できることなら本人の願いをかなえたい」と、自宅で療養することで一致しました。

まず、かかりつけ医、訪問看護ステーション、ケアマネジャーなどが家族を交えて作戦会議(サービス担当者会議)を開きました。家族へ説明や指導を行って役割分担を決め、酸素療法の機器など必要な医療器具、介護用ベッドなどの福祉用具をそろえました。

かかりつけ医や訪問看護師は、病状の予想などについて説明を繰り返し、一方、本人や家族の状況を把握するため可能な限り訪問しました。入院という選択肢も提案し、本人の意思や家族の思いを何度も確認しています。

胸や腹部にまた水がたまり、呼吸困難や食欲の不振が出ましたが、家でできる限りの苦痛を取り除く処置を行いました。家族は、夜中の呼吸困難などで眠れない日々もありましたが、交代で看病しました。

約二カ月の療養後、Aさんは苦しうにしながらも笑みを浮かべ、「家にいられることが何よりの幸せ」と何度も話し、最後は安らかに息を引き取られました。

看取った後、家族はかかりつけ医に「本人の願いがかな

負担大きいが充実感

えられてよかった、家族も皆良く頑張ったという充実感がある」と話されました。

自宅での医療は決して強制されるべきものではありません。しかし、Aさんのように人生の最期をより良きものに、家族にとっても意義のあるものになる可能性があります。国や関係者は、在宅での療養環境を整え、患者本人や家族の不安を取り除くことに努めるべきです。

(京都府医師会在宅医療サポートセンター K)

× ×

高齢化の進行や厚生労働省の方針転換などで、在宅医療は多くの市民が経験するものになってきました。府医師会在宅医療サポートセンターのメンバーに、在宅医療の「今」と「未来」をつづつてもらいます。

15回連載の予定(次回は15日に掲載します)。

府医師会在宅医療サポートセンター代表 〇七五(三十一) 3671。

在宅医療について

KYOTO MEDICAL ASSOCIATION

BeWell

医師会からの健康だより

■発行／(社)京都府医師会

これだけは知っておきたい
健康の知識

VOL. **48**

「在宅医療」は、テレビなどのメディアで取り上げられる事が多くなり、耳にした事がある人も少なくないかと思います。しかし、高齢社会をむかえ、変化していく医療制度の中、実際に「在宅医療」とはどのような制度なのか理解されているでしょうか？医療・看護等を自宅で受ける「在宅医療」を上手に活用していただくために今回のBe Wellでは、「在宅医療」をご紹介します。



在宅療養17箇条 ～その人らしい人生のために～

- 第1条 一歩踏み出す勇気があれば、在宅療養の可能性は誰にもあります。
- 第2条 住み慣れた自宅で過したい、過させたい、少しでもそう考えたなら、専門家に相談してください。
- 第3条 自宅で療養することを決めたなら、訪問診療をしてくれる医師を見つけましょう。
- 第4条 自宅で療養することを決めたなら、介護保険の申請をしましょう。
- 第5条 ケアマネジャーはあなたの生活を支援してくれます。希望や悩みを遠慮なく伝えましょう。
- 第6条 訪問看護師は本人・家族にとって頼りになる助っ人です。医師にとっても最も強力なパートナーです。
- 第7条 生活を維持・向上するためのリハビリを自宅でも継続することが可能です。
- 第8条 歯科医が訪問し、入れ歯を作ったり、虫歯の治療が自宅で出来ます。
肺炎の予防に口腔ケアを受けましょう。
- 第9条 薬剤師の訪問による、お薬に関する相談や指導を受けることが可能です。
- 第10条 自宅で安全に暮らすためや生活の範囲を広げるため福祉用具の使用や住宅改造を考えましょう。
- 第11条 一人での介護は大変です、協力してくれる家族、親戚、友人がいる場合は役割分担をしましょう。
- 第12条 介護者が疲れた時、疲れる前に利用できるサービスがあります。
- 第13条 急変時はどうするか、看取りはどうするか、あらかじめ皆で話し合っておきましょう。
緊急連絡先の一覧表を作っておけば安心です。
- 第14条 医療費や介護費用が高額になった時、認知症の症状で困った時、
一人暮らしで不安な時などに受けられる制度があります。
- 第15条 同じような悩みを持った人に相談したり、話を聞いてもらうと気持ちが楽になります。
- 第16条 独居の方、認知症の方を地域で支えるには、周囲の見守りと理解が大切です。
- 第17条 在宅療養に固執する必要は全くありません、
在宅療養が困難になったら、皆で次の一手を考えましょう。

京都府医師会 ホームページ 在宅医療サポートセンター CONTENTS

<http://www.kyoto.med.or.jp/member/support/>

* アクセス方法

京都府医師会のトップページ 又は 上記アドレス にアクセス →

京都府医師会在宅医療サポートセンター ～在宅医療を希望される患者さんへ～

別画面が開きます。

* お知らせブログ

* 一般向け情報

1. 在宅医療・ケアは必要になってくる
2. 在宅医療 17 箇条
3. 在宅療養をチームで支えます
4. 在宅医療について
5. 介護保険について
6. 負担軽減
7. 相談窓口
8. 在宅医療ことはじめ（平成 20 年京都新聞連載）

* 医師会員向け情報

1. 京都府訪問看護ステーション協議会会員情報
 2. 在宅薬剤管理指導可能薬局 一覧
 3. 京都府内地域包括支援センター 一覧
 4. 京都市内地域包括支援センター 一覧
 5. 京都府内在宅介護支援センター 一覧
 6. 京都市内在宅介護支援センター 一覧
 7. 京都府歯科医師会
 8. 京都府内病院連携窓口 一覧
- （ご覧頂く際、パスワードが必要になります。医師会員の方でパスワードがご不明な方は下記、地域医療課 鈴木までご連絡下さい。）

* ケアマネジャー・看護師等向け情報

1. ケアマネジャー用京都府内病院連携窓口
2. ケアマネタイムリスト検索ページ
3. 居宅介護支援費 【医療連携加算 150 単位】
4. 入院時情報提供用紙
5. 訪問看護サマリー
6. 京都府訪問看護ステーション協議会会員情報

今後も HP の充実に努め、在宅医療・ケアに役立つ情報を発信します。是非、ご活用ください。
ご意見、ご要望がございましたら下記までお知らせ願います。

京都府医師会地域医療課 : 鈴木 TEL (075) 315-5274

京都府 病院連携窓口一覧

京都府歯科医師会口腔サポートセンター
在宅薬剤管理指導可能薬局名簿
京都府訪問看護ステーション協議会会員名簿
地域包括支援センター一覧
在宅介護支援センター一覧



平成22年2月
(社)京都府医師会